



Názov:

Bipolárna afektívna porucha

Autori:

MUDr. Dagmar Breznoščáková, PhD.

PhDr. Katarína Kubašovská

MUDr. Jana Grešková

Špecializovaný odbor:

Psychiatria

Odborná pracovná skupina:

Psychiatria II

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky podľa § 45 ods. 1 písm. c) zákona 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov vydáva štandardný postup:

Bipolárna afektívna porucha

Číslo ŠP	Dátum predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministrom zdravotníctva SR
0185	15. jún 2021	Schválené	1. júl 2021

Autori štandardného postupu

Autorský kolektív:

MUDr. Dagmar Breznoščáková, PhD.; PhDr. Katarína Kubašovská; MUDr. Jana Grešková

Konzultanti: MUDr. Mária Králová, CSc.; prof. MUDr. Ján Pečeňák, CSc.; doc. MUDr. Ivan Dóci, PhD.

Odborná podpora tvorby a hodnotenia štandardného postupu

Prispievatelia a hodnotitelia: členovia odborných pracovných skupín pre tvorbu štandardných diagnostických a terapeutických postupov MZ SR; hlavní odborníci MZ SR príslušných špecializačných odborov; hodnotitelia AGREE II; členovia multidisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre ŠDTP a patientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike; Inštitút zdravotníckej politiky; NCZI; Sekcia zdravia MZ SR, Kancelária WHO na Slovensku.

Odborní koordinátori: doc. MUDr. Peter Jackuliak, PhD., MPH; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FRCP

Recenzenti

členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: PharmDr. Zuzana Baťová, PhD.; PharmDr. Tatiana Foltánová; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubíško, PhD., mim.prof.; doc. MUDr. Peter Jackuliak, PhD., MPH; doc. MUDr. Jozef Kalužay, PhD.; MUDr. Jana Kelemenová; MUDr. Branislav Koreň; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; PhDr. Mária Lévyová; MUDr. Boris Mavrodiev; Mgr. Katarína Mažárová; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; MUDr. Mária Murgašová; Ing. Jana Netriová, PhD. MPH; prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FRCP; Mgr. Renáta Popundová; MUDr. Jozef Pribula, PhD., MBA; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; prof. MUDr. Mária Šustrová, CSc.; MUDr. Martin Vochyan; MUDr. Andrej Zlatoš

Technická a administratívna podpora

Podpora vývoja a administrácia: Ing. Peter Čvapek; Mgr. Barbora Vallová; Mgr. Ľudmila Eisnerová; Mgr. Mário Fraňo; Ing. Petra Hullová; JUDr. Marcela Virágová, MBA; Ing. Marek Matto; prof. PaedDr. PhDr. Pavol Tománek, PhD., MHA; JUDr. Ing. Zsolt Mánya, PhD., MHA; Mgr. Tomáš Horváth; Ing. Martin Malina; Ing. Barbora Kováčová; Ing. Katarína Krkošková; Mgr. Miroslav Hečko; Mgr. Anton Moises; PhDr. Dominik Procházka; Ing. Andrej Bóka

Podporené grantom z OP Ľudské zdroje MPSVR SR NFP s názvom: “Tvorba nových a inovovaných postupov štandardných klinických postupov a ich zavedenie do medicínskej praxe” (kód NFP312041J193)

Kľúčové slová

bipolárna afektívna porucha, mánia, depresia, diagnostika, liečba, stabilizátory nálady, psychoterapia

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

BAP	bipolárna afektívna porucha
BD	bipolárna depresia
CNS	centrálne nervová sústava
CT	počítačová tomografia
ECT	elektrokonvulzívna terapia
IPSRT	interpersonálna terapia a terapia sociálnych rytmov
KBT	kognitívne – behaviorálna psychoterapia
MR	magnetická rezonancia
OFC	kombinácia olanzapínu a fluoxetínu
PET	pozitronová emisná tomografia
PZ	policajný zbor
RLP	rýchla lekárska pomoc
rTMS	repetitívna Transkraniálna Magnetická Stimulácia
ZZV	zoznam zdravotníckych výkonov

Kompetencie

Lekár so špecializáciou v odbore psychiatria (psychiater) - psychiatrické vyšetrenie pacienta, tvorba individuálneho terapeutického plánu, rozhodnutie o potrebe hospitalizácie, administrácia krokov pri dobrovoľnej hospitalizácii, príjem pacienta, sledovanie stavu pacienta, indikovanie farmakoterapie, indikácia a realizácia ECT (v spolupráci s anesteziológom), prepustenie pacienta z hospitalizácie, ambulantné vedenie pacienta s pravidelným posudzovaním jeho stavu, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť – supervízia, psychoterapia.

Lekár bez špecializácie (zaradený v odbore psychiatria) - psychiatrické vyšetrenie pacienta, príjem pacienta, sledovanie stavu pacienta, indikovanie farmakoterapie pod dohľadom psychiatra, realizácia ECT (po zaškolení), psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, psychoterapia.

Všeobecný lekár – pri suspektnej poruche prvotný skrining, identifikácia poruchy na úrovni syndrómu, identifikácia rizík (napr. suicídium) a následné odoslanie k špecialistovi (do ambulantnej alebo nemocničnej psychiatrickej starostlivosti).

Klinický psychológ - realizácia klinického psychologického vyšetrenia, špecificky klinického psychodiagnostického vyšetrenia, špecifické psychoterapeutické intervencie, podporná psychologická liečba, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.

Psychológ - realizácia psychologického vyšetrenia, špecificky psychodiagnostického vyšetrenia, špecifické psychoterapeutické intervencie, podporná psychologická liečba, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.

Psychoterapeut - špecifickú psychoterapiu vykonáva psychiater, psychológ a iný odborník s absolvovaným výcvikom v danom psychoterapeutickom prístupe certifikovanom odbornou organizáciou v zmysle príslušnej platnej legislatívy so špecifickou zainteresovanosťou pacienta podľa typu, stavu, naliehavosti a závažnosti poruchy.

Sestra – psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, podporná psychologická liečba, možnosť špecifických psychoterapeutických intervencií, podávanie farmakoterapie.

Sociálny pracovník - sociálno právna podpora, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, podporná psychologická liečba v rámci svojich kompetencií, možnosť špecifických psychoterapeutických intervencií.

Liečebný pedagóg – psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť v rámci svojich kompetencií najmä v denných psychiatrických stacionároch, možnosť špecifických psychoterapeutických intervencií, sekundárna prevencia a predchádzanie recidívy a relapsu ochorenia, liečebno-pedagogická diagnostika, nácvikové a tréningové metódy, umelecké terapie, režimová liečba, poradenstvo.

Anestéziológ - podávanie celkovej anestézy pri realizácii ECT.

Úvod

Bipolárna afektívna porucha (BAP) je závažná a zvyčajne chronická psychická porucha, ktorá má „endogénny“ charakter, t. j. vzniká na základe vnútorných, dosiaľ nie jednoznačne známych predispozícií. Výskyt epizód patologicky zmenenej nálady v oboch póloch – mánie i depresie - podmieňuje náročnosť manažmentu pacientov.

BAP je komplexným diagnostickým problémom, diagnózu a liečbu má stanovovať a riadiť psychiater. V závislosti od závažnosti stavu - pri manickej epizóde hlavne nevyspytateľné a ohrozujúce správanie seba a okolia, pri depresívnej alebo zmiešanej epizóde najmä riziko suicidálneho konania – je nutná hospitalizácia pacienta v ústavnom psychiatrickom zariadení. Účelom tohto textu je stanovenie štandardov pre diagnostické a terapeutické postupy v oblasti BAP na základe najnovších medicínskych poznatkov.

