

Otázka: Bipolární porucha

Předmět: Základy společenských věd

Přidal(a): Horníčková

1. ÚVOD

Bipolární porucha (dříve označována jako maniodepresivní psychóza) je choroba, pro kterou je charakteristické střídání neobvykle radostné nálady s depresivními a utlumenými stavy. Jedná se o onemocnění, které výrazně ovlivňuje kvalitu života nemocného a přináší řadu problémů jak v soukromém, tak v profesním životě. V minulosti byla choroba vnímána jako vzácné onemocnění snadno léčitelné psychofarmaky. Současně se předpokládalo, že pacient je mezi jednotlivými atakami zcela bez příznaků. V moderní psychiatrii došlo k výrazné změně. Nejen, že počet postižených pacientů vzrostl z 1% na 5%, ale byla vyvrácena i původní teorie, že se jedná o onemocnění, které se hojí beze zbytku.

Práce se zabývá charakteristikou onemocnění a jeho jednotlivými projevy s cílem předložit přehledný souhrn současného stavu vědění dle dostupné literatury.

2. BIPOLÁRNÍ PORUCHA

2.1. Popis onemocnění

Bipolární porucha se vyznačuje střídáním manických a depresivních epizod. Může se

vyskytnout i epizoda smíšená, která je typická smíšenými nebo rychle se střídajícími hypomanickými, manickými a depresivními příznaky.

První epizoda poruchy se nejčastěji objevuje mezi 15. a 25. rokem života. U každého jedince je rozvoj a průběh poruchy velmi odlišný, ale pokud se nemoc začne objevovat již v dětství či dospívání, za typické příznaky jsou pokládány problémy se školní kázní a prospěchem, zvýšená dráždivost, úzkostné stavy nebo výbuchy vzteku. U většiny postižených se jako první projeví depresivní epizoda. Manická nebo hypomanická se většinou objevuje až po několika prožitých depresivních epizodách. U žen se objevuje více depresivních epizod, zatímco u mužů je poměr vyrovnaný.

2.2. Mechanismus vzniku onemocnění

Mechanismus vzniku choroby není jasný. Za jednu z příčin je považována dědičnost. Pokud bipolární poruchou trpí jeden z rodičů, je přibližně 5% pravděpodobnost, že bipolární poruchou budou trpět i děti. Pokud se onemocnění vyskytuje u obou rodičů, je pravděpodobnost asi 30%. Z výzkumu tak vyplývá, že dědičnost je sice významným faktorem, ale ne jediným. Ostatní příčiny jsou velmi pečlivě zkoumaným předmětem mnoha studií, přesto mechanismus vzniku příznaků není dosud znám. Předpokládá se, že na vzniku se podílí především nerovnováha neurotransmiterů v mozku. Jedná se především o serotonin, noradrenalin, dopamin, kyselinu gamaaminomáselnou a glutamát. Dalšími z vlivů jsou také hormony a vlivy prostředí. Dle výše uvedených skutečností a dostupných zkoumání je patrné, že propuknutí, projevy a průběh choroby jsou ovlivněny vlivy genetickými, biochemickými,

hormonálními a vlivy prostředí. K vývoji příznaků je pravděpodobně nutná souhra vrozené dispozice a aktuálního stresu. (Tabulka 1)

2.3. Jednotlivé epizody

2.3.1. Mánie

Při mánii je typická nálada povznesená, podrážděná či expanzivní. Trvá minimálně týden a pro každého postiženého je nápadně abnormní. Mánie může přecházet od nenápadné dobromyslnosti až k nekontrolovatelnému vzrušení. Pacient má natolik zvýšenou energii, že necítí ani potřebu spánku a je nápadně hovorný. Právě díky dočasné hyperaktivitě může být okolím mylně považován za poživitele drog. Mezi příznaky také může patřit například odmítání jídla, pití, nebo osobní hygieny, přehnané utrácení, popudlivost a zvýšení sexuální aktivity. Mánie může u jedince vyvolat silný pocit sebedůvěry, nemocný je proto v tomto stavu schopen zcela přehodnotit své životní cíle (např. změna zaměstnání).

