DEPRESE A ANTIDEPRESIVA

Depression and antidepressants

Bohumír Plucar¹ Iveta Vávrů²

7: 200 - 398, 2005

ISSN 1212-4117

¹Ústav lékařské etiky, Masarykova univerzita, Brno²Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, katedra radiologie a toxikologie**Summary**

Depression is a disease affecting both the body and the state of mind and the thinking. It influences sleep and eating habits, the way of perception of oneself as well as perception of surrounding world. Depression is not a symptom of personal weakness or a condition we could get rid of by mere wish or will involvement. People suffering from depression cannot simply "pull themselves together" and relax. It is typical that depressive disturbances occur in different forms. Symptom complexes can remain during weeks, months or years, when they are not treated. On the other hand, adequate treatment can help the majority of the population suffering from depressions. Different types of antidepressants are available, including the newest ones as – serotonin-uptake inhibitors (SSRIs) – as well as tricyclic antidepressants and mono-amino-oxidase inhibitors (MAOIs). SSRIs, as well as further newer medicines influencing the neurotransmitters – e.g. dopamine or noradrenaline – have generally more undesirable effects than tricyclic antidepressants. Appropriately chosen psychotherapy combined with appropriate antidepressant can contribute substantially to improvement of life quality in persons suffering from depressions.

Key words: depression – mood – psychotherapy – antidepressants – life quality

Souhrn

Deprese je onemocnění, které zasahuje jak tělesnou schránku, tak i náladu a myšlení. Ovlivňuje spánek a stravovací návyky, způsob vlastní percepce stejně jako vnímání okolního světa. Deprese není známkou osobní slabosti nebo stavem, kterého se můžeme zbavit pouhým přáním nebo zapojením vůle. Lidé trpící depresí se nemohou jednoduše „sebrat“ a uvolnit se. Je typické, že depresivní poruchy se vyskytují v různých formách. Soubory příznaků mohou přetrvávat po týdny, měsíce až roky, pokud nejsou léčeny. Odpovídající léčba na druhou stranu může pomoci většině populace trpící depresí. Máme k dispozici různé druhy antidepresiv, včetně těch nejnovějších, jako jsou – inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRIs) – stejně jako tricyklická antidepresiva a inhibitory monoamino-oxidázy (MAOIs). SSRI podobně jako další novější léky, ovlivňující přenašeče nervových vzruchů – např. dopamin nebo noradrenalin – mají obecně méně nežádoucích účinků než tricyklická antidepresiva. Vhodně zvolená psychoterapie v kombinaci s vhodným antidepresivem může podstatně přispět ke zlepšení kvality života lidí trpících depresí.

Klíčová slova: deprese – nálada – psychoterapie – antidepresiva – kvalita života

1. ÚVOD

Náš souhrnný článek nemůže zcela vyčerpat téma deprese a její léčby. Chtěli bychom však trochu přispět k informovanosti o této dnes poměrně rozšířené nemoci zvláště mezi nelékařskými profesemi (zdravotními sestrami, sociálními pracovníky a dalšími), které se často dostávají do prvního kontaktu s pacienty, trpícími depresí a jsou nezastupitelní v procesu detekce a léčení těchto pacientů.

Deprese je psychické onemocnění, které se v poslední době dostává do popředí zájmu lékařů

i laické veřejnosti. Je to onemocnění, které může narušit všechny stránky lidského života. Mění způsob myšlení a ovlivňuje duševní a tělesný stav. Může se totiž projevovat i somatickými příznaky a naopak některá somatická onemocnění mohou vyvolat psychické poruchy. Deprese omezuje nemocného nejen svými příznaky a z nich vyplývajícími komplikacemi, ale i tím, že velmi často zastírá příznaky skutečné nemoci, která tak zůstává nepoznána a neléčena. Nemocný je tak vystaven dvěma závažným a život ohrožujícím nemocem najednou. Deprese je onemocnění velmi časté, mno-

hem častější, než si veřejnost uvědomuje. Udává se, že depresivní poruchou trpí až 25 % populace. V ambulantních a soukromých lékařských praxích tvoří podíl depresivních pacientů až 60 %. Přitom výskyt depresí je u nás častější než v západní Evropě (Strunecká, 2002). Podle statistických údajů je výskyt deprese hned na druhém místě za ischemickou chorobou srdeční (Murray a Lopez, 1996). Velmi častá je komorbidita (Harter et al., 2003). Deprese se např. vyskytuje ve vysoké míře u nemocných trpících kardiovaskulárními poruchami a přítomnost deprese tak zvyšuje riziko vzniku a rozvoje kardiovaskulárního onemocnění (Pidrman, 2004).

