

*Pôvodná práca***Anxiózne syndrómy pri depresii: retrospektívna klinická štúdia**

L. Forgáčová, M. Koníková, M. Kešická, D. Kešický*

Súhrn

Východiská a ciele klinickej štúdie: Prierezové aj prospektívne epidemiologické štúdie potvrdzujú tesnú koreláciu medzi depresiou a úzkosťou. Podľa nových kategoriálnych klasifikácií duševných ochorení sa spoločný výskyt depresie a úzkosti hodnotí ako psychiatrická komorbidita. Cieľom retrospektívnej klinickej štúdie bolo zistiť, aké diagnostické stratégie sa uplatňujú pri hodnotení výskytu úzkostných syndrómov pri depresii u hospitalizovaných psychiatrických pacientov a porovnať demografické a klinické charakteristiky u pacientov s depresiou s úzkostnými syndrómami a depresiou bez úzkostných syndrómov.

Materiál a metóda: Vyhodnocovali sme chorobopisy pacientov s depresiou s/bez anxiózných syndrómov, ktorí boli hospitalizovaní na Psychiatrickej klinike SZU Ružinov v období 2005–2007. Zaznamenávali sme vek, pohlavie, typ a závažnosť depresie, suicidálne pokusy, somatickú komorbiditu a počet hospitalizácií. Diagnostické stratégie sme posudzovali na základe diagnostického záveru psychiatrického vyšetrenia.

Výsledky: Identifikovali sme 146 prípadov depresie, v 98 prípadoch sme zistili aj sprievodné anxiózne syndrómy. Zo súboru 98 pacientov má diagnózu kódovanú ako psychiatrickú komorbiditu 8 pacientov (8,2%). U zvyšných 90 prípadov (91,8%) sa stanovila iba diagnóza primárnej depresívnej poruchy. Nezistili sa štatisticky významné rozdiely v početnostiach sledovaných klinických a demografických parametrov v skupine pacientov s depresiou s úzkostnými syndrómami a depresiou bez úzkostných syndrómov.

Záver: Naša retrospektívna štúdia ukázala, že výskyt anxiózných syndrómov pri depresii u hospitalizovaných pacientov je frekventovaný jav. Pri ich diagnostike sa uplatňuje hierarchický prístup. Pri depresii s anxióznymi syndrómami sme nezistili horšie parametre priebehu v zmysle vyššej suicidality, závažnosti depresie, počtu hospitalizácií alebo somatickej komorbidity.

Kľúčové slová: depresia, anxiózne syndrómy, komorbidita.

Summary

Background and objectives: Cross-sectional and longitudinal epidemiological studies confirm strong correlation between depression and anxiety. Co-occurrence of depression and anxiety according to new classifications of mental disorders is considered to be a psychiatric comorbidity. The aim of the retrospective clinical study was to evaluate the diagnostic strategy in appraisal of anxious syndromes in depressive psychiatric inpatient and to compare demographic and clinical variables in depressive patients with and without anxious syndromes.

Sets and methods: We evaluated all case – records of depressive patients with and without anxious syndromes hospitalized in Psychiatric department of University hospital in Bratislava – Ružinov within the years 2005–2007. We also recorded age, sex, number of hospitalizations, form and severity of depression, suicidal attempts and somatic comorbidity. Upon the psychopathological analysis and diagnostic conclusion in case records we delineated the diagnostic strategy in each patient.

Psychiatrická klinika SZU, UNB Ružinov, Bratislava a *Psychiatrická klinika LF UK UNB Mickiewiczova, Bratislava

Adresa: Doc. MUDr. Ľubica Forgáčová, PhD., Psychiatrická klinika SZU, UNB Ružinov, Ružinovská 6, 826 06 Bratislava, e-mail: forgacova@nspr.sk

Results: We identified 146 cases of depression, in 98 cases we identified depression together with anxious syndromes. In the group of 98 patients, the co-occurrence of depression and anxiety was designated as psychiatric comorbidity in 8 patients (8,2%), in remaining 90 patients depression was encoded as primary diagnosis and anxiety as second, accompanying syndrome. We did not find any significant differences in examined demographic and clinical variables in depressive patients with or without anxious syndromes.

