



Nemocnice Na Františku s poliklinikou, Praha 1
ředitel: prim. MUDr. Ivo Jekl

Uvedená práce je výsledkem mezioborové spolupráce lékařů Nemocnice Na Františku s poliklinikou, především oddělení neurologického s neuro-psychiatrickým centrem a oddělení kardiologického a lékařů zabývajících se dlouhodobě danou problematikou. Spolupráce mezi somatickými obory a psychiatrií byla donedávna značně narušena, řada nemocných však stoná právě na pomezí těchto oborů. Problematice na pomezí psychiatrie a somatických oborů (neurologie, kardiologie) se již tradičně věnujeme v historickém prostředí naší Nemocnice Na Františku. Nemocnice Na Františku je nejen nejstarší nemocnicí v Praze, ale i v celém středoevropském regionu – počátek jejího fungování spadá do roku 1354, přesto však patří v současné době mezi moderní nemocnice s širokými možnostmi výšetřovacími i léčebnými.

MDF25060804

Erik Herman
Ján Praško
Pavel Doubek
Jiří Hovorka

Bipolární porucha a její léčba

Erik Herman, Ján Praško, Pavel Doubek, Jiří Hovorka



Bipolární porucha a její léčba

OBÁLKA

BIPOLÁRNÍ PORUCHA A JEJÍ LÉČBA

MUDr. Erik Herman
MUDr. Ján Praško, CSc.
MUDr. Pavel Doubek
doc. MUDr. Jiří Hovorka, CSc.

BIPOLÁRNÍ PORUCHA A JEJÍ LÉČBA

I. vydání

Názory vyjádřené v této publikaci nemusí vyjadřovat stanovisko vzdělávacího střediska
MEDIFORUM nebo společnosti GlaxoSmithKline s. r. o.

Připravilo vzdělávací středisko MEDIFORUM. Vydalo nakladatelství MAXDORF s. r. o.

Všechna práva jsou vyhrazena. Žádná část této publikace nesmí být reprodukována, uchovávána
ve vyhledávacím systému nebo převedena do jiné podoby bez předcházejícího souhlasu
majitele autorských práv.

MEDIFORUM 2004

MEDIFORUM, kancelář GlaxoSmithKline s. r. o., Na Pankráci 17/1685, 140 21 Praha 4
Tel.: 222 001 111, fax: 261 220 253

Copyright © GlaxoSmithKline

<http://www.mediforum.cz>

80-7345-051-8

Obsah

Co je bipolární porucha?	9
Co je to relaps?	21
Co mohu dělat, když si myslím, že začínám být manický	29
Co mohu dělat, když si myslím, že začínám být depresivní.....	35
Sebevražedné jednání a sebevražda	46
Léčba bipolární poruchy	52
Bipolární porucha a rodina	74

Úvod

V této příručce byste měli získat odpovědi na tyto otázky:

- Jaké jsou příznaky a průběh bipolární poruchy?
- Čím je tato nemoc způsobena?
- Co je to relaps?
- Co mohu dělat, když si myslím, že začínám být manický?
- Co mohu dělat, když si myslím, že začínám být depresivní?
- Jak se bipolární porucha léčí?
- Jak může nemocnému pomoci rodina?

Podívejte se na níže uvedené příznaky a zkuste posoudit, zdali se vás týkají:

Tabulka A

- Pocity smutku, který nemá jasnou příčinu.
- Pocity vzteku nebo podrážděnosti.
- Nápadně zvýšená nebo snižená chuť k jídlu.
- Nápadné přibírání nebo hubnutí.
- Problémy usnout, probouzení v noci, předčasné ranní probouzení nebo naopak nadměrná spavost i přes den.
- Pocit snížení energie, pocity vyčerpání nebo vyhoření.
- Problémy rozhodovat se v jednoduchých věcech.
- Pocity viny, pocity vlastní bezvýznamnosti, snížená sebedůvěra.
- Bolesti hlavy, nevolnost od žaludku nebo tělesné bolesti, které nejsou vysvětlitelné tělesnou nemocí.
- Neschopnost prožívat radost z aktivit, které vás dříve těšily.
- Potřeba požívat alkohol nebo jiné drogy, která dosud nebyla přítomna.
- Vtíravé myšlenky na to, ublížit si.
- Myšlenky na smrt nebo sebevraždu.

Tabulka B

- Výborná nálada, která je lepší, než je u vás obvyklé.
- Pocit zvýšené tělesné a psychické energie.
- Pocit, že všechno dokážete, zvýšená sebedůvěra, sebevědomí.
- Snížená potřeba spát bez pocitu následné únavy.
- Velké plány do budoucna, zahájení řady různých projektů.
- Podrážděnost, krátkodobé výbuchy vzteku, agresivní chování.
- Zrychlené myšlení, pocit, že je nedokážete zastavit.
- Rychlejší tempo řeči, než je u vás obvyklé, nadměrná hovornost.
- Pocit neklidu, neschopnost zastavit se, setrvat v klidu.
- Činění náhlých, ukvapených rozhodnutí.
- Přeskakování od jedné myšlenky k druhé, neschopnost udržet myšlenkovou linii, objevování se ztřeštěných nápadů.
- Rizikové chování: Nebezpečná jízda autem příliš vysokou rychlostí, utrácení peněz bez rozmyslu, vstupování do krátkodobých nebezpečných vztahů, nechráněné sexuální aktivity.
- Pocit, že vám blízcí lidé nerozumí, odvracejí se od vás nebo vás kritizují a chtějí vám kazit váš rozlet, pocity vztahovačnosti.
- Pocit, že slyšíte hlasy osob, které nejsou přítomny nebo nereálné zvuky.

První tabulka popisuje příznaky deprese, druhá příznaky mánie. Pokud máte dojem, že se vás týká nebo v určitém období života týkalo alespoň 5 bodů z první tabulky, je možné, že máte nebo jste měli depresi, pokud jsou vám blízké minimálně 3 příznaky z druhé tabulky, je možné, že jste trpěli mánií nebo hypománií.

Co je bipolární porucha?

Bipolární porucha – dříve nazývaná *maniodepresivní nemoc* nebo *manio-depresivní psychóza*, je **biologicky způsobené psychické onemocnění**.

Bipolární porucha je charakterizována výraznými výkyvy nálady, myšlení, tělesné a psychické aktivity a chování. V typickém případě se u nemocného vyskytují období poruchy nálady pod obrazem deprese nebo mánie.

Depresivní epizoda

Je charakterizovaná **nejméně 2 týdny** trvajícím obdobím, ve kterém jsou u dané osoby přítomny **alespoň dva** z jádrových příznaků deprese:

- 1) depresivní nálada v míře jednoznačně abnormální pro daného jedince, přítomna po většinu dne a téměř každý den a trvající alespoň 2 týdny
- 2) ztráta zájmů nebo potěšení při aktivitách, které jsou normálně příjemné
- 3) pokles energie nebo zvýšená unavitelnost

a **alespoň jeden** z dalších příznaků deprese:

- 1) ztráta sebedůvěry nebo sebeúcty
- 2) bezpředmětné prožívání výčitek proti sobě samému nebo pocitů nadměrné a bezdůvodné viny
- 3) opakované myšlenky na smrt nebo sebevraždu nebo jakékoli suicidální chování
- 4) stížnosti nebo důkazy svědčící o snížené schopnosti myslet nebo soustředit se, o nerozhodnosti nebo váhavosti
- 5) změna psychomotorické aktivity s agitací nebo zpomalením (subjektivně nebo objektivně)
- 6) poruchy spánku jakéhokoliv typu, změna chuti k jídlu (snížení nebo zvýšení) s odpovídajícími změnami hmotnosti

Manická epizoda

Je charakterizovaná **nejméně týden** trvajícím obdobím.

- A) Nálada musí být převážně zvýšená, expanzivní nebo podrážděná a pro dotyčného jedince zcela nenormální. Změna nálady musí být výrazná a trvat **alespoň 1 týden** (pokud není tak závažná, že vyžaduje hospitalizaci).
- B) Musí být přítomny **alespoň tři** z následujících znaků (čtyři, pokud je nálada pouze podrážděná), vedoucí k těžkému narušení každodenních aktivit:
- 1) zvýšená aktivita nebo tělesný neklid
 - 2) zvýšená hovornost
 - 3) trysk myšlenek nebo subjektivní pocit zrychleného toku myšlenek
 - 4) ztráta normálních sociálních zábran a z ní vyplývající chování, které je nepřiměřené daným okolnostem
 - 5) snížená potřeba spánku
 - 6) zvýšené sebehodnocení nebo velikášství
 - 7) roztržitost nebo stálé změny aktivit a plánů
 - 8) chování je zbytečně riskující nebo lehkomyšlné a jedinec nerozpoznává riziko jeho důsledků (např. placení pitek, nezodpovědné obchodní investice, bezohledná jízda)
 - 9) zvýšená sexuální energie nebo sexuální indiskrétnosti

Subjektivní prožívání manické epizody

- 1) U některých pacientů jsou jádrové příznaky manické epizody pod obrazem euforie, pocitů štěstí, zvýšené energie, přívalu myšlenek atd., které jsou nemocným vnímány **jako příjemné a pozitivní**.
- 2) U jiných pacientů je manická epizoda provázena pocitem mrzutosti, podrážděnosti, vztahovačnosti, konfliktnosti, pocitem vnitřního napětí, neschopnosti uvolnit se „jako před výbuchem“, tyto příznaky jsou poté těmito pacienty vnímány **jako nepříjemné, negativní a trýznivé**.

Hypomanická epizoda

Představuje méně vyjádřené příznaky manické epizody.

- A) Nálada je euforická nebo podrážděná do takové míry, že je pro dotyčného jedince zcela nenormální, a trvá **nejméně 4 po sobě jdoucí dny**.
- B) Musí být přítomny **nejméně tři** z následujících znaků, které vedou k určitému narušení každodenního života jedince:

- 1) zvýšená aktivita nebo tělesný neklid
- 2) zvýšená hovornost
- 3) roztržitost nebo narušená koncentrace
- 4) snížená potřeba spánku
- 5) zvýšená sexuální energie
- 6) mírně nadměrné utrácení nebo jiné formy lehkomyšlného nebo nezodpovědného chování
- 7) zvýšená sociabilita nebo přílišná familiárnost

Smíšená epizoda

Je charakterizovaná současně přítomnými příznaky depresivní a manické epizody.

- A) Smíšená epizoda je charakterizována buď smíšenými hypomanickými, manickými nebo depresivními příznaky, nebo jejich rychlým střídáním (tj. během několika hodin).
- B) Jak manické, tak depresivní příznaky musí být výrazné většinu času během období **alespoň 2 týdnů**.

Cyklothymie

Představuje méně vyjádřenou poruchu nálady než bipolární porucha. Je charakterizovaná neméně 2 roky trvajícím obdobím nestabilní nálady, kdy jsou přítomny v různých obdobích příznaky ne zcela vyjádřené depresivní epizody a příznaky hypománie.

Rychlé cyklování

Nastává tehdy, když se u nemocného projeví epizody bipolární poruchy s vysokou frekvencí – více než čtyři v jednom roce. Léčba a stabilizace tohoto typu bipolární poruchy je obtížnější než u pacientů s nižší frekvencí epizody. U většiny pacientů je tento jev však přechodný a dochází k němu pouze v obdobích destabilizace onemocnění. U některých pacientů však k výrazným výkyvům nálady dochází i v průběhu 24 hodin, v tomto případě se popisuje ultrarychlé cyklování epizod.

Bipolární porucha typu I

Typ dělení na bipolární poruchu typu I a II není v současně užívané klasifikaci psychických poruch (MKN – 10) používané v České republice přítomen, odpovídá klasifikaci používané ve Spojených státech amerických.

kých (DSM - IV). Často se toto rozdělení však používá a má i praktické dopady na odhad průběhu nemoci i strategii léčby.

Bipolární porucha typu I je doprovázená depresivními epizodami a alespoň jednou plně vyjádřenou manickou epizodou, tento typ nemoci odpovídá dříve popisované klasické maniodepresivní chorobě.

Bipolární porucha typu II

Je představovaná opakovanými depresivními epizodami a alespoň jednou epizodou hypomanickou, v průběhu celé nemoci není přítomna plně vyjádřená manická epizoda. Tato porucha nepředstavuje pouze mírnější podobu bipolární poruchy, ale současné poznatky svědčí o tom, že je v mnohém odlišná od bipolární poruchy typu I svým průběhem i reakcí na léčbu.

Remise

Je charakterizovaná normalizací psychických pochodů, adekvátní dobrou náladou, normální reaktivitou, realistickou soudností, schopností koncentrovat se, pracovat, navazovat vztahy. U bipolárních pacientů odpovídá období mezi epizodami poruchy nálady. Normální nálada se nazývá *euthymie*.

Jak častá je bipolární porucha?

Plně vyjádřená bipolární porucha postihuje kolem **1% populace**, nezávisle na národnosti či rase. Poměr mužů k ženám je přibližně 1:1. Pokud se však hodnotí výskyt i méně vyjádřených obrazů bipolární poruchy v celém bipolárním spektru (přítomnost hypománie místo mánie, cyklothymie, atypické průběhy bipolární poruchy), může se jednat až o **5% populace**.

Čím je způsobena bipolární porucha?

Přesný mechanismus vzniku příznaků bipolární poruchy není dosud znám, předpokládá se však, že je způsobena nerovnováhou biochemických látek v mozku - neurotransmiterů - především serotoninu, noradrenalinu, dopaminu, kyseliny gamaaminomáselné (GABA) a glutamátu. Jde o jednoznačně biologicky podloženou nemoc, podobně jako je například bronchiální astma nebo diabetes. V žádném případě nejde o rozmar, osobnostní slabost nebo životní nekázeň. Propuknutí, projevy a průběh choroby jsou ovlivněny vlivy genetickými, biochemickými, hormonálními a vlivy prostředí.

Kdy se bipolární porucha poprvé projevuje?

První epizoda poruchy nálady pod obrazem plně vyjádřené deprese nebo mánie se nejčastěji objevuje mezi 15. a 25. rokem života. Nicméně v kterémkoli životním období se může objevit epizoda bipolární poruchy. Často je možné nalézt první příznaky bipolární poruchy již u dětí a dospívajících. V těchto obdobích nejčastěji pod obrazem zvýšené dráždivosti dítěte, výchovných problémů, úzkostných stavů, výbuchů vzteku, kolísání nálady. Plně vyjádřené epizody poruchy nálady v tomto období většinou nejsou zjevné.

Jaký je obvyklý průběh bipolární poruchy?

První projevy i obraz jednotlivých epizod i životního průběhu epizod bipolární poruchy jsou vysoce individuální, zásadně jsou ovšem ovlivněny případnou léčbou. U některých pacientů se v průběhu celého života objeví pouze sporadicky epizody depresivní nebo manické, u jiných osob může být těchto epizod mnoho během krátkého časového období. Může se rovněž stát, že pacient prožije pouze jednu epizodu bipolární poruchy za život. Nicméně nikdy si nemůžeme být zcela jisti, zdali se v budoucnu nová epizoda poruchy nálady znovu neobjeví. Obecně lze však říci, že depresivní epizody se vyskytují zásadně častěji než epizody hypomanické či manické, přibližně v poměru 3:1.

Je jednoduché diagnostikovat bipolární poruchu?

Nejjednodušší stanovení diagnózy bipolární poruchy je v případě plně vyjádřené manické epizody, kdy se nemocný chová zcela odlišně než je mu vlastní a příznaky jsou natolik zřetelné, že k pochybení většinou nedochází. V ostatních případech je nezřídka diagnóza nesnadná, obzvláště na počátku onemocnění. První projevy bipolární poruchy mohou být nejasné, nespecifické pro tuto diagnózu, například pod obrazem nevýrazného kolísání nálady, úzkostných stavů, nutkavých projevů, zhoršení spánku, nesoustředivosti, nárazového zneužívání alkoholu nebo drog. Postupem doby s krystalizací typičtějších příznaků bipolární poruchy se obraz stává výraznější a stanovení správné diagnózy snazší.

Nicméně správná a včasná diagnostika bipolární poruchy patří v psychiatrii k nejobtížnějším, udává se, že u 34 % pacientů trvá déle než 10 let, než dojde ke správnému stanovení diagnózy bipolární poruchy. Tito pacienti většinou musí konzultovat postupně několik psychiatrů, než se dospěje ke správné diagnóze.

Jádrová témata bipolární poruchy:

- 1) změny nálady jako na houpačce – na jedné straně euforie nebo podrážděnost, na druhé straně deprese
- 2) výrazné změny tělesné a psychické energie a aktivity
- 3) změny v myšlení, vnímání a rozhodování
- 4) myšlenky na sebevraždu
- 5) porucha spánku
- 6) impulzivní nebo sebedestruktivní chování

Chybná diagnostika pacientů s bipolární poruchou

Mnohdy dochází ke stanovení chybné diagnózy pacienta trpícího bipolární poruchou, nejčastěji v následujících diagnostických okruzích.

1) Periodická depresivní porucha

Pacienti trpící bipolární poruchou jsou často chybně diagnostikováni diagnózou periodické depresivní poruchy (opakující se epizody deprese bez přítomnosti hypománií či mánií), tato diagnóza se chybně stanovuje nejčastěji. Dochází k tomu v případě, kdy není věnována dostatečná pozornost příznakům hypomanickým či manickým mezi depresivními epizodami. Nemocný si na ně nemusí spontánně stěžovat a k psychiatrovi přichází pouze v obdobích depresivních. U všech pacientů s opakovanými depresivními epizodami je nutno věnovat zásadní pozornost obdobím mezi depresemi. Antidepresivní léčba bez podávání stabilizátorů nálady, která je většinou používána v léčbě pacientů trpících opakovanými epizodami deprese, může u pacientů s bipolární poruchou vést ke zhoršení průběhu jejich nemoci nebo k provokaci hypomanických či manických epizod.

2) Emočně nestabilní porucha osobnosti

Jinou možností je chybná diagnóza osobnostní poruchy (emočně nestabilní – hraniční porucha osobnosti), u které jsou rovněž přítomny příznaky lability nálad. Někteří autoři tuto poruchu považují za součást okruhu bipolární poruchy, rovněž terapeutický přístup u těchto pacientů zčásti odpovídá postupům používaným v léčbě pacientů s bipolární poruchou. Na druhou stranu pacienti s tímto typem osobnostní poruchy mají odlišné příznaky a průběh nemoci oproti pacientům trpícím bipolární poruchou, celková léčba se tedy značně liší.

3) Závislost na návykových látkách

Pacienti trpící bipolární poruchou jsou často chybně diagnostikováni jako osoby zneužívající návykové látky, jako je alkohol, některá psychofarmaka a nelegální drogy. Faktem je, že osoby trpící bipolární poruchou buď v samoléčitelenském úsilí nebo pod vlivem nemoci často tyto návykové látky nadměrně požívají. Jde především o epizodický, nárazový abúzus, odpovídající rámcově epizodě poruchy nálady, která je u bipolárních pacientů jeho podkladem. Nicméně pokud je podkladem k požívání těchto látek bipolární porucha, při její správné diagnostice a léčbě může dojít k vymizení návyku.

4) Schizofrenie

V některých případech je chybná diagnóza stanovena v okruhu schizofrenie, zvláště u pacientů, u kterých jsou při závažné epizodě bipolární poruchy přítomny halucinace, bludy či vztahovačnost. Pacienti s bipolární poruchou však mimo období nejzávažnějších epizod poruchy nálady nevykazují příznaky schizofrenie jako např. poruchy myšlení, vztahovačnost nebo halucinace.

5) Úzkostné poruchy

Pokud převažují v epizodě bipolární poruchy (depresivní nebo hypo/manické) úzkostné příznaky, může dojít k chybné diagnóze úzkostné poruchy, izolovaná úzkost bez poruchy nálady však není pro bipolární pacienty typická.

Sebeposuzující dotazníky vám mohou pomoci orientačně zjistit, zdali můžete trpět depresí nebo hypo/mánií v rámci bipolární poruchy.

Tabulka 1 Sebeposuzující dotazník k hodnocení hypo/manických příznaků bipolární poruchy

1) Vyskytlo se ve vašem životě někdy období, kdy jste se necítil jako obvykle a:	Ano	Ne
cítil jste se tak dobře nebo tak rozjařený, že se jiní lidé domnívali, že to nejste zcela vy nebo že jste tak odbrzděný, že se můžete dostat do problémů?		
byl jste tak podrážděný, že jste křičel na lidi nebo se začal prát nebo hádat?		
cítil jste více sebedůvěry než obvykle?		
potřeboval jste podstatně méně spánku než obvykle a zjišťoval, že vám spánek neschází?		
byl jste podstatně hovornější než obvykle nebo jste hovořil rychleji, než je u vás běžné?		
běžely vám velmi rychle myšlenky hlavou nebo jste nebyl schopen zpomalit tok myšlenek?		
rušily vás okolní věci do té míry, že jste měl problémy se soustředit nebo udržet myšlenkovou linii?		
měl jste více energie než obvykle?		
byl jste aktivnější než obvykle nebo jste dělal více věcí než je u vás obvyklé?		
byl jste více společenský nebo otevřený než obvykle, například telefonoval jste uprostřed noci přátelům?		
zajímal vás sex více než obvykle?		
dělal jste věci, které jsou pro vás neobvyklé, nebo o kterých by si druzí mohli myslet, že jsou nepřiměřené, bláznivé nebo rizikové?		
utrácení peněz přivedlo vás nebo vaši rodinu do potíží?		
<p>2) Pokud jste zaškrtnli „ano“ u více než jedné z výše uvedených otázek, objevily se některé z těchto projevů ve stejném časovém období? Zakroužkujte pouze jednu odpověď.</p> <p style="text-align: center;">Ano Ne</p>		
<p>3) Jak velké problémy vám způsobily výše uvedené příznaky - například neschopnost pracovat, mít rodinu, peníze, mít problémy se zákonem, hádky a rvačky? Zakroužkujte pouze jednu odpověď.</p> <p style="text-align: center;">Žádný problém Malý problém Střední problém Závažný problém</p>		

Tabulka 2 Sebeposuzující dotazník k hodnocení depresivních příznaků bipolární poruchy

Vyskytlo se u vás někdy období delší než 2 týdny, kdy jste se necítil jako obvykle a prožíval 5 a více z níže uvedených příznaků?	Ano	Ne
Cítil jste se smutný, na dně nebo prázdný?		
Ztratil jste zájem o věci, které vás dříve zajímaly?		
Zhubnul jste o více než 5 % své původní hmotnosti?		
Spal jste příliš málo nebo příliš mnoho?		
Měl jste zpomalené nebo urychlené pohyby?		
Cítil jste se nadměrně unavený nebo cítil, že máte málo energie?		
Cítil jste neopodstatněné pocity viny za to, co jste udělal?		
Měl jste problémy se soustředit nebo rozhodnout se?		
Měl jste myšlenky na sebevraždu nebo jste ji plánoval?		

