

# Deprese u nemocných s poškozenou CNS

Michal Černík

# Obsah sdělení:

1. Úvod
2. Vztah mezi depresí a somatickým onemocněním
3. Deprese v neurologické a neuropsychologické praxi
4. Některá specifika konkrétních neurologických diagnóz
5. Diagnostika deprese u neurologických pacientů
6. Léčba deprese u neurologických pacientů

# Základní neurologická onemocnění pojící se s depresí:

- ▶ Cévní mozková příhoda (CMP)
- ▶ Epilepsie
- ▶ Demence (DAT, MID)
- ▶ Parkinsonova choroba
- ▶ Huntingtonova choroba
- ▶ Roztroušená skleróza
- ▶ Úrazy mozku
- ▶ Lymeská borrelióza

# Důvody zvýšeného zájmu o depresi u neurologických onemocnění:

- ▶ 20 až 50 % neurologických pacientů trpí depresí.
- ▶ Je prokázáno, že deprese výrazně zhoršuje kvalitu života neurologických pacientů.
- ▶ Deprese zhoršuje prognózu neurologického onemocnění.
- ▶ Deprese je spojena s vyšší úmrtností pacientů (většinou se uvádí až 3x větší úmrtnost depresivních pacientů oproti pacientům bez deprese).
- ▶ Deprese je u neurologických pacientů častěji spojena s následnou invaliditou.
- ▶ Deprese má negativní socioekonomický dopad.
- ▶ Drtivě většině neurologických pacientů se nedostává psychologické pomoci.

## 2. Vztah mezi depresí a somatickým onemocněním

# Výskyt deprese v populaci:

- ▶ V běžné populaci se depresivní porucha vyskytuje u 3,7 až 6,7 % osob.
- ▶ U tělesně nemocných lze depresivní poruchu očekávat 2-3x častěji.
  - ▶ 5 až 10 % pacientů hospitalizovaných pro tělesnou nemoc
  - ▶ 9 až 16 % nemocných v ambulanci somatických lékařů (Katon a Schluberg, 1992)
- ▶ U neurologicky nemocných se prevalence deprese pohybuje v rozmezí 20 až 50 %.

# Sekundární depresivní poruchy dělíme do dvou kategorií:

- ▶ Tělesná nemoc se přímo podílí na patofyziologických změnách v mozku, jejichž následkem vzniká deprese.
- ▶ Deprese, u kterých se nezdá, že by tělesná nemoc přímo přispívala k patofyziologickým změnám v mozku vedoucím k rozvoji depresivní poruchy.

