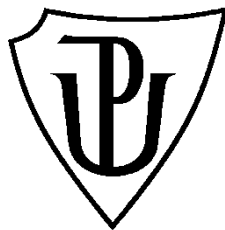


**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI**

**PEDAGOGICKÁ FAKULTA**

**Katedra psychologie a patopsychologie**

**Studijní rok 2011/2012**



# **Bipolární porucha**

**Diplomová práce**

Autor: Miriam Kolínová

Vedoucí práce: PhDr. Jana Kvintová, Ph.D.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny řádně citovala a uvedla.

V Olomouci 10. prosince 2012

.....

vlastnoruční podpis

Děkuji za laskavou a velmi podnětnou metodickou pomoc při zpracování mé diplomové práce své vedoucí práce PhDr. Janě Kvintové, Ph.D.

Dále chci poděkovat své rodině za trpělivost a podporu, kterou mi poskytovali během psaní mé práce.

## ANOTACE

<b>Jméno a příjmení:</b>	Miriam Kolínová
<b>Katedra:</b>	Katedra psychologie a patopsychologie
<b>Vedoucí práce:</b>	PhDr. Jana Kvintová, Ph.D.
<b>Rok obhajoby:</b>	2013

<b>Název práce:</b>	Bipolární porucha
<b>Název v angličtině:</b>	Bipolar disorder
<b>Anotace práce:</b>	<p>Tématem diplomové práce je bipolární porucha. Zabýváme se v ní její etiologií, diagnostikou a léčbou. Z důvodu, že děti s bipolární poruchou představují mnoho diagnostických problémů, je zde zařazena kapitola o bipolární poruše v dětském věku. Jedna kapitola je věnována spojitosti bipolární poruchy a kreativity.</p> <p>V praktické části byl realizován smíšený výzkum, jehož cílem bylo zjištění, jestli se u vybraných respondentů objevovaly v dětském věku symptomy bipolární poruchy. Dále byla ověřována hypotéza, zda respondenti disponují kreativními schopnostmi a zda po medikaci pro bipolární poruchu subjektivně pociťují útlum těchto schopností.</p>
<b>Klíčová slova:</b>	Bipolární porucha, dítě, kreativita
<b>Anotace v angličtině:</b>	<p>The thesis deals with bipolar affective disorder. A brief summary of its etiology, diagnosis and treatment is given.</p> <p>For the reason that children with bipolar disorder present many diagnostic difficulties, there is a chapter about bipolar affective disorder in paedopsychiatry. One chapter is devoted to link between bipolar disorder and creativity.</p> <p>In the practical part of this thesis is implemented mixed research. The goal of this research is focused on findings</p>

	whether symptoms of bipolar disorder of the selected respondents are appeared in their childhood. Furthermore, the hypothesis, whether respondents have creative abilities and whether they have subjectively felt worsening of these abilities is verified.
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	Bipolar disorder, child, creativity
<b>Přílohy vázané v práci:</b>	Okruh otázek, Zápis rozhovoru, Seznam tabulek, obrázků a grafů
<b>Rozsah práce:</b>	90 s.
<b>Jazyk práce:</b>	Český jazyk

# OBSAH

Úvod .....	8
<b>I. TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>10</b>
1 Bipolární afektivní porucha.....	10
1.1 Klasifikace BAP podle MKN-10 a DSM IV .....	10
1.2 Diagnostika jednotlivých fází u BAP.....	12
1.3 Biochemická podstata afektivních poruch.....	16
2 BAP v dětském a dorostovém věku.....	19
2.1 Historie a současnost.....	19
2.2 Klinický obraz BAPDD.....	22
2.3 Komorbidita BAPDD.....	24
3 BAP a kreativita.....	27
4 BAP a léčba.....	31
4.1 Léčba manické epizody .....	32
4.2 Léčba bipolární deprese.....	33
4.3 Psychoterapeutický přístup v léčbě BAP.....	34
<b>II. PRAKTICKÁ ČÁST.....</b>	<b>36</b>
5 Teoretická východiska.....	36
6 Kvalitativní výzkum.....	38
6.1 Cíl kvalitativního výzkumu a výzkumné otázky.....	38
6.2 Metodika výzkumu a výběr respondentů.....	38
6.3 Analýza kvalitativního výzkumu.....	40
6.3.1 Kazuistika 1. – Richard.....	40
6.3.2 Kazuistika 2. – Vladka.....	45
6.3.3 Kazuistika 3. – Michal.....	48
7 Kvantitativní výzkum.....	50
7.1 Cíl kvantitativního výzkumu a výzkumné hypotézy.....	50
7.2 Metody a charakteristika výzkumného souboru.....	50
7.3 Analýza kvantitativního výzkumu – dotazníkové šetření.....	53

7.4 K platnosti hypotéz.....	67
8 Diskuze.....	69
9 Závěr.....	73
Souhrn.....	75
Seznam použitých zdrojů a literatura.....	76
Seznam příloh.....	83
1 Okruhy otázek k rozhovoru.....	83
2 Přepis rozhovoru 1 – Richard.....	83
3 Seznam tabulek.....	88
4 Seznam obrázků.....	89
5 Seznam grafů.....	89

# ÚVOD

Hlavním cílem této diplomové práce je poskytnout dostupné informace o bipolární afektivní poruše (BAP). Podnětem k jejímu napsání byly zejména vlastní zkušenosti autorky ze soužití s manželem, diagnostikovaným na tuto poruchu. Při zpracování této diplomové práce jsme sice z těchto zkušeností vycházeli, ale hlavní důraz jsme kladli na prostudování odborné literatury, zabývající se touto poruchou, dříve označovanou jako maniodepresivní psychóza.

Ačkoli by se mohlo zdát, že toto téma patří pouze do klinické psychologie a ne na pedagogickou fakultu, opak je pravdou. Léčba bipolární afektivní poruchy by měla mít interdisciplinární charakter a do její léčby by měl být kromě pacienta, jeho rodiny a sociálních služeb zapojena i škola. Učitel se ve své pedagogické praxi může se symptomy bipolární poruchy setkat. Přítomnost symptomů bipolární poruchy v prepubertálním věku může být spojeno se záškoláctvím, asociálním chováním, předčasným ukončením školní docházky nebo s užíváním psychoaktivních látek. Zejména manické symptomy jako například elevovaná (povznesená), expanzivní nálada, spojená se zvýšenou dráždivostí (iritabilitou) a zvýšeným sebevědomím, záchvaty vzteku, narušená pozornost a roztěkanost narušují proces výuky a jsou příčinou problémů a neúspěchů ve škole. Tyto neúspěchy mají v pozdějším věku člověka určující vliv na jeho zařazení do společnosti. Specifická prevence sociálně-patologických jevů v pozdějším věku jedince patří mezi primární úkoly školy a zaměřuje se kromě jiného i na rozpoznání symptomů různých poruch psychiatrického rázu. Nesupluje samozřejmě diagnostikování těchto poruch, ale při dostatečné informovanosti pedagoga o těchto chorobách je schopna tyto symptomy zavčas rozpoznat a tím pomoci k včasnému odeslání žáka na specializované pracoviště.

Zařazením kapitoly o biochemických příčinách této choroby jsme chtěli upozornit na fakt, že bipolární porucha je kromě genetické a neurochemické podmíněnosti z velké části podmíněna psychosociálními faktory. Znamená to zjednodušeně, že jedinci s predisponovanými geny pro bipolární poruchu jsou náchylnější k různým vnějším psychosociálním vlivům.

Nejobtížnějším problémem diagnostiky bipolární poruchy je její správné určení v dětském věku a proto jsme jeden z našich cílů v praktické části této práce zaměřili právě na tuto problematiku. Zkoumali jsme v ní, zda se v dětství u našich respondentů



vyskytovaly symptomy bipolární poruchy. Stěžejní se pro nás stala analýza kazuistik tří probandů.

Bipolární porucha je spojována s vyšším výskytem kreativních schopností u disponovaného jedince. Právě pedagog na základní škole při respektování individuálních potřeb každého dítěte by měl tyto schopnosti podporovat a rozvíjet, neboť je pro osobnostní vývoj jedince důležitým aspektem. Proto dalším cílem výzkumu bylo zjistit, zda naši probandi disponují kreativními schopnostmi a zda se jim tyto schopnosti následkem medikace nezmenšily nebo úplně vytratily.

Náš výzkum jsme doplnili kvantitativním výzkumem, a to dotazníkovým šetřením mezi pacienty psychiatrické léčebny v Havlíčkově Brodě, v pražském Psychiatrickém centru a ve dvou ambulancích psychiatrických lékařů. Cílem bylo zjistit u respondentů výskyt symptomů BAP v dětském věku, dále jsme u našich respondentů zkoumali souvislost bipolární poruchy s kreativitou a jejich subjektivní pocit ztráty kreativních schopností po medikaci pro tuto poruchu.

# I. TEORETICKÁ ČÁST

## 1. BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHA

### 1.1. Klasifikace BAP podle MKN-10 a DSM IV

Dlouhodobě se vedly nekonečné spory o spolehlivosti psychiatrických diagnóz a dokonce byla položena i otázka, zda vůbec duševní onemocnění, kromě organicky podmíněného, kdy je prokazatelná etiologie u mozkového onemocnění, existuje. Spor vyvrcholil v 60. letech 20. století vznikem antipsychiatrického hnutí, odmítajícího existenci psychických poruch.

V současné době existují dva klasifikační systémy duševních poruch a to MKN - 10 a DSM – IV<sup>1</sup>. Ačkoliv se vyznačují vysokou mírou reliability<sup>2</sup>, tak jejich nevýhoda je ta, že se některá diagnostická kritéria navzájem překrývají a tak se může stát, že určité kritérium může být vlastní několika poruchám. Velkým problémem je také validita<sup>3</sup> diagnóz. V naprosté většině tedy určená diagnóza podle těchto mezinárodně platných klasifikačních systémů neznamená určení nemoci, ale na základě příznaků pouze „poruchu“, tj. syndromy. Každopádně vlivu subjektivity při posouzení psychického stavu člověka se vyhnout nelze.

Poruchy nálady zahrnují široké spektrum emocí od hluboké deprese až k jejímu protipólu nálady chorobně euforické - manické. Za klasifikační kritéria afektivních poruch se podle MKN 10 považuje příčina vzniku, polarita (bipolární, unipolární), intenzita a délka trvání. Intenzita se dělí na lehkou, střední a těžkou. Těžká se ještě navíc klasifikuje podle přítomnosti nebo nepřítomnosti psychotických symptomů na psychotickou a nepychotickou. Délka trvání se pohybuje od krátkodobých výkyvů nálad až po dlouhodobý pokles nálady (cyklothymii a dysthymii), zařazené podle MKN 10 pod trvalé poruchy nálady (viz tabulka č. 1) [1, 2].

Bipolární porucha patřící mezi poruchy nálady se vyznačuje střídáním depresivních a manických fází. Pro diagnózu BAP podle MKN 10 je směrodatná přítomnost aspoň jedné

---

<sup>1</sup>DSM-IV - Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), používaný ve Spojených státech. Na rozdíl od Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN, ICD) je však podrobnější a konkrétnější, takže se používá jako rozšíření a doplnění její psychiatrické části. Původně vznikla pro potřeby statistiky a srovnávání psychiatrických diagnóz, mimo jiné pro potřeby americké armády. Poprvé vyšla roku 1952, v současnosti platí verze DSM-IV-TR z roku 2000, která už vyšla v celé řadě překladů do jiných jazyků. Pro rok 2013 se připravuje vydání DSM-5

<sup>2</sup> Reliabilita – spolehlivost a přesnost výzkumného nástroje

<sup>3</sup> Validita – věrohodnost, schopnost výzkumného nástroje zjišťovat to, co zjišťovat má

manické epizody, depresivní fáze převažují. Americký DSM-IV, jenž je podrobnější než MKN, koncepci bipolární poruchy na rozdíl od klasifikace v MKN 10 rozšířila kromě bipolární poruchy typu I s jasně vyjádřenými manickými epizodami a unipolární poruchou s opakujícími se depresivní poruchou (UP), o bipolární poruchu typu II (viz tabulka č. 3), v níž se střídají depresivní epizody spolu s hypomanickými. Hypománie se svým klinickým obrazem podobá mánii, ale nedosahuje její intenzity, nedochází v jejím důsledku k citelnému zhoršení výkonu sociálních a pracovních funkcí, nevede k hospitalizaci a ani se při ní nevyskytují psychotické symptomy. Nejdůležitějším znakem pro určení diagnózy hypománie je změna nálady, pro daného jedince neobvyklá. Tento stav by měl trvat nejméně 4 dny, někde se zkracuje na dny dva [3].

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN 10) samotná hypomanická epizoda nestačí pro to, aby byla u pacienta diagnostikována bipolární porucha. Více hypomanických epizod podle tohoto manuálu patří mezi trvalé poruchy nálady (F34; viz tabulka č. 1). V případě cyklotymie, spadající do trvalých poruch nálad, jsou symptomy méně vyjádřeny než u bipolární poruchy, bývají plíživější a vleklejší a více připomínají povahové rysy. Mezi trvalé poruchy nálady patří podle MKN 10 také dystymie, projevující se mírnou chronickou depresivní náladou, trvající nejméně dva roky [4].

Dalším rozdílem v přístupu obou diagnostických manuálů ke kvalifikaci bipolární poruchy je ten, že MKN 10 připouští výskyt jedné manické fáze jako vlastní diagnostické jednotky (F30; viz tabulka č. 1), naproti tomu DSM-IV již první manickou fází řadí k bipolární poruše.

Podle míry intenzity jednotlivých epizod v rámci bipolární poruchy se podle MKN 10 tato porucha klasifikuje od F31.0, kdy je přítomna současná fáze hypomanická až po F31.9, bipolární poruchu nespecifikovanou (viz tabulka č. 2).

V poslední době se zásluhou arménsko-amerického psychiatra Hagopa Akiskala naznačuje, že mnoho poruch může sdílet mnoho společného s bipolární poruchou a proto je navrhováno zařadit je mezi tzv. měkké bipolární spektrum [5].

Manická epizoda	F30
Bipolární afektivní porucha	F31
Depresivní epizoda	F32
Periodická (rekurentní) depresivní porucha	F33
Trvalé poruchy nálady (cyklotymie, dystymie)	F34
Jiné poruchy nálady (afektivní poruchy)	F38
Nespecifikovaná porucha nálady (afektivní porucha)	F39

**Tabulka 2 Klasifikace bipolární poruchy dle MKN - 10 [1, 2]**

F31.0	Bipolární afektivní porucha, současná fáze hypomanická
F31.1	Bipolární afektivní porucha, současná fáze manická bez psychotických symptomů
F31.2	Bipolární afektivní porucha, současná fáze manická s psychotickými symptomy
F31.3	Bipolární afektivní porucha, současná fáze lehká nebo střední deprese
F31.4	Bipolární afektivní porucha, současná fáze těžké deprese bez psychotických symptomů
F31.5	Bipolární afektivní porucha, současná fáze těžká deprese s psychotickými symptomy
F31.6	Bipolární afektivní porucha, současná fáze smíšená
F31.7	Bipolární afektivní porucha, v současné době v remisi
F31.8	Jiné bipolární afektivní poruchy
F31.9	Bipolární afektivní porucha, NS

**Tabulka 3 Klasifikace BAP podle DSM-IV [6]**

296.xx	Bipolární porucha I	výskyt jedné nebo více manických nebo smíšených epizod + v minulosti výskyt vážné depresivní epizody
296.89	Bipolární porucha II	Výskyt jedné nebo více depresivních epizod + nejméně jedna i spontánní (léčbou nenavozená) hypomanická; ani jedna manická nebo smíšená epizoda v historii
301.13	Cyklothymie	Nejméně 2 roky trvajících příznaků hypománie, subdeprese, nesplňující kritéria pro máni i ani pro depresi
296.8	Bipolární porucha blíže nespecifikovaná	Zahrnuje poruchy s některými příznaky BP, nesplňující ale konkrétní kritéria pro máni i a depresi. Stále však zhoršuje nebo nepříznivě ovlivňuje kvalitu života pacienta

## 1.2. Diagnostika jednotlivých fází u BAP

Diagnózu bipolární poruchy je velmi těžké určit, je třeba daného člověka, u kterého máme podezření na onemocnění touto chorobou dlouhodoběji sledovat a všimnout si změny v jeho chování a myšlení. Můžeme však říct, že o bipolární poruchu se jedná tehdy, když se u pacienta v minulosti diagnostikovaného na depresi, rozvinula minimálně jedna manická epizoda.

Největším problémem ve správném určení diagnózy je fakt, že většina nemocných vyhledá pomoc psychiatra ve fázi deprese. Podle průzkumu Národní asociace pro depresivní a maniodepresivní poruchu (National Depressive and Manic-Depressive Association – DMDA) ve Spojených státech bylo zjištěno, že 60% pacientů vyhledává léčbu právě z důvodu depresivních příznaků [7]. Bipolární deprese se zamění za unipolární, psychiatr na ni předepíše antidepressiva, která však přesmyknou pacienta do

manické fáze. V té se cítí subjektivně dobře a naprosto zdrav<sup>4</sup>, odmítá připustit, že by jeho chování mohlo mít nějakou souvislost s onemocněním a proto je velmi těžké donutit ho vyhledat odbornou pomoc. Není důvod se léčit, a proto uběhne někdy i několik let, než se započne se správnou léčbou. Opožděnou léčbou se samozřejmě zvyšuje riziko asociálního chování a rozpad interpersonálních vztahů. Behrman potvrzuje i na sobě omyl psychiatra, který jeho hluboké depresivní stavy léčil antidepresivy. Vzpomíná, že tato antidepresiva pronikavě podpořila jeho manickou fázi a udělala z něj vysokorychlostní akční postavu. Svůj manický stav popisuje takto:

*„...Všechno má přesné obrysy. Barvy jsou jasné jako v kresleném seriálu, a když na to přijde, také lidé se podobají postavičkám z kresleného seriálu. Zvuky jsou křišťálově jasné a život se před vámi odvíjí jako na širokouhlém plátně kina. Domnívám se, že jsem režisérem svého vlastního šílenství, ale něco podobného je jen mým zbožným přáním. Ve skutečnosti jsem odtržen od reality a nemám s ní žádné přímé spojení. Jednám zcela náhodně – na základě šalivého myšlení, pokroucené intuice a zvířecích instinktů. Jsem-li v manické fázi, mé smysly jsou natolik zostřené, jsem tak bdělý a ostražitý, že zvuk mých řas šustících na polštáři mi připadá jako hřmění hromu [8, s. 18-20].“*

Z výzkumu, který byl uskutečněn na psychiatrické klinice v Brně, vyplývá, že nesprávně určená diagnóza unipolární deprese odesílajícím psychiatrem se objevila u 24% z 33 pacientů hospitalizovaných během dvou let s bipolární depresí.

Při diagnostikování depresivní epizody v rámci bipolární afektivní poruchy je vždy nutné dotázat se pacienta na případné manické symptomy v jeho minulosti, na pozitivní rodinnou anamnézu pro bipolární poruchu a zejména na klinický obraz. Tedy například na možnou přítomnost psychotických symptomů a tendence k chronicitě. Demografické faktory jako je mladší věk při začátku, stejný výskyt u žen i mužů mohou být dalším důležitým prvkem k určení správné diagnózy [9].

Pacienty ve fázi manické a pacienty ve fázi depresivní lze od sebe velice lehce rozlišit již pouhým pohledem. Jak se pacient obléká v jednotlivých fázích, jeho nálada, buď povznesená nebo smutná nebo řeč na straně manické zrychlená a naopak v depresích zpomalená patří mezi symptomy bipolární poruchy. V depresi je člověk dole, v mánii naopak nahoře. Stavy, kdy je nemocný takzvaně normální buď chybí, nebo trvají jen krátkou dobu.

---

<sup>4</sup>V určité fázi však začne být mánie nepřijemná, zeslabený organismus začne mozku vysílat varovné signály a zrychlené tělo a mysl si začínají uvědomovat, že další noc bez spánku se už nedá přežít. Behrman sám říká, že čistá mánie je tak blízko smrti, jak jen to je možné [8].

Každý člověk v životě zažívá situace, kdy je nešťastný, ale naštěstí pocit smutku trvá jen po časově omezenou dobu a důvody k němu se po určité době zdají být malicherné. Vážný důvod ke smutku je určitě ztráta blízké osoby, ale i přesto po určité době smutek zmizí. U pacienta postiženého opravdovou depresí důvody ke smutku chybí. Deprese vzniká z vnitřních, pro pacienta neznámých příčin a proto se v psychiatrii označuje jako deprese endogenní. U pacienta se objevují pocity nadměrného smutku, trpí pocity beznaděje, méněcennosti, sebeobviňuje se za všechno zlé. Trpí ztrátou energie, pacienti mají sníženou mimickou a motorickou aktivitu. Mluví potichu a monotónně. Pacient dále ztrácí zájem o sex, ztrácí chuť k jídlu a trpí poruchou spánku. Usíná sice bez potíží, ale budí se velmi brzy, kdy jeho deprese dosahují nejvyššího denního vrcholu. Večer se pacientovi relativně uleví<sup>5</sup>.

Tak jako deprese nemá důvody, tak i mánie vzniká zdánlivě bez příčiny. V manické fázi má pacient z obdobně nesrozumitelných důvodů nadměrně dobrou náladu, je rozjařený, velmi sebevědomý a jeho duševní pochody jsou zrychlené. Objevuje se zvýšená chuť k jídlu, ale na jeho konzumaci postižený „nemá čas“. Pacient má pocit nezměrné energie, nemá potřebu spánku a má tendence nepřetržitě mluvit. Jeho myšlení je někdy tak rychlé a překotné (tzv. myšlenkový trysk), že nestačí své myšlenky verbálně vyjadřovat a řeč se stává nesouvislou a nesrozumitelnou. V manické fázi vykazuje zvýšenou podnikavost a tendence zasahovat do veškerého dění kolem, snaží se vše vylepšovat a spřádá nereálné, megalomanské plány. Pacient ztrácí zábrany v sexuální aktivitě, pítí alkoholu, utrácí peníze bez rozmyslu, nemyslí na důsledky svého konání.

Symptomy jednotlivých fází bipolární afektivní poruchy jsou vyjádřeny v následující tabulce č. 4.

---

<sup>5</sup> Uleví se mu z pocitu brzkého usnutí, a tím úniku od duševních muk, které ho trýznily přes den.

Tabulka 4. Symptomy jednotlivých fází BAP [10, s. 12- 13 ; 11, s. 80-81]		
	Mánie	Deprese
Vzhled	<ul style="list-style-type: none"> <li>jasné barvy</li> <li>výrazné líčení – rtěnka (jasná barva, kontury často nepřesné)</li> <li>význačné předměty odpovídající grandiózním myšlenkám</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>zanedbaný</li> </ul>
Nálada	<ul style="list-style-type: none"> <li>povznesená</li> <li>podrážděná</li> <li>expanzivní</li> <li>cítí se šťastní, úspěšní</li> <li>subjektivní pocit zvýšené výkonnosti</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>smutná nálada s pocity beznaděje, zoufalství v trvání alespoň 2 týdnů</li> <li>Neschopnost prožívat radost (anhedonie) a ztráta zájmů</li> <li>Pokles energie a zvýšená únavnost</li> <li>Suicidální jednání</li> </ul>
Myšlení a vnímání	<ul style="list-style-type: none"> <li>Překotné - tachypsychismus</li> <li>zrychlené – až myšlenkový trysk</li> <li>roztěkanost, nepozornost</li> <li>bludy <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ extrapotenční – přesvědčení o svých zvláštních schopnostech</li> <li>✓ originární – přesvědčení o význačném původu</li> <li>✓ inventorní – pacient vytváří bizarní vynálezy</li> <li>✓ mesianistické – spasitelské</li> <li>✓ erotomanické – přesvědčení o vlastní přitažlivosti pro ostatní.</li> </ul> </li> <li>paranoidní myšlenky</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>bradypsychismus - myšlenkový útlum</li> <li>pesimistické, katathymně<sup>6</sup> zkreslené.</li> <li>nízké sebepojetí a s ním spojené autoakuzační myšlenky (lidé si vyčítají, jak jsou všem na obtíž)</li> <li>kognitivní procesy jsou narušené</li> <li>nesoustředěnost, nerozhodnost, váhavost</li> <li>autoakuzační myšlenky mohou přesáhnout hranici bludů<sup>7</sup>. Při jejich přítomnosti mluvíme o tzv. psychotické depresi</li> </ul>
Řeč	<ul style="list-style-type: none"> <li>zrychlená, hlasitá</li> <li>slova předbíhají myšlenky</li> <li>mnohomluvnost</li> <li>logorhea (slovní salát)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>na otázky odpovídá s latencí, představy se mu vybavují pomalu</li> <li>v extrémě - mutismus (pacient mlčí, nekomunikuje)</li> </ul>
Chování	<ul style="list-style-type: none"> <li>ztráta sociálních zábran,</li> <li>riskující,</li> <li>zvýšená aktivita nebo tělesný neklid</li> <li>lehkomyslné manický stupor („blahořečení“)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>stupor (ztráta volních pohybů, pacient leží, nereaguje ani na bolestivé podněty, je při vědomí),</li> <li>pasivní negativismus (nespolupracuje, nepodrobuje se, nechává sebou pasivně manipulovat),</li> </ul>
Somatické symptomy	<ul style="list-style-type: none"> <li>snížená potřeba spánku</li> <li>snížená potřeba jídla a tekutin</li> <li>zvýšení libida až hypersexualita</li> <li>zvýšené riziko konzumace drog (včetně cigaret, alkoholu)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>poruchy spánku</li> <li>ranní pesima</li> <li>snížení libida</li> <li>snížená či zvýšená chuť k jídlu</li> </ul>

<sup>6</sup> negativně zkreslené, pesimistické, s tendencí negativně hodnotit události i vlastní vzpomínky

<sup>7</sup> Specifické obsahy myšlení chorobného rázu, které jsou nepravdivé, nevývratné a mají individuálně specifické rysy.

### 1.3. Biochemická podstata bipolární poruchy

*„Život je pochod chemický, nemoc je pochod chemický a smrt je zastavení určitých biochemických pochodů [12, s. 11].“*

Za příčinu vzniku bipolární poruchy můžeme pokládat spolupůsobení biologických, psychologických a také sociálních faktorů, jejichž vzájemný poměr je u každého člověka jiný. Dispozici k onemocnění tvoří u člověka jeho hypersenzitivita, která zapříčiňuje jeho větší zranitelnost – vulnerabilitu. Nejen negativní vlivy člověka indikují k propuknutí nemoci. I nadměru pozitivní události v jeho životě mohou být jejím spouštěčem.

