

DEPRESE V NEUROLOGICKÉ PRAXI

MUDr. Jan Roth, CSc.

mgr. Marek Preiss

MUDr. Tereza Uhrová



**Část první:
symptomy, diagnostika, rizikové faktory**

OBSAH

VÝSKYT DEPRESE V POPULACI	3
DIAGNOSTICKÉ JEDNOTKY	4
ZÁVAŽNOST, SYMPTOMATIKA	4
DEPRESE V NEUROLOGII	7
1. Domnělá neurologická diagnóza je chybná – jedná se o depresi	7
2. Deprese je doprovodný symptom mnoha neurologických onemocnění	8
Deprese u cévních mozkových příhod	9
Deprese u epilepsie	9
Deprese u roztroušené sklerózy a dalších autoimunitních či zánětlivých nemocí centrálního nervstva	9
Deprese u Huntingtonovy chorey	10
Deprese u Parkinsonovy nemoci	10
Deprese u Alzheimerovy nemoci	10
3. Deprese je vyvolána terapií jiného onemocnění	10
4. Neurologické symptomy jsou vedlejším účinkem antidepressivní či thymoprofylaktické terapie ...	11
5. Deprese je vedlejší diagnóza pacienta	12
6. Sledování přítomnosti deprese v neurofarmakologických studiích	12
VYŠETŘENÍ DEPRESE V NEUROLOGICKÉ PRAXI:	
STRUKTUROVANÝ ROZHOVOR A TESTY DEPRESIVITY	12

VÝSKYT DEPRESE V POPULACI

Deprese je velmi častá a závažná, nicméně léčitelná psychická porucha. **Přibližně 10–15 % populace trpí depresivní poruchou**, poněkud více jsou postiženy ženy (zhruba dvojnásobně oproti mužům). Výskyt deprese mírně stoupá s věkem, ve věkové kategorii nad 65 let věku již depresi trpí přibližně 17 % lidí. Potomci osob, u kterých byla diagnostikována deprese, jsou vystaveni poněkud vyššímu riziku vzniku deprese než běžná populace (z hlediska dědičnosti jsou intenzivně zkoumány především změny na chromosomu 18), ovšem faktorů ovlivňujících vznik a rozvoj depresivní poruchy je celá řada. Biologické faktory včetně dědičnosti jsou nepochybně pouze jedny z mnoha. Další významné momenty jsou vývojové vlivy a psychologické i behaviorální faktory zátěže.

Každý člověk, který se léčí s chronickou nemocí, má vyšší riziko vzniku deprese oproti zdravé populaci. V současnosti je již opuštěn koncept tzv. endogenní a reaktivní deprese, neboť je známo, že stres (biologický, psychosociální atd.), ať již akutní či chronický, může vyvolat změny na úrovni tvorby neurotransmiterů a citlivosti receptorů. Také imunitní a endokrinní mechanismy se podílejí na neuromodulaci.

Každého člověka alespoň jedenkrát za život postihne depresivní stav závažný do té míry, že by bylo třeba jej léčit, často však k lékaři vůbec nedojde nebo při vyšetření není na diagnózu deprese pomýšleno.

DIAGNOSTICKÉ JEDNOTKY

Depresivní syndrom se nejčastěji vyskytuje v následujících diagnostických jednotkách (viz tabulka 1).

Tabulka 1

Diagnostické jednotky s depresivním syndromem

Depresivní fáze
Periodická depresivní porucha
Bipolární afektivní porucha
Organická afektivní porucha (depresivní či bipolární)

Depresivní fáze se vyskytuje buď jako jediná fáze, projevující se depresivními symptomy (viz níže) o délce trvání minimálně 2 týdny, či jako tzv. **periodická deprese**, to znamená opakovaně se navracající fáze (epizody) deprese bez projevů hypománie či mánie v mezidobí. Pokud se depresivní porucha manifestuje kontinuálně po dlouhou dobu (obvykle déle než 2 roky), označuje se jako tzv. trvalá afektivní porucha.

