

K POHLAVNÝM ROZDIELOM V KLINICKOM OBRAZE DEPRESIE

MUDr. Mária Králová, PhD.

Psychiatrická klinika LFUK a FN, Bratislava

Práca podáva literárny prehľad súčasných poznatkov a postojov k problematike pohlavných rozdielov v klinickom obraze depresie. Popisuje, čo je dnes známe o špecifikách symptomatiky, závažnosti, priebehových charakteristik, suicidality a komorbidity pri depresii u žien všeobecne a aj pri jednotlivých typoch depresie. Na záver sumarizuje odporúčania, na ktoré oblasti je potrebné sa zamerať pri hodnotení depresie u žien.

Kľúčové slová: depresia, pohlavné rozdiely, klinický obraz.

GENDER DIFFERENCES IN THE CLINICAL PICTURE OF DEPRESSION

Article reviews present knowledge and attitudes to the topic of gender differences in the clinical presentation of depression. It describes, what is today known about the specifics of symptomatology, severity, course characteristics, suicidality and comorbidity of depression in women in general and in different types of depression. At last it gives some recommendations what are the areas of concern in evaluation of depression in women.

Key words: depression, gender differences, clinical presentation.

Úvod

V minulosti lekárska veda chápala ženský organizmus, s výnimkou reprodukčných orgánov, ako ekvivalentný mužskému. Pritom bolo dávno známe, že existujú ochorenia, ktoré sa vyskytujú výlučne u žien (choroby postihujúce reprodukčné orgány a systémy), ale okrem toho u mnohých ochorení sú významné rozdiely v prevalencii v prospech žien (napr. osteoporóza, osteoartritída, reumatoidná artritída, systémový lupus erytematos, diabetes mellitus, choroby štítnej žľazy, niektoré gastrointestinálne, urologické, neurologické a psychiatrické ochorenia). Napokon u niektorých okruhov chorôb sa – popri rozdieloch vo výskyte – nachádzajú ešte významné rozdiely v klinických prejavoch u mužov a u žien (do tejto skupiny patria najmä kardiovaskulárne ochorenia, obezita a aj afektívne poruchy) (22).

V priebehu posledných 20 rokov sa značne rozšíril okruh znalostí o biologických a psychosociálnych odlišnostiach mužov a žien. Aj v psychiatrii vzrastá záujem o možné „rodové“ rozdiely medzi jednotlivými psychickými poruchami. Dôvodov je viac, ale špeciálne v oblasti afektívnych porúch k nim patrí aj fakt, že ženy predstavujú „hlavné užívateľky“ psychiatrickej starostlivosti. Ženy pri depresii oveľa pravdepodobnejšie vyhľadajú medicínsku pomoc ako muži, 60–70 % liečených depresívnych pacientov sú ženy. V súčasnosti ostáva ešte mnoho otázok v tejto oblasti nerozriešených, pretože sa len získavajú poznatky o „rodových rozdieloch“ u psychických porúch. Platí to aj pre iné, somatické ochorenia, a hlavným dôvodom je skutočnosť, že stále máme nedostatok údajov o „ženských špecifikách“ pri jednotlivých ochoreniach. Dôležitým zdrojom poznatkov bývajú klinické štúdie, najmä liekové. Zo vcelku pochopiteľných dôvodov boli donedávna ženy, najmä v reprodukčnom veku, z týchto štúdií (predovšetkým z I. a II. fázy klinického skúšania) vylučované.

Pohlavné rozdiely v klinickom obraze depresie

V tomto článku bude reč o špecifikách klinického obrazu afektívnych porúch u žien, o odlišnostiach v symp-

tomatike, závažnosti, priebehových charakteristikách, a o rozdielnej komorbidite pri afektívnych poruchách u žien a u mužov.