Biologická psychiatrie zkoumá a vysvětluje příčiny duševních poruch na základě materialistického, přírodovědeckého hlediska. Podle ní jsou duševní poruchy projevem změn v biochemických procesech v mozku. Profesor Vondráček přirovnával náš mozek k počítači a duševní poruchu v tomto ohledu vnímal jako poruchu ve zpracování informací CNS [12]. Ve své době však připouští nemožnost léčit duševní poruchu kausálně, na čemž se do dnešních dnů skoro nic nezměnilo, i přesto, že věda v oblasti výzkumu biochemických pochodů v mozku postoupila mílovými kroky. Stále není jasné, co je hlavní příčinou vzniku většiny duševních poruch a dnešní psychiatrie je založena na léčbě symptomů, ne příčin duševní poruchy. K vytváření hypotéz o biochemické podstatě duševních chorob nám pomáhají zejména psychotropní látky a výzkum jejich mechanismu účinku na duševní onemocnění in vivo, zkoumání mozků post mortem a na zvířecích modelech.

#### Neurochemické a imunoneuroendokrinní přístupy afektivních poruch

V 50. a 60. letech minulého století vznikaly první hypotézy, které předpokládaly, že depresivní stav může být spojen s relativním snížením hladin NA nebo 5-HT<sup>8</sup>. **Neuromediátorové hypotézy** za hlavní příčinu vzniku afektivních považovaly zvýšenou nebo naopak sníženou dostupnost určitých neuromediátorů<sup>9</sup>. Byla formulována známá **katecholaminová hypotéza** afektivních poruch, podle níž je deprese spojena s absolutním nebo relativním nedostatkem katecholaminů (dopamin, noradrenalin, adrenalin), zatímco mánie je spojena s funkčním nadbytkem těchto neuromediátorů.

---

<sup>8</sup> Serotonin

<sup>9</sup> Neuromediátory jsou látky uvolňované z neuronu do synaptické štěrby a ovlivňující aktivitu pouze jedné nebo několika blízkých buněk. Zajišťují tak mezibuněčný přenos nervového signálu



Počet, afinita<sup>10</sup> a senzitivita pre- a postsynaptických receptorů a nejen dostupnost neuromediátorů v synapsích byly podkladem k rozvoji **receptorové hypotézy** vzniku afektivních poruch, ale v současné době ani tato hypotéza není dostačující. Přenos nervového signálu může být podle **postreceptorové hypotézy** ovlivněn i řadou jiných procesů.

Mimo výše uvedené hypotézy existují i další hypotézy afektivních poruch vycházející z předpokladů, že poruchy v přenosu nervového signálu mohou být způsobeny změnami v transportu iontů přes membránu, metabolismu glukózy, v excitovatelnosti neuronů, v metabolismu lipidů nebo v metabolismu dosud neznámých endogenních látek, které mají schopnost vyvolávat depresi či mánie. Například **hypotéza o depresogenní látce** tvrdí, že spánková deprivace vede k rychlému ústupu depresivních symptomů a následný spánek vede ve více 80% k relapsu.

Při afektivních poruchách jsou pozorovány změny aktivity osy hypotalamus-hypofýza-kůra nadledvin (HPA) nebo osy hypotalamus-hypofýza-štítná žláza. Mírně zvýšená aktivita osy HPA se projevuje mimo jiné zvýšenými koncentracemi kortikotropinu (CRF) v mozkomíšním moku u více než 50% pacientů v depresivní fázi [13].

### **Biologické přístupy afektivních poruch**

Stres se spolu s výše jmenovanými faktory nejen podílí na vzniku afektivních poruch, ale má samozřejmě i vliv na jejich průběh. Hypotalamus je první, kdo je uvědomen o stresovém faktoru, ten poté zaktivuje nadledvinky, které dodají stresové hormony - adrenalin, noradrenalin a kortizol - do krevního oběhu. Zvýšená hladina kortizolu způsobí v těle chemické změny. Proteiny a tuky se rychle rozkládají na potřebné cukry, aby se pokryla zvýšená energetická spotřeba. Po zvládnutí stresu tělesná aktivita klesá a vrací se do normálního stavu. Pokračuje-li stres, dostaví se vážné zdravotní problémy. Velké množství stresového hormonu kortizolu totiž pomalu, ale jistě ničí náš imunitní systém a ukazuje se, že zvýšení biosyntézy polyaminů při stresu může být jednou z mnoha příčin vzniku afektivních poruch, tedy i poruchy bipolární [14].

Mezi stresory podílející se na vzniku bipolární poruchy nepatří jen mimořádně negativní životní události, ale naopak i mimořádně pozitivní jako je například zamilování, nebo narození dítěte. Mezi spouštěče BAP patří samozřejmě i abúzus alkoholu a drog nebo spánková deprivace.

---

<sup>10</sup> Schopnost slučovat se chemicky s jinými látkami

V dnešní době není sporu o tom, že bipolární porucha má genetický základ. Toto prokazuje výskyt BAP u dvojčat a rodinné genetické studie. U identických (monozygotních) dvojčat je riziko onemocnění u obou jedinců 65 - 70%, u dizygotních dvojčat jen 15 - 20 %. U příbuzných prvního stupně 5-10 krát vyšší riziko vzniku nemoci v porovnání s nepříbuznými osobami. U dětí rodičů, kteří oba trpí BAP, je 60 % riziko rozvoje onemocnění. Z výsledků genetických výzkumů lze usuzovat, že genetická vloha pro onemocnění je vázána na více genů. Ačkoli se však u některých duševních chorob, jako například Alzheimerovy choroby, podařilo najít predisponující geny tyto choroby vyvolávající, tak konkrétní porucha genu, která by souvisela s bipolární poruchou, nebyla dosud nalezena [15, 16].

Možnou dědičnost duševních chorob je možné pozorovat ve stabilnějších společenstvích s omezenou migrací, tedy například na venkově, protože v izolovaných populacích může být celkový počet predisponujících genů vyšší. Hlavní metoda – genealogie, která se zabývá rodokmeny, přinesla cenná empirická data svědčící o dědičnosti bipolární poruchy. Důkazy o ní poskytl zejména výzkum genealogie křesťanské skupiny **Ámišské mennonitské církve starého řádu**<sup>11</sup> (Old Amish Mennonite Church), žijící v Lancaster County v Pensylvánii. Díky přísným pravidlům pro sexuální chování mezi jednotlivými členy jsou tyto výzkumy velmi spolehlivé a potvrzují výše zmíněný předpoklad genetické podmíněnosti.

---

<sup>11</sup> Dnešní Ámišové (nyní je jich kolem 12 500) jsou všichni potomky asi 30 manželských párů, emigrující v 1. polovině 18. století z Německa do Ameriky. I nyní se členové této církve oblékají ve stylu sedmnáctého století, nepoužívají elektrinu ani telefon, nepijí alkohol, neberou drogy, místo aut používají jen koňské potahy. Svým dětem dovolují navštěvovat jen základní školu.

## 2. BAP v dětském a dorostovém věku

### 2.1. Historie a současnost

Z historického hlediska existuje několik faktorů, které ztěžují diagnostikování: nedostatek povědomí, odlišný klinický obraz BAP než u dospělých a s ním spojený diagnostický zmatek. Dále klinické předsudky vůči diagnóze mánie v dětství a s ní spojená stigmatizace, která dodnes ve společnosti přetrvává vůči diagnóze jakékoliv duševní nemoci u dítěte a překrývající se symptomy BAPDD s jinými rozšířenými pediatrickými psychickými poruchami, zejména s ADHD.

Za legitimní diagnózu byla bipolární porucha u dětí uznána teprve nedávno. Dříve se předpokládalo, že začátek tohoto onemocnění spadá zejména do doby kolem puberty a a později. V roce 1920 Emil Kraepelin a s ním i další generace psychiatrů, kteří přišli po něm, byli přesvědčeni, že tato choroba nemůže být diagnostikována i v dětství, a že manické epizody u dětí jsou před pubertou výjimečné. Kraepelin, který jako první rozpoznal afektivní poruchy, byl přesvědčen o tom, že BAP v dětství neexistuje, a že jen asi 3% dětí onemocní BAP před 15 rokem. Mezi těmito dětmi jenom 1 % těch, které mají svou první epizodu před desátým rokem [17].

Autorem důležité učebnice „Die Geisteskrankheiten des Kindesalters“ (Duševní poruchy v dětství), jedné z prvních systematických prací shrnující dětskou psychiatrii v Německu je Theodor Ziehen (1862-1950)<sup>12</sup>, ve které mimo jiné právě popsal bipolární poruchu v dětském a dorostovém věku [18].

I v šedesátých letech minulého století byla BP u dětí mladšího školního věku pokládána za velice vzácnou až neobvyklou. Avšak na druhé straně existoval i názor, že je stejně častou jako schizofrenie. Důvodem těchto rozdílných názorů byla rozdílnost definice a diagnostických kritérií této nemoci. První skupina, do níž patřil L. Kanner, J. Kasanin, D. Lagache, J. de Morages, Sole, M. Tramen manidepresivitou rozuměli jen ataky s psychotickou hloubkou, druzí jako např. H. Baruk, F. Achille-Delmas, P. Courbon, R. Charpentier i povahové změny lehčího rázu.

Podle popisu manidepresivní psychózy z tehdejších učebnic vytvořili Antony a Scott deset kritérií pro diagnostiku BP a srovnávali s ním všechny popisy BP u dětí. Pouze ve třech případech skórovali nad 5 a v žádném nad 7 bodů. Vyvodili tak ze svých výzkumů

---

<sup>12</sup> V roce 1887 se Ziehen stal asistentem Otto Binswagera na psychiatrické klinice v Jeně, kde se jedním z jeho pacientů stal mimo jiné Friedrich Nietzsche. Ziehen publikoval něco kolem 450 prací týkajících se psychologie, neurologie a anatomie [18].

závěr ten, že bipolární porucha pokud je vůbec v raném věku patrná, tak jen ve velice mírné nepsychotické formě. Toto bylo potvrzováno i sledováním dospělých pacientů do jejich dětství [19].<sup>13</sup>

Některé manické symptomy bipolární poruchy, které jak u dospělých pacientů, tak i u dětí nejsou tak časté jako depresivní fáze, se u dětí lehce zaměnily za normální projev dětského projevu. I normální dítě je totiž veselé, živé.

Častost výskytu v populaci dětí nebyl přesně znám také díky tomu, že s mírnějšími formami této nemoci rodiče ani nenavštívili lékaře. Z chování dětí, které bylo již více patologické, se usuzovalo, že za to může psychopatologie matek nebo psychosociální faktory jako rozvod rodičů nebo špatná ekonomická situace rodiny.

Teprve kongres Unie evropských pedopsychiatrů v roce 1970 ve Stockholmu a americká konference National Institute of Mental Health (NIMH) v roce 1975 otevřely diskusi o problémech diagnostiky pedopsychiatrických afektivních poruch a shodly se na tom, že lze u dětí a adolescentů používat diagnostická kritéria pro dospělé [20]. Od tohoto názoru se však v posledním desetiletí také opouští a odborníci na dětskou bipolární poruchu se snaží o modifikaci kritérií BAP zohledňující vývojové a věkové hledisko.

V naší zemi dětská psychiatrie je velmi podceňovaným oborem. Bezmála padesát let od sebe dělí dvě knihy věnované pedopsychiatrii. V roce 1963 vyšla Fisherova „Dětská psychiatrie“ a v roce 2011 „Dětská a adolescentní psychiatrie“ od kolektivu autorů: Horn, Malá a kol. Není se proto čemu divit, že když takovému rozsáhlému tématu byly u nás v průběhu půl století věnovány jen dvě publikace, tak její speciální části, bipolární poruše v dětském věku není věnována ani jedna jediná.

Neexistuje u nás žádná kniha, která by se zabývala BP v dětství, zatímco v USA vyšlo těchto knih několik od renomovaných autorů jako např. Dr. Birmaher, Dr. Papolos, Drs. Geller a Delbello, a Drs. Findling, Kowatch a Post. Jak u nás, tak i v jiných zemích je absolutní nedostatek této speciální literatury. Není známo, jak jsou pacienti s dětskou BAP vyhodnocováni, diagnostikováni, nebo léčeni v daném regionu či zemi a neví se, jaký rozsah dat je dostupných místní komunitě. Mnoho psychiatrů je limitováno články uvedenými v angličtině a tato data jsou v jiných jazycích mimo dosah. I z tohoto důvodu vznikla monografie Dr. Rasima Somera Diler<sup>14</sup> - „Pediatric bipolar disorder: a global perspective“, kam přispěli se svými zkušenostmi přední odborníci na bipolární poruchu

<sup>13</sup> U nás takováto sledování prováděl Prof. Doc. MUDr. Otakar Janota (1898-1969). V letech 1931-1969 primář neurologického oddělení ve fakultní nemocnici na Bulovce v Praze. Proslul léčbou narkolepsie efedrinem a efotoninem a zavedením použití elektrošoků v psychiatrii.

<sup>14</sup> dětský a dorostový psychiatr, působící v Pittsburgu,

v dětství a dorostovém věku z jiných zemí jako například z Austrálie, Číny, Ruska, Turecka, Japonska nebo Itálie. Všichni se shodli na tom, že i přes nárůst pacientů s BAP v klinických praxích, je bídný nedostatek publikací zabývajících se právě dětskou BAP v zemích, kde se nehovoří anglicky.

První rozsáhlá epidemiologická studie BAP v adolescenci byla provedena právě ve Spojených státech v roce 1995. Tehdy byly uznány kritéria pro klasifikaci BAP u dospělých pacientů také pro mladistvé. V současné době odkazují odborníci na přísnější kritéria pro diagnostiku BAP u dětí, uváděná v nové chystané verzi diagnostického a statistického manuálu DSM-V.

Diagnostické a léčebné studie dětí s BAP, které následovaly, ponejvíce pozorovaly tendenci k velmi rychlému cyklování nálady a energie až u 80 % dětí. Tento průběh, tak netypický u dospělých, může být typickou známkou nemoci v dětství. Bylo prozkoumáno, že klasická euforická nálada je u dětí přítomna méně, je kratšího trvání a spíše je nahrazována intenzivnějšími výkyvy nálad a větší podrážděností. Dostupná data dále naznačují, že prepubertální dětská BAP je vysoce komorbidní<sup>15</sup>, chronická, bývá neepizodická, rychle cykloidní, se smíšenými stavy. Stále je nám však třeba se toho více dozvědět o etiologii, patofyziologii, epidemiologii, a léčbě této nemoci a jak dr. Diler ve své monografii uvádí, jakákoliv data ze světa a spolupráce odborníků z jednotlivých zemí, by rozhodně napomohla k porozumění a poznání dětské BP a tím zkvalitnit diagnostiku a terapii této poruchy [17].

Ve Spojených státech existuje charitativní nadace **Juvenile Bipolar Research Foundation (JBRF)**, kladoucí si za hlavní cíl svého výzkumu určení etiologie BAP u dětí a mladistvých. Určení determinace počátečního rozvoje BP dětí by se totiž pokládalo za velký úspěch tohoto dosud neprobádaného problému a pomohlo by k vyvinutí účinnější léčby.

Výzkum je zaměřen na šest oblastí. Mezi například klinickou fenomenologií, neuroendokrinologií nebo neuropsychologií (ta má mimo jiné za úkol poskytnout objektivní způsob, jak odlišit překrývající se symptomy ADHD a BAP) má nezastupitelné místo výzkum predisponujících genů, způsobujících BAP. JBRF shromažďuje klinické studie rodin s více než jedním dítětem diagnostikovaným na bipolární poruchu.

Výzkum se zaměřuje na stále větší soubory s cílem detekovat tyto geny a zvýšit jejich identifikovatelnost pomocí nových strategií [21].

---

<sup>15</sup> Komorbidita podle slovníku cizích slov znamená stav, kdy se u pacienta vyskytuje více nemocí najednou.

## 2.2. Klinický obraz BAPDD

K rozhodujícím příznakům pro stanovení diagnózy bipolární poruchy patří 12 základních manických symptomů, jež byly stanoveny na základě čtyřletého výzkumu Gellerové a kol., který byl proveden na souboru 86 dětí ve věku  $10,8 \pm 2,7$  roků [22].

Mánie se u dětí a adolescentů projevuje nadměrně nadnesenou náladou, kterou prostupuje podrážděnost a vzpurnost, odbrzděným chováním, extrémně zvýšenou energií s hyperaktivitou a roztržitostí. Hyperaktivita, zrychlená řeč a snadná rozptýlenost se objevuje u všech věkových skupin, proto je tak těžké odlišit BAP od jiných dětských psychiatrických poruch. Příznaky charakteristické pro mladší děti (zhruba do devíti let) jsou iritabilita - podrážděnost a emoční labilita, pro starší děti je typická euforie, elace nálady, paranoidita a megalomanské bludy. Ve školním věku je nálada spíše iritabilní než typicky euforická, jak je tomu u starších adolescentů a dospělých. Tato nálada má větší tendenci k chronickému a kontinuálnímu průběhu než k epizodickému nebo akutnímu výskytu. Myšlení je nelogické a překotné s výskytem logorhei. U dětí dochází k potížím v sociálním a emočním chování, naproti tomu však podle Cannona nedochází k potížím v oblasti motorické, jazyka a kognitivních funkcích [23].

Gellerová a kol. uvádí mezi rozhodující symptomy bipolární poruchy u dětí i velikášské bludy a sluchové halucinace, které se u hypománie se u dětí ani u adolescentů nevyskytují [20]. Někdy je však velmi těžké rozlišit, zda dítě halucinuje nebo jen fantaziruje. Některé rozdíly mezi obyčejnou dětskou fantazií a psychotickou halucinací uvádí tabulka č. 5.

Tabulka 5. Fantazie x halucinace u dítěte – modifikováno dle [24].	
fantazie	Psychotické halucinace
Dítě mluví s vymyšlenými zvířátky a pořádá pro plyšová zvířátka párty, hraje si s nimi na školu	Dítě hlásí, že mu vycpaná zvířata dávají pokyny a rozkazy, které musí dodržovat. Tyto mohou být i škodlivé, až nebezpečné. Dítě se cítí špatně, když je nesplní
Dítě může mít imaginárního přítele	Dítě vidí neexistující postavy nebo objekty, které ho děsí a ptá se, zda jsou skutečné
Když vidí dítě strašidelný film, myslí si, že má strašidlo pod postelí a vyžaduje rozsvícenou lampičku při usnutí	Dítě silně věří, že lidi se ho pokoušejí zabít, nebo mu ublížit. Myslí si, že jeho jídlo je otrávené

Klinický obraz deprese se u dětí liší od popisu příznaků u dospělých pacientů. Na rozdíl od dospělých, kde je pro diagnostiku nutná přítomnost depresivní nálady, může být nálada u dětí a adolescentů jen podrážděná. Manické a depresivní symptomy v dětském věku shrnují tabulky č. 6 a č. 7.

Jakkoliv by se mohlo zdát, že je nemožné mít příznaky deprese a mánie v jednu dobu, protože jsou tak extrémně opačné, tak v reálu je to opravdu možné. Tyto smíšené stavy jsou dokonce v dětském věku častější a jsou pro toto období i typičtější [20]. Mánie s depresí se velmi rychle střídají (cyklují se), jsou extrémně krátké nebo se dokonce vyskytují i obě poruchy současně. Často mohou mít děti depresivní stav myslí, ale navzdory němu mají spoustu energie. Smíšené stavy jsou velmi nebezpečné. Dítě může použít svou energii a motivaci vzniklé mánií na strádání plánů na sebezničení z důvodu deprese [24].

Tabulka 6. Manické symptomy BPDD – modifikováno dle [24].	
Nadměrná upovídanost	dítě cítí velký tlak a potřebu mluvit. Má zrychlené tempo řeči, mluví nahlas.
vzrušenost a euforie	nálada dítěte je radostná i bez zjevného důvodu. Dítě se může hystericky smát nebo zpívat, tancovat v situacích pro okolí nevhodných
podrážděnost	dítě je lehce vyvedeno z míry, lehko vzrušitelné, hádavé a celkově ho dokáže podráždit cokoliv
snížená potřeba spánku	u dítěte se objeví nezměrná energie, má potíže s usnutím a stačí mu méně spánku
velikášství	dítě se může cítit vyspělejší, nadřazené, chovat se povýšeně a myslí si, že je obdařené výjimečnými schopnostmi
zrychlené myšlení až myšlenkový trysk	dítě má pocit, že mu myšlenky a nápady pádí skrz mozek velkou rychlostí, může skákat z tématu na téma podle toho, jak jeho jazyk/řeč se snaží držet krok se zrychlenými a vířícími myšlenkami.
zvýšená aktivita	dítě může být nadměrně zaměřeno na konkrétní potřeby, cíl nebo projekt na úkor jiných věcí. Může začínat více projekty s velkým entusiasmem
snížená kritičnost	Dítě se pouští do riskantních podniků, nerozliší nebezpečí
halucinace	Dítě může vidět a slyšet lidi, kteří neexistují, může s nimi mluvit

Tabulka 7. Depresivní symptomy BPDD modifikováno dle [24].	
Nedostatek motivace	dítě může ztratit touhu dělat věci dosud pro něj přitažlivé. Postrádá motivaci, smysl věcí. Může říkat věci jako „Koho to zajímá?“
Snížená energie	dítě se cítí sklíčené. Hra se pro něj stává těžkou, říká, že je unavené, že „to nezvládnou“.
Nesoustředěnost	dítě se nemůže soustředit na úkoly, dříve zvládnutelné, nyní na ně potřebuje hodiny. Může se objevovat denní snění.
Myšlenky na smrt	může říkat, že: „Mé rodině by bylo beze mne líp.“
Sebeпоškozování nebo riskantní chování	dítě může ztratit zřetel na osobní bezpečnost. Může mít na sobě známky sebeпоškozování – jizvy, škrábance, rány
Častý pláč	dítě často pláče bez důvodu, malá nehoda zapříčiní vleklý pláč
Zloba a popudlivost	maličkosti mohou zapříčinit výbuch hněvu
Změny ve spánku a jídle	dítě těžce usíná, probouzí se, nebo se budí časně zrána, trpí nechutenstvím. Jakékoliv změny od běžného normálu mohou být varovné

### 2.3. Komorbidita BAPDD

Pod termínem komorbidita rozumíme výskyt dvou a více symptomů nebo psychických poruch u jednoho jedince. U více jak 60% dospělých pacientů s bipolární afektivní poruchou se vyskytují další poruchy, nejčastěji abúzus psychoaktivních látek a poruchy osobnosti, u 40% pacientů se vyskytuje některá z úzkostných poruch, včetně symptomů obsedantně kompulzivní poruchy. U dětských pacientů je nejčastější komorbiditní jednotkou s bipolární poruchou (zejména s její manickou fází) hyperkinetická porucha ADHD ( **A**ttention **D**eficit **H**yperactivity **D**isorder), dále porucha chování a abúzus psychoaktivních látek [25].

Problematické chování dítěte ve fázi mánie může vést v důsledku komorbidity BAP s poruchami chování k bagatelizování tohoto chování nebo naopak, ke stanovení nesprávné diagnózy, která může mít v adolescenci tragické následky i v podobě dokonaných sebevražd. Podle MKN 10 se poruchy chování dále dělí na poruchu chování k rodině, socializovanou a nesocializovanou poruchu chování a poruchu opozičního vzdoru. Právě posledně jmenovaná porucha, vyskytující se u dětí mezi 6. a 10 rokem věku má společnou symptomatiku s bipolární poruchou a to výrazné vzdorovité, neposlušné a provokativní chování, podrážděnost nebo psychické trápení druhých [26].

Odlišit tyto dvě poruchy jen na základě společností kvalifikovaného nevhodného chování je velice těžké. U poruch chování se však na rozdíl od bipolární poruchy nevyskytují nadnesená nálada, grandiozita, myšlenkový trysk, snížená potřeba spánku a hypersexualita, eventuálně další příznaky manické nálady (viz tabulka č. 8).

Tabulka 8. Explosivní porucha chování x BPDD dle [22].		
Symptomy	PCH-E	BPDD
Nenápadné jednotlivé příznaky velmi krátkého trvání	+	-
Útočnost, napadání osob	+	±
Destruktivní chování	+	±
Euforie střídající iritabilitu	-	+
Nepřiměřené zvýšené sebehodnocení, grandiozita	-	+
Snížená potřeba spánku	-	+
Upovídanost, zvýšená řečnost	-	+
Rychlé střídání nápadů a myšlenek	-	+
Distraktibilita (roztěkanost)	-	+
Zvýšená aktivita event. agitovanost	-	+
Zvýšený zájem o příjemné aktivity, zábavu, alkohol	-	+



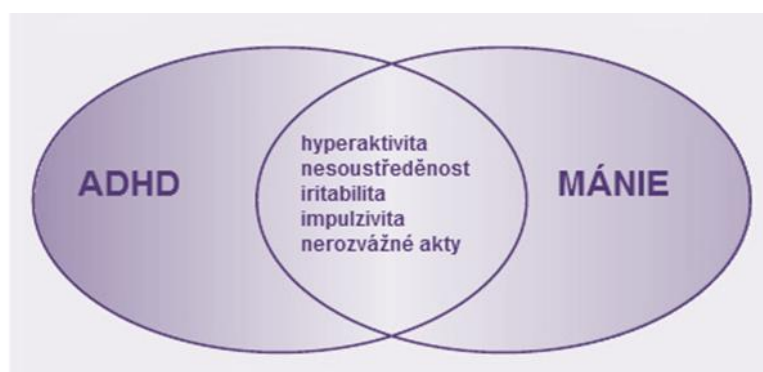
Při nesprávné medikaci, nebo pokud není choroba správně rozpoznána, výrazně stoupá i riziko a zneužívání drog v adolescentním věku. Proto včasné rozpoznání a zařazení symptomů do správné diagnózy považujeme za extrémně důležité. Z výzkumu jedné populační studie vyplynulo, že užívání kannabisu konzistentně zvyšuje riziko rozvoje mánie. Více adekvátních studií sice není k dispozici, ale z jiných výzkumů zaměřených na asociaci mezi kannabisem a psychózou se zjistilo, že užívání kannabisu konzistentně zvyšuje riziko jejího rozvoje [23].

### **Diferenciální diagnostika BAP a ADHD**

Nejobtížnějším problémem určení správné diagnostiky na BAPDD je odlišení preadolescentní mánie od ADHD. U mnoha dětí je diagnostikována ADHD místo bipolární poruchy, což vede k nesprávné léčbě a navíc i zhoršení manických symptomů.