Bipolární afektivní poruchou označujeme stav opakovaných (minimálně dvou) epizod, kdy se vystřídala depresivní symptomatika s manickou či hypomanickou, a to s mezidobím úplné remise.

Organickou afektivní poruchou rozumíme depresivní stav, který vznikl v souvislosti s „organickým“ onemocněním mozku či těla, o kterém je z klinické zkušenosti známo, že se často pojí se změnami psychiky. V neurologické terminologii by se dal pojem organické afektivní poruchy nejspíše pojmenovat jako symptomatická či sekundární deprese.

ZÁVAŽNOST, SYMPTOMATIKA

Tíže depresivní symptomatiky se obvykle stanovuje jako mírná, středně těžká a těžká. Závažnost deprese je dána počtem přítomných symptomů, pro orientační odlišení bývá užitečné posouzení zachovaných sociálních schopností. V mírné fázi je postižená osoba obvykle s určitými těžkostmi schopna plného pracovního výkonu, sociálních a domácích aktivit. Ve středně těžké fázi tyto aktivity pacient zvládá jen s krajními obtížemi, v těžké fázi obvykle není schopen podávat jakýkoliv výkon.

Definice deprese:

Depresivní porucha se obvykle definuje jako patologická porucha nálady neodpovídající okolnostem.

Základní charakteristiky:

- skleslá nálada,
- snížení energie,
- snížení aktivity.

Deprese se kvalitativně i kvantitativně liší od běžných prožitků zármutku, truchlení, smutku či žalu, jež jsou nedílnou součástí prožívání životních událostí.

K depresivnímu syndromu patří i celá řada dalších symptomů, uvedených v tabulce 2.

Tabulka 2

Další základní příznaky

- zhoršení schopnosti radovat se
- pokles zájmů
- zhoršení koncentrace, paměti
- pocity viny, méněcennosti
- smutný a pesimistický výhled do budoucna
- myšlenky na sebepoškození, sebevraždu
- ztráta náhledu
- úzkost
- poruchy spánku
- porucha příjmu potravy (jiného charakteru než anorexie, bulimie)
- somatické příznaky
- únavový syndrom, neklid, hypochondrie

Kromě psychických symptomů se deprese velmi často projevují i tzv. somatickými symptomy, které mohou komplikovat diagnostickou rozvahu, obzvláště tehdy, dominují-li klinickému obrazu. Somatické symptomy jsou uvedeny v tabulce 3.

Tabulka 3

Příznaky somatické či atypické, pokud nejsou zjevně manifestní poruchy nálady

- algické syndromy (hlava, břicho, hrudník)
- vertigo
- palpitace
- dechové obtíže
- změny menstruačního cyklu
- změny hmotnosti
- pokles sexuální apetence
- poruchy spánku
- únavový syndrom

Velkým problémem pro méně zkušeného lékaře je odlišit stav, kdy pacient neodkladně potřebuje akutní psychiatrickou pomoc formou hospitalizace a kdy stav je méně alarmující. V případě, kdy tíže symptomatiky nevyžaduje akutní intervenci, se lékař může rozhodnout, zda pacienta bude po stránce depresí léčit sám, zda se o jeho léčbě poradí s psychiatrem či jej předá ambulantnímu psychiatrovi k léčbě. Varovná znamení, vyžadující akutní intervenci psychiatrem ve formě hospitalizace, jsou uvedena v tabulce 4.

Tabulka 4

Symptomy vyžadující akutní intervenci

- suicidální pokus
- suicidální tendence, úvahy
- těžké úzkostné poruchy
- autoakuzace se ztrátou náhledu
- apatie/abulie s minimální psychomotorickou aktivitou

DEPRESE V NEUROLOGII

Je alarmující, že z několika studií vyplynula nízká úspěšnost diagnózy deprese v neurologické praxi (přibližně 40 %). Proto je nutno na problematiku deprese u pacientů v neurologické ambulanci cíleně a soustavně myslet. Bohužel neexistuje doposud žádný dostatečně senzitivní i specifický paraklinický ukazatel depresivní poruchy (zkoumá se množství serotoninu v trombocytech, nálezy na pozitronové emisní tomografii, dexametazonový supresorový test či hladiny katecholaminů a jejich degradačních produktů v likvoru) a diagnostika vychází pouze z posouzení klinického stavu.

