

ZABURZENIA NASTROJU SPOWODOWANE SCHORZENIAMI SOMATYCZNYMI

**ZESPOŁY DEPRESYJNE O PODŁOŻU
SOMATYCZNYM**

Choroby układu krążenia

- Choroba niedokrwienna serca
- Osoby po przebytych zawałach serca
 - przebycie epizodu depresyjnego zwiększa ryzyko zawału serca (Pratt i in. 1996)
 - śmiertelność w ciągu 6 miesięcy po zawałach 3 – 4 razy wyższa u osób z depresją w porównaniu z osobami bez depresji (Frasure – Smith, Lesperance 1993, Frasure – Smith 1995, Volpi i in. 1993, Galssman i in. 1998)
- Nadciśnienie tętnicze

Zaburzenia hormonalne

- choroba Cushinga (nadczynność kory nadnerczy) – 50 – 70% chorych
- choroba Addisona (cisawica, niedoczynność kory nadnerczy) – 50% chorych
- niewydolność przedniego płata przysadki
- niedoczynność i nadczynność gruczołu tarczowego – ponad 50%, depresja może współwystępować z lękiem
 - Objawy: obniżenie nastroju, drażliwość, spowolnienie ruchowe, utrata zainteresowań, zaburzenia pamięci, urojenia hipochondryczne, skłonności samobójcze

Zaburzenia hormonalne u kobiet

- zaburzenia hormonalne związane z cyklem menstruacyjnym (subdepresja, dysforia, 3 – 8%, 2 – 5 dni)
- ciąża - 25% kobiet, I i III trymestr
- okres poporodowy (*w ICD - 10 w rozdziale Zaburzenia behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi*)
 - baby blues
 - depresja poporodowa - rozpowszechnienie 13% (O'Hara i Swain 1996 na podstawie badań 12810 kobiet)
 - psychozy poporodowe

Zaburzenie dysforii przedmiesiączkowej (DSM 5)

- A. Przez większość cykli miesięczkowych przynajmniej 5 objawów musi być obecnych w ostatnim tygodniu przed początkiem miesiączki, początek poprawy występuje w ciągu kilku dni po początku miesiączki i objawy stają się minimalne lub całkowicie ustępują tydzień po miesiączce
- B. Musi być obecny jeden albo więcej z następujących objawów
 1. Labilność afektywna (np. zmienność nastrojów, nagle uczucie smutku lub płaczu albo zwiększona wrażliwość na odrzucenie)
 2. Drażliwość, gniewliwość lub konfliktowość w kontaktach interpersonalnych
 3. Depresyjny nastrój, poczucie beznadziejności, myśli o charakterze samodeprecjacji
 4. Niepokój uczucie napięcia albo nerwowość (poczucie bycia na krawędzi)

C. musi być dodatkowo obecny jeden (lub więcej) z następujących objawów by osiągnąć ogólną liczbę pięciu objawów razem z objawami z kryterium B:

1. Obniżenie zainteresowania codziennymi aktywnościami (np. szkoła, praca, hobby, przyjaciele)
2. Subiektywne poczucie zaburzeń koncentracji
3. Ospalność, brak energii, łatwe męczenie
4. Zmiany łaknienia, objadanie się, głód określonych pokarmów
5. Hipersomnia lub bezsenność
6. Poczucie przytłoczenia lub braku kontroli
7. Objawy somatyczne takie jak obrzmienie lub tkliwość piersi, bóle stawowe lub mięśniowe, zwiększenie masy ciała, poczucie „opuchnięcia”

Objawy te powinny występować w prawie każdym cyklu w ciągu ostatniego roku.