Dědičnost bipolární poruchy

Bipolární poruchou I. typu trpí asi 1 % populace. Pokud bipolární poruchou trpí jeden z rodičů, je pravděpodobnost, že bipolární poruchou bude trpět některé z jeho dětí, kolem 5 % (například v případě schizofrenie je tato pravděpodobnost vyšší, kolem 13 %). Pokud bipolární poruchou trpí oba rodiče, je tato pravděpodobnost asi 30 %. Pravděpodobnost, že bipolární poruchou budou trpět obě dvojvaječná dvojčata, je 13 %, pro jednovaječná je tato pravděpodobnost 69 %. Z uvedených údajů vyplývá, že dědičnost je významným faktorem pro vznik bipolární poruchy, nikoli však jediným.

V rodinách pacientů s bipolární poruchou se vyskytuje rovněž vyšší počet osob nikoli pouze s bipolární poruchou, ale s řadou dalších psychiatrických nemocí, jako jsou deprese, úzkostné poruchy, psychotické poruchy, závislost na návykových látkách a sebevraždy.

Vrozená dispozice versus stres

Ke vzniku epizody bipolární poruchy je velmi pravděpodobně nutná souhra vrozené dispozice a aktuálního stresu. Biologicky podmíněná vrozená dispozice způsobuje příliš vysokou nebo příliš nízkou produkci neurotransmiterů v mozku (případně abnormality receptorů, na které tyto látky působí), což při překročení určité hranice může vést k závažné poruše nálady – epizodě bipolární poruchy. Po většinu času tyto vrozené dispozice „spí“, pokud však dojde k jejich aktivaci vlivem aktuálního stresu, vzniknou v konečném důsledku projevy nemoci. Pokud jsou vrozené dispozice u určité osoby příliš výrazné, dostačuje i minimální

stres ke vzniku epizody poruchy nálady, pokud jsou vrozené dispozice nižší, je nutná větší míra závažného stresu.

Mezi typické stresory, které mají souvislost s provokací epizody bipolární poruchy, patří:

- mimořádné negativní životní události – ztráta práce, rozvod, rozchod, úmrtí blízké osoby, zkoušky ve škole, finanční ztráta
- mimořádné pozitivní životní události – zamilování, sňatek, narození dítěte, finanční zisk
- abúzus alkoholu a drog, excesy v pití alkoholu, experimentování s kokainem, Pervitinem, Extází, LSD, marihuanou
- spánková deprivace – přelet mezi časovými pásmy (jet-lag), dovolená v horkém slunečném počasí, šturmování před zkouškou, náhlé změny režimu spánku-bdění, noční směny
- problémy ve vztazích a rodině – nadměrná kritika ze strany rodičů, partnera nebo sourozenců; provokativní nebo nepřátelské vztahy v rodině nebo na pracovišti

Přijetí nemoci

Pro osobu, u které byla nově stanovena diagnóza bipolární poruchy, je často obtížné tuto skutečnost přijmout. Mnohdy jde o období po hospitalizaci na psychiatrii z důvodu léčby epizody bipolární poruchy nebo v psychiatrické ambulanci, kam se pacient dostavil pro své výrazné, většinou opakující se potíže. Jinou možností je kontakt s psychiatrem po nátlaku rodiny, kdy samotný nemocný není k léčbě příliš motivován. Přijetí nemoci s jejími důsledky pro další život nemocného je jedním ze zásadních kroků úspěšné stabilizace a léčby nemoci.

Je mnoho způsobů, kterými pacient odmítá diagnózu, například:

- Diagnóza je chybná, to jenom ostatní se mi snaží zkazit radost ze života.
- Jsem jenom náladový člověk, nikoli nemocný.
- Můj problém je psychologický, nikoli biologický.
- Vše překonám svojí vůlí, žádné léky nepotřebuji.

Reakce na diagnózu

Pokud pacient učiní první krok a přijme diagnózu bipolární poruchy, většinou vyvstane řada otázek, které z tohoto přijetí vyplývají a na které není zcela univerzální nebo jednoduchá odpověď:

- Proč já?
- Proč teď?

- Jsem jenom „nemocný trpící bipolární poruchou“ nebo mám vlastní identitu?
- Kde končím já a kde začíná nemoc?
- Byla moje minulá období plná úspěchu, tvořivosti a aktivity pouze příznaky nemoci?
- Kolik si mohu dovolit „variability“ v náladách, než si lidé začnou myslet, že jsem zase nemocný?
- Do jaké míry jsem zodpovědný za svoje chování?

Bipolární porucha a kreativita

Jedním z fascinujících aspektů bipolární poruchy je její propojení s tvořivostí. Mnoho významných osobností lidské kultury trpělo bipolární poruchou, která jim na jedné straně přinášela psychickou trýzeň, na druhé straně umožňovala tvořit umělecká díla nebo dosahovat úspěchu ve společnosti.

Některé slavné osobnosti, které trpěly bipolární poruchou:

Ota Pavel, Miloš Kopecký, Virginia Woolfová, Edgar Allan Poe, Ernest Hemingway, Percy Bysshe Shelley, Robert Schumann, Ludwig van Beethoven, Johann Wolfgang Goethe, Oliver Cromwell, Napoleon Bonaparte, Abraham Lincoln, Winston Churchill, Šabtai Cvi, Emmanuel Swedenborg, Martin Luther, Vincent van Gogh, Modigliani, Jackson Pollock a mnoho dalších.

Pozitiva a negativa hypománie

Pokud nedojde k plně vyjádřeným příznakům mánie a nemocný zažívá pouze mírné hypomanické příznaky, může mu bipolární porucha přinášet i pozitiva, v tomto smyslu se popisuje světlá a tmavá strana hypománie.

Světlá strana

- více energie, menší potřeba spánku
- zvýšená kreativita, více pracovních a životních nápadů, plánů
- zvýšená pracovní, sociální a případně umělecká aktivita
- pocity štěstí, méně studu, lepší sebevědomí, schopnost humoru

Tmavá strana

- zvýšené požívání kofeinu, cigaret, alkoholu, drog
- rizikové řízení
- větší podrážděnost, netrpělivost
- rizikové sexuální chování

- neudrží pozornost, nedokončuje projekty, zásadně mění svoje aktivity ze dne na den
- bláznivé chování, ostudy
- nerozumné nákupy a utrácení

Odlišení od normálních výkyvů v náladě

U pacientů s bipolární poruchou se objevují výkyvy nálady tak výrazné, že přesahují běžný obraz výkyvů v náladě, které má většina lidí. Pro posouzení hloubky těchto výkyvů je vhodné hodnotit i jejich dopad.

Vaše změny nálad:

- vám způsobují problémy v rodině?
- vedou ke snížení pracovního výkonu, které trvá déle než pouze několik dnů?
- trvají několik dnů bez větší úlevy nebo se nálada zlepší, když se vám něco pozitivního stane?

Vnímají druzí lidé vaše výkyvy nálady a upozorňují vás na ně?

Jsou vaše výkyvy nálady doprovázeny změnami v myšlení, vnímání, spánku a aktivitě?

Způsobilo vám vaše chování problémy se zákonem (jízda v opilosti, hádky, rvačky)?

Co je to relaps?

Relaps je návrat akutních příznaků epizody bipolární poruchy, tedy těch potíží, které již byly jakoby vyléčené. Pokusme se nyní porozumět tomu, jak je možné, že k návratu potíží dojde a jak je možné tomuto riziku předejít.

Podle statistik má bipolární porucha vysokou frekvenci relapsů. Nová fáze nemoci postihne přibližně 60–80 % pacientů během prvního roku po odléčení epizody bipolární poruchy, pokud neužívají preventivně léky. Riziko relapsu je vyšší zejména při snižování dávky či vysazování medikamentů. Přiměřená medikace sníží riziko relapsu na 10 až 15 % v prvním roce po odléčení epizody a při pozorném sledování stavu pacienta se mu lze téměř vyhnout. Pokud se tedy preventivní léčba přeruší příliš brzy, prodělá relaps téměř každý pacient. Je nesmírně důležité pokračovat v léčbě dlouhodobě, i když nejsou přítomny žádné příznaky. Jak jsme už řekli, k opakovanému propuknutí poruchy dochází často tehdy, *když nemocný přestane užívat léky bez vědomí lékaře*. Proto je tak důležité, aby mezi lékařem a nemocným byl takový vztah, že se nemocný nemusí obávat svěřit se lékaři i se svými eventuálními pochybami o nutnosti užívat léky a nesnaží se klamat. Jen pevný vztah důvěry mezi nemocným a terapeutem může být základem dlouhodobě úspěšné léčby.

Velmi důležité je věnovat pozornost varovným příznakům. Většinou relapsů předchází rozvoj řady příznaků, které mohou být včas ovlivněny např. zvýšením dávky léku.

Jak předcházet relapsům?

Při současných možnostech terapie bipolární poruchy dochází u většiny osob po léčbě k odeznění příznaků mánie či deprese a jejich dalších projevů. Následuje stadium tzv. *stabilizace*.

Ke stabilizaci dochází u 80 % pacientů do šesti měsíců od počátku léčby; u 60 % dochází k významnému zlepšení psychické stability dokonce již do 4–6 týdnů od počátku léčby.

Ve stadiu stabilizace je člověk bez větších potíží, postupně se navrácí do původního života a epizoda onemocnění se často stává skutečně

jen „epizodou“, na kterou jakoby najednou bylo nejlépe co nejrychleji zapomenout. Tendence „zapomenout“ na nemoc je z lidského pohledu naprosto pochopitelná. Prodělání epizody onemocnění a často jejího léčení je totiž většinou spojeno s řadou nepříjemností. Ačkoliv je potřeba co nejrychleji zapomenout na prodělané potíže pochopitelná, často právě v tomto období dochází k závažným chybám, které mohou mít vliv na celý další průběh nemoci a života pacienta všeobecně.

Zranitelnost (vulnerabilita)

Porucha vzniká v okamžiku, kdy působí nějaká vnější zátěž na člověka, který je tzv. vulnerabilní. Slovem vulnerabilita označujeme jakousi biologicky podmíněnou zranitelnost nervového systému, která bohužel otevírá možnost reagovat mánií nebo depresí na vnější zátěž. Jsem-li hodně vulnerabilní, stačí mi i poměrně mírná zátěž k tomu, abych onemocněl. Naopak při nízké vulnerabilitě mohu zvládnout i velkou zátěž aniž onemocním. Při léčení mánie či deprese odstraníme v první řadě příznaky onemocnění. Avšak to, co přetrvává, je ona vulnerabilita. Proto je důležité i po odeznění akutních příznaků pracovat společně s ošetřujícím lékařem na zlepšení v obou skupinách faktorů, které mohou k poruše vést. Jak na vnějších okolnostech zvyšujících riziko, tak i na naší vnitřní vulnerabilitě.

Vulnerabilita není neměnná a je možné ji ovlivnit. Dnes víme, že čím méně jsem v minulosti prodělal fází a čím delší doba uplynula od poslední z nich, tím dříve dojde ke zlepšení stability psychiky, tedy snížení zranitelnosti, vulnerability. Naopak čím kratší doba odezněla od poslední epizody poruchy a čím více epizod jsem v minulosti prodělal, tím je má zranitelnost (vulnerabilita) vyšší a tím jsem ve vyšším riziku relapsu. To je důvodem, proč je nutné se pomocí nejrůznějších prostředků snažit, aby nedošlo k další epizodě. Rovněž platí, že čím dříve se případný počínající relaps podchytí, tím kratší dobu výkyv nálady trvá a často se nemusí vůbec rozvinout.

Strategie, které slouží k prevenci relapsu, je možné rozdělit na ty, které mají:

- 1) snížit (zlepšit) zranitelnost
- 2) snížit případný negativní vliv okolí
- 3) včas rozpoznat počínající relaps

1) Snížení zranitelnosti

Biologickou zranitelnost je v první řadě možné snížit pravidelným užíváním medikace. Je prokázáno, že léky nejen léčí příznaky poruchy, ale že jejich pravidelné užívání může výrazně snížit riziko relapsu. Například pokud dojde k předčasnému vysazení léků po první epizodě bipolární poruchy, nastane

relaps u 60–80 % pacientů již v průběhu jednoho roku. Naopak užívají-li se léky pravidelně, snižuje se riziko tohoto relapsu na 10–15 %. Pacientům často není úplně jasné, proč mají užívat léky v období, kdy nemají žádné potíže. Když si zkusí vysadit léky, zpočátku se neděje nic nebo se mohou dokonce i cítit lépe, protože úplně odezní případné nežádoucí účinky užívaných léků. K relapsu však dojde s odstupem několika týdnů nebo i měsíců. Víme tedy, že předčasné vysazení léčby výrazně zvyšuje riziko relapsu. Nesmírně důležitou otázkou je tedy doba, po kterou je vhodné užívat tuto léčbu.

U pacientů, kteří prodělali první epizodu bipolární poruchy, doporučujeme užívat léky po dobu 1 až 1,5 roku, po prodělané druhé epizodě se doba prodlužuje na 3 roky a v případě, že pacient prodělal 3 a více epizod, je vhodné léky užívat dlouhodobě, často trvale.

Ve fázi stabilizace stabilizátory nálady (např. lithium) snižují zranitelnost nervového systému. Tyto léky tedy snižují biologickou vulnerabilitu a navíc tím, že zabrání relapsu, prodlouží období bez příznaků a tím i dlouhodobě snižují riziko relapsu.

Odolnost proti návratu poruchy mohou do určité míry (méně však než léky) také zvyšovat psychosociální opatření. Patří sem skupinová nebo individuální psychoterapie, rodinná terapie, rehabilitace, pravidelná návštěva klubu, práce v chráněných dílnách a další.

2) Snižování negativního vlivu okolí

Rizikové faktory pro relaps

Mezi nejvíce rizikové faktory, které mohou být příčinou eventuálního relapsu, patří:

- stresující životní události
 - negativní – ztráta práce, rozvod, rozchod, úmrtí blízké osoby, zkoušky ve škole, zchudnutí
 - pozitivní – zamilování, sňatek, narození dítěte, zbohatnutí
- abúzus alkoholu a drog
 - excesy v pití alkoholu, experimentování s kokainem, Extází, LSD, marihuanou
- spánková deprivace
 - přelet mezi časovými pásmy (jet-lag), dovolená v horkém slunečném počasí, šturmování před zkouškou, náhlé změny režimu spánek-bdění, noční směny
- problémy ve vztazích a rodině

- nadměrná kritika ze strany rodičů, partnera nebo sourozenců; provokativní nebo nepřátelské vztahy v rodině nebo na pracovišti, samota
- chaotický životní styl
- časté stěhování se, časté změny zaměstnání, nezakotvení ve společnosti
- střídání známostí
- nedůslednost v braní léků
- náhlé přerušování užívání léků, časté vynechávání dávek

Míra vyjadřování emocí (anglický termín: *expressed emotion*) je obecně považována za měřítko zapojení a postoje rodiny. Mírou vyjadřování emocí se rozumí intenzita, s jakou příbuzní (většinou rodiče nebo partneři) dávají navenek najevo, co cítí a co se v nich odehrává. Silně vyjadřované emoce u příbuzných naši pacienti často popisují jako „přehrávání“, „velkou péči“, „hysterii“, „velkou tendenci ochraňovat a chránit před nebezpečími okolního světa“. Víme, že silné vyjadřování emocí má negativní průběh na léčení bipolární poruchy a řada studií spolehlivě ukázala také různý výskyt relapsu.

Míra vyjadřování emocí není stabilním a neměnným ukazatelem. Na jedné straně může samo pacientovo onemocnění zvyšovat negativně míru vyjadřování emocí a na druhé straně je možné, aby se příbuzní sami po vysvětlení tohoto nežádoucího způsobu chování zbavili. Pozitivním ovlivněním chování rodin (snížení úrovně vyjadřování emocí) tak dochází k výraznému snížení rizika relapsu.

Vysoká míra vyjadřování emocí se v rodinách často kombinuje s dalšími rysy komunikace, které mohou zhoršovat průběh nemoci a zvyšovat riziko relapsu.

Jde o:

- trvalé kritizování (tzv. hyperkritičnost)
- nevhodnou a přehnanou péči o příbuzného (tzv. hyperprotektivita)

Pokud rodina trpí zlovykem nadměrně vyjadřovat emoce, je dobré se mu odnaučit.

Někdy to může být komplikované, protože bývá obtížné najít optimální úroveň starostlivosti, vhodnou pro danou fázi nemoci. Navíc v některých fázích nemoci a údravy dává nemocný sám jakoby důvod pro zvýšenou starostlivost, kritiku a nespokojenost ze strany rodiny.

Řada faktorů však podporuje udržení údravy. Některé z nich uvádíme v následující tabulce.

Protektivní faktory vůči relapsu

- stabilní životní situace
- přátelství a pevné sociálního zakotvení v nějaké skupině lidí (vím, kam patřím)
- bezpečné a strukturované prostředí
- blízkost někoho, s kým je možné hovořit o zážitcích a pocitech
- vědomí účelnosti nebo směru vlastního života
- koníčky
- příležitosti k zaměstnání
- možnost zábavy a rozptýlení
- porozumění ostatních okolo tomu, co se stalo
- dobrá fyzická kondice
- medikamentózní léčba bez výrazných nežádoucích účinků
- realistické očekávání a střízlivé naděje do budoucna
- pravidelnost, denní řád, životospráva
- vyplňování deníku nálady, sledování varovných příznaků

Především jsou důležité jasnost, přehlednost a strukturovanost našeho života. Člověk po fázi nemoci by si měl být vědom toho, kam patří, kde bydlí a proč tam bydlí, mělo by mu být jasné, kteří lidé ho mají rádi a které on má rád, měl by mít nějaké zaměstnání nebo alespoň koníčka či program dne, aby měl pocit, že jeho život má nějaký smysl. Naopak nejasnost, nestrukturovanost a prázdnota života mohou psychický stav výrazně zhoršovat.

3) Včas rozpoznat počínající relaps

Relaps se často ohlašuje již předem pomocí tzv. *varovných příznaků*. Včasné rozeznání varovných příznaků a rychlé protiopatření může zabránit hrozícímu relapsu. Varovné příznaky mají individuální charakter. Příbuzní jsou často schopni si jich všimnout včas, když o nich vědí. Ale i samotný pacient, pokud již prodělal několik relapsů nemoci, zpravidla pozná projevy, které ohlašují nástup nové fáze. Je dobré v době remise onemocnění sestavit společně (pacient, příbuzní a lékař) seznam *individuálních varovných příznaků*, které v minulosti předcházely fázi.

Podaří-li se nám včas tyto příznaky rozpoznat, je možné včas zahájit nebo upravit terapii a k úplnému relapsu nemusí ani dojít. Včasné rozpoznání varovných příznaků tak zkrátí nutnou léčbu a většinou vede k tomu, že ani není nutná hospitalizace v nemocnici.

Co dělat, když dojde k relapsu?

Během terapie se pacient, ošetřující lékař i rodina snaží zabránit návratu příznaků mánie nebo deprese, tedy relapsu. Někdy se však stává,

že k relapsu dojde i přes veškerou společnou snahu nebo v důsledku nějaké chyby či opomenutí, nejčastěji při předčasném vysazení udržovací terapie. Důležité je si uvědomit, že ačkoliv relaps přináší řadu problémů a někdy především pocit frustrace či marného snažení, není objektivně zase tak velikou tragedií a v žádném případě nesmí být koncem společných snah o zvládnutí nemoci.

Relaps je indikátorem přetrvávající zranitelnosti (vulnerability) nervového systému. Tak k němu také musíme přistupovat, totiž po jeho zaléčení pokračovat ve snaze snížit vulnerabilitu a snížit také negativní vliv okolí.

Co dělat, když dojde k relapsu?

- uvědomte o zhoršení co nejdříve ošetřujícího lékaře a požadujte hodnocení duševního stavu a úroveň medikace
- pokuste se zmírnit známé stresory v prostředí
- minimalizujte (rozumně) jakoukoli změnu režimu všedního dne
- zrušte neprodleně všechny rizikové činnosti (stěhování, nástup do nové práce, „řešení“ nějakých „zásadních“ problémů ve vztazích s druhými lidmi)
- zůstaňte zapojeni do pokračujícího léčebného psychiatrického programu
- zachovejte nejdůležitější aspekty nejbezpečnějšího životního stylu, zejména klidné, bezpečné a maximálně předvídatelné prostředí
- prodiskutujte svou situaci s těmi, kterým věříte, zeptejte se jich, jak vás oni vidí
- pokuste se důvěřovat názoru těch lidí, kterým věříte

U bipolární poruchy, jak u mánie, tak u deprese, může dojít k poruše kontaktu s realitou. Jedinec sám si toho nemusí být vůbec vědom. Tato neschopnost rozpoznání, že jsem nemocen, často nesmírně komplikuje léčbu a především prodlužuje dobu jejího trvání. Proto je vhodné si již ve stadiu stabilizace najít jednu nebo více osob, kterým věřím. Je důležité, že jejich úsudku bych měl věřit snad ještě více než svému vlastnímu. Samozřejmou podmínkou této důvěry je to, že již předem musím být přesvědčen o morálních kvalitách tohoto člověka, a musím si být jist, že mé důvěry nezneužije. V okamžiku, kdy dojde k případnému relapsu, ho sám nemusím rozpoznat. Mám však k dispozici pohled důvěryhodného člověka. Tím může být výrazně zlepšen průběh nemoci a může být zabráněno plnému rozvinutí relapsu. Důvěryhodnou osobou může být kdokoli, je však velmi výhodné, je-li to ošetřující psychiatr, nebo některý člen rodiny. Ošetřujícímu psychiatrovi je výhodné důvěřovat, protože on je školen na to, aby počínající relaps rozpoznal co nejdříve. Je zcela nor-

mální, že v rodině existují napjaté vztahy mezi příbuznými a přítomnost psychotického onemocnění je může ještě zhoršit. Důvěryhodnou osobou v rodině proto nemusí být nutně některý z rodičů, ale třeba sourozenec, již dospělý potomek nebo i některý vzdálenější příbuzný. Často se také osvědčuje, když osobou, které poskytnu svou důvěru v této věci, je někdo z dobrých přátel. Tato důvěra je dar, který ve svém nitru zcela svobodně dáváme někomu jinému. V okamžiku hrozícího relapsu může mít pro nás tento dar nedozírnou cenu.

