

Pečeňák, J. : Depresia - základná terminológia a diagnostika

Abstrakt

Depresia, depresívna epizóda či recidivujúca depresívna porucha je klinicky významným stavom, s ktorým sú konfrontovaní lekári vo všetkých disciplínach.

Množstvo podtypov depresie, jej podobnosť s prirodzenou reakciou v nepriaznivých životných situáciách môže viesť k nesprávnej diagnostike depresívnej poruchy a tým aj k neadekvátnej liečbe.

Cieľom článku je oboznámiť recipientov so základnými štandardnými postupmi pre stanovenie diagnózy a s používanou terminológiou.

Kľúčové slová: depresia, diagnostika, terminológia, depresívna epizóda, bipolárna afektívna porucha

Úvod

Depresívna porucha sa ako klinická jednotka odlišuje od bežného smutného prežívania svojou intenzitou, trvaním a vplyvom na funkčnosť jedinca. Depresívna porucha patrí medzi závažné zdravotné problémy z hľadiska individuálneho i celospoločenského. Z individuálneho hľadiska prináša vysokú mieru subjektívneho utrpenia a zníženej kvality života, z celospoločenského hľadiska je významná pre vysokú prevalenciu a chronický priebeh. Podľa odhadov svetovej zdravotníckej organizácie jej bude v r. 2020 patriť druhé miesto (za kardiovaskulárnymi poruchami) vo vyjadrení počtu rokov ovplyvnených chorobou – tzv. DALYs (Disability-Adjusted Life Years; tabuľka č. 1).

V európskych krajinách je väčšina pacientov s duševnými poruchami v starostlivosti všeobecných lekárov, situácia v SR nie je v tomto smere zmapovaná. Pre komunikáciu s pacientom i medzi odborníkmi a pre rozhodnutie o liečbe a jej vyhodnocovanie je mimoriadne dôležité oboznámenie sa s terminológiou i správnu diagnostikou depresie. Práve na túto oblasť je zameraný predkladaný článok.

Tabuľka č. 1

Poradie závažnosti ochorení vyjadrenej podľa DALY*

Poradie	Rok 1999	Poradie	Rok 2020
1.	Infekcie dolných ciest dýchacích	1.	Ischemická choroba srdca
2.	Hnačkové ochorenia	2.	Unipolárna depresia
3.	Perinatálne poškodenie	3.	Následky dopravných nehôd
4.	Unipolárna depresia	4.	Cerebrovaskulárne ochorenia
5.	Ischemická choroba srdca	5.	CHOCHP ¹

* DALY – Disability Adjusted Life Year

¹ chronická obštrukčná choroba pľúc

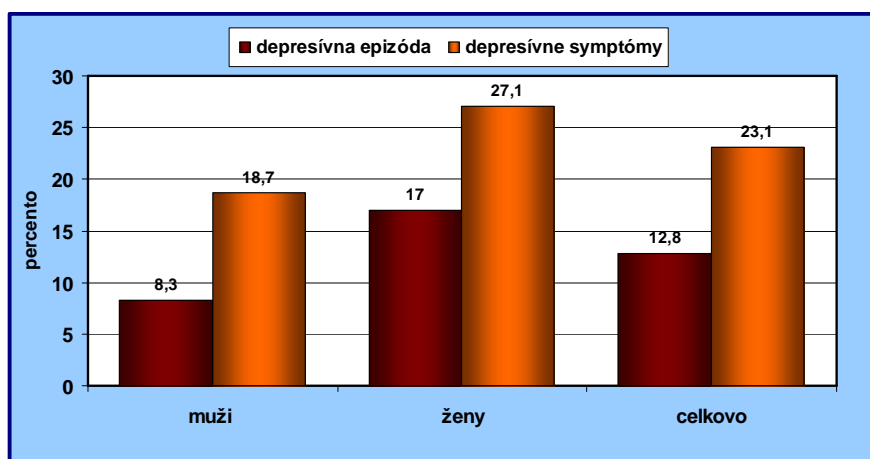
Upravené podľa: Murray CJ, Lopez AD., 1997.

Prevalencia depresie

Na základe epidemiologických štúdií sa medián celoživotnej prevalencie depresie odhaduje vo výške 16,1 % celkovej populácie. Je približne dvojnásobne častejšia u žien ako u mužov. Vyskytuje sa najmenej u 10% pacientov, ktorí navštívia všeobecného lekára a opakovanie depresívnej epizódy sa dá očakávať u 50 – 80% pacientov. Len približne 20% pacientov s depresiou je diagnostikovaných a primerane liečených.

V epidemiologickom výskume uskutočnenom na Slovensku sme zistili polročný výskyt depresie u 12,8 % dospelaj populácie, potvrdili sme dvojnásobne vyššiu prevalenciu u žien (graf č. 1).