# Charakteristické rysy sekundární depresivní poruchy:

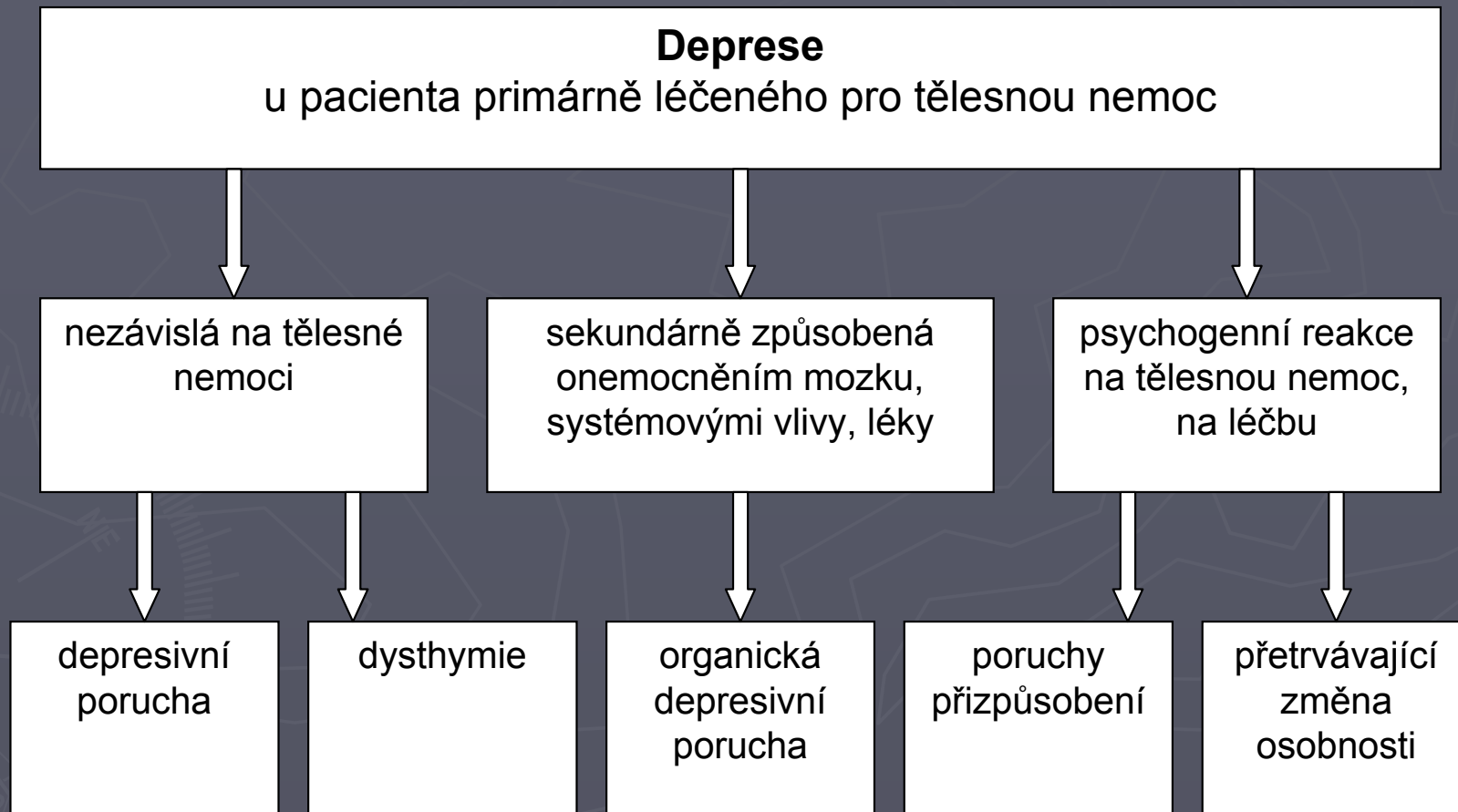
- ▶ Vyšší věk vzniku deprese.
- ▶ Lepší reakce na elektrokonvulzivní terapii.
- ▶ Zlepšení při propuštění z pobytu v nemocnici.
- ▶ Častěji jsou přítomny „organické“ rysy v psychopatologii.
- ▶ Méně častá incidence deprese, alkoholismu a jiných psychiatrických nemocí v příbuzenstvu (19 % u sekundární deprese proti 36 % u primární).
- ▶ Méně často jsou přítomny sebevražedné myšlenky a méně často páchají sebevraždu (sebevražedné myšlenky: 10 % u sekundární a 45 % u primární deprese).
- ▶ Někdy se příznaky deprese objeví před prvními příznaky tělesného onemocnění (HCh, rakovina pankreatu).



# Klasifikace sekundárně vzniklých depresivních příznaků:

- ▶ Depresivní porucha F32
- ▶ Dystymie F34.1
- ▶ Organická depresivní porucha F06.32
- ▶ Poruchy přizpůsobení
  - ▶ krátkodobá depresivní reakce F43.20
  - ▶ prodloužená depresivní reakce F43.21
  - ▶ smíšená úzkostná a depresivní reakce F43.22
  - ▶ por. přizpůsobení s převládajícími poruchami emotivity F43.23
  - ▶ por. přizpůsobení se smíšenými poruchami emotivity a chování F43.25
- ▶ Přetrvávající změna osobnosti po katastrofické události F62.0

# Souvislosti mezi tělesnou nemocí a typem deprese:



# Proč není deprese diagnostikována a léčena?

- ▶ Pacienti si stěžují spíše na tělesné potíže než na poruchu nálady.
- ▶ Obava ze stigmatizace pacienta psychiatrickou diagnózou.
- ▶ Přítomnost nespecifických či pouze mírných depresivních příznaků.
- ▶ Strach z nežádoucích účinků a interakcí antidepresiv.
- ▶ Chybný názor, že reaktivní deprese není patologická (např.: pacientka nemá depresi, pouze je smutná, neboť ví, že má rakovinu).
- ▶ Časové omezení lékařů v primární péči.
- ▶ Nedostatečné vzdělání lékařů v primární péči v problematice psychických poruch a jejich tělesných příznaků.
- ▶ Nedostupnost kvalifikovaného vyšetření.
- ▶ Častěji se léčí úzkost (benzodiazepiny), než samotná deprese.

