

Zaburzenia nastroju (afektywne)

18

Cele

Rozdział dostarcza informacji na następujące tematy:

- Różnice w epidemiologii zaburzenia depresyjnego nawracającego i zaburzenia afektywnego dwubiegunowego
- Czynniki ryzyka wystąpienia depresji
- Wskazania do hospitalizacji w przypadku epizodu depresji bądź manii
- Znaczenie metod psychologicznych terapii depresji
- Strategie postępowania w razie braku poprawy po 4 tygodniach leczenia za pomocą SSRI
- Środki służące do potencjalizacji leków przeciwdepresyjnych w przypadku depresji lekoopornej
- Leczenie początkowe epizodu ostrej manii
- Wskazania do stosowania leczenia elektrowstrząsowego (LEW) w zaburzeniu nastroju
- Jak informować o rokowaniu pacjenta, który przeżył jeden epizod manii
- Powiązania pomiędzy cyklotymią a zaburzeniem afektywnym dwubiegunowym

W tym rozdziale omówiono zaburzenia, w których występują objawy podmiotowe opisane w rozdziałach 6, 7 i 8 i które warto sobie teraz przypomnieć:

- Samobójstwo i celowe samouszkodzenia (rozdz. 6).
- Zaburzenia depresyjne (rozdz. 7).
- Zaburzenie afektywne dwubiegunowe (rozdz. 8).
- Cyklotymia i dystymia (rozdziały 7 i 8).

ZABURZENIA DEPRESYJNE

Epidemiologia

Na ryc. 18.1 przedstawiono dane epidemiologiczne zaburzeń nastroju.

Etiologia

Depresja jest wynikiem wielu różnych, wzajemnie na siebie oddziałujących czynników, w tym również czynników ryzyka związanych z osobą pacjenta. Podatność na depresję zwiększają czynniki genetyczne, oddziaływania wychowawcze w okresie wczesnego dzieciństwa oraz cechy osobowości. O tym, czy wystąpią epizody depresyjne przesądza przeżycie ostrego bądź przewlekłego stresu (zob. ryc. 18.2).

Genetyka

Badania bliźniąt dowodzą, że depresja dziedziczy się w 40–50%. Najprawdopodobniej w grę wchodzi interakcje wielu genów, z których każdy ma słabe działanie. Niektóre geny znajdują swoją ekspresję tylko w szczególnych okolicznościach (interakcje pomiędzy genem a środowiskiem). Na przykład, niektóre allele genu transportera serotoniny zwiększają ryzyko zachorowania na depresję, ale tylko u tych osób, które doświadczają niekorzystnych zdarzeń życiowych. Sama obecność alleli (bez niekorzystnych zdarzeń w życiu) nie spowoduje zachorowania.

Doświadczenia we wczesnym okresie życia

Separacja bądź rozwód rodziców w okresie dzieciństwa zwiększają ryzyko zachorowania na depresję w okresie dorosłości. Częściowo można to wytłumaczyć utratą rodziców, a częściowo chaosem i zamętem w sprawowaniu opieki nad dzieckiem. Również inne przeciwności losu (np. zaniedbanie, wykorzystywanie seksualne, znęcanie się fizyczne) zwiększają nie tylko ryzyko depresji, ale i innych zaburzeń psychicznych. Matka cierpiąca na depresję poporodową nie jest zdolna do okazywania uczuć dziecku, może to obniżać jego samoocenę,

Ryc. 18.1 Epidemiologia zaburzeń nastroju

	Ryzyko zachorowania w ciągu życia	Przeciętny wiek zachorowania	Częstość występowania w zależności od płci (kobiety:mężczyźni)
Zaburzenie depresyjne nawracające	10–25% (kobiety) 5–12% (mężczyźni)	Koniec trzeciej dekady życia	2:1
Zaburzenie afektywne dwubiegunowe	1%	20 lat	Taka sama częstość
Cyklotymia	0,5–1%	Okres dojrzewania, wczesna dorosłość	Taka sama częstość
Dystymia	3–6%	Dzieciństwo, okres dojrzewania, wczesna dorosłość	2–3:1



Ryc. 18.2 Uproszczony model etiologii zaburzenia depresyjnego

a to z kolei zwiększa ryzyko zachorowania na depresję przez dziecko.

