

Univerzita Jana Amose Komenského Praha

bakalářské /PREZENČNÍ STUDIUM

2014-2017

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Anita ŽIŽKOVÁ

OSOBNOST S BIPOLÁRNÍ PORUCHOU

Praha 2017

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Marie VACÍNOVÁ, CSc.

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

BACHELOR / FULL-TIME STUDIES

2014-2017

BACHELOR THESIS

Anita ŽIŽKOVÁ

PERSONALITY WITH BIPOLAR DISORDER

Prague 2017

The Bachelor Thesis Work Supervisor:

PhDr. Marie VACÍNOVÁ, CSc.

Prohlášení

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne

Jméno autorky: Anita ŽIŽKOVÁ

Poděkování

Děkuji paní PhDr. Marii Vacínové, CSc., vedoucí mé bakalářské práce za pomoc při tvorbě mé bakalářské práce. Dále za neuvěřitelnou inspiraci a podporu. A své mamince za pevné nervy a trpělivost.

Anotace

Bakalářská práce se zaměřuje na duševní nemoc nazývanou bipolární porucha. V práci je popsána závažnost tohoto onemocnění především ve vztahu nemocného člověka k jeho pracovním výkonům a vlivu na jeho okolí. Bipolární porucha totiž může ovlivnit rozhodování manažerů. Jsou zde uvedeny projevy nemoci a její spouštěče, největší rizika i v podobě sebevražd včetně možných léčebných postupů u pacienta. Poznatky načerpané z literatury jsou nakonec ověřovány u pacientů s diagnózou bipolární poruchy v rozhovorech i formou dotazníku.

Klíčová slova

Bipolární porucha, deprese, kreativita, mánie, příznaky, psychické onemocnění, sebevražda.

Annotation

This bachelor's work is focused on mental disease named as the bipolar disorder. It is described how serious this disease is in terms of relation to a man's working performance and its influence on the surroundings. The bipolar disorder may cause an evident change in manager's behavior and it can have influence on their decision making process. There is also stated disease symptoms, initiators and the biggest risks (e.g. suicide) including possible medical treatments. The scientific findings are verified on patients diagnosed with bipolar disorder at the end. The forms of verification are the interviews and questionnaires.

Keywords

Bipolar disorder, creativity, depression, mental illness, mania, suicide, symptoms.

OBSAH

ÚVOD.....	10
1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA.....	12
1.1 Bipolární porucha.....	12
1.1.1 Nástup onemocnění.....	14
1.2 Stadia bipolární poruchy	15
1.2.1 Mánie	16
1.2.2 Deprese	17
1.3 Diagnostika bipolární poruchy.....	18
1.4 Typy bipolární poruchy.....	18
1.4.1 Bipolární porucha typu I.	18
1.4.2 Bipolární porucha typu II.....	18
1.4.3 Bipolární porucha v dětském a dorostovém věku.....	19
1.4.4 Bipolární porucha v těhotenství.....	20
1.5 Léčba bipolární poruchy	21
1.5.1 Léčba depresivních epizod.....	21
1.5.2 Léčba manických epizod	21
1.5.3 Léčba smíšené fáze	22
1.5.4 Farmakoterapie	22
1.5.5 Psychoterapie	23

1.6	Příčiny bipolární poruchy.....	24
1.7	Projevy bipolární poruchy.....	24
1.7.1	Kreativita	24
1.7.2	Sebevražda	25
1.7.3	Úzkostné poruchy	27
1.7.4	Halucinace a bludy.....	27
1.7.5	Deník nálady	28
1.8	Osobnosti s bipolární poruchou	28
2	PRAKTICKÁ ČÁST	34
2.1	Cíle a metoda výzkumného šetření	34
2.2	Cíl kvalitativního výzkumu.....	35
2.2.1	Metodika výzkumu a výběr respondentů.....	35
2.2.2	Analýza kvalitativního šetření	35
2.2.3	Shrnutí a závěr kvalitativního šetření	42
2.3	Cíl kvantitativního výzkumu.....	43
2.3.1	Metody a charakteristika kvantitativního výzkumu.....	43
2.3.2	Metodika výzkumu	44
2.3.3	Analýza kvantitativního výzkumu a výsledky dotazníkového šetření.....	44
2.4	Platnost hypotéz	59
	ZÁVĚR	61
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	63
	SEZNAM OBRÁZKU A TABULEK	65

SEZNAM PŘÍLOH.....	67
--------------------	----

Příloha A.....	68
----------------	----

Dotazník.....	68
---------------	----

ÚVOD

Psychické potíže se vyskytují u lidí všech společenských postavení od nepaměti. A to ať mluvíme o členu královské rodiny, vědci, umělci, řemeslníkovi, rolníkovi či dělníkovi, o člověku mladém či starém. Nemoc si zkrátka nevybírá podle žádného klíče.

Výskyt bipolární poruchy se v dnešní době stává čím dál větším a častějším problémem. Projevuje se totiž čím dál častěji u mladých lidí. Za spouštěč můžeme považovat alkohol, drogy, ostatní návykové látky, stres, trauma z dětství či zneužívání. Svou roli mohou hrát i dědičné rodinné dispozice. Na bipolární poruchu neexistuje žádná zkouška, rentgen, magnetická rezonance či krevní test, který by výskyt bipolární poruchy mohl odhalit. Nad touto nemocí se nedá vyhrát, jelikož je trvale nevyléčitelná. Dá se však docela dobře zvládnout a žít s ní plnohodnotný život za předpokladu, že člověk dodržuje pokyny svého ošetřujícího lékaře specialisty. Různé studie ukazují na fakt, že bipolární poruchou trpí přibližně 350milionů lidí na celém světě. Toto číslo je vzhledem k dopadům nemoci velmi tragickými alarmujícími zjištěním. V depresivní fázi hrozí totiž pacientovi velmi vysoké riziko sebevraždy (70-80% pacientů, kteří se touto myšlenkou zaobírají, taky svůj čin dokončí).

Cílem mé práce je alespoň trochu se dozvědět něco bližšího o této nemoci a dostat ji do povědomí lidí. Chtěla bych poukázat na příznaky nemoci a zjistit, zda lidé s bipolární poruchou jsou schopni vykonávat své zaměstnání a jak případně tato nemoc ovlivňuje jejich výkonnost. Dále bych chtěla zjistit, zda mohou tito lidé i nadále normálně fungovat a být plnohodnotnými členy společnosti. Rovněž zjistit, jestli a jak jejich nemoc zasahuje do jejich partnerského, pracovního, finančního a zdravotního života zvláště proto, že u této kategorie lidí hrozí velmi vysoké riziko sebevraždy. Ve své bakalářské práci však nemohu obsáhnout veškerou problematiku bipolární poruchy

a nemám pro to ani odborné znalost.

Onemocnění nemá vliv jen na pracovní výkon nemocného, ale i na vztahy na pracovišti či výkony celého pracovního kolektivu. Nejvyšší problém však může nastat v případě, kdy je nemocný jmenován do vedoucí funkce nebo zastává práci, která může ohrozit životy lidí.

Pacient umí své příznaky velmi dobře maskovat. Nemoc má dopad na člověka, ale i na jeho rodinu, společenský život, pracovní, ekonomické i zdravotní postavení. V krajním případě ztrácí schopnost dále vykonávat své zaměstnání, což vede k zásadním existenčním problémům, které dále jeho zdravotní stav zhoršují. Člověk se ocitá v bludném kruhu, ze kterého nevidí cestu ven.

1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA

Poruchy nálad jsou globálním problémem, který se dostává do podvědomí lidí čím dál více. Naneštěstí spousta lidí ignoruje jakékoli příznaky, a to ať už se jedná o bipolární poruchu, depresi či syndrom vyhoření z práce. Připustit si psychickou poruchu, to lidé považují za svou naprostou degradaci ve společnosti, za osobní selhání. Návštěva lékaře specialisty - psychologa či psychiatra je tak pro ně čin naprosto neakceptovatelný.

1.1 Bipolární porucha

Bipolární porucha je psychické onemocnění. Dříve byla označována termínem maniodepresivní psychóza. *“Bipolární afektivní porucha se vyznačuje střídáním manických a depresivních epizod, respektive stavem remise.”*¹

Obvykle jako první nastupuje deprese, ale střídání nemá pravidelný rytmus. Bipolární poruchu by bylo možné vlastně přirovnat k jízdě na horské dráze. Jde o nemoc, které znamená pro pacienta celoživotní zátěž. Bipolární porucha se objevuje nebo lépe řečeno spouští okolo 18let věku. Onemocnění je velmi obtížné určit, jelikož ji ani samotní rodiče nerozpoznají a její příznaky přisuzují pozdní pubertě či problémy připisují prostě věku dospívajícího člověka. „Doposud neexistují žádné specifické laboratorní testy nebo jiné postupy, na jejichž základě by bylo možno provést definitivní diagnózu. Platí, že tato porucha je rozpoznána na základě skupiny příznaků, které se u nemocného objeví společně v jednom časovém období. Jedná se o poruchu, která se vyznačuje dvěma nebo více epizodami, při nichž je úroveň nálady a aktivita pacienta zřetelně narušena. Bipolární porucha I je charakterizována výskytem manické epizody. Bipolární porucha II je periodická depresivní porucha s hypomanickými epizodami. Bipolární afektivní porucha je často diagnostikována chybně nebo pozdě.”²

¹LÁTALOVÁ, Klára. Bipolární afektivní porucha. Praha: Grada, 2010, s. 21. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3125-4

²LÁTALOVÁ, Klára. Bipolární afektivní porucha. Praha: Grada, 2010, s. 39. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3125-4.

„Muži i ženy trpí bipolární poruchou stejně často.“³

„Bipolární porucha se projevuje velmi rozdílnými změnami v chování, často jen zdánlivými příznaky, a tím lze také vysvětlit, proč lékaři jen výjimečně určí okamžitě správnou diagnózu. Největší problém spočívá v rozpoznání epizod citového vzrušení, které jsou takto interpretovány jen výjimečně, a to jak pacientem, tak blízkými. Proto uplyne několik let, během nichž se opakují nebezpečné situace i přemrštěné chování, vyvolávající nepochopení, odmítnutí a kritiku. To všechno přináší utrpení pacientovi i jeho blízkým a přináší riziko narušených nebo přímo rozložených vztahů v rodině. Čím dříve se stanoví diagnóza a začne se s léčením, tím více se sníží riziko rozpadu vzájemných vztahů nebo chronického vývoje k horšímu alepší se efekt léčby. Smyslem včasné diagnózy je pokusit se zastavit postupující nemoc a znásobit možnosti stabilizaci nálad. Pacienty, u kterých byla nemoc diagnostikována pozdě, lze léčit jen s obtížemi- tím spíše, že se dostávají častěji než ostatní populace do izolace, katastrofické materiální situace, bývají poznamenáni recidivami, oslabeni alkoholismem, drogami nebo kouřením.“⁴

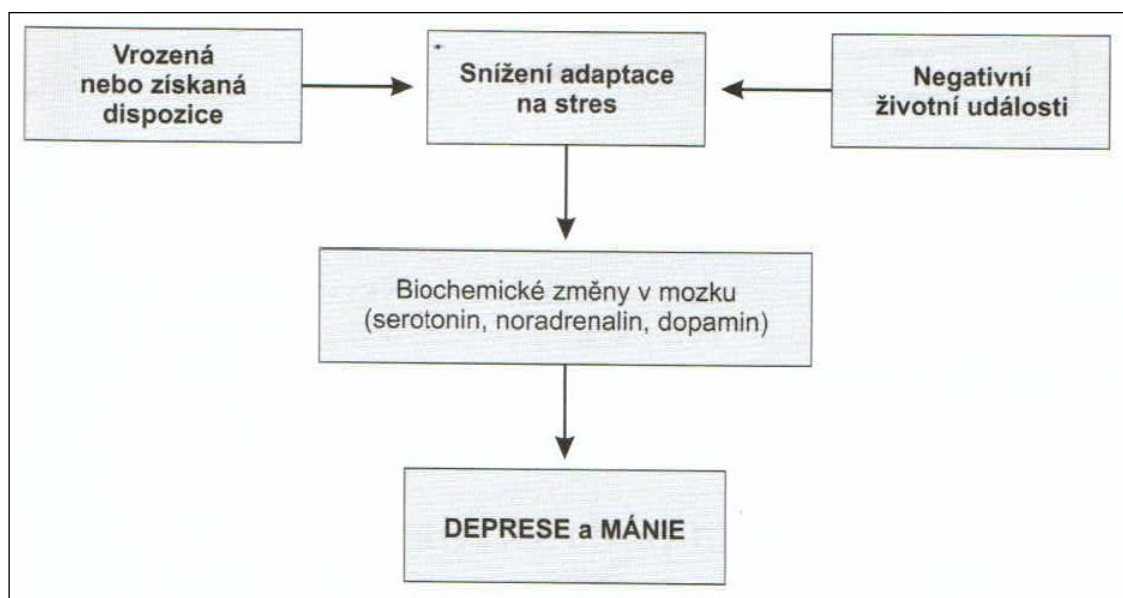
Pacient s bipolární poruchou je do konce života odsouzen k léčbě. Nad svou nemocí nemůže vyhrát v tom smyslu, že by se zbavil léků a byl zdravý. Může však pomocí léků a terapie navrátit svůj život do normálního stavu a prožít jej plnohodnotně. U těchto pacientů je zvýšené riziko sebevražd neboli suicidální myšlenky. A to ať trpí depresí, mánií nebo právě zažívají remisi (klidové období). Pacienti velmi často podléhají návykovým látkám, jako je alkohol, cigarety a drogy. Proto je zde kladen velký důraz na zákaz požívání jakékoli návykové látky.

³ LÁTALOVÁ, Klára. Bipolární afektivní porucha. Praha: Grada, 2010, s. 13. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3125-4.

⁴ GAY, Christian. Bipolární porucha: rady pro rodiny a blízké osob s maniodepresivními stavy. Praha: Portál, 2010, s. 26. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-7367-668-1.

