

# Cyklotymie

**MUDr. Marián Kolenič, Ph.D.<sup>1,2</sup>, PhDr. Andrea Dally<sup>3</sup>, Mgr. Tereza Hartmannová<sup>3</sup>, Mgr. Kateřina Urbanová<sup>1,3</sup>, Ing. Pavel Vostatek, Ph.D.<sup>3</sup>, MUDr. Maximilian Haas<sup>3</sup>, MUDr. Filip Španiel, Ph.D.<sup>1,2</sup>, prof. MUDr. Tomáš Hájek, Ph.D.<sup>1,4</sup>, MUDr. Tomáš Novák, Ph.D.<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup>Národní ústav duševního zdraví, Klecany

<sup>2</sup>3. lékařská fakulta, Univerzita Karlova, Praha

<sup>3</sup>MINDPAX, Praha

<sup>4</sup>Department of Psychiatry, Dalhousie University, Halifax, Canada

Cyklotymie je charakterizována jako psychická porucha s dlouhodobým střídáním nálad od mírné deprese po mírné elace. Přes spletitý historický vývoj je tato diagnostická jednotka pořád spojována s částečnou kontroverzí, převážně ve smyslu afektivní versus temperamentové poruchy. Zmíněná kontroverze se spolupodílí na nižším zájmu o detailnější zkoumání cyklotymie, což vede k nedostatečným údajům o adekvátních postupech léčby. Dopad na kvalitu života a běžné fungování přitom může být u pacientů trpících touto psychickou poruchou zásadní. V článku jsme se zaměřili na přehled historického vývoje, klinický obraz, diagnostické možnosti včetně digitálních technologií a léčbu cyklotymie.

**Klíčová slova:** cyklotymie, bipolární afektivní porucha, aktigrafie, digitální technologie, stabilizátory nálad.

## Cyclothymia

Cyclothymia is characterized as a mental disorder with long-term mood swings from mild depression to mild elation. Despite its complex historical development, this diagnostic unit is still associated with partial controversy, mainly according to affective versus temperament disorders. This controversy contributes to the lower interest of the research field to study cyclothymia, which leads to insufficient data on adequate treatment. But the impact on quality of life and functioning can be significant in patients suffering from cyclothymia. In this article, we focused on an overview of historical developments, the clinical symptomatology, diagnostic options, including digital technologies, and the treatment of cyclothymia.

**Key words:** cyclothymia, bipolar disorder, actigraphy, digital technologies, mood stabilizers.

## Úvod

Pojem cyklotymie (z řeckého „*kyklos*“ = kruh, *thymos* = nálada) je součástí psychiatrické nomenklatury od 80. let 19. století (1). Cyklotymie neboli cyklotymická porucha (dále jen CT) se od té doby v odborné psychiatrické diskuzi objevuje v různých konotacích a významech, od temperamentu predisponujícího k jiným psychickým poruchám, přes součást poruch osobnosti, subsyndromální afektivní poruchu až po podtyp bipolárních poruch (1, 2). Ani po více než 100 letech od jeho zavedení nepanuje úplná shoda v dia-

gnostickém zařazení CT (3–5). Nejasné vymezení CT se spolupodílí na malém počtu klinických studií zaměřených na tuto jednotku, což má za následek nedostatek dat o efektivitě léčby ve srovnání s jinými příbuznými diagnózami. Samotná definice CT v MKN-10 (viz níže) podporuje představu, že se jedná o subsyndromální jednotku, u které charakter potíží nedosahuje výraznější závažnosti a u které je dopad na kvalitu života a celkový stupeň fungování také méně významný. Není tomu ale zcela tak. Dlouhodobě trvající potíže, chybějící „remise“ a horší odpověď na

léčbu mohou mít pro pacienty s CT výrazně negativní dopad (6–10), dle některých autorů dokonce ekvivalentní k bipolární afektivní poruše (BAP) (11, 12).

## Historie konceptu cyklotymie

Pojem „cyklotymie“ poprvé použil Hecker v r. 1877 pro označení stavů, které bychom dnes nejspíš popsali jako BAP, typ I (1). Koncept CT dále rozšířil Kahlbaum v r. 1882 o stavy mírnější až subklinické, tudíž blíže dnešnímu pojetí termínu CT. Kraepelin psal o CT jako o subafektivní poruše neboli

KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA: MUDr. Marián Kolenič, Ph.D., marian.kolenic@nudz.cz  
Národní ústav duševního zdraví  
Topolová 748, 250 67 Klecany

Cit. zkr: Psychiatr. praxi 2021; 22(2): 72–78  
Článek přijat redakcí: 29. 3. 2021  
Článek přijat k publikaci: 28. 5. 2021

predispozici, z které se může později rozvinout maniodepresivní šílenství a která dále přetrvává i v období mezi afektivními epizodami (1, 2, 13, 14). Kraepelinův koncept spektra maniodepresivní poruchy, sahající od psychotické mánie po mírnější projevy, jako je hypománie, cyklotymická dispozice až po rekurentní unipolární depresi, byl později odmítnut. Místo dimenzionálního modelu převlád v diagnostice a klasifikaci kategorií přístup (1). Nicméně právě Kraepelinovo vyčlenění těžších forem afektivních epizod v rámci maniodepresivního šílenství (budoucí bipolární afektivní porucha) přispělo dle některých autorů ke vzdálení se diagnózy CT od bipolární poruchy.

