

**UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO
PRAHA**

BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2010 – 2013

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Zuzana Kodymová

Začarovaný kruh deprese

Praha 2013

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Marie Vacínová, CSc.

**JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY
PRAGUE**

BACHELOR COMBINED STUDIES

2010 – 2013

BACHELOR THESIS

Zuzana Kodymová

Depression – Vicious circle

Prague 2013

The Bachelor Thesis Work Supervisor: PhDr. Marie Vacínová,
CSc.

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 1. 3. 2013

Jméno autorky

Poděkování

Chtěla bych poděkovat vedoucí své práce, PhDr. Marii Vacínové, CSc., za odborné vedení, za pomoc a rady při zpracování této práce.

Anotace

Tato bakalářská práce se zabývá depresivním onemocněním, ve kterém se nemocný člověk pohybuje jako v začarovaném bludném kruhu. Popisuje nemoc jako takovou, její příčiny, příznaky, průběh. Zabývá se i její léčbou. Práce se věnuje i tématu depresí u dětských a adolescentních pacientů a poukazuje na riziko suicida s ním spojeného. Ve třech kazuistikách pak na depresivní onemocnění nahlíží podrobněji a popisuje jeho počátek, průběh a terapii. Obecně práce přibližuje toto, v dnešní době stále tabuizované, téma a snaží se, aby deprese přestala být podceňovaná a brala se jako vážná nemoc, která je v dnešní stresové době čím dál častější.

Klíčové pojmy

Antidepressiva, deprese u dětí, depresivní onemocnění, farmakoterapie, psychoterapeut, psychoterapie, suicidium.

Annotation

This bachelor thesis deals with the depression in which the affected person moves like in a vicious circle. The thesis describes the disease itself, its causes, symptoms, progress. Also explores the treatment. The work is dedicated to the theme of depression in children and adolescents age and highlights the risk of suicida. The three case reports related to depressive disease then look in more details and describe its onset, progression and therapy. Generally this bachelor thesis reveals the taboo theme and tries to consider the depression as a serious disease that is still more frequent in this stressed world.

Key words

Antidepressants, children depression, depression disease, pharmacotherapy, psychoterapist, psychotherapy, suicide.

OBSAH

ÚVOD	1
1 Deprese	2
1.1 Deprese z pohledu historie	4
1.2 Příznaky deprese.....	6
1.3 Příčiny a rizikové faktory deprese	7
1.4 Typy deprese.....	10
2 Léčba a zvládnání deprese	13
2.1 Farmakoterapie	14
2.2 Psychoterapie.....	15
2.2.1 Podpůrná psychoterapie	16
2.2.2 Kognitivně behaviorální terapie (KBT)	17
2.2.3 Individuální dynamická psychoterapie	17
2.2.4 Skupinová psychoterapie.....	18
2.2.5 Rodinná nebo manželská terapie.....	19
2.3 Biologické metody terapie.....	19
2.3.1 Elektrokonvulzivní terapie (ECT).....	19
2.3.2 Transkraniální magnetické stimulace (TMS)	20
2.3.3 Fototerapie (terapie jasným světlem).....	21
2.3.4 Spánková deprivace	21
2.3.5 Tělesné cvičení (terapie sportem).....	21
2.4 Alternativní léčby	22
2.4.1 Akupunktura	22
2.4.2 Omega-3 mastné kyseliny ve výživě	22
3 Deprese u dětí a adolescentů	24
3.1 Diagnostika dětské deprese	26
3.2 Deprese a suicidální chování u dětí a adolescentů	27
3.2.1 Suicidální chování	28
3.2.2 Psychoterapie depresí	29
4 Kazuistiky	31
4.1 Kazuistika č. 1: pan R.	31
4.1.1 Osobní údaje	31
4.1.2 Anamnéza	31
4.1.3 Rozhovor	33
4.1.4 Závěr	34
4.2 Kazuistika č. 2: paní E.	35
4.2.1 Osobní údaje	35
4.2.2 Anamnéza	35

4.2.3 Souhr dosavadního problému	36
4.2.4 Rozhovor	36
4.2.5 Závěr	37
4.3 Kazuistika č. 3: slečna L.	38
4.3.1 Osobní údaje	38
4.3.2 Anamnéza	38
4.3.3 Rozhovor	40
4.3.4 Závěr	40
ZÁVĚR.....	41
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	42
SEZNAM OBRÁZKŮ, GRAFŮ a TABULEK.....	45

ÚVOD

„Člověk se pohybuje v depresivním začarovaném kruhu, který je velmi vyčerpávající.“¹

V současné době se deprese stává běžnou nemocí, podobně jako „nachlazení“, ale bohužel myšleno co do četnosti výskytu této poruchy, nikoli její závažnosti. S depresivními potížemi se potýká z celoživotního pohledu téměř jedna pětina obyvatel. Jednou ročně se depresivní epizoda objeví v průměru u 7% veškeré populace Evropské unie. I tak není snadné zjistit, proč v naší novodobé společnosti depresí tak rychle přibývá.

Důvodů je nepochybně víc. Deprese je onemocnění, které zásadním způsobem zasahuje do života pacienta i jeho rodiny, či blízkých. Snižuje kvalitu jejich života a obzvláště tragický je fakt, že za více než 90% sebevražd lze nalézt vliv duševní poruchy, přičemž depresivní porucha patří k těm nejčastějším.

Přesto, že počet lidí nemocných depresí v naší společnosti trvale stoupá, mluvit o ní otevřeně je dosud v mnoha ohledech tabu.

V posledních desetiletích se čím dál víc mluví a píše i o depresi u dětí. Je velmi pravděpodobné, že děti trpí touto nemocí téměř tak často jako dospělí, je ale ukryta za takzvané „maskující“ symptomy jako jsou například somatické problémy.

Hlavním cílem této práce je popsat a zmapovat depresi jako takovou a upozornit, že toto onemocnění postihuje nejen dospělé, ale i děti a mladistvé.

V teoretické části práce je vymezen pojem deprese. Dále se zabýváme historií, uvádíme základní informace, popisujeme příznaky a příčiny.

Další kapitola se zabývá terapií této nemoci. Uvedeny jsou klasické i alternativní cesty. Jedná se hlavně o farmakoterapii a různé druhy psychoterapií. Popsána byla i fototerapie a akupunktura.

Práce se věnuje i depresi u dětí a adolescentů. Upozorňuje se zde na hrozbu suicida a následně je popsána léčba a terapie dětské deprese.

V praktické části jsou přiloženy tři kazuistiky popisující osoby trpící depresivním onemocněním.

¹ PRAŠKO, Ján, PRAŠKOVÁ, Hana a PRAŠKOVÁ, Jana. *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 180 s. Rádci pro zdraví. ISBN 80-7178-809-0.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Deprese

Slovo deprese je latinského původu. Slyšíme v něm sloveso deprimere, deprimere, depressi, depressus - stlačit (doslova de...dolů a premere...tlačit). Dle Křivohlavého (2003) deprese sama pak znamená: stísněnost, sklíčenost, netečnost, otupělost apod.

Deprese je onemocnění celého organismu. Není to slabost, nedostatek vůle nebo sebedisciplíny. Neznamená ani špatnou náladu a není ani reakcí na nepříznivé události či zátěžové situace v životě, i když tyto bývají často jedním ze spouštěčů.

Deprese patří mezi nejčtenější psychiatrické onemocnění. Její výskyt je dvojnásobně vyšší u žen, než u mužů. Praško (2007) uvádí, že celoživotní riziko pro její rozvoj je 20-25% u žen a 7-12% u mužů. Přičemž v pubertálním období je její výskyt přibližně stejný, po pubertě se začíná u žen objevovat téměř dvojnásobně častěji. Keller (1996 cit. podle Praško a kol., 2007) uvádí, že neléčená depresivní epizoda trvá 6-24 měsíců, přesto se však téměř 12% pacientů nezotaví ani po 5 letech od ukončení. Diagnózu často komplikuje i komorbidita s jinými somatickými onemocněními.

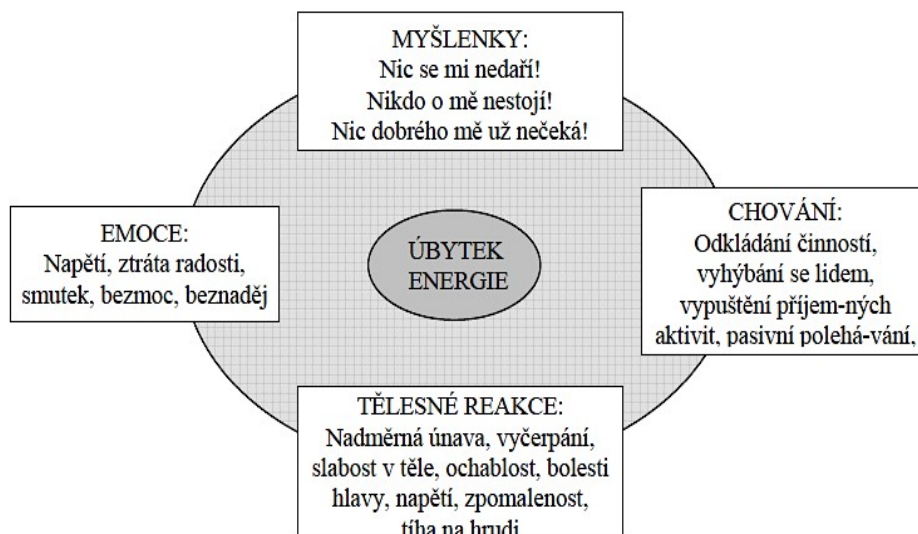
Obecně o depresi platí, že může postihnout kohokoliv, nevyhýbá se žádnému věku, povolání, rase, či inteligenci.

