

Deprese v ordinaci praktického lékaře

MUDr. Radim Kubínek

Klinika psychiatrie FN Olomouc

Článek rekapituluje problematiku deprese z pohledu praktického lékaře, jakožto častého a závažného medicínského tématu. Uvádí přehled diagnostických a farmakoterapeutických postupů a doplňuje některé elementární psychoterapeutické náměty, jež by neměly být opomíjeny ani v primární péči.

Klíčová slova: deprese, screening, diagnostika, léčba.

Depression in the GP's surgery

The paper reviews the issue of depression from the perspective of a general practitioner as being a common and serious medical topic, presents an overview of diagnostic and pharmacotherapeutic strategies and adds some elementary psychotherapeutic issues that should not be neglected even in the primary care.

Key words: depression, screening, diagnosis, treatment.

Med. praxi 2011; 8(10): 424–427

Úvod

Deprese je závažným biologickým onemocněním mozku, které však postihuje celý organizmus. Nemocnému přináší trápení, narušuje jeho adaptaci na běžné životní okolnosti, zkracuje jeho sebeobraz, zastírá jeho perspektivu a směřuje ho k izolaci. Léčba deprese představuje významný interdisciplinární medicínský problém a praktický lékař v tomto procesu hraje důležitou roli. Léčba se odvíjí od základního povědomí o epidemiologických a etiopatogenetických faktorech onemocnění, znalosti symptomatologie a diferenciální diagnostiky. V pojetí praktického lékaře zahrnuje bohaté farmakoterapeutické možnosti, ale i elementární psychoterapeutické postupy.

Několik vět o depresi

Deprese je častá. Je jedním z nejčastějších onemocnění. Celoživotní riziko pro rozvoj deprese se pohybuje mezi 20–25 % u žen a 7–12 % u mužů. Bodová prevalence, která vyjadřuje, kolik lidí trpí depresí v daný čas, je 3–9 % (1).

Deprese může být komorbiditou somatického onemocnění. Vztah deprese a somatického onemocnění je komplexní. Deprese může být jedním z jeho prvních symptomů, může komplikovat a zhoršovat jeho prognózu, ale může ho i napodobovat. Uvádá se, že deprese je přítomna u 9–16 % nemocných v ambulantních somatických lékařů (2). Bývá poddiagnostikována a neadekvátně léčena. Pouze u 34,9 % pacientů, u nichž byl plně rozvinut obraz depresivní poruchy, byla deprese správně rozpoznána a léčena již v primární péči (3). Je potřeba si uvědomit, že deprese není jen pochopitelnou a přirozenou reakcí pacienta na přítomnost tě-

lesné nemoci a omezení, která s sebou nese. Nejčastěji provází onkologická onemocnění, kardiovaskulární onemocnění, organická poškození mozku, endokrinní poruchy, infekční choroby či avitaminózy.

Deprese je multifaktoriálním onemocněním. Význam emocí v adaptaci člověka je tak všeprostupující, že ani jejich poruchy nelze vysvětlit omezeným výčtem příčin. Hovoříme spíše o etiopatogenetických faktorech, které se mohou v různé míře a zastoupení podílet na rozvoji a průběhu deprese. Didakticky lze tyto faktory rozdělit na biologické (heredita a genetické faktory, biologické účinky stresu, desynchronizace biologických rytmů, imunoneuroendokrinní změny, neurochemické proměnné) a psychosociální (výchova, inter- a intrapersonální kontext). Je ale zřejmé, že jsou jednotlivé faktory provázané a vzájemně se ovlivňují.

Management deprese z pohledu praktického lékaře

Záchyt. K aktivnímu vyhledávání deprese postačí dvě otázky, které jsou součástí u nás prověřeného screeningového dotazníku PRIME MD2. Týkají se smutné nálady, beznaděje a pocitů selhání, a ztráty zájmů a potěšení z věcí a aktivit, které dříve radost přinášely, během posledního měsíce. Odpoví-li pacient alespoň na jednu otázku kladně, je vhodné pokračovat v diagnostice deprese.