1.1.1 Nástup onemocnění

Obrázek 1: Schéma vzniku bipolární afektivní poruchy jako výsledek působení negativních životních událostí



Zdroj:⁵

„K prvním projevům dochází v adolescenci a časně dospělosti, ve věku mezi 15-30 rokem. Průměrný věk pro první epizodu nemoci bipolárního spektra je 21 let, nejčastěji v intervalu od 15. do 24. roku (Akiskal et al., 2000). Dřívější a pozdější projevy však nejsou výjimkou. První epizoda bipolární poruchy může být manická, hypomanická, smíšená nebo depresivní.“⁶

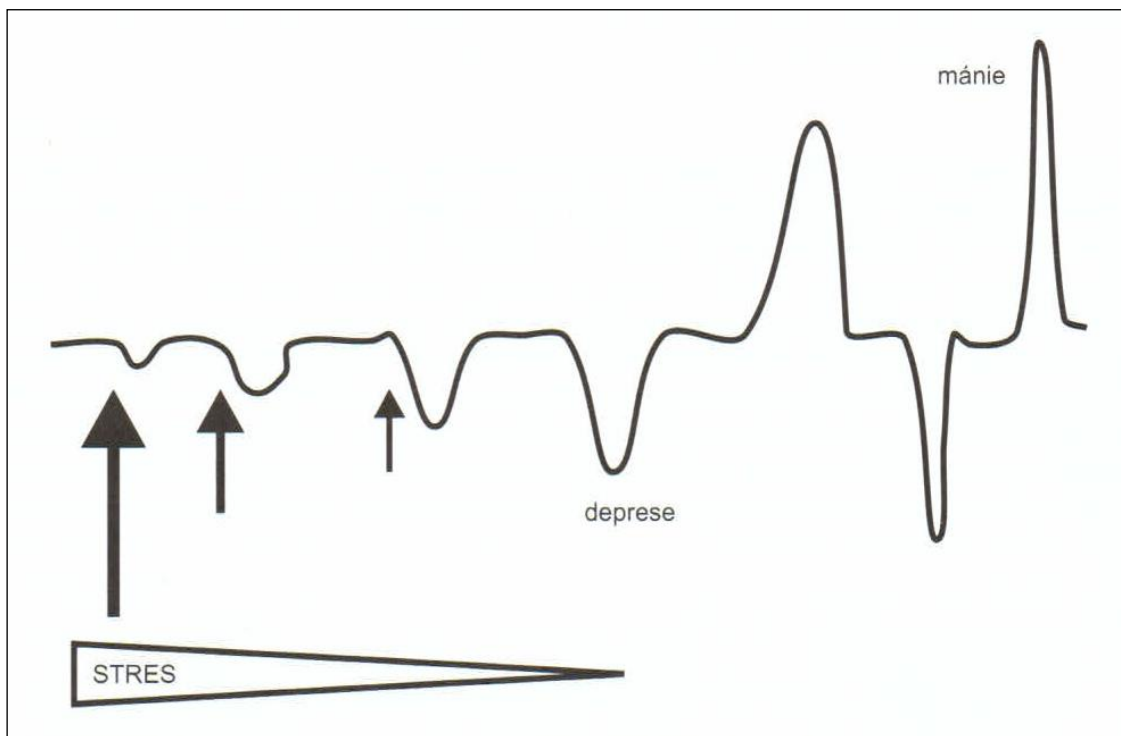
Bipolární porucha je u dětí zkoumána méně, než je tomu u dospělých jedinců. Přitom délka trvání jednotlivých epizod je počítána na týdny, měsíce a zcela výjimečně i roky. Ženy postihuje deprese mnohem častěji než muže. U nich by se dalo použít tvrzení 50 na 50. Ale jak u žen, mužů i dětí stále se jedná o nemoc, která je celoživotní. Za spouštěč můžeme brát genetiku, nadměrné množství stresu, trauma, smrt blízké osoby, ale i kombinace návykových látek s léky. Do dnešního dne neexistuje žádný stoprocentně spolehlivý test, který by nám odhalil přítomnost bipolární poruchy.

⁵LÁTALOVÁ, Klára. Bipolární afektivní porucha. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3125-4.

⁶LÁTALOVÁ, Klára. Bipolární afektivní porucha. Praha: Grada, 2010, s. 55 Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3125-4.

Můžeme se tedy pouze domnívat na základě průzkumů, co ji mohlo u jedince asi spustit.

Obrázek 2: Vliv stresu na rozvoj bipolární poruchy



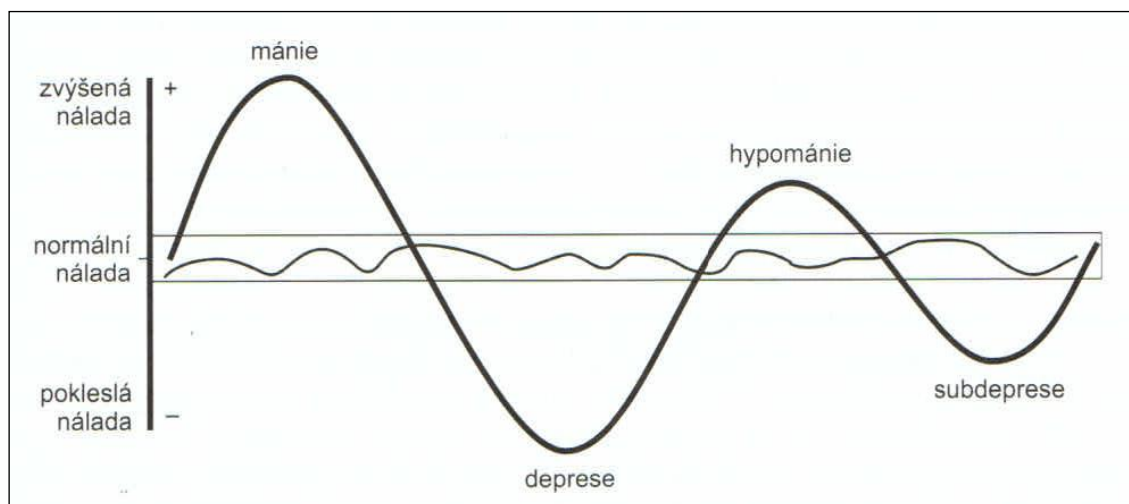
Zdroj:⁷

1.2 Stadia bipolární poruchy

Pro bipolární poruchu je typickým znakem střídání jednotlivých nálad (mánie a deprese) u pacienta, případně se objevuje stav remise. Nálady se však nestřídají v pravidelných a stejně dlouhých cyklech. Tyto výkyvy nálad velmi negativně ovlivňují psychosociální fungování nemocného. Společným rysem všech lidí s bipolární poruchou je jejich nevyzpytatelnost.

⁷LÁTALOVÁ, Klára. Bipolární afektivní porucha. Praha: Grada, 2010, s. 64. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3125-4.

Obrázek 3: Schematické znázornění cyklování nálady u bipolární afektivní poruchy



Zdroj:⁸

1.2.1 Mánie

Mánii můžeme většinou rozpoznat díky výborné náladě, která neodpovídá přiměřené reakci a trvá déle, než je obvyklé. Člověk má zvýšenou aktivitu, má nadměrnou potřebu mluvit, nedokáže se soustředit, necítí potřebu spánku a ve společnosti se projevuje nevhodným chováním. Člověk v mánii může být rozhazovačným, nakupuje bez rozmyslu. Mánie se rovněž může projevit zvýšeným počtem sexuálních partnerů a také má člověk pocit nezničitelnosti. Mánie má většinou kratší trvání než je tomu u deprese. „Pacient v manické fázi má charakteristický vzhled i chování. Tváří se vesele, má výraznou mimiku, dokáže se dobře přizpůsobovat. Je živý a hyperaktivní. Okázale nosí barevné a výstřední oblečení. Jeho slovní projev je spontánní a nevázaný. Překvapivě snadno se obrací k lidem ve svém okolí a to mu zpočátku přináší sympatie, později však jeho chování lidi spíše obtěžuje a nakonec je vnímán jako nesnesitelný člověk. Vyznačuje se euforickou náladou, je sdílný, exaltovaný, veselý, v každém směru optimista. V mezilidských, sexuálních ani v pracovních vztazích není vybíravý.“⁹Počet epizod se u každého pacienta liší. Je to tedy zcela individuální kolik a jaký počet epizod

⁸LÁTALOVÁ, Klára. Bipolární afektivní porucha. Praha: Grada, 2010, s. 21. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3125-4.

⁹GAY, Christian. Bipolární porucha: rady pro rodiny a blízké osob s maniodepresivními stavy. Praha: Portál, 2010, s. 33. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-7367-668-1.

si pacient prožije.

1.2.2 Deprese

Typickým znakem pro tuto fázi je především depresivní nálada. Co člověka dříve bavilo, to již neplatí, ztrácí zájem a chuť cokoliv dělat. Pociťuje pouze únavu, beznaděj, zvýšenou potřebu spánku, má zpomalené myšlení a motoriku. Dochází i ke snížení sexuální touhy a aktivity. Často bývá deprese považovaná za projevy alkoholismu.

U pacienta s bipolární poruchou je ve fázi deprese vysoce zvýšené riziko sebevraždy. Je třicetkrát vyšší než u zdravých lidí.

„Ztráta zájmu a schopnost radovat se lze konstatovat téměř ve všech případech. Člověku připadá nemyslitelné představovat si vlastní budoucnost. Podceňuje se, obviňuje sám sebe, připadá si neschopný a k ničemu. Někdy ho přepadají záchvaty úzkosti a doléhají na něj myšlenky na sebevraždu.

- Zhoršování duševních funkcí je patrné na zpomaleném myšlení a chudém slovníku, provází je problémy s koncentrací, pozorností a pamětí a to pacientovo sebepodceňování ještě posiluje. Komunikace s jinými lidmi je ztížená a pacient popisuje sám sebe ve vztahu k ostatním slovy "jsem jinde".*
- Třetím poznávacím znakem deprese je motorická a motivační složka. Dochází k omezení pohybů i mimiky, chůze je pomalá a namáhavá. Pacient se uchýlí na lůžko a stěžuje si na krajní vyčerpání.¹⁰*

¹⁰GAY, Christian. *Bipolární porucha: rady pro rodiny a blízké osob s maniodepresivními stavy*. Praha: Portál, 2010, s. 38. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-7367-668-1.

1.3 Diagnostika bipolární poruchy

Při stanovování diagnózy se klade velký důraz na anamnézu, a to jak přímo od pacienta tak, i od rodiny či blízkého okolí. Díky tomu se dá zabránit mylnému vyhodnocení stavu pacienta. Chybné či pozdní určení bipolární poruchy se může lehce stát, jelikož pacient vyhledá odbornou pomoc kvůli depresi. Při mánii má pocit, že je v pořádku, je zdravý a tak nemá potřebu doktora dál navštěvovat. Je velice důležité co nejdříve bipolární poruchu odhalit a diagnostikovat. Díky tomu je poskytnut pacientovi luxus jako je možnost s nemocí bojovat. Například na chřipku dostane člověk od lékaře antibiotika, které mají účinně proti této nemoci bojovat a co nejdříve ji i zlikvidovat. U bipolární poruchy je to naprosto stejné, čím dříve se odhalí, tím dříve a hlavně větší šanci má pacient na to, aby projevy nemoci zmírnil. Nehledě na věk pacienta je léčba stále stejná. Věk zde při odhalení nemoci pacienta nehraje roli. Jedině na základě správné léčby se může opět zapojit do svého běžného života.

1.4 Typy bipolární poruchy

1.4.1 Bipolární porucha typu I.

„Bipolární porucha typu I je představována depresivními epizodami a alespoň jednou plně vyjádřenou manickou epizodou, tento typ nemoci odpovídá dříve popisované maniodepresivní chorobě.“¹¹

V České republice se již upustilo od rozlišování bipolární poruchy typu I a typu II.

1.4.2 Bipolární porucha typu II.

„Je představována opakovanými depresivními epizodami a alespoň jednou epizodou hypomanickou, v průběhu celé nemoci není přítomna plně vyjádřená manická epizoda. Tato porucha nepředstavuje pouze mírnější podobu bipolární poruchy, ale současné poznatky svědčí o tom, že je mnohem odlišnější od bipolární poruchy typu I svým

¹¹LÁ TALOVÁ, Klára. Bipolární afektivní porucha. Praha: Grada, 2010, s. 42. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3125-4.

průběhem i reakcí na léčbu. “¹²

„Ačkoli je Bipolární porucha II všeobecně chápána jako mírnější, její důsledky jsou však ve srovnání s bipolární poruchou I horší. Ve srovnání s bipolární poruchou I prodělávají nemocní více epizod, mají vyšší míru suicidality. “¹³

1.4.3 Bipolární porucha v dětském a dorostovém věku

„Duševní poruchy se v dětském a adolescentním věku vyskytují daleko častěji, než většina populace předpokládá. Děti a adolescenti s bipolární poruchou jsou často chybně diagnostikováni a jejich původní diagnózy jsou poruchy chování, depresivní poruchy, ADHD apod. Teprve později je stanovena správná diagnóza. Celkový výskyt dětí a adolescentů s bipolární poruchou je asi 0,5%. Průběh této poruchy je závažný, provázený vážnými suicidálními pokusy, výraznými excesy v chování, agresivitou, abúzem drog a alkoholu. Proto je důležité tyto pacienty včas podchytit a léčit. Chybně diagnostikovaná nebo nediodagnostikovaná porucha vede ke školním potížím, konfliktům se zákonem, hypersexualitě, předčasnému těhotenství, nízkému sebehodnocení, konfliktům nukleární rodině, špatným vztahům s vrstevníky a také již zmíněným suicidálním pokusům a dokonaným sebevraždám. “¹⁴

Hlavním příznakem jak rozpoznáme u dětí bipolární poruchu jsou časté epizody mánie. Také existuje seznam dvanácti příznaků, podle kterých může sám rodič určit, zda jeho dítě odpovídá některému z tvrzení. A to konkrétně z: „1) elace a expanzivní nálada, 2) iritabilita a vztek, 3) snížená potřeba spánku, 4) nadbytek "energie" 5a) zvýšená zaměřenost na určitou činnost, 5b) motorická hyperaktivita, 6) grandiozita, 7) zrychlené tempo, 8a) zrychlené myšlení, 8b) myšlenkový trysk, 9) snížená kritičnost, 10) dráždivost, 11) halucinace, 12) afektivní labilita. “¹⁵

¹²LÁTALOVÁ, Klára. Bipolární afektivní porucha. Praha: Grada, 2010, s. 42. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3125-4.

