
Komorbidity bipolární afektivní poruchy s jinými psychickými poruchami

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

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

SOUHRN

Bipolární afektivní porucha je závažné, chronické, progresivní a celoživotní onemocnění. Toto onemocnění je navíc spojeno s poměrně vysokým výskytem dalších komorbidních psychických poruch. Mezi nejčastější patří úzkostné poruchy, obsedantně kompulzivní porucha, poruchy osobnosti a zneužívání návykových látek. Důsledky komorbidity BAP s dalšími psychickými poruchami jsou dvojí. Za prvé komorbidity může ovlivňovat typ fáze BAP, který se rozvine, její závažnost a délku trvání. Za druhé léčba s BAP v kombinaci s jinou psychickou chorobou vytváří „nový obraz“ onemocnění, který často vyžaduje jiné terapeutické postupy. Léčba mnohdy bývá zdlouhavá, nedostatečně účinná a další průběh onemocnění je jen obtížně předvídatelný. Důsledkem bývá nepříznivý dopad na kvalitu života, spojen se vztahovými, pracovními, společenskými a ekonomickými problémy. Pacienti se stávají zranitelnějšími a náchylnějšími k případnému vzniku další přídatné psychické poruchy.

Klíčová slova: bipolární afektivní porucha, komorbidity, zneužívání návykových látek, úzkostné poruchy, obsedantně kompulzivní porucha, poruchy osobnosti, komplikace léčby, kvalita života.

SUMMARY

Látalová K., Praško J.: Comorbidity of the Bipolar Affective Disorders with other Psychiatric Illnesses

Bipolar affective disorder is serious, progressive, and lifelong illness. It is frequently complicated by comorbidity with other psychiatric illnesses. Most frequent comorbidities are anxiety disorders, personality disorders and substance abuse. Comorbidities have consequences. First, they can influence the type of bipolar affective disorder, its severity, duration and persistency. Second, treatment becomes more difficult and the course is more unfavorable and unpredictable. The "new pattern" of illness is established and different therapeutic approaches are necessary. Comorbidities have an unfavorable impact on quality of life in terms of interpersonal relationships as well occupational, social, and economical areas. Patients become more vulnerable and predisposed to the development of additional psychiatric disorders.

Key words: bipolar affective disorder, comorbidity, substance abuse, anxiety disorders, obsessive compulsive disorder, personality disorders.

Čes. a slov. Psychiat., 105, 2009, No. 5, pp. 218–223

ÚVOD

Termín komorbidity poprvé použil Feinstein v roce 1970 [14]. Ovšem koncept přítomnosti více psychických poruch byl znám již dlouho. Emil Kraepelin ve své učebnici v roce 1909 věnoval malou kapitolku tzv. „kombinovaným psychózám“. V současnosti psychiatrickou komorbidity rozumíme výskyt dvou a více symptomů nebo psychických poruch u jednoho jedince, zatímco termín duální diagnóza je užíván k identifikaci užšího vztahu mezi dvěma onemocněními a vyjadřuje také etiologii nemoci. Komorbidity je u dospělých pacientů

s bipolární afektivní poruchou (BAP) velmi častá. U více než 60 % pacientů je přítomna další psychiatrická problematika, nejčastěji abusus psychoaktivních látek a poruchy osobnosti. Až 40 % pacientů s BAP splňuje kritéria pro diagnostiku alespoň jedné z úzkostných poruch [4]. Méně často, ale nikoli ojediněle, se můžeme u těchto pacientů setkat s příznaky obsedantně kompulzivní poruchy. Problematika komorbidity BAP u dětí a dospívajících přesahuje rámec tohoto sdělení. Je však užitečné připomenout, že v dětské psychiatrii se setkáváme s poněkud jiným spektrem komorbidních poruch - se současnou poruchou chování, ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder - hyperaktivita

a snížení pozornosti) ale i abuzem psychoaktivních látek. Tak jako obecně v medicíně platí i v psychiatrii, že přítomnost více jak jednoho onemocnění komplikuje stanovení správné diagnózy, volbu optimální léčby, prohlubuje a prodlužuje jednotlivé ataky a činí průběh onemocnění méně předvídatelným.

V poslední době roste počet studií a přehledů výskytu komorbidit u různých psychických poruch. Komorbidita psychických poruch je natolik častá, že ji někteří autoři považují za pravidlo a ne za výjimku [34]. Někteří autoři nazývají komorbiditu „parazitem“ moderního diagnostického systému [43]. V neposlední řadě koncept komorbidit přináší ve výzkumu řadu metodologických problémů. Snižuje validitu diagnostického procesu, a to vzhledem k tomu, že s narůstajícím počtem komorbidních poruch klesá pravděpodobnost, že budou odhaleny, respektive správně diagnostikovány. Obtížně bývá rozlišována dočasná a celoživotní komorbidita; pro potřeby statistického zpracování bývá nutné soubory pacientů retrospektivně přehodnocovat, což v důsledku snižuje reliabilitu výsledků [2].

ZNEUŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK

Prozatím však zůstává nejasný (a hojně diskutovaný) faktor kauzality, tedy, zda psychická nemoc může zvýšit pravděpodobnost vzniku závislosti na drogách, nebo naopak, zda závislost zvyšuje riziko vzniku psychických problémů, nebo také, zda psychická nemoc a závislost na drogách jsou vyjádřením jedné základní příčiny [44]. Vztah mezi psychiatrickým onemocněním a užíváním drog zkoumala řada dlouhodobých epidemiologických studií [21, 25, 33, 44], které využívají nejrůznějších výzkumných metodologií. Studie uvádějí různou prevalenci psychiatrické komorbidit s ohledem na typ užívané drogy a závažnost psychické poruchy. Odhady prevalence komorbidit závisí zejména na tom, jaká populace byla zkoumána, v jakém časovém rámci a jaké diagnostické metody byly použity.

Pacienti s bipolární afektivní poruchou mají ve srovnání se zdravou populací větší sklon ke zneužívání návykových látek. To platí pro pacienty většiny zemí světa. Dá se říct, že druh zneužívané látky se mění stát od státu a že existují velké transkulturní odlišnosti. Co je někde tolerováno a téměř normou, může být jinde naprosto nepřijatelné. Roli samozřejmě hraje i dostupnost jednotlivých substancí. Alkohol je např. v ČR dostupný běžně, v některých zemích s omezením, jinde je zcela zakázán. V severní Americe je běžné, že pacienti s BAP často zneužívají kokain [47], pro Evropu tento název neplatí. Rozsáhlé epidemiologické studie ze Severní Ameriky ukázaly na velký podíl (více než 50 %) pacientů s BAP, kteří mají anamnézu zneužívání nebo závislosti na alkoholu [44]. Klinické studie udávají rozdílná, ale přesto vysoká procenta (30 až

66 %) [39]. Některé studie poukazují na větší procento mužů (67 %) zneužívajících alkohol, ve srovnání se ženami (31 %) [47]. Je nasnadě, že uvedená čísla mohou být nižší ve společnostech, kde není konzumace alkoholu tolerována. Nicméně všechny studie potvrdily, že přítomnost bipolární afektivní poruchy je spojena s častějším zneužíváním alkoholu. Jednou z příčin mohou být samoléčebné snahy. Častější je zneužívání alkoholu v průběhu depresivní nebo smíšené epizody a u rychlých cyklovů. Tito pacienti zároveň často vykazují zvýšenou impulzivitu, agresivitu a suicidalitu [17]. Abusus stimulantů je častější v průběhu manické epizody. Předpokládá se rovněž společná genetická predispozice pro poruchu nálady a bažení po návykových látkách.

Někteří autoři, propagující koncept chorob tzv. „bipolárního spektra“, řadí sem poruchy typu hypománie a krátká rekurentní mánie [13]. Jedná se tedy o méně závažné a většinou krátké afektivní poruchy. U těchto poruch byla také zaznamenána vyšší frekvence zneužívání alkoholu – 20 % proti 8 % u zdravých kontrol. Dosud není potvrzeno, zda současné zneužívání alkoholu mohlo být znakem, který ukazuje horší průběh BAP [47]. Opět ale několik studií potvrdilo následující: bipolární pacienti, kteří zároveň zneužívají alkohol, častěji páchají sebevraždy a častěji trpí rezonantní, dyforickou formou mánie. U většiny z nich BAP propukla v adolescenci, záhy po dovršení 15 let [8, 51].

Prevalence zneužívání návykových látek se špatně odhaduje, protože pacienti nemají potřebu, se svého návyku zbavit a zamlčováním abuzu se chrání proti eventuálnímu postihu nelegálního získávání drog. Nicméně podle Edmontonské studie je mezi osobami s anamnézou zneužívání drog sedmkrát větší výskyt BAP ve srovnání s běžnou populací (prevalence 3,3 %) [15]. Ve srovnání s pacienty, trpícími unipolární depresí, jsou pacienti s BAP II skupinou, která více zneužívá alkohol a benzodiazepiny [35]. Zajímavá je práce, která sledovala ženy s BAP a komorbidním abuzem alkoholu a zaměřila se na další psychické komorbidity. V souboru (n= 350) mělo 46 % žen komorbidní anxiózní poruchu, zejména posttraumatickou stresovou poruchu, nejméně komorbidní byla u těchto patientek obsedantně kompulzivní porucha [29].

