

Klára Látalová

Bipolární afektivní porucha



Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude **trestně stíháno**.

Používání elektronické verze knihy je umožněno jen osobě, která ji legálně nabyla a jen pro její osobní a vnitřní potřeby v rozsahu stanoveném autorským zákonem. Elektronická kniha je datový soubor, který lze užívat pouze v takové formě, v jaké jej lze stáhnout s portálu. Jakékoliv neoprávněné užití elektronické knihy nebo její části, spočívající např. v kopírování, úpravách, prodeji, pronajímání, půjčování, sdělování veřejnosti nebo jakémkoliv druhu obchodování nebo neobchodního šíření je zakázáno! Zejména je zakázána jakákoliv konverze datového souboru nebo extrakce části nebo celého textu, umístování textu na servery, ze kterých je možno tento soubor dále stahovat, přitom není rozhodující, kdo takovéto sdílení umožnil. Je zakázáno sdělování údajů o uživatelském účtu jiným osobám, zasahování do technických prostředků, které chrání elektronickou knihu, případně omezují rozsah jejího užití. Uživatel také není oprávněn jakkoliv testovat, zkoušet či obcházet technické zabezpečení elektronické knihy.





Copyright © Grada Publishing, a.s.

MUDr. Klára Látalová, Ph.D.

BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHA

Vydala Grada Publishing, a.s.
U Průhonu 22, 170 00 Praha 7
tel.: +420 234 264 401, fax: +420 234 264 400
www.grada.cz
jako svou 4182. publikaci

Recenzovali:

prof. MUDr. Jiří Horáček, Ph.D.
doc. MUDr. Oldřich Vinař, DrSc.

Odpovědná redaktorka PhDr. Alena Sojková
Sazba a zlom Radek Vokál
Počet stran 256
Vydání 1., 2010

Vytiskla Tiskárna PROTISK, s.r.o., České Budějovice

© Grada Publishing, a.s., 2010
Cover Photo © fotobanka Allphoto
ISBN 978-80-247-3125-4 (tištěná verze)
ISBN 978-80-247-7390-2 (elektronická verze ve formátu PDF)
© Grada Publishing, a.s. 2012

OBSAH

| | |
|--|-----------|
| Úvod | 13 |
| 1. Bipolární afektivní porucha v historickém kontextu | 15 |
| 1.1 Aretaeus | 15 |
| 1.2 Farlet a Baillarger | 16 |
| 1.3 Kraepelin | 16 |
| 1.4 Současnost – unipolární a bipolární koncept | 17 |
| 2. Klinický obraz bipolární afektivní poruchy | 21 |
| 2.1 Mánie | 21 |
| 2.2 Hypománie | 26 |
| 2.2.1 Hyperthymní charakter | 27 |
| 2.2.2 Delirantní mánie | 28 |
| 2.3 Deprese | 28 |
| 2.3.1 Deprese a vztahy | 32 |
| 2.4 Smíšená epizoda | 34 |
| 2.5 Sebevražedné rozlady | 36 |
| 2.6 Remise | 37 |
| 2.7 Důvody, proč pacienti vyhledávají léčbu | 37 |
| 2.8 Klinický průběh | 37 |
| 2.8.1 Chronicita | 37 |
| 3. Diagnostika bipolární afektivní poruchy | 39 |
| 3.1 Diagnostika jednotlivých epizod | 39 |
| 3.1.1 Hypománie | 39 |
| 3.1.2 Mánie | 40 |
| 3.1.3 Deprese | 41 |
| 3.1.4 Bipolární porucha typu I | 42 |
| 3.1.5 Bipolární porucha typu II | 42 |
| 3.1.6 Deník nálady | 45 |
| 3.1.7 Zlepšení diagnostiky | 45 |
| 3.2 Remise | 45 |
| 4. Diferenciální diagnóza bipolární afektivní poruchy | 47 |
| 4.1 Organická bipolární porucha, příznaky vyvolané farmaky a návykovými látkami | 48 |
| 4.2 Závěr | 53 |

