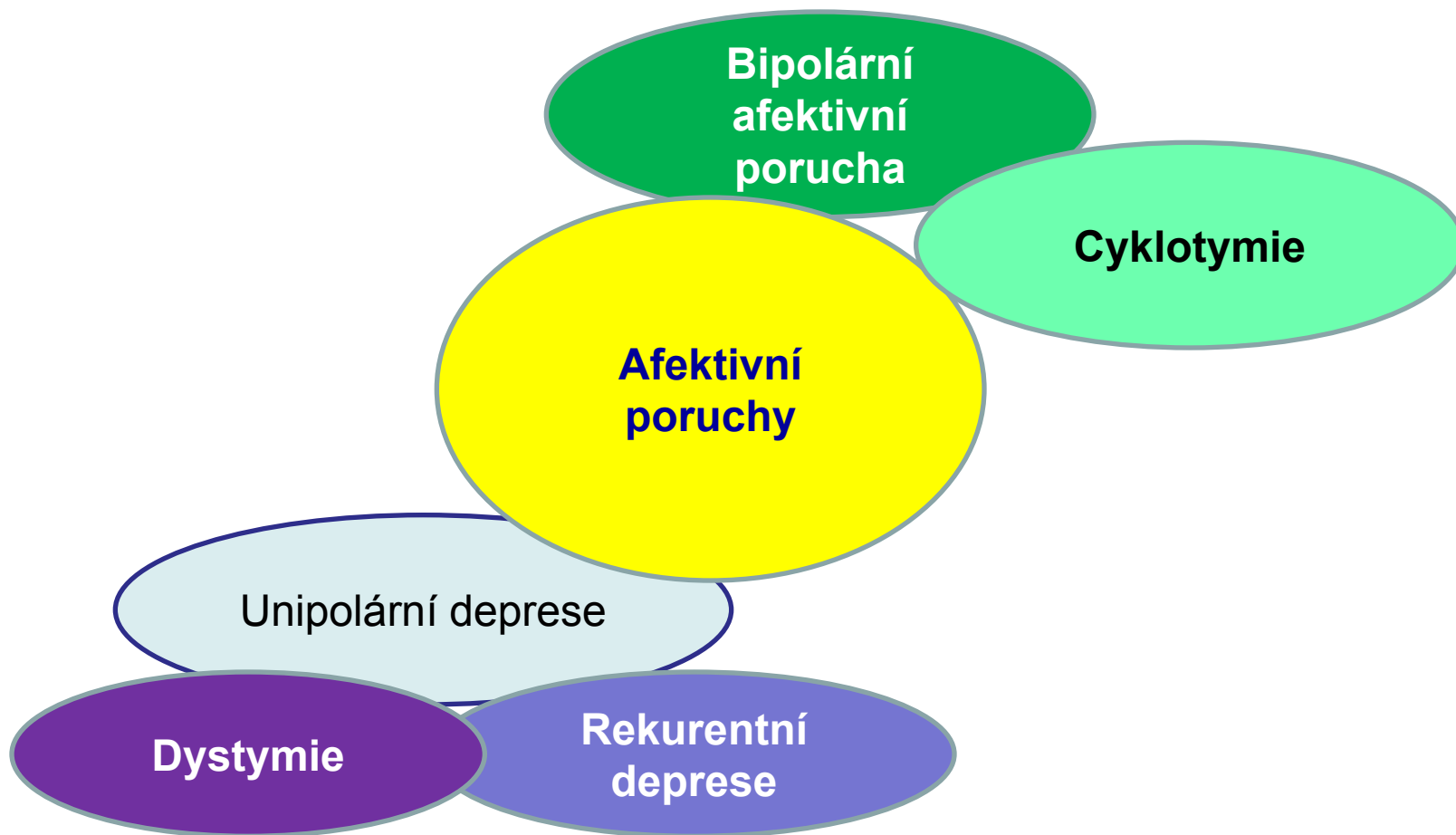


Afektivní poruchy

MUDr. Robert Kulísek, Ph.D.