1. Symptomatika depresie

Nemal by vzniknúť dojem, že ženy majú nejakú „inú depresiu“, ako majú muži. Rozdiely v prezentácii symptómov však existujú. Tejto problematike, na rozdiel od dobre dokumentovaných rozdielov v prevalencii depresie, sa venuje menej autorov. Často je pomerne obtiažne porovnávať výsledky jednotlivých štúdií pre metodologické diferencie zberu dát. Oblasť, v ktorých sa väčšina prác zhoduje, poskytujú predsa isté akceptovateľné špecifiká symptomatiky depresie u žien:

Zistilo sa, že ženy prezentujú v rámci epizódy depresie celkovo väčší počet symptómov a aj ich väčšiu variabilitu. V tejto súvislosti však treba upozorniť na inú charakteristiku žien-pacientiek: niektorí autori zastávajú názor, že svoj podiel tu má aj väčšia expresivita žien, väčšia tendencia k referovaniu príznakov a tiež fakt, že ženy si častejšie spomínajú na prekonané fázy depresie (1, 16). Autori známej Zurišskej štúdie však zdôrazňujú, že tieto faktory nemajú žiaden vplyv na rodové rozdiely v prezentácii ťažkých foriem depresie (5).

V klinickom obraze depresie u žien sa vyskytuje viac somatických symptómov, viac reverzných vegetatívnych príznakov alebo iných „atypických“ somatických príznakov (zvýšený apetít, prírastok hmotnosti, hypersomnia, spomedzi „somatických atypii“ dominujú *algie*) (12, 15, 16). Niekedy nie je ľahké rozoznať u ženy depresiu, pretože je maskovaná ťažkosťami, ktoré bežne sprevádzajú gynekologické poruchy (29).

Dôležité je tiež pamätať na to, že depresia u žien máva viac anxiózných symptómov, ako pozorujeme u mužov, a často je spočiatku diagnostikovaná ako primárne anxiózna porucha (12).

Spomedzi depresívnych obsahov myslenia v rámci fázy sa pocity viny, bezcennosti, obavy, a spomedzi ostatných príznakov zníženie sexuálnej apetencie našli signifikantne častejšie u žien ako u mužov (5, 15, 16).

Všetky spomínané diferencie sa podľa niektorých autorov týkajú hlavne miernejších stupňov depresie, u hlbokých melancholických depresí rozdiely v symptomatike neboli významné (5).

2. Závažnosť depresie

Prevažujú štúdie, ktoré nenašli významné rozdiely v miere závažnosti depresie medzi mužmi a ženami (12). Je len niekoľko prác, ktoré uvádzajú, že depresia u žien má tendenciu byť *ťažšia, hlbšia a viesť k väčšiemu funkčnému postihnutiu* (15, 24). Ernst a Angst (1992) v správe z Zurišskej štúdie uvádzajú, že u veľkej depresie nebol signifikantný rozdiel v miere subjektívne hodnoteného funkčného poškodenia v pracovnej oblasti, ale u ľahších, krátkych depresívnych epizód ženy trpeli „nefunkčnosťou“ signifikantne viac. Pomerne dobre je dokumentovaný rozdiel v závažnosti *depresie v involúcii* – u žien signifikantne častejšie ide o *hlboké, psychotické obrazy*. V čom sa však jednotlivé pramene takmer úplne zhodujú, je poznatok, že ženy dosahujú jednoznačne *vyššie skóre v sebaopisovacích škálach depresie* (aj v súboroch, kde v objektívnych škálach skórovali rovnako ako muži), v *škálach, ktoré zahŕňajú aj atypické symptómy* (7, 30), alebo v *škálach, ktoré posudzujú funkčné poškodenie* (26).

3. Suicidalita

Táto problematika je široká a zaslúžila by si osobitný článok. V stručnosti: je dobre známy fakt, že pri afektívnej poruche sa u žien vyskytuje *viac suicidálnych pokusov* ako u mužov (priemerný pomer je cca 4:1), u mužov sú *naopak častejšie dokonané suicídiá* (priemerný pomer pre európske krajiny a ostatný industriálny svet je cca 2,8:1). Ženy používajú *iné samovražedné metódy* (prevažuje predávkovanie liekmi, iné otravy – jedy, plyn), kým u mužov sa častejšie stretáme s násilnými metódami (bodné, rezné, strelné poranenia, obesenie). Na rozdieloch v počte dokonaných suicídií sa podieľajú rôzne faktory, medzi inými aj fakt, že ženy skôr a pravdepodobnejšie vyhľadajú pri depresii odbornú pomoc (11, 12, 16). Dôležitý podiel má ale zrejme špeciálny rizikový faktor u mužov, ktorý predstavuje iný subtyp depresie, obtiažnejšie rozpoznateľný, ak sa naň nemyslí, a potom sa takto postihnutý muž ani nelieči (koncept „mužskej depresie“, o ktorom sa dočítate v jednej z nasledujúcich kapitol).

