

**Katedra i Klinika Psychiatryczna
Akademii Medycznej w Warszawie**

Choroby afektywne i zaburzenia nastroju

***Maria Radziwoń – Zaleska
Joanna Wilkowska
Piotr Januszko***

Zespół depresyjny / Zespół maniakalny

– Zespół depresyjny:

- - obniżony nastrój
- - spowolniony tok myślenia
- - spowolnienie ruchowe

– Zespół maniakalny:

- - podwyższony nastrój,
- - przyspieszony tok myślenia
- - pobudzenie ruchowe

Zespół depresyjny

- ❖ - obniżenie nastroju,
- ❖ - obniżenie napędu psychoruchowego,
- ❖ - zaburzenia rytmów okołodobowych,
- ❖ - lęk
- ❖ - objawy somatyczne

Epizod depresyjny – (F.32)

- Do ustalenia rozpoznania epizodu depresyjnego (wszystkich jego trzech stopni nasilenia – łagodny, umiarkowany, ciężki) niezbędne jest utrzymywanie się zaburzeń przez okres co najmniej 2 tygodni).
 - ❖ (ICD-10)

- Epizod depresyjny łagodny
- Epizod depresyjny umiarkowany
 - Bez lub z objawami somatycznymi (z – występują 4 lub więcej objawy somatyczne, jeżeli osiągają skrajne nasilenie – wystarczy stwierdzenie obecności 2 lub 3 objawów).
- Epizod depresyjny ciężki z/lub bez objawów psychiatrycznych.

Depresja poronna - maskowana

Maski psychopatologiczne

- ❖ zaburzenia lękowe (lęk przewlekły)
- ❖ natręctwa
- ❖ zespół agorafobii
- ❖ jadłowstręt (anorexia)

Zaburzenia rytmów biologicznych

- ❖ bezsenność
- ❖ nadmierna senność (hipersomnia)

Maski „wegetatywne” i psychosomatyczne

- ❖ zespół dławicy piersiowej
- ❖ zaburzenia motoryki przewodu pokarmowego,
- ❖ stany spastyczne dróg żółciowych
- ❖ świąd skóry

Maski bólowe

- ❖ bóle głowy
- ❖ neuralgia (np. nerwu trójdzielnego)

Maski behawioralne

- ❖ okresowe nadużywanie alkoholu
- ❖ okresowe nadużywanie leków

Zespół maniakalny

- Zaburzenia nastroju (nastrój maniakalny),
- Zaburzenia napędu psychoruchowego (podniecenie maniakalne),
- Zaburzenia niektórych procesów fizjologicznych i metabolicznych oraz rytmów biologicznych,
- Zaburzenia emocji (dysforia).

Epizod maniakalny (F30)

- **Hipomania** (zaburzenia nastroju i zachowania są zbyt przewlekłe i uporczywe i wyraźne, żeby zaliczyć je do cyklotymii, nie towarzyszą im urojenia ani omamy),
- **Mania bez objawów psychotycznych** (epizod powinien utrzymywać się co najmniej 1 tydzień, jego nasilenie powinno uniemożliwiać wykonywanie codziennej pracy i zaburzać aktywność w środowisku),
- **Mania z objawami psychotycznymi** (drażliwość, podejrzliwość, urojenia wielkościowe, posłannictwa religijnego, prześladowcze).
 - ❖ (ICD-10)

Zaburzenia afektywne (ICD-10)

Epizod maniakalny (F 30)

Zaburzenia afektywne dwubiegunowe (F 31)

Epizod depresyjny (F 32)

Zaburzenia depresyjne nawracające (F 33)

Uporczywe (utrwalone) zaburzenia nastroju (F 34)

w tym:

cyklotymia

dystymia

Inne zaburzenia nastroju (F 38)

w tym:

mieszany epizod afektywny

nawracające krótkotrwałe zaburzenia depresyjne

Zaburzenia depresyjne nawracające - CHAJ

- Zaburzenia te cechują powtarzające się epizody depresji, bez jakichkolwiek w przeszłości epizodów spełniających kryteria manii,
- Wiek, w którym występuje pierwszy epizod, ciężkość epizodów, ich długość oraz częstość wykazuje zmienność osobniczą,
- Pierwszy epizod pojawia się zwykle później niż w chorobie afektywnej dwubiegunowej, średnio w piątej dekadzie życia.

