

Psychiatrické konzilium a depresivní porucha

MUDr. Zdeněk Faldyna

Středisko sekundární prevence a léčby závislostí v AČR, Vojenská nemocnice Olomouc

Deprese představuje v konziliární psychiatrii frekventovanou problematiku. Poslední léta přinesla systematictější poznatky o souvislostech deprese a somatických onemocnění, zejména deprese a kardiovaskulárních chorob. V tomto článku jsou shrnuty základní okruhy, které je třeba při diagnostikování a návrhu terapie deprese při psychiatrickém konziliu vyhodnotit. Zmíněna je také problematika konzilií a deprese u gynekologických a pediatrických pacientů. Konziliární psychiatr se nemůže degradovat algoritmem „pokleslá nálada > deprese > antidepressivum“, východiskem jeho úvah a doporučení musí být co nejlepší pochopení konkrétního pacienta a jeho situace.

Klíčová slova: deprese, depresogenní farmaka, sebevražda, deprese v graviditě.

Psychiatric consult and depressive disorder

Depression is a common problem in consultation-liaison psychiatry. Recent years have brought more systematic knowledge on the links between depression and somatic disease, particularly between depression and cardiovascular diseases. The paper summarizes the basic issues that need to be addressed when diagnosing and determining treatment for depression during a psychiatric consult. Consult services and depression in gynaecological and paediatric patients are also dealt with. A consultation-liaison psychiatrist cannot be content with the „depressed mood > depression > antidepressant“ algorithm; his considerations and recommendations must be based on the best possible understanding of the particular patient and his situation.

Key words: depression, depressogenic drugs, suicide, depression in gravidity.

Psychiat. pro Praxi 2009; 10(3): 135–138

Hranice patologie

Diagnostickými podklady konziliárního psychiatra jsou rozhovor s pacientem, dokumentace a reference personálu oddělení, kde je hospitalizován. Stává se, že je žádán o intervenci u pacienta, který se ocitl v nemocnici pro relativně nezávažné onemocnění a „je nějaký smutný“. Při pohovoru zjistí, že pacienta hospitalizace zaskočila, má starost o zabezpečení rodiny nebo o nějaký pracovní projekt a přemýšlí nad tím, jak se zátěž přenesla na jeho okolí. Ačkoli by mohl vykazovat v určité míře i jiné znaky deprese, je jeho nálada pochopitelná v daném rámci a není třeba, aby se léčil pro psychickou nemoc. Nálada se upraví, jakmile pomine potřeba hospitalizace. Jiný příklad je konzilium u pacienta, který např. při nehodě přišel o končetinu. Samozřejmě je jednou z fází zpracování situace deprese zjištění, že život se dramaticky změnil a už nebude takový jako dřív, což vyžaduje zpracování ztráty. Ačkoli je v tomto případě depresivní reakce pravidlem, nemusí být nutně patologií. Z dosavadního fungování pacienta můžeme posoudit, zda má dostatečné zvládací mechanismy, aby se dokázal adaptovat na nové podmínky, a také zda má dostatečné zdroje podpory. Teprve vyjde-li najevo, že adaptace je narušená, vyžaduje stav psychiatrovi intervenci. Osmaosmdesátiletá pacientka s progredujícím onemocněním tlustého střeva je připravována na endoskopická vyšetření. Když je

seznámena s postupem, který ji čeká, konstatuje, že s vyšetřením nesouhlasí a chtěla by zemřít. Jedná se o depresivní onemocnění se sebevražednými tendencemi a pocitem beznaděje nebo o přirozené uzavírání životního cyklu, přijetí reality neodvratnosti smrti a přání, aby poslední období proběhlo v klidu bez medicínské mašinérie?

Při diagnostice je potřeba vzít v úvahu životní situaci pacienta, nejen stav jeho nálady. Neléčená deprese může být zrovna tak osudná jako nepatříčná nálepka duševního onemocnění.