Carlson před dvaceti lety psal o závažné iritabilitě (podrážděnosti), nepřítomnosti epizodického průběhu a vysoké hyperaktivitě u dětské mánie, která je i hlavním symptomem u syndromu ADHD. Místo klasických symptomů objevujících se u dospělých a starších adolescentů, jako jsou velikášství a euforie, jsou spíše přítomny u dětské mánie iritabilita, agitovanost a dysforie. Dalšími symptomy, které mohou mylně poukazovat na diagnózu ADHD jsou oběma nemocem společná nesoustředěnost, impulzivita, logorhea (zrychlená řeč) a tendence k nerozvážným aktům (viz obrázek č. 1). Právě proto je tak obtížné správně diagnostikovat bipolární poruchu u dětí i v současné době, kdy se už dětská mánie nepovažuje za onemocnění extrémně vzácné [27]. Skoro 96% dětí diagnostikovaných na mánii, splňují i kritéria pro ADHD. Naproti tomu jen 16% dětských pacientů diagnostikovaných na ADHD splňuje kritéria pro mánii. Specifické symptomy vyskytující se u bipolární poruchy a ne u ADHD, jako jsou hypersexualita, psychotické symptomy, periodicita a sezónnost příznaků, napomáhají v určení správné diagnózy. Z výzkumu Gellerové a kol. z roku 2002 vyplývá, že těchto symptomů specifických pro mánii je celkem pět. Kromě výše zmíněné hypersexuality, to jsou ještě elevace, grandiozita (velikášství), zrychlené myšlení a snížená potřeba spánku. [20, 27]. Rozdíly mezi normálním a nenormálním velikášstvím a povznesenou (elevovanou) náladou ještě v normě a už nenormální podle Gellerové jsou uvedeny v tabulce č. 9.

Obrázek č. 1 Společné symptomy u ADHD a mánie dle [27].



Tabulka 9. Rozdíly mezi chováním dítěte v normě a nenormálním dle [28]		
Grandiozita	normální	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dítě si hraje na hasiče, zachraňuje oběti s kamarády;</li> <li>• Hry jsou přiměřené</li> </ul>
	nenormální	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dítě je přesvědčeno, že je superman</li> <li>• Víra ve vlastní nadlidské schopnosti - dítě se může domnívat, že umí létat</li> <li>• Může být častěji hospitalizováno s mnohočetnými zlomeninami</li> </ul>
Radost	normální	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dítě je šťastné v Disneylandu, o Vánocích, při příjezdu prarodičů</li> <li>• Chování je předvídatelné a nenarušené</li> </ul>
	nenormální	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chová se jak Jim Carey všude, ať ve třídě nebo v kostele</li> <li>• Pravidelný návštěvník ředitelny</li> </ul>

Velice dobrým vodítkem pro stanovení diagnózy bipolární poruchy v dětském věku je znalost rodinné anamnézy, neboť až u 30 % dětí pacientů s bipolární poruchou se tato porucha vyskytla také. Je velice vhodné vědět rodinnou anamnézu zejména právě u dítěte s ADHD, které má příbuzného s BAP.

Původ kolísání nálady a záchvatů vzteku se u dětí s ADHD a u dětí s BAP liší. Například destruktivnost a špatné chování je u ADHD způsobeny nepozorností, u dětí s BAP se zdají být úmyslnými. Poruchy spánku často doprovázené nočními můrami s morbidním, život ohrožujícím obsahem (např. jaderná válka, nebo padající zvířata) jsou u dětí s bipolární poruchou obvyklé, ale u dětí s ADHD spíše vzácné. Dále klid po fyzickém výbuchu nastává u dětí s ADHD mnohem rychleji. Posouzení je velmi důležité, protože psychostimulancia, která jsou často předepisována pro léčbu ADHD, mohou zhoršovat manické symptomy. Zatím je málo kontrolovaných studií se stabilizátory nálady u dětí a adolescentů, i když jsou k léčbě bipolární poruchy často používány [24, 27].

### 3. BAP a kreativita

Slovo umělec v mnohých vyvolá představu podivína, blázna, ba i šílence. Je pravda, že se spousta lidí, zabývajících se uměním, výrazně odlišuje od ostatních členů společnosti. Jung se ve svých přednáškách shrnutých pod název Tavistocké, mimo jiné zamýšlí nad pojetím umělce ve společnosti, když na otázku Dr. Bendita, jaký je rozdíl mezi patologickou invazí a uměleckou inspirací a tvorbou myšlenek, odpovídá: „*Být bláznem je velmi relativní pojem...Je-li určitý jedinec malíř, myslíte si, že je velmi originální umělec, ale nechte toho muže dělat pokladníka ve velké bance a ta banka si něco zažije. Potom řeknou, že ten chlápek byl určitě blázen. Ale to jsou jednoduše společenské zřetele. Stejnou věc vidíme v ústavech pro choromyslné. To, že naše léčebny pro duševně nemocné monstrózně rostou, není z důvodu, že by se zvyšoval absolutně přírůstek duševních chorob, příčinou je fakt, že nedovedeme snášet nenormální lidi* [29, s. 34-45].“

Tato skutečnost proto vědce vedla k myšlence, že genialita by měla vlastně být odchylkou od normy. Je to vlastně nejvyšší a nejproduktivnější forma duševní poruchy, což ji činí pro psychiatrii jako předmět zkoumání nadmíru zajímavou [30]. Lombroso, italský psychiatr, přirovnává genialitu člověka k perle, stejně jako ona prý vzniká jako přirozený defekt přírody [31].

Sokrates ve svém přemýšlení nad uměleckým „šílenstvím“ tvrdil, že jen technika sama neudělá z člověka dobrého básníka a jeho dílo je zcela zastíněno dílem vzešlým z pera šílence, jehož ruku vede spontaneita. Pojem šílenství, jak ho chápe Sokrates, však v sobě zahrnuje širokou škálu stavů změněného myšlení a cítění, ne jen psychózu. Nad spojitostí mezi melancholií, šílenstvím a uměleckou inspirací se zamýšlí i Aristoteles.

V 18. století se vyskytlo krátké období, kdy se za hlavní složku geniální mysli pokládala duševní rovnováha a racionální rozum, ale tento přístup byl velmi rychle znovu vystřídán názorem obhajujícím zásah múz do tvůrčího procesu, s důrazem na melancholickou složku osobnosti. První vydané psychiatrické pojednání ve Spojených státech z roku 1812, napsané profesorem Benjaminem Rushem z Pensylvánské univerzity, zaznamenává spojitost mezi jistými druhy duševní poruchy a uměleckým talentem. V Německu tehdejší doby psal o této spojitosti profesor Karl August Möbius, ve Francii Dr. Jacques-Joseph Moreau a v Itálii již výše zmíněný profesor Cesare Lombroso. Výjimku zastupuje esejista Charles Lamb, ač sám hospitalizován v ústavu pro choromyslné, nejspíše pro maniodepresivitu, zastával stejné stanovisko k původu tvůrčích schopností jako pisatelé z 18. století. Dokazuje nesmyslnost myšlenky, že příčina

uměleckého talentu tkví v duševní chorobě poukázáním na nesmyslnou představu šíleného Shakespeara [15].

Na začátku 20. století psycholog William James a německý psychiatr Emil Kraepelin též zdůrazňovali spojitost určitých druhů duševních chorob se zvýšenou kreativitou. Kraepelin dokonce v roce 1880 založil sbírku umění duševně chorých pacientů psychiatrické kliniky v Heidelbergu. Tuto sbírku rozšířil doktor Hans Prinzhorn<sup>16</sup>, který přirovnal tvorbu duševně nemocných k tvorbě tehdy tvořících expresionistů [32]. Ledvinová popisuje podobnost výtvarného projevu duševně nemocných pacientů s expresionistickým uměním takto: *„Depresivní, úzkostí sevřená, monochromní kresba cyklotymních pacientů se při zvratu do mánie mění ve zběsilé erupce barev, tvary se rozpínají, vyžadují stále větší formát, až jej posléze často přesáhnou. Maničtí pacienti své výtvary po technické stránce obvykle nedovedou do konce. Myšlenkový trysk jim to nedovolí. Nápad stíhá nápad, odbržděné myšlení nezná nic, co by bylo nevhodné zveřejnit. Tak může spatřit světlo světa celá škála výtvorů, od těch, připomínajících čmáranice z veřejných záchodků, po expresivní změní čar a skvrn, které si ovšem v konečné síle své výpovědi nezadají s díly známých abstraktních umělců. Barvy jsou vždy pestré, pastózní, pacient se nezdráhá malovat rukama, linka je vyrytá, až občas papír nevydrží nával energie a protrhne se. Pokud vznikne obraz na konkrétní téma, mívá sexuální obsah, v případě megalomaničké bludu se vztahuje k němu [33].“*

Stejně jako kdysi Sokrates, tak i sami umělci vidí opravdivou tvůrčí činnost v duševní spontaneitě. Obnažení svých duševních stavů bez kontrolních mechanismů, odpoutání se od reality je podle nich podstatou tvořivosti, která se neprojeví, *pokud je osobnost plně kontrolována cenzurou vědomí a zapojena do svého obvyklého životního standardu. Až když se podaří nějakým vnitřním impulsem nebo zvenčí dosáhnout výjimečné psychické konstelace, uvolňuje se tvůrčí činnost, nespoutaná, spontánní [34, s. 53].*

Na základě této myšlenky by se snad mohla pokládat duševní nemoc za spouštěče tvůrčích snah a mánie se zdá být pro tvůrčí inspiraci nejideálnější. Podle profesora Gordona Claridge z oddělení experimentální psychologie v Oxfordu geniální tvůrčí osobnosti myslí ve zcela nezvyklých kategoriích a jejich mysl se často ubírá podobnými cestami jako mysl duševně chorých [35, s. 28].

Podle Kafky mezi možné příčiny tvořivosti lze pokládat mimo spontaneity i fyzickou a duševní únavu. Malíř Jakub Obrovský například píše, že by v bystrém a svěžím

---

<sup>16</sup> Jeho kniha „Výtvarná tvorba duševně nemocných“ se tehdy stala bestsellerem mezi surrealisty [32].

stavu myslí sotva co mohl namalovat, protože by se mu do díla připlétl kriticky vybavený rozum [34].

Na vztah kreativity a duševní poruchy se zaměřuje zejména historiometrický výzkum, který je založen na zkoumání biografie předních umělců. Jedná se o nepřímý výzkum, zkoumají se dopisy, deníky, životopisné údaje básníků, spisovatelů, malířů či skladatelů. Data jsou analyzována pomocí statistických metod. Problémem je však fakt, že tyto výzkumy jsou založené povětšinou na kvalitativním výzkumu umělce im memoriam, a že obsahy memoárů, dopisů a jiných písemností jsou zkresleny subjektivitou jak samotných tvůrců těchto důkazů o jejich životě, tak i jejich životopisců.

Další problém vidí Švanda, který prováděl komparativní výzkum metodou polostrukturovaných rozhovorů mezi českými básníky, v definování pojmu kreativita. Podle něj je kreativita vágně definována na základě literárního díla jako produktu činnosti. Kontrolní skupiny bývají často složené z osob působících v jiných profesích, jako například vědci, učitelé, vojáci či sportovci a podobně [36]. My vidíme problém i v omezení výzkumného souboru jen na slavné a známé umělce.

Údaje o zemřelých umělcích jsou většinou nedostatečné, a tak diagnostické a psychologické studie žijících umělců jsou do jisté míry vědecktější, ale validitu těchto studií zas ohrožuje provádění výzkumu na nedostatečně velkém souboru. Psycholožka Ida Kodrlová se ptá, zda jsou tvrzení i nejvýznamnějších vědců podložena dostatečným výzkumem. Největší problém ve zkoumání spojitosti kreativity s duševními poruchami vidí v kauzalitě. Kodrlová zmiňuje americké psychology Kaufmana a Sextonovou, kteří tuto kauzalitu vidí vyřešenou objevením nějaké třetí proměnné, která by mohla být zodpovědná jak za rozvoj duševní choroby, tak za rozvinutí uměleckého talentu [37].

První, kdo provedl hloubkové šetření jak umělců samých, tak i jejich příbuzných, byla psychiatřka Adele Juda. Z roku 1949 pochází její výzkum 113 německých umělců a jejich příbuzných. Juda zjistila, že ačkoliv dvě třetiny z těchto umělců bylo po psychické stránce „normální“, tak ve zbytku této umělecké skupiny se objevovalo více sebevražd, více šílenců a neurotiků než v běžné populaci. Nejvyšší míru psychických abnormalit vykazovali básníci (50%) a hudebníci (38%); nižší byla prokázána u malířů (20%), sochařů (18%) a architektů (17%). Sourozenci těchto umělců a i jejich děti byly mnohem více náchylnější k cyklothymii, k sebevražedným tendencím, nebo byly postiženy bipolární poruchou častěji než v běžné populaci; psychózy se zas častěji objevovaly u vnuků této umělecké skupiny [15].

Další výzkum zaměřený na spojitost umělecké kreativity a duševní choroby z roku 1989 americké psychiatryně Kay Redfield Jamisonové, se zaměřil na 47 britských spisovatelů a umělců, kteří za svůj život získali aspoň jedno ocenění za svou tvorbu. Z výzkumného vzorku plných 38% umělců bylo léčeno na určitý druh poruch nálad, mezi nimi byli samozřejmě i diagnostikovaní na bipolární poruchu [38].

Jamisonová dokazuje na genealogickém průzkumu umělců, jako byl například Vincent van Gogh, Robert Schuman, Virginia Woolfová nebo Ernest Hemingway vysokou dědičnost těchto poruch. Zkoumá vztah uměleckého temperamentu a maniodeprese<sup>17</sup> a snaží se tuto souvislost mezi bipolární poruchou a kreativitou dokázat. Poukazuje na básníky 18. a 19. století, zejména Williama Blakea, George Gordon (Lord) Byrona, Alfréda Tennysona, jmenuje ale i moderní americké básníky, za svého života hospitalizované buď na mánii, nebo depresi, a to Johna Berrymana, Randalla Jarrela, Roberta Lowella, Silvie Plath, Theodora Roehkeho, Delmora Schwartze a Annu Sexton.

---

<sup>17</sup> Dřívější označení pro bipolární poruchu

## 4. BAP a léčba

„*Moje rozpaky z nedostatku psychofarmak se změnilы během necelých 40 let v rozpaky z nadbytku psychofarmak* [12, s. 13].“

Vondráček uvádí, že psychofarmaka jen regulují činnost CNS a jen tam, kde je známa chemická podstata nemoci ji dovedeme léčit kauzálně. Biochemie endogenních psychóz tehdy nebyla známá, jejich kauzální léčba chyběla [12].

První léky proti depresi byly objeveny náhodou. V roce 1952 Henri Laborit ve Francii spolu s Jeanem Delayem a Pierrem Denikerem si všimli, že antihistaminikum chlorpromazin může zklidnit nemocné schizofrenií. Výrobce léku, Geigy Pharmaceuticals, pak pozměnil strukturu molekuly chlorpromazinu, aby se odstranila aktivita antihistaminová a jiné nepříjemné vedlejší účinky. Nakonec byla látka připravena pro testy na schizofrenicích. Alan Broadhurst, jeden ze členů týmu firmy Geigy, vzpomínal, že účinek se dostavil po několika dnech až týdnech, ale byl překvapující, neboť se u pacientů dostavilo neobvyklé vzrušení. Broadhurst popisuje: „*Jeden nemocný se v takovém stavu nějak dostal k jízděmu kolu a odjel v noční košili do sousední vesnice. Vesele si přitom zpíval, a tak vylekal místní obyvatele. Byli jsme velice zklamáni a naše testy jsme zastavili.*“ [39, s. 155].

Během dalších měsíců Broadhurst a jeho kolegové pečlivě analyzovali výsledky testů a nakonec přišli na to, že nemocní, u kterých se objevila největší vzrušenost a neklid, byli ti, kdo kromě schizofrenie trpěli depresí. Tato skutečnost je přivedla k myšlence, aby se nový lék, později nazvaný imipramin, vyzkoušel pouze u deprese. Stal se předchůdcem desítek léčiv zvaných tricyklická antidepresiva (TCA), protože jejich molekuly obsahují tři kruhy (cykly) atomů [39]. Imipramin se stále používá k léčbě jak unipolární, tak i bipolární deprese, i když u bipolární deprese je léčba kvalitativně jiná kvůli rizikům přesmyku do mánie. Toto riziko u pacientů léčených antidepresivy kromě olanzapinu a lamotriginu redukuje zejména podávání lithia. Kombinace tohoto stabilizátoru nálady (MS) spolu s tricyklickými antidepresivy se jeví jako nejvhodnější [40].

Léčbu bipolární poruchy můžeme schematicky rozdělit do tří fází a to akutní, udržovací a profylaktické (viz tabulka č. 11). Akutní fáze léčby trvá zhruba 2 měsíce od počátku léčby. V této fázi je velmi důležité nasadit stabilizátory nálady. V udržovací léčbě se klade důraz na zabránění relapsu (pro zorientování v léčebných pojmech týkajících se procesu léčby, uvádíme tyto termíny v tabulce č. 10) poruchy nálady stejné polaritы a zabránění přesmyku do opačné polaritы. Stabilizátor nálady by měl být podáván nejméně

po dobu 6-9 měsíců. Profylaktická léčba trvá déle než jeden rok od počátku léčby a v ní se léčí subsyndromální projevy bipolární poruchy [41].

Tabulka 10. Pojmy související s léčbou	
Pozitivní léčebná odpověď	období, ve kterém vlivem léčby začíná částečná remise
Částečná remise	období zlepšení stavu. Pacient sice nesplňuje kritéria nemoci, ale stále trpí některými symptomy.
Plná remise	období, ve kterém pacient nesplňuje kritéria nemoci a ani netrpí subklinickými symptomy (asymptomatické období)
Úzdrava	remise trvající delší dobu
Relaps	návrat příznaků splňujících kritéria nemoci během částečné nebo plné remise před obdobím úzdravy.
Recidiva	objevení se nové epizody deprese nebo mánie v období úzdravy
Délka cyklu	období mezi počátkem úzdravy a rozvojem další epizody

Tabulka 11. Dělení léčby BAP [podle 42 ; 43, 44]	
léčba	cíl
Akutní	dosazení plné remise - trvá od zahájení léčby do úplného odeznění symptomů
Pokračovací	zabránění relapsu a přesmyku (trvá do jednoho roku od počátku léčby)
Profylaktická (udržovací)	prevence rozvoje nových epizod. Měla by trvat minimálně dva roky a až pět let v případě rizikových pacientů, u nichž jsou přítomné rizikové faktory jako je závažná psychotická epizoda, komorbidita abúzu alkoholu, stresující životní události nebo slabá podpora v rodině. Je doporučena již po první prodělané manické epizodě, zejména při pozitivní rodinné anamnéze na přítomnost některé z poruch nálady

#### 4.1. Léčba manické epizody

V každé fázi BAP se podávají stabilizátory nálady (MS), thymoprofylaktika s antimanickým a/nebo antidepresivním účinkem.

V léčbě bipolárních afektivních poruch se dlouhodobě používá lithium a nověji valproát nebo karbamazepin. Tyto stabilizátory nálady jsou účinné v léčbě akutních manických fází, poskytují ochranu proti jejich opakování a mají mírné antidepresivní účinky.

U pacientů s bipolární poruchou je lithium uznávaným profylaktikem již od padesátých let minulého století. Výzkumy dokázaly, že snižuje četnost a intenzitu výkyvů nálady. Lithium je vhodné použít u pacientů v případech, kde je nebezpečí přesmyku vyšší a to na základě:

- pozitivní rodinné anamnézy na BAP
- klinického obrazu



- útlumové formy
- přítomnosti psychotických symptomů
- tendence k chronicitě
- demografických faktorů
  - ✓ mladší věk při začátku
  - ✓ stejný výskyt u žen a mužů (u žen lze konstatovat opožděný začátek nemoci, častější frekvenci depresivních epizod a rychlejší cykly [45]).

Lithium je toxický lék, který může způsobit ve větších dávkách poškození ledvin a štítné žlázy, a proto by měla být jeho hladina v plazmě pravidelně kontrolována. Nebezpečné zvýšení lithia v krvi může způsobit i jeho kombinování s určitými antibiotiky [46].

Bohužel dalšími nežádoucími účinky jsou přírůstek na váze, průjem, polyurie, tremor, akné, hypotyreóza, chronická renální intersticiální fibróza. Všechny tyto nežádoucí účinky mohou pacienta odradit od další léčby, kterou předčasně ukončí.

## **4.2. Léčba bipolární deprese**

Jak již bylo výše zmíněno, léčba depresivní epizody v rámci bipolární afektivní poruchy je kvalitativně jiná a léčí se jinými léčebnými postupy. Je velice kontroverzní užívání antidepresiv v rámci léčby bipolární poruchy, a ač je kombinace antidepresiv se stabilizátory nálady rozšířena, mělo by být jejich užití velice obezřetné. Hrozí totiž riziko přesmyku na opačný pól polaritity bipolární poruchy nebo hrozí navození rychlého cyklování. [47].

V akutní léčbě je nejúčinnější užití monoterapie quetiapinem nebo kombinace olanzapinu s fluoxetinem [7, 48]. Spolu s olanzapinem, klozapinem a zotepinem patří quetiapin mezi atypická antipsychotika. Toto antipsychotikum je velmi dobře snášeno, má minimum nežádoucích účinků. Mimo to se dobře snáší s lithiem nebo valproátem, s nimiž vytváří efektivnější kombinaci, než monoterapeutická léčba těmito stabilizátory nálady. Podávání quetiapinu nezvyšuje riziko přesmyku do mánie. Pozitivní na jeho užívání je také skutečnost, že na rozdíl od léčby lithiem nevykazuje nežádoucí účinky ve formě váhového přírůstku [48].

Za velice účinný způsob léčby bipolární deprese se považuje elektrokonvulzivní terapie (EKT). Velká výhoda užití této léčby je zejména její rychlejší nástup účinku než u léčby medikací. Aplikace musí být opakována v sérii minimálně 4-6krát [49].

### 4.3. Psychoterapeutický přístup v léčbě BAP

*„Jakkoliv se za příčinami duševní poruchy skrývají biochemické změny v mozku, nicméně je nutno tento model rozšířit o psychologický rozměr [50, s. 55].“*

Hned v úvodu je třeba se zmínit, že léčba BAP jen na základě psychoterapie není možná, je jen její doplňkovou částí. Podpůrná psychoterapie je však velice důležitou součástí léčby a neměla by být tedy opomíjena. Prostředky psychoterapie ovlivňují psychosociální faktory, spoluodpovědné za vznik této poruchy. Psychoterapie snižuje pacientovu vulnerabilitu zaměřením na:


- psychoedukaci
- řešení problémů v životě
- monitorování varovných příznaků
- udržování sociálních rytmů
- snížení emoční expresivity v rodině
- nácvik sociálních dovedností
- nácvik zvládání stresu
- rehabilitaci pracovních dovedností

Psychoterapii dělíme na individuální, skupinovou a rodinnou. Všechny tyto druhy jsou zaměřeny zejména na pomoc pacientovi přijmout myšlenku, že jeho nemoc ve své podstatě vyžaduje celoživotní léčbu, což je fakt, který většina nemocných odmítá přijmout.

Velkou pomocí v dlouhodobé léčbě BAP se stává deník nálady, kam si pacient každý den zaznamenává užitou medikaci, prodělanou psychoterapii, počet hodin spánku, závažné životní události, podrážděnost, úzkost, nejlepší a nejhorší náladu dne. Na konci měsíce si pacient do deníku zaznamenává hmotnost, ženy si označují dny menstruace (viz obrázek č. 2) [45, 49].

Zaznamenávání těchto údajů do deníků pomáhá následně lékaři sledovat poruchu a popřípadě měnit medikaci. Zapisování nálad do tabulky je dobrý způsob chronologického zaznamenávání událostí a pomáhá k efektivnějšímu hlášení nálad lékaři. Po několika měsících může být graf nálady užitečným nástrojem pro pohled do budoucna [51].

Obrázek č. 2. Deník nálady [modifikováno dle [51]]

Jméno \_\_\_\_\_ Měsíc \_\_\_\_\_ Rok \_\_\_\_\_ 

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
<b>Těžká mánie</b>																																
<b>Střední mánie</b>																																
<b>Lehká mánie</b>																																
<b>Norma</b>																																
<b>Lehká deprese</b>																																
<b>Střední deprese</b>																																
<b>Těžká deprese</b>																																
Úzkost	0= žádná																															
	1= lehká																															
Iritabilita	2= střední																															
	3= těžká																															
<b>Spánek v hodinách</b>																																
<b>Menstruace</b>																																
<b>Užívané léky (jméno/mg)</b>																																

## II. Výzkumná část

### 5. Teoretická východiska

V současné době jistě existuje větší povědomí o psychických chorobách v dětském věku, než tomu bylo kdykoliv dříve, ale přesto ještě není dostatečné. Hovoří se zejména o hyperkinetické poruše (ADHD, dříve LMD), která se vyznačuje poruchou pozornosti, hyperaktivitou, děti jsou impulsivní a mají problémy s chováním. ADHD se většinou nevyskytuje samostatně, je vysoce komorbiditní s jinými psychickými poruchami. Velký problém nastává s rozlišením ADHD s preadolescentní mánií, protože mnohé symptomy jsou u obou společné, například hyperaktivita, nesoustředěnost nebo zvýšená hovornost. Tyto symptomy narušují práci žáků ve škole a případným nesprávným pedagogickým vedením<sup>18</sup> vedou k narušení jejich motivace k účasti na vyučovacím procesu. V důsledku toho se můžou vyskytnout následné problémy se záškoláctvím, asociálním chováním nebo s užíváním psychoaktivních látek [27].

Některé duševní nemoci mají souvislost s vyšší mírou kreativity. Právě bipolární porucha je daleko častější u umělců, než v běžné populaci. I vědci mohou vděčit za své geniální myšlenky specifickému způsobu myšlení. Například John Nash, autor slavné teorie her a nositel Nobelovy ceny za ekonomii, trpí schizofrenií.

Mnoho umělců i vědců trpících psychiatrickými poruchami léky odmítá, protože tvrdí, že otupují jejich kreativitu, někteří bipolární pacienti však jednoznačně léky potřebují, a to kvůli trvalému riziku sebevraždy.