Poměrně typickou charakteristikou deprese je tzv. bludný kruh deprese. Podmínek, situací, událostí a jejich kombinací, jak se spustí spirála propadu do depresivního módu fungování je mnoho. V podstatě jedna pro každého člověka. Nicméně, určitý model toho, jak člověk v této slepé uličce uvízne se právě nabízí v modelu bludného kruhu deprese.²

Podle této charakteristiky je depresi možné pochopit jako následek bludného kruhu negativního myšlení, depresivních emocí, pasivního a vyhýbavého chování a tělesných příznaků deprese. Takže na celkovém fungování člověka se podílí několik vzájemně propojených a vzájemně se ovlivňujících oblastí - tělesná, myšlenková, pocitová a behaviorální. Procesy v každé oblasti jsou provázány s procesy v ostatních oblastech, vzájemně se ovlivňují a často umocňují. Dá se stěží určit, v jaké oblasti destruktivní kolotoč začne.

² PRAŠKO, Ján, PRAŠKOVÁ, Hana a PRAŠKOVÁ, Jana. *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 180 s. Rádci pro zdraví.

Obrázek 1: Bludný kruh deprese



Zdroj: PRAŠKO, Ján, PRAŠKOVÁ, Hana a PRAŠKOVÁ, Jana. *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 180 s. Rádcí pro zdraví. ISBN 80-7178-809-0.

Ústřední problém by se dal popsat jako - celkový pokles energie. Ten je způsoben změnou neurotransmiser některých biogenních aminů (serotoninu, noradrenalinu a dopaminu) v mozku. Tento stav depresivní člověk vnímá zejména v celkové únavnosti, nesoustředěnosti, ochablosti těla, zpomalení myšlení a pohybů. Nedostává se mu energie ani na to, aby mohl spát (spánek je proces, kdy mozek spotřebuje nejvíce energie za celých 24 hodin). Nemůže se radovat, jeho emoce jsou negativní a vedou k dalšímu vyčerpání. Pokles energie vede k ještě menší výkonnosti a dalším snížením aktivity a nárůstem depresivních myšlenek, automatických depresivních myšlenek. Ty hrají důležitou roli při vzniku a trvání bludného kruhu deprese. Už jenom představa činnosti, která vyvolává myšlenky na to, že jí depresivní člověk nezvládne, může vyvolat velmi podobné vegetativní prožitky a emoce, jako když k situaci skutečně došlo. Tyto myšlenky prohlubují depresi. Vedou ke zesílení depresivních projevů, ty posilují depresivní chování a to si člověk v depresi vysvětluje dalšími depresivními myšlenkami, a tak uvázne v bludném kruhu. Míra deprese se v tomto kruhu může zvyšovat nebo udržovat.

Praško (2003) uvádí, že je deprese u většiny lidí léčitelné onemocnění, ale pokud není léčené, může vést ke ztrátě radosti ze života, výkonnosti a

výrazně zhoršuje celkový zdravotný stav člověka, obranyschopnost jeho organismu.

Každé onemocnění má však dvě stránky, tělesnou a duševní. Dnes můžeme pozorovat určitý apriorní postoj k utrpení: Je třeba se mu vyhnout. Stále více trpíme osamělostí, stresem. I čím dál větší mobilita přetěžuje člověka a odřezává ho od kořenů jeho minulosti. Deprese může být také brána jako volání duše o pomoc, protože je vykořeňována a přetěžována stále rychlejšími změnami a tempem.

Dle Paula Kielhotze je podstatnou příčinou depresí rozpad rodiny a zároveň ztráta religiózních vazeb.

1.1 Deprese z pohledu historie

Klinická deprese je nemoc, která už v dávné minulosti vyvolávala mnoho neporozumnění a nepravd. Model člověka posedlého démonem najdeme už v literatuře starověkého Řecka. Skupina lékařů a filosofů na čele s Hippokratem jako první popsala hysterii a došla k závěru, že takové chování může být důsledkem psychologických procesů. V Evropě a Severní Americe se až do poloviny osmnáctého století vysvětlovaly změny, které se projevovaly u lidí s depresemi a jinými duševními nemocemi jako posedlost ďáblem a čarodějnictví. Ve středověku si vysvětlovali depresi jako důsledek zvýšené činnosti jater a v tvorbě takzvané „černé žluči“. Jedním z prvních lidí, kteří se snažili takto nemocným lidem pomoci, byl Samuel Proud. V roce 1780 se snažil pacienty léčit „medicínou a pálením horkým železem“. Na konci devatenáctého století se podmínky v ústavech a léčebnách výrazně zlepšily, ale výrazná péče a pomoc byla poskytována jen pacientům, kteří byli nebezpeční pro společnost. Až na počátku dvacátého století německý profesor psychiatrie Emil Kraepelin přišel jako první s myšlenkou, že psychologické příznaky jako schizofrenie, mánie a deprese mají pravděpodobně tělesnou příčinu, i když se ještě nevědělo jakou.

Přibližně ve stejnou dobu se objevuje taky psycholog Sigmund Freud, zakladatel psychoanalýzy. Ten konečně přišel s určitými koncepty, ze kterých se dal odvodit způsob léčby. Freud nezavrhoval medicínský model psychologických problémů, také ovšem tvrdil, že psychologické a tělesné procesy od sebe nelze oddělovat, a že mysl má sídlo ve fyzické struktuře

mozku. Pozoroval lidské chování a zjistil, že se při něm uplatňuje víc než pouhé vědomí. Pracoval tedy na té části duševních funkcí pacientů, která byla nevědomá a souvisela se základními pudy. Prohlásil, že kdyby byl schopen vyřešit konflikt mezi pudy, ať už vědomými nebo nevědomými, příznaky by už nebyly zapotřebí a vymizely by.

Velmi významný pokrok nastal až po druhé světové válce. Objevila se Elektrokonvulzivní terapie (ECT), nejprve pomocí chemických látek podávaných injekcemi nebo jiným způsobem, například vlivem blikavého světla, nejúčinnější se však ukázala léčba elektrickými šoky (do spánku). Tato terapie vznikla na základě pozorování provedeného ve 30. letech dvacátého století, kdy u pacientů trpících depresí a epilepsií bylo po období obzvlášť častých epileptických záchvatů zaznamenáno období s výrazně lepší náladou. Závěr byl takový, že je potřeba vyvolat záchvaty u pacientů, kteří by je jinak neměli. ECT byla první metodou, která fungovala. U většiny vážně nemocných lidí docházelo k výraznému zlepšení stavu. Velký pokrok pak znamenal vývoj antidepressiv. Jeden z prvních léků, iproniazid, byl nejdříve v padesátých letech dvacátého století užíván jako lék proti tuberkulóze. Lékaři si však brzy všimli, že u pacientů navozuje stavy euforie, a tak ho nasadili lidem s depresí a u některých vykazoval velmi působivé změny a účinky. Vznikly tedy první antidepressiva inhibitory monoaminoxidázy (MAOI).

V přibližně stejném čase odborníci zaznamenali, že látka reserpin, která se používala na snížení tlaku, vyvolává příznaky, které byly nerozoznatelné od klinické deprese. Tento lék snižuje hladinu transmitteru noradrenalinu. Z toho vyvodili závěr, že nedostatek noradrenalinu v určitých částech mozku může být příčinou nemoci. Teorii taky potvrdil fakt, že imipramin, látka používaná při léčbě Parkinsonovy choroby a která dlouhodobě zlepšovala náladu pacientů, ve stejných částech mozku zvyšovala hladinu noradrenalinu. Zjistilo se také, že zvyšuje aktivitu ještě jiného neurotransmitteru, serotoninu. A tato látka hraje při vzniku deprese ještě významnější roli, než noradrenalin. Nástupem imipraminu, prvního tricyklického antidepressiva a po něm amitriptylinu a mnoha dalších, se zásadně změnil život milionům nemocných lidí trpících klinickou depresí po celém světě.

Nedávno byly vyvinuty léky, které jsou bezpečnější, mají méně vedlejších účinků a jsou rovněž lépe snášeny většinou pacientů. Například

SSRI (inhibitory zpětného vychytávání serotoninu), nejznámější je Prozac. V šedesátých a sedmdesátých letech minulého století nastal též pokrok v psychoterapii. Rozvinula se takzvaná behaviorální psychoterapie, která je založena na principech navykání si. Odborník se nezajímá o minulost pacienta, záleží mu na tom, co děláte tady a teď. Naučí pacienta potřebné techniky a pomocí nich ho postupně naučí lépe fungovat. Tyto techniky jsou účinné při léčbě úzkostí i deprese. Později psychologové vypožadovali, že lidé trpící depresí mají tendenci myslet negativně, a z toho vzešla hypotéza, že pokud by se podařilo změnit negativní způsob myšlení, mohla by být ovlivněna i samotná nemoc, a to nikoliv pouze dočasně, ale dlouhodobě.

V současnosti se odborníci domnívají, že terapie zvaná kognitivně-behaviorální (CBT) je nejúčinnější terapií, která se používá na léčbu depresivního onemocnění. V některých případech se tato terapie kombinuje i s antidepresivy.

