

# DEPRESE

Léčitelná duševní porucha  
se vzrůstajícím výskytem

prof. MUDr. Jaromír Švestka, DrSc.

---

Informace pro nemocné a jejich blízké

## OBSAH

|  |    |
|--|----|
| Co je to deprese? .....                                    | 1  |
| Známe příčinu depresivní poruchy? .....                    | 2  |
| Jak často se vyskytuje primární deprese? .....             | 4  |
| Které příznaky tvoří depresivní poruchu? .....             | 5  |
| Jaké formy depresí rozeznáváme? .....                      | 6  |
| Jaký známe průběh depresivní poruchy? .....                | 9  |
| Je deprese léčitelná a jakými prostředky? .....            | 11 |
| Jaké rady můžeme dát rodině<br>depresivně nemocného? ..... | 13 |
| Hrozí vám deprese? .....                                   | 15 |



## CO JE TO DEPRESE?

Deprese (dříve také nazývaná melancholie) je závažná psychická porucha, která postihuje až 10 % obyvatelstva. Je charakteristická opakovaním epizod chorobného smutku. Projevuje se smutnou a sklíčenou náladou, která způsobuje nemocnému nesmírnou duševní trýzeň a bolest. Zcela rozvrátí na přechodnou dobu dosavadní pacientův život. Deprese je doprovázena sníženým sebevědomím a ztrátou sebedůvěry, beznadějí, pesimistickými výhledy do budoucnosti, bezdůvodnými obavami a úzkostí, pocity méněcennosti a domnělého provinění, myšlenkami na sebevraždu, neschopností se radovat ze zážitků a věcí, které dříve těšily, nezájmem o sebe, svou práci, rodinu, přátele či své dosavadní záliby a koníčky. Deprese není slabostí charakteru, ale duševní poruchou, která není vůlí ovlivnitelná, naštěstí je však dobře léčitelná.

## ZNÁME PŘÍČINU DEPRESÍVNÍ PORUCHY?

Depresivní poruchy dělíme podle příčiny na sekundární a primární.

*Sekundární deprese* je vyvolána známým poškozením či onemocněním mozku, již rozpoznanou tělesnou chorobou, nebo je způsobena některými léky či drogami. Příčina poruchy je tedy známa a deprese je druhotná při základní chorobě.

*Primární deprese* je podle současných znalostí způsobena nedostatkem přenašečů nervových signálů mezi mozkovými buňkami a změnou citlivosti nervových zakončení (receptorů). Mezi tyto přenašeče (tzv. neurotransmitery) patří např. serotonin, noradrenalin, dopamin aj.

Asi třetina nemocných s primární depresí se vyznačuje výskytem této poruchy v příbuzenstvu, a proto u nich předpokládáme vrozenou poruchu funkce neurotransmiterů v centrálním nervovém systému. Ovšem ne všichni jedinci s výskytem depresivní poruchy v příbuzenstvu onemocní. Epizodu primární deprese může (ale také nemusí) vyprovokovat psychická zátěž, vůči níž jsou tito pacienti geneticky zvýšeně citliví. Takovou zátěžovou situací může být i porod dítěte.

Primární deprese je chorobným stavem, který je vysoce rozdílný od „smutku všedního dne“, především vyšší intenzitou a nepřiměřeně dlouhým trváním depresivních příznaků.

I když u obou těchto stavů může předcházet psychická zátěž, u primární deprese je jen poslední a nespécifickou kapkou, která mechanismus vzniku poruchy spustí.

Nemocní s primární depresí a jejich příbuzní často zbytečně hledají konkrétní životní události, které by tuto

poruchu vysvětlily. Ve většině případů jde o méně závažné vnější zátěžové situace, které nemocný v životě již mnohokrát úspěšně překonal, nebo o události, které se staly před delším časem a se současnou primární depresí již nesouvisejí.

V dalším textu se budeme zabývat primární depresí, i když léčba primární a sekundární deprese je totožná.

## JAK ČASTO SE VYSKYTUJE PRIMÁRNÍ DEPRESE?

Primární depresi prodělá alespoň jedenkrát v životě asi 20 % žen a 10 % mužů. Výskyt depresí v posledních desetiletích vzrůstá, zvláště u narozených po roce 1945. V České republice je každoročně nově diagnostikováno kolem pěti tisíc osob s primární depresivní poruchou a ročně je léčeno na lůžkách v psychiatrických klinikách a léčebnách asi tisíc depresivních pacientů. Přitom lze předpokládat, že dalších 50 % depresivních nemocných se vůbec nedostaví k lékaři, anebo jsou chybně označeni za trpící neexistující tělesnou chorobou. Z těchto důvodů u většiny depresivních osob není zahájena včasná léčba, což má za následek vyšší počet nemocných s chronickým trváním deprese, zvýšené riziko spáchání sebevraždy a zvýšení frekvence opakování nových depresivních epizod.