**Psychiatrická ambulance
Brno**



Deprese – deskriptivní diagnostika

Minimálně 3 znaky z následujících

- Depresivní nálada nenormálního stupně, po většinu dne, denně min. 2 týdny, není ovlivněna vnějšími okolnostmi
- Ztráta zájmu o aktivity, které jedince těší a radosti z nich
- Snížená energie/zvýšená únavnost

Minimálně jeden z následujících

- Ztráta sebedůvěry/sebeúcty
- Neoprávněné výčitky/pocity viny
- Vracející se myšlenky na smrt/suicidální pokus
- Snížená schopnost myslet/soustředit se
- Změna psychomotorické aktivity – agitovanost/útlum
- Porucha spánku
- Změna chuti k jídlu

Deprese – deskriptivní diagnostika

- **Depresivní epizoda** – trvá nejméně 2 týdny.
- **Podle intenzity a množství příznaků** - lehká/střední/těžká depresivní fáze
- **Se somatickým syndromem // bez somatického syndromu**
- **Těžká d. fáze – s psychotickými // bez psychotických symptomů**

Somatický syndrom

Zvláště významné příznaky – (vitální, melancholické, endogenomorfní)

- Ztráta zájmu nebo potěšení při příjemných aktivitách
- Nedostatek emočních reakcí v situaci, které běžně emoce vyvolávají
- Ranní probouzení dvě a více hodin před obvyklou dobou
- Deprese je těžší ráno
- Objektivní důkaz psychomotorické retardace/agitovanosti (od jiné osoby)
- Výrazná ztráta chuti k jídlu
- Pokles hmotnosti (o 5% a více za poslední měsíc)
- Zřetelná ztráta libida

Deprese – klinické varianty

- V minulosti dělení na **endogenní** (melancholie) - // - **reaktivní**, (neurotická)
- **Unipolární // bipolární** (významnější hereditární vliv, začíná dříve, kratší epizody, rychlejší cykly)
- **Izolovaná fáze // Rekurentní** - u 50% dochází k relapsu do 2 let od ukončení léčby. Do 6 let až u 90% osob. Typické je zkracování intervalů
- **Larvovaná** – není patrná změna nálady, ale průběh, prognosa, reakce na léčbu – odpovídají depresi
- **Involuční // vitální** - útlumová forma ve stáří
- **Útlumová // Agitovaná** (s úzkostným neklidem)
- **!!! Komorbidita osobnostní poruchy**

Věkově vázané varianty deprese

- !!! Depresivní porucha postihuje 1-8% dětské a adolescentní populace.
- **Komorbidity u dětské deprese** – anxiózní porucha (40%), ADHD (25%); Poruchy příjmu potravy (11%).
- Riziko suicidia nezletilých je 20x vyšší oproti běžné populaci.
- Symptomy
 - emoční
 - kognitivní
 - afektivní
 - motorické
 - somatické
 - sociální
- Při prvním projevu deprese u dětí – sledovat **!!! riziko rozvoje BAP!!!**

Věkově vázané varianty deprese

Kojenci – „anaklitická deprese“ (R. Spitz)

Behaviorální sekvence – separace, protestní reakce, zoufalství, rezignace.
Poruchy příjmu potravy a poruchy spánku

= důsledkem je **vývojová regrese** a **ztráta základní důvěry**.

Narušen vývoj řeči, inhibice, negativismus, ztráta základní zvědavosti a iniciativy.

Batolata – výrazné dysforicko/depresivní ladění, sociální / intelektová inhibice

Věkově vázané varianty deprese

Předškolní věk

- **Afektivní a emoční** –zvýšená iritabilita, krátkodobé afektivní výbuchy (záchvaty pláče a křiku), labilita
- **Somatické** – nechutenství, poruchy spánku, masturbace
- **Motorické** – neklid, střídání agitace/pasivity, stereotypní pohyby
- **Kognitivní** - úbytek zvědavosti, dyskoncentrace pozornosti
- **Sociální** – rozporuplné chování (dychtí po kontaktu /odmítá), odmítání hry, plachost, mutismus,

Věkově vázané varianty deprese

Mladší školáci

narušení komunikace a narušená adaptace v kolektivu

psychosomatické příznaky (únava, bolesti, regresivní – enkopréza, enuréza)

kolísání PM tempa (útlum/agrese)

emoční labilita (pláč/smích), zvýšená iritace, starosti

!!! kognitivní!!!! - zhoršení prospěchu

Věkově vázané varianty deprese

Starší školáci sklíčenost, vina, sebehodnocení – odpovídají více dospělým.