1.2 Příznaky deprese

Základním a zjevným příznakem je chorobně smutná, depresivní nálada. Kromě poruch nálady je zasaženo ale také myšlení, chování a samozřejmě také tělesné fungování. Depresivní nálada je většinou neovlivnitelná vnějšími událostmi a může přetrvávat prakticky celý den po dobu nejméně dvou týdnů. Dochází též k podstatnému omezení nebo i úplné ztrátě obvyklých zájmů a koníčků. Velmi výrazná je ztráta energie a velká únava, která se objevuje i po malé fyzické námaze.

Dle Praška (2003, s.47) představuje depresivní syndrom pestrý obraz specifických projevů chování, pocitů, emocí, způsobů myšlení, tělesných potíží a pohledů na sebe, svět a budoucnost. Deprese je prostě onemocnění celého těla i duše.

„Mezi depresivní emoce patří smutná nálada, plačtivost, úzkost až panika, rozmrzelost, podrážděnost, zlostnost, sebelítost, neradostnost, neschopnost se těšit, pocity vztahovačnosti apod. Depresivní emoce mohou trvat krátce, ale i týdny a měsíce.“³

³ PRAŠKO, Ján, PRAŠKOVÁ, Hana a PRAŠKOVÁ, Jana. *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003, s. 47. Rádci pro zdraví.

Mezi příznaky deprese patří:

- dlouhotrvající smutná, úzkostná nálada
- pocity pesimismu, beznaděje, bezmoci
- snížený zájem o život
- myšlenky na dobrovolný odchod ze života (sebevražda)
- snížená schopnost na něco se soustředit, nerozhodnost, zpomalené

myšlení

- pocity vlastní méněcennosti, sebeobviňování a snížené sebevědomí
- neklid, nervozita, nadměrná podrážděnost

U deprese můžeme pozorovat i příznaky tělesné, i když nepatří k těm nejtypičtějším a nejvýraznějším projevům této nemoci.

Mezi tělesné příznaky deprese patří:

- sevření na hrudi, bolest hlavy, nabo zad
- bušení srdce
- bolesti žaludku (pocity tlaku v žaludku, nadýmání, průjem, zácpa, ...)
- sucho v ústech
- celková slabost
- narušená sexuální funkce (nezájem o sex, frigidita)

„Většina lidí v depresi cítí únavu, tíhu, malátnost, vyčerpání. Pocity ztráty energie může dojít do takového stadia, že člověk je schopen jen ležet. Intenzita obtíží může kolísat v průběhu dne. Někomu bývá nejhůře ráno, jinému naopak večer. Pocity nedostatečnosti a méněcennosti vedou k vyhýbání se lidem. Psychické tempo se snižuje, myšlení zpomaluje.“⁴

1.3 Příčiny a rizikové faktory deprese

Dle Madelona Visintainera je pesimismus, a zvláště tzv. naučený pesimismus, úrodnou půdou pro zrod a růst deprese. Dochází k ní zvláště často tam, kde jste zároveň v nepřejícném a nepřátelském prostředí.

„Mezinárodní klasifikace psychických poruch a poruch chování

⁴ PRAŠKO, Ján, PRAŠKOVÁ, Hana a PRAŠKOVÁ, Jana. *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003, s. 45. Rádci pro zdraví.

vychází z předpokladu, že příčiny psychických poruch neznáme, na vzniku všech psychických poruch se podílí vždy více příčin, které jsou ve vzájemné interakci.⁵

Znamená to, že psychickou poruchu nevyvolá jen jedna příčina, ale musí se sejít více nepříznivých okolností. Většinou jde o celou sérii postupně působících rizikových faktorů. A v případě psychického onemocnění může být pak tou „poslední kapkou“, která nemoc spustí, banální infekční onemocnění nebo velmi často stres. Spíše než o příčinách je tedy vhodné mluvit o faktorech, které mohou být pro vznik deprese významné, resp. při současném výskytu těchto faktorů je větší pravděpodobnost výskytu deprese.

Rizikové faktory:

1. Dědičné dispozice, genetické programy - vliv těchto faktorů byl zpočátku přeceňován, především na základě konceptu tzv. endogenní deprese, od tohoto se v poslední době upouští. „Výzkumné studie nicméně potvrzují určitý podíl genetické zátěže, ovšem ta je daleko více prokázána u bipolárních než u unipolárních poruch.“⁶ Velikost významu genetické zátěže je stále ještě sporná a určitě se nejedná o jediný faktor, který spolehlivě zapříčiňuje výskyt depresivní poruchy. „Pokud máte sestru, bratra, otce, nebo matku kteří trpí depresivní poruchou, máte rovněž zvýšené riziko - 15% příbuzných onemocní depresí také. Ovšem deprese se objevuje i u lidí, v jejichž rodinné historii nikdy podobné obtíže nebyly.“⁷

Dle Praška (2003) se dědí určitá vlna k onemocnění depresí, náchylnost k depresi, a nikoliv nemoc sama.

2. Vnější, enviromentální vlivy - jsou to různé nepříznivé faktory, které na jedince působí z jeho okolního životního prostředí.

3. Materiální rizikové faktory, které se rozdělují na chemické, fyzikální a biologické. Tyto rizikové faktory souvisejí hlavně se špatným životním prostředím, ve kterém naše současná populace žije.

4. Chemické rizikové faktory mají v dnešní době nepochybně velký podíl na vzniku mnoha psychických onemocnění. Škodlivé chemické látky se

⁵ NÝVLTOVÁ, Václava. *Psychopatologie pro speciální pedagogy*. Vyd. 2., upr. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2010, s. 32.

⁶ ČEŠKOVÁ, Eva, SVOBODA, Mojmir, ed. a KUČEROVÁ, Hana. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2006. 317 s.

⁷ PRAŠKO, Ján, PRAŠKOVÁ, Hana a PRAŠKOVÁ, Jana. *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003, s. 60. Rádcí pro zdraví

do těla dostávají u nenarozených dětí přes tělo jejich matky, přijímáme je také z vody, ovzduší, půdy. Největší množství těchto látek však přijímáme v potravinách.

5. Fyzikální rizikové faktory - jsou různé druhy zařízení (rádiové, rentgenové, sluneční), vibrace apod.

6. Biologické rizikové faktory - míněno působení bakterií, virů, různých parazitů a plísní způsobujících infekční ložiska. „*U některých psychických poruch je již dávno známo, že jsou způsobovány infekčními nemocemi. Podíl biologických rizikových faktorů je však pravděpodobně mnohem větší, než se předpokládalo v minulosti.*”⁸ Dále jsou to změny imunity, biochemické změny, endokrinologické změny, nebo strukturální a funkční změny CNS. Při depresivních onemocněních je prokázána řada biologických změn v těle člověka. Poukazuje to na propojenost těla a mysli.

Mezi vnější rizikové faktory patří i interpersonální vztahy, které bývají velmi často problematické, dále různá psychická traumata, zátěžové životní události a chronický stres. „*Za rizikové pro rozvoj depresivního onemocnění jsou pokládány především ztráty blízkých osob (např. ztráta rodiče v dětství).*”⁹

„*Stresující události také častěji předchází první epizodu onemocnění než následující. To může poukazovat na to, že se po první epizodě určitým způsobem promění biologie mozku a jedinec je pak mnohem zranitelnější i bez výrazných zevních stresorů.*”¹⁰ Psychická traumata a stresy dlouhodobě zatěžují psychiku i tělo. Mění průběh biochemických procesů našeho těla, oslabují imunitu a spouští dlouhodobé negativní emoční prožívání. Samotné negativní a tragické události nejsou však jasným prediktorem vzniku psychické nemoci. Důležité však je, jak jsou vnímány konkrétním člověkem. „*Při vzniku depresivní poruchy tedy předpokládáme určitou kombinaci a vzájemné působení různých biologických a sociálních vlivů, které vytvářejí dispozici k onemocnění. Tuto dispozici tvoří nadměrná citlivost (hypersenzitivita) a zvýšená zranitelnost (vulnerabilita). Zda člověk s touto dispozicí onemocní depresivní poruchou, závisí na vzájemném působení nejrůznějších příčin.*”¹¹

⁸ NÝVLTOVÁ, Václava. *Psychopatologie pro speciální pedagogy*. Vyd. 2., upr. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2010, s. 36-37.

⁹ ČEŠKOVÁ, Eva, SVOBODA, Mojmir, ed. a KUČEROVÁ, Hana. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2006. 317 s.

¹⁰ ČEŠKOVÁ, Eva, SVOBODA, Mojmir, ed. a KUČEROVÁ, Hana. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2006. 317 s.

¹¹ PRAŠKO, Ján, PRAŠKOVÁ, Hana a PRAŠKOVÁ, Jana. *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 180 s. Rádci pro zdraví.

„Zpočátku malé stresy vedou k drobným výkyvům nálady, které ještě nejsou pravými depresemi. Dochází však postupně k většímu zcitlivění (senzitivizace) na stres a v budoucnu člověk reaguje větší depresí na menší stres. Nakonec se deprese objevují již zcela bez vnější příčiny, často i sezonně, tedy na jaře a na podzim.“¹²

Dalším rizikovým faktorem a spouštěčem je například i užívání některých léků nebo nadměrná konzumace alkoholu a drog.

Je velmi obtížné všechny tyto faktory nějak odděleně studovat a zjišťovat jejich významnost, nikdy totiž nemůžeme eliminovat všechny ostatní podmínky, za kterých se určitý proces odehrává. Ale rozpoznáním určitých rizikových faktorů je jim možné předcházet, nebo včas začít léčit, aby k depresi, její chronifikaci a hlavně extrémně těžkému průběhu, nedocházelo.

