

Univerzita Karlova v Praze

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



Diplomová práce

Kateřina Urbanová

**Bipolární afektivní porucha: Věk nástupu jako signifikátor
průběhu nemoci**

**Bipolar affective disorder: Age at onset like an indicator course of
disease**

Praha, 2020

Vedoucí práce: MUDr. Gabriela Šivicová

Konzultant práce: MUDr. Filip Španiel, Ph. D.

Touto cestou chci poděkovat MUDr. Gabriele Šivicové za ochotu vést tuto diplomovou práci. Také děkuji MUDr. Filipu Španielovi, Ph.D. za podporu, rady a cenné podněty. Dále děkuji celému týmu studie Aktibipo400 za poskytnutí zázemí pro empirickou část této práce a odborné rady. Velice děkuji Ing. Eduardu Bakšteinovi, Ph.D. za jeho nekonečnou trpělivost a schopnost vysvětlit statistické záludnosti.

V neposlední řadě velmi děkuji účastníkům studie Aktibipo400 za vyplnění dotazníku, čímž umožnili zpracování této diplomové práce.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu, a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 12.4.2020

.....
Kateřina Urbanová

Abstrakt:

Bipolární afektivní porucha je velmi dynamické onemocnění, které je ovlivňováno nespočtem faktorů. Jedním z těchto faktorů je věk nástupu. Věk nástupu u bipolární afektivní poruchy může hrát velkou roli v jejím průběhu, závažnosti a počtu relapsů, počtu hospitalizací nebo reakci na stabilizátory nálady. Dalšími faktory, které jsou ovlivňovány věkem nástupu jsou například myšlenky na sebevraždu či pokus o sebevraždu. Cílem této práce je prozkoumat a prokázat vliv věku prvního příznaku na průběh bipolární poruchy. V rámci kvantitativního výzkumu 116 respondentů vyplnilo dotazník o vlastním průběhu bipolární afektivní poruchy. Brzký věk nástupu (≤ 19 let) signifikantně koreloval s delším intervalem mezi prvním příznakem a návštěvou lékaře, prvním příznakem a první diagnózou a prvním příznakem a diagnózou bipolární afektivní poruchy. Nebyly nalezeny žádné statisticky signifikantní vztahy mezi věkem nástupu a počtem hospitalizací či závažností nemoci. Ačkoli nebyl prokázán vliv věku nástupu na průběh a závažnost nemoci, tato oblast by měla být více probádána, jelikož by mohla napomoci lepší optimalizaci léčby této poruchy.

Klíčová slova:

Bipolární afektivní porucha, věk nástupu, průběh nemoci, závažnost

Abstract:

Bipolar affective disorder is a very dynamic disease, which is influenced by numerous factors. One of these factors is the age at onset. The age at onset of bipolar affective disorder may play a major role in its course, severity and number of relapses, number of hospitalizations or response to mood stabilizers. Other factors influenced by the age at onset are suicide thoughts or attempted suicide. The aim of this work is to investigate and demonstrate the effect of age of the first symptom on the course of bipolar disorder. In the framework of quantitative research, 116 respondents completed a questionnaire on the course of bipolar affective disorder. Early age at onset (≤ 19 years) correlated significantly with the longer interval between the first symptom and the visit to the doctor, the first symptom and the first diagnosis and the first symptom and the diagnosis of bipolar affective disorder. There were no statistically significant relationships between the age at onset and the number of hospitalizations or the severity of the disease. Although the effect of age at onset on the course and severity of the disease has not been proven, this area should be further explored as it may help to better management the treatment of the disorder.

Keywords:

Bipolarity disorder, age at onset, course of disease, severity

Obsah

Úvod	9
LITERÁRNĚ PŘEHLEDOVÁ ČÁST	12
1. Bipolární afektivní porucha	13
1.1 Prevalence, etiologie	14
1.2 Diagnostická kritéria	15
1.2.1 První příznaky	17
1.2.2 Bipolarity index	19
1.3 Klinický obraz bipolární afektivní poruchy	20
1.3.1 Deprese	20
1.3.2 Mánie	22
1.3.3 Hypománie	23
1.3.4 Smíšená fáze a rychlé cyklování	24
1.3.5 Remise	24
1.4 Klasifikace bipolární afektivní poruchy	25
1.4.1 Bipolární afektivní porucha I., II. a III. Typu	25
1.4.2 Dělení bipolární poruchy dle Aldy	27
1.4.3 Dělení dle Akiskala a Pintoa	27
1.5 Komorbidity	29
2. Faktory ovlivňující průběh bipolární afektivní poruchy	31
2.1 Rodinná anamnéza	31
2.2 Hospitalizace	32
2.3 Terapie	33
2.3.1 Psychoterapie	33
2.3.2 Farmakoterapie	34
2.3.3 Jiné terapie	35
2.4 Sezónnost	36
2.5 Suicidalita	37

3. Věk nástupu.....	39
VÝZKUMNÁ ČÁST	41
1. Výzkumný problém a cíle výzkumu	42
2. Výzkumné hypotézy.....	45
3. Design výzkumného projektu.....	46
3.1 Typ výzkumu.....	46
3.2 Metody získávání dat.....	46
3.2.1 Proces tvorby dotazníku	47
3.4 Metody zpracování a analýzy dat	49
3.4.1 Úprava dat	49
3.4.2 Cut off point věku nástupu	50
3.5 Etika výzkumu.....	50
4. Výzkumný soubor	52
4.1 Demografické údaje výzkumného souboru	52
5. Výsledky výzkumu.....	57
5.1 Věk nástupu bipolární afektivní poruchy	57
5.2 První diagnóza.....	57
5.2 Časové odstupy.....	58
5.3 Závažnost poruchy u pacientů s brzkým věkem nástupu	60
5.4 Výskyt sebevražedných myšlenek a chování u skupiny s brzkým věkem nástupu a skupiny s pozdním věkem nástupu.....	64
5.5 Výskyt psychotických příznaků u skupiny s brzkým věkem nástupu a skupiny s pozdním věkem nástupu	66
5.6 Souvislosti a rozdíly mezi sledovanými proměnnými	66
5.11 Možné přínosy závěrů této studie pro klinickou praxi	68
6. Diskuze	70
Závěr.....	74
Seznam použité literatury	76

Seznam obrázků	95
Seznam tabulek.....	96
Seznam použitých zkratk.....	97
Příloha 1:	I

Úvod

Cílem této diplomové práce bude sjednotit dostupné informace o bipolární afektivní poruše. Autorka práce vychází ze zkušeností s pacienty s diagnostikovanou touto poruchou, které získala při koordinaci studie Aktibipo400. Tato neintervenci studie se zabývá vývojem digitálního systému, díky němuž by byla možná prevence, popřípadě rychlá detekce zhoršení stavu pacienta. Tato dlouhodobá studie využívá aktigrafických zařízení, dotazníků nálad či spánku k detekci aktuálního stavu pacienta. Studie je realizována medicínsko-technologickou společností Mindpax s.r.o a Národním ústavem duševního zdraví.

Při kontaktu s pacienty je zřejmé, že tato porucha nálady není u všech pacientů stejná, proto jedním z cílů této práce je i fenotypizace, která by mohla napomoci k pochopení a lepšímu managementu této nemoci. Lepší management nemoci by mohl vyústit k prodloužení bezpříznakových stavů pacientů a snížení příznaků relapsů.

V této diplomové práci se budeme zabývat průběhem bipolární afektivní poruchy, faktory, které poruchu ovlivňují, léčbou a dopady na pacienta. Bipolární afektivní porucha je velmi dynamické onemocnění, které má mnohdy fatální dopady na život pacienta. Individuálně se její průběh liší, liší se tedy i faktory ovlivňující průběh nemoci a také způsob léčby poruchy. Jedním z faktorů, kterému je věnována pozornost, je věk nástupu nemoci. Věk nástupu je také hlavní téma praktické části této práce. Než se ale k tomuto tématu dostaneme, je nutné představit výše zmíněné kategorie, které nás uvedou do problematiky této poruchy.

Bipolární afektivní porucha, ač nikoli pod tímto názvem, je známá již po staletí. Za tu dobu prošla několika proměnami. Proměny se netýkaly příznaků této nemoci, ale spíše její léčby nebo kategorizace v diagnostických manuálech. V prvních kapitolách se tedy věnujeme historii vývoje konceptu bipolární afektivní poruchy. Důležitou kapitolou je prevalence a etiologie této poruchy. Mnohé zdroje se v těchto číslech liší, proto není jednoduché jednoznačně určit, kolik populace danou poruchou trpí. Totéž se týká etiologie, která je dosud neprozkoumána, a bohužel v této práci není prostor, abychom se jí mohli věnovat dopodrobna.

Základním kamenem pro poruchu jako takovou jsou samozřejmě její příznaky, projevy a z nich plynoucí diagnostická kritéria. V České republice se orientujeme dle Mezinárodní klasifikace nemocí, avšak všeobecně známý Diagnostický statistický manuál používaný v USA je pro naši MKN takovým doplňujícím pramenem, o který se odborníci mohou opírat. Vesměs jde o dva různé diagnostické manuály, které se používají na dvou různých kontinentech. Jejich odlišnost spočívá spíše v kategorizaci nebo struktuře diagnostických poruch než v definici různých nemocí. Problematikou u této nemoci je její nejednoznačnost při prvních příznacích.

Proto jsme krátkou kapitolu věnovali jak těmto prvotním příznakům, tak i diferenciální diagnostice. Následující řádky jsme věnovali relapsům této nemoci. Tedy depresivním, subdepresivním, manickým a hypomanickým relapsům, jejich příznakům a projevům. Pozornost je věnována i smíšeným stavům a rychlému cyklování, které u této poruchy není nijak neobvyklé. Tyto relapsy bývají, a v ideálním případě jsou, prokládány stavy remise bez příznaků této poruchy.

Tím, že tato porucha je natolik nejednotná, dynamická a velmi individuální, vzniklo mnoho kategorizací této poruchy. Nejznámějšími, a také v DSM-V zařazenými, kategoriemi jsou první a druhý typ bipolární afektivní poruchy. Tato kategorizace je rozšířena o třetí typ, který však již v MKN-10 zařazen není. Na tuto kategorizaci navazuje další, který tyto kategorie více rozděluje. Jinou kategorizaci založenou na responzibilitě vůči lékům a průběhům relapsů představil Martin Alda. K bipolární afektivní poruše se mnohdy vážou jiné poruchy, které mohou ovlivňovat i průběh této nemoci. Těmto komorbiditám je věnována poslední subkapitola první kapitoly.

Ve druhé kapitole této práce se věnujeme faktorům, které ovlivňují průběh bipolární afektivní poruchy. Těchto faktorů je celá řada, proto jsme do této práce vybrali jen výraznou menšinu, kterou považujeme za nejvíce ovlivňující stav pacienta. V kapitole tedy představíme, co ovlivňuje rodinná anamnéza, jaké faktory mají vliv na hospitalizaci nebo počet relapsů. Mezi velmi diskutované téma patří i sezónnost relapsů. V neposlední řadě v krátkosti představíme možnosti terapie bipolární afektivní poruchy a jednu kapitolu věnujeme také suicidalitě, která bohužel k bipolární afektivní poruše neodmyslitelně patří.

Poslední kapitolu literárně přehledové části věnujeme věku nástupu. Všechny kapitoly, které této poslední části předcházely, jsou s ní spojeny. Věk nástupu ovlivňuje průběh nemoci, a naopak rodinná anamnéza ovlivňuje věk nástupu. Věk nástupu zasahuje také do léčby pacienta, závažnosti nemoci a jejího průběhu.

Praktická část práce se zaměří na analýzu dat získaných od pacientů studie Aktibipo400. Bylo stanoveno několik výzkumných cílů a hypotéz, které pomocí statistického programu Jamovi ověříme. V praktické části se zaměříme na věk nástupu nemoci, respektive na první příznaky bipolární afektivní poruchy a na vliv tohoto věku na průběh nemoci. Ptáme se, zda věk nástupu ovlivňuje časové období mezi prvním příznakem a první návštěvou psychiatra a/nebo psychologa, obdržení medikace, první diagnózy a diagnózy bipolární afektivní poruchy. Dále se zaměříme na průběh bipolární afektivní poruchy, její závažnost a jak tyto proměnné ovlivňuje právě věk nástupu. Mohli bychom se zabývat více proměnnými ve vztahu k věku

prvního příznaku nemoci, bohužel delší zkoumání není v kapacitě této diplomové práce, proto se jemu budeme věnovat v rámci studie Aktibipo400, popřípadě v navazující rigorózní práci.

V poslední řadě stojí za zmínku výběr použité literatury. Valná většina použité literatury je zahraničního původu a mnohdy je zdroj v práci citován pouze jednou. Jedním z důvodů je dynamika bipolární afektivní poruchy a tím pádem i neustále nové studie, které svými výsledky jsou mnohdy nejednotné. V práci je citováno dle APA normy.

LITERÁRNĚ PŘEHLEDOVÁ ČÁST

1. Bipolární afektivní porucha

Bipolární afektivní porucha patří k lidstvu od nepaměti. Hippokrates popsal svou typologii dle tělesných šťáv tuto poruchu jako nesoulad černé a žluté žluči v mozku. (Raboch & Pavlovský, 2012). Již ve starověkém Římě byli lidé se změnami nálady posíláni k severoitalským pramenům, které se po novodobém pátrání ukázaly bohaté na lithiové soli. Již v té době se tedy vědělo, že lithium účinkuje pozitivně na afektivní střídání nálad. (Höschl, 1997).

Pojem cyklofrenie, respektive maniodepresivní psychóza se popsala až v 19. století. (Raboch & Pavlovský, 2012). V druhé polovině 19. století vypracoval Emil Kraepelin klasifikační systém vzdáleně popisující afektivní poruchy (Höschl, 1997). Termín bipolární afektivní porucha se používá až od druhé poloviny minulého století. Předtím se tato diagnóza skrývala pod termínem maniodepresivní psychóza. Maniodepresivní psychóza zahrnovala patologii stavů nálad, jak bipolárních, tak unipolárních. Bipolární porucha se později vyčlenila jako jedna z diagnóz spadající pod bipolární spektrum. Bipolární spektrum pod sebe zahrnuje jak tři typy bipolární afektivní poruchy (viz níže v kapitole 1.4 Klasifikace bipolární afektivní poruchy), tak cyklothymii, cyklothymický a hyperthymický temperament, sezónní depresivní poruchu, krátké opakované deprese a schizoafektivní poruchu. Bipolární afektivní porucha prošla mnoha klasifikacemi, opakovaným přejmenováním a zařazením do různých diagnostických kategorií. Nyní své útočiště našla pod kategorií afektivních poruch, respektive poruch nálady. Bipolární porucha spadá pod poruchy nálady, stejně tak jako unipolární porucha, dysthymická porucha a cyklothymická porucha, která by se dala pokládat za slabší formu bipolární poruchy (Gay, 2010).

Bipolární afektivní porucha je bohužel stále ještě známa pod označením maniodepresivní psychóza. Tento termín je však z dnešního pohledu nevhodný, jelikož ve svém názvu zahrnuje přítomnost psychotických fenoménů, které u BAP objevují ve 20–50 % případech zejména u relapsů manických (Keck et al., 2003). Mohli bychom se zde zabývat otázkou, kde má tedy své místo schizoafektivní porucha, která je zařazena v MKN-10, i když dle menšiny odborníků tato nemoc ve skutečnosti neexistuje a je “pouze“ kombinací dvou poruch, tedy BAP a schizofrenie. Bohužel není v možnostech této práce se touto zajímavou otázkou zabývat.

Bipolární afektivní porucha je jednou z nejrozšířenějších a nejzávažnějších psychických poruch. Svými projevy se řadí mezi neobtěžnější psychiatrické onemocnění po stránce sociální, ekonomické, a samozřejmě zdravotní. Tato porucha, byť s rostoucími vědomostmi o její léčbě, se stále (dle WHO) řadí mezi 10 nejdražších a nejzávažnějších nemocí (Gay, 2010). Kromě

zdravotních dopadů jsou tady i ekonomické důsledky, které vyplývají ze ztráty schopnosti nemocného pracovat, nutnosti pobírání invalidního důchodu či čerpání sociálních služeb. Nezaměstnanost u pacientů s BAP se pohybuje mezi 50-70 %, i přes fakt, že většina pacientů navštěvovala vysokou školu a část ji dokončila (Kupfer et al., 2002). Finanční náročnost této nemoci vnímáme v ceně hospitalizací, nutnosti nepřetržité medikace, využívání psychiatrických a psychologických služeb. 61 % pacientů s poruchami nálady nevyužívá žádné psychologické nebo psychiatrické služby (Mohr, 2020). To ovšem nutně nemusí vést ke snížení „finančního dluhu“, spíše naopak, jelikož se tím zvyšuje šance častější hospitalizace a nákladnější léčby. Léčba jediného pacienta s bipolární afektivní poruchou stojí ročně v průměru 162 000 Kč (Olesen, Gustavsson, Svensson, Wittchen, & Jönsson, 2012). Pro srovnání, léčba prvních příznaků schizofrenie v České republice vyjde celkově na 1,2 miliardy Kč ročně (Mohr, 2020).

Bipolární porucha s sebou nese vysoké riziko sebevraždy. Riziko závratně stoupá na deset až patnáct procent, pokud pacient není v péči lékaře. Riziko sebevraždy není jediným nebezpečím této nemoci, porucha s sebou přináší i riziko desocializace, rozvratů vztahů nebo policejního a soudního vyšetřování. Až 60 % diagnostikovaných bipolární afektivní poruchou je závislých na drogách, což relapsy ještě umocňuje. Pokud je však pacient v pravidelné kvalitní péči lékaře, riziko sebevraždy rapidně klesá a je možné předejít zmatenému a rizikovému jednání pacienta (Gay, 2010).

BAP se také řadí mezi nejzávažnější duševní poruchy. Jednak z důvodu, že to není nemoc vyléčitelná, nýbrž léčitelná. Ale také z důvodu, že až 50 % pacientů se za život minimálně jednou pokusí o sebevraždu a bohužel až 19 % sebevraždu dokoná (Látalová, Kamarádová, & Praško, 2014). Pravděpodobnost sebevraždy u této poruchy je 10 - 30krát vyšší než u běžné populace (Dome, Rihmer, & Gonda, 2019).

1.1 Prevalence, etiologie

Tradičně zdroje uvádějí prevalenci bipolární afektivní poruchy okolo 1 % v populaci v užším pojetí této poruchy (Merikangas et al., 2007; Pini et al., 2005; Raboch & Pavlovský, 2012; Rowland & Marwaha, 2018). V širším pojetí, tedy při zahrnutí širšího kontinua symptomů, uvádějí zdroje až 6% prevalenci (Pini et al., 2005). Do tohoto širšího pojetí řadíme takové projevy nemoci, které nesplňují kritéria BAP I. (o ní se budeme zmiňovat níže), ale stále jsou u nich zcela jasně patrné abnormální výkyvy nálad. Poměr celoživotní prevalence mezi muži a ženami je 1:1 (APA, 2013).

Příčiny vzniku bipolární afektivní poruchy a celkově poruch nálady nejsou úplně zřejmé. Studie potvrzují, že etiopatogeneze poruch nálady je spíše smíšená, nežli dělena na reaktivní a endogenní (Raboch & Pavlovský, 2012; Newman, 2007). Asi 20 % diagnostikovaných depresivní poruchou má v rodinné anamnéze příbuzného s afektivní poruchou. U zdravé populace je to přibližně 7 % (Raboch & Pavlovský, 2012). Z výzkumů vyplývá, že bipolární afektivní porucha je vysoce dědičná (McGuffin et al., 2003). K propuknutí BAP přispívá nehostinné rodinné prostředí (vyhýbavá vazba, absence intimního vztahu nebo naopak hyperprotektivní vztah matky) (Alloy et al., 2005). Kromě dědičnosti a rodinné situace hraje roli osobnost nebo určitá charakterová vlastnost jedince. *„Byl popsán tzv. melancholický typ osobnosti kdy bývá zaznamenán zvýšený smysl pro pořádek, pro výkonnost a je rozvinuta závislost na blízkých osobách“* (Raboch & Pavlovský, 2012, s.261). Kognitivní styl charakterizovaný perfekcionismem, sebekritikou, autonomií nadměrnou snahou dosáhnout cíle bývá taktéž predispozicí pro vznik BAP a samozřejmě určité životní události mohou být spouštěčem první epizody (Alloy, Abramson, Urosevic, Bender, & Wagner, 2009). Mezi takové události patří pohlavní zneužívání či týrání v dětství, ztráta blízké osoby nebo ztráta zaměstnání (Raboch & Pavlovský, 2012).

1.2 Diagnostická kritéria

V současné době se v české psychiatrii a psychologii řídíme dle dvou klasifikačních manuálů. První, ten hlavní pro evropskou, a tedy i českou zdravotnickou obec je Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů neboli MKN (v tuto chvíli MKN – 10 dle čísla poslední revize). V České republice vstoupila tato klasifikace v platnost v roce 1994. Tato verze prošla revizemi v roce 2004 a 2016, poslední revidovaná verze je z 1.1.2020. Revize se však týkají především nově přidávaných kódů, změn v názvech kódů a podobných, poměrně kosmetických záležitostí (*“MKN-10 aktualizace 2020”*, 2019). MKN-10 se běžně využívá k označení (kódování) nemoci, respektive poruše nebo zdravotnického problému nejen v oblasti duševního zdraví. Na rozdíl od Diagnostického statistického manuálu duševních poruch (tzv. DSM v tuto chvíli DSM-V dle páté revize), který se věnuje pouze mentálním poruchám a problémům. DSM-V tedy slouží jako rozšíření a doplnění psychiatrické části MKN-10, tedy části označované velkým písmenem F. Afektivním poruchám, respektive poruchám nálady náleží označení F3x. Rozdíl mezi DSM a MKN není v rámci diagnostiky bipolární afektivní poruchy nějak markantní. Tabulka níže ukazuje, že MKN povoluje jednu manickou fázi „stát“ samostatně pod kódem F30, kdežto v DSM je manický relaps již zařazen

pod diagnózu bipolární afektivní poruchy. Taktéž dle MKN hypomanická fáze není dostačující pro diagnostiku bipolární afektivní poruchy. V DSM však přítomnost hypomanické a/nebo manické fáze značí bipolární afektivní poruchu, pouze jiného druhu (viz kapitola 1.4).

F30	Manická fáze
F31	Bipolární afektivní porucha
F32	Depresivní porucha
F33	Periodická depresivní porucha
F34	Perzistentní afektivní poruchy (poruchy nálady)
F38	Jiné afektivní poruchy (poruchy nálady)
F39	Neurčená afektivní porucha (porucha nálady)

Tabulka 1: Kódování afektivních poruch (poruch nálad) dle MKN-10 ("MKN-10 aktualizace 2020", 2019)

Pro bipolární afektivní poruchu konkrétně F31. dle konkrétní současné fáze rozlišujeme:

F31.0	BAP, současná fáze hypomanická
F31.1	BAP, současná fáze manická bez psychotických symptomů
F31.2	BAP, současná fáze manická s psychotickými symptomy
F31.3	BAP, současná fáze lehká nebo střední deprese
F31.4	BAP, současná fáze těžké deprese bez psychotických symptomů
F31.5	BAP, současná fáze těžké deprese s psychotickými symptomy
F31.6	BAP, současná fáze smíšená
F31.7	BAP, v současné době v remisi
F31.8	Jiné bipolární afektivní poruchy
F31.9	BAP NS

Tabulka 2: Kódování bipolární afektivní poruchy dle MKN-10 ("MKN-10 aktualizace 2020", 2019)

Včasná, a hlavně správná diagnostika této poruchy je téměř nemožná. Neexistuje možnost laboratorních testů, které by bipolární afektivní poruchu určily z jednoho odběru. K diagnóze této poruchy je třeba dvou a více epizod, tedy relapsů. Pokud přijde pacient za psychiatrem po první epizodě (manické, hypomanické či depresivní, subdepresivní), téměř s jistotou dostane diagnózu označenou F30 nebo F32. Pro diagnostiku bipolární afektivní poruchy platí, že ji rozpoznáme na základě dvou a více příznaků (relapsů), které se u pacienta objeví v rámci jednoho časového období. U těchto relapsů je nálada pacienta výrazně narušena, objevují se symptomy deprese nebo mánie (hypománie), teprve až druhý relaps by mohl vést ke správné diagnóze.

1.2.1 První příznaky

Prvotní příznaky bipolární afektivní poruchy jsou velmi různorodé a je složité tyto odchylky od normality ihned rozpoznat jako příznaky bipolární afektivní poruchy. Složitost identifikace nemoci naznačuje i různorodý a velmi složitý průběh nemoci jako takové. Začátek bipolární poruchy se v polovině případů projeví depresivní fází. Tento začátek je typický pro bipolární afektivní poruchu II. typu a u forem nemoci s pozdním začátkem (po čtyřicátém roce věku) (Gay, 2010).

Až 60 % pacientů potvrzuje projevení prvních příznaků do svých 20 let věku (Oedegaard, Syrstad, Morken, Akiskal, & Fasmer, 2009; Perlis et al., 2004). Od prvních příznaků po stanovení diagnózy mnohdy uplyne až několik let, v průměru 7-10 let, dle různých studií (Hirschfeld, Lewis, & Vornik, 2003; Suppes et al., 2001; Egeland, Blumenthal, Nee, Sharpe, & Endicott, 1987). Během této doby vystřídají pacienti čtyři až pět lékařů (Gay, 2010).

Jakákoli porucha nálada, tedy i bipolární porucha, se velmi těžko diagnostikuje, neboť žádný člověk nemá stoprocentně stabilní náladu celý život. Každý jedinec se ocitá nahoře nebo dole pod pomyslnou čarou označující „normální“ náladu. Patologické začínají být stavy, kdy je naše nálada opakovaně „nadmíru“ intenzivní a nekontrolovatelná po nepřiměřeně dlouhou dobu (Gay, 2010).

Mezi první příznaky nejčastěji patří podrážděnost nebo agresivní chování, ospalost nebo naopak insomnie. Z manických příznaků nejčastěji excitovaná nálada, myšlenkový trysek, mnohmluvnost, zvýšená fyzická aktivita a energie, lehkomyšlnost a zhoršený úsudek. Z depresivních příznaků se uvádí smutek, sebeobviňování, pocit méněcennosti, nesoustředěnost, snížení energie, anhedonie, myšlenky na sebevraždu (Hirschfeld, et al., 2003). Vedle těchto prvotních příznaků jiné studie uvádějí precitlivělost, strach, úzkost, labilitu (ve smyslu rychlého střídání nálad), pláč, tvrdohlavost, sebepoškozování, impulsivitu, paranoii (Faedda, Baldessarini, Glovinsky, & Austin, 2004; Lish, Dime-Meenan, Whybrow, Price, & Hirschfeld, 1994; Egeland, Hostetter, Paulis, & Sussex, 2000).

1.2.1.1 Diferenciální diagnostika

V této podkapitole představíme nejčastější diagnózy, kterými jsou pacienti s bipolární afektivní poruchou označeni před tím, než je jim správně určena diagnóza F32. Tak jako u většiny psychických nemocí, i u bipolární afektivní poruchy není jednoduché určit správnou diagnózu hned při první návštěvě odborníka. Je tomu tak z důvodu, že prvotní příznaky je na první pohled těžké odlišit od prvotních příznaků jiných poruch (schizofrenie, hyperkinetické poruchy (ADHD), depresivní poruchy, hraniční poruchy osobnosti, úzkostné nebo panické

poruchy) (Hauser et al., 2007; APA, 2013). Toto chybné diagnostikování může vést k předepsání nevhodné léčby (což například u antidepresiv může mít za důsledek přesmyk do mánie či hypománie (Akiskal & Pinto, 1999; Tondo, Vázquez, & Baldessarini, 2010). Zároveň protražované neléčení jakékoli poruchy vede k větší chronicitě a vykazování příznaků nemoci i v remisních fázích (pacient tedy nedosahuje plné remise). To samozřejmě vede k větší psychické, ale i sociální zátěži pacienta (Hauser et al., 2007). Bylo by vhodné věnovat se této kapitole déle, bohužel to není v možnostech této práce, proto zde uvádíme velmi stručně jen tři hlavní diferenciální diagnózy.