Diagnostika a diferenciální diagnostika. Vychází ze zhodnocení příznaků (viz tabulka 1), délky trvání, průběhových charakteristik, opakovaného výskytu depresivních či manických příznaků v minulosti a ze zvážení a případného vyloučení jiných možných příčin, jež depresivní

symptomatika může provázet (abúzus psychoaktivních látek, somatické onemocnění, některé léky-kortikosteroidy, benzodiazepiny, cytostatika, anabolické steroidy, antagonisté H₂ receptorů, hormonální kontraceptiva, některá antibiotika, některá antihypertenziva). Některé své potíže pacient s depresí nespojuje. Týká se to zejména somatizace, chronických migrujících bolestí, poruch spánku, nechutenství či zácpy. Somatizace je častým projevem deprese, zejména u seniorů. Dalším ze snadno zaměnitelných příznaků deprese jsou poruchy paměti. Pacient udává nesoustředěnost, problémy se rozhodovat, zapamatovávat si; někdy zapomíná pracovní postupy. Hovoříme o depresivní pseudodemenci. Od pravé demence se liší zejména tím, že je časově dobře ohraničená, pacient své stížnosti líčí s výrazem velké nepohody, má tendenci je zveličovat a vykazuje velký nepoměr v úspěšnosti odpovědí na otázky přibližně stejné tíže. Vlivem léčby dochází k vymizení příznaků napodobujících demenci. Zároveň ne u každého, kdo přichází s ideou deprese bývá reálně diagnostikována. Při vyšetření nám může pomoci objektivní anamnéza od rodiny či blízkých („poslední dobou je líný a není možno ho vykopat z postele, zanechal koníčeků – většinu času jen hledí do neznáma...“), ale i znalost pacienta, jeho zvyklých způsobů reagování a nově přítomných změn (zpomalení **psychomotiky**, oblenění emočních reakcí, hypomimie, tišší řeč). Při pozorování nemocného během vyšetření musíme však brát na zřetel, že deprese – jakkoliv se promítá do tělesných příznaků a projevů – je převážně o subjektivním vnímání postiženého a nepřítomnost depresivní facies či občasné úsměvy a bodrý výraz není pro depresi vylučujícím kritériem.

Tabulka 1. Diagnostická kritéria dle MKN 10

Lehká depresivní epizoda	Středně těžká depresivní epizoda	Těžká depresivní epizoda bez psychotických příznaků	Těžká depresivní epizoda s psychotickými příznaky
A. Obecná diagnostická kritéria pro depresivní epizodu: G1. Trvání alespoň 2 týdny G2. V průběhu života se nikdy nevyskytly příznaky hypománie nebo mánie G3. Není způsobena užíváním psychoaktivních látek nebo organickou duševní poruchou			
B. Musí být přítomny z následujících příznaků:			
alespoň dva	alespoň dva	všechny tři	všechny tři
1. depresivní nálada v míře jednoznačně abnormální pro daného jedince, přítomna po většinu dne a téměř každý den a trvající alespoň 2 týdny 2. ztráta zájmů nebo potěšení při aktivitách, které jsou normálně příjemné 3. pokles energie nebo zvýšená unavitelnost			
C. Z následujícího seznamu přídatných symptomů musí být přítomny:			
jeden nebo více	Celkem B a C alespoň šest	Celkem B a C alespoň osm	Celkem B a C alespoň osm
1. ztráta sebevědomí nebo sebeúcty 2. bezpředmětné prožívání výčitek proti sobě samému nebo pocitů nadměrné a bezdůvodné viny 3. opakované myšlenky na smrt nebo sebevraždu nebo jakékoli suicidální chování 4. stížnosti nebo důkazy svědčící o snížené schopnosti myslet nebo soustředit se, o nerozhodnosti nebo váhavosti 5. změna psychomotorické aktivity s agitovaností nebo zpomalením (subjektivně nebo objektivně) 6. poruchy spánku jakéhokoliv typu 7. změna chuti k jídlu (snížení nebo zvýšení) s odpovídajícími změnami hmotnosti			
D. Kterýkoli z následujících okruhů:			
nesmí být přítomen	nesmí být přítomen	nesmí být přítomen	musí být přítomen alespoň jeden
1. bludy nebo halucinace, jiné než uváděné jako typicky schizofrenní, nejčastěji mají depresivní, sebeobviňující, hypochondrický, nihilistický, paranoidní nebo perzekuční obsah 2. depresivní stupor			

