

Doporučené diagnostické a terapeutické postupy  
pro všeobecné praktické lékaře



# DEPRESE

**Autoři:**

**prof. MUDr. Jiří Raboch, DrSc.**  
Psychiatrická společnost ČLS JEP

**MUDr. Rudolf Červený, Ph.D.**  
Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

# NOVELIZACE 2018



**Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře**  
Společnost všeobecného lékařství, Sokolská 31, Praha 2



# DEPRESE

## Doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře 2018

### Autoři:

**prof. MUDr. Jiří Raboch, DrSc.**  
Psychiatrická společnost ČLS JEP

**MUDr. Rudolf Červený, Ph.D.**  
Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

### Oponenti:

**MUDr. Magdaléna Boháčová**  
Psychiatrická ambulance v Plzni, členka Psychiatrické společnosti ČLS JEP

**Doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.**  
Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

### Hlavní koordinátor:

**MUDr. Rudolf Červený, Ph.D.**  
Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

## OBSAH

1. ÚVOD .....	3
2. EPIDEMIOLOGIE .....	3
3. DIAGNOSTIKA podle MKN-10 .....	3
4. ROZPOZNÁNÍ A ZHODNOCENÍ PORUCHY .....	7
5. POSOUZENÍ RIZIKA SUICIDIA .....	7
6. DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA DEPRESIVNÍHO SYNDROMU .....	7
7. LÉČBA .....	8
8. POSUDKOVÁ HLEDISKA .....	15
9. LITERATURA .....	15

### POUŽITÉ ZKRATKY

AD (antidepresiva)  
 DBS (hluboká mozková stimulace)  
 DP (doporučený postup)  
 EKT (elektrokonvulzivní terapie)  
 EPA (kyselina eikosapentaenová)  
 GM (glutamátový modulátor)  
 MASSA (melatoninový agonista a selektivní serotoninový antagonist)  
 MKN -10 (mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize)  
 NaSSA (noradrenergní a specificky serotonergní antidepresiva)  
 NDRI (inhibitory zpětného vychytávání noradrenalinu a dopaminu)  
 OA (osobní anamnéza)  
 NMK (nenasycené mastné kyseliny)  
 PT (psychoterapie)  
 RA (rodinná anamnéza)  
 RIMA (reverzibilní inhibitory monoaminoxidázy typu A)  
 rTMS (repetitivní transkraniální magnetická stimulace mozku)  
 RUI (inhibitory zpětného vychytávání)  
 SARI (serotoninoví antagonisté a inhibitory zpětného vychytávání)  
 SD (spánková deprivace)  
 SDA (sezónní afektivní porucha)  
 SIADH (zvýšená produkce nebo účinek antidiuretického hormonu ADH)  
 SMRI (serotoninový modulátor a inhibitor zpětného vychytávání)  
 SNRI (inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu)  
 SRE (stimulátory zpětného vychytávání serotoninu - serotonin reuptake enhancer)  
 SSRI (selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu)  
 Tdcs (transkraniální přímá elektrická stimulace mozku)  
 TCA (tricyklická antidepresiva)  
 TeCA (tetracyklická antidepresiva)  
 VNS (vagová stimulace)

### VYSVĚTLENÍ POJMŮ

Disabilita je snížení funkčních schopností na úrovni těla, jedince nebo společnosti, která vzniká, když se občan se svým zdravotním stavem (zdravotní kondicí) konfrontuje s bariérami prostředí.  
 (Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví, MKF 2001)

## 1. ÚVOD

Nová verze 2017 doporučeného postupu (DP) Deprese aktualizuje předchozí DP SVL ČLS JEP z let 2008 a 2013 (2) a reflektuje aktuální doporučené postupy České psychiatrické společnosti ČLS JEP (1).

Předmětem doporučeného postupu je unipolární deprese, která se řadí mezi nejčastější onemocnění a též mezi nejčastější důvody k lékařským konzultacím ve zdravotním systému. Kromě významného snížení kvality života deprese zhoršuje prognózu chronických somatických onemocnění a je jednou z nečastějších příčin invalidity. Většina osob, které ukončily život sebevraždou (v ČR ročně kolem 1 500), trpěla některou z afektivních poruch. Cílem tohoto postupu je zlepšení včasného rozpoznávání, diagnostiky a léčby depresivních poruch u dospělých pacientů na úrovni primární péče.

Problematika týkající se pacientů mladších 18 let, těžkých stupňů poruch a problematiky lůžkové péče není v postupu zohledněna.

## 2. EPIDEMIOLOGIE

Celoživotní prevalence deprese v běžné populaci je odhadována na 5-16 %. Praktický lékař může ve své denní klientele očekávat asi 10 % depresivních nemocných. Ženy trpí depresí přibližně 2× častěji než muži. U žen se celoživotní prevalence obecně udává do 20 %. Deprese velmi často doprovází chronická somatická onemocnění, zejména onkologická a kardiovaskulární, endokrinopatie (poruchy štítné žlázy, Addisonova choroba, dlouhodobá terapie kortikoidy, diabetes, obezita), nemoci revmatické, infekční (hepatitida, mononukleóza, endokarditida), neurologické (roztroušená skleróza, centrální mozková příhoda, Parkinsonova choroba), chronická bolest, abúzus alkoholu nebo jiných návykových látek. Častější výskyt deprese je také v období šestinedělí a perimenopauzy, v období dospívání a u seniorů.

Příklady jednorocní prevalence deprese u vybraných somatických onemocnění:

- chronicky nemocní celkově: 9,4 %,
- hospitalizovaní pacienti celkově: 33 %,
- hospitalizovaní onkologičtí pacienti: 42 %,
- cévní mozkové příhody: 47 %, infarkt myokardu: 45 %.

## 3. DIAGNOSTIKA PODLE MKN-10

3.1 Podle MKN-10 je formálně pro diagnózu deprese nezbytná přítomnost 2 hlavních a alespoň dvou vedlejších příznaků.

### Hlavní příznaky:

1. přetrvávající smutek nebo pokleslá nálada
2. výrazné (zřetelné) snížení zájmu či schopnosti prožívat potěšení v aktivitách, které dříve pacienta těšily
3. pokles energie ústící do zvýšené únavnosti a snížené aktivity, výrazná únavnost i po pouze malém úsilí.

### Vedlejší příznaky:

- snížená schopnost soustředění a pozornosti,
- snížené sebehodnocení a sebeúvěra,
- pocity neopodstatněné viny a neohodnosti,
- smutné a pesimistické výhledy do budoucnosti,
- myšlenky nebo pokusy o sebepoškození nebo sebevraždu,
- porucha spánku (snížení nebo zvýšení v porovnání k předchozímu stavu/ normě),
- snížená chuť k jídlu.

3.2 Symptomy musí trvat alespoň 2 týdny. Symptomy by měly být přítomny v dostatečné tíži po většinu dnů a většinu času během dne.

3.3 Je možné i trvání symptomů po kratší dobu než 2 týdny, pokud jsou symptomy neobvykle výrazné a mají prudký začátek.

### 3.4 Somatický syndrom

Některé z příznaků (2.1) mohou mít zvláštní klinický význam - tzv. „somatické“ příznaky:

- ztráta zájmu nebo potěšení v činnostech, které obvykle působí radost,
- buzení se časně ráno, 2 nebo více hodin před obvyklým časem vstávání,
- deprese je horší ráno,
- objektivní průkaz psychomotorického zpomalení nebo neklidu (udávaný druhými osobami),
- zřejmá ztráta chuti k jídlu,
- zřetelné snížení váhy (5 % a více za poslední měsíc),
- zřetelné snížení libida.