Mezi nejčastější diferenciální diagnózy patří unipolární deprese čili **depressivní fáze** (dle MKN-10 “F32“) nebo **periodická depressivní porucha** (dle MKN-10 “F33“) a to z toho důvodu, že většina pacientů vyhledá odbornou pomoc nebo jsou přímo hospitalizováni kvůli jejich první depressivní epizodě (Hauser et al., 2007). Až polovina bipolárních pacientů reportuje, že jejich první diagnóza byla depressivní porucha (Berk et al., 2007; Sharma, Khan, Corpse, & Sharma, 2008). Běžně se při diagnóze periodické depressivní poruchy nebo depressivní fáze nasazují antidepresiva. Dle studií však chybná diagnóza, (tedy nerozpoznání BAP a v tomto případě diagnostikování depressivní poruchy) a následné nasazení antidepresiv může vést k vyšší suicidalitě pacientů (Hauser et al., 2007). Rozeznání příznaků BAP a depressivní poruchy se zdá být nemožné, jsou však indikátory, které rozlišení nabízejí. Například pacienti s BAP mají mnohem častěji v rodinné anamnéze diagnostikovanou taktéž bipolární afektivní poruchu. V porovnání s depressivní poruchou, BAP má o 4 roky dřívější věk nástupu. A jedno z nejdůležitějších rozlišení – pacienti v depressivní fázi bipolární afektivní poruchy hůře reagují na předepsaná antidepresiva (deprese se může více zhoršit, změnit se její průběh, může se objevit přesmyk do mánie) (Hirschfeld, 2014; Goodwin, Jamison, & Ghaemi, 2007).

Další neméně častou diagnózu, kterou jsou pacienti diagnostikováni je **hraniční porucha osobnosti**. Ta je definovaná mimo jiné nestabilními mezilidskými vztahy, impulzivitou, rizikem sebepoškození (neopatrností, bezohledným jednáním, abúzem, finanční nezodpovědností), sebepoškozováním, suicidálním jednáním, afektivní nestabilitou, úzkostí, intenzivním vztekem, náladovostí nebo přecitlivělostí (APA, 2013). Většina těchto kritérií se téměř bez výjimky shoduje s příznaky mánie (popř. hypománie) a deprese (popř. subdeprese). Tato porucha se může vyskytovat souběžně s afektivními poruchami. Pro kvalitní diagnózu je třeba pohlížet na příznaky v celém spektru, nikoli pouze průřezově a brát tedy v potaz dlouhodobý průběh dané poruchy (Paris, 2017; APA, 2013).

Třetí nejčastější diferenciální diagnózou se zdá být **schizoafektivní porucha** (Schmidt, Steinberg, & Himmerich, 2015). Jedná se o jednu z celkově nejhůře detekovatelných nemocí,

neboť její relapsy musí obsahovat projevy schizofrenie a zároveň bipolární afektivní poruchy (APA, 2013). V rámci diferenciální diagnostiky mluví nejvíce diagnostické kritérium DSM-V pro schizoafektivní poruchu: „*Nepřerušené období nemoci, během něhož se vyskytuje současně velká epizoda poruchy nálady (velká depresivní či manická) s kritériem A schizofrenie*“ (APA, 2015, str. 110). Kritérium A schizofrenie je definováno přítomností bludů, halucinací, dezorganizované řeči, hrubě dezorganizovaným nebo katatonním chováním a/nebo negativními příznaky. Pro splnění tohoto bodu je potřeba, aby byly přítomny minimálně dva výše zmíněné příznaky. Níže (v kapitole 1.3.2 Mánie) však bude nastíněno, že i manická fáze bipolární afektivní poruchy může obsahovat psychotické příznaky, a přitom se nejedná o schizoafektivní poruchu.

Velká manická fáze bipolární afektivní poruchy s přidruženými halucinacemi a bludy může být zaměněna i za **schizofrenii**. V tomto případě ale může docházet k fatálním následkům v důsledku nevhodné léčby. Nevhodně zvolená antipsychotika způsobí změnu v myšlení pacienta, a tedy zhorší možnost správně diagnostikovat bipolární afektivní poruchu (Gay, 2010).

1.2.2 Bipolarity index

V krátkosti se zde zmíníme o Bipolarity indexu, který je hodnověrný ukazatel/indikátor bipolární afektivní poruchy u pacienta. Bipolarity index vznikl jako pomůcka k určení bipolární afektivní poruchy u pacienta. Jeho senzitivita a specificita dosahuje míry vyšší než 0,90. Cut-off point pro určení diagnózy se doporučuje index vyšší než 50 včetně. Bipolarity index se sestává z pěti okruhů, každý z nich se dále dělí na složky, ze kterých klinik vybírá, aby co nejlépe vystihl pacientův stav/projev nemoci (Aiken, Weisler, & Sachs, 2015). Tyto okruhy jsou (*volně přeloženo*):

1. Charakteristika epizod
2. Věk nástupu
3. Průběh nemoci a přidružené prvky
4. Léková responsibilita
5. Rodinná anamnéza

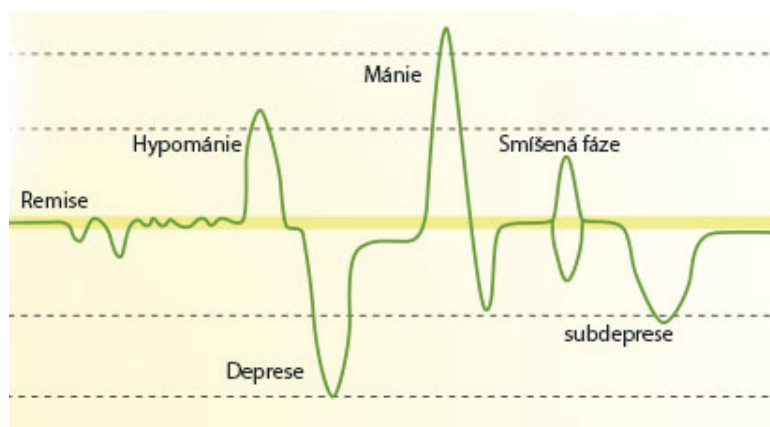
Přítomnost těchto faktorů zanesených do bipolarity indexu naznačují jejich důležitost a vliv na průběh a závažnost bipolární afektivní poruchy. Čím vyšší kódování každé podkategorie těchto faktorů, tím vyšší bipolarity index a tím pádem vyšší pravděpodobnost, že pacient bude

správně diagnostikován bipolární afektivní poruchou. Každý faktor lze ohodnotit 0-20. Nejvyššího skóre dosáhne pacient, který má/měl (*volně přeloženo*) (Aiken et al, 2015):

1. akutní manickou epizodu nebo smíšenou epizodu s výraznou euforií, grandiozitou a velikáštvím bez signifikantních lékařských nebo jiných příčin,
2. věk nástupu nemoci 15-19 let,
3. opakující se, výrazné manické epizody ohraničené minimálně 2 měsíci remise
4. plnou remisi do 4 měsíců od podání stabilizátorů nálady
5. minimálně jednoho příbuzného v primární rodině diagnostikovaného bipolární afektivní poruchou.

1.3 Klinický obraz bipolární afektivní poruchy

Bipolární porucha je velmi individuální onemocnění. U každého jedince probíhají jednotlivé relapsy různě, objevují se různé příznaky (po kvalitativní i kvantitativní stránce) a mají různou délkou. Také střídání relapsů je velmi individuální. Výskyt jednotlivých epizod není vázán žádným pravidlem, proto není jednotný poměr mánií a depresí ani jejich počet. Obecně se udává jeden relaps do roka a čtvrt (Angst, 2007). Ačkoli se bipolární porucha sestává z obou pólů, tedy manického a depresivního, objevuje se častěji pól depresivní než manický, u mužů se objevuje mánie častěji než u žen (Post, 2005; Amini, Najafi-Vosough, Ghaleiha, & Mahjub, 2017).



Obrázek 1: Klinický obraz BAP (upraveno, převzato z Vieta et al., 2018)

1.3.1 Deprese

Základním rysem depresivní epizody je smutná nálada. Tato změna nálady je natolik výrazná, že pacient není schopný se usmát či jakkoli rozveselit. Pokles nálady se projevuje i navenek pacienta, v obličejí je posmutnělý, plačtivý. Tento smutek se promítá i do zájmu o

okolí, rodinu a o zájmy pacienta. Pacient ztratí zájem či potěšení z činností, které pro něj dříve představovaly rozptýlení a radost. Nešťastnou náladu pacient promítá i do myšlenek na budoucnost, které jsou mnohdy pesimistické a beznadějné. Tyto pesimistické myšlenky pacient vztahuje i na sebe, objevuje se tedy sebeobviňování, které je mnohdy nadměrné a neodpovídá realitě. Dohromady s abulií, neschopností cokoli začít či dokončit, kam se řadí i péče o domácnost, rodinu ale i o sebe, pacienta napadají sebevčítky, vina vztažená na vlastní osobu a pocit zoufalství. Tento kolotoč sebeobviňujících myšlenek s pesimistickým pohledem do budoucna může vést k opakovaným sebevražedným myšlenkám bez konkrétního plánu, ale i k sebevražedným pokusům mnohdy končící dokonanou sebevraždou (Post, 2005). Až 50 % pacientů se za život minimálně jednou pokusí o sebevraždu a bohužel až 19 % sebevraždu dokoná (Látalová et al., 2014). Sebevražedný pokus či dokonaná sebevražda je mnohem častější u bipolární deprese než u unipolární, tedy u depresivní poruchy, u které je prevalence jednoho a více sebevražedného pokusu 16 % (Chen & Dilsaver, 1996).

Dalším závažným projevem je změna chuti k jídlu. Pacient ztratí chuť k jídlu, jídlo mu nechutná a necítí chuť. Může se však objevovat i opak, tedy že se chuť k jídlu zvýší (Gay, 2010; Látalová, 2010; APA, 2013). Dále se u pacienta objevují úzkosti, nervozita, až panické stavy, které mohou nastat pouze v určitém čase či nepřetržitě po celý den.

Výrazné změny se objevují ve spánkovém režimu pacienta. Opět mohou nastat dvě varianty, spánek je nekvalitní, zkrácený, přerušovaný, mělký, nepřináší pacientovi potřebný odpočinek a úlevu. U jiných pacientů se ale může objevit nadměrná spavost, spánek se prodlouží o několik hodin i přes den. Prodloužení spánku však neznamena, že je spánek kvalitní (Riemann, Voderholzer, & Berger, 2002; Látalová, 2010; APA, 2013).

Subjektivně i objektivně je pozorovatelné psychomotorické zpomalení pacienta. Typicky se objevuje nesoustředěnost, neschopnost zaměřit pozornost na četbu či na rozhovor. Obtíže jsou pozorovatelné i v oblasti exekutivních funkcí, kdy mívají pacienti problémy s pamětí či rozhodováním se (Carvalho & Vieta, 2017; Látalová, 2010).

Pro diagnostiku depresivní epizody je nutné, aby příznaky trvaly nejméně dva týdny. V průměru se uvádí délka epizody 2-3 měsíce, udává se ale i délka do 6 a více měsíců (Angst & Sellaro, 2000; Frankle et al., 2002). Průběh depresivní epizody je individuální, ovšem dle výzkumů není její délka ovlivněna užíváním či neužíváním psychofarmak během relapsu (Frankle et al., 2002).

Ačkoli se v DSM-V autoři nezmiňují, vyskytují se psychotické symptomy i u depresivní epizody, nejen u manického relapsu (Goes et al., 2007). Psychotické příznaky se objevují u bipolární poruchy signifikantně častěji než u unipolární deprese (Mitchell, 2001; Goes et al.,

2007). Bohužel se tomuto příznaku nevěnuje velká pozornost, ač autoři studie uvádějí, že by to mohla být jedna z možných indikací k diagnostice bipolární afektivní poruchy (Goes et al., 2007). Na rozdíl od unipolární deprese jsou relapsy bipolární deprese kratší a častěji se objevuje hypersomnie (Forty et al., 2008). Určení, zda se jedná o unipolární či bipolární depresi je pro management daného relapsu více než stěženi. Při nasazení nesprávné psychofarmakologické léčby u bipolární deprese hrozí rychlý přesmyk do manického relapsu (National Collaborating Centre for Mental Health, 2006).

1.3.2 Mánie

Manická epizoda je důležitou a nepostradatelnou složkou potřebnou k diagnostice bipolární afektivní poruchy. Bez příznaku mánie (popř. hypománie) by nebylo možné diagnostikovat tuto poruchu. Je třeba rozeznat, kde končí hypománie a začíná mánie, neboť od tohoto se právě může odvíjet léčba, respektive rozlišení mezi BAP I a II (Gay, 2010).

Pro diagnostiku manické epizody je nutné přetrvání symptomů minimálně týden. Mezi hlavní symptomy patří změna nálady. Tato změna se projevuje euforickou, povznesenou, podrážděnou nebo expanzivní náladou (Gay, 2010; Látalová, 2010; APA, 2013). Vedle změny nálady pacient v manické epizodě nejčastěji reflektuje zvýšenou energii. Tato změna se projevuje sníženou potřebou spánku, hyperaktivitou, tzv. neposedností, zvýšenou gestikulací, a často zvýšeným sexuálním apetitem s pro pacienta neběžnými sexuálními praktikami (Látalová, 2010; Vieta et al., 2018). K tomuto projevu se často váže snížená nutnost konzumace jídla a tekutin, které mohou mít nedozírné následky na pacientův organismus (Látalová, 2010).

Třetím nejčastějším projevem manické epizody je zrychlené myšlení. Takzvaný myšlenkový trysk se projevuje spletností myšlenek, které se v pacientově hlavě prolínají, mnohdy překrývají. Tento myšlenkový trysk má za následek logoreu, takzvaný slovní salát, kdy pacient množství svých myšlenek nedokáže vyjádřit a jeho projev se stává nesrozumitelným. Mnohdy má tento projev za následek podrážděné chování, jelikož pacientovi připadá jeho okolí zpomalené, nechápavé (Gay, 2010; Látalová, 2010).

Vedle těchto třech hlavních příznaků se objevuje zvýšená vnímaná vlastní atraktivita, jedinečnost a zvýšené sebevědomí, díky němuž se pacienti často pouští do nebezpečných až hazardních projektů. Velmi častá je i finanční nezodpovědnost, experimentování s drogami či nadužívání alkoholu či jiných psychoaktivních látek. Pozornost je roztěkaná, pacienti často začínají činnosti, které nedokončí. U více než poloviny pacientů trpících bipolární afektivní poruchou se aspoň jednou objevily i psychotické projevy (Fountoulakis, 2015; Dunayevich &

Keck, 2000). Mezi ty nejčastější patří erotomanické, extrapotenční nebo velikášské bludy či sluchové, somatické a vizuální halucinace (Baethge et al., 2005).

Jeden z nejzávažnějších příznaků mánie je ztráta náhledu. Pacient se cítí skvěle a z jeho pohledu není tedy nutné, aby se léčil. Neuvědomuje si, jak závažná situace nastává a jaké může mít dopady. Při ztrátě náhledu pacienti často vysazují medikaci, jelikož jsou přesvědčeni, že ji již nepotřebují, jsou přesvědčeni, že již nejsou nemocní (Fountoulakis, 2015).

Mánie může vysoce narušovat pacientův život. Již po třetí manické epizodě pacienta se rozpadne většina manželství (Hauser et al., 2007). Manické projevy často vedou k nepochopení okolí a tím často ke stigmatizaci. Avšak pacienti, kteří mají za sebou manické relapsy si mnohdy vytvoří osobitý krizový plán, jak se přicházejícím manickým relapsem sžít, či jak jej zastavit. (Grootens, van Thiel, & Hartong, 2018).

1.3.3 Hypománie

Hypomanický stav je pro klinika těžko definovatelný, často se dbá na výpovědi blízkých osob, jelikož se jedná o nuance ve změně chování, které mohou být pro klinika nepostřehnutelné. Hypománie může předcházet manické epizodě, následovat po epizodě depresivní (jako úleva po těžkém období) a při neopatrnosti ji lze zaměnit za stav remise (Gay, 2010). Dle DSM-V pro diagnostiku hypománie nesmí dojít k zhoršení v sociálních či pracovních oblastech, jedinec musí být schopný vykonávat pracovní činnost minimálně v míře pro něj běžné. Neměla by vést k hospitalizaci a neměly by se vyskytovat psychotické příznaky (Smolík, 1997). Hypomanická epizoda zřídka vede k hospitalizaci, či jen návštěvě psychiatra. Dlouhodobí pacienti již na sobě zaznamenají hypomanické příznaky a z obavy přesmyku do mánie lékaře navštíví. Jelikož je diagnostika hypománie složitá, Benazzi (2009) stanovil bodovou hranici, nad kterou lze diagnózu hypománie považovat za spolehlivou. Označil symptomy bodovým ohodnocením, kdy součet vyšší než 21 určuje s 88 % pravděpodobností diagnózu hypománie. Pro lepší posouzení stavu pacienta lze využít dotazníku MDQ (Mood Disorder Questionnaire) dostupný i v českém jazyce, či HLC-32 (Hypomania/Mania Symptoms Checklist) (Novák, 2010).

Hypománie by se dala označit za slabší máni. Dle DSM-V musí hypománie trvat minimálně 4 dny ačkoli dle nového trendu se snižuje tato podmínka na minimálně 2 dny, příznaky být přítomné většinu dne a téměř každý den (APA, 2013; Gay, 2010; Novák, 2010). I zde jsou symptomy podobné manické epizodě: trvale povznesená nálada, zvýšené sebevědomí, snížená potřeba spánku, myšlenkový trysk doprovázený hovorností, roztěkanost, zvýšená aktivita, nadměrné začínání a nedokončení činností. Pokud se objevují i psychotické symptomy,

již se jedná o mánii, nikoli hypománii. Stejně jako u manické epizody, nesmí tento relaps být následkem užívání návykových látek či léků (APA, 2013; Fountoulakis, 2015). Přítomnost hypomanické epizody u BAP I je možná, nikoli však žádoucí element k její diagnóze. Naopak k určení diagnózy BAP II je nutná přítomnost pouze hypománie nikoli plně rozvinuté mánie.

1.3.4 Smíšená fáze a rychlé cyklování

Smíšená fáze, více známá pod anglickým označení *mixed state*, může vznikat dvěma způsoby. Za prvé, u pacienta se může projevit při přesmyku s jedné fáze do fáze opačné, tedy z depresivní do manické nebo naopak. Za druhé, může se objevit jako samostatný relaps po období remise (Látalová, 2010). Smíšená fáze je definována příznaky z obou pólů relapsů. Objevují se tedy jak příznaky depresivní, tak i manické. Popřípadě tyto fáze rychle cyklují. Dle MKN-10 je nutné, aby měl pacient v osobní historii hodnověrnou epizodu depresivní, manickou nebo hypomanickou. Minimální délka smíšené fáze musí být 2 týdny (MKN-10, 2017). Dle výzkumů však epizoda smíšené fáze trvá 3-6 měsíců (Perugi et al., 1997). Ačkoli bipolární afektivní porucha se projevuje stejně často u mužů jako u žen, smíšená fáze je častější i mužů (Dilsaver, Benazzi, Rihmer, Akiskal, & Akiskal, 2005).

První použití termínu rychlé cyklování bylo definováno minimálně čtyřmi relapsy do roka (Dunner & Fieve, 1974). častěji se objevuje u žen a bohužel se objevuje vyšší riziko sebevraždy (Bauer et al., 1994). Později se odstoupilo od podmínky čtyř relapsů do roka a nyní se spíše užívá podmínka přesmyků z jedné do druhé epizody bez remise a zároveň se pro diagnostiku relapsů upustilo od požadavků minimálního trvání epizod, jelikož epizody při rychlém cyklování se ukázaly mnohem kratší než při běžném průběhu nemoci (Maj, 2012).

Můžeme pod tuto kapitolu zařadit i ultrarychlé cyklování zahrnující přesmyky mezi epizodami trvajících dny či hodiny, které ale bývá velmi obtížné odlišit od smíšené fáze bipolární afektivní poruchy (Maj, 2012). Tento typ rychlého cyklování je poměrně častý, téměř každý pátý pacient jej minimálně jednou zažil. Celkově přibližně polovina pacientů s bipolární afektivní poruchou má zkušenosti s jakýmkoli typem rychlého cyklování (Suppes et al., 2001).

1.3.5 Remise

Pro klinickou praxi je nutné zařadit do výčtu klinického obrazu pacienta i remise. Remise je dle MKN-10 definována jako stav, kdy se u pacienta neprojevuje žádný z příznaků relapsu ať depresivního či manického. Tento stav musí přetrvávat několik měsíců (MKN-10, 2017). Ačkoli bipolární afektivní porucha je charakterizována jako stav remise narušený

manickými nebo depresivními relapsy, ne vždy je tato představa naplněna. Například dle Aldy* dochází k plné remisi pouze u klasického typu bipolární poruchy. U charakterologického typu či psychotického spektra remise nejsou zřetelné nebo se neobjevují vůbec (Alda, 2004).

1.4 Klasifikace bipolární afektivní poruchy

Bipolární afektivní porucha je velmi rozmanitá nemoc. Obvykle se projevuje v dospívání, ale nejsou vzácné případy, kdy se diagnóza určí až v pozdní dospělosti. Porucha se projevuje střídáním manických/hypomanických a depresivních/subdepresivních relapsů. Tyto relapsy se mohou objevit jen zřídka kdy, ale také několikrát do roka. (Gay, 2010).

Z DSM-V známe dělení bipolární afektivní poruchy na I a II typ. Můžeme zmínit další dělení dle profesora Martina Aldy, které bere v úvahu jak profil daného typu bipolární poruchy, ale také responsibilitu na psychofarmaka. Další zmíněné dělení je dle Akiskala a Pintoa, kteří rozšiřují typy I, II a III o další kategorie.

1.4.1 Bipolární afektivní porucha I., II. a III. Typu

Rozmanitost této nemoci vede odborníky k rozřazení poruchy do různých kategorií dle různých kritérií. Nejužívanější dělení bipolární afektivní poruchy nalezneme v DSM-V, kde autoři rozdělují BAP na I a II typ. Jiní autoři k tomuto dělení přiřazují ještě III. typ bipolární afektivní poruchy. Ač je DSM-V klasifikace duševních nemocí určena zejména pro americkou psychiatrii, i v Evropě se tímto dělením nechávají odborníci při diagnostice inspirovat. V evropské klasifikaci nemocí (MKN-10) nenalezneme rozřazení bipolární afektivní poruchy, ale pouze diagnostická kritéria k určení jejích relapsů a poruchy samotné.

Bipolární afektivní porucha I. typu

BAP I typu se v evropských poměrech řídících se MKN-10 definuje jako bipolární afektivní porucha F31. BAP I. typu je podmíněna minimálně jedním výskytem plně rozvinuté manické epizody a dále opakovanými depresivními fázemi (APA, 2013; Látalová, 2010). První typ bipolární afektivní poruchy má jasně zřetelné relapsy jak depresivní, tak manické. Porucha se poprvé projeví zpravidla manickými příznaky (Gay, 2010). Při zběžném porovnání typů I a II zjistíme, že pacienti spadající do této kategorie vypovídají o vyšší počtu hospitalizací, než je tomu tak u pacientů BAP II (Suppes et al., 2001). Důvodem by mohla být právě přítomnost

* Dělení bipolární afektivní poruchy dle Aldy je představeno níže v kapitole 1.4.2

plně rozvinutých manických relapsů, které k hospitalizaci vedou. Na rozdíl od II typu, kde kvůli hypomanickým stavům k hospitalizaci zpravidla nedochází.

Bipolární afektivní porucha II. typu

Bipolární porucha II se projevuje opakovaným výskytem depresivních epizod a hypomanickými stavy. Pro tento typ je podmínkou, aby hypomanické stavy nepřešly do stavu plně rozvinuté mánie. V takovém případě se nemoc klasifikuje jako bipolární afektivní porucha I. typu (APA, 2013; Látalová, 2010). Pro druhý typ bipolární afektivní poruchy je typický nástup nejdříve depresivní epizody. Manické epizody jsou méně zřetelné, jsou tedy hypomanické (Gay, 2010). Prevalence BAP II se pohybuje v rozmezí 0,5-5 %. Vyšší prevalence je podmíněna "rozvolněním" diagnostických kritérií (snížení nutnosti trvání ze 4 na 2 dny) (Novák, 2010).

Jako samostatná diagnóza je uvedena v DSM-V, nikoli však v MKN-10. Nejen z tohoto důvodu je psychiatrii mnohdy nepřijímána. Diagnostika této nozologické jednotky je totiž podmíněna přítomností hypománie, aby se oddělila od diagnostiky unipolární periodické deprese. Identifikace hypománie se ale jeví jako obtížná z důvodů popsaných výše v kapitole o hypománii. Jelikož tato fáze bipolární poruchy běžně nevede k návštěvě psychiatra, mnohdy se zaměňuje bipolární afektivní porucha typu II za unipolární depresi (Novák, 2010).

Bipolární porucha III. typu

Bipolární porucha druhého i prvního typu je definována přítomností hypománie, popřípadě mánie, která nesmí být podmíněna užitím psychofarmak, respektive antidepresiv. Tato podmínka je vyčleněna z kritéria diagnostiky bipolární afektivní poruchy typu III. (Akiskal et al., 2000). Tento typ bipolární poruchy však uveden v žádném diagnostickém manuálu (DSM-V nebo MKN-10). Nicméně jeho zmínění a respektování je vhodné, zejména z důvodu výsledků studií, které se věnují či věnovaly vlivu antidepresiv na rozvinutí mánie. Riziko vzniku mánie zapříčiněný antidepresivy je 12,5 % (k porovnání vznik mánie bez zapříčinění antidepresiv je přibližně 7,5 %). Toto riziko je vyšší u pacientů s diagnostikovanou bipolární afektivní poruchou než u pacientů s diagnostikovanou depresivní poruchou (Tondo et al., 2010). Tím, že se však u pacientů s diagnostikovanou depresivní poruchou projevila hypománie či mánie, měla by se dle neoficiálních diagnostických kritérií změnit diagnóza pacienta na BAP III, pokud by byl tento typ uznávaný diagnostickými manuály.

1.4.2 Dělení bipolární poruchy dle Aldy

Dle Aldy existují 3 fenotypová spektra bipolární afektivní poruchy, které se částečně překrývají. Autor se věnuje nejen typickým průběhům relapsů a přítomností remisí, ale velký důraz klade na vhodně zvolená psychofarmaka (Alda, 2004).

Klasický typ

Tento typ představuje běžný “klasický“ průběh bipolární afektivní poruchy. Mánie jsou euforické, objevují se psychotické příznaky, deprese jsou melancholické. Nejsou běžné případy rychlého cyklování. Typické jsou naopak případy rodinné anamnézy obsahující diagnózu bipolární afektivní poruchy nebo rekurentní deprese. Komorbidity nejsou časté. Profil nemoci obsahuje zřetelné fáze mánie a deprese s jasnou remisí. Autor studie předpokládá, že by tento typ mohl být lithium responzivní (Alda, 2004).

Psychotické spektrum

Tento typ se překrývá s příznaky schizofrenie, u pacientů se objevují psychotické příznaky během epizod. Často jsou v rodinné historii diagnostikovány poruchy psychotického spektra – schizofrenie nebo schizoafektivní porucha, popřípadě depresivní porucha. Při mánii bývá nálada podrážděnější. Depresi dominují negativní symptomy a neurokognitivní změny. Komorbidity jsou častější než v prvním klasickém typu řazení, nejčastější komorbiditou je abúzus návykových látek. Také na rozdíl od první skupiny nejsou jasně vymezené remise. U této skupiny autor předpokládá, že by pacienti mohli být responsivní na atypické antipsychotika (Alda, 2004).

Charakterologický typ

U tohoto typu jsou charakteristické spíše hypománie, které jsou impulsivní až agitované. Deprese jsou definovány podrážděností a vyšší rozhněvaností. Typické je rychlé cyklování a neúplné remise spíše doprovázené úzkostí. U této skupiny jsou nejvíce časté komorbidity. Mezi ty například patří úzkost, ADHD, OCD nebo užívání návykových látek. V rodinné anamnéze se také objevují úzkosti a užívání návykových látek, vedle toho však ještě depresivní porucha nebo impulsivita. Za vhodnou farmakoterapii autor považuje antiepileptika (Alda, 2004).

1.4.3 Dělení dle Akiskala a Pintoa

Na základě vlastních zkušeností z kliniky v severní Americe autoři rozlišují hned 7 typů bipolární afektivní poruchy. Vycházejí přitom z Krepelinovy myšlenky. Ten po rozlišení 18

typů afektivních fází zjistil, že existuje takové množství variabilit, že nelze vytvořit přesné dělení této nemoci. Akiskal a Pinto při dělení kladou důraz na přítomnost mánie a deprese, rodinnou historii a na reakci na medikaci (Akiskal & Pinto, 1999).

Bipolární porucha I

Autoři vycházejí z definice z DSM, tedy bipolární porucha I typu má plně rozvinutou manickou fázi (Akiskal & Pinto, 1999).

