

# **ZABURZENIA AFEKTYWNE**

***Maria Radziwoń – Zaleska***

Według raportu WHO zaburzenia depresyjne nawracające w 2030 roku osiągną pierwsze miejsce na liście chorób o najwyższym współczynniku ryzyka przedwczesnej śmierci oraz utraty zdolności do pracy (Daly's disability adjusted life years)

(WHO, 2008)

**Figure 27: Ten leading causes of burden of disease, world, 2004 and 2030**

2004	As % of total DALYs	Rank		Rank	As % of total DALYs	2030
Disease or injury						Disease or injury
Lower respiratory infections	6.2	1		1	6.2	Unipolar depressive disorders
Diarrhoeal diseases	4.8	2		2	5.5	Ischaemic heart disease
Unipolar depressive disorders	4.3	3		3	4.9	Road traffic accidents
Ischaemic heart disease	4.1	4		4	4.3	Cerebrovascular disease
HIV/AIDS	3.8	5		5	3.8	COPD
Cerebrovascular disease	3.1	6		6	3.2	Lower respiratory infections
Prematurity and low birth weight	2.9	7		7	2.9	Hearing loss, adult onset
Birth asphyxia and birth trauma	2.7	8		8	2.7	Refractive errors
Road traffic accidents	2.7	9		9	2.5	HIV/AIDS
Neonatal infections and other <sup>a</sup>	2.7	10		10	2.3	Diabetes mellitus
COPD	2.0	13		11	1.9	Neonatal infections and other <sup>a</sup>
Refractive errors	1.8	14		12	1.9	Prematurity and low birth weight
Hearing loss, adult onset	1.8	15		15	1.9	Birth asphyxia and birth trauma
Diabetes mellitus	1.3	19		18	1.6	Diarrhoeal diseases

# Granice zdrowia



Ryzyko zachorowania w ciągu życia: około 10%

# Zespół depresyjny / Zespół maniakalny

– Zespół depresyjny:

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

– Zespół maniakalny:

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

# Definicja depresji

Depresja jest zespołem o zróżnicowanych przyczynach, patofizjologii i przebiegu klinicznym, charakteryzującym się występowaniem określonych objawów behawioralnych, emocjonalnych, poznawczych i biologicznych, z dominującym chorobowym zaburzeniem życia uczuciowego i emocjonalnego.

(Cleare, 2008)

# Kliniczne objawy depresji

- ✓ Behawioralne
- ✓ Emocjonalne
- ✓ Poznawcze
- ✓ Biologiczne
- ✓ Psychotyczne

# Objawy emocjonalne

- Obniżenie nastroju
- Utrata zainteresowań
- Anhedonia
- Brak reakcji emocjonalnej na bodźce
- Psychiczne i somatyczne objawy lęku



# Objawy behawioralne

- Obniżenie napędu psychoruchowego albo pobudzenie psychoruchowe
- Zubożenie mimiki
- Zaniedbywanie siebie
- Wycofanie społeczne

# Objawy biologiczne

Okołodobowe wahania nastroju

Bezsenna

Zmniejszony apetyt

Utrata masy ciała

Spadek libido

Anergia

Zaparcia

# Objawy poznawcze

Spowolnienie toku myślenia

Spowolnienie tempa wypowiedzi

Zmniejszenie głośności wypowiedzi

Pseudootępienie depresyjne

osłabienie koncentracji, zapamiętywania,  
przypominania

Zaburzenia treści myślenia

poczucie winy, pesymizm

ruminacje depresyjne

# Objawy psychotyczne

Urojenia

Omamy

Zespół Cotarda

# DEPRESJA MASKOWANA (1)

- Bóle (zwykle jednopunktowe, bez promieniowania, przebieg cykliczny, brak reakcji na leki przeciwbólowe),
- Bóle – głowy, brzucha, kręgosłupa, serca.

# DEPRESJA MASKOWANA (2)

- Zaburzenia snu,
- Zaburzenia lękowe,
- Maski „wegetatywne”,
- Maski behawioralne.

# 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

# 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 osiągną skrajne nasilenie – wystarczy stwierdzenie obecności 2 lub 3 objawów).
- Epizod depresyjny ciężki z/lub bez objawów psychiatrycznych.

# 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).

# 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 CHAD, 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 „s”.

## Zaburzenia depresyjne nawracające (F.33)

- Obecnie epizod depresyjny łagodny,
- Obecnie epizod depresyjny umiarkowany,
- Obecnie epizod depresyjny ciężki bez/z objawami psychiatrycznymi,
- Obecnie remisja,
- aktualny epizod spełnia w/w kryteria, w przeszłości co najmniej 1 epizod o czasie trwania nie krótszym niż 2 tygodnie, oddzielone kilkumiesięcznym okresem wolnym od wyraźniejszych zaburzeń nastroju.

## Zaburzenia afektywne dwubiegunowe - CHAD

- 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 CHAJ, faz więcej w roku.

# 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)



Opis „melancholii agitowanej” w której dominowały objawy lęku.

(Hipokrates, V – IV w p.n.e.)

„Melancholia jest tylko początkiem i częścią manii”.

(Aretajos z Kapadocji , I w n.e.)

Zespoły psychopatologiczne w  
których jednocześnie  
współwystępują elementy  
depresji i manii

# Objawy kliniczne:

Mania depresyjna lub lękowa,

Mania zahamowana,

Mania z ubóstwem myśli,

Stupor maniakalny,

Depresja z natłokiem, gonitwą myśli,

Depresja agitowana.

(Weygandt, 1899; Krepelin, 1913)

# PATOGENEZA (1)

Hipoteza wynikająca z obniżenia stężenia monoamin

Teorie na podstawie mechanizmów receptorowych monoamin,

Predyspozycje genetyczne,

Koncepcje neuroimmunologiczne i prozapalne,

Problematyka osobowości przedchorobowej,

Teorie zaburzeń rytmów biologicznych.

# PATOGENEZA (2)

Występowanie schorzeń somatycznych i stanów w przebiegu których depresja występuje jako powikłanie,

Czynniki społeczne i wydarzenia życiowe,

Hipoteza neuroplastyczności mózgu i rola stresu.

# Ryzyko samobójstwa (1)

Stany mieszane są jednym z najpoważniejszych czynników ryzyka samobójstwa wśród chorych z zaburzeniami dwubiegunowymi.

(Maser i wsp., 2002; Dilsaver i wsp., 2003; Hawton i wsp., 2005).

# Ryzyko samobójstwa (2)

Pobudzenie, drażliwość, wielomówność,  
natłok myśli, impulsywność,  
mania dysforyczna,

próby samobójcze w przeszłości,  
uzależnienie od leków i alkoholu.

# 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.



# Cechy szczególne depresji w podeszłym wieku

- Depresja bez smutku,
- Somatyczna komponenta lęku,
- Hipochondria,
- Zaburzenia snu i łaknienia,
- Zaburzenia myślenia,
- Pobudzenie psychoruchowe /zespoły depresyjno – asteniczne/,
- Nadużywanie leków nasennych i uspokajających.

# 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
- ❖ psychoterapię, głównie poznawczą oraz interpersonalną
- ❖ fototerapię
- ❖ wymuszoną bezsenność (pozbawienie snu nocnego)
- ❖ elektrowstrząsy

Leczenie zaburzeń afektywnych dwubiegunowych:

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

Stabilizator nastroju + LPD,

EW.

# Profilaktyka zaburzeń afektywnych:

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

# **DEPRESJA -epidemią XXI wieku ?**