S relapsem nemoci se většinou potýká nejdříve rodina. K tomu, aby byl dopad případného relapsu co nejmenší, doporučujeme mít již předem připravený jakýsi krizový plán. Krizový plán rodiny pro případ relapsu by měl obsahovat tyto body:

Krizový plán rodiny pro případ relapsu

- mějte připravena na přístupném místě telefonní čísla pro nouzové volání
- informujte se předem u svého ošetřujícího lékaře, do kterého psychiatrického zařízení spadáte podle místa bydliště
- informujte se u ošetřujícího lékaře, zda a jak můžete sami upravit medikaci v případě zhoršení
- mějte stabilního psychiatra, který dobře zná problematiku vašeho příbuzného a může tedy dobře rozhodnout, co dál při zhoršení stavu
- buďte si vědomi mezí svých možností a zamyslete se nad tím, jak postupovat, pokud by byly překročeny (něco ještě rodina může zvládnout sama, na něco je již nutné kontaktovat psychiatrické oddělení)
- klidně a jasně informujte nemocného příbuzného (přítele), kam až sahají vaše možnosti, co se musí udělat v případě počínajícího relapsu a co uděláte vy v případě, že budou překročeny vaše meze
- nevnímejte relaps jako konec všech snah nebo nějaké selhání, ale jako známku přetrvávající zvýšené vulnerability a jako problém, se kterým je nutné se co nejdříve vyrovnat
- mějte připravený tento krizový plán

Z řady důvodů je skutečně velmi potřebné již ve stadiu dobré stabilizace probrat s celou rodinou krizový plán pro případ relapsu. Především je nutné po předchozí zkušenosti *jasně definovat mez*, jak u mánie, tak u deprese, po kterou je ještě možné řešit situaci v rodině a při jejímž překročení je již nutná hospitalizace. Často totiž dochází k tomu, že rodina je v situaci, kdy potíže při relapsu dojdou tak daleko, že již není možný dobrý kontakt s nemocným a rodina musí *zorganizovat převoz*

do nemocnice. Tento převoz může být nutný z důvodu tak silně vyjádřených příznaků deprese, kdy pacient je nebezpečný sám sobě nebo v máni (daleko vzácněji) ostatním, a nebo je jasné, že prodloužení doby pobytu doma dokud nebude poskytnuta adekvátní léčba, výrazně zhoršuje zdravotní stav a prognózu nemocného. Převoz na psychiatrické oddělení se dokonce může odehrávat proti vůli pacienta samotného. V tomto okamžiku mají příbuzní často veliké výčitky svědomí a dostávají se do konfliktu mezi tím, že chtějí pomoci svému blízkému a současně dělají něco proti jeho vůli. Když máme již předem vzájemnou dohodu nebo kontrakt o podmínkách pomoci při relapsu, výrazně to pomůže od sebeobviňování i vzájemných výčitek.

Na druhé straně většina relapsů, které jsou včas rozpoznány, nevede k nutnosti hospitalizace na lůžkovém oddělení. Rovněž je nutné se *vyvarovat příliš úzkostlivého sledování* stavu svých blízkých s neustálou obavou z relapsu. Zvýšené sledování může být osobám, které prodělaly v minulosti fáze onemocnění, velmi nepříjemné. Zvyšuje to napětí v rodině a může se tak vytvořit atmosféra nedůvěry či nepřátelství, která naopak zase zvyšuje riziko relapsu. V této věci je potřebná mimořádná citlivost všech zúčastněných stran. Někdy se nejlepší přístup musí nějakou dobu hledat a radou může pomoci ošetřující ambulantní psychiatr. Výhodné je o tomto problému v rodině otevřeně diskutovat a dospět k jakési shodě nebo smlouvě (kontraktu).

Co mohu dělat, když si myslím, že začínám být manický?

Manická epizoda může zcela zruinovat dosavadní život nemocného, může vést k finančnímu krachu, rozpadu rodiny, soudnímu stíhání, ztrátě práce. Udává se, že psychosociální následky po prodělané manické epizodě provázejí bipolárního pacienta ještě po dobu 5 let po odeznění mánie.

Část pacientů, kteří se zpětně vrací k počátku své minulé manické epizody, může mít příjemné vzpomínky na prožitky zvýšené energie, zvýšené sebedůvěry, úspěchu ve společenském styku, přílivu nápadů a zvýšené kreativity. Jiní pacienti od počátku prožívají manické příznaky jako nepříjemné, doprovázené podrážděností, napětím, neschopností uvolnit se, úzkostí, mrzutostí, pocity nespokojenosti a konflikty s druhými lidmi. Při zpětném pohledu rovněž řada pacientů udává, že by pravděpodobně byli schopni do jisté míry zabránit nebo minimalizovat důsledky prodělané manické epizody, pokud by tak činili.

Pokud jste prožili pouze hypomanickou epizodu, nemusí být její následky tak dalekosáhlé jako v případě manické epizody, avšak riziko vzniku následných závažných depresivních příznaků je srovnatelné jako v případě zážitku manických epizod.

Epizody bipolární poruchy jsou biologicky podmíněny, proto nelze v plné míře zabránit jejich vzniku v budoucnosti. Nicméně byste měli být schopni do jisté míry ovlivnit závažnost manické epizody a omezit následky, které způsobuje. To je možné v období objevení se varovných příznaků a v průběhu postupně se rozvíjející manické epizody, dokud nedojde k propuknutí plně vyjádřených příznaků.

Základním kamenem v léčbě mánie je však farmakoterapie. Léky s antimanickým účinkem podávané jak v akutním období mánie, tak dlouhodobě mají co nejdříve normalizovat náladu pacienta a bránit vzniku nové manické nebo depresivní epizody bipolární poruchy.

Někteří pacienti přirovnávají rozvíjející se máni k rozjíždějícímu se vlaku. Ve chvíli, kdy se vlak rozjíždí a opouští stanici a někdo chce ještě vystoupit, je pro průvodčího ještě možné vlak zastavit, dokud nedosáhl plné rychlosti. Jakmile je však prodleva od počátku jízdy delší, vlak již nabere plnou rychlost a pasažér je uvězněn ve vlaku do té doby, než vlak sám zastaví nebo havaruje. Klíčem k ovlivnění rozvoje manické epizody je zjištění, že vlak se dal do pohybu, a snaha jej zastavit, dokud nedosáhl plné rychlosti.

Prevence relapsu manické epizody

1) Identifikace časných varovných příznaků mánie

O prodromálním období manické epizody hovoříme jako o období před vypuknutím plně vyjádřených příznaků mánie. V prodromálním období jsou již přítomny mírné varovné signály počínající manické epizody, mnohdy jsou však nezřetelné a obtížně rozpoznatelné. Pokud se však včas odhalí a jsou včas zahájeny terapeutické kroky, nemusí k rozvoji manické epizody vůbec dojít.

Nejčastější prodromální varovné příznaky mánie spadají do okruhů snížené potřeby spánku a nárůstu aktivity. Tyto příznaky se objevují až u 40 % pacientů. Méně často jsou přítomny pocity euforie nebo podrážděnosti, trysk myšlenek, pocity mimořádné psychické energie, optimistická přesvědčení o snadném zbohatnutí a další.

Bylo zjištěno, že pozorovatelné změny v myšlení a tempu řeči jsou u většiny pacientů přítomny asi měsíc před rozvojem zřetelných manických příznaků.

Tyto prodromální příznaky jsou však velmi individuální, proto je vhodné si vytvořit váš vlastní seznam příznaků, které jste zažili v prodromálním období před hypomanickou nebo manickou epizodou v minulosti. Pokud jste prožili pouze jednu nebo dvě takové epizody v minulosti, může být pro vás obtížné tento seznam sestavit, s pomocí vašich blízkých a vašeho psychiatra však budete moci popsat alespoň některé oblasti změn, které u vás nastaly.

Seznam vašich prodromálních příznaků mánie nebo hypománie

S pomocí vaší rodiny nebo přátel popište, jaká je vaše **nálada a prožívání** v průběhu vašich manických nebo hypomanických epizod (např. jsem šťastný, euforický, ztřeštěný, roztomilý, podrážděný, hádavý, kritizující, úzkostný, rozjetý atp.).

Popište změny ve vaší **energii a aktivitách** v průběhu manické epizody (např. telefonuji spoustě lidí, seznamuji se s cizími lidmi, začínám hodně projektů současně, mluvím mnohem rychleji, mluvím k li-

dem velmi zblízka, odmlouvám lidem, kritizuji se, hádám se s nimi, nakupuji nepotřebné věci, jsem sexuálně nabuzený, flirtuji a svádím cizí lidi atp.).

Popište změny ve vašem **myšlení a vnímání** (například zrychlené myšlení, myšlenkový trysk, zvuky, chutě a barvy jsou hlubší, barvitější, cítím, že jsem schopen dosáhnout mnoha úspěchů, cítím se být chytřejší než ostatní, mám velkou sebedůvěru, mám dojem, že cizí lidé se na mne smějí, mám hodně nápadů jak snadno vydělat peníze, druzí lidé jsou pomalí, úzkoprsí v názorech a hloupí, vidím do lidí, mám schopnost mimosmyslového vnímání, napadají mne myšlenky na sebevraždu, stále se mi honí v hlavě jedna myšlenka, nejsem schopen se pořádně soustředit na jednu věc atd.).

Popište změny ve svém **spánkovém režimu** (například spím o dvě hodiny méně, než je u mne obvyklé a necítím se být nevyspalý a unavený, v průběhu noci se často probouzím a chodím po bytě, zůstávám dlouho vzhůru a přes den to doháním krátkými zdřímnutými, nepotřebuji vůbec spát).

Popište cokoli **mimořádného** v posledním týdnu, co u vás není obvyklé (například utratil jsem větší obnos peněz, investoval jsem peníze na základě náhlého impulsu, dostal jsem pokutu za překročení rychlosti, řídil jsem bezohledně auto, měl jsem sexuální kontakt s osobou, se kterou jsem se znal pouze krátce, hrál jsem hazard atd.).

Popište **souvislosti** výše uvedených změn (jakékoli změny ve vaší životní situaci, události, zážitky), například nárůst zátěže v práci, přerušování pravidelného užívání medikace, vynechání pravidelné návštěvy u lékaře, pití alkoholu nebo užívání návykových látek, počátek nového pracovního projektu, změna pracovní doby, přelet mezi časovými pásmy, konflikty v rodině nebo s přáteli, počátek nebo ukončení známosti, změny ve vaší finanční situaci.

2) Preventivní kroky proti následkům rozvíjející se hypománie nebo mánie

Níže popsané preventivní kroky můžete podniknout, pokud zjistíte, že se u vás projevují varovné příznaky prodromálního období rozvoje manické epizody. U jednotlivého pacienta nemusí být použity všechny popsané kroky, neboť každý z nemocných má individuální rizikové oblasti.

Ochrana peněz

Pro osoby v manické epizodě je mnohem obtížnější zacházet rozumně s penězi, jak je u nich obvyklé. V průběhu mánie je sklon k „hyperpozitivnímu myšlení“, které je charakterizováno přeceňováním svých schopností (například schopnosti zázračně investovat nebo hrát o peníze) a podceňováním rizik (například důsledky zadlužení, nekritických investic). Důležité je, abyste vy nebo vaši blízcí byli schopni rozpoznat změnu ve vašich myšlenkových pochodech a postojích, jakmile začnete být nadměrně optimističtí nebo příliš pozitivně nastavení. Je podezřelé, jakmile se začnete domnívat, že jste náhle našli řešení finančních problémů, které vás trápily po dlouhou dobu, případně jste fascinováni možností rychle zbohatnout. Obvyklá je rovněž fixace na bezbřehé nakupování nepotřebných drobností nebo nekritické zakoupení drahých věcí a to i na dluh. Časté je puzení k okamžité koupi bez rozmyslu, bez schopnosti přemoci nutkání. Vaši blízcí s vašimi rozhodnutími často nesouhlasí a vy poté máte pocit, že vám kazí radost ze života nebo vás kritizují.

Tyto myšlenky, pokud se u vás objeví, nejste patrně schopni potlačit, budete však schopni zabránit jejich plné realizaci, obzvláště pokud ještě nedošlo k rozvoji plně vyjádřené mánie. Níže jsou uvedeny některé konkrétní věci, které můžete udělat, když se poprvé manické myšlenky objeví:

- Svěřte někomu blízkému své kreditní karty
- Nenavštěvujte pobočku vaší banky, pokud vás nedoprovází někdo důvěryhodný
- Nenavštěvujte vaše oblíbené obchodní domy a obchody
- Nesledujte televizní kanály s teleshoppingem
- Nesvěřujte čísla svých kreditních karet nebo bankovního účtu osobám z teleshoppingu, investičním poradcům, obchodníkům po telefonu nebo podomním prodavačům
- Neinvestujte do akcií, podílových fondů a jiných finančních nástrojů, rovněž nečiňte náhlé změny ve svých investicích, pojistkách
- Nenakupujte po internetu, po telefonu

Jiným praktickým doporučením jak si ztížit přístup k penězům a utrácení je rozložení svých úspor na více účtů v různých bankách s možností pouze limitovaného výběru peněz v určitém časovém období, případně možnost zablokování účtu vašim rodinným příslušníkem.

Odevzdejte klíče od auta

U některých osob je v průběhu mánie obvyklé nebezpečné, nezodpovědné a příliš rychlé řízení vozidla, často v kombinaci s opilostí nebo ovlivněním drogami. V ideálním případě byste měli být ochotni vzdát se řízení vašeho auta v průběhu prodromů mánie do doby odeznění pří-

znaků, faktem však je, že odebrání klíčů od vozidla je většinou pacientů chápáno velmi úkorně.

Vyhněte se závažným životním rozhodnutím

Pokud jsou u vás přítomny varovné prodromální příznaky mánie, není vhodné činit závažné životní rozhodnutí. Pokud jste zaměstnanec, není vhodné v tomto období se svým nadřízeným probírat vaše pracovní povinnosti či ohodnocení za ně. Pokud vlastníte firmu a zaměstnáváte pracovníky, není vhodné v tomto období provádět zásadní restrukturalizaci firmy, najímat nebo propouštět klíčové zaměstnance. V oblasti vašeho osobního života není vhodné v tomto období se zasnubovat, ženit či vdávat, rozcházet nebo rozvádět se, kupovat nebo prodávat dům, stěhovat se do jiného města nebo přehlašovat děti do jiné školy.

Je těžké si uvědomit svůj posun ve směru nerealistického hodnocení situace, ještě těžší je však nepodlehnout svým nutkáním ke změnám, obzvláště pokud si pod vlivem prodromálních příznaků mánie tolik věříte a jste přesvědčen o správnosti svého jednání. Ve chvíli, kdy jste pod vlivem těchto příznaků, vám vaše nápady a rozhodnutí připadají skvělé, avšak v období, kdy tyto příznaky odezní, je vnímáte jako nerealistické a extrémně riskantní.

Vyhněte se rizikovým sexuálním vztahům

Jedním z častých prvních příznaků prodromálního období manické epizody je zvýšení sexuálního puzení a navazování rizikových sexuálních vztahů. Sexuální rizikové chování může mít podobu návštěvy veřejných domů, navazování kontaktů s rizikovými osobami (prostitutky, drogově závislí), ale i svádění spolupracovnic (spolupracovníků), přítelkyň (přátel), manželek přátel (manželů přítelkyň). Dopady tohoto chování na manželské vztahy a vztahy s přáteli či v práci jsou ničivé.

Nejllepším způsobem, jak snížit riziko takového chování, je zůstat co nejvíce s lidmi, kterým věříte a kterým se případně můžete se svým nutkáním navazovat sexuální kontakt svěřit. Pokud například jdete na večírek a máte s sebou blízkou osobu, která je o vašich sklonech informována, může vám zabránit je uskutečnit. Obzvláště důležité je však vyvarovat se pití alkoholu a požívání návykových látek. Alkohol a drogy vás činí ještě méně kritickým a dále zvyšují pravděpodobnost vašeho nesoudného chování.

Na druhou stranu přítomnost prodromálních příznaků mánie není důvodem k přerušení oboustranně uspokojivého sexuálního života s vaší stálou partnerkou (partnerem).

3) Udržujte stabilní denní rytmus

Pokud se u vás projeví první příznaky mánie, je zásadní nadále udržovat váš stabilní denní rytmus. Je nutné co nejlépe zabezpečit váš spánek v noci (případně s léky na spaní po konzultaci s vaším psychiatrem), únosné pracovní zatížení, adekvátní odpočinek. Vyhněte se stresujícím interakcím s blízkými lidmi, dodržujte schéma užívání předepsaných léků. Zaznamenávejte denně do deníku nálady svůj stav a pravidelně hodnotěte svoji situaci se svým psychiatrem.

4) Konzultujte svoji situaci se svým psychiatrem

Spolupráce s psychiatrem je v léčbě zásadně důležitá. Snaha zabránit rozvoji manických epizod nebo zmírnit jejich dopady je významnou částí této fáze léčby.

Většina psychiatrů nemocného informuje, aby mu neodkladně zatelefonoval, kdykoli má pocit, že se jeho psychický stav zásadněji mění. Nicméně často pacient nemá pocit, že je nemocen nebo že pocity, které prožívá, jsou dostatečným podkladem pro urgentní konzultaci s psychiatrem. Otevřený hovor s popisem všech prožitků vede ke stanovení adekvátního léčebného programu pro toto období nemoci a ke stabilizaci vašeho stavu.

Co mohu dělat, když si myslím, že začínám být depresivní?

V průběhu depresivní epizody bipolární poruchy někteří pacienti zažívají příznaky „čisté“ deprese – prožitky výrazného smutku, zpomalení, neschopnost prožívat radost, únava, nuda, nebo „smíšené“ prožitky s příznaky manickými – podráždění, mrzutost, neklid, úzkosti, výbuchy vzteku, trvalé napětí bez schopnosti uvolnit se atd. Někteří pacienti dokonce nemusí v průběhu deprese prožívat smutek, vedoucím prožitkem může být prázdnota a neprožívání žádných emocí – emoční strnutí.

Deprese není způsobena nechtím nést zodpovědnost za své činy, strachem vyrovnávat se s nároky života, leností, zbabělostí nebo slabostí. Je to biologicky způsobená nemoc.

Deprese se liší od běžného smutku svou hloubkou a trváním. V úvodu této brožury jsou uvedeny klíčové otázky, zjišťující potenciální přítomnost deprese a orientační dotazník hodnotící tíži deprese.

Pro vás je však důležité, aby vám byly známy varovné příznaky prodromů „vaší“ deprese a abyste byli schopni je rozpoznat co nejdříve po jejich začátku. Čím dříve započne léčba depresivní epizody, tím trvá kratší dobu a tím méně negativních dopadů na váš život má.

Seznam vašich prodromálních příznaků deprese

S pomocí vaší rodiny nebo přátel popište, jaká je vaše **nálada a prožívání** na počátku vaší depresivní epizody (například jsem smutný, úzkostný, obavný, jsem podrážděný, vystrašený, oploštělý, emočně strnulý, vyprázdněný).

Popište změny ve vaší **energii a aktivitách** v průběhu rozvoje depresivní epizody (například jsem celkově jako vypnutý, bez „šťávy“, odtahuji se od lidí, mluvím a pohybuji se pomaleji, nic nedělám, nemám chuť na sex, cítím se unavený, neschopný uvolnit se, odpočívat).

Popište změny ve vašem **myšlení a vnímání** (například myslím pomaleji, nic mne nebaví, vše je jakoby šedé až černé, ostatní lidé se pohybují a mluví příliš rychle, pochybuji o sobě, jsem sebekritický, viním se za vše, vyčítám si svoji neschopnost, lenost, lituji svých minulých činů,

chyb, hříchů, cítím beznaděj, nejsem schopen se soustředit, cítím se hloupý, nejsem schopen se rozhodovat, napadají mne myšlenky na sebevraždu, nejsem schopen se zbavit nutkavých opakujících se myšlenek, starostí).

Popište změny ve svém **spánkovém režimu** (například déle usínám, v noci se opakovaně probouzím a nejsem schopen dlouho usnout, nejsem schopen dospat do rána, budím se o hodinu až dvě dříve než obvykle, jsem přes den ospalý, spím zásadně více než obvykle).

Zásadním přístupem v léčbě depresivní epizody je farmakoterapie. Léčba pomocí stabilizátorů nálady s antidepresivním účinkem, anti-depresiv, případně elektrokonvulzivní terapie, má vést jak k odeznění akutních příznaků deprese, tak ke snížení pravděpodobnosti relapsu depresivní nebo manické epizody.

Déledobá individuální nebo skupinová psychoterapie má rovněž velmi důležitou úlohu v léčbě depresivní epizody bipolární poruchy a v prevenci relapsu poruchy nálady.

V kapitolách o psychoterapii, prevenci suicidálního jednání a léčbě manické epizody jsou zmíněny některé zásady, které je vhodné dodržovat i v průběhu akutní a odeznívající depresivní epizody.

V následující části předkládáme několik rad těm, kteří trpí nebo trpěli depresivními příznaky. Tato doporučení však v žádném případě nemohou nahradit řádnou léčbu. Deprese negativním způsobem zkresluje pohled na sebe, svět, životní situaci i budoucnost. Toto zkreslené hodnocení může přetrvávat v různé míře až do doby, než začne fungovat léčba. Do té doby je třeba dodržovat následující zásady.

Co dělat a co nedělat během deprese

Jsou to doporučení, která nemohou nahradit řádnou léčbu, ale mohou vám pomoci si uvědomit, co dělat a co nedělat během deprese.

