

# **PREVENCE RELAPSU BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHY**

**THE PREVENTION OF BIPOLAR DISORDER RELAPSE**

**Diplomová práce z preventivního lékařství**

**Kasuistická série**

**Školitel: MUDr. Lucie Motlová**

**Kateřina Malinová**

**6.ročník**

**Prohlášení:**

**Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně a že jsem v ní použila pouze informace z uvedených pramenů a literatury**

**Děkuji MUDr. Lucii Motlové za odborné vedení, rady a cenné připomínky, kterými mi pomohla při zpracování mé práce.**

## **SOUHRN**

V první části této práce shrnuji dosavadní poznatky o bipolární poruše a možnostech její léčby. Pro léčbu bipolární afektivní poruchy (BAP) je velmi důležité pochopení mechanismů, které ovlivňují její dlouhodobý průběh. Průběh – především výskyt depresivních a manických fází (relapsů) - lze modifikovat dlouhodobou profylaktickou medikací. Ukazuje se však, že preventivní psychoterapeutické intervence, na které se zde hlavně zaměřuji, mohou farmakoterapii účinně doplňovat a zlepšovat dlouhodobou prognózu pacientů s bipolární poruchou.

V druhé části analyzuji sérii 12 kazuistik pacientů s bipolární poruchou. Snažím se vystopovat počátek choroby a časné varovné známky (prodromární příznaky) relapsu. Hodnotím 1) průběh nemoci u každého pacienta 2) validitu lékařské dokumentace, která může sloužit jako základ pro preventivní psychoterapeutickou intervenci.

## **SUMMARY**

In the first part of my work I summarize recent knowledge of bipolar disorder and possibilities of its treatment. The understanding bipolar disorder mechanisms that affect their long-term course is very important for the treatment. The course – mainly the occurrence of depressing and manic periods - is possible to modify by a long-term profylactic drug treatment. It seems that the preventive psychoterapeutic intervention that I have focused on can effectively help in farmacotherapy and improve long-term prognosis of patients with bipolar disorder. In the second part of my work I analyse the set of 12 case-reports of patients with bipolar disorder. I try to identify the begining of disorder and early warning signals (prodromal indicators) of the relapse. I consider 1) the course of disorder of every particular patient 2) the validity of the medical records that can be used as a base for the preventive psychoterapeutic intervention.

## ÚVOD

Bipolární afektivní porucha (BAP) je charakterizovaná opakovanými (tj. nejméně dvěma) epizodami, při nich jsou hluboce narušeny pacientova nálada a úroveň činnosti. Tato porucha spočívá někdy v elaci, zvýšené energii a aktivitě (mánie nebo hypomanie) jindy zase ve skleslé náladě, energii a aktivitě. Remise mezi fázemi je obvykle úplná (MKN-10, 2000). Jde o chronické onemocnění, ohrožující pacienta svými relapsy, které ho mohou trvale funkčně poškodit a invalidizovat, s velkým rizikem mortality a **suicidia**, které je příčinou úmrtí v 18,9% (Woods, 2000).. Neléčená nebo nesprávně léčená BAP zvyšuje mortalitu a suicidailitu až na 30% (Angst et al., 2002).

BAP je na 6.místě v celosvětovém pořadí zneschopňujících nemocí. Celoživotní riziko **1-5 %** Muži a ženy jsou postiženi stejně, onemocnění postihuje lidi v produktivním věku, průměrně začíná mezi 18-22 lety První léčba nebo hospitalizace nastane zpravidla po pěti až desetiletém zpoždění.

Nemoc probíhá jako epizoda hypomanie či mánie objevující se vzápětí po depresi v 60-70%, nebo ji předchází. Remise příznaků, ať již úplné či neúplné, mezi epizodami se mohou v dlouhodobém průběhu zkracovat. Plné klinické manifestaci jednotlivých epizod zpravidla předcházejí prodromální příznaky, jimž se také říká varovné příznaky hrozícího relapsu. Nejčastější z nich jsou uvedeny v tabulce č.1.

**Tabulka č.1**

<p><b>Varovné příznaky mánie</b></p>	<p>nadměrná upovídanost, zrychlená řeč, hyperaktivita, hodně plánů, zvýšené sebehodnocení, zhoršená soudnost, porucha soustředění, roztěkanost, společensky neadekvátní chování, křiklavé barvy oblečení, nápadné líčení a eroticky vyzývavý vzhled, nespavost, nadměrný zájem o činnosti přinášející potěšení (jídlo, pití, hudba, sex), utrácení peněz, zvýšená družnost a spontánnost, nadměrné telefonování, psaní, sklon k paranoiditě</p>
--------------------------------------	---

<b>Varovné příznaky deprese</b>	porucha spánku (nadměrná spavost nebo naopak přerušovaný spánek a nespavost), neschopnost po ránu vstát a pustit se do práce, úpadek péče o sebe, ztráta chuti jít, neschopnost se rozhodnout i o maličkostech, porucha soustředění a paměti, zpomalenost, vyhýbání se společnosti, ztráta zájmu o rodinu a práci, odmítání konverzace, neplacení účtů, nezvedání telefonu, nicnedělání, pocit vlastní bezcennosti nebo viny, podrážděnost, mrzutost, plačtivost .
---------------------------------	--

Předpokládá se, že bude-li pacient, či jeho nejbližší, schopni zachytit tyto příznaky včas a terapie se tudíž včas přizpůsobí, zamezí se rozvoji epizody nemoci a tudíž se předejde hospitalizaci.

### Formy BP:

1. Bipolární porucha I typu, která sestává z epizod mánie a deprese.
2. Bipolární porucha II typu má sice epizody deprese, ale nikoli plně rozvinuté mánie, namísto nichž se objevují hypománie, poněkud méně intenzivní formy elevace nálady.
3. Kromě toho existují smíšené stavy, což jsou epizody, během nichž je přítomná směs kritérií splňujících jak depresivní náladu tak elaci nálady

### Mánie

Nepřiměřené zvýšení nálady různé intenzity (bezstarostná žoviálnosti až nekontrolovatelné vzrušení, pocit neutuchající energie, pacienti jsou zvýšeně aktivní, nemají potřebu spánku.

V návaznosti na to se dotýční pouštějí do riskantních a extravagantních plánů, často s bezstarostným utrácením peněz. Sebevědomí je zvýšené, doprovázené přehnaně optimistickými myšlenkami. Vnímání je zostřené – barvy jsou jasnější, doteky intenzivnější a zvuky ostřejší. Nálada nemusí být vždy euforická, může být rezonantní a podezíravá. Trvání fáze by mělo být alespoň týden a měla by být tak těžká, aby narušovala běžnou práci a společenské aktivity.

Přidají-li se psychotické příznaky, pak jsou to perzekuční, velikášské či náboženské bludy, zpravidla přiměřené náladě

### **Hypománie**

Hypománie je mírnější forma mánie. Alespoň 4 dny by mělo přetrvávat mírné zvýšení nálady, vyšší energie a aktivita, pocit zdraví a výkonnosti, zvýšená sociabilita, výmluvnost, přílišná důvěrnost. Namísto euforické sociability se někdy vyskytne spíše podrážděnost, domýšlivost a nevázané chování.

Pacienti s bipolární poruchou II. typu by měli být včas identifikováni. Jsou totiž ohroženi rizikem přesmyku do hypománie, jsou-li léčeni antidepressivy

### **Bipolární deprese**

Pacienti trpící BP mohou až 1/3 svého života trávit depresivními fázemi. Depresivní fázi bipolární poruchy je třeba odlišovat od depresivní fáze periodické depresivní poruchy, byť jde o diagnosticky nelehký úkol. Léčba antidepressivy totiž může u pacientů bipolární depresí navodit máni, ale současně i zkomplikovat průběh onemocnění tím, že může nastartovat výskyt fází a zhoršit průběh onemocnění. V současnosti se má za to, že bipolární deprese je daleko častější, než se dříve myslelo, a že především bipolární porucha II typu je podceňovaná a nerozpoznána. Je proto doporučeno, aby se diagnostická pozornost věnovala především mladším pacientům s diagnózou deprese s psychotickými příznaky a s pozitivní rodinnou anamnézou bipolární poruchy.

Mezi další známky bipolární deprese, které ji odlišují od monopolární deprese patří : obrácených vitálních symptomů - nárůst hmotnosti a hypersomnolence. Bipolární deprese začíná oproti unipolární depresi dříve (v mladším věku), epizody jsou častější a postihuje stejně často muže jako ženy. V rámci bipolární poruchy však ženy mají více depresivních epizod než muži a je u nich častější rychlé cyklování.