2. JAK SE DEPRESE PROJEVUJE?

Depresivní lidé jsou méně aktivní, bez vlastní iniciativy. Překonávat překážky je pro ně nepřekonatelné a sebemenší rozhodnutí je obtížné. Psychické tempo je obvykle sníženo. Je pro ně obtížné soustředit se delší dobu na nějaký problém, jejich pozornost je odváděna depresivními myšlenkami. Pociťují nadměrnou únavu, často nemají chuť začít nějakou činnost a pokud začnou, nemají energii ji dokončit. Přestávají se zabývat tím, co by je zajímalo nebo těšilo, vykonávají jen to nejnnutnější. Depresivní chování se vyznačuje některými typickými rysy a zahrnuje celou řadu projevů: nerozhodnost, odkládání činností, celkovou zpomalenost, ztrátu energie, nesoustředěnost a roztěkanost, netrpělivost, uzavírání se do sebe, pláč, vyhýbání se kontaktům, pasivitu až po monotónní depresivní řeči, sebelitost, neustálé stěžování si na příznaky a sebevražedné pokusy. Toto chování je reakcí na depresi jako nemoc, která významným způsobem zhoršuje kvalitu života (Surawy et al., 2005). Nemocný mívá následně pocity viny a vzteku na sebe za své chování, což vede k dalšímu stupňování deprese. Charakteristickým rysem deprese je vyhýbavé chování. Lidé trpící depresí se vyhýbají nejen všem nepříjemným činnostem týkajících se kontaktu s lidmi nebo činnostem vyžadujících větší námahu, ale i některým běžným činnostem, jako je nakupování, cestování dopravními prostředky, použití výtahu apod. a zanedbávají dokonce i příjemné a rekreační aktivity. Přestávají se zabývat tím, co je dříve zajímalo nebo těšilo. Toto vyhýbání souvisí většinou s nepříjemnými pocity v daných situacích (úzkost, stud, trapnost, bezradnost, pocity nedostatečnosti nebo záchvaty paniky). Při vystupňovaných příznacích deprese ztrácí řada lidí naději na vyléčení a v zoufalství se objevují myšlenky na smrt a chuť uniknout z trápení, které se zdá nekončící. Sebevražedné myšlenky patří k typickým příznakům deprese (Češková, 1994). Deprese je

také doprovodným symptomem mnoha neurologických onemocnění, jako je epilepsie, roztroušená mozkomíšní skleróza, Parkinsonova nemoc, Alzheimerova nemoc, Huntingtonova chorea, cévně-mozkové příhody, chronická bolest apod. (Roth et al., 1999).

3. JAK DEPRESE VZNIKÁ?

Příčiny tohoto duševního onemocnění nejsou dosud zcela známy, předpokládá se však, že se jedná o dědičnou poruchu látkové přeměny v mozku. Deprese však může být vyvolána i některými vnějšími faktory. Jakou úlohu hrají při vzniku deprese dědičné dispozice, nebo naopak vnější okolnosti, je u každého člověka rozdílné. Většinou se však jedná o smíšenou formu, to znamená, že vinu na onemocnění nesou oba faktory. O tom, že o příčinách deprese toho zatím mnoho nevíme, svědčí i fakt, že v současné době existuje šest teorií jejich vzniku (Höschl, 1999). Deprese obvykle dělíme do tří základních skupin: psychogenní, endogenní a somatogenní deprese.