- **Ujasněte si, že deprese je nemoc, která je léčitelná.** Není to vaše vina ani vina někoho druhého. Při depresi dochází k vyčerpání některých látek souvisejících s hladinou naší energie.
- **Nezůstávejte s problémem sami.** První důležitou zásadou je pokusit se nezůstat se svými prožitky izolovaný. Je to velmi těžké, protože často důvěra v možnost změny chybí. Navíc se řada lidí za svou depresi stydí. Přesto má každý zpravidla nějakého člověka, o kterém ví, že to s ním myslí dobře. Častěji to bývá sourozenec nebo přítel, ale také rodič nebo vzdálenější příbuzný. S ním je možné se podělit o to, co se s vámi děje. Není možné po něm chtít, aby plně porozuměl všem

vaším prožitkům. Může vám ale poskytnout podporu, pomoci ustát sebevražedné myšlenky a doprovodit vás k lékaři.

- **Důvěřujte svému lékaři a nebojte se mu sdělit své potíže** a problémy, zejména úvahy o sebevraždě. Za své problémy se nestyděte.
- **Pravidelně užívejte léky, které vám odborník předepsal!** Ať vás kdokoliv odrazuje nebo sám jste pod vlivem nepřesných představ o lécích, vězte, že právě léky vám pomohou. Nečekejte však, že to bude ze dne na den. Pokud jim nevěříte, přečtěte si o tom více nebo se dále poraďte se svým psychiatrem.
- **Neklad'te si žádné náročné cíle a úkoly.** Na jejich řešení nemáte dost energie.
- **Během deprese nedělejte žádná závažná rozhodnutí** (jako jsou rozchod v důležitém vztahu, odchod od rodičů, změna bydliště, finanční investice, změna zaměstnání apod.). Depresí je rozhodování výrazně ovlivněno.
- **Nesrovnávejte aktivitu v nemoci se svou aktivitou ve zdraví.** Nehodnoťte svůj výkon! Je pravděpodobně daleko menší než od sebe požadujete. Zhoršení výkonnosti je typický příznak deprese. Vaše výkonnost se plně vrátí, jakmile deprese odezní.
- **Neříkejte si, že deprese „zlomíte vůli“.** Někteří lidé se o to pokoušejí a vesměs to vede ke zhoršení stavu. Deprese je totiž onemocnění, které vůli ochromuje. Na prosazování „vůle“ nemáte dost energie. I kdyby se vám podařilo na chvíli „se vzchopit“ a násilně se překonat, bude následovat těžké vyčerpání a zhoršení stavu.
- **Zkuste dělat to, co je vám příjemné.** Takových činností bude zpočátku velmi málo, ale jsou důležité. Můžete zkusit lehké tělesné cvičení, četbu krátkých článků, nenáročný program v televizi. Věřící může povzbudit účast na církevních setkáních. Nepřehánějte to však a hlavně nečekejte, že to ihned nějak výrazně zlepší vaši náladu. Pravděpodobně zpočátku to nebude mít žádný účinek. Dlouhodobě však tyto aktivity pomáhají zmírnit deprese.
- **Pokud se odhodláte k delší činnosti, rozdělte ji na menší úseky.** Mezi jednotlivými částmi si oddechněte a věnujte se něčemu, co je příjemnější než daná činnost (i když jako každý člověk v depresi úplně příjemně budete prožívat jen málo aktivit).
- **Neočekávejte od sebe příliš.** Nadměrná očekávání pouze zvyšují pocity selhání. Kdykoliv se pro něco rozhodnete nebo cokoliv si naplánujete, zkuste nejdříve snížit svoje očekávání na polovinu nebo na třetinu. Snižte si laťku. Naučte se být k sobě laskavější. Jako kdybyste měli vysokou horečku. Vaše současná únava a nevýkonnost jsou podobného rázu.

- **Neuchylujte se do samoty, udržujte kontakt s blízkými lidmi.** Vyhněte se izolaci a zkuste být s druhými lidmi. Je to lepší, než být sami. Může to pro vás znamenat určité přemáhání, ale samota depresi zhoršuje, protože dává více času na sebevýčitky a katastrofické představy.
- **Nepokoušejte se depresi „zaspat“** tím, že budete polykat hypnotika během dne nebo pít alkohol. Lidé, kteří se o to pokoušeli, nakonec propadli ještě větší depresi. Alkohol snižuje účinnost antidepresiv a může vyvolat výrazné nežádoucí účinky.
- **Velmi pečlivě zvažujte, zda si jít lehnout do postele.** Lůžko je na spaní v noci. Pokud se vám opravdu chce spát, nebo pokud si v posteli doopravdy odpočínáte, je to na místě. Pokud však do postele utíkáte a pak místo odpočinku následují trýznivé sebevýčitky, raději se jí vyhněte. Polehávání se sebevýčítkami totiž výrazně zhoršuje depresi. Lepší je věnovat se drobným odpočinkovým činnostem, sledování televize, byť s menší pozorností, rozhovoru s lidmi, tělesnému cvičení, procházce apod.
- **Nedůvěřujte svým negativním myšlenkám, jsou negativně změněné.** Pokud se objeví, zkuste buď myslet na něco jiného, nebo je zahnat nějakou činností. Negativní myšlenky patří k depresi a zmizí, jakmile deprese ustoupí.
- **Pokud se odhodláte k delší činnosti, rozdělte ji na menší úseky.** Mezi jednotlivými částmi si oddechněte.
- **Nevěřte lidem, kteří vám říkají, že „byste se měli vzchopit“**, že „to chce jen trochu více vůle“ nebo dokonce, že jste líní. Pravděpodobně o depresi vůbec nic nevědí. Někdy to s vámi myslí dobře, chtějí vás povzbudit, ale spíše vám ublíží.
- **Nestyďte se brečet**, kdykoliv potřebujete. V pláči bývá alespoň krátká úleva. Nebojte se říci, když máte zlost.
- **Nečekejte od léčby zázraky za několik dní.** Nečekejte, že deprese zmizí rychle. Léčba potřebuje svůj čas, řádově týdny až měsíce.
- **Zásadně v depresi nejezděte na dovolenou**, ani kdyby vám to někdo doporučoval. Zkuste neměnit prostředí, pokud to půjde. Každá změna prostředí zvyšuje nároky na adaptaci a na to nemáte dost energie.
- **Pokud vás přepadají myšlenky na sebevraždu, řekněte to svým blízkým a hlavně to řekněte svému lékaři.** Je to velmi důležité, protože sebevražda je to, co vás může ohrozit ze všeho nejvíce.
- **Vysvětlete své rodině, že deprese je nemoc.** Ještě lepší je požádat lékaře, aby to udělal za vás. Příbuzným nechte přečíst tento text. Je důležité vědět, že ani vy ani rodina nejste vinni.

- **Neukončujte předčasně léčbu, i když se už budete cítit dobře.** Nechte o tom rozhodnout lékaře. Deprese se často vrací – je důležité brát léky alespoň půl roku po jejím odeznění.
- **V depresi nemohou pomoci léčitelé, akupunktura, homeopatie nebo jiné alternativní praktiky.** Zejména pokud ten, kdo vám je ordinuje, požaduje vysazení antidepresivní medikace. To vede zpravidla k výraznému zhoršení stavu.

Specifické postupy, které se používají k ovlivnění depresivních příznaků, zahrnují:

Plánování činnosti

Nejlepším způsobem jak přerušit bludný kruh depresivního prožívání je postupně zvýšit svoji aktivitu. Jaké to má důvody:

- když něco děláte, **odvádí vás to od negativních myšlenek**
- při vhodné míře aktivity **budete méně unavení.** Při depresi se totiž pocit únavy zvyšuje tím, že je člověk pasivní. Rozumná míra aktivity osvěží, takže je člověk méně depresivní
- aktivita zlepšuje vaši **schopnost konstruktivně myslet**
- když si budete plánovat činnost předem, postupně získáte **pocit kontroly** nad svým životem
- plánování **zjednoduší rozhodování**, co v dané chvíli dělat
- **činnost zvýší chuť něco dělat**

Zkuste si na každou hodinu dne vymezit nějakou činnost. Začněte velmi jednoduchým, nenáročným plánem. Do formuláře si napište seznam položek, které si plánujete na příslušný den. Začněte s nejllehčí činností a pokračujte ke složitějším. Odškrtněte si každou činnost, jakmile ji dokončíte. Jde o velmi jednoduchou, ale přitom velmi užitečnou techniku. Seznam má dvě části. Ve sloupci „**PLÁNOVÁNÍ**“ napište hodinu po hodině, co byste chtěli dělat celý den. Nemusíte se moc rozepisovat. Stačí napsat do každé kolonky 2–3 slova, která popisují plánovanou činnost. Například „udělat snídani“, „vypravit děti do školy“, „cesta do práce“, „žehlení“, „četba“, „sledování televize“ apod. To nevyžaduje více než 10 minut času pro naplánování celého dne. Na konci dne vyplňte druhý sloupec „**PLNĚNÍ**“. Zachyťte do každé kolonky, co jste ve skutečnosti v daném čase dělali. Může to být činnost, kterou jste si naplánovali, nebo něco jiného. Dokonce i když jste jenom leželi, запиšte si to. Navíc označte každou aktivitu, zda se jednalo o výkon „V“ nebo o prožitek „P“. **Výkonové aktivity** „V“ zahrnují činnosti jako vaření, praní, práce v zaměstnání, úklid, vyřizování apod. **Prožitkové aktivity** „P“ zahrnují četbu, poslech hudby, sledování filmu, milování, jídlo apod. Poté, co jednotlivé aktivity označíte, запиšte si za značku aktivity míru výkonu nebo míru

příjemnosti. Použijte **stupnici** od 1 do 5. Na této stupnici zachyťte buď náročnost aktivity při výkonu nebo příjemnost při prožitku. Například skóre V-1 dostanou lehké úkoly, jako je obléknutí se, hygiena, zatímco V-5 může zachycovat aktivity jako praní prádla, řešení úkolu v práci, složité jednání na úradě apod. Podobně P-1 zachycuje velmi malý nebo téměř žádný příjemný pocit z dané prožitkové aktivity, zatímco P-5 mluví o silném prožitku radosti, spokojenosti, klidu nebo krásy. Některé aktivity, jako je například vaření, mohou u některých lidí skórovat jak v oblasti V, tak v oblasti P, pokud vaří s pocity radosti.

Proč může tak jednoduchá technika pomoci? Za prvé umožňuje si *uvědomit*, kolik činností doopravdy během dne člověk zvládá, nakolik jsou náročné a kolik prožitku mohou přinést. Za druhé učí plánovat si *vybalancovaně výkonové a příjemné aktivity*. Nutí myslet i na náležitý odpočinek. Umožní *plánovat si aktivity, které přinášejí více prožitku a více uspokojení z výkonu*. Naučí vás to také plánovat *alternativní činnost, dávat si plán, který odpovídá vaší situaci*. Toto plánování je velmi důležité zejména pro víkendy, kdy se velká část lidí propadá do depresivních rozlad. Při neplánovaném čase mají pak zpětně pocit, že vlastně nic pořádného neudělali, že čas „proflákali“. Je velmi užitečné si víkend naplánovat dopředu i s alternativními činnostmi, kdyby se podmínky změnily. Dále je velmi důležité **se odměnit**, když se vám podaří plán splnit.

Tabulka 3 Záznam denní aktivity (středa 24. června 1998)

Čas	Plánována aktivita	Skutečnost	V	P
6-7	ranní cvičení, müsli k snídani	bez cvičení, müsli k snídani	1	2
7-8	krmení, nákup, čtení MF Dnes	krmení, nákup, čtení MF Dnes	3	2
8-9	praní bílého prádla, káva	káva, ležení	1	1
9-10	žehlení pro Věrku na tábor	žehlení pro Věrku na tábor	3	2
11-12	krmení, procházka Stromovka	krmení, ležení	1	1
12-13	procházka Stromovka	procházka Stromovka	3	3
13-14	úklid kuchyně a koupelny	praní bílého prádla	4	2
14-15	vyzvednout peníze, pojištění	vyzvedla jsem peníze a pojistila	2	3
15-16	krmení, sbalit Věrku	krmení, sbalila jsem na tábor	4	3
17-18	připravit šunkofleky	připravila jsem šunkofleky	3	4
18-19	večeře a povídání s Václavem	večeře a povídání, pochválil mě	2	4
19-20	krmení, sbírání prádla	krmení, sbírání prádla	2	3
20-21	uspávání, TV: 17 měsíců D. H.	uspávání, usnula jsem	1	3
21-22	TV: „21“, Kotel	milování	3	2
22-23	promluvit o dovolené	spala jsem	1	3

Jak svůj záznam co nejlépe používat?

Váš plán i záznam činností je pro vás pomocí, neměl by být „bičem“, kterým se chcete uštvat. Proto několik jednoduchých pravidel:

- Berte svůj záznam **jako pomůcku**. Ne jako příkaz. Často se může stát, že nebude možné se věnovat činnosti, kterou jste plánovali. Napište si do záznamu, co jste skutečně v dané době dělali a pokračujte dále v plánu, jakmile to bude možné.
- Dbejte na **vyváženost pracovních úkolů a příjemných aktivit**.
- Zkuste **dodržovat časový rozvrh**. Nesnažte se tolik o dokončení úkolů jako o udržení časového sledu.
- Plánujte si i **volný čas do rezervy**, který můžete použít na to, co jste nestihli v časovém rozvrhu.
- Větší úkoly, zejména když trvají více než hodinu, **si rozdělte na menší úseky**. Po každém úseku si udělejte přestávku.
- **Množství aktivity je nyní důležitější, než její kvalita**.

- Plánujte pokud možno **co nejkonkrétněji**. „Vaření“ nebo „úklid“ zahrnuje příliš široký okruh činností. Málo konkrétní plán na vás bude působit šedě. Snažte se mu dát „barvu“. „Budu vařit k obědu špagety“, večer se budu dívat na „Lásky jedné plavovlásky“, „Vyluxuji ložnici“, jsou konkrétní hesla, které dávají dni „barvu“.
- **Vydržte u činností**, které jste si naplánovali. Hlavním cílem je být aktivní. Nemusíte věci dělat dokonale.
- Nečekejte, že když budete aktivnější 1–2 dny nebo týden, zmizí vaše deprese. To by vás zklamalo. Depresi začne zmírňovat až dobrý pocit z **více týdnů** plánované činnosti.
- Činnost raději **přerušujte tehdy, kdy vám jde celkem dobře**, nikoliv, když vám přestává jít. V druhém případě vydržte ještě chvíli a přestaňte, až budete mít o něco lepší pocit.
- **Zaměřujte se na to, co jste už dokázali**, co se povedlo, co vám šlo. Zkuste se vyhnout vracení k tomu, co nevyšlo.
- Každý den večer se podívejte, jak plán plníte a **ODMĚŇTE SE** za to, že jste se vůbec o něco pokusili. Po každé činnosti si dopřejte malou odměnu. Může to být káva, banán, uvolnění na krátké procházce, příjemná hudba. Odměna je velmi důležitá k povzbuzení. Nikdy se však neodměňujte předem. To vede k odkládání činnosti.
- **Vyhýbejte se polehávání v posteli**. Postel slouží k spánku nebo odpočinku po činnosti, kterou jste vykonali. Vyvarujte se používat postele k úniku od činností nebo schovávání se před sebou. Když to uděláte, téměř jistě se budete cítit hůř.

Zpochybňování depresivních myšlenek

Automatické depresivní myšlenky pomáhají udržovat depresi. Pokud je dokážete odmítnout, pomůže vám to výrazně depresi zmírnit. Naučíme se, jak si uvědomit „chyby v myšlení“, a posléze jak pomocí myšlení změnit i to, jak se cítíte.

Ke zpochybňování depresivních myšlenek nám bude sloužit několik následujících kroků:

1) Spojení – uvědomit si vztah mezi negativními emocemi a depresivními myšlenkami.

Prvním krokem ke zvládnutí depresivních myšlenek je uvědomit si, jakým způsobem myslíte a jak to ovlivňuje vaši náladu. Začněte si všimnout, kdy se vaše nálada mění. Zapište si, co se právě děje a co vám v tu chvíli právě běželo hlavou. Zpočátku se vám bude možná zdát obtížné svoje depresivní myšlenky rozpoznat. Nenechte se odradit. Za čas vám to půjde docela dobře.

- Kdykoliv cítíte zhoršení nálady, запиšte to do kolonky „záznam depresivních myšlenek“. Zkuste odhadnout, nakolik špatně jste se cítili na stupnici 0–100. Hodnota 0 znamená, že jste se cítili dobře, hodnota 100 znamená nejhorší možný pocit, který si umíte představit.
- Pak si запиšte situaci – co jste dělali nebo kde jste byli.
- Pak запиšte depresivní myšlenky, které vás automaticky napadly těsně předtím nebo přímo v tu chvíli, kdy se vaše nálada změnila k horšímu. Pokud přímo myšlenky nezachytíte, zkuste si ujasnit své hodnocení toho, co se děje. Jaký to pro vás má význam. Jaký to bude mít dopad. To vám pomůže si depresivní myšlenky vybavit.

Tabulka 4 Záznam depresivních myšlenek

Datum	Situace	Automatické myšlenky	Emoce	Racionální odpověď	Výsledek
6. 5. 1998 10:00	Soused mi neodpověděl na pozdrav.	Nestojím mu ani za pozdrav.	Lítost a vztek	-	-
		Něco proti mně má.	Strach	-	-
		Dává mi najevo, jak mnou pohrdá.	Smutek	-	-
		Všichni vidí, jak jsem neschopná.	Rezignace	-	-
6. 5. 1998 13:00	Dcera nechtěla sníst oběd. Křičela jsem na ni.	Dělá mi to, protože mě nemá ráda.	Lítost	-	-
		To, co vařím, nikomu nechutná.	Lítost	-	-
		Jako matka jsem úplně selhala.	Vztek na sebe	-	-
		Dopadne tak blbě jako já.	Strach	-	-

2) Testování – zkoumání pravdivosti depresivních myšlenek.

Když se již naučíte si svoje depresivní myšlenky lépe uvědomovat a zachycovat, dalším krokem je logicky je zkoumat. Jsou skutečně „úplně pravdivé“? Odpovídají doopravdy nejlíp tomu, co se stalo? Nemýlím se? Nepřeháním?

Typické otázky k zjišťování pravdivosti depresivních myšlenek:

- Nejsou možná i jiná vysvětlení? Jaká?
- Proč si myslím, že právě toto hodnocení situace je nejpravdivější?
- Co svědčí pro a co proti jednotlivým vysvětlením?
- Neškodím si zbytečně takovými myšlenkami?
- Jak tento závěr ovlivňuje moji náladu? Pomáhá mi to nebo škodí?
- Jak tento závěr ovlivňuje moje chování? Chci to tak?
- Je ta situace doopravdy tak vážná, jak si říkám? Nepřeháním?

3) Racionální odpověď - myšlenka, která více odpovídá skutečnosti.

Poté, co jste se důkladně zeptali na jednotlivé depresivní myšlenky, zkuste si do další kolonky v „záznamu depresivních myšlenek“ zapsat racionální odpověď, kterou jste na otázky našli. Může to být jedna odpověď, může jich však být i více.

Příklad práce s myšlenkou:

Situace: Soused mi neodpověděl na pozdrav.

Myšlenka: Dává mi najevo, jak mnou pohrdá.

1) Testování: Nejsou možná i jiná vysvětlení? Jaká?

- a) nevšiml si mně, byl zamýšlený*
- b) možná pozdravil už dříve a já jsem si toho nevšimla*
- c) prostě zapomněl pozdravit*

2) Testování: Proč si myslím, že právě toto hodnocení situace je nejpravdivější?

Už si to nemyslím, je to vyvoláno mojí depresí.

3) Testování: Neškodím si zbytečně takovými myšlenkami?

Škodím, horší to moji náladu. Nechci už tak myslet.

4) Testování: Je situace doopravdy tak vážná, jak si říkám? Nepřeháním?

Je to naprosto nedůležité, přeháním, když se tím vůbec zabývám.

Racionální odpověď: *To, že mě soused nepozdravil, nemusí znamenat nic o tom, že by mnou pohrdal. Když si něco takového myslím, škodím si sama. Je zbytečné se zabývat takovými myšlenkami, zhoršují mi náladu.*

4) Výsledek - co můžete udělat nyní a v budoucnu.

Na závěr si položte otázku - co konstruktivního můžu nyní udělat? Odpověď na ni si zapište pod „Výsledek“. Zde je možné také zaznamenat, co jiného byste mohli v příští podobné situaci udělat, abyste se necítili tak špatně.

Tabulka 4 Záznam depresivních myšlenek – pokračování

Datum	Situace	Automatické myšlenky	Emoce	Racionální odpověď	Výsledek
6. 5. 1998 10:00	Soused mi neodpověděl na pozdrav.	Nestojím mu ani za pozdrav.	Lítost a vztek	Nezaregistroval mě.	Přestanu se tím zabývat, není to tak významné.
		Něco proti mně má.	Strach	Nemám důvod si to myslet.	
		Dává mi najevo, jak mnou pohrdá.	Smutek	Přehnaná reakce na situaci, kdy mě nepozdravil soused.	Příště ho sama pozdravím podobně a hlasitěji.
		Všichni vidí, jak jsem neschopná.	Rezignace		
6. 5. 1998 13:00	Dcera nechtěla sníst oběd. Křičela jsem na ni.	Dělá mi to, protože mě nemá ráda.	Lítost	Nejí, protože na to nemá chuť.	Omluvit se, že jsem na ni zbytečně křičela.
		To, co vařím, nikomu nechutná.	Lítost	Většinou to s chutí snědí.	
		Jako matka jsem úplně selhala.	Vztek na sebe	To, že se občas rozkřiknu, není úplně selhání.	Příště se jí předem zeptám, zda má hlad a pokud to přeženu s přisností, omluvím se.
		Dopadne tak blbě jako já.	Strach	To se straším, ale ani já jsem zas tak strašně nedopadla.	

Nácvik komunikace

Velmi častým spouštěčem úzkosti a deprese bývají problémy v mezilidské komunikaci. Typickým problémem bývá potíž snést kritiku druhého bez pocitů viny a méněcennosti, neschopnost říci ne, malá schopnost dávat komplimenty a z toho plynoucí nedostatek komplimentů získaných. Tyto dovednosti se dají nacvičit v tréninku asertivity. Je součástí kognitivně behaviorálních programů. Komunikačním dovednostem se však v této brožurce nemůžeme dostatečně věnovat. Odkazujeme vás na naši publikaci „Asertivitou proti stresu“ (Praško a Prašková, Grada 1996).