4. Priebeh depresie

V priebehových charakteristikách depresie všeobecne existuje viacero skupín rozdielov. Možno však opäť konštatovať, že prevažná väčšina autorov väčších štúdií im mimoriadny význam nepripisuje.

Toto tvrdenie sa týka najmä *veku v čase prvej epizódy*, kde viaceré štúdie nenašli významný rozdiel medzi mužmi a ženami (24, 25). Existuje však niekoľko prác z nedávnej doby, kde autori konštatujú *skorší začiatok depresie u žien*, skorší nástup prvej epizódy depresie (5, 6, 15), a to v skorej-strednej adolescencii oproti začiatku tretieho decénia u mužov.

Podobne v otázke *chronicity a rekurencie* väčšina autorov nenašla významné rozdiely medzi pohlaviami (15). Existuje však niekoľko najmä longitudinálnych štúdií, ktoré zistili *nepriaznivejší typ priebehu depresie u žien: dlhšie trvanie epizód, pomalšiu úzdravu u žien, vyššiu tendenciu ku chronifikácii a pravdepodobnejšiu rekurenciu depresie u žien* (5, 20, 28).

Oblasť, v ktorej sa ženy výraznejšie odlišujú od mužov, je prítomnosť *precipitujúcich faktorov*, „spúšťačov“ epizód či fáz depresie. U žien nájdeme rozličné provokujúce faktory celkovo *podstatne častejšie ako u mužov*, ale odlišujú sa aj charakterom (12).

U žien je vyššia senzitivita na *stresové životné udalosti* (resp. v anamnéze žien je viac stresových životných udalostí šesť mesiacov pred začiatkom epizódy depresie). Navyiac ženy na rozdiel od mužov sú citlivejšie aj na „cudzie“ životné udalosti (týkajúce sa bližšieho či vzdialenejšieho okolia), čo sa zhoduje so vzťahovými modelmi žien (16).

Oveľa viac ako u mužov sa u žien uplatňujú *sezónne vzorce* depresie. Výskyt sezónnej depresie je trikrát vyšší u žien (12, 17).

Výrazný vplyv na priebeh depresie u žien majú *hormonálne faktory*. Práve táto oblasť výrazne odlišuje ženy od mužov v problematike depresie. U ženy môžu ako spúšťače, ale aj patoplastické faktory depresie pôsobiť *endogénne hormóny* (resp. výkyvy ich hladín v rámci reprodukčného aj životného cyklu ženy). Zvlášť rizikové z tohoto hľadiska sú premenštruačná perióda, gravidita, postpartálne obdobie a perimenopauza. V týchto obdobiach môže dôjsť k provokácii novej fázy depresie, ale aj k zhoršeniu už prebiehajúcej fázy – v zmysle prehĺbenia depresie, objavenia sa nových symptómov, ale aj napr. zhoršenia kontroly impulzov, čo môže viesť k zvýšeniu suicidálneho rizika (4, 16).

V poslednej dobe čoraz väčší význam nadobúdajú aj *exogénne hormóny*, pretože narastá podiel žien, ktoré ich používajú. Ide najmä o kontraceptíva (orálne aj moderné preparáty s prolongovaným účinkom napr. v podobe implantátov), hormonálnu terapiu infertility, ale aj čoraz častejšie používanú hormonálnu substitučnú liečbu (najmä vplyv progesterónovej komponenty), ktoré môžu za istých okolností zapríčiniť podobné situácie, ako kolísanie hladín endogénnych hormónov (16).

5. Komorbidita

Pri depresii u žien nachádzame *celkovo vyšší podiel komorbidít* s inými psychickými aj somatickými chorobami, ako u mužov (5, 16). Treba počítať s tým, že komorbidita môže komplikovať hodnotenie a liečbu depresie, ale aj predikovať horší výsledok terapie. Dôležité rozdiely sú v *psychiatrickej komorbidite*: u žien sa najčastejšie vyskytujú *anxiózne poruchy*, najmä fóbie, panická porucha a generalizovaná úzkostná porucha, a tiež *poruchy príjmu potravy*, kým u mužov výrazne prevažujú abúzus a závislosť od alkoholu a iných návykových látok, ale aj poruchy osobnosti (najmä narcistická, antisociálna, obsedantno-kompulzívna) (8). V oblasti *somatickej komorbidít* sú rozdiely tiež výrazné:

u mužov nenachádzame nič zvlášť špecifické, kým u žien sa často objavia poruchy štítnej žľazy, migréna, fibromyalgia, reumatické choroby, colon irritabile. U všetkých týchto ochorení sa predpokladá súvis s depresiou prostredníctvom poruchy serotonínového systému (19).