## KTERÉ PŘÍZNAKY TVOŘÍ DEPRESÍVNÍ PORUCHU?

Základním a všepřonikajícím příznakem je chorobně smutná (= depresivní) nálada, která je většinou neodklo-nitelná vnějšími událostmi. Často trvá po celý den a téměř každý den, po dobu nejméně 14 dnů. Je intenzivnější ráno, zatímco večer se zmírňuje.

Dalšími doprovodnými příznaky jsou:

- podstatné snížení až vymizení obvyklých zájmů a „koníčků“, zájmu o sexuální život
- nechutenství a váhový úbytek
- nespavost s předčasným ranním probouzením
- zpomalení pohybů nebo naopak pohybový neklid u nemocných s úzkostí
- ztráta energie a únava
- pocity vlastní méněcennosti a sebeobviňování
- neschopnost soustředění, nerozhodnost, zpomalené myšlení
- opakované myšlenky na smrt, sebevražedné sklony

Depresi u nemocného rozpoznáme i podle smutného, unaveného a ztrápeného výrazu obličeje, snížené mimi-ky a gestikulace, celkově shrbeného skleslého postoje a zpomalených reakcí, neobvyklé suchosti v ústech a bo-lesti v zádech, u žen dochází k menstruačním nepravi-delnostem či k úplnému vynechání menstruace.

Vyšetření lékařem a informace z okolí nemocného o jeho chování a jednání jsou nejdůležitější pro stanovení dia-gnózy primární deprese. Dosavadní biochemická, rentge-nologická, elektroencefalografická a další vyšetření přes intenzivní vědecká bádání neumožňují stanovit či potvr-dit diagnózu primární depresivní poruchy.

## JAKÉ FORMY DEPRESÍ ROZEZNÁVÁME?

Primární deprese můžeme dělit podle závažnosti a počtu převažujících příznaků a délky jejich trvání.

1. Podle závažnosti rozeznáváme deprese lehké, středně těžké a těžké. *Při lehké depresi* jsou přítomny alespoň 2 až 3 shora zmíněné příznaky vedle depresivního poklesu nálady, ale nemocný je většinou dosud schopen se s určitým přemáháním účastnit běžných denních aktivit. *Při středně těžké depresi* jsou přítomny 4 a více uvedených obtíží a pacient má větší potíže s obvyklou denní činností. *Těžká forma deprese* je charakterizována většinou zmíněných příznaků, typická je všepronikající beznaděj, hluboce pokleslá sebedůvěra spolu se sebevražednými myšlenkami. Při nejtěžším (tzv. psychotickém) stupni deprese převládají v myšlení pacienta nevyvratitelná přesvědčení o vlastní (nеспáchané) vině a následném zaslouženém trestu, o nutnosti skoncovat s vlastním životem, spolu s odmítáním jídla, naprostým nezájmem o okolí a pohybovou strnulostí (tzv. stupor).

2. Podle trvání příznaků:

Chceme-li stanovit diagnózu primární deprese, musejí uvedené příznaky trvat nejméně po dobu 2 týdnů. Není-li pacient léčen, deprese spontánně odezní do 6 až 12 měsíců. Podáváním antidepresív dokážeme zkrátit depresivní epizodu na 2–3 měsíce.

Nově vydělujeme tzv. *krátké periodické deprese*, které se projevují intenzivními depresivními příznaky jen po dobu 2–3 dnů a opakují se po několika týdnech téměř každý měsíc. Netrvají dostatečně dlouho, aby mohly být oka-



mžitě léčeny, a proto jim můžeme jen preventivně předcházet dlouhodobým podáváním léků.

Trvá-li deprese déle než 2 roky, hovoříme o *chronické formě*, která je při včasné a náležité léčbě naštěstí vzácná a postihuje jen 10–20 % depresivních nemocných.

