

Univerzita Karlova

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Fyzioterapie



Denisa Knotková

Fyzioterapie u pacientů s bipolární poruchou

Physiotherapy in Patients with Bipolar Disorder

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce:

Mgr. Michaela Zahrádka Köhlerová

Praha, rok 2019

PODĚKOVÁNÍ

Chtěla bych poděkovat vedoucí bakalářské práce, paní magistře Michaele Zahrádce Köhlerové za vedení, cenné poznámky, odborné připomínky a podněty. Dále bych chtěla poděkovat fyzioterapeutům, ergoterapeutům a lékařům Psychiatrické nemocnice Bohnice, kteří mi umožnili absolvovat odbornou praxi na pracovišti, abych si mohla své znalosti také prakticky ověřit.

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité literární zdroje. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze 15.07.2019

Denisa Knotková

IDENTIFIKAČNÍ ZÁZNAM

KNOTKOVÁ, Denisa. *Fyzioterapie u pacientů s bipolární poruchou. [Physiotherapy in Patients with Bipolar Disorder]*. Praha, 2019. 73 stran, 0 příloh. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika rehabilitačního lékařství. Vedoucí práce Zahrádka Köhlerová, Michaela.

ABSTRAKT BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno, příjmení: Denisa Knotková

Vedoucí práce: Mgr. Michaela Zahradka Köhlerová

Oponent práce:

Název bakalářské práce: Fyzioterapie u pacientů s bipolární poruchou

Abstrakt bakalářské práce:

Tato bakalářská práce se věnuje otázce, jakou úlohu hraje fyzioterapie u psychiatrických pacientů, konkrétně se zaměřuje na pacienty s bipolární afektivní poruchou. Cílem této práce je shromáždit informace o tomto onemocnění ze všech jeho hledisek, a popsat, jakým způsobem se k pacientům přistupuje z pohledu fyzioterapeuta.

První část této práce popisuje vznik a symptomatologii bipolární afektivní poruchy, dále diferenciální diagnostiku, komorbidní onemocnění, farmakologickou léčbu a psychoterapii. Druhá část práce se věnuje fyzioterapeutickým přístupům a metodám, indikacím a kontraindikacím. Formou rešerše budou zpracovány studie pojednávající o fyzioterapeutických metodách vhodných k léčbě těchto pacientů a jaký vliv mají na jednotlivé fáze jejich onemocnění. Studie budou shrnuty a rozebrány v diskuzi.

Klíčová slova:

Bipolární porucha, fyzioterapie, pohybová aktivita, psychiatrie

Bachelor thesis abstract

Name, Surname: Denisa Knotková

Supervisor: Mgr. Michaela Zahrádka Köhlerová

Opponent:

Title of bachelor thesis: Physiotherapy in patients with bipolar disorder

Abstract:

This bachelor thesis deals with what kind of role has physiotherapy in patients with psychiatric illness, specifically in patients with bipolar affective disorder. The aim of this work is to collect information about the disease in all its aspects and to describe how these patients are treated from the perspective of a physiotherapist.

The first part of the thesis describes origins and symptomatology of bipolar affective disorder, differential diagnosis, comorbidities, pharmacological treatment and psychotherapy. The second part of the thesis deals with physiotherapy approaches and methods, indications and contraindications. In the form of studies, we will process various studies dealing with physiotherapy methods adequate for treating these patients and what influence they have on each of the phase of the disease. The studies will be summarized in the final discussion.

Key words:

Bipolar disorder, physiotherapy, physical activity, psychiatry

Obsah

ÚVOD.....	11
METODOLOGIE.....	13
1 DEFINICE BIPOLÁRNÍ PORUCHY	14
2 ETIOLOGIE BIPOLÁRNÍ PORUCHY.....	15
2.1 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ VZNIK ONEMOCNĚNÍ.....	15
2.1.1 Genetické.....	15
2.1.2 Biochemické.....	15
2.1.3 Biotoxické	15
2.1.4 Somatické	15
2.1.5 Psychosociální.....	16
3 SYMPTOMATOLOGIE	17
3.1 DEPRESIVNÍ EPIZODA.....	17
3.2 MANICKÁ EPIZODA	17
3.3 HYPOMANICKÁ EPIZODA	18
3.4 DYSFORIE	18
3.5 RYCHLÉ CYKLOVÁNÍ	18
3.6 CYKLOTYMIE	18
3.7 REMISE	19
4 DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA.....	20
4.1 DEPRESIVNÍ EPIZODA.....	20
4.2 MANICKÁ EPIZODA	20
5 PŘIDRUŽENÉ KOMORBIDNÍ ONEMOCNĚNÍ	21
5.1 KOMORBIDITY SOMATICKÉ	21
5.2 KOMORBIDITY PSYCHIATRICKÉ.....	21
5.2.1 Abúzus.....	22
6 LÉČBA FARMAKOLOGICKÁ.....	23
6.1 LÉČBA MANICKÉ EPIZODY	23
6.2 LÉČBA DEPRESIVNÍ EPIZODY	23
6.3 PROFYLAKTICKÁ LÉČBA.....	23
6.4 NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY FARMAKOLOGICKÉ LÉČBY.....	24

6.4.1	Léčba depresivní epizody – nežádoucí účinky	24
6.4.2	Léčba manické epizody – nežádoucí účinky	24
6.4.3	Profylaktická léčba – nežádoucí účinky.....	24
6.5	LÉČBA ELEKTROKONVULZIVNÍ.....	24
6.5.1	Farmakologická a elektrokonvulzivní léčba u těhotných žen.....	25
7	NEFARMAKOLOGICKÁ LÉČBA – PSYCHOSOCIÁLNÍ INTERVENCE.....	27
7.1	PSYCHO EDUKACE.....	27
7.2	KOGNITIVNĚ BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE	27
7.3	FAMILY – FOCUSED THERAPY	27
7.4	PEER SUPPORT.....	28
7.5	DIALEKTICKÁ BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE.....	28
7.6	INTERPERSONÁLNÍ A SOCIÁLNĚ RYTMICKÁ TERAPIE	28
7.7	AMBULANTNÍ LÉČBA A DENNÍ STACIONÁŘE	29
8	FYZIOTERAPIE.....	30
8.1	FYZIOTERAPIE A POHYBOVÁ AKTIVITA U SMI PACIENTŮ	30
8.2	FYZICKÁ AKTIVITA U PACIENTŮ S BAP	31
8.3	INDIVIDUÁLNÍ FYZIOTERAPIE.....	33
8.3.1	Indikace a kontraindikace individuální fyzioterapie.....	33
8.4	SKUPINOVÁ FYZIOTERAPIE.....	34
8.4.1	Indikace a kontraindikace skupinové fyzioterapie	34
8.5	MOTIVACE A EMPATIE VE FYZIOTERAPII PACIENTŮ S BAP	35
8.6	PSYCHOMOTORICKÁ TERAPIE.....	35
8.6.1	Definice.....	35
8.6.2	Historie	35
8.6.3	Psychomotorická terapie u pacientů s BAP.....	36
8.6.4	Adventure therapy.....	36
8.6.5	Dance and movement therapy.....	37
8.6.6	Body awareness therapy.....	37
8.6.7	Psychomotor fitness therapy.....	37
8.7	RELAXAČNÍ TECHNIKY	37
8.7.1	Schultzův autogenní trénink.....	37
8.7.2	Jacobsonova progresivní svalová relaxace.....	38
8.7.3	Feldenkreisova metoda	38
8.7.4	Alexandrova technika.....	38
8.7.5	Mindfulness-based cognitive therapy	39
8.7.6	Hatha Jóga.....	40

8.8	FYZIOTERAPIE V ČR.....	42
9	DISKUZE	44
10	ZÁVĚR	49
11	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	50
12	SEZNAM ZKRATEK.....	73

Úvod

Bipolární afektivní porucha (dále jen BAP) je velmi závažné psychiatrické onemocnění s vysokou morbiditou a mortalitou (McDonald et al., 2015). Podle Světové zdravotnické organizace (Mathers et al., 2008) je BAP zařazena mezi prvních 10 duševních stavů na světě, které patří k těm nejméně příznivým.

Etiologie BAP je stále nejasná, ale mluví se o genetických, psychosociálních, somatických, biotoxických a biochemických faktorech ovlivňujících vznik tohoto onemocnění (Raboch, 2012).

Je to psychiatrické onemocnění chronické a často recidivující¹, které se charakterizuje patologickými změnami nálad. Buď depresivní nebo manické, hypomanické nebo také smíšené. Mezi jednotlivými fázemi se mohou pacienti nacházet i v období remise² (Phillips et al., 2013).

Nejčastěji se BAP manifestuje v adolescenci, kdy je udáván nejrizikovější věk okolo 20 let nebo v mladém věku, nejčastěji kolem 25–30 let, a to bez ohledu na pohlaví (Raboch, 2012; Merikangas et al., 2007).

Přestože se jedná o poruchu afektivity, pacienti s BAP bývají často výrazně znevýhodněni i v oblastech sociálního, pracovního a také osobního života. Zároveň má jejich onemocnění negativní dopad i na jejich rodiny a blízké rodinné příslušníky. Spolu se schizoafektivními poruchami, závažnou depresivní poruchou a schizofrenií se řadí do skupiny těžkých duševních onemocnění neboli Severe Mental Illness (dále jen SMI). U těchto onemocnění je dvakrát až třikrát vyšší riziko předčasné mortality oproti běžné populaci (Chesney et al., 2014; Reininghaus et al., 2015).

Přístup v léčbě pacientů s BAP by měl být vždy komplexní. Na prvním místě musí být vždy farmakoterapie, kde je lékem první volby lithium. Pacienti s BAP ho musí užívat celoživotně i v období remise jako stabilizátor nálad. Další farmakologická léčba se pak odvíjí od jednotlivých fází BAP, ve kterých se pacienti nachází. Při léčbě manie se nejvíce osvědčila antipsychotika jak první, tak druhé generace (Yildiz et al., 2015). U depresivní fáze jsou často volena antidepresiva. Přestože mají psychofarmaka v léčbě BAP velmi pozitivní význam, tak z důvodu chronicity onemocnění a jejich celoživotního užívání mají i mnoho účinků nežádoucích (Geddes et al., 2013).

Pacienti s BAP také často trpí přidruženými somatickými komorbiditami, kterými jsou nejčastěji diabetes mellitus, metabolický syndrom, obezita a kardiovaskulární onemocnění

¹ Recidiva – opakování, vracení se.

² Remise – přechodné vymizení příznaků nemoci.

(dále jen KVO). Vznikají následkem nežádoucích účinků psychofarmak, nízké až žádné fyzické aktivity a častému abúzu alkoholu či jiných návykových látek (Vancampfort et al., 2013).

Kromě farmakologické léčby a psychoterapeutické intervence, je důležitou součástí také fyzioterapie. Pravidelná pohybová aktivita vykazuje velmi pozitivní vliv na pacienty s BAP z mnoha hledisek. Zmírňuje symptomy onemocnění, snižuje stres, úzkosti a napětí. Působí preventivně proti přidruženým komorbidním onemocněním, motivuje pacienty k častějšímu pohybu a zlepšuje jejich celkovou fyzickou kondici.

Navzdory závažnosti onemocnění je ale BAP stále zanedbávaný a podceňovaný stav v celé své komplexnosti. Zejména fyzioterapii není věnováno stále moc prostoru. (Bjørklund et al., 2016). I přes několik studií pojednávajících o pozitivním efektu fyzioterapie a celkové pohybové aktivitě u těchto pacientů, je to stále nedoceněná součást komplexní léčby.

Téma bakalářské práce jsem si vybrala z důvodu zájmu o psychiatrickou problematiku. Konkrétně u BAP se můj osobní zájem zvýšil díky možnosti setkat se se dvěma mladými slečnami trpícími tímto onemocněním. Zároveň jsem měla také příležitost pracovat s pacienty s BAP během letní praxe v Psychiatrické nemocnici v Bohnicích. Zaujal mě fakt, že spojení fyzioterapie a psychiatrického onemocnění, konkrétně tedy BAP, má velmi významný a pozitivní efekt pro celkové zlepšení celkového stavu těchto pacientů.

Metodologie

Cílem této bakalářské práce je formou rešerše předložit důležité údaje o BAP, její symptomatologii, léčbě a následně i o možné fyzioterapeutické intervenci. Cílem je popsat rozdíly fyzioterapeutického přístupu k těmto pacientům od běžné populace. Dále je cílem popsat studie, které pojednávají o využívání fyzioterapie v souvislosti s tímto onemocněním v dnešní době.

Pro teoretickou práci byly zvoleny medicínské databáze – PubMed, Medvik, Medline. Následně bylo vyhledávání doplněno o multioborové databáze – Google Scholar a EBSCO. Mezi další formy vyhledávání byla využita i knihovna 1. LF UK a Národní lékařská knihovna. Také byla využita metodika, která byla vydána Psychiatrickou nemocnicí v Bohnicích. Hlavní klíčová slova byla „Bipolární porucha“ AND „fyzioterapie“ OR „pohybová aktivita“ a také v anglickém jazyce „bipolar disorder“ AND „physiotherapy“ OR „physical activity“. Vyhledávání bylo dále také rozšířeno o další důležitá klíčová slova související s danou problematikou. Byla zvolena již jen v anglickém jazyce „bipolar disorder“ AND „comorbidities“ „relax techniques“. Vyhledávání bylo omezeno na český a anglický jazyk. Časově nebyla omezená literatura v českém jazyce a literatura podávající informace o BAP, které se z časového hlediska nijak nemění. Z důvodu nedostatečného počtu studií souvisejících s danou problematikou bylo jejich časové omezení rozšířeno od roku 2000 do roku 2019. Celkem bylo nalezeno 1606 článků, kdy 20 z nich splňovalo dané podmínky.

Pro získání relevantních studií pojednávajících o daném tématu byla zvolena tato vyřazující kritéria: nerecenzované publikace, bakalářské, diplomové nebo jiné absolventské práce, studie, kde byla zvířata hlavními zkoumanými subjekty. Dále byly vyloučeny publikace, které ve svých výzkumech BAP vyřazovaly a zaměřovaly se na jiná psychiatrická onemocnění. Zejména na schizofrenii, schizoafektivní poruchy a poruchy osobnosti.

Z důvodu nízkého počtu nalezených článků, které by splňovaly zadaná kritéria, byly nakonec zvoleny některé studie věnující se problematice fyzické aktivity u pacientů s BAP nebo nemocemi s depresivní symptomatologií.

Pohlaví, věk, zdravotní i sociální situace, přítomné či nepřítomné přidružené komorbidní onemocnění ať už somatické či psychiatrické a ani rasa testovaných osob nebyly důvodem k vyřazení.

1 Definice bipolární poruchy

Bipolární afektivní porucha (dále jen BAP) je závažné psychiatrické a chronické onemocnění (Muneer, 2016). Již v roce 1957 byl Leonhardem (1999) poprvé zmíněn termín „bipolární“ a dále v roce 1980 byl přijat odborný název „bipolární porucha“ diagnostickým a statistickým manuálem pro duševní poruchy (dále jen DSM³) (American Psychiatric Association, 2000). Dnes se zahrnuje mezi afektivní poruchy (Phillips et al., 2013). BAP se charakterizuje epizodickými opětovně se vracejícími změnami nálad. Nejčastěji se diagnostikují nálady manické, hypomanické a depresivní (Jansen et al., 2013). Mimo tyto patologické změny nálad existuje i období remise, kdy je stav nemocných bez známek afektivity (Sani et al., 2017). V rámci diagnostiky BAP lze zařadit také další epizody, které zmíním dále v textu. BAP se také často pojí s mnohočetnými komorbiditami, které velmi často nepříznivě ovlivňují celkový stav nemocných. Ačkoli je BAP psychiatrické onemocnění, postihuje i sociální a pracovní životy nemocných (Kuppili et al., 2018).

³ DSM – Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders

2 Etiologie bipolární poruchy

Na vzniku BAP se podílí jak biologické, tak psychosociální vlivy. Důležitou roli zde hraje i stres, který má často na vzniku BAP značný podíl. Uvažuje se také o poruše signálové transdukce na korové úrovni (Raboch, 2012).

2.1 Faktory ovlivňující vznik onemocnění

2.1.1 Genetické

BAP je mimo jiné označována za poruchu, která je silně geneticky podmíněna. Literatura uvádí heritabilitu až 85 %. To ji řadí mezi psychiatrická onemocnění, která mají nejvyšší riziko genetické predispozice, přestože na její jasné objektivizaci se dodnes nenašly žádné důvěryhodné testy, které by mohly onemocnění jasně potvrdit (Brdička et al., 2015). Přítomnost BAP je převážně u příbuzných prvního stupně. Tento fakt potvrzují rodinné studie (Kerner, 2014). Jsou spekulace o tom, že jsou zde možná rizika na genomové úrovni, nicméně tento stav je dnes stále v procesu zkoumání (Kerner, 2014).

2.1.2 Biochemické

V mozkovém kmeni a pontu jsou umístěna těla buněk monoaminergního systému. Do tohoto systému se řadí katecholaminy a serotonin, kdy noradrenalin ze skupiny katecholaminů a serotonin mají největší podíl na poruchách nálady. U nemocných s BAP mohou být v moči, likvoru a plazmě přítomny nižší hodnoty noradrenalinu. Také se zjistilo, že někteří nemocní s BAP mají nízkou hladinu GABA, která je geneticky podmíněna. Ale vzhledem k vzájemné ovlivnitelnosti a také propojenosti monoaminergních systémů, je příčina afektivní poruchy komplexnější než jen množství monoaminů (noradrenalin a serotonin) v centrální nervové soustavě (CNS) (Raboch, 2012).