Graf č. 1
Prevalencia depresie v SR



Podľa: Heretik A st. et al., 2003

Diagnostika depresie

Stanovenie diagnózy depresie je založené na diagnostických kritériách publikovaných v Medzinárodnej klasifikácii chorôb (MKCH 10) a/alebo Diagnostickom a štatistickom manuáli Americkej psychiatrickej spoločnosti (DSM – IV). Pre stanovenie diagnózy je podstatná identifikácia **depresívnej epizódy**. Je to zmena nálady v negatívnej polarite, ktorá trvá viac ako dva týždne a vyskytuje sa v komplexe ďalších príznakov, ktoré tvoria depresívny syndróm. Počet symptómov a ich intenzita umožňujú spresniť závažnosť súčasnej epizódy depresie (tabuľka č. 2).

Tabuľka č. 2
Diagnostické kritériá pre depresívnu epizódu podľa MKCH -10

	Symptómy	Opis/komentár	Závažnosť		
			Ľahká	Stredná	Ťažká
Typické - základné symptómy	Depresívna nálada	Pacient ju môže popisovať ako smútok, „nanič“ náladu, depresiu, „nijakú“ náladu	dva Najmenej symptómy	dva Najmenej symptómy	tri Všetky symptómy
	Strata záujmov a potešenia (anhedónia)	Pacient opisuje zníženie záujmov a aktivít v rôznych oblastiach, ktoré mu predtým spôsobovali potešenie, prípadne zníženie týchto záujmov.			
	Zníženie energie a unaviteľnosť	Pretrvávajúci pocit únavy, slabosti, Vyčerpanosti. Ak je vyjadrený silno, pacient takmer nie je schopný vykonávať bežné aktivity (základná sebaobsluha).			
Ďalšie symptómy	Problémy s rozmyšľaním a koncentráciou	Neschopnosť koncentrovať sa na aktivity, kde sa vyžaduje sústredenie. Problematické rozhodovanie sa v bežných situáciách.	Najmenej jeden (najmenej 4 celkovo)		
	Znížené sebedovomie	Pocity inferiority oproti ostatným. Strata nádeje, pocity zlyhania v budúcnosti.			
	Pocity viny alebo zbytočnosti	Bolestné spomienky na činy vykonané v minulosti, ktoré sa vymykajú kontrole. Zvýšené pocity viny, ktoré sú v rozpore s hodnotením iných.			
	Pesimistický pohľad a budúcnosť	Pesimistický pohľad na budúcnosť, ktorý môže viesť k redukcii bežných aktivít. Pocit, že zapájanie sa do nových aktivít nemá žiadny význam či zmysel.			
	Myšlienky na sebapoškodenie alebo samovraždu	Pretrvávajúce myšlienky na ublíženie sebe samému. Je lepšie nežiť. Plány na samovraždu.			
	Psychomotorická retardácia alebo agitovanosť	Agitovanosť je obvyčajne prítomná u pacientov so zvýšenou úzkosťou. Inhibícia môže mať v extrémnom prípade charakter stuporu.			
	Zmena chuti do jedla a zmena hmotnosti	Za klinicky významnú sa považuje zmena o 5 % v priebehu mesiaca. Zvýšená chuť do jedla sa vyskytuje pri atypickej depresii.			
	Poruchy spánku	Akýkoľvek typ poruchy – problém so zaspávaním, s udrжанím spánku či predčasné prebúdzanie sa (to je typické pre tzv. endogénnu depresiu). Zvýšená spavosť pri atypickej depresii.			

Upravené podľa: Mezinárodní klasifikace nemocí, 1996. **Depresia – terminológia**

Veľká depresívna epizóda a „veľká depresia“

Jedným z termínov, ktorý spôsobuje najviac nedorozumení je pojem **veľká depresívna epizóda** alebo skrátene „veľká depresia“. Tento termín je prevzatý z americkej klasifikácie DSM-IV (MDD – Major Depressive Disorder), ktorá sa odlišuje od u nás platnej MKCH-10 a dostáva sa aj do u nás platných registračných dokumentov. Napr. v súhrne charakteristických vlastností lieku Valdoxan

(agomelatín), ktorý je ostatným novým registrovaným antidepresívom je uvedená jeho terapeutická indikácia: „Liečba epizód veľkej depresie u dospelých“ (valdoxan SPC). Nezriedka si to lekári v praxi vysvetľujú tak, že je indikácia obmedzená na formy ťažkej depresie, táto interpretácia však nie je správna. Aj veľká depresívna epizóda podľa DSM-IV sa člení podľa závažnosti na ľahkú, strednú a závažnú. Je teda ekvivalentom epizódy depresie podľa MKCH-10 bez toho, že by „veľká“ vyjadrovala závažnosť stavu. Dôvodom prečo sa americká terminológia dostáva do oficiálnych dokumentov je ten, že sa v predregistračných štúdiách aplikujú pre potvrdenie diagnózy kritériá DSM-IV a trh v USA je pre farmaceutické spoločnosti natoľko zaujímavý, že tento systém preferujú.