Psychogenní deprese

bývají způsobeny v první řadě vnějšími faktory a příčiny lze nalézt v samotném životě pacienta. Ke krizovým situacím, které mohou deprese vyvolat, patří např. ztráta milovaného člověka (životního partnera, dětí nebo rodičů), ale také období přechodu u žen, změna životních okolností (odchod do důchodu či dlouhodobá nezaměstnanost), problémy provázející stáří (nemoc či osamělost) či stresující zážitky z dětství, které ani v dospělosti není schopen člověk zpracovat. Psychogenní deprese mohou být i důsledkem dlouhodobého tělesného a duševního přetěžování organismu. Vyvolávajícím okamžikem se může stát i uvolnění po takovéto zátěži.

Endogenní deprese

se objevují náhle a stejně rychle mohou také odeznít. Neexistují žádné vnější příčiny, které by mohly být dávány do příčinné souvislosti s objevením se depresí. Zvláštní formou endogenní deprese je tzv. deprese bipolární, při níž jsou stavy deprese proloženy tzv. manickými fázemi, kdy se u postiženého projevuje zcela odlišná nálada, než jakou obvykle mívá ve stavu deprese. Typickými znaky těchto manických projevů jsou hyperaktivita, ztráta zábrán, pocity štěstí, přeceňování, menší potřeba spánku apod. Emoční výkyvy při změnách fází jsou výrazné a zcela nesrovnatelné s normálním střídáním nálad.

Somatogenní deprese

se objevuje pouze v souvislosti s tělesnými choro-

bami postiženého pacienta, například onemocnění mozku. Patří sem i poměrně časté poporodní deprese u mladých rodiček, k nimž dochází díky velkým hormonálním změnám v průběhu celého těhotenství.

4. UNIPOLÁRNÍ A BIPOLÁRNÍ DEPRESE

V zásadě jsou rozlišovány dva druhy deprese: unipolární a bipolární. Rozdíl mezi unipolární a bipolární depresí byl poprvé popsán Leonhardem v roce 1957 (Leonhard, 1979). Pro unipolární depresi je charakteristické střídání depresivních epizod s bezpříznakovým obdobím. Je proto také označována jako periodická depresivní porucha. Je pro ni typické charakteristické střídání depresivních a manických fází. Diagnostika deprese vychází z psychiatrického vyšetření a screeningových dotazníků. Nejznámějším dotazníkem tohoto druhu je Mood Disorder Questionnaire (MDQ) (Herman, 2003). Kvantitativní hodnocení deprese se často vyjadřuje pomocí tzv. Hamiltonovy stupnice, ale různých hodnotících škál existuje celá řada (Bagby et al., 2004).

5. DIAGNOSTIKA DEPRESE

Diagnostika je relativně snadná, pokud na depresivní poruchu myslíme. Pacient ale často diagnózu deprese odmítá a hledá příčinu svých obtíží v somatickém onemocnění. Pokud nehrozí riziko z prodlení, lze pacienta postupně dovést k pochopení a přijetí pravé podstaty jeho onemocnění. Od počátku je však třeba uznat skutečnost pacientových obtíží, aby neměl pocit nepochopení ze strany lékaře a zdravotního personálu.

6. LZE DEPRESI LÉČIT?

Deprese je nemoc, kterou lze léčit. Nelze ji však přemoci vůlí, je nutné se poradit s lékařem a důvěřovat jeho pokynům. V žádném případě není vhodné nechávat takto nemocného samotného, i když to často bývá jeho vlastní přání. Kontakt s blízkými, kteří pacienta chápou a snaží se jej v jeho léčbě podporovat, přispívá společně s léky k rychlejšímu uzdravení. Osobou, která je kompetentní k léčbě depresivní poruchy, je psychiatr. Dobrý psychiatr pacientovi naslouchá, rozumí jeho problémům a snaží se mu pomoci. Postupně dochází během rozhovorů k vytvoření terapeutického vztahu, který přináší pacientovi velkou důvěru a pocit bezpečí. Psychiatr doporučí nejlepší léčbu a předepíše léky, které znormalizují biochemické procesy mozku. Nezastupitelnou roli zde mají také nelékařské profese. Zdravotní sestra či sociální pracovník mohou být osoby, které první rozpoznají změnu v náladě pacienta. Mohou odhadnout hloubku deprese a případně předejít sui-

cidálnímu chování pacienta. Psychoterapeut, psycholog navazuje na farmakologickou léčbu speciálními technikami, které v ideálním případě umožní náhled pacienta do souvislosti mezi jeho potížemi – symptomy – a jeho osobními problémy.