2.1.3 Biotoxické

Vlivem některých psychofarmak nebo abúzem návykových látek může vzniknout riziko nástupu BAP nebo v případě diagnostikovaného onemocnění přesmyk do depresivní či manické epizody (Aas et al., 2014).

2.1.4 Somatické

Existují některá somatická onemocnění, která mohou mít na svědomí vznik BAP nebo u již nemocných mohou způsobit přechod buď do epizody manické či depresivní. Mnohdy je ale

BAP u jiných somatických chorob zjištěna jako druhotné onemocnění. To vede k možnosti uklidnění způsobené sekundární psychiatrické nemoci právě díky správné medikaci anebo úplného vyléčení somatického onemocnění (Látalová, 2010).

2.1.5 Psychosociální

Psychosociální faktory jsou přítomny nejčastěji před první atakou BAP (Raboch, 2012). Pro mnohé pacienty s BAP je velmi častým vyvolávajícím faktorem stres. Ten zažívá v určité míře každý člověk, ale jeho zvládnutí je už čistě individuální. U pacientů s BAP může být právě špatné zvládnutí stresu jedním z možných příčin vzniku začátku onemocnění. K tomu se ale také pojí nepříznivé události, jakými jsou například rozvod, rozchod, ztráta zaměstnání, fyzické i psychické týrání, úmrtí blízké osoby a mnoho dalších (Syed et al., 2017). U lidí s BAP jsou tyto nepříznivé události prožívány jiným způsobem než u zbylé populace. A právě u lidí s větší pravděpodobností vzniku BAP mohou všechny tyto události vést k manifestaci onemocnění. Zajímavostí ale je, že se nemusí jednat vždy o negativní, ale podíl na vzniku BAP mohou mít dokonce i pozitivní životní situace (Látalová, 2010).

3 Symptomatologie

Dle Mezinárodní klasifikace nemocí (dále jen MKN-10) lze vymezit několik epizod pojících se k BAP (F31). Ta se charakterizuje minimálně dvěma patologickými změnami nálad.

Přehled jednotlivých fází podle MKN-10:

- F31.0 – epizoda hypomanická
- F31.1 – epizoda manická bez psychotických příznaků
- F31.2 – epizoda manická s psychotickými příznaky
- F31.3 – epizoda lehké nebo střední deprese
- F31.4 – epizoda těžké deprese bez psychotických příznaků
- F31.5 – epizoda těžké deprese s psychotickými příznaky
- F31.6 – epizoda smíšená
- F31.7 – epizoda ve fázi remise
- F31.8 – jiná bipolární afektivní porucha
- F31.9 – bipolární afektivní poruchy NS

3.1 Depresivní epizoda

Podle MKN-10 tato fáze může být lehká, středně těžká nebo těžká. Depresivní epizoda se nejvíce projevuje ráno. Stav u deprese vykazuje známky snížené nálady, se kterou se pojí pocity viny, snížené sebedůvěry, zvýšené beznaděje a ke změnám těchto nálad nedochází ani v závislosti na okolí anebo situacích. Typické pro BAP v depresivní fázi je také zvýšená únava, která se dostaví bez předešlé fyzické aktivity a s tím se pojí i úbytek chuti k jídlu a snížené až žádné libido (Forte et al., 2015). Je charakterizována alespoň dvěma týdny depresivní nálady, která je spojena s minimálně čtyřmi depresivními ukazateli, z nichž jsou nejzávažnějšími a nejčastějšími sebevražedné myšlenky nebo pokusy (Hauser et al., 2013). U epizody s psychotickými příznaky se současně k danému stavu připojují i bludy a halucinace, které nemusí být vždy ve vzájemném vztahu s náladou. Bývají většinou delší než manické epizody (Vandeleur et al., 2014).

3.2 Manická epizoda

U této fáze dochází k neustálé patologicky nadměrně zvýšené náladě, čímž je myšleno přehnané sebevědomí doprovázené až mohutnými myšlenkami, nadměrná energie, která přechází až do nekontrolovatelné euforie a pacienti často nepocítíují potřebu spánku. Dochází zde často k úplnému fyzickému vyčerpání (Mezinárodní klasifikace nemocí, 2018; Yatham et

al., 2018). Asi polovina pacientů s BAP, kteří jsou v manické fázi, trpí zároveň i psychózami, které prognózu onemocnění zhoršují (Carlson et al., 2012).

3.3 Hypomanická epizoda

Hypomanická fáze má identické symptomy jako fáze manická, ale na rozdíl od ní nemá extrémní vliv na pracovní a sociální život jedince, a proto nemusí být včas rozpoznána. Manifestace jejích symptomů nebývá vždy tak výrazná jako u manické fáze. Snadné přehlédnutí symptomů hypomanické fáze může často vést až k chybné diagnóze, kdy je namísto BAP diagnostikována pouze unipolární deprese. Při její farmakologické léčbě antidepresivy se pacienti potýkají s rezistencí na léčbu a vede to až ke zhoršení jejich stavu (Rybakowski et al., 2012).

Někdy může být jejich nálada doprovázena halucinacemi a bludy, které jsou až přehnaně velkolepé (Mezinárodní klasifikace nemocí, 2018; Vandeleur et al., 2014).

3.4 Dysforie

Tato nálada se může vyskytovat v manické fázi a definuje se jako velmi složitý citový stav, kdy místo patologicky dobré nálady objevuje spíše nálada podrážděná a rozmrzelá (Starcevic et al., 2013). Dysforičtí pacienti bývají extrémně nevrlí až útoční jak k vlastní osobě, kdy může docházet k sebepoškozování, tak mohou být agresivní i ke svému okolí (Moretti et al., 2018).

3.5 Rychlé cyklování

Pro diagnózu rychlého cyklování je zásadní, aby pacient prožil alespoň čtyři fáze nálad během jednoho roku, kdy je v mnoha případech jako první depresivní fáze. Postihuje více ženy než muže a má velmi negativní dopad na prognózu, vzhledem k tomu, že se mezi jednotlivými fázemi neobjevují fáze remise (Lee et al., 2010).

3.6 Cyklotymie

Řadí se k poruchám, pro které je typické střídání stavů hypomanie a deprese a jsou součástí poruchy bipolárního spektra. Příznaky jsou totožné s těmito dvěma fázemi, ale nevyhovují jejich diagnóze. Přesto může část pacientů s touto poruchou přejít do BAP (Malhi et al., 2015).

3.7 Remise

V této fázi jsou pacienti s BAP bez jakýchkoli známek poruch nálady (Mezinárodní klasifikace nemocí, 2018). Tento stav může trvat různě dlouho od měsíců až po několik let (Látalová, 2010).

4 Diferenciální diagnostika

BAP je velmi těžko rozpoznatelné duševní onemocnění, a to převážně v jeho časných začátcích. I přes velmi dobré povědomí o existenci BAP se u mnohých pacientů často mylně diagnostikují jiná duševní onemocnění. Jako druhou nejčastější chybnou diagnózou je schizofrenie (Hirschfeld et al., 2003).

Obecně je velmi obtížné BAP správně diagnostikovat a nejčastěji se zaměňuje s jinými afektivními poruchami, unipolárními depresemi, schizoafektivními poruchami, poruchami osobnosti a obsedantně kompulzivními poruchami (Chen et al., 2018). Můžeme se ale také setkat s předčasnou diagnózou BAP, zatímco může pacient trpět například poruchou osobnosti nebo ADHD. Často se mylně tyto příznaky spojují s manickými či hypomanickými fázemi u BAP (Ghouse et al., 2013).

Mylně diagnostikovaná BAP se může vyskytovat i u osob trpících Münchhausenovým syndromem. Tento syndrom se projevuje velmi přesvědčivým předstíráním somatických i psychiatrických onemocnění, kterými ale dané osoby ve skutečnosti netrpí. Mezi předstíranými psychickými problémy je zařazena i BAP (Praško et al., 2008).

4.1 Depresivní epizoda

Podle jedné studie asi pouhých 20 % pacientů s depresivní fází mělo klinicky potvrzenou BAP, a to v průběhu jednoho roku (Hirschfeld et al., 2003). U depresivních fází se často chybně nepřihlíží k období před ní nebo na období mezi jednotlivými atakami, kdy mohla proběhnout fáze manická nebo hypomanická. Tím se klinický obraz může zkreslovat a mylně diagnostikovat unipolární deprese (Goodwin et al., 2016; Yatham et al., 2018).

4.2 Manická epizoda

U BAP s jakoukoli fází s přidruženými psychotickými příznaky se může mylně diagnostikovat schizofrenie (Chen et al., 2018).

5 Přidružené komorbidní onemocnění

Podle studie (Amerio et al., 2014) je dokázáno, že BAP má vysokou komorbiditu. Často jsou komorbidity BAP kombinovány s abúzem drog a alkoholu. Komorbidní poruchy mají také negativní dopad na pracovní a osobní životy pacientů s BAP (Riemann et al., 2014).

5.1 Komorbidity somatické

Lidé trpící těžkou duševní poruchou – Severe Mental Illness, kam se řadí mimo jiné i BAP, mají 2 – 3x vyšší riziko předčasného úmrtí než lidé netrpící tímto duševním onemocněním (Chesney et al., 2014). Nejčastějšími příčinami jsou právě kardiovaskulární onemocnění (Hoang et al., 2013). Mezi rizikové faktory, které jsou považovány za zásadní se řadí nezdravý životní styl a často celoživotní užívání psychofarmak. Další významné riziko vzniku somatických komorbidních onemocnění je velmi špatný přístup těchto pacientů k lékařské péči (Mitchell et al., 2012). Jedním z převládajících rizikových faktorů vzniku KVO je diabetes mellitus 2. typu (dále jen DM 2. typu), kdy je zvýšené riziko koronárních srdečních onemocnění a mozkových příhod (Murray et al., 2012). Bylo prokázáno, že lidé s BAP mají vyšší riziko rozvoje DM 2. typu než zbylá populace (Vancampfort et al., 2015b).

5.2 Komorbidity psychiatrické

Více jak polovina pacientů s BAP může trpět komorbidním psychiatrickým onemocněním. Podle několika klinických i epidemiologických studií (Provencher et al., 2012; Nabavi et al., 2015; Mcintyre et al., 2006) bylo zjištěno, že úzkostné poruchy a poruchy osobnosti jsou nejčastější komorbidní psychiatrické poruchy u pacientů s BAP. Mezi další velmi časté psychiatrické komorbidity spojené s BAP patří poruchy zneužívání návykových látek a ADHD⁴ (Merikangas et al., 2007). Obdobně jako somatické komorbidity, mají i tyto velmi nepříznivý dopad na pacienty s BAP. Například porucha osobnosti má velmi negativní vliv na klinický průběh BAP. Pacienti s BAP jsou častěji hospitalizováni a jejich léčba bývá mnohem obtížnější a delší (Fornaro et al., 2016). Podobnost mezi BAP a poruchou osobnosti je také ve značně zvýšeném riziku sebevražedných pokusů (Marčinko et al., 2009).

Psychiatrické komorbidity nepříznivě ovlivňují reakce na farmakologickou léčbu nebo na ni způsobují úplnou rezistenci. Dále se jejich vlivem mohou zhoršovat symptomy BAP,

⁴ ADHD – Attention Disease Hyperactivity Disorder

zvyšuje se riziko sebevražedných pokusů a prodlužuje se doba hospitalizace (McIntyre et al., 2004).

5.2.1 Abúzus

Vlivem psychiatrických komorbidit mají pacienti s BAP větší tendence k abúzu alkoholu a také jiných návykových látek. Abúzus může způsobit zhoršení základního onemocnění. Pacienti s BAP tak trpí častějšími recidivami onemocnění. Také hůře odpovídají na léčbu lithiem a celkově vykazují sníženou adherenci k farmakoterapii a jsou častěji hospitalizováni. (Strakowski et al., 2000).

6 Léčba farmakologická

Léčba BAP se odvíjí od fáze, ve které se pacient nachází. V akutní fázi onemocnění je hlavním cílem dostat pacienty buď z manické, nebo z depresivní fáze pomocí stabilizátorů nálady (Geddes et al., 2013).

6.1 Léčba manické epizody

Pokud se pacient nachází v manické fázi, jsou nejčastější volbou antipsychotika první generace. Mezi nejvhodnější z nich se řadí haloperidol, olanzapil a risperidon (Geddes et al., 2013). V roce 2004 byl zvolen úřadem pro kontrolu potravin a léčiv (FDA) ve Spojených státech Aripiprazol jako nejnovější antipsychotikum druhé generace pro léčbu manické fáze, ale dále také jako lék pro preventivní léčbu v období remise (Tsai et al., 2011).

6.2 Léčba depresivní epizody

Vzhledem k tomu, že se depresivní fáze často mylně zaměňuje za periodickou depresi, může být léčba této fáze obtížnější. První volbou jsou antidepresiva. Mnohdy se kvůli menšímu nebezpečí přesmyku do manické fáze dává přednost specifickým inhibitorům zpětného vychytávání serotoninu (SSRI) na rozdíl od tricyklických antidepresiv (Geddes et al., 2013).

6.3 Profylaktická léčba

Již v roce 1949 John Cade uvedl lithium jako nejlépe působící lék pro dlouhodobou léčbu BAP. Lithium má velmi pozitivní účinky jak u léčby akutní mánie, tak u profylaktické léčby (Malhi et al., 2017).

Farmakologická léčba je proto nezbytná i v období remise. U pacientů s BAP je důležité pokračovat v preventivní léčbě, a to převážně pomocí stabilizátorů nálady, díky kterým by měli být chráněni jak proti manické, tak i depresivní fázi (Malhi et al., 2017). Pro zahájení této preventivní léčby stačí, aby pacient prodělal minimálně dvě fáze BAP. Existuje i výjimka v případě, že první atakou je manická fáze, která bývá častěji diagnostikovaná u mužů. Důležité kritérium pro preventivní léčbu v období remise je snížení dávek či případné vysazení medikace, která ovlivňuje konkrétní fáze BAP. Dodržuje se pouze udržování nálady pomocí stabilizátorů (Raboch, 2012).

6.4 Nežádoucí účinky farmakologické léčby

I přes své často úspěšné účinky mají psychofarmaka kvůli chronicitě onemocnění a celoživotnímu užívání i řadu účinků nežádoucích. Z důvodu stárnutí organismu, přidružených somatických komorbidních onemocnění se nebezpečí nežádoucích účinků zvyšuje. Stejně tak jako BAP znevýhodňují životy pacientů jak ve zdravotní, sociální, ale také v pracovní sféře. Dlouhodobé užívání antidepresiv, antikonvulziv a antipsychotik způsobuje snížení denzity kostí, čímž je u těchto pacientů zvýšené riziko zlomenin (Mezuk et al., 2010).

6.4.1 Léčba depresivní epizody – nežádoucí účinky

I přes své úspěšné léčebné účinky mají antidepresiva také mnoho účinků nežádoucích. Mezi nejčastější patří nauzea, sexuální dysfunkce, vomitus, a to při léčbě SSRI. U tricyklických antidepresiv patří mezi nežádoucí účinky suchost sliznic, tachykardie, retence moči, obstipace, rozmazané vidění a také poruchy paměti (Fujáková et al., 2012).

6.4.2 Léčba manické epizody – nežádoucí účinky

Antipsychotika druhé generace, která se pacientům podávají na stabilizaci manických fází, u BAP způsobují i přes svou dobrou účinnost až dvakrát vyšší riziko vzniku KVO, metabolického syndromu a diabetes mellitus (Guo et al., 2007).

6.4.3 Profylaktická léčba – nežádoucí účinky

Lithium se pokládá za lék první volby pro pacienty s BAP. Navzdory svým pozitivním účinkům v léčbě, jak v akutních fázích, tak i v profylaktické léčbě, má také mnoho negativních účinků na lidský organismus. Z důvodu dlouhodobého, často i celoživotního užívání lithia, mohou vznikat patologické změny jako je zvracení, třes, průjem (Suppes et al., 2009), leukocytóza, nadváha, ale i těžké gastrointestinální (dále jen GI) obtíže a v nejhorších případech kardiovaskulární obtíže, kóma a smrt (Augustin, 2005).

6.5 Léčba elektrokonvulzivní

Tato léčebná metoda byla využívána ještě před používáním psychotropních léků. Jako první ji využili v Itálii kolem 30. let 20. století. O přesném mechanismu působení této léčebné metody se stále spekuluje. Dosud není známo, z jakého přesného důvodu je elektrokonvulzivní terapie tak účinná, ale existují dvě teorie. Buď se uvažuje o stejném patofyziologickém základu všech onemocnění, na které se tato metoda používá. Nebo existuje možnost, že její účinky

vyvolají u každého onemocnění rozdílné odpovědi. Popisuje se, že při používání této metody dochází v mozku ke změnám prokrvení a metabolismu jeho částí (Baghai et al., 2008).

Existuje několik možností, jakými se tato metoda používá. Vlnová forma je jedna z možností, která se využívá. Již od konce 80. let 20. století se aplikují impulsy ve tvaru obdélníku. Další z možností je umístění elektrod, což se ukázalo jako velmi účinné. Po mnohých zkouškách se jejich umístění rozdělilo na unilaterální a bilaterální. Pro správný efekt léčby je důležitá intenzita, která by ideálně měla převyšovat minimálně o 50% paroxysmální práh (Köhler, 2014).

Elektrokonvulzivní terapie se používá nejčastěji u duševních onemocnění, kterými jsou všechny typy depresí, a to včetně BAP, dále u mánie, schizoafektivních poruch a jiných. Nejčastější indikace, aby byla při léčbě BAP použita právě elektrokonvulzivní terapie jsou:

- rezistence na farmakologickou léčbu,
- potřeba rychlého účinku léčby,
- pokud se nejedná o první terapii, tak o dobrý účinek v minulosti (Khaleel et al., 2013; Haq et al., 2015).