Depresívna nálada

je označenie, ktoré obsahuje veľa polôh a podôb emocionálneho stavu jedinca. Najviac jej zodpovedá slovenský ekvivalent smutnej nálady, čo však môže byť zavádzajúce. Pacient/pacientka s klinicky vyjadrenou depresiou nemusí byť vyslovene smutný. Často je nálada opisovaná ako „nijaká“, prázdnota, otupenosť citového prežívania. Pri najťažších formách uvádzajú pacienti, že nemajú žiadne emocionálne prežívanie. Môže mať charakter dysfórie – podráždenosti spojenej s negatívnou reaktivitou na okolie, často aj na ponúknutie pomoci či prejavenie záujmu o pacienta. Spojenie depresívnej nálady a úzkostného prežívania je časté.

Depresívna nálada je navonok spravidla sprevádzaná útlmom psychomotoriky, mimických prejavov, gestikulácie, oslabenou moduláciou hlasu.

Melanchólia

je súčasťou odbornej terminológie už od čias Hippokrata (5. – 4. storočie p.n.l.; obrázok č. 1). V preklade znamená čiernu (melan) žlč (cholé), čo malo charakterizovať jeden z typov temperamentu založenom na poruchách telesných štiav. Neskôr sa ako melanchólia začala označovať psychická porucha – depresia. V súčasnosti nie je melanchólia oficiálne prijatou diagnózou. Ako už bolo spomenuté, melancholické rysy depresie podľa DSM-IV zodpovedajú tzv. endogénnej depresii. V klinickej praxi sa ňou označuje najzávažnejšia depresívna porucha s možným výskytom depresívnych bludov a poruchou psychomotoriky (až tzv. melancholický stupor). U pacientov s touto formou depresie je riziko náhleho, neočakávaného agresívneho konania voči sebe či ostatným (melancholický raptus). Najnebezpečnejšou formou agresie je tzv. rozšírená samovražda, kedy pacient pod vplyvom bludov alebo z dôvodu vyhnutiu sa ďalšiemu utrpeniu, —usmrť iných (partnera, deti) i seba.



Hippokrates
460 - 377 p.n.l

Štyri tekutiny – štyri typy osobnosti
krv – sangvinik
žlč – cholerek
čierna žlč – melancholik
hlien - flegmatik

Pokiaľ sa v rámci depresívnej epizódy vyskytnú bludy alebo halucinácie označuje sa ako **psychotická depresia** (oficiálne – epizóda ťažkej depresie s psychotickými príznakmi). Vtedy je nevyhnutná špecializovaná psychiatrická starostlivosť a liečba formou hospitalizácie.

Anhedónia

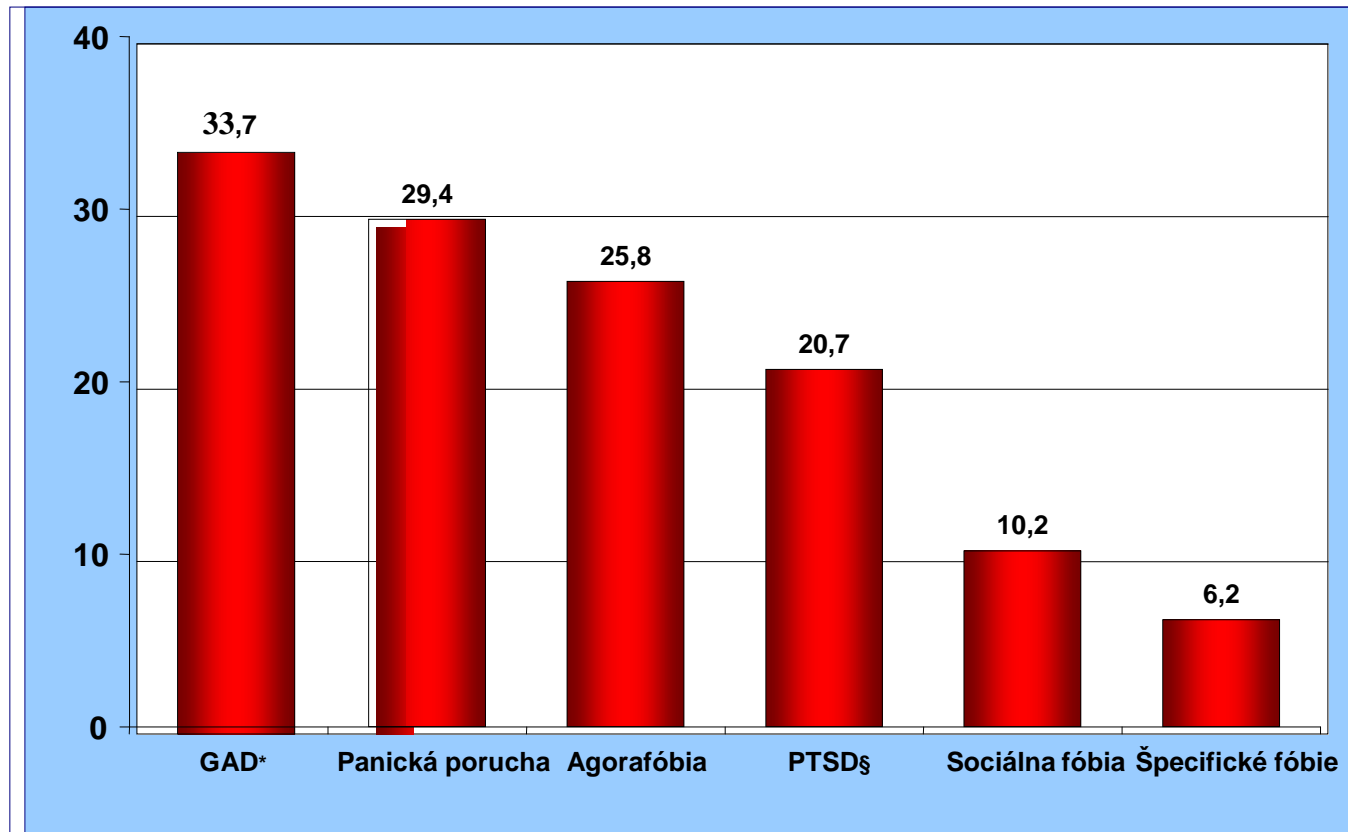
znamená neschopnosť prežívať potešenie, radosť z predtým obvyklých aktivít. Patrí medzi základné symptómy depresie a v klinickom zvažovaní môže byť prítomnosť anhedónie významnejšia ako samotná depresívna nálada. Anhedónia sa prejavuje vo viacerých oblastiach - napr. strata uspokojenia z výsledkov v práci, obmedzovanie koníčkov a rekreačných aktivít, neuspokojovanie alebo sklamanie z kontaktov s príbuznými, vnúčatami, zníženie uspokojenia či strata záujmu o sexuálny život. Pri vyšetrení pacienta s depresiou venujeme zvláštnu pozornosť vyhodnoteniu schopnosti pozitívneho prežívania. Pýtame sa napr. na koníčky, vnúčatá, domáce zvieratá. Sledujeme zmenu pacientových emočných prejavov pri týchto témach – objavenie sa úsmevu, „prejasnenie“ nálady, zmenu dikcie hlasu. Na základe toho môžeme odvodiť, či je depresia „odkloniteľná“ alebo „neodkloniteľná“.