V roce 1908 Gaston Deny pojal cyklotymii jako konstituci, která existuje nezávisle na psychopatologii, což byl původ myšlenky cyklotymního temperamentu. Tento směr se dále vyvíjel a má své zastánce i v dnešní době (15).

## Cyklotymie v klasifikačních systémech MKN, DSM

Klasifikační systémy v psychiatrii dlouhodobě řeší dilema, jak nastavit hranice psychické poruchy. Afektivní poruchy nejsou v tomto směru výjimkou. Příliš nízká prahová kritéria představují riziko patologizace běžných lidských výkyvů nálady, naopak kritéria nastavená příliš striktně zvyšují riziko opomenutí a bagatelizace reálných potíží vedoucí k absenci

možnosti jejich léčby (2). Právě CT ve svém historickém vývoji patřila mezi obdobné sporné diagnostické kategorie. Nejednotný pohled na CT se odráží v jejím zařazování v rámci kategorií klasifikačních systémů. V DSM klasifikaci se objevuje v kategorii *Afektivních poruch osobnosti* (1, 13), později v kategorii *Afektivních poruch* (2), aby se nakonec ocitla v kategorii *Bipolárních poruch* v DMV 5 (5). V ICD-9 patřila CT mezi tzv. *Morální poruchy osobnosti* (2). Aktuální klasifikace MKN-10 řadí CT mezi *Perzistentní afektivní poruchy* (F34) po boku dystymie (3). V MKN-11 bude již CT zařazena v kategorii *Bipolární a příbuzné poruchy*, čímž se víc přiblíží konceptu CT v DSM 5 (16). Historicky měl koncept CT v obou klasifikacích jiné trajektorie, nakonec ale dospěl k podobnému pojetí, kdy se CT opět stává poruchou blízkou BAP.

## Diagnostika cyklotymie

V diagnostických kritériích pro výzkum uvádí MKN-10 u CT (kód F34.0) kritéria popsaná v tabulce č. 1. (WHO, Geneva, 1993).

MKN-10 dále uvádí možnost upřesnit (je-li to žádoucí), zda je nástup časný (na konci dospívání nebo ve dvacátých letech), nebo pozdní (obvykle mezi 30 a 50 lety, po afektivní epizodě).

Americká klasifikace DSM-5 zařazuje CT mezi *Bipolární a příbuzné poruchy*. Popis samotné diagnostické jednotky je v mnoha ohledech podobný s MKN-10, i když některé

rozdíly, nebo specifikace jsou patrné. DSM-5 například blíže specifikuje období mezi afektivními periodami. Uvádí, že hypomanické nebo depresivní příznaky mají být přítomny **nejméně v polovině času během dvouletého období a pacient by neměl být bez příznaků po dobu delší než dva měsíce**. Umožňuje také diagnostikovat CT u dětí nebo dospívajících, přičemž příznaky musí být vyjádřeny nejméně jeden rok, nikoli dva (5). Na rozdíl od MKN-10 je v DSM-5 explicitně v kritériích uvedeno, že **příznaky způsobují nepohodu nebo významné zhoršení sociálního nebo pracovního fungování**. Patrně nejzásadnější rozdíl je ale v tom, že DSM-5 **neumožňuje diagnostikovat CT, pokud se v minulosti objevila epizoda mánie, hypománie nebo velké deprese**. Pokud se taková epizoda objeví později, **změní se původní diagnóza CT na BAP** nebo velkou depresivní poruchu (MDD) (5).

Klasifikace MKN-11, která vstoupí v platnost 1. ledna 2022, se v kapitole *Poruchy nálady* přibližuje k DSM-5. Byla z ní odstraněna podskupina F34 – *Přetrvávající poruchy nálady*, přičemž CT řadí do kategorie *Bipolárních a příbuzných poruch* (spolu s Bipolární afektivní poruchou, nově již rozdělenou na typ I a II) (16). Dystymie byla přeřazena do kategorie *Depresivní poruchy* (17). Od DSM-5 se kritéria v MKN-11 liší možnostmi diagnostikovat CT i v situaci, kdy rekurentní hypomanické příznaky splňují kritéria pro hypománii (třeba u pacienta, u kterého se opakují hypomanické epizody

**Tab. 1.** Kritéria cyklotymie dle MKN-10 (Diagnostická kritéria pro výzkum) (3)

A. Období nejméně <b>dvou let nestability nálady</b> zahrnující několik <b>období deprese a hypománie</b> , s nebo bez mezidobí normální nálady
B. Žádný z projevů deprese nebo hypománie během takového dvouletého období by <b>neměl být dostatečně závažný nebo dlouhodobý, aby splňoval kritéria pro manickou epizodu nebo depresivní epizodu</b> (středně těžkou nebo těžkou); manické nebo depresivní epizody se však mohly objevit před nebo se mohou objevit po takovém období přetrvávající nestability nálady
C. Během alespoň některých období deprese by měly být přítomny alespoň <b>tři</b> z následujících:
(1) Snížení energie nebo aktivity (2) Nespavost (3) Snížení sebevědomí nebo pocitu nedostatečnosti (4) Narušené soustředění (5) Sociální stažení (6) Ztráta zájmu nebo požitku ze sexu a jiných příjemných činností (7) Málomluvnost (8) Pesimismus ohledně budoucnosti nebo nadměrné přemýšlení nad minulostí
D. Během alespoň některých období zvýšení nálady by měly být přítomné alespoň <b>tři</b> z následujících:
(1) Zvýšená energie nebo aktivity (2) Snížená potřeba spánku (3) Zvýšené sebevědomí (4) Zvláště ostré nebo neobvykle kreativní myšlení (5) Zvýšená družnost (6) Větší hovornost a vtipnost než obvykle (7) Zvýšený zájem a zapojení do sexuálních a jiných příjemných aktivit (8) Nadměrný optimismus nebo přehánění minulých úspěchů

a depresivní příznaky, nicméně nikdy neměl žádnou velkou depresivní epizodu – MDD) (16). Od MKN-10 se nová MKN-11 liší například v tom, že již neumožňuje diagnostikovat CT, pokud se v minulosti objevila epizoda mánie, nebo velké deprese.