Somatický syndrom je definován přítomností alespoň 4 z výše uvedených symptomů.

### 3.5 EPIZODA DEPRESE F32

Diagnóza depresivní epizody je stanovena pouze, pokud se jedná o jednu (první) epizodu deprese. V pořadí další epizody deprese by měly být klasifikovány jako rekurentní depresivní porucha (F33.-).

Neléčená depresivní epizoda po 6-12 měsících spontánně odezní nebo přejde do chronické formy.

#### 3.5.1 Kategorie depresivní epizody

Podle tíže poruchy (počet, typ a tíže přítomných symptomů) je určována:

**F32.0 Lehká depresivní epizoda** (přítomny alespoň 2 hlavní + 2 vedlejší příznaky, žádný z příznaků by neměl být intenzivní),

F32.00 bez somatického syndromu (přítomno jen 1-3 nebo žádný somatický symptom),

F32.01 se somatickým syndromem (4 nebo více somatických symptomů, může být i menší počet, pokud jsou příznaky neobvykle silné).

**F32.1 Středně těžká depresivní epizoda.** Měly by být přítomny alespoň 2 hlavní + alespoň 3 (lépe 4) vedlejší příznaky. Některé symptomy by měly být výrazné, ale v případě většího počtu příznaků není výrazná intenzita symptomů podmínkou. Pacient má obvykle výrazné obtíže při sociálních, pracovních nebo domácích aktivitách,

F32.10 bez somatického syndromu (přítomno jen 1-3 nebo žádný somatický symptom)

F32.11 se somatickým syndromem (4 nebo více somatických symptomů, může být i menší počet, pokud jsou příznaky neobvykle silné)

**F32.2 Těžká depresivní epizoda bez psychotických symptomů.** U pacienta se obvykle projevuje významná úzkost nebo neklid, nebo naopak celkové zpomalení. Obvykle promínají pocity viny, bezcennosti, ztráta sebeúcty. Velkým rizikem je suicidium. Předpokládá se téměř pravidelná přítomnost somatického syndromu. Měly by být přítomny všechny 3 hlavní + alespoň 4 vedlejší příznaky, z nichž některé být těžké. V přítomnosti důležitých symptomů, jako je neklid nebo zpomalení, však pacient nemusí být schopen popsat další symptomy. Pacient není schopen výkonu sociálních, pracovních nebo domácích aktivit, nebo je vykonává jen ve velmi omezené míře.

**F32.3 Těžká depresivní epizoda s psychotickými symptomy.** Kromě splnění podmínek pro F32.2 se u pacienta objevují bludy (hřích, chudoba, hrozící katastrofa, osobní odpovědnost za zlo), halucinace (čichové - hniloba, kazící se maso, sluchové - obviňující, hanlivé, urážející), psychomotorické zpomalení může přejít do depresivního stuporu.

#### F32.8 Jiné depresivní epizody

Epizody deprese, které nespĺňují kritéria F32.0-F32.3, ale celkový diagnostický dojem indikuje, že se jedná ve své podstatě o depresi. Příkladem jsou fluktuující smíšené depresivní symptomy (obzvláště somatické povahy) s nediagnostickými symptomy, jako je napětí, obavy a tíseň, a směsice somatických symptomů s perzistující bolestí nebo únavou bez organické příčiny. Patří sem například „atypická deprese“, či „larvovaná“ deprese.

#### Larvovaná (maskovaná) deprese

Takto je označována deprese, která se primárně manifestuje somatickými příznaky, které maskují psychickou podstatu poruchy – různé bolesti, tlaky u srdce, palpitace, bolesti hlavy, pocity těžkých končetin, únava, gastrointestinální obtíže apod.

#### F32.9 Depresivní epizoda, nespecifikovaná (NS)

**3.6 PERIODICKÁ (REKURENTNÍ) DEPRESIVNÍ PORUCHA F33** Porucha je charakterizovaná opakovanými epizodami deprese (F32.0 - F32.3) bez jakékoliv anamnézy výskytu epizod povznesené nálady a hyperaktivity, které by splňovaly kritéria mánie. Tato diagnostická kategorie však může být použita v případě výskytu krátkých epizod mírného povznesení nálady a hyperaktivity, které splňují kritéria hypománie bezprostředně po depresivní epizodě (někdy zřejmě vyvolané léčbou deprese). První epizoda se nejčastěji vyskytne v 5. deceniu. Jednotlivé epizody trvají 3-12 měsíců. Vyléčení mezi jednotlivými epizodami je obvykle kompletní, pouze u menšiny pacientů dojde k přechodu do perzistující deprese, zejména pak ve starším věku. Jednotlivé epizody jsou obvykle vyvolávány stresovými životními situacemi. Porucha je 2x častější u žen než u mužů. Pokud se vyskytne manická epizoda, diagnóza by měla být změněna na bipolární afektivní poruchu.

3.6.1 Kategorie rekurentní depresivní poruchy je určována nejprve podle tíže právě probíhající depresivní epizody a dále podle převažujícího typu předchozích epizod.

F33.0 Rekurentní depresivní porucha, současná epizoda mírná (splňuje kritéria pro F32.0 a současně v minulosti by měly proběhnout minimálně 2 epizody deprese, které trvaly minimálně 2 týdny s odstupem několika měsíců bez výraznější poruchy nálady).

F33.00 se somatickým syndromem

F33.01 bez somatického syndromu

F33.1 Rekurentní depresivní porucha, současná epizoda středně těžká (splňuje dg. kritéria pro F32.1 a F33.-)

F33.10 se somatickým syndromem

F33.11 bez somatického syndromu

F33.2 Rekurentní depresivní porucha, současná epizoda těžká bez psychotických symptomů (splňuje dg. kritéria pro F32.2 a F33.-)

F33.3 Rekurentní depresivní porucha, současná epizoda těžká bez psychotických symptomů (splňuje dg. kritéria pro F32.3 a F33.-)

F33.4 Rekurentní depresivní porucha, v remisi (splňuje dg. F33.-, ale v současné době nejsou splněna kritéria pro depresivní epizodu žádného stupně). Tato dg. kategorie může být použita i v případě, užívá-li pacient preventivní léčbu ke snížení rizika návratu dalších epizod.

F33.8 Jiné rekurentní depresivní poruchy

Pro sezónní afektivní poruchu (SAD) je typické, že se rozvíjí na podzim, přetrvává přes zimu a na jaře obvykle mizí. Bývá fotosenzitivní.

F33.9 Rekurentní depresivní porucha, nespecifikovaná (NS)

### 3.7 PERSISTUJÍCÍ AFEKTIVNÍ PORUCHY F34

Perzistující a obvykle fluktuující poruchy nálady, ve kterých individuální epizody jsou vzácně dostatečně těžké, aby splnily kritéria hypomanické nebo mírné depresivní epizody. Trvají roky, nezávisle po většinu života a zahrnují značné subjektivní utrpení a disabilitu. Na tuto perzistující poruchu mohou nasedat epizody skutečné mánie nebo deprese.

3.7.1 Kategorie perzistující afektivní poruchy

F34.0 Cyklothymie

Perzistující nestabilita nálady, která zahrnuje četné periody mírné deprese a mírně povznesené nálady. Začíná obvykle v časně dospělosti a má chronický průběh, i když někdy může přetrvávat normální nálada po několik měsíců. Diagnostika vyžaduje dlouhý čas observace nebo velmi dobrou znalost anamnézy poruchy v minulosti. Porucha je častá u příbuzných pacientů s bipolární poruchou a u některých pacientů s cyklothymii se později vyvine bipolární porucha.

