
Bipolární afektivní porucha a suicidalita

Látalová K.^{1,2}, Praško J.^{1,2,3,4}

Klinika psychiatrie Fakultní nemocnice Olomouc ¹
Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci ²
Centrum neuropsychiatrických studií, Praha ³
Psychiatrické centrum Praha ⁴

SOUHRN

U nemocných s bipolární afektivní poruchou (BAP) je častým jevem suicidální chování. Odhaduje se, že počet dokonaných sebevražd je u pacientů s BAP asi 20krát vyšší než u běžné populace. Faktory, které souvisejí s vyšším rizikem sebevraždy, jsou celková doba, kterou pacient tráví v depresivní epizodě, přítomnost hostility, sebevražedné pokusy v anamnéze a fyzické nebo sexuální zneužívání v dětství. Suicidální riziko může dále zvyšovat přítomnost komorbidního tělesného onemocnění (obezita, metabolický syndrom). Spolehlivé biologické markery suicidálního jednání dosud nemáme. Intenzivně jsou zkoumány hladiny monoaminů v cerebrospinálním moku. Z léčiv má jednoznačně prokázaný dostatečný antisuicidální efekt u bipolární poruchy pouze lithium. Naopak podání antidepressiva může u senzitivních pacientů provokovat nebo zvyšovat suicidální tenzi, zejména na počátku podávání. Přídavná psychosociální intervence může efektivně suicidální riziko snížit.

Klíčová slova: bipolární afektivní porucha, suicidium, suicidální pokus, antidepressiva, lithium, psychoterapie, psychoedukace.

SUMMARY

Látalová K., Praško J.: Bipolar Affective Disorder and Suicidality

Suicide behavior is prevalent in individuals with BAP (bipolar affective disorder). The suicide rate in BAP individuals is approximately 20fold greater than that of the general population. Indicators for suicide attempts and completed suicide are history of suicide attempts, percentage of time spent in depressed state, hostility and sexual and physical abuse in childhoods. Adjuvant somatic illness (obesity, metabolic syndrome) can enhance suicidality. We have no convincing biological markers of suicidal behavior; the levels of monoamine metabolites in cerebrospinal fluid are studied. Compelling evidence supports an antisuicide effect has only long term lithium treatment. In opposite unimodal antidepressants may engender or exacerbation of suicidality in susceptible individuals with BAP. Results of recent studies suggest that adjunctive psychosocial interventions may further reduce suicide risk in bipolar individuals.

Key words: bipolar affective disorder, suicide, suicidal attempt, antidepressant, lithium, psychotherapy, psychoeducation.

Čes. a slov. Psychiat., 105, 2009, No. 3, pp. 129–134.

ÚVOD

Bipolární afektivní porucha (BAP) je závažná, chronická, progresivní a epizodická onemocnění. Nejzávažnějším vyústěním BAP může být suicidium. Podle studií mortality mají nemocní s BAP vyšší frekvenci suicidálních myšlenek, suicidálních pokusů a dokonaných sebevražd [4, 15]. Ve srovnání s běžnou populací je riziko suicidia u těchto pacientů vyšší asi 20krát. Zhodnocení tohoto rizika je tedy v klinickém vedení pacienta zásadní. Riziko suicidia je vysoké zejména v průběhu depresivní epizody, ale objevuje se však i při máni či smíšené epizodě a dokonce i v remisi BAP. Při léčbě akutní fáze poruchy je hodnocení a léčba suicidálního cho-

vání mimořádně naléhavým terapeutickým cílem. Nebezpečné bývá zejména období zmírnění těžké deprese, kdy má pacient více energie na to, aby suicidium realizoval. Rovněž při udržovací a profylaktické léčbě patří snížení rizika suicidia mezi základní cíle.

Faktory, které mohou predikovat sebevražedné jednání, se staly předmětem výzkumu posledních let [13, 23]. Pozornost je zaměřena na patofyziologii a jsou zkoumány biomarkery, které by mohly mít spojitost se suicidálním chováním.

Při akutní léčbě jednotlivých fází BAP prokázaly účinnost jak farmakologická léčba, tak i doprovodné psychosociální intervence [34]. Ale poměrně málo studií se zabývalo důkladnějším sledováním antisuicidálního, eventuálně prosuci-

diálního efektu těchto přístupů. Jednoznačný anti-suicidální efekt byl u bipolární poruchy prokázán pouze u lithia. Zároveň bylo vysloveno podezření, že antidepressiva mohou u vnímavých jedinců provokovat nebo zesilovat suicidální tenzi a zvyšovat tak riziko sebevražděného chování [27, 44].