| | |
|---|-----------|
| 5. Průběh bipolární afektivní poruchy | 55 |
| 5.1 Nástup onemocnění | 55 |
| 5.2 Heterogenita průběhu onemocnění | 55 |
| 5.3 Počet epizod | 56 |
| 5.4 Komorbidita a suicidální jednání | 57 |
| 5.5 Můžeme predikovat průběh nemoci? | 57 |
| 5.6 Kognitivní poruchy u bipolární afektivní poruchy | 57 |
| 5.6.1 Pozornost a soustředění | 58 |
| 5.6.2 Učení a paměť | 59 |
| 5.6.3 Řeč | 59 |
| 5.6.4 Psychomotorické funkce | 59 |
| 5.6.5 Exekutivní funkce | 60 |
| 5.6.6 Inteligenční schopnosti | 60 |
| 5.6.7 Příčiny kognitivního deficitu u bipolárních pacientů | 60 |
| 5.7 Závěr | 62 |
| 6. Etiopatogeneze bipolární afektivní poruchy | 63 |
| 6.1 Psychosociální faktory | 64 |
| 6.2 Negenetické a neurovývojové aspekty | 65 |
| 6.2.1 Perinatální komplikace | 66 |
| 6.2.2 Drobné tělesné odchylky | 66 |
| 6.2.3 Dermatoglyfy | 66 |
| 6.3 Genetické aspekty | 67 |
| 6.4 Neurobiologie bipolární afektivní poruchy | 68 |
| 6.4.1 Klasický monoaminergní neurotransmiterový a neuroendokrinní systém | 69 |
| 6.4.2 Protein kináza C | 72 |
| 6.4.3 Abnormality kalciové signalizace | 72 |
| 6.4.4 Stres a glukokortikoidy modulující neuronální plasticitu: význam pro poruchy nálady | 73 |
| 6.4.5 G protein a CAMP | 73 |
| 6.4.6 Buněčná ztráta a její mechanismy | 73 |
| 6.4.7 Mají antidepresiva a stabilizátory nálady neurotrofické vlastnosti? | 74 |
| 6.4.8 Glykogen syntetáza-kináza: společný cíl stabilizátorů nálady | 75 |
| 6.4.9 Představují glutamatergní zásahy neurotrofickou strategii? | 75 |
| 6.4.10 Důkazy neurotrofního efektu stabilizátorů nálady u lidí | 76 |
| 6.5 Závěr | 77 |
| 7. Komorbidita u bipolární afektivní poruchy | 79 |
| 7.1 Zneužívání návykových látek | 79 |
| 7.2 Úzkostné poruchy | 81 |
| 7.3 Panická porucha | 81 |
| 7.4 Fobie | 81 |
| 7.5 Generalizovaná úzkostná porucha (GAD) | 82 |
| 7.6 Obsedantně-kompulzivní porucha (OCD) | 82 |
| 7.7 Poruchy osobnosti | 82 |

