

RODOVÉ ROZDIELY V KLINICKOM OBRAZE DEPRESIE HOSPITALIZOVANÝCH PACIENTOV

doc. MUDr. Viera Kořínková, CSc., MUDr. Silvia Kačincová, doc. MUDr. Vladimír Novotný, CSc.,
MUDr. René Pospíšil, MUDr. Ľubica Vojteková
Psychiatrická klinika LFUK a FN Bratislava, SR

Výsledky analýzy chorobopisov 200 pacientov (100 žien) hospitalizovaných na Psychiatrickej klinike Bratislava pre depresiu potvrdzujú údaje z literatúry o špecifikách depresie u mužov: častejšia komorbidita so škodlivým užívaním návykových látok, častejšie psychosociálne „spúšťače“ depresívnej poruchy, ťažšie stupne depresie a v klinickom obraze častejšie príznaky iritability. Tieto faktory sťažujú rozpoznanie depresie, predstavujú riziko z hľadiska suicidia a sú dôležité aj z hľadiska výberu farmakoterapie. Výhodné sú antidepresíva zo skupiny selektívnych inhibítorov spätného vychytávania sérotonínu (SSRI): nemajú návykový potenciál a majú spoľahlivý afektívny a impulzivitu kontrolujúci efekt, ktorý obvykle nastupuje skôr ako vlastný antidepresívny účinok.

Úvod

V súčasnosti sa diskutuje o tom, že častejší výskyt depresie u žien je možným artefaktom nerozpoznannej, a teda „poddiagnostikovanej“ depresie u mužov. K najčastejšie uvádzaným vysvetleniam patria: odlišnosť psychopatologických prejavov depresie u mužov, „maskovanie“ depresívnej poruchy škodlivým užívaním návykových látok (najčastejšie alkoholom) a vyššia miera alexitýmie a vyšší prah v „pomoc vyhľadávajúcom správaní“ v mužskej populácii.

Predpoklad existencie mužského depresívneho syndrómu podporujú napr.:

- výsledky Amisch štúdie (1), ktorá zistila rovnakú rodovú distribúciu unipolárnej depresie v populácii, kde diagnóza poruchy nálady nebola kontaminovaná škodlivým užívaním alkoholu a iných návykových látok resp. antisociálnou poruchou osobnosti
- novšie epidemiologické štúdie (7, 9) potvrdili zistenia Rutza a spolupracovníkov (6), tj. že nie sú rodové rozdiely vo vzťahu k veľkej depresii
- výsledky Gotlandskej štúdie, ktoré ukazujú, že redukcia suicidalít sa týkala najmä žien.

Teoretickým východiskom predstavy o mužskom depresívnom syndróme je:

- etologický výskum, ktorý popísal rodové rozdiely v typoch obranného správania v ohrození: nehybnosť, vyhýbavé správanie (častejšie u žien) a útok/útek, tj. acting-out (častejšie u mužov)
- podtyp depresie popísaný van Praagom (8) ako stresom precipitovaná, kortizolom indukovaná a s poruchou centrálnej sérotonínovej neurotransmisie spojená porucha. Psychopatologicky je charakterizovaná úzkosťou a poruchou kontroly impulzivity a agresivity, ktoré sú prodrómami a riadiacimi silami na pozadí depresívneho syndrómu.

Neboli zistené významné rozdiely vo výskyte bipolárnej afektívnej poruchy. Celoživotná prevalencia podľa epidemiologických štúdií je 1,2–1,6 % (5). V prípade bipolárnej poruchy II je vyšší výskyt u žien, pravdepodobne pre vyššie zastúpenie depresívnej poruchy v tomto podtype. Z našej klinickej skúsenosti (2, 4) sme zistili niektoré rodové rozdiely vo výskyte aj v klinických charakteristikách

depresie. Väčšina rozdielov publikovaných v literatúre sa týka nepsychotických monopolárnych depresií v populácii ambulantných pacientov.

U mužov bol medzi precipitačnými faktormi depresie popísaný častejší výskyt zníženej tolerancie na stres. V klinickom obraze depresie u mužov ide častejšie o tzv. Angst/Agressions-Depression (depresiu s prejavmi strachu, iritácie a agresie/autoagresie). Dôsledkom je vyšší výskyt zneužívania návykových látok, resp. spotrebu anxiolytík, vyššie riziko samovraždy. Častejší výskyt ťažších stupňov depresie (neskorší začiatok liečby) súvisí pravdepodobne s alexitýmiou a odlišnou mierou pomoc vyhľadávajúceho správania u mužov. Osobnostné charakteristiky mužov s depresiou: antisociálna, narcistická, nutkavá.