Jedná se o velmi účinnou a také bezpečnou léčebnou metodu. Mezi kontraindikace, které se musí brát v potaz, patří:

- kardiovaskulární,
- plicní,
- ortopedická,
- neurologická onemocnění (Köhler, 2014).

6.5.1 Farmakologická a elektrokonvulzivní léčba u těhotných žen

Způsob farmakoterapie u mladých těhotných žen s BAP skýtá mnoho problémů i přes dostupnou a velmi účinnou léčbu (Byatt et al., 2013).

Mnoho mladých žen během těhotenství nemají diagnostikovanou BAP. Nedostává se jim tak odpovídající léčba. To vede k vážnému ohrožení dítěte těsně před narozením i po narození. Matky mají tendence k sebevražedným pokusům, sebepoškozování, abúzu návykových látek, ale také k infanticidě⁵. V případech, kdy je BAP diagnostikována, je výrazně problematická udržovací léčba. Při jejím přerušení hrozí velmi vysoké riziko relapsu BAP (Jones et al., 2014).

⁵ Infanticida – úmyslné zabití vlastního dítěte ze strachu, že jej nebude moci uživit.

Lithium je v případě nepřerušeni udržovací léčby i v tomto případě lékem první volby. Ale od 70. let 20. století bylo zjištěno, že děti narozené matkám užívajícím lithium, mají větší riziko Ebsteinovy anomálie⁶.

U mladých žen s BAP, které bývají často ve fertilním věku, bylo zjištěno, že elektrokonvulzivní terapie je volena jako nejméně riziková. Vliv této terapie na plod a na matku má méně negativních účinků na rozdíl od psychofarmak. Stejně tomu je i v období šestinedělí, kdy není nutné při správně nastavené anestezii zastavovat laktaci (Jaffe et al., 2002).

⁶ Ebsteinova anomálie – vrozená srdeční vada, kdy je pravá komora rozdělena na dvě části.

7 Nefarmakologická léčba – psychosociální intervence

Kromě léčby farmakologické je důležitá i psychosociální intervence, která slouží jako doplňková léčba jak v akutní depresivní fázi, ale také jako udržovací terapie ve fázi remise (Reinares et al., 2014).

Jedná se o různá psychoterapeutická sezení ať už individuální nebo skupinová. Byly pozorovány kladné výsledky u kognitivně behaviorální terapie (KBT), terapie zaměřené na rodinu, peer support, interpersonální a sociálně rytmické terapie (ISRT) (Yatham et al., 2018).

7.1 Psycho edukace

Za velmi důležitou část psychosociální intervence u pacientů s BAP je psycho edukace. Zároveň slouží i k prevenci zhoršení stavu. Pomáhá nejen pacientům s BAP, ale zároveň i jejich rodinám nebo blízkým osobám. Jsou jim poskytnuty veškeré informace o BAP, jakým způsobem BAP probíhá a jak se mají k danému problému stavět a řešit ho (Murray et al., 2017). Průběh psycho edukace může být ve formě skupinové nebo může probíhat individuálně. Důležitými prvky jsou zvládnutí stresu, zlepšení životního stylu a hlavně je snaha umět pracovat se situací při počátečních příznacích BAP (Salcedo et al., 2016).

7.2 Kognitivně behaviorální terapie

Tato terapie vznikla v druhé polovině 20. století a byla založena americkým psychiatrem Aaronem T. Beckem (Chiang et al., 2017). Principem této terapie je pracovat s myšlenkami pacientů a díky nim pak změnit jejich chování v určitých situacích. U pacientů s BAP může vlivem onemocnění docházet nejen k funkčním, ale také ke kognitivním poruchám. Mezi nejčastější kognitivní poruchy u těchto pacientů patří:

- poruchy pozornosti,
- exekutivních funkcí,
- slovní paměti.

Kognitivně behaviorální terapie (dále jen KBT) je pro pacienty s BAP velmi přínosná (Arts et al., 2008). Její využití je častější a účinnější spíše u pacientů s depresivními fázemi. Indikace KBT je spíše v začátcích onemocnění (Berk et al., 2014).

7.3 Family – focused therapy

Již v minulosti bylo prokázáno, že je velmi užitečné zapojení rodinných příslušníků či blízkých osob pacienta s BAP do terapie. Family – focused therapy (dále jen FFT) je z velké

části určena pro pacienty, kteří byli čerstvě s BAP hospitalizováni ať už s manickou či depresivní fází. Cílem zapojení rodiny je psycho edukace a zaměření na lepší zvládání stresových situací v souvislosti s pacientem s BAP. Primárně je důležitá komunikace a zvládání řešení problémů bez přehnaně emocionálního vypětí, které může průběh BAP spíše zhoršovat. (Miklowitz et al., 2016)

7.4 Peer support

Peer support neboli „vrstevnická podpora“ znamená, že terapeutem je člověk, který také trpí psychiatrickým onemocněním, zde konkrétně BAP. Dokáže se svou nemocí pracovat, je vyrovnaný, a proto může pacientům lépe poradit a podpořit je na základě vlastních zkušeností. Tato terapie je buď individuální, nebo může probíhat i ve skupině. Je důležité, aby pacienti s BAP lépe zvládali pochopit své onemocnění a měli kladný přístup i k léčbě (Proudfoot et al., 2012).

Rizikem této terapie mohou být chyby špatně zaučených peer terapeutů. Pacienti s BAP jejich vinou například nedodrží správnou léčbu (Mahlke et al., 2017).

7.5 Dialektická behaviorální terapie

Dialektická behaviorální terapie (dále jen DBT) se věnuje poruše řízení emocí. U některých pacientů s BAP se mohou objevovat obtíže právě v oblasti zvládání emocí. Pacienti proto běžně nevýrazné situace vnímají velmi negativně (Phillips et al., 2008).

V DBT se pracuje se správným zvládáním těchto emocí a také s pozorností. Dbá na zlepšení emočního řízení a snaží se, aby pacienti s BAP lépe zvládali negativní emoce. Dále aby se zlepšilo jejich chování při zvládání velmi silných emocí (Eisner et al., 2017).

7.6 Interpersonální a sociálně rytmická terapie

Interpersonální a sociálně rytmická terapie (dále jen ISRT) se zaměřuje na pacienty s BAP z pohledu sociální oblasti a také na regulaci jejich spánku. Terapie probíhá individuálně. Hlavním cílem ISRT je zvládání stresu, stresovým situacím, a tím předcházení relapsu onemocnění (McMahon et al., 2016).

7.7 Ambulantní léčba a denní stacionáře

Pro stabilizaci nálady a udržení pacientů s BAP v remisi je důležité, aby po hospitalizaci v psychiatrické nemocnici nadále docházeli do psychiatrické ambulance, kde jim psychiatři lékaři často předepisují psychofarmaka.

Další důležité instituce pro pacienty s BAP jsou i denní stacionáře. Chronicita tohoto psychiatrického onemocnění ukazuje, že negativní dopady jsou komplexní, a kromě samotného pacienta mají vliv i na jejich pracovní nebo sociální životy. Je podstatné, aby tito pacienti svoji nemoc pochopili, dokázali zvládat stresové životní situace a formou psychoterapeutických sezení se naučili rozeznávat stavy, kdy může docházet ke změnám nálady. Díky skupinovým terapiím mají možnosti předat a dozvědět se o zkušenostech s BAP od jiných pacientů (Ambulance, 2019).

8 Fyzioterapie

8.1 Fyzioterapie a pohybová aktivita u SMI pacientů

Do skupiny Severe Mental Illness patří pacienti s vážným psychiatrickým onemocněním jako je schizofrenie, schizoafektivní porucha, depresivní porucha, ale také bipolární afektivní porucha.

Fyzioterapeutická intervence hraje u SMI pacientů důležitou roli. Slouží nejen k diagnostice a léčbě funkčních poruch pohybového aparátu, ale zároveň pohlíží na pacienty i z jejich duševní stránky (Zahrádka Köhlerová et al., 2016).

Psychiatrická onemocnění negativně ovlivňují nejen duševní stránku SMI pacientů, ale z důvodu špatné životosprávy, dlouhodobého až celoživotního užívání psychofarmak a přidružených komorbidních onemocnění i jejich stránku fyzickou.

Z těchto všech důvodů hrozí SMI pacientům v průměru až o 10 let kratší život než běžné populaci (Walker et al., 2015).

Jedním z dalších rizikových faktorů pro vznik KVO je menší spotřeba kyslíku, kterou mnozí SMI pacienti mají z důvodu nízké až žádné fyzické aktivity (Ladenvall et al., 2016).

Pravidelná pohybová aktivita má pozitivní efekt na kardiorespirační kondici SMI pacientů (Stubbs et al., 2016).

Aby se snížilo riziko přidružených komorbidních onemocnění jako je metabolický syndrom, obezita, KVO a jiné, je nutné, aby SMI pacienti udržovali pravidelnou fyzickou aktivitu alespoň 150 min za týden (Warburton et al., 2010).

SMI pacienti často trpí neurologickými, muskuloskeletálními, kardiovaskulárními a jinými komplikacemi. Fyzioterapie zmírňuje tyto komplikace (Connaughton et al., 2016).

Brand dokládá (2018) celkové zlepšení psychického stavu ovlivněného fyzickou aktivitou. Také se snižuje tělesná hmotnost, která v závislosti užívání psychofarmak často narůstá (Teasdale et al., 2016).

Vztah mezi fyzickou aktivitou a psychickou pohodou je velmi pozitivní, jak u běžné populace, tak také u SMI pacientů. Fyzická aktivita je velmi pozitivně hodnocena jako součást doplňkové nebo alternativní léčby u těchto pacientů.

I když existuje studie (Chalder et al., 2012), která zjistila, že fyzická aktivita nemá žádné účinky při léčbě SMI pacientů, mnoho dalších studií (Daley, 2002; Daumit et al., 2005; Ellis et al., 2009) zjistilo přesný opak během několika desetiletí. Fyzická aktivita má velmi pozitivní vliv na celkový stav SMI pacientů. Ty samé studie také zjistily, že u některých mírných

depresivních stavů je tento způsob léčby mnohdy na obdobné úrovni jako psychoterapeutická intervence.

Bylo prokázáno, že fyzická aktivita má nejen pozitivní efekt na psychiatrická onemocnění, ale také zmírňuje stres, zvyšuje psychickou pohodu a zlepšuje kvalitu života (Eime et al., 2013; Bize et al., 2007; Knapen et al., 2009).

Podle několika studií také existují důkazy (Zschucke et al., 2013; Brown et al., 2005; Mikkelsen et al., 2010), že fyzická aktivita velmi výrazně snižuje riziko vzniku psychiatrických onemocnění.

Díky tomu má fyzioterapie a pravidelná pohybová aktivita čím dál tím větší zastoupení a uznání v léčbě SMI pacientů (Ravindran et al., 2016).

8.2 Fyzická aktivita u pacientů s BAP

Začlenění pohybové aktivity do léčby u pacientů s BAP je stále vyšší a podle studie (Alsuwaidan et al., 2009) podporuje fyzické i psychické zdraví u těchto pacientů. Ng (2007) konstatuje, že fyzická aktivita může mít jak antidepresivní, tak i anxiolytické účinky. Aktuálně se nepodařilo dohledat studie zabývající se účinností pohybové aktivity na manické nebo hypomanické fáze BAP.

De Hert (2009) doporučuje, aby byla pohybová aktivita u pacientů s BAP pravidelná. Doporučuje minimálně půl hodiny každý den a zároveň zapojení pacientů s BAP do běžných denních činností, jako jsou domácí práce, práce na zahradě nebo rekreační sportovní aktivity. Fyzická aktivita je také důležitým základem pro změnu chování těchto pacientů.

Aby intervence fyzické aktivity pozitivně ovlivňovala psychické i fyzické zdraví pacientů s BAP, musí vhodně odstraňovat překážky, které brání danému klidu (Nigg et al., 2008).

V posledních letech se u pacientů s BAP nejvíce řeší problém se zkrácenou dobou života a předčasnou mortalitou na základě KVO (Prieto et al., 2014; Fiedorowicz et al., 2014). Vznik KVO u pacientů s BAP závisí na mnoha faktorech. Nejčastěji na kardiometabolických nežádoucích účincích antipsychotik, z genetické predispozice a z nezdravého životního stylu (Ellingrod et al., 2012; Vancampfort et al., 2013; Cerimele et al., 2013). Převážně v depresivních fázích mají pacienti s BAP větší tendence k sedavému způsobu života, kouření a abúzu návykových látek (Janney et al., 2014). Celoživotní užívání psychofarmak a zejména antipsychotik významně přispívá ke zvýšení BMI. Wearing tvrdí (2006), že obezita není jen rizikovým faktorem u vzniku KVO, ale také pro vznik častějších bolestí, a to hlavně zad a

dolních končetin. V důsledku vzniklých bolestí mohou mít pacienti s BAP častější problémy s vykonáváním běžných denních aktivit. Podle Vancampforta (2016a) bylo během submaximálních fitness testů⁷ zjištěno, že pacienti s BAP mají oproti zdravé populaci výrazně nižší rychlost, vytrvalost, svalovou sílu a celkovou funkční zátěžovou kapacitu.

Zvýšené riziko KVO je zaznamenáno již v samých začátcích onemocnění, a to i u adolescentů a mladých dospělých. Kvůli jejich velmi nízké až žádné účasti intenzivního cvičení oproti jejich zdravým vrstevníkům. Z výše uvedených důvodů by měla mít fyzická aktivita své místo v léčebném programu BAP již od samého začátku onemocnění (Jewell et al., 2015). Všechny tyto zdravotní a sociální problémy, které pacienty s BAP doprovází jsou navíc komplikovány zhoršenou dostupností lékařské péče. To vše je doprovázeno omezenou znalostí celkové problematiky daného onemocnění (Mitchell et al., 2009).

Thomson (2015) tvrdí, že přínos fyzické aktivity pro psychické zdraví u pacientů s BAP nemá stále tolik důkazů oproti jiným psychiatrickým onemocněním. Přesto existují poznatky, že fyzická aktivita výrazně zlepšuje fyzické zdraví u pacientů s BAP (Kodama et al., 2009). Podle Vancampforta (2015a) celková standardní péče o pacienty s BAP stále dostatečně nevyužívá možnosti fyzické aktivity. A to navzdory jejich velkému pokroku v celkové léčbě BAP. Díky mnoha pozitivním efektům pohybové aktivity na fyzické a psychické zdraví pacientů s BAP, by měla být jako základní lék pro prevenci nebo snížení rizika KVO, a tím i snížení celkového rizika předčasné mortality.

U manické nebo hypomanické fáze BAP je stále nejasný vliv fyzické aktivity. Podle studie (Wright et al., 2012) bylo u 25 pacientů s BAP zjišťováno, jaký mají vztah k fyzické aktivitě v souvislosti s jejich onemocněním. Bylo zjištěno, že fyzická aktivita u pacientů s BAP v manické nebo hypomanické fázi může mít, jak pozitivní, tak i negativní efekt. U negativních účinků může dojít ke zhoršení manických symptomů. U skupinového cvičení může dojít i k ovlivnění ostatních pacientů a zhoršení manických či hypomanických symptomů i u nich. Počátečním příznakem manie nebo hypomanie je zhoršená kvalita spánku. Pravidelná fyzická aktivita kvalitu spánku zlepšuje. Spekuluje se také o přecitlivělosti systému behaviorálního přístupu (Behavioral Approach System, dále jen BAS). Podle tohoto modelu mají pacienti s BAP přecitlivělé vnímání v kontextu motivace, dosahování cílů a případných odměn. Symptomy manické, hypomanické nebo depresivní fáze u pacientů s BAP mohou být projevem

⁷ Testy, kde se odhaduje maximální kardiorepirační způsobilost například na základě získané srdeční frekvence.

aktivace či deaktivace tohoto systému (Urošević et al., 2008). Podstatnou součástí fyzioterapie je praktikování a nácvik pravidelné pohybové aktivity.

8.3 Individuální fyzioterapie

Pacienty s BAP mohou omezovat zcela stejné somatické obtíže, jako lidi bez psychiatrického onemocnění. V individuální fyzioterapii je zaměření na poruchy pohybového aparátu, které nemusí vždy souviset s BAP. Přístup fyzioterapeuta k těmto obtížím se díky tomu nijak zásadně nemění. Využívají se stále stejné metody fyzioterapie, které jsou cílené na konkrétní funkční problémy a mají pozitivní vliv na jejich odstranění nebo alespoň na jejich zmírnění.

Nicméně je nezbytně nutné u pacientů s BAP brát ohled i na jejich psychickou stránku. Přítomná rizika spojená právě s BAP mohou negativně ovlivnit celkovou fyzioterapii. Z tohoto důvodu je nutné upravit cvičební jednotku takovým způsobem, aby se pacient cítil komfortně, bezpečně a stejně tak i samotný fyzioterapeut. Zásada pro práci fyzioterapeuta s těmito pacienty je dobrá informovanost o jejich aktuálním stavu a jestli jsou dobře stabilizováni psychofarmaky. (Zahrádka Köhlerová et al., 2016).

8.3.1 Indikace a kontraindikace individuální fyzioterapie

Hlavním důvodem k indikaci individuální fyzioterapie jsou převážně vzniklé poruchy pohybového aparátu, které lze vyléčit či alespoň zmírnit fyzioterapií. Nejčastějšími jsou vzniklá traumata následkem úrazu, mezi kterými jsou například:

- fraktury kostí,
- parézy periferních nervů,
- ruptury šlach.

Mimo jiné je pro indikaci velmi důležitá bolest a s tím spojená omezená hybnost. U pacientů s BAP je typické vadné držení těla, kdy je obrazem předsunutá krční páteř, ramena v protrakci a flekční držení trupu. Převážně v depresivní fázi BAP je také přítomna častá bolest zad, která je způsobena zmíněným vadným držením těla. Individuální fyzioterapie je vhodná také pro trénink fyzické kondice.

