

Depresja z objawami psychiatrycznymi:
rozpoznanie, zmiany anatomiczne
mózgowia i charakterystyczne objawy
wytwórcze

Łukasz Grabowski

Polskie Towarzystwo Anatomiczne, Oddział Szczeciński

Polskie Towarzystwo Przyrodników im. Kopernika, Sekcja Biologii Człowieka,
Koło Oświatowe Anatomii Radiologicznej i Historii Nauk Morfologicznych

Psychopatologia ogólna chorób depresyjnych

- Depresje typu endogennego
- Zaburzenia podstawowego nastroju: smutek, przygnębienie, brak satysfakcji, niezdolność do przeżywania uczucia radości, niekiedy zubożenie
- Obraz atypowy: jedynie niektóre elementy depresji, np. depresja poronna, subdepresja
- Objawy i cechy podstawowe
- Objawy nieswoiste

Objawy endogennego zespołu depresyjnego

- Obniżenie podstawowego nastroju
- Osłabienie tempa procesów psychicznych i ruchu; zaburzenia poznawcze
- Zaburzenia rytmów biologicznych
- Zniekształcenia poznawcze (np. nadmierna generalizacja, myślenie katastroficzne)
- Lęk
- Wahania samopoczucia
- Myśli i zachowania samobójcze



Rodzaje depresji
ze względu na
ilość i obecność
zespołu
psychotycznego

- Depresje łagodne (F32.0): subdepresja, pojedyncze cechy depresji, depresja maskowana
- Depresje umiarkowane (F32.1): średnie nasilenie objawów, zniechęcenie do życia, pogorszenie funkcjonowania w relacjach, pracy
- Depresja ciężka bez objawów psychotycznych (F32.2): smutek, zubożenie, myśli i tendencje samobójcze, spowolnienie psychoruchowe, niezdolność do pracy i nawiązywania kontaktów z innymi
- Depresja ciężka z objawami psychotycznymi (F32.3): urojenia (winy, kary, hipochondryczne), całkowite zahamowanie psychoruchowe (stupor), lub odwrotnie – pobudzenie (depresja agitowana)

Depresja urojeniowa

- Zespół depresyjno-urojeniowy, depresja z urojeniami
- Wszystkie podstawowe objawy depresji + urojenia
- Urojenia: winy, kary, bankructwa/biedoty, grzechu, czasami hipochondryczne
- Zespół Cotarda
- Ksobność, oczekiwanie na karę, nieufność, wysoki poziom lęku
- Podniecenie ruchowe, zaburzenia snu
- Wysokie ryzyko samobójstwa
- Leonhard: depresja samoudręczeniowa i depresja ksobna



Depresja zahamowana

- Depresja z zahamowaniem, osłupienie depresyjne
- Duże spowolnienie psychoruchowe do stuporu z mutyzmem
- W stanie osłupienia: głęboki smutek, urojenia depresyjne, wysoki poziom lęku
- Raptus melancholicus jako reakcja na leki przeciwdepresyjne

Depresja depersonalizacyjna

- Zespół depresyjno-depersonalizacyjny, depresja anestetyczna
- *Depressio sine depressione*
- Anhedonia oraz niezdolność do przeżywania smutku, żalu
- *Anaesthesia dolorosa*
- Poczucie utraty pamięci, intelektu
- Często u młodych



Omamy słuchowe słowne



- 5,4-40,6% w chorobach depresyjnych
- W większej części ustępują podczas leczenia
- Częściej współwystępują z urojeniami
- Przeważnie przemawiają do pacjenta w drugiej osobie (w schizofrenii częściej w trzeciej)
- W większości zgodne z nastrojem pacjenta

Podstawy anatomii psychiatrycznej depresji

- Zmniejszona objętość płatów czołowych – dlPFC, oPFC, aCC
- Hipokamp i ciała migdałowate o mniejszej objętości
- Obniżony metabolizm w dlPFC
- Zwiększony metabolizm w podkolanowej części aCC, ciałach migdałowatych, wyspie, prążkowie brzusznej
- U wielu chorych zaburzenia neuropsychologiczne utrwalone

Depresja
psychotyczna –
zmiany
strukturalne

- Ważne zmiany w płacie wyspowym oraz układzie limbicznym
- Poszerzenie komór mózgowia
- U chorych z częściową remisją: mniejsza lateralizacja w zakresie funkcji językowych
- Zredukowana aktywność w hipokampie i korze wyspowej
- Nadaktywność prawego zakrętu przyhipokampowego
- Zaburzenia w połączeniach czołowo-ciemieniowych

Sieci neuronowe
o zmniejszonej
gęstości w
częściowej remisji
choroby

- Wyspowo-limbiczna
- Potyliczno-skroniowa
- Skroniowa
- Przyhipokampowo-limbiczna
- Dolna czołowo-skroniowa
- Ogólnie: grubość kory istotnie zmniejszona w obszarach oczodołowych, obręczy, wyspy, skroni
- Neufeld i wsp. (2020)

Potencjalne markery neuroendokrynne

- Zaburzenia regulacji osi podwzgórze-przysadka-nadnercza – nadaktywność
- Sprawność poznawcza ujemnie skorelowana z wyższym poziomem kortyzolu
- Wyższy poziom kortyzolu, niż u pacjentów niepsychotycznych
- NR3C1, NR3C2
- Obniżone poziomy β -hydroksylazy dopaminy

Czy można
różnicować depresję
psychotyczną od nie-
psychotycznej?

- Zmniejszenie objętości istoty szarej płatów czołowych w okolicach asocjacyjnych u pacjentów psychotycznych
- Objętość kory wyspy – wymaga dalszych badań
- Brak różnicy między F32.2 i F32.3: ciało migdałowate, hipokamp, aCC
- Wysoki koszt takich badań
- Zazwyczaj obraz kliniczny jest wystarczający do różnicowania

Neurophysiological and
psychopathological
research on the
subtypes of unipolar
affective disorder

- **Kierownik: Łukasz Grabowski**
- **Opiekun: dr hab. n. med. Rafał Milner, prof. UMK**
- **Decyzja nr: 112/2021/Grants4NCUStudents**
- **Część jakościowo-ilościowa, badanie psychiatryczno-
psychologiczne**
- **Część elektrofizjologiczna: elektroencefalografia
(mapowanie mózgu, resting state, potencjał wywołany
stimulus preceding negativity), elektrokardiografia,
elektromiografia**
- **Profil psychofizjologiczny stresu, badanie czynności
układu wegetatywnego**
- **Badanie sieci neuronalnych**
- **Opisanie potencjalnych podtypów ChAJ**

Piśmiennictwo

- O'Connor S., Agius M., A systematic review of structural and functional MRI differences between psychotic and nonpsychotic depression. *Psychiatr Danub*, 27 Suppl 1, 2015, S235-239.
- Neufeld N.H. i wsp., Structural brain networks in remitted psychotic depression. *Neuropsychopharmacology*, 45, 2020, 1223-1231.
- Keller J. i wsp., HPA axis in major depression: cortisol, clinical symptomatology and genetic variation predict cognition. *Mol Psychiatry*, 22, 2017, 527-536.