¹³LÁTALOVÁ, Klára. Bipolární afektivní porucha. Praha: Grada, 2010, s. 43. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3125-4.

¹⁴PACLT, Ivo. Hyperkinetická porucha a poruchy chování. Praha: Grada, 2007, s. 167. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1426-4.

¹⁵PACLT, Ivo. Hyperkinetická porucha a poruchy chování. Praha: Grada, 2007, s. 168. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1426-4.

1.4.4 Bipolární porucha v těhotenství

Bipolární porucha v těhotenství není stále prozkoumána. Těhotné ženy mohou poruchou trpět stejně tak jako dítě. Pokud si je pacientka vědoma své nemoci, je zde hlavní plánování, a to především z důvodů medikace. A proto i před samotnou léčbou se musíme ujistit, zda není či si nepřeje být těhotná. Protože následně rychlé či úplné vysazení léčiv může představovat pro ženu velké riziko. Lékař obvykle vysazuje lék již v prvním trimestru, ale pouze za příslibu kontrol pacientky. Po porodu je velké riziko výskytu bipolární poruchy i za předpokladu, že ji pacientka dříve neměla. Samozřejmě musí mít pro to genetické předpoklady nebo spouštěč z dětství, který do porodu čekal na větší změnu. Ale obvykle se dostaví pouze poporodní deprese. Ty se u žen, které trpí bipolární poruchou, objevují u 20-30% žen. Pacientky by nemělo toto riziko odradit od snu mít své vlastní děti.

Proto by nastávající maminka měla mít vždy na paměti:

- **„Deprese nebo mánie se mohou objevit i v průběhu těhotenství.**
- **Velmi rizikové pro rozvoj deprese či mánie je především období několika týdnů po porodu.** *Způsobují to hormonální změny po porodu, změna denního rytmu při péči o dítě i přirozený stres spojený se změnou rodinné situace. Průběh poporodní epizody může být velmi vážný a často se objevují psychotické příznaky (hlasy, které nabádají k nebezpečnému chování či nevývatná nerealná přesvědčení o sobě nebo dítěti). Riziko sebevraždy nebo zabití dítěte je extrémním důsledkem psychotických prožitků, naštěstí jde o situaci velmi vzácnou. Zhoršení stavu může nastat velmi rychle, na začátku se obvykle objevuje úzkost, napětí, nespavost či neklid. Po dalším porodu se tyto problémy často opakují. Tyto stavy je nutné neodkladně léčit, někdy se nelze vyhnout hospitalizaci na psychiatrii.*
- **Některé léky užívané pro dlouhodobou, preventivní léčbu bipolární poruchy mohou být rizikové pro vývoj plodu a dítěte.** *Riziko je nejvyšší při užívání léků v prvních třech měsících těhotenství. Léky také v různé míře přecházejí do mateřského mléka. Užívání léků není důvodem k přerušení těhotenství, u většiny dětí*

se žádné vady neobjeví. Stejně tak není vždy nezbytné při užívání léků zastavit kojení, i když se to obvykle doporučuje. Novorozenec sice mateřským mlékem dostane jen část dávky léků, které užila matka, ale hůře je dokáže odbourat a vyloučit z těla.

- **Bipolární porucha je onemocnění dědičné,** často se vyskytuje v rodinách. Děti rodičů s bipolární poruchou mají vyšší riziko, že se u nich během života porucha také objeví. Známo je pouze, že děti rodičů s bipolární poruchou mají přibližně 10 - 20% riziko, že se tato nemoc u nich v budoucnu objeví. ¹⁶

1.5 Léčba bipolární poruchy

K dnešnímu dni se tyto nemoci dají dobře léčit při správném dodržování léků. Trvalé vyléčení pacienta však bohužel možné není. Proto je hlavní snahou zmírnit symptomy nemoci na takovou míru, aby se člověk mohl opět vrátit do svého života i zaměstnání. Aby v něm mohl zase naplno fungovat. Součástí léčby jsou psychofarmaka a psychoterapie.

1.5.1 Léčba depresivních epizod

Dříve se u bipolární poruchy léčila pouze mánie a deprese byla odsunuta do pozadí. Přitom by se dalo říci, že každý pacient trpí mnohem více depresemi než mániemi. Přitom u deprese hrozí vysoké riziko sebevraždy. Zabránit pacientovi v sebevražedných myšlenkách je prvním úkolem léčby. Dalším krokem je zmírnění smutku, apatie, poruch spánku atd. Obvykle se u pacientů nasazuje jako první lithium.

1.5.2 Léčba manických epizod

Zde je pro pacienta nejdůležitější dostat své projevy mánie opět pod kontrolu. Mánie totiž způsobuje velké riziko i pro okolí nemocného. Dopad může mít i na práci pacienta.

¹⁶NOVÁK, Tomáš. Bipolární afektivní porucha v těhotenství a v období po porodu. In: *Ordinace.cz* [online]. 2009 [cit. 2017-02-07]. Dostupné z: <http://www.ordinace.cz/clanek/bipolarni-afektivni-porucha-v-tehotenstvi-a-v-obdobi-po-porodu/>

V dnešní době, existuje mnohem více léků na potlačení mánie, než je tomu u deprese, jelikož v minulosti byla pozornost zaměřena právě tímto směrem. Prvním po čem lékař sáhne, jsou antipsychotika. Ale opět je nasazované hlavně lithium s kombinací zmíněných antipsychotik. Vysazení lithia ale může mít nakonec negativní dopad na pacienta a může se u něj rozvinout deprese. Vedlejší účinky lithia ale závisí na mnoha faktorech, jako je věk, pohlaví a dávkování.

1.5.3 Léčba smíšené fáze

Občas se mezi depresí a mánií objevuje stav, kdy se obě tyto epizody prolínají. Postupem času pak jedna z nich ustoupí té druhé. Pacienta naprosto nic nebaví, to, co mu dříve dělalo radost, je mu dnes na obtíž. Přitom, ale může mít i problémy s okolím. Proto je zde velký problém spjatý s náchylností na návykové látky. Smíšený stav postihuje zejména ženy, u mužů je riziko výskytu daleko nižší. Hlavním úkolem je tedy utlumit příznaky, aby pacient mohl opět normálně fungovat. Zde se většinou volí psychofarmaka, ale i stabilizátor nálad.

1.5.4 Farmakoterapie

Při léčbě se používají stabilizátory nálad a antidepresiva. U léčby deprese jsou antidepresiva jasnou volbou. V dnešní době užívané léky mají opravdu skvělé výsledky a jako bonus jsou bezpečná a nenávyková.

Lithium

Lithium se používá od nepaměti, přestože mívá nežádoucí účinky, jejich výskyt je ovšem individuální. Také zde hraje roli dávkování a zdravotní stav pacienta. Největší hrozbou je otrava, což může být zaviněno nesprávným dávkováním. Proto lékaři hlídají krevní testy pacienta, a to konkrétně funkci ledvin a štítné žlázy. Pro ženy v těhotenství je velmi rizikový a z toho důvodu se v tomto období vysazuje. Přesto se předepisuje hned jako první lék. *„Lithium je považováno za zlatý standard v léčbě bipolární poruchy. V léčbě depresivní epizody není zdaleka tak úspěšné a jeho využití v této*

indikaci se může jevit jako kontroverzní. ¹⁷

Antipsychotika

Mají rychlý účinek a z toho důvodu se používají ke zklidnění člověka, který aktuálně trpí manickou fází a představuje riziko nejen pro sebe samotného, ale i pro celé svoje okolí. Užívat se smí, ale pouze krátkodobě, a to z toho důvodu, že má velké množství vedlejších účinků.

1.5.5 Psychoterapie

Psychoterapií nelze nahradit žádnou jinou léčbou lidí s bipolární poruchou. Pokud zvolíme správný typ terapie, může potom skvěle doplnit i nahradit léčbu psychofarmaky. Psychoterapie obsahuje velmi mnoho neverbálních, ale i verbálních postupů a má v sobě jistý typ učení. Cílem je umožnit pacientovi, který trpí již dlouhodobým psychickým problémem, aby cítil oporu a mohl svou nemoc vnímat jako léčitelnou. Bipolární poruchu nesmí vnímat jako svoji prohru a naprostý konec. Je proto velmi důležité, aby si pacient vytvořil dobrý a důvěryhodný vztah se svým ošetřujícím lékařem, což má obrovský vliv na celkový průběh uzdravení. Psychoterapii dělíme na dvě kategorie a to specifickou a nespecifickou. Nespecifická kategorie obsahuje vhodné prostředí pro léčbu. Specifická psychoterapie zahrnuje různé styly terapeutických technik. Doporučuje se jako první začít s rodinnou terapií. Člověk, který má bipolární poruchu sám trpí následkem svých stavů, ale i léky samotnými. A proto má psychoterapie za hlavní cíl zbavit člověka obav z nemoci a strachu z nástupu dalších epizod a tak zlepšit celkový stav pacienta. Ovšem pokud pacient trpí aktuálně mánií, není zde psychoterapie zrovna účinná. Z toho důvodu se ani nedoporučuje. Navíc i sám pacient se odmítá léčit, což může mít za následek i nedobrovolnou hospitalizaci v nemocnici, kde je prvořadým úkolem přivést pacienta ke spolupráci.

Pokud se při léčbě spojí farmakoterapie s psychoterapií, může dojít k opravdu velmi pozitivním výsledkům.

¹⁷LÁTALOVÁ, Klára. *Bipolární afektivní porucha*. Praha: Grada, 2010, s. 167 – 168. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3125-4.

1.6 Příčiny bipolární poruchy

Bohužel na tuhle otázku nedokážu odpovědět, jelikož jednoznačná příčina není známa. Může zde hrát roli genetika a bipolární porucha v tomto případě jednoduše dědí. Nemoc mohou spustit takzvané spouštěče jako je traumata z dětství (např. dysfunkční rodina, šikana), ztráta rodiče či jiné blízké osoby, opakovaný stres, bolestná vzpomínka nebo i v pozdějším věku hektický život, drogy a alkohol. Můžeme říct, že velkou roli zde hraje způsob života pacienta. Jediné co můžeme s jistotou konstatovat je, že se bipolární porucha projevuje u mladých lidí čím dál častěji. Na vině je pravděpodobně dnešní styl života. A to ať už zmíněný stres, vysoké nároky rodičů na výsledky dětí ve škole, nadměrná pracovní vytíženost či velké nároky na sebe samé. Ale svou roli hraje i kombinace léků a alkoholu. Proto je bipolární porucha mnohdy zaměňována s depresemi, alkoholismem nebo syndromem vyhoření. Na nemoc neexistuje žádný test, který by nám nemoc pomohl odhalit. Bohužel u neléčených lidí je většinou konečným stádiem sebevraždy, což se ovšem může stát i pacientovi, který se léčí. Spouští se většinou okolo věku 20let, přestože některé prameny uvádějí mezi 18-30lety. Můžeme tedy tyto roky brát jako kritické. „*Bipolární porucha postihuje v závažné formě jedno až dvě procenta populace a v lehčích formách až třikrát více osob.*“¹⁸

1.7 Projevy bipolární poruchy

1.7.1 Kreativita

„*Pokud je bipolární porucha sycena nevšedním talentem a propojena tvořivostí, je obdivuhodná.*“¹⁹ Spousta známých lidí a i celebrit mají bipolární poruchu. Jako například Catherine Zeta-Jones, Ben Stiller, Jackson Pollock, Miloš Kopecký, a nebo Karel Svoboda. Odhady jsou, že právě bipolární porucha je příčina kreativity u těchto lidí, mnozí z nich dokonce věří, že léky tento vedlejší účinek tlumí.

¹⁸GAY, Christian. *Bipolární porucha: rady pro rodiny a blízké osob s maniodepresivními stavy*. Praha: Portál, 2010, s. 27. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-7367-668-1.

¹⁹LÁTALOVÁ, Klára. *Bipolární afektivní porucha*. Praha: Grada, 2010, s. 93. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3125-4.

Proto se dobrovolně rozhodnou léky vysadit a tak dát plný průchod své kreativitě.

„Nadaní lidé se vlivem depresivní fáze nemoci stávají citlivějšími a naopak v době mánie jsou produktivnější. Jinými slovy, v době deprese "naštědají" emocionální zážitky (byť nepříjemné), které jsou pak schopni v době mánie předat pomocí své tvorby. V dnešní době si neumíme představit, že bychom osoby s bipolární poruchou neléčili. Důvodem jsou nesmírné útrapy, které pacienti prožívají v období deprese, a nebezpečné a nezodpovědné chování v období mánie. Na druhé straně kreativita, která je jistě průběhem onemocnění ovlivněna, je v moderní společnosti vysoce ceněným "zbožím".“²⁰

„Kreativita je vysoce ceněna a je spíše otázkou filozofickou, zda je pro kreativního člověka výhodné dlouhodobé trýznící emoční prožívání, potencionálně končící smrtí, jehož přínos pro tvorbu je diskutabilní.“²¹

1.7.2 Sebevražda

Na tento bod je velmi důležité se zaměřit, protože lidé trpící bipolární poruchou hodně často se zaobírají myšlenkou na sebevraždu. Bohužel tento čin má poměrně vysoké číslo úspěšnosti. Riziko sebevraždy je zde totiž 3x vyšší než u běžného občana.

