

AFEKTIVNÍ PORUCHY - PORUCHY NÁLADY

- Deprese

- Manie

Základním projevem afektivní poruchy je chorobná nálada, která neodpovídá reálné životní situaci nemocného a narušuje jeho uvažování, jednání i somatické funkce. Jejím důsledkem jsou adaptační poruchy a sociální selhávání. (Vágnerová, 2004, s. 369).

Historie:

Z různých pramenů je zřejmé, že afektivní poruchy existovaly již od pradávna a jejich popis se od dnešních charakteristik zásadně neliší. Lze jej najít již ve Starém zákoně, v příběhu krále Saula, či v Homérově Iliadě. Jediný rozdíl byl v terminologii – místo deprese bylo k charakteristice extrémně smutné nálady po velmi dlouhou dobu používáno označení **melancholie**. V historii však býval jiný výklad příčiny afektivních poruch než dnes, odpovídal tehdejší úrovni poznání i celkovému postoji ke světu. Křesťanské myšlení středověku převzalo hebrejské pojetí melancholie jako Božího trestu za hřích. Hřích nemusel být nijak zveřejněn, nikdo o něm nemusel vědět, ale duševní porucha jej beze všech pochybností dokazovala.

Starší terminologie (Richterová, 1967) se přidržuje již zmiňovaného termínu melancholie a afektivní poruchy tedy označuje jako manio-melancholickou psychózu.

Příčiny vzniku

Afektivní poruchy jsou podmíněny multifaktoriálně. Důvodem obtížného odlišení příčiny tohoto onemocnění je mimo jiné skutečnost, že jde spíše o skupinu poruch, které se z hlediska svých symptomů podobají. Lze tudíž předpokládat, že k jejich vzniku může přispět více faktorů, které působí ve vzájemné interakci. Jde o soubor dědičných dispozic, vývojově podmíněných změn i různých aktuálních zátěžových faktorů (které mohou být somatického i psychosociálního charakteru).

Dědičnost

Větší závislost na genetických dispozicích byla potvrzena u bipolární varianty afektivní poruchy. Studie monozygotních dvojčat v tomto případě prokázaly 80% shodu.

Změny ve struktuře a funkci mozku

Odchyly genetické informace se mohou projevit různým způsobem, může jít o změnu ve struktuře i funkci mozku. (Afektivní poruchy, které jsou důsledkem primární poruchy funkce mozku, byly označovány jako endogenní, v současné době jsou klasifikovány jako primární poruchy nálady.)

Bylo zjištěno, že jedinci trpící afektivní poruchou mají zmenšenou oblast prefrontální mozkové kůry, ta obsahuje menší počet gliových jednotek, je méně prokrvena a méně metabolicky aktivní.

Rovněž byly zjištěny funkční změny a biochemické odchylky, které jsou projevem odlišného metabolismu mozku.

Často se také hovoří o poruše různých neurotransmiterů, a o narušení jejich regulace. Z tohoto hlediska je důležitá porucha funkce noradrenalinového systému, protože u těchto nemocných byly zjištěny odlišné hodnoty noradrenalinu: u depresivních nižší a u manických zvýšené.

Vnější vlivy

Podle některých teorií má pro vznik deprese význam učení, disponovaný člověk se naučí na nepříznivé situace reagovat depresivním chováním, které může být posilováno reakcemi okolí. Postnatální vlivy psychosociálního charakteru, které mohou přispívat ke vzniku afektivních poruch, obvykle vycházejí z rodiny. Tyto zátěže bývají nejčastěji spojeny s problémy zvládnutí role dospělého, s ní související samostatností a odpovědností, popř. s neúspěšností v profesní a partnerské roli. Vnější vlivy, které mohou ovlivnit rozvoj či trvání afektivní poruchy, nemusí být jen sociálního charakteru. Je běžně známé, že takto působí klimatické faktory, cyklické proměny ročních období, resp. i cyklus střídání dne a noci. Zátěžové faktory působí často spíše jako vyvolávací podněty.

