

Zaburzenia afektywne

Justyna Andrzejczak

Kognitywistyka

Podział wg ICD-10

- F30 Epizod maniakalny
- F31 Zaburzenia afektywne dwubiegunowe
- F32 Epizod depresyjny
- F33 Zaburzenia depresyjne nawracające
- F34 Uporczywe zaburzenia nastroju (afektywne)
 - F34.0 Cyklotymia
 - F34.1 Dystymia
- F38 Inne zaburzenia nastroju (afektywne)
- F39 Zaburzenia nastroju (afektywne), nie określone

Definicja

Zaburzenia afektywne (nastroju) – grupa zaburzeń endogennych, w których okresowo występują zaburzenia nastroju, emocji i aktywności.

Zaburzenia te mogą się przejawiać występowaniem zespołów depresyjnych, hipomaniakalnych i maniakalnych oraz stanów mieszanych.

Definicja

Choroby afektywne są najbardziej rozpowszechnionym zaburzeniem psychicznym. Szacuje się że dotyczą one około 10 - 15% populacji. Przy czym częściej zapadają na nie kobiety niż mężczyźni. Częściej są one również spotykane u osób które przekroczyły 45 rok życia niż u osób młodszych.

Epidemiologia

Ryzyko zachorowania na zaburzenie nastroju w ciągu życia wynosi:

- zaburzenie afektywne jednobiegunowe: 10-25% (kobiety), 5-12% (mężczyźni)
- zaburzenie afektywne dwubiegunowe: 1%
- cyklotymia: 0,5-1%
- dystymia: 3-6%

Zaburzenia depresyjne

-Zaburzenia depresyjne:

zaburzenia psychiczne z grupy zaburzeń afektywnych, charakteryzujące się **obniżeniem nastroju, obniżeniem napędu psychoruchowego, zaburzeniem rytmów okołodobowych i lękiem.**

Zaburzenia depresyjne

Typy depresji:

Depresja epizodyczna (epizody depresyjne (F32)) – trwa krócej niż dwa lata i charakteryzuje się wyraźnym początkiem.

Zaburzenia depresyjne

Zaburzenia depresyjne nawracające (F33) – powtarzające się epizody depresji bez objawów wzmożonego nastroju i zwiększonej energii

-depresja endogenna – uwarunkowana biologicznie, typowa; ostrzejsza w przebiegu od egzogennej; depresja duża, epizod depresyjny o znacznym nasileniu;

-depresja egzogenna (depresja reaktywna) – poprzedzona stresującym zdarzeniem.

Zaburzenia depresyjne

Depresja przewlekła (dystymia F34.1) – trwa co najmniej dwa lata, a remisja nie trwa dłużej niż dwa miesiące.

Depresja poschizofreniczna (F20.4) – przejawia się w epizodzie depresyjnym po psychozie schizofrenicznej. Objawy schizofreniczne występują, lecz nie dominują już w obrazie klinicznym.

Zaburzenia depresyjne

Depresja duża:

Kryteria diagnostyczne rozpoznania depresji dużej według **DSM-IV**:

Występowanie minimum 5 objawów przez okres 2 tygodni pod warunkiem, że stanowią one istotną zmianę w zachowaniu chorego.

Jednym z objawów jest obniżenie nastroju bądź utrata zainteresowań oraz brak zdolności odczuwania przyjemności.

Występowanie

- Około 10% populacji cierpi na depresję.
- Najczęściej ujawnia się pomiędzy 15. a 30. rokiem życia.
- Zachorować mogą także dzieci i osoby w podeszłym wieku
- 25% epizodów trwa krócej niż jeden miesiąc.
- 50% ustępuje przed upływem trzech miesięcy.
- Depresja ma skłonność do nawrotów. 75% chorych zachoruje ponownie w ciągu 2 lat od wyleczenia poprzedniego epizodu.

Występowanie

- Na depresję częściej chorują kobiety niż mężczyźni, zwykle rozwija się ona później niż choroba afektywna dwubiegunowa.
- Około 15% pacjentów z ciężką depresją umiera wskutek samobójstwa.
- 20-60% chorych na depresję próbuje sobie odebrać życie, 40-80% ma myśli samobójcze.

Diagnostyka

Klasyfikacja ICD-10 - aby stwierdzić występowanie epizodu depresyjnego, muszą występować przez co najmniej dwa tygodnie najmniej dwa z trzech poniższych objawów:

- obniżenie nastroju,
- utrata zainteresowań i anhedonia,
- mniejsza energia lub wytrzymałość na zmęczenie.

Diagnostyka

Ponadto, dwa lub więcej objawów takich jak:

- trudności w skupieniu uwagi,
- obniżenie samooceny,
- odczuwanie winy, czucie się bezwartościowym,
- pesymistyczne postrzeganie przyszłych wydarzeń,
- myśli bądź zachowania suicydalne lub zachowania autoagresywne,
- problemy ze snem,
- zmniejszenie apetytu.

Leczenie

Dostępne formy leczenia to:

- leki przeciwdepresyjne,
- psychoterapia,
- leki normotymiczne, leki przeciwpadaczkowe,
- fototerapia,
- wybrane leki neuroleptyczne,
- elektrowstrząsy,
- deprywacja snu.

Leczenie depresji powinno odbywać się pod okiem specjalisty psychiatri, czasem może to być specjalista neurolog.

Zaburzenia afektywne dwubiegunowe

Zaburzenia afektywne dwubiegunowe (choroba afektywna dwubiegunowa, ChAD, cyklofrenia) – zaburzenia psychiczne z grupy zaburzeń afektywnych. Do rozpoznania zaburzenia afektywnego dwubiegunowego dochodzi wtedy, gdy u pacjenta występuje epizod hipomanii, manii lub epizod afektywny mieszany, a w przeszłości wystąpił chociaż raz jeden z tych epizodów włącznie z epizodem depresji.