To neznamena, že každý člověk, který trpí bipolární poruchou a má deprese, hned přemýšlí o sebevraždě. Pacient má právo být smutný. Neznamena to ihned deprese a myšlenky na sebevraždu. Zde je totiž mylná domněnka, že pacienti páchají sebevraždu pouze v době, kdy trpí depresemi. Není tomu tak, může se to stát i v období mánie nebo remise, takže v klidném období. Jak se, ale tyto myšlenky projevují? Pacient o tomto činu nejdříve mluví, nechce tady být, přeje si ukončit svou bolest, má pocit nemoci a může se bát příchodu další epizody. Bohužel pacient nevidí jiné východisko. Že je připravený sebevraždu spáchat poznáme z náhlé absence mluvení o tomto činu. Znamená to, že plány má hotové a je připravený dotáhnout čin do konce.

²⁰LÁTALOVÁ, Klára. *Bipolární afektivní porucha*. Praha: Grada, 2010, s. 93 – 94. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3125-4.

²¹LÁTALOVÁ, Klára. *Bipolární afektivní porucha*. Praha: Grada, 2010, s. 96. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3125-4.

Tabulka 1: Faktory, které zvyšují riziko sebevražedného jednání

Faktory, které zvyšují riziko sebevražedného jednání
* Bipolární porucha spojená s pravidelným požíváním alkoholu nebo jiných návykových látek
* Mužské pohlaví
* Kratší doba trvání bipolární poruchy a pouze několik dosud zažitých epizod bipolární poruchy
* Příznaky závažné úzkosti – záchvaty paniky, neklidu, děsu
* Sklon k impulzivnímu jednání – bezohledné řízení auta při vysoké rychlosti, výbuchy násilného jednání
* Nedávná hospitalizace na psychiatrii
* Sebevražedný pokus v minulosti
* Příbuzný, který spáchal sebevraždu nebo se choval násilně
* Zážitek nedávné nepříznivé životní události spojené se ztrátou blízké osoby – rozchod, rozvod, úmrtí rodinného příslušníka
* Absence blízkých přátel a rodinných příslušníků
* Nepřítomnost rychlého a přímého kontaktu s psychiatrem nebo psychoterapeutem
* Pocity beznaděje do budoucna
* Nepřítomnost důležitých důvodů, proč zůstat naživu – například vychovat děti
* Přemýšlení o konkrétním plánu (sníst léky, skočit z okna..) a dostupnost těchto prostředků (přístup k lékům, ke střelné zbraně)

Zdroj²²

„Ve většině případů však bohužel dochází k sebevraždě ve chvíli, kdy to nikdo nečeká, nejčastěji brzy ráno, kdy nápor deprese vrcholí a působí pacientovi nesnesitelnou úzkost.“²³

„Sebevražedné chování u pacientů s bipolární poruchou je bohužel běžné. Pacienti s bipolární poruchou mají ve srovnání s běžnou populací vyšší procento suicidálních

²²LÁTALOVÁ, Klára. Bipolární afektivní porucha. Praha: Grada, 2010, s. 36. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3125-4.

²³GAY, Christian. Bipolární porucha: rady pro rodiny a blízké osob s maniodepresivními stavy. Praha: Portál, 2010, s. 107. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-7367-668-1.

myšlenek, častěji páchají sebevraždu a vykazují vyšší procento dokonaných sebevražd. Existuje mnoho faktorů, které suicidální ideace posilují“²⁴

„Úmrtnost postižených osob je dvakrát až třikrát vyšší než celkový průměr úmrtnosti populace. U neléčených pacientů se zvyšuje na deset až patnáct procent.“²⁵

Proto je velmi důležité, aby se pacient nejen léčil, ale také pochopil, že nemocný je. I když současná medicína tuto poruchu vyléčit nedokáže, vždy je možné ve spolupráci s lékařem najít způsob, jak negativní projevy nemoci potlačit a zařadit pacienta do běžného života. Proto je důležité, aby o stavu pacienta s lékařem komunikoval nejen sám pacient, ale i jeho blízcí. Pokud si všimnou něčeho zvláštního, měli by to raději nahlásit lékaři. Pokud se pacient zabije, rozhodně není na vině jeho rodina. Přesto si ve většině případů kladou vinu, ale pacient byl nemocný a to ne jejich vinou.

1.7.3 Úzkostné poruchy

Úzkostný stav je s bipolární poruchou velmi úzce spjat. Mnohem větší výskyt je však právě u žen než u mužů. Ti jsou proti úzkostem více odolní. Některé prameny uvádějí, že na úzkost má právě vliv menstruace. Úzkostných poruch je celá škála. „*Téměř šedesát procent pacientů trpících bipolární poruchou je navíc závislých na drogách a to jejich úzkostné stavy ještě umocňuje.*“²⁶ Úzkost zpravidla trvá mnohem déle než třeba strach a proto má ve finále horší dopady. Pacient se totiž začíná obávat návratu některé epizody, přestává věřit lékům a v některých situacích to má za následek i jejich vysazení. To potom vede k větším úzkostem, bludům a úplnému propadu nemoci.

1.7.4 Halucinace a bludy

Díky halucinacím v manické fázi je často bipolární porucha chybně klasifikovaná jako schizofrenie. Přitom právě halucinace mohou znamenat první příznaky přicházející

²⁴LÁTALOVÁ, Klára. Bipolární afektivní porucha. Praha: Grada, 2010, s. 92. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3125-4.

²⁵GAY, Christian. Bipolární porucha: rady pro rodiny a blízké osob s maniodepresivními stavy. Praha: Portál, 2010, s. 27. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-7367-668-1.

²⁶GAY, Christian. Bipolární porucha: rady pro rodiny a blízké osob s maniodepresivními stavy. Praha: Portál, 2010, s. 27. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-7367-668-1.

bipolární poruchy. Pacient své bludy obvykle tají a tak je velmi obtížné je odhalit. Vedlejším znakem většinou bývá rychlá řeč a myšlenkové pochody. Pacient může trpět představou, že je sledován. Nerad mluví nahlas, aby jej odposlechové zařízení nemohlo odhalit. Pacient si může vypěstovat i fobii postupem času, pokud je neléčený. Mít v pracovním kolektivu člověka, který trpí paranoiou a bludy je velice nebezpečné pro okolí a musí se s takovým člověkem zacházet velice opatrně.

1.7.5 Deník nálady

Obsahem deníku nálady je pečlivé zaznamenávání údajů. Zapisují se do něj užívání léků, nálada za uplynulý den a případně významné události nejen ty špatné zprávy, ale i dobré. Je to takový deníček nemocného. Nejčastěji je využíván u pacientů, kteří jsou stabilní a mohou normálně fungovat. Kdyby si jej vedl pacient, který trpí třeba máníí, nemělo by to žádný smysl. Proto pro vybrané osobnosti může být vedení záznamů obrovským přínosem a lékař může díky této skutečnosti lépe pochopit pacienta a ve výsledku mu i pomoci. „*Deník nálady je sestaven tak, aby do jednotlivých částí pacient denně zaznamenával léky, které užívá, podstatné životní události, úzkosti, poruchy spánku, kolísání nálady, stavy podrážděnosti, menstruační cyklus apod.*“²⁷

1.8 Osobnosti s bipolární poruchou

Jedním z nejznámějších případů z posledních let je lékař pracující ve městě Klatovy v roce 2012 a 2013, na pozici primáře pediatrického oddělení. Lékař působil doslova fyzickou bolest malým dětem. Na tento skutek, kdy nepodával tišící látky proti bolesti při zavádění katetru, musel nakonec upozornit sám personál této nemocnice. „*V září 2014 policie případ poprvé odložila na základě psychiatrického posudku, podle kterého Havránek nebyl schopen rozpoznat škodlivost svého jednání, protože jeho ovládací a rozpoznávací schopnosti byly podstatně sníženy až vymizely v důsledku bipolární afektivní poruchy.*“

Příčetný, nebo nepříčetný?

²⁷LÁ TALOVÁ, Klára. Bipolární afektivní porucha. Praha: Grada, 2010, s. 45. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3125-4.

Státní zástupkyně ale tehdy rozhodnutí policie zrušila s tím, že posudek nebyl zcela jasný v tom, zda se u Havrána jednalo o stav zmenšené přičetnosti, nebo nepřičetnosti. Policie proto znalce znovu vyslechla. Ti svůj závěr upřesnili s tím, že v obecných aktivitách měl Havránek ovládací a rozpoznávací schopnosti snižené, ale ve vztahu k jeho způsobu léčby invazivními zákroky, byly prakticky vymizelé. To z něj po pracovní linii nedělá trestně odpovědného, a nelze ho tak za to stíhat.

„Nebyl schopen rozpoznat, že invazivní výkon je zbytečný nebo i nebezpečný. Nedokázal odhadnout jeho rizikovost, načasování a posoudit vlastní schopnosti výkon provést,“ uvedla v posudku psychiatrická Anežka Ticháčková z Fakultní nemocnice v Olomouci.

„Výsledkem bylo, že zákrok provedl v nevhodnou dobu a nevhodným způsobem. Vnímá to tak, že zákrok provede skvěle, že jej musí provést a je to to nejsprávnější, co má udělat,“ sdělila psychiatrická.

Byl v depresivní fázi onemocnění

Podle ní byl Havránek během svého působení v klatovské nemocnici v depresivní fázi svého onemocnění. Potvrdila také, že zkoumáním jeho duševního stavu nebyla zjištěna porucha spojená s fascinací krví, bolestí a utrpením druhého.

Psychiatri dále označili pobyt Havrána na svobodě za potenciálně nebezpečný v době, kdy se u něj projevuje akutní relaps onemocnění. „Není to ve smyslu agresivity nebo ohrožování, ale jde spíše o nezodpovědné chování jako například promiskuita, časté konflikty, zvýšená únavnost, nesoustředěnost. Z toho plynou jeho chyby při podávání pracovních výkonů,“ doplnili znalci s tím, že v době vzplanutí nemoci by neměl Havránek vykonávat povolání lékaře.

Policie v usnesení o odložení případu konstatovala, že Havránek porušil důležitou povinnost vyplývající obecně z jeho povolání lékaře, jehož úkolem je chránit zdraví a život.

Ohrožil nejméně tři pacienty

„Vykonával povolání, které vyžaduje kromě odborné způsobilosti i plnou koncentraci, ač věděl, že trpí duševní poruchou, která tyto vlastnosti ovlivňuje. S touto duševní poruchou se léčil již od roku 2006 a měl zkušenosti s tím, jakým způsobem ovlivňuje jeho chování a jednání,“ stojí v rozhodnutí o odložení.

„Přesto zaměstnavatele o této skutečnosti při svém nástupu neinformoval, i když bipolární afektivní porucha je uvedena ve vyhlášce ministerstva zdravotnictví

na seznamu nemocí, které vylučují zdravotní způsobilost k výkonu povolání lékaře,“ uvádí se dále v rozhodnutí.

Podle závěru policistů naplnil Havránek svým jednáním znaky trestného činu ublížení na zdraví z nedbalosti minimálně u třech pacientů, kteří se po jeho invazivních zákrocích ocitli v ohrožení života.

Vymlouval se na životní styl

V dalších případech naštěstí nedošlo u dětí k vážnějším komplikacím, pouze je, jak konstatovali znalci, zatížil velmi bolestivými a stresujícími pocity. Například ročnímu miminku během hodiny a půl provedl bez podání léků ke zmírnění bolesti dvacet vpichů po celém těle, když se mu neúspěšně pokoušel zavést kanylu do žíly. Své stavy nepozornosti, únavy, třesoucích se rukou vysvětloval Havránek kolegům a sestřám různě – od špatného životního stylu přes bolesti zad, žilní trombózu až po nádorové onemocnění hlavy. „Připadal mi zmatený, kolikrát jsem ho ani nemohla v práci vzbudit. S jeho léčebnými pokusy na dětech jsme jako sestry nesouhlasily, snažily jsme se jej několikrát od zákroků odradit, ale bez úspěchu,“ uvedla při výsledku jedna ze zdravotních sester.

Podle ní hlavně primář prováděl invazivní výkony na dětech pozdě večer, třeba mezi půlnocí a čtvrtou ranní. „Dělal to sám, dětem tím spíš ubližoval a zbytečně je traumatizoval,“ dodala. Havránek později dokonce sestřám vyhrožoval, aby se o jeho zdravotních problémech nikde nešířily.

Odškodnění dětem

V únoru 2013 se Havránek při pohovoru se šéfem nemocnice přiznal k užívání antidepresiv kvůli psychickým problémům. Poté nastoupil na dvouměsíční léčbu do psychiatrické nemocnice. Zpátky do Klatov se po propuštění z léčebny nevrátil, dohodl se na rozvázání pracovního poměru. Klatovská nemocnice loni finančně odškodnila rodiče několika dětí, kterým Havránek nešetrnými zákroky ublížil. “²⁸

Jak může lékař pracovat v nemocnici je asi ta nejpalčivější otázka. Vstupní prohlídkou projde přece každý bez výjimky. Ale vzhledem k tomu, že na bipolární poruchu dodnes neexistuje žádné vyšetření či krevní testy, které by tuto nemoc pomohli odhalit, je pouze

²⁸Duševně chorý primář nebude za trýznění dětí potrestán. Novinky.cz [online]. Klatovy, 2016 [cit. 2017-02-07]. Dostupné z: <https://www.novinky.cz/krimi/393445-dusevne-chory-primar-nebude-za-tryzneni-deti-potrestan.html>

na člověku, zda dané onemocnění oznámí nebo ne. Pokud tedy pacient sám o této skutečnosti neví, je pro lékaře a personální oddělení prakticky nemožné tento fakt odhalit. Pokud pacient o nemoci ví, měl by ji sám při nástupu na pracoviště nahlásit. V případě uvedeného lékaře se tak bohužel nestalo. O nemoci věděl již od studia medicíny a tento fakt zatajil.

„Vstupní prohlídku Havránka prováděl praktický lékař Karel Černý. V příslušném tiskopisu zaškrtl, že je vyšetřovaný zdravotně způsobilý pro výkon práce lékaře.

Do kolonky předchozí anamnézy napsal: „není významná“.