Setkáváme se i s kontraindikacemi, které fyzioterapeutickou intervencí omezují. Patří sem stavy, které mohou být přítomny i u lidí bez BAP. Těmi jsou například:

- horečnaté stavy,

- infekční onemocnění,
- onkologické onemocnění.

U pacientů s BAP jsou ještě kontraindikace spojené přímo s onemocněním, a to jsou hlavně pacienti:

- Bezprostředně po elektrokonvulzivní terapii.
- Bezprostředně po nasazení medikace, kdy léčba není ještě stabilizovaná.
- Stavby, které vyžadují akutně farmakologickou intervenci (těžké deprese, agresivita).
- Nespolupracující pacienti.

8.4 Skupinová fyzioterapie

Velice nízká celková pohybová aktivita u pacientů s BAP v depresivních fázích může často vést k obezitě, KVO a dalším rizikovým faktorům pro vznik metabolického syndromu. Pravidelná fyzická aktivita vede ke zlepšení tělesné kondice. Základem pro to, aby se pacienti mohli skupinové cvičební jednotky zúčastnit je dobře nastavená medikace. Ta s sebou nese i řadu již zmíněných nežádoucích vedlejších účinků, které ale mohou být z velké části ovlivněny právě fyzioterapií. V depresivních fázích u BAP jsou pacienti často bez nálady k jakémukoli pohybu. Skupinové cvičební jednotky pomáhají nejen ke zlepšení jejich fyzické kondice, ale také ke zlepšení jejich psychického stavu (Zahrádka Köhlerová et al., 2016).

8.4.1 Indikace a kontraindikace skupinové fyzioterapie

U skupinové fyzioterapie jsou indikace i kontraindikace obdobné jako u individuální fyzioterapie.

U skupin jsou ale převážně důležité tyto indikace:

- zlepšení fyzické kondice,
- prevence metabolického syndromu,
- prevence nežádoucích účinků psychofarmak,
- prevence obezity,
- prevence bolestivých stavů.

U kontraindikací se ve skupinách hlavně zaměřujeme na jedince, kteří:

- jsou agresivní vůči sobě i ostatním,
- špatně odpovídají na psychofarmaka.

8.5 Motivace a empatie ve fyzioterapii pacientů s BAP

Pacienti s BAP mají vlivem svého onemocnění a přidružených komorbidních onemocnění časté somatické obtíže. Ty převážně v depresivních fázích vedou až k extrémnímu snížení fyzické aktivity.

Motivace je v tomto případě nedílnou součástí fyzioterapeutické intervence. Hraje nesmírně důležitou roli v zapojení pacientů s BAP do cvičební jednotky ať už individuální nebo skupinové. Tím se celkově zlepšuje jejich fyzická kondice, snižuje se bolest, která tyto pacienty často trápí a také dochází ke zlepšení jejich psychické stránky. Schopnost motivovat pacienty s BAP závisí na mnoha faktorech. Nejdůležitějším je ale samotný fyzioterapeut, který by měl dokázat zaujmout a udržet si pozornost po celou dobu cvičení.

Kromě správně vedené cvičební jednotky je klíčová vlastnost empatie. Schopnost vžít se do pocitů pacienta nebo pacientů s BAP, a zároveň si zachovat profesionální přístup fyzioterapeuta, se řadí k hlavním aspektům úspěšného vztahu mezi fyzioterapeutem a pacienty s BAP (Zahrádka Köhlerová et al., 2016).

8.6 Psychomotorická terapie

8.6.1 Definice

Psychomotorická terapie (dále jen PMT) je považována za doplňkovou odbornou terapii, která zahrnuje psychologické, lékařské, kineziologické a rehabilitační prvky a může být také využívána v mnoha psychoterapeutických přístupech. PMT je založena na celkovém pohledu na pacienty s psychiatrickým onemocněním včetně BAP, a to jak z jejich fyzické, tak i psychické stránky (Probst et al., 2010).

8.6.2 Historie

Poprvé byl termín „psychomotorika“ zmíněn německým neuropsychiatrem Wilhelmem Griesingerem v roce 1844 (Faulkner et al., 2006). Během několika let se v různých zemích vyvíjely různé koncepty. Ve Francii byla například vyvinuta z poznatků pedagogiky, psychologie a psychiatrie psychomotorika pro děti.

Německý psychiatr Simon napsal knihu „Krankenbehandlung of the Irrenanstalt“, spolu s kterou prosadil zásadní změnu v přístupu k pacientům s psychiatrickým onemocněním. Snažil se o aktivnější přístup k těmto pacientům. Pracoval s myšlenkou, že každý psychiatrický pacient má v sobě i část osobnosti, která není ovlivněna psychiatrickým onemocněním. Pomocí pohybových aktivit směřoval k aktivaci zdravé části osobnosti. Jeho koncepce měla úspěch u

několika psychiatrů v Belgii a Holandsku. Neustálý vývoj kineziologie a psychiatrie více podporoval myšlenku pohybové aktivity u psychiatrických pacientů (Probst et al., 2010).

8.6.3 Psychomotorická terapie u pacientů s BAP

Podstatná součást fyzioterapie u pacientů s BAP je tvořena psychomotorickou terapií. Každý pohyb, který pacient s BAP vykoná, zlepšuje jeho tělesné vnímání.

PMT si získala své místo v komplexní léčbě u pacientů s psychiatrickým onemocněním. Díky svým pozitivním účinkům dochází ke snížení úzkostných a depresivních stavů, a také ke zlepšení nízké fyzické aktivity u těchto pacientů (Lawlor, 2001).

Při psychomotorické terapii se propojuje pohybová aktivita s kognitivními procesy. Pacienti se učí díky prováděným pohybům vnímat vlastní tělo jak z fyzické, tak i z psychické stránky.

Při této terapii hraje velmi důležitou roli motivace. Ta má své zásadní postavení již v ontogenetickém vývoji, kdy je hnacím motorem pro vývoj motoriky u kojenců.

Pokud se na psychomotorickou terapii podíváme z terapeutického hlediska, je důležité brát člověka z psychické i fyzické stránky dohromady jako jeden celek. Psychika pacientů s BAP se odráží v postavení jejich těla i v jednotlivých pohybech, které pacient vykonává. Při terapii se při každém aktivním pohybu klade důraz i na jeho psychickou a kognitivní podstatu.

Pohyby jsou vždy záměrné a mají určitý cíl. Díky tomu pacienti s BAP zlepšují svou koncentraci, lépe se učí naslouchat svému tělu a celkově se zlepšuje i aferentace do CNS. Díky psychomotorické terapii pacienti s BAP zapojují prožívání aktivních pohybů i do dalších dovedností, jako je například řešení stresových situací, plánování, komunikace ve skupině a celkově fungování mezi lidmi a mnoho dalších. Pacienti s BAP mají pak lepší důvěru v sami sebe a své schopnosti. Z praktického hlediska se při terapii pracuje formou tance či různých sportovních aktivit. Všechny situace, které během cvičení nastanou jsou zdůrazňovány, aby si je pacienti s BAP lépe uvědomovali a dokázali na ně reagovat. Zaměření konkrétních terapií bývá různé, kdy nejčastějšími jsou na kvalitu a prožitek z pohybu, změnu svalového tonu, a na podporu kognitivních funkcí. Mezi jednotlivé metody psychomotorické terapie se řadí adventure therapy, dance and movement therapy, body awareness therapy a psychomotor fitness therapy (Zahrádka Köhlerová et al., 2016; Kolář, 2009).

8.6.4 Adventure therapy

Využití přírodního prostředí jako terapeutického místa pro psychomotorickou terapii.

8.6.5 Dance and movement therapy

K vyjádření pocitů slouží i tanec či jeho jednotlivé prvky. V tomto směru existuje mnoho různorodých skupin, které využívají tanec k terapeutickým potřebám (Kolář, 2009).

8.6.6 Body awareness therapy

Body awareness therapy (dále jen BAT) je způsob fyzioterapeutické léčby, který vznikl posledních dvacet let ve Skandinávii. Je součástí norské psychomotorické terapie (Norwegian psychomotor physical therapy, dále jen NPPT), která působí v Norsku více jak 50 let (Kvåle et al., 2007). Jedná se o jednu ze základních terapií, která pomáhá zlepšovat pacientům s BAP povědomí o jejich těle. Zaměření této terapie je na prožívání tělesných pocitů při pohybu. Věnuje se hlavně koordinaci a držení těla a i dýchání (Gyllensten et al., 2003).

8.6.7 Psychomotor fitness therapy

Zařazení sportovních činností jako další možnost využití PMT u pacientů s BAP. Vzhledem k velmi nízké fyzické zdatnosti těchto pacientů na základě častých kardiopulmonálních obtíží, je doporučeno změřit jejich fyzickou zdatnost. Naneštěstí má toto měření i mnoho nevýhod, kdy je potřeba spolupráce s pacienty a jejich motivaci. Pro pacienty s BAP je doporučena nižší úroveň zátěže při cvičení z důvodu jejich nízké fyzické kondice, nízkou motivací k pohybu a často žádnými zkušenostmi s aerobním cvičením (Meyer et al., 2000).

8.7 Relaxační techniky

Pomocí různých relaxačních technik mohou pacienti s BAP lépe pochopit a vnímat své tělo jak po fyzické, tak i psychické stránce. Pro lepší pochopení vlastní nemoci je právě řízená relaxace pro pacienty s BAP velmi důležitá. Hlavním úkolem je snížení depresivních symptomů, stresu, úzkosti a bolesti u pacientů s psychiatrickým onemocněním včetně BAP. Existují různé relaxační metody, kterými jsou například Feldenkreisova metoda, Jacobsonova progresivní svalová relaxace, Schultzův autogenní trénink, jóga a mnoho dalších (Kolář, 2009).

8.7.1 Schultzův autogenní trénink

Autogenní trénink je jednou z nejznámějších a nejrozšířenějších relaxačních technik na světě. Poprvé byla představena německým lékařem Johannesem Schultzem v roce 1932. Metoda vychází z poznatků jógy, hypnózy a progresivní svalové relaxace. Jedná se o metodu,

kteřou mohou pacienti provádět sami pomocí autosugesce⁸. Pomocí jednoduchých slovních formulí si mohou sami navodit stav psychického a následně fyzického klidu a uvolnění. Cíle autogenního tréninku jsou: uvolnění ve stresových situacích, zmírnění negativních emocí, zklidnění a zlepšení spánku a celkového fyzického i psychického odpočinku (Stackeová, 2018).

8.7.2 Jacobsonova progresivní svalová relaxace

Progresivní svalová relaxace je technika vyvinutá Edmundem Jacobsonem v roce 1930. Relaxace neboli vědomé uvolnění svalů, může být účinná, když se sval nebo svalová skupina nejdříve na asi 5-7 sekund napnou a poté se úplně uvolní po dobu 20-30 sekund. Při provádění se pacienti vždy pocitově soustředí na rozdíly mezi napětím a uvolněním. Snadná dostupnost a žádné vedlejší účinky řadí tuto relaxační techniku mezi nejjednodušší s velmi kladným efektem na redukci stresu (Jeong, 2004).

8.7.3 Feldenkreisova metoda

Při této metodě se dává důraz na kontrolu a koordinaci pohybu. Jejím principem je provádění pohybu s minimálním úsilím a zároveň s maximální účinností. Pohyby jsou prováděny pocitem a pomocí propriocepce. Kognitivní, psychický a také fyzický stav, to vše se podílí na organizaci motorického vzoru. Feldenkreisova metoda se snaží, aby si tímto celkovým přístupem pacienti připomněli ty části těla, které jsou nějakým způsobem funkčně zaostalé. Prostřednictvím Feldenkreisovy metody si pacienti dokáží lépe uvědomit jemnější rozdíly v pohybových vzorcích a tím lépe vnímat své tělo a sami sebe. Záměr Feldenkreisovy metody je přinést pacientům individuální pocit a prožitek z jednotlivých pohybů. Pohyby jsou velmi jemné a malé, zároveň je zde důležitá práce i s dechem (Henry et al., 2016).

8.7.4 Alexandrova technika

Další z alternativních metod, které mohou být v léčbě depresivních fází u BAP velmi účinné je Alexandrova technika (dále jen AT). Jejím zakladatelem byl australský herec Frederick Matthias Alexander. Metoda AT, orientovaná na vnímání vlastního těla, učí, jak lépe zvládat stres a úzkost. Domnívá se, že naše psychika se odráží v našich pohybech, které pro nás mohou být často nepříznivé (Schulte et al., 2006).

⁸ Autosugesce – psychické působení na sebe sama.

Obdobně jako Feldenkreisova metoda i AT pracuje s propojením těla a mysli. Podle obou autorů by se na člověka mělo pohlížet komplexně jak z fyzické, tak i psychické stránky (Jain et al., 2004).

Formou slovních instrukcí a hmatových podnětů se terapeut snaží pacienta dovést k lepšímu uvědomění si sám sebe. Pomocí změn v navyklých pohybových stereotypch, se AT snaží navodit u pacienta fyzický i psychický klid (Stackeová, 2018).

8.7.5 Mindfulness-based cognitive therapy

Kognitivní terapie založena na všímavosti (Mindfulness-Based cognitive therapy, dále jen MBCT) pracuje s kombinací terapie kognitivních funkcí a meditací. Tato metoda byla vymyšlena hlavně pro pacienty s depresí.

Přestože neexistuje dostatečné množství studií, které by se věnovaly účinnosti MBCT na pacienty s BAP, jejich výsledky ale vykazují pozitivní efekty této terapie. Ke zlepšení došlo hlavně u pacientů s BAP v manických fázích, se sebevražednými myšlenkami, ale také s úzkostmi (Weber et al., 2010).

Hlavním cílem studie (Weber et al., 2010) bylo zjistit, zda je možné použít tuto metodu v doplňkové léčbě pacientů s BAP. Jako vedlejší cíl této studie byl zkoumán a následně i hodnocen vliv MBCT na depresivní nebo hypomanické symptomy. Uskutečnění studie bylo v Ženevské univerzitní nemocnici, konkrétně v části psychiatrického oddělení, které se věnuje léčbě BAP.

Kritéria pro zařazení do studie byla:

- Pacienti, kteří byli ve věku od 18 do 65 let.
- Bez hospitalizace z důvodu vážných psychiatrických stavů během posledních tří měsíců.

K vyloučení ze studie byl:

- abúzus alkoholu či jiných návykových látek.

Celkové provedení studie zahrnovalo:

- vyplnění dotazníků Beck Depression Inventory⁹ (dále jen BDI), Kentucky Inventory Mindfulness Skills¹⁰ (dále jen KIMS) a vlastního dotazníku, který měl zjistit, jaké je očekávání pacientů s BAP od MBCT.

⁹ BDI – jeden z nejčastěji používaných psychometrických testů na měření závažnosti deprese.

¹⁰ KIMS – dotazník zjišťující míru praxe všímavosti. Rozdělen do čtyř kategorií – pozorování, popisování, jednání s uvědoměním a bez úsudku.

Během probíhající studie mohli pacienti pokračovat ve své dosavadní léčbě kromě provádění jiných relaxačních metod (jógy). Studie se z 23 probandů nakonec zúčastnilo celkem 15. Ti se museli zúčastnit alespoň čtyř sezení MBCT v rámci osmi týdnů. Většina pacientů s BAP zúčastněných studie očekávala značné zlepšení symptomů BAP po absolvování MBCT. Výsledky studie ukázaly pozitivní efekty na pacienty s BAP. Více jak polovina pacientů po MBCT pocítovala zlepšení kvality jejich života důsledkem zmírnění napětí, stresu a lepšího uspořádání svých myšlenek. Kladný efekt uvědomění si vlastního těla pomocí meditace, vnímání vlastního těla v pohybu a při dýchání. Pacienti to hodnotili jako extrémně přínosné.

8.7.6 Hatha Jóga

Jóga si u mnoha psychiatrických onemocnění včetně BAP získává čím dál tím více uznání jako pomocná intervence v jejich léčbě. Konkrétně u BAP se více zaměřuje na depresivní fáze z důvodu jejich častějších a delších manifestací na rozdíl od manických fází. V důsledku depresivních symptomů mají pacienti často i somatické obtíže jako jsou bolesti, zkrácené svalstvo a vadné držení těla (Weinstock et al., 2016).

Jóga je starověký systém filozofie a praxe původem z Indie. Z praktického hlediska hatha jóga zahrnuje různé fyzické pozice, kde je velmi důležité soustředit se na vlastní dech. Tyto pozice se nazývají „ásany“ a jejich praktikování se prolíná s meditací „dhyana“, kdy je v obou případech důležitá kontrola dechu „pranayama“ (Desikachar, 1999).

Hatha jóga zahrnuje mnoho různých kategorií, kterými jsou například vinyasa nebo Iyengar. Každá kategorie hatha jógy se může lišit v různých aspektech. Některé praktikují hlavně celkové vyrovnaní a držení celého těla, jiné se zase spíše zaměřují na dynamické změny jednotlivých fyzických pozic. Pohybuje se tedy od velmi energicky zaměřené jógy až po šetrné provádění jógy. Pro zvládnutí depresivních fází u BAP se jóga ukázala jako jedna z velmi oblíbených pohybových aktivit. V józe je vždy důležité zaměření na kontrolu vlastního dechu v různých pozicích, ve kterých se vždy nějakou dobu setrvává.

Podle Bishopa (2004) se v józe často pracuje s důrazem na vlastní myšlenky a pocity jak psychické, tak i fyzické, a to bez jakéhokoli hodnocení či kritiky sama sebe. Jsou to terapie založené na všímavosti. Jejich cílem je pracovat s myšlenkami na přítomnost, na vnímání sama sebe, postavení vlastního těla, vnímání vlastního dechu. Důležité je, aby se pacienti věnovali sami sobě, svým pocitům a zkušenostem v danou chvíli. Terapie hatha jógou také učí, že jakékoli myšlenky od pozitivních po negativní v životě často kolísají a díky ní se pacienti s BAP učí tyto chvíle lépe zvládat.

