

# Bipolární porucha

**Bipolárně afektivní porucha** (dříve maniodepresivní psychóza) je většinou celoživotní onemocnění s velmi různorodým průběhem, které se projevuje střídajícími se atakami a remisemi. Onemocnění je u každého pacienta velmi individuální a jednotlivé epizody se v průběhu života liší. Tato nemoc má na pacienta a na jeho rodinu zásadní a často devastující vliv.

V současnosti nehovoříme pouze o jediném typu bipolární poruchy, ale o poruchách bipolárního spektra. Rozlišujeme **bipolární poruchu typu I a II** (BP I a BP II). BP II charakterizujeme opakovanými depresivními a pouze hypomanickými příhodami. U BP I se setkáváme s depresivními a plně manickými epizodami.

## Epidemiologie

Celoživotní prevalence BP I se udává kolem 1 % v populaci se stejným zastoupením mužů a žen. Pokud bereme v úvahu prevalenci všech bipolárních poruch, bude údaj mnohem vyšší. BP II postihuje 2-5 % osob v populaci. Celoživotní prevalence všech poruch bipolárního spektra je potom 3,4 %.

Mezi poruchy bipolárního spektra řadíme výkyvy nálad ve velkém rozsahu: **mánie, hypománie, smíšené epizody, subdeprese, depresivní epizody a depresivní smíšené stavy**. Údaje o prevalenci bipolárních poruch napříč kulturním, sociálním a etnickým spektrem jsou málo dostupné. Opakovaně však bývá tato porucha diagnostikována ve vyšších socioekonomických vrstvách. Tento jev nebyl zatím jednoznačně vysvětlen, ale podle některých teorií je tendence diagnostikovat u osob ze sociálněekonomicky nižších vrstev spíše schizofrenii než BP. Podle některých výzkumů dochází od roku 1940 ke zvyšování prevalence BP v populaci, což je vysvětlováno vyšším sociálním stresem a zkrácením sociální a rodinné podpory a stability.

## Etiologie a patogeneze

Příčina vzniku BP zatím není známa. Předpokládá se, že **na vznik poruchy působí** genetické vlivy, neurotransmitterové abnormality (noradrenalin, dopamin, serotonin), buněčná degradace, rozladění biologických rytmů, stres a další. Významným vlivem je také dědičnost. Pacientovi příbuzní prvního stupně trpí poruchami nálad více než osoby bez pozitivní rodinné anamnézy.

## Diagnóza

**Mánie** je charakterizována trvale vystupňovanou náladou s mnoha dalšími příznaky a vážným psychosociálním narušením. **Hypománie** je mírnější manická epizoda bez závažnějšího psychosociálního poškození. Ve smíšené příhodě se střídají jak depresivní, tak manické epizody po dobu minimálně dvou týdnů. Většina pacientů s BP vyhledá sama léčbu kvůli přítomné depresi, málokdy z důvodu mánie. Dalším důvodem vyhledání lékařské pomoci jsou problémy se spánkem a nadměrné užívání návykových látek.

## Průběh

U většiny pacientů s BP dochází k **prvním příznakům** nemoci v adolescenci, resp. mezi 15. a 30. rokem života. Obvykle je první epizoda depresivní, nemocný většinou prožije několik depresivních příhod, než se u něj projeví i mánie nebo hypománie. Jedna epizoda trvá od 4 do 13 měsíců, přičemž depresivní epizody jsou delší než manické a hypomanické. 18,9 % pacientů s BP spáchá sebevraždu, to se však vztahuje na těžší, neléčené pacienty.

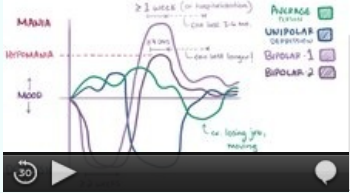
## Zásady léčby

Léčbu můžeme rozdělit do dvou fází, které mají rozdílné cíle:

- Léčba příznaků akutní epizody,
- časné podání stabilizátoru nálady.

### Bipolární afektivní porucha

Bipolar disorder







Video v angličtině, definice, patogeneze, příznaky, komplikace, léčba

<b>Rizikové faktory</b>	pozitivní rodinná anamnéza bipolární poruchy
<b>Patogeneze</b>	neznámá
<b>Diagnostika</b>	pozorování pacienta – výskyt alespoň jedné manické/hypomanické epizody střídající depresivní epizody
<b>Léčba</b>	psychoterapie a farmakoterapie (thymoprofylaktika, antipsychotika)
<b>Klasifikace a odkazy</b>	
<b>MKN</b>	F31 ( <a href="https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F31">https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F31</a> )
<b>MeSH ID</b>	D001714 ( <a href="https://www.medvik.cz/bmc/link.do?id=D001714">https://www.medvik.cz/bmc/link.do?id=D001714</a> )

**Cílem léčby** je ovlivnit příznaky tak, aby byl pacient schopen vrátit se do normálního psychosociálního fungování. Během léčby BP je zásadní **kombinace farmakologie a psychoterapie**, pacienti totiž trpí následky prožitých epizod. Cílem terapie je snížit obavy, které souvisejí s poruchou, zlepšit psychosociální fungování mezi epizodami a snížit délku jejich trvání. Emoční nestabilita může přispět k projevům nežádoucích účinků léků.

#### Používané léky:

- Lithium;
- Antipsychotika – olanzapin , risperidon , ziprasidon .
- Antiepileptika;
- Antikonvulziva – karbamazepin, valproát .

## Odkazy

### Související články

- Manická epizoda
- Deprese
- Schizofrenie
- Poruchy osobnosti

### Externí odkazy

- Bipolární porucha – česká Wikipedie ([https://cs.wikipedia.org/wiki/Bipol%C3%A1rn%C3%AD\\_afektivn%C3%AD\\_porucha](https://cs.wikipedia.org/wiki/Bipol%C3%A1rn%C3%AD_afektivn%C3%AD_porucha))
- Bipolar disorder – anglická Wikipedie ([https://en.wikipedia.org/wiki/Bipolar\\_disorder](https://en.wikipedia.org/wiki/Bipolar_disorder))
- Bipolar Disorder – National Institute of Mental Health (<https://www.nimh.nih.gov/health/topics/bipolar-disorder/index.shtml>)

### Použitá literatura

- SEIFERTOVÁ, Dagmar. *Postupy v léčbě psychických poruch : Algoritmy České neuropsychofarmakologické společnosti*. 2. vydání. Praha : Academia Medica Pragensis v nakl. Medical Tribune CZ, 2008. 616 s. ISBN 9788087135105.