„Já jsem žádné informace o jeho nemoci neměl. Choval se normálně, nejevil žádné klinické známky duševní nebo jiné choroby,“ řekl Právu Černý. Přiznal ale, že po Havránkovi nevyžadoval zdravotní dokumentaci ani ho nepodrobil důkladnému vyšetření“²⁹

Každý personalista by si měl tedy vést i složku o psychickém stavu pacienta, alespoň na pozicích, kde by mohlo dojít k ohrožení zdraví či života jiného člověka. V případě problémů u těchto lidí při častějším opakováním pak je možný včasný zásah. Je lepší věnovat tomu čas zbytečně, než řešit problém jako vznikl u doktora Havránka. Měli bychom přistupovat opatrně, ať už se jedná o bipolární poruchu či jinou psychickou, ale i fyzickou nemoc. Měli bychom mít na jednání s takovým člověkem dostatek času a klidné místo. Včas o schůzce informovat, abychom nejen my měli čas se na rozhovor připravit. Při pohovoru je dobré začít s člověkem běžnou konverzací, aby se uvolnil. Musí vědět, že se jedná o přátelské setkání, a proto není důvod být ve stresu. Pokud vznikne podezření na nějaký problém, je možné doporučit návštěvu psychologa.

Na některých pracovních pozicích by se dokonce tato návštěva měla přímavyžadovat. Lékařská zpráva je pak samozřejmostí pro naši zpětnou vazbu. Pokud by problém byl horší a měli bychom podezření na sebevražednou ataku, je vhodné kontaktovat člena rodiny a dále postup řešit s ním. Člen rodiny může nechat našeho pacienta hospitalizovat pro jeho dobro. Tento krok by měl být opravdu tím posledním, k čemu by se personalista měl uchýlit s tím, že již vyčerpal všechny jiné možnosti.

²⁹Netajím žádnou nemoc, lhal při nástupu do Klatov duševně chorý lékař. Novinky.cz [online]. Klatovy, 2016 [cit. 2017-02-07].

Dostupné z: <https://www.novinky.cz/domaci/392311-netajim-zadnou-nemoc-lhal-pri-nastupu-do-klatov-dusevne-chory-lekar.html>

Všichni jistě známe Hvězdné války a všemi milovanou princeznu Leilu. I ji celý život pronásledovala tato nemoc. A co se při zrodu tohoto slavného díla dělo hlavní hrdince?

„Už během natáčení se herečka potýkala s psychickými obtížemi, odmítala však vyhledat lékařskou pomoc.

Situaci řešila drogami a alkoholem, které jí, jak sama říkávala, pomáhaly cítit se normálně. Když jí bylo pouhých 21 let, zamilovala se do LSD a neskončilo jen u toho.

Vrtkavou psychiku a sklon k závislostem měla v rodině. Trpěl jimi její otec, který byl také bipolární, a právě to dovedlo Carrie k uvědomění, že je na čase nechat si pomoci od lékařů: „Můj otec byl bipolární a navíc byl závislý na drogách. Věděla jsem tedy, jak to vypadá a postupně jsem si uvědomovala, že jsem stejně divná jako on,“ svěřila se před několika lety Fisherová. Bipolární poruchu herečce diagnostikovali až v devětadvaceti letech. Pár let před tím se provdala za zpěváka a skladatele Paula Simona. Manželství však mělo jepičí život. Trvalo pouhých 11 měsíců. Za rozvodem stály drogy a alkoholismus. Carrie se s bipolární poruchou osobnosti potýkala do konce života. Její poslední exces se udál v únoru 2013, kdy byla hospitalizována kvůli manickému záchvatu, který si následně vůbec nepamatovala. Vždy se však dokázala nad strasti svého života povznést a s černým humorem se nad nimi pousmát.“³⁰

Carrie Fisher bohužel 27. prosince 2016 ve věku 60 let zemřela následkem infarktu.

Už můžeme pouze spekulovat, zda ji kombinace drog a léků vyřadila srdce ze hry. Nicméně se dá říct, že s nemocí bojovala statečně. Ne každý dokáže být tak silný a nemoci úspěšně odolat, přiznat si a bojovat s nimi. Pokud bychom totiž použili metaforu, tak zavřené dveře = VÍTĚZSTVÍ. Chřipku, rakovinu porazíme tím, že za nimi zavřeme dveře. U bipolární poruchy se můžeme pouze přetahovat nebo zcela prohrát. Absolutní uzdravení je zde naprosto vyloučené.

Stejně tak poruchou trpí i známá herečka Catherine Zeta-Jones. Její otevřenost a statečnost by měla být inspirací pro všechny lidi.

Zmíněné pravdivé případy skončily, dá se říct šťastně. Doktor pacienty ohrozil,

³⁰ Drsný osud princezny Leiy: Drogy, alkoholismus, deprese a manželství s homosexuálem. *Expres* [online]. 2016 [cit. 2017-02-07]. Dostupné z: http://www.expres.cz/carrie-fisher-hvezdne-valky-smrt-d40-/celebrity.aspx?c=A161228_100345_dx-celebrity_terka

ale žádný jeho vinou nezemřel.

2 PRAKTICKÁ ČÁST

2.1 Cíle a metoda výzkumného šetření

V současné době je zaznamenán mnohem větší výskyt psychických nemocí, než tomu bylo doposud.

Už dříve jsem se zmiňovala o slavných lidech trpících touto chorobou. Umělci se snažili nám ukázat, že lidé s touto nemocí v manické fázi jsou velmi talentovaní a kreativní.

Ať již umělecky či svým intelektem. Miloš Kopecký, Edgar Allan Poe, Vincent van Gogh, každý z nich měl zcela jiné zaměření. Životem dvou mladých lidí s bipolární poruchou se zabývá film „Maniadays“. Jedná se o mladé lidi s uměleckým zaměřením, kteří na své psychické problémy záměrně neberou předepsané léky, aby tak nechali otevřené dveře své kreativitě. Jsou přesvědčeni, že stanovená medikace jim tuto kreativitu výrazně tlumí a otupuje. Jen díky ní mohou být ve své činnosti nejlepší. Přitom léky potřebují pro svou holou existenci a hrozící riziko sebevraždy. Z tohoto faktu vyplývá, že bipolární porucha se velmi často objevuje u umělecky založených lidí. Mnoho významných lidí jí tedy může vděčit za své objevy. Co kdyby si ale lékař pracující v nemocnici z těchto poznatků odnesl to, že díky nemoci bude lepším chirurgem? Skutečnost by byla úplně jiná. Konkrétní případ je uveden v této práci a určitě není ojedinělý. Díky stresu, užívání alkoholu, omamných látek a drog se bipolární porucha spouští u mladých lidí čím dál častěji. A neléčená nemoc má stejně fatální dopady jako například neléčená rakovina. Až na tu skutečnost, že neléčená bipolární porucha stáhne dolů i blízké lidi kolem pacienta, může se dotknout rodiny, přátel i spolupracovníků.

Pro svou bakalářskou práci, jsem vybrala kvalitativní i kvantitativní výzkum jako dotazníkové šetření. Jelikož v psychologii a sociologii se většinou používají obě metody současně. Dříve se používal pro takovou situaci smíšený termín. Otázky, které jsem zvolila, se objevily jak při rozhovoru, tak jsem je použila i v dotazníku. Dotazníkem jsem si tedy mohla ověřit odpovědi získané při rozhovoru s respondenty.

2.2 Cíl kvalitativního výzkumu

Po prostudování všech dostupných pramenů jsem došla k závěru, že symptomy bipolární poruchy se můžou prvotně začít objevovat okolo věku 20let pacienta. Rozhodla jsem se provést výzkum u dvou respondentů, kterým byla diagnostikovaná bipolární porucha. Chtěla bych si i ověřit domněnku, jestli lidé trpící touto nemocí, opravdu oplývají kreativními schopnostmi a zda po léčích pociťují útlum. Pro stanovení cílů mi dopomohla literatura, televizní tvorba a kamarádka žijící s přítelem, který trpí bipolární poruchou.

2.2.1 Metodika výzkumu a výběr respondentů

Náš respondent měl diagnostikovanou bipolární poruchu. Vybrala jsem si ho, jelikož jeho přítelkyně je má kamarádka, která mi rozhovor velmi ochotně domluvila a respondent také souhlasil.

Byly stanoveny tyto otázky:

Otázka č. 1

Mají respondenti umělecky nadaného ducha?

Otázka č. 2

Ztratili své kreativní schopnosti po zahájení předepsané léčby?

Otázka č. 3

Přemýšleli jste někdy nad spácháním sebevraždy?

2.2.2 Analýza kvalitativního šetření

Kazuistika 1.Pavel

Věk: 32let a 1 měsíc

Pozorování a popis:

Jedná se o dvaatřicetiletého muže tmavých vlasů, asi 185cm vysokého, velmi štíhlé postavy. Během rozhovoru mi odpovídá na otázky v klidu bez jakékoli gestikulace a mimiky. Pavel mluví rychle s menším náznakem únavy.

Zdravotní anamnéza:

Pavlovi byla diagnostikována bipolární porucha ve věku 26 let, s tímto vědomím tedy žije již 6let. Hospitalizován dosud nebyl, svou chorobu díky lékům držím pod kontrolou.

Rodinná anamnéza:

Pavel má mladší sestru. Oba dva hrají na kytaru a jeho sestra k tomu maluje obrazy na plátno. Není to její zaměstnání, ale pouze koníček. Rodiče jsou stále spolu, vyrůstal ve stabilním a klidném prostředí. Pavel žije se svou přítelkyní již 8let, díky ní vyhledal pomoc.

Osobní anamnéza:

Škola ho nikdy nebavila a nedokázal v ní udržet pozornost. Měl konflikty s paní učitelkou, dokonce po ní jednou hodil mokrým hadrem. V hodinách si stavěl své vzdušné zámky a všemožně fantazíroval. Snažil se být středem pozornosti jak doma tak i ve škole. Vyučil se automechanikem a tím se živil rok, když znovu nastoupil do školy. Tu již navštěvoval velmi sporadicky. Škola pro něho byla pouze místem, kde se mohl v klidu chvíli prospat. Ze školy po roce odešel a maturitu si nedodělal dodnes. Právě v tomto období se začaly objevovat první symptomy. Bez alkoholu a trávy si nedokázal přestavit svůj den, spal velmi málo. Když skončil se školou, dostavila se u něj deprese, zklamal své rodiče. Pavel vůbec nevycházel ven a nikoho nepouštěl k sobě do pokoje. Po překonání deprese si našel práci, kde poznal svou nynější přítelkyni. Vztah mezi nimi začal ve chvíli, kdy svou práci změnil. Práce střídá celkem pravidelně.

Současný stav:

Nyní žije Pavel ve společném bydlení se svou přítelkyní a snaží se o miminko. Jeho stav je nyní stabilní, a proto společně dospěli k tomuto závažnému rozhodnutí.

Rozhovor s Pavlem:

Kdy jste si poprvé uvědomil, že je něco špatně?

Popravdě jsem to nebyl ani tak já, kdo si uvědomil, že je něco opravdu špatně. Moje přítelkyně už měla dost mých střídajících se nálad. V žádné práci jsem nevydržel delší dobu. Výpověď nebo můj odchod, už sám nemám přehled, co za změnami vlastně bylo. Nechodil jsem domů, jak jsem slíbil, maximálně pro peníze. Sám jsem je neměl, tak mě dotovala moje přítelkyně. Zpětně ji nesmírně obdivuji, že to se mnou vydržela. V jednu chvíli jsem jí slíbil, že spolu budeme celý víkend a za pár minut jsem se balil, že jedu s kamarádkami na nějakou akci s tím, že tam budu jednu noc. Což jsem taky pochopitelně nedodržel. Pochopil jsem si, že je něco špatně, až mi to řekl odborník, kterého mě přítelkyně donutila navštívit.

Takže Vás, dá se říct, dotlačila k lékaři přítelkyně?

Ano, sám bych si to nikdy nepřiznal. Ale byla dobrá konstelace hvězd, chtěla odejít a tohle byla jediná podmínka pro to, aby zůstala. Kdyby chtěla odejít v mém veselejší období, asi bych ji nechal, ale takto zpětně už se to nedá odhadnout. Nicméně byla důsledná, šla se mnou až do ordinace a jen díky ní a jejímu vyprávění mi byla později potvrzena bipolární porucha.

Jste jí tedy vděčný?

Nesmírně, hodně jsem se srovnal. A v mém věku byl opravdu nejvyšší čas. Navíc už mám práci, kde vydržím, nechodím tam opilý, jsem dochvilný a tak podobně.

Hrával jste dříve na kytaru? Považujete se za kreativního člověka?

Tak hraje kde kdo, kreativita to nevím, ale baví mě něco tvořit. Proto jsem šel na automechanika. Tam přeci jen něco sestavujete na rozdíl od kanceláře. To by mě nebavilo ani dnes- sedět někde celý den za stolem.

A po lécích vás stále baví tvořit? Nepocítujete se jakkoliv ovlivněn?

Nemám do toho takové odhodlání, ale to může být věkem, únavou. Rozhodně není v mém zájmu lék vysadit a čekat, jestli se ze mě nestane další superstar.

Do doby než jste se začal léčit, přemýšlel jste nad možností sebevraždy?

Ano párkrát, jednou jsem spolykal hodně prášků s úmyslem to ukončit. Na štěstí jsem se v lécích příliš nevyznal, a tak jsem sáhl po imodiu. Měl jsem fakt hodně velké deprese, přítelkyně byla v práci nebo se chodila ven bavit. Byl jsem doma sám, nechtěla tam se mnou být. Když jsem ji řekl, co se stalo, vyhledala mi lékařskou pomoc.

Takže jste si hned uvědomil, že to nebylo moudré?

Hned ne, nejdřív jsem měl zlost na ni, pak na sebe, že nejsem neschopný udělat ani tohle. Až při zlepšení mi došlo, co se vlastně mohlo stát.

Jak reagovala rodina na toto zjištění?

Rodina ví, že jsem bipolární, vědí poměrně všechno, ale riziko sebevraždy jsem vynechal. Je to pro jejich dobro.

Co je pro Vás nejvíce stresující?

Když třeba fakt nemám náladu, hned to musí být mou nemocí. To mě fakt dopaluje. Vás taky občas někdo vytočí, a proto nejste hned bipolární.

Ale Vy jste, ve Vašem případě by mohlo jít o počáteční symptom.

