

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Teologická fakulta

Katedra psychologie

Bakalářská práce

**Bipolární afektivní porucha její projevy a doprovodné nemoci**

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

Autor práce: Alice Kotková

Studijní obor: Sociální a charitativní práce

Ročník: 3.

2016

### **Prohlášení**

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

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

V Českých Budějovicích dne 31. 03. 2016 .....

Alice Kotková

## Poděkování

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

## OBSAH

<b>Úvod</b> .....	<b>6</b>
<b>1. Afektivní poruchy</b> .....	<b>8</b>
1.1 Členění dle MKN-10 .....	8
<b>2. Bipolární afektivní porucha</b> .....	<b>10</b>
2.1 Příznaky .....	13
2.2 Diagnostika .....	13
2.3 Etiopatogeneze .....	14
2.4 Komorbidita .....	15
2.5 Léčba .....	16
2.5.1 Ambulantní léčba .....	18
2.5.2 Primární psychiatrická péče .....	19
2.5.3 Kognitivně behaviorální terapie .....	19
2.6 Invalidita .....	21
<b>3. Manická epizoda</b> .....	<b>22</b>
3.1 Psychosociální dopady .....	23
3.2 Příklad z praxe .....	24
<b>4. Depresivní epizoda</b> .....	<b>25</b>
4.1 Psychosociální dopady .....	27
4.2 Příklad z praxe .....	27
<b>5. Bipolární porucha a její dopady</b> .....	<b>29</b>
5.1 Rodina a partnerské vztahy .....	29
5.2 Očekávání od rodiny a blízkých .....	30
5.3 Práceschopnost .....	30
<b>6. Doprovodné nemoci</b> .....	<b>31</b>
6.1 Sociální fobie .....	31
6.1.1 Příznaky .....	32
6.1.2 Léčba .....	33
6.1.3 Příklad z praxe .....	33
6.1.4 Dopady sociální fobie .....	34
6.2 Zneužívání návykových látek .....	35
6.3 Poruchy osobnosti .....	35

6.4 Generalizovaná úzkostná porucha .....	36
6.5 Příklad z praxe .....	36
<b>Závěr</b> .....	<b>38</b>
<b>Použitá literatura</b> .....	<b>39</b>
<b>Abstrakt</b> .....	<b>41</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>42</b>

## Úvod

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

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

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

Člověk žije v hektickém světě, který je pln různé psychosociální zátěže. Větší zátěž můžeme připisovat vysokým či přehnaným nárokům, které jsou na člověka kladeny. Člověk pak vysoké nároky dále klade i sám na sebe a své potomstvo, což může značně ovlivnit psychický vývoj dítěte. Dalším faktorem je soutěživost mezi

lidmi. Jedná se o takový fenomén, mít více než ti druzí, být lepší než oni. Neustále se snaží jeden druhého předejnat, aby byl na pomyslném žebříčku co nejvýše. K faktorům bych ještě zmínila stres a shon, ve kterém se člověk denně nachází. Lidé by si měli uvědomit přítomnost duševních onemocnění ve společnosti a přijmout je jako takové, protože je zaznamenáván čím dál tím větší vzestup těchto onemocnění.

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

V první kapitole popíši afektivní poruchy, kam spadá bipolární porucha. Dále se budu věnovat samotné bipolární afektivní poruše jako takové. Její depresivní a manické epizodě, kde jsem uvedla příklad z praxe. Poslední kapitola je věnována komorbiditě u BAP.

## 1. Afektivní poruchy

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

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

Afektivní poruchy jsou uvedeny v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10) v řazení F30-F39. Všechny nemoci uvedené v této kapitole spojuje jejich patologická nálada a ultrarapidní cyklování manických a depresivních epizod, suicidální tendence a narušení spánkového rytmu (1). Délka trvání jednotlivých fází nemoci a nemoci jako takové, je individuální. U afektivních poruch dochází až k dystymii (dlouhodobému poklesu nálady) a ke cyklotymii (krátkodobému poklesu nálady).

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

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

F30-F39

F30 Manická epizoda

F31 Bipolární afektivní porucha

F32 Depresivní epizoda

F33 Rekurentní depresivní epizoda

F34 Trvalé poruchy nálady

F38 Jiné poruchy nálady

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

### **Dělení bipolární poruchy dle MKN-10**

V MKN-10 najdeme i podrobné členění bipolární poruchy F31.0-31.9. U tohoto rozdělení je vždy uvedena převládající fáze, již doprovází minimálně jedna další aktivní fáze **(15)**. Pro zařazení stačí, že nemocný měl v minulosti již zmíněnou další aktivní fázi. Dalšími fázemi je míněno depresivní, manická, hypomanická či smíšená fáze.

