proLékaře.cz | 10.11.2026

Low back pain a deprese – vzájemný vztah

Low Back Pain and Depression – Mutual Relationship

Souhrn
Práce je koncipována jako přehled klíčových činitelů vzájemného vztahu deprese a bolesti dolních zad (LBP). Z dostupných materiálů vyplývá důležitost časné diagnostiky deprese u pacientů s LBP na základě skríningu. Aktivní skríning a následná terapeutická opatření mohou pomoci zabránit přechodu LBP do chronického stadia. Ke komplexnímu přístupu k léčbě pacientů s LBP a depresí patří také vytváření specifických terapeutických programů.

Abstract
The paper reviews the key elements in the interaction between depression and low back pain (LBP). Available literature emphasizes the importance of early screening diagnosis of depression among patients with LBP. Active screening and subsequent therapeutic interventions help to prevent progression into chronic LBP. Comprehensive management of patients with LBP and depression should include specific therapeutic programs.

M. Kukan[1], P. Kukanová[2]

ÚVN Praha:
[1] Oddělení rehabilitační a fyzikální medicíny
[2] Psychiatrické oddělení

✉
MUDr. Miroslav Kukan
Oddělení rehabilitační
a fyzikální medicíny
ÚVN Praha
U Vojenské nemocnice 1200
169 02 Praha
e-mail: miroslav.kukan@uvn.cz

Přijato k recenzi: 10. 10. 2011
Přijato do tisku: 22. 11. 2011

Klíčová slova
deprese – LBP – komorbidita – skríning – terapie

Key words
depression – LBP – comorbidity – screening – therapy

Úvod
Deprese a bolesti zad jsou klinické jednotky s masovým populačním výskytem, výrazným vlivem na kvalitu života jedince a významným ekonomickým dopadem. Pacient často přichází k lékaři, ať je to lékař primární péče či specialista, se somatickými problémy. Dle některých pramenů [1,2] se až v 33 % případů pro ně nedaří najít organický podklad. Obtíže těchto pacientů jsou mnohdy chronické či rekurentní. Jejich symptomy, pro které se v části literatury vžil název Medically Unexplained Symptoms (MUS), nesou vyšší riziko psychiatrické komorbidity, přičemž nezáleží na konkrétním typu symptomu [3]. 50–75 % pacientů s MUS má právě depresivní poruchu [2]. Určité somatické symptomy a funkční somatické syndromy mohou pozitivně reagovat na kognitivně-behaviorální terapii (KBT), a to i v případě, že psychiatrická komorbidita není zjištěna. Mezi ukazatele upozorňující na možný komorbidní výskyt deprese u pacientů prezentujících se somatickými symptomy patří [2]:

- symptomy, pro které se nedaří nalézt organický podklad, jsou mnohočetné či přetrvávající;
- je zde přítomnost nedávného stresu, nízkého sebehodnocení vlastního zdraví;
- prezentace symptomu jako vážného;
- náročnost kontaktu s pacientem z pohledu lékaře;
- časté využívání zdravotnické péče.

Propojenost bolestí zad s depresí se zdá být natolik významná, že existuje dostatek důvodů zabývat se oběma klinickými jednotkami a jejich vzájemným vztahem podrobněji.

1. Deprese
Deprese je jednou z nejčastějších psychických poruch. Celoživotní riziko depresivní poruchy se udává u mužů 5–12 %, u žen 9–26 %. Prevalence deprese je u mužů 2–3 % a u žen 5–9 % [4]. Nejzávažnějším rizikem deprese je suicidium.

