

prof. MUDr. Jiří Raboch, DrSc.

Psychiatrická klinika 1. LF UK a
VFN



AFEKTIVNÍ PORUCHY A JEJICH LÉČBA



AFEKTIVNÍ PORUCHY A LIDSTVO

- **1000 – 985 př. n.l. šílenství krále Saula (Starý zákon)- těžká deprese, BAP?**
- **4. st.p.n.l. Hippokrates - melancholie, mánie**
- **150 p.n.l. Aretaeus z Cappadocie – propojení melancholie a mánie**
- **1899 Kraepelin maniodepresivní psychóza x schizofrenie**
- **1953 Kleist, Leonhard - unipolární x bipolární forma**
- **1990 Goodwin, Akiskal – bipolární spektrum**
- **2013 DSM V – oddělení BAP od unipolární deprese**

DISEASES OF MODERNITY

- VYSOKÁ KOMORBIDITA, BEHAVIORÁLNÍ RIZIKOVÉ FAKTORY, ENDEMICKÝ VÝSKYT V INDUSTRIÁLNÍM SVĚTĚ, DYSREGULACE METABOLISMU A ZÁNĚTLIVÝCH PROCESŮ
- **ATEROSKLEROSA**
- **NÁDORY GIT**
- **DIABETES MELLITUS II. TYPU**

- **DEPRESE**

Etioopatogeneze afektivních poruch

Faktory biologické

- Neurotransmitterová imbalance (5HT, D, Na, Glu)
- změny imunity a zánětlivých aktivit (CRP, $IL^{1,6}$, TNF-alfa)
- psychoendokrinologické změny – HPA dysfunkce
- narušení biorytmů
- Mitochondriální dysfunkce
- Oxidativní a nitrosativní stres (antioxidanty, lipidová peroxidace)
- Neurogeneza, neuronální plasticita

Genetické

- epidemiologické údaje
- genetické vazební studie

Psychosociální

- nepříznivé životní události

Etioopatogeneze afektivních poruch

Faktory biologické

- Neurotransmitterová imbalance (5HT, D, Na, Glu)
- změny imunity a zánětlivých aktivit (CRP, $IL^{1,6}$, TNF-alfa)
- psychoendokrinologické změny – HPA dysfunkce
- narušení biorytmů
- Mitochondriální dysfunkce
- Oxidativní a nitrosativní stres (antioxidanty, lipidová peroxidace)
- Neurogeneza, neuronální plasticita

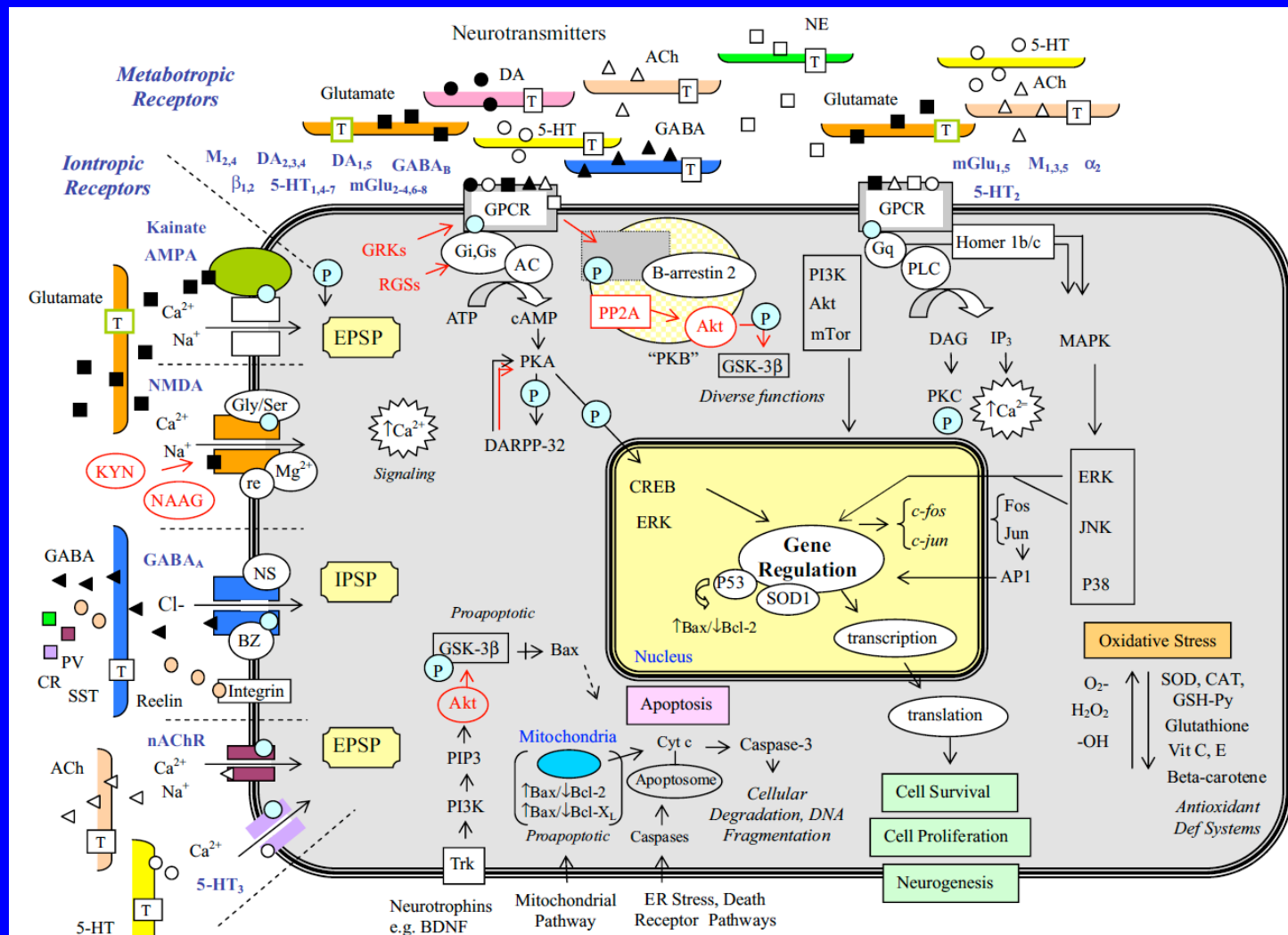
Genetické

- epidemiologické údaje
- genetické vazební studie

Psychosociální

- nepříznivé životní události

Deprese – biologicky velmi komplexní porucha



Etioopatogeneze afektivních poruch

Faktory biologické

- Neurotransmitterová imbalance (5HT, D, Na, Glu)
- změny imunity a zánětlivých aktivit (CRP, $IL^{1,6}$, TNF-alfa)
- psychoendokrinologické změny – HPA dysfunkce
- narušení biorytmů
- Mitochondriální dysfunkce
- Oxidativní a nitrosativní stres (antioxidanty, lipidová peroxidace)
- Neurogeneza, neuronální plasticita

Genetické

- epidemiologické údaje
- genetické vazební studie

Psychosociální

- nepříznivé životní události

Duševní porucha	Podíl dědičnosti (%)
Schizofrenie	81
Bipolární afektivní porucha	85
Periodická depresivní porucha	37
Panická porucha	43
Generalizovaná úzkostná porucha	28
Škodlivé užívání kokainu	72
Škodlivé užívání alkoholu	56
Škodlivé užívání marihuany	48
Alzheimerova choroba	75
Autismus	78
ADHD	62
Anorexia nervosa	60

Etioopatogeneze afektivních poruch

Faktory biologické

- Neurotransmitterová imbalance (5HT, D, Na, Glu)
- změny imunity a zánětlivých aktivit (CRP, $\text{IL}^{1,6}$, TNF-alfa)
- psychoendokrinologické změny – HPA dysfunkce
- narušení biorytmů
- Mitochondriální dysfunkce
- Oxidativní a nitrosativní stres (antioxidanty, lipidová peroxidace)
- Neurogeneza, neuronální plasticita

Genetické

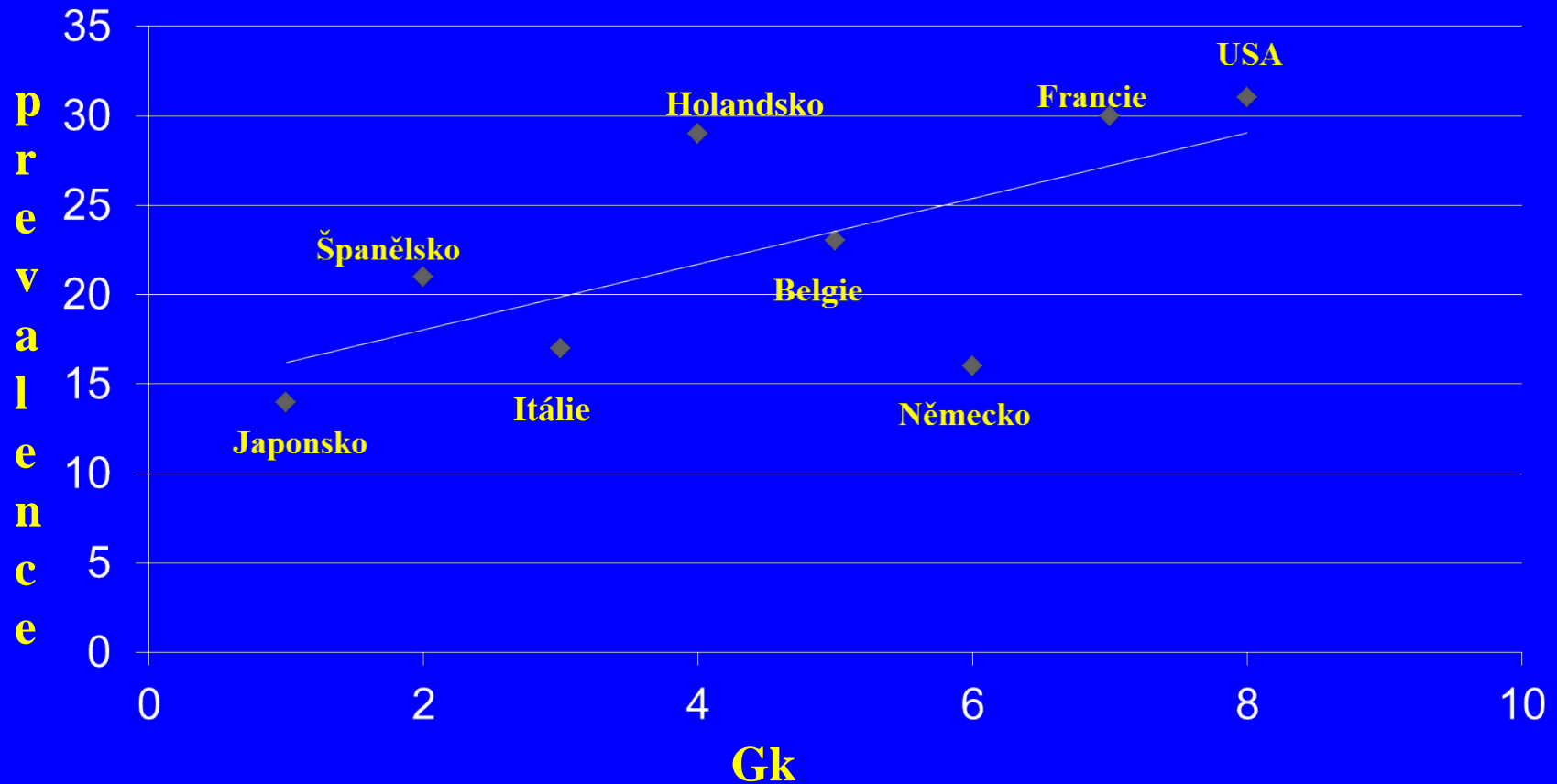
- epidemiologické údaje
- genetické vazební studie