Sebevražedné jednání a sebevražda

„Sebevražda je trvalým řešením dočasného problému“

Myšlenky na sebevraždu jsou velmi často jedním z příznaků bipolární poruchy. Většinou se objevují v období depresivní epizody, mohou však být přítomny i v období smíšené či manické epizody, zvláště pokud je manická epizoda spojena s podrážděností, napětím a mrzutostí.

Sebevražedný pokus může být výsledkem pečlivého plánování nebo náhlého impulzivního zkratu. Udává se, že riziko pro spáchání sebevraždy u bipolárních pacientů je až 15krát vyšší než u zdravých osob, asi 50 % bipolárních pacientů učiní v průběhu života alespoň jeden sebevražedný pokus a až 15 % bipolárních pacientů zemře sebevraždou.

Myšlenky na sebevraždu rozhodně nejsou projevem slabé vůle, mravní zkaženosti nebo nekázně bipolárních pacientů, ale vyplývají z biologických a genetických mechanismů. Souvisejí stejně jako ostatní příznaky bipolární poruchy s narušením rovnováhy biochemických látek v mozku (především serotoninu).

Proto se nemusíte stydět za svoje sebevražedné myšlenky, v podstatě se s nimi setkal každý nemocný trpící bipolární poruchou.

Touha uniknout

Pacienti trpící bipolární poruchou trpí často pocity bezvýchodnosti, jsou přesvědčeni, že nic v jejich životě se nezlepší a utrpení bude trvat věčně. V této situaci hledají únik z trýznivých pocitů „psychické bolesti“. Motivace uniknout z neúnosných příznaků bývá častěji motivací k sebevraždě než prostá touha zemřít. Úmrtí, v této situaci úmrtí sebevraždou, se zdá být nemocnému jediným východiskem z jeho životní situace.

Myšlenky na sebevraždu je však možné mírnit a léčit pomocí psychofarmak. Je prokázáno, že dlouhodobá léčba lithiem vede k zásadnímu snížení sebevražedných pokusů a dokonaných sebevražd u bipolárních pacientů. Akutně je však možné sebevražedné myšlenky a nutkání léčit pomocí dalších léků, používaných k léčbě bipolární poruchy (například antipsychotika).

Faktory, které zvyšují riziko sebevražedného jednání

Pokud jsou u pacienta přítomny níže uvedené rysy, zvyšuje se pravděpodobnost jeho sebevražedného jednání, obzvláště tehdy, pokud je těchto rysů přítomen vyšší počet. V žádném případě to však neznamená, že se při přítomném vysokém počtu těchto faktorů stává sebevražedné jednání jistým, pouze představuje hrubé měřítko odhadu jeho rizika.

- Bipolární porucha spojená s pravidelným požíváním alkoholu nebo jiných návykových látek
- Mužské pohlaví
- Kratší doba trvání bipolární poruchy a dosud zažitých pouze několik epizod bipolární poruchy
- Příznaky závažné úzkosti – záchvaty paniky, neklidu, děsu
- Sklon k impulzivnímu jednání – bezohledné řízení auta při vysoké rychlosti, výbuchy násilného jednání
- Nedávná hospitalizace na psychiatrii
- Sebevražedný pokus v minulosti
- Příbuzný, který spáchal sebevraždu nebo se choval násilně
- Zážitek nedávné nepříznivé životní události spojené se ztrátou blízké osoby – rozchod, rozvod, úmrtí rodinného příslušníka
- Absence blízkých přátel a rodinných příslušníků
- Nepřítomnost rychlého a přímého kontaktu s psychiatrem nebo psychoterapeutem
- Pocity beznaděje do budoucna
- Nepřítomnost důležitých důvodů, proč zůstat naživu – například vychovat děti
- Přemýšlení o konkrétním plánu (sníst léky, skočit z okna ...) a dostupnost těchto prostředků (přístup k lékům, ke střelné zbraně)

Jak uchránit sám sebe před suicidálním jednáním?

Myšlenky na sebevraždu se většinou objevují v průběhu rozvoje depresivní nebo smíšené epizody bipolární poruchy a s tím, jak se váš psychický stav zhoršuje, se tyto myšlenky stávají zřetelnějšími a častějšími. Nejprve se objevují prchavé, nekonkrétní nápady („Zajímalo by mne, jaké by to bylo být mrtvý“), poté se stávají závažnějšími („Vím, že nechci žít, nevidím žádné východisko ze své situace, nevím však jak se zabít“) až po zcela konkrétní („Rozvážil jsem řadu možností jak se zabít, zvolil jsem jednu z nich, připravil jsem, co k ní potřebuji a určil jsem si, kdy a kde sebevraždu uskutečním“).

Tyto myšlenky jsou součástí bipolární poruchy, nicméně je možné s nimi bojovat a chránit se před nimi.

Suicidální prevence představuje:

- **omezení přístupu k sebevražedným prostředkům**
- **posílení přístupu k osobám, které vám mohou pomoci a podporují vás (psychiatr, psychoterapeut, rodinní příslušníci, přátelé).**

Je důležité zahájit níže uvedené aktivity co nejdříve, pokud je skluz do deprese příliš hluboký a pocity bezvýchodnosti příliš silné, sebevražedné pokusy mají většinou impulzivní charakter.

Strategie, které uvádíme, snižují pravděpodobnost uskutečnění sebevražedných myšlenek, přestože jsou u bipolárního pacienta přítomny. V průběhu dlouhodobé léčby bipolární poruchy jsou období, kdy jsou u nemocného sebevražedné myšlenky přítomny i přes optimální spolupráci pacienta s psychiatrem a rodinou. Některé z uvedených strategií vám mohou pomoci se sebevražednými myšlenkami bojovat a při jejich zvýraznění adekvátně reagovat.

Strategie č. 1: Zbavte se nástrojů a prostředků, které vás mohou zabít

Pokud se u vás objeví nebo se zvýrazní sebevražedné myšlenky, představuje praktický krok v boji proti sebevražednému jednání zbavení se nástrojů a prostředků, které jsou životu nebezpečné. Jde o střelné zbraně, ostré nože, jedy, psychofarmaka, provazy a jiné nebezpečné předměty. Předejte je blízké osobě, manželce (manželovi), blízkému příteli. Abyste neměli možnost se předávkovat léky, které dlouhodobě užíváte k léčbě bipolární poruchy, mějte doma zásobu vždy pouze na několik dnů a požádejte blízkou osobu, aby vám zbytek schraňovala a vydávala dle vaší skutečné potřeby. Přestože tato strategie se dotýká pouze povrchu problému sebevražednosti (omezuje prostředky, nikoli motivaci), může významnou měrou snížit pravděpodobnost aktivního sebevražedného jednání.

Strategie č. 2: Ihned konzultujte svůj stav se svým psychiatrem

Pokud máte naplánovanou pravidelnou návštěvu u vašeho psychiatra až za několik týdnů, ihned mu zavolejte, popište mu svůj současný psychický stav a smluvte si u něj co nejdříve návštěvu. Pokud toho nejste schopni, požádejte rodinného příslušníka nebo jinou blízkou osobu, aby to udělala za vás. Cílem setkání s psychiatrem v této situaci je společné zhodnocení reálného rizika sebevražedného jednání.

Samotné sdělení vašemu psychiatrovi, že vás napadají myšlenky na sebevraždu, pro vás nemusí být příjemné.

Rovněž většina pacientů má obavu, že jejich psychiatr:

- 1) je okamžitě odešle k hospitalizaci na psychiatrii

- 2) bude zklamán tím, že se jím navržená léčba nevede a že jeho léčebný plán selhal
- 3) bude v rozpacích ohledně tématu sebevraždy a bude mu nepříjemné se o tomto problému bavit

Žádná z těchto obav není tak docela nereálná, k hospitalizaci vskutku může dojít, psychiatr může být zklamán aktuální situací vaší léčby a s tématem sebevraždy nemusí být zcela vyrovnán. Pokud máte pocit, že si v těchto oblastech se svým psychiatrem nerozumíte, řekněte mu to a snažte se společně najít východisko z případného nedorozumění.

Na této návštěvě velmi pravděpodobně dojde ke změně vašeho léčebného plánu, jedna z možností je přidání k vaší současné terapii antidepresiva nebo zvýšení jeho dávky nebo změna na jiný typ antidepresiva, další možností je změna dávky stabilizátoru nálady nebo přidání dalšího stabilizátoru. V případě závažného zhoršení vašeho stavu a vysokého rizika sebevražedného jednání je hospitalizace nejúčinnější možností jak co nejdříve dosáhnout úlevy od vašich současných potíží a zásadně snížit riziko sebevraždy.

Pokud je pacient zařazen do psychoterapeutického procesu, se svým psychoterapeutem může po návštěvě psychiatra pracovat na ozřejmění bludného kruhu sebevražedných myšlenek a na strategiích, které jej mají přerušit. Rovněž je možné zarámovat aktuálně přítomné sebevražedné myšlenky do širšího životního rámce.

V každém případě však vezte, že nově přítomné nebo zvýrazněné sebevražedné myšlenky jsou důvodem pro urgentní návštěvu vašeho psychiatra (nebo jakéhokoli psychiatra, pokud váš psychiatr není dostupný).

Strategie č. 3: Obráťte se na své blízké

Blízký kontakt s lidmi funguje do jisté míry stejně jako antidepresivum, proto v obdobích, kdy se necítíte po psychické stránce dobře, je dobré se na vaše blízké obrátit. Buďte si však rovněž vědomi, že ve chvílích, kdy jste výrazněji depresivní, máte sklon odmítat kontakty s druhými lidmi a rovněž očekáváte, že oni vás odmítnou nebo odsoudí, pokud se jim svěříte. Myšlenky typu „Nikdo mi nemůže pomoci, jsem na všechno sám, je zbytečné s kýmkoli o svých pocitech mluvit“ přispívají k pocitům bezvýchodnosti a osamělosti.

V naprosté většině případů, pokud se rozhodnete o svých potížích mluvit se svými blízkými, v konečném důsledku to bude pro vás pozitivní.

Nejprve si zkuste určit, který z vašich blízkých je schopen vám nejlépe naslouchat a který vám v minulosti nejlépe porozuměl a pomohl svou blízkostí. Tento člověk by měl být přiměřeně v životě optimistický,

ale také realistický. Povšechné chlácholení „Vše zase bude lepší“ není v této situaci vhodné, adekvátní je důvěrné probrání všech negativních myšlenek a obav a porovnání s reálným stavem věcí. Přímočaré vyvracení negativních přesvědčení není správné, vede u nemocného spíše k pocitům nepochopení. Jednodušší je kontakt s blízkou osobou, která má již zkušenost s vaší nemocí, v ostatních případech ale buďte připraveni, že vám druzí nemusí zcela rozumět, jejich lidské přijetí však pro vás i tak může být velmi prospěšné. Na druhou stranu se zkuste vyhnout osobám, o kterých víte, že jsou schopny vás zranit.

V žádném případě, pokud hovoříte se svými blízkými o svých sebevražedných myšlenkách, nenahrazuje to urgentní kontakt s vaším psychiatrem.

Strategie č. 4: Určete si důvody, pro které stojí za to žít

Mnohokrát budete se svými sebevražednými myšlenkami sami. V těchto chvílích pravděpodobně budete hodnotit všechna „pro a proti“ sebevraždy. Jak jsme uvedli výše, myšlenky na sebevraždu vyplývají z biologické podstaty bipolární poruchy a i když se vám zdá, že jsou součástí vás samých, jsou projevem nemoci, v podstatě tedy něčím vám bytostně cizím. Pokud máte proti nim obranu v podobě vašich vlastních důvodů, proč vám stojí za to žít, je vyšší pravděpodobnost, že se jim ubráníte. Níže uvedený seznam byl vypracován odborníky na problematiku sebevražednosti a může pomoci v boji se sebevražednými myšlenkami.

Seznam důvodů proč žít

Zaškrtněte níže uvedené důvody, pro které byste **nespáchali** sebevraždu, pokud by vás napadaly sebevražedné myšlenky nebo by vás k ní někdo naváděl.

- Mám zodpovědnost a závazky vůči své rodině
- Věřím, že jsem schopen se vypořádat se svými problémy
- Věřím že mám v svých rukou svůj život a osud
- Věřím, že pouze Bůh má právo ukončit život
- Bojím se smrti
- Chci vidět své děti vyrůstat
- Život je vše, co máme, a to je lepší než nic
- Mám plány do budoucna a těším se, jak se s nimi vypořádám
- Nezávisle na tom, jak moc špatně se cítím, vím, že to nebude trvat věčně a můj stav se zlepší
- Velmi miluji svoji rodinu a nedokázal bych je opustit
- Mám strach, že selže metoda, kterou bych použil při pokusu o sebevraždu

- Chci zjistit, že život má co nabídnout a že je mnoho věcí, které jsem dosud nezažil a které bych chtěl prožít
- Nebylo by fér opustit děti a nechat druhé, aby se o ně starali
- Miluji život
- Jsem příliš vyrovnaný na to, abych se zabil
- Mé náboženské přesvědčení zakazuje sebevraždu
- Bylo by to zhoubné pro život mých dětí
- Moji rodinu by to příliš zranilo a nechci, aby trpěli
- Je pro mne důležité, co si o mně druzí myslí
- Jsem přesvědčen, že sebevražda je z morálního hlediska špatná
- Ještě je hodně věcí, které musím dokončit
- Mám odvahu poprat se se životem
- Bojím se samotného „činu“ zabití se (bolesti, krve, násilí)
- Domnívám se, že když se zabiju, tak to ve skutečnosti k ničemu nepovede a nic nevyřeší
- Druzí se budou domnívat, že jsem slabý a sobecký
- Nechci, aby si druzí o mně mysleli, že se nedokážu vyrovnat se svým životem
- Nechci, aby moje rodina následně trpěla pocity viny
- Napište další důvody, proč máte žít

Strategie č 5: Nástroje „pozitivního transu“

U řady nemocných dojde k zeslabení nebo ustoupení do pozadí sebevražedných myšlenek, pokud použijí strategie vedoucí k vyvolání „pozitivního transu“. Transem v tomto smyslu rozumíme změněné a zlepšené aktuální prožívání vlivem určité psychické nebo tělesné techniky.

U některých osob může návštěva kostela nebo četba textů náboženského, filozofického obsahu nebo i z okruhu krásné literatury vést k bezprostřední úlevě od psychického strádání. Pocit sounáležitosti s širšími hodnotami nebo vcítění se do osudů druhých lidí může mít korektivní a blahodárny vliv na aktuální stav nemocného. Jiným prostředkem je sledování filmu s podobným obsahem nebo psychoterapeutický pohovor.

Pro jiné osoby je významným prostředkem k dosažení aktuální úlevy tělesné cvičení. Prostřednictvím běhu, jízdy na kole či jiného aerobního výkonu dochází u řady osob k poklesu tenze, úzkosti, sebevražedných myšlenek a k pocitu zlepšeného psychického i tělesného stavu. Jinou metodou jsou relaxační techniky, tyto jsou však nejvíce náchylné k „prolomení“ negativních sebevražedných myšlenek do mysli.

Léčba bipolární poruchy

Jak léčíme bipolární poruchu?

Neléčená bipolární porucha má většinou devastující vliv na pacienta i jeho rodinu. V současné době se pokládá farmakologická léčba jak v akutní, tak dlouhodobé fázi léčby za zásadní. Psychoterapeutické postupy a další léčebné metody mají rovněž významný léčebný vliv, v naprosté většině případů však k účinné léčbě bipolární poruchy bez farmakoterapie nestačí.

Je možné bipolární poruchu vyléčit?

Samotnou biologickou podstatu bipolární poruchy psychiatrie v současné době vyléčit nedokáže. Psychiatr ve spolupráci s pacientem je však schopen vyléčit jednotlivé epizody onemocnění (mánie, deprese) a snížit pravděpodobnost vzniku nové epizody bipolární poruchy v budoucnosti. Tímto způsobem je zásadně ovlivněn psychický stav pacienta jak v době akutní léčby epizody poruchy nálady, tak jeho osud v budoucnosti.

A) Farmakoterapie

Jaké jsou farmakologické možnosti léčby bipolární poruchy?

1) Depresivní epizoda – je snahou léčit mírné depresivní příznaky pouze optimalizací (většinou zvýšením dávky) dlouhodobě podávaných stabilizátorů nálady, nejlépe stabilizátoru nálady s antidepresivním účinkem (lamotrigin, lithium, olanzapin). Antidepresiva se podávají při výraznějších depresivních příznacích, pokud možno vždy v kombinaci se stabilizátorem nálady. Samotné podávání antidepresiv v léčbě depresivní epizody bipolární poruchy bez stabilizátoru nálady může být rizikové, u některých nemocných vede k přesmyku nálady do opačné, manické, epizody nemoci. Stabilizátor nálady tomuto přesmyku brání.

2) Hypomanická epizoda – zde je rovněž snaha léčit hypomanické příznaky optimalizací (většinou zvýšením dávky) dlouhodobě podávaného stabilizátoru nálady, který má antimanické účinky (lithium, valproáty, olanzapin), méně často přidáním antidepresiva.

3) Manická epizoda – se léčí léky s antimanickým účinkem, opět nejlépe v kombinaci s dlouhodobě podávaným stabilizátorem nálady.

Některé léky (lithium, valproáty, olanzapin), mají jak antimanické účinky, tak působí jako dlouhodobé stabilizátory nálady. Antipsychotika mají antimanické účinky, některé z nich však mohou vést k přesmyku do opačné, depresivní, epizody nemoci. Podávání stabilizátoru nálady může před tímto přesmykem chránit.

Poznámka: informace o níže uvedených lécích, jejich indikacích a interakcích nejsou zcela vyčerpávající. S otázkami ohledně bližších informací se obraťte na svého ošetřujícího psychiatra.

Stabilizátory nálady

Základem farmakologické léčby bipolární poruchy je dlouhodobé podávání léků, které snižují výkyvy nálady, zlepšují její dlouhodobou stabilitu a jsou preventivní ochranou před vznikem další epizody deprese nebo mánie v budoucnosti. Stabilizace nálady je konečným cílem léčby bipolární poruchy, proto podávání „**stabilizátorů nálady**“ bývá dlouhodobé. Obecně by se měl stabilizátor nálady podávat ve všech stadiích léčby bipolární poruchy. Ideální stabilizátor nálady by měl léčit depresivní i manickou epizodu bipolární poruchy, jeho podávání by nemělo vést k přesmyku do opačné epizody a při dlouhodobém podávání by měl snižovat pravděpodobnost vzniku nové depresivní nebo manické epizody. V tomto rozsahu účinku ideální stabilizátor nálady nemáme k dispozici, jednotlivé léky, používané v této indikaci, mají částečný, různě vyjádřený účinek na jednotlivé aspekty bipolární poruchy. Starší název pro stabilizátory nálady je **thymoprofylaktika**. Současně se během jednotlivých epizod většinou po kratší dobu užívají léky léčící depresi (antidepresiva) nebo mánie (antimanika).

Mezi stabilizátory nálady s prokázaným účinkem se v současné době zařazuje lithium, valproáty, karbamazepin, lamotrigin a olanzapin, u dalších se v současné době hledají podklady pro jejich náladu stabilizující účinky (risperidon, quetiapin a další).

Lithium

Lithium představuje „zlatý standard“ v léčbě bipolární poruchy. Je nejdéle používaným a nejlépe ověřeným stabilizátorem nálady. Má výrazné antimanické účinky, používá se v léčbě manické epizody bipolární poruchy a především jako stabilizátor nálady dlouhodobě brání vzniku nových epizod jak manických, tak depresivních. Jeho účinek antidepresivní je méně výrazný než účinek antimanický, nicméně se podává i v indikaci léčby depresivní epizody bipolární poruchy.

Podstatná je skutečnost, že je u něj jako u jediného stabilizátoru nálady prokázáno při dlouhodobém podávání zásadní **snížení rizika**

sebevražedného jednání u pacientů s bipolární poruchou. Tento vliv je nezávislý na jeho antidepresivním účinku. K dosažení antisuicidálního efektu je však nezbytné dlouhodobé nepřerušené užívání adekvátních dávek lithia; pokud dojde k náhlému přerušení užívání, riziko sebevražedného jednání naopak zásadně vzrůstá.

Indikace: léčba manické epizody bipolární poruchy, stabilizátor nálady v dlouhodobé léčbě bipolární poruchy, léčba depresivní epizody bipolární poruchy. Účinnost lithia je nejzřetelnější u pacientů, kteří trpí „typickými“ příznaky bipolární poruchy (euforická mánie, dobře ohraničené epizody) bez atypických rysů (nikoli tedy u pacientů se smíšenými epizodami nebo s rychlým cyklováním).

Dávkování: se u jednotlivých pacientů liší, cílem je dosažení hladiny v krevním séru 0,5 až 1 milimolů/litr, u manických pacientů až 1,2 milimolů/litr, při dlouhodobém podávání se hladiny většinou pohybují kolem 0,6 až 0,8 milimolů/litr. Těmto hladinám odpovídají denní dávky u většiny pacientů 600 až 1200 mg lithium karbonátu denně, avšak často jde i o nižší nebo vyšší dávky. Hladina lithia v séru se musí pravidelně sledovat, u dlouhodobě stabilizovaných pacientů minimálně jednou za 6 měsíců, jinak častěji. Nezbytné je rovněž pravidelné sledování funkce ledvin a štítné žlázy, minimálně jednou ročně. Při překročení hranic terapeutického rozmezí dochází k výrazně vyššímu výskytu vedlejších nežádoucích účinků, z nichž některé mohou být při vysokých hladinách lithia závažné a ohrožující zdraví pacienta. Je třeba rovněž vždy upozornit všechny lékaře, se kterými je pacient ve styku, na skutečnost, že pacient užívá lithium, neboť současné podávání některých léků, například diuretik, může svým mechanismem působení nebezpečně hladinu lithia v těle zvyšovat.

Vedlejší účinky: pocity nevolnosti od žaludku, únava, pocit zhoršené soustředivosti, třes horních končetin, zvýšený pocit žízně a častější močení, suchost v ústech, přibírání na hmotnosti, zřídka narušení funkce štítné žlázy, ledvin a další.