- „**sy neúspěchu**“ – zvláštní smutek, doprovodná performační anxieta, typické somatizace a „divné“ zlobení“. – bez odpovídajícího kontextu.
- Regrese do raných forem chování.
- Afektivní/emoční – kolísání nálad, sebehodnocení, performační anxieta, sklíčenost, nejistota
- Kognitivní – nesoustředěnost, snížená výkonnost, nevýpravnost
- Motorické – (agitace/útlum)
- Somatické – cefalea, GIT
- Sociální – bez her a kamarádů, outsider, osamocení (nikdo nechápe)

Věkově vázané varianty deprese

Adolescenti

!!! Vysoce riziková suicidalita – 30x vyšší oproti běžné populaci!!! Je mezi třemi hlavními příčinami úmrtí (celkově cca 7% adolescentů TS).

U cca 1/3 adolescentů s rekurentní depresí se rozvine BAP!!!

Vypadá podobně jako deprese v případě hraniční poruchy osobnosti
– **agitovaná, dramatická**, střídaná fázemi apatie.

Depresivní poruchy chování

Věkově vázané varianty deprese

Adolescenti – varianta somatického syndromu

- Výrazná ztráta zájmu/potěšení (sport, hry, péče o zvířata, tanec, výtvarné apod.)
- Nedostatek emočních reakcí, ztráta radosti, výrazná nuda, beznaděj, „na zbláznění“
- Rychlé a prudké kolísání nálad
- Poruchy spánku
- Kolísání PM tempa (útlum/agitace)
- Ztráta chuti k jídlu, pokles hmotnosti
- Změny libida (útlum/rizikové chování)

Deprese – neurobiologické hypotézy

- Dysregulace transmiterů (NA, DO, HT) - inhibitory zpětného vychytávání = důsledkem léčby je zvýšení nabídky v synaptické šterbině.
- Zvýšená dostupnost ovlivní postsynaptické receptory – „down-regulace“, kaskáda efektu, aktivace cAMP = zvýšení exprese transkripčního faktoru CREB (cAMP Response Binding Protein) – tvorba neurotrofního faktoru BDNF (Brain Derived Neurotrophic Factor)
- BDNF = ochrana, remodelace, zvýšení plasticity = změna paměťových okruhů je snazší). Stresem způsobená degenerace hipokampu – zmenšení objemu – neuronální regenerace
- Výše uvedené změny ovlivnitelné farmakoterapií i psychoterapií.



Erik Erikson (1902-1994)

Analyzován A. Freudovou; egopsychologie, kulturní antropologie

sociokulturní výzkum dětského vývoje (přímé observace)

vývojová teorie - 8 fází epigeneze ega (růst ega ve vztahu ke společnosti)

- Základní důvěra/nedůvěra (orální fáze)
- Autonomie/stud, pochyby (anální fáze)
- Iniciativa/vina (falická fáze)
- Pracovitost/méněcennost (fáze latence)
- Identita/zmatení rolí (puberta)
- Intimita/izolace (adolescence)
- Generativita/stagnace
- Integrita ega/zoufalství

Charakterové vlastnosti ovlivněny potřebami společenství

Literatura: Dětství a společnost; 1950. Růst a krize zdravé osobnosti, 1953. Identita a životní cyklus, 1959.

Základní psychodynamické aspekty deprese

Raná ztráta – reálná // intrapsychická (nedostupný „dosti dobrý“ rodič)

Vytvoření patogenních přesvědčení o podmínkách uchování vztahu, náklonnosti a o důvodech ztráty (depresivní vztahovačnost)

Introjektivní varianta

- pocity viny, přísná sebekritika, skryté srovnávání se
- „jsem špatný a musím být co nejlepší, abych byl hoden života, vztahů...“
- kompenzace - Identifikace se ztraceným objektem
- navenek usiluje o přijetí, bezproblémovost

Anaklitická varianta

- vytváří závislé/majetnické vztahy, touha po přijetí, utěšování, regresivní nastavení
- „jsem chudák a mám to těžké“
- silné tendence k idealizaci druhých
- stud – za nezaslouženou lásku druhých

Deprese a vztah doprovodné úzkosti

Úzkost signalizuje (a zpravidla depresi předchází // doprovází):

- deformované vnímání a prožívání reality (převaha důvěry ve vlastní, objektivní realitou obtížně korigovatelné fantazie; např. obavy ze ztrapnění u soc. fobie)
- její charakter a s ní spojené myšlenkové obsahy jsou významně ovlivněny úrovní osobnostní organizace a typem aktivovaného konfliktu