V tabulce 5 jsou uvedeny základní modelové situace, kdy se neurolog dostává do styku s problematikou deprese.

Tabulka 5

Modelové situace pro depresivní stavy v neurologické praxi

1. Domnělá neurologická diagnóza je chybná – jedná se o depresi.
2. Deprese je doprovodný symptom mnoha neurologických onemocnění.
3. Deprese je vyvolána terapií jiného onemocnění.
4. Neurologické symptomy jsou vedlejším účinkem antidepresivní či profylaktické terapie.
5. Deprese je vedlejší diagnóza pacienta.
6. Sledování přítomnosti deprese v neurofarmakologických studiích.

1. DOMNĚLÁ NEUROLOGICKÁ DIAGNÓZA

JE CHYBNÁ – JEDNÁ SE O DEPRESI

Jak již bylo výše zmíněno, úspěšnost diagnózy deprese v běžné neurologické praxi je velmi nízká. Proto je nutno být si vědom možnosti záměny depresivní symptomatiky, obzvláště je-li tato atypická (larvovaná, s převahou somatických symptomů). Celá řada depresivních symptomů se může projevat i izolovaně a poté je opravdu obtížné stanovit správnou diagnózu. Pacient je pak i dlouhodobě neúčinně léčen pro domnělé organické či funkční onemocnění. V tabulce 6 jsou shrnuty základní diagnostické omyly – falešné diagnózy.

Tabulka 6

Atypické či izolované depresivní symptomy vedoucí k chybné diagnóze

- Algické syndromy
- Úbytek hmotnosti
- Poruchy spánku
- Parestezie
- Vertigo
- Pseudodemence
- Parkinsonský syndrom
- Konverzní poruchy čítí a hybnosti

2. DEPRESE JE DOPROVODNÝ SYMPTOM MNOHA NEUROLOGICKÝCH ONEMOCNĚNÍ

V tabulce 7 jsou uvedena hlavní neurologická onemocnění, která bývají často doprovázena depresivní symptomatikou. U všech uvedených nemocí je nutno aktivně sledovat stav psychiky, hledat prodromální depresivní symptomatiku, nepodceňovat závažnost spoluúčasti deprese na základním onemocnění a zahájit včas antidepressivní terapii.

Tabulka 7

Nervová onemocnění či patologické stavy se zvýšeným rizikem vzniku deprese

- Cévní mozkové příhody
- Epilepsie
- Roztroušená skleróza mozkomíšní a jiné autoimunitní či zánětlivé nemoci centrálního nervstva
- Parkinsonova nemoc
- Huntingtonova chorea
- Alzheimerova nemoc
- Traumata centrálního nervstva
- Chronická bolest
- Afázie

Deprese u cévních mozkových příhod

Do 3 měsíců po vzniku cévní mozkové příhody trpí depresí 25–40 % všech pacientů. Pro tento stav je v odborné literatuře používán termín Post-Stroke-Depression (PSD). Zvýšené riziko deprese je pozorováno u pacientů, jejichž hypoxické změny mají maximum v dominantní frontální oblasti či v bazálních gangliích. Naopak, při změnách v nedominantní hemisféře, především v orbitofrontální a bazotemporální oblasti, v bazálních gangliích a v talamu se manifestuje především mánie. Depresivní (a neléčení) pacienti po cévní mozkové příhodě mají podstatně horší prognózu soběstačnosti, horší efekt rehabilitační péče a méně často jsou schopni se navrátit do domácího prostředí. Klinicky je významné, že s rostoucím motorickým postižením stoupá riziko deprese.