7. JAKÉ LÉKY MÁ SOUČASNÁ MEDICÍNA K DISPOZICI?

Hlavními metodami léčby deprese jsou antidepresiva (syntetická, nebo přírodní), systematická psychoterapie a elektrokonvulze. Mírné depresivní epizody lze léčit stabilizátory nálady, jako je lithium nebo lamotrigin, bez nutnosti podávání antidepresiva. Stabilizátory nálady se také aplikují jako profylaxe (thymoprofylaxe). Snižují až eliminují frekvenci a intenzitu manických, depresivních a smíšených epizod afektivních a schizoafektivních poruch. U těchto lehčích forem deprese je prokázán dobrý efekt psychoterapie. Používají se psychoterapeutické techniky, jako jsou kognitivně behaviorální, interpersonální, rodinná a krátká psychodynamická psychoterapie. Kombinace systematické psychoterapie a farmakoterapie je výhodná u případů, kdy průběh je chronický s nekvalitními remisemi a kde se chceme zaměřit jak na redukci symptomů, tak na řešení psychosociálních problémů (Raboch a Pavlovský, 1999). U středně těžkých a těžkých deprese je nutné podávání antidepresiv - léků, které zasahují do metabolismu katecholaminů a serotoninu a upravují jejich biochemismus. Antidepresiva se nejčastěji dělí do skupin podle mechanismu účinku, kterým zasahují do fyziologických procesů v mozku, nebo podle jejich chemické struktury. V situacích, kde se jedná o hlubokou depresi s nebezpečím sebevraždy, pacient odmítá pít a jíst, jsou přítomny výrazné psychotické příznaky, narušení psychomotoriky, které nereagovalo na více než jedno antidepresivum, je indikováno použití elektrokonvulzí (Raboch a Pavlovský, 1999).

Inhibitory monoaminoxidázy (IMAO)

Jejich společnou vlastností je inhibice enzymu MAO, který odbourává noradrenalin, dopamin, serotonin a podílí se na metabolismu těchto tří významných neuromediátorů. Monoaminoxidáza se vyskytuje ve formě dvou izoenzymů-A a B. Indikacemi inhibitorů MAO-A jsou depresivní poruchy, sociální fobie, panická a post-traumatická stresová porucha, inhibitorů MAO-B Parkinsonova a Alzheimerova choroba. Inhibitory MAO jsou úspěšné spíše u lehčích, atypických forem deprese, dystymií a deprese rezistentních k jiným typům antidepresiv. Pro nežádoucí účinky a zejména četné interakce s jinými léky jsou dnes klasické inhibitory MAO používány zřídka. Mezi

nejznámější IMAO patří např. tranlylcypromin nebo moclobemid.

Inhibitory zpětného vychytávání monoaminů

Tato skupina antidepresiv se dělí do pěti generací podle toho, zda inhibují zpětné vychytávání serotoninu, noradrenalinu či serotoninu a zda zároveň blokují muskarinové, adrenalinové a histaminové receptory.

I. GENERACE: TRICYKLIKA, TETRACYKLIKA

Tricyklická antidepresiva, tzv. tricyklicka získala svůj název podle chemické struktury, pro níž je typická přítomnost tří kondenzovaných uhlíkových kruhů. Mechanismus účinku spočívá v inhibici zpětného příjmu noradrenalinu a serotoninu s následným zvýšením jejich koncentrace v synaptické šterbině. Tyto sloučeniny blokují muskarinové, adrenalinové a histaminové receptory, což vyvolává nežádoucí účinky anticholinergní, adrenolytické a antihistaminové.

Anticholinergní příznaky – suché sliznice, obštipace, porucha oční akomodace, dysurie až retence moči, sinusová tachykardie, poruchy paměti.

Adrenolytické působení, příznaky – ortostatická hypotenze, závratě, pády, sedace, tremor, poruchy erekce.

