

DIAGNOSTIKA A LÉČBA DEPRESIVNÍ EPIZODY BIPOLÁRNÍ PORUCHY

MUDr. Erik Herman, doc. MUDr. Pavel Doubek, MUDr. Ján Praško, doc. MUDr. Jiří Hovorka, CSc.

Psychiatrická ambulance, Praha

Psychiatrická klinika 1. LF UK, Praha

Neurologické oddělení a Neuropsychiatrické centrum, Nemocnice Na Františku Praha

Psychiatrické centrum Praha

Neurochirurgická klinika 1. LF UK, Praha

Bipolární afektivní porucha, pokud není správně a však diagnostikována a léčena, má často zásadní negativní vliv na život nemocného. Důležité je ji odlišit především od periodické depresivní poruchy. Cílem léčby není pouze terapie jednotlivých epizod, ale především profylaxe epizod budoucích, zásadou je podávání stabilizátorů nálady v průběhu léčby všech epizod.

Klíčová slova: bipolární afektivní porucha, stabilizátory nálady, antidepresiva, atypická antipsychotika.

DIAGNOSTIC AND TREATMENT OF DEPRESSIVE EPISODE OF BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER

Bipolar affective disorder, which is not properly diagnosed and treated, has significant negative influence to the life of the patient. Highly important is to differentiate bipolar disorder from the periodic depressive disorder. The goal of the treatment is not only the treatment of single episodes, but the prophylaxis of next episodes. Prescribing of mood stabilisers is essential in the treatment of all phases of illness.

Key words: bipolar affective disorder, mood stabiliser, antidepressants, atypical antipsychotics.

Psychiat. pro Praxi; 2006; 4: 171–172

Bipolární porucha (BP – dříve maniodepresivní psychóza) je epizodická, často celoživotní psychické onemocnění s velmi variabilním průběhem. Její obraz se výrazně liší jak mezi jednotlivými pacienty, kteří jí trpí, tak i u konkrétního pacienta v průběhu jednotlivých epizod, případně v průběhu jeho života. Tato nemoc má většinou zásadní, mnohdy devastující vliv jak na nemocného, tak na jeho rodinu.

Epidemiologie

Celoživotní prevalence bipolární poruchy typu I se obvykle udává kolem 1 % (0,4–1,6 %) v populaci se stejným poměrem mužů a žen (3, 6). Tento údaj je platný pro BPI, prevalence všech poruch z širšího okruhu bipolárního spektra je však vyšší. Bipolární porucha typu II postihuje kolem 0,5 % populace.

Hirschfeld et al. (5) provedl průzkum v běžné populaci s pomocí dotazníku MDQ (Mood Disorder Questionnaire) a udává celoživotní prevalenci všech poruch bipolárního spektra 3,4 %. Jedinci, u kterých byla nalezena porucha bipolárního spektra, udávali signifikantně více potíží v práci a rodinných vztazích, v sociálním zařazení a v trávení volného času než osoby, které na tento dotazník odpovídali negativně. Ženy z uvedeného bipolárního souboru měly signifikantně více narušený rodinný život a sociální vztahy než zdravé ženy, muži z tohoto souboru udávali signifikantně více času stráveného ve vazbě, ve vězení a byli častěji odsouzeni pro kriminální chování než kontrolní soubor.

Málo konzistentní údaje jsou dostupné o prevalenci BP napříč etnickým, kulturním a sociálním spektrem populace. Opakovaně byla však popsána vyšší

prevalence BP ve vyšších socioekonomických vrstvách než u nemocných schizofrenií. Jednoznačné vysvětlení tohoto jevu není dostupné, dle některých teorií je obecná tendence u osob s nižším socioekonomickým statem diagnostikovat spíše schizofrenní onemocnění než BP. Na druhou stranu někteří z pacientů především z okruhu BP II jsou pracovně a společensky velmi úspěšní (2).

Diagnostika

Mánie je představována trvale elevovanou náladou s řadou dalších výrazných příznaků a těžkým psychosociálním narušením. Hypománie odpovídá mírnější manické epizodě bez závažnější psychosociální alterace. Ve smíšené epizodě jsou přítomny příznaky jak manické, tak depresivní epizody (současně nebo se rychle střídající) po dobu minimálně 2 týdnů.

