

Bakalářská práce

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Teologická fakulta
Katedra psychologie a sociologie

Bakalářská práce

Soužití se členem rodiny trpícím bipolární poruchou

Life together with a member of family handicapped with bipolar disease

Vedoucí práce: PhDr. Jan Polivka

Autor práce: Alena Kanděrová

Studijní obor: Sociální a charitativní práce

Forma studia: kombinovaná

Ročník: třetí

2007

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

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

26. listopadu 2007

Děkuji vedoucímu bakalářské práce PhDr. Janu Polivkovi
za cenné rady, připomínky a metodické vedení práce.

OBSAH

Úvod

1. Agresivita	7
1.1. Terminologie	8
2. Poruchy nálady F30 - F39 (afektivní poruchy)	9
3. Deprese (depresivní syndrom)	10
3.1. Původ deprese	10
3.1.1. Reakce člověka na smutek	11
3.1.2. Práce jako popření smutku	12
3.1.3. Deprese ve vývoji člověka	12
3.1.4. Příčiny deprese	13
3.1.5. Ranné ztráty	13
3.1.6. Negativní postoj k životu	14
3.2. Přiměřený přístup	15
3.2.1. Nemocný a chybějící podněty.....	16
3.2.2. Smyslové podněty	16
3.2.3. Komunikace	16
3.2.4. Zevnějšek je zrcadlem nitra	17
3.3. Postup léčby	18
4. Mánie (manický syndrom)	18
4.1. Mánie a její projevy.....	18
4.1.1. Princip tří fází	19
4.1.2. Předpokládané chování nemocného	19
4.1.3. Neklidný den pracovního klidu	21
4.1.4. Chování manicky nemocného.....	21
4.1.5. Manický nemocný se brání	22
4.2. Přiměřený přístup	23
4.2.1. Zdravý či nemocný	23
4.3. Postup léčby	24
5. Bipolární porucha (maniodepresivní syndrom)	25
5.1. Historie	25
5.2. Bipolární afektivní porucha F 31	26
5.2.1. Diagnostika podle MKN-10	26
5.2.2. Vznik onemocnění	29
5.2.3. Průběh	29
5.2.4. Prognóza bipolární poruchy	30
6. Rodina a rehabilitace psychiatrických pacientů	31
6.1. Před propuštěním nemocného z psychiatrické nemocnice.....	31
6.2. Rodina a pacient propuštěný z psychiatrické nemocnice	32
6.3. Požadavky rodiny	35
6.4. Rozvoj mezinárodního rodinného hnutí	35
6.4.1. Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví (CRPDZ)	36
Závěr	37
Seznam literatury.....	39
Abstrakt	41

Úvod

V dnešní době přetrvávají u laické i odborné veřejnosti představy, které ovládají myšlení a chování lidí vůči duševně nemocným, nejvíc pak k lidem se schizofrenií, manickými epizodami, hysterií či neurózou. Zdrojem stereotypních představ o duševních onemocněních je strach a obavy z duševních chorob a jejich nositelů.

Stigma a pověry o duševně nemocných přetrvávají nadále. Ještě dnes se lidem s psychickými potížemi stává, že se od nich společnost distancuje, vyřazovací tendence jsou silné. Duševní nemoc se projevuje jinak, než tělesná nemoc. Ve většině případů je tělesná nemoc porucha nějakého orgánu, srozumitelná a dobře ohraničená, u duševně nemocného je takové ohraničení méně zřetelné. Chování duševně nemocného se může jevit jako vystupňování stavů, které známe z běžného života, ale umíme je přemáhat. Všichni někdy prožívají smutek, ztrácejí chuť k jídlu, málo spí a jsou smutní. Překonají to však. Nemocný budí dojem, že je slabý na to, aby dokázal svůj stav překonat. Jeví se jako člověk s vadami povahy: neschopný a také nespolehlivý, nekontrolovatelný a možná i hloupý a nebezpečný.

Díky nedostatku informací o duševních nemocech, jejich průběhu a léčení se získaná představa nemůže konfrontovat s racionálními argumenty. Naopak živnou půdou po zjednodušenou představu, že nemocný je divný, nevypočitatelný, slabý a líný je posilována naším přirozeným strachem z toho, co neznáme, spolu s věky předávanými mýty o duševní nemoci.

Předsudek či znamení navíc chránila i v minulosti společnost před nebezpečnými a označenými lidmi. K nedostatku pravdivých informací, stylu posuzování a malé zkušenosti s konkrétním člověkem s psychickými potížemi se přidává strach. Strach z neznámého, z nebezpečí z kriminálních tendencí, strach z nemoci a léčení.

Tak časté slangové výrazy jako "šílenec", "blázen", "psycho", "magor" apod. dehumanizují lidi, potýkající se s příznaky duševní poruchy.

Nadřazení skupinových vlastností nad vlastnostmi individuálními, strach a nedostatečná informovanost vedou k diskriminaci duševně nemocných.

Důsledkem této stigmatizace jsou potíže se získáním a udržením zaměstnání, problémy s bydlením, zvýšení izolace, menší spolupráce s lékaři a ochota se léčit. V důsledku horších životních podmínek a většího stresu se opakují zhoršení nemoci. Dochází k chronifikaci nemoci a zvětšení stigmatu. Rozetnutí bludného kruhu je pro samotné pacienty a jejich rodiny velmi nesnadné. Dopady na nositele nemoci jsou tak značné, že se někdy mluví o stigmatu jako o "druhotné nemoci". Pravdou je, že mnozí pacienti si víc než na samotné příznaky nemoci, stěžují na izolaci, osamocení a oslabený pocit vlastní sebehodnoty.

Předsudky a vylučovací tendence vůči duševně nemocným mají dlouhou historii. Pak-li že se setkáme s bizarním chováním bez znalostí, naše předsudky budou potvrzeny. A tak stále působí, vzdor kampaním, odpor, strach a antipatie, které na straně veřejnosti proti duševně nemocným, jejich okolí ale také proti léčebným institucím oboru psychiatrie. Na druhou stranu jsou právě tyto informace o nemoci a léčbě, vědecké poznatky a zprostředkování zkušenosti s lidmi s psychickými potížemi (nebo jejich příběhy či výtvoři), které pozitivně ovlivňují úroveň péče a přístup veřejnosti k duševním poruchám.

V tomto úvodu zmiňuji postřehy, kterých se mi dostalo při diagnostikovaném onemocnění mé maminky, která trpí bipolární psychózou, a které byly též důvodem k sepsání této práce.

1. Agresivita

K poruše osobnosti velice často patří i narušené agresivní chování. Agrese má u mnoha lidí trpících syndromem důležitou funkci. Často však neslouží přiměřené obraně proti útoku, ale používá se k úlevě, k odbourání napětí. Agrese je používána proti nespokojenosti, úzkosti, pocitům bezmocnosti a méněcennosti. Používá se stejně jako droga, abychom nemuseli snášet nepříjemné pocity. Samozřejmě se ke skutečnému řešení problémů hodí stejně málo jako drogy.

Vnitřní neklid stejně jako abstinenci příznaky u závislých vede k agresivnímu chování. Lidé s agresivní poruchou ztrácejí stále častěji kontrolu nad svou agresivitou. Bezvýznamné vnější podněty se stávají spouštěčem výbuchů agrese. Příslušné situace jsou později samy provokovány vnitřním nutkáním.

Pro lidi s agresivní poruchou se agrese stala zdánlivě nepostradatelnou strategií zvládnání života. Je považována za legitimní prostředek k uspokojování potřeb. Nepochybně je možné dosáhnout jej pomocí agrese. Méně agresivní lidé ustoupí a podvolí se požadavkům. Agresivní chování se tím posílí, protože se zdá, jako by vedlo k okamžitému úspěchu.

Lidé s agresivní poruchou působí na své okolí jako hrozba. Jejich podprahová agrese vede k tomu, že se s nimi jedná opatrně. Většinou si nejsou svého agresivního chování vůbec vědomi. Lidé, kteří s nimi žijí, jsou vystaveni kolísání; jejich způsob chování na jedné straně extrémní tvrdost, na druhé straně extrémní měkkost. Něco mezi tím je málokdy možné. V párových vztazích je narušené agresivní chování zvlášť zatěžující.

Lidé s agresivní poruchou mají pro své chování systém racionalizací, stejně jako narkomani pro své užívání drog. Míra agrese je bagatelizována anebo se najdou argumenty, proč byly extrémní reakce vlastně přiměřené. Vyvíjí se u nich přehnaný smysl pro spravedlnost a jsou nepřístupní k argumentům druhých. Nezřídka pozorujeme průběh směrem ke stále extrémnější agresi. Potom dochází k negativní změně osobnosti, protože postupující sociální izolace jde ruku v ruce s citovým ochuzením a zesurovením. Okolí se obecně mění v nepřítele.

V souvislosti se závislým agresivním chováním jsou zneužívány i návykové látky, zvláště alkohol. Zatímco na začátku se zdá, že spíše zmírňuje příznaky, ty se s pokračující závislostí stávají extrémnější. Alkohol je zpočátku používán k přehlušení silných stavů rozladěnosti, které často vznikají v důsledku pocitů zlosti a nenávisti. Pokud člověk s agresivní poruchou potřebuje stále zklidňovat své afekty, upadá do chronické závislosti. Přehnané používání alkoholu vede následně k odbourání emočních zábran a tím i k zesílené agresivitě.¹

1.1. Terminologie

Pojmy emoce, nálada a afekt jsou někdy vzájemně zaměňovány. Existující sémantická konvence však považuje emoce za širší konceptuální rámec, uvnitř kterého jsou afekty a nálady rozlišovány především podle průběhového, časového měřítka.

Afekt - znamená emoční výkyv trvající minuty až hodiny.

Nálada - oproti tomu je emoční stav (či naladění), trvající delší dobu a charakterizující často temperament nebo osobnost.

Mánie a deprese - obvykle znamenají dlouhodobější poruchy emotivity.

Hypománie – stav lehce manický, u dětí se projevuje dotěrností, vtíravostí.

Pojem "afektivní poruchy" byl změněn na "poruchy nálady".

Pojem epizoda je v soudobých klasifikacích chápán jako syndrom v definovaném čase. Nemusí jít o fázický (cyklický) děj s předpokládanou dvojí polaritou. Starší pojem fáze byl odvozen k Kraepelinova pojetí maniodepresivního onemocnění. Vyjadřoval dvojí polaritu (mánie a deprese) jediného předpokládaného onemocnění. Toto pojetí bylo změněno současným přijetím koncepce poruch nálady, které se vyznačují pouze jedinou epizodou poruchy nálady, nebo opakovaným výskytem depresivních epizod (rekurentní depresivní poruchy). Pro současné kvalifikace je tak opodstatněné používání pojmu epizoda oproti pojmu fáze.

Pojem rekurentní pro označení opakovaných epizod deprese je považován za vhodnější než starší pojem periodický. Termín periodický bývá nahrazen pro děje, které se vyskytují v pravidelných intervalech. Intervaly mezi epizodami poruch nálady však nejsou pravidelné a v průběhu života se mění (např. intervaly rekurentní depresivní poruchy se obvykle s přibývajícím věkem zkracují). Termín rekurentní vyjadřuje prostou návratnost nebo též zákonitou posloupnost, kterou lze někdy matematicky vyjádřit.²⁾

¹⁾ RÖHR, HEINZ-PETER. *Hraniční porucha osobnosti - vznik poruchy, průběh a možnosti jejího překonání*. Praha: Portál, 2002. s. 33-35 ISBN 80-7178-724-8

²⁾ MUDr. SMOLÍK, P. CSc. *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha: MAXDORF, 1996. s. 199 ISBN 80-85800-33-0

2. Poruchy nálady (afektivní poruchy)

Podle MKN 10 (Mezinárodní klasifikace nemocí) jsou poruchy nálady v kapitole F30 - F39 daleko podrobněji členěny než dříve, kdy byl užíván termín maniodepresivní psychóza a ostatní názvy byly více či méně synonymními názvy (cyklofrenie, maniomelancholie, periodická deprese nebo mánie, endogenní fázická deprese nebo mánie a později bipolární nebo unipolární porucha nálady). I když je nová klasifikace podrobnější, přesto nadále vychází z toho, zda tyto poruchy mají charakter bipolární nebo unipolární a dále z toho jaká je intenzita příznaků depresivních nebo manických, v jaké etapě se onemocnění nachází a nakonec přiřazuje poruchy nálady, které nesplňují přesně stanovená kritéria pro manické a depresivní stavy, které nebyly dříve řazeny přímo ke „klasickému“ maniodepresivnímu onemocnění.