31.0 Bipolární afektivní porucha, současná fáze hypomanická

31.1 Bipolární afektivní porucha, současná fáze manická bez psychot.  
symptomů

31.2 Bipolární afektivní porucha, současná fáze manická s psychotickými  
symptomy

31.3 Bipolární afektivní porucha, současná fáze lehké nebo střední deprese

31.4 Bipolární afektivní porucha, současná fáze těžké deprese bez  
psychotických symptomů

31.5 Bipolární afektivní porucha, současná fáze těžká deprese s  
psychotickými symptomy

31.6 Bipolární afektivní porucha, současná fáze smíšená

31.7 Bipolární afektivní porucha, v současné době v remisi

### 31.8 Jiné bipolární afektivní poruchy

### 31.9 Bipolární afektivní porucha NS(15).

U klasifikace nemocí, se především hledí na polaritu, délku, intenzitu a příčinu. Příčiny mohou být primární (kde se jedná přímo o afektivní poruchu), sekundární (organická porucha CNS či abúzus látek, které nepříznivě ovlivňují psychiku člověka, jeho sociální chování, ovládací či rozpoznávací schopnosti) (5).

Poruchy dále dělíme na bipolární typ (cyklování depresivních a manických epizod) a unipolární typ (kde bývá přítomna pouze jedna z fází, manická či depresivní)(3). Etiopatogeneze může být bio-psycho-sociální. I přes značný pokrok v lékařské vědě, je léčba zatím symptomatická, odstraňuje symptomy nemoci. Výzkumníci neotálejí a neustále zkoumají nové a nové metody léčby, jež by měly pozitivní úspěch.

## 2. Bipolární afektivní porucha

Bipolární afektivní porucha je závažné, vleklé duševní onemocnění, které může přejít až do chronifikace (10-20% nemocných) (1). Je to poměrně velké procento. Velký vliv má nepochybně prostředí. Stres, napětí, časté konflikty, finanční ztráty, izolace, náročné zaměstnání, které hraje ve prospěch onemocnění.

Onemocnění bývá rekurentní, to znamená, že postižený musí očekávat jeho návrat. Z toho onemocnění se často stává záležitost celé rodiny, nesužuje jen pacienta samotného.

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

Ve starších publikacích se můžeme setkat s označením cyklofrenie, maniomegalocholie či maniodepresivní psychóza. Název maniodepresivní psychóza není zcela výstižný. Dle výzkumů nejde u bipolární poruchy o psychózu, ale o poruchu nálady. Z těchto výsledků se ustálil název bipolární afektivní porucha, který se doposud užívá.

Prevalence bipolární afektivní poruchy je zhruba 1-2% populace, byl zaznamenán mírný vzestup (1). Novější výzkumy uvádějí až 5%. Onemocnění postihuje každého bez rozdílu pohlaví, sociálního statutu, rasy či věku. Látalová ve své knize připisuje začátek nemoci ke dvacátému roku věku. Nebývá to však pravidlem. První příznaky se mohou objevit již v dospívání, ale nástup bipolární poruchy se objevuje až v daleko pozdějším věku. Následuje většinou po silné psychické traumatizaci. Toto onemocnění se tudíž může projevit kdykoliv.

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

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

Mnoho autorů uvádí větší výskyt depresivních epizod u žen. Ženy krizové situace vnímají daleko emotivněji než muži.

Období remise se stává též variabilní, trvá i měsíce. Setkáme se i s případy, kdy pacient nejeví známky nemoci několik let (1). O to je to nepochopitelnější pro jeho okolí, jež nemá žádné informace o nemoci. Studie uvádí, že období remise u 17% nemocných je až pět let. V tomto období se psychika dostává do stavu normalizace, nastává euthymie a nemocný je schopný realistického myšlení. Vnímá realitu kolem sebe a neprojevuje se u něj jediná známka bipolární poruchy.

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

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

Porucha pozornosti byla nejvíce zaznamenána u pacientů v depresivní epizodě. Je to pochopitelné. V depresivní fázi nemocný podléhá pesimistickému myšlení a kolem sebe vidí jen negaci, nastává kritické sebehodnocení a následné sociální selhání. Co se týká mentálních pochodů, bývají značně zpomaleny (1). Kdežto v máni bývá spíše družný.

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

## **Typy BAP**

U bipolární afektivní poruchy se rozlišují dva typy. Jedná se o bipolární poruchu I. a II. Bipolární porucha I. je typická pro depresi a přinejmenším jednou manickou epizodou. Kdežto druhý typ, považován za lehčí formu nemoci, se vyznačuje též depresivní epizodou a dále minimálně jednou hypomanickou. U tohoto typu chybí

projevy typické pro manickou epizodu. Toto rozdělení se v nynější době používá z praktických důvodů, není v MKN-10(1).

## **2.1 Příznaky BAP**

Typickým příznakem pro bipolární poruchu jsou výkyvy nálad. Nálad by se daly přirovnat k jízdě na horské dráze. Změny vitality, psychických funkcí, celkového fungování organismu se střídají po cyklech.