Depresia a úzkosť

Depresívna porucha patrí medzi tzv. afektívne poruchy. To znamená, že depresívna nálada je vedúcim a primárnym symptómom a od neho sa (modelovo) odvíjajú všetky ďalšie symptómy a príznaky. Aj keď úzkosť (anxieta) rovnako patrí medzi emócie, úzkostné poruchy sú klasifikované samostatne (kód F 4x.). Depresia a úzkosť sa často vyskytujú popri sebe. **Zmiešaná úzkostno - depresívna porucha** má kód F 41.2. Má sa diagnostikovať skôr výnimočne a to vtedy, keď sa nedá rozhodnúť či prevažujú symptómy úzkosti alebo depresie.

Pokiaľ sú splnené kritériá pre výskyt tak depresívnej ako aj úzkostnej poruchy, sú diagnostikované zároveň. Depresívna porucha a úzkostné poruchy sú veľmi často diagnostikované popri sebe a tvoria tak najčastejšie komorbídne kombinácie (graf č. 2).

Graf č. 2 Komorbidita (spoločný výskyt) depresie a úzkostných porúch



* = generalizovaná úzkostná porucha;

§ = posttraumatická stresová porucha

Upravené podľa: Alonso J. et al., 2007.

Endogénna vs. reaktívna depresia

Rozlišovanie medzi týmito dvoma formami depresie patrilo k základným vedomostiam z psychiatrie a má stále klinický význam. Endogénna depresia vzniká bez zjavnej príčiny, príčiny reaktívnej depresie sú zrozumiteľné pre pacienta. Ak má depresia endogénny charakter, je možné použiť špecifikovanie - v MKCH – 10 je označovaná ako depresia so *somatickým* syndrómom, v DSM-IV ako depresia s *melancholickými rysmi*.

Medzi základné znaky endogénnej formy depresie patrí:

- odlišná kvalita nálady (nie je to smutná nálada tak, ako ju pacient zo skúsenosti pozná)

- skoré ranné prebúdzanie sa – konvenciou je určené kritérium dvoch hodín pred obvyklým časom
- ranné pesimá – najhorší stav je ráno, navečer sa môže zlepšiť

Reaktívna depresia je výsledkom psychotraumatizujúcej udalosti či situácie. Náhľad na vzťah medzi zážitkom a depresiou by mal byť zjavný pre pacienta i okolie. Pokiaľ nie sú splnené diagnostické kritériá pre depresiu, zodpovedajúcou diagnózou je akútna stresová reakcia alebo adaptačná porucha (kódy F 4x.x).

Larvovaná (somatizovaná) depresia

alebo tiež „depresia bez depresie“. Somatické príznaky pri depresii sú časté, niektoré z nich sú zaradené do diagnostických kritérií. Medzi najbežnejšie patria:

- spomalenie pohybov
- únavnosť
- xerostómia
- obstipácia
- poruchy menštruačného cyklu
- poruchy potencie
- poruchy príjmu potravy
- porucha spánku

Len 20% pacientov s depresiou prichádza k lekárovi so sťažnosťou na psychické príznaky, pre ostatných sú v popredí symptómy z oblasti telesného zdravia. Pri larvovanej depresii nie sú primárne identifikované psychické symptómy depresie. Telesné príznaky (napr. bolesti hlavy, lumbalgie) sú neurčité, môžu sa vyskytovať sezónne (jar, jeseň), chýbajú objektivizované nálezy pomocných vyšetrení a, čo je podstatné, reagujú na liečbu antidepresívami.