Dnes rozeznáváme ještě další podtyp trvalé poruchy nálady, který je charakterizován chronickou, déle než dva roky trvajícím málo vyjádřenou lehkou subdeprezí. Tento podtyp nazýváme *dystymií*. Projevuje se kromě trvalé lehké deprese poklesem životní energie, snížením aktivity a zájmu, pocitem neschopnosti vyrovnat se s běžnými životními událostmi, sníženou sebedůvěrou, pocitem beznaděje a pesimistickým výhledem do budoucna, obtížemi se soustředěním a menší hovorností. Pokud se v časovém průběhu nejméně 2 roků střídají dlouhodobá lehká deprese s nadměrně veselou náladou lehkého stupně (tj. hypomanií), hovoříme o *cyklotymii*.

3. Podle charakteru převládajících příznaků rozeznáváme deprese útlumové, agitované, atypické a larvované. *Útlumová deprese* je charakteristická psychickým a pohybovým útlumem, zpomaleným myšlením a řečí, krátkými zpomalenými odpověďmi, tichým, monotónním hlasem, opožděnými reakcemi, v extrémních případech úplnou pohybovou strnulostí (tzv. stuporem). *Agitovaná (neklidná) deprese* má v popředí neklid až vzrušenost, vnitřní napětí, naříkání a pláč jako pohybově projevované zoufalství. *Atypická deprese* se vyznačuje proti předchozím typům určitou odklonitelností nálady vnějšími podněty, a zejména opačnými příznaky, než kterými jsme dosud charakterizovali deprese: zvýšenou spavostí i přes den, mimořádnou únavností a zvýšenou chutí k jídlu s váhovým přírůstkem. *Při larvované depresi* jsou v popředí tělesné

obtíže, jako únava, nechutenství s váhovým úbytkem, svírání na hrudi a v hrdle, zácpa, suchost v ústech, nespavost, stěhovavé nevysvětlitelné bolesti aj. Při cílených dotazech se zjistí základní a prvotní depresivní nálada a další doprovodné příznaky primární deprese.

## JAKÝ ZNÁME PRŮBĚH DEPRESÍVNÍ PORUCHY?

V počátcích je depresivní porucha většinou vyvolávána vnějšími událostmi či problémy, později, po prodělání několika epizod, se rozběhne vnitřní chorobný mechanismus periodického opakování, který již není zastavitelný bez řádné léčby. Každá proběhlá depresivní nebo manická epizoda usnadňuje vyvolání další, a proto je tak vysoce důležité započít dlouhodobou profylaktickou léčbu po druhé, nejpozději třetí epizodě, ať již depresivní nebo manické.

Primární deprese je bohužel zatížena značným sklonem k periodickému opakování až u 80 % nemocných. Opakování deprese od skončení epizody do 6 měsíců označujeme jako relaps, po 6 měsících jako recidivu deprese (tedy jako novou depresivní epizodu). V období mezi epizodami je pacient ve stavu plného duševního zdraví, což označujeme jako remise depresivního onemocnění.

Deprese se nejčastěji vyskytují na jaře a na podzim. Někteří nemocní trpí tzv. zimní sezónální depresí, která se u nich opakuje v době od listopadu do února v délce asi 60 dnů.

Primární deprese se může vyskytovat ve dvou průběhových formách, ve dvou protikladných variantách (jeden pól deprese, druhý pól manie); jestliže se opakují jen depresivní epizody, mluvíme o unipolární depresi. Asi u 20 % nemocných se může v průběhu choroby vyskytnout i stav chorobně veselý a rozjařený nálady (manická epizoda) a pak diagnostikujeme bipolární depresi.

Nejzávažnějšími komplikacemi průběhu primární deprese jsou sebevražedné pokusy, které se vyskytují u 20 % nemocných. Muži někdy volí jako samoléčitelství nad-

měrný příjem alkoholu, na němž se mohou stát závislími. Neléčení depresivní nemocní trpí častěji srdečními a zažívacími onemocněními.

## JE DEPRESE LÉČITELNÁ A JAKÝMI PROSTŘEDKY?

Depresivní porucha je dnes dobře léčitelná. Po antidepresívech se podstatně zlepšil duševní stav dvou třetin léčených. K zabránění návratu deprese je nutné antidepresíva užívat ještě po dobu dalších minimálně 6 měsíců, i když se pacient již cítí zdrav. Při akutním stavu dojde k projasnění depresivní nálady ve 2. až 3. týdnu léčby, ale jen při nepřetržitém užívání. Je vhodné pacienty upozornit, že zpočátku mohou pozorovat jen určité zklidnění a případně nežádoucí účinky léků. Nástup léčebného účinku se může lékař pokusit urychlit kapénkovými infúzemi antidepresív či kombinací léků.