MKN-11 v popisu CT uvádí: Cyklotymická porucha je charakterizována přetrvávající nestabilitou nálady po dobu nejméně 2 let, zahrnující četná hypomanická (např. euforii, podrážděnost nebo rozpínavost, psychomotorická aktivace) a depresivní (např. pocity skleslosti, snížený zájem o činnosti, příznaky únavy) období, která se vyskytují po delší dobu. Hypomanická symptomatologie může nebo nemusí být dostatečně závažná nebo dlouhá, aby splňovala kritéria hypomanické epizody (viz bipolární porucha typu II), ale v anamnéze nejsou manické nebo smíšené epizody (viz bipolární porucha typu I). Depresivní symptomatologie nikdy nebyla dostatečně závažná nebo dlouhá, aby splňovala kritéria pro depresivní epizodu (viz bipolární porucha typu II). Příznaky vedou k výrazné nepohodě nebo významnému zhoršení v osobních, rodinných, sociálních, vzdělávacích, pracovních nebo jiných důležitých oblastech fungování.

## Specifika klinického obrazu cyklotymie (CT)

Střídání nálad, jedna z hlavních charakteristik CT, je výzvou pro diferenciální diagnostiku v kontextu jiných psychických poruch, hlavně bipolární afektivní poruchy (dále jen BAP) a hraniční poruchy osobnosti (dále jen HPO).

## Cyklotymie (CT) vs. bipolární afektivní porucha (BAP)

Studie potvrzují, že CT a BAP spolu sdílí genetický základ. CT je častá mezi rodinnými příslušníky osob s BAP (18–20). U části pacientů s CT se rozvine později BAP (21, 22), nicméně u mnoha lidí k přechodu do BAP nedojde (23).

Odlišení CT od BAP typ I nečiní problém (u CT se nevyskytují mánie). Složitější může být odlišení od BAP typu II, zvláště při rychle cyklujícím průběhu (nejméně 4 epizody za rok).

Někteří autoři uvádějí charakteristiky, které jsou spíše typické pro CT než pro BAP. Pro CT může být příznačnější „cirkulárnost“ než „epizodicita“ (14, 24). Hypomanické a depre-

sivní příznaky se cyklicky střídají, chybí bezpříznakové období, potíže nepřichází v „epizodách“ oddělených méně či více kvalitními remisemi. Frekvence period elevované nebo depresivní nálady bývá vyšší, periody bývají kratší (1, 21, 25).

Mezi dále uváděná specifika CT patří časté smíšené fáze, rychlé změny polarity (21), emoční nestabilita, vysoká citlivost (26), vyšší podrážděnost a úzkost (27), délka period v trvání méně než 1 týden (21) a větší reaktivita nálady na vnější faktory (např. na drogy, alkohol, narušení rytmu spánku/bdění) (2). Akiskal a kol. dále uvádí, že na rozdíl od „slunečných“ hypomanických epizod u BAP (příjemný, povznesený stav) může být cyklotymická hypománie spíše „temná“, charakterizovaná podrážděností a impulzivním riskováním (28). Je ale nutno uvést, že na výše zmíněných specifikách CT nepanuje ani mezi psychiatrickou obcí plná shoda a nejsou součástí oficiálních klasifikačních systémů. Některé z nich částečně odrážejí pohled jednotlivých autorů na CT jako temperamentovou charakteristiku a zároveň jako biologický podklad pro rozvoj bipolární poruchy u části pacientů (29–31). Dle jejich výkladů cyklotymní temperament může přispívat k nestabilitě afektů, emocí, aktivity a spánku, které pak zvyšují riziko pro rozvoj plně vyjádřené bipolární poruchy (18, 32). Tito autoři tím částečně navazují na koncept Kraepelina, který popsal cyklotymii jako predispoziční konstituční substrát k pozdější bipolární poruše (přítomný před nástupem *maniodepresivního šilenství* a přetrvávající taky během období mezi epizodami) (2). Cyklotymní temperament by v takovém případě mohl být hlavním mechanismem (a zároveň endofenotypem), kterým se bipolární riziko přenáší mezi generacemi (32–34).

## Cyklotymie (CT) vs. hraniční porucha osobnosti (HPO)

CT se v klinickém obrazu částečně překrývá s HPO (pozn: kategorie „emočně nestabilní poruchy osobnosti“, používaná v MKN-10, byla z MKN-11 vypuštěna; MKN-11 umožňuje specifikovat poruchu osobnosti pomocí „hraničního kvalifikátoru“; přibližuje se tak DSM-5 (35, 36). Opakované depresivní příznaky a dlouhodobý průběh poruchy (v MKN-11 trvání pro obě diagnostické jednotky v trvání

minimálně 2 roky) jsou základní společné charakteristiky, které dělají diferenciální diagnostiku mezi CT a HPO v praxi poměrně obtížnou.