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

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

## **2.2 Diagnostika**

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

Lze říci, že u bipolární afektivní poruchy nejde jen o jednu poruchu nálady, ale o soubor několika nemocí na sebe navazujících, přičemž každá z nich má odlišné charakteristické faktory a žádá svou specifickou léčbu (4). Leckdy tímto dochází

k nesprávnému a zdlouhavému určení nemoci. Například depresivní příznaky mohou být připisovány dystymii či periodické depresivní poruše (1). Další přítěží pro správnou diagnostiku bývá ignorace či potlačení nemoci a pacientova samoléčba.

I pacientovo otálení a odkládání nemoc komplikuje. Když nemocný zpozoruje, že „není ve své kůži“, měl by navštívit odborníky. Dá se tak předejít plnému rozvoji epizod a zabránění jejich projevům. Také se tím zamezí dopady, které mohou epizody zapříčinit.

### **2.3 Etiopatogeneze**

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

Z výzkumů je však patrné, že rodina a lidé v úzkém kontaktu se eminentně podílejí na rozvoji nemoci. Okolí, v němž člověk vyrůstá, ovlivňuje formování jeho osobnosti. Tudiž i výchova v rodině je jednou ze složek participující na disharmonickém vývoji. Nemocného ohrožuje „vykolejení, odklon, ze své dráhy“, jak v negativním slova smyslu, tak i v tom pozitivním. Riskantními se pro něj stávají stresové situace a vypětí. Počínaje lehčími formami a konče závažnými. Některá ze situací se nám může zdát zcela banální, ale pro člověka s bipolární afektivní poruchou se malé a časté změny v prostředí, ve kterém žije, stávají stresujícími. Prohlubují a umocňují toto onemocnění (11).

#### **Za stresující situace můžeme považovat:**

**negativní:** úmrtí, nezaměstnanost, obava ze ztráty zaměstnání, rozpad vztahu, šikana, invalidita, zneužívání, nedostatek soukromí, spánková deprivace, nadměrné užívání psychoaktivních látek a alkoholu, ztráta sociálního statutu, hektický způsob života, nepříznivá situace v rodině,

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

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

Ze značné části je onemocnění dědičné. Potomek nemocného získá vrozené dispozice, které se spojením stresujících faktorů a prostředím, ovlivňují aktivitu nervových buněk, které se zodpovídají za projev emocí (1). V prenatálním vývoji nelze zjistit, jak velké budou předpoklady pro bipolární poruchu. Exprese nemoci se tak dostaví při hraniční zátěži, tudíž po několika letech. Riziko dědičnosti u jednoho rodiče trpícího poruchou činí 24%, u obou je však riziko vyšší a to 55-60% (1). V prenatálním vývoji nelze zjistit, jak velké budou předpoklady pro bipolární poruchu. Avšak jsou i doložené případy, kdy se nemoc u potomka rodiče/ů s bipolární poruchou vůbec neobjevila. Domnívám se, že až tak velkou roli dědičnost nemá. Záleží na životním stylu jedince, prostředí a psychické traumatizaci. Tyto faktory připraví nemoci snadnější nástup.

## **2.4 Komorbidita**

O komorbiditě v psychiatrické medicíně mluvíme tehdy, vyskytuje-li se u člověka více psychotických onemocnění naráz (1). Přítomnost více nemocí najednou stěžuje průběh celého léčení a tudíž i jeho diagnostiku. Dá se říci, že mnoho nemocí mají další doprovodná onemocnění. Bipolární afektivní porucha není výjimkou. Látalová uvádí až 60% pacientů, kteří se potýkají s více než jedním onemocněním mimo bipolární poruchy, jsou jimi například posttraumatické stresové poruchy (40% pacientů), hraniční poruchy osobnosti, nadměrné užívání alkoholu a psychoaktivních látek včetně léků. Dále je to výskyt i fyzických nemocí, například problémy s nadváhou, poruchy příjmu potravy (anorexie, bulimie), výskyt diabetu mellitu, spánkové poruchy, srdeční nemoci (1). Převažuje snížená spotřeba spánku, což má za následek narušení celkového spánkového režimu a může zapříčinit celkové vyčerpání organismu. Spánek je jednou se základních potřeb člověka, a proto by neměla nastávat spánková deprivace. Orel ve své publikaci píše o

prospěchu spánkové deprivace u depresivních pacientů. Spánková deprivace může navodit euforizující účinky, zlepšení nálady. Tato metoda se však kvůli hrozícímu přechodu do manické epizody u léčby bipolární poruchy nevyužívá (4). U tohoto experimentu se spánkovou deprivací se však nedoporučuje příliš dlouhé trvání.

## 2.5 Léčba

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

Akutní psychiatrická péče v lůžkových zařízeních poskytuje komplexní péči a většinou krátkodobou hospitalizaci. Má za úkol diagnostické posouzení a stanovit koncept léčby (3). Dispenzární péče chrání nemocného před sebou samým a rovněž chrání i jeho blízké okolí. Tento typ léčby vyhledávají převážně nemocní, u nichž došlo k neočekávanému zhoršení stavu nebo lidé, u kterých se náhle objevilo onemocnění. Po odeznění akutních příznaků je dále nabízena následná lůžková péče v podobě psychiatrických léčeben či klinik.