Komorbidita BAP a zneužívání návykových látek je častější u těch pacientů, kde choroba propukla v mladém věku. Závažným problémem je závislost na návykových látkách především u dospívajících. Komorbidní abusus těchto látek, zejména stimulantů, zhoršuje průběh bipolární poruchy a výrazně omezuje sociální zařazení mladých pacientů [31]. Ve dvouletém sledování adolescentních bipolárních pacientů hospitalizovaných pro mánie bylo nalezeno více manických epizod u nemocných, kteří byli závislí na návykových látkách, než u bipolárních nemocných bez této závislosti [44]. Dopad této komorbidit na průběh základního onemocnění

u starších pacientů není dosud přesně znám, vyjma větší frekvence suicidálních pokusů (úspěšných i neúspěšných). Logicky lze předpokládat, že jako u každé jiné komorbidity základní onemocnění spíše komplikuje. Na druhé straně studie, která srovnávala bipolární pacienty s primárním a sekundárním abuzem alkoholu, poukázala na to, že pokud je abusus alkoholu primární (vyskytující se premorbidně), pak mají jednotlivé fáze BAP tendenci k rychlejší úpravě k nástupu remise. Frekvence atak však byla u obou skupin podobná [48, 52]. Návykové látky způsobují i komplikace somatické, které ve svém důsledku mohou vyvolat kaskádu dalších komorbidit.

ÚZKOSTNÉ PORUCHY

Úzkostné poruchy se u pacientů s BAP vyskytují velmi často [16]. Tato komorbidita je častější u žen než u mužů, což může souviset i vyšším výskytem složitějších forem BP u žen [53]. Podle jedné ze studií [27] trpí pacienti s BAP I až v 93 % někdy v průběhu života alespoň jedním druhem úzkostné poruchy. Z toho až 39 % tvoří posttraumatická stresová porucha. Odd ratio u těchto pacientů je 35, což je vysoká hodnota. Srovnatelné výsledky uvádí i Edmontská studie [15].

PANICKÁ PORUCHA

Ze spektra úzkostných poruch se nejčastěji u pacientů s BAP vyskytuje panická porucha. Epidemiologické studie udávají, že se v průběhu života vyskytne u 18 – 33 % pacientů [10,15, 26]. Odd ratio je vyšší než 14. Zajímavá informace je, že pacienti s „pseuo-unipolární mánii“ (doposud neprodělali depresivní fázi) mají značně nižší výskyt panické poruchy než „úplní manio-depresivní“ pacienti [11]. Ve srovnání s pacienty s unipolární depresí, mají pacienti s BAP dvakrát větší riziko, že budou trpět panickou poruchou [15]. Tento fakt by podpořil domněnku, že panická porucha může mít souvislost s poruchami tzv. „měkkého bipolárního spektra“ [39]. Naopak, podle epidemiologických studií se u pacientů trpících primárně panickou poruchou vyskytuje BAP v 8 % [11].

Genetické studie přinášejí doklady o tom, že mezi BAP a panickou poruchou existuje určitá spojitost, zkoumány jsou lokusy chromozomu 18, které by mohly určovat genetický subtyp vedoucí ke komorbiditě těchto dvou poruch.

FOBIE

Komorbiditě BAP s fobiemi byla vždy věnována menší pozornost než panické poruše. Kessler [27]

udává, že u pacientů s typem BAP I je výskyt fobií častější než výskyt panické poruchy. Výskyt komorbidity během celého života je 62% u agorafobie (odd ratio 24), 67% u specifických fobií (odd ratio 16) a 47% u sociálních fobií (odd ratio 6). Přítomnost sociální fobie je většinou spojena s nižším věkem nástupu BAP [42]. Míra výskytu těchto fobií je u bipolárních pacientů značně vyšší než u pacientů s unipolární depresí, což opět podporuje hypotézu o spojitosti mezi BAP a úzkostnými poruchami [16, 27].

GENERALIZOVANÁ ÚZKOSTNÁ PORUCHA (GAD)

Epidemiologická studie [27] a klinická studie [41] uvádějí, že komorbidní GAD se vyskytuje u 43 %, resp. 32 % pacientů s BAP. Nicméně většina hypotéz podporuje domněnku, že GAD má těsnou souvislost s unipolární afektivní poruchou podstatně větší než jiné afektivní poruchy [22, 37, 45].

Výsledky některých studií nasvědčují tomu, že komorbidita BAP s jakoukoli úzkostnou poruchou má nepříznivý dopad na průběh BAP a může být i prediktorem rozvoje unipolární deprese do obrazu BAP [20]. Studie [53] zaznamenala u pacientů s touto komorbiditou vyšší počet suicidálních pokusů, častější výskyt abuzu psychoaktivních látek a horší klinickou odezvu při léčbě lithiem.