Na druhé straně mezi CT a HPO existuje řada rozdílů. U HPO se pozoruje emoční nestabilita v důsledku výrazné reaktivity nálady. Kolísání nálady může být vyvoláno buď vnitřně (např. vlastními myšlenkami), nebo externími událostmi. V důsledku toho jedinec prožívá intenzivní dysforické stavy, které obvykle trvají několik hodin (ale mohou trvat až několik dní) (35). Naopak u CT kolísání nálady obvykle nesouvisí s životními událostmi (2).

U HPO chybí opakované periody radostné/nadnesené nálady s hypomanickými příznaky, které by přicházely bez návaznosti na zjevné vnější vlivy. Pro HPO jsou dále charakteristické příznaky jako úporné úsilí vyhnout se opuštění, nestabilní a intenzivní mezilidské vztahy, narušená identita, impulzivita, pocity chronické prázdnoty, problémy se zvládnutím hněvu/agrese a úmyslné sebepoškozování v návaznosti na interpersonální stres, přechodné, stresem vyvolané paranoidní nebo disociační příznaky, přecitlivělost na odmítnutí a nesprávná interpretace sociálních signálů (35, 36).

Proti tomu někteří autoři připisují CT také charakteristiky, které překrývají obou diagnostických jednotek naopak dále zvýrazňují, a tudíž hranice mezi nimi rozostřují. Jedná se zejména o impulzivitu, reaktivitu nálady a interpersonální problémy (37–39). Některé dokonce předpokládají, že BAP, CT a taky HPO jsou všechny projevy afektivní nestability a měly by být klasifikovány společně v bipolárním spektru (38, 40). Právě cyklotymní temperament považují za pojítko mezi BAP a HPO (39, 41). Nutno ale uvést, že jde o směr, který není všeobecně akceptován (1). Naopak jak klasifikační systémy (MKN-10, MKN-11, ICD-5), tak většina autorů popisují jasné rozdíly mezi HPO na straně jedné, a CT/BAP na straně druhé. Nejsou tedy nakloněni rozšiřování spektra bipolárních poruch o HPO (42–45).

## Možnosti diferenciální diagnostiky pomocí digitální technologie

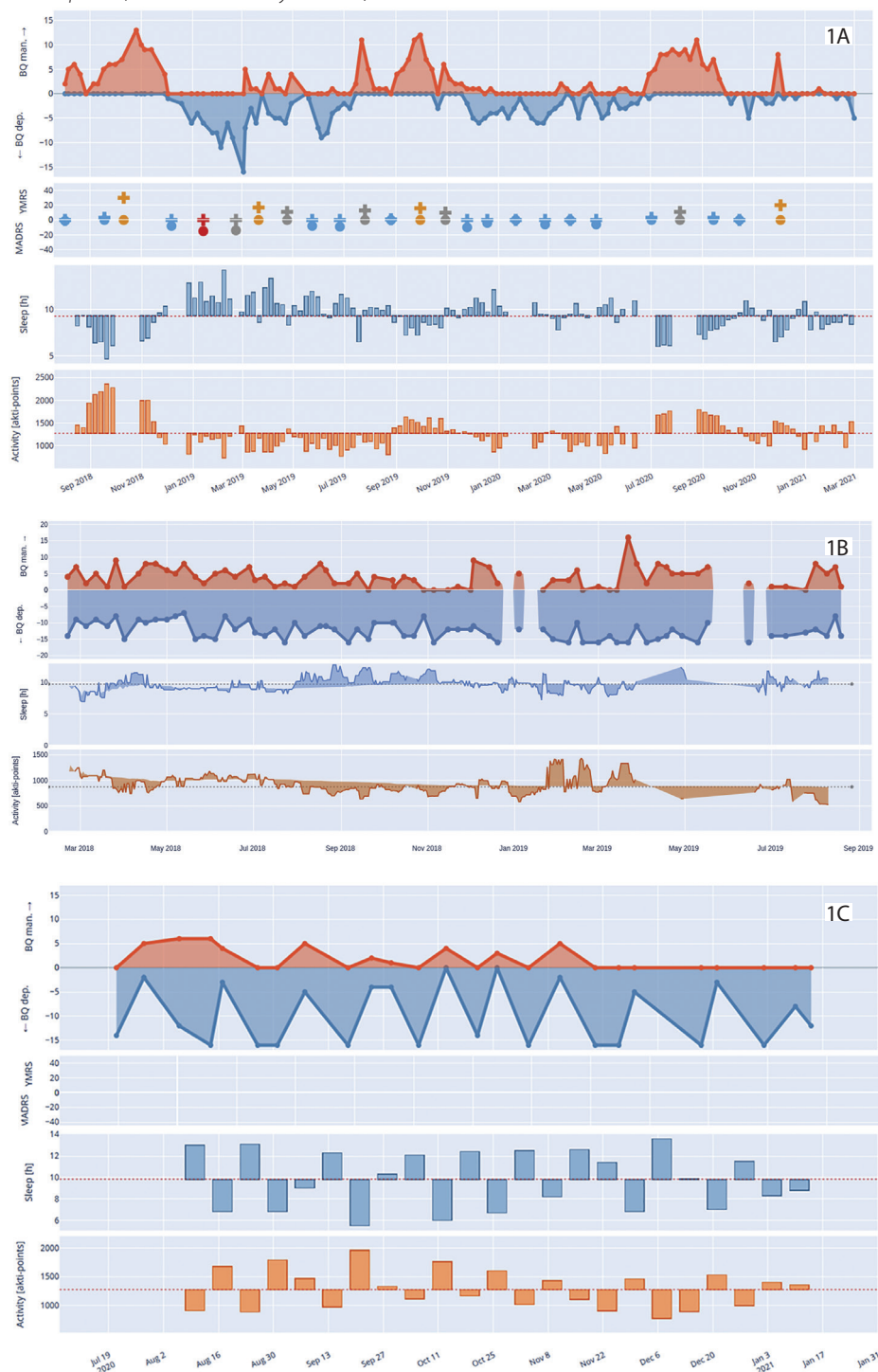
Pro diferenciální diagnostiku CT je důležité posoudit mimo jiné dynamiku průběhu, tedy vývoj příznaků v čase (1, 46). Pomoci

