

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

VLIV BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ
PORUCHY NA UMĚLECKOU
ČINNOST

INFLUENCE OF BIPOLAR DISORDER ON CREATIVE
ACTIVITY



Bakalářská diplomová práce

Autor: **Terezie Traganová**

Vedoucí práce: **Mgr. Ondřej Gergely**

Olomouc

2022

Poděkování

Ráda bych poděkovala svému vedoucímu Mgr. Ondreji Gergelymu za jeho ochotu a cenné rady, které mi velmi pomohly při psaní této práce. Dále bych chtěla poděkovat mému spolužákovi Bc. Ivovi Černíkovi, který mě doprovázel při tvorbě výzkumné části. Velké poděkování patří účastníkům výzkumu, kteří byli ochotni podělit se o své zkušenosti. Bez nich by tato práce nemohla vzniknout. V neposlední řadě děkuji své rodině a kamarádům, kteří mi jsou vždy velkou oporou.

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma: „Vliv bipolární afektivní poruchy na uměleckou činnost“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 31. 3. 2022

Podpis

OBSAH

Číslo	Kapitola	Strana
	OBSAH	3
	ÚVOD	5
	TEORETICKÁ ČÁST	6
1	Bipolární afektivní porucha	7
1.1	Epizody bipolární afektivní poruchy	8
1.1.1	Deprese	8
1.1.2	Mánie.....	9
1.1.3	Hypománie	10
1.1.4	Smíšená epizoda	10
1.2	Typy bipolární poruchy	11
1.3	Příčiny bipolární afektivní poruchy	13
1.3.1	Biochemické aspekty	13
1.3.2	Neurologické aspekty	14
1.3.3	Psychosociální faktory	15
1.3.4	Genetické aspekty.....	16
1.4	Suicidalita u bipolární afektivní poruchy	17
1.4.1	Rizikové faktory suicidálního chování	17
1.4.2	Protektivní faktory suicidálního chování	18
1.5	Komorbidity u bipolární afektivní poruchy	18
1.5.1	Psychická onemocnění	19
1.5.2	Somatická onemocnění.....	20
1.6	Léčba bipolární afektivní poruchy.....	20
1.6.1	Farmakoterapie	21
1.6.2	Psychoterapie.....	22
2	Kreativita	24
2.1	Osobnostní rysy spojené s kreativitou	24
2.2	Neuropsychologické přístupy v kreativitě.....	28
2.2.1	Kreativita a aktivita hemisfér mozku	28
2.2.2	Kreativita a biochemické procesy	28
2.3	Vliv sociálních faktorů na kreativitu	30
2.4	Proces tvůrčí činnosti	31
3	Výzkumy zabývající se vztahem kreativity a bipolární afektivní poruchy ...	34
	VÝZKUMNÁ ČÁST	38
4	Výzkumný problém	39
4.1	Cíl výzkumu a výzkumné otázky	39

5	Typ výzkumu a použité metody	40
6	Sběr dat a výzkumný soubor.....	41
	6.1 Metoda zpracování dat	42
7	Etické hledisko a ochrana soukromí	44
8	Výsledky výzkumu	45
	8.1 Analýza jednotlivých případů.....	45
	8.1.1 Nina	45
	8.1.2 Lucie	48
	8.1.3 Karolína	50
	8.1.4 Alice	53
	8.1.5 Oliver.....	55
	8.2 Společná analýza	57
	8.2.1 Vliv léčby na uměleckou činnost	57
	8.2.2 Vliv manické fáze na uměleckou činnost.....	58
	8.2.3 Vliv depresivní fáze na uměleckou činnost.....	62
9	Diskuse	65
10	Závěry.....	68
11	Souhrn	70
	LITERATURA.....	73
	PŘÍLOHY	86

ÚVOD

Propojenost umění s psychickými problémy je častým tématem řady výzkumů už několik let. Představa, že vysoce kreativní lidé mají blíže k šílenství, je podporována případy známých umělců, kteří v historii posouvali hranice umění a zároveň trpěli psychickými problémy.

Tato práce se zabývá vlivem bipolární afektivní poruchy na uměleckou činnost. Bipolární afektivní porucha je psychické onemocnění, které se projevuje střídáním fází mánie či hypománie a fází deprese. Tato nemoc byla ve vztahu k vyšší kreativě v minulosti již několikrát zkoumána. Výsledky ukázaly, že mánie zvyšuje kreativitu a deprese ji naopak utlumuje. Na základě těchto studií jsem se rozhodla zkoumat, jak lidé s diagnózou bipolární afektivní poruchy vnímají vliv této nemoci na jejich uměleckou činnost.

Práce zahrnuje zkušenosti pěti umělců, kteří trpí tímto onemocněním. Konkrétně jsem se věnovala otázkám vlivu léčby na uměleckou činnost, vlivu manické či hypomanické fáze na uměleckou činnost a vlivu depresivní fáze na uměleckou činnost. Pro zjištění odpovědí na tyto otázky jsem s respondenty vedla polostrukturované rozhovory. Jejich zkušenosti jsem poté analyzovala prostřednictvím interpretativní fenomenologické analýzy. Výsledky výzkumu jsou zaměřené na to, jaký mají vliv jednotlivé fáze a léčba na kreativitu, podobu uměleckých děl, produktivitu a motivaci k tvorbě.

TEORETICKÁ ČÁST

1 BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHA

Bipolární afektivní porucha, která byla v minulosti nazývaná *maniodepresivní nemoc* nebo *maniodepresivní psychóza*, je biologicky zapříčiněné psychické onemocnění, které se projevuje střídáním extrémních nálad. Do určité míry je kolísání nálady běžná věc, kterou známe všichni, avšak pacienti bipolární afektivní poruchy zažívají tak intenzivní nálady, že ovlivňují kvalitu života jim i lidem v jejich okolí. U této poruchy dochází ke střídání fází deprese a mánie nebo povznesené nálady, někdy je přechod mezi těmito epizodami náhlý (například nastane přes noc), ale častěji k němu dochází postupně (Herman, Praško, Doubek, & Hovorka, 2007).

V rámci své bakalářské práce budu pracovat s Mezinárodní klasifikací nemocí MKN-10 a s Diagnostickým a statistickým manuálem mentálních poruch DSM-5, které vymezují bipolární afektivní poruchu s určitými rozdíly.

Klasifikační systém DSM-5 dělí bipolární poruchu na bipolární poruchu I. typu, bipolární poruchu II. typu, cyklotymii a bipolární nebo příbuzné poruchy, které jsou způsobeny nějakou nemocí, léky nebo jinými látkami. Dále DSM-5 na konci kapitoly vymezuje ostatní specifikované a nespecifikované formy bipolární afektivní poruchy (American Psychiatric Association, 2013).

V Mezinárodní klasifikaci nemocí MKN-10 spadá bipolární afektivní porucha mezi afektivní poruchy a najdeme ji pod kódem F31. Dle této klasifikace se porucha projevuje střídáním dvou nebo více fází, které znamenají pro pacienta výrazný výkyv nálady a úrovně aktivity (World Health Organization, 2019). Aktuální klasifikaci MKN-10 však brzy nahradí MKN-11, která je českým ekvivalentem ICD-11. Přijetí ICD-11 bylo schváleno v květnu 2019 a vstoupí v platnost 1. ledna 2022 (ÚZIS, nedat.). ICD-11 rozděluje bipolární poruchu na bipolární poruchu I. typu, bipolární poruchu II. typu a cyklotymii (World Health Organization, 2021).

Carvalho, Firth, & Vieta (2020) uvádí, že celoživotní prevalence bipolární afektivní poruchy je 2.4 % a prevalence za dvanáct měsíců je 1.5 %. Míra prevalence se může lišit v jednotlivých zemích v důsledku metodologických nesrovnalostí a kulturních rozdílů. Prevalence u bipolární poruchy I. typu je genderově vyrovnaná, zatímco bipolární porucha II. typu je častější u žen. Bipolární afektivní porucha je sedmnácté nejzávažnější onemocnění

na světě. Přibližně 6 až 7 % pacientů spáchá sebevraždu, což je 20–30× častější než u běžné populace. Pacienti často trpí dalšími psychickými problémy, například u 71 % z nich se objevují úzkosti, u 56 % závislost na návykových látkách, 36 % pacientů trpí poruchou osobnosti a 10–20 % trpí ADHD. Kromě psychických problémů pacienti častěji doprovázejí i chronická onemocnění. Metabolický syndrom postihuje 37 % pacientů s bipolární afektivní poruchou, dále jsou u nich častější migrény, obezita a cukrovka 2. typu.

Onemocnění se začne projevovat často už v dětství nebo v adolescenci. K léčbě se využívá lithium v kombinaci s dalšími stabilizátory nálady, antipsychotiky druhé generace a psychoterapií. Spojení farmakoterapie a psychoterapie se jeví jako efektivní cesta k zvládnání bipolární afektivní poruchy (Látalová, 2010).

1.1 Epizody bipolární afektivní poruchy

Bipolární afektivní porucha se projevuje střídáním mánie nebo hypománie a deprese. Depresivní epizoda standardně trvá déle než manická nebo hypomanická epizoda (Frye, 2011). Judd a kol. (2002) provedli studii, která pozorovala po dobu více než dvanácti let pacienti trpící bipolární afektivní poruchou. Během doby pozorování pacienti vykazovali příznaky téměř 50 % času. Jedna třetina této doby se týkala příznaků deprese, symptomy mánie či hypománie pacienti vykazovali jen z 9 % a smíšené symptomy se objevovaly 6 % času.

1.1.1 Deprese

Člověk v depresi pocítuje bezmoc, zoufalství a ztrátu životní energie. Zároveň u něj dochází ke zpomalení myšlení, útlumu motivace, není schopen se rozhodnout a nabývá přesvědčení, že nic nemá cenu. Spánek v depresivní fázi je často nekvalitní a přerušovaný, takže pro pacienta nepředstavuje žádnou úlevu. Ke změnám dochází i ve stravování, člověk často ztrácí chuť k jídlu, ale v některých případech se setkáváme i s opačným efektem. Při střední a těžké depresi pacient nemůže chodit do práce nebo do školy. Neléčená deprese může vyústit až v dlouhodobou pracovní neschopnost. Během stavů deprese bývá častá myšlenka na sebevraždu, protože ukončení života představuje pro pacienta jediný únik z trápení (Látalová, 2010).

V průběhu deprese je člověk často podrážděný a dokáže ho naštvat každá maličkost, což může vyústit k agresivním výstupům. Zároveň si přijde neschopný a k ničemu, nad budoucností nedokáže přemýšlet. Nízkému sebevědomí nepomáhá ani fakt, že lidé

v depresivní fázi mají horší komunikační schopnosti, slabý slovník a jejich myšlení je zpomalené. Dále u pacienta můžeme pozorovat menší pohyblivost, slabou mimiku a pomalou chůzi. Běžné úkony, například mytí nebo oblékání, jsou pro člověka v depresi velmi náročné a vyčerpávající. V nejtěžším stádiu deprese je typické pocíťování tělesné slabosti a velké únavy (Gay, 2010).

Až 60 % lidí trpících bipolární afektivní poruchou vyhledá odbornou pomoc během depresivní epizody. Když pacient vyhledá psychiatra na základě depresivních projevů, tak v některých případech dochází k chybné diagnóze. Často se jedná o diagnózu periodické depresivní poruchy, což vede k léčbě pomocí antidepresiv. Pro léčbu bipolární afektivní poruchy však nejsou antidepresiva vhodná, protože mohou podnítit k hypománii nebo mánii a zároveň k zrychlení střídání epizod (Herman, Doubek, Praško, & Hovorka, 2006).

1.1.2 Mánie

Doba trvání mánie je minimálně týden, během této epizody se člověk cítí výborně a nemá pocit, že by byl nemocný. Pro mánii jsou charakteristické pocity štěstí, spokojenosti a úspěchu. Snižuje se potřeba spánku, jídla i tekutin, ale na druhou stranu se objevuje zvýšená konzumace alkoholu, cigaret nebo jiných návykových látek. Obvyklé je plánování nových věcí nebo projektů, riskování a přeceňování svých sil. Dále je typické nadměrné nakupování, které může vést až k zadlužení (Látalová, 2010).

Pacienti sice mají zvýšené sebevědomí a často se chlubí svými úspěchy, ale během toho mohou dojít k uvědomění, že jejich sebepojetí neodpovídá realitě. Takový vhléd je dočasný. Pro lidi v mánii je charakteristické, že jsou ve své sebereflexi neústupní, takže je těžké jim jejich zkreslený pohled na sebe vyvrátit. Špatná sebereflexe hraje velkou roli v osobním životě pacienta, protože škodí jemu i lidem v jeho okolí. Neuvědomování si abnormálního chování je také příčinou slabé adherence k farmakoterapii (Maj, Akiskal, Lopez-Ibor, & Sartorius, 2002).

Lidé v manické fázi mají zvýšenou potřebu sociálních kontaktů, zároveň je pro ně snadné navazování nových sexuálních vztahů a uchylují se k promiskuitnímu chování. Myslí si o sobě, že jsou atraktivní a neodolatelní. Je pro ně těžké udržet pozornost, jsou roztěkaní a jejich řeč je většinou hlasitá a zrychlená. V důsledku velkého množství myšlenek může řeč přejít v takzvaný slovní salát, poté se projev pacienta stává nesrozumitelný. Jejich impulzivní a nepromyšlené jednání často vede k problémům. Pro okolí jsou pacienti v manické fázi obtížní až nesnesitelní (Látalová, 2010).

Průběh mánie může být doprovázen bludy nebo halucinacemi. Manická psychóza je typická bludy o neobvyklé fyzické i psychické vitalitě, talentu, bohatství nebo šlechtickém původu. Pacienti mohou nabýt přesvědčení, že jim druzí závidí nadprůměrné schopnosti. Jejich prožívání je tak živé, že se jim barvy a textury zdají výraznější. Hlavou jim probíhá řada myšlenek, někdy mohou mít dokonce pocit, že je slyší nebo mohou nabýt dojem, že jejich mozek může komunikovat s vesmírem či s bohy (Maj a kol., 2002).

1.1.3 Hypománie

Hypománie je charakteristická dlouhodobě nadnesenou náladou, zvýšenou energií a aktivitou. Lidé jsou více sociabilní, výřeční, mají větší sexuální energii a menší potřebu spánku. Hypománie se od mánie liší tím, že nenarušuje pracovní schopnosti a nevede k sociální izolaci, dále není doprovázena halucinacemi nebo bludy. Její trvání bývá obvykle týden, ale v ojedinělých případech může přetrvávat několik týdnů až měsíců (Látalová, 2010).

Hypománie sice způsobuje odklon od běžného stavu, ale člověk vnímá své chování a prožívání v souladu s jeho sebepojetím. Z toho důvodu rodina a blízké osoby dokáží poskytnout důvěryhodnější informace o neobvyklém chování pacienta (Maj a kol., 2002).

Jansen a kol. (2011) provedli studii, která se zabývala komorbiditou u hypománie. Ta ukázala, že 29,3 % osob s hypomániemi trpí úzkostnou poruchou a u 21,9 % z nich se vyskytuje dvě a více úzkostných poruch. Dále se ukázalo, že vyšší prevalence hypománie je u kuřáků a u konzumentů alkoholu.

1.1.4 Smíšená epizoda

Smíšená epizoda se neprojeví u všech pacientů trpící bipolární afektivní poruchou, až polovina z nich ji nikdy nezažije. Pro psychiatry je někdy obtížné smíšenou epizodu odlišit od rychlého cyklování nebo jiného onemocnění, což může vést k nevhodné léčbě. Během smíšené epizody se u pacienta objevují příznaky hypománie nebo mánie a příznaky deprese zároveň nebo v krátkém časovém úseku. Pro diagnostiku smíšené epizody podle MKN-10 musí akutní epizoda trvat minimálně dva týdny a zároveň se v tomto období musí vyskytovat příznaky hypománie nebo mánie i příznaky deprese, nebo se musí střídát během několika hodin (Látalová, Praško, Kubínek, Herman, & Doubek, 2009).

Pro pacienta je velmi obtížné zvládat smíšenou epizodu, protože není schopen fungovat v práci, často se dostává do konfliktů a okolí mu nedokáže porozumět. Vysoká

suicidalita u bipolární afektivní poruchy je většinou zapříčiněna depresivními nebo smíšenými epizodami. Pacienti častěji trpí komorbidní úzkostnou poruchou a ADHD. Dále riziko konzumace drog je u smíšené epizody pravděpodobnější než u mánie (Látalová a kol., 2009).

Akutní léčba této epizody je nutná pomocí psychofarmak, protože psychoterapie symptomy nedokáže ovlivnit. Hlavním cílem léčby je zmírnění agitovanosti a agresivity pacienta. Při léčbě smíšených epizod se využívají klasické stabilizátory nálady i antipsychotika. Ukázalo se, že lithium v léčbě není nejlepší volbou, avšak jeho účinnost se zvyšuje v kombinaci s olanzapinem, quetiapinem nebo aripiprazolem. Některá antipsychotika druhé generace jsou úspěšná v akutní léčbě a některá v profylaxi (Látalová a kol., 2009).

1.2 Typy bipolární poruchy

Pro bipolární poruchu I. typu jsou typické plně rozvinuté manické epizody, které se mohou střídat s hypomanickými nebo depresivními epizodami. Manická epizoda musí trvat nejméně jeden týden a její symptomy se musejí vyskytovat většinu dne. Průměrný věk výskytu první manické, hypomanické nebo depresivní epizody u I. typu je 18 let. Pacienti, u kterých se vystřídá čtyři a více epizod během jednoho roku, trpí bipolární poruchou s rychlým cyklováním (American Psychiatric Association, 2013).

Bipolární porucha II. typu je diagnostikována v případě, že se u pacienta projeví alespoň jedna hypomanická epizoda a alespoň jedna plně rozvinutá depresivní epizoda. Plně rozvinutá depresivní epizoda musí trvat nejméně dva týdny a hypománie nejméně čtyři dny, aby splňovaly kritéria pro diagnostikování. Symptomy epizod musejí být přítomny většinu času a pro pacienta znamenat narušení jeho života. Zároveň se nikdy nesmí projevit epizoda, která by splňovala kritéria pro plně rozvinutou máni. Depresivní epizody jsou častější a delší než ty, které se objevují u bipolární poruchy I. typu. I přes rozdíly v intenzitě symptomů hypománie a mánie, bipolární porucha II. typu nemůže být považována za mírnější formu I. typu. Pacienti s tímto typem bipolární poruchy mají větší chronicitu onemocnění a zároveň trpí více času depresemi v porovnání s pacienty, kterým byla diagnostikována bipolární porucha I. typu. U některých jedinců s bipolární poruchou může dojít ke zvýšení kreativity během hypománie, což může vést k nedodržování léčby nebo odmítnutí vyhledat pomoc (American Psychiatric Association, 2013).

Coryell a kol. (1984) uvedli, že participanti s bipolární poruchou II. typu měli signifikantně více příbuzných s tímto typem bipolární poruchy než participanti nebipolární nebo s bipolární poruchou I. typu. Studie McMahon a kol. (2001), která se zaměřila na dědičnost bipolární poruchy II. typu, prokázala, že výskyt paternální alely na chromozomu 18q21 byl největší v párech, kde oba dva sourozenci měli II. typ bipolární poruchy. Jejich prospektivní analýza pak potvrdila, že u dvojic sourozenců s II. typem je výrazně vyšší sdílení paternálních alel.

Jen ve výjimečných případech dochází k rozvinutí z jednoho typu na jiný typ bipolární poruchy. Longitudinální studie provedená Coryell, Endicott, Maser, Keller, Leon, & Akiskal (1995) na pacientech bipolární poruchy I. typu, bipolární poruchy II. typu a unipolárních afektivních poruch zkoumala, zdali u nich dojde k rozvinutí jiné diagnózy. Pouze u 20 z 381 pacientů nebipolární deprese se rozvinula během deseti let mánie a u 19 z nich došlo k propuknutí hypománie. V průběhu této doby se u 67 pacientů bipolární poruchy II. typu rozvinula mánie.

Frekvence jednotlivých epizod se u I. a II. typu liší. Pro bipolární poruchu I. typu je častější výskyt mánie nebo hypománie, naopak u II. typu je větší frekvence symptomů deprese. Farmakologická léčba obou typů bipolární poruchy je také odlišná. Pro léčbu I. typu je potřeba k dosažení stability nálady kombinace léků. Antidepresiva nejsou vhodná, protože by mohla vést k vyvolání mánie nebo hypománie. Tento jev u bipolární poruchy II. typu je méně pravděpodobný a zároveň pro léčbu není nutná taková dávka stabilizátorů jako u léčby I. typu (Benazzi, 2007).

Hauser a kol. (2000) provedli měření spánkového laloku a komorových struktur u pacientů I. a II. typu bipolární poruchy a u kontrolní skupiny. Oblast postranní komory byla v levé hemisféře výrazně větší u pacientů bipolární poruchy I. typu. Tato studie dokázala, že pacienti I. typu, zejména muži, se liší z hlediska neurobiologického od pacientů II. typu a od kontrolních subjektů.

Cyklotymie se projevuje častým střídáním epizod hypománie a deprese, které však nespĺňujú kritéria pro diagnostiku těchto epizod. Pro diagnostiku cyklotymie je nutné, aby střídání epizod trvalo minimálně po dobu dvou let a symptomy epizod byly přítomny alespoň polovinu tohoto času, zároveň jedinec nemůže být bez symptomů více než 2 měsíce. Riziko, že se cyklotymie následně vyvine v bipolární poruchu I. typu nebo II. typu, je 15–50 % (American Psychiatric Association, 2013).

Některé studie potvrdily pro léčbu cyklotymie pozitivní účinky lithia. Bylo prokázáno, že depresivní pacienti s cyklotymií měli větší míru remise v průběhu léčby lithiem než pacienti bez léčby (Goto, Terao, Hoaki, & Wang, 2011).

1.3 Příčiny bipolární afektivní poruchy

Látalová (2010) uvádí, že bipolární afektivní porucha nevzniká v důsledku jednoho faktoru, ale vzájemným působením biologických a psychosociálních aspektů. Jedinci s vrozenými rizikovými faktory během negativních životních událostí začnou být méně odolní vůči stresu, což postupně může vést k biochemickým změnám v mozku, které zapříčiní mánie nebo depresi. Neznamená to, že stres je příčinou bipolární afektivní poruchy, ale často je spouštěčem u lidí s predispozicemi k tomuto onemocnění.

1.3.1 Biochemické aspekty

Pieczenik & Neustadt (2007) uvádí, že některé psychické poruchy, například schizofrenie, bipolární afektivní porucha, Alzheimerova a Parkinsonova choroba, pojí společné patofyziologické mechanismy. Mezi ně patří produkce reaktivních forem kyslíku (ROS) a akumulace poškození mtDNA, které vedou k mitochondriální dysfunkci.

Diferenciálně exprimované proteiny a mRNA souvisejí s mitochondriální dysfunkcí, především oxidativní fosforylací. Bipolární afektivní porucha je dále spojována s mutacemi mtDNA a polymorfismy. Proteiny superoxid dismutáza, GFAP a stathmin se exprimují jiným způsobem v různých částech mozku bipolárními pacienty. Superoxid dismutáza je protein, který je často spojován v proteomice s psychickými poruchami jako je schizofrenie a bipolární afektivní porucha (Saia-Cereda, Cassoli, Martins-de-Souza, & Nascimento, 2017).

Existuje poměrně dostatek důkazů o abnormalitách noradrenergických funkcí CNS u bipolární afektivní poruchy (Manji, & Potter, 1997 in Látalová, 2010). Pozorování post mortem prokázalo zvýšení noradrenergického obratu v kortikálních a thalamických oblastech. Pozorování prováděné in vivo ukázalo na nižší plazmatické hladiny noradrenalinu a jeho metabolitu MHPG v porovnání s pacienty unipolární deprese (Schatzberg, & Schildkraut, 1995). Plazmatické hladiny těchto látek jsou vyšší v průběhu mánie (Bowden a kol., 1997).

Látalová (2010) uvádí, že bylo zaznamenáno i množství důkazů o abnormalitách v serotonergním systému. U depresivních pacientů bylo pozorováno snížení radioligandu, který se váže na serotoninový transportér, ten uvolňuje serotonin ze synaptického vazebného

místa na trombocytech a ve středním mozku (Garlow, 1999 in Látalová, 2010). Studie, které byly prováděny na příbuzných pacientů bipolární afektivní poruchy, prokázaly, že citlivost vůči redukci tryptofanu může představovat genotyp bipolární afektivní poruchy (Sobczak, 2002).

Psychostimulancia zvyšují aktivitu dopaminu, což vede k podobným jevům jako při prožívání mánie. Z toho můžeme usuzovat, že symptomy mánie mohou mít příčinu v podobných změnách neurotransmiterů. Například užití amfetaminu, který zvyšuje hladinu dopaminu, způsobuje stav podobný máni i u subjektů, které mají nízké riziko projevu bipolární afektivní poruchy. Podobný konstrukt, který platí pro vliv dopaminu na máni, se předpokládá i u deprese. Mnoho zdrojů podporuje názor, že dopamin hraje velkou roli při průběhu bipolární afektivní poruchy. Látky, které mají snižovat manické symptomy, často způsobují snížení dopaminergní aktivity a antidepresiva ji naopak zvyšují. Avšak tento jednoduchý konstrukt v některých případech selhává. Například výskyt psychotických symptomů v průběhu deprese je způsoben zvýšenou aktivitou dopaminu v určitých oblastech mozku (Cousins, Butts & Young, 2009).

1.3.2 Neurologické aspekty

Pro výzkumy strukturálních rizikových faktorů bipolární afektivní poruchy je jako zdroj informací nejlepší zdravý subjekt s genetickými předpoklady k této poruše (Hajek, Carrey, & Alda, 2005). Studie prováděné na dvojčatech bipolárních pacientů, kterou provedli McDonald a kol. (2004) a Kiesepä a kol. (2003), prokázaly u zdravých subjektů objemové abnormality, konkrétně snížený objem bílé hmoty v levé hemisféře.

Některé odchylky ve struktuře mozku jsou odlišné u pacientů a jejich zdravých sourozenců. Snížená bílá hmota frontální pravé hemisféry a zvětšený objem pravého ocasatého jádra byl přítomný jen u pacientů. Zdraví sourozenci těmito abnormalitami nebyli zasaženi (McDonald a kol., 2004). Dále byly pozorovány kvalitativní abnormality, u bipolárních pacientů, a to hyperintenzita signálu na T2 váženého obrazu (Hajek, Carrey, & Alda, 2005).