Psychosociální

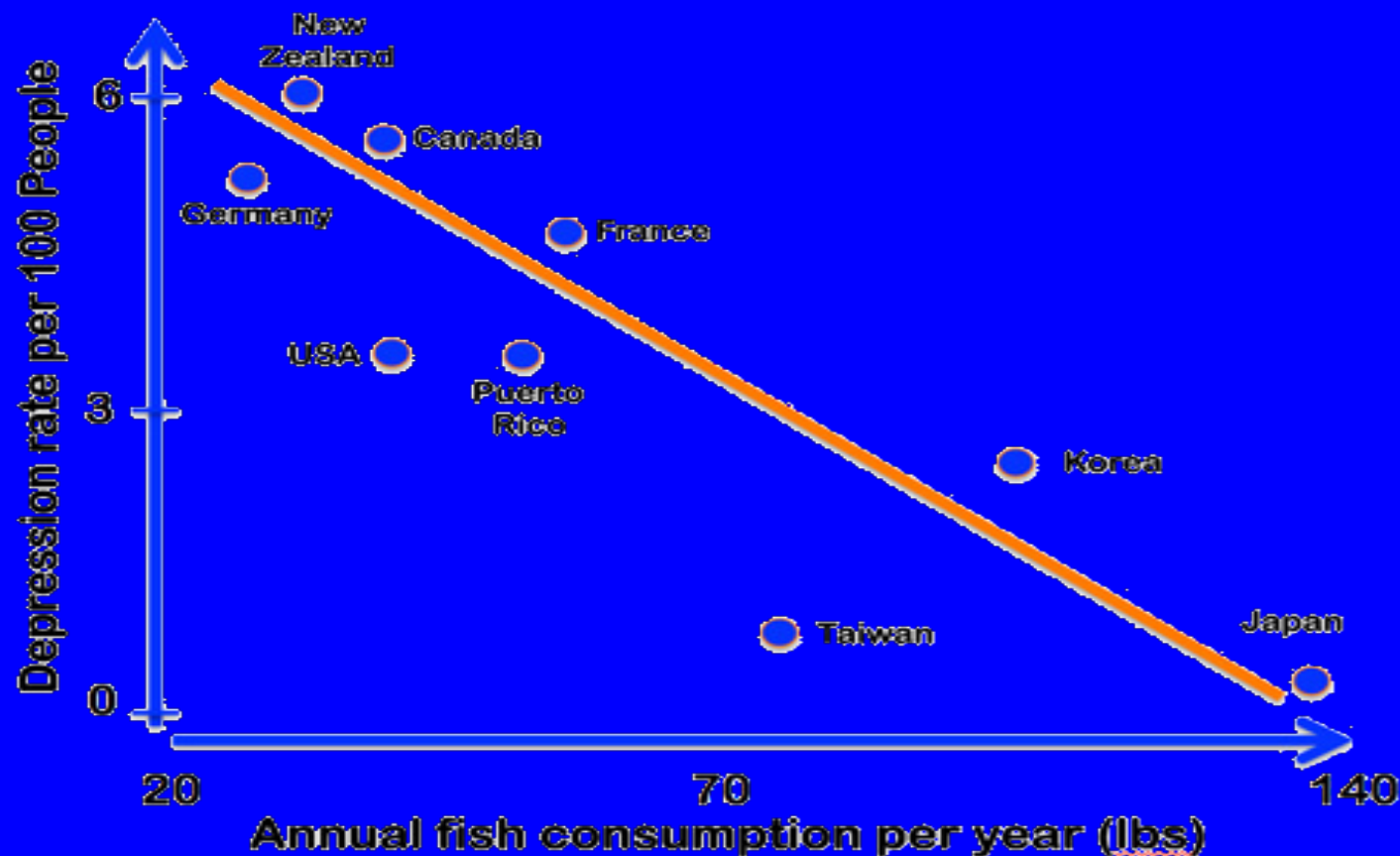
- nepříznivé životní události, životní styl

CELOŽIVOTNÍ RIZIKO VZNIKU DEPRESE

Diference v příjmech (Gini koeficient)



Vztah mezi spotřebou ryb a prevalencí deprese v 9 zemích

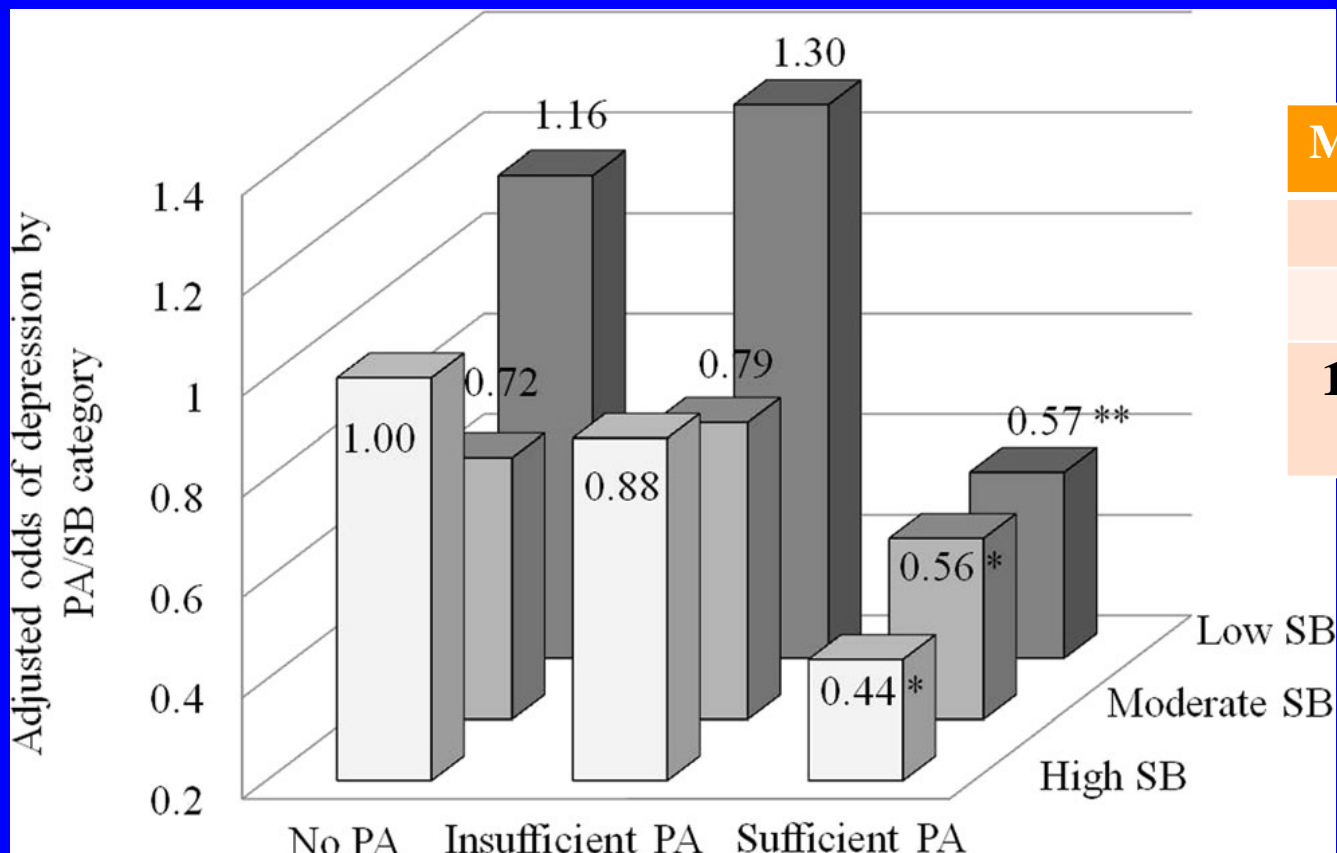


Adapted from Hibbeln, J. 1998. Fish Consumption and major depression. The Lancet, Volume 351, 9-10, Page 1213.

FAKTORY BEHAVIORÁLNÍ

Dodržuje (%)	PROJEVY DEPRESE	
	žádné nebo minimální	Střední nebo těžké
pravidelné stravování	50,2	7,5
málo sladkostí a sladkých nápojů	46,5	8,8
dostatek zeleniny, ovoce a cereálií	47,0	7,7
pravidelná konzumace ryb	21,5	3,3
pitný režim během dne	62,1	10,5

Výskyt deprese (%) podle míry fyzické aktivity (PA)



Min./týden	%
0	25,4
1-149	20,0
150 a více	54,6

N=2 914

PA 150 min./týden

Liao et al., 2016

Klasifikace afektivních poruch

Klasifikační kritéria pro afektivní poruchy:

- **příčina** – primární, sekundární
- **polarita** – bipolární, unipolární
- **intenzita** – lehká, střední, těžká
- **kvalita** - psychotická, nepychotická
- **délka trvání** – krátkodobé výkyvy nálad (krátká rekurentní depresivní porucha, 2 týdny), dlouhodobý pokles nálady (dystymie – 2 roky)

manická epizoda	depresivní epizoda
• hypománie	• lehká
• mánie	• středně těžká
• mánie s psychotickými příznaky	• těžká
	• těžká s psychotickými příznaky

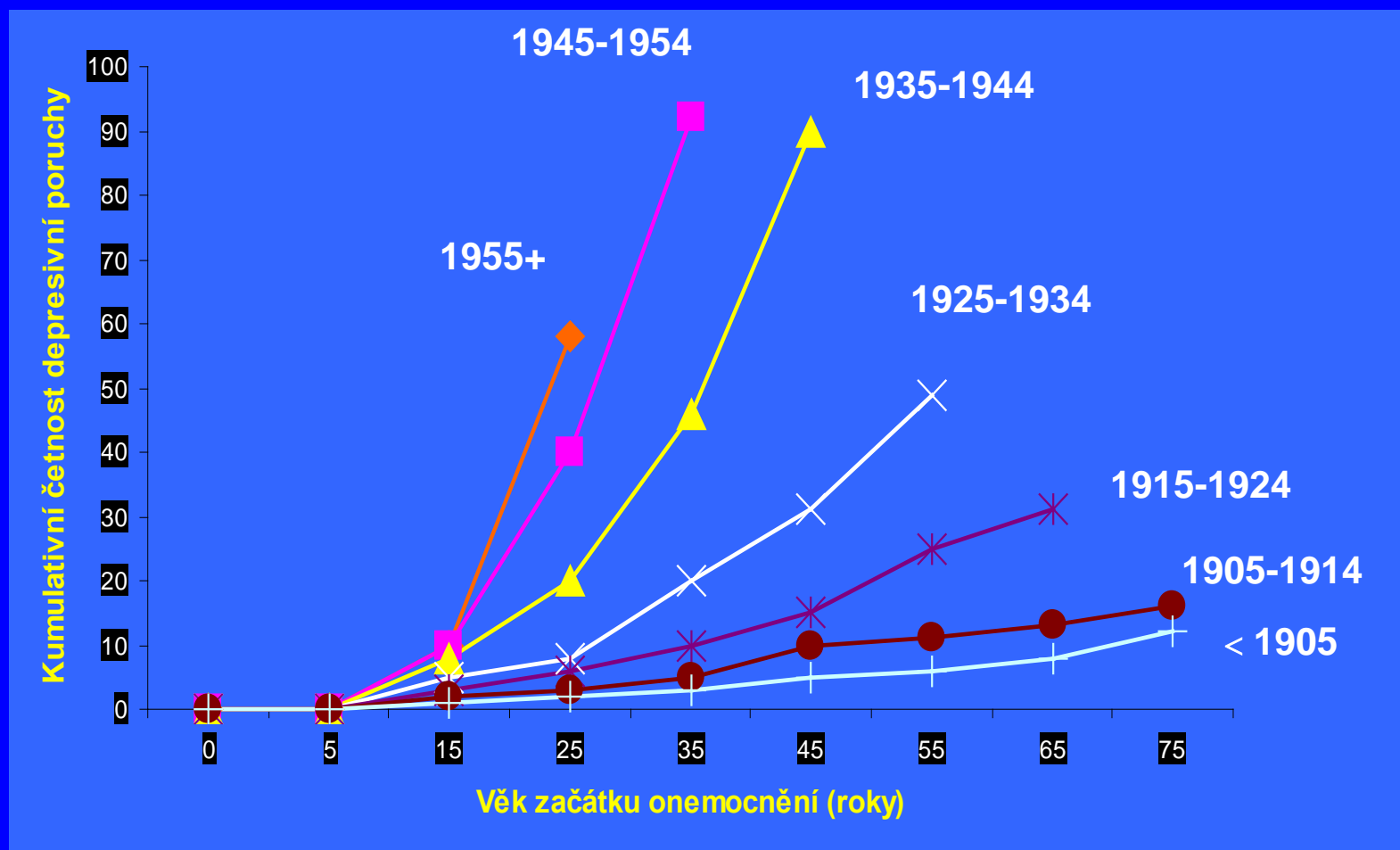
PREVALENCE DUŠEVNÍCH PORUCH (SVĚT)

PORUCHA	CELOŽIVOTNÍ	ŽENY	MUŽI	1-ROČNÍ
Úzkostné poruchy	12,9	18,2	10,1	6,7
Poruchy nálady	9,6	14,0	7,3	5,4
Návykové poruchy	3,4	5,1	17,1	3,8
Celkem	29,1	32,1	31,6	17,6

CELOŽIVOTNÍ PREVALENCE – NCS-R

DUŠEVNÍ PORUCHY USA	%	Věk začátku onemocnění (medián)
Afektivní poruchy	20,8	30
Úzkostné poruchy	28,8	11
Návykové nemoci	14,6	20
Poruchy chování	24,8	11
Duševní poruchy	46,4	14

Kumulativní četnost depresivní poruchy podle dekády narození a věku při začátku onemocnění dle ECA studie



