

# **STŘEDOŠKOLSKÁ ODBORNÁ ČINNOST**

**Obor č. 14: pedagogika, psychologie, sociologie a problematika volného času**

## **Bipolární porucha a její vliv na blízké okolí postiženého**

**Autoři:** Agáta Nováková

**Škola:** Česko-anglické gymnázium, Třebízského 1010/9, 370 06  
České Budějovice

**Kraj:** Jihočeský kraj

**Konzultant:** Mgr. Petra Klee

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem svou práci SOČ vypracoval/a samostatně a použil/a jsem pouze prameny a literaturu uvedené v seznamu bibliografických záznamů.

Prohlašuji, že tištěná verze a elektronická verze soutěžní práce SOČ jsou shodné.

Nemám závažný důvod proti zpřístupňování této práce v souladu se zákonem č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších předpisů.

V Českých Budějovicích dne 10.12.2022 .....

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala především mé konzultantce Mgr. Petře Klee, za veškerou pomoc při psaní mé seminární práce. Dále bych chtěla poděkovat všem dotazovaným za zajímavé rozhovory z jejich osobních zkušeností, které mi umožnily zpracovat praktickou část této práce. Mé díky také patří mé rodině a blízkým přátelům za celkovou psychickou podporu během zpracování práce.

## **Anotace**

Seminární práce se zabývá bipolární poruchou a jejím vlivem na blízké okolí pacienta. Cílem této práce je zjistit, jaký vliv má bipolární afektivní porucha na blízké okolí postiženého a jak je jimi pacient vnímán. Teoretická část se věnuje bipolární afektivní poruchou obecně, její historií, klinickými projevy jako jsou mánie, deprese, hypománie, remise a smíšená epizoda. Následně i typy bipolární poruchy, suicidalitou, diagnostikou a léčbou. Následuje praktická část práce, která je provedena kvalitativním výzkumem za pomoci polostrukturovaných rozhovorů, které se zabývají danou problematikou.

## **Klíčová slova**

bipolární porucha, pacient, deprese, maniodeprese, psychika člověka, vztahy

## **Annotation**

The seminal work deals with bipolar disorder and its effect on the patient's immediate surroundings. The aim of this paper is to find out what effect bipolar affective disorder has on the near surroundings of the sufferer and how the patient is perceived by them. The theoretical part is devoted to bipolar affective disorder in general, its history, clinical manifestations such as mania, depression, hypomania, remission and mixed episode. Subsequently, the types of bipolar disorder, suicidality, diagnosis and treatment. This is followed by the practical part of the work, which is carried out by qualitative research using semi-structured interviews that deal with the issue.

## **Keywords**

bipolar disorder, patient, depression, psyche of a person, relationships

ÚVOD .....	7
TEORETICKÁ ČÁST .....	8
<b>1. CHARAKTERISTIKA BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHY .....</b>	<b>8</b>
1.1. HISTORIE.....	8
<b>2. KLINICKÉ PROJEVY BIPOLÁRNÍ PORUCHY.....</b>	<b>9</b>
2.1. MÁNIE.....	9
2.2. HYPOMÁNIE .....	10
2.3. DEPRESE.....	11
2.4. SMÍŠENÁ EPIZODA .....	12
2.5. REMISE.....	12
2.6. NÁSTUP A VZNIK ONEMOCNĚNÍ .....	12
<b>3. TYPY BIPOLÁRNÍ PORUCHY .....</b>	<b>13</b>
3.1. BIPOLÁRNÍ PORUCHA TYPU I .....	15
3.2. BIPOLÁRNÍ PORUCHA TYPU II.....	15
<b>4. SUICIDALITA U BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHY .....</b>	<b>15</b>
<b>5. DIAGNOSTIKA A LÉČBA BIPOLÁRNÍ PORUCHY.....</b>	<b>17</b>
5.1. DIAGNOSTIKA .....	17
5.2. LÉČBA.....	18
5.2.1. <i>Medikamentózní léčba</i> .....	18
5.2.2. <i>Psychoterapie</i> .....	19
5.2.3. <i>Další možnosti léčby</i> .....	19
<b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>20</b>
<b>6. METODOLOGIE VÝZKUMU .....</b>	<b>20</b>
6.1. CÍLE PRÁCE .....	20
6.2. VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	20
6.2.1. <i>Výzkumné otázky pro pacienta</i> .....	20
6.2.2. <i>Výzkumné otázky pro blízké okolí</i> .....	20
6.2.3. <i>Výzkumné otázky pro zdravotní sestru pracující v psychiatrické léčebně</i> .....	21
6.3. DRUH VÝZKUMU A METODA.....	21
<b>7. ROZHOVORY .....</b>	<b>21</b>
7.1. ROZHOVOR S PACIENTEM .....	21
7.1.1. <i>Rozhovor 1</i> .....	21
7.2. ROZHOVORY S BLÍZKÝM OKOLÍM .....	23
7.2.1. <i>Rozhovor 2</i> .....	23
7.2.2. <i>Rozhovor 3</i> .....	25

7.2.3. <i>Rozhovor 4</i> .....	26
7.2.4. <i>Rozhovor 5</i> .....	28
7.3. ROZHOVOR S ODBORNOU SESTROU .....	29
7.3.1. <i>Rozhovor 6</i> .....	29
<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>31</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ</b> .....	<b>33</b>

# Úvod

Seminární práci na téma bipolární porucha a její vliv na blízké okolí jsem zvolila z důvodu aktuálnosti a svému osobnímu vztahu k dané problematice. Psychické poruchy člověka jsou čím dál tím více řešeny ve společnosti z pohledu nemocného, ale není nahlíženo na vliv onemocnění na okolí pacienta. Proto se seminární práce zaměřuje na vliv na stranu okolí postiženého. Toto téma je velmi osobní a bylo zvoleno z důvodu každodenního kontaktu s osobou trpící bipolární poruchou. Zkušenosti jsou jak z roviny rodinné, tak z přátelské.

Cílem této práce je porozumění daného onemocnění a snaha o zjištění, jak nejlépe se k pacientovi chovat, v zájmu zachování svého psychického zdraví. Tímto chci obohatit studie týkající se tohoto tématu, kterých doposud mnoho není. Dalším cílem této práce je potvrzení nebo vyvrácení hypotézy, která je: " Bipolární porucha má negativní vliv na vztahy pacienta a jeho okolí."

Teoretická část se zabývá samotným onemocněním – bipolární poruchou. Popisuje její příčiny, příznaky, průběh, léčbu a její možnosti (jak k tomu přistupovat) a v neposlední řadě manické a depresivní stavy. Dále zkoumá vztah mezi postiženým a jeho nejbližšími. Teoretická část je provedena metodou hloubkové literární rešerše domácí literatury. Jsou obsaženy i odborné články z internetových zdrojů.

V praktické části budu získávat data formou rozhovorů, které jsou provedené se třemi odlišnými skupinami lidí. Jednou je blízké okolí člověka mající diagnostikovanou bipolární poruchu (matka, blízký kamarád), druhou je odborná zdravotní sestra působící na oddělení psychiatrie stýkající se každý den s touto řešenou problematikou a třetím je samotný pacient trpící bipolární afektivní poruchou.

Limitujícím faktorem při psaní této odborné práce může být nedostatek literárních zdrojů zabývajících se působením nemoci na jeho okolí.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1. Charakteristika bipolární afektivní poruchy

Bipolární afektivní porucha, kterou můžete znát pod názvem maniodepresivní psychóza, je mentální porucha. Během této nemoci se pacientovi periodicky střídají stavy manické, depresivní a hypomanické. Doba střídání epizod je u každého pacienta individuální a doba střídání se pohybuje mezi dny, týdny, až měsíci. U většiny chorob je rozdílný počet mužů a žen, kteří poruchou trpí. U bipolární poruchy je počet téměř vyrovnaný.

Tato porucha ovlivňuje postiženého v každodenních aktivitách. Život pacienta s touto poruchou se často přirovnává k životu na houpačce, a to z toho důvodu, že člověk je jednou nahoře, jednou dole a stále se to mění. Toto přirovnání ale není zcela výstižné, pohyb houpačky je předvídatelný a když do něj není vložena energie, ustane. Proto by lepším přirovnáním byla jízda na horské dráze. Ovšem ale jízda pro ty, kteří horské dráhy nesnášejí.<sup>1</sup>

### 1.1. Historie

Zmínky o mánii a melancholii pocházejí již ze starověkého Řecka. Přesněji řečeno termín mánie poprvé použil Soranus v prvním století před naším letopočtem. Dle něj byly mánie stavy ztřeštěného blouznění, které je provázeno až bujarou náladou. Ve spojitosti s bipolární poruchou také poukázal na to, že stavy mánie se občas střídají s melancholií, při které je pacient nadměrně unavený, osláblý, smutný a pocíťuje beznaděj.