Ano, mohlo. Ale to by ta nálada musela trvat déle, jenže lidi se mně ptají, jak mi je, jen když třeba opravdu nemám chuť jít ven a chci se celý den válet.

A co peníze? Měl jste problémy? Například dluhy?

Naštěstí skutečně velké dluhy ne, ale vždy jsem utratil víc, než jsem sám vydělal, půjčovali mi kamarádi, rodina a opravdu hodně mě dotovala moje přítelkyně. V barech jsem musel nechat hotový majlant. Ač jsem neměl vlastní peníze, měl jsem potřebu každého zvat.

Co byste jako pacient s bipolární poruchou doporučil ostatním?

Asi, aby nepodceňovali své duševní zdraví a vyhledali pomoc. Nejvíce se tak stává v období deprese, ale málo kdo se k tomu sám odhodlá. Pak může takový člověk jen doufat, že bude mít štěstí, jako jsem měl já a někdo mu k vyhledání pomoci dopomůže.

Kazuistika 2. Daniel

Věk: 29let a 9měsíců

Pozorování a popis:

Jedná se o devětadvacetiletého muže střední postavy. Asi 175cm vysoké. Daniel má světle oříškové vlasy a pěstěné vousy. Hned na první pohled oplývá Daniel energií a dobrou náladou.

Zdravotní anamnéza:

Danielovi byla bipolární porucha objevena poměrně nedávno. Hospitalizován nebyl a snaží se svou nemoc zvládnout nyní bez léků.

Rodinná anamnéza:

Daniel je jedináček, který vyrůstal pouze s otcem. Matka mu zemřela v pubertě, zabila se, když bylo Danielovi čtrnáct let, otec mu tedy zastupoval oba rodiče. Daniel miluje detektivky a rád by jednu i sám napsal. Stálou partnerku nemá.

Osobní anamnéza:

Daniel navštěvoval školu pravidelně, maturitu dodělal za podpory svého otce, ale z vysoké odešel po prvním semestru, Cítil potřebu se osamostatnit a začít vydělávat své vlastní peníze. Daniel byl ve škole tichý a nekonfliktní. Po smrti své matky se uzavřel do sebe, na střední škole nejspíš i vlivem jiného prostředí se změnil a začala mu takzvaná rebelská léta. Přes týden chodil do školy a víkendy propil na diskotékách. Otec ho nechal, byl rád, že Daniel již nesedí smutný a sám doma. Po škole začal pracovat jako číšník, tuto profesi vykonává dodnes. Sice již v jiném podniku, ale práce ho prý baví. Má kontakt s lidmi. Daniel se přiznává, že i během své pracovní doby holduje alkoholu a přestal užívat léky. Těm je vděčný za své uzdravení, pomoc vyhledal kvůli depresi, kterou dnes podle jeho slov netrpí. Rodina o jeho nemoci neví.

Současný stav:

Daniel bydlí sám ve svém pronajatém bytě.

Rozhovor s Danielem:

Bipolární porucha Vám byla diagnostikovaná teprve nedávno. Navštěvoval jste i v minulosti odborného lékaře?

Ano pokud budu počítat i tento rok, když už o své nemoci vím, jsou to celkem 4roky, co docházím k paní doktorce. Odhalit nemoc opravdu dlouho trvalo, hlavní příčina byla, že jsem chodil jen v období deprese. Když se to pravidelně objevovalo znovu a znovu. Byl jsem zván na kontroly i v období klidu, popravdě jsem i nějaké kontroly v tomto období zrušil či na ně vůbec nepřišel. Necítil jsem potřebu se léčit. Bylo mi dobře.

Ale díky tomu, že jsem občas na kontrolu přišel, poskytlo to paní doktorce ucelenější obrázek mého života. Vždy jsem si myslel, že kdybych něco takového měl, tak to lékaři poznají ihned. Opravdu jsem se i později dočetl, že než se na to přijde, chvíli to trvá. Jsem rád, že se na to vůbec přišlo.

Takže se aktuálně léčíte?

Ne, teď neberu léky, ale na kontroly docházím. Podle paní doktorky bych léky měl brát, ale chtěl jsem si to vyzkoušet bez nich.

Svévolné vysazování léků je, ale nebezpečné. A hlavně přestat brát léky je mnohem horší než kdybyste je nikdy nebral. Nebojíte se, že se Vaše nemoc nyní projeví v plné síle?

Kdybych dopustil, aby mě můj strach plně ovládal, ani nevyjdu z bytu. Báł bych se všeho, co kdyby mě například porazilo auto, něco na mě na ulici spadlo. Jednoduše nechci být závislý na lécích. Nebral jsem je celý život a až na deprese si myslím, že se to se mnou dalo vydržet. Až nastane situace, kdy si sám neporadím, začnu brát své léky.

A až to zajde do bodu, kdy si sám neporadíte? Tak to už se snad stalo, nemýlím se?

A proto jste vyhledal lékařskou pomoc?

Ano měl jsem deprese a ty už nemám.

Dobře, vrátím se zpět k našim otázkám. Považujete sám sebe za kreativního člověka?

Ne, to ne. Nehraju na žádný hudební nástroj a ani neumím malovat jako Pablo Picasso. Jediné co vážně umím, je vyprávění příběhů. Jestli se tohle dá považovat za určitý druh kreativity? Pak bych to o sobě mohl tvrdit. Sám miluju detektivní příběhy a rád bych jednou takový i napsal, třeba něco jako je Zmizelá. Jenomže se k tomu dokopat je pro mě prakticky nemožné, vím o sobě, že nejsem schopný dotáhnout věci dokonce.

A tak by moje knížka skončila po pár kapitolách navěky nedopsaná.

V době když jste užíval své léky, měl jste pocit, že jste ztratil schopnost vyprávět své příběhy?

Léky jsem bral opravdu chvilku, navíc jsem měl depresi a to se mi většinou nechce vyprávět nic. Takže nemůžu bohužel na otázku odpovědět.

Mluvíte o depresích, měl jste je často a vážné?

Ano, opravdu jsem měl pocit, že jen co jsem se jedné zbavil, přišla další a horší deprese. Proto jsem vyhledal lékaře. Jednou jsem přemýšlel i nad sebevraždou, promýšlel jsem jak a kdy. Jenomže bych nerad skončil jako moje matka, a proto jsem vyhledal pomoc.

A co vaše mánie? Předpokládám, že jste si musel projít i touhle fází?

Váš předpoklad je správný, ale v této fázi jsem nepotřeboval vyhledávat pomoc. Naopak neustále jsem někam chodil, balil ženské. Což jsem díky skutečnosti, že bydlím sám i mockrát mohl dotáhnout až do konce. Spal jsem s tolika dívkami, že už to ani já sám nespočítám.

Nemáte někdy potřebu říct alespoň svému otci o vašem duševním stavu?

Ne, podle mě tou samou nemocí trpěla i moje matka, a proto se nakonec zabila. Říct mu tuhle skutečnost by tátovi nepomohlo, ale naopak. Nechci mu naplnit život strachem, abych nedopadl stejně jako ona. Mě čeká jiný osud, a proto mi to přijde zbytečné rodině říkat. Až si jednoho dne najdu holku, kterou si vezmu a té to potom řeknu. Ať mé stavy nebere osobně a ví, že má plné právo ze mě šílet.

A v práci jste to oznámil?

Ne, tam mě mají díky střídání nálad za malou ženskou a tak se mi to líbí, díky nim můžu předstírat, že je aspoň na okamžik všechno v pořádku a normální.

Měl jste někdy problémy s penězi? Finanční potíže? Dluhy?

V dnešní době, kdo by je neměl. A já nejsem výjimkou. V práci si hodně vydělám na tipech, ale taky hodně utratím za alkohol ve svém volném čase. Dluhy v pravém slova smyslu ne, pokud potřebuju peníze, půjčím si od táty.

2.2.3 Shrnutí a závěr kvalitativního šetření

Cílem našeho rozhovoru bylo nalézt odpovědi na mnou položené otázky a připravit se na dotazníkové šetření i z přímého pohledu pacienta.

Otázka č. 1: Mají respondenti umělecky nadaného ducha?

Tuto otázku nejsem schopna odpovědět, přestože můj osobní názor je ano. Pavel je kreativní člověk a Daniel, i když odpověděl záporně, podle mého názoru rovněž vykazuje určitý stupeň kreativity.

Otázka č. 2: Ztratili své kreativní schopnosti po zahájení předepsané léčby?

Pavel ztratil své zapálení pro věc, dá se říct, že léky ho skutečně částečně utlumily. Přesto nehodlá tento fakt ověřovat a riskovat vysazení léků.

Otázka č. 3: Přemýšleli jste někdy nad spácháním sebevraždy?

Na tuto odpověď můžeme odpovědět ano, oba skutečně uvažovali nad možností sebevraždy.

Pavel byl velice otevřený. Proto jsem se nebála pokládat mu až tak osobní otázky. Od jeho přítelkyně znám i pohled z druhé strany, a proto jsem se na rozhovor mohla lépe připravit, což jsem ve finále velmi ocenila. Daniela jsem neznala, měla jsem pouze doporučení od Pavla, ale i on byl po počátečním ostychu velmi otevřený. Osobně si myslím, že oba rozhovory dopadly dobře a já našla své odpovědi. Odpovědi bych si přesto ráda ověřila v dotazníkovém šetření. Díky oběma rozhovorům jsem byla

schopna svůj dotazník lépe vypracovat.

2.3 Cíl kvantitativního výzkumu

Cílem doplňkového výzkumného šetření bylo zjistit u respondentů s bipolární poruchou výskyt kreativity. A zda ji ve své práci využijí. V neposlední řadě jestli jim nemoc jakýmkoli způsobem zasahuje do života. Použila jsem dotazník, který jsem sama vypracovala. Hypotézy pocházejí z předešlých rozhovorů.

Hypotéza č.1

Předpokládám, že více jak polovina lidí s bipolární poruchou má kreativní schopnost.

Hypotéza č.2

Předpokládám, že více jak polovina lidí s bipolární poruchou přemýšlela nad sebevraždou.

Hypotéza č.3

Předpokládám, že více jak polovina lidí s bipolární poruchou je neschopna udržet si dlouhodobou práci.

2.3.1 Metody a charakteristika kvantitativního výzkumu

Výsledky můžeme změřit formou procent v přehledné tabulce na rozdíl od rozhovoru. Dotazník lze převést na čísla, ale potřebujeme zde více respondentů než dva, jako tomu bylo při rozhovorech. Zde vycházím z hypotéz, díky kterým jsem mohla sestavit otázky do dotazníku. Otázky jsou jednoduché, lehce pochopitelné a délka vyplnění zabere pár minut. Typy otázek jsou uzavřené. Dávají respondentům možné varianty odpovědi a na vyplnění jsou velice jednoduché. Což platí i pro mé následné zpracování. Na složitější otázky jsem se ptala při rozhovoru, dotazník mi pouze slouží k ověření již získaných informací od respondentů Pavla a Daniela a rovněž z prostudovaných článků. Dotazník obsahuje 15 uzavřených otázek, jednu podotázku a obdrželo jej 32 pacientů. Kvůli specifické skupině jsem nemohla mít respondentů více. Dotazník byl zcela anonymní a dostali jej pouze pacienti, kterým byla diagnostikovaná bipolární porucha. Dotazníky

anonymně rozdal Pavel s Danielem, se kterými jsem vedla rozhovor. Aktivně jsem využila jejich kontakty na pacienty s bipolární poruchou. Odkud respondenti přesněji pocházejí, říct nemohu. I pro mě byla zpětná vazba zcela anonymní a vše jsem vypracovala pouze z výsledků dotazníku. Pozitivním zjištěním bylo, že se mi všechny rozdané dotazníky vrátily zpět vyplněné.

2.3.2 Metodika výzkumu

Pro zjištění otázek na životní situaci lidí s bipolární poruchou jsem si vybrala dotazníkové šetření. Díky anonymitě jsem přesvědčena, že na něj budou respondenti odpovídat anonymně. Dotazník je tvořen z 15 otázek a 1 podotázky. A byl předložen v tištěné formě a následně mnou zpracován včetně tabulek, které budou u odpovědí zobrazeny.

2.3.3 Analýza kvantitativního výzkumu a výsledky dotazníkového šetření

V následujících tabulkách jsou zobrazeny výsledky dotazníku.

Otázka č.1: Vaše pohlaví?

Tabulka 2: Pohlaví respondentů

Pohlaví respondentů						
	Muži		Ženy		Celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%
Počet	9	28,1	23	71,9	32	100

Zdroj:³¹

Z vyplnění lze vidět, že celkem dotazník vyplnilo všech 32 respondentů. Z čehož bylo 23 žen (tj. téměř 72%) a 9 mužů (přes 28%).

³¹ Vlastní zpracování, 2017

Otázka č.2: V kolika letech Vám byla diagnostikovaná bipolární porucha?

Tabulka 3: Věk diagnostikování nemoci

Věk diagnostikování nemoci						
Věk	Muži		Ženy		Celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%
0 - 15	0	0	0	0	0	0
16 - 21	1	11,1	4	17,4	5	15,6
22 - 30	1	11,1	15	65,2	16	50
31 - 40	4	44,4	3	13	7	21,9
Více než 41	3	33,4	1	4,4	4	12,5
Celkem	9	100	23	100	32	100

Zdroj:³²

Zde vidíme, jak se v oblasti diagnostiky výsledky rozcházejí. U našich respondentů, ať už to byla žena či muž, nebyla diagnostikovaná bipolární porucha do věku 15let.

Do 21 to již vědělo 5 respondentů (15,6%), z toho 1 muž (11,1% z celkového počtu mužů) a 4 ženy (17,4% z celkového počtu žen. Do 30. roku věku byla porucha zjištěna u 16 respondentů (50%), z toho 1 muž (11,1% z celkového počtu mužů) a 15 žen (65,2% z celkového počtu žen. Z čehož můžeme usoudit, že je zde největší pravděpodobnost odhalení. Poměr žen a mužů je zde velmi rozdílný, ale rozdílný je i celkový poměr žen a mužů 23:9. Mezi 31-40 rokem byla diagnostikována nemoc u 7 respondentů (21,9%), z toho 4 mužům (44,4% z celkového počtu mužů) a 3 ženám (13% z celkového počtu žen). A ve vyšším věku 4 respondentům (12,5%), z toho 3 mužům (33,4% z celkového počtu mužů) a 1 ženě (4,4% z celkového počtu žen. Můj osobní názor je, že u mužů se na nemoc přichází mnohem později než u žen.

