

- o předmětu: diagnostické brýle (duševní poruchy) X jedinečné setkání (symptomy jako způsoby zvládnání)

- u většiny psych. poruch neznámá etiopatogeneze
- není spolehlivá definice duš. nemoci
- Co je duševní nemoc? – jde vždy o dohodu na základě současného poznání
- do 60. let – diagnostické hypotézy
- poté více empirické, fenomenologické
- ale sebelepší dg. – nic o jedinci (premorbidní osobnost, životní styl, prostředí, stupeň postižení)
- proto víceosé diagnostické systémy – v MKN 10:
 - o I. osa - symptomatika
 - základní psychická porucha
 - osobnost
 - přidružená somatická porucha
 - o II. osa - postižení
 - v péči o sebe
 - v pracovní oblasti
 - v rodině
 - v ostatních rolích
 - o III. osa – vlivy zevního prostředí a faktorů (související s duš. stavy)
 - negat. události v dětství
 - vzdělání
 - podpůrná skupina
 - sociální prostředí
 - bydlení
 - ekonomické podmínky...

Plán přednášky:

- Stručné seznámení s diagnostickými kategoriemi
- Krátce o mánii a bipolární afektivní poruše
- Poté důkladněji deprese

Pojmy emoce, nálada, afekt – často zaměňovány.

- emoce: širší konceptuální rámec
- afekt: emoční výkyv trvající minuty až hodiny
- nálada: emoční stav trvající delší dobu, často charakterizující osobnosti

kategorie poruch nálady – obecné rysy:

- změna nálady: snížení nebo zvýšení
- další příznaky druhotné, v kontextu změny nálady
- tendence k opakování (většinou)
- začátek často spojen se zátěžovou situací

F30-F39

F30 Manická epizoda

F31 Bipolární afektivní porucha

F32 Depresivní epizoda

F33 Rekurentní depresivní porucha

F34 Trvalé poruchy nálady

F38 Jiné poruchy nálady

Bipolární afektivní porucha

seznámení s pojmy:

- mánie

F30 Manická epizoda:

- o nálada zvýšená – nezávisle na okolnostech
- o od neomalené žoviálnosti po nekontrolované vzrušení (až do agresivity a zuřivosti)
- o zvýšená energie → hyperaktivita, nadměrná hovornost, snížená potřeba spánku

- není možné udržet pozornost, roztržitost
- zvýšené sebehodnocení, velikášské myšlenky, přehnaná sebedůvěra
- ztráta sociálních zábran – nevhodné a nezodpovědné chování, riskantní – neodpovídá povaze jedince
- aspoň týden (ale i několik týdnů nebo měsíců)

manická symptomatika při užívání drog – amfetamin, kokain, LSD
sekundární užívání alkoholu

- psychotické příznaky

mohou se přidat bludy, nebo halucinace v souladu s náladou

- bludy – obvykle velikášské, vztahovačné, erotické, perzekuční, religiózní – cítí se být vyvolený, povoláný k výjimečným úkolům, zachráncem, pomocníkem
- halucinace vzácně – (hlasy, které k němu přímo mluví X sch.- komentování ve 3.) osobě)

- bipolární porucha

- minimálně dvě epizody narušené nálady – střídavě zvýšení a snížení nálady, aktivity, energie
- neléčena profylakticky – do 2-4 let většinou další epizoda
- úplný cyklus (mánie-deprese-mánie) několik měsíců i let (ale i 48 hodin)
- prevalence kolem 1%
- celoživotní riziko vzniku bipolární afektivní poruchy 1-5%

Podle MKN 10:

- Bipolární afektivní porucha, současná epizoda ... (hypomanická, manická bez nebo s psychotickými příznaky, středně těžké nebo lehké deprese, těžké deprese bez nebo s psychotickými příznaky, smíšená, v remisi)

Podle DSM-IV:

- BP I: výskyt manické epizody
- BP II: velké depresivní a hypomanické epizody

- hypománie

- mírně nadnesená nálada (nebo podrážděná) – pro daného jedince zřetelně abnormální, obvykle v sousedství deprese, někdy přechod do mánie
- vzrůst energie a aktivity
- prožitek dobré pohody a vysoké výkonnosti
- zvýšená sociabilita, hovornost, nenucenost
- zvýšená sexuální energie
- snížená potřeba spánku

ALE

- ne do takové míry, aby vedly k závažnému narušení pracovní schopnosti nebo sociální izolaci
- nejsou bludy a halucinace
- nejméně 4 dny, ale někdy i týdny nebo měsíce

