

DEPRESE A ÚZKOST V AMBULANCI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE

MUDr. Igor Průša

Psychiatrická léčebna Dobruška

Deprese je dnes často diskutovaným tématem. Je mezi duševními poruchami první závažnou poruchou, ze které je snímáno stigma duševní poruchy označující jejího nositele a vytěsňující jej ze společnosti „normálních“ lidí. Pozornost je depresi věnována samozřejmě plným právem. Výmluvné jsou již epidemiologické ukazatele. Seriozní odhady hovoří o tom, že klinicky významnou epizodu deprese prodělá za život až pětina lidí. Podle DSM-III (Diagnostický a statistický manuál Americké psychiatrické asociace) je celoživotní prevalence depresivní poruchy 5–12 % mužů a 9–26 % žen. Prevalence deprese je 2,3–3,2 % u mužů a 4,5–9,3 % u žen.

Klíčová slova: deprese, úzkost, praktický lékař, farmakoterapie, psychologické prostředky, bolest, kardiovaskulární onemocnění, onkologická onemocnění.

Med. Pro Praxi 2006; 3: 136–139

Úvod

Výskyt deprese stoupá v populaci na celém světě. Veřejnost má zřetelně tendenci přisuzovat největší podíl na nárůstu depresivního onemocnění značné expozici stresovým faktorům a hektickému životnímu tempu.

Celková „hladina“ depresivních příznaků v populaci nepochybně v posledních letech stoupla – životní tempo je rychlejší, ovzduší ve společnosti je náročnější, soutěživější, srovnání může být znejišťující, mnohdy až deprimující. Celkový charakter života klade větší důraz na samostatnost, pro určitou skupinu lidí jsou méně dosažitelné životní jistoty. Z toho vyplývá nárůst zejména reaktivní depresivní problematiky. Významně se ovšem na celkovém nárůstu depresivní problematiky podílí prodloužení střední délky života a častá incidence depresivního onemocnění právě ve vyšších věkových skupinách.

Platné diagnostické a statistické manuály samozřejmě poskytují detailní vodítka pro diagnostiku, můžeme však shrnout, že deprese se od běžného smutku liší intenzitou, délkou trvání a též mírou ovlivnění běžného denního fungování. Základními příznaky deprese jsou smutná nálada, pocit beznaděje, bezvýchodnosti, ztráta zájmu, tendence k izolovanosti, ztráta schopnosti prožívat radost, sebedoceňování, sebeobviňování, poruchy spánku, změna chuti k jídlu (častěji nechutenství s úbytkem na váze, v některých případech, zejména u tzv. sezónní deprese, naopak zvýšená chuť zvláště na sladké), dále poruchy spánku, neklid, agitace nebo naopak tělesné zpomalení, ztráta energie, nerozhodnost, neschopnost činit rozhodnutí, poruchy koncentrace, myšlenky na smrt nebo sebevraždu. Tyto příznaky samozřejmě nemusejí být zastoupeny všechny, základními jsou depresivní nálada a ztráta zájmu. K tomu, abychom mohli diagnostikovat regulérní depresivní fázi, ovšem musejí být přítomny

alespoň některé z dále vyjmenovaných příznaků, depresivní nálada musí trvat alespoň 2 týdny.

Toto je obraz klasické, čisté primární deprese. V reálné praxi však problém bývá složitější.

Praktický lékař se v linii prvního kontaktu setkává s depresivní symptomatikou v iniciálním stadiu, málo diferencovanou, často skrytou za somatickými příznaky, u nichž se často před tím dlouhodobě hledala organická příčina. Musí se nejprve rozhodnout, zda se pacientovi bude v dalším průběhu věnovat sám, nebo zda jej doporučí psychiatrovi.

Je zcela legitimní a profesně poctivé, když si lékař sám přizná, že některé z pacientových projevů v něm vyvolávají negativní pocity, a případ postoupí psychiatrovi. Rozhodne-li se, že se pacientovi s depresí bude věnovat sám, měl by zvolit přístup, který se od standardního přístupu k nedeprimivnímu klientovi liší, a to jak v časovém prostoru, který depresivnímu poskytne, tak v šíři témat, která s ním bude probírat.