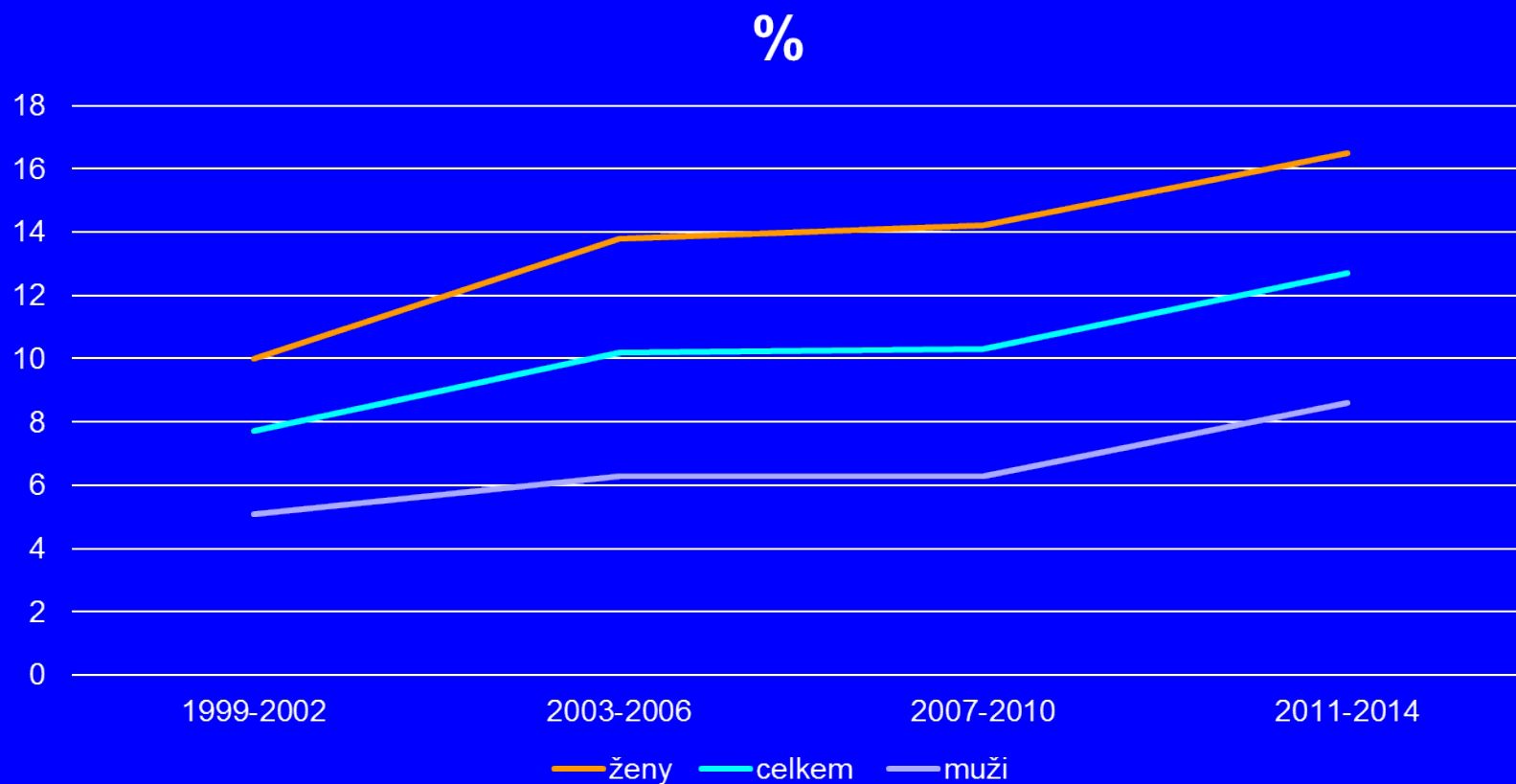
JEDNOROČNÍ PREVALENCE DEPRESIVNÍ PORUCHY

	1991-2	2001-2	P<
Počet	42 862	43 093	
Celkem	3,33	7,06	0,001
Muži	2,74	4,88	0,001
Ženy	3,88	9,06	0,001
18 – 29	5,99	9,98	0,001
30 – 44	3,86	7,32	0,001
45 +	1,32	5,54	0,001

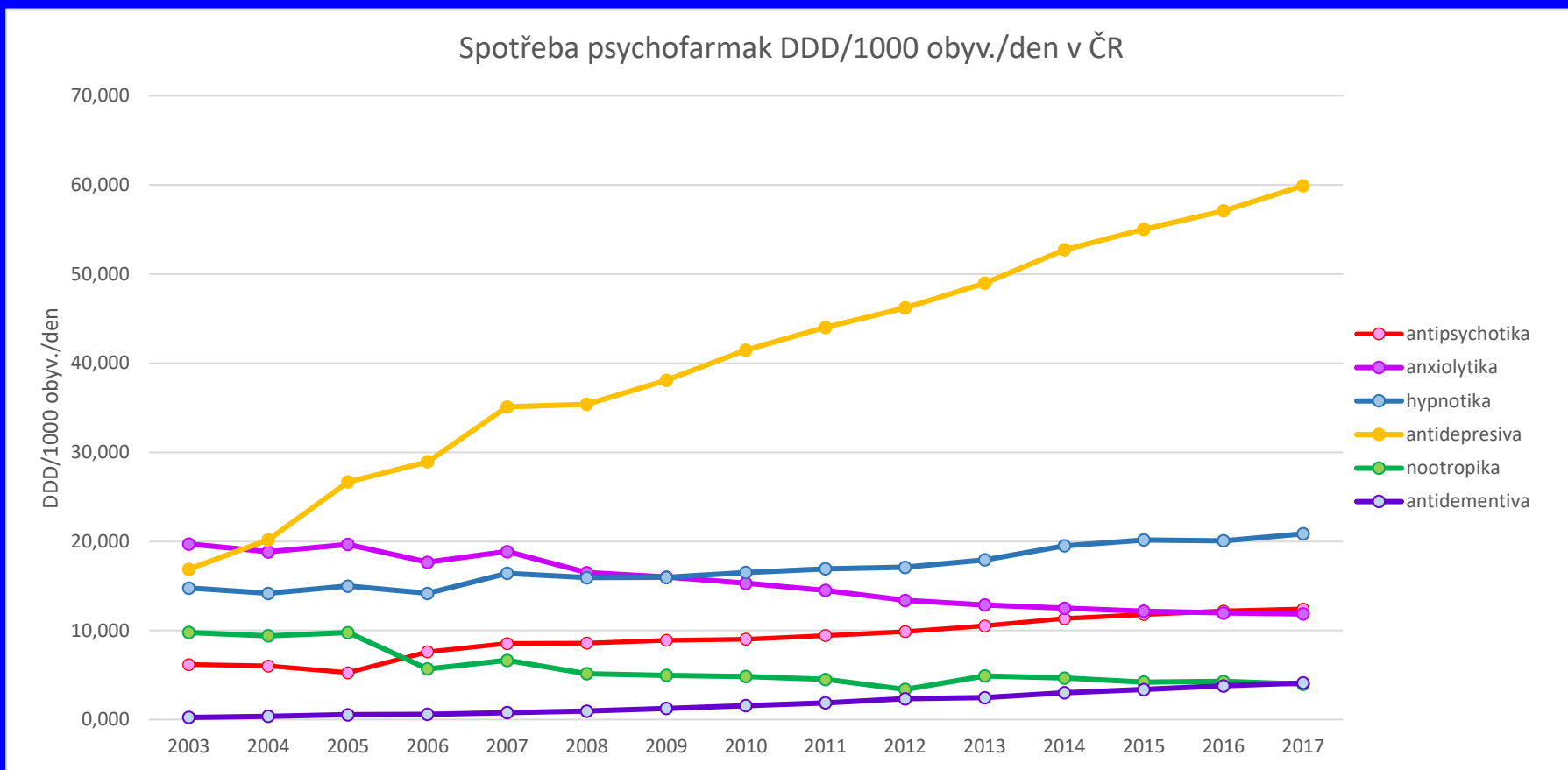
CELOŽIVOTNÍ RIZIKO VZNIKU DUŠEVNÍ PORUCHY PODLE ROKU NAROZENÍ- METROPOLITNÍ ČÍNA



TRENDY VE SPOTŘEBĚ ANTIDEPRESIV U OSOB STARŠÍCH 12 LET V USA



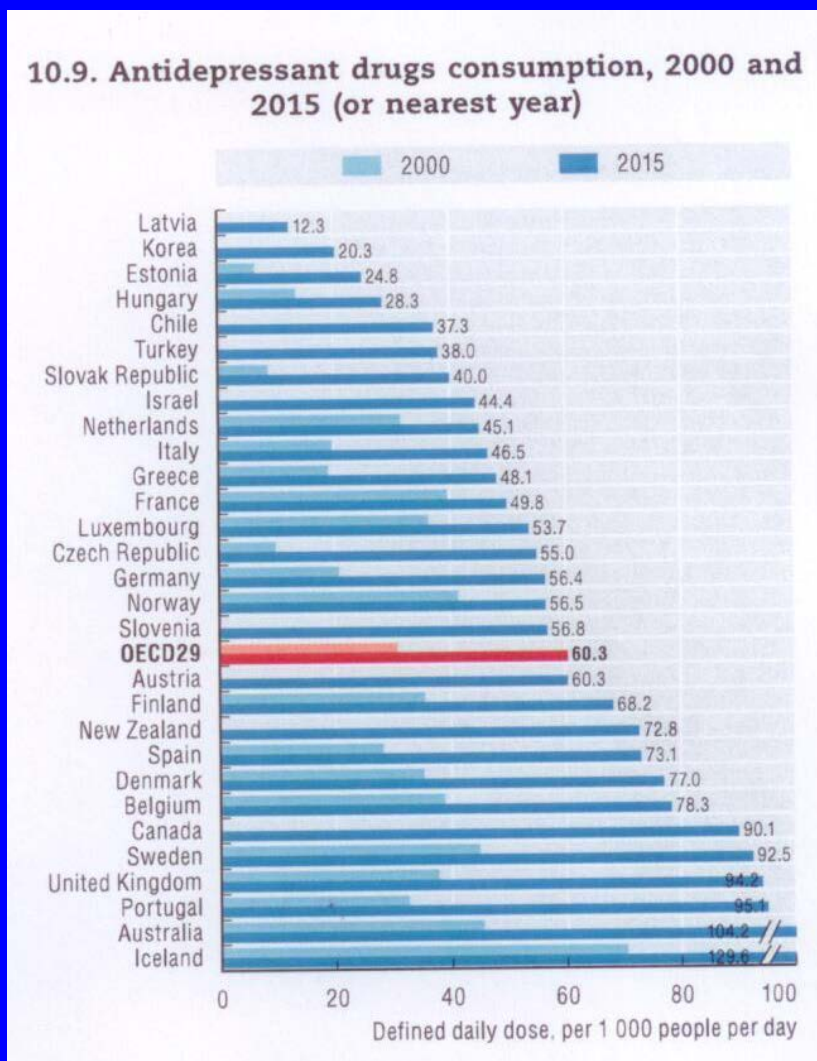
Spotřeba psychofarmak DDD/1000 obyvatel v ČR



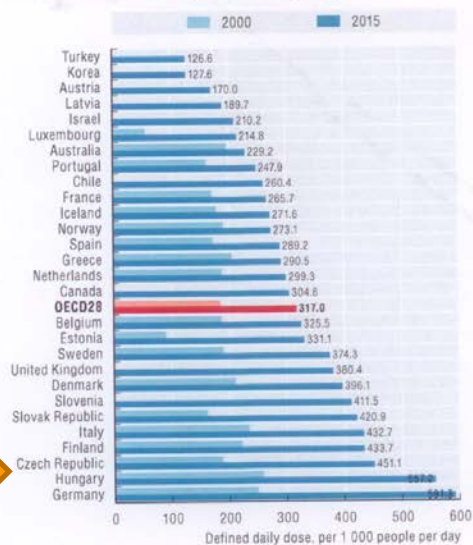
Antipsychotika: N05A po odečtení N05AN (lithium), anxiolytika: N05B, hypnotika: N05C, antidepressiva: N06A a antidementiva: N06D po odečtení ginkgo-biloba.

SÚKL, AISLP 2018

SPOTŘEBA ANTIDEPRESIV (DDD/1000/rok) 2000 and 2015 (nebo nejbližší rok)

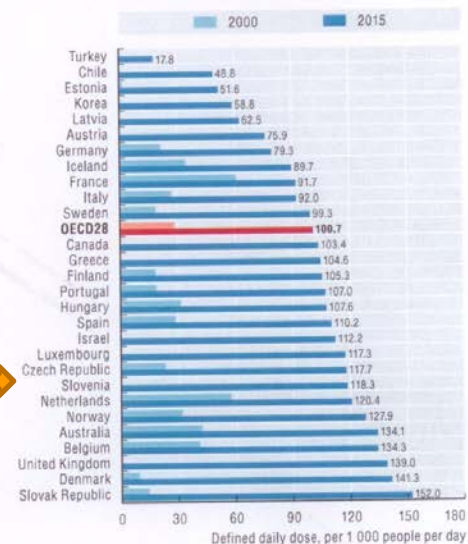


10.6. Antihypertensive drugs consumption, 2000 and 2015 (or nearest year)



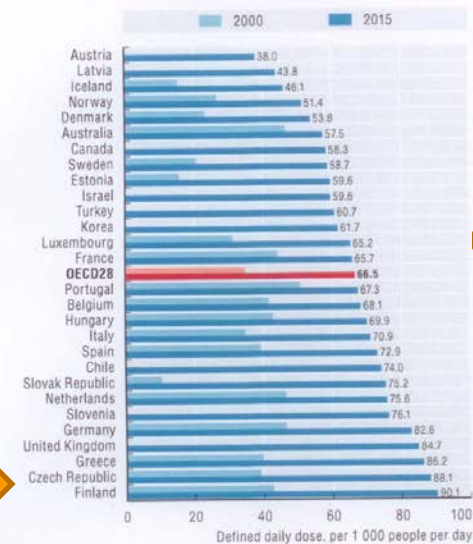
Source: OECD Health Statistics 2017.
StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933605483>

10.7. Cholesterol-lowering drugs consumption, 2000 and 2015 (or nearest year)



Source: OECD Health Statistics 2017.
StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933605502>

10.8. Antidiabetic drugs consumption, 2000 and 2015 (or nearest year)



Source: OECD Health Statistics 2017.
StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933605521>

10.9. Antidepressant drugs consumption, 2000 and 2015 (or nearest year)



Source: OECD Health Statistics 2017.
StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933605540>

RIZIKOVÉ PODSKUPINY

- AFEKTIVNÍ PORUCHA V PŘÍBUZENSTVU (SEBEVRAŽDA)
- OSAMĚLOST, VYŠŠÍ VĚK
- ŽENSKÉ POHLAVÍ (ÚDOBÍ KOLEMPORODNÍ, PERIMENOPAUA)
- NEGATIVNÍ ŽIVOTNÍ UDÁLOSTI (ROZVOD, ODCHOD DĚTÍ, ZTRÁTA PRÁCE, ÚMRTÍ ...)
- NADUŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK
- VÁGNÍ A MNOHOČETNÉ TĚLESNÉ OBTÍŽE, NADMĚRNÍ KONZUMENTI ZDRAVOTNÍ PÉČE
- ZÁVAŽNÁ TĚLESNÁ CHOROBA (KARDIOVASKULÁRNÍ, ...)