Později popsal Aretaeus z Kappadokie vztah mezi mánii a melancholií: „Zdá se mi, že melancholie vždy předchází mánii a stává se tak její součástí.“ Aretaeus byl nepochybně skvělý pozorovatel a to potvrzuje tím, jak popsal euforickou mánii stejně jak ji chápe současná psychiatrie: „Má sice mnoho forem, ale jedná se o jedno onemocnění. Pacienti jsou hraví, smějí se, tančí dnem i nocí, domnívají se, že dokáží cokoliv. Vše je u nich korunováno pocitem nekonečného vítězství. Věří, že jsou výjimeční v astronomii, filozofii i poezii.“<sup>2</sup> Popsal i mnoho dalších jevů, jako například sekundární osobnostní jevy a závažnější psychotickou mánii.

---

<sup>1</sup> LÁTALOVÁ, Klára. *Bipolární afektivní porucha*. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3125-4., s 13

<sup>2</sup> tamtéž s. 15



V 18. století se mánií a melancholií zabýval Filip Pinel, byl to francouzský reformátor péče o duševní zdraví.<sup>3</sup> Na jejich spojitost poprvé poukázal jeho žák J.P. Farlet, který popisoval „cirkulující mánií“.<sup>4</sup> K těmto objevům došlo, díky humanizaci péče o duševní zdraví v 18. století v Paříži. Rozdílný názor, než Farlet měl Baillarger, který popisoval „mánií dvojí formy“, a to tím způsobem, že mezi stavy mánie a melancholie se vyskytuje i stav zdraví, takže se v těchto případech nedá mluvit o nemoci.

Později, ve 20. století měl přínos pro světovou psychiatrii Kraepelin, který sloučil mánií a melancholií a přivedl maniodepresivní poruchu na světovou psychiatrickou mapu.<sup>5</sup> Maniodepresi popsal jako remitující a recidivní poruchu (remitující – kolísající, střídání atak a remisí závad; recidivní – opakující). To nebyl jeho jediný přínos, stanovil také principy a metodologické zásady sledování pacientů.

## 2. Klinické projevy bipolární poruchy

Bipolární poruchu lze popsat jako stav kdy se mění manické, depresivní a střídavé epizody.

### 2.1. Mánie

Mánie se projevují mnohými způsoby. Základním příznakem je porucha nálady a přehnané změny nálad. Nálada je buď zcela euforická nebo podrážděná, tyto stavy se mohou měnit velmi rychle. Také úzce souvisí s fyzickou i psychickou hyperaktivitou člověka.

Během těchto epizod se pacient cítí skvěle duševně i fyzicky. Navenek se jeví vesele, dokáže se dobře přizpůsobovat, je hyperaktivní a živý. Pacient v této chvíli naprosto zapomíná na to, že je nemocný a když mu to někdo jen naznačí, může mít až přehnanou reakci, bude podrážděný a bude odmítat svou nemoc a házet své chování na svou povahu. Pacient snadno mluví s lidmi a lehce si hledá nové přátele, kdekoliv. Vše vidí pozitivně a dle jeho pohledu mu vše vychází. Zpočátku je pacientova společenskost uvítaná okolím, ale později začne jeho chování lidi obtěžovat a nakonec je vnímán jako člověk, se kterým se nedá vydržet.

---

<sup>3</sup> KANDĚROVÁ, Alena. *Soužití se členem rodiny trpícím bipolární poruchou = Life together with a member of family handicapped with bipolar disease*. České Budějovice, 2007. s. 25

<sup>4</sup> LÁTALOVÁ, Klára. *Bipolární afektivní porucha*. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3125-4., s 16

<sup>5</sup> Paykel, E. (1994). Historical Overview of Outcome of Depression. *British Journal of Psychiatry*, 165(S26), 6-8. doi:10.1192/S0007125000293227

Pacientovy nálady se mění ze sekundy na sekundu, a to absolutně bezdůvodně. Hysterický smích se může změnit v hysterický pláč jen tak. Je běžné, že je pacient velmi podrážděný a ironický a může být i emočně přecitlivělý a všechny jeho pocity jsou přehnané.

Dalším příznakem je zrychlené myšlení, to znamená že rychlost proudu pacientova myšlení je podřízeno vlivu vnějších okolností. Člověk se snaží všechny informace co nejrychleji zpracovat v hlavě a přenést je do slovního projevu, což je spojené s dalším jevem. Pacient se snaží předat své informace co nejvíce lidem, to znamená, že oslovuje neznámé osoby a je schopný si s nimi povídat až hodiny o nejrůznějších tématech. Pacient také opakovaně telefonuje, o naprosto nedůležitých věcech, jen si chce povídat. K telefonátům připojuje často velmi afektovaný a citově zabarvený hlas.

Třetím znakem je hyperaktivita, již už byla zmíněna hlavně ta psychická, ale jedná se i o fyzickou hyperaktivitu. Spánek je velmi krátký a celková doba na odpočinek se zkracuje. Člověk se cítí stále výborně a říká si, že odpočinek nepotřebuje nebo se bojí, že když začne odpočívat spadne zpět do depresí. I přes nedostatek spánku nevnímá únavu a má stále dostatek energie. Během této fáze pacient často i hubne, a to z důvodu nedostatku příjmu tekutin a jídla, místo toho nadměrně užívá alkoholu, cigaret a jiných psychoaktivních látek. V této epizodě se pacient chová bez zábran a na ničem mu nezáleží, jelikož si připadá, že mu leží celý svět u nohou. To nejen že škodí pacientovi samému, ale navíc to také škodí jeho rodinným, přátelským a jakýmkoliv jiným vztahům.

## **2.2. Hypománie**

Hypománie má stejnou charakteristiku jako mánie, ale se slabším projevem příznaků a menším negativním dopadem na pacienta.

Hypománie se často může objevovat před zahájením manické epizody. Může se ale také objevit před nebo po depresivní epizodě. Během hypománie má pacient lehce povznesenou náladu, má vyšší energii a dělá různorodé aktivity. Pacient je společenský a velmi lehce navazuje kontakty. Zvyšuje se spotřeba alkoholu a nikotinu, pacient je roztržitý a narůstá mu počet činností. Všechny příznaky nejsou natolik silné, aby člověka omezovaly v pracovní či sociální schopnosti.

Zaměnit za hypománii můžeme přechodný stav, během kterého je obvyklá nestabilita nálady. Je důležité tento stav odlišit od hypománie, jelikož během přechodného stavu je zvýšené riziko sebevraždy a jsou vyžadovány specifické léčebné

postupy. Tento stav se často objevuje u bipolární poruchy typu I, a to hlavně u žen, mladistvých a osob závislých na omamných látkách.

Hypomanická epizoda obvykle trvá minimálně čtyři dny a do týdne zmizí, občas ale trvá týdny a někdy i měsíce.

### 2.3. Deprese

Depresivní fáze se na pacientovi projevuje pocitem beznaděje, smutnou náladou, ztrátou životní naděje, ztrátou motivace a pocitem, že nic nemá cenu. Nemocný je často podrážděný a často se projevuje zuřivými výstupy. Pacienta z tohoto stavu není možné dostat, není možné ho přivést na jiné myšlenky, ani ho jakkoliv rozveselit. Pacient ztrácí schopnost se z čehokoliv radovat a pro cokoliv se zaujmout. To, co ho dříve zajímalo a dělalo mu to radost, ho nyní nezajímá, je mu to lhostejné. Člověka někdy přepadávají záchvaty úzkosti a přicházejí myšlenky na sebevraždu.

Během této fáze se člověku zhoršují duševní funkce. To se projevuje ochuzením slovníku, zpomalením řeči a myšlenek. Pacient má problémy s koncentrací pozorností a pamětí. Všechny tyto podněty pacientovi ztěžují komunikaci s okolím a vede to k dalšímu sebepodceňování.

Člověk není schopný dosáhnout kvalitního odpočinku. Svým myšlenkám nelze uniknout, a to ani ve spánku. Spánek bývá často přerušovaný, nekvalitní, krátký nebo naopak dlouhý, ale navzdory délce spánku může být pacient nadměrně spavý i v průběhu dne.

Dalším charakteristickým znakem deprese je změna chuti k jídlu. Může dojít k absolutní ztrátě chuti k jídlu nebo naopak k neukojitelnému hladu. To úzce souvisí se změnou hmotnosti, která se může rapidně zvýšit či snížit.