### 3. Deprese v neurologické a neuropsychologické praxi

# Nejčastější problémy:

- ▶ Příznaky deprese jsou chybně léčeny jako somatické (např. bolest).
- ▶ Deprese provázející neurologické onemocnění není poznána a léčena.
- ▶ Deprese je vyvolána „iatrogenně“, léčbou jiného onemocnění (kortikoidy, imunosupresiva, barbituráty, atd.).
- ▶ Léčba deprese je komplikována neurologickými příznaky (útlum, cefalea, tremor, epileptické záchvaty, atd.).

# Faktory ovlivňující vznik deprese u neurologických onemocnění:

## 1. Psychologické faktory

- ▶ Adaptační stresová reakce na vážné a náhle vzniklé somatické onemocnění
- ▶ Sociální problémy

## 2. Narušení rovnováhy neurotransmitterových systémů vlivem strukturálního a metabolického poškození mozkové tkáně

## 3. Funkční a strukturální poškození některých konkrétních mozkových oblastí

- ▶ Např. snížení metabolismu glukózy v prefrontálním kortexu u HCh
- ▶ Difúzní léze v levé hemisféře (CMP, traumata, RS, Ach)
- ▶ Většinou se jedná o poškození oblastí souvisejících s tvorbou emocí

## 4. Iatrogenní faktory

- ▶ Vedlejší účinky farmakoterapie
- ▶ Osobnost lékaře

## 4. Některá specifika konkrétních neurologických diagnóz

# 1. Cévní mozková příhoda (CMP)

- ▶ Prosazuje se anglický pojem poststroke depression – PSD
- ▶ Prevalence PSD je uváděna dle odlišných pramenů v rozmezí 20-60 %
- ▶ Somatické obtíže doprovázející CMP mohou připomínat somatické příznaky deprese (únava, poruchy spánku, pokles sexuálního zájmu atd.)
- ▶ Trvání neléčené PSD je asi 1-2 roky
- ▶ U menší části pacientů dojde ke spontánní remisi, i když nejsou léčeni



# Důsledky PSD:

- ▶ negativní vliv deprese na úpravu neurologických potíží
- ▶ vyšší úmrtnost pacientů
- ▶ PSD je spojena s těžším kognitivním deficitem po určitém časovém období
- ▶ PSD se pojí s výraznějším postižením aktivit denního života
- ▶ PSD je dále spojena s delší dobou hospitalizace (někdy až o 25 %)
- ▶ PSD je spojena se zhoršenou kvalitou života

## 2. Epilepsie

- ▶ Hlavním cílem moderní léčby epilepsie je zlepšení kvality života nemocných a ne jen potlačování záchvatů
- ▶ Charakteristické znaky deprese u epilepsie:
  - ▶ spíše chronická dystymie
  - ▶ úzkost, strach, iritabilita, hněv
  - ▶ proměnlivost příznaků s epizodami euforie a psychotickými příznaky (vztahovačnost, por. myšl.)
  - ▶ neodeznívá – při neléčení vzniká porucha osobnosti

# 3 typy výskytu depresivních příznaků u epilepsie:

## 1. Iktální deprese.

- ▶ 25 % záchvatů
- ▶ Úzkost, anhedonie, pocity viny, sebevražedné myšlenky

## 2. Periiktální a postiktální deprese

- ▶ 50 % záchvatů
- ▶ Dysforie, pocity beznaděje a iritabilita

## 3. Interiktální depresivní porucha

- ▶ 40-60 % pacientů
- ▶ Nemá bezprostřední časovou vazbu na záchvat

# 3. Demence (DAT, MID)

- ▶ Léčba deprese v časných stádiích těchto onemocnění může významně zlepšit:
  - ▶ kognitivní funkce
  - ▶ funkční stav
  - ▶ kvalitu života nemocných
- ▶ Často je těžké rozeznat depresivní příznaky od příznaků demence
- ▶ V pozdějších stádiích onemocnění většinou platí, že čím hlubší je demence, tím méně závažná je deprese