1.4 Typy deprese

Depresivní symptomatika se nevyskytuje jen v čisté podobě ani není diagnostikována. Tyto syndromy lze u lidí pozorovat v různých formách, s různou délkou trvání, s různým průběhem, v různé intenzitě a v kombinaci s různými jinými potížemi. Je také třeba brát v potaz, že prožívání každého člověka je individuální záležitostí.

Podle toho v jaké intenzitě se nemoc vyskytuje a jaký má průběh se rozlišuje do několika stupňů depresivních fází.

Depresivní fáze dle Nývltové (2010):

- Mírná depresivní fáze (bez somatických příznaků nebo se somatickými příznaky). Hlavními příznaky jsou tedy ztráta radosti, skleslost, únavnost. U někoho se vyskytují v mírném stupni po dobu dvou týdnů. Daného jedince obtěžují a znemožňují mu normální fungování ve všech oblastech života. U někoho je tato fáze doprovázena i tělesnými projevy.

- Středně těžká depresivní fáze (bez somatických příznaků, nebo se somatickými příznaky). Potíže způsobené depresí jsou už intenzivnější a mnohem více nemocnému zasahují do života než tomu je u fáze mírné. Každodenní běžné aktivity už nemocný zvládá jen s vypětím sil a některé přestává zvládat úplně. U některých jedinců se objevují i somatické příznaky.

¹² PRAŠKO, Ján, PRAŠKOVÁ, Hana a PRAŠKOVÁ, Jana. *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 180 s. Rádcí pro zdraví.

- Těžká depresivní fáze (bez psychotických příznaků nebo s psychotickými příznaky). U těžké fáze jsou vždy přítomny i tělesné projevy. Potíže jsou už tak rozsáhlé a intenzivní, že úplně znemožňují nemocnému fungování ve společnosti i soukromí. Mohou se vyskytovat také psychotické projevy jako jsou bludy nebo halucinace. Je velmi obtížné pak v některých případech rozeznat těžkou depresi od schizofrenie.

Poměrně velmi vyčerpávající přehled nabízí Praško a kol (2003):

- Depresivní epizoda
- Rekurentní depresivní porucha
- Dystymie
- Bipolární (maniodepresivní) porucha
- Sezónní afektivní porucha
- Reaktivní porucha nálady (reaktivní deprese)
- Smíšená úzkostně-depresivní porucha
- Krátká rekurentní porucha
- Poporodní deprese
- Deprese v memopauze
- Larvovaná deprese
- Deprese v pozdním věku
- Deprese při tělesném onemocnění

V manuálu MKN-10 (2013) je členění deprese následovně:

F32 Depresivní fáze

- (F32.0) Lehká depresivní fáze
- (F32.1) Středně těžká depresivní fáze
- (F32.2) Těžká depresivní fáze bez psychotických příznaků
- (F32.3) Těžká depresivní fáze s psychotickými příznaky
- (F32.8) Jiné depresivní fáze
- (F32.9) Depresivní fáze NS

F33 Periodická depresivní porucha

- (F33) Periodická depresivní porucha, současná fáze je lehká
- (F33.1) Periodická depresivní porucha, současná fáze je středně těžká
- (F33.2) Periodická depresivní porucha, současná fáze těžká, ale bez psychotických symptomů

(F33.3) Periodická depresivní porucha, současná fáze je těžká s psychotickými příznaky

(F33.4) Periodická depresivní porucha, v současné době v remisi

(F33.8) Jiné periodické depresivní poruchy

(F33.9) Periodická depresivní porucha NS

F34 Perzistentní afektivní poruchy (poruchy nálad)

(F34.0) Cyklothymie - Perzistentní nestabilita nálady včetně početných období deprese nebo lehké mánie, avšak žádná není natolik těžká nebo dlouhá, aby opravňovala k diagnóze bipolární afektivní poruchy (F31.–) nebo periodické depresivní poruchy (F33.–).

(F34.1) Dysthymie - Chronické zhoršení nálady, trvající alespoň několik let, které ale není natolik těžké nebo jednotlivé periody nejsou dostatečně dlouhé, aby opravňovaly k diagnóze těžké, středně těžké nebo lehké formy periodické depresivní poruchy (F33.–).

(F34.8) Jiné perzistentní afektivní poruchy (poruchy nálady)

(F34.9) Perzistentní afektivní porucha (porucha nálady) NS

F38 Jiné afektivní poruchy (poruchy nálady)

Jakákoliv jiná porucha nálady, která neopravňuje k zařazení do F30-F34, protože není dostatečné tíže nebo trvání.

(F38.0) Jiné jednotlivé afektivní poruchy (poruchy nálady)

(F38.1) Jiné periodické afektivní poruchy (poruchy nálady)

(F38.8) Jiné určené afektivní poruchy (poruchy nálady)

F39 Neurčená afektivní porucha (porucha nálady) - Afektivní psychóza NS

2 Léčba a zvládání deprese

Cílem terapeutické intervence je zlepšení kvality života pacientů. V posledních letech bere terapie více v úvahu subjektivní prožívání nemocného a subjektivní hodnocení kvality života může být ukazatelem kvality léčebného postupu.

„Průběh i léčba deprese mohou být ovlivněny faktory ze čtyř hlavních okruhů: biologického, psychologického (osobnost, terapeutický vztah a pod.), užšího sociálního (rodina), širšího sociálního (pracoviště, společnost).“¹³

„Cílem komplexní léčby depresivních poruch je odstarnit příznaky onemocnění, odstranit rizika relapsu (opětovné vzplanutí nemoci) a obnovit původní kvalitu života.“¹⁴

V rámci terapie deprese se mohou rozlišit tři etapy:

1. Akutní – *„jedná se o intervenci při akutních depresivních příznacích, akutním utrpení člověka, a primárním cílem je zmírnit tyto příznaky, tohoto utrpení.“¹⁵* Tato fáze léčby trvá 6-8 týdnů, pokud reaguje pacient na léčbu příznivě. Pokud nemocný na léčbu nereaguje pozitivně, je možné ji po 6 týdnech změnit.

2. Udržovací - udržovací terapie se uplatňuje po odeznění akutních příznaků, přibližně 16-20 týdnů. Dle Praška (2003) se už člověk může cítit dobře, nicméně když náhle ukončí všechny terapeutické aktivity, hrozí zde riziko relapsu.

Dle Kupfera (2005) je především při farmako léčbě kladen důraz na podávání udržovací dávky léků – dlouhodobé studie ukazují, že kontinuální léčba může snížit riziko relapsu až o 70%.

3. Profylaktická - při profylaxi jde především o předcházení recidivy. Tato léčba a podávání léků trvá obvykle více let, někdy celý život. *„Ovšem je třeba zvážit přínos léčby v porovnání s nevýhodami vedlejších účinků.“¹⁶* Indikována bývá hlavně pacientům s bipolární poruchou, opakovanými depresivními epizodami, nebo dystimií.

¹³ PRAŠKO, Ján a ŠLEPECKÝ, Miloš. *Kognitivně-behaviorální terapie depresivních poruch: manuál pro terapeuty*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 1995, s. 8. Zprávy; č. 127.

¹⁴ PRAŠKO, Ján, PRAŠKOVÁ, Hana a PRAŠKOVÁ, Jana. *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003, s. 79. Rádci pro zdraví.

¹⁵ PRAŠKO, Ján, PRAŠKOVÁ, Hana a PRAŠKOVÁ, Jana. *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 180 s. Rádci pro zdraví.

¹⁶ RAHN, Ewald a MAHNKOPF, Angela. *Psychiatrie: učebnice pro studium a praxi*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2000. 466 s. Psyché.

Seifertová, Praško a Höschl (2004) popisují průběh depresivní poruchy v souvislosti s výsledky léčby několika termíny:

- Odpověď na léčbu - je dosaženo alespoň 50% redukce symptomů oproti výchozímu stavu při vyšetření standardní psychiatrickou škálou hodnotící deprese, např. Hamiltonovou psychiatrickou stupnicí pro posuzování deprese (HAMD).

- Částečná odpověď na léčbu - redukce symptomů o 25-50%.

- Nedostatečná či chybějící odpověď - podle HAMD je skóre sníženo o méně než 25%.

- Remise - značí vymizení všech depresivních symptomů, nikoli pouze jejich redukce. Toto období musí však trvat nejméně 8 týdnů. Jako kritérium remise se zvykne užívat více než 75% redukce depresivní symptomatiky.

- Úzdrava - stav dlouhodobé remise. Uvádí se 6-12 měsíců remise.

- Relaps - značí návrat symptomů v období remise. Znamená to, že se objeví původní příznaky depresivní epizody.

- Rekurence - návrat symptomů v období uzdravení. Je to nová epizoda depresivní poruchy.

Častým problémem v léčbě deprese je nedostatečná compliance. Svoboda, Češková a Kučerová (2006) ve své knize uvádějí, že vysazení léčby v akutních klinických studiích je 20-40%. Důvody se často během léčby mění, tím nejčastějším bývají vedlejší účinky, dále pak obava ze vzniku závislosti, nebo taky pocit „zvládnou to sám“.