### Cíle léčby:

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

Pro tuto nemoc je důležitá i její preventivní léčba. Jak ukazují řady studií, je znám lepší účinek na stav nemocného při permanentním užívání medikamentů, než při

opakovaném přerušení jejich podávání. Při akutních stavech a preventivní léčbě či udržení stabilizovaného stavu, bývá nejčastějším způsobem léčby farmakoterapie. Ta na rozdíl od psychoterapie mívá rychlejší nástup. Dle Látalové, lze farmakoterapii rozdělit podle způsobu využití:

- 1. antidepressiva:** nedoporučuje se dlouhodobé podávání, především po zlepšení stavu depresivních epizod,
- 2. hypnotika:** indikace při poruchách nespavosti k potřebě navození fyziologického spánku,
- 3. antipsychotika:** povětšinou u manických epizod, slouží k útlumu, celkovému zklidnění,
- 4. stabilizátory nálady:** redukce nálady, užívání bývá dlouhodobé, podpora prevence.

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

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

Dalším způsobem léčby, ač ne tak hojně využívaným, je elektrokonvulzivní terapie (2). Lidově řečeno „elektrošoky“. Indikována bývá při těžkých (akutních) stavech, ke kterým dochází jak i v depresivní, tak i v manické epizodě. Používá se za celkové anestezie, kde umístění elektrod může být unilaterálně, bilaterálně či bifrontálně (4). Avšak u této terapie je nutností souhlas a informovanost rodiny. Terapie bývá velmi účinná, ale s nežádoucími účinky, které nejsou dlouhodobého charakteru.

### **Nežádoucí účinky elektrokonvulzivní terapie:**

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

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

Látalová ve své knize zmiňuje deník nálad. Domnívám se, že je pro nemocného velkým přínosem. Do deníků si zapisuje fruktuaci nálad. Tudiž může sledovat průběh BAP. Deník je doporučován pro stabilizované pacienty (1).

#### **2.5.1 Ambulantní léčba**

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

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

#### **Příklady nabízených služeb:**

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

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

### **2.5.2 Primární psychiatrická péče**

Významnou roli v léčbě BAP hraje již zmíněná psychiatrická péče. Nemocný dochází do ambulance, kde se mu dostává dispenzární péče. Na rozdíl od akutní psychiatrické péče je ambulantní péče poskytována dlouhodobě. Je to tzv. „udržovací léčba“. Psychiatr se snaží o uvedení do vzájemného souladu a zároveň je jeho průvodcem v léčebném procesu (3). Kromě přímé péče, rehabilitace a léčby se odborník snaží o resocializaci. Udržet nemocného v chodu běžného života, jenž měl i před nemocí.

### **2.5.3 Kognitivně behaviorální terapie**

Jednou z terapií, která se používá u bipolární afektivní poruchy, je kognitivně-behaviorální terapie. Tato metoda psychoterapie se též využívá při léčbě poruch osobnosti či sociální fobie.

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

U mnoha lidí díky fobii zcela chybí základní sociální dovednosti. Kvůli anticipačním úzkostem, třesu, návalům, se vyhýbali kontaktu s lidmi, a tím u nich došlo ke ztrátě dovedností, které se běžně používají v interpersonálních situacích

(9). Raději tráví volný čas v izolaci, aby předešli, již zmíněným projevům.

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

#### **Příklady demonstrací:**

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

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

#### **Stádia léčebného procesu KBT**

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

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

Zapojení a motivace jsou prvotními znaky prvního stádia terapie. Dalším krokem v terapii je navázání vztahu mezi klientem a terapeutem, kde by terapeut měl být nekritický, kongruentní v chování, empatický a především naslouchat klientovi, dát

mu dostatek času k vyjádření jeho myšlenek. Terapeut a klient mohou společnými silami vypracovat úmluvu, ať už písemnou či ústní, určí si cíle a terapeut dále edukuje o léčbě (14).

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

Praško ve své knize uvádí tři fáze pro změnu vzorců:

- a) oproštění se od starého vzorce
- b) tvorba nového vzorce
- c) ustálení nového vzorce v životě.

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

## 2.6 Invalidita

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

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

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

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

### **3. Manická epizoda**

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

Mánii také můžou doprovázet různé psychotické příznaky. Přítomnost bludů či

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

### **Vzhled nemocného:**

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

### **3.1 Psychosociální dopady mánie**

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

Aniž by si to uvědomil, dostává se do rozporu se zákonem. I přesto, že je bipolární afektivní porucha klasifikovaná nemocí podle Mezinárodní klasifikace nemocí, náš právní řád k tomuto nepřihlíží a nemocnému uděluje stejný trest jako každému jinému. Šance na zohlednění bývá u zbavení svéprávnosti, i poté je však malá pravděpodobnost úspěchu.