**INZERCE**



**Obr. 1.** Aktigrafický záznam u 3 pacientů v rámci studie AKTIBIPO.

Shora dolů znázorněny: subjektivní průběhy nálady (červeně BQ man; modře BQ dep; 1× týdně); objektivní průběhy nálady (MADRS/YMRS; 1× měsíčně, telefonicky); aktigrafický záznam (modře – sleep: délka spánku; červeně – activity: aktivita)



mohou například metody mapování života (47) nebo deníky (48), které se pokouší poskytnout detailnější informace o průběhu. Nové digitální technologie již ale umožňují pomocí aplikací posunout poznání o individuálním průběhu nemoci na vyšší úroveň. Ve spolupráci s firmou MINDPAX pracujeme na vývoji aplikace, která bude umožňovat sledování dynamiky změn základních para-

metrů důležitých pro hodnocení průběhu afektivních poruch, tj. nálady, spánku a aktivity. Nálada je sledována pomocí dotazníků, spánek a denní aktivita pomocí aktigrafu. Jde v mnoha případech o spojené nádoby. Hypománie a mánie jsou obecně asociované se sníženou potřebou spánku a zvýšenou psychomotorickou aktivitou (49, 50). Deprese bývají asociované jak s nespavostí nebo hy-

persomní, tak převážně se sníženou psychomotorickou aktivitou (49). Výjimkou jsou agitované deprese (51).

Právě výraznější behaviorální změny v návaznosti na fluktuaci nálady by dle některých autorů mohly být pomůckou pro diferenciální diagnostiku mezi CT/BAP na jedné straně, a HPO na straně druhé (1, 21). Pro ilustraci uvádíme 3 příklady záznamů z probíhající studie AKTIBIPO (52), kde jsou znázorněny subjektivní průběhy nálady (měřené dotazníkem 1× týdně), objektivní průběhy nálady (MADRS/YMRS, 1× měsíčně, telefonicky) a záznamy z aktigrafu (délka spánku; denní aktivita), viz Obr. 1A, B, C.

U Obr. 1A jde o záznam u pacienta, který při vstupním vyšetření popsal příznaky typické pro BAP, typ I. Je vidět jasný vztah mezi patologickou náladou (mánie, deprese) a intenzitou aktivity, délkou spánku, zaznamenané jsou také období remisí. Obr. 1B znázorňuje aktigrafický záznam u pacienta s diagnostikovanou HPO. Nejsou pozorované typické epizody ani remise, je převaha negativních hodnot na depresivní škále, s fluktuací jak pozitivních, tak negativních emocí; bez výraznějších nálad odpovídajících změn v behaviorálních parametrech. Obr. 1C odpovídá záznamu u pacienta, který popsal příznaky typické pro CT (dle MKN-10): „pravidelné střídání nálad řadu let, vždy přibližně po týdnu, v poměru 7/5 dnů špatná/dobrá nálada“ (přičemž stavy, které pacient nazývá dobrou náladou, popisuje jeho ambulantní psychiatr jako „hypomaničké švihy“). Jak je ze záznamu vidět, v pravidelných cca týdenních intervalech se střídají stavy depresivní nálady spojené s denní hypoaktivitou, prodlouženým časem spánku/neaktivity, a stavy lepší nálady s opačným směrem aktivity/spánku.

Pravidelný záznam ve formě krátkých dotazníků zaměřených na aktuální náladu (v našem případě je hodnoceno období posledních 7 dnů), v kombinaci s aktigrafickým měřením, se tak jeví jako slibný nástroj pro monitoring průběhu a diferenciální diagnostiku mezi psychickými poruchami s překrývajícím se afektivním symptomatologií.

## Léčba CT

Lidé s CT často nevyhledávají odbornou léčbu (1). I když pomoc vyhledají, nepřitom-

nost typických závažných afektivních epizod, časný nástup a překrývání s klastrem příznaků z kategorie poruch osobnosti přispívají ke zpožděné diagnostice (více než 10 let u 50 % pacientů s cyklotymií), což může vést k pozdní nebo méně adekvátní léčbě (1, 46).

### Psychosociální léčba

Výzkum psychosociální léčby u CT je omezený (53). Existuje evidence o účinnosti psychosociální léčby ve spojení s farmakoterapií v léčbě BAP, většina studií ale nezahrnuje tzv. „podprahové případy“, tedy pacienty, kteří by splňovali kritéria CT (1, 54). Několik individuálních studií zaměřených na použití kognitivně behaviorální terapie pro zlepšení příznaků cyklotymie mělo nicméně slibné výsledky (55, 56).