OBSEDANTNĚ- KOMPULZIVNÍ PORUCHA (OCD)

Rovněž byla vyslovena hypotéza o spojitosti mezi BAP a OCD [32]. OCD se u pacientů trpících BAP vyskytne v průběhu celého života u 21 %. Podle jiných studií je současný výskyt obsedantně kompulzivních příznaků u bipolární afektivní poruchy asi 30% [9, 39]. Někteří autoři [39] formulovali teorii o epizodickém subtypu OCD, který má těsný vztah k výskytu BAP. Přítomnost Tourettova syndromu (tiky, koprofálie, stereotypie) značně zvyšuje riziko nástupu BAP v pozdějším věku [24]. Na druhé straně práce z roku 2006 poukazuje na to, že projevy OCD u BAP I jsou podstatně méně frekvencované než u pacientů trpících schizofrenií (1,8 % versus 14 %). Tyto výsledky podporují i závěry nedávného sledování komorbidity u rychlých cyklierů [18, 19]. Výzkum komorbidity těchto dvou onemocnění by mohl přinést informace o jejich patofyziologických mechanismech [38].

PORUCHY OSOBNOSTI

Problematika komorbidity poruch osobnosti s BAP je dosti diskutované, ale stále kontroverzní

téma. Zde více než u jiných poruch platí, že míra výskytu osobnostní poruchy závisí na metodologii, která je použita ve sledování. Někteří autoři podporují myšlenku tzv. „premorbidní bipolární osobnosti“, která vytváří predispozici pro vznik BAP. Velmi obtížné je zejména rozlišení mezi BP II, bipolární poruchou s rychlými cykly a hraniční poruchou osobnosti. Lidé trpící hraniční poruchou osobnosti jsou emočně nestabilní a často podléhají poruchám nálady, a to jak nekritickému nadšení, tak depresivním rozladám, které se objevují po malých nebo pro okolí neznatelných podnětech. Afektivní příznaky jako je emoční instabilita a impulzivita, mohou při dekompenzaci připomínat bipolární poruchu, zejména bipolární poruchu II. Změny nálady jsou však u hraniční poruchy osobnosti zpravidla vyvolány spouštěči interpersonální povahy (odmítnutí, kritika), zatímco u BP II je kolísání více nezávislé na zevních okolnostech. Situace je však komplikovaná faktem, že komorbidita mezi hraniční poruchou osobnosti a bipolární poruchou je vysoká. Pak mohou být změny nálady spouštěny jak interpersonálními faktory, tak narušením circadiálních rytmů, nebo důvod nemusí být zvenčí patrný.

Není překvapením, že recentní přehledy většiny studií bipolárních pacientů uvádějí vyšší výskyt poruchy osobnosti ve srovnání s běžnou populací [13]. Některé komorbidní poruchy osobnosti, zvláště narcistická, hraniční a asociální, mohou být prediktorem rozvoje změny unipolární deprese do obrazu BAP [3, 20]. Nicméně výsledky jednotlivých studií se výrazně liší. Mezzich a spol. [36] udávají v roce 1999 výskyt poruch osobnosti u 3 % pacientů s BAP, zatímco Turley a spol. v roce 1992 [49] více než u 80 %. Závěry většiny studií se pohybují kolem 50% výskytu poruch osobnosti: 45% (Barbato a Hafner, 1998) [5].; 48% (Dunayevich a spol., 1996) [12]; 55-60% (Peselow a spol., 1995) [40]. V porovnání s kontrolami mají pacienti 3-3,5krát větší riziko, že u nich budou splněna kritéria pro poruchu osobnosti [46, 50].

Podle některých sledování má spolupřítomnost poruchy osobnosti nepříznivý vliv na průběh a léčbu BAP a nepříznivě ovlivňuje sociální zařazení, eventuální přízpůsobení pacientů [5, 12]. Častější výskyt poruch osobnosti byl nalezen u pacientů, kteří absolvovali opakovanou hospitalizaci v porovnání s těmi, kteří byli k hospitalizaci přijati poprvé. To může znamenat buď, že BAP je primárně komplikovaná poruchou osobnosti, nebo že je porucha osobnosti sekundárním důsledkem chronické BAP, která způsobila „přetrvávající osobnostní změnu“ nebo „reziduální stav“ [30]. Riziko suicidia u bipolární poruchy je velmi vysoké a klinicky se zdá, že dále narůstá při komorbiditě s poruchou osobnosti.