## RIZIKOVÉ FAKTORY BAP

- genetická predispozice (jediný prokázaný faktor)
- komplikace související s těhotenstvím a porodem,
- porod v zimě a časně na jaře, stresující životní události, traumata hlavy a sclerosis multiplex (Tsuchiya et al., 2003)
- opakovaně bylo zjištěno, že před propuknutím manické nebo depresivní epizody byl u pacientů s BP přítomen zvýšený psychosociální stres (Johnson a Miller, 1995). Zvýšené množství podnětů je spojené s rizikem vzplanutí onemocnění.
- velmi důležitou roli v nástupu BP hrají **životní události**, které narušují cyklus spánek- dění. V průběhu 8 týdnů před manickou epizodou prožije významná část pacientů událost, která naruší **rytmické sociální návyky**. Depresivní fázi předcházejí zejména averzní stresové situace spojené se ztrátou, frustrací a interpersonální konflikty. Před rozvojem mánie lze nalézt podobné frustrující situace a dále takové, které vedou ke změnám pravidelných sociálních rytmtů spojeným s ponocováním a abúzem alkoholu (Markoff- Schwartz, 1998)

## LÉČBA

Cílem dlouhodobé léčby je především předcházet novým epizodám nemoci. Průběh choroby lze ovlivnit farmakologicky (tymostabilizéry) i nefarmakologicky (terapie úpravou sociálních rytmtů, psychoedukací pacienta a rodiny). V léčbě BP je nejdůležitějším přístupem farmakoterapie. Rozvoj specifické formy psychoterapie spadá až do posledních 5-ti let. (Praško, 2005)

### I. FARMAKOTERAPIE

Farmakologická léčba BP je zaměřena na zvládnutí akutních projevů nemoci (deprese či mánie) a na **udržovací (profylaktickou)** léčbu.

Jedná se o dlouhodobou léčbu **thymoprofylaktiky (stabilizátory nálady)**, které eliminují frekvenci manických a depresivních epizod a současně působí antidepressivně i antimanicky. Pro nemocné s rekurentním průběhem a hereditární zátěží je doporučováno celoživotní užívání thymoprofylaktik

Mezi nejčastěji používané stabilizátory nálady patří **lithium**, karbamazepin, valproát a nověji též antipsychotika 2 generace (olanzapin, risperidon..) a nové antikonvulziva (lamotrigin).



Mají ovšem hodně vedlejších účinků, což je častý důvod jejich vysazení samotnými pacienty. **K nežádoucím účinkům lithia** patří : žízeň, polyurie, nárůst hmotnosti, třes, nauzea, diarrhoea, subjektivní poruchy paměti a dlouhodobě vliv na štítnou žlázu a ledviny. Jakýkoli z těchto účinků může vést ke svévolnému vysazení léku.

Dalším problémem je **lěčba deprese**. Lěčba deprese antidepresivy při BP je komplikována rizikem přesmyku do mánie. Vzhledem k tomu, že u mnoha nemocných jsou depresivní fáze častější než fáze manické ( nemocní trpící BP I. stráví v hypománii nebo mánií průměrně 9% času relapsu a u nemocných s BP II je to ještě méně – 2%) by měla být lěčba deprese vedena velmi uvážlivě. Riziko přesmyku je větší u tricyklických antidepresiv (20-70%), malé, s placebem srovnatelné je užití antidepresiv skupiny SSRI (3%). Pro lěčbu depresivní fáze je proto důležité včas rozpoznat, zda se jedná o bipolární, či monopolární depresi. V případě bipolární deprese mají být používána velmi opatrně. Vzhledem k obtížné klinické diagnostice těchto dvou forem deprese, bývají právě antidepresiva podaná v depresivní fázi bipolárního pacienta častým spouštěčem manické fáze.

## II. NEFARMAKOLOGICKÁ LÉČBA BP

### A) Přídavná lěčba u bipolární poruchy

**Elektrokonvulzivní terapie (ECT)** - je účinná v terapii bipolární deprese, uvažuje se o ní u pacientů s těžkou depresí a vysokým rizikem suicidia (Grunze et al., 2000)

Je účinná u pacientů s mánií, která je rezistentní k farmakoterapii (Volpe a Tavares, 2004).

**Fototerapie** je účinná především u pacientů se sezónním výskytem fází, především mají-li depresivní epizody na podzim nebo v zimě a hypománie nebo mánie na jaře nebo v létě.

**Spánková deprivace** funguje patrně na principu přesunu či narušení biologických rytmů. Ně

### B) Psychosociální intervence v udržovací v udržovací lěčbě bipolární poruchy

Jedná se o individuální a rodinou psychoedukaci, interpersonální psychoterapii, terapii úpravou sociálních rytmů a kognitivně-behaviorální terapii

Zaměřují se na řešení problémů pacientů s BP - neochota užívat medikaci, obtíže s rozpoznáváním symptomů, reziduální afektivní symptomy spjaté s velikým rizikem relapsu a

psychosociální dysfunkcí a problémy ve výkonu životních rolí. Reziduální symptomy mezi epizodami má až 75% pacientů !

Pacient by měl porozumět významu medikace, současně pochopit povahu onemocnění a naučit se jak identifikovat prodromy relapsu a včas na změnu stavu reagovat.

Cílem psychoterapeutických intervencí je zvýšit důvěru pacientů v medikaci, včetně zvýšení adherence, redukci depresivních symptomů, redukci insomnie a **poruch cirkadiálních rytmů**, oslabit vliv nadměrně vyjadřovaných emocí v rodině, zmírnit vliv stresujících životních událostí a posílit pacienta tak, aby jim lépe čelil.

### **Sezonní, cirkadiální a sociální rytmy**

Chronobiologický model BP předpokládá genetickou náchylnost k abnormitám cirkadiálního rytmu a poruchám **cyklu spánku a bdění**. To dohromady může vést manifestaci nemoci.

V tomto modelu mohou životní události (jak negativní tak pozitivní) narušit pacientovy sociální rytmy a ty zase mohou narušit cirkadiální rytmus a rytmus spánku a bdění. Z tohoto modelu vychází terapie, která spočívá v kombinaci interpersonální terapie a terapie úpravou sociálních rytmů. Jde o behaviorální techniky, které pomohou pacientům zpravidelnit jejich denní rutinu, zmírnit interpersonální problémy a pomoci s užíváním medikace.

#### **1) Interpersonální terapie a terapie úpravou sociálních rytmů**

Kombinace Klermanovy Interpersonální terapie se specifickým důrazem na zvládání sociálních rytmů je intervence **specifická pro BP**, která doplňuje farmakoterapii. Východiskem pro tuto terapii je výše uvedený model, podle něhož v patofyziologii BP interaguje genetická zranitelnost se životním stresem, dysregulací cirkadiálních rytmů a sérií behaviorálních poruch, přičemž to vše dohromady může vyprovokovat symptomy. V průběhu terapie se hledá **nejvíce nestabilní rytmus**. Často to bývá doba vstávání, ale samozřejmě se může jednat i o jiné věci narušující pacientovu rutinu. Identifikují se spouštěče vedoucí k porušení této rutiny. Terapeuti učí pacienta adaptaci na změny (na plánované i neplánované), aby změna nepodnítila nástup epizody. Jinou metodou vedoucí ke stabilizaci sociálních rytmů je **nucený noční spánek**, přísně dodržovaný

## 2) Psychoedukační intervence

Smyslem je poskytnout pacientovi informace o povaze nemoci a její léčbě, zmírnit stigma spjaté s diagnózou duševní nemoci a zvýšit její přijetí. Cílem je pacienta angažovat více v jeho léčbě a především jej motivovat k užívání pravidelné medikace.

**Non-compliance** se pohybuje mezi 30-47% během jednoho roku sledován (Basco a Rush, 1996) Je prokázáno, že pacienti procházející psychoedukací mají významně nižší riziko relapsů manických epizod a rovněž dochází k zlepšení jejich sociální a pracovní fungování (Praško, 2000)

**Rodinná psychoedukace** vychází ze studií o negativním vlivu stresujícího rodinného prostředí. Rodinné psychoedukační intervence jsou tedy podobně jako u schizofrenie prospěšné, a to především v tom, že chrání pacienty před relapsem.

## 3) Kognitivně-behaviorální terapie (KBT).

. U bipolární poruchy se zdůrazňuje role klíčových maladaptivních myšlenek (například nadměrný perfekcionismus a nerealistická očekávání sociálního přijetí), které sytí automatické dysfunkční myšlenky. Identifikuje a modifikuje tyto dysfunkční automatické myšlenky Učí strategie jak se vypořádat se symptomy deprese, hypománie, a kognitivními a behaviorálními problémy.

Z výše uvedeného přehledu intervencí používaných u bipolární poruchy vyplývá, že ačkoli existují účinné farmakoterapeutické intervence, pacienta zcela před relapsem nechrání. Například stabilizátory nálady neochránily 20-40% bipolárních pacientů od recidiv nemoci (Solomon a spol., 1995). Navíc řada bipolárních pacientů neužívá předepsanou medikaci. Kolem 30-50% bipolárních pacientů splňuje také kritéria pro poruchu osobnosti nebo zneužívání návykových látek, kolem 40% trpí zároveň některou z úzkostných poruch (Praško, 2005). Jde o jevy, které samotná farmakoterapie ošetřit nedokáže a k trvalé stabilizaci nemocného nedochází.