proLékaře.cz | 10.11.2026

Odhadem 10–25 % sebevražd v ČR je důsledkem poruchy nálady a podle retrospektivních psychiatrických autopsií se dokonce zdá, že afektivní porucha je ve skutečnosti v pozadí 70–80 % dokonaných suicidií [5]. I z těchto důvodů se právě časná diagnostika deprese jeví zvlášť důležitá. Základním projevem depresivní poruchy je změna nálady, probíhající obvykle pod obrazem hlubokého déletrvajícího smutku, ztráty zájmu a radosti z obvyklých věcí či poklesu energie. Narušení je značné, relativně stálé a spojené s dalšími příznaky depresivního syndromu, jako jsou pesimistické myšlenky, myšlenky na smrt, ztráta sebedůvěry, porucha spánku, psychomotorická zpomalenost nebo agitace a další. Mnohé deprese však neprobíhají z psychiatrického hlediska typicky, nýbrž jde o tzv. *depressio sine depressione*, kdy je psychopatologie překryta dominujícími tělesnými obtížemi. Pro tento typ depresí se vžil obrazný název larvovaná či maskovaná deprese. Deprese v tomto případě zůstane zamaskovaná pod zevním, vegetativně somatickým klinickým obrazem. Projevuje se spíše „řečí orgánů", přičemž nejde ani o konverzi či simulaci, ale spíše o jakousi formu oligosymptomatické deprese. Těžiště emoční poruchy se zde přesunulo z kognitivní oblasti do oblasti tělesné. Častost výskytu larvovaných depresí se uvádí v rozmezí 15–30 % [6]. Podle studie Simona et al [7] až 69 % pacientů s následně diagnostikovanou depresivní poruchou uvádělo v primární péči či u specialisty somatické symptomy jako hlavní důvod, proč kontaktovali lékaře. Somatické symptomy mohou mást a maskovat depresi, ale zároveň představují vhodnou příležitost pro lékaře prvního kontaktu, aby se na koexistující psychickou poruchu aktivně dotazoval. Somatizace může být v extrémním případě jediným vyjádřením deprese [2].

2. Bolest a deprese

Bolesti se vyskytují asi u 50–75 % pacientů s depresí, kteří mohou mít navíc snížený práh a sníženou toleranci bolesti. Chronická bolest zvyšuje riziko rozvoje psychiatrické komorbidity a podobně deprese zvyšuje riziko rozvoje bolesti [8]. Společný výskyt chronické bolesti a deprese je spojen také s delším trváním deprese i s výskytem více fyzických symptomů patřících k depresi. Komorbidní chronická bolest rovněž zvyšuje vážnost deprese. Spojení deprese s chronickou bolestí prohlubuje celkovou intenzitu bolesti a má vliv na horší kvalitu života a větší pracovní neschopnost [9]. Prevalence deprese u pacientů s chronickou bolestí je kolem 45 % [10]. Somatické symptomy spojené s chronickou bolestí komplikují diagnostiku depresivní poruchy. Bolest navíc [11] predikuje pomalejší nástup remise depresivního onemocnění a zhoršuje odpověď na antidepresivní léčbu. Také míra sebevražednosti je u pacientů s komorbidní bolestí vyšší. Chronická bolest jako komplexní prožitek se projevuje ve složce somatické, ale také emoční, kognitivní a behaviorální. Důležitou roli v této souvislosti hrají strategie, které jedinec volí ve vztahu k bolesti a k jejímu zvládání (coping). Ty mohou být konstruktivní či naopak destruktivní (sebelítost, snížené sebehodnocení, autoagresivita, katastrofizování, vyhýbání se tělesné aktivitě na základě kineziofobie a algofobie, nadužívání léků, nezvládání životních situací…). Na komplexu vztahu bolesti a deprese se podílejí rovněž přítomnost sociální podpory, pochopení bližními nebo zdravotníky, existence podpůrné sociální sítě a sekundární zisky z bolesti [12,13].