Conclusion: Our retrospective clinical study exhibits that co-occurrence of depression and anxiety in hospitalized patients is a frequent phenomenon. We prefer hierarchical attitudes in diagnostics of these states. We did not find any worse outcome characteristics in terms of age, sex, suicidality, somatic comorbidity, number of hospitalizations or severity of depression in depressive patients with anxiety syndrome.

Key words: depression, anxious syndromes, comorbidity.

Východiská a ciele klinickej štúdie

Názory na vzájomné vzťahy depresie a úzkosti sa formujú takmer celé storočie.

Dlhoročná diskusia vrcholila v 70. rokoch minulého storočia v kontexte s pripravovanou klasifikáciou duševných ochorení Americkej psychiatrickej asociácie DSM-III (1980), ktorá sa tak ako aj nasledujúce (DSM-IV, 1994 a MKCH-10, 1992) principiálne odlišuje od predchádzajúcich nozologických klasifikácií. Nové klasifikácie sú kategoriálne a prísne empirické. Diagnostické stratégie sa zameriavajú hlavne na určovanie čo najväčšieho počtu deskriptívnych informácií u jedného pacienta a explicitne vyžadujú zaznamenávať všetky diagnostické jednotky, pre ktoré sú splnené kritériá (Klerman et al., 1984). Dôsledkom sa stal nový fenomén – multiplicita psychiatrických diagnóz alebo tzv. psychiatrická komorbidita. Tá sa vo svojej extrémnej podobe vyskytuje práve pri depresívnych a úzkostných poruchách. Dramatické zvyšovanie psychiatrickej komorbidity je predmetom mnohých kritických ohlasov týkajúcich sa v súčasnosti platného a záväzného klasifikačného systému duševných porúch (Pincus et al., 2004, Maj, 2005).

Tradičný nozologický klasifikačný systém vychádzal z vedeckej paradigmy, podľa ktorej sa duševné poruchy zatriedovali do troch hierarchicky usporiadaných nozologických okruhov – organické (somatogénne), endogénne a psychoreaktívne poruchy. Takéto poňatie psychických porúch bolo známe ako „medicínsky model“, podľa ktorého sa chorobný stav (syndróm) pri jednotlivých nozologických jednotkách manifestuje svojím špeciálnym spôsobom. Diagnostická stratégia sa zameriava na analýzu určitého psychopatologického stavu, cieľom je určiť primárny syndróm (nozologicky špecifický) a sekundárne syndrómy. Hierarchický princíp predpokladá znalosť o primárnych a sekundárnych chorobných procesoch. V psychiatrii sú tieto procesy neznáme alebo len sčasti známe, opísané hypoteticky (Forgáčová et al., 2002).

Spoločný výskyt depresie a úzkosti sa podľa nových kategoriálnych klasifikácií duševných ochorení hodnotí ako komorbidita dvoch psychických porúch. Podľa nozologického modelu je špecifickosť úzkostných syndrómov nízka a môžu sa vyskytovať pri rôznych psychických poruchách ako sekundárne syndrómy (hierarchická diagnostika).

Prierezové aj prospektívne epidemiologické štúdie potvrdzujú tesnú koreláciu depresie a úzkosti. Napr. NCS (Na-

tional Comorbidity Survey) ukázala, že viac ako 60% pacientov s depresiou má úzkostnú poruchu. Na základe výsledkov týchto štúdií sa konštatuje, že spoločný výskyt (komorbidita) úzkosti a depresie je frekventovaný a nenáhodný a existencia depresie bez sprievodnej úzkosti sa považuje za extrémne zriedkavý jav (Kessler et al., 1994, 2005).