F34.1 Dysthymie

Chronický pokles nálady, který nesplňuje kritéria rekurentní depresivní poruchy (F33.-), a to jak s ohledem na tíži, tak dobu trvání jednotlivých epizod. Kritéria mírné depresivní epizody ale mohly být v minulosti splněny, zejména v období vzniku poruchy. Proporcionalita mezi jednotlivými fázemi mírné deprese a období normální nálady jsou velmi variabilní. Postižení obvykle mají období dnů nebo týdnů, kdy se cítí dobře, ale většinu času

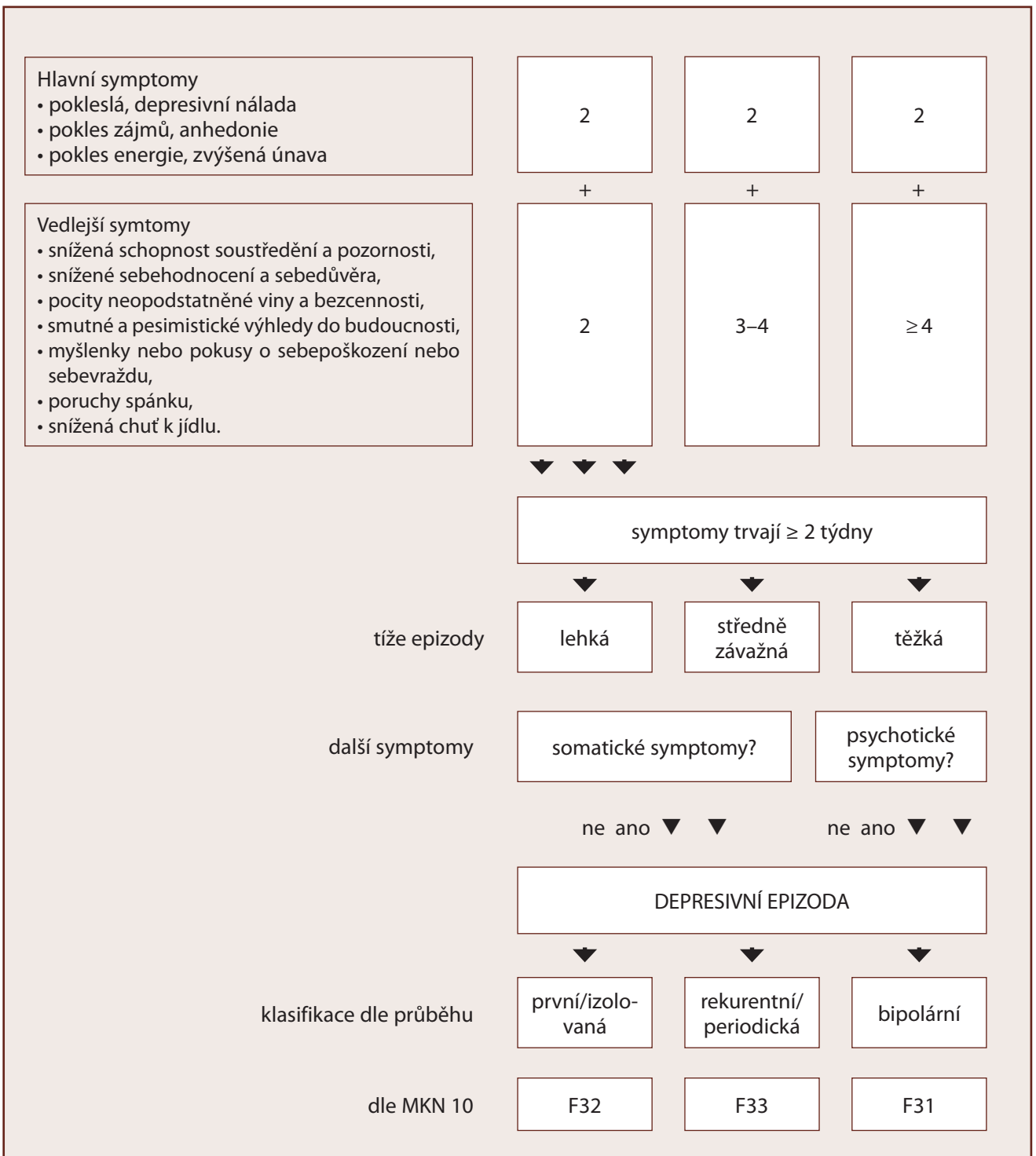
(často po období měsíců) se cítí unavení a mají pokleslou náladu, všechno je pro ně obtížné a z ničeho se nedaří. Trápí se a stěžují si, špatně spí a cítí se být neschopní, ale obvykle jsou schopní plnit úkoly každodenního života. Dysthymie má mnoho společného s pojmy „depressivní neuróza“, „neurotická deprese“. Diagnosticky nepodkročitelnou charakteristikou je dlouhodobý (více než 2 roky) pokles nálady, který nikdy nespĺňuje nebo splňuje pouze velmi vzácně kritéria pro rekurentní depresivní poruchu. Porucha obvykle začíná v časně dospělosti nebo i dospívání. Trvá minimálně po několik let, někdy celoživotně. Pokud vznikne později v životě, je často následkem diskrétní depresivní epizody (F32.-) a spojená s úmrtím blízké osoby nebo jiným stresem.

**F34.8 Jiné perzistující afektivní poruchy**

Patří sem perzistující poruchy nálady, které nespĺňují kritéria ani pro cyklothymii, ani dysthymii, ani pro depresivní epizodu, nicméně jsou klinicky významné.

**F34.9 Perzistující afektivní porucha, nespecifikovaná**

**Algoritmus 1: Diagnóza depresivní epizody podle MKN 10**





## 4. ROZPOZNÁNÍ A ZHODNOCENÍ PORUCHY

4.1 Na možnou přítomnost deprese je nutné aktivně myslet, zejména u osob s anamnézou deprese nebo chronickým zdravotním postižením (viz odstavec 2).

4.2 V případě podezření na přítomnost deprese je vhodné pacientovi položit 2 úvodní otázky:

**1. Trápila (obtěžovala, tížila) vás v období posledního měsíce smutná nebo pokleslá nálada nebo pocity beznaděje?**

**2. Trápil (obtěžoval, tížil) vás v období posledního měsíce malý zájem nebo malé potěšení při práci a ostatních činnostech?**

4.3 Pokud dotazovaný odpoví alespoň na jednu z otázek kladně, měla by být zvážena přítomnost deprese a doplněny dotazy na přítomnost dalších symptomů (viz odst. 3.1, 3.4).

4.4 Při hodnocení osoby s podezřením na depresi je potřeba provést komplexní zhodnocení, při kterém je kromě součtu symptomů nutné posoudit:

- dobu trvání potíží,
- zda jde o první, nebo opakovanou epizodu,
- závažnost symptomů,
- stupeň funkčního postižení a/nebo disability ve vztahu k možné depresi,
- přítomnost somatického syndromu,
- přítomnost psychotických příznaků,
- výskyt předchozích epizod mánie či hypománie,
- riziko suicidia,
- dostupnost sociální podpory,
- OA a RA s ohledem na výskyt poruch nálady, psychóz, suicidií nebo pokusů o ně.

4.5 Při hodnocení osoby s podezřením na depresi je vhodné zvážit použití validovaného dotazníku (např. příloha č. 2 dotazník PHQ-9).