Bipolární porucha I ½

Tento typ obsahuje opakované depresivní fáze a protrahované hypománie. Mezi hypománií a mánií je rozdíl vysvětlen výše. Hypománie by neměla člověku výrazně zasahovat do jeho běžného fungování. Protrahované hypomanické stavy však způsobují pacientovi určité obtíže, větší než při „běžných“ hypomanických stavech, ale menší, méně destruktivní než při plně rozvinutých mániích (Akiskal & Pinto, 1999).

Bipolární porucha II

Stejně jako v DSM, tato porucha obsahuje opakované depresivní propady střídané s hypomanickými relapsy (Akiskal & Pinto, 1999).

Bipolární porucha II ½

Sem se řadí ti pacienti, kteří mají kratší hypománii než 4 dny, tedy nesplňují kritéria pro bipolární poruchu II, a zároveň mají krátké deprese čili dohromady by se dali zařadit pod cyklotymickou poruchu. Autoři uvádějí, že tento typ bipolární poruchy může být zaměňován za poruchy osobnosti, zejména za hraniční poruchu osobnosti, jelikož rychlé střídání nálad je pro tyto obě dvě poruchy typické (Akiskal & Pinto, 1999).

Bipolární porucha III

Tento typ splňuje stejná kritéria, která byla popsána výše u třetího typu bipolární afektivní poruchy. Tedy typické jsou depresivní stavy a manické nebo hypomanické relapsy, které jsou vyvolány užíváním antidepresiv (Akiskal & Pinto, 1999).

Bipolární porucha III ½

Bipolární porucha III typu je podmíněna výskytem hypománie nebo mánie po užívání antidepresiv. Tento typ bere v úvahu výskyt těchto relapsů v důsledku užívání alkoholu nebo

jiných návykových látek. Otázka je, zda by se relaps projevil i bez užívání těchto látek (Akiskal & Pinto, 1999).

Bipolární porucha IV

Do tohoto typu spadají pacienti s hypertymickým temperamentem a zároveň depresivními propady. Hypertymie je zde klasifikována jako součást dlouhodobého fungování pacienta, a není tedy vázána na epizodu (Akiskal & Pinto, 1999).

1.5 Komorbidity

K bipolární afektivní poruše se váže mnoho komorbidit (mezi psychiatrické se řadí nejčastěji poruchy osobnosti, úzkostné poruchy, poruchy příjmu potravy nebo abúzus alkoholu) (Post, 2005). Objevuje ale i mnoho nepsychiatrických komorbidit. Nejčastěji se setkáme s kardiovaskulárním nebo metabolickým onemocněním (obezita, zvýšená hladina glukózy, hypertenze nebo diabetes) dále se objevují onemocnění dýchacích cest (astma), časté jsou také autoimunitní onemocnění, alergie, migrény, roztroušená skleróza, nebo onemocnění mozku, (Post, 2005; Sayuri Yamagata, Brietzke, Rosenblat, Kakar, & McIntyre, 2017; Gomes et al., 2013; Wu et al., 2016; Crump, Sundquist, Winkleby, & Sundquist, 2013; McIntyre et al., 2007).

Jak bylo zmíněno výše, bipolární afektivní porucha lze při nesprávné diagnostice zaměnit za hraniční poruchu osobnosti. **Poruchy osobnosti** jsou jedny z nejčastějších komorbidit BAP a hraniční porucha patří mezi ty nejčastější (v průměru každý pátý pacient s BAP je diagnostikován i HPO) (Frías, Baltasar, & Birmaher, 2016). Dále se výrazně vyskytuje paranoidní, schizoidní, schizotypální a vyhubávací porucha osobnosti, další poruchy osobnosti se vyskytují méně často (Post et al., 2018).

Stejně často, ne-li častěji se objevuje **úzkostná porucha** (téměř u každého druhého pacienta) a **sociální fobie** (u každého čtvrtého pacienta) (Simon et al., 2004; Cosoff & Hafner, 2016). Vyskytuje se i komorbidita **panické poruchy**, ta je u pacientů s BAP dvakrát častější než u pacientů s unipolární depresí a celkově dokonce dvacetkrát častější než u běžné populace. Tuto komorbiditu popisuje přibližně každý pátý pacient s bipolární afektivní poruchou (Chen & Dilsaver, 1995; Cosoff & Hafner, 2016).

Abúzus alkoholu či jiných návykových látek se objevuje u pacientů s bipolární afektivní poruchou častěji než u zdravé populace (Crump et al., 2013). Téměř u každého druhého pacienta se za jeho život objevil abúzus minimálně jednou. Nejeví se velký rozdíl mezi abúzem alkoholu a jiných drog (Cassidy, Ahearn, & Carroll, 2001). Manické relapsy často

vedou k abúzu alkoholu nebo návykových látek (viz kapitola 1.3.2 Mánie). Byla prokázána spojitost mezi manickými relapsy v historii pacienta a zvýšenou pravděpodobností abúzu alkoholu nebo jiné návykové látky (Kessler et al., 1996).

V neposlední řadě je třeba zmínit **obsedantně-kompulzivní poruchu** (OCD), která se vyskytuje až u třetiny pacientů s bipolární afektivní poruchou (Cosoff & Hafner, 2016; Krüger, Cooke, Hasey, Jorna, & Persad, 1995). Některé studie však uvádějí značně nižší výskyt (7 %) (Kruger, Braunig, & Cooke, 2000). Mezi další komorbidity, nejčastěji u dětí či adolescentů, řadíme **poruchy chování** nebo **ADHD** (Wozniak et al., 2019; Arnold et al., 2019).

Četnost komorbidit je v této práci uváděna značně orientačně, neboť tato práce není metaanalýzou vědeckých článků zabývajících se komorbiditami u bipolární afektivní poruchy. Proto je možné, že se výskyt zde uváděný liší od výskytu prokázaných v jiných studiích, které zde nebyly zahrnuty. Například dle Krishnana (2005) bychom mohli četnost komorbidit seřadit takto: úzkostná porucha (71 %), abúzus alkoholu a jiných návykových látek (44-56 %), sociální fobie (47 %), PTSD (39 %), poruchy osobnosti (36 %), poruchy spojené s poruchami příjmu potravy (13-58 %), panická porucha (11 %), OCD (10 %).

2. Faktory ovlivňující průběh bipolární afektivní poruchy

Existuje mnoho faktorů, které ovlivňují pacienta s bipolární afektivní poruchou. Tyto faktory ovlivňují klinický průběh nemoci, dále například komorbidity, které se k BAP váží či například riziko sebevražedného jednání pacienta. Některé z těchto faktorů může pacient sám ovlivnit, například dodržování denního a spánkového režimu, vyhnutí se práci na noční směny nebo vyhýbání se pro něj typickým spouštěčům relapsu. Na druhou stranu existují faktory, které jedinec neovlivní. Mezi takové patří například rodinná anamnéza. V této kapitole představíme několik faktorů, které ovlivňují průběh bipolární afektivní poruchy a okolnosti pacientova života. Nejedná se o výčet celkový, jelikož to není v možnostech této práce. Bývalo by bylo vhodné do této kapitoly zařadit podkapitoly týkající se pravidelnosti denního a spánkového režimu, dále vlivu práce a zaměstnání na průběh BAP nebo návaznosti relapsů na určité životní události a mnoho dalších.

2.1 Rodinná anamnéza

Výše jsme se zmiňovali o etiopatogenezi bipolární afektivní poruchy. Za jednu z příčin vzniku bipolární afektivní poruchy u daného jedince je považována dědičnost. Dle výzkumů se až u 60 % bipolárních pacientů objevuje v rodinné anamnéze přítomnost mánie a/nebo deprese a u 75 % najdeme v RA přítomnost jakéhokoli psychiatrického onemocnění (Antypa & Serretti, 2014; Suppes et al., 2001). Přítomnost psychických nemocí v rodinné anamnéze je spjatá s klinickým průběhem bipolární afektivní poruchy jedince. Významnost rodinné anamnézy můžeme také vypočítat z přítomnosti tohoto faktoru v Bipolarity indexu.

Nejčastěji se pozitivní rodinná anamnéza spojuje s dřívějším věkem nástupu bipolární afektivní poruchy (Hays, Krishnan, George, & Blazer, 1998; Baldessarini et al., 2012; Antypa & Serretti, 2014). Dále se ukazuje, že přítomnost psychiatrického onemocnění v rodinné anamnéze má vliv na četnost relapsů jedince. Pacienti s pozitivní rodinnou anamnézou reportují více manických i depresivních relapsů než jedinci bez psychiatrického onemocnění v rodině. U jedinců, kteří uvedli pozitivní rodinnou anamnézu, se objevuje vyšší riziko sebevražedných pokusů (Antypa & Serretti, 2014). Zároveň se objevuje u těchto pacientů rychlé cyklování více, než u pacientů s negativní rodinnou anamnézou (Antypa & Serretti, 2014; Saunders, Scott, McInnis, & Burmeister, 2008).

Přítomnost psychiatrického onemocnění v rodině pacienta ovlivňuje také klinický průběh bipolární afektivní poruchy. Pacienti uvádějí méně energie, horší soustředěnost, a častější suicidální ideace než pacienti s negativní rodinnou anamnézou (Antypa & Serretti,

2014). Více se také objevují určité komorbidity. Například abúzus nebo závislost na alkoholu, nebo panická porucha (Saunders et al., 2008). Rodinná anamnéza zasahuje také do vnímané kvality života pacienta. Pacienti s pozitivní RA uvádějí nižší kvalitu života a objevuje se zvýšený neuroticismus (Antypa & Serretti, 2014).

2.2 Hospitalizace

Hospitalizace pro pacienty s bipolární afektivní poruchou je v rámci jejich léčby mnohdy nevyhnutelná. Většina pacientů se setká za svůj život minimálně s jednou hospitalizací (Suppes et al., 2001). Průměrná délka hospitalizace je 30-48 dní (Rouch et al., 2015). Manická fáze se bez hospitalizace pacienta většinou neobejde (Látalová, 2010). U depresivní epizody, pokud hrozí suicidální jednání pacienta, je hospitalizace přímo nutná. V případě přímého ohrožení života pacienta nebo jeho okolí, je nedobrovolná hospitalizace podpořena zákonem (§38 (1) b), zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování – zákon o zdravotních službách).

Na otázku hospitalizace bychom se mohli podívat z pohledu léčby, respektive medikace. Ačkoliv tato práce se nemůže psychofarmakům věnovat do hloubky, jistě stojí za zmínku, že i správně zvolená medikace může snížit pravděpodobnost hospitalizace pacienta. Mnoho farmakologických firem provádí studie za účelem prokázat, že jejich medikace snižuje nutnost hospitalizace daného pacienta. Například studie na toto téma zaměřené prokázaly, že nutnost hospitalizace pacientů užívajících aripiprazol byla nižší, než u pacientů užívajících haloperidol nebo risperidon (Greene, Yan, Chang, Hartry, & Broder, 2017; Yan et al., 2017). Vhodně zvolená medikace může ovlivnit období mezi hospitalizacemi. Pacienti, kteří užívají olanzapin nebo je jejich léčba založena na stabilizátorech nálady, a není kombinována s jinou medikací (je monoterapeutická), vykazují období mezi hospitalizacemi delší než rok (Shim, Woo, Wang, & Bahk, 2017). Studií prokazujících účinnost určitého léku na snížení frekvence hospitalizací u pacienta je mnoho. Bohužel tato práce na ně není zaměřena, proto zde další studie nelze zmínit.

Hospitalizaci může ovlivňovat i mnoho jiných proměnných, než jsou psychofarmaka. Jednou z nich je i pracovní režim. Jedinci, kteří mají pravidelný pracovní režim, jsou méně vystaveni riziku hospitalizace než ti, kteří zaměstnaní nejsou (Luciano et al., 2016). Zaměstnaní pacienti vykazují dobu mezi hospitalizacemi delší než rok, zatímco nezaměstnaní pacienti reportují hospitalizace minimálně jednou do roka (Shim et al., 2017). Jedním z vysvětlení může být, že zaměstnaní si udržují pravidelný spánkový režim a tím přispívají k lepšímu průběhu své nemoci.

Další proměnnou je užívání návykových látek. U pacientů, kteří užívají návykové látky, do kterých se řadí i alkohol, se objevují relapsy častěji a tím pádem jsou i častěji hospitalizováni (Ayano & Duko, 2017).

Délku hospitalizace ovlivňuje mimo jiné věk pacienta. Čím mladší pacient, tím kratší hospitalizace. Průměrná délka hospitalizace pacientů mladší 60 let byla až o 14 dní kratší než u pacientů nad tuto věkovou hranici (Rouch et al., 2015). Vliv na délku hospitalizace také má způsob léčby pacienta. Pacient léčený stabilizátory nálady stráví na hospitalizaci až o týden kratší dobu než pacient, který byl vystaven elektrokonvulzivní terapii (Volpe & Tavares, 2003).

Četnost hospitalizací v životě pacienta ovlivňuje také řada faktorů. Jedním z nich je i návštěva ošetřujícího psychiatra v nedlouhé době po propuštění z hospitalizace. Studie ukazuje, že odkládaná návštěva psychiatra je spojena s nutností dřívější hospitalizace (Okumura, Sugiyama, & Noda, 2018).

Zajímavý je faktor manželství, který ovlivňuje dobu hospitalizace i délku období mezi hospitalizacemi. Pacienti v manželském svazku vykazují kratší dobu hospitalizace (Volpe & Tavares, 2003). Manželství se dále jeví jako faktor prodlužující dobu mezi hospitalizacemi na více než rok (Shim et al., 2017).

2.3 Terapie

Cílem ošetřujícího psychiatra a jeho volby léčby pacienta s bipolární afektivní poruchou by mělo být udržení remisního stavu pacienta, oddálení relapsů či alespoň zkrácení trvání relapsu a zlehčení jeho průběhu. K dosažení těchto cílů lze využít různých cest. Základem je farmakoterapie, bez které se obejde velmi malé procento pacientů. Pravidelné návštěvy ošetřujícího psychiatra jsou samozřejmostí. Ideální stav je doplnit farmakoterapii psychoterapií, kterých se nabízí několik druhů. Při velmi těžkých a opakujících se relapsech se indikuje elektrokonvulzivní terapie, terapie světlem či jiné neinvazivní druhy terapií, které napomáhají uzdravit pacienta.

2.3.1 Psychoterapie

Psychoterapie u bipolárních (i schizofrenních) pacientů byla dříve velmi opomíjená a přehlížena. Účinek biologické léčby byl v počátcích terapie bipolární afektivní poruchy natolik účinný, že ostatní druhy terapie se zdály jako zbytečné. V akutních relapsech je dodnes na prvním místě farmakoterapie. Nicméně po odeznění příznaků relapsů, jsou dopady předchozích relapsů na psychiku devastující, a zde právě nastupuje role psychoterapie (Scott, 1995). Při

prvotních příznacích relapsů lze proti plnému propadu bojovat taktéž psychoterapií (Miller, 2006). Mezi nejpoužívanější psychoterapeutické směry pro terapii bipolárních pacientů patří KBT, IPSRT a rodinná terapie. Důležitou roli zastává i psychoedukace, kterou z důvodu přehlednosti zařazujeme pod tuto kapitolu psychoterapie (Jones, 2004).

Ideální se zdá kombinace psychoedukace s psychoterapií jako takovou (Zaretsky, Lancee, Miller, Harris, & Parikh, 2008). Zejména se volí kombinace s KBT. KBT se zdá být vhodná volba psychoterapie pro pacienty, kteří se snaží být aktivní při léčbě této poruchy. Kombinuje kooperativní a vzdělávací styl, díky němuž může pacient zaujmout aktivní roli při své vlastní léčbě (Scott, 2001). Při KBT se pacient učí sám rozeznávat prvotní příznaky relapsů a převrátit negativní myšlenky do těch pozitivních (Miller, 2006). IPSRT vede pacienta k udržování pravidelného denního režimu a stability svých vztahů. Pravidelnost režimu je jeden z faktorů, který napomáhá k prodloužení remise pacienta a oddálení relapsů (Miller, 2006). Relapsy zasahují nejen do života pacienta, ale také do života jeho nejbližších. IPSRT napomáhá ke stabilizaci vztahů a k vzájemnému pochopení mezi přáteli, rodinou a pacientem. I z toho důvodu se volí jako jedna z možností rodinná terapie, která se zaměřuje na psychoedukace všech členů rodiny, řešení krizí a problémů v rámci rodiny a poskytuje určitý druh intervence (National Collaborating Centre for Mental Health, 2006).

Psychoedukace bývá kratší a z pravidla skupinová. Skupina se může sestávat jak z rodinných příslušníků, tak i z jedinců, kteří mají vlastní zkušenost s touto nemocí. Cílem psychoedukace je, jak už z názvu vyplývá, seznámit pacienta průběhem, příznaky, následky, léčbou a jiných elementech, které se vážou k bipolární afektivní poruše (Miklowitz, 2008; Gonzalez-Pinto et al., 2004).

2.3.2 Farmakoterapie

Vzhledem k tomu, že tato práce je zaměřena psychologicky, nikoli psychiatricky, nelze zabíhat v této kapitole do podrobností. Základní výčet farmakoterapie zde však lze nastínit. Volba vhodné medikace se odvíjí od mnoha faktorů. Jedním ze základních ukazatelů je momentální fáze nemoci pacienta. Medikace, mezi kterou se ošetřující lékař rozhoduje, je z pravidla z řad stabilizátorů nálady, antidepresiv a antipsychotik (Marchand, 2003).

Stabilizátory nálady

Stabilizátory nálady se zdají jako velmi účinné pro léčbu bipolární afektivní poruchy. Mezi stabilizátory nálady řadíme lithium, risperidon, aripiprazol, ziprasidon, olanzapin, quetiapin a lamotrigin. Jako zlatý standard mezi stabilizátory je však považováno lithium.

Ačkoli má řadu nežádoucích účinků, jeho přednosti jej stále staví mezi první volbu v medikaci. Mezi nežádoucí účinky patří ztráty paměti, třes, nárůst váhy a jiné (Marchand, 2003).

Kromě lithia patří mezi stabilizátory nálady valproát nebo například lamotrigine, které patří mezi antikonvulziva (Marchand, 2003). Antikonvulziva se předepisují zejména v případě, kdy pacient nemůže ze zdravotních důvodů užívat lithium (například vysoká hladina lithémie v krvi nebo obtíže s ledvinami) (Látalová, 2010). Valproát lékaři volí i v případě, kdy pacient tíhne k smíšeným epizodám nebo rychlému cyklování. Výhodou této medikace je, že je podobně účinná jako lithium (Müller-Oerlinghausen, Berghöfer, & Bauer, 2002).

Antidepressiva

Antidepressiva bývají první volbou u akutních depresivních epizod. Výše jsme zmínili, že s léčbou antidepressivy se setkáme zejména v případě, kdy lékař zatím pracuje s pacientem jako s depresivním, nikoli bipolárním. Tato volba medikace však může mít za následek přesmyk do manické fáze (Akiskal & Pinto, 1999; Tondo et al., 2010). Z toho důvodu není doporučena monoterapie antidepressivy. Pokud jsou tedy antidepressiva předepsána, bývá to v kombinaci se stabilizátory nálady (Marchand, 2003). Antidepressiva na rozdíl od lithia nemají antisuicidální efekt, spíše naopak. Léčba nevhodnými antidepressivy může podněcovat sebevražedné myšlenky a sebevražedné jednání pacienta (Hauser et al., 2007; Crump et al., 2013). Antidepressiva lze však v určitém případě a v určitých dávkách předepisovat v rámci profylaktické léčby (Látalová, 2010).

Atypická antipsychotika

S atypickými antipsychotiky se pacient setká zejména při akutních manických relapsech. Ačkoli název napovídá k umírnění psychotických symptomů, není jejich přítomnost nutná k předepsání tohoto druhu medikace (Müller-Oerlinghausen et al., 2002). I u atypických antipsychotik dochází k nežádoucímu účinku nárůstu hmotnosti. Se stejným nežádoucím účinkem se setkáme i u stabilizátorů nálady (Correll, Detraux, De Lepeleire, & De Hert, 2015). S tímto druhem medikace se setkáme zejména v kombinaci stabilizátorem nálady, ale není vzácná ani monoterapie atypickými antipsychotiky (Marchand, 2003).

2.3.3 Jiné terapie

Vedle farmakoterapie a psychoterapie se volí k léčbě bipolární afektivní poruchy i jiné druhy terapie. Zmíníme zde pouze dvě, elektrokonvulzivní terapii a terapii světlem. Terapie světlem neboli fototerapie, je účinná v sezónních i nesezónních případech depresivních relapsů

(Golden et al., 2005). Terapie světlem spočívá ve vystavení pacienta působení silného svícení po dobu nejčastěji dvě hodiny denně (Sit, Wisner, Hanusa, Stull, & Terman, 2007)

Elektrokonvulzivní terapie je velmi účinný nástroj využívající krátké silné elektrické výboje (Sienaert & Peuskens, 2006). Elektrokonvulzivní terapie se používá v posledních letech pro léčbu těžkých opakujících se depresivních relapsů, mnohdy s psychotickými příznaky, ale i pro léčbu těžkých manických relapsů (Valentí et al., 2008). EKT se indikuje také v případech, kdy je pacient rezistentní vůči medikaci (Látalová, 2010; Valentí et al., 2008).

2.4 Sezónnost

Sezónnost chápeme jako pomyslnou hnací sílu, díky které se určité stavy objevují pravidelně v určité roční době. Jsou všeobecné známé stavy člověka objevující se při začátku podzimu připomínající s trochou fantazie subdepresivní příznaky – méně energie, zhoršená nálada, vyšší potřeba spánku. U většiny populace se takové stavy objevují a po určité době samy vymizí. Vědecká obec se shoduje, že sezónnost relapsů u lidí s BAP je obdobná, jako střídání nálady u zdravého jedince. Tedy v návaznosti na roční období se objevují relapsy, ať manické, nebo depresivní. Kdy se ale relapsy objevují, v tom se studie rozcházejí.

Otázkou je, zda se výsledky studií rozcházejí zejména proto, že sezónnost by mohla být vázána nikoli na roční období, ale na délku denního světla či dokonce na počasí. V Brazílii, kde se zimní a letní období ve smyslu teploty a denního světla příliš neliší, jsou taktéž patrné sezónní výkyvy relapsů. Manické relapsy se v těchto zeměpisných šířkách objevují v srpnu, což je pro danou populaci pozdní zima, tedy období sucha. Manické relapsy tedy negativně korelují s množstvím vzdušné vlhkosti nebo množstvím srážek (Volpe, da Silva, dos Santos, & de Freitas, 2010). Naopak pozitivně korelují s délkou slunečního svitu a teplotou (Volpe & Delporto, 2006). Dle této teorie jsou depresivní relapsy na severní polokouli vázány k podzimnímu a zimnímu období, zatímco na jižní polokouli jsou vázány k polovině léta až brzkému podzimu (Friedman et al., 2006). Minimálně jedna studie však sezónnost pacientů zapříčiněnou klimatem, zeměpisnou šířkou a výškou a roční dobou vyvrací. V rámci výzkumu zahrnujícím různé zeměpisné šířky, teplotní rozdíly, počasí a klima nebyly nalezeny žádné signifikantní vztahy mezi relapsy a výše zmíněnými proměnnými (Bauer et al., 2009). V návaznosti na tuto teorii níže u studií uvádíme, odkud pochází vzorek daných studií. Bohužel ani v rámci shodného názoru na výskyt relapsů v rámci sezóny se oblast výzkumu neshoduje.

Část vědců stojí za názorem, že manické období bývá nejčastěji okolo začátku podzimu a na jaře (studie pocházejí z Anglie, Taiwanu, Maďarska Severní Karolíny) (Symonds & Williams, 1976; Rihmer, 1980; Yang et al., 2013; Cassidy & Carroll, 2002). Jiní vědci naopak

tvrdí, že mánie se sezónně objevuje v červenci a srpnu (studie z Taiwanu, Los Angeles a Dallasu) (Lee, Tsai, & Lin, 2007; Suppes et al., 2001). Úplně kontrastní názor zastává další část vědců, kteří předpokládají sezónnost mánie v prosinci a červnu (studie pochází z Kanady) (Murray et al., 2011).

Naopak depresivní epizody se sezónně objevují v zimě a v létě (studie pochází z Maďarska a Taiwanu) (Rihmer, 1980; Lee et al., 2007). Jiní vědci zastávají opačný názor. Deprese se podle části vědců objevuje v září a trvá nejčastěji přes celý podzim až do prosince (studie vznikly v Taiwanu, Los Angeles, Dallasu a Norsku) (Yang et al., 2013; Morken, Lilleeng, & Linaker, 2002; Suppes, et al. 2001). Další část vědců zastává názor, že se deprese sezónně objevuje na jaře a v létě (studie pochází z Tel Aviv a Taiwanu) (Shapira et al., 2004; Lee et al., 2007).

V rámci zkoumání sezónnosti byly vytvořeny dva typy pacientů a jejich sezónního střídání relapsů. Typ A typicky mívá depresivní relapsy na podzim, popřípadě v zimě a mohou se objevovat manické relapsy na jaře nebo v létě. Naopak pro typ B jsou typické jarní, popřípadě letní deprese s možnou přítomností manických epizod na podzim a v zimě. Etiologie a zástupnost v těchto typech je vyrovnaná (Faedda, 1993).

Můžeme však říci, že na sezónní střídání relapsů jsou více citlivé ženy a celkově pacienti s diagnostikovanou bipolární afektivní poruchou druhého typu (Morken et al., 2002; Murray et al., 2011).

V nedávné době přišli vědci z Národního ústavu duševního zdraví s názorem, že sezónní deprese (i bipolární deprese) nemůže být chápána jako sezónní na individuální úrovni, ale na globální. Znamená to tedy, že nemůžeme počítat s tím, že existuje určitá amplituda každého pacienta, díky níž by se u každého jednoho pacienta objevovaly relapsy vázané na sezónu. Skutečně se depresivní a manické relapsy objevují v návaznosti na určité roční období (manické v létě a depresivní na podzim a v zimě), nicméně za výskytem sezónních relapsů stojí vždy jiní pacienti, nikoli titíž, jako předchozí období. Tento výzkum tedy tvrdí, že sezónnost relapsů existuje, nemůžeme však předpokládat, že pokud byl pacient hospitalizován s depresivní epizodou na podzim, bude se v následujícím tento scénář opakovat (Bakstein et al., 2020).

2.5 Suicidalita

Bipolární afektivní porucha není nemoc, která by se mohla brát na lehkou váhu. Tato porucha patří mezi ty nejzávažnější, a to zejména z důvodu vysoké mortality pacientů. Pravděpodobnost sebevraždy u této poruchy je 10 - 30krát vyšší než u běžné populace (Dome, et al., 2019). Norští vědci zkoumali úmrtnost občanů a její zapříčinění. Přirozenou cestou

zemřelo cca 94-96 % všech zesnulých. Z celkové úmrtnosti za celý rok bylo 0,6 % respektive 1,7 % zapříčiněno sebevraždou. U mužů je suicidalita o procento vyšší. U bipolárních pacientů se čísla liší. Přírozenou cestou zemřelo 82-88 %. Sebevraždu však spáchalo 5-10 % pacientů. U mužů je sebevražedné chování o 5 % vyšší (Crump et al., 2013). Každý druhý až třetí pacient diagnostikovaný touto poruchou se minimálně jednou za život pokusil o sebevraždu (Látalová et al., 2014; Slama et al., 2004; Suppes et al., 2001).

Sebevražedné pokusy pacientů nejsou spojeny s žádnou další nemocí, ale jsou spojeny s abúzem návykových látek, zejména alkoholu a cigaret (Suppes et al., 2001; Slama et al., 2004). Další asociaci pozorujeme v počtu předchozích depresivních epizod a brzkém věku nástupu nemoci (Slama et al., 2004; Marangell et al., 2006). Vyšší riziko sebevraždy je také pozorováno u jedinců, kteří se v minulosti o sebevraždu pokusili (Marangell et al., 2006). V rámci fázi bipolární afektivní poruchy je vyšší riziko sebevraždy u těch jedinců, kteří v minulosti refletovali více depresivních než manických epizod. Vysoce signifikantní je i historie smíšených epizod a rychlého cyklování (Seo, Wang, Jun, Woo, & Bahk, 2016). Pokus o sebevraždu či suicidální ideace jsou spojeny nejčastěji s depresivní epizodou, a to zejména s příznaky úzkostnosti v depresivní fázi, beznaděje a celkově prožívané depresivní nálady. Suicidální pokusy či ideace se objevují i při smíšených epizodách, avšak nikoli při manických či hypomanických (Valtonen et al., 2007).

Riziko sebevraždy ovlivňuje i medikace. Léčba pacienta antidepresivy v době, kdy nebyla bipolární afektivní porucha detekovaná, může vést k vyššímu riziku sebevraždy (Hauser et al., 2007). Celkově antidepresiva mohou zvyšovat pravděpodobnost sebevražedného chování v návaznosti na zvýšenou suicidální tenzi zapříčiněnou právě antidepresivy. Antisuicidální efekt byl pozorován u monoterapie lithia (Crump et al., 2013). Naopak užívání pouze olanzapinu, valproátu či risperidonu riziko sebevraždy zvyšuje, stejně tak jako monoterapie určitých atypických antipsychotik (Crump et al., 2013).