Dle některých autorů ale psychoterapeutické programy navržené pro klasické formy BAP neodpovídají specifikům CT (57). Hantouche a kolegové proto vypracovali psychoedukační skupinovou terapii cíleně pro cyklotymii (58). Její hlavní cíle jsou jak středně-dlouhodobé (snižování amplitudy a frekvence výkyvů nálad; stabilita chování; horizont 6–12 měsíců), tak dlouhodobé (posun směrem k lepší funkci, náprava dysfunkčních schémata) (46).

Další směry vnímají u BAP i CT jako zásadní cíl svých intervencí narušení rytmů spánku/bdění. Narušení cirkadiánních rytmů jednotlivce může působit jako spouštěč vytvářející nestabilitu, která může vést k epizodě poruchy nálady (59). Nástup epizody poruchy nálady může dále narušit spánek, což celou situaci dále ztěžuje. Řada psychosociálních směrů se na podkladě *social zeitgeber theory* zaměřila na spánkovou hygienu u BAP (60–62), přičemž slibné výsledky jsou popsány také u CT (56).

### Farmakologická léčba

Pokud je nám známo, pro samotnou CT není k dispozici žádná léčba založená na důkazech (EBM) a neexistuje ani jednoznačná shoda ohledně strategie léčby. Byly publiko-

vány otevřené a případové studie zaměřené na farmakologickou léčbu, nicméně chybí zaslepené randomizované klinické studie (1). Chybí doporučené postupy u léčby CT. Výzkumy nicméně naznačují, že lidé s CT reagují na farmaceutickou léčbu podobně jako lidé s BAP (63, 64).

Několik retrospektivních nebo otevřených studií prokázalo mírnou až střední účinnost **stabilizátorů nálady** (4).

Byl pozorován efekt lithia (64–68), valproátu (69) a lamotriginu (70, 71) na prevenci depresivních, hypomanických a smíšených period.

Pokud jde o účinnost léku první volby u BAP, tedy lithia, některé studie nepřinášejí u CT příliš pozitivní výsledky a souhrnně lze říci, že pacienti s CT vykazují nižší odpověď na lithium než pacienti s BAP (4, 66). Nedávná meta-analýza poukázala na horší odpověď na léčbu Li u pacientů s rychle cyklující BAP, z čehož lze, i když jen nepřímou, odhadovat analogicky nižší efekt Li u CT ve srovnání s BAP (72). Podobně pacienti s BAP a cyklotymním temperaments (hodnoceno TEMPS-A škálou) měli horší odpověď na lithium ve srovnání s pacienty s hypertymním temperaments (68).

K výběru nejvhodnějšího stabilizátoru nálady mohou pomoci dominující klinické charakteristiky a potíže pacienta. Z lithia by mohli nejvíc profitovat pacienti s výrazným cyklickým průběhem a vyšší intenzitou afektivních příznaků (4). Pokud dominují smíšené příznaky, výrazná reaktivita nálady, panické ataky nebo vnitřní tenze, pacienti by mohli mít prospěch z malé dávky valproátu (300–600 mg denně) (4). Pokud dominují úzkostně-depresivní příznaky, ke zvážení je použití lamotriginu, eventuálně gabapentinu. Popsaná je taky efektivita kombinace malých dávek lithia (200–400 mg/den) a lamotriginu (25–100 mg/den) (73).

Role **antidepresiv** v terapii CT je diskutabilní. Při podávání antidepresiv pacientům s CT je popsána nízká míra odpovědi (64), ale také zhoršení stavu (vyšší výskyt hypomani-

kých a smíšených symptomů, dlouhodobá nestabilita nálady, rychlé cyklování a zvýšená sebevražednost) (21, 64, 74–77). Vzhledem k možným komplikacím spojeným s užíváním antidepresiv, ať už spojených s jejich nasazením (změna nebo zrychlení cyklu), nebo vysazením (reakce z vysazení nebo rychlé relapsy), zdá se vhodnější vyhnout se léčbě antidepresivy pokud možno hned od začátku (4). Vysazování již podávaných antidepresiv by mělo být pomalé (46). Doporučuje se použití antidepresiv rezervovat pro rezistentní depresi nebo když selhala léčba stabilizátory (4). Možnou alternativou k léčbě depresivních příznaků, eventuálně v kombinaci s úzkostí, podrážděností nebo poruchami spánku, může být kvetiapin v nízkých dávkách (78).

Při léčbě **antipsychotiky** je na místě obezřetnost vzhledem k obecně vyšší citlivosti na možné nežádoucí účinky ve srovnání s BAP. Pokud je podání antipsychotik indikované, např. pro zvládnutí podrážděnosti, impulzivity nebo excitovanosti během akutního hypomaničského nebo smíšeného stavu, doporučují se spíše nižší dávky (např. kvetiapin 25–50 mg denně, olanzapin 2,5–5 mg denně, aripiprazol 5–10 mg denně) (4, 79).

U CT se popisují také časté abnormality v cyklech spánku/bdění a syndrom odkládané spánkové fáze (delayed sleep phase disorder, DSPD) (80). Obnovení cirkadiánních rytmů prostřednictvím melatoninových receptorů (např. agomelatin) by tak teoreticky mohlo u pacientů s CT přispět ke zlepšení symptomatologie (4).

