Depresivní příznaky u jednotlivých neurologických poruch

doc. MUDr. Dana Kamarádová Končelíková, Ph.D.

Psychiatrická klinika FN Olomouc

Neurologické a psychické poruchy mají celou řadu společných prvků a vzájemně se ovlivňují. Neurologická onemocnění mohou být spojena s různými psychickými obtížemi. Tato práce si klade za cíl seznámit čtenáře se základními informacemi o přítomnosti deprese u pacientů po cévní mozkové příhodě, s roztroušenou sklerózou, Parkinsonovou chorobou a migrénou.

Klíčová slova: deprese, cévní mozková příhoda, roztroušená skleróza, Parkinsonova choroba, antidepressiva.

Depressive symptoms in selected neurological disorders

Neurological and psychiatric disorders are intertwined and share a number of symptoms. Neurological disorders may be associated with variety of psychological problems. This article aims to acquaint the reader with basic information about the depression in patients with stroke, multiple sclerosis, Parkinson's disease and migraine.

Key words: depression, stroke, multiple sclerosis, Parkinson disease, antidepressants.

Úvod

Deprese je velmi frekventní onemocnění s heterogenním obrazem. Epidemiologické studie západoevropské populace uvádějí roční prevalenci deprese okolo 5 % (Paykel et al., 2005). Deprese je charakterizovaná řadou emočních, kognitivních a tělesných příznaků. Laici, ale bohužel i řada lékařů si pod pojmem deprese představí pouze pokles nálady. Ale jedná se pouze o jeden z celé řady příznaků. Pacienti s depresí popisují typicky také anhedonii (neschopnost prožívat radost v situacích, kdy by ji dříve prožívali) a nedostatek energie. K další projevům patří pocity ztráty sebeúcty, viny, snížené sebevědomí, sebevražedné myšlenky, narušení koncentrace, nerozhodnost, ztráta chuti k jídlu a narušení spánku (MKN-10, 2014).

Stejně jako mnoho dalších psychických poruch je i deprese považována za multifaktoriální onemocnění. Udává se, že přibližně třetinový vliv má genetická dispozice a dvoutřetinový je pak vliv prostředí. Do současné chvíle byla vytvoře-

na řada různých teorií patofyziologie deprese, mezi nejčastěji zmiňované patří: teorie alterace serotoninergního, noradrenergního a dopaminergního systému, teorie zánětu, dysfunkce neuroendokrinního systému, teorie genetické dispozice a prostředí, vliv raných traumat (Radu et Nemeroff, 2012). Tento článek si neklade za cíl se jednotlivým teoriím detailně věnovat. Cílem je zaměřit se na výskyt a specifika depresivní symptomatiky u vybraných neurologických onemocnění.

Deprese a cévní mozková příhoda

Cévní mozková příhoda je akutní stav, kdy v první fázi dochází k ložiskovému mozkovému poškození s případným rozvojem neurologického deficitu. Tato fáze je následována fází regenerační, rehabilitační. Klinický obraz závislý na lokalizaci poškození. Výskyt cévních mozkových příhod je celosvětově velmi častý. Dle databáze NZIS bylo v České republice v roce 2017 hlášeno

téměř 29 tisíc případů. Výsledky jednotlivých epidemiologických studií, zkoumající výskyt deprese u pacientů po CMP, se výrazně liší. Důvodem je heterogenita cerebrovaskulárních poruch i rozdílnost kritérií deprese. Prevalence depresivní epizody v průběhu pěti let po prodělaném onemocnění se pohybuje od 40 do 50 % (Robinson et Jorge, 2016). Na rozvoji deprese u této skupiny pacientů se bude podílet řada bio-psycho-sociálních faktorů. Mezi prediktory rozvoje deprese patří závažnost CMP a tíha kognitivního a fyzického postižení (Hackett et Anderson, 2005). Doposud se nepodařilo jednoznačně prokázat souvislost mezi lokalizací léze a rozvojem depresivní symptomatiky. Jako velmi suspektní se jeví souvislost mezi levostranným postižením frontálního laloku a bazálních ganglií (Robinson et Jorge, 2016). Cévní mozková příhoda je obvykle spojena s dlouhodobou léčbou a rehabilitací. Pro pacienty obvykle znamená až už dočasnou, nebo trvalou změnu životního stylu. Adaptace na novou životní situaci bývá

KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORKY:

doc. MUDr. Dana Kamarádová Končelíková, Ph.D., dana.koncelikova@fnol.cz
Psychiatrická klinika FN Olomouc, I. P. Pavlova 6, 775 00 Olomouc

Cit. zkr: Neurol. praxi 2020; 21(3): 222–225

Článek přijat redakcí: 20. 4. 2020

Článek přijat k publikaci: 21. 5. 2020

INZERCE

pro většinu lidí velmi stresující. Není výjimkou potkat se s pacientem, který se za své fyzické postižení stydí a raději se sociálně izoluje. Starší studie Hermana a kolektivu z roku 1998 ukázala zvýšenou pravděpodobnost rozvoje deprese u pacientů bez dostatečného sociálního zázemí.

Pozornost je také věnována tomu, do jaké míry přítomnost depresivní symptomatiky ovlivňuje uzdravení pacientů. Jednotlivé nálezy ukazují, že přítomnost deprese má po roce od prodělaného CMP negativní dopad na aktivitu každodenního života (Robinson et Jorge, 2016). Deprese po cévní vaskulární příhodě je také spojená s vyšší mortalitou. Pravděpodobnou příčinou zvýšené mortality u této skupiny pacientů je kardiovaskulární mortalita, souvislost byla prokázána zejména u pacientů mladších 65 let (Ayerbe, 2014). Ve studii Ayerbeho a kolektivu se užívání antidepresiv ukázalo být nezávislým prediktorem zvýšené mortality, tento nálezy nebyl jednoznačně objasněn. Obecně se k léčbě deprese doporučuje podávání antidepresiv nebo psychoterapie. Obě léčebné možnosti byly zkoumány i u pacientů trpících depresí po cévní mozkové příhodě. Metaanalýza 16 randomizovaných studií (12 zkoumalo efekt farmakoterapie a 4 psychoterapie), kterou v roce 2008 provedli Hackett a kolektiv, která zkoumala data 1 655 pacientů, prokázala signifikantní benefit užívání antidepresiv. Zároveň ale prokázala zvýšenou frekvenci nežádoucích událostí. Zajímavé je, že tato studie neprokázala pozitivní efekt psychoterapie. Jiní autoři zkoumali skupinu pacientů léčenou pouze pomocí SSRI a druhou léčenou pomocí SSRI a tzv. psychosociální a behaviorální intervence. Ve druhé skupině došlo k redukci depresivní symptomatiky a dlouhodobé remise. V obou skupinách pak platilo to, že pacienti, kteří dosáhli remise deprese, se také lépe zotavovali, došlo u nich k menšímu postižení schopností a měli lepší sociální kontakt (Mitchel et al., 2009).

Deprese a roztroušená skleróza

Roztroušená skleróza patří mezi nejfrekventovanější neuroimunologické onemocnění. Její klinický obraz je velmi různorodý. V České republice se počet nemocných odhaduje na 17 tisíc. Pacienti mohou pociťovat motorické, senzorické, mozečkové, kmenové, ale i neuropsychiatrické příznaky. K nim se nejčastěji řadí únava, pocity deprese nebo naopak euforie a poruchy kognitivních funkcí. Deprese se vyskytuje přibližně u 30 % pacientů

s roztroušenou sklerózou (Boeschoten et al., 2017). RS a deprese mají složitý vzájemný vztah. Deprese se u pacientů může rozvinout jednak sekundárně vlivem stresu a psychosociálních faktorů, ale předpokládá se i přímý vliv aktivity nemoci (Feinstein et al., 2004). U pacientů s roztroušenou sklerózou může být správná diagnostika deprese svízelná. Např. únava, nespavost nebo pokles apetitu mohou doprovázet jak depresi, tak RS. Je tedy vhodné se při diagnostice zaměřit na popis nálady a depresivních kognicí (snížené sebevědomí, výčitky, pocity zbytečnosti, apod.). Ke stanovení dg. deprese je možné použít např. škálu HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale – škála hodnocení úzkosti a deprese při hospitalizaci), která existuje v české verzi s dobrou reliabilitou (Bužgová et al., 2014).