- cyklothymie

- patří do oddílu Trvalé poruchy nálady – nestabilní nálady déle než 2 roky – ale ne tak výrazná změna jako u hypomanických nebo lehkých depresivních epizod

Možnosti léčby

- závažné sociální důsledky
- Stabilizátory nálady: Lithium, karbamazepin, valproát, lamotrigin
- Lze kombinovat s NL, BZD (nespecifická th.)
- zvládnutí akutní krize, vysvětlení onemocnění, sociální síť, ochrana před recidivou (jenom u třiceti procent po manické epizodě nenastává recidiva), pomoc pro příbuzné

drobná kasuistika – po nástupu do léčebny, nadávky od manické pacientky - „bílé havrani“, tlumení kreativity, budování vztahu

seznámení s pojmy

Deprese

- Chorobný pokles nálady již 2 500 let popisován - jedna z nejčastějších nemocí.

- v současnosti Světová zdravotnická organizace WHO – deprese: 4. nejnaléhavější celosvětový zdravotní problém, který ovlivňuje stovky miliónů lidí na celém světě.
- Minimálně 20 % žen a 12 % mužů zažije během svého života depresi
- Deprese je jedním z nejčastějších psychiatrických syndromů a objevuje se u 75% všech hospitalizovaných pacientů
- depresivní symptomy se často vyskytují jako doprovodné fenomény téměř u všech duševních onemocnění (schizofrenie, závislosti, úzkostné a nutkavé poruchy, organické změny mozku, ale i psychosomatická onemocnění)
- 15 % depresivních lidí končí svůj život sebevraždou
- v pozadí 50-70 % všech dokončených sebevražd jsou poruchy nálady
- I přes masivní užívání antidepressivních léků, které jsou neustále zdokonalovány, zůstává jejich efekt nedostatečný - 15-30 % depresivních lidí nereaguje na léčbu antidepressivy.

Exogenní X Endogenní

- poč. 20. století - dva protikladné pohledy na depresi
 - o Emil Kraepelin ji popsal jako nemoc
 - o Sigmund Freud jako vyjádření internalizovaného hněvu a ztráty.
- V diagnostice se poté dlouhou dobu uplatňoval nosologický přístup, který se snažil depresi roztrždit do subkategorií odpovídajících předpokládané etiologii a etiopatogenezi.
- Newcastle Group počátkem 20. století diagnosticky oddělila „endogenní“ a „reaktivní“ (či „neurotický“) subtyp deprese.
 - o endogenní (psychotické) formy ← biologické příčiny
 - o exogenní (neurotické) formy ← psychologické, existenciální faktory
 - o Podle diagnózy se pak deprese prvního subtypu měla léčit antidepressivy a elektrokonvulzími, deprese druhého subtypu psychoterapií a trankvilizéry
 - o studie → u endogenních také zevní faktory, u neurotických také biol.
- V dalším vývoji se však diagnostika přestala zakládat na této dichotomii, která se ukázala jako příliš schématická a neodpovídající komplikovanějším klinickým obrazům deprese. Pečlivé studie prokázaly, že u endogenních subtypů je možné také prokázat vyvolávající zevní faktory a že i neurotické deprese mají heterogenní patogenezi.
- Dnes se uvažuje spíše o kontinuu přechodů mezi mnohočetnými a heterogenními depresivními stavy
- dnešní diagnostika – hodnocení podle symptomů, ne podle etiologie
- V souladu s moderními koncepcemi nemoci je třeba depresi chápat jako multifaktoriálně podmíněný mechanismus, při jehož vzniku a udržování hrají roli endogenní, vývojové, reaktivní i somatické faktory.

Laická diagnostika

- Definice deprese není jednoznačná. Tento pojem se v psychiatrii používá k označení **symptomu, syndromu i nosologické jednotky**.
- v běžné mluvě se navíc „depresí“ označují různé druhy psychického i fyzického dyskomfortu, často se jedná o úzkosti či únavové syndromy, ale i přechodné a přirozené výkyvy nálady ← společenský tlak na optimistický postoj

Smutek X Deprese

- rozlišení: smutek a deprese – již Abrahama (1912) a poté Freud (1917) v článku „Smutek a melancholie“ – „U smutku svět zešedl a vyprázdnil se, u melancholie se to týká mě samého.“
- smutek – intenzivní pocit bolesti po neodvolatelné ztrátě
- symptomaticky podobné - ALE zásadní a určující rozdíl - ztráta sebeúcty
- deprese není prohloubení smutku, ale porucha procesu smutku
- v případě smutku terapeut podporuje přirozený proces truchlení, nesnaží se mu bránit, zasahovat do něj nebo ho obcházet