Klinické charakteristiky, ktoré sa najviac podieľajú na nepriaznivých dopadoch (dôsledkoch) komorbidity depresie a úzkosti sledovali viaceré výskumné tímy. Z výsledkov vyplýva, že komorbidita oboch stavov podmieňuje zhoršenie priebehu – zvyšuje závažnosť psychopatologických symptómov a zodpovedá za menší počet prípadov zotavenia (Roth et al., 1972, Stavrakaki a Vargo, 1986). Na základe ďalších nálezov možno konštatovať, že komorbidita zvyšuje riziko vzniku ďalšej poruchy, zvyšuje riziko suicídia a v neposlednom rade zhoršuje odpoveď na liečbu (Sartorius et al., 1996, Andrews et al., 2008).

Diskusie a vyššie uvedené údaje v odbornej literatúre ohľadom výskytu a vzájomného vzťahu depresie a úzkosti nás zaujali a v kontexte s týmito údajmi sme sa rozhodli uskutočniť retrospektívny klinický prieskum a prispieť aspoň malou mierou k objasňovaniu zložitých psychiatrických problémov. K tomu sme si zvolili nasledovné ciele:

1. Zistiť, ako často sa u hospitalizovaných pacientov na Psychiatrickej klinike Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave (PK SZU) vyskytuje depresia spolu s anxióznymi syndrómami.
2. Zistiť, aké diagnostické stratégie sa uplatňujú pri hodnotení výskytu anxiózných syndrómov pri depresii u hospitalizovaných pacientov.
3. Porovnať demografické a klinické charakteristiky u pacientov s depresiou s/bez anxiózných syndrómov (vek, pohlavie, počet hospitalizácií, forma a závažnosť depresie, suicidálny pokus, somatická komorbidita).

Materiál a metóda

Naším zámerom bolo vyhodnotiť chorobopisy hospitalizovaných pacientov na PK SZU v Bratislave v období 2005–2007 s rôznymi formami depresie podľa klasifikácie duševných ochorení MKCH-10 (1992). Do výskumného protokolu sme zaznamenávali všetky prípady organickej depresie

(F06.32) a všetky nasledujúce prípady unipolárnej depresie: depresívna epizóda stredne ťažkého stupňa (F32.1), ťažkého stupňa (F32.2), depresívna epizóda ťažká s psychotickými príznakmi (F32.3), rekurentná depresia, súčasná epizóda depresie stredne ťažkého stupňa (F33.1), depresívna epizóda ťažkého stupňa (F33.2) a depresívna epizóda s psychotickými príznakmi (F33.3). Vzhľadom na skutočnosť, že u hospitalizovaných pacientov je výskyt depresie ľahkého stupňa veľmi zriedkavý, sme túto formu depresie nezaznamenávali. Na základe psychiatrického vyšetrenia, psychopatologického rozboru a záveru v chorobopisoch sme zaznamenávali, u ktorých pacientov sa konštatoval súčasný výskyt depresie a anxiózneho syndrómu a určovali sme diagnostickú stratégiu:

- *Psychiatrická komorbidita.* Ak sa depresia aj úzkostná porucha označila v diagnostickom závere príslušným kódom podľa klasifikácie MKCH-10, diagnostickú stratégiu sme hodnotili ako psychiatrickú komorbiditu. Takýto záver predpokladá konštatovanie, že pre obe kódované poruchy sú podľa MKCH-10 splnené diagnostické požiadavky.
- *Hierarchická diagnostika.* Ak sa v chorobopise v diagnostickom závere hodnotila a podľa klasifikácie MKCH-10 kodovala depresia ako primárna porucha a úzkostný stav sa hodnotil ako sprievodný sekundárny syndróm (neurčoval sa kód úzkostnej poruchy) diagnostickú stratégiu sme považovali za hierarchickú (rozlišovanie primárneho a sekundárneho syndrómu).