## 5. POSOUZENÍ RIZIKA SUICIDIA

5.1 Jestliže osoba, u níž byla identifikována deprese, vykazuje známky přímého ohrožení pro sebe nebo ostatní, je nutné ji neodkladně odeslat do péče specialisty v oboru psychiatrie, případně přímo k hospitalizaci v psychiatrickém zařízení.

5.2 Pokud je u osoby s depresí shledáno riziko suicidia, je nutné

- zvážit toxicitu při možném předávkování léky - a to jak předepsaného antidepresiva, tak dalších léků, které pacient pravidelně užívá, a případně omezit množství léků, které má pacient k dispozici,
- zvážit zvýšení úrovně podpory, jako např. častější kontrolní návštěvy nebo telefonní kontakt,
- zvážit předání pacienta do specializované psychiatrické péče.

5.3 Riziko suicidia by mělo být zvažováno při každém kontaktu s pacientem s depresí, případně dále dovyšetřeno.

## 6. DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA DEPRESIVNÍHO SYNDROMU

6.1 Smíšená úzkostná a depresivní porucha F41.2

Tato diagnostická kategorie by měla být použita, pokud jsou přítomny symptomy jak úzkosti, tak deprese, ale žádná ze skupin symptomů hodnocených odděleně není dostatečně silná, aby splnila kritéria depresivní nebo úzkostné poruchy. Pokud je přítomna výrazná úzkost společně s lehkým stupněm deprese, měla by být použita příslušná diagnostická kategorie pro úzkostnou nebo fobickou poruchu. Pokud jsou příznaky jak úzkosti, tak deprese dostatečně silné pro stanovení jednotlivých diagnóz, nelze tuto diagnostickou kategorii použít a obě diagnózy se stanoví odděleně. Pokud by měla být stanovena pouze jedna diagnóza, má přednost diagnóza deprese.

6.2 Přítomnost demence nebo mentální retardace nevylučuje přítomnost léčitelné deprese. Vzhledem ke komunikačním obtížím je často nutné se více spoléhat na objektivní známky somatických symptomů, jako je psychomotorické zpomalení, ztráta chuti k jídlu, pokles váhy a poruchy spánku.

- 6.3 Hypotyreóza, zejména v těžším stupni, může imitovat depresi (psychomotorické zpomalení, porucha koncentrace, pokles zájmu o činnosti, emocionální oploštění).
- 6.4 Fyziologický smutek, např. po úmrtí blízké osoby, je méně intenzivní, nebrání adaptaci na běžnou životní zátěž, má zjevnou příčinu, odezní do 6-12 měsíců.
- 6.5 Bipolární porucha. První depresivní epizoda může být projevem budoucí bipolární afektivní poruchy. Bipolární deprese na rozdíl od unipolární formy se vyskytuje v rodinách s větší psychiatrickou zátěží, psychosociální zátěžové faktory jsou méně časté a začíná v časnějším věku. Diferenciální diagnostika je velmi důležitá, protože léčba bipolární deprese je jiná (cave monoterapie AD, indikovány thymostabilizátory) a patří do rukou psychiatrů.
- 6.6 Jiná psychická onemocnění. Je nutné pátrat po psychotické symptomatologii v NO, OA i RA.

## 7. LÉČBA

### 7.01 Faktory, které podporují pouze podpůrnou psychoterapii, aktivní sledování a doporučení úpravy životního stylu:

- čtyři nebo méně symptomů (viz 3.1) s nevýraznou přidruženou disabilitou,
- symptomy jsou občasné nebo trvají méně než 2 týdny,
- nedávný vznik obtíží se známým spouštěcím faktorem,
- negativní osobní i rodinná anamnéza týkající se poruch nálady,
- dostatečná sociální podpora pacienta,
- nepřítomnost suicidálních myšlenek.

### 7.02 Faktory, které podporují aktivní léčbu v primární péči:

- pět nebo více symptomů (viz 3.1) s přidruženou disabilitou,
- perzistující nebo dlouhodobé potíže,
- pozitivní osobní nebo rodinná anamnéza týkající se poruchy nálady,
- nízká sociální podpora,
- občasné suicidální myšlenky.

### 7.03 Faktory podporující odeslání pacienta do specializované psychiatrické péče:

- nedostatečná nebo nepřiměřená odpověď na poskytnutou léčbu,
- opakovaná epizoda v jednom roce,
- manická či hypomanická epizoda v anamnéze
- pacient s depresí nebo jeho rodina žádá specializovanou léčbu,
- přetrvávající suicidální myšlenky,
- zanedbávání sebek péče.

### 7.04 Faktory podporující neodkladné odeslání pacienta do specializované psychiatrické péče:

- aktivní myšlenky na smrt nebo suicidální plány,
- psychotické symptomy,
- těžký neklid doprovázející těžké symptomy, nebo výrazný psychomotorický útlum (až melancholický stupor),
- těžké zanedbávání sebek péče.

## 7.1 NEFARMAKOLOGICKÉ PŘÍSTUPY

### 7.1.1 SPECIFICKÁ PSYCHOTERAPIE (PT)

Je zaměřena přímo na léčbu deprese. Jde o časově ohraničené, strukturované postupy, při nichž léčba obvykle trvá 12–16 týdnů. Provádí ji specializovaný odborník (klinický psycholog, psychiatr, praktický nebo jiný lékař) s platnou licenci. Psychoterapeutické metody podložené důkazy – interpersonální PT, kognitivně-behaviorální PT a krátká dynamická PT – jsou u většiny pacientů v akutní fázi léčby mírné a středně těžké deprese srovnatelné účinné jako farmakoterapie. Měly by být rovnocenně zvažovány při první volbě léčby, zejména pak u pacientů, kteří tento druh léčby upřednostňují. Není-li znatelné žádné zlepšení po 6–8 týdnech léčby nebo není-li dosaženo remise do 12 týdnů, je doporučeno nasazení antidepresiv. Kombinace psychoterapie a medikamentózní léčby by měla být zvažována u pacientů, kteří léčebně nedostatečně odpověděli na samotnou léčbu antidepresivy nebo na samotnou psychoterapii. Význam psychoterapie v dlouhodobé léčbě deprese není dostatečně prozkoumán. Studie posledních let potvrzují, že nejlepších léčebných výsledků u deprese je dosahováno při kombinaci farmakoterapie a psychoterapie.

### 7.1.2 PODPŮRNÁ PSYCHOTERAPIE

Měla by být součástí léčby každého pacienta. Provádí ji ošetřující lékař. Základními prostředky jsou empatie, laskavost, naslouchání, porozumění, podpora a povzbuzování, realistické cíle a informování pacienta o léčbě a očekávaném vývoji. Podpůrná psychoterapie zvyšuje adhezenci pacienta k léčbě, sama o sobě však k léčbě deprese nestačí.

### 7.1.3 ELEKTROKONVULZIVNÍ TERAPIE (EKT)

EKT je stále nejrychleji a nejintenzivněji působící léčbou především u těžkých melancholií se sebevražednými sklony. Provádí se většinou během ústavní léčby, byť v současné době je již možno tyto zákroky provádět i ambulantně.

### 7.1.4 FOTOTERAPIE

Fototerapie patří mezi metody první volby v léčbě sezónní afektivní poruchy (SAD). Účinnost fototerapie u nesezónních depresí je též nadějná. Je doporučována u těhotenské deprese, premenstruální dysforické poruchy a jiných depresivních stavů se sezónními exacerbacemi.

### 7.1.5 TĚLESNÉ CVIČENÍ

Přibývá důkazů o příznivém účinku především aerobního cvičení u osob trpících depresí. Doporučuje se např. 3-5 tréninků v týdnu o délce 45–60 minut s 50–80% maximální tepovou frekvencí. Terapeutický efekt se objevuje po 4 týdnech s maximem po 10–12 týdnech této pohybové aktivity.