# Výskyt deprese u dementních pacientů:

- ▶ DAT – průměr 41 %
  - ▶ studie se liší: 10 – 20 – 87 % (metodologické problémy)
- ▶ MID – těžká deprese 26 % (s mírnou depresí 60 %)
  - ▶ Depresivní příznaky jsou natolik sdruženy s MID, že jsou součástí Hutchinského ischemické škály

# 4. Parkinsonova choroba

- ▶ Odhady prevalence depresivní poruchy u pacientů s PCH jsou od 25 % do 70 %, s průměrem kolem 40 %
- ▶ Diferenciální diagnostika oproti základním příznakům PCH bývá složitá
- ▶ Pacienti s výraznějším funkčním omezením v každodenních aktivitách mají větší riziko rozvoje deprese
- ▶ Příznaky deprese se objevují před i po rozvoji příznaků primárního onemocnění

# Klinické příznaky deprese u PCh:

- ▶ Kratší latence REM spánku
- ▶ Vyšší hladina úzkosti
- ▶ Iritabilita
- ▶ Uzavřenost
- ▶ Snížená chuť k jídlu a hubnutí
- ▶ Vysoká unavitelnost
- ▶ Somatizace
- ▶ Ztráta sebevědomí
- ▶ Sebevražedné myšlenky jsou, ale ne tak časté jako u deprese bez PCh

# 5. Huntingtonova choroba (chorea)

- ▶ Nejčastější psychiatrickou poruchou u nemocných s HCh jsou poruchy osobnosti
  - ▶ Agresivní chování, tvrdohlavost a neústupnost
- ▶ Deprese je na druhém místě s 30 % pacientů
- ▶ Depresivní příznaky se objevují již v časných fázích onemocnění a mohou vzniku dalších příznaků i předcházet
  - ▶ V pokročilých stádiích nemoci deprese ubývá



# Specifika depresivní poruchy u HCh:

- ▶ Vyšší míra úzkosti
- ▶ Epizody mánie a naléhavého chování
- ▶ Dysforie
- ▶ Změna sebehodnocení s pocity sebepodceňování a beznaděje
- ▶ Vegetativní příznaky
- ▶ Sebevražedné myšlenky a pokusy
  - ▶ V různých studiích byl nalezen 2x až 23x vyšší počet suicidálních pokusů u pacientů s HCh v porovnání s běžnou populací

# 6. Roztroušená skleróza

- ▶ Dříve se uváděla přítomnost euforie u pacientů s RS
- ▶ Dnes se akcentuje spíše problém deprese, která je přítomná u 40 – 60 % pacientů
- ▶ Riziko sebevraždy je u pacientů s RS 7,5krát vyšší než u zdravé populace
- ▶ Specifika deprese u RS:
  - ▶ Střídání nálad
  - ▶ Mechanismus popření
    - Abychom mohli účinně pacienta léčit, je třeba zhodnotit jeho obranné mechanismy a mechanismy vyrovnávání se s onemocněním

# 7. Úrazy mozku

- ▶ u 40 % nemocných po mozkovém traumatu se rozvine do jednoho roku po traumatu epizoda velké deprese
- ▶ Průběh depresivní poruchy může být krátkodobý (několik týdnů), ale i dlouhodobý (měsíce)
- ▶ Některé depresivní a úzkostné příznaky mohou být vykládány jako součást nejasně definovaného „organického psychosyndromu“
  - ▶ zůstávají nediodagnostikovány a neléčeny

# „Postkontuzní mozkový syndrom“

- ▶ Bývá také někdy spojován s příznaky deprese (spíše atypickými)
- ▶ Projevuje se:
  - ▶ Úzkostí
  - ▶ Mrzutostí
  - ▶ Iritabilitou
  - ▶ Bolestmi hlavy
  - ▶ Závratěmi
  - ▶ Poruchami koncentrace a učení