Rizika: při dehydrataci organismu vlivem silného pocení, průjmu nebo snížení příjmu tekutin roste koncentrace lithia v krvi. Ke zvýšení hladiny lithia může dojít též při nadměrném zvýšení dávek. Výsledkem může být intoxikace lithiem provázená průjmem, třesem, křečemi, zmateností a ztrátou vědomí. Důsledkem tohoto stavu může být i úmrtí. Léčebnou metodou intoxikace lithiem je hemodialýza. Pokud je lithium podáváno těhotné v průběhu gravidity, nastává zvýšené riziko pro vznik vrozených vad u plodu, proto je většinou podávání lithia v průběhu těhotenství kontraindikováno. Kojení matkami léčenými lithiem je rovněž kontraindikováno, koncentrace lithia v mateřském mléku mohou být vysoké.

Valproáty

Valproáty patří do skupiny antiepileptik 2. generace, původně (a dosud) používaných v léčbě nemocných epilepsií. V psychiatrii se používá valproát sodný nebo jeho směs s kyselinou valproovou (souhrnně jen valproáty).

Indikace: léčba manické epizody bipolární poruchy, stabilizátor nálady v léčbě bipolární poruchy, léčba atypických příznaků bipolární poruchy (smíšené epizody, rychlé cyklování).

Dávkování: snahou je udržet hladiny v krevním séru v terapeutickém rozmezí mezi 50 až 125 mikrogramy na mililitr. Tomu odpovídají dávky zhruba 500 až 2000 mg valproátu denně.

Vedlejší účinky: nevolnost, bolest hlavy, pocit útlumu, třes, nárůst tělesné hmotnosti, kožní vyrážka, zvýšení hladin jaterních enzymů snížení počtu trombocytů, padání vlasů, vznik cyst na vaječnicích. Valproáty snižují účinnost některých jaterních enzymů, které metabolizují jiné léky, jejichž dávku je při kombinované léčbě s valproátem nezbytné adekvátně snížit, jelikož dochází ke zvýšení jejich hladin a prodloužení jejich vylučování (například lamotrigin). V průběhu léčby je třeba sledovat jaterní funkce (alespoň jednou za 6 měsíců).

Rizika: vzácně jaterní selhání, pankreatitida, agranulocytóza. Podávání valproátů v období gravidity vede ke zvýšenému riziku vzniku vrozených vad, proto je většinou jeho podávání v průběhu těhotenství kontraindikováno. Kojení matkami léčenými valproátem není kontraindikováno, doporučuje se však kojit v co nejdelším časovém odstupu od kojení.

Karbamazepin

Patří rovněž do skupiny antiepileptik 2. generace.

Indikace: léčba manické epizody bipolární poruchy, stabilizátor nálady v léčbě bipolární poruchy, léčba atypických příznaků bipolární poruchy (smíšené epizody, rychlé cyklování).

Dávkování: cílem je udržet hladiny karbamazepinu v krevním séru v terapeutickém rozmezí mezi 4 až 12 mikrogramy na mililitr. Tomu odpovídají dávky zhruba od 200 do 1500 mg karbamazepinu denně. Karbamazepin je také silným induktorem jaterních enzymů pro vlastní metabolizaci, to znamená, že je nutné měnit při současné léčbě karbamazepinem jak jeho dávky, tak dávky některých léků, které jsou metabolizovány stejnými enzymy jako karbamazepin (např. lamotrigin, hormonální antikoncepce). Ze stejného důvodu je třeba sledovat jeho sérovou hladinu a udržovat ji v terapeutickém rozmezí.

Vedlejší účinky: nevolnost, útlum, suchost v ústech, rozmlžené vidění, kožní vyrážka, snížení počtu bílých krvinek, krevních destiček, zvýšení hodnot jaterních enzymů. Podávání karbamazepinu může zhoršovat i některé parametry krvetvorby a tak nesmí být karbamazepin kombinován s léky, které mohou krvetvorbu rovněž narušovat (klozapin).

Rizika: zřídka agranulocytóza, jaterní selhání, závažný zánět kůže. Karbamazepinem zvyšuje riziko vzniku vrozených vad u dětí matek léčených karbamazepinem, proto je jeho podávání v období těhotenství nevhodné. Kojení matkami léčenými karbamazepinem není kontraindikováno, doporučuje se užívat lék v co nejdelším časovém odstupu od kojení.

Lamotrigin

Patří do skupiny antiepileptik 3. generace.

Indikace: léčba depresivní epizody bipolární poruchy, jako stabilizátor nálady v léčbě bipolární poruchy v prevenci depresivních i manických epizod (i u pacientů s rychlým cyklováním epizod). Lamotrigin má ze všech stabilizátorů nálady nejvíce ověřený účinek antidepresivní, aniž by v průběhu jeho podávání docházelo k přesmyku pacienta do hypomanické nebo manické epizody.

Dávkování: ověřená účinnost je u dávek 200 mg denně, u lamotriginu není nutné monitorovat jeho hladiny v krvi. Nezbytné je postupné nasazování lamotriginu, pokud je příliš rychlé, zvyšuje se pravděpodobnost vzniku kožní reakce – rashe. Toto riziko je omezeno na počátek podávání, nicméně může rovněž nastat, pokud pacient náhle vysadí dlouhodobě podávaný lamotrigin a znovu jej nasadí v původní vyšší dávce. Doporučené schéma podávání je 25 mg denně po dobu prvních 2 týdnů léčby, 50 mg denně v dalších 2 týdnech, poté je možno zvyšovat dávku o 50 mg týdně do dosažení cílové dávky. Pokud je lamotrigin podáván společně s valproátem, je nutné užívat poloviční množství lamotriginu, pokud je podáván společně s karbamazepinem, je nutné podávat dvojnásobné množství lamotriginu z důvodu interakcí těchto léků. U lamotriginu nebyl prokázán nepříznivý vliv na vývoj plodu a tak je možné jej podávat při plánování početí, v průběhu těhotenství a rovněž i kojení.

Vedlejší účinky: ospalost, rozmlžené vidění, bolesti hlavy, nevolnost, kožní reakce.

Rizika: Závažná kožní reakce při příliš rychlém zvyšování dávek lamotriginu na počátku podávání.

Olanzapin

Je zařazen do okruhu stabilizátorů nálady, patří do skupiny atypických antipsychotik.

Indikace: manická i depresivní epizoda bipolární poruchy, stabilizátor nálady v léčbě bipolární poruchy v prevenci depresivních i manických epizod (i u pacientů s rychlým cyklováním epizod a s psychotickými příznaky).

Dávkování: 5 až 20 mg denně.

Vedlejší účinky: suchost v ústech, únavnost, ospalost, třes, zvýšení svalového napětí, mimovolní pohyby svalových skupin, zvýšení hmotnosti.

Rizika: při dlouhodobém podávání narušení metabolismu tuků a cholesterolu, narušení metabolismu glukózy, v krajním případě diabetes mellitus.

Antidepresiva

Používají se v léčbě depresivních příznaků pacientů s bipolární poruchou. Léky užívané jako antidepresiva dělíme dle chemické struktury a mechanismu účinku na různé neurotransmitterové systémy do několika skupin. Ovlivňují především dostupnost serotoninu, noradrenalinu a dopaminu v oblasti zakončení nervových buněk v mozku.

Antidepresiva I. a II. generace

Amitriptylin, imipramin, klomipramin, dosulepin, maprotilin, mianserin a další patří mezi nejstarší antidepresiva, zlepšují dostupnost většiny neurotransmitterů v mozku, jsou nejméně selektivní.

Indikace: léčba depresivní nebo smíšené epizody bipolární poruchy, nejlépe v kombinaci se stabilizátorem nálady, v kombinaci se stabilizátorem nálady dlouhodobá profylaxe relapsu depresivních příznaků.

Dávkování: je odlišné u každého typu léku.

Vedlejší účinky: suchost v ústech, ospalost, rozmlžené vidění, zácpa, snížení krevního tlaku, zvýšení tepové frekvence, negativní vliv na srdeční funkce, sexuální dysfunkce, zvýšení hmotnosti a další.

Rizika: při předávkování jsou toxická, mohou vést k úmrtí. Při jejich podávání nastává riziko přesmyku do hypomanické nebo manické epizody.

Antidepresiva III. generace

Fluoxetin, sertralin, citalopram, escitalopram, paroxetin, fluvoxamin patří v současnosti většinou mezi léky první volby u bipolárních pacientů

s depresivními příznaky. Označují se rovněž jako SSRI (selective serotonin reuptake inhibitor – léky, které selektivně snižují zpětné vychytávání serotoninu do nervových zakončení v mozku, čímž vedou ke zlepšení jeho dostupnosti).

Indikace: léčba depresivní nebo smíšené epizody bipolární poruchy, nejlépe v kombinaci se stabilizátorem nálady, v kombinaci se stabilizátorem nálady dlouhodobá profylaxe relapsu depresivních příznaků.

Dávkování: je odlišné u každého typu léku.

Vedlejší účinky: nevolnost od žaludku, bolesti hlavy, nervozita, porucha spánku, pocení, neklid, narušení sexuálních funkcí a další.

Rizika: vznik serotoninového syndromu (nervozita, pocení, průjmy, třes, zimnice, svalové záškuby, křeče, zmatenost, porucha vědomí) nejčastěji při kombinaci s léky, které zvyšují hladinu serotoninu v mozku, a případně při příliš rychlém zvýšení dávky antidepresiva. Řešením je po konzultaci s lékařem snížení dávky antidepresiva nebo jeho vysazení a záměna za jiné antidepresivum.

Antidepresiva IV. generace

Bupropion, venlafaxin, milnacipran, mirtazapin, reboxetin – působí dle typu selektivně na různé neurotransmitterové systémy v mozku (dopamin a noradrenalin, serotonin a noradrenalin, pouze noradrenalin), jejich indikace je stejná jako u antidepresiv III. generace, vedlejšími účinky se liší podle preparátů.

Antidepresiva typu IMAO

Ovlivňují dostupnost neurotransmiterů v mozku jiným způsobem než ostatní antidepresiva, se kterými se nesmí kombinovat. V současné době je v České republice na trhu pouze moclobemid, jehož indikace jsou stejné jako u ostatních výše uvedených antidepresiv.

Antimanika

K léčbě mánie se užívají preparáty již zmiňované v části o stabilizátorech nálady. Jejich hlavním představitelem je lithium, které dokáže podstatně zmírnit příznaky mánie již v průběhu dvou týdnů od nasazení. Terapeutické meze sérových hladin lithia jsou v léčbě mánie vyšší (až 1,2 milimolů/litr) než v udržovací terapii, kdy je lithium podáváno v indikaci stabilizátoru nálady. K léčbě mánie se rovněž užívá karbamazepin a valproáty. Sledování hladin těchto léků je i v léčbě mánie důležité. Nezastupitelné místo v léčbě mánie mají také antipsychotika (neuroleptika) a to jak *klasická*, jako jsou haloperidol, chlorpromazin, levomepromazin, zuclopenthixol, flupenthixol, perfenazin, tak *atypická*,

jako je olanzapin, ziprasidon, klozapin, risperidon, quetiapin, amisulprid. Antipsychotika svým působením zejména na neurotransmitter dopamin léčí manickou epizodu.

Indikace: léčba manické epizody bipolární poruchy, nejlépe v kombinaci se stabilizátorem nálady, v dlouhodobém podávání jako prevence vzniku manických příznaků.

Dávkování: se liší podle typu preparátu.

Jaké jsou vedlejší nežádoucí účinky *klasických* antipsychotik?

Vedlejší nežádoucí účinky v průběhu léčby antipsychotiky jak klasickými, tak i atypickými se většinou vyskytují na počátku léčby, bývají převážně mírné a většina z nich mizí po několika týdnech léčby. U klasických antipsychotik se nejčastěji projevují jako vedlejší účinek *extrapyramidové příznaky*. Patří k nim třes a ztuhlost končetin, zpomalení pohybů, mimovolní pohyby různých svalových skupin na končetinách, trupu a ve tváři, svalové křeče, nutkavé puzení k činnosti a přecházení s neschopností zůstat v klidu. Dělí se dále na akutní, které vznikají krátce po nasazení léku a na tardivní (pozdní), které vznikají až po delší době podávání antipsychotika. Akutní extrapyramidové příznaky se dají zvládnout jak snížením dávky antipsychotika, tak přidáním léků ze skupiny anticholinergik, které působí proti rozvoji extrapyramidových příznaků. Tardivní formy jsou obtížněji léčitelné, ale pacienti je často nepovažují za významný problém a sami na jejich léčbě vůbec netrvají, pokud jejich intenzita významněji neovlivňuje jejich kvalitu života. Ke zvládnutí tardivních extrapyramidových příznaků je možno využít změnu dávky antipsychotika nebo výměnu za antipsychotikum atypické, popřípadě za klozapin, u kterého je vůbec nejnižší výskyt extrapyramidových příznaků.

Dále se může v průběhu léčby klasickými antipsychotiky objevit zvýšení hladiny hormonu **prolaktinu**. Jeho bezprostřední zvýšení může mít za následek přibývání na váze a objevení se sekrece z mléčných žláz a poruchy menstruačního cyklu. Dlouhodobě pak může působit problémy v sexuálním životě zejména u mužů a také ovlivňovat metabolismus vápníku v kostech a být příčinou osteoporózy.

Dalšími vedlejšími příznaky mohou být únava a útlum, snížení krevního tlaku a z toho plynoucí závratě, závratě při rychlé změně polohy hlavy, zrychlení srdečního tepu, přírůstek tělesné hmotnosti a kožní reakce.

Jaké jsou vedlejší nežádoucí účinky *atypických* antipsychotik?

Léčba atypickými antipsychotiky je provázena obecně menším výskytem vedlejších nežádoucích účinků než léčba antipsychotiky klasickými, je proto lépe pacienty tolerována. Akutní i tardivní extrapyramidové vedlejší

nežádoucí účinky se vyskytují méně často. Klozapin je atypické antipsychotikum s nejmenším výskytem extrapyramidových vedlejších účinků a bývá možností pro pacienty, kteří léčbu klasickými nebo atypickými antipsychotiky špatně tolerují. Klozapin sám má však unikátní profil vedlejších nežádoucích účinků. Při jeho podávání je třeba pečlivě a často sledovat krvetvorbu pacienta, neboť v průběhu podávání může dojít k jejímu narušení. Vzácně až k útlumu kostní dřeně, který, pokud není léčen, může pacienta ohrozit na životě. Z důvodu možného ovlivnění krvetvorby nesmí být klozapin kombinován s karbamazepinem, který sám také může krvetvorbu narušovat. Dalším vedlejším účinkem atypických antipsychotik mohou být změny metabolismu glukózy a vzácně se může při léčbě některými antipsychotiky objevit i diabetes mellitus (nejčastěji u klozapinu, olanzapinu). Může rovněž docházet ke změnám metabolismu tuků a cholesterolu. Většina atypických antipsychotik (s výjimkou ziprasidonu) si s sebou nese zvýšené riziko přírůstku tělesné hmotnosti v průběhu léčby. Nejvyšší je u klozapinu a olanzapinu. Také útlum, únava a závratě na podkladě snížení tlaku krve mohou léčbu provázet. Trvalejší významné zvýšení hladiny prolaktinu bývá problémem jen u několika atypických antipsychotik (risperidon, amisulprid).

Které léky se používají při zvládnání nespavosti?

Porucha spánku je častý příznak provázející všechny typy epizod bipolární poruchy. K léčbě nespavosti se užívají léky nazývané **hypnotika**. Jejich podávání usnadňuje usínání a také prodlužuje dobu spánku v závislosti na délce jejich účinku. K dispozici jsou hypnotika skupiny benzodiazepinů: nitrazepam, diazepam, midazolam, flunitrazepam, jejich podávání je však provázeno vysokým rizikem návyku. V současné době jsou nejvíce předepisována hypnotika III. generace zolpidem a zopiclon. Jako hypnotika se užívají se také některá antipsychotika se sedativním účinkem (levomepromazin, chlorpromazin, chlorprothixen), antidepressiva se sedativním účinkem (amitriptylin, dosulepin, mianserin, trazodon, mirtazapin) a antihistaminika (promethazin).

Jaké jsou vedlejší nežádoucí účinky hypnotik III. generace?

Hypnotika III. generace mají podstatně méně vedlejších nežádoucích účinků než ostatní druhy hypnotik. Také tolerance a závislost se rozvíjejí pomaleji než u benzodiazepinových hypnotik. Vedlejší nežádoucí účinky jsou charakterizovány závratěmi, bolestmi hlavy, slabostí, nevolností a zcela výjimečně útlumem v průběhu dne. Po zopiclonu se někdy vyskytuje hořká (kovová) chuť a suchost v ústech. Zolpidem se nesmí podávat u pacientů se syndromem spánkové apnoe.

Jaké další léky se používají v léčbě bipolární poruchy?

V některých případech se pacientům s bipolární poruchou podávají hormony štítné žlázy (tyroxin) většinou v kombinaci s antidepresivem a stabilizátorem nálady v léčbě depresivních příznaků. V léčbě bipolárních pacientů se někdy rovněž používají léky ze skupiny antagonistů kalcia.

Proč se užívají kombinace léků?

Užívání jediného léku k léčbě bipolární poruchy je ideálem každého pacienta i lékaře. Ve skutečnosti se ve většině případů nevyhneme kombinaci minimálně dvou preparátů. To vyplývá i ze strategie farmakologické léčby, kdy podáváme stabilizátor nálady ve všech fázích onemocnění a často současně léčíme i aktuální epizodu bipolární poruchy.

Můžeme léčit bipolární poruchu jinak než léky a psychoterapií?

Antidepresivní účinek má **spánková deprivace**, kdy je pacient probouzen v časnější hodinu než by obvykle dospal. Samotná spánková deprivace bez adekvátní farmakologické léčby má však většinou pouze krátkodobý účinek. **Léčba jasným světlem** má rovněž antidepresivní potenciál, u bipolárních pacientů je však nezbytné ji rovněž kombinovat s farmakologickými postupy.

Elektrokonvulzivní terapie (EKT)

EKT je neúčinnější léčebnou metodou užívanou v psychiatrii. Principem metody je krátký průchod elektrického proudu mozkem, který vyvolá krátký epileptický záchvat provázený svalovými křečemi. Aplikace elektrického výboje se uskuteční pomocí elektrod přiložených do oblasti spánků nebo do oblasti spánku nad nedominantní hemisférou mozku a vrcholku lebky. Pacient je v průběhu aplikace v krátké anestezii a v myorelaxaci vedené anesteziologem, která zabrání svalovým křečím provázejícím epileptický záchvat a možným úrazům v jejich průběhu.

Postavení EKT neboli „elektrošoků“ je díky negativní mediální kampani v naší společnosti problematické a často je laicky tato metoda odsuzována bez hlubší znalosti celé problematiky. Naopak pacienti, kteří s ní mají zkušenost, o ni často sami žádají, jelikož je velmi účinná a zatížená minimem vedlejších nežádoucích účinků.

Indikace: Důvodem k užití EKT jsou jednak těžké nebo k terapii rezistentní depresivní epizody bipolární poruchy, zejména pokud jsou provázeny sebevražednými myšlenkami. Výhodou je významně rychlejší nástup účinku než u farmakologické léčby, může nastat již v několika dnech. Aplikace musí být opakovaná v sérii minimálně 4–6krát. Pokud

ani po 12. aplikaci není patrný efekt, je metoda považována za neúčinnou. Celkový počet aplikací není omezen, ale ve většině případů nepřesáhne počet 15.

Dalším důvodem k užití EKT je pozitivní zkušenost z léčebného efektu v minulosti.

EKT je také vhodná k léčbě na terapii špatně reagujících stavů neklidu a agitovanosti v průběhu manické epizody bipolární poruchy.

Vedlejší účinky: Z vedlejších nežádoucích účinků se mohou objevit přechodné poruchy paměti, které vymizí s odstupem 6–8 týdnů po poslední aplikaci EKT. Pokud dochází v průběhu série aplikací EKT k rychlému zhoršování paměti, lze tomu částečně předejít jednostrannou aplikací nad nedominantní hemisférou.

Rizika: při interním vyšetření před zákrokem, premedikaci, asistenci anesteziologa jsou rizika minimální – bolesti svalů, dočasné srdeční arytmie, dočasná zmatenost, poruchy paměti.