| | | |
|------------|---|------------|
| 7.8 | Jiné psychické poruchy | 83 |
| 7.9 | Somatická onemocnění | 84 |
| 7.10 | Závěr | 84 |
| 8. | Suicidalita u bipolární afektivní poruchy | 85 |
| 8.1 | Výsledky studií mortality | 86 |
| 8.2 | Biomarkery suicidality | 86 |
| 8.3 | Proměnné, které predikují suicidální pokusy u BAP | 87 |
| 8.4 | Psychoedukace | 89 |
| 8.5 | Psychofarmaka s významným vlivem na suicidalitu u BAP | 89 |
| 8.5.1 | Antidepressiva | 89 |
| 8.5.2 | Lithium | 90 |
| 8.5.3 | Antikonvulziva | 91 |
| 8.6 | Elektrokonvulzivní léčba | 91 |
| 8.7 | Závěr | 92 |
| 9. | Bipolární afektivní porucha, kreativita a léčba | 93 |
| 9.1 | Studie zkoumající spojitost mezi bipolární afektivní poruchou a kreativitou | 94 |
| 9.2 | Poznámky k léčbě | 96 |
| 9.3 | Závěr | 96 |
| 10. | Bipolární afektivní porucha a těhotenství | 97 |
| 10.1 | Léčba BAP během těhotenství | 98 |
| 10.1.1 | Antipsychotika | 98 |
| 10.1.2 | Stabilizátory nálady v těhotenství | 99 |
| 10.1.3 | Lithium | 100 |
| 10.1.4 | Antidepressiva | 101 |
| 10.1.5 | Benzodiazepinová anxiolytika | 102 |
| 10.1.6 | Karbamazepin | 102 |
| 10.1.7 | Lamotrigin | 102 |
| 10.1.8 | Valproát | 103 |
| 10.2 | Obecné zásady při léčbě BAP v těhotenství a laktaci | 103 |
| 10.2.1 | Plánování těhotenství | 103 |
| 10.2.2 | V průběhu těhotenství | 103 |
| 10.2.3 | Po porodu a v laktaci | 104 |
| 11. | Akutní léčba manické epizody | 105 |
| 11.1 | Farmaka užívaná v léčbě mánie | 105 |
| 11.1.1 | Lithium | 105 |
| 11.1.2 | Valproát | 115 |
| 11.1.3 | Karbamazepin | 117 |
| 11.1.4 | Oxkarbamazepin | 119 |
| 11.1.5 | Lamotrigin | 120 |
| 11.1.6 | Gabapentin | 120 |
| 11.1.7 | Topiramát | 121 |
| 11.1.8 | Fenytoin | 121 |

| | | |
|------------|--|------------|
| 11.1.9 | Klonazepam | 121 |
| 11.1.10 | Lorazepam | 122 |
| 11.2 | Antipsychotika první generace (A1G) | 122 |
| 11.2.1 | Haloperidol | 122 |
| 11.2.2 | Chlorpromazin | 123 |
| 11.2.3 | Zuklopentixol | 124 |
| 11.3 | Antipsychotika druhé generace A2G | 124 |
| 11.3.1 | Olanzapin | 124 |
| 11.3.2 | Risperidon | 125 |
| 11.3.3 | Klozapin | 126 |
| 11.3.4 | Ziprasidon | 126 |
| 11.3.5 | Quetiapin | 127 |
| 11.3.6 | Aripiprazol | 128 |
| 11.4 | Antipsychotika a stabilizátory nálady v kombinaci | 129 |
| 11.5 | Elektrokonvulzivní terapie | 129 |
| 11.6 | Doporučené postupy | 130 |
| 11.6.1 | Individuální volba | 131 |
| 11.6.2 | Vedlejší účinky | 131 |
| 12. | Léčba depresivní epizody | 133 |
| 12.1 | Farmaka užívaná v léčbě deprese | 134 |
| 12.1.1 | Lithium | 134 |
| 12.1.2 | Valproát | 134 |
| 12.1.3 | Karbamazepin | 135 |
| 12.1.4 | Lamotrigin | 135 |
| 12.1.5 | Topiramát | 136 |
| 12.2 | Antipsychotika | 137 |
| 12.2.1 | Olanzapin | 137 |
| 12.2.2 | Quetiapin | 137 |
| 12.2.3 | Risperidon | 138 |
| 12.2.4 | Ziprasidon | 138 |
| 12.2.5 | Aripiprazol | 139 |
| 12.3 | Role antidepresiv v léčbě bipolární deprese | 139 |
| 12.3.1 | Riziko přesmyku způsobeného antidepresivy | 139 |
| 12.3.2 | Riziko navození rychlého cyklování | 140 |
| 12.3.3 | Účinnost antidepresiv v akutní terapii bipolární deprese | 141 |
| 12.3.4 | Účinnost antidepresiv v profylaxi bipolární deprese | 141 |
| 12.3.5 | Účinnost antidepresiv v redukci suicidálního chování | 142 |
| 12.3.6 | Problém randomizovaných kontrolovaných studií antidepresiv v akutní léčbě bipolární deprese | 142 |
| 12.3.7 | Studie (i nerandomizované nebo nekontrolované) s jednotlivými antidepresivy | 142 |
| 12.3.8 | Souhrn výsledků studií s antidepresivy v léčbě bipolární deprese | 144 |
| 12.3.9 | Vysazování antidepresiva | 145 |
| 12.3.10 | Souhrn účinnosti antidepresiv v akutní léčbě bipolární deprese | 146 |
| 12.4 | Elektrokonvulzivní terapie | 146 |