Diagnostika

Předpokladem úspěšnosti všech následných kroků je samozřejmě kvalitní diagnostika. **Diagnostika** se opírá zejména o výtěžný anamnestický pohovor. Určitým problémem je, že při běžném plném provozu ambulance praktického lékaře je často poměrně obtížné vytvořit optimální atmosféru, ve které by měl tento pohovor probíhat. Termín pro zásadní pohovor s pacientem by měl praktický lékař stanovit pokud možno na dobu, kdy bude moci pacientovi věnovat co nejvíce času. Rozhodne-li se praktický lékař pro postup, kdy bude sám pronikat hlouběji do pacientova prožívání, neměl by se vyhýbat ani intimním otázkám – zaměřeným ovšem ne pouze na „choulostivá“ témata pacientova života (jako je samozřejmě pohlavní život, který ostatně i mnozí psychiatři probírají se svými pacienty v rozsahu ne zcela dostatečném), ale též na případné suicidální myš-

lenky. Pacientovi je třeba trpělivě naslouchat, pomoci mu s orientací v jeho niterném prožívání např. i pozastavením se nad některými možnými časovými souvislostmi rozvoje symptomatiky s některými událostmi v jeho životě, spojenými nejčastěji se stresem, se ztrátami, změnou pozice pacienta v sociálním či rodinném kontextu, orientovat se ve vztazích a v celkové atmosféře uvnitř pacientovy rodiny, probrat otázky životního stylu, somatického zdravotního stavu, všech léků, které pacient užívá, a jejich možných vedlejších účinků, případného abúzu návykových látek.

Subjektivní hledisko opřené o klinickou zkušenost je samozřejmě nadále velmi důležitým faktorem v diagnostice, analýze anamnestického interview je však vždy vhodné doplnit standardizovanými metodami. K posouzení míry depresivních příznaků bylo vyvinuto několik posuzovacích škál. S ohledem na provoz ambulance praktického lékaře je vhodné pro optimální rozsah škály použít Beckovu sebesposuzovací škálu nebo Zungův dotazník.

Léčba deprese

Praktický lékař má jako nástroje k ovlivnění deprese k dispozici především možnosti farmakologického ovlivnění a psychologického působení.

Systematická psychoterapie a léčba deprese jinými prostředky, tj. především elektrokonvulzivní terapií nebo fototerapií, zůstávají doménou psychiatrů.

Farmakologické ovlivnění. Léky první volby u všech typů depresí jsou antidepresiva. Antidepresiva upravují aktivitu neuromodulátorů serotoninu, noradrenalinu, dopaminu. Pomáhají tedy vytvořit neurohormonální rovnováhu na těch neuronech v mozku, kde je v depresi nedostatek působků.

V ambulanci praktického lékaře nacházejí uplatnění nadále tradiční antidepresiva ze skupiny **TCA** – tricyklických antidepresiv. Jsou to léky vysoce účinné

né, avšak s poměrně značným množstvím nežádoucích účinků (suchost sliznic, zácpa, poruchy močení, zrychlený pulz, ospalost, snížení krevního tlaku, závratě). Patří sem amitriptylin (Amitriptylin), dosulepin (Prothiaden), klomipramin (Anafranil, Hydiphen), maprotilin (Ludiomil), dibenzepin (Noveril).

S ohledem na hojnou komorbiditu se somatickými chorobami používanými preparáty v léčbě deprese v praxi praktického lékaře **SSRI** (selective serotonin reverse inhibitors – inhibitory zpětného vychytávání serotoninu), zvyšují dostupnost serotoninu na synapsích v mozku. Léky této skupiny jsou účinné na všechny formy depresí a také na úzkostné poruchy. Nežádoucí účinky jsou méně časté a jsou z oblasti zažívacího traktu – nevolnost, mírný průjem, pocity tíže v žaludku. Ojedinele dochází k rozvoji serotoninového syndromu s poruchami vědomí, křečemi, hyperpyrexii. Nejznámějšími reprezentanty této skupiny jsou citalopram (Seropram, Citalec), sertralín (Zoloft, Asentra, Stimuloton, paroxetin / Seroxat, Serlift, Remood), fluoxetin (Prozac, Deprex, Deprenon, Portal), fluvoxamin (Fevarin), escitalopram (Cipralex).

V posledních letech došlo k zavedení do praxe dalších generací antidepresiv, která různým mechanismem působí na obvykle dva neuromodulátory s cílem zvýšit dostupnost těchto působků v mozku s minimem nežádoucích účinků. Tyto preparáty jsou zatím zatíženy většinou preskripčním omezením. Jedná se o mirtazapin, milnacipran, venlafaxin, nefazodon, trazodon, reboxetin.

Jiným mechanismem než tyto generace antidepresiv působí IMAO – inhibitory monoaminoxidázy. Reprezentantem klasické řady těchto preparátů je u nás tranlylcypromin (Parnate), dále selegilin používaný v léčbě Parkinsonovy nemoci. Konečně přes deset let je již zaveden do praxe reprezentant RIMA (reverzní inhibitory monoaminoxidázy) moclobemid (Aurorix). IMAO a RIMA jsou určeny především pro léčbu depresí s větší psychomotorickou inhibicí, ovlivňují však, a mnohdy velmi účinně, přidruženou úzkostnou fobickou či kompulzivní symptomatiku.