Podle Svobody, Češkové, Kučerové (2006) jsou pro kompliaci významné tyto faktory:

- nemoc sama o sobě (symptomatologie, kognitivní dysfunkce)
- nemocný (jeho osobnostní charakteristiky, vzdělání, zázemí)
- lékař (zkušenosti, informovanost, schopnost navodit terapeutický vztah)
- lék (dávkování, forma, snášenlivost, účinky)

2.1 Farmakoterapie

U farmakoterapie jde o léčení biochemické příčiny deprese, zejména nižší hladiny noradrenalinu, serotoninu a dopaminu. Léky - v případě léčby depresivních onemocnění (antidepresiva), pomáhají dle Praška (2003) vytvořit

neurohormonální rovnováhu na neuronech v mozku, kde je během deprese nedostatek podnětů. Kromě toho mají antidepresiva i analgetický účinek, objevuje se již do 5 dní, kdežto antidepresivní účinek nastává mezi 10-20 dnem užívání. V současnosti je antidepresiv celá řada a proto o výběru vhodného léku by měl rozhodnout lékař po podrobném vyšetření a rozhovoru s pacientem. Je velmi důležité zvolit tu správnou léčbu a následně v ní pokračovat dostatečně dlouho a v dostatečné dávce.

„O volbě určitého antidepresiva rozhoduje účinnost-rychlost nástupu účinku, výskyt a typ nežádoucích účinků, pohodlnost dávkování (přednost mají léky podávané jednou denně), předchozí zkušenosti s lékem, věk a celkový zdravotní stav pacienta a v neposlední řadě i cena a nezbytnost doplácení na lék.“¹⁷

Praško (2003) tvrdí, že i po odeznění depresivní nálady je nutné v užívání léků pokračovat. Světová zdravotnická organizace doporučuje podávání antidepresiv ještě půl roku po odeznění deprese, pokud se jedná o první depresivní epizodu v životě člověka. Pokud se už jedná o epizodu opakovanou, mělo by podávání léků trvat ještě dva roky. Ve velkých světových výzkumech bylo zjištěno, že po vysazení léčby dostane až 80% pacientů depresi opět. A proto je důležité tuto léčbu předčasně nepřerušovat.

„Pokud jde o opakovanou depresi, je vhodné prodloužit podávání antidepresiv nebo profylaktických dávek lithia či karbamazepinu na dobu až 2-5 let.“¹⁸

2.2 Psychoterapie

„Samotná psychoterapie k léčbě těžší deprese nestačí, ale při kombinaci s léčbou psychofarmaky může být velmi vhodnou volbou.“¹⁹

Psychoterapie je jedním ze základních léčebných postupů, oproti farmakoterapii nevyužívá biologické testy k ovlivnění duševního zdraví člověka, ale cesty psychické. Bývá indikována pacientům trpícím lehkou až středně těžkou depresí. Podpůrné psychoterapeutické vedení současně s

¹⁷ PRAŠKO, Ján, PRAŠKOVÁ, Hana a PRAŠKOVÁ, Jana. *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003, s. 80. Rádci pro zdraví.

¹⁸ PRAŠKO, Ján, PRAŠKOVÁ, Hana a PRAŠKOVÁ, Jana. *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003, s. 82. Rádci pro zdraví.

¹⁹ PRAŠKO, Ján, PRAŠKOVÁ, Hana a PRAŠKOVÁ, Jana. *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003, s. 88. Rádci pro zdraví.

poskytováním informací je potřebné i u nemocných s těžkou depresí.

Praško (2001) je toho názoru, že psychoterapie učí člověka s depresí umět zacházet s příznaky a trénuje dovednosti, které mohou bránit vzniku nové epizody deprese.

„Jádrem všech psychoterapeutických postupů je podpora zdravých částí osobnosti.“²⁰

Kryl (2006) uvádí, že je prokázáno, že kombinace a součinnost farmakoterapie a psychoterapie přináší lepší výsledky než oddělené a samostatné používání těchto dvou metod. Psychofarmaka zlepšují svým účinkem psychologickou dostupnost pacienta a spolupráci při terapii, a psychoterapie zase zlepšuje spolupráci nemocného s odborníkem při užívání léků. Psychoterapie pomáhá člověku s depresí lépe porozumět svým myšlenkám, emocím, chování. Psychoterapeut je člověk, odborník, který se dokáže vcítit do toho, co pacient prožívá. Podle Praška (2003) pomáhá nemocnému:

- porozumět tomu, co se děje
- oddělit zdravé prožívání od nemocného
- omezit, ohraničit, zmírnit, anebo odstranit patologické prožitky
- vytvořit pocit bezpečí a přirozené kontroly nad svým životem
- nalézt znovu důvěru sama v sebe i ve svět kolem apod.

Volba konkrétního psychoterapeutického postupu a léčby vychází vždy z individuální situace.

2.2.1 Podpůrná psychoterapie

Podle Praška (2001) je podpůrná psychoterapie základní terapií. Její principy jsou naslouchání, vcítění, podpora, informování, vysvětlování a povzbuzení. Umožňuje pacientovi vyjádřit prožívané emoce. Pomáhá také obnovit důvěru v sebe sama a budoucnost. Poskytuje přátelskou atmosféru, klienta bezpodmínečně přijímá s jeho klady i zápory. Poskytuje také realistický pohled na situaci bez konfrontace či kritiky.

²⁰ PRAŠKO, Ján, PRAŠKOVÁ, Hana a PRAŠKOVÁ, Jana. *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003, s. 86. Rádci pro zdraví.

2.2.2 Kognitivně behaviorální terapie (KBT)

Kognitivně behaviorální terapie je krátkodobá, strukturovaná psychoterapie, zaměřená na řešení konkrétních problémů a potíží, na dosahování specifických, předem definovaných, cílů pomocí řady psychologických metod, kterým se pacient ve spolupráci s terapeutem během terapie učí tak, aby byl po jejím skončení schopen tyto metody aktivně a samostatně používat. Dle Praška (2003) je tato terapie zaměřená také na celkové zklidnění člověka prostřednictvím přijetí nemoci, odstraněním depresivního způsobu myšlení, zlepšením komunikace s okolím a relaxací. Soustředí se zejména na nemocné s lehkou nebo středně těžkou depresí. Terapeut vede pacienta k tomu, aby si sám uvědomil logické chyby ve svém myšlení a jeho vliv na náladu a chování. Nemocný plní domácí úkoly, strukturuje si den, je aktivní a zároveň si ověřuje, zda jsou jeho očekávání reálné nebo zkreslené. Před koncem léčby se připravuje na budoucí možné problémy a plány, jak by je bylo možné vyřešit.

„KBT patří k nejúspěšnějším psychoterapiím deprese a u lehkých a středně těžkých depresí patří mezi léčby první volby.“²¹

2.2.3 Individuální dynamická psychoterapie

Pod tímto názvem se skrývá velké množství přístupů, které historicky i myšlenkově navazují na psychoanalýzu. *„Zaměřují se na význam nevědomých psychických procesů, konfliktů a jejich souvislost s minulými zážitky. Nepřijímají však biologizující a sexualizující pohled psychoanalýzy.“²²*

Dle Praška (2001) je cílem této terapie analýza nevědomých konfliktů a přivedení do vědomí pomocí interpretací. Ty mohou vézt ke vhledu, což pomáhá změnit pohled na sebe i na okolní svět. Snaží se více o změnu osobnosti člověka, než o odstranění příznaků nemoci. Základními principy v práci dynamické terapie jsou pak analýza konfliktů (napětí mezi přáním, strachem a obranou) a analýza přenosu. Přenos je mocný nástroj.

„Pokud terapeut zůstane dostatečně v poklidu, odolá nutkání radit a nechá klienta, aby vyjádřil své pocity, klient si časem k terapeutovi vytvoří citovou vazbu. Tento vztah odráží pocity, které klient dříve prožíval vůči

²¹ PRAŠKO, Ján, PRAŠKOVÁ, Hana a PRAŠKOVÁ, Jana. *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003, s. 89. Rádci pro zdraví.

²² KRATOCHVÍL, Stanislav. *Základy psychoterapie*. Vyd. 2., dopl. Praha: Portál, 1998. 392 s.

důležitým lidem svého života. Tentokrát je může prožít naplno."²³

2.2.4 Skupinová psychoterapie

Skupinová psychoterapie je jedna z nevýznamnějších forem psychoterapie. Zpravidla bývá rychlejší a intenzivnější. Má velké terapeutické možnosti. Využívá se skupinová dynamika, kdy si mohou pacienti vyzkoušet a nacvičit nové formy chování, lépe poznají sami sebe pomocí druhých, pomocí zpětné vazby. Pacienti si uvědomí, že se svými potížemi a problémy nejsou sami. Tato terapie je vhodná zejména tehdy, když deprese souvidí se vztahovými problémy. Lze ji použít až po odeznění nejtěžších příznaků onemocnění, pomocí léčby antidepresiv.

*„Skupinová psychoterapie pomáhá také člověku uvědomovat si, že druzí prožívají mnohdy podobné věci, učí se od nich, jak se s onemocněním vyrovnat a jak řešit každodenní problémy.“*²⁴

Většinou probíhá ve skupině 8-12 osob, která je vedena dvěma terapeuty a trvá 1,5 hodiny. *„Cílem léčby je poznat souvislosti mezi chováním jedince a jeho problémy a nemocí - potom pomoci tyto vzorce změnit.“*²⁵

Skupinová terapie vychází z pěti základních principů: aktivita členů skupiny, projekce, sebeotevření, zpětná vazba, skupinová soudržnost a skupinové napětí.

Do programu skupinové psychoterapie zařazujeme také speciální aktivity a techniky jako je asertivní chování, sociometry, psychodramata a neverbální techniky jako psychogymnastika, muzikoterapie, arteterapie (projektivní kreslení), ale také různé relaxace jako autogenní trénink, různé hry, zpěv, hudba, tanec.