Obecně je kvůli vyšší citlivosti na léky u CT ve srovnání s BAP doporučeno u farmakoterapie dodržovat pravidlo „**go slow and stay low**“ (pomalé zvyšování dávky, zůstat spíše na nižších dávkách) (46).

### Závěr

CT se v nejnovějších verzích klasifikačních systémů (MKN-11 a DSM-5) řadí do rodiny *BAP a příbuzných poruch*. I když se klinický obraz CT částečně překrývá s BAP a s HPO,

## INZERCE

neměla by se stát „nouzovou“ diagnózou pro nejasné případy na hraně obou výše zmíněných. Stejně jak BAP a HPO, také CT má své jasně stanovená kritéria a dosavadní výzkum naznačuje též vhodné terapeutické směry. Biologická podstata střídání nálad podobná s BAP nabízí možnost využít analogických terapeutických přístupů, třeba pomocí nízkých dávek stabilizátorů nálady, eventuálně antipsychotik. Podobně je možné využít terapii zaměřenou na režim a spánkovou hygienu.

## LITERATURA

1. Van Meter AR, Youngstrom EA, Findling RL. Cyclothymic disorder: A critical review. *Clin Psychol Rev.* červen 2012; 32(4): 229–243.
2. Parker G, McCraw S, Fletcher K. CYCLOTHYMIA: Cyclothymia. *Depress Anxiety.* červen 2012; 29(6): 487–494.
3. WHO. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines [Internet]. World Health Organization; 1992 [citováno 25. března 2021]. Dostupné z: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37958>
4. Perugi G, Hantouche E, Vannucchi G. Diagnosis and Treatment of Cyclothymia: The “Primacy” of Temperament. *Curr Neuropharmacol.* 28. únor 2017; 15(3): 372–379.
5. Severus E, Bauer M. Diagnosing bipolar disorders in DSM-5. *Int J Bipolar Disord.* prosinec 2013; 1(1): 14, 2194–7511–1–14.
6. Birmaher B, Axelson D, Goldstein B, Strober M, Gill MK, Hunt J, et al. Four-year longitudinal course of children and adolescents with bipolar spectrum disorders: the Course and Outcome of Bipolar Youth (COBY) study. *Am J Psychiatry.* červenec 2009; 166(7): 795–804.
7. Birmaher B, Axelson D, Strober M, Gill MK, Valeri S, Chiapetta L, et al. Clinical Course of Children and Adolescents With Bipolar Spectrum Disorders. *Arch Gen Psychiatry.* únor 2006; 63(2): 175–183.
8. Judd LL, Akiskal HS. The prevalence and disability of bipolar spectrum disorders in the US population: re-analysis of the ECA database taking into account subthreshold cases. *J Affect Disord.* leden 2003; 73(1–2): 123–131.
9. Koukopoulos A, Sani G, Koukopoulos AE, Minnai GP, Girardi P, Pani L, et al. Duration and stability of the rapid-cycling course: a long-term personal follow-up of 109 patients. *J Affect Disord.* leden 2003; 73(1–2): 75–85.
10. Paykel ES, Abbott R, Morriss R, Hayhurst H, Scott J. Sub-syndromal and syndromal symptoms in the longitudinal course of bipolar disorder. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* srpen 2006; 189: 118–23.
11. Lewinsohn PM, Klein DN, Seeley JR. Bipolar disorder during adolescence and young adulthood in a community sample. *Bipolar Disord.* září 2000; 2(3 Pt 2): 281–293.
12. Lewinsohn PM, Klein DN, Seeley JR. Bipolar disorders in a community sample of older adolescents: prevalence, phenomenology, comorbidity, and course. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* duben 1995; 34(4): 454–463.
13. Akiskal HS. Dysthymia and cyclothymia in psychiatric practice a century after Kraepelin. *J Affect Disord.* leden 2001; 62(1–2): 17–31.
14. Brieger P, Marneros A. Dysthymia and cyclothymia: historical origins and contemporary development. *J Affect Disord.* září 1997; 45(3): 117–126.
15. Haugtgen T, Akiskal H. French antecedents of „contemporary” concepts in the American Psychiatric Association’s classification of bipolar (mood) disorders. *J Affect Disord.* 1. leden 2007; 96: 149–163.
16. Severus E, Bauer M. Diagnosing bipolar disorders: ICD-11 and beyond. *Int J Bipolar Disord.* prosinec 2020; 8(1): 4, s40345-019-0177-5.
17. Reed GM, First MB, Kogan CS, Hyman SE, Gureje O, Gaebel W, et al. Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry.* únor 2019; 18(1): 3–19.
18. Akiskal HS, Akiskal KK, Lancrenon S, Hantouche EG, Fraud J-P, Gury C, et al. Validating the bipolar spectrum in the French National EPIDEP Study: overview of the phenomenology and relative prevalence of its clinical prototypes. *J Affect Disord.* prosinec 2006; 96(3): 197–205.
19. Edvardsen J, Torgersen S, Røysamb E, Lygren S, Skre I, Onstad S, et al. Heritability of bipolar spectrum disorders. Unity or heterogeneity? *J Affect Disord.* březen 2008; 106(3): 229–240.
20. Schraufnagel CD, Brumback RA, Harper CR, Weinberg WA. Affective illness in children and adolescents: patterns of presentation in relation to pubertal maturation and family history. *J Child Neurol.* srpen 2001; 16(8): 553–561.