3. Bolesti dolních zad

Bolesti dolních zad (Low Back Pain, LBP) je termín převzatý z anglofonního prostředí. Jedná se o klinický syndrom definovaný bolestí, zvýšeným svalovým napětím a pocitem ztuhlosti v oblasti mezi dolním okrajem žeber a gluteálními rýhami s případnou projekcí bolesti do dolních končetin [14]. Bolesti zad obecně patří co do frekvence mezi nejčastěji uváděné bolesti a i v mírnější podobě jsou přijímány jako důvody pracovní neschopnosti. Roční přímé výdaje na léčbu LBP činí například jen v Německu přes 7 000 euro na osobu [15]. Ukazuje se, že míra spotřeby zdravotnické péče a celkové náklady rostou s věkem, komorbiditami a spotřebou analgetik a množství epizod LBP měsíčně [16]. Bolesti zad se rozdělují podle délky trvání na akutní, které trvají méně než šest týdnů, subakutní (6–12 týdnů) a chronické (kontinuální bolesti v trvání delším než tři měsíce nebo intermitentní – epizodické bolesti během šesti měsíců) [14].

Akutní bolesti zad možno rozdělit podle etiologie a závažnosti do tří skupin:

- prosté, nespecifické bolesti zad (popřípadě s korelujícím anatomickým nálezem benigního charakteru),
- bolesti vyvolané závažnými organickými onemocněními páteře (např. zánět, tumor, trauma),
- bolesti radikulární (neurogenní) vznikající nejčastěji kompresí nervového kořene (převážně spondylo-diskogenní etiologie) s odpovídajícím topickým klinickým obrazem [17], od kterých je nevyhnutné diferencovat bolest pseudoradikulární.

Při diagnostice nutno myslet i na bolesti přenesené z primárně extravertebrální oblasti.

Jednoznačná organická patologie podmiňuje jen asi 15 % všech případů bolestí zad, zbývajících 85 % patří k nespecifickým bolestem zad bez identifikované anatomické či neurofyziologické poruchy [14]. Současným trendem v diferenciální diagnostice akutních bolestí zad je rychlé vyloučení možné závažné patologie, tzn. vyloučení přítomnosti tzv. rizikových faktorů, které mohou na organicitu poukazovat. V anglické literatuře se pro tyto rizikové faktory ujalo označení „červené praporky" („red flags"). V případě přítomnosti těchto varovných příznaků, nálezu neurologické topické patologie či při trvání obtíží po dobu více než jednoho měsíce by měl další diagnosticko-léčebný postup řídit příslušný specialista dle charakteru symptomů. Terapeutický program akutních nespecifických bolestí zad stojí na racionální farmakoterapii, časné mobilizaci nemocného a s tím úzce související rehabilitaci. Snaha o udržení celkové aktivity nemocného se jeví jako významný terapeutický prvek prevence přechodu bolesti do chronicity [18]. Pokud bolest v zádech trvá déle než čtyři týdny a nejeví známky zlepšování, je na místě revidovat anamnézu a doplnit čerstvé klinické vyšetření. Při opětovném vyloučení závažné příčiny (červené praporky) a známek specifické etiologie je vhodné pátrat po rizikových psychosociálních faktorech tzv. žlutých praporcích (yellow flags), které upozorňují především na zvýšené riziko přechodu bolesti do chronicity. Přítomnost některého z těchto faktorů vyžaduje změnu, resp. korekci dosavadní terapie formou širší multidisciplinární intervence. Nutné je přehodnotit stávající fyzioterapeutický program a upravit farmakoterapii.

proLékaře.cz | 10.11.2026

V případě zachycení závažnější psychopatologie je na místě psychiatrické vyšetření s možností nasazení psychofarmakoterapie. Psychologické vyšetření je důležité pro identifikaci pacientů, kteří jsou v úzkosti či tísni a mají problém vyrovnat se se svojí situací. Psychologickou podporu, která by měla být nezbytnou součástí celého léčebného programu, je možné v indikovaných případech doplnit o psychoterapii. Jednou z možností je kognitivně-behaviorální psychoterapie (KBT) směřující k navození pozitivních očekávání, rozpoznávání známek maladaptivního chování, myšlenek, pocitů apod. Jejím cílem je především změna chování – zvýšení sociální aktivity, komunikace, aktivní spolupráce při léčbě, nácvik zvládacích strategií apod. V rámci psychologické podpory se osvědčily i metody psychofyziologické, kterými lze ovlivňovat intenzitu autonomních nežádoucích reakcí a svalového napětí: např. relaxace, hypnóza, biofeedback, dechová gymnastika [19].

