



Poruchy nálady. Psychické poruchy v graviditě a laktaci.

Afektivní poruchy

Základní charakteristika

- porucha nálady a nebo afektu ve smyslu plus, zvýšení (mánie) nebo minus, snížení (deprese)
- zahrnují depresivní, manické a smíšené epizody
- **definice nálady:** déletrvající pohotovost k emočním reakcím určitého směru, déletrvající emoční nastavení nervového systému
- významný ekonomický aspekt (deprese - druhá vedoucí příčina pracovní neschopnosti, morbidity a mortality ve světě v r. 2020)

Charakteristické rysy patických nálad

- intenzita
 - výrazně vyšší intenzita než odchylka normální nálady
- trvání
 - trvá většinou týdny, měsíce, i roky
- nezávislost
 - na psychogenních podnětech – patická nálada je na delší dobu neodklonitelná
- vliv na ostatní psychické funkce
 - př. na myšlení, jednání, vzhled

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

Etioopatogeneza

Biologické faktory

- narušený přenos signálu v CNS, především na úrovni chemických synapsí – změny serotonergních a noradrenergických systémů (zvažovány i další neurotransmiterové systémy, př. cholinergní, GABA-ergní, dopaminergní)
- nedostatek monoaminů (noradrenalin, dopamin a serotonin)
- přesun zájmu na oblasti monoaminu řízené (frontální kortex, hippocampus/amygdala a bazální ganglia), deprese - dysfunkce mozkových okruhů modulovaných monoaminovými systémy
- dění za membránou – vliv na molekulární úrovni
- endokrinoendokrinní poruchy (hlavně narušení osy hypotalamus – hypofýza a nadledviny), narušení imunity, alterace cirkadiálních rytmů
- Teorie – hereditární, dysregulační (vliv stresu, chronobiologie), neurochemická, imunoneuroendokrinní

Etioopatogeneza

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

- MKN 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 dysthymie).
- 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

Nejdůležitější diagnostické jednotky

- **Depresivní porucha**
 - mírná; středně těžká; těžká; těžká s psychotickými příznaky
- **Periodická depresivní porucha (rekurentní)**
 - fáze mírná; fáze středně těžká; fáze těžká; fáze těžká s psychotickými příznaky
- **Manická epizoda**
 - hypománie; mánie; mánie s psychotickými příznaky
- **Bipolární afektivní porucha**
 - fáze manická; fáze depresivní; fáze smíšená
- **Trvalé poruchy nálady**
 - cyklothymie; dysthymie

Jednotlivé formy a jejich klinický obraz

- Z klinického hlediska důležité dělení depresivní poruchy 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
- zvýšená energie a aktivita
- pocity 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

Manická epizoda

- přítomnost minimálně 3 z následujících příznaků
 - 1) zvýšená aktivita nebo tělesný neklid
 - 2) zvýšená hovornost ("tlak řeči")
 - 3) roztržitost, narušená koncentrace (v těžších případech stálé změny aktivit a plánů)
 - 4) snížená potřeba spánku
 - 5) zvýšená sexuální energie
 - 6) lehkomyšlné chování až nezodpovědné hazardování
 - 7) ztráta normálních sociálních zábran
 - 8) myšlenkový trysk
 - 9) zvýšené sebehodnocení nebo velikášství

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

Bipolární afektivní porucha

- V průběhu poruchy došlo k výskytu minimálně 2 epizod opačné polarity (depresivní a manické či 2 epizod manických).
- Porucha nálady, kdy se u pacienta vyskytla minimálně jedna hypomanická, manická nebo smíšená epizoda a libovolné množství dalších hypomanických, manických, depresivních nebo smíšených epizod.
- Epizody jsou od sebe oddělené různě dlouhými remisemi.

BAP - dělení

- BAP, současná epizoda hypomanická
- BAP, současná epizoda manická
 - bez psychotických příznaků
 - s psychotickými příznaky
- BAP, současná epizoda mírné nebo středně těžké deprese
- BAP, současná epizoda těžké deprese
 - bez psychotických příznaků
 - s psychotickými příznaky
- BAP, současná epizoda smíšená

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 pessimismus, 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)

Rekurentní depresivní porucha

- Dg.kritéria dle MKN-10
 - 1) v minulosti se vyskytla alespoň jedna depresivní epizoda, oddělená od současné epizody obdobím alespoň 2 měsíců, kdy se nevyskytovaly žádné výrazné emoční příznaky
 - 2) nikdy v minulosti se nevyskytla epizoda hypomanická nebo manická

Klinické formy a jejich projevy

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

Cyklothymie

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

Dysthymie

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

Dysthymie

- Opakovaně se vracející stavy depresivní nálady a období mezi nimi jsou velmi krátká, tyto stavy však nesplňují kritéria pro lehkou periodickou depresivní poruchu; hypománie se nevyskytuje.
- „mírná chronická deprese“
- Dlouhodobá „podprahová“ deprese fluktuující nebo perzistentní povahy
- Dispozice k „nenáladě“, zachmuřelosti, skepsi
- Zabývání se výčitkami, příkořími z minulosti
- Nedostatek energie a letargie
- Nízké sebevědomí a zaobírání se selháními
- Trápení pokládá za součást svého já
- Horší kvalita života

Cyklothymie

- Střídání pokleslé nálady s nadnesenou
- Nesplňuje dg. kritéria pro manickou ani depresivní epizodu

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. antidepresiva, 3. elektrokonvulzivní léčbu, repetitivní transkraniální magnetická stimulace
- základní kritérium volby intenzita deprese
 - mírné deprese - psychoterapie (kognitivně-behaviorální nebo interpersonální)
 - těžší deprese - antidepresiva, 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, průměrná 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 antidepresivou 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 stigma), 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
- kognitivní trénink

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)

Negativní účinky antidepresiv před těhotenstvím

- vliv na sexuální funkce (SSRI, SNRI): ↓ sexuální libido, ↓ schopnost orgasmu, erekce a ejakulace
- 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 ať 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)