²³ CANTOPHER, Tim. *Depresivní onemocnění: prokletí silných*. Olomouc: ANAG, ©2012. 151

S.
²⁴ PRAŠKO, Ján, PRAŠKOVÁ, Hana a PRAŠKOVÁ, Jana. *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003, s. 88. Rádcí pro zdraví.

²⁵ PRAŠKO, Ján, PRAŠKOVÁ, Hana a PRAŠKOVÁ, Jana. *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003, s. 88. Rádcí pro zdraví.

2.2.5 Rodinná nebo manželská terapie

Těžištěm rodinné terapie je především komunikační styl pacienta. Tato terapie se zaměřuje na zajištění partnerské podpory, umožnění strukturálních změn v partnerství a rodině, zvládnutí konfliktů, rozvoj společných strategií pro zvládnutí problémů. Pro nemocného je velmi důležité příznivé rodinné klima, bez průdkých emocí a hádek. Dle Praška (2003), kvalitní rodinná terapie nehledá viníka, ale naopak se snaží rodinné vztahy zklidnit a jde jí o nalezení rovnováhy pro všechny členy rodiny. Vzhledem k tomu, že deprese bývá velmi často spojena s partnerskými nebo rodinnými problémy, které mohou způsobit její opakování, se tato terapie doporučuje až v době doléčování nemocného.

„Léčba depresí antidepresivy bez adekvátní psychoterapie, stejně jako léčba depresí psychoterapií bez adekvátního antidepresiva je vždy léčbou polovičatou.“²⁶

„Léky umožní rychlý ústup příznaků a psychoterapie pomůže naučit účinnější způsoby, jak zacházet s problémy v životě, které deprese předcházely nebo během ní vznikly.“²⁷

Rozhodnutí, zda užívat léky by mělo být v kompetenci každého člověka, pokud je ve stavu takové rozhodnutí udělat. Odborník by mu měl poskytnout především dostatečné množství informací o depresi i o možnostech její léčby a vlastní doporučení.

2.3 Biologické metody terapie

2.3.1 Elektrokonvulzivní terapie (ECT)

Principem této terapie je aplikace elektrického stimulu a vyvolání terapeutického generalizovaného epileptiformního záchvatu. V minulosti byla tato metoda hojně kritizována. Prováděla se bez narkózy a byla pro pacienta velmi zatěžující zkušeností. Hrdlička (2001) uvádí, že nežádoucí byl také fakt, že aplikaci provázely neřízené záškuby, při nichž si člověk mohl ublížit, a které na přihlížejícího působily děsivě. V současnosti je prováděna v celkové anestezii a myorelaxaci, která snižuje riziko nežádoucích účinků. Jako léčba

²⁶ PRAŠKO, Ján a ŠLEPECKÝ, Miloš. *Kognitivně-behaviorální terapie depresivních poruch: manuál pro terapeuty*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 1995, s. 82. Zprávy; č. 127.

²⁷ PRAŠKO, Ján, PRAŠKOVÁ, Hana a PRAŠKOVÁ, Jana. *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznadějí*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003, s. 79. Rádci pro zdraví.

první volby se doporučuje při velmi těžkých depresivních stavech, katatonních projevech a výrazném riziku sebevražedného chování. Odborníci však doporučují nejdříve využít psychofarmaka a ECT zvolit až jako další možnost při případné farmakorezistenci. Provádí se 2-3x týdně, v sérii 6-8 zákroků. Teorií o mechanismu účinku této metody je mnoho a mechanismus účinku nebyl doposud uspokojivě vysvětlen. Předpokládá se, že při elektrickém impulzu dochází ke stavu podobnému všeobecnému epileptickému záchvatu a zvýšení regionálního prokrvení. Zvyšuje se také metabolismus, glykémie a okysličení mozku. Potvrzeno je ovlivnění biochemie a fyziologie mozku a následný dopad různých monoaminů a hormonů (jako u antidepresiv) na metabolismus. ECT je dosud nejúčinnější biologickou léčbou. Hrdlička (2001) uvádí její úspěšnost v rozmezí 71-94%. Měla by být však prováděna s informovaným souhlasem a po řádném vyšetření. Hlavním nežádoucím účinkem této terapie je dočasná porucha paměti, která je spojena se stavy zmatenosti. Ve většině případů se po určité době (uvádí se kolem půl roku) stav opět upraví.

2.3.2 Transkraniální magnetické stimulace (TMS)

Tato terapie je nepoměrně mladší než ECT, v praxi se však využívá poměrně málo. Pracuje v podstatě na obdobném principu jako ECT ve smyslu, že terapeutického účinku je dosaženo stimulací mozku. Elektrický proud je však v tomto případě indukovaný pomocí magnetického pole. Anders (2005) popisuje TMS jako novou neinvazivní technologii, při které jsou stimulovány neurony mozkové kůry principem magnetické indukce za použití krátkodobých pulsů silného magnetického pole. Dělí se na nízkofrekvenční (magnetické pole o frekvenci nižší než 1) a vysokofrekvenční (magnetické pole o frekvenci vyšší než 1). TMS je také někdy nazývána jako „bezelektrová“ elektrická stimulace. *„Touto metodou je možné docílit lokální stimulace konkrétních částí mozku, u deprese je to nejčastěji levá prefrontální oblast.“*²⁸ Výkon se obvykle aplikuje 5x týdně po dobu 3 týdnů. TMS má dle odborníků významný terapeutický potenciál, lze jí totiž provádět ambulantně, bez anestezie, neovlivňuje paměťové a rozpoznávací funkce. Využití této metody je očekáváno hlavně u pacientů, u nichž je léčba deprese obtížná, protože z

²⁸ HRDLIČKA, Michal. *Elektrokonvulzivní terapie*. 1. vyd. Praha: Galén, 1999. 167 s.

nějakého důvodu nelze použít psychofarmaka, nebo jejichž dosavadní léčba je neúčinná. TMS je všeobecně dobře tolerována, k nejčastějším, přechodným vedlejším účinkům patří mírné bolesti hlavy nebo mírný tinitus.

2.3.3 Fototerapie (terapie jasným světlem)

Tato terapie se využívá při léčbě sezónní afektivní poruchy. Hrdlička (2001) uvádí, že vývoj terapie jasným světlem započal rozpoznáním specifického typu deprese, tzv. sezónní deprese a také způsobu, jak proti ní bojovat - dodáním světla, kterého je přes zimní měsíce méně. Mnoho lidí pociťuje v tomto období změny nálady a snížení energie. Část z nich pak trpí depresivními symptomy. Dle Praška a Šlepeckého (1995), jsou reakce na zkracování dnů a ubývání denního světla spojovány s tzv. cirkadiánními rytmy člověka. Tyto rytmy jsou člověku přirozeně dány, jsou ale výrazně ovlivňovány vnějším prostředím. Regulátorem těchto rytmů je světlo. Fototerapie umožňuje tyto biorytmy upravit a sesynchronizovat. Nejúčinnější se jeví při délce aplikace 2 hodiny denně po dobu 2-4 týdnů, hlavně ráno. Používá se většinou box, který produkuje světlo o intenzitě vyšší než 2500 luxů, což je asi 10x jasnější světlo než používané umělé osvětlení. Účinnost této terapie není však zcela prokázána a liší se případ od případu.

2.3.4 Spánková deprivace

Dle Anderse (2005) mnoho studií prokázalo, že úplná spánková deprivace, při které jsou pacienti bez spánku kolem 40 hodin, může dočasně zlepšit depresivní symptomy, někdy až s dramatickým efektem. Totální nebo parciální omezení spánku je jedinou možnou terapií, která ještě týž den, kdy byla použita působí antidepresivně až u 60% nemocných. Tento efekt je však přechodný a většině pacientů se příznaky opět vrátí. Spánková deprivace však může být účinně využívána jako doprovodná léčba k farmakoterapii, hlavně když je potřeba urychlit nástup okamžitého účinku.

2.3.5 Tělesné cvičení (terapie sportem)

Souvislost mezi sportem a duševní pohodou je obecně známá. Existují studie dokazující, že fyzická aktivita, každodenní terapie aerobním pohybem má pozitivní účinek u pacientů s depresemi. Dokonce se udává, že jsou srovnatelné s účinky antidepresiv. Je ale důležité cvičit pravidelně, (aspoň 3x

do týdne, 20 - 45 minut). Úskalí této metody je však v tom, že lidé trpící depresemi jsou často demotivováni, pesimističtí a vyčerpaní, bez zájmu o jakoukoliv činnost. Tu může sehrát důležitou roli odborník, například psychoterapeut, který pacienta povzbudí a pomůže mu vytrvat. Pozitivní na této terapii je fakt, že je přirozená a nemá nepříjemné vedlejší účinky.