Příznivý vliv hatha jógy na zvládání depresivních fází u BAP mohou mít na starosti dva typy mechanismů, kterými jsou kognitivní a biologické. Depresivní fáze u BAP mohou také souviset s dysfunkcí autonomního nervového systému. Existuje předpoklad, že díky hatha józe se může zvyšovat funkce parasympatického nervového systému a GABA úroveň v thalamu. To může vést až ke zlepšení nálady u pacientů s BAP.

Hatha jóga si získává stále více pozitivních ohlasů v doplňkové léčbě pacientů s psychiatrickým onemocněním (Meyer et al., 2012).

U pacientů s BAP si jóga získala také mnoho uznání. Díky svým velmi pozitivním účinkům na snížení depresivních symptomů, zlepšení kvality spánku, snížení stresu a celkovému zlepšení fyzické i psychického zdraví (Murray et al., 2011).

Navzdory svým pozitivním účinkům v léčbě BAP, neexistuje v dnešní době moc studií, které by se tímto tématem více zabývaly. Jedním z důležitých průlomů byla studie (Weinstock et al., 2016), kde bylo cílem vyvinout program hatha jógy pro pacienty s BAP. Pro studii bylo vybráno celkem 18 pacientů s BAP.

Kritéria pro jejich přijetí byla:

- starší 18 let,
- pacienti v depresivních fázích,
- minimálně 4 týdny stabilní a stále probíhající farmakoterapie.

Zároveň byli ze studie vyřazeni pacienti, kteří:

- Byli v manické fázi a často s psychotickými příznaky.
- Měli závažné sebevražedné myšlenky, které vyžadovaly akutní hospitalizaci.
- Nadměrný abúzus alkoholu a návykových látek.
- Pacientky v období těhotenství.

V rámci studie byli pacienti rozděleni na dvě poloviny. Během deseti týdnů se polovina pacientů z vybrané skupiny zúčastnila hatha jógy a druhá polovina psychoterapeutické metody, konkrétně biblioterapie. Obě alternativy v rámci této studie byly považovány jako doplňkové, k již probíhající farmakologické léčbě. Celkové testování vycházelo z poznatků působení jógy na pacienty s unipolární depresí. Byl zkoumán vliv jógy na snižování depresivních symptomů u pacientů s BAP.

Výsledky studie sice nezaznamenaly zásadní snížení depresivních symptomů u obou skupin, ale bylo zjištěno, že pacienti ve skupině s biblioterapií na sobě pocítili mírný nárůst manických symptomů, zatímco u hatha jógy se žádné tyto změny nezaznamenaly.

8.8 Fyzioterapie v ČR

V Čechách mělo svůj význam zařazení pohybových aktivit do komplexní léčby psychiatrických pacientů už v 19. století. O jejich zařazení se zasloužil MUDr J. G. Riegel. S pacienty se prováděla jednoduchá cvičení spolu s dechovými. Byla to reakce na vznik české tělocvičné organizace Sokol.

Sokol vznikl v 60. letech 19. století na podnět Dr. Miroslava Tyrše a Jindřicha Fügnera. Význam tělovýchovy stále rostl a měl čím dál tím větší význam v oblasti léčby psychiatrických pacientů. Jako formy podpůrných terapií pro tyto pacienty se postupně začaly zařazovat další sportovní disciplíny, jako například jóga. Přednostně bylo důležité brát ohled na fyzický stav těchto pacientů před zahájením pohybové terapie (Hátlová, 2003).

Na začátku 20. století vzrostl počet psychiatricky nemocných. Vínou mnohých změn, kterými byly: výrazný rozvoj industrializace, změna životního tempa a více stresových situací. V té době byla omezená možnost léčby těchto pacientů z důvodu absence psychofarmak, psychiatrických ambulancí a celkově z důvodu špatného povědomí o psychiatrické problematice. Pravidelná pohybová aktivita si zde našla svou významnou roli. Formou relaxačních procházek, pracovních činností ale i tělesných cvičení. Pravidelné cvičení ukázalo dvě velká pozitiva. Docházelo ke zlepšení fyzického stavu těchto pacientů, ale zároveň bylo zjištěno, že účinky měly kladný vliv i na jejich psychickou stránku. Nejčastěji se využívaly cviky, které vycházely ze Sokola spolu se sportovními aktivitami (kuželky, jednoduché míčové hry, bowling, a jiné) vhodnými svou jednoduchostí pro tyto pacienty.

V roce 1903 byl zemským ústavem koupěn statek v Bohnicích, kde byl postaven „Ústav pro choromyslné“ dnešní Psychiatrická nemocnice v Praze 8, Bohnicích (dále jen PNB). Důvodem bylo velké množství psychiatrických pacientů a malé množství lůžek.

V období mezi světovými válkami se česká psychiatrie opírala o získané znalosti z oblasti somatické medicíny. O zvýšení pracovních a také sportovních terapií se zasadil prof. MUDr Karol Matulay. S pacienty prováděl sportovní terapie a budoval sportovní hřiště pro tyto účely.

Další významnou osobností byl MUDr Zdeněk Bašný, který pracoval v psychiatrických nemocnicích v Dobřanech a Bohnicích. Díky němu se do terapií postupně zařazovaly i prvky jógy.

Jóga si záhy získala své uznání v Československu v 70. letech 20. století. Její praktikování bylo na vysoké úrovni a byla zařazována do léčby pacientů jak se somatickými, tak i psychiatrickými obtížemi. Dnes stále patří mezi oblíbené praktiky podpůrné léčby těchto pacientů.

V České republice se vytvářely i základy psychomotorické terapie, která byla také do roku 2019 označována a známá pod pojmem kinezioterapie. Jejím cílem je ovlivnění psychického stavu pacientů vlivem pohybové aktivity. S důrazem na jejich osobní prožitky. Smyslem je celkové uvědomění si vlastního „já“.

Hlavním úkolem je přimět pacienty, aby se sami aktivně zúčastnili terapie. Pacienti se musí zamýšlet sami nad životními situacemi, které prožívají. Zároveň je zde snaha je přimět, aby nacházeli různá řešení, jak těmto situacím předcházet nebo na ně lépe reagovat (Kolář, 2009).

Na počátku 21. století se v České republice v rámci podpůrné léčby pohybovými aktivitami začala provádět i chůze s holemi, jinak známá jako Nordic Walking (dále jen NW). Jedná se velmi jednoduchou, levnou a snadno dostupnou metodu, která nemá téměř žádné kontraindikace. Při této fyzické aktivitě, která se svou technikou podobá chůzi na běžkách, se zapojuje téměř 90 % svalů. NW má mnoho pozitivních účinků na fyzickou i psychickou stránku psychiatrických pacientů. Mezi pozitivní efekty NW patří: zlepšení fyzické kondice, redukce obezity, zlepšení oběhového i lymfatického systému, zvýšení svalové síly a mnoho dalších. Tato metoda se stala velmi oblíbenou i v PNB a zařadila se mezi preventivní programy pro psychiatrické pacienty (Zahrádka Köhlerová et al., 2016).

9 Diskuze

Formou systematické rešerše bylo hlavním cílem této bakalářské práce zpracovat studie pojednávající o možných fyzioterapeutických přístupech a metodách v léčbě pacientů s BAP. Možnosti jejich vlivu na pacienty s BAP. Mezi tyto metody patří: jóga a jiné relaxační techniky, sport a aerobní kondiční trénink.

Základem pro kvalitní komplexní léčbu pacientů s BAP, je nejen dobře nastavená léčba psychofarmaky, ale také kvalitní a bezproblémová mezioborová komunikace. Povědomí a informovanost o celkovém stavu pacientů s BAP je důležitou součástí pro všechny zdravotní i nezdravotní pracovníky, kteří se na léčbě podílejí. V rámci rehabilitačních doplňkových programů je v posledních letech významná i fyzioterapie. Ta se ukázala jako účinná v prevenci komorbidních onemocnění u pacientů s BAP. V několika posledních letech se tomuto tématu věnovalo několik zahraničních studií (Alsuwaidan et al., 2009; De Hert et al., 2009; Jewell et al., 2015).

Bylo potvrzeno, že kromě samotného psychiatrické onemocnění, trpí pacienti s BAP také častými somatickými obtížemi. Pacienti s BAP mají oproti běžné populaci zkrácenou délku života až o 20 let. Důvodem je několik rizikových faktorů, kterými jsou: zvýšený abúzus alkoholu a jiných návykových látek, přidružené somatické i psychické komorbidní onemocnění, nežádoucí účinky psychofarmak, sedavý styl života a tím také snížená až žádná motivace k fyzické aktivitě. Mezi nejčastější somatické komorbidity u pacientů s BAP se řadí zejména kardiorespirační obtíže, obezita, inzulínová rezistence, metabolický syndrom a diabetes mellitus (Vancampfort et al., 2013).

Jen málo autorů ve svých studiích vyvrátilo možné účinky pohybové aktivity na zlepšení stavu pacientů s BAP. Thomson tvrdí (2015), že fyzická aktivita nemá žádný přínos ani léčebné účinky pro psychické zdraví u pacientů s BAP oproti jiným psychiatrickým onemocněním. Tuhle myšlenku se ale podařilo vyvrátit několika dalšími studii, kdy například Kodama (2009) tvrdí, že pravidelná pohybová aktivita výrazně zvyšuje fyzické zdraví pacientů s BAP. Také díky pohybové aktivitě docházelo ke zlepšení nálady, snížení stresu, úzkostí a zároveň i ke zlepšení celkové fyzické kondice u těchto pacientů.

Podle vyhledaných článků a studií bylo zjištěno, že fyzická aktivita je častěji spojována s pacienty v depresivních fázích BAP.

U manických či hypomanických fází je smysl fyzioterapeutických metod stále nejasný (Wright et al., 2012). Existuje rozpor mezi pozitivními a negativními účinky pohybové aktivity na manické pacienty. Wright se ve své studii věnoval vlivu fyzické aktivity na pacienty s BAP

v manické fázi. Celkem bylo vybráno 25 pacientů v manické fázi, kteří se měli zúčastnit různých fyzických aktivit dle vlastního výběru.

U depresivních fází BAP se ukázalo, že jsou účinné relaxační techniky, jako je jóga nebo MBCT. U relaxačních technik je jedním z hlavních cílů zmírnit depresivní symptomy, stres, úzkosti. Zároveň pomáhá pacientům protáhnout zkrácené svalstvo a pomáhá od bolesti zad.

Kondiční aerobní cvičení má za cíl nejen působit pozitivně na emoce pacientů, ale také zlepšovat jejich celkovou fyzickou zdatnost. Doporučují se skupinová cvičení, kdy jsou často i díky okolí pacienti lépe motivováni k lepším výkonům. U mužů se často využívají sportovní hry formou soutěží jako účinné motivační prostředky. U žen se doporučují cvičební jednotky spojené s hudebním doprovodem. Skupinové terapie se doporučují pro pacienty v depresivní fázi BAP. U manických pacientů nejsou doporučeny z důvodu možného nárůstu manických symptomů a zhoršení stavu těchto pacientů.

V dnešní době stále existují mezery v literatuře, pokud se jedná o problematiku pacientů s BAP, jejich fyzické kondice a vlivu pohybové aktivity na jejich fyzické i psychické zdraví.

Vzhledem k velmi omezenému počtu literatury, která by se tématu fyzioterapie nebo pohybové aktivity spolu s BAP věnovala, bylo celkem nalezeno a přezkoumáno 20 studií, které byly rozděleny do dvou skupin podle fyzioterapeutické metody. Dále byly tyto dvě skupiny ještě rozděleny podle jejich hlavních cílů. První skupina se věnovala vlivu relaxačních technik, konkrétně vlivu jógy a MBCT na pacienty s BAP.

V druhé polovině se studie věnovaly vlivu fyzické aktivity na pacienty s BAP v souvislosti se somatickými komorbiditami. Nejčastěji se jednalo o aerobní cvičení, chůzi, běh a jiné individuální (jízda na kole, jogging a jiné) nebo skupinové sporty (míčové hry, tanec, aerobic).

Navzdory kladným efektům jógy na pacienty s depresí neexistuje velké množství studií, které by se věnovaly pacientům s BAP. Kromě studie (Weinstock et al., 2016), která zkoumala efekty hatha jógy v kontrastu s psychoterapeutickým přístupem – konkrétně biblioterapií u skupiny pacientů s BAP v depresivní fázi. Výsledky této studie neukázaly žádné výrazné zlepšení nebo zmírnění depresivních symptomů. Nicméně u skupiny s biblioterapií byl zjištěn mírný nárůst manických symptomů oproti druhé skupině. Stejně tomu bylo i s MBCT, která se několik let využívala pouze pro pacienty s depresí. Až Weber (2010), který ve své studii zjišťoval účinnost MBCT na pacienty s BAP. Dočkal se pozitivních výsledků. Pacienti uváděli, že po terapiích pociťovali zmírnění napětí a stresu. Také si dokázali lépe uspořádat vlastní myšlenky.

Několik studií vedených převážně Vancampfortem s kolektivem zkoumalo vliv míry fyzické zdatnosti u pacientů s BAP. Hlavními cíli těchto studií (Vancampfort et al., 2015c; Vancampfort et al., 2015d; Vancampfort et al., 2016a; Vancampfort et al., 2016c) bylo porovnat fyzickou kondici u pacientů s BAP oproti zdravé populaci. Konkrétně se zaměřovaly na fyzickou zdatnost v kontextu kardiorespirační vytrvalosti, ale také na celkovou svalovou sílu, vytrvalost a bolestivost. Ve svých sekundárních cílech se zaměřovaly na celkový vliv fyzické aktivity na symptomy BAP.

Výsledky všech čtyř studií dávají jasné informace o extrémně nízké fyzické kondici, svalové síle a vytrvalosti. Také potvrdily, že pacienti s BAP častěji trpí kardiorespiračními obtížemi oproti běžné populaci.

Z důvodu častých somatických komorbidit u pacientů s BAP měla studie (Vancampfort et al., 2016d) za cíl prozkoumat rozdíly tělesné zdatnosti u pacientů s BAP s metabolickým syndromem a bez něj. K testování byl zvolen šesti minutový test chůze (6 Minutes Walk Test, dále jen 6MWT). Přestože tento test nedokládá podrobné informace o funkci kardiovaskulárního, neuromuskulárního systému a periferního oběhu, ale hodnotí tyto systémy pouze z celkového hlediska, je považován za bezpečný v souvislosti s testováním fyzické kondice u pacientů s BAP (Bernard et al., 2014).

Bylo zjištěno, že pacienti s BAP, kteří trpí metabolickým syndromem, měli častější bolesti. Uváděli hlavně bolesti dolních končetin, a to jak před testováním, tak i po něm. Během 6MWT uváděli větší únavu a dušnost oproti pacientům s BAP bez metabolického syndromu.

Snadná přístupnost a jednoduchost v provádění 6MWT vedlo Vancampforta (2016e) k provedení testu kvality 6MWT v rámci své další studie. Pacienti s BAP před testováním uváděli časté bolesti v kyčelním kloubu, hlezenním kloubu, kolenním kloubu a někteří také uváděli bolesti v bederní oblasti zad. Po absolvování 6MWT byla u těchto pacientů zjištěna zvýšená svalová únava spojená s bolestivostí a dušností.

Dalším pádným argumentem pro využití právě 6MWT je, že se u těchto pacientů nepočítá s vysokou mírou energetického výdeje během dne. Naopak se počítá pouze s běžnými denními aktivitami, které dosahují pouze submaximální úrovně fyzické zdatnosti. Podle výsledků další Vancampfortovy studie (2015e) je 6MWT vhodný k testování kardiorespirační kondice u těchto pacientů.

V souvislosti s často uváděnou informací, že pacienti s BAP mají větší tendence k sedavému stylu života (čímž je myšleno, že pacienti s BAP během dne tráví více hodin bez jakékoli fyzické aktivity) se (Vancampfort et al., 2016b) u pacientů s BAP snažil porovnat míru fyzické aktivity oproti sedavému stylu života ve srovnání s kontrolní skupinou bez BAP. Podle

získaných výsledků pacienti s BAP trávili více času sezením a bez fyzické aktivity oproti testované kontrolní skupině. Z jeho studie také vyplývá, že pacienti s BAP mají menší fyzickou zdatnost a zvýšené tendence k sedavému stylu života ve starším věku a v závislosti na dlouhodobějším užívání antipsychotik oproti mladším pacientům. Ve své další studii (Vancampfort et al., 2016d) zkoumal fyzickou kondici pacientů s BAP v souvislosti se stupnicí hodnotící psychometrickou zdatnost u psychiatrických pacientů (Global Assessment of Functioning, dále jen GAF) spolu s 6MWT. I zde mu výsledky přinesly jasné důkazy o výrazně nízké až žádné fyzické kondici u těchto pacientů.

Navzdory tomu, že se několika studiím podařilo doložit fakta o výrazně pozitivních efektech pohybové aktivity na fyzické i psychické zdraví u pacientů s BAP, stále podle (Vancampfort et al., 2015a) nejsou zařazeny do jejich komplexní péče oproti jiným psychiatrickým onemocněním. I přes důkazy o zvýšeném riziku KVO, metabolického syndromu, obezity a diabetu již v raných začátcích BAP, a to včetně adolescentů nebo mladých dospělých.

Po prostudování vyhledané literatury se, dle mého osobního názoru, této problematice věnuje stále málo autorů. I přes mnoho zdrojů uvádějících značné somatické obtíže, které pacienty s BAP doprovázejí, existují stále velké mezery v zařazení pravidelné pohybové aktivity do jejich komplexní léčby.

