

Deprese - narůstající problém současnosti

Doc. MUDr. Michal HRDLIČKA, CSc.,
předseda Dětské psychiatrické kliniky
2. LF UK a FN Motol, Praha



Deprese představuje zajímavou sociologickou výjimku v psychiatrii. Stává se totiž jedinou psychickou poruchou, která je naší společenskou kulturou již plně akceptována. Je sociálně nepřijatelnější duševní poruchou, jež

prakticky nepředstavuje negativní nálepkou pro většinu svých nositelů. Má to zřejmě tři hlavní důvody:

- je psychologicky pochopitelnou nemocí, každý člověk někdy prodělal „smutek všedního dne“, kdy zažil depresivní rozladu po nějakém větším neúspěchu či zklamání;
- je všeobecně známo, že depresí trpěla v minulosti řada úspěšných a slavných osobností (viz tabulka 1) - a ještě důležitější je, že ti, kteří jí trpí dnes, se k ní veřejně hlásí v médiích (např. Marek Vašut);

(Pokračování na str. 7)

Otazníky kolem osteoporózy

Prof. MUDr. Jan ŠTĚPÁN, DrSc.,
3. interní klinika VFN a 1. LF UK, Praha

Osteoporóza se za nemoc považuje až od roku 1994, kdy ji Světová zdravotnická organizace (WHO) definovala jako systémové onemocnění skeletu, charakterizované nízkou kostní hmotou a poruchami mikroarchi-



následujícího článku je odpověď na některé z těchto otázek.

tektury kostí, vedoucími ke zvýšení fragility kostí a ke zlomeninám. Přes zdánlivou jednoznačnost všech doporučených postupů se ale vždy znovu ptáme - kdy, koho, jak a jak dlouho léčit? Cílem

(Pokračování na str. 15)

Chlamydiové infekce

MUDr. Hana HRUBÁ, Státní zdravotní ústav, NRL pro chlamydie, Praha



Chlamydie patří k nejrozšířenějším mikroorganismům v lidské i živočišné říši. Jejich výskyt je kosmopolitní. Dnes používaná taxonomie rozeznává jednu čeleď Chlamydiaceae, jeden rod Chlamydia a čtyři druhy: Ch. trachomatis, Ch. pneumoniae, Ch. psittaci, Ch. pecorum. V roce 1999 autoři Everett, Bush, Andersen publikovali návrh na reklasifikaci chlamydií, protože doposud používaná klasifikace neumožňuje zařadit nově identifikované druhy s podobným rozmnožovacím cyklem jako chlamydie (dosud nazývané chlamydia-like). Dle jejich návrhu bychom měli rozeznávat dva rody Chlamydia a Chlamydophila a devět druhů.

(Pokračování na str. 28)

Uvnitř čísla:

- EPIDEMIOLOGIE
- PSYCHIATRIE
- ONKOLOGIE
- INTERNA
- REVMATOLOGIE
- KOŽNÍ
- IMUNOLOGIE
- MIKROBIOLOGIE
- NA NÁVŠTĚVĚ
 - U ŘED. ODBORU ZS VS ČR MUDr. A. VOBORY
 - U PROF. J. DVOŘÁČKA Z UROLOGICKÉ KLINIKY VFN
 - U ŘEDITELE FN NA BULOVCE HOVOŘÍME S PROF. V. ŠPIČÁKEM
 - 30 LET IKEM
- KARDIOLOGIE
- LYMFLOGIE
- STUDENTSKÁ PRÁCE
- Z KONGRESŮ
- PRÁVNÍ PORADNA
- KNIHOVNIČKA
- DĚJINY MEDICÍNY
- KALEIDOSKOP



„Rychlá a přesná diagnostika je často rozhodujícím faktorem při záchraně života. Již několik let existují snahy provádět rychlou, jednoduchou a přitom dostatečně přesnou diagnostiku laboratorních parametrů různých onemocnění přímo u lůžka nemocného. V porovnání s lety nedávno minulými se zvyšuje nabídka různých způsobů POCT (z anglického výrazu „point of care testing“, což znamená vyšetření, analýzu, testování v přímém kontaktu s pacientem, či u jeho lůžka, nebo v linii prvního kontaktu s ním). Svědčí to o vzrůstajícím zájmu o POCT a o nárůstu počtu analytických systémů pro tyto typy vyšetření a analýz ve světě.“

V příštím čísle Medica revue přineseme pod titulkem „Současné možnosti laboratorní diagnostiky u lůžka pacienta - POCT“ článek MUDr. Ludka TÁBORSKÉHO z Nemocnice Na Homolce a RNDr. Josefa KRATOCHVÍLA z NSZZ Nymburk.

