

Bipolární afektivní porucha

Autor: Johana Kochtová

Výskyt

Bipolární afektivní porucha (BAP) je psychiatrické onemocnění řadící se mezi poruchy nálad (*afektivní poruchy*, anglicky „*mood disorders*“). Je charakterizováno výskytem minimálně dvou epizod zřetelného narušení nálady, které jsou ohraničené bezpříznakovým obdobím nebo přechodem do opačného stavu nálady. Toto narušení může být ve smyslu snížení nálady od lehké *deprese* až po těžkou, nebo abnormálního zvýšení nálady, které označujeme jako *hypománii*, závažnější stav jako *mánii*. Pokud se současně vyskytují příznaky z obou protipólů výkyvů nálad, označujeme fázi BAP jako *smíšenou*. Dříve používaný název „maniodepresivní psychóza“ měl širší význam – zahrnoval i pacienty trpící pouze depresí, přestal být proto používán. Nyní je pro diagnózu BAP nutná anamnéza alespoň jedné epizody mánie.

Celoživotní riziko v naší populaci je přibližně 1–5 % nezávisle na pohlaví. Nástup nemoci je obvykle v období dospívání a mladé dospělosti (okolo 20 let), ale první fáze se může vyskytnout v kterémkoliv věku. Některé významné životní události mohou působit jako spouštěč.

Etiologie, patogeneze

Přesný mechanismus vzniku nemoci není dosud znám a je předmětem výzkumu. Předpokládá se, že je způsobena nerovnováhou neurotransmiterů v mozku (tj. malé molekuly účastní se přenosu informací mezi nervovými buňkami, např. serotonin, dopamin). Jedná se tedy o biologicky způsobenou nemoc. Roli však hrají i vlivy genetické, biochemické, hormonální a vlivy prostředí, které ovlivňují propuknutí, projevy a průběh choroby.

Pro vznik epizody bipolární poruchy je pravděpodobně nutná vrozená dispozice a aktuální stres. Pokud jsou vrozené dispozice výrazné, postačí i nepatrná dávka stresu, aby se nemoc projevila. Mezi typické stresory patří mimořádně negativní, ale i pozitivní životní události, abúzus alkoholu a drog, spánková deprivace, problémy ve vztazích a rodině. První epizoda se

může projevit v kterémkoli životním období, obvykle se však objeví v brzkém věku, již mezi 15. až 25. rokem života.

Obr. 1 Riziko vzniku BAP u příbuzných nemocného

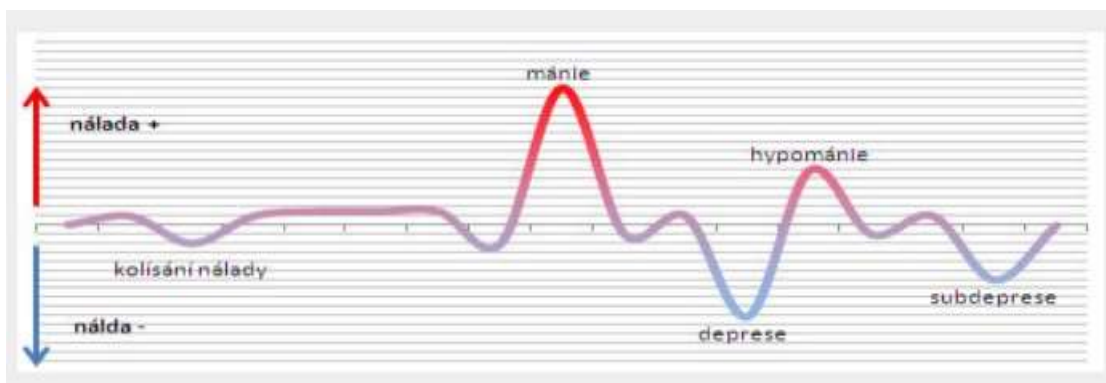
Riziko rozvoje bipolární poruchy podle míry příbuznosti	
Vztah k člověku s bipolární poruchou	Riziko rozvoje bipolární poruchy
běžná populace (žádný vztah)	1%
příbuzní 2. stupně (např. strýc, teta)	3-7 %
sourozenec	15-25%
dvojvaječné dvojče	15-25%
jeden rodič	15-30%
oba rodiče	50-75%
jednovaječné dvojče	70%

<https://www.bipolarni.cz/147-2/> cit. 6. 4. 2017

Hlavní příznaky

Průběh nemoci je vždy velmi individuální. Interval mezi jednotlivými epizodami onemocnění může být výjimečně velmi krátký (několik dnů), někdy může trvat řádově i desítky let. U pacientů neužívajících správnou léčbu trvá bezpříznakové období průměrně 2–4 roky, s rostoucím věkem se ale frekvence epizod zvyšuje a prodlužuje se jejich trvání, zejm. depresí.