Obdobě jako u CMP byla i u pacientů s RS zkoumána souvislost mezi lokalizací léze a rozvojem depresivní symptomatiky. A obdobně můžeme opět konstatovat, že výsledky jednotlivých studií jsou nejednoznačné, ale opět se předpokládá zvýšený výskyt u pacientů s postižením levostranných mozkových oblastí (Siebert et Abernethy, 2005). Alarmující jsou čísla suicidality u pacientů s RS, suicidální ideace se mohou vyskytovat až u 30 % pacientů (Turner et al., 2006). Jako rizikové faktory sebevražděného jednání se označují závažnost deprese, sociální izolace, mladší věk, progresivní typ onemocnění, nízký příjem, časný rozvoj onemocnění, vyšší stupeň fyzického postižení a nemožnost řízení vozidla (Pompili et al., 2012). Riziko suicidia je vysoké zejména v prvním roce po stanovení diagnózy (Fredrikson et al., 2003). Navzdory velkému výskytu onemocnění existuje jen malé množství studií, které by zkoumaly efekt antidepresiv na depresivní symptomatiku u pacientů s RS. Výsledky meta-analýzy z roku 2016 naznačují pozitivní vliv farmakoterapie (paroxetin a desipramin) a psychoterapie (zejména kognitivně behaviorální terapie) na depresivní symptomatiku u pacientů s roztroušenou sklerózou (Fiest et al., 2016).

Deprese a Parkinsonova choroba

Parkinsonova choroba je chronické progresivní neurodegenerativní onemocnění. V České republice trpí touto nemocí přibližně 20 000 lidí a očekává se další nárůst. K příznakům Parkinsonovy choroby patří klidový třes, svalová rigidita a posturální nestabilita. Deprese

patří k nejčastějším psychiatrickým komplikacím, může se vyskytovat až u 50 % pacientů (Reijnders et al., 2007). Deprese se ukázala být pro pacienty více stresující než tělesné projevy nemoci (Global Parkinson's Disease Survey (GPDS) Steering Committee, 2002). Také se ukazuje, že přítomnost komorbidní deprese má negativní dopad na průběh Parkinsonovy nemoci. Má negativní dopad na aktivitu denního života a je spojená s větší potřebou symptomatické terapie parkinsonských příznaků (Ravina et al., 2007). Etiologie rozvoje deprese u pacientů s Parkinsonovou chorobou nebyla doposud objasněna. Jako suspektní se jeví vliv změněné serotoninerární, dopaminergní, noradrenergí nebo glutamatergí transmise, zvažován je i vliv strukturálních změn mozku. Stejně tak nelze opomenout i vliv psychosociálního stresu (Slaughter et al., 2001). Zajímavé jsou i výsledky studií zkoumající specifický obraz deprese u pacientů s Parkinsonovou chorobou. Podle některých autorů jsou pacienti více apatičtí, psychomotoricky retardovaní, mají větší potíže s plánováním aktivit, jejich nálada je více ovlivňována faktory prostředí a v období tzv. off-fází jsou častěji dystofičtí (Brown et al., 1984, 1993). I v případě Parkinsonovy choroby platí, že navzdory častému výskytu komorbidní deprese existuje jen malé množství studií, které by se zabývaly její léčbou. Aarsland a kolektiv ve svém přehledném článku z roku 2012 uvádějí, že pro léčbu depresivní symptomatiky se doporučuje podávat antidepresiva s duálním působením na serotoninerární a noradrenergí systém. Konstatují, že pozitivní vliv na depresivní příznaky může mít i kvalitní léčba dopaminergními preparáty, které jak se ukázalo, nemají pozitivní vliv jen na motorické komplikace, ale i náladu. Dále uvádějí, že depresivní symptomatiku může u některých pacientů zhoršit provedení hluboké mozkové stimulace. Účinnost antidepresiv (inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu, tricyklických antidepresiv a IMAO-B) v léčbě depresivní epizody u pacientů s Parkinsonovou chorobou potvrdilo i systematické review Millse a kolektivu z roku 2018.