Prevenencia

Nie sú známe postupy primárnej prevencie. Vo všeobecnosti sú ale prospešné postupy zamerané na zvyšovanie odolnosti a psychického zdravia, ako je zdravá životospráva s dostatkom odpočinku a relaxácie, eliminácia stresu a posilňovanie životných postojov, ktorými sú ľudia schopní lepšie zvládať záťažové situácie.

Sekundárna prevencia zahŕňa psychoedukáciu zameranú na dodržiavanie zdravého a vyváženého životného štýlu, podporu adherencie k liečbe a posilnenie sociálnych rytmov vrátane manažmentu potenciálne nežiaducich účinkov a self-manažmentu, monitorovania včasných varovných príznakov.

Terciárna prevencia zahŕňa psychorehabilitačné postupy u pacientov po prekonaní akútnej fázy s narušením sociálnej adaptácie, nácvik komunikačných zručností a zvládania stresu.

Epidemiológia

Prevalencia závisí od ohraničenia rôznych podtypov BAP. DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) uvádza prevalenciu do 0,6 % s mierne vyšším výskytom u žien. Pre bipolárnu poruchu II je uvádzaná prevalencia 0,8 % v USA, ale 0,3 % podľa medzinárodných sledovaní. Aj na podklade metaanalýz je reálny celkový odhad prevalencie BAP do 2 % (Clemente a kol. 2015). V rebríčku neuropsychiatrických ochorení je podľa Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) na 4. mieste výskytu podľa straty produktívnych rokov života. Významným nálezom je častý začiatok v adolescencii, kedy bývajú príznaky poruchy zamieňané za očakávané poruchy správania v tomto vekovom období.

Patofyziológia

Jednoznačné patofyziologické procesy a mechanizmy, ktoré by viedli k rozvoju BAP nie sú známe. Genetické štúdie napr. poukazujú na význam CLOCK génov, preukázala sa znížená aktivita prefrontálnych kôrových oblastí a odchýlky v aktivite ďalších štruktúr CNS (Yatham a Maj 2010). Žiadna zo známych neurobiologických odchýlok nie je dostatočne špecifická na to, aby mohla byť zaradená medzi diagnostické kritériá. Na druhej strane táto porucha patrí k najviac geneticky podmieneným.

Klasifikácia

V klinickej praxi je používaná klasifikácia MKCH 10, dostupné sú podrobnejšie diagnostické kritériá pre jednotlivé epizódy a formy poruchy (World Health Organization 1996).

BAP je podľa MKCH 10 charakterizovaná dvoma alebo viacerými epizódami afektívnej poruchy, pričom aspoň jedna epizóda musí spĺňať kritériá pre manickú/hypomanickú epizódu. Zriedka sa u jedincov vyskytujú len manické/hypomanické epizódy, aj v tom prípade je porucha klasifikovaná ako BAP (kód F31.8). Členenie jednotlivých foriem podľa MKCH 10 je nasledovné:

- F31.0 Bipolárna afektívna porucha, terajšia hypomanická fáza,
- F31.1 Bipolárna afektívna porucha, terajšia manická fáza bez psychotických príznakov,
- F31.2 Bipolárna afektívna porucha, terajšia manická fáza s psychotickými príznakmi,
- F31.3 Bipolárna afektívna porucha, terajšia fáza alebo fáza strednej miernej depresie,

- F31.4 Bipolárna afektívna porucha, terajšia fáza hlbkej depresie bez psychotických príznakov,
- F31.5 Bipolárna afektívna porucha, terajšia fáza hlbkej depresie s psychotickými príznakmi,
- F31.6 Bipolárna afektívna porucha, terajšia zmiešaná epizóda,
- F31.7 Bipolárna afektívna porucha, teraz v remisii,
- F31.8 Iné bipolárne afektívne poruchy,
 - zahŕňa bipolárnu afektívnu poruchu II typu a klinický obraz, keď sa vyskytujú u jedinca opakovane manické/hypomanické epizódy bez dôkazu o výskyte depresívnej epizódy,
- F31.9 Nešpecifikovaná bipolárna afektívna porucha.

Klasifikácia Americkej psychiatrickej spoločnosti (American Psychiatric Association 2013) uvádza mierne odlišnú terminológiu a umožňuje stanoviť ďalšie podtypy BAP, čo môže mať význam pre klinickú prax. Dôležité formy a s tým súvisiaca terminológia sú:

- Bipolárna porucha I - pri ktorej bola identifikovaná manická epizóda/epizódy,
- Bipolárna porucha II – pri ktorej bola identifikovaná hypomanická, ale nie manická epizóda/epizódy,
- Bipolárna afektívna porucha vyvolaná užitím psychoaktívnych látok/liekov,
- Bipolárna afektívna porucha spôsobená somatickým ochorením,
- Okrem toho sa opisuje forma bipolárnej poruchy s častým výskytom epizódy (tzv. rýchle cyklovanie – rapid cycling), podľa definície s najmenej štyrmi epizódami za rok a zriedkavé formy s veľmi rýchlymi zmenami (ultra rapid cycling), keď sa výskyt alebo striedanie krátkych manických a depresívnych epizód vyskytuje aj v priebehu jedného dňa (Fountoulakis a kol. 2013; Bauer a kol. 2008).

Klinický obraz

Klinický obraz zodpovedá prejavom depresívnej epizódy a manickej alebo hypomanickej epizódy, pre ktoré sú stanovené diagnostické kritériá. U väčšiny jedincov k prvým prejavom ochorenia dochádza v adolescencii a včasnej dospelosti, vo veku 15-30 rokov.

Depresívna epizóda pri BAP sa niektorými charakteristikami odlišuje od depresívnej epizódy pri rekurentnej depresívnej poruche (unipolárnej) depresii (Moťovský a Pečeňák 2013; Moťovský a kol. 2013).

Tabuľka č.1

Symptómy	
 <p>ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP BIPOLÁRNA AFEKTÍVNA PORUCHA</p>	
Symptómy	
A	Zvýšená, expanzívna alebo podráždená nálada
B	Zvýšená aktivita a/alebo nepokoj
	Zvýšená rečová produkcia
	Myšlienkový trysk alebo subjektívny pocit zrýchleného myslenia
	Strata sociálnych zábran
	Znížená potreba spánku
	Zvýšené sebahodnotenie, veľikášstvo
	Roztržitosť, trvalé zmeny aktivít a plánov
	Rizikové alebo ľahkomyselné správanie

Oproti depresívnej epizóde pri rekurentnej depresívnej poruche sa pri BD častejšie vyskytuje vyšší počet epizód, kratšia dĺžka cyklu, častejšia komorbidita so syndrómom závislosti, vyššie riziko suicidálneho správania, častejšie psychotické príznaky, horšie ovládanie impulzov, častejšie vyhľadávanie nových podnetov, vyššia rozvodovosť, častejšia prítomnosť mánie u príbuzných prvého stupňa, dlhšia dĺžka spánku (voľne podľa Goodwin a Jamison, 1990).

Zmiešaná epizóda je charakterizovaná neodkloniteľnou dysfóriou a podráždenosťou, extrémnou únavnosťou, zrýchleným myslením, úzkosťou, možné sú prítomné panické ataky, suicidálne nutkavé myšlienky a impulzy. Hypertýmny temperament predstavuje dlhodobé osobnostné nastavenie, jedinci s týmto ladením sú považovaní za veľmi spoločenských a často socioekonomicky úspešných. Ich riskantné správanie ich však často privádza do problémov so zákonom, vo vzťahoch či v zamestnaní (Seifertová a kol., 2008).