Deprese není jenom duševní porucha, je to také určitý signál. Ve shodě s komplexní teorií zajišťuje duševní rovnováhu vyváženost v biologické, psychologické a sociální sféře. Život je nepřetržitá série adaptací a improvizací a její úspěšné zvládnutí vyžaduje určitou vrozenou výbavu, zručnost a zkušenost a také pocit jistoty a sebedoporu. Prožitek deprese signalizuje, že v souboji s tlakem reality některé z těchto složek selhávají. Buď jsou příliš slabé, nebo je tlak reality příliš silný. Posouzení adaptačních mechanismů je možné i v situaci konziliárního vyšetření, jejich zmapování je důležité pro rozhodování, zda pacient potřebuje psychiatrickou hospitalizaci, ambulantní léčbu nebo jen krizovou intervenci.

Elizabeth Kübler-Rossová popsala adaptační proces na fatální diagnózu a ohraničila jeho fáze – fáze šoku, popření, výčitek, smlouvání a smíření s realitou. Přestože je tato sekvence odvozena

z reakcí na jistotu umírání, v nejrůznějším měřítku se tyto fáze opakují při jakkoli závažnější události, která ohrožuje dosavadní průběh života. Pouze fáze smíření s realitou je za jistých okolností nahrazena hledáním východiska a mobilizací sil k jeho uskutečnění. Pokud dojde k ustrnutí před dokončením tohoto procesu, objevuje se mimo jiné i depresivní symptomatologie. Není tak vzácné, že lékař na somatickém oddělení požaduje psychiatrickou intervenci u pacienta, u nějž probíhá přirozená adaptační reakce. Přitom není možné očekávat od člověka, který je konfrontován s velmi tíživou realitou, aby se choval racionálně a vše hned pochopil. Konziliární psychiatr musí v této situaci zjistit, zda fáze adaptace probíhají adekvátně, a k léčbě přistoupí ve chvíli, kdy zjistí, že některá z fází probíhá nepřiměřeně.

Relativně dobré adaptační a zvládací mechanismy se dají očekávat u pacienta, který má v anamnéze stabilní a pravidelný životní styl, nemá historii depresivních epizod nebo jiných psychických nemocí, který není vázán jen na určitý stereotyp, ale má široký repertoár prožívání. Známkou dobré adaptability je také fungující systém vztahů. Alespoň rámcově lze i během konzilia vyhodnotit převažující obranné mechanismy, z nichž zralejší jsou zejména racionalizace, sublimace, vytěsnění, izolace afektu.

Slabší a selhávající adaptační schopnosti signalizuje dlouhá historie selhávání, chaotický

nebo rigidní životní styl, suicidální pokusy, sebepečkozování, delikty, závislosti nebo abúzus psychoaktivních látek, dysfunkční vztahy nebo závislé vztahy. Tito pacienti používají primitivní obranné mechanismy, jako je štěpení, projektivní identifikace, devalvace, popření nebo regrese do dětské závislosti.

U pacientů s dobrými adaptačními mechanismy vzniká deprese jako reakce na závažné ohrožení, zhroucení systému hodnot nebo při ztrátě významných vztahů. Při slabší adaptační schopnosti dochází k poruchám nálady kromě toho už za okolností, které znamenají ztrátu bezpečí, kterou mohou navodit situace, jako je změna bydliště, povýšení v zaměstnání, cesta na dovolenou, onemocnění partnera apod. Nezralé obranné mechanismy neumožňují dostatečně zpracovat vnitřní konflikt mezi strachem ze ztráty bezpečí, úzkostí a vinou na jedné straně a tendencí ke svobodě a úniku na straně druhé.

Pacienti, kteří mají narušení osobnostní struktury, vykazují určitý stupeň selhávání i v běžném životě. Samotné bytí je pro ně břemenem, nemůžou prožívat jeho smysl nebo mají pocit, že jsou přítěží pro své okolí.

Pro diagnostiku deprese jsou velmi významné behaviorální a vegetativní příznaky – úbytek na váze nebo snížení chuti k jídlu, poruchy spánku, ztráta zájmu o okolí a různé činnosti, neschopnost prožít potěšení a uspokojení, pokles libida a celkové motorické zpomalení.

Vedle zjevných příznaků z explorační přehlédnutí k rizikovým faktorům, z nichž hlavní jsou následující (1).