VÝSLEDKY STUDIÍ MORTALITY

Výsledky klinických a epidemiologických studií nasvědčují tomu, že pacienti trpící BAP mají ve srovnání s běžnou populací vyšší riziko úmrtí jak z přirozených (většinou kardiovaskulárních), tak nepřirozených (suicidálních) příčin [4]. Pacienti s BAP ve srovnání s běžnou populací umírají dříve a nejčastější příčinou jejich úmrtí je sebevražda. Standardní index mortality (SIM) je vyšší pro suicidium [20, 33].

Celoživotní riziko suicidia u pacientů s BSP se pohybuje mezi 10 a 15 %, což je třicetkrát více než u běžné populace. Toto riziko je stejně vysoké u bipolární poruchy I (mánie a deprese) a II (hypománie a deprese). Nálezy z různých studií se však mohou trochu lišit. Goodwin a Jamison [15] uvádějí, že dokonce až 18,9 % bipolárních nemocných ukončí svůj život suicidiem. Vysoké uváděné procento se patrně týká těžších, neléčených pacientů. Další práce z roku 1990 hodnotila 100 pacientů, kteří se pokusili spáchat sebevraždu v rámci již předtím diagnostikované depresivní poruchy. Bylo zjištěno, že 53 % pacientů ze souboru splňovalo kritéria pro depresivní poruchu, 47 % ale splňovalo kritéria pro BAP (46 % pro BAP II, 1 % pro BAP I) [33]. Tento jev autoři vysvětlují tím, že pacienti s BAP II mají často komorbidní poruchu osobnosti, abúzus psychoaktivních látek a další doprovodné psychické poruchy. Isometsa a spol. [19] objevili mezi 1397 osobami, kteří zemřeli na suicidium ve Finsku v průběhu jednoho roku, 31 lidí, kteří trpěli BAP. 78 % z nich spáchalo sebevraždu během depresivní epizody BAP, 11 % v průběhu smíšené a 11 % v průběhu manické epizody s psychotickými rysy. V metaanalýze z roku 1998 byly srovnávány SIM u 8000 pacientů s periodickou depresivní poruchou se SIM u 3700 pacientů s bipolární poruchou. Pacienti s BAP měli vyšší SIM z nepřirozených příčin (sebevražda, sebezabití, autonehoda) [18]. Pacienti s depresí vykazovali SIM 20, pacienti s BAP 15. Suicidální riziko bylo vyšší u pacientů s komorbidním abúzem alkoholu. Nejčastěji se pacienti pokoušeli o sebevraždu během několika málo týdnů po ukončení hospitalizace. Hodnocení Švédského národního registru dokládá, že SIM je vyšší u mladších bipolárních pacientů [30]. V roce 2002 byl publikován přehled šesti studií dokumentujících srovnání suicidálního rizika u pacientů s depresí a pacientů s BAP I, event. BAP II. Suicidální chování bylo o 19 % častější u bipolárních pacientů [4]. Dle tohoto přehledu má pacient trpící

BAP, na rozdíl od běžné populace, větší pravděpodobnost, že zemře předčasně z jakýchkoli příčin (SIM 1,5-2), riziko, že zemře následkem sebevraždy je na rozdíl od běžné populace ještě výraznější (SIM 20-30).

BIOMARKERY SUICIDALITY

Biomarkery suicidalility byly nejprve podrobněji studovány u pacientů s periodickou depresivní poruchou (unipolární depresí). Důkladně byly zkoumány hladiny monoaminů v cerebrospinálním moku (CSM) a up-regulace serotoninových receptorů (5HT-1A, 5HT-2A), která vzniká jako důsledek snížené aktivity serotoninergního systému [23, 36]. Až později následovaly studie u BAP. Sher a spol. [36] měřili koncentrace kyseliny hydroxyindolové (5-HIAA), kyseliny homovanilové (HVA) a 3-met-hoxy-4-hydroxyfenyglycolu (MHPG) v cerebrospinálním moku u pacientů s BAP (n=27), kteří aktuálně spáchali neúspěšný suicidální pokus. Na základě tohoto sledování stanovili hladiny koncentrací, o kterých se domnívali, že predikují letalitu suicidálního jednání. Pacienty sledovali další 2 roky. Během tohoto období se 6 pacientů pokusilo o sebevraždu. Tito pacienti měli ve srovnání s pacienty, kteří suicidální pokus nespáchali, vyšší skóre hostility a agresivity. Výsledky studie naznačují, že existuje pozitivní korelace mezi hladinami HIAA, HVA a MHPG v cerebrospinálním moku. Byla potvrzena negativní korelace mezi hladinami HVA, HIAA, MHPG a letalitou suicidálního pokusu. Nebyly zaznamenány rozdíly hladin metabolitů monoaminů u pacientů s BAP, kteří se o suicidium pokusili, a u těch, kteří se nepokusili.