Osobowość

Dziedziczność oraz wychowanie we wczesnym okresie życia kształtują profil osobowości. Okazuje się, że niektóre jej cechy zwiększają ryzyko wystąpienia zaburzeń nastroju. Na przykład tzw. neurotyzm (lękliwość, niepewność, wstydlivość, podatność na stres) wyraźnie sprzyja wystąpieniu depresji jednobiegunowej. Również niektóre zaburzenia osobowości zwiększają ryzyko wystąpienia depresji (np. zaburzenie graniczne osobowości, zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne osobowości).

Ostry stres

Pojawienie się epizodu depresyjnego często poprzedzają niekorzystne wydarzenia życiowe, szczególnie takie, które łączą się z utratą, upokorzeniem (np. żałoba, zerwanie relacji, zwolnienie z pracy).

Zdarzenie życiowe wcale nie musi być przyczyną depresji czy zwiększonej podatności na to schorzenie. Bywa tak, że to sama depresja lub nawet tylko zwiększona podatność na nią zwiększa ryzyko doświadczania niekorzystnych zdarzeń w życiu. W kolejnych epizodach zaburzenia depresyjnego nawracającego zdarzenia życiowe odgrywają coraz mniejszą rolę.

Przewlekły stres

Psychologiczne i somatyczne następstwa przewlekłego stresu mogą z jednej strony zwiększać podatność na depresję, a z drugiej – osłabiać zdolność radzenia sobie z trudnymi, stresującymi zdarzeniami. Niekorzystnie wpływają na depresję takie przewlekłe stresory, jak niedostateczne wsparcie społeczne (np. brak kogoś, komu można się zwierzyć), brak pracy poza domem, opieka nad małym dzieckiem, a także przewlekłe zespoły bólowe i choroby (szczególnie choroba serca i udar mózgu).

Neurobiologia

Wpływ licznych i różnych czynników etiologicznych w zaburzeniu nastroju sprowadza się do zmian struktury i funkcji mózgu. Zaburzenia nastroju najprawdopodobniej są wynikiem nieprawidłowej komunikacji pomiędzy różnymi ośrodkami uczestniczącymi w regulacji emocji, a nie zmian w obrębie jednego ważnego obszaru mózgu. W zaburzeniu depresyjnym nawracającym o wczesnym początku stwierdza się zmniejszoną objętość hipokampa, jądra migdałowatego i niektórych części kory czołowej. W depresji o późnym początku badanie neuroobrazowe mózgu wykazuje obecność

ognisk o zwiększonej intensywności sygnałów umiejscowionych w istocie białej, będących przyczyną następnym drobnych bezobjawowych zawałów.

Wśród uwarunkowań neurochemicznych depresji duże znaczenie przypisuje się licznym interakcjom pomiędzy różnymi drogami neuroprzekaznikowymi. Do dwóch najważniejszych zmian patologicznych zalicza się nadczynność osi podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczowej (HPA) oraz niedobór monoamin (noradrenaliny, serotoniny i dopaminy).

Badanie psychiatryczne i fizykalne, cechy kliniczne, badania laboratoryjne oraz różnicowanie

Zagadnienia te omówiono w rozdziałach 6, 7 i 8.

