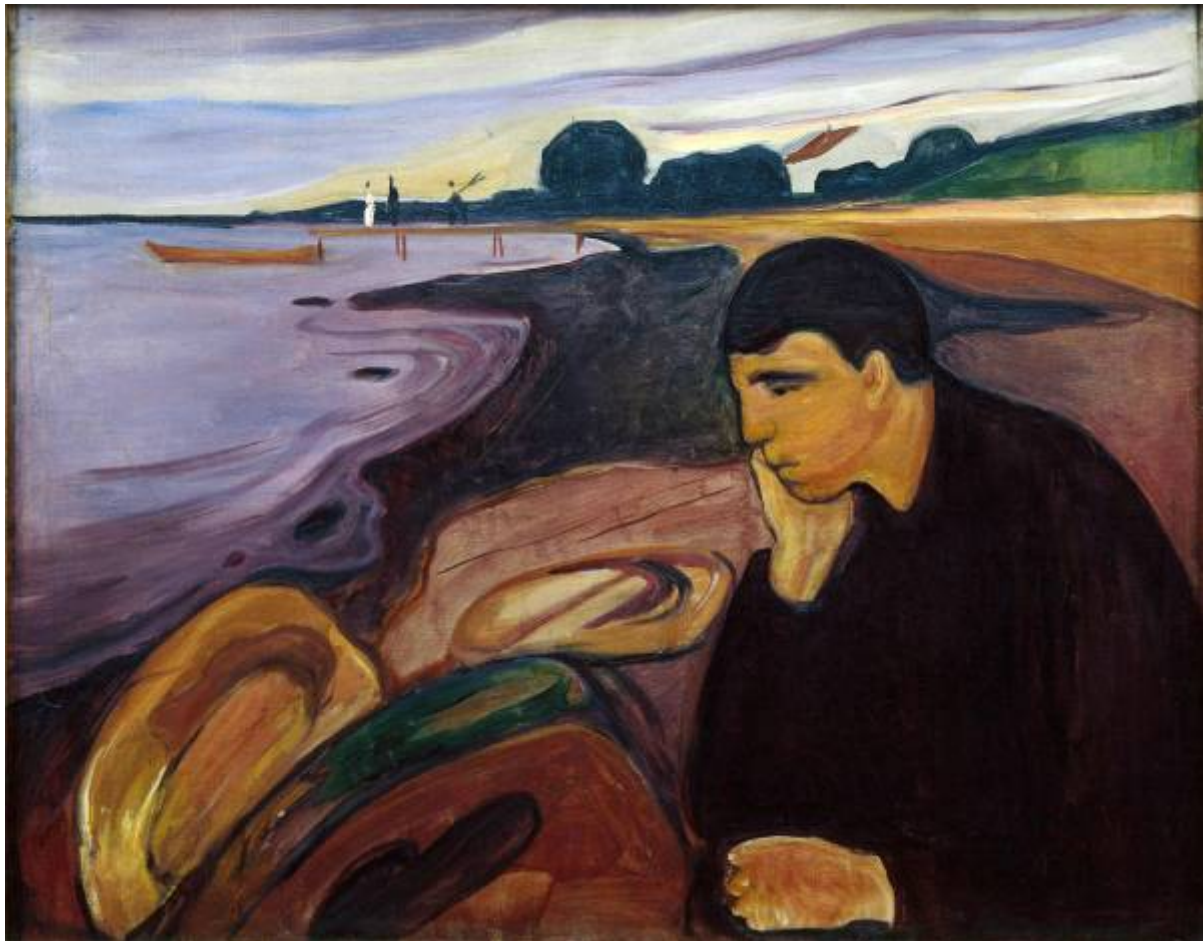


Afektivní poruchy

= poruchy nálady



Poruchy nálady jsou poruchy, kde je vedoucím příznakem patologicky zvýšená nebo pokleslá nálada. Tato náladová změna postihuje téměř všechny psychické funkce.