1-ROČNÍ PREVALENCE DEPRESE

	%
Běžná populace	5,8
Chronicky nemocní	9,4
Onkologičtí pacienti	33
Pacienti s Parkinsonovou chorobou	39
Pacienti po IM	45
Pacienti po CMP	47

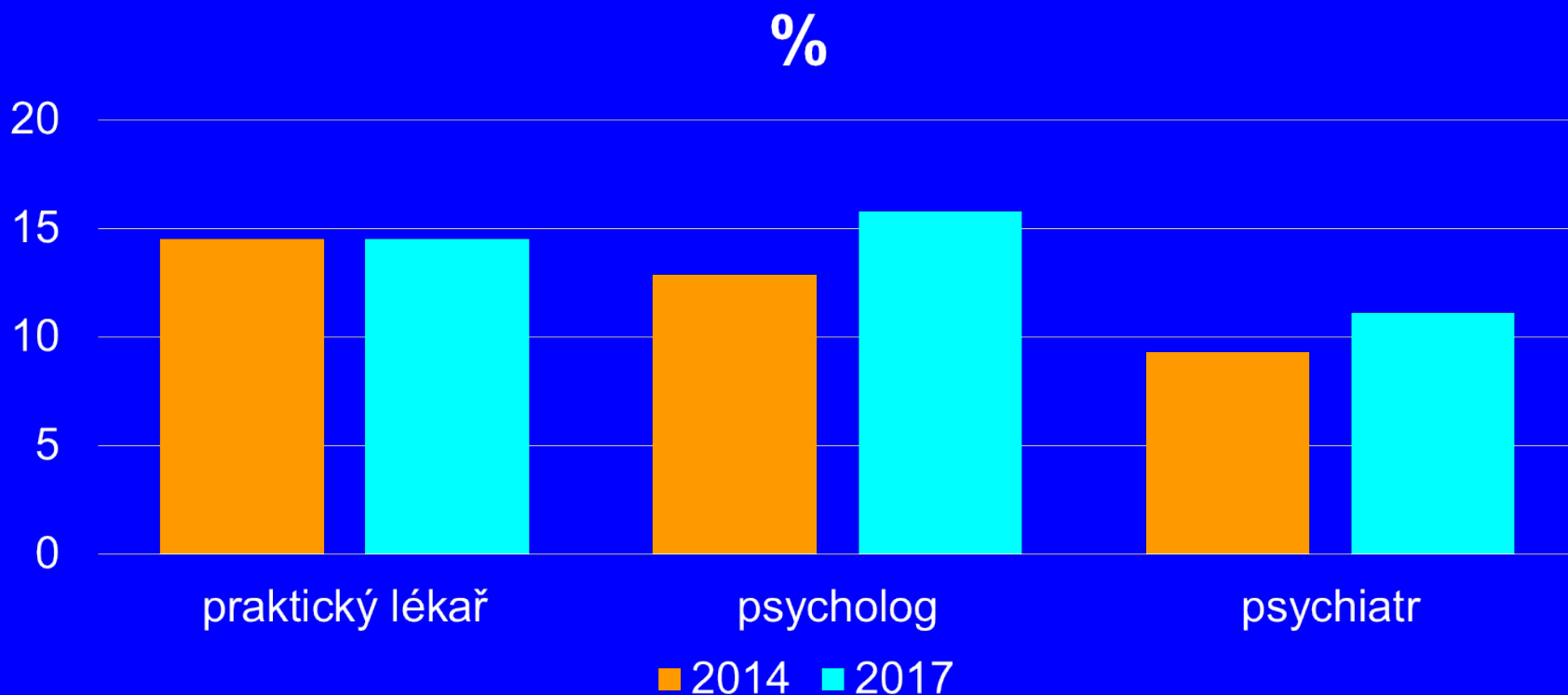
PLÚTARCHOS (40 – 125)

**Vypadá jako muž, kterého bozi
pronásledují hněvem ... odhání lékaře
i své přátele, kteří se ho snaží utěšit ...
„Nechte mě, abych si mohl protrpět
své potrestání“.**

PŘEKÁŽKY V ROZPOZNÁNÍ DEPRESE

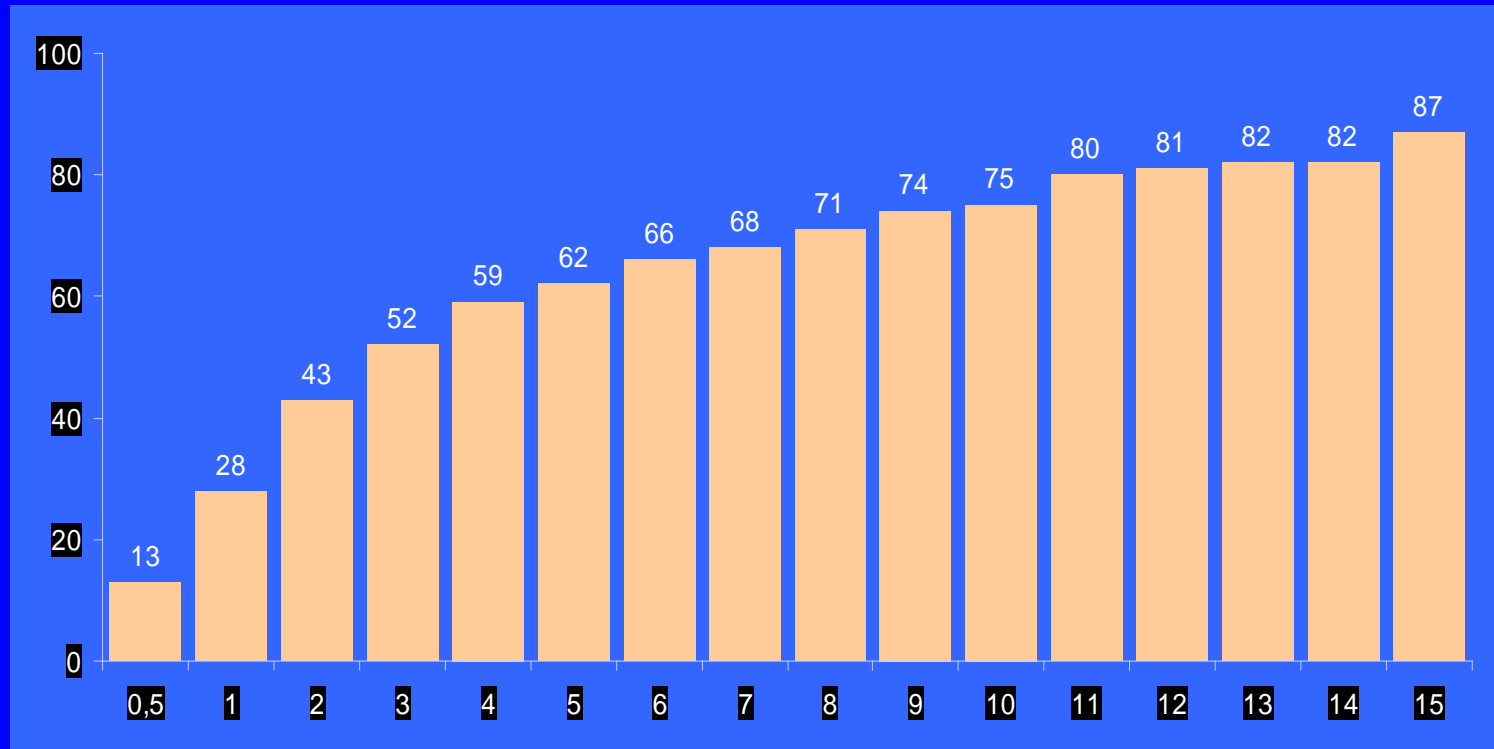
- STIGMA
- ČASOVÁ TÍSEŇ
- VZDĚLÁNÍ V OBLASTI DUŠEVNÍCH PORUCH
- „TICHÁ DOHODA“
- KOMORBIDNÍ SOMATICKÁ NEMOC

NÁVSTĚVA ODBORNÍKA PRO DUŠEVNÍ OBTÍŽE



Pravděpodobnost recidivy po úzdravě depresivní epizody (87 %) 378 pacientů s depresivní poruchou

Kumulativní pravděpodobnost recidivy (%)



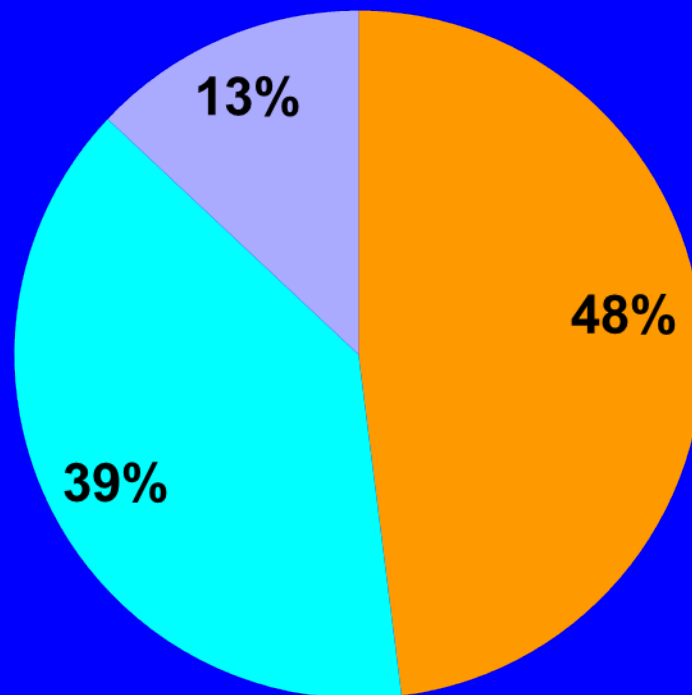
Čas (roky)

Rothschild, A. J., et al., 1999

DLOUHODOBÝ PRŮBĚH DEPRESIVNÍ PORUCHY

%

■ trvalá remise ■ recidivy ■ chronický průběh

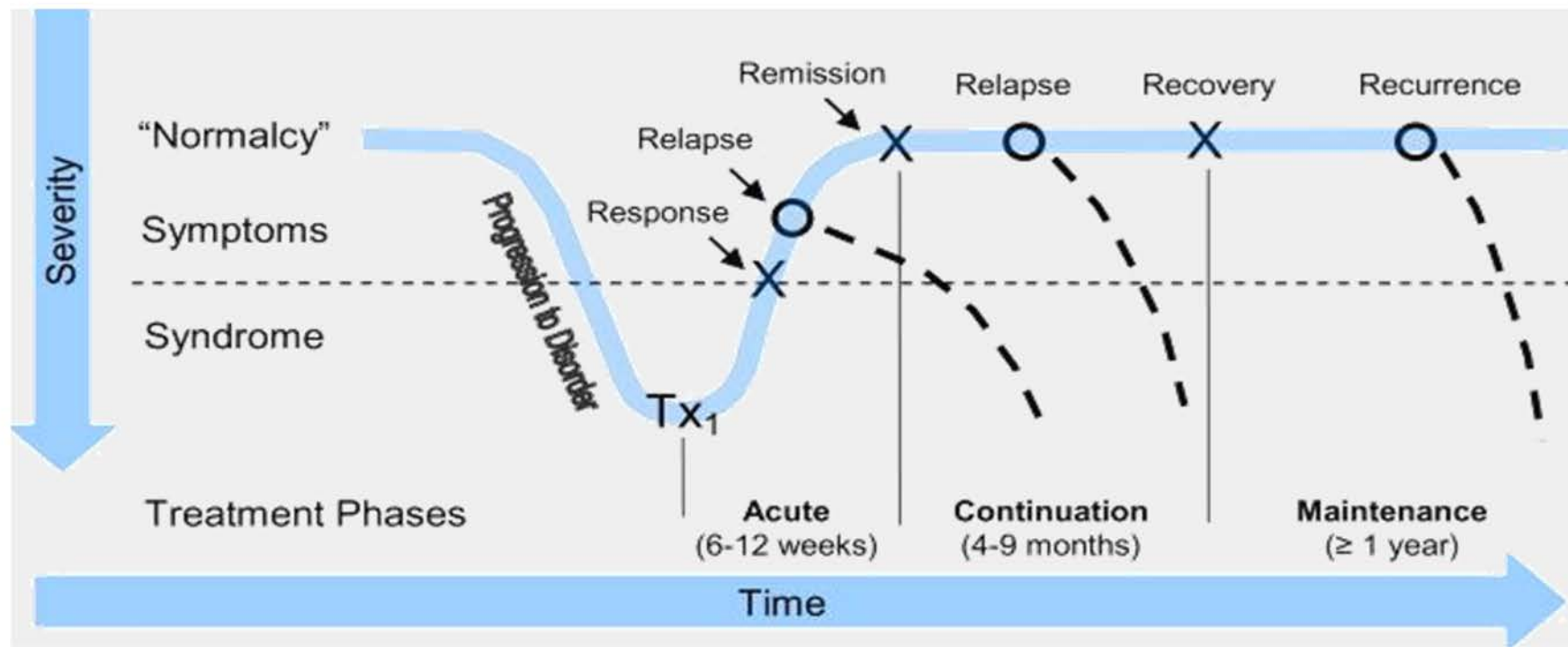


Steinert et al., 2014

FAKTORY OVlivňující PRŮběH DEPRESE

- **RODINNÁ ZÁTĚŽ**
- **VĚK PŘI ZAČÁTKU ONEMOCNĚNÍ (<25, 60<)**
- **ŽENSKÉ POHLAVÍ**
- **POČET PŘEDCHOZÍCH EPIZOD A JEJICH INTENZITA**
- **REZIDUÁLNÍ SYMPTOMY**
- **KOMORBIDITA (DYSTYMIE, PORUCHA OSOBNOSTI, ABUSUS NÁVYKOVÝCH LÁTEK VČETNĚ CIGARET, ÚZKOSTNÉ PORUCHY)**
- **PSYCHOSOCIÁLNÍ PODPORA (PARTNER, BYDLENÍ), VZDĚLÁNÍ**
- **BIOLOGICKÉ FAKTORY – CHARAKTERISTIKA SPÁNKU, HHA OSA**