Králová M.: Somatické príznaky depresie. In: Vavrušová a kol., 2008. s. 117 – 135.

Depresia vs. zármutok, trúchlenie

Skon blízkej osoby a nasledovné trúchlenie je častým dôvodom pre vyhľadanie pomoci. Rozdiely medzi depresiou a trúchlením sú uvedené v tabuľke č. 3.

Tabuľka č. 3
Rozdiely medzi trúchlením a depresiou

Trúchlenie	Depresia
Spoločné znaky: Prítomný depresívny syndróm: depresívna nálada, poruchy koncentrácie, poruchy spánku, nechutenstvo, sebaobviňovanie.	
Rozdiely	
sebaobviňovanie, pocity bezcennosti vo	sebaobviňovanie špecificky zamerané na nedostatočnú starostlivosť/vzťah

všeobecnej rovine	k zosnulej osobe
príznaky časom neustupujú	príznaky postupne ustupujú, úprava zvyčajne do 6 mesiacov
podporná terapia, uisťovanie, sociálne kontakty nepomáhajú, môžu stav ešte zhoršiť	pomáha kontakt z blízkymi, uisťovanie, schopnosť „zabudnúť“ pri pozitívnych aktivitách

Upravené podľa: Höschl C.: Afektívni poruchy. In: Höschl C., Libiger J., Švestka J., 2004. s. 409 – 480.

Atypická depresia

Ako atypická depresia sa označuje forma depresívneho syndrómu, ktorá sa od od „klasickej“ depresie odlišuje hlavne dvoma príznakmi:

- zvýšená spavosť
- zvýšená chuť do jedla alebo prírastok na hmotnosti

K ďalším príznakom patrí odkloniteľnosť nálady (zachovaná emočná reaktivita), tzv. olovená paralýza – pocit ťažkých končatín a námahy pri vykonávaní činnosti a dlhodobé pocity či prejavy sociálneho vyčlenenia, ktoré nie sú spojené s významnou depresiou. Tieto rysy bývajú prítomné u depresívnych epizód pri bipolárnej afektívnej poruche.

Forgáčová Ľ.: Od melanchólie k veľkej depresii. In: Vavrušová et al., 2008. s 46 – 77.

Diferenciálna diagnóza

Depresívny syndróm sa vyskytuje ako súčasť ďalších ochorení, čo sa odráža v klasifikácii a diagnostike. Pokiaľ je súčasťou iného základného ochorenia, identifikuje sa príslušná diagnóza a tej zodpovedá aj kódovanie (tabuľka č. 4).

Tabuľka č. 4

Diagnostické jednotky pri ktorých je identifikovaná depresívna epizóda.

	Diagnostický kód a názov podľa MKCH-10	Komentár
depresívny syndróm	F 06.3 Organická porucha nálady	pri primárnom postihnutí CNS napr. po úraze, demencii
	F 20.4 Postsichizofrenická depresia	zriedka využívaná diagnóza, pri schizofrénii prienik s tzv. negatívnymi príznakmi
	F 25.1 Schizoafektívna porucha – depresívny typ	zložitá diagnóza, prienik príznakov schizofrénie a afektívnych porúch
	F 31.3 F 31.4; F 31.5	výskyt manickej epizódy v anamnéze;

Bipolárna afektívna porucha, terajšia fáza depresie	dôležité pre diferenciálnu diagnostiku, podrobnejšie v texte
F 32.x Epizóda depresie	základná diagnostická jednotka
F33.x Recidivujúca depresívna porucha	výskyt opakovaných depresívnych epizód

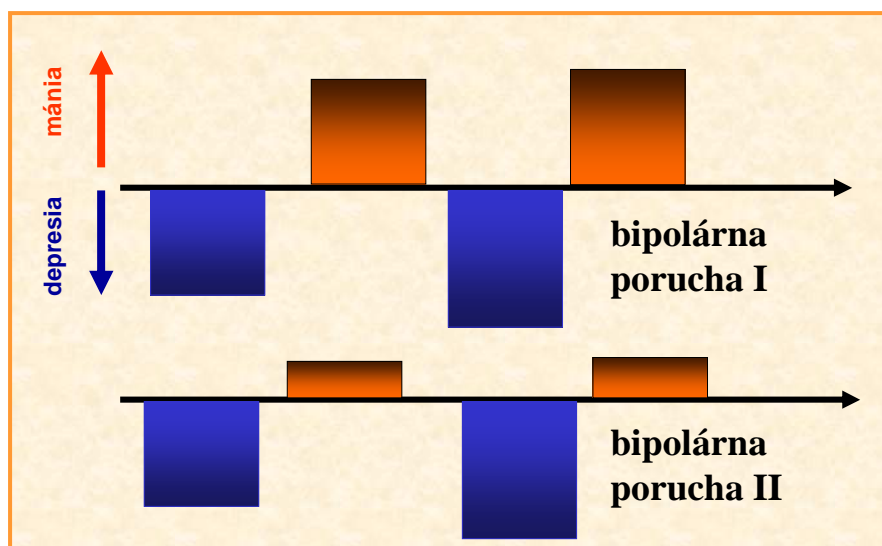
x = možná ďalšia špecifikácia

Depresia pri bipolárnej afektívnej poruche („bipolárna depresia“)