Vyšší riziko sebevraždy je spojeno se sebevražedným chováním v rodinné anamnéze. V rodinné anamnéze však nehraje v tomto případě roli diagnostika afektivních poruch u členů rodiny, nýbrž pokus o sebevraždu či dokonaná sebevražda (Látalová, 2010).

Existují tedy faktory, které zvyšují pravděpodobnost sebevražedného pokusu u pacienta. Mezi takové faktory patří délka depresivního relapsu, počet depresivních relapsů, výše již zmíněná rodinná anamnéza obsahující suicidium, medikace, smíšené epizody či rychlé cyklování, nebo fyzické či sexuální zneužívání v dětství (Látalová, 2010; Baldessarini, Tondo, Pinna, Nuñez, & Vázquez, 2019; Crump et al., 2013; Seo et al., 2016).

3. Věk nástupu

Jak již bylo výše několikrát nastíněno, existuje mnoho faktorů, které ovlivňují průběh bipolární afektivní poruchy a tyto faktory se i navzájem ovlivňují. Jedním takovým velmi diskutovaným faktorem je věk nástupu nemoci u pacienta. Jako nástup nemoci se z pravidla počítá první příznak nebo symptomy depresivního nebo manického relapsu, ač tyto symptomy nemusely do deprese nebo mánie jako takové přerůst. Dále například pokus o sebevraždu nebo hyperaktivita jsou brány jako příznaky bipolární poruchy. Až třetina pacientů má zkušenost s těmito příznaky ještě před nástupem první epizody, tedy před určením diagnózy (Lish et al., 1994). Většina pacientů vyhledá odbornou pomoc do jednoho roku od prvního příznaku. Bohužel až 69 % je chybně diagnostikováno, a to nejčastěji depresivní poruchou (Hirschfeld, Lewis, & Vornik, 2003). Při první návštěvě odborného lékaře většina pacientů reflektovala depresivní příznaky. Pouze jedna čtvrtina pacientů je správně diagnostikována bipolární afektivní poruchou. Průměrná doba mezi první návštěvou lékaře a obdržení správné diagnózy je 4 roky a pacienti průměrně vystřídají až 3 odborná pracoviště, než se s diagnózou BAP setkají. (Hirschfeld, et al., 2003).

Věk nástupu nemoci, respektive jejich prvních příznaků se individuálně liší. Průměrný věk nástupu je v pokročilejším adolescentním věku, tedy mezi 17 a 19 lety, jiné studie uvádějí průměr širší mezi 12-24 roky života (Kupfer et al., 2002; Perlis et al., 2004; Baldessarini et al., 2012). Rozlišuje se brzký věk nástupu a pozdní věk nástupu. Některé studie přidávají další kategorie, a to velmi brzký věk nástupu, tedy dětský věk a střední věk nástupu, který se řadí mezi brzký a pozdní. Za velmi brzký věk nástupu je tedy považováno dětský věk do 13 let, brzký věk bývá omezený horní hranicí 18 až 20 (21) let a nad tuto hranici je většinou studií již považován věk nástupu za pozdní (Holtzman et al., 2015). Většina pacientů se s prvními příznaky setká v dospělém věku. Nejméně naopak ve věku dětském. Studie se velmi liší v procentuálním zastoupení těchto skupin. První příznak se v dětském věku objeví u 28-31 % pacientů, u 28-38 % pacientů se první příznaky objeví mezi 13-18 lety života a 35-64 % pacientů se s prvním příznakem setká v dospělém věku (Perlis et al., 2004; Lish, et al., 1994; Hirschfeld et al., 2003). Od prvního příznaku do určení diagnózy a první medikace uplyne signifikantně delší doba u pacientů s brzkým věkem nástupu. Od prvního příznaku uplyne přibližně 10 let, než pacient dostane svou první medikaci. Stejná doba uplyne mezi první diagnózou a první medikací. Mezi první epizodou a první diagnózou uplyne v průměru dokonce až 15 let. U pacientů s pozdějším věkem nástupu je toto prodlení v průměru o 5 let kratší (Suominen et al., 2007).

Nejvíce je pozornost věnována brzkému nástupu nemoci. Bipolární afektivní porucha typu I má mnohem častěji dřívější věk nástupu než BAP II (Suppes et al., 2001). Dřívější věk nástupu prvních příznaků je spojován s historií bipolární poruchy nebo jiných poruch nálady v rodinné anamnéze, častějšími relapsy (více než 20), rychlým cyklováním a častějšími smíšenými epizodami (Suppes et al., 2001; Baldessarini et al., 2012; Schürhoff et al., 2000; Hamshere et al., 2009; Perlis et al., 2004). Depresivní epizody bývají delší než u pacientů s pozdním věkem nástupu (Coryell, Fiedorowicz, Leon, Endicott, & Keller, 2013). Manické i depresivní epizody mívají závažnější průběh (Azorin et al., 2013; Biffin et al., 2009). Většina odborníků se shoduje, že pacienti s dřívějším věkem nástupu mají vyšší pravděpodobnost sebevražedného chování (Slama et al., 2004; Perlis et al., 2004; Baldessarini et al., 2012; Hamshere et al., 2009). V rámci manických relapsů se častěji setkávají s psychotickými příznaky, jako jsou halucinace nebo bludy. I z toho důvodu je možné, že se pacienti s dřívějším věkem nástupu častěji setkávají s chybnou diagnózou schizoafektivní poruchy (McGlashan, 1988; Schürhoff et al., 2000; Azorin et al., 2013).

Pro pacienty s nižším věkem nástupu bývá typická komorbidita anxiózní poruchy nebo panické poruchy (Simon et al., 2004; Schürhoff et al., 2000; Azorin et al., 2013). Brzký věk nástupu je dále spojován se sexuálním fyzickým ale i verbálním zneužíváním a napadáním v dětství ze strany rodičů či prarodičů. (Post et al., 2016)

Zatím jen málo studií se věnovalo rozdílné medikaci na základě věku nástupu nemoci. Nicméně dle zatím publikovaných studií se zdá, že pacienti s dřívějším věkem nástupu nejsou responzivní na léčbu lithiem (Schürhoff et al., 2000; Strober et al., 1988).

VÝZKUMNÁ ČÁST

1. Výzkumný problém a cíle výzkumu

Hlavním tématem celé této diplomové práce je bipolární afektivní porucha a zejména její průběh. Bipolární afektivní porucha je velmi rozšířené psychické onemocnění zasahující 1 % populace (Merikangas et al., 2007; Pini et al., 2005; Raboch & Pavlovský, 2012; Rowland & Marwaha, 2018). Je to velmi individuální a dynamické onemocnění, proto není jednoduché zachytit typický průběh. Průběh ovlivňuje mnoho faktorů, jako je například rodinná anamnéza, pravidelný režim, sezónnost, léčba... Jedním z těchto faktorů je i věk nástupu, který jednak ovlivňuje různé faktory, ale také je určitými faktory ovlivňován. Na základě dostupných poznatků je věk nástupu této poruchy u pacienta ovlivňován například přítomností poruch nálady v rodinné anamnéze pacienta. Dále je prokázáno, že věk nástupu ovlivňuje průběh nemoci, její závažnost a léčbu. Věk nástupu poruchy většinou dělíme na brzký a pozdní. Obvykle se volí cut-off-point okolo 20. roku života.

Vytyčení výzkumného problému je považováno za nejdůležitější část výzkumu, ačkoli je to mnohdy část nejsložitější. I zde se jedná o velmi složitý úkol, jelikož existuje mnoho proměnných, se kterými můžeme pracovat a mohou tedy tvořit náš výzkumný problém. Základním a vše vypovídajícím výzkumným problémem však je, zda věk nástupu ovlivňuje průběh bipolární afektivní poruchy.

Cíle empirické části této práce jsou převážně deskriptivní. Hlavním záměrem je popis průběhu nemoci u pacientů, kteří popsali dřívější věk nástupu. Tento průběh bude porovnán s průběhem této poruchy u pacientů, u kterých se nemoc projevila až v pozdějším věku. Z těchto dat by bylo možné hlubší porozumění této nemoci a zlepšení managementu léčby.

V rámci výzkumu jsme pacienty požádali o podrobný popis jejich života v souvislosti s bipolární afektivní poruchou. Otázky se zejména týkali věku nástupu, příznaků, časového rozestupu mezi prvními příznaky a odbornou léčbou, závažnosti poruchy a množstvím relapsů. Tímto podrobným dotazníkem jsme směřovali k dílčím cílům našeho výzkumu:

1. Zjistit věk nástupu bipolární afektivní poruchy

Za věk nástupu byl považován jakýkoli příznak, který souvisí s projevy bipolární afektivní poruchy. Participantí vybírali z předvyplněných možností: depresivní příznaky (smutek, nedostatek energie, neschopnost se radovat, nechut' k jídlu, problémy se spánkem, pesimistické myšlenky), manické příznaky (nadnesená nálada, nadmíra energie, bez potřeby spánku nebo odpočinku, zrychlené myšlení, upovídání), úzkosti/panika (neopodstatněný strach, tlak na hrudi, pocení, zrychlený tep, nevolnost), pocit, že dokážu věci, které jiní nedokáží (mluvit se

zvířaty, ovládání ostatních, čtení myšlenek), pocit jedinečnosti, výjimečnosti, ostražitost, pocit, že mne ostatní sledují, odposlouchávají, vztahovačnost. Participanti byli požádáni, aby uvedli věk, kdy se u nich výše zmíněný příznak vyskytl.

2. Zjistit první diagnózu

Participanti byli požádáni o vyplnění první diagnózy, kterou obdrželi při návštěvě odborníka. Participanti mohli zvolit jednu a více z předem vyplněných diagnóz (bipolární afektivní porucha, depresivní porucha, úzkostná porucha, porucha osobnosti, schizoafektivní porucha, schizofrenie). Dále participanti mohli doplnit jinou diagnózu, která nebyla zmíněna.

Participanti dále vyplnili věk, kdy obdrželi první diagnózu a věk, kdy obdrželi diagnózu bipolární afektivní poruchy.

3. Zjistit časové odstupy

Cílem je zjistit časové odstupy od prvního příznaku k vyhledání léčby a zda první příznak vedl k vyhledání léčby. Zjistit interval mezi návštěvou prvního lékaře a určení první diagnózy. Zjistit, zda první diagnóza byla bipolární afektivní porucha, popřípadě časový odstup od první diagnózy k diagnóze BAP.

Participanti uvedli věk, ve kterém se u nich objevil první psychiatrický problém, a jaký tento problém byl. Dále uvedli věk, ve kterém poprvé vyhledali pomoc odborníka. Poté uvedli věk, kdy obdrželi první diagnózu. Participanti byli dotázáni, jak zněla jejich první diagnóza. Pokud jejich první diagnóza nebyla bipolární afektivní porucha, byli požádáni, aby si vzpomněli na věk, kdy dostali diagnózu bipolární afektivní poruchy.

4. Identifikovat závažnost poruchy u pacientů s brzkým věkem nástupu

Participanti na škále 1-5 ohodnotili přítomnost a závažnost projevů u první manické a depresivní epizody a u nejzávažnější manické a depresivní epizody. Na škále 1-5 u první a nejzávažnější depresivní epizody hodnotili přítomnost nebo závažnost změny nálady, úzkostí, neklidu nebo paniky, změny energie, abulie, potíží s pozorností a myšlenek na sebevraždu nebo pokusu o sebevraždu. Na škále 1-5 u první a nejzávažnější manické epizody hodnotili participanti přítomnost nebo závažnost změny energie, změny spánkového režimu, změny nálady, změny chuti na sex, změnu řeči a změny pozornosti. Zmínili zde i pokusy o sebevraždu, myšlenky na sebevraždu nebo psychotické příznaky.

Dále uvedli, zda pobírají invalidní důchod z důvodu diagnózy bipolární afektivní poruchy. Pobírání invalidního důchodu a jeho výše je taktéž ukazatelem závažnosti poruchy. Participanti uvedli, kolik hospitalizací prodělali v rámci depresivního relapsu a v rámci manického relapsu. Počet hospitalizací taktéž ukazuje na závažnost onemocnění.

5. Porovnat výskyt sebevražedných myšlenek a chování u skupiny s brzkým věkem nástupu a skupiny s pozdním věkem nástupu

Participanti byli požádáni, aby vyplnili, zda při první či nejhorší depresivní epizodě měli myšlenky na sebevraždu, či se o sebevraždu pokusili.

6. Porovnat výskyt psychotických příznaků u participantů s brzkým věkem nástupu a participantů s pozdním věkem nástupu

Participanti byli vyzváni k zaznamenání přítomnosti psychotických příznaků během manické nebo depresivní epizody.

7. Výše zmíněné cíle porovnat mezi skupinami s brzkým a pozdním věkem nástupu

Veškeré proměnné byly rozděleny do kategorií dle věku nástupu. Cílem je porovnat tyto kategorie a popsat rozdíly mezi nimi.

8. Shrnout souvislosti a rozdíly mezi sledovanými proměnnými

Pomocí základní korelační analýzy byly ověřeny vztahy či rozdíly mezi sledovanými proměnnými. Sledován byl věk nástupu, průběh a závažnost poruchy, rodinná anamnéza, suicidální ideace či pokusy a psychotické příznaky. V úvahu jsou brány i sociodemografické údaje jako věk nebo pohlaví.

9. Popsat možné přínosy závěrů této studie pro klinickou praxi

Věříme, že výsledky tohoto výzkumu budou pro klinickou praxi užitečné minimálně jako východisko pro další šetření v rámci tohoto tématu. Zjištěné výsledky by měly přiblížit významnost věku nástupu této poruchy s cílem možné prevence relapsů či změny managementu onemocnění.

2. Výzkumné hypotézy

Výzkumné hypotézy vycházejí z výzkumných cílů. Z literatury víme, že věk nástupu ovlivňuje průběh nemoci. Při tvorbě hypotéz jsme vycházeli z výzkumů věnujících se věku nástupu u bipolární afektivní poruchy. Brzký věk nástupu bývá spojen s pozdějším určením diagnózy (Suominen et al., 2007). Výzkumy prokázaly, že brzký věk nástupu souvisí se závažností průběhu. Tato závažnost se nejčastěji specifikovala přítomností psychotických příznaků, počtem pokusů o sebevraždu, či množstvím hospitalizací (Suppes et al., 2001; Baldessarini et al., 2012; Schürhoff et al., 2000; Hamshere et al., 2009; Perlis et al., 2004; Azorin et al., 2013; Biffin et al., 2009; Slama et al., 2004; McGlashan, 1988). Z těchto výzkumů jsme vycházeli při tvorbě hypotéz. Hypotézy specifikují a konkrétně definují vztahy mezi sledovanými proměnnými. Týkají se především věku nástupu a jeho vztahu s průběhem bipolární afektivní poruchy.

H1: Brzký věk nástupu pozitivně koreluje se závažností průběhu bipolární afektivní poruchy

H2: Brzký věk nástupu souvisí s přítomností psychotických příznaků

H3: Brzký věk nástupu souvisí se suicidálními ideacemi či pokusy o sebevraždu

H4: Brzký věk nástupu negativně koreluje s dobou mezi prvním příznakem a určením diagnózy

H5: Brzký věk nástupu souvisí s množstvím hospitalizací

3. Design výzkumného projektu

Ve výzkumné části je porovnáván věk nástupu a jeho vliv na průběh bipolární afektivní poruchy. Předpokladem pro tento výzkum je souvislost mezi věkem nástupu nemoci, tedy prvních příznaků, a průběhu nemoci, respektive její závažnosti.

Výběrovým souborem jsou účastníci studie Aktibipo400, z jejichž celkového počtu 198 se zúčastnilo sběru dat pro tento výzkum 116. Participantů vyplnili online dotazník o 67 otázkách. Sběr dat probíhal dva a půl měsíce. Participantů vyplňovali dotazník dobrovolně bez vnější motivace autorů studie (participantům nebyla nabídnuta finanční ani jiná odměna).

Zpracování dat probíhalo pomocí počítačového programu Jamovi a Microsoft Excel. Kromě věku participantů žádná z dalších proměnných neodpovídala normálnímu rozdělení, což bylo vždy dokázáno Shapiro-Wilkovým testem ($p < 0,001$). Výsledky jednotlivých statistických výpočtů byly vždy hodnoceny na hladině významnosti $\alpha = 0,05$. Pro zpracování jednotlivých dat bylo použito několik testů: Chí-kvadrát test, Spearmanův korelační test a Mann-Whitneyův U test. Na začátku této druhé části diplomové práce byly zvoleny cíle a hypotézy, které na konci budou vyhodnoceny.

3.1 Typ výzkumu

Jedná se o kvantitativní přístup k dané problematice. Byly stanoveny hypotézy, které byly ověřeny statistickými metodami. Základním předpokladem kvalitního kvantitativního výzkumu je dostatečně velký vzorek. Tuto podmínku jsme se svými 116 participanty splnili. V ideálním případě by se měli participantů do studie zapojovat pomocí náhodného výběru, což by zvýšilo externí validitu, tedy zobecnitelnost výsledků výběrového souboru na soubor základní. V našem případě se však participantů zapojili do výzkumu na základě sebevýběru.

Tento výzkum je považován za observační, deskriptivní šetření. Na základě způsobu analýzy dat je možné výzkum považovat za přehledový, korelační, jelikož snahou je nalézt vztah mezi proměnnými. Tímto výzkumem popíšeme výběrový soubor s cílem zobecnění výsledků na soubor základní. Informace o participantech jsme získávali pomocí dotazníku, který byl šířen mezi účastníky studie Aktibipo400 pomocí internetového odkazu.

3.2 Metody získávání dat

Prvním krokem byla rešerše studií zabývajících se věkem nástupu. Následně byly vytvořeny otázky dotazníku. Při tvorbě otázek jsme vycházeli z vlastní zkušenosti s pacienty s bipolární afektivní poruchou, respektive s průběhem a projevy této nemoci u pacientů. Oporou

byly klinické škály Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) a Young Mania Rating Scale (YOUNG). Obě dvě škály jsou standardizované pro českou populaci i pro telefonický rozhovor. Otázky byly otevřené i uzavřené, uzavřené vždy s možností doplnit předem dané odpovědi. Následně byly otázky schváleny dvěma nezávislými psychiatry a dvěma psychology, kteří mají dlouhodobou zkušenost s pacienty s bipolární afektivní poruchou. Pro sběr dat byl využit Google forms z důvodu jednoduché dostupnosti pro pacienty.

3.2.1 Proces tvorby dotazníku

Při tvorbě dotazníku jsme vycházeli z osobních zkušeností získané při práci s pacienty s bipolární afektivní poruchou. Dotazník celkově čítá 67 otázek, které jsou rozděleny do 8 kategorií: osobní údaje, první příznaky, bipolární afektivní porucha, první depresivní epizoda, nejzávažnější depresivní epizoda, první manická epizoda, nejzávažnější manická epizoda, medikace, invalidní důchod a jiné.

V první kategorii účastníci vyplnili informované souhlasy o zpracování osobních údajů v rámci diplomové práce a studie Aktibipo400, dále své identifikační číslo ve studii či své jméno (pro pozdější možné přiřazení dat v rámci studie Aktibipo400), své pohlaví, věk, počet obyvatel města, ve kterém žijí, pracovní režim a rodinnou anamnézu. V rámci položky rodinné anamnézy účastníci vyplnili, zda a kdo v jejich rodině byl diagnostikován psychickou poruchou a popřípadě jakou. Tato diagnóza musela být potvrzena psychiatrem či psychologem. Pozitivní rodinná anamnéza (příbuzní prvního a/nebo druhého stupně byli diagnostikováni psychickou poruchou) bývá spojen s nižším věkem nástupu (Schürhoff et al., 2000).

Druhá část se věnovala prvním příznakům nemoci. Účastníci mohli volit z předem vypsáných možností, které popisovaly depresivní či manické příznaky, úzkosti, psychotické či paranoidní příznaky či vyplnit vlastní. Dále se bylo doptáváno na věk při výše zvoleném příznaku, věk vyhledání první odborné (psychiatrické) pomoci a při jakých potížích daného lékaře vyhledali. Dále se bylo doptáváno na první diagnózu, věk při obdržení první diagnózy a zda při první diagnóze účastníci také obdrželi první psychiatrickou medikaci. V rámci této kategorie jsme se snažili postihnout proces před určením diagnózy bipolární afektivní poruchy. Jak jsme zmínili výše, jedním z cílů studie je totiž právě popsání časového rozestupu mezi prvními příznaky, návštěvou lékaře a určením první diagnózy. Z předchozích studií vyplývá, že věk nástupu ovlivňuje délku mezi prvním příznakem (tedy věkem nástupu) a vyhledáním

lékařské pomoci, popřípadě obdržet první diagnózu (Suominen et al., 2007; Leverich et al., 2007).

V následující části jsme se věnovali bipolární poruše a jejím příznakům u daného jedince. Nejprve jsme zjišťovali věk, kdy jedinec dostal diagnózu bipolární afektivní poruchy. Dále následovaly otázky na první epizodu, tedy jaká byla a v jakém věku se objevila. Následující otázka byla pro participanty nejobtížnější. Byli požádáni o vypsání všech epizod, které se u nich za život objevily, věk, kdy se objevily, jak dlouho epizody probíhaly, zda a kdy proběhly hospitalizace a zda mezi epizodami zaznamenali remise. Dále jsme se zabývali depresivními epizodami celkově: kolik z nich vedlo k hospitalizaci a zda se vyskytly myšlenky na sebevraždu a kolikrát a zda byl spáchán pokus o sebevraždu. Totéž jsme opakovali pro manické relapsy, avšak místo myšlenek na sebevraždu a pokusů o ni, byli participanti dotázáni na psychotické a paranoidní příznaky. V rámci výzkumů bylo zjištěno, že věk nástupu ovlivňuje počet relapsů, hospitalizací sebevražedné myšlenky nebo pokusy o sebevraždu či přítomnost psychotických příznaků (Schürhoff et al., 2000; Suominen et al., 2007; Cate Carter, Mundo, Parikh, & Kennedy, 2003; Nowrouzi et al., 2016; Coryell et al., 2013; Azorin et al., 2013; Leverich et al., 2007). Dále participanti byli dotázáni, zda první epizoda byla podmíněna nějakou událostí a popřípadě jakou. Poslední položkou z této kategorie byla otázka na komorbiditu. Stejně jako u předchozích otázek, i zde jsme vycházeli ze studií zabývajících se věkem nástupu bipolární afektivní poruchy a komorbiditami (Schürhoff et al., 2000; Suominen et al., 2007; Cate Carter et al., 2003; Azorin et al., 2013; Leverich et al., 2007).

Následující čtyři kategorie se zabývají závažností prvních a nejzávažnějších epizod. Participanti volili na škále 1-5 zda se u nich určitý příznak vyskytoval a v jaké míře. Při depresivních epizodách participanti uvedli na škálách přítomnost a závažnost změny nálady, úzkostí, neklidu či paniky, změny energie, abulie, změny pozornosti a myšlenek na sebevraždu. Při volbě těchto položek jsme vycházeli ze škály depresivity MADRS. V rámci manických epizod participanti na škálu zaznamenali přítomnost a závažnost změny energie, změny spánkového režimu, změny chuti na sex, změnu řeči a toku myšlenek a změny pozornosti. V rámci této kategorie jsme vycházeli z YMRS škály.

V poslední části dotazníku byli participanti vyzváni k zaznamenání přítomnosti rychlého cyklování, sezónního střídání relapsů, užívání medikace, responcibility na lithium, pobírání invalidního důchodu z důvodu BAP, a nakonec participanti ohodnotili na škále 1-10 jejich aktuální stav (velmi depresivní-manický). Volba těchto otázek vycházela ze studií, které prokázali vliv brzkého věku nástupu na rychlé cyklování, sezónnost a non-responcibilitu na lithium (Schürhoff et al., 2000; Suominen et al., 2007; Cate Carter et al., 2003; Ernst &

Goldberg, 2004; Leverich et al., 2007). Na závěr měli participantů možnost doplnit připomínku či dotaz.

3.4 Metody zpracování a analýzy dat

Před zpracováním dat bylo nutné data upravit. Participantů měli možnost do odpovědi „Jiné“ uvést jinou odpověď, než předvolenou či vypsát cokoli doplňujícího. Po úpravě dat bylo nutné zvolit cut off point věku nástupu. Tento zlomový věk jsme určili na základě studií. Ke zpracování dat jsme zvolili program Jamovi a Microsoft Excel.

Normalita rozložení vzorku byla ověřena Shapiro-Wilkovým testem. Žádné ze zpracovaných dat však neodpovídala normálnímu rozdělení ($p < 0,001$), kromě věkového rozdělení participantů, které odpovídalo normálnímu rozdělení ($p = 0,428$). Nejprve jsme z principu studie u většiny analýz využili deskriptivní statistiku pro popsání vzorku. Dále byl použit Chí-kvadrát test pro dichotomické proměnné a Mann-Whitneyův U test. Pro testování korelace byl použit Spearmanův korelační koeficient.

Hypotézy byly ověřovány s minimální stanovanou hladinou významnosti $\alpha = 0,05$. Významnost byla hodnocena u p-hodnot: $p > 0,1$ za nesignifikantní, $p < 0,1$ za nesignifikantní, ale s určitým trendem, $p < 0,05$ za signifikantní, $p < 0,01$ za vysoce signifikantní.

Síla korelačního koeficientu v absolutní hodnotě byla hodnocena: $r_s < 0,1$ zanedbatelný vztah, $r_s < 0,3-0,5$ středně silný vztah, $r_s \geq 0,5$ silný vztah.

3.4.1 Úprava dat

Participantů měli vždy možnost vyplnit položku „Jiné“ a tím doplnit již předvolenou odpověď či tímto způsobem zvolit odpověď vlastní. Pro kvalitní kvantitativní zpracování dat bylo nutné upravit odpovědi. Pokud se vyplněné odpovědi shodovaly s již předvyplněnými, pouze byly jinak formulované, přeformulovala se odpověď na předvyplněnou odpověď. Pokud se odpovědi lišily od předvolených, zařadily se pod položku Ostatní.

Například v otázce č. 8 „Jaký je Váš pracovní režim?“ participantů volili často položku „Jiné“ a doplňovali vlastní pracovní režim. Ve většině případů bylo možné odpověď přeformulovat do předem zvolených kategorií. U otázek, u kterých participantů vyplnili odpověď „Jiné“: jsem důchodce, jsem na mateřské dovolené, mám pracovní neschopnost a podobně, nebylo možné bez možnosti dotazování určit jejich pracovní a denní režim, proto byly odpovědi shrnuty pod kategorií Ostatní. Participantů, kteří vyplnili, že vstávají více jak polovinu

pracovních dní stejně, byli zařazeni pod kategorii „Pracuji, a vstávám každý den stejně“. Podobným přístupem se zpracovávaly všechny odpovědi „Jiné“ u většiny otázek dotazníku.

3.4.2 Cut off point věku nástupu

Stěžejním úkolem bylo určit cut off point věku nástupu. Pro lepší přehlednost jsme zvolili pouze 2 kategorie – brzký věk nástupu a pozdní věk nástupu. Na podkladě studií zabývajících se tímto tématem a bipolarity indexu, který hodnotí věk nástupu 15-19 jako nejzávažnější, jsme zvolili brzký věk nástupu do 19 let včetně, a pozdní věk nástupu od 20 let výše (Biffin et al., 2009; Ernst & Goldberg, 2004; Leverich et al., 2007).

3.5 Etika výzkumu

Jelikož participanti byli účastníci studie Aktibipo400 a sběr dat probíhal nejen pro účely této diplomové práce, ale také pro účely zmíněné studie, z etického hlediska se postupovalo dle pravidel dané studie. Studie Aktibipo400 je schválena etickou komisí. Participanti při vstupu do studie podepisují informovaný souhlas a souhlas se zpracováním osobních údajů. Participanti měli možnost vystupovat pod anonymním uživatelským jménem, které používají ve studii, nebo uvedli své jméno. Možnosti vystupovat pod anonymním uživatelským jménem využila jen menšina participantů. Uvedená křestní jména a příjmení byla tedy dodatečně převedena pod uživatelská jména užívaná ve studii. Tedy s daty participantů bylo zacházeno v průběhu analýzy anonymně pod uživatelskými jmény, která participanti užívají ve studii Aktibipo400. Anonymita dat byla striktně dodržována během analýzy dat i během zveřejňování výsledků analýzy. Veškeré osobní informace, které participanti mohli do dotazníku kdykoli uvést, byly z analýzy dat vymazány z důvodu intimnosti daných dat, a sice nepravděpodobného, ale přesto možného, rozpoznání identity participanta. Uchování výsledků a dat z dotazníku a jejich další zpracování podléhá GDPR a je s nimi tedy zacházeno v souladu se zákonem.

