

616.895.4

SOMATICKÉ EKVIVALENTY DEPRESE

J. JANATKA.

psychiatrické oddělení Ústřední vojenské nemocnice
(náčelník: MUDr. Oldřich Svoboda)

Pro lékaře somatického oboru bývá někdy obtížné rozhodnout, kdy je u nemocného se somatickými obtížemi žádoucí psychiatrické vyšetření nebo psychiatrická léčba. Obvyklými vodítky bývají zvláštnosti či nápadnosti v chování nemocných, neurčitost a terapeutická rezistence obtíží a negativní výsledky pomocných vyšetření. Z psychiatrického hlediska však nestačí, vychází-li se pouze z nepřítomnosti jistých znaků (tj. např. z negativního fyzikálního a pomocného vyšetření), ale psychiatrická léčba hraničních a sporných případů musí být indikována také pozitivně: zjištěním psychopatologických příznaků nebo relevantních etiopatogenetických mechanismů, popřípadě vyhlídkou na prospěšnost terapeutického zákroku. Problematika somatických ekvivalentů deprese je jednou ze styčných oblastí psychiatrie a somatických oborů medicíny a úzce souvisí s problematikou terapeutické kompetence.

Operujeme-li s pojmem deprese, je nutno rozlišovat, máme-li na mysli depresi jako příznak (tj. depresivní náladu), jako syndrom nebo klinickou jednotku.

Typický depresivní syndrom se projevuje především v oblasti náladu a myšlení, chorobnou depresivní náladou a depresivními obsahy myšlení, ale také doprovodnými somatickými příznaky. Základními znaky chorobné depresivní náladu jsou její trvání, intenzita a neodklonitelnost, popřípadě její neúměrnost s vyvolávajícím podnětem.

Depresivní syndrom je polárně charakterizován buď úzkostí (vzrušeností a produktivitou) nebo útlumem. Bývají rozlišovány úzkostné nebo inhibované typy deprese, obvykle však deprese obsahuje úzkostnou i inhibovanou složku s převahou jedné z nich.

Somatické příznaky patří k základním příznakům depresivního syndromu. Někteří autoři hovoří o tzv. vegetativně somatickém symptomovém komplexu, který vzniká na podkladě funkční poruchy hypofyzálně diencefalického systému. Podle Haaseho (1) se vegetativně symptomový komplex vyskytuje u 80 % nemocných s endogenní depresí, a to častěji u depresí úzkostného typu.

Plzák (3) uvádí, že u 98 % nemocných s endogenní depresí se vyskytuje jako doprovodný somatický příznak porucha spánku, u 92 % porucha chuti k jídlu a snížení sexuální apetence, u 84 % xerostomie, u 81 % hyperhidróza, u 61 % obstipace, u 41 % neurocirkulační symptomatologie.

Za somatické ekvivalenty deprese ve vlastním slova smyslu však považujeme pouze takové somatické příznaky, které jsou natolik v popředí klinického obrazu, že zakrývají či maskují depresivní náladu a depresivní obsahy myšlení.

Somatické ekvivalenty deprese mohou předcházet plnému rozvoji depresivní náladu nebo se vyskytovat při jejím doznívání. U tzv. larvovaných nebo maskovaných depresí, někdy označovaných jako *depressio sine depressione*, jsou klinicky v popředí během celé depresivní fáze.

Larvované deprese mohou být monosymptomatické nebo polysymptomatické. Podle Vencovského (5) se u larvovaných depresí vyskytují tyto hlavní syndromy kardiovaskulární, gastrointestinální, respiračně pulmonální, urogenitální a algický. Larvované deprese mohou probíhat jako ohraničené depresivní fáze s obdobími plného zdraví, častěji než u jiných forem depresí však u nich bývá chronifikující průběh.

Šedivec (4) analyzoval vertebální algické syndromy u nemocných, kteří byli hospitalizováni pro endogenní depresi na psychiatrické klinice v Plzni. Tyto obtíže se vyskytovaly u 13 % nemocných a byly dvojího typu. U první skupiny nemocných difúzní s doprovodem ostatních somatických obtíží a s negativním neurologickým a rtg nálezem. U druhé skupiny pak více lokalizované, s drobnými neurologickými a rtg nálezy. Obtíže této skupiny nemocných považoval za vertebrogenní, aktivované depresivním procesem. Obě skupiny však byly refrakterní na neurologickou a fyziatrickou léčbu a teprve po antidepressivní terapii došlo k uzdravení.