# 8. Lymeská borrelióza (neuroborrelióza)

- ▶ „Postborreliový syndrom“
  - ▶ Předmětem diskusí a pochybností
  - ▶ Velká část pacientů v chronicko-progresivním stádiu onemocnění trpí úzkostmi a depresí
  - ▶ Častý výskyt kognitivních poruch
- ▶ Příznaky psychických potíží u nemocných s borreliózou se velice podobají somatoformní poruše, z čehož vyplývají 2 závažné klinické problémy:
  1. U pacienta s borreliózou je diagnostikována a léčena pouze somatoformní porucha.
  2. U pacienta se somatoformní poruchou je zbytečně léčena borrelióza a somatoformní porucha je opomíjena

# Diagnostika deprese u neurologických onemocnění

## ▶ Klinické metody

## ▶ Testové metody

### ▶ Posuzovací stupnice

- HAMD (Hamilton Psychiatric Rating Scale for Depression)
- BDI (Beck Depression Inventory)
- SDS (Self-Rating Depression Scale – autor: Zung)
- MADRS (Montgomery and Åsberg Depression Rating Scale)

### ▶ Testy, které nejsou primárně určeny pro diagnostiku deprese

- MMPI, ROR, TAT, Sentence Completion Test, výkonové testy

# Léčba deprese u neurologických pacientů

- ▶ Farmakoterapie
- ▶ Psychoterapie
  - ▶ Podpůrná psychoterapie (naslouchání, vcítění, vedení, edukace, povzbuzování, prostor pro vyjádření emocí atd.)
  - ▶ Specifické psychoterapie (KBT, interpersonální psychoterapie atd.)
- ▶ Fototerapie
- ▶ Elektrokonvulzivní léčba

# Specifika psychoterapie těžce nemocného pacienta

- ▶ Vytváření kompenzačních a restitučních mechanismů
- ▶ Zabránění vzniku nežádoucích psychických změn vyplývajících z hospitalizace a dlouhého trvání léčby
- ▶ Zabránění sekundárních psychických změn doprovázejících proces vyrovnávání se s těžkou zdravotní situací
  - ▶ Zvládání obranných mechanismů (hlavně popírání)
- ▶ Snaha o posilování psychické odolnosti, frustrační tolerance a morální síly pacienta
- ▶ Readaptace = tvořivé zvládnutí života po propuknutí choroby
- ▶ Práce s rodinou pacienta



# Základní cíle psychoterapie u neurologických pacientů

- ▶ Uklidňovat
- ▶ Posilovat naději
- ▶ Podporovat při vyrovnávání se s postižením

Děkuji za pozornost.



# Citovaná literatura:

Caine, E.D., Shoulson I. (1993). Psychiatric syndromes in Huntington's disease. *Am J Psychiatry*, 140:728-733.

Cummings, J.L. (1992). Depression in Parkinson's disease. *Am J Psychiatry*, 149:443-454.

Havrdová, E. (2001). Organická depresivní porucha u nemocných s roztroušenou sklerózou mozkomíšní. In Anders, M. et al., *Deprese v neurologické praxi – část 3.* (pp. 17-22), Praha: Galén.

Herman, E. et al. (2002). *Deprese u somaticky nemocných.* Praha: Maxdorf.

Hovorka, J. et al. (2003). *Využití antidepresiv a antipsychotik v neurologii.* Praha: Maxdorf.

- Hovorka, J., Herman, E. (2001). Organická depresivní porucha u nemocných s epilepsií. In Anders, M. et al., Deprese v neurologické praxi – část 3. (pp. 17-22), Praha: Galén.
- Katon, W., Schluberg, H. (1992). Epidemiology of depression in primary care. *Gen Hosp Psychiatry*, 14: 577-591.
- Mikulík, R. (2001). Organická depresivní porucha u nemocných s cévními mozkovými příhodami. In Anders, M. et al., Deprese v neurologické praxi – část 3. (pp. 17-22), Praha: Galén.
- Rouchell et al. (2002). Depression. In Wise, M.G. et al., *Textbook of consultation-liaison psychiatry* (pp. 307-338), Washington: American Psychiatric Publishing.
- Silver et al. (1991). Depression in traumatic brain injury. *Neuropsychiatry, Neuropsychology and Behavioral Neurology*, 12-13.
- Winocur, G. (1990). The concept of secondary depression and its relationship to comorbidity. *Psychiatr Clin North Am*, 123:567-583.