Proto nás zajímají intervence, které jednak vhodným způsobem farmakoterapii doplní, a současně více pacienta a jeho blízké angažují v léčbě. Identifikace časných prodromálních příznaků pomáhá pacientů získat větší kontrolu nad svoji nemocí a pomáhá zahájit včasnou léčbu. V této

souvislosti máme na mysli intervence, při nichž lékař naučí pacienta vystopovat příznaky, jimiž se ohlašuje relapsy. To však předpokládá, že lékař koncepci **časných varovných příznaků** zná, pracuje s ní. Proto jsme se rozhodli zjistit

1) zda je možné z běžné dokumentace vystopovat časné varovné příznaky počínajícího relapsu pro daného jedince 2) ověřit, zda je dokumentace vedena pečlivě - tedy s ohledem na výskyt časných varovných příznaků a zda po nich lékaři pátrají a zapisují je.

## **METODA**

Kasuistická série, práce s dokumentací Grey-Fox , pacienti vybraní dle

- 1) diagnóza bipolární afektivní poruchy
- 2) hospitalizace v PCP od roku 1998 - 2004

Vylučovací kritéria: -\_komorbidní organická duševní porucha

**SOUBOR :** 8 žen, 4 muži, věk : 25-54 let

## **ANALÝZA DAT**

### **PACIENTKA č. 1**

34 letá, SŠ, vdaná, matka 2 dětí

**OA:** - předčasný porod, v raném dětství pneumokoková meningoencephalitis / 0.5 r./

V dětství drobná poruch a řeči - patlavost, docházela krátký čas k logopedovi. V 6 letech ojedinělá návštěva u dětského psychiatra - nepozorná ve škole, dokázala zapomenout jít do školy, pokud jí cestou něco zaujalo. Záhy se problémy tohoto druhu vytratily, dlouhodobě sledována nebyla.

3 porody císařským řezem . Úmrtí druhého dítěte v šestinedělí.

**RA:** Alkoholismus otce a dědečka z matčiny strany

**SA:** manželství do narození 2. dítěte stabilní, spokojené, po úmrtí dítěte začaly problémy

**PA:** V 6 letech ojedinělá návštěva u dětského psychiatra

### **1. HOSPITALIZACE 2-4 /98 - Depresivní fáze s psychotickými příznaky v puerperiu**

Po porodu 2. dítěte(září 97 )rozvoj depresivní symptomatiky, sociálního stažení, zprvu snad

cyklování stavu s několika neprůkaznými obdobími hyperaktivity a zaobíráním se religiousními tématy. Postupně propad do deprese, mikromanické projevy až s bludnou krystalizací - pochybuje, zda je schopna se postarat o dítě, zda je k něčemu platná, nezvládá domácnost, poléhává, problémy se spánkem, nechutenství, suicidální tendence  
Mezitím epizody (2-3 dny hyperaktivity). Při přijetí prudká změna obrazu v paranoiditu, hostilitu. Rodina pozorovala změnu již několik týdnů před porodem. Začala se více zajímat o religiousní témata, nesoustředěná

Terapie: TCA + antipsychotika

**spouštěcí faktory:** životní událost:- porod, úmrtí dítěte

mírná vrozená dispozice

**2.HOSPITALIZACE.** /98-2/99 - BP- Recentně rychlé cyklování , středně těžká depresivní fáze

Do června v dobré remisi, pak rozvoj hypomanie, v srpnu přerušila po 2 dnech hospitalizaci, v říjnu propad do deprese, s kterou přijata - mikromanické rysy, autoakusace, defetismus.

Terapie: TCA, valproát

**spouštěcí faktory:** nevhodná léčba, nonkompliance- přerušeni léčby

**3.HOSPITALIZACE-7/03** BP- manická fáze

Po propuštění sledovaná ambulantně, docházela nepravidelně, léky užívala nespolehlivě (valproát, lithium, Anafranil). Přetrvávalo rychlé cyklování asi po 1-2 měsících, jednotlivé afektivní fáze však byly jen velmi mírné - spíše jen subdepresivní a smíšené. Zvládala přitom péči o domácnost, zaměstnání. Pro malou profylaktickou účinnost valproátu nakonec zkoušena i kombinace valproát + lithium Od září 01 pacientka sama po měsíci přešla na samotné lithium (pro útlum při kombinaci). Přivedena matkou, kterou napadla. Vysadila si úplně léky, Chtěla všem dokázat že je zdravá, že je normální. Paranoidní nastavení vůči rodině, personálu, nedosahuje bludné hloubky

Terapie: thymoprofylaxe (lithium), Risperdal, Rivotril, psychoedukace - posílení compliance.

**spuštěcí faktory:** nonkompliance, vysazení léků, negativní účinky léků

**4.HOSPITALIZACE** -4/04 BAP současná fáze středně těžké deprese - farmakorezistentní

Po propuštění přesmyk do deprese, pro kterou hospitalizována. 10x ECT, propuštěna jen mírně

zlepšena na trojkombinaci thymostabilizérů + AD + NL. Po návratu do domácího prostředí okamžitě propad stavu.- vzrůstající problémy s manželem. . Během hospitalizace uznán PID, což bohužel vede k výpovědi ze služebního bytu.

Terapie: Přidáno rTMS. Vysazujeme Zyprexu, která nasazena od podzimu 03 pro paranoiditu - ta nyní není přítomna, thymostabilizační a antidepresivní efekt se zdá nyní sporný + pacientka si stěžuje na zvýšenou hmotnost. Podán T4, který může v suprafyziologických dávkách prolomit farmakorezistenci Mírné zlepšení, po návštěvě doma vždy relaps

**spouštěcí faktory**:- farmakorezistence, partnerské a rodinné problémy

- sezonní vyskyt- deprese (zima-jaro) x manie (léto)

**ZÁVĚR:** vyvolávající momenty relapsu BP u pacientky č1.

*životní událost* - smrt dítěte, porod

špatné partnerské a sociální vztahy

nonkompliance

drobné psychické problémy. v dětství?

## PACIENTKA č.2

23 letá , SŠ svobodná, bezdětná, žije u rodičů

**OA:** Premorbidně akcentovaná osobnost, výrazně extrovertní, extravagantní, problémy v sex. - 97- 99 abusus pervitinu, zhruba v toto období se objevují i akcentované příznaky vyšší expanzivity, poruchy chování, konflikty s autoritami. Poslední 2 roky abusus cannabisu, Zájem o esoteriku, léčitelství

**RA:** Matka se léčila 2 měsíce pro neurotické obtíže. Bratr otce snad abusus alkoholu. Matka matky se snad nervově zhroutila, ale v souvislosti s mimořádnou životní zátěží

**SA:** odmalička problémové dítě, problémy s autoritami, 2 z chování, drzá, záškoláctví rodiče na ni neměli čas - podnikali, vadilo jí to, dělala si, co chtěla

**PA:** odklad do školy kvůli nesoustředěnosti, V 1.třídě u psychologa- údajně byla v transu. Ve 12 letech snědla 12 prothazinů, které užíval bratr - nemohla vydržet rvačky s bratrem, psycholog ji hodnotí jako vyjímečnou bytost.

**1.HOSPITALIZACE-6/01 Schizoafektivní porucha, manická fáze,**

Smíšená porucha osobnosti (nezralá, histriónská)

Několik týdnů před přijetím pocit, zvýšené energie, nemusela spát, celé noci meditovala. Agresivní vůči rodně, nutila matku celé hodiny, aby ji poslouchala, vyčítala jí, že se o ni nestarala. Poslední dny před přijetím se objevily psychotické fenomény zapadající mezi schizofrení příznaky prvního řádu- blud mimořádných schopností, telepaticky hovoří s šamany, sama je šaman. Přijetí dramatické, slovně agresivní, nespolupracující, vulgární, Byla přivezena RZP po hysterické scéně v parku, kde křičela polonahá .

Terapie: lithium, haloperidol

**spouštěcí faktory:** *životní událost* - abusus návykových látek v minulosti

smíšená porucha osobnosti, problémové dítě

nefunkční rodina, malá hereditární zátěž

**2. HOSPITALIZACE -11/02 Manie v rámci BP, smíšená porucha osobnosti**

Nedokončila školu, nezaměstnaná. Na začátku roku deprese- údajně z lithia - též po něm přibrala, proto sama vysadila všechnu medikaci. Převezena z policie, kam se dostala po vloupání se do bytu přítele- opět manická s bludy.