Poruchy nálady dělíme na

Jedna epizoda:

- **Depresivní epizoda**
- **Manická epizoda**

Opakující se epizody:

- **Rekurentní depresivní porucha**
- **Bipolární afektivní porucha**

Perzistentní poruchy nálady:

- **Dysthymie**
- **Cyklothymie**

Depresivní poruchy

Depresivní poruchy jsou charakterizovány depresivní náladou (např. smutnou, podrážděnou, nicotnou) nebo ztrátou potěšení doprovázenou dalšími kognitivními, behaviorálními nebo neurovegetativními příznaky, které významně ovlivňují schopnost jedince fungovat.

Symptomy- poruchy psychických funkcí charakteristické pro depresivní poruchy:

- **nálada - pokleslá:** smutek, zármutek, beznaděj, prázdno, úzkost, podrážděnost, apatie, ranní pesima (horší nálada ráno po probuzení)
- **myšlení - zpomaleno** (bradypsychismus), snížené sebehodnocení, pocit vlastní nedostatečnosti, sebeobviňování, katathymie (“černé brýle”)
 - depresivní bludy u psychotické deprese- typicky hypochondrický (pacient je přesvědčen, že trpí nevléčitelnou nemocí), paranoidní (pacient se cítí pronásledován pro zlo, které vykonal, jedná se o eskalaci sebeobviňování), negace (pacient má pocit, že neexistuje, nemá ani orgány, nemůže umřít, bude trpět navěky)
- **vnímání** - zkreslená interpretace neutrálních signálů okolí jako negativních
 - poruchy vnímání (halucinace) u psychotické deprese - zejména dehonestující, pacientovi nadávají
- **psychomotorické tempo - zpomalené**, může být až stupor, hypomimie, hypospontaneita, někdy agitovanost
- **vůle:** hypobulie, snížená motivace, nerozhodnost, asteničnost
- **kognitivní funkce:** zhoršení pozornosti, paměti, snížená intelektová výkonnost
- **pudy**- narušení pudu sebezáchovy (sebevražedné myšlenky a sebevražedná aktivita), výživy (anorexie), pohlavního (snížení libida), sociálního (sociální izolace), rodičovského (neschopnost postarat se o děti)
- hypohedonie
- hypoergie
- snížení zájmu o jinak příjemné aktivity
- nevýkonnost
- ztráta smyslu života
- **tělesné příznaky** - únava, bolesti (snížený práh bolesti), insomnie s časným ranním probuzením, vzácně hypersomnie, pokles tělesné hmotnosti, snížení zájmu o sex, GIT obtíže, KVS obtíže, polymorfní tělesné stesky

Výskyt:

- v populaci **5-20%**,
- u adolescentních a dospělých žen je výskyt dvounásobný oproti mužům (celoživotní riziko vzniku depresivní poruchy u žen 10-25%, u mužů 5-12%)
- těžká depresivní epizoda je spojená s vysokou mortalitou - 15% umírá sebevraždou

Etiopatogeneze

- multifaktoriální
- často souvis s životními problémy, může ale vzniknout bez psychologicky srozumitelného spouštěcího mechanismu
- **neurobiologie**
 - změna působení neurotransmiterů (serotoninu, noradernalinu, dopaminu) a změna v