Záleží na posudku od lékaře, ale ani tím nebývá vyhráno. Většina smluv je velmi dobře právně ošetřena. U nebankovních půjček smlouvu doplňuje notářské ověření. Pro zmatení žadatele o půjčku smlouvy píší zdlouhavé až na několik desítek stránek. Nemocný v manické fázi, kdy je roztržitý a nesoustředěný, smlouvu ani nečte, neudrží pozornost. Usiluje o neomezenost, kterou do jisté míry, díky finanční neomezenosti, dosáhne.

Nemocný tak velmi často utrácí velké finanční částky, bojuje o přízeň od okolí, a tak se uchyluje k jejich hoštění, nakupování dárků.

Dále je to způsobeno bezúčelnými aktivitami, které často bývají také finančně náročné. Dá se říci, že nemocný chce získat pozornost od okolí, snaží se upoutat. Okolí většinou bývá v tomto směru velmi tolerantní a nechává se nadále hostit. K tomuto jednání se povětšinou uchyluje, když je na pokraji krize.

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

### **3.2 Příklad z praxe**

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

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

nikdo nevěděli. Když jí už nikdo neposkytl půjčku, začala prodávat své věci, např.: foťák, DVD přehrávač, lyže...V jednu chvíli měla zase peněz plno. Nakonec jsme zjistili, že si půjčila 250.000kč a ručila bytem, ale podepsala, že vrátí do 3 měsíců 1.000.000. Což bylo nereálné. Firma využila situace a mamka najednou přišla úplně o vše. Právně tato poslední půjčka byla nenapadnutelná. Člověk, který by normálně uvažoval, tak by tohle v životě nepodepsal. Nyní je maminka po dlouhodobé hospitalizace v psychiatrické léčebně a ambulantně navštěvuje psychiatra. Pobírá plný invalidní důchod, na který má ale z části uvalenou exekuci a splácí své dluhy a ještě dlouho bude. Do teď nevím, za co vlastně mamka dohromady utratila 500.000kč. Když se ohlédnu zpětně, tak známky BAP byly u mamky daleko dříve, než jsme si toho všimli a vůbec všechno se odehrálo v hrozně krátkou dobu.“

#### **4. Depresivní epizoda**

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

Projevy bývají opačné, než můžeme pozorovat u mánie. Studie uvádí, že depresivní epizoda bývá znatelnější než manická. Projevuje se pasivita, pesimismus, anhedonie, agitovanost, úzkostlivost. Většinu svého času tráví o samotě, vyhýbá se komunikaci a kontaktu s lidmi vůbec. Má sníženou schopnost pro rozhodování. Na otázky povětšinou odpovídá věty typu „Nevím. Je mi to jedno“. Řeč bývá pomalá, tichá s dlouhými prodlevami mezi odpověďmi. Postižený jedná v banálních situacích přehnaně netypicky, aniž by on sám věděl proč. U nemocného nastávají pochybnosti vůči vztahu k okolí (1). Podléhá vlastnímu kritickému sebehodnocení, nastává beznaděj, výčitky, pocitůje ponížení. Toto všechno může vystupňovat až k suicidálním myšlenkám, bludům, obviňování,

paranoidní myšlení. Suicidální tendence kulminují, když se nám zdá nemocný už bez příznaků. Může tak být nebezpečný jak sám sobě, tak i svému okolí. Dominuje hypobulie. Nastává bezdůvodný pláč, za který pociťuje stud. Nedokáže popsat svůj stav, ráno nemocnému bývá hůře, kdyžto večer o něco lépe. Špatně přijímá negativní informace. Poruchy spánkového rytmu. Chut' k jídlu bývá spíše snižená. Nemocný je bez energie a mohou nastat i poruchy paměti. Může nastat psychomotorická retardace.

### **Vzhled nemocného:**

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

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

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

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

Samotné okolí průběh depresivní fáze nějak neusnadňuje. Na nemocného vyvíjí nátlak. Požadují, aby se co nejdříve vzchopil, utěšují ho, nabízejí různé aktivity, monitorují, povzbuzují, litují (6). Nemocný se jim snaží zavděčit a mnohdy tím

nátlakem upadá do ještě hlubších depresí. Deprese není jako bolest hlavy, která sama odezní. Když není léčena, přechází snadno do chronifikace.