U žien s depresiou boli medzi spúšťačmi častejšie zaznamenané sezónne vplyvy, ale aj vplyvy mesačného a životného hormonálneho cyklu. V klinickom obraze sa častejšie vyskytli „atypické“ depresívne príznaky (algie, hypersomnia, poruchy výživy).

Väčšina literárnych údajov vychádza z populácie ambulantných pacientov, resp. zo všeobecnej populácie. Je pravdepodobné, že u hospitalizovaných pacientov ide o vybranú populáciu so špecifikami klinického obrazu depresie, ktoré súvisia s indikáciami na hospitalizáciu, a to bez ohľadu na pohlavie.

Cieľom našej štúdie bolo porovnať priebehové a psychopatologické charakteristiky depresie mužov a žien v populácii hospitalizovaných pacientov.

Súbor a metódy

Súbor tvorilo 200 pacientov (z toho 100 mužov) vo veku 19–86 rokov, po sebe hospitalizovaných na PK LFUK v r. 1998–2001 s diagnózou depresívnej poruchy podľa MKCH-10 (F.31.3–5, F.32–34, F.43.20–21). Chorobopisy sme spracovali retrospektívne podľa jednotnej schémy.

Hodnotené ukazovatele

- základné demografické ukazovatele
- vybrané ukazovatele z anamnézy: škodlivé užívanie (závislosť od návykových látok, suicidálne pokusy), somatická komorbidita vyžadujúca liečbu, iná psychiatrická komorbidita

- charakteristiky depresie: poradie a stupeň závažnosti terajšej epizódy, precipitačný faktor terajšej epizódy, príznaky iritability, impulzivity a atypické príznaky: alergie, hypersomnia, hyperfágia v klinickom obraze pri prijatí
- farmakoterapia depresie a sprievodná psychofarmakoterapia pri prepustení

Štatistické spracovanie: chí-2 test, Studentov T-test pre nepárové hodnoty.

Výsledky

1. Základné demografické a sociálne charakteristiky sú v tabuľke 1. Muži mali nižší priemerný vek a tomu zodpovedalo aj menšie zastúpenie starobných dôchodcov v porovnaní so ženami. V ostatných sledovaných ukazovateľoch nebol zistený významný rozdiel.

2. U mužov bol v anamnéze častejší výskyt škodlivého užívania/závislosti na návykových látkach (mimo nikotínu) (graf 1).

3. Nebol rozdiel vo výskyte samovražedných pokusov v anamnéze a/alebo v rámci terajšej epizódy (muži 2 % vs ženy 30 %).

4. Telesná choroba vyžadujúca medikáciu sa vyskytovala v oboch súboroch často, nevýznamne častejšie u žien (muži 48 % vs 60 % ženy).

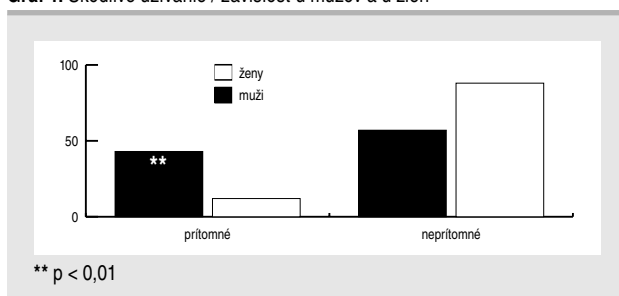
5. Boli zistené rozdiely v zastúpení psychiatrickej komorbidity (Tabuľka 2). U mužov častejší výskyt poruchy osobnosti a závislosti a u žien častejšia prítomnosť organického psychosyndrómu.