V rámci úvodního slova dotazníku bylo participantům nabídnuto kontaktování autorky studie e-mailem v případě jakýchkoli dotazů. Participanti byli v začátku dotazníku seznámeni s tím, že data budou použita i pro účely studie i pro účely diplomové práce a měli možnost nesouhlasit s užitím jejich dat pro účely studie nebo diplomové práce nebo obojí. Žádný participant však žádné z těchto možností nevyužil. Všichni participanti tedy souhlasili se zpracováním svých osobních údajů ve studii Aktibipo400 i v této práci. Během vyplňování dotazníku mohli participanti kdykoli svou účast při sběru dat ukončit.

Při vyplňování dotazníku byla většina otázek povinná. Vždy byla však jedna z možností „Jiné“. Při zvolení této možnosti se mohli participantů rozhodnout na tuto otázku neodpovědět. Zároveň při volbě „Jiné“ mohli rozepsat svou odpověď nebo se vyjádřit k dané otázce jinak než předepsanými možnostmi. Na konci dotazníku byla možnost zanechat vzkaz. Většina participantů tuto možnost využila jednak pro podrobnější popsání jejich průběhu nemoci, či pro žádost o zaslání zhotovené diplomové práce na e-mail. V rámci studie Aktibipo400 mohou účastníci kdykoli komunikovat s výzkumnými členy týmu a koordinátorkami studie. Participantů tedy mohli konzultovat vyplňování dotazníku nejen s autorkou této práce, ale také s výzkumným týmem, do kterého se autorka řadí.

4. Výzkumný soubor

V běžné populaci se bipolární afektivní porucha vyskytuje u 1 % lidí. Vzhledem k náročnosti diagnostikování této poruchy, není vždy možné zaručit, že bipolární afektivní porucha není v daném případě diferenciální diagnostikou pro jinou psychickou poruchu. Vzhledem k obtížné dostupnosti tohoto základního souboru a nutnosti správné diagnózy, jsme zvolili nepravděpodobnostní výběr. Pro náš výzkumný soubor jsme tedy vybrali účastníky studie Aktibipo400, organizované Národním ústavem duševního zdraví a medicínsko-technologickou společností Mindpax. V této studii jsou zařazeni pouze ti pacienti, kteří mají diagnostikovanou bipolární afektivní poruchu zkušeným psychiatrem a prošli skrz úvodní dotazník studie, který v základní míře filtruje možné diferenciální diagnózy. Do studie se pacienti zapojí ze své vlastní vůle či je jim účast ve studii zprostředkována ošetřujícím psychiatrem. Vždy je však účast ve studii dobrovolná a účastník má možnost studii kdykoli opustit. V tuto chvíli je ve studii zapojeno 198 pacientů s bipolární afektivní poruchou a 40 zdravých jedinců tvořící kontrolní skupinu. Kontrolní skupina však nebyla do výzkumu diplomové práce zapojena.

Původním záměrem bylo získat minimálně 100 odpovědí. Rozeslání dotazníků mezi všechny účastníky studie Aktibipo400 proběhlo v lednu 2020 a bylo ukončeno v polovině března 2020. Během této doby bylo participantům pomocí e-mailu jednou připomenuto vyplnění dotazníku. Do ukončení sběru dat bylo sesbíráno 116 odpovědí. Počet odpovědí nebylo nutné snižovat na základě kompletnosti vyplněných odpovědí. Na nejobsáhlejší otázku č. 20, která se respondentů dotazovala na počet a délku relapsů, hospitalizací a remisí, vůbec neodpovědělo 18 participantů. Vzhledem k neúplnosti nebo nesrozumitelnosti většiny odpovědí na tuto otevřenou otázku, nebylo s touto otázkou v analýze pracováno, proto nebylo nutné snižovat počet výzkumného souboru na základě chybějících dat z této otázky. Jedna participantka vyplnila dotazník v německém jazyce.

4.1 Demografické údaje výzkumného souboru

Všichni pacienti byli v době šetření účastníky studie Aktibipo400. Do výzkumu se zapojilo 116 účastníků ze 198. V souboru bylo 76 žen a 40 mužů. Nejmladšímu participantovi bylo 18, nejstaršímu 71. Průměrný věk byl 41 let ($SD \pm 11$). Věk odpovídá normálnímu rozložení dle Shapir-Wilkovu testu ($p=0,290$). 55 participantů tedy 47,4 % žije ve velkoměstě nad 100 000 obyvatel, 25,9 % ve městě do 10 000 obyvatel, 18,1 % ve městě do 100 000 obyvatel a 8,6 % v obci do 1000 obyvatel.

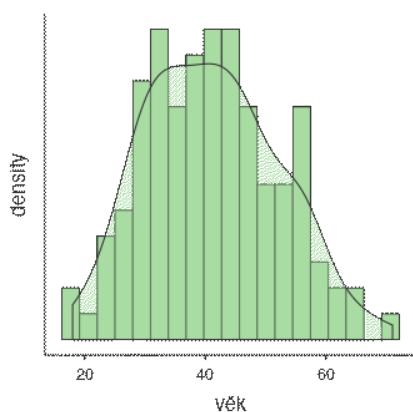
Většina participantů, konkrétně 59, (50,9 %), dosáhla vysokoškolského vzdělání. 36,2 % tedy 42 jedinců ze souboru vystudovalo střední školu s maturitou a 9 jedinců, respektive 7,8 % střední školu bez maturity. 4 jedinci vystudovali vyšší odbornou školu a 2 ukončili své vzdělání základní školou. Na všechny sociodemografické otázky odpovědělo všech 116 participantů.

84 participantů má pravidelný, nebo částečně pravidelný pracovní režim. 3 participantů mají brigády a 38 participantů nepracuje, jsou na dlouhodobé neschopnosti, mateřské dovolené nebo pobírají důchod. V rámci pravidelnosti téměř polovina participantů (46 %) vstává každý den ve stejný čas kvůli práci nebo jiným nepracovním povinnostem. Sociodemografické údaje jsou zobrazeny v tabulkách 3-5 a obrázku 2 a 3.

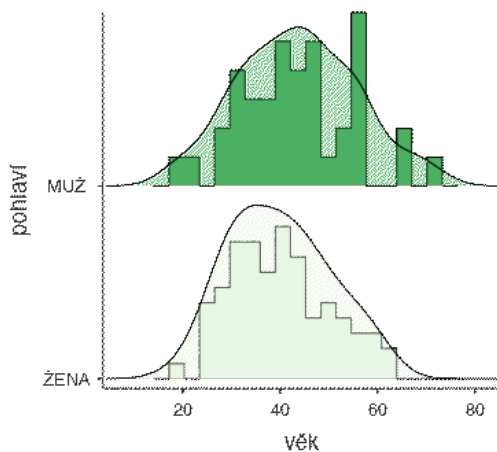
Cílem této práce je mimo jiné porovnání participantů s brzkým a pozdním věkem nástupu. Participantů s brzkým věkem nástupu jsou signifikantně mladší než participantů s pozdním věkem nástupu ($p < 0,001$) (viz tabulka 6, obrázek 4). Nicméně doba, která uplynula od určení diagnózy bipolární afektivní poruchy se mezi skupinami neliší ($p = 0,737$) (viz tabulka 7, obrázek 5).

	věk
N	116
Průměr	41.1
Medián	41.0
SD± 11	11.0
Minimum	18
Maximum	71

Tabulka 3: Věk



Obrázek 2: Věkové rozložení



Obrázek 3: Rozdělení věku dle pohlaví

Město	Počet	% z celku
Do 10 000 obyvatel	30	25.9 %
Do 100 000 obyvatel	21	18.1 %
Do 1000 obyvatel	10	8.6 %
Nad 100 000 obyvatel	55	47.4 %

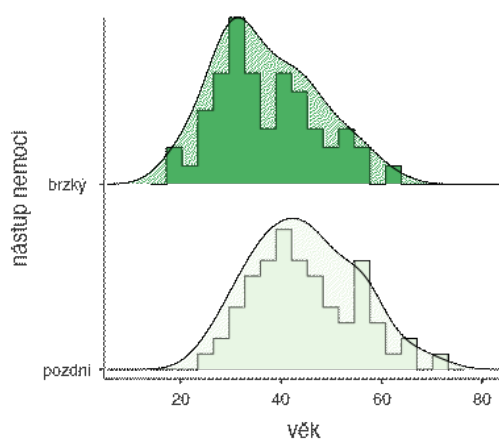
Tabulka 4: Počet obyvatel

Dosažené vzdělání	Počet	% z celku
Střední škola bez maturity	9	7.8 %
Střední škola s maturitou	42	36.2 %
Vysoká škola	59	50.9 %
Vyšší odborná škola	4	3.4 %
Základní škola	2	1.7 %

Tabulka 5: Nejvyšší dosažené vzdělání

	nástup nemoci	věk
Průměr	brzký	36.9
	pozdní	44.6
Medián	brzký	35
	pozdní	44
Minimum	brzký	18
	pozdní	24
Maximum	brzký	62
	pozdní	71
Shapiro-Wilk p	brzký	0.324
	pozdní	0.664

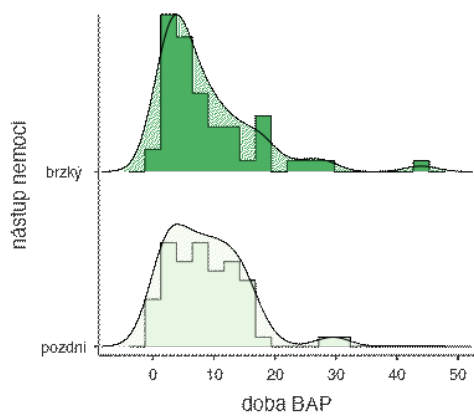
Tabulka 6: věk participantů dle věku nástupu



Obrázek 4: Věk participantů dle věku nástupu

	nástup nemoci	doba BAP
Průměr	brzký	8.81
	pozdní	8.57
Medián	brzký	5
	pozdní	8
SD ±	brzký	8.25
	pozdní	6.28
Shapiro-Wilk p	brzký	< .001
	pozdní	< .001

Tabulka 7: délka diagnózy BAP



Obrázek 5: Délka diagnózy BAP

5. Výsledky výzkumu

Níže jsou popsány výsledky statistické analýzy dat 116 zapojených participantů diagnostikovaných bipolární afektivní poruchou. Výsledky jsou prezentovány v návaznosti na výše zvolené cíle výzkumu a na zvolené hypotézy.

5.1 Věk nástupu bipolární afektivní poruchy

Za věk nástupu byl považován jakýkoli příznak, který souvisí s projevy bipolární afektivní poruchy. Participantů uvedli, jaký příznak se u nich objevil a kdy. Nejnižší věk nástupu byl zaznamenán ve 4 letech, nejvyšší ve 49 letech. Průměrný věk nástupu je 22,3 let (SD ± 10). Viz tabulka 8.

Věk 1. příznak	
Průměr	22.6
Medián	20.0
SD ±	10.00
Minimum	4
Maximum	49

Tabulka 8: Věk nástupu

Věk nástupu byl rozdělen na brzký a pozdní. Cut off point byl stanoven na 19 let (na základě bipolarity indexu a studií zabývajících se věkem nástupu) (Biffin et al., 2009; Ernst & Goldberg, 2004; Leverich et al., 2007). Brzký věk nástupu uvedlo 53 participantů, pozdní 63. Průměrný věk brzkého nástupu byl 14,4 (SD± 3,46). Průměrný věk pozdního nástupu byl 29,6 (SD± 8,29). Věk nástupu se signifikantně nelišil v rámci pohlaví (p=0,199).

5.2 První diagnóza

V dotazníku byli participantů požádáni, aby vyplnili, jakou diagnózu obdrželi jako první. Pouze 33 participantů uvedlo bipolární afektivní poruchu jako svou první diagnózu. 12 z nich uvedlo zároveň brzký věk nástupu příznaků. Mezi skupinami s brzkým a pozdním věkem nástupu tento rozdíl není signifikantní, ač má jistý trend ($X^2_{0,05}(2) = 4,62$, $p = 0,099$). Mezi nejčastější první diagnózy uváděli participantů s brzkým věkem nástupu depresivní poruchu (19 participantů), bipolární afektivní poruchu (12 participantů) a úzkostnou poruchu (10 participantů). Participantů s pozdním věkem nástupu uváděli jako nejčastější první diagnózu depresivní poruchu (25 participantů) a bipolární afektivní poruchu (21 participantů). Ostatní

diagnózy (např. porucha osobnosti, laktační psychóza či schizoafektivní porucha) byly u obou skupin pouze v rámci jednotek. Rozdíl mezi uváděnými diagnózami v rámci těchto dvou skupin je signifikantní ($X^2_{0,05}(11)=21,7$, $p=0,027$).

Nebyl zaznamenán signifikantní rozdíl v době mezi první diagnózou a určením diagnózy bipolární afektivní poruchy. Pokud participanti neobdrželi diagnózu BAP na poprvé, nebyl nalezen signifikantní rozdíl mezi skupinami s brzkým a pozdím věkem nástupu v intervalu mezi první diagnózou a diagnózou BAP ($p=0,123$).

5.2 Časové odstupy

Participanti uvedli věk, ve kterém se u nich objevil první psychiatrický problém, a jaký tento problém byl. Dále uvedli věk, ve kterém poprvé vyhledali pomoc odborníka. Sledovali jsme, zda první příznak vedl k vyhledání odborníka, popřípadě po jak dlouhé době participanti odborníka vyhledali. Dále byl sledován interval mezi návštěvou prvního odborníka a určením diagnózy. Výsledky jsme vždy uvedli v kontrastu se skupinou pozdního věku nástupu. Statistická analýza je zobrazena v tabulce č. 9 a 10.

Rozdíl v časovém intervalu mezi prvním příznakem a vyhledáním odborné pomoci u participantů s brzkým věkem nástupu a pozdním věkem nástupu se signifikantně lišil ($p < 0,001$). Participanti s brzkým věkem nástupu vyhledali lékaře v průměru po necelých 7 letech ($SD \pm 7,29$). Participanti s pozdním věkem nástupu naopak vyhledávali lékaře dříve ($\bar{x} = 2,4$, $SD \pm 4,41$).

Od věku nástupu k určení první diagnózy uplynul signifikantně delší čas u participantů s brzkým věkem nástupu ($p < 0,001$). První diagnózu obdrželi participanti s brzkým věkem nástupu po necelých 8 letech od prvního příznaku ($SD \pm 8,37$). Na rozdíl od participantů, kteří měli pozdní věk nástupu, a první diagnózu obdrželi po necelých 3 letech ($SD \pm 4,79$).

Diagnózu bipolární afektivní poruchy obdrželi participanti s brzkým věkem nástupu opět signifikantně později, než participanti s pozdním věkem nástupu ($p < 0,001$). V průměru byli participanti s brzkým věkem nástupu diagnostikováni bipolární afektivní poruchou až po necelých 14 letech od prvního příznaku ($SD \pm 9,81$). Na rozdíl od participantů s pozdním věkem nástupu, kteří diagnózu BAP obdrželi v průměru za 6,5 let od prvního příznaku ($SD \pm 7,09$).

Svou první diagnózu participanti s brzkým věkem nástupu obdrželi v průměru o rok a tři čtvrtě později, než navštívili prvního odborníka ($SD \pm 3,93$). Signifikantně se tento interval neliší od participantů s pozdním věkem nástupu. Ti obdrželi svou první diagnózu přibližně po

půl roce od návštěvy prvního odborníka ($SD \pm 1,55$). Ačkoli rozdíl není signifikantní, z výsledků je znát rozdíl mezi oběma skupinami.

		statistic	p	Průměrný rozdíl	95% Interval spolehlivosti		Cohenov d
					Spodní	Horní	
1. lékař - nástup	Mann-Whitney U	927	< .001	3.00	-5.00	-1.000	0.739
1.dg - nástup	Mann-Whitney U	873	< .001	4.00	-6.00	-2.000	0.772
dg BAP - nástup	Mann-Whitney U	881	< .001	6.00	-10.00	-4.000	0.860
1. lékař - 1. dg	Mann-Whitney U	1487	0.159	6.13e-5	-6.67e-5	1.29e-6	0.429

Tabulka 9: Mann-Whitney U test: věk nástupu-1. návštěva lékaře, věk nástupu - 1. dg, věk nástupu - dg BAP, věk 1. návštěvy lékaře - věk 1. dg

	Skupina	N	Průměr	Medián	SD	SE
1. lékař - nástup	brzký	52	6.83	4.00	7.29	1.011
	pozdní	63	2.476	0.00	4.41	0.555
1.dg - nástup	brzký	53	7.91	6.00	8.37	1.149
	pozdní	63	2.762	1.00	4.79	0.604
dg BAP - nástup	brzký	53	13.72	12.00	9.81	1.348
	pozdní	63	6.460	5.00	7.09	0.893
1. lékař - 1. dg	brzký	53	1.72	0.00	3.93	0.540
	pozdní	63	0.476	0.00	1.55	0.196

Tabulka 10: popisná statistika věk nástupu, věk návštěvy 1. lékaře, 1. dg a dg BAP

K tomuto výzkumnému cíli se váže hypotéza 4: Brzký věk nástupu negativně koreluje s dobou mezi prvním příznakem a určením diagnózy. Tabulka č. 11 popisuje korelaci mezi jednotlivými intervaly a roky. Věk nástupu negativně koreluje s dobou mezi prvním příznakem a určením diagnózy ($r_s(114) = -0,429$, $p < 0,001$) (viz tabulka 11). Síla vztahu je tedy středně silná a hypotézu přijímáme.

		Nástup – 1. lékař	Nástup – 1. dg	Nástup – dg BAP	1. lékař - 1. dg
Věk 1. příznak	Spearmanovo rho	-0.429	-0.452	-0.432	-0.123
	p hodnota	< .001	< .001	< .001	0.188

Tabulka 11: korelace věk nástupu, věk návštěvy 1. lékaře, 1. dg a dg BAP

5.3 Závažnost poruchy u pacientů s brzkým věkem nástupu

Závažnost poruchy byla stanovena součtem škál u každé kategorie (první depresivní epizoda, nejzávažnější depresivní epizoda, první manická epizoda, nejzávažnější manická epizoda). Maximální možný součet byl 30, minimální 6. Dále byla závažnost posuzována dle pobírání a výše invalidního důchodu. Výše invalidního důchodu se určuje dle míry schopnosti jedince pracovat. Pokud pracovní schopnost jedince klesla o nejméně 35 %, ale nejvíce o 49 %, má jedinec nárok na ID I. stupně. Pokud pracovní schopnost klesla o 50 – 69 %, jedinec může žádat o ID II. stupně. Pokud pracovní schopnost klesla o více než 70 %, jedinec má nárok na ID III. stupně (“Podmínky nároku na invalidní důchod”). Samozřejmě se k těmto podmínkám vážou další předpoklady, avšak není v možnosti této diplomové práce zaznamenat veškeré podmínky k nároku ID.

Nebyl zaznamenáný signifikantní rozdíl mezi závažnostmi výše zmíněnými epizodami a věkem nástupu ($p=0,909$; $p=0,141$; $p=0,807$; $p=0,896$) (viz tabulka 12 -14).

		statistic	p	Průměrný rozdíl	95% Interval spolehlivosti		Cohenov d
					Spodní	Horní	
Závažnost 1. deprese	Mann-Whitney U	1649	0.909	-1.33e-5	-2.00	2.00	-0.0126
Závažnost nejzávažnější deprese	Mann-Whitney U	1405	0.141	1.000	-2.00	3.44e-5	0.2474
Závažnost 1. mánie	Mann-Whitney U	1625	0.807	-1.65e-5	-2.00	1.00	-0.0990
Závažnost nejzávažnější mánie	Mann-Whitney U	1646	0.896	2.74e-5	-2.00	1.00	6.34e-4

Tabulka 12: Mann-Whitneyův test - závažnost epizod

	Skupina	N	Průměr	Medián	SD	SE
Závažnost 1. deprese	brzký	53	23.3	25.0	5.51	0.757
	pozdní	63	23.3	24.0	5.48	0.691
Závažnost nejzávažnější deprese	brzký	53	25.8	27.0	4.28	0.588
	pozdní	63	24.6	26.0	5.08	0.640
Závažnost 1. mánie	brzký	53	23.6	26.0	5.55	0.763
	pozdní	63	24.1	25.0	4.86	0.612
Závažnost nejzávažnější mánie	brzký	53	25.0	27.0	4.88	0.670
	pozdní	63	25.0	26.0	4.59	0.579

Tabulka 13: popisná statistika – závažnost epizod

		Závažnost 1. deprese	Závažnost nejvážnější deprese	Závažnost 1. mánie	Závažnost nejvážnější mánie
Věk 1. příznak	Spearmanovo rho	0.008	-0.191	-0.042	-0.128
	p hodnota	0.935	0.040	0.656	0.171

Tabulka 14: korelace věk nástupu a závažnosti epizod

Nebyl zaznamenán signifikantní rozdíl mezi participanty s brzkým a pozdním věkem nástupu v pobírání ID a jeho výši. Invalidní důchod pobírá 24 participantů s brzkým věkem nástupu a 33 participantů s pozdním věkem nástupu. Viditelný rozdíl je pouze v pobírání důchodu druhého stupně, který pobírá téměř dvakrát více participantů s pozdním věkem nástupu. Tento rozdíl však není signifikantní ($X^2_{0,05}(4) = 2,13$, $p = 0,711$) (viz tabulka 15-16).

Invalidní důchod	nástup nemoci		Počet
	brzký	pozdní	
ID III. stupně	12	14	26
ID II. stupně	6	11	17
ID I. stupně	6	8	14
Ne	28	30	58
Total	53	63	116

Tabulka 15: Invalidní důchod

χ^2 Test

	Hodnota	df	p
χ^2	2.13	4	0.711
N	116		

Tabulka 16: Chi-kvadrát invalidní důchod

Participant dále uvedli množství hospitalizací z důvodu depresivního relapsu a z důvodu manického relapsu. Ze vzorku byly vyřazeny 2 odpovědi, jelikož neodpovídali reálným hodnotám (40 hospitalizací při věku participantky 20 let a 36 hospitalizací při věku participantky 30 let) Ve skupině s brzkým věkem nástupu bylo celkový počet hospitalizací z důvodu depresivního relapsu 49 a z důvodu manického relapsu 50. 7 participantů s brzkým věkem nástupu nebylo hospitalizováno nikdy nebo si to nepamatují. S pozdním věkem nástupu bylo hospitalizováno 59 participantů z důvodu depresivního relapsu a 58 z důvodu manického relapsu. Pouze jeden participant s pozdním věkem nástupu nebyl hospitalizován nebo si to nepamatuje (viz tabulka 17).

Jelikož věk participantů není homogenní, nelze srovnávat množství hospitalizací u participantů s nižším věkem a vyšším věkem. Z toho důvodu jsme vypočítali, kolik hospitalizací za rok participant podstoupil od doby, kdy byl diagnostikován BAP.

Celkový počet hospitalizací
Věk participanta – věk určení dg BAP

Participantů byli rozděleni do skupin s méně než jednou hospitalizací ročně, a jednou a více hospitalizací ročně. Rozdíl mezi skupinami s brzkým a pozdním věkem nástupu v rámci počtu hospitalizací není signifikantní, ale je s určitým trendem ($X^2_{0,05}(1) = 3,67$; $p = 0,055$). Participantů s pozdním věkem nástupu byli celkově vystaveni vyššímu počtu hospitalizací než participantů s nižším věkem nástupu. Nebyl zaznamenán signifikantní rozdíl mezi hospitalizacemi z důvodu depresivního ($p = 0,753$) a manického relapsu ($p = 0,082$) (viz tabulky 17-20, obrázky 7-9).

	Věk nástupu	hospitalizace deprese	hospitalizace mánie
N	brzký	49	50
	pozdní	59	58
Chybí	brzký	4	3
	pozdní	0	1
Průměr	brzký	1.49	1.04
	pozdní	1.58	1.78
Medián	brzký	1	0.00
	pozdní	1	1.00
SD±	brzký	3.27	1.65
	pozdní	2.51	2.76
Minimum	brzký	0	0
	pozdní	0	0
Maximum	brzký	20	6
	pozdní	10	16

Tabulka 17: Popisná statistika – počet hospitalizací

"počet hospitalizací"	Věk nástupu		Celkem
	brzký	pozdní	
< 1 hospitalizace za rok	42	37	79
≥ 1 hospitalizace za rok	11	22	33
Celkem	53	59	112

Tabulka 18: Počet hospitalizací

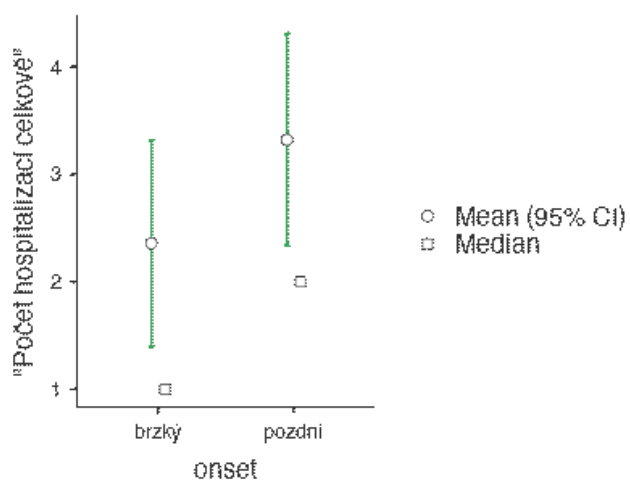
χ^2 Test

	Hodnota	df	p
χ^2	3.67	1	0.055
N	112		

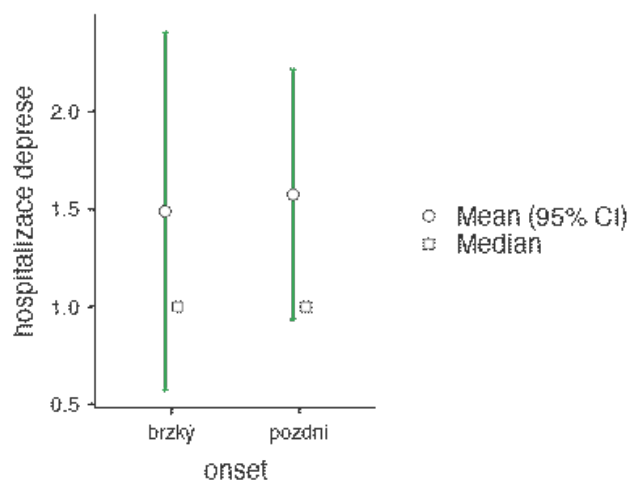
Tabulka 19: Chi-kvadrát test – počet hospitalizací

		statistic	p	95% Interval spolehlivosti		Cohenovo d
				Spodní	Horní	
"Počet hospitalizací celkově"	Mann-Whitney U	1241	0.056	-1.000	2.01e-5	-0.2584
hospitalizace deprese	Mann-Whitney U	1398	0.753	-8.01e-5	3.07e-5	-0.0300
hospitalizace mánie	Mann-Whitney U	1185	0.082	-1.000	1.00e-5	-0.3179

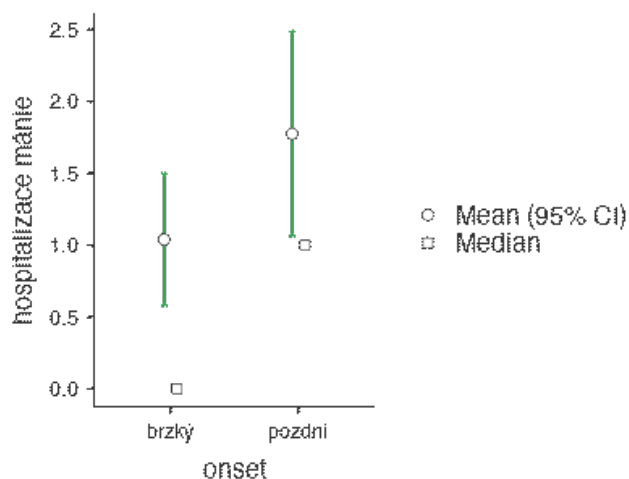
Tabulka 20: Mann-Whitneyův U test – počet hospitalizací



Obrázek 5: Počet hospitalizací celkově



Obrázek 6: Počet hospitalizací deprese



Obrázek 7: Počet hospitalizací mánie

S tímto cílem souvisí i hypotéza 1: Brzký věk nástupu pozitivně koreluje se závažností průběhu bipolární afektivní poruchy. Věk nástupu nekoreluje s mírou závažnosti 1. deprese ($r_s(114) = 0,008$, $p = 0,935$), s mírou závažnosti nejzávažnější deprese ($r_s(114) = -0,191$, $p = 0,040$), s mírou závažnosti 1. mánie ($r_s(114) = -0,042$, $p = 0,656$) ani se závažností nejzávažnější mánie ($r_s(114) = -0,128$, $p = 0,171$). Nesouvisí s pobíráním invalidního důchodu ($\chi^2_{0,05}(4) = 2,13$; $p = 0,711$). Věk nástupu nesouvisí s počtem hospitalizací ($\chi^2_{0,05}(1) = 3,67$; $p = 0,055$). Tuto hypotézu tedy nepřijímáme.

