

Poruchy nálady. Psychiacké poruchy v graviditě a laktaci

(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**
- **Dění za membránou –vliv na molekulární úrovni**
- **endokrinnologické poruchy (hlavně narušení osy hypotalamus – hypofýza a nadledviny), narušení imunity, alteraci cirkadiánních 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 ≥ 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

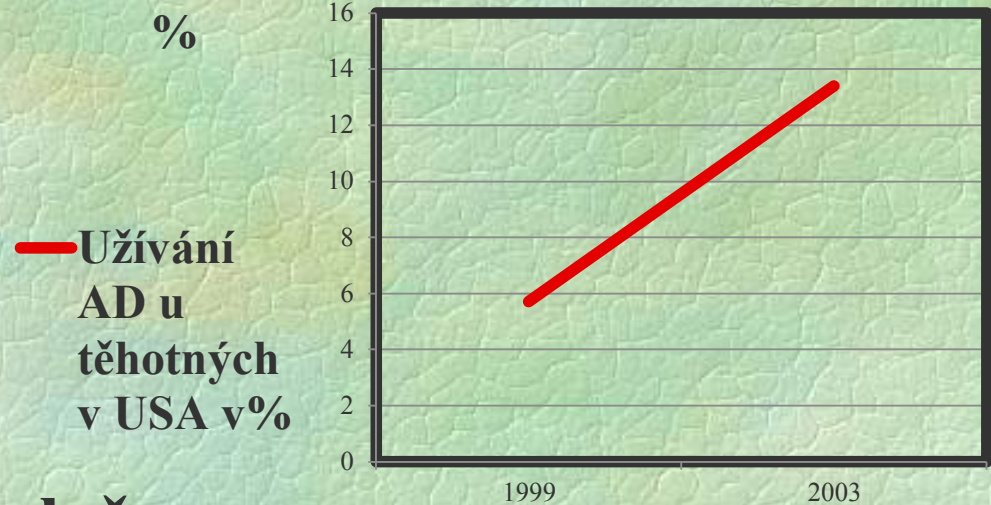
Výskyt deprese v těhotenství

- Výskyt deprese je obecně asi dvakrát vyšší u žen než u mužů
- **Prevalence deprese v těhotenství je asi 10%,** prevalence depresivních symptomů je až 20%
- Náchylnější ženy mladší nebo naopak ženy po 35.roce, s omezenou sociální podporou, bez partnera, s ambivalentními pocity ohledně gravidity, ženy bílé rasy, ženy s předchozími třemi a více porody

Neléčená deprese a její vliv na těhotenství

- Vliv na (ne)plodnost, mechanismus nejasný
- Nepřibývání (matky) na váze, nedostatek prenatální péče, abusus návyk. látek
- Nižší porodní hmotnost, nižší Apgar score, nezralost, menší obvod hlavičky
- ↑ hladiny kortizolu => ↑riziko předčasného porodu

Užívání antidepresiv v těhotenství



USA – 13% všech těhotných žen

× Evropa

Nizozemí, Finsko 2%,

Německo 0,2% těhotných

ČR - Nejsou údaje ?

Preskribce AD narůstá, indikace se rozšiřují
(algický, úzkostný, premenstruální syndrom)

Neg. účinky antidepresiv před těhotenstvím

- Vliv na **sexuální funkce** (SSRI, SNRI): ↓ sexuální libido, ↓ schopnost orgasmu, erekci a ejakulaci
- Vliv na **plodnost**: Nejsou dostačující informace.

Negativní účinky psychofarmak v graviditě

- **vliv na udržení těhotenství:**
 - **vyšší riziko spontánních abortů a předčasných porodů**
- **teratogenita**
- **PNA syndrom**
- **behaviorální toxicita**

Negativní účinky psychofarmak v graviditě

- 15% žen v graviditě psychické problémy, nejčastěji depresi a úzkost

Komplikace neléčených psychický problémů matky

- nízká hmotnost dítě, nezralost může souviset se stresem vedoucím ke zvýšené kortizolémii)
- u dítěte iritabilita, agitovanost, letargie
- vztahové problémy mezi matkou a dítětem (např. spojené s rizikem např. poruch učení
- 1,8 – 2,8% gravidních žen bere SSRI (u nás 0,5 SSRI + BZ) PNA v průměru u 30% novorozenců

Negativní účinky psychofarmak v graviditě

PNA (poor neonatal adaptation) syndrom

- podobné příznaky při expozici AP, AD i BZ
- příznaky do 48 hod., trvání 2-6 dnů
- po expozici SSRI mirtazapinu a venlafaxinu může být kojení protektivní faktor
- příznaky nespecifické, nutné vyloučit jiné příčiny (infekce, neurologická onemocnění), většinou mírné, nevyžadují léčbu, dostačující podpůrná opatření
- u závažných případů hosp. na JIP, léčba fenobarbitalem

(Kieviet N et al, 2013)

Negativní účinky psychofarmak v graviditě

Příčiny PNA

- syndrom z odnětí, toxicita, jejich kombinace, další příčiny
- různá terminologie (PNA, neonatální behaviorální syndrom, postnatální adaptační syndrom, tranzitorní neonatální syndrom, neonatální abstinenční syndrom)
- novorozenec má limitovaný repertoár nespecifických aktivit