Hypomanická epizóda sa od manickej epizódy odlišuje v minimálnom trvaní (hypomanická najmenej 4 dni, manická najmenej týždeň) a v miere vyjadrených príznakov, ktoré vedú len k „určitému narušeniu“ funkčnosti pacienta.

Pri klinickom vedení pacienta s BAP sa zohľadňujú faktory aktuálne (aktuálny klinický obraz) a dlhodobé (frekvencia, závažnosť a vyústenie predchádzajúcich epizód).

1. Psychiatrické vyšetrenie – príznaky depresie (depresívna nálada, poruchy spánku) – príznaky hypománie/mánie (emočná labilita, znížená potreba spánku, pocit zvýšenej energie)
 - príznaky zneužívania a závislosti od návykových látok (impulzivita, narušenie sociálnych vzťahov, nespavosť),
2. zhodnotenie rizika pacienta pre neho samotného ako aj okolie a určenie formy liečby
15 – 19 % pacientov s BAP suiciduje - rizikové faktory (prítomnosť sui ideácií a tendencií, prístup k prostriedkom umožňujúcim suicidium, prítomnosť psychotických príznakov – imperatívnych halucinácií a bludov, výrazná úzkosť, komorbidita

závislosti, v anamnéze pozitívne suicidálne pokusy v anamnéze, pozitívna hereditárna záťaž),

3. vytvorenie a udržanie terapeutického spojenectva,
4. sledovanie zmien psychického stavu pacienta v priebehu liečby,
5. edukácia pacienta a jeho rodiny,
6. zlepšenie spolupráce (kompliancie) pri liečbe,
7. eliminácia špecifických stresorov – podpora pravidelného životného režimu (aktivity a spánku),
8. spolupráca s pacientom pri rozpoznaní včasných príznakov relapsu,
9. zhodnotenie narušenia sociálneho fungovania a jeho zvládnutie.

Komplikácie:

- riziko prešmyku do hypománie v priebehu liečby depresívnej epizódy,
- nedostatočná adherencia k liečbe,
- rýchle cyklovanie epizód,
- abúzus návykových látok.


Komorbidita

Zneužívanie a závislosť na alkohole a iných návykových látkach je prítomná až u 60 % pacientov s BAP.

Diagnostika / Postup určenia diagnózy

Kritériá sú v zjednodušenom formáte uvedené v Tabuľkách č. 1 a 2 MKCH 10 (World Health Organization 1996).

Tabuľka č. 2

Diagnostické kritériá pre depresívnu epizódu (zjednodušené)				
		ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP BIPOLÁRNA AFEKTÍVNA PORUCHA		
Symptómy		Závažnosť		
		Ľahká	Stredná	Ťažká
Typické symptómy	Depresívna nálada	Najmenej dva symptómy	Najmenej dva symptómy	Všetky tri symptómy
	Strata záujmov a potešenia (anhedónia)			
	Zníženie energie a unaviteľnosť			
Ďalšie symptómy	Problémy s rozmyšľaním a koncentráciou	Najmenej jeden (aspoň 4 celkovo)	Najmenej tri	Najmenej štyri
	Znížené sebavedomie			
	Pocity viny alebo zbytočnosti			
	Pesimistický pohľad a budúcnosť			
	Myšlienky na sebapoškodenie alebo samovraždu			
	Psychomotorická retardácia alebo agitovanosť			
	Zmena chuti do jedla a zmena hmotnosti			
	Poruchy spánku			

Diagnostika mánie bez psychotických príznakov:

- A. Nálada musí byť prevažne zvýšená, expanzívna, alebo podráždená a pre dotyčného jedinca celkom nezvyčajná a netypická, pričom zmena nálady musí byť výrazná a trvať aspoň týždeň (pokiaľ nie je tak závažná, že vyžaduje hospitalizáciu).
- B. Musia byť prítomné aspoň tri z nasledujúcich znakov (štyri, pokiaľ je nálada iba podráždená), čo vedie k ťažkému narušeniu každodenných aktivít:
 - zvýšená aktivita alebo telesný nepokoj,
 - zvýšená zhovorčivosť,
 - myšlienkový trysk, či subjektívny pocit zrýchleného toku myšlienok,

- strata normálnych sociálnych zábran a z nich vyplývajúce správanie, ktoré je neprimerané daným okolnostiam,
 - znížená potreba spánku,
 - zvýšené sebahodnotenie či veľikášstvo,
 - roztržitosť alebo stále zmeny aktivít a plánov,
 - správanie je zbytočne riskantné alebo ľahkomyselné a jedinec nerozpoznáva riziko jeho dôsledkov,
 - zvýšená sexuálna energia alebo sexuálne indiskrétosti.
- C. Nie sú prítomné halucinácie ani bludy, aj keď sa môžu vyskytnúť poruchy vnímania.
- D. Najčastejšie užívaná vylučovacia doložka. Epizóda nie je spôsobená užívaním psychoaktívnej látky ani žiadnou organickou psychickou poruchou.

Diagnostika mánie so psychotickými príznakmi:

- A. Epizóda spĺňa kritériá pre mániu bez psychotických príznakov s výnimkou kritéria C.
- B. Epizóda zároveň nespĺňa kritériá pre schizofréniu a ani pre schizoafektívnu poruchu, manický typ.
- C. Sú prítomné bludy alebo halucinácie iné, než ktoré sú uvedené ako typicky schizofréne v kritériu G1. Najčastejšie majú veľikášsky, vzťahovačný, erotický alebo perzekučný obsah.
- D. Najčastejšie užívaná vylučovacia doložka. Epizóda nie je spôsobená užívaním psychoaktívnej látky ani žiadnou organickou psychickou poruchou.

Častá chybná diagnostika a malá pozornosť venovaná poruchám bipolárneho spektra vedie k značnému oneskoreniu stanovenia adekvátnej diagnózy BAP. Neskorá diagnóza vedie k závažným dopadom aj v zmysle častejších hospitalizácií, dlhších hospitalizácií, finančných strát či straty zamestnania (Akiskal a Tohen, 2006). Pacientom na jednej strane nie je poskytnutá adekvátna liečba vedúca k zmierneniu príznakov, na druhej strane môžu byť v dôsledku chybnej diagnózy podrobení liečebným postupom, ktoré môžu zhoršovať príznaky či ďalší priebeh BAP. Títo pacienti sú väčšinou chybne vedení pod diagnózou rekurentnej depresívnej poruchy a sú im intermitentne či kontinuálne podávané antidepresíva. Liečba antidepresívami, predovšetkým z okruhu tricyklických antidepresív, môže viesť k provokácii hypo/manických epizód a akcelerácii cyklovania fáz BAP so vznikom rýchleho cyklovania epizód. Navyše, neliečené príznaky poruchy ovplyvňujú správanie, ktoré často vedie k deštrukcii vzťahov a pracovného uplatnenia (Seifertová a kol., 2008).

Jednou z možností pre zlepšenie včasného záchytu a diagnostiky BAP sú skriningové dotazníky (napr. dotazník hypománie alebo bipolarity). V dlhodobej a profylaktickej liečbe pacientov s BAP je významnou pomôckou denník nálady (Gay, 2010; Breznoščáková, 2013).

Diferenciálna diagnostika:

Unipolárna depresia

Schizoafektívna porucha

Organická bipolárna porucha, príznaky vyvolané farmakami a návykovými látkami

Somatické ochorenia spojené so vznikom mánie:

- neurologické ochorenia – cievne mozgové príhody, úrazy hlavy, demencie, mozgové nádory, infekčné zápaly CNS, sclerosis multiplex, Huntingtonova choroba,
- endokrinologické ochorenia - hypertyreóza, popôrodné obdobie,
- skupiny liekov s užívaním ktorých môže byť spojený výskyt mánie: hormóny (kortikosteroidy), psychostimulancia.