Dochází k omezení pohybu a kompletní ztrátě motivace. Chůze je pomalá a namáhavá, pacient má potíže i s těmi nejjednoduššími úlohami dne, jako je třeba oblékání či sprchování. Pacient si stěžuje na vyčerpání, únavu a potíže začít jakoukoliv činnost. Člověk nemá vůli ani motivaci, a to souvisí se ztrátou radosti, kvůli které si člověk už nedělá ani plány do budoucna. Jelikož je depresivní fáze spojena se sebevražednými sklony, jedná se o nejhorší zátěž bipolární poruchy.<sup>67</sup>

---

<sup>6</sup> GAY, Christian. *Bipolární porucha: rady pro rodiny a blízké osob s maniodepresivními stavy*. Praha: Portál, 2010. Rádcí pro zdraví. ISBN 978-80-7367-668-1., s. 32-40

<sup>7</sup> LÁTALOVÁ, Klára. *Bipolární afektivní porucha*. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3125-4., s. 21-29

## 2.4. Smíšená epizoda

Smíšená epizoda je stav, který se u pacientů objevuje při přechodu mánie do deprese, nebo naopak. Tento stav také můžeme charakterizovat jako svébytný stav, při kterém se objevují příznaky všech epizod. Během smíšené epizody se u pacienta objevují příznaky všech epizod, to znamená, že se objevují příznaky manické, depresivní i hypomanické. Pro tento stav je typické, že se příznaky různých epizod střídají velmi rychle, může to být i v rádech hodin. Pro nezkušené psychiatry je občas náročné tuto epizodu rozeznat od manické, avšak rozlišení od manické epizody je zásadní, a to kvůli zvýšenému riziku sebevražedných sklonů během této epizody.<sup>8</sup>

Mezi příznaky smíšené epizody patří urychlenost, upovídanost, ale zároveň se mohou objevovat i depresivní myšlenky, nálady a podrážděnost. Mezi další charakteristické znaky se řadí úzkost, pocity nabuzení, které je až nepříjemné a iritabilita.<sup>9</sup>

## 2.5. Remise

Remise je období bez příznaků, během kterého pacient nesplňuje kritéria pro manickou, depresivní či jakoukoliv jinou epizodu či poruchu nálady. Ale i během remise se mohou objevovat zbytkové a doznívající příznaky a mezi ty patří hlavně zvýšená náchylnost vůči stresu.<sup>10</sup>

## 2.6. Nástup a vznik onemocnění

První příznaky se nejčastěji objevují během dospívání, ve věku od 15 do 30 let. To ale není ve všech případech, u mnohých pacientů se první příznaky objevují dříve či později. U mužů se jako primární příznak objevuje manická epizoda častěji než u žen, avšak u obou pohlaví je nejčastějším prvním projevem epizoda depresivní.<sup>11</sup>

Jako u většiny psychických poruch, ani bipolární porucha není výjimkou a její příčiny nejsou jednoznačně jasné. Její vznik je pravděpodobně podmíněn kombinací genetické a psychologické výbavy jedince. Mnoho studií dokazuje, že genetické faktory ovlivňují rozvoj bipolární poruchy. U některých pacientů je hlavní příčinou výhradně genetika, avšak v mnoha případech hraje genetika menší roli a spouštěčem poruchy jsou

---

<sup>8</sup> ŠMÍDOVÁ, Barbora. *Strategie zvládnání bipolární afektivní poruchy*. České Budějovice, 2018.

<sup>9</sup> ČERNOHORSKÁ, Klára. *Pacient s bipolární afektivní poruchou z pohledu sestry, pacienta a jeho rodinných příslušníků*. České Budějovice, 2017

<sup>10</sup> ŠMÍDOVÁ, Barbora. *Strategie zvládnání bipolární afektivní poruchy*. České Budějovice, 2018.

<sup>11</sup> LÁTALOVÁ, Klára. *Bipolární afektivní porucha*. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3125-4., s.55

především faktory okolního prostředí. Mezi tyto faktory se řadí například změna ročního období. To znamená, že během letních měsíců, kdy jsou dny delší a intenzita světla je zvýšena, se často spouští manická epizoda. Naopak v podzimních a zimních měsících, kdy se dny zkracují a intenzita světla se snižuje, se objevuje zejména epizoda depresivní. Dalšími spouštěči mohou být psychosociální faktory (nepravidelné stravování, traumatické události, osobní vztahy a společenské požadavky). Z dlouhodobého hlediska hraje významnou roli ve vývoji bipolární poruchy i životní styl. Stresové zaměstnání, nedostatek spánku a časté změny v životě, všechny tyto faktory mohou představovat riziko k vyvinutí či zhoršení nemoci.<sup>12</sup>

### 3. Typy bipolární poruchy

Bipolární porucha se dělí na 2 základní typy: Bipolární porucha typu I a Bipolární porucha typu II. Toto dělení není v České republice časté, používá se primárně ve Spojených státech amerických. V některých případech se používá i v České republice a má to praktické důsledky na odhad průběhu a léčby nemoci

Pro rozlišení se využívají dotazníkové metody. Jednou z nich je například Bipolar Spectrum Diagnostic Scale – BSDS (dotazník pro diagnostiku bipolárního spektra).

---

<sup>12</sup> KITITI, Tina. *Vliv cirkadiánních rytmů na vznik, průběh a léčbu psychických poruch člověka*. Praha, 2022. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, Přírodovědecká fakulta, Katedra antropologie a genetiky člověka. Vedoucí práce Šolc, Roman., s. 7

Tab.1 Škála pro diagnostiku bipolárního spektra – BSDS

Všiml jsem si, že se mi občas změní nálada/energie.	1-2-3-4
Když tato změna nastane, mám náladu/energii „hodně nahoře“, nebo „hodně dole“.	1-2-3-4
Když jsem „dole“, připadám si jako bych ztratil energii, táhne mě to do postele, mám vyšší potřebu spánku a nemůžu se přinutit nic dělat	1-2-3-4
Často během těchto období přiberu nebo zhubnu.	1-2-3-4
Když jsem „dole“, jsem většinou smutný, depresivní, zádumčivý.	1-2-3-4
Někdy, když jsem „dole“, cítím a přemýšlím, že bych třeba skončil svůj život.	1-2-3-4
Když jsem „dole“, „nefunguji“ v práci.	1-2-3-4
Většinou tohle období trvá několik týdnů, ale třeba i jen několik dní.	1-2-3-4
Mezi změnami nálady/energie funguji normálně.	1-2-3-4
Podle některých typických známek lze poznat, že se mi nálada/energie mění „přesmykuje“.	1-2-3-4
Když jsem „nahore“, dělám věci, které běžně nedělám nebo bych jich ani nebyl schopen.	1-2-3-4
Když jsem „nahore“, mám mnoho sil a energie.	1-2-3-4
Když jsem „nahore“ jsem někdy podrážděný, snadno se rozčílím. Mohu být i agresivní.	1-2-3-4
Když jsem „nahore“, dělám mnoho věcí naráz.	1-2-3-4
Když jsem „nahore“, utrácím hodně peněz.	1-2-3-4
Když jsem „nahore“, nedělá mi potíže mluvit, seznamovat se, mám větší chuť na sex.	1-2-3-4
Když jsem „nahore“, některým lidem to vadí, připadá jim to zvláštní a nechápou to.	1-2-3-4
Když jsem „nahore“, mám někdy potíže s kolegy v práci nebo s policií.	1-2-3-4
Když jsem „nahore“, více piji alkohol nebo beru jiné omamné látky	1-2-3-4

*Zdroj: Klára Látalová, Bipolární afektivní porucha*

V tomto dotazníku pacient zaznamenává přítomnost symptomů, které jsou mu známé nebo mu byly potvrzeny okolím.

V pravém sloupci je škála od 1 do 4, pomocí které pacient zaznamenává závažnost svých příznaků. Pokud se popis na pacienta hodí dokonale a přesně vystihuje pacientovi pocity, zatrhne 1. Pokud je popis poměrně vystihující, pacient zaškrtně 2. Pokud se na pacienta hodí jen některé pospané body, zatrhne 3 a pokud popis neodpovídá vůbec, pacient zaškrtně 4.

Ke každému bodu se dále přičítají další body podle následujících pokynů.

- Jestliže jste zvolili 1, přičtete 6.
- Jestliže jste zvolili 2, přičtete 4.
- Jestliže jste zvolili 3, přičtete 2.
- Jestliže jste zvolili 4, nepřičítá se nic.

Podle skóre, které vám na konci dotazníku vyjde, určíte pravděpodobnost bipolární afektivní poruchy.

- Pokud je vaše skóre mezi 0 a 6, je vysoká nepravděpodobnost výskytu BAP.

