

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
<b>1. Bipolární afektivní porucha v historickém kontextu . . . . .</b>	<b>15</b>
1.1 Aretaeus . . . . .	15
1.2 Farlet a Baillarger . . . . .	16
1.3 Kraepelin . . . . .	16
1.4 Současnost – unipolární a bipolární koncept . . . . .	17
<b>2. Klinický obraz bipolární afektivní poruchy . . . . .</b>	<b>21</b>
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
<b>3. Diagnostika bipolární afektivní poruchy . . . . .</b>	<b>39</b>
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
<b>4. Diferenciální diagnóza bipolární afektivní poruchy . . . . .</b>	<b>47</b>
4.1 Organická bipolární porucha, příznaky vyvolané farmaky a návykovými látkami . . . . .	48
4.2 Závěr . . . . .	53

<b>5. Průběh bipolární afektivní poruchy</b>	<b>55</b>
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
<b>6. Etiopatogeneze bipolární afektivní poruchy</b>	<b>63</b>
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 monoaminoergní 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
<b>7. Komorbidita u bipolární afektivní poruchy</b>	<b>79</b>
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
<b>8.</b>	<b>Suicidalita u bipolární afektivní poruchy . . . . .</b>	<b>85</b>
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	Antidepresiva . . . . .	89
8.5.2	Lithium . . . . .	90
8.5.3	Antikonvulziva . . . . .	91
8.6	Elektrokonvulzivní léčba . . . . .	91
8.7	Závěr . . . . .	92
<b>9.</b>	<b>Bipolární afektivní porucha, kreativita a léčba . . . . .</b>	<b>93</b>
9.1	Studie zkoumající spojitost mezi bipolární afektivní poruchou a kreativitou . . . . .	94
9.2	Poznámky k léčbě . . . . .	96
9.3	Závěr . . . . .	96
<b>10.</b>	<b>Bipolární afektivní porucha a těhotenství . . . . .</b>	<b>97</b>
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	Antidepresiva . . . . .	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
<b>11.</b>	<b>Akutní léčba manické epizody . . . . .</b>	<b>105</b>
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
<b>12.</b>	<b>Léčba depresivní epizody . . . . .</b>	<b>133</b>
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
<b>13.</b>	<b>Léčba smíšené fáze . . . . .</b>	<b>151</b>
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
<b>14.</b>	<b>Rychlé cyklování – léčba . . . . .</b>	<b>159</b>
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
<b>15.</b>	<b>Dlouhodobá a profylaktická léčba . . . . .</b>	<b>165</b>
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
<b>16.</b>	<b>Možnosti psychoterapie bipolární afektivní poruchy . . . . .</b>	<b>183</b>
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 rytmů . . . . .	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
<b>17.</b>	<b>Klinické vedení pacienta s bipolární poruchou . . . . .</b>	<b>197</b>
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
	<b>Závěr . . . . .</b>	<b>205</b>
	<b>Literatura . . . . .</b>	<b>207</b>

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

*Dík 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
<b>Bipolární porucha I</b>	Přítomnost je podmínkou	Přítomnost je možná	Přítomnost je možná
<b>Bipolární porucha II</b>	Nevyskytuje se	Přítomnost je podmínkou	Přítomnost je podmínkou
<b>Cyklothymie</b>	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
<b>Bipolární porucha I</b>	Depresivní epizody s plně vyjádřenými manickými epizodami
<b>Bipolární porucha II</b>	Hypománie a depresivní epizody
<b>Bipolární porucha III</b>	Hypománie a depresivní příznaky
<b>Bipolární porucha IV</b>	Porucha nálady sekundární k tělesné nemoci nebo požití léků
<b>Bipolární porucha V</b>	Depresivní epizody s bipolární poruchou v příbuzenstvu
<b>Bipolární porucha VI</b>	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 – psychotherapeutickým intervencím. Ukazuje se, že právě kombinace farmakologických a psychotherapeutických 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 zešilet, 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
<b>anamnéza mánie/hypománie</b>	ano	ne
<b>poměr pohlaví</b>	1 : 1	ženy > muži
<b>věk nástupu onemocnění</b>	dospívající 13–20, 20–30 let	kolem 30., 40., 50. roku věku
<b>poporodní epizoda</b>	často	méně často
<b>vník epizody</b>	často pozvolný	náhlý, zákeřný
<b>trvání epizod</b>	3–6 měsíců	3–12 měsíců
<b>psychomotorická aktivita</b>	retardace > agitovanost	agitovanost > retardace
<b>spánek</b>	hypersomnie > insomnie	insomnie > hypersomnie
<b>rodinná anamnéza</b>		
bipolární deprese	spíše ano	spíše ne
unipolární deprese	spíše ano	spíše ano
<b>odpověď na psychofarmaka</b>		
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.