- D. Objawy powodują klinicznie znaczące cierpienie albo powodują zakłócenia w funkcjonowanie w szkole, pracy, codziennych aktywnościach, relacjach interpersonalnych (np. unikanie aktywności, zmniejszenie produktywności i wydajności w pracy, szkole lub domu)
- E. Zaburzenie nie jest wyłącznie zaostrzeniem objawów innych zaburzeń, jak zaburzenie depresji głównej, zaburzenie paniki, dystymia lub zaburzenie osobowości (choć mogą współwystępować z tymi zaburzeniami)
- F. Kryterium A powinno być potwierdzone na podstawie codziennych wskaźników w co najmniej dwóch cyklach (diagnoza może być tymczasowa aż do potwierdzenia)
- G. Objawy nie są spowodowane bezpośrednim skutkiem działania substancji (np. narkotyków, leków, leczenia) lub ogólnym stanem medycznym (np. nadczynnością tarczycy).

Objawy depresji poporodowej

- Obniżenie nastroju towarzyszące lub maskowane przez nerwowość
- Znaczące zmniejszenie zainteresowań lub zadowolenia z życia codziennego
- Zaburzenia łaknienia (zwykle utrata apetytu)
- Zaburzenia snu (zwykle w postaci bezsenności lub snu przerywanego, także podczas snu dziecka)
- Spowolnienie psychomotoryczne
- Męczliwość
- Poczucie bezwartościowości lub bezpodstawne obwinianie siebie
- Obniżenie koncentracji lub zdolności do podejmowania decyzji
- Nawracające myśli o śmierci lub myśli samobójcze

Przyczyny depresji poporodowych

- Genetyczne (Johnstone i in. 2001, Steiner i Born 2002)
- Zmiany hormonalne (Harris i in. 1994, Heidrich i in. 1994, O'Hara i in. 1991, Bloch 2003)
- Rozregulowanie cyklu snu i czuwania (Coble i in. 1994)
- Psychospołeczne: brak stabilnej relacji partnerskiej (Beck i Gable 2001, Bryan i in. 2000), poziom wykształcenia (Gurel i Gurel 2000, Yonkers i in. 2001)
- Osobowość: wysoki poziom neurotyzmu (Dudley i in. 2001, Matthey i in. 2000), niska samoocena (Fontaine i Jones 1997), styl radzenia sobie ze stresem polegający na unikaniu (Gotlib i in. 1991)
- komplikacje w czasie ciąży (Green i Murray 1994)
- uzależnienia (Pajulo i in. 2001), szczególnie od papierosów (Marcus i in. 2003)
- Czynniki kulturowe (Cox 1988)

Schorzenia przemiany materii

- cukrzyca
- porfiria

Choroby tkanki łącznej

- toczeń rumieniowaty układowy
- reumatoidalne zapalenie stawów

Infekcje

- grypa
- wirusowe zapalenie płuc
- wirusowe zapalenie wątroby
- mononukleozą zakaźną
- gruźlica
- półpasiec
- malaria

Zatrucia

- tal
- ołów
- rtęć
- arsenik
- bizmut
- bromki
- glin

Niedobory witamin

- wit. B12
- wit. B1 (tiamina)
- wit. B6 (pirydoksyna)
- kwas foliowy

Niedobory minerałów

- żelaza
- sodu
- magnezu
- cynku
- zbyt wysoki poziom wapnia

Nowotwory

- trzustki
- mózgu
- *Pheochromocytoma*

Inne

- choroby nieuleczalne
- przewlekłe zespoły bólowe
- dializy
- zabiegi chirurgiczne

**ZESPOŁY MANIAKALNE O PODŁOŻU
SOMATYCZNYM**

Zaburzenia hormonalne

- zespół Cushinga
- nadczynność gruczołu tarczowego
- podczas stosowania steroidów kory nadnerczy