Většina studií se shoduje ve faktu, že mezi častější typy poruch osobnosti při BAP patří disociální,

hraniční, narcistická a histriónská [54]. Opět není překvapením, že některá kritéria pro tyto poruchy osobnosti se překrývají s kritérii pro BAP. Některé projevy chování, které se vyskytují u pacientů v máni, svým charakterem tyto typy poruch osobnosti připomínají. Spory jsou vedeny ohledně hraniční poruchy osobnosti a existují pochybnosti, že by její výskyt byl vyšší u pacientů s BAP [55].

JINÉ PSYCHICKÉ PORUCHY

Byly popsány některé psychické poruchy, jejichž výskyt byl častější u pacientů s BAP. Mezi ně patří bulimie [6], somatizační porucha [7] a dysmorfofobie [39]. Nicméně chybí dostatek dat, pro vyslovení hypotézy o možné souvislosti.

ZÁVĚR

Důsledky komorbidit BAP s dalšími psychickými poruchami jsou dvojí. Za prvé komorbidita může ovlivňovat typ fáze BAP, který vznikne, jeho hloubku, závažnost a trvání. Za druhé léčba s BAP v kombinaci s jinou psychickou chorobou vytváří „nový obraz“ onemocnění, který leckdy vyžaduje jiné terapeutické postupy, léčba mnohdy bývá zdlouhavá a další průběh onemocnění je jen obtížně predikovatelný. Komorbidita úzkostných poruch a bipolární afektivní poruchy je častá. Vede k řadě závažných zdravotních a sociálních důsledků. Dlouhodobé remise dosáhne jen malé množství pacientů. Bipolární pacienti se současnou úzkostnou poruchou mají horší prognózu než ti s bipolární poruchou samotnou. Naději na úspěšnou léčbu zvyšuje správná diagnostika - rozpoznání komorbidních příznaků, nezbytná je pokračovací a udržovací léčba. Jednotný, resp. závazný algoritmus pro léčbu komorbidních poruch u bipolární poruchy neexistuje. Úzkost je těžko ovlivnitelná pomocí jednoho neurotransmitéru, jelikož je regulována poměrně nespecifickými mechanismy. Aktuálně jsou jako léky první linie voleny SSRI, event. SNRI. Alternativní přístupy (kombinace antidepresiv, stabilizátory nálady, přechodně benzodiazepiny) jsou tolerovány. Jako výhodná se jeví kombinace farmakoterapie a psychoterapie. Průběh komorbidní depresivní fáze u bipolární poruchy a úzkostné poruchy je velmi individuální, přesto tato onemocnění patří k nejvíce perzistujícím se závažnými příznaky, častými hospitalizacemi a nejistou prognózou s vyšším rizikem suicidia. S tímto vědomím by měla být tato onemocnění léčena efektivně, důsledně a bezpečně.

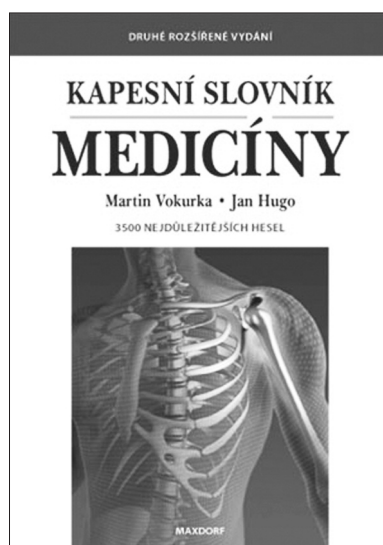
Práce byla podpořena projektem CNS MŠMT ČR 1M0517.