Zaburzenia afektywne dwubiegunowe

Powszechnie na określenie tego zaburzenia używa się nazwy *choroby maniakalno-depresyjnej*, jednak do rozpoznania tego zaburzenia dochodzi również, gdy powtórnie występuje epizod hipomanii lub manii bez objawów depresyjnych. W rozpoznaniu należy określić aktualnie trwający epizod choroby (np. *zaburzenie afektywne dwubiegunowe, obecnie – epizod hipomanii*).

Etiologia

Teoria monoaminowa, podobnie jak w przypadku zaburzeń depresyjnych, ma również znaczenie podczas występowania epizodu maniakalnego. Uważa się, że podczas epizodu manii dochodzi do podwyższenia poziomu noradrenaliny i serotoniny w mózgu – przeciwnie do tego, co ma miejsce w epizodzie depresji.

Etiologia

U dużej części chorych stwierdza się rodzinne występowanie tego zaburzenia.

Zgodność występowania zaburzenia wśród bliźniąt monozygotycznych (jednojąjowych) wynosi od 65 do 75%, u bliźniąt dwuzygotycznych (dwujająjowych) 14%.

Wystąpienie pierwszego epizodu manii może być spowodowane ważnym bądź stresującym wydarzeniem życiowym; istnieje ryzyko wystąpienia epizodu maniakalnego we wczesnym okresie poporodowym.

Występowanie

Ryzyko zachorowania na zaburzenie afektywne dwubiegunowe wynosi 1%.

Rozpoczyna się zwykle około 20. roku życia i dotyka w takiej samej części mężczyzn i kobiety.

Typy zaburzenia

Odmiany :

- *typ I* – objawy depresyjne i maniakalne o dużym nasileniu i kilkumiesięcznym czasie trwania (CHAD I)
- *typ II* – objawy depresji i hipomanii trwające do trzech tygodni (CHAD II)
- *rapid cycling* – w ciągu roku występują co najmniej cztery różne epizody zaburzeń afektywnych

Typy zaburzenia

Odmiany :

- *ultra rapid cycling* - w niektórych publikacjach występuje taki typ przebiegu jako wyróżnienie z rapid cycling gdy liczba epizodów jest większa, rzędu kilkunastu. Niektórzy autorzy wyróżniają nawet przebieg *ultra-ultra-rapid cycling*
- *typ sezonowy* – epizody depresji występują w okresie jesienno-zimowym; epizody manii w okresie wiosenno-letnim.

Objawy

Epizody maniakalne:

- często brak wglądu w chorobę
- gonitwa myśli (71% chorych)
- halucynacje i/lub urojenia
- odhamowanie seksualne (57% chorych)
- podniecenie psychoruchowe (87% chorych)
- przymus mówienia (98% chorych)
- trudności w koncentracji
- zawyżona samoocena
- zmniejszenie krytycyzmu
- zmniejszona potrzeba snu (lub kilkudniowy całkowity brak potrzeby snu, 81% chorych)
- zwiększenie energii

Objawy

Epizody depresyjne:

- problemy z koncentracją
- wyraźny spadek tempa wykonywanych czynności
- trudność w podejmowaniu nawet błahych decyzji
- anhedonia
- obniżenie nastroju
- obniżenie samooceny
- zaburzenia łaknienia
- zmniejszenie energii
- wycofywanie się z kontaktów społecznych
- problemy ze snem (np. wybudzanie się wczesnym rankiem lub hipersomnia)
- myśli samobójcze
- halucynacje i/lub urojenia

Leczenie

W pewnych przypadkach epizody maniakalne w przebiegu zaburzenia afektywnego dwubiegunowego wymagają leczenia szpitalnego, są nimi:

- zachowanie pacjenta stanowiące zagrożenie dla niego lub innych osób
- występowanie nasilonych objawów psychotycznych
- agitacja mogąca prowadzić do uszkodzenia ciała, wyczerpania czy odwodnienia
- myśli autodestrukcyjne bądź agresywne w stosunku do innych osób

Leczenie

Leczenie epizodów depresji również może wymagać leczenia szpitalnego w następujących przypadkach:

- występowanie objawów psychotycznych (urojeń i/lub halucynacji)
- myśli lub tendencje samobójcze
- zaniedbywanie własnych potrzeb (głodzenie się, odwodnienie)

Leczenie

Leczenie farmakologiczne: W leczeniu epizodu manii stosuje się leki stabilizujące nastrój (lit) oraz leki przeciwpadaczkowe (kwas walproinowy oraz karbamazepinę).

Terapia elektrowstrząsowa: w zaburzeniu afektywnym dwubiegunowym może wyzwolić epizod manii, jednak stosuje się je w leczeniu przeciwmaniakalnym, a ich skuteczność jest wyższa od litu. Około 80% chorych po zastosowaniu elektrowstrząsów uzyskuje znaczną poprawę.

Bibliografia

-Adam Bilikiewicz, Wojciech Strzyżewski: *Psychiatria*.
Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 1992.

-Adam Bilikiewicz, Stanisław Pużyński, Jacek Wciórka,
Janusz Rybakowski: *Psychiatria*. T. 3. Wrocław: Urban &
Parner, 2003.

-Adam Bilikiewicz, Stanisław Pużyński, Jacek Wciórka,
Janusz Rybakowski: *Psychiatria*. T. 2. Wrocław: Urban &
Parner, 2003.