

# Deprese

Každý člověk prožije během svého života mnoho situací a událostí, v nichž se v souvislosti s méně či více závažnými prohrami, zklamáními a ztrátami, jež k životu neoddělitelně patří, dostávají pocity smutku a zklamání. Tyto pocity se nemusí omezovat jen na momentální prožitek, ale mohou přetrvávat i určité delší přechodné období. Tuto přirozenou přechodnou smutnou náladu bychom však neměli zaměňovat s depresivními poruchami, tj. takovými poruchami nálady, jež v celkovém ladění duševního života postižených lidí navozují dominující smutek, přetrvávají výrazně delší dobu, tj. dny, týdny či měsíce.

Depresivní poruchy jsou skupinou závažných onemocnění s výraznými negativními následky pro zdraví pacienta. Výsledky výzkumných studií ukazují, že některou z forem deprese onemocní asi 10 – 20 % celosvětové populace, přičemž se objevuje asi 2 – 3x častěji u žen než u mužů. Výskyt depresivních poruch v zemích EU se pohybuje mezi 2,6 – 4,5 % u mužů a mezi 7,1 – 10,4 % u žen, u americké populace se objevují depresivní poruchy každoročně asi u 9,5 % populace starší 18 let. Vysoké je udávané riziko, že některá z depresivních poruch se

může vyskytnou alespoň jednou za život, jde asi o 7 – 12 % mužů a 20 – 25 % žen. S podobnými, či spíše mírně vyššími hodnotami výskytu se setkáváme také u české populace, celkově jde asi o patnáctiprocentní výskyt depresí, přičemž vyšší hodnoty určitých forem depresivních poruch byly zjištěny u nějak ohrožených skupin populace, např. u nezaměstnaných (cca 19 %), u obyvatel velkých měst (19 – 20 % populace), u osaměle žijících lidí (cca 21 %) a u osob z nejnižších příjmových skupin (rovněž kolem 21 %).

Závažnou okolností je také to, že depresivní poruchy jsou správně diagnostikovány a léčeny jen asi v každém třetím až pátém případě. Příčiny spočívají jednak ve stále přetrvávající stigmatizaci osob s duševními problémy (obavy postižených, aby se na ně okolí nedívalo jako na „blázny“), někdy též v obtížnější diagnostikovatelnosti některých depresivních poruch, zvl. pokud jde o vystihnutí rozdílu mezi „ještě normálním“ a „již patologickým“ prožíváním a zvládáním smutku, ale také v postoji části veřejnosti i některých pacientů, chápajících depresi jako „nedostatek vůle“ či „charakterový defekt“, takže pacient často kromě vlastního onemocnění ještě musí čelit nepochopení ze strany svého okolí, jež jej podezřívá z nezvládnuté osobní slabosti. Další závažnou okolností je též komorbidita (souběh výskytu) depresí s některými dalšími skupinami onemocnění, a to jak duševními (např. pokud jde o úzkostné poruchy, fobie, poruchy osobnosti a chování atd.), tak tělesnými (kardiovaskulární onemocnění, diabetes, nádorová onemocnění, endokrinopatie atd.).

Značné riziko též představují tzv. maskované, či larvované deprese (depresivní poruchy se somatickými příznaky), u nichž chybí hlavní příznak depresivních poruch, smutná nálada a sklíčenost, takže nemocní ani jejich okolí je nerozeznávají jako depresi, ale jako důsledek předpokládaných tělesných obtíží a vyhledávají spíše praktického lékaře nebo internistu. Jejich obtíže jsou však velmi dobře léčitelné antidepresivy, a včasné rozeznání pravé podstaty onemocnění je proto velmi žádoucí.

Nejhorším důsledkem neléčené deprese může být sebevražedný pokus či dokonaná sebevražda.

## Hlavní příznaky deprese:

1. Smutná, sklíčená nálada ovlivňující psychiku po většinu dne v průběhu týdnů až měsíců.
2. Nápadně snížený zájem (téměř) o cokoliv nebo nápadně snížená schopnost prožívat radost (téměř) z čehokoliv, celková apatie.
3. Nápadné změny (úbytek, či naopak vzestup) tělesné hmotnosti.
4. Poruchy spánku: nespavost, event. nadměrná ospalost.
5. Nápadně snížená aktivita, psychomotorické tempo (nebo naopak výrazná agitovanost).
6. Únava, vyčerpání, pocit ztráty energie, potíže se sexem.
7. Pocity vlastní méněcennosti či viny, podrážděnost, vznětlivost.
8. Zhoršená schopnost soustředění, nerozhodnost.
9. Opakované myšlenky na smrt či sebevraždu, přípravy na ně, mluvení o nich.