- v minulosti předcházely epizody deprese,
- deprese se vyskytuje v příbuzenstvu – zejména v příbuzenstvu prvního stupně,
- suicidální pokusy v minulosti,
- jedná se o ženu,
- nástup nemoci přichází před 40. rokem věku,
- poporodní období,
- komorbidní somatické onemocnění,
- defektní sociální zázemí,
- negativní či stresující životní události,
- aktivní abúzus alkoholu nebo drog.

Deprese u pacientů se somatickým onemocněním

Somatická diagnóza nemusí přímo souviset s depresivní poruchou, může však depresi podmiňovat či být přímo jejím biologickým vyvolávajícím faktorem. S některými somatickými onemocněními je deprese spojena častěji (2):

- U pacientů po mozkové mrtvici prameny uvádějí výskyt deprese v četnosti mezi

10–27 % a její trvání kolem jednoho roku. Za větší riziko se považuje lokalizace infarktu v levé frontální a levé subkortikální oblasti.

- Demence. Porucha nálady přichází jako fyziologický důsledek Alzheimerovy demence i jako důsledek kognitivního deficitu a funkčního poškození u vaskulární demence. Léčba antidepressiv může mít pozitivní vliv na kognitivní funkce i na psychosociální fungování.
- Parkinsonova choroba. V průběhu tohoto onemocnění začíná depresivní poruchu až 50 % pacientů. Léčba antidepressiv může zmírnit příznaky deprese, na poruchu motoriky a kognitivní deficit ale vliv nemá.
- Diabetes. Prevalence deprese u diabetiků (nezáleží, zda se jedná o DM I. nebo II. typu) je třikrát vyšší oproti běžné populaci.
- Ischemická choroba srdeční. Jestliže se při ischemické chorobě srdeční objeví deprese, morbidita i mortalita signifikantně narůstá. Po infarktu myokardu se výskyt deprese pohybuje v rozmezí 40–45 %. Objevil se i trend na každého pacienta po infarktu myokardu a po CMP pohlížet jako na potenciálně depresivního a profylaktické nasazení antidepressiv v tomto případě považovat za standardní krok. Přestože se nabízí i biologické

vysvětlení výskytu deprese, nezanedbatelný podíl na rozvoji poruchy nálady mají psychologické faktory a tato skutečnost by se měla odrazit i v léčbě.

- Nádorová onemocnění. U pacientů s nádorovým onemocněním se uvádí prevalence depresivní poruchy u asi 25 % případů. U mnoha dalších nedojde k plnému vyjádření syndromu deprese, jejich reakce je na úrovni dysforie nebo zármutku. Depresivní příznaky snižují pacientovu adhezenci k léčbě a tím také zhoršují prognózu onemocnění.
- Chronický únavový syndrom. U pacientů s CFS je riziko výskytu depresivní poruchy 46–75 %, poměrně často se přidružuje i úzkostná porucha a somatizační poruchy.
- Dalšími onemocněními, která jsou častěji provázena depresí, jsou epilepsie, migréna, roztroušená skleróza, revmatoidní artritida, systémový lupus erythematoses, Wilsonova a Huntingtonova choroba, onemocnění štítné žlázy, příštítných tělísek a nadledvinek, vitaminové deficity (zejména B12 + folát, niacin, thiamin).

Vliv medikace

Řada léků má depresogenní potenciál. Učebnicovým příkladem je Reserpin, který

Tabulka 1. Přehled léčiv s rizikem depresogenního vlivu (3)

Antibiotika a chemoterapeutika ampicilin clotrimazol cykloserin griseofulvin metronidazol nitrofurantoin sulfonamidy streptomycin tetracyklin	Analgetika a antiflogistika ibuprofen indometacin opiáty fenacetin fenylbutazon pentazocin
Cytostatika beiomycin C-asparagináza mithramycin trimethoprim vincristin zidovudin cykloserin	Stimulancia a anorektika amfetaminy diethylpopyon fenmetrazin fenfluramin
Kardiotonika a antihypertenziva betablokátory klonidin digitalis hydalazin lidokain metyldopa prokainamid	Sedativa a hypnotika barbituráty benzodiazepiny chloralhydrát etanol
Steroidy a hormony danazol perorální kontraceptiva kortikosteroidy norethisteron triamcinolon	Ostatní amantadin baklofen bromkryptin levodopa methosuximid fenytoin acetazolamid cimetidin ranitidin cyproheptamid metoklopramid některá antipsychotika