Anteriorní cingulární kortex (ACC) začal být předmětem zkoumání v souvislosti s poruchami nálad po výsledcích studie, která upozornila na lokálně snížený objem a snížený metabolismus v subgenuální ACC (sgACC) (Drevets a kol., 1997). Výzkumníci poté hledali anatomickou korelaci k těmto výsledkům. Öngür, Drevets, Price (1998) pomocí stereologických metod na řezech, které byly obarveny Nisslovou metodou, pozorovali

snížení hustoty gliových buněk u bipolárních a depresivních pacientů. Největší studie, kterou provedli Bouras, Kövari, Hof, Riederer, & Giannakopoulos (2001), se zabývala ACC u bipolárních pacientů a ukázala na sníženou hustotu neuronů v třetí, páté a šesté vrstvě v sgACC.

Nejvíce prozkoumávaná struktura mozku v souvislosti s bipolární afektivní poruchou je prefrontální kortex. Pomocí morfometrie byla pozorována řada neuronálních a gliových změn v dorsolaterálním prefrontálním kortexu, avšak kromě poklesu hustoty kalbindin pozitivních neuronů, žádné výsledky nebyly replikovány. Amygdala je propojená s prefrontálním kortexem a představuje tak další oblast zájmu ve výzkumech bipolární afektivní poruchy (Harrison, Colbourne, & Harrison, 2020). Výzkum provedený Berretta, Pantazopoulos, Lange (2007) ukázal na snížený počet i sníženou hustotu neuronů v laterálním jádru u bipolárních pacientů. Zároveň u těchto subjektů byla pozorována snížená hustota v basomediálním jádru. Tyto změny nebyly způsobeny antipsychotiky nebo lithiem. Zkoumáním amygdaly u bipolárních pacientů se také zabývala studie provedená Pantazopoulos, Wiseman, Markota, Ehrenfeld, & Berretta (2017), v té byl pozorován snížený počet somatostatin imunoreaktivních neuronů v laterálním jádře.

1.3.3 Psychosociální faktory

Vrozené rizikové faktory se nemusí za celý život projevit, jejich aktivaci však může způsobit nějaká životní událost nebo stresující zážitek. V případě, že má jedinec velké vrozené předpoklady k bipolární afektivní poruše, stačí i minimální podnět k rozvoji nemoci. Prokázalo se, že pacienti před nástupem bipolární afektivní poruchy zažívali ve svém životě velké změny, které byly negativního, ale i pozitivního charakteru. Dále bipolární afektivní poruchu může zapříčinit požívání alkoholu či experimentování s jinými psychoaktivními látkami. Problémy ve vztazích, v rodině, rivalita mezi sourozenci, šikana nebo špatné vztahy ve škole či v práci rovněž do velké míry ovlivňují nástup a průběh nemoci (Látalová, 2010).

Shen, Alloy, Abramson, & Sylvia (2008) uvádí, že byla dokázána souvislost mezi podmíněním bipolární afektivní poruchy a narušením cirkadiálního rytmu či narušením denního rytmu (například obvyklá doba jedení). Při pozorování pacientů bipolární poruchy II. typu, pacientů cyklotymie a kontrolní skupiny, bylo zjištěno, že bipolární pacienti mají výrazně méně pravidelný denní rytmus.

V souvislosti s tímto tématem zmíním studii Kadri, Mouchtaq, Hakkou, & Moussaoui (2000), která dokázala, že 45 % z dvaceti bipolárních pacientů zažilo relaps

během ramadánu, kdy muslimové měsíc drží půst. Až 71,4 % z nich zažilo relaps manické fáze. Pacienti, kteří nezažili relaps, prožívali úzkost a trpěli insomnií během druhého a třetího týdne. Vedlejší účinky lithia vzrostly u 48 % pacientů, především sucho v ústech, pocit žízně a třes.

Dále byla potvrzena hypotéza, že životní události, které jsou zaměřené na cíl, mohou u bipolárních pacientů vyvolat manickou nebo hypomanickou epizodu. S touto hypotézou přišla otázka, zdali u studentů vysokých škol může zkouškové období vyvolat hypomanické nebo manické symptomy (Alloy a kol., 2005). Výzkum provedený Nusslock, Abramson, Harmon-Jones, Hogan, & Alloy (2005) tuto hypotézu podpořil a dokázal, že zkouškové období může vyvolat nové hypomanické epizody, ale zároveň nemá vliv na vyvolání depresivních symptomů. Z těchto hypotéz vychází interpersonální a sociální rytmická terapie (IPSRT), která je doplňkovou terapií k farmakoterapii pro bipolární pacienty (Alloy a kol., 2005).

Quidé, Tozzi, Corcoran, Cannon, & Dauverma (2020) uvádí, že dětské trauma může způsobit emoční a fyzické týrání, zanedbávání, sexuální zneužívání, šikana či jiné formy rodinné dysfunkce. Jedinci trpící bipolární afektivní poruchou uvedli, že byli vystaveni dětskému traumatu 2,63× častěji než kontrolní skupina. Dále bylo prokázáno, že bipolární pacienti s dětským traumatem mají 1,85× pravděpodobnost dřívějšího výskytu první epizody, mají vyšší pravděpodobnost rychlého cyklování a těžšího průběhu nemoci ve srovnání s lidmi, kteří si neprošli dětským traumatem.

Výzkum prováděný de Azambuja Farias a kol. (2019) nenašel významné rozdíly v socio-demografických a ekonomických charakteristikách mezi bipolárními pacienty s dětským traumatem a bez dětského traumatu. Prevalence rizika spáchání sebevraždy byla 43,3 % u bipolárních pacientů s dětským traumatem a 21,7 % u lidí bez dětského traumatu. Mladí dospělí s dětským traumatem měli horší průběh depresivních symptomů a zároveň byla pozorována mírná pozitivní korelace dětského traumatu s globálním hodnocením fungování.

1.3.4 Genetické aspekty

Geny nepochybně mají vliv na rozvoj bipolární afektivní poruchy, u jednovaječných dvojčat bylo dokázáno, že v případě onemocnění jednoho z nich je 72% pravděpodobnost, že onemocní i jeho sourozenec. U dvouvaječných dvojčat je tento jev pravděpodobný z 14 %. V případě, že sourozenci nejsou dvojčata, tak existuje 12,7% riziko onemocnění

obou sourozenců. Když jeden z rodičů má bipolární afektivní poruchu, tak je 24% riziko, že onemocní jejich dítě. Kdyby oba rodiče byli pacienti bipolární afektivní poruchy, tak se riziko onemocnění dítěte zvyšuje na 55 %. Kombinace psychického traumatu a tělesných onemocnění může podnítit k projevu genů, které jsou zodpovědné za propuknutí nemoci. Ani v dnešní době se však nepodařilo přesně zjistit, které geny jsou zodpovědné za dědičnost tohoto onemocnění. Psychické choroby nejsou způsobeny jedním konkrétním genem, ale spíše interakcí kombinacemi genů. Předpokládá se souvislost mezi bipolární afektivní poruchou a chromozomem 18 (q11), kde je kódována jedna z jednotek G-proteinu (Látalová, 2010).

Sklar a kol. (2008) uvádějí největší propojení s geny MYO5B, TSPAN8 a EGFR. MYO5B se nachází na chromozomu 18 v oblasti, která byla spojována s bipolární afektivní poruchou, nicméně následná meta analýza tuto hypotézu nepotvrzuje. TSPAN8 se nachází na chromozomu 12 a je součástí rodiny tertraspaninových proteinů, která je zapojená do mnohých buněčných procesů.

1.4 Suicidalita u bipolární afektivní poruchy

Suicidální chování u pacientů bipolární afektivní poruchy je časté. Dome, Rihmer, & Gonda (2019) uvádí, že až 4–19 % z nich ukončí svůj život sebevraždou a 20–60 % se o ni během života pokusí. Pacienti bipolární afektivní poruchy představují 3–14 % případů ze všech případů sebevražd. Úspěšnost sebevražd je u bipolárních pacientů mnohem vyšší než v běžné populaci. Tento jev se nevyskytuje jen u bipolárních pacientů, ale můžeme ho pozorovat i u pacientů s diagnózou schizofrenie nebo depresivní poruchy.

1.4.1 Rizikové faktory suicidálního chování

Dome a kol. (2019) za nejsilnější prediktor pokusu o sebevraždu považují klinickou historii a počet pokusů o sebevraždu v minulosti pacienta. Velmi rizikové je také období po propuštění pacienta z nemocnice, proto je kladen důraz na vhodné následné postupy a zároveň se nedoporučuje předčasné propuštění. Krátce po přijetí do nemocnice a během prvních let po diagnóze jsou pacienti náchylnější k suicidálnímu jednání. Dále mezi rizikové faktory patří časté hospitalizování, komorbidita s jinými poruchami a mladší věk. Důležitou rolí v predikci pokusu o sebevraždu je druh epizody, kterou si pacient aktuálně prochází. Plně rozvinuté deprese a smíšené fáze představují největší riziko sebevraždy, naopak během

mánie, hypománie a euthymických epizod je suicidální chování výjimečné. Nejrizikovější věk u bipolárních pacientů je pod 35 let a nad 75 let.

Riziko suicidality se také liší v závislosti na typu bipolární poruchy. V průběhu devíti let bylo pozorováno 163 bipolárních pacientů, kteří byli hospitalizováni. Během tohoto období spáchalo sebevraždu 6 % z 68 pacientů bipolární poruchy I. typu a 18 % z 22 pacientů II. typu (Dunner a kol., 1976). Z dat můžeme usoudit, že riziko suicidality je vyšší u bipolární poruchy II. typu. Plans a kol., (2019) uvádí, že příčinou tohoto jevu může být i fakt, že komorbidita agitované deprese a úzkostné poruchy je častější u II. typu bipolární poruchy než u I. typu.

1.4.2 Protektivní faktory suicidálního chování

Protektivním faktorem suicidálního chování je fungující a podporující rodinné prostředí, používání vhodných copingových strategií, smysl života a hyperthymní temperament. Dalším významným protektivním faktorem je léčba, to potvrzuje i fakt, že většina obětí sebevražd jsou neléčení pacienti (Dome a kol., 2019).

Plans a kol. (2019) také vyzdvihují důležitost správné léčby, která do velké míry snižuje riziko suicidálního jednání. Z hlediska farmakologie pro léčbu depresivních epizod nejsou vhodná antidepresiva. U bipolárních pacientů mohou vyvolat hypomanický nebo manický stav. Naopak velmi účinná léčba, která snižuje počet sebevražd u bipolárních pacientů, je dlouhodobá léčba lithiem. Lithium snižuje riziko sebevraždy o 60–80 %, účinnost je spojována se serotonergním efektem lithia. Kromě lithia byl pozorován antisuicidální účinek i při podávání valproátu a karbamazepinu, avšak účinnost nebyla tak vysoká. Další velmi účinnou metodou, která dokáže eliminovat nebezpečí sebevražd, je elektrokonvulzivní terapie. Z hlediska psychoterapie je v této problematice uznávaná kognitivně behaviorální terapie.

1.5 Komorbidita u bipolární afektivní poruchy

Psychiatrická komorbidita znamená výskyt dvou a více symptomů nebo psychických poruch u jednoho pacienta. Přítomnost dalších onemocnění je u bipolárních pacientů velmi časté, znamená komplikaci ve správné diagnóze a tím tedy i ztěžuje volbu vhodné léčby. Přidružená onemocnění mohou zhoršovat jednotlivé ataky a porucha se díky nim stává více nepředvídatelná (Látalová, 2010).

Studie, kterou provedli Oreški, Jakovljević, Aukst-Margetić, Crnčević Orlić, & Vuksan-Ćusa (2012), porovnávala komorbiditu nemocí mezi pacienty se schizofrenií a bipolární afektivní poruchou. Výskyt komorbidity byl u bipolárních pacientů 80,5 % a u pacientů se schizofrenií 58,4 %. Skupiny se výrazně lišily v přítomnosti psychiatrických, kardiovaskulárních a endokrinologických nemocí. Ze skupiny somatických onemocnění schizofrenici nejčastěji trpěli neurologickými a gastrointestinálními poruchami, u bipolárních pacientů byl nejčastější výskyt kardiovaskulárních a endokrinologických poruch.

1.5.1 Psychická onemocnění

Mínimálně jednou psychiatrickou poruchou trpí 65 % bipolárních pacientů. Nejčastěji se jedná o úzkostné poruchy, které se objevují u 42 % pacientů a závislost na návykových látkách, která je rovněž u 42 % pacientů (McElroy a kol., 2001).

Látalová & Praško (2009) upozorňují, že druh návykové látky u bipolárních pacientů se liší v závislosti na kultuře a státu. Nicméně bipolární afektivní porucha je spojena s častější konzumací alkoholu, který pacienty provází většinou v průběhu jejich depresivních nebo smíšených epizod. Naopak během mánie jsou častěji užívané stimulační drogy.

Látalová & Praško (2009) dále uvádějí, že úzkostné poruchy u bipolárních pacientů jsou také velmi časté a ženy jsou k nim náchylné více. Z úzkostných poruch je nejběžnější panická porucha, která se v průběhu života objeví u 18–33 % pacientů. Panická porucha je u bipolárních pacientů dvakrát častější než u pacientů s unipolární depresí. Ze spektra úzkostných poruch není ojedinělý ani výskyt fobie. Během života je komorbidita 62 % u agorafobie, 67 % u specifické fobie a 47 % u sociální fobie. Stejně jako u panické poruchy, výskyt těchto fobií je častější u bipolárních pacientů než u pacientů s unipolární depresí, což podporuje teorii spojitosti bipolární afektivní poruchy s úzkostnými poruchami.

Pini, Cassano, Simonini, Savino, Russo, & Montgomery (1997) vyzorovali, že obsedantně kompulzivní porucha se vyskytuje u 21 % bipolárních pacientů a generalizovaná úzkostná porucha u 31,6 % bipolárních pacientů.

Látalová, & Praško (2009) uvádějí, že kromě úzkostných poruch nebývá ojedinělá ani komorbidita bipolární afektivní poruchy s poruchou osobnosti. Bipolární pacienti mají 3–3,5× větší riziko výskytu poruchy osobnosti než běžná populace. Obtížné je rozlišit především bipolární poruchu II. typu, bipolární poruchu s rychlým cyklováním a hraniční poruchu osobnosti. Komorbidita bipolární afektivní poruchy s hraniční poruchou osobnosti

je však častá. Dále ze spektra poruch osobnosti je nejběžnější komorbidita bipolární afektivní poruchy s disociální, hraniční, narcistickou a histriónskou poruchou osobnosti.

1.5.2 Somatická onemocnění

Hubeňák (2013) tvrdí, že průměrná délka života je u bipolárních pacientů o dvanáct až třináct let kratší než u běžné populace. Bipolární pacienti mají dvojnásobně větší riziko úmrtí z kardiovaskulárních a cerebrovaskulárních příčin. Větší náchylnost mají pacienti také k metabolickému syndromu, který je rizikový pro rozvoj oběhových nemocí. Metabolický syndrom se projevuje abdominální obezitou, hypertriaclycerolemií, nízkou koncentrací HDL-C, zvýšenou hodnotou krevního tlaku a hyperglykemií nalačno.

McIntyre a kol. (2007) poukazují na komorbiditu s poruchou krevního oběhu, která se objevuje u bipolárních pacientů o 4–7 let dříve než u běžné populace. Respirační problémy jsou také častější u bipolárních pacientů, jedná se například o výskyt plicní embolie, chronické bronchitidy, astmatu a chronické obstrukční plicní nemoci. Bipolární afektivní porucha je dále vázaná s řadou neurologických problémů. Nejčastěji se jedná o migrény, které postihují 39,8 % ambulantních bipolárních pacientů. V populaci lidí trpících roztroušenou sklerózou je prevalence bipolární afektivní poruchy 10 % nebo vyšší. Dále u bipolárních pacientů je častý výskyt epilepsie.

Poruchy osy hypotalamus – hypofýza – štítná žláza (HPT) jsou u jedinců s bipolární afektivní poruchou hlášeny častěji než v běžné populaci. Dále u bipolárních pacientů nejsou ojedinělé ani abnormality spojené s funkcí ledvin, které mohou být důsledkem nefrotoxického efektu léčby lithiem (McIntyre a kol., 2007).

1.6 Léčba bipolární afektivní poruchy

Akutní léčba bipolární afektivní poruchy má za cíl dosáhnout plné remise, kdy se u pacienta neprojevují žádné symptomy nemoci. Po zvládnutí akutní léčby pacient zahajuje pokračovací léčbu, která by měla zabránit relapsu a přesmyku. Doporučená délka je šest měsíců a více po odstranění příznaků, u většiny je nutná celoživotní profylaktická léčba. Vhodnou medikaci volíme podle stavu léčby, zdali pacient zahajuje léčbu nebo potřebuje optimalizovat stávající léčbu a zároveň přihlížíme k adherenci léčby. Dále hodnotíme závažnost onemocnění a individuální snášenlivost (Češková, 2015).

Dle Látalové & Praška (2009) z dat vyplývá, že už jeden rok po akutní epizodě polovina až dvě třetiny pacientů stanovenou léčbu nedodrží správně nebo vůbec.

Průměrná délka užívání lithia je přibližně dva měsíce, pouze 21 % pacientů užívá lithium dlouhodobě. Důvodů nedodržování stanovené medikace je mnoho. Pacienty mohou odradit nepříjemné vedlejší účinky, závislost na psychoaktivních látkách, nízká opora okolí a další. Nedodržování medikace vede k problémům, například náhlé vysazení lithia je jedním z největších spouštěčů rychlého cyklování.

Základní léčbou bipolární afektivní poruchy je pravidelná farmakoterapie. Psychoterapie představuje doplňkovou léčbu, která dokáže výrazně zlepšit kvalitu léčby a snížit závažnost epizod. Před započítím psychoterapie musí pacient přijmout, že je nemocný a pochopit základní projevy, léčbu a podstatu nemoci (Látalová, & Praško, 2009).

1.6.1 Farmakoterapie

Herman, Praško, Doubek, & Hovorka (2004) uvádějí, že bipolárním pacientům jsou podávány stabilizátory nálady, které snižují výkyvy nálad a preventivně chrání před vznikem další epizody. Mezi stabilizátory řadíme lithium, valproáty, karbamazepin, lamotrigin a olanzapin. Nejběžnější je léčba lithiem, který má antimaničké účinky a chrání před vznikem dalších manických a depresivních epizod. Účinnější je však při léčbě mánie než deprese. Při dlouhodobé léčbě lithiem se výrazně snižuje riziko suicidálního jednání. K léčbě mánie se podávají také antipsychotika, a to jak klasická, tak atypická v kombinaci se stabilizátory. Antidepresiva první a druhé generace se využívají v léčbě depresivní nebo smíšené epizody v kombinaci se stabilizátory. Podobné účinky mají i antidepresiva třetí a čtvrté generace.

Nejúčinnější léčebnou metodou v psychiatrii je elektrokonvulzivní terapie, která se používá i v léčbě bipolární afektivní poruchy. Podstatou je průchod elektrického proudu mozkem, který zapříčiní krátký epileptický záchvat. Pacienti jsou uvedeni do krátké anestezie a myorelaxace, které zabrání svalovým křečím nebo jiným úrazům. Elektrokonvulzivní terapie se používá často u bipolárních pacientů s těžkými depresemi (Herman a kol., 2004).

Profylaktická léčba lze započít po zvládnutí akutní epizody, kdy je pacient asymptomatický. Začít profylaktickou léčbu je doporučováno už po první manické epizodě, podstatou léčby je užívání stabilizátorů nálady (Látalová, 2010).

Pro prevenci mánie se nejčastěji užívá lithium, valproát a antipsychotika druhé generace, u prevence depresivních epizod je účinný lamotrigin. V léčbě je proto velmi častá

kombinace užívání lithia a lamotriginu. U žen a dívek se nedoporučuje předepisovat přípravky, které obsahují valproát. Děti matek, které užívaly valproát, měly zvýšené riziko vzniku vrozených malformací a vývojových problémů. Léčba valproátem u žen je možná pouze v případě, že není možná žádná jiná léčba. Ženy užívající valproát musí užívat účinnou antikoncepci a musejí být sledovány lékařem, který je zkušený v léčbě epilepsie či bipolární afektivní poruchy (Češková, 2015).

1.6.2 Psychoterapie

Často využívaná terapie u bipolární afektivní poruchy je individuální kognitivně-behaviorální terapie, která byla vytvořena pro léčbu depresivní a úzkostné poruchy (Látalová & Praško, 2009). Dle Cochran (1984) první randomizovaný pokus KBT na bipolárních pacientech prokázal, že po šesti sezeních terapie vedla ke zvýšení adherence, lepší spolupráci při užívání medikace a méně časté hospitalizaci. Dále KBT dokázala u pacientů vyvrátit chybné informace o medikaci. Tato studie byla zaměřená na lepší spolupráci v léčbě, jiné přístupy jsou zaměřené na dovednosti, které mohou zabránit relapsu.

Výzkum prováděný Lam a kol. (2003) také zkoumal účinnost KBT na bipolárních pacientech. Obsahoval 12 sezení, která proběhla během šesti měsíců a 2 upevňovací sezení, která se konala v průběhu dalšího půl roku. V průběhu roku bylo u KBT skupiny zaznamenáno 43,8 % relapsů a u kontrolní skupiny 75 % relapsů. Dále KBT sezení vedla ke kratším hospitalizacím pacientů, méně častým epizodám, signifikantně lepšímu fungování v sociálním životě a lepšímu zvládnání prodromálních symptomů mánie.

Interpersonální terapie sociálních rytmů je založená na hypotéze důležitosti sociálního rytmu u bipolární afektivní poruchy. Tato terapie zkoumá cesty k relapsu, narušení sociálních a cirkadiálních rytmů, nedodržování léků a vliv negativních životních událostí. Model předpokládá vliv pozitivních a negativních životních událostí na cirkadiální rytmus, což zvyšuje riziko recidivy. Tento jev u bipolárních pacientů řeší terapie zavedením denních rutin, zkoumáním interpersonálních konfliktů a dále řeší problémy, které se týkají sociálních rolí (Lauder, Berk, Castle, Dodd, & Berk, 2010).

Lauder a kol. (2010) zmiňují, že konflikty v rodině, rozpad vztahů, nedostatek opory okolí a silné emoce mohou přispívat k relapsu. Rodinné terapie se účastní pacient a minimálně jeden pro pacienta důležitý člen rodiny. Terapie se zahajuje po stabilizaci nálady, jejím cílem je informovat o průběhu nemoci. Tato edukace zahrnuje zkoumání možných spouštěčů epizod, informování o důležitosti léčby a posilování pozitivních vztahů

v rodině. Studie dokazují větší účinnost v redukci relapsů depresivních epizod než relapsů manických epizod.

Miklowitz a kol. (2000) provedli studii na dvou skupinách hospitalizovaných pacientů. Obě skupiny pacientů se léčily psychofarmaky, první skupina absolvovala rodinnou terapii, která trvala 9 měsíců. Druhá skupina absolvovala dvě edukační setkání, kterých se účastnili i členové rodiny. Dále se pacienti účastnili variabilního počtu krizových intervencí. První skupina v průběhu roku měla oproti kontrolní skupině méně relapsů a také vykazovala zmírnění depresivních symptomů. Nejsignifikantnější zlepšení proběhlo u pacientů pocházejících z rodin, které byly charakteristické velkou emoční expresivitou.

Psychoedukační intervence má za cíl poskytnout pacientovi důležité informace o podstatě nemoci a seznámit ho s léčbou. Důraz se klade především na posílení pozitivního postoje pacienta k farmakoterapii. Psychoedukační intervence mohou být formou krátkých didaktických prezentací nebo formou rozsáhlejších intervencí (Jones, 2004).

2 KREATIVITA

Kreativitu je velmi obtížné definovat, ale i přes to ji snadno rozeznáme. Typické pro kreativní myšlení je vytváření něčeho nového, nahlížení na staré věci novým způsobem a nalézání nových souvislostí. Pro pochopení kreativního myšlení je třeba seznámit se s jeho základními procesy (Maley, & Bolitho, 2015). Wallas (1926) popisuje čtyři fáze kreativního myšlení: příprava, inkubace, osvětlení a ověření. Tento model podrobněji rozeberu v podkapitole *2.4 proces tvůrčí činnosti*. Koestler (1989) uvádí pojem bisociace, který znamená spojování stávajících konceptů do konceptů nových. Dále Boden (1992) pojednává o analogii a indukci jako klíčových faktorech kreativity v umělecké i vědecké oblasti.

Další významná jména zabývající se tvořivostí neboli kreativitou jsou: Max Wertheimer, Joy P. Guilford a Jaroslav Hlavsa. Max Wertheimer (1945) rozlišil dva typy myšlení: reproduktivní a produktivní. Během reproduktivního myšlení lidé opakuji myšlenkové postupy, které uplatnili v minulosti. Naopak při produktivním myšlení dochází k restrukturační vztahů uvnitř problému, vyřešení problému je pak srovnatelné se vznikem dobrého tvaru. Guilford (1967) v rámci jeho trojrozměrného modelu inteligence rozlišoval konvergentní a divergentní myšlení. Konvergentní myšlení používáme při řešení úloh s jedním řešením. Naopak divergentní myšlení uplatňujeme při řešení problémů, které má více než jedno řešení nebo k jeho řešení vede více způsobů. Teorii tvořivosti v psychologii je spousta, avšak mezi nimi dominuje integrativní přístup (Sternberg & Lubart, 1991), který říká, že podstatou kreativity je výskyt šesti faktorů: expertní znalosti a dovednosti, styly myšlení, osobnostní rysy, vnitřní motivace a podpůrné prostředí.

2.1 Osobnostní rysy spojené s kreativitou

Kognitivní psychologie zkoumá mentální procesy a mechanismy, které se podílejí na kreativním myšlení. Zajímavé je, že kreativita je silně spojena s nižší latentní inhibicí. Vysoce kreativní jedinci si všimají věcí, které ostatní považují za nedůležité, což jim umožňuje přemýšlet o věcech mimo stanovené hranice. Snížená latentní inhibice je také spojována s psychopatií. Mysl psychotického jedince je rovněž zahlcována stimuly, kterým by ostatní lidé nevěnovali pozornost. Nižší latentní inhibice tedy může vést k vyšší kreativě nebo psychopatií. Rozhodujícím faktorem v tomto případě je míra obecné inteligence. Lidé s vyšší inteligencí umějí latentní inhibici využít ve svůj prospěch, zatímco

pro lidi s nižší inteligencí je množství podnětů zahlcující a působí jim komplikace (Simonton, 2012).