Deprese a migréna

Zajímavá je také otázka migrenózních bolestí hlavy a deprese. Dlouhodobě se zkoumá jejich vzájemný vztah. Ukázalo se, že mezi depresí a migrénou je vazba, tedy že pacienti trpící depresí mají vyšší pravděpodobnost rozvoje migrény a vice versa (Breslau et al., 2003). Novější práce se

snaží odpovědět na otázky časové vzájemnosti, tedy jestli deprese snižuje schopnost člověka bojovat s bolestí, a tím vede k rozvoji migrény, nebo jestli náhlé nečekané bolesti vedou k rozvoji deprese. V současné chvíli není možné dát jednoznačnou odpověď (Halemsky et al., 2006). Pacienti trpící migrénou mají asi trojnásobně vyšší šanci rozvoje deprese (Baskin et al., 2011). Komorbidní deprese a migrenózní bolesti hlavy mají negativní dopad na kvalitu života pacientů (Hung et al., 2008). Také se ukázalo, že deprese může vést ke chronifikaci migrenózních stavů

(Ashina et al., 2012). Farmakoterapeutické studie pacientů trpících migrénou a komorbidní depresí ukázaly pozitivních vliv selektivních inhibitorů vychytávání serotoninu (SSRI) a selektivních inhibitorů vychytávání serotoninu a noradrenalinu (SNRI) a to zejména na depresivní syndrom. Na bolestivé projevy se ukázala být účinnější tricyklická antidepresiva, jejich širší podávání je však limitováno větším spektrem nežádoucích účinků (Torta et al., 2012). Dalším tématem je využití antidepresiv v rámci prevence deprese. Jako nejúčinnější se jeví podání amitriptylinu (Burch, 2019).

Závěr

Tento článek se zabývá jen zlomkem neurologických a psychiatrických poruch. Vzájemnost obou skupin je mnohem širší. Navzdory vysoké frekvenci existuje jen málo informací o etiopatogenezi psychických poruch u neurologických pacientů. Stejně tak doposud neexistuje dostatečné množství kvalitních, placebem kontrolovaných farmakologických studií, které by umožňovalo dát jednoznačná terapeutická doporučení a hlavně vytvořit specifický přístup pro tuto skupinu pacientů.