Prvé zvolené antidepresívum nemusí být vždy plně účinné a úpravu deprese přinese až druhý antidepresivní lék, většinou z jiné chemické skupiny. Pro nemocné, nereagující na antidepresíva, jsou rezervovány nové formy elektrokonvulzivní léčby v celkové anestézii. U zimních depresí se osvědčila aplikace jasného světla o síle minimálně 3000 luxů po dobu 2 hodin ráno před východem slunce.

Při opakování depresivních epizod je nutné dlouhodobé profylaktické podávání antidepresív u unipolárních depresí. Protože antidepresivní léky mohou vyprovokovat manickou epizodu, nemocným s bipolární depresí podáváme preventivně lithium, carbamazepin či valproát, které jsou účinné i u unipolárních forem depresí. Všechny tyto dlouhodobě podávané léky dokáží preventivně zabránit vzniku nových epizod či snížit častost a hloubku dalších depresí. Předčasné a samovolné ukončení lékové profylaxe může mít za následek zvýšení frekvence epizod v budoucnu a sníženou účinnost antidepresív při dalších depresích.

Léčbu je účelné doplnit psychoterapií, zvláště u lehčích forem depresí s vnějšími mezilidskými a jinými problémy.

## JAKÉ RADY MŮŽEME DÁT RODINĚ DEPRESÍVNĚ NEMOCNÉHO?

V případě podezření na depresivní poruchu by příbuzní měli nemocnému navrhnout návštěvu lékaře a takové jeho rozhodnutí podporovat. Konzultace s lékařem může být prvním krokem k uzdravení nemocného. Rodina by měla co nejdříve uvěřit skutečnosti, že u jejich příbuzného jde o duševní poruchu, která může postihnout každého z nás, a tím předejít svému dalšímu nekompetentnímu až hazardnímu chování vůči pacientovi. Za zbytečné až škodlivé lze považovat snahu rodiny nemocného násilně rozveselit návštěvami veseloher či komedií; v tomto prostředí nemocný tím více pociťuje, že se nemůže z ničeho radovat a být šťastný jako ostatní lidé. Stejně tak škodlivé je apelovat na pacientovu vůli, aby se vzchopil, přemohl, protože duševní poruchy, jako je deprese, nelze vůlí překonat (stejně jako např. zápal plic či zánět slepého střeva). Naopak je důležité přesvědčovat nemocného, že jeho stav je psychickou poruchou, za kterou nemůže a za kterou se nemusí stydět.

Po stanovení diagnózy deprese je důležité se snažit nemocného udržet v určité aktivitě pravidelným plněním nenáročného denního programu, který ještě nemocný zvládne. Středně a těžce depresivní pacienti již nejsou schopni plnit požadavky svého zaměstnání, a měli by proto odejít do pracovní neschopnosti. Neměli by také řídit motorová vozidla nebo činit závažnější právní rozhodnutí, neboť vlivem deprese je přechodně narušena jejich reaktivita i úsudek.

Rodina a příbuzní depresivního nemocného by měli být v pravidelném kontaktu s ošetřujícím lékařem, zvláště v případech zhoršení pacientova duševního stavu. Příbuzní

se nemohou spoléhat, že nemocný vždy vše důležité lékaři svěří, neboť může již být přesvědčen o marnosti svého konání. Vzájemně by si rodina a lékař měli vyměnit telefonní čísla pro případ potřeby rychlého informování.

Blízcí příbuzní či důvěrní přátelé by se neměli vyhýbat rozhovoru o případných sebevražedných myšlenkách pacienta. Jestliže nemocný sdělí, že již uvažoval o zcela konkrétním způsobu sebevraždy, nesmí být pacient ponechán ani na okamžik o samotě a je nutno neprodleně informovat lékaře. Také je možno se poradit na telefonické psychiatrické první pomoci (Linky naděje či důvěry) nebo na Krizovém centru při psychiatrických zařízeních, kam může depresivní pacient kdykoliv přijít. Není pravdou, že kdo mluví o sebevraždě, nikdy ji nespáchá; ve skutečnosti je tomu právě naopak.

Příbuzní by měli nemocného podporovat v jeho důvěře ke zvolenému ošetřujícímu lékaři a prováděné léčbě. Zároveň by měli diskrétně kontrolovat, zda předepsaná antidepresíva pravidelně užívá. Při podezření, že pacient léky nebere, může lékař provést laboratorní testy na přítomnost antidepresív v moči či krvi.

