

Deprese

Deprese je psychické onemocnění řadící se mezi afektivní poruchy. Může být monopolární nebo bipolární jako součást bipolárně afektivní poruchy (dříve maniodepresivní psychózy). V současné době je nejčastější psychickou poruchou vůbec a procento lidí trpících depresí se neustále zvyšuje. Pro diagnózu deprese je podmínkou, aby epizoda trvala alespoň dva týdny. Její lehčí formou je dystymie.

Epidemiologie

Morbidita se udává mezi 1,1 a 19 % ^[1], prevalence pak 17% ^[2]. Průměrný věk projevu první depresivní epizody je okolo 29 let, v poslední době však věkový průměr klesá. V případě bipolárních poruch se projevy objevují dříve. Z celkového počtu nemocných tvoří dvě třetiny ženy. Pravděpodobnost onemocnění se rovněž odvíjí od genetického zatížení.

Klinický obraz

Projevy deprese jsou různé intenzity a závisí na povahových vlastnostech člověka. Celkově se dá říci, že např. pláč je jeden z méně závažných projevů, neboť u těžkých forem deprese člověk není schopen prožívat jakékoliv emoce, je pasivní a má pocit absolutní beznaděje. Mezi další projevy patří například:

- pocity deprivace, únavy, osamělosti, obavy z budoucnosti, stísněná, skleslá nálada
- ztráta schopnosti radovat se
- tělesné i duševní vyčerpání
- pocity méněcennosti
- poruchy koncentrace a učení
- nezáměr o dříve oblíbené činnosti
- katastrofické myšlení a očekávání nejhoršího
- snížená motorika a celková aktivita
- snížená chuť k jídlu
- černé myšlenky, uvažování o sebevraždě.

Bludné fenomény provázející depresi

Objevují se u 8–10 % ústavně léčených pacientů. Pacient na ně nemá racionální náhled. Mezi nejčastější patří:

- bludy o prohršení (pocit, že se dopustil zločinu či velkého provinění)
- hypochondrický blud (dotyčný věří, že má obzvlášť těžkou nemoc)
- blud chudoby (nevyvratitelné přesvědčení, že zchudne tak, že umře)
- nihilistický blud (svět přestává existovat, ztráta jména, pohlavní identity).

Modely deprese

Biochemické aspekty

Současná psychiatrie předpokládá vliv genetických faktorů na vznik a průběh onemocnění. Na základě relativně pozdního nástupu účinku antidepresiv se také nepovažuje za pravděpodobné, že by jedinou podstatou deprese byla nerovnováha v hladině a funkci neurotransmiterů (především noradrenalinu, acetylcholinu a serotoninu). Existují i teorie o endokrinní podstatě některých depresí (zjištěno při provádění denního profilu kortizolu).

Genetické aspekty

Zejména endogenní deprese byla považována za familiární poruchu, kdy se předpokládá určité genetické zatížení. V současné době se má za to, že byla genetická podstata onemocnění přeceňována (větší roli hraje u bipolárních poruch).

Psychologické aspekty

Další roli hrají také povahové rysy, výchova, vzdělání a jiné vlastnosti. Jedna z teorií popisuje depresi jako naučené chování (naučená bezmoc).

Deprese

Depression



Obrázek deprese již ze 16. století

Rizikové faktory životní události

Klinický obraz zhoršená náladu, snížená energii a aktivita

Klasifikace a odkazy

MKN F32 (<https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F32>)

MeSH ID D003863 (<https://www.medvik.cz/bmc/link.do?id=D003863>)

OMIM 608516 (<https://omim.org/entry/608516>)

Medscape 286759 (<https://emedicine.medscape.com/article/286759-overview>)

Současná psychiatrie nepovažuje žádný z aspektů za významnější a celkově se na depresi nahlíží jako na onemocnění podmíněné mnoha faktory. Tuto teorii podporuje také skutečnost, že může propuknout po silném traumatu, ale také zcela náhle a zdánlivě bezdůvodně. Z tohoto důvodu je deprese dělena na dva základní typy a to **exogenní depresi** vyvolanou vnějším traumatem (umrtví v rodině, nemoc,...) a **endogenní depresi**, pro níž se zdánlivě nevyskytuje žádné odůvodnění.

Farmakoterapie

Antidepresiva

Lékem první volby bývají antidepresiva.

Antidepresiva jsou skupinou léčiv ovlivňující metabolismus neurotransmiterů. Zpravidla působí až po několika týdnech (2–6 týdnů, obvykle však 3–4 týdny). Na počátku léčby se mohou objevovat vedlejší příznaky (nauzea, vertigo), které zpravidla znamenají to, že léky skutečně fungují a po několika týdnech se projeví jejich účinek (mezi další vedlejší účinky patří např. sexuální dysfunkce, či ztráta libida). Na léčbu reaguje okolo 65–70 % pacientů.

Antidepresiva působí jako thymoleptika (proti symptomům deprese), sedativa (potlačují psychomotoriku a vigilitu), anxiolytika (snižují úzkost a strach), analgetika (především při chronických bolestech při tumorech, migrénách apod.), pozitivně účinkují také na obsedantní chování (nutkavé chování). Nevykazují antipsychotický účinek (zhoršují bludnou symptomatiku), mohou však zlepšit náladu a tím nepřímo napomoci odeznění bludných příznaků u melancholických pacientů. Rozlišuje se několik druhů antidepresiv podle mechanismu jejich účinku:

MAJOR DEPRESSIVE DISORDER
(CLINICAL DEPRESSION)



Video v angličtině, definice, patogeneze, příznaky, komplikace, léčba.

- **tricyklická antidepresiva:** Amiltriptylin, Clomipramin, Imipramin, Doxepin
- **tetracyklická antidepresiva:** Maprotilin, Mianserin
- **IMAO** (inhibitory monoaminoxidázy): Tranylcypromin, Moclobemid (reverzibilní), Selegilin
- **SSRI** (selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu): Fluoxetin, Sertralin, Paroxetin, Citalopram
- **neklasifikovaná antidepresiva:** Trazodon, Mirtazepin, Venlafaxin, Bupropion

Mezi další patří antidepresiva skupiny **SARI**, či **NRI** (inhibitory zpětného vychytávání noradrenalinu). Je možné nasadit léčbu solí lithia v případě farmakorezistentních a recidivujících pacientů. V určitých případech lze použít karmazepin či valproat.

Antipsychotika

Antipsychotika (dříve neuroleptika) se nasazují v případě bludných symptomů. Zpravidla se používají nízké dávky vysoce účinných antipsychotik.

Ostatní

- **Trankvilizéry**

Při léčbě nejsou tak významné jako antidepresiva, ale mohou pomoci snížit úzkost, vnitřní napětí a zmírnit poruchy spánku.

- **Preparáty z třezalky tečkované**

Předepisovány zřídka. Jejich použití je vhodné při lehčích formách deprese. Výhodou je zpravidla dobrá snášenlivost (pacient by se však měl vyhnout některým jídlům a prudkému slunečnímu svitu).

Psychoterapie

Celkově jsou v psychoterapii neustále vylepšovány metody přístupu k depresivním pacientům. Mezi nejčastější patří:

- kognitivně behaviorální terapie
- interpersonální terapie (IPT)
- krátkodobá psychoanalytická terapie
- rodinná terapie (zejména párová terapie).

Další způsoby léčby

Většina z nich je spíše na experimentální úrovni. Řadí se sem:

- spánková deprivace – prokazatelně zlepšuje náladu, efekt však vydrží jen několik dní; existuje více variant (totální, parciální či selektivní spánková deprivace)

- fototerapie – vystavení speciálnímu bílému intenzivnímu světlu po určitou dobu (používá se však téměř výhradně v USA)
- elektrokonvulzivní terapie - pravděpodobně ještě vyšší účinek než u terapie antidepresivy; dochází k umělému vyvolání záchvatu grand mal, u některých depresí je léčbou první volby (deprese s bludy a stuporem, katatonie apod.).

Prognóza

Většina nemocných dobře reaguje na léčbu. Je nezbytné užívat dlouhodobě a pravidelně předepsané léky, doporučuje se také pomoc psychoterapeuta a především aktivní životní styl a pozitivní životní náhled. Ve většině případů je prognóza dobrá, u deprese však často dochází k relapsu.

Odkazy

Související články

- Antidepresiva
- Úzkostné poruchy

Použitá literatura

- RAHN, Ewald a Angela MAHNKOPF. *Psychiatrie*. 2. vydání. Praha : Grada, 2003. s. 241. ISBN 80-7169-964-0.
- DÖRNER, Klaus a Jan LORENC. *Bláznit je lidské : učebnice psychiatrie a psychoterapie*. 1. vydání. Praha : Grada, 1999. 353 s. s. 113-140. ISBN 80-7169-628-5.
- RABOCH, Jiří a Petr ZVOLSKÝ, et al. *Psychiatrie*. první vydání. Praha : Galén, 2001. 0 s. s. 261. ISBN 80-7262-140-8.

Reference

1. RAHN, Ewald a Angela MAHNKOPF. *Psychiatrie*. 2. vydání. Praha : Grada, 2003. s. 241. ISBN 80-7169-964-0.
2. RABOCH, Jiří a Petr ZVOLSKÝ, et al. *Psychiatrie*. první vydání. Praha : Galén, 2001. 0 s. s. 261. ISBN 80-7262-140-8.