## K dalším rizikovým faktorům depresí patří:

- a) pacient již dříve trpěl depresivními epizodami,
- b) dřívější pokus o sebevraždu u pacienta, či někoho z jeho rodiny,
- c) některá z depresivních poruch se vyskytla v rodině pacienta,
- d) drogová závislost, event. nadměrné užívání léků,
- e) souběžně se vyskytující další zdravotní obtíže,
- f) nedávné stresující životní události, sociální izolace.

**Léčba depresí** vykazuje dnes vysokou úspěšnost a u většiny pacientů může být úspěšná plně a trvale. Musí však být zahájena včas, tj. co nejdříve po zjištění prvních výše uvedených příznaků, i v případě výskytu jen některých z nich, a musí pokračovat tak dlouho, dokud nejsou vyloučena rizika recidivy, tj. návratu onemocnění. Léčba depresivních poruch se liší podle druhu poruchy, osobnosti pacienta a dalších okolností a zahrnuje nejčastěji farmakoterapii a psychoterapii (případně jejich kombinaci), ale i ně-

kteře další možné prostředky (fototerapii, elektrokonvulzivní terapii atd.).

## **Co především potřebuje člověk, který onemocněl depresí?**

1. Orientaci v situaci, kvalifikované vysvětlení, co se s ním stalo a děje.
2. Pomoc při vysvětlení faktu, že deprese je nemoc, která se dá léčit.
3. Snížit pocit viny a zabránit stigmatizaci „blázna“.
4. Vzbudit naději na vyléčení a stále ji podporovat.
5. Podporu okolí – povzbudit vědomí, že není sám.
6. Projevy porozumění, vstřícnosti, zájmu a pochopení.
7. Srozumitelný plán léčby a vysvětlení jeho postupu.
8. Pomoc při uvolňování negativních emocí (smutek, strach, úzkost).
9. Pomoc při vyjádření a zvládnutí event. sebevražedných myšlenek.
10. Přiměřené informace o léčebných a event. i nežádoucích účincích léků.
11. Stanovení splnitelných krátkodobých cílů na cestě k vyléčení.
12. Dostupný, častý a dostatečně dlouhý kontakt s lékařem i v případě krize a pocit jistoty, že lékař rozumí jeho pocitům i chování.

## **Hlavní chyby vyskytující se ve vztahu k osobám, které onemocněly depresí**

1. Zlehčování potíží nemocných slovy: „Vzchopte se,“ apod.
2. Moralizování, mentorování, obviňování nemocných.
3. Bránění v pláči a ve vyjadřování negativních emocí (zármutek, zlost, úzkost).
4. Pochybování o potížích, o přednesené verzi nemoci, o sebevražedných úmyslech.
5. Sliby brzkého a snadného vyléčení.
6. Kladení požadavků, které nemocný není schopen splnit.

7. Podporování momentálních unáhlených závažných životních rozhodnutí (rozchody s partnerem, změny bydliště, zaměstnání atd.).
8. Doporučovat dovolenou, ležení v posteli, cestování („změna prostředí“) nebo izolaci od lidí.

## Závěr

Uvedené řádky poukazují na možnosti léčby depresivních poruch v ambulanci psychiatra nebo psychologa. Včasné zahájení léčby zlepšuje prognózu a přináší méně problémů v zaměstnání a v rodině pacientů. Moderní medicína a psychologie vymazaly rozdíly v účinnosti léčby ve vnitřním lékařství a v neurologii na straně jedné a psychiatrii a psychologii na straně druhé. Terapeutické přístupy obou disciplín jsou podpořeny respektováním osobnosti pacienta a budováním terapeutického vztahu mezi terapeutem a pacientem. Těmito aspekty obě disciplíny terapeutické přístupy klasické medicíny přesahují. Je věcí pacienta (a jeho okolí), zda se pro léčbu svobodně rozhodne, nebo se bude snažit své obtíže překonávat vlastní vůlí nebo jinými prostředky. Medicína a psychologie však nabízejí postupy ověřené, bezpečné a ve velké většině případů vysoce účinné.



*Autoři*

PhDr. Vladimír Kebza, CSc., MUDr. Ivo Paclt, CSc.

*Recenze*

prof. MUDr. Petr Zvolský, DrSc.

*Grafická úprava*

Luděk Rohlík

*Odborná redaktorka*

Mgr. Dana Fragnerová

Vydal Státní zdravotní ústav, Šrobárova 48, Praha 10  
v SPN – pedagogické nakladatelství, Ostrovní 30, Praha 1  
Vytiskla Tiskárna Libertas a. s., Drtinova 10, 150 00 Praha 5  
1. vydání, Praha 2002

© Státní zdravotní ústav

**NEPRODEJNÉ**