Somatické ochorenia spojené so vznikom depresie:

- neurologické ochorenia – cievne mozgové príhody, úrazy hlavy s poškodením mozgu, demencie, mozgové nádory, infekcie CNS, epilepsia, sclerosa multiplex, Parkinsonova choroba, Huntingtonova chorea,
- endokrinologické ochorenia – Addisonova choroba, Cushingova choroba, hypotyreóza, hypertyreóza, popôrodné obdobie, karcinóm pankreasu,
- deficit vitamínu B12, kyseliny listovej,
- skupiny liekov s užívaním, ktorých môže byť spojený výskyt depresie: antihypertenzíva (klonidín), blokátory H2 receptorov (cimetidín, ranitidín), hormóny (kortikosteroidy, anabolické steroidy, perorálne kontraceptíva), psychofarmaká (benzodiazepíny, antipsychotiká), návykové látky (alkohol a amfetamíny – odvykací stav, kokaín - odvykací stav, nikotín – odvykací stav) a akékoľvek ochorenie vedúce k výraznému narušeniu sebahodnotenia a sociálneho fungovania (voľne podľa Seifertová a kol., 2008).

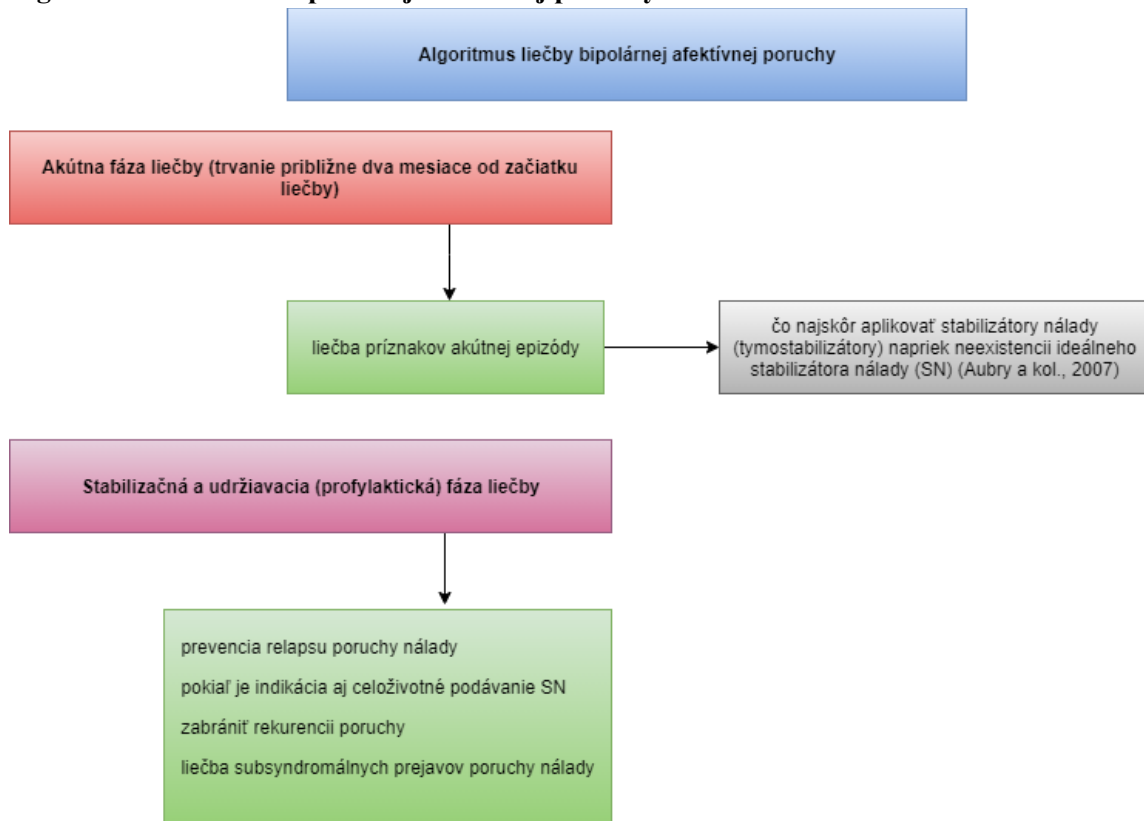
K základným diagnostickým metódam okrem komplexného psychiatrického vyšetrenia, ktoré je podstatným prostriedkom na stanovenie diagnózy, patria tieto ďalšie postupy:

- psychodiagnostické vyšetrenie (o. i. možnosť posúdenia miery závažnosti postihnutia kognitívnych funkcií),
- laboratórne vyšetrenia, v odôvodnených prípadoch hormóny ŠŽ (TSH, T3, T4), v prípade pozitívnej anamnézy aj toxikologické vyšetrenie na prítomnosť psychoaktívnych látok),
- zobrazovacie vyšetrovacie metódy (pri podozrení na intrakraniálne procesy či krvácanie je štandardom CT vyšetrenie mozgu, rozšíreným štandardom je MR vyšetrenie mozgu, funkčné MR vyšetrenie, príp. PET vyšetrenie),
- konziliárne vyšetrenie lekárom inej špecializácie prekračujúce kompetencie psychiatra.

Liečba

Fázy liečby bipolárnej afektívnej poruchy

Algoritmus č. 1: Fáza bipolárnej afektívnej poruchy



Odporúčania pre liečbu akútnej epizódy bipolárnej depresie (voľne podľa NICE, 2020, CANMAT, 2018, Maudsley, 2018, CINP, 2017, Goodwin et al., 2016, Raboch a kol., 2014, Kofínková a kol., 2011, WFSBP, 2010):

1. Antipsychotiká 2. generácie (AP2) – preferenčne kvetiapín, kombinácia olanzapín a fluoxetín (OFC), lurazidón a/alebo lítium + podľa možnosti zväziť kombináciu s kognitívne-behaviorálnou psychoterapiou (KBT). Neuvažovať o KBT ako o monoterapii
2. Lamotrigín • Pridať SSRI (escitalopram alebo fluoxetín) alebo bupropión k prebiehajúcej liečbe • Na liečbu komorbidnej úzkosti pridať paroxetín, kvetiapín, valproát a zväziť tréning pozornosti ako doplnok k prebiehajúcej liečbe
3. Kombinácia dvoch stabilizátorov nálady s atypickým antipsychotikom/antidepresívom, ECT

Odporúčania pre liečbu akútnej epizódy mánie a zmiešanej epizódy (voľne podľa NICE, 2020, CANMAT, 2018, Maudsley, 2018, CINP, 2017, WFSBP, 2017, Goodwin et al., 2016, Raboch a kol., 2014, WFSBP, 2009, Seifertová a kol., 2008):

1. Prerušiť liečbu antidepresívami, abstinencia od alkoholu, kofeínu a iných návykových látok • Zväziť anamnézu psychotických stavov/príznakov • Začať s AP2 (aripirazolom, kvetiapínom, risperidónom [JP1]v monoterapii) alebo valproátom (preferenčne pri zmiešaných fázach) • Zväziť psychoedukáciu, podpornú či interpersonálnu terapiu ako doplnok k psychofarmakologickej liečbe podľa klinického úsudku, preferencií a dostupnosti pre pacienta. Ak pretrváva agitovanosť, pridať liečbu benzodiazepínovými anxiolytikami.
2. Monoterapia olanzapínom, lítium, karbamazepínom alebo haloperidolom • Kombinácie lítia a valproátu, lítia alebo valproátu + AP2 (aripirazol, olanzapín, kvetiapín alebo risperidón) • Lítium plus karbamazepín • Valproát plus antipsychotiká I. generácie (AP1)
3. ECT popri psychofarmakologickej liečbe
4. Lítium + karbamazepín alebo valproát + karbamazepín alebo AP1 + karbamazepín
5. Pridať klozapín. Rôzne kombinácie liekov podľa klinickej odpovede ECT (ak nebolo aplikované v predchádzajúcom kroku)

Odporúčania pre liečbu udržiavacej fázy BAP (voľne podľa NICE, 2020, CANMAT, 2018, Maudsley, 2018, CINP, 2017, Goodwin et al., 2016, Raboch a kol., 2014, WFSBP, 2013):

Liečba závisí od typu ostatnej epizódy a od prevládajúcich epizód podľa anamnézy.