| | | |
|------------|---|------------|
| 12.5 | Další terapeutické možnosti | 147 |
| 12.5.1 | Spánková deprivace | 147 |
| 12.5.2 | Thyroxin | 148 |
| 12.5.3 | Transkraniální magnetická stimulace | 148 |
| 12.5.4 | Omega-3 nenasycené mastné kyseliny | 148 |
| 12.5.5 | Pramipexol | 148 |
| 12.5.6 | Melatonin | 149 |
| 12.5.7 | Stimulace nervus vagus | 149 |
| 12.5.8 | Doporučené postupy | 149 |
| 13. | Léčba smíšené fáze | 151 |
| 13.1 | Obraz smíšené epizody bipolární afektivní poruchy | 151 |
| 13.1.1 | Komorbidita u smíšených epizod | 152 |
| 13.1.2 | Pohlavní rozdíly | 153 |
| 13.2 | Léčebné postupy | 153 |
| 13.2.1 | Účinnost léčby smíšené epizody bipolární afektivní poruchy | 153 |
| 13.3 | Závěr | 158 |
| 14. | Rychlé cyklování – léčba | 159 |
| 14.1 | Farmaka užívaná během rychlého cyklování | 159 |
| 14.1.1 | Kombinovaná léčba – u rychlých cyklerů pravděpodobně nezbytnost | 159 |
| 14.1.2 | Lithium | 160 |
| 14.1.3 | Valproát | 160 |
| 14.1.4 | Lamotrigin | 161 |
| 14.1.5 | Olanzapin | 161 |
| 14.1.6 | Risperidon | 162 |
| 14.1.7 | Quetiapin | 162 |
| 14.1.8 | Aripiprazol | 162 |
| 14.1.9 | Klozapin a topiramát | 162 |
| 14.1.10 | Nimodipin | 162 |
| 14.2 | Antidepresivy navozené akcelerace nebo rychlé cyklování | 163 |
| 14.3 | Elektrokonvulzivní terapie | 163 |
| 15. | Dlouhodobá a profylaktická léčba | 165 |
| 15.1 | Farmaka užívaná v dlouhodobé a profylaktické léčbě | 166 |
| 15.1.1 | Lithium | 166 |
| 15.1.2 | Valproát | 169 |
| 15.1.3 | Lamotrigin | 170 |
| 15.1.4 | Karbamazepin | 171 |
| 15.2 | Antipsychotika | 172 |
| 15.2.1 | Olanzapin | 172 |
| 15.2.2 | Quetiapin | 172 |
| 15.2.3 | Risperidon | 173 |
| 15.2.4 | Ziprasidon | 173 |
| 15.2.5 | Aripiprazol | 173 |

