

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra psychologie a patopsychologie

**Bakalářská práce**

Monika Michálková

**Bipolární afektivní porucha**

V Olomouci 2017

vedoucí práce: Mgr. Pugnerová Michaela, Ph. D.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedených pramenů a literatury.

V Olomouci dne

.....

podpis studenta

## Poděkování

Děkuji paní Mgr. Michaele Pugnerové, Ph.D., vedoucí mé práce, za její odborné vedení a možnost psát o zvoleném tématu. Děkuji za její čas, trpělivost a cenné rady.

Mé velké poděkování patří také respondentce. A to nejen za její svolení k provedení výzkumu, velkou ochotu a odvahu být jeho hlavní součástí, ale také za poskytnutí soukromých informací a projevenou důvěru, bez které by nebylo možné tento výzkum provést.

Dále děkuji mé rodině za její podporu a pomoc.

V neposlední řadě bych chtěla poděkovat všem, především pak mým spolužákům, kteří se podíleli na konečném výsledku této práce. Děkuji za konstruktivní poznámky, čas a ochotu vše konzultovat.

# Obsah

<b>Úvod</b> .....	<b>7</b>
<b>Teoretická část</b> .....	<b>9</b>
<b>1. Duševní poruchy</b> .....	<b>9</b>
1.1 Historie duševních poruch.....	9
1.2 Klasifikace.....	11
1.2.1 Psychózy a neurózy .....	12
1.2.2 Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize.....	13
1.2.3 Diagnostický a statistický manuál duševních poruch, 5. revize .....	14
<b>2. Bipolární afektivní porucha (dále jen BAP)</b> .....	<b>15</b>
2.1 Vymezení bipolární afektivní poruchy .....	15
2.2 Klasifikace.....	18
2.2.1 MKN-10 .....	18
2.2.2 DSM-V .....	19
2.3 Etiologie .....	20
2.4 Průběh a symptomatologie .....	21
2.4.1 Manická fáze .....	22
2.4.2 Depresivní fáze.....	23
2.4.3 Smíšená fáze.....	24
<b>Praktická část</b> .....	<b>25</b>
<b>3. Cíle praktické části práce</b> .....	<b>25</b>
3.1 Metodika práce a postup při sběru dat.....	25
<b>4. Případová studie – Tereza</b> .....	<b>28</b>
4.1 Diskuze.....	37
<b>Závěr</b> .....	<b>40</b>
<b>Seznam použitých zdrojů a literatury</b> .....	<b>41</b>

## **Seznam tabulek**

Tabulka č. 1 - Rozdělení oblasti F v MKN-10

Tabulka č. 2 - Dělení bipolární afektivní poruchy dle MKN-10

## **Seznam použitých zkratk a symbolů**

APA Americká psychiatrická asociace

BAP Bipolární afektivní porucha

ČR Česká republika

DSM-IV Diagnostický a statistický manuál duševních poruch, čtvrtá revize

DSM-V Diagnostický a statistický manuál duševních poruch, pátá revize

MKN Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených problémů

MKN-10 Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených problémů, desátá revize

ÚZIS Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

VŠ Vysoká škola

WHO Světová zdravotnická organizace

ZŠ Základní škola

## **Seznam příloh**

Příloha č. 1 – Slovník pojmů

Příloha č. 2 – CD s audio záznamem rozhovoru

*„Duše na dně a duše ve hvězdách.“*

Jaroslav Vacek

## Úvod

Duševní poruchy jsou součástí lidské historie snad stejně jako lidstvo samo. V průběhu dějin na ně bylo pohlíženo různě, stejně jako přístup k lidem jimi sužovanými nebyl vždy stejný. Vývoj společnosti však nelze považovat vždy za lineární. V současné době se většina osob nachází v pomyslném vakuu vyplněném různými předsudky a mýty, které si společnost sama vytvořila na to, aby se od problematiky duševních poruch izolovala či chránila – ať už ze strachu či nevědomě. Snad kvůli malé informovanosti odborníky či nízkému zájmu společnosti se zapomíná na závažnost, kterou s sebou duševní poruchy přinášejí. Jak uvádějí Ján Praško a Aleš Grambal (in Praško aj., 2011), ročně onemocní duševní poruchou 25 % obyvatel. Nezapomíná se pouze na závažnost těchto poruch ale i na nespočet rizik, která přispívají k jejich vzniku.

Téma duševních poruch není mezi laickou veřejností neobvyklé. Avšak malé povědomí o jejich skutečné podstatě, projevech, důsledcích a především příčinách vzniku ho nicméně přivádí až na spodní příčku konverzace. A to v podobě odborných termínů užívaných jako ironických vtípků či neslušných poznámek směrem k jedinci odlišnému od ostatních (tzv. v pásmu normy). Spolu s tímto souvisí i na pohled zřejmý fakt, že dnešní společnost a především život v ní se neustále zrychluje. Na jedince je kladena nutnost zvládat stále vyšší a vyšší nároky na život. Ještě častěji jsme pak nuceni adaptovat se na nadmíru stresu, který nás postupně pohlcuje, když si s ním nevíme rady. Nezbyvá nám tak čas na tolik potřebnou duševní hygienu. Tuto skutečnost si všichni uvědomujeme a nemálo se o ní i hovoří. Většina lidí ve společnosti už ale nechce nebo nemá čas domýšlet důsledky rychle prožívaného života, kdy jedním z nich může být právě i bipolární afektivní porucha.

Tato bakalářská práce by měla sloužit jako jeden z mnoha prostředků k dosažení osvěty týkající se duševních poruch, více pak poruchy bipolárně afektivní. A to prostřednictvím níže předložených základních informací z těchto oblastí. Pro uvedení do problematiky a následnou snazší orientaci v ní, je začátek teoretické části práce věnován historii duševních poruch i jejich klasifikaci. Následující kapitoly se pak týkají oblasti afektivních poruch, konkrétně bipolární afektivní poruchy.

Jak uvádí Christian Gay (2010), termín „bipolární“ bývá v mediích v současné době tzv. banalizován. Stačí pouhá přehnaná reakce na některou ze situací či zmínění se o záchvatech zlosti, únavy nebo euforie, o změnách nálady a v mžiku je člověk považován za osobu s bipolární poruchou. Proto je značná část práce věnována vymezení této poruchy, její klasifikaci, etiologii ale především jednotlivým projevům.

Cílem teoretické části bakalářské práce je snaha o alespoň částečné připomenutí či seznámení společnosti s obecnou závažností duševních poruch.

Praktická část bakalářské práce je postavena na případové studii ženy s bipolární afektivní poruchou, se kterou jsem se setkala v rámci zájezdu do Francie. U respondentky zrovna probíhala fáze manie. V důsledku tohoto jsem se dostala do poněkud bližšího kontaktu nejen s touto ženou, ale i s bipolární afektivní poruchou tzv. v přímém přenosu i s realitou, která k mému překvapení čítala velkou míru nepochopení či neschopnosti porozumět chování ženy ze strany ostatních členů zájezdu. Snaha být této ženě jakousi nevnucovanou oporou, udržovat s ní krok, ale zároveň při kontaktu a konverzaci s ní dávat pozor na možnost, že se hypomanie může vystupňovat v plnou manii. Tohle vše pro mě byla v určitém slova smyslu životní zkouška, která mě přivedla blíže k poznání rozmanitosti lidského prožívání a současně ve mně probudila touhu zabývat se touto problematikou hlouběji.

Už zmíněný negativní postoj většiny členů zájezdu k této situaci, mě v jeho průběhu dovedl k potřebě poskytnout informace a obeznámit účastníky s předpokládanými důvody, které mohly vést k netypickému chování ženy. Avšak až omezená schopnost či snad nechtěnost členů zájezdu přijmout tuto anomálii za reálnou, připustit možnost její opravdovosti, nebo ji alespoň ignorovat mě přivedla k tématu této práce.

Cílem práce není tedy pouze poskytnout základní informace a dosáhnout tak již výše zmíněné mírné osvěty o bipolární afektivní poruše spolu s duševními poruchami obecně (čemuž je věnována úvodní část práce). Důležitým cílem je poukázat prostřednictvím zpracování životního příběhu jedince s bipolární afektivní poruchou na to, že tato porucha není pro společnost tak vzdálená a málo pravděpodobná, jak si někteří její členové mohou stále myslet. Přesněji řečeno, cílem práce je přinejmenším posunout povědomí společnosti o krok dále v uvědomění si skutečnosti, že každý z nás se může v průběhu svého života dostat do kontaktu s člověkem sužovaným bipolární afektivní poruchou, v horším případě s bipolární afektivní poruchou u sebe samého.



## Teoretická část

### 1. Duševní poruchy

Duše. Na počátku nehmotná látka, schopná vlastní existence. Osobitá spirituální substance na těle nezávislá s možností posmrtného bytí. Duše a tělo - jednota nesourodých protikladů, stvořena bohem. Synonymum pro „*jedinečné vědomí člověka, přesahující osobní zkušenost*“ (Hartl; Hartlová, 2015, str. 124).

#### 1.1 Historie duševních poruch

První zmínka týkající se duševních poruch v literatuře je zahrnuta do lékařského dokumentu tzv. Ebersova papyru datovaného do 15. století před naším letopočtem. V tomto dokumentu nalezneme popis poruchy zvané deprese. Tou mimo jiné dle Starého zákona trpěl i král Saul, léčen Davidovou hrou na lyru (Svoboda in Češková; Kučerová; Svoboda, 2006).

Období antické společnosti bylo bohaté na teorie o duševních poruchách. Přesto, že se nejvýznamnější lékař tohoto období Hippokrates oproti lékaři jménem Klaudios Galénos šílenstvím přespříliš nezabýval, oba dva spojovali nemoci duše s chorobami mozku (Vacek, 1996).

Na rozdíl od antiky, ve které tedy organický přístup ke vzniku duševních poruch převažoval, ve středověku se setkáváme s postojem ambivalentním k takto nemocným osobám. Na straně jedné na ně shlédli Bůh, na základě čehož jim byly přisuzovány nadpřirozené schopnosti. Na straně druhé byli tito lidé považováni za posedlé d'áblem. D'ábel jediný měl v moci odvrhnout rozum i duši lidí, čímž argumentoval například Luther. Stalo se tak, že duševní poruchy byly v zájmu již nikoli medicíny, ale démonologie (Valenta, 2013). Léčeny byly exorcismem (Vacek, 1996). Johanneus Wierus, podobně jako další, bojoval proti léčebným prostředkům vymítání d'ábla. Johanneus, považován za otce psychiatrie, léčil duševně nemocné opiem a dalšími rostlinami (Dušek; Večeřová-Procházková, 2015).

Za jednu z velmi důležitých osob historie péče o takto nemocné jedince považujeme pařížského psychiatra Philipa Pinela. Jak obrazně tak fakticky se zasloužil o sundání okovů a kazajek duševně nemocným a stál na počátku humanizace péče poskytované takto nemocným osobám (tamtéž).

V padesátých letech 19. století začala být v léčbě používána účinná farmaka jako neuroleptika, antidepressiva či Lithium místo doposud užívané vodoléčby, elektrošoků či morální podpory (Sillamy, 2001). V období osmdesátých let 19. století směr a tón psychiatrie začalo udávat Německo, které tak vystřídalo Francii (Vacek, 1996).

S doposud užívaným lékařským termínem „psychóza“ přišel jako první Ernst von Feuchtersleben, kterým tak nahradil do té doby užívané (avšak méně vyhovující) termíny jako například bláznovství či šílenství (tamtéž). V knize s názvem „Nemoc jako cesta“ se dočteme, že *„šílenství vzbuzuje u diváků odnepaměti obrovskou hrůzu a bezmoc, neboť jim připomíná vlastní stín<sup>1</sup>. ... Šílenec nám otvírá bránu do pekla vědomí, jež se nachází v nás všech“* (Dethlefsen; Dahlke, 2011, str. 243). Tento výrok nám tak může alespoň mírně přiblížit, proč byl v minulosti termín šílenství vnímán jako problematický.

Německá psychiatrie však za francouzskou i přesto zaostávala. Vina je přisuzována generaci tzv. „psychiků“. Tito lidé se oproti získávání poznatků z praktické práce s duševně chorými zabývali spíše spekulací o vzniku jejich poruch. Pro představu zde můžeme uvést například doktora Johanna Heinrotha a jeho přesvědčení, že duševně chorý je ten, kdo o svou duši nepečuje tak, aby byla v harmonii. Jako trest je tomuto jedinci bohem odebrána svobodná vůle. Němečtí psychiatři, kteří nesouhlasili s tvrzeními generace „psychiků“ se nazývali „somatické“, obraceli se k přírodním vědám. Rozepře mezi těmito dvěma póly psychiatrů ukončil Wilhelm Griesinger. *„Šílenství je projevem nemoci těla, nemoci duše jsou nemocemi mozku a poetizování a moralizování do medicíny nepatří. Nemoci duše mají více příčin: kromě vnitřních jsou to i lidské starosti, slabosti, vášně a samozřejmě tělesné neduhy“* (Vacek, 1996, str. 18).