Deprese - narůstající problém současnosti

Doc. MUDr. Michal HRDLÍČKA, CSc., přednosta Dětské psychiatrické kliniky 2. LF UK a FN Motol, Praha

(Dokončení ze str. 1)

● deprese patří k nemocem, pro které psychiatrie našla brzy účinnou léčbu, ať už to byla elektrokonvulzivní terapie v třicátých letech, nebo tricyklická antidepresiva v padesátých letech dvacátého století.

Rozeznáváme tři nejčastější formy deprese:

- **unipolární deprese** - dochází k opakovaní fází deprese
- **bipolární deprese** - fáze deprese se v průběhu bipolární afektivní poruchy střídají s fázemi mánie, tj. patologicky nadnesené nálady
- **dysthymie** - nálada je mírněji depresivní než u předchozích poruch, ale její

životní výskyt bipolární poruchy je u 1% populace a celoživotní výskyt dysthymie je u 3 - 5% populace. Závažnost těch to údajů podtrhuje fakt, že u deprese je 30krát vyšší riziko sebevraždy než v normální populaci - asi 400 000 lidí s depresí ročně suiciduje a ještě 10krát více se jich o to pokusí.

Dříve se hledala souvislost deprese s vnějšími vlivy, a proto se deprese dělila na endogenní typ (tj. vznik bez souvislosti se zevními faktory) a reaktivní typ (předpokládala se psychogenní etiologie). V posledním desetiletí se již deprese podle předpokládaných příčin nerozděluje. Exaktní studie totiž neprokázaly předpokládané rozdíly mezi endogenním a reaktivním typem deprese ani v příznacích, ani v průběhu, ani v reakci na léčbu. Současná diagnostika deprese je tedy ateoretická a nezabývá se zkoumáním konkrétních příčin, které by vedly ke vzniku konkrétní deprese.

Na teoretické rovině samozřejmě probíhá intenzivní výzkum etiologie deprese. Víme, že deprese je spojena

žitost patogeneze deprese, z níž známe dosud spíše jen střípky mozaiky.

Vůdčími příznaky deprese jsou smutná nálada, snížení energie a ztráta zájmů a potěšení. K depresi patří v různé míře i další příznaky (viz tabulka 2).

Závažnost deprese se rozlišuje do několika stupňů (viz tabulka 3). Tzv. somatický syndrom, který se může objevit již u lehké a středně těžké depresivní fáze, bývá vždy přítomen u těžké depresivní fáze. Zahnuje následující příznaky: chybění emoční reaktivity na okolí, předčasné ranní probouzení (minimálně o dvě hodiny dříve, než je obvyklé), ranní pessimismus, jasně psychomotorické změny (zpomalení nebo agitovanost), výrazná ztráta chuti k jídlu, úbytek na váze, výrazná ztráta libida aj. Označení „somatický syndrom“ nebo „somatické příznaky“, zavedené v 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí, je poněkud matoucí a označuje specifické příznaky vázané většinou k tělesným funkcím (spánek, jídlo, sexualita), které byly kdysi chápány jako známky endogenního původu deprese.

Jak je patrné z tabulky 3, těžká forma deprese může být spojena s psychotickými

Historie - známé osobnosti trpící depresí	
Job	Oldřich Nový
Michelangelo	Miloš Kopecký
Martin Luther	Ota Pavel
Arthur Schopenhauer	Miroslav Macháček
William Styron	Petr Lébl

podle: M. J. van Lieburg: Famous Depressives (1988)

Tabulka 1

trvání je delší (roky namísto měsíců). Deprese je nemoc, u níž je v průběhu posledního století zjišťován narůstající výskyt. Pravděpodobně se na tom podílí jak narůstající složitost života v moderní společnosti, tak i zvýšená vnímavost medicíny k psychiatrické problematice obecně. Dnes se udává, že celosvětově trpí depresí každý rok asi 100 milionů lidí. Epizodu unipolární deprese prodělá alespoň jednou za život 20% žen a 10% mužů. Celou