Leczenie

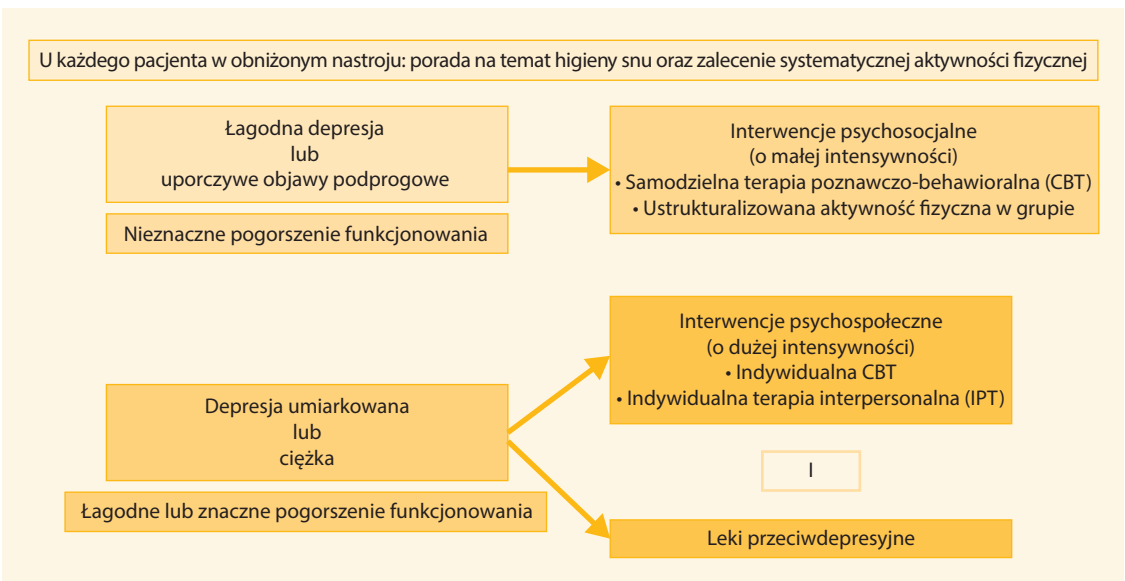
W leczeniu depresji obowiązuje *model biopsychosocjalny*, w którym uwzględnia się biologiczne, psychologiczne i społeczne aspekty zaburzenia. Zob. ryc. 18.3.

Warunki prowadzenia leczenia

Większość chorych na depresję można z powodzeniem leczyć w ramach opieki podstawowej lub w poradniach zdrowia psychicznego. W zaburzeniach przewlekłych i nawracających poleca się terapię na oddziałach dziennych, szczególnie gdy z powodu braku motywacji do leczenia oraz niskiej samooceny chorzy nie mają ochoty opuszczać domu i spotykać się z kimkolwiek. W następujących przypadkach zaleca się terapię na stacjonarnym, całodobowym oddziale psychiatrycznym:

- Obecność niezwykle dokuczliwych omamów, urojeń bądź innych objawów psychotycznych.
- Myśli i tendencje samobójcze, planowanie samobójstwa, szczególnie jeśli w przeszłości były próby samobójcze lub aktualnie istnieje wiele czynników ryzyka popełnienia samobójstwa (zob. rozdz. 6).
- Brak motywacji doprowadzający do skrajnego zaniedbywania własnych potrzeb (np. odwodnienie, głodzenie się).

Niekiedy konieczne może być przyjęcie do szpitala pacjenta bez jego zgody, na mocy przepisów prawa. Chodzi o takich chorych, którzy wymagają leczenia w szpitalu, ale się na nie zgadzają, ponieważ nie mają wglądu w swój stan lub nie są zdolni do podjęcia decyzji w sprawie swojego leczenia (zob. rozdz. 4).



Ryc. 18.3 Schemat leczenia pierwszego rzutu depresji (Zalecenia NICE, 2009)

Wskazówki dotyczące stylu życia

Chorzy na depresję powinni unikać spożywania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, prawidłowo się odżywiać, regularnie się gimnastykować i przestrzegać zasad higieny snu (np. wieczorem nie pić kawy i nie palić papierosów, nie spać w dzień, kłaść się spać i wstawać z łóżka o stałej godzinie, w sypialni nie oglądać telewizji i nie uczyć się). Zaleca się udział w grupach sportowych, z tym że wobec chorych na depresję wymagania mogą być mniejsze.