- Pokud je vaše skóre mezi 7 a 12, je malá pravděpodobnost BAP.
- Pokud je vaše skóre mezi 13 a 19, je střední pravděpodobnost BAP.
- Pokud je vaše skóre mezi 20 a 25, je velmi vysoká pravděpodobnost BAP.<sup>13</sup>

### 3.1. Bipolární porucha typu I

Bipolární porucha typu I má stejné projevy jako klasická bipolární porucha, která byla již popsána. V tomto případě převládají depresivní epizody, po kterých následuje alespoň jedna plně vyjádřená manická epizoda.<sup>14</sup>

### 3.2. Bipolární porucha typu II

U bipolární poruchy typu II. jsou manické epizody méně výrazné, většinou se jedná o hypománii, která se střídá s depresivními epizodami a během celé nemoci není plně vyjádřená manická epizoda.

Od bipolární poruchy typu I se rozlišuje průběhem i reakcí na léčbu. Tento typ se udává jako mírnější než bipolární porucha typu I. I přes to že je údajně mírnější, následky jsou u tohoto typu mnohonásobně horší než u bipolární poruchy typu I. Pacienti prožívají více epizod, je vyšší míra suicidality, funkčního postižení a komorbidity s jinou psychickou poruchou.<sup>15</sup>

## 4. Suicidalita u bipolární afektivní poruchy

Ze studií mortality vychází, že lidé postižení bipolární afektivní poruchou mají větší pravděpodobnost objevování suicidálních myšlenek, pokusů o sebevraždu a dokonalých sebevražd. V porovnání s běžnou zdravou populací je riziko uskutečnění sebevraždy vyšší až o 20%.<sup>16</sup>

Jedním z nejzávažnějších příznaků, které mohou pacienta s bipolární poruchou postihnout, jsou suicidální myšlenky. Vyskytují se nejvíce během depresivních epizod a jsou spojené s pocitem beznaděje, se silnými úzkostmi a se ztrátou smyslu života. Pacient se snaží nalézt způsob, jak uniknout ze své situace a v tom momentě si vytváří sebevražedné myšlenky. Riziko suicidia se nevyskytuje pouze během depresivní

<sup>13</sup> LÁTALOVÁ, Klára. *Bipolární afektivní porucha*. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3125-4, str 44

<sup>14</sup> LÁTALOVÁ, Klára. *Bipolární afektivní porucha*. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3125-4., str. 42

<sup>15</sup>

<sup>16</sup> LÁTALOVÁ, Klára. *Bipolární afektivní porucha*. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3125-4., s. 85

epizody, může také postihnout pacienta během manické nebo smíšené fáze. Nejnebezpečnější období je při ustání těžké deprese, kdy pacient nabere zpět svou energii na realizaci sebevraždy. Během depresivních epizod je pacientovým cílem ukončení života, naopak v případě manických epizod může dojít ke smrti nezáměrně. Nezáměrnou smrtí může být například, že pacient může vyskočit z okna, v průběhu bludných manických přesvědčení, že se mu ni stát nemůže.<sup>17</sup>

#### ***Faktory, které mohou zvyšovat riziko suicidálního jednání:***

- *celková doba strávená v depresivní epizodě*
- *přítomnost hostility*
- *sebevražedné pokusy v anamnéze*
- *fyzické nebo sexuální zneužívání v dětství*

Suicidální jednání mohou podporovat i tělesná onemocnění, jako je např. obezita nebo metabolický syndrom.

Existuje mnoho faktorů spojených s vlivem na suicidální chování. Tyto faktory si většinou odporují a způsobují klinickou nejistotu. Neexistují návody pro zhodnocení závažnosti suicidálního rizika. V péči o konkrétního pacienta mohou být užitečné tyto faktory:

#### ***Faktory spojené s rizikem suicidia***

- *časný nástup onemocnění*
- *sexuální zneužívání v dětství*
- *časté hospitalizace v anamnéze*
- *těžká depresivní epizoda v anamnéze*
- *smíšená epizoda, dysforická mánie*
- *pocity beznaděje*
- *nízké sebevědomí*
- *přítomnost suicidálních myšlenek během depresivní fáze*
- *závažnost deprese a úzkosti*
- *agresivita/impulzivita*
- *užívání alkohol u a jiných návykových látek*
- *poruchy osobnosti*
- *obezita*

---

<sup>17</sup> ČERNOHORSKÁ, Klára. *Pacient s bipolární afektivní poruchou z pohledu sester, pacienta a jeho rodinných příslušníků*. České Budějovice, 2017, s.22



- *suicidialismus v rodinné anamnéze*
- *problémy v zaměstnání*
- *nedávno prožitá nepříznivá událost*
- *sexuální nebo fyzické násilí*
- *konflikty s příbuznými nebo životními partnery*
- *absence osoby, které by pacient důvěřoval*

Dalšími faktory zvyšující riziko sebevraždy mohou být např. nespokojenost se svým životem, nonadherence k užívání medikace a oslabení v paměti či motorických funkcích.<sup>18</sup>

Studie dokázaly, že pacienti diagnostikováni bipolární poruchou mají vyšší riziko úmrtí, oproti běžné populaci, jak z přirozených příčin, tak z důsledku nemoci. V porovnání s běžnou populací, pacienti umírají dříve a nejčastější příčinou je sebevražda.

Celoživotní riziko sebevraždy je až třicetkrát vyšší než u zdravých lidí a pohybuje se mezi 10 a 15 %.

## 5. Diagnostika a léčba bipolární poruchy

### 5.1. Diagnostika

Doposud nebyly objeveny žádné specifické laboratorní testy či postupy k provedení exaktní diagnózy, proto se diagnóza této poruchy určuje na základě skupin příznaků, které pacient prožívá v určitém časovém období. Často je tato porucha nesprávně nebo pozdě diagnostikována, a to z důvodu, že onemocnění není vůbec rozpoznáno anebo je zaměněno za jiné duševní onemocnění. Příčinou špatné diagnostiky je, že u 30-60 % případů se jako primární příznaky bipolární poruchy objevují deprese a přibližně 40 % pacientům je stanovena diagnóza depresivní poruchy. Naopak pacienti, kterých primárním příznakem jsou hypománie, soudí, že o nic nejde a při vyšetření lékaři nic nezmíní.<sup>19</sup> Bipolární porucha může být zaměněna například za schizofrenii, paranoidní bludy, depresivní poruchu nebo hraniční poruchu osobnosti.<sup>20</sup>

Důsledkem pozdní nebo chybné diagnózy je poskytnutí nesprávné léčby, která může příznaky nemoci zhoršit nebo prohloubit a může tak ovlivnit průběh celé nemoci.

<sup>18</sup> ŠMÍDOVÁ, Barbora. *Strategie zvládnání bipolární afektivní poruchy*. České Budějovice, 2018.

<sup>19</sup> LÁTALOVÁ, Klára. *Bipolární afektivní porucha*. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3125-4.

<sup>20</sup> GAY, Christian. *Bipolární porucha: rady pro rodiny a blízké osob s maniodepresivními stavy*. Překlad Hana HOLUBKOVÁ. Vyd. 1. Praha: Portál, 2010. 135 s. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-7367-668-1.

Nejčastěji se bipolární porucha zaměňuje za periodickou depresi, která se léčí antidepressivy, která mohou vyvolat manickou nebo hypomanickou epizodu u bipolární poruchy. Další častá myšlená diagnóza je schizofrenie, při které se v léčbě podávají antipsychotika. Léčení bipolární poruchy antipsychotiky může vést ke zmatenému myšlení a postupnému narušení následného zkoumání nemoci.

## 5.2. Léčba

Bipolární porucha se nedá zcela vyléčit, z toho důvodu je léčba cílena na omezování či zabránění dalších symptomatických epizod. Cílem akutní léčby bipolární poruchy je utlumení depresivních a manických příznaků. Dlouhodobá léčba se poté zaměřuje na omezování dalších možných epizod kombinací medikamentózní léčby s psychoterapií.<sup>21</sup>

### 5.2.1. Medikamentózní léčba

Před počátkem léčby by měl pacient podstoupit laboratorní testy, jejichž výsledky jsou důležité pro sledování průběhu léčby v budoucnosti. Z výsledků laboratorních testů je možné rozpoznat vedlejší účinky léků a omezit je či nahradit jinými. Nezbytné je měřit hladinu léků v krvi v průběhu celé léčby.

U medikamentózní léčby je důležitá konzultace s ošetřujícím lékařem a dodržování dlouhodobého léčebního plánu. Tím se může zlepšit stav pacienta a dá se předcházet recidivám (znovuobjevení příznaků).

Při léčbě bipolární poruchy se používají skupiny léků. Každá skupina léků se používána na určitou epizodu onemocnění.