Terapie: záměna za valproát..

spouštěcí faktory. :- nonkompliance kvůli negativním účinkům Li

**3.HOSPITALIZACE -4/04 BP- fáze manická bez psychotických příznaků**

Byla v pořádku dokud užívala léky (valproát), nechali ji u kasy, byla spolehlivá. Pak opět hádky s rodiči, toulání, přítel ji nakazil pohlavní chorobou (gonorrhoea), nyní přeléčená. Chtěla se zabít prášky, šla za otcem do hospody, řekla mu ,co udělala, on ji zavolał RZS

Terapie : úprava medikace, zvýšen valproát, převedena na haloperidol v kapkách

**ZÁVĚR:** vyvolávající momenty relapsu BP u pacientky č.2:

*životní událost* - abusus návykových látek v minulosti

smíšená porucha osobnosti, problémové dítě

nonkompliance, nefunkční rodina

malá heredit. Zát

**PACIENTKA č. 3**

54 let, VŠ, vdaná, 1 dcera

**OA:** asi 5 let vzrůstající anxiosně depresivní symptomatika s insomnií, stejně tak vzrůstající abusus alkoholu., chronické vertebrogenní potíže, klimakterické potíže

**RA:** otec i bratr abuséři alkoholu, otec ve stáří trpěl depresí se suicidálním pořezáním.

**SA:** Vzpomínky na dětství nevalné, doma neshody. Otec žil prací. Manželství rodičů nebylo šťastné, měli rozdílné názory na výchovu dětí, matka na děti žalovala a tak je otec po návratu domů vždy vzbudil a potrestal je. Trestal je fyzicky. Přesto měla otec velmi ráda a těžce nese jeho úmrtí. Matku neměla ráda, je trémistka, se zaměstnáním spokojena.

Často sama doma, manžel velmi pracovně vytížen. .Od roku 89 sexuální manželský život nulový.

**AB:**alkohol, kafe, 20 cig/d

**1.HOSPITALIZACE 8-9/95- Závistost na alkoholu**

S pitím začal kvůli zvětšujícímu se pocitu samoty, pocit , že je na všechno sama, trápí ji úzkost a stálé napětí. Mívá ranní deprese, nespavost Po napití úleva. Ví , že je to její problém.

Kvůli alkoholu debaklové situace doma, na pracovišti

**spouštěcí faktory:** *životní událost* - deprese-sociální a partnerské problémy, osamocení, úmrtí

komorbidita- alkoholismus

hereditární zátěž - alkoholismus, deprese

**2.HOSPITALIZACE-6/01 - Depresivní porucha středně těžká**

- Narušení kognitivních funkcí při počínající demenci

Prodělala protialkoholickou léčbu. 4 roky abstinuje. Přichází pro subdepresivní stavy, nesoustředěnost, nevykonnost, abulii, insomnií. Před rokem zhoršení stavu - neustále pocit osamění, manželství nefunguje, nezvládá to.

Terapie: selegilin, nootropika, setralin

**spouštěcí faktory:**- sociální problémy, osamocení



### 3.HOSPITALIZACE /02 Rekurentní depresivní porucha, fáze středně těžká

dekompenzace stavu na dovolené, odstěhovala se od manžela, práce ji stále baví

3 měsíce ve výrazné euforii. Cítila zvýšenou zlepšenou náladu, zařizovala si byt, spala dobře, spíš by řekla, že byla zvýšená chuť k jídlu. Od 03/2002 cítila sníženou výkonnost, menší zájem, vyčerpání, chudší výbavnost slov, víc se pozoruje a hodnotí, nevyhledává komunikaci, snaží se jí stranit.

Terapie: venlafloxin

### 4.HOSPITALIZACE -10/04 – BP-depresivní fáze

Po propuštění 3 měsíce v dobré remisi na venlafloxinu, 11/02 přesmyk do mánie. Stav hodnotila jako nepříjemný, byla odbržděná, s každým se hádala, byla vztahovačná, podrážděná, nespala, hodně nakupovala. Byla léčena ambulantně valproátem, opakovaně fáze manie a deprese ..nyní asi 3 měsíce zhoršující se deprese

Terapie: lithium, změna AD

**spouštěcí faktory:** - špatná léčba - nerozpoznání bipolární deprese na počátku – viz hypomanická fáze před 3. hospitalizací

**ZÁVĚR :** vyvolávající momenty relapsu u BP u pacientky č.3 :

**životní událost** - sociální a partnerské problémy, osamocení, úmrtí

alkoholismus, partnerské neshody, heredit. zátěž

špatná léčba, nerozpoznání bipolární deprese na počátku

osamělost, absence lásky v dětství, fyzické tresty

**PACIENT č. 4**

25 let, svobodný, SŠ, žijící s rodiči

**OA:**+ Lymská Borelioza – bez exantému, meningitidy**RA:** 0**SA:** šťastné dětství, vzorné dítě, normální pohlavní život**AB:** před rokem marihuana - 1x, 2x v bezvědomí z alkoholu- jinak pije příležitostně**1.HOSPITALIZACE**3-4/95 Akutní schiziformní psychotická porucha

Přijat pro poruchy chování, hebefrenní syndrom. psychomotorický neklid.

Před vánocemi naboural kamarádovo auto- neřekl to doma, sháněl peníze, nespál - asi 3 měsíce poruchy spánku, otec ho psychicky deptal . Vše dopadlo dobře. Po vánocích se cítil skvěle, časté diskotéky, rvačky, paranoidní produkce bludného charakteru - provokoval mafii, odposlouchávání, byl v transu z ohně.

Terapie : antipsychotika - po 4 týdnech zklidnění

**spouštěcí faktory:** *životní událost* – autonehoda - stres, absence spánku, nadměrné pití**2. HOSPITALIZACE** -7/98 Nediferencovaná schizofrenie s rysy paranoidními a hebefrenními

Přijat na VŠ, dokončil jen 1. ročník. Před rokem a půl sám vysadil léky - nemohl se učit, mluvit anglicky. Nyní obraz velmi podobný předchozímu - opět rychlý vývoj a barvitá produkce, je zcela v zaujetí megalomaničkových a extrapotenčních bludů - výzkum umělé inteligence, cestování v čase, v pozadí zrakové halucinace a paranoidní percepce - kamery všude i v koupelně, má vyjímečné vlastnosti K ústupu psychotických příznaků dochází pozvolna . Poučen o nutnosti brát léky

Terapie: perfenazin

**spouštěcí faktory:**- nonkompliance**3.HOSPITALIZACE** -9 /99 BP - manická fáze s psychotickými příznaky

Od propuštění užíval pravidelně Perfenazin. Na jaře se objevila manická epizoda, která byla ambulantně zvládnuta Před 2 měsíci opět pocit pronásledování.mafii, utrácení peněz ..Nyní opět bohatá megalomaničková produkce, inventroní, extrapontenční, naznačeny i originární bludy. Dále paranoidní persekční bludy, bludy vztahovačnosti, bludná misintepretace.

Terapie: antipsychotika + lithium

**spouštěcí faktory:** - pozdní rozpoznání mánie, nevhodná léčba  
- sezonnost (jaro - léto)

#### **4.HOSPITALIZACE** -6 /00 BP - současná fáze manická s psychotickými příznaky

Od poslední hospitalizace slušně stabilizován. Postupně vysazován haloperidol. Koncem března exacerbace příznaků. Za 2 týdny se objevila zvýšená aktivita. Ambulantě zvládnuto po přidání haloperidolu. Dále stabilizace stavu. Nynější relaps poměrně rychlý, prakticky bez prodromů. Asi týden nespí, potlouká se po hospodách, konfliktní, bludy, paranoidita podobně jako minule. Titrace Terapie: tirace haloperidolu a lithia

**spouštěcí faktory** - předčasné vysazení haloperidolu

#### **5.HOSPITALIZACE** -6/02 BP - manická fáze

Více pije alkohol, kouří 60 cig/d, občas marihuana

14 dní v novém zaměstnání, kde byl velmi spokojený , první týden zcela bez problémů. Pak opět začal mít spoustu nápadů, bludné výmysly, zvýšené sebevědomí, přestal spát, vyvrcholilo to rvačkou v baru.

Terapie: topiramát vs. lithium

**spouštěcí faktory** - včasné nerozpoznání prodromů mánie, sezonnost

#### **6.HOSPITALIZACE** -3/04 BP- manická fáze

Přiveden matkou pro incipientní relaps (insomnie, hyperaktivita), pacient kooperativní, hypomanický Terapie - změna antipsychotika

**ZÁVĚR** : vyvolávací momenty relapsu u pacienta č. 4:

**životní událost** - autonehoda - stres, absence spánku, nadměrné pití  
nonkompliance, alkohol, sezonnost, návykové látky?, LB?

**PACIENTKA č 5**

29 let, SŠ, nyní gravidní, 2x vdaná vdaná, 2 děti

**OA:** bezvýznamná

**RA:** otec léčen na psychiatrii (schizofrenie), suicidium před jejím narozením

**GA:** první gravidita riziková pro abnormální polohu děložní. Porod (2/96) nečekaně předčasný v 8.měsíci gravidity, avšak spontánní, bez komplikací.