Dysthymie

- o pokles nálady nedosahuje mírné deprese
- o alespoň 2 roky
- o žádná hypománie
- o „zdvojená deprese“ (double depression) – těžká deprese nasedající na dystymii

F32 Depresivní epizoda

F33 Rekurentní depresivní porucha

Diagnostická kritéria

- depresivní epizoda (v DSM IV: odpovídá termín Velká depresivní epizoda (major depression) (malá se používá jen vzácně)
 - o buď samostatná
 - o nebo v rámci rekurentní depresivní poruchy
 - o nebo v rámci bipolární afektivní poruchy
- aspoň 2 týdny
- tři hlavní symptomy:
 - o depresivní nálada (abnormální pro jedince)
 - o ztráta zájmu a potěšení
 - o pokles energie nebo zvýšená unavitelnost
- další přídatné symptomy:
 - o ztráta sebedůvěry
 - o sebeobviňování
 - o sebevražedné myšlenky
 - o snížená schopnost soustředění a rozhodování
 - o změna psychomotorické aktivity (zpomalení nebo agitovanost)
 - o poruchy spánku
 - o změna chuti k jídlu
- mírná (2+1), střední (2+4)
- těžká (3+8) bez psychotickými příznaky nebo s psychotickými příznaky
 - o psychotické příznaky (odpovídající nebo neodpovídající náladě):
 - bludy – ne úplně absurdní, kulturně nepatřičné – nejčastěji sebeobviňující, méněcennosti, hrozícího neštěstí, hypochondrický (zvláště těžká nemoc – uzavřené střevo), paranoidní, perzekuční obsah, o prohřešení (neodpustitelné hříchy, nutnost potrestání), blud chudoby (finanční zhroucení rodiny), nihilistický (sám neexistuje, svět také ne)
 - halucinace – ne komentující ve třetí osobě – výsměšné, odsuzující hlasy
- se somatickým syndromem nebo bez somatického syndromu
 - o somatický syndrom: klinicky zvláště významné příznaky
 - ztráta zájmu
 - nedostatek emočních reakcí
 - ranní probouzení
 - deprese těžší ráno
 - psychomotorická retardace nebo agitovanost
 - ztráta chuti k jídlu a hubnutí
 - ztráta libida
- Rekurentní depresivní porucha
 - o opakované depresivní epizody s dostupem aspoň 2 měsíce (bez epizod mánie – mohou ale po depresi bezprostředně navazovat krátké hypománie)
 - o Rekurentní depresivní porucha, současná epizoda mírná, středně těžká, těžká bez psychotických příznaků, s psychot. přízn., v remisi

starší terminologie

- „melancholie“ – dříve pro zvláště těžké formy deprese
- „larvovaná deprese“ – tělesné obtíže bez změny nálady, ale charakteru deprese (dnes somatoformní poruchy)
- „pseudodemence“ – připomíná demenci při depresi
- „involuční deprese“ – deprese ve stáří

Epidemiologie a průběh

- prevalence 5-9% (ženy), 2-3% (muži)
- celoživotní riziko vzniku depresivní poruchy 10-25% (ženy), 5-12% (muži)
- až 15% dokonaná sebevražda
- nejčastěji začíná kolem 40-tého roku (25-44) – čím je věk začátku nižší, tím vyšší riziko recurence
- neléčená epizoda – 6 měsíců
- u léčených – úplná remise jen u 50%