V případě, že bolest zad trvá déle než tři měsíce, je refrakterní k dosavadnímu přístupu a nebyla nalezena organická příčina, je nevyhnutné opět bilancovat historii diagnosticko-terapeutického postupu a zajistit dispenzarizaci nemocného ve specializovaném centru bolesti s multidisciplinárním spektrem péče včetně komplexní rehabilitace. Na vrcholu terapeutické pyramidy současné medicíny pak stojí intervenční metody léčby bolesti, neuromodulace, implantabilní porty a neurochirurgické zákroky. I když se většina pacientů s LBP uzdraví, významné procento pacientů má vracející se epizody, nebo se u nich rozvine chronická LBP.

I zde se do popředí dostává otázka možnosti skríningu rizikových faktorů přechodu do chronicity. Pozornost se v poslední době zaměřuje hlavně na výše zmíněné psychosociální rizikové faktory pro rozvinutí chronické LBP, přičemž deprese patří mezi jeden z nich. Existuje hypotéza, že terapeutická intervence rozdělená specificky podle rizikových faktorů bude efektivnější v ovlivnění disability a snížení spotřeby zdravotnické péče. Ověření této hypotézy je aktuálně předmětem připravované studie autorů Schmidta et al [20].

4. Deprese a bolesti zad

Tunks et al [8] uvádějí přehled výsledků rozhovorů s 85 080 účastníky na pěti kontinentech, při kterých se monitoroval výskyt duševních poruch a bolesti zad v krční a bederní oblasti. Výskyt velké deprese se pohyboval od 2,5–15,7 %, dystymie v 1–3 %. V 16 z 18 přehledů byla zjištěna signifikantní souvislost chronické bolesti s depresí a dystymií. Dále ve své práci rovněž uvádějí výsledky kanadského přehledu zahrnujícího 118 tisíc domácností, kde 9 % dotázaných udávalo výskyt chronických bolestí zad, depresi bez bolesti mělo 5,9 % dotázaných a depresi s bolestí zad mělo 19,8 % lidí. Výskyt deprese se zvyšoval s větší intenzitou bolesti, přičemž na disabilitu měla nejsilnější vliv intenzita bolesti. Při zjišťování demografických proměnných deprese právě chronická LBP byla jejím nejvýraznějším ukazatelem. K podobným závěrům došli ve své práci i Nakao et al [22], když zjišťovali, zda určité somatické symptomy mohou sloužit jako indikátory nástupu deprese. Zjistili, že tři somatické symptomy, a to LBP, závratě a bolest břicha, lze statisticky významně považovat za rizikové faktory pro nástup deprese v dalším roce. Somatické symptomy tak mohou být využity ke skríningu deprese při zdravotních prohlídkách. Toto zjištění je důležité také proto, že afektivní a kognitivní symptomy deprese jsou často skryté za různými somatickými symptomy. Wasan et al [23] poukazují na vliv psychiatrické komorbidity na celkový průběh léčby u pacientů s chronickou bolestí krční či bederní páteře. Popisuje menší úlevu od bolesti při užití léčby opichem kortikosteroidy u chronické axiální bolesti v zádech nebo krku při současné komorbidní depresi či úzkosti. Depresivní porucha v osobní anamnéze může znamenat potenciální psychosociální „žlutý praporek" pro přechod do chronické formy LBP. Deprese může zvyšovat toto riziko téměř pětinásobně [24]. Skríning depresivní poruchy v anamnéze může odhalit jedince s vyšším rizikem chronicity, což umožní zvolit intenzivnější a specifičtěji zaměřený způsob rehabilitace. Deprese je zároveň silný a nezávislý prediktor nástupu epizody intenzivní bolesti eventuálně i s jejím vyzařováním. Riziko nástupu epizody bolesti je skoro čtyřnásobně větší při přítomnosti deprese [25]. Dle zjištění Holmberga et al [26] přítomná deprese a úzkost signifikantně zvyšuje i riziko práce neschopnosti u pacientů s bolestmi krční a bederní páteře. Na druhé straně vyšší úroveň edukace může statisticky významně snížit riziko práce neschopnosti u pacientů s bolestmi krční či bederní páteře. Damush et al [27] popsali modifikaci strategií autoterapie bolesti u svalově-kosterních obtíží pacientů se současně přítomnou depresí. Deprese snižuje volbu užití tělesného cvičení jako autoterapie u bolesti a naopak zvyšuje využívání kognitivních strategií. To opět potvrzuje možnost a vhodnost zařazení skríningu deprese u pacientů se svalově-kosterní bolestí při plánování terapeutického vedení v domácích podmínkách, které by dle autorů této studie mělo více využívat právě kognitivní strategie. Symptomy somatizace jsou u pacientů s chronickou LBP častější a týkají se různých orgánových systémů [28].