1. Lítium alebo valproát alebo atypické antipsychotiká v monoterapii alebo kombinácii s klinickou odpoveďou v akútnej fáze.
2. Pridať fluoxetín (preferenčne pri ostanej depresívnej fáze alebo prevažujúcich depresívnych fázach)
3. Zväziť kombinácie terapie na základe poznatkov o predchádzajúcej klinickej účinnosti.

Zdroj: autori štandardu

Pozn.: V každej fáze pri liečbe lítiom, valproátom a karbamazepínom je nutné ich monitorovanie v sére á 3 mesiace (podľa potreby aj častejšie).

Psychoterapia v liečbe BAP má podpornú úlohu popri psychofarmakologickej a inej biologickej liečbe. Význam psychoterapie ako podpornej liečby BAP sa zakladá na nasledujúcich faktoroch:

- Vysoký počet relapsov dokonca aj pri medikácii,
- Nespolupráca pacientov, dokonca aj pri nastavenej liečbe,
- Sociálne a osobné udalosti (negatívne aj pozitívne), ktoré môžu spustiť manické alebo depresívne epizódy,
- Devastujúce sociálne a interpersonálne dôsledky ochorenia /Weissman, Markowitz, Klerman, 2000/.

V psychoterapii BAP sa uplatňuje podporná terapia ako súčasť celkového prístupu k chorému. Pacienta touto metódou rozhovoru vraciame k jeho kompetentnému a autonómnemu správaniu a prežívaniu, zdôrazňujeme kvality pacienta, o ktoré sa pri riešení situácie môže oprieť. Vytvárame tak predpoklady pre pochopenie a prijatie ochorenia a potreby liečby, rozpoznávania včasných varovných príznakov ochorenia, alebo jeho spúšťačov. Pri oboznámení pacienta a jeho rodinných príslušníkov je účinné postupovať metódou racionálnej psychoterapie, ktorej podstatnou súčasťou je vysvetlenie podstaty ochorenia, liečby, duševnej hygieny a pod.

Účelom psychoedukácie je poučiť pacientov o ochorení a jeho liečbe, vrátane typov liečby a vedľajších účinkov, s cieľom zvýšiť porozumenie a spoluprácu (Weissman, Markowitz, Klerman, 2000). Cieľom rodinnej terapie a behaviorálneho vedenia rodiny je zlepšiť komunikáciu medzi členmi rodiny a redukovať interpersonálne krízy a nespoluprácu. Negatívne rodinné postoje (vysoká expresia emócií, kriticizmus, nadmerná angažovanosť) sú u pacientov s BAP prediktorom relapsu, a to bez ohľadu na spoluprácu v súvislosti s užívaním liečby. Pomáha porozumieť tomu ako sa v rodinnej situácii môže rozvíjať symptomatické správanie, prípadne pomáha znižovať záťaž, ktorú kladie BAP na rodinných príslušníkov.

Jednou z najúčinnějších nefarmakologických metód v liečbe BAP je KBT. Cieľom je edukácia pacienta a jeho rodiny o BAP, schopnosť sebapozorovaním naučiť pacienta a jeho rodinu rozpoznávať včasné varovné príznaky mánie alebo depresie pri relapsoch a vytvorenie stratégií prevencie relapsu. Behaviorálnymi technikami (sledovanie a plánovanie činností, relaxácia), kognitívnymi technikami (kognitívna rekonštrukcia, práca s automatickými myšlienkami a pod.) alebo komplexnými technikami (návčik sociálnych zručností) pomáhame pacientovi s BAP s dlhodobým manažmentom ochorenia vrátane zmien v životnom štýle a efektívnejším vysporiadaním sa so stresujúcimi faktormi /Wright, Basco, Thase, 2008, Možný, Praško, 1999/.

V terapii tohto ochorenia sa využíva aj modifikovaná interpersonálna terapia pre BAP, ktorej cieľom je oslabenie symptómov a zlepšenie vzťahov s ostatnými ľuďmi. Hlavné komponenty pre IPT sú: fókus na psychosociálne faktory, ktoré súvisia s nástupom depresívnych epizód a štyri problémové interpersonálne oblasti. Psychoedukácia v súvislosti s BAP sa robí

spôsobom zvyčajným pre IPT, pričom sa špeciálny dôraz kladie na spôsob, akým môžu narušenia životného štýlu vplývať na nástup epizód ochorenia.

V liečbe bipolárnej afektívnej poruchy sa využíva tiež systemická terapia vo forme individuálnej, skupinovej, párovej, rodinnej, multi-rodinnej terapie, ktorá predstavuje účinnú vedeckú metódu s preukázanou efektivitou založenou na dôkazoch. Pri párovej a rodinnej terapii u dospelých bola preukázaná vysoká efektivita pri použití metódy systemickej terapie (Rodinná terapia Mc-Master Model) a farmakoterapie (von Sydow a kol., 2007). Systemická terapia sa zaoberá sociálnym kontextom duševných porúch. Skúsenosti so vzťahmi s rodičmi, partnermi a inými blízkymi osobami ovplyvňujú vývoj a udržiavanie duševných porúch. Tieto zase ovplyvňujú rodinu a partnerstvo. Systemická terapia pomáha klientom a ich príbuzným meniť stresové vzorce vzťahov a rozvíjať existujúce zdroje.

Súčasťou terapeutického postupu v depresívnej fáze je aj režim vychádzok počas dočasnej pracovnej neschopnosti. Odporúčame uplatňovať nasledujúce pravidlá:

- Vždy umožniť pacientom s epizódami depresie vychádzky štandardne 4 hodiny denne. V odôvodnených prípadoch umožniť vychádzky nadštandardne po dobu 6 – 8 hodín denne. Vo výnimočných prípadoch umožniť vychádzky nadštandardne počas celého dňa (napr. v prípadoch závažných stavov, kedy je pacient neschopný opúšťať domáce prostredie a nie je možné definovať čas, kedy je najvhodnejšie umožniť vychádzky a pod.). Všetky vychádzky umožnené nad štandardný limit (t. j. viac ako 4 hodiny denne), musia byť dôsledne medicínsky zdôvodnené a o výnimke musí byť informovaný všeobecný lekár, ktorý vystavil pacientovi potvrdenie o dočasnej pracovnej neschopnosti. Pri režime, keď je stanovený presný počet hodín, uvádzať po individuálnom zhodnutí aj časový interval (od – do), pričom v usmernení je potrebné upozorniť lekárov, že nevhodné sú nočné hodiny,
- stanoviť účel vychádzok – napr. pohyb a fyzická kondícia ako súčasť liečebného plánu, psychosociálna rehabilitácia, zvýšenie socializácie, udržanie sociálnych zručností a pod., čo má v medicíne aj evidence-based dôkazy. Všeobecne, aktivity počas vychádzky by mali mať liečebný alebo rehabilitačný charakter, pričom nie je žiadúci výkon zárobkovej činnosti,
- prehodnocovať plnenie účelu vychádzok pri kontrolnom psychiatrickom vyšetrení (odporúča sa interval 1 mesiac, príp. v závažných a odôvodniteľných prípadoch maximálne 3 mesiace),
- poučiť pacienta o liečebnom režime vrátane vychádzok, ich čase a konkrétnom obsahu – napr. pobyt na čerstvom vzduchu, návšteva kultúrnych podujatí (divadelné predstavenie, kino; pod pojmom kultúrne podujatie sa nerozumie hlučná nočná zábava alebo návšteva pohostinstva), nevykonávať prácu ako zárobkovú činnosť, necestovať do zahraničia bez medicínskeho odborného zdôvodnenia, pri zvážení rizík vyplývajúcich z povahy ochorenia odporúčenie mať počas vychádzky doprovod a pod.,
- mať možnosť odporučiť pacientovi odlišný režim vychádzok počas víkendov a pracovných dní.

Prognóza

Ľudia s BAP majú vyššiu úmrtnosť v dôsledku dokonaného suicídia a zlyhania kardiovaskulárneho systému než bežná populácia. Približne jeden z piatich ľudí s BAP spácha samovraždu (Breznoščáková, 2012). Pacienti s BAP sú tiež náchylnejší na ochorenia srdca, rakovinu, autoimunitné a endokrinologické poruchy, čo má za následok pokles 9, 2 rokov v očakávanej dĺžke života.

A. Prognóza bez liečby

Prognóza pre osobu s neliečenou BAP - vyššia úmrtnosť, odcudzenie rodiny a priateľov a neschopnosť vykonávať pravidelnú prácu.

B. Prognóza s liečbou

Pri správnej a dôslednej liečbe sa prognóza pre prežitie a produktívneho života, značne zvýši. Liečba zahŕňa úpravu liečby, psychoedukáciu, psychologickú a psychoterapeutickú starostlivosť a zmenu životného štýlu.

Stanovisko expertov (posudková činnosť, revízna činnosť, PZS a pod.)

Posúdenie zníženia schopnosti pracovať patrí do kompetencie pracovníkov Sociálnej poisťovne a riadi sa predpismi Sociálnej poisťovne, pričom stanovisko by malo rešpektovať odporúčania ošetrojúceho psychiatra. BAP je celoživotným ochorením s vysokou tendenciou k chronickému priebehu. Podľa zákona o sociálnom poistení 461/2003 Z. z. predstavujú jej stredne ťažké formy mieru poklesu schopnosti zárobkovej činnosti 35-45 %, jej ťažké formy 50-80 %. V prípade dlhoročnej remisie vo vhodnom sociálnom prostredí je miera poklesu schopnosti zárobkovej činnosti 35-45 %.

Forenzné posúdenie stavu je individuálne a patrí do kompetencie forenzného psychiatra – psychiatra zapísaného do zoznamu znalcov Ministerstva spravodlivosti SR.

Zabezpečenie a organizácia starostlivosti

Starostlivosť o pacientov s BAP je v zásade poskytovaná ambulantnou formou, ústavnou formou a v denných psychiatrických stacionároch.

Poskytovatelia ústavnej starostlivosti – psychiatrické kliniky, oddelenia, psychiatrické nemocnice, liečebne s materiálo-technickým a personálnym vybavením podľa príslušnej legislatívy – diagnostika a komplexná liečba, farmakoterapia, ostatná biologická liečba, psychoterapia, psychosociálna rehabilitácia, v spolupráci s inými špecialistami aj starostlivosť o pridružené somatické komplikácie.

Poskytovatelia ambulantnej starostlivosti – psychiatrické ambulancie s materiálo-technickým a personálnym vybavením podľa príslušnej legislatívy – diagnostika a komplexná liečba, najmä farmakoterapia a psychoterapia. Ambulantná starostlivosť o pacientov s BAP patrí do rúk psychiatra. Skôr výnimočne sa takýto pacient ocitne v ambulancii všeobecného lekára, ktorý pri suspektnej poruche uskutoční prvotný skrining, identifikáciu poruchy na úrovni syndrómu, identifikáciu rizík (napr. suicídium) a následné odoslanie k špecialistovi (do ambulantnej alebo nemocničnej psychiatrickej starostlivosti).

Denný psychiatrický stacionár – udržiavacia resp. profylaktická komplexná liečba najmä farmakoterapia, psychoterapia, psychoedukácia, psychosociálna rehabilitácia a resocializácia. Najmä v stacionároch, ale aj v ústavných a v ambulantných zariadeniach sa starostlivosť významným spôsobom zúčastňuje aj klinický psychológ, sociálny pracovník, prípadne špeciálny pedagóg.

Ďalšie odporúčania

Moderná psychiatrická starostlivosť je zameraná sociálne, preto liečbu, doliečovanie a rehabilitáciu zabezpečujeme s cieľom pacienta integrovať späť do spoločnosti. Čo najkratšia hospitalizácia na akútnom oddelení pokračuje doliečovaním na oddelení s psychoterapeutickým režimom a rehabilitáciou alebo v dennom psychiatrickom stacionári.

Indikáciou pre liečbu v dennom psychiatrickom stacionári resp. v komunitných zariadeniach je obdobie stabilizačnej fázy a tiež liečba relapsu v prípade, že tieto symptómy sú mierne až stredne závažné a súčasne nie je prítomné riziko ohrozenia zdravia, či života pod vplyvom duševnej poruchy. V rámci stacionárnej liečby sú pacienti súčasťou terapeuticko-komunitnej skupiny, a tak v podmienkach emočnej podpory, interpersonálneho kontaktu a možnosti denného monitorovania stavu pacienta, môže byť poskytovaná účinná komplexná psychologická pomoc.

V súčasnosti v procese rehabilitácie a resocializácie chorých s BAP majú veľký význam psychoedukačné programy zamerané na celú rodinu, ako aj programy zamerané na nácvik sociálnych zručností, monitoring včasných varovných príznakov a kognitívne tréningy. Len komplexná a systematická liečba môže priaznivo ovplyvniť celkový priebeh a prognózu ochorení z okruhu BAP.

Integrálnou súčasťou komplexného bio-psycho-sociálneho prístupu k liečbe BAP sú (ako doplnok k farmakoterapii a psychoterapii) psychosociálne intervencie najmä v oblasti psychosociálnej rehabilitácie.

Vydanie vodičského preukazu a povolenie nosiť zbraň u osôb s BAP sa riadi príslušnými zákonnými normami na základe doporučení ošetrojúceho psychiatra.

Doplňkové otázky manažmentu pacienta a zúčastnených strán

Farmakologická liečba a manažment pacienta s BAP vzhľadom k tomu, že ide o duševnú poruchu s tendenciou k chronicite, patrí do rúk psychiatra.

Ústavní poskytovatelia psychiatrickej starostlivosti - liečba epizód s psychotickými príznakmi a pri identifikovanom riziku pre suicidálne konanie, pri riziku sebapoškodzovania a pri závažných formách s potrebou intenzívneho observačného režimu.

Ambulantní poskytovatelia psychiatrickej starostlivosti - zodpovední najmä za farmakoterapiu, psychoterapiu, psychoedukáciu.

Denné psychiatrické stacionáre - farmakoterapia, psychoterapia, psychoedukácia. Kreatívne a aktívne dielne.

Ambulantní poskytovatelia psychologickej starostlivosti materiálne – technickým a personálnym vybavením podľa príslušnej legislatívy – psychoterapia, psychoedukácia. Lekári so špecializáciou všeobecné lekárstvo – v rámci celkového manažmentu pacienta, po stabilizácii stavu pacienta.

Všeobecný lekár/lekár RLP, ak zistí suspektné prejavy duševnej poruchy posúdi, či pacient svojím správaním ohrozuje seba, svoje okolie, alebo hrozí vážne riziko zhoršenia jeho zdravotného stavu - ak áno, zabezpečí prevoz pacienta do ústavného psychiatrického zariadenia cestou RZP (v prípade potreby i s asistenciou PZ). Ak takéto riziko nehrozí, odošle pacienta na ambulantné psychiatrické vyšetrenie.

Pred prevozom pacienta do psychiatrického zariadenia musí všeobecný lekár /lekár záchranej zdravotnej služby/ vylúčiť eventuálne akútne somatické príčiny zmeny psychického stavu (napr. intoxikácia, akútne telesné ochorenie), ak je príčinou stavu somatické ochorenie, postupuje podľa príslušného štandardu. Definitívne posúdenie rizika ohrozovania seba/okolia/vážneho zhoršenia zdravotného stavu je výlučne v kompetencii psychiatra.

Ak sa na všeobecného lekára, službukonajúceho lekára APS (Ambulantná pohotovostná služba), lekára urgentného príjmu nemocnice alebo ambulantného psychiatra v ich riadnom pracovnom čase obráti zainteresovaná osoba (napr. príbuzní duševne chorého, príslušníci polície a podobne) s informáciami svedčiacimi o tom, že človek pod vplyvom duševnej poruchy svojím správaním ohrozuje seba/svoje okolie, alebo hrozí bezprostredné ohrozujúce vážne zhoršenie jeho stavu, zabezpečí tento lekár prevoz pacienta do ústavného psychiatrického zariadenia prostredníctvom záchranej zdravotnej služby (v prípade potreby i s asistenciou PZ). Pojem zainteresovaná osoba je termín zadefinovaný v novom ZZV.

Alternatívne odporúčania

Nie sú.

Špeciálny doplnok štandardu

Informovaný súhlas a postup pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti bez súhlasu a návrh prekladového listu medzi ústavnou a ambulantnou starostlivosťou.

Informovaný súhlas pri diagnostike a liečbe BAP

Každý zdravotnícky pracovník je povinný poučiť pacienta pred poskytnutím zdravotnej starostlivosti o účele, povahe, následkoch a rizikách poskytovanej zdravotnej starostlivosti, o možnostiach voľby navrhovaných postupov a rizikách odmietnutia poskytnutia zdravotnej starostlivosti. Túto povinnosť upravuje zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Pri liečbe pacienta s BAP sa používa všeobecné znenie informovaného súhlasu (napr. podľa vzoru vydaného Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou zverejneného na

webovej stránke www.udzs-sk.sk), pričom pacienta aj príbuzných dostatočne zrozumiteľne a individuálne poučí ošetrojúci lekár. Ak je pacient s touto poruchou obmedzený v spôsobilosti na právne úkony, informovaný súhlas podpisuje jeho súdom určený zákonný zástupca.

Pri liečbe aktuálnej epizódy v rámci BAP, najmä pri naliehavom pretrvávajúcom suicidálnom riziku bez dostatočného kritického náhľadu, po aktuálnom suicidálnom pokuse, v prípadoch ťažkej depresie, či mánie s psychotickými príznakmi sa môže vyskytnúť situácia, kedy sa takýto informovaný súhlas nevyžaduje. Súhlas pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa nevyžaduje v prípadoch stanovených v §. 6 ods. 9 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, čiže, ak ide o osobu, ktorá v dôsledku duševnej choroby, alebo s príznakmi duševnej poruchy ohrozuje seba, alebo svoje okolie, alebo ak hrozí vážne zhoršenie jej zdravotného stavu (§6 ods. 9 písm. d) zákona č. 576/2004 Z. z.). Postup pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti podľa §6 ods. 9 písm. d zákona č. 576/2004 Z. z.

Podľa § 253 zákona č. 161/2015 Z. z. Civilného mimosporového poriadku zdravotnícke zariadenie, v ktorom je osoba umiestnená z dôvodov uvedených v osobitnom predpise, je povinné oznámiť súdu do 24 hodín prevzatie umiestneného bez jeho informovaného súhlasu. Oznamovaciu povinnosť má zdravotnícke zariadenie aj vtedy, ak umiestnený svoj informovaný súhlas odvolá, a to do 24 hodín od odvolania informovaného súhlasu. Ak je umiestnený, ktorý bol prijatý do zdravotníckeho zariadenia s informovaným súhlasom, obmedzený vo voľnom pohybe, alebo styku s vonkajším svetom, je toto zdravotnícke zariadenie povinné urobiť oznámenie podľa odseku 1 do 24 hodín od takého obmedzenia.

Návrh prekladového listu medzi ústavnou a ambulatnou starostlivosťou

Prekladový list medzi ústavnou a ambulatnou starostlivosťou by mal obsahovať informácie o zdravotnom stave v rozsahu:

- dôvod hospitalizácie,
- popis klinického stavu pri prijatí,
- diagnostické intervencie,
- terapeutické intervencie vrátane nefarmakologických,
- popis klinického stavu pri prepustení,
- diagnostický záver s upresnením závažnosti aktuálnej epizódy BAP,
- odporúčenie diagnostických a terapeutických postupov po prepustení.

Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Prvý audit a revízia – 2 roky, následne každých 5 rokov zakomponujúc aktualizáciu EBM dostupných údajov. Audit a revízia v prípade vydania novej revízie medzinárodnej klasifikácie chorôb.

Tím krízovej intervencie (zatiaľ plánovaný) – ako súčasť centra integrovanej starostlivosti zložený zo zdravotníckych pracovníkov rôznych profesií – kompetencie podľa zloženia tímu – poskytovanie krízovej intervencie (najmä zhodnotenie rizika, podporná psychoterapia ev.

farmakoterapia) pre zvládanie akútnych reaktívnych i nie situačne podmienených dekompenzáciách stavu ľudí s poruchami osobnosti s ev. pokračovaním intervencie v iných segmentoch zdravotnej starostlivosti.

Literatúra

1. AKISKAL HS, TOHEN M, 2006. *Bipolar Psychopharmacotherapy- Caring for the Patient*. West Sussex, England: John Wiley & Sons Ltd. 2-8. ISBN13 978-0-470-85607-9
2. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Fifth Edition. Washington: American Psychiatric Association. ISBN 978-0-89042-554-1.
3. AUBRY J-M, FERRERO F, SCHAAD N, 2007. *Pharmacotherapy of Bipolar Disorders*. West Sussex, England: John Wiley & Sons Ltd. 23-26. ISBN978-0-470-05823-7
4. BAUER M, BEAULIEU S, DUNNER DL, LAFER B a KUPKA R, 2008. Rapid cycling bipolar disorder – diagnostic concepts. *Bipolar Disorders* [online]. 10(1p2), 153–162. ISSN 1399-5618. Dostupné z: doi:10.1111/j.1399-5618.2007.00560.x
5. BREZNOŠČÁKOVÁ D, 2012. Bipolar Disorder and Suicide in: Jarrett Barnhill, *Bipolar Disorder. A portrait of a complex mood disorders*. Rijeka, Croatia: InTech. 121-138. ISBN 978-953-51-0002-7
6. BREZNOŠČÁKOVÁ D, 2013. Spolu to zvládneme! Edukačný materiál o mánií – súčasťi bipolárnej afektívnej poruchy. Bratislava: Zuzana Čičelová. ISBN 978-80-89434-20-6
7. CLEMENTE AS, DINIZ BS, NICOLATO R, KAPCZINSKI FP, SOARES JC, FIRMO JO a CASTRO-COSTA E, 2015. Bipolar disorder prevalence: a systematic review and meta-analysis of the literature. *Revista Brasileira De Psiquiatria (Sao Paulo, Brazil: 1999)* [online]. 37(2), 155–161. ISSN 1809-452X. Dostupné z: doi:10.1590/1516-4446-2012-1693
8. DUŠEK K a VEČEŘOVÁ-PEOCHÁZKOVÁ A, 2015. Diagnostika a terapie duševných poruch. Grada, ČR, s.353-368 ISBN 978-80-247-4826-9
9. FOUNTOULAKIS KN, GRUNZE H, VIETA E et al., 2017. The International College of Neuro-Psychopharmacology (CINP) Treatment Guidelines for Bipolar Disorder in Adults (CINP-BD-2017), Part 3: The Clinical Guidelines. *International Journal of Neuropsychopharmacology* 20(2): 180–195. ISSN 1469-5111. Dostupné z: doi:10.1093/ijnp/pyw109
10. FOUNTOULAKIS KN, KONTIS D, GONDA X a YATHAM LN, 2013. A systematic review of the evidence on the treatment of rapid cycling bipolar disorder. *Bipolar Disorders* [online]. 15(2), 115–137. ISSN 1399-5618. Dostupné z: doi:10.1111/bdi.12045
11. GAY Ch, 2010. *Bipolární porucha*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-668-1
12. GOODWIN FK, JAMISON KR, 1990. *Manic – Depressive Illness*. New York: Oxford University Press. ISBN 9780195135794
13. GOODWIN GM, Haddad PM, Ferrier IN, Aronson JK, Barnes TRH, Cipriani A, Coghill DR, Fazel S, Geddes JR, Grunze H, Holmes EA, Howes O, Hudson S, Hunt N, Jones I, Macmillan IC, McAllister-Williams H, Miklowitz DR, Morriss R, Munafó M, Paton C, Sahakian BJ, Saunders KEA, Sinclair JMA, Taylor D, Vieta E and Young AH: Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: Revised third edition recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology* 2016. Vol.30(6): 495-553. DOI: 10.1177/0269881116636545
14. GRUNZE H, Vieta E, Goodwin GM, Bowden Ch, Licht RW, Möller H-J, Kasper S on behalf of the WFSBP Task Force on Treatment Guidelines for Bipolar Disorders: The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the Biological Treatment of Bipolar Disorders: Update 2009 on the treatment of acute mania. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 2009; 10(2): 85-116. ISSN 1562-2975 print/ISSN 1814-1412 online. DOI: 10.1080/15622970902823202
15. GRUNZE H, Vieta E, Goodwin GM, Bowden Ch, Licht RW, Möller H-J, Kasper S on behalf of the WFSBP Task Force on Treatment Guidelines for Bipolar Disorders: The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the Biological Treatment of Bipolar Disorders: Update 2010 on the treatment of acute bipolar depression. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 2010; 11: 81-109. ISSN 1562-2975 print/ISSN 1814-1412 online. DOI: 10.3109/15622970903555881
16. GRUNZE H, Vieta E, Goodwin GM, Bowden Ch, Licht RW, Möller H-J, Kasper S on behalf of the WFSBP Task Force on Treatment Guidelines for Bipolar Disorders: The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the Biological Treatment of Bipolar Disorders: Update 2012 on the long-term treatment of bipolar disorder. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 2013; 14: 154-2019. ISSN 1562-2975 print/ISSN 1814-1412 online DOI: 10.3109/15622975.2013.770551
17. GRUNZE H, Vieta E, Goodwin GM, Bowden Ch, Licht RW, Azorin J-M, Yatham L, Mosolov S, Möller H-J, Kasper S on behalf of the Members of the WFSBP Task Force on Bipolar Affective Disorders Working on this topic: The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the Biological Treatment of Bipolar Disorders: Acute and long-term treatment of mixed states in bipolar disorder. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 2017; ISSN: 1562-2975 (Print) 1814-1412 (Online) <http://dx.doi.org/10.1080/15622975.2017.1384850>
18. KOŘÍNKOVÁ V, NOVOTNÝ V, VAVRUŠOVÁ L, 2011. Racionálna liečba depresie. Štandardný diagnostický a terapeutický postup - Metodické listy racionálnej farmakoterapie- 49. list. 14, 1-2. ISSN 1339-8415
19. MOŤOVSKÝ B, DIVÉKY T, PEČEŇÁK J, 2013. Indikátory bipolarity u pacientov s bipolárnou afektívnou poruchou I, bipolárnou afektívnou poruchou II a veľkou depresívnou poruchou. *Česká a slovenská psychiatrie*. 282–289. ISSN 1212-0383.
20. MOŤOVSKÝ B, PEČEŇÁK J, 2013. Psychopathological characteristics of bipolar and unipolar depression - potential indicators of bipolarity. *Psychiatria Danubina*. (1), 34–39. ISSN 0353-5053
21. NICE (National Institute for Health and Care Excellence): *Bipolar disorder: assessment and management (CG 185)*. Clinical guideline. Published: 24 September 2014, Last updated 11 February 2020. NICE 2020. www.nice.org.uk/guidance/cg185. ISBN: 978-1-4731-0721-2
22. RABOCH J, UHLÍKOVÁ P, HELLEROVÁ P a kol., 2014. *Psychiatrie: Doporučené postupy psychiatrické péče IV*. ČR Typography: Psychiatrická společnost ČLS JEP, 80-96. ISBN 978-80-260-5792-5

23. SEIFERTOVÁ D, PRAŠKO J, HORÁČEK J a kol., 2008. Postupy v léčbě psychických poruch. Praha. Academia Medica Pragensis. ISBN 80-86694-07-0
24. TAYLOR DM, BARNES TRE, YOUNG AH editors. The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry. 13th edition. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc; 2018, 854 s. ISBN 9781119442608
25. von SYDOW K, BEHER S, RETZLAFF R, SCHWEITZER J. Die Wirksamkeit der Systemischen Therapie /Familientherapie, (The efficacy of Systemic Therapy / (Couple and) Family Therapy), Hogrefe Verlag, 2007, s. 182. ISBN: 9783801720377
26. WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996. Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize., Duševní poruchy a poruchy chování : diagnostická kritéria pro výzkum (Přel. z angl. orig.). Praha: Psychiatrické centrum Praha
27. WRIGHT JH, BASCO MR, THASE ME., 2008. Učenie sa kognitívno-behaviorálnej terapii. Bratislava: Vydavateľstvo F. s. 139-150, 245-252, ISBN 978-80-88952-53-4
28. YATHAM LN, Kennedy SH, Parikh SV, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the mangemet of patients with bipolar diosrder. Bipolar Disord. 2018; 20(2): 97-170
29. YATHAM LN., MAJ M, ed., 2010. Bipolar disorder: clinical and neurobiological foundations. 1. published. Chichester, UK: Wiley-Blackwell. ISBN 978-0-470-72198-8

Poznámka:

Ak klinický stav a osobitné okolnosti vyžadujú iný prístup k prevencii, diagnostike alebo liečbe ako uvádza tento štandardný operačný postup, je možný aj alternatívny postup, ak sa vezmú do úvahy ďalšie vyšetrenia, komorbidity alebo liečba, teda prístup založený na dôkazoch alebo na základe klinickej konzultácie alebo klinického konzília.

Takýto klinický postup má byť jasne zaznamenaný v zdravotnej dokumentácii pacienta.

Účinnosť

Tento štandardný postup nadobúda účinnosť od 1. júla 2021.

Vladimír Lengvarský
minister zdravotníctva