Okrem diagnostickej stratégie sme do výskumného protokolu u každého pacienta s depresiou s/bez anxiózných syndrémov zaznamenávali nasledovné demografické a klinické charakteristiky: vek, pohlavie, počet hospitalizácií (vrátane poslednej, ktorú sme vyhodnocovali), typ depresie (organická, unipolárna), závažnosť depresie (stredne ťažká, ťažká a psychotická), suicidálny pokus pri poslednej hospitalizácii a somatickú komorbiditu (najmenej jedna somatická diagnóza pri poslednej hospitalizácii). Získané údaje sme podrobili štatistickej analýze, v rámci ktorej sme uvedené parametre porovnávali u pacientov s depresiou s/bez anxiózných syndrémov. Na štatistické vyhodnotenie rozdielov medzi rozložením početností sme použili chí-kvadrátový test, určili sme hladinu významnosti $P=0,05$.

Výsledky

Prezreli sme 1546 chorobopisov pacientov hospitalizovaných na PK SZU v období 2005–2007. Identifikovali sme 146 prípadov depresie (organické depresie F06, depresívne epizódy F32, rekurentná depresia F33). Z tohto súboru sa v 98 prípadoch zistili popri depresívnej poruche aj anxiózne syndrómy. Bez prítomnosti anxiózných syndrémov bolo 48 prípadov depresie. Uvedené hodnoty (v absolútnych číslach aj v %) a údaje o zastúpení mužov a žien sú uvedené v tabuľke 1.

Podrobnejšie sme analyzovali 146 chorobopisov pacientov s unipolárnou depresiou a organickou depresiou. U 98 pacientov (67,12 %) boli prítomné aj anxiózne syndrómy.

Tabuľka 1. Rozbor chorobopisov z obdobia 2005-2007.

Celkový počet chorobopisov	1546		
Počet prípadov depresie F06, F32, F33	146	100 %	Muži: 52 Ženy: 94
Depresie s anxióznym syndrómom	98	67,12 %	Muži: 33 Ženy: 65
Depresie bez anxiózneho syndrómu	48	32,88 %	Muži: 19 Ženy: 29

V tomto súbore bolo 18 pacientov s organickou depresiou a 80 pacientov s rôznymi formami unipolárnej depresie. Zo súboru 98 pacientov má diagnózu kódovanú ako psychiatrickú komorbiditu poruchy nálady a úzkostnej poruchy 8 pacientov (8,2 %). Pri diagnostickom hodnotení v ostatných 90 prípadoch (91,8 %) sa uplatnil hierarchický prístup, t.j. stanovila sa primárna diagnóza depresívnej poruchy a jej príslušný štatistický kód podľa MKCH-10. V diagnostickom závere bol explicitne uvedený sprievodný anxiózný syndróm. Neskúmalo sa, či prítomný anxiózný syndróm spĺňa diagnostické požiadavky pre niektorú z úzkostných porúch podľa MKCH-10.

V prípade organickej depresie vo všetkých prípadoch ($n=18$) sa uplatnila hierarchická diagnostika, v prípade unipolárnej depresie ($n=80$) bola komorbidita diagnostikovaná u 8 pacientov a v ostatných prípadoch hierarchický prístup (tab. 2).

Tabuľka 2. Diagnostické stratégie.

Typ depresie	Hierarchická diagnostika (%)	Komorbidita (%)
Organická depresia N=18	18 pacientov (100 %)	0
Unipolárna depresia N=80	72 pacientov (90,0 %)	8 pacientov (10 %)
Spolu: N=98	90 pacientov (91,8 %)	8 pacientov (8,2 %)

V súbore pacientov s depresiou s anxióznymi syndrómami ($n=98$) bol priemerný vek 55,3 roka a priemerný počet hospitalizácií 2,79. Počet mužov bol 33 a počet žien 65. Ďalšie hodnoty početností sledovaných parametrov tohto súboru sú uvedené v tabuľke 3.