5. Diagnostika deprese u pacientů s LBP

Diagnostika depresivní poruchy spadá do kompetence psychiatra. Ukazuje se však, že v rámci léčebných postupů u bolestí zad má smysl aktivně pátrat po depresivních příznacích.

Jednou z možností je využití některé z posuzovacích škál deprese, jako jsou Beckova či Zungova. Širší záběr oproti depresivním škálám má sebeposuzovací dotazník SCL-90-R. Lze ho využít jako úvodní diagnostický nástroj nebo nástroj hodnotící zlepšení či vývoj stavu v průběhu nebo po skončení terapeutického programu u pacientů s LBP. Výsledky dotazníku mohou sloužit i jako podklad dalších eventuálních psychiatrických, psychoterapeutických či psychologických intervencí. SCL-90-R může být použit i jako měřítko psychické nepohody. Kromě škály depresivity je u pacientů s chronickou LBP nejvíce aplikovatelná škála somatizace [24]. V České republice byl vyzkoušen, ověřen a doporučen pro skríning deprese v primární péči dotazník PRIME MD2 [29], zaměřený na dva hlavní příznaky deprese: pokles nálady a ztrátu zájmů. Obsahuje pouze dvě otázky:

1. Během posledního měsíce mívám smutnou náladu nebo pocity selhání, neúspěchu, nebo beznaděje. ANO/NE
2. Během posledního měsíce nepociťuji potěšení z věcí, které běžně rád/a dělám, nebo nemám o ně zájem. ANO/NE.

Test má pozitivní výsledek, pokud je alespoň jedna otázka zodpovězena kladně.

proLékaře.cz | 10.11.2026

Při tomto nálezu by měl lékař pokračovat v diagnostice dle dostupného algoritmu. Ve snaze diagnostický proces co nejvíce zjednodušit a přitom zachovat výpovědní hodnotu byla zkoumána možnost skríningové identifikace deprese pouze jednou jednoduchou otázkou vybranou z dotazníku Subjective Health Complaints (SHC) [30]. Odpovědi na otázku „Zda a do jaké míry jsem byl/a ovlivněn/a smutkem/depresí za posledních 30 dnů?" byly srovnány s výsledky sebeposuzovací škály HSCL-25. Dle autorů studie tato otázka dobře identifikovala většinu depresivních pacientů s LBP, a proto může být používána jako indikátor deprese, a může tak nahradit celý dotazník HSCL-25 v identifikaci depresivního pacienta.