LITERATURA

1. **Akiskal, H. S.:** The temperamental borders of affective disorders. *Acta Psychiatr Scand.*, 89 (Suppl. 379), 1994, pp. 32-37.
2. **Andreasen, N. C., Grove W. M., Shapiro R. W., Keller M. B., Hirschfeld R. M., Mc Donald-Sott, P.:** Reliability of lifetime diagnosis: a multicenter collaborative perspective. *Arch. Gen. Psychiatry*, 38, 1981, pp. 400-405.
3. **Angst, J.:** The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder. *J. Affect Disord.*, 50, 1990, pp. 41-48.
4. **Baldassano, C. F.:** Illness course, comorbidity, gender, and suicidality in patients with bipolar disorder. *J. Clin. Psychiatry*, 67 (Suppl. 11), 2006, pp. 8-11.
5. **Barbato, N., Hafner, R. J.:** Comorbidity of bipolar and personality disorder. *Aust NZ J. Psychiatry*, 32, 1998, pp. 276-280.
6. **Braun, D. L., Sunday, S. R., Halmi, K. A.:** Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychol. Med.*, 24, 1994, pp. 859-867.
7. **Brown, F. F., Golding, J. M., Smith, G. R.:** Psychiatric comorbidity in primary care somatization disorder. *Psychosom. Med.*, 52, 1990, pp. 445-451.
8. **Coryel, W., Turvey, C., Endicott, J. et al.:** Bipolar I affective disorder: predictors of outcome after 15 years. *J. Affect Disord.*, 50, 1998, pp. 109-116.
9. **Cosoff, S., Hafner, R. J.:** The prevalence of comorbid anxiety in schizophrenia, schizoaffective disorder, and bipolar disorder. *Austral N. Zealand J. Psychiatry*, 32 1998, pp. 67-72.
10. **Chen, Y. W., Dilsaver, S. C.:** Comorbidity for obsessive-compulsive disorder in bipolar and unipolar disorders. *Psychiatry Res.*, 34, 1995, pp. 269-274.
11. **Dilsaver, S. C., Chen, Z. W., Swan, A. C., Shoaib, A. M., Tsai-Dilsaver Y., Krajewski K. J.:** Suicidality, panic disorder and psychosis in bipolar depression, depressive-mania and pure-mania. *Psychiatry Res.*, 73, 1997, pp. 47-56.
12. **Dunayevich, E., Strakowski, S. M., Sax, K. W. et al.:** Personality disorders in first- and multiple-episode mania. *Psychiatry Res.*, 73, 1997, pp. 69-75.
13. **Fan, A. H., Hassell, J.:** Bipolar disorder and comorbid personality psychopathology: A review of the literature. *J. Clin. Psychiatry*, Nov. 24. pii:ej08r04175 [Epub ahead of print].
14. **Fenstein, A. R.:** The pre-therapeutic classification of comorbidity in chronic disease. *J. Chron. Dis.*, 23, 1970, pp. 455-468.
15. **Fogarty, F., Russel, J. M., Newman, S. C., Bland, R. C.:** Epidemiology of psychiatric disorders in Edmonton. *Mania. Acta Psychiatr. Scand. Suppl.*, 376, 1994, pp. 16-23.
16. **Freeman, M. P., Freeman, S. A., McElroy, S. L.:** The comorbidity of bipolar and anxiety disorders: prevalence, psychobiology, and treatment issues. *J. Affect Disord.*, 68 (Suppl 1), 2002, pp. 1-23.
17. **Frye, M. A., Salloum I. M.:** Bipolar disorder and comorbid alcoholism: Prevalence rate and treatment consideration. *Bipolar Disord.*, 8, 2006, 6, pp. 677-685.
18. **Gao, K., Tolliver, B. K., Kemp, D. E., Verduin, M. L., Ganocy, S. J., Bilali, S., Rady, K. T., Shim, S. S., Findling, R. L., Calabrese, J. R.:** Differential interactions between comorbid anxiety disorders and substance use disorder in rapid cycling bipolar I or II disorder. *J. Affect Disord.*, 110 (Suppl. 1-2), 2008, pp. 167-173.
19. **Gao, K., Verduin, M. L., Kemp, D. E., Tolliver, B. K., Ganocy, S. J., Elhaj, O., Bilali, S., Brady, K. T., Findling, R. L., Calabrese, J. R.:** Clinical correlates of patients with rapid cycling bipolar disorder and recent history of substance use disorder: A subtype comparison from baseline data of 2 randomized, placebo-controlled trials. *J. Clin. Psychiatry*, 69 (Suppl. 7), 2008, pp. 1057-1063.