Infekcje

- grypa
- bezgorączkowe zapalenie płuc
- mononukleozą zakaźną

Zatrucia

- mangan
- rtęć

Niedobory witamin

- wit. B12
- kwas foliowy
- wit. B1

ZABURZENIA NASTROJU O PODŁOŻU ORGANICZNYM

*(Organiczne zaburzenia psychiczne
włącznie z zespołami objawowymi)*

Trudności diagnostyczne

- Zaburzenia mowy (np. afazja, dysartria, dysprozodia)
- Zewnętrzne przejawy zaburzeń nastroju nie zawsze są spójne z rzeczywistym stanem emocjonalnym (np. automatyczny śmiech, automatyczny płacz)
- Objawy zaburzeń nastroju mogą imitować objawy chorób neurologicznych
- Objawowe zaburzenia nastroju często znacznie wyprzedzają pojawienie się pierwszych objawów neurologicznych

Chorea Huntingtona

- 40% osób cierpiących na choreę Huntingtona ma objawy zaburzeń nastroju (w tym 5% objawy manii)
- Objawy depresji: dysforia, urojenia winy i grzeszności, myśli i tendencje samobójcze (próbę samobójczą podejmuje 25% chorych, Mendez, 1994, Paulsen i in. 2001)

Przyczyny:

- Objawy depresji narastają wraz z pogłębianiem się niesprawności ruchowej (Paulsen, 2005)
- U 1/3 chorych depresja przed wystąpieniem niepełnosprawności ruchowej (Mendez, 1994, Paulsen, 2005)

Choroba Parkinsona

- Epizody depresyjne: 40-60% osób chorych
- Epizody maniakalne: 2% chorych
- Depresja może wyprzedzać objawy neurologiczne (12-37% osób chorych)
- Nasilenie depresji nie koreluje ze stopniem niepełnosprawności
- Charakterystyczne objawy: dysforia, kłótność, myśli samobójcze przy jednoczesnym braku samooskarżania, poczucia winy i niewielkiej liczbie dokonanych samobójstw (Stenager, 1994, Cummings, 1992, Łojek, 1999)

Stwardnienie rozsiane

- Epizody depresyjne: 15-60% chorych (Siegert, 2005), częściej u kobiet, największe ryzyko wystąpienia depresji w ciągu pierwszy 5 lat po zdiagnozowaniu choroby
- Chorzy podejmują próby samobójcze 7,5 razy częściej niż populacja ogólna, myśli samobójcze potwierdza 22% chorych (Arnason, 1995), największe ryzyko samobójstwa w ciągu pierwszych 5 lat od otrzymania diagnozy (Amato, 2005)
- Czynniki ryzyka samobójstwa: płeć męska, wiek 40-45 lat, wczesny początek choroby, wczesne początek depresji, izolacja społeczna, nadużywanie substancji psychoaktywnych (Lode, 2009)

Udary mózgu

- Epizody depresyjne: 12-61% (Sobow 2009), częściej u kobiet
- Czas trwania depresji: 7-9 miesięcy, u ok.30% chorych: 2 – 3 lata.
- Lokalizacja udaru:
 - Lewa półkula: depresja bardziej prawdopodobna w okresie 2 pierwszych miesięcy po udarze
 - Prawa półkula: depresja bardziej prawdopodobna po upływie 1 roku od udaru
- Depresje występujące między 3 a 12 miesiącem po udarze nie mają wyraźnego związku z lokalizacją udaru
- Specyficzne objawy: stany lękowe o znacznym nasileniu, reakcje katastroficzne, skłonność do zaprzeczania objawom depresji

- Epizody maniakalne: lokalizacja w prawej półkuli

Guzy mózgu

- Zaburzenia nastroju: 10-80 %
- Lokalizacja: grzbietowo – boczna część płata czołowego: zniesienie inicjatywy, apatia
- Podstawna część płata skroniowego: impulsywność, drażliwość, labilność emocjonalna, wesołkowatość (moria czołowa)
- Przyśrodkowa część płata czołowego: spowolnienie myślenia, zaburzenia koncentracji uwagi, planowania, zapamiętywania

Neurasteniczne stadium rozwoju guza (Moise, Madhusoodanan, 2006)