Klinické projevy afektivních poruch

Klasifikační kritéria MKN-10 zohledňují **příčinu** (primární vs. sekundární), **polaritu** (unipolární vs. bipolární), **intenzitu** (lehká, střední, těžká), přítomnosti **psychotické** symptomatologie (mánie s psychotickými rysy, psychotická deprese) a **délku** trvání (bipolární porucha vs. cyklotymie, depresivní porucha vs. dystymie). Sekundární porucha nálady se vyskytuje na bázi škodlivého užívání návykových látek nebo organického postižení CNS. Platná klasifikace MKN-10 již neužívá pojmy reaktivní a endogenní deprese vzhledem k tomu, že nedokážeme určit podíl jednotlivých faktorů. Z klinického hlediska je důležité dělení depresivní poruchy podle intenzity na **lehkou, středně těžkou a těžkou depresi**. Vychází se z počtu přítomných příznaků a jejich dopadu na fungování jedince. Psychotická porucha nálady je vždy těžká a má svá specifika i z hlediska léčby. Diagnostika psychických poruch včetně deprese je založena na identifikaci určitého souboru příznaků, které jsou jasně definovány. Můžeme je poznat pouze pomocí pozorování a cíleného pohovoru.

Nejdůležitější kategorie poruchy nálady:

F30 Manická epizoda

F31 Bipolární afektivní porucha

F32 Depresivní porucha

F33 Rekurentní depresivní porucha

F34 Trvalé poruchy nálady

F 30 Manická epizoda

Manie se projevuje psychopatologickým obrazem hypomanie nebo manie.

Hypomanie – charakteristická mírně nadnesenou náladou, která trvá minimálně čtyři po sobě jdoucí dny, zvýšenou energií, aktivitou, pocitem vysoké fyzické a duševní výkonnosti.

Manie – k projevům patří zvýšená nálada až vzrušení (> týden), myšlenkový trysk, zvýšené sebevědomí, velikašství, ztráta sociálních zábran s důsledkem riskantního jednání (utrácení, škodlivé užívání alkoholu, promiskuita).

Manie s psychotickými příznaky – jsou přítomny bludy a halucinace kongruentní s náladou.

F31 Bipolární afektivní porucha

I když původní pojem „maniodepresivní psychóza“ zahrnoval také pacienty, kteří trpěli jenom depresí, užívá se nyní termín maniodepresivní onemocnění nebo psychóza hlavně jako synonymum pro bipolární poruchu.

Jiné termíny, označující bipolární afektivní poruchu – maniodepresivita, cirkulární deprese, maniomelancholie.

BP se projevuje střídáním epizod manických, depresivních anebo smíšených (rychle se střídající nebo současně přítomné depresivní a manické příznaky). Deprese převažuje,

nemocní stráví třikrát delší čas v depresi než v manii. Klinická prognóza je u 35 – 60% postižených špatná, 15 – 25% suiciduje.

Bipolární porucha vzniká obvykle před 30. rokem věku, průměrný věk počátku onemocnění je 21 let. Starší literatura (Richterová a kol., 1967) však uvádí, že první ataky nemoci mohou spadat už do dětství před 10. rokem věku. V raném věku pozorujeme málokdy soubory příznaků, které by odpovídaly typické melancholii nebo manii dospělých. Pro dětství je charakteristická rychlá měnivost obrazu, prchavost obtíží.

Četnost bipolární poruchy se pohybuje v rozmezí 0,5 až 1,5 %, muže i ženy postihuje stejně často (Gelder a kol., 1996; Pogády, 1998, in Vágnerová, 2004). – str. 371

Další dělení bipolární afektivní poruchy (F 31) dle MKN – 10:

Bipolární afektivní porucha, současná fáze hypomanická (F31.0)

Bipolární afektivní porucha, současná fáze manická bez psychotických příznaků (F31.1)

Bipolární afektivní porucha, současná fáze manická s psychotickými příznaky (F31.2)

Bipolární afektivní porucha, současná fáze středně těžké nebo mírné deprese (F31.3)

Bez somatických příznaků (F31.30)

Se somatickými příznaky (F31.31)

Bipolární afektivní porucha, současná fáze těžké deprese bez psychotických příznaků (F31.4)

Bipolární afektivní porucha, současná fáze těžké deprese s psychotickými příznaky (F31.5)

Bipolární afektivní porucha, současná fáze smíšená (F31.6)

Bipolární afektivní porucha, současně v remisi (F31.7)

Jiné bipolární afektivní poruchy (F31.8)

Bipolární afektivní porucha, nespecifikovaná (F31.9)

F32 Depresivní porucha

Jedná se o patologickou depresivní náladu, která neodpovídá aktuální životní situaci nemocného. Její výskyt se uvádí nejen v případě poruchy nálad, ale i u schizofrenií a dalších onemocnění.