- Czas trwania epizodów mieści się w przedziale 3-12 miesięcy (średnio około 6 miesięcy),
- Powrót do zdrowia u 80-85%,
- Poszczególne epizody są często wyzwalane przez wydarzenia życiowe,
- Częstość występowania przewlekłej depresji oraz epizodu depresyjnego jest dwukrotnie większa u kobiet niż u mężczyzn,
- Zgon, związany z zamachem samobójczym 15 – 25%.
 - ❖ (Pużyński, 2004, ICD-10).

Zaburzenia depresyjne nawracające (F.33)

- Obecnie epizod depresyjny łagodny,
- Obecnie epizod depresyjny umiarkowany,
- Obecnie epizod depresyjny ciężki bez/z objawami psychotycznymi,
- Obecnie remisja,
- aktualny epizod spełnia w/w kryteria, w przeszłości co najmniej 2 epizody o czasie trwania nie krótszym niż 2 tygodnie, oddzielone kilkumiesięcznym okresem wolnym od wyraźniejszych zaburzeń nastroju.

❖ (ICD-10)

Zaburzenia afektywne dwubiegunowe

- Zaburzenia charakteryzują się nawrotami (co najmniej dwoma) epizodów chorobowych z wyraźnie zaburzonym nastrojem i aktywnością w postaci manii lub hipomanii oraz depresji,
- Zwykle zaczyna się przed 40 r.ż., (28 – 35 lat),
- Równie często u kobiet i u mężczyzn,
- Fazy krótsze niż w chorobie afektywnej jednobiegunowej, faz więcej w roku.

Uporczywe zaburzenia nastroju – F.34

- **CYKLOTYMIA** – utrzymujące się stale wahania nastroju w postaci licznych epizodów łagodnej depresji oraz stanów łagodnie wzmożonego samopoczucia, nie spełniające kryteriów F.30 i F.32.

Niestabilność samopoczucia pojawia się już we wczesnej młodości, wykazuje przewlekły przebieg, nastrój w okresie kilku miesięcy może być prawidłowy. Zmiany nastroju nie wykazują zwykle związku z wydarzeniami życiowymi. Można wyodrębnić wczesny (młodzieńczy) i późny początek zaburzeń.

(ICD-10)

Uporczywe zaburzenia nastroju (F.34) – c.d.

- **DYSTYMIA** – przewlekłe obniżenie nastroju, trwające przynajmniej przez kilka lat (2 lata) nie spełniające kryteriów nawracających zaburzeń depresyjnych o łagodnym lub umiarkowanym nasileniu.
- Osoby dotknięte dystymią miewają okresy (dni, tygodnie) zupełnie dobrego samopoczucia, jednak większość czasu (miesiące) czują się zmęczone i przygnębione, wszystko łączy się z dużym wysiłkiem i brakiem zadowolenia. Są zniechęcone, cierpiące, narzekają na zaburzenia snu, są jednak w stanie podjąć codziennym obowiązkom.

❖ (ICD-10)

Inne zaburzenia nastroju (F.38)

- Epizod mieszanych zaburzeń afektywnych
Epizod afektywny utrzymujący się co najmniej 2 tygodnie, który cechuje współwystępowanie lub szybka zmiana (zazwyczaj w ciągu kilku godzin) objawów hipomanii, manii lub depresji.

(ICD-10)

Inne zaburzenia nastroju (F.38) – c.d.

- F.38.10 Nawracające krótkotrwałe zaburzenia depresyjne

Nawracające, trwające krótko epizody depresji, pojawiające się prawie co miesiąc, w okresie minionego roku. Czas trwania poszczególnych epizodów nie przekracza 2 tygodni (typowo 2-3 dni, z powrotem do pełnego zdrowia), spełniają kryteria F.32.

(ICD-10)

Zaburzenia afektywne dwubiegunowe z szybką zmianą faz

- Liczba faz przekracza 4 w roku.

Zaburzenia afektywne sezonowe :

- Występowanie epizodów depresji głównie zimą, u licznych chorych występują stany hipomanii wiosną, u części pojawiają się epizody afektywne również w innych porach roku.
- Jest to szczególny wariant zaburzeń afektywnych dwubiegunowych (DSM-IV).
- 60-90% u kobiet, głównie w rejonach, w których występuje w okresie zimy duży niedobór światła słonecznego.