- **Stabilizátory nálady** neboli trymoprofylaktika, se používají k potlačení rozdílů mezi mániemi a depresemi. Mezi ty patří například: lithium, antiepileptika a antipsychotika.
- **Antidepressiva**, se podávají pacientovi k léčbě depresivní epizody. V tomto případě se musí užívat společně se stabilizátory nálady. Užití antidepressiv bez stabilizátorů nálady může vést k vyvolání manické epizody.<sup>22</sup>

---

<sup>21</sup> Proč bipolární porucha ničí sociální vztahy a jaké jsou její příznaky?: Léčba bipolární poruchy. TANCEROVÁ, Tereza. *Zdravi.euro.cz* [online]. 2021 [cit. 2022-01-05]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/leky/bipolarni-porucha-priznaky/>

<sup>22</sup> Bipolární porucha: Léčba bipolární poruchy. *Vipharm.cz* [online]. [cit. 2022-01-05]. Dostupné z: <https://vipharm.cz/bipolarni-porucha>

### 5.2.2. Psychoterapie

Psychoterapie doplňuje medikamentózní léčbu. Cílem psychoterapie je zmírnit příznaky duševního onemocnění. Základem terapie je vztah mezi pacientem a psychoterapeutem, na jejich interakci a rozhovoru. V této léčbě jsou podstatné pacientovy myšlenky, pocity a chování. Všechny tyto jevy jsou sledovány a v budoucnosti je možné rychleji a účinněji zasáhnout při blížících se epizodách.

Léčba je do velké míry založena na psychoedukaci samotného pacienta a jeho blízkých, při té se pacient naučí, jak s onemocněním žít a snaží se poruše lépe porozumět. Díky psychoedukaci lze lépe porozumět svým pocitům a myšlenkám a odhadnout blížící se epizody.<sup>23</sup>

### 5.2.3. Další možnosti léčby

- **Elektrokonvulzivní terapie (EKT)** se využívá při léčbě závažných depresivních epizod. Léčba EKT je navrhnutá lékařem, když pacientovi ke zlepšení stavu nepomáhají různé druhy antidepressiv a psychoterapie. Když tyto metody nezabírají, je zahájena pokračovací léčba pomocí antidepressiv, psychoterapie, elektrokonvulzivní terapie nebo jinými metodami, aby nenastala recidiva.  
Princip této terapie je opakovaná elektrická stimulace mozku. Na spánky pacienta jsou přiloženy elektrody, ze kterých vychází elektrický proud. Tento proces se odehrává v celkové anestezii.
- **Fototerapie** je metoda, která se využívá k léčbě depresivních epizod, které se často opakují v zimních měsících. Během této léčby se pacient 1x denně kouká do jasného světla ze specifické zářivky. Délka procesu záleží na intenzitě světla a pohybuje se mezi 30 a 120 minutami.
- **Terapie bděním** neboli spánková deprivace, se využívá také k léčbě depresivní fáze. Terapie je založena na bděním ve 2-3 intervalech během týdne, při kterých pacient nespí 36 až 40 hodin. Snadnější verzí je bdění v druhé polovině noci.

---

<sup>23</sup>Bipolární porucha: léčba: Deprese a bipolární porucha. *Nzip.cz* [online]. [cit. 2022-01-05]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/690-bipolarni-porucha-lecba>

- **Deník** je velmi častá pomůcka při léčbě bipolární poruchy. Do deníku si pacient může zapisovat své pocity, myšlenky, nálady a důležité události.<sup>24</sup>

## PRAKTICKÁ ČÁST

V praktické části je provedena analýza vlivu bipolární afektivní poruchy na blízké okolí postiženého formou rozhovorů s pacientem, rodinnými příslušníky pacienta, přáteli a zdravotním personálem pracujícím s touto problematikou.

Budu zde odpovídat na stanovenou otázku této práce, která zní: "Má bipolární porucha negativní vliv na vztahy s okolím?"

## 6. Metodologie výzkumu

### 6.1. Cíle práce

Cílem mé práce je zjistit, zdali má bipolární afektivní porucha negativní vliv na vztahy a zdali jsou nějaké možnosti, jak pacientovi pomoci. Dalším záměrem je obohatit toto téma, jelikož není dostatečný počet zdrojů, které ho pokrývají. Dále hlouběji prozkoumat vnímání pacienta rodinnými příslušníky a přáteli v různých fázích nemoci.

### 6.2. Výzkumné otázky

#### 6.2.1. Výzkumné otázky pro pacienta

1. Jak jste se cítila, když jste se dozvěděla, že trpíte bipolární poruchou?
2. Jak reagovali vaši blízcí (rodina a přátelé)? Pomohli vám?
3. Co vám pomáhá v manické fázi?
4. Co vám pomáhá v depresivní fázi?
5. Jak nemoc z vašeho pohledu změnila vaše vztahy s blízkým okolím?
6. Co vám nejvíce pomáhá či pomohlo s vyrovnáním se s nemocí?
7. Co byste chtěla, aby vaše okolí vědělo o nemoci?
8. Jakým způsobem se snažíte bojovat s nemocí?

#### 6.2.2. Výzkumné otázky pro blízké okolí

1. Jak jste reagovali na diagnostiku bipolární poruchou?
2. Je pro vás těžké soužití s pacientem trpícím bipolární poruchou?
3. Jak vnímáte pacienta během manické a depresivní epizody?

---

<sup>24</sup> Bipolární porucha: léčba: Deprese a bipolární porucha. *Nzip.cz* [online]. [cit. 2022-01-05]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/690-bipolarni-porucha-lecba>

4. Jaký dopad měla nemoc na vás?
5. Jak se změnil váš vztah s pacientem od počátku nemoci?
6. Snažíte se pacientovi pomoc?

### **6.2.3. Výzkumné otázky pro zdravotní sestru pracující v psychiatrické léčebně**

1. V jaké fázi nemoci nejčastěji přijímáte pacienty?
2. Chováte se k pacientům s bipolární poruchou jinak než k ostatním?
3. Doporučila byste nějaké rady, jak se chovat k lidem s bipolární poruchou v určitých fázích?
4. Jak dlouho průměrně pacienti s bipolární poruchou tráví v psychiatrické léčebně?

## **6.3. Druh výzkumu a metoda**

Při zpracování praktické části byla zvolena forma kvalitativního výzkumu. Sběr dat byl zprostředkován metodou dotazování, technikou sběru dat byl polostrukturovaný rozhovor. Dotazován byl pacient trpící bipolární poruchou a dále byli dotazováni rodinní příslušníci postiženého, taktéž blízcí přátelé pacienta a zdravotní sestra pracující v psychiatrické léčebně.

Pro každou skupinu bylo vytvořeno až osm otázek specifických pro dotazovanou skupinu. Rozhovory byly nahrávány a následně přepsány. Otázky se zabývaly reakcí pacienta a blízkých na diagnózu, rozdílem mezi manickou a depresivní fází a vnímáním okolí těchto epizod. Následně byl zkoumán dopad nemoci na vztahy s rodinou a blízkými. Otázky se mimo jiné zaměřovaly na působení nemoci na okolí pacienta.

Výzkum byl proveden v prosinci 2022 v Českých Budějovicích. Od všech dotazovaných byl získán souhlas s výzkumem.

## **7. Rozhovory**

### **7.1. Rozhovor s pacientem**

#### **7.1.1. Rozhovor 1**

První rozhovor jsem uskutečnila s pacientkou, která trpí bipolární poruchou již 10 let, (důchodkyně, 72 let). Pacientka není schopna samostatného života a je umístěna v senior centru s neustálým zdravotním dohledem.

1. Jak jste se cítila, když jste se dozvěděla že trpíte bipolární poruchou?

*„Když jsem se to dozvěděla, byla jsem z toho zklamaná a rozrušená. Necítila jsem se moc dobře. Moc dobře jsem věděla, co maniodeprese jsou“*

⇒ Jak se na nemoc přišlo a v kolika letech?

*„Přišlo se na to, když mi bylo 62 let. To jsem měla první příznaky a spustila se mi dlouhotrvající deprese.“*

2. Jak reagovali vaši blízcí (rodina a přátelé)?

*„Brali to a uvědomovali si co mám za nemoc, ale málokdo o tom měl dostatek informací. O nemoci jsem neřekla všem, ale jen těm nejbližším přátelům a rodině.“*

⇒ Snažili se vám pomoci?