**1.HOSPITALIZACE -4/96 Anhedonická deprese s ST v puerperiu (před a po porodu)**

Od třetího měsíce těhotenství pocit ztráty energie, nevykonnosti, strach, že nezvládne péči o dítě Cca 3 týdny na uzavřeném oddělení, medikována prothiadenem - bez většího efektu. Tři dny po dimisi předčasně porodila. Po propuštění z porodnice u rodičů, nadále apatická, anhedonická, stažená do sebe, neschopná se o cokoliv postarat.

Terapie: NL - thioridazin – během týdne zlepšení, mysalfon, lysenyl

**spouštěcí faktory:** *životní událost* - gravidita- deprese

**2.HOSPITALIZACE-12/96 BP- manická fáze**

Od srpna 96 medikace vysazena, od konce září se rozvíjí manická symptomatologie bez psychotických příznaků - nespavost, nadměrná veselost a činorodost. Měla potřebu chodit ven, tancovat na diskoteky a navazovala lehce známosti. Současně narůstají rozpory s manželem, nyní se obává rozvodu a toho, že jí manžel bude chtít odebrat syna .

Terapie : lithium, karbamazepin

**spouštěcí faktory.:** - vysazení medikace, problémy s partnerem

**3.HOSPITALIZACE -6/00 BP- fáze těžké deprese - puerperální**

Rozvedena, od r. 99 podruhé vdaná, plánovaná gravidita - od VII 99 bez medikace,.porod 16.3.00, zastavena laktace. Od dubna rozvoj depresivního syndromu, nasazen Zoloft + Li, autoakusace, mikromanické bludy, odmítla hospitalizaci, 8.5. TS medikamenty, přeložena z JIP. Při přijetí mutistická, nenaváže verbální kontakt, odmítá přijímat tekutiny a potravu. terapie AD- anafranil, lithium, rivotril, thioridazin, Dogmatil ECT odložena k relativní interní kontraindikaci

**spouštěcí faktory. :** gravidita, vysazení medikace kvůli graviditě

## odmítnutí hospitalizace

**4.HOSPITALIZACE** -11/03 BP – manická fáze bez psychotických příznaků

Po propuštění v dalších 2 letech subdepressivní, udává nutkavé myšlenky vyskočit z okna. Nyní přijata pro rozvoj manické fáze v posledních 3 týdnech v důsledku nonkompliance (nepravidelně od 12.8- bylo ji špatně z léků, zvracela i na ulici), částečně psychický stres (chtěla adoptovat dceru sestřenice, nevyšlo to). Nespavost, urychlená, hyperaktivní, protelefonovala velké částky, verbální konflikty s rodinou, logorhoická, často rezonanční, nekritická. V noci nespí, ale je přitom unavená, podrážděná, nemůže spát. Je to jiná mánie než před lety, připustí, že je zrychlená, hyperaktivní, ale nedělá takové věci jako v minulosti (chodila po barech, navazovala známosti..).  
**spouštěcí faktory:**- nonkompliance – negativní účinky léků, velký stres

**5.HOSPITALIZACE** 10/04 BP – manická fáze bez psychotických příznaků- 3 měsíc gravidity

V srpnu zjistila, že je gravidní (neplánovaně), s manželem se domluvili, že si dítě ponechají. Vysazeno lithium, zpočátku postupně, pak náhle - cca ve 3. týdnu gravidity. Po vysazení lithia postupně hyperaktivní, rozvoj manické symptomatiky. Subjektivně udává, že má současně i depresi, nic takového nezažila. S manželem se hádají. Nadměrně nakupuje, utrácí, je vulgární, sexuálně nesmírně náruživá. Opakovaně fyzicky napadla manžela. Vytáhla na něj nůž.  
 Terapie: olanzapin (Zyprexa) jako alternativa k lithiu - patrně zklidnění

**spouštěcí faktory**\_– gravidita kvůli které vysazení lithia, nesoulad v manželství

**6.HOSPITALIZACE** /05 BP- středně těžká deprese – bez psychotických příznaků

- 6.měsíc gravidity

Olanzapin pro útlum postupně snižován z 30mg na 10 mg Od počátku prosince 2004 rozvoj depresivních příznaků, bez suicidální ideace. Od 16.12.04 přidán Cipralex - depresivní stav trvá. V prvním týdnu hospitalizace navýšen Cipralex na 20 mg . Během hospitalizace bez významných změn, na propustce TS intoxikace léky (Li) Hned po požití tablet několikrát zvracela. V bezvědomí nebyla.

Terapie : Zyprexa, Cipralex, Efedrin, Rivotril..ECT odmítá

**ZÁVĚR:** vyvolávající momenty relapsu u pacientky č.6:

*životní událost* gravidita

problémy v partnerství, nonkompliance

hereditární zátěž

### PACIENTKA č. 6

38 let, VŠ, svobodná, bezdětná, bez známosti, žijící s matkou

**OA:** bezvýznamná

**RA:** otec léčen na psychiatrii pro suspektní paranoidní psychosu

**SA:** v dětství si nerozuměla s rodiči, musela se přetvařovat, na LF šla jen kvůli nim, pracuje hlavně jako průvodce, zubař jen několik hodin týdně

**PA:** po tragické smrti otce (byl zastřelen) před 14-ti lety těžce depresivní, pomoc psychiatra však nevyhledala.

**1.HOSPITALIZACE** 12/95-2/96- Schizoafektivní porucha, manický typ,

- Histrionská porucha osobnosti

Řadu měsíců trvající elace nálady, chodí na disco, což dřív nedělala, dělá víc věcí najednou. V posledních 3 týdnech současně s manickou symptomatikou postupně progredující paranoidní bludná produkce s příznaky SCH. I.řádu. – hledá odpověď na to, kdo zabil jejího otce, obává se o svůj život

Terapie : Biston- bez efektu + vznik akathizie, nahrazen plegomazinem

**spouštěcí faktory.:** *životní událost* - tragická smrt otce v minulosti

- hereditární zátěž, porucha osobnosti

**2.HOSPITALIZACE** /96 – 6/96 BP- depresivní fáze

Po dimisi si snížila sama Plegomazin na třetinovou dávku. Byla velmi utlumená, léky v doporučené dávce užívala pár dní. Měla útlum, pocity mravenčení rukou, zátylku Do 3 týdnů relaps manické a úzkotné symptomatologie, posléze depresivní. V chování dominuje depresivní nálada, pithiatické rysy a manipulace okolím. Naprostá nekritičnost.

Pacientka i objektivně citlivěji reagující na farmaka (expy sy po tricyklických antidepresivech).

Terapie : vzhledem k rezistenci afektivní poruchy nakonec pomáhá kombinaci pindololu s citalopramem. + thymoprofylaktické léčbě valproátem a v kombinaci SSRI a pindololu.

**spouštěcí faktory:**– nonkompliance- vysazení léků kvůli negativním účinkům

- zvýšená citlivost na vedlejší účinky farmakoterapie

### 3.HOSPITALIZACE /98 – 9/98 BP- depresivní fáze se somatickými příznaky

Po propuštění stále dost unavená .Snížila si Visken a Everiden - pak se začala horšit. Byla zimomřivá, celé dny poléhávala, měla smutnější náladu a sníženou chuť k jídlu. Vlastně už od propuštění od nás. Tenkrát to zavinil ten Dogmatil, teď Risperdal, Cítí se po něm úplně "groggy". Při přijetí dominuje depresivní sympt., autoakuzace, naléhavost, nekritičnost.

Terapie: Seropram, Risperdal, Everiden, Visken, Rohypnol, Berodual, odmítla lithioterapii

**spouštěcí faktory:**– nonkompliance- vysazení medikace kvůli NÚ – ospalost, malátnost

### 4.HOSPITALIZACE 2/00- 4/00 BP - manická fáze s psychotickými př., paranoidní produkcí

Poslední měsíc pracovně vytížena, trpí nespavostí. Po náhlém vysazení nikotinu relaps psychózy. Objektivně elace nálady, paranoidní persekující sytmatika

Terapie: Fluaxol , Akineton, Everiden

**spouštěcí faktory** – stresová situace v zaměstnání, abstinenční příznak

### 5.HOSPITALIZACE ./02-10/02 BP – manická fáze s psychotickými příznaky

Přichází z obavy z předávkování léky. Nezvládla režim oddělení; poté, co byla přistižena se spolupacientem v posteli, byla přeložena na uzavřené oddělení . Není schopna sdělit důvody své hospitalizace, neustále skáče z tématu na téma. Výrazný sexuální podtext výpovědi, má telepatické vlastnosti... Vzápětí se usedavě rozpláče.