Zabývali jsme se i hypotézou 5: Brzký věk nástupu souvisí s množstvím hospitalizací. Rozdíl mezi participanty s brzkým věkem nástupu a pozdním věkem nástupu není považován za signifikantní, vnímáme však určitý trend ($\chi^2_{0,05}(1) = 3,67$; $p = 0,055$). Participanti s brzkým věkem nástupu mají s určitým trendem nižší počet hospitalizací než participanti s pozdním věkem nástupu. Tato hypotéza tedy není přijata.

5.4 Výskyt sebevražedných myšlenek a chování u skupiny s brzkým věkem nástupu a skupiny s pozdním věkem nástupu

Participanti zodpověděli, zda měli v životě myšlenky na sebevraždu a zda se tyto myšlenky objevily pouze jednou nebo vícekrát. Dále zodpověděli, kolikrát a zda vůbec se pokusili o sebevraždu. Opět jsme výsledky rozdělili do skupiny dle věku nástupu. Myšlenky na sebevraždu mělo 64 participantů z našeho vzorku. 9 participantů s brzkým věkem nástupu mělo pouze jednou v životě myšlenky na sebevraždu a 23 vícekrát. 15 participantů s pozdějším věkem nástupu mělo myšlenky na sebevraždu jen jednou, 17 vícekrát. Mezi skupinami není signifikantní rozdíl (viz tabulky 21–22).

V našem vzorku se pokusilo o sebevraždu jednou nebo vícekrát 34 participantů, 17 s brzkým věkem nástupu a 17 s pozdním věkem nástupu. Nebyl nalezen signifikantní rozdíl mezi participanty s brzkým a pozdním věkem nástupu ($X^2_{0,05}(2) = 0,48$, $p = 0,787$) (viz tabulky 23-24).

Myšlenky na sebevraždu	nástup nemoci		Celkem
	brzký	pozdní	
Vícekrát	23	17	40
Ne	21	31	52
Jednou	9	15	24
Celkem	53	63	116

Tabulka 21: Myšlenky na sebevraždu

χ^2 Test

	Hodnota	df	p
χ^2	3.49	2	0.175
N	116		

Tabulka 22: Chi-kvadrát myšlenky na sebevraždu

pokus o sebevraždu	nástup nemoci		Celkem
	brzký	pozdní	
Ne	36	46	82
Jednou	7	8	15
Vícekrát	10	9	19
Celkem	53	63	116

Tabulka 23: Pokusy o sebevraždu

χ^2 Test

	Hodnota	df	p
χ^2	0.480	2	0.787
N	116		

Tabulka 24: Chi-kvadrát pokusy o sebevraždu

S tímto cílem souvisí hypotéza 3: Brzký věk nástupu souvisí se suicidálními ideacemi či pokusy o sebevraždu. Tuto hypotézu zamítáme na základě výsledků Chi-kvadrát testu ($X^2_{0,05}(2) = 3,49$; $p = 0,175$), ($X^2_{0,05}(2) = 0,480$; $p = 0,787$).

5.5 Výskyt psychotických příznaků u skupiny s brzkým věkem nástupu a skupiny s pozdním věkem nástupu

Participantů vypsali, zda se u nich projeví psychotické či paranoidní příznaky během doby, kdy jsou diagnostikováni bipolární afektivní poruchou. Opět odpovědi dáváme do souvislosti s brzkým a pozdním věkem nástupu.

S psychotickými příznaky se setkala celkem 93 participantů (42 participantů s dřívějším věkem nástupu a 51 s pozdním věkem nástupu). Rozdíl mezi těmito skupinami není signifikantní ($\chi^2_{0,05}(1) = 0,053$; $p = 0,818$) (viz tabulka 25 a 26).

psychotické příznaky	nástup nemoci		Celkem
	brzký	pozdní	
Ne	11	12	23
Ano	42	51	93
Celkem	53	63	116

Tabulka 25: Psychotické příznaky

χ^2 Test

	Hodnota	df	p
χ^2	0.0528	1	0.818
N	116		

Tabulka 26: Chi-kvadrát psychotické příznaky

S tímto cílem souvisí hypotéza 2: brzký věk nástupu souvisí s přítomností psychotických příznaků. Tato hypotéza se nepotvrdila ($\chi^2_{0,05}(1) = 0,053$; $p = 0,818$).

5.6 Souvislosti a rozdíly mezi sledovanými proměnnými

V rámci získávání odpovědí na výše zvolené cíle a hypotézy jsme našli určité souvislosti mezi proměnnými. V této podkapitole, která je jedním z výše stanovených cílů, si je shrneme.

Věk nástupu

Věk nástupu byl na základě bipolarity indexu a několika studií stanoven na brzký (≤ 19 let) pozdní (> 19 let) (Biffin et al., 2009; Ernst & Goldberg, 2004; Leverich et al., 2007). Věk nástupu se nelišil v rámci pohlaví.

První vyhledání lékaře a určení diagnózy

Participantů s brzkým věkem nástupu vyhledali lékaře signifikantně později než participantů s pozdním věkem nástupu. Rozdíl mezi prvním příznakem a určením diagnózy je u participantů s brzkým věkem nástupu signifikantně větší. První diagnóza byla jen u 12 (z celkových 53) participantů s brzkým věkem nástupu bipolární afektivní porucha. U participantů s pozdním věkem nástupu byla na poprvé určena diagnóza bipolární afektivní poruchy u 21 participantů (z celkových 63). Participantů s brzkým věkem nástupu obdrželi diagnózu BAP po signifikantně delší době než participantů s pozdějším věkem nástupu. Pokud pacient neobdržel diagnózu BAP na poprvé, neobjevil se signifikantní rozdíl v době mezi první diagnózou a diagnostikováním BAP mezi skupinami. Časový interval mezi první návštěvou odborníka a obdržení diagnózy není signifikantně odlišný mezi skupinami.

Věk nástupu tedy souvisí s delším intervalem mezi prvním příznakem a vyhledáním lékaře, prvním příznakem a určením první diagnózy a prvním příznakem a obdržení diagnózy BAP. Věk nástupu nesouvisí s intervalem mezi návštěvou prvního odborníka a obdržení první diagnózy.

Závažnost bipolární afektivní poruchy

Závažnost první depresivní a manické epizody nebyla signifikantně odlišná u participantů s brzkým věkem nástupu a participantů s pozdním věkem nástupu. Totéž platilo i pro nejzávažnější depresivní a manickou epizodu. Pobírání invalidního důchodu ani jeho výše se signifikantně nelišilo mezi skupinami. Byl nalezen určitý trend v rozdílném množství hospitalizací mezi skupinami. Participantů s brzkým věkem nástupu byli hospitalizováni méně často než participantů s pozdním věkem nástupu.

Myšlenky na sebevraždu, pokus o sebevraždu a psychotické příznaky

Nebyl nalezen signifikantní rozdíl mezi skupinami v množství myšlenek na sebevraždu nebo pokusů o sebevraždu. Skupiny se signifikantně nelišily v přítomnosti psychotických příznaků v manických nebo depresivních relapsech.

H1: Brzký věk nástupu pozitivně koreluje se závažností průběhu bipolární afektivní poruchy

Tato hypotéza nebyla přijata.

H2: Brzký věk nástupu souvisí s přítomností psychotických příznaků

Tato hypotéza nebyla přijata.

H3: Brzký věk nástupu souvisí se suicidálními ideacemi či pokusy o sebevraždu

Tato hypotéza nebyla přijata.

H4: Brzký věk nástupu negativně koreluje s dobou mezi prvním příznakem a určením diagnózy

Tato hypotéza byla přijata.

H5: Brzký věk nástupu souvisí s množstvím hospitalizací

Tato hypotéza nebyla přijata.

5.11 Možné přínosy závěrů této studie pro klinickou praxi

Bipolární afektivní porucha svou dynamičností a nepředvídatelností znesnadňuje efektivní léčbu všem odborníkům, kteří mají v péči pacienty diagnostikované touto poruchou. U některých pacientů je průběh poruchy mírný, stabilní a s několika málo výkyvy. U jiných pacientů je naopak porucha velmi dynamická a téměř bez stavů remise. V této práci jsme se snažili nalézt, zda rozdíl mezi těmito skupinami pacientů je ve věku nástupu nemoci.

Pokud by bylo prokázáno, že věk nástupu má vliv na průběh nemoci, v ideálním případě by se zaměřila pozornost odborníků na první příznaky nemoci a o možnosti diagnostiky bipolární afektivní poruchou by se uvažovalo pravděpodobně více než dosud. V našem vzorku se prokázalo, že pouze u 33 participantů (28,45 %) byla bipolární afektivní porucha diagnostikována ihned při prvním kontaktu s psychiatrem.

Věk nástupu by mohl ovlivňovat závažnost bipolární afektivní poruchy, jak nicméně bylo dokázáno několika studiemi. Za závažnost se v takovém případě považuje přítomnost psychotických příznaků, myšlenky na sebevraždu či pokus o sebevraždu. Jiné studie prokázaly souvislost mezi věkem nástupu a těmito proměnnými. Naše práce bohužel takovou souvislost neprokázala.

Jelikož věk nástupu zřejmě ovlivňuje dobu, kdy pacient dostane svou první medikaci a tato doba je prokazatelně delší než u pacientů s pozdějším věkem nástupu, mohl by tento závěr znamenat, že pozdější „zamedikování“ pacienta má vliv na průběh nemoci. Dalším přínosem této i jiných studií na toto téma pro klinickou praxi by mohlo být zamyšlení se nad zkrácení doby mezi prvním příznakem a nasazení medikace. V této studii se však prokázalo, že doba mezi prvním příznakem a návštěvou lékaře je poměrně dlouhá. Na základě tohoto závěru by byla vhodná vyšší edukace celé populace o duševních nemocech a nutnosti včas zasáhnout při

jejich prvním projevu. Na místě by tedy byla vyšší destigmatizace psychických chorob (na které se intenzivně pracuje v posledních letech), edukace populace jak dospělé, tak dětské, vzhledem k vysokému počtu nástupu nemoci v dětském věku.

6. Diskuze

Tato práce se zabývala věkem nástupu a závažnosti bipolární afektivní poruchy. Předpokládáme, že věk nástupu ovlivňuje závažnost průběhu bipolární afektivní poruchy, počet relapsů, hospitalizací, rychlé cyklování, responzibilitu na lithium, dobu k první návštěvě lékaře a tedy diagnóze, ať už bipolární afektivní poruše nebo diferenciální diagnóze. Naše závěry naznačují, že věk nástupu je spojen pouze s delším obdobím vedoucí k prvnímu vyhledání lékaře, nikoli tedy s rozdíly v sociodemografických údajích, závažnosti nemoci, počtem hospitalizací či tendencí k sebevražedným myšlenkám či pokusům o sebevraždu. Na rozdíl od naší práce však jiné studie určitou souvislost našli.

Prvním stěžejním bodem bylo určit věk nástupu. Několik studií dělí věk nástupu jen na brzký a pozdní, jiné studie brzký věk nástupu dělí ještě na dětský (Kupfer et al., 2002; Perlis et al., 2004; Baldessarini et al., 2012; Holtzman et al., 2015). Není však nikde stanoveno, jaký cut off point je považován za zlom ve věku nástupu, tedy jaké roky stále spadají pod brzký věk nástupu a jaké pod pozdní. Vycházeli jsme tedy z bipolarity indexu a studií a zvolili cut off point 19 let (Biffin et al., 2009; Ernst & Goldberg, 2004; Leverich et al., 2007). Toto rozhodnutí však mohlo ovlivnit výsledky, ačkoli první příznak v 19 letech uvedli pouze 4 participanti. Pro další šetření by bylo vhodné rozdělit věk nástupu na dětský, adolescentní, dospělý a seniorní. Bylo by poté možné lépe rozlišit rozdíly mezi skupinami, které se mohli v našem rozdělení bohužel ztratit.

Studie naznačují, že věk prvního příznaku nemoci ovlivňuje dobu, která uplyne mezi právě zmíněným věkem nástupu a vyhledáním lékaře (Suominen et al., 2007; Leverich et al., 2007). Tento předpoklad jsme ověřili. U participantů s brzkým věkem nástupu byla signifikantně delší doba mezi věkem nástupu a návštěvou lékaře a určení diagnózy, tedy i obdržení medikace. Doba od prvního projevu nemoci a návštěvou lékaře může být velmi ovlivněna vlivem rodičů na v té době nezletilé participanty. Rodič v případě prvního příznaku u dítěte mohl rozhodnout, že není nutné odborníka navštívit. Tím se doba k návštěvě lékaře mohla prodloužit. V dospělém věku je jedinec sám zodpovědný za návštěvu lékaře, a kdy takovou návštěvu uskuteční. Tento faktor rodičovského dohledu může mít vliv na oddálení návštěvy lékaře. První příznaky se také dají v dětském a adolescentním věku lehce zaměnit za odchylky v chování, nástupu puberty či jiné vlivy patřící k vývoji mladého člověka. Věk nástupu tedy mohl být později, než participanti uvádějí, protože mohl být zaměněn za běžný průběh vývoje osobnosti.

V dříve proběhlých studiích se prokázalo, že věk nástupu ovlivňuje počet relapsů, hospitalizací, závažnost relapsů, přítomnost sebevražedných myšlenek nebo pokusy o

sebevraždu, či přítomnost psychotických příznaků (Schürhoff et al., 2000; Suominen et al., 2007; Cate Carter, Mundo, Parikh, & Kennedy, 2003; Nowrouzi et al., 2016; Coryell et al., 2013; Azorin et al., 2013; Leverich et al., 2007). V našem výzkumu se žádná z výše zmíněných souvislostí neprokázala. Jedním z důvodů může být velmi heterogenní vzorek z pohledu rozdílného věku participantů. Z tohoto důvodu se mohou naše výsledky s výsledky jiných studií lišit, jelikož v jiných studiích byl vzorek homogennější. Při znovuzpracování dat pro následující studie by bylo vhodné vzorek rozdělit na kategorie dle věku nástupu a věku participanta, a tyto kategorie porovnávat v oblasti počtu relapsů či hospitalizací. Naše řešení počtu hospitalizací není vhodné, jelikož vypovídá o počtu hospitalizací za rok u každého jednoho participanta. Ovšem mladí participanté neprodělali tolik hospitalizací, jako participanté o desítky let starší. Náš výsledek je tedy považován pouze za orientační, nikoli vypovídající.

Porovnávání závažnosti prvního a nejzávažnějšího relapsu neprokázalo žádné rozdíly mezi participanty s brzkým a pozdním věkem nástupu. Participanté subjektivně posuzovali závažnost svých relapsů na škále 1-5. Jelikož bylo hodnocení subjektivní, lze předpokládat, že závažnost nejzávažnějšího relapsu bude dosahovat u každého participanta vysokých hodnot, ačkoli při objektivním hodnocení by se tak vysoká závažnost nemusela prokázat. Zde by bylo vhodné použít například sebeposuzovací dotazník depresivity BDI-II, nebo objektivní dotazník MADRS, jelikož výsledky by pro porovnání závažnosti depresivních relapsů byly více vypovídající. Nejvhodnějším řešením by v tomto případě bylo doplnit dotazník rozhovorem, kterým bychom objektivně posoudili závažnost manických a depresivních relapsů. Jako podklad pro takový rozhovor by mohly sloužit posuzovací škály deprese a mánie MADRS a YOUNG.

Námi zvolená metoda byla zhotovena přímo pro náš výzkum, nejedná se tedy o standardizovanou metodu. Základem tvorby okruhů dotazníku bylo mnoho studií zabývajících se věkem nástupu, dále škály MADRS a YOUNG a v neposlední řadě zkušenosti autorky získané v práci s bipolárními pacienty. Při zpětném pohledu by bylo vhodné získat dotazníky, které byly používány v jiných studiích a využít je k podkladu při tvorbě našeho dotazníku. Dotazník prošel revizemi psychiatrů a psychologů, avšak i po mnohahodinové práci se našly nedostatky, které mohly ovlivnit výsledek celého šetření. Participanté měli možnost vyplnit u každé otázky svou vlastní odpověď, která neodpovídala těm předvyplněným. Díky tomu jsou mnohá data nejednotná, jejich zpracování mohlo přinést bagatelizaci určitých obtíží či vůbec nebyly zařazeny do zpracování dat. V dotazníku se nalézají otázky, kterým při zpracování výzkumu nebyla věnována pozornost. Tyto soubory otázek bude možné zpracovat v jiných následujících pracích, či ve studii Aktibipo400. Vzhledem k náročnosti tématu a jeho

zpracování by bylo vhodné dotazník doplnit osobním rozhovorem, díky kterému by bylo možné ujasnit si některé sporné či nevypovídající odpovědi, které se v dotazníku objevily.

V České republice žije odhadem 10 650 000 obyvatel. Studie prokazují, že ve světové populaci je 1 % lidí diagnostikováno BAP (Merikangas et al., 2007; Pini et al., 2005; Raboch & Pavlovský, 2012; Rowland & Marwaha, 2018). To by činilo okolo 106 000 diagnostikovaných bipolární afektivní poruchou v České republice. Náš výzkumný soubor se skládá ze 116 participantů. Ač je to vzorek dostatečný pro kvantitativní studii, bylo by vhodné zvýšit počet participantů ve studii ke zvýšení ekologické validity. Výběrový vzorek se skládal z účastníků studie Aktibipo400. Studie je zaměřena výhradně na jedince diagnostikované bipolární afektivní poruchou, proto v tomto směru tvořili jedinci ideální vzorek pro naši studii zaměřenou na tuto poruchu. Méně ideální je samozřejmě výběr vzorku, který není náhodný. Účastníci se do studie Aktibipo400 zapojili z vlastní iniciativy či po domluvě se svým ošetřujícím lékařem. Určitá vlastní iniciativa porozumět lépe dané poruše a motivace přispět ke zlepšení léčby dané poruchy je určitý faktor, který nenalzáme u všech jedinců diagnostikovaných BAP v základním souboru. Proto jsou účastníci ve studii Aktibipo400 již specifickým vzorkem. Z tohoto specifického výběru vyplnilo dotazník pro tuto práci pouze 58,6 % účastníků. Z již tak specifického vzorku jsme tím získali ještě specifičtější výběr pro náš výběrový soubor. Výsledky této studie založené na datech tak specifického výběrového souboru nemusí být možné zobecnit na základní soubor. Pro studii by bylo vhodnější vybrat participanty diagnostikované BAP náhodným výběrem.

Výběrový vzorek byl velmi heterogenní ve věku participantů. Pro přesnější statistické zpracování by bylo vhodné vzorek rozšířit, ačkoli věk participantů byl jedinou proměnnou dosahující normálního rozdělení. Při větším vzorku by však bylo možné kategorizovat participanty podle věku, a tím předejít nepřesnostem v porovnání určitých dat (například počet relapsů či hospitalizací).

Nejednotnost vzorku se projevila zejména při porovnání věku participantů v rámci dvou výzkumných skupin (s brzkým věkem nástupu a pozdním věkem nástupu). Participant s brzkým věkem nástupu byli signifikantně mladší, avšak doba od určení diagnózy po dobu sběru dat byla srovnatelná s dobou u participantů s pozdním věkem nástupu. Rozdíl ve věku participantů obou skupin však mohl ovlivnit výsledky. Pro další zkoumání tohoto tématu by bylo vhodné věk participantů sjednotit čili je rozdělit do skupin dle věku. Bohužel v tomto případě bychom neměli v daných skupinách dostatečný vzorek participantů.

Normální rozdělení výběrového souboru by mohl být jeden z důvodů, proč se naše výsledky neshodují s výsledky jiných studií. Bylo by vhodné vzorek rozšířit k vyššímu

zastoupení participantů v jednotlivých skupinách a tím pádem přispět k možnosti porovnání mezi skupinami či možnosti kategorizací dle určitých parametrů. Díky nenormálnímu rozdělení parametrů jsme byli nuceni přistoupit k použití neparametrických testů při ověřování hypotéz. Pokud by byl vzorek rozsáhlejší, více parametrů by dosahovalo normálního rozdělení a bylo by možné použít parametrické testy.

Specifičnost námi vybraného vzorku spočívá i v rozdílné míře vzdělání, než je u obyvatel České republiky. 50,9 % participantů dosáhlo vysokoškolského vzdělání a 36,2 % středoškolského vzdělání s maturitou. Dle Českého statistického úřadu dosáhlo v roce 2011 vysokoškolského vzdělání 12,5 % Čechů a středoškolského vzdělání s maturitou 31,1 % (“Souhrnná data o České republice: Obyvatelstvo podle dosaženého vzdělání”). Náš vzorek tedy vysoce neodpovídá rozložení vzdělání v České republice. Bylo by žádoucí vzorek rozšířit, aby více odpovídal základnímu souboru.

Z našich výsledků můžeme vyvodit, že pacienti s bipolární afektivní poruchou jsou fenotypově méně jasně ohraničení. Diagnóza BAP se u nižšího věku nástupu zřejmě určuje hůře, jelikož pacient nevykazuje jasné příznaky BAP. Pod těmito prvotními příznaky se může skrývat celá řada jiných diagnóz, což ústí v častější diferenciální diagnózy. Bipolární afektivní porucha s brzkým nástupem má tedy plíživější charakter před plným vypuknutím nemoci. Díky diferenciální diagnóze může být pacientům předepsána medikace, která může následující průběh BAP zhoršit. Tuto spojitost jsme však v této práci nesledovali a je proto vhodné se tímto tématem zabývat v následujících studiích.

Závěr

Bipolární afektivní porucha je rozsáhlé onemocnění zasahující 1 % celkové populace. Tato porucha zasáhne jedince v psychické, sociální i ekonomické složce. Výzkumy se zabývají bipolární afektivní poruchou již řadu dekad a výsledky studií jsou mnohdy více než nejednotné. Odborníci se neshodují v diagnostických kritériích této poruchy, natož v mnohem méně jasných okolnostech, jako jsou právě faktory, kterými je porucha ovlivňována. Diagnostika bipolární afektivní poruchy se liší v USA a v Evropě dle používaného diagnostického manuálu. Dále nalézáme odlišnosti v kategorizaci bipolární poruchy. Známa je kategorizace dle DSM-V na první a druhý typ bipolární afektivní poruchy, dále dělení dle Aldy nebo dle Akiskala a Pintoa. Dle různé kategorizace se liší i definice a diagnostika jednotlivých relapsů. Nalézáme odlišnosti například v tom, jak dlouho musí depresivní či manické projevy trvat, než můžeme daný stav klasifikovat jako depresi či máni. Taková striktní diagnostická kritéria mnohdy velmi znesnadňují kvalitní určení diagnózy a mohou vést k diferencální diagnóze, a tedy mimo jiné předepsání jiné medikace, než která by byla žádoucí.

Bipolární afektivní porucha je velmi dynamické onemocnění, u kterého se nedá předvídat průběh. Určití jedinci jsou na léčbu rezpozivní a zažívají několikaleté stavy remise, jiní jedinci naopak remisi téměř neznají. Závažnost relapsů se individuálně liší, stejně tak počet hospitalizací, kterému je pacient vystaven. Na průběh bipolární afektivní poruchy má vliv mnoho faktorů. Nejvýznamnějšími faktory jsou například rodinná anamnéza obsahující pozitivní psychiatrické diagnózy. Taková rodinná anamnéza může ovlivnit například věk, kdy se objeví první příznaky bipolární afektivní poruchy nebo závažnost průběhu poruchy u daného jedince. Věk nástupu je dalším faktorem, který může ovlivňovat průběh dané poruchy. Kromě věku nástupu jsou velmi ovlivňujícími faktory i zvolená terapie, medikace či citlivost na sezónní střídání období.

V rámci této studie jsme si zvolili za cíl vysledovat věk nástupu prvních příznaků bipolární afektivní poruchy a jak tento věk ovlivňuje její průběh. Věk nástupu byl rozdělen na brzký a pozdní. První příznak nemoci, který se objevil před devatenáctým rokem života jedince byl považován za brzký. Po devatenáctém roce života byly první příznaky považovány za pozdní. Ze zvolených cílů a hypotéz se nám potvrdila pouze jedna hypotéza, tedy že věk nástupu vede k signifikantně delšímu intervalu mezi prvním příznakem a vyhledáním lékaře a zvolením diagnózy.

V rámci hypotéz jsme se ptali i na souvislost mezi věkem nástupu a závažností bipolární afektivní poruchy. Za závažnost jsme považovali množství hospitalizací, pobírání a výši invalidního důchodu a subjektivně hodnocenou závažnost prvního a nejzávažnějšího

depresivního a manického relapsu. Neprokázála se souvislost mezi věkem nástupu a žádným ze zvolených kritérií. Posledním bodem tohoto výzkumu bylo zjištění souvislosti mezi myšlenkami na sebevraždu, pokusem o sebevraždu či přítomností psychotických symptomů. Ani zde se neprokázala souvislost mezi věkem nástupu a těmito faktory.

Nejen tato studie, ale mnoho a mnoho dalších, se snaží nalézt v této poruše určitý řád a vysledovat proměnné, které ovlivňují průběh bipolární afektivní poruchy a tím v nejlepším případě zefektivnit léčbu pacientů, kteří touto poruchou trpí. Bohužel, ačkoli výsledky našeho výzkumu nevyšly dle předpokladu, věříme, že i tak budou mít určitý přínos pro klinickou praxi. Pokud ne svými výsledky, tak minimálně jako podnět k dalšímu bádání a zkoumání vlivu věku nástupu prvního příznaku na průběh nemoci.

Seznam použité literatury

(APA) American Psychiatric Association (Ed.). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*(5th ed). Washington, D.C: American Psychiatric Association.

Aiken, C. B., Weisler, R. H., & Sachs, G. S. (2015). The Bipolarity index: a clinician-rated measure of diagnostic confidence. *Journal Of Affective Disorders*, *177*, 59-64. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.02.004>

Akiskal, H. S., & Pinto, O. (1999). The evolving bipolar spectrum. *Psychiatric Clinics Of North America*, *22*(3), 517-534. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(05\)70093-9](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(05)70093-9)

Akiskal, H. S., Bourgeois, M. L., Angst, J., Post, R., Möller, H. J., & Hirschfeld, R. (2000). Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders. *Journal Of Affective Disorders*, *59*, 5-30. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(00\)00203-2](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(00)00203-2)

Alda, M. (2004). The phenotypic spectra of bipolar disorder. *European Neuropsychopharmacology*, *14*, 94-99. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2004.03.006>

Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Urosevic, S., Bender, R. E., & Wagner, C. A. (2009). Longitudinal Predictors of Bipolar Spectrum Disorders: A Behavioral Approach System Perspective. *Clinical Psychology: Science And Practice*, *16*(2), 206-226. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2009.01160.x>

Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Urosevic, S., Walshaw, P. D., Nusslock, R., & Neeren, A. M. (2005). The psychosocial context of bipolar disorder: Environmental, cognitive, and developmental risk factors. *Clinical Psychology Review*, *25*(8). <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.06.006>

Amini, P., Najafi-Vosough, R., Ghaleiha, A., & Mahjub, H. (2017). Evaluation of Bipolar Disorder in Several Recurrences over the Time Using Generalized Estimating Equations. *Iranian Journal of Psychiatry*, *12*(3), 182-187.