z tohoto důvodu přestal být užíván jako antihypertenzivum. V publikacích se setkáváme s přehledy látek a lékových skupin, které jsou spojeny s vyšším výskytem deprese, zpravidla v těchto výčtech chybí podrobnější údaje a tím mohou být zavádějící. Např. perorální antikonceptiva jsou už tradičně označována za léky podporující vznik deprese. V současné době je ale obsah hormonů v přípravku natolik redukován, že se jeho vliv na náladu podstatně snížil. Naopak se podceňuje depresogenní efekt benzodiazepinů a tyto preparáty se stále masově předepisují i pacientům, kteří poruchou nálady trpí.

Sebevražda

Zásadní otázkou každého konziliáře je, zda pacient v depresi ohrožuje sebe nebo své okolí, zda existuje bezprostřední riziko sebevraždy a zda je tedy indikována detence na psychiatrickém oddělení. U těžké deprese je riziko sebevraždy 15 %, mnoho sebevražd se ale uskutečnilo i bez zjevných příznaků deprese. Z praxe známe jak promyšlené a plánované suicidální pokusy pacientů, kteří si ve své beznaději přáli zemřít, tak impulzivní a demonstrativní akty, které měly upoutat pozornost nebo sloužit k manipulaci. Přesto bývá posouzení suicidálních pacientů jeden z nejobtížnějších úkolů při psychiatrickém konziliu. Pacient může hovořit o touze umřít i o sebevraždě, může ji promýšlet, připravovat ji nebo může být přijat k hospitalizaci po sebevražedném pokusu. V každém případě musí pacientovi člověk naslouchat, aby poznal, jaká je jeho situace. Zda si přeje nežít, protože ztratil smysl, nebo zda uniká z neúnosných podmínek. Zda zvažoval, jestli jsou nějaká východiska, nebo jestli nevidí žádnou budoucnost. Zda se na sebevraždu připravoval, uspořádal své záležitosti, napsal vzkaz příbuzným, anebo zda jednal v afektu, pod vlivem alkoholu. A také jestli během sebevražedného jednání bylo možné, aby mu někdo přišel na pomoc nebo jestli ji sám přivolal. Důležitá otázka je také, zda se pacientovi po suicidálním pokusu ulevilo, zda se mu tím podařilo uvolnit napětí. Odpovědi na tyto otázky napoví, do jaké míry jde o tendenci zemřít a do jaké míry se jedná o zkratové nebo účelové jednání. Je třeba myslet i na to, že motivací k sebevraždě může být i pomsta a touha zničit život těm, kteří pacienta přezírají (4).

Dále mohou v posuzování rizika suicidia pomoci následující okruhy rizikových faktorů:

- Pohlaví pacienta. Více mužů sebevraždu dokoná, více žen než mužů se o sebevraždu pokusí. Častěji spáchají sebevraždu svobodní a rozvedení než ženatí, velmi riziková skupina jsou starší svobodní muži.

- Předcházející sebevražedné pokusy zvyšují riziko letálního konce.
- Svou roli hraje i identifikace s rodinným příslušníkem nebo blízkým člověkem, který spáchal sebevraždu.
- Chronické onemocnění – duševní i tělesné – znamená vyšší riziko. Zejména deprese, závislosti a schizofrenie u mladých mužů.
- Letalita použitých prostředků. Je samozřejmě rozdíl mezi použitím stříelné zbraně, oběšením, skokem z velké výšky a pořezením zápěstí, otravou léky či skokem z prvního patra (1).

Jen na základě dostatečných informací se můžeme rozhodnout, zda se jedná o demonstrativní čin a volání o pomoc, nebo o skutečnou touhu zemřít. I to volání o pomoc je třeba brát vážně a zkusit zjistit, v čem pacient selhává. U mnoha případů uskutečněných sebevražd se zjistilo, že tito pacienti v předcházejících měsících navštěvovali nejrůznější lékaře a hledali pomoc, jen si o ni nedokázali říci přímo.