Tabuľka 3. Prehľad základných početností v súbore pacientov s depresiou s anxióznymi syndrómami (n=98).

Organická depresia	Unipolárna depresia	Stredne ťažká	Ťažká depresia	Psychotická depresia	Suicidálny pokus	Somatická komorbidity
F06 32	F32	F32.1 F33.1	F32.2 F33.2	F32.3 F33.3		
18	80	46	20	14	13	65
18,4 %	81,6 %	57,5 %	25 %	17,5 %	13,3 %	66,3 %

Tabuľka 4. Prehľad početností v súbore pacientov s depresiou bez anxiózných syndrémov (n=48).

Organická depresia	Unipolárna depresia	Stredne ťažká	Ťažká depresia	Psychotická depresia	Suicidálny pokus	Somatická komorbidity
F06 32	F32	F32.1 F33.1	F32.2 F33.2	F32.3 F33.3		
12	36	20	11	5	8	31
25 %	75 %	55,6 %	30,6 %	13,8 %	16,7 %	64,6 %

Z údajov v tabuľke 3 vyplýva, že unipolárna depresia je u hospitalizovaných pacientov podstatne častejšia ako organická depresia. Najčastejšou formou unipolárnej depresie s anxióznymi syndrómami je stredne ťažká depresia (57 %) a najmenej častou je psychotická depresia (17,5 %). U 66,3 % pacientov sa vyskytovala najmenej jedna somatická diagnóza.

V súbore pacientov s depresiou s anxióznymi syndrómami (n=98) sme pri vyhodnocovaní rozdielov medzi rozložením početností (chi-kvadrátový test) zistili štatisticky významné rozdiely v niektorých sledovaných parametroch. Pacienti s organickou depresiou majú vyšší priemerný vek (73,6) ako pacienti s unipolárnou depresiou (52,6). Rozdiel je významný $t=7,1$ ($p<0.001$). Priemerný počet hospitalizácií je vyšší u pacientov s unipolárnou (2,79) ako u pacientov s organickou depresiou (1,88). Rozdiel je štatisticky významný $t=2,24$ ($p<0.05$). Somatická komorbidity je častejšia u pacientov s organickou depresiou. Rozdiel je významný ($\chi^2=17,88$, $p<0.001$).

V súbore pacientov s depresiou bez anxiózných syndrémov (n=48) bol priemerný vek 53,9, počet mužov 19 a počet žien 29. Ostatné hodnoty početností skúmaných parametrov sú uvedené v tabuľke 4.

Pri porovnaní oboch skupín (pacienti s depresiou s anxióznymi syndrómami a pacienti s depresiou bez anxiózných syndrémov) sme v žiadnom so sledovaných klinických

a demografických parametrov nezistili štatisticky významné rozdiely: priemerný vek (56,03 vs 53,9 $t=0,38$ $p=0,7$), priemerný počet hospitalizácií (2,79 vs 2,06, $t=1,55$, $p=0,12$), pohlavie ($\chi^2=0,49$ $p=0,48$), typ depresie ($\chi^2=3,26$ $p=0,35$), suicidálny pokus ($\chi^2=0,30$, $p=0,58$), somatická komorbidity ($\chi^2=0,04$ $p=0,83$).

Diskusia

Výsledky našej retrospektívnej klinickej štúdie ukázali, že výskyt úzkostných syndrémov pri depresii u hospitalizovaných pacientov je frekventovaný jav (67,12 % pacientov s depresiou má aj úzkostné syndrómy). Naše výsledky sa neodlišujú od rôznych zahraničných prieskumov. V Hamburgu sa uskutočnil prieskum zameraný na zisťovanie výskytu depresie, anxiety a somatizácie u pacientov v primárnej starostlivosti. Zistilo sa, že z 2091 pacientov v primárnej starostlivosti sa uvedené syndrómy vyskytujú až u 50 % pacientov. Autori konštatujú, že ide o časté prekrývanie syndrémov a vyvodzujú dôsledky aj pre klasifikáciu úzkostných a depresívnych porúch (Lowe et al., 2008). Aj veľká prierezová štúdia na americkom kontinente, zameraná na výskyt depresie a úzkosti v primárnej starostlivosti priniesla podobné údaje. Šanca spoločného výskytu oboch syndrémov je vysoká (OR=9,5) (Henningsen et al., 2009). O viac ako 50 % prekrývaní depresie a úzkosti v primárnej starostlivosti refe-