Depresivní porucha může proběhnout jako jedna epizoda – depresivní epizoda, nebo se tyto epizody mohou opakovat – rekurentní depresivní porucha.

K základním **příznakům** depresivní poruchy patří:

Smutná nálada, která neodpovídá životní situaci jedince. Nebývá vázána na konkrétní události, resp. jim není adekvátní svou intenzitou a trváním. Emoční prožívání ztrácí svou orientační a adaptačně-regulační funkci.

Příznaky v **emoční oblasti**: neschopnost obvyklým způsobem emocionálně reagovat; až vznik afektivního stuporu. Deprese modifikuje všechny emoce, např. schopnost prožívat radost; bývá s ní spojen sklon k úzkostnému prožívání (při prohloubení deprese se úzkost spíše snižuje), k pocitům viny.

Dochází k **poruchám kognitivních funkcí**, deformaci jejich obsahu nebo projevu, celkové zpomalení, inhibice. Beckův kognitivní model popisuje tuto stránku podrobněji jako negativní automatické myšlení (černobílé hodnocení, koncentrace na negativní aspekty, přeceňování vlastních chyb, generalizace nepříznivých závěrů, katastrofické vidění světa). Navíc se tento postoj vztahuje i na budoucnost a minulost. Někdy si nemocný uvědomí, že přijatelný svět existuje, ale cítí, že už není určen pro něho.

Celkové **zpomalení a útlum** psychických procesů, ztráta zájmu a příjemných prožitků. Snížená energie, zvýšená únava.

U 8 – 15 % se objevují **bludné symptomy** (většinou ve formě obviňujících hlasů; nízké sebehodnocení, obavy, pocit ohrožení). Nejčastěji se vyskytující **bludy**: mikromanický, hypochondrický, autoakuzační (sebeobviňující), perzekuční (budu potrestán, protože jsem se

provinil), blud chudoby (mně a blízkým hrozí bída a hlad), nihilistický blud (přestane existovat svět – tato forma se považuje za nejzávažnější).

Změny v chování: změna psychomotorického tempa, výraz beznaděje v obličeji, strnulá mimika, ochablé držení těla. V krajním případě až depresivní stupor (nehybnost a mutismus, zastřené vědomí). Ve spojení s úzkostí až psychomotorická agitovanost (neklid, napětí, zvýšená aktivita určitého typu) – svědčí o závažnějším průběhu choroby. Někdy transformace do somatických potíží (larvovaná deprese).

Narušení autoregulačních funkcí: útlum potřeb i volní aktivity. Zrušení hodnot a potřeb, už se v životě není o co opřít. Vlastně jde o negaci smyslu života. Pacient nechápe, proč se najednou tak změnil.

Suicidální jednání: agrese zaměřená proti sobě, v 10–15 procentech dokonaná sebevražda. Mnozí touží po smrti jako vysvobození z duševní trýzně, ale mají natolik sníženou aktivační úroveň, že jim chybí energie k realizaci. Ti se pak mohou pokusit o sebevraždu, jakmile se jejich stav zlepší a nejsou tak utlumeni. Někdy jde o drastické způsoby, výjimkou není opakované suicidální jednání.

Změny osobnosti: významně zhoršené sebehodnocení, narušené sebepojetí, autoakuzace, promítá se do vztahů k jiným lidem, tedy i do zaměstnání atd.

Dále rozlišujeme, zda je přítomný tzv. **somatický syndrom** (odpovídající endogenní depresi v předchozí klasifikaci), k němuž patří:

- zpomalené a utlumené fyziologické procesy
- ztráta zájmu a hedonismu
- únava, vyčerpanost, bolesti celého těla
- nedostatek emočních reakcí
- ranní probouzení
- ranní pesima
- poruchy psychomotoriky ve smyslu jasné retardace či agitovanosti
- ztráta chuti k jídlu
- úbytek hmotnosti
- ztráta libida

Běžně se vyskytují **somatické potíže:** bolesti na hrudi, bolesti hlavy, bolesti v zádech, nechutenství, únavnost, závratě. Tyto somatické projevy často vedou k hypochondrickému chování. Deprese bývá provázena příznaky úzkosti – pocitem vnitřního napětí a hrozícího nebezpečí.