- aktivitě, počtu a citlivosti receptorů
- souvisí s biologickými ději na synaptické membráně a s přenosem signálu, který v konečné fázi **inhibuje genovou expresi a neurogenezi, což vede k dysfunkci neuronálních sítí v mozku**
- u deprese je snížené BDNF, dochází k **narušení neuroplasticity** v hipokampu, amygdale a mozkové kůře - (to je způsobeno změnami v účincích neurotransmiterů, hormonů a růstových faktorů)
- **genetika**
 - konkordance u jednovaječných dvojčat je 40%, u dvouvaječných 11%, mezi příbuznými se vyskytuje onemocnění v 20% oproti 7% z kontrolního souboru
 - polymorfismus genu pro SERT (serotoninový transportér)- krátká a dlouhá alela (s/s, s/l, l/l) s má nižší transkripční účinnost - je odpovědná za silnější vliv stresu na depresivní symptomy
 - variace genu pro tryptofanhydroxylázu (TPH), který vyrábí serotonin
 - variace v genech pro neurotrofní faktory jako BDNF
- **STRES**
 - při chronickém stresu roste rezistence k neurosteroidům a dochází k dysregulaci HPA osy (hyperaktivace stresové reakce- hyperstimulace glutamátu, snížené působení GABA, to vede k excitotoxickému působení glutamátu), dochází k atrofii hipokampálních neuronů, snížení BDNF, snížení energetické kapacity, zvýšení kyslíkových radikálů, co vede ke **smrti neuronů a inhibici neurogeneze**
- **endokrinologie**
 - vedle glukokortikoidní dysregulace souvisí deprese s estrogení aktivitou (vyšší výskyt u žen, riziková menopauza, poporodní období, podklad předmenstruační dysforické poruchy)
- **chronobiologie**
 - desynchronizace biologických rytmů - změny hladin melatoninu - zejména u sezónní deprese
- **neuroimunologie**
 - při imunitní odezvě se tvoří působky, které vedou k degradaci serotoninu, rovněž stimulují stresovou osu
 - vysoká prevalence deprese u chronických zánětlivých chorob (např. reumatoidní artritida)
 - elevace CRP vede ke zvýšení glutamatergní aktivity a k excitotoxicitě
- **Psychosociální faktory**
 - traumatizace, ACEs-*adverse childhood experiences*- jako je fyzické a sexuální zneužívání v dětství, ztráta matky před 11. rokem života, nemoc a závislost u pečujících osob, závažná nemoc dítěte, rozvod rodičů...
 - společenská izolace, šikana,
 - ztráta blízkého (rozvod, ovdovění)
 - životní milníky: poporodní období, menopauza, odchod do důchodu
 - finanční tíseň, ztráta zaměstnání
- **Souvislost s ostatními duševními poruchami**
 - zneužívání návykových látek a závislost působí depresogenně, zejména alkohol
 - častá u dekompenzace poruch osobnosti, poruch příjmu potravy, demencí, nasedá na chronické úzkostné poruchy aj...

Ve vztahu k somatickým onemocněním:

- **1. deprese je často komorbiditou u tělesných onemocnění**
 - faktory, které významně zvyšují riziko vzniku deprese u tělesně nemocných:
 - historie deprese

- náhlé zhoršení chronické nemoci, recidiva onkologického onemocnění
- chirurgické výkony
- chemoterapie, radioterapie,
- fyzická nebo psychická ztráta blízké osoby, osamocení,
- chronická bolest
- progresivně se zhoršující fyzické postižení
- **2. deprese je často symptomem tělesného onemocnění**
 - tyreopatie, cukrovka, Cushing
 - jaterní nemoci, hyponatremie, uremie
 - infekční choroby: TBC, syfilis, hepatitis, astma bronchiale, encefalitida, endokarditida
 - neurodegenerativní choroby: Alzheimer, Huntington, Parkinson, roztroušená skleróza, stav po cévní mozkové příhodě
 - anémie, karcinomy, lupus erythematodes, ischemická choroba srdeční
- **3. deprese je často důsledkem léčby**
 - farmakoterapie: např. léčba kortikosteroidy, interferonem, levetiracetamem, haloperidolem, chlorpromazinem, atd.
- **4. deprese se může vyskytovat jako porucha přizpůsobení** (reakce na stres) spojená s bolestí a sociálními důsledky tělesného onemocnění

Diagnóza

- rozhovor - opírá se o anamnézu, psychopatologii, klinický stav nemocného
- vyloučení somatického onemocnění, toxického působení návykových látek, organického onemocnění
- odlišení od fyziologického smutku (zjevná příčina, je méně intenzivní, nebrání adaptaci na novou skutečnost, mění se v čase)
- dotazníkové metody: Beckova stupnice deprese (více v praxi), Hamiltonova škála deprese (zejména ve výzkumu)

dle MKN-10:

Depresivní epizoda F32

A kritéria

- trvání alespoň 2 týdny
- nikdy se během života nevyskytli příznaky svědčící pro hypomanickou/manickou epizodu
- není způsobena užíváním návykových látek, nebo organickou poruchou

B kritéria

- depresivní nálada, abnormálně smutná, většinu dne každý den
- ztráta zájmu
- pokles energie, zvýšená unavitelnost

C kritéria

Somatický depresivní syndrom (alespoň 4 následující):