| | | |
|------------|--|------------|
| 15.3 | Kombinace terapie | 173 |
| 15.4 | Elektrokonvulzivní terapie (EKT) jako možná profylaxe | 174 |
| 15.4.1 | Profylaxe mánie | 174 |
| 15.4.2 | Profylaxe deprese | 175 |
| 15.4.3 | Profylaxe přesmyků | 175 |
| 15.5 | Možnost výběru účinného stabilizátoru podle klinického profilu pacienta | 176 |
| 15.5.1 | Respondéři vůči lithiu | 176 |
| 15.5.2 | Respondéři vůči lamotriginu | 176 |
| 15.5.3 | Respondéři vůči olanzapinu | 176 |
| 15.6 | Rekurence u bipolární poruchy | 177 |
| 15.6.1 | Obecné zásady dlouhodobé léčby | 177 |
| 15.6.2 | Přehled účinnosti specifických psychoterapeutických přístupů v prevenci BAP | 178 |
| 15.7 | Doporučené postupy | 178 |
| 15.7.1 | Psychoterapeutické přístupy | 180 |
| 16. | Možnosti psychoterapie bipolární afektivní poruchy | 183 |
| 16.1 | Východiska pro psychoterapii u BAP | 184 |
| 16.1.1 | Monitorování prodromů bipolární poruchy | 184 |
| 16.1.2 | Narušení sociálních zvyklostí | 185 |
| 16.1.3 | Emoce rodinných příslušníků | 185 |
| 16.2 | Psychoterapeutické přístupy | 185 |
| 16.3 | Psychoedukace u BAP | 186 |
| 16.4 | Specifické psychoterapie u BAP | 187 |
| 16.4.1 | Kognitivní terapie | 188 |
| 16.4.2 | Interpersonální terapie sociálních rytmtů | 189 |
| 16.4.3 | Terapie zaměřená na rodinu | 191 |
| 16.4.4 | Monitorování prodromálních symptomů | 191 |
| 16.4.5 | Skupinová psychoedukace | 192 |
| 16.4.6 | Souhrn | 193 |
| 16.5 | Psychoterapeutická léčba manické epizody | 194 |
| 16.6 | Psychoterapeutická léčba depresivní epizody | 194 |
| 16.7 | Udržovací léčba | 195 |
| 17. | Klinické vedení pacienta s bipolární poruchou | 197 |
| 17.1 | Psychiatrické vyšetření | 197 |
| 17.2 | Zhodnocení nebezpečnosti pacienta pro něj samého a druhé a určení formy léčby | 198 |
| 17.3 | Vytvoření a udržení terapeutického spojení | 199 |
| 17.4 | Sledování změn psychického stavu pacienta v průběhu léčby | 199 |
| 17.5 | Edukace pacienta a jeho rodiny | 200 |
| 17.6 | Zlepšení spolupráce (kompliance) v léčbě | 200 |
| 17.7 | Eliminace specifických stresorů | 201 |
| 17.8 | Spolupráce s pacientem na rozpoznání časných příznaků relapsu | 201 |
| 17.9 | Zhodnocení funkčního narušení a jeho zvládnání | 202 |

| | | |
|-------------------|-------------------------------------|------------|
| 17.10 | Poznámky k farmakoterapii | 202 |
| 17.10.1 | Manické epizody | 202 |
| 17.10.2 | Depresivní epizody | 203 |
| 17.10.3 | Rychlé cyklování | 203 |
| 17.10.4 | Udržovací léčba | 204 |
| Závěr | | 205 |
| Literatura | | 207 |

*Ráda bych poděkovala doc. Jánů Praškovi, CSc., za užitečné rady a připomínky,
své rodině za trpělivost a pacientům za to, že s důvěrou přicházejí.*

*Děk také patří PhDr. Aleně Sojkové
za pečlivou práci při redakci a korekturách knihy.*

ÚVOD

Pokud člověk onemocní bipolární afektivní poruchou, znamená to pro něj většinou dlouhodobé břemeno, jehož tíži pocítuje někdy méně, jindy více, ale v podstatě je celoživotně znevýhodněn. Toto onemocnění má řadu variant. Klinický obraz onemocnění se u pacientů liší, různí pacienti trpí různými variantami průběhu. Navíc během života pacienta se jednotlivé epizody mohou projevovat pokaždé jinak. Pacient si tak nemůže být jistý, jaká následující epizoda ho očekává, jak bude klinicky vypadat či jak bude dlouhá. Někdy se bipolární afektivní porucha přirovnává k životu na houpačce, to však ale není zcela přesné, protože pohyb houpačky je predikovatelný, a pokud není syčen energií, ustává. Bipolární afektivní porucha je spíše jízdou na horské dráze.