Studie s rodinami, dvojčaty a adoptivní studie naznačují, že by se suicidálním chováním mohly souviset některé genetické faktory. Přehled dvaceti studií rodin zaznamenal, že příbuzní prvního a druhého stupně pacientů, kteří dokonali sebevraždu, mají v porovnání s kontrolami vyšší riziko suicidálního chování. Často je sice u nich přítomná porucha afektivity, ale ta ne vždy vysvětlí suicidální chování [43].

Proměnné, které predikují suicidální pokusy u BAP

Faktorů, které mají vliv na suicidální chování, je mnoho, mají heterogenní povahu a často si navzájem odporují. V praxi je tato různorodost zdrojem klinicky nejistoty. Chybí smysluplnější návody pro zhodnocení závažnosti, eventuálně stratifikace suicidálního rizika. Demografické faktory s jasným potencujícím vlivem na suicidalitu (věk, rasa, pohlaví) jsou užitečnější spíše v rámci komplexních programů péče o populaci. V péči o konkrétního pacienta nám jejich vliv tolik nepomůže. V individuální péči o konkrétního pacienta se do

Tab. 1. Faktory spojené s rizikem suicidia (upraveno dle Marangell a kol.) [24].

| |
|---|
| Proměnné spojené s průběhem nemoci |
| časný nástup onemocnění |
| sexuální zneužívání v dětství |
| časté hospitalizace v anamnéze |
| těžká depresivní epizoda v anamnéze |
| Fenomenologie |
| smíšená epizoda, dysforická mánie |
| pocity beznaděje |
| nízké sebevědomí |
| přítomnost suicidálních myšlenek během depresivní fáze |
| závažnost deprese a anxiety |
| agresivita/impulzivita |
| Komorbidity |
| abúzus alkoholu nebo jiných psychoaktivních látek |
| poruchy osobnosti (typ B dle DSM IV-hraniční, histriónská, narcistická) |
| obezita |
| nikotinismus |
| Suicidium v rodinné anamnéze |
| stres |
| problémy v zaměstnání |
| nedávno prožitá nepříznivá událost |
| sexuální nebo fyzické násilí |
| konflikty s příbuznými nebo životními partnery |
| absence osoby, které by pacient důvěřoval |

popředí dostávají faktory, které v přehledu uvádí tabulka 1.

Prediktory suicidálního chování u pacientů u 64 pacientů s BAP sledovala dva roky trvající studie. Ve sledovaném období se pokusilo o sebevraždu 12 pacientů (19 %). Podle statistické metody (neparametrická křivka přežití) se podařilo vytvořit dva okruhy prediktorů suicidálního chování. V tzv. časné fázi - 2 měsíce po zvládnutí epizody - jsou pro suicidální chování rizikové především: anamnéza sebevraždy v rodinně a komorbidní hraniční porucha osobnosti. V následné fázi to jsou: nízký věk, vysoké skóre hostility, proběhlý suicidální pokus v anamnéze, hostilita, pesimistické vyhlídky, málo životních stimulů. Hostilita je vůbec nejrizikovějším prediktorem suicidálního chování u obou fází [13]. Jiná práce hodnotila odděleně bipolární pacienty s anamnézou suicidálního pokusu a pacienty bez anamnézy suicidálního pokusu. Nejrizikovějším faktorem suicidálního chování byly u první skupiny: nepříznivé osobnostní dispozice, protektivně působila extrovertní osobnost a překvapivě úzkostnost. Nejrizikovějším faktorem pro suicidální skupiny byla u druhé skupiny deprese a úzkost; faktory s protektivním charakterem nebyly zaznamenány [20].

Zneužívání v dětství, životní události a jejich souvislost se zvýšenou suicidalitou v dospělosti byly diskutovány zejména v souvislosti s unipolární depresí, méně pak u bipolární afektivní poruchy. Propojení mezi životními událostmi a BAP ale nepochybně existuje. Podrobně byly sledovány vlivy negativních životních událostí v dětství. Různé formy zneužívání v dětské věku (fyzické, sexuální