### 7.1.6 MODIFIKACE ŽIVOTNÍHO STYLU, DIETA

Kromě fyzické aktivity sem patří správná výživa, redukce stresu, organizace volného času a sociální podpora. Vyšší konzumace „středomořského“ typu diety je spojována s nižším výskytem depresí. Dieta s dostatečným zastoupením omega-3-nenasycených mastných kyselin, o kterých existuje nejvíce údajů (důležité je především množství EPA), vitaminů B, C, D, zinku, hořčíku, metylfolátu či tryptofanu a dalších vhodných živin je doporučována jako vhodné doplnění psychofarmakologické a psychotherapeutické léčby (Raboch 2017). V některých případech je vhodné i využít kvalitní potravinové doplňky.

### 7.1.7 DALŠÍ BIOLOGICKÉ LÉČEBNÉ PROSTŘEDKY

V současné době jsou k dispozici i další biologické léčebné postupy, jako jsou spánková deprivace (SD) a posun spánku, nověji různé druhy stimulace mozku, jako třeba repetitivní transkraniální magnetická stimulace (rTMS), vagová stimulace (VNS), hluboká mozková stimulace (DBS) či transkraniální přímá elektrická stimulace (tDCS). Tyto metody jsou u nás používány většinou jen na speciálních odděleních univerzitních klinik.

## 7.2 FARMAKOTERAPIE

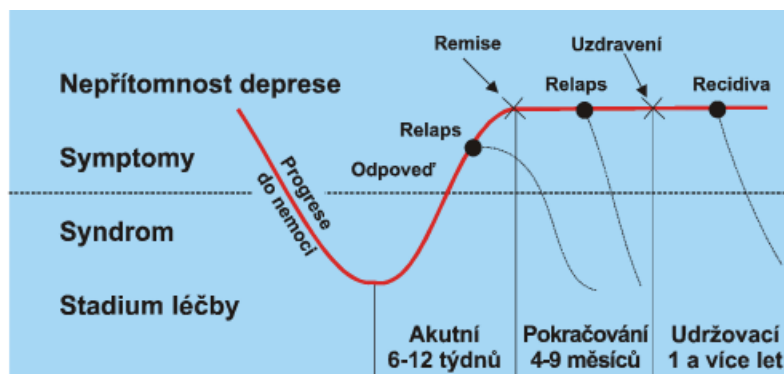
Farmakoterapie antidepresivy by měla být užitá při léčbě středně těžkých a těžkých forem onemocnění.

Antidepresiva by neměla být paušálně nasazována jako první volba léčby u lehkých depresivních epizod, ale pouze po pečlivém zvážení poměru užítka a rizika.

Při léčbě lehkých forem depresivní epizody může být léčba antidepresivy užitá při:

- přání/preferenci pacienta,
- dobré předchozí zkušenosti s léčbou antidepresivy,
- perzistující symptomatologii vzdor nefarmakoterapeutickým opatřením,
- u pacientů s depresivními epizodami středně závažného až těžkého průběhu v anamnéze.

**Graf.1. Etapy léčby depresivní epizody dle Kupfera (1991)**



**7.2.1 AKUTNÍ ETAPA LÉČBY**

Jde o období do odeznění akutních příznaků nemoci, čili dosažení remise. Toto období trvá zpravidla několik týdnů až měsíců – podle zvolené terapie a tíže deprese.

**7.2.2 POKRAČOVACÍ ETAPA LÉČBY**

Jde o období po odeznění akutních příznaků nemoci, trvající několik měsíců. Léčba probíhá stejným způsobem jako ve fázi akutní a zajišťuje prevenci relapsu depresivní epizody.

**7.2.3 PROFYLAKTICKÁ (UDRŽOVACÍ) LÉČBA**

Cílem profylaktické léčby je zabránit recidivě. Remise ještě neznamená vyléčení, i když pacient již nesplňuje kritéria pro depresivní poruchu a nemá žádné nebo jen minimum příznaků nízké intenzity, které neomezují výkon běžné práce a aktivit. Předčasné ukončení léčby zvyšuje riziko relapsu. Na konci akutní fáze léčby je riziko relapsu kolem 50 %. Dávka léku u profylaktické léčby je stejná jako dávka, která vedla k dosažení remise.

**Tab. 1: Doporučená délka léčby po dosažení remise**

<b>9 měsíců</b>	první epizoda deprese
<b>2 roky</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• po druhé epizodě</li> <li>• předcházel vážný suicidální pokus</li> <li>• přítomnost rodinné zátěže deprese</li> <li>• nemocný je ve věku 65 let a více</li> <li>• neúplná remise</li> </ul>
<b>5 let</b>	po 3. epizodě deprese
<b>celoživotně</b>	po 4. epizodě deprese

**Tab. 2: Indikace k dlouhodobé profylaktické léčbě**

<b>Velmi důrazné doporučení</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• tři a více epizod deprese</li> </ul>
<b>Důrazné doporučení</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• dvě těžké epizody deprese a bipolární porucha v RA,</li> <li>• dvě těžké epizody deprese v posledních 3 letech,</li> <li>• recidiva epizody deprese do jednoho roku od vysazení předchozí úspěšné léčby,</li> <li>• přítomnost rekurentních těžkých depresivních epizod v RA (tj. výskyt zřetelných projevů u alespoň jednoho z příbuzných prvního stupně),</li> <li>• první fáze deprese ve vyšším věku (po 60. roce) nebo u mladistvých (před 20. rokem),</li> </ul>

- U depresivních nemocných sexuálně aktivních a vyžadujících dlouhodobou léčbu antidepressivy můžeme upřednostnit trazodon nebo mirtazapin vzhledem k jejich minimálnímu vlivu na sexuální funkci.
- Pacienti užívající extrakt z třezalky by měli být informováni o proměnlivém obsahu účinné látky v dostupných přípravcích a s tím související terapeutickou nejistotou, což může být problémem zejména při léčbě těžších depresí. Dále by měli být informováni o možnosti závažných interakcí s jinými léky (včetně kontraceptiv, antikoagulancií a antiepileptik).
- Existuje souvislost mezi denní dávkou citalopramu a escitalopramu a prodloužením QT intervalu, což může vést ke vzniku komorových arytmií. Proto lze maximální denní dávku citalopramu snížit ze 60 mg na 40 mg/d, u starších pacientů nebo pacientů se sníženou funkcí jater na 20 mg/den, dávka escitalopramu zůstává na max. 20 mg/den.

Po ukončení pokračovací léčby je třeba stále počítat s rizikem rekurence onemocnění. Ukazuje se, že je méně rizikové v léčbě pokračovat, než ji přerušovat.

V profylaktické léčbě se mají používat stejné dávky antidepresiv jako při léčbě, která vedla k dosažení remise. Při dlouhodobém stavu úplné remise se lze s opatrností pokusit o postupné snižování udržovací dávky.