2.4 Alternativní léčby

2.4.1 Akupunktura

Je to jedna z nejstarších léčebných metod na světě. Používá se už 5 tisíc let. Vyvinula se v rámci systému tradiční čínské medicíny. Tato metoda spočívá v napichování speciálních míst (akupunkturních bodů) na lidském těle pomocí aplikace tenkých jehel. Podle čínské medicíny tyto akupunkturní body tvoří místa se specifickým významem ležící na akupunkturních drahách (meridiánech), kterými proudí v těle životní energie. Každý meridián a body na něm souvisí s některým orgánem. Když je některý z těchto bodů ucpaný, dochází v těle k nerovnováze a je zabráněno toku energie. Nahromaděním či nedostatkem této energie dochází k nemoci. Terapeuti dnes pracují s 361 body rozmístěnými na 12ti hlavních a 8 vedlejších meridiánech, jimiž se řídí oběh energií v těle. Dlouholetým vývojem se tato metoda rozšířila do celého světa. Teprve současná moderní medicína a výzkum dokazují, že její jádro je racionální. Výzkumy dokázali existenci speciálních bodů na povrchu těla, které jsou přístrojově zjištělné a liší se svými vlastnostmi. Tyto body mají souvislost s určitými orgány a jejich funkcí, a vpichem speciálních jehel, či jiným podrážděním (elektricky, ultrazvukem, laserem) se dá působit na postižený orgán i na celý organismus ve smyslu útlumu nebo stimulace. Akupunktura se využívá při různých potížích a byl jí přiznán i příznivý vliv na deprese. Odborníci se domnívají, že pravděpodobně stimuluje vylučování endorfinů a účinkuje podobně jako morfium. Tato metoda však v rámci západní vědy není dostatečně prozkoumána a ověřená, proto zůstává zatím jen metodou alternativní.

2.4.2 Omega-3 mastné kyseliny ve výživě

Účinek byl prokázán nejen empirickou zkušeností, ale i provedenými studiemi. Dle Servana a Schreiberova (2005) je logika účinku vlastně

jednoduchá. Omega-3 mastné kyseliny jsou základní složkou membrány nervových buněk, přes ní probíhá komunikace mezi těmito buňkami. Při stravě, která je bohatá na tyto kyseliny je membrána nervových buněk měkčí a pružnější a komunikace mezi buňkami tedy probíhá stabilněji a lépe. Tým francouzských vědců ukázal, že potrava bohatá na omega-3, například potrava eskymáků, kteří denně přijmou v potravinách 16 gramů rybího tuku, dlouhodobě zvyšuje produkci neurotransmiterů, zvyšuje energii a dobrou náladu. Jde hlavně o dopamin, který je neurotransmiterem zodpovědným za povzbuzující a euforizující účinky. Nicméně mnohé další výsledky svědčí o tom, že existuje vztah mezi depresí a příliš nízkou koncentrací mastných kyselin omega-3 v organismu. Hlavním zdrojem esenciálních mastných kyselin omega-3 jsou řasy a plankton. Ty se k nám dostávají prostřednictvím ryb (makrely, sardely, sardinky, sledě, losos, tuňák...). Existují také rostlinné zdroje omega-3 (lněné semeno, řepkový olej, konopný olej, ořechy. Také veškerá zelenina obsahuje prekurzor omega-3 (špenát, mořské řasy).

3 Deprese u dětí a adolescentů

„Dětství a adolescentní věk je obecně lidmi považováno za období štěstí, radosti a bezstarostnosti. I toto je jeden z důvodů proč se výskyt deprese u dětí a mladých lidí i v současnosti dost podceňuje. Deprese v dětském a adolescentním věku byla ještě v 60. letech minulého století zpochybňována a popírána. Důvodem byly teorie, že pro existenci stabilní poruchy nálady musí být jedinec psychicky zralý, dospělý. Předpokládalo se teda, že děti depresí onemocnět nemohou. V 70. letech pak nastal zlom a depresí u dětí se začaly věnovat první výzkumy. Dětská deprese byla také spolu s ostatními afektivními poruchami uvedena v učebnici psychiatrie.“²⁹

Vývoj depresivního onemocnění u dětí závisí na komplikovaném vzájemném působení faktorů: biologických, psychologických, sociálních a enviromentálních.

Predisponující faktory pro vznik deprese jsou například: genetická výbava, nemoc prožitá v dětství, výskyt poruchy nálad v rodině, slabá regulace emocí, nízké sociální dovednosti, nejistý typ emocionální vazby s rodiči, problémy ve vztazích s rodiči, špatné sociální podmínky rodiny a další. K propuknutí psychické poruchy mohou přispět i faktory jako ztráta významné osoby, komplikace ve vztazích v rodině nebo škole, nemoc, násilí, změna prostředí, užívání psychoaktivních látek a jiné.

Dívky trpí depresí 2krát častěji než chlapci. Podle Smolíka (2002) postihuje celoživotní riziko deprese 10-25% dívek a 5-12% chlapců.

Podle MKN je Depresivní porucha chování (F92) kombinací poruchy chování v dětském věku s trvalou a zřejmou depresivní náladou. Ta se projevuje nadměrným smutkem, nedostatkem zájmu a radosti z běžné činnosti, pocitu viny a beznaděje. Může se vyskytovat též porucha spánku a chuti k jídlu. Porucha chování podle F91 - sdružená s depresivním onemocněním podle F32.

Podle Malé (2000) se deprese v dětství mnohem častěji pojí s poruchami chování, agresivitou a různými somatickými obtížemi. Neprojevuje se depresivními symptomy, kterými trpí dospělí lidé.

Teoretické modely vysvětlující podstatu a příčiny deprese podle Malé (2000):

-Psychoanalytický model - deprese jako ztráta důležité vztahové osoby

²⁹ GOETZ, Michal a Iva DUDOVÁ. LÉKAŘSKÉ LISTY. *Deprese v dětství a adolescenci*. 2002, roč. 51, č. 46. s. 5-7.

-Genetický model - specifická zranitelnost psychiky daná genetickými faktory

-Stresový model - kumulace mnoha negativních životních událostí

-Sociologický model - nedostatek sociální podpory a sociálního ocenění

Deprese se může objevit už v předškolním věku, do 10-11 roku je ale její výskyt nízký. Mezi 11-14 rokem se deprese začíná vyskytovat mnohem častěji. Četnost jejího výskytu vrcholí v období adolescence. Krejčířová (2006) připouští podobnost dětské a dospělé deprese. Klinický obraz deprese u jedince se liší v závislosti na vývojovém období dítěte. Nejvýznamnějším kritériem pro diagnostikování deprese je podle ní přítomnost depresivní nálady.

Konkrétní projevy deprese jsou závislé na věku, v němž k onemocnění dochází. U dětí se mnohem častěji objevují somatické obtíže, regresivní projevy a tzv. „maskující“ larvované symptomy. Dle Krejčířové (2006) je na depresi nutné pomyslet vždy, když u dítěte dojde k náhlému zhoršení ve škole, nebo když se u něj projeví výrazná porucha chování či specifické somatické obtíže.

Depresivní syndrom u dětí v různých věkových obdobích:

- Kojenecký věk dítěte - anaklitická deprese jako reakce na ztrátu blízké osoby, která uspokojovala jeho citové potřeby

- Batolecí věk dítěte - depresivní reakce, somatické symptomy jako: poruchy spánku, nechut' k jídlu, nezájem o hru a dění kolem, záchvaty pláče a křiku

- Předškolní věk dítěte - typické somatické projevy deprese jako bolest hlavy, břicha, ztráta zájmu o sociální kontakt s vrstevníky, mutismus

- Školní věk dítěte - rozmanitá škála depresivních projevů, přítomné i psychické symptomy. Dítě už dokáže popsat svoje pocity. Zhoršení sociálních kontaktů, školního prospěchu, pocity viny, nízké sebehodnocení i psychosomatické příznaky. Riziko suicida.

- Adolescence - příznaky deprese se již začínají podobat příznakům u dospělého člověka. Vyskytují se však i depresivní rozlady a rozličné nálady, které jsou pro toto období přirozené a nemusí být patologické. Je tedy obtížné

rozeznat, zda se nejedná o vážnější stav. Pokud jde o závažnější depresivní onemocnění, dominuje u jedince smutná nálada, nedostatek energie, velká únava, méněcennost, úzkost a zvyšuje se riziko sebevražedného chování.

V období adolescence se depresivní onemocnění projevuje hlavně stabilní depresivní náladou. Typické jsou také poruchy nálad, nedostatek energie, sociální izolace, únava, ztráta smyslu života a nakonec i užívání návykových látek. Je velmi pravděpodobné, že když se depresivní porucha objeví v adolescentním věku, bude přetrvávat po celý zbytek života jedince. Ukazuje se, že procento adolescentů trpících depresemi se zvyšuje.

Tabulka 1: Depresivní příznaky nezávislé a závislé na věku

Tabulka 1. Depresivní příznaky nezávislé a závislé na věku			
Všechny věkové skupiny	Předškolní děti	Děti školního věku	Adolescenti
depresivní nálada	podrážděnost	depresivní vzhled	podrážděná nálada
poruchy soustředění	nebo smutek	somatizace	anhedonie
nespavost	anhedonie	agitace	pocity nudy
ztráta energie	plačtivost	separační anxieta	a beznaděje
pocity méněcennosti nebo viny	omezení aktivit a zájmů	fobie	změny hmotnosti
suicidální myšlenky	odmítání kontaktů s vrstevníky		poruchy chování
			hypersomnie
			abúzus návykových látek

Zdroj: DUDOVÁ, Eva. Současný pohled na dětskou a adolescentní depresi. *Psychiatria pre prax* [online]. 2007, 1: s. 27-29 [cit. 2013-03-06]. Dostupné z: http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=1415

3.1 Diagnostika dětské deprese

Důležitá je anamnéza, informace získané od rodičů, na jejich všímatosti a empatii závisí i otázka, kdy vyhledají pro dítě odbornou pomoc.