Zvláštnosti klinických prejavov jednotlivých typov depresie u žien

Unipolárna veľká depresia (fázická depresívna porucha)

Je známe, že unipolárna veľká depresia sa vyskytuje približne dvakrát častejšie u žien ako u mužov. Neplatí to však pre celý životný cyklus. Rodový rozdiel v prevalencii sa začína v skorej adolescencii, zvyšuje sa v priebehu reprodukčného obdobia a vracia sa na pôvodnú úroveň asi po 45. roku veku ženy (19). Niekoľko štúdií potvrdzuje *vyššiu pravdepodobnosť rekurencie* fázickej depresie u žien ako u mužov. V rámci NCS (National Comorbidity Survey) štúdie sa napr. zistilo, že počas 12mesačného sledovania mali ženy v strednom veku vyššiu rekurenciu epizód ako muži (14), podobne v prospektívnej švajčiarskej štúdií (známa Zurišská štúdia) autori konštatujú častejšiu rekurenciu veľkej depresie u žien (5).

Ďalším opakovaným zistením je *väčšia závažnosť depresívnych fáz* u žien, *tendencia k ťažším formám* depresie (5, 15). Kornstein a kol. (1995) poukazuje na to, že u žien sa vyššia závažnosť depresie zisťuje tak objektívnymi, ako aj sebaodhadovacími škálami depresie. U žien tiež nachádza *väčšie funkčné poškodenie*, hlavne v oblasti *manželského, partnerského a rodinného fungovania*. V symptomatológii depresie u žien poukazuje na výraznejšiu úroveň *psychomotorickej retardácie*. Young a kol. (1990) naproti tomu nenašli žiaden rozdiel v závažnosti unipolárnej depresie, či v miere funkčného poškodenia, ale zistili vyššie zastúpenie zvýšeného apetítu, zvýšenia hmotnosti počas fázy a celkovo *vyšší podiel atypickej depresie* u žien. Tí istí autori sa zároveň venovali aj otázke, či na rodový rozdiel v prevalencii arteficiálne vplyva fakt, že ženy majú tendenciu referovať vyšší počet príznakov ako muži. Zistili, že ženy referujú viac symptómov iba v oblasti nad diagnostickým prahom depresie, a teda tento trend nemá žiaden vplyv na rodový rozdiel v prevalencii u ťažkej formy choroby.

Longitudinálny priebeh unipolárnej depresie sa môže u žien a mužov líšiť. U žien sa zaznamenala tendencia k *skoršiemu nástupu ochorenia* (v strednej adolescencii oproti polovici dvadsiatich rokov u mužov) (19). Niektoré literárne zdroje uvádzajú *dlhšiu priemernú dobu trvania epizód* u žien a *kratšie remisie* medzi epizódami (5). Sú ale aj práce, ktoré to nepotvrdzujú, napr. prospektívna NIMH štúdia, ktorá v priebehu 15 rokov sledovania nenašla žiadne rozdiely v dĺžke trvania epizód, dĺžke remisii ani v počte a závažnosti epizód (21).

V otázke komorbidity sa väčšina autorov zhoduje v tom, že u žien s unipolárnou veľkou depresiou je *vyššia somatická aj psychiatrická komorbidita*. Pacienti s veľkou depresiou majú komorbiditu somatickej a/alebo psychiatrickej poruchy až v 50% (19). Najväčší podiel na vyššej

komorbidite u žien má vysoký výskyt komorbidných psychických porúch, ktoré sa vyskytujú prevažne u žien a boli spomínané vyššie (19). Tí pacienti, ktorí majú popri depresii ešte inú psychiatrickú poruchu v komorbidite (a teda ide prevažne zase o ženy), majú oproti pacientom so somatickou komorbiditou skorší nástup depresie, sú viac ohrození suicidálnymi myšlienkami alebo pokusmi, majú menej problémov s pamäťou, ale horšie reagujú na terapiu a pravdepodobnejší je u nich relaps ochorenia (27). Všeobecne ale platí, že u pacientov s akoukoľvek komorbiditou sme menej terapeuticky úspešní, najmä čo do dlhodobého výsledku, a v tomto smere ženy tvoria rizikovejšiu skupinu ako muži (13).