Antihistaminové účinky, příznaky – sedace, ospalost, zvýšená chuť k jídlu, zvýšení tělesné hmotnosti.

Mezi nejznámější tricyklicka patří imipramin, desimipramin nebo amitriptylin.

Tetracyklická antidepresiva, tzv. tetracyklicka odvozuji svůj název od přítomnosti čtyř uhlíkatých kruhů ve své molekule. Jejich mechanismus účinku je obdobný jako u tricyklik. Nejznámějšími tetracyklicky jsou mirtazapin a maprotilin.

II. GENERACE: HETEROCYKLIKA

Do II. generace antidepresiv se řadí preparáty, které zvyšují koncentraci dvou ze tří monoaminů (serotonin, dopamin, noradrenalin) a na rozdíl od I. generace nepůsobí anticholinergně, i když účinkují ještě adrenolyticky a antihistaminově. Původně byly do II. generace antidepresiv zařazeny četné preparáty. Dnes v této skupině s určitou tolerancí na přesné zařazení zůstaly už jen viloxazin a bupropion.

III. GENERACE: SSRI, SARI, NARI, DARI

Antidepresiva III. generace inhibují zpětné vychytávání jen jednoho ze tří monoaminů: serotoninu (SSRI a SARI), noradrenalinu (NARI) nebo dopaminu (DARI).

SSRI antidepresiva (selective serotonin reuptake inhibitors, SSRI) jsou antidepresiva různého chemického složení, která spojuje společný mechanismus účinku: inhibice zpětného vychytávání serotoninu. SSRI neovlivňují jiné neurotransmiterové systémy či receptory a jsou proto zatíženy výskytem jen serotoninových nežádoucích příznaků. Mezi nejznámější patří fluoxetin, paroxetin, venlafaxin, sertralin, fluvoxamin a citalopram, který je v poslední době nahrazován S-enantiomerem této látky (escitalopram).

SARI antidepresiva (serotonin antagonists/reuptake inhibitors) jsou antidepresiva se zdvojeným serotoninovým účinkem. Účinek spočívá v blokádě serotoninových receptorů a slabší inhibici zpětného příjmu serotoninu. Mezi tato antidepresiva patří např. trazodon.

NARI antidepresiva (noradrenaline reuptake inhibitors) fungují jako inhibitory zpětného vychytávání noradrenalinu. Jediným a prvním selektivním inhibitorem zpětného vychytávání noradrenalinu je reboxetin.

IV. GENERACE: SNRI

SNRI antidepresiva (serotonin and noradrenalin reuptake inhibitors) jsou antidepresiva, která inhibují zpětné vychytávání serotoninu a noradrenalinu do neuronů zvyšují synaptickou koncentraci serotoninu i noradrenalinu, tedy obou neurotransmiterů, aniž ovlivňují jiné neurotransmiterové systémy. Označují se také jako dualistická antidepresiva. Do této skupiny se řadí více serotoninergně působící venlafaxin a více noradrenergně působící milnacipran.

Přírodní antidepresiva a alternativní postupy léčby deprese

Jediným v oficiální medicíně používaným antidepresivem je Jarsin - standardizovaný extrakt třezalky tečkované (*Hypericum perforatum*) (Patočka a Strunecká, 2003), který byl v klinických studiích účinnější než placebo, měl méně vedlejších účinků než standardní antidepresiva a vedl méně často k vyřazení pacienta ze studie. Byl však účinný jen u lehkých depresí, u středně těžké a těžké deprese byl méně účinný než imipramin. Ojediněle se k léčbě depresí používá např. spánková deprivace, léčba světlem a transkraniální magnetická stimulace. Další alternativní postupy v léčbě deprese např. akupunktura, aromaterapie, homeopatie, léčba tancem, muzikoterapie, hypnotherapie a relaxační techniky včetně pravidelného cvičení vykazují určité antidepresivní účinky. Průkaz jejich účinnosti v randomizovaných, kontrolovaných studiích naráží na nedostatečný počet pacientů

nebo vysoký účinek placeba.