Pro tuto diplomovou práci jsme zvolili smíšený výzkum, sestávající z kombinace kvalitativního a kvantitativního výzkumu. Hendl tvrdí, že oba přístupy k výzkumu mohou být posíleny výhodnými vlastnostmi toho druhého a říká, že: *„Omezení se na jeden ze dvou uvedených přístupů sebou nese riziko, že opomineme některé důležité aspekty zkoumaného problému. Jestliže se používají jenom kvantitativní metody, výzkumník se často dopouští chyby, že se pohybuje spíše po povrchu problému, protože je vzdálen od toho, jak lidé skutečně dospívají ke svým rozhodnutím, jak prožívají svůj život a jak se chovají...Kvalitativnímu výzkumu se naopak vytýká, že jeho závěry nemají takovou zobecňující sílu, kterou pro své výsledky nárokují kvantitativní výzkumníci [52].*

---

<sup>18</sup> Vliv osobnosti pedagoga na formování osobnosti dítěte je neoddiskutovatelný. Toto působení má dlouhodobý dopad na vývoj osobnosti žáka, na jeho chování a prožívání. Pedagog určitým způsobem nevyrovnaný, neurotický může zavinit škody ve vývoji osobnosti dítěte. Tyto škody mohou být o to větší v případě, když se jedná o dítě s predispozicí k nějaké duševní chorobě.

My si byli tohoto faktu vědomi, a proto jsme validitu kvalitativního výzkumu zabezpečili kvantitativním výzkumem, a to metodou dotazníkového šetření. Výhodu kvantitativního výzkumu jsme shledali právě v nezávislosti na subjektivním přesvědčení a s ním spojené podjatosti výzkumníka, neboť shromažďovaná data touto formou výzkumu mají subjektivní charakter a výsledky mohou být ovlivnitelné výzkumníkem. Na druhé straně jsme nevýhodu kvantitativního výzkumu, a to kdy získané znalosti mohli být velice obecné, odpovědi na otázky vymyšlené, vyrovnali výhodami výzkumu kvalitativního, který nám umožnil proniknout hlouběji do daného tématu. Dotazníkovou metodou jsme ověřili data získaná kvalitativním výzkumem a mohli jsme naše výsledky zobecnit. Otázky, které jsme respondentům prostřednictvím dotazníku pokládali, se objevily i v rozhovoru s respondenty z kvalitativního výzkumu, čímž jsme i dokázali vhodnost výběru základních otázek a mohl být vlastně splněn předvýzkum před vlastním dodáním dotazníků respondentům.

Kombinace kvalitativních a kvantitativních metod má svou historii, ale v minulosti se nepoužíval pro tento typ výzkumu termín smíšený. Mezi padesátými a sedmdesátými lety minulého století však převládal po vzoru přírodních věd i v sociálních vědách kvantitativní výzkum, po sedmdesátých letech do roku 1985 kvalitativní. Jedním z prvních zastánců kombinování kvalitativních a kvantitativních metod patří sociolog a známý metodolog Norman Denzin,

Denzin tvrdí, že realitu nelze interpretovat jen jedním způsobem. Realita je podle něj objekt, který se mění, a rozdílné přístupy výzkumu odhalují rozdílné aspekty empirické reality [53, 54].

## **6. Kvalitativní výzkum**

### **6.1. Cíl kvalitativního výzkumu a výzkumné otázky**

Na základě úvah, že symptomy bipolární poruchy se mohou objevovat již v dětském věku, jsme se rozhodli provést výzkum u tří respondentů, diagnostikovaných na bipolární poruchu a zjistit, zda se u nich tyto symptomy v dětství vyskytly a jestli symptomy bipolární poruchy byly příčinou výchovných problémů ve škole. Dále jsme chtěli zjistit, zda se u obou našich respondentů vyskytovaly nějaké kreativní schopnosti a jestli po zahájení léčby farmakou pociťují jejich zhoršení či úplné vymizení. Výhodiskem k stanovení těchto cílů se nám stalo studium odborné literatury a osobní zkušenosti autorky žijící skoro dvacet let s člověkem, diagnostikovaného na bipolární poruchu.

Byly stanoveny tyto výzkumné otázky:

**Otázka č. 1** Vyskytovaly se symptomy bipolární poruchy u našich respondentů v dětském věku?

**Otázka č. 2** Disponovali naši respondenti kreativními schopnostmi?

**Otázka č. 4** Ztratili tyto schopnosti po zahájení léčby?

### **6.2. Metodika výzkumu a výběr respondentů**

Kvalitativní výzkum je podle Hendla zaměřen na interpretaci subjektivních významů, popis kontextu jednání a chování. Jev, který prostřednictvím kvalitativního výzkumu zkoumáme, se nachází ve svém přirozeném kontextu. Výzkum probíhá jako proces interakce výzkumníka a jeho respondentů a tento průběh není neměnný. Vyvíjejí se při něm výzkumník, účastníci i vlastní výzkumná situace, která se přizpůsobuje okolnostem a získaným výsledkům. Na rozdíl od přesných, užších závěrů kvantitativního výzkumu jsou závěry kvalitativního výzkumu komplexní a široce formulované. Důvodem pro naši volbu kvalitativního výzkumu je velikost zkoumaného souboru, neboť umožňuje zkoumat menší soubory. Předností kvalitativního výzkumu je možnost získat jeho prostřednictvím podrobný popis a vhled při zkoumání daného jedince, skupiny či jevu, dává možnost reagování na různé situace [55].

Mezi druhy kvalitativního výzkumu patří:

- Případové studie
- Fenomenologický výzkum – popis zkušeností v první osobě, používá autobiografické líčení

- Etnografický výzkum

Podle Hartla a Hartlové kazuistika nebo též případová studie se zabývá popisem jednotlivých případů, např. vznikem, průběhem a vyléčením duševní choroby apod. Stejně jako jedince se může kazuistika týkat i skupiny lidí či instituce. Slouží jako pomoc a srovnání pro podobné případy [56].

V popisu případové studie se výzkumník stává sám vypravěčem, popis případů je psán obvykle v minulém čase. První odstavec by měl referovat o průběhu nynějšího onemocnění. První věta by měla uvést věk pacienta a jeho hlavní potíže. Druhá věta by měla uvádět počátek vyprávění příběhu. Výhodou této metody je hlubší poznání podstaty případu, nevýhodou omezení zobecnění výsledků [57].

Mezi případové studie patří:

- Osobní případová studie
- Studie komunity
- Studium sociálních skupin
- Studium organizací a institucí
- Zkoumání událostí, rolí a vztahů

Záměrem případových studií je buď zkoumání, popis a objasnění jednoho daného případu, který je detailně popisován a vysvětlován nebo objasňování určitého jevu z reality na případech, který tento jev reprezentují, dále zkoumají více případů s cílem ověřit určitou myšlenku nebo inovaci a získat poznatky prokazující určité společné rysy poskytující vhodnost či nevhodnost této koncepce či inovace [58].

Mezi metody pro získávání dat pro kvalitativní výzkum patří pozorování, rozhovor, anamnéza, studium dokumentace.

Pokud se týká rozhovoru, ten není jen prostým dialogem mezi lidmi, ale je to konverzace odborná s určitým cílem, buď výchovným, poznávacím nebo terapeutickým.

Druhy rozhovoru:

1. strukturovaný s otázkami pečlivě formulovanými, předem připravenými. Je používán pro techniku získávání dat formou dotazníku. Ten se dále dělí na
  - a) řízený – respondent je dotazován výzkumníkem
  - b) neřízený – respondent na otázky v dotazníku odpovídá sám

2. polostrukturovaný s otázkami, které lze v průběhu rozhovoru upřesňovat a vysvětlovat

Výzkumné otázky přímo řídí volbu metody. Dobře položená otázka je podle Hendla motorem, který žene výzkum dopředu [59]. Jsou různé druhy otázek, které můžeme použít při rozhovoru.

Typy otázek v rozhovoru:

- Uzavřené otázky – omezuje volnost odpovědi
- Otevřené otázky – volnost odpovědi, ale otázky jsou předem pečlivě připraveny
- Polootevřené – zachovává kategorizovanou odpověď, ale umožňuje i jinou [60].

Náš vzorek čítal tři respondenty diagnostikované bipolární afektivní poruchou. Data v tomto výzkumu byla získávána prostřednictvím metody polostrukturovaného rozhovoru. Stanovili jsme si cíl, výzkumné otázky a okruh otevřených otázek. Z analýzy rozhovorů s respondenty jsme zpracovali případové studie. V rámci rozhovoru bylo, jako jedna z metod, využito pozorování. Mezi další metody můžeme zařadit subjektivní anamnézu a v jednom případě nám bylo umožněno nahlédnout do zdravotní dokumentace.

## **6.3. Analýza kvalitativního výzkumu**

### **6.3.1. Kazuistika 1. Richard**

**Věk:** 39 let 4 měsíce

#### **Pozorování a popis:**

Jedná se o devětadvacetiletého muže světlejších vlasů, asi 185 cm vysokého, statnější postavy. Během rozhovoru odpovídá na otázky adekvátně, mimika a gestikulace je přiměřená. Řeč je zpomalená, ale není problém si vzpomenout i na věci dávno uplynulé. Hovoří klidně, otázky mu nevadí. Oční kontakt udržuje.

#### **Zdravotní anamnéza:**

Bipolární afektivní porucha, diagnostikovaná v roce 1997, v současnosti medikován, ambulantní či terapeutickou péčí momentálně nevyužívá. Hospitalizován byl třikrát, z toho dvakrát nedobrovolně. Poprvé v roce 1997, následně v letech 1999 a 2005. Nedobrovolná hospitalizace byla z důvodu akutní mánie, byla doprovázena agresivním



chování a pan Richard si neuvědomoval, že jeho stav, v němž se nacházel, byl chorobný. Dobrovolně se nechal hospitalizovat ve fázi těžké deprese. Pan Richard přiznává abuzus alkoholu a kouření cigaret (15-20 denně). Denně vypije asi jeden litr vína. Dříve častá konzumace cannabisu, posledních devět let měkké drogy neužívá. S tvrdými drogami zkušenosti nemá, ač si myslel, že důvodem jeho první těžké mánie byla konzumace pervitinu. Pan Richard vzpomíná: „*V té první mánii, to sem teda ještě nevěděl, že to byla mánie, to jsem si furt myslel, že mi tam kluci dali pervitin do kafe...*“ Následný toxikologický rozbor však přítomnost drog nepotvrdil.

### **Rodinná anamnéza**

Pan Richard má dva sourozence, o 2 roky staršího bratra a o 3 roky mladší sestru. Lze konstatovat, že se nikdo na nějakou duševní poruchu neléčí a neléčil. Matka byla v určitém období silně závislá na alkoholu, důvodem byl rozvod s otcem asi před deseti lety. Před pár lety jí byla kvůli rakovině prsu provedena mastektomie. Otec trpí Bechtěrevovou nemocí. Rodiče jsou již asi deset let rozvedeni, nekomunikují spolu. Dlouho si každý z nich neuvědomoval, že chování jejich syna je chorobné, když byl v depresích, tak si mysleli, že je jen líný, vyhýbá se práci, není schopný uživit rodinu, v mánii se ho báli. Až v roce 2006, když mu byl přiznán plný invalidní důchod, uvěřili tomu, že je jejich syn nemocný. V současné době jsou jeho vztahy s příbuznými, kromě otce, přiměřené. S ním je kontakt stále značně omezený. Pan Richard je ženatý, v manželství žije 20 let, má tři děti ve věku 17, 16 a 9 let. Všechny děti vykazují zřetelné umělecké sklony, syn má výrazný hudební talent, obě dcery výtvarný, u mladší se začíná projevovat talent literární. Syn studuje gymnázium, dcera grafický design, nejmladší dcera navštěvuje čtvrtou třídu základní školy. Všechny děti již několik let hrají na klavír, jsou žáky základní umělecké školy. Co se týká případných symptomů, jež by mohly být známkou později rozvinuté bipolární poruchy, tak kromě obsedantně kompulzivního chování starší dcery, trpěl syn ve věku šesti let dost intenzivními nočními děsy, z nichž se nemohl probudit a kvůli nimž byl i na neurologickém vyšetření. Znamky hyperaktivity nevykazuje žádné dítě.

### **Osobní anamnéza**

Porod a těhotenství proběhlo normálně. Ve čtrnácti letech úraz s bezvědomím. Ve škole byl hyperaktivní, měl potíže s udržením pozornosti, zapomínal si nosit pomůcky. Jeho přístup ke škole se změnil v naprosto lhostejný po konfliktu s paní učitelkou ve třetí třídě, kdy mu za zapomínání pomůcek nafackovala.

*„ No, já když tak myslím, no asi to byl můj první úraz, tady z toho sem měl trauma, víš, já tu učitelku měl nejdřív rád, uznával ji jako autoritu a tímto se z ní u mě stal nepřítel ....“* Vzpomíná pan Richard.

Při vyučování se věnoval dennímu snění, nebo bavil ostatní děti svými poznámkami. Na otázku, zda měl ve škole potíže s kázní, odpovídá, že velmi časté. Jediné, co ho bavilo, bylo recitování, v němž vynikal a jezdil, kvůli němu po soutěžích.

Pan Richard se vyučil mechanizátorem lesní výroby, touto prací se živil s přestávkami tři roky, zaměstnání střídal, vždycky tak po roce, nikde nevydržel. Důvodem byl většinou abúzus alkoholu - *„prostě jsem kalil“*.

První projevy nemoci začal pociťovat ve 14 letech, kdy spadl ze skály. Po úraze byl nějaký čas v bezvědomí a tři měsíce strávil se zlomenou pávní v nemocnici. Zde také zažil první "divné pocity". Zdálo se mu, že na něj padá strop apod. Od té doby trpěl častými nočními můrami, běhal vyděšený po bytě. Dospívání, po úraze přechodné chození o berlích, po prázdninách nástup do učiliště, které mu vybrali rodiče (daleko od domova, podle Richarda - aby se ho zbavili), nastupující šikana pro jeho odlišnost - to vše u něj zapříčinilo postupné rozvinutí bipolární poruchy.

První velká deprese se u Richarda objevila po zjištění, že jeho přítelkyně (pozdější manželka) otěhotněla. Předtím byl jeho stav hypo až manický. Richard přestal chodit ven, komunikoval jen se svou těhotnou přítelkyní. Jak se blížil porod dítěte, tak se deprese prohlubovala, vyskytovaly se suicidální myšlenky. Tento stav trval ještě dlouho po porodu syna a postupně přešel do hypománie. V roce 1997 se u něj rozvinula první těžká mánie, kdy byl také poprvé nedobrovolně hospitalizován. Tam mu byla poprvé diagnostikována bipolární porucha. Původně se však uvažovalo o účinku nějaké stimulující drogy.

Klinický obraz zahrnoval nadnesenou náladu, zrychlené psychomotorické tempo, pocit zvýšené energie, značně sníženou potřebu spánku:

*„ ...nespal jsem, nepotřeboval jíst, byl jsem stále v pohybu, dokázal jsem sedět celou noc u stolu a vyprávěl jsem si divadelní hru, kterou jsem si vymyslel, jen sám pro sebe, nahlas... a nevydržel jsem na jediném místě, stále jsem někde pobíhal.“*

Dále se vyskytla hovornost, jeho myšlení bylo překotné, bez ustání mluvil, jeho řeč byla zrychlená, naléhavá. Objevovaly se u něj extrapotenční bludy:

*„ To se mi tehdy děly kouzla, tak třeba, když jsem měl hlad, tak jsem někde na zemi u kostela našel v igelitu zabalenou bagetu, nebo dobrýho šachistu jsem porazil v šachách, nebo že třeba umím bojový umění, třeba kung fu a tak podobný, že umím přesunovat*

*předměty za pomoci myšlenek, že rozumím cizím řečem, když jsem vůbec nerozuměl. Dokázal jsem lidi přesvědčit i o úplných blbostech. A taky jsem rozuměl řeči zvířat.“*

Originární bludy se projevovaly tím, že si o sobě myslel, že je Indián, nebo zase důležitý podnikatel nebo terminátor. U Richarda se také objevovaly erotomanické bludy:

*„Ženský se do mě zamilovávali, já je ani nechtěl.“*

V nemocnici byl asi měsíc, potom byl propuštěn, ale ještě chvíli byl v hypomanické náladě a pobíhal po Praze, než se nakonec celý vyčerpaný, vrátil ke své rodině.

Až do července roku 1998 se u něj střídaly stavy deprese a remise. V tom roce, přesně o povodních na Rychnovsku, došlo k přesmyku do těžké mánie. Hospitalizován tentokrát nebyl. Následoval znovu útek od rodiny. Před ním ale stačil přes noc, kdy přestal spát, celý jeden pokoj pomalovat křídou psychadelickými kresbami. Následovalo bezcílné potulování po Praze, pomáhání na povodních, erotická dobrodružství, bydlení po squatech. Vrátil se domů v podvyživeném stavu někdy v listopadu, protože mu už byla venku zima.

Po návratu opět následovala těžká deprese, která trvala bez přestávky asi rok. Richard v té době nenavštívil žádné zdravotnické zařízení. Byl stále doma, nikam nechodil. Postupně se jeho stav začal spontánně zlepšovat, ale stále nikam nechodil. Známkou nastupující mánie bylo, že začal najednou chodit ven, do hospody. Začal být znovu hovornější, měl spoustu plánů, rozhodl se, že vymaluje byt, ale nic nedokončil, začínal víc věcí najednou, stačilo mu méně spánku, byl verbálně agresivní. Přesmyk do akutní mánie zapříčinily zprávy o začínajících povodních v Praze v červenci roku 2002, které mu navodily stav, ve kterém byl o povodních v roce 1998. V té době se u Richarda vyskytly sluchové a vizuální halucinace. Mánie tentokrát trvala do konce srpna 2002, kdy sám Richard ještě v manickém stavu vrátil k manželce, kterou požádal, ať ho tentokrát přivede k lékaři.

*„Tehdy jsem si myslel, že mi úplně vybuchne hlava, měl jsem strach, že umírám, silně mi bušilo srdce a špatně se mi dýchalo. To šílenství jako kdyby bylo fyzicky cítit. Prostě už jsem byl absolutně mimo realitu a stačilo by málo a už bych se nevrátil.“*

Poté došlo u pana R. k rychlému cyklování, střídaly se u něj stavy deprese s mániemi. Na svou vlastní žádost, že se chce léčit, byl přiveden svou manželkou 1. října 2002 do psychiatrické léčebny v Bohnicích, kde ho ale nepřijali kvůli dluhu na pojistném.

Tentokrát rodina kvůli mánii Richarda přišla o byt, manželka, v té době znovu těhotná přišla o práci. Rodina se přestěhovala mimo Prahu na Moravu do chalupy kamaráda bez přívodu vody, špatně vytopitelnou, kde zůstali až do června roku 2003, kdy si našla rodina bydlení ve vesnici v bytovce s majitelem. V květnu se jim narodila dcera.

Až do narození dcery, trpěl Richard těžkými depresemi, trpěl těžkými suicidálními myšlenkami. Deprese se projevovaly anhedonií, mutismem, myšlení bylo katathymně zkreslené, Richard stále pospával, nemohl vyjít na cestu vedoucí z chalupy:

*„ Já když jsem vyšel z té chalupy ven, tak jsem přišel do první zatačky a strach z lidí mi nedovolil jít dál, jako kdyby tam byla neviditelná zeď, už jsem prostě nemohl jít dál. Když šel soused se psem, a já ho v okně viděl v dálce, tak jsem se schoval na půdě a v hrozném strachu jsem čekal, až projde zpět.“*

Ambulantní lékař mu předepsal contemmol a tritico a do 2 měsíců se začal Richardův stav zlepšovat. Dokonce začal pracovat jako údržbář u Obecního úřadu.

V červnu roku 2005 nastala další mánie. Ta přešla z postupné asi měsíc a půl trvající hypománie. Richard totiž přestal brát prášky. Začal chodit dřív do práce, málo spal, stále něco dělal, utrácel peníze. Do léčebny v Havlíčkově Brodě byl převezen na začátku června 2005, kde zůstal měsíc. Poté se rok doma léčil a poté mu byl přiznán invalidní důchod. Od poslední návštěvy psychiatrické léčebny se léčí ambulantně, užívá léky pod dohledem manželky pravidelně. Užívá zyprexu 10mg, lithium carbonicum a apocital 20mg.

### **Současný stav**

V současné době je pan Richard v invalidním důchodu, přivydělává si domácí práci. Kompletuje součástky, při práci mu musí pomáhat děti, sám to nezvládá. O nic nemá zájem, trpí sociální fobií, od poslední hospitalizace v Havlíčkově Brodě v roce 2005 se prakticky neschází s cizími lidmi, funguje jen v domácím prostředí, kromě vlastní rodiny nekomunikuje s nikým. Až od roku 2005 bere medikaci pravidelně. Nad jejím užíváním má dohled jeho manželka, která zajišťuje všechny další nezbytné věci, jako kontakt s úřady. Bez její pomoci by byl jistě umístěn v léčebně. Před tím se léčil nepravidelně, nechtěl si přiznat, že je nemocný, a to zejména ve fázi mánie.

Stav je nyní chronický, s převažujícími postpsychotickými změnami osobnosti, na základě nichž je mu diagnostikována schizoafektivní porucha.

Co se týče kreativních schopností, Richard disponoval literárními a hudebními. Psal básně, hrál na kytaru, zpíval vlastní písničky, maloval. Tyto schopnosti byly nadprůměrně zvýšené v době manických epizod. Na otázku, jak se při vytváření poezie cítil a co ho nutilo k tvorbě, pan Richard odpovídá:

„ Já prostě pociťoval tvůrčí euforii, jako kdyby mi vytrysk mozek na papír, jako by fungovalo moje podvědomí a ještě k tomu se to rýmovalo. Byl to strašně příjemný pocit pro mě to psaní, a pak když jsem si to po sobě přečet, našel jsem v tom spoustu významů.

Na otázku zda se po zahájení pravidelné léčby jeho schopnosti zhoršily a jak, odpovídá, že se zhoršily výrazně. Richard říká, že nemá už vůbec žádnou potřebu něco vytvářet.

„ Prostě mi stačí být pouhý konzument jak hudby, prostě všeho. S takovým vědomím, že jsou lidi, co to dělají líp než on. Nemám vůbec chuť psát poezii. “

Na otázku, jak pociťuje současný svůj stav a jestli mu není líto, že jeho kreativní schopnosti zmizely, odpovídá:

„Cítím se dobře s vědomím, že nemusí být člověk extrémně šťastný, ale stačí, že je spokojený a jestli tedy mé kreativní schopnosti jsou podnícené mánií, tak kvůli dětem se jich klidně vzdám. “

### **6.3.2. Kazuistika 2. Vlad'ka**

**Věk:** 35 let

Paní Vlad'ka je žena střední štíhlé postavy, přírodního typu, dlouhých tmavých vlasů, ledabyly svázaných do uzlu.

#### **Zdravotní anamnéza:**

Bipolární afektivní porucha, diagnostikovaná v roce 2002, v současnosti medikována zyprexou a lithiem, léky však užívá nepravidelně. Hospitalizována pětkrát, poprvé v roce 2000, kdy jí byla diagnostikována schizofrenie. Krátce poté byla paní Vlad'ka hospitalizována dvakrát s diagnózou postschizofrenní deprese. Diagnóza bipolární porucha jí byla diagnostikována až při čtvrté hospitalizaci. Poslední hospitalizace proběhla před Vánoci 2008. Sanitku zavolala sama s tím, že je v nepořádku manžel. Odvezli ale ji.

Paní Vlad'ka kouří cigarety, pije alkohol, ale netrpí závislostí na něm. Přiznává časté užívání cannabisu. S tvrdými drogami nemá žádné zkušenosti.

#### **Rodinná anamnéza**

V rodině se duševní poruchy nevyskytovaly. Paní Vlad'ka vyrůstala v úplně rodině, má jednu mladší sestru, prý byly každá úplně jiná, nikdy si spolu nerozuměly. Dětství hodnotí jako šťastné. Rodiče jsou zdraví, nikdo žádnou duševní chorobou netrpí. Paní Vlad'ka je podruhé vdaná, první manželství skončilo rozvodem. Bývalý manžel byl

také diagnostikován na bipolární poruchu, zemřel asi rok po rozvodu po suicidii oběšením následkem těžké deprese. Paní Vladka je bezdětná, žijící se svým současným manželem alternativním způsobem. Oba se živí vytvářením a následným prodejem keramiky.

### **Osobní anamnéza**

Porod a těhotenství proběhlo v normě. Psychomotorický vývoj též. Úraz neutrpěla žádný. Kromě bipolární poruchy, ale trpí úpornými bolestmi zad, uvádí, *že to má z toho kruhu, jak točí.*

Na základní škole byla hodně upovídaná a nesoustředěná. Učení jí ale nedělalo žádné potíže. Paní Vladka si nevzpomíná, že by už tehdy na sobě pozorovala nějaké symptomy rozvíjející se bipolární poruchy. V kolektivu dětí nevybočovala, nebyla ani speciálně oblíbená, ani neoblíbená. Na otázku, jestli měla ve škole potíže s kázní, odpovídá: *„Ani sem moc nezlobila, tak občas. Spíš si na mě zasedla ve třetí třídě učitelka. Ona mě normálně šikanovala. Ve mně vypěstovala trauma ze zpěvu. Ona mi říkala před dětma, ať vůbec nezpívám, já až v dospělosti se z toho dostala a začala normálně zpívat.“*

Na druhém stupni všechno moc organizovala. Po ní šla na střední ekonomickou školu, ke konci začala studovat souběžně pětileté kvalifikační studium divadelní režie a dramaturgie. Po maturitě šla okamžitě na volnou nohu a živila se divadlem.

Na otázku, zda trpěla v dětství potížemi se spánkem, odpovídá, že vůbec nikdy, ale vzácně se u ní vyskytovaly noční můry.

Partnerské vztahy měla paní Vladka, jak sama říká, velmi divoké, prvního partnera měla v 15 letech, později je dost střídala. Tvrdí, že právě kolem těchto let u ní proběhla mánie.

S prvním manželem se seznámila, když byli oba v mánii (shodou okolností trpěl až později rozpoznanou bipolární afektivní poruchou, jako paní Vladka). Vdávala se za něj ve svých 21 letech. Styl tehdejšího života popisuje: *„Frčeli sme si oba v duchovnu – čajovny, holotropní dýchání, duchovní učitelé. Měla jsem tehdy první halucinace, ty sem ale brala jako duchovní pokrok.“*

Paní Vladka přiznává, že pravidelně užívali měkké drogy. Na podzim 1999 začali spolu chodit na rekvalifikační keramický kurs. V té době začala mít utkvělou představu, že je v moci sekty. Po smrti svého kamaráda Petra Lébla, režiséra divadla Na zábradlí, přestala spát a začala trpět paranoidními myšlenkami, že jí dávají v keramickém kurzu něco do jídla. Pořád chodila a říkala, že nechce mít schizofrenii.