Dystýmia

Pri dystýmii hrajú u žien mimoriadne významnú úlohu (pravdepodobne dôležitejšiu ako u mužov) *psycho-socio-kulturálne vplyvy*. Ženy sa tradične ocitajú zároveň vo *viacerých rolách* (pracujúca žena, manželka, matka, dcéra). Majú odlišné *stratégie zvládania záťažových situácií* ako muži, odlišne spracúvajú bezmocnosť, viac sa u nich uplatňuje pomoc vyhľadávajúce správanie. Špeciálne u dystýmie je dôležitá úloha *životných udalostí*, ktoré ženy vnímajú citlivejšie ako muži. Existujú aj *špecifické typy stresorov* - životné udalosti, ktoré sa týkajú výlučne alebo prevažne žien (v rámci materstva, starostlivosti o domácnosť, rodinného fungovania, otázky násilia).

Existuje veľmi málo štúdií, ktoré sa venujú odlišnostiam v symptomatike dystýmie podľa pohlavia. U *adolescentov* sa našiel nesignifikantne vyšší počet symptómov a signifikantne horšie sebahodnotenie u dievčat a vyšší podiel externalizovaného, agresívneho správania u chlapcov.

Spomedzi pacientov s *double-depression* je vyšší podiel žien, ale na druhej strane tieto pacientky majú menší počet predošlých epizód veľkej depresie. U mužov s dystýmiou je zase oveľa častejší výskyt abúzu a závislosti od alkoholu a pasívno-agresívnej a histriónskej poruchy osobnosti (10).

Bipolárna afektívna porucha

U bipolárnej poruchy na rozdiel od iných afektívnych porúch nenachádzame rodový rozdiel v prevalencii, ale *podstatný rozdiel v priebehu a fenomenológii poruchy*. Autori, ktorí sa venovali štúdiu bipolárnych porúch, pomerne kriticky hodnotia práce, ktoré vyzdvihujú rodové rozdiely v klinických prejavoch (najmä v symptomatike) unipolárnej depresie. Tvrdia, že tieto odlišnosti sú značne nadsadené, a že popri nepopierateľne rozdielnej prevalencii vlastne neexistujú podstatné rozdiely vo fenomenológii depresie medzi mužmi a ženami (21).

Základné odlišnosti v prejavoch a priebehu bipolárnej poruchy medzi mužmi a ženami môžeme zhrnúť nasledovne: u žien je oveľa *väčšia pravdepodobnosť rýchleho cyklovania* (u rýchlych cyklérov je pomer žien k mužom 3:1), u žien s bipolárnou poruchou v porovnaní s mužmi *častejšie vznikne depresia ako mánia*, a ak už vznikne mánia, pravdepodobnejší u žien je *dysforický* ako euforický typ.

Podobne pravdepodobnejší je u žien vznik *misch-syndrómu* (17). Podiel mužov medzi rýchlymi cyklérmi klesá priamo úmerne k počtu epizód. Osoby, ktoré majú 24 a viac epizód ročne, sú už takmer výlučne ženy. Rýchle cyklovanie sa vyskytuje u cca 20% pacientov s bipolárnou poruchou. Nie je to však odlišná, samostatná skupina pacientov, v rámci priebehu bipolárnej poruchy sa u chorého môže rýchle cyklovanie objaviť a zase vymiznúť. Jediný rizikový faktor jeho vzniku, ktorý konzistentne replikovali mnohé štúdie, je ženské pohlavie (3, 17). Zdôvodniť prevalu žien medzi rýchlymi cyklérmi sa snažia viaceré hypotézy (zdôrazňujú súvis s hypotyreózou, vplyv menštruačného cyklu alebo rodové rozdiely v reaktibilite na psychofarmaká, najmä antidepressíva), ale žiadna z nich nie je ešte dostatočne overená.

U žien s bipolárnou poruchou predstavujú *špecifické riziko reprodukčnej udalosti*. Vysoké riziko pre rozvoj ťažkých, často psychotických epizód predstavuje napr. postpartálne obdobie. Tento fakt je potrebné zohľadniť aj pri liečbe pacientky v priebehu tehotenstva a šesťnedeľa (17).