Etiologia:

- ❖ - **psychologiczne (etiologia reaktywna),**
- ❖ - **somatyczne (choroby somatyczne, leki i zmiany naczyniowe oraz organiczne ośrodkowego układu nerwowego),**
- ❖ - **przyczyny endogenne (nawracające zaburzenia afektywne)**

Depresja wieku podeszłego

Depresja jest najczęściej spotykanym zaburzeniem psychicznym u pacjentów powyżej 65 roku życia.

Rozpowszechnienie od 5 do 44 %.

Depresja wieku podeszłego:

- ❖ - depresja z urojeniami
- ❖ - z podnieceniem ruchowym
- ❖ - zespół depresyjno-asteniczny

U pacjentów w podeszłym wieku obraz kliniczny depresji niekiedy przypomina zespół otępienny (rzekome otępienie depresyjne). Dość często oba stany (depresja i otępienie) współistnieją, depresja pogłębia wówczas (niekiedy znacznie) zaburzenia pamięci i deficyt procesów poznawczych.

Czynniki ryzyka zespołów depresyjnych u pacjentów w wieku podeszłym

- ❖ - utraty: małżonka, przyjaciół, zdrowia fizycznego, pracy, pozycji społecznej itd.,
- ❖ - pogorszenie sytuacji materialnej,
- ❖ - izolacja społeczna,
- ❖ - upośledzenie funkcjonowania narządów zmysłów – osłabienie wzroku i słuchu,
- ❖ - współwystępowanie chorób somatycznych.

Rozpowszechnienie depresji w populacji osób chorych somatycznie

Rodzaj choroby	Rozpowszechnienie depresji
Choroby nerek	do 20%
Choroba Parkinsona	do 50%
Choroby tarczycy	20-30%
Choroby wątroby	do 15%
Cukrzyca	do 10%
Nowotwory	20-40%
Padaczka	20-30%
Udar mózgu	25-35%
Zawał mięśnia sercowego	15-25%
Zespoły bólowe	do 50%

(Pużyński, 2005)

Schorzenia somatyczne i stany, w których depresja występuje jako powikłanie

- ❖ Choroby układu krążenia
- ❖ Zaburzenia hormonalne i inne schorzenia przemiany materii
- ❖ Nowotwory
- ❖ Zabiegi chirurgiczne
- ❖ Choroby narządów mięszowych
- ❖ Choroby przewlekłe
- ❖ Choroby układowe
- ❖ Infekcje przewlekłe
- ❖ Infekcje wirusowe
- ❖ Niedobory witamin
- ❖ Zatrucie przewlekłe

(Pużyński, 2005)

Leki i inne substancje chemiczne, przy których stosowaniu depresja może pojawić się jako powikłanie:

- Leki hipotensyjne (rezerpina, klonidyna, beta-adrenolityki),
- Neuroleptyki
- Środki o działaniu cholinolitycznym (fizostygmina, pestycydy),
- Steroidy nadnerczowe,
- Hormonalne środki antykoncepcyjne,
- Antagoniści kanału wapniowego,
- Leki o działaniu dopaminergicznym, przeciwserotoninowym,
- Leki o wpływie Gabaergicznym (pochodne kwasu walproinowego, benzodiazepiny),
- Leki przeciwhistaminowe (cimetydyna),
- Leki noradrenergiczne (amfetamina i jej pochodne),
- Leki działające na receptor opioidowy (naltrekson),
- Leki przeciwgruźlicze, przeciwnowotworowe,
- Interferony.

Epizod depresji w okresie poporodowym

10 – 15% kobiet rodzących

(Rajewska, 2002)

10 – 20% kobiet rodzących

(Miller, 2002)

10-15% kobiet rodzących

(Robertson i wsp., 2004)

6,5 – 8,5% kobiet rodzących – 50% rozwinęło zaburzenia depresyjne po porodzie, 25% już w czasie ciąży

(Yonkers i wsp., 2001)

Obraz kliniczny epizodu depresyjnego po porodzie

- ❖ obniżony nastrój – myśli, zamiary i próby samobójcze
- ❖ poczucie winy
- ❖ myśli natrętne
- ❖ myśli dotyczące przemocy wobec noworodka
- ❖ zaburzenia koncentracji uwagi
- ❖ niepokój psychoruchowy
- ❖ napady paniki
- ❖ płaczliwość
- ❖ brak zainteresowania noworodkiem
- ❖ bezsenność (*trudności w zasypianiu*) **(DSM-IV)**