*„No tak snažil se mi pomoci doktor stanovit diagnózu a přiřadit správný lék a medikaci. Ale určit tu diagnózu nebylo lehké, nevěděli hned, co mi je a trvalo to poměrně dlouho, než na to přišli. Nevěděli, do jaké míry to mám.“*

3. Co vám pomáhá v manické fázi?

*„No, manickou fází mám málokdy, a tak moc nevím, co mi pomáhá. Já mám spíš depresivní stavy. Ale asi mi nejvíce pomáhají prášky.“*

4. Co vám pomáhá v depresivní fázi?

*„To mi nejvíce pomáhá můj optimismus a moje víra, že se z toho dostanu. Taky vím, že když to budu vzdávat, tak to bude hrozné.“*

5. Jakým způsobem se snažíte bojovat s nemocí?

*„Já se to vždycky snažím nějak rozchodit, jelikož už se mi chodí špatně ze zdravotních důvodů, tak aspoň o to se snažím. Abych se alespoň nějak pohnula z místa, protože být celý dny zavřená na jednom místě je nesnesitelné.“*

6. Jak nemoc z vašeho pohledu změnila vaše vztahy s blízkým okolím?

*„Nevím, jestli mě moje nejbližší okolí bere úplně vážně. Dalo by se říct, že to moje vztahy s rodinou zhoršilo.“*

7. Co byste chtěla, aby vaše okolí vědělo o nemoci?

*„Aby si všichni uvědomili, že to nemám nejlehčí a a že s tím bojuji každý den. A chtěla bych, aby mě ostatní brali vážně a snažili se vcítit do mojí situace.“*

Rozhovor proběhl v období remise s ustávající manickou epizodou. Pacientka působila během rozhovoru klidně. V důsledku dlouhodobé léčby medikací pacientka není

schopna zcela jasně popsat své pocity a situace z počátku nemoci. Názory pacientky silně ovlivňuje momentální stav, zdali je v depresích či mániích.

Z rozhovoru je patrné, že se pacientka cítí nepochopená svým okolím. Častěji prožívá depresivní epizody, během kterých ji nejvíce pomáhá její optimismus a víra, že se její stavlepší. Na vztahy s rodinou a nejbližšími přáteli má nemoc vliv negativní, jelikož dle jejího názoru, ji neberou vážně. Pacientka by chtěla, aby si okolí uvědomilo, že to nemá lehké a každý den je pro ni náročný.

## 7.2. Rozhovory s blízkým okolím

### 7.2.1. Rozhovor 2

Druhý rozhovor jsem provedla s rodinným příslušníkem pacientky s bipolární poruchou. Konkrétně se jedná o snachu pacientky. Respondentka je v přímém kontaktu s pacientkou a stará se o ni.

1. Jak jste reagovali na diagnostiku bipolární poruchou?

*„Ze začátku to sice byl šok a měli jsme strach co bude následovat, ale trochu se nám ulevilo, tím že jsme zjistili, co je to za diagnózu a začali jsme to správně léčit.“*

2. Je pro vás těžké soužití s pacientkou trpícím bipolární poruchou?

*„Je to velmi těžké. Velmi náročné na psychiku pro celou rodinu a okolí. Je těžké vidět, jak se vám pacientka mění před očima. Hrozný pocit, když vím, jaká dříve byla a vidím, jak se teď neustále trápí a jak jí nemoc zcela změnila osobnost.“*

3. Jak vnímáte pacientku během manické a depresivní epizody?

*„Manická fáze je téměř nesnesitelná pro okolí. Bohužel depresivní fáze je horší pro pacienta a pro okolí je snesitelnější. Během mánie je pacientka velmi komunikativní, ráda vypráví o své minulosti a o zážitcích a jeví se jako člověk, kterým byla před počátkem nemoci. Bohužel tomu tak není a je s tím spojeno mnoho negativních projevů. Pacientka například utrácí mnoho peněz, neustále dělá všude nepořádek a dělá neuvážená rozhodnutí. Naopak v depresivní fázi je pacientka velmi utlumená, nekomunikuje a je velmi klidná. Nic nedělá a nechce dělat nic pro zlepšení jejího stavu. Pohled na stav je úplně odlišný ze strany pacientky a ze strany okolí. Pacientka se cítí lépe v manické fázi, kdy jí připadá, že ani žádnou nemocí netrpí, ale pro okolí je to téměř nesnesitelné a opačně.“*

4. Jaký dopad měla nemoc na vás?

*„Je to neustálý boj, neustálé dohadování s pacientkou. Mnohdy se cítím více nemocná než ten doopravdy nemocný člověk. Mnou nabízená pomoc mnohdy není akceptovaná, není přijímána. Často pociťuji beznaděj a smutek, jelikož ať se snažíme sebevíc, tak nic nezabírá a občas se mi zdá, že se tím stav i zhoršuje. Mnohdy jsem se sama vyskytla na pokraji beznaděje a zhroucení svého psychického zdraví.“*

5. Jak se změnil váš vztah s pacientkou od počátku nemoci?

*„Vztah se změnil z poměrně fajn vztahu k neustálému dohadování. Jelikož jsem s pacientkou před začátkem nemoci neměla tak blízký vztah, nemohu to více specifikovat.“*

6. Snažíte se pacientce pomoc?

*„Snažíme se pomoci od počátku nemoci neustále, bohužel pacientka pomoc často odmítá a nechce spolupracovat. Člověk už je po té době, kdy vidí že se snaha neodráží ve výsledcích, na pokraji svých sil. Vyčerpání je znatelné tím, že pomoc přestává být akceptovaná, tudíž musím respektovat její přání a občas přestat s pomocí. Důležitá věc, co jsem si uvědomila v průběhu léčby je, že bohužel pacientovi sama nepomohu a nemohu si dávat za vinu její stav.“*

⇒ *Cítíte se nedocenená za svou pomoc?*

*„Což to ne, mně nejde o ocenění. Já jen nechci, aby mě neustále urážela. Není to nedocenení, ale pacientka mě svými chováními uráží a už je toho po těch letech hodně. Už je to k nevydržení.“*

⇒ *Jak na vás působí vývoj nemoci?*

*„Je až neuvěřitelné, jak to dokáže úplně změnit člověka. Jak vzhledově, tak v chování. Je to strašně zášklbná choroba, která mění člověka úplně od základů. Tato choroba je neustále ve vývoji a každý člověk to prožívá úplně jinak, a i přes to je zřejmě na všechny používán stejný druh léčby, která očividně na všechny nefunguje.“*

Z rozhovoru vyplývá, že se respondentce po diagnostice ulevilo, jelikož mohli začít aplikovat adekvátní léčbu. Soužití s pacientkou vnímá velmi složitě a popisuje, že je to velmi náročné na psychiku pro celé okolí. Manickou fázi vnímá jako nesnesitelnou pro okolí, naopak snesitelnější pro pacientku. U depresivní je to naopak.



Nemoc vede k neustálým hádkám, mnohdy se respondentka cítí více nemocná než pacientka. Často pociťuje smutek a beznaděj. Vztah se od počátku nemoci změnil z příjemného přátelského vztahu k neustálému dohadování.

Již od začátku se snaží pacientce pomoci, ale snaha se neodráží ve výsledcích a člověk je již na pokraji svých sil. Rozhodnutí pacientky se musí respektovat, a z toho důvodu je často nutné s pomocí přestat.

Popisuje, jak je neuvěřitelné, že nemoc kompletně změní člověka.

### 7.2.2. Rozhovor 3

Třetí rozhovor byl proveden se synem pacientky trpícího bipolární poruchou.

1. Jak jste reagovali na diagnostiku bipolární poruchou?

*„Asi v první okamžik nijak, protože jsem neměl tušení, o co se jedná. Když jsem zjistil o co jde, tak jsme asi všichni řešili, jestli a jak se to léčí. Což mělo velmi komplikovaný průběh, respektive má, protože se to jeví jako neřešitelný problém.“*

2. Je pro vás těžké soužití s pacientkou trpící bipolární poruchou?

*„Myslím si, že neřešitelné, protože probíhající rozpad osobnosti je tak zásadní, že se velmi obtížně zvládá.“*

3. Jak vnímáte pacientku během manické a depresivní epizody?

*„Otázka je, která fáze je horší. Manické fáze se v poslední době neobjevují tak často, každopádně čím déle nemoc trvá, tím horší jsou pak následky i pro fyzickou část osobnosti.“*

4. Jaký dopad měla nemoc na vás?

*„Nemyslím si, že nějak zásadní. Je to asi jak když vám někdo postupně, pomalu ale stále bere další a další části velmi blízké osoby.“*

5. Jak se změnil váš vztah s pacientkou od počátku nemoci?

*„Myslím si, že nelze říct, že nemoc nemá vliv na vztah s okolím, naopak bych řekl, že postupně dochází k tomu, že okolí přestává zvládat pacientův stav a změnou dochází i k výrazné změně vztahů s okolím. Řekl bych, že dochází k významnému odcizení s pacientem.“*

6. Snažíte se pacientce pomoci?

*„Snažíme se mu pomoci ve všech možných směrech. Ať už je to fyzickou pomocí, finančně, komunikací, ale je to velmi náročné.“*

Z rozhovoru jsme zjistili, že soužití se člověkem trpícím bipolární poruchou je velmi složité. Konkrétně v tomto případě, dopad nemoci na člověka se jeví ztrátou velmi blízké osoby, která se od počátku nemoci kompletně změnila. Vztah s pacientkou se změnil kompletně a důsledkem je odcizení s osobou. Snaha o pomoc je patrná, bohužel jako ve většině případů je pomoc odmítána a nefunkční.