Depresivní prožitek vyjadřuje

- ztrátu hodnoty sebe a vlastního života (generalizovanou)
- patologické lpění na již nefunkčním mechanismu řešení/adaptace
- rozpad již nefunkční iluze/představy

Vývojová hierarchie úzkosti

Neurotická

↑ potrestání od Superega – pocity viny, morální selhání
oidipický konflikt – obava z kastrace (agrese, pomsta)
ztráta lásky /uznání/sebeúcty – od důležité vztahové osoby
ohrožení autonomie

ztráta objektu (separační úzkost)

Hraniční

zaplavení špatnými částmi - ztráta „dobrého“ objektu.
persekuce, pomsta

Psychotická

desintegrace a fragmentace self / anihilace

Faktory: zralost Ega, objektní stálost (o. reprezentace), integrace + / - afektů

Způsoby zacházení s úzkostí

– dle organizace osobnosti (O. Kernberg)

Neurotická - modulace úzkosti myšlenkovým procesem

- Oddělené self od objektu; ego koherentní, stabilní, rozlišuje vnitřní / vnější svět
- Všechny formy úzkosti latentně přítomny
- Adaptuje se a internalizuje novou obohacující zkušenost

Hraniční - snaha o modifikaci situace

- Není odděleno self od objektu; ego nereguluje afekt; splývá vnější a vnitřní svět
- Úzkost ze zaplavení špatnými částmi, ze ztráty „dobrého“ objektu.
- Rigidní vzorec, nutné internalizace deficitních ego-funkcí od terapeuta

Psychotická – usiluje o vymazání

- chaos, desintegrace, fragmentované selfobjekty.
- Úzkost z desintegrace, z anihilace.

Typy konfliktů a odpovídající typ úzkosti (dle S. Mentzose)

Konflikt	Úzkost
Autistické stažení // splynutí s objektem	Ztráta self – nepřítomnost/splynutí s objektem
Autonomní sebehodnota // závislá na objektu	Ztráta sebehodnoty znehodnocením sebe/idealizovaném objektu
Separace-individuace // vztah - závislost	Ohrožení self ztrátou objektu /sevřením/pohlčením objektem
Autonomie // podrobení se, nesamostatnost	Odmítnutí, deficit lásky, odloučení / závislost
Identifikace M // identifikace Ž	Vzdání se M/Ž, ev. difuze pohlaví
Konflikt loajality	Vzdání se objektu / zrada
Triadické oidipské konflikty	Odmítnutí rodičem, ohrožení integrity a bezpečí, kastráční úzkost



Melanie Kleinová

(1882-1960)

Analýza u K. Abrahama, pozvána E. Jonesem do Anglie. Spory s A. Freudovou o technice analýzy dětí - vídeňská // londýnská škola. Schizma Britské psychoanalytické společnosti (i mezinárodně – izolace klientů)

Teorie objektních vztahů: konstrukce mentálních reprezentací dyadických vztahů self a objektu, pramenících ze vztahu matka dítě; ty jsou dále rozvíjeny do dalších dyadických triadických a vícečetných vztahů. *(dle Kernberga)*

Vývojově - klinický model mysli: paranoidně-schizoidní ↔ depresivní pozice

!!! Důraz na individuálně jedinečné intrapsychické zpracování zážitků

Další koncepty - **obranné mechanismy**: štěpení, projektivní identifikace, manická obrana



Vývojový model Margaret Mahlerové

separace – individuace

Role matky – externí chránící ego

Rané (preoidipické) poruchy

- narušená afektivní regulace
- difuze ega
- nestabilní vztahy

Pokračovatelé: F. Pine, A. Bergmannová

Autistická skořápka (0-2.měs.)

Symbiotická fáze (2-5.měs.)

Separace - individuace

Diferenciační (5-8.měs)

Praktikující (8-15.měs)

Znovusbližovací (15.-24.měs)

Konsolidace individuality

Diferenciální diagnostika deprese

- **Unipolární // Bipolární** deprese
- **Somatické onemocnění** (tumor CNS, infekce, kardiologické, endokrinní)
- **Abusus návykové látky**
- **Demence** (odlišit od příznaků „pseudodemence“ - degenerace hipokampu)
- **Schizofrenie** (postschizofrenní deprese – dle anamnézy; nejsou inkoherece v myšlení, amputace/imputace myšlenek)
- **Dystymie** (chronický průběh bez epizod)
- **Poruchy adaptace** (jasný vnější stresor)
- **Smutek**

Deprese – diagnostika a schéma léčby

Pečlivá anamnéza – aktivní dotazy na přítomnost hypománie/mánie

Screening – **PHQ** (Patient Health Questionnaire), **MDQ** (Mood Disord. Quest.)