LITERATURA

1. Aarsland D, Pålhaugen S, Ballard CG, Ehrt U, Svenningsson P. Depression in Parkinson disease – epidemiology, mechanisms and management. *Nature Reviews Neurology* 2012; 8(1): 35.
2. Ashina S, Serrano D, Lipton RB, Maizels M, Manack AN, Turek CC, Buse DC. Depression and risk of transformation of episodic to chronic migraine. *The journal of headache and pain* 2012; 13(8): 615–624.
3. Ayerbe L, Ayis S, Crichton SL, Rudd AG, Wolfe CD. Explanatory factors for the increased mortality of stroke patients with depression. *Neurology* 2014; 83: 2007–2012.
4. Baskin SM, Smitherman TA. Comorbidity between migraine and depression: update on traditional and alternative treatments. *Neurol Sci* 2011; 32(Suppl. 1): 9–13.
5. Boeschoten RE, Braamse AMJ, Beekman ATF, Cuijpers P, van Oppen P, Dekker J, Uitendael BMJ. Prevalence of depression and anxiety in multiple sclerosis: a systematic review and meta-analysis. *J. Neurol. Sci* 2017; 372: 331–341.
6. Breslau N, Lipton RB, Stewart WF, Schultz LR, Welch KMA. Comorbidity of migraine and depression: investigating potential etiology and prognosis. *Neurology* 2003; 60(8): 1308–1312.
7. Brown RG, Jahanshahi M, Marsden CD. Response choice in Parkinson's disease: the effects of uncertainty and stimulus-response compatibility. *Brain* 1993; 4: 869–885.
8. Brown RG, Marsden CD, Quinn N, Wyke MA. Alterations in cognitive performance and affect-arousal during fluctuations in motor function in Parkinson's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1984; 47: 454–465.
9. Burch R. Antidepressants for preventive treatment of migraine. *Current treatment options in neurology* 2019; 21(4): 18.
10. Bužgová R, Hajnová E, Feltl D, Stolička M. Faktory ovlivňující úzkost a depresi u pacientů v konečném stadiu nemoci při hospitalizaci. *česká a slovenská Psychiatrie* 2014; 110(5): 243–249.
11. Feinstein A, Roy P, Lobaugh N, Feinstein K, O'Connor P, Black S. Structural brain abnormalities in multiple sclerosis patients with major depression. *Neurology* 2004; 62: 586–590.
12. Fiess KM, Walker JR, Bernstein CN, Graff LA, Zarychanski R, Abou-Setta AM, Fisk JD. Systematic review and meta-analysis of interventions for depression and anxiety in persons with multiple sclerosis. *Multiple sclerosis and related disorders* 2016; 5: 12–26.
13. Fredrikson S, Cheng Q, Jiang GX, Wasserman D. Elevated suicide risk among patients with multiple sclerosis in Sweden. *Neuroepidemiology* 2003; 22(2): 146–152.
14. Global Parkinson's Disease Steering Committee. Factors impacting on quality of life in Parkinson's disease: results from an international survey. *Mov Disord* 2002; 17: 60–67.
15. Hackett ML, Anderson CS. Predictors of depression after stroke: a systematic review of observational studies. *Stroke* 2005; 36(10): 2296–2301.
16. Hackett ML, Anderson CS, House A, Xia J. Interventions for treating depression after stroke. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; (4): CD003437.
17. Hamelsky SW, Lipton RB. Psychiatric comorbidity of migraine. *Headache: The Journal of Head and Face Pain* 2006; 46(9): 1327–1333.
18. Herrmann N, Black SE, Lawrence J, Szekely C, Szalai JP. Sunnybrook Stroke Study: a prospective study of depressive symptoms and functional outcome. *Stroke* 1998; 29: 618–621.
19. Hung CI, Wang SJ, Yang CH, Liu CY. The impacts of migraine, anxiety disorders, and chronic depression on quality of life in psychiatric outpatients with major depressive disorder. *J Psychosom Res* 2008; 65(2): 135–142.
20. Mills KA, Greene MC, Debus R, Goodson C, Karmarkar T, Pontone GM. Efficacy and tolerability of antidepressants in Parkinson's disease: A systematic review and network meta-analysis. *International journal of geriatric psychiatry* 2018; 33(4): 642–651.
21. Mitchell PH, Veith RC, Becker KJ, Buzaitis A, Cain KC, Fruin M, Teri L. Brief psychosocial-behavioral intervention with antidepressant reduces poststroke depression significantly more than usual care with antidepressant: living well with stroke: randomized, controlled trial. *Stroke* 2009; 40(9): 3073–3078.
22. Paykel ES, Brugha T, Fryers T. Size and burden of depressive disorders in Europe. *European neuropsychopharmacology* 2005; 411–423.
23. Pompili M, Forte A, Palermo M, Stefani H, Lamis DA, Serafini G, Girardi P. Suicide risk in multiple sclerosis: a systematic review of current literature. *Journal of psychosomatic research* 2012; 73(6): 411–417.
24. Radu SV, Nemeroff CB. Etiology of depression: genetic and environmental factors. *Psychiatric Clinics* 2012; 51–71.
25. Ravina B, Camicioli R, Como PG, Marsh L, Jankovic J, Weintraub D, Elm J. The impact of depressive symptoms in early Parkinson disease. *Neurology* 2007; 69(4): 342–347.
26. Reijnders MA, Ehrt U, Weber WEJ, Aarsland D, Leentjens AFG. A systematic review of prevalence studies of depression in Parkinson's disease. *Mov Disord* 2007; 23(2): 183–189.
27. Robinson RG, Jorge RE. Post-stroke depression: a review. *American Journal of Psychiatry* 2016; 173(3): 221–231.
28. Siegert RJ, Abernethy DA. Depression in multiple sclerosis: a review. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry* 2005; 76(4): 469–475.
29. Slaughter JR, Slaughter KA, Nichols D, Holmes SE, Martens MP. Prevalence, clinical manifestations, etiology, and treatment of depression in Parkinson's disease. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences* 2001; 13(2): 187–196.
30. Torta R, Ieraci V. Migraine and depression comorbidity: antidepressant options. *Neurological Sciences* 2012; 33(1): 117–118.
31. Turner AP, Williams RM, Bowen JD, Kivlahan DR, Haselkorn JK. Suicidal ideation in multiple sclerosis. *Archives of physical medicine and rehabilitation* 2006; 87(8): 1073–1078.
32. World Health Organization. MKN-10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize. Aktualizovaná druhá verze k 1. 4. 2014.