

KOMPLEXNÍ TERAPIE DEPRESE

MUDr. Michal Kryl

Psychiatrická klinika LFUP Olomouc

Deprese je čtvrtým nejvíce zneschopňujícím onemocněním na světě. Jde o poruchu zatíženou vysokou morbiditou a mortalitou na jiné medicínské problémy, především na kardiovaskulární onemocnění. Díky suicidalitě významně zkracuje délku života. V Evropě je v současnosti z důvodu deprese léčeno antidepresivy cca 27 milionů lidí. Relaps postihne již v průběhu prvního roku po akutní fázi 15–30% léčených, jde tedy o chronický a rekurentní problém. Podle amerických pramenů je celoživotní prevalence deprese 17%, incidence okolo 11%. Kromě nálady zasahuje deprese svou destruktivní silou i ostatní složky duševního života, jako je logické myšlení, paměť, spánek, pudová sféra. Vstupuje ničivě i do mezilidských vztahů. V současnosti se předpokládá, že deprese vzniká interakcí stresu a genetických faktorů.

FARMAKOTERAPIE DEPRESE

Nastavení medikace

SSRI (inhibitory zpětného vychytávání serotoninu)	zejména pro pacienty se somatickou komorbiditou, pacienty vyššího věku, pacientky v perimenopauze a dětské pacienty (týká se fluvoxaminu a sertralínu)
SNRI (inhibitory selektivního vychytávání serotoninu a noradrenalinu) a NaSSA (noradrenergní a specificky serotoninergní antidepresiva)	jako náhrada tricyklických antidepresiv u středně těžkých a těžkých depresí, kde vadí vedlejší účinky, komorbidita, interakce a věk pacienta
TCA (tricyklická antidepresiva)	zejména pro středně těžké a těžké deprese, kde léčbě nebrání komorbidita, vedlejší účinky, interakce a věk pacientů
RIMA (reverzibilní inhibitory monoaminoxidázy)	zejména pro lehčí, inhibované či atypické formy depresí nebo pro deprese rezistentní k jiným typům antidepresiv

Vyhodnocení výsledků po 3–6 týdnech

výrazné zlepšení	<p>pokračovat v terapii dalších 6 týdnů, pak znovu vyhodnotit:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. REMISE DOSAŽENO → pokračovací léčba* → udržovací (profylaktická) léčba** 2. REMISE NEDOSAŽENO → augmentace lithiem, karbamazepinem, valproátem, levotiroxinem nebo kombinací antidepresiv, např. SSRI+TCA → substitute antidepresivem z jiné skupiny
zlepšení	<p>upravit dávku a pokračovat dalších 6 týdnů za častějších kontrol stavu, pak znovu vyhodnotit:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. REMISE DOSAŽENO → pokračovací léčba* → udržovací (profylaktická) léčba** 2. REMISE NEDOSAŽENO → substituce antidepresivem z jiné skupiny <p>Znovu vyhodnotit po 6 týdnech za častých kontrol stavu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. substituce účinná → pokračovací léčba* → udržovací léčba** 2. substituce neúčinná → zvážit konzultaci → elektrošoková terapie, alternativní postupy (fototerapie, spánková deprivace, vagová stimulace)

žádné zlepšení	→ augmentace lithiem, karbamazepinem, valproátem, levotiroxinem nebo kombinací antidepresiv, např. SSRI+TCA → substituce antidepresivem z jiné skupiny znovu vyhodnotit po 6 týdnech za častých kontrol stavu: 1. REMISE DOSAŽENO → pokračovací léčba* → udržovací (profylaktická) léčba** 2. REMISE NEDOSAŽENO → zvážít konzultaci → EKT, alternativní postupy (fototerapie, spánková deprivace, vagová stimulace)
----------------	---

Vysvětlivky

*dalších 6–9 měsíců podávat antidepresiva nebo lithium ve stejných dávkách jako v akutní fázi

**několik let (3–5) podávat antidepresiva nebo lithium ve stejných dávkách jako v akutní fázi, pak dávky snižovat o 25 % denní dávky každé tři měsíce „do ztracena“

PSYCHOTERAPIE DEPRESE

iniciální fáze léčby	podpůrná (suportivní) psychoterapie
pokročilejší fáze léčby	kognitivně behaviorální terapie rodinná terapie

Literatura

1. Briley M. Is full recovery from depression possible? Martin Dunitz, Pierre-Fabre Medicament: 1998: 50.
2. Češková E. Nový pohled na léčbu deprese. Česká a slovenská psychiatrie, 2001; 3: 116–119.
3. Češková E. Stimulace nervu vagu. Česká a slovenská psychiatrie, 2002; 5: 283–286.
4. Leština J, Libiger J. Farmakoterapie rezistentní deprese. Česká a slovenská psychiatrie, 1995; 4: 216–233.
5. Hoschl C, Libiger J, Švestka J. Psychiatrie. Praha, Tigris: 2001: 409–452.
6. Kasper S. Long-term treatment of depression with antidepressants: Evidence from clinical trials, prediction and practical guidelines. In: Honig A, van Praag HM (eds.). Depression: Neurobiological, psychopathological and therapeutic advances. 1st edn. Wiley and sons Ltd., New York: 1997: 499–518.
7. Kupfer DJ. Long-term treatment of depression. J Clin Psychiat 1991; 52 (Suppl 5): 28–33.
8. Maršálek M. Zásady dlouhodobé léčby deprese. Psychiatrie pro praxi, 2001; 2: 62–68.
9. Možný P, Praško J. Kognitivně-behaviorální terapie, úvod do teorie a praxe. Praha, Triton: 1999: 214–222.
10. Pidrman V. Deprese a kardiovaskulární onemocnění, 2. vyd. Praha, Maxdorf: 2002; 23–40.
11. Pidrman V. Deprese v perimenopauze. Praha, PhDr. L. Houdek 2001: 16–28.
12. Raboch J. Můžeme vyléčit depresi? Praha, Galén 2002: 6–8.
13. Smolík P. Duševní a behaviorální poruchy. Praha, Maxdorf 1996: 219–231.