V těžkých případech se mohou objevit i bludy nebo halucinace. Jedná se obvykle o hlasy, které k postiženému hovoří.

Pro určení manické epizody je možno použít hodnotící kritéria uvedená v Tabulce 2. Příznaky musí trvat nejméně týden a u dané osoby musí být přítomen hlavní příznak a alespoň tři z vedlejších příznaků.

2.3.2. Hypománie

Hypománie na rozdíl od manické epizody trvá přibližně 4 dny, výjimečně déle. Pacient při ní vnímá pouze „pozitivní“ pocity. Cítí se energicky, přetrvává v povznesené náladě a zvyšuje se jeho sociabilita. Symptomy ovšem nejsou natolik výrazné, aby si jich okolí povšimlo, postižený se jeví pouze jako dobře naladěný. Epizoda není spojena s halucinacemi ani bludy, u neléčených jedinců je proto skoro nemožné ji odhalit a správně zařadit. Naopak u dlouhodobě léčených pacientů je hypománie varovným signálem pro rozvoj onemocnění. Při včasné zjištění je možné zabránit jejímu vývoji např. úpravou medikace.

Pro určení hypomanické epizody je možno použít hodnotící kritéria uvedená v Tabulce 3. Příznaky musí trvat nejméně týden a u dané osoby musí být přítomen hlavní příznak a alespoň tři z vedlejších příznaků.

2.3.3. Deprese

Deprese je zpravidla vnímána okolím i postiženým. Jenom lehké epizody jsou znatelné pouze subjektivně. Doba trvání je udávána minimálně dva týdny. Nálada je u deprese pesimistická, zoufalá se silným pocitem beznaděje. Při střední a těžké depresi postižení nejsou schopni dodržovat běžný denní režim. Nejsou schopni docházet do práce nebo školy, neplní své povinnosti, ztrácí schopnost prožívat radost, trpí poklesem energie a zvýšenou únavou.

S postupem epizody přichází ztráta sebedůvěry, výčitky nebo pocity viny. Dalším z častých symptomů je úzkost, která se projeví až u 80% případů. Deprese se může u jednotlivců stupňovat, dochází tak k poruchám spánku, změně chuti k jídlu, hypochondrickým obavám, bludům s depresivním obsahem (zavinění katastrofy, pocit viny atd.). Dvě třetiny pacientů v důsledků vystupňované deprese přemýšlí o sebevraždě, 10%-15% se o ni pokusí.

Jedná-li se o depresi s tělesnými příznaky (dříve označována jako melancholie), vyznačuje se předčasným probouzením, váhovým úbytkem, snížením libida a nedostatkem emoční reaktivity.

Pro určení depresivní epizody je možno použít hodnotící kritéria uvedená v Tabulce 4. Příznaky musí trvat nejméně 2 týdny a u dané osoby musí být přítomny alespoň dva z hlavních příznaků deprese a alespoň jeden z vedlejších příznaků deprese.

2.3.4. Smíšená epizoda

Smíšená epizoda je stav, který můžeme charakterizovat jako fázi, kde se mísí symptomy jednotlivých epizod jak manické, tak depresivní. Vzniká tedy při přechodu z jedné fáze do druhé. Pro lékaře může být velmi obtížné nemoc ve smíšené epizodě odhalit. Pacient nevědomě maskuje manické příznaky, zlehčuje problémy, často odmítá spolupracovat či dokonce lékaře osočuje. Může být proto mylně diagnostikován jako pacient s poruchou osobnosti.

2.3.5. Remise

Remise je období, ve kterém nejsou splněna kritéria pro jakoukoliv poruchu nálady. Mohou se u něj však vyskytovat doznívající příznaky jedné z epizod a obvykle je přítomna zhoršená odolnost vůči stresu.