Indikace psychiatrické intervence. Léčbu je vhodnější přenechat psychiatrovi tehdy, když si to sám pacient přeje, nebo když má praktický lékař diagnostické pochybnosti. Jasnou indikací psychiatrické péče je těžká depresivní fáze, kdy je vyjádřených osm a více z výše uvedených příznaků. Psychotická deprese, farmakorezistentní deprese, kdy je nedostatečná odpověď na dvě antidepresiva z různých farmakologických skupin, podávaná v účinné dávce a po dobu 4–6 týdnů (4), ale i rekurentní či bipolární deprese, která vyžaduje specifický terapeutický přístup. Indikací akutní hospitalizace je agitovanost či naopak depresivní útlum až stupor, anorexie a suicidální pokus či riziko suicidálního jednání.

Léčbu deprese nepředstavují jen farmaka. Prvním krokem v léčbě je vlídné přijetí pacienta, podpora a práce na terapeutickém vztahu. Následně probíhá edukace, kdy nemocnému nastíníme základní aspekty onemocnění, jeho četnost a etiopatogenezi. Vysvětlíme mu, že některé příznaky, které mylně pokládal za své slabosti či selhání, jsou ve skutečnosti známými symptomy, principiálně podobnými jako jiné, které má ve větším povědomí. Můžeme použít příkladu a analogie se somatickým onemocněním, které je pro pacienta často lépe srozumitelné co do příčin, příznaků i důsledků. Dále pacienta ujistíme v tom, že deprese je léčitelná, že tyto příznaky vlivem

léčby postupně odezní, a nabídneme mu výčet terapeutických alternativ (tedy zejména farmaka a psychoterapii, eventuálně další postupy, již v režii psychiatra). Pacienta vytrvale motivujeme k léčbě a informujeme o možnosti případné psychiatrické konzultace, bude-li si to přát. Tuto eventualitu zmíníme tak, aby pro nemocného skýtala co možná nejmenší stigma.

Farmakoterapie. Arzenál praktického lékaře v léčbě deprese představují zejména antidepresiva a anxiolytika. Antidepresiva jsou indikována téměř u všech depresivních poruch. Je potřeba si ale uvědomit jejich možnosti a limity a zároveň o nich vhodně edukovat pacienta. Nelze je jen předepsat a beze slova vydat nemocnému. Ten by měl být informován o tom, co tímto krokem sledujeme (ovlivnění a normalizace přenosu signálů v mozku). Neměl by podléhat ve vztahu k medikaci nereálným očekáváním (vyřešení vleklých sociálních a ekonomických problémů, dosažení štěstí a spokojenosti apod.). Měl by vědět o latenci nástupu účinku (10–14 dnů) a také o tom, že po nasazení mohou výrazně převažovat nežádoucí účinky léku (např. útlum, sucho v ústech, zácpa, občas rozmazané vidění, závratě při náhlé změně polohy) než pomoc, kterou perspektivně nabízejí. Vysadili-li pacient lék dříve, než se mohl uplatnit jeho efekt, s tím, že mu nepomáhá, nebo dojde-li k výskytu nežádoucích účinků, na které nebu-

de dotýčný připravený, hrozí, že ztratíme jeho důvěru v léčbu. Dále by pacient měl být zpraven o předpokladu, že bude léky užívat několik měsíců (nejméně 6 měsíců), sic hrozí návrat depresivních příznaků, a měl by být ubezpečen, že se nejedná o léky vyvolávající závislost (tedy že k dosažení efektu nebude třeba neustále zvyšovat dávku). Kvůli prevenci vzniku nežádoucích účinků zahajujeme léčbu nízkou, avšak pokud možno již účinnou dávkou antidepresiva, kterou postupně titrujeme na plnou léčebnou dávku. Často pomůže, když pacient užije lék s jídlem. Přechodně v počátku léčby kombinujeme antidepresiva s benzodiazepiny. Tato kombinovaná léčba přináší rychlejší zlepšení stavu a snižuje pravděpodobnost vyrazení pacienta z léčby. Podávání benzodiazepinů je krátkodobé, kdy na rozdíl od antidepresiv riziko vzniku závislosti je poměrně výrazné; objevuje se u třetiny pacientů již za čtyři týdny (5, 6).