Není tomu příliš dlouho, kdy byla bipolární afektivní porucha vnímána jako relativně vzácné onemocnění s poměrně dobrou prognózou, pro které bylo charakteristické střídání období nepřiměřeně radostné nálady s depresivním útlumem a zpomalením. Soudilo se, že se jedná o nemoc, která je rozpoznatelná a lze ji léčit dostupnými psychofarmaky. Dlouho převládal názor, že mezi atakami onemocnění jsou pacienti zcela beze zbytkových příznaků, respektive dle dřívějšího pojetí choroby na ně neměli „nárok“; jestliže byla terapeuticky zvládnuta akutní ataka nemoci, očekávalo se od pacientů bezproblémové fungování i stoprocentní kognitivní výkon.

Moderní pojetí bipolární afektivní poruchy tyto předpoklady podstatně změnilo. Původní Kraepelinova koncepce remitujícího onemocnění, které se hojí beze zbytku, byla otřesena. Aktuálně jsou do okruhu bipolárního spektra nově zařazeny různé klinické varianty, smíšené epizody i epizody s psychotickými příznaky, které jsou inkongruentní s náladou.

Muži i ženy trpí bipolární afektivní poruchou stejně často. Původní celoživotní prevalence bipolární afektivní poruchy se vyhoupla z 1 %, což byl údaj platný pro klasickou bipolární afektivní poruchu, na hodnotu 5 %, které zahrnují poruchy takzvaného širšího spektra. Do širšího spektra řadíme poruchy, které nesplňují kritéria „velkých a čistých“ epizod, přesto jsou u nich zcela jasně vyjádřené znaky abnormální nálady. Řadíme sem hypománii, subdepresi, hyperthymní osobnost a smíšené stavy. Tyto poruchy tedy obohacují původní monolitickou koncepci na dvě formy poruchy – bipolární afektivní poruchu prvního typu (BAP I) a bipolární afektivní poruchu druhého typu (BAP II). Pro bipolární afektivní poruchu prvního typu jsou příznačné depresivní epizody střídané plně vyjádřenými manickými epizodami (nebo v průběhu života alespoň jednou), bipolární afektivní porucha druhého typu je charakteristická výskytem depresivních epizod, které jsou střídány maximálně hypománií (plně vyjádřená mánie se nikdy nevyskytla). Je užitečné připomenout, že takto je porucha vedena v Diagnostickém a statistickém manuálu duševních poruch (DSM.IV), ne v mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10). Přehled poruch bipolárního spektra je uveden v tabulce 1.

Tab. 1 Poruchy bipolárního spektra dle DSM-IV

| Porucha | Manické a smíšené epizody | Hypomanické epizody | Depresivní epizody |
|-----------------------------|---------------------------|-------------------------|--------------------------------------|
| Bipolární porucha I | Přítomnost je podmínkou | Přítomnost je možná | Přítomnost je možná |
| Bipolární porucha II | Nevyskytuje se | Přítomnost je podmínkou | Přítomnost je podmínkou |
| Cyklothymie | Nevyskytuje se | Přítomnost je možná | Ne plně vyjádřená depresivní epizoda |

Klinický obraz bipolární afektivní poruchy je poměrně heterogenní, současná koncepce dvou typů bipolární poruchy je výsledek konsenzu, není vyloučeno, že v budoucnosti dojde k dalšímu zpřesňování, eventuálně drobení diagnostického pohledu. Pro ilustraci předkládá tabulka 2 návrh jiného členění bipolární afektivní poruchy.

Tab. 2 Návrh šesti podtypů poruch bipolárního spektra dle Younga a Klermana (Young a Klerman, 1992)

| Typ | Charakteristika |
|------------------------------|---|
| Bipolární porucha I | Depresivní epizody s plně vyjádřenými manickými epizodami |
| Bipolární porucha II | Hypománie a depresivní epizody |
| Bipolární porucha III | Hypománie a depresivní příznaky |
| Bipolární porucha IV | Porucha nálady sekundární k tělesné nemoci nebo požití léků |
| Bipolární porucha V | Depresivní epizody s bipolární poruchou v příbuzenstvu |
| Bipolární porucha VI | Unipolární mánie |

Zlepšení povědomí o bipolární afektivní poruše a pečlivější diagnostika odhalily poměrně častý nástup onemocnění v dětství a adolescenci, což bylo také dříve považováno za spíše raritní.

