

Afektivní poruchy

(spec. psychiatrie pro studující psychologie)

**Česková E., Psychiatrická klinika LF MU a FN
Brno**

- **Základní charakteristika**
- **Epidemiologie**
- **Etiopatogeneza**
- **Klinické formy**
- **Diagnostika**
- **Úloha psychologa**
- **Léčba**

Afektivní poruchy

Základní charakteristika

- porucha nálady a nebo afektu ve smyslu plus nebo minus
- zahrnují depresivní, manické a smíšené epizody
- významný ekonomický aspekt (deprese - druhá vedoucí příčinou neschopnosti, morbidity a mortality ve světě v r. 2020)

Epidemiologie

Depresivní porucha

- v kterémkoliv okamžiku ve světě trpí 340 milionů lidí depresí)
- celoživotní prevalence deprese 16%, vyšší u žen (10 - 25%) než u mužů (5-12%).
- prevalenci ovlivňují kulturní tradice - nejnižší 1-2% v Japonsku, 12-15% byla zjištěna v Británii, v Holandsku a Francii.

Bipolární porucha

- celoživotní prevalence 1-2%
- bipolární spektrum 5%
- 10-20% všech poruch nálady

Etiopatogeneza

Biologické faktory.

- **nedostatek monoaminů (noradrenalin, dopamin a serotonin)**
- **přesun zájmu na oblasti monoaminy řízené (frontální kortex, hippokampus/amygdala a bazální ganglia), deprese - dysfunkce mozkových okruhů modulovaných monoaminovými systémy**
- **Dědičnost – vliv na molekulární úrovni**
- **endokrinní poruchy (hlavně narušení osy hypotalamus – hypofýza a nadledviny), narušení imunity, alterace cirkadiálních rytmů**

Etiopatogeneza

Genetické faktory

- **výraznější u bipolární poruchy (maniodepresivní psychózy dle starší klasifikace)**
- **genetická komponenta významná - studie rodinné, adopční, dvojčecí studie a v poslední době vazebné studie**

Psychosociální faktory

- **životní události hrají roli hlavně v iniciální fázi onemocnění, při opakovaných epizodách nebývá jejich podíl tak zřejmý.**

Deprese je heterogenní skupina poruch.

Jednotlivé formy a jejich klinický obraz

- MSKN 10 zohledňuje příčinu (primární vs sekundární), polaritu (bipolární vs unipolární), intenzitu (lehká, střední, těžká), přítomnost psychotické symptomatologie (mánie a deprese s psychotickými rysy) a délku trvání (bipolární porucha vs cyklotymie, depresivní porucha vs dystymie).
- Sekundární porucha nálady se vyskytuje na bázi abusu návykových látek nebo organického postižení CNS.
- platná klasifikace MSKN 10 neužívá pojmy reaktivní a endogenní deprese, protože nedokážeme určit podíl jednotlivých faktorů

Jednotlivé formy a jejich klinický obraz

Z klinického hlediska důležité dělení depresivní prouchy dle intenzity (vychází z počtu přítomných příznaků a dopadu na fungování jedince)

- **lehká**
- **středně těžká**
- **těžká deprese**

Klinické formy a jejich projevy

- **F30 manická epizoda**
- **F31 bipolární afektivní porucha**
- **F32 depresivní porucha**
- **F33 rekurentní depresivní porucha**
- **F34 trvalé poruchy nálady**

Klinické projevy a jejich projevy

F 30 Manická epizoda

Hypománie

- nadnesenou náladou ≥ 4 po sobě jdoucí dny
- zvýšenou energii a aktivitou
- pocite vysoké fyzické a duševní výkonnosti

Mánie

- zvýšená nálada až vzrušení (>1 týden)
- myšlenkový trysk
- zvýšené sebevědomí, velikášství
- ztráta sociálních zábran s důsledkem riskantního jednání (utrácení, abúzus alkoholu, promiskuita)

Mánie s psychotickými příznaky

- bludy a halucinace kongruentní s náladou

Klinické formy a jejich projevy

F 31 Bipolární efektivní porucha

- střídání epizod manických depresivních a nebo smíšených
- deprese převažuje (3x déle v depresi než v mánii)
- přetrvávající symptomy spojeny s recidivami
- opožděné zahájení léčby stabilizátory spojeno se zvýšeným počtem rehospitalizací a suicidálních
- častá sociální, rodinná a pracovní dysfunkce (vysoký rozdíl mezi dosaženým vzděláním a postavením), polovina nezaměstnaných
- stresové životní události mohou vyprovokovat relaps