2.4. Rizika onemocnění

2.4.1 Suicidalita

Studie dokázaly, že nemocní bipolární poruchou umírají ve srovnání s běžnou populací předčasně, vyskytuje se u nich také suicidalita neboli sebevražedné sklony. Mezi postiženými jedinci se procento suicidality pohybuje kolem 21% a 51%. Nad sebevraždou přemýšlí až dvě třetiny postižených. Suicidální chování mohou umocňovat také tělesná onemocnění, např. obezita a známé faktory spojené s vyšším rizikem sebevraždy (Tabulka 5). Léčení také není snadné. U pacientů trpících sebevražednými sklony je léčba psychofarmaky ztížena. Podání antidepresiv u citlivých pacientů je vyloučeno, protože hrozí riziko umocnění suicidálních myšlenek.

2.5. Diagnostika onemocnění

Diagnóza bipolární poruchy se stanovuje dle klinického nálezu a dle hodnotících kritérií. Bohužel správná a včasná diagnostika tohoto onemocnění patří v psychiatrii k nejobtížnějším a udává se, že až u 34 % pacientů trvá déle než 10 let, než dojde ke správnému stanovení diagnózy.

Nejčastěji se onemocnění chybně diagnostikuje jako periodická depresivní porucha, která se sice příznaky podobá, ale nedochází u ní k výskytu hypománií či mánií. Dále může být pacient pokládán za uživatele návykových látek, které se bohužel u postižených vyskytují v hojném

množství. Více než polovina nemocných zneužívá návykové látky ze dvou důvodů. Jedná se buď o samoléčitelskou snahu, nebo vliv samotné poruchy. Při správné léčbě potom dochází k vymizení zneužívání. Onemocnění se často zaměřuje i s emočně nestabilní poruchou osobnosti, schizofrenií či úzkostnou poruchou.

Pro hodnocení onemocnění je možno použít tzv. sebeposuzující dotazníky pro pacienty, které mohou pomoci orientačně zjistit, zdali nemocný může trpět depresí nebo mánií. Tabulka 6 popisuje příznaky deprese, Tabulka 7 příznaky mánie. Pokud dotazovaný má dojem, že se ho týká nebo v určitém období života týkalo alespoň 5 bodů z Tabulky 6, je možné, že má nebo měl depresi, při kladné odpovědi na minimálně 3 příznaky z Tabulky 7 je možné, že má nebo měl mánií nebo hypománii.

2.6. Život s bipolární poruchou

Bipolární porucha je závažné duševní onemocnění, je jej ovšem možné účinně léčit. Neléčená choroba má většinou devastující vliv nejen na pacienta, ale i na jeho rodinu a okolí. Kombinací farmakologické a psychosociální léčby lze ovšem tomuto dopadu zabránit a minimalizovat negativní následky v životě pacienta. U většiny případů postižený není schopen rozpoznat změnu sám. K návštěvě odborníka je zpravidla přiveden někým z blízkého okolí. Po úspěšné diagnóze je pro rodinu a blízké postiženého nutné, aby věděli, jak se v krizových situacích chovat a jak nemocnému ulevit.

2.6.1. Kazuistiky

2.6.1.1. Muž, 54 let

Pacient byl do ordinace psychiatra přiveden rodinou. Rodina působila zoufale a dožadovala se pomoci, neboť u pacienta došlo v posledním roce k dramatické změně osobnosti. Začaly se

střídat stavy nadnesené nálady a stavy beznaděje provázené zpomalenou mluvou i zpomalenými projevy. Rodina zprvu muže podezřívala ze zneužívání psychotropních látek, ty byly spolu s tělesnými příčinami (mozková mrtvice) vyloučeny. Pacient byl po předvedení k psychiatrovi velmi nerudný. Považoval příbuzné za „blázny“ a obviňoval je ze zneužívání jeho „geniálních podnikatelských záměrů“. Již během vyšetření pacientova mluva eskalovala, dožadoval se alkoholu, chtěl tancovat, smát se, pomáhat dobrým lidem a trestat špatné. Během hospitalizace opakovaně naléhal na lékaře, aby byl propuštěn a mohl získat úvěr v bance pro zahájení obchodu s magnetickými náramky. Odeznění mánie a stabilizace nálady bylo dosaženo pěti týdnech léčby lithiem a antipsychotikem. Po rozhovoru s rodinou pacienta byl stanoven přibližný průběh nemoci. Podle výpovědi manželky k rozvoji choroby došlo před dvěma lety, kdy muž trpěl trudomyslností a sebevražednými myšlenkami. Pacientova manželka to přičítala nastupující „krizi středního věku“.

(PRAŠKO, J. - LÁTALOVÁ, K. - TICHÁČKOVÁ, A. - STÁRKOVÁ, L. Klinická psychiatrie. Vyd. 1, Praha: Tigis, 2011, s. 281-298)

2.6.1.2. Žena, 28 let

28leté učitelce začala způsobovat problémy nespavost, nic ji netěšilo a dělala si zbytečné starosti. Uvažovala o zbytečnosti své existence, věděla, že si utrpení zaslouží, i když nevěděla, co zlého provedla. Do péče odborníka byla přivedena svou sestrou, která pracovala jako ošetřovatelka v psychiatrické léčebně. Žena byla diagnostikována se středně závažnou depresivní poruchou a byla jí naordinována léčba nortriptylinem a amitriptylinem. Po deseti dnech začala pacientka pociťovat úlevu. Mohla lépe spát, lépe se soustředila na práci a po měsíci si stěžovala pouze na chybějící „radost ze života“. Po letní dovolené se jí udělalo tak dobře, že vysadila léky a k psychiatrovi nešla. Koncem října na ni přišla „smrtná únava“, vrátila se k pesimismu a vyčítala si vysazení léků. Po znovunasazení léčby k odeznění deprese došlo až před Vánoce. Depresivní epizoda se opakovala na jaře 1996, bylo přidáno lithium, které pacientka spolu s antidepresivy ukázněně užívala, přesto se epizoda opakovala. Další čtyři roky trvala remise. V červnu 1971 pacientka podstoupila cholecystektomii, při které chirurg přes varování psychiatra vysadil lithium. Třetí den po operaci pacientka vyskočila z lůžka, pobíhala po oddělení, zpívala, vybízela nemocné, aby se k ní přidali,

obnažovala se a opakovaně se snažila přimět primáře a sekundáře k sexuálnímu styku. Po uklidnění chlorpromazinem byla převezena do psychiatrické léčebny, kde ji bylo nasazeno lithium. Ještě deset dní po převezení přetrvávala manická symptomatologie. Pacientka vnucovala vyprávění o svých skvělých vlastnostech, chtěla založit „Světové společenství radosti žen a mužů“, psala jeho stanovy, domáhala se přístupu k telefonu i za cenu násilí. Navrhovala změny pro provoz oddělení, vyzývala k volné lásce. Ještě týden byla přesvědčena o rozumnosti svých návrhů, ale chovala se sociálně přijatelně. Propuštěna byla po 50 dnech hospitalizace. Zůstala v pracovní neschopnosti, necelé tři měsíce byla nemocná v dokonalé remisi, po šesti měsících došlo pouze k přibližně týden trvajícím období euforie. Dávka lithia byla zvýšena a pacientka zůstala v dobré remisi po dalších 35 let. Vrátila se k povolání učitelky, jen na podzim mívala zvýšenou potřebu spánku doprovázenou mírnou subdeprezí. Asi čtyřikrát, vždy na jaře mívala necelý měsíc trvajícím období hyperaktivity, kdy obviňovala manžela z nadměrného pití alkoholu a domáhala se, aby byl přinucen k léčbě. Dvakrát v tomto období manžela také podezírala z nevěry. Po odchodu do důchodu nadále udržovala těsné vztahy se školou a starala se o tchýni trpící Alzheimerovou chorobou. Začátkem března 2008 tchýně zemřela. Nemocná pomáhala ve všech záležitostech týkajících se pozůstalosti, týden na to propadla depresi, kdy se obviňovala z nedostatečné péče o tchýni a vinu za její úmrtí vztahovala na sebe. Sama požádala o antidepresivum a byl jí podán tiaprid. Pak došlo k náhlému přesmyku do hypománie. Probudila se ve čtyři hodiny ráno, horečně začala uklízet dům, opět obviňovala manžela z alkoholismu. Rodině se podařilo jí zabránit odejít do školy a po osmi dnech podávání haloperidulu hypománie pominula. Po odeznění této epizody je nemocná v pořádku, rodina se jen shoduje, že od té doby je nezvykle asertivní a snaží se ovládat všechny obyvatele domu.

(PRAŠKO, J. - LÁTALOVÁ, K. - TICHÁČKOVÁ, A. - STÁRKOVÁ, L. Klinická psychiatrie. Vyd. 1, Praha: Tigis, 2011, s. 281-298)

2.6.2. Slavné osobnosti s bipolární poruchou

Ota Pavel, Miloš Kopecký, Virginia Woolfová, Edgar Allan Poe, Ernest Hemingway, Robert Schumann, Ludwig van Beethoven, Johann Wolfgang Goethe, Napoleon Bonaparte, Abraham

Lincoln, Winston Churchill, Martin Luther, Vincent van Gogh, Amedeo Modigliani, Jackson Pollock a mnoho dalších.

2.7. Léčba bipolární poruchy

Neléčená bipolární porucha má obvykle devastující vliv na pacienta i jeho rodinu. Za zásadní se v současné době považuje farmakologická léčba jak v akutní, tak v dlouhodobé fázi. Další léčebné postupy (např. psychoterapie a další) mají sice významný vliv, ale téměř nikdy samotné k léčbě nedostačují.

Vyléčit biologickou podstatu poruchy psychiatrie nedokáže. Nicméně psychiatr je schopen při spolupráci pacienta vyléčit jednotlivé epizody onemocnění a snížit pravděpodobnost vzniku nové epizody v budoucnosti.

Léčba probíhá dle stavu pacienta, v těžších stavech za hospitalizace, dále ambulantně nebo v denním sanatoriu.

2.7.1. Farmakoterapie

Bipolární porucha vyžaduje dlouhodobé podávání léků, které snižují výkyvy nálady, zlepšují její dlouhodobou stabilitu a chrání před vznikem další epizody deprese nebo mánie v budoucnosti. Označují se jako stabilizátory nálady a patří mezi ně např. lithium, valproáty, karbamazepin, lamotrigin a olanzapin. Současně se během jednotlivých epizod, obvykle po kratší dobu, používají léky proti depresi, tzv. antidepressiva nebo mánií, tzv. antimaniaka.

2.7.2. Další léčebné postupy

Uváděné jiné léčebné možnosti se používají obvykle jako podpora farmakoterapie. Při spánkové deprivaci je pacient probouzen v časnější hodinu než by obvykle dospal. Léčba jasným světlem využívá jeho antidepresivní potenciál. Elektrokonvulzivní terapie používá krátkého průchodu elektrického proudu mozkem za celkové anestezie a obvykle se opakuje v několika sériích. Psychoterapie pomáhá obnovit přirozený pocit kontroly nad svým vnímáním, myšlenkami, představami, emocemi a chováním. Používá se individuální, skupinová a rodinná psychoterapie. Kognitivně-behaviorální terapie je forma léčby zaměřená na celkové zklidnění, pomoci přijetí nemoci, odstranění depresivního způsobu myšlení, úpravy vzorců chování, zlepšení komunikace s okolím a relaxace.

3. ZÁVĚR

Bipolární porucha je onemocnění, které zásadně ovlivňuje život nemocného, jeho rodiny i okolí. Výskyt nemoci v populaci je vyšší než se předpokládá, příznaky mohou být přehlédnuty a choroba se často nesprávně, případně pozdě diagnostikuje. Při správné spolupráci s psychiatrem však mohou být minimalizovány celkové dopady onemocnění. Vždy je však nutná důsledná a dlouhodobá léčba.

4. RESUMÉ

Bipolární porucha je duševní onemocnění charakterizované opakujícími se epizodami deprese a mánie či hypománie s povznesenou či expanzivní náladou. Bipolární mentální porucha postihuje přibližně 1 až 5 % populace. Rozvoj se obvykle projeví v období okolo 20 let. Nejsou známy jednoznačné příčiny vzniku a předpokládá se, že onemocnění je způsobeno kombinací genetických, biochemických, hormonálních vlivů a faktorů prostředí. K vývoji příznaků je pravděpodobně nutná souhra vrozené dispozice a aktuálního stresu. Cykly depresivních a manických episod se vracejí a mohou se projevovat častěji, narušují život postiženého i jeho okolí. U nemocných s bipolární afektivní poruchou je častým jevem suicidální chování. Odhaduje se, že počet dokonaných sebevražd je asi 20krát vyšší než u běžné populace. Bipolární porucha je závažné chronické onemocnění s nutnou dlouhodobou léčbou s použitím

psychofarmak, tzv. stabilizátorů nálady a psychoterapie.

Klíčová slova: bipolární porucha, epidemiologie, deprese, mánie, suicidium, psychofarmaka, psychoterapie.

RESUME

Bipolar disorder is defined as mood disorder with by periods of deep, prolonged, and profound depression that alternate with periods of an excessively elevated or irritable mood known as mania or hypomania. About 1 to 5% of people have bipolar disorder worldwide; a mean age of onset is approximately 21 years. The cause is not clearly understood. A number of factors contribute to bipolar disorder, including genetic, biochemical, psychodynamic, and environmental factors. For development of symptom is probably necessary interplay of innate disposition and stress factors. Cycles of depressive and manic episodes recur. It is a severely impairing illness that affects many aspects of patients' lives. Suicide behaviour is prevalent in individuals with bipolar affective disorder; the suicide rate in bipolar individuals is approximately 20fold greater than that of the general population. Bipolar disorder is a serious lifelong struggle and challenge and treatment includes mood stabilizing medication and psychotherapy.

Key words: bipolar disorder, epidemiology, depression, mania, suicide, mood-stabilizing agent, psychotherapy

5. TABULKY

Tabulka 1. Typické stresové faktory, které mají souvislost s provokací bipolární epizody (upraveno dle HERMAN, E. - PRAŠKO, J. - DOUBEK, P. - HOVORKA, J. Bipolární porucha a její léčba. Vyd. 1. Praha: Mediforum, 2004, s. 1-89)

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Mimořádně negativní životní události<ul style="list-style-type: none">- ztráta práce, rozvod, rozchod, úmrtí blízké osoby, zkoušky ve škole, finanční ztráta• Mimořádně pozitivní životní události<ul style="list-style-type: none">- zamilování, sňatek, narození dítěte, finanční zisk• Abúzus alkoholu a drog, excesy v pití alkoholu, experimentování s kokainem, pervitinem, extází, LSD, marihuanou• Spánková deprivace, změny režimu<ul style="list-style-type: none">- přelet mezi časovými pásmy, dovolená, učení před zkouškou, náhle změny režimu spánek-bdění, noční směny• Problémy ve vztazích a rodině<ul style="list-style-type: none">- nadměrná kritika ze strany rodičů, partnera nebo sourozenců, provokativní nebo nepřátelské vztahy v rodině nebo na pracovišti či ve škole |
|--|

Tabulka 2. Manická epizoda (upraveno dle HERMAN, E. - PRAŠKO, J. - DOUBEK, P. - HOVORKA, J. Bipolární porucha a její léčba. Vyd. 1. Praha: Mediforum, 2004, s. 1-89)

Hlavní příznak
Nálada musí být převážně zvýšená, expanzivní nebo podrážděná a pro dotyčného jedince zcela nenormální. - Změna nálady musí být výrazná a trvat alespoň 1 týden
Vedlejší příznaky

Musí být přítomny alespoň tři z následujících znaků (čtyři, pokud je nálada pouze podrážděná) vedoucí k těžkému narušení každodenních aktivit:

- Zvýšená aktivita nebo tělesný neklid
- Zvýšená hovornost
- Trysk myšlenek nebo subjektivní pocit zrychleného toku myšlenek
- Ztráta normálních sociálních zábran a z ní vyplývající chování, které je nepřiměřené daným okolnostem
- Snížená potřeba spánku
- Zvýšené sebehodnocení nebo velikášství
- Roztržitost nebo stálé změny aktivit a plánů
- Chování je zbytečně riskující nebo lehkomyšlné a jedinec nerozpoznává riziko jeho důsledků (např. placení pitek, nezodpovědné obchodní investice, bezohledná jízda)
- Zvýšená sexuální energie nebo sexuální indiskrétnosti

Tabulka 3. Hypomanická epizoda (upraveno dle HERMAN, E. - PRAŠKO, J. - DOUBEK, P. - HOVORKA, J. Bipolární porucha a její léčba. Vyd. 1. Praha: Mediforum, 2004, s. 1-89)

Hlavní příznak
Nálada je euforická nebo podrážděná do takové míry, že je pro dotyčného jedince zcela nenormální, a trvá nejméně 4 po sobě jdoucí dny.
Vedlejší příznaky
Musí být přítomny nejméně tři z následujících znaků, které vedou k určitému narušení každodenního života jedince: <ul style="list-style-type: none"> - Zvýšená aktivita nebo tělesný neklid - Zvýšená hovornost - Roztržitost nebo narušená koncentrace - Snížená potřeba spánku - Zvýšená sexuální energie - Mírně nadměrné utrácení nebo jiné formy lehkomyšlného nebo nezodpovědného chování - Zvýšená sociabilita nebo přílišná familiárnost

Tabulka 4. Depresivní epizoda (upraveno dle HERMAN, E. – PRAŠKO, J. – DOUBEK, P. – HOVORKA, J. Bipolární porucha a její léčba. Vyd. 1. Praha: Mediforum, 2004, s. 1-89)

Hlavní příznaky
<ul style="list-style-type: none">- Depresivní nálada v míře jednoznačně abnormální pro daného jedince, přítomna po většinu dne a téměř každý den a trvající alespoň 2 týdny- Ztráta zájmů nebo potěšení při aktivitách, které jsou normálně příjemné- Pokles energie nebo zvýšená unavitelnost
Vedlejší příznaky
<ul style="list-style-type: none">- Ztráta sebedůvěry nebo sebeúcty- Bezpředmětné prožívání výčitek proti sobě samému nebo pocitů nadměrné a bezdůvodné viny- Opakované myšlenky na smrt nebo sebevraždu nebo jakékoli suicidální chování- Stížnosti nebo důkazy svědčící o snížené schopnosti myslet nebo soustředit se, o nerozhodnosti nebo váhavosti- Změna psychomotorické aktivity s agitací nebo zpomalením- Poruchy spánku jakéhokoliv typu, změna chuti k jídlu (snížení nebo zvýšení) s odpovídajícími změnami hmotnosti

Tabulka 5: Faktory spojené s rizikem suicidia (upraveno dle LÁTALOVÁ, K. – PRAŠKO, J. Bipolární afektivní porucha a suicidalita. *Čes. a slov. Psychiat*, 105, 2009, 3, S. 129-134)

Faktory spojené s průběhem nemoci
--

<p>Časný nástup onemocnění Sexuální zneužívání v dětství Časté hospitalizace v anamnéze Těžká depresivní epizoda v anamnéze</p>
<p>Fenomenologie</p>
<p>Smíšená epizoda, dysforická mánie Pocity beznaděje Nízké sebevědomí Přítomnost suicidálních myšlenek během depresivní fáze Závažnost deprese a anxiety Agresivita/impulzivita</p>
<p>Souběžná onemocnění</p>
<p>Zneužívání alkoholu nebo jiných psychoaktivních látek Poruchy osobnosti Obezita Kouření</p>
<p>Suicidium v rodinné anamnéze</p>
<p>Stres Problémy v zaměstnání Nedávno prožitá nepříznivá událost Sexuální nebo fyzické násilí Konflikty s příbuznými nebo životními partnery Absence osoby, které by pacient důvěřoval</p>

Tabulka 6. Příznaky deprese (upraveno dle HERMAN, E. – PRAŠKO, J. – DOUBEK, P. – HOVORKA, J. Bipolární porucha a její léčba. Vyd. 1. Praha: Mediforum, 2004, s. 1-89)

- Pocity smutku, který nemá jasnou příčinu.
- Pocity vzteku nebo podrážděnosti.
- Nápadně zvýšená nebo snížená chuť k jídlu.
- Nápadné přibírání nebo hubnutí.
- Problémy usnout, probouzení v noci, předčasné ranní probouzení, nebo 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, 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 7. Příznaky mánie (upraveno dle HERMAN, E. – PRAŠKO, J. – DOUBEK, P. – HOVORKA, J. Bipolární porucha a její léčba. Vyd. 1. Praha: Mediforum, 2004, s. 1-89)

- 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 ke 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.

SEZNAM PRAMENŮ A LITERATURY

1. BENAZZI, F. - AKISKAL, H. Irritable-hostile depression: further validation as a bipolar mixed state. *J Affect Disord*, 2005, 84 (2-3), S. 197-207.
2. ČEŠKOVÁ, E. Co ještě nevíme o bipolární poruše. *prax*, 2007, 1, s. 8-10
3. DOUBEK, P. - HERMAN, E. - PRAŠKO, J., HONS, V. Průvodce bipolární poruchou. Vyd. 1. Praha: Maxford, 2011, s. 1-64.
4. HANUŠ, K. - ZAPLETÁLEK, M. Suicidal activity of patients with affective disorders during the preventive use of lithium. *Českoslov. Psychiat.* 1984, 80(2), s. 97-100.
5. HERMAN, E. - PRAŠKO, J. - DOUBEK, P. - HOVORKA, J. Bipolární porucha a její léčba. Vyd. 1. Praha: Mediforum, 2004, s. 1-89.
6. LÁTALOVÁ, K. - PRAŠKO, J. Bipolární afektivní porucha a suicidalita. *Čes. a slov. Psychiat.* 105, 2009, 3, S. 129-134.
7. LÁTALOVÁ, K. - PRAŠKO, J. Možnosti a meze psychoterapie u bipolární poruchy. *Čes. a slov. Psychiat.* 105, 2009, 3, S. 135-140.

slov. Psychiat, 2009, 105 (2), s. 71-78.

8. NOVÁK, t. Bipolární porucha II - epidemiologie, diagnostika a léčba. *pro praxi*. 2010; 11(1), S. 7-10.

9. PIDRMAN, V. Bipolární afektivní porucha. *pro praxi*. 2003, 2, s. 71-72.

10. PRAŠKO, J. - LÁTALOVÁ, K. - TICHÁČKOVÁ, A. - STÁRKOVÁ, L. *Klinická psychiatrie*. Vyd. 1, Praha: Tigis, 2011, s. 281-298.

11. SMOLÍK, P. *Duševní a behaviorální poruchy*, Vyd. 2. Praha: Maxdorf, 2002, s. 506.

12. SOREFF, S. *Bipolar Affective Disorder*. Poslední aktualizace 9.4.2014.
<http://emedicine.medscape.com/article/286342-overview>