Konzilium na gynekologii

Hormonální změny v těhotenství a po porodu mohou spustit depresivní poruchu nebo vyvolat její relaps. Pacientku, která má v anamnéze depresivní epizodu, je radno po této stránce pečlivě sledovat. Dalšími rizikovými faktory jsou deprese v rodinné anamnéze, zkušenost se zneužíváním v dětství, užívání návykových látek, slabé sociální zázemí, absence otce dítěte, neplánované těhotenství, nezaměstnanost a nízká úroveň vzdělání.

V těhotenství mohou být některé příznaky deprese maskovány a považovány za obvyklé obtíže. Například pocit větší únavy, omezení zájmů o běžné aktivity, potíže se soustředěním, nechutenství, nespavost, agitovanost, těžkopádnost myšlení. Další, a obvykle nápadné příznaky bývají apatie, sociální izolace a suicidální tendence.

Zhruba 10–15 % žen postižuje deprese v poporodním období. Výzkumy prokazují, že celá třetina žen s depresí v šestinedělí měla depresivní poruchu již v době gravidity a snad až 90 % depresí v poporodním období není správně diagnostikováno a léčeno. Přitom právě po porodu deprese narušuje symbiotický vztah matky s novorozencem, což postižuje jeho kognitivní a emoční vývoj často zásadním způsobem.

Určitý odpor k diagnostice a léčbě deprese v těhotenství a poporodním období pramení z představy, že diagnostikovaná deprese by se měla léčit. Přetrvává názor, že antidepresiva (stejně jako jakékoliv jiné léky) mohou poškodit vývoj plodu nebo kojeného dítěte, a proto je třeba se jim v těhotenství vyhnout.

Klasifikace FDA řadí většinu antidepresiv do kategorie C, což znamená, že bezpečnost nemohla být ověřena. Jen paroxetin je řazen do skupiny D (s prokázaným rizikem).

Z dosavadních pozorování vyplývá, že jen u paroxetinu je prokázána souvislost s výskytem srdečních malformací. Ostatní antidepresiva nevykazují vyšší výskyt malformací, než je běžné riziko.

Po podávání SSRI, SNRI a také tricyklik se objevuje SRI – syndrom (SRI-related neonatal syndrome), který se projevuje tremorem, neklidem, podrážděností, agitovaností a rigiditou. Méně častými příznaky jsou křeče, neutišitelný pláč, hyperreflexie a poruchy spánku. Příznaky jsou jen přechodné a ztratí se samy do několika hodin až dnů.

Jiným rizikem při podávání SSRI je perzistentní plicní hypertenze novorozence. Dá se říci, že 99 % dětí matek užívajících SSRI se tato komplikace vyhne. Dlouhodobé komplikace a narušení psychomotorického vývoje se nepovažují za prokázané riziko léčby antidepresivy (5).

Závěr

Depresivní poruchy jsou častou komplikací somatických onemocnění i dalších psychických onemocnění včetně závislostí. Psychiatr musí při vyhodnocení stavu přihlídnout nejen k celkovému zdravotnímu stavu, ale také k schopnostem pacientovy sebedopory a adaptačním schopnostem, k jeho zázemí a současné životní situaci. Vysoce odpovědnou – a potencionálně život zachraňující – součástí vyšetření je vyhodnocení suicidálního rizika.

Výstupem konziliárního vyšetření pak je nejen návrh medikace, ale taky doporučení další léčby včetně psychiatrické, psychotherapeutické a sociální pomoci.

Literatura

1. Good WV, Nelson JE. Psychiatry Made Ridiculously Simple, MedMaster, Inc. Miami 1999: 18–19, 21–22.
2. Kay J, Tasman A. Essentials of Psychiatry, John Wiley & Sons Ltd. 2006: 533–536.
3. Kennedy SH, Raymond WL, Nutt DJ, Thase ME. Treating Depression Effectively, The Cromwell Press Ltd., Trowbridge, Wilts 2004.
4. Gabbard GO. Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice – The DSM-IV Edition. V překladu a excerptu M Ranincové 76–77.
5. Feucht C. Treatment of depression During Pregnancy; US Pharm. 2007; 32(9): 34–44.

MUDr. Zdeněk Faldyna

Středisko sekundární prevence a léčby závislostí v AČR,
Vojenská nemocnice
Sušilovo náměstí 5, 779 00 Olomouc
round2@seznam.cz