Deprese u epilepsie

Deprese se objevuje především u pacientů s tzv. temporální epilepsií, která je spojena s dysfunkcí limbického systému. U tohoto typu epilepsie trpí depresí 30–50 % všech pacientů. Málokdy se zde vyskytují manické stavy. Zatímco u psychických změn jiného rázu než deprese se pozoruje vyšší riziko vzniku těchto obtíží při postižení nedominantní hemisféry, význam lokalizace epileptického fokusu pro deprese zůstává kontroverzní. Deprese u epilepsie má význam i z prognostického hlediska, pacienti s epilepsií a s depresí bývají až 4x častěji hospitalizováni než pacienti bez deprese. Riziko vzniku deprese se zvyšuje u pacientů léčených kombinovanou antiepileptickou terapií, může však jít o statistický epifenomén – kombinovaná terapie znamená obvykle rezistentní a závažnou epilepsii.

Deprese u roztroušené sklerózy a dalších autoimunitních či zánětlivých nemocí centrálního nervstva

V mnoha neurologických učebnicích se doposud uvádí, že typickým rysem pacientů s roztroušenou sklerózou je tzv. inadekvátní euforie. Bohužel, opak je pravdou. Přibližně 30 % pacientů s roztroušenou sklerózou trpí depresemi, z toho polovina začne mít depresivní obtíže ještě před první atakou nemoci. Poměrně často bývají pozorovány i bipolární afektivní poruchy. Tíže deprese nekoreluje s deficitem hybnosti, ale spíše s parametry zánětlivého procesu. Některé složky imunitních mechanismů v centrálním nervstvu mimo své imunologické funkce plní totiž i roli neuromediátorů. Depresivní epizody se však často neváží na akutní ataku nemoci. MRI studie prokazuje zvýšené riziko rozvoje deprese při maximu demyelinizačních změn v dominantní suprainulární oblasti bílé hmoty (frontotemporální oblast).

Deprese u Huntingtonovy chorey

Deprese je nejčastějším psychiatrickým syndromem u časně formy Huntingtonovy chorey, vyskytuje se u 30–50 % všech pacientů. Afektivní porucha se může dokonce vyskytnout již několik let před začátkem vlastních příznaků onemocnění. Bývají přítomny všechny příznaky velké deprese. Často bývají přítomny rysy těžké agitovanosti a anxiety, hrozí sebevražedné tendence a pokusy. Asi u 10 % pacientů se deprese může střídat s krátkými obdobími mánie. S progresí základní nemoci a kognitivní deteriorace ubývá projevů deprese. Podkladem vzniku deprese je zřejmě multitransmitterová dysbalance, včetně serotoninu a noradrenalinu.

Deprese u Parkinsonovy nemoci

Výskyt deprese u pacientů s PN je velmi častý. Udává se, že u 30–60 % pacientů se alespoň přechodně objeví depresivní symptomatika. Velmi často se jedná o pacienty v počátku onemocnění či je deprese prvním příznakem nastupující Parkinsonovy nemoci. Nejedná se však obvykle o závažnou depresi, sebevražedné tendence a pokusy jsou vzácné. Také manické stavy jsou spíše výjimečné. Z depresivních projevů dominuje apaticko-abulická komponenta. Pacienti s opakovanými depresemi mají vyšší riziko vzniku deteriorace intelektu v pozdějších stadiích základního onemocnění. Ke vzniku deprese vede zřejmě opět multitransmitterová dysbalance.

Deprese u Alzheimerovy nemoci

Asi 20 % všech pacientů s Alzheimerovou nemocí je depresivních. Vyskytují se jak depresivní stavy s dominancí apatie/abulie, tak s dominancí anxiety a agitovanosti. Vyšší riziko vzniku deprese mají pacienti, kteří kromě rysů Alzheimerovy nemoci vykazují i určitý stupeň extrapyramidových hybných příznaků. Opakované deprese u Alzheimerovy nemoci mohou signalizovat rychlejší deterioraci intelektu v průběhu nemoci. U demence vaskulárního typu je však deprese přítomna častěji než u Alzheimerovy nemoci. Někdy může být problém odlišit pseudodemenci způsobenou depresí od pravé demence.