Kreativní jedinci se dále odlišují od ostatních v určitých osobnostních rysech. V průzkumech, které se týkají rysů osobnosti a kreativity, záleží na oblasti zájmu jedinců, protože lidé pracující ve vědě a v umělecké sféře se navzájem budou odlišovat. Například umělci mají větší náchylnost k psychopatologii než vědci (Simonton, 2012).

Pětifaktorový model osobnosti zahrnuje následujících pět základních rysů:

- otevřenost vůči zkušenosti (openness to experience)
- svědomitost (conscientiousness)
- extraverte (extraversion)
- přívětivost (agreeableness)
- neuroticismus (neuroticism)

(Hřebíčková, 2011).

McCrae a Costa (1997) zastávají názor, že otevřenost vůči zkušenosti je jedním ze základních rysů, které souvisejí s uměleckou osobností. Tento rys souvisí také se zvědavostí a vyhledáváním různorodých zážitků, což vede k ukládání většího množství poznatků do dlouhodobé paměti (Ashton, Lee, Vernon, & Jang, 2000). Extraverte zahrnuje energičnost, společenskost, entusiasmus, zájem o nové věci, sebevědomí, dominanci, pozitivitu a asertivitu (Pervin & John, 1999). Kromě společenskosti, všechny tyto charakteristiky byly spojeny s divergentním myšlením a dalšími měřítky kreativity (Baas, De Dreu, & Nijstad, 2008; Batey & Furnham, 2006; Feist, 1998 in Fürst, Ghisletta, & Lubart, 2016). Neuroticismus hraje v životě kreativních jedinců také významnou roli. Umělci jsou častěji úzkostní, emocionální a citliví, zatímco vědci jsou více stabilní (Feist, 1998). Není však jasné, zdali neuroticismus má pouze vliv na výběr kreativní sféry (Eysenck, 1993) nebo skrz vyšší senzitivitu a emocionalitu zvyšuje úspěch v umělecké tvorbě (Batey & Furnham, 2006).

Svědomitost se zdá jako faktor, který je vzdálený od umělecké kreativity, ale za to propojený s vědeckou kreativitou. Realita je však komplikovanější. Vědci jsou sice více svědomitější než kontrolní skupiny, ale vysoce kreativní jedinci působící v této sféře vykazují naopak menší svědomitost vůči méně kreativním kolegům (Feist, 1998). Svědomitost souvisí s energičností, organizací a pracovní výkonností, což jsou vlastnosti, které jsou důležité pro kreativní činnost (Pervin & John, 1999). Na druhou stranu

svědomitost negativně koreluje s psychoticismem a inhibicí, oboje má souvislost s kreativitou a divergentním myšlením (Eysenck, 1993). Posledním rysem z pětifaktorového modelu je přívětivost, která však většinou není spojována s vyšší kreativitou. Kreativní jedinci bývají více hostilní, asociální, nekonvenční a odmítají normy (Feist, 1998).

Psychoticismus zahrnuje vlastnosti nižšího řádu, například agresivitu, necitelnost, antisociální a impulzivní jednání (Eysenck, 1992). Eysenck zastával názor, že psychoticismus podporuje kreativitu tím, že je spojen s nízkou kognitivní a behaviorální inhibicí, které vedou ke spontánnějšímu proudu originálních myšlenek a nápadů (Costa & McCrae, 1992; Eysenck, 1992). Pro stabilitu je charakteristická nízká míra neuroticismu, vysoká míra přívětivosti a vysoká míra svědomitosti (DeYoung, 2006; Digman, 1997). Stabilita může být prediktorem k nižší umělecké kreativitě, avšak u kreativity na poli vědy může být vztah složitější. Vědci obvykle mají nižší neuroticismus a přívětivost, ale svědomitost u nich bývá vyšší (Fü rst, Ghisletta, & Lubart, 2016).

Lennon a Dacey (2000) uvádějí, že nejdůležitější vlastností v kreativitě je tolerance vůči dvojznačnosti. Dvojznačné situace jsou takové, kde nám chybí rámec, který je potřebný k nasměrování dalších postupů (MacKinnon, 1978). Tyto situace mohou v lidech vyvolávat mírné znepokojení a zájem nebo také velkou úzkost. Nepředpojatý postoj vůči těmto situacím je typický pro tvořivé jedince (Barron, 1968, 1995; Jay & Perkins, 1997, Sarnoff & Cole, 1983). K vyvolání strachu a úzkosti u tvořivých jedinců je potřeba vysoká míra dvojznačnosti. Dalšími rysy kreativní osobnosti jsou:

- stimulační svoboda
- funkční svoboda
- flexibilita
- ochota riskovat
- preference zmatku
- prodleva uspokojení
- oproštění od stereotypu sexuální role
- vytrvalost
- odvaha
- sebeovládání

(Lennon & Dacey, 2000)

Lidé svázání stimulem rádi dodržují pravidla a v dvojznačných situacích přijmou neexistující pravidla, aby zabránili strachu z nesprávného jednání. Tento strach lidi omezuje

v jejich kreativité (Lennon & Dacey, 2000). Naopak kreativní jedinci v dvojznačných situacích pravidla ignorují (Taylor & Getzels, 1975). Funkční svoboda znamená schopnost představit si, že věci mohou sloužit i k jiným účelům, než k čemu jsou primárně určeny (Lennon & Dacey, 2000). Dalším rysem je flexibilita, což je schopnost vidět situaci celistvě a nikoli pouze jako jednotlivé nekoordinované detaily. Vidět celý problém a nesoustředit se jen na jednu jeho část, je důležitá vlastnost, která doprovází kreativní řešení (Gedo, 1997; MacKinnon, 1975). Sternberg a Lubart (1995) zkoumali schopnost riskovat ve vztahu k tvořivosti. Uvádějí, že lidé, kteří riskují, sice přicházejí o pocit bezpečí a může dojít k odmítnutí, ale za to mají větší šanci přijít s kreativním počinem. Preference zmatku znamená preferování složitosti a asymetrie. Často se tento rys měří pomocí Barronova a Welshova testu (Dacey & Lennon, 2000).

Prodleva uspokojení je také důležitým rysem, tvořiví lidé mohou nad svými projekty strávit roky bez uznání nebo jakékoliv odměny. Zejména na začátku je odměna za kreativní činnost minimální (Sternberg & Lubart, 1995). V minulosti se říkalo, že ženský mozek z velké části nemá „kreativní gen“. V uplynulých desetiletích došli vědci k závěru, že nižší míra tvořivosti u žen v historii byla dána převážně ženskou rolí a ne biologickými faktory (Dacey & Lennon, 2000).

Dalším typickým rysem tvořivých lidí je velká vytrvalost. Csikszentmihalyi (1996) si všiml, že zkoumaní lidé byli vytrvalostí až posedlí. Stanovil pojem autotelická osobnost, kterou disponují často kreativní jedinci. Lidé s touto osobností svou energii vkládají do své práce a s velkou vytrvalostí směřují ke svým cílům. Dále popsal stav flow, během kterého se kreativní jedinci plně soustředí na svoji tvorbu a nevnímají okolní svět. Po skončení tohoto stavu následuje pocit spokojenosti a štěstí (Csikszentmihalyi, 1997). Paul Torrance (1995) během svého zkoumání kreativních lidí stanovil, že odvaha je nejdůležitější faktor v úspěšné kreativní práci.

Mezi lidmi je častá stereotypní představa, že jsou umělci impulzivní, divocí a bez zábran. Pravda však může být jiná, sebeovládání je totiž velmi důležitou vlastností v kreativní oblasti. Během tvořivého procesu člověk musí vymyslet plán nebo si představit žádoucí výsledek. Sebeovládání je potřebné k správnému využití času, systematické práci a vytrvalosti, které povedou k tvůrčím produktům. Mezi kreativitou a sebeovládáním je tedy velmi těsný vztah (Dacey & Packer, 1992).

2.2 Neuropsychologické přístupy v kreativité

V minulosti proběhla řada výzkumů zabývajících se mozkovými mechanismy, které zprostředkovávají lidské kognitivní schopnosti. I přes to máme velmi málo znalostí o mozkových mechanismech, které mají na svědomí kreativitu (Heilman, 2016). V následujících podkapitolách se budu věnovat nejdříve aktivitě hemisfér, což je velmi diskutované téma v oblasti kreativity a poté se zaměřím na biochemické procesy mozku.

2.2.1 Kreativita a aktivita hemisfér mozku

Velmi častým předmětem zkoumání byla souvislost mezi imaginací a kreativitou v závislosti na aktivitě hemisfér. V minulosti docházelo k přisuzování duševních funkcí k jedné ze dvou hemisfér. Řada studií ukazuje na dominanci pravé hemisféry, co se týče tvořivosti, protože má větší objem asociační kůry, která zpracovává informace a zároveň v ní dochází k jejich složité integraci (Dacey & Lennon, 2000). Hypotéza, že pravá hemisféra je primárně zodpovědná za tvořivost, vedla k neoprávněným generalizacím. Pravdou však je, že u tvořivých osob se objevila vyšší aktivita pravé hemisféry na EEG než u osob s nižší tvořivostí při myšlenkových procesech vedoucích k tvořivým činnostem (Martindale, 1989 in Vidláková, 2008). U hypotéz týkajících se rozdělování duševních funkcí k jednotlivým hemisférám je třeba mít na paměti, že obě hemisféry se do určité míry účastní veškerého chování a navzájem se doplňují (Dacey & Lennon, 2000). R. Finke (1997) odmítá názor, že za tvořivostí stojí především pravá hemisféra. Například poškození zadních částí levé hemisféry vede k narušení vytváření představ. Elektrofyziologické studie také dokázaly, že při vytváření představ se zvyšuje aktivita levé hemisféry.

Umělci při malování obrazu se musí soustředit na jednotlivé objekty, což zajišťuje levá hemisféra. Naopak pravá hemisféra má na starost především globální soustředěnost, takže k vytvoření obrazu je zapotřebí používat obě hemisféry. Kromě vizuálního umění můžeme hypotézu zapojení obou hemisfér při kreativní činnosti uplatnit i při vytváření hudby, protože pravá hemisféra je důležitá pro zpracování melodie, zatímco levá hemisféra zpracovává rytmus (Heilman, 2016).

2.2.2 Kreativita a biochemické procesy

Noradrenalin je jedním z nejdůležitějších neurotransmiterů, které ovlivňují modulaci mozkového vzrušení. Lidé bývají kreativnější ve stavu klidu. Když jsou lidé vzhůru, ale jsou uvolnění, tak se na EEG objeví aktivita alfa. S přicházejícím stresem tato

alfa aktivita ustupuje a na EEG se vytváří vlny s vyšší frekvencí (Heilman, 2016). Ve studii, kterou provedli Martindale a Hasenfus (1978), byli participanti požádáni, aby napsali kreativní příběhy. Na jejich základě poté byli rozděleni do dvou skupin. V jedné skupině byli jedinci s vyšší kreativitou a ve druhé skupině byli méně kreativní participanti. Výzkumníci jim měřili EEG v době, kdy přemýšleli nad příběhem a v době, kdy jej psali. Výsledky ukázaly, že kreativnější participanti měli vyšší alfa index ve fázi inspirace než ve fázi psaní příběhů, zatímco u méně kreativních jedinců nebyl mezi fázemi zásadní rozdíl.

Adrenokortikotropní hormon (ACTH) je jedním z hormonů, který je vylučován hypofýzou při stimulaci hypothalamem. Hormonální vazby spojené s ACTH daly vzejít biologickému modelu tvůrčího procesu, který vytvořil David deWeid (1995). Ten zastával hypotézu, že neuropeptidy ACTH umožňují komunikaci mezi neurony a zároveň ovlivňují potenciál pro aktivní přenos impulsů mezi levou a pravou hemisférou.

Hormon ACTH byl zkoumán v souvislosti s bipolární afektivní poruchou. V průběhu deprese se předpokládá vytváření malého množství hormonu ACTH, což vede k omezené komunikaci mezi hemisférami. To by také mohlo vysvětlovat, proč mají pacienti problém vyjádřit slovy, jak se cítí. Naopak během mánie se předpokládá zvýšená produkce tohoto hormonu. V případě, že platí Wallasova teorie, tak inkubace předchází tvůrčí činnosti. Sekrece ACTH se tedy zvyšuje až v průběhu tvorby. Z výzkumů bipolárních stavů však vyplývá, že velká agitace pravděpodobně snižuje tvůrčí činnost. Osvícení je nejintenzivnější během mírné kognitivní agitace a velká či příliš nízká agitace vede k jeho poklesu (Dacey & Lennon, 2000).

Dále bylo zjištěno, že během nízké kortikální agitace dochází u kreativních jedinců k ochabování vědomé pozornosti. Během tohoto stavu se aktivují neurony, které působí v interakci s dalšími neurony, což je klíčové pro vznik nových myšlenek. Nízká agitace také souvisí s malým zájmem o stimuly z vnějšího prostředí. Tento jev můžeme na sobě pozorovat například při denním snění nebo krátce před usnutím. Přiblížení k nevědomí dává možnost proniknout ke starým myšlenkám nebo představám, což může být příčinou vzniku kreativního poznání (Martindale, Hines, Mitchell, & Covello, 1984).

Bylo zjištěno, že dopaminergní medikace zvyšuje produktivitu u vizuálních umělců (Walker, Warwick, & Cercy, 2006). U jednoho umělce s Parkinsonovou chorobou bylo pozorováno po zvýšení léků zintenzivnění jeho malířské činnosti a změna osobního uměleckého stylu (Kulisevsky a kol, 2009). Kromě toho byla pozorována souvislost mezi

dopaminergní medikací a novými uměleckými činnostmi. Dva výzkumníci pozorovali pacienta s Parkinsonovou chorobou, který už během prvního měsíce po zahájení této léčby začal psát velmi kvalitní poezii. Pacient nikdy předtím poezii nepsal, avšak jeho dědeček z matčiny strany byl vynikajícím básníkem. Nakonec tento pacient získal významnou cenu za poezii (Schrag, Trimble, 2001). Nicméně pouze u malého množství pacientů s Parkinsonovou chorobou se projeví umělecká činnost po dopaminergní medikaci. To znamená, že medikace zapříčiní tento jev pouze u jedinců, kteří mají skrytý talent, ale nezvyšuje kreativitu jako takovou (Zaidel, 2014).

2.3 Vliv sociálních faktorů na kreativitu

Vliv kreativity k sociálnímu prostředí je vzájemný, prostředí do určité míry ovlivňuje kreativitu a produkty kreativity zase ovlivňují okolí. Vnější prostředí poskytuje kreativnímu jedinci nové pohledy na věc. Vhodné okolí dává kreativním lidem pozitivní pohled na ně samé, což zabraňuje pocitu, že jsou „divní“. Nicméně ne vždy se jedinec dostane do takového sociálního prostředí, které by tolerovalo odchylky od normy bez trestu. Důležitými rysy sociálního prostředí, které podporuje kreativní chování, je otevřenost, svoboda, tolerance k riskování, podpora, mírnější tresty a oceňování nových objevů (Cropley, 2006).

Řada dětí se každoročně narodí s potenciálem velké tvořivosti, avšak pouze jedno procento z nich dostane příležitost tento potenciál rozvinout. Je logické, že prostředí, ve kterém vyrůstáme má velký vliv na rozvoj našich potenciálů (Dacey & Lennon, 2000). Robert Albert (1996) vytvořil teorii, jak charakteristické rysy rodiny ovlivňují kreativitu. Uvádí šest hlavních rysů rodiny:

- historie
- systematičnost
- informovanost
- vnitřní podobnost
- vnitřní utříděnost
- procesy rodinného přenosu

Historický rys rodiny obsahuje zkušenosti, důležité lidi, traumata z minulosti a vlastní určování toho, co lze akceptovat. Systematičnost znamená, že členové rodiny se nechovají nahodile. Informační aspekt slouží ke vnímání kultury a hodnocení důležitosti

okolních podnětů. Tento aspekt také pomáhá při řešení problémů. Vnitřní podobnost znamená, že členové rodiny mají tendenci tvořit část určitého vzorce, ve kterém setrvávají. Vnitřní utřídnost představuje, jakým způsobem jsou rozdělovány prostředky, které rodina má. Procesy rodinného přenosu vedou k předávání vědomostí a hodnot mezi nimi i napříč generacemi. Nejdůležitější aspekt z hlediska rozvíjení kreativity je to, zdali členové rodiny umožňují dětem učit se ze zkušenosti, která v nich rozvíjí tvořivost nebo podporují jen obvyklý úspěch a postavení. Děti pocházející z rodin, ve kterých není dovoleno riskovat, mohou být velmi bystré, ale pravděpodobně budou méně tvořivé (Robert Albert, 1996).

Studie prokázaly, že rozmanité, otevřené a podporující rodinné prostředí povzbuzuje v dětech kreativitu více než omezující, vysoce kontrolující a nepodporující rodina (Dewing & Taft, 1973; Dreyer & Wells, 1966; Kumar & Singh, 2018 in Liang, Niu, Cheng, & Qin, 2021). Zapojování rodičů do aktivit spojených se školou také podporuje kreativitu u dětí. Tyto aktivity však musejí být přítomny v určitých mezích, aby nedocházelo k opačnému efektu, kdy u dětí kreativitu spíše snižují (Liang, Niu, Cheng, & Qin, 2021).

2.4 Proces tvůrčí činnosti

V literatuře se autoři zaměřují na umělecký nebo na kreativní proces, jednotlivé procesy se od sebe mohou navzájem lišit. Kreativní proces může být popsán na dvou úrovních, první z nich je makro úroveň, která představuje jednotlivé etapy procesu. Druhá je mikro úroveň vysvětlující mechanismy, které jsou základem tvůrčího procesu, tedy například divergentní a konvergentní myšlení. Práce, které se zabývaly mikro procesy se shodly na mechanismech zahrnující tvůrčí proces, avšak v oblasti makro procesů k sjednocení povahy nebo počtu fází tvůrčího procesu nedošlo (Botella, Zenasni, & Lubart, 2018).

Wallas (1926) byl první, kdo popsal kreativní proces, jeho koncept zahrnuje čtyři stupně. První je přípravná fáze, ve které jedinec shromažďuje informace a osvojuje si základní znalosti problému. Například se naučí techniky malby nebo prozkoumá určitou literaturu. V této fázi jsou pravděpodobně důležité intelektuální procesy, které ovlivňují rychlost osvojení. Druhá je inkubační fáze, která je pro kreativní proces důležitá a jedinečná. V této fázi dochází k inkubaci nápadů bez přímého a logického uvažování. Je zde také zahrnut koncept nevědomí, protože na problému se v této fázi nepracuje na vědomé úrovni. Poté následuje fáze iluminace, která je charakteristická rozpoznáním správného řešení problému. Kreativní vědci to popisují jako *aha zážitek*, avšak pravdou je, že k náhlému

osvícení dochází jen málokdy, většinou se jedná o postupný proces. Poslední etapa je fáze verifikace, kdy dochází k hodnocení řešení problémů. Dominuje zde kritické a logické myšlení.

Guilford (1968) stanovil kognitivní procesy, které jsou pro kreativitu jedinečné. Podle jeho teorie jsou pro tvůrčí proces dvě zásadní kategorie kognitivních procesů. První z nich je divergentní myšlení, které se může ubírat různými směry. Například typická otázka v testu divergentního myšlení by byla: „Kolik využití může mít cihla?“. Wallach (1970) uvedl, že divergentní myšlení je závislé na plynulosti při generování nápadů a kognitivních jednotek, zdůraznil tak schopnost asociace. Tento druh myšlení by měl být podstatný hlavně v inkubační fázi kreativního procesu.

Druhá kategorie schopností, která je důležitá v oblasti kreativity, je transformační schopnost. Tato schopnost umožňuje transformovat známé podněty do nových vzorců nebo konfigurací. Důležitá je zde flexibilita v reorganizaci a schopnost vymanit se ze starého nastavení. Jedinec tak dokáže nalézt nové řešení problému, které je odlišené od těch předchozích (Russ, 1993).

Finke a kol. (1992) navrhl Geneplore model, který charakterizuje vývoj nových a užitečných nápadů jako výsledek působení mezi generativními a průzkumnými procesy. Tento model lze uplatnit na uměleckou tvorbu i na každodenní kreativitu (Finke a kol., 1992). Generativní fáze zahrnuje budování mentálních reprezentací. Následuje průzkumná fáze, která dokáže tyto struktury interpretovat a vede tak ke kreativním vhledům a objevům. Nicméně kreativní proces nezahrnuje jen samotné kognitivní komponenty, protože jedince není možné oddělit od jeho prostředí nebo situace. Adekvátní model kreativního procesu musí brát v úvahu i sociální a materiální okolí člověka (Botella a kol., 2013).

Okada a kol. (2009) vytvořili hierarchický model analogické modifikace, aby prozkoumali souvislost mezi uměleckými kognitivními procesy a vytvářením uměleckých cílů. Autoři popsali tři typy analogické modifikace: modifikace předmětu, modifikace struktury a modifikace konceptu.

Existují však i jiné modifikace než analogické. Umělci často mění nástroje, materiály nebo činnosti pro vytváření uměleckých děl. Všechny zmíněné modifikace označujeme jako modifikace procesu (Yokochi & Okada, 2021).

Uměleckým procesem se zabývala studie, kterou provedli Botella, Zenasni, & Lubart v roce 2018. Této studii se zúčastnili studenti druhého ročníku školy vizuálního grafického

umění. Cílem bylo sestavit model úrovní procesu ve vizuální umělecké tvorbě. Sběr dat proběhl pomocí rozhovoru, který byl záměrně otevřený a krátký, zahrnoval pouze otázky: „Jak obecně probíhá váš tvůrčí proces?“ a „Jak byste pojmenovali fáze, které jste právě zmínil?“ . Výsledky ukázaly, že proces začíná přiblížením se k předmětu, poté následuje reflexe, ve které se studenti snaží o pochopení tématu. Na to navazuje fáze průzkumu, kdy studenti chodí do knihovny za účelem poznání již provedených uměleckých děl, což vede k vytvoření znalostní základny. Student se poté od těchto předchozích prací oprostí. Fáze inspirace je založena na dojmu a zážitku, který se týká předmětu. Následuje etapa zkoušení prvních náčrtů, organizace a kombinace již vytvořených nápadů. Student na konci tohoto procesu musí vybrat ten nejlepší z nich. Student vybere nejvhodnější techniku pro svou práci a započne fáze realizace. Po této fázi následuje etapa specifikace, kdy student své dílo zdokonaluje a dodělavá. Po skončení procesu autor zhodnotí své dílo a poté ho prezentuje svým vyučujícím.

V další části se studie zabývala tím, jak sami studenti pojmenovali etapy uměleckého kreativního procesu. Bylo zaznamenáno 16 úrovní: ponoření, reflexe, průzkum, inspirace, zjevení, zkoušení, shromažďování, nové nápady, selekce, materiály, realizace, specifikace, finalizace, kontrola, prezentace a urovnání (Botella a kol., 2018).

3 VÝZKUMY ZABÝVAJÍCÍ SE VZTAHEM KREATIVITY A BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHY

Kraepelin (1921) poprvé poznamenal, že bipolární afektivní porucha je často spojována se zvýšenou kreativitou. Řada nejtvůřivějších spisovatelů, skladatelů, malířů a vědců trpěla buď monopolárními depresemi nebo bipolární afektivní poruchou. Během deprese sice kreativní jedinci nejsou více produktivní, ale toto období může být lepší pro fázi inkubace, kdy se nápady rozvíjejí (Heilman, 2016).

Kyaga, Lichtenstein, Boman, Hultman, Långström, & Landen (2011) provedli výzkum, kterého se zúčastnili pacienti se schizofrenií, pacienti s bipolární poruchou a pacienti s depresivní poruchou. Tato velká švédská studie ukázala, že jedinci se schizofrenií a bipolární afektivní poruchou, včetně jejich příbuzných, mají větší zastoupení v kreativních profesích než kontrolní skupina. Nejbližší příbuzní bipolárních pacientů měli sice větší zastoupení v kreativních profesích, ale spíše ve vědecké oblasti než v té umělecké. Jedinci s unipolární depresí a jejich příbuzní nevykazovali větší zastoupení v umělecké nebo vědecké oblasti.

Nejběžnější metodou, jak pochopit souvislost bipolární afektivní poruchy a kreativity, je zkoumání biografie známých umělců. Údaje z biografických materiálů naznačují, že bipolární afektivní poruchou mohli trpět umělci John Berryman, Robert Lowell, Anne Sexton, Vincent van Gogh, Robert Schumann a další. Studie, které se zabývaly souvislostí vyšší kreativity a bipolární afektivní poruchy, prokázaly, že kreativita je vyšší u mírnějších forem bipolární afektivní poruchy než u bipolární poruchy I. typu. Zároveň je tento jev častější u pacientů, kteří mají bipolární afektivní poruchu v rodinné historii (Ludwig, 1992, Czeizel, 2001, Jamison, 1989, Wills, 2003, Juda, 1949 in Johnson a kol., 2012). Ačkoliv většina studií dokazuje, že lidé s náchylností k bipolární afektivní poruše mají větší predispozice k vyšší kreativitě, výsledky studií se významně liší. Jednou z příčin může být odlišný způsob diagnostiky v případě, že biografické materiály poskytují omezené informace o symptomech nemoci (Johnson a kol., 2012).

Andreasen (1987) pomocí strukturovaných diagnostických rozhovorů posuzoval kreativní spisovatele, kteří se účastnili vysoce prestižního workshopu pro spisovatele

na University of Iowa. Kritéria pro diagnostiku spektra bipolární afektivní poruchy splňovalo 43 % z nich. Na rozdíl od kontrolní skupiny, kde jedinci měli stejný věk, gender i vzdělání, splňovalo tyto kritéria 10 %. Kromě toho tato studie potvrdila i výše zmíněnou hypotézu, protože 30 % splňovalo kritéria pro bipolární poruchu II. typu a pouze 13 % pro bipolární poruchu I. typu.

Ve výzkumu Akiskal & Akiskal (1988), který byl proveden na psychiatrických pacientech, 8 % vysoce kreativních jedinců mělo diagnostikovanou mírnější formu bipolární afektivní poruchy. Méně než 1 % z nich mělo diagnostikovanou bipolární poruchu I. typu, schizofrenii a unipolární poruchu.

Dalším předmětem diskuze může být, jak stavy mánie a deprese ovlivňují míru kreativity. Řada biografických materiálů prokázala, že slavní autoři, hudebníci a další umělci měli vyšší míru depresivity. Předpokládalo se, že stavy deprese tedy mohou souviset s vyšší kreativitou (Johnson a kol., 2012).