Antidepresiva první volby jsou v současnosti SSRI. Mechanismus jejich účinku je inhibice zpětného vychytávání serotoninu. SSRI jsou vhodné i v léčbě seniorů či pacientů se somatickými komorbiditami, např. kardiovaskulárním onemocněním (7, 8, 9). Naopak nejsou vhodné k léčbě pacientů trpících sexuální dysfunkcí, dlouhodobou insomnií či agitovaností. Jako nejlepší volba pro začátek léčby se ukazuje escitalopram a sertralin, jelikož mají

nejlepší poměr mezi účinností a snášenlivostí (10). Pro potřeby praktického lékaře byl dále uvolněn i venlafaxin, jakožto reprezentant SNRI (selektivní inhibitor zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu). SNRI jsou podle výsledků metaanalýz účinnější než SSRI. Venlafaxin dosahoval remise u 45 % pacientů, zatímco SSRI pouze u 35 % (4, 11). Venlafaxinu lze s výhodou užít tam, kde je snížené psychomotorické tempo, hypersomnie, ale i úzkostná symptomatologie. Dále má praktický lékař k dispozici mirtazapin, jakožto noradrenergní a selektivní serotoninergní antidepresivum. Mirtazapin je vhodné použít v léčbě depresivní poruchy spojené s úzkostí, agitovaností a insomnií, u pacientů se sexuální dysfunkcí navozenou SSRI, nauzeou či jinými gastrointestinálními obtížemi a u pacientů se ztrátou hmotnosti v rámci deprese. Naopak nevhodný je tam, kde je hypersomnie, zpomalení psychomotoriky či nadváha. Ve výčtu figuruje konečně i trazodon, antagonist serotoninových receptorů a inhibitor zpětného vychytávání serotoninu (SARI). Jeho užití je výhodné zejména u pacientů trpících nespavostí, agitovaných či úzkostných. Antidepresivní potenciál roste s dávkou. Naopak se upouští od podávání tricyklických antidepresiv. Důvodem je relativně častý výskyt nežádoucích účinků (zejména anticholinergních) a také vysoké riziko letální intoxikace již při 5–6 násobku terapeutické dávky.

Cílem první fáze léčby je dosažení remise, tedy vymizení depresivních symptomů, ev. jejich redukce o minimálně 75 %. Podaří-li se dosáhnout remise, měli bychom v zavedené léčbě při stejných dávkách antidepresiva pokračovat minimálně dalších 4–6 měsíců. Je třeba počítat s tím, že depresivní porucha má jasnou tendenci k rekurenci, a to i při léčbě. Rekurenci rozumíme návrat depresivních symptomů v období úzdravy, tedy stavu dlouhodobé alespoň 4 měsíční remise. U 50 % pacientů, kteří dosáhli remise, dochází k relapsu či rekurenci do 2 let a do 6 let je to dokonce u 90 % pacientů (12, 13). Proto často přistupujeme k udržovací, profylaktické léčbě. Ta je indikována zejm. tam, kde první fáze deprese začíná ve vyšším věku (po 60. roce) nebo u mladistvých (před 20. rokem), u pacientů se třemi depresivními fázemi v anamnéze, u pacientů se dvěma fázemi v anamnéze a pozitivní rodinnou anamnézou či rizikem suicidia, a tam, kde deprese nasedá na dystymii („zdvojená deprese“). Nedojde-li k dosažení remise po 4–6 týdnech, je třeba léčebnou strategii přehodnotit. Nejprve je dobré ověřit spolupráci a dotázat se pacienta, zda léky vůbec užívá, případně proč je vysadil (nežádoucí účinky, ekonomické důvody, obava ze stigmatizace, ale i pozadí hrozící ztráty sekundárních výhod). Pacienti s reziduálními depresivními symptomy jsou ohroženi 4x vyšším rizikem relapsu oproti pacientům, kteří dosáhli kompletní remise (14). Možným nástrojem pro

zvládnutí nedostatečné odpovědi na léčbu je zvýšení dávek antidepresiva až do maximální deklarované dávky. Současné důkazy o účinnosti této strategie jsou ale sporné (15). Další možností v léčbě je změna antidepresiva nebo jejich kombinace. Nebude-li ani potom zřejmý dostatečný efekt, je vhodnější předat pacienta do péče psychiatra, který může augmentovat léčbu antipsychotiky či lithiem, obohatit ji o systematickou psychoterapii či indikovat elektrokonvulzivní léčbu.