Larvovaná deprese – chybí hlavní příznak (nepřiměřeně smutná nálada), proto je často považována za somatické onemocnění.

Deprese u **somaticky nemocných:** symptomatické, sekundární deprese – u nemocných s určitými primárně somatickými chorobami (často endokrinní onemocnění, i běžné hormonální výkyvy – klimakterická deprese). Nespecifická reaktivní deprese se vyskytuje u všech závažnějších onemocnění.

Nemocný často přichází k lékaři s jinými stesky (únava, ztráta energie), takže pokud lékař na depresi nepomyslí, nemusí ji ani poznat.

Řada depresí ustoupí bez léčby. Průměrná délka trvání neléčené deprese je přibližně 20 týdnů. Každá prodělaná epizoda zvyšuje riziko vzniku dalších epizod (po 1. epizodě je pravděpodobnost další epizody 50 %, po 4. epizodě je to 80–90 %). Jako prevence rozvoje chronické a léčba rezistentní deprese slouží antidepressiva, optimální je spojení s kognitivně-behaviorální anebo interpersonální terapií.

F33 Rekurentní depresivní porucha

Deprese bývá často recidivujícím onemocněním, s tendencí k chronicitě. Z dlouhodobého sledování vyplývá, že jedna depresivní epizoda je vzácná, riziko rekurence (opětovného výskytu) je zhruba 50%.

F34 Trvalé poruchy nálady

K trvalým poruchám nálady řadíme poruchy, které mají relativně mírnou intenzitu, jsou však dlouhodobé, tj. trvají minimálně dva roky.

Cyklotymie – charakteristická je nestabilní nálada zahrnující jak deprese, tak hypomanie, která nejsou dostatečně závažné, aby splňovaly kritéria pro manickou nebo depresivní epizodu.

Dystymie – v projevech dominují trvalé nebo opakující se depresivní nálady, které nejsou dostatečně závažné, aby splňovaly kritéria pro depresivní poruchu.

Léčba

Léčebné možnosti zahrnují:

1. psychoterapii,
2. farmakoterapii (antidepresiva – deprese; tymoprofylaktika (= stabilizátory nálady – např. lithium, antiepileptika), antipsychotika – manie,
3. elektrokonvulzivní terapii a další metody.

Základním kritériem volby léčebného postupu je intenzita deprese. U mírných depresí je dostačující psychoterapie (KBT nebo interpersonální), u těžší deprese je nezbytná léčba biologická, která zahrnuje antidepresiva, elektrokonvulzivní terapii a další méně obvyklé terapeutické přístupy – léčbu světlem, spánkovou deprivaci, repetitivní transkraniální magnetickou stimulaci, stimulaci nervus vagus. U psychotické deprese užíváme antipsychotika. V rámci první pomoci, tj. při přítomnosti agitovanosti a tendenci k suicidálnímu jednání, podáváme benzodiazepiny nebo antipsychotika, často v injekční formě.

Deprese v dětském věku

Možnost, že deprese postihuje i děti, byla dlouho přehlížena a interpretována jinak. V současnosti odhady mluví o 1–8 % dětské populace. Do puberty je deprese stejně častá u obou pohlaví, na počátku dospívání dívky 2:1, později ještě výrazněji 10:3.

Považuje se za důležité mít **vulnerabilitu** takto reagovat – je to výsledek dědičných faktorů a vnějších vlivů. Prognóza závisí na závažnosti příznaků, dalších potížích, věku, kdy se prvně projevila. Obecně: čím dříve nemoc vznikne, tím vyšší je riziko jejího opakování v pozdějším věku.

Konkrétní projevy deprese jsou ovlivněny aktuální vývojovou úrovní dítěte. Popsat své pocity umí dítě až kolem šesti let. **Anaklitická deprese** – reakce na oddělení od matky, může nepříznivě ovlivnit další vývoj.

Příznaky deprese v dětském věku

Příznaky deprese v dětském věku se do určité míry podobají příznakům deprese u dospělých, ale mají i své specifické znaky. Lze je shrnout do pěti bodů:

1. **Narušení emočního prožívání** – emoční labilita a dráždivost spojená s afektivními výbuchy. Depresivní děti nedovedou zvládat vlastní negativní emoce, a proto se naučí reagovat účelně (používají strategie vyhýbání, stažení do sebe nebo reagují agresivně). Deprese se často projevuje i apatií a ztrátou zájmu o cokoli.
2. **Změny v kognitivní oblasti**. Typickým příznakem je zhoršení koncentrace pozornosti, celkové zpomalení kognitivních procesů a ztráta zvědavosti. Převažuje

neadekvátně pesimistické uvažování. Vše negativní je očekávané a obvyklé, časté jsou úvahy o smrti, vzácně se objevují i halucinace a bludná přesvědčení – např. ve vztahu k vlastní identitě nebo paranoidního charakteru. Změna uvažování se projeví i neadekvátně sníženým sebehodnocením.