V léčbě bipolární afektivní poruchy má stále výhradní postavení lithium. Nicméně s rozšířením bipolární afektivní poruchy o další klinické varianty se v dlouhodobé léčbě zvláště monoterapie lithiem ukazuje jako stále méně úspěšná. Klinická praxe je nucena „zvat na pomoc“ další stabilizátory nálady, antipsychotika druhé generace a věnovat pozornost nefarmakologickým – psychoterapeutickým intervencím. Ukazuje se, že právě kombinace farmakologických a psychoterapeutických přístupů by mohla být cestou, jak zvládat toto onemocnění, které je chronické, zneschopňující a výrazně narušuje psychosociální fungování. Bipolární afektivní porucha omezuje nejen nemocného, ale má negativní dopad i na osoby z jeho okolí.

1. BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHA V HISTORICKÉM KONTEXTU

1.1 ARETAEUS

Stavy zřeštěného blouznění, které je provázáno povznesenou až bujarou náladou, byly známy již ve starověkém Řecku. Termín mánie poprvé použil Soranus v prvním století před naším letopočtem. Dále poukázal na to, že mánie jsou někdy střídány stavy tzv. melancholie, při níž pacienti pocítují nepřetržitou únavu, slabost, jsou smutní a cítí beznaděj. Soranus také poprvé popsal situaci, kdy pacienti současně pocítují hněv i radost – stav, který dnes označujeme termínem smíšená fáze.

Vztah mezi dvěma hlavními náladami (mánií a melancholií) přesněji vyjádřil Aretaeus z Kappadokie (v roce 150 n. l.): „Zdá se mi, že melancholie vždy předchází mánií a stává se tak její součástí.“ Popsal euforickou mánií tak, jak ji zná současná psychiatrie: „Má sice mnoho forem, ale jedná se o jedno onemocnění. Pacienti jsou hraví, veselí, smějí se, tančí dnem i nocí, domnívají se, že dokáží cokoli. Vše je u nich korunováno pocitem nekonečného vítězství. Věří, že jsou výjimeční v astronomii, filozofii i poezii.“

Aretaeus popsal i závažnější psychotickou mánií: „Pacienti mohou být vzrušení, podezřívaví a podráždění. Mohou zostřeně vnímat zvuky, slyšet hlasy nebo bzukot, mít zrakové halucinace, divné sny, nevladatelnou sexuální touhu, mohou snadno dostat vztek, nakonec naprosto zešílet, ječet, zabít své ošetřovatele nebo násilí obrátit proti sobě a zabít se sami.“

Jeho pozornosti neunikly ani sekundární osobnostní změny (někdy mylně posuzované jako primární poruchy osobnosti): „Mají sklon bez váhání měnit své názory, stát se jednoduše myslícími nebo naopak oduševněnými, úzkoprsými, konzervativními nebo lehce nekonvenčními, velkorysími a štědrými, ne z podstaty své duše, ale z vrtkavosti nemoci.“

Svůj brilantní pozorovací talent dále potvrdil tím, že charakterizoval mánií jako onemocnění mladých a dospívajících mužů občas náchylných k „opilství, chlípnotem a smilstvu“.

Dnes bychom zřejmě tyto mladíky zařadili mezi hyperthymní nebo cyklothymní osobnosti.

1.2 FARLET A BAILLARGER

Souvislost mezi mánií a melancholií byla znovuobjevena o sedmnáct staletí později Farletem (Farlet, 1854), který popsal „cirkulující mánií“, a Baillargerem (Baillarger, 1854), který poprvé publikoval „mánií dvojí formy“. To bylo možné pouze díky tomu, že v Paříži během 18. století došlo k jisté humanizaci péče o duševně nemocné, při níž byla prováděna pečlivá klinická pozorování a vedeny podrobné chorobopisy. Bourgeois a Marneros (2000) doplnili Farletovu koncepci povšimnutím, že ataka onemocnění je obvykle střídána lucidními intervaly (dnes bezpříznaková období), ale čím je střídání častější a lucidní intervaly kratší, tím je prognóza onemocnění závažnější.