Etapy léčby depresivní poruchy



Response = redukce >50% symptomů

Remise = málo, nebo žádné depresivní příznaky

Úzdrava = dlouhotrvající plná remise a návrat funkční schopnosti

MOŽNOSTI AKUTNÍ LÉČBY DEPRESE

- **ANTIDEPRESIVA**
- **PSYCHOTERAPIE (KBT, IP)**
- **DALŠÍ BIOLOGICKÉ METODY**

EKT

rTMS

FOTOTERAPIE

SPÁNKOVÁ DEPRIVACE

AEROBNÍ CVIČENÍ

VNS, DBS, LNC

PŘEDPOKLÁDANÉ ÚČINKY ANTIDEPRESIV

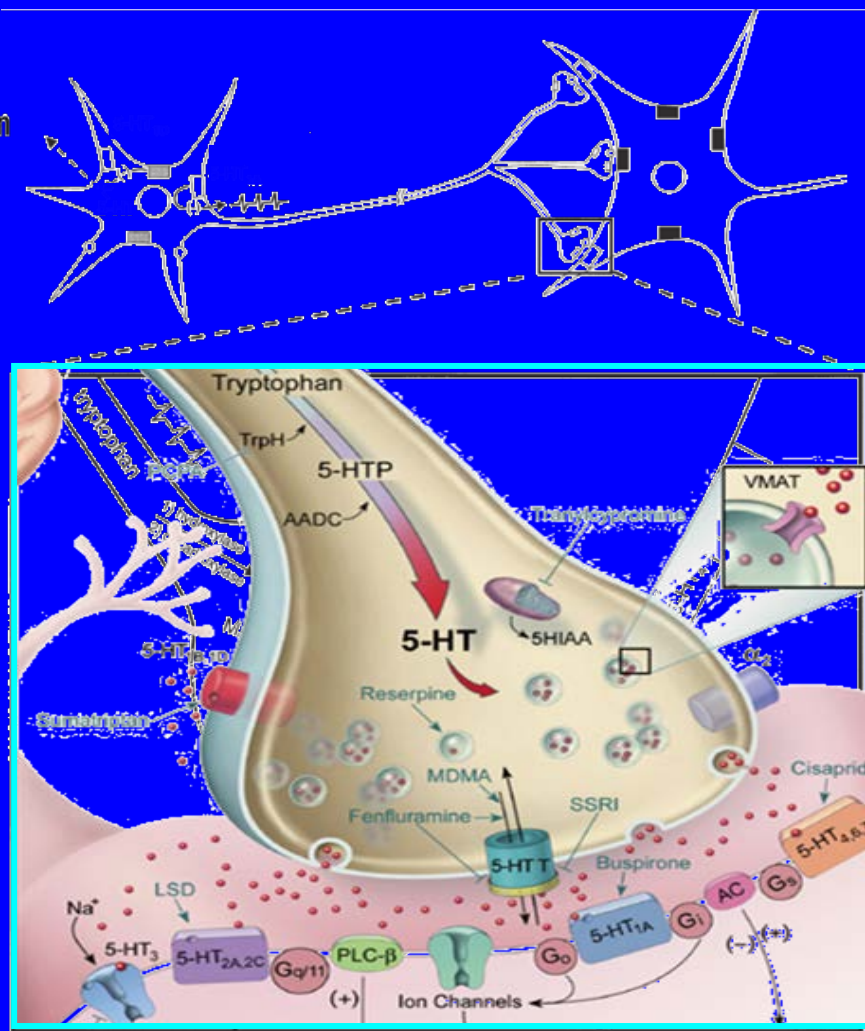
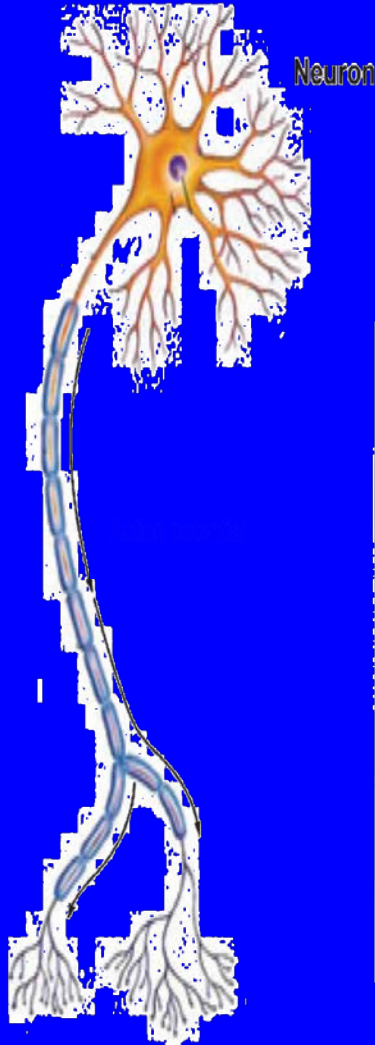
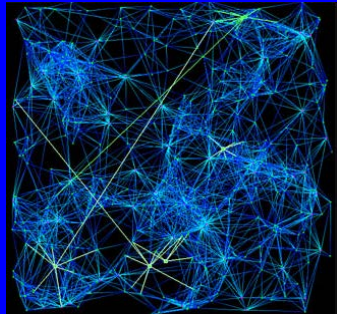
Blokáda zpětného
vychytávání

Ovlivnění receptorů

Skupina Lék	Na	S	D	Ach	a1	H1	S1	S2	S3	MT1/2
SSRI	0	+++	0	0	0	0	0	0	0	0
TCA	++	++	0	++	-	-	0	-	0	0
SARI	0	+	0	0	--	-	0	--	0	0
SNRI	+	++	+/-	0	0	0	0	0	0	0
NDRI	+/-	0	++	0	0	0	0	0	0	0
NaSSA	+/-	0	0	0	0	--	-	-	-	0
MASSA	0	0	0	0	0	0	0	-	0	+
SMRI	0	++	0	0	0	0	++ /-	0	-	0

Schatzberg 2005, Stahl 2005, Fornaro 2010, Sanchez 2015, Raboch 2018

SEROTONINERGNÍ SYSTÉM



Přenos informací

AKUTNÍ LÉČBA SSRI

STIMULACE POSTSYNAPTICKÝCH RECEPTORŮ

účinky
Nežádoucí žádoucí

SEROTONINERGNÍ SYSTÉM	EFEKT
5 HT1	ANTIDEPRESIVNÍ EFEKT
5HT2	ÚZKOST, NESPAVOST, SEX
5HT3	GIT, NECHUTENSTVÍ

Vedlejší účinky vybraných antidepresiv

Látka	GIT	Sedace	Insomnie/ agitace	Sexuální dysfunkce	Přibývání na váze	Letalita při předávkování
Citalopram	++	-	++	++	-	Nízká
Escitalopram	++	-	++	++	-	Nízká
Fluoxetin	++	?	+	?	?	Nízká
Sertralin	++	-	++	++	-	Nízká
Venlafaxin	++	-	++	++	-	Nízká
Amitriptylin	-	+++	-	+	+++	Vysoká
Klomipramin	+	+	+	++	++	Střední
Dosulepin	-	++	-	+	+	Vysoká
Bupropion	+	-	+	-	-	Nízká
Trazodon	+	++	-	++	+	Nízká
Mirtazapin	-	++	-	-	++	Nízká
Moklobemid	+	-	+	-	-	Nízká
Agomelatin	+	-	-	-	-	Nízká

Doporučené postupy psychiatrické péče

Psychiatrická společnost ČLS JEP

- Vzhledem k porovnatelné účinnosti se iniciální výběr antidepresiva řídí profilem nežádoucích účinků, bezpečností, snášenlivostí, farmakologickými vlastnostmi, příp. předchodí účinností, cenou a preferencí pacienta.
- U většiny pacientů je optimální zahájit SSRI, SNRI, mirtazapinem, bupropionem nebo trazodonem.
- Dávky titrujeme do plné terapeutické dávky s ohledem na věk, komorbiditu, konkomitantní léčbu a vedlejší účinky.

Jiné biologické způsoby léčby

- **Elektrokonvulzivní léčba (EKT)**

- remise u 85-95% pacientů, účinnější než psychofarmaka, rychlejší nástup účinku
- nutná pokračovací a profylaktická léčba AT

Chronobiologická léčba

- Fototerapie - působení intenzivního bílého světla po dobu půl hodiny až dvou hodin nejlépe ráno, především u sezónních afektivních poruch
- spánková deprivace nebo spánkový posun

- **Repetitivní transkraniální magnetická stimulace (rTMS)**

- srovnatelná účinnost s EKT v některých indikacích

- **Vagová stimulace (VNS), hluboká mozková stimulace (DBS), limbická neurochirurgie (LNC), transkraniální stimulace stejnosměrným proudem (tDCS)**



Psychoterapie

- **Základní léčebný přístup**
 - u pacientů s lehkou až střední depresí
 - přítomnost psychosociálních stresorů, intrapsychických konfliktů, interpersonálními obtížemi
 - komorbidita s poruchou osobnosti
- **důležité je též pacientovo přání**

Formy psychoterapie

- **Podpůrná psychoterapie - zvyšuje compliance pacienta**
 - součástí léčby každého pacienta, provádí ji ošetřující lékař (naslouchání, porozumění, podpora a povzbuzování, realistické cíle)
 - informování pacienta (i jeho nejbližších) o léčbě a očekávaném vývoji

ÚČINNÉ PSYCHOTERAPEUTICKÉ METODY

Psychoterapie	Hlavní principy	Počet Sezení	Poznámky
Terapie zaměřená na problémy	Identifikace problémů a rozvíjení schopnosti je řešit	4 – 6	Vhodné pro primární péči
Kognitivní terapie	Identifikace negativních myšlenek a jejich nahrazení racionálnějšími přístupy	12 – 16	Kombinace s behaviorální terapií
Behaviorální terapie	Identifikace nevhodných způsobů chování a jejich nahrazení vhodnějšími vzorci	8 – 12	Kombinace s behaviorální terapií
Interpersonální terapie	Rozpoznání hlavních osobnostních charakteristik a problémů, řešení některých z nich	12 – 16	Kombinace KBT i dynamické terapie

Deprese a medicína životním stylem

Faktor	Studie	Síla důkazu	Náklady
Dieta	CS, LO	Vysoká	Střední
Fyzická aktivita/cvičení	CS, LO, CTs	Střední	Nízké
Rekreace	OB, CTs	?	Rozličné
Relaxace/meditace	CTs	Střední	Nízké
Spánek	CS, LO, CTs	Vysoká	Žádné
Životní prostředí	CS, LO, CTs	Střední	
Sociální podpora	CS, LO	Vysoká	Nízké
Pet terapie	CS, CTs	Střední	Střední
Škodlivé návyky (alkohol, kouření)	CS, LO	Vysoká	Možnost šetření