21. Akiskal HS, Djenderedjian AM, Rosenthal RH, Khani MK. Cyclothymic disorder: validating criteria for inclusion in the bipolar affective group. *Am J Psychiatry.* listopad 1977; 134(11): 1227–1233.
22. Alloy LB, Urošević S, Abramson LY, Jager-Hyman S, Nusslock R, Whitehouse WG, et al. Progression along the Bipolar Spectrum: A Longitudinal Study of Predictors of Conversion from Bipolar Spectrum Conditions to Bipolar I and II Disorders. *J Abnorm Psychol.* únor 2012; 121(1): 16–27.
23. Wetzel RD, Cloninger CR, Hong B, Reich T. Personality as a subclinical expression of the affective disorders. *Compr Psychiatry.* 1. květen 1980; 21(3): 197–205.
24. Hantouche EG, Erfurth A. Rethinking subthreshold bipolarity: The rebirth of Kahlbaum-Hecker syndrome. *Eur Psychiatry.* 1. leden 2010; 25: 170.
25. Perugi G, Hantouche E, Vannucchi G, Pinto O. Cyclothymia reloaded: A reappraisal of the most misconceived affective disorder. *J Affect Disord.* září 2015; 183: 119–133.
26. Alnæs R, Torgersen S. Personality and personality disorders among patients with major depression in combination with dysthymic or cyclothymic disorders\*. *Acta Psychiatrica Scand.* 1989; 79(4): 363–369.
27. Perugi G, Toni C, Traverso MC, Akiskal HS. The role of cyclothymia in atypical depression: toward a data-based reconceptualization of the borderline-bipolar II connection. *J Affect Disord.* leden 2003; 73(1–2): 87–98.
28. Akiskal HS, Hantouche EG, Allilaire JF. Bipolar II with and without cyclothymic temperament: „dark” and „sunny” expressions of soft bipolarity. *J Affect Disord.* leden 2003; 73(1–2): 49–57.
29. Akiskal HS, Akiskal K, Allilaire J-F, Azorin J-M, Bourgeois ML, Sechter D, et al. Validating affective temperaments in their subaffective and socially positive attributes: psychometric, clinical and familial data from a French national study. *J Affect Disord.* březen 2005; 85(1–2): 29–36.
30. Hauser M, Pfennig A, Özgürdal S, Heinz A, Bauer M, Juckel G. Early recognition of bipolar disorder. *Eur Psychiatry.* březen 2007; 22(2): 92–98.
31. Kochman FJ, Hantouche EG, Ferrari P, Lancrenon S, Bayart D, Akiskal HS. Cyclothymic temperament as a prospective predictor of bipolarity and suicidality in children and adolescents with major depressive disorder. *J Affect Disord.* březen 2005; 85(1–2): 181–189.
32. Vázquez GH, Kahn C, Schiavo CE, Goldchuk A, Herbst L, Piccione M, et al. Bipolar disorders and affective temperaments: A national family study testing the “endophenotype” and “subaffective” theses using the TEMPS-A Buenos Aires. *J Affect Disord.* 1. květen 2008; 108(1): 25–32.
33. Evans L, Akiskal HS, Keck PE, McElroy SL, Sadovnick AD, Remick RA, et al. Familiarity of temperament in bipolar disorder: support for a genetic spectrum. *J Affect Disord.* březen 2005; 85(1–2): 153–168.
34. Evans LM, Akiskal HS, Greenwood TA, Nievergelt CM, Keck PE, McElroy SL, et al. Suggestive linkage of a chromosomal locus on 18p11 to cyclothymic temperament in bipolar disorder families. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet.* 2008; 147B(3): 326–332.
35. Bach B, First MB. Application of the ICD-11 classification of personality disorders. *BMC Psychiatry.* prosinec 2018; 18(1): 351.
36. Luty J. Bordering on the bipolar: a review of criteria for ICD-11 and DSM-5 persistent mood disorders. *BJPsych Adv.* leden 2020; 26(1): 50–57.
37. Henry C, Mitropoulou V, New AS, Koenigsberg HW, Silverman J, Siever LJ. Affective instability and impulsivity in borderline personality and bipolar II disorders: similarities and differences. *J Psychiatr Res.* prosinec 2001; 35(6): 307–312.
38. Mackinnon DF, Pies R. Affective instability as rapid cycling: theoretical and clinical implications for borderline personality and bipolar spectrum disorders. *Bipolar Disord.* únor 2006; 8(1): 1–14.
39. Perugi G, Fornaro M, Akiskal HS. Are atypical depression, borderline personality disorder and bipolar II disorder overlapping manifestations of a common cyclothymic diathesis? *World Psychiatry.* únor 2011; 10(1): 45–51.
40. Akiskal HS. Demystifying borderline personality: critique of the concept and unorthodox reflections on its natural kinship with the bipolar spectrum. *Acta Psychiatr Scand.* prosinec 2004; 110(6): 401–407.
41. Goldberg JF, Garino JL. Age at onset of bipolar disorder and risk for comorbid borderline personality disorder. *Bipolar Disord.* březen 2009; 11(2): 205–208.
42. Atre-Vaidya N, Hussain SM. Borderline personality disorder and bipolar mood disorder: Two distinct disorders or a continuum? *J Nerv Ment Dis.* 1999; 187(5): 313–315.

## Konflikt zájmů

M. K. a F. S. spolupracují s firmu MINDPAX jako konzultanti.

Další literatura u autora  
a na [www.psychiatriepropraxi.cz](http://www.psychiatriepropraxi.cz)