Obr. 2 Průběh neléčeného onemocnění



<https://www.bipolarni.cz/147-2/> cit. 6. 4. 2017

Manická fáze je charakterizována nezvykle zvýšenou náladou nezávisle na okolnostech, která začíná zpravidla náhle a trvá alespoň týden. Pohybuje se od lehkovážné žoviálnosti až k téměř neovladatelnému vzrušení. Euforie je doprovázena zvýšenou energií, vedoucí ke zvýšené aktivitě, rychlé až nesrozumitelné řeči, snížené potřebě spánku. Pacient těžko udrží pozornost. Sebevědomí je často přehnané s grandiózními myšlenkami a přehnanou důvěrností. Ztráta

normálních sociálních zábran ústí v chování, které je zbytečně riskantní, může přejít i v agresivitu. Odmítání jídla, pití nebo osobní hygieny může pacienta i vážně ohrozit, např. dehydratací.

Obr. 3 Varovné příznaky mánie

- snížená potřeba spánku a zvýšení aktivity (až u 40 %)
- zrychlená feč
- více nápadů a plánů
- přeceňování schopností, zvýšené sebevědomí
- zvýšená konzumace alkoholu, cigaret, drog
- utrácení peněz
- netrpělivost, podrážděnost, napětí, hádavost
- navazování kontaktů
- pocit, že ostatní jsou pomalí nebo hloupější
- excesy (pokuty za rychlou jízdu, hazard, sex na jednu noc, návykové látky)

<http://www.cspychiatr.cz/detail.php?stat=802> cit. 6. 4. 2017

Depresivní fáze může probíhat v různě závažné formě. Nemocný má zhoršenou náladu a sníženou energii. Po minimální námaze se objevuje únava. Pacienti ztrácí chuť k jídlu i libido. Je narušen smysl pro zábavu a schopnost koncentrace. Pacienti ztrácí zájem o dříve oblíbené aktivity, nedosahují pocitů uspokojení z věcí, které jim předtím dělaly radost. Dále jsou přítomny pocity viny a beznaděje i u lehkých případech, celkové sebehodnocení je velmi negativní. Výrazně bývá porušen spánek, ranní probouzení je o několik hodin dříve před obvyklou hodinou, deprese se horší nejvíce ráno.

Obr. 4 Varovné příznaky deprese

- smutek, lítost
- úzkost
- pocity prázdnoty
- snížený zájem o zájmy a okolí
- únava, pocity „bez jiskry“
- výčitky
- pocit, že ostatní jsou rychlejší, schopnější
- ospalost přes den, poruchy usínání, neschopnost dospat rána, potíže s ranním vstáváním
- podrážděnost, napětí
- potíže s pamětí a pozorností
- ztížené rozhodování

<http://www.cspychiatr.cz/detail.php?stat=802> cit. 6. 4. 2017

Vyšetření

Správná a včasná diagnostika bipolární poruchy patří v psychiatrii k těm nejobtížnějším. Přestože je předpokládána biologická příčina onemocnění, nemáme dosud žádný specifický laboratorní test nebo jiné postupy, které by vedly k definitivní diagnóze. Platí, že je tato

porucha rozpoznána na základě skupiny příznaků, které se u nemocného objeví současně v jednom časovém období. Často bývá odhalena pozdě zejm. pokud se onemocnění poprvé projeví depresí. Hypomanickou epizodu nemusí pacient na druhou stranu pokládat za patologickou situaci, a proto se o ní lékaři sám nezmíní. Vhodné je proto aktivní dotazování ze stran lékaře a využití k orientačnímu vyšetření dotazníky, které nám pomohou určit, zda nemocný trpí depresí nebo hypo/mánií.