Sarris J. et al., 2014



KOMPLIKACE AKUTNÍ LÉČBY SSRI

- **SEROTONINOVÝ SYNDROM**
- **NEÚSPĚŠNOST LÉČBY**
- **SEBEVRAŽEDNÉ JEDNÁNÍ**

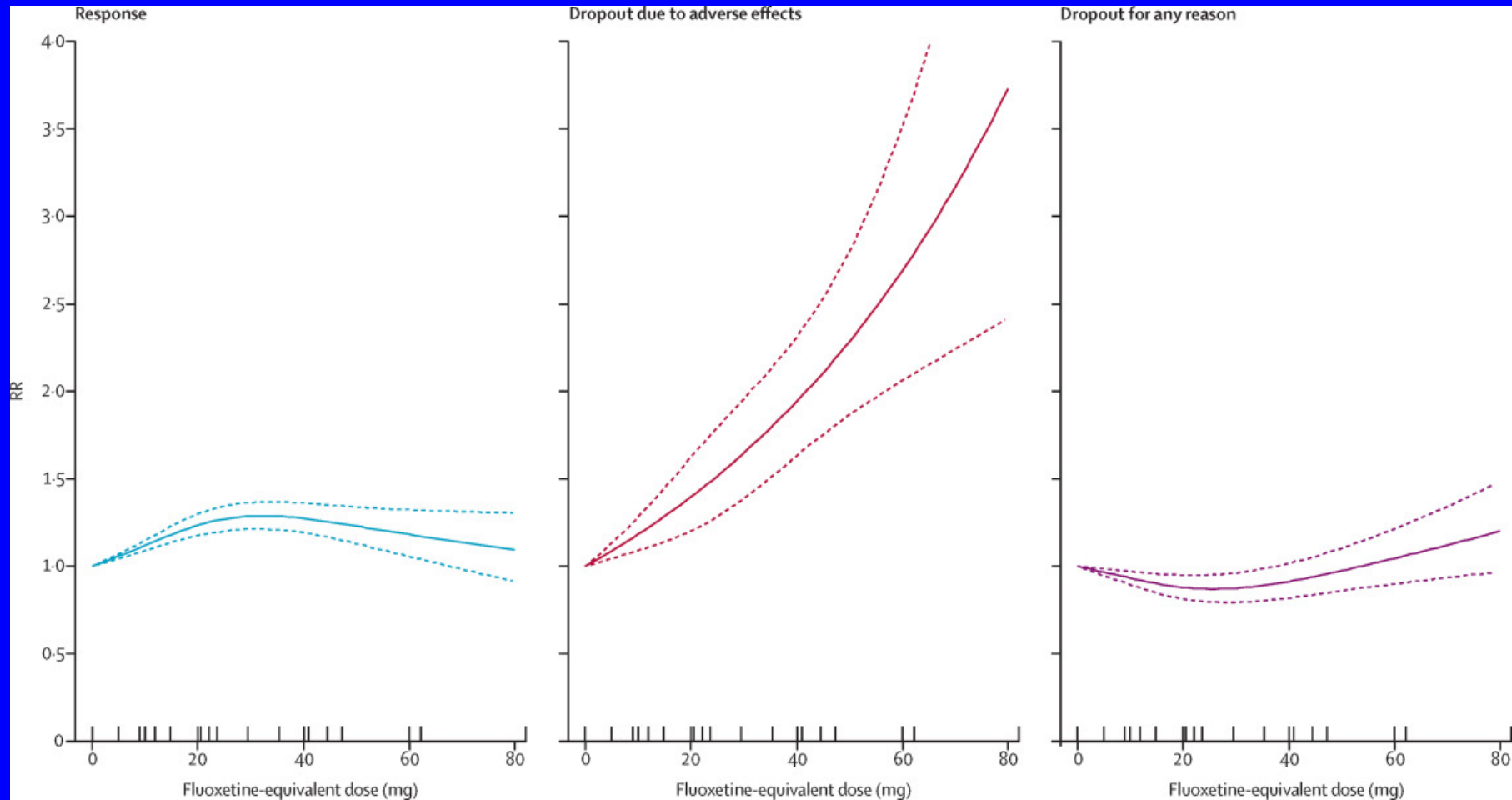
SEROTONINOVÝ SYNDROM

- **PODÁNÍ VYŠŠÍ DÁVKY SSRI NEBO JEJICH KOMBINACE S JINÝMI SEROTONINERGNÍMI PREPARÁTY (IMAO, KLOMIPRAMIN, MIRTAZAPIN, BUSPIRON, LITHIUM, PETIDIN, TRAMADOL)**
- **NAUZEJA, VOMITUS, BŘIŠNÍ KŘEČE, TŘES, MYOKLONUS, DYSARTRIE, ZVÝŠENÝ SVALOVÝ TONUS, TACHYKARDIE, HYPERTENSE, AGITOVANOST, ZMATENOST**
- **VYSAZENÍ SEROTONINERGNÍCH PREPARÁTŮ, ANTAGONISTÉ 5HT RECEPTORŮ – CYPROHEPTADIN, STUDENÉ ZÁBALY, NIFEDIPIN, KLONAZEPAM**

NEÚSPĚŠNOST LÉČBY

- **BĚHEM 4 – 6 TÝDNŮ NENÍ POZITIVNÍ ODPOVĚĎ NA LÉČBU**
- **SPRÁVNÁ DIAGNOSA?**
- **KOMPLIANCE**
- **MAXIMALIZACE DÁVKY**
- **ZÁMĚNA ANTIDEPRESIVA**
- **KOMBINACE**
- **POTENCIACE ANTIDEPRESIVNÍHO ÚČINKU (LITHIUM, T3, STIMULANCIA, ESTROGENY, ...)**

Optimální dávkování antidepresiv



Furukawa TA et al., 2019

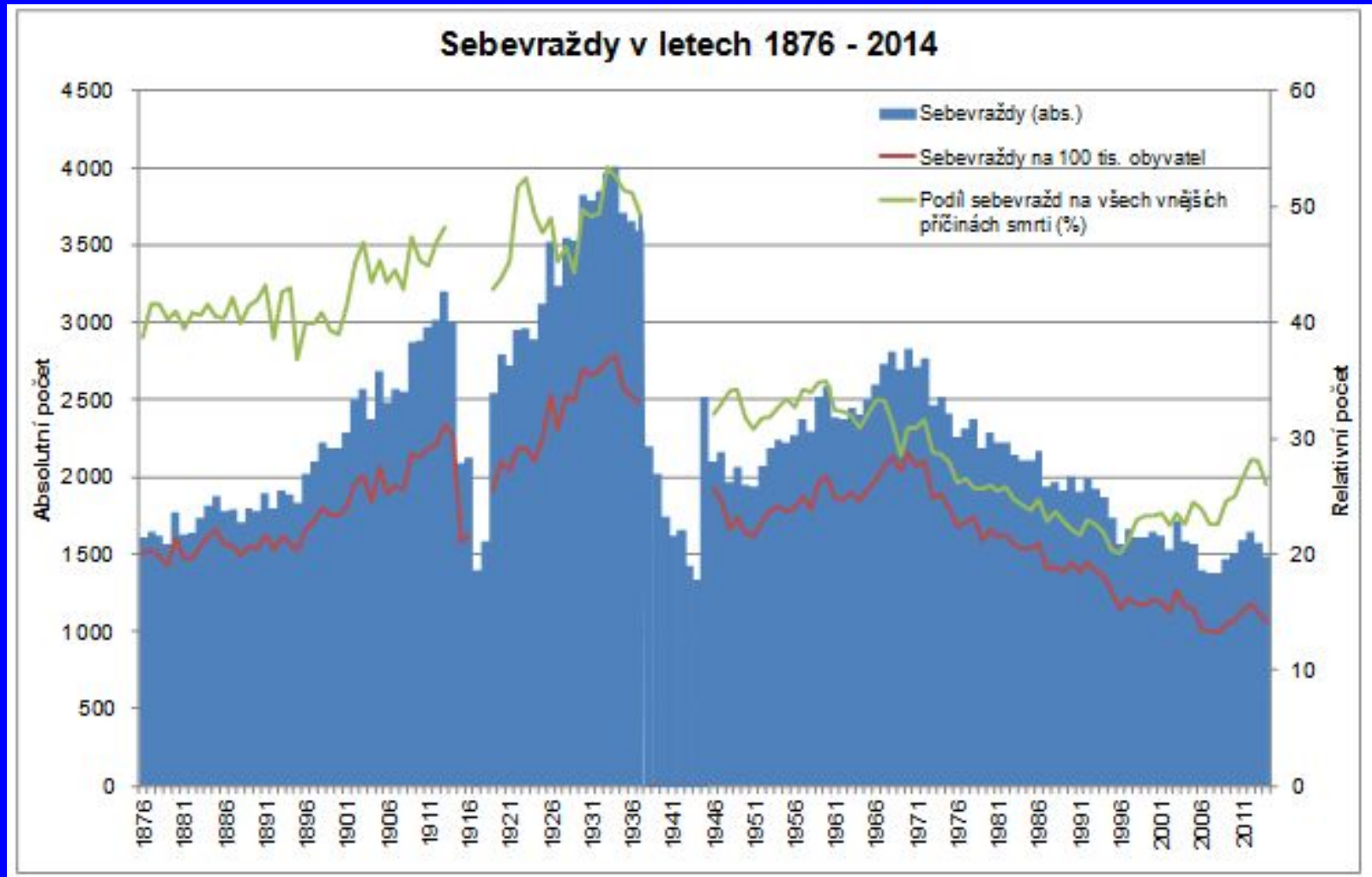
Sebevražda



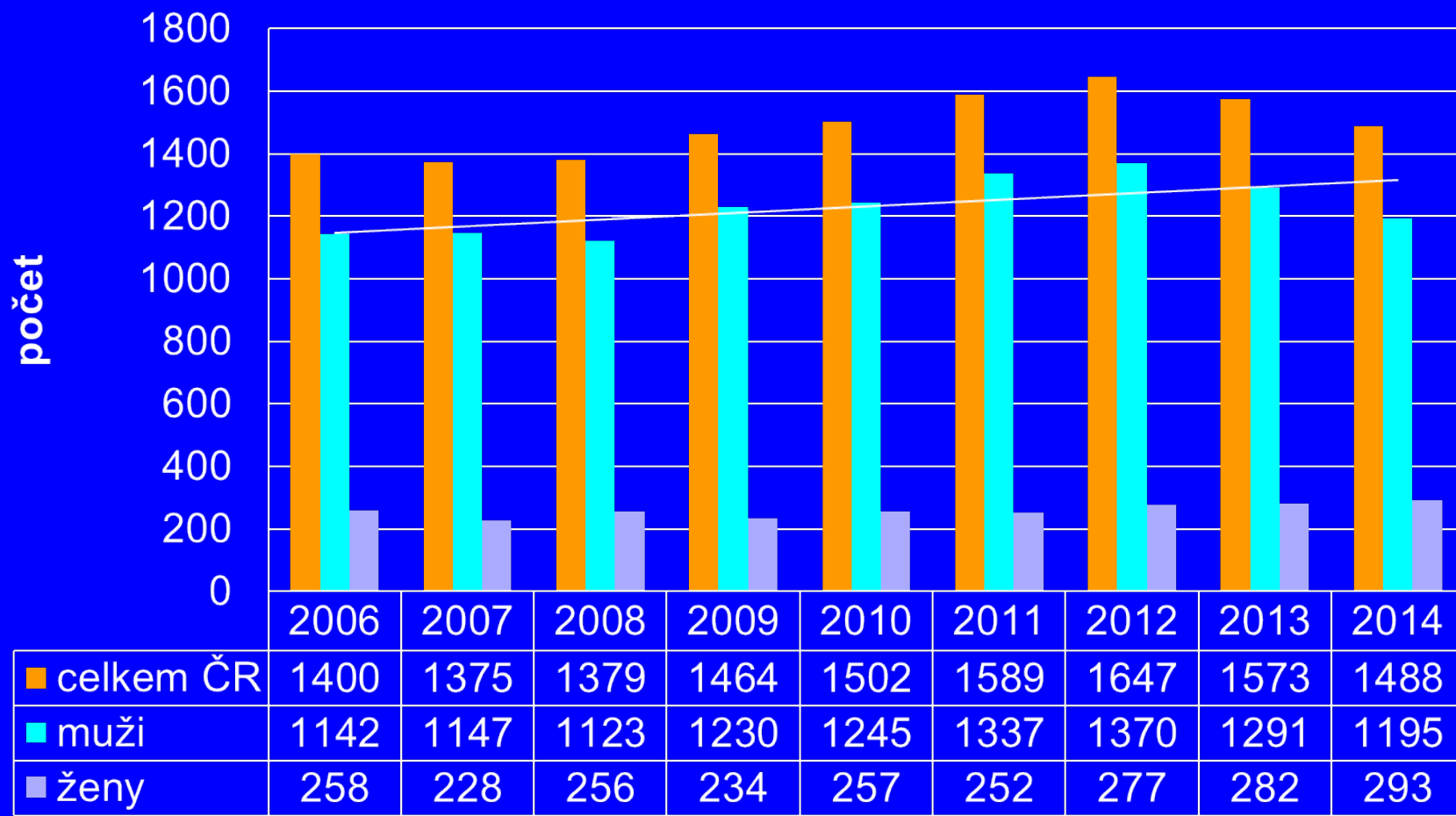
(suicidium, z *sui* = se, sebe a *caedere* = zabít, respektive *caedium* = zabití; řecky *autocheiria*) je akt **vědomého a úmyslného ukončení vlastního života**