³² Vlastní zpracování, 2017

Otázka č.3:Myslíte si o sobě, že máte kreativní schopnosti (výtvarné, hudební či jiné)?

Tabulka 4: Kreativní schopnosti

Kreativní schopnosti						
	Muži		Ženy		Celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%
Ano	7	77,8	22	95,7	29	90,6
Ne	2	22,2	1	4,3	3	9,4
Celkem	9	100	23	100	32	100

Zdroj:³³

O svých kreativních schopnostech je přesvědčeno 29 respondentů (90,6%), z toho 7 mužů (77,8% z celkového počtu mužů) a 22 žen (95,7% z celkového počtu žen). Za to pouze 3 respondenti (9,4%) si o sobě nemyslí, že jsou kreativní, z toho 2 muži (22,2% z celkového počtu mužů) a 1 žena (4,3% z celkového počtu žen).

³³ Vlastní zpracování, 2017

Na následující otázku odpovídejte, jen pokud jste na předchozí otázku odpověděli ano.

Otázka č.3a: Zhoršily se Vaše kreativní dovednosti po užití léků?

Tabulka 5: Změna kreativních dovedností

Změna kreativních dovedností						
	Muži		Ženy		Celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%
Ano	4	57,1	17	77,3	21	72,4
Ne	1	14,3	2	9,1	3	10,3
Nevím	2	28,6	3	13,6	5	17,3
Celkem	7	100	22	100	29	100

Zdroj:³⁴

Na tuto otázku odpovídalo jen 29 respondentů z celkových 32. 21 respondentů (72,4%) si myslí, že díky užívání léků je jejich kreativita snížena, z toho 4 muži (57,1% z celkového počtu mužů) a 17 žen (77,3% z celkového počtu žen). Naopak 3 respondenti si nebyli vědomi tohoto tvrzení, z toho 1 muž (14,3% z celkového počtu mužů) a 2 ženy (9,1% z celkového počtu žen). 5 respondentů (17,3%) na tuto otázku nedokázalo odpovědět ani kladně ani záporně, z toho 2 muži (28,6% z celkového počtu mužů) a 3 ženy (13,6% z celkového počtu žen).

³⁴ Vlastní zpracování, 2017

Otázka č.4: Využil jste své tvůrčí/kreativní schopnosti jakkoliv ve své práci?

Tabulka 6: Využití kreativních schopností v práci

Využití kreativních schopností v práci						
	Muži		Ženy		Celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%
Ano	5	55,6	2	8,7	7	21,9
Ne	1	11,1	12	52,2	13	40,6
Nevím	3	33,3	9	39,1	12	37,5
Celkem	9	100	23	100	32	100

Zdroj:³⁵

Pouze 7 lidí (21,9%) dokázalo využít svou tvůrčí kreativní schopnost ve své práci, z toho je 5 mužů (55,6% z celkového počtu mužů) a 2 ženy (8,7% z celkového počtu žen). 13 respondentů (40,6%) nedokázalo při práci své kreativní schopnosti uplatnit, z toho 1 muž (11,1% z celkového počtu mužů) a 12 žen (52,2% z celkového počtu žen). Dále 12 respondentů nedokázalo odpovědět, zda někdy své kreativní schopnosti měli možnost při své práci uplatnit, z toho 3 muži (33,3% z celkového počtu mužů a 9 žen (39,1% z celkového počtu žen).

³⁵ Vlastní zpracování, 2017

Otázka č.5:Dostali jste někdy z práce výpověď, kterou zapříčinila Vaše nemoc?

Tabulka 7: Výpověď ze zaměstnání

Tabulka č. 7 Výpověď ze zaměstnání						
	Muži		Ženy		Celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%
Ano	2	22,2	13	56,5	15	46,9
Ne	6	66,7	10	43,5	16	50
Nevím	1	11,1	0	0	1	3,1
Celkem	9	100	23	100	32	100

Zdroj:³⁶

U této otázky celkově 15 respondentů (46,9%) je přesvědčeno, že jejich nemoc stála za výpovědí ze zaměstnání, z toho 2 muži (22,2% z celkového počtu mužů) a 13 žen (56,5% z celkového počtu žen). Naopak 16 respondentů (50%) je přesvědčeno, že jejich nemoc nebyla příčinou jejich ukončení pracovního poměru, z toho 6 mužů (66,7% z celkového počtu mužů) a 10 žen (43,5% z celkového počtu žen). Pouze jeden respondent (3,1%) – muž (11,1% z celkového počtu mužů) nedokázal na otázku odpovědět.

³⁶ Vlastní zpracování, 2017

Otázka č.6:Dostali jste se díky nemoci do finanční/dluhové krize?

Tabulka 8: Finanční problémy

Finanční problémy						
	Muži		Ženy		Celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%
Ano	6	66,7	17	73,9	23	71,9
Ne	3	33,3	6	26,1	9	28,1
Nevím	0	0	0	0	0	0
Celkem	9	100	23	100	32	100

Zdroj:³⁷

Zde je poměr celkem vysoký. Celkem 23 respondentů (71,9%) mělo problém s penězi, z toho 6 mužů (66,7% z celkového počtu mužů) a 17 žen (73,9% z celkového počtu žen). Naopak 9 respondentů (28,1%) je přesvědčeno, že jejich onemocnění nemělo dopad na jejich finanční situaci (dluhy, půjčky, exekuce), z toho 3 muži (33,3% z celkového počtu mužů) a 6 žen (26,1% z celkového počtu žen). A nevyskytl se žádný respondent, který by na otázku nedokázal odpovědět. Všechny 32 respondentů odpovědělo na otázku kladně nebo záporně.

³⁷ Vlastní zpracování, 2017

Otázka č.7: Vyhledali jste sami odbornou pomoc?

Tabulka 9: Odborná pomoc

Odborná pomoc						
	Muži		Ženy		Celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%
Ano	4	44,4	2	8,7	6	18,8
Ne	5	55,6	21	91,3	26	81,2
Celkem	9	100	23	100	32	100

Zdroj:³⁸

Tady tabulka mluví sama za sebe a výsledky jsou opravdu alarmující. Vždyť celkově pouze 6 respondentů (18,8%) vyhledalo samo pomoc, z toho 4 muži (44,4% z celkového počtu mužů) a 2 ženy (8,7% z celkového počtu žen). Za to dobrovolně odbornou pomoc nevyhledalo 26 respondentů (81,2%), z toho 5 mužů (55,6% z celkového počtu mužů) a 21 žen (91,3% z celkového počtu žen). Z celkového počtu 32 respondentů je záporný výsledek 81,2% opravdu velmi vysoký.

³⁸ Vlastní zpracování, 2017

Otázka č.8:Byl/a jste někdy hospitalizovaná v nemocnici pro svou chorobu?

Tabulka 10: Hospitalizace

Hospitalizace						
	Muži		Ženy		Celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%
Ano	7	77,8	11	47,8	18	56,2
Ne	2	22,2	12	52,2	14	43,8
Celkem	9	100	23	100	32	100

Zdroj:³⁹

Celkem bylo hospitalizováno 18 respondentů (56,2%), z toho 7 mužů (77,8% z celkového počtu mužů) a 11 žen (47,8% z celkového počtu žen).

Naopak u 14 respondentů (43,8%) dosud hospitalizace nebyla nutná, z toho 2 muži (22,2% z celkového počtu mužů) a 12 žen (52,2% z celkového počtu žen).

Otázka č.9Přemýšlel/a jste někdy o sebevraždě?

Tabulka 11: Sebevražedné sklony

Sebevražedné sklony						
	Muži		Ženy		Celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%
Ano	7	77,8	22	95,7	29	90,6
Ne	2	22,2	0	0	2	6,3
Nevím	0	0	1	4,3	1	3,1
Celkem	9	100	23	100	32	100

Zdroj:⁴⁰

³⁹ Vlastní zpracování, 2017

Tady je opět číslo velmi vysoké. Což potvrzuje všechnu odbornou literaturu, že u lidí s bipolární poruchou je opravdu nebezpečně vysoké riziko sebevraždy. 29 respondentů (90,6%) potvrdilo, že o sebevraždě někdy přemýšlelo, z toho 7 mužů (77,8% z celkového počtu mužů) a 22 žen (95,7% z celkového počtu žen). A pouze 2 respondenti (6,3%), oba muži (22,2% z celkového počtu mužů) o sebevraždě nikdy neuvažovali. A 1 respondent (3,1%) – žena (4,3% z celkového počtu žen) nedokázala na otázku odpovědět. Zda se o sebevraždu někdy respondenti již skutečně pokusili, jsem se ptát nechtěla. Myslím si, že již tato otázka je na hranici, za kterou se dotazníková akce nemá vydávat. Jde o velmi osobní a citlivé téma.

Otázka č.10: Máte nebo jste měli dlouhodobou práci, která trvala déle než 5let?

Tabulka 12: Otázka č. 10: Délka pracovního poměru

Délka pracovního poměru						
	Muži		Ženy		Celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%
Ano	6	66,7	9	39,1	15	46,9
Ne	3	33,3	14	60,9	17	53,1
Celkem	9	100	23	100	32	100

Zdroj:⁴¹

15 respondentů (46,9%) je schopno udržet si trvalou práci, z toho 6 mužů (66,7% z celkového počtu mužů) a 9 žen (39,1% z celkového počtu žen). Naopak 17 respondentů (53,1%), z toho 3 muži (33,3% z celkového počtu mužů) a 14 žen (60,9% z celkového počtu žen) toho v současné situaci schopni nejsou.

⁴⁰ Vlastní zpracování, 2017

⁴¹ Vlastní zpracování, 2017

Otázka č.11:Zapříčinila někdy Vaše nemoc neschopnost vykonávat Vaši práci?

Tabulka 13: Otázka č. 11: Vliv nemoci na pracovní výkony

Vliv nemoci na pracovní výkony						
	Muži		Ženy		Celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%
Ano	1	11,1	17	73,9	18	56,3
Ne	8	88,9	4	17,4	12	37,5
Nevím	0	0	2	8,7	2	6,2
Celkem	9	100	23	100	32	100

Zdroj:⁴²

Celkově 18 respondentů (56,3%) si myslí, že jejich nemoc jim zabránila vykonávat jejich práci, z toho 1 muž (11,1% z celkového počtu mužů) a 17 žen (73,9% z celkového počtu žen). Naopak 12 respondentů (37,5%) si myslí, že jejich nemoc vlastní výkonnost neovlivňuje, z toho 8 mužů (88,9% z celkového počtu mužů) a 4 ženy (17,4% z celkového počtu žen). A pouze 2 respondenti (6,2%) - a to ženy (8,7% z celkového počtu žen) si nedokázaly vzpomenout, zda jim někdy jejich nemoc zabránila ve výkonu své práce.

⁴² Vlastní zpracování, 2017

Otázka č.12:Máte v současné době partnerský vztah, který trvá již déle než 3 roky?

Tabulka 14: Dlouhodobější partnerský vztah

Dlouhodobější partnerský vztah						
	Muži		Ženy		Celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%
Ano	1	11,1	6	26,1	7	21,9
Ne	8	88,9	17	73,9	25	78,1
Celkem	9	100	23	100	32	100

Zdroj:⁴³

U partnerského soužití opět situace nevypadá optimisticky. 7 respondentů (21,9%), z toho 1 muž (11,1% z celkového počtu mužů) a 6 žen (26,1% z celkového počtu žen) má v současné době trvalý vztah, ale 25 respondentů (78,1%) je bez trvalého partnerského vztahu, z toho 8 mužů (88,9% z celkového počtu mužů) a 17 žen (73,9% z celkového počtu žen).

⁴³ Vlastní zpracování, 2017

Otázka č.13: Máte či jste měli někdy období, ve kterém jste často střídali sexuální partnery?

Tabulka 15: Sexuální aktivita

Sexuální aktivita						
	Muži		Ženy		Celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%
Ano	8	88,9	18	78,3	26	81,2
Ne	1	11,1	2	8,7	3	9,4
Nevím	0	0	3	13	3	9,4
Celkem	9	100	23	100	32	100

Zdroj:⁴⁴

26 dotázaných respondentů (81,2%) odpovědělo na sexuální promiskuitu kladně, z toho 8 mužů (88,9% z celkového počtu mužů) a 18 žen (78,3% z celkového počtu žen).

3 respondenti (9,4%) uvedli, že se u nich časté střídání sexuálních partnerů nevyskytovalo či nevyskytuje, z toho 1 muž (11,1% z celkového počtu mužů) a 2 ženy (8,7% z celkového počtu žen). 3 respondenti (9,4%) – 3 ženy (13% z celkového počtu žen) nedokázaly na otázku odpovědět ani kladně ani záporně.

⁴⁴ Vlastní zpracování, 2017

Otázka č.14: Dotahujete věci do konce (dokončujete zahájené pracovní i mimopracovní aktivity)?

Tabulka 16: Dokončování rozdělané práce

Dokončování rozdělané práce						
	Muži		Ženy		Celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%
Ano	0	0	4	17,4	4	12,5
Občas	2	22,2	8	34,8	10	31,3
Ne, nikdy	7	77,8	11	47,8	18	56,2
Celkem	9	100	23	100	32	100

Zdroj:⁴⁵

Jako problematické se jeví i dokončení rozdělané aktivity a není podstatné, jestli se jedná o pracovní nebo mimopracovní aktivity. Rozdělanou práci bez problémů dokončí 4 respondenti (12,5%) – jedná se o 4 ženy (17,4% z celkového počtu žen). Občas problém dokončit rozdělanou práci má 10 respondentů (31,3%), z toho 2 muži (22,2% z celkového počtu mužů) a 8 žen (34,8% z celkového počtu žen). Nikdy práci, kterou započnou, nedokončí 18 respondentů (56,2%), z toho 7 mužů (77,8% z celkového počtu mužů) a 11 žen (47,8% z celkového počtu žen).