7. Některé možnosti psychoterapeutické péče u pacientů s LBP

V posledních letech narůstají poznatky o vhodnosti zařazování speciálně upravené psychoterapeutické péče do rehabilitačních programů pro pacienty s LBP a zjištěnou psychosociální zátěží, především depresí, jako prevence přechodu do chronicity. Hampel et al [31] porovnávali standardní rehabilitační program pro pacienty s chronickou LBP a zachycenou přítomnou depresí s programem obohaceným o KBT přístup k depresivním symptomům. Zjistili, že standardní program nijak nemoduluje u pacientů s chronickou LBP jejich depresivní příznaky a nemá žádné krátkodobé ani dlouhodobé důsledky na psychosociální faktory na rozdíl od programu s integrovaným KBT přístupem. Navíc byla potvrzena redukce doby pracovní neschopnosti ve skupině s intervencí proti kontrolní skupině. U chronických forem LBP je vyšší stupeň chronicity spojen s nárůstem již koexistujících psychosociálních faktorů [32]. I tady může KBT program zaměřený na depresivní symptomy snížit z dlouhodobého hlediska výskyt depresivních symptomů a toto snížení zůstává stabilní (i po 24 měsících u chronických LBP).

Ritzwoller et al [16] se ve své práci přiklánějí k využití léčebných přístupů, které kladou důraz na podporu sebeřízení. Kognitivní aktivity pacientů s bolestmi zad významně ovlivňují úroveň bolesti. Když jsou psychologické faktory nastaveny negativně, úroveň bolesti zvyšují, naopak člověk nastavený pozitivně má bolesti menší. Jednou z možností, jak tento vývoj ovlivnit, je KBT přístup, který rovněž vede k přesunu péče o bolest ze zdravotníků na postiženého člověka. K tomu je však třeba multidisciplinární tým (včetně psychologů, psychiatrů, rehabilitačních lékařů, fyzioterapeutů a neurologů) [21]. Z dalších nefarmakologických metod je možno využít nejrůznější relaxační techniky, autogenní trénink, spojený případně s řízenou imaginací, Jacobsonovu progresivní relaxaci, biofeedback a při vhodné indikaci i individuální či skupinovou psychoterapii, rodinnou terapii apod.

Závěr

Výskyt deprese a LBP je v naší populaci značně rozšířený a častá je i jejich vzájemná komorbidita. Na psychiatrickou komorbiditu bychom měli myslet, pokud jsou tyto somatické symptomy přetrvávající, pacienti s nimi přicházejí opakovaně do různých zdravotnických zařízení, mluví o nich jako o vážných, v jejich anamnéze je zachycen nedávný stres či nízké sebehodnocení. Dalším upozorňujícím faktorem je náročnost kontaktu s takovýmto pacientem z pohledu zdravotníka. Somatické symptomy (především ty bez organického podkladu) mohou mást či maskovat depresi, a to se všemi zdravotními, společenskými a ekonomickými důsledky. Vztah mezi depresí a bolestí obecně má vzájemně se potencující charakter. Všechny složky bolesti se odrážejí na průběhu bolestivého onemocnění a tvoří pozadí, na kterém se případná depresivní porucha zrcadlí a rozvíjí. Můžeme shrnout, že bolest: zvyšuje riziko psychiatrické komorbidity, prodlužuje trvání deprese, zhoršuje vážnost deprese, zvyšuje množství somatické symptomatologie patřící k depresi, predikuje pomalejší nástup remise deprese, a na druhé straně, že deprese: zvyšuje riziko rozvoje bolesti, prohlubuje intenzitu bolesti, zhoršuje odpověď na léčbu bolesti, modifikuje zvládací strategie u bolesti a že komorbidita jakékoliv bolesti a deprese: jednoznačně zhoršuje kvalitu života a zvyšuje pracovní neschopnost.

Z hlediska vztahu LBP a deprese je význačný především moment přechodu akutní bolesti dolních zad do chronické bolesti. Faktory, které ovlivňují přechod do chronicity, tzv. žluté praporky, mají často psychosociální charakter a deprese patří mezi jeden z nich. Z tohoto faktu vyplývá především: nutnost časné diagnostiky deprese, potřeba multidisciplinárního přístupu a vhodnost specializovaných terapeutických postupů.