ČR

sebevraždy/rok



POČET DOKONANÝCH SEBEVRAŽD



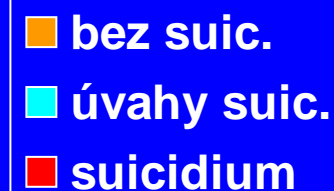
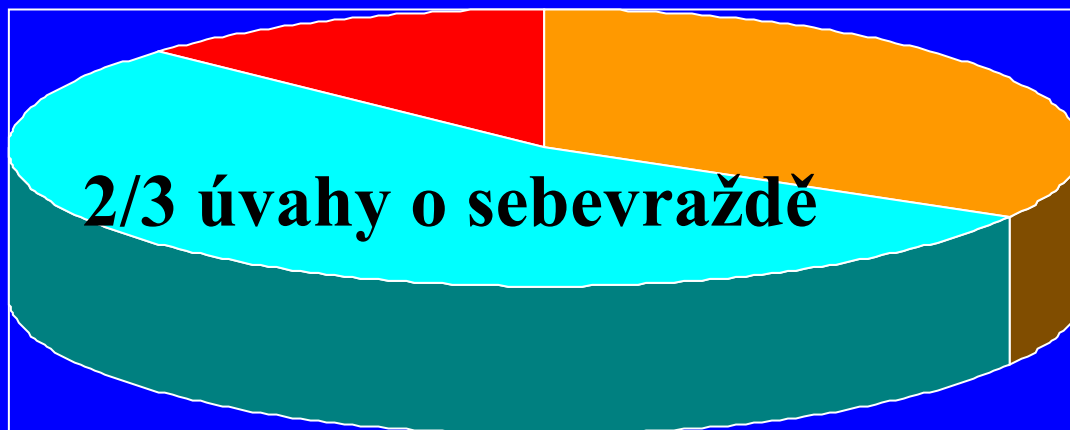
RIZIKO SEBEVRAŽD PODLE DIAGNÓZ

Disorder	Relative risk, SMR	Suicide rate, %/year	Lifetime risk %
Bipolar disorder	28	0,39	23,4
Severe depression	21	0,29	17,4
Mixed substance abuse	20	0,28	16,8
Severe anxiety disorder	11	0,15	9,0
Moderate depression	9	0,13	7,8
Schizophrenia	9	0,12	7,2
Personality disorder	7	0,10	6,0
Cancer	2	0,03	1,8
General population	1	0,014	0,8

Tondo et al., 2003

DLOUHODOBÝ PRŮBĚH DEPRESIVNÍ PORUCHY

7 – 15 % sebevraždy dokoná



Keller a Sadock, 1991

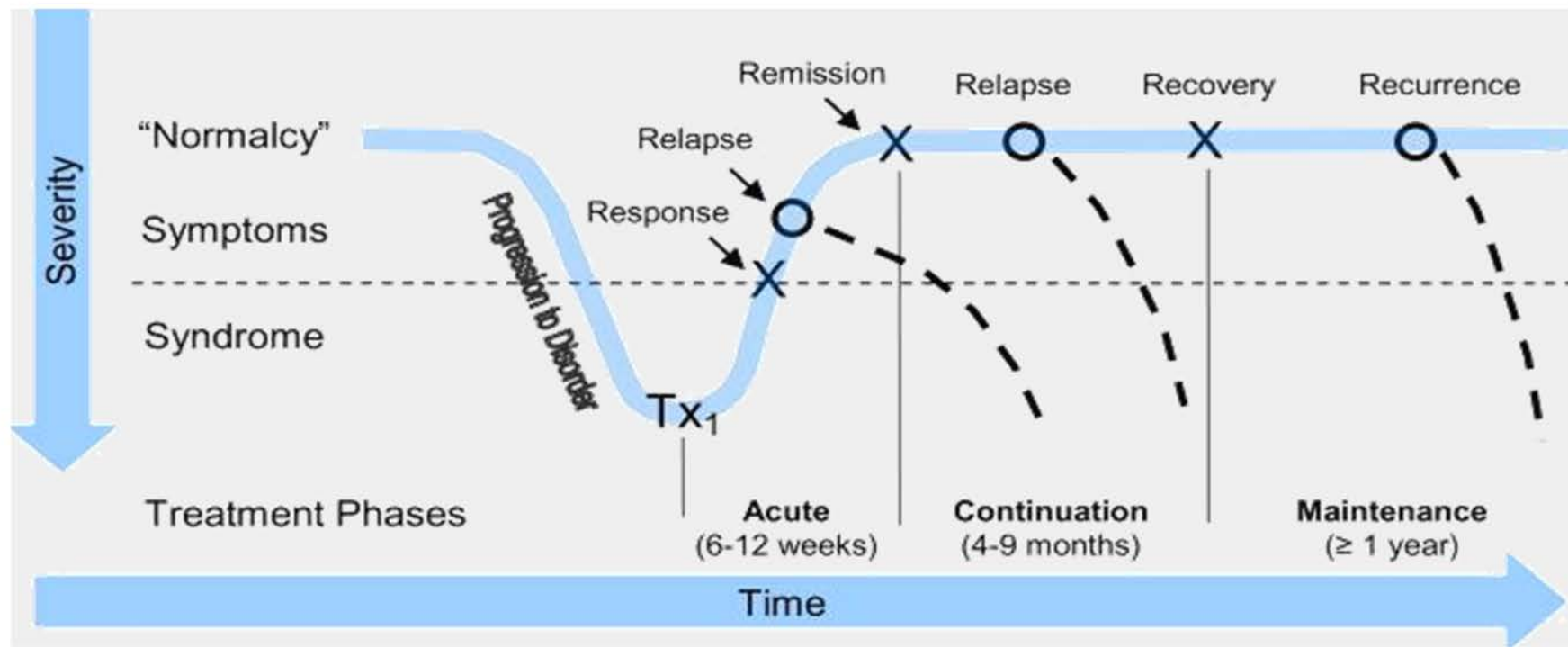
SEBEVRAŽEDNÉ JEDNÁNÍ V RÁMCI AKUTNÍ LÉČBY DEPRESE

- **ANTIDEPRESIVNÍ EFEKT – 2 – 4 TÝDNY**
- **AKTIVIZUJÍCÍ EFEKT – 1 – 2 TÝDNY,
ANXIETA**
- **ČASTÉ NÁVŠTĚVY, MOŽNOST
TELEFONNÍ KONZULTACE, KONTAKT S
PŘÍBUZNÝMIK**

SUICIDÁLNÍ PACIENT

- MÁTE NĚKDY POCIT, ŽE ŽÍT NEMÁ CENU?
- PŘEMÝŠLÍTE O SMRTI?
- PŘEJETE SI ZEMŘÍT?
- PŘEMÝŠLÍTE O TOM, ŽE SI UBLÍŽÍTE?
- MÁTE NĚJAKÝ PLÁN?
- CO VÁM POMOHLA, ŽE JSTE JEJ NEUSKUTEČNIL?

Etapy léčby depresivní poruchy



Response = redukce >50% symptomů

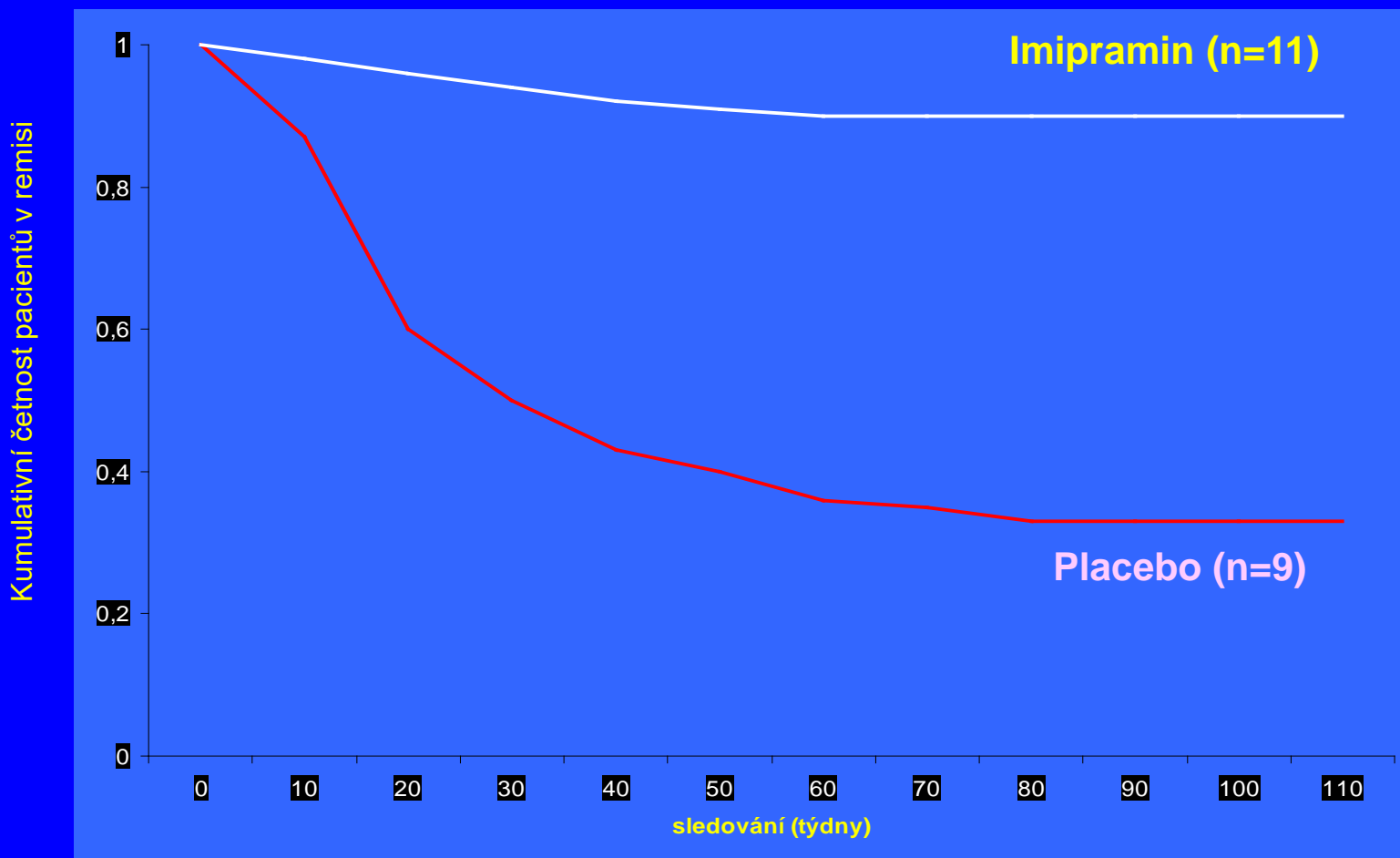
Remise = málo, nebo žádné depresivní příznaky

Úzdrava = dlouhotrvající plná remise a návrat funkční schopnosti

Indikace pro udržovací léčbu antidepresivy

- Po **první** depresivní epizodě s trvalou remisí možno doporučit ukončení léčby
- **3** depresivní epizody během posledních 5 let
- **2** depresivní epizody během posledních 5 let a níže uvedené rizikové faktory:
 - Pozdní začátek (po 60. roce)
 - Časný začátek (před 30. rokem)
 - Krátký interval mezi epizodami
 - Rychlý rozvoj epizody
 - Rodinná zátěž afektivními poruchami
 - Komorbidita (úzkostné poruchy, dystymie, nadužívání alkoholu nebo jiných návykových látek)
 - Velká intenzita deprese včetně suicidality
 - Obtíže v rámci pokračovací léčby (reziduální symptomy)
 - Obtíže v návratu pracovní schopnosti a psychosociálního fungování

Výsledky profylaktické léčby imipraminem ve 4. a 5. roce sledování ve srovnání s placebem