Terapie :nalezení vhodné thymoprofylaxe (dosud nikdy neužívala lithium) + valproát

**spouštěcí faktory:**- nonkompliance- předávkování léky

### 6.HOSPITALIZACE ./04- 7/04 BP – manická fáze .

Zlepšena po lithiu. Další průběh v ambulanci kolísavý, váhový přírůstek cca 25 kg, nepravidelně užívá lithium. Nyní se sama dostavila k hospitalizaci pro rozvíjející se manickou fází, nálada dysforická, bez psychotických symptomů, insomnie.

Váhový přírůstek (po lithiu a Zyprexe za poslední 2 roky cca 25 kg!). Stěžuje si na otoky prstů DK a HK. Pro možný podíl farmakoterapie (lithium) a váhový přírůstek změna thymoprofylaxe, nadále na kombinaci valproátu a carbamazepinu (hladiny v normě). Otoky spontánně vymizely. Opět si stěžuje na farmakogenní útlum, pro formální poruchy myšlení (rozjíždivé asociace) nasazen s dobrým efektem risperidon. Po něm dochází k zlepšení

**spouštěcí faktory:** vysazení léků kvůli NÚ Li - váhový přírůstek, otoky prstů, nepravidelně užívá

#### **7.HOSPITALIZACE /02- 7/02 BP- manická fáze**

Na podzim pokleslá nálada, úzkosti. V souvislosti s bolestmi zad, nemohla moc chodit ven, byla depresivní. Nakonec nasazen Seropram a Prothiaden . Upravilo se. V březnu náznak přesmyku do mánie, sníženo SSRI, na přelomu dubna a května vysazen Seropram i Prothiaden. Začala být příliš hovorná, začala si vysazovat i další medikaci (Solian)- má po něm zvýšenou chuť k jídlu. Začal se zhoršovat spánek, měla častěji konflikty s matkou, začala více kouřit.

Terapie: carbamazepin + valproát, se slušným efektem, dochází k postupnému zklidnění.

**spouštěcí faktory :** - vysazení léků kvůli NU- přírůstek na váze ( solian), léčba AD

- sezónnost- podzim - deprese/jaro- mánie

**ZÁVĚR:** vyvolávající momenty u pacientky č.6:

*životní událost* - tragická smrt otce v minulosti

hereditární zátěž, porucha osobnosti

nonkompliance, negativní účinky léků

#### **PACIENT č.7**

54 let, mechanik, ženatý, 2 děti

**RA:** syn léčen pro deprese

**PA:** cca 3 roky střídání nálad

1. fáze mánie-jaro-léto 99- hyperaktivní, nadužívání alkoholu (až 12 piv/den ), agresivní
2. fáze mánie na podzim -zima 99- stejné příznaky
1. fáze deprese jaro-léto 00- zaléčen prothiadenem – za 3 měsíce stabilizován



3. fáze mánie – konec léta 00 – na žádost manželky léčen ambulantně – olanzapin + Li

### 1. HOSPITALIZACE /00 BP – manická fáze bez psychotických příznaků

Přijat po ztopení výtržností po požití alkoholu, před tím 2x vysadil léky

Terapie: stejná, od října 01 jen Li, posílení compliance, snížení užívání alkoholu

**spouštěcí faktory**– alkohol, vysazení léků, nevhodná léčba ?, pozdě zahájená léčba ?

### 2. HOSPITALIZACE/02 BP - manická fáze bez psychotických příznaků

- abusus alkoholu sekundární k mánii

Přichází sám na počátku prodromů manické fáze - více pije, nespí..atd

Terapie: studie topiramatu x litium- propuštěn v mírně povznesené náladě

### 3. HOSPITALIZACE /02- 8/02 BP- manická fáze

Na topiramatu spíš zhoršení manické fáze, proto změna na valproát , lovazepan

**spouštěcí faktory** – nevhodná léčba

### 4 HOSPITALIZACE 11/03-1/04 BP-manická fáze .

Na podzim 02 depresivní epizoda opět léčená dosulepinem, který pacient bral až do 3/03. Nyní přijat pro příznaky další manické fáze - zvýšená aktivita, zvýšený abusus alkoholu, konflikty v domácím prostředí, nespavost atd.

Terapie : upravena hladina valproátu, účast na studii Lamictal v prevenci BP (lamitrigin+ valproát)

**ZÁVĚR** : vyvolávající momenty u pacienta č.7:

*životní událost* - není přesně ohraničená , spíše dlouhodobá cyklothymie

komorbidita- alkohol

noncompliance, nevhodná , pozdní léčba

**PACIENTKA č.8**

32 let, 2x vdaná , SŠ, bezdětná, žije s přítelem.

**RA:** na psychiatrii se léčil otcův otec a dědeček .

**PA :** 1. psychické obtíže koncem r.96 - první depresivní fáze neléčená trvající 6 měsíců.  
Přelom roku 96/98 hypomanie, která pokračovala do léta. Koncem r. 97 druhá závažná depresivní fáze - ambulantně od února 98 léčena Seropramem - postupně zlepšení stavu.

**1.HOSPITALIZACE-7 /98 BP – manická fáze**

5-6/98 -zvýšená pracovní zátěž + větší spotřeba alkoholu (předvolební kampaň) vedla k rpzvoji manického stavu spolu se vztahovačností a paranoiditou, kde nelze zcela posoudit reálnost - pocit pronásledování, ohrožení, emočně nestabilní. Vzhledem k rychlému cyklování, vztahovačnosti přidáno Li Th : Lithium , Thiridazin , Rivotril

**spouštěcí faktory:** *životní událost* - zvýšená pracovní zátěž,  
deprese v minulosti, alkohol, dědičnost, sezónní deprese (vánoce..)

**2.HOSPITALIZACE /00 BP – manická fáze**

Po propuštění přesmyk do deprese, takto do přelomu 97/98. Od počátku r. 99 velmi slušně stabilizována na lithiu, prakticky bez afektivního kolísání.

r2000 vysazení Li, chtěla otěhotnět, byla seznámena s riziky. Ve 3. měsíci potrat. Pokoušela se opět otěhotnět. Nyní manická fáze s rychlým nástupem (během 3 dní) , paranidními prodromy, aktuním průběhem a rychlou restitucí.

Terapie: lithium, haloperidol, rivotril,

**spouštěcí faktory:** - vysazení tymoprofylaxe, těhotenství, stres

**3.HOSPITALIZACE -9/02 BP - smíšená fáze s psychotickými příznaky**

Do června stabilizace na lithiu, cítila se dobře.. Pak obavy, že se objeví nemoc, strach z jízdy autem, podezřívání, navazování náhodných známostí. Cítí úzkost, smutek, ale někdy zase náznaky euforii a hyperaktivity, kterou zná z mánie. V klinickém obraze jsou přítomny prvky poruchy nálady pouze diskrétně a nejsou vedoucím příznakem. Dominují příznaky psychotické - bludné vnímání, difuzní paranoidita, od ní odvozená úzkost.

Terapie: lorazepamem (snížení úzkosti), zvýšení risperidonu.+ Li . Odchází předčasně na reverz.

**spouštěcí faktory**- špatně volená tymoprofylaxe?, předčasný odchod z nemocnice,

#### **4.HOSPITALIZACE**6 - 7/04 BP - fáze depresivní střední, stav po TS medikamenty

Měsíc po propuštění.přechod do deprese , léčena ambulantně Remeronem,pak. Zoloft – obojí bez efektu, v poslední době augmentace Wellbutrinem.

Sebevražedné myšlenky mívala v depresi prakticky od doby, kdy se dozvěděla o svém onemocnění Důvodem TS byla a) deprese a b) neradostné a pesimistické vyhlídky do budoucnosti - pro amenorheu (od podzimu 2003 nemenstruuje) se domnívala, že nemůže mít děti, c) . také NÚ po Risperdal.

Terapie :Vzhledem k dlouhodobé horší responzivitě na Li, byla převedena na valproát

**ZÁVĚR** : vyvolávající momenty u pacientky č. 8:

*životní událost* - zvýšená pracovní zátěž

nonkompliance, vysazení léků

psychický stres – nemožnost otěhotnět

#### **PACIENTKA č. 9**

34 let, SŠ, 2 děti, 5x interrupce, t.č. v rozvodovém řízení

**RA** – 0

**PA** - První kontakt s psychiatrií na jaře 92, deprese z pracovního přetížení - Th. Prothiaden.- kvůli útlumu si ho vysadila po 3 měsících

#### **1.HOSPITALIZACE** -7/94 BAP - fáze manická s psychotickými příznaky

Psychiatrické obtíže trvají asi 3 roky, před třemi lety více pila, toulala se, přestala se starat o domácnost, brala tajně cenné předměty z domácnosti, prodávala je.

Na jaře 93 hospitalizována prvně v PL Bohnice, s dg manická fáze BP. Po propuštění docházela do PA - brala nesystematicky Haloperidol a lithium.