V lednu 2000 přišla pěšky v halucinacích 5 km do rekvalifikačního střediska, rozbila skleněné dveře a zůstala sedět vyčerpaně na baru.

„Slyšela jsem Petra (Lébla) chodit na půdě. Chtěla jsem si to s těma lidma vyřídit, co tam chodili se mnou do té keramiky. Myslela jsem si, že jsou jako nějaká sekta, že jsou zapletený do toho, že se Petr oběsil.“

Byla odvezena na první hospitalizaci do Jihlavy, kde se manžela ptali co jí je a on řekl, že má schizofrenii (protože to před tím pořád opakovala). Odešla na revers. Byla stanovena diagnóza schizofrenie. Z léčebny odešla s naordinovanou Zyprexou, manžel jí vzal k léčiteli, který jí brání prášků rozmluvil, že jí to zničí mozek, takže zyprexu vyhazovala. Rekvalifikaci nedodělala ze zdravotních důvodů. Přestěhovali se spolu s manželem do keramičky v Hořicích v Podkrkonoší, kde manžel začal pracovat, ona byla na neschopence, Oba byli rok v těžké depresi. Ona byla 2x během roku hospitalizována s diagnózou postschizofrenní deprese.

V létě 2002 proběhla opět mánie, krátce na to byla odvezena do Fakultní nemocnice v Hradci Králové, kde jí byla konečně stanovena správná diagnóza a to bipolární porucha.

Po hospitalizaci v Hradci se krátce na to nepohodla s manželem, který shodou okolností také podle všeho trpěl maniodepresivitou, a odstěhovali se od sebe. Ona, i přes medikaci, trpěla depresemi a řešila rozvod s manželem. Před Vánoci 2002 upadl do deprese manžel, začal ji prosit, aby se vrátila, přijela na Vánoce a zůstala. Na jaře v roce 2004 u něj propukla těžká mánie. Začal pak jezdit po celé republice a dělat "vylomeniny". Když se ho snažila přimět, aby se začal léčit, tak jí na to řekl, že je konečně zdravý, chtěl dokonce zažalovat svého psychiatra, a ať se s ním tedy rozvede. Paní Vladka nakonec souhlasila. Rozvedli je velice rychle. On se na Velikonoce v roce 2005 oběsil. Toto u paní Vladky vyvolalo těžkou depresi, kterou zvládla ambulantně. V létě 2005 se seznámila se svým nynějším manželem, kterého si v roce 2007 vzala.

Poslední hospitalizace proběhla před Vánoci 2008. Sanitku zavolala sama s tím, že je v nepořádku manžel. Odvezli ale ji.

### **Současnost**

V současnosti je paní Vladka v invalidním důchodu, je jí diagnostikována bipolární afektivní porucha, ale, jak bylo již řečeno výše, léčí se stále nepravidelně, kouří marihuanu a občas pije alkohol.

Také Vladka stejně jako Richard disponuje kreativními schopnostmi a také ona přiznává jejich výrazný útlum po zahájení medikace. Na rozdíl od Richarda se však léčí velice nepravidelně a na rozdíl od něho, ztrátu kreativních schopností pociťuje velice nepříjemně. I to je jeden z důvodů, proč se léčbě vyhýbá, medikaci bere nepravidelně a spíše se snaží o různé alternativní způsoby samoléčby.

### **Kazuistika 3 - Michal**

**Věk:** 35

#### **Pozorování a popis:**

Jedná se o pětatřicetiletého muže hnědých vlasů, asi 185 cm vysokého, štíhlé postavy.

#### **Zdravotní anamnéza:**

Bipolární afektivní porucha, diagnostikovaná v roce 1994, v současnosti medikována. Hospitalizován byl více než desetkrát, poprvé v roce 1994. Bipolární porucha se mu rozvinula po užití LSD. Každá hospitalizace byla vždy nedobrovolná z důvodu akutní mánie. Poslední hospitalizace proběhla v srpnu 2012. Pan Michal přiznává abúzus alkoholu, měkkých i tvrdých drog. Bere občas pervitin, který dříve užíval intravenózně. Nyní experimentuje s drogami, jako jsou například mexické houbičky. Pan Michal je tedy nositelem duální diagnózy, což znamená, že kromě diagnózy bipolární poruchy má diagnostikovanou drogovou závislost. Kouří 20 cigaret denně.

#### **Rodinná anamnéza**

Pan Michal má jednu o dva roky mladší sestru, vdanou, se dvěma syny. Ta netrpí žádnou duševní chorobou. Vztahy s ní jsou přiměřené. Otec byl zaměstnán v diplomatických službách, takže rodina žila delší čas mimo republiku v Japonsku a Spojených státech. Poprvé to bylo od Michalových 3 let do 7, podruhé od 12 do 14 let. Toto stěhování snášel víceméně dobře. Hůře na tom prý byla jeho sestra. Rodiče se rozvedli v jeho 15 letech. Pan Michal přiznává, že rozvod svých rodičů bral jako úlevu. Před ním byli mezi jeho rodiči časté konflikty. S otcem nekomunikuje 5 let. Na otázku proč, odpovídá: „*Jemu se v jeho postavení nehodilo, že má bláznivýho syna. Dělal jsem mu ostudu. Taky mě přehazoval z jednoho gymplu na druhý. Jednou dokonce jsem z Prahy dojížděl až do Rychnova. To ale hlavně, abych byl mimo drogy.*“ Dále pan Michal říká, že rodina k jeho nemoci, zejména k jeho manickým epizodám přistupovala, jako: „*... co nám to zas dělá. Už zase?!*“ Dodnes se s jeho nemocí nesmířili, matka v poslední době bere antidepresiva, pan Michal se domnívá, že z důvodu, že je ze všeho hotová, z otce a hlavně ze syna. Pan Michal je svobodný, v současné době 9 měsíců žije s přítelkyní, která má osmiletého syna z předešlého manželství, které dosud trvá.

#### **Osobní anamnéza**

Porod a těhotenství proběhlo normálně, neutrpěl žádný úraz. Ve škole byl vzorným žákem, učil se na jedničky, ale vzpomíná, že přesto se mu do školy špatně chodilo, říká, že:



*„ Ani jsem nevěděl proč, ale jako kdybych měl uvnitř obrovské balvan, když sem tam musel, jako, že něco musím nebo co, jestli to už tehdy nebyly deprese nebo co, Já ani nevím, proč jsem tam nechtěl. “*

Pan Michal si nevzpomíná na žádné problémy se spánkem, nočními můrami netrpěl, ani si není vědom nějakých rituálů, které by v dětství dodržoval.

Po základní škole studoval na gymnáziu. Po gymnáziu se pokusil o studium na pedagogické fakultě, ale dokončil jen jeden semestr. Poté vystřídal asi sedm zaměstnání.

Stav vyvolaný požitím LSD v jeho sedmnácti letech skončil jeho hospitalizací. Byla mu diagnostikována bipolární porucha. Od té doby byl hospitalizován více než desetkrát, Několikrát v Bohnicích, dále v Dobřanech, Havlíčkově Brodě a Pardubicích. Pan Michal říká, že ho tam vždycky v akutní mánii odvezli rodiče, vzpomíná, že jeho neklid ze začátku léčili plegomazinem, později však byla nasazena léčba zyprexou a lithiem. Nyní uvádí, že asi rok bere nový lék ABILIFY, který mu prý více vyhovuje, neboť po něm netloustne, jako po zyprexe.

Co se týče vztahů, uvádí velmi časté střídání partnerek, které, jak uvádí, měl jen kvůli sexu. I nyní, kdy žije se svou současnou partnerkou, má tendence se sexuálně vybíjet i jinde.

### **Současný stav**

Pan Michal je rok v plném invalidním důchodu, naposledy byl hospitalizován v srpnu 2012, kdy se zabarikádoval v bytě, který předtím zdemoloval. Zasahovala policie, byl odvezen do psychiatrické léčebny Bohnice, kde strávil měsíc. Na žádost svou a partnerky byl předčasně propuštěn.

Když jsme se zeptali na kreativní schopnosti pana Michala, uvedl literární a výtvarný talent, říká, že už v osmi letech mu byla uveřejněna básnička. Pamatuje si, že byla o rybách, což ho přivádí k přiznání, že je vášnivý rybář a říká, že ho rybaření uklidňuje.

Pan Michal na otázku, zda se mu po medikaci zhoršily kreativní schopnosti, odpovídá, že ano. Subjektivně toto zhoršení pociťuje jako velmi výrazné.

## 7. Kvantitativní výzkum

### 7.1. Cíl kvantitativního výzkumu a výzkumné hypotézy

Cílem doplňkového výzkumného šetření bylo zjistit u respondentů výskyt symptomů BAP v dětském věku, které mohly být zaměněny za poruchu ADHD a dále souvislost ztráty míry kreativity s následnou medikací. Byl realizován kvantitativní metodou s použitím techniky dotazníku anketového typu, který byl zpracován autorkou. Následující hypotézy vychází z výzkumných otázek z předešlého kvalitativního výzkumu:

**Hypotéza č. 1:** Předpokládáme, že u více jak poloviny respondentů se v dětském věku vyskytovaly minimálně tři symptomy BAP.

**Hypotéza č. 2:** Předpokládáme, že více jak polovina respondentů disponovali kreativními schopnostmi.

**Hypotéza č. 2:** Předpokládáme, že více jak polovině respondentů se vlivem medikace v rámci léčby BAP subjektivně zhoršily jejich kreativní schopnosti.

### 7.2. Metody a charakteristika výzkumného souboru

Výsledky kvantitativního<sup>19</sup> výzkumu můžeme na rozdíl od výzkumu kvalitativního nějakým způsobem změřit, například statistickými metodami. Skutečnost, kterou zkoumáme je totiž popisována pomocí proměnných, které můžeme převést na čísla. Tento výzkum vyžaduje oproti kvalitativnímu větší počet respondentů. V tomto typu výzkumu vycházíme z výchozích hypotéz, na jejichž základě vypracováváme otázky, které jsou respondentům pokládány nejčastěji formou dotazníku [61].

Návratnost dotazníku je ovlivňována mimo jiné jeho délkou, která by neměla přesáhnout 20 minut a jednoduchostí otázek, jejichž formulace by měla být pro respondenta jasná a smysluplná. Typy otázek mohou být otevřené a uzavřené. Otevřené otázky umožňují respondentům vyjádřit se vlastními slovy, nevybírají si tedy z různých variant odpovědí, jako je tomu v případě uzavřených otázek. Výhoda takto položených otázek je hlubší zamyšlení respondenta nad tématem a umožňují získat odpověď, která tvůrce dotazníku nemusela napadnout. Nevýhoda těchto otázek však spočívá v následném obtížném interpretování odpovědí, jejichž kvalita je také ovlivňována verbálními schopnostmi respondenta. Uzavřené otázky nabízejí několik možných variant odpovědí, jejichž výhodou je jejich jednoduché vyplnění a následně snadné zpracování odpovědí.

---

<sup>19</sup> Kvantitativní z lat. quantum, kolik?

Nevýhodou je naopak možnost jejich nahodilého vyplnění. Uzavřené otázky se dělí například na dichotomické, umožňující pouze kladnou nebo zápornou odpověď, trichotomické, které ještě kromě odpovědi ano, ne nabízejí variantu odpovědi nevim, dále výběrové, umožňující výběr jedné z nabízených alternativ nebo škálové otázky, kde respondent vyjadřuje svůj postoj k objektu na hodnotící škále výběrem ze stupnice [62].

My jsme si pro ověření hypotéz našeho výzkumu zvolili dotazník anketového typu, který doplňoval náš stěžejní kvalitativní výzkum. Důvodem pro zvolení dotazníku tohoto typu byl zejména malý počet respondentů. Zvolili jsme uzavřené otázky výběrového typu, kde je možnost výběru jedné z nabízených alternativ.

Dotazník zahrnoval celkem 16 uzavřených otázek. Uzavřené otázky na rozdíl od otevřených umožňují přesnější vyhodnocování odpovědí. 3 položky v dotazníku se týkaly demografie respondenta, zjišťující věk, pohlaví a vzdělání respondentů. 8 položek se týkalo výskytu symptomů BAP v dětském věku, 5 otázek bylo položeno respondentům ohledně jejich kreativity a případného zhoršení těchto schopností v důsledku medikace.

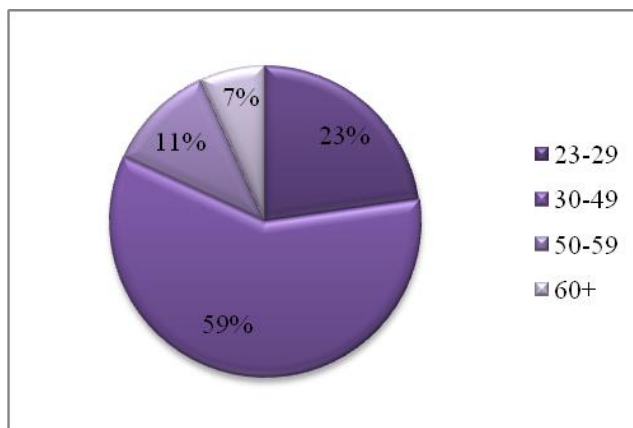
Anonymní doplňkové dotazníkové šetření bylo realizováno v psychiatrické léčebně v Havlíčkově Brodě, jež nám bylo umožněno ředitelem této léčebny MUDr. Jaromírem Maškem. Další dotazníky byly rozdány v Psychiatrickém centru v Praze 8, za laskavé pomoci MUDr. Fujákové. Dále byli osloveni ambulantní psychiatři, a to MUDr. Hudec z pražské psychiatrické ambulance a MUDr. Severová z psychiatrické ambulance v Lanškrouně. Sběr proběhl na doléčovacím primariátu v měsících dubnu a květnu 2012.

Výzkumný vzorek tvořilo 44 respondentů, z toho dotazník vyplnilo 8 respondentů (18,2%) z Psychiatrického centra V Praze, 32 (72,7%) respondentů z psychiatrické léčebny v Havlíčkově Brodě, 2 respondenti (4,6%) z psychiatrické ambulance v Praze a 2 respondenti (4,6%) z psychiatrické ambulance v Lanškrouně.

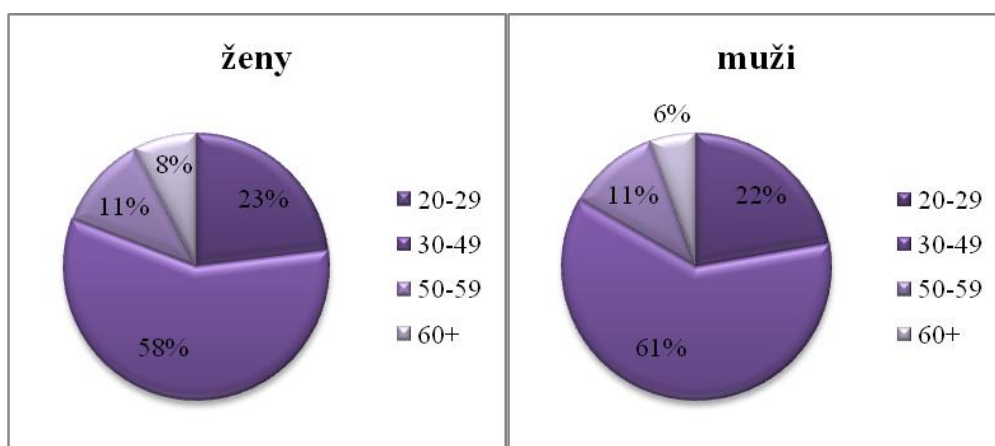
Z celkového počtu respondentů odpovědělo 18 mužů (tedy 41%) a 26 žen (59%) a to ve věku od 23 do 61 let věku. Průměrný věk výzkumného vzorku byl 41,5 let. Vzdělání, věkové a pohlavní zastoupení je uvedeno v tabulce č. 12 a grafech č 1, 2, 3, 4.

Tabulka 12. Věk respondentů						
	ženy	%	muži	%	celkem	%
23-29	6	23	4	22	10	23
30-49	15	58	11	61	26	59
50-59	3	11	2	11	5	11
60+	2	8	1	6	3	7
celkem	26	100	18	100	44	100

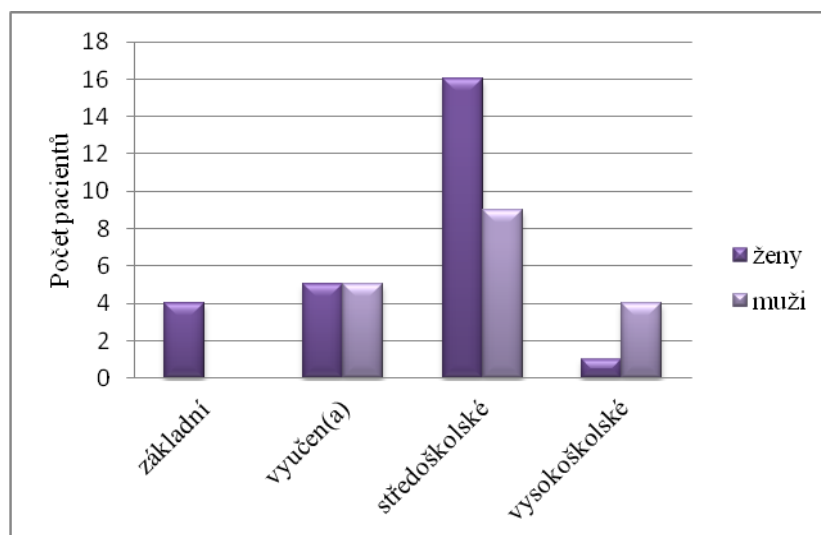
Graf č. 1 Věk respondentů – celkový vzorek v procentuálním vyjádření



Graf č. 2, č. 3 Věk respondentů – vzorek v procentuálním vyjádření dle pohlaví



Graf č. 4 Vzdělání respondentů



### 7.3. Analýza kvantitativního výzkumu – dotazníkové šetření

V následujících tabulkách uvedeme vyhodnocení jednotlivých otázek s grafy, ukazující průměrné hodnoty jednotlivých položek.

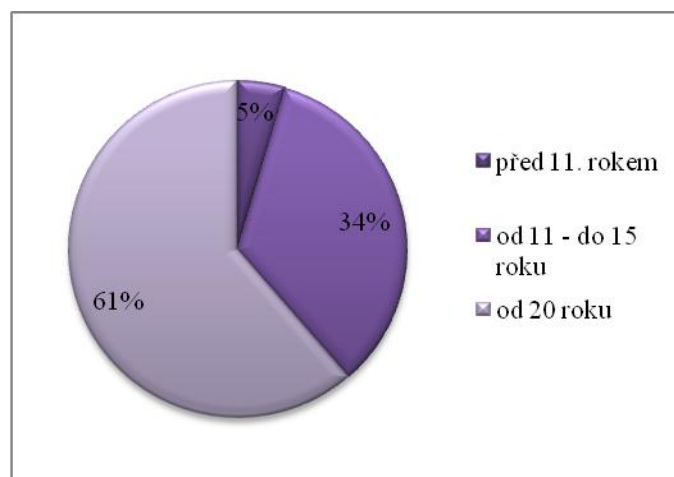
#### Otázky týkající se symptomů BAP v dětství:

Periodizace lidského života je u různých autorů pojmána odlišným způsobem, neboť mezi jednotlivými hranicemi mezi některými fázemi stojí neostrý vztah biologického a kalendářního věku. My jsme si pro náš účel vybrali periodizaci dle Riegerové, která vymezuje dětství na dvě části, a to první dětství 0 – 7 let a druhé dětství 7 – 14 let [63].

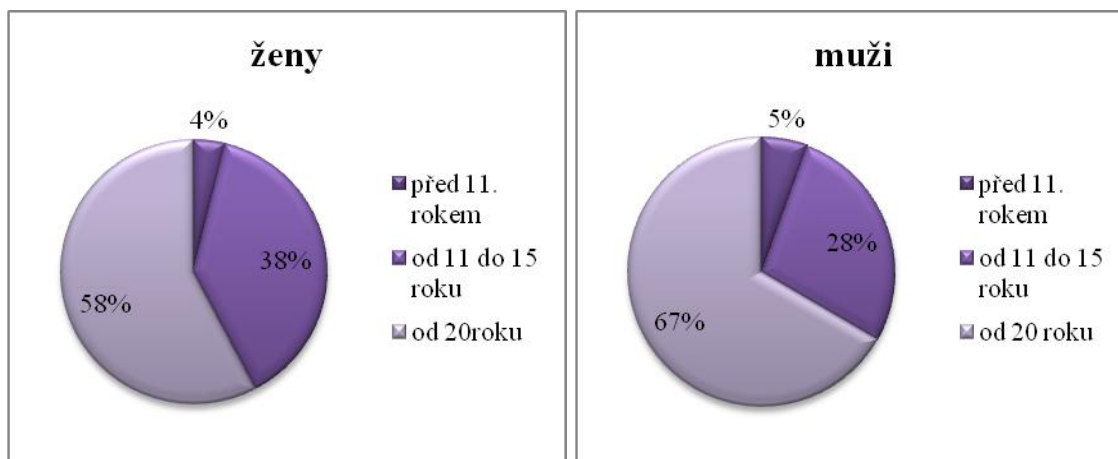
#### Otázka č. 4 Kdy se u Vás objevily příznaky bipolární poruchy (dále BP)?

Tabulka 13. První příznaky BP						
	ženy	%	muži	%	celkem	%
před 11. rokem	1	4	1	5	2	5
Od 11 do 15 roku	10	38	5	28	15	34
od 20. roku	15	58	12	67	27	61
celkem	26	100	18	100	44	100

Graf č. 5 První příznaky bipolární poruchy – celkový vzorek v procentuálním vyjádření



Grafy č. 6 a č. 7 První příznaky bipolární poruchy – procentuální vyjádření dle pohlaví

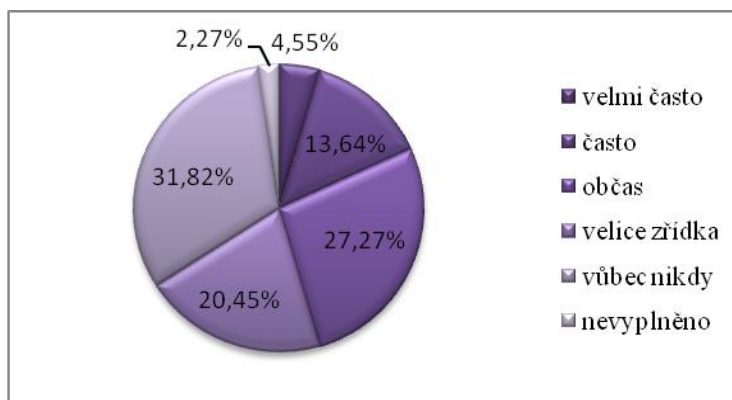


2 respondenti (5%), z celkového počtu žen 1 žena (4%) a celkového počtu mužů 1 muž (5%), uvedli, že pozorovali na sobě příznaky již před 11. rokem věku. Kolem 11 až 15 roku, uvedlo první příznaky bipolární poruchy 15 (34%) respondentů, z celkového počtu žen to bylo 10 žen (38%) a celkového počtu mužů to bylo 5 mužů (28%), 27 respondentů (61%) odpovědělo, že první příznaky bipolární poruchy se u nich objevily až v dospělosti, z celkového počtu žen to bylo 15 žen (58%) a celkového počtu mužů to bylo 12 mužů (67%).

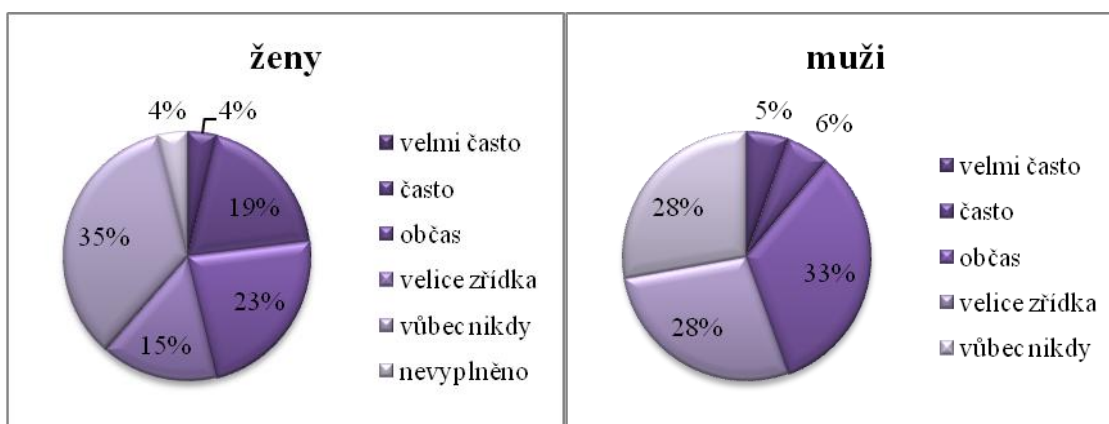
#### Otázka č. 5 Měl (a) jste v dětství potíže se spánkem?

Tabulka 14. Potíže se spánkem dle pohlaví						
	ženy	%	muži	%	celkem	%
velmi často	1	4	1	5	2	5
často	5	16	1	6	6	14
občas	6	28	6	33	12	27
velice zřídka	4	16	5	28	9	20
vůbec nikdy	9	36	5	28	14	32
nevyplněno	1	0	0	0	1	2
celkem	25	100	18	100	44	100

Graf č. 8 Potíže se spánkem – celkový vzorek v procentuálním vyjádření



Grafy č. 9 a č. 10 Potíže se spánkem – procentuální vyjádření dle pohlaví



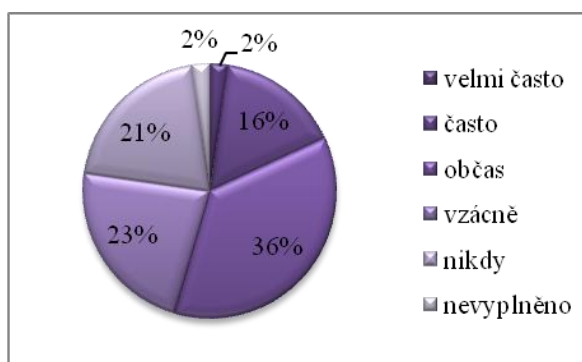
Tabulka č. 15 Potíže se spánkem - souhrn		
ano	29	67%
ne	14	33%
celkem	43	100%

Velmi časté potíže se spánkem uvedli 2 pacienti (5%), z celkového počtu mužů to byl 1 muž (5%) a z celkového počtu žen to byla 1 žena (4%), časté potíže se spánkem uvedlo 6 respondentů (12%), z celkového počtu žen to byly 4 ženy (16%) a z celkového počtu mužů to byl 1 muž (6%), občasné potíže uvedlo 12 respondentů (30%), z celkového počtu žen to bylo 7 žen (28%) a z celkového počtu mužů to bylo 6 mužů (33%), velmi zřídka se spánkem mělo problémy 9 respondentů (21%), z celkového počtu žen to byly 4 ženy (16%) a z celkového počtu mužů to bylo 5 mužů (28%), a žádné potíže se spánkem v dětství nemělo 14 respondentů (32%), z celkového počtu žen to byl 9 žen (36%) a z celkového počtu mužů to bylo 5 mužů (28%). Potíže se spánkem tedy uvedlo 29 respondentů (67%), nikdy žádné potíže se spánkem nemělo 14 z celkového počtu respondentů (33%).

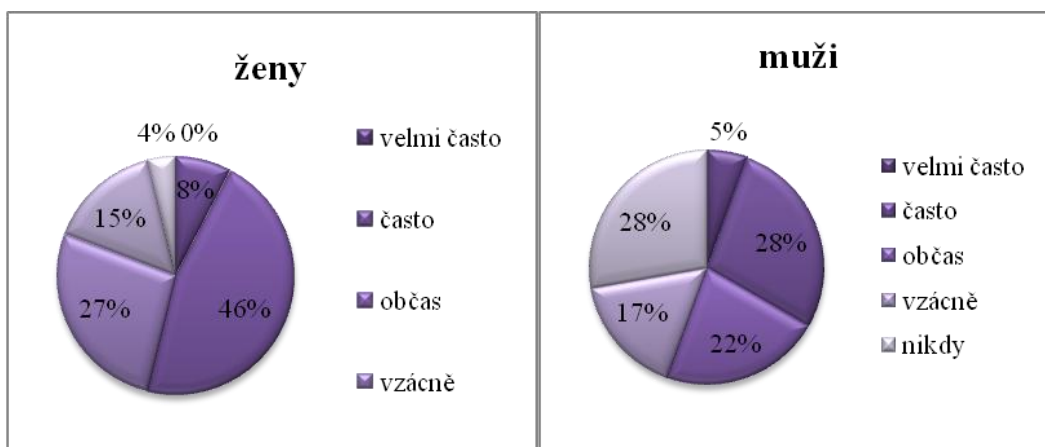
**Otázka č. 6** Trpěl jste v dětství nočními můrami?

Tabulka 16. Noční můry						
	ženy	%	muži	%	celkem	%
velmi často	0	0	1	5	1	2
často	2	8	5	28	7	16
občas	12	46	4	22	16	36
vzácně	7	27	3	17	10	23
nikdy	4	15	5	28	9	21
nevyplněno	1	4	0	0	1	2
celkem	26	100	18	100	44	100

Graf č. 11. Noční můry – celkový vzorek v procentuálním vyjádření



Grafy č 12 a č. 13 Noční můry – procentuální vyjádření dle pohlaví



Tabulka č 17 Noční můry		
ano	34	79%
ne	9	21%
celkem	43	100%

K velmi častému výskytu nočních můr se přiznal 1 respondent (2%), časté potíže s nočními můrami uvedlo 7 respondentů (16%), z toho 2 ženy (8% z celkového počtu žen)

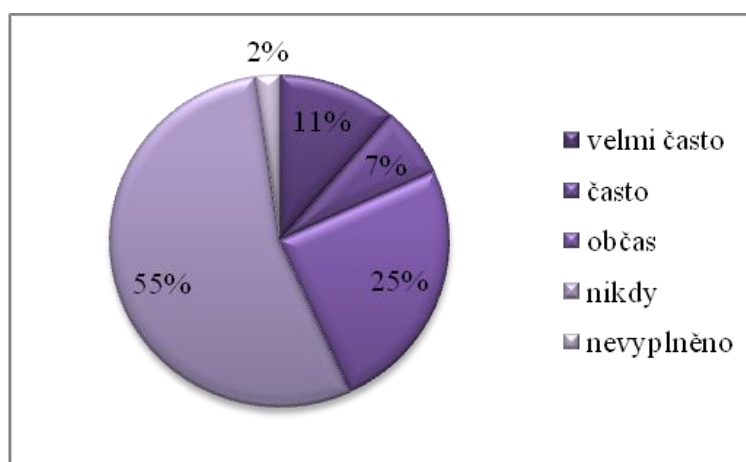


a 5 mužů (28% z celkového počtu mužů), občasnými nočními můrami trpělo celkem 16 respondentů (36%), z toho 12 žen (46% z celkového počtu žen) a 4 muži (22% z celkového počtu mužů), vzácně mělo problémy s noční můrou 10 respondentů (23%), z toho 7 žen (27% z celkového počtu žen) a 3 muži (17% z celkového počtu mužů), nikdy neměly noční můry 9 respondentů (21%), z toho 4 ženy (15% z celkového počtu žen) a 5 mužů (28% z celkového počtu mužů). Tuto otázku nezodpověděla jedna žena. Bez ohledu na frekvenci výskytu nočních můr uvedlo výskyt nočních můr 34 respondentů (39%) a 9 respondentů (21%) nemělo nikdy žádnou noční můru.

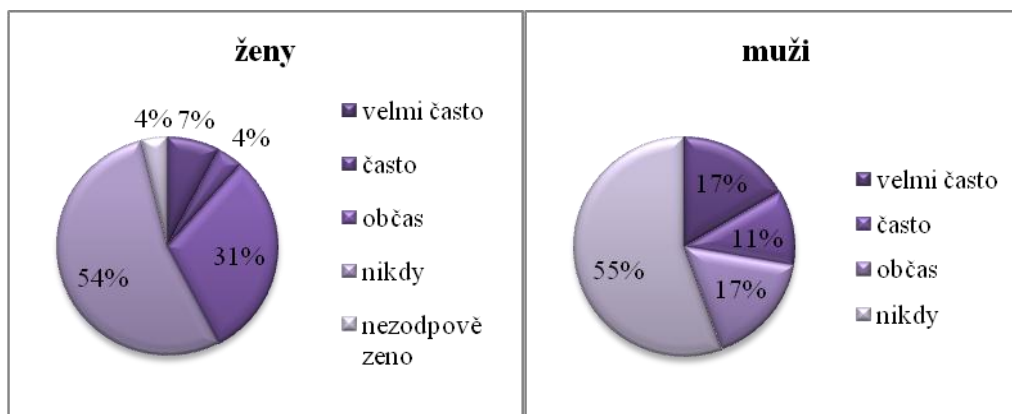
**Otázka č. 7** Dodržoval(a) jste v dětství určité rituály spojené s počítáním, opakováním slov, urovnáváním věcí....

Tabulka 18. Rituály						
	ženy	%	muži	%	celkem	%
velmi často	2	7	3	17	5	11
často	1	4	2	11	3	7
občas	8	31	3	17	11	25
nikdy	14	54	10	55	24	55
nevyplněno	1	4	0	0	1	2
celkem	26	100	18	100	44	100

Graf č. 14 Dodržování rituálů



Grafy č. 15 a č. 16 Rituály – procentuální vyjádření dle pohlaví



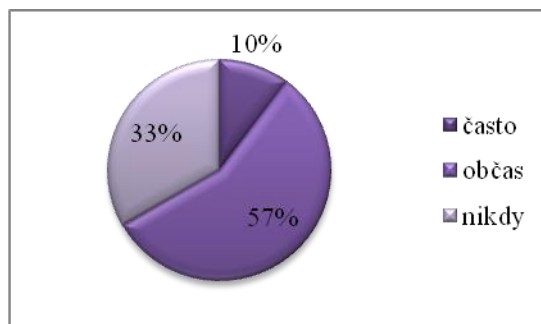
Tabulka č.19 Rituály- shrnutí		
ano	19	44%
ne	24	56%
celkem	43	100%

Velmi časté dodržování rituálů uvedlo 5 respondentů (11%), z toho 2 ženy (7% z celkového počtu žen) a 3 muži (17% z celkového počtu mužů), časté dodržování rituálů uvedli celkem 3 respondenti (7%), z toho 1 žena (4% z celkového počtu žen) a 2 muži (11% z celkového počtu mužů) občasné dodržování rituálů v dětství uvedlo celkem 11 respondentů (25%), z toho 8 žen (31% z celkového počtu žen) a 3 muži (17% z celkového počtu mužů) z toho nikdy žádné rituály nedodržovalo celkem 24 respondentů (55%), z toho 14 žen (54% z celkového počtu žen) a 10 mužů (55% z celkového počtu mužů). Jedna žena (4%) otázku nezodpověděla. Bez ohledu na frekvenci výskytu rituálů v dětství přiznalo ritualizované chování celkem 19 respondentů (44%), žádné rituály nedodržovalo celkem 24 respondentů (56%).

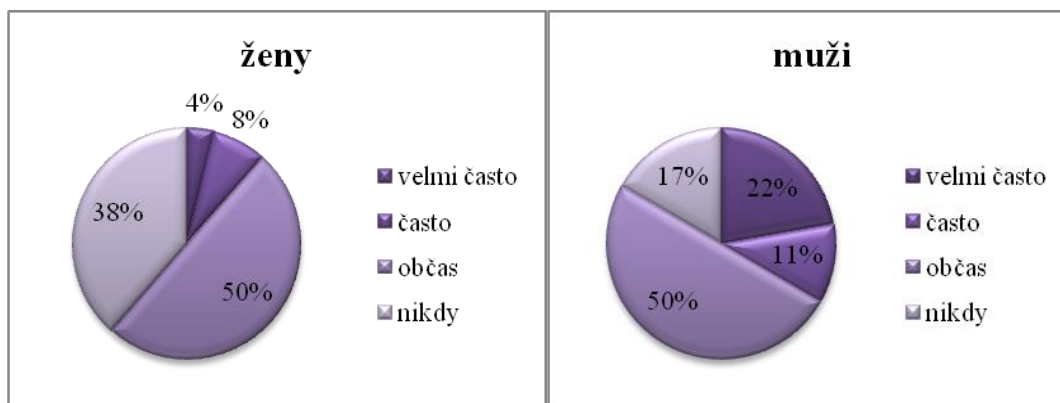
#### Otázka č 8 Měl(a) jste ve škole potíže s kázní?

Tabulka 20. Potíže s kázní						
	ženy	%	muži	%	celkem	%
velmi často	1	4	4	22	5	10
často	2	8	2	11	4	7
občas	13	50	9	50	22	25
nikdy	10	38	3	17	13	55
celkem	26	100	18	100	44	100

Graf č. 17. Potíže s kázní - procentuální vyjádření celkového vzorku



Grafy č. 18 a č. 19 Potíže s kázní – procentuální vyjádření dle pohlaví



Tabulka 21 .Potíže s kázní - souhrn		
ano	31	70%
ne	13	30%
celkem	44	100%

Velmi časté potíže s kázní vykazovalo celkem 5 respondentů (10%), z toho 1 žena (4% z celkového počtu žen) a 4 muži (26% z celkového počtu mužů), časté potíže s kázní měli v dětství 4 respondenti (7%), z toho 2 ženy (8% z celkového počtu žen) a 2 muži (11% z celkového počtu mužů), občas mělo potíže s kázní celkem 22 respondentů (25%), z toho 13 žen (50% z celkového počtu žen) a 9 mužů (50% z celkového počtu mužů). Žádné potíže s kázní uvedlo celkem 13 respondentů, z toho 10 žen (38% z celkového počtu respondentů) a 3 muži (17% z celkového počtu mužů). Bez ohledu na frekvenci celkem 31 respondentů (70%) vykazovalo kázeňské potíže ve škole a nikdy žádné uvedlo nemělo 13 respondentů (30%).

Tabulka č. 22 uvádí přehled jednotlivých symptomů BAPDD v dětství a výskyt těchto symptomů u respondentů. Do tabulky jsme zaznamenaly pouze ty respondenty, u kterých se symptomy objevovaly „velmi často a často“. Komparujeme tento výsledek s respondenty, kteří výskyt těchto symptomů negují. Respondenty, u kterých se symptomy objevovaly „občas“ jsme zde nezařazovali, a to z několika důvodů, „občas“ nebylo blíže specifikováno, tyto symptomy by mohly být příčinou jiných problémů a v některých případech i přirozenou součástí ontogenetického vývoje dítěte.

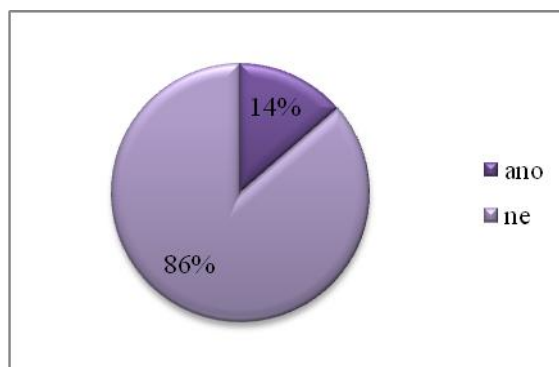
pohlaví	Spánkové potíže		Noční můry		Rituály		Potíže s kázní	
	často	vůbec	často	vůbec	často	vůbec	často	vůbec
ženy	6	10	2	19	3	8	3	13
muži	2	11	6	7	5	3	6	9
celkem	8	21	8	26	8	11	9	22
%	18	48	18	59	18	25	20	50

Zjistili jsme, že 18 % (8) z celkového počtu 44 respondentů mělo v dětství spánkové obtíže často či velmi často, u 48% (21) se tyto potíže nevyskytovaly. U 18% (8) z celkového počtu 44 respondentů mělo v dětství noční můry velmi často a často, u 59 % (26) z celkového počtu respondentů se nevyskytovaly vůbec. Časté a velmi časté dodržování rituálů uvedlo 18% (8) z celkového počtu 44 respondentů. Nikdy žádné potíže s rituálním chováním nemělo 25% (11) z celkového počtu 44 respondentů. U 20% (9) respondentů z celkového počtu respondentů se vyskytovaly časté a velmi časté kázeňské potíže, nikdy žádné potíže tohoto typu uvedlo 50% (22) respondentů.

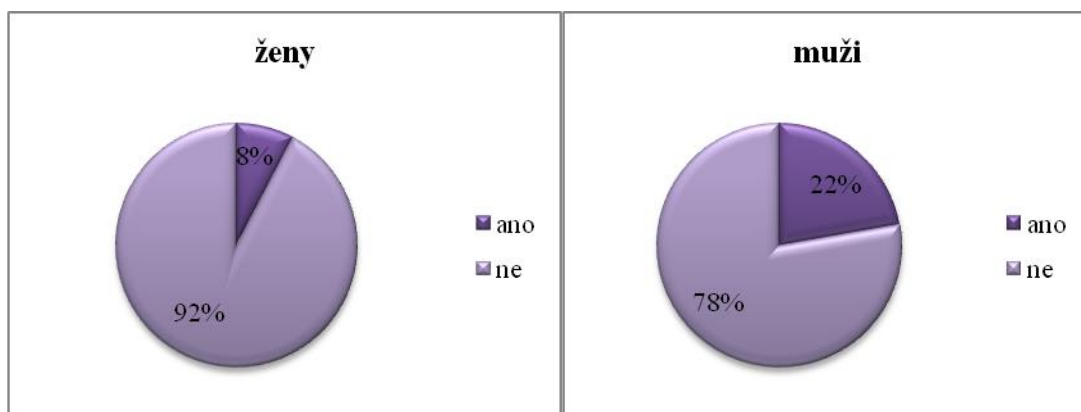
**Otázka č. 9** Navštívil(a) jste na základě potíží ve škole pedagogicko-psychologickou poradnu?

	ženy	%	muži	%	celkem	%
ano	2	8	4	22	6	14
ne	24	92	14	78	38	86
celkem	26	100	18	100	22	100

Graf č. 20 Návštěva PPP na základě potíží ve škole – procentuální vyjádření celkového vzorku



Grafy č. 21 a č. 22 Návštěva PPP na základě potíží ve škole – procentuální vyjádření dle pohlaví

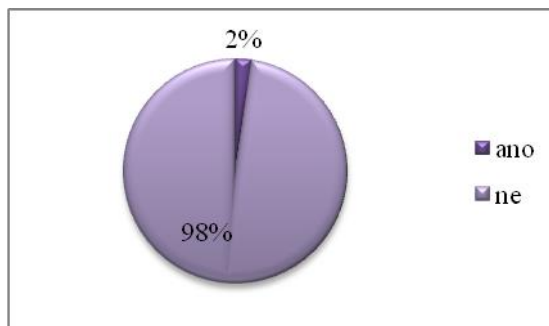


Na základě potíží ve škole navštívilo PPP 6 respondentů (14%), z celkového počtu žen to byly 2 ženy (8%), z celkového počtu mužů 4 (22%).

**Otázka č. 10** Byla Vám ADHD v dětství diagnostikována?

Tabulka 24. Stanovení diagnózy ADHD						
	ženy	%	muži	%	celkem	%
ano	1	4	0	0	1	2
ne	25	96	18	100	43	98
celkem	26	100	18	100	44	100

Graf č. 23 Stanovení diagnózy na ADHD a její následná medikace – procentuální vyjádření



Na otázku č. 11 odpověděla 1 žena (2%) z celkového počtu respondentů kladně. Ani jednomu muži nebyla v dětství diagnostikována porucha ADHD.

**Otázka č. 11** Užíval(a) jste léky předepsané pro léčbu ADHD?

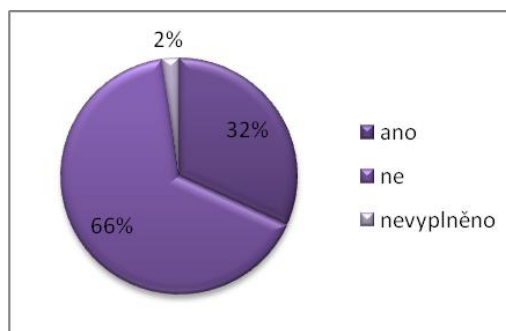
Odpovědi na tuto otázku nebyly graficky a tabelárně zpracovány, jelikož pouze jeden respondent- žena uvedla, že byla v dětství farmakologicky léčena pro diagnostikovanou poruchu ADHD.

**Otázky související s kreativitou:**

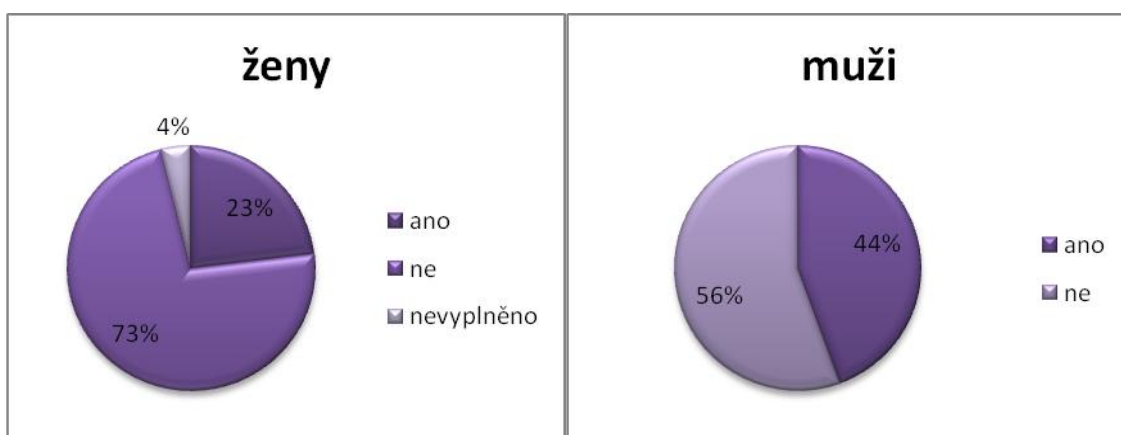
**Otázka č. 12** Je /bylo Vaše zaměstnání z oblasti tvůrčí profese? (kromě umělecké myšlena i profese vědecká nebo manažerská)

Tabulka 25. Tvůrčí profese						
	ženy	%	muži	%	celkem	%
ano	6	23	8	44	14	32
ne	19	73	10	56	29	66
nevyplněno	1	4	0	0	1	2
celkem	26	100	18	100	44	100

Graf č. 24 Výskyt tvůrčí profese mezi respondenty – procentuální vyjádření



Grafy č. 25 a č. 26 Výskyt tvůrčí profese – procentuální vyjádření dle pohlaví

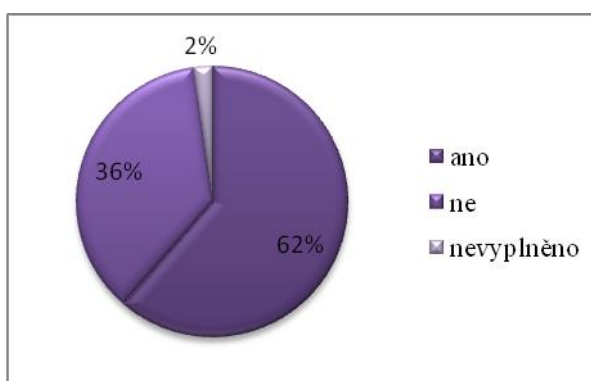


Tvůrčí zaměstnání uvedlo celkem 14 respondentů (32%), z toho 6 žen (23% z celkového počtu žen) a 8 mužů (44% z celkového počtu mužů). 29 respondentů (66%) nemělo tvůrčí profesi, z toho 19 žen (73% z celkového počtu žen) a 10 mužů (56% z celkového počtu mužů).

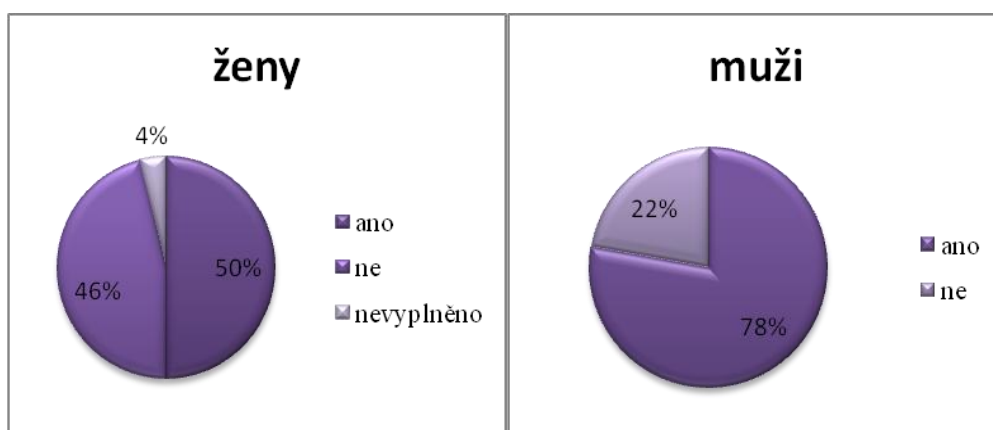
**Otázka č. 13** Odpovězte, zda sám sebe považujete za kreativního nebo umělecky založeného člověka?

Tabulka 26. Kreativní schopnosti						
	ženy	%	muži	%	celkem	%
ano	13	50	14	78	27	62
ne	12	46	4	22	16	36
nevyplněno	1	4	0	0	1	2
celkem	26	100	18	100	44	100

Graf č. 27 Procentuální vyjádření výskytu kreativních schopností v celkovém vzorku



Grafy č 28 a č. 29 Kreativní schopnosti – procentuální vyjádření dle pohlaví



Podle subjektivního přesvědčení určitou kreativitu přiznalo celkem 27 respondentů (62%), z toho 13 žen (50% z celkového počtu žen) a 14 mužů (78% z celkového počtu mužů). Žádnou z kreativních schopností nedisponovalo podle subjektivního přesvědčení 16 respondentů (36%), z toho 12 žen (46% z celkového počtu žen) a 4 muži (22% z celkového počtu mužů). Jedna žena na otázku neodpověděla (4% z celkového počtu žen).

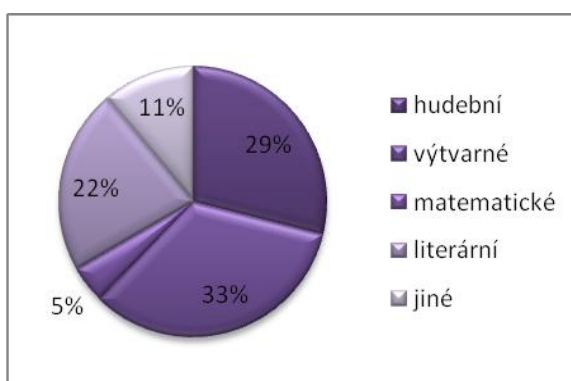
**Otázka č. 14** V případě kladné odpovědi na předchozí otázku odpovězte, jakých schopností se týká vaše kreativita

- Hudebních
- Výtvarných
- Matematických
- Literárních
- Jiných (uveďte jakých)

	ženy	%	muži	%	celkem	%
hudební	7	27	6	33	13	29
výtvarné	9	35	6	33	15	33
matematické	1	4	1	5,5	2	5
literární	4	15	6	33	10	22
jiné	0	0	5	28	5	11



Graf č. 30 Typy kreativních schopností u respondentů

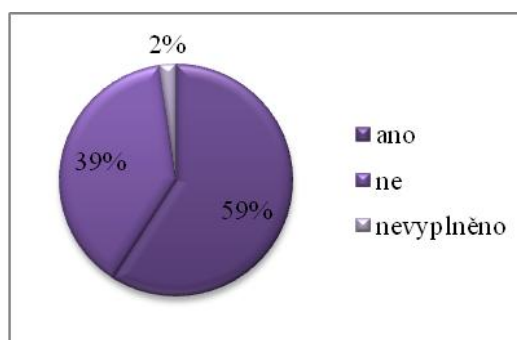


Zjistili jsme, že kreativní schopnosti mezi respondenty byly nejčastější v oblasti výtvarné, kdy se k tomuto typu kreativity přiznalo 33% (15) z celkového počtu respondentů, dále to byly hudební schopnosti, a to celkem u 29% (13) z celkového počtu respondentů. Literární schopnosti uvedlo 22% (10) z celkového počtu respondentů. K matematickým schopnostem se přiznalo 5% (2) z celkového počtu respondentů a jiný typ kreativních schopností uvedlo 11% (5) z celkového počtu respondentů. Někteří respondenti uváděli nejenom jednu kreativní schopnost, ale uváděli dvě i tři.

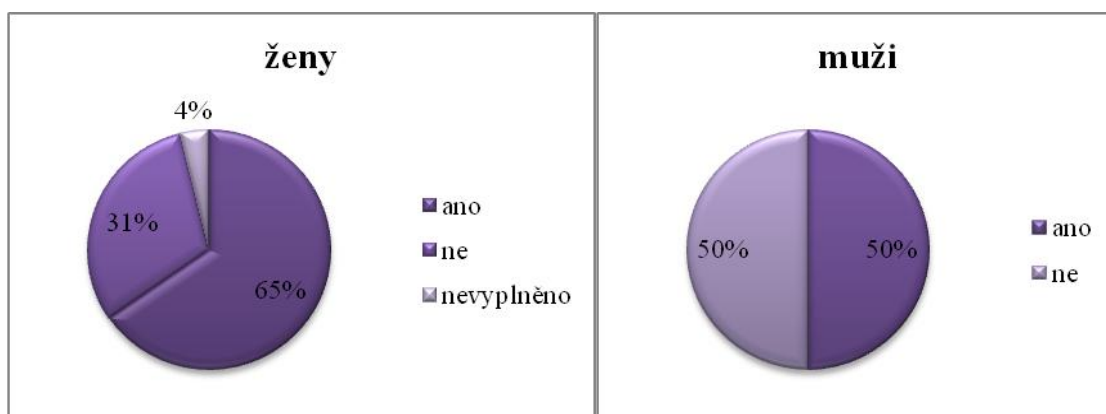
**Otázka č. 15** Zhoršily se Vaše tvůrčí schopnosti po té, kdy jste se začal léčit s BP a užívat léky?

	ženy	%	muži	%	celkem	%
ano	17	65	9	50	26	59
ne	8	31	9	50	17	39
nevyplněno	1	4	0	0	1	2
celkem	26	100	18	100	44	100

Graf č. 31 Zhoršení kreativních schopností – procentuální vyjádření celkového vzorku



Grafy č. 32 a č. 33 Procentuální vyjádření zhoršení kreativních schopností dle pohlaví



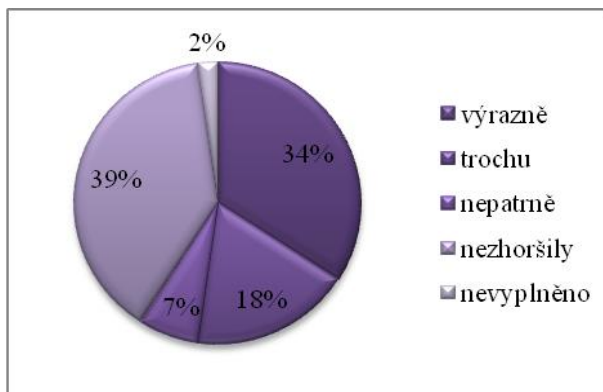
Na tuto otázku odpovědělo 59% (26) z celkového počtu respondentů kladně, negovalo ji 39% (17) z celkového počtu respondentů. Z celkového počtu 26 žen subjektivně pocíťovalo zhoršení kreativních schopností 65% (17) z celkového počtu respondentek, z celkového počtu 18 mužů, pocíťovalo subjektivně zhoršení svých kreativních schopností polovina z celkového počtu respondentů mužského pohlaví.

**Otázka č. 16** Jak se vaše kreativní schopnosti zhoršily?

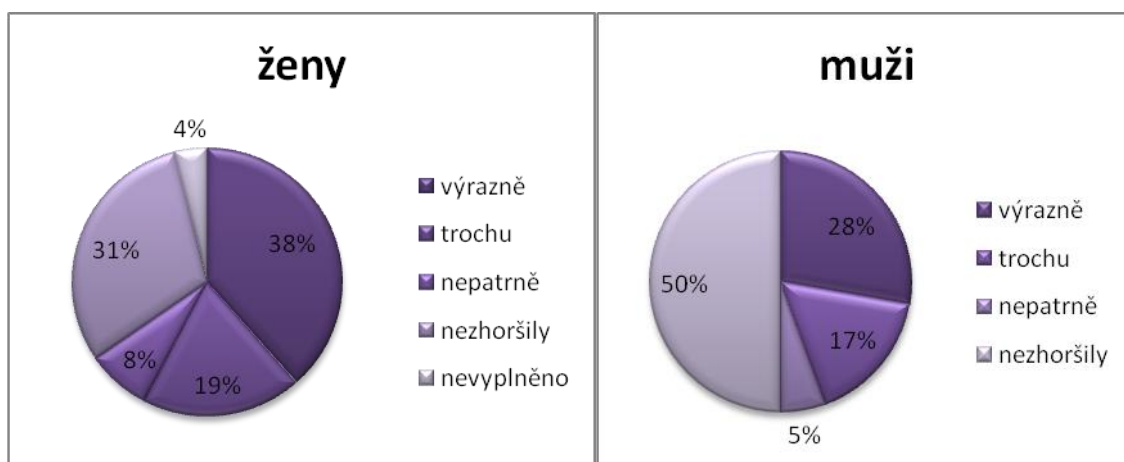
Tabulka 29. Míra subjektivního zhoršení kreativních schopností						
	ženy	%	muži	%	celkem	%
výrazně	10	38	5	28	15	34
trochu	5	19	3	17	8	18
nepatrně	2	8	1	5	3	7
nezhoršily	8	31	9	50	17	39
nevyplněno	1	4	0	0	1	2
celkem	26	100	18	100	44	100

Výrazné zhoršení svých kreativních schopností uvádělo 34% (15) z celkového počtu respondentů, z celkového počtu 26 žen to bylo 38% (10) respondentek, z celkového počtu 18 mužů výrazné zhoršení uvedlo 28% (5) respondentů. Zhoršení kreativních schopností o trochu uvedlo 18% (8) z celkového počtu respondentů, z celkového počtu žen uvedlo zhoršení o trochu 19% (5) respondentek, z celkového počtu mužů uvedlo subjektivní zhoršení kreativních schopností o trochu 17% (3) respondentů. Nepatrné zhoršení pocíťovalo z celkového počtu 44 respondentů 7% (3), z toho 2 ženy a 1 muž. Zhoršení svých kreativních schopností negovalo 39% (17) z celkového počtu respondentů.

Graf č. 34 Zhoršení kreativních schopností – celkový vzorek – procentuální vyjádření



Graf č. 35 a č. 36 Zhoršení kreativních schopností – procentuální vyjádření dle pohlaví



## 7.4. K platnosti hypotéz

V rámci našeho výzkumu jsme si v kongruenci s cílem stanovili tři hypotézy, k jejich platnosti se nyní vyjádříme.

**Hypotéza č. 1:** Předpokládáme, že u více jak poloviny respondentů se vyskytovaly minimálně tři symptomy BAP už v dětství.

Na základě získaných výsledků můžeme konstatovat (viz. tab. č. 22), že:

- ✓ 8 (18%) respondentů z celkového vzorku měli časté potíže se spánkem, 21 (48%) respondentů nemělo potíže se spánkem žádné.
- ✓ 8 (18%) respondentů mělo v dětství časté noční můry, 26 (59%) nemělo žádné noční můry.

- ✓ 8 (18%) respondentů často v dětství dodržovalo rituály, 11 (25%) vůbec rituály nedodržovalo.
- ✓ 9 (20%) respondentů uvedlo časté potíže s kázní, z toho 6 respondentů, tedy 14 % z celkového počtu respondentů, na základě těchto potíží navštívilo pedagogicko-psychologickou poradnu. 22 (50%) respondentů nemělo vůbec žádné potíže s kázní v jejich dětském věku.

Z těchto odpovědí vyplývá, že u 18 až 20% (8-9) respondentů se v dětství vyskytovaly všechny uvedené symptomy. Jelikož ale počet respondentů nedosahuje předpokládaných 50%, hypotézu **H1 nepřijímáme**.

**Hypotéza č. 2:** Předpokládáme, že více jak polovina respondentů disponovala kreativními schopnostmi.

Na základě získaných výsledků můžeme konstatovat (viz. tab. 26), že:

- ✓ 27 (62%) z celkového počtu 44 našich respondentů disponovalo kreativními schopnostmi, 16 (36%) respondentů se nepovažovalo za kreativního nebo umělecky založeného člověka.

Z odpovědí na tuto naši otázku můžeme konstatovat, že více jak polovina respondentů disponovala kreativními schopnostmi, což tedy znamená, že hypotézu **H2 přijímáme**.

**Hypotéza č. 3:** Předpokládáme, že více jak polovině respondentů se vlivem medikace v rámci léčby BAP subjektivně zhoršily jejich kreativní schopnosti.

Na základě získaných výsledků můžeme konstatovat (viz. tab. 28), že:

- ✓ 26 (57%) z celkového počtu 44 respondentů pocíťovalo vlivem medikace subjektivní zhoršení svých kreativních schopností, 17 (41%) nepocíťovalo subjektivně žádné zhoršení svých kreativních schopností vlivem medikace pro bipolární poruchu.

Z odpovědí na tuto naši otázku můžeme konstatovat, že více jak polovina respondentů po medikaci pro bipolární poruchu uvedlo subjektivní pocit zhoršení svých kreativních schopností, což tedy znamená, že hypotézu **H3 přijímáme**.

## 8. Diskuze

O bipolární poruše se tvrdilo, že její nástup spadá do období rané dospělosti, dokonce převažovalo tvrzení o nepřítomnosti této poruchy před tímto obdobím, ale naštěstí je tento názor překonán řadou výzkumů, které dokázaly přítomnost symptomů nastupující bipolární poruchy i v dětském věku. Vzдорovité provokativní chování, vznětlivost, záchvaty vzteku a náhlé výkyvy nálady, které provází bipolární poruchu, výrazně znesnadňují žákovu fungování ve škole a i jeho vztahy s vrstevníky. Učitel by měl být schopen větším povědomím o této chorobě zamezit nesprávnému interpretování těchto potíží, aby mohl zabránit jejich prohlubování.

V našem výzkumu jsme si stanovili za cíl zjistit, zda se symptomy bipolární poruchy u našich respondentů vyskytovaly v dětském věku, dále jsme si stanovili otázku, zda disponovali kreativními schopnostmi a zda u nich nedošlo k subjektivnímu pocitu ztráty těchto schopností vlivem medikace.

Co se týká přítomnosti symptomů bipolární poruchy v dětství, v rámci kvalitativního výzkumu se u našich respondentů objevily tyto:

- ✓ Ve dvou případech se vyskytla v dětství nadměrná upovídanost.
- ✓ Dva respondenti vykazovali problémy ve škole díky nesoustředěnosti, oba měli díky tomu konflikt s učitelkami na 1. stupni ZŠ, u obou tento konflikt vyvolal trauma. Trauma vyvolalo změnu v chování u pana Richarda, stal se po incidentu s učitelkou „zlobivějším“
- ✓ Potíže se spánkem se objevovaly u pana Richarda. U něj se v dětství objevují časté noční můry. Paní Vladka uvádí jen vzácný výskyt nočních děsů. Pan Michal potíže se spánkem neguje, nevzpomíná si, že by měl v dětství noční můry.
- ✓ U dvou našich respondentů se vyskytl sklon k předvádění se.
- ✓ Všichni tři respondenti uvádějí experimentování s drogami. Pan Richard přiznává abúzus alkoholu, paní Vladka přiznává kouření marihuany. U pana Michala je diagnostikována duální diagnóza.

V rámci doplňkového kvantitativního výzkumu metodou dotazníkového šetření jsme zjistily, že:

- ✓ jen 1 (2%) respondent byl v dětství diagnostikován na poruchu ADHD.

- ✓ První příznaky bipolární poruchy před pubertou na sobě pozorovali 2 (5%) respondenti. Kolem puberty celkem 15 (34%) a v dospělosti 27 (61%) z celkového počtu respondentů.
- ✓ Časté potíže se spánkem uvedlo 8 (18%) respondentů, vůbec žádné potíže nemělo v dětství 14 (32%) respondentů.
- ✓ Častými nočními můrami trpělo 8 (21%) respondentů, nikdy žádnými nočními můrami netrpělo 26 (59%) respondentů.
- ✓ Rituály v dětství dodržovalo často 8 (18%) respondentů, vůbec nikdy 11 (25%) respondentů.
- ✓ Časté potíže s kázní vykazovalo 9 (22%) respondentů, nikdy žádné potíže s kázní nemělo 22 (50%) respondentů.

Tímto jsme naplnili cíl, který jsme si stanovili v rámci doplňkového dotazníkového šetření a můžeme konstatovat:

- ✓ U 8 (18 %) respondentů se vyskytovaly v dětství, jako jsou spánkové potíže, noční můry a dodržování rituálů, které mohly být příznakem rozvíjející se bipolární poruchy
- ✓ U 9 (20%) respondentů se vyskytovaly časté kázeňské potíže, které mohly být příznakem rozvíjející se bipolární poruchy a které mohly být také zaměněny za příznaky ADHD

Dřívější výzkumy opravdu dokázaly, že mezi umělci je větší procento lidí, trpících BAP, ale tyto výzkumy nám neodhalily pravou podstatu problému a to tu, zda opravdu každý kreativní člověk může za určité konstelace vnějších podmínek touto nemocí onemocnět. Co je vlastně příčinou a co důsledkem? Jsou snad tvůrčí schopnosti osobnosti determinovány duševním onemocněním, v tomto případě bipolární poruchou, nebo tvůrčí duch dává podnět ke vzniku tohoto onemocnění? To potom všichni tvůrčí lidé nosí v sobě potenciální nebezpečí propuknutí nemoci? Kauzální vztah se ale nemůže chápat jako jen vztah jedné příčiny s jedním důsledkem. Zda jeden z obou jevů je příčina a druhý jeho důsledek, nebo jsou oba účinkem jiného jevu, jako společné příčiny, může dokázat jedině další výzkum. *Jednosměrné kauzální působení je jen jedním momentem složitého vzájemného působení. Různé příčiny a jejich kombinace mohou vést ke stejnému účinku. Táž příčina ve spojení s různými podmínkami může vést k různým účinkům* [64, s. 34].

Náš výzkum v oblasti spojitosti BAP s kreativitou nás o tomto spojení utvrdil. V rámci doplňkového dotazníkového šetření jsme zjistili, že:

- ✓ 14 (32%) respondentů se zabývalo některou z tvůrčích profesí
- ✓ 27 (62%) respondentů se považovalo za kreativní nebo umělecky založené
- ✓ 26 (59%) respondentů pociťovalo subjektivní zhoršení svých kreativních schopností, z nichž 15(34%) respondentů uvedlo toto zhoršení jako výrazné.

Cíl, který jsme si v rámci kvantitativního výzkumu metodou doplňkového dotazníkového šetření stanovili, byl naplněn následovně:

Zjistili jsme, že:

- ✓ více než polovina respondentů disponovala kreativními schopnostmi
- ✓ více než polovina respondentů uvedla subjektivní pocit ztráty těchto svých schopností.

Již na začátku jsme uvedli, že pro náš výzkum je nejvhodnější použít typ výzkumu smíšeného. Jeden ze dvou typů výzkumu totiž kompenzuje nedostatky toho druhého. Po skončení našeho výzkumu naši volbu musíme potvrdit jako volbu správnou. Musíme konstatovat, že u každého respondenta, u kterého jsme provedli dotazníkové šetření, by měl být proveden i kvalitativní výzkum a ohledně zjišťování kreativních schopností bychom pro příště zvolili i některý druh ze standardizovaných testů.

Odpověď na otázku, zda se cítí být respondenti kreativními, 8 respondentů odpovědělo, že ne, ale 7 z těchto osmi respondentů uvedlo výrazné zhoršení kreativních schopností a u jednoho se zhoršily mírně. Tato odpověď mohla být ovlivněna momentálním duševním stavem těchto respondentů a stálo by za zvážení jejich následný kvalitativní výzkum. Je nutné podotknout, že příčinou těchto odpovědí mohla být buď skromnost, nebo malé sebevědomí těchto respondentů. Z tohoto důvodu navrhuje doplnit výzkum kvantitativní kvalitativním. Navrhujeme příště provést i test tvořivosti.

Subjektivní pocit ztráty kreativních schopností vlivem medikace se vyskytl i u všech našich respondentů v rámci případových studií. Všichni tři uvedli jejich výrazné zhoršení. Pan Richard se své tvorby vzdal, bere pravidelně léky, tvrdí, že kvůli své rodině. Naproti tomu paní Vladka pociťuje ztrátu svých kreativních schopností po medikaci velice nepříjemně, a proto hledá jiné, alternativní způsoby léčby, které by v ní tento pocit nevyvolávaly.

Obavy paní Vladky ze ztráty svých kreativních schopností v nás vyvolává otázku, zda jsme jen otroci chemických procesů, které se dějí v našich mozcích. Jaký je vlastně

rozdíl například mezi zamilovaností a kreativitou? Vše přece řídí chemie. Tvůrčí lidé s bipolární poruchou jsou v podstatě otroci svých mozků a my, “nezatížení“ říkáme, že jsou nemocní a léčíme je. Léčíme snad zamilované? Podává někdo zamilovaným prášky proti zamilovanosti? Bereme snad lidem jejich pud, i když právě kvůli lásce jsou lidé schopni i zla? Je pravda, že na rozdíl od mánie, která se zdá pro člověka bezcenná, nám zamilovanost pomáhá rozmnožit náš genetický kód. Je to náš základní pud. To nám potvrzuje již svým tvrzením Vondráček, „...že příroda chemicky podporuje množení druhu...“, [ 12, s. 16]. A proč by měl vlastně umělec přijít o svou kreativitu? Nepřišlo by lidstvo o něco výjimečného? Mohli bychom si položit otázku: Kdo je důležitější? Jedinec, nebo lidstvo jako celek? Možná kdybychom mánií neléčili, mohl by třeba dotyčný na něco přijít, něco vymyslet, napsat úžasné literární dílo, namalovat novou Monu Lizu a lidstvo by se kochalo. V tom případě však můžeme také litovat milióny nenarozených, potracených dětí, z kterých mohli vyrůst géniové. Používat slůvko kdyby je velice ošidné. Odpověď na otázku zda léčit či nikoliv je z jednoho úhlu pohledu filozofická. Sám pacient by se měl rozhodnout, co bude ve svém příštím životě snášet, jakou cestou se budou jeho kroky ubírat, zda cestou muk, ale s prognózou vytvoření „něčeho velikého“ pro blaho lidstva, anebo cestou léčby, za cenu ztráty svých výjimečných schopností, ale v relativním klidu. Z druhého úhlu pohledu musíme zmínit následky symptomů BAP na jedince, pokud zasahuje do tzv. fungování jedince, tzn. pokud si jedinec není schopen zabezpečit běžné záležitosti v rodině, práci, platit složenky atd...je nutné pohlížet na nemoci i z tohoto hlediska. Tato nemoc totiž není pouze o kreativitě, má dopad na celý život jedince.



## 9. ZÁVĚR

V praktické části naší práce jsme si za cíl našeho výzkumu zvolili zjištění, zda se v dětství u našich respondentů vyskytovaly symptomy bipolární poruchy. Dále nás zajímalo, zda se u respondentů vyskytovaly kreativní schopnosti a zda respondenti nepociťovali subjektivní zhoršení těchto schopností v důsledku medikace pro bipolární poruchu.

Výzkumného šetření se v rámci kvalitativního výzkumu zúčastnili 3 respondenti, v rámci doplňkového dotazníkového šetření se našeho kvantitativního výzkumu zúčastnilo 44 respondentů.

Na základě kvalitativního a kvantitativního zpracování výsledků našeho výzkumu vyvozujeme následující závěry:

V rámci našeho kvalitativního výzkumu bylo zjištěno:

- ✓ u dvou ze tří našich respondentů výskyt nejméně tří symptomů, které mohly být známkou rozvíjející se bipolární poruchy. U jednoho respondenta se v dětství žádné symptomy rozvíjející poruchy nevyskytovaly.
- ✓ U všech našich respondentů se vyskytovaly kreativní schopnosti, u jednoho z nich tyto kreativní schopnosti korespondují s tvůrčím povoláním.
- ✓ Všichni tři respondenti subjektivně pociťují výrazné zhoršení svých kreativních schopností následkem medikace pro bipolární poruchu.
- ✓ Zjistili jsme, že dva respondenti mají zkušenosti s drogami a objevuje se u nich problém s alkoholem.

V rámci našeho kvantitativního výzkumu se prokázalo, že:

- ✓ U 18-20% (8-9) respondentů, tedy u méně než poloviny respondentů z celkového počtu 44 respondentů, se v jejich dětství vyskytovaly nejméně tři symptomy bipolární poruchy.
- ✓ Více než polovina respondentů se považovala za kreativní nebo umělecky založené
- ✓ Více než polovina respondentů uváděla subjektivní pocit zhoršení svých kreativních schopností vlivem medikace pro bipolární poruchu, 34% respondentů toto zhoršení pociťuje jako výrazné.
- ✓ Zjistili jsme, že pouze jeden respondent byl v dětství diagnostikován na poruchu ADHD.

- ✓ Z našeho výzkumu vyplývá, že 50% žen z celkového počtu respondentek se považuje za kreativní, kdežto u mužů je to 78% z celkového počtu respondentů.
- ✓ Dále jsme zjistili, že z celkového počtu žen 23% jejich kreativní schopnosti korespondují s tvůrčím zaměstnáním, zatímco u mužů je to 44% z celkového počtu respondentů.
- ✓ Typy kreativních schopností byly mezi muži a ženami celkem vyrovnané až na schopnosti literární, které u mužů výrazně převažovaly svými 33% nad 15% u žen.

## SOUHRN

Tato diplomová práce poskytuje informace o bipolární afektivní poruše. Teoretická část je členěna do čtyř kapitol. První se zabývá její klasifikací a diagnostikou dvěma současnými diagnostickými manuály, mezinárodním MKN 10 a americkým DSM-IV. Druhá je věnována bipolární poruše v dětském věku. Pro pedagogy shledáváme její přínos zařazením informací o symptomech této poruchy v dětském věku, které se liší od symptomů dospělého pacienta. Třetí kapitola se týká spojitosti této poruchy s kreativitou, což je otázka, která zajímá spoustu vědců, a kteří na ni zaměřují svůj výzkum. Léčba bipolární poruchy je popsána v kapitole čtvrté.

Bipolární porucha v dětském věku byla do nedávné doby pokládána za velmi vzácnou, a i přesto, že v současné době není pochyb o její existenci, tak je velmi těžké u dětí tuto diagnózu prokázat. V empirické části této práce jsme si proto zvolili jako jeden z cílů našeho zkoumání zjištění, zda naši respondenti v dětství netrpěli symptomy bipolární poruchy. Dále jsme prověřovali náš předpoklad, že se u více než poloviny našich respondentů budou vyskytovat kreativní nebo umělecké schopnosti, a že více než polovina respondentů bude subjektivně pociťovat zhoršení těchto schopností po medikaci pro bipolární poruchu.

# LITERATURA

1. ÚZIS. MKN-10. Tabeleární část. V. kapitola poruchy duševní a poruchy chování (F00-F99): Afektivní poruchy (poruchy nálady) (F30-F39) [online]. © 2010-2012 [cit.2012-06-06]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>
2. Poruchy duševní a poruchy chování (F00-F99): příloha *Psychiatrie pro praxi*. 3. Vydání, Olomouc: SOLEN, s r.o. 2011, roč. XII, č. 1, ISBN 978-80-87327-56-2
3. NOVÁK, Tomáš. Bipolární porucha II – epidemiologie, diagnostika a léčba. *Psychiatrie pro praxi*. Olomouc: Solen, 2010, roč. 11, č. 1, s. 7-10. [2012-06-11]. ISSN 1213-0508. Dostupné také z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2010/01/02.pdf>
4. LIBIGEROVÁ, Eva. Dystymie: Diagnostika a léčba. *Psychiatria pre prax*. 2006, č. 2, s. 89-90. Dostupné z: [http://www.solen.sk/index.php?page=pdf\\_view&pdf\\_id=157&magazine\\_id=2](http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=157&magazine_id=2)
5. LIEBER, Arnold L. BIPOLAR SPECTRUM DISORDER. In: GOLDBERG, Ivan. *Dr. Ivan's Depression Central* [online]. © 1996-2011, [cit. 2012-06-17]. Dostupné z: <http://www.psycom.net/depression.central.lieber.html>
6. Index of Psychiatric Disorders. In: HEFFNER, Christopher L. *AllPsych On Line: The Virtual Psychology Classroom* [online]. © 1999-2003 [cit. 2012-12-02]. Dostupné z: [http://allpsych.com/disorders/disorders\\_alpha.html](http://allpsych.com/disorders/disorders_alpha.html)
7. LÁTALOVÁ, Klára. *Bipolární afektivní porucha*. Vyd.1. Praha: Grada, 2010, 247 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3125-41.
8. BEHRMAN, Andy. *Elektroboy: Vzpomínky na mánii*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-721-3
9. ČEŠKOVÁ, Eva. Co ještě nevíme o bipolární poruše. *Psychiatrie pro praxi*. Olomouc: Solen, 2007, roč. 8, č. 1, s. 9-12. [2012-06-09]. ISSN 1213-0508..
10. HERMAN, Erik, Jan PRAŠKO, Pavel DOUBEK a Jiří HOVORKA. *Bipolární porucha a její léčba: příručka pro pacienty a jejich rodiny*. Praha: Maxdorf, 2007, 96 s. ISBN 978-80-7345-135-6.

11. COHEN, Robert M. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2002, 190 s. ISBN 80-717-8497-4, s. 86
12. VONDRÁČEK, Vladimír. *Úvahy psychologicko-psychiatrické*. 2. Vydání. Praha: Avicenum, 1981. ISBN 08-069-82
13. FIŠAR, Zdeněk. *Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie*. Vyd. 1. Praha: Computer Press, 2001, 315 s. ISBN 80-247-0061-1.
14. VEČEŘOVÁ, Alena a Radkin HONZÁK. *Stres, eustres a distres. Interní medicína pro praxi* [online]. 2008, roč. 10, č. 4, s. 188-192 [online]. ©2008, [cit. 2012-06-13]. ISSN 1803-5256. Dostupné z: <http://www.solen.cz/pdfs/int/2008/04/09.pdf>
15. JAMISON, Kay Redfield. *Touched with fire: manic-depressive illness and the artistic temperament*. 1st Free Press Paperback ed. New York: Free Press Paperbacks, Published by Simon, 1996. ISBN 978-068-4831-831.13.
16. *Psychiatrie*. 2. dopl. a opr. vyd. Editor Cyril Höschl, Jan Libiger, Jaromír Švestka. Praha: TIGIS, 2004, 883 s. ISBN 80-900-1307-4.
17. DILER, Rasim Somer. *Pediatric bipolar disorder: a global perspective*. New York: Published by Nova Science Publishers, c2007, x, 231 p. ISBN 15-945-4981-8
18. Theodor Ziehen. In: *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. © 2001 [cit. 2012-06-16]. Dostupné z: [http://en.wikipedia.org/wiki/Theodor\\_Ziehen](http://en.wikipedia.org/wiki/Theodor_Ziehen)
19. FISCHER, Jan. *Dětská psychiatrie: pro mediky a lékaře*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1963, 496 s. ISBN - neuvedeno
20. DUDOVÁ, I. a HRDLIČKA. Bipolární afektivní porucha u dětí a adolescentů. *Čes. a slov. Psychiat.*, č. 8, s. 423-430. [online]. © 2006 [cit. 2012-06-16]. ISSN 1212-0383. Dostupné z: [http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP\\_2006\\_8\\_423\\_430.pdf](http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2006_8_423_430.pdf).
21. The Goals and Objectives of JBRF. *JBRF: Juvenile Bipolar Research Foundation* [online]. © 2012 JBRF, [cit. 2012-06-14]. Dostupné z: <http://www.jbrf.org/>
22. PACLT, Ivo. Bipolární porucha v dětském a dorostovém věku. *Remedia*. 2006, roč. 16, č. 6, s. 584-586. Dostupné z: <http://www.remédia.cz/Archiv-rocniku/Rocnik-2006/6->

2006/Bipolarni-porucha-v-detskem-a-dorostovem-veku/e-9o-9U-h4.magarticle.aspx

[www.remedia.cz/1058.magarticleprintversion.ashx](http://www.remedia.cz/1058.magarticleprintversion.ashx)

23. STOPKOVÁ, Pavla a Cyril HÖSCHL. Diskrétní a spojitě v konceptualizaci bipolární poruchy a schizofrenie. *Psychiatrie*. 2007, roč. 11, č. 3, s. 160-168. dostupné z: [http://www.hoschl.cz/files/3330\\_cz\\_stopkova.pdf](http://www.hoschl.cz/files/3330_cz_stopkova.pdf)

24. ANGLADA, Tracy a Sheryl HAKALA. *The childhood bipolar disorder answerbook: practical answers to the top 300 questions parents ask*. Naperville, Ill.: Sourcebooks, Inc., c2008, viii, 311 p. ISBN 14-022-1177-5.

25. LÁTALOVÁ, Kateřina a Ján PRAŠKO. Komorbidita bipolární afektivní poruchy s jinými psychickými poruchami. *Čes. a slov. Psychiat.* 2009, roč. 105, č. 5, s. 218-223. Dostupné z: [http://www.cspsihiatr.cz/dwnld/CSP\\_2009\\_5\\_218\\_223.pdf](http://www.cspsihiatr.cz/dwnld/CSP_2009_5_218_223.pdf)

26. THEINER. Poruchy chování u dětí a dospívajících. *Psychiatrie pro praxi*. 2007, roč. 8, č. 2, s. 85-87. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2007/02/09.pdf>

27. DRTÍLKOVÁ, Ivana. Diferenciální diagnostika dětské manie a hyperkinetické poruchy. (ADHD). *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2004, roč. 5, č. 6 ©2004 [cit. 2012-06-16]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: <http://www.solen.cz/pdfs/psy/2004/06/05.pdf>

28. Dr. Geller's Research: Distinguishing ADHD and Bipolar. In: *PsychEducation.org: Extensive Mental Health Information on Specific Topics* [online]. ©2002 [cit. 2012-11-08]. Dostupné z: <http://www.psycheducation.org/PCP/GellerGraph>

29. JUNG, Carl Gustav. *Analytická psychologie: Její teorie a praxe. Tavistocké přednášky*. 2.vyd. Praha: Academia, 1993, 205 s. ISBN 80-200-0418-1.

30. *Psychologie umění*. 1. Vyd. Praha: Svoboda, 1968, 246 s. ISBN neuvedeno

31. HARE, EDWARD. Creativity and mental illness. *BRITISH MEDICAL JOURNAL: BMJ* [online]. ©1987 [cit. 2012-06-17]. Dostupné z: [http://www.bmj.com/highwire/filestream/339688/field\\_highwire\\_article\\_pdf/0](http://www.bmj.com/highwire/filestream/339688/field_highwire_article_pdf/0)

32. POSPISZYL, TOMÁŠ. Umělci doktora Prinzhorna. In: *Česká neuropsychofarmakologická společnost* [online]. © 2012 [cit. 2012-11-08]. Dostupné z: <http://www.cnps.cz/index.php/cs/component/content/article/11-o-spolenosti/437-recenze-knihy-hanse-prinzhorna>

33. LEDVINOVÁ, Jana. Specifika výtvarného projevu pacientů trpících psychózou a hraniční poruchou osobnosti. *Arteterapie* [online]. ©2002, roč. [cit. 2012-11-10]. Dostupné z: [casopisca.wz.cz/clanky/c02%20ledvin.doc](http://casopisca.wz.cz/clanky/c02%20ledvin.doc)
34. KAFKA, F. M. O umělecké tvořivosti. Praha: Orbis, 1938, 177 s. ISBN neuvedeno
35. *100+1 zahraniční zajímavost*. Praha: Extra Publishing, s. r. o., 2005, č. 10. ISSN 0322-9629, s. 28.
36. ŠVANDA, Martin. *Narativní rekonstrukce básnického Já* [online]. ©2001 [cit. 2012-12-02]. Dostupné z: [http://is.muni.cz/th/8619/fss\\_d/finall\\_disertace\\_Svanda.pdf](http://is.muni.cz/th/8619/fss_d/finall_disertace_Svanda.pdf). Disertační práce. Masarykova univerzita. Vedoucí práce Ivo Čermák.
37. KODRLOVÁ, Ida. Kreativita, šílenství a sebevraždy. *Lidové noviny*. 2007, 25. prosince. ISSN1213-1385 Bylo dostupné z: <http://katerinakostrinska.blog.cz/0712/kreativita-silenstvi-a-sebevrazdy>
38. *Scientific American* New York [online]. © 1995 [cit. 2012-11-08]. ISSN 0036-8733. Dostupné z: <http://www.mmu.k12.vt.us/teachers/kefferm/humanbio/nervous/articles/1995%20feb%20depression%20and%20creativity.pdf>
39. STONE, Trevor a Gail DARLINGTONOVÁ. Léky, drogy, jedy. Vyd. 1. Praha: Academia, 2003, 444 s. ISBN 80-200-1065-3
40. ČEŠKOVÁ, Eva. Léčba bipolární poruchy. *Psychiatrie pro praxi*. 2005, roč. 6, č. 4, s. 170-174. Dostupné z: [http://www.solen.sk/index.php?page=pdf\\_view&pdf\\_id=1763&magazine\\_id=](http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=1763&magazine_id=)
41. HERMAN, Erik, Jan PRAŠKO a Jiří HOVORKA. Místo stabilizátorů nálady v léčbě bipolární poruchy. *Psychiatrie pro praxi*. 2002, roč. 3, č. 3, s. 94-101. Dostupné také z: [http://www.solen.sk/index.php?page=pdf\\_view&pdf\\_id=2117&magazine\\_id=2](http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=2117&magazine_id=2)
42. *Psychiatrie: doporučené postupy psychiatrické péče II*. 1. vyd. Editor Jiří Raboch. V Praze: Infopharm, 2006, 204 s. ISBN 80-239-8501-9.
43. *Postupy v léčbě psychických poruch*. 1. vyd. Editor Dagmar Seifertová, Ján Praško, Cyril Höschl. Praha: Academia Medica Pragensis, 2004, xxiv, 479 s. ISBN 80-866-9406-2.

44. BREZNOŠČÁKOVÁ. Profylaktická liečba bipolárnej afektívnej poruchy. *Psychiatria pre prax*, roč. 11, 2-3, s. 87-89 [online]. © 2010, [cit. 2012-06-15]. ISSN 1335-9584.  
Dostupné z:  
[http://www.solen.sk/index.php?page=pdf\\_view&pdf\\_id=4442&magazine\\_id=2](http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=4442&magazine_id=2)
45. GAY, Christian. *Bipolárni porucha: rady pro rodiny a blízké osob s maniodepresivními stavy*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2010, 135 s. Rádcí pro zdraví. ISBN 978-807-3676-681.
46. KRÍŽOVÁ, Mária a Milena PIECKOVÁ. Riziko intoxikácie lithiom v kombinácii s antibiotickou terapiou. *Psychiatrie pro praxi*. 2004, roč. 3, č. 2, s. 96-97. ISSN 1803-5272. Dostupné také z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2004/02/12.pdf>
47. NOVÁK a Martin BAREŠ. Antidepresiva v léčbě bipolární deprese. *Psychiatrie pro praxi*, roč. 10, č. 2, s. 72-75 [online]. © 2009 [cit. 2012-06-15]. ISSN 1803-5272. Dostupné také z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2009/02/04.pdf>
48. BOUČEK, Jaroslav. Quetiapin v léčbě depresivní fáze bipolární afektivní poruchy. *Psychiatrie pro praxi*, roč. 8, č. 5, s. 222-224 [online]. © 2007 [cit. 2012-06-15]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2007/05/08.pdf>
49. HERMAN, Erik. *Bipolární porucha a její léčba*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2004, 81 s. ISBN 80-734-5051-8. Dostupné také z:  
[http://www.mediforum.cz/pdf/bipolarni\\_porucha\\_a\\_jeji\\_lecba.pdf](http://www.mediforum.cz/pdf/bipolarni_porucha_a_jeji_lecba.pdf)
50. SYŘIŠŤOVÁ, Eva. *Imaginární svět*. Praha: Mladá fronta, 1974, 168 s.
51. Proč používat deník nálady? JANSSEN. *Janssen-Cilag* [online]. © 1997-2007 [cit. 2012-06-17]. Dostupné z: [http://www.janssen-cilag.cz/bgdisplay.jhtml?itemname=bipolar\\_moooddiary&product=none](http://www.janssen-cilag.cz/bgdisplay.jhtml?itemname=bipolar_moooddiary&product=none)
52. HENDL, Jan. Metodologická triangulace v empirickém výzkumu. *Čs. kinantropologie*, č. 2, s. 75-78 [online]. © 1997 [cit. 2012-11-09]. Dostupné z:  
<http://www.ftvs.cuni.cz/hendl/metodologie/triang.htm>
53. VLČKOVÁ, Kateřina. Smíšený výzkum: Jedná se o nové a závažné téma? In: JANÍK, T., P. KNECHT a S. ŠEBESTOVÁ. *Smíšený design v pedagogickém výzkumu: Sborník příspěvků z 19. výroční konference České asociace pedagogického výzkumu*. Brno:



Masarykova univerzita [online]. © 2011 [cit. 2012-11-09]. DOI: 10.5817/PdF.P210-CAPV-2012-84. Dostupné z:

<http://www.ped.muni.cz/capv2011/sbornikprispevku/vlckova.pdf>

54. DENZIN, N., 1989 cit. podle HENDL, Jan. Metodologická triangulace v empirickém výzkumu. *Čs. kinantropologie*, č. 2, s. 75-78 [online]. ©1997 [cit. 2012-11-09]. Dostupné z: <http://www.ftvs.cuni.cz/hendl/metodologie/triang.htm>

55. HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace. Praha: Portál, 2005, 408 s. ISBN 80-7367-040-2

56. HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000, 774 s. ISBN 80-717-8303-X.

57. MIHÁL, Vladimír. PROČ A JAK PSÁT KAZUISTIKU?. *Psychiatrie pro praxi*. 2003, roč. 4, č. 4. Dostupné také z:

[http://www.solen.sk/index.php?page=pdf\\_view&pdf\\_id=2008&magazine\\_id=2](http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=2008&magazine_id=2)

58. CHLANOVÁ, Jana. Případová studie. Masarykova univerzita: Kabinet informačních studií a knihovnictví [online] © 2011. [cit. 2012-06-17]. Dostupné z [http://kisk.phil.muni.cz/wiki/P%C5%99%C3%ADpadov%C3%A1\\_studie#Literatura](http://kisk.phil.muni.cz/wiki/P%C5%99%C3%ADpadov%C3%A1_studie#Literatura)

59. HENDL, Jan. KVALITATIVNÍ VÝZKUM V PEDAGOGICE. In: *Fakulta tělesné výchovy a sportu: Metodologie, statistika, kvalitativní výzkum* [online]. © 2005 [cit. 2012-11-30]. Dostupné z: <http://www.ftvs.cuni.cz/hendl/metodologie/kvalvyzkpedhendl.pdf>

60. Otázka. In: *Wikipedia: the free encyclopedia* San Francisco (CA): Wikimedia Foundation, [online]. © 2001 [cit. 2012-11-30]. Dostupné z:

<http://cs.wikipedia.org/wiki/Ot%C3%A1zka>

61. Kvantitativní výzkum. In: *Wikipedia: the free encyclopedia* San Francisco (CA): Wikimedia Foundation, [online]. © 2001 [cit. 2012-12-09]. Dostupné z:

[http://cs.wikipedia.org/wiki/Kvantitativn%C3%AD\\_v%C3%BDzkum](http://cs.wikipedia.org/wiki/Kvantitativn%C3%AD_v%C3%BDzkum)

62. *Dotaznik-online.cz* [online]. AccArt, s.r.o., © 2007 [cit. 2012-12-09]. Dostupné z: <http://www.dotaznik-online.cz/uzavrene-otazky.htm>

63. RIEGEROVÁ, J. a M. ULBRICHOVÁ. *Aplikace fyzické antropologie v tělesné výchově a sportu (příručka funkční antropologie)*. 1. Vyd. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 1993. 185 s. ISBN 80-7067-307-9.

64. ČÁP, Jan. *Psychologie mnohostranného vývoje člověka*. Praha: SPN, 1990, 292 s. ISBN 80-04-22967-0

# PŘÍLOHY

## 1. Okruhy otázek k rozhovoru

Otázka 1.: „Měl jsi ve škole potíže s kázní?“

Otázka 2.: „Měl jsi v dětství potíže se spánkem?“

Otázka 3.: „Měl jsi v dětství noční můry?“

Otázka 4.: „Dodržoval(a) jste v dětství určité rituály?“

Otázka 5.: „Považujete sám sebe za kreativního nebo umělecky založeného člověka?“

Otázka 6.: „Zhoršily se Vaše tvůrčí schopnosti v momentě, kdy jste se začal léčit s BP a užívat léky?“

## 2. Přepis rozhovoru 1 - Richard

**V.:** Jak vzpomínáš na školku?

**R.:** „Ve školce jsem byl hyperaktivní, stále jsem stále v oslím koutě.“

**V.:** „Proč?“

**R.:** „No, když jsem se nechoval podle jejich norem, například jsem tancoval nahatý na stole, poslali mě do oslího kouta. Třeba máma vzpomíná, že jsem měl jako malej herecký vlohy, tancoval jsem na pódiu, vůbec jsem se nestyděl. Tam hrála nějaká hudba, já tam vběhl a začal tancovat. Vůbec sem se nestyděl.“

**V.:** „Jak ses cítil v oslím koutě?“

**R.:** „To mi ani nevadilo, tak čtvrt hodiny jsem tam byl, ale nevadilo mi to.“

**V.:** „Měl jsi v dětství potíže s usínáním?“

R.: „Já si pamatuju, že jsem jako dítě špatně usínal, kolikrát už rodiče spali a já jsem seděl v kuchyni, měl jsem rozsvíceno, že jsem nevěděl co dělat. Nevěděl to nikdo. Pak jsem byl samozřejmě nevyspalej.“

**V.: „Měl jsi noční můry?“**

R.: Já je měl dost často a vůbec nejhorší to bylo po tom úraze ve čtrnácti, kdy sem spad ze skály. To byly úplně děsy“

**V.: „Měl jsi ve škole potíže s kázní?“**

R.: „ Ne v té první a druhé třídě ne. Já jsem byl tu první a druhou třídu hodný dítě, nevyrušoval jsem. Akorát, že jsem stále něco zapomínal. Pero, gumu. Máma se snažila mě kontrolovat, ale stejně stále něco chybělo.

**V.: „Proč pak ano?“**

R.: „Kvůli tomu, že jsem stále něco zapomínal, nůžky, přezůvky a ona mi učitelka psala stále poznámky. A pak jsem doma dostával. A vlastně pak jsem chodil se stresem do školy, že zas něco nemám a pak jsem chodil se stresem domů, takže jsem byl vlastně stále vystresovaněj, Když jsem přišel ze školy, kde jsem byl traumatizovaněj, ráno se mi vždy udělalo špatně. Takže jsem tu školu začal nenávidět. A ta učitelka mi ze začátku dávala jen poznámky a pak mi před dětmi dala pohlavek nebo vytahala za ucho a pak jí jednou takhle ruply nervy, vytáhla si mě na chodbu, aby to děti neviděly a tam mě zmlátila, až jsem brečel. Byla to moje třídní učitelka, jmenovala se Vlasta Rybářová. Úplně vynervovaná dvoumetrová ženská si vyleje na tobě nervy, si to představ.

**V.: „ Ona byla nějak vysoká?“**

R.: „Ale já nevím, to přece víš, že dítěti připadá všechno větší. Takhle děti vnímaj dospělé normálně, třeba tady Anička kdyby mě neznala, tak se mě bude bát, protože vypadám pro ni jako holohlavej obr.

**V.: „ Nastala u tebe nějaká změna po tom výstupu? Můžeš ji případně konkretizovat?“**

R.: „ No a pak jsem se stal šaškem třídy.“

**V.: „Ten třídní šašek se projevoval jak?“**

R.: „Při hodinách jsem vykřikoval, stále jsem vyrušoval, měl jsem rád, že se ostatní smějí, pak jsem se taky stále zamilovával do spolužaček, v podstatě jsem všechny spolužačky postupně miloval, kromě těch vošklivejch... psal jsem jim básničky.“

**V.: „Myslíš, že bylo příčinou tvé změny to, že tě učitelka zmlátila?“**

R.: „No, já když tak myslím, No asi to byl můj první úraz, tady z toho sem měl trauma, víš, já tu učitelku měl nejdřív rád, uznával ji jako autoritu a tímto se z ní u mě stal nepřítel.“

**V.: „Co jsi potom k té učitelce cítil dál?“**

R.: „Bál jsem se jí, protože jsem se bál, kdy to zase přijde, kdy mě zas zmlátí, ale tátova intervence asi pomohla. Už se to neopakovalo. On tam totiž za ní potom přišel táta. Já to doma řekl, to je jasný. Do té doby jsem se snažil mít dobré známky a pak mi to bylo jedno, i když mě fotr zmlátil za špatné známky, tak mi to bylo jedno a všichni ostatní si mysleli kolem mě, že jsem hloupej, ale já jsem do té školy chodil jenom proto, že jsem musel. Víš co je zajímavý? Já jsem za svoje dětství nikdy nešel za školu, bylo ve mně, že do školy se prostě musí jako na vojnu, nebo do kriminálu. Na základě toho, že mě ta učitelka zmlátila, jsem přestával uznávat autority a vlastně celou tu vyučující hodinu jsem byl myšlenkama jinde, vlastně jsem je vůbec nevnímal. Byl jsem jako v mlze. Nic jsem neposlouchal, nepsal jsem písemky, třeba, i když jsem něco věděl, odevzdal jsem prázdný papír, ale zajímavý je, že od páté třídy jsme měli ruštinu a ta učitelka Barnetová měla takový zvláštní přístup k výuce, tak jsem při jejích hodinách dával pozor.“

**V.: „Jaký zvláštní přístup?“**

R.: „Byla přísná, spravedlivá, snažila se nás pro ten jazyk nadchnout. Měla autoritu, u nás.“

**V.: „Tamta neměla autoritu?“**

R.: „U ostatních jo, u mě ne po tom výstupu. Nemůžeš mít autoritu, když takhle zmlátíš dítě, to si ji pak posereš.“

**V.: „Ovlivnila tvá situace s paní učitelkou tvůj pohled na ženy?“**

R.: „Rozhodně jsem se cejtil líp ve společnosti mužů než žen a když už jsem vyhledával společnost žen, tak jen v případě, že mě nějak sexuálně imponovala, kamarádky jsem nikdy neměl. „Ženský se do mě zamilovávali, já je ani nechtěl.“

Z nemocnici po tom úraze<sup>20</sup> mám vzpomínky na chlapa, co mi tam pomáhal, žádná sestřička, já jsem byl vlastně ležák, no a on mě na posteli omýval žínkou a až když jsem trochu chodil tak mě omejšval ve sprše, protože ty sestry neměly čas. Ty sestry mi nebyly schopný vyměnit ani bažanta. Smrdělo to tam a já tam aspoň nacpal papír, aby mi to tam přes noc nesmrdělo.

**V.: „Máš nějaké umělecké schopnosti?“**

R.: „, Spíš měl, ne?“

**V.: „ Dobře, tak které schopnosti uměleckého rázu se u tebe objevovaly?**

R.: „, No, hlavně jsem psal poezii, ale taky sem hrál na kytaru, hlavně v mánii sem improvizoval, vymýšlel si písničky, a taky sem maloval, ale to jenom v mánii.

**V. Co jsi pociťoval při psaní poezie?“**

R.: „, Já prostě pociťoval tvůrčí euforii, jako kdyby mi vytrysk mozek na papír, jako by fungovalo moje podvědomí a ještě k tomu se to rýmovalo. Byl to strašně příjemný pocit pro mě to psaní, a pak když jsem si to po sobě přečet, našel jsem v tom spoustu významů.

**V.: Zhoršily se tvé schopnosti po té, co jsi začal brát prášky?“**

R.: „, Jo a hodně. Vlastně už vůbec nic nedělám, nic nevytvářím.“

**V.: „ Cítíš to jako újmu? Je ti to líto? Jak se cítíš?“**

---

<sup>20</sup> Pan Richard utrpěl ve 14 letech úraz. Spadl ze skály

R.: „Cítím se dobře s vědomím, že nemusí být člověk extrémně šťastný, ale stačí, že je spokojený a jestli tedy mé kreativní schopnosti jsou podnícené mánií, tak kvůli dětem se jich klidně vzdám.“

**V.: „To si teda řekl krásně. Myslíš to vážně?“**

R.: „Jo. Napiš tam, že to myslím fakt vážně. Určitě.“

### **3.Přehled tabulek**

Tabulka 1. Přehled afektivních poruch dle MKN -10

Tabulka 2. Klasifikace bipolární poruchy podle MKN - 10

Tabulka 3. Klasifikace BAP podle DSM-IV

Tabulka 4. Symptomy jednotlivých fází BAP

Tabulka 5. Fantazie x halucinace u dítěte

Tabulka 6. Manické symptomy BPDD

Tabulka 7. Depresivní symptomy BPDD

Tabulka 8. Explosivní porucha chování x BPDD

Tabulka 9. Rozdíly mezi chováním dítěte v normě a nenormálním

Tabulka 10. Pojmy související s léčbou

Tabulka 11. Dělení léčby BAP

Tabulka 12. Věk respondentů

Tabulka 13. První příznaky BAP

Tabulka 14. Potíže se spánkem dle pohlaví

Tabulka 15. Potíže se spánkem - souhrn

Tabulka 16. Noční můry

Tabulka 17. Noční můry - souhrn

Tabulka 18. Rituály

Tabulka 19. Rituály - shrnutí

Tabulka 20. Potíže s kázní

Tabulka 21. Potíže s kázní - shrnutí

Tabulka 22. Symptomy BAPDD



Tabulka 23. Návštěva PPP

Tabulka 24. Stanovení diagnózy ADHD

Tabulka 25. Tvůrčí profese

Tabulka 26 Kreativní schopnosti u respondentů

Tabulka 27. Typy kreativních schopností

Tabulka 28. Zhoršení kreativních schopností

Tabulka 29. Míra subjektivního zhoršení kreativních schopností

## **4.Přehled obrázků**

Obrázek 1. Společné symptomy u ADHD a Mánie

Obrázek 2. Deník nálady

## **5.Seznam grafů**

Graf 1. Věk respondentů – celkový vzorek v procentuálním vyjádření

Graf y č. 2 a č. 3 Věk respondentů – vzorek v procentuálním vyjádření dle pohlaví

Graf 4. Vzdělání respondentů

Graf č. 5 První příznaky bipolární poruchy – celkový vzorek v procentuálním vyjádření

Grafy č. 6 a č. 7 První příznaky bipolární poruchy – procentuální vyjádření dle pohlaví

Graf č. 8 Potíže se spánkem – celkový vzorek v procentuálním vyjádření

Grafy č. 9 a č. 10 Potíže se spánkem – procentuální vyjádření dle pohlaví

Graf č. 11. Noční můry – celkový vzorek v procentuálním vyjádření

Grafy č. 12 a č. 13 Noční můry – procentuální vyjádření dle pohlaví

Graf č. 14 Dodržování rituálů

Grafy č. 15 a č. 16 Rituály – procentuální vyjádření dle pohlaví

Graf č. 17. Potíže s kázní procentuální vyjádření celkového vzorku -

Grafy č. 18 a č. 19 Potíže s kázní – procentuální vyjádření dle pohlaví

Graf č. 20 Návštěva PPP na základě potíží ve škole – procentuální vyjádření celkového vzorku

Grafy č. 21 a č. 22 Návštěva PPP na základě potíží ve škole – procentuální vyjádření dle pohlaví

Graf č. 23 Stanovení diagnózy na ADHD a její následná medikace – procentuální vyjádření

Graf č. 24 Výskyt tvůrčí profese mezi respondenty – procentuální vyjádření

Grafy č. 25 a č. 26 Výskyt tvůrčí profese – procentuální vyjádření dle pohlaví

Graf č. 27 Procentuální vyjádření výskytu kreativních schopností v celkovém vzorku

Grafy č. 28 a č. 29 Kreativní schopnosti – procentuální vyjádření dle pohlaví

Graf č. 30 Typy kreativních schopností u respondentů

Graf č. 31 Zhoršení kreativních schopností – procentuální vyjádření celkového vzorku

Grafy č. 32 a č. 33 Procentuální vyjádření zhoršení kreativních schopností dle pohlaví

Graf č. 34 Zhoršení kreativních schopností – celkový vzorek – procentuální vyjádření

Graf č. 35 a č. 36 Zhoršení kreativních schopností – procentuální vyjádření dle pohlaví