V etiopatogeneze somatických příznaků při depresi se vždy uplatní vliv více faktorů. Jeden pól představuje somatický příznak bez

jakéhokoliv organického podkladu, kauzálně vyvolaný depresivním onemocněním, a druhý pól závažné somatické onemocnění, u něhož vznikne depresivní nálada jako reakce na nemoc. V průběhu deprese může dojít k exacerbaci klinicky nemé somatické léze, somatické onemocnění a duševní porucha mohou probíhat relativně nezávisle pouze v časové shodě, nebo se mohou vyskytnout případy, u nichž somatické obtíže jsou spouštěcím faktorem endogenní deprese. Lokalizace somatických příznaků bývá vysvětlována mechanismem individuálního orgánového locus minoris resistentiae.

Laughlin (2) udává tyto příčiny diagnostických obtíží u larvovaných depresí:

1. nemocnému schází vlastní depresivní prožitky,
2. nemocný v důsledku depresí vyvolaného psychomotorického útlumu a odklonu od reality není schopen své prožitky lékaři sdělit,
3. nemocný vědomě či nevědomě depresivní příznaky skrývá, protože je pokládá za společensky nepřijatelné nebo za důsledky vlastního provinění,
4. depresivní příznaky unikají pozornosti okolí, které by jinak svým tlakem přivedlo depresivního nemocného do psychiatrické léčby.

Depresivní stav snadno diagnostikujeme, je-li nemocný smutný, zoufalý a úzkostný, je-li jeho myšlení zpomalené, s výčitkami svědomí, sebepodceňováním a sebevražednými úvahami. Diferenciálně diagnostickou možnost depresivního stavu je však nutné mít na zřeteli i tehdy, jsou-li tyto příznaky diskrétní či sporné, zvláště jde-li o nemocného s neurčitými a na léčbu špatně reagujícími somatickými obtížemi.

Z praktického hlediska má největší význam diferenciální diagnóza endogenní deprese, protože jde o klinickou jednotku, kde biologická léčba psychofarmaky ze skupiny antidepressiv a neuroleptik nebo elektrošoky je považována za jedinou a ve většině případů nutnou kauzální léčbu.

Pro diagnózu endogenní deprese, respektive pro závěr, že máme před sebou somatické ekvivalenty endogenní deprese, svědčí zejména tyto znaky: časné ranní probouzení, zhoršení obtíží v ranních či dopoledních hodinách (tzv. ranní pessima), výskyt dřívějších depresivních fází nebo periodický výskyt obtíží (často v obdobích jaro — podzim) a zjištění maniodepresivního onemocnění u příbuzných. Podle literárních údajů (3) se vyskytuje MD psychóza u 10—25 % rodičů nemocných s tímto onemocněním a konkordancé u jednovaječných dvojčat je 95%. U všech somatických obtíží je samozřejmě nutné vyloučit podrobným vyšetřením jejich organický původ.

U endogenní deprese je terapeutická kompetence jednoznačně v rukou psychiatra. V případech, kdy somatické onemocnění vyvolá psychickou reakci nebo kdy je v jeho etiologii přítomna neurotická složka, je posouzení vhodnosti psychiatrické léčby mnohem složitější a závisí kromě jiných kritérií i na vžitých zvyklostech.

Souhrn

Autor se zabývá doprovodnými somatickými příznaky depresivního syndromu a vymezením pojmu somatických ekvivalentů deprese. Jsou diskutovány vztahy mezi somatickými příznaky a depresivním syndromem z hlediska etiopatogenezy a diagnostiky. Je zdůrazněn význam této problematiky v souvislosti s otázkami terapeutické kompetence.

Literatura

1. Haase, H. J.: Diagnostik und Therapie depressiver Vorstimmungen. Dtsch. Ärzteblatt, 62, 1965, s. 2781 až 2791.
2. Laughlin, H. P.: The Neuroses, London 1967.
3. Plzák, M., Březinová, V., Zvolský, P.: Depresivní stavy v dospělém věku, Praha 1967.
4. Šedivec, V. - Valentová, Z.: Syndrom bolestí v páteři u depresivních nemocných. Čs. Psychiat., 63, 1967, s. 406—409.
5. Vencovský, E.: Larvované deprese. Čs. Psychiat., 67, 1971, č. 5, s. 272—275.