20. **Holma, K. M., Melartin, T. K., Holma, I. A., Isometsa, E. T.:** Predictors for switch from unipolar major depressive disorder to bipolar disorder type I or II: a 5-year prospective study. *J. Clin. Psychiatry*, 69 (Suppl. 8), 2008, pp. 1267-1275.
21. **Jenkins, R., Lewis, G., Bebbington, P. et al.:** The National Psychiatric Morbidity Survey – strategy and methods. *Psychological Medicine*, 27, 1997, pp. 765-774.
22. **Judd, L. L., Kessler, R. C., Paulus, M. P., Zeller, P. V., Wittchen, H. U., Kunovac, J. L.:** Comorbidity as a fundamental feature of generalized anxiety disorders: result from the National Comorbidity study (NCS). *Acta Psychiatr. Scand. Suppl.*, 393, 1998, pp. 6-11.
23. **Keller, M. B.:** Prevalence and impact of comorbid anxiety and bipolar disorder. *J. Clin. Psychiatry*, 67 (Suppl. 1), 2006, pp. 1-23.
24. **Kerbeshian, J., Burd, L., Klug, M. G.:** Comorbid Tourettes disorder and bipolar disorder: a etiologic perspective. *Am. J. Psychiatry*, 152, 1995, pp. 1646-1651.
25. **Kessler, R. C., Nelson, C. B., McGonagle, K. A., Liu, J., Swartz, M., Blaze, D. G.:** Comorbidity of DSM-III-R major depressive disorder in the general population: results from the US National Comorbidity Survey. *Br. J. Psychiatry*, 168 (Suppl. 30), 1996, pp. 17-30.
26. **Kessler, R. C., Rubinow, D. R., Holmes, C., Abelson, J. M., Zhao, S.:** The epidemiology of DSM-III-R bipolar I disorder in general population survey. *Psychol. Med.*, 27, 1997a, pp. 1079-1089.
27. **Kessler, R., Standg, P., Wittchen, H. U., Stein, M., Walters, E. E.:** Lifetime co-morbidities between social phobia and mood disorders in US nationals Comorbidity Survey. *Psychol. Med.*, 29, 1999, pp. 555-556.
28. **Kruger, S., Cooke, R. G., Hasey, G. M.:** Comorbidity of obsessive-compulsive disorder in bipolar disorder. *J. Affect Disorders*, 34, 1995, pp. 117-120.
29. **Levander E., Frye, M. A., Mc Elroy, S., Suppes, T., Grunze, H., Nolen, W. A., Kupka, R., Keck, P. E. Jr., Leverich, G. S., Altshuler, L. L., Hwnag, S., Mintz, J., Post, R. M.:** Alcoholism and anxiety in bipolar illness: differential lifetime anxiety comorbidity in bipolar I women with and without alcoholism. *J. Affect Disord.*, 94 (Suppl 1-2), 2007, pp. 211-217.
30. **Marneros, A., Rohde, A.:** „Residual states“ in affective, schizoaffective and schizophrenic disorders. In: Akiskal, H. S., Cassano, G. B., editors. *Dysthymia and the spectrum of chronic depression*. New York, Guilford Press, 1997, pp 75-86.
31. **Mazza, M., Mandelli, L., Di Nicola, M., Harnic, D., Catalano, V., Tedeschi, D., Martinotti, G., Colombo, R., Bria, P., Serreti, A., Janiri, L.:** Clinical features, response to treatment and functional outcome of bipolar disorder patients with and without co. occurring substance use disorder: 1-year follow-up. *J. Affect Disord.*, 2008, 7 Oct. [Epub ahead of print].
32. **McElroy, S. L., Pope, H. G. Jr., Keck, P. E. Jr., Hudson, J. I., Phillips, K. A., Strakowski, S. M.:** Are impulse-control disorders related to bipolar disorder? *Compr. Psychiatry*, 37, 1996, pp. 229-240.
33. **Meltzer, H., Gill, B., Petticrew, M. et al.:** The prevalence of psychiatric morbidity among adults living in private households. OPCS surveys of psychiatric morbidity in Great Britain, Report. London, HMSO, 1995.
34. **Merikangas, K. R.:** Comorbidity for anxiety and depression: reviews of family and genetic studies. In Maser J. D., Cloninger C. R., editors. *Comorbidity of mood and anxiety disorders*. Washington, D.C., American Psychiatric Press, 1990, pp. 331-348.
35. **Merikangas, K. R., Herrell, R., Swedson J., Rössler, W., Ajdacic-Gross, V., Angst, J.:** Specificity of bipolar spectrum