Studie Soeiro-de-Souza, Dias, Bio, Post, & Moreno (2011), které se účastnili pacienti s bipolární poruchou I. typu, zkoumala míru kreativity v závislosti na jednotlivých epizodách. Kreativita byla posuzována pomocí Barrow Welsh Art Scale (BWAS), tato škála obsahuje 86 černých a bílých obrazů, které participant hodnotí podle toho, zdali se mu líbí nebo ne. Vyšší skóre znamená, že člověk dává přednost více asymetrickým a komplexním obrazům. Umělci dosahují v tomto testu vyššího skóre. Z výsledků vyplynulo, že depresivní ani smíšené epizody neměly vliv na skór BWAS, avšak během mánie byl tento skór u participantů vyšší.

Studie provedená Burkhardt a kol. (2019) dokázala, že participanté se sklony k bipolární afektivní poruše vykazují výrazně vyšší skór BWAS. Zároveň jedinci, u kterých dochází k rychlým změnám nálad, skórovali v BWAS více než ostatní. Zvýšená energie, která se pojí s rychlými změnami nálad a výskytem euforických epizod, zřejmě koreluje s BWAS skórem.

Výzkum Ruitter & Johnson (2015) byl proveden na studentech vysoké školy a zkoumal vztah mezi náchylností k bipolární afektivní poruše a vyšší kreativitou. Výsledky ukázaly souvislost mezi zvýšenou náchylností k mánii a zvýšeným pozitivním hodnocením své kreativní práce.

Výzkum, který provedli Miller, Perich, & Meade (2019), prokázal, že jedinci během depresivní epizody jsou výrazně méně kreativní než skupina v hypománii, mánii nebo

bez symptomů. Zároveň během hypománie/mánie byla u jedinců kreativita výrazně vyšší než u lidí, kteří vykazovali symptomy hypománie/mánie a deprese zároveň. Mezi skupinami vykazující depresivní symptomy a symptomy deprese i mánie/hypománie nebyl signifikantní rozdíl.

Dále zde zmíním studii Johnson a kol. (2016), které se zúčastnili vysoce kreativní pacienti s bipolární afektivní poruchou. Tento kvalitativní výzkum se zabýval tím, jak pacienti vnímají roli symptomů a léčby v jejich kreativitě. Bipolární afektivní porucha v této otázce zahrnuje řadu pozitiv, ale i negativ. Například mánie, která je doprovázena vysoce intenzivní mírou energie, může být překážkou k efektivním kreativním výkonům. Na druhou stranu je mánie charakteristická vysokou motivací, což je pro jakoukoliv činnost pozitivní. Pacienti tvrdili, že během mánie se kvůli intenzivnímu návalu energie nemohou věnovat ničemu jinému, než projektu, na kterém pracují. Otázkou je, zdali výsledný produkt je kvalitní. Stav mánie může dodávat klamný pocit zvýšené kreativity a kvality výsledků. Jeden z pacientů uvedl, že má sice obrovské množství nápadů, ale svoji práci nedokáže dokončit. Další z pacientů řekl, že se cítí velmi zaneprázdněn, ačkoliv nedělá žádnou produktivní práci, což znamená, že nedokáže tento stav efektivně využít.

Zároveň participanti popisovali neobvyklý stav kreativního myšlení, které je nelineární a vícerozměrné, což vede ke zvýšené kreativitě a neobvyklému způsobu představitosti. Někteří lidé uváděli, že jsou lepší v kreativní práci během užívání léků. Tento pozitivní efekt je pro ně někdy tak důležitý, že přehlížejí negativní efekty medikace. Naopak jeden z pacientů řekl, že po diagnostikování poruchy začal s intenzivní léčbou, která ho velmi utlumila. Další jedinci také uváděli, že jim medikace snížila míru kreativity a zároveň jim limituje emoční propojení, což potvrzuje důležitost volby vhodné léčby (Johnson a kol., 2016).

Holm-Hadulla, Roussel, & Hofmann (2010) zkoumali dopisy a sebereflexi slavného básníka a politika J. W. v. Goethe pomocí fenomenologických a hermeneutických metod a porovnávali je se současnými psychiatrickými klasifikacemi. Výsledkem bylo, že slavný Goethe splňoval kritéria pro dystymii nebo bipolární poruchu II. typu. Depresivní stavy Goethemu pomáhaly vytvářet vynikající poezii, ale naopak jeho vědecká a politická činnost byla depresí omezována.

Výzkum Mohammadian, Shahidi, Mahaki, Mohammadi, Baghban, & Zayeri (2011) byl proveden na íránských studentkách, které měly zálibu v psaní poezie. Ženy byly rozděleny do dvou skupin, jedna skupina se účastnila sedmi sezení skupinové terapie poezií

a druhá skupina byla přidána na čekací listinu. Výzkum ukázal, že pomocí psaní poezie dochází ke značnému snížení symptomů deprese, úzkosti a stresu.

Tématem deprese a vizuálního umění se věnoval výzkum Wadeson (1971), v něm bylo zkoumáno deset obrazů, které vytvořili pacienti hospitalizováni s depresí. Výsledky ukázaly, že během zvýšené deprese pacienti tvořili obrazy, které byly méně barevné a měly více prázdných míst. Dále kresby byly užší a měly menší význam než ty, které byly vytvořeny v méně intenzivní depresi.

V dalším výzkumu 82,2 % participantů odpovědělo kladně na otázku, zdali jsou více kreativní, když se cítí plní energie. Mezi bipolární poruchou I. a II. typu nebyly významné rozdíly, co se týče charakteristik kreativity. Nicméně 31,6 % pacientů s bipolární poruchou I. typu preferovalo psaní a 16 % pacientů s bipolární poruchou II. typu dávalo přednost kreslení ve stavu mánie nebo hypománie. Žádný z pacientů bipolární poruchy I. typu neuvedl, že by se věnoval hudbě během této periody, 14 % pacientů bipolární poruchy II. typu uvedlo, že během hypománie se hudbě rádi věnují (McCraw, Parker, Fletcher, & Friend, 2013).

VÝZKUMNÁ ČÁST

4 VÝZKUMNÝ PROBLÉM

Souvislost mezi psychickým onemocněním a kreativitou je už několik let tématem řady výzkumů. Mnoho známých umělců, kteří v minulosti posouvali hranice umění, měli psychické problémy. Mezi umělce, kteří trpěli konkrétně bipolární afektivní poruchou, patří Vincent Van Gogh, Virginia Woolfová, Ota Pavel, Miloš Kopecký, Jackson Pollock a mnoho dalších (Látalová, 2010).

Samotná bipolární afektivní porucha byla v minulosti několikrát zkoumána ve vztahu k vyšší kreativě. Některé z těchto výzkumů byly představeny ve třetí kapitole *Výzkumy zabývající se vztahem kreativity a bipolární afektivní poruchy*. Z výsledků těchto výzkumů vyplývá, že mánie a hypománie zvyšují míru kreativity a depresivní epizoda ji naopak snižuje.

Na základě těchto zdrojů bylo rozhodnuto zkoumat, jak lidé s diagnózou bipolární afektivní poruchy vnímají vliv této nemoci na jejich uměleckou činnost. Konkrétně se výzkum zaměřil na to, jak depresivní a manická fáze ovlivňuje míru kreativity. Jak se rozdílné prožívání v jednotlivých epizodách odráží ve formě a obsahu uměleckých děl. Dále bylo zjišťováno, jak se odlišuje produktivita a motivace k umělecké činnosti v jednotlivých epizodách. Změna prožívání nastává i po nasazení léčby, a proto se výzkum zaměřil i na toto téma, tedy zdali účastníci pocítili změnu ve své tvorbě po zahájení medikace.

4.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cílem výzkumu bylo zjistit, jak vnímají lidé s diagnózou bipolární afektivní poruchy vliv této nemoci na jejich uměleckou činnost.

Po stanovení výzkumného cíle byly formulovány tři výzkumné otázky:

1. Jak účastníci vnímají vliv léčby na jejich uměleckou činnost?
2. Jak účastníci vnímají vliv manické/hypomanické fáze na jejich uměleckou činnost?
3. Jak účastníci vnímají vliv depresivní fáze na jejich uměleckou činnost?

5 TYP VÝZKUMU A POUŽITÉ METODY

Na základě povahy zkoumaného tématu bylo rozhodnuto zvolit kvalitativní přístup. Definování tohoto přístupu se v literatuře odlišuje, pro jeho představení v této práci byla zvolena definice Miovského (2006, 17):

Kvalitativní přístup je v psychologických vědách je přístupem, využívajícím principů jedinečnosti a neopakovatelnosti, kontextuálnosti, procesuálnosti a dynamiky a v jeho rámci cíleně pracujeme s reflexivní povahou jakéhokoli psychologického zkoumání. Pro popis, analýzu a interpretaci nekvantifikovaných či nekvantifikovatelných vlastností zkoumaných psychologických fenoménů naší vnitřní a vnější reality využívá kvalitativních metod.

Důležitým termínem kvalitativního přístupu je jedinečnost a neopakovatelnost. Důraz je také kladen na kontextuálnost, která poukazuje na to, že na poli psychologie není mnoho jevů, které by platily univerzálně. Dále významnými faktory jsou procesuálnost a dynamika. Při zkoumání je respektován přirozený vývoj jevů, což výzkumníkovi usnadňuje jejich poznávání. Pomocí dynamiky je zjišťováno, jak různé faktory ovlivňují proces a jaké kvality dostávají. Dalším důležitým termínem kvalitativního přístupu je reflexivita. To znamená, že se výzkumník sám podílí na zkoumaném jevu (Miovský, 2006).

Pro výzkum byla zvolena mnohopřípadová studie, která je v rámci kvalitativního přístupu jedním z nejvyužívanějších typů s dlouhou historií. Zkoumání jednotlivých případů respektuje komplexnost, což vede k hlubšímu porozumění.

Data byla analyzována pomocí interpretativní fenomenologické analýzy (IPA), jejímž cílem je pochopení žité zkušenosti člověka (Smith, Flowers, & Larkin, 2009). IPA vychází z fenomenologie, hermeneutiky a idiografického přístupu. Fade (2004) tvrdí, že subjektivní domněnky a představy výzkumníka by neměly být potlačovány, protože díky nim výzkumník dokáže porozumět, jaký význam člověk zkušenosti přikládá. Součástí IPA je dvojitá hermeneutika, což znamená, že se respondent snaží porozumět své zkušenosti a zároveň výzkumník se snaží pochopit, co respondenta vede k takovému porozumění (Řiháček, Čermák, & Hytych, 2013).

6 SBĚR DAT A VÝZKUMNÝ SOUBOR

Účastníci výzkumu jsou lidé s diagnózou bipolární afektivní poruchy, kteří se věnují umělecké činnosti. Umělecká činnost nebyla blíže specifikována, takže se výzkumu účastnili lidé, kteří se věnují různým oblastem umění.

Pro získání účastníků do výzkumu byl vytvořen inzerát, který byl následně vyvěšen na facebook skupinách, které se zabývají tématem psychických poruch a umění. Na základě tohoto inzerátu se účastníci přihlásili do výzkumu, hovoříme tedy o metodě samovýběrem.

V jednom případě byla využita metoda sněhové koule. Tato metoda se využívá v kvalitativním přístupu velmi často. Podmínkou pro uskutečnění této metody je kontakt s první vlnou účastníků výzkumu, kteří nominují kandidáty pro druhou vlnu (Miovský, 2006).

Tabulka 1: Základní informace o účastnících výzkumu

Jméno	Pohlaví	Věk	Umělecká činnost
Nina	Žena	19	Zpěv, hra na klavír, poezie, kresba, malba, design, prostorová tvorba
Lucie	Nebinární	30	Psaní poezie, malba
Karolína	Žena	34	Malba, koláže, pouring
Alice	Žena	29	Malba, grafický design, malba interiéru
Oliver	Muž	31	Psaní poezie, herectví

Pro získání potřebných dat byl použit polostrukturovaný rozhovor. Polostrukturovaný rozhovor je nejčastěji využívaný typ rozhovoru, protože nemá nevýhody nestrukturovaného a plně strukturovaného rozhovoru. Miovský (2006) uvádí, že při tvorbě rozhovoru je nutné stanovit jádro interview, to obsahuje minimum témat a otázek, na které se výzkumník musí dotázat. Velmi důležité jsou momenty, kdy se v rozhovoru objeví výzkumníkem nečekaný jev (Řiháček, Čermák, & Hytych, 2013). Je předpokládáno,

že respondent rozumí své prožité zkušenosti nejlépe, a proto by měl mít v rozhovoru volnost věnovat se tomu, co vnímá jako důležité (Smith, Flowers, & Larkin, 2009).

Při vytváření rozhovoru byly stanoveny tři základní témata:

- Vliv léčby na uměleckou činnost.
- Vliv manické fáze na uměleckou činnost.
- Vliv depresivní fáze na uměleckou činnost.

Ke každému tématu byly vytvořeny hlavní otázky a k nim podotázky. Při provádění rozhovoru byly pokládány doplňující otázky v závislosti na situaci, které umožnily lepšímu porozumění zkušenosti účastníků.

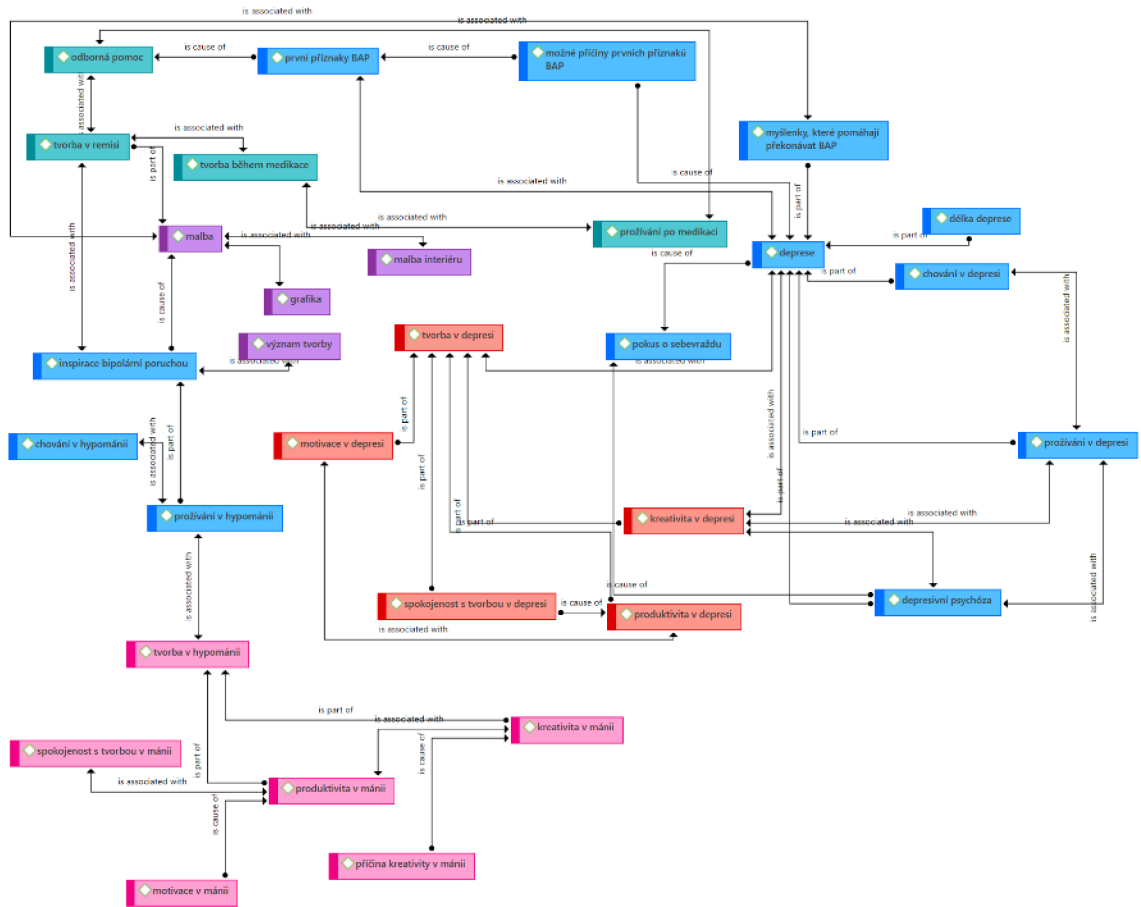
Rozhovory, které nebylo možné uskutečnit osobně, byly s účastníky realizovány přes online videohovor. Tyto rozhovory byly zaznamenány na diktafon. Vzniklý záznam byl následně přepsán včetně doprovázející metakomunikace.

6.1 Metoda zpracování dat

Nejdříve byla výzkumníkem provedena sebereflexe, jejímž cílem bylo uvědomit si vztah s tématem a znalosti tohoto tématu. Po sebereflexi výzkumník opakovaně přečetl rozhovor, aby se dokázal vcítit do respondenta a přiblížit se jeho vnímání zkušenosti. Poté následovalo kódování textu. Výzkumník se pečlivě věnoval všem částem, protože v této fázi nemohl zhodnotit, co bude pro výzkum zásadní.

Následovala práce s vytvořenými kódy, které výzkumník začal třídit do vynořujících se témat. Tato organizace získaných dat vedla k vytvoření skupin kódů. Výzkumník poté začal zjišťovat vzájemné vztahy a propojenost mezi vytvořenými skupinami pomocí programu ATLAS.ti. Nejdříve skupiny kódů byly od sebe barevně odlišeny a poté došlo ke grafickému znázornění vztahů mezi kódy.

Obrázek 1: Ukázka grafu znázorňující vztahy mezi kódy



Po důkladném zanalyzování všech případů následovalo hledání souvislostí mezi nimi. Díky souhrnné analýze bylo zjištěno, jaké jevy jednotlivé případy spojují a v čem se naopak případy odlišují.

7 ETICKÉ HLEDISKO A OCHRANA SOUKROMÍ

Zájemci, kteří se přihlásili na základě inzerátu, byli informováni emailem o tématu, časové náročnosti, dobrovolnosti, cílech a průběhu výzkumu. Před začátkem samotného rozhovoru byly tyto informace účastníkům znovu sděleny včetně připomenutí, že v průběhu rozhovoru je možné riziko otevření citlivých a nezpracovaných témat, a proto v žádném případě není nutné odpovídat na nic, co by jim mohlo být jakkoliv nepříjemné. V případě souhlasu byl předložen k podepsání informovaný souhlas. U online rozhovorů výzkumník poslal informovaný souhlas prostřednictvím mailu a požádal respondenty o zaslání podepsaného scanu zpět.

Rozhovory byly zaznamenávány na dva diktafony, ke kterým má přístup pouze výzkumník. Následně byla nahrávka přepsána a z textu byly odstraněny všechny údaje, které by mohly vést k identifikaci účastníků. Křestní jména respondentů byla taktéž změněna. Nahrávka byla pořízena pouze za výzkumným účelem a po skončení výzkumu bude smazána.

Účastníci byli také dotázáni, zdali by byli ochotni poskytnout ukázky svých uměleckých děl pro lepší představu o vlivu léčby a epizod na jejich tvorbu. Byli upozorněni, že ukázky tvorby v bakalářské práci mohou vést k jejich identifikaci. Zároveň byli informováni, kde bude možné bakalářskou práci dohledat (IS STAG, Theses.cz). V případě souhlasu jim byl předán k podepsání souhlas s užitím autorského díla.

8 VÝSLEDKY VÝZKUMU

V první části budou představeny analýzy jednotlivých případů. Následně bude prezentována souhrnná analýza, která umožní nalézt spojující prvky jednotlivých případů.

8.1 Analýza jednotlivých případů

U každého respondenta je nejdříve uveden krátký madailonek, který obsahuje základní informace o prvních příznacích a symptomech nemoci. Dále je uvedeno, zdali respondent užívá léky na bipolární afektivní poruchu a jaké umělecké činnosti se věnuje.

8.1.1 Nina

žena, 19 let

Příznaky bipolární afektivní poruchy začala Nina pociťovat už v osmi letech. Od té doby se jí střídají fáze deprese a mánie, které s přibývajícím věkem slábnou a zároveň se vyskytují čtenější a delší remise. Léky na bipolární afektivní poruchu nikdy neužívala a ani své rozhodnutí nechce měnit. S bipolární afektivní poruchou se tedy vypořádává většinou bez vnější pomoci. Říká, že to je hlavně o práci se svou hlavou. Na psychoterapii chodí příležitostně, ale častěji se obrací na lidi, kteří jsou pro ni citově nejbližší.

Nadání v umělecké činnosti se začalo projevovat u Niny už v dětství. Za svůj život se věnovala různým oblastem umění, mezi ně patří hra na klavír, zpěv, psaní básní či jiných textů, konceptuální tvorba a vizuální umění. V momentální době se nejvíce věnuje kreslení a malování. K této tvorbě používá nejrůznější umělecké pomůcky a podklady. Nina studovala střední školu s uměleckým zaměřením a momentálně studuje vysokou školu, která je rovněž zaměřená na umění.

K tvorbě ji dokáže inspirovat vše, co se vyskytuje v jejím okolí. Často se jedná i o obyčejné věci, které ji zaujmou. Spokojenost s tvorbou neurčuje tolik estetická stránka tvorby či uznání od ostatních, ale je pro ni důležitější, aby dílo obsahovalo nějaké její sdělení.

Vliv léčby na uměleckou činnost

Nina léky na bipolární afektivní poruchu neužívá a ani nikdy neužívala. Důvodem je strach ze závislosti na lécích a z utlumení kreativity. Dále má obavu, že by se už necítila plně sama sebou.

„Bojím, že když budu brát léky, tak ztratím svou reálnou osobnost, protože mám pocit, že většina těch prášků funguje na principu utlačování určité sféry mozku, která dělá ten bordel, ale která je zároveň napojená na centrum kreativity, takže mám strach, že by mě to mohlo vygumovat na nějaký procento“.

V jejím případě tedy není možné posoudit, zdali nasazení léčby mělo vliv na její uměleckou činnost. Z rozhovoru však vyplynulo, že strach z útlumu kreativity se částečně podílí na jejím rozhodnutí neužívat léky.

Vliv manické fáze na uměleckou činnost

Nejsilnější mánie Nina prožívala, když jí bylo 17 a 18 let. Intenzivní výkyvy nálady jí komplikují život, ale s přibývajícím věkem jsou její mánie slabší a četnost remisí naopak roste. Délka mánie je vždy různá, její trvání je v řádu dnů, hodin nebo minut. Pro Ninu je snadnější tvořit v mánii, protože v této fázi zažívá výrazné zvýšení kreativity. V případě nutnosti vykonat kreativní práci, musí počkat na příchod mánie.

Na otázku, zdali je v mánii pro ni jednodušší vymýšlet nápady na tvorbu, odpověděla: *“Určitě, je to mnohem jednodušší. Je to, jako by se mi otevřelo nějaký třetí oko, který mi dokáže ukázat všechny věci strašně jasně, který mi do teď jasný nebyly. Hlavně v té umělecké oblasti no.“*

Intenzita fáze má vliv na to, jak její dílo bude vypadat. Nina však uvedla prvky, které jsou pro práci vytvořenou v mánii typické. Konkrétně se jedná o to, že obrazy jsou méně strukturované, obsahují gradaci a zároveň jsou více spontánní a autentické. Dále většinou neobsahují přesné detaily, ale naopak jsou méně realistické.

„Je mnohem míň systematická a strukturovaná logicky. Ta tvorba, která proběhne v té mánii, je taková bouřlivější, jako by to bylo moje druhý já, který se chce dostat ven.“

S nástupem mánie přichází i obrovská motivace, která je nezávislá na vnějších podnětech. Nina několikrát během rozhovoru řekla, že mánie má podobný vliv na její prožívání jako psychostimulancia.

„Ta mánie je taková jako stimulující droga trochu, jako by mi najednou dodala motivaci. Strašně moc motivace.“

Motivace je tak velká, že když začne tvořit, tak nemůže přestat a započaté dílo musí dokončit. Veškerou svou energii soustředí na aktuální tvorbu, a když ji někdo vyruší, tak reaguje podrážděně. Na své tvorbě dokáže pracovat několik hodin a během práce nevnímá okolní prostředí. Kromě toho ignoruje i vlastní potřeby, například pocit hladu či potřebu spánku. Dokončení započatého díla se u ní stává prioritní.

„V podstatě je to moment, který probudí takovou posedlost, když to tak řeknu a najednou prostě všechno jde stranou. Třeba jsem schopná několik hodin vkuse jenom něco dělat a ani si neuvědomím, že mám hlad nebo něco potřebuju, prostě úplně zapomenu na realitu.“

Nina několikrát v průběhu rozhovoru řekla, že obrovský nárůst energie v mánii vnímá jako něco vyššího, co přichází z vnějšího okolí a má pocit, že to není zcela ona. To je také jeden z důvodů, proč je tvorba vytvořená v mánii pro autorku hodnotnější a zajímavější.

„V té mánii je to něco, co formuluju odněkud z vnějšku a používá mě to jako nástroj té činnosti, takže to není jako úplně moje. Úplně se s tím nesžívám, ale o to je to pro mě hodnotnější“

Vliv depresivní fáze na uměleckou činnost

Nina uvedla, že v depresivní fázi pociťuje ztrátu veškeré motivace, prožívá beznaděj a v ničem nevidí smysl. S depresí se mění i forma její tvorby, která jí pomáhá tuto fázi překonávat. Nina tedy v depresivní fázi netvoří, protože by měla k činnosti nějakou motivaci, ale ví, že jí tvorba psychicky pomáhá a to ji donutí tvořit.

„Jo, jako stává se, že tvořím i v té depresi, protože mám pocit, že se tím z toho dostanu, ale není to takový, že by tam byla nějaká motivace. Je to spíš hodně o té naději, že mi bude líp, když to udělám.“

Stejně jako v mánii, Nina při tvorbě nevnímá okolí. Tento prvek je tedy stejný pro obě dvě fáze. Během rozhovoru však vyplynulo, že tvorba v jednotlivých fázích se značně liší. Nina v depresivní fázi často píše poezii, do které odráží své momentální prožívání schované za metafory. Díky častým metaforám ostatní lidé nedokáží význam básní plně pochopit a pouze Nina ví, co přesně metafory znamenají. Básně mají terapeutickou funkci, protože jí pomáhá, když se vypíše ze svých emocí.

„Když mám depku, tak třeba spíš píšu ty básně nebo nějaký texty. Často i nestrukturovaný, který vyjadřují nějakou metaforickou formou moje myšlenky.“

Vizuální tvorba, kterou Nina vytvoří v depresivní fázi, je mnohem více realistická než ve fázi manické. Při kresbě či malbě přesných detailů zapomíná na vnější okolí a tento proces jí rovněž uleví od prožívání negativních emocí.