3. **Změny v chování.** Chování bývá něčím nápadné, ale konkrétní projevy poruchy mohou být různé: neklid, hyperaktivita, někdy agresivita, nebo naopak celková utlumenost, zpomalení, únava, bez energie, strach ze selhání, neposlušnost, vzdor. Tyto změny jsou často hodnoceny jako porucha chování – mnohdy si rodiče neuvědomují, že jde o poruchu emočního prožívání. Riziko suicidálního chování je zvýšené zejména v období dospívání.
4. **Somatické projevy.** Typickým příznakem deprese v dětském věku bývají poruchy jídla a spánku či různé bolesti (zejména hlavy a břicha). U dospívajících jsou časté hypochondrické obavy, stěžují si na únavu a různé tělesné obtíže.
5. **Sociální důsledky.** Dochází k omezení a narušení sociálních kontaktů. Depresivní ladění nebo výkyvy nálad působí na okolí nepříjemně, pro rodiče je těžké se k takovému dítěti, které je odmítá, chovat vřele → bývají zvýšeně kritičtí, až hostilní, málo chválí, dávají málo pozitivních podnětů. Také učitelé hodnotí dítě hůř, ať už kvůli chování, nebo kvůli snížení výkonu. Dítě odmítají i vrstevníci, pro něž není atraktivní. Depresivní porucha bývá příčinou narušení socializace, zvyšuje riziko potíží sociálně-adaptačního charakteru.

Použitá literatura:

Höschl, C., Libiger, J., Švestka, J. Psychiatrie. Praha: Tigris, 2002.

Richterová, L., Trnka, V., Holub, V., Mečíř, J. Psychopatologie. Praha: SPN, 1967.

Svoboda, M. (ed.), Češková, E., Kučerová, H. Psychopatologie a psychiatrie. Praha: Portál, 2006.

Literatura: Vágnerová, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese. Rozšířené a přepracované vydání. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.

Podle mě tohle bohatě stačí, ale pro nadšence připojuji vypracovanou otázku z loňska.

12. AFEKTIVNÍ PORUCHY:

deprese (symptomy a ovlivnění života)

mánie (symptomy a ovlivnění života)

Historie a vymezení pojmu

- už i Římsí lékaři posílali agitované pacienty s nadnesenou náladou k lázeňským pramenům v severní Itálii ☺
- současné klasifikace jsou vybudovány na základě **Emila Kraepelina** (1856 – 1926), který rozlišoval : melancholii, mánie a periodické šílenství, maniodepresivní psychózy (manické, depresivní a smíšené stavy)

→ základní projev Afektivních poruch (AP) je chorobná nálada, která neodpovídá reálné životní situaci nemocného

- unipolární porucha: buď jen depresivní nebo manická
- bipolární porucha: střídají se oba typy patické nálady
- důležitá při diagnostice je délka patické nálady

„**patická nálada**“ je určena: mírou závažnosti (lehká, střední, těžká)

přítomností psychotických příznaků (bludy, halucinace)

přítomností somatických příčin (ztráta chuti k jídlu, poruchy spánku,...)

Členění AP: manická epizoda

Bipolární AP

Depresivní epizoda

Rekurentní depresivní porucha (opakované depresivní epizody)

Trvalé AP (aspoň dva roky)

Začátek onemocnění: mezi 20-40roky, zasahuje 1-3% populace, a častěji se vyskytuje u žen.