Časté příznaky

- neurologické (neklid, změny svalového tonu, tremor, problémy se spánkem, častý pláč)
- GIT (problémy s krměním)
- respirační

Negativní účinky psychofarmak v graviditě

- **teratogenita** (kongenitální malformace) -
- perinatální syndrom (syndrom z vysazení, toxicita)
- behaviorální toxicita (postnatální vývoj)
- Častější spontánní aborty, nižší hmotnost, předčasné porody – inkonzistentní výsledky

Riziko předčasného porodu (OR):

- ženy na SSRI 21%
- neléčená deprese 23% (neléčená žena bez deprese 6%)
 deprese vede k předčasnému porodu at' je léčena, či neléčena

Souhrn terapeutických doporučení:

- **Lehké deprese** – nedirektivní psychoterapie, tělesná aktivita;
po 2 týdnech bez odezvy – KBT nebo interpersonální psychoterapie (AD u žen, které to preferují, které mají anamnézu těžké deprese nebo dobré odezvy na AD);
po 8 týdnech bez odezvy již volit AD
- **Těžké deprese** – AD, KBT, interpersonální psychoterapie, ECT (psychotické příznaky + suicidalita)
- **Volba AD:**
 - předchozí zkušenost
 - profil nežádoucích účinků (**SSRI, případně SNRI jsou považována za bezpečná** – dle dat z observačních studií, randomizované kontrolované studie chybí)
 - **! TCA nejsou nejbezpečnější (srovnatelná nebo horší než SSRI) - nová doporučení 2011**
 - neužívat paroxetin
 - začít nejmenší účinnou dávkou
 - monoterapie
 - **! monitorace odpovědi** (např. PHQ-9 dotazník)

Průzkum „antidepresiva v těhotenství“ – cíle

Cíle:

- Určit podíl těhotných patientek užívajících AD (nebo BZD)
- Určit podíl patientek léčících se s depresí nebo úzkostmi v těhotenství
- Zaměřit se na komplikace v průběhu těhotenství, při porodu, po porodu

(První taková studie v ČR ?)

Průzkum „antidepresiva v těhotenství“ – metodika

Metodika:

- Retrospektivní část – Z nemocničního informačního systému vybrány pacientky rodící na Gynekologicko-porodnické klinice (GPK) FN Brno, (pracoviště Bohunice) v posledních třech letech se záznamem psychiatrické dg. a z nich vybrány pacientky, které před nebo v průběhu těhotenství užívaly AD nebo BZD.
- Prospektivní část – Všem pacientkám rodícím na GPK od (srpen – prosinec 2011) položeny konkrétní otázky:

Průzkum „antidepresiva v těhotenství“ – metodika

- 1.) Užívala jste v období před, případně v období početí, AD a/nebo BZD?**
 - 2.) Užívala jste AD/BZD v době těhotenství? Pokud ano, ve kterých týdnech těhotenství? Kdy jste s užíváním těchto léků začala a kdy skončila?**
 - 3.) Kdo Vám tyto léky ordinoval (praktický lékař, psychiatr, gynekolog) a z jakých důvodů?**
- U takto vybraných pacientek je sledován případný vliv na vývoj plodu, průběh porodu a stav dítěte po porodu (sledované parametry jsou např. malformace zjistitelné UZ screeningem, porodní hmotnost či Apgar score dítěte).

Průzkum „antidepresiva v těhotenství“ – výsledky

- Retrospektivní část:

Z 19.000 rodičích pacientek jen 56 (0,3%) mělo v nemocničním systému dg. úzkostného nebo depresivního spektra, z toho asi 1/3 (tj. 0,1% rodičích) užívala AD před nebo v těhotenství.

Retrospektivně nebylo možné dohledat, kdy s užíváním AD začaly a skončily, nebyly k dispozici všechna potřebná data

Průzkum „antidepresiva v těhotenství“ – předběžné výsledky

Prospektivní část: (Srpen – prosinec 2011)

- 12 užívajících AD/ 2500 rodičích (0,48%)
- 11/12 – chronická monoterapie SSRI
- 1/12 – kombinace (escit + bupro + lamo + BZD)
- 5/11 – AD před nebo v počátku těh. vysazeny, 4/5 znovunasazeny ihned po porodu
- dávky AD - nejnižší účinné (např. sertralin 50mg, escitalopram 10mg)
- 1/12 - BZD

- 12/12 – preskriboval psychiatr, 0/12 – praktický lékař
- Důvody užívání AD: 11/12 - depresivní (+úzkostné poruchy), 1/12 – smíšená porucha osobnosti

Průzkum „antidepresiva v těhotenství“ – předběžné výsledky

- **1/12 – předčasný porod**
- **1/12 - sectio Caesarea z psychiatrické indikace**
- **0/12 dětí – malformace kardiovaskulární či jiná**
- **0/12 dětí – nízká porodní hmotnost**

Závěr

- **Ve srovnání s USA není zatím v ČR užívání AD v těhotenství tak časté. Předpokládáme ale nárůst.**
- **Nejen proto má velký smysl zabývat se užíváním AD v těhotenství a hodnocením jejich bezpečnosti.**