„Pokud se to týká té vizuální formy, tak rozhodně v té depresivní fázi dělám hlavně realistický věci, protože mi strašně pomáhá vymalovat se s různými detaily. Je to pro mě fakt takový, že to odvede pozornost.“

Nina má problémy s motivací v depresivní fázi i ve fázi remise. V případě nutnosti odevzdat kreativní práci, musí počkat na příchod manické fáze.

„Když mám třeba nějakou zakázku, něco musím udělat, tak je to prostě těžký, protože musím čekat na tu mánii, a když je ta mezisféra, která je teď čtenější, tak prostě nemám takovou inspiraci k té tvorbě, takže je pro mě mnohem těžší se k tomu dokopat. Je to takový složitý.“

8.1.2 Lucie

nebinární, 30 let

Lucie začala navštěvovat dětskou psychiatrii ve třinácti letech z důvodu sebepoškození. První příznaky bipolární afektivní poruchy se u ní začaly projevovat na přelomu osmnáctého a devatenáctého roku života. V té době jí už byla diagnostikována hraniční porucha osobnosti, což ztížilo diagnostiku bipolární afektivní poruchy. Lucie začala užívat v osmnácti letech antidepresiva. S diagnózou bipolární afektivní poruchy jí poté byla léčba vhodně upravena. U Lucie se projevují více hypománie než mánie, ale častěji prožívá depresivní fáze. V minulosti zažila depresi trvající šestnáct měsíců, během které byla několikrát hospitalizována.

Lucie se primárně věnuje psaní poezie, která jí pomáhá překonávat těžké chvíle. Nedávno se také začala učit malovat, což byl nápad, který se u ní objevil v mánii.

Vliv léčby na uměleckou činnost

Lucie začala v osmnácti letech užívat antidepresiva, avšak později se u ní začaly projevovat symptomy bipolární afektivní poruchy. Po stanovení této diagnózy byla léčba vhodně upravena. Během užívání pravidelné medikace začala vnímat ztrátu emocí. Tato

emoční oploštělost pro ni znamená překážku v psaní kvalitní poezie. Medikace výrazně tlumí její kreativitu i produktivitu v tvorbě, což je pro ni nepříjemné. Tento jev však nijak nemá vliv na dodržování pravidelné medikace.

„Jako šlve mě to, když už něco napíšu, tak je to tak z 30 % dobré jako to, co jsem psala tenkrát.“

Vliv manické fáze na uměleckou činnost

Lucie se v manické fázi věnuje realistické i abstraktní vizuální tvorbě, která na ni působí terapeuticky a uklidňuje ji.

„Já to ani nedělám, protože bych chtěla být spokojená s tím, co namaluju. Spíš to dělám, protože se mi ta hlava u toho vyčistí a má to nějaký terapeutický účinek.“

V mánii pociťuje velký nárůst energie, kterou musí do něčeho vynaložit. Když Lucie začne malovat, tak se obrazu věnuje maximálně dvě hodiny a poté jde dělat něco jiného. Nápad koupit si stojan s plátnem dostala Lucie v manické fázi a od té doby začala malovat. Vizuální tvorba je spojena pouze s mánii, protože Lucie v depresi ani v remisi nemaluje. Svoji tvorbu popisuje jako šílenou: *„Já jsem v mánii počmárala všechny zdi černýma nápisama a jako úplně šílené, takže mánie dělá tohle.“*

Vliv depresivní fáze na uměleckou činnost

V depresivní fázi se Lucie věnuje psaní poezie, kterou považuje za svoji hlavní uměleckou činnost. V této fázi má pocit, že je nejkreativnější a neproduktivnější. Čím je deprese větší, tím si přijde kreativnější.

„Ta poezie z té deprese, to byla podle mě fakt hodně dobrá poezie. Teď mám tu slabší depresi, a když něco napíšu, tak si řeknu, že to možná není úplně špatné, ale prostě oproti tomu, co jsem psala tenkrát, to se nevyrovná ani zdaleka.“

V poezii píše o svém vnitřním prožívání, nejčastěji se jedná o téma deprese, sebevraždy a smrti. Psaní je jediná věc, kterou dokáže Lucie v depresi dělat.

„Třeba konkrétně v té depresi, která trvala šestnáct měsíců, to jsem psala vyloženě o smrti a sebevraždě. Věřím do teď, že jen díky tomu jsem přežila, protože když píšeš ty věci na papír, tak z tebe jdou ven.“

Produktivita v psaní poezie je u Lucie během deprese mnohem vyšší. Stejně jako u míry kreativity platí, že čím intenzivnější depresi prožívá, tím si přijde produktivnější.

Ústředním tématem byla silná deprese, která trvala šestnáct měsíců. V této době byla Lucie velmi produktivní a dokázala napsat okolo dvě stě básní.

„Pak jsem měla depresi, která trvala šestnáct měsíců. To bylo kolem roku 2016, tam jsem napsala asi dvě stě básní, z toho se až 90 % týkalo smrti nebo sebevraždy.“

Pro porovnání uvedla míru produktivity, když je v remisi:

„Když už mě něco napadne, tak se to snažím sepsat a vyleze ze mě jedna báseň do čtrnácti dní, když je dobře. Alespoň něco.“

Psaní poezie má pro ni terapeutický účinek, protože skrz slova a věty se může Lucie vypsat ze svých emocí, což jí velmi pomáhá.

„Podle mě to byl takový únik, takový obranný mechanismus, abych se skutečně nezabila.“

Obrázek 2: Ukázka dvou básní. První je inspirována bipolární afektivní poruch

Ten člověk vně mého srdce,
Ten bůh -
Mě nikdy nepřijal.

Býval géníem,
Jehož němost nabyla tvar člověka.
Na nic už dávno nečeká,
Promlouvá,

Políbený darem bláznovství.
Delíria.

S pachutí lithia,
Kterým se mě pokoušel utiřit.
Jeho milosrdenství,
Je - snad - má nevina.

Zas jednou v klidu spočine.
A smíří se se mnou.

Kéž pochopí
Že já jsem on a on je já
Dvě části jedné bestie.

Svíjíme se v jednom těle.
Bez jistot.
Boj ducha s hmotou.
Na smrt a na život.

Kéž zase jednou utichne.
(Kéž zase jednou utichne.)

Vím, že jsem zemřela už dřív.
Snad někdy minulý rok.
Skok do prázdna.
Mě provázel každodenními rutinami.

Zachytili mě včas,
Ten hlas umlčeli,
A uložili mě do postele bez vzorů,
Kde stovky, snad tisíce doktorů
Kolem ní, skláněli se jako matka
Nad novorozence.

Je mi lépe,
Lépe pro život,
S tváří však tak nějak nakřivo
Hledím do zrcadla a ptám se, kam dál.
Je mi lépe.
Stála jsem v plamenech a znovuzrodila se
S předtuchou toho, jak žít.

Krvácím už jen občas.
Má to svou logiku, když
Kus kovu zajede pod kůži
A vypustí vše zlé, spolu se špatnou krví.
Je mi lépe,
Lépe pro život.
Ale peklo mě stále volá k sobě.

Bývala jsem nepřemožitelná,
Drahý příteli.
Než mě prokleli,
Však ty dny jsou pryč, již dávno zmizely,
Stejně jako zmizím já, já,
Pára nad hrncem, která se odpaří
Zemřu, ale ne, ne na stáří.
Ne tak, jako zemřete všichni.

Vím, že jsem zemřela už dřív.
Snad někdy minulý rok.
Však dnes umírám naposledy.
Je mi lépe.
Pro život tam, za světlem, které vdechují,
Do nějž směřuji.
V němž se sejdem.
V němž se sejdem.

Autor: Lucie

8.1.3 Karolína

žena, 34 let

Karolíně se první příznaky bipolární afektivní poruchy začaly projevovaly o letních prázdninách v osmnácti letech. Na podzim manický stav vymizel a začala se vynořovat

deprese, jejímž spouštěčem mohl být stres z maturity a vliv podzimního počasí, protože Karolína je k depresím náchylnější v podzimních a zimních měsících. Při projevech první deprese byla Karolína hospitalizována. Diagnóza bipolární afektivní poruchy byla stanovena až při druhé hospitalizaci v roce 2006, když jí bylo devatenáct let. Od roku 2005 až 2009 byla Karolína několikrát hospitalizována a uvedla, že v té době nedodržovala pravidelnou léčbu. S tou začala až od roku 2010, kdy se začala sama vzdělávat v oblasti psychologie a podle jejích slov začala: „*zodpovědný život s touhle nemocí*“.

Karolína upřednostňuje abstraktní obrazy před realistickou tvorbou. Ráda se věnuje technice pouringu a kolážím, které nejčastěji tvoří z vystřižených částí časopisů. S tvorbou začala před třemi lety, kdy pracovala na vrátnici a kresbou si krátila směny. Poté nastoupila do jiné práce, kde začala malovat.

Vliv léčby na uměleckou činnost

Karolína se začala věnovat umělecké činnosti až v době, kdy užívala pravidelnou medikaci, takže nelze posoudit, zdali léčba měla nějaký vliv na její tvorbu.

Vliv manické fáze na uměleckou činnost

Karolína v průběhu manické fáze pociťuje zvýšenou kreativitu. To je podle ní způsobeno zrychlenou myslí, díky které jí napadají náměty na tvorbu snadněji.

„Člověku vyskakuje strašně moc nápadů v tu chvíli, o hodně víc, než když ji nemá, když má tu mysl takovou jako uklidněnější.“

S mánii se také mění podoba tvorby, ta je složitější, chaotičtější a barevnější než tvorba z remise.

„Je to takový, že z toho vznikne taková přeplácanina šilená a je tam toho strašně moc. Teď se vrátím k těm kolážím, to jde vidět, že to je prostě hodně barevný, je tam hodně těch výstřižků.“

Během mánie pociťuje mírné zvýšení produktivity v tvorbě. V této fázi má potřebu pořádně něco dělat a nevydrží dlouho u jedné činnosti, což se týká i její tvorby. Motivace k tvoření se rovněž zvyšuje, protože má více nápadů, které chce zrealizovat. Karolína má v mánii mnoho myšlenek, což je pro ni nepříjemné a umělecká činnost jí pomáhá soustředit se chvíli na něco jiného.

„Přece jenom ta výtvarná činnost, na to se člověk musí soustředit. Musí tu hlavu zkoncentrovat do nějaké činnosti a je to rozhodně příjemnější stav, než když se to nechá

jenom tak být, takže asi jo. Řekla bych, že na základě tohoto budu produktivnější, ale asi to nebude nějak markantně.“

Karolína uvedla, že nelze obecně říct, zdali jsou obrazy vytvořené v mánii kvalitnější než ty, které namalovala jindy, avšak většinou s nimi je spokojená. Manickou fázi přirovnala ke stavu opilosti, kdy si člověk myslí, že jsou jeho nápady dobré, ale po skončení tohoto stavu je vnímá jinak.

„Já bych to připodobnila k takovému stavu, kdy se člověk napije a má spoustu nápadů. V tu chvíli mu to připadá strašně fajn, ale pak se probere a říká si, co to bylo zas za blbosti, takže asi takhle, ale záleží, to je zas kus od kusu.“

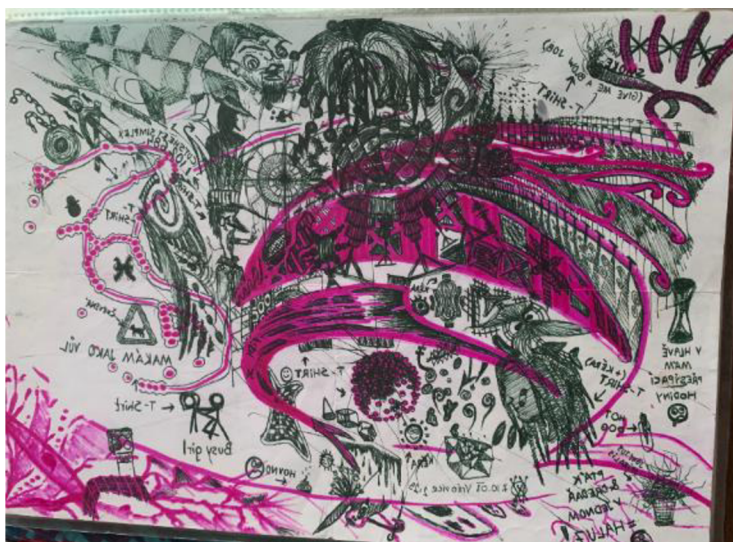
Vliv depresivní fáze na uměleckou činnost

S depresivní fází prožívá snížení kreativity, produktivity, sebevědomí a motivace k jakékoliv činnosti. Karolína v této fázi dokáže pouze číst a vykonávat nejnutnější činnost. Uvedla, že v depresi se nikdy nepřinutí dělat nic kreativního, ale když deprese ustoupí, tak o to více je produktivní.

„No ovlivňuje stoprocentně, to neudělám nic, to je konec.“

„Jediný, co v těch depresivních stavech umím, tak je soustředění na četbu, ale abych něco dělala, abych něco tvořila, to vůbec, tam to není.“

Obrázek 3: Tvorba z mánie



Autor: Karolína

8.1.4 Alice

žena, 29 let

U Alice se projevují fáze hypománie a deprese. První příznaky bipolární afektivní poruchy se u ní objevily v devatenácti letech. V té době se u ní začala projevovat deprese, která byla pravděpodobně zapříčiněná stresem. Po třech letech Alice navštívila psychiatricku, protože se u ní znovu objevila deprese, která poté vyústila v depresivní psychózu. Diagnóza bipolární afektivní poruchy jí byla stanovena, když Alici bylo 23 let a od 26 let začala s pravidelnou léčbou.

Alice se věnuje vizuální tvorbě, maluje interiéry, tvoří grafiku, ale tématu bipolární afektivní poruchy se věnuje hlavně v malbě. Ve svých obrazech se snaží o vizuální vyobrazení symptomů nemoci a často ji inspirují také prožitky z depresivní psychózy. Malba je pro Alici jako terapie, která jí pomáhá vyrovnávat se s nemocí.

Vliv léčby na uměleckou činnost

Díky léčbě se Alice cítí klidnější a dokáže se lépe soustředit, což jí umožňuje malovat kvalitnější obrazy. Zároveň není tak citlivá k okolním podnětům jako v mánii, takže dokáže malovat delší dobu. Dále uvedla, že u její tvorby je důležité dát si od obrazu odstup, aby dokázala posoudit, zdali všechny prvky v něm do sebe zapadají, což v remisi pro ni není problém. Z rozhovoru tedy vyplynulo, že jako hlavní dopad léčby vnímá vyšší kvalitu její tvorby.

„Podle mě to nebyly tak dobré práce, jako když jsem brala léky, když jsem byla uklidněnější a uměla jsem se na všechno líp soustředit. Uměla jsem si od toho dát odstup a tak. Rozhodně maluju kvalitněji po té léčbě.“

Vliv manické fáze na uměleckou činnost

Nápady na obrazy, která má Alice v mánii, jsou složitější, a proto výsledné obrazy vypadají více chaoticky. Dále uvedla, že v obrazech je pohyb. Alice v mánii vidí zaostřeněji a vnímá barvy jako sytější. K okolním podnětům je citlivější, což se projevuje například tím, že Alici nedělá dobře vidět blikající světla. Intenzivnější vnímání podnětů ovlivňuje i její tvorbu, protože dokáže malovat vkuse zhruba tři hodiny a poté si musí dát pauzu.

„Jak jsem prostě vnímala ty barvy, to vrstvení a ty kontrasty, tak mi to po třech hodinách začalo dělat zle, protože to bylo moc.“

S nástupem mánie pociťuje zvýšené sebevědomí, takže se nebojí malovat na větší plátna a zároveň více podceňuje přípravu, což vede k tomu, že v malbě je více chyb.

„Takže jsem si myslela, že to zvládnou bez jakékoliv přípravy. Ignorovala jsem prostě to, že abych malovala kvalitnější obrazy, tak si musím udělat náčrty, rozvrhnout si barvy a tak. Fakt jsem se přeceňovala v tomhle a pak ty obrazy prostě nebyly tak dobré.“

Motivace k malbě se u Alice výrazně zvyšuje a vnímá ji jako své poslání. Naopak produktivita je u ní menší, protože vydrží malovat kratší čas než v remisi a zároveň má větší problém své obrazy dokončit. S hotovým obrazem je Alice spokojená, ale po skončení mánie v něm vidí nedokonalosti, které bývají v obrazech z mánie četnější.

Vliv depresivní fáze na uměleckou činnost

Alice v depresi prožívá výrazný útlum kreativity. Dokáže vymyslet nápady na další obrazy, ale je pro ni obtížné je realizovat. Ztrácí energii i motivaci na to, aby malovala. V nejsilnějších depresích nemaluje vůbec. Pouze v době, kdy začne deprese ustupovat, tak se Alice dokáže vrátit k tvorbě. Podle toho dokáže posoudit, že se její stav lepší a deprese je na ústupu.

„Jako pokud už začnu tvořit, tak vím, že ta deprese končí, když je to v tom nejhorším, tak nedělám vůbec nic.“

Alice pociťuje výrazné snížení sebevědomí, nevidí smysl v ničem, co dělá a je sama k sobě velmi kritická. Říká, že ve svých malbách vidí jenom chyby a zároveň se bojí malovat na větší plátna, což je opačný jev toho, co můžeme u Alice pozorovat v mánii.

„To se dívám na to plátno a jako občas ani nemám odvahu k tomu plátnu sednout v tomhle stavu, protože mi to fakt přijde zbytečný.“

S nástupem depresivní fáze vnímá, že je její mysl pomalejší a zároveň má problémy s pamětí. Tyto projevy deprese mohou mít vliv na to, že Alici dělá problém zaměřovat se na detaily a poté vnímat obraz jako celek.

Podoba maleb, které Alice vytvoří v depresi, se liší několika rysy. Obecně své obrazy popisuje jako temnější. Barvy, které častěji používá ve svých obrazech, jsou zelená, černá, červená. Alice často svá díla vystavuje na veřejných místech, takže se přizpůsobuje vkusu veřejnosti, a proto své obrazy dělá méně drsné. Dalším rysem je to, že malby v sobě nemají pohyb. Opačný jev můžeme pozorovat v malbách, které Alice vytvořila v mánii.

Obrázek 4: Kresba z deprese, malba z mánie, malba vytvořená po zahájení léčby



Autor: Alice

8.1.5 Oliver

muž, 31 let

První příznaky bipolární afektivní poruchy se u Olivera projeví v roce 2015, když mu bylo 24 let. Příznaky odstartovaly deprese spojenou se syndromem vyhoření, příčinou byl rozpad vážného vztahu. V té době Oliver bral antidepresiva a jeho stav se začal zlepšovat, avšak na podzim toho roku došlo k rozvinutí mánie, která skončila hospitalizací. Oliver užívá léky od prvních příznaků deprese až do současnosti. Před užíváním vhodné léčby zažil jednu depresivní a dvě manické epizody, které trvaly několik měsíců.

Oliver se od roku 2013 věnuje primárně psaní poezie, ale někdy píše i prózu. Dále se od roku 2007 věnuje divadlu. Vlastní divadelní studentský spolek, kde je hercem, ale má zkušenosti i s režii a psaním scénáře. Poezie pro něj znamená sebevyjádření, radost a někdy také slouží jako způsob komunikace.

Vliv léčby na uměleckou činnost

Oliver uvedl, že nepocítuje vliv léčby na jeho tvorbu.

Vliv manické fáze na uměleckou činnost

V manické fázi má Oliver spoustu nápadů, ale málokdy je dokáže dokončit. Zároveň prožívá zvýšení sebevědomí, takže se nebojí výzev a velkých cílů. V mánii pocítuje velké množství myšlenek, které dokáže na chvíli uklidnit psaním poezie.

„Spoustu nápadů jsem solil přátelům, kterým se ty nápady dokonce libily, ale už druhá věc je, aby se to dalo do pohybu nebo do realizace.“

Uvádí, že v mánii dokáže být více produktivní, ale kvalita textu je nižší. Například během hospitalizace zažíval frustraci, takže si čas krátil psaním autobiografického románu a v průběhu pobytu popsal mnoho poznámkových bloků.

S poezií napsanou v mánii je méně spokojen, ale říká, že se mezi nimi najdou výjimky, které může poté použít. V této fázi se cítí nespoutaný, takže se méně řídí pravidly, což vede k tomu, že je poezie více chaotická a obsahuje chyby. Texty z mánie poté vyžadují více úprav, aby se kvalitou rovnaly těm, které Oliver napíše v remisi.

„Jo, v té mánii toho asi dokážu napsat víc a pak se ukáže, jestli něco z toho je použitelný. V tom normálním stavu jsem asi úspornější, ale když už něco napíšu, tak tam těch úprav většinou není moc.“

„Ne, že bych běžně psal nějak usedle, ale určitě to v tom normálním stavu dává víc hlavu a patu a je tam alespoň nějaké ukotvení.“

Dále se jeho poezie odlišuje tématy, které bývají v mánii více odvážné. Díky zvýšenému sebevědomí je nemá problém napsat a v některých případech i poslat osobě, které se básně týkají. Mnoho básní je milostných, protože v mánii se zvyšuje jeho zájem o ženy, což se projevuje i v napsané poezii.

Mánie ovlivňuje i činnost v divadelním spolku, protože má větší sebevědomí, ale zároveň jeho manické chování může mít negativní dopad na vztahy s druhými.

Vliv depresivní fáze na uměleckou činnost

Spouštěčem první depresivní fáze byl rozchod s partnerkou, který byl zároveň spouštěčem Oliverovy tvorby. Prostřednictvím poezie vyjadřoval své prožívání, což mu pomáhalo překonávat těžké chvíle. Tyto básně poté představil na autorském čtení, které mu také psychicky pomohlo, protože diváci reagovali pochopením pro jeho emoce a zároveň mu dali na situaci jiný úhel pohledu.

„Když se bavíme o té počáteční fáze deprese, tak se mi vybavují básně, které se týkaly rozchodu. Ten rozchod byl taky asi nějaký spouštěč.“

„Ty básně byly hodně, dalo by se říct, nihilistické, že nic nemá smysl.“

V depresivní fázi však pociťuje spíše útlum kreativity. Důvodem toho může být snížené sebevědomí a pocit zpomalené mysli. Uvádí, že na začátku dokáže psát poezii

a deprese ho inspiruje, ale jakmile se jeho stav zhorší, tak už není schopen psát. Vliv depresivní fáze na motivaci je podobná jako u kreativity. Na začátku má Oliver větší motivaci vyrovnávat se s negativní situací pomocí tvorby, ale v silnější depresi motivace upadá.

„Když jsem byl ještě schopný to reflektovat, tak jsem třeba něco napsal, ale v tom nejhorším jsem nebyl schopný nějaké kreativity, spíš mě to utlumovalo.“

Depresivní fáze také ovlivňuje jeho činnost v divadelním spolku. Oliver má méně energie, nižší sebevědomí, pocit zpomalené mysli a mluví tišeji než obvykle. Deprese ho v minulosti dovedla k rozhodnutí, že se nebude účastnit hry, kde byl v hlavní roli.

8.2 Společná analýza

V následující kapitole budou porovnávány analýzy jednotlivých případů. Společná analýza ukáže, v čem se případy shodují a jak spolu souvisí. V této části se vracíme na začátek analýzy, což může vést ke změně pohledu na zkoumaný jev. Výsledky analýz budou opět doplněny přímými citacemi účastníků.

8.2.1 Vliv léčby na uměleckou činnost

První část rozhovoru byla zaměřena na ovlivnění umělecké činnosti léčbou. Nina v rozhovoru uvedla, že nikdy léky neužívala a ani své rozhodnutí nechce měnit, protože má strach z utlumení kreativity a změny osobnosti. V jejím případě tedy nemohlo dojít ke zkoumání jevu. Karolína začala užívat léky na bipolární afektivní poruchu předtím, než se začala věnovat umělecké činnosti. V jejím případě tedy rovněž nemohl být vliv léčby zkoumán. Lucie pocítila s nasazením pravidelné léčby výrazný útlum emocí, což ji brzdí ve vytváření kvalitní poezie. Tento fakt ji štve, ale nemá vliv na dodržování medikace. Naopak Alice uvedla, že po nasazení léčby vnímá zvýšení kvality obrazů. Dále si přijde více produktivní, protože fáze mánie i deprese ji v malování brzdí. Oliver nepocítuje žádný vliv léčby na jeho tvorbu.

Nina: *„To jaká jsem, že bych si pak mohla připadat ztracená ve vlastní hlavě, že by to vymazalo nějakou moji část, že už bych se necítila být sama sebou.“*

Karolína: *„Ono co se týče toho výtvarničení, tak já jsem právě začala kreslit až na té vrátnici. Do té doby mě vůbec nenapadlo to dělat, i když jsem jako dítě do výtvarky chodila.“*

Lucie: „*Jako štvě mě to, když už něco napíšu, tak je to tak z 30 % dobré jako to, co jsem psala tenkrát.*“

Alice: „*Podle mě to nebyly tak dobré práce, jako když jsem brala léky, když jsem byla uklidněnější a uměla jsem se na všechno líp soustředit. Uměla jsem si od toho dát odstup a tak. Rozhodně maluju kvalitněji po té léčbě.*“

Oliver: „*Samotná léčba, že by měla vliv, tak to si nevybavuju no.*“

8.2.2 Vliv manické fáze na uměleckou činnost

Většina respondentů se shodla na tom, že manická fáze zvyšuje kreativitu, produktivitu i motivaci k tvorbě. Dále všichni respondenti uvedli, že se manická fáze odráží v podobě uměleckých děl. Sjednocujícím prvkem v podobě tvorby je chaos a složitost.

Vliv na kreativitu

Čtyři z pěti respondentů přímo uvedli, že mánie zvyšuje jejich kreativitu. Míra zvýšení se u každého respondenta projevuje jinak. Nejintenzivnější změnu popisovala Nina, která uvedla, že v mánii najednou vidí všechno jasně a nápady na tvorbu dostává mnohem snadněji. V případě, že potřebuje udělat nějakou kreativní práci, tak musí počkat na příchod mánie. Díla, která uskuteční v mánii, jsou pro ni zároveň hodnotnější. Karolína i Oliver také uvedli, že pociťují nárůst kreativity a mají více nápadů, avšak jejich tvorba není závislá na stavu mánie tolik jako v případě Niny. Alice neuvedla přímo, že by se v mánii cítila více kreativní. Vypověděla, že nápady má ve stavu mánie i deprese, ale vzájemně se od sebe liší, což se poté projevuje v podobě obrazů. Lucie na otázku, zdali mánie zvyšuje její kreativitu, odpověděla: „*Jo, ale spíš fakt jen tu vizuální tvorbu, obrazy, různé kresby a takové věci.*“ Vizuální tvorbě se Lucie věnuje pouze v mánii. V psaném umění, které vnímá jako hlavní uměleckou činnost, dochází k útlumu kreativity.