Příznaky deprese
<ul style="list-style-type: none"> ● smutná nálada ● snížení energie a aktivity ● ztráta zájmů a schopnosti radovat se ● zhoršené soustředění a pozornost ● snížené sebevědomí a sebedůvěra ● pocity viny a bezcennosti ● smutný a pesimistický pohled do budoucnosti ● myšlenky na sebevraždu ● poruchy spánku ● narušení chuti k jídlu

Tabulka 2

s deficitem neuromediátorů (zejména serotoninu a noradrenalinu) v mozku a s následnou patologickou změnou citlivosti mozkových receptorů pro tyto mediátory. Tento velmi zjednodušený popis však nevystihuje plnou slo-

Klasifikace depresivní fáze podle závažnosti
Mírná depresivní fáze - bez somatických příznaků - se somatickými příznaky
Středně těžká depresivní fáze - bez somatických příznaků - se somatickými příznaky
Těžká depresivní fáze bez psychotických příznaků
Těžká depresivní fáze s psychotickými příznaky

Tabulka 3

kými příznaky - tj. příznaky, které znamenají oslabení či ztrátu kontaktu s realitou. Konkrétně to mohou být

hlady (nejčastěji se týkají motivu hříchu, viny, méněcennosti, chudoby nebo hrozící katastrofy), halucinace (nejčastěji sluchové) nebo stupor (katonní příznak, znamenající těžké psychomotorické zpomalení). V naprosté většině jsou tyto psychotické příznaky v souladu s depresivní náladou, tedy vyjadřují depresivní obsahy. Pokud by tomu tak nebylo a psychotické příznaky by měly například paranoidní náboj, muselo by nás to vést k úvahám, zda se jedná skutečně o čistou depresi. Podezření by nepochybně padlo na diagnózu schizoafektivní poruchy depresivního typu, která zahrnuje kromě deprese také schizofrenní příznaky.

V biologické léčbě deprese se nejvýznamnější měrou uplatňují antidepresiva. Protože antidepresivům je věnován samostatný příspěvek, zaměříme se na méně známé biologické léčby deprese: na elektrokonvulzivní terapii (electroconvulsive therapy, ECT), léčbu jasným světlem (light therapy, LT) a na transkraniální magnetickou stimulaci (transcranial magnetic stimulation, TMS).

Elektrokonvulzivní terapie je v klinickém používání od roku 1938 (dříve pod názvem „elektrošoková terapie“) a během své historie poněkud nespravedlivě obdržela nálepkou nejvíce kontroverzní psychiatrické léčby. Stala se terčem různých útoků antipsychiatrických hnutí a byla karikována v řadě filmů, z nichž u nás je jistě nejznámější *Přelet přes kukaččí hnízdo* režiséra Miloše Formana. V Holandsku bylo počátkem 90. let dokonce snazší dosáhnout vyřízení eutanázie než provedení léčby ECT. Na tomto stavu se asi nejvíce podílela neinformovanost či spíše desinformovanost veřejnosti. Důvodem, proč ECT přečkala všechny tyto útoky a její pozice dokonce v posledních letech posílila, je její neobyčejná účinnost a bezpečnost. Průměrná účinnost ECT, derivovaná z mnoha rozsáhlých studií, je zhruba 80%, což je o řád vyšší účinnost než účinnost farmak (50 - 60%). Pro představu, rozdíl mezi účinností ECT a antidepresiv, vyjádřený v procentních bodech, je přibližně stejně velký jako rozdíl mezi účinností antidepresiv a placebo. ECT se dnes používá zejména u nejtěžších forem deprese, kde účinnost psychofarmak bývá problematická, a pochopitelně i u farmakorezistentních depresí. Mimo oblast deprese se užívá v léčbě mánie, schizofrenních poruch, sympto-

matických psychóz, letální katatonie a maligního neuroleptického syndromu. Během více než 60 let používání ECT byla rovněž shromážděna velká řada zkušeností s bezpečností metody. Na rozdíl od řady psychofarmak, ECT je bezpečná i u starých a somaticky nemocných pacientů. Je samozřejmostí, že se provádí v celkové anestézii, jednotlivý výkon netrvá déle než pět minut. Výkony se provádějí v sérii s frekvencí dvakrát nebo třikrát týdně, k dosažení remise většinou postačí celkový počet 8 - 10 zákroků.