Rozdíl mezi skupinami je statisticky významný, $p < 0,006$

Kupfer, D.J., et al., 1992

Inhibiční vliv moderních antidepresiv na cytochrom P450 (CYP) v běžných dávkách

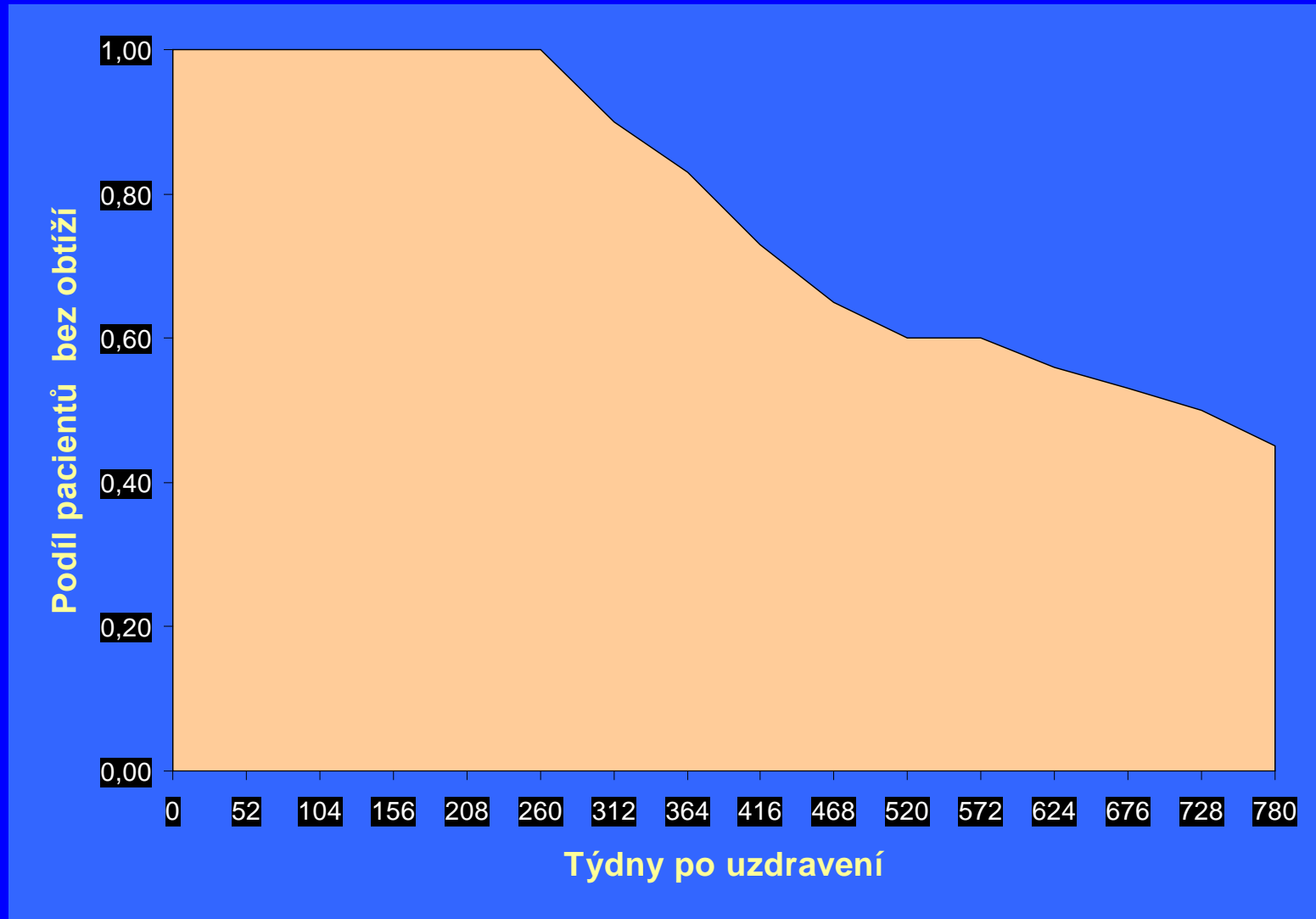
Lék	1A2	2C	2D6	3A4
Fluoxetin	0	++	++++	++
Sertralin	0	++	+	++
Citalopram	0	0	+	0
Escitalopram	0	0	0	0
Venlafaxin	0	0	0	0
Bupropion	0	0	+++	0
Mirtazapin	0	0	0	0

0 – nevýznamné, + - mírné, ++ - střední, +++signifikantní, ++++ - vysoké

Klinicky závažné lékové interakce látek typu SSRI

všechna	antikoagulancia (warfarin, kumaroly)	zvýšený antikoagulační efekt
všechna	antidepresiva IMAO (nižší pravděpodobnost u reverzibilních preparátů) Tricyklika	serotoninergní syndrom zvýšená hladina některých tricyklik
fluoxetin	antiarytmika flecainid	zvýšená plasmatická koncentrace
fluoxetin	antikonvulziva	snížování záchvatového prahu
fluvoxamin	carbamazepin	zvýšené plasmatické hladiny
všechna	phenytoin antihistaminika terfenadin	zvýšené riziko arytmií
všechna	lithium	CNS toxicita
všechna	sumatriptan	CNS toxicita
fluoxetin		
fluvoxamin	klozapin	zvýšená plasmatická hladina klozapinu
fluoxetin	haloperidol	zvýšená plasmatická hladina haloperidolu
všechna	ritonavir	zvýšení koncentrace SSR1
fluvoxamin	theophyllin	zvýšená plasmatická hladina theophyllinu
fluoxetin	selegilin	CNS excitace, hypertenze
všechna	tramadol	zvýšené riziko konvulzí

Výskyt recidiv u 105 pacientů s depresivní poruchou, jejichž úzdrava trvala 5 let (58 %)

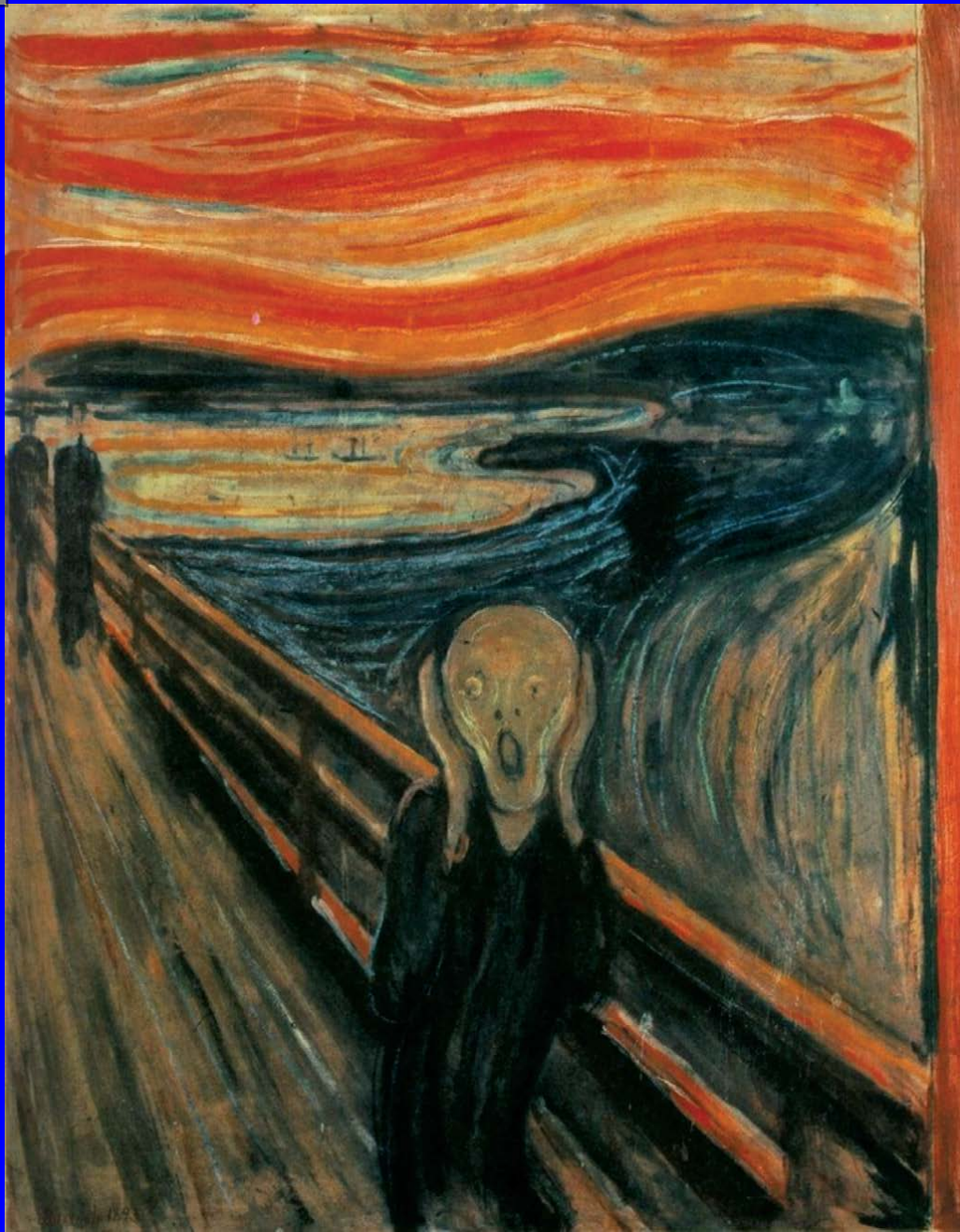


F31 Bipolární afektivní porucha

- **bipolární afektivní porucha** - střídání manických a depresivních epizod, resp. stavu remise (tj. stavu bez známek afektivní poruchy)
- **smíšená epizoda** – charakterizována buď smíšenými nebo rychle se střídajícími hypomanickými, manickými a depresivními příznaky; nejnápadnější projev – variabilita a labilita nálady
- **epidemiologie**: celoživotní prevalence bipolární poruchy je 1% bez pohlavních rozdílů s průměrným začátkem onemocnění mezi 20 – 30 lety
- vysoká **komorbidita** s nadužíváním alkoholu a drog i senými chorobami (obezita, diabetes, kardiovaskulární a endokrinní choroby)
- **suicidalita** je u bipolární poruchy kolem 19%

Bipolární afektivní porucha - léčba

- převládají biologické postupy, ale i psychoterapie
- v akutní fázi (manické i depresivní) začít se **stabilizátory nálady** (lithium, valproat, olanzapin, risperidon, quetiapin, aripiprazol, ziprasidon, asenapin, paliperidol, lamotrigin)
- z antidepresiv jsou preferovány kombinace s **SSRI**
- u mánie je často nutno použít **antipsychotika**
- s nástupem remise se zavádí **pokračovací léčba** (alespoň 4 měsíce) – nejnižší účinné hladiny stabilizátorů nálady
- Udržovací léčba a kombinace více léků jsou pravidlem

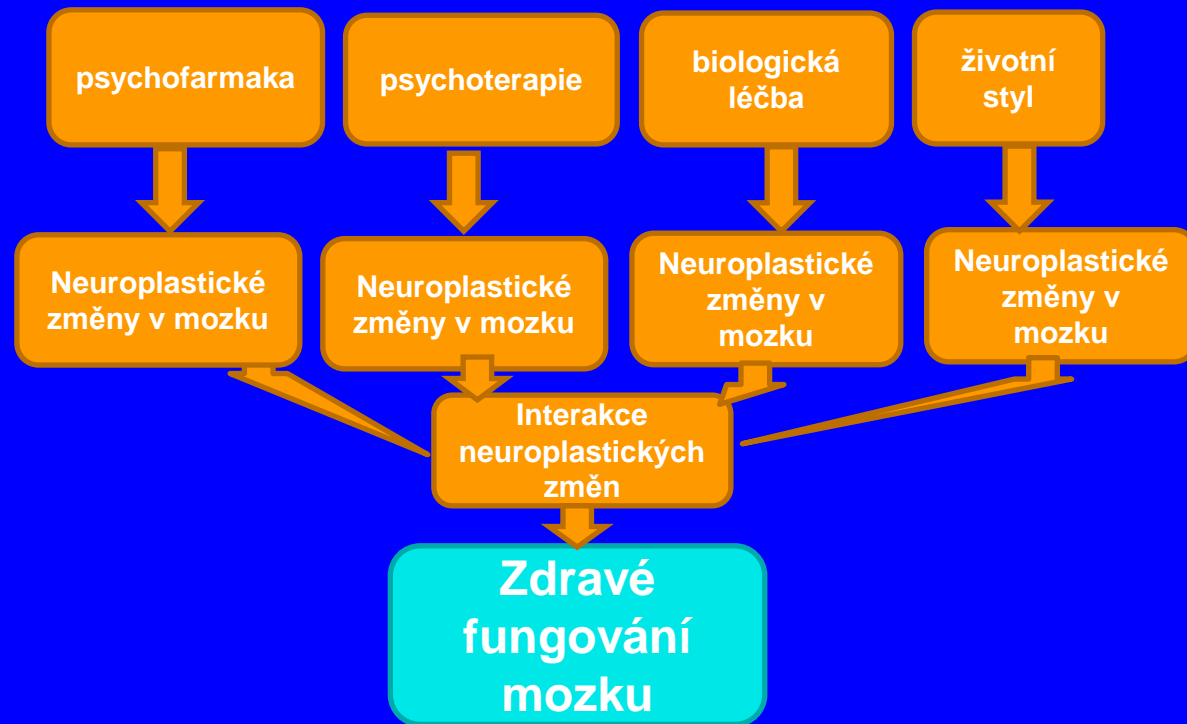


„For as long as I can remember I have suffered from a deep feeling of anxiety, which I have tried to express in my art. Without anxiety and illness, I should have been like a ship without a rudder“.

Edvard Munch

Painted in 1893 by the Norwegian artist Edvard Munch, *The Scream* (original title: *Skrik*)

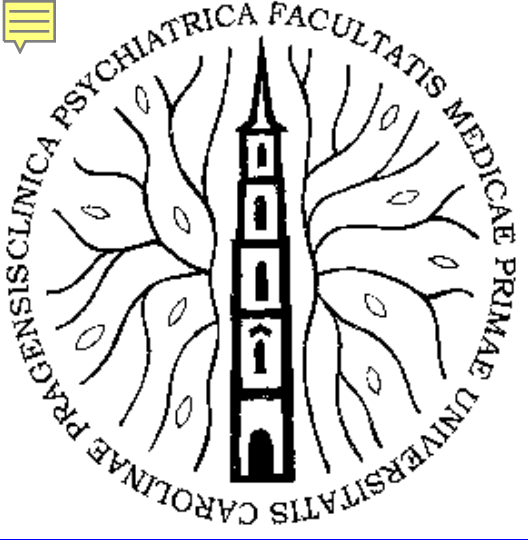
PARADIGMA PREVENENCE A LÉČBY DEPRESE



ADHERENCE/COMPLIANCE

- **MÍRA ADHERENCE S PŘEDEPSANÝM LÉČEBNÝM REŽIMEM**
- **STRATEGIE KE ZLEPŠENÍ
THERAPEUTICKÝ VZTAH
EDUKACE
ADEKVÁTNÍ FARMAKOTERAPIE**

Haddad, 2000



**DĚKUJI ZA VAŠI
POZORNOST!**