Tabuľka 1. Základné demografické a sociálne charakteristiky skupín

Ukazovateľ	Muži (N = 100)	Ženy (N = 100)
Priemerný vek (roky)	46,7 ± 12,6	52,15 ± 9,8
Ukončené vzdelanie		
základné	15	26
stredoškolské	53	46
vysokoškolské	32	28
Sociálna aktivita		
zamestnaný	55	41
nezamestnaný	9	9
invalidný dôchodca	15	16
starobný dôchodca	16**	32
MD/šľudent	5	2
Rodinná situácia		
žije sám	18	22
žije s rodinou/partnerom	82	78

** p < 0,01

Graf 1. Škodlivé užívanie / závislosť u mužov a u žien



6. Zistili sme viaceré rozdiely v priebehových aj klinických charakteristikách depresie.

U mužov častejšie išlo o prvú epizódu depresie, častejšie v rámci bipolárnej afektívnej poruchy, častejšie sa vyskytovali ťažké stupne depresie, resp. depresie s psychotickými príznakmi. Precipitačnými faktormi aktuálnej fázy depresie boli u mužov častejšie sociálne/partnerské problémy a u žien sezóna. Väčšina rozdielov nedosahovala štatistickú významnosť (tabuľka 3).

7. Čo sa týka psychopatologických príznakov, bola depresia s prejavmi iritability častejšia u mužov (graf 2). Celkovo bolo relatívne malé zastúpenie týchto alebo atypických príznakov.

Tabuľka 2. Psychiatrická komorbidita u mužov a u žien

Psychiatrická komorbidita	Muži (N = 100)	Ženy (N = 100)
poruchy osobnosti	30**	14
organický psychosyndróm	6	17**
závislosť na návyk. látkach	12**	3
úzkostné poruchy	2	4
poruchy výživy	0	1
patologické hráčstvo	1	0
žiadna	49	61

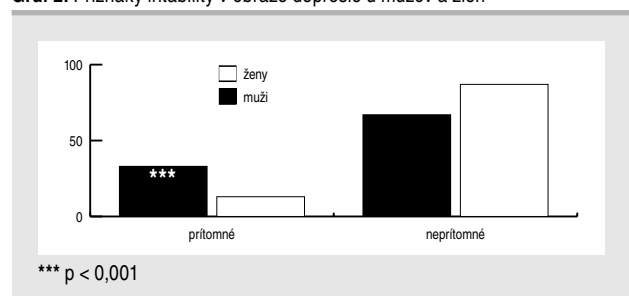
**p < 0,01

Tabuľka 3. Priebehové a klinické charakteristiky depresie u mužov a u žien

Charakteristika	Muži (N = 100)	Ženy (N = 100)
Epizóda		
prvá	45	26
opakovaná	55	74
Diagnóza depresie		
F-31	21*	10
F-32	59	34
F-33	17	46**
F-34	3	0
F-38	5	5
F-43	5	5
Stupeň závažnosti depresie		
mierna	14	14
stredne ťažká	29	51
ťažká s psychot. syndrom	36	25
neuvedené	21	10
Precipitačné faktory		
sezóna	8	18*
telesná choroba	7	20*
sociálne/partnerské problémy	31*	20
pôrod	0	2
žiadne/neuvedené	54	40

*p < 0,05. **p < 0,01

Graf 2. Príznaky iritability v obraze depresie u mužov a žien



Většina pacientov v obidvoch skupinách mala klasické príznaky vitálnej depresie.

8. Čo sa týka farmakoterapie depresie, v obidvoch skupinách boli pri prepustení do ambulantnej liečby najčastejšími antidepresívami zo skupiny SSRI (36% a 44%), z nich najčastejšie citalopram. Na druhom mieste boli sérotonínové antidepresíva zo skupiny klasických tricyklík – TCA (a 29%). V skupine mužov častejšie (cca u 1/5 pacientov) neboli použité antidepresíva.

9. Sprievodná medikácia psychofarmakami pred prepustením do ambulantnej liečby bola častá 84 % a 94 % (častejšia u žien). K najčastejším psychofarmakám patrili podľa očakávania anxiolytiká a hypnotiká, neboli významné rozdiely medzi skupinami. Potešiteľné zistenie bolo, že boli použité u menej ako 50 % pacientov a v prípade hypnotík už väčšinu tvorili nebenzodiazepínové hypnotiká. K ďalším často indikovaným psychofarmakám patrili neuroleptiká 32 % a 29 % a antiepileptiká (14 % a 31 %). Litium bolo indikované častejšie u mužov, ale celkovo bolo zastúpené málo (4,5 %).