Léčba jasným světlem se uplatňuje u sezónních depresí, tj. depresí s výskytem v zimě (listopad až březen). Dříve se takoví nemocní samoléčili cestováním do teplých krajín. K objevu LT přispěl aktivně jeden z pacientů. Historie dochovala jeho jméno, protože se dokonce stal spoluautorem prvních publikovaných prací o objevu LT. Herbert Kem byl vědeckým pracovníkem u jedné velké americké firmy a sám se dostavil do Národního ústavu pro duševní zdraví v Bethesda poté, co

objevuje již po 3 - 4 dnech léčby, a jestliže po 2 - 4 týdnech není patrná výrazná změna k lepšímu, nemá smysl v terapii pokračovat. Pokud pacient léčbu předčasně přeruší, dochází k relapsu deprese během 2 - 4 dnů po posledním sezení. V současné době se u nás již prodávají zdroje jasného světla i pro domácí použití, takže pacienti nemusejí již na LT docházet do psychiatrického zařízení a mohou ji absolvovat v domácím prostředí.

Transkraniální magnetická stimulace využívá opakované aplikace magnetického pole o síle 1,0 - 2,5 Tesla, cíleného na některé oblasti mozku (vertex, levý nebo pravý dorsolaterální prefrontální kortex) u bdělého pacienta. Pro představu, jedná se o intenzity podobné intenzitám užívaným při snímkování nukleární magnetickou rezonancí a asi 40 000krát vyšší, než je intenzita zemského magnetického pole. Dosud zůstává spíše experimentální než klinickou metodou. Nejvíce zkušeností bylo shromážděno s užitím u depresí, i když některé studie se zabývaly také léčbou mánie, úzkostných poruch i schizofrenie. Zatímco u běžných depresí se zdá být účinnou a bezpečnou metodou, u farmakorezistentních depresí je účinnost TMS minimální. Zdá se tedy, že TMS nepředstavuje náhradu elektrokonvulzivní terapie, ale spíše doplnění spektra biologických léčebných metod.

K depresivnímu pacientovi je třeba přistupovat citlivě a s porozuměním. Lékař by se měl vyvarovat chyb, kterých se v přístupu k nemocným dopouštějí laikové. Nejčastější komunikační chyby shrnuje tabulka 4.

Sigmund Freud kdysi ve své slavné stati *Truchlení a melancholie* napsal sarkasticky o depresivním pacientovi: "Když ve své vystupňované sebekritičnosti léčí sebe jako malicherného, sobeckého, neupřímného, nesamostatného člověka, který usiloval vždy jen o to, aby slabosti své bytosti skryl, pak se podle našeho vědění asi dost přiblížil skutečnému sebepoznání a klademe si jen otázku, proč člověk musí nejprve onemocnět, aby se stal takové pravdě přístupným..." Z dnešního hlediska víme, že zakladatel psychoanalýzy byl k depresivně nemocným nespravedlivý. Deprese je nemoc jako každá jiná a moralizující přístup již dávno není namístě.

(Literatura u autora)

Nejčastější chyby v přístupu k depresivně nemocnému

- plané povzbuzování (např. „Vzchopte se!“)
- mentrování, moralizování, obviňování
- zabraňování záporným emocím, které pacient chce vyjádřit
- pochybování o závažnosti obtíží
- vytyčování úkolů, které pacient není schopen splnit
- podporování závažných rozhodnutí, které pacient chce učinit pod vlivem nemoci (změna zaměstnání, partnera, stěhování apod.)

Tabulka 4

si přečetl vědeckou práci, že jasné světlo suprimuje noční sekreci melatoninu. Domníval se, že jeho případ sezónní deprese může s tímto nálezem souviset. Skutečně se pak stal prvním pacientem, u něhož byla terapie jasným světlem úspěšně vyzkoušena. LT dnes užívá světla s jasností v rozmezí 2500 - 10 000 luxů, které se aplikuje vždy ráno alespoň hodinu po celé zimní období. První zlepšení se často