Přehled třímístných kategorií:

- F 30 manická epizoda
- F 31 bipolární afektivní porucha
- F 32 depresivní epizoda
- F 33 periodická (rekurentní) depresivní porucha
- F 34 trvalé poruchy nálady (afektivní poruchy)
- F 38 jiné poruchy nálady (afektivní poruchy)
- F 39 nespecifikovaná porucha nálady (afektivní porucha)

V rámci uvedených skupin je možno poruchy dále specifikovat dvěma čísly na prvním a druhém místě za tečkou, kterými je možno vyjádřit nepřítomnost nebo přítomnost psychotických příznaků, povahu fáze, absenci nebo přítomnost somatických příznaků a jiné.

Souhrnně je možno říci, že základní psychopatologickou poruchou těchto skupin je patická nálada.

Základními diagnostickými příznaky jsou časně ranní probuzení, ranní pessimální nálady, suicidální tendence a sklony.

Onemocnění se projevuje v chorobných fázích. Bez dostatečných a psychologicky pochopitelných příčin se může u nemocného střídát syndrom depresivní a syndrom manický, nejčastěji po období zdraví. Neléčené epizody trvají v průběhu 4-6 měsíců, některé ale jen několik dnů, vzácně i jen několik hodin, jiné i roky. Vedle psychické symptomatiky je vždy též přítomna somatickevegetativní symptomatika, která může v klinickém obraze někdy i dominovat. Některý nemocný má fáze často, jiný zřídka, často i jen jednou za život.

U těžké deprese hrozí nebezpečí realizace suicidních tendencí. Chorobné fáze mají sklon k spontánní únavě. Začátek onemocnění se nejčastěji projevuje mezi 20. až 35. rokem. Mimo chorobné fáze je většina postižených úplně nebo skoro úplně zdráva. Asi u 10-20% nemocných dochází k chronifikaci onemocnění. Nemoc postihuje asi 1% obyvatelstva.

Z klinického hlediska rozeznáváme zejména *bipolární typ* se střídáním epizod depresivních a manických a *unipolární typ* s fázickým nebo periodickým výskytem jen epizod depresivních nebo jen manických.

V klasifikaci MKN 10 jsou unipolární probíhající poruchy zastoupeny ve skupině Manické epizody (F30) a Depresivní epizody (F32), opakující se deprese ve skupině Periodická (rekurentní) depresivní porucha (F33). Bipolární typ je zastoupen ve skupině Bipolární afektivní porucha (F31).³⁾

3. Deprese (depresivní syndrom)

Smutek a depresivní reakce jsou v životě každého člověka natolik běžnou zkušeností, že mají svoji pevnou "společenskou normu". Na rozdíl od záhadnějších symptomů je člověk v depresi, a to často neúměrně dlouho, vystaven laickému působení. Sociální okolí má tendence smutek konějšit nebo s ním vyjadřovat nesouhlas. Nemocný je podroben tlaku "aby se vzchopil", "nemyslel na to", "odpočinul si". Toho však, protože jde o nemoc, není schopen. Dobře míněné jednoduché rady mohou potom prohlubovat depresi prostě tím, že postižený si uvědomuje, že není schopen se jimi řídit a udělat okolí radost.

To, že jsou smutek a deprese tolerovány a utišovány, může být příčinou, že se zdravotníci s takto postiženým nemocným setkávají dost pozdě, někdy až po agresivním nebo autoagresivním činu. Často až tehdy, když nemocný svoji pozici vůči životu vysvětluje absurdním tvrzením - bludem. Hned zpočátku lze tak nabídnout k úvaze, zda je z hlediska přístupu k nemocnému účelné dělit depresi na pochopitelnou (reaktivní, exogenní) a nepochopitelnou "psychotickou" (endogenní). Zdá se výhodnější chápat ji jako kontinuum s počátkem v normě až po stav, kdy je nemocný do deprese "nepochopitelně" vtažen.

3.1. Původ deprese

Smutek a depresivní nálada jsou v podstatě normálními reakcemi člověka na opuštění nebo ztrátu objektu, třeba blízkého člověka. Tato ztráta se může odehrát buď faktickým odchodem nebo úmrtím, ale také symbolicky, např. když se životní partner nebo rodič chová

³⁾ ZVOLSKÝ, P. a kolektiv *Speciální psychiatrie*, Praha: Karlova univerzita, Karolinum, 1996. s. 89-90, ISBN 80-7184-203-6

k subjektu nečekaným, anebo nepříjatelem způsobem. Je zřejmé, že v komplikované kultuře je člověk v širokém slova smyslu ohrožen řadou symbolických ztrát s hlubokým významem pro vztah s objektovými osobami:

- ztrátou širších sociálních vazeb (přestěhování, emigrace, umístění do sociálního zařízení),
- ztrátou prestiže (nezaměstnanost, invalidita),
- ztrátou životního naplnění (odchod dětí do života - tzv. syndrom opuštěného hnízda),
- ztrátou tělového schématu (amputací),
- vnitřní změnou (hysterektomií, transplantací).

Uvedené příklady naznačují, že smutek a depresivní reakce se u člověka objevují, jakmile je ohroženo jeho sebepojetí, celistvost (integrita). Smutku předchází zpravidla "signální úzkost" provázená zvýšenou aktivitou (později budu hovořit o manické fázi). Posléze, při nezměnitelnosti situace, se úzkost prodlužuje a přechází ve smutek a depresivní náladu.⁴⁾

3.1.1. Reakce člověka na smutek

Reakce na smutek je každému důvěrně známá: ztráta zájmu o běžné problémy, pocity duševní bolesti a samoty, pláč, nespavost či nechutenství. Typické a důležité je i "oživování vzpomínek", při němž si postižený opakovaně uvědomuje ztrátu a nezměnitelnost situace. Toto utrpení je nutno překonávat přijetím nevyhnutelnosti, aby byl možný návrat k normální aktivitě a emoční stabilitě. Smutek je tedy účelný. Imobilizuje aktivitu, usnadňuje přiznání pocitu bezmoci a beznaděje tam, kde by další činností nebo pokračující vazbou na ztracený objekt, např. zemřelého, mohl dojít k neřešitelným frustracím a konfliktům, vyčerpání a ohrožujícím ztrátám.

Depresivní útlum je u zdravého člověka důležitým obranným mechanismem - červeným signálem STOP, který přiměje postiženého ke zpomalení, zastavení, změně cesty a následně již k cílenému jednání ve směru nově přijaté reality. To všechno je složitá duševní práce, která je obvykle autory rozdělována do několika etap:

- **popření** - snaha "nepřiznat si", že je to záměna, omyl, mně se to nemohlo stát,
- **hněv** - kdo to zavinil, proč to potkalo právě mě,
- **zoufalství** - přijetí skutečnosti, uvědomění ztrát, vlastní reakce smutku,
- **akceptace** - smíření a naděje, počátek hledání nové životní cesty.

⁴⁾ STYX, P. *O psychiatrii - Jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*. Brno: Computers Press, 2003. s. 112-113, ISBN 80-7226-828-7

Z takového rozdělení vyplývají dvě velmi důležité skutečnosti. První dvě reakce, popření a hněv, jsou nereálné vnitřní obrany a sociální okolí je neakceptuje. Až zoufalství a akceptace jsou pochopitelné. V tradici každé kultury existují obřady, které usnadňují projevy smutku (hudba, kondolence jako rituály pohřbu) a přechody k jednotlivým fázím s konečnou adaptací. Trvání smutku a depresivní nálady je individuální. Předpokládá se trvání v délce čtyř až šesti týdnů, i když skutečné přijetí a vnitřní zpracování ztráty může trvat léta.

Nezanedbatelná je pro projevy smutku i norma dané kultury. Povinnost "držet smutek" nebo "chovat se statečně". Projevy smutku mají tedy také sociální a komunikativní smysl. Proto se u člověka, tak jako řeč, v užším slova smyslu vyvíjejí až v průběhu zrání vlivem jeho interakcí s prostředím. Schopnost přijmout smutek a prožít ho je tak vázána na emoční zralost a sílu "já". Emočně nezralý člověk není schopen přiznat si ztráty v plném rozsahu a reaguje pouze popřením, vzdorem a hněvem. Tedy v podstatě dětsky nezralým způsobem.

3.1.2. Práce jako popření smutku

Toto tvrzení podporuje zjištění, že řada lidí se místo smutku vrhá do práce. Na tesknění nemá čas. Takoví lidé udávají pouze pocity prázdnoty a necitlivosti. Na obvyklé projevy soucitu reagují někdy i nepřátelsky. Jejich nepřátelství je často směřováno na zúčastněné instituce, jako na nemocnici nebo rozvodový soud. Tito lidé nejsou schopni prožívat "vzpomínkové situace", prožívat smutek a přijímat podporu okolí. Je třeba pochopit, že sociální interakce má mnoho podob. Začíná tam, kde jeden člověk svým chováním podněcuje druhého a sám je zpětně podněcován jeho reakcí. Sociální okolí potom podporuje takového člověka v roli chladného hrdiny, nebo v případě nepřátelských projevů zareaguje rovněž nepřátelsky.

Důležité je zjištění, že tito lidé častěji onemocněli depresí. Mnohdy se u nich objevily i psychosomatické příznaky se značným časovým odstupem. Jsou popsány i tzv. výroční reakce, kdy se onemocnění projevilo za několik let ba i desetiletí po utrpené ztrátě. Jako příklad jsou uváděny depresivní reakce rodiče v době, kdy jeho dítě dosáhlo takového věku, kolik bylo jemu, když sám rodiče ztratil.

3.1.3. Deprese ve vývoji člověka

Provokujícím činitelem, tzv. spouštěčem deprese, může být potom i nutnost naplnit určitý vývojový úkol, který nějakým způsobem připomíná neprožitou ztrátu. Vznik depresivního onemocnění je pak vázán na oddělení od matky, (např. hospitalizací, ale také založením vlastní rodiny), školní docházku, pubertu, intimní vztahy v adolescenci, graviditu, hledání vztahu k novorozenci v šestinedělí, na rozvodovou situaci (zvláště tam, kde partner nahrazoval rodiče), klimakterium a mladé stáří (involuci).

Chronifikovanou depresi lze tedy chápat jako neprožitý, odročený smutek, jehož nenaplněním v době ztráty byl člověk zbaven možnosti její integrace. Faktem je, že mezi významné faktory, které určují chování člověka, je jeho citové prostředí. Získané zkušenosti od raného dětství určují vzorce chování, tedy způsoby, zda si člověk vybere zdravé, nebo defektní řešení konfliktu. Obecně platí, že čím dříve je jedinec postižen ztrátou, čím je nezralejší, tím nezralejší jsou i obrany, které užívá. Čím nezralejší jsou tyto obrany, tím hlubší jsou jejich důsledky pro další vývoj člověka.

3.1.4. Příčiny deprese

Příčiny, které mohou vést k podobnému výsledku - k depresivní reakci v dospělosti - jsou často velmi různorodé. Společné mají to, že existuje určitá forma disociace v rodině, která vede k větší závislosti dítěte na rodičovské autoritě, ale současně vzbuzuje závist rodičovské moci a vzpuru proti ní. Tradičně je v souvislosti s depresí uváděn takový model rodinných vztahů, kde rodiče od dítěte vyžadují, aby bylo vizitkou rodiny.

Rodinní příslušníci příliš zaměřeni na výkon, vzájemně sociálně izolovaní, neprojevují tedy svoje skutečné pocity, což vytváří předpoklad pro potlačování smutku a pozdější depresivní reakce. Je pravděpodobné, že se dítě v takové rodině nemůže naučit vyžralým emočním reakcím nabýváním důvěry v sebe ani v druhé. Někdy pak ze vzdoru kontakty odmítá (potrestám sebe a budou mě mít znovu rádi), což je model pozdější "depresivní reakce". Někdy vyhledává mazlení a náklonnost vyděračským způsobem. To může být modelem pro chování manické.