Navzdory mnoha článkům, které zmiňují nežádoucí účinky psychofarmakologické léčby, a to zejména léčbu antipsychotiky, které zvyšují riziko obezity, metabolického syndromu, a tím KVO. Také navzdory studiím, které potvrzují výrazně sníženou až žádnou fyzickou kondici u těchto pacientů, je fyzioterapie a trénink pravidelné pohybové aktivity stále v pozadí.

Stejně tak jako u jiných závažných psychiatrických onemocnění pacienty s BAP trápí jejich onemocnění ze všech životních hledisek. Velmi špatné psychické a fyzické zdraví je doprovázeno častými negativními dopady i na jejich osobní, rodinný a pracovní život. Může vést až k odcizení od rodiny, blízkých osob, ztráty práce a motivace. Všechny tyto nepříznivé události mohou vést až ke zhoršení symptomů onemocnění a častým recidivám.

Mnoho zemí nemá léčbu pohybovou terapií stále osvojeno natolik, aby ji zařazovala do komplexní péče.

I když je tato bakalářská práce rešeršní, můj osobní názor, že by se fyzioterapie měla objevit jako jedna z hlavních částí komplexní léčby u pacientů s BAP, souvisí i s osobní zkušeností s těmito pacienty. V rámci třítydenní letní klinické praxe v Psychiatrické nemocnici v Bohnicích jsem měla možnost vést cvičební jednotky na oddělení s pacienty s BAP. Na oddělení jsem docházela dvakrát týdně. Konkrétně jsem vedla skupinové terapie. Jedna

cvičební jednotka trvala 50 minut a obsahovala prvky jógy (cvičení s vlastním dechem, protahování). Také na přání některých pacientů i lehké kondiční aerobní cvičení.

Mým cílem bylo seznámit se s pacienty s BAP a zjistit, jaké jsou jejich nejčastější somatické obtíže. Potvrdilo se mi spolu s přezkoumanými studiemi, že je nejvíce trápily bolesti zad, kloubů, a to převážně u dolních končetin. Dále si stěžovali na zvýšenou únavu a nízkou fyzickou kondici a s tím spojenou i častou dušnost. Zároveň byli před každým cvičením stabilizováni psychofarmaky, která jim způsobovala zvýšenou únavu během cvičební jednotky. Z těchto šesti cvičebních jednotek bylo viditelné zlepšení nálady u mnohých zúčastněných.

Pravidelná fyzická aktivita by se z těchto důvodů měla do léčby pacientů s BAP zařazovat mnohem častěji, než je tomu doposud.

10 Závěr

Hlavním cílem této bakalářské práce bylo prostudovat a na základě systematické rešerše shrnout vliv fyzioterapeutických metod na pacienty s BAP. Konkrétně se jednalo o relaxační techniky, aerobní cvičení a psychomotorickou terapii.

BAP se řadí se do skupiny závažných psychiatrických onemocnění (SMI) stejně jako schizofrenie, schizoafektivní poruchy a deprese.

Chronicita BAP má často negativní dopad nejen na samotné pacienty, ale také je znevýhodňuje ve všech životních aspektech jako je osobní, sociální a pracovní život. Navzdory pozitivnímu efektu psychofarmak, které jsou v léčbě BAP stále na prvním místě, a proto jsou pro stabilizaci pacientů nezbytné, mají v rámci celoživotního užívání i mnoho účinků nežádoucích. Následkem toho se pacienti potýkají i s četnými somatickými obtížemi. Byl zjištěn vysoký nárůst somatických komorbidních onemocnění, kdy se nejčastěji jedná o inzulinovou rezistenci, diabetes, metabolický syndrom a kardiorespirační obtíže. Tyto všechny zdravotní komplikace spolu se sedavým stylem života, nízké či žádné fyzické aktivity spojené i s obezitou pacientů. Navíc z důvodu častého abúzu alkoholu a návykových látek mají pacienti s BAP v průměru o 20 až 30 let kratší životy než běžná populace.

Podle studií v několika posledních letech se ukázalo, že fyzická aktivita pozitivně ovlivňuje celkový fyzický a zároveň i psychický stav pacientů s BAP. Efekty fyzické aktivity jsou příznivé nejen pro prevenci somatických komorbidních onemocnění, zlepšení celkové fyzické kondice a redukci obezity, ale také zmírnění symptomů onemocnění. Kladný vliv má převážně na pacienty v depresivních fázích. Její účinky často pomáhají zmírnit stres, napětí a úzkosti. V rámci několika studií, které se tomuto tématu začaly věnovat, bylo zjištěno, že největší efekt na zmírnění depresivních symptomů BAP mají relaxační techniky (především jóga) a psychomotorická terapie. Dále byl v několika studiích zkoumán i vliv kondičního aerobního cvičení v rámci prevence somatických komorbidních onemocnění a obezity, které také ukázaly časté pozitivní výsledky.

Pravidelná pohybová aktivita by měla být častěji zařazována do komplexní léčby těchto pacientů, a to z důvodu prevence obezity, kardiometabolických obtíží, diabetu a dalších přidružených somatických komorbidit. Zároveň také kvůli výrazně kladnému působení pohybové aktivity na celkovou fyzickou zdatnost, která je u pacientů s BAP výrazně snižena. Pozitivní vliv má i na psychické zdraví, snížení stresu, úzkosti a zmírnění symptomů onemocnění u pacientů s BAP.

11 Seznam použité literatury

AAS, M. et al. Additive effects of childhood abuse and cannabis abuse on clinical expressions of bipolar disorders. *Psychological Medicine* [online]. 2014, **44**(08), 1653-1662 [cit. 2019-03-10]. DOI: 10.1017/S0033291713002316. ISSN 0033-2917. Dostupné z: http://www.journals.cambridge.org/abstract_S0033291713002316

ALSUWAIDAN, M. et al. Exercise and Bipolar Disorder: A Review of Neurobiological Mediators. *NeuroMolecular Medicine*[online]. 2009, **11**(4), 328-336 [cit. 2019-06-16]. DOI: 10.1007/s12017-009-8079-9. ISSN 1535-1084. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s12017-009-8079-9>

Ambulance. *Denní psychoterapeutické sanatorium "Ondřejov" s.r.o.* [online]. 2019 [cit. 2019-07-10]. Dostupné z: <http://ondrejov.cz/ambulance/>

American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. 4th ed., text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association, c2000. ISBN 08-904-2025-4.

AMERIO, A. et al. Diagnostic validity of comorbid bipolar disorder and obsessive-compulsive disorder: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica* [online]. 2014, **129**(5), 343-358 [cit. 2019-06-15]. DOI: 10.1111/acps.12250. ISSN 0001690X. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/acps.12250>

ARTS, B. et al. Meta-analyses of cognitive functioning in euthymic bipolar patients and their first-degree relatives. *Psychological Medicine* [online]. 2008, **38**(6), 771-785 [cit. 2019-06-28]. DOI: 10.1017/S0033291707001675. ISSN 0033-2917. Dostupné z: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0033291707001675/type/journal_article

AUGUSTIN, P. Rizika při léčbě lithiem. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2005, (5), 259-261 [cit. 2019-06-28]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2005/05/12.pdf>

BAGHAI, T. C. a H-J MOLLER. Electroconvulsive therapy and its different indications. *Dialogues in clinical neuroscience* [online]. 2008, **10**(1), 105-117 [cit. 2019-06-28]. ISSN 1958-5969. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181862/>

BERK, M., et al. Stage managing bipolar disorder. *Bipolar Disorders* [online]. 2014, **16**(5), 471-477 [cit. 2019-03-07]. DOI: 10.1111/bdi.12099. ISSN 13985647. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/bdi.12099>

BERNARD, P. et al. Six minutes walk test for individuals with schizophrenia. *Disability and Rehabilitation* [online]. 2014, **37**(11), 921-927 [cit. 2019-06-24]. DOI: 10.3109/09638288.2014.948136. ISSN 0963-8288. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/09638288.2014.948136>

BISHOP, S. et al. Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clinical Psychology: Science and Practice* [online]. 2004, **11**(3), 230-241 [cit. 2019-06-22]. DOI: 10.1093/clipsy.bph077. ISSN 09695893. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1093/clipsy.bph077>

BIZE, R. et al. Physical activity level and health-related quality of life in the general adult population: A systematic review. *Preventive Medicine* [online]. 2007, **45**(6), 401-415 [cit. 2019-06-16]. DOI: 10.1016/j.ypmed.2007.07.017. ISSN 00917435. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0091743507003027>

BJØRKLUND, L. et al. Trends in the psychopharmacological treatment of bipolar disorder: a nationwide register-based study. *Acta Neuropsychiatrica* [online]. 2016, **28**(2), 75-84 [cit. 2019-06-14]. DOI: 10.1017/neu.2015.52. ISSN 0924-2708. Dostupné z: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0924270815000526/type/journal_article

BRAND, S. et al. Acute Bouts of Exercising Improved Mood, Rumination and Social Interaction in Inpatients With Mental Disorders. *Frontiers in Psychology* [online]. 2018, **9** [cit. 2019-03-23]. DOI: 10.3389/fpsyg.2018.00249. ISSN 1664-1078. Dostupné z: <http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2018.00249/full>

BRDIČKA, R., et al. *Genetika v klinické praxi*. Praha: Galén, 2018. ISBN 978-80-7492-106-3.

BROWN, W. et al. Prospective Study of Physical Activity and Depressive Symptoms in Middle-Aged Women. *American Journal of Preventive Medicine* [online]. 2005, **29**(4), 265-272 [cit. 2019-03-23]. DOI: 10.1016/j.amepre.2005.06.009. ISSN 07493797. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0749379705002540>

BYATT, N. et al. Community Mental Health Provider Reluctance to Provide Pharmacotherapy May Be a Barrier to Addressing Perinatal Depression: A Preliminary Study. *Psychiatric Quarterly* [online]. 2013, **84**(2), 169-174 [cit. 2019-06-05]. DOI: 10.1007/s11126-012-9236-0. ISSN 0033-2720. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s11126-012-9236-0>

CARLSON, G. A. et al. Early determinants of four-year clinical outcomes in bipolar disorder with psychosis. *Bipolar Disorders*[online]. 2012, **14**(1), 19-30 [cit. 2019-03-07]. DOI: 10.1111/j.1399-5618.2012.00982.x. ISSN 13985647. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1399-5618.2012.00982.x>

CERIMELE, J. M. a W. J. KATON. Associations between health risk behaviors and symptoms of schizophrenia and bipolar disorder: a systematic review. *General Hospital Psychiatry* [online]. 2013, **35**(1), 16-22 [cit. 2019-06-17]. DOI: 10.1016/j.genhosppsych.2012.08.001. ISSN 01638343. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0163834312002642>

CONNAUGHTON, J. a W. GIBSON. Physiotherapy Students' Attitudes toward Psychiatry and Mental Health: A Cross-Sectional Study. *Physiotherapy Canada* [online]. 2016, **68**(2), 172-178 [cit. 2019-03-23]. DOI: 10.3138/ptc.201518E. ISSN 0300-0508. Dostupné z: <https://utpjournals.press/doi/10.3138/ptc.2015-18E>

DALEY, A. J. Exercise therapy and mental health in clinical populations: is exercise therapy a worthwhile intervention?. *Advances in Psychiatric Treatment* [online]. 2002, **8**(4), 262-270 [cit. 2019-06-16]. DOI: 10.1192/apt.8.4.262. ISSN 1355-5146. Dostupné z: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S1355514600010737/type/journal_article

DAUMIT, G. L. et al. Physical Activity Patterns in Adults With Severe Mental Illness. *The Journal of Nervous and Mental Disease* [online]. 2005, **193**(10), 641-646 [cit. 2019-06-16]. DOI: 10.1097/01.nmd.0000180737.85895.60. ISSN 0022-3018. Dostupné z: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00005053-200510000-00001>

DE HERT, M. et al. Cardiovascular disease and diabetes in people with severe mental illness position statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the European Association for the Study of Diabetes (EASD) and the European Society of Cardiology (ESC). *European Psychiatry* [online]. 2009, **24**(6), 412-424 [cit. 2019-06-17]. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2009.01.005. ISSN 09249338. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0924933809000170>

DESIKACHAR, T. K. V. *The heart of yoga: developing a personal practice*. Rev. ed. Rochester, Vt.: Inner Traditions International, c1999. ISBN 978-089-2817-641.

EIME, R. M. et al. A systematic review of the psychological and social benefits of participation in sport for children and adolescents: informing development of a conceptual model of health through sport. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* [online]. 2013, **10**(1) [cit. 2019-06-16]. DOI: 10.1186/1479-5868-10-98. ISSN 1479-5868. Dostupné z: <http://ijbnpa.biomedcentral.com/articles/10.1186/1479-5868-10-98>

EISNER, L. et al. Dialectical Behavior Therapy Group Skills Training for Bipolar Disorder. *Behavior Therapy* [online]. 2017, **48**(4), 557-566 [cit. 2019-06-28]. DOI: 10.1016/j.beth.2016.12.006. ISSN 00057894. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0005789417300011>

ELLINGROD, V. L. et al. Risk Factors Associated With Metabolic Syndrome in Bipolar and Schizophrenia Subjects Treated With Antipsychotics. *Journal of Clinical Psychopharmacology* [online]. 2012, **32**(2), 261-265 [cit. 2019-06-17]. DOI: 10.1097/JCP.0b013e3182485888. ISSN 0271-0749. Dostupné z: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00004714-201204000-00015>

ELLIS, R. et al. Physical activity beliefs and behaviour of adults with physical disabilities. *Disability and Rehabilitation* [online]. 2009, **29**(15), 1221-1227 [cit. 2019-06-16]. DOI: 10.1080/09638280600950108. ISSN 0963-8288. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09638280600950108>

FAULKNER, G. A D. CARLESS. Physical activity in the process of psychiatric rehabilitation: Theoretical and methodological issues. *Psychiatric Rehabilitation Journal* [online]. 2006, **29**(4), 258-266 [cit. 2019-06-18]. DOI: 10.2975/29.2006.258.266. ISSN 1559-3126. Dostupné z: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.2975/29.2006.258.266>

FIEDOROWICZ, J. G. et al. Vascular Mortality in Participants of a Bipolar Genomics Study. *Psychosomatics*[online]. 2014, **55**(5), 485-490 [cit. 2019-06-17]. DOI: 10.1016/j.psych.2014.02.001. ISSN 00333182. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0033318214000164>

FORNARO, M. L. et al. The prevalence and predictors of bipolar and borderline personality disorders comorbidity: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders* [online]. 2016, **195**, 105-118 [cit. 2019-06-03]. DOI: 10.1016/j.jad.2016.01.040. ISSN 01650327. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S016503271531291X>

FORTE, A. et al. Long-term morbidity in bipolar-I, bipolar-II, and unipolar major depressive disorders. *Journal of Affective Disorders* [online]. 2015, **178**, 71-78 [cit. 2019-03-07]. DOI: 10.1016/j.jad.2015.02.011. ISSN 01650327. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165032715000877>

FUJÁKOVÁ, M. a M. KOPEČEK. Antidepresiva – od teorie ke klinické praxi. *Klinická farmakologie a farmacie* [online]. 2012, 2012, **26**(1), 29-37 [cit. 2019-07-05]. ISSN 1803-5353. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/far/2012/01/06.pdf>

GEDDES, J. R. a D. MIKLOWITZ. Treatment of bipolar disorder. *The Lancet* [online]. 2013, **381**(9878), 1672-1682 [cit. 2019-03-23]. DOI: 10.1016/S0140-6736(13)60857-0. ISSN 01406736. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673613608570>

GHOUSE, A. A. et al. Overdiagnosis of Bipolar Disorder: A Critical Analysis of the Literature. *The Scientific World Journal* [online]. 2013, **2013**, 1-5 [cit. 2019-03-07]. DOI: 10.1155/2013/297087. ISSN 1537744X. Dostupné z: <http://www.hindawi.com/journals/tswj/2013/297087/>

GOODWIN, GM. et al. Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: Revised third edition recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology* [online]. 2016, **30**(6), 495-553 [cit. 2019-03-07]. DOI: 10.1177/0269881116636545. ISSN 0269-8811. Dostupné z: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0269881116636545>

GUO, J. J. et al. Risk of Diabetes Mellitus Associated with Atypical Antipsychotic Use Among Medicaid Patients with Bipolar Disorder: A Nested Case-Control Study. *Pharmacotherapy* [online]. 2007, **27**(1), 27-35 [cit. 2019-06-14]. DOI: 10.1592/phco.27.1.27. ISSN 0277-0008. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1592/phco.27.1.27>

GYLLENSTEN, A. L., L. HANSSON a CH. EKDAHL. Patient experiences of basic body awareness therapy and the relationship with the physiotherapist. *Journal of Bodywork and Movement Therapies* [online]. 2003, **7**(3), 173-183 [cit. 2019-06-06]. DOI: 10.1016/S1360-8592(02)00068-2. ISSN 13608592. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1360859202000682>

HAUSER, M., B. GALLING a CH. U. CORRELL. Suicidal ideation and suicide attempts in children and adolescents with bipolar disorder: a systematic review of prevalence and incidence rates, correlates, and targeted interventions. *Bipolar Disorders* [online]. 2013, **15**(5), 507-523 [cit. 2019-03-10]. DOI: 10.1111/bdi.12094. ISSN 13985647. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/bdi.12094>

HAQ, A. U. et al. Response of Depression to Electroconvulsive Therapy. *The Journal of Clinical Psychiatry* [online]. 2015, **76**(10), 1374-1384 [cit. 2019-06-28]. DOI: 10.4088/JCP.14r09528. ISSN 0160-6689. Dostupné z: <http://www.psychiatrist.com/jcp/article/pages/2015/v76n10/v76n1025.aspx>

HÁTLOVÁ, B. *Kinezioterapie: pohybová cvičení v léčbě psychických poruch* [online]. 2. přeprac. vyd. Praha: Karolinum, 2003 [cit. 2019-07-04]. ISBN 80-246-0719-0.