- Zaburzenie nastroju pojawia się po 40 r.ż.
- Zaburzenie nastroju współwystępuje z objawami neurologicznymi (ból głowy)
- Leczenie przeciwdepresyjne nie jest skuteczne
- Brak informacji o zaburzeniach nastroju w rodzinie chorego
- Brak myśli i tendencji samobójczych (Litofsky i in. 2008)
- Mogą występować objawy innych zaburzeń psychicznych (amnezje, ataki paniki, omamy wzrokowe i słuchowe)

Urazy głowy

- Rozpowszechnienie zaburzeń nastroju: 6-40%, czas trwania około 6 miesięcy
- Największe ryzyko wystąpienia depresji: lokalizacja uszkodzenia w grzbietowo – bocznej części lewego płata czołowego, w jądrach podstawy lewej półkuli
- Mania: urazy prawego płata skroniowego

Otępienie rzekome

	Otępienie	Otępienie rzekome (depresja)
Początek	powolny początek	możliwe szybkie wystąpienie zaburzeń
Pora dnia, kiedy zaostrzają się objawy choroby	wieczór	rano
EEG, tomografia	nieprawidłowe	w normie
Zaburzenia nastroju w wywiadzie rodzinnym	mniej prawdopodobne	Prawdopodobne
Niedawna żałoba	mniej prawdopodobne	bardziej prawdopodobne
Depresja w wywiadzie	rzadziej	częściej
Przebieg	brak okresowości	przebieg okresowy

Świadomość objawów	częsty brak świadomości zaburzeń lub próby ukrywania zaburzeń	chory jest świadomy zaburzeń, własna zaburzeń poznawczych gorsza niż obiektywna
Obwinianie się	nie	tak
Podjęmowanie wysiłku przy zadaniach	tak	nie
Stosunek do upośledzenia poznawczego	ukrywanie	podkreślanie
Poprawa pamięci pod wpływem treningu	nie	tak
Zaburzenia orientacji	tak (dezorientacja w czasie, trudności w znajdowaniu drogi itd.)	zmiennie
Urojenia depresyjne	nie	tak
Skuteczność leczenia	brak skuteczności leków przeciwdepresyjnych	skuteczność leków przeciwdepresyjnych

Choroby somatyczne i zaburzenia nastroju – rodzaje związków

Przypadek zazwyczaj wyjaśnia mniej niż 1% (Kraemer, 1995)

Choroba somatyczna może być czynnikiem ryzyka depresji

- Diagnoza choroby nowotworowej i chorób płuc - depresja pojawia się bezpośrednio po diagnozie a następnie zanika
- Diagnoza miażdżycy i chorób serca – depresja nie pojawia się bezpośrednio po diagnozie tylko po upływie dłuższego czasu (Polsky i in. 1995)
- Ból (migrenowy, pleców, fibromialgia) i niesprawność fizyczna (Patten i in. 2001 – badania 17 000 osób, Patten i in. 2005 – badania 115 000 osób)
- Osoby depresyjne przed diagnozą są depresyjne po diagnozie choroby somatycznej

Choroba somatyczna może być przyczyną depresji

Depresja może być czynnikiem ryzyka chorób somatycznych

- badania Skalą Depresji 3634 osób w ciągu 6 lat - czynnik ryzyka zgonów ale nie chorób (Wulsin i in. 2005)
- wyższy wskaźnik samobójstw (ADIS, nowotwory złośliwe, płasawica Huntingtona, stwardnienie rozsiane, toczeń trzewny, choroby przewlekłe związane z kalectwem i bólem, Robertson 1997, Harris i in 1994)

