



mladších 65 let (Ayerbe, 2014). Ve studii Ayerbeho a kolektivu se užívání antidepresiv ukázalo být nezávislým prediktorem zvýšené mortality, tento nálezný 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 remisi. 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, sensorické, 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 (Siegert 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 sebevražedného 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).