Pri kontakte s pacientom s depresiou je nutné zvažovať skutočnosť, či depresívna epizóda nie je súčasťou **bipolárnej afektívnej poruchy (BAP)**. Táto porucha je geneticky pravdepodobne bližšia schizofrénii ako depresii. Používa sa označenie bipolárna depresia. Je to odlišná diagnostická jednotka, s nižšou menšou prevalenciou (do 3%), skorším začiatkom ochorenia (často do 19. roka života) a s chronickým priebehom. Liečba BAP monoterapiou antidepresívami nie je vhodná a môže zhoršiť priebeh a prognózu ochorenia. Základom pre stanovenie BAP je prítomnosť manickej (bipolárna afektívna porucha I) alebo hypomanickej epizódy (bipolárna afektívna porucha II) v anamnéze (obr. č. 3). Medzi základné znaky manického syndrómu patrí:

- elevovaná nálada – zriedkavejšie je to dobrá, pozitívna nálada, veľmi často podráždená nálada – dysfória
- zvýšené sebavedomie a sebahodnotenie
- zrýchlené myslenie až myšlienkový trysk
- znížená potreba spánku
- zvýšená aktivita a zapájanie sa do riskantných aktivít (podnikanie, sexuálne vzťahy, neprimerané spoločenské angažovanie sa)

Obr. č. 3
Bipolárna porucha I a bipolárna porucha II



Klinické odlíšenie unipolárnej a bipolárnej depresie

Pacient s bipolárnou afektívnou poruchou „prežije“ 80% klinicky vyjadrenej poruchy v depresívnych epizódach, nie v mánii. Cielenou anamnézou zisťujeme, či sa u pacienta nevyskytli manické alebo hypomanické epizódy. Pacienti samotní zriedka spontánne uvádzajú výskyt týchto epizód, pretože ich nevnímajú ako významné, resp. hypománia pre nich môže byť subjektívne žiaduci stav. Pri depresívnych epizódach, ktoré sa vyskytujú v rámci bipolárnej afektívnej poruchy je častejší výskyt atypických príznakov depresie, psychomotorického útlmu, emočnej lability, anxiety, psychotických príznakov a samovražedných myšlienok. Dôležitý je aj údaj o výskyte bipolárnej afektívnej poruchy v rodinnej anamnéze. Rýchly ústup depresívnych príznakov po začatí liečby antidepresívami je tiež znak, ktorý by mal viesť k cieľnému zvažovaniu bipolárnej afektívnej poruchy.

Pokiaľ sa identifikuje plne rozvinutá epizóda mánie, diagnostikuje sa bipolárna porucha I. Ak sa mánia prejaví len ako hypomanický syndróm, tvorí obraz tzv. bipolárnej poruchy II, ktorá často unikne správnej diagnóze.

Dystýmia (F34.1)

je porucha charakterizovaná chronickým depresívnym syndrómom, pričom množstvo symptómov a ich závažnosť len zriedka dosahujú hranicu, kedy by bolo možné stanoviť diagnózu depresívnej epizódy. Pre stanovenie diagnózy sa vyžaduje trvanie príznakov v období dvoch rokov. Tento termín v klasifikácii nahradil stav, ktorý sa označoval ako depresívna neuróza. Ak na dystýmiu „nasadá“ depresívna epizóda s plne vyjadrenou symptomatikou, na označenie poruchy sa používa termín zdvojená depresia (double depression).

Pri **cyklotýmii** (F34.0)

je prítomné striedanie hypomanických stavov s depresívnymi príznakmi, ktoré nie sú dostatočné na stanovenie diagnózy depresívnej epizódy. Podobne ako je to pri dystýmii, vyžaduje sa trvanie príznakov počas dvoch rokov.

Depresia vs. demencia

Depresívny syndróm v staršom veku môže natoľko ovplyvniť funkčnosť pacienta, že to vedie k nesprávnej diagnóze demencie. Pre označenie takýchto stavov sa používa termín **pseudodemencia**. Znaky pomocou ktorých môžeme tieto stavy odlíšiť sú uvedené v tabuľke č. 5.