rujú aj ďalší autori (Maier a Falkai, 1999, Toft et al., 2005, Kroenke et al., 2007). Vzájomné prekrývanie symptómových profilov depresie a anxiózných stavov dokazujú aj validizované psychometrické škály (Clark et al., 1994). Len málo štúdií dokumentuje fakt, že depresia a anxieta sú odlišné samostatné entity (Kendall a Jablensky, 2003).

Výsledky nášho klinického prieskumu ďalej ukázali, že zo súboru 98 pacientov má diagnózu kódovanú ako psychiatrickú komorbiditu poruchy nálady a úzkostnej poruchy len 8 pacientov (8,2%). Pri diagnostickom hodnotení v ostatných 90 prípadoch (91,8%) sa uplatnil hierarchický prístup, t.j. stanovila sa primárna diagnóza depresívnej poruchy a jej príslušný štatistický kód podľa MKCH-10. Diagnostické stratégie v chorobopisoch ukazujú, že na našom pracovisku sa uprednostňuje syndrónová analýza psychopatologického stavu a skúmajú sa vzťahy medzi psychopatologickými syndrómami, kde z dvoch kombinujúcich sa syndrónov je jeden primárny a druhý sekundárny. Treba dodať, že hierarchický princíp predpokladá znalosť o primárnych (nozologicky špecifických) a sekundárnych chorobných procesoch. V psychiatrii sú tieto procesy neznáme alebo len sčasti známe, opísané hypoteticky. V tomto smere sú užitočné práce tzv. viedenskej školy, ktorí popisali primárne (osové) syndrómy, ktoré z hľadiska prebiehajúcej poruchy považujú za špecifické a poukázali aj na ich vzájomné vzťahy s menej špecifickými sekundárnymi syndrómami (Berner et al., 1983, 1992). Z domácich autorov sa zákonitostiam psychopatologickej výstavby zložitejších chorobných stavov venuje Fleischer (1997).

Dôsledkom diagnostickej stratégie nových klasifikačných systémov DSM-IV a MKCH-10 je psychiatrická komorbidita, ktorá nezodpovedá klinickej realite. Napríklad v epidemiologických prieskumoch, ktoré posudzovali výskyt depresie a úzkostných porúch na základe kritérií DSM-IV sa komorbidita oboch porúch hodnotila až v 60% (Kessler et al., 1994). Už dnes sa formujú predstavy o tom, ako predísť v pripravovaných verziách klasifikácie excesívnym prípadom komorbidity. Zvažuje sa možnosť uplatňovať hierarchický prístup v diagnostike. Napríklad, ak budú splnené diagnostické kritériá pre poruchu A aj B, tak by sa podľa klasifikácie mali kódovať obe. Ak sa však jedna z nich považuje za primárnu a druhá predstavuje len pridružené prejavy (syndrómy), tak sa bude kódovať iba primárna diagnóza (Pincus, 2004).

Z údajov zahraničných longitudinálnych prieskumov vyplýva, že súčasný výskyt depresie a úzkosti podmieňuje zhoršenie priebehu – zvyšuje sa závažnosť psychopatologických symptómov, je menší počet prípadov zotavenia, zvyšuje sa riziko vzniku ďalšej poruchy, zvyšuje sa riziko suicídia (Roth et al., 1972, Stavrakaki a Vargo, 1986, Sartorius et al., 1996). My sme v skupine pacientov s depresiou s anxióznymi syndrómami a depresiou bez anxiózných syndrónov nezistili žiadne štatisticky významné rozdiely v sledovaných klinických a demografických parametroch (vek, pohlavie, počet hospitalizácií, suicídne pokusy, somatická komorbidita). Je možné, že pri väčšom počte sledovaných pacientov, by sa štatisticky významný rozdiel ukázal.