Klinické formy a jejich projevy

Depresivní porucha

- jedna epizoda - depresivní epizoda
- epizody se opakují – rekurentní depresivní porucha (riziko rekurence zhruba 50%)
- současná epizoda mírná, středně těžká, těžká nebo s psychotickými rysy, v remisi, bez nebo se somatickým syndromem
- somatický syndrom (odpovídající endogenní depresi v předchozí klasifikaci) : 1. ztráta zájmu a hedonie, 2. nedostatek emočních reakcí, 3. ranní probouzení, 4. ranní pessima, 5. porucha psychomotoriky (retardace či agitovanost), 6. ztráta chuti k jídlu, 7. úbytek hmotnosti , 8. ztráta libida

Klinické formy a jejich projevy

Depresivní porucha - základní příznaky:

- **depresivní nálada abnormní vzhledem k jedinci, ≥ 2 týdny**
- **ztráta zájmu nebo prožitku radosti**
- **snížení energie a zvýšená únavnost**

Další příznaky

- **ztráta sebedůvěry, výčitky**
- **sebevražedné úvahy a jednání**
- **nesoustředivost, nerozhodnost**
- **útlum nebo agitovanost**
- **poruchy spánku a chuti k jídlu (nejčastěji nespavost a nechutenství s odpovídající váhovou odezvou)**

Klinické formy a jejich projevy

F 34 Trvalé poruchy nálady (poruchy trvající >2 roky)

Cyclothymie

- **nestabilní nálada zahrnující deprese a hypománie, nejsou dostatečně závažné aby splňovaly kritéria pro manickou nebo depresivní epizodu**

Dystymie

- **trvalé nebo opakující se depresivní nálady, které nejsou dostatečně závažné, aby splňovaly kritéria pro depresivní poruchu**

Diagnostika

Lékař musí na možnost deprese myslet

- nemocní si často stěžují na únavu, ztrátu energie, vágní somatické příznaky
- neléčená deprese spojena s vysokou utilizací lékařské péče, neschopností a špatným dodržováním léčby
- prům. 10% osob, které navštívily praktického lékaře, příznaky depresivní poruchy, deprese skryta za somatickými potížemi
- často předepisovány trankvilizéry, analgetika, pátrá se po organických příčinách
- deprese přítomna u řady somatických onemocnění

Diagnostika

Bipolární porucha

- důležité odlišení od rekurentní depresivní poruchy
- základní léčbou depresivní poruchy AD, bipolární poruchy stabilizátory nálady
- AD mohou vést k přesmyku do manické fáze
- bipolární deprese - pozitivní rodinné anamnéza, klinický obraz (útlumová forma, přítomnost psychotických symptomů a tendence k chronicitě)

Úloha psychologa

Diagnostika a diferenciální diagnostika

- schizofrenní porucha vs deprese - využití projektivních technik (Rorschachův test , kresba postavy)
- V základní baterii testů lze depresivitu odhalit: K záchytu deprese a jiných poruch v obecné populaci slouží také mezinárodně uznávaný nástroj CIDI (Composit International Diagnostic Interview)
- K hodnocení psychopatologie u deprese speciální posuzovací stupnice (Hamiltonova stupnice pro deprese HAMD, stupnice Beckova, Zungova, Vinařova stupnice FKD, stupnice Montgomeryho a Asbergové MADRS)

Úloha psychologa

Neuropsychologická diagnostika kognitivního deficitu

- testy – krátké, méně zátěžové, pokrývající alespoň pozornost, učení a paměť (vzhledem ke stavu zmapovat nejčastěji poškozené funkce)
- příčinou zhoršeného výkonu také pomalé psychomotorické tempo (třeba při interpretaci zohlednit)
- pro depresivní pacienty typická únava a nevyrovnanost výkonu (na počátku výkony v mezích širší normy, postupně se zhoršují nebo kolísají)
- opatrná interpretace výsledků