Obraz depresivní epizody v rámci bipolární poruchy se často liší od unipolární depresivní poruchy. Depresivní smíšená epizoda je charakterizována neodklonitelnou dysforií a podrážděností, extrémní únavností, urychleným myšlením, úzkostí, často jsou přítomny panické ataky, suicidální nutkavé myšlenky a impulzy. Hyperthymní temperament představuje dlouhodobé osobnostní nastavení, jedinci s tímto laděním jsou pokládáni za velmi společenské a často socioekonomicky úspěšné. Jejich rizikové chování je však často přivádí do problémů se zákonem, ve vztazích či v zaměstnání.

Důvody k vyhledání léčby

Většina pacientů s bipolární poruchou vyhledává spontánně léčbu z důvodu přítomné deprese, ni-

koli z důvodu hypománie nebo mánie. V průzkumu Národní asociace pro depresivní a maniodepresivní poruchu National Depressive and Manic-Depressive Association ve Spojených státech bylo zjištěno, že 60 % pacientů vyhledává léčbu z důvodu depresivních příznaků (Hirschfeld 2001). Dalšími důvody byly úzkostné příznaky, problémy se spánkem a abúzus návykových látek. Pacienti velmi zřídka vyhledávali léčbu z důvodu přítomné hypománie, pokud se jednalo o příznaky mánie, intervence pocházely většinou od rodiny nebo policie. V uvedeném průzkumu bylo rovněž zjištěno, že psychiatři v první linii často zanedbávali dotazování na přítomnost výkyvů nálady, hypománie a mánie v anamnéze. Z tohoto důvodu docházelo často k absenci správné diagnózy bipolární poruchy.

Chybná nebo pozdní diagnostika

Častá chybná diagnostika a malá pozornost věnovaná poruchám bipolárního spektra vede ke značnému opoždění stanovení adekvátní diagnózy bipolární poruchy. Z přehledu National Depressive and Manic-Depressive Association publikovaného v roce 1994 vyplývá, že čtvrtina pacientů s konečnou diagnózou BP konzultovala poprvé psychiatra již v průběhu prvních 6 měsíců od nástupu prvních příznaků BP. Nicméně 48 % všech pacientů konzultovalo 3 a více psychiatrů, než byla správně určena diagnóza BP, přičemž 10 % pacientů konzultovalo postupně 7 a více psychiatrů do doby správného stanovení diagnózy BP. K platné diagnóze BP došlo u 34 % pacientů až po 10 letech trvání nemoci (9).

Pozdní diagnóza vede k závažným dopadům. Pacientům na jednu stranu není poskytnuta adekvátní léčba vedoucí ke zmírnění příznaků, na druhou stranu mohou být podrobeni léčebným postupům, které mohou zhoršovat příznaky nebo další průběh BP.

Tito pacienti jsou většinou chybně vedeni pod diagnózou periodické depresivní poruchy a jsou jim intermitentně nebo trvale podávána antidepresiva. Léčba antidepresiv, především z okruhu tricyklických antidepresiv, může vést k provokaci hypo/manických epizod a k akceleraci cyklování fází bipolární poruchy se vznikem rychlého cyklování epizod. Navíc neléčené příznaky choroby vedou k chování ovlivněnému nemocí, které vede k destrukci vztahů a pracovního uplatnění.

Farmakoterapie depresivní epizody bipolární afektivní poruchy

Léčbu lze dělit na **akutní** s cílem dosažení plné remise a adekvátního fungování, na kterou navazuje pokračovací léčba s cílem zabránit relapsu a přesmyku a **udržovací léčba** (profylaktická) s cílem prevence rozvoje nových epizod. V každé fázi BP by měl být podáván stabilizátor nálady, který má antimanický a/nebo antidepresivní účinek, neindukuje manické či depresivní epizody a má účinek profylaktický. Mezi stabilizátory nálady se zařazují: lithium, valproáty, karbamazepin a v různé míře atypická antipsychotika.

V současné době je dostupných několik doporučených postupů léčby (1, 6, 10, 11), které se shodují na následujících léčebných krocích v terapii depresivní epizody BP:

1. léčba lithiem, nebo lamotriginem, nebo antidepresivem (preferenčně ze skupiny SSRI), nebo atypickým antipsychotikem (olanzapin, quetiapin)
2. při neúčinnosti dvojkombinace nebo záměna léků prvního kroku
3. při neúčinnosti trojkombinace lithium (lamotrigin) a antidepresivum a atypické antipsychotikum (olanzapin, quetiapin)
4. při neúčinnosti jiné kombinace psychofarmak nebo ECT.