**Tab. 3: přehled antidepresiv dostupných v ČR**

	počáteční dávka mg/den	terapeutická dávka, (maximální d.) mg/den
<b>Inhibitory zpětného vychytávání (RUI)</b>		
<b>TCA</b>		
imipramin	25-50	75-200
amitriptylin	25	75-150 (300)
nortriptylin	50	100-300
dosulepin	25	75-150 (300)
clomipramin	25-75	75-150 (300)
dibenzepin	240	240-720
<b>TeCA</b>		
maprotilin	50	75-150
<b>SSRI</b>		
fluvoxamin	50	100-300
citalopram	20	20-40 (60)
escitalopram	10	10-20 (30)
fluoxetin	20	20-60 (80)
sertralin	50	50-150 (200)
paroxetin	20	20-60
<b>SARI</b>		
trazodon	75	75-300 (600)
<b>SNRI</b>		
venlafaxin	37,5	75-225 (375)
milnacipran	50	75-200
<b>NaSSA</b>		
mirtazapin	15	15-45 (45)
mianserin	30	30-120
<b>NDRI</b>		
bupropion	150	150-300 (450)
<b>Inhibitory monoaminoxidázy</b>		
<b>RIMA</b>		
moklobemid	150	300-600 (900)

#### 7.2.4 VÝBĚR ANTIDEPRESIVA Při volbě AD vycházíme:

- z předchozí zkušenosti pacienta s léčbou, pokud nějakou má,
- z klinického obrazu deprese,
- ze znalostí vedlejších účinků, bezpečnosti a snášenlivosti jednotlivých AD.
- Léky první volby při léčbě deprese v primární péči jsou antidepresiva ze skupiny SSRI.
- Duální antidepresiva (SNRI, NaSSA) mají vyšší účinnost než SSRI.
- Tricyklická antidepresiva (TCA) jsou účinnější u hospitalizovaných pacientů.
- TCA mají častější závažné nežádoucí účinky, jako je např. delirium, poruchy převodu a arytmie, retence moči. Nejsou proto doporučována zejména u seniorů v ambulantní péči.
- Inhibitory monoaminoxidázy jsou vhodné pro atypické depresivní poruchy.
- U depresivních poruch s převažující úzkostí a insomnií, která bývá častá u periodické depresivní poruchy (až 40%), lze s výhodou indikovat trazodon, u těžších poruch pak hlavně mirtazapin.

Jiná		
<b>GM</b> tianeptin	37,5	37,5 (37,5)
<b>MASSA</b> agomelatin	25	25-50 (50)
<b>SMRI</b> vortioxetin	10	5-20

**Vysvětlivky zkratk:** **RUI** (inhibitory zpětného vychytávání), **TCA** (tricyklická antidepresiva), **TeCA** (tetracyklická antidepresiva), **SSRI** (selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu), **SARI** (serotoninoví antagonisté a inhibitory zpětného vychytávání), **SNRI** (inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu), **NaSSA** (noradrenergní a specificky serotonergní antidepresiva), **NDRI** (inhibitory zpětného vychytávání dopaminu a noradrenalinu), **RIMA** (reverzibilní inhibitory monoaminoxidázy typu A), **GM** (glutamátový modulátor), **MASSA** (melatoninový agonista a selektivní serotoninový antagonist), **SMRI** (serotoninový modulátor a inhibitor zpětného vychytávání)

Tab. 4: nejčastěji předepisovaná antidepresiva podle klinického účinku (3)

Skupina	Silně tlumící	Tlumící	Netlumící
TCA	Amitriptylin	Dosulepin	Clomipramin
SSRI			Citalopram Escitalopram Sertralin Fluoxetin
SNRI			Venlafaxin
NaSSA	Mirtazapin		
SARI	Trazodon		
GM			Tianeptin
RIMA			Moklobemid
NDRI			Bupropion
MASSA			Agomelatin

### 7.2.5 ZAPOČETÍ LÉČBY ANTIDEPRESIVY

Pro úspěch léčby je zásadní poučit pacienta o principu a předpokládané délce léčby, stanovit reálné cíle a upozornit na možné nežádoucí účinky a zdůraznit jejich přechodnost. S poučením o nežádoucích účincích na sexuální funkce nespěcháme, a pokud možno vyčkáme dosažení remise.

Léčbu zpravidla začínáme poloviční dávkou dávky obvyklé pro léčbu, po několika dnech (individuálně) při dobré snášenlivosti zvyšujeme na obvyklou dávku. Při výskytu nežádoucích účinků prodloužíme tento interval užívání poloviční dávky nebo i dávku na čas snížíme, a pak pomalu stoupáme až k dávce obvyklé.

Obzvláště při započítí léčby SSRI je třeba věnovat pozornost

- možnosti vzniku serotoninového syndromu (zmatenost, třes, pocení, hypertenze, myoklonus, mydriáza), ten může vzniknout nejen kombinací serotonergních léků, ale i jejich současným užíváním s doplňky stravy s obsahem třezalky,
  - riziku GIT krvácení při současném užívání NSA,
  - hyponatrémie - zejm. u starších osob (SIADH = zvýšená produkce nebo účinek antidiuretického hormonu ADH),
  - průjmu,
  - suicidálními tendencím,
  - projevům motorického neklidu a nárůstu úzkosti.
- Pacienti by měli být informováni na začátku léčby o možnostech výskytu těchto symptomů.