### 7.2.3. Rozhovor 4

Čtvrtý rozhovor byl uskutečněn s blízkou přítelkyní pacientky s bipolární poruchou.

1. Jak jste reagovali na diagnostiku bipolární poruchou?

*„Hned po zjištění jsem upřímně moc nevěděla, co to přesně znamená ani jak nemoc probíhá, nebyla jsem překvapená, protože jeden z blízkých to naznačoval už před tím, než byla postižená diagnostikována. Měla jsem strach a nevěděla jsem, jak se chovat k postižené, nevěděla jsem, jaký vliv to na mne a na ostatní blízké postiženého bude mít. Z druhé strany jsem měla radost, protože po diagnostice, na kterou se poměrně dlouho čekalo, se mohla konečně zahájit adekvátní léčba.“*

2. Je pro vás těžké soužití s pacientkou trpícím bipolární poruchou?

*„Ano je. Těžší, než jsem čekala, často ani teď nevím, jak se k postižené chovat. Ze strany postižené mi bylo řečeno, že se mám chovat stejně jako předtím, to bylo ale docela složité, protože ani postižená se nechovala tak, jako předtím – Hodně časté extrémní změny nálad a sama postižená nechtěla a nechce moc mluvit o tom, jak se cítí, je jí tedy docela dost těžké porozumět. Můj vztah s postiženou má dvě fáze, které se stále opakují, chvíli (cca měsíc až dva) se normálně bavíme a poté vůbec.“*

3. Jak vnímáte pacientku během manické, depresivní epizody?

*„Během manické epizody je postižená veselá a šťastná, někdy až moc. Dělá věci, které před tím nikdy nedělala. Je velmi lehkomyšlná a nepřemýšlí o tom, co dělá, občas se ráda pouští i do poměrně nebezpečných aktivit. Asi nevědomě ubližuje svým blízkým a je jí to vcelku jedno. Neuvědomuje si, že její činy mají poté i následky. Často je i celkem agresivní a uráží své blízké, a to zcela bezdůvodně. V takové situaci je velmi těžké uvědomit si, že je člověk nemocný a že za to nemůže. Mně osobně ublížila mnohokrát citově a ubližuje mi i tím, že se se mnou odmítá bavit. Je hodně komunikativní, mluví se všemi a*

*všem říká všechno. Má spousty energie a moc nespí. Prostě si neuvědomuje, co dělá. V depresivní epizodě je to dost naopak, nemluví s nikým-se mnou jako s kamarádkou a ostatními vrstevníky. Nemá chuť do života a odmítá dělat jakékoliv zábavné aktivity. Opravdu hodně spí, skoro pořád. To je ale podle mě vlivem předepsaných prášků.“*

4. Jaký dopad měla nemoc na vás?

*„Já si myslím že celkem špatný, chování postižené mi ne jedenkrát ublížilo. Je to jeden z hlavních důvodů, proč přátelství mne, postižené a ostatních blízkých postižené se začalo rozpadat. Trvalo mi celkem dost dlouho zbavit se pocitu viny a mít sebe na prvním místě.“*

5. Jak se změnil váš vztah s pacientkou od počátku nemoci?

*„Můj vztah s postiženou se změnil úplně. Ze začátku jsem byla dost tolerantní a trpělivá, ale jak postupně ubíhal čas, uvědomila jsem si, že postižená je úplně jiný člověk, než byla předtím. Což by nemusela být špatná věc, ale jak už jsem zmínila, postižená si neuvědomuje, co dělá a že to, co dělá, ubližuje jejím blízkým a je jí to jedno. Ani po nekonečných pokusech mluvit s ní a vysvětlit jí, co se děje se nic nezměnilo. Mrzí mě, co se stalo, ale osobně si myslím, že shazovat vše špatné, co udělá, na tuto nemoc je přehnané a nemoc za některé věci prostě nemůže.“*

6. Snažíte se pacientce pomoc?

*„Já a všichni ostatní blízcí se snažíme po celou dobu, z mého pohledu to je tak, že postižená pomoci nechce. Nechce a ani se nesnaží se mnou komunikovat a já jsem se snažila až moc. Já a jeden z blízkých jsme komunikovali i s rodinou postižené za účelem pomoci, ale bohužel ani to ničemu nepomohlo.“*

Z rozhovoru vyplývá, že reakcí respondentky na diagnostiku byl zejména strach, ale i radost. Radost byla z určené diagnostiky a možného řešení problému. Soužití s nemocným je pro ni velmi těžké. Během manické epizody vnímá pacientku jako veselou, energickou a komunikativní. Naopak během depresivní epizody ho vnímá jako nemluvného a velmi ospalého.

Vztah se změnil radikálně, z počátku se respondentka snažila být tolerantní a trpělivá, ale po delší době, kdy pacientka ublížila vícekrát svým nejbližším, to nadále

tolerovat nešlo. Pomoc se snaží v průběhu celé nemoci, bohužel je viditelný nezájem ze strany postiženého a pomoc také očividně nefunguje.

#### 7.2.4. Rozhovor 5

Pátý rozhovor byl proveden s blízkou přítelkyní pacientky s bipolární poruchou

1. Jak jste reagovali na diagnostiku bipolární poruchou?

*„Samozřejmě to bylo těžké a dozvěděla jsem se to, až když byla pacientka v psychiatrické léčebně. Vlastně jsem vůbec nevěděla, co to je, jak se to projevuje a co to pro nás bude znamenat v budoucnosti, ale našla jsem si o tom podrobné informace, kontaktovala jsem spolu s ostatními přáteli rodiče pacienta a začali jsme to řešit.“*

2. Je pro vás těžké soužití s pacientkou trpícím bipolární poruchou?

*„Je to velmi těžké. Pacientka se chová úplně jinak než před počátkem nemoci. S pacientkou už si nerozumíme tak jako dřív, jelikož ho to zcela změnilo. Nejsme si tak blízcí.“*

3. Jak vnímáte pacientka během manické a depresivní epizody?

*„Tak během manické epizody je to pro okolí snadnější vnímat toho člověka, jelikož se chová víc jako člověk, kterým byl před nemocí. Na druhou stranu během depresivní epizody postižený člověk se s námi odmítá bavit a komunikovat s okolím celkově, a proto je to pro okolí hůře zvládatelné.“*

4. Jaký dopad měla nemoc na vás?

*„Přišla jsem o blízkou osobu, která byla součástí mého života. To mělo zásadní dopad na moji psychiku, jelikož jsme si byly velmi blízké, ale po této nemoci už nejsme. Je to stálý problém, který se nedá vyřešit, neustále jsou nějaké problémy a my, jakožto přátelé, to neustále řešíme. Neustále se snažíme najít řešení, jak jí pomoci a jak jí ukázat že tu jsme pro ni a, že se jí snažíme pochopit a pomoc, ale pacientka si k nám nemůže najít cestu a nechce se nám svěřovat se svými pocity. Po té dlouhé době je to už vyčerpávající pro všechny, jak pro pacientku, tak pro okolí.“*

5. Jak se změnil váš vztah s pacientka od počátku nemoci?

*„Nejsme si tak blízké jako dřív. Neříkáme si tolik věcí, samozřejmě se navzájem vnímáme úplně jinak než před nemocí. Změnil se kompletně.“*

6. Snažíte se pacientce pomoc?

*„Ze začátku byla pomoc intenzivnější, jelikož jsme si mysleli, že pacientce můžeme pomoc. Bohužel, po delší době jsme zjistili, že pomoc je odmítaná a nepomáhá. Pacientka si vše chce vyřešit sama a my jí bránit nemůžeme.“*

Z rozhovoru je patrné, že respondentka, stejně jako ostatní respondenti, ze začátku nevěděla, o co se jedná. Když to zjistila, snažila se pacientce pomoc. Soužití s pacientkou je pro ni těžké, hlavně z důvodu, že pacientka často odmítá jakkoliv komunikovat. Manickou epizodu vnímá lépe než depresivní, jelikož se během ní pacient chová jako před počátkem nemoci.

Dopad na respondentku se projevoval zhoršením psychického zdraví a neustálým unavujícím řešením daného problému. Vztah s nemocným se změnil kompletně, odcizili se.

Pomoc se snažila poskytnout hlavně ze začátku, ale byla odmítána.