Působení psychologickými prostředky. Psychologický přístup ke klientovi by měl prolínat veškerou vzájemnou komunikací mezi lékařem a pacientem (verbální i neverbální). Základními prostředky jsou naslouchání, vcítění, podpora, vedení, podání informací a vysvětlení, povzbuzení a umožnění vyjádřit všechny emoce, které pacient prožívá. Edukace je samozřejmě důležitou součástí podpůrného přístupu – pacientovi by se mělo dostat informací o etiologii nemoci, prognóze, ujištění, že jde o nemoc léčitelnou. Pacientovi musí být zdůrazněn význam udržovací léčby i po odeznění příznaků s poukazem na rekurenci onemocnění. Bez

despektu je mu třeba zdůraznit, že zde nemohou pomoci alternativní praktiky.

Zcela kontraproduktivně naopak vyznívají apely na silnou vůli, mobilizaci sil („vzchopte se!“), hledání lepších stránek života, či dokonce rozptýlení.

V rámci podpůrné terapeutického přístupu by se pacientovi mělo dostat srozumitelnou formou maxima informací o depresi a její léčbě. Lékař by měl dbát současně i na to, aby pacienta informacemi a doporučeními nezahltil. Pacient poté může propadnout pocitům méněcennosti, že si např. vše nepamatuje, není schopen se všemi doporučeními v praxi řídit apod. – to vše může prohlubovat pocity provinění.

V případech byt jen naznačených sebevražedných tendencí je povinností lékaře o všech těchto náznacích a myšlenkách mluvit – „rozhovor o tom, co pacient naznačil, ukazuje, že jsme ho pochopili, že vnímáme hloubku a závažnost jeho stavu. Následuje antisuicidální smlouva, kdy nám dotyčný slíbí, že po dobu, než vyhledá (ať sám nebo s naší pomocí) patřičnou pomoc, nepodnikne nic, co by ho ohrozilo na zdraví a na životě. Přesto, že to zní jako příběhy Rychlých šípů, pacient toto dané slovo dodrží“ (Honzák).

Rozhodne-li se poté praktický lékař doporučit pacienta psychiatrovi, je velmi vhodné adresné a jmenovité doporučení praktického lékaře ke konkrétnímu psychiatrovi, například i s poukázáním na předchozí dobrou spolupráci praktika s tímto psychiatrem. Tento postup je dobrým vkladem pro další spolupráci pacienta s tímto psychiatrem.

Praktický lékař má ve své ordinaci samozřejmě klienty s onemocněními nejdůležitějších orgánových systémů. Dojde-li u těchto klientů současně k rozvoji deprese, jedná se o komorbiditu dvou závažných nemocí.

Deprese a kardiovaskulární onemocnění

Řada moderních studií prokázala, že depresivní porucha představuje signifikantní rizikový faktor pro kardiální chorobu, a to silnější, než je například pohlaví, hypertenze, komorové arytmie nebo diabetes. Komorbidita s depresivní poruchou zhoršuje prognózu po prodělaném IM, a to jak co do počtu komplikací, tak rizika úmrtí. Deprese může zvyšovat riziko úmrtí po prodělaném IM i nepřímo – depresivní pacient se má tendenci chovat rizikověji, může např. více kouřit, méně spolupracovat na režimových opatřeních, při cvičení, dodržování diety a při užívání léků.

Depresivní porucha má i patofyziologické účinky, stresová reakce u depresivních pacientů vede ke zvýšenému tonu sympatiku a vyšším hladinám tonu nadledvinek. U depresivních pacientů je vyšší in-

cidence hyperkortisolemie a zvýšená periferní katecholaminová aktivita. Tato vyšší sympatoadrenální aktivita může predisponovat k hypercholesterolemii, hypertriacylglycerolemii a hypertenzi, vše s vlivem na atherogenezi. Dochází též ke zvýšené agregabilitě trombocytů cestou alterace serotoninového systému u depresivních pacientů. Druhým faktorem může být narušení variability srdečního rytmu při narušené rovnováze noradrenergických a serotoninergních systémů s převahou tonu sympatiku.

Deprese a onkologická onemocnění

Různé typy rakoviny vykazují různou míru komorbidit s depresí – nejvyšší bývá u rakoviny pankreatu, orofaryngu a prsu, nejnižší u leukemie a rakoviny žaludku – je ovlivněna typem léčby (aplikace interleukinu 2 nebo interferonu). Prozánětlivé cytokiny uvolňované během tkáňové destrukce ovlivňují funkce neurotransmiterů, neuroendokrinní funkce a chování. Dochází k rozvoji „sickness syndromu“, jehož příznaky se překrývají s depresí a mohou přispívat k vysokému výskytu deprese u nemocných rakovinou. Vztah deprese k incidenci rakoviny je zřejmě méně kauzální než vztah deprese k progresi rakoviny. Důležité je zjištění, že farmakoterapie deprese u onkologicky nemocných se ukazuje jako účinná. U pacientů vede prokazatelně ke zlepšení kvality života. Zmírňuje pocity distresu, zlepšuje a upravuje sebehodnocení, lokus zdravotní kontroly, únavu, sexuální problémy, úzkost, bolest a nauzeu.