Sezonálna afektívna porucha

Ženy sú vulnérnejšie k sezónnej afektívnej poruche (SAD) ako muži, pomer výskytu u žien v porovnaní s mužmi je 2–4:1. Sezónna afektívna porucha ako cyklická porucha predominantne postihujúca ženy môže v budúcnosti slúžiť ako model pre lepšie porozumenie účasti reprodukčných hormónov v patofyziológii afektívnych porúch všeobecne. Prevalencia žien medzi pacientami so SAD trvá len počas reprodukčného obdobia, po menopauze sa rodový rozdiel v prevalencii stráca (23). V symptomatike nie sú podstatnejšie rodové rozdiely, pretože už sám základný obraz SAD je „atypický“. Zaujímavým zistením však je, že asi 70% žien so sezónnou afektívnou poruchou má aj *zmeny nálady v závislosti od menštruačného cyklu*. Väčšina z nich má tiež *sezónne kolísanie intenzity premenštruačného syndrómu* (až premenštruačnej dysforickej poruchy), najčastejšie paralelne so všeobecnými sezónnymi zmenami nálady. Ukázalo sa, že terapia svetlom, ktorá je liečbou voľby pre SAD, je rovnako dobre účinná u premenštruačnej dysforickej poruchy so sezónnym kolísaním u pacientiek so SAD, ale dokonca aj u „čistej“ premenštruačnej dysforickej poruchy bez príznakov sezónneho kolísania (18).

Depresia u žien v starobe

Depresia je v starobe všeobecne časté ochorenie, trpí ňou asi 10–15% starých ľudí. Pritom je to ochorenie, ktoré má podstatný negatívny vplyv na kvalitu života nielen samotného chorého, ale aj jeho rodiny, prípadne opatrovníkov. Prevalencia žien medzi depresívnymi pacientami je už menej zjavná alebo žiadna (9). Etiológia depresie v starobe je komplexnejšia ako v mladom a strednom veku. Rizikovým faktorom je už normálny proces starnutia so sprievodnými zmenami hladín neuromediátorov a funkcie receptorov. Dôležitejšiu úlohu ako v mladosti hrajú somatické faktory (somatické ochorenia, najmä kardiovasku-

lárne, neurologické, endokrinologické a neoplázie, ako aj karencia výživových prvkov), no významné sú aj faktory psychosociálne a genetické.

Depresia u žien v starobe má *komplexnejší klinický obraz* ako u mužov, má tendenciu k vyššej závažnosti (*ťažšie formy depresie*), *ťažšiemu priebehu a častejšej chronifikácii*. Častejšie sa pri nej vyskytujú *somatické a hypochondrické symptómy*, poruchy spánku, obavné obsahy v myslení, anxieta, lakrimozita, pocity bezmocnosti, kým u mužov pri depresii v starobe sú v popredí viac strata záujmov a všeobecne depresívna nálada (2, 9). Depresia v starobe často zostáva dlho nepoznaná. Pacient sám sa môže obávať ukázať svoju zhoršenú náladu, pretože cíti vinu za obťažovanie svojich blízkych. Môže však (a aj jeho rodina) považovať symptómy depresie za nevyhnutný dôsledok procesu starnutia. Napokon môže byť depresia v starobe skrytá za symptómami *anxiety alebo somatickými príznakmi, ktoré môžu obrazu dominovať*. Toto je veľmi častý prípad depresie u starých žien. Depresia môže byť často úplne „schovaná“ za somatickými symptómami, ktoré môžu predstavovať *somatizáciu*, ale aj *akcentáciu symptómov reálnej somatickej choroby* pri depresii. Najčastejším somatickým symptómom u starých depresívnych žien je „*asténia*“, ale veľmi časté sú aj *bolesti rôznej lokalizácie*. Depresia u starých žien, ako sme už spomínali, častejšie nadobúda ťažké formy. Nezriedka sa v klinickom obraze objavujú *paranoidné bludy* a aj *poruchy vnímania*, aj keď ich obsah je vždy poznamenaný depresívnou náladou. Napriek tomu je niekedy ťažká diferenciálna diagnostika medzi depresiou a primárne paranoidnou psychózou. Ďalšie diagnostické úskalie predstavuje *kontaminácia obrazu depresie symptómami kognitívnej poruchy*. Všetky menované faktory sa môžu podieľať na oneskorení správnej diagnózy, čo je v staršom veku mimoriadne nebezpečné. Neliečená depresia zhoršuje prognózu sprievodných (aj somatických ochorení), ale, čo je najdôležitejšie, zvyšuje *riziko suicídia*. Vek sám osebe predstavuje jeden z významných rizikových faktorov suicidality a u žien má mimoriadny význam. Predikuje závažnosť úmyslu aj metódy, a teda je prediktorom skôr dokonaných suicídií ako suicídálnych pokusov (9).