Zásady pro farmakoterapii depresivní epizody

1. Podávání samotného antidepresiva bez současného podávání stabilizátoru nálady se nedoporučuje.

2. Z antidepresiv jsou vhodná především SSRI, bupropion a venlafaxin, za riziková z hlediska přesmyku do hypo/mánie se pokládají tricyklická antidepresiva a IMAO.
3. K vysazení antidepresiva by mělo dojít co nejdříve po dosažení remise, vyjma pacientů, u kterých vysazení antidepresiva v minulosti vedlo k časnému relapsu depresivní epizody bipolární afektivní poruchy.

Psychoterapeutické přístupy

Primárními cíli psychoterapeutické léčby jsou snížení reziduální symptomatologie a psychické nepohody, zlepšení psychosociálního fungování mezi epizodami a snížení frekvence a závažnosti budoucích epizod. Psychoterapie je důležitým doplňkem léčby bipolární poruchy. V akutní fázi neovlivní výsledky farmakoterapie, avšak krizová intervence a podpůrná psychoterapie mohou pomoci pacientovi a rodině překonat ambivalenci k lékům a hospitalizaci.

Léčba zaměřená na rodinu – rodinně zaměřená behaviorální terapie (psychoedukace, nácvik sociálních dovedností a nácvik řešení problémů) vedla ke snížení počtu relapsů deprese. Největší význam měla tato léčba pro pacienty z rodin s vysokou emoční expresivitou.

Rodinně zaměřená psychoedukativní psychoterapie je účinnější než samotná individuální psychoedukace.

Interpersonální terapie a léčba sociálních rytmů – pozorování, že pacienti s BP jsou méně

emočně labilní, pokud udržují pravidelné vzorce denní aktivity (včetně spánku, jídla, tělesné a sociální aktivity), vedlo k vytvoření formalizovaného psychoterapeutického přístupu nazývaného interpersonální terapie a terapie sociálních rytmů. Při kombinaci s farmakoterapií významně zlepšuje životní styl a snižuje počet relapsů.

Monitorování prodromálních symptomů – v randomizované kontrolované studii vedlo ke snížení počtu manických epizod, hospitalizací a lepšímu fungování v práci i v rodině.

Kognitivně behaviorální terapie – hlavní cílovou skupinou jsou pacienti v remisi poruchy, které učí dovednostem, jak snížit svou zranitelnost pro riziko dalších relapsů. Studie prokazují oproti kontrolám snížení symptomatologie, zvýšení compliance, snížení počtu a zkrácení epizod, relapsů a zlepšení sociálního fungování a menší počet hospitalizací.

*Podpořeno výzkumným záměrem:
Patofyziologie neuropsychiatrických onemocnění
a její klinická aplikace VZ 0021620816.*

MUDr. Erik Herman
Psychiatrická ambulance
Na Markvartce 8, 160 00 Praha 6
e-mail: erik.herman@seznam.cz

Literatura

1. American Psychiatric Association. Practice guidelines for the treatment of patients with bipolar disorder. Am. J. Psychiatry, 159, 2002, (suppl), pp.1–50.
2. Coryell W, Endicott J, Maser JD, et al. Long-term stability of polarity distinction in the affective disorders. Am J Psychiatry 1995; 152: 385–390.
3. Goodwin FK, Jamison KR. Maintenance Medical Treatment. In: Goodwin FK, Jamison KR. Manic-Depressive Illness, Oxford University Press, New York, 1990: 665–695.
4. Goodwin FK, Jamison KR. Manic-Depressive Illness. New York, Oxford University Press, 1990.
5. Hirschfeld RMA, Williams JB, Spitzer RL, et al. Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: the Mood Disorder Questionnaire. Am J Psychiatry 2000; 157: 1873–1875.
6. Hirschfeld RMA: Bipolar spectrum disorder: Improving its recognition and diagnosis. Journal of Clinical Psychiatry 2001; 62 (suppl): 5–9.
7. Hirschfeld RM, Bowden CL, Gittlin MJ. et al. Practice guideline for the patients with bipolar disorder. Second edition. In: American Psychiatric Association Steering Committee on Practice Guidelines: Practice 8. Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders. Compendium 2004, pp. 525–612.
8. Lish JD, Leverich GS, Keck PE, et al: The National Depressive and Manic-Depressive Association (DMDA) survey of bipolar members. J Affect Disorders 1994; 31: 281–294.
9. Sachs GS, Printz DJ, Kahn DA et al. The Expert Consensus Guideline Series: Medication Treatment of Bipolar Disorder. Postgrad. Med. Special Issue, 1, 2000 pp. 1–104.
10. Suppes T, Dennehy EB, Hirschfeld RM et al. The Texas Implementation of Medication Algorithms: Update to the Algorithms for Treatment of Bipolar I Disorder. J. Clin. Psychiatry, 66, 2005, pp.870–886.