Z různých důvodů nelze očekávat, že pacient bude o svém depresivním prožívání referovat spontánně. Zjišťování přítomnosti depresivních symptomů by proto mělo být aktivní. Zachytit depresivní příznaky u pacientů stěžujících si na bolesti zad se může zdát pro lékaře prvního kontaktu či specialisty zabývající se pohybovým aparátem obtížné. Avšak dle výsledků studií je zřejmé, že stačí mnohdy položit jednu základní otázku dotazující se na prožitek smutku či deprese za poslední období, která nám odhalí potenciální ohrožení pacienta depresí. Tato jediná otázka má charakter jednoduchého skríningu a umožní lékaři nasměrovat další diagnostický a terapeutický postup. Při podezření na depresi je možné pacienta odeslat k podrobnějšímu psychiatrickému vyšetření a další léčbě a zároveň to umožňuje přizpůsobit zachycené komorbiditě další komplexní terapeutický postup. Pro pacienty s těmito dvěma komorbiditami by bylo žádoucí vytvoření speciálních rehabilitačních programů s ohledem na odlišné zvládací strategie, než jaké nacházíme u pacientů s diagnózou čisté bolesti zad bez deprese. V našich podmínkách jsou tyto možnosti zatím méně dostupné. V literatuře je k této specifické skupině nejlépe doložený KBT přístup. Je zřejmé, že i deprese má u specifické skupiny pacientů s bolestmi dolních zad své charakteristiky a možnou multifaktoriální etiologii (přítomnost chronické bolesti, sociální faktory, psychologické faktory, mechanizmus somatizace, sekundární zisky). Toto vše je potřebné zohlednit v dalších výzkumech a následně v hledání a vytváření vhodných terapeutických postupů.

Literatura

1. Greco T, Eckert G, Kroenke K. The outcome of physical symptoms with treatment of depression. J Gen Intern Med 2004; 19(8): 813–818.
2. Kroenke K. Patients presenting with somatic complaints: epidemiology, psychiatric co-morbidity and management. Int J Mathods Psychiatr Res 2003; 12(1): 34–43.
3. Chromý K, Honzák R et al. Somatizace a funkční poruchy. 1st ed. Praha: Grada Publishing 2005.
4. Smolík P. Duševní a behaviorální poruchy. Průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika. 1st ed. Praha: Maxdorf 1996.
5. Höschl C. Poruchy nálady (afektivní poruchy). In: Höschl C, Libiger J, Švestka J et al (eds). Psychiatrie. Praha: Tigis 2002: 410–452.
6. Venkovský E. Larvované deprese. Praha: Avicenum 1975.