Pokračování humanizačních reforem v Evropě v průběhu 19. století učinilo z dříve neléčené mánie či melancholie onemocnění s lepší prognózou.

1.3 KRAEPELIN

Kraepelinovým (1921) jedinečným přínosem světové psychiatrii nebylo ani tak to, že sloučil melancholii a mánií v jednu nozologickou jednotku, ale především to, že utvořil metodologické zásady pozorování. Stanovil následující principy validního sledování:

1. různé formy onemocnění mají společnou dědičnost – funkce rodinné agregace (sledování výskytu deprese v rodinách, kde byli maničtí pacienti, a naopak),
2. četnost přesmyků z mánie do deprese a naopak v podmínkách dlouhodobého sledování,
3. superponované epizody, které jsou v rozporu s osobností pacienta (nástup mánie u pacienta s depresivním temperamentem a naopak),
4. depresivní i manické rysy mohou být současně přítomny v jedné epizodě (smíšené fáze),
5. ve většině případů periodický průběh onemocnění.

Tyto principy mu umožnily vytvořit koncepci maniodepresivního šílenství, která nemusela být pro jeho vrstevníky úplně přijatelná. Její problematičnost tkvěla v asymetrii. Kraepelin pracoval s velmi širokou a „klinicky heterogenní“ maniodepresivní skupinou a se skupinou depresivních nemocných (dnes unipolární deprese), která nemá protipól.

1.4 SOUČASNOST – UNIPOLÁRNÍ A BIPOLÁRNÍ KONCEPT

Zhruba od poloviny minulého století, se ujal názor, že depresivní porucha bez epizod mánie nebo hypománie (unipolární deprese) se významně liší od depresivní poruchy, která nastupuje v mladším věku a při níž se tyto epizody vyskytují (bipolární deprese). Hlavní rozdíly mezi unipolární a bipolární depresí jsou uvedeny v tabulce 3.

Tab. 3 Rozdílné charakteristiky bipolární a unipolární deprese (dle Herman et al., 2003)

| | Bipolární | Unipolární |
|---------------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| anamnéza mánie/hypománie | ano | ne |
| poměr pohlaví | 1 : 1 | ženy > muži |
| věk nástupu onemocnění | dospívající 13–20, 20–30 let | kolem 30., 40., 50. roku věku |
| poporodní epizoda | často | méně často |
| vník epizody | často pozvolný | náhlý, zákeřný |
| trvání epizod | 3–6 měsíců | 3–12 měsíců |
| psychomotorická aktivita | retardace > agitovanost | agitovanost > retardace |
| spánek | hypersomnie > insomnie | insomnie > hypersomnie |
| rodinná anamnéza | | |
| bipolární deprese | spíše ano | spíše ne |
| unipolární deprese | spíše ano | spíše ano |
| odpověď na psychofarmaka | | |
| antidepresiva | indukují hypománii/mánii | indukují hypománii/mánie vzácně |
| soli lithia | akutní antidepresivní afekt | obecně bez efektu |

Ačkoli jsou unipolární a bipolární deprese rozlišitelné klinicky, podle rodinných anaméz, dle odezvy na psychofarmaka, začínají se v posledních letech objevovat oblasti, kde se tyto jednotky překrývají a mohou být označeny jako pseudounipolární.

Výjimkou nejsou depresivní pacienti, kteří zažili velmi krátkou hypomanickou epizodu, tak jak ji popisuje Angst (1995). Podle Vědeckých diagnostických kritérií (Research Diagnostic Criteria – RDC, 1978) postačují dva dny trvajících příznaků pro pravděpodobnou diagnózu hypománie, pro definitivní sedm dní a dle diagnostického a statistického manuálu (DSM-IV) čtyři dny.

Kromě toho 10–20 % pacientů s depresivní poruchou v průběhu následujících let prožije hypomanickou nebo manickou epizodu, a měli by tudíž být reklasifikováni na bipolární poruchu typu I nebo typu II. Jestliže k tomuto případu dojde, stává se tak průměrně šestý měsíc po první depresivní epizodě v životě.