#### **4.1 Psychosociální dopady deprese**

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

#### **4.2 Příklad z praxe**

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

„Co já si pamatuji, tak maminka trpěla depresemi 13 let před tím, než jí byla diagnostikovaná bipolární afektivní porucha. Nevím, jestli to byl úplný počátek nebo jsem to tehdy poprvé zaznamenala já. Deprese začaly, když starší sestra měla problémy na střední škole (záškoláctví, propadala z předmětů, falšovala vysvědčení). Sestře bylo v tu chvíli 18 let a po hádce s otcem, se sbalila a odešla z domova a začala žít svůj vlastní život. Po jejím odchodu následovalo obviňování mezi rodiči, kdo za to všechno může, za její odchod a vůbec neúspěch. Pamatuji si, že se mamka za sestru i styděla, nechtěla o tom s nikým mluvit. Poprvé jsem viděla, jak vypadá deprese. Mamka vyhledala odbornou pomoc, docházela ambulantně k psychiatrovi. Ten se ale po čase přestěhoval do areálu nemocnice, kde mamka pracovala, a tak než aby ji nikdo viděl, že chodí k psychiatrovi, přestala ho navštěvovat. Styděla se, i za to, že na svoje problémy nestačí sama. Po čase se vše tak nějak samo uklidnilo, mamka na tom byla lépe, ale trápilo ji, že se sestrou

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

## 5. Bipolární afektivní poruch a její dopady

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

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

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

### 5.1 Rodina a partnerské vztahy

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

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

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

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

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

## **5.2 Očekávání od rodiny a blízkých**

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

### **Očekávání:**

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

## **5.3 Práceschopnost**

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

Statistiky uvádí, že u pouhých 40-ti % nemocných bipolární afektivní poruchou,

dochází k návratu do zaměstnání. Někteří jsou schopni zaměstnání se zkráceným pracovním úvazkem.

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

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

Důsledky mohou narušit vztah jak mezi nemocným a kantory, tak i mezi studenty. Podle mého úsudku k tomuto dochází zejména při manické, hypomanické či smíšené epizodě. V depresivní bývají spíše zdrženlivý a do ničeho se nevrhají po hlavě. V nejkrajnějších případech může nastat i vyloučení nemocného. Jeho chování kantoři připisují drzosti či záškoláctví.

## **6. Doprovodné nemoci**

Doprovodné nemoci narušují léčbu bipolárních pacientů. Kvůli nemocem, které bipolární afektivní poruchu doprovázejí, diagnostika trvá i několik měsíců. Tudíž mohou zapříčinit vážné zdravotní i sociální dopady. Dále bych se věnovala nejčastějším doprovodným nemocem, jež se přidružují k bipolární afektivní poruše.

### **6.1 Sociální fobie**

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

Jednou z nemocí, která bipolární poruchu častokrát doprovází, je právě sociální

fobie. Toto neurotické onemocnění, podle nejnovějších studií má až 15% procentní zastoupení v populaci 47% zastoupení u BAP. Sociální fobie omezuje člověka v mnoha směrech, jak v plnohodnotném životě, tak postupu v kariéře, studiu, navázání partnerského vztahu. Přichází o běžné radosti života, ne však vlastní vinou.

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

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

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

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

### **6.1.1 Příznaky:**

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

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

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

### 6.1.2 Léčba

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

### 6.1.3 Příklad z praxe

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

„Moje teta žila běžný společenský život. Bydlíme poblíž, takže jsme za ní jezdili na návštěvy poměrně často asi dvakrát do měsíce. Teta pracovala v reklamní agentuře, kde byla pořád ve styku s lidmi. Každý den za ní docházeli spousty lidí a navíc měla na starosti ještě 15 zaměstnanců. Pracovala 5 dní v týdnu, denně 8 hodin. Práci si ale neustále brala domů, kvůli nárůstu zakázek. Neměla tak čas na nic jiného než na práci. Úplně vypustila ze svého života koníčky a aktivity, který dělala. Přišlo mi, že po odchodu jejich dvou dětí z domu, se ještě víc ponořila do práce. Trvalo to několik let. Po jedné návštěvě, když jsem jí viděla, mi bylo jasné, že něco není v pořádku. Vzala si dovolenou, jen ležela doma a nic nedělala a nikomu neotvírala. Přestala o sebe úplně dbát. Byl to celkem nezvyk, když pořád chodila nalíčená, hezky oblékaná, upravená. Najednou to byl úplný opak. Po tří týdenní dovolené si vzala další. Z práce ji volali, navštěvovali doma, ale ona nebrala telefony ani neotvírala dveře. Když jsme za ní přijeli, tak nám nikdo neotevřel, tak jsme mysleli, že není doma. Takhle se nám to stalo ještě několikrát.

Až se s námi spojila její blízká kamarádka. Po snad hodinovém zvonění otevřela. Všude byl nepořádek, lednice úplně prázdná, teta taky vypadala hrozně. Po rozhovoru s ní, jsme se všichni společně domluvili, že ji odvezeme na psychiatrii. Přiznala se, že vůbec nemůže vidět lidi a už vůbec ne s nimi mluvit, že to prostě nejde. Velké markety vyměnila za malý, ale ani tam už nemohla chodit. Říkala, že je ji z toho všeho na zvracení. Po pobytu na psychiatrii jí určili bipolární poruchu zároveň se sociální fobií. Po psychiatrii následovala ještě léčebna, kde byla skoro půl roku. Do práce se už naplno nevrátila, pobírá invalidní důchod a částečně vypomáhá v práci, kde dříve pracovala“.