Deprese a bolest

Na počátku rozvoje medicíny jako vědního oboru byla snaha ovlivnit bolest. Úzkost a deprese jsou bolestí duše. Je pravděpodobnější, že přetrvávající bolest povede k depresi, lze si však představit i opačnou podmíněnost. Nemocní se závažnou, častou nebo přetrvávající bolestí jsou rizikovou skupinou pro rozvoj závažné deprese. Deprese zintenzivňuje prožívání bolesti, snižuje úroveň spolupráce, compliance při celkové léčbě bolesti, zvyšuje pravděpodobnost zneužívání analgetik a negativně ovlivňuje prognózu chronického bolestivého onemocnění.

U bolesti i deprese hrají roli čtyři hlavní neurotransmitery: serotonin, noradrenalin, substance P a CRF. Tricyklická antidepresiva jsou v léčbě deprese u nemocných s perzistující výraznou bolestí ve srovnání se SSRI lepší, neboť noradrenergická komponenta je u bolesti zřejmě výraznější.

Farmaka a deprese. U některých farmak (jinak samozřejmě zcela lege artis ordinovaných) musíme počítat s vyšším rizikem indukce depresivního syndromu. Jsou to zejména kortikoidy, anabolické steroidy, amfetaminové deriváty, betablokátory, digitalis ve vysokém dávkování, H₂ antagonisté, interferon, též benzodiazepiny, zejména po vysazení u před-

chozího dlouhodobého podávání, teofyliny ve vysokých sérových koncentracích.

Významným depresogenem je samozřejmě alkohol.

Deprese je též velmi často spojena s úzkostí. Úzkost je samozřejmě třeba ovlivnit, neboť se jedná o stav znesnadňující či v akutní fázi znemožňující validní spolupráci pacienta. V akutním případě je samozřejmě podání benzodiazepinů (diazepam, clonazepam, alprazolam, bromazepam) nezbytné. Chybou však je, když jsou benzodiazepiny podávány dlouhodobě, může to vést k závislosti, která se pak stává samostatným problémem. Při jednání s pacientem se zvýšenou hladinou úzkosti by měl každý lékař dodržovat určitá základní komunikační pravidla, spočívající zejména ve vřídém, ale pevném postupu. Lékař by měl poskytnout pacientovi o jeho zdravotním stavu a dalším léčebném postupu výstižné srozumitelné informace, kterým by pacient rozuměl a nebyl jimi zahlcen. Pacientovi by měl trpělivě naslouchat, být s ním v průběhu rozhovoru v očném kontaktu, odpovídat na jeho dotazy. Pacientovy

dotazy mohou být často neuspořádané, obrážející jeho vnitřní chaos, pochybnosti, samotnou úzkost. V tomto případě by dotazy měl lékař umět stručně shrnout, pokusit se najít jejich jádro a na to se zaměřit.

Samozřejmě není v silách praktického lékaře, aby prováděl s pacientem systematickou psychotherapii zaměřenou na odstranění příznaků širokého spektra neurotických poruch, v některých případech však přinese své ovoce, probere-li a nacvičí s pacientem základní relaxační techniky, zejména Schultzův autogenní trénink nebo dechová cvičení.

Je jistě velmi užitečné, aby je lékař sám ovládal. Nyní je těmto technikám věnován větší prostor i v pregraduálním lékařském studiu. Nám, kteří jsme absolvovali v minulosti spíše čistě biologicky zaměřenou výuku na lékařské fakultě, mohou pomoci semináře, které jsou organizovány např. v rámci IPVZ,

nezdráhal bych se však využít i programů určených pro střední zdravotnické pracovníky.

Úzkost a deprese není však v ambulanci nutně přítomna pouze na straně pacienta. Nositelem stejných pocitů může být i lékař sám. Práce na ambulanci je velmi náročná také z toho důvodu, že lékař je odkázán „sám na sebe“, s možností konziliární spolupráce, ale bez možnosti konfrontace svých názorů s kolektivem lékařů. Proto bych všem kolegům praktickým lékařům doporučoval co možná nejhojnější účast na nejrozličnějších seminářích i společenských akcích s odborným programem.

Má to na psychiku lékaře blahodárný vliv, tato atmosféra je i dobrou profylaxí „syndromu vyhoření“.

MUDr. Igor Průša

Psychiatrická léčebna Dobřany
Ústavní 2, 334 41 Dobřany
e-mail: iprusa@seznam.cz

Literatura

1. Honzák R. Komunikační pasti v medicíně, 2. doplněné vydání, Galén, Praha 1999.