Léčba

Léčba je celoživotní, odvíjí se od charakteru probíhající epizody a akutnosti stavu pacienta. Využívá se *farmakoterapie, psychoterapie* a u rezistentních stavů lze využít i *elektrokonvulzivní terapii*. Akutní stav těžké mánie léčíme pomocí antipsychotik s hospitalizací a co nejdříve nasazujeme léky stabilizující náladu, které slouží dále jako udržovací léčba. Podobně postupujeme i u těžké deprese, ale jako první podáváme pacientovi antidepressiva. Po potlačení akutních příznaků pokračujeme v dlouhodobém preventivním podávání stabilizátorů nálad, abychom zabránili brzkému návratu onemocnění.

Psychoterapie by měla vždy doplňovat farmakoterapii. Pomáhá nemocnému pochopit charakter jeho onemocnění, obnovit přirozenou sebedůvěru i důvěru ve svět kolem, vyrovnat se s problémem stigmatizace, řešit obtíže v mezilidských vztazích a překonat současné životní problémy.

Komplikace

Téměř jedna třetina pacientů trpí osobnostními změnami a nemoc významně ovlivňuje i jejich psychosociální situaci. Bipolární porucha většinou zásadně ovlivní život nemocného i jeho nejbližšího okolí. Při chronických stavech onemocnění nejsou tito lidé schopni plnohodnotně se zapojit do společnosti a jsou odkázáni na odbornou pomoc. Častou komplikací je i abúzus psychoaktivních látek, s kterým je spojeno zejm. v depresivních fázích vysoké riziko sebevražd. V manické fázi bývá pro pacienty obtížné zacházet rozumně s penězi, přeceňují své schopnosti a podceňují rizika. Mají nutkání nakupovat množství nepotřebných a drahých věcí na dluh. Rizikové sexuální chování může vést k onemocnění některou sexuálně přenosnou chorobou se všemi důsledky pro pacienta.

Praktické rady pro pacienta

Důležité je dodržování nastaveného léčebného režimu a dobrá spolupráce pacienta a lékaře, ale i rodiny nemocného a jeho blízkých, aby bylo co nejdéle udrženo období bez příznaků a včas zabráněno vzniku nové epizody nemoci. Brzké rozeznání varovných příznaků může zabránit vzniku počínajícího relapsu. Proto je důležité informovat příbuzné, aby o nich věděli a byli schopni je včas rozpoznat. Včasným zvýšením dávky léků lze relapsu zabránit nebo zkrátit nutnou léčbu. I přesto někdy může dojít k opětovnému rozvoji nemoci. V tomto případě by měl nemocný či rodina ihned informovat lékaře. Vhodné je i zmírnit stresory v prostředí (například zrušit rizikové činnosti jako je stěhování, nástup do nové práce atp.). Pokud nemocný ztrácí náhled na svou chorobu a dochází k poruše kontaktu s realitou, je nutné přesvědčit nemocného k návštěvě lékaře, případně zorganizovat převoz k hospitalizaci.

Seznam použité literatury

Odborné publikace

LÁTALOVÁ, Klára, *Bipolární afektivní porucha*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 256 stran. ISBN: 978-80-247-3125-4.

BOUČEK, Jaroslav a kolektiv, *Speciální psychiatrie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Lékařská fakulta, 2006. 244 s. ISBN: 80-244-1354-X.

Internetové zdroje

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. ÚZIS: Afektivní poruchy (poruchy nálady) (F30–F39) [online]. 1. 4. 2014 [6. 4. 2017]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F30-F39.html>

ČESKÁ A SLOVENSKÁ PSYCHIATRIE. Časopis Psychiatrické společnosti ČLS JEP a Psychiatrické společnosti SLS: Varovné příznaky relapsu schizofrenie a bipolární poruchy [online]. 2012; 108(3): 122–130 [6. 4. 2017].

Dostupné z: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=802>

PSYCHIATRIE PRO PRAXI. Bipolární porucha II – epidemiologie, diagnostika a léčba [online]. 2010; 11(1): 7–10 [6. 4. 2017].

Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2010/01/02.pdf>

BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHA: Co je bipolární afektivní porucha? [online]. 2014 [6. 4. 2017]. Dostupné z: <https://www.bipolarni.cz/147-2/>

Seznam obrázků

Obr. 1 Riziko vzniku BAP u příbuzných nemocného

Zdroj:

<https://www.bipolarni.cz/147-2/>

Obr. 2 Průběh neléčeného onemocnění Zdroj: <https://www.bipolarni.cz/147-2/>

Obr. 3 Varovné příznaky mánie Zdroj: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=802>

Obr. 4 Varovné příznaky deprese Zdroj: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=802>