Epizod depresji z objawami psychiatrycznymi

- ❖ raz na 500 – 1000 porodów
- ❖ częściej u pierworódek
- ❖ częściej u osób, u których stwierdzono w przeszłości zaburzenia dwubiegunowe
- ❖ urojenia (*noworodek jest opętany przez diabła, ma nadzwyczajną siłę, ciążą nad nim złe moce*)
- ❖ halucynacje (?)
- ❖ dzieciobójstwo
- ❖ ryzyko nawrotu przy następnym porodzie wynosi 30 – 50% **(DSM-IV)**

Depresje w przebiegu uzależnienia od alkoholu

- ❖ stany depresyjne pojawiające się w przebiegu długotrwałego nadużywania alkoholu – o przyczynach sytuacyjnych
- ❖ depresje będące przejawem zespołu abstynencyjnego, występującego bezpośrednio po przerwaniu ciągu picia bądź po dłuższym okresie abstynencji
- ❖ nadużywanie alkoholu w przebiegu depresji typu endogennego (nierzadko jako jej maska)
- ❖ uzależnienie od alkoholu jako powikłanie nawracających zaburzeń afektywnych, niekiedy ich zejście

Przyczyny zespołów maniakalnych:

- Nadczynność tarczycy,
- Nadczynność nadnerczy, mocznica, hemodializa,
- Niedobory witamin: PP, B12,
- Grypa, mononukleozą zakaźną,
- Zabiegi chirurgiczne,
- Choroby zwyrodnieniowe OUN: płasawica, SM, ch. Picka, kiła OUN,
- Guzy mózgu, stany pourazowe i zapalne OUN.

Leki, mogące wywoływać zespół maniakalny:

- Amfetamina,
- Bromokryptyna, disulfiram, izoniazyd,
- Lewodopa,
- Alprazolam, triazolam,
- Metoklopramid,
- ACTH, preparaty tarczycy, steroidy nadnerczowe,
- Cimetydyna

Ocena psychometryczna chorób afektywnych:

- Skala Depresji Hamiltona (HDRS),
- Skala Montgomery – Asberg,
- Inwentarz – Skala Depresji Becka,
- Skala Manii Younga.

Metody leczenia depresji:

- ❖ podawanie leków przeciwdepresyjnych (w Polsce jest zarejestrowanych 21 leków o różnej budowie chemicznej i różnych mechanizmach działania)
- ❖ podawanie leków normotymicznych (węglan litu, niektóre leki przeciwpadaczkowe)
- ❖ podawanie leków neuroleptycznych wykazujących działanie przeciwdepresyjne
- ❖ psychoterapia, głównie poznawcza oraz interpersonalna
- ❖ fototerapia
- ❖ wymuszona bezsenność (pozbawienie snu nocnego)
- ❖ elektrowstrząsy

(Pużyński, 2005)

Farmakoterapia chorób afektywnych:

Czas leczenia epizodu depresyjnego (Stahl, 2002):

- I epizod – min. 12 miesięcy,
- II epizod – min. 2 lata,
- III epizod – bezterminowo.

Leczenie zaburzeń afektywnych dwubiegunowych:

Leczenie ostrej fazy: stabilizator nastroju
(zwłaszcza w szybkiej zmianie faz),

Stabilizator nastroju + leki przeciwdepresyjne,
EW.

Profilaktyka zaburzeń afektywnych:

- Zaburzenia depresyjne nawracające: leki przeciwdepresyjne
- Zaburzenia afektywne dwubiegunowe:
sole litu,
kwas walproinowy,
karbamazepina,
lamotrygina,
kwetiapina,
olanzapina.

Leczenie zaburzeń afektywnych u pacjentów w podeszłym wieku

- Stosowanie $1/3$ – $1/2$ dawki stosowanej u osób młodych,
- Unikanie leków o silnym działaniu cholinolitycznym,
- Preferowane SSRI i IMAO,
- Łączenie leków przeciwdepresyjnych i neuroleptyków wymaga dużej ostrożności,
- Stosowanie technik monitorujących.