Tabuľka č. 5
Diferenciálna diagnostika medzi demenciou a depresiou

	Demencia	Pseudodemencia
Začiatok	Kognitívny deficit predchádza depresívnemu syndrómu.	Depresívny syndróm predchádza kognitívnemu deficitu.
Spôsob, akým pacient udáva symptómy	Pacient bagatelizuje alebo si vôbec neuvedomuje kognitívne deficity. Príbuzní si často žiadny problém neuvedomujú. Prejavy v správaní obyčajne v súlade so závažnosťou kognitívneho deficitu.	Pacient sa sťažuje na problémy s pamäťou a celkovo zníženou intelektuálnou výkonnosťou. Príbuzní si uvedomujú problémy. Správanie často v nesúlade so závažnosťou kognitívneho deficitu.
Odpovede na otázky	Pacient často podráždený, pri forsirácii odpovedí verbálne útočný. Snaží sa odpovedať, ale mylí sa.	Často odpovede s latenciou. Odpovede typu „neviem“.
Intelektová výkonnosť	Celkové zníženie a konzistentne zlé výkony pri úlohách podobnej náročnosti.	Zlyhávania spôsobené malým úsilím pri hľadaní správnych riešení. Výrazná variabilita v riešení úloh s podobnou náročnosťou.

Depresia a telesné ochorenia

Spojenie depresie a telesných ochorení je bežné a môže byť založené na troch príčinných modeloch:

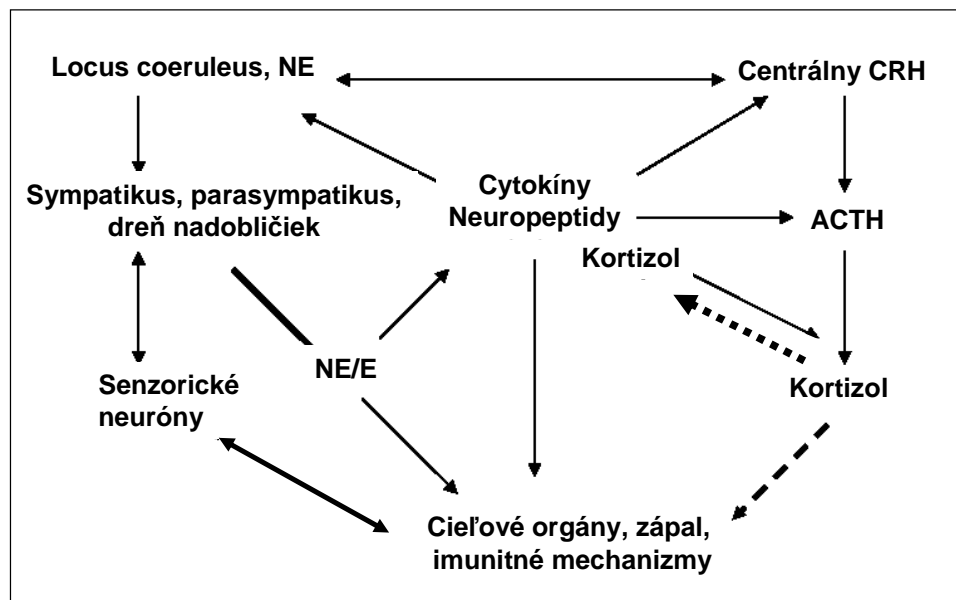
1. náhodné spojenie telesného ochorenia a depresie
2. depresia spôsobuje telesné ochorenie či príznaky (zvyšuje vulnerabilitu)
3. telesné ochorenie spôsobuje depresiou (zmenou patofyziologických mechanizmov či psychologicky zrozumiteľnou reakciou).

Bez ohľadu na fakt, ktorá príčinná spojitosť je vedúca, je jednoznačne preukázané, že prevalencia depresie je v populácii pacientov s telesnými ochoreniami vysoká. Najviac je skúmaný vzťah depresie ku kardiovaskulárnym poruchám, cerebrovaskulárnym poruchám, diabetes mellitus, Parkinsonovej chorobe, endokrinným a onkologickým ochoreniam, reumatoidnej artritíde. Depresia pri kardiovaskulárných ochoreniach zvyšuje pravdepodobnosť pre následnú ischemickú príhodu i mortalitu aj pri kontrole iných rizikových faktorov (Frasure-Smith N, Lespérance F, 2006). Hypotyreóza „kopíruje“ depresiou a vyšetrenie hormónov štítnej žľazy patrí k základným postupom pri diferenciálnej diagnostike.

Pri depresii sú ovplyvnené zápalové mechanizmy, mechanizmy imunity a humorálne mechanizmy, čo môže mať globálny vplyv na zdravie (obr. č. 4).

Obr. č. 4

Vzťahy medzi imunitným systémom a systémom modifikujúcim stresovú reakciu



Skratky: NE – norepinefrín (noradrenalín); E – epinefrín (adrenalín), ACTH – adrenokortikotropný hormón, CRH – kortikoliberín

upravené podľa: Contoreggi et al., 2003

Indukcia depresie liekmi

Užívanie farmák môže viesť k rozvoju depresie. Zvláštnu pozornosť je nutné venovať nasledovným liekom alebo skupinám:

- finasterid (hyperplázia prostaty)
- interferón alfa (hepatitída C)
- izotretinoín (akné)
- kortikosteroidy (môžu indukovať aj manické fázy)
- meflochín (antimalarikum)
- propranolol (betablokátor)
- rezerpín (používaný ako antipsychotikum, antiypertenzívum; obsolentný ale modelový pre rozvoj depresie)
- sotalol (betablokátor)

Jednou z najdiskutovanejších tém v odbornej literatúra posledného obdobia je potenciálne zvýšenie rizika samovražedného konania v úvode liečby antidepresívami. Výsledkom je varovanie uvedené v SPC všetkých antidepresív a zmeny stavu pacienta na začiatku liečby (zvýšená aktivita prípadne úzkosť a nežiaduce účinky) si vyžaduje osobitnú pozornosť a sledovanie.