Psychoterapie

Je až zarážející, kolik je ve zvykle publikovaných výčtech terapeutických alternativ deprese dáváno prostoru farmakoterapii na úkor psychoterapie, přestože bylo prokázáno, že u lehké a středně těžké deprese je psychoterapie srovnatelně účinná. Mezi metody s dokumentovanou účinností patří zejm. kognitivně-behaviorální terapie, interpersonální psychoterapie depresí a krátká dynamická psychoterapie. Nelze samozřejmě očekávat, že praktický lékař povede systematickou psychoterapii pacienta trpícího depresí. Nicméně elementární psychoterapeutické kroky a postupy může zapojit do léčby již od jejího samotného začátku. V podstatě každý kontakt lékaře s nemocným může mít psychotherapeutický efekt. Zpravidla přitom stačí jen o depresi s nemocným mluvit a pomoci mu lépe rozumět, jak nemoc mění jeho uvažování, jak prohlubuje dysfunkční přesvědčení o sobě či

Tabulka 2. Tabulka antidepresiv, jež má k dispozici praktický lékař (vynechány TCA, jejichž použití není v primární péči doporučováno; neobsahuje všechny obchodní názvy)

Generický název	Obchodní název	Dávka (mg)	Nežádoucí účinky	Základní charakteristika
escitalopram	Ciprallex, Esoprex, Elicea, Escitil, Lenuxin	10–20		Patří mezi nejúčinnější a nejlépe snášená antidepresiva; má rychlejší nástup účinku než citalopram a méně NÚ, vč. vlivu na sexuální funkci
sertralin	Zoloft, Asentra, Apo-sertral, Serlift, Stimuloton	50–200	Serotoninergní: nauzea, vomitus, průjem, afektivní tenze, úzkost, cefalea, tremor, insomnie	Patří mezi nejúčinnější a nejlépe snášená antidepresiva; má rychlý nástup účinku
citalopram	Seropram, Citalec, Citalon, Cita, Apo-cital, Pram, Citalopram, Cerotor, Zyloram	20–60	Sexuální dysfunkce: opoždění či chybění orgazmu, opoždění ejakulace, poruchy libida	Nejselektivnější ze všech SSRI, má nejméně lékových interakcí ze všech SSRI
fluoxetin	Deprex, Prozac, Fluzak, Apo-fluoxetin	20–50	Syndrom z náhlého vysazení: „flu-like“, insomnie, nauzea, anxieta	Lehce aktivuje; má dlouhý vylučovací poločas
fluvoxamin	Fevarin	100–300		Ze všech SSRI nejvíce tlumivý a podává se na noc; dobrý anxiolytický efekt
paroxetin	Remood, Apo-parox, Arketis, Parolex, Seroxat	20–50		Nejmohutnější inhibice zpětného vychytávání serotoninu; nejméně selektivní, velmi dobrý anxiolytický efekt
mirtazapin	Esprital, Mirzaten, Mirtazapin	30–45	Útlum, spavost, zvýšená chuť k jídlu a nárůst hmotnosti	Patří mezi nejúčinnější antidepresiva; noradrenergní a specifické serotoninergní antidepresivum; anxiolytický, antidepresivní a sedativní/hypnotický efekt; minimum sexuálních dysfunkcí
trazodon	Trittico	150–600	Spavost, útlum, závratě, bolest hlavy, hypotenze, závratě, sucho v ústech, priapismus	Mírná inhibice zpětného vychytávání serotoninu a silný blokátor serotoninových receptorů; dobrý anxiolytický a hypnotický efekt, mírný výskyt sexuálních dysfunkcí

okolním světě a jaké má dopady na jeho jednání; na uzavírání se do pasivity, izolace, vyhýbavosti a zabezpečování. Léčba má vést ke zmírňování důsledků deprese a tím přispět k odstraňování faktorů, které se podílejí na jejím udržování.