Nina: „*Nemůžu dělat věci, když si řeknu, že je musím udělat. Musí přijít taková ta mánie zkrátka. Dostanu tu inspiraci a pak mě nic nezastaví. Vůbec nevnímám okolí, dokud nevyprojektuju tu myšlenku, kterou mám v hlavě.*“

Karolína: „*Člověku vyskakuje strašně moc nápadů v tu chvíli, o hodně víc, než když ji nemá*“

Alice: „*Určitě v depresi i v mánii mě napadají náměty na obrazy, jak bych si představovala ten hotový produkt, ale když to začnu dělat, tak pak u toho plátna nevydržím tak dlouho.*“

Změna v podobě tvorby

Nina, Karolína i Alice uvedly, že se mánie odráží na podobě jejich obrazů. Nina se věnuje v mánii spíše abstrakci, její obrazy jsou více spontánní a obsahují gradaci. Karolína uvedla, že její obrazy z mánie jsou barevnější. Alice se v mánii nebojí malovat na větší plátna, což je zapříčiněno vyšším sebevědomím. Dále uvedla, že malby z manické fáze obsahují pohyb. U Lucie dochází ke změně oblasti umělecké činnosti, protože pouze v mánii se věnuje vizuální tvorbě. Oliver v průběhu mánie píše hlavně o ženách. Dále uvedl, že během hospitalizace v nemocnici popsal mnoho poznámkových bloků, ve kterých vyjadřoval svou frustraci z pobytu. V herectví ho mánie ovlivňuje tím, že je více sebevědomý.

Nina: *„Je to takový spontánnější a opravdovější, ale má to i různé gradace.“*

Lucie: *„Když mám depresi, tak se mi nejlíp píšou právě ty básně, a když mám hypománii nebo mánii, tak maluju.“*

Karolína: *„Teď se vrátím k těm kolážím, to jde vidět, že to je prostě hodně barevný, je tam hodně těch výstřižků.“*

Alice: *„Já jsem neměla problém prostě vzít to plátno a malovat, klidně i větší formáty, než jsem zvyklá. Byla jsem taková odváznější.“*

Oliver: *„Jo jako v té mánii, co si vybavuju, tak to výhradní téma byly ženy.“*

Chaos

Všichni respondenti se shodli, že jejich tvorba během mánie je více chaotická a složitá. Tento jev se objevoval u vizuálního i psaného umění. Oliver se v mánii neřídí tolik pravidly, což vede i k častějším chybám v básních.

Oliver: *„Jak jsem zmínil, tak v tom určitě hraje roli ten chaos. Tím, že jsem vlastně vypustil více chaosu, více nějaké svobody v té mánii, tak to prostě někdy ujede a je to třeba až moc divoké.“*

Změna produktivity

Všichni respondenti se shodli, že mánie ovlivňuje míru produktivity v umělecké činnosti. Nina, Lucie, Karolína a Oliver uvedli, že jim mánie produktivitu zvyšuje. Největší vzrůst produktivity pociťuje Nina, která uvedla, že mánie působí podobně jako psychostimulancia. Při tvorbě se plně soustředí, nevnímá okolí a nedokáže činnost přerušit. U Lucie manický stav zvedá produktivitu ve vizuální tvorbě, ale v psaném umění dochází

k útlumu. Karolína i Oliver se shodli, že jim mánie mírně zvyšuje produktivitu v tvorbě, která jim pomáhá uklidnit mysl. Naopak Alice je v mánii méně produktivní. Tvorbě se věnuje zhruba tři hodiny vkuse a poté si musí dát pauzu, což je zapříčiněno také tím, že v mánii vnímá mnohem intenzivněji vnější podněty. Uvedla, že v mánii vidí zaostřeněji a barvy se jí jeví jako sytější.

Nina: *„Jako ta produktivita tkví v tom, že když jsem v mánii, tak jsem schopná se do té práce absolutně zabrat bez jakéhokoliv vyrušení okolí a jsem na tom schopná pracovat několik hodin bez zastavení.“*

Lucie: *„No já jako nemaluju nic, když jsem stabilní.“*

Karolína: *„Ta mysl hodně lítá, je taková roztěkaná a přece jenom na tu výtvarnou činnost se člověk musí soustředit. Musí tu hlavu zkoncentrovat do nějaký činnosti a je to rozhodně příjemnější stav, než když se to nechá jen tak být, takže asi jo. Řekla bych, že na základě tohoto budu produktivnější.“*

Alice: *„Já bych řekla, že miň, když to srovnám s normálním stavem remise, tak bych řekla, že méně, protože u toho nevydržím tak dlouho.“*

Potřeba být neustále v pohybu

Lucie, Karolína, Alice i Oliver uvedli, že v mánii mají neustálou potřebu něco dělat. Lucie v mánii pocítuje velký nárůst energie, která jí umožňuje dělat více činností. Obrazům se věnuje většinou dvě hodiny a poté jde dělat něco jiného. Karolína musí být v manické fázi neustále v pohybu a rovněž nevydrží dlouho u jedné činnosti, což se týká i její tvorby. Alice uvedla, že se v mánii věnuje více činnostem než v remisi, takže na malbu má méně času. Oliver rovněž vypověděl, že se v mánii chce věnovat více činnostem a nedokáže se soustředit pouze na jednu.

Alice: *„Nevydržím u toho tak dlouho a dělám víc věcí zároveň, když jsem v tý mánii, tak buď uklízím, chodím ven, dělám třeba ty videa mnohem častěji a do toho maluju, prostě dělám tolik těch věcí, že na tu malbu je paradoxně miň času.“*

Nižší kvalita tvorby

Oliver i Alice se shodli, že mánie má negativní vliv na kvalitu jejich tvorby. Alice je více sebevědomá a má pocit, že k malbě nepotřebuje přípravu, což vede k většímu množství chyb. Oliver uvádí, že v mánii dokáže napsat více básní, ale jsou méně kvalitní než

básně z remise. To je způsobeno tím, že se v mánii řídí méně pravidly a to vede k častým chybám.

Oliver: *„V té mánii toho asi dokážu napsat víc a až pak se ukáže, jestli něco z toho je použitelné. V tom normálním stavu jsem asi úspornější, ale zase když už něco napíšu, tak tam těch úprav většinou není moc.“*

Vyšší sebevědomí

Oliver i Alice uvedli, že se zvýšené sebevědomí odráží v jejich tvorbě. Alice je v mánii ke svým obrazům méně kritická a nebojí se pochválit. Dále vlivem většího sebevědomí podceňuje přípravu a kreslí na větší plátna než v remisi. U Olivera se zvýšené sebevědomí projevuje tím, že píše více o odvážných a intimních tématech. Často se v jeho básních vyskytují ženy, o které má v mánii větší zájem. Poté básně v některých případech nemá strach poslat lidem, kterých se poezie týká. Při hraní divadelních her se v mánii také cítí více sebevědomý.

Oliver: *„To jsou básně na odvážný téma, jsou otevřené a intimní. Je tam větší sebevědomí a odvaha to udělat. Možná i někomu poslat, to běžně neposílám.“*

Vyšší motivace

Manický stav zvyšuje motivaci k tvorbě u Niny, Karolíny, Alice i Olivera. Nina s nástupem mánie prožívá velkou motivaci, která není zapříčiněná vnějšími podněty. Karolína má v mánii více nápadů, které chce zrealizovat, takže u ní rovněž dochází k větší motivaci. Alice uvedla, že v mánii chce malovat, bere svoji tvorbu jako poslání a nepochybuje o ní. Oliver uvedl, že mánie zvyšuje jeho motivaci mírně.

Nina: *„Mně se strašně často stává, že jsem třeba z ničeho nic úplně přemotivovaná i do úplné blbosti.“*

Karolína: *„No určitě, protože těch nápadů je víc, přijdou mi dobrý a já je chci udržet při životě.“*

Alice: *„Vnímám líp to malování, určitě. Třeba když člověk často pochybuje, jestli v tom pokračovat dál, jestli má smysl malovat ty obrazy, jestli má smysl dělat cokoliv kreativního, tak v té mánii člověk nepochybuje no.“*

8.2.3 Vliv depresivní fáze na uměleckou činnost

Většina respondentů vypověděla, že depresivní fáze tlumí jejich kreativitu, produktivitu i motivaci k tvorbě. Podoba uměleckých děl s nástupem deprese se mění, a to v psaném i vizuálním umění. Z výsledků vyplývá, že většina v depresi preferuje psaní poezie před vizuální tvorbou. Dále většina uvedla, že umělecká činnost na ně působí terapeuticky a pomáhá jim tak překovávat depresi.

Vliv na kreativitu

Nina, Karolína, Alice a Oliver se shodují, že deprese snižuje jejich kreativitu. Nina v depresi kreslí, protože ví, že jí to psychicky pomáhá, ale jiný důvod k činnosti nemá. Alice také uvedla, že je v depresivní fázi méně kreativní. Nápady na další obrazy dokáže vymyslet i v této fázi, ale kvůli úbytku energie, sebevědomí a motivace, je pro ni obtížné je realizovat. Dále uvedla, že ji inspirují zážitky z depresivní psychózy. Oliver začal psát poezii v depresi, protože se tak vyrovnával s těžkou situací. Na začátku ho depresivní stav dokáže inspirovat, ale jakmile se deprese zhorší, tak už není schopen psát. Uvádí, že depresivní fáze jeho kreativitu spíše tlumí. Karolína se v depresi nevěnuje kreativní činnosti vůbec.

Naopak Lucie vypověděla, že čím je deprese silnější, tím si přijde kreativnější, produktivnější a její poezie je mnohem kvalitnější.

Oliver: *„Řekl bych, že ten vliv je takový hodně utlumující, jestli se dá psát z depresivní nálady, tak spíš jenom na začátku.“*

Lucie: *„V tu dobu ta deprese byla na max a nic ji nebrzdilo, takže to jsem byla nejkreativnější“*

Změna v podobě vizuální tvorby

Vizuální tvorbě se v depresivní fázi věnuje pouze Nina a Alice. Obě uvedly, že deprese má vliv na podobu obrazů. Nina vypověděla, že její obrazy v depresi jsou více detailní a realistické. Alice popisuje své obrazy jako temné a statické. Dále častěji používá zelenou, černou a červenou barvu.

Nina: *„Pokud se to týká té vizuální tvorby, tak rozhodně v té depresivní fázi dělám hlavně realistický věci, protože mi strašně pomáhá vymalovat se s různými detaily.“*

Alice: *„V té depresi je ten pohyb takovej udušenej dost a napadaj mě víc temnější barvy, kombinace zelené, černé a červené. Je to fakt takový ušmudlanější.“*

Psaní poezie

Nina, Lucie a Oliver se v depresi věnují psaní poezie. Nina uvedla, že se v této fázi věnuje básním více než jindy a pomocí metafor do nich vyjadřuje své emoce. Lucie do své poezie rovněž odráží negativní prožívání, takže často píše o tématech deprese, sebevraždy a smrti. Oliverova poezie v depresi je více pochmurná. Na počátku své tvorby psal na téma rozchodu, se kterým se v té době potýkal.

Nina: *„Když mám depku, tak třeba spíš píšu ty básně nebo nějaký texty. Často i nestrukturovaný, který vyjadřují nějakou metaforickou formou moje myšlenky“*

Terapeutický efekt tvorby

Nina, Lucie i Oliver vypověděli, že tvorba v depresi na ně působí terapeuticky. Nině psychicky pomáhá kreslit detailní realistickou tvorbu, protože během této činnosti nevnímá nic jiného. Dále jí pomáhá i psaní poezie, do které pomocí metafor odráží své prožívání. Terapeutický efekt psaní poezie vypověděli i Lucie a Oliver. Alice uvedla, že tvorbu v depresi vnímá více jako měřítko, podle kterého pozná, zdali depresivní fáze končí. Samotná tvorba jí překonávat depresi nepomáhá.

Lucie: *„Podle mě to byl takový únik, takový obranný mechanismus, abych se skutečně nezabila.“*

Alice: *„Spíš ta malba je takový měřítko, jak na tom jsem, když už jsem ve stavu, kdy můžu malovat, tak už je to dobrý.“*

Změna produktivity

Nina, Karolína, Alice a Oliver se shodují, že jim depresivní fáze tlumí produktivitu v umělecké činnosti. Karolína se v depresi přinutí vykonávat pouze to nejnnutnější, takže umění se nevěnuje nikdy. Alice a Oliver se shodují, že dokáží tvořit pouze na začátku nebo na konci fáze, kdy je deprese slabší. V nejsilnějších depresích nedokáží tvořit vůbec. U Olivera depresivní fáze negativně ovlivňuje i jeho herectví. V minulosti byl obsazen do hlavní role, kterou kvůli depresi nemohl odehrát. Naopak Lucie vypověděla, že je velmi produktivní. Největší produktivitu u ní vyvolala silná deprese, která trvala šestnáct měsíců, ale ne každá depresivní fáze má takový dopad.

Nina: *„No je to takový mnohem složitější se k tomu dokopat, není to takový přirozený.“*

Lucie: *„Pak jsem měla depresi, která trvala šestnáct měsíců. To bylo kolem roku 2016, tam jsem napsala asi dvě stě básní, z toho se až 90 % týkalo smrti nebo sebevraždy“.*

Pokles motivace

Nina, Karolína, Alice i Oliver v depresi prožívají výrazný pokles motivace k tvorbě. Ninu k umělecké činnosti motivuje pouze to, že jí tvorba psychicky pomáhá. Karolína je k sobě v depresi velmi kritická a ztrácí veškerou motivaci. Alice rovněž uvedla, že je v depresi ke svým obrazům kritická a zároveň pochybuje o smyslu její tvorby. Olivera na počátku deprese motivovalo to, že se díky poezii vyrovnával s rozchodem, ale s intenzivnější depresí jeho motivace upadla.

Nina: *„Ta motivace k tomu tam přirozeně není. Je tam spíš motivace skočit z okna někdy a to umění mi pomůže se z toho trošku dostat no.“*

Alice: *„Přijde mi fakt zbytečný cokoliv co dělám, protože mi přijde zbytečný život, takže i to malování.“*

Oliver: *„Jo tak motivace v té hlubší depresi pochopitelně upadá. V té fázi počáteční ta motivace byla jasná, protože jsem se musel potýkat s tou situací po rozchodu.“*

9 DISKUSE

V následující kapitole jsou výsledky tohoto výzkumu porovnávány s dřívějšími výzkumy zkoumající podobnou oblast. Dále jsou zde uvedeny limity výzkumu, přínos výzkumu a doporučení pro další výzkumy, které mají za cíl zkoumat podobné téma.

Výzkum se nejdříve zabýval vlivem léčby bipolární afektivní poruchy na uměleckou činnost. V této výzkumné otázce se respondenti nejméně shodovali. U Niny a Karolíny nebylo možné zjistit vliv léčby na jejich tvorbu, protože Nina léčbu nepodstupuje a Karolína začala s tvorbou až v době užívání léčby. Lucie uvedla, že kvůli léčbě je emočně oploštělá, což se negativně projevuje v kreativitě, produktivitě a kvalitě její tvorby. Tento jev uvedli Johnson a kol. (2016) ve svém výzkumu, který se zabýval vlivem symptomů a léčby bipolární afektivní poruchy na kreativitu. Ve stejném výzkumu však někteří účastníci uvedli, že léčba jejich tvorbu zlepšila, což se shoduje s výpovědí Alice, která také tvrdí, že po medikaci maluje kvalitnější obrazy. Oliver uvedl, že nepocítuje žádný vliv léčby na jeho tvorbu.

V otázce vlivu manické fáze na uměleckou činnost se respondenti shodovali více. Většina účastníků uvedla, že jim manická fáze zvyšuje kreativitu, což vede i k vyšší produktivitě a motivaci vykonávat kreativní činnost. Tento výsledek podporuje výzkum provedený Soeiro-de-Souza, Dias, Bio, Post, & Moreno (2011), ve kterém jedinci v mánii vykazovali vyšší kreativitu na škále BWAS. Další výzkum podporující tento výsledek provedli Miller, Perich, & Meade (2019), zde bylo prokázáno, že jedinci vykazující symptomy hypomanie či mánie byli výrazně více kreativní než jedinci vykazující hypomanické či manické a depresivní symptomy zároveň. Johnson a kol. (2016) také potvrdili, že mánie u participantů kreativitu zvyšuje. Ve výzkumu McCraw, Parker, Fletcher, & Friend (2013) 82,2 % účastníků uvedlo, že se cítí kreativnější, když jsou plní energie.

Všichni respondenti se shodli na tom, že mánie ovlivňuje podobu uměleckých děl. Spojujícím prvkem obsahu tvorby u všech účastníků je větší chaos a složitost. Nina uvedla, že při tvorbě v mánii nevnímá okolní svět a plně se soustředí na dílo, jehož dokončení je pro ni v daný moment prioritní. Tento stav je podobný stavu flow, který popsali Csikszentmihalyi (1997) a je charakteristický zvýšenou koncentrací, nevnímáním okolního světa a plným ponořením do aktuální činnosti. Dále ve výzkumu Johnson a kol. (2016) participanté uváděli, že v mánii mají mnoho energie a nevěnují se ničemu jinému než rozpracovanému projektu.

Výsledky výzkumu Ruitter & Johnson (2015) ukázaly souvislost mezi zvýšenou náchylností k mánii a větší spokojeností se svou kreativní prací. Dále účastníci výzkumu Johnson a kol. (2016) uvedli, že v mánii mají falešný pocit kvality jejich tvorby, což se shoduje s výpovědí Alice.

Čtyři z pěti respondentů se shodují, že depresivní fáze snižuje jejich kreativitu, produktivitu i motivaci v tvorbě. Tento výsledek podporuje výzkum Miller, Perich, & Meade (2019), který ukázal výrazně nižší kreativitu u participantů v depresi. Naopak Lucie je v depresivní fázi velmi kreativní a svou poezii z této fáze považuje za nejkvalitnější. Holm-Hadulla, Roussel, & Hofmann (2010) zjistili, že podobnou zkušenost zažíval slavný básník J. W. v. Goethe, který se ve svých básních inspiroval depresivními stavy.

Dále Nina, Oliver a Lucie se shodují na tom, že jim v depresi pomáhá psaní poezie. Zmírnění symptomů deprese pomocí psaní básní dokazuje také výzkum Mohammadian a kol. provedený v roce 2011.

Vizuálnímu umění se v depresi věnuje pouze Nina a Alice. Nina v depresi tvoří spíše realistickou tvorbu, která jí pomáhá zapomenout na okolní svět. Alice v depresi maluje temnější a více statické obrazy. Zároveň používá častěji zelenou, černou a červenou barvu. Podobu obrazů z deprese zkoumal výzkum Wadeson (1971), ze kterého vyplynulo, že obrazy jsou méně barevné a mají více prázdných míst. Menší barevnost obrazů můžeme pozorovat i u obrazů Alice.

Limity

Výzkumu se účastnilo pět respondentů, což i v kvalitativním přístupu není ideální počet. Vzhledem k povaze výzkumné populace a časové náročnosti rozhovoru bylo bohužel obtížné najít více účastníků. Dva z pěti rozhovorů byly realizovány online pomocí videohovoru, což do určité míry ovlivnilo to, jak se účastníci během rozhovoru cítili. Tento fakt mohl ovlivnit jejich odpovědi.

Výzkumný soubor zahrnoval účastníky, kteří se od sebe odlišovali v mnoha faktorech. Jejich heterogenita může být považována za limit výzkumu, protože brání v generalizaci výsledků. Dalším limitem je, že ve výzkumu nebylo rozlišeno, zdali účastník trpí bipolární poruchou I. nebo II. typu. Rozdílný průběh bipolární afektivní poruchy může mít jiný vliv na uměleckou činnost.

Rozhovor mohlo ovlivnit také to, v jaké epizodě účastník během rozhovoru byl, protože i přes pravidelnou léčbu, respondenti uváděli, že nejsou plně stabilní.

Přínos výzkumu

Výzkum poskytl hlubší porozumění zkušenosti lidí s diagnózou bipolární afektivní poruchy, kteří se věnují umělecké činnosti. Z výsledků jednoznačně vyplývá, že psychický stav se odráží do uměleckých děl. Tento poznatek mohou využít lidé pracující s těmito pacienty, aby lépe pochopili, co se v pacientech odehrává.

Dále výzkum ukázal, že strach z utlumení kreativity vlivem léčby může mít u umělců podíl na jejich rozhodnutí léčbu neužívat. Vliv léků na kreativitu byl u všech respondentů odlišný, ale u jedné respondentky skutečně došlo k útlumu kreativity. Tento efekt léků může ovlivnit umělce v dodržování léčby. Naopak jedna z respondentek uvedla, že díky léčbě jsou její obrazy kvalitnější.

Čtyři respondenti uvedli, že depresivní epizoda jejich uměleckou činnost utlumuje. Tento výsledek může pomoci k vyvrácení stereotypu, že se depresivní stavy pojí s vyšší kreativitou. Čtyři respondenti z pěti uvedli, že má pro ně umělecká činnost terapeutický efekt, což dokazuje účinnost terapie pomocí umění.

Doporučení pro další výzkumy

Tento výzkum může sloužit jako inspirace pro další výzkumy zkoumající podobnou oblast. Na základě limitů je doporučeno, aby výzkumný soubor zahrnoval více respondentů, kteří by byli rozlišeni podle průběhu bipolární afektivní poruchy. Dále by rozhovory měly být realizovány za stejných podmínek a pro přesnější zjištění by mohl výzkum analyzovat účastníky, kteří se věnují stejné umělecké oblasti.

10 ZÁVĚRY

V této kapitole budou shrnuty hlavní výsledky výzkumu podle stanovených výzkumných otázek:

1. Jak účastníci vnímají vliv léčby na jejich uměleckou činnost?

Výsledky ukázaly, že léčba ovlivňuje uměleckou činnost u každého odlišně. Účastníci uvedli útlum i zvýšení kreativity a produktivity v umělecké činnosti vlivem léků. V jednom případě nedošlo k žádnému ovlivnění tvorby vlivem medikace. U dvou respondentek nebylo možné porovnat vliv léčby, protože jedna léčbu neužívá a druhá začala s uměleckou činností až v době pravidelné léčby.

2. Jak účastníci vnímají vliv mánie/hypománie na jejich uměleckou činnost?

Manická či hypomanická fáze u většiny účastníků zvyšuje kreativitu. V jednom případě dochází vlivem mánie ke zvýšení kreativity pouze ve vizuální tvorbě, ale naopak u psaní poezie dochází k útlumu. Tato fáze má také vliv na podobu uměleckých děl. Nehledě na to, jaké umělecké činnosti se účastníci věnují, všichni se shodli na tom, že jejich tvorba v mánii je více chaotická a složitá. V ostatních rysech podoby uměleckých děl se účastníci odlišovali. Výsledky ukázaly, že mánie může negativně ovlivňovat kvalitu uměleckých děl, protože dochází k větší chybovosti. Naopak bylo také zaznamenáno, že tvorba z mánie je pro umělce hodnotnější. Dále se v uměleckých dílech odráží zvýšené sebevědomí. Konkrétně se jedná o zvětšování formátů obrazů, podceňování přípravy u malby a psaní poezie o odvážných tématech. Výsledky ukázaly, že mánie u většiny zvyšuje produktivitu i motivaci ve vztahu k umělecké činnosti.

3. Jak účastníci vnímají vliv depresivní fáze na jejich uměleckou činnost?

Depresivní fáze u většiny snižuje kreativitu, produktivitu i motivaci k umělecké činnosti. V nejsilnější depresi většina účastníků netvoří vůbec. Naopak v jednom případě bylo zaznamenáno, že deprese vede k zvýšení kreativity, produktivity i kvality v umění. Deprese ovlivňuje u všech také podobu uměleckých děl. Ve vizuálním umění se charakteristiky tvorby u respondentů odlišovaly. V jednom případě byly obrazy popisovány jako více temné a statické, ve druhém případě jako více realistické a velmi detailní. U psaného umění se deprese odráží v témtech poezie, které jsou temnější. Umělecká činnost většinou pomáhá

překonávat depresivní stavy. Touto činností je častěji psaní poezie, avšak terapeutický efekt byl zaznamenán i u kresby realistických obrazů.

11 SOUHRN

Práce se zabývá vlivem bipolární afektivní poruchy na uměleckou činnost. Teoretická část zahrnuje tři kapitoly. První kapitola představuje bipolární afektivní poruchu, což je psychické onemocnění, které se projevuje střídáním fáze mánie či hypománie a fáze deprese (Herman a kol., 2007). Druhá kapitola se zabývá kreativitou a jejími základními teoriemi. Lidé s vyšší kreativitou mají lepší schopnost vytvářet něco nového, nahlížet na věci odlišným způsobem a nacházet nové souvislosti (Maley & Bolitho, 2015). Dále jsou v kapitole uvedeny osobnostní rysy spojené s kreativitou, neuropsychologický přístup ve vztahu ke kreativitě, sociální vliv na kreativitu a teorie procesu tvůrčí činnosti. Třetí kapitola se věnuje výzkumům, které zkoumaly vztah bipolární afektivní poruchy a kreativity.

Cílem výzkumné části je zjistit, jak vnímají lidé s diagnózou bipolární afektivní poruchy vliv této nemoci na jejich uměleckou činnost. Na základě cíle výzkumu byly stanoveny tři výzkumné otázky:

1. Jaký je vliv léčby na uměleckou činnost?
2. Jaký je vliv manické/hypomanické fáze na uměleckou činnost?
3. Jaký je vliv depresivní fáze na uměleckou činnost?

Vzhledem k povaze výzkumu byl použit kvalitativní přístup. Formou výzkumu byla mnohopřípadová studie. Data byla analyzována pomocí interpretativní fenomenologické analýzy (IPA). Ke sběru dat byl využit polostrukturovaný rozhovor, který obsahoval tři základní témata: vliv léčby na uměleckou činnost, vliv manické/hypomické fáze na uměleckou činnost, vliv depresivní fáze na uměleckou činnost.