Příčiny: dědičně podmíněná dispozice k periodickým změnám fce CNS (někdy je to jen spouštěcí mechanismus, spojení s problémy zvládání role dospělého)
- vnější a vnitřní faktory (výkyvy funkce endokrinního systému, roční období,...)
- celkový tělesný a duševní stav

DEPRESE

Psychoanalýza: **Freud** v genezi deprese uvádí na prvním místě ztrátu milované=ho objektu (dnes je za rizikový faktor vzniku deprese prokázána ztráta rodiče v dopívání)

- vývojové aspekty onemocnění: separační úzkost – může vyústit v depresivní syndrom (obdobou je ztráta blízké osoby, která se zjišťuje u pacientů, u kterých se později rozvine endogenní deprese)

- dospívající chlapi: negativistické nebo proti společenské chování (útěky, pocity zneuznání, neporozumění, agrese,...→ jsou mrzutí, zavírají se do sebe, problémy ve škole,...
- často symptomatický abúzus drog

staří lidé – nerozhodnost, poruchy paměti,... apatie, poruchy koncentrace,...

Sociologie: zdá se že deprese je častější v oblastech s velkou migrací

- okolí je tolerantnější k depresi než k mánii
- je to otázka kulturních rozdílů: hodnoty, postoje,...
- bipolární poruchu označují jako onemocnění „tří rolí“ – pacient v mánii, depresi a remisi
- k depresi často vede výchova, která je nejednotná

Testy používané k diagnostice deprese: projekční testy: **TAT** (tématický apercepční test)

SCT (test doplňování vět)

- zpomalené psychomotorické tempo se projeví ve všech časově limitovaných testech (např. Wechsler)
- **MMPI** (Minnesotský dotazník) – 60 položek k obavám, sklíčenosti, sebevědomí („D-scale“)
- **ROR** – Roschach – může odhalit přítomnost kompenzačních mechanismů, které depresi překrývají
- K hodnocení psychopatologicky rozvinutého depresivního syndromu slouží speciální psychometrické nástroje (posuzovací stupnice) – Hamiltonova stupnice deprese (HRS), Beckova, Zungova (SDS),...

Klinický obraz

→ patologicky depresivní nálada, vzniká bez zjevné příčiny

- depresivní porucha není vázána na konkrétní události
- patická nálada, smutek nebo ztráta zájmů a potěšení z činnosti
- depresivní, smutná, beznadějná, bezradná nálada
- člověk přestává standardně reagovat na vnější a vnitřní podněty
- smutek vyvolává tlumivé účinky, sklíčenost
- lhostejnost mají svůj svět
- poruchy psychické regulace, útlum potřeb a volní aktivity
- porucha chuti k jídlu (snížení až anorexie, někdy naopak), změna tělesné hmotnosti, psychomotorická agitovanost(různého stupně: neschopnost vydržet namístě, poklepávání, podupávání, hraní si z rukama, vlasy,...) nebo retardovanost (útlum, inhibice: zpomalená řeč, latence v odpovědích, monotónnost, hypomimie, omezená a zpomalená gestikulace, až stupor a mutismus). Ztráta energie, pocity bezcennosti nebo viny
- problémy z koncentrací a myšlením
- sebevražedné myšlenky, sebevražedné pokusy
- neschopnost prožít radost (anhedonická deprese)
- sevření na hrudi, bolest svalů, kloubů, pocity tíže
- vše se odráží i ve výrazu tváře a držení těla
- poruchy spánku – častější insomie (hypsomie) – poruchy usínání, buzení v noci, neschopnost ráno dospat
- **ranní pesima** – nejhůře se cítí ráno a budí se brzy
- pocity méněcennosti a viny, neschopnosti (až mikromanické bludy)
- agresivita obrácená na sebe, hypochondriace
- negace smyslu života, neumí si vysvětlit, co se s ním děje

- pláč, úzkost, podrážděnost, strach
 - halucinace výjimečně(pouze tranzitorní-hlas kárá)
 - **bludy**: hypochondrické, mikromanické, autoakuzační, perzekuční
- „**endogení deprese**“ (dnes ve smyslu melancholie): raní pesima, časné buzení, odlišná kvalita depresivní nálady, sezónní výskyt, agitovnost nebo retardovanost, anorexie, menší závislost na vnějších podnětech
- „**vitalizovaná deprese**“: v popředí jsou somatické a vegetativní příznaky

MANICKÁ FÁZE

→ patologicky povznesená nálada, spojená s hyperaktivitou a rozjařeností
 „Mánie je pestrý cirkusový stan postavený nad jámou deprese.“