i psychické) mají pravděpodobně vliv na neurochemické a neuroendokrinní mechanismy, sekundárně na chování dospělých jedinců [1]. Výsledky studií ukazují, že pacienti s BAP, kteří prožili v dětství trauma, mají horší průběh onemocnění, trpí těžšími fázemi a často jsou u nich přítomny psychotické příznaky [12, 14]. Práce, která vyšetřovala celkem 631 bipolárních pacientů, zjistila, že 49 % žen a 36 % mužů mělo v dětství zkušenost s nějakou formou zneužívání. Co se týkalo fyzického zneužívání, nebyl rozdíl mezi pohlavími. Sexuální zneužívání bylo ale daleko častější u žen. Zajímavostí je, že fyzicky zneužívání bipolární pacienti páchají sebevraždu spíše v manické fázi, zatímco sexuálně zneužívání v depresivní fázi onemocnění [21]. Podle statistických analýz existuje lineární závislost mezi procentem pacientů s anamnézou suicidálního pokusu a frekvencí fyzického zneužívání v dětství. U pacientů s anamnézou sexuálního zneužívání taková souvislost nebyla prokázána [14].

Pacienti s BAP mají poměrně často další přidružené tělesné onemocnění. Potvrzují to epidemiologické přehledy a studie rodn. Dále je patrné, že somatické onemocnění zhoršuje průběh BAP, tíží aktuální epizody, prodlužuje nástup remise, zhoršuje celkovou kvalitu života a přispívá k předčasnému úmrtí [4]. Mezi nejčastější tělesné potíže u pacientů s BAP patří nadváha, abdominální obezita a metabolický syndrom. Podle nedávného sledování trpí obezitou 49 %, hypertriglyceridemií 48 %, hypertenzí 39 %, vysokou hladinou HDL (high density cholesterolu (HDL - high density lipoprotein) 23 % a diabetem 8 % pacientů. Bipolární pacienti, kteří jsou zároveň chronicky somaticky

nemocní, mají horší průběh BAP, trpí častějšími a těžšími fázemi onemocnění a častěji páchají suicidium než bipolární pacienti, kteří jsou somaticky zdraví (55 % versus 36 %, $p=0,05$ [25]).

PSYCHOEDUKACE

V posledních letech se množí důkazy o tom, že jako doplněk základní farmakologické léčby může významně přispívat ke stabilizaci nemoci psychosociální intervence [16]. V jedné studii byl sledován dopad psychosociální intervence (terapie sociálních rytmů, intenzivní klinická péče) na míru suicidálních pokusů u 175 pacientů s BAP I. Většina z nich ($n=164$) byla během sledování na lithiu ($0,32-1,21$ mmol/l), a většina ($n=92$) trpěla depresivní nebo smíšenou epizodou ($n=43$). Počet suicidálních pokusů od vzniku onemocnění až do doby aktuální epizody byl číselně vyjádřen ve formě : počet pokusů/100 pacientů/1 měsíc. Na začátku sledování byl tento počet $1,05/100$ pacientů za jeden měsíc. V době sledování (akutní a udržovací epizoda) se tento počet snížil na $0,31$ v akutní fázi (hraničně signifikantní) a $0,06$ v době udržovací léčby ($17,5x$ snížení, signifikantní) [26].

Psychosociální přístupy pomáhají mírnit depresivní příznaky, zlepšují pacientovy osobní vztahy tím, že jej naučí některé interpersonální strategie a zlepšují celkovou kvalitu života. Výsledky výše uvedených studií nasvědčují tomu, že psychoedukace může redukovat počet suicidálních pokusů i počet dokonaných sebevražd. Hovoří se i o prospěšnosti terapie orientované na rodinu [34]. Vychází se z předpokladu, že adjuvantní psychoedukace, nácvik komunikačních schopností a aktivní řešení problémů může u pacientů snížit suicidální rozvahy.

PSYCHOFARMAKA S VÝZNAMNÝM VLVIVEM NA SUICIDALITU U BAP

Antidepressiva

Antidepressiva se v léčbě BAP používají zejména v akutní léčbě depresivní epizody poměrně často. V dobré víře prevence dalších depresivních epizod bývají předepisována i v následujících obdobích. Dá se říci, že se jedná o celosvětovou klinickou praxi. Žádné z antidepressiv nemá při léčbě BAP prokázanou dostatečnou efektivitu a není bez rizika přesmyku do mánie či vzniku tzv. rychlého cyklování (častého střídání epizod mánie a deprese). Tato klinická praxe tedy není podložena žádnými kontrolovanými studiemi. Byla publikována poměrně rozsáhlá studie, která doložila, že paroxetin ani bupropion, které byly použity jako adjuvantní léčba při depresivní epizodě BAP, neprokázaly lepší výsledky proti placebo, naopak v některých případech vyvolaly vznik mánie [35]. V současnosti jsme

svědky názorové nejednotnosti pohledu na tento problém. Zastánci obhajují léčbu antidepressivy současnou léčbou stabilizátory nálady (kterou by měli užívat všichni bipolární pacienti) ale odpůrci argumentují tím, že ani stabilizátor nálady nezabrání přesmyku do antidepressivem navozené mánie. V roce 2004 vydal americký FDA (Food and Drug Administration - státní úřad pro potraviny a léky) doporučení týkající se obezřetnosti v podávání antidepressiv u dětí a mladistvých, později bylo toto doporučení rozšířeno i na dospělé pacienty. Byl popsán tzv. „aktivační syndrom“ (iritabilita, agresivita, hostilita, vznik smíšené epizody) u bipolárních pacientů vyvolaný antidepressivy [27].

Pokud se týká prevence suicidia, u žádného z antidepressiv nebyl při léčbě BAP prokázán antisuicidální efekt. Během posledních deseti let se objevily nové diskuse o tom, zda antidepressiva mohou zvyšovat některé z aspektů suicidality (například provokovat suicidální ideace).

Lithium

Dlouhodobá udržovací léčba solemi lithia je spojená s významnou redukcí rizika jak suicidia tak suicidálních pokusů u pacientů s bipolární poruchou [9, 11, 41, 42]. Účinek může být zprostředkován cestou serotonergního systému separátně od antidepressivního a antimanického vlivu [22]. Jedněmi z prvních, kteří na to poukázali, byli naši autoři [17, 38, 39, 40]. Antisuicidální účinek lithia se objevuje i u pacientů, u nichž nevedla terapie lithiem ke stabilizaci nálady [29, 41]. Rovněž výsledky současných metaanalýz potvrzují, že lithium má při dlouhodobém užívání antisuicidální efekt [6, 7, 10, 11]. Bohužel, asi polovina pacientů hůře spolupracuje a lithium neužívá pravidelně.

Baldessarini a spol. [8, 9] analyzovali 34 publikovaných studií, ve kterých našli 42 skupin pacientů léčených v průměru 3,4 roku lithiem a 25 skupin bez lithia po 5,9 roku. Srovnávali suicidalitu u 16 221 pacientů a 64 233 kontrolních osob v průběhu jednoho roku. Počet suicidálních pokusů na sto osob ročně byl 3,1 u těch pacientů, kteří neměli medikaci lithiem, 0,21 během léčby lithiem a 0,32 u všeobecné populace. Podávání lithia v udržovací léčbě je spojeno s 80-90% snížením rizika suicidia. Slabší důkazy existují pro podobný efekt u pacientů s rekurentní depresivní poruchou [8]. Na druhé straně je lithium velmi toxické při předávkování, a na to musíme myslet.

Poměr suicidálních pokusů a dokonaných sebevražd během jednoho roku tvoří tzv. „index letality“ suicidálního chování. Ten je u pacientů na lithiu 6,94% (2,5krát vyšší) než u pacientů bez lithia 2,79%. Celkově lithium snižuje počet sebevražděných pokusů i jejich letalitu [3, 5].

Cipriani provedl systematický přehled 32 studií, sledujících suicidálně-protektivní efekt lithia, a pacientů s depresivní poruchou. Celkem bylo léčeno lithiem 1389 pacientů, 2069 pacientů bylo na

placebu nebo jiných psychofarmakách. Pacienti na lithiu umírali následkem suicidia o 60 % méně často než v kontrolní skupině. Lithium také v téměř 70 % snižovalo různá měřítká suicidality a sklony k impulzivnímu sebepoškození [10].

Několik studií hodnotilo dopady přerušení léčby lithiem na riziko suicidia. Například Baldessarini a spol. [7] hodnotili celkem 165 pacientů, kteří přerušili léčbu lithiem. Důvody byly buď zdravotní komplikace, nežádoucí účinky, nebo jim bylo zkušebně lithium vysazeno, protože byli dlouhodobě v remisi. Počet suicidálních pokusů vzrostl 14krát, zvláště v prvních 12 měsících po vysazení. Riziko, že suicidální pokus skončí fatálně, se zvýšilo 13krát. Jestliže bylo lithium vysazováno pozvolna, riziko suicidálního chování bylo redukováno přibližně o 50 % [7]. V praxi to znamená, že lithium by v zásadě nemělo být vysazováno. Vyžaduje-li to situace, je potřebná jistá opatrnost a je-případně pozvolné snižování dávek.

Antikonvulziva

Antikonvulziva, jako je karbamazepin nebo valproát, se podávají u bipolárních pacientů, kteří netolerují lithium nebo jsou na ně rezistentní. Jejich účinek na střídání nálad, zejména redukcí mánií, je patrný z řady kontrolovaných studií. Některá antikonvulziva se ukázala být efektivní také v léčbě bipolární deprese (např. lamotrigin). Dostatečné důkazy pro to, že by antikonvulziva snižovala suicidalitu, zatím chybí. Riziko suicidia a suicidálních pokusů bylo asi 1,5x nižší (2,7 : 1,7) při léčbě lithiem než při léčbě divalproátem [16].

Elektrokonvulzivní léčba

Elektrokonvulzivní léčba (EKT) je účinná u pacientů s vážnou depresivní poruchou, s přítomností psychotických příznaků nebo bez nich. Je to levný a účinný přístup k léčbě deprese, kde dojde k významnému zlepšení u 80 % pacientů. U pacientů, rezistentních na antidepressiva, je EKT úspěšná u 50 % z nich. Má jak robustní antidepressivní efekt, tak rychlý účinek na snížení asociovaných suicidálních myšlenek [2, 31]. Může být také použita k léčbě suicidálních pacientů se schizofrenií, schizoafektivní poruchou, smíšenými nebo manickými epizodami bipolární poruchy u suicidálních žen během těhotenství a u těch, kteří špatně tolerují medikaci [3]. Máme jasné důkazy pro krátkodobé snížení suicidality, ovšem zda je účinek EKT ve snížení suicidality dlouhodobý, to se neví. Proto je těžké říci, zda pro snížení suicidálního rizika má smysl kontinuální udržovací léčba elektrokonvulzemi. EKT je indikována u hluboce depresivních pacientů se suicidálními úmysly.

ZÁVĚR

Sebevražedné chování u pacientů s BAP je, bohužel, běžné. Pacienti s BAP mají ve srovnání

s běžnou populací vyšší procento suicidálních myšlenek, častěji páchají sebevraždu a vykazují větší počet dokonaných sebevražd. Existuje mnoho faktorů, které suicidální ideace posilují, jsou velmi různorodé a často obtížně ovlivnitelné základní farmakologickou léčbou. Mezi hlavní cíle dlouhodobé léčby BAP patří prevence suicidálního chování a snížení mortality. Plnění tohoto záměru nemusí být jednoduché. K sebevražednému jednání přispívá mnoho proměnných, které jsou ve své podstatě heterogenní a obtížně klinicky uchopitelné. Navíc, pacienti nepáchají suicidium pouze v době depresivní epizody, jak by bylo logicky odvoditelné, ale i v remisi či v době mánie. Antidepressiva se nejeví jako vhodná farmakologická intervence v prevenci suicidálního jednání, jednak u pacientů s BAP nemají prokazatelný antisuicidální efekt, a naopak u vnímavých jedinců mohou suicidální tendence posilovat. Psychofarmakem, který má u bipolárních pacientů jasně prokázaný antisuicidální efekt, je pouze lithium, ale ani jeho efekt však není suverénní. Sledování posledních let nasvědčují tomu, že efektivní cestou je kombinace farmakoterapie a psychosociální intervence. Při udržovací terapii BAP se jeví jako velmi výhodné a účinné spojení farmakoterapie s psychosociální intervencí (psychoedukace, kognitivně behaviorální terapie, interpersonální psychoterapie sociálních rytmů, rodinná terapie atd.).

Práce byla podpořena projektem CNS MŠMT ČR IM0517.

LITERATURA

1. Allen, M. H., Chessick, C. A., Miklowitz, D. J. et al.: Contributors to suicidal ideation among bipolar patients with and without a history of suicide attempts. *Suicide Life Threat Behav.*, 35, 2005, pp. 671-680.
2. American Psychiatric Association: Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *Am. J. Psychiatry*, 158 (Oct. Suppl.), 2001, pp. 1-52.
3. American Psychiatric Association: Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. *Am. J. Psychiatry*, 160 (Suppl. 160), 2003, pp. 1-60.
3. Angst, F., Stassen, H. H., Clayton, P. J. et al.: Mortality of patients with mood disorders: follow-up over 33-38 years. *J. Affect Disorder*, 68, 2002, pp. 197-181.
4. Baldessarini, R. J.: Drugs and the treatment of psychiatric disorders: antidepressant and antianxiety agents. In Goodman and Gilman's *The Pharmacological Basis of Therapeutics*, 10th ed. Edited by Hardman J. G., Limbird L. E., Gilman A. G. New York, McGraw-Hill, 2001, pp. 485-520.
6. Baldessarini, R. J., Tondo L., Davis, P. et al.: Decreased risk of suicides and attempts during long-term lithium treatment : a meta-analytic review. *Bipolar Disord.*, 8, 2006, pp. 625-639.
7. Baldessarini, R. J., Tondo L., Hennen J.: Effect of lithium treatment and its discontinuation on suicidal behavior in bipolar manic-depressive disorders. *J. Clin. Psychiatry*, 60 (Suppl.), 1999, pp. 77-84.
8. Baldessarini, R. J., Tondo, L., Hennen, J.: Lithium tre-

- atment and suicide risk in major affective disorders: update and new findings. *J. Clin. Psychiatry*, 64 (Suppl. 5), 2003, pp. 44-52.
9. **Baldessarini, R. J., Tondo, L., Hennen, J.:** Treating the suicidal patient with bipolar disorder: reducing suicide risk with lithium. *Ann N Y Acad. Sci.*, 932, 2001, pp. 24-38.
 10. **Cipriani, A., Pretty, H., Hawton, K. et al.:** Lithium in the prevention of suicidal behavior and all-cause mortality in patients with mood disorders: a systematic review of randomized trials. *Am. J. Psychiatry*, 162, 2005, pp. 1805-1819.
 11. **Coryel, W., Arndt, S., Turvey, C. et al.:** Lithium and suicidal behavior in major affective disorders: a case-control control study. *Acta Psychiatr Scand.*, 104, 2001, pp. 193-197.
 12. **Coverdale, J. H., Turbott, S. H.:** Sexual and physical abuse of chronically ill psychiatric outpatients compared with a matched sample of medical outpatients. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 188, 2000, pp. 440-445.
 13. **Galfalvy, H., Oquendo, M. A., Carballo, J. J. et al.:** Clinical predictors of suicidal acts after major depression in bipolar disorder: a prospective study. *Bipolar Disord.*, 8, 2006, pp. 586-595.
 14. **Goldberg, J. F., Garno, J. L.:** Development of posttraumatic stress disorder in adult bipolar patients with histories of severe childhood abuse. *J. Psychiatr Res.*, 39, 2005, pp. 595-601.
 15. **Goodwin, F. K., Jamison, K. R.:** Manic-depressive illness. New York, Oxford University Press, 1990.
 16. **Goodwin, R. D., Marusic, A., Hoven, C.:** Suicide attempts in the United States: the role of physical illness. *Soc. Sci. Med.*, 56, 2003, pp. 1783-1788.
 17. **Hanuš, K., Zapletalem, M.:** Suicidal activity of patients with affective disorders during the preventive use of lithium. *Československá psychiatrie*, 80, 1984, s. 97-100.
 18. **Harris, E. C., Barraclough, B.:** Excess mortality of disorders. *Br. J. Psychiatry*, 173, 1998, pp. 11-53.
 19. **Isometsa, E. T., Henriksson, M. M., Aro, H. M. et al.:** Suicide in bipolar disorder in Finland. *Am. J. Psychiatry*, 151, 1994, pp. 1020-1024.
 20. **Leverich, G. S., Altshuler, L. L., Frye, M. A. et al.:** Factors associated with suicide attempts in 648 patients with bipolar disorder in the Stanley Foundation Bipolar Network. *J. Clin. Psychiatry*, 64, 2003, pp. 506-515.
 21. **Leverich, G. S., McElroy, S. L., Suppes, T. et al.:** Early physical and sexual abuse associated with an adverse course of bipolar illness. *Biol. Psychiatry*, 51, 2002, pp. 288-297.
 22. **Lönquist, J.:** Drug treatment of suicidal behavior – updated facts about effectiveness. AEP Congress, April 9th 2008, Nice, France.
 23. **Lopez, V. A., Petera-Wadleigh, S., Cardova I. et al.:** Nested association between genetic variation on tryptophan hydroxylase II, bipolar affective disorder and suicide attempts. *Biol. Psychiatry*, 61, 2007, pp. 181-186.
 24. **Marangell, L. B., Bauer, M. S., Dennehy, E. B. et al.:** Prospective predictors of suicide and suicide attempts in 1556 patients with bipolar disorders followed for up to 2 years. *Bipolar Disord.*, 8, 2006, pp. 566-575.
 25. **McIntyre, R. S., Soczynska, J. J., Beyer, J. L. et al.:** Medical comorbidity in bipolar disorder: re-prioritizing needs. *Curr. Opin. Psychiatry*, 20, 2007, pp. 406-416.
 26. **Miklowitz, D. J., Otto, M. W., Frank, E. et al.:** Psychosocial treatment for bipolar depression: a 1-year randomized trial from the systematic treatment enhancement program. *Arch. Gen. Psychiatry*, 64, 2007, pp. 419-426.
 27. **McElroy, S. L., Kotwal, R., Kaneria, R. et al.:** Antidepressants and suicidal behavior in bipolar disorder. *Bipolar Disord.*, 8, 2006, pp. 596-617.
 28. **Muller-Oerlinghausen, B., Ahrens, B., Volk, J., Grof, P., Grof, E., Schou, M., Vestergaard, P., Lanz, G., Simhandl, C., Thau, K., Wolf, R.:** Reduced mortality of manic-depressive patients in long-term lithium treatment: an international collaborative study by IGSLI. *Psychiatr. Res.*, 36, 1991, pp. 329-331.
 29. **Muzina, D. J.:** What physicians can do to prevent suicide. *Cleve Clin. J. Med.*, 71, 2004, pp. 242-250.
 30. **Osby, U., Brandt, L., Correia, N. et al.:** Excess mortality in bipolar and unipolar disorder in Sweden. *Arch. Gen. Psychiatry*, 58, 2001, pp. 844-850.
 31. **Prudic, J., Sackeim, H. A.:** Electroconvulsive therapy and suicide risk. *J. Clin. Psychiatry*, 60 (Suppl 2), 1999, pp. 104-110.
 32. **Rihmer, Z., Kiss, K.:** Bipolar disorders and suicidal behavior. *Bipolar Disord.*, 4 (Suppl.), 2002, pp. 21-25.
 33. **Rihmer, Z., Barsi, J., Arato, M. et al.:** Suicide in subtypes of primary major depression. *J. Affect. Disord.*, 18, 1990, pp. 221-225.
 34. **Rucci, P., Frank, E., Kostelnik B. et al.:** Suicide attempts in patients with bipolar I disorder during acute and maintenance phases of intensive treatment with pharmacotherapy and adjunctive psychotherapy. *Am. J. Psychiatry*, 159, 2002, pp. 1160-1164.
 35. **Sachs, G. S., Nierenberg, A. A., Calabrese, J. R. et al.:** Effectiveness of adjunctive antidepressant treatment for bipolar depression. *N. Engl. J. Med.*, 357, 2007, pp. 1711-1722.
 36. **Sher, L., Carballo, J. J., Grunebaum, M. F. et al.:** A prospective study of the association of cerebrospinal fluid monoamine metabolite levels with lethality of suicide attempts in patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord.*, 8, 2006, pp. 543-560.
 37. **Simon, N. M., Zalta, A. K., Otto, M. W. et al.:** The association of comorbid anxiety disorders with suicide attempts and suicidal ideation in outpatients with bipolar disorder. *J. Psychiatry Res.*, 41, 2007, pp. 255-264.
 38. **Švestka J.:** Therapy and prophylaxis of manic-depressive psychosis with lithium carbonate, with respect to possibility of prediction of the therapeutic result. *Acta Facult. Med. Univ. Brun.*, 65, 1979, pp. 25-102.
 39. **Švestka, J.:** Therapy and prophylaxis of manic-depressive psychosis with lithium carbonate, with respect to possibility of prediction to the therapeutic result. In: *Advances in psychopharmacology and psychopharmacotherapy. Acta Facult. Med. Univ. Brun.*, 65, 1979, pp. 25-102.
 40. **Švestka, J., Náhunek, K.:** The result of lithium therapy in acute phases of affective psychoses and some other prognostical factors of lithium prophylaxis. *Activ Nerv. (Supl.)*, 17, 1975, 4, pp. 270-271.
 41. **Tondo, L., Hennen, J., Baldessarini, R. J.:** Lower suicide risk with long-term lithium treatment in major affective illness: a metaanalysis. *Acta Psychiatr. Scand.*, 104, 2001, pp. 163-172.
 42. **Tondo, L., Isaccsson, G., Baldessarini, R. J.:** Suicidal behavior in bipolar disorder: risk and prevention. *CNS Drugs*, 17, 2003, pp. 491-511.
 43. **Turecki, G.:** Suicidal behavior: is there a genetic predisposition? *Bipolar Disord.*, 3, 2001, pp. 335-349.
 44. **Yatham, L. N., Kennedy, S. H., O'Donovan C. et al.:** Canadian network for mood and anxiety treatments (CANMAT) guidelines for management of patients with bipolar disorder: consensus and controversies. *Bipolar Disord.*, 8, 2006, pp. 596-617.

MUDr. Klára Látalová, Ph.D.
Klinika psychiatrie LF UP a FN
I. P. Pavlova 6
775 20 Olomouc
e-mail: klaralat@centrum.cz