8. PSYCHOTERAPIE

Léčbu antidepresiv je účelné doplnit psychoterapií. Jednou z možností, jak účinně terapeuticky spolupůsobit, je použití tzv. kognitivně-behaviorální terapie. Tato terapie kombinuje dva postupy - kognitivní (poznávací) terapie se zaměřuje na myšlení pacientů a snaží se odstranit jejich negativní myšlenky, např. záporný pohled na sebe („věci jsou špatné, protože já jsem špatný“), záporné chápání zkušenosti („všechno vždycky bylo špatné“) nebo záporný pohled do budoucna („nic nemá cenu, všechno stejně špatně dopadne“). Terapie behaviorální se pak zaměřuje na depresivní jednání pacienta, které se rovněž snaží změnit.

Využívá se individuální psychoterapie, tedy vztahu mezi terapeutem a jedním pacientem, dále kolektivní psychoterapie, ve které působí terapeut psychologickými prostředky na více pacientů, avšak nevyužívá systematicky k léčebným účelům to, co se mezi nimi děje. A konečně je zde skupinová psychoterapie, která využívá k léčebným účelům skupinovou dynamiku, tj. vztahy a interakce jak mezi členy a terapeutem, tak mezi členy navzájem. Účinné faktory skupinové psychoterapie popisuje ve stručnosti následující desatero (Kratochvíl, 1995):

1. Členství ve skupině – pro sociálně izolované pacienty působí léčebně již fakt přijetí do skupiny stejně postižených jedinců.
2. Emoční podpora – ostatní členové skupiny naslouchají a snaží se jedinci porozumět, neodsuzují jej, ale akceptují ho, vyjadřují empatii, dodávají naději.
3. Pomáhání jiným – kladně působí, když se pacient sám naučí vyjadřovat podporu, empatii jiným a sdílí s druhými jejich problémy.
4. Sebeexplorace a sebeprojevení – projevení i skrytých myšlenek, skrývaných zážitků a přání v klimatu psychologického bezpečí a koheze skupiny.
5. Odreagování – potlačené emoce, spojené s bolestnými, traumatizujícími zážitky se při abreakci vynesou na povrch a mohou se naplno projevit v permissivní atmosféře skupiny.
6. Zpětná vazba, konfrontace – jedinec dostává informaci od druhých, jak na ně působí jeho chování.
7. Náhled – pochopení dříve neuvědomovaných souvislostí ve vlastní psychice a vztazích ve spojitosti s maladaptivním chováním.
8. Korektivní emoční zkušenost – silně emočně podbarvené prožití vztahu či situace, která opravuje nesprávnou generalizaci, vyvolanou minulými traumatizujícími zážitky.
9. Zkoušení a nácvik nového chování – v souvislosti s poznáním nevhodnosti starých způsobů chování dochází ke zkoušení způsobů nových – projevení aktivity a vlastních samostatných názorů pacienta.
10. Získání nových informací a sociálních dovedností – nasloucháním životních osudů jiných pacientů a seznamováním se s důsledky jejich chování působí jako model situace, z které pacient může udělat závěry pro sebe. Naučí se orientovat v praktikách sociálních vztahů.

Dále se používají např. interpersonální, rodinná a krátká psychodynamická psychoterapie. Jejich efekt při samostatném užití byl prokázán u lehčích forem depresí zvláště tam, kde má pacient hodně problémů v oblasti psychosociální.

ZÁVĚR

V průběhu historie se obraz mánie a deprese příliš neměnil. Popis poruch nálady lze nalézt již ve starém zákoně (Kráľ Saul). Poruchy nálady zahrnují široké spektrum emocí od hluboké deprese do povznesené nálady.

Antidepresiva jsou moderními psychofarmaky, která se hodí nejen pro léčbu deprese, ale též mnoha dalších častých duševních obtíží v ambulantní praxi, jako je např. zvýšená úzkostnost, nespavost, únavový a bolestivý syndrom. Jedná se o léky, jejichž efekt se většinou projevuje až po několikátýdenním užívání adekvátních dávek. Jednotlivé preparáty se mezi sebou liší především různými vedlejšími účinky, které je nutné s pacientem předem prodiskutovat, a různými farmakokinetickými lékovými interakcemi, které je třeba znát a podle nich jednat.