Diskusia

Charakteristiky depresie v našom súbore zodpovedali skôr obvyklému profilu hospitalizovaných pacientov, tj. opakované epizódy depresie, stredný a ťažší stupeň poruchy, klasický obraz vitálnej depresie, sprievodná telesná choroba. Môžeme potvrdiť niektoré údaje z literatúry o špecifikách depresie u mužov aj v populácii hospitalizovaných pacientov. Zistili sme častejšiu komorbiditu škodlivého užívania resp. závislosti od návykových látok, častejší vplyv sociálnych/partnerských problémov ako precipitátorov poruchy. Ťažší stupeň depresie, príznaky iritability častejšie zistené u mužov predstavujú rizikový faktor z hľadiska

suicídia. Dôležité sú však aj z hľadiska výberu liečebného postupu a predikcie úspešnosti terapie. V týchto prípadoch väčšinou nie je možná monoterapia antidepresívami. Okrem afektivity stabilizujúceho vplyvu sérotonínergicky pôsobiacich antidepresív sú indikované antiepileptiká alebo atypické neuroleptiká. Tieto skupiny psychofarmák sú výhodné aj z hľadiska absencie návykového potenciálu. V porovnaní s hodnotením farmakoterapie depresie na našej klinike v roku 1993 a 1998 (3) je potešiteľný pokles sprievodnej medikácie benzodiazepínmi. Zaujímavý je ústup lítia „zo scény“ oproti iným tymostabilizátorom – antiepileptikám. V roku 1993 bolo na našej klinike lítium liečených 11 % s depresívnou poruchou. Jedným z možných vysvetlení malého počtu indikácií lítia v terajšom súbore je väčšie zastúpenie prvých epizód u mužov a na druhej strane vyšší vek v ženskej skupine pacientov.

Záver

Klinické charakteristiky depresie u mužov majú význam aj v podmienkach hospitalizácie.

Príznaky iritability, agresie/autoagresie, prítomnosť škodlivého užívania návykových látok často sťažujú rozpoznanie a adekvátnu diagnostiku afektívnej poruchy. Zvyšujú riziko suicídia, ako aj oscilácie stavu.

Pri výbere farmakoterapie uprednostňujeme látky bez návykového potenciálu. Výhodu majú sérotonínergicky pôsobiace antidepresíva pre svoj spoľahlivý afektivity, impulzivitu a iritabilitu kontrolujúci efekt. Tento nastupuje obvykle skôr ako vlastný antidepresívny efekt. V indikovaných prípadoch (ťažšia, psychotická, bipolárna depresia) sú vhodné atypické neuroleptiká resp. tymostabilizátory, a to ako monoterapia alebo v kombinácii s antidepresívami.

Literatúra

1. Egeland, J. A., Hostetter, A. M.: Amisch Study I (1983): Affective disorders among the Amisch, 1876–1980. *Am. J. Psychiatry*, 140: 56–61.
2. Fleischer, J., Heretik, A., Koníková, M. a spol. (1985): Klinika depresie. Výskumná správa MZ SR, 80s.
3. Kořínková, V., Novotný, V., Vojteková, L., Kačincová, S. (2000): The therapy of depressive disorder in inpatients. Abstracts of VIIIth Psychopharmacological symposium, Octobre 1st–3rd, 18 pp.
4. Králová, M. (1996): Somatické symptómy pri depresiách. Kandidátska dizertačná práca, 136 pp.
5. Montgomery, S. A., Cassano, G. B. (1996): Management of bipolar Disorder Martin Dunitz, LONDON, 96 pp.

6. Rutz, W., von Knorring, L., Pihlgren, H., Walinder, J. (1995): Prevention of male suicides: lesson from the Gotland study. *Lancet*, 345: 524.
7. Simpson, H. B., Nee, J. C., Endicott, J. (1997): First-episode major depression. Few sex differences in course. *Arch. Gen. Psychiatry*, 54: 633–639.
8. Van Praag, H. M. (1996): Faulty cortisol/serotonin interplay. Psychopathological and biological characterisation of a new hypothetical depression subtype (seCa depression). *Psychiatry Research*, 65: 143–157.
9. Zlotnik, C., Shea, M. T., Pilkonis, P. A., Elkin, I., Ryan, C. (1996): Gender, type of treatment, dysfunctional attitudes, social support, life events and depressive symptoms over naturalistic follow-up. *Am. J. Psychiatry*, 153: 1021–1027