3.1.5. Ranné ztráty

Tvrzení, že deprese jsou nemocí až pozdějšího věku, není přesné. Depresivní rozlady po konfliktu s matkou jsou pozorovány již u dvouletých dětí, jsou však "nezrale" překryty vzdorem. Děti si nezdědka přejí, aby "maminka umřela", přičemž v dětském světě nejsou ostré hranice mezi přáním a skutečností. Při faktickém odloučení od matky dítě dochází rychle k přesvědčení, že takový stav samo zavinilo (maminka odešla, protože jsem zlá). Tak i v separačních reakcích dospělých nacházíme často fantazie o závažných proviněních. Pokusně byl sledován a potvrzen předpoklad, že životní depresivní pozice je projevem naučené bezmocnosti.

Člověk již od raného dětství získává zkušenost, že ztráty jsou neovlivnitelné a zaujímá vůči nim pozici bezmoci a beznaděje. Dospělý člověk se potom stále snaží být úspěšný a uspokojit "přísného rodiče v sobě". Ale úspěšný je jen proto, že se děsí neúspěchu. Často pak hodnotí život druhých jako "šťěstí bez úsilí" a vzniká u něj paranoidní ladění. Takový člověk je lehce zranitelný a závislý na hodnocení druhých. Jeho životní aspirace mohou být kdykoliv zmařeny (neúspěch, nemoc, rozvod, stáří).

3.1.6. Negativní postoj k životu

Proto jsou provokující příčiny endogenní deprese často nepochopitelně banální. Běžný neúspěch stačí, aby člověk zareagoval nezrale - depresí, kterou ani on sám nedokáže vysvětlit, protože skutečné příčiny jsou v jeho daleké historii. Postižený člověk potom hledá informace, a to normativní. Co se vlastně od něho očekává, jak by měl jednat, aby byl okolím akceptován? Hledá však také kauzální informace. Chce rozumět tomu, proč se cítí tak, jak se cítí. Ve snaze pochopit pak zaujímá vůči životu depresivní pozici (všechno špatně), která ho svými důsledky vrhá hlouběji do deprese.

Depresivní pozice je tedy takový přístup k životu, kdy jsou všechny děje a události vnímány jako negativní. Jsou to tedy "negativně hodnotící schémata", která vysvětlují sice primárně, ale nadále prohlubující depresi.

V tomto období chce mít nemocný pro svoji depresi důvody a v jednostranném hodnocení dosavadního života můžeme vytušit agresivní snahu obrátit agresi proti vlastní osobě v souladu se zmíněným dětským modelem - "potrestám se a budou mě mít znova rádi".

Nemocný často svým negativním postojem k životu trestá nejen sebe, ale i sociální okolí. Z komunikačního hlediska je chování nemocného výzvou, "dětskou manipulací k pochvalám" při současném poskytování péče, což se u dospělého vylučuje. Nemocný svým vzhledem a apatií vyvolává v okolí pečovatelské postoje, které však následně ještě více snižují jeho vlastní sebehodnocení a prohloubí bezmoc a beznaděj. Na to okolí zareaguje ještě větší péčí, útechami atd. V okamžiku zlomu je potom nemocný "bezmocný, ponižovaný a odmítaný" předán na psychiatrické oddělení.⁵⁾

Vzhled nemocného:

- oblečení (šedé, nevýrazné barvy, často černé, žádné líčení, vypadá neupraveně)
- známky toho, že nejí či nepije
- stav domu či bytu, kde dotyčný žije (může být velmi zanedbaný a neuklizený /pro daného člověka netypicky/)

Chování:

- agitovanost
- psychomotorická retardace (možná inkontinence moči nebo stolice)
- histrionský, závislý

Nálada:

- depresivní

⁵⁾ STYX, P. *O psychiatrii - Jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*. Brno: Computers Press, 2003. s. 116-117, ISBN 80-7226-828-7

Emoce:

- skleslý (sděluje prožitek smutku, slabý oční kontakt)
- plačtivý

Řeč:

- tichá, pomalá
- dlouhá prodleva před tím, než odpoví
- po gramatické stránce normální
- odpovědi „nevím“

Myšlení:

- suicidiální myšlenky, záměr či jednání
- paranoidní myšlení, bludy
- přesvědčení o vlastní bezcennosti
- patologické přesvědčení o vlastní vině
- pesimistické vyhlídky do budoucnosti
- nihilistické bludy

Prožitky:

- sluchové halucinace hlasu druhé osoby, které jsou v souladu s náladou
- žádné symptomy první řádu ⁶⁾

3.2. Přiměřený přístup

Kontakt s depresivním nemocným může být zpočátku velmi svízelný vzhledem k jeho apatii, náročný pro jeho nesdílnost a dlouhé latence (pomlky) ve sdělovaném obsahu. Vážnoucí komunikace má zpravidla tyto příčiny: depresivnímu nemocnému jeho vnitřní rodič nedovoluje, aby vyslovoval svoje sociálně nežádoucí pocity a postoje bezprostředně. Vyjadřuje proto svoje nálady mnohem více svým chováním než slovy. Neverbálně vyjadřuje svůj hněv a pocity beznaděje, a to může zdravotníky velmi zatěžovat. Tato situace se někdy přirovnává k frustraci nemocného afázíí. Pacient nemůže odpovídajícím způsobem vyjádřit své pocity. Také to může agresivitu nemocného prohlubovat. Příčinou jeho protichůdných pocitů je úzkost ze samoty (separace) a závislosti na dospělých osobách, které ho v minulosti zklamaly. Proto se nemocný kontaktu vyhýbá při jeho současném očekávání.

Opravdový produktivní kontakt je s nemocným možno realizovat až na základě odhadu jeho současných možností a znalostí mechanismů, které ovládají jeho postoje. Jinak jdou

⁶⁾ COHEN, R.M. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. Praha: Portál, 2002.s. 60-61, ISBN 80-7178-497-4

vzájemné vztahy nemocného a zdravotníků "ode zdi ke zdi" ve dvou extrémech: buď nemocný se zdravotníky v podstatě nekomunikuje, nebo je na kontaktu naopak nepřínosně závislý.

3.2.1. Nemocný a chybějící podněty

Základním problémem depresivního nemocného je především nedostatek podnětů ze sociálního okolí s následnou neschopností navazovat a udržet přiměřené sociální interakce a nalézt v nich svoje sebepotvrzení. Prioritním cílem ošetřování je proto vytvoření takových podmínek, aby v nich nemocný našel nejprve určitou životní strukturu a později i odvahu vyjadřovat své pocity přímo neverbálně, a to sociálně přijatelným způsobem. V tomto smyslu potřebuje oporu, aby se vystavil dosud obávané konfrontaci s významnými druhými, které zdravotníci v době hospitalizace zastupují a představují.

Způsob navázání a upevnování akceptujícího vztahu je závislý na aktuálních možnostech každého depresivního nemocného. Bude se v praxi velmi lišit. Ukázkou mohou být některé extrémní polohy v negativním, ale i pozitivním slova smyslu.

3.2.2. Smyslové podněty

U uzavřeného, apatického nemocného lze vztah navazovat záměrným působením smyslových podnětů, když to nejde slovy. Spočívá to především v přímém a častém uspokojování orálních potřeb nemocného - časté nabízení skleničky čaje, „přímá účast na pozvání k jídlu" a jeho podání. Slovy "přímá účast" je zdůrazněno to, že péče nemůže být jen rutinní, ale soustředěná, s nejvyšší mírou nerozptýlené pozornosti. Jenom takto zvyšuje sebehodnocení nemocného a stimuluje k emoční interakci.

V těchto případech, kdy nemocný již zaujal úzkostný nebo negativistický postoj a přímá pozornost nevede k cíli, je možné "navazovat kontakt mimochodem". Lze například hovořit se spolupacientem o přechodnosti onemocnění a nutnosti přijmout aktuálně některá nepříjemná fakta o nadějích na zlepšení stavu v přítomnosti negativistického nemocného a mimoděk mu přitom dolít sklenici čajem. Je však třeba vyhýbat se takové péči, která podporuje pacientovu další infantilizaci - krmení, koupání, převlékání, pokud ovšem není taková péče diktována vitálním ohrožením nemocného. Využívání každého kontaktu s nemocným a neutrální slovní komunikace by měly být samozřejmostí. Je možné probíhající činnost jen prostě slovně popisovat.

3.2.3. Komunikace

Při zanedbávání kontaktu s depresivním nemocným hrozí nebezpečí z prodlení. Pokud není aktivní přístup k nemocnému samozřejmostí a zdravotníkům ujde skutečnost, že nemocný

polehává již několik dnů nečinně na lůžku, přijímá málo tekutin, nejí a nedbá o sebe, potom náhlý nápor provázený rozhořčenými průpovídkami "takhle to nepůjde", "vy přece musíte...." (jíst, pít, dbát o sebe) nevede k cíli. Naopak, stává se kolbištěm, na jehož půdě realizuje nemocný svůj negativismus. Trestá tím nevšímavost zdravotníků i členů rodiny, jako v dětství rodiče.

Depresivnímu nemocnému často schází náhled, zásadní porozumění situaci a vlastní úloze v ní. Den v nemocnici či pobytu doba (pokud to dovolí stav pacienta) musí mít od počátku jasnou a pevnou strukturu. Je pochopitelné, že nemocný (ponechán sám sobě na pospas svým myšlenkám) vnímá péči jenom jako kontrolu své osoby, a ta pro něj ztrácí smysl. Pokud je nemocný pouze vypuzován ráno z lůžka a večer uložen zpět do postele, není to struktura, ale dril.

Smysluplný kontakt a přiměřené zaměstnání usnadňují i přijetí nutnosti ranní toalety. Není přínosné, aby se zevnějšek nemocného stal součástí jeho neverbální komunikace - "podívejte se, jak jsem při vaší péči dopadl". Osobní tlak nemusí být pro nemocného prospěšný, protože takto pojatá nadměrná pozornost může být nemocným vyhodnocena jako důsledek vlastního selhání a neschopnosti.

Všem rozumíme lépe, pokud si stále uvědomujeme, že každé počínání je vlastně sérií komunikačních aktů a fakt, že nemocný, byť často nevědomě, volí alternativy svého počínání (aktivně volená pasivita). Nemocný vnímá svůj vnitřní stav, ale vnímá také svůj zevnějšek, a to se nevyhnutelně sjednocuje svérázné představě: "Jsem na tom bídne, když vypadám takhle".

3.2.4. Zevnějšek je zrcadlem nitra

Dříve byli psychologové dokonce přesvědčeni, že vnitřní pocity vznikají právě způsobem "je mi smutno, protože pláče", "bojím se proto, že utíkám" (James-Langerova teorie vzniku emocí). Lze proto vyjádřit domněnku, že depresivní nemocný aktivně usiluje o tom, aby byla jeho vnější vizáž v souladu se "zanedbanou vnitřní realitou". Je nepravděpodobné, že by jeho zanedbaný zevnějšek byl pouze důsledkem apatie, pro niž se neholí, nečeše a nemyje, uvážímeli, že jeho vnější a vnitřní katastrofa je mnohdy jediným obsahem jeho myšlení. Podobně také jeho aktivní odmítání kontaktu je často důkazem, že je pro okolí bezcenný, a proto o něho nejeví zájem.

Praxe pak zdravotníkům a ošetřujícím členům rodiny sama ukazuje každodenní nesnáze, které provázejí depresivního nemocného při zachovávání běžných životních aktivit. Více než slabostí nemocného je to dáno jeho potřebou vyprovokovat pečovatelské postoje a zdůvodnit svůj stav.⁷⁾

Proto je nutné, aby v jasné a pevné struktuře nemocniční či rodinné pečovatelské činnosti našel určitý základ pro obnovení účelných stereotypů. Do činnosti by měl potom být nenásilně,

⁷⁾ STYX, P. *O psychiatrii - Jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*. Brno: Computers Press, 2003. s. 120-121, ISBN 80-7226-828-7

ale vytrvale začleňován. Tím, že je neadresná, běžná a týká se všech, nevede u nemocného k dalšímu úpadku sebehodnocení. Pokud obsahuje i vhodně volenou denní činnost, je podstatné to, že nemocný chápe plnění denního režimu jako důsledek vlastní aktivity, který je pod jeho kontrolou.

3.3. Postup léčby

- hospitalizace v případě:

- a) suicidiálních myšlenek nebo chování
- b) pokud špatná výživa ohrožuje život

- biologická léčba:

- a) antidepresiva – samostatně (tricyklická antidepresiva, SSRI, SNRI, IMAO, RIMA, lithium)
- v kombinaci (dvoukolejná terapie)

(TCA+SSRI; TCA+lithium; TCA+lithium+l-tryptofan (nutná opatrnost)

- b) elektrokonvulzivní terapie

- psychoterapie:

- a) podpůrná – poradenství, kognitivně-behaviorální terapie
- b) dynamická (individuální, manželská, skupinová)
- c) svépomocné skupiny (společenská účast manických a depresivních pacientů)¹⁵⁾

4. Mánie (manický syndrom)

Deprese má svůj protějšek v mánii. U nemocného člověka se mohou střídát období depresivní bezmoci s nečekanou aktivitou. Zřídka je nemocný pouze manický. Abychom to pochopili, musíme být seznámeni s faktem, že základní projevy lidské aktivity vystupují v cyklech. Typickým příkladem je spánek a bdění, což nejsou stavy protikladné, ale vzájemně se doplňující - spánek je jen jinou formou aktivity. Obdobně bychom mohli říci, že manické chování je jen jinou formou aktivity v řešení problému deprese.

4.1. Mánie a její projevy

Obvykle je toto onemocnění líčeno v učebnicích jako "porucha nálady" (afektivní psychóza), projevující se překotným myšlením, neodůvodněnou podnikavostí, optimismem, elánem a veselím. To není příliš šťastná definice. Pitoreskní představa přebujelé nálady vede obvykle osoby poskytující péči k přímočaré úvaze, že je třeba nemocnému jeho náladu "upravit", tedy do jisté míry pokazit. Vede to někdy k skritním výsledkům v komunikaci.

Je to především názor velmi starý (Kreapelin 1856-1926), který vycházel z tehdejších

představ o somatu a psychice. Existují však snahy ho vědecky udržet. I vědě je někdy příjemná nostalgie jednoduchých kauzalit. Je však velmi zjednodušené považovat vyčerpávající snahu neustále hovořit, vyhledávat podněty v útěku před sebou samým a strach usnout za nadnesenou náladu. Až příliš snadno to vyvolává představu blažené zatvrzelosti nemocného, kterého je třeba přimět, aby se psychózy vzdal.

4.1.1. Princip tří fází

V "principu tří fází" (Selbach+Selbach 1956) autoři na dlouhodobém výzkumu dokládají, že v prvních okamžicích krize lidé většinou reagují změnou aktivity. Mohou vyvíjet neobvykle horečnou činnost, ale mohou také upadnout do apatie. Odchylna od obvyklé nálady a aktivity však působí postiženému vnitřní napětí, které je potom snižováno nadkompenzací, mající obvykle nezralý charakter. Člověk v apatii náhle vybuchuje (přepólování "zdola nahoru"), z horečné činnosti se může naopak sesunout se, zhroutit (přepólování "shora dolů"). Vyrovnání krize má tedy obvykle střídající se cyklický charakter.

Mezi manickou fází psychózy a reakcemi dítěte na separaci nacházíme určitou podobnost i u deprese (viz. výše). Promítnutím chování dospělého na vývojovou škálu zjišťujeme, že některé typy chování a strategie se mohou uplatnit teprve po uzavření vývojové fáze nižšího stupně. Avšak mechanické srovnávání může být zavádějící. Regrese dospělého nemůže být nikdy přímočarým opakováním dětských reakcí. Je vždy intelektově komplikovanější, závislejší na symbolech a ovlivňována více podněty (například sociální zkušeností dospělého).

4.1.2. Předpokládané chování nemocného

V zásadě však manický nemocný projevuje sklon chovat se podle okamžitých nápadů nebo nahodilých vlivů. Neuspořádaně a neúčelně. Není schopen předvídat průběh a výsledky vlastní činnosti s ohledem na vzdálenější budoucnost. Na takové chování obvykle okolí reaguje sociálním tlakem, kterému se nemocný vyhýbá. Na zprostředkovanou sociální zkušenost nebere zřetel a toto uzavírání se sociální zkušenosti dále zhoršuje možnost řešit adekvátně sociální selhávání. Nemocný je může často kompenzovat fantaziemi na téma vlastní moci.

Pokud se osoby pečující dokáží přenést přes snahu hledat formální patologii, mohou potom eventuelní bludy chápat jako "morální kapitulaci" nemocného, který tam dává najevo, že není dále schopen řešit svoji situaci sociálně přijatelným způsobem. Obecně platí, že pokud se v kontaktu s nemocným soustředíme na to, co je v přítomném zážitku skutečně obsaženo, lépe chápeme osobní pozadí v jeho prožitku.

Principy manické reakce na separační úzkost jsou zřetelněji pozorovatelné v krizových situacích, tak jak se s nimi setkáváme v krizových centrech. Řada klientů ohrožených krizí ztráty, nebo naopak náhlým "rozšířením životních možností" zareagovala nepřiměřenou aktivitou

- manicky nebo hypomanicky. Nezřídka se v chování objevily i psychotické zážitky.

Manický nemocný může být ve své, po léta vrstvené sociální situaci uvězně. Hradba proti smutku, vycházející z nepřijatelné reality, je potom velmi silná, nepochopitelná a velmi rezistentní (neovlivnitelná, nepoddajná). Traduje se, že s čistě manickým chováním se setkáváme jen zřídka. I to je diskutabilní názor. Tak jako deprese má svoji sociálně přijatelnou, či dokonce vítanou podobu - subdeprese může být okolím hodnocena jako "vážnost, odpovědnost, preciznost" a podobně, i manické chování může mít pochopitelně často podobu sociálně tolerované celoživotní strategie, nezřídka s faktory ohrožujícími jedince.

Vzhled nemocného:

- oblečení (jasné barvy, význačné předměty odpovídající grandiózním myšlenkám)
- líčení (rtěnka - často jsou kontury okolo úst poněkud nepřesné, jasná barva)

Chování:

- držení těla může vyjadřovat grandióznost, např. manický stupor („blahořečení“)
- hyperaktivní chování nebo neklid (pacient nemusí být schopen si během rozhovoru sednout a je neustále v pohybu)
- pacient může být opilý

Nálada:

- šťastná, obvykle nadměrně

Emoce:

- euforický, chichotá se, nakažlivá dobrá nálada
- snadno se rozzlobí, když je frustrovaný
- popudlivý
- může vyvolávat dojem, že je v skrytu nešťastný (manická obrana)

Řeč:

- naléhavá, myšlenkový trysk, hlasitá

Myšlení:

- nadměrný optimismus
- nerealistické plány
- paranoidní myšlenky
- nadměrně vysoké sebehodnocení
- velikášské bludy

Prožívání:

- sluchové halucinace hlasu druhé osoby, kongruentní s náladou
- mohou být přítomny symptomy prvního řádu.⁸⁾

4.1.3. Neklidný den pracovního klidu

Obranný mechanismus úniku do aktivity popsal před mnoha lety Ferenczi jako "nedělní neurózu". Pozoroval u svých klientů pocity nápadné bezradnosti a podráždění ve dnech pracovního klidu. Nedávno byl tento poznatek znovu uveden do odborné literatury jako "workoholismus" (Thorne 1987), a rychle zdomácněl i u nás. Při popisu tohoto příznaku bylo užito definice obvykle vyjadřující závislost na alkoholu. "Alkoholismus z práce" je potom definován jako přepjatá návyková závislost na práci, která se pro člověka stává posedlostí, prostředkem k dosažení sebeúcty, ale také způsobem, jak potrestat sám sebe nebo svoji rodinu.

Takové chování zapadá nepochybně do "širší normy" a není okolím hodnoceno jako nemoc. Naopak často může zvyšovat prestiž a hodnocení nositele. Už náboženská filozofie vyzdvihuje především "... horlivost v práci, čilost, neustálou pracovní činnost nesnášející dlouhého odpočinku, která se stává druhou lidskou přirozeností a etických hodnot nabývá, jestliže člověk překoná překážky, které mu do cesty staví vrozená lidská pohodlnost, lenivost, lákadla zábav, našeptávání nevykonných druhů, krásná příroda a jiné".

"Manický životní styl" jako chorobný faktor nalezneme i v psychosomatické medicíně. Zde bylo zjištěno, že určité chování lidí spojené s nadměrnými ambicemi, neschopností relaxace a s tendencemi k projevům hněvu a nepřátelství je velmi rizikovým faktorem při vzniku ISCH, srdečních a oběhových potíží. Tak Rosenman uvedl do odborné literatury tzv. "chování typu A". Analogicky byli rozlišeni jedinci, kteří jsou neschopni projevů emocí strachu a hněvu a mající tendence k zaujetí pozice bezmoci a beznaděje. Existují tedy lidé s převážně "depresivním stylem jednání". Předpokládá se u nich zvýšené riziko výskytu rakoviny. Bývá to označováno jako "chování typu C".

4.1.4. Chování manicky nemocného

I když oba uvedené typy nesouvisí přímo s maniodepresivní psychózou, přinášejí nám na obecné rovině poznání, že mezi námi žijí lidé s celoživotními tendencemi reagovat "hypomanicky" nebo "depresivně". I když tyto tendence většinou nepřekročí rámec sociální normy. Předpokládá se však, že vznik i tohoto chování, je vázán na ztráty v ranných fázích jejich vývoje. V řadě testů tito lidé reagují stejně jako maniodepresivní nemocní a jejich situace je významně ovlivnitelná psychoterapií.

⁸⁾ COHEN, R.M. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. Praha: Portál, 2002. s. 80. ISBN 80-7178-497-4

Pokud jsme se až dosud snažili prokázat, že manické chování nacházíme i v širší normě, nabízí se otázka, jakým způsobem je manický nemocný vlastně identifikován a za jakých okolností je přijímán na uzavřené psychiatrické oddělení. Zdravotníkům je obecně známa až neuvěřitelná míra tolerance příslušníků rodiny k netypickému chování některého člena, avšak obvykle pouze od první hospitalizace. Stejně zarážející potom je, jak banální odchylky vedou k hospitalizaci druhé. Můžeme to vysvětlit přidělenou "etiketou".

Určitá životní strategie postiženého se v rodině projevovala od počátku soužití. Na různé životní okolnosti mohl nemocný reagovat ztrátou zájmů, nebo naopak nadměrnou aktivitou. Dá se říci, že rodina je zvyklá, zvláště když se neobvyklá reakce projeví v logické návaznosti na veřejně známý problém (...to on vždycky, když...). To ovšem platí obecně, nejen pro mánie.

4.1.5. Manický nemocný se brání

Přijetí manického nemocného je vázáno na vystupňovanou obranu, která je prezentována třemi způsoby:

a) silnou závislostí na sociálním okolí, která nemocného nutí zakoušet náklonnost a přízeň druhých lidí;

(např. Nemocný hostil v luxusním podniku všechny přítomné, včetně personálu. Ačkoliv toto počínání rozumně nevysvětlil (výhra, narození dítěte apod.), účet narůstal do astronomické výše. Nikomu z přítomných to nepřipadalo divné. Po uzávěrce byl předložen účet na tehdy velmi neobvyklou částku 27 000,- Kč. Nemocný se ohradil proti jeho výši. Po krátké diskusi s vedoucím byla povolána policie, za jejíž asistence byl dotyčný předán na psychiatrické oddělení.)

b) užívání neúčelné aktivity jako reakce vůči ohrožujícímu prožitku deprese;

(např. Nemocný, jehož žena byla normálně v zaměstnání, byl náhle zasažen úzkostí, že ho manželka opustila. Objednal si taxi z Brna do Prahy, kde se ji pokoušel bezcílně hledat. Taxikáři to připadalo přirozené. Nemocný se nechal odvézt do Krkonoš, kde ženu hledal v zaparkovaných vozidlech a poškozoval je. I to považoval taxikář na normální. Potom mu předložil účet za služby v ceně mnoha tisíc Kč, které nemocný u sebe neměl. Taxikář požádal o pomoc polici a nemocný byl předán na psychiatrické oddělení.)

c) užívání obranného mechanismu "popření" jako obrany.

(např. Nemocný, přestože byl v rozvodovém řízení, koupil ze společných úspor své ženě a dětem jízdní kola a fotoaparát, aby všem udělal radost. Navrhl, že budou jezdit na výlety do přírody. Utratil tak neuváženě většinu úspor na jiné účely. Vzápětí se jeho manželka obrátila na psychiatrickou ambulanci a nemocný byl přijat na oddělení s diagnózou mánie).

Není účelem zde vzbudit dojem, že tito lidé, jejich obrany vedly k tomu, že utratili zbytečně spoustu peněz, byli jinak zdraví. Naopak, všichni byli již určitou dobu v kritické fázi manického onemocnění s jeho typickými příznaky - roztržštěná pozornost, mnohomluvnost, aktivita, neklid, gesta, vzhled atd. Pozoruhodné je, že k těmto projevům bylo sociální okolí poměrně tolerantní. Jakmile však šlo o peníze a často i neoprávněně požadované (přemrštěné

účty ve dvou uvedených případech), měla tolerance svoji mez. ⁹⁾

4.2. Přiměřený přístup

Dosud zde bylo popsáno, jak s nemocným navázat kontakt, u manického nemocného se setkáváme s problémem opačným. Jakým způsobem se kontaktu bránit, nebo lépe řešeno, jak ho rozumně usměrnit. Nadměrná a neohraničená aktivita nemocného, rychlost a důvěrnost s jakou kontakty navazuje, vytváření skryté a široké možnosti působení nemocného na zdravotníky či členy rodiny.

Sociální tresty nemocný často přehlíží, někdy je vyhledává jako projev zájmu, zejména když pozornost poskytujícího péči skutečně při zklidnění nemocného slábne. Nemocný se chová "nepolepšitelně". Někdy se ale současně za všechno omlouvá. Není potom brán vážně ani v prohrěscích, ani v omluvách. A tak laxní i tvrdý postoj, vycházející ze snahy pečujících usměrnit nemocného, má tentýž výsledek. Zesiluje neadekvátní projevy sociální úzkosti ze „ztráty lásky“, strach nemocného, že nebude akceptován.

Podstatu těchto postojů zdravotníků či osob pečujících, nelze hodnotit bez předchozího nastínění příčin jejich vzniku. Je skutečností, že manický nemocný projevuje svoje potíže sociálně nepřijatelným způsobem, ale tato poloha není ve zdravotnictví až tak výjimečná. Setkáváme se s ní všude tam, kde nemoc ohrožuje základní hodnoty lidské existence. K obrannému mechanismu popření nemoci by mohli mnohé říci i onkologové. Svoje zkušenosti mají i internisté s kardiaky. Uvažme, kdyby v těchto případech zdravotníci zaujali stanovisko „komu není rady, tomu není pomoci“, většina zdravotníků by to odsoudila jako nehumánní, vzhledem k ohrožení nemocného.

4.2.1. Zdravý či nemocný

Slabou stránkou této argumentace zůstává, že manický nemocný nemá na první pohled viditelné a hmatatelné poškození. Je ohrožen něčím, co alespoň zpočátku nechápeme. Vzbuzuje dojem, že ohrožuje spíše druhé a že hospitalizace má účel ryze kontrolní.

Toto je klíčový moment, který určuje postavení manického nemocného v rámci péče a způsoby interakce. Jakmile totiž vznikne na jeho potíže tento názor, a to se stává často, zdravotníci či osoby pečující v kruhu rodiny diskutují s nemocným o potřebě péče. Ve skutečnosti mají na mysli omezení a zajištění nemocného, takže nemůže dojít ke shodě. Zůstává skutečností, že nemocnému nemůžeme shodu názorů vnutit nebo ho k ní přimět nekonečnými diskusemi.

⁹⁾ STYX, P. *O psychiatrii - Jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*. Brno: Computers Press, 2003. s. 125-130, ISBN 80-7226-828-7

Zcela zásadní je však fakt, že manický nemocný skutečně nemocný je. Někdy jsou jeho fyziologické pochody natolik aktivované, že to ohrožuje i jeho život. Vědomí této skutečnosti by mělo usnadnit zdravotníkům kladný vztah k nemocnému, nevylučující akceptující přístup a projevy sympatií. Manický nemocný nemá zpravidla čas odpočívat, jíst, spát, dbát na svoji osobní hygienu a je tak ohrožen nepříznivou energetickou bilancí.

V tomto ohledu je mu třeba pomoci. Pozitivní charakter takové základní péče ovlivňuje zpětně to, jak nemocný vnímá svoji situaci i jeho postoje k sobě samému, protože zážitek péče mu signalizuje blízkost druhého člověka. Uspokojuje dětskou touhu po pozornosti. Otázka nutných omezení pak ztrácí naléhavost. V pozitivně strukturované situaci je nemocný schopen přijmout důslednější a pevnější vedení. Vzniká v něm dojem, že má svoji hodnotu, když stojí pečovateli za to, aby o něho pečovali.

V práci s manickým nemocným je třeba kontrolovat vlastní pocity netrpělivosti a podráždění. Skutečnost, že nemocný poznává pravidla a normy života pod kontrolou, nemusí ještě korespondovat s jeho přesvědčením a jednáním. Teprve až v pozitivním vztahu k pečujícím se mohou stát závaznou normou dávající smysl pravidlům hry, ve které může nemocný nalézt opěrné body pro svoje sebehodnocení a sebepotvrzení.

Jisté je, že v konfrontaci s manickým nemocným nelze uniknout otázce, jak velká omezení jsou na místě. Po pravdě řečeno si musíme tuto otázku klást u každého nemocného. Nevyhne se jí ani chirurg po závažné operaci, ani internista u nemocného s IM. V tomto ohledu platí obecně v medicíně značně liberálnější pravidla než dříve, protože jsou všeobecně známé následky sekundárních škod. I zde však platí pravidlo, že v nekonfrontační atmosféře postupně nabývají požadavky nemocného reálnější charakter. Až tehdy je možné přimět manické nemocné ke kontrole své aktivity a k obrácení pozornosti ke skutečným problémům. V některých případech pak přechází onemocnění plynule do deprese.¹⁰⁾

4.3. Postup léčby

- *hospitalizace* – může být nezbytná nucená hospitalizace
- *přestat s užíváním antidepresiv, tyroxinu nebo jiných léků, které způsobují povznesenou náladu*
- *farmakologická léčba:* a) v akutní fázi neuroleptika
b) v dlouhodobější léčbě je možné použít lithium,
karbamazepin a valproát sodný

¹⁰⁾ STYX, P. O *psychiatrii - Jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*. Brno: Computers Press, 2003. s. 132, 135, ISBN 80-7226-828-7

- **následná ambulantní léčba:** a) sledování duševního stavu a včasná detekce relapsu
b) sledování hladiny lithia (pravidelné měření hladiny lithia; detekce klinických symptomů svědčících pro toxicitu; pravidelné sledování funkce ledvin a štítné žlázy).
- **svépomocné skupiny** (společná účast manických a depresivních pacientů)

5. Bipolární porucha (maniodepresivní syndrom)

Afektivní psychózy - se tak nazývají proto, že u nich v popředí stojí chorobná změna "afektivity", tj. citového vyladění, neboli nálady. Afektivní psychózy patří mezi tzv. endogenní, vznikající z vnitřních, tj. neznámých příčin. Podobně jako u schizofrenie je známa účinná léčba pouze tzv. "symptomatická", a nikoliv "kauzální", tj. česky řečeno: léčba odstraňuje projevy choroby, ale nemá vliv na její vlastní příčiny či "podstatu". Přitom však jsou výsledky léčby v dnešní době velmi dobré. V jádru skupiny je tzv. bipolární porucha (dříve známá pod pojmem maniomelancholická psychóza).

5.1. Historie

Často se uvádí, že byla známa již ve středověku, protože oba názvy mánie a melancholie pocházejí od starořeckého Hippokrata (460-371 př. Kr.). To ovšem není tak docela pravda, protože řecké slovo mania znamená vůbec šílenství, chorobné zaujetí, vášně, bez ohledu na druh či bližší označení, jak je dodnes patrné z používaných starých slov jako erotomanie, grafomanie, oneiromanie, narkomanie atd., která nemají s mánií jakožto psychiatrickým pojmem nic společného.

Melancholie znamenala podle Hippokrata přebytek "černé žluči" v těle, což mělo působit vážnou, uzavřenou, smutnou povahu, a teprve když "černé žluči" příliš nebylo, vznikal stav, který bychom mohli pokládat za popis melancholie, jak ji chápeme dnes. Místo melancholie se někdy uvádí deprese, hlavně v zemích anglického jazyka, kde se naší maniomelancholii říká manic-depression a slovo melancholie se používá jen u melancholie involuční (involucional melancholia), kdežto melancholy je prostě smutná nálada (asi tak, jako i my říkáme, že někdo je melancholický, ale nic výrazně chorobného tím nemyslíme). U nás se obvykle jako deprese označují mírnější stupně melancholie.

V novověku se maniomelancholií zabýval francouzský reformátor péče o duševně choré Filip Pinel (1745-1826). Na souvislost manické a melancholické fáze poukázal jako první J. P. Falret (1794-1870). Pinelův žák, který razil název folie circulaire. Němečtí autoři rádi poukazují, že Falret uznával, že první, kdo vlastně popsal jeho "folie circulaire", byl Wilhelm Griesinger (1817-1867). Falretovi odporovala J. G. F. Baillarger (1809-1890) s tím, že mezi

manickými a melancholickými epizodami bývá interval zdraví, takže prý se nemůže mluvit o žádné nemoci, a popsal melancholie jako "folie double", kde se střídají dvě různé nemoci. (Tento druh jakoby právnicky formálního uvažování straší v psychologii a psychiatrii dodnes a dokáže často zatemnit a zkomplikovat věci, které jsou svou povahou zcela jednoduché). Pojem melancholie, jak je použit zde, razil zase náš známý Emil Kraepelin.¹¹⁾

5.2. Bipolární afektivní porucha F31

Označovaná v současnosti též názvem "psychoafektivní porucha" nebo přesněji "bipolární afektivní porucha", představuje velmi závažné duševní onemocnění, jehož průběh hrozí fatálními následky. Značnou zátěž přitom klade nejen na pacienta samotného, ale bezprostředně ovlivňuje i jeho nejbližší okolí, rodinu a přátele.

Afektivní poruchy, tedy "poruchy nálad" zahrnují celou skupinu příznaků. Mezi neobornou veřejností je pak nejznámější pojem "deprese". Na úvod je nutno poznamenat, že tento termín se v běžném životě značně nadužívá a jako deprese bývají označovány všechny stavy, kdy se dotyčný zkrátka "cítí smutný" a podobně. Uvažujeme-li ale nad výrazem deprese tak, jak ho chápe současná medicína, je zcela jasné, že se jedná o velmi závažný problém, který velmi negativně ovlivňuje život pacienta.¹²⁾

5.2.1. Diagnostika podle MKN-10

F31.0. Bipolární afektivní porucha, současná epizoda hypomanická

Diagnostická kritéria MKN-10 pro F31.0 Bipolární afektivní porucha, současná epizoda hypomanická.

- a) Současná epizoda splňuje kritéria pro hypománii (F30.0)
- b) V minulosti se vyskytla alespoň jedna další afektivní epizoda, která splňovala kritéria pro hypomanickou nebo manickou epizodu (F30.-), depresivní epizodu (F32.-) nebo smíšenou afektivní epizodu (F38.00)

F31.1. Bipolární afektivní porucha, současná epizoda manická, bez psychotických příznaků

Diagnostická kritéria MKN-10 pro F31.1 Bipolární afektivní porucha, současná epizoda manická bez psychotických příznaků.

¹¹⁾ KŘESADLO, J. *Průvodce inteligentního laika džunglí současné psychologie a psychiatrie - zejména vzhledem k tzv. duševním poruchám a psychologickým problémům*. Praha: Periplinum, 2001. s. 75-76, ISBN 80-902836-1-6

¹²⁾ PHARMA NEWS. Odborný časopis pro lékárníky a laborant. *Maniodepresivní psychóza* [online]. Praha. 2007, č. 1 [cit. 2007-11-12]. Dostupné na WWW: <http://www.pharmanews.cz/2007_01/manio.html>

- a) Současná epizoda splňuje kritéria pro mánii bez psychotických symptomů (F30.1.)
- b) V minulosti se vyskytla alespoň jedna další afektivní epizoda, která splňovala kritéria pro hypomanickou nebo manickou epizodu (F30.-), depresivní epizodu (F32.-) nebo smíšenou afektivní epizodu (F38.00)

F31.2. Bipolární afektivní porucha, současná epizoda manická s psychotickými příznaky

Diagnostická kritéria MKN-10 pro F31.2. Bipolární afektivní porucha, současná epizoda manická s psychotickými příznaky.

- a) Současná epizoda splňuje kritéria pro mánii s psychotickými příznaky (F30.1.)
- b) V minulosti se vyskytla alespoň jedna další afektivní epizoda, která splňovala kritéria pro hypomanickou nebo manickou epizodu (F30.-), depresivní epizodu (F32.-) nebo smíšenou afektivní epizodu (F38.00).

Páté kódovací číslo může být použito k určení, zda psychotické příznaky odpovídají nebo neodpovídají náladě:

F31.20. S psychotickými příznaky odpovídající náladě

F31.21. S psychotickými příznaky neodpovídající náladě

F31.3. Bipolární afektivní porucha, současná epizoda středně těžké nebo lehké deprese

Diagnostická kritéria MKN-10 pro F31.3 Bipolární afektivní porucha, současná epizoda středně těžké nebo lehké deprese.

- a) Současná epizoda splňuje kritéria pro depresivní epizodu buď mírné (F32.0), nebo střední (F32.1) závažnosti.
- b) V minulosti se vyskytla alespoň jedna afektivní epizoda, která splňovala kritéria pro hypomanickou nebo manickou epizodu (F30.-) nebo pro smíšenou afektivní epizodu (F38.00).

Páté kódovací číslo může být použito k určení přítomnosti „somatického syndromu“, definovaného pod F32, v současné epizodě deprese:

F31.30 Bez somatického syndromu

F31.31 Se somatickým syndromem

F31.4. Bipolární afektivní porucha, současná epizoda těžké deprese bez psychotických příznaků

Diagnostická kritéria MKN-10 pro F31.4. Bipolární afektivní porucha, současná epizoda těžké deprese bez psychotických příznaků.

- a) Současná epizoda splňuje kritéria pro těžkou depresivní epizodu bez psychotických příznaků (F32.2.)
- b) V minulosti se vyskytla alespoň jedna dobře definovatelná hypomanická nebo manická epizoda (F30.-) nebo smíšená afektivní epizoda (F38.00).

F31.5. Bipolární afektivní porucha, současná epizoda těžké deprese s psychotickými příznaky

Diagnostická kritéria MKN-10 pro F31.5. Bipolární afektivní porucha, současná epizoda těžké deprese s psychotickými příznaky.

- a) Současná epizoda splňuje kritéria pro těžkou depresivní epizodu s psychotickými příznaky (F32.3).
- b) V minulosti se vyskytla alespoň jedna dobře definovatelná hypomanická nebo manická epizoda (F30.-) nebo smíšená afektivní epizoda (F38.00).

Páté kódovací číslo může být použito k určení, zda psychotické příznaky odpovídají nebo neodpovídají náladě:

- F31.50 S psychotickými příznaky odpovídajícími náladě
- F31.51 S psychotickými příznaky neodpovídajícími náladě

F31.6. Bipolární afektivní porucha, současná epizoda smíšená

Diagnostická kritéria MKN-10 pro F31.6 Bipolární afektivní porucha, současná epizoda smíšená.

- a) Současná epizoda je charakterizována buď smíšenými nebo rychle se střídajícími (tj. během několika hodin) hypomanickými nebo manickými a depresivními příznaky.
- b) Jak manické, tak depresivní příznaky musí převládat po většinu období v průběhu alespoň dvou týdnů.
- c) V minulosti se vyskytla alespoň jedna dobře definovatelná hypomanická nebo manická epizoda (F30.-), depresivní epizoda (F32.-) nebo smíšená afektivní epizoda (F38.00)

F31.7. Bipolární afektivní porucha, v současné době v remisi

Diagnostická kritéria MKN-10 pro F31.7 Bipolární afektivní porucha, v současné době v remisi.

- a) Současný stav nesplňuje kritéria pro depresivní nebo manickou epizodu jakékoliv závažnosti nebo pro jinou poruchu nálady v F30–39 (někdy možná též v důsledku léčby, která snižuje riziko dalších epizod).

- b) V minulosti se vyskytla alespoň jedna dobře definovatelná hypomanická nebo manická epizoda (F30.-), a navíc ještě alespoň jedna další afektivní epizoda (hypomanická nebo manická (F30.-), depresivní (F32.-) nebo smíšená (F38.00)).¹³⁾

5.2.2. Vznik onemocnění

Příčinu vzniku bipolární afektivní poruchy nelze, jako ostatně u řady dalších psychických poruch, jednoznačně určit. Vzniká pravděpodobně kombinací biologických a psychologických faktorů. Svou roli zde sehrávají jak dědičné dispozice, tak faktory vnější. Ačkoliv v poměrně nedávné době se pozornost některých vědců zaměřila na možnou souvislost rozvoje některých případů tohoto onemocnění (a též schizofrenie) s určitými geny 1. chromozomu a dosáhli v tomto ohledu zajímavých výsledků, nelze ani dnes s určitostí objasnit celý princip jeho vzniku.

Bipolární afektivní porucha postihuje zhruba jedno procento populace, a k jejímu rozvoji dochází nejčastěji mezi 20. - 35. rokem věku. Případy mladších pacientů, nebo naopak těch ve vysokém věku, však nejsou žádnou výjimkou. Z celkového počtu případů není patrný vyšší výskyt onemocnění v závislosti na pohlaví.

5.2.3. Průběh

Průběh bipolární afektivní poruchy charakterizuje střídání depresivních i manických fází, které jsou zpravidla odděleny různě dlouhými časovými úseky, ve kterých je pacient prakticky zdrav - tzv. remise.

Průběh, trvání i poměr četnosti jednotlivých fází je však velmi variabilní. V závislosti na střídání fází můžeme vyčlenit tři základní formy onemocnění. Jsou to:

- **Forma alternativní** - kdy se obě fáze střídají, ale jejich vzájemný odstup je nepravidelný.
- **Forma cirkulární** - kdy ke střídání fází dochází zcela pravidelně a jsou odděleny intervalem remise.
- **Forma "a" double** - kdy po jedné fázi ihned následuje fáze druhá a teprve poté remise.

I počátky jednotlivých fází se mohou lišit. V některých případech začínají velmi zvolna, jindy velmi náhle. Obdobně i jejich odeznívání může probíhat jak postupným zlepšováním stavu pacienta, tak náhlým zlomem. Počátky jednotlivých fází jsou zpravidla spontánní, zhruba v každém pátém případě pak v závislosti na psychogenní traumatizaci.

¹³⁾ MUDr. SMOLÍK, P. CSc. *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha: MAXDORF, 1996. s. 212-214, ISBN 80-85800-33-0

Individuální je i trvání jednotlivých fází. V průběhu jde zhruba o čtyři a půl měsíce. Tímto údajem ale nelze trvání fáze nijak vymezit. U některých pacientů dochází k velmi rychlému průběhu fáze, během několika dní nebo i hodin, jindy je jejich trvání zase výrazně delší. Po určité době trvání fáze se obvykle projeví tzv. autosanační pochody. Většina fází, přestože nebyly léčeny, proto končí uzdravením pacienta (nestandardně dlouho probíhající fáze poukazují na možnou přítomnost organického onemocnění centrální nervové soustavy). Následně nastává výše zmíněné období remise, ve kterém pacient nevykazuje známky onemocnění. I toto období má rozličné trvání, např. několik měsíců, ale i let. Tato doba je, jak je patrné z uvedených faktů, také velmi individuální.

Poměr jednotlivých fází, i když i ten je velmi rozmanitý, zpravidla převažují fáze depresivní. Bipolární afektivní poruchu však určuje alespoň jedna manická nebo hypomanická fáze. Celkový počet fází, zejména depresivních, je obvykle vyšší u žen. Frekvence fází zpravidla vzrůstá s věkem, jejich délka a doba trvání remisí se zkracují.

Jednotlivé fáze jsou tedy charakterizovány projevy depresivního nebo manického syndromu a jejich jednotlivých typů, které se mohou příznakově lišit a způsobovat komplikace různé závažnosti.¹⁴⁾

5.2.4. Prognóza bipolární poruchy

Délku trvání jednotlivé depresivní fáze negativně ovlivňují: hypochondrie, velká denní fluktuace intenzity symptomů, depersonalizace, neurotické rysy osobnosti. Kratší trvání fáze bývá spojeno s rychlým nástupem fáze, autoakuzacemi, nemotivovanou depresivní náladou.

Prognóza jednotlivé fáze je příznivá, celého onemocnění méně příznivá, u většiny nemocných dochází k recidivám, zejména v klimakteriu a v involuci vůbec. Podle některých statistik jen 17% nemocných s bipolárním typem onemocnění má spontánní remisi pod dobu pěti let a více od jedné fáze k další uplyne v průměru 31 měsíců. Prognózu tohoto typu nemoci zlepšilo pravidelné mnohaleté profylaktické užívání solí lithia. Přesto u 10-20% nemocných nemoc chronifikuje – buď dojde k trvalému střídání fází bez remisí nebo přetrvává depresivně neurastenické residuum.¹⁵⁾

¹⁴⁾ PHARMA NEWS. Odborný časopis pro lékárníky a laborant. *Maniodepresivní psychóza* [online]. Praha. 2007, č. 1 [cit. 2007-11-12]. Dostupné na WWW: <http://www.pharmanews.cz/2007_01/manio.html>

¹⁵⁾ ZVOLSKÝ, P. a kolektiv *Speciální psychiatrie*, Praha: Karlova univerzita, Karolinum, 1996. s. 94, ISBN 80-7184-203-6

Bipolární afektivní porucha výrazně ovlivňuje kvalitu života pacienta a ovlivňuje i život lidí z jeho nejužšího okruhu. Současná medicína dokáže s touto nemocí úspěšně bojovat, k jejím nejvážnějším rizikům však stále patří hrozba sebevražedného jednání. Dokonalou sebevraždou končí přibližně 15 % případů.¹⁶⁾

6. Rodina a rehabilitace psychiatrických pacientů

Většina lidí se silnou a přetrvávající psychózou je v čase výskytu nemoci pořád součástí rodiny nebo opustili domov teprve nedávno, jak je to běžné u každého dospělého jedince. A jejich rodiny nemají zkušenosti se soužitím s psychotickým členem. Některé rodiny prožívají po propuštění svého příbuzného z lůžkového psychiatrického zařízení stejné pocity, jako když se jim narodí první dítě. Stejně obavy, stejný pocit bezbrannosti a bezmoci. Vidí velkou změnu milovaného člověka. Diví se, co se děje, a ptají se po příčině. Většina je ohromena, zarmoucena a izoluje se, když si uvědomí, že jejich blízký má psychózu nebo, jak je zvykem říkat, je „blázen“.

Tento stav věci existuje léta a teprve nedávno udělaly rodiny pokrok: je o nich slyšet a hrají důležitou roli v péči a rehabilitaci svých drahých.

6.1. Před propuštěním nemocného z psychiatrické nemocnice

Předčasné propuštění pacienta z psychiatrické nemocnice je stejně nebezpečné jako jeho pozdní přijetí. Mnoho rodin, které neuposlechly lékaře a vzaly pacienta domů, vrátily ho do 24 nebo 48 hodin ve zhoršeném stavu zpět na oddělení. Nedoléčený pacient je sice schopen žít pod ochranou nemocnice, ale nikoli v normálním všedním životě a v nepřipraveném rodinném i pracovním prostředí. Neinformovaný a s lékařem nespolupracující příbuzný tu zaviní více škody než užítku.

Náhlé zlepšení příznaků neznamená ještě zdaleka vyléčení. Pod vlivem léků byl třeba jen udušen oheň, ale uhlíky chorobného procesu doutnají dále. Rodiny by si měly uvědomit, že psychiatrický rekonvalescent potřebuje právě tak klid, odbornou pomoc a trénink jako rekonvalescent po těžké operaci nebo závažném vnitřním onemocnění.

Bylo by chybou se domnívat, že lékař chce „věznit“ pacienta na oddělení na neomezeně dlouhou dobu. Tlak na lůžka je tak veliký, že lékař neprodlouží žádnému nemocnému ošetrovací dobu nad nejnutnější míru.

¹⁶⁾ PHARMA NEWS. Odborný časopis pro lékárníky a laborant. *Maniodepresivní psychóza* [online]. Praha. 2007, č. 1 [cit. 2007-11-12]. Dostupné na WWW: <http://www.pharmanews.cz/2007_01/manio.html>

Lékař se též nezaručuje za pacienta. Mnohý příbuzný v dobrém úmyslu prohlásí např. „Vše už je v pořádku, už nic takového neudělá, už bude hodný, já ho přece znám“. Ani nejzkušenější psychiatr by něco podobného nemohl prohlásit. Vždyť chování psychotika je tak nepředvídatelné.

Rodiny by si měly být vědomy toho, že lékař ví o pocitech, které prožívá a které chová ke svému nemocnému, naléhajícímu na propuštění. Sám mu musí na oddělení denně čelit. Chápe, že se mu rodina snaží pomoci a ráda by nemocnému dopřála svobodu, ale zkušenosti ukazují, že pacient si vymyslí cokoliv, ve snaze docílit soucitu příbuzných a tím brzkého propuštění. Je schopen zapřít své onemocnění, i nejtěžší, je schopen se přetvářet i otevřeně lhát.

Rodina přehlíží možnost sebevraždy propuštěného nemocného. Depresivní nemocný se dovede týdný chovat vzorně, že mu nic není, a zatím je to všechno součástí pečlivě připravovaného plánu na sebevraždu. Snáže ji uskutečnit mimo lůžkové zařízení. Též příbuzným se může jevit při návštěvách bez zjevného smutku a zoufalství. Ve skutečnosti však pod vlivem budivých léků došlo jen ke zvýšení volního úsilí. Depresivní ladění zůstalo zásadně neovlivněno. O to pak vynaloží více síly a „odvahy“ k sebevraždě, kterou nemohl dříve provést třeba pro hlubokou apatii.

Mnoho duševně nemocných považuje svůj pobyt na zavřeném oddělení za neoprávněný, poněvadž se necítí nemocní.

Pokud je pacient pouštěn na zkušební návštěvy domů, rodina by ho měla přimět, aby se včas vrátil, anebo ho sama doprovodit zpět. Návštěva pacienta doma nesmí být příležitostí pro příbuzného, aby ho už nepustil zpět.

Bylo by chybou, kdyby rodina lékaře považovala za pesimistu, jestliže trvá na dalším pobytu pacienta v léčebně, a to ani tehdy, shledá-li, že pacient „už je v pořádku“. To, co se jeví jako zlepšení, může být nejen jiné období průběhu nemoci, ale i její přímé zhoršení. Duševní nemoci mívají různě dlouhé fáze zdánlivého duševního zdraví, a přece jde o závažnou poruchu. Bouřlivě se zmítajícího neklidného nemocného, který přejde do stavu hlubokého útlumu, apatie a nemluvnosti (nebo případ opačný), nebudeme jistě považovat za vyléčeného. Také u infekční nemoci nemůže z pouhého poklesu teploty nikdo soudit na to, že nemoc už byla zdolána.

Podepíše-li přesto rodina revers, tj. potvrzení o tom, že si bere pacienta domů proti radě lékaře, přebírá za něj plnou právní odpovědnost.

6.2. Rodina a pacient propuštěný z psychiatrické nemocnice

I v nejharmoničtějším prostředí rodiny může člověk onemocnět duševní nemocí. Vrací-li se však pacient do prostředí prosyceného konflikty, do prostředí, v němž k onemocnění došlo a v němž se nic nezměnilo, je jeho nové onemocnění pravděpodobnější než v případě prvého.

Osud propuštěného psychotika závisí do značné míry na tom, jak bude přijat v rodině i mezi ostatními lidmi.

Příchod nemocného z psychiatrické nemocnice, zvláště byl-li v ní delší dobu, může znovu rozbít celou rodinu, která si již zvykla žít bez něho. Staré utichlé konflikty se ožívají. Úzkostmi ze společného života trpí všichni, pacient i ostatní rodinní příslušníci. Psychologické a sociologické studie prokázaly, že soudržnost rodiny se zvětšuje, jestliže za činitele narušujícího rodinou harmonii považují rodinní příslušníci některé faktory vnější, jako např. úmrtí, finanční starosti, živelní pohromu a podobně. Přichází-li však rozrušující činitel přímo ze středu rodinného kruhu (např. nevěra, konflikty mezi manželi, konflikty mladých se starými atd.), soudržnost rodiny se narušuje. Duševní choroba může být spíše považována za takový vnitřní činitel, rozvolňující rodinné svazky. Nezapomínejme ani na to, že léčbou jednoho rodinného příslušníka, zvláště psychoterapií, ovlivňujeme i ostatní členy jeho rodinné skupiny. Stává se to buď nepřímo změněným chováním pacienta samého, nebo přímo léčebnými rozhovory lékaře s příbuznými. Léčbou se mění dosavadní narušené mezilidské vztahy v celé skupině, ve které pacient žije.

Bourá se celá chorobná rovnováha vzájemných vztahů, ustálená na nepříznivé úrovni. Přestože nově naučené postoje prospívají pacientovi, nemusí vyhovovat ostatním členům rodiny. Vidíme to často u psychoterapie neurotiků. Pacient se lepší, získává reálnější postoje k životu, ale přicházejí rozhořčení příbuzní a stěžují si na lékaře, že způsobil neklid v celé rodině. Tak např. nevyzrálý, pasivní a závislý syn se v průběhu psychoterapie zbavuje závislosti na své prosazující se energické matce. Synova závislost jí vyhovovala, protože své city a ovládané tendence nemohla uplatňovat vůči svému muži. Při léčbě se tento vztah rozruší, syn se osamostatní, ale matka se cítí o něco ochuzena, ukřivděna, kárá doktora. Totéž mnohem složitěji může platit též pro psychotiky. Nemocný tvoří se svými příbuznými spojitě nádoby. Každá nerovnováha v jedné musí se odrazit i ve druhé. Je na rodinných příslušnících, aby pacienta s novými zkušenostmi nevrhali z neznalosti, z vlastního strachu nebo ze zlomyslnosti zpět do starého, chorobného stereotypního chování. Setkáváme se tu zhruba s několika takovými nezdravými postoji příbuzných vůči duševně nemocnému.

1. Postoj nepřátelský (hostilní). Přítomnost duševně nemocného v rodině, zvláště není-li plně vyléčen nebo zůstává-li nemocen, je pocíťována jako okolnost ohrožující rodinný klid. Pacientu se to dává více nebo méně otevřeně najevo. Vyhrožuje se mu při každé příležitosti novým pobytem v léčebně. Nemocný nesmírně trpí a zapírá se. Trpí izolací, nepochopením, z pocitů ukřivdění se stává nepřátelským i zlomyslným. Totéž ještě ve větší míře platí o starých lidech, kteří jsou mladým na obtíž.

2. Postoj ovládací (dominantní). U příbuzných vzniká snaha pacienta zvládnout, ukázat mu svou převahu, svou sílu. Jednají s ním jako s malým dítětem a dusí každý jeho pokus o zapojení do normálního činného života.

3. Postoj ochranný (protektivní). Pacient, přestože se značně zlepšil, je stále považován za neschopného. Rodina ho přímo zaplavuje přemírou zbytečně úzkostlivé péče, k ničemu ho nepustí v mylném předpokladu, že sám nic nesvede. Je zahrnován množstvím zbytečných kladných, mnohdy pokryteckých pocitů. Nemocný si na takový pohodlný život záhy zvykne a přizpůsobí se mu ke své vlastní škodě. Jeho nesamostatnost a neschopnost postarat se sám o sebe se prohlubuje.

4. Postoj ztotožnění (identifikační). U jednoho nebo více příbuzných vzniká snaha ztotožnit se s pacientem, s jeho obtížemi a životními osudy. Myšlenkový pochod: „Jsme na tom oba stejně“ nebo „Já jsem na tom ještě hůře“ zhoršuje duševní stav příbuzného i pacienta, neboť oba se ve svých chorobných reakcích takto vzájemně posilují. Základem takového vztahu bývá většinou silná citová vazba příbuzného na pacienta, zabraňující mu navazovat též jiné uspokojivé společenské vztahy. Někdy může vést až k tzv. indukované psychóze, tj. k tomu, že dosud zdravá nepsychotická osoba přejímá pacientovy bludné myšlenky. Není tomu však často.

5. Postoj přemrštěného požadavku dokonalosti (perfekcionista). Na pacientovi se chce příliš mnoho. Zapomíná se, že sotva vyšel ze své psychózy. Jeho nervové buňky jsou dosud slabé a jeho tak těžce nabytá duševní rovnováha je dosud snadno otřesitelná. Rekonvalescent je přetěžován, nedopřává se mu klidu, může znovu selhat i pod zátěží, která se normálnímu zdá docela přiměřená nebo nepatrná. Rodina by neměla vyčerpávat též nemocného řešením protichůdných úkolů. Falešné „pedagogické“ snahy se nevyplácejí ani na dětech, ani na duševně nemocných.

6. Postoj nadměrně ochranný, vyvěrající z pocitu vlastní viny (punitivně protektivní). Příbuzný může mít pocit viny z toho, že nemocného zavrhl. Tento pocit může maskovat zjevně přebujelou péčí a ochranou. Umlčuje tím své špatné svědomí. Vede nemocného ke zmatkům, poněvadž pacient obvykle dobře vycítí kladnou a zápornou složku vztahu příbuzného k sobě. Pacient sám pak neví, jaké má zaujmout k takovému jednání stanovisko. Jeho rozpolcenost v chování i myšlení se tím může ještě prohloubit.

Příbuzný mohou tedy hodně napravit i hodně pokazit. Vzájemně vztahy mezi psychiatrickým rekonvalescentem a jeho příbuznými se mohou ještě komplikovat tím, že ten, kdo se vrátil z nemocnice, nemusí být plně duševně zdravý. Přetřásané onemocnění mohlo zanechat následky, choroba mohla být ztlumena ve svých projevech, ale chorobný proces trvá dále.¹⁷⁾

¹⁷⁾ MUDr. HAUSNER, M. *Duševně nemocný mezi námi*. 3. vyd. Praha: Avicenum, 1978. s. 85-86, ISBN neuvedeno

6.3. Požadavky rodiny

Dle různých přehledů a odpovědí mnoha osob můžeme říci, že prvořadým zájmem rodinných příslušníků je, aby se lépe dařilo jejím duševně nemocným blízkým. Nezmiňují se o pomoci pro sebe, třebaže žijí v obrovském stresu. Hodně slyšíme o uspokojování psychických potřeb uprchlíků a obětí katastrof – na to se dbát musí; ale kde je adekvátní reakce na pohromu, která zasáhla rodiny žijící s psychózou? Kde je pomoc, když se člen takové rodiny stane obětí násilí? V literatuře o duševních chorobách a násilí najdeme hodně článků, jak se mohou bránit násilí sociální pracovníci a psychiatři, avšak téměř neexistují návody, jak se mohou bránit příbuzní, kteří se přitom obětmi mohou stát nejnáze. Rodiny potřebují a zaslouží si pomoc při zvládnání stresu, není to však jejich prvořadý zájem. Seznam toho, co chtějí rodiny pro své duševně nemocné blízké, je v mnoha zemích velmi podobný:

- a) stručný a výstižný návod zvládnání soužití pro každou rodinu,
- b) přátele pro každou rodinu,
- c) účinný zásah v krizi,
- d) celoživotní finanční jistotu pro duševně nemocného,
- e) chráněné bydlení,
- f) vhodné zaměstnání,
- g) ochráněné prázdniny/volno,
- h) drop-in střediska,
- i) nově vyškolené profesionály,
- j) přehled a plán osobního rozvoje.

Ostatní požadavky jsou v něčem odlišné, ale všechny země udávají přetrvávající neschopnost způsobenou duševní nemocí a rodiny chtějí *následnou péči*. Dále si všichni uvědomují, že nemoc začíná dysfunkcí mozku, ale to, jaké osoba udělá pokroky, záleží jen na dostupným příležitostech, ale i na míře lhostejnosti a necitlivosti prostředí, v němž se změna odehrává.

Rodiny jsou zatěžovány rozhodnutími, která musejí udělat, ale s nimiž jim nikdo neporadí. Např. rozhodnutí, jestli nemocný musí do nemocnice nebo jestli jej mohou nechat žít doma či jinde. Komunikace mezi profesionály a členy rodiny je základ a je docela snadno proveditelná, jak lze vidět v praxi některých profesionálů.

6.4. Rozvoj mezinárodního rodinného hnutí

Rodiny lidí s vážným duševním onemocněním se organizují v zemích celého světa. Rodinné organizace se nacházejí v 35 zemích. Na kongresu Světové asociace pro psychosociální rehabilitaci (World Association for Psychosocial Rehabilitation, WAPR) v Barceloně 1989 byly

prezentovány rodinné organizace 8 národů, včetně shromáždění více než 100 členů Španělské rodinné organizace, kteří přijeli z 20 měst ve Španělsku. V červnu 1990 se představitelé rodinných organizací sešli v De Haanu v Belgii, aby zde diskutovali o společných zájmech a směřování. Byly zde zastoupeny téměř všechny západoevropské národy. (V roce 1992 vznikla v Belgii mezinárodní organizace EUFAMI, která je sdružuje). Avšak byli zde i zástupci z Jižní Ameriky (Uruguay), z mnoha organizací v Kanadě, z jedné v Indii a z obrovské organizace v Austrálii. Nejstarší organizací je Zenkaren v Japonsku, nově se formující organizace v Rusku a na Ukrajině. Země jako Itálie a Holandsko mají více organizací.

Tyto skupiny jsou samozřejmě v každé zemi organizovány jinak, ale všechny nabízejí členům vzájemnou podporu a informace. Odlišují se stupněm profesionality v právním zastoupení a do jisté míry v přístupu k problémům, na něž se zaměřují.

Spoluprací na jakékoli úrovni – místní, národní a mezinárodní – mohou rodiny zlepšit život jejich blízkých (postižených psychózou) a získat optimismus do budoucnosti.¹⁸⁾

6.4.1. Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví (CRPDZ)

Centrum CRPDZ je nestátní nezisková organizace, která vznikla v roce 1995 z rozhodnutí českých poskytovatelů péče v oblasti duševního zdraví.

Jejími posláními je napomáhat procesu rozvoje péče o osoby s duševním onemocněním v České republice. Základní cíle práce Centra jsou zcela v souladu se Zásadami ochrany osob trpících duševní poruchou a zlepšování péče o duševní zdraví, které byly přijaty rezolucí Valného shromáždění OSN č. 46/119 v prosinci 1991. Zásady prohlašují léčbu a péči o duševně nemocné za základní lidské právo.

Úkolem Centra je především poskytovat informace a prostor pro pojmenování a řešení problémů v oblasti péče o duševní zdraví. Všechny aktivity, z nichž mnohé probíhají s expertní podporou ze zahraničí, se obracejí jak na přímé poskytovatele péče a uživatele služeb, tak na pracovníky veřejné správy na všech úrovních (ministerské, krajské, místní) a na zdravotní pojišťovny.

¹⁸⁾ JONSON, D.L. *Rodina a rehabilitace psychiatrických pacientů* [online]. Praha: Sympathea, Celonárodní organizace příbuzných duševně nemocných. Sekce, Aktuality. [cit. 2007-11-12]. Dostupné na WWW: <<http://www.sympathea.cz>>

Závěr

V posledních deseti letech v ČR sice probíhá postupná proměna péče o duševní zdraví – duševní onemocnění, ale tato transformace probíhá spíše živelně. Nemá jasnou koncepci, koordinaci, financování na celostátní i regionální úrovni.

V ČR je s duševními onemocněními i službami pro ně určenými stále spojeno vysoké stigma. Informovanost široké veřejnosti o problematice duševního zdraví a duševní nemoci je nedostatečná. Existují programy drogové prevence, méně již programy podpory duševního zdraví, prevence stresů, duševních poruch.

Primární péče je jen částečně propojena s oblastí péče o duševní zdraví – duševní poruchy. Pracovníci primární péče nejsou vždy plně informováni o včasné diagnostice a moderních přístupech prevence, terapie a rehabilitace duševních poruch.

Psychóza může začít zcela náhle – akutně, anebo pozvolna. Náhle propuknutí psychózy se může např. projevit výbuchem nesmyslného a nepřiměřeného chování, stavem zmatenosti, náhle vzniklou depresí nebo rozjařeností, záchvatem spojeným se zákalem vědomí, sebevražedným pokusem, rozumem nepochopitelným, ojedinělým činem atd. Ne všechny příznaky, uvedené shora, musí být přítomny. Podle výskytu těch či oněch příznaků dělíme psychózy na několik velkých skupin, z nichž je práce soustředěna převážně na afektivní psychózy.

Deprese je častou lidskou reakcí. Bývá provázena těžkou pesimistickou náladou, úzkostí, nezájmem o okolí, plačtivostí. Postiženému se do ničeho nechce, nemá chuť k jídlu, hubne. Buď jde vcelku o normální zármutek, který se váže na smutnou příhodu v životě a časem se upraví, nebo jde o neurotickou či reaktivní depresi, která je již nepřiměřenou reakcí na nějakou svízelnou konfliktní životní situaci. Melancholická deprese srazí člověka znenadání bez známé zevní i vnitřní příčiny a dosahuje různé hloubky. Trvá různě dlouho, někdy i sama přejde tak náhle, jak se objevila. Může se i opakovat v různě dlouhém časovém období, po měsících i po mnoha letech.

Mánie je pravý opak deprese. Myšlenkové tempo je zde zrychleno. Pacient je neustále puzen k horečnému jednání, je vzrušený, podnikavý, obtěžuje každého svou dotěrností, všude vyvolává hádky, neomalene vtipkuje a dopouští se i krutých žertů, takřka nepotřebuje spát, jeho život jako by běžel v poklusu nebo se řtil tryskem. I mánie přichází znenadání, může sama odeznít a může se několikrát za život opakovat. Někdy se dosti pravidelně střídají návaly deprese s návaly mánie. Pak se jedná o bipolární poruchu osobnosti.

Lidé, postižení tímto onemocněním jsou schopni žít mezi námi a jejich chování je společensky neškodné. Je tomu podobně jako s tělesnou nemocí, i ta se někdy hojí s jizvou, s defektem. Bylo by surové, kdybychom se takto postiženým smáli, bylo by ještě surovější, kdybychom činili terčem posměchu bezbranného nemocného, který se vrátil z psychiatrického lůžkového zařízení.

POUŽITÉ ZDROJE:**Hlavní prameny:****Monografie:**

COHEN, R.M. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-497-4

KŘESADLO, J. *Průvodce inteligentního laika džunglí současné psychologie a psychiatrie - zejména vzhledem k tzv. duševním poruchám a psychologickým problémům*. Praha: Periplinum, 2001. ISBN 80-902836-1-6

MUDr. HAUSNER, M. *Duševně nemocný mezi námi*. 3 vyd. Praha: Avicenum, 1978. ISBN neuvedeno

MUDr. SMOLÍK, P. CSc. *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha: MAXDORF, 1996. ISBN 80-85800-33-0

STYX, P. *O psychiatrii - Jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*. Brno: Computers Press, 2003. ISBN 80-7226-828-7

RÖHR, HEINZ-PETER. *Hraniční porucha osobnosti - vznik poruchy, průběh a možnosti jejího překonání*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-724-8

ZVOLSKÝ, P. a kolektiv *Speciální psychiatrie*, Praha: Karlova univerzita, Karolinum, 1996. ISBN 80-7184-203-6

CHROMÝ, K. *Duševní nemoc, Sociologický a sociálněpsychologický pohled*, Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0050-4

Elektronické dokumenty:

JONSON, D.L. *Rodina a rehabilitace psychiatrických pacientů* [online]. Praha: Sympatheia, Celonárodní organizace příbuzných duševně nemocných. Sekce, Aktuality. [cit. 2007-11-12]. Dostupné na WWW: <<http://www.sympatheia.cz>>

PHARMA NEWS. Odborný časopis pro lékárníky a laborant. *Maniodepresivní psychóza* [online]. Praha. 2007, č. 1 [cit. 2007-11-12]. Dostupné na WWW: <http://www.pharmanews.cz/2007_01/manio.html>

WENIGOVÁ, B. *Stigma a psychiatrie (napříč časem)* [online]. projekt Změna, Nadace Academia Medica Pragensis, Sekce, Psychické poruchy. [cit. 2007-09-24]. Dostupné na WWW: <<http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/stigma-psychiatrie-napric-casem.html>>

Sekundární prameny:**Monografie:**

HARTL, P. *Psychologický slovník*, 2. vyd. Praha: Jiří Budka, 1994. ISBN 80-90 15 49-0-5

BAUDIŠ, P. *Psychiatrie v číslech*, Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2006. ISBN 80-85121-35-2

KALINA, K. *Jak žít s psychózou*, Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-563-6

Časopisecké statě:

CZECH, J. Psychofarmaka jako droga?. *Psychologie Dnes*, 2003, roč. IX, č. 2, 36 s.

KOCÁBOVÁ, D. I v léčbě žijí lidé. *Psychologie Dnes*, 2005, roč. XI, č. 6, 48 s.

ŠVARC, J. Diagnóza deprese - jak často jde o eufemismus pro poruchu osobnosti?. *Psychologie Dnes*, 2003, roč. IX, č. 11, 40 s.

VINAŘ, O. Nebojte se psychofarmak. *Psychologie Dnes*, 2005, roč. XI, č. 3, 48 s.

ABSTRAKT

KANDĚROVÁ, A. *Soužití se členem rodiny trpícím bipolární poruchou*. České Budějovice 2007. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra psychologie. Vedoucí práce PhDr. Jan Polivka.

Klíčové slova: stigma, duševní onemocnění / psychické onemocnění, agrese, deprese, mánie, nálada, afektivní porucha, bipolární / unipolární porucha, osobnost, syndrom, epizoda, přístup, duševní zdraví, rodina

Práce se zabývá duševním onemocněním s důrazem na poruchu osobnosti (afektivní poruchy – bipolární porucha). Úvodní část je soustředěna na vztah společnosti a její nahlížení na duševně nemocné a z toho vyplývající stigma. Další teoretická část popisuje základní terminologii jednotlivých výrazů, dále se vztahujících k hlavnímu tématu tj. bipolární porucha osobnosti.

V první části je kladen důraz na pojem deprese (depresivní syndrom) a mánie (manický syndrom), jejich vznik, průběh, projevy nemocného a vhodná komunikace v léčebném procesu a formy léčby.

V druhé části této práce je popisována konkrétní afektivní porucha tj. bipolární porucha. Kapitola se soustředí na historii této nemoci, její obecné zařazení v mezinárodní klasifikaci nemocí a následně její diagnostické klíče. V dalším je kladen důraz na vznik onemocnění, průběh a prognózu nemoci.

Závěrem této práce se zmiňuji o rodině, která hraje důležitou roli v péči a rehabilitaci svých drahých. Rodiny chtějí mít dostatek informací o nemoci svého blízkého. Mělo by jim být vyhověno, co se týče rad a postupů, jak se o nemocného starat, po propuštění z lůžkového zařízení. Rodiny, které mají v péči duševně nemocného se sdružují a organizují po celém světě. Informace, které jim neposkytne zdravotní personál, mohou získat na internetových stránkách mnoha organizací, společností a sdružení, které pro tento účel nově vznikají. V posledních desetiletích je vidět pokrok kupředu a rodiny již mají možnost získat informace o následné péči.

Abstract

Life together with a member of family handicapped with bipolar disease

Key words: stigma, mental disease / insanity, aggression, depression, craze, mood, affective disease, bipolar alienation / unipolar alienation, personality, syndrome, episode, approach, mental health, family

The thesis consider mental disease aimed on a personality alienation (affective alienation – bipolar alienation). Opening part consider the reference of the society and its opinion on mental diseased persons and resulting stigma. Next theoretic part describes basic terminology of idioms relating to the main theme of bipolar disease.

The first part accentuate on the concept of depression (depressive syndrome) and manic (manic syndrome), their rise, course, behavior of handicapped and the suitable communication during the treatment and methods of treatment.

In the second part, there is an affective alienation described, that means bipolar alienation. The chapter is concentrated on the history of this disease, its general enlistment into the international classification of diseases and then its diagnostic criterions.

In the end of this thesis I mention a family, who enact an important role in a care and rehabilitation of its members. Families demand enough information about the disease of its imminent. They should be satisfied concerning advices and procedures how to care the handicapped person after released from the ward.

Families caring the mental ill person associate and organize all over the world. Information, which staff nursing is not able to give them, they can find on websites of many organizations, companies and unions founded for this reason. During last decades the progress is visible and families have the possibility to gain information about subsequent care.