Angst, J. (2007). The bipolar spectrum. *British Journal Of Psychiatry*, 190(3), 189-191. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.030957>

Angst, J., & Sellaro, R. (2000). Historical perspectives and natural history of bipolar disorder. *Biological Psychiatry*, 48(6), 445-457. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(00\)00909-4](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(00)00909-4)

Antypa, N., & Serretti, A. (2014). Family history of a mood disorder indicates a more severe bipolar disorder. *Journal Of Affective Disorders*, 156, 178-186. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.12.013>

Arnold, L. E., Van Meter, A. R., Fristad, M. A., Youngstrom, E. A., Birmaher, B. B., Findling, R. L., ... Black, S. R. (2019). Development of bipolar disorder and other comorbidity among youth with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal Of Child Psychology And Psychiatry*, 61(2), 175-181. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13122>

Ayano, G., & Duko, B. (2017). Relapse and hospitalization in patients with schizophrenia and bipolar disorder at the St Amanuel Mental Specialized Hospital, Addis Ababa, Ethiopia: a comparative quantitative cross-sectional study. *Neuropsychiatric Disease And Treatment*, 13, 1527-1531. <https://doi.org/10.2147/NDT.S139075>

Azorin, J. M., Bellivier, F., Kaladjian, A., Adida, M., Belzeaux, R., Fakra, E., ... Golmard, J. L. (2013). Characteristics and profiles of bipolar I patients according to age-at-onset: Findings from an admixture analysis. *Journal Of Affective Disorders*, 150(3), 993-1000. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.05.026>

Baethge, C., Baldessarini, R. J., Freudenthal, K., Streeruwitz, A., Bauer, M., & Bschor, T. (2005). Hallucinations in bipolar disorder: characteristics and comparison to unipolar depression and schizophrenia. *Bipolar Disorders*, 7(2), 136-145. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2004.00175.x>

Bakstein, E., Mladá, K., Fárková, E., Kolenič, M., Španiel, F., Manková, D., ... Hájek, T. (2020). Cross-sectional and within-subject seasonality and regularity of hospitalizations: A

population study in mood disorders and schizophrenia. *Bipolar Disorders*.
<https://doi.org/10.1111/bdi.12884>

Baldessarini, R. J., Tondo, L., Pinna, M., Nuñez, N., & Vázquez, G. H. (2019). Suicidal risk factors in major affective disorders. *The British Journal Of Psychiatry*, *215*(04), 621-626.
<https://doi.org/10.1192/bjp.2019.167>

Baldessarini, R. J., Tondo, L., Vázquez, G. H., Undurraga, J., Bolzani, L., Yildiz, A., ... Tohen, M. (2012). Age at onset versus family history and clinical outcomes in 1,665 international bipolar-I disorder patients. *World Psychiatry*, *11*(1), 40-46.
<https://doi.org/10.1016/j.wpsyc.2012.01.006>

Bauer, M. S., Calabrese, J., Dunner, D. L., Post, R., Whybrow, P. C., Gyulai, L., ... Price, R.A. (1994). Multisite data reanalysis of the validity of rapid cycling as a course modifier for bipolar disorder in DSM-IV. *American Journal Of Psychiatry*, *151*(4), 506-515.
<https://doi.org/10.1176/ajp.151.4.506>

Bauer, M., Glenn, T., Grof, P., Rasgon, N. L., Marsh, W., Sagduyu, K., ... Whybrow P.C. (2009). Relationship among latitude, climate, season and self-reported mood in bipolar disorder. *Journal Of Affective Disorders*, *116*(1-2), 152-157.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.11.013>

Benazzi, F. (2009). A prediction rule for diagnosing hypomania. *Progress In Neuro-Psychopharmacology And Biological Psychiatry*, *33*(2), 317-322.
<https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2008.12.007>

Berk, M., & Dodd, S. (2005). Are treatment emergent suicidality and decreased response to antidepressants in younger patients due to bipolar disorder being misdiagnosed as unipolar depression? *Medical Hypotheses*, *65*(1), 39-43. <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2005.02.010>

Berk, M., Dodd, S., Callaly, P., Berk, L., Fitzgerald, P., de Castella, A. R., Kulkarni, J. (2007). History of illness prior to a diagnosis of bipolar disorder or schizoaffective disorder. *Journal Of Affective Disorders*, *103*(1-3), 181-186. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.01.027>

Biffin, F., Tahtalian, S., Folia, K., Fitzgerald, P. B., de Castella, A. R., Folia, S., ... Kulkarni, J. (2009). The impact of age at onset of bipolar I disorder on functioning and clinical presentation. *Acta Neuropsychiatrica*, 21(4), 191-196. <https://doi.org/10.1111/j.1601-5215.2009.00399.x>

Carvalho, A. F., & Vieta, E. (Ed.). (2017). *The treatment of bipolar disorder: integrative clinical strategies & future directions*. Oxford: Oxford University Press.

Cassidy, F., & Carroll, B. J. (2002). Seasonal variation of mixed and pure episodes of bipolar disorder. *Journal Of Affective Disorders*, 68(1), 25-31. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(00\)00325-6](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(00)00325-6)

Cate Carter, T. D., Mundo, E., Parikh, S. V., & Kennedy, J. L. (2003). Early age at onset as a risk factor for poor outcome of bipolar disorder. *Journal Of Psychiatric Research*, 37(4), 297-303. [https://doi.org/10.1016/S0022-3956\(03\)00052-9](https://doi.org/10.1016/S0022-3956(03)00052-9)

Cassidy, F., Ahearn, E. P., & Carroll, B. J. (2001). Substance abuse in bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 3(4), 181-188. <https://doi.org/10.1034/j.1399-5618.2001.30403.x>

Correll, C. U., Detraux, J., De Lepeleire, J., & De Hert, M. (2015). Effects of antipsychotics, antidepressants and mood stabilizers on risk for physical diseases in people with schizophrenia, depression and bipolar disorder. *World Psychiatry*, 14(2), 119-136. <https://doi.org/10.1002/wps.20204>

Coryell, W., Fiedorowicz, J., Leon, A. C., Endicott, J., & Keller, M. B. (2013). Age of onset and the prospectively observed course of illness in bipolar disorder. *Journal Of Affective Disorders*, 146(1), 34-38. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.08.031>

Cosoff, S. J., & Hafner, R. J. (2016). The Prevalence of Comorbid Anxiety in Schizophrenia, Schizoaffective Disorder and Bipolar Disorder, 32(1), 67-72. <https://doi.org/10.3109/00048679809062708>

Crump, C., Sundquist, K., Winkleby, M. A., & Sundquist, J. (2013). Comorbidities and Mortality in Bipolar Disorder. *Jama Psychiatry*, 70(9). <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.1394>

Dilsaver, S. C., Benazzi, F., Rihmer, Z., Akiskal, K. K., & Akiskal, H. S. (2005). Gender, suicidality and bipolar mixed states in adolescents. *Journal Of Affective Disorders*, 87(1), 11-16. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2005.02.003>

Dome, P., Rihmer, Z., & Gonda, X. (2019). Suicide Risk in Bipolar Disorder: A Brief Review. *Medicina*, 55(8), 403-411. <https://doi.org/10.3390/medicina55080403>

Dunayevich, E., & Keck, P. E. (2000). Prevalence and description of psychotic features in bipolar mania. *Current Psychiatry Reports*, 2(4), 286-290. <https://doi.org/10.1007/s11920-000-0069-4>

Dunner, D. L., & Fieve, R. R. (1974). Clinical Factors in Lithium Carbonate Prophylaxis Failure. *Archives Of General Psychiatry*, 30(2), 229-233. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1974.01760080077013>

Egeland, J. A., Blumenthal, R. L., Nee, J., Sharpe, L., & Endicott, J. (1987). Reliability and relationship of various ages of onset criteria for major affective disorder. *Journal Of Affective Disorders*, 12(2), 159-165. [https://doi.org/10.1016/0165-0327\(87\)90009-7](https://doi.org/10.1016/0165-0327(87)90009-7)

Egeland, J. A., Hostetter, A. M., Paulis, D. L., & Sussex, J. N. (2000). Prodromal Symptoms Before Onset of Manic-Depressive Disorder Suggested by First Hospital Admission Histories, 39(10), 1245-1252. <https://doi.org/10.1097/00004583-200010000-00011>

Ernst, C. L., & Goldberg, J. F. (2004). Clinical features related to age at onset in bipolar disorder. *Journal Of Affective Disorders*, 82(1), 21-27. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2003.10.002>

Faedda, G. L. (1993). Seasonal Mood Disorders. *Archives Of General Psychiatry*, 50(1). <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1993.01820130019004>

Faedda, G. L., Baldessarini, R. J., Glovinsky, I. P., & Austin, N. B. (2004). Pediatric bipolar disorder: phenomenology and course of illness. *Bipolar Disorders*, 6(4), 305-313. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2004.00128.x>

- Fagiolini, A., Forgione, R., Maccari, M., Cuomo, A., Morana, B., Dell'Osso, M. C., ... Rossi, A. (2013). Prevalence, chronicity, burden and borders of bipolar disorder. *Journal Of Affective Disorders, 148*(2-3), 161-169. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.02.001>
- Fletcher, K., Parkera, G. B., & Manicavasagara, V. (2013). Coping profiles in bipolar disorder. *Comprehensive Psychiatry, 2013*(54), 1177–1184.
- Forty, L., Smith, D., Jones, L., Jones, I., Caesar, S., Cooper, C., & Fraser, C. (2008). *British Journal Of Psychiatry, 192*(5). <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.045294>
- Fountoulakis, K. N. (2015). *Bipolar Disorder*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. doi:10.1007/978-3-642-37216-2
- Frankle, W. G., Perlis, R. H., Deckersbach, T., Grandin, L. D., Gray, S. M., Sachs, G. S., & Nierenberg, A. A. (2002). Bipolar depression: relationship between episode length and antidepressant treatment. *Psychological Medicine, 32*(8), 1417-1423. <https://doi.org/10.1017/S0033291702006165>
- Frías, Á., Baltasar, I., & Birmaher, B. (2016). Comorbidity between bipolar disorder and borderline personality disorder: Prevalence, explanatory theories, and clinical impact. *Journal Of Affective Disorders, 202*, 210-219. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.05.048>
- Friedman, E., Gyulai, L., Bhargava, M., Landen, M., Wisniewski, S., Foris, J., ... Thase, M. (2006). Seasonal changes in clinical status in bipolar disorder: a prospective study in 1000 STEP-BD patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 113*(6), 510-517. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00701.x>
- Gay, C. (2010). *Bipolární porucha: rady pro rodiny a blízké osob s maniodepresivními stavy*. Praha: Portál.
- Goes, F. S., Sadler, B., Toolan, J., Zamoiski, R. D., Mondimore, F. M., MacKinnon, D. F., ... Potash, J.B. (2007). Psychotic features in bipolar and unipolar depression. *Bipolar Disorders, 9*(8), 901-906. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2007.00460.x>

Golden, R. N., Gaynes, B. N., Ekstrom, R. D., Hamer, R. M., Jacobsen, F. M., Suppes, T., ... Nemeroff Ch. B. (2005). The Efficacy of Light Therapy in the Treatment of Mood Disorders: A Review and Meta-Analysis of the Evidence. *American Journal Of Psychiatry*, 162(4), 656-662. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.4.656>

Gomes, F. A., Almeida, K. M., Magalhães, P. V., Caetano, S. C., Kauer-Sant'Anna, M., Lafer, B., & Kapczinski, F. (2013). Cardiovascular risk factors in outpatients with bipolar disorder: a report from the Brazilian Research Network in Bipolar Disorder. *Revista Brasileira De Psiquiatria*, 35(2), 126-130. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2011-0768>

Gonzalez-Pinto, A., Gonzalez, C., Enjuto, S., Fernandez de Corres, B., Lopez, P., Palomo, J., ... Perez de Heredia J. L. (2004). Psychoeducation and cognitive-behavioral therapy in bipolar disorder: an update. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(2), 83-90. <https://doi.org/10.1046/j.0001-690X.2003.00240.x>

Goodwin, F. K., Jamison, K. R., & Ghaemi, S. N. (2007). *Manic-depressive illness: bipolar disorders and recurrent depression* (2nd ed). New York, N.Y.: Oxford University Press.

Greene, M., Yan, T., Chang, E., Hartry, A., & Broder, M. (2017). PP029 Hospitalizations And Costs In Bipolar Disorder Patients Initiating Long-acting Injectable Antipsychotics. *International Journal Of Technology Assessment In Health Care*, 33(S1), 83-83. <https://doi.org/10.1017/S0266462317002185>

Grootens, K. P., van Thiel, V., & Hartong, E. G. T. M. (2018). “How harmful is your mania to you or others?” Sharing decisions about antidepressant treatment in bipolar depression. *Bipolar Disorders*, 20(6), 504-505. <https://doi.org/10.1111/bdi.12666>

Hallam, K. T., Olver, J. S., Horgan, J. E., McGrath, C., & Norman, T. R. (1999). Low doses of lithium carbonate reduce melatonin light sensitivity in healthy volunteers. *The International Journal Of Neuropsychopharmacology*, 8(2), 255-259. <https://doi.org/10.1017/S1461145704004894>

Hamshere, M. L., Gordon-Smith, K., Forty, L., Jones, L., Caesar, S., Fraser, C., ... Smith D. J. (2009). Age-at-onset in bipolar-I disorder: Mixture analysis of 1369 cases identifies three

distinct clinical sub-groups. *Journal Of Affective Disorders*, 116(1-2), 23-29.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.10.021>

Hartl, P., & Hartlová, H. (2010). *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál.

Hauser, M., Pfennig, A., Özgürdal, S., Heinz, A., Bauer, M., & Juckel, G. (2007). Early recognition of bipolar disorder. *European Psychiatry*, 22(2), 92-98.
<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2006.08.003>

Hays, J. C., Krishnan, K. R. R., George, L. K., & Blazer, D. G. (1998). Age of first onset of bipolar disorder: Demographic, family history, and psychosocial correlates. *Depression and Anxiety. Depression And Anxiety*, 7(2), 76-82.

Hirschfeld, R. M. (2014). Differential diagnosis of bipolar disorder and major depressive disorder. *Journal Of Affective Disorders*, 169, S12-S16. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(14\)70004-7](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(14)70004-7)

Hirschfeld, R. M., Lewis, L., & Vornik, L. A. (2003). Perceptions and impact of bipolar disorder: how far have we really come? Results of the national depressive and manic-depressive association 2000 survey of individuals with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*, 64(2), 161-174.

Holtzman, J. N., Miller, S., Hooshmand, F., Wang, P. W., Chang, K. D., Hill, S. J., ... Ketter, T. A. (2015). Childhood-compared to adolescent-onset bipolar disorder has more statistically significant clinical correlates. *Journal Of Affective Disorders*, 179, 114-120.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.03.019>

Höschl, C. (1997). Poznamenání ohněm. *Vesmír*, 76(3), 125-128.

Chen, Y. W., & Dilsaver, S. C. (1995). Comorbidity of panic disorder in bipolar illness: evidence from the Epidemiologic Catchment Area Survey. *American Journal Of Psychiatry*, 152(2), 280-282. <https://doi.org/10.1176/ajp.152.2.280>

- Chen, Y. -W., & Dilsaver, S. C. (1996). Lifetime rates of suicide attempts among subjects with bipolar and unipolar disorders relative to subjects with other axis I disorders. *Biological Psychiatry*, 39(10), 896-899. [https://doi.org/10.1016/0006-3223\(95\)00295-2](https://doi.org/10.1016/0006-3223(95)00295-2)
- Jones, S. (2004). Psychotherapy of bipolar disorder: a review. *Journal Of Affective Disorders*, 80(2-3), 101-114. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(03\)00111-3](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(03)00111-3)
- Joslyn, C., Hawes, D. J., Hunt, C., & Mitchell, P. B. (2016). Is age of onset associated with severity, prognosis, and clinical features in bipolar disorder? A meta-analytic review. *Bipolar Disorders*, 18(5), 389-403. <https://doi.org/10.1111/bdi.12419>
- Joyce, P. R. (1984). Age of onset in bipolar affective disorder and misdiagnosis as schizophrenia. *Psychological Medicine*, 14(1), 145-149. <https://doi.org/10.1017/S0033291700003147>
- Keck, P. E., McElroy, S. L., Havens, J. R., Altshuler, L. L., Nolen, W. A., Frye, M. A., ... Post, R.M. (2003). Psychosis in bipolar disorder: phenomenology and impact on morbidity and course of illness. *Comprehensive Psychiatry*, 44(4), 263-269. [https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(03\)00089-0](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(03)00089-0)
- Kessler, R. C., Nelson, C. B., McGonagle, K. A., Edlund, M. J., Frank, R. G., & Leaf, P. J. (1996). The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: Implications for prevention and service utilization. *American Journal Of Orthopsychiatry*, 66(1), 17-31. <https://doi.org/10.1037/h0080151>
- Krishnan, K. R. R. (2005). Psychiatric and Medical Comorbidities of Bipolar Disorder. *Psychosomatic Medicine*, 67(1), 1-8. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000151489.36347.18>
- Kruger, S., Braunig, P., & Cooke, R. G. (2000). Comorbidity of obsessive-compulsive disorder in recovered inpatients with bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 2(1), 71-74. <https://doi.org/10.1034/j.1399-5618.2000.020111.x>

Krüger, S., Cooke, R. G., Hasey, G. M., Jorna, T., & Persad, E. (1995). Comorbidity of obsessive compulsive disorder in bipolar disorder. *Journal Of Affective Disorders*, 34(2), 117-120. [https://doi.org/10.1016/0165-0327\(95\)00008-B](https://doi.org/10.1016/0165-0327(95)00008-B)

Kupfer, D. J., Frank, E., Grochocinski, V. J., Cluss, P. A., Houck, P. R., & Stapf, D. A. (2002). Demographic and Clinical Characteristics of Individuals in a Bipolar Disorder Case Registry. *The Journal Of Clinical Psychiatry*, 63(2), 120-125. <https://doi.org/10.4088/JCP.v63n0206>

Lam, D., & Wong, G. (1997). Prodromes, coping strategies, insight and social functioning in bipolar affective disorders. *Psychological Medicine*, 1997(27), 1091-1100.

Látalová, D., Kamarádová, D., & Praško, J. (2014). Suicide in bipolar disorder: a review. *Psychiatria Danubina*, 26 2, 108-14.

Lee, H. C., Tsai, S. -Y., & Lin, H. C. (2007). Seasonal variations in bipolar disorder admissions and the association with climate: A population-based study. *Journal Of Affective Disorders*, 97(1-3), 61-69. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.06.026>

Leverich, G. S., Post, R. M., Keck, P. E., Altshuler, L. L., Frye, M. A., Kupka, R. W., ... Luckenbaugh, D. (2007). The Poor Prognosis of Childhood-Onset Bipolar Disorder. *The Journal Of Pediatrics*, 150(5), 485-490. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2006.10.070>

Lewy, A. J., Wehr, T. A., Goodwin, F. K., Newsome, D. A., & Rosenthal, N. E. (1981). Manic-depressive patients may be supersensitive to light. *The Lancet*, 317(8216), 383-384. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(81\)91697-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(81)91697-4)

Lish, J. D., Dime-Meenan, S., Whybrow, P. C., Price, R. A., & Hirschfeld, R. M. A. (1994). The National Depressive and Manic-depressive Association (DMDA) survey of bipolar members. *Journal Of Affective Disorders*, 31(4), 281-294. [https://doi.org/10.1016/0165-0327\(94\)90104-X](https://doi.org/10.1016/0165-0327(94)90104-X)

Luciano, A., Metcalfe, J. D., Bond, G. R., Xie, H., Miller, A. L., Riley, J., ... Drake, R. E. (2016). Hospitalization Risk Before and After Employment Among Adults With

Schizophrenia, Bipolar Disorder, or Major Depression. *Psychiatric Services*, 67(10), 1131-1138.

Maj, M. (2012). Mixed states and rapid cycling: conceptual issues and options for ICD-11. *World Psychiatry*, 11(1), 65-58.

Marangell, L. B., Bauer, M. S., Dennehy, E. B., Wisniewski, S. R., Allen, M. H., Miklowitz, D. J., ... Thase, M. E. (2006). *Bipolar Disorders*, 8(5p2). <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2006.00369.x>

Marchand, W. (2003). Recognizing and treating bipolar disorder. *Hospital Physician*, 21-30.

McGlashan, T. (1988). Adolescent versus adult onset of mania. *American Journal Of Psychiatry*, 145(2), 221-223. <https://doi.org/10.1176/ajp.145.2.221>

McGuffin, P., Rijdsdijk, F., Andrew, M., Sham, P., Katz, R., & Cardno, A. (2003). The Heritability of Bipolar Affective Disorder and the Genetic Relationship to Unipolar Depression. *Archives Of General Psychiatry*, 60(5). <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.5.497>

McIntyre, R. S., Soczynska, J. K., Beyer, J. L., Woldeyohannes, H. O., Law, C. W. Y., Miranda, A., ... Kennedy, S.H. (2007). Medical comorbidity in bipolar disorder: reprioritizing unmet needs. *Current Opinion In Psychiatry*, 20(4), 406-416. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3281938102>

Merikangas, K. R., Akiskal, H. S., Angst, J., Greenberg, P. E., Hirschfeld, R. M. A., Petukhova, M., & Kessler, R. C. (2007). Lifetime and 12-Month Prevalence of Bipolar Spectrum Disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives Of General Psychiatry*, 64(5). <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.5.543>

Miklowitz, D. J. (2008). Adjunctive Psychotherapy for Bipolar Disorder: State of the Evidence. *American Journal Of Psychiatry*, 165(11), 1408-1419. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08040488>

Miller, K. (2006). Bipolar disorder: Etiology, diagnosis, and management. *Journal Of The American Academy Of Nurse Practitioners*, 18(8), 368-373. <https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2006.00148.x>

Mitchell, P. B. (2001). The Clinical Features of Bipolar Depression. *The Journal Of Clinical Psychiatry*, 62(3), 212-216. <https://doi.org/10.4088/JCP.v62n0314a>

MKN-10 aktualizace 2020 [Online]. (2019). In *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR*. Praha: Úzis. [vid. 2020-02-17]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/mkn-10-aktualizace-2020>

MKN-10. (2017). *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize. Aktualizované vydání k 1.1.2018.* (Roč. 2017). Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.

Mohr, P. (2020). Cena léčby – a co nás stojí neléčit? In *Psychiatrie: Časopis pro moderní psychiatrii* (p. 6). Bibliographia medica čechoslovaca.

Morken, G., Lilleeng, S., & Linaker, O. M. (2002). Seasonal variation in suicides and in admissions to hospital for mania and depression. *Journal Of Affective Disorders*, 69(1-3), 39-45. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(00\)00373-6](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(00)00373-6)

Müller-Oerlinghausen, B., Berghöfer, A., & Bauer, M. (2002). Bipolar disorder. *The Lancet*, 359(9302), 241-247. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)07450-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)07450-0)

Murray, G., Lam, R. W., Beaulieu, S., Sharma, V., Cervantes, P., Parikh, S. V., & Yatham, L. N. (2011). Do symptoms of bipolar disorder exhibit seasonal variation? A multisite prospective investigation. *Bipolar Disorders*, 13(7-8), 687-695. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2011.00959.x>

National Collaborating Centre for Mental Health (2006). *Bipolar Disorder: The Management of Bipolar Disorder in Adults, Children and Adolescents, in Primary and Secondary Care*. Leicester: British Psychological Society

Newman, T. (2007). What should you know about bipolar disorder [Online]. *Medical News Today*. [vid. 2020-02-15]. Dostupné z: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/37010.php>

Novák, T. (2010). Bipolární porucha II – epidemiologie, diagnostika a léčba. *Psychiatrie Pro Praxi*, 11(1), 7-10.

Nowrouzi, B., McIntyre, R. S., MacQueen, G., Kennedy, S. H., Kennedy, J. L., Ravindran, A., ... De Luca, V. (2016). Admixture analysis of age at onset in first episode bipolar disorder. *Journal Of Affective Disorders*, 201, 88-94. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.04.006>

Oedegaard, K. J., Syrstad, V. E. G., Morken, G., Akiskal, H. S., & Fasmer, O. B. (2009). A study of age at onset and affective temperaments in a Norwegian sample of patients with mood disorders. *Journal Of Affective Disorders*, 118(1-3), 229-233. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.01.030>

Okumura, Y., Sugiyama, N., & Noda, T. (2018). Timely follow-up visits after psychiatric hospitalization and readmission in schizophrenia and bipolar disorder in Japan. *Psychiatry Research*, 270, 490-495. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.10.020>

Olesen, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Wittchen, H. -U., & Jönsson, B. (2012). The economic cost of brain disorders in Europe. *European Journal Of Neurology*, 19(1), 155-162. <https://doi.org/10.1111/j.1468-1331.2011.03590.x>

Paris, J. (2017). Differential diagnosis of bipolar disorder and borderline personality disorder. *Bipolar Disorders*, 19(7), 605-605. <https://doi.org/10.1111/bdi.12565>

Perlis, R. H., Dennehy, E. B., Miklowitz, D. J., DelBello, M. P., Ostacher, M., Calabrese, J. R., et al. (2009). *Bipolar Disorders*, 11(4). <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2009.00686.x>

Perlis, R. H., Dennehy, E. B., Miklowitz, D. J., DelBello, M. P., Ostacher, M., Calabrese, J. R., ... Sachs, G. (2009). Retrospective age at onset of bipolar disorder and outcome during two-year follow-up: results from the STEP-BD study. *Bipolar Disorders*, 11(4), 391-400. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2009.00686.x>

Perlis, R. H., Miyahara, S., Marangell, L. B., Wisniewski, S. R., Ostacher, M., DelBello, M. P., ... Nierenberg, A.A. (2004). Long-Term implications of early onset in bipolar disorder: data

from the first 1000 participants in the systematic treatment enhancement program for bipolar disorder (STEP-BD). *Biological Psychiatry*, 55(9), 875-881. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.01.022>

Perugi, G., Akiskal, H. S., Micheli, C., Musetti, L., Paiano, A., Quilici, C., ... Cassano, G.B. (1997). Clinical subtypes of bipolar mixed states. *Journal Of Affective Disorders*, 43(3), 169-180. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(97\)01446-8](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(97)01446-8)

Pini, S., de Queiroz, V., Pagnin, D., Pezawas, L., Angst, J., Cassano, G. B., & Wittchen, H. -U. (2005). Prevalence and burden of bipolar disorders in European countries. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 425-434. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2005.04.011>

Podmínky nároku na invalidní důchod [Online]. [vid. 2020-02-18]. Dostupné z: <https://www.cssz.cz/web/cz/invalidni-duchody-podrobne>

Post, R. M. (2005). The Impact of Bipolar Depression. *The Journal Of Clinical Psychiatry*, 66(5), 5-10.

Post, R. M., Altshuler, L. L., Kupka, R., McElroy, S. L., Frye, M. A., Rowe, M., ... Nolen, W. A. (2016). Age of onset of bipolar disorder: Combined effect of childhood adversity and familial loading of psychiatric disorders. *Journal Of Psychiatric Research*, 81, 63-70. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.06.008>

Post, R. M., Leverich, G. S., McElroy, S., Kupka, R., Suppes, T., Altshuler, L., ... Helleman, G. (2018). Prevalence of axis II comorbidities in bipolar disorder: relationship to mood state. *Bipolar Disorders*, 20(4), 303-312. <https://doi.org/10.1111/bdi.12596>

Raboch, J., & Pavlovský, P. (2012). *Psychiatrie*. Praha: Karolinum.

Raboch, J., Hrdlička, M., Mohr, P., Pavlovský, P., & Ptáček, R. (Eds.). (2015). *DSM-5®: diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe - Testcentrum.

Riemann, D., Voderholzer, U., & Berger, M. (2002). Sleep and Sleep-Wake Manipulations in Bipolar Depression. *Neuropsychobiology*, 45(1), 7-12. <https://doi.org/10.1159/000049255>

- Rihmer, Z. (1980). Season of birth and season of hospital admission in bipolar depressed female patients. *Psychiatry Research*, 3(3), 247-251. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(80\)90054-2](https://doi.org/10.1016/0165-1781(80)90054-2)
- Rouch, I., Marescaux, C., Padovan, C., D'Amato, T., Saitta, B., Laurent, B., ... Lepetit, A. (2015). *Psychology*, 06(01). <https://doi.org/10.4236/psych.2015.61011>
- Rowland, T. A., & Marwaha, S. (2018). Epidemiology and risk factors for bipolar disorder. *Therapeutic Advances In Psychopharmacology*, 8(9), 251-269. <https://doi.org/10.1177/2045125318769235>
- Saunders, E. H., Scott, L. J., McInnis, M. G., & Burmeister, M. (2008). Familiality and diagnostic patterns of subphenotypes in the National Institutes of Mental Health Bipolar sample. *American Journal Of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 147B(1), 18-26. <https://doi.org/10.1002/ajmg.b.30558>
- SayuriYamagata, A., Brietzke, E., Rosenblat, J. D., Kakar, R., & McIntyre, R. S. (2017). Medical comorbidity in bipolar disorder: The link with metabolic-inflammatory systems. *Journal Of Affective Disorders*, 211, 99-106. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.12.059>
- Scott, J. (1995). Psychotherapy for Bipolar Disorder. *British Journal Of Psychiatry*, 167(5), 581-588. <https://doi.org/10.1192/bjp.167.5.581>
- Scott, J. (2001). Cognitive therapy as an adjunct to medication in bipolar disorder. *British Journal Of Psychiatry*, 178(S41), s164-s168. <https://doi.org/10.1192/bjp.178.41.s164>
- Schmidt, F., Steinberg, H., & Himmerich, H. (2015). Differenzialdiagnostik der Bipolaren Störung: historische und klinische Implikationen und Perspektiven. *Fortschritte Der Neurologie · Psychiatrie*, 83(02), 74-82. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1398934>
- Schürhoff, F., Bellivier, F., Jouvent, R., Mouren-Siméoni, M. C., Bouvard, M., Allilaire, J. F., & Leboyer, M. (2000). Early and late onset bipolar disorders: two different forms of manic-depressive illness? *Journal Of Affective Disorders*, 58(3), 215-221. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(99\)00111-1](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(99)00111-1)

Seo, H. J., Wang, H. R., Jun, T. Y., Woo, Y. S., & Bahk, W. M. (2016). Factors related to suicidal behavior in patients with bipolar disorder: the effect of mixed features on suicidality. *General Hospital Psychiatry, 39*, 91-96. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2015.12.005>

Sham, P., Wong, G., & Lam, D. (2001). Prodromes, coping strategies and course of illness in bipolar affective disorder ± a naturalistic study. *Psychological Medicine, 2001*(31), 1397-1402.

