



## 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 vytvořena 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 ať už dočasnou, nebo trvalou změnu životního stylu. Adaptace na novou životní situaci bývá 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 aktivity 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