Etiopatogeneze a dědičnost

- Přes obrovské množství klinických a výzkumných zkušeností je stále pochopení etiopatogeneze deprese věcí dalšího zkoumání. Deprese není homogenní poruchou, ale komplexním fenoménem, který má mnoho subtypů a pravděpodobně multifaktoriální etiologii.
- Symptomatologický obraz zahrnuje kontinuum stavů od mírných až po závažné symptomy s psychotickými rysy, které mohou interagovat s jinými psychiatrickými i somatickými poruchami.
- biopsychosociální model: vznik i průběh deprese závislé na neustálé interakci biologických, psychologických, sociálních a kulturních faktorů. K rozvoji depresivní poruchy dochází vlivem psychosociálních a biologických stresorů, zátěže z okolního prostředí, vývojových formativních vlivů, charakterových rysů i familiárně hereditárních a temperamentových dispozic.
- dědičnost (1,5-3krát vyšší u biologických příbuzných 1. stupně) – ALE zahrnuje široké spektrum poruch včetně mírnějších depresivních stavů a navíc dědičnost často určuje typ prostředí, do kterého se dítě predisponované k depresi narodí ←→ v současných diagnostických systémech se uplatňuje přístup deskriptivní či fenomenologický, který nechává etiologické teorie stranou
- genetické dispozice, neurotransmiterové i morfologické změny mozku a další biologické faktory ovlivňující vznik a průběh deprese
- Dosavadní výzkumy však zároveň svědčí pro to, že na začátku depresivní epizody ve většině případů stojí intrapsychické a environmentální stresory, které interagují s genetickou vulnerabilitou. Sociální stresory se více uplatňují při vzniku první epizody, než při epizodách následujících. Ztráta milovaného člověka nebo selhávání při plnění vlastních vnitřních nároků mohou určujícím způsobem dále ovlivňovat průběh depresivní epizody. Odpověď na tyto environmentální a intrapsychické spouštěče se zpětně projevuje na úrovni mozkových mediátorů. Dlouhodobá zátěž při vývoji organismu, například týrání, zanedbávání, separace nebo ztráta rodiče, vede ke zvýšenému působení kortikoidů, které může cestou poškození hipokampu vést k rozvoji depresivní poruchy. Existují doklady toho, že v případě deprese hrají roli biologické i psychosociální vlivy.
- Různé faktory, jako je dědičnost, životní události, biologické stresory či vliv pohlaví ve svém působení konvergují a produkují dysregulaci, která vede k závěrečnému společnému vyústění v podobě klinické deprese.
- Deprese zahrnuje reaktivní vzorce chování, které jsou provázeny krátkodobými nebo dlouhodobými biologickými změnami. Tyto změny se zase zpětně podílejí na dysregulaci původně adaptivních afektů, například smutku. Bludný kruh deprese se tak uplatní ve všech sférách biopsychosociálního fungování pacienta.

Biologické možnosti léčby

- antidepresiva (+ event. přídatná terapie: anxiolytika, stabilizátory, antipsychotika)
- ECT (od r. 1938, nyní myorelaxace a anestezie) – psychomotoricky inhibované a psychotické formy
- spánková deprivace (70. léta)
- léčba jasným světlem (80. léta)
- transkraniální magnetická stimulace (90. léta)

Intrapsychická a interpersonální dynamika deprese

- Svět a svoboda depresivního člověka jsou zúženy na minimum
- Tíha nesnesitelnou - samoty a izolace
- lituje minulosti, popírá budoucnost, anticipuje svůj zánik, znehodnocuje svůj život
- Sociální okolí popuzuje jeho ztráta vůle, cítí se ohroženo „nakažlivostí“ jeho pesimismu
- Postižený signalizuje, že úsilí všech okolo je zbytečné.

Kontextuální pojetí

- každý emocionální stav ovlivní fungování celého organismu a určitým způsobem reguluje interakci mezi organismem a prostředím. Emoce „přepne“ organismus na aktuálně výhodný režim. „The basic function of emotion is to create such a specific state within an organism, which enables to handle situation effectively.“ (Nesse)
- Funkční emocionální stav, který velmi připomíná depresi, je možné nazvat „smutnou náladou“ („low mood“). Nejde tedy jen o změnu nálady, ale o celkové přeladění organismu na „šetřící režim“, dochází k omezení aktivit, úbytku energie, omezení intenzity prožívání. Jedná se o příznaky totožné se symptomy deprese, nejde však o patologickou poruchu, ale o adaptivní mechanismus, jeden ze způsobů zvládnání životních situací.
- Člověk, který je smutný, šetří osobní zdroje („conserves personal resources“). V určité životní situaci člověk nemůže naplnit své potřeby, efektivní akce není možná. To se může stát například při ztrátě zaměstnání nebo partnera. V takovém případě vede depresivní přizpůsobení k „decrease of effort in

unpropitious situations“ a k úniku z neřešitelné situace. Organismus zvažuje změněnou situaci a rozhoduje se o alternativních strategiích.

- Optimismus většinou pomáhá vypořádat se s obtížnými situacemi.
- Existují však i situace, které se optimistickým přístupem jen zhoršují. Pak je výhodnější naopak „inhibition of striving and signal of submission are better“. Takovou situací je například „challenging a dominant figure that cannot be overpowered“. Depresivní přizpůsobení úsporně reguluje osobní investice, zabráňuje aktivitě tam, kde by přišla nazmar. Depresivní přizpůsobení pomáhá vzdát se neproduktivního úsilí.