Úprava režimu a pravidelná fyzická aktivita. Často po přijetí na oddělení pozorujeme, že u nemocného dochází ke zmírnění depresivní symptomatologie ještě dříve, než lze reálně očekávat nástup účinku antidepressiv. Pozitivní vliv může mít zejména úprava režimových opatření a pravidelnost běžných denních aktivit jako je jídlo, spánek i fyzická aktivita. V tomto směru lze vést a motivovat pacienta i v ambulantních podmínkách.

Odstranění pasivity. Ztráta chuti do aktivit a nedostatek uspokojení, které přinášejí, vede k tomu, že pacient propadá pasivitě. Bolestně si uvědomuje, že nezvládne ani zdaleka tolik, kolik zvládnul dříve. Raději nedělá nic, což ho jen utvrzuje v tom, že je vše marné. Odstranit pasivitu lze plánováním aktivit, postupným zvyšováním zátěže a odměňováním se za každý dílčí úspěch. Nemocnému je třeba opakovat, že prodělává depresi a nemůže se srovnávat se svou premorbidní kondicí, nýbrž s úrovní výchozí. Naplánované aktivity je pak možné nabídnout jako určitý program rehabilitace.

Odstranění vyhýbavosti a zabezpečování. Pacient trpící depresí odkládá činnosti, přenechává náročnější úkoly na druhých, neustále se ujišťuje a není s to se rozhodovat ze strachu z chybného kroku. Tím se prohlubuje jeho pocit inkompetence a klesá jeho sebevědomí. Pozvolným a řízeným odstraňováním vyhýbavosti naopak dochází k posilování sebevědomí a zmírnění negativních pocitů.

Konstruktivní řešení problémů. Rozvoj deprese mohou rámovat vleklé sociální či ekonomické těžkosti. S depresí postupně slábne motivace a schopnost nemocného tyto záležitosti adekvátně řešit. Pacient je tak leckdy uzavřen do pocitů marnosti a bezvýchodnosti, které depresi dále prohlubují a udržují. Někdy lze postiženému pomoci nástinem vhodných řešení situace, stanovením parciálních dosažitelných cílů a motivací do jejich realizace, jež může vést k vymanění se z beznaděje.

Změna postojů k sobě samému a okolí. Nemocný se pod vlivem deprese domnívá, že za nic nestojí, že si nic nezaslouží a že jím okolí pohrdá, případně že všichni kolem něj žijí plnohodnotnější a spokojenější životy. Lékař může citlivým dotazováním pomoci pacientovi odhalit a změnit depresivní schéma, jehož

Schéma 1. Management deprese

1. Záchyt deprese – PRIME MD2
2. Diagnostika a diferenciální diagnostika deprese
a) Zhodnocení symptomů
b) Anamnéza: délka trvání příznaků, opakovaný výskyt, mánie v minulosti, abúzus psychoaktivních látek, somatická nemoc, léky
c) Závažnost
d) Riziko suicidia
■ Deprese nepřítomna → nevyžaduje psychiatrickou léčbu
■ Fyziologický smutek → empatie, podpora
■ Toxometabolická deprese → kauzální léčba; léčba závislosti
■ Bipolární porucha → péče specialisty
■ Rekurentní deprese → péče specialisty
■ Deprese u schizoafektivní poruchy → péče specialisty
■ Těžká deprese či riziko suicidia → péče specialisty, akutní hospitalizace
3. Léčba (unipolární deprese)
a) Farmakoterapie – antidepressiva, anxiolytika → edukace, plán léčby, možnosti a limity, délka užívání, možné nežádoucí účinky; léky první volby SSRI (escitalopram, sertralin), cílem je dosažení remise; případné zvýšení dávek či změna antidepressiva – jiné SSRI, mirtazapin, venlafaxin, trazodon; nebude-li efekt, pak péče specialisty
b) Psychoterapie: empatie a podpora, edukace, režim a fyzická aktivita, odstranění pasivity a vyhýbavosti, řešení problémů, změna postojů k sobě a okolí

korekce vede ke změně zkreslených postojů a následně k úlevě.