Hodnotenie depresie u žien

Aké sú vlastne špecifiká hodnotenia depresie u žien? Zhrnutím najdôležitejších údajov predchádzajúceho textu je tabuľka 1. Vymenúva podstatné faktory, na ktoré by sme sa mali pri vyšetrení pacientky zamerať. Ak s nimi počítame a hľadáme ich, môže nám to diagnostiku a aj výber terapie veľmi uľahčiť, ak na ne nemyslíme, diagnostický proces a adekvátna liečba sa môže oneskorit.

Záver

Depresia u žien máva častejšie menej typické manifestácie. Existuje však množstvo fyziologických okolností v rámci reprodukčného aj životného cyklu ženy, kde sa symptomatika podobná depresívnej považuje za „prirodzenú súčasť“ obrazu. To sú len dva z mnohých dôvodov, ktoré sa podieľajú na vyššom riziku „poddiagnostikova-

Tabuľka 1. Špecifiká hodnotenia depresie u žien

- hľadať **atypické symptómy** (somatické – algie!), vyšší podiel **anxiety**, celkovo viac symptómov
- zhodnotiť závažnosť depresie aj podľa miery **funkčného poškodenia** (u žien vyššie)
- rátať s celkovo vyššou **komorbiditou**, vysokým výskytom anxiózných porúch a porúch príjmu potravy, špecifickou somatickou komorbiditou
- pátrať po **precipitujúcich faktoroch** (životné udalosti, sezonalita, hormonálne zmeny)
- myslieť na vyššiu pravdepodobnosť **rekurencie** a vyššiu tendenciu ku **chronifikácii** depresie
- zistiť, v ktorej fáze **menštruačného cyklu** sa pacientka v čase vyšetrenia nachádza a ozrejmiť, či existuje **fluktuácia symptómov** v závislosti od cyklu (hodnotenie suicidálneho rizika!)
- zhodnotiť vplyv **životného cyklu** na obraz a priebeh poruchy (gynekologická anamnéza!)
- zamerať sa na **psychosociálne faktory**