⁴⁵ Vlastní zpracování, 2017

Otázka č. 15: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání

Tabulka 17: Dosažené vzdělání

Dosažené vzdělání						
Vzdělání	Muži		Ženy		Celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%
Základní	0	0	0	0	0	0
Vyučení	3	33,3	7	30,4	10	31,2
Středoškolské s maturitou	4	44,5	10	43,5	14	43,8
Vyšší odborné	1	11,1	2	8,7	3	9,4
Vysokoškolské	1	11,1	4	17,4	5	15,6
Celkem	9	100	23	100	32	100

Zdroj:⁴⁶

Se základním vzděláním se nevyskytl žádný respondent. Mezi dotazovanými je převaha respondentů se středním vzděláním – vyučeno je 10 respondentů (31,2%), z toho 3 muži (33,3% z celkového počtu mužů) a 7 žen (30,4% z celkového počtu žen) a středoškolské vzdělání s maturitou má 14 respondentů (43,8%), z toho 4 muži (44,5% z celkového počtu mužů) a 10 žen (43,5% z celkového počtu žen). Vyšší odborné vzdělání vykazují 3 respondenti (9,4%), z toho 1 muž (11,1% z celkového počtu mužů) a 2 ženy (8,7% z celkového počtu žen). Vysokoškolské vzdělání má pouze 5 respondentů (15,6%), z toho 1 muž (11,1% z celkového počtu mužů) a 4 ženy (17,4% z celkového počtu žen).

⁴⁶ Vlastní zpracování, 2017

2.4 Platnost hypotéz

Nyní bych se ráda vyjádřila k platnosti hypotéz.

Hypotéza č.1

Předpokládám, že více jak polovina pacientů oplývá kreativními schopnostmi.

Na základě výsledků můžeme říct, že:

- 29 respondentů (91%) se považuje za kreativní
- 3 respondenti (9%) se za kreativní nepovažují

Z těchto odpovědí plyne, že 29 respondentů se považuje za kreativní osoby. Hypotézu č. 1 tedy **můžeme přijmout**.

Hypotéza č.2

Předpokládám, že více jak polovina lidí s bipolární poruchou přemýšlela o sebevraždě.

Na základě výsledků můžeme říct, že:

- 29 respondentů (91%) přemýšlelo o spáchání sebevraždy
- 2 respondenti (6%) o sebevraždě neuvažovali vůbec
- 1 respondent (3%) nechtěl odpovídat

Z těchto odpovědí plyne, že 29 respondentů uvažovalo někdy nad spácháním sebevraždy. Hypotézu č. 2 tedy **můžeme přijmout**.

Hypotéza č.3

Předpokládám, že více jak polovina lidí s bipolární poruchou si není schopna udržet dlouhodobou práci. Na základě těchto výsledků můžeme říct, že:

- 15 respondentů (47%) si je schopno udržet dlouhodobější práci
- 17 respondentů (53%) si není schopno udržet dlouhodobě práci

Z těchto odpovědí plyne, že 15 respondentů je schopno si udržet dlouhodobou práci i přes svou nemoc, zatímco 17 respondentů toho schopno není. Tuto hypotézu nelze přijmout, jelikož kladných 47% odpovědí není natolik přesvědčivé číslo, díky kterému by se tato hypotéza dala jednoznačně **přijmout**.

ZÁVĚR

Bipolární porucha je duševní nemoc, kdy se střídají změny nálad. Střídají se depresivní a manické stavy. Při této nemoci netrpí pouze pacient, ale i celé jeho okolí. Pouze léčený člověk je schopný fungovat normálně a ve svém zaměstnání vykazovat dobré výsledky. Nemoc se dá celkem dobře léčit, ale u neléčeného pacienta je normální fungování po nějaké době prakticky nemožné. Z práce nakonec odejde sám, a nebo dostane výpověď za neplnění úkolů a absenci v pracovní docházce. Bohužel ani lékař natož personalista nemůže rozpoznat nemoc u pacienta, jelikož neexistuje žádný test, který by bipolární poruchu potvrdil, jako je to třeba u rakoviny. Ani příčiny nejsou jasné, podle studií jsou nejčastějším spouštěčem drogy, alkohol, ostatní návykové látky, stres či traumatická událost v dětství, zneužívání a jiné stresové situace, v některých případech může jít i o dědičnou nemoc. V dnešní době je výskyt bipolární poruchy mnohem větší než v dřívější době, jednak nemoc vešla do povědomí lidí a také díky světu, ve kterém žijeme, je mnohem více spouštěčů. Pacient vyhledává nejčastěji odbornou pomoc při depresivním stavu, čímž je jeho diagnóza chybně klasifikovaná jako pouhá deprese. Při manické fázi se cítí být zdravý a plný života, pro návštěvu lékaře nevidí jediný důvod. Velkou roli zde proto hraje okolí člověka, zda toto podezření dokáže pojmenovat a vyhledat odbornou pomoc, kde by mohl pacientův stav probrat. Bipolární nemoc je nebezpečnou hlavně pro vysoký výskyt sebevražd při depresivním stavu. Pacient nevidí jinou možnost, nemůžeme mu to mít za zlé, sám si pomoci nedokáže. Je nemocný. Pro depresi může ztratit zaměstnání, čímž se jeho depresivní stav ještě více prohloubí. Zajímavé na tom je, že lidí trpících bipolární poruchou jsou velice kreativně nadaní. Mnoho slavných a významných osobností trpělo právě bipolární poruchou. Ať se dnes již jedná o vědce, herce či básníka. Mnozí proto neužívají léky, aby netlumili svou kreativitu, kterou nemoc přináší. Takový příběh je vyobrazen ve filmu *Maniadays*, kdy hlavní hrdinové záměrně neužívají své medikamenty. Každý člověk má právo občas se cítit smutně nebo šťastně, a pokud se nám nic nedaří, můžeme se i zlobit. Nemusí to ihned znamenat přicházející problém v podobě bipolární poruchy. Ovšem při příchodu do práce by tyto emoce,

problémy měly zůstat doma. Obzvlášť jedná-li se o lékaře či jiné podobné zaměstnání. Dokonce ani herec nesmí dát najevo své soukromé emoce při hraní role. Proto je dobré mít se na pozoru, ale pacienta zbytečně nestresovat našimi obavami z nástupu nemoci. Mohlo by to pro něj mít negativní dopad. Ale pokud jsou projevy časté a bez příčiny, mohlo by se jednat o příznaky bipolární poruchy. V nemocnicích nás od dětství testují na různé nemoci, preventivně jsme očkováni, ale bohužel žádný dostupný test nezjistí bipolární poruchu. A duševní zdraví vám nikdo neprověří při běžné preventivní prohlídce. Takže z pozice personalisty, bychom si měli pohlídat i osobnostní profily zaměstnanců. A to ať už se jedná o syndrom vyhoření až po poruchu, kterou jsem si zvolila jako téma své bakalářské práce. Tady konkrétně personalista sám problém pochopitelně za nemocného nevyřeší. Ale mohl by se zaměstnanci stát schůdkem k nalezení pomoci odborného lékaře a tím ke svému uzdravení a návratu do společnosti jako plnohodnotná bytost. Jelikož takový člověk si opravdu sám pomoci nedokáže a většinou je odkázaný na své okolí.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

GAY, Christian. *Bipolární porucha: rady pro rodiny a blízké osob s maniodepresivními stavy*. Praha: Portál, 2010, s. 26. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-7367-668-1.

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

PACLT, Ivo. *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. Praha: Grada, 2007, s. 167. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1426-4.

COHEN, Robert M. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. Praha: Portál, 2002. ISBN 8071784974.

KOPECKÁ, Ilona. *Psychologie: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2011-. ISBN 9788024738765.

VACÍNOVÁ, Marie, Dobromila TRPIŠOVSKÁ a Marie FARKOVÁ. *Psychologie*. Vyd. 2., rozš. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2010. ISBN 9788074520082.

NAVARRO, Joe a Toni Sciarra POYNTER. *Nebezpečné osobnosti: jak je odhalit a chránit se před nimi: příručka bývalého agenta FBI*. Praha: Grada, 2015. ISBN 9788024754871.

NÝVLTOVÁ, Václava. *Psychopatologie pro speciální pedagogy*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2008. ISBN 9788086723488.

Seznam použitých internetových zdrojů

Drsný osud princezny Lei: Drogy, alkoholismus, deprese a manželství s homosexuálem. *Expres* [online]. [cit. 2017-02-07] Dostupné z: http://www.expres.cz/carrie-fisher-hvezdne-valky-smrt-d4o-/celebrity.aspx?c=A161228_100345_dx-celebrity_terka

Duševně chorý primář nebude za trýznění dětí potrestán. *Novinky.cz* [online]. Klatovy, 2016 [cit. 2017-02-07]. Dostupné z: <https://www.novinky.cz/krimi/393445-dusevne-chory-primar-nebude-za-tryzneni-deti-potrestan.html>

Netajím žádnou nemoc, lhal při nástupu do Klatov duševně chorý lékař. Novinky.cz [online]. Klatovy, 2016 [cit. 2017-02-07]. Dostupné z: <https://www.novinky.cz/domaci/392311-netajim-zadnou-nemoc-lhal-pri-nastupu-do-klatov-dusevne-chory-lekar.html>

NOVÁK, Tomáš. Bipolární afektivní porucha v těhotenství a v období po porodu. In: *Ordinace.cz* [online]. 2009 [cit. 2017-02-07]. Dostupné z: <http://www.ordinace.cz/clanek/bipolarni-afektivni-porucha-v-tehotenstvi-a-v-obdobi-po-porodu/>

SEZNAM OBRÁZKU A TABULEK

Seznam obrázků

Obrázek 1: Schéma vzniku bipolární afektivní poruchy jako výsledek působení negativních životních událostí	14
Obrázek 2: Vliv stresu na rozvoj bipolární poruchy	15
Obrázek 3: Schematické znázornění cyklování nálady u bipolární afektivní poruchy...	16

Seznam tabulek

Tabulka 1: Faktory, které zvyšují riziko sebevražedného jednání.....	26
Tabulka 2: Pohlaví respondentů	44
Tabulka 3: Věk diagnostikování nemoci	45
Tabulka 4: Kreativní schopnosti	46
Tabulka 5: Změna kreativních dovedností.....	47
Tabulka 6: Využití kreativních schopností v práci	48
Tabulka 7: Výpověď ze zaměstnání	49
Tabulka 8: Finanční problémy	50
Tabulka 9: Odborná pomoc	51
Tabulka 10: Hospitalizace	52
Tabulka 11: Sebevražedné sklony	52
Tabulka 12: Otázka č. 10: Délka pracovního poměru	53
Tabulka 13: Otázka č. 11: Vliv nemoci na pracovní výkony	54
Tabulka 14: Dlouhodobější partnerský vztah	55
Tabulka 15: Sexuální aktivita	56
Tabulka 16: Dokončování rozdělané práce	57

Tabulka 17: Dosažené vzdělání	58
-------------------------------------	----

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Dotazník	I
-----------------------------------	----------

Příloha A

Dotazník

Vážené respondentky, vážení respondenti,

obracím se na Vás s žádostí o vyplnění mého dotazníku, který poslouží jako podklad pro mou bakalářskou práci na téma „Osobnost s bipolární poruchou“. Dovoluji si Vás rovněž požádat o co nejpřesnější a nejpravdivější vyplnění dotazníku. Účast na tomto průzkumu je anonymní a dobrovolná. Vyplnění dotazníku zabere cca 5 min.

Cílem je zjistit, do jaké míry bipolární porucha ovlivňuje život pacienta, jeho pracovní i kreativní výkonnost. Výsledky by mohly přispět ke snížení počtu dokonaných sebevražd?

Předem děkuji za vyplnění a Váš čas.

1. Vaše pohlaví

- a) Muž
- b) Žena

2. V kolika letech Vám byla diagnostikována bipolární porucha?

- a) Do 15 let věku
- b) 16-21
- c) 22-30
- d) 31-40
- e) Více než 41 let

3. Myslíte si o sobě, že máte kreativní schopnosti (výtvarné, hudební či jiné)?

- a) Ano
- b) Ne

3a. Zhoršily se Vaše kreativní schopnosti díky užívání léků?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

4. Využil jste své tvůrčí/kreativní schopnosti jakkoliv ve své práci?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

5. Dostali jste někdy z práce výpověď, kterou zapříčinila Vaše nemoc?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

6. Dostali jste se někdy díky nemoci do finanční/dluhové krize?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

7. Vyhledali jste sami odbornou pomoc

- a) Ano
- b) Ne

8. Byl/a jste někdy hospitalizována v nemocnici pro svou chorobu?

- a) Ano
- b) Ne

9. Přemýšlel/a jste někdy o sebevraždě?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

10. Máte nebo jste měli dlouhodobou práci, která trvala déle než 5let?

- a) Ano
- b) Ne

11. Zapříčinila někdy Vaše nemoc neschopnost vykonávat Vaši práci?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

12. Máte v současné době partnerský vztah, který trvá již déle než 3 roky?

- a) Ano
- b) Ne

13. Máte či jste měli někdy období, ve kterém jste často střídali sexuální partnery?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

14. Dotahujete věci do konce (dokončujete zahájené pracovní i mimopracovní aktivity)?

- a) Ano, vždy
- b) Občas
- c) Ne, nikdy

15. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) Základní
- b) Vyučení
- c) Středoškolské s maturitou
- d) Vyšší odborné
- e) Vysokoškolské

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Anita ŽIŽKOVÁ

Obor: Manažerská studia řízení lidských zdrojů

Forma studia: Prezenční

Název práce: Osobnost s bipolární poruchou

Rok: 2017

Počet stran textu bez příloh: 57

Celkový počet stran příloh:² 5

Počet titulů českých použitých zdrojů: 8

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 3

Počet internetových zdrojů: 4

Vedoucí práce: PhDr. Marie VACÍNOVÁ CSc.