Účastníci se do výzkumu přihlásili na základě inzerátu, který byl zveřejněn na internetových skupinách. V jednom případě byl účastník získán pomocí metody sněhové koule. Výzkumu se zúčastnilo pět respondentů, kteří mají diagnózu bipolární afektivní poruchy a věnují se jakékoliv umělecké činnosti. Tři rozhovory byly provedeny osobně a dva online formou přes videohovor. Rozhovory byly nahrány na diktafon a tato nahrávka poté byla přepsána včetně metakomunikace. Text byl poté pečlivě okódován v programu ATLAS.ti. Výzkumník následně data organizoval a hledal souvislosti mezi jednotlivými kódy. Výsledkem této organizace bylo vytvoření skupin kódů. Tyto skupiny byly poté

znázorněny v grafu pro lepší pochopení vztahů mezi kódy. Po zanalyzování všech případů následovala souhrnná analýza. Ta umožnila objevit, v čem se jednotlivé případy shodují.

Z výzkumu vyplynulo, že léčba ovlivňuje u všech účastníků uměleckou činnost odlišně. Jeden účastník uvedl, že nepociťuje žádný vliv léčby. Další dvě respondentky uvedly opačný efekt léčby, tedy u jedné z nich došlo ke zkvalitnění malby a u druhé k útlumu její tvorby.

Dále výsledky ukázaly, že mánie u respondentů kreativitu zvyšuje. V jednom případě respondentka uvedla, že pociťuje zvýšení kreativity pouze v malbě, zatímco u psaní poezie dochází k útlumu kreativity. Zároveň vyplynulo, že mánie ovlivňuje i podobu uměleckých děl. Změny v podobě tvorby se u respondentů odlišovaly, avšak všichni se shodli na tom, že jejich tvorba je více chaotická a složitá. Tento rys se projevuje u vizuálního i psaného umění. Dále dva respondenti vypověděli, že se v jejich dílech odráží zvýšené sebevědomí. Konkrétně u jednoho dochází ke zvětšování formátů obrazů a podceňování přípravy. Druhý respondent se nebojí psát poezii o odvážných tématech. V otázce kvality uměleckých děl se respondenti odlišovali. Dva účastníci uvedli, že mánie negativně ovlivňuje kvalitu jejich tvorby, ale naopak pro jednu respondentku jsou obrazy z mánie hodnotnější. Dále účastníci uváděli zvýšenou motivaci i produktivitu ve vztahu k tvorbě.

Vliv depresivní fáze má u většiny tlumící efekt. Čtyři z pěti respondentů uvedli, že pociťují snížení kreativity, produktivity i motivace k tvorbě. V nejsilnějších depresích většina není schopna tvořit vůbec. Naopak u jedné respondentky v depresi dochází ke zvýšení kreativity, kvality i produktivity v psaní básní. Během depresivní fáze se mění u všech účastníků podoba uměleckých děl. Náměty v depresi jsou více temné, což se projevuje u vizuálního i psaného umění. Jedna respondentka v depresi kreslí více realistické obrazy, protože jí to psychicky pomáhá. Účastníci se většinou shodovali v tom, že se více věnují psaní poezie, což jim pomáhá překonávat depresivní fázi. Jedna respondentka uvedla, že ji inspiruje depresivní psychóza.

Limitem výzkumu je nízký počet respondentů a jejich heterogenita, což brání v generalizaci výsledků. Dále mohlo dojít ke zkreslení odpovědí tím, v jaké epizodě se účastníci během rozhovoru nacházeli. Rozhovory nebyly realizovány za stejných podmínek, protože část byla prováděna online, což pro někoho může být méně komfortní.

Výzkum dokázal, že vnitřní svět umělců se odráží v jejich tvorbě, což může pomoci k pochopení jejich psychického stavu. Dále z výsledků vyplynulo, že strach z útlumu

kreativity může mít podíl na rozhodnutí neužívat léky. Účastníci se většinou shodli, že jim umělecká činnost pomáhá v překonávání deprese, což dokazuje smysl terapie uměním.

LITERATURA

1. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5. vydání). Získáno 15. srpna 2021 z <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
2. Andreasen, N. C. (1987). Creativity and mental illness: Prevalence rates in writers and their first-degree relatives. *The American Journal of Psychiatry*, *144*(10), 1288–1292. doi.org/10.1176/ajp.144.10.1288
3. Akiskal, H., & Akiskal, K. (1988). Reassessing the prevalence of bipolar disorders : Clinical significance and artistic creativity. *Psychiatry and Psychobiology*, *3*(1), 29–36. doi:10.1017/S0767399X00002625
4. Albert, R. (1996). Presidential address to Division Ten of the American Psychological Association: What the study of eminence can teach us. *Creativity Research Journal*, *9*(4), 307–315. doi.org/10.1207/s15326934crj0904_2
5. Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Urosevic, S., Walshaw, P. D., Nusslock, R., & Neeren, A. M. (2005). The psychosocial context of bipolar disorder: Environmental, cognitive, and developmental risk factors. *Clinical psychology review*, *25*(8), 1043–1075. doi.org/10.1016/j.cpr.2005.06.006
6. Ashton, M.C., Lee, K., Vernon, P.A., & Jang, K. L. (2000). Fluid intelligence, crystallized intelligence, and the openness/intellect factor. *Journal of Research in Personality*, *34*, 198–207. doi.org/10.1006/jrpe.1999.2276
7. Barron, F. (1995). *No rootless flower: An ecology of creativity*. Cresskill: Hampton Press (NJ).
8. Barron, F. (1968). *Creativity and personal freedom*. New York: Van Nostrand Reinhold.
9. Batey, M., & Furnham, A. (2006). Creativity, intelligence, and personality: A critical review of the scattered literature. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, *132*(4), 355–429. doi.org/10.3200/MONO.132.4.355-430
10. Benazzi, F. (2007). Bipolar disorder—focus on bipolar II disorder and mixed depression. *The Lancet*, *369*(9565), 935–945. doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60453-X
11. Berretta, S., Pantazopoulos, H., & Lange, N. (2007). Neuron numbers and volume of the amygdala in subjects diagnosed with bipolar disorder or schizophrenia. *Biological psychiatry*, *62*(8), 884–893. doi.org/10.1016/j.biopsych.2007.04.023

12. Bezchlibnyk, Y. B., Sun, X., Wang, J. F., MacQueen, G. M., McEwen, B. S., & Young, L. T. (2007). Neuron somal size is decreased in the lateral amygdalar nucleus of subjects with bipolar disorder. *Journal of psychiatry & neuroscience : JPN*, 32(3), 203–210. Získáno 15. listopadu 2021 z pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17476367
13. Boden, M. (1992). *The Creative Mind: Myths and Mechanisms*. London: Abacus.
14. Botella, M., Zenasni, F., & Lubart, T. (2018). What are the stages of the creative process? What visual art students are saying. *Frontiers in psychology*, 9, 2266. doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02266
15. Botella, M., Glaveanu, V., Zenasni, F., Storme, M., Myszkowski, N., Wolff, M., & Lubart, T. (2013). How artists create: Creative process and multivariate factors. *Learning and Individual Differences*, 26, 161–170. doi.org/10.1016/j.lindif.2013.02.008
16. Bouras, C., Kövari, E., Hof, P. R., Riederer, B. M., & Giannakopoulos, P. (2001). Anterior cingulate cortex pathology in schizophrenia and bipolar disorder. *Acta neuropathologica*, 102(4), 373–379. doi.org/10.1007/s004010100392
17. Bowden, C. L. (1997). Towards an integrated biological model of bipolar disorder. *Bipolar disorder: biological models and their clinical application*. New York: Dekker, 235–254.
18. Burkhardt, E., Pfennig, A., Breitling, G., Pfeiffer, S., Sauer, C., Bechdorf, A., ... (2019). Creativity in persons at-risk for bipolar disorder—A pilot study. *Early intervention in psychiatry*, 13(5), 1165–1172. doi.org/10.1111/eip.12748
19. Carvalho, A. F., Firth, J., & Vieta, E. (2020). Bipolar disorder. *New England Journal of Medicine*, 383(1), 58–66. [doi:10.1056/NEJMra1906193](https://doi.org/10.1056/NEJMra1906193)
20. Cochran, S. D. (1984). Preventing medical noncompliance in the outpatient treatment of bipolar affective disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52(5), 873–878. doi.org/10.1037/0022-006X.52.5.873
21. Coryell, W., Endicott, J., Reich, T., Andreasen, N., & Keller, M. (1984). A Family Study of Bipolar II Disorder. *British Journal of Psychiatry*, 145(1), 49–54. [doi:10.1192/bjp.145.1.49](https://doi.org/10.1192/bjp.145.1.49)
22. Coryell, W., Endicott, J., Maser, J. D., Keller, M. B., Leon, A. C., & Akiskal, H. S. (1995). Long-term stability of polarity distinctions in the affective disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 152(3), 385–390. doi.org/10.1176/ajp.152.3.385
23. Costa Jr, P. T., & McCrae, R. R. (1992). Four ways five factors are basic. *Personality and individual differences*, 13(6), 653–665. [doi.org/10.1016/0191-8869\(92\)90236-I](https://doi.org/10.1016/0191-8869(92)90236-I)

24. Cousins, D. A., Butts, K., & Young, A. H. (2009). The role of dopamine in bipolar disorder. *Bipolar disorders*, 11(8), 787–806. doi.org/10.1111/j.1399-5618.2009.00760.x
25. Cropley, A. (2006). Creativity: A social approach. *Roeper Review*, 28(3), 125–130. doi:10.1080/02783190609554351
26. Csikszentmihalyi, M. (1996). *Creativity: Flow and the psychology of discovery and invention*. New York: HarperCollins.
27. Csikszentmihalyi, M. (1997). *Finding flow: The psychology of engagement with everyday life*. New York: Basic Books.
28. Češková, E. (2015). Bipolární porucha–minimum pro farmaceuty. *Praktické lékárenství*, 11(2), 61–63. Získáno 28. září z <https://www.praktickelekarenstvi.cz/pdfs/lek/2015/02/05.pdf>
29. Dacey, J. S., & Packer, A. J. (1992). *The nurturing parent: How to raise creative, loving, responsible children*. New York: Simon & Schuster.
30. Dacey, J. S., & Lennon, K. H. (2000). *Kreativita*. Praha: Grada Publishing.
31. DeYoung, C. G. (2006). Higher-order factors of the Big Five in a multi-informant sample. *Journal of personality and social psychology*, 91(6), 1138. doi.org/10.1037/0022-3514.91.6.1138
32. De Azambuja Farias, C., de Azevedo Cardoso, T., Mondin, T. C., de Mattos Souza, L. D., da Silva, R. A., Kapczinski, F., ... (2019). Clinical outcomes and childhood trauma in bipolar disorder: a community sample of young adults. *Psychiatry research*, 275, 228–232. doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.114
33. Digman, J. M. (1997). Higher-order factors of the Big Five. *Journal of personality and social psychology*, 73(6), 1246. Získáno 21. února z psycnet.apa.org/buy/1997-42257-010
34. Dome, P., Rihmer, Z., & Gonda, X. (2019). Suicide risk in bipolar disorder: a brief review. *Medicina*, 55(8), 403. doi.org/10.3390/medicina55080403
35. Drevets, W. C., Price, J. L., Simpson, J. R., Todd, R. D., Reich, T., Vannier, M., & Raichle, M. E. (1997). Subgenual prefrontal cortex abnormalities in mood disorders. *Nature*, 386(6627), 824–827. doi.org/10.1038/386824a0
36. Dunner, D. L., Gershon, E. S., & Goodwin, F. K. (1976). Heritable factors in the severity of affective illness. *Biological Psychiatry*, 11(1), 31–42. Získáno 17. listopadu 2021 z europepmc.org/article/med/1260075

37. Emamghoreishi, M., Schlichter, L., Li, P. P., Parikh, S., Sen, J., Kamble, A., & Warsh, J. J. (1997). High intracellular calcium concentrations in transformed lymphoblasts from subjects with bipolar I disorder. *American Journal of Psychiatry*, *154*(7), 976–982. Získáno 11. listopadu 2021 z www.researchgate.net/profile/Sagar-Parikh-5/publication/14008199_High_intracellular_calcium_concentrations_in_transformed_lymphoblasts_from_subjects_with_bipolar_I_disorder/links/00b7d52a9e19c6179a000000/High-intracellular-calcium-concentrations-in-transformed-lymphoblasts-from-subjects-with-bipolar-I-disorder.pdf
38. Endicott, N. A. (1989). Psychophysiological correlates of ‘bipolarity’. *Journal of affective disorders*, *17*(1), 47–56. doi.org/10.1016/0165-0327(89)90023-2
39. Eysenck, H. J. (1992). The definition and measurement of psychoticism. *Personality and individual differences*, *13*(7), 757–785. doi.org/10.1016/0191-8869(92)90050-Y
40. Eysenck, H. J. (1992). Four ways five factors are not basic. *Personality and individual differences*, *13*(6), 667–673. doi.org/10.1016/0191-8869(92)90237-J
41. Eysenck, H. J. (1993). Creativity and personality: Suggestions for a theory. *Psychological Inquiry*, *4*(3), 147–178. doi.org/10.1207/s15327965pli0403_1
42. Fade, S. (2004). Using interpretative phenomenological analysis for public health nutrition and dietetic research: A practical guide. *Proceedings of the Nutrition Society*, *63*, 647–653.
43. Feist, G. J. (1998). A Meta-Analysis of Personality in Scientific and Artistic Creativity. *Personality and Social Psychology Review*, *2*(4), 290–309. doi:10.1207/s15327957pspr0204_5
44. Finke, R.A., Ward, T.B., & Smith, S.M. (1992). *Creative cognition: Theory, research, and applications*. Cambridge: MIT Press.
45. Finke, R. A. (1997). Mental imagery and visual creativity. *The creativity research handbook*, *1*, 183–202. Cresskill, NJ: Hampton Press.
46. Friedman, E., Levinson, D., Connell, T. A., & Singh, H. (1993). Altered platelet protein kinase C activity in bipolar affective disorder, manic episode. *Biological psychiatry*, *33*(7), 520–525. doi.org/10.1016/0006-3223(93)90006-Y
47. Frye, M. A. (2011). Bipolar disorder—a focus on depression. *New England Journal of Medicine*, *364*(1), 51–59. doi:10.1056/NEJMcp1000402

48. Fürst, G., Ghisletta, P., & Lubart, T. (2016). Toward an integrative model of creativity and personality: Theoretical suggestions and preliminary empirical testing. *The Journal of Creative Behavior*, 50(2), 87–108. doi.org/10.1002/jocb.71
49. Gay, Ch. (2010). *Bipolární porucha: rady pro rodiny a blízké osob s maniodepresivními stavy*. Praha: Portál.
50. Gedo, J. E. (1997). Psychoanalytic theories of creativity. *The creativity research handbook*, 1, 29–39. Cresskill, NJ: Hampton Press.
51. Goto, S., Terao, T., Hoaki, N., & Wang, Y. (2011). Cyclothymic and hyperthymic temperaments may predict bipolarity in major depressive disorder: a supportive evidence for bipolar III/2 and IV. *Journal of Affective Disorders*, 129(1–3), 34–38. doi.org/10.1016/j.jad.2010.07.016
52. Guilford, J., P. (1967). *The Nature of Human Intelligence*. New York: McGraw-Hill Education. Získáno z: psycnet.apa.org/record/1967-35015-000
53. Guilford, J.P. (1968). *Intelligence, creativity and their educational implications*. San Diego: Knapp.
54. Hajek, T., Carrey, N., & Alda, M. (2005). Neuroanatomical abnormalities as risk factors for bipolar disorder. *Bipolar disorders*, 7(5), 393–403. doi:10.1111/j.1399-5618.2005.00238.x
55. Hantouche, E. G., Akiskal, H. S., Lancrenon, S., Allilaire, J. F., Sechter, D., Azorin, J. M., ... (1998). Systematic clinical methodology for validating bipolar-II disorder: data in mid-stream from a French national multi-site study (EPIDEP). *Journal of affective disorders*, 50(2–3), 163–173. doi.org/10.1016/S0165-0327(98)00112-8
56. Harrison, P. J., Colbourne, L., & Harrison, C. H. (2020). The neuropathology of bipolar disorder: systematic review and meta-analysis. *Molecular psychiatry*, 25(8), 1787-1808. doi.org/10.1038/s41380-018-0213-3
57. Hauser, P., Matochik, J., Altshuler, L. L., Denicoff, K. D., Conrad, A., Li, X., & Post, R. M. (2000). MRI-based measurements of temporal lobe and ventricular structures in patients with bipolar I and bipolar II disorders. *Journal of Affective Disorders*, 60(1), 25–32. doi.org/10.1016/S0165-0327(99)00154-8
58. Heilman, K. M. (2016). Possible brain mechanisms of creativity. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 31(4), 285–296. doi.org/10.1093/arclin/acw009
59. Herman, E., Doubek, P., Praško, J., & Hovorka, J. (2006). Diagnostika a léčba depresivní epizody bipolární poruchy. *Psychiatrie pro praxi*, 7(4), 171–172. Získáno 7. srpna 2021 z <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2006/04/06.pdf>

60. Herman, E., Praško, J., Doubek, P., & Hovorka, J. (2007). *Bipolární porucha a její léčba: příručka pro pacienty a jejich rodiny*. Praha: Maxdorf.
61. Herman, E., Praško, J., Doubek, P., & Hovorka, J. (2004). *Bipolární porucha a její léčba*. Praha: Maxdorf.
62. Holm-Hadulla, R. M., Roussel, M., & Hofmann, F.-H. (2010). Depression and creativity — The case of the german poet, scientist and statesman J. W. v. Goethe. *Journal of Affective Disorders*, 127(1–3), 43–49. doi:10.1016/j.jad.2010.05.007
63. Hřebíčková, M. (2011). *Pětifaktorový model v psychologii osobnosti*. Praha: Grada.
64. Hubeňák, J. (2013). Metabolický syndrom u bipolární afektivní poruchy. *Psychiatrie pro praxi*, 14(4), 146–148. Získáno z <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2013/04/02.pdf>
65. Jansen, K., da Costa Ores, L., de Azevedo Cardoso, T., da Costa Lima, R., de Mattos Souza, L. D., da Silva Magalhães, P. V., ... (2011). Prevalence of episodes of mania and hypomania and associated comorbidities among young adults. *Journal of affective disorders*, 130(1–2), 328–333. doi.org/10.1016/j.jad.2010.10.007
66. Jay, E. S., & Perkins, D. N. (1997). Problem finding: The search for mechanism. *The creativity research handbook*, 1, 257–293. Cresskill, NJ: Hampton Press.
67. Johnson, S. L., Murray, G., Fredrickson, B., Youngstrom, E. A., Hinshaw, S., Bass, J. M., ... (2012). Creativity and bipolar disorder: touched by fire or burning with questions?. *Clinical psychology review*, 32(1), 1–12. doi.org/10.1016/j.cpr.2011.10.001
68. Johnson, S. L., Moezpoor, M., Murray, G., Hole, R., Barnes, S. J., CREST. BD, & Michalak, E. E. (2016). Creativity and bipolar disorder: Igniting a dialogue. *Qualitative health research*, 26(1), 32–40. doi.org/10.1177/1049732315578403
69. Jones, S. (2004). Psychotherapy of bipolar disorder: a review. *Journal of Affective Disorders*, 80(2–3), 101–114. doi.org/10.1016/S0165-0327(03)00111-3
70. Judd, L. L., Akiskal, H. S., Schettler, P. J., Endicott, J., Maser, J., Solomon, D. A., ... (2002). The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. *Archives of general psychiatry*, 59(6), 530–537. doi:10.1001/archpsyc.59.6.530
71. Kadri, N., Mouchtaq, N., Hakkou, F., & Moussaoui, D. (2000). Relapses in bipolar patients: changes in social rhythm?. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 3(1), 45–49. doi.org/10.1017/S1461145799001704

72. Kieseppä, T., van Erp, T. G., Haukka, J., Partonen, T., Cannon, T. D., Poutanen, V. P., ... (2003). Reduced left hemispheric white matter volume in twins with bipolar I disorder. *Biological psychiatry*, *54*(9), 896–905. doi.org/10.1016/S0006-3223(03)00373-1
73. Koestler, A. (1989). *The Act of Creation*. London: Arkana/Penguin.
74. Kulisevsky, J., Pagonabarraga, J., & Martinez-Corral, M. (2009). Changes in artistic style and behaviour in Parkinson's disease: dopamine and creativity. *Journal of Neurology*, *256*(5), 816–819. doi:10.1007/s00415-009-5001-1
75. Kyaga, S., Lichtenstein, P., Boman, M., Hultman, C., Långström, N., & Landen, M. (2011). Creativity and mental disorder: family study of 300 000 people with severe mental disorder. *The British Journal of Psychiatry*, *199*(5), 373–379. doi.org/10.1192/bjp.bp.110.085316
76. Lam, D. H., Watkins, E. R., Hayward, P., Bright, J., Wright, K., Kerr, N., ... (2003). A randomized controlled study of cognitive therapy for relapse prevention for bipolar affective disorder: outcome of the first year. *Archives of general psychiatry*, *60*(2), 145–152. doi:10.1001/archpsyc.60.2.145
77. Látalová, K. (2010). *Bipolární afektivní porucha*. Praha: Grada.
78. Látalová, K., Praško, J., Kubínek, R., Herman, E., & Doubek, P. (2009). Smíšená epizoda u bipolární afektivní poruchy a její léčba. *Psychiatrie pro praxi*, *10*(5), 209–215. Získáno 7. srpna 2021 z <https://www.solenn.cz/pdfs/psy/2009/05/03.pdf>
79. Látalová, K., & Praško, J. (2009). Komorbidita bipolární afektivní poruchy s jinými psychickými poruchami. *Česká a slovenská psychiatrie*, *105*(5), 218–223. Získáno 25. září 2021 z <http://www.cspychiatr.cz/detail.php?stat=592>
80. Látalová, K., & Praško, J. (2009). Možnosti a meze psychoterapie u bipolární poruchy. *Česká a slovenská psychiatrie*, *105*(2), 71–78. Získáno 27. září z http://cspychiatr.cz/dwnld/CSP_2009_2_71_78.pdf
81. Lauder, S. D., Berk, M., Castle, D. J., Dodd, S., & Berk, L. (2010). The role of psychotherapy in bipolar disorder. *Medical Journal of Australia*, *193*(4), 31–35. doi:10.5694/j.1326-5377.2010.tb03895.x
82. Lewinsohn, P. M., Klein, D. N., & Seeley, J. R. (1995). Bipolar disorders in a community sample of older adolescents: prevalence, phenomenology, comorbidity, and course. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *34*(4), 454–463. doi.org/10.1097/00004583-199504000-00012

83. Liang, Q., Niu, W., Cheng, L. and Qin, K. (2022), Creativity Outside School: The Influence of Family Background, Perceived Parenting, and After-school Activity on Creativity. *J Creat Behav*, 56(1), 138–157. doi.org/10.1002/jocb.521
84. MacKinnon, D. W. (1978). *In search of human effectiveness*. New York: Creative Education Foundation.
85. Maj, M., Akiskal, S. H., Lopez-Ibor, J. J., & Sartorius, N. (2002). *Bipolar Disorder*, (5. vyd.). Chichester: John Wiley & Sons.
86. Maley, A., & Bolitho, R. (2015). Creativity. *ELT journal*, 69(4), 434–436. doi.org/10.1093/elt/ccv036
87. Martindale, C., & Hasenpus, N. (1978). EEG differences as a function of creativity, stage of the creative process, and effort to be original. *Biological Psychology*, 6(3), 157–167. doi:10.1016/0301-0511(78)90018-2
88. Martindale, C., Hines, D., Mitchell, L., & Covello, E. (1984). EEG alpha asymmetry and creativity. *Personality and Individual Differences*, 5(1), 77–86. doi:10.1016/0191-8869(84)90140-5
89. McCrae, R.R., & Costa, P.T. (1997). Conceptions and Correlates of Openness to experience. In R. Hogan, J. Johnson & S. Briggs (Eds.), *Handbook of personality psychology* (825–847). San Diego: Academic Press.
90. McCraw, S., Parker, G., Fletcher, K., & Friend, P. (2013). Self-reported creativity in bipolar disorder: prevalence, types and associated outcomes in mania versus hypomania. *Journal of affective disorders*, 151(3), 831–836. doi.org/10.1016/j.jad.2013.07.016
91. McElroy, S. L., Altshuler, L. L., Suppes, T., Keck Jr, P. E., Frye, M. A., Denicoff, K. D., ... (2001). Axis I psychiatric comorbidity and its relationship to historical illness variables in 288 patients with bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158(3), 420–426. doi.org/10.1176/appi.ajp.158.3.420
92. McIntyre, R. S., Soczynska, J. K., Beyer, J. L., Woldeyohannes, H. O., Law, C. W., Miranda, A., ... (2007). Medical comorbidity in bipolar disorder: reprioritizing unmet needs. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(4), 406–416. doi:10.1097/YCO.0b013e3281938102
93. McMahan, F. J., Simpson, S. G., McInnis, M. G., Badner, J. A., MacKinnon, D. F., & DePaulo, J. R. (2001). Linkage of bipolar disorder to chromosome 18q and the validity of bipolar II disorder. *Archives of general psychiatry*, 58(11), 1025–1031. doi:10.1001/archpsyc.58.11.1025

94. McDonald, C., Zanelli, J., Rabe-Hesketh, S., Ellison-Wright, I., Sham, P., Kalidindi, S., ... (2004). Meta-analysis of magnetic resonance imaging brain morphometry studies in bipolar disorder. *Biological psychiatry*, *56*(6), 411–417. doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.06.021
95. Miklowitz, D. J., Simoneau, T. L., George, E. L., Richards, J. A., Kalbag, A., Sachs-Ericsson, N., & Suddath, R. (2000). Family-focused treatment of bipolar disorder: 1-year effects of a psychoeducational program in conjunction with pharmacotherapy. *Biological psychiatry*, *48*(6), 582–592. doi.org/10.1016/S0006-3223(00)00931-8
96. Miller, N., Perich, T., & Meade, T. (2019). Depression, mania and self-reported creativity in bipolar disorder. *Psychiatry research*, *276*, 129–133. doi.org/10.1016/j.psychres.2019.05.006
97. Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
98. Mohammadian, Y., Shahidi, S., Mahaki, B., Mohammadi, A. Z., Baghban, A. A., & Zayeri, F. (2011). Evaluating the use of poetry to reduce signs of depression, anxiety and stress in Iranian female students. *The arts in psychotherapy*, *38*(1), 59–63. doi.org/10.1016/j.aip.2010.12.002
99. Okada, T., Yokochi, S., Ishibashi, K., & Ueda, K. (2009). Analogical modification in the creation of contemporary art. *Cognitive Systems Research*, *10*(3), 189–203. doi.org/10.1016/j.cogsys.2008.09.007
100. Öngür, D., Drevets, W. C., & Price, J. L. (1998). Glial reduction in the subgenual prefrontal cortex in mood disorders. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *95*(22), 13290–13295. doi:10.1073/pnas.95.22.13290
101. Oreški, I., Jakovljević, M., Aukst-Margetić, B., Crnčević Orlić, Ž., & Vuksan-Ćusa, B. (2012). Comorbidity and multimorbidity in patients with schizophrenia and bipolar disorder: similarities and differences. *Psychiatria Danubina*, *24*(1), 80–85. Získáno 25. září 2021 z <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22447090/>
102. Pantazopoulos, H., Wiseman, J. T., Markota, M., Ehrenfeld, L., & Berretta, S. (2017). Decreased Numbers of Somatostatin-Expressing Neurons in the Amygdala of Subjects With Bipolar Disorder or Schizophrenia: Relationship to Circadian Rhythms. *Biological psychiatry*, *81*(6), 536–547. doi.org/10.1016/j.biopsych.2016.04.006
103. Parker, G., McCraw, S., & Fletcher, K. (2012). Cyclothymia. *Depression and anxiety*, *29*(6), 487–494. doi.org/10.1002/da.21950