3. DEPRESE JE VYVOLÁNA TERAPIÍ JINÉHO ONEMOCNĚNÍ

Celá řada léků je schopna vyvolat u řady pacientů depresivní symptomy. Mechanismus vzniku depresí u těchto léků není zcela dobře prozkoumán. Některé léky nepochybně zasahují do rovnováhy neurotransmiterů centrálního nervstva, některé zasahují do imunitních a endokrinních regulací. U dalších léků se může jednat i o náhodnou koincidenci či vyvolavatelem deprese není lék sám, nýbrž nemoc, pro kterou je lék podáván či chronický stres, který ne-

moc sama působí. Vždy je nutno být si vědom rizika deprese u pacientů, jimž jsou tyto léky podávány a obzvláštní pozornost a pečlivé zvažování nutnosti nasazení těchto léků je třeba věnovat pacientům s depresemi v anamnéze. V tabulce 8 je dán přehled léčiv, která mohou způsobit depresi.

Tabulka 8

Léčiva, která mohou způsobit depresi

- Kortikoidy, ACTH
- H₂ blokátory
- Metyldopa, reserpin, klonidin, ACE-inhibitory
- Betalytika
- Sedativní hypnotika a barbituráty
- Neuroleptika, tetrabenazin
- Blokátory vápníkových kanálů
- Hormonální antikoncepce
- Chemoterapie
- Digoxin (?)

4. NEUROLOGICKÉ SYMPTOMY JSOU VEDLEJŠÍM ÚČINKEM ANTIDEPRESÍVNÍ ČI THYMOPROFYLAKTICKÉ TERAPIE

Antidepresíva a thymoprofylaktika mají celou řadu vedlejších účinků. Tyto vedlejší účinky je nutno dobře znát a myslet na ně u pacientů léčených těmito preparáty. Jinak totiž může dojít k situaci, kdy je stanovena falešná diagnóza a pacienti jsou léčeni neúčinnou a zbytečnou medikací.

V tabulce 9 jsou uvedeny hlavní vedlejší účinky antidepresív a thymoprofylaktik.

Tabulka 9

Neurologické vedlejší účinky antidepresív a thymoprofylaktické terapie

- tremor
- cefalea
- poruchy potence
- poruchy salivace
- akatizie
- porucha akomodace
- zvýšení pohotovosti k epileptickým paroxyzmům

5. DEPRESE JE VEDLEJŠÍ DIAGNÓZA PACIENTA

Vzhledem k častému výskytu depresivního onemocnění se neurolog běžně setká s mnoha pacienty, kteří kromě neurologické diagnózy mají i diagnózu deprese. Je nutno mít na paměti, že deprese (eventuálně její léčba) může modifikovat příznaky aktuálního nervového onemocnění. Současně je žádoucí v přítomnosti deprese přizpůsobit i léčbu aktuálního onemocnění, tj. pokud možno vyvarovat se nasazení depresogenních léků. Vlastní depresi je nutno léčit tak, aby antidepresivum nedalo podnět k interakcím s již užívanými léky.

6. SLEDOVÁNÍ PŘÍTOMNOSTI DEPRESE

V NEUROFARMAKOLOGICKÝCH STUDIÍCH

Deprese může závažným způsobem modifikovat hybný či kognitivní projev pacientů léčených nově zkoušenými farmaky v klinických studiích. Nová léčiva mohou také provokovat vznik depresivních příznaků. U některých neurofarmakologických studií je proto vyžadováno sledování eventuální depresivní symptomatiky. K tomuto účelu jsou používány psychiatrické a psychologické testy – škály depresivity, ve většině studií tzv. posuzovací (viz dále).

VYŠETŘENÍ DEPRESE V NEUROLOGICKÉ PRAXI: STRUKTUROVANÝ ROZHOVOR A TESTY DEPRESIVITY

V běžné neurologické praxi je nutno mít na paměti, že diagnostikovat depresi znamená především na tuto možnost pomyslet. Proto je nutno alespoň orientačně zhodnotit afektivní stav pacienta.