Závěr

Deprese je závažným duševním onemocněním, jehož diagnostika a léčba je interdisciplinárním problémem. Rozpoznání jeho příznaků, diferenciální diagnostika a první kroky v léčbě, jsou často úkolem právě praktického lékaře. Farmakologické možnosti je vhodné od začátku léčby doplnit o psychoterapii. Ta nabízí pacientovi přijetí, podporu a pochopení. Umožňuje mu uvědomit si, jak deprese mění jeho uvažování a jak se promítá do jeho zájmů. Vede pacienta k postupnému mírnění dopadů deprese, změně postojů k sobě samému a okolí, odstraňování vyhýbavosti, zabezpečování a pasivity, které se mohou podílet na udržování deprese navzdory adekvátní farmakologické léčbě.

Článek přijat redakcí: 8. 8. 2011
Článek přijat k publikaci: 29. 9. 2011

Literatura

1. Smolík P. Duševní a behaviorální poruchy. Průvodce klasifikací. Nástin nosologie. Diagnostika. Praha: Maxdorf, 1996.
2. Katon W, Schluberg H. Epidemiology of depression in primary care. Gen Hosp Psychiatry 1992; 14: 237–247.
3. Coyne JC, Schwenk TL, Fechner-Bates S. Nondetection of depression by primary care physicians reconsidered. Gen Hosp Psychiatry 1995; 17: 3–12.
4. Thase ME, Howland RH, Friedman ES. Treating antidepressant nonresponders with augmentation strategies: an overview. J Clin Psychiatry 1998; 59(Suppl 5): 5–12.
5. Noyes R Jr, Garvey MJ, Cook BL, Perry PJ. Benzodiazepine withdrawal: a review of the evidence. J Clin Psychiatry 1988; 49(10): 382–389.

6. Schweizer E, Rickels K. 1266. Benzodiazepine dependence and withdrawal: a review of the syndrome and its clinical management. Acta Psychiatr Scand Suppl. 1998; 393: 95–101. Review.
7. Mittmann N, Herrmann N, Einarson TR, Busto UE, Lanctôt KL, Liu BA, Shulman KI, Silver IL, Narango CA, Shear NH. The efficacy, safety and tolerability of antidepressants in late life depression: a meta-analysis. J Affect Disord. 1997; 46(3): 191–217.
8. Glassman AH, Bigger JT. Antidepressants in coronary heart disease: SSRIs reduce depression, but do they save lives? JAMA 2007; 297: 411–412.
9. Kennedy P, Rogers BA. Anxiety and depression after spinal cord injury: a longitudinal analysis. Arch Phys Med Rehabil. 2000; 81(7): 932–937.
10. Cipriani A, et al. Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: a multiple-treatment meta-analysis; Lancet 2009, Feb 28; 373(9665): 746–758.
11. Sheehan DV, Nemeroff CB, Thase ME, Entsuah R. EPIC 016 Study Group. Placebo-controlled inpatient comparison of venlafaxine and fluoxetine for the treatment of major depression with melancholic features. Int Clin Psychopharmacol. 2009; 24(2): 61–86.
12. Keller MB, Hanks DL, Klein DN. Summary of the DSM-IV mood disorder field trial and issue overview. Psychiatr Clin North Am 1996; 19: 1–27.
13. Coryell W, Akiskal HS, Leon AC, Winokur G, Maser JD, Muehlen T, Keller MB. The time course of nonchronic major depressive disorder: uniformity across episodes and samples. Arch Gen Psychiatry 1994; 51: 405–410.
14. Paykel ES, Ramana R, Cooper Z, Hayhurst H, Kerr J, Barrock A. Residual symptoms after partial remission. Psychol Med 1995; 25: 1171–1180.
15. Bareš M, Novák T. Zvýšení dávky antidepressiva při nedostatečné odpovědi na léčbu; Psychiatrie pro praxi 2010; 11(2): 9–61.

MUDr. Radim Kubínek
Klinika psychiatrie FN Olomouc
I. P. Pavlova 6, 775 20 Olomouc
radimkubinek@seznam.cz

