

radost. Bez adekvátní léčby tento stav přetrvává a může se s časem zhoršovat. Mezi symptomy, které přispívají k diagnóze deprese, patří i vyjadřovaná přání zemřít nebo žádosti o eutanazii. Časté jsou také poruchy spánku, poruchy chuti k jídlu a chronické bolesti nereagující na léčbu (8).

Je třeba odlišit také tzv. anticipační smutek, což je typ smutku, který člověk prožívá ještě před ztrátou. V paliativní péči obvykle v situaci, kdy očekáváme smrt blízkého člověka. Objevuje se ještě před úmrtím pacienta a zahrnuje smutek, strach ze ztráty, pocity viny, úzkost a psychické vyrovnání se s blížícím se koncem. Prožívá ho jak rodina a blízcí, tak sám umírající pacient. Může pomoci připravit se na smrt, usnadnit proces truchlení po ztrátě a poskytnout čas na rozloučení (7).

Rizikové faktory

Rizikovými faktory deprese u pacientů v paliativní péči jsou abúzus alkoholu či jiných drog, nedostatečná psychosociální podpora a zázemí pacienta, výskyt deprese či suicidálních pokusů v osobní či rodinné anamnéze a v neposlední řadě nedostatečně mírněná bolest. Symptomatická deprese se typicky vyskytuje u pacientů po mozkových příhodách, pacientů s hypotyreózou nebo u pacientů s epilepsií. Nesmíme zapomínat také na iatrogenní depresi vyvolanou léčbou somatického onemocnění – depresi může být způsobena i farmakoterapií, například ACE inhibitory, kortikoidy či chemoterapeutiky (5).

Diagnostika

Stejně jako u diagnostiky úzkosti je na prvním místě v diagnostice deprese pohovor s pacientem. V rámci rozhovoru s pacientem klademe cílené otázky a všímáme si výše uvedených příznaků. Praktickou a snadnou pomůckou je i dotazníková diagnostika, která nám může pomoci také v rámci screeningu deprese. Příkladem je PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9) dotazník obsahující 9 otázek, které hodnotí přítomnost a závažnost depresivních příznaků. Dále můžeme využít HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), který neobsahuje somatické příznaky. Výhodou při diagnostice jsou také informace od okolí pacienta (13).

Terapie

V léčbě depresivního pacienta je stejně jako v terapii úzkosti nejvhodnější formou kombinace psychoterapie a psychofarmak ve formě antidepresiv, včetně ketaminu (10).

Antidepresiva a jejich využití v paliativní péči

Specifickou skupinou v léčbě nejen depresivních stavů, ale také úzkosti tvoří SSRI (selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu) a SNRI (inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu). Nejčastěji užívanými léčivými ze skupiny SSRI jsou sertralin a (es)citalopram. Anxiolytický i antidepresivní účinek těchto léků se dostaví opožděně, většina pacientů cítí zlepšení až po 3–4 týdnech. Na počátku léčby mohou pacienti paradoxně pociťovat prohloubení úzkosti. Je vhodné toto období překrýt a podávat současně s SSRI i benzodiazepiny. Při zahajování léčby je třeba opatrná titrace, začínáme nižšími dávkami, a pokud je to nutné, dávku postupně navyšujeme. Je třeba myslet na to, že sertralin i citalopram ve vyšších dávkách mohou prodlužovat QT interval. Venlafaxin ze skupiny SNRI má stejné účinky jako sertralin nebo citalopram, ale navíc můžeme využít jeho analgetického účinku, tedy jako koanalgetikum. Při léčbě SSRI i SNRI je třeba myslet na lékové interakce a riziko rozvoje serotoninového syndromu (12).

Tricyklická antidepresiva, jako je amitriptylin anebo dosulepin, již nebývají první volbou v léčbě depresivně-úzkostných poruch zejména pro jejich značné nežádoucí účinky (anticholinergní a antihistaminergní). Mezi nežádoucí účinky při jejich užití patří tachykardie, zácpa, sucho v ústech, sedace. V paliativní péči můžeme tato antidepresiva použít jako koanalgetikum. Dosulepin je vhodný v případě úzkosti při agitované depresi (12).

Mirtazapin a trazodon mají anxiolytické účinky, ale jejich účinnost na úzkostnou symptomatiku je nižší než u léčiv ze skupiny SSRI, SNRI nebo tricyklických antidepresiv. Můžeme využít zejména hypnotického účinku těchto léčiv (14).

V paliativní péči je možné off-label použití methylenidátu ke zmírnění únavy vyvolané nádorovým onemocněním, dále v léčbě depresivních symptomů s rychlým nástupem účinku a ke zlepšení bdělosti při hypoaktivním deliriu či apatii. Jeho stimulační efekt na centrální nervový systém umožňuje zlepšení kvality života pacientů s omezenou prognózou, avšak vyžaduje pečlivou indikaci vzhledem k možným kardiovaskulárním a neuropsychiatrickým nežádoucím účinkům (29, 30).

Delirium

Delirium můžeme definovat jako neuropsychiatrický syndrom, pro který je charakteris-

Tab. 2. Farmakoterapie deprese (upraveno dle 15, 28)

Skupina antidepresiv	Příklady účinných látek	Mechanismus účinku	Nežádoucí účinky
SSRI	sertralin, escitalopram, fluoxetin, paroxetin, citalopram	Zvýšení dostupnosti serotoninu inhibicí jeho zpětného vychytávání	Nevolnost, insomnie, sexuální dysfunkce, úzkost
SNRI	venlafaxin, duloxetin	Zvýšení dostupnosti serotoninu a noradrenalinu	Hypertenze, pocení, nespavost, úzkost
TCA	amitriptylin, imipramin, nortriptylin, klomipramin	Zvýšení 5-HT a NA, anticholinergní účinky	Sedace, ortostatická hypotenze, sucho v ústech, kardiotoxicita
NaSSA	mirtazapin	Blokáda α_2 receptorů, zvýšení NA a 5-HT, blok 5-HT _{2/3} receptorů	Sedace, zvýšená chuť k jídlu, přírůstek hmotnosti
NDRI	bupropion	Zvýšení DA a NA inhibicí jejich reuptake	Nespavost, agitace, sucho v ústech
MAOI	fenelzin, tranlycypromin	Trvalá inhibice degradace monoaminů	Riziko hypertenzní krize, lékové a dietní interakce
Psychostimulancia	Methylenidát	Inhibice zpětného vychytávání dopaminu a noradrenalinu	Riziko insomnie, ztráta chuti k jídlu, potenciál zneužívání, zvýšení kardiovaskulárního rizika

SSRI – selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu, SNRI – inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu, TCA – tricyklická antidepresiva, NaSSA – noradrenergní a specificky serotoninergní antidepresiva, NDRI – inhibitory zpětného vychytávání noradrenalinu a dopaminu, MAOI – inhibitory monoaminoxidázy, 5-HT – 5-hydroxytryptamin (= serotonin), NA – noradrenalin, DA – dopamin