Choroba somatyczna powoduje niekorzystne zmiany w przebiegu depresji

- Mniejsza skuteczność leków przeciwdepresyjnych, niepełne remisje, większe ryzyko nawrotów (Akiskal 1982, Swindle i in. 1998, Keitner i in. 1991, Iosifescu i in. 2004)
 - Wyniki leczenia depresji tym gorsze im większe nasilenie choroby somatycznej i im większej liczby narządów dotyczy choroba (Iosifescu i in. 2004)
- Częstsze występowanie depresji chronicznych, brak remisji
 - Keitner i in. (1991) – po 6 miesiącach leczenia przeciwdepresyjnego wskaźniki remisji u chorych na depresję współwystępującą z chorobami somatycznymi były niższe w porównaniu ze zdrowymi somatycznie (28% - 51%)
 - Oslin i in. (2002) – badanie pacjentów 671 po 65 tym roku życia – cięższe objawy depresji i mniej remisji po 3 miesiącach u chorych somatycznie
 - Koike i in. (2002) – badanie pacjentów z depresją i dystymią – obecność przewlekłych chorób somatycznych zwiększa ryzyko utrzymywania się objawów po 6 miesiącach (47% - 30%) i po 12 miesiącach (49% - 32%)

ZABURZENIA NASTROJU U OSÓB UZALEŻNIONYCH OD ALKOHOLU

W ICD – 10 w rozdziale Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem środków (substancji) psychoaktywnych

Zaburzenia nastroju i uzależnienie od alkoholu – rodzaje związków (Schuckit 1996)

- Uzależnienie od alkoholu może wywoływać objawy zaburzeń nastroju
- Zaburzenia nastroju mogą być przyczyną uzależnień
- Nadużywanie alkoholu może się nasilać w trakcie epizodów zaburzeń nastroju
- Alkoholizm i zaburzenia nastroju mogą pojawiać się w przebiegu innych zaburzeń psychicznych
- Alkoholizm i zaburzenia nastroju mogą występować niezależnie

Zaburzenia nastroju u osób uzależnionych od alkoholu

- Rozpowszechnienie zaburzeń nastroju diagnozowanych przy użyciu kryteriów diagnostycznych: 12 – 57%
- Rozpowszechnienie zaburzeń nastroju diagnozowanych przy użyciu kwestionariuszy: 96% (Bernardt i Murray 1986)

Uzależnienie od alkoholu u osób z zaburzeniami nastroju (Regier i in. 1990)

	Zaburzenia afektywne dwubiegunowe typu I	Zaburzenia afektywne dwubiegunowe typu II	Zaburzenia afektywne jednobiegunowe	Osoby bez zaburzeń nastroju
Uzależnienie od alkoholu	15%	18%	5%	
Nadużywanie alkoholu	31%	21%	12%	
Ogółem	46%	39%	17%	13%

Zaburzenia nastroju	Alkoholizm
zaburzenia nastroju wystąpiły wcześniej niż alkoholizm	alkoholizm wystąpił wcześniej niż zaburzenia nastroju
początek po 25 r.ż.	początek ok. 16 r.ż.
zaburzenia afektywne w rodzinie	alkoholizm w rodzinie
zaburzenia afektywne w przeszłości	w przeszłości leczenie odwykowe
remitujący przebieg	brak sezonowości
częściej u kobiet	częściej u mężczyzn
występowanie zaburzeń nastroju bez nadużywania alkoholu	depresje w okresie picia alkoholu lub bezpośrednio po zaprzestaniu picia

Wpływ uzależnienia od alkoholu na przebieg zaburzeń nastroju

- Częściej stany mieszane
- Częściej przebieg z szybką zmianą faz
- Dłuższe epizody zaburzeń nastroju
- Częściej impulsywność, zaburzenia snu, tendencje samobójcze
- Mniejsza skuteczność leczenia przeciwdepresyjnego
- Większe prawdopodobieństwo wywołania fazy maniakalnej u osób leczonych lekami przeciwdepresyjnymi (Goldberg i Whiteside, 2002)
- Mniejszy wgląd w chorobę i zaprzeczanie potrzebie leczenia