- ztráta zájmu/potěšení z příjemných aktivit
- nedostatek emočních reakcí na aktivity, které většinou vyvolávají emoční odpověď
- ranní probouzení dvě nebo více hodin před obvyklou dobou
- deprese je těžší ráno

- ztráta sebedůvěry nebo sebeúcty
- výčitky vůči sobě a pocity viny
- myšlenky na smrt nebo sebevraždu, jakékoliv suicidální chování
- stížnost/důkazy pro sníženou schopnost myslet, soustředit se, nerozhodnost, váhavost
- změny psychomotorické aktivity
- poruchy spánku jakéhokoliv typu

- výrazná psychomotorická retardace
- ztráta chuti k jídlu
- úbytek hmotnosti
- zřetelná ztráta libida
- změna chuti k jídlu s odpovídajícími změnami hmotnosti

Lehká depresivní epizoda (F32.0):

- všechny A kritéria, alespoň 2 B kritéria, 1 nebo více C kritérií

Středně těžká depresivní epizoda (F32.1):

- všechny A kritéria, alespoň 2 B kritéria, tolik C kritérií, aby B+C bylo alespoň 6

Těžká depresivní epizoda (F32.2)

- všechny A kritéria, všechny B kritéria, alespoň 5 C kritérií (B+C alespoň 8) - nesmí být psychotické příznaky (halucinace, bludy, stupor)

Těžká depresivní epizoda s psychotickými příznaky (F32.3)

- musí být splněny kritéria pro těžkou depresivní epizodu
- jsou přítomny buď bludy nebo halucinace (nejčastěji depresivní, sebeobviňující, hypochondrický, nihilistický, nebo paranoidní bludný obsah, dehonestující auditivní halucinace), nebo depresivní katatonní stupor
- nejsou splněny kritéria pro schizofrenii, nebo schizoafektivní poruchu

Rekurentní (periodická) depresivní porucha (F33)

- v minulosti se vyskytla alespoň jedna depresivní epizoda, která byla oddělená od současné epizody minimálně 2 měsíce bez příznaků
- rozlišuje ještě současnou fázi lehkou, střední, těžkou, těžkou s psychotickými příznaky, a fázi remise
- spadá sem i sezónní afektivní porucha

Sezónní afektivní porucha: podtyp periodické depresivní poruchy, kde jsou epizody deprese vázané na roční období (většinou na zimu).



- Tíže epizody bývá mírná až středně závažná, pacienti si většinou stěžují na pokles nálady, podrážděnost, zvýšenou unavitelnost, denní spavost, pokles koncentrace či zvýšenou citlivost na kritiku
- V patogenezi pravděpodobně hraje dominantní vliv různá intenzita slunečního světla během ročních období (prevalence poruchy roste v zimě a dále s tím, čím dále jsme od rovníku) s rozladěním denních (cirkadiálních) rytmů organismu
- V terapii se proto mimo antidepresiv uplatňuje fototerapie - léčba jasným světlem imitujícím slunce

Diagnóza dle MKN 11

Depresivní epizoda: Období depresivní nálady nebo sníženého zájmu o činnosti po většinu dne, téměř každý den, po dobu nejméně dvou týdnů, doprovázené dalšími příznaky, jako jsou obtíže se soustředěním, pocity neschopnosti nebo pocity nadměrné či nepřiměřené viny, beznaděje, vracející se myšlenky na smrt nebo sebevraždu, změny chuti k jídlu nebo spánku, psychomotorická agitovanost nebo zpomalení a snížená energie

nebo únava. Nikdy předtím se nevyskytly žádné manické, hypomanické nebo smíšené epizody, které by svědčily o přítomnosti bipolární poruchy.

- Příznaky **mírné** depresivní epizody zpravidla způsobují jedinci utrpení a určité funkční obtíže nadále vykonávat činnosti v jedné nebo více oblastech (osobní, rodinné, sociální, školní, pracovní nebo jiné významné oblasti).
- U **středně těžké** depresivní epizody je celkově přítomno buď několik závažných příznaků deprese nebo velký počet méně závažných depresivních příznaků. Jedinec má typicky značné obtíže vykonávat činnosti v mnoha oblastech (osobní, rodinné, sociální, školní, pracovní nebo jiné významné oblasti).
- U **těžké** depresivní epizody je přítomno buď mnoho nebo většina příznaků deprese, které jsou závažné nebo menší počet příznaků, které se projevují intenzivně. Jedinec má vážné obtíže vykonávat činnosti ve většině oblastí (osobní, rodinné, sociální, školní, pracovní nebo jiné významné oblasti).