V našich zemích, konkrétně ve Znojmě, vznikl roku 1458 za pomoci nákladů obce, první samostatný útulek pro duševně nemocné (Prokůpek, 1974). Také zde, ve druhé polovině 19. století, dosáhla péče o tyto osoby rozkvětu díky řádu Milosrdných bratří. Ten se zasloužil hlavně o výstavbu nemocnic v řadě několika měst (Libiger in Hosák; Hrdlička; Libiger, 2015). V současné době, z hlediska potřeby společnosti pochopit etiologii a symptomatologii tzv. chorobných dějů jedinců, se těmito osobami zabývá obor patopsychologie, stojící na hranici psychologie a psychiatrie (tamtéž). Z nutnosti prevence, rehabilitace, diagnostiky, klasifikace a především léčby se jimi zabývá specializovaný lékařský obor – psychiatrie (Orel; Facová in Orel aj., 2016). Další z oborů, v rámci kterého se můžeme s duševními poruchami taktéž setkat, je Speciální pedagogika, konkrétně její disciplíny psychopedie a etopedie.

---

<sup>1</sup> Stín: spolu s dítětem, personou a dalšími je považován za archetyp kolektivního nevědomí dle C. G. Junga

## 1.2 Klasifikace

V každé společnosti se setkáme s uznáváním norem, které jsou pro její fungování až nepostradatelné. Důležité jsou především vzhledem k nutnosti monitorování, porovnávání, klasifikování a hodnocení psychologických jevů, čímž také zajišťují členům dané společnosti tolik žádoucí bezpečí. Normy lidem zprostředkovávají, co je správné, žádoucí, očekávané a co naopak nežádoucí, až nepřijatelné. Bez norem bychom nebyli schopni předvídat chování druhých a zajistit soudržnost lidu. Většinu takto uznávaných norem však lidé nemají vrozenou, učí se jim a osvojují si je v rámci procesu socializace. Přirozeně se tedy v průběhu svého života setkáváme se dvěma póly společnosti (Kvintová in Pugnerová; Kvintová, 2016).

S osobami, nacházejícími se v pásmu normy a splývajícími tak s majoritní společností. Na straně druhé se skupinou osob v pásmu tzv. mimo normu odchylovajícími se svým vzhledem, chováním nebo jinými charakteristikami od společensky uznávaných norem (tamtéž). Zde přirozeně řadíme i skupinu osob s duševním onemocněním, přičemž vymezení jednoznačné hranice mezi zdravím a duševními poruchami není vždy lehké. Z tohoto důvodu se setkáváme s diagnostickými systémy a klasifikacemi pro jednodušší rozlišování patologie od zdraví. Mimo jiné nám tyto systémy jsou nápomocny i při volbě způsobu terapie a odhadu průběhu onemocnění (Orel, 2016).

Jak již bylo zmíněno výše, jsou to normy společnosti, které nám tedy umožňují vytvářet klasifikace jednotlivých onemocnění a poruch. Kdybychom se ponořili hlouběji do historie těch duševních, mohli bychom si povšimnout, že v průběhu dějin společnost měla snahu smysluplně a přehledně třídit duševní poruchy a vytvářela tak různé klasifikace (Černoušek in Baštecká; Mach, 2015). V této části práce tři z nich uvedeme. Poslouží nám pro lepší pozdější orientaci.

### 1.2.1 Psychózy a neurózy

Jedna z možných klasifikací, se kterou se v současné době již nesetkáme, přesto ji považujeme za důležitou zmínit, je v knize s názvem „Neurologie a psychiatrie pro speciální pedagogy“ z roku 1989.

Duševní poruchy jsou zde členěny na dvě skupiny. Skupinu duševních nemocí a skupinu duševních odchylek neboli vad. Do oblasti první řadíme neurózy, funkční psychózy a v neposlední řadě symptomatická psychická onemocnění. Skupinu druhou pak tvoří poruchy vývoje osobnosti spolu s psychopatií a mentální retardace (Lesný; Špitz, 1989).

Za významné pro tuto práci považujeme poznamenat rozdíl mezi psychotikem a neurotikem. Neurotik, tedy člověk trpící neurózou, si zpravidla oproti psychotikovi bývá vědom svých potíží, které prožívá (Hartl; Hartlová, 2015). V konečném důsledku to neznamená, že psychotický jedinec nevnímá okolní svět, pouze si tzv. vytváří svůj vlastní a ten reálný tak ustupuje do pozadí (Sillamy, 2001). Nemocný se v takto sebou vytvořeném světě izoluje a odtrhává od ostatních, jejichž realita se pro něj stává cizí (Kalina, 2001).

Bipolární afektivní porucha, kterou se budeme ve zbytku teoretické části této práce zabývat, spadá dle výše zmíněné klasifikace do skupiny duševních nemocí, do oblasti psychóz (tamtéž). Dle psychologického slovníku (2001) můžeme duševní nemoc definovat jako duševní poruchu. Ztěžuje či znemožňuje jedinci vést takový život, ve kterém je schopen přizpůsobit se pravidlům a plnit očekávání dané společnosti, jejíž je členem, v důsledku narušení vztahu a komunikačních schopností k ostatním. Pro okolí je takové chování jedince zvláštní, nepředvídatelné, stěží pochopitelné, šokující a v určité míře u některých poruch (schizofrenie či bipolární afektivní porucha) až nebezpečné (Sillamy, 2001).

Psychóza je pak definována jako vážné duševní onemocnění, charakterizované ztrátou kontaktu s reálným světem a skutečností, doprovázené změnou ve vnímání, cítění i prožívání (Hartl; Hartlová, 2015). Zároveň se zde objevuje „*hluboká porucha mezilidských vztahů, což je příčinou sociální maladaptace*“ (Sillamy, 2001, str. 174).

Bipolární poruchu spolu se schizofrenií však konkrétně řadíme mezi psychózy funkční. „*Nejsou tedy doprovázeny žádným zjistitelným a typickým poškozením nebo ovlivněním mozkové tkáně, jako je tomu u psychóz organických nebo toxických*“ (Kalina, 2001, str. 17). Funkce mozku je tak výrazně narušena i bez jakéhokoliv jeho poškození (Hartl; Hartlová, 2010).

### 1.2.2 Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize

V České republice je v současné době nejvíce užívanou klasifikací Mezinárodní klasifikace nemocí, anglicky International Classification of Diseases (Valenta, 2015). Její desátá revize (dále jen MKN-10) je v naší republice platná od roku 1994 spolu s novým názvem - Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. Schválena však byla již roku 1990 a to Světovou zdravotnickou organizací (dále jen WHO), která je iniciátorem tohoto projektu (Baštecká; Goldmann in Baštecká; Mach aj., 2015).

WHO tímto způsobem dosáhlo „sjednocení zdravotnických pojmů a popsání co nejpřesnější reality“ (tamtéž, str. 65). Jedenáctou revizi MKN můžeme očekávat již v nejbližších dvou letech (tamtéž). Duševní poruchy zde nalezneme v oblasti písmena F, konkrétně F00-F99 a to pod názvem Poruchy duševní a poruchy chování. Ty se dále dělí na dalších 11 oddílů (MKN-10, 2008<sup>2</sup>).

#### **F00-F99 PORUCHY DUŠEVNÍ A PORUCHY CHOVÁNÍ**

<b>F00-F09</b>	Organické duševní poruchy včetně symptomatických
<b>F10-F19</b>	Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek
<b>F20-F29</b>	Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy
<b>F30-F39</b>	Afektivní poruchy (poruchy nálady)
<b>F40-F48</b>	Neurotické, stresové a somatoformní poruchy
<b>F50-F59</b>	Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory
<b>F60-F69</b>	Poruchy osobnosti a chování u dospělých
<b>F70-F79</b>	Mentální retardace
<b>F80-F89</b>	Poruchy psychického vývoje
<b>F90-F98</b>	Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a dospívání
<b>F99</b>	Neurčená duševní porucha

Tabulka 1- Rozdělení oblasti F v MKN-10

Oblast psychiatrie, orientovanou na duševní poruchy dospělých osob však do jisté míry i na duševní poruchy u dětí a dorostu, zastávají v MKN-10 oddíly F0 až F6. Zbývající okruhy, tedy okruhy F7 až F9, můžeme považovat za speciální oblast psychiatrie zabývající se problematikou duševních poruch v dětství a adolescenci (Smolík, 2002).

<sup>2</sup> MKN-10: tabelární část. Dostupné [online] na ÚZIS; 2. aktualiz. verze k 1. 4. 2014 [2. 4. 2017]

V každém z těchto oddílů MKN-10 nalezneme stručný a srozumitelný popis jednotlivých poruch. Co zde však už nenalezneme, je rozdělení na neurózy a psychózy dle známých či očekávaných souborů příčin a různých mechanismů, které vedou ke vzniku poruchy tak, jako tomu bylo ve výše zmíněné klasifikaci z roku 1989 (Smolík, 2002).

V současné době jsou zde poruchy zařazovány dle základních a především převládajících společných znaků. Důležité u užívání této klasifikace je uvědomění si, že poruchy zde diagnostikovány nevznikají pouze na základě jedné jediné příčiny. U všech kategorií je stejně tak nutné mít přehled a teoretické znalosti získané studiem obecné psychopatologie pro spolehlivé stanovení diagnózy (tamtéž).

### 1.2.3 Diagnostický a statistický manuál duševních poruch, 5. revize

Hned vedle MKN-10 stojí stejně tak důležitý, však v České republice méně užívaný (než v zemích Ameriky, Austrálie i Nového Zélandu), Diagnostický a statistický manuál duševních poruch (Orel, 2016). Anglicky Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders a jeho pátá revize (dále jen DSM-V), která vešla v platnost roku 2013 a v české verzi je k dispozici od roku 2015 (Valenta, 2015; Orel, 2016).

Tento podrobný diagnostický manuál, přesněji jeho třetí revizi, vydala Americká psychiatrická asociace (dále jen APA) roku 1980. Považujeme ho za duální systém ve vztahu k MKN. APA svůj manuál do současné podoby (DSM-V) ještě třikrát upravila, podobně jako dříve MKN při vytváření své desáté revize vycházela z DSM-IV. Dělo se tak proto, aby byly obě tyto klasifikace vzájemně slučitelné (Baštecká; Goldmann in Baštecká; Mach aj., 2015). DSM-V obsahuje popis klinické symptomatologie duševních poruch a přesně formuluje kritéria pro jejich diagnostikování. Přináší také nový koncept, kategorie i pojmy. Nejenom že nese vývojový pohled, pozornost zaměřuje také na rodové neboli genderové rozdíly (Orel, 2016).

Klasifikační systémy čelí mnohé kritice z důvodu jejich občasně nepřesnosti a přílišné obecnosti. Podstatné je uvědomit si, že tyto systémy nejsou schopny pojmut veškeré informace. Ať už se jedná o mnohočetné rozdělení či výčet konkrétních projevů, příčin i variant jednotlivých nemocí. Přistupovat bychom k nim měli s vědomím, že každý takto vytvořený systém je zjednodušený a tak či tak, pro společnost představuje důležitou složku snazší orientace (Orel, 2016).

## 2. Bipolární afektivní porucha (dále jen BAP)

Subjektivní představa světa a vlastní osoby každého člověka vychází ze všeho čím je obkloповán a čím je on sám. Tohle vše je zpracováváno v jeho osobnosti v podobě tří spolu navzájem propojených systémů. Hovoříme tedy o JÁ jako obrazu vlastní osobnosti, o tělesném JÁ a v neposlední řadě také o oblasti okolního prostředí – světa. Jedinec neztížen duševní poruchou, konkrétně psychózou, dokáže vnímat své tělesné JÁ v ohraničeném prostoru i čase stejně, jako je schopen prožívat své myšlenky, city a nálady. Tím v konečném důsledku dosahuje vnitřní soudržnosti. Zároveň se cítí součástí reálného světa, do kterého zasahuje, a má možnost ho i měnit (Kalina, 2001).

Tyto přirozené vztahy mezi systémy jsou však u psychózy porušeny. Hranice mizí a JÁ se odděluje od sebe navzájem, stejně jako se odděluje od světa. Viděné ani slyšené člověk nemusí považovat za vlastní. Svět je pro něj neskutečný, vzdálený až cizí. Naopak jeho myšlenky, přání a city se dostávají na povrch a svět si je přivlastňuje. Obměňuje se prostor i čas, je vytvořen chaos (tamtéž). Jedinec se tak snaží znovu dosáhnout jednostrannosti ve svém prožívání, současně však čelí hrozbě, že ze svých extrémů už nenalezne cestu zpět (Dethlefsen; Dahlke, 2011). Tento tzv. prožitkový model psychózy se týká i osob s BAP, která do této oblasti patří a kterou se budeme dále zabývat.