(Kalina 1984 in Vágnerová : Psychopatologie pro pomáhající profese)

převládá expanzivní, nadnesené nebo rezonanční nálada

- nadměrná činorodost, tlak řeči, tachylogie, myšlenkový trysk(pseudoinkohorence)
 - snížená potřeba spánku
 - roztržitá pozornost
 - euforická nálada nezvykle vstřícná , dobrá, výstřední a nepřírozená
 - činorodost hlavně v oblasti sexuální, pracovní nebo náboženské povahy
 - naléhavé až dotěrné chování, panovačnost(mimo manickou epizodu to není pro ně typické)
 - bizarní chování a oblékání (nápadnost)
 - manická řeč: hlasitá, rychlá, „plácá“, rychle mění téma řeči
 - teatrální projev s dramatickými manýry
 - sebejistota a sebevědomí až bludného charakteru: grandiózní bludy, megalomanické
 - spí málo,
 - je křečovitý, v napětí, přehnaný optimismus, nesoudnost
 - nerealisticky pozitivní hodnocení světa
 - zvýšená sociabilita
 - **bludy**: megalomanické, paranoidní, raformační
- někdy se mánie a deprese objeví smíšeně v téže době nebo se rychle střídají během několika dní

Smíšený stav: současně vyjádřené příznaky deprese a mánie

- objeví-li se psychotické příznaky jsou sekundární a ve schodě s převažující náladou

Podle převažujícího klinického obrazu rozlišujeme: mania simplex (nadnesená nálada)

Mania resonans (zlobná nálada)

Mánie paranoides (podezřívavá)

Mánie inventoria (povrchní vynálezy,
reformy,..)

Mánie confusa (inkohorence,
zmatenost)

Mánie stuporoza (leží v „blaženém“
stuporu, nemluví, usmívá se)

VÝSKYT A PRŮBĚH

K depresi jsou disponovaní cyklotymní a dystymní osobnosti – tzv. melancholický typ

- často je spojena s tělesným onemocněním (metabolické endokrinní, infekční, degenerativní (alzheimer, Parkinson) a dalšími) – jde většinou o komorbiditu nebo symptomatickou depresi

mánická fáze – bývá spouštěna psychologickou zátěží, užívání antidepresiv,
elektrokonvulzemi, porodem

depresivní fáze: psychosociální zátěží (ztráta milované osoby, odloučení), porody

První fáze bipolární poruchy se průměrně objeví kolem 21.roku, unipolární kdykoliv.

Průběh je u velkých poruch periodický (s výjimkou unipolární deprese)

Bipolární porucha- střídání manické a depresivní fáze v různém poměru, průměrná
depresivní fáze trvá 4-6měsíců, v období mezi fázemi e dosahuje plných remisí

- úvodní fáze je často manická, periody mají vyšší frekvenci než u unipolární

Depresivní fáze: rozvíjí se dny až týdny, objevují se prodromální příznaky (nespavost,
úzkost, plachost, nerozhodnost, únava, nezájem)

Manická fáze: náhlý začátek, eskalace během několika dní i hodin

Trvá dny – týdny (minimálně měsíce) a rázně odeznívá

Nejčastější komplikací u mánií je abúzus psychoaktivních látek, následky nezodpovědného počínání, u deprese sebevražda a pokusy o sebevraždu

Diagnostická kritéria dle MKN 10 („výčuc“)

Manická fáze F30

- jen jediná manická ataka
- povznesená nálada, vyšší tělesná a duševní aktivita
- zahrnuje bipolární poruchu, jedinou manickou epizodu
- následné nebo dřívější afektivní fáze: depresivní, manická, hypomanická

Hypomimie F30.0

- nižší stupeň mánie
- abnormality nálady a chování jsou příliš trvalé a nevýrazné, ale nejsou doprovázeny halucinacemi a bludy
- mírné zvýšení nálady, vyšší energie a aktivita
- výrazné pocity zdraví a výkonnosti
- zvýšená sociabilita, výmluvnost, přílišná důvěrnost, větší sexuální energie, snížená potřeba spánku – ale na taková míra, aby vedly k těžkému narušení práce nebo k sociálnímu zavržení
- někdy dochází k podrážděnosti, domýšlivosti a nevázanému chování

Dále MKN 10 rozlišuje: ***Mánie bez psychotických příznaků F30.1*** – dochází již k narušení práce a společenské aktivity

Mánie s psychotickými příznaky F30.2

- vážnější forma
- až bludy (perzekuce), nesrozumitelný hovor, agrese, násilí
- až vážné stavy dehydratace, sebezanedbání
- zahrnuje manický stupor