Literatúra

1. Angst J, Dobler-Mikola A. Do the diagnostic criteria determine the sex ratio in depression? *J Affect Disord* 1984; 7: 189-198.
2. Baldwin RC, Tomenson B. Depression in later life: A comparison of symptoms and risk factors in early and late onset cases. *Br J Psychiatry*, 1995; 167: 649-652.
3. Coryell W, Endicott J, Keller M. Rapid cycling affective disorder. Demographics, diagnosis, family history, and course. *Arch Gen Psychiatry*, 1992; 49: 126-131.
4. Endicott J. The menstrual cycle and mood disorders. *J Affect Disord*, 1993; 29: 193-200.
5. Ernst C, Angst J. The Zurich Study. XII. Sex differences in depression. Evidence from longitudinal epidemiological data. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 1992; 241 (4): 222-230.
6. Fava M, Abraham M, Alpert J, et al. Gender differences in Axis I comorbidity among depressed outpatients. *J Affect Disord*, 1996; 38: 129-133.
7. Frank E, Carpenter LL, Kupfer DJ. Sex differences in recurrent depression: are there any that are significant? *Am J Psychiatry*, 1988; 145: 41-45.
8. Golomb M, Fava M, Abraham M, et al. Gender differences in personality disorders. *Am J Psychiatry*, 1995; 152: 579-582.
9. Gottfries CG. Depression in the elderly. In: *Mood Disorders in Women*, Martin Dunitz, London, U.K., 2000; 573: 169-188.
10. Halbreich U, Yonkers KA, Kahn LS. Gender differences in dysthymia. In: *Mood Disorders in Women*, Martin Dunitz, London, U.K., 2000; 573: 107-118.
11. Isometsa ET, Henriksson MM, Aro HM, et al. Suicide in major depression. *Am J Psychiatry*, 1994; 151: 530-536.
12. Kapfhammer HP. Geschlechtsspezifische Diagnostik der Depression. *Jatros, Neurologie/Psychiatrie, Depression bei Frau und Mann - Der kleine Unterschied*, März 1999; 26-31.
13. Keitner GI, Ryan CE, Miller IW, et al. 12-Month outcome of patients with major depression and comorbid psychiatric or medical illness (compound depression). *Am J Psychiatry*, 1991; 148: 345-350.
14. Kessler RC, Mc Gonagee KA, Nelson CB, et al. Sex and depression in the National Comorbidity Survey: II. Cohort effects. *J Affect Disord*, 1994; 30: 15-26.
15. Kornstein SG, Schatzberg AF, Yonkers KA, et al. Gender differences in presentation of chronic major depression. *Psychopharmacol Bull*, 1995; 31 (4): 711-718.
16. Kornstein SG. Gender differences in depression: implications for treatment. *J Clin Psychiatry*, 1997; 58 (suppl. 153): 12-18.
17. Leibenluft E. Bipolar illness. In: *Mood Disorders in Women*, Martin Dunitz, London, U.K., 2000; 573: 137-150.
18. Neumeister A, Kasper S. Seasonal affective disorder. In: *Mood Disorders in Women*, Martin Dunitz, London, U.K., 2000; 573: 151-168.
19. O'Keane V. Unipolar depression in women. In: *Mood Disorders in Women*, Martin Dunitz, London, U.K., 2000; 573: 119-136.
20. Sargeant JK, Bruce ML, Florio LP, et al. Factors associated with 1-year outcome of major depression in the community. *Arch Gen Psychiatry*, 1990; 47: 519-526.
21. Simpson HB, Nee JC, Endicott J. First-episode major depression: few see differences in course. *Arch Gen Psychiatry*, 1997; 54: 633-639.
22. Smolíkova J, Smolík P. Zvláštnosti diagnostiky a léčby duševních poruch u žen. *Č. S. Psychiat.*, 1998; 94, 4: 184-190.
23. Steiner M, Lepage P, Dunn EJ. Serotonin and gender-specific psychiatric disorders. *Int J Psychiatry Clin Practice*, 1997; Vol 1: 3-13.
24. Thase ME, Reynolds CF, Frank E, et al. Do depressed men and women respond similarly to cognitive behavior therapy? *Am J Psychiatry*, 1994; 151: 500-505.
25. Weissman MM, Bland R, Joyce PR, et al. Sex differences in rates of depression: cross-national perspectives. *J Affect Disord*, 1993; 29: 77-84.
26. Williams JB, Spitzer RL, Linzer M, et al. Gender differences in depression in primary care. *Am J Obstet Gynecol*, 1995; 173 (2): 654-659.
27. Winokur G, Black DW, Nasrallah A. Depressions secondary to other psychiatric disorders and medical illnesses. *Am J Psychiatry*, 1988; 145: 233-237.
28. Winokur G, Coryell W, Keller M, et al. A prospective follow-up of patients with bipolar and primary unipolar affective disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 1993; 50: 457-465.
29. Yonkers KA, Chantilis SJ. Recognition of depression in obstetric/gynecology practices. *Am J Obstet Gynecol*, 1995; 173 (2): 632-638.
30. Young MA, Scheftner WA, Fawcett J, et al. Gender differences in the clinical features of unipolar major depressive disorder. *J Nerv Ment Dis*, 1990; 178: 200-203.

nia“ depresie u žien. Na druhej strane sa treba vyvarovať nadhodnotenia ľahkých zmien nálady v rámci cyklu, ktoré, aj keď sú pre pacientku obťažujúce, nie sú klinickou depresiou a vyžadujú iný terapeutický postup. Ak sa aj depresia správne diagnostikuje, ženy majú vyššie riziko nepriaznivého priebehu a vplyvom vyššej (aj inej) psychiatrickej aj somatickej komorbidity aj vyššie riziko neuspokojivého výsledku liečby. Všetko spomenuté je dostatočnou príčinou na to, aby sa problematike „ženskej depresie“ a jej špecifikám venovala pozornosť. Budúcnosť zrejme ukáže oprávnenosť súčasného trendu konštituovať „ženskú medicínu“ v takom zmysle, ako bolo spomenuté v úvode práce. Potom bude pre nás pravdepodobne celkom samozrejme zohľadňovať pri diagnostike a terapii afektívnych porúch faktor pohlavia tak, ako dnes faktor veku.