HENRY, L. J. et al. Feldenkrais method and movement education – An alternate therapy in musculoskeletal rehabilitation. *Polish Annals of Medicine* [online]. 2016, **23**(1), 68-74 [cit. 2019-05-23]. DOI: 10.1016/j.poamed.2015.05.007. ISSN 12308013. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S123080131500034X>

HIRSCHFELD, R. M. A., L. LEWIS a L. A. VORNIK. Perceptions and Impact of Bipolar Disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry* [online]. 2003, **64**(2), 161-174 [cit. 2019-06-15]. DOI: 10.4088/JCP.v64n0209. ISSN 0160-6689.

HOANG, U., M. J. GOLDACRE a R. STEWART. Avoidable mortality in people with schizophrenia or bipolar disorder in England. *Acta Psychiatrica Scandinavica* [online]. 2013, **127**(3), 195-201 [cit. 2019-03-14]. DOI: 10.1111/acps.12045. ISSN 0001690X. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/acps.12045>

CHALDER, M. et al. Facilitated physical activity as a treatment for depressed adults: randomised controlled trial. *BMJ* [online]. 2012, **344**(jun06 1), e2758-e2758 [cit. 2019-06-16]. DOI: 10.1136/bmj.e2758. ISSN 1756-1833. Dostupné z: <http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.e2758>

CHEN, Ch.-Y., et al. Genetic validation of bipolar disorder identified by automated phenotyping using electronic health records. *Translational Psychiatry* [online]. 2018, **8**(1) [cit. 2018-11-28]. DOI: 10.1038/s41398-018-0133-7. ISSN 2158-3188. Dostupné z: <http://www.nature.com/articles/s41398-018-0133-7>

CHESNEY, E., G. M. GOODWIN a S. FAZEL. Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World Psychiatry: official journal of the world psychiatric association (wpa)* [online]. 2014, **13**(2), 153-160 [cit. 2019-03-14]. DOI: 10.1002/wps.20128. ISSN 17238617. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1002/wps.20128>

CHIANG, K-J. et al. Efficacy of cognitive-behavioral therapy in patients with bipolar disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. *PLOS ONE* [online]. 2017, **12**(5) [cit. 2019-06-28]. DOI: 10.1371/journal.pone.0176849. ISSN 1932-6203. Dostupné z: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0176849>

JAFFE, R. The Practice of Electroconvulsive Therapy: Recommendations for Treatment, Training, and Privileging. *American Journal of Psychiatry* [online]. 2002, **159**(2), 331-331 [cit. 2019-07-05]. DOI: 10.1176/appi.ajp.159.2.331. ISSN 0002-953X. Dostupné z: <http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ajp.159.2.331>

JAIN, S., K. JANSSEN a S. DECELLE. Alexander technique and Feldenkrais method: a critical overview. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America* [online]. 2004, **15**(4), 811-825 [cit. 2019-06-27]. DOI: 10.1016/j.pmr.2004.04.005. ISSN 10479651. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1047965104000233>

JANNEY, C. A. et al. Are adults with bipolar disorder active? Objectively measured physical activity and sedentary behavior using accelerometry. *Journal of Affective Disorders* [online]. 2014, **152-154**, 498-504 [cit. 2019-06-17]. DOI: 10.1016/j.jad.2013.09.009. ISSN 01650327. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165032713006836>

JANSEN, K. et al. Quality of life and mood disorder episodes: Community sample. *Journal of Affective Disorders* [online]. 2013, **147**(1-3), 123-127 [cit. 2019-03-07]. DOI: 10.1016/j.jad.2012.10.021. ISSN 01650327. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165032712007008>

JEONG, I. S. Effect of Progressive Muscle Relaxation using Biofeedback on Perceived Stress, Stress Response, Immune Response and Climacteric Symptoms of Middle-Aged Women. *Journal of Korean Academy of Nursing* [online]. 2004, **34**(2) [cit. 2019-06-08]. DOI: 10.4040/jkan.2004.34.2.213. ISSN 1598-2874. Dostupné z: <https://synapse.koreamed.org/DOIx.php?id=10.4040/jkan.2004.34.2.213>

JEWELL, L. et al. Preliminary evidence of disparities in physical activity among adolescents with bipolar disorder. *Mental Health and Physical Activity* [online]. 2015, **8**, 62-67 [cit. 2019-06-23]. DOI: 10.1016/j.mhpa.2015.04.001. ISSN 17552966. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S175529661500006X>

JONES, I. et al. Bipolar disorder, affective psychosis, and schizophrenia in pregnancy and the post-partum period. *The Lancet* [online]. 2014, **384**(9956), 1789-1799 [cit. 2019-06-05]. DOI: 10.1016/S0140-6736(14)61278-2. ISSN 01406736. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673614612782>

KERNER, Berit. Genetics of bipolar disorder. *The Application of Clinical Genetics* [online]. 2014, , 33-42 [cit. 2019-06-28]. DOI: 10.2147/TACG.S39297. ISSN 1178-704X. Dostupné z: <http://www.dovepress.com/genetics-of-bipolar-disorder-peer-reviewed-article-TACG>

KHALEEL, N. et al. Electroconvulsive Therapy Attenuates Dendritic Arborization in the Basolateral Amygdala. *The Journal of ECT* [online]. 2013, **29**(3), 156-157 [cit. 2019-06-28]. DOI: 10.1097/YCT.0b013e318282a6b1. ISSN 1095-0680.

KNAPEN, J. et al. State anxiety and subjective well-being responses to acute bouts of aerobic exercise in patients with depressive and anxiety disorders. *British Journal of Sports Medicine* [online]. 2009, **43**(10), 756-759 [cit. 2019-06-16]. DOI: 10.1136/bjism.2008.052654. ISSN 0306-3674. Dostupné z: <http://bjism.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bjism.2008.052654>

KODAMA, S. Cardiorespiratory Fitness as a Quantitative Predictor of All-Cause Mortality and Cardiovascular Events in Healthy Men and Women. *JAMA* [online]. 2009, **301**(19) [cit. 2019-06-18]. DOI: 10.1001/jama.2009.681. ISSN 0098-7484. Dostupné z: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.2009.681>

KÖHLER, Richard. Elektrokonvulzivní terapie. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2014, **15**(1), 19-22 [cit. 2019-06-28]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2014/01/05.pdf>

KOLÁŘ, P. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén, c2009. ISBN 978-80-7262-657-1.

KUPPILI, P. P. et al. Biological rhythm impairment in bipolar disorder: a state of trait marker?. *Indian Journal of Psychiatry* [online]. 2018, 2018, **60**(4), 404-409 [cit. 2019-06-28]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6278211/>

KVÅLE, A. a A. E. LJUNGGREN. Body Awareness Therapies. *Encyclopedia of Pain*[online]. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 2007, 167-169 [cit. 2019-06-15]. DOI: 10.1007/978-3-540-29805-2_443. ISBN 978-3-540-43957-8. Dostupné z: http://www.springerlink.com/index/10.1007/978-3-540-29805-2_443.

LADENVALL, P. et al. Low aerobic capacity in middle-aged men associated with increased mortality rates during 45 years of follow-up. *European Journal of Preventive Cardiology* [online]. 2016, **23**(14), 1557-1564 [cit. 2019-03-22]. DOI: 10.1177/2047487316655466. ISSN 2047-4873. Dostupné z: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2047487316655466>

LÁTALOVÁ, K. *Bipolární afektivní porucha*. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3125-4.

LAURSEN, T. M. et al. Life Expectancy and Death by Diseases of the Circulatory System in Patients with Bipolar Disorder or Schizophrenia in the Nordic Countries. *PLoS ONE* [online]. 2013, **8**(6) [cit. 2019-06-14]. DOI: 10.1371/journal.pone.0067133. ISSN 1932-6203. Dostupné z: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0067133>

LAWLOR, D. A. The effectiveness of exercise as an intervention in the management of depression: systematic review and meta-regression analysis of randomised controlled trials. *BMJ* [online]. 2001, **322**(7289), 763-763 [cit. 2019-06-20]. DOI: 10.1136/bmj.322.7289.763. ISSN 09598138. Dostupné z: <http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.322.7289.763>

LEE, S. et al. *British Journal of Psychiatry* [online]. 2010, **196**(3) [cit. 2019-07-05]. DOI: 10.1192/bjp.bp.109.067843. ISSN 0007-1250. Dostupné z: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0007125000251891/type/journal_article

LEONHARD, K. et al. *Classification of endogenous psychoses and their differential etiology*. 2nd, rev. and enlarged ed. New York: Springer, c1999. ISBN 32-118-3259-9.

MAHLKE, C.I. et al. Effectiveness of one-to-one peer support for patients with severe mental illness – a randomised controlled trial. *European Psychiatry* [online]. 2017, **42**, 103-110 [cit. 2019-03-07]. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2016.12.007. ISSN 09249338. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0924933816301870>

MALHI, G. S. et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* [online]. 2015, **49**(12), 1087-1206 [cit. 2019-03-11]. DOI: 10.1177/0004867415617657. ISSN 0004-8674. Dostupné z: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0004867415617657>

MALHI, G. S. et al. Why ‘mood stabilizer’ needs stability: Polar views on its utility. *Bipolar Disorders* [online]. 2017, **19**(6), 414-416 [cit. 2019-03-08]. DOI: 10.1111/bdi.12562. ISSN 13985647. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/bdi.12562>

MARČINKO, D. a B. VUKSAN-ĆUSA. Borderline personality disorder and bipolar disorder comorbidity in suicidal patients: diagnostic and therapeutic challenges. *Psychiatria Danubina* [online]. 1989, 2009, **21**(3), 386-390 [cit. 2019-06-04]. ISSN 0353-5053. Dostupné z: https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=75902

MATHERS, C., D. M. FAT a J. T. BOERMA. *The global burden of disease: 2004 update*[online]. Geneva, Switzerland: World Health Organization, c2008 [cit. 2019-06-13]. ISBN 978-924-1563-710.

MCDONALD, K. C. et al. Prevalence of Bipolar I and II Disorder in Canada. *The Canadian Journal of Psychiatry* [online]. 2015, **60**(3), 151-156 [cit. 2019-06-12]. DOI: 10.1177/070674371506000310. ISSN 0706-7437. Dostupné z: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/070674371506000310>

MCINTYRE, R. S., J. Z. KONARSKI a L. N. YATHAM. Anxiety disorders and bipolar disorder: a review. *Bipolar Disorders* [online]. 2006, **8**(6), 665-676 [cit. 2019-05-29]. DOI: 10.1111/j.1399-5618.2006.00355.x. ISSN 1398-5647. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1399-5618.2006.00355.x>

MCINTYRE, R. S. et al. KONARSKI a Lakshmi N. YATHAM. Comorbidity in bipolar disorder: a framework for rational treatment selection. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental* [online]. 2004, **19**(6), 369-386 [cit. 2019-06-24]. DOI: 10.1002/hup.612. ISSN 0885-6222. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1002/hup.612>

MCMAHON, K. et al. Psychotherapeutic Treatment of Bipolar Depression. *Psychiatric Clinics of North America* [online]. 2016, **39**(1), 35-56 [cit. 2019-03-07]. DOI: 10.1016/j.psc.2015.09.005. ISSN 0193953X. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0193953X15001008>

MERIKANGAS, K. R. et al. Lifetime and 12 – Month Prevalence of Bipolar Spectrum Disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry* [online]. 2007, **64**(5), 543-553 [cit. 2019-06-13]. DOI: 10.1001/archpsyc.64.5.543. ISSN 0003990X. Dostupné z: <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archpsyc.64.5.543>

MEYER, T. a A. BROOCKS. Therapeutic Impact of Exercise on Psychiatric Diseases. *Sports Medicine* [online]. 2000, **30**(4), 269-279 [cit. 2019-06-21]. DOI: 10.2165/00007256-200030040-00003. ISSN 0112-1642. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.2165/00007256-200030040-00003>

MEYER, H. B. et al. Yoga as an Ancillary Treatment for Neurological and Psychiatric Disorders: A Review. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences* [online]. 2012, **24**(2), 152-164 [cit. 2019-06-22]. DOI: 10.1176/appi.neuropsych.11040090. ISSN 0895-0172. Dostupné z: <http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.neuropsych.11040090>

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů [online]. Praha: Úzis, 2018 [cit. 2019-03-09]. ISBN 978-80-7472-168-7. Dostupné z: <http://uzis.cz/katalog/klasifikace/mkn>

MEZUK, B. et al. Anticonvulsant Use, Bipolar Disorder, and Risk of Fracture Among Older Adults in the Veterans Health Administration. *The American Journal of Geriatric Psychiatry* [online]. 2010, **18**(3), 245-255 [cit. 2019-03-17]. DOI: 10.1097/JGP.0b013e3181bf9ebd. ISSN 10647481. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1064748112603029>

MIKKELSEN, S. S. et al. A cohort study of leisure time physical activity and depression. *Preventive Medicine* [online]. 2010, **51**(6), 471-475 [cit. 2019-03-23]. DOI: 10.1016/j.ypmed.2010.09.008. ISSN 00917435. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0091743510003695>

MIKLOWITZ, D. J. a B. CHUNG. Family-Focused Therapy for Bipolar Disorder: Reflections on 30 Years of Research. *Family Process*[online]. 2016, **55**(3), 483-499 [cit. 2018-11-25]. DOI: 10.1111/famp.12237. ISSN 00147370. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/famp.12237>

MITCHELL, A. J., D. MALONE a C. C. DOEBBELING. Quality of medical care for people with and without comorbid mental illness and substance misuse: systematic review of comparative studies. *British Journal of Psychiatry*[online]. 2009, **194**(6), 491-499 [cit. 2019-06-17]. DOI: 10.1192/bjp.bp.107.045732. ISSN 0007-1250. Dostupné z: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0007125000006796/type/journal_article

MITCHELL, A. J., O. LORD a D. MALONE. Differences in the prescribing of medication for physical disorders in individuals with v. without mental illness: meta-analysis. *British Journal of Psychiatry* [online]. 2012, **201**(06), 435-443 [cit. 2019-03-14]. DOI: 10.1192/p.bp.111.094532. ISSN 0007-1250. Dostupné z: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S000712500023701X/type/journal_article

MORETTI, P. et al. Dysphoria as a psychiatric syndrome: a preliminary study for a new transnosographic dimensional approach. *Psychiatria Danubina* [online]. Zagreb: Medicinska naklada, 2018, **30**(7), 582-587 [cit. 2019-03-09]. ISSN 1849-0867. Dostupné z: http://www.psychiatria-danubina.com/UserDocsImages/pdf/dnb_vol30_sup7/dnb_vol30_sup7_582.pdf

MUNEER, A. The Neurobiology of Bipolar Disorder: An Integrated Approach. *Chonnam Medical Journal* [online]. 2016, **52**(1) [cit. 2018-11-25]. DOI: 10.4068/cmj.2016.52.1.18. ISSN 2233-7385. Dostupné z: <http://synapse.koreamed.org/DOIx.php?id=10.4068/cmj.2016.52.1.18>

MURRAY, G. et al. *Self-management strategies used by 'high functioning' individuals with bipolar disorder: from research to clinical practice* [online]. 2011, **18**(2), 95-109 [cit. 2019-06-22]. DOI: 10.1002/cpp.710. ISSN 10633995. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1002/cpp.710>

MURRAY, Ch. J. L. et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet* [online]. 2012, **380**(9859), 2197 - 2223 [cit. 2019-03-14]. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)61689-4. ISSN 01406736. Dostupné z: <https://www-sciencedirect-com.ezproxy.is.cuni.cz/science/article/pii/S0140673612616894>

MURRAY, G. et al. Towards recovery-oriented psychosocial interventions for bipolar disorder: Quality of life outcomes, stage-sensitive treatments, and mindfulness mechanisms. *Clinical Psychology Review* [online]. 2017, **52**, 148-163 [cit. 2019-06-28]. DOI: 10.1016/j.cpr.2017.01.002. ISSN 02727358. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0272735816302203>

NABAVI, B., A. J. MITCHEL a D NUTT. A Lifetime Prevalence of Comorbidity Between Bipolar Affective Disorder and Anxiety Disorders: A Meta-analysis of 52 Interview-based Studies of Psychiatric Population. *EBioMedicine* [online]. 2015, **2**(10), 1405-1419 [cit. 2019-05-29]. DOI: 10.1016/j.ebiom.2015.09.006. ISSN 23523964. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2352396415301304>

NG, F., S. DODD a M. BERK. The effects of physical activity in the acute treatment of bipolar disorder: A pilot study. *Journal of Affective Disorders* [online]. 2007, **101**(1-3), 259-262 [cit. 2019-06-16]. DOI: 10.1016/j.jad.2006.11.014. ISSN 01650327. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165032706004927>

NIGG, C. R. et al. A Theory of Physical Activity Maintenance. *Applied Psychology* [online]. 2008, **57**(4), 544-560 [cit. 2019-06-17]. DOI: 10.1111/j.1464-0597.2008.00343.x. ISSN 0269994X. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1464-0597.2008.00343.x>

PHILLIPS, M. L. a D.J. KUPFER. A neural model of voluntary and automatic emotion regulation: implications for understanding the pathophysiology and neurodevelopment of bipolar disorder. *Molecular Psychiatry* [online]. 2008, **13**(9), 833-857 [cit. 2019-06-28]. DOI: 10.1038/mp.2008.65. ISSN 1359-4184. Dostupné z: <http://www.nature.com/articles/mp200865>

PHILLIPS, M. L. et al. Bipolar disorder diagnosis: challenges and future directions. *The Lancet* [online]. 2013, **381**(9878), 1663-1671 [cit. 2019-06-13]. DOI: 10.1016/S0140-6736(13)60989-7. ISSN 01406736. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673613609897>

PRAŠKO, J. et al. Předstírané poruchy a simulace. *Medicína pro praxi* [online]. 2008, 2008, **5**(3), 128-132 [cit. 2019-07-05]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/med/2008/03/10.pdf>

PRIETO, M. L. et al. Risk of myocardial infarction and stroke in bipolar disorder: a systematic review and exploratory meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica* [online]. 2014, **130**(5), 342-353 [cit. 2019-06-17]. DOI: 10.1111/acps.12293. ISSN 0001690X. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/acps.12293>

PROBST, M. et al. Psychomotor Therapy and Psychiatry: What's in a Name. *The Open Complementary Medicine Journal* [online]. 2010, **2010**(2), 105-113 [cit. 2019-06-19]. ISSN 1876391X/10. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/228699942_Psychomotor_Therapy_and_Psychiatry_What's_in_a_Name

PROUDFOOT, J. G. et al. Mechanisms underpinning effective peer support: a qualitative analysis of interactions between expert peers and patients newly-diagnosed with bipolar disorder. *BMC Psychiatry* [online]. 2012, **12**(1) [cit. 2019-03-07]. DOI: 10.1186/1471244X-12-196. ISSN 1471244X. Dostupné z: <http://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-12-196>

PROVENCHER, M. D., AJ. GUIMOND a L. D. HAWKE. Comorbid anxiety in bipolar spectrum disorders: A neglected research and treatment issue?. *Journal of Affective Disorders*[online]. 2012, **137**(1-3), 161-164 [cit. 2019-05-29]. DOI: 10.1016/j.jad.2011.12.001. ISSN 01650327. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165032711007610>

RABOCH, J. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-1985-9.