Bipolární porucha F31 : současná fáze hypomanická (v minulosti byla aspoň jedna afektivní fáze)

Současná fáze manická bez a s psychotickými příznaky

Současná fáze středně těžké a mírné deprese

Současná fáze bez a s psychotickými příznaky

Současná fáze smíšená

Současná fáze v remisi (v současnosti netrpí žádnou)

Depresivní fáze F32

- skleslá nálada, snížení energie, aktivity, zhoršení schopnosti radovat se. Pokles zájmů, zhoršení koncentrace, unavitelnost
- snížené sebevědomí a sebedůvěra
- myšlenky na sebepoškození a na sebevraždu
- poruchy spánku
- snížená chuť k jídlu

Mírná depresivní fáze F32.0

- symptomy nejsou intenzivní

Středně těžká fáze F32.1

- obvykle je schopen pacient pokračovat ve společenských a pracovních aktivitách se značnými problémy

Těžká depresivní fáze bez psychotických příznaků F 32.2

- značná stísněnost nebo agitovanost
- ztráta sebeúcty
- nebezpečí sebevraždy
- vždy přítomen somatický syndrom
- není schopen fungovat nebo jen velmi omezeně
- zahrnuje jedinou epizodu deprese, melancholie nebo vitální deprese

Těžká depresivní fáze s psychotickými příznaky F 32.3

- bludy (myšlenky na hřích, chudobu, katastrofu, cítí se za ně odpovědný)
- halucinace (sluchové – pomlouvačné a obviňující hlasy, čichový vjem – hnilobné špíny nebo rozkládajícího se masa),
- těžká psychomotorická retardace až depresivní stupor

Periodická (rekurentní) depresivní porucha F33

- opakované epizody deprese bez samostatné fáze povznesené nálady a zvýšené aktivity
- často vyvolány stresovou událostí
- častěji u žen 2:1
- zahrnuje: periodické epizody depresivní reakce, psychogenní reakce, reaktivní depresi, sezónní depresi, periodickou epizodu endogenní a těžké deprese

Trvalé poruchy F34

- jednotlivé fáze nejsou tak vážné, aby šlo o depresivní nebo manickou fázi

Cyklotymie F34.0

- trvalá nestálost nálady, zahrnují četná období mírné deprese
- výkyvy v náladách obvykle nejsou ve vztahu k životním událostem
- zahrnuje: afektivní poruchu osobnosti
cykloidní osobnost
cyklotymní osobnost

Dystymie F 34.1

- chronická depresivní nálada, která nesplňuje kritéria pro mírnou nebo středně těžkou periodickou depresivní poruchu
 - většinu času se cítí unaveni a depresivní, ale stačí na každodenní život
 - zahrnuje: depresivní neurózu, depresivní poruchu osobnosti, neurotickou depresi, trvale úzkostnou depresi
-

LÉČBA AP: psychofarmaka

Psychoterapie (KBT, interpersonální, manželská, dynamická, rogersovská,..)

Elektrokonvulze

Alternativní postupy: akupunktura, aromaterapie, muzikoterapie, arte,
aplikovaná kineziologie, homeopatika, hypnóza, masáže,
relaxační techniky,...

ZÁRMUTEK – 4 základní stádia: 1) stav šoku, ohromení, zoufalství někdy i paniky

2) vybudování sebeobrany – racionalizace, identifikace,
vytěsnění

- svět bez smyslu života, vrací se k zesnulé osobě a
postupně se vypořádává s její nepřítomností

3) deprese – cítí se opuštěn, nenachází životní smysl, stahuje se
od rodiny a od přátel

4) úprava – vytvoření nových vazeb, vztahů, cílů

- nahrazení zármutku hezkými vzpomínkami

- zdravá identifikace se zesnulými (jejich hodnoty)

- nechat vyplakat, podpořit uvolnění emocí, vypovídat
- najít něco pozitivního, „zaměstnat“

SMRT A UMÍRÁNÍ

Reakce na umírání podle Elizabeth Kübler – Rossové:

1) šok, popření

2) hněv, podrážděnost, výčitky

3) smlouvání (s Bohem,..)

4) deprese – stažení se, zpomalení, poruch spánku, beznaděj, sebevražedné myšlenky

5) přijetí – smrt je nevyhnutelná, akceptuje ji