K tomuto účelu lze použít strukturovaný rozhovor či některý z níže uvedených testů – škál depresivity, v případě lékaře nezkušeného v neuropsychologickém testování je vhodné použít tzv. sebesposuzovací škály (viz níže). Základní témata ke strukturovanému rozhovoru jsou uvedena v tabulce 10.

Tematické okruhy pro strukturovaný rozhovor

- **Smutek** – Míváte někdy/často pocity smutku, pro který není zřejmý důvod?
- **Úzkost** – Trpíte pocity nekonkrétního strachu, úzkosti nebo neurčitými obavami?
Je tato úzkost provázena nepříjemnými tělesnými příznaky? (bušení srdce, svírání na hrudi, dušnost...)
- **Koncentrace** – Jste schopni soustředit se jako obvykle? (odborná práce, četba, televize)
- **Pesimismus** – Připadá vám vaše budoucnost černá, bezvýhodná? Nevidíte před sebou žádnou perspektivu?
- **Plačtivost** – Rozpláčete se někdy bez důvodu?
- **Méněcennost, insuficience** – Cítíte se neužitečný, k nepotřebě? Máte pocit, že selháváte v běžných činnostech? Přestáváte si věřit?
- **Pocity viny** – Máte pocity viny? Připadá vám, že jste všechno pokazil? Myslíte si, že za svou situaci si můžete sám?
- **Nerozhodnost** – Máte problémy se rozhodovat?
- **Sebevražedné myšlenky nebo tendence** – Napadá vás, že by bylo lepší se už neprobudit? Uvažoval jste již někdy o sebevraždě jako o možném řešení všech problémů? Plánoval jste už konkrétní způsob provedení?
- **Únava** – Cítíte se výrazně unaven i po běžných a kratší dobu trvajících činnostech?
- **Změna spánkového režimu** – Nedaří se vám usnout v pro vás obvyklou hodinu? Budíte se často v noci? Probouzí se podstatně dříve než obvykle? Potřebujete spát delší dobu než obvykle?
- **Ztráta energie, nedostatek vůle** – Musíte se do každé činnosti nutit? Redukujete denní povinnosti jen na ty nejdůležitější?
- **Ztráta radosti** – Dokážete se radovat z věcí nebo událostí, které vám dříve přinášely potěšení? Dokážete se těšit na příjemné aktivity?
- **Ztráta zájmu** – Opouštíte postupně své zájmy, koníčky?
- **Podrážděnost** – Cítíte se zbytečně podrážděný, rozčílí vás i drobný podnět?
- **Změny v chuti k jídlu** – Trpíte nechutenstvím, vynecháváte některá denní jídla? Máte naopak větší potřebu jíst?
- **Zájem o sex** – Došlo u vás ke snížení zájmu o sexuální aktivity nebo ke zhoršení sexuálních funkcí?

Použití sebeposuzovacích testů na depresivitu v neurologii má určité výhody. Provádí je sám pacient formou zaškrťování v dotazníku a může takto učinit již při čekání na vlastní neurologické vyšetření. V tabulce 11 jsou uvedeny hlavní používané škály.

Škály je možné rozdělit na **sebeposuzovací** (první čtyři škály v tabulce 11) a **posuzovací** (poslední dvě škály v tabulce 11). V psychiatrii a psychologii se často používá kombinace pozorování (resp. posuzování) pacienta a jeho sebeposouzení. Neurologové, kteří nejsou trénováni v posuzování symptomů deprese, použijí především sebeposuzovací škály, které umožňují zjistit, jak svoje psychické potíže vidí pacient sám. Vysoký skóre nemusí nutně znamenat hlubší depresi, ale je vhodné zvážit psychiatrické konzilium nebo psychologické vyšetření. Podprůměrný, nízký skóre, obvykle svědčí o nepřítomnosti závažnější deprese, kromě případů disimulace.