Najčastejšou formou depresie s anxióznymi syndrómami u hospitalizovaných pacientov v našom sledovanom súbore je stredne ťažká depresia. Pri tejto forme sa najčastejšie vyskytuje somatická komorbidita. Najmenej často sa vyskytuje psychotická depresia, pri tejto forme sa len zriedka vyskytuje somatická komorbidita.

Záver

Prvým cieľom našej retrospektívnej klinickej štúdie bolo zistiť, ako často sa pri depresii u hospitalizovaných pacientov v našom psychiatrickom zariadení vyskytujú anxiózne syndrómy. Prezreli sme 1546 chorobopisov pacientov hospitalizovaných na PK SZU v období r. 2005–2007 a zistili sme, že zo 146 prípadov organickej a unipolárnej depresie sa anxiózne syndrómy vyskytujú v 98 prípadoch (67,12%).

Druhým cieľom bolo zistiť, aké diagnostické stratégie sa uplatňujú pri hodnotení výskytu anxiózných syndrónov pri depresii u hospitalizovaných pacientov. Po vyhodnotení získaných údajov konštatujeme, že na Psychiatrickej klinike SZU v Bratislave sa v prípade výskytu depresie a anxiózných syndrónov preferuje hierarchická diagnostika (90 z 98 pacientov). Len 8 pacientov z 98 prípadov má diagnózu kódovanú ako komorbiditu poruchy nálady a úzkostnej poruchy.

Posledným cieľom klinickej štúdie bolo porovnať vybrané demografické a klinické charakteristiky u pacientov s depresiou s/bez anxiózných syndrónov (vek, pohlavie, počet hospitalizácií, forma a závažnosť depresie, suicídny pokus, somatická komorbidita). Nezistili sme žiadne štatisticky významné rozdiely v početnostiach sledovaných parametrov v skupine pacientov s depresiou s anxióznymi syndrómami a depresiou bez anxiózných syndrónov.

Z ďalších údajov vyplýva, že unipolárna depresia je u hospitalizovaných pacientov podstatne častejšia ako organická depresia. Najčastejšou formou unipolárnej depresie s úzkostnými syndrómami je stredne ťažká depresia (57%) a najmenej častou je psychotická depresia (17,5%). U 66,3% pacientov sa vyskytovala najmenej jedna somatická diagnóza. Spoločný výskyt (prekrývanie) depresívnych, úzkostných a somatických syndrónov je u hospitalizovaných pacientov frekvencovaný jav. Túto skutočnosť je potrebné brať do úvahy pri určovaní terapeutického plánu a dlhodobého manažmentu týchto pacientov.

Príspevok odznel ako prednáška na IX. slovenskom psychiatrickom zjazde 24.–27.6.2010 v Levoči.

Literatúra

1. Andrews G., Anderson T.M., Slade T., Sunderland M.: Classification of anxiety and depressive disorders: Problems and solutions. *Depression and Anxiety*, 25, 2008, s. 274-291.