104. Pervin, L.A., & John, O.P. (1999). *Handbook of personality: Theory and research* 2. New York: The Guilford Press.
105. Pieczenik, S. R., & Neustadt, J. (2007). Mitochondrial dysfunction and molecular pathways of disease. *Experimental and Molecular Pathology*, 83(1), 84–92. doi:10.1016/j.yexmp.2006.09.008
106. Pini, S., Cassano, G. B., Simonini, E., Savino, M., Russo, A., & Montgomery, S. A. (1997). Prevalence of anxiety disorders comorbidity in bipolar depression, unipolar depression and dysthymia. *Journal of affective disorders*, 42(2–3), 145–153. doi.org/10.1016/S0165-0327(96)01405-X
107. Plans, L., Barrot, C., Nieto, E., Rios, J., Schulze, T. G., Papiol, S., ... (2019). Association between completed suicide and bipolar disorder: a systematic review of the literature. *Journal of affective disorders*, 242, 111–122. doi.org/10.1016/j.jad.2018.08.054
108. Plháková, A. (2003). *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia.
109. Quidé, Y., Tozzi, L., Corcoran, M., Cannon, D. M., & Dauvermann, M. R. (2020). The Impact of Childhood Trauma on Developing Bipolar Disorder: Current Understanding and Ensuring Continued Progress. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 16, 3095. doi:10.2147/NDT.S285540
110. Ruitter, M., & Johnson, S. L. (2015). Mania risk and creativity: A multi-method study of the role of motivation. *Journal of affective disorders*, 170, 52–58. doi.org/10.1016/j.jad.2014.08.049
111. Russ, S. W. (1993). *Affect and creativity: The role of affect and play in the creative process*. New York: Routledge. doi.org/10.4324/9780203772621
112. Řiháček, T., Čermák, I., & Hytych, R. (2013). *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita.
113. Saia-Cereda, V. M., Cassoli, J. S., Martins-de-Souza, D., & Nascimento, J. M. (2017). Psychiatric disorders biochemical pathways unraveled by human brain proteomics. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 267(1), 3–17. doi:10.1007/s00406-016-0709-2
114. Sarnoff, D. P., & Cole, H. P. (1983). Creativity and personal growth. *The Journal of Creative Behavior*, 17(2), 95–102. doi.org/10.1002/j.2162-6057.1983.tb00979.x
115. Shen, G. H., Alloy, L. B., Abramson, L. Y., & Sylvia, L. G. (2008). Social rhythm regularity and the onset of affective episodes in bipolar spectrum individuals. *Bipolar disorders*, 10(4), 520–529. doi.org/10.1111/j.1399-5618.2008.00583.x

116. Schatzberg, A. F., Schildkraut J. J. (1995). Recent studies on norepinephrine systems in mood disorders. *Psychopharmacology: the fourth generation of progress*, 911–920. Získáno 15. ledna z www.acnp.org/g4/GN401000092/CH090.html
117. Schrag, A., & Trimble, M. (2001). Poetic talent unmasked by treatment of Parkinson's disease. *Movement disorders: official journal of the Movement Disorder Society*, 16(6), 1175–1176. doi.org/10.1002/mds.1239
118. Simonton, D. K. (2012). Teaching Creativity: Current Findings, Trends, and Controversies in the Psychology of Creativity. *Teaching of Psychology*, 39(3), 217–222. doi.org/10.1177/0098628312450444
119. Sklar, P., Smoller, J. W., Fan, J., Ferreira, M. A. R., Perlis, R. H., Chambert, K., ... Purcell, S. M. (2008). Whole-genome association study of bipolar disorder. *Molecular Psychiatry*, 13(6), 558–569. doi:10.1038/sj.mp.4002151
120. Smith, J. A., Flowers, P., Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis. Theory, Method and Research*. London: Sage Publications.
121. Smolík, P. (1996). *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika*. Praha: Maxdorf.
122. Sobczak, S., Riedel, W. J., Booij, I., Rot, M. A. H., Deutz, N. E. P., & Honig, A. (2002). Cognition following acute tryptophan depletion: difference between first-degree relatives of bipolar disorder patients and matched healthy control volunteers. *Psychological medicine*, 32(3), 503–515. doi:10.1017/S0033291702005342
123. Soeiro-de-Souza, M. G., Dias, V. V., Bio, D. S., Post, R. M., & Moreno, R. A. (2011). Creativity and executive function across manic, mixed and depressive episodes in bipolar I disorder. *Journal of affective disorders*, 135(1–3), 292–297. doi.org/10.1016/j.jad.2011.06.024
124. Sternberg, R. J., & Lubart, T. I. (1991). An investment theory of creativity and its development. *Human development*, 34(1), 1–31. doi.org/10.1159/000277029
125. Sternberg, R. J., & Lubart, T. I. (1995). *Defying the crowd: Cultivating creativity in a culture of conformity*. New York: Free press.
126. Torrance, E. P. (1995). *Courage. Why fly? A philosophy of creativity*. Norwood, NJ: Ablex.
127. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (2019). *MKN-10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize. Aktualizované vydání k 1. 1. 2020*. Získáno 15. srpna z <https://www.uzis.cz/res/f/008277/mkn-10-tabelarni-cast-20200101.pdf>

128. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (nedat.). *Mezinárodní klasifikace nemocí*. Získáno z <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace-mezinarodni-klasifikace-nemoci#mkn11>
129. Taylor, I. A. & Getzels, J. W. (1975). *Perspectives in Creativity*. New York: Aldine de Gruyter.
130. Vidláková, I. (2008). Imaginativní schopnosti a tvořivost. *E-psychologie (E-psychology)*, 2(4), 38–46. Získáno 3. října 2021 z <https://e-psycholog.eu/pdf/vidlakova.pdf>
131. Vieta, E., Reinares, M., & Bourgeois, M. L. (2005). Bipolar I and bipolar II: a dichotomy?. *Bipolar Disorders: Mixed States, Rapid-Cycling, and Atypical Forms*. (88–108). Získáno 30. listopadu 2021 z https://www.academia.edu/2134746/Acute_and_transient_psychotic_disorder_an_atypical_bipolar_disorder?from=cover_page
132. Wadson, H. (1971). Characteristics of art expression in depression. *The Journal of nervous and mental disease*, 153(3), 197–204. Získáno 15. února 2022 z https://journals.lww.com/jonmd/Abstract/1971/09000/Characteristics_of_Art_Expression_in_Depression.4.aspx
133. Walker, R. H., Warwick, R., & Cercy, S. P. (2006). Augmentation of artistic productivity in Parkinson's disease. *Movement Disorders*, 21(2), 285–286. doi:10.1002/mds.20758
134. Wallach, M. (1970). Creativity. In I. P. Mussen (ed.), *Carmichael's manual of child psychology*, 1, 1211–1272. New York: Wiley.
135. Wallas, G. (1926). *The Art of Thought*. New York: Harcourt Brace.
136. Wertheimer, M. (2020). Productive Thinking (1945). *Max Wertheimer Productive Thinking*, 25–257. Birkhäuser, Cham. doi.org/10.1007/978-3-030-36063-4_2
137. World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems* (10. vydání). <https://icd.who.int/browse10/2019/en#/>
138. World Health Organization. (2021). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11. vydání). <https://icd.who.int/>
139. Yokochi, S., & Okada, T. (2021). The Process of Art-making and Creative Expertise: An Analysis of Artists' Process Modification. *The Journal of Creative Behavior*, 55(2), 532–545. doi.org/10.1002/jocb.472

140. Zaidel, D. W. (2014). Creativity, brain, and art: biological and neurological considerations. *Frontiers in human neuroscience*, 8, 389.
doi.org/10.3389/fnhum.2014.00389

PŘÍLOHY

Seznam příloh:

Příloha 1: Abstrakt bakalářské práce

Příloha 2: Abstrakt v anglickém jazyce

Příloha 3: Ukázky uměleckých děl respondentů

Příloha 4: Informovaný souhlas

Příloha 5: Souhlas s užitím uměleckého díla

Příloha 6: Přepis části rozhovoru

Příloha 1: Abstrakt bakalářské práce

Název: Vliv bipolární afektivní poruchy na uměleckou činnost

Autor: Terezie Traganová

Vedoucí: Mgr. Ondrej Gergely

Počet stran a znaků: 85, 160 515

Počet příloh: 6

Počet titulů použité literatury: 140

Abstrakt: Bakalářská práce se zabývá tématem vlivu bipolární afektivní poruchy na uměleckou činnost. Konkrétně je zkoumán vliv léčby a jednotlivých fází na míru kreativity, podobu uměleckých děl, produktivitu a motivaci k umělecké činnosti. Výzkum je realizován kvalitativním přístupem a zahrnuje zkušenosti pěti respondentů. Těmito respondenty jsou lidé, kteří mají diagnózu bipolární afektivní poruchy a zároveň se věnují umělecké činnosti. Účastníci byli do výzkumu zapojeni pomocí metody samovýběrem a sněhové koule. Data byla získána prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru a následně zanalyzována pomocí interpretativní fenomenologické analýzy (IPA). Výsledky ukazují, že léčba ovlivňuje uměleckou činnost u každého odlišně. Účastníci se shodovali více v otázce vlivu jednotlivých fází. Většina respondentů uvádí, že v mánii u nich dochází ke zvýšení kreativity a v depresi k jejímu útlumu. Dále jednotlivé fáze vedou k odlišnostem v podobě uměleckých děl. V mánii jsou umělecká díla více chaotická a v depresi se respondenti věnují více psanému umění.

Klíčová slova: umění, umělecká činnost, bipolární afektivní porucha

Příloha 2: Abstrakt v anglickém jazyce

Title: Influence of bipolar disorder on creative activity

Author: Terezie Traganová

Supervisor: Mgr. Ondrej Gergely

Number of pages and characters: 85, 160 515

Number of appendices: 6

Number of references: 140

Abstract: This bachelor's thesis focuses on influence of bipolar disorder on creative activity. Specifically the influence of treatment and bipolar episodes on the level of creativity, the form of artworks, productivity and motivation for art. The research is realized by qualitative approach and it contains the experience of five respondents. These respondents are all artistically oriented people diagnosed with bipolar disorder. Participants joined the research by two methods, self-selection and snowball sampling. The research data were collected by semi-structured interviews, which were then analyzed by Interpretative Phenomenological Analysis (IPA). The results show that the influence of treatment impacts every respondent's art differently. To the contrary the respondents coincide more when it comes to the influence of bipolar episodes on their art. Most respondents say that in mania the level of the creativity rises and in depression the level of the creativity decreases. Furthermore episodes of bipolar disorder lead to differences in preferred form of artwork in each one. In manic episodes artworks are usually more chaotic and in depressive episodes respondents are more engaged in literary art.

Keywords: art, creative activity, bipolar disorder

Příloha 3: Ukázky uměleckých děl respondentů

Báseň č. 1

Ten člověk vně mého srdce,
Ten bůh -
Mě nikdy nepřijal.

Býval géniem,
Jehož němost nabyla tvar člověka.
Na nic už dávno nečeká,
Promlouvá,

Políbený darem bláznovství.
Deliria.

S pachutí lithia,
Kterým se mě pokoušel utiřit.
Jeho milosrdenství,
Je - snad - má nevina.

Zas jednou v klidu spočine.
A smíří se se mnou.

Kéž pochopí
Že já jsem on a on je já
Dvě části jedné bestie.

Svijíme se v jednom těle.
Bez jistot.
Boj ducha s hmotou.
Na smrt a na život.

Kéž zase jednou utichne.
(Kéž zase jednou utichne.)

Autor: Lucie

Báseň č. 2

Vím, že jsem zemřela už dřív.
Snad někdy minulý rok.
Skok do prázdna,
Mě provázal každodenními rutinami.

Zachytili mě včas,
Ten hlas umlčeli,
A uložili mě do postele bez vzorů,
Kde stovky, snad tisíce doktorů
Kolem ní, skláněli se jako matka
Nad novorozeně.

Je mi lépe,
Lépe pro život,
S tvářmi však tak nějak nakřivo
Hledím do zrcadla a ptám se, kam dál.
Je mi lépe.
Stála jsem v plamenech a znovuzrodila se
S předtuchou toho, jak žít.

Krvácím už jen občas.
Má to svou logiku, když
Kus kovu zajede pod kůži
A vypustí vše zlé, spolu se špatnou krví.
Je mi lépe,
Lépe pro život.
Ale peklo mě stále volá k sobě.

Bývala jsem nepřemožitelná,
Drahý příteli.
Než mě prokleli,
Však ty dny jsou pryč, již dávno zmizely,
Stejně jako zmizím já, já,
Pára nad hrncem, která se odpaří
Zemřu, ale ne, ne na stáří.
Ne tak, jako zemře vše.

Vím, že jsem zemřela už dřív.
Snad někdy minulý rok.
Však dnes umírám naposledy.
Je mi lépe.
Pro život tam, za světlem, které vdechují,
Do něž směřuji.
V němž se sejdeme.
V němž se sejdeme.

Autor: Lucie

Báseň č. 3

V mihotavém světle,
Snad z pouličních lamp
Zahlédla jsem fragmenty existencí.

Sbíhají se na stěnách,
Bezbarvě.
V černi všednosti.

S obdivem se jim dívám do očí.
Dostoty.
V odrazech už nejsem já.

Není ona,
Jsem jen já a její stín.
Teď jsme dva. Jsme tři.

Snad sobě rovni.

Ostrá řezanost
Všech těch stínů
Tvrdá, přitom bez zlosti.

Vždy jsou se mnou!
Jsou mnou
Jsou mou
Přirozeností.

V tento moment mají smysl.

S hořkosladkou nevědomostí
Se tanec všech těch dravých stínů,
I monotónnost všech mých činů,

Pomalou vytrácí,
Světlo je vyhostí.

A pak zmizí,
Kdesi v dáli,
Kdesi v nekonečné všednosti.

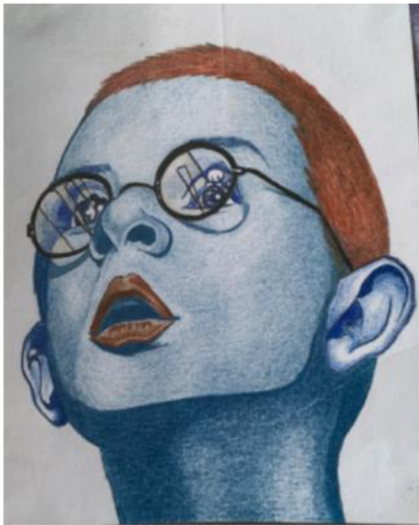
Autor: Lucie

Obrazy z mánie



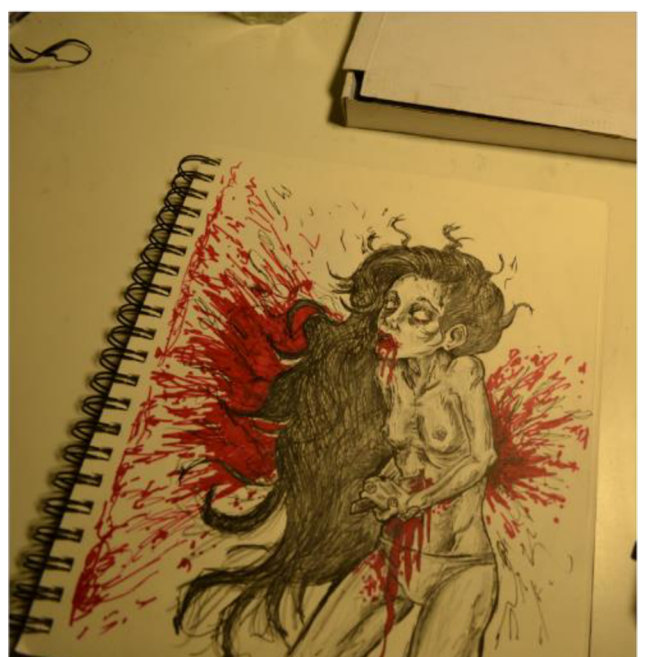
Autor: Karolína

Další ukázky tvorby



Autor: Karolína

Obrazy z deprese





Autor: Alice

Obrazy z mánie





Autor: Alice

Obrazy během pravidelné léčby





Autor: Alice

Příloha 4: Informovaný souhlas

Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu a se zpracováním osobních údajů

Informace o účastníkovi výzkumu:

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Bytem:

Adresa pro doručování:

E-mail:

Prohlášení:

Níže podepsaný účastník souhlasí, že:

1. měl možnost zeptat se na vše, co považoval za potřebné vědět;
2. byl seznámen s cílem a průběhem výzkumu;
3. dobrovolně souhlasí s účastí v tomto výzkumu;
4. může kdykoli přerušit či ukončit účast ve výzkumu;
5. osobní data budou uchována s plnou ochranou důvěrnosti dle platných zákonů ČR;
6. data a výstupy z výzkumu budou zveřejněna bez identifikačních údajů, tzn. budou zveřejněna anonymní data;
7. průběh rozhovoru bude nahráván, nahrávka bude sloužit pouze pro výzkumné účely;

Datum:

Podpis respondenta:

Příloha 5: Souhlas s užitím uměleckého díla

Souhlas s užitím uměleckého díla

Autor díla:

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Bytem:

Prohlášení:

1. Autor prohlašuje, že je autorem poskytovaného díla a že jeho užitím nebude porušeno žádné právo třetí osoby ani právní předpis.
2. Autor poskytuje oprávnění k použití díla pro výzkumné účely v bakalářské práci Vliv bipolární afektivní poruchy na uměleckou činnost, která bude zveřejněna na portálech IS STAG a theses.cz.

Místo a datum:

Podpis autora:

Příloha 6: Přepis části rozhovoru

Jak byste popsal svoji tvorbu?

Píšu hlavně básně, občas mě třeba někdy něco napadne na nějakou prózu nebo povídku, ale z velké většiny to je báseň, poezie. Výjimečně si třeba i někdy něco namaluju, ale to je jednou za čas.

Jak dlouho se tomu věnujete?

Jo a ještě jsem nezmínil divadlo, to bych do toho taky mohl počítat. Mám studentský divadelní spolek, kde hraju. Budu vlastně i jednu věc režírovat a píšu k tomu i scénář, jestli se to počítá do té tvorby.

Určitě.

Nejvíce zkušeností mám s hraním u toho divadla, ale jako hlavní věc vnímám pořád tu poezii.

Jak dlouho se tomu věnujete?

Poezii od roku 2013.

Dobře a tomu herectví?

Tomu herectví o něco déle. Ještě k těm básním mě napadá, že jsem psal básničky na pohledy, ale to bylo dřív, to nepočítám jako vážnou tvorbu. Hraju tak od roku 2007/2008. Na střední jsem začal a potom jsem chodil do dramataku no.

K tomu psanému umění jste měl vždycky blízko?

Ano, určitě. Já už jsem jako třeba v první třídě prohlašoval, že chci být spisovatelem. Jak někdo chtěl být popelářem, tak já jsem říkal, že chci psát. Tehdy jsem měl teda hlavní představu románu, tak k tomu třeba ještě někdy může dojít, ale vím, že ten sen tam byl už dřív no.

Co pro Vás ta práce znamená?

Znamená to určitě nějaké sebevyjádření. Přináší mi to radost, když vytvořím báseň, i když má třeba nějaký smutný námět, tak mám radost z té tvorby samotné, z toho, že něco tvořím. Mohl bych to nazvat asi i jako nějakou formou komunikace, protože poměrně často se stává, že posílám ty básně někomu konkrétnímu. V té básni je třeba nějak zohledněný, co se zrovna mezi námi děje.

Pomáhá Vám to k lepšímu vyjádření?

No, v nějakých intimních věcech mi to určitě pomáhá, protože v té básni si dovolím říct víc než třeba napřímo.

Kdy se u vás projevily první příznaky bipolární afektivní poruchy?

To bylo v roce 2015.

Jak se to tehdy projevilo?

No vlastně první jsem měl depresivní období, kdy mi postupně klesala energie. Potom se to spojilo do takového syndromu vyhoření. V jednu chvíli jsem se vším přestal a potom začala ta depresivní epizoda. To bylo na jaře 2015 a ten stejný rok se to přepnulo do mánie. Na podzim jsem si myslel, že mám depresi, tak jsem bral ty antidepresiva a pomalu jsem se z toho probouzel a potom přišla mánie. Asi těma antidepresiva se to přepnulo, takže na ten podzim mi logicky došlo, že mám bipolární afektivní poruchu.

Bylo něco, co Vám pomohlo, když se u Vás začala rozvíjet ta depresivní epizoda?

Co mi v tom pomáhalo?

Ano.

No, napadá mě akorát, když už jsem byl trošku v lepším stavu, že mi určitě pomáhali přátelé, ale když jsem byl v tom nejhorším, tak jsem se odřízl od světa. Výjimka byla to, že jsem bydlel s rodiči, takže jsem se potkával s nimi. Obecně ti přátelé mi pomohli, zajímali se o mě, když jsem se neozýval. Jako nějaká činnost, tak to záleží, když je člověk třeba ještě schopný to reflektovat, tak

jsem mohl něco napsat, ale když jsem byl v tom nejhorším, tak jsem vlastně nebyl schopný něčeho navíc, nějaké kreativity. Spíš mě to utlumovalo.

Když Vám tedy bylo nejhůř, tak vám pomáhali ti kamarádi, nebo Vám v tom stavu nepomáhalo nic?

Až když jsem byl zase schopen občas se třeba usmát nebo něco takového, tak mi kamarádi pomáhali. Co mi ještě pomohlo bylo, že rodiče mě zaměstnali v prodejní galerii, dostal jsem to tam na starost a to mi asi pomohlo tím, že tam byl nějaký režim.

Aha, že jste asi musel vstávat...

Jojo, jako pamatuju si, že zpočátku bylo hrozný, že jsem byl v práci v depresi, ale jak jsem se začal zlepšovat, tak ta práce byla vlastně fajn.

A ti kamarádi Vám pomáhali tím, že Vás třeba vytáhli ven?

Většinou to bylo tak, že jsme třeba někam šli nebo se za mnou stavili do práce. Hlavně měli starost, co se děje. Chápali, že se stalo něco špatného a byli tady pro mě, takže to bylo fajn.

Vy jste říkal, že se to potom přesmyklo do té mánie, tak jak se začala projevovat?

Já jsem to nejdřív vnímal jako takovou euforii z toho, že se probouzím z deprese, že jsem jako zpátky v nějakém běžném režimu, protože když jsem byl v tom nejhorším, tak jsem si samozřejmě myslel, že už se nedostanu z toho stavu. Říkal jsem si, že mám zpomalenej mozek a bál jsem se, že zhloupnu. Když už se to začalo vracet do normálu a měl jsem lepší náladu, tak jsem potom začal chodit hodně na různé večírky nebo do hospod. Postupně jsem začal divočet, žít ten noční život. Přičítám to kombinaci antidepresiv, alkoholu a tak. Začalo se to projevovat tak, že postupně se mi začal měnit spánek. Bylo ho méně a měl jsem pocit, že ho nepotřebuju tolik. Třeba jeden večer jsem pařil a potom jsem druhý den ráno šel do práce. Byl jsem asi hodně společenskej a hodně mě zajímaly ženy. Postupně se to začalo nějak prohlubovat, že jsem začal dělat i nějaké ptákoviny. No tehdy to skončilo tak, že jsem skončil v léčebně v X. To bylo vlastně poté, co jsem dostal v pivu nějaký MDMA. Já jsem nevěděl, že to tam je, dozvěděl jsem se to zpětně. To mi asi nepomohlo na ty antidepresiva a tu mánií to ještě zhoršilo.

To muselo být hrozný...

Jako byl jsem hodně naštvanej.

To chápu.

Jako zpočátku ta hypománie je trošku příjemná, ale když už se to přežene, tak je to horší. Tohle byl asi takový definitivní bod, kdy jsem byl pak léčen s psychózou. V té léčebně jsem bral další sadu prášku, než se to dalo do normálu.

Co Vás dovedlo k tomu vyhledat odbornou pomoc, myslím úplně poprvé?

No nejdřív to bylo tak, že já jsem tu pomoc nechtěl vyhledat. Když jsem byl v tom nejhorším, tak jsem měl i takové sebevražedné myšlenky. Naštěstí jenom myšlenky, ale prostě v tom nastavení jsem si říkal, že ani nemá smysl někam chodit a tím pádem jsem to nijak neinicioval. S rodiči jsem sice byl v tom baráku, ale nemluvil jsem o tom s nimi. Akorát v momentu kdy chtěli, abych nastoupil do té práce, tak jsem říkal, že nechci. Přišlo mi to nesmyslný a s tím jsem měl takové ty opakující myšlenky, že bych to měl skončit nebo něco takového. Přišlo mi všechno zbytečný, ale bylo mi to blbý říct rodičům, tak jsem neříkal nic. Pak je napadlo, že pojedeme za doktorem, protože nevěděli, co se mnou je. První návštěva byla taková, že jsem mlčel i u toho doktora. Nechtěl jsem to říct nahlas, aby se to dozvěděli rodiče a vlastně ten doktor mi předepsal prášky na depresi a zároveň i na negativní schizofrenii. Myslel si, že ji mám, protože jsem nekomunikoval, ale právě už za týden od toho setkání jsem z toho prášku na schizofrenii dostal nějaké vedlejší účinky. Měl jsem křeče a tak dále, takže jsem to musel vysadit. Tehdy se potvrdilo, že to je ta deprese. Jako časem jsem to přijal a začal mluvit s tím doktorem.

To bylo v roce 2015, kdy se u Vás poprvé projevila deprese?

Ano.