## **7.3. Rozhovor s odbornou sestrou**

### **7.3.1. Rozhovor 6**

1. V jaké fázi nemoci nejčastěji přijímáte pacienty?

*„U většiny chronických onemocnění se setkáváme se dvěma fázemi choroby, relaps a remise. Relaps je opětovné objevení příznaků nemoci či zhoršení stavu. Remise je ústup nebo vymizení všech aktivních známek onemocnění. K hospitalizaci pacienta přistupujeme v období relapsu, kdy není možné pacienta léčit ambulantně, ať již pro výrazně rozvinuté příznaky, riziko agresivity nebo suicidální tendence.“*

2. Jakým způsobem léčíte nebo pomáháte pacientům s bipolární poruchou, mimo medikaci?

*„V akutní fázi nemoci je zásadní léčba farmakologická. Po zmírnění akutních příznaků je pacientovi poskytnuta péče terapeutů, psychologů a sociálních pracovníků. O návrat do plnohodnotného života, který bývá velmi pozvolný, se stará celý tým – lékař, sestra, ergoterapeut a sociální pracovník.“*

3. Přijde vám, že se rodinní příslušníci chovají k lidem postiženým bipolární poruchou adekvátně?

*„Rodina a blízcí bývají zaskočeni projevy nemoci a často nevědí, jak si s onou situací poradit a jak reagovat. Především je vidět veliký strach a obavy o nemocného, což je v jejich situaci pochopitelné. Každý se s těžkostmi v životě*

*vyrovnává jinak. Snažíme se vždy rodinu a blízké vyslechnout, zodpovědět případné dotazy a být maximální oporou.“*

4. Doporučila byste nějaké rady, jak se chovat k lidem s bipolární poruchou v určitých fázích?

*„V akutní fázi je zásadní si uvědomit, že z nemocného mluví nemoc a interpretace světa, kterým nevyvratitelně věří. Z toho důvodu není vhodné nemocnému logicky argumentovat nebo mu rozmlouvat jeho přesvědčení, která vznikla v důsledku nemoci. Nepomůže ani, když budete nad situací plakat. Důležitá je podpora nemocného v trpělivosti a povzbuzování jeho důvěry v léčbu. Vždy nemocnému vyjádřete pochopení, to že ho máte rádi a těšíte se, až mu bude lépe. Snažte se najít společné aktivity, které vás budou bavit a pomáhejte mu vrátit se do běžného života.“*

5. Jak dlouho průměrně pacienti s bipolární poruchou tráví v psychiatrické léčebně?

*„Naše psychiatrické oddělení (Nemocnice ČB) má akutní lůžka, kde jsou hospitalizováni pacienti v relapsu choroby. Průměrná délka hospitalizace u těchto pacientů je cca 4 týdny, ale je to velmi individuální. U některých pacientů je potřeba léčba delší a k té se pacient překládá do psychiatrické léčebny (např. Dobřany, Lnáře, atd...).“*

Z rozhovoru vychází, že k příjmu pacientů na oddělení psychiatrie dochází nejčastěji v období relapsu a pacienti tam tráví průměrně 4 týdny. V akutních případech je potřebná farmakologická léčba a poté je poskytnuta péče psychologů, terapeutů a sociálních pracovníků.

Rodina a blízcí často reagují strachem a obavami o nemocného. Pracovníci v nemocnici se snaží pomoci blízkým a zodpovědět na všechny dotazy. Doporučení pro blízké osoby je, že si musíme uvědomit, že z člověka mluví nemoc. Nejdůležitější je nemocného podporovat a povzbuzovat v jakékoli situaci.

## Závěr

V seminární práci jsem zpracovala téma bipolární porucha a její vliv na blízké okolí postiženého. Z důvodu osobního kontaktu s osobami trpícími bipolární poruchou mám k tématu přirozený vztah a zajímám se o něj, proto jsem se rozhodla toto téma zpracovat.

V teoretické části byla popsána bipolární porucha obecně, její historie, její klinické projevy, mezi které se řadí mánie, deprese, hypománie, remise a smíšená epizoda. U každé fáze nemoci jsou popsány příznaky a chování pacienta v průběhu dané fáze. Dále se teoretická část práce věnuje typům bipolární poruchy, suicidalitou a následně diagnostikou a léčbou. Léčba je rozdělena na farmakologickou a psychoterapii, kromě toho uvádím příklady jiných možných metod léčby.

Praktická část proběhla formou kvalitativního výzkumu formou polostrukturovaných rozhovorů. Rozhovory byly učiněny se třemi skupinami dotazovaných. V jedné skupině byl pacient trpící bipolární poruchou, v druhé skupině byli rodinní příslušníci a blízcí přátelé postiženého a ve třetí skupině byla odborná sestra. Každá skupina měla individuální otázky týkající se zejména reakcí na diagnózu, vnímání manických a depresivních fází, jak z pohledu pacienta, tak z pohledu blízkého okolí. Dále jsme se dotazovala na vliv onemocnění na samotné blízké okolí pacienta a na změnu ve vztahu pacienta s blízkou osobou.

Hypotéza, kterou jsem uvedla na začátku práce zní „bipolární porucha má negativní vliv na blízké okolí postiženého“. Tato hypotéza se mi potvrdila, a to jak ze strany pacienta, tak ze strany jeho okolí. Bipolární porucha má negativní vliv na okolí pacienta z toho důvodu, že pacient trpící bipolární poruchou se po diagnostice zcela změní. Bohužel, to není vina pacienta a nemůžeme z toho vinit nikoho. Mnoho dotazovaných uvedlo, že soužití s pacientem trpícím bipolární poruchou je téměř nemožné, s čímž musím souhlasit. Soužití může být pro mnohé komplikované, jelikož v manické fázi je pacient často agresivní a může i citově ubližovat svým blízkým. Pro okolí je nejdůležitější uvědomit si, že z pacienta mluví nemoc, že on za to nemůže. Podstatné je také mít sebe na prvním místě a uvědomit si, že naše možnosti pomoci pacientovi jsou limitované a nemůžeme si vyčítat, když se pacientův stav po naší pomoci nezlepší. Tento výsledek mě poněkud překvapil, věděla jsem z vlastních zkušeností, že je to těžké a dle

mého názoru je vliv opravdu negativní, ale nečekala jsem, že se na odpovědi na tuto otázku všichni dotazovaní shodnou.

Dalším stanoveným cílem bylo zjistit, jak se k osobě trpící bipolární poruchou co nejlépe chovat. Nejdůležitějším aspektem v chování se k pacientovi je, že mu neustále musíte ukazovat, že tu pro něj jste a že ho chápete.



## Seznam použitých zdrojů

1. Bipolární porucha: léčba: Deprese a bipolární porucha. *Nzip.cz* [online]. [cit. 2022-01-05]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/690-bipolarni-porucha-lecba>
2. Bipolární porucha: Léčba bipolární poruchy. *Vipharm.cz* [online]. [cit. 2022-01-05]. Dostupné z: <https://vipharm.cz/bipolarni-porucha>
3. *Bipolární afektivní porucha: příručka pro nemocné a jejich rodiny*. Praha: Maxdorf, c2004. 107 s. ISBN 80-7345-002-X.
4. ČERNOHORSKÁ, Klára. *Pacient s bipolární afektivní poruchou z pohledu sester, pacienta a jeho rodinných příslušníků*. České Budějovice, 2017.
5. GAY, Christian. *Bipolární porucha: rady pro rodiny a blízké osob s maniodepresivními stavy*. Překlad Hana HOLUBKOVÁ. Vyd. 1. Praha: Portál, 2010. 135 s. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-7367-668-1.
6. KANDĚROVÁ, Alena. *Soužití se členem rodiny trpícím bipolární poruchou = Life together with a member of family handicapped with bipolar disease*. České Budějovice, 2007.
7. KITITI, Tina. *Vliv cirkadiánních rytmů na vznik, průběh a léčbu psychických poruch člověka*. Praha, 2022. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, Přírodovědecká fakulta, Katedra antropologie a genetiky člověka. Vedoucí práce Šolc, Roman.
8. LÁTALOVÁ, Klára. *Bipolární afektivní porucha*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010. 247 s. Psyché. ISBN 978-80-247-3125-4.
9. NOVÁK, Tomáš. *Peklo v duši: deprese a mánie*. Vydání 1. Praha: Grada, 2016. 144 stran. ISBN 978-80-247-5851-0.
10. Proč bipolární porucha ničí sociální vztahy a jaké jsou její příznaky? Léčba bipolární poruchy. TANCEROVÁ, Tereza. *Zdravi.euro.cz* [online]. 2021 [cit. 2022-01-05]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/leky/bipolarni-porucha-priznaky/>
11. Paykel, E. (1994). Historical Overview of Outcome of Depression. *British Journal of Psychiatry*, 165(S26), 6-8. doi:10.1192/S0007125000293227
12. ŠMÍDOVÁ, Barbora. *Strategie zvládání bipolární afektivní poruchy*. České Budějovice, 2018.