Podíl depresivních dětí v populaci se odhaduje na 2–3 % (tj. podobně jako dětí s poruchami učení), depresivní syndrom se může objevit u 5 % předškolních, 6 % mladších školních a 9 % starších dětí. Pro děti je jedinou dostupnou sebeposuzovací škálou v České republice zaměřenou přímo na depresi v dětství tzv. **CDI – Children's Depression Inventory**. U nás vyšla v českém překladu v Psychodiagnostice. Kromě celkového skóre depresivity umožňuje posoudit dalších pět oblastí (snížená nálada, interpersonální potíže, nevykonnost, anhedonie, snížené sebehodnocení). U obecné populace se doporučuje hraniční hodnota – skóre 19–20 bodů, v klinické praxi 12–13 bodů. Tuto v zahraničí zavedenou škálu považujeme i přes malé zkušenosti v České republice za validní.

Tabulka 11

Některé způsoby psychologického testování přítomnosti a tíže deprese v klinické praxi

- Children's Depression Inventory
- Beck Depression Inventory
- Geriatric Depression Scale
- Zung Self Rating Depression Scale
- Hamilton Depression Scale
- MADRS

Beckova sebeposuzovací škála depresivity (Beck Depression Inventory – BDI) je velmi vhodná do psychologické, psychiatrické a všeobecné lékařské praxe i výzkumu. V zahraniční psychologii je používána jako osvědčená, citlivá a validní, dokonce i ve východních kulturách. V kombinaci s rozhovorem, pozorováním a projektivními technikami přispívá k ucelenému náhledu na pacientovy potíže. Jako většina oblíbených klinických zkoušek vychází z praktických zkušeností ordinace. Nová verze, tzv. BDI-II, je plánována k vydání v Psychodiagnostice v roce 1999. U starších verzí se jako hraniční hodnota používá většinou 10 bodů (10–15 mírná, 16–19 mírná až střední, 20–29 střední až těžká, 30 a více těžká deprese) u verze BDI-II doporučuje Beck a spolupracovníci jiná vodítka.

Vhodnou alternativou k Beckově BDI je **Zungova dvacetipoložková sebeposuzovací škála deprese**, kde pacient vyjadřuje míru potíží na čtyřbodové škále. Hraniční hodnota 50 bodů váženého skóre je dělítkem mezi normou a minimálními známkami deprese.

Yesevageova škála deprese (Geriatric Depression Scale – GDS) se používá u starších osob k orientačnímu zhodnocení depresivní symptomatiky. U nás je známa patnáctipoložková zkrácená verze, s hraniční hodnotou 5–6 bodů mezi normou a mírnými projevy deprese.

Z posuzovacích stupnic se nejčastěji používá **Hamilton Psychiatric Rating Scale for Depression – HAMD**, která má 21 položek a jejíž vyhodnocení trvá 30–60 minut a desetipoložková **Montgomery Åsberg Depression Rating Scale – MADRS**, která trvá cca 15 minut.

Některé z testů lze objednat a zakoupit na uvedené adrese:
Psychodiagnostika s.r.o. Brno, P.O. Box 248, Brno 601 00

Literatura k dispozici u autorů.

Autoři

MUDr. Jan Roth, CSc.

Univerzita Karlova v Praze, 1. LF UK a VFN, Neurologická klinika

mgr. Marek Preiss

Psychiatrické centrum Praha, Praha

MUDr. Tereza Uhrová

Univerzita Karlova v Praze, 1. LF UK a VFN, Psychiatrická klinika

Jan Roth

Marek Preiss

Tereza Uhrová

DEPRESE V NEUROLOGICKÉ PRAXI

Část první: symptomy, diagnostika, rizikové faktory

Jako neprodejnou účelovou publikaci
pro LUNDBECK Česká republika s. r. o.

vydalo nakladatelství Galén

Nádražní 116, 150 00 Praha 5

Praha, 1999

Na obálce je použita ilustrace
z účelové publikace LUNDBECK
»Tučňák trojsrdečný«

Odpovědná redaktorka MUDr. Marie Štědrá

Sazba Galén, Praha

Tisk Glos, Semily