MKN 11 tedy přihlíží v diagnostice k celkovému fungování v důležitých oblastech fungování, ještě rozlišuje středně těžkou depresivní epizodu s psychotickými příznaky, těžkou depresivní epizodu s psychotickými příznaky a rekurentní depresivní poruchu s rozlišením aktuální fáze

Průběh a prognóza

- neléčená trvá 6-12 měsíců, pak spontánně odezní
- u 30 % nemocných fázický průběh, období remise trvají měsíce až roky
- u 19% nemocných chronifikuje, vede k invalidizaci
- u 50% pacientů se za život vyskytne pouze jedna epizoda
- významně ovlivňuje kvalitu života zhoršuje průběh somatických onemocnění
- 25% relapsů se dostavuje během 12 týdnů remise

Zátěž invalidizací

- psychiatrické onemocnění tvoří 1/3 z 25 onemocnění nejvíce zatěžujících společnost invalidizací (*YLD-years lived with disability*)
- depresivní porucha je **na 2. místě** (po bolesti lumbální páteře) (9- úzkostné poruchy , 11- schizofrenie, 16-dysthymia, 17-bipolární porucha, 19-other substance, 21-alzheimer, 22-alkohol) [Global burden of disease study Lancet 2015](#)

Léčba deprese

- **Farmakoterapie** – antidepresiva + možnost augmentace jinými typy léčiv (BZD, antipsychotika, stabilizátory nálady) – nejčastější první volba léčby
- **Psychoterapie** – v akutním stádiu podpůrná, později systematická; velká role při významných psychosociálních faktorech rozvoje deprese, u mírnějších forem deprese může být i první volbou terapie



Pokud je depresivní epizoda doprovázená somatickým syndromem, je zpravidla samotná psychoterapie k zalečení nedostačující, a je nutná farmakoterapie

- **Neurostimulační metody** – ECT, rTMS a další – zejména farmakorezistentní deprese, dále ECT z vitální indikace (např. při odmítání potravy)
- **Fototerapie** – u sezónní deprese

- **Úprava životního stylu** - tělesné cvičení, volnočasové aktivity, sociální sdružování, spokojenost v práci a v rodině, správná výživa (omega-3 mastné kyseliny, vitamíny skupiny B, vitamin D, hořčík...)
- **U symptomatické deprese** - léčba základní příčiny

Hospitalizace nemocného s depresí: závažné riziko suicidálního chování, depresivní stupor s dehydratací a odmítáním potravy, agitovanost, psychotické příznaky, pokud v ambulanci léčba selhává

Fáze léčby deprese

- **1. Akutní fáze (prvních 6-12 týdnů)** - cílem je rychlá redukce závažných depresivních symptomů a navození remise (= ústup/vymizení klinických příznaků choroby)
- **2. Pokračovací fáze (4. až 9. měsíců)** - cílem je odstranění zbytkových symptomů a udržení remise (zábrana relapsu onemocnění)
- **3. Udržovací (profylaktická) fáze (9 měsíců a déle)** - cílem je dlouhodobé udržení remise a zábrana recidivy - návratu celé depresivní epizody, zvláště u pacientů, kteří jsou ve zvýšeném riziku

Doporučená délka farmakoterapie deprese

- 9-12 měsíců - 1. epizoda
- 2 roky - 2. epizoda, stav po závažném suicidálním pokusu, přítomnost deprese v rodině, nemocný je ve věku 65 let a více, neúplná remise
- 5 let - 3. epizoda
- celoživotně - 4. epizoda

From:

<https://imagined.site/uni/ppa/> - **Psychiatrie pro adiktology**

Permanent link:

https://imagined.site/uni/ppa/doku.php?id=afektivni_poruchy&rev=1741038108

Last update: **2025/03/03 21:41**