Nejedná se o léky s vysokým návykovým potenciálem, ale přesto při vysazování antidepresiv po delším užívání je vhodné denní dávku postupně snižovat. Dnes již s jistotou můžeme říci, že léčba deprese se přesune také do oblasti genetické. To dokládá objev genu, jehož mutace v určitých případech způsobuje svým nositelům deprese, které odolávají léčbě antidepresiv na bázi serotoninu. Zmíněný gen kóduje mozkový enzym tryptofan-hydroxylázu-2, který je odpovědný za tvorbu neurotransmiteru serotoninu. Nositel mutace tohoto genu má oproti normálnímu stavu o 80 % serotoninu méně, což dramaticky ovlivňuje jeho psychiku (Caron et al., 2005). Zmíněný objev může implikovat přesvědčení, že naše pocity a nálady - subjektivní kvalita života - není nic jiného, než pouhá chemie. Tyto objevy nabízejí možnosti propojení genetických testů a následné léčby vhodně vybranými antidepresivy. Stále však platí, že cílem jakékoli účinné terapie deprese je opětov-

né zlepšení nálady a obnovení pozitivního postoje k životu.

LITERATURA

- Bagby R. M., Ryder A. G., Schuller D. R., Marshall M. B. 2004:** The Hamilton Depression Rating Scale: has the gold standard become a lead weight? *Am J Psychiatry* 161: 2163-2177.
- Češková E. 1994:** Biologické markery deprese. *Čas. Lék. Čes.* 133: 99-102.
- Harter M. C., Conway K. P., Merikangas K. R. 2003:** Associations between anxiety disorders and physical illness. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 253: 313-320.
- Herman E. 2004:** Rozdíly mezi unipolární a bipolární depresí. In: Kolektiv: Depresivní onemocnění. 5-14, Praha: MAXDORF.
- Höschl C. 1999:** Teorie deprese. *Vesmír* 78: 607.
- Kratochvíl S. 1995:** Skupinová psychoterapie v praxi. Praha: Galén.
- Leonhard K. 1979:** The classification of endogenous psychoses. 5th ed. New York, London, Sydney, Toronto: Irvington Publishers.
- Murray C. J. L., Lopez A. D. 1996:** The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge: Harvard University Press.
- Patočka J., Strunecká A. 2003:** Standardizovaný

extrakt třezalky tečkované: nové rostlinné antidepressivum. *Voj. Zdrav. Listy* 72: 114-118.

- Pidrmán V. 2004:** Deprese a kardiovaskulární onemocnění. In: Kolektiv: Depresivní onemocnění. 66-73, Praha: MAXDORF.
- Raboch J., Jiráček R., Paclt I. 2005:** Psychofarmakologie pro praxi. Praha: Triton.
- Raboch J., Pavlovský P. 1999:** Psychiatrie (minimum pro praxi). Praha: Triton, ISBN 80-85875-98-5
- Raboch J., Zvolský P. et al. 2001:** Psychiatrie. Praha: Galén, ISBN 80-7262-140-8 (Galén), ISBN 80-246-0390-X (Karolinum).
- Roth J., Preiss M., Uhrová T. 1999:** Deprese v neurologické praxi. Praha: Galén.
- Strunecká A. 2002:** Deprese, meditace a vědomí. *Psyche et Natura*, Praha, 106 – 123.
- Surawy C., Roberts J., Silver A. 2005:** The effect of mindfulness training on mood and measures of fatigue, activity, and quality of life in patients with chronic fatigue syndrome on a hospital waiting list: A series of exploratory studies. *Behav. Cogn. Psychoterapy* 33: 103-109.
- Zhang X., Gainetdinov R. R., Beaulieu J. M., Sotnikova T. D., Burch L. H., Williams R. B., Schwartz D. A., Krishnan K. R., and Caron M. G. 2005:** Loss-of-function mutation in tryptophan hydroxylase-2 Identified in unipolar major depression. *Neuron* 45, 11 – 16.

Bohumír Plucar
bpl@volny.cz