- conditions in the comorbidity of mood and substance use disorder. *Arch. Gen. Psychiatry*, 65 (Suppl. 1), 2008, pp. 47-52.
36. **Mezzich, J. E., Ahn, C. W., Fabrega, H., Pilkonis, P. A.:** Patterns of comorbidity in a large population presenting for care. In: Maser, J. D., Cloninger, C. R., editors: *Comorbidity of mood and anxiety disorders*. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1990, pp. 189-204.
 37. **Olfson, M., Firemann, B., Weissman, M. M. et al.:** Mental disorders and disability among patients in a primary care group practice. *Am. J. Psychiatry*, 154, 1997, pp. 1734-1740.
 38. **Pashinian, A., Faragian, S., Levi, A., Yeghiyan, M., Gasparian, K., Wezman, R., Wezman A., Fuchs, C., Poyurovsky M.:** Obsessive-compulsive disorder in bipolar disorder patients with first manic episode. *J. Affect Disorder*, 94 (Suppl. 1-3), 2006, pp. 151-156.
 39. **Perugi, G., Akiskal, H. S., Ramacciotti S. et al.:** Depressive comorbidity of panic, social phobic, and obsessive-compulsive disorders re-examined: is there a bipolar II connection? *J. Psychiatr. Res.*, 33, 1999, pp. 53-61.
 40. **Peselow, E. D., Sanfilippo, M. P., Fieve, R. R.:** Relationship between hypomania and personality disorders before and after successful treatment. *Am. J. Psychiatry*, 152, 1995, pp. 232-238.
 41. **Pini, S., Cassano, G. B., Simonini, E., Savino, M., Russo, A., Montgomery, S.A.:** Prevalence of anxiety disorders comorbidity in bipolar depression, unipolar depression and dysthymia. *J. Affect Disord.*, 42, 1997, pp. 145-153.
 42. **Pini, S., Maser, J. D., DellOsso, L., Abelli, M., Muti, M., Gesi, C., Cassano, G. B.:** Social anxiety disorder comorbidity in patients with bipolar disorder patients with first manic episode. *J. Anxiety Disord.*, 80 (Suppl. 8), 2006, pp. 1148-1157.
 43. **Praag, H. M.:** „Make-Believes“. In *Psychiatry or The Perils of Progress*. New York, Brunner/Mazel, 1993.
 44. **Regier, D. A. et al.:** Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: Results from the epidemiological catchment area (EDA) study 1990. *Journal of the American Medical Association*, 3, 1990, pp. 2511-2518.
 45. **Roy, M. A., Neale, M. C., Pedersen, N. L., Mathe, A. A., Kendler, K. S.:** A twin study of generalized anxiety disorder and major depression. *Psychol. Med.*, 25, 1995, pp. 1037-1049.
 46. **Samuels, J. F., Nestadt, G., Romanowski, A. J., Folestein, M. F., McHugh, P. R.:** DSM-III personality disorders in the community. *Am. J. Psychiatry*, 151, 1994, pp. 1055-1062.
 47. **Sonne, S. C., Brady K. T., Morton W. A.:** Bipolar disorder and substance abuse. In: Tohen, M., editor: *Comorbidity in affective disorders*. New York, Marcel Dekker, 1999, pp. 197-212.
 48. **Strakowski, S. M., DelBello, M. P., Fleck, D. E., Adler, C. M., Anhenelli, R. M., Keck, P. E. Jr., Arnold, L. M., Amicone, J.:** Effects of co-occurring alcohol abuse on the course of bipolar disorder following a first hospitalization for mania. *Arch. Gen. Psychiatry*, 62, 2005, pp. 851-858.
 49. **Turley, B., Bates, G. W., Edwards J, Jackson , H. J.:** MCMI-II personality disorders in recent-onset bipolar disorders. *J. Clin. Psychol.*, 48, 1992, pp. 320-329.
 50. **Ucok, A., Karaveli, D., Kundakci, T., Yazici, O.:** Comorbidity of personality disorders with bipolar mood disorders. *Compr. Psychiatry*, 39, 1998, pp. 72-74.
 51. **Wilens, T. E., Biederman, J. et al.:** Risk for substance use disorders in youths with child and adolescent-onset bipolar disorder. *Am. J. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 38, 1999, pp. 680-685.
 52. **Winokur, G., Coryel, W., Akiskal, H. S. et al.:** Alcoholism in manic-depressive (bipolar) illness: familial illness, course of illness, and the primary-secondary distinction. *Am. J. Psychiatry*, 152, 1995, pp. 365-372.
 53. **Young, L. T., Cooke, R. G., Robb, J. C., Levitt, A. J., Joffe, R. T.:** Anxious and non-anxious bipolar disorder. *J. Affect Disord.*, 29, 1993, pp. 49-52.
 54. **Zarate, C. A., Tohen, M.:** Bipolar disorder and comorbid axis II disorders. In: Tohen, M, editor: *Comorbidity in affective disorders*. New York, Marcel Dekker, 1999b, pp. 241-248.
 55. **Zimmerman, M., Mattia J. I.:** Axis I diagnostic comorbidity and borderline personality disorder. *Compr. Psychiatry*, 40, 1999, pp. 245-252.

Klára Látalová
Klinika psychiatrie FN Olomouc
I. P. Pavlova 6
775 20 Olomouc
e-mail: klaralat@centrum.cz



KAPESNÍ SLOVNÍK MEDICÍNY (2. VYDÁNÍ)

Martin Vokurka, Jan Hugo

Druhé rozšířené vydání kapesní verze lékařského slovníku obsahuje přibližně 3500 nejdůležitějších lékařských termínů. Kniha je zdrojem základních informací o zdraví a nemocech pro nejširší čtenářskou obec.

Vydalo nakladatelství Maxdorf v roce 2008, 192 str. cena 195 Kč, formát A6, brož., ISBN: 978-80-7345-163-9.

Objednávky můžete posílat na adresu: Nakladatelské a tiskové středisko ČLS JEP, Sokolská 31, 120 26 Praha 2, fax: 224 266 226, e-mail: nts@cls.cz. Na objednávce laskavě uveďte i jméno časopisu, v němž jste se o knize dozvěděli.