#### **6.1.4 Dopady sociální fobie**

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

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

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

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

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

## 6.2 Zneužívání návykových látek

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

Za nejvíce zneužívanou látku bývá povětšinou označován alkohol a stimulancia, například v Severní Americe je hojně zneužíván u nemocných kokain (1). Časté užívání alkoholu je zaznamenáno v depresivní fázi, kdy je nemocný bez energie a zcela vyčerpán. Proto je při zneužívání alkoholu v depresivní fázi pravděpodobnější výskyt suicidálních pokusů (1).

## 6.3 Poruchy osobnosti

Všechny poruchy osobnosti pojí souhrn trvalých vzorců a stavů chování odchylujících se od norem odpovídajícího chování v dané kultuře (17). Nedokáží si vzít ponaučení z trestů, z vlastních chyb. Nelze určit, která z poruch osobnosti nejvíce ovlivňuje BAP. Obecně všechny poruchy osobnosti mají negativní vliv na diagnostiku a léčbu bipolární poruchy.

### Podstatné znaky:

- neschopnost navázat a setrvat ve vztahu s jinými lidmi
- emoční nestabilita, impulzivita
- neschopnost činit rozhodnutí

- nepřizpůsobivé, maladaptivní chování
- postrádají empatii
- hodnotící přístup, oslabené sebehodnocení **(16)**.

U bipolárních pacientů je nejčastější výskyt histrionské, disociální, narcistické a hraniční poruchy osobnosti **(1)**.

Disociální porucha se nese v duchu negace, nezájmu, nepřizpůsobivosti, nezodpovědnosti **(16)**. Nemocný se bojí, aby ostatní neprofitovali z něho samotného nebo nějakým způsobem ho nezneužívali. On sám je na prvním místě a podle toho se také chová. Při svém rozhodování nebere ohled na ostatní. Mezi další projevy disociální poruchy můžeme zařadit sebepoškozování, agresivita, finanční problémy, časté výtržnosti a hádky **(16)**.

Dychtivost být středem pozornosti, je typickým znakem pro histrionskou poruchu osobnosti. Banální situace dramtizují a dovedou vše obrátit ve svůj prospěch, jen aby z dané situace mohli těžit a ostatní ujišťovali o svých kvalitách. Tato porucha se dále vyznačuje teatrálností, bájevitou lhavostí, infantilními projevy, prudkými reakcemi, manipulací, prostoduchostí a malou snášenlivostí vůči nezdaru. Histrionská porucha často ve svých projevech připomíná narcistickou poruchu **(1)**.

V léčbě poruch osobnosti se dává přednost psychoterapii. Snaží se o přeučení zakořeněných vzorců chování, které se odchyľují od norem ve společnosti.

#### **6.4 Generalizovaná úzkostná porucha**

Majoritním znakem je úzkost. Orel ve své knize uvádí, že u této poruchy úzkost člověka neopouští vůbec. Člověka sužuje permanentní obavy a strach vlastně z čehokoli. Strachuje se o rodinu, bojí se budoucnosti. Projevy bývají totožné jako u sociální fobie. Jedná se například o:

- neklid, nervozita
- napětí, lekavost
- spánková deprivace
- závratě

- červenání/blednutí, návaly horka (19)...

#### 6.4.1 Příklad z praxe

Výpověď člena rodiny, kde byla diagnostikována GAP (generalizovaná úzkostná porucha). Doslovný přepis bez vatových frází (př.:ehm, hm, noo).

„S manželkou jsme byli na dovolené na horách, kde si zlomil na dvakrát holenní kost. Následovalo dlouhé léčení a pak rehabilitace. Celé léčení zabralo asi rok. V práci si za ni našli záskok. Po roce se vrátila do práce, kde pracovala jako sekretářka. Došlo ale k reorganizaci a přidělili ji na místo v ekonomickém oddělení. Neměla s touto prací žádné zkušenosti. Všechno po sobě několikrát kontrolovala a vracela se domu až k večeru. Byla s prací nespokojená a vystresovaná. Každý den mluvila o tom, jak se bojí, že udělá chybu a přijde o práci. Jednou špatně převedla menší finanční obnos a zhroutila se. Z práce ji nevyhodili, ale skončila sama. Našla si práci ve velké firmě jako obchodní zástupce. Snažila se dělat všechno dobře, ale nezapadla do kolektivu. Večer co večer jsme neřešili nic jiného než práci. O ničem jiném už ani nedokázala mluvit. Domluvili jsme se, že bude doma. Myslel jsem si, že ji to přejde a vše bude zase normální. Ale nebylo. Začalo to přehnaným uklízením. Položit tašku z tréninku na koberec nepřipadalo v úvahu. Potom to zase byl přehnaný strach o mě a o syna. Stačilo, abych jednou nezvedl hned telefon a už volala do práce a obvolávala všechny známé. Na doporučení jsme zašli k psychiatrovi a ten nám pomohl. Úzkosti sice úplně nepřestali, ale už se dá alespoň normálně fungovat.“

## **Závěr**

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

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

Touto prací, jsem chtěla poukázat na úskalí našeho hektického života, jak snadno se člověk nechá zmanipulovat svým okolím v negativním slova smyslu. Šon, stres, nátlak a soutěživost jsou faktory ovlivňující naši psychiku a formování naší osobnosti vůbec. Odkrýt psychické nemoci takové, jaké jsou. Přijmout je se vším, co k nim patří. Naučit se je minimalizovat a předcházet jim. Nepotlačovat je, ba naopak více se informovat. Dnešní doba a styl našeho života přispívá k jejich nárůstu.

## SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

### Knihy a monografické publikace

1. LÁTALOVÁ, Klára. Bipolární afektivní porucha. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, 247 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4731-254.
2. VYMĚTAL, Jan. Speciální psychoterapie. 2., přeprac. a dopl. vyd., V nakl. Grada vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 396 s. Psyché (Grada Publishing). ISBN 978-802-4713-151.
3. MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ. Psychiatrická ošetrovatelská péče. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 352 s. Psyché (Grada Publishing). ISBN 80-247-1151-6.
4. OREL, Miroslav, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ. Psychopatologie. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012, 263 s. Psyché. ISBN 978-802-4737-379.
5. ZVOLSKÝ, Petr, Jiří RABOCH a Mira BABIAKOVÁ. Psychiatrie. 1. vyd. Praha: Galén, c2001, xxvii, 622 s. Psyché. ISBN 80-246-0390-X.
6. ŠPATENKOVÁ, Naděžda, Jiří RABOCH a Mira BABIAKOVÁ. Krize: psychologický a sociologický fenomén. Vyd. 1. Praha: Grada, 2004, 129 s. Psyché. ISBN 80-247-0888-4.
7. GAY, Christian, Jiří RABOCH a Mira BABIAKOVÁ. Bipolární porucha: rady pro rodiny a blízké osob s maniodepresivními stavy. Vyd. 1. Překlad Hana Holubkovová. Praha: Portál, 2010, 135 s. Rádci pro zdraví. ISBN 978-807-3676-681.
8. HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. Psychologický slovník. Vyd. 2. Praha: Portál, 2009, 774 s. ISBN 978-807-3675-691.
9. PRAŠKO, Ján, Jana VYSKOČILOVÁ a Jana PRAŠKOVÁ. Sociální fobie a její léčba: příručka pro lidi se sociální fobií. 1. vyd. Praha: Galén, c2008, 64 s. ISBN 978-80-7262-580-2.

10. VYMĚTAL, Jan, Jana VYSKOČILOVÁ a Jana PRAŠKOVÁ. Úvod do psychoterapie: příručka pro lidi se sociální fobií. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2010, 287 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4726-670.
11. VLČEK, Jiří, Daniela FIALOVÁ a Magda VYTRŘÍSALOVÁ. Klinická farmacie. 1. vyd. Praha: Grada, 2010-2014, 2 sv. (368; 255 s.). Sestra. ISBN 978-80-247-4532-92.
12. MAHROVÁ, Gabriela, Martina VENGLÁŘOVÁ a Magda VYTRŘÍSALOVÁ. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 168 s. Sestra. ISBN 978-802-4721-385.
13. VÁGNEROVÁ M., Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál 1999. ISBN 80-7178-214-9.
14. PRAŠKO Ján a kol. Poruchy osobnosti. 1. vyd. Praha : Portál, 2003, 360 s. ISBN 80-7178-737-X.
15. HERMAN, Erik. *Bipolární porucha a její léčba*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2004, 81 s. ISBN 80-734-5051-8.
16. CAKIRPALOGLU, Panajotis. *Úvod do psychologie osobnosti*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4033-1.
17. MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2138-5.

### **Elektronické zdroje**

18. NOVÁK, Tomáš. Bipolární porucha II – epidemiologie, diagnostika a léčba. Psychiatrie pro praxi. Olomouc: Solen, 2010, roč. 11, č. 1, s. 7-10. [2016-03-03]. ISSN 1213-0508. Dostupné z : <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2010/01/02.pdf>
19. PRAŠKO, Ján. Jak zvládnout generalizovanou úzkostnou poruchu. 1. vyd. Praha: Galén, c2009. ISBN 978-80-7262-631-1. Dostupné z : [http://www.lundbeck.com/upload/cz/files/pdf/Brozury/Generalizovana\\_uzkostna\\_porucha.pdf](http://www.lundbeck.com/upload/cz/files/pdf/Brozury/Generalizovana_uzkostna_porucha.pdf)

## **Abstrakt**

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

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

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

## **Abstract**

**Title:**Bipolar disorder and its symptoms accompanying the disease

**Key words:** affective disorder, etiopathogenesis, chronification, remission, anxiety, crisis, comorbidity, agitation, psychosocial, personality disorders, moodiness, social phobia, behavioral therapy.

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