2. **Berner P., Gabriel E., Katschnig H., Kieffer W. et al.:** Diagnostic criteria for Functional psychoses. Cambridge: Cambridge University Press, 1992.
3. **Berner P., Katschnig H.:** Principles of "multiaxial" classification in psychiatry as basis of modern methodology. In: Helgason: Methods in evaluation of psychiatric treatment. Cambridge: Cambridge University Press, 1983.
4. **Clark D.A., Steer R.A., Beck A.T.:** Common and specific dimensions of self-reported anxiety and depression: implications for the cognitive and tripartite models. *J. Abnorm. Psychol.*, 103, 1994, s. 645-654.
5. **DSM-IV.** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (The 4th ed.), Washington, DC.: APA, 1994.
6. **Fleischer J.:** Zákonnosti symptomatologickej výstavby psychických porúch (1990). Klinicko-psychopatologické problémy, Bratislava, Psychiatrická klinika LFUK a FN: Lundbeck, 1997, s. 27-32.
7. **Forgáčová Ľ., Koníková M., Zacharová Z.:** Problém nozologickej špecifickosti psychopatologických syndrómov. *Čes. a slov. Psychiatrie*, 98, 2002 (8), s. 443 - 446.
8. **Henningsen H.G., Herzog W., Sauer N., Schaefer R., Szecsenyi J., Lowe B.:** Depression, anxiety, and somatoform disorders: vague or distinct categories in primary care? Results from a large cross-sectional study. *J. Psychosom. Res.*, 67, 2009, č. 3, s. 189-197.
9. **Kendell R., Jablensky A.:** Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *Am. J. Psychiatry*, 160, 2003, s. 4-12.
10. **Kessler R.C., Mc Gonagle K.A., Zhao S., Nelson C.B., Hughes M., Eshleman S., Wittchen H.U., Kessler K.S.:** Lifetime and 12 month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch. Gen. Psychiatry*, 51, 1994, s. 8-19.
11. **Kessler R.C., Chiu W.T., Demier O., Walters E.E.:** Prevalence, severity and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch. Gen. Psychiatry*, 62, 2005, s. 617-627.
12. **Klerman G.L., Vaillant G.E., Spitzer R.L., Michels R.:** A Debate on DSM -III. *Am. J. Psychiatry*, 141, 1984, s. 539-556.
13. **Kroenke K., Spitzer R.L., Williams J.B.W., Monahan P.O., Löwe B.:** Anxiety disorders in primary care: Prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Annals of Internal Medicine*, 146, 2007, č. 5, s. 317-325.
14. **Lowe B., Spitzer R.L., Williams J.B., Mussell M., Schellberg D., Kroenke K.:** Depression, anxiety and somatization in primary care. Syndrome overlap and functional impairment. *Gen. Hosp. Psychiatry*, 30, 2008, č. 3, s. 191-199.
15. **Maier W., Falkai P.:** The epidemiology of comorbidity between depression, anxious disorders and somatic diseases. *International Clinical Psychopharmacology*, 14, 1999, (suppl. 2), s. 1-6.
16. **Maj M.:** Psychiatric comorbidity-an artifact of current diagnostic systems. *Br. J. Psychiatry*, 186, 2005, s. 182-184.
17. **MKCH-10.** Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Praha: Psychiatrické centrum, 1992. 282 s. "Zprávy" č. 102.
18. **Pincus H.A., Tew J.D., First M.B.:** Psychiatric comorbidity: Is more less? *World Psychiatry*, 3, 2004, s. 18-23.
19. **Roth M., Gurney C., Garside R.F., Keer T.A.:** The relationship between anxiety states and depressive illness. Part I. *Br. J. Psychiatry*, 121, 1972, s. 147-146.
20. **Sartorius N., Ustun T.B., Lecrubier Y., Wittchen H.U.:** Depression comorbid with anxiety: results from WHO study on psychological disorders in primary health care. *Br. J. Psychiatry*, 168, 1996, (suppl. 30), s. 38-43.
21. **Stavrakaki Ch., Vargo B.:** The relationship of Anxiety and Depression: A review of the Literature. *Br. J. Psychiatry*, 149, 1986, s. 7-16.
22. **Toft T., Fink P., Oemboel E., Christensen K., Frostholm L., Olesen F.:** Mental disorders in primary care: prevalence and comorbidity among disorders. Results from the functional illness in primary care (FIP) study. *Psychol. Med.*, 35, 2005, s. 1175-1184.

Do redakcie došlo 10.10.2010.