Léčba

Léčebné možnosti zahrnují: 1. psychoterapii, 2. antidepressiva, 3. elektrokonvulzivní léčbu, repetitivní transkraniální stimulace

- základní kritérium volby intenzita deprese
- mírné deprese - psychoterapie (kognitivně-behaviorální nebo interpersonální), těžší deprese antidepressiva, elektrokonvulze
- psychotická deprese – antipsychotika
- v rámci první pomoci (agitovanost, suicidální pohotovost) benzodiazepiny nebo antipsychotika

Léčba farmakologická

Fáze léčby

- **akutní léčba:** hlavní cíl odstranit (zmírnit) příznaky, obnovit plně normální funkční schopnosti, tj. dosáhnout plné remise Částečná remise - větší výskyt relapsů
- **léčba udržovací:** cíl udržet stav bez příznaků, trvání 4-6 měsíců po odeznění akutních příznaků (odvíjí se od průměrného trvání neléčené deprese)
- **léčba preventivní (celoživotní):** cíl zabránit návratu deprese u rizikových nemocných, riziko návratu depresivní symptomatologie 2-3 krát vyšší než u léčené deprese

Léčba

Kompliance při léčbě AD

- nejdříve vysazují I pro vedlejší účinky a neúčinnost (do 7 týdnů , později pro obavy z rozvoje závislosti, „musím to zvládnout sám“ a „cítím se lépe“
- 1/3 léčbu nedokončí, průměrní délka antidepressivní léčby \geq 6 měsíců
- více vysazují nemocní v primární péči

Pro complianci významné 4 faktory

- **nemoc** (její příznaky- apatie, nesoustředivost)
- **nemocný**(osobnost, vzdělání, rodina)
- **lékař** (zkušenosti, erudice, schopnost navodit terapeutický vztah, komunikace)
- **lék** (snášlivost, frekvence dávkování, vzhled)

Léčba nefarmakologická

Psychoterapie:

- důležitá součástí léčby
- učí, jak zacházet s příznaky a problémy, trénuje dovednosti, které mohou zabránit nové epizodě
- pomáhá řešit i další problémy v životě (konflikty v interpersonálních vztazích atd)
- samotná psychoterapie účinná u lehčích forem onemocnění
- kombinace psychoterapie s antidepresivy nejúčinnější (léky kontrolují příznaky, psychoterapie pomáhá porozumět co se s člověkem v nemoci děje)

Léčba nefarmakologická

Kognitivně – behaviorální psychoterapie

- identifikuje a opravuje kognitivně zkreslené myšlenky
- behaviorální složka - techniky založené na teorii učení (nácvik sebeovládání, asertivity, řešení problémů), využívá pozitivní posilování, „otužování“ (expozice zátěži, desenzibilizace)

Interpersonální psychoterapie

- Cíl - objasnění a vyřešení problémů role dotyčného, jeho sociální izolace

Manželská terapie

- manželské konflikty či neutěšená situace často stresující vlivy na pozadí rozvoje deprese a podílejí se na rekurenci poruchy

Léčba nefarmakologická

Psychoedukace nemocného a jeho rodiny

- Zdůrazňuje, že deprese je onemocnění (oponuje pocitům viny za neschopnost), časté (oponuje stigmatu), léčitelné (oponuje beznaději), cílem je zlepšení spolupráce – compliance, zmírnění nepřiměřené sebekritičnosti a pesimismu.
- prostředkem je poskytování informací, objasňování povahy nemoci a principů jeho léčby

Rehabilitace a psychoterapie pacientů s kognitivním deficitem

- KBT (kognitivně-behaviorální psychoterapii) se snaží působit na depresi přes kognitivní funkce

Léčba nefarmakologická

Dlouhodobá deprese se promítá do způsobů myšlení popisují se 4 kognitivního styly

- 1. dysfunkční postoje (negativní přesvědčení, která řídí individuální posuzování sebe sama),
- 2. ranná maladaptivní schémata
- 3. atribuční styl, způsob – způsob interpretace, jedinci, kteří přisuzují negativním událostem globálnější, stabilnější a vnitřní atribuci náchylnější k depresi.
- 4. ruminační styl odpovědi- sklon „přežvykovat“ příčiny a následky vlastní deprese
- snaha o ovlivnění pomocí KBT