Shapira, A., Shiloh, R., Potchter, O., Hermesh, H., Popper, M., & Weizman, A. (2004). Admission rates of bipolar depressed patients increase during spring/summer and correlate with maximal environmental temperature. *Bipolar Disorders, 6*(1), 90-93. <https://doi.org/10.1046/j.1399-5618.2003.00081.x>

Sharma, V., Khan, M., Corpse, C., & Sharma, P. (2008). Missed bipolarity and psychiatric comorbidity in women with postpartum depression. *Bipolar Disorders, 10*(6), 742-747. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2008.00606.x>

Shim, I. H., Woo, Y. S., Wang, H. R., & Bahk, W. M. (2017). Predictors of a Shorter Time to Hospitalization in Patients with Bipolar Disorder: Medication during the Acute and Maintenance Phases and Other Clinical Factors. *Clinical Psychopharmacology And Neuroscience, 15*(3), 248-255. <https://doi.org/10.9758/cpn.2017.15.3.248>

Sienaert, P., & Peuskens, J. (2006). Electroconvulsive therapy: an effective therapy of medication-resistant bipolar disorder. *Bipolar Disorders, 8*(3), 304-306. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2006.00317.x>

Simon, N. M., Otto, M. W., Wisniewski, S. R., Fossey, M., Sagduyu, K., Frank, E., ... Pollack, M. H. (2004). Anxiety Disorder Comorbidity in Bipolar Disorder Patients: Data From the First 500 Participants in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *American Journal Of Psychiatry, 161*(12), 2222-2229. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.12.2222>

Sit, D., Wisner, K. L., Hanusa, B. H., Stull, S., & Terman, M. (2007). Light therapy for bipolar disorder: a case series in women. *Bipolar Disorders*, 9(8), 918-927. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2007.00451.x>

Slama, F., Bellivier, F., Henry, C., Rousseva, A., Etain, B., Rouillon, F., & Leboyer, M. (2004). Bipolar Patients With Suicidal Behavior. *The Journal Of Clinical Psychiatry*, 65(8), 1035-1039. <https://doi.org/10.4088/JCP.v65n0802>

Smolík, P. (1997). *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací: nástin nozologie: diagnostika* (2. rev. vyd). Praha: Maxdorf.

Souhrnná data o České republice: Obyvatelstvo podle dosaženého vzdělání [Online]. [vid. 2020-03-15]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/souhrnna_data_o_ceske_republice

Strober, M., Morrell, W., Burroughs, J., Lampert, C., Danforth, H., & Freeman, R. (1988). A family study of bipolar I disorder in adolescence. *Journal Of Affective Disorders*, 15(3), 255-268. [https://doi.org/10.1016/0165-0327\(88\)90023-7](https://doi.org/10.1016/0165-0327(88)90023-7)

Suominen, K., Mantere, O., Valtonen, H., Arvilommi, P., Leppämäki, S., Paunio, T., & Isometsä, E. (2007). Early age at onset of bipolar disorder is associated with more severe clinical features but delayed treatment seeking. *Bipolar Disorders*, 9(7), 698-705. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2007.00388.x>

Suppes, T., Leverich, G. S., Keck, P. E., Nolen, W. A., Denicoff, K. D., Altshuler, L. L., ... Post, R.M. (2001). The Stanley Foundation Bipolar Treatment Outcome Network. *Journal Of Affective Disorders*, 67(1-3), 45-59. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(01\)00432-3](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(01)00432-3)

Symonds, R. L., & Williams, P. (1976). Seasonal Variation in the Incidence of Mania. *British Journal Of Psychiatry*, 129(1), 45-48. <https://doi.org/10.1192/bjp.129.1.45>

Tondo, L., Vázquez, G., & Baldessarini, R. J. (2010). Mania associated with antidepressant treatment: comprehensive meta-analytic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 121(6), 404-414. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2009.01514.x>

- Valentí, M., Benabarre, A., García-Amador, M., Molina, O., Bernardo, M., & Vieta, E. (2008). Electroconvulsive therapy in the treatment of mixed states in bipolar disorder. *European Psychiatry*, 23(1), 53-56. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2007.10.011>
- Valtonen, H. M., Suominen, K., Mantere, O., Leppämäki, S., Arvilommi, P., & Isometsä, E. (2007). Suicidal behaviour during different phases of bipolar disorder. *Journal Of Affective Disorders*, 97(1-3), 101-107. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.05.033>
- Vieta, E., Berk, M., Schulze, T. G., Carvalho, A. F., Suppes, T., Calabrese, J. R., ... Grande, I. (2018). Bipolar disorders. *Nature Reviews Disease Primers*, 4(1), 1-16. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.8>
- Volpe, F. M., da Silva, E. M., dos Santos, T. N., & de Freitas, D. E. G. (2010). Further evidence of seasonality of mania in the tropics. *Journal Of Affective Disorders*, 124(1-2), 178-182. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.11.001>
- Volpe, F. M., & Tavares, A. (2003). Impact of ECT on Duration of Hospitalizations for Mania. *The Journal Of Ect*, 19(1), 17-21. <https://doi.org/10.1097/00124509-200303000-00004>
- Wozniak, J., Wilens, T., DiSalvo, M., Farrell, A., Wolenski, R., Faraone, S. V., & Biederman, J. (2019). Comorbidity of bipolar I disorder and conduct disorder: a familial risk analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 139(4), 361-368. <https://doi.org/10.1111/acps.13013>
- Wu, M. K., Wang, H. Y., Chen, Y. W., Lin, P. Y., Wu, C. K., & Tseng, P. T. (2016). Significantly Higher Prevalence Rate of Asthma and Bipolar Disorder Co-Morbidity. *Medicine*, 95(13). <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000003217>
- Yan, T., Greene, M., Chang, E., Hartry, A., Touya, M., & Broder, M. S. (2017). All-cause hospitalization and associated costs in patients with schizophrenia or bipolar disorder initiating long-acting injectable antipsychotics. *Current Medical Research And Opinion*, 34(1), 41-47. <https://doi.org/10.1080/03007995.2017.1395733>
- Yang, A. C., Yang, C. H., Hong, C. J., Liou, Y. J., Shia, B. C., Peng, C. K., ... Tsai, S. J. (2013). Effects of Age, Sex, Index Admission, and Predominant Polarity on the Seasonality of Acute

Admissions For Bipolar Disorder: A Population-Based Study. *Chronobiology International*, 30(4), 478-485. <https://doi.org/10.3109/07420528.2012.741172>

Zaretsky, A., Lancee, W., Miller, C., Harris, A., & Parikh, S. V. (2008). Is Cognitive-Behavioural Therapy More Effective Than Psychoeducation in Bipolar Disorder? *The Canadian Journal Of Psychiatry*, 53(7), 441-448. <https://doi.org/10.1177/070674370805300709>

Seznam obrázků

Obrázek 1: Klinický obraz BAP (upraveno, převzato z Vieta et al., 2018)	20
Obrázek 2: Věkové rozložení	53
Obrázek 3: Rozdělení věku dle pohlaví	54
Obrázek 4: Věk participantů dle věku nástupu	55
Obrázek 7: Počet hospitalizací celkově	63
Obrázek 8: Počet hospitalizací deprese	63
Obrázek 9: Počet hospitalizací mánie	64

Seznam tabulek

Tabulka 1: Kódování afektivních poruch (poruch nálad) dle MKN-10 (“MKN-10 aktualizace 2020”, 2019).....	16
Tabulka 2: Kódování bipolární afektivní poruchy dle MKN-10 (“MKN-10 aktualizace 2020”, 2019).....	16
Tabulka 3: Věk	53
Tabulka 4: Počet obyvatel	54
Tabulka 5: Nejvyšší dosažené vzdělání.....	54
Tabulka 6: věk participantů dle věku nástupu.....	55
Tabulka 7: délka diagnózy BAP.....	55
Tabulka 8: Věk nástupu.....	57
Tabulka 9: Mann-Whitney U test: věk nástupu-1. návštěva lékaře, věk nástupu - 1. dg, věk nástupu - dg BAP, věk 1. návštěvy lékaře - věk 1. dg.....	59
Tabulka 10: popisná statistika věk nástupu, věk návštěvy 1. lékaře, 1. dg a dg BAP.....	59
Tabulka 11: korelace věk nástupu, věk návštěvy 1. lékaře, 1. dg a dg BAP.....	59
Tabulka 12: Mann-Whitneyův test - závažnost epizod	60
Tabulka 13: popisná statistika – závažnost epizod.....	60
Tabulka 14: korelace věk nástupu a závažnosti epizod.....	61
Tabulka 15: Invalidní důchod.....	61
Tabulka 16: Chí-kvadrát invalidní důchod.....	61
Tabulka 17: Popisná statistika – počet hospitalizací	62
Tabulka 18: Počet hospitalizací.....	62
Tabulka 19: Chí-kvadrát test – počet hospitalizací	63
Tabulka 20: Mann-Whitneyův U test – počet hospitalizací	63
Tabulka 21: Myšlenky na sebevraždu	65
Tabulka 22: Chí-kvadrát myšlenky na sebevraždu	65
Tabulka 23: Pokusy o sebevraždu	65
Tabulka 24: Chí-kvadrát pokusy o sebevraždu	65
Tabulka 25: Psychotické příznaky	66
Tabulka 26: Chí-kvadrát psychotické příznaky.....	66

Seznam použitých zkratk

ADHD – (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) Porucha pozornosti s hyperaktivitou

Aj.- a jiné

Atd. – a tak dále

BAP – Bipolární afektivní porucha

BI – Bipolarity index

Č. - číslo

Dg - diagnóza

HPO – Hraniční porucha osobnosti

IPSRT - interpersonal and social rhythm therapy (interpersonální terapie a terapie sociální rytmicity)

KBT – kognitivně behaviorální terapie

Např. – Například

OCD – (obsessive-compulsive disorder) Obsedantně kompulsivní porucha

PTSD – Posttraumatic stress disorder (posttraumatická stresová porucha)

RA – Rodinná anamnéza

Příloha 1:

Dotazník: Bipolární afektivní porucha: věk nástupu jako indikátor průběhu nemoci

Dobrý den,

v rámci diplomové práce s názvem "Bipolární afektivní porucha: věk nástupu jako indikátor průběhu nemoci" věnující se bipolární afektivní poruše bych Vás ráda požádala o vyplnění následujícího dotazníku. Dotazník týkající se průběhu Vaší nemoci Vám zabere necelých 15 minut. Na otázky lze odpovědět předem připravenými možnostmi, nebo je možné zvolit možnost "Jiné" a vyplnit vlastní odpověď. Čím podrobnější Vaše odpovědi budou, tím kvalitnější data získáme ke zpracování. Neváhejte možnost "Jiné" využít k podrobnějšímu popsání příznaků, či jiných poznatků k dané otázce.

V rámci dotazníku můžete vystupovat anonymně pod identifikačním číslem Vám přiřazeným ve studii Aktibipo400 nebo pod Vaším jménem a příjmením. Vaše data budou sloužit pouze k vypracování této diplomové práce, po Vašem souhlasu mohou být zpracovány i ve studii AKTIBIPO400.

Předem Vám velmi děkuji za Váš věnovaný čas. Pokud byste měl/a jakékoli dotazy, neváhejte se na mne obrátit prostřednictvím mailu: katerina.urbanova@nudz.cz

1. Souhlasím se zpracováním údajů zadaných do tohoto dotazníku v rámci diplomové práce "Bipolární afektivní porucha: věk nástupu jako indikátor průběhu nemoci"

- ANO
 NE

2. Souhlasím se zpracováním údajů zadaných do tohoto dotazníku v rámci studie AKTIBIPO400, jejíž jsem účastníkem

- ANO
 NE

ÚDAJE O VÁS

Vyplňte, prosím, pár otázek o Vás

3. Vaše identifikační číslo v rámci studie AKTIBIPO400 (začínající na BP, mBP nebo bipo) nebo Vaše jméno a příjmení

Vaše odpověď

4. Váš věk

Vaše odpověď

5. Vaše pohlaví

- ŽENA
 MUŽ

6. Počet obyvatel města, ve kterém žijete

- Do 1000 obyvatel
 Do 10 000 obyvatel
 Do 100 000 obyvatel
 Nad 100 000 obyvatel
 Jiné:

7. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- Základní škola
- Střední škola s maturitou
- Střední škola bez maturity
- Vyšší odborná škola
- Vysoká škola

8. Jaký je Váš pracovní režim?

- Pracuji každý pracovní den stejně (vstávám ve stejný čas)
- Pracuji na směny (krátký, dlouhý týden)
- Pracuji, ale nemám pravidelný pracovní režim (vstávám každý den jinak)
- Mám brigády
- Pracuji v chráněné dílně
- Mám noční směny
- Nepracuji, vstávám každý den jinak
- Nepracuji, ale vstávám každý den stejně (potřebuji vyvenčit psa, vypravit děti do školy,...)
- Jiné:

9. Byl někdo ve Vaší blízké rodině diagnostikován psychickou poruchou?

Rodiče, prarodiče, sourozenci nebo Vaše děti. Prosím uvěďte, o jakou diagnózu se jedná/jednalo, a zda byla diagnostikována odborníkem (psychologem, psychiatrem).

Vaše odpověď

PRVNÍ PŘÍZNAKY

Vyplňte, prosím, informace týkající se prvních příznaků Vaší nemoci. Je možné zvolit jednu nebo více navrhovaných odpovědí, či vypsát vlastní. Mnoho otázek se týká věku, kdy se objevily určité příznaky, pokud si nepamatujete přesný věk, pokuste se vyplnit co nejbližší údaj.

10. Jaký byl Váš první psychický/psychiatrický problém, který jste u sebe zaregistroval/a? (tento problém nemusel nutně vést k návštěvě odborníka)

- Depresivní příznaky (smutek, nedostatek energie, neschopnost se radovat, nechut' k jídlu, problémy se spánkem, pesimistické myšlenky)
- Manické příznaky (nadnesená nálada, nadměra energie, bez potřeby spánku nebo odpočinku, zrychlené myšlení, upovídánost)
- Úzkosti/panika (neopodstatněný strach, tlak na hrudi, pocení, zrychlený tep, nevolnost) vidiny, slyšiny
- Pocit, že dokážu věci, které jiní nedokáží (mluvit se zvířaty, ovládnání ostatních, čtení myšlenek,...), Pocit jedinečnosti, výjimečnosti
- Ostražitost, pocit, že mne ostatní sledují, odposlouchávají, vztahovačnost
- Jiné:

11. Jaký byl Váš věk při výše zvoleném příznaku?

Vaše odpověď

12. Při jakém problému jste poprvé vyhledal/a lékaře?

- Depresivní příznaky (smutek, nedostatek energie, neschopnost se radovat, nechut' k jídlu, problémy se spánkem, pesimistické myšlenky)
- Manické příznaky (nadnesená nálada, nadměra energie, bez potřeby spánku nebo odpočinku, zrychlené myšlení, upovídánost)

- Úzkosti/panika (neopodstatněný strach, tlak na hrudi, pocení, zrychlený tep, nevolnost) vidiny, slyšiny
- Pocit, že dokážu věci, které jiní nedokáží (mluvit se zvířaty, ovládání ostatních, čtení myšlenek,...), Pocit jedinečnosti, výjimečnosti
- Ostražitost, pocit, že mne ostatní sledují, odposlouchávají, vztahovačnost
- Jiné:

12. Jaký byl Váš věk při prvním vyhledání lékařské (psychiatrické) pomoci?
Vaše odpověď

13. Jakou první diagnózu jste dostal/a?

- Bipolární afektivní porucha
- Schizofrenie
- Schizoafektivní porucha
- Porucha osobnosti
- Úzkostná porucha
- Depresivní porucha
- Jiné:

14. Jaký byl Váš věk, když jste dostal/a první diagnózu?
Vaše odpověď

15. Jaký byl Váš věk, když jste dostal/a první psychiatrickou medikaci?

- Dostal/a jsem medikaci při prvním sdělení výše zmíněné diagnózy
- Dostal/a jsem medikaci později (do položky jiné, napište prosím, po jak dlouhé době jste medikaci dostal/a)
- Jiné:

Bipolární afektivní porucha

Tato sekce se týká Bipolární afektivní poruchy. Je možné zvolit jednu nebo více navrhaných odpovědí, či vypsát vlastní. Mnoho otázek se týká věku, kdy se objevily určité příznaky, pokud si nepamatujete přesný věk, pokuste se vyplnit co nejbližší údaj.

16. Jaký byl Váš věk, když jste dostal/a diagnózu bipolární afektivní poruchy?
Vaše odpověď

17. Jaký byl Váš věk, když jste dostal/a medikaci spojenou s touto diagnózou?

- Dostal/a jsem medikaci při sdělení diagnózy
- Dostal/a jsem medikaci později (do položky jiné, napište prosím, po jak dlouhé době jste medikaci dostal/a)
- Jiné:

18. Jaká byla první epizoda?

- Hypomanická
- Manická
- Subdepresivní
- Depresivní
- Jiné:

19. Jaký byl Váš věk při první epizodě?

Vaše odpověď

20. Prosím vypište chronologicky (dle časové posloupnosti), jaké epizody jste dosud zažil/a a zaznamenejte věk, kdy epizoda probíhala a jak dlouho trvala. Zaznamenejte prosím hospitalizace. Mezi epizodami prosím uveďte, jak dlouho jste se cítil/a v remisi (stav, kdy jste byl/a schopný/á normálního fungování)

Např. Deprese 23 let (měsíc), remise 10 měsíců, manie 24 let (6 týdnů) - hospitalizace (4 týdny), deprese 24 let (2 měsíce), remise cca 4 roky, deprese 28 let (měsíc) - hospitalizace (týden)

Vaše odpověď

21. Uveďte, kolik depresivních epizod vedlo k hospitalizaci:

Vaše odpověď

22. Vyskytly se u Vás při depresivních epizodách myšlenky na sebevraždu či pokus o ni?

Ne

Myšlenky na sebevraždu, pouze při jedné epizodě

Myšlenky na sebevraždu při dvou a více epizodách

Pokus o sebevraždu, pouze při jedné epizodě

Pokus o sebevraždu při dvou a více epizodách

Jiné:

23. Uveďte, kolik manických epizod vedlo k hospitalizaci:

Vaše odpověď

24. Vyskytly se u Vás při manických epizodách psychotické příznaky?

Slyšiny, slyšení hlasů či zvuků

Vidiny

Pocit, že dokážu věci, které jiní nedokáží (mluvit se zvířaty, ovládnutí ostatních, čtení myšlenek,...)

Novátorské objevy a nápady

Ostražitost, pocit, že mne ostatní sledují, odposlouchávají, vztahovačnost

Významný pocit své jedinečnosti, výjimečnosti, vyvolenosti

Nevyskytly se u mne žádné psychotické příznaky

Jiné:

25. Byla vaše první epizoda něčím podmíněna? (Spojíte si první epizodu s nějakou událostí?)

ANO

NE

Jiné:

26. Pokud ano, jakou?

Vaše odpověď

27. Docházíte na nějakou formu terapie?

Individuální psychoterapie

Skupinová psychoterapie

Terapie světlem

Muzikoterapie, arteterapie, jiná forma terapie

- Docházím pouze na sezení s psychiatrem
 Jiné:

28. Potýkáte se i s jinými psychickými problémy/diagnózami?

- Porucha osobnosti
 Úzkostná porucha
 Závislost na návykových látkách (alkohol, drogy)
 Panická porucha
 Generalizovaná úzkostná porucha
 Fobie
 Jiné:

První depresivní epizoda

Ohodnoťte na škále 1-5, jak výrazné byly dané příznaky při Vaší PRVNÍ depresivní epizodě. Prosím vycházejte z Vašeho stavu normy (remise). Pokud zvolíte možnost "beze změny" znamená to, že se takto cítíte běžně.

29. Změnila se Vaše nálada?

Bez změny nálady (1) (2) (3) (4) (5) Velmi smutná nálada

30. Projevovaly se úzkosti, neklid, panika?

Bez úzkostí, paniky, neklidu (1) (2) (3) (4) (5) Všeprůstupující úzkost, neklid a panika

31. Změnila se Vaše energie?

Běžná energie (1) (2) (3) (4) (5) Nulová energie

32. Byl/a jste schopen pracovat, začínat činnosti?

Beze změny (1) (2) (3) (4) (5) Neschopnost cokoli začít, neschopnost Pracovat

33. Měl/a jste potíže s pozorností?

Beze změny (1) (2) (3) (4) (5) Velké problémy se soustředěním se na text, konverzaci, práci,...

34. Měl/a jste myšlenky na sebevraždu, plánoval/a jste sebevraždu?

Bez myšlenek na sebevraždu (1) (2) (3) (4) (5) Podrobné plánování nebo realizace sebevraždy

35. Vedla Vaše první depresivní epizoda k hospitalizaci?

- ANO
 NE
 Jiné:

Nejzávažnější depresivní epizoda

Ohodnoťte na škále 1-5, jak výrazné byly dané příznaky při Vaší NEJZÁVAŽNĚJŠÍ depresivní epizodě. Prosím vycházejte z Vašeho stavu normy (remise). Pokud zvolíte možnost "beze změny" znamená to, že se takto cítíte běžně. Pokud se shoduje s vaší první depresivní epizodou, tuto sekci, prosím, přeskočte.

36. Změnila se Vaše nálada?
Bez změny nálady (1) (2) (3) (4) (5) Velmi smutná nálada
37. Projevovaly se úzkosti, neklid, panika?
Bez úzkostí, paniky, neklidu (1) (2) (3) (4) (5) Všepronstupující úzkost, neklid a panika
38. Změnila se Vaše energie?
Běžná energie (1) (2) (3) (4) (5) Nulová energie
39. Byl/a jste schopen pracovat, začínat činnosti?
Beze změny (1) (2) (3) (4) (5) Neschopnost cokoli začít, neschopnost pracovat
40. Měl/a jste potíže s pozorností?
Beze změny (1) (2) (3) (4) (5) Velké problémy se soustředěním se na text, konverzaci, práci,...
41. Měl/a jste myšlenky na sebevraždu, plánoval/a jste sebevraždu?
Bez myšlenek na sebevraždu (1) (2) (3) (4) (5) Podrobné plánování nebo realizace sebevraždy
42. Vedla Vaše nejzávažnější depresivní epizoda k hospitalizaci?
 ANO
 NE
 Jiné:

První manická epizoda

Ohodnoťte na škále 1-5, jak výrazné byly dané příznaky při Vaší PRVNÍ manické epizodě. Prosím vycházejte z Vašeho stavu normy (remise). Pokud zvolíte možnost "beze změny" znamená to, že se takto cítíte běžně.

43. Jakou jste měl/a energii?
Bez změny energie (1) (2) (3) (4) (5) Příliš energie, neschopnost se uklidnit, neposednost
44. Změnil se Váš spánkový režim?
Beze změny spánku (1) (2) (3) (4) (5) Bez potřeby odpočinku, spánek zkrácen na dvě a méně hodin
45. Změnila se Vaše nálada?
Bez změny nálady (1) (2) (3) (4) (5) Excitovaná, bezdůvodně výborná nálada
46. Změnila se Vaše chuť na sex?
Beze změny (1) (2) (3) (4) (5) Promiskuita, neustálá chuť na sex
47. Pozoroval/a jste změnu Vaší řeči?
Bez změny rychlosti řeči (1) (2) (3) (4) (5) Upovídánost, nebylo možné mne přerušit

48. Změnila se Vaše pozornost?

Bez změny pozornosti (1) (2) (3) (4) (5) Roztěkanost, nesoustředěnost, rychlý tok myšlenek

49. Vedla Vaše první manická epizoda k hospitalizaci?

ANO

NE

Jiné:

Nejzávažnější manická epizoda

Ohodnoťte na škále 1-5 jak výrazné byly dané příznaky při Vaší NEJZÁVAŽNĚJŠÍ manické epizodě. Prosím vycházejte z Vašeho stavu normy (remise). Pokud zvolíte možnost "beze změny" znamená to, že se takto cítíte běžně. Pokud se shoduje s vaší první manickou epizodou, tuto sekci, prosím, přeskočte.

50. Jakou jste měl/a energii?

Bez změny energie (1) (2) (3) (4) (5) Příliš energie, neschopnost se uklidnit, neposednost

51. Změnil se Váš spánkový režim?

Beze změny spánku (1) (2) (3) (4) (5) Bez potřeby odpočinku, spánek zkrácen na dvě a méně hodin

52. Změnila se Vaše nálada?

Bez změny nálady (1) (2) (3) (4) (5) Excitovaná, bezdůvodně výborná nálada

53. Změnila se Vaše chuť na sex?

Beze změny (1) (2) (3) (4) (5) Promiskuita, neustálá chuť na sex

54. Pozoroval/a jste změnu Vaší řeči?

Bez změny rychlosti řeči (1) (2) (3) (4) (5) Upovídánost, nebylo možné mne přerušit

55. Změnila se Vaše pozornost?

Bez změny pozornosti (1) (2) (3) (4) (5) Roztěkanost, nesoustředěnost, rychlý tok myšlenek

56. Vedla Vaše první manická epizoda k hospitalizaci?

ANO

NE

Jiné:

Medikace, invalidní důchod a jiné.

57. Míváte období, kdy se u Vás nálada rychle střídá?

- ANO
 NE
 Jiné:

58. Pokud ano, jak často se nálada střídá? (např. během hodiny máte několik změn nálad)

- V rámci minut
 V rámci hodin
 V rámci dnů
 Jiné:

59. Pokud taková období míváte, jak dlouho typicky trvají? (např. týden se mi nálady střídají rychle, poté je stav opět stabilní)

- Minuty
 Hodiny
 Dny
 Týdny
 Měsíce
 Jiné:

60. Objevila se u Vás někdy epizoda bezprostředně v souvislosti s těmito faktory?

- Cestování přes časová pásma
 Změna času letní/zimní
 Vnějšími okolnostmi vynucené zkrácení spánku (narození dítěte, splnění zadaného úkolu s prací přes noc, ponocování kvůli tělesnému onemocnění, tělesné bolesti)
 Zahájení práce ve směnném provozu
 Změna v pasivním osvětlení ložnice (například nově instalované veřejné osvětlení, pronikající do místnosti určené ke spánku).

61. Pozorujete u sebe sezonní výkyvy v náladě?

- ANO
 NE
 Jiné:

62. Pokud pozorujete typické sezonní výkyvy nálady, na jaké období je vázáno (jaro, léto, podzim, zima, případně měsíce v roce) a jakého je charakteru (deprese, manie)?

Vaše odpověď

63. Jakou medikaci aktuálně užíváte?

Postačí název léku

Vaše odpověď

64. Užíváte, nebo jste v minulosti užíval/a Lithium?

Ano užívám

Ne, neužívám a v minulosti jsem neužíval/a

Nepamatuji si, že byl Lithium užíval/a

Ne, neužívám, ale v minulosti jsem užíval/a - vysadil/a jsem kvůli vedlejším příznakům

Ne, neužívám, ale v minulosti jsem užíval/a - vysadila jsem kvůli těhotenství/kojení

Ne, neužívám, ale v minulosti jsem užíval/a - vysadil/a jsem, medikace mi nezabrala

Ne, neužívám, ale v minulosti jsem užíval/a - doplňte, prosím, do kolonky "jiné" z jakého důvodu jste lithium vysadil/a

Jiné:

65. Pobíráte invalidní důchod z důvodu bipolární afektivní poruchy?

Ne

Ano, ID I. stupně

Ano, ID II. stupně

Ano, ID III. stupně

Jiné:

66. Jak byste ohodnotil Vaši náladu během vyplňování dotazníku? (možnost 5 označuje "normální" stav - remisi)

Velmi depresivní (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) Manický

67. Pokud máte jakoukoli připomínku/doplnění či dotaz, využijte prosím tento prostor.

Vaše odpověď