V březnu 93 rozvoj nespavosti, byla zvýšeně podnikavá, rozvinula se paranoidně - persekční

bludná produkce, naprostá nekritičnost, dominantní v hovoru, etylismus( spíš sekundární)

Terapie: úprava haloperidolu, Lithium

**spouštěcí faktory** : vysazení léku, nonkompliance, pracovní stres

## **2.HOSPITALIZACE** - 6/02 BAP – manická fáze bez psychotických příznaků

7 let bez obtíží, léky brala nepravidelně – občas si vzala Lexaurin.

V r. 2000 rozvoj mánie, měla představy širších souvislostí s milléniem a svými čtyřicátinami, sama popisuje manické příznaky, pro něž současně nadměrná konzumace alkoholu – Th Coaxil jí vyhovoval. Po lithiu vždy otoky DK. V lednu 02 se začala strachovat o syna , současně byla zvýšeně aktivní, méně spala, utrácela. Po 3 týdnech pobytu pro smíšenou fázi BAP přeložena .Léky si sama vysadila, protože jí děti říkaly, "že vypadá jako debil", asi od ledna se cítí nejistá, má strach o rodinu, je jí nepříjemné jet v tramvaji, popadá ji hrůza. V popřední lehce nadnesená nálada, zvýšená spontaneita, urychlené tempo

Terapie: vysazeno lithium, nasazen Depakine / přechodně zvrát do podrážděné nálady ("sama cítí, že se něco děje, irituji ji maličkosti") rezonantní nálada zvládnuta přidáním Rivotrilu

**ZÁVĚR** : vyvolávající momenty u pacientky č.9 :

*životní událost* - neohraňčená- pracovní stres, nonkompliance

- vysazení lithia kvůli negativním účinkům (otoky), alkohol

## **PACIENTKA č.10**

38 let, vdaná, prodavačka, 2 děti , bydlí s manželem, dětmi a matkou

**OA** . bezvýznamná

**RA** : bratr byl hyperaktivní dítě, neléčil se. Ze strany matky rodinná zátěž - matky babička suicidovala oběšením ve stáří, matka matky umřela v PL po delší nemoci.

**PA**: V 1. graviditě patrně prodělala depresivní fázi - stále plakala, neužívala žádné léky. Celý život cyklothymie.

**SA**: má 3 bratry, ona je nejmladší, je nechtěné dítě, její matka jí měla ve 41 letech. Byla jí opakovaně zamítnuta interrupce, když ji čekala.. Byla týrané dítě, matka ji řezala řemenem a

vařečkou.

### 1. HOSPITALIZACE 3-4/03 BP-manická fáze s psychotickými příznaky

Pod vlivem TV filmu před 2 měsíci si uvědomila, že dělala celou dobu rodině jen otroka, a že si bude žít po svém. Dostávala se do konfliktů s rodinou i v zaměstnání, byla hyperaktivní, měla sníženou potřebu spánku, resonantní náladu, byla paranoidní vůči rodině, identifikovala se s televizními postavami. Před přijetím slyšela hlasy, běhala nahá a neklidná po pokoji a volala, že je boží dítě

Terapie: Clonazepan, atypické NL

**spouštěcí faktory:** dlouhodobá citová frustrace, neléčená deprese, problémy v rodině

### 2. HOSPITALIZACE -6/04 BP- manická fáze s psychotickými příznaky

Po propuštění stabilizována asi půl roku, pak si sama vysazuje léky, začínají problémy v rodině, hádky s manželem, matkou, navazuje nové známosti, chce se rozvést. S mladým nezletilým mužem se ocitá pod vlivem alkoholu na policii, kde chce udát svoji matku, kterou obviňuje se smrti dítěte, o kterém se dočetla v novinách. Odtud převezena do PL .

Terapie: NL, lithium, posílení compliance, rodinná psychoterapie

**spouštěcí faktory-** nonkompliance

**ZÁVĚR:** vyvolávající momenty u pacientky č.10:

**životní událost-** identifikace s televizní postavou vyvolá vzdor vůči dosavadnímu sociálnímu postavení, zřejmě na podkladě dlouhodobé citové frustrace a neléčené deprese hereditární zátěž , poporodní deprese

## PACIENT č. 11

25 let, SŠ, svobodný, žije s rodiči, nepravidelně marihuana, halucinogeny. Od r. 2001 ČID  
**OA:** . narozen předčasně, křísen pro hypoxii  
 ve 3-4 letech traumatizující zážitek - spolužáci z MŠ se pokusili ho "oběsit" na stromě při hrách.  
 Od té doby se stranil kolektivu ještě více, do základní školy chodil rád, učil se na samé jedničky.  
 Na gymnáziu i trojky , spíše to flákal, chodí ráno pozdě kvůli kontrolovacím rituálům 3x

opakoval- poprvé deprese, pak mánie

**RA:** otec i děd bipolární porucha

**PA:** před rokem léčen pro OCD, na jaře mírná euforická epizoda - Th. thioridazin

### **1.HOSPITALIZACE/95-3/96 BP-** manická fáze s psychotickými příznaky

- OCD

Přivezen RZP, pro agresivní chování v rámci manického syndromu, ohrožoval rodiče

V popředí megalomanické, velikášské chování a myšlení až s bludnou produkcí (vidí do nás, ví co si myslíme), občas i paranoidita, ohrožoval personál,

Změna stavu asi 14 dní - nespavost, konflikty, přivádí domů cizí lidi, paranoidní vůči rodičům

Terapie: Li nenasazeno pro nízkou clearance. Výraznější EPS na haloperidolu. Odchází stabilizován na valproátu a carbamazepinu + plegomazin.

**spuštěcí faktory** - pozdě volená thymoprofylaxe, komorbidita - OCD

velká hereditární zátěž, traumatický zážitek v dětství,

halucinogeny a marihuana v minulosti

### **2.HOSPITALIZACE-4/02 BP-** manická fáze s psychotickými příznaky

Od prosince 2001 ČID. V r. 98 změna thymoprofylaxe na lithium, to do poloviny r. 99 a

dále ex, od té doby na valproátu. Další hospitalizace v VIII/00 pro manickou epizodu s

psychotickými příznaky. Nyní 3 týdny rozvoj mánie s psychotickými příznaky - makromanické bludy, mesianistické, léčitelské, vyhazuje léky

Th.: Olanzapin, přetrvává hyposomnia - přidán tiserцин a titrován valproát Koncem 14 dne bez výraznější změny, tiserцин ex, přidán Plegomazin. Stabilizován na Zyprexa, Depakine,

Plegomazin

**spuštěcí faktory:** tolerance na stávající léčbu

**ZÁVĚR:** vyvolávající momenty u pacienta č. 11:

**životní událost** - nespecifikovaná nebo špatně odebraná anamnéza

pozdě volená thymoprofylaxe, komorbidita – OCD

velká hereditární zátěž, traumatický zážitek v dětství

halucinogeny a marihuana v minulosti

**PACIENT č 12**

40 let, VŠ, od r. 98 nezaměstnaný, ženatý, 1 syn, obézní, kuřák, abusus léků

**OA:** bezvýznamná

**RA:** děd i otec pacienta měli psychické potíže snad podobného rázu jako má pacient, otec se léčil v PA. Pacientův syn se rovněž léčí v PCP. Matka a sestra nervově labilní - bez hospitalizace.

**PA:** 1. deprese asi v 2. třídě ZŠ

Asi 30 let bipolární charakter potíží. Z počátku převládaly deprese. Celá 80. léta chronicky subdeprese s těžšími propady, jenom s prchavými remisemi. Typicky v popředí akcentace somatických doprovodných symptomů, bez psychomotorické inhibice. Do r. 92 jen cca 2x hypomanie. V r. 1992 však přichází zlom. Pravidelně se začínají objevovat mánie, od té doby každý rok.. V průběhu 90. let vystřídána řada AD, objevil se na *Seroxatu farmakologicky indukovaný přesmyk do manie* (přes noc !!), poslední léta zřetelné rychlé cyklování a množí se smíšené fáze. . Od poslední hospitalizace v PCP (92 ) trvale na lithioprophylaxi, v minulém roce užíval navíc půl roku Depakine bez vlivu na rychlé cyklování. Od prosince 98 mírná depresé, v té době propuštěn ze zaměstnání, nyní je nezaměstnaný, rovněž jej trápí syn,

**1.HOSPITALIZACE:** 5-6/99 BP- současná fáze smíšená., subdepresivní

Přiját s mírně depresivními příznaky a výraznou insomnií k úpravě medikace

V posledních měsících nadměrně přibral na váze po Depakine chrono.

Na změnu medikace - vysazení Fevarinu a nasazení .Zoloftu plus thymoprofylaxe Li + Orfiril -

reaguje výraznými nežádoucími účinky. Na další změnu - záměna AD na Efexor a vysazení

Orfirilu reaguje dobře, depresivní příznaky postupně odeznívají, pacient začíná být aktivnější.