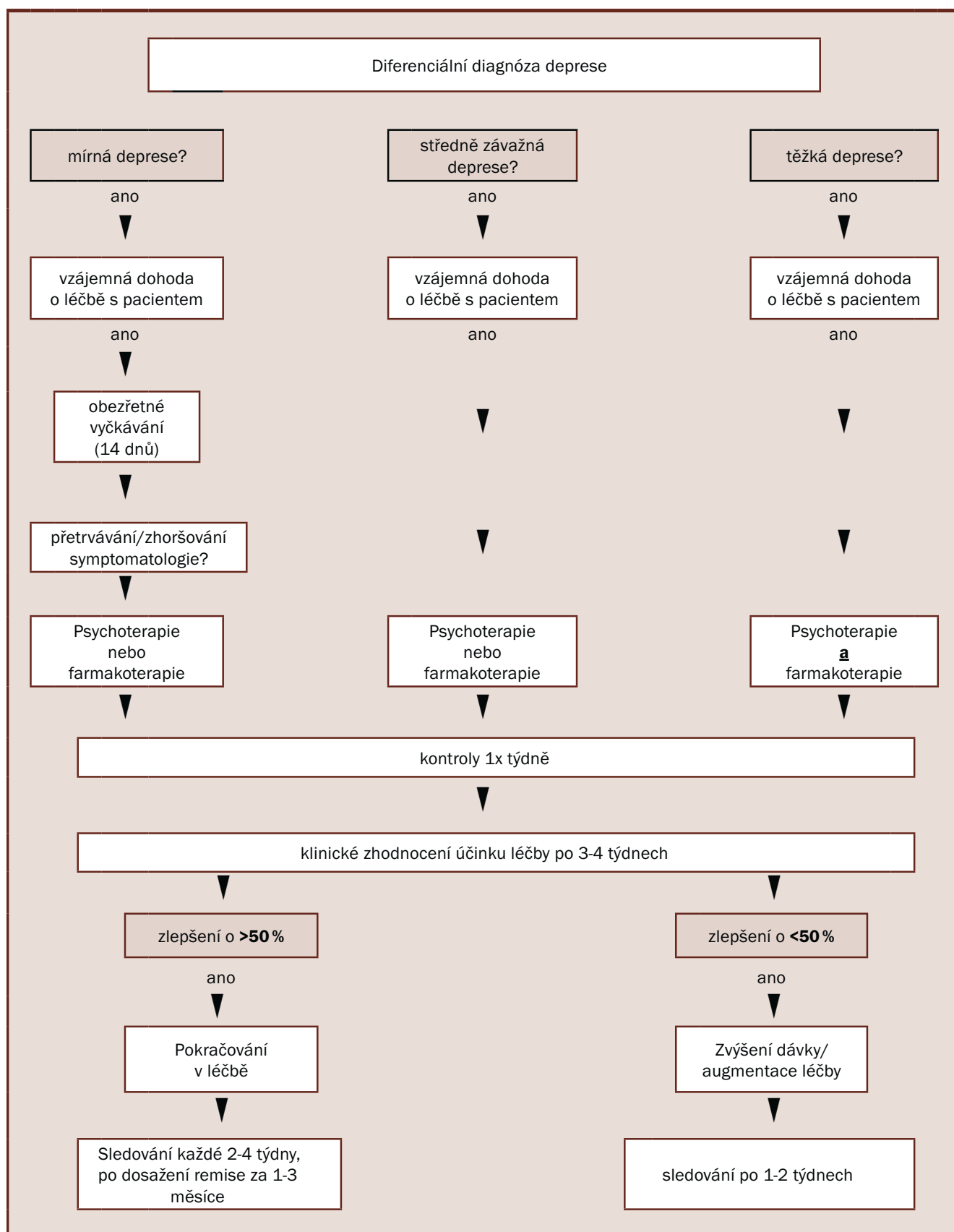
### 7.2.6 NEDOSTATEČNÁ ODPOVĚĎ NA LÉČBU

U 2/3 léčených monoterapií dojde k dostatečné odpovědi na léčbu (tj. alespoň k 50% zlepšení depresivní symptomatologie) během 4–6 týdnů, 1/3 ani po 8 týdnech na léčbu neodpoví. Pokud se neprojeví zřetelné zlepšení v období 3-4 týdnů při léčbě obvyklými klinicky účinnými dávkami, je nutné zvážit důvod, kterým může být nedostatečná adherence pacienta nebo nedostačující dávka antidepresiva.

#### Zvýšení dávky

Oproti TCA jsou vysoké dávky SSRI povětšinou dobře snášeny, např. fluoxetin v dávce 40–60 mg může být úspěšný u nonrespondentů na 20 mg.

## Algoritmus 2. Léčba depresivní epizody



**Změna antidepressiva**

Účinnost AD lze spolehlivě hodnotit až po 4-6 týdnech léčby. Léčebný neúspěch při podávání maximálních, ještě tolerovaných dávek po dobu alespoň 2 týdnů je indikací ke změně antidepressiva. Volí se buď AD s jiným mechanismem účinku, nebo AD ze stejné skupiny (u SSRI). Při každé změně je nutné zvážit lékové interakce, které mohou nastat. Převádění AD s krátkým na AD s dlouhým vylučovacím poločasem může být spojeno s rizikem vzniku syndromu z vysazení – např. při převodu ze sertralinu na fluoxetin je třeba podávat oba léky současně po dobu 7 dnů. Při převádění antidepressiva s dlouhým na krátký vylučovací poločas naopak hrozí riziko vzniku serotoninového syndromu – např. při převodu z fluoxetinu na sertralin se sertralin nasadí až za 3 dny po ukončení léčby fluoxetinem, další tři dny se podává poloviční dávka a podle snášenlivosti se zvýší na obvyklou dávku. TCA je možno převést na SSRI přímo ze dne na den. Při inkompatibilitě léků je nezbytné původní léčbu vysadit a teprve po uplynutí vymývací periody zahájit novou léčbu. Při selhání 2 a více monoterapií lze přistoupit ke kombinaci AD.

**Augmentace a kombinace léčby**

Augmentace znamená přidání jiného léčebného prostředku, který nemá primárně antidepressivní účinek (např. lithium). Kombinace znamená současné podávání dvou nebo více léků s antidepressivním účinkem. K tomu je potřeba dobrá znalost farmakokinetiky a farmakodynamiky použitých látek, a proto tento způsob terapie patří převážně do kompetence psychiatra. Příпустné kombinace: SSRI + TCA, SSRI + NaSSA, SSRI + SNRI, SSRI + SARI, SSRI + DNRI, SNRI + NaSSA, SNRI + NDRI, SNRI + SARI.

Zásadně inkompatibilní jsou kombinace s IMAO.

**7.2.7 SLEDOVÁNÍ LÉČBY**

Pro úspěch léčby antidepressivy je důležité sledovat její průběh a dokončení.

V období léčby akutní fáze (prvních 4–6 týdnů) zveme pacienta častěji – 1–2× týdně, ve druhém měsíci 1x za 2 týdny, některé návštěvy můžeme nahrazovat telefonickými konzultacemi. Je třeba sledovat:

- nárůst energie nebo vznik aktivačního syndromu v úvodu léčby,
- dodržování léčby, její léčebné i vedlejší účinky,
- suicidální tendence, případné komorbidity.

Je třeba upevňovat terapeutický vztah, spolupráci s rodinnými příslušníky, opakovaně edukovat pacienta i jeho příbuzné nebo pečovatele o depresi a její léčbě, o potřebě omezení izolace pacienta, pomoci při rozvíjení aktivity. Po dosažení remise stačí zvat pacienta 1x za měsíc, později při stabilním stavu kontrolujeme pacienta po každých 3-6 měsících. Pacienta poučíme, aby nás kontaktoval v případě zhoršení stavu, problémů s léčbou nebo při úmyslu změnit nebo ukončit léčbu.

**7.2.8 VYSAZENÍ LÉČBY**

Náhlé vysazení antidepressiv může způsobit syndrom z vysazení (závratě, pocení, chřipkové příznaky, nauseu, vomitus, nechutenství, parestázie, ataxii, třes, zvýšenou iritabilitu, akatizii, insomnii, děsivé sny, senzoryckou hypersenzitivitu, cefalgie, nesoustředěnost, únavnost, agresivitu, suicidální úvahy) a cholinergní rebound fenomén.

Syndrom z náhlého vysazení SSRI je nejčastější po paroxetinu, fluvoxaminu a výjimečně jej způsobuje náhlé vysazení citalopramu nebo sertralinu. Výjimkou je fluoxetin, jehož dlouhodobý poločas vede sám o sobě k pozvolnému poklesu hladiny a riziko vzniku syndromu z vysazení je velmi nízké. Příznaky vzniknou během 1–7 dnů po vysazení nebo skokovém snížení dávky AD po nejméně jednoměsíčním podávání a mohou být snadno zaměněny za relaps deprese a vést ke zbytečnému návratu k dlouhodobé léčbě. Příznaky vymizí do 24 hodin po opětovném nasazení AD, neléčené trvají 7-14 dní. Prevencí je postupné vysazování AD, a to o 20-30 % týdně po dobu minimálně 4 týdnů, a podle potřeby déle.

**7.2.9 LÉČBA RELAPSU A RECIDIVY DEPRESE**

V případě relapsu deprese při zavedené léčbě se doporučuje jako první krok zvýšení dávky stejného AD.

V případě relapsu po ukončení léčby se doporučuje opětovné nasazení AD, které bylo použito v předchozí léčbě.

**7.2.10 LÉČBA DYSTHYMIE**

Vzdor relativně nevýrazným subjektivním obtížím pacienta znamená tato porucha mnohaletou, někdy celoživotní zátěž, a tím i nezanedbatelnou psychosociální újmu pro postiženého i jeho okolí. Léčbou volby u dystymie v primární péči je podávání SSRI antidepressiv či amisulpridu nebo specifická psychoterapie. Strategie podávání SSRI antidepressiv se neliší od léčby deprese, pouze délka léčby je vzhledem k chronicitě poruchy mnohaletá až celoživotní. Přestože psychoterapie byla u dystymie dlouho považována za léčebnou doménu, její účinnost byla prokázána pouze u interpersonální psychoterapie a u kognitivně-behaviorální terapie.