Etologické pojetí

- Depresivní přizpůsobení má význam nejen pro jednotlivce, ale i pro společnost.
- Sociálně biologický pohled ukazuje společenskou funkci depresivního syndromu jako adaptivního mechanismu.
- Vychází z etologické teorie, podle které je agrese „an integral part of an emotional equipment of animals“. V husté populaci se však agrese může stát destruktivní a proto existují mechanismy, jak odvrátit její nebezpečné následky. Jedním z takových mechanismů je společenské uspořádání „dominance hierarchy“. Prožitek každého člena společenství se řídí čtyřmi základními typy reakcí:
 - o úzkostí vůči nadřazeným
 - o podrážděností vůči podřazeným
 - o pocity slasti při vzestupu v sociální žebříčku
 - o pocity smutku, deprese při sestupu v žebříčku
- K sestupu v sociální hierarchii dochází při zranění, nemoci, ve stáří, při ztrátě blízké osoby. V takových chvílích se u člověka objevují příznaky blízké deprese. Depresivní přizpůsobení slouží v situacích sociálního sestupu jako adaptační mechanismus.
- Zdálo by se, že smutný člověk je sám odsouzen k neúspěchu a není ani přínosem pro společenství. Přesto se takový způsob vztahování vyskytuje často a uchovává se během historie lidského rodu. Je tedy zřejmě nějakým způsobem výhodný.
- Jaká je funkce depresivního přizpůsobení? Jaké selekční tlaky pomohly tento způsob interakce s okolím udržet během evoluce? Smutná nálada poskytuje ochranu jednotlivci i užitek celému společenství. Když jedinec ztratí zájem o svůj další osud, nebojuje o něj a není zraněn či zabit. Navíc pokud dobrovolně uvolní svoji sociální pozici, šetří i svému společenství energii, která je nutná pro boj o každou příčku v sociální hierarchii.
- Můžeme tedy shrnout, že depresivní přizpůsobení slouží jako mechanismus pro zvládání nepříznivých situací („coping unpropitious situations“). Inhibuje nebezpečnou a zbytečnou akce ve chvíli, kdy organismus nemá dostatek vnitřních zdrojů či postrádá realizovatelnou („viable“) životní strategii. Šetří energii v situacích, které vedou k nedosažitelnému cíli. Tyto hlavní výhody uchovaly depresivní přizpůsobení během evoluce jako výhodný adaptivní mechanismus.

Psychoterapie

Dynamika – „Bludný kruh deprese“

- Smutná nálada a přidružené negativní afekty - pro organismus důležitá adaptační funkce → proces smutku umožní truchlícímu zpracovat prožitek ztráty. Při narušení tohoto procesu smutku dochází k rozvoji deprese.
- zvládání nároků okolí ← smutek se přirozeně selektoval pro případ nedostatečných vnitřních rezerv či chybění realizovatelné životní strategie. Pomáhá zvládat nepříznivé situace, při kterých inhibují nebezpečné nebo zbytečné akce směřující k nedosažitelnému cíli či vyzývání autority.
- kde ztráta iniciativy vede k neschopnosti vymanit se z depresogenních situací, rozvíjí se bludný kruh patogeneze deprese
- depresivní stav snižuje schopnost organismu vypořádat se s vlastními intrapsychickými procesy i s nároky okolí
- tím dochází k častějšímu selhávání, následnému prohlubování depresivního stavu a dalšímu snižování kapacity organismu
- Bludný kruh deprese - rigidní vzorec fungování, jehož složky již neplní svoji adaptační funkci, ale naopak adaptační schopnosti organismu významně omezují. Zpětnovazebné interakční smyčky - doplňují narušení na biologické úrovni a přispívají k rekurenci a chronifikaci deprese
- navzdory farmakologické léčbě je podle prospektivních studií po 5-letech 12% pacientů a po 10-letech 7% pacientů stále depresivních a 75% pacientů zažije více než jednu depresivní epizodu během 10-ti let

Psychoterapeutické přístupy

- pst. směry se podle svého teoretického založení zaměřují na různé složky depresivního bludného kruhu
- Psychodynamická terapie - bludný kruh v souvislosti s nasměrováním agrese či se závislostí na druhých
- Kognitivně behaviorální terapie - bludný kruh související s negativním stylem uvažování, depresogenním přesvědčením a depresivním chováním
- Interpersonální psychoterapie zase zachází s bludným kruhem omezených sociálních dovedností a narušené komunikace v interakcích s druhými.
- Systemická terapie pracuje s bludným kruhem celého systému rodiny pacienta, ve které dochází k osamocení a nepochopení depresivního jedince a k udržování rolí pečovatel/pacient
- Experienciální a humanistická psychoterapie - bludný kruh zahrnující depresogenní emoční schémata, vztahové vzorce a sebepojetí v aktuálním interpersonálním kontaktu