Kvalita spánku se výrazně zlepšila po medikaci CHLPTX

Propuštěn stabilizován- Li, Rivotril (doporučeno postupné vysazení.), při hypomanii snížit

Efexor. Doporučena změnu životosprávy, více pohybu, méně cigaret, pravidelný denní režim. !

pacient má tendenci se ve své léčbě spoléhat pouze na léky..!!

**spouštěcí faktory:** včasné nerozpoznání bipolární deprese v minulosti

tolerance na léky, abusus léků, špatná životospráva,

spoléhání na terapii léky bez vlastní invence

## **2.HOSPITALIZACE** 2-4/01 BP- rychlé cyklování, depresivní fáze

Od léta 2000 dvojkombinace s Lamictalem. Nyní od ledna zprvu smíšená symptomatologie, později přechází v středně těžkou depresivní fázi.

Terapie: olanzapin jako thymostabilizer do trojkombinace s Li a lamotriginem. Vzhledem k rychlému cyklování v recentní anamneze a výskytu smíšeného obrazu vysazení Efectinu, po 4 dnech dochází k výraznému zlepšení nálady (až hypomanie) V dalších dnech pak afektivita pozoruhodně cykluje: Postupně se amplituda výkyvů oplošťuje Propuštěn v relativně stabilizovaném stavu na Li, Lamictal, Zyprexa, Plegomazin a Rivotril  
**spouštěcí faktory** - farmakorezistence?

**ZÁVĚR** : vyvolávající momenty u pacienta č. 12:

**životní událost** nespecifikovaná

včasné nerozpoznání bipolární deprese v minulosti  
tolerance na léky, abusus léků, špatná životospráva,  
spoléhání na terapii léky bez vlastní invence



## VÝSLEDKY

Tato kasuistická studie ukázala, že lékaři si při odebrání anamnézy všimají varovných příznaků a zapisují je do dokumentace. Dokumentace je tedy vedena pečlivě a lze z ní vystopovat časné varovné příznaky, popřípadě vyvolávající momenty relapsu či životní událost daného jedince.

Depresivní fázi předchází nejčastěji varovné příznaky jako nespavost, úzkost, nezáměr o okolí a běžné denní aktivity. Pro manickou fázi pak zvýšená aktivita, snížená potřeba spánku, zvýšené navazování sexuálních kontaktů, utrácení peněz. Přičemž varovné příznaky manické fáze jsou více specifitější, neboť narušují mnohem více běžné sociální kontakty a dají se tudíž lépe vystopovat.

Srovnám-li muže a ženy v tomto souboru pacientů a pomenu-li, že 2/3 tvořily ženy, potom nalézám jisté rozdíly dané jejich pohlavní diferencí. Ženy orientované převážně vztahově mají mezi spouštěči relapsu mnohem více rodinné a partnerské problémy a konflikty než muži. Muži naproti tomu mají mezi spouštěči více pracovní selhání, abusus návykových látek a alkoholu.

Mezi nejčastější vyvolávající momenty relapsu, které působily jako spouštěč varovných příznaků patřily v souboru 12 pacientů : viz tabulka č. 2

Tabulka č.2 :

Stres ( pracovní a sociálně - partnerské problémy)	75% ( 9 z 12)
Nonkompliance	67% ( 8 z 12)
Komorbidity ( abusus alkohol, drogy, léky)	67% ( 8 z 12)
Gravidita	50% ( 4 z 8)
Negativní účinky léků ( hlavně Li)	33% ( 4 z 12)
Farmakorezistence	25% ( 3 z 12)
Komorbidity ( poruchy osobnosti , OCD)	25% ( 3 z 12)
Sezónnost	25 % ( 3 z 12)

## DISKUZE

Ze studie vyplývá, že mezi nejčastější faktory relapsu patří partnerské či sociální problémy a nonkompliance. Proto za nejdůležitější způsob prevence považuji zlepšení schopnosti odolávat stresu a konfliktním situacím a dále psychoedukaci zaměřenou především na rozpoznání prodromů relapsů a nutnosti užívat pravidelně léky. Obojí může poskytnout vhodná psychoterapie či psychoedukace.

Sledování časných varovných příznaků má prediktivní hodnotu pro další fázi onemocnění. Na základě identifikace časných varovných příznaků může dát lékař pacientovi doporučení, co má dělat, jestliže se podobné příznaky znovu vyskytnou.

Identifikace časných prodromálních příznaků pomáhá pacientům získat větší kontrolu nad svojí nemocí a pomáhá zahájit včasnou léčbu. Jejich identifikací a včasnou lékařskou intervencí tak můžeme předejít akutní atace bipolární epizody.

## ZÁVĚR

Studie ukázala, že dokumentace je vedena dobře, a tudíž jsou splněny předpoklady pro psychoedukační intervenci, při níž se pacient a jeho blízcí naučí znát vlastní příznaky. Ačkoliv mohou být tyto psychoedukační intervence účinné, bohužel se u nás neprovádí v dostatečné míře. Je však nadějně, že lékaři jsou schopni varovné příznaky identifikovat a tedy potenciálně je mohou pacienty naučit rozpoznávat.

Není pochyb o tom, že farmakoterapie je klíčovou intervencí u BAP. Avšak skutečnost, že většina pacientů léky neužívá podle doporučení lékaře – v našem souboru se jednalo o 67% pacientů – je alarmující.

Ukazuje se, že zlepšení spolupráce pacienta je možné, intervence existují a nejsou finančně náročné. Význam nespolupráce pacienta pro dlouhodobý průběh onemocnění se obecně podceňuje. Dokladem je skutečnost, že curriculum na lékařských fakultách neobsahuje kurs, který by se zlepšení ochoty spolupracovat věnoval. Přitom zdaleka nejde o problém psychiatrie,

ale všech dlouhodobých multifaktoriálních chronických onemocnění, jako je hypertenze, diabetes, atd.

Také edukace lékařů není zaměřena na význam noncompliance a proto sami neví, jak ji zlepšovat. Až se tomu naučí, budou moci více pracovat s intervencemi jako je deník nálady či pro budoucnost nadějně intervence pomocí informačních technologií (mobilní telefon, počítač). V rámci těchto intervencí si pacient a jeho blízká osoba, kterou si sám určí, vypisuje pravidelně varovné příznaky v podobě stručného dotazníku a tím umožní lékaři kontinuální sledování jeho psychického stavu v jeho přirozeném prostředí a včas rozpoznat počínající relaps.

Psychoedukační intervence zaměřená na časné varovné příznaky posouvá péči o tyto nemocné směrem k ambulantní terapii, což je její neoddiskutovatelná přednost. Pacient tak poprvé dostává možnost vyhnout se dlouhodobé stigmatizující hospitalizaci, která je pro něj jaksi "umělým světem" a neumožní mu nikdy se zcela adaptovat na přirozené podmínky jeho života. Neboť úkolem lékaře dnes již není pacienta jen utlumit či separovat od "normální" společnosti, ale navrátit ho do ní a naučit ho zvládat běžné lidské činnosti i přes svoji nemoc.

**LITERATURA**

Angst J, Gamma A, Benazzi F et al. Diagnostic issues in bipolar disorder. *European Neuropsychopharmacology* 2003;13:S43-S50

Frank E, Swartz H, Mallinger A et al. Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder: effects of changing treatment modality. *J Abnorm Psychol* 1999; 108: 579-587

Goldberg J, Harrow M, Grossmann L. Course and outcome in bipolar affective disorder: a longitudinal follow-up study. *Am J Psychiatry* 1995;152: 379-384

Hoschl C, Libiger J, Švestka J: *Psychiatrie*, 2002 : s.427-450

Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize (MKN-10). *Psychiatrické centrum Praha*, 2005;121

Praško J, Novák T, Záleský R.: Kognitivně behaviorální terapie u pacientů s bipolární poruchou, *Psychiatrie* 2005; 1 : s.46-55

Rea MM, Tompson MC, Miklowitz DJ et al. Family-focused Treatment versus individualized Treatment for Bipolar Disorder: Results of a Randomized Clinical Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2003;71(3): 482-492

Rocc P, Sachs GS, Thase M. Bipolar disorder Therapeutics: Maintenance Treatment. *Biol Psychiatry* 2000;48:573-581

Tohen M, Hennen J, Zarate C et al. Two-year syndromal and functional recovery in 219 cases of first-episode major affective disorder with psychotic features. *Am J Psychiatry* 2000;157:220-228

Tůma I : Antipsychotika druhé generace v léčbě bipolární poruchy, *Psychiatrie pro praxi* 2005/5;6: s 220-223

Woods. The economic burden of bipolar disease. *Journal of Clinical Psychiatry* 2000;61(suppl 13):38-41

Kazuistiky čerpány z databáze GreyFox Psychiatrického centra Praha