Psychoterapia

Według zaleceń Krajowego Instytutu Doskonałości Klinicznej (National Institute of Clinical Excellence, NICE, 2009) w depresji lekkiej stosuje się głównie psychoterapię, a w depresji umiarkowanej i ciężkiej – łączy się psychoterapię z lekami przeciwdepresyjnymi. Ciężkość depresji mierzy się przede wszystkim stopniem upośledzenia funkcjonowania (tj. zakresem wypełniania obowiązków w życiu zawodowym i roli w funkcjonowaniu społecznym), mniejsze znaczenie ma liczba objawów (zob. rozdz. 7). W rozdziale 3 szczegółowo omówiono różne metody psychoterapii. W terapii depresji znajdują zastosowanie następujące podejścia:

- Terapia poznawczo-behawiorkalna (*cognitive-behavioural therapy*, CBT).
- Terapia interpersonalna (*interpersonal therapy*, IPT).
- Terapia psychodynamiczna.
- Terapia rodzinna i małżeńska.
- Terapia poznawcza oparta na uważności.

UWAGI

Pacjenci opierający się przyjmowaniu leków niekiedy chętnie zgodzą się na udział w „terapii opartej na rozmowie”. Warto podkreślić, że w leczeniu epizodów umiarkowanej depresji CBT bywa równie skuteczna jak psychofarmakoterapia, a zastosowana po przeleczeniu środkiem przeciwdepresyjnym obniża wskaźnik nawrotów w okresie 4 lat. Każdą z tych metod należy omówić z pacjentem i zachęcać go do skorzystania z obydwu. Ostatecznie jednak decyzja należy do pacjenta – to niejednokrotnie wzmacnia jego współpracę w leczeniu.

Leczenie farmakologiczne

NICE (2009) zaleca stosowanie leków przeciwdepresyjnych w depresjach umiarkowanych i ciężkich,

Ryc. 18.4 Wybór leku przeciwdepresyjnego

W leczeniu depresji skuteczność poszczególnych leków jest taka sama. Dlatego wybierając lek należy rozważyć następujące okoliczności:

- Działania niepożądane leku: profil objawów niepożądanych SSRI jest znacznie korzystniejszy niż TLPD. Należy przy tym uwzględnić preferencje pacjenta; np. niektórzy łatwiej godzą się z przyrostem masy ciała po mirtazapinie niż z dysfunkcją seksualną wywoływaną przez SSRI. Niekiedy pewne działania niepożądane mogą być korzystne w terapii, np. sedacja po amitryptylinie, trazodonie lub mirtazapinie (zob. rozdz. 2)
- Skuteczność leku podczas leczenia poprzednich epizodów – zazwyczaj ponownie się go stosuje
- Bezpieczeństwo w razie przedawkowania – SSRI są bezpieczniejsze niż TLPD
- W ciężkiej depresji wymagającej hospitalizacji wskazane są leki o działaniu noradrenergicznym i serotonergicznym, np. TLPD lub wenlafaksyna w wysokich dawkach (SSRI są tu nieco mniej skuteczne)
- W depresji atypowej (hipersomnia, wzrost łaknienia, lęk) skuteczne są IMAO
- W depresji, której towarzyszą inne objawy psychiatryczne (np. objawy obsesyjno-kompulsyjne), wskazane są SSRI lub klomipramina
- Obecność chorób somatycznych, np. TLPD są przeciwwskazane w świeżym zawale i zaburzeniach rytmu serca.

SSRI – selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny; TLPD – trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne; IMAO – inhibitory monoaminooksydazy.

w przypadkach uporczywych podprogowych objawów depresyjnych oraz w depresjach łagodnych i umiarkowanych, w których interwencje psychosocjalne o ograniczonej intensywności nie odniosły skutku. Należy przede wszystkim stosować selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny (*selective serotonin reuptake inhibitors*, SSRI, np. setralinę, paroksetynę, cytalopram, fluoksetynę). Wywołują one najmniej działań niepożądanych. Skuteczność poszczególnych leków przeciwdepresyjnych jest taka sama, byleby je stosować w odpowiedniej dawce i dostatecznie długo. Dlatego o wyborze leku decyduje nie tyle jego skuteczność, ile profil objawów niepożądanych (uwzględniając oczywiście wybór pacjenta i współchorobowość) oraz rodzaj najbardziej dokuczliwych objawów depresyjnych. Na ryc. 18.4 zestawiono niektóre czynniki decydujące o wyborze leku przeciwdepresyjnego.