Tabulka 5 Psychofarmaka dostupná v České republice, používaná k léčbě bipolární poruchy

Název účinné látky	Komerční název léku	Užívá se jako stabilizátor nálady	Léčí depresi	Léčí mánie	Léčí nespavost
lithium	Lithium carbonicum, Contemnol	Ano	Ano	Ano	Ne
karbamazepin	Biston, Neurotop, Apo-carbamazepin, Tegretol CR, Timonil	Ano	Ne	Ano	Ne
valproát sodný	Everiden, Depakine	Ano	Ne	Ano	Ne
valproát sodný +kyselina valproová	Depakine Chrono	Ano	Ne	Ano	Ne
lamotrigin	Lamictal	Ano	Ano	Ano	Ne
klomipramin	Anafranil	Ne	Ano	Ne	Ne
imipramin	Melipramin	Ne	Ano	Ne	Ne
amitriptylin	Amitriptylin	Ne	Ano	Ne	Ano
nortriptylin	Nortrilen	Ne	Ano	Ne	Ne
maprotilin	Ludiomil, Mapro-tibene	Ne	Ano	Ne	Ne
dibenzepin	Noveril	Ne	Ano	Ne	Ne
dosulepin	Prothiaden	Ne	Ano	Ne	Ano
mianserin	Lerivon, Mianserin Generics	Ne	Ano	Ne	Ano

Název účinné látky	Komerční název léku	Užívá se jako stabilizátor nálady	Léčí depresi	Léčí mánie	Léčí nespavost
trazodon	Trittico AC	Ne	Ano	Ne	Ano
moclobemid	Aurorix, Moclobemid Torrex	Ne	Ano	Ne	Ne
fluoxetin	Prozac, Deprex, Deprex Léčiva, Apo-fluoxetin, Fluoxetin Genetice, Deprenon, Floxet, Flumirex, Fluocim, Fluoxetin - Ratiopharm, Fluzak, Portal, Magrilan	Ne	Ano	Ne	Ne
paroxetin	Seroxat, Apo-parox, Parit, Parole, Paroxat, Remood, Paroxetine Pliva	Ne	Ano	Ne	Ne
citalopram	Seropram, Citalec, Citalopram Torrex, Cipram, Apertia, Cerotor	Ne	Ano	Ne	Ne
escitalopram	Cipralex	Ne	Ano	Ne	Ne
fluvoxamin	Fevarin	Ne	Ano	Ne	Ne
sertralin	Zoloft, Serlift, Asentra, Sertralin Irex, Stimuloton, Sertraline Pliva	Ne	Ano	Ne	Ne
reboxetin	Edronax	Ne	Ano	Ne	Ne
venlafaxin	Efectin, Efectin ER, Venlafax	Ne	Ano	Ne	Ne
milnacipran	Ixel, Dalcipran	Ne	Ano	Ne	Ne
mirtazapin	Remeron	Ne	Ano	Ne	Ano
bupropion	Wellbutrin SR, Zyban	Ne	Ano	Ne	Ne
nefazodon	Serzone	Ne	Ano	Ne	Ne
haloperidol	Haloperidol, Apo-haloperidol, Haloperidol-Richter	Ne	Ne	Ano	Ne
perfenazin	Perfenazin Léčiva	Ne	Ne	Ano	Ne
chlorpromazin	Plegomazin	Ne	Ne	Ano	Ano

Název účinné látky	Komerční název léku	Užívá se jako stabilizátor nálad	Léčí depresi	Léčí mánie	Léčí nespavost
levomepromazin	Tisercin	Ne	Ne	Ano	Ano
zuclopentixol	Cisordinol	Ne	Ne	Ano	Ne
flupenthixol	Fluanxol	Ne	Ne	Ano	Ne
klozapin	Leponex, Clozapin Desitin, Clozapine Synthon	Ne	Ne	Ano	Ne
olanzapin	Zyprexa, Zyprexa Velotab	Ano	Ano	Ano	Ne
risperidon	Risperdal, Risperdal Quicklet, Risperin, Risperidon	Ne	Ne	Ano	Ne
quetiapin	Seroquel	Ne	Ne	Ano	Ne
amisulprid	Solian, Amisulprid Pliva	Ne	Ne	Ano	Ne
midazolam	Dormicum	Ne	Ne	Ne	Ano
nitrazepam	Nitrazepam Slovako- farma	Ne	Ne	Ne	Ano
flunitrazepam	Rohypnol	Ne	Ne	Ne	Ano
zolpidem	Stilnox, Hypnogen, Stilnoct, Zolpidem Spofa, Zolpidem- -Ratiopharm, Eanox, Zolpinox, Zonadin	Ne	Ne	Ne	Ano
zopiclon	Zopiclon-SL	Ne	Ne	Ne	Ano
promethazin	Prothazin, Prometha- zin Berlin-Chemie	Ne	Ne	Ne	Ano

Reakce na farmakoterapii

Řada pacientů má pochopitelné problémy s přijetím dlouhodobé léčby pomocí psychofarmak. Problémy s přijetím medikamentózní léčby jsou nejčastější na počátku terapie. Nemocní se většinou musí vyrovnat s těmito pochybnostmi:

Negativní reakce na farmakoterapii:

- Užívání medikace je znakem osobní slabosti a neschopnosti se kontrolovat.

- Na léčích se stanu závislý, nikdy se jich nezbavím a ztratím sám sebe.
- Užívání medikace mě stigmatizuje.
- Medikace na mě neúčinkuje tak, jak bych si představoval, není zážračná a bez vedlejších účinků.
- Budu schopen při podávání léků aktivně žít a tvořivě pracovat?
- Cítím se nyní dobře, tak proč potřebuji léky?
- Chybí mi má hypomanická období, kdy jsem se cítil mimořádně dobře.

B) Psychoterapie

Pod pojmem psychoterapie se označují takové formy léčby, při kterých se používají psychologické poznatky. Jádrem všech psychoterapeutických postupů je *podpora zdravých částí osobnosti*. Můžeme rozlišovat individuální, skupinovou a rodinnou terapii. Těžiště může být v rozhovoru, umělecké práci, dramatizaci, psychogymnastice, hraní rolí nebo nácviku dovedností.

Psychoterapie pomáhá obnovit přirozený pocit kontroly nad svým vnímáním, myšlenkami a představami, emocemi a chováním. Terapeut pomáhá postiženému:

- porozumět tomu, co se děje
- oddělit zdravé prožívání od nemocného
- omezit, ohraničit a zmírnit nebo odstranit patologické prožitky
- obnovit žebříček hodnot
- podpořit a rozvinout vše zdravé
- nalézt znovu přiměřenou a přirozenou důvěru v sebe i ve svět kolem
- vytvořit pocit bezpečí, samozřejmosti a přirozené kontroly nad svým životem
- najít cesty, jak překonat současné životní problémy

Individuální psychoterapie

Individuální psychoterapie pomáhá obnovit důvěru ve svět a vytvořit si pevnou vztahovou osobu, které můžete důvěřovat v krizových situacích. Podpurná psychoterapie je často efektivnější než složitě analyzující psychoterapie. Skýtá přátelskou atmosféru, přijetí a pochopení, do něčoho nenutí. Samotná psychoterapie k léčbě bipolární poruchy nestačí, ale v kombinaci s léčbou psychofarmaky může být velmi vhodnou volbou.

Pacient má nyní svobodnou volbu svého terapeuta. Může tedy a dokonce by i měl dbát na to, zda se se svým terapeutem cítí dobře, zda ho prožívá jako chápajícího a zda se cítí být přijímán takový, jaký je. Pokud se necítí být přijímáný, je možné si to ujasňovat v rozhovorech. A pokud to ani pak nevnímá jako dostatečné, je na místě najít si jiného terapeuta. Ne každý se cítí dobře s každým.

Trochu jiná situace je v průběhu dlouhodobé léčby. Může dojít k tomu, že v původně dobrém terapeutickém vztahu dojde k napětí a pocitům nepochopení. V tomto případě není na místě ihned hledat nového terapeuta, ale daleko důležitější je zabývat se těmito fenomény společně. Změna terapeuta by spíše prodlužovala cestu k nalezení možnosti jak řešit problémy. Extrémní je situace pacientů, kteří stále mění terapeuty, protože nejsou zejména pro nejistotu či podezřívavost spokojeni s nikým.

Skupinová psychoterapie

Skupinová psychoterapie svou důvěrnou atmosférou pomáhá pacientovi ujasnit si svoji situaci ve světě, porozumět způsobům, jakými se člověk vztahuje k druhým, a uvědomit si formy chování, které vedou ke stresu. Pomáhá také v tom, že člověk si uvědomuje, že druzí prožívají mnohdy podobné věci, učí se od nich, jak se s onemocněním vyrovnat i jak řešit každodenní problémy. Skupinová psychoterapie v akutním stadiu mánie nebo při hluboké depresi nemá valný efekt a zasyčení nemocného vnějšími podněty může být přehnaně zatěžující. Při lehčí depresi, v hypománii nebo v době po odeznění akutních příznaků může podpůrně vedená skupinová psychoterapie velmi pomoci v začlenění se mezi lidi, ujasnění si problémů v životě a při hledání jejich řešení.

Skupinová psychoterapie probíhá zpravidla ve skupině 8–12 osob. Vedou ji nejčastěji dva psychoterapeuti, nejlépe muž a žena, vzhledem k nedostatku psychoterapeutů je však v dnešní době vedena jen jedním člověkem. Jednotlivá sezení zpravidla trvají 1,5 hodiny. Skupinové dění je dáno vztahy lidí mezi sebou a jejich navyklými způsoby chování. Otevírání jednotlivých členů při skupinové terapii má za následek vznik atmosféry důvěry, otevřenosti, sympatie a spoluúčasti. Cílem léčby je poznat souvislosti mezi chováním jedince a jeho problémy a nemocí a pak pomoci tyto vzorce změnit. V uzavřené skupině zůstává složení skupiny konstantní a meziosobní interakce jsou hlubší. V otevřené skupině jsou průběžně přijímáni noví pacienti.

Kognitivně-behaviorální terapie

Kognitivně-behaviorální terapie je forma léčby zaměřená na celkové zklidnění pomocí přijetí nemoci, odstranění depresivního způsobu myšlení,

úpravy vzorců maladaptivního chování, zlepšení komunikace s okolím a relaxace. Kognitivně behaviorální terapie se soustředí zejména na nemocné s mírnou a středně těžkou depresí, s hypománií a pacienty s reziduálními příznaky. Učí je zacházet se symptomy a problémy, zbavovat se zbytkových příznaků a trénuje dovednosti potřebné pro zvládnání stresujících situací. Vede ke zlepšení sociální adaptace v sebehodnocení.

Základními postupy v kognitivně-behaviorální terapii jsou:

- porozumění bipolární poruše a jejím příznakům
- vytvoření vyrovnanějšího způsobu myšlení
- účelné plánování aktivity
- nácvik komunikace a sociálních dovedností
- nácvik relaxace
- řešení problémů v životě
- prevence relapsu a monitorování prodromálních příznaků

Rodinná psychoterapie

Při farmakoterapii i psychoterapii je důležité, aby do léčby byli zainteresováni i rodinní příslušníci. Pro nemocného je velmi potřebné, aby v rodině bylo vytvořeno „příznivé klima“ bez prudkých emocí, výčitek, mentorování nebo hádek. To bývá někdy obtížné, protože je v lidské přirozenosti hledat viníka odpovědného za psychickou krizi mezi sebou. Hledání viny je však nesmyslné a nepraktické a škodí jak pacientovi, tak rodině. Nesmyslné je v tom, že *bipolární porucha je nemoc, jejíž biologickou podstatu nelze zavinit zvenčí*. Nepraktické v tom, že při hledání viny se ztrácí z centra pozornosti skutečná pomoc.

Spekulace o tom, že onemocnění zavinila výchova, rodinné vztahy, matčina nadměrná péče nebo otcova nadměrná přísnost, mohou velmi nepříjemně ztížit vztahy mezi rodinou, pacientem a terapeutem. Bohužel, dodnes se s pojmem rodinná terapie automaticky spojuje představa hledání viníka nebo představa nápravy rodinných příslušníků. Proto má rodina často strach do rodinné terapie vstoupit. Kvalitní rodinná terapie však nehledá viníka, protože žádný není, a naopak se snaží pomoci zklidnit vztahy v rodině, pomoci nalézt rovnováhu pro všechny příslušníky rodiny. Rodinná terapie zpravidla znamená úlevu a možnost psychického vývoje pro každého člena rodiny. Nejvíce jde o kontakt a porozumění mezi jednotlivými členy rodiny.

Většina pacientů se po odeznění fáze nemoci vrací z nemocnice do původní rodiny. Lehčí epizody nemoci se dokonce léčí bez hospitalizace buď ambulantně nebo v denním sanatoriu. Pacient pak bydlí se svými příbuznými. Většina příbuzných není připravena na problémy, které

porucha přináší. Proto zpočátku přirozeně nevědí, jak nejlépe reagovat na onemocnění. Následkem toho někteří pacienti ztrácejí kontakt se svou rodinou. Přitom její členové znají pacienta nejlépe a jejich pomáhající přístup může být pro rehabilitaci nejdůležitější. Příbuzní potřebují podporu profesionálů, informace, rady nebo psychoterapii. Velmi významné jsou edukační kursy pro rodiny.

C) Co mohu dělat sám?

Pokud patříte do velké rodiny lidí, kteří trpí nebo trpěli mánií nebo depresí, chceme vám dát několik rad, co dělat a co nedělat během epizody poruchy. Tato doporučení však v žádném případě nemohou nahradit řádnou léčbu. Bipolární porucha, jak mánie, tak deprese mohou matoucím způsobem zkreslovat váš pohled na sebe, svět a životní situaci. Toto zkreslené hodnocení může přetrvávat v různé míře až do doby, než začne fungovat léčba.

Do té doby dodržujte následující zásady:

- ujasněte si, že trpíte nemocí, která se dá léčit
- nezůstávejte s problémem sami
- důvěřujte svému lékaři a nebojte se mu sdělit své potíže a problémy, zejména vše, čeho se obáváte, či úvahy o sebevraždě
- užívejte léky podle předpisu, rozhodně je svévolně nevysazujte
- najděte si takového lékaře, kterému můžete v některých situacích věřit více než vlastnímu úsudku (zejména v mánii a hluboké depresi)
- vyhněte se alkoholu a drogám
- zachovávejte pravidelnou životosprávu
- neklad'te si zatím žádné náročné cíle a úkoly
- během akutní epizody a její léčby nedělejte žádná závažná rozhodnutí
- pokud se odhodláte k delší činnosti, rozdělte ji na menší úseky
- neuchylujte se do samoty, udržujte styky s blízkými lidmi
- nečekejte od léčby zázraky za několik dní
- zásadně nejezděte na dovolenou ani do lázní v období epizody bipolární poruchy
- pokud vás přepadají myšlenky na sebevraždu, řekněte to svým blízkým a hlavně to řekněte svému lékaři
- neukončujte předčasně užívání léků ani celkovou léčbu, i když se už budete cítit dobře
- v mánii ani depresi nemohou pomoci léčitelé, akupunktura, homeopatie nebo jiné alternativní praktiky

Účinná opatření proti rozvoji fáze mánie či deprese nebo na její odstranění je zpravidla možné udělat nejlépe na počátku, když se objeví *varovné příznaky*. V době plného rozvoje příznaků to bývá těžší. Vědomá kontrola totiž předpokládá určitý náhled na onemocnění, který nemusí být vždycky trvale přítomný. Pokud jste však zažili fázi nemoci v minulosti, budete dobře vědět, jak se u vás projeví první příznaky, a občas si uvědomíte, že něco není v pořádku. Nemůžete se však na sebe plně spolehnout. Proto je důležité nezůstat v tom sám. *Potřebujete si najít kompetentní osobu, které můžete věřit víc než sám sobě*. Může to být člen rodiny, přítel, kterému důvěřujete. Velkou výhodou je, když najdete takovou důvěru ke svému psychiatrovi. Naší zkušeností je, že pacienti, kteří si k nám našli dostatečnou důvěru, přicházejí včas, zpravidla dříve, než došlo k plnému rozvoji fáze onemocnění, a proto se u nich většinou podaří zabránit dalšímu zhoršování. To se dá zvládnout většinou ambulantně a není nutná hospitalizace.

Poznat, že něco není v pořádku

Jak poznat, že něco není v pořádku. K rozvoji fáze onemocnění dochází jen zřídka úplně náhle. Většinou dochází před a na začátku fáze deprese k rozvoji nespavosti, stísněnosti, napětí, únavy a úzkosti. Jindy se postižený cítí bez radosti, ztrácí schopnost soustředit se, pociťují výraznější tlak na sebe, trpí pocity přetížení nebo pocity netrpělivého rozechvění jako před nějakým důležitým rozhodnutím. Před rozvojem mánie bývá naopak radostné vzrušení, pocit nadměrné energie, také nespavost bez subjektivní potřeby spánku, schází únava, vše připadá samozřejmé, snadné, příjemné, síly jsou nadměrné. U jiných nemocných však převažuje podráždění, mrzutost, vztahovačnost, konfliktnost a subjektivní prožitek mánie je nepříjemný. Často i před počátkem mánie bývá někdy pocit „jakoby něco bylo ve vzduchu“.

Nezůstat v tom sám

První důležitou zásadou je pokusit se nezůstat se svými prožitky izolovaný. Člověk má zpravidla nějakého člověka, o kterém ví, že to s ním myslí dobře. Častěji to bývá životní partner, sourozenec nebo přítel, ale také rodič nebo vzdálenější příbuzný (teta). S ním je možné se podělit o to, že se něco děje. Nemůžete od něho chtít, aby vám pomohl plně porozumět vašim prožitkům a tomu, co se děje, ale může vám poskytnout podporu, pomoci vám ustát vaše emoce, jiné prožitky a hlavně, poradit vám, abyste navštívili psychiatra a doprovodit vás k němu. Dodejte si odvalu blízkou osobu kontaktovat, zavolat mu, vyhledat ho. Samozřejmě nemusíte říkat vše, co prožíváte. Někdy stačí říci, že máte strach,

rozpaky nebo nejistotu z toho, co se s vámi děje, co cítíte nebo vnímáte a požádat o pomoc a radu, zda to není situace, kdy je potřebné konzultovat odborníka na duševní zdraví.

Rovněž osoby, které vás dobře znají, jsou často překvapivě citlivě schopny rozpoznat i počínající příznaky blížící se epizody poruchy vaší nálady, potvrdit vám, že se ve vašich pocitech nemýlíte, a podpořit vás ve vašem rozhodnutí k léčbě.

Hledejte si přátele, kteří se vám nevnučují a jsou schopni respektovat vaši autonomii. Nejvíce vám mohou pomoci klidní a chápaví lidé, kteří vás nechtějí nijak předělávat a nevnučují vám svoje pravdy nebo zájmy.

Najít si kompetentní osobu

Osobou, která je kompetentní k léčbě bipolární poruchy, je **psychiatr**. Lidé mívají někdy z psychiatrů strach, bojí se jim důvěřovat nebo svěřit, protože se obávají, že „psychiatr si na nich něco vždycky najde“. Dobrý psychiatr je samozřejmě schopen najít vše, co je v dané chvíli potřebné léčit, ale navíc si všímá i toho, co je zdravé, pevné a o co se můžete společně při léčbě opřít. Dobrý psychiatr vám bude naslouchat, rozumět a pomáhat. Doporučí vám nejlepší léčbu ve vaší situaci. Předepíše vám léky, které potřebujete (i když sami můžete mít k lékům nedůvěru, vezte však, že jsou to léky, co vás z nemoci zachrání, protože znormalizují biochemické procesy ve vašem mozku). Většina lidí, kteří trpěli nebo trpí bipolární poruchou, si najde psychiatra, kterému věří. Postupně během rozhovorů dochází k vytvoření terapeutického vztahu, který přináší velkou důvěru, pocit bezpečí a v době krize orientaci a pomoc. Při dobrém terapeutickém vztahu v době krize postižený zpravidla věří svému psychiatrovi více než sám sobě.

Mít dostatek informací

Ukázalo se, že poskytnout dostatek informací je jedním z nejlepších způsobů, jak zlepšit spolupráci mezi nemocnými, jejich příbuznými a psychiatry. Nemocní a jejich blízcí by měli znát povahu a projevy nemoci a výhody a nevýhody jednotlivých druhů léčby. Z tohoto důvodu jsme se také rozhodli napsat tuto příručku. Další informace můžete získat od svého psychiatra.

Dodržovat pravidla (léky, životospráva a psychohygienu)

Nejdůležitějším pravidlem, které vám pomůže, je pravidelné užívání léků a spolupráce se svým lékařem. Dodržování zdravé životosprávy a psychohygieny sice bipolární poruchu samo o sobě nemůže vyléčit,

nicméně může v léčbě napomáhat. Doporučení pro životosprávu je jednoduché – dodržujte běžná pravidla. Strava má být pestrá a nejednotvárná. V praxi se vám může osvědčit metoda plánování, tj. předem si napsat jídelníček na příští týden, pokud chcete, tak i s předběžným finančním rozpočtem. Dodržování pravidel psychohygieny může výrazně snížit zevní stres, který člověk prožívá.

Pravidelnost a rytmicita představují jedno z nejdůležitějších pravidel psychohygieny. Pravidelné ranní vstávání, pravidelné ukládání ke spánku, pravidelné jídlo, dostatek tekutin, sprchování, cvičení, pravidelná práce – to vše ulehčuje organismu, jak tělesným, tak psychickým pochodům, lépe se vyrovnávat se stresem. Rytmus umožňuje zjednodušit život a zpřehlednit očekávání a časový sled. To pomáhá lépe rozlišovat mezi běžnými a abnormálními pocity, mezi důležitými a nedůležitými informacemi, mezi realitou a představami. Umožňuje to lépe uspořádat své vjemy a zařadit je.

Vyhněte se neklidu kolem sebe. Když se lidé kolem vás začnou hádat, odejděte. Šetřte své emoce. Nevystavujte se zbytečně stresu. Pokud vám vyčítají vaši nemoc, také se raději vzdalte. Je to lepší než se hádat. Rozjitření vlastních emocí pro vás znamená riziko zhoršení nebo provokace nemoci. Blízcí jsou nadměrně kritičtí většinou z vlastní bezradnosti a neuvědomí si, jak moc vám tím ubližují. Zkuste být v takové situaci rozumnější než oni.

Pracujte s rozumnou zátěží. Zejména nespěchejte. Pomalá klidná práce vede k psychickému vyrovnání a klidu. Spěch ke stresu. Zvolte si raději svoje klidné tempo. Udělejte si přestávku, když se cítíte unavení. Dopřejte si dostatek klidného odpočinku. Ideální je odpočinek v přírodě. Soustřeďte se na méně aktivit, vyberte si ty nejdůležitější a ostatní ponechte stranou. Musíte se chránit i před nereálnými očekáváními např. ze strany přátel a příbuzných. Nenechte se zaplavit množstvím podnětů, které nestačíte zpracovat. Ovšem nějaké podněty a činnosti potřebujete. Je proto potřebné vyhnout se i přehnanému šetření se. Izolace a nedostatek podnětů, ležení v posteli a nicnedělání jsou podobně zhoubné, jako nadbytek podnětů a činností. Potřebujete jemnou vyváženost mezi nároky a odbřemeněním. Přetížení může vést ke vzplanutí příznaků, snížená stimulace zase k inaktivitě.

Kontakt s přírodou je velmi důležitý. Ten může pomáhat v tom, aby svět kolem sebe nebyl vnímán jen jako „odcizený“, ale jako smysluplný celek. Vycházky do přírody pomáhají cítit se více zakotveně na zemi.

Kontakt s vlastním tělem je významným stabilizujícím faktorem v léčbě psychických potíží. Ten se nejlépe daří při tělesné aktivitě. Proto sportování (běhání, plavání, turistika, lyžování apod.) umožňují lépe

a samozřejmě se cítit ve svém těle, rovněž se aktivizují a stabilizují neurotransmitterové systémy v mozku, které mají vliv na vaši náladu. Významná je především pravidelnost sportovních aktivit bez exhaustion, nikoli občasný „záťah“ s celkovým vyčerpáním. Nadměrné tělesné vyčerpání může být následně rovněž rizikovým faktorem při vzniku poruchy nálady.

Vyloučení alkoholu a drog. Obojí zpravidla onemocnění výrazně zhoršuje a vede k dalším zdravotním i mezilidským ztrátám. Alkohol sice někdy na chvíli sníží úzkost, případně rozptýlí smutek, avšak z dlouhodobého hlediska tyto pocity výrazně zhoršuje, vede k depresím a oslabuje účinek medikace. Pacienti mají sklon k pití alkoholu spíše v depresivních epizodách, v průběhu hypo/manických epizod spíše zneužívají stimulantia, jako je Pervitin, Extáze, kokain atd., které dále prohlubují manické příznaky. Alkohol a drogy mohou rovněž vést k provokaci nové epizody poruchy nálady i v obdobích relativní stabilizace onemocnění, kdy příznaky nejsou přítomny.