Monitorace symptomům a léčby – **HAMD, MADRS, CGI**

Zhodnotit - suicidální riziko; závažnost symptomů, zázemí a spolupráce

Fáze léčby: akutní (6-8tý) pokračovací (3-9měs.)udržovací

Lehká až středně těžká e. - ambulantní forma, psychoterapie, ev. farmaka, fototerapie, spánková deprivace, životospráva

Těžká depresivní epizoda – hospitalizace, farmakoterapie s psychoterapií, při opakovaném neúspěchu ECT, jiná biolog. léčba

Deprese – biologická léčba

Antidepressiva (AD) – více skupin dle chemického složení a ovlivnění receptorových systémů. Efekt cca u 2/3 pacientů. Zvýšení efektu kombinací s thymostabilizéry, antipsychotiky, lithiem, benzodiazepiny

Podobná účinnost, nástup efektu v řádu cca 2-4týdnů. Volba preparátu dle nežádoucího účinku, efektu v rodinné/osobní anamnéze.

Nejčastější NU: nevolnost, útlum, insomnie, zvýšení hmotnosti, sex. dysfunkce

Elektrokonvulzivní terapie – indikace: těžká depresivní e., riziko TS, výrazné změny psychomotoriky, nepřijímá jídlo/tekutiny, výrazné psychotické sy, nereaguje na dvě a více AD. 6-12 aplikací.

Velmi dobrá účinnost (a snášenlivost!)

Spánková deprivace, fototerapie, rTMS (repetitivní transkraniální magnetická stimulace), **VNS** (stimulace n. vagus), **DBS** (hluboká stimulace CNS)

Deprese – psychoterapeutické aspekty

Účinné jsou oba základní psychoterapeutické přístupy – kognitivně-behaviorální (KBT) i hlubinný // psychodynamický

Základní postoj terapeuta reflektuje nespecifické účinné faktory - přijetí, respekt, empatie, kontejnování doprovodné úzkosti, snaha porozumět, aktivace zdrojů apod. (shoda napříč všemi hlavními PSTH směry)

Nutno podporovat pozvolnou desidentifikaci s patogenním přesvědčením (zejména téma fantazií a reakcí na odloučení)

Bezpečnou a prožitkově naplňující možností získání odstupu a náhledu je využití symbolického materiálu v různých formách (sen, kresba, imaginace apod).

Aktivace primárního procesu umožňuje přístup a změny v implicitní paměti

Deprese – psychoterapeutické aspekty

Přenos – úporné obavy pacienta ze ztráty hodnoty a vztahu s terapeutem, usiluje o přijetí terapeutem bezproblémovostí; silné projekce principu „vnitřního kritika“ na terapeuta skrývaný stud, pocity viny.

Protipřenos – fantazie o záchraně (komplementární k pacientovým přáním); nebezpečná představa o možnosti „být lepším rodičem“.

Riziko identifikace s pacientem (koluze) znemožňující dosažení změny v patogenním přesvědčení.

Kurativní faktory

- vztah s terapeutem (nová a reflektovaná vztahová zkušenost – její internalizace a souběžná rekonstrukce sebepojetí).
- změna patogenních přesvědčení (korekce fantazií o ztrátě vztahu apod.)

Deprese – průběh léčby

Introjektivní typ

- přesvědčení o vlastní špatnosti a nutném odmítnutí/opuštění bývá rigidní
- dlouhodobě zachovávat rovnováhu mezi trpělivostí (neprolamovat obrany pacienta silově) a stálou reflexí reakcí pacienta na odloučení, zpochybněním patogenních přesvědčení

Anaklitický typ

- rychleji se zlepšuje (bez ohledu na zpracovávaná témata)
- kurativní je citová vazba s terapeutem (tuto si zvnitřňuje ve formě postoje k sobě a v podobně dostupnosti pozitivního objektu = stabilizace sebehodnoty).
- i u této varianty je zapotřebí delší léčby, u krátkodobé PSTH hrozí relaps