proLékaře.cz | 10.11.2026

7. Simon GE, Von Korff M, Piccinelli M. An international study of the relation between somatic symptoms and depression. N Engl J Med 1999; 341(18): 1329–1335.
8. Tunks ER, Crook J, Weir R. Epidemiology of chronic pain with psychological comorbidity: prevalence, risk, course, and prognosis. Can J Psychiatry 2008; 53(4): 24–34.
9. Bair MJ, Robinson RL, Katon W, Kroenke K. Depression and pain comorbidity: a literature review. Arch Intern Med 2003; 163(20): 2433–2445.
10. Wilson KG, Mikail SF, D´Eon JL, Minns JE. Alternative diagnostic criteria for major depressive disorder in patients with chronic pain. Pain 2001; 91(3): 227–234.
11. Karp JF, Scott J, Houck P, Reynolds CF jr, Kupfer DJ, Frank E. Pain predicts longer time to remission during treatment of recurrent depression. J Clin Psychiatry 2005; 66(5): 591–597.
12. Mareš J. Strach z bolesti: teorie a empirické výzkumy. Bolest 2002; 5(1): 17–27.
13. Raudenská J, Javůrková A. Kognitivně-behaviorální terapie deprese, generalizované úzkostné poruchy a panické poruchy u chronické bolesti. Bolest 2003; 6(1): 8–16.
14. Vrba I. Některé příčiny bolestí dolních zad a jejich léčba. Neurol pro praxi 2010; 11(3): 183–187.
15. Juniper M, Le TK Mladsi, D. The epidemiology, economic burden, and pharmacological treatment of chronic low back pain in France, Italy, Spain, and the UK: a literature based review. Expert Opin Pharmacoter 2009; 10(10): 2581–2592.
16. Ritzwoller DP, Crounse L, Shatterly S, Rublee E. The association of comorbidities, utilization and costs for patients identified with low back pain. BMC Musculoskel Disord 2006; 7: 72.
17. Bednařík J, Kadaňka Z. Bolesti v zádech. In: Rokyta R, Kršiak M, Kozák J (eds). Bolest. Praha: Tigis 2006: 485–507.
18. Krismer M, van Tulder M. Strategies for prevention and management of musculoskeletal conditions. Low back pain (non-specific). Best Pract Res Clin Rheumatol 2007; 21(1): 77–91.
19. Vrba I, Neradílek F. Bolesti zad. Zdravotnické noviny 2003; 17: 29–31.
20. Schmidt CO, Chenot JF, Pfingsten M, Fahland RA, Lindena G, Marnitz U et al. Assessing a risk tailored intervention to present disabling low back pain – protocol of a cluster randomized controlled trial. Musculoskeletal Disord 2010; 11(5): 1471–2474.
21. Kadaňka Z. Bolesti zad jako psychologický problém. Neurol pro praxi 2009; 10(2): 86–90.
22. Nakao M, Yano AE. Somatic symptoms for predicting depression: One-year follow-up study in annual health examinations. Psychiatry Clin Neurosci 2006; 60(2): 219–225.
23. Wasan DA, Jamison RN, Pham L, Tipirneni N, Nedeljkovic SS, Katz JN. Psychopathology predicts the outcomes of medial branch blocks with corticosteroid for chronic axial low bask pain or cervical pain: a prospective cohort study. BMC Musculoskeletal Disord 2009; 10: 22.
24. Shaw WS, Means-Christensen AJ, Slater MA, Webster JS, Patterson TL, Grant I et al. Psychiatric disorders and risk of transition to chronicity in men with first onset low back pain. Pain Med 2010; 11(9): 1391–1400.
25. Carrol LJ, Cassidy JD, Côté P. Depression as a risk factor for onset of an episode of troublesome neck and low back pain. Pain 2004; 107(1–2): 134–139.
26. Holmberg SA, Thelin AG. Primary care consultation, hospital admission, sick leave and disability pension owing to neck and low back pain: a 12-year prospective cohort study in a rural population. BMC Musculoskeletal Disord 2006; 7(66).
27. Damush TM, Jingwei W, Bair MJ, Sutherland JM, Kroenke K et al. Self-management practices among primary care patients with musculoskeletal pain and depression. J Behav Med 2008; 31(4): 301–307.
28. Bacon NM, Bacon SF, Atkinson H, Slater MA, Patterson TL, Grant I et al. Somatization Symptoms in Chronic Low Back Pain Patients. Psychosom Med 1994; 56(2): 118–127.
29. Raboch J, Laňková J. Deprese: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře. Praha: SVL ČLS JEP 2008.
30. Reme SE, Eriksen HR. Is one question enough to screen for depression? Scand J Public Health 2010; 38(6): 618–624.
31. Hampel P, Graef T, Krohn-Grimberghe B, Tlach L. Effects of gender and cognitive-behavioral management of depressive symptoms on rehabilitation outcome among inpatient orthopedic patients with chronic low back pain: a 1 year longitudinal study. Eur Spine J 2009; 18(12): 1867–1880.
32. Mohr B, Krohn-Grimberghe B, Gräf T, Schulze J, Petermann F, Hampel P. Patients with chronic low back pain: the impact of psychosocial features. Rehabilitation 2009; 48(5): 288–297.