Deník nálady

V dlouhodobé a profylaktické léčbě pacientů s bipolární poruchou je významnou pomůckou *deník nálady*, ve kterém pacient každý den zaznamenává užitou medikaci, prodělanou psychoterapii, počet hodin spánku v noci, závažné životní události, podrážděnost, úzkost, nejlepší a nejhorší náladu toho dne. Kroužkem se označují dny menstruačního období u žen, na konci každého měsíce se zaznamená hmotnost.

Tabulka 6 Deník nálady

Medikace						Měsíc/rok	0=žádná, 1=mírná, 2=střední, 3=výrazná	Nálada Pro každý den zaznamenejte nejlepší a nejhorší náladu								
Lék mg/den	Lék mg/den	Lék mg/den	Lék mg/den	Lék mg/den	Psychoterapie			Deprese	Norma	Hypománie						
						Denní poznámky	Podrážděnost	Úzkost	Počet hodin spánku	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
						1										
						2										
						3										
						4										
						5										
						6										
						7										
						8										
						9										
						10										
						11										
						12										
						13										
						14										
						15										
						16										
						17										
						18										
						19										
						20										
						21										
						22										
						23										
						24										
						25										
						26										
						27										
						28										
						29										
						30										
						31										
						Hmotnost=										

Bipolární porucha a rodina

„Proč onemocněla právě moje dcera? Co jsem dělala špatně? Co mohu udělat pro její uzdravu? Kdo se o ni postará, až zemřu? Její nemoc připraví o rozum i mě...“ To jsou jen některé z úvah a otázek, které kladou sami sobě i odborníkům příbuzní duševně nemocných. I když neexistují obecně platné návody a řešení jsou mnohdy složitější než návody v příručce, nabízíme vám pár rodinných zkušeností.

Jak se vyrovnat s duševním onemocněním v rodině

Skutečnost, že někdo blízký onemocněl duševní poruchou, vnímají příbuzní zpočátku jako rodinnou tragedii. Cítí se zmateni, nejsou schopni cokoli podniknout. Jsou přesvědčeni, že neexistuje žádná pomoc ani řešení.

Popření nemoci

Lidská psychika nás však dovede docela chytře v takové situaci ochránit a po tomto počátečním šoku nastolí „ochranný útlum“ v podobě *popření nemoci*. Popření se projevuje úvahami o lékařském diagnostickém omylu nebo nabytím jistoty o mírném a krátkém průběhu nemoci. Jenže bipolární porucha probíhá v epizodách, které se na psychice příbuzných projeví: pochybnosti střídá nereálná jistota, že když se budou hodně snažit, vlastními silami nemoci zabrání. Život se začne podobat jízdě na horské dráze.

Pocity viny

Přijmout závažnou duševní nemoc v rodině trvá velmi dlouho. Vyrovnání se s touto skutečností začíná *pocitem viny*. Příbuzní hledají viníky všude: oscilují mezi přesvědčením, že si za nemoc může pacient sám, protože „ponocoval a pořádně nejedl“, a pocitem vlastního provinění, „že se mu v dětství málo věnovali“. Odrazem rozporuplného nitra jsou extrémní postoje k nemocnému. Příbuzní jej střídavě odmítají nebo jej naopak neadekvátně opečovávají.

Zármutek

Pocit viny vystřídá pocit *zármutku*. Rodinné události jsou datovány podle toho, zda nastaly před nemocí nebo po ní. Příbuzní oplakávají „staré

zlaté časy“. Vyrovnávají se s jejich ztrátou. Doléhá na ně tragedie, která nemocného postihla. Cítí se ukřivděni jeho chováním, přestože bylo zřetelně chorobně motivováno (například nevěra či utrácení peněz v mánii). A protože se epizody nemoci vracejí, pocit smutku trvá dlouho.

Přijetí nemoci

Epizodický charakter nemoci příbuzné však také postupně učí. Naučí se odlišovat chorobné projevy v chování, vytrénují „šestý smysl“, jímž včas rozpoznají příznaky v jejich zárodku. I přes řadu nejistot převládne pocit, že svého nemocného blízkého lépe chápou. Začnou si vážit jeho odvahy. Uvědomí si, kolik psychických sil jej nemoc stojí. Nakonec jej i s jeho nemocí *přijmou*. Uvědomí si, že i dobrým lidem se dějí špatné věci. Prostě naše rodina měla smůlu, kterou umíme akceptovat. Není to naše vina. Není to ani nemocného vina. Je to smutná věc a nelehká životní zkušenost, ale my ji zvládneme.

Průvodce touto cestou, na jejímž konci je vyrovnání se s duševní nemocí v rodině, neexistuje. Každý si jí projde po svém. Fáze, jimiž člověk prochází, nejsou ani dobré ani špatné. Jsou normálními reakcemi člověka, jenž musí čelit závažné nemoci, která mu zásadním způsobem zasáhne do života. Stadia na sebe nemusí vždy navazovat přesně tak, jak jsou popsána. Někdy se mohou míchat ve stejnou dobu najednou. Zvláště u nemocí s epizodickým průběhem není výjimkou procházet během krizí a relapsů těmito stadii opakovaně. Jistě se během této nelehké cesty naučíte rozpoznat, ve kterém stadiu se právě nacházíte a protože duševně nemocní lidé se se svou nemocí vyrovnávají podobně, naučíte se rozpoznávat, kde je právě váš nemocný příbuzný. Lépe se pochopíte a domluvíte.

Co mohou příbuzní udělat

Domluvte si rodinnou strategii. Táhněte za jeden konec provazu spolu s pacientem a odborníky, váš soupeř na druhém konci – bipolární porucha – je sice silný, ale společně jej přemůžete. Příbuzní mají zcela nezastupitelnou úlohu. Jsou pacientovi oporou; tím, že jej dobře znají, mohou včas rozpoznat, že s ním něco není v pořádku, povzbudit jej v užívání léků, pomoci mu s praktickými věcmi.

Jelikož jedním z projevů bipolární poruchy může být neschopnost včas a správně na sobě rozpoznat, že se nemoc vymyká kontrole a blíží se mánie nebo deprese, jsou názory „objektivních pozorovatelů“ – v tomto případě příbuzných – zcela klíčové. Pacient bude předem vědět, že když jej citlivě a taktně jeho rodina upozorní, že něco není v pořádku,

zkusí na ně tak říkajíc dát, i když sám u sebe nic pozoruhodného možná nepocítuje.

Proto získejte o nemoci a její léčbě co nejvíce informací. Naučte se rozpoznávat varovná znamení a příznaky. Uvědomte si, že nápadnosti v chování jsou příznaky nemoci. Stejně jako máte při chřipce horečku, při mánii rychle a hlučně mluvíte, stejně jako vás při migréně bolí hlava, při depresi se na nic nesusoustrědíte. Nezřídka vás nemocný častuje všelijakými výčitkami a chová se hrubě. Pokud je toto chování projevem nemoci, neberte je osobně. Násilné chování však netolerujte nikdy.

Jak včas rozpoznat mánii

Naučte se zachytit *změnu* v pacientově chování. Mánie se může ohlašovat příznaky, které ve vás nejprve spíše vyvolají pocit, že vám váš blízký dělá naschvály. Nezapomeňte, že i když příznaky rozpoznáte brzy a dojde ke včasné léčbě, bude to trvat alespoň 14 dní, než vymizí.

Signály počínající mánie:

nadměrná upovídanost, zrychlená řeč, hyperaktivita, hodně plánů, zvýšená sebedůvěra, provokativní poznámky, slovní potyčky, podrážděnost, zhoršená soudnost, porucha soustředění, roztěkanost, společensky neadekvátní chování, křiklavé barvy oblečení, nápadné líčení a eroticky vyzývavý vzhled, nespavost, „kutění“ a neúčelné „kramaření“ zvláště v noci, nadměrný zájem o činnosti přinášející potěšení (jídlo, pití, hudba, sex), utrácení, zvýšená družnost a spontánnost, nadměrné telefonování, pouštění hudby příliš nahlas, psaní dopisů, koupání se, hyperkritičnost, sklon ke vztahovačnosti, podezřívavosti.

Příklad: Pacientka si všimla, že na počátku mánie se dává do řeči s neznámými lidmi v dopravních prostředcích a obchodech více, než je u ní obvyklé. Pacient se začíná hádat se spolupracovníky, chce zbrkle končit zaměstnání, má dojem, že všichni jdou proti němu, i rodinní příslušníci, je nekritický.

Rady

Objeví-li se alespoň čtyři z uvedených příznaků dohromady, řekněte nemocnému, že je hypomanický (hypománie je mírná mánie) a poraďte se s lékařem o dalším postupu. Nedejte se, když se s vámi dohaduje a tvrdí, že je v pořádku (patří to k věci – představte si, jak byste se bránili, kdyby vás chtěl někdo připravit o radostnou náladu a pocit neutuchající energie). Jinou možností je, že se nemocný na vás rozzlobí, neboť má dojem, že ho kritizujete a jdete proti němu.

Ujistěte se, že pacient užívá léky a v noci spí. Prvním příznakem zpravidla bývá nedostatek spánku a neschopnost setrvat v klidu. Nene-

chávejte jej o samotě. Odstraňte z jeho dosahu alkohol, drogy, peníze a platební karty. Vytvořte klidné prostředí, nepouštějte hlučnou hudbu. Nechte mu doma co nejvíce volného pohybu, ať si pro sebe povídá nebo zpívá, pokud ovšem příliš neruší. Připravte se na to, že se moc nevyspíte. Požadujte jednoduché věci a vyjadřujte se jasně a stručně. Bude-li něco namítat, připomeňte mu, že jste se dohodli na společném postupu proti nemoci. Zaměstnejte jej krátkým strukturovaným programem, jako je hraní karet, manikúra, motání klubíček, psaní životopisu, řazení fotografií do alba apod. Dohlédněte na něj, když vaří, kouří nebo pracuje s nářadím. Neočekávejte od něj příliš rozumné úvahy a nehádejte se.

Jak včas rozpoznat depresi

Naučte se zachytit *změnu* v pacientově chování. Deprese vám může zpočátku připadat jako únava, lenost, bezradnost a apatie.

Signály počínající deprese:

narušení spánku (nadměrná spavost nebo naopak neschopnost usnout, noční probouzení a předčasné ranní probouzení), neschopnost po ránu aktivně vstát a pustit se do práce, úpadek péče o sebe, změna stravování, ztráta chuti k jídlu, zácpa, neschopnost se rozhodnout i o maličkostech (co si obléct apod.), porucha soustředění a paměti, zapomínání, zpomalenost (i jednoduché rutinní věci dělá dlouho), vyhýbání se společnosti, ztráta zájmu o rodinu a práci, odmítání konverzace, neotevírání dopisů, neplacení účtů, nezvedání telefonu, nicnedělání, poznámky o beznaději, vlastní bezcennosti nebo vině, podrážděnost, mrzutost, plačtivost. V depresivních obdobích bipolárních pacientů se často popisuje pocit jako „olověné tíhy“ končetin a celého těla, někdy se pacienti přejídají, jsou extrémně unavení, nejsou schopni několik dnů vstát z postele.

Příklad: Pacientka na sobě poznala depresi vždy, když „jí postel začala táhnout jako magnet“, nemohla z ní ráno vstát a přes den se do ní neustále uchylovala. Pacient na počátku depresivní epizody vždy začal trpět nerozhodností, měl dojem, že za nic nestojí, že jej propustí z práce a dojde k ekonomickému krachu rodiny.

Rady

Pokud se jakékoli čtyři příznaky objeví pohromadě, řekněte pacientovi, že je depresivní a konzultujte jeho stav s lékařem.

Upravte režim: strukturujte denní rozvrh, vstávání načasujte na osmou hodinu, zdůrazněte, že postel slouží pouze ke spaní. Nepřipusťte, aby se do ní nemocný přes den uchyloval. Jednoduchými instrukcemi jej pobízejte k nenáročným strukturovaným činnostem (lepít známky na dopisy, rovnat ponožky, škrábat brambory, vynést odpadky apod.). Vytvořte

stimulující prostředí, pusťte hudbu, společně si nenáročně zacvičte. Povzbuzujte k jídlu, ale nenuťte. Ať jí, co chce. Buďte mu k dispozici, ale nestůjte mu stále „za zády“. Nemudrujte, nelitujte sebe ani jeho. Akceptujte, že pacient cítí beznaděj, ale vy ji prostě necítíte. Skončí to, uvidíte. Chvalte jej a povzbuzujte. Omezte společenské aktivity, vysvětlete přátelům a známým, že pacient není k dispozici, ale že se k nim zase vrátí. Pomáhejte mu otevírat obálky, platit účty atd. Připomínejte jemu i sobě, že deprese odezní a na závěr si navzájem poblahopřejte, že jste ji úspěšně překonali.

Jak včas rozpoznat hrozící sebevraždu

Sebevražedné úvahy i činy patří mezi příznaky deprese. Zabránit rozhodnutému člověku v sebevraždě může být velice svízelné a nemusí se to podařit. Rozhodnutí spáchat sebevraždu se však většinou vyvíjí, a tudíž se vám může podařit zachytit signály včas.

Varovná znamení

prohloubení pocitů beznaděje, viny, hříchu, někdy nevysvětlitelné projasnění nálady, která před tím byla depresivní, nebo naopak izolace od ostatních, náhlá ztráta motivace pro jakoukoli činnost. Zahledění do sebe, nesdílnost, jednoslovné odpovědi. Rozdávání osobních věcí, usmírování problematických vztahů, kontaktování právníka za účelem sepsání závěti. Úvahy o sebevraždě a přání zemřít.

Rady

Zeptejte se nemocného, zda je pro něj život obtížný, zda má pocit, že by pro něj bylo lepší nežít. Rovněž se jej otevřeně zeptejte, zdali přemýšlel o tom vzít si život: „Myslíš na to, vzít si život vlastní rukou?“ Nebojte se, nenavedete jej k tomu. Zeptejte se na plán. „Přemýšlel jsi o tom, jak si vzít život?“ Projevte zájem a pochopení, zcela se vyhněte komentářům typu: „Ale vždyť ti nikdy nic nechybělo, to bys nám přece neudělal“ nebo „Máš tolik věcí, pro které Ti stojí za to žít.“ Může se cítit nepochopen a pocity viny se ještě prohloubí. (Vžijte se do pocitů nemocného: není schopen se radovat a být vděčný, že má vše, nač si vzpomene, kazí svým nevděkem život celé rodině a tím spíš zasluhuje trest a smrt.) I když je pro vás toto téma jistě tíživé, nesnažte se převádět hovor jinam. Zachovejte pokud možno klid. Odstraňte z bezprostředního dosahu nemocného potenciální sebevražedné nástroje: nože, zbraně, britvy, provazy. Někdy pacient vysvětluje svou motivaci zemřít tím, že rodině bude lépe, pokud on s nimi nebude, neboť je pro ně přítěží, rodině se tedy uleví.

Přestože vás dotyčný možná zapřísahá, abyste to nikomu neřekli, vyhledejte odbornou pomoc – kontaktujte ošetřujícího psychiatra,

navštivte krizové centrum. Jde přece o život a pacient je v důsledku nemoci nekritický.

Přesvědčujte jej o tom, že je třeba vyhledat odbornou pomoc. Ndobrovolná hospitalizace je možná v případě, že nemocný sděluje, že se zabije. I když máte pocit, že výhrůžky sebevraždou mají manipulativní charakter, zapojte profesionály z několika důvodů: dotyčný uvidí, že tento způsob komunikace – sebevražedné výhrůžky – má závažné následky a že to asi není ten nejvhodnější způsob, jak dosáhnout svého. Avšak i nezávažné pokusy mohou omylem skončit smrtí nebo zdravotním postižením. Když se nějaké neštěstí stane, nebudete se trápit pocity viny, že jste nevyhledali odbornou pomoc.

Život s duševní nemocí v rodině

I když soužití s duševně nemocným není vždy právě nejlehčí, nepodléhejte sebelítosti. Nepřemýšlejte nad svými domnělými výchovnými chybami, výchovou bipolární porucha nevzniká. Podstatné je to, co děláte teď a co uděláte do budoucna. Přehodnoťte svoje představy o pracovních či studijních plánech nemocného, snižte očekávání. Původní plány mohou být za této situace nereálné.

Podporujte činnost, která „ponese plody“ v krátkém časovém horizontu (domluvte se, že vymalujete pokoj, vyměníte koberec, zasadíte nové květiny). Dávejte nemocnému najevo, že jej máte rádi, ale nezatěžujte jej dramatickými emočními výlevy ani svými pochybnostmi týkajícími se jeho nemoci. Vyhněte se emočně nabitým scénám.

Jak nepřijít o životní rovnováhu

Dělejte pro zlepšení situace co můžete, finančně i fyzicky, ale nepřipusťte si pocit viny za to, když výsledek nebude podle vašich představ. Sdílejte zodpovědnost za svého duševně nemocného příbuzného s ostatními. Povídejte si s odborníky o věcech, které vám dělají starost, jako jsou finanční záležitosti, bydlení, léky, poruchy chování atd. Kromě lékařů vám mohou velmi účinně pomoci sociální pracovníci.

Upravte životosprávu. Jak vy, tak váš duševně nemocný příbuzný budete mít ze zdravé diety, pravidelného cvičení a pobytu v pěkně udržovaném prostředí prospěch.

Naučte se zvládat stres, patří to k užitečným životním dovednostem. Nedopusťte vyhoření. Zjistěte, co vás uklidňuje. Odreagovat se můžete mnoha způsoby: „zpomalte“, „vypněte“, meditujte, projděte se kolem bloku, vyplejte zahrádku, napusťte si vanu nebo sledujte zajímavý TV

program, poslouchajte hudbu, prostě udělejte cokoli, co přeměruje vaše myšlenky.

Nevzdávejte se svých společenských kontaktů. Když někomu onemocní srdce nebo dostane rakovinu, okolí zpravidla velmi pomáhá. Když jde o duševní poruchu, rodina, které se to týká, se často cítí stigmatizována a společností se vyhýbá. Pro vaši duševní rovnováhu je daleko lepší kontakt nepřerušovat, ponechat si co nejvíce svých společenských „rolí“. Navíc učiníte dobrý skutek – přispějete k odstranění řady zakořeněných předsudků o duševních nemocech, čímž pomůžete mnoha rodinám.

Zjistěte, zda ve vašem okolí existuje svépomocná skupina pro rodiny postižených. Pokud ne, možná právě vy ji můžete zorganizovat.

Neopouštějte své koníčky a záliby. Nebudete cítit křivdu, že jste se museli všeho, co vás těšilo, kvůli nemocnému vzdát.

Buďte na sebe vlídní, stejně jako na pacienta.

Buďte aktivní, nenechávejte věci náhodě. Připravte plán, co dělat, když máte pocit, že si se svým blízkým nevíte rady.

Naučte se vidět sklenici vždy z poloviny plnou a ne poloprázdnou. Pěstujte trpělivost a hlavně smysl pro humor.

Zajištění fungování

Mnozí blízcí, partneři, rodiče či děti, známí a přátelé doprovázejí nemocného v těžkých situacích a přebírají zodpovědnost a plnění každodenních povinností na sebe, pokud to nemocný již nedokáže. Ovšem často jsou bezradní, protože sami nic podobného nezažili, a nemohou tedy plně porozumět, co všechno bipolární porucha přináší.

- Mánie i deprese často, byť přechodně, naruší schopnost starat se o sebe, vařit si, pravidelně jíst, zachovávat denní režim, hygienu, zacházet s penězi, platit nájem a účty apod. Postižený potřebuje, aby mu někdo pomohl *zajistit tyto běžné provozní potřeby* a často si ani neuvědomuje, že je potřebné o to požádat. Někdy se může pod vlivem svých prožitků dokonce zajišťování fungování bránit. Dalším problémem je pasivita, která se někdy může objevit během vzplanutí příznaků a někdy přetrvává ještě dlouho po jejich odeznění.
- *Dohlédněte na to, aby byl zajištěn pravidelný denní režim*, včetně pravidelné stravy a zachovávání hygieny.
- Pomozte zajistit *fungování provozních záležitostí*, jako je placení nájmů, účtů, vyřizování úředních záležitostí. V průběhu akutní psychotické epizody záležitosti, které je možné zajistit, za pacienta zajistěte a ty, které musí zajistit on sám, zkuste odložit. V tom vám může velmi dobře pomoci sociální pracovnice, která se v takových situacích vyzná.

Po odeznění příznaků poruchy však postupně všechny záležitosti vraťte zpět do rukou nemocného.

- *Zkuste postiženého k činnosti nenutit, ale trpělivě zvát:* Sami také zvažte, zejména když prožívá depresi, zda toho není na něj moc. Vybírejte jednoduché činnosti, na které stačí a které má rád. Pozvěte ho na procházku, krátký výlet, společně umyjte nádobí nebo česejte ovoce. Neuražte se, pokud vás odmítne a za čas to zkuste znovu. Posilujte ho v účasti na těch aktivitách, které mu přinášely radost nebo alespoň úlevu. Mohou to být koníčky, sportovní aktivity, kulturní nebo církevní zážitky. Dbejte však na to, aby jich nebylo příliš mnoho. Lidé prožívající depresi potřebují společnost a doprovod, ale přehnaná péče a nadměrná stimulace mohou výrazně zhoršovat příznaky poruchy. Pokud jde o běžné denní činnosti, jako je úklid, mytí nádobí, žehlení – zvažte, co je v jeho silách. Nenuťte ho násilím, aby tyto činnosti vykonával, spíše zkuste zpočátku dělat *společně malé úkoly* a postupně, jak se bude stav zlepšovat, nechávat více na něm.

Závěr

Bipolární porucha většinou zásadně ovlivní život nemocného i jeho rodiny. Při adekvátní spolupráci s psychiatrem mohou však být minimalizovány celkové dopady této nemoci, v některých směrech mohou být zážitky spojené s touto nemocí pro nemocného obohacující. V každém případě však jde o léčbu dlouhodobou, kdy důslednost v léčbě je zásadní podmínkou.

OBÁLKA