Zhrnutie

Pojem depresie v sebe zahŕnuje viacero klinických stavov, ktoré prepája depresívny syndróm. Základnými príznakmi sú depresívna nálada a anhedónia, pre správnu diagnózu sa vyžaduje prítomnosť ďalších príznakov, tak, ako je to stanovené podľa súčasnej klasifikácie.

Príčinou depresie môžu byť telesné poruchy, organické (mozgové) ochorenia, psychoreaktívne faktory alebo endogénna predispozícia. Klinický obraz je rôzny, špecifikácia si vyžaduje znalosť diagnostiky i terminológie. Jedným z najdôležitejších postupov je oddiferencovanie unipolárnej depresie (epizódy či poruchy) od bipolárnej afektívnej poruchy.

Depresia je komplexným ochorením spojeným so zmenami zápalových, imunitných a humorálnych funkčných systémov a jej správne diagnostikovanie má význam nielen pri primárnych psychických poruchách, ale aj pri kombinácii s telesnými ochoreniami a ich liečbou.

Literatúra:

Základná literatúra:

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Text rev. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.

Höschl C., Libiger J., Švestka J., 2004. (editoři), Psychiatrie (II. doplněné a opravené vydání). Praha, 2004, Tigis, s.r.o., 883 s., ISBN 80-900130-7-4.

Kolibáš E. a kol.: Všeobecná psychiatria. Bratislava, UK, 2007. 184 s.

Medzinárodná štatistická klasifikácia chorôb a príbuzných zdravotných problémov 10. revízia. 1. diel. Ústav zdravotníckych informácií a štatistiky. Obzor, 1994; 821 s.

Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Diagnostická kritéria pro výzkum. Psychiatrické centrum, Zprávy č. 134, Praha, 1996.

MKCH 10. Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaku a diagnostická vodítka. (Přel. z angl. orig.). Praha, Psychiatrické centrum 1996. 282 s. „Zprávy“ č. 102.

Novotný V. a kol.: Špeciálna psychiatria. Bratislava, UK, 2010. 246 s.

Vavrušová L. a kol.: Depresia. Martin, Osveta, 2008. 221 s.

Jednotlivo citované literárne zdroje:

Alonso J, Lépine JP; ESEMeD/MHEDEA 2000 Scientific Committee. Overview of key data from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). J Clin Psychiatry. 2007;68 Suppl 2:3-9.

Bauer M et al. World J Biol Psychiatry. 2007;8(2):67-104.

Contoreggi C, Rice KC, Chrousos G. Nonpeptide Corticotropin-Releasing Hormone Receptor Type 1 Antagonists and Their Applications in Psychosomatic Disorders. Neuroendocrinology 2004;80:111–123,

Forgáčová Ľ.: Od melanchólie k veľkej depresii. In: Vavrušová L. a kol.: Depresia. Martin, Osveta, 2008. s 46 – 77.

Frasure-Smith N, Lespérance F. Recent Evidence Linking Coronary Heart Disease and Depression Can J Psychiatry 2006;51:730–737

Heretik A st., Heretik A ml., Novotný V, Pečeňák J, Ritomský A: Epidemiológia depresie na Slovensku. - Nové Zámky : Psychoprof, 2003. - 200 s. - (Folia Psychopathologica ; Zv. 1) ISBN 80-968798-3-9.

Höschl C.: Afektívny poruchy. In: Höschl C., Libiger J., Švestka J., 2004. (editoři), Psychiatrie (II. doplněné a opravené vydání). Praha, 2004, Tigis, s.r.o., 883 s., ISBN 80-900130-7-4. s. 409 – 480.

Králová M.: Somatické príznaky depresie. Vavrušová L. a kol.: Depresia. Martin, Osveta, 2008. s. 117 – 135.

Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. Lancet. 1997 May 24;349(9064):1498-504.

Valdoxan SPC. http://www.ema.europa.eu/docs/sk_SK/document_library

Odporúčané online zdroje

Diagnostické kritériá a škály pre depresiu

http://neurotransmitter.net/depression_scales.html

Skríning depresie v praxi všeobecného lekára

<http://www.patient.co.uk/doctor/Recognising-and-Screening-for-Depression-in-Primary-Care.htm>

Hedonizmus

<http://www.newworldencyclopedia.org/entry/Hedonism>

známi ľudia s bipolárnou poruchou

http://www.mental-health-today.com/bp/famous_people.htm

William Styron hovorí o depresii

<http://www.youtube.com/watch?v=W5B3Wdz9C9A>