RAVINDRAN, A. V. et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry* [online]. 2016, **61**(9), 576-587 [cit. 2019-03-23]. DOI: 10.1177/0706743716660290. ISSN 0706-7437. Dostupné z: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0706743716660290>

REINARES, M., J. SÁNCHEZ-MORENO a K. N. FOUNTOULAKIS. Psychosocial interventions in bipolar disorder: What, for whom, and when. *Journal of Affective Disorders*[online]. 2014, **156**, 46-55 [cit. 2019-06-28]. DOI: 10.1016/j.jad.2013.12.017. ISSN 01650327. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165032713008574>

REININGHAUS, U. et al. Mortality in Schizophrenia and Other Psychoses: A 10 – Year Follow-up of the ÆSOP First-Episode Cohort. *Schizophrenia Bulletin*[online]. 2015, **41**(3), 664-673 [cit. 2019-06-13]. DOI: 10.1093/schbul/sbu138. ISSN 1745-1701. Dostupné z: <https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article-lookup/doi/10.1093/schbul/sbu138>

RIEMANN, G. et al. The addition of STEPPS in the treatment of patients with bipolar disorder and comorbid borderline personality features: a protocol for a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* [online]. 2014, **14**(1) [cit. 2019-06-04]. DOI: 10.1186/1471244X-14-172. ISSN 1471-244X. Dostupné z: <http://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-14-172>

RYBAKOWSKI, J. K. Bipolarity and inadequate response to antidepressant drugs: Clinical and psychopharmacological perspective. *Journal of Affective Disorders* [online]. 2012, **136**(1-2), e13-e19 [cit. 2019-02-28]. DOI: 10.1016/j.jad.2011.05.005. ISSN 01650327. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165032711002515>

SALCEDO, S. et al. Empirically supported psychosocial interventions for bipolar disorder: Current state of the research. *Journal of Affective Disorders*[online]. 2016, **201**, 203-214 [cit. 2019-06-28]. DOI: 10.1016/j.jad.2016.05.018. ISSN 01650327. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165032716303743>

SANI, G. et al. Free Interval Duration: Clinical Evidence of the Primary Role of Excitement in Bipolar Disorder. *Current Neuropharmacology* [online]. 2017, **15**(3), 394-401 [cit. 2019-06-28]. DOI: 10.2174/1570159X14666160607085851. ISSN 1570159X.

SCHOU, M. et al. Lithium and Pregnancy--I, Report from the Register of Lithium Babies. *BMJ* [online]. 1973, **2**(5859), 135-136 [cit. 2019-06-05]. DOI: 10.1136/bmj.2.5859.135. ISSN 0959-8138. Dostupné z: <http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.2.5859.135>

SCHULTE, D. a H. WALACH. F.M. Alexander Technique in the Treatment of Stuttering – A Randomized Single-Case Intervention Study with Ambulatory Monitoring. *Psychotherapy and Psychosomatics* [online]. 2006, **75**(3), 190-191 [cit. 2019-06-27]. DOI: 10.1159/000091779. ISSN 0033-3190. Dostupné z: <https://www.karger.com/Article/FullText/91779>

STACKEOVÁ, D. *Cvičení na bolavá záda*. Druhé, rozšířené a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2018. Fitness, síla, kondice. ISBN 978-80-271-0411-6.

STARCEVIC, V. et al. Will DSM-5 make us feel dysphoric? Conceptualisation(s) of dysphoria in the most recent classification of mental disorders. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* [online]. 2013, **47**(10), 954-955 [cit. 2019-03-07]. DOI: 10.1177/0004867413495930. ISSN 0004-8674. Dostupné z: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0004867413495930>

STRAKOWSKI, S. M. et al. The impact of substance abuse on the course of bipolar disorder. *Biological Psychiatry* [online]. 2000, **48**(6), 477-485 [cit. 2019-06-24]. DOI: 10.1016/S0006-3223(00)00900-8. ISSN 00063223. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0006322300009008>

STUBBS, B. et al. Exercise improves cardiorespiratory fitness in people with depression: A meta-analysis of randomized control trials. *Journal of Affective Disorders* [online]. 2016, **190**, 249-253 [cit. 2019-03-23]. DOI: 10.1016/j.jad.2015.10.010. ISSN 01650327. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165032715308831>

SUPPES, T. et al. Maintenance Treatment for Patients With Bipolar I Disorder: Results From a North American Study of Quetiapine in Combination With Lithium or Divalproex (Trial 127). *American Journal of Psychiatry* [online]. 2009, **166**(4), 476-488 [cit. 2019-03-17]. DOI: 10.1176/appi.ajp.2008.08020189. ISSN 0002953X. Dostupné z: <http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ajp.2008.08020189>

SYED, S. A. et al. Early Life Stress, Mood, and Anxiety Disorders. *Chronic Stress* [online]. 2017, **1** [cit. 2019-06-28]. DOI: 10.1177/2470547017694461. ISSN 2470-5470. Dostupné z: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2470547017694461>

TEASDALE, S. B. et al. *Preventing antipsychotic-induced weight gain in first-episode psychosis: Transitioning dietitians into routine care* [online]. 2016, **73**(3), 303-304 [cit. 2019-03-23]. DOI: 10.1111/1747-0080.12211. ISSN 14466368. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/1747-0080.12211>

THOMSON, D. et al. A brief review of exercise, bipolar disorder, and mechanistic pathways. *Frontiers in Psychology* [online]. 2015, **6** [cit. 2019-06-18]. DOI: 10.3389/fpsyg.2015.00147. ISSN 1664-1078. Dostupné z: <http://journal.frontiersin.org/Article/10.3389/fpsyg.2015.00147/abstract>

TSAI, A. C. et al. Aripiprazole in the Maintenance Treatment of Bipolar Disorder: A Critical Review of the Evidence and Its Dissemination into the Scientific Literature. *PLoS Medicine* [online]. 2011, **8**(5) [cit. 2018-11-25]. DOI: 10.1371/journal.pmed.1000434. ISSN 1549-1676. Dostupné z: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pmed.1000434>

UROŠEVIĆ, S. et al. Dysregulation of the behavioral approach system (BAS) in bipolar spectrum disorders: Review of theory and evidence. *Clinical Psychology Review* [online]. 2008, **28**(7), 1188-1205 [cit. 2019-06-21]. DOI: 10.1016/j.cpr.2008.04.004. ISSN 02727358. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S027273580800086X>

VALENTÍ, M. et al. Risk factors for rapid cycling in bipolar disorder. *Bipolar Disorders* [online]. 2015, **17**(5), 549-559 [cit. 2019-03-07]. DOI: 10.1111/bdi.12288. ISSN 13985647. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/bdi.12288>

VANDELEUR, C. L. et al. Specificity of psychosis, mania and major depression in a contemporary family study. *Molecular Psychiatry*[online]. 2014, **19**(2), 209-213 [cit. 2019-03-10]. DOI: 10.1038/mp.2013.132. ISSN 1359-4184. Dostupné z: <http://www.nature.com/articles/mp2013132>

VANCAMPFORT, D. et al. Metabolic Syndrome and Metabolic Abnormalities in Bipolar Disorder: A Meta-Analysis of Prevalence Rates and Moderators. *American Journal of Psychiatry* [online]. 2013, **170**(3), 265-274 [cit. 2019-06-17]. DOI: 10.1176/appi.ajp.2012.12050620. ISSN 0002953X. Dostupné z: <http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ajp.2012.12050620>

VANCAMPFORT, D. et al. *Integrating physical activity as medicine in the care of people with severe mental illness*[online]. 2015a, **49**(8), 681-682 [cit. 2019-06-18]. DOI: 10.1177/0004867415590831. ISSN 0004-8674. Dostupné z: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0004867415590831>

VANCAMPFORT, D. et al. Prevalence and Predictors of Type 2 Diabetes Mellitus in People With Bipolar Disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry* [online]. 2015b, **76**(11), 1490-1499 [cit. 2019-03-14]. DOI: 10.4088/JCP.14r09635. ISSN 0160-6689. Dostupné z: <http://www.psychiatrist.com/jcp/article/pages/2015/v76n11/v76n1116.aspx>

VANCAMPFORT, D. et al. The functional exercise capacity in patients with bipolar disorder versus healthy controls: A pilot study. *Psychiatry Research*[online]. 2015c, **229**(1-2), 194-199 [cit. 2019-06-24]. DOI: 10.1016/j.psychres.2015.07.040. ISSN 01651781. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165178115004977>

VANCAMPFORT, D. et al. Health-related physical fitness in patients with bipolar disorder vs. healthy controls: An exploratory study. *Journal of Affective Disorders*[online]. 2015d, **177**, 22-27 [cit. 2019-07-05]. DOI: 10.1016/j.jad.2014.12.058. ISSN 01650327. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165032714008441>

VANCAMPFORT, D. et al. Validity of the 6min walk test in outpatients with bipolar disorder. *Psychiatry Research* [online]. 2015e, **230**(2), 664-667 [cit. 2019-07-10]. DOI: 10.1016/j.psychres.2015.09.039. ISSN 01651781. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165178115301025>

VANCAMPFORT, D. et al. Cardiorespiratory fitness in outpatients with bipolar disorder versus matched controls: An exploratory study. *Journal of Affective Disorders*[online]. 2016a, **199**, 1-5 [cit. 2019-06-24]. DOI: 10.1016/j.jad.2016.03.057. ISSN 01650327. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165032716300805>

VANCAMPFORT, D. et al. Sitting time, physical fitness impairments and metabolic abnormalities in people with bipolar disorder: An exploratory study. *Psychiatry Research* [online]. 2016b, **242**, 7-12 [cit. 2019-07-07]. DOI: 10.1016/j.psychres.2016.05.023. ISSN 01651781. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S016517811630213X>

VANCAMPFORT, D. et al. The Functional Exercise Capacity Is Associated With Global Functioning in People With Bipolar Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease* [online]. 2016c, **204**(9), 673-677 [cit. 2019-06-24]. DOI: 10.1097/NMD.0000000000000580. ISSN 0022-3018. Dostupné z: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00005053-201609000-00006>

VANCAMPFORT, D. et al. The metabolic syndrome is associated with self-reported physical complaints in patients with bipolar disorder. *Psychiatria Danubina* [online]. 2016d, **28**(2), 139-145 [cit. 2019-07-05]. ISSN 1849-0867. Dostupné z: https://scholar.google.cz/scholar?hl=cs&as_sdt=0%2C5&q=the+metabolic+syndrome+is+associated+with+self-reported+physical+complaints+in+patients+with+bipolar+disorder&btnG=

VANCAMPFORT, D. et al. Test-retest study of the six-minute walk test in people with bipolar disorder. *Psychiatria Danubina* [online]. 2016e, **28**(1), 39-44 [cit. 2019-07-05]. ISSN 1849-0867. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26938820>

VIKTORIN, A. et al. The Risk of Switch to Mania in Patients With Bipolar Disorder During Treatment With an Antidepressant Alone and in Combination With a Mood Stabilizer. *American Journal of Psychiatry* [online]. 2014, **171**(10), 1067-1073 [cit. 2019-03-08]. DOI: 10.1176/appi.ajp.2014.13111501. ISSN 0002953X. Dostupné z: <http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ajp.2014.13111501>

WALKER, E. R., R. E. MCGEE a B. G. DRUSS. Mortality in Mental Disorders and Global Disease Burden Implications. *JAMA Psychiatry* [online]. 2015, **72**(4) [cit. 2019-03-22]. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2014.2502. ISSN 2168622X. Dostupné z: <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jamapsychiatry.2014.2502>

WARBURTON, D. ER. et al. A systematic review of the evidence for Canada's Physical Activity Guidelines for Adults. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* [online]. 2010, **7**(1) [cit. 2019-06-16]. DOI: 10.1186/1479-5868-7-39. ISSN 1479-5868. Dostupné z: <http://ijbnpa.biomedcentral.com/articles/10.1186/1479-5868-7-39>

WEARING, S. C. et al. Musculoskeletal disorders associated with obesity: a biomechanical perspective. *Obesity Reviews* [online]. 2006, **7**(3), 239-250 [cit. 2019-06-24]. DOI: 10.1111/j.1467789X.2006.00251.x. ISSN 1467-7881. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1467-789X.2006.00251.x>

WEBER, B. et al. Mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder: A feasibility trial. *European Psychiatry* [online]. 2010, **25**(6), 334-337 [cit. 2019-06-22]. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2010.03.007. ISSN 09249338. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0924933810000817>

WEINSTOCK, L. M. et al. Adjunctive yoga versus bibliotherapy for bipolar depression: A pilot randomized controlled trial. *Mental Health and Physical Activity* [online]. 2016, **11**, 67-73 [cit. 2019-06-22]. DOI: 10.1016/j.mhpa.2016.11.001. ISSN 17552966. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1755296616300710>

WRIGHT, K. et al. "It's a double edged sword": A qualitative analysis of the experiences of exercise amongst people with Bipolar Disorder. *Journal of Affective Disorders* [online]. 2012, **136**(3), 634-642 [cit. 2019-06-20]. DOI: 10.1016/j.jad.2011.10.017. ISSN 01650327. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165032711006628>

YAPICI ESER, H. et al. Prevalence and Associated Features of Anxiety Disorder Comorbidity in Bipolar Disorder: A Meta-Analysis and Meta-Regression Study. *Frontiers in Psychiatry* [online]. 2018, **9** [cit. 2019-05-29]. DOI: 10.3389/fpsy.2018.00229. ISSN 1664-0640. Dostupné z: <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsy.2018.00229/full>

YATHAM, L. N. et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disorders*[online]. 2018, **20**(2), 97-170 [cit. 2018-11-25]. DOI: 10.1111/bdi.12609. ISSN 13985647. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/bdi.12609>

YILDIZ, A. et al. A network meta-analysis on comparative efficacy and all-cause discontinuation of antimanic treatments in acute bipolar mania. *Psychological Medicine* [online]. 2015, **45**(2), 299-317 [cit. 2019-06-13]. DOI: 10.1017/S0033291714001305. ISSN 0033-2917. Dostupné z: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0033291714001305/type/journal_article

ZAHRÁDKA KÖHLEROVÁ, M. et al. *Fyzioterapie v psychiatrii*. Praha: Psychiatrická nemocnice Bohnice, 2016. Metodika (Psychiatrická nemocnice Bohnice). ISBN 978-80-906518-1-4.

ZSCHUCKE, E., K. GAUDLITZ a A. STRÖHLE. *Exercise and Physical Activity in Mental Disorders: Clinical and Experimental Evidence* [online]. 2013, **46**(Suppl 1), S12-S21 [cit. 2019-03-23]. DOI: 10.3961/jpmph.2013.46.S. S12. ISSN 1975-8375. Dostupné z: <http://jpmph.org/journal/view.php?doi=10.3961/jpmph.2013.46.S.S12>

12 Seznam zkratek

ADHD – Attention Deficit Hyperactivity Disorder

AT – Alexandrova technika

BAP – bipolární afektivní porucha

BAS – Behavioral Approach System

BDI – Beck Depression Inventory

BMI – Body Mass Index

CNS – centrální nervová soustava

DBT – dialektická behaviorální terapie

DM 2. typu – diabetes mellitus 2. typu

DSM – Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders

FDA – Food And Drug Administration

FFT – Family-Focused Therapy

GABA – kyselina γ -aminomáselná

GI – gastrointestinální

ISRT – interpersonální a rytmická terapie

KBT – kognitivně behaviorální terapie

KIMS – Kentucky Inventory Mindfulness Skills

KVO – kardiovaskulární onemocnění

MBCT – Mindfulness-based Cognitive Therapy

MKN – mezinárodní klasifikace nemocí

NPPT – Norwegian Psychomotor Physical Therapy

NS – nervový systém

NW – Nordic Walking

PMT – psychomotorická terapie

PNB – Psychiatrická nemocnice v Bohnicích

SMI – Severe Mental Illness

SSRI – Selective Serotonin Reuptake Inhibitors

6MWT - 6 Minutes Walk Test