Rozhodnutí o zahájení léčby u dystymického pacienta je individuální a závislé na jeho preferencích.



### 7.2.11 LÉČBA ÚZKOSTI A INSOMNIE U DEPRESE

Zhruba 2/3 nemocných s depresí trpí současně úzkostí. Úzkost a nespavost zvyšují utrpení depresivního pacienta a zvyšují riziko sebevraždy. Po nasazení některých SSRI se může zpočátku projevit nežádoucí účinek afektivní tenze vedoucí k dočasnému zhoršení úzkosti. SSRI sice mají anxiolytické účinky, ale k těm dochází až po 2–3 týdnech léčby. V případě masivní komorbidní úzkosti je proto vhodná počáteční kombinace SSRI s benzodiazepiny (např. s alprazolamem – až do dávek 4–5 mg/den, klonazepamem – až do dávek 4–6 mg na den). Jejich podávání by mělo být omezeno, doporučená doba jsou 4 týdny.

Výhodnější než kombinace s benzodiazepiny, zejména u pacientů s rizikem vzniku závislosti, může být podání trazodonu nebo mirtazapinu v monoterapii nebo v kombinaci s SSRI. Pokud jde o lehčí formu insomnie, může stačit přechodné podávání hypnotik (zopiclon, zolpidem), i samotná léčba deprese vede do 2–3 týdnů ke zlepšení lehčích spánkových poruch. Při nočním neklidu lze nasadit tiaprid.

### 7.2.12 LÉČBA DEPRESE U SENIORŮ

Pro snížení renálních a hepatálních funkcí a časté komorbidity jsou senioři více ohroženi nežádoucími účinky a dalšími farmakologickými interakcemi. Z tohoto důvodu nejsou u seniorů doporučena TCA a jednoznačně jsou upřednostňována antidepresiva ze skupiny SSRI. Léčbu začínáme nízkými dávkami, zvyšování dávek má být pozvolnější než u mladších jedinců. V případě úporné insomnie lze celkem bezpečně použít mirtazapin nebo trazodon.

### 7.2.13 LÉČBA DEPRESE U DEMENCE

Obecně jsou pacienti s organickým mozkovým onemocněním léčeni stejným způsobem jako starší pacienti bez organického mozkového onemocnění. Ovšem je nutné se vyhnout lékům se sedativním a/nebo anticholinergním působením.

**7.2.14 LÉČBA DEPRESE V TĚHOTENSTVÍ A PŘI LAKTACI** V současné době stále není dostatek informací o vlivu psychofarmak v tomto reprodukčním období. Zejména v prvním trimestru těhotenství jsou upřednostněny psychotherapeutické metody, případně fototerapie a doporučení úpravy životního stylu včetně konzumace potravin či látek s vysokým obsahem nenasycených mastných kyselin (NMK). Souborná literatura z posledních let, která se zaměřuje na nežádoucí vlivy AD při léčbě gravidních pacientek, se shoduje v názoru, že většina preparátů nemá nežádoucí účinky pro plod ani pro matku (mezi nimi všechny SSRI s výjimkou paroxetinu).

Do mateřského mléka se dostává okolo 0,3 % celkového množství požitého léku. Rozhodnutí o podávání antidepresiva u těhotných a kojících žen je multidisciplinární otázkou, užitek musí převážet nad možným rizikem poškození plodu nebo dítěte.

### 7.2.15 LÉČBA DEPRESE U ŽEN VE FERTILNÍM VĚKU

Ženy ve fertilním věku je třeba upozornit na možné riziko působení antidepresiva na plod, doporučit účinnou antikoncepci a případně individuálně rozhodnout o další léčbě v případě plánovaného nebo vzniklého těhotenství.

### 7.2.16 SCHOPNOST ŘÍZENÍ MOTOROVÝCH VOZIDEL PŘI LÉČBĚ ANTIDEPRESIVY

Možnost řízení motorových vozidel při léčbě AD není absolutně kontraindikována. TCA prodlužují reakční dobu mnohem výrazněji než SSRI. Citlivost je individuální a je třeba opatrnosti, zejména v začátku léčby a při zvyšování dávek.

## 8. POSUDKOVÁ HLEDISKA

Potřeba vystavení pracovní neschopnosti (PN) u lehké a středně těžké deprese je individuální, obvykle trvá po dobu akutní fáze léčby. U těžších stupňů deprese je PN nevyhnutelná. Chronická deprese patří mezi časté příčiny trvalé invalidity.

## 9. LITERATURA

1. Raboch, J. et al., Psychiatrie. Doporučené postupy psychiatrické péče IV. Česká psychiatrická společnost, Praha 2014.
2. Raboch J., Pavlovský P. et al. Psychiatrie. Karolinum, Praha 2012.
3. Laňková, J., Raboch, J., Deprese. Doporučené diagnostické a léčebné postupy pro praktické lékaře. CDP-PL 2008,2013.
4. Raboch, J. Životní styl a afektivní poruchy. ČLS 156, 2017, 2, s. 74–80.
5. Depression in adults: recognition and management. [www.nice.org.uk/guidance/eg90/chapter/1-guidance](http://www.nice.org.uk/guidance/eg90/chapter/1-guidance).
6. Wirz-Justice, A., Benedetti, F., Terman, M. Chronotherapeutics for affective disorders. Karger, Basel 2009.
7. Hales, R.E., Yudofsky, S.C., Roberts, L.W. Textbook of psychiatry. APP, Washington 2014.

**PŘÍLOHA Č. 1: POSUZOVACÍ STUPNICE TÍŽE DEPRESE PHQ-9**

(modifikovaná verze diagnostického nástroje pro diagnostiku běžných psychických onemocnění v primární péči PRIME-MD)

<b>Objevují se u Vás během posledních 2 týdnů následující obtíže?</b>	<b>Vůbec ne</b>	<b>Někdy</b>	<b>Více než polovinu času</b>	<b>Téměř pořád, téměř každý den</b>
1. Smutná nebo pokleslá nálada nebo pocity beznaděje?	0	1	2	3
2. Malá nebo žádná radost; malé nebo žádné potěšení z práce, koníčků, věcí?	0	1	2	3
3. Špatný spánek, problémy s usínáním, buzení se nebo naopak nadměrné spaní?	0	1	2	3
4. Únava nebo nedostatek energie?	0	1	2	3
5. Nechuť k jídlu nebo naopak sklon k přejídání?	0	1	2	3
6. Pocity vlastní nedostatečnosti nebo selhání, viny?	0	1	2	3
7. Potíže soustředit se - např. při studiu, problém číst noviny, knížku, sledovat pořad v televizi?	0	1	2	3
8. Pomalé myšlení, mluvení nebo pohybování, nebo naopak nervozitu a neschopnost vydržet chvíli v klidu?	0	1	2	3
9. Myšlenky na to, že by bylo lepší vůbec nebýt nebo si dokonce vzít život?	0	1	2	3
<b>Bodové skóre:</b>				
<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div>				
<p><b>Hodnocení tíže deprese podle bodového skóre:</b>  <b>0–4: žádná deprese</b>  <b>5–9: mírná deprese (F320)</b>  <b>10–14: středně těžká deprese (F321)</b>  <b>15–19: těžká deprese (F322)</b>  <b>20–27: velmi těžká deprese (F322)</b></p>				

Tisk podpořen firmou



**Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP**  
**Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře**

Sokolská 31, 120 00 Praha 2

e-mail: [svl@cls.cz](mailto:svl@cls.cz)

<http://www.svl.cz>

ISBN 978-80-88280-05-7

ISBN 978-80-88280-05-7



© 2018, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP