



Depresivní stavy

v otázkách a odpovědích

Autor textů:
MUDr. Tomáš Turek,
Psychiatrická léčebna Bohnice, Praha 8



Co je to deprese?

Depresivní porucha (nemoc) je psychické onemocnění, které charakterizuje změna nálady, nevykonnost, snížený pocit energie, ztráta zájmů a aktivit, zhoršená soustředěnost a z toho vyplývající zhoršení paměti; uzavírání se před okolím, přemýšlení o smrti a někdy pokusy o sebevraždu.

Jak často se vyskytuje deprese?

Deprese se vyskytují v relativně vysoké míře.

Celoživotní riziko vzniku depresivní poruchy je u žen v 10–25 %, u mužů v 5–12 %.

Nejvíce mužů i žen je postiženo mezi 25–50 lety.

Z uvedených statistik vyplývá, že skoro každá čtvrtá žena a téměř každý osmý muž během svého života onemocní depresivní poruchou.

Jaké jsou typy depresí?

Deprese rozlišujeme podle závažnosti depresivní fáze: na mírnou, středně těžkou a těžkou depresivní poruchu. Mírná a středně těžká porucha může být spojena se somatickým syndromem, u těžké depresivní poruchy mohou být přítomny psychotické příznaky (mikromanické bludy).

Deprese dále dělíme podle četnosti: na depresivní poruchu a periodickou depresivní poruchu tehdy, pokud se depresivní porucha opakuje. V případě, že se někdy v minulosti objevily příznaky z druhého pólu spektra nálad, tedy hypománie či mánie, potom jde o diagnózu nazvanou bipolární afektivní porucha.



Depresivní poruchu dále dělíme podle původu onemocnění na endogenní, tedy z vnitřních příčin (dysbalance neurotransmiterů) nebo exogenní (reaktivní) z vnějších příčin, např. krizové události v osobním životě, změny společenských poměrů, změny na pracovišti, katastrofické události...

Existují deprese ve specifických životních obdobích?

Ano.

Poporodní deprese

Až 15 % žen po porodu trpí poporodní depresí. Pacientky mají problém dobře pečovat o dítě, mají strach o jeho zdraví a také pocity viny, že nejsou schopny vše zvládnout. V léčbě se mimo antidepresiva uplatňuje i hormonální léčba, je nutno vyšetřit hormony štítné žlázy.

Postmenopauzální deprese

Na rozvoji postmenopauzální deprese se spolupodílí endogenní i exogenní složka. Endogenní změny z vnitřních příčin se týkají hladin hormonů. Roli hraje i reaktivní složka – nevratná ztráta plodnosti, podvědomě spojená se ztrátou mládí a zbytečností.

Deprese ve stáří

Často není v popředí depresivní nálada. Senioři s diagnózou depresivní poruchy bývají bez nálady, bez radosti, bez zájmu, stísnění. Jejich pozornost je zhoršená, paměť narušená, nejsou schopni se rozhodnout, pociťují úzkost v běžných situacích, neurčitou úzkost, neklid, výraznou únavu. Mají pocity tlaku a tíže či bolesti v oblasti hrudníku, břicha nebo hlavy, někdy zácpu.



Je deprese léčitelná?

Ano.

Deprese je léčitelná. Již více než 60 let existují léky, nazvané anti-depresiva, které mají schopnost léčit a vyléčit depresivní poruchy. Moderní preparáty nejsou zatíženy vysokým rizikem vzniku nežádoucích účinků. Jsou šetrné k lidskému organismu, zcela nenávykové a nenarušují a neomezují běžný životní styl pacienta. Nástup účinku je většinou v rozmezí 10 dnů až tří týdnů. Nástup účinku znamená postupné zlepšení zdravotního stavu nemocného; nejprve si toho všimne jeho okolí, teprve ve druhé fázi začne pociťovat zlepšení stavu také pacient samotný.

Antidepresiva jsou léky, které léčebně ovlivňují depresivní poruchy. Jsou to chemické látky, které modulují dysbalanci neurotransmiterů („mozkových hormonů“) v mozku: dopamin, serotonin a noradrenalin. Antidepresiva se liší tím, které z neurotransmiterů ovlivňují a jakým způsobem je ovlivňují.

U periodických poruch se používají z pohledu dlouhodobé léčby pacienta léky ze skupiny stabilizátorů nálady, které mají vliv na stabilizaci nálady. Dlouhodobé podávání léků ze skupiny antidepresiv u periodických poruch může být rizikové – přesmyk do mánie.

Mají antidepresiva i jiný účinek?

Ano.

Jsou to léky podávané při léčbě depresí, některé z nich jsou účinné proti úzkosti, při léčbě chronické bolesti, zažívacích obtížích atd.

Jsou jiné možnosti léčby než farmakoterapií?

Ano.

Psychoterapie je vhodná především u reaktivních typů depresí a také v kombinaci s antidepresivy i u ostatních typů depresivních poruch.

Jakou prognózu má pacient s depresí?

Přibližně u 25 % pacientů nedochází k úplnému odeznění depresivní poruchy symptomaticky.

K úplnému trvalému vyléčení dochází přibližně u 50 % nemocných. Riziko návratu depresivní epizody je 25%. Horší prognóza je u pacientů, u kterých vzniká onemocnění náhle. Jde o depresivní epizodu těžšího stupně, která se přidružuje k chronické subdepresivní náladě.



Existují nějaké mýty o depresích?

Ano existují.

K nim patří např., že depresi je třeba překonat vůlí, že se tomu nesmí pacient poddat, že pokleslá nálada je typická pro stáří, že je ostuda jít k odborníkovi – psychiatrovi.

Deprese je nemoc jako kterákoli jiná. Tyto problémy vznikají proto, že mnohem lépe zvládáme tělesné (somatické) onemocnění než psychické problémy. Psychické problémy pacienti nebo rodinní příslušníci pacientů často považují za slabost, „že je nutné se s nemocí poprat, překonat ji, že se musí pacient do aktivit nutit a ke zlepšení samo dojde.“ Je to obdobné tvrzení, jako kdybychom chtěli, aby pacient se zlomeninou dolní končetiny – zlomeninu všichni akceptujeme jako vážný zdravotní problém – tuto zlomeninu „rozchodil“. To nikoho z nás nenapadne, ale „rozchodit deprese“ bychom od jiných očekávali.

Mýtus: Antidepresiva vyvolávají závislosti.

Realita: Antidepresiva nevyvolávají závislosti.

Mýtus: Antidepresiva mění osobnost.

Realita: Osobnost není měněna antidepresivy.

Mýtus: Užívání antidepresiv je slabost.

Realita: Deprese je nemoc, jako kterákoli jiná. Pacient např. s vysokým krevním tlakem nebo cukrovkou také užívá pravidelně léky a „za slabocha se nepovažuje“.



Mýtus: Depresivní nálada je typická pro stáří.
Realita: Depresivní nálada není typická pro žádné období.

Mýtus: Deprese je jen špatná nálada, to nevadí.
Realita: Deprese zvyšuje nemocnost a úmrtnost.

Mýtus: Když navštívím psychiatra, jsem blázen.
Realita: Psychiatr je odborník na léčbu psychických poruch, např. poruch nálady, úzkostných stavů, poruch spánku, nesoustředěnosti, krizových partnerských vztahů, syndromu závislosti...

Mýtus: Užívám antidepresiva, budu mít pořád dobrou náladu.

Realita: Náladu kolísá u každého člověka, pacienti s psychickými nemocemi mají tendenci se zvýšeně sledovat a pozorovat. Je třeba vždy porovnávat své pocity v období 3–5 dnů s jinými 3–5 dny; ne aktuální stav a vyvodit například závěr, „že už je to zase horší a lepší to už nebude“.

Mýtus: Když pacient nemluví o sebevraždě, nepokusí se o sebevraždu.

Realita: U těžkých depresí je riziko sebevražedného jednání u pacientů, kteří mluví i nemluví o sebevražedném jednání.



Čeho se vyvarovat aneb „neúspěšná léčba“

- Nejčastější příčinou selhání antidepresivní terapie jsou nedostatečné dávky léků.
- Často navodí nežádoucí účinky, avšak nedosáhnou terapeutického účinku.
- Užívání léků nedostatečně dlouhou dobu.
- Předčasné vysazení antidepresiv.
- Časté a neindikované změny antidepresivní medikace.
- Nepodání anxiolytik (léků proti úzkosti), kde jsou indikovány.
- Nedostatečná oboustranná informovanost ve vztahu lékař a pacient.
- Vyšší riziko noncompliance (nespolupráce).

Mají antidepresiva nežádoucí účinky?

Ano mají, jako většina léků. Ale...

Pokud se u pacienta s depresivní poruchou po nasazení antidepresiv vyskytnou nežádoucí účinky, měl by o nich informovat svého ošetřujícího lékaře. Nežádoucí účinky nebývají závažné. Vyskytují se sporadicky, především po začátku užívání léků nebo po navýšení dávky.

Zpravidla po několika dnech až 1–2 týdnech vymizí.

Mírný výskyt nežádoucích účinků by neměl být indikací ke změně antidepresiva.

Mezi nejčastější nežádoucí účinky patří: Problémy zažívací – pocity na zvracení, průjem... atd.



Je možné hospitalizovat pacienta s depresivní epizodou i proti jeho vůli?

Ano.

Pokud je riziko sebevražděného jednání, nebo například v rámci těžké depresivní poruchy, odmítání potravy a tekutin. Tedy pacient ohrožuje sám své zdraví, hrozí mu riziko úmrtí.

Kritéria diagnostiky depresivní poruchy podle mezinárodní klasifikace nemocí

1. Depresivní epizoda by měla trvat alespoň dva týdny.
2. Během života jedince se nikdy nevyskytly žádné hypomanické ani manické příznaky.
3. Epizoda není způsobena používáním psychoaktivní látky.

A. Musí být přítomny alespoň dva ze tří následujících příznaků:

1. depresivní nálada je takového stupně, že je pro jedince naprosto nenormální, musí být přítomna po většinu dne a téměř každý den po dobu alespoň dvou týdnů, přičemž není ovlivněna okolnostmi,
2. ztráta zájmu a radosti z aktivit, které obvykle jedince těší,
3. snížená energie nebo zvýšená únavnost.

B. Měl by být přítomen další příznak nebo příznaky z následujícího seznamu, aby byly přítomny nejméně čtyři příznaky:

1. ztráta sebedůvěry a sebeúcty,
2. neoprávněné sebevýtčky nebo přehnané a bezdůvodné pocity viny,
3. vracející se myšlenky na smrt nebo na sebevraždu, případně jakékoli sebevražděného jednání,
4. snížená schopnost myslet nebo se soustředit, např. nerozhodnost nebo váhavost,
5. změna psychomotorické aktivity s agitovaností nebo retardací (buď subjektivní nebo objektivní),
6. poruchy spánku jakéhokoli druhu,
7. změna chuti k jídlu (zvýšená nebo snížená) s odpovídající změnou hmotnosti.

Depresivní stavy mohou být doprovázeny somatickým syndromem

(somatický syndrom podle mezinárodní klasifikace nemocí)

Některé depresivní příznaky mají zvláštní klinický význam, nazýváme je „somatickými“. (V jiných klasifikacích se pro tento syndrom používají výrazy jako např. biologické, vitální, melancholické.)

Diagnóza somatického syndromu je oprávněna, jestliže jsou přítomny alespoň čtyři z následujících příznaků:

1. zřetelná ztráta zájmu a ztráta radosti z aktivit, které normálně přinášejí uspokojení,
2. chybí emoční reaktivita na události nebo aktivity, které normálně vyvolávají emoční odezvu,
3. ranní probouzení o dvě nebo i více hodin dříve než obvykle,
4. deprese je výraznější ráno,
5. objektivní průkaz zřetelného psychomotorického zpomalení nebo agitovanosti (které popisují nebo o něm informují jiné osoby),
6. výrazná ztráta chuti k jídlu,
7. úbytek hmotnosti (5 % nebo i více z tělesné hmotnosti v posledním měsíci),
8. výrazná ztráta libida.



Literatura
Doc. MUDr. Petr Smolík, CSc.,
Duševní a behaviorální poruchy.
2. vydání. Praha: Maxdorf, 2007.

O čem informovat svého lékaře:

1. Jak dlouho se „necítíte dobře“
2. Zda máte problémy se spánkem
3. Zda trpíte nechutenstvím, změnou hmotnosti
4. Že vás nic nebaví
5. Že nezvládáte péči o domácnost, o sebe nebo se „musíte do všeho nutit“
6. Informujte ho o svých závažných tělesných onemocněních
7. Informujte ho, zda se podobné onemocnění nevyskytlo v rodině
8. Informujte ho o lécích, které aktuálně užíváte
9. Informujte ho, zda máte zkušenosti s léky ze skupiny antidepresiv
10. Informujte ho o vašich zkušenostech s antidepresivou
11. Informujte ho, zda pijete alkohol a v jakém množství

Na co se zeptat lékaře:

Při prvním podezření na depresivní poruchu:

- Zda se nejedná o depresivní poruchu?
- Jak bude léčba probíhat?
- Psychoterapie či farmakoterapie?
- Psychiatr či praktický lékař?
- Forma ambulantní nebo hospitalizace?

Pokud trpíte depresivní poruchou nebo pokud máte periodickou poruchu nálady:

- Zda se nejedná o novou epizodu?
- Zda upravit medikaci?
- Je vhodná forma ambulantní, či v rámci hospitalizace?
- Návštěva specialisty?

Důležitá telefonní čísla:

Rychlá záchranná pomoc	155
Integrovaný záchranný systém	112

Praktický lékař

Ambulantní psychiatr

Krizové centrum (linka důvěry)



Vipharm Slovakia s.r.o. – organizační složka CZ
Zelený Pruh 95/97, 140 00 Praha 4
vipharm@vipharm.cz

GENERICKÁ SPOLEČNOST S ORIGINÁLNÍM PŘÍSTUPEM