Deprese – změny u pacienta v průběh léčby

Intrapsychické změny

- zmírnění tlaku výčitek a autodevalvací
- rekonstrukce sebepojetí, hodnotového systému

Změny v projevu pacienta

- testování vztahu (a tím i nového selfkonceptu „přijatelnosti“)
- nárůst kritičnosti, vzteku vůči terapeutovi

Sledování efektu léčby – převážně symptomové

- objektivní škály
- subjektivní reference, sebeposuzující dotazníky (SCL-90; Hamilton apod.)
- změna v oblasti attachmentu (posun z nejisté do jisté formy; Masla et al. 2014)

Bipolární afektivní porucha (BAP) – základní charakteristiky MKN a DSM

Pro diagnosu BAP je rozhodující přítomnost...

- Manické nebo hypomanické fáze (– // + psychotické příznaky)
- Depresivní fáze (lehké a střední, těžké) (– // + psychotické příznaky)
- Varianta diagnosu BAP dle převažující aktuální symptomatiky

Rozlišení klinických průběhových variant BAP dle DSM-IV

- **BAP I** jedna a více manických epizod, ev. smíšené epizody, depresivní f.
- **BAP II** jedna a více velkých depresí, chybí mánie, pouze hypománie

Manický syndrom - příznaky

Afektivita: nepřiměřeně nadnesená nálada; euforie // dysforie, impulzivní vztek; skryté pocity viny (potlačovaná depresivita). Silná úzkost – z defragmentace self

Chování: PM neklid, zrychlení; desinhibice, exhibicionismus, hovornost; společenský - libuje si v idealizaci druhými, závislý na práci, vyzývavý, panovačné ovládání; snížená potřeba spánku a jídla, hypersexualita

Myšlení a kognice: akcelerované, divergentní, megalomanie, odklonění od reality; roztěkaný, narušené rozpoznávací schopnosti

Vztahy: sebestřednost, druzí lidé – ozvučná deska, těžké se přiblížit, neschopen být sám, vcítit se, milovat, úplatný, nedůvěryhodnost – vztahová labilita

Obranný mechanismus: popření (nevšímat si/obracet v žert události, které by je zneklidnily, trápily). Idealizace /znehodnocení . Odehrání – úniky ze situace, které by je mohly ohrozit bolestnou ztrátou (sexualizací, intoxikací, provokací, krádeží, utrácením)

Bipolární afektivní porucha (BAP) – deskriptivní diagnostika hypománie

Pro diagnosu hypománie nutné alespoň tři znaky!!!

- Zvýšená aktivita, fyzický neklid
- Zvýšená hovornost
- Roztržitost, snížená koncentrace pozornosti
- Snížená potřeba spánku
- Zvýšená sexuální energie
- Neodpovědné chování (např. utrácení peněz)
- Zvýšená sociabilita, ztráta zábran.

Bipolární afektivní porucha (BAP) – deskriptivní diagnostika mánie

Pro diagnosu mánie nutné alespoň tři znaky!!!

- Zvýšená aktivita/motorický neklid
- Nadměrná hovornost
- Ztráta zábrán vedoucí k nepřiměřenému chování
- Snížená potřeba spánku
- Velikášství, nadnesené sebehodnocení
- Rozptýlenost, rychlé změny aktivit a plánů
- Neodpovědné, rizikové chování (utrácení, flámování, podnikání)

Bipolární afektivní porucha (BAP) – smíšená fáze

Smíšená fáze BAP – často matoucí klinický obraz!!!

- Po dobu minimálně dvou týdnů jsou přítomny jak manické tak i depresivní symptomy
- Dysforie – neodklonitelná (protivný) a podrážděnost
- Extrémní únavnost
- Zrychlené myšlení
- Úzkost – včetně panických atak
- Nutkavé TS ideace

Manický syndrom – výskyt a varianty

Hypománie (min. 4dny) // Mánie (min. 7dní): u mánie již přítomno závažné psychosociální narušení (práceschopnosti a vztahů)

Psychotické příznaky: odpovídající náladě (velikášské) // neodpovídají (paranoidní)
nejsou typické schizofrenní

Průběh: mezi 2 depresivními e.; počátek náhlý (dny), kratší trvání oproti depresivní e.
Typický věk pro 1. manickou epizodu 20.-30.rok

Euforická // Dysforická mánie: záměna za jiné syndromy !!!