Pro zdárný průběh léčby depresivního nemocného je důležité, aby jej příbuzní a přátelé opakovaně přesvědčovali a ujišťovali, že deprese je přechodná a léčitelná nemoc. Pokud již nemocný několik depresivních epizod prodělal, je možno se odvolávat na jejich úspěšné vyléčení v minulosti.



## HROZÍ VÁM DEPRESE?

A) Kladná odpověď alespoň na dvě ze tří následujících otázek:

1. Jste nadměrně a neobvykle smutný(á) po většinu dne a téměř každý den po dobu dvou posledních týdnů?
2. Ztratil(a) jste zájem a radost z věcí, které Vás obvykle těšily?
3. Cítíte se jakoby bez energie a nadměrně unavený(á)?

B) Kladná odpověď alespoň na jednu až dvě z následujících sedmi otázek, aby celkový počet byl čtyři kladné odpovědi na uvedených deset otázek:

1. Ztratil(a) jste svou obvyklou sebedůvěru nebo se cítíte méněcenným(-cennou) vůči jiným lidem?
2. Děláte si nadměrné výčitky z maličkostí nebo máte pocit těžké viny?
3. Vnucují se Vám myšlenky na smrt nebo sebevraždu?
4. Ztratil(a) jste schopnost soustředění a rychlého rozhodování?
5. Máte zpomalené pohyby a reakce nebo jste nadměrně a nepřiměřeně neklidný(á)?
6. Trpíte nespavostí?
7. Trpíte nechutenstvím s váhovým úbytkem?

Hodnocení: Pokud zodpovíte kladně alespoň čtyři z celkových deseti otázek a jsou-li z toho současně dvě z prvních tří odpovědí kladné, je zde určité podezření na depresivní poruchu; vyhledejte proto psychiatra, který jediný může toto podezření potvrdit či vyvrátit.

Jaromír Švestka  
DEPRESE  
Léčitelná duševní porucha se vzrůstajícím výskytem  
Informace pro nemocné a jejich blízké  
Jako neprodejnou účelovou publikaci  
pro LUNDBECK Česká republika s.r.o.  
vydal PhDr. Lubomír Houdek – Nakladatelství Galén, Praha  
Praha, 2000  
Sazba Galén, Praha  
Tisk Glos, Špidlenova 436, 513 01 Semily

Lundbeck Česká republika s. r. o.  
U páté baterie 8 a 10  
162 00 Praha 6 - Střešovice  
tel.: 224 312 889, 224 313 637, 224 314 534  
fax: 224 319 425  
e-mail: [lundbeck@ecn.cz](mailto:lundbeck@ecn.cz)  
<http://www.lundbeck.cz>

ISBN 80-86257-23-1

Prof. MUDr. Jaromír Švestka, DrSc., se narodil 15. září 1937 v Brně, kde také v letech 1956–1961 absolvoval Lékařskou fakultu Masarykovy Univerzity. Po získání lékařského titulu pracoval od roku 1961 v Psychiatrické léčebně v Jihlavě, kde působil střídavě na interním a psychiatrickém oddělení. Při konkursním řízení byl v roce 1965 vybrán prof.



MUDr. J. Hádlíkem pro práci na Psychiatrické klinice Lékařské fakulty a Fakultní nemocnice v Brně-Bohunicích, kde působí dodnes. MUDr. Jaromír Švestka se zde záhy stal odborným asistentem (1971), docentem (1983) a profesorem pro obor psychiatrie (1987). Působil jako přednosta Psychiatrické kliniky v období let 1987–1993 a založil zde Krizové centrum pro akutní psychiatrickou pomoc (1989) a Jednotku intenzivní psychiatrické péče (1993). Prof. Švestka se spolupracovníky sepsal skripta pro posluchače lékařské fakulty: *Psychofarmaka a jejich využití v psychiatrii* (1988) a *Akutní psychiatrie* (1993). Dále vydal monografii *Psychofarmaka v klinické praxi* (1995), která byla odměněna cenou České psychiatrické společnosti. Kromě toho je autorem a spoluautorem více než 400 odborných článků a sdělení, především z oblasti léčby a diagnostiky depresivních a schizofrenních poruch. Prof. Švestka náleží k předním postavám biologické psychiatrie a je místopředsedou České neuropsychofarmakologické společnosti. Současně je členem mnoha mezinárodních odborných společností, mj. CINP, ECNP a New York Academy of Sciences. O svých odborných zkušenostech a výzkumných výsledcích přednášel i na četných zahraničních sjezdech a kongresech.

Přirozený  
vývoj



v léčbě deprese  
a úzkosti