### 2.1 Vymezení bipolární afektivní poruchy

Neobvyklé změny v povaze člověka, případná snaha o změnu profese, přehnané sportování, blouznění, nadměrné utrácení, příliš mnoho optimismu nebo naopak deprese i ztráta sebekontroly. Zrychlené myšlení, zvýšené množství konfliktů, možná závislost na toxických látkách, sebevražedné sklony. Způsob chování vedoucí až k problémům se zákonem. V neposlední řadě život tzv. ode zdi ke zdi. (Gay, 2010). Tohle vše může být bipolární afektivní porucha, kterou trpěl například slavný malíř Vincent van Gogh, ale i český divadelní a filmový herec Miloš Kopecký (dle ústního sdělení MUDr. Jiřího Táborského, Žižkovo náměstí 5, Olomouc; dne 3. 4. 2017).

V MKN-10 nalezneme BAP v oblasti afektivních poruch (poruch nálady), v rozmezí kódů F30-F39 spolu se samostatnou manickou či depresivní fází nebo trvalými poruchami nálady (cyklothymie a dysthymie).

BAP však spadá konkrétně pod kód F31. Charakterizována je zde „*dvěma nebo více fázemi, při nichž je nálada a úroveň aktivity pacienta významně narušena*“ (MKN-10, 2008<sup>3</sup>, str. 209).

Těmito fázemi jsou myšleny fáze depresivní a manické.

Pokud se u jedince v průběhu jeho života setkáme s oběma těmito fázemi, hovoříme o bipolárním průběhu (Orel, 2016). Oproti tomu unipolární průběh se vyznačuje přítomností pouze jedné z nich. V tomto případě již však nemůžeme hovořit o bipolární afektivní poruše (Orel, 2016). Ke změně fáze z jedné na druhou může dojít náhle a to přesmykem do fáze opačné či smíšené, anebo pozvolna přes remisi (Smolík, 2002).

Jak uvádí Ivan Tůma (in Hosák; Hrdlička; Libiger aj., 2015), podíl v počtu jedinců trpících BAP se mezi pohlavími nijak neliší. V populaci, ve srovnání s jinými afektivními poruchami, je výskyt BAP v závažné formě do jisté míry vzácný. Postihuje přibližně jedno až dvě procenta osob. V lehčích formách je to poté až třikrát tolik přičemž prognóza je u 35-60 % těchto osob špatná (Gay, 2010; Češková in Češková; Kučerová; Svoboda., 2006).

Uvádí se, že ke vzniku BAP dochází nejčastěji mezi 20. a 30. rokem věku. Objevit se však může u osob všech věkových kategorií (Dušek; Večeřová-Procházková, 2010). Přestože v dětství není tak častá, symptomy se v tomto vývojovém období od psychózy v dospělosti moc neliší. Fáze mají pouze kratší délku trvání a jejich intenzita je o poznání slabší (Lesný; Špitz, 1989).

BAP, jak uvádí Christian Gay (2010), bývá často zaměňována s jinými duševními poruchami, v důsledku čehož může následně dojít ke stanovení nesprávné diagnózy. Nejednou byla tato porucha diagnostikována například jako schizofrenie, hraniční porucha osobnosti nebo jako paranoidní bludy. Příčinou mohou být snadno zaměnitelné symptomy, které se u těchto poruch do jisté míry shodují. Například blouznivá povaha manické epizody, současný výskyt halucinací u schizofrenie a paranoidních bludů. Nepřetržitá špatná adaptace, nízký stupeň sebevědomí a především vysoká proměnlivost nálad u hraniční poruchy osobnosti. Tyto symptomy mohou mít za následek nejen stanovení mylné diagnózy, ale i následnou volbu špatného lékařského postupu.

---

<sup>3</sup> MKN-10: tabelární část. Dostupné [online] na ÚZIS; 2. aktualiz. verze k 1. 4. 2014 [2. 4. 2017]



Již z dob slavného lékaře Hippokrata se dozvídáme o snaze diagnostikovat tuto poruchu. Její dvě části – manie a deprese – však ve většině případů byly posuzovány odděleně (Dušek; Večeřová-Procházková, 2010). Až ve druhé polovině 19. století byla vytvořena jednotná koncepce poruch nálady a to v šestém vydání Kraepelinovy knihy z roku 1899. Bipolární afektivní porucha byla od těchto dob uznávána jako samostatná jednotka, avšak pod názvem maniodepresivní onemocnění. Nemůžeme zde ještě přímo hovořit o bipolární afektivní poruše, jak je tomu dnes. Toto onemocnění zahrnovalo několik forem poruch nálady bez ohledu na to, zda se manie a deprese střídaly nebo se vyskytovaly pouze samostatně (Smolík, 2002).

Až v roce 1959 došlo k odlišování poruch pouze s depresivními či manickými stavy od poruch bipolárních. O tuto obměnu původní Kraepelingovy koncepce se zasloužil Leonhard, v jehož šlépějích následně pokračovali další (tamtéž).

V minulosti jsme se proto mohli setkat s hned několika názvy pro tuto poruchu. Od cyklofrenie, přes maniomelacholii a maniodepresivitu se dostáváme až po současný termín udávaný MKN-10: bipolární afektivní porucha a termín uvedený v DSM-V: bipolární porucha (Dušek; Večeřová-Procházková, 2010).

## 2.2 Klasifikace

V současné době existují dva klasifikační systémy (MKN-10 a DSM-V), ve kterých nalezneme BAP. I přes neustálou snahu tyto dva systémy co nejvíce připodobnit a dosáhnout jejich slučitelnosti, nalézáme při jejich srovnání rozdíly jak v diagnostických kritériích, tak i v klasifikaci této poruchy.

### 2.2.1 MKN-10

Jak již bylo zmíněno, BAP nalezneme v MKN-10 pod kódem F31. Zde podléhá dalšímu a podrobnějšímu členění. Rozlišujeme ji na několik typů a to přiřazením čísla dle jednoduché číselné stupnice (0–9) za její výchozí kód (F31), který představuje základní diagnózu. Číslo za kódem stanovujeme dle současně probíhající a přítomné fáze či remise. Takovéto členění se týká BAP pod kódy F31.0 až F31.7. Zbylé dvě kategorie F31.8 a F31.9 jsou určeny pro BAP s těžko či vůbec specifikovatelným nebo neobvyklým průběhem (Orel, 2016).

#### **F31 BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHA**

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

Tabulka 2 - Dělení bipolární afektivní poruchy dle MKN-10

MKN-10 při diagnostikování této poruchy vychází z toho, že existence jedné jediné manické fáze u člověka, neopravňuje nikoho ke stanovení diagnózy BAP. Naopak, tato jediná fáze vede k diagnóze pod kódem F30 s názvem manická fáze, kterou MKN-10 považuje za svébytnou poruchu. Teprve až výskyt další fáze, manické nebo depresivní, připouští diagnózu BAP. (Smolík, 2002).

### 2.2.2 DSM-V

Přesto, že DSM-V je pro MKN-10 co se týče oblasti duševních poruch jakýmsi výchozím „mustrem“, liší se tyto dva systémy v názvu užívaném pro tuto poruchu (zde bipolární porucha nikoli bipolární afektivní porucha). Podstatně se odlišují i v jejím členění, podobně jako v kritériích pro diagnostikování. DSM-V oproti MKN-10 totiž připouští, že každá fáze, ať se už jedná o jednu jedinou manickou či smíšenou, patří k BAP. Oproti tomu jediná a neopakovatelná hypomanická fáze však ke stanovení diagnózy BAP nestačí, pokud se již v minulosti nevyskytla alespoň jedna fáze těžší deprese (Smolík, 2002).

V českém vydání DSM-V je uvedeno, že *„bipolární a související poruchy jsou zde odděleny od těch depresivních a umístěny mezi kapitoly o poruchách schizofrenního spektra, jiných psychotických poruchách a depresivních poruchách“* (Mohr aj., 2015, str. 129). Členěny jsou na Bipolární poruchu I., Bipolární poruchu II. a řadíme zde i poruchy cyklotymní (tamtéž).

## 2.3 Etiologie

Příčiny vzniku BAP závisí na mnoha různých faktorech a činitelích, které rozlišujeme na biologické, genetické a psychosociální (Kalina, 2001). Přesná etiologie této poruchy je však doposud neznámá podobně jako u většiny duševních poruch (Kalina, 2001; Fišar, 2009). Již v dávných dobách bylo objeveno, že BAP může být dědičná. To ovšem neznamená, že se dědí samotná choroba, nýbrž pouze jakési vlohky k jejímu vzniku (Vacek, 1996). Tyto vlohky se však váží na vícero genů, přičemž stále nebylo nalezeno vysvětlení pro mechanismus jejich přenosu (Tůma in Hosák; Hrdlička; Libiger aj., 2015). To, zda člověk s takovouto vrozenou dispozicí však doopravdy onemocní BAP, závisí na vzájemném působení oněch různých faktorů. Řadíme zde například míru frustrační tolerance jedince, jeho temperament, ale také to, zda je prostředí, ve kterém vyrůstá a žije, příznivé nebo naopak disharmonické (Látalová, 2010). Vysoký podíl mohou mít však i životní události, kterými člověk prochází a kterým musí čelit. Také to, zda jsou pro něj tyto situace zatěžující, stresující a do jaké míry mají negativní vliv na jeho život (tamtéž).

Mezi další psychosociální faktory řadíme i zážitky z minulosti, smutek ze ztráty blízké osoby, citovou deprivaci ale také traumata nejenom z dětství (Gay, 2010). Člověk může být často vystavován opakovaným stresovým situacím, na které se tzv. nabalují další problémy běžného života – nedostatek financí, konflikty v partnerském soužití, nedodržování přirozeného životního rytmu v důsledku pracovního přetížení či dokonce podlehnutí nezdravému životnímu stylu (alkohol, drogy, nedostatek spánku).

V důsledku tohoto můžeme zpozorovat u jedince pokles schopnosti čelit stresu a vyrovnávat se s nepříznivými vlivy okolí (tamtéž). Dochází tak k pozvolným a postupným biochemickým změnám v oblasti mozku týkajících se tzv. neurotransmiterů jako je serotonin, noradrenalin ale i dopamin. Ty mohou spustit a odstartovat fázi depresivní nebo manickou (Látalová, 2010). Pouze velmi vzácně bývá vznik BAP spojován s neurologickými onemocněními jako jsou například mozkové nádory, podobně jako není spojován s onemocněními degenerativními ani metabolickými (Gay, 2010). Slavný psychoanalytik Sigmund Freud například předpokládal, že BAP zachvacuje osoby, pro které je charakteristická až nepřirozeně vysoká míra pořádkumilovnosti společně s análněsadistickým charakterem (Vacek, 1996).

## 2.4 Průběh a symptomatologie

Onemocnění bipolární afektivní poruchou neznamená pro člověka totéž co onemocnění všedními chorobami dnešní civilizace, se kterými si již lékaři i člověk sám poměrně snadno dokáží poradit. Dalo by se říci, že jedinec sužovaný BAP nese na svých bedrech jakési břemeno, jehož tíhu je nějakým způsobem nucen pociťovat po celý svůj život. Chvillemi si tuto tíhu jedinec uvědomuje více a je jí stahován na pomyslné dno. Jindy ji skoro nepocítuje. Tak či tak, musí člověk dennodenně překonávat různé formy znevýhodnění, které pro něj plynou z jeho onemocnění (Látalová, 2010).

Průběh BAP není vždy stejný, různí lidé se potýkají s různými variantami i obtížnostmi. Zpravidla rozlišujeme čtyři období – období přípravné, ataku neboli fázi, vyhasínání a remisi. Délka jednotlivých období se od sebe u každého jedince výrazně liší. U BAP má přípravné období a období vyhasínání poměrně krátkou délku trvání (Kalina, 2001). Jedinec si tak v konečném důsledku nemůže být téměř nikdy jist, jaká fáze ho čeká, kdy nastane její čas, jak bude probíhat a ani to, jak dlouhé bude mít trvání. Z tohoto důvodu je těžké nalézt jednotný popis příznaků a projevů BAP, které by se ve všech případech a u všech jedinců s touto poruchou shodovaly (Látalová, 2010). Přesto jsou v literatuře uváděny alespoň obecné symptomy vyskytující se u drtivé většiny jedinců s BAP, jejichž popisem se autoři snaží umožnit čtenáři alespoň částečný vhled do prožívání člověka s touto poruchou.

Jak zde již bylo několikrát zmíněno, BAP je charakteristická svými fázemi manie a deprese. Jejich vzájemný vztah můžeme vyjádřit větou z knihy Kamila Kaliny (2001, str. 41): „*Manie je pestrý cirkusový stan postavený nad jámou deprese.*“ Dušek a Večeřová-Procházková (2015) uvádějí, že výskyt těchto fází je pravděpodobnější na podzim a na jaře, což bývá dle těchto autorů pravděpodobně spojováno se změnami a působením povětrnostních podmínek a podmínek našeho podnebí. Epizody BAP, jak uvádí titíž autoři, se nedostavují pravidelně. Můžeme se setkat s velmi rychlou frekvencí jejich nástupu (několik fází do roka), ale i s fázemi od sebe pár let vzdálenými.

V 60-70 % případech se první fáze manie objeví těsně před či po fázi deprese. S rostoucím věkem roste i výskyt epizod, kdy se cyklus střídání fází stává rychlejším (Tůma in Hosák; Hrdlička; Libiger aj., 2015). Také běžný denní rytmus je zasažen. Depresivní fáze jsou častější ráno a dopoledne v důsledku dostatečně nekvalitního a krátkodobého spánku, stejně jako v důsledku možné přítomnosti nepříjemných a zatěžujících snů (Dušek; Večeřová-Procházková, 2015). Oproti tomu v manické fázi k pocitu subjektivní rekonvalescence stačí dvě až tři hodiny spánku (Tůma in Hosák; Hrdlička; Libiger aj., 2015).

Každá fáze je rovněž doprovázená vegetativními a somatickými projevy i příznaky. Asi nejčastějším je ztráta chuti k jídlu nejen ve fázi depresivní, ale i manické (Dušek; Večeřová-Procházková, 2015). Zároveň jedinci mívají často pocit, že jejich tělo ať už se jedná o dech, srdce či zažívací orgány, nepracují správně. Pro ně jsou však tyto dojmy reálné a skutečné i přesto, že my u nich tyto pocity můžeme vnímat jako nesmyslné, neboť pro nás nejsou dostatečně podložené a prokazatelné. U určitých forem BAP se taktéž může objevit blouznění v podobě zrakových, sluchových, tělesných, ale i čichových halucinací. Není to však pravidlem (Kalina, 2001).

Důležitým projevem, který doprovází fáze BAP je fakt, že tito lidé jsou si vědomi změn, které se v nich udály, stejně jako si uvědomují určité rozdíly mezi světem svým a světem druhých. Slabinou se zde nicméně stává neschopnost přijmout svou situaci za projev nemoci (tamtéž). Tento fakt je velice dobře viditelný například i u postavy Mr. Jonese, muže sužovaného BAP, ve stejnojmenném americkém filmu (1993).

#### 2.4.1 Manická fáze

*„... Tohohle týpka tady tuhle neznám“ ... „ale ten vedle, to je Freud, ne?“ ... „Na Freuda já nemám čas, doktore! Von se se vším strašně crcmá. ...“* aneb krátká ukázka vyjmuta z příběhu v knize Miroslava Orla (2015, str. 15), která nám přibližuje jakýsi pocit časové tísně doprovázející fázi manie. Charakteristická je v této fázi až euforická nálada projevující se tělesnou i psychickou zvýšenou aktivitou, zrychleným tryskem myšlení i roztěkaností.

Dalším typickým projevem je povolení přijatelné hranice až její ztráta v rámci kontaktu s ostatními lidmi, především pak s těmi cizími (tamtéž). Společně s bezhlavě navazujícími kontakty výrazně souvisí i krátkodobé nevázané milostné vztahy založené na zvýšeném sexuálním chtíči (Gay, 2010).

Pro fázi manie jsou obvyklé i další symptomy, jako je zkrácená doba spánku, který pro jedince představuje ztrátu času (Yovell, 2005). Vzrušení i zasněné jednání. Člověk překypuje energií, má mnoho nápadů a nových životních plánů. Většinou je však není schopen dotáhnout do konce, spěšně přechází z jednoho na druhé, čímž jeho chování ve výsledku působí zcela zmateně a chaoticky (Gay, 2010).

Typický je i zrychlený tok mluvy doprovázený chorobnou povídavostí. Jedinec vydrží hovořit celé hodiny o mnoha tématech s potřebou vše zdlouhavě vysvětlovat. Také je známo nespočet případů, kdy člověk v manické fázi své poruchy utratil veškeré peníze (tamtéž).

Jedinec je v průběhu této fáze bezstarostný, ničeho se nebojí a sálá z něj optimismus, v jehož důsledku věří, že vše je možné a zvládnutelné (Yovell, 2005). Podobně jako již výše zmiňovaná postava Mr. Jonese sužovaného BAP ze stejnojmenného filmu (1993) a jeho přesvědčení o tom, že dokáže lézat či oddirigovat koncert lépe než samotný dirigent.

Oproti tomu se zde setkáváme i s vysokou mírou výbušnosti a násilnickým chováním. „... *Byl jsem toho večera tak rozrušený a rozzlobený, tak to všechno začalo. Chtěl jsem si koupit cigarety, .... Zjistil jsem, že u sebe nemám žádné peníze. Ten Ind ... mi je nechtěl dát zadarmo. Měl jsem takový vztek, že jsem všechno zboží smetl z regálů ...*“ takto izraelský psychoanalytik a psychiatr Yoram Yovell (2005, str. 273) popisuje ve své knize příběh rabína s BAP ve fázi manie. Nálada tedy nemusí být pouze euforická, ale také zlostná. Jedince lze pak snadno popudit k rvačkám, stejně tak je snadnější dostat se s ním do konfliktu. Může se potýkat i s problémy se zákonem. Pro člověka ve fázi manie je charakteristický do jisté míry i vzhled. Povšimnout si můžeme nejen výraznější mimiky, ale i barevného až výstředního oblečení (Gay, 2010). V souvislosti s manii je potřeba zmínit také její lehčí stupeň – hypomani (Orel, 2015). Tento stav však nikdy nevydrží dlouho a ve většině případů přechází v plnou manii, která se tak stává již skutečnou psychickou krizí (Yovell, 2005).

#### 2.4.2 Depresivní fáze

BAP se projevuje nejen výše popsanou fází manie, ale také návaly extrémních záchvatů depresí. Ty bývají obvykle více nebezpečné a hlubší než deprese běžné (Yovell, 2005). Depresivní fáze BAP představuje pro jedince, oproti manii, větší riziko destrukce a zpravidla mu více znemožňují vykonávat či se účastnit profesních a společenských aktivit. Tato fáze je doprovázená ztrátou zájmu o cokoli, neodklonitelným smutkem a především neschopností radovat se. Člověk odmítá přemýšlet nebo si dokonce i představovat svou budoucnost. Pociťuje prázdnotu a nejistotu, což v těch nejhorších případech vede až k suicidálním sklonům (Gay, 2010; Orel, 2015).

„... *Pro něj byl ten jeden krok zároveň posledním. Byl krokem a cestou zároveň. Dnes nad tím ale nepřemýšlel. Vlastně nepřemýšlel nad ničím. Jediné, na co se upnul, bylo ukončit své trápení. A kdyby byl schopen radosti, možná by ji prožil. Radost z toho, že přišel na to, co s tím. Co s bezmeznou pustinou a temnotou, kterou prožíval ... Měl dojem, že nemůže ani dýchat. Že si nezaslouží, aby dýchal, aby žil. ... Beznaděj a smutek kolem něj stoupaly jako temný dým a prostupovaly vším. Byly tady v noci, ráno, přes den ... Neopouštěly ho ani na jedinou chvíli ...*“ (Orel, 2015, str. 21).

V depresivní fázi se zároveň zhoršují a zpomalují duševní funkce jako je myšlení, paměť, soustředěnost, motivace i vůle. Stejnou měrou se tato fáze tzv. podepisuje i na komunikaci s okolím, která je ztížená, dokonce ze strany jedince s BAP až postradatelná (Yovell, 2005). Mimika a veškeré pohyby představují pro člověka obrovský problém, který nelze překonat. Obvykle je fyzická aktivita pomalá a pro jedince neskutečně vyčerpávající. Dochází ke zvyšující se únavě spolu s potřebou spánku. Ten má však ve většině případů špatnou kvalitu. V důsledku toho člověk zanedbává nejen své zájmy, ale dochází i k neschopnosti vykonávat běžné rutinní činnosti, jako je například péče o sebe a o domácnost (Orel, 2015).

K přiblížení toho, jaký dopad může mít depresivní fáze BAP na schopnost udržovat svůj život alespoň v přibližně přijatelné normě, opět uvedeme úryvek příběhu o rabínovi z knihy Yorama Yovella (2005, str. 274): „... *Otevřel mi v pyžamu a pantoflích. Ze dveří se vyvalila vlna zápachu. V bytě vládl naprostý nepořádek a špína. ... Všude kolem se válely zbytky jídla, špinavé prádlo a noviny, dokonce i na uválené posteli.*“

Při průběhu depresivní fáze jedinci často trpí bolestmi hlavy nebo zad. V horších případech se mohou objevit i poruchy trávení či poruchy srdeční (tamtéž).

### 2.4.3 Smíšená fáze

BAP se nemusí projevovat střídáním pouze samostatných fází manie či deprese. I to však může být označeno za fázi smíšenou, pokud ovšem je frekvence hypomanie, manie a deprese natolik rychlá, že ke střídání příznaků dochází v hodinách. V takovéto fázi je častá zlostná nálada a podrážděnost (Tůma in Hosák; Hrdlička; Libiger aj., 2015). Za smíšenou epizodu je považována i přítomnost alespoň třech příznaků manie a deprese zároveň. Například snížená potřeba spánku, zrychlený tok myšlenek, hyperaktivita společně s úzkostí, podrážděností a marností (Novák; Lásková, 2016).



## Praktická část

V teoretické práci jsme se zaměřili na přiblížení základních informací o bipolární afektivní poruše (dále opět jen BAP). Vybrané informace jsou potřebné k získání alespoň částečného náhledu do problematiky osob sužovaných touto poruchou. Onen náhled považujeme do určité míry za nezbytný i ke snazší orientaci a k lepšímu chápání praktické části práce, ve které se budeme zabývat životním příběhem jedince s BAP formou kazuistiky neboli případové studie.

### 3. Cíle praktické části práce

Cílem praktické části práce je zmapovat a poskytnout základní informace o bipolární afektivní poruše. Popsat prožívání a chování jedince s touto poruchou a zároveň se tak přiblížit běžným situacím jeho života.

Jak uvádí Ján Praško a Aleš Grambal (in Praško aj., 2011, str. 363), duševně nemocní jedinci jsou vnímáni jako „*nebezpečná monstra schopná jakékoliv krutosti*“. Spolu s tímto bychom chtěli prostřednictvím kazuistiky dosáhnout alespoň mírného odbourání předsudků a mýtů, a přispět tak ke změně postojů společnosti směrem k lepšímu ve vztahu k těmto osobám.

V neposlední řadě je cílem poukázat na fakt, že BAP nemusí vznikat jen na základě traumat disharmonické výchovy z dětství či jako důsledek užívání návykových látek.

#### 3.1 Metodika práce a postup při sběru dat

Druhá část předložené bakalářské práce vychází z případu ženy s BAP. Respondentka byla dopředu obeznámena s průběhem setkání a realizovaného rozhovoru, což zároveň napomohlo i k částečnému odbourání původního strachu a napjaté atmosféry. Současně byla tato práce spolu s respondentkou konzultována. Plně tedy souhlasí s uveřejněním získaných a zde uvedených informací o její osobě. Přeje si však zůstat v anonymitě. Avšak pro lepší čtivost textu bude použito smyšlené jméno vybrané samotnou respondentkou, jméno Tereza.

První setkání autorky rozhovoru s respondentkou proběhlo do jisté míry nestandardně ke konci měsíce října roku 2016. Obě jsme byly účastnicemi zájezdu „za krásami Francie“. Setkání trvalo přibližně pět dní. Tereza před odjezdem nepovažovala za důležité upozornit účastníky ani pořadatele zájezdu na skutečnost, že před touto cestou vysadila do té doby užívaná antidepressiva. Podobně jako na fakt, že v minulosti již prošla jednou depresivní i manickou fází. Jako důsledek těchto náhle vysazených léků však došlo u Terezy k očekávanému odstartování hypomanické fáze BAP rychle se stupňující v manii.

Z tohoto důvodu bylo nutné předčasně ukončit zájezd nejen ze strany Terezy, ale také ze strany jeho pořadatelů. Následoval návrat Terezy ze zahraničí do České republiky. Zde byla poměrně brzy po příjezdu hospitalizována do psychiatrické léčebny, z níž se vrátila v průběhu měsíce ledna roku 2017.

Tématem závěrečné práce se tedy pohybujeme v oblasti klinické psychologie, její metodiku jsme čerpali z knihy Michala Miovského<sup>4</sup> (2006). Pro získání dat bylo použito kvalitativních metod, konkrétně rozhovoru, pozorování a kazuistiky.

Kvalitativní metody bývají aplikovány za účelem popisu, následného rozboru a konečné interpretace neměřitelných vlastností prozkoumávaných vnějších či vnitřních fenoménů lidské reality. Kvalitativní výzkum se tak zaměřuje na jevy, se kterými se běžně můžeme setkat. Avšak tyto jevy jsou natolik nesrovnatelné a neopakovatelné, že je nelze vnímat ani v objektivní rovině natož pak ve stejných subjektivních rovinách. Použity byly tyto metody také z toho důvodu, že v psychologii jen zřídka kdy narazíme na obecně platná pravidla či zákonitosti, což souvisí také s tzv. kontextuálností - různé psychologické fenomény se mohou pojít pouze a jen s určitými souvislostmi jako například charakterové vlastnosti, místo či čas. V souvislosti s tímto prochází zkoumaný fenomén zároveň svým ojedinělým dynamickým procesem. V neposlední řadě jsou metody kvalitativního výzkumu pro tuto práci vhodné z důvodu toho, že výzkumník se tak či tak vždy do jisté míry podílí na jím zkoumaném procesu či procesech (Miovský, 2006). „*Znamená to, že je určitým způsobem ovlivňuje a sám je jimi také ovlivňován*“ (Denzin in Miovský, 2006, str. 18).

Pro účely této práce byla vybrána případová studie neboli kazuistika. Jak uvádí Martin Sedláček (in Švaříček; Šedřová aj., 2014), metoda případové studie sahá hluboko do historie. Můžeme ji chápat jako jakýsi mocný nástroj, který se prováděl cíleně na zakázku a jeho výsledky pak sloužily při práci s různými typy klientů i k jejich léčbě (tamtéž). Některé z těchto kvalitativních metod (například Freudovy studie o hysterii) jsou dodnes neodmyslitelně spojeny s přelomovými událostmi v historii psychologie i psychiatrie (Miovský, 2006). Případová studie však není podstatná jen pro disciplíny psychologické, jako je například moderní klinická psychologie, ale současně i pro psychiatrii, pedagogiku a další (tamtéž).

Případová studie se zaměřuje na výzkum určitého případu. Za ten je obvykle považován objekt prováděného výzkumu. Ve vztahu k této práci chápeme jako objekt osobu s BAP, tedy Terezu. Jelikož je tato kazuistika postavena výhradně na případové studii jedné osoby, jedná se o kazuistiku tzv. jednopřípadovou, nemá primárně výzkumný účel (Miovský, 2006).

---

<sup>4</sup> Kniha s názvem „*Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*.“

Informace a poznatky pro napsání kazuistiky byly získány do větší míry pozorováním vnějších projevů Terezy, pozorováním extrospektivním (tamtéž). To však nebylo nijak strukturované ani omezené na určité oblasti, právě naopak. Tomu odpovídá i níže vytvořená kazuistika ve snaze co nejdříveji přiblížit pozorované situace a části života Terezy. Jelikož k rozhodnutí psát bakalářskou práci na zvolené téma došlo až po osobním setkání s respondentkou v rámci zájezdu (což chápeme jako pozorování zúčastněné), dalo by se v jistém slova smyslu zároveň řadit mezi pozorování tzv. skryté.

V průběhu zájezdu však docházelo k přijímání informací o Tereze přirozenou komunikací. Zpětně ji můžeme chápat jako metodu nestrukturovaného rozhovoru. Pro doplnění potřebných informací se autorka kazuistiky s Terezou několikrát osobně setkala a to po jejím návratu z psychiatrické léčebny. Tyto informace však byly získány již prostřednictvím rozhovoru polostrukturovaného, probíhajícího u respondentky doma. Jeho průběh se odvíjel od předem stanoveného schématu členěného na dotazované oblasti – dětství a případná onemocnění, rodina a nemoci, počátky obtíží, současný stav. Ke každému okruhu připadla také část otevřených otázek. Celkový rozhovor byl s vědomím respondentky zaznamenáván za pomoci digitálního diktafonu i mobilního telefonu, jeho audiozáznam je přiložen k této práci ve formě CD-ROM.

## 4. Případová studie – Tereza

Případová studie neboli kazuistika je pro větší autenticitu prokládána doslovně citovanými úryvky rozhovoru označenými kurzívou, přičemž kladené otázky autorkou jsou vyznačeny tučně. Úryvky rozhovoru umožní se alespoň mírně přiblížit skutečné podstatě prožívání života jedince s BAP a současně i jeho osobnosti.

**Z pozorování:** Tereza (43 let). Menší postavy přibližně 165 cm. Drobným dojmem působící, štíhlá, zpevněná postava. Vlasy občas se stáčejí do tzv. prstýnků různých velikostí s délkou pod bradu, které podtrhávají a svým způsobem doplňují Tereziinu netypickou osobnost. Barva vlasů je přírodní světle hnědá, místy prostoupená nepatrnými šedými pramínky. Obličej přirozeně a nepřiliš vrásčitý, vždy bez jakékoliv další úpravy pomocí make-upu a na první pohled něčím zajímavý až neobvyklý. Oči Terezy dokáží člověka pohltnout svou hloubkou, jako by se zastavil čas, když do nich někdo pohlédne. Během okamžiku vás v nich však zcela nečekaně dokáží překvapit, lidově řečeno, rošťácké jiskry.

Styl oblékání volí výhradně s cílem cítit se v něm pokud možno co nejvíce pohodlně a zároveň v něm vypadat ležerně i elegantně. Pohyby, chůze i mluvený projev Terezy obecně působí značně klidným dojmem. Veškeré činnosti a aktivity provádí ve velice pokojném a rozvázném tempu, jakoby pro ni stres ani neexistoval.

Bipolární afektivní porucha byla Tereze diagnostikována psychiatrem na přelomu měsíce října a listopadu minulého roku, při druhé hospitalizaci Terezy. Ta proběhla 30. 10. 2016. K předchozí a zároveň první hospitalizaci došlo ve 25 letech Terezy. Tehdy v období zrovna probíhající manické fáze. Zde byla Tereze stanovena diagnóza pouhé psychózy s pomyslným otazníkem. Následně byla léčena po dobu dvou let užíváním farmaka s názvem Risperdal (zlepšuje mentální funkce snižováním chemických látek v mozku, jako je dopamin a serotonin). Druhá, současně nedávná hospitalizace, proběhla ze strany Terezy víceméně nedobrovolně, neboť v opět přímo probíhající manické fázi chyběla Tereze schopnost uvědomit si a přijmout své prožívání a chování za chorobné. Což odpovídá jednomu z charakteristických znaků psychózy. Co se týče užívání lehkých i tvrdých drog, jak sama říká: „*Já jsem drogy nikdy neužívala ani alkohol, že bych byla alkoholik.*“ Podobné je to v tomto případě i s cigaretami.

Verbální a neverbální reakce při rozhovoru:

Odpovědi Terezy na kladené otázky při rozhovoru byly adekvátní a přiměřené jejímu současnému rozpoložení. Přítomná byla předpokládaná špetka nervozity, nijak zvlášť však průběh rozhovoru neovlivnila. Řečový projev se nikterak nevymykal normě. Příjemný tón hlasu, dynamika spíše mírná. Při udržování očního kontaktu se konverzace nepotýkala s žádnými problémy. Avšak mimika byla do značné míry strnulá, v některých okamžicích až kamenná, jako by oddělená od emocí. V průběhu rozhovoru však došlo k přirozenému a pozvolnému uvolňování jak mimiky, tak i konverzace celkově. Došlo i na humor. Gestika zcela chyběla. Současně se objevovalo jakési pomyslné vzpomínkové vakuum, přesněji řečeno neschopnost Terezy vzpomenout si, popřípadě vybavit si některé zážitky a situace z dětství.

### **Rodinná anamnéza:**

Tereza vyrůstala v úplné rodině s oběma rodiči. Ti doposud žijí společně v jedné domácnosti. „*Vycházejí spolu dobře, budou mít vlastně v září už 50. výročí.*“ Tereza není jedináček, vyrůstala se svým o čtyři roky mladším bratrem. Všichni členové rodiny dle Terezy nikdy netrpěli psychickými obtížemi a taktéž u nich neprobíhala léčba žádného z duševních onemocnění. „*Takže po stránce genetiky to není asi tady ta nemoc poddědná.*“ Vážnější onemocnění jiného rázu než psychického v rámci rodiny také nejsou zřejmá, alespoň co je Tereze doposud známo.

Oba rodiče byli zaměstnáni jako administrativní síly, pracovali v jednosměnném provozu. Nestávalo se tak, že by Tereza se svým bratrem bývala po celé dny sama doma a byli tak společně odkázáni pouze sami na sebe. „*Maminka byla sekretářka a tatínek dělal na konstrukcích, je inženýr.*“ Výchovu rodičů Terezy z jejího vyprávění můžeme v obecnějším smyslu označit za příliš neodlišnou od většiny rodin této generace. Stejně tak ve výchovném stylu každého ze svých rodičů Tereza tehdy nepocítovala a zpětně ani nevnímá žádný velký rozdíl.

**„*Jací teda jsou tví rodiče, nebo spíše jací byli, když jsi byla malá? Vybuchli snadno, nebo brali věci s klidem?*“**

„*Já bych řekla, že jsou klidní. Tatínek se občas rozčílil, když jsme něco vyvedli. Jinak jako ne, že by byli nějakí cholerici. Maminka je klidnější určitě než tatínek.*“

...

*„Tatínek byl vždycky přísnější než maminka. Oba jako vychovávali asi stejně, stáli vždycky za sebou, když se něco řešilo. Nebylo to, že by jeden říkal ano a druhý ne. ... Jo a tatínek byl, když jsem byla tak v první druhé třídě, tak byl docela rázný. Tak jsme občas i dostali páskem na zadek. To ještě byly takové ty tresty.“*

**„A mamka se tě třeba zastávala, když jste dostávali na zadek, nebo byla za jedno s tatínkem?“**

*„Ne to ne, byla za jedno.“*

Jak již bylo zmíněno výše, Tereza je jedním ze dvou sourozenců. *„Protože jsem starší sourozenec, tak jsem měla vždycky pocit, že ten mladší má navrch. Jinak nic, nikdy jsme se nehádali. Jako s bráchou jsme byli takoví, jako klasičtí sourozenci.“* Rodiče se snažili nepřenášet břemeno výchovy na Terezu, svého bratra hlídala minimálně. Nebyla tak stavěna do situací, ve kterých by tzv. přicházela o své dětství a byla nucena rychleji dospět staráním se o svého bratra.

Co se týče dohromady trávených chvil s rodinou, vybavuje si Tereza především společné výlety do západních Čech, kde dodnes ráda jezdí. Zde často trávila s rodinou prázdniny u vzdálených příbuzných.

O případných nepříjemně vyhocených chvílích pramenících z rodinného prostředí Tereza nehovořila. Dá se tak předpokládat, že rodinná atmosféra a fungování této rodiny bylo celkově harmonické. Vztah Terezy s jejími rodiči má doposud příznivý a pozitivní vliv na její duševní stav. Což potvrzuje i ona sama.

*„No, a jestli tě to zajímá, tak vlastně teďka mě hodně drží nad vodou, jezdili za mnou.“*

**„Oba dva?“**

*„Vlastně oba dva. Protože maminka neřídí, tak taťka jezdí autem. Ale mám v nich pevně jakoby zastání a volají mi, i když bydlí tady kousek, navštěvujeme se. Takže po téhle stránce jsem pořád jejich malé dítě.“*

### **Osobní anamnéza:**

Tereza se své tehdy 26leté matce narodila o tři týdny předčasně, porod byl spontánní. Nějaký čas po svém narození tak strávila v inkubátoru. *„Já jsem byla takové to chtěné dítě, protože nemohli mít děti. Maminka se ve dvaceti vdávala a vlastně šest roků na mě čekali. Takže jsem byla takové to chtěné dítě až moc, že všichni byli rádi, že jsem se narodila.“* Do výchovy rodičů směrem k Tereze se tato skutečnost údajně nepromítala. Důvodem prý mohl být i další následující a poměrně brzký porod druhého dítěte. Když Tereze byly čtyři roky, přišel na svět její bratr.

V průběhu Tereziina dětství se dle ní samotné žádné závažnější zdravotní problémy ani úrazy, krom těch běžných, neobjevily. Měla sice problémy s kůží a léčila se na atopický ekzém, což ona sama však nijak zvlášť nepocítuje jako výrazné omezení. Jelikož se ekzém občas stále objevuje, zvykla si na něj. V předškolním věku nicméně trpěla bolestmi břicha, jejichž příčinu můžeme označit za psychosomatickou.

*„Chodila jsem vlastně až v pěti letech do školky, předtím jsem chodila na takzvané hlídání k jedné paní, která měla stejně starého kluka jako já. Tak ona byla doma a maminka mě k ní vodila. ... Ale já už si na to nepamatuju. Ale pamatuju si pak, v pěti letech jsem šla do školky. Jenže to už byl bratr narozený, tak jsem strašně žárlila a nechtěla jsem do té školky chodit.“*

***„Žárlila jsi, že on zůstával doma a ty musíš pryč?“***

*„Jo, takže to mi mamka vždycky říkala, že mě bolívalo bříško a nechtěla jsem tam.“*

Následovala základní povinná školní docházka Terezy. Proběhla bez výrazných obtíží a problémů. Sama se zpětně považuje za žáka spíše nadprůměrného a bezproblémového v kontextu třídy ZŠ. Dokonce byla dvakrát zvolena jejím předsedou. Na střední škole už byli tzv. tahouny třídy jiní. Na své období puberty rozhodně nevzpomíná jako na poklidné.

*„... to jsem určitě se dovedla ozvat, protože jsem byla takový ten buřič, že jsem chtěla vždycky všechno jinak než ostatní. Takže jsem šla hlavou proti zdi. Takže to se mnou asi neměli lehké.“*

Od přibližně čtvrté třídy ZŠ až po ukončení gymnázia věnovala Tereza dvakrát týdně svůj volný čas pro ni největšímu koníčku – plavání. Nevěnovala se mu však přímo závodně. Dalo by se říci, že vždy tíhla k pohybu. I v současné době má ráda procházky a věnuje se józe. Je vysokoškolsky vystudovaná fyzioterapeutka na fakultě tělesné výchovy a sportu v Praze, momentálně již s dlouholetou praxí v oboru. Na svůj tehdejší odchod do našeho hlavního města se těšila a nepovažovala ho za stresující životní změnu, které by se měla bát. Sama sebe popisuje jako extroverta. Člověka, který má rád lidi a společnost spíše vyhledává. Zároveň o sobě ví, že je i dosti tvrdohlavá.

***„Jak zvládáš třeba konflikty?“***

*„Spíš jsem taková paličatá, že si jdu taky za svým. Až potom, když narazím tak jako zjistím, že to bylo špatně.“*

***„Takže dokážeš i dobře vybouchnout?“***

*„No, to jo.“*

Ona sama si nevzpomíná na žádné zážitky ani situace z dětství, které by mohly přispět jako jeden z faktorů ke vzniku BAP. Nevybavuje si přítomnost nočních děsů, taktéž ne větší či abnormální strach z čehokoliv. Zároveň se Tereza nezmiňuje ani o žádné výraznější stresové či nepříjemné situaci, která by na ni měla následný negativní vliv. Možné faktory potřebné k odstartování BAP přišly až v mladší dospělosti (viz počátky obtíží).

Tereza je šťastně vdaná. Má dvě děti a svou rodinu považuje za fungující. Její život se ubírá, dalo by se říci, přírodním směrem. Zájem Terezy, krom pohybových aktivit, vzbuzují rostliny všeho druhu. Někdy úmyslně občas impulsivně, pokaždé však s radostí sbírá jejich semena, výhonky a větve. Obdivuhodnou se stává i její schopnost pojmenovat velkou část rostlin a sdělit okolí jejich příznivé účinky na tělo i mysl. Přesně ví, která bylinka, v jakém množství a na jaké problémy pomůže. S tím souvisí i její sklon k přírodním a alternativním způsobům léčby.

### **Počátky obtíží:**

První obtíže se objevily přibližně tři roky poté, co se Tereza přestěhovala za vysokoškolským studiem do Prahy. Jak sama říká a bylo už uvedeno výše, na novou etapu svého života se těšila a to i přes prvotní nezdary. *„Až na potřetí jsem se dostala vlastně na tu školu. Jsem dvakrát dělala přijímačky, nedostala jsem se. A na potřetí jsme se vlastně dostala. No, ty tři roky první byly fajn. Měli jsme tam dobrou partu.“*

Do hlavního města, přestože Tereza měla v té době přítele, odešla sama. Jeho známí jí však v začátku dost pomohli, stejně jako Tereziina spolubydlící se svým přítelem. *„Já jsem si to tam moc užívala se všema, takže pro mě to bylo krásné.“* Po ukončení bakalářského studia chtěla Tereza pokračovat dále, na magisterské studium, kam však přijata už nebyla. Následně na to, ve věku 25 let, přišla první ataka psychózy – nejdříve deprese, která následně vyústila v manii.

***„Myslíš, že tuto ataku mohlo vyvolat tvé opětovné nepřijetí, tentokrát na magisterské studium?“***

*„Asi jo, to byl jeden z těch důvodů a druhý důvod byl, že jsem se v tu dobu rozešla s přítelem.“*  
*... „První jsem měla depresi a ta přešla potom v manii, nečekaně. Ale tu depresi jsem neměla léčenou, protože jsem nevěděla, že je to deprese.“ ...*



**„Zažila si teda kdysi ještě něco hodně nepříjemného, co ti občas problikne hlavou a ty si řekneš, že tohle bys už zažít nechtěla? Něco takového bylo?“**

„Bylo. Vlastně v té fázi té deprese, že jsem už stála skoro na balkóně a chtěla jsem jakoby z toho balkónu skočit, protože jsem nevěděla kudy kam.“ ... „Nevěděla jsem co dál, ale když jsem stála na tom balkóně, tak jsem si uvědomila, že bych všem ublížila. Jo, takže jsem nikam nelezla, na žádnou římsu.“

**„A něco ještě před tím, než se ta tvá porucha vůbec projevila?“**

„Tož to si vůbec neuvědomuju, že by něco takového bylo. Nějaký jakoby ... hm ... tak samozřejmě, jak člověk dělá zkoušky ve škole tak má obavu, stres. Tak vždycky se to nějak zvládlo, když tak na potřetí.“

Až po přesmyku deprese do fáze manie došlo tedy k hospitalizaci Terezy do psychiatrické léčebny. Zde strávila poměrně krátkou dobu. Po přibližně šesti týdnech opustila léčebnu s léky Risperdal, které užívala příští dva roky.

Po dlouhém období remise, v dubnu roku 2016, začala Tereza opět pociťovat velké úzkosti. Objevily se i problémy se spánkem a občasné špatné sny. Tereza již tušila, že se znova objevila fáze deprese. Obvodní lékař ji předepsal lehká antidepresiva. Současně s užíváním těchto farmak a na základě předchozí zkušenosti z mládí, Tereza vyhledala i odbornou pomoc psychiatra. Zároveň se také účastnila psychoterapie, kterou však na začátku léta ukončila s tím, že se již cítí dobře. Nadále užívaná antidepresiva vysadila těsně před odjezdem na zájezd do Francie, ke konci měsíce října roku 2016.

**„My jsme se spolu potkaly na zájezdu do Francie, kde jsi mi říkala, že jsi před touto cestou vysadila prášky. ... Proč ses je rozhodla vysadit?“**

„Spíš mi bylo řečeno, což já jsem špatně pochopila. Já jsem na konci září dostala obrovský průjem a měla jsem ho celý ten měsíc. Jako už ne tak silný a doktor mi řekl; teď musíme poléčít ty střeva; a já jsem si to vzala, že ty léky nemusím vůbec užívat. Takže to byla moje chyba, že jsem to špatně pochopila.“ ... „Takže já jsem to nějak nebrala, že když jsem je vysadila, že by mohlo něco přijít jakoby. Že by se mohlo to otočit nebo něco, protože já už jsem se cítila velice dobře.“

Odjezd do Francie odstartoval u Terezy fázi manie, která vystřídala tu depresivní. Náhlé vysazení antidepresiv však podle ní nebylo jediným faktorem, který tuto situaci zapříčinil.

„Já už jsem se cítila dobře, byla jsem jakoby zaléčena a najednou .... Nemyslím si, že díky tomu, že jsem ty léky přestala užívat.“

**„A myslíš, že to mohlo být třeba tím, že jsi jela do toho zahraničí?“**

„Ano, ano. Právě, že ta radost, že se objevila, že to rozjela jakoby, tu manii.“

V průběhu zájezdu došlo k velice rychlému vystupňování hypomanie v manii. Tereza nepocítovala potřebu spánku, byla schopná celé hodiny hovořit o mnoha tématech. Její pozornost byla roztěkaná, nedokázala setrvat na jednom místě delší dobu. Měla až nutkavou potřebu stihnout obejít a prohlédnout si veškeré památky, cítila se jakoby v časové tísní. Na druhou stranu, paradoxně čas vůbec nevnímala. Chtěla si životem ladně proplouvat, a každá časová struktura či jakési ultimátum v ní probouzelo mírnou agresi. Neustále napadala, a to nejen slovně, pro ni nelogicky stanovené časy odjezdů z hotelu, ale i svými skutky čas těchto odjezdů tzv. bojkotovala. Na smluvené časy docházela s několika desetiminutovým zpožděním, snídani schválně prodlužovala. Když se někdo z účastníků zájezdu pokusil Terezu upozornit na dobu, která jí do odjezdu zbývá, její tělo v mžiku zaujalo útočnou pozici, která byla doprovázena nadměrným zvýšením hlasu při slovních narážkách směřovaných danému člověku.

Všude kde byla Tereza, bylo i nespočet jejích věcí, které se hromadily v důsledku jejího nekontrolovatelného utrácení a nakupování. Nešlo o věci spadající do určité oblasti, ale spíše o různé drobnosti, které Tereze nějakým způsobem tzv. padly do oka. Od obyčejných přívěsků na klíče, různých hraček pro děti, přes kosmetiku, parfémy, mnoho dekoračních drobností do bytu až po menší rostliny i knihy. Utrácela i za kadeřníka, jídlo a věci tomu podobné.

Také „bezhlavě“ navazovala kontakty se zcela neznámými lidmi. Informace, které sdělovala, přestávaly dávat smysl. Pro její okolí bylo obtížné zorientovat se v tom, co myslí vážně a co je pouhá legrace. Při vyprávění svých zážitků se v jednu chvíli smála, v zápětí na to propukla v pláč, ze kterého se rychlým přesmykem dostala opět do smíchu. Objevily se i zrakové halucinace společně s vsugerovaným těhotenstvím, které však pro Terezu představovalo reálnou situaci. Jednoho večera ji zachvátila panika, že přichází o své dítě, přičemž byla v danou chvíli také naprosto přesvědčená o tom, že ji za ruku drží zdravotní sestra, se kterou i komunikovala.

Jelikož manie nebezpečně nabírala na síle a objevila se už i značná agrese vůči okolí, nebylo nadále možné, aby se Tereza zájezdu účastnila. Její hospitalizace však ve Francii byla, i po několika pokusech, nereálná. Bez jejího souhlasu k tomuto zákroku, nebylo možné tuto situaci za hranicemi ČR vyřešit. Tereziin manžel byl donucen přiletět a za jeho doprovodu, pátý den zájezdu, odcestovala Tereza zpět do rodné země.

**„Po té Francii jsi teda byla hospitalizována v psychiatrické nemocnici. ... Jaké to tam pro tebe bylo?“**

*„Takže jestli chceš slyšet, vlastně manžel mě tam chtěl hospitalizovat. Byla jsem vlastně 28. [28. října], jak jsme se vrátili, v Ostravě na Fifejdách ... ne ve Vítkovicích nebo teď nevím, ... ve Vítkovicích. Protože toho 28., tím že byl svátek, tak vlastně mě nemohli nikde přijmout. Takže manžel mě vezl s kamarádkou do Ostravy, kde bylo jakoby psychiatrické oddělení nebo vyšetření, které jsme měla absolvovat. Paní doktorka nic na to neříkala, ale asi jsem se potom projevovala větší tou manii. Takže manžel vlastně 30. [30. října], tady u mě vypuklo, že zavolal rychlou záchranku. Byla tady u nás i policie abych vlastně mohla, mohli mě shospitalizovat. Takže mě odvezli toho 30. října do Opavy, v nočních hodinách. Takže to byl pro mě takový šok, co se děje. No a tam už vlastně přišlo - uzavřený pavilon číslo pět, který je asi nejhorší, jím projít, protože tam člověk úplně ztratí jakoby svoje soukromí ....“*

Tento pobyt v psychiatrické léčebně byl oproti tomu dřívějšímu o poznání delší a do jisté míry pro Terezu i více nepříjemný. Prošla zde několika pavilony. Od již zmíněného čísla pět, kde se nedostala ani ke svým věcem, natož tak na delší dobu ven, přes další pavilony, již umožňující větší volnost. Značnou část pobytu má Tereza jakoby v mlze, v důsledku užívání léků, jejichž druh a dávky se často měnily. Tereza byla propuštěna domů přibližně v polovině měsíce ledna roku 2017. Z tohoto pobytu si odnesla nejen silný zážitek, ale také léky. Dávka farmak byla určena pro následující pouhé dva dny s tím, že další by si měla obstarat sama u svého lékaře. Tato situace byla pro Terezu stresující a hrozilo, že znovu upadne do fáze BAP. Přesto, že požadované léky neměl doktor v té době zrovna k dispozici a musela na ně nějakou dobu čekat, Tereza krátké období bez farmak zvládla dokonale.

### **Současný stav:**

Nynější léčba Terezy je postavena na farmaku s názvem Zolafren, určeného k léčbě některých psychotických stavů, jako je schizofrenie nebo právě BAP. *„Ten se bere na ráno 5 mg a večer jsem teď měla právě snížené z 15 mg na 10. Je rozpustný v ústech, takže se jakoby dobře rozkládá v těle.“* Současně Tereza dobírá i vitamíny na játra. Přesto, že alkohol pije minimálně, při vyšetření jí lékaři k jejímu překvapení zjistili špatnou krev. Ona sama si myslí, že za to může stres, kterého v poslední době bylo přespříliš.

Na žádnou psychoterapii v současné době nedochází ani ji nevyhledává. Účastnila se jí ovšem v rámci pobytu na psychiatrické léčebně.

Momentálně tráví Tereza svůj čas doma. Do práce nedochází, je na pracovní neschopnosti. Podporou jsou jí v tomto období jak rodiče, tak i její vlastní rodina.

Jak již bylo uvedeno výše, Tereza sama sebe považuje za člověk společenského, extrovertního. Nyní se však cítí svou nemocí svázaná i uzavřená vůči okolí. „... *nechce se mi nikomu vykládat, co jako člověk zažil teďka.*“ Kontaktu s lidmi se tedy nevyhýbá, ale ani ho přímo nevyhledává. „*Občas někoho potkám a pobavím se s ním. Ale teď nemám ani jakoby zážitky, protože jsem sama pořád doma, že.*“

**„Jak se teda teď cítíš a co plánuješ do budoucna?“**

„... *cítím se taková, to už jsem ti říkala, že nevím, co mám dělat dál. Že jsem taková nevyužitá, že tady tak jako posedávám. Chodím na procházky, což mi dělá dobře. Starám se tady o domácnost, o chod domácnosti. Samozřejmě manžel mi pomáhá. No a do budoucna bych chtěla zase nastoupit do svého zaměstnání, ale zatím mi paní doktorka říkala, že ještě není čas, že mám odpočívat.*“

## 4.1 Diskuze

Závěrem praktické práce se budeme snažit alespoň mírně přiblížit k možným faktorům ovlivňující vznik BAP a spouštěčům jednotlivých fází této poruchy u Terezy. Vycházet přitom budeme z nastudované literatury a poznatků uvedených již v teoretické části práce, ale také z vlastních zkušeností autorky společně se získanými informacemi z kontaktu s Terezou. Jelikož je práce založena na studii jednopřípadové, nelze tvrdit, že vyvozené závěry mají obecnou platnost.

Případ Terezy jako jeden z mnoha dalších potvrzuje, že BAP není nemocí vzniklou jen jako důsledek nadměrného užívání alkoholu nebo lehkých či tvrdých drog. Stejně tak zde nemůžeme hovořit ani o genetice. Opravdová příčina vzniku je v tomto konkrétním případě neznámá. Jak uvádí filozof korejského původu Byung-Chul Han (2016), pro každou epochu jsou charakteristické typické choroby. Minulé století můžeme označit za éru virovou a bakteriální. Pro současné 21. století jsou naopak typická nervová onemocnění jako důsledek rychle měnící se společnosti. Můžeme tedy předpokládat, že BAP není věcí pouze určité sorty lidí, ale hrozbě jejího vzniku můžeme čelit všichni.

Rodinu Terezy můžeme považovat za funkční a harmonickou. Stejně tak zde byla a stále je velká míra podpory ze strany rodičů směrem k Tereze. Občasné tělesné tresty v dětství snad přispěly k pocit'ování jakéhosi selhání či chvilkové nejistoty Terezy, jejich četnost a síla nejspíš nebyly nadměrné. Dle Evy Vaničkové (2004) je však velmi tenká hranice mezi tím, kdy tělesný trest přestává být trestem a stává se násilím. Výzkum z roku 2003 udává, že přibližně 87 % dětí (celkový počet dotazovaných byl 1 270) je v rodinách tělesně trestáno. Z toho větší polovina dotazovaného souboru vychází s oběma svými rodiči dobře (Vaničková, 2004). Na základě tohoto můžeme předpokládat, že v ČR byly a stále nejspíš jsou mírné tělesné tresty stále aplikovány. Řekněme tedy, že duševní vývoj Terezy nijak zvlášť neovlivnily. Na druhou stranu je ovšem Tereza mohla vnímat jako výraz značných a jí nepochopitelných změn v chování rodičů směrem k ní. A to v důsledku výchovy, ve které se přece jen nějakým způsobem mohl odrážet, Terezu nevědomě ovlivňující fakt, chtěného a dlouho očekávaného dítěte (zvýrazněný jejím lehce předčasným narozením). Situace předčasných porodů bývají pro rodiče obvykle doprovázeny velkou dávkou emocí (pocity zlosti, selhání) i následnými obavami. Pokud by tomu tak doopravdy bylo, brzké narození bratra tuto Terezou prožívanou situaci mohlo značně prohloubit. Vysvětlovalo by to i přítomné psychosomatické obtíže projevující se zmíněnými bolestmi břicha jako důsledek Tereziiny žárlivosti k bratrovi.

Zároveň je to jen hypotéza, která by mohla, ale také nemusela být jedním z mnoha následných faktorů, které přispěly ke vzniku BAP. Na straně druhé, jak uvádí Kevin Leman (2016), tato situace není nijak zvlášť neobvyklá, neboť u sourozenců se s tímto jevem setkáváme poměrně často. Naopak u sourozenců opačného pohlaví je soupeření mnohem slabší, pokud se vůbec objevuje.

Tereza se v období plnění školní docházky (ZŠ, gymnázium) nepotýkala s žádnými kázeňskými problémy a přestupky. Přesto o ni nemůžeme tvrdit, že byla žákem nevýrazným. Jak sama zmínila, byla buřičem, který chtěl vždy všechno jinak než ostatní. Stanislav Štech (in Jedlička, 2017, str. 114) poukazuje na jakási dvě poselství spojená se školní docházkou, která jsou předávaná z generace na generaci: „*Nesmíš být jiný než ostatní, ale zároveň nad nimi musíš vyniknout!*“. Tato tvrzení si však protirečí. Tzv. buřičské chování tak mohlo Terezu často dostávat do konfliktů s jejím okolím, které mohly být podpořeny Tereziinou tvrdohlavostí a stát se tak až vyhrocenými. Tyto situace by pak přirozeně byly pro Terezu zdrojem stresu nebo následného záměrného potlačování prožívání ve snaze splnit očekávání – být i nebýt jiná. Touha studovat obor fyzioterapie Terezu dovedla až do Prahy, kde v následujících letech přišla první ataka - deprese. Za jeden z nejdůležitějších faktorů, který přispěl u Terezy ke vzniku BAP považujeme nadměru stresu v důsledku kladení stále větších nároku společnosti na život jedince. Což potvrzuje i Byung-Chul Han (2016) tvrzením, že z původní disciplinární společnosti jsme se stali společností výkonu. Deprese je pak důsledkem systémového násilí, tlaku na výkonnost i oslabení sociálních vazeb podobně jako tomu bylo právě u Terezy. A nejen proto je výsledný stres, ač si to většina naší společnosti stále neuvědomuje, mocná zbraň, před kterou není zcela chráněn ani člověk s vysokou mírou frustrační tolerance, natož pak člověk psychicky méně stabilní.

Pokud opomeneme výše popsané hypotézy a Terezu budeme vnímat jako člověka psychicky vyrovnaného, bez přítomnosti nepříjemných či traumatizujících životních zážitků (které v jejím případě s největší pravděpodobností ani nejsou přítomny), pak z jejího příběhu opravdu vyčnívá jako hlavní příčina vzniku BAP nadměrný stres.

Opakované nepřijetí na vytoužený obor samo o sobě člověka tzv. vyvede z míry a dostane ho do pozice, kdy o sobě začne pochybovat. Přesto, že se Tereza na novou etapu svého života po konečném přijetí na studium těšila, nemůžeme předpokládat úplnou absenci stresových situací a obav z nového prostředí. Stěhování se z malé obce do hlavního města ČR vyžaduje určitou schopnost adaptace. Také ke studiu na VŠ je potřeba psychická stabilita, fyzická vytrvalost a současně i stresová odolnost. Člověk je neustále nucen testovat své možnosti a některé situace ho občas dostanou i na „pomyslné dno“ vyčerpání či rezignace.

V případě Terezy mohlo být toto období zatíženo nevědomými pochybnostmi o sobě samé prohloubenými opětovným nepřijetím, tentokrát již na studium magisterské. Z jejího vyprávění tzv. pomyslnou tečku potřebnou pro stoprocentní odstartování depresivní fáze dodal nejspíše rozchod s jejím dlouholetým přítelem.

Tyto popsané stresové situace jsou pro lidi ve společnosti více než běžné, málokdo si však již uvědomuje jejich možný nepříznivý dopad na naše zdraví. V současné době se nabízí mnoho způsobů, jak čelit stresu nebo mu do jisté míry předcházet, většina z nich však vyžaduje čas, který v nynější společnosti neustále postrádáme. Nejjednodušším a nejrychlejším způsobem se tak stává užívání farmak namísto tolik potřebné duševní hygieny. Antidepressiva jsou určena především pro léčbu chronických duševních onemocnění, proto je pro ně charakteristické dlouhodobé užívání stejně jako nutnost vysazovat je postupně a pomalu. Náhlé ukončení jejich užívání spustí ve většině případů pomyslnou bombu v podobě návratu příznaků nemoci, v horším případě v jejich silnější podobě. Můžeme předpokládat, že podobně tomu bylo i u Terezy před odjezdem na zájezd do Francie. Sama uvádí, že tento faktor sám o sobě sice neměl vliv na odstartování manické fáze, ale přispěl k němu zřejmě největší měrou.

Projevy chování Terezy se ve většině případů shodují s příklady popsanými v teoretické části práce. Při pomyslném rozjezdu nejsou samy o sobě pro okolí nijak zvláštní – ať už je to zrychlený tok mluvy i myšlenek, náhlá chuť do života nebo naopak úbytek energie a zájmu o cokoli – na počátku tohle vše okolní společnost může záměrně nebo neúmyslně přehlížet, popřípadě to považovat za nedůležité. Tyto projevy nejsou pro okolí natolik zvláštní a neobvyklé, aby jim věnovalo tolik potřebnou pozornost a následnou pomoc či podporu. Když však dojde k plnému rozvinutí příznaků BAP, teprve pak se tento člověk dostane do centra pozornosti svého okolí. To je však touto situací buď natolik paralyzováno, že není schopno nijak zareagovat a distancuje se, nebo je zasaženo její absurditou do té míry, že spustí svůj obranný mechanismus v podobě neadekvátních poznámek směrem k člověku sužovanému BAP. Neschopnost či nechtěnost okolí zareagovat může pramenit také z malé informovanosti o této problematice, kdy lidé v blízkosti jedince s BAP nemusí vědět, jak potřebnou pomoc poskytnout nebo zda je vůbec potřeba. Značná zmatenost společnosti je pak udávána již zmíněným malým povědomím o charakteristickém příznaku psychózy, který se projevuje nemožností člověka přijmout své chování za chorobné a tudíž je přirozené, že odmítá jakoukoliv pomoc. Neznamená to však, že ji nepotřebuje.

## Závěr

Tato bakalářská práce poskytuje informace o duševních poruchách, více pak o poruše bipolárně afektivní. V začátku teoretické části se zabýváme duševními poruchami obecně, jejich historií a možnými klasifikacemi. Zbylá část je věnována bipolární afektivní poruše. Jejím vymezení i klasifikaci dle současných klasifikačních systémů MKN-10 a DSM-V. V dalších kapitolách se věnujeme jak etiologii tak především průběhu a symptomatologii této poruchy. Pro větší přiblížení k její podstatě je kapitola symptomatologie členěná na jednotlivé fáze charakteristické pro BAP.

Praktická část je postavena na případové studii (kazuistice) ženy sužované BAP. Za cíl jsme si zvolili přiblížit se autenticitě života jedince s BAP. Zpřístupnit společnosti kontakt s možnými příčinami, projevy i důsledky této poruchy a to prostřednictvím již zmíněné případové studie. Ta je tvořena rodinnou a osobní anamnézou, informacemi o počátcích obtíží i o současném stavu respondentky. Závěrem praktické části práce, v kapitole diskuze, pojednáváme o možných příčinách vzniku BAP u této osoby, ale také o spouštěčích jednotlivých jejích fází. Vycházíme z jednopřípadové studie a proto nemůžeme zde vyvozené závěry považovat za obecně platné. Avšak podobně jako americký klinický profesor medicíny a psychiatr Paul J. Rosch napsal ve svém článku, že mnoho teorií je pouze přibližných a nemusí tak být vždy správné. Cena těchto teorií je ale v jejich schopnosti povzbuzovat a motivovat ostatní k objevování nových skutečností, které mohou vést k lepším teoriím či k potvrzení těch dosavadních. Stejně tak doufáme, že tato práce dovede některé členy společnosti alespoň k zamyšlení či prohloubení jejich zájmu o tuto problematiku. Popřípadě vzbudí zájem o provedení výzkumu týkající se BAP.



## Seznam použitých zdrojů a literatury

1. BAŠTECKÁ, Bohumila a GOLDMANN, Petr. Pojmy ve zdravotnictví s důrazem na oblast psychopatologie: Třídění obtíží a poruch. In BAŠTECKÁ, Bohumila, MACH, Jan aj. *Klinická psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0617-0.
2. ČEŠKOVÁ, Eva. Poruchy nálady (F30-39): Jednotlivé formy a jejich klinický obraz. In ČEŠKOVÁ, Eva, KUČEROVÁ, Hana a SVOBODA, Mojmír. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-154-9.
3. DETHLEFSEN, Thorwald a DAHLKE, Ruediger. *Nemoc jako cesta*. Přel. Jiří Pondělíček. 1. vyd. Praha: Triton, 2011. ISBN 978-80-7387-449-0.
4. *DSM-5®: diagnostický a statistický manuál duševních poruch, 5. revize*. 1. české vyd. Editor MOHR, Pavel aj. Praha: Hogrefe - Testcentrum, 2015. ISBN 978-80-8647.
5. DUŠEK, Karel a VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, Alena. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2. přepr. vyd. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-4826-9.
6. FIŠAR, Zdeněk aj. *Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie*. 2. přepr. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2737-0.
7. GAY, Christian. *Bipolární porucha: rady pro rodiny a blízké osob s maniodepresivními stavy*. Přel. Hana Holubkovová. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-668-1.
8. HAN, Byung-Chul. *Vyhořelá společnost*. Přel. Radovan Baroš. 1. vyd. Praha: Rybka Publishers, 2016. ISBN 978-80-87950-05-0.
9. HARTL, Pavel a HARTLOVÁ, Helena. *Velký psychologický slovník*. 4. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-686-5.
10. HARTL, Pavel a HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. 3. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0873-0.

11. JEDLIČKA, Richard. *Psychický vývoj dítěte a výchova: jak porozumět socializačním obtížím*. 1. vyd. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0096-5.
12. KALINA, Kamil. *Jak žít s psychózou*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-563-6.
13. KVINTOVÁ, Jana. Vymezení normality a abnormality. In PUGNEROVÁ, Michaela a KVINTOVÁ, Jana. *Přehled poruch psychického vývoje: psychická deprivace, neurotické obtíže v dětském věku, poruchy chování....* 1. vyd. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5452-9.
14. LÁTALOVÁ, Klára. *Bipolární afektivní porucha*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3125-4.
15. LEMAN, Kevin. *Sourozenecké konstelace*. Přel. Pavla Le Roch 1. přepr. vyd. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1100-6.
16. LESNÝ, Ivan a ŠPITZ, Jan. *Neurologie a psychiatrie pro speciální pedagogy*. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1989. ISBN 80-04-22922-0.
17. LIBIGER, Jan. Krátká historie psychiatrie. In HOSÁK, Ladislav, HRDLIČKA, Michal, LIBIGER, Jan aj. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2998-8.
18. MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4.
19. *Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize: Tabelární část, duševní poruchy a poruchy chování* [online]. Přel. ÚZIS ČR. 2. aktualiz. verze k 1. 4. 2014 [cit. 2017-04-02]. Geneva: World Health Organization, 2008. ISBN 978-80-904259-0-3.
20. *Mr. Jones* [online/film]. Režie Mike FIGGIS. USA: Bonton Films, 1993.
21. NOVÁK, Tomáš a LÁSKOVÁ, Hana. *Peklo v duši: deprese a mánie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80247-5851-0.

22. OREL, Miroslav. *Na Freuda já nemám čas, doktore*. 1. vyd. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0931-7.
23. OREL, Miroslav aj. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. 2. aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5516-8.
24. OREL, Miroslav a FACOVÁ, Věra. Úvod do psychopatologie: Postavení psychiatrie a psychologie v péči o duševně nemocné. In OREL, Miroslav aj. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. 2. aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5516-8.
25. PRAŠKO, Ján a GRANDBAL, Aleš. Sociální psychiatrie: Stigmatizace psychicky nemocných. In PRAŠKO, Ján aj. *Obecná psychiatrie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2011. ISBN 978-80-244-2570-2.
26. PROKŮPEK, Josef. *Psychiatrie: učebnice pro střední zdravotnické školy*. 3. vyd. Praha: Avicenum, 1974.
27. ROSCH, J. Paul. Reminiscences of Hans Selye, and the Birth of "Stress". *The American Institute of Stress* [online]. c1979-2017, [cit. 2017-04-06]. Dostupné z <<https://www.stress.org/about/hans-selye-birth-of-stress/>>.
28. SEDLÁČEK, Martin. Případová studie. In ŠVAŘÍČEK, Roman, ŠEĎOVÁ, Klára aj. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. vyd. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0644-6.
29. SILLAMY, Norbert. *Psychologický slovník*. Přel. Irena Strossová. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2001. ISBN 80-244-0249-1.
30. SMOLÍK, Petr. *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika*. 2. rev. vyd. Praha: Maxdorf, 2002. ISBN 80-85912-18-X.
31. SVOBODA, Mojmír. Dějiny psychologie. In ČEŠKOVÁ, Eva, KUČEROVÁ, Hana a SVOBODA, Mojmír. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-154-9.

32. TÁBORSKÝ, Jiří – ústní sdělení [přednáška]. MUDr. Táborský Jiří, Žižkovo náměstí 5, Olomouc; dne 3. 4. 2017.
33. TŮMA, Ivan. Afektivní poruchy- poruchy nálady: Bipolární afektivní porucha. In HOSÁK, Ladislav, HRDLIČKA, Michal, LIBIGER, Jan aj. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2998-8.
34. VACEK, Jaroslav. *O nemocech duše: kapitoly z psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 1996. ISBN 80-204-0535-6.
35. VALENTA, Milan aj. *Psychopedie: teoretické základy a metodika*. 5. aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Parta, 2013. ISBN 978-80-7320-187-6.
36. VALENTA, Milan aj. *Slovník speciální pedagogiky*. 1. vyd. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0937-9.
37. VANÍČKOVÁ, Eva. *Tělesné tresty dětí*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0814-0.
38. YOVELL, Yoram. *Nepřítel v mém pokoji: a jiné příběhy z psychoterapie*. Přel. Jana Pištorová. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-037-2.

## **Příloha č. 1 – Slovník pojmů**

**Ambivalentní** neboli současná existence dvou protichůdných citových postojů k určité osobě, skupině osob, jevu či fenoménu.

**Antidepresiva** řadíme mezi psychofarmaka ovlivňující afektivitu. Určeny jsou především k léčbě patologické depresivní nálady, působí však i na další příznaky (úzkost, poruchy spánku,...).

**Bipolární** neboli dvoupólový.

**Degenerace** neboli označení pro vrozené či dědičné odchylky ve struktuře jedince.

**Etiologie** je nauka o vnitřních a vnějších příčinách vzniku nemocí.

**Etopedie** je speciálně-pedagogická disciplína zabývající se nápravou chování a zvyklostí v chování. Předmětem etopedie jsou osoby s poruchami chování, emocí, sociálních vztahů a hodnotových orientací.

**Exorcismus** neboli zařikávání, vymítání, vyhánění d'ábla.

**Fenomén** neboli jev.

**Frustrační tolerance** vyjadřuje schopnost vzdorovat a odolávat frustračním podnětům (takovým podnětům, které člověku brání či ztěžují dosažení cíle – uspokojení nějaké potřeby) a to bez vážnějších dopadů na psychické zdraví jedince.

**Hraniční porucha osobnosti** neboli emočně nestabilní porucha osobnosti, hraniční typ. Řadíme ji do poruch osobnosti. Projevuje se kolísáním mezi extrémy v chování. Jedinec chvíli bezmezně miluje a poté šíleně nenávidí. Charakteristická je tedy střídáním prudkých impulzivních výlevů spolu s přelétavostí zájmů, střídáním sexuálních partnerů, vyhledáváním nebezpečí, alkoholismem i toxikomanií.

**Lithium** neboli stabilizátor nálady. Stejně jako antidepresiva ho řadíme do skupiny psychofarmak ovlivňující afektivitu. Určeno je především k léčbě BAP.

**Majoritní společnost** neboli většinová společnost.

**Maladaptace** neboli neschopnost přizpůsobit se novým životním podmínkám.

**Neuroleptika** neboli antipsychotika. Řadíme je mezi psychofarmaka ovlivňující psychickou ucelenost. Určeny jsou především k léčbě schizofrenie ale také BAP, návratných depresí i k léčbě poruch chování u mentální retardace.

**Neuróza** je psychická porucha, v níž dominuje úzkost. Nejsou zde přítomny somatické (tělesné) příčiny. U neurózy nechybí jedinci náhled na svou nemoc oproti psychóze. Není doprovázená bludy ani halucinacemi.

**Neurotransmitery** jsou chemické látky uvolňovány z nervového zakončení na vzájemném spojení neuronů (synapsi). K nejznámějším neurotransmiterům patří noradrenalin, dopamin, serotonin, a další. Poškození či narušení přenosu neurotransmiterů způsobuje některá neurologická a psychiatrická onemocnění.

**Opium** je jedna z nejdéle známých drog. Zdrojem opia je mák setý.

**Paranoidní bludy** jsou charakteristické vztahováním neutrálních podnětů ke své osobě. Patří sem přesvědčení o pronásledování, podvádění, úkladech i svádění.

Blud obecně je poruchou obsahu myšlení. Charakterizovat ho můžeme jako nepravdivé, chorobné a hluboce zakořeněné přesvědčení člověka o určitých skutečnostech, které se neslučují s realitou.

**Patologie** je obor zabývající se chorobnými jevy a pochody v organizmech.

**Psychopatie** neboli starší termín, dnes nahrazen termínem poruchy osobnosti a chování dospělých.

**Psychiatrie** je lékařská disciplína, jejímž předmětem je prevence, diagnostika, terapie a rehabilitace osob s duševní poruchou.

**Remise** neboli vymizení příznaků choroby na dočasnou dobu.

**Schizofrenie** je závažné psychotické onemocnění se sklonem k chronickému průběhu. Projevuje se psychotickými příznaky, které se vztahují zejména k poruchám myšlení, vnímání, emocí, chování a náhledu. Jednotlivé příznaky se objevují v různém poměru a v různých fázích onemocnění.

**Socializace** neboli celoživotní proces, během kterého se člověk jakožto biologický tvor stává bytostí sociální.

**Suicidální sklony** neboli sebevražedné sklony.

**Symptom** neboli příznak, znak, projev sloužící ke stanovení diagnózy.

**Psychopedie** je v užším pojetí speciálně-pedagogická disciplína zabývající se edukací osob s mentálním postižením či jinou duševní poruchou a zkoumáním výchovných a vzdělávacích vlivů na tyto osoby.

**Symptomatická psychická onemocnění** neboli organické duševní poruchy vznikají vlivem somatického (tělesného) onemocnění, kdy jedním z napadených orgánů je i mozek. Vedou tak k jeho dysfunkci. Řadíme zde poruchy vzniklé například přímým poraněním mozku nebo otravami, virovými a bakteriálními infekcemi či cévními onemocněními.

**Symptomatologie** nebo také symptomatika. Nauka o příznacích a projevech nemoc

## ANOTACE

<b>Jméno a příjmení:</b>	Monika Michálková
<b>Katedra:</b>	Katedra psychologie a patopsychologie
<b>Vedoucí práce:</b>	Mgr. Michaela Pugnerová, Ph.D.
<b>Rok obhajoby:</b>	2017

<b>Název práce:</b>	Bipolární afektivní porucha
<b>Název v angličtině:</b>	Bipolar disorder
<b>Anotace práce:</b>	<p>Tématem bakalářské práce je bipolární afektivní porucha (dále jen BAP). V teoretické části se pro uvedení do problematiky zabýváme vymezením duševních poruch obecně, jejich historií a klasifikací. Zbylou část teorie věnujeme již samotné BAP. Její klasifikaci, etiologii a především symptomatologii. Praktická část práce je založena na jedné z kvalitativních metod výzkumu – kazuistice neboli případové studii. Ta vychází z příběhu ženy s BAP. Cílem je přiblížit život člověka s BAP okolní společnosti a rozšířit tak povědomí o příčinách a projevech této poruchy. Závěr praktické práce je věnován možným hypotézám vzniku BAP.</p>
<b>Klíčová slova:</b>	Duševní poruchy, bipolární afektivní porucha, případová studie (kazuistika)

<b>Anotace v angličtině:</b>	<p>Theme of the dissertation is bipolar affective disorder (hereinafter BAP). In the theoretical part for initiation into problematics, we deal with mental disorders in general, further their history and classification. The remaining part of the theory is focused on BAP itself. Its classification, etiology and symptomatology in particular.</p> <p>The practical part is based on one of the qualitative research methods – casuistry, in other words case study. It is based on the story of a woman with BAP. The aim is to clarify and bring near the life of a person with BAP to society at large and to enhance awareness of the causes and consequences of this disorder. Conclusion of practical work is dedicated to the possible hypotheses about origin of BAP at respondent</p>
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	Mental disorders, bipolar disorder, case study (casuistry)
<b>Přílohy vázané v práci:</b>	Slovník pojmů
<b>Rozsah práce:</b>	44 str.
<b>Jazyk práce:</b>	Český jazyk