Hypomanická (cyklotymní) osobnost - má základní depresivní uspořádání osobnosti.
Hypománie = obranná strategie dána popřením deprese

Bipolární afektivní porucha (BAP) – diagnostika

- **falešně negativní dg. a pozdní záchyt diagnózy** - až 30% mylně diagnostikovaných jako **unipolární deprese** (při subdepresi po prodělené mánii nebo hypománii).
- **! Pečlivá anamnéza!** - nesprávná léčba, riziko při nasazení AD – indukce mánie, urychlení cyklování
- **Screening** – např. **MDQ** (Mood Disorder Questionnaire) – sebeposuzující
- **Diferenciální diagnostika:**
 - Unipolární deprese
 - Schizoafektivní poruchy (min. 2 týdny SCH příznaky)
 - Organicita
 - Intoxikace, návykové látky (TCA, stimulancia, bronchodilatancia, L-DOPA, ethyl, kortikoidy)
 - Somatická příčina (např. thyreotoxikosa; CMP, úraz CNS, demence, tumor, infekce CNS, RS)

BAP v dětském a dorostovém věku

Průběh: náhlý počátek – prodromy kratší 14 dnů // pozvolný. **U 20-30% adolescentů následuje po velké depresi manická fáze!!!**

U cca 20% nemocných s BAP první příznaky v adolescenci mezi 15.-19.rokem, dříve výskyt podceňován.

Hlavní rizikové faktory – depresivní epizoda s rychlým nástupem; PM retardací a psychotickými projevy; indukce mánie při použití AD; genetické

Prognóza: velmi závažná – asi u 50% osob invalidizace - zřetelný úbytek funkčního potenciálu oproti premorbidnímu stavu.

Neléčení prodělají i 10 a více epizod, častější frekvence, která se po 4-5 epizodách ustaluje. Oproti dospělým jsou epizody **déletrvající a rezistentnější vůči terapii**

Komorbidity BAP

Dospělí	Děti a adolescenti
Poruchy spojené s užíváním návykových látek	ADHD
Obsedantně kompulzivní porucha	Poruchy chování
Panická porucha	Porucha opozičního vzdoru
Bulimie	Poruchy spojené s užíváním návykových látek
	Úzkostné poruchy

Principy léčby BAP

Diagnostika: dostatek informací (vč. doplnění od rodiny), aktivní dotazy na mánii v anamnéze, zkreslená sebereflexe pacientů.

Léčba: fáze akutní – udržovací - profylaktická

- **Zhodnocení nebezpečnosti** (TS – přítomnost představ, plánů, přístup k prostředkům; ovládací bludy, halucinace, výrazná úzkost, závislost na návykové látce, anamnéza TS osobní, rodinná)
- **Určení strategie léčby** (spolupráce, zázemí) ambulantně // hospitalizace
- **Edukace** rodiny a nemocného (přístup k účtu apod.). zvýšená kritičnost rodiny – riziko relapsu
- **Léčebné spojenectví – kombinovaný přístup farmakoterapie s PSTH**
- **Dlouhodobé vedení** - podpora zdravého životního stylu, strukturace – eliminace stresu (zvyšuje riziko k únikovému řešení = mánie)

Farmakoterapie a psychoterapie u BAP

Farmakoterapie: dle závazných algoritmů léčby

- stabilizátory nálady, antipsychotika, antidepresiva, benzodiazepiny
při neúčinnosti přikombinovat ECT

Psychoterapie: přístup dle aktuální fáze

- V akutní fázi edukace a suportivní přístup, cílem je zlepšení kooperace
- Nepodcenit míru utrpení pacienta
- Strukturace rámcem terapie, předejít útěku z terapie dohodou o „neutíkání“
- Terapeut aktivní, pojmenovává popřené, edukace o emocionalitě, téma ztrát
- Ověřovat pravdivost
- Získaná dovednost – emočně přiměřený způsob ukončení vztahu, sebeúcta

Trvalé poruchy nálady

Cyklotymie

- min. 2 roky střídání episod depresivních a hypomanických příznaků

Dysthymie

- min. 2 roky chronická depresivní nálada nesplňující kritéria pro depresivní fázi
- riziko rozvoje plně vyjádřené deprese = „**dvojitá deprese**“

Diagnostika je deskriptivní, princip léčby spočívá v kombinaci psychoterapie a farmakoterapie