Dále je velmi důležité pozorování dítěte. Deprese je často patrná už na vzhledu. Obvykle mají děti smutný pohled, ochablý postoj, nejistotu v kontaktu s lidmi, horší oční kontakt. Hra u nich bývá ochuzená a stereotypní, náměty jsou smutné. Deprese se diagnostikuje i pomocí kresby, literárních výtvorů (povídky, básně, deníky) a testů, zejména projektivních.

Diferenciálně diagnosticky je důležité rozlišit úzkostné poruchy,

poruchy příjmu potravy, poruchy chování, poruchy způsobené závislostí na návykových látkách. U dětí a adolcentů dochází ke komorbiditě psychiatrických poruch častěji než u dospělých, v případě dětské deprese až u 40-70% pacientů.

Deprese se také může objevit u chronických nebo bolestivých onemocnění. U dětských a adolescentních diabetiků je depresivní porucha velmi častou psychiatrickou komorbitou. Až u 25% pacientů častěji u dívek, než chlapců.

U adolescentů se mohou objevit i první příznaky schizofrenie. Je nutné rozeznat, zda se jedná o depresi či schizofrenii, protože tyto onemocnění mají některé velmi podobné příznaky a projevy.

Dětská deprese mívá často chronický a recidivující charakter, je důležité její včasné diagnostikování a léčení.

3.2 Deprese a suicidální chování u dětí a adolescentů

„Deprese, hlavně v adolcentním období, je spojena kromě jiného také se zvýšeným rizikem sebevraždy. Statistiky ukazují, že téměř 2/3 depresivních jedinců doznávají myšlenky na sebevraždu a až 15% z nich tuto myšlenku skutečně realizuje. Z praxe ovšem víme, že u nejtěžších forem deprese často chybí energie a motivace k impulzivnímu a násilnému konání a tak paradoxně, když se stav zlepší, získá nemocný sílu k realizaci suicidálního plánu.“³⁰

Suicidální pokus v dětském věku, i když může být jeho provedení naivní, je třeba brát vždy vážně, nelze jej podcenit, jde totiž o „volání o pomoc“ dítěte. Většina těchto pokusů má zkratkový charakter.

Koutek (2007) popisuje: Suicidium, jako sebepoškozující, autoagresivní akt s následkem smrti je způsoben sebou samým s vědomým, někdy i nevědomým, úmyslem zemřít. Definování je těžké i kvůli představě dítěte o smrti. Spouštěčem jsou dlouhodobé stresy, frustrace, deprese. Bezprostředním spouštěčem může být stresující informace, konflikt, u dětí špatná známka, nebo zklamání v lásce.

³⁰ HERMAN, Erik, ed., PRAŠKO, Ján, ed. a SEIFERTOVIÁ, Dagmar, ed. *Konziliární psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Medical Tribune CZ, ©2007. 604 s. ISBN 978-80-903708-9-0.

Parasuicidum, definováno jako suicidální pokus, kde jde spíše o sebepoškození než o úmysl zemřít.

Demonstrativní suicidální pokus, což je chování, které obsahuje účelové prvky. Tento pokus je vedený snahou vyřešit určitý problém. I toto chování však může skončit nešťastně - smrtí.

Tabulka 2: Suicidalita ve věkových kategoriích do 14 let, od 15 do 19 let v 90. letech v ER, na 100 000 obyvatel

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
do 14 let	0,3	0,1	0,3	0,24	0,2	0,56	0,47	0,37	0,22	0,51
15 - 19 let	3,8	2,7	5,4	4,6	5,4	7,24	9,2	8,91	7,33	7,57

Zdroj: HORT, Vladimír et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000. 496 s. ISBN 80-7178-472-9.

3.2.1 Suicidální chování

1. suicidální myšlenky
2. suicidální tendence
3. suicidální pokus
4. dokonané suicidum

Ad 1. Suicidální myšlenky jsou většinou příležitostné nápady, které se objevují poměrně často v adolescenci. Ve vážnějších případech jsou intenzivnější, častější, a pro jedince je těžké se od nich odpoutat.

Ad 2. Suicidální tendence již představují závažnější stupeň. U jedince se již objevují konkrétnější úvahy a myšlenky o provedení a přípravě na sebevraždu.

Ad 3. Suicidální pokus je forma autoagrese. U jedince se mohou objevit i představy pomsty někomu, představy o reakci lidí kolem (heteroagrese).

Ad 4. Dokonané suicidum - samotný akt není jednorázovou záležitostí a předchází mu určitý vývoj. Podle Špitze (2000) je to vývoj od vágních myšlenek a postojů, přes fantazijní představy, aktuální úvahy až po plánování

provedení samotné sebevraždy.

Nejčastějšími příčinami suicidálního chování jsou konflikty v rodině, konflikty s vrstevníky, počínající partnerské vztahy, nevyrovnanost s rozvodem rodičů. Rizikovým faktorem jsou drogy. Prevencí jsou krizová centra pro děti, telefonická pomoc (linka bezpečí), informace ve školách.

3.2.2 Psychoterapie depresí

Nezbytnou součástí léčby deprese v dětském věku je určitě psychoterapie. Existuje mnoho různých přístupů a metod. Důležitým kritériem pro výběr vhodné metody je závažnost nemoci. U těžších forem deprese je na předním místě léčba psychofarmaky v kombinaci s psychoterapií jako podpůrnou metodou. Využívají se i některé formy arteterapie, muzikoterapie, nebo hypoterapie.

Základním faktorem pro výběr vhodné terapie u dítěte je jeho věk a úroveň jeho emočního a kognitivního vývoje.

Terapie v raném období života dítěte u tzv. anaklitických depresí, kdy je dítě frustrováno nedostatkem základní psychologické potřeby - potřeby blízké osoby, citového vztahu s blízkou osobou. Tady je důležité zabránit separaci jedince od této důležité osoby. Jde o tzv. filiální terapii, jejímž cílem je vést matku, nebo náhradní osobu, k empatickému naslouchání dítěte.

Krejčířová (2006) uvádí, že také v batolecím věku, kdy se deprese projevují poruchami spánku, jídla, objevuje se ztráta zájmu o hru, závislost na matce, je nutné věnovat terapeutickou pozornost vztahu matky, případně členů rodiny navzájem.

V předškolním a mladším školním věku se v terapii využívá terapie hrou. Čím je dítě starší, tím více je možné využít i techniky verbální.

Dále se využívá KBT (kognitivně behaviorální terapie). Tato terapie předpokládá, že deprese není vyvolána traumatizující událostí, situací, ale tím jak je vnímána a zpracována. Všímá si negativních znaků, událostí, kterým pacienti přisuzují více negativních vlastností a naopak pozitivní události přisuzují náhodným vnějším příčinám. Při této terapii je hlavním léčeným samotné dítě. Velmi důležitou roli při léčbě hraje terapeut, který dítě učí sledovat a zaznamenávat si svoje pocity, myšlenky, vypracovávat si deník, ve kterém popisuje své denní činnosti a jak se u nich cítilo. Spolupráce je nutná i s rodiči, se kterými se plánují aktivity.

V dětském věku se psychoanalyticky orientovanými terapeuty využívá terapie hrou. Hra představuje pro deprimované děti příležitost osvobodit se od svých negativních pocitů, může v ní dostat podporu a vyjádřit své destruktivní pocity a impulsy, strach, a může se je naučit ovládat. Dětskému pacientovi hra dovoluje uvolnit napětí, zvládat nebezpečné myšlenky a fantazie, a přemístit případnou agresi na hračky. Hra poskytuje terapeutovi velké množství materiálů, skrze které se dozví o nevědomých konfliktech, obavách a pocitech dítěte.

Velmi důležitou terapií je rodinná terapie. Je to propracovaný systém poznatků a specifický pohled na problematiku rodiny jako systému. V rodinách s deprimovaným dítětem se objevují určité společné znaky. Často se vyskytují příliš uvolněné zmatené vztahy mezi členy rodiny, nejsou dostatečně vytvořené hranice mezi generacemi, rodiče si projektují své pocity na dítě, objevuje se zde ztráta některého člena rodiny úmrtím, rozvodem, nebo onemocněním.

Podle Špitze (2000) je v procesu rodinné terapie úkolem terapeuta podpora sebezáchovných tendencí, odhalování autodestruktivních tendencí. Měl by podporovat zdravé pozitivní síly v rodinném systému, odvahu ke změně, ke zvládnutí pocitů beznaděje a deprese.

Deprese se objevují často tam, kde dítě trpí nedostatkem emočně pozitivních interakcí, kde vážne komunikace mezi členy rodiny.

Při terapii se odborník zaměřuje na práci s rodinou navozením změn v interakcích mezi členy rodiny. Působením terapie by mělo postupně dojít ke zlepšení depresivní symptomologie pacienta, ale i k zlepšení komunikace a vztahů mezi členy rodinného systému.

PRAKTICKÁ ČÁST

4 Kazuistiky

4.1 Kazuistika č. 1: pan R.

4.1.1 Osobní údaje

Pan R. se narodil v roce 1962. Je rozvedený a bezdětný. Žije sám na vesnici. Vyučil se elektrikářem, poté ještě studoval dálkově ekonomickou školu. V současné době pracuje přibližně 20 let na úřednické pozici.

Současná diagnóza a zdravotní stav:

F33.1 - Periodická depresivní porucha, současná fáze středně těžká

I10 - Hypertenze

4.1.2 Anamnéza

Rodinná anamnéza:

Matce pana R. je 75 let, je zdravá. Otec zemřel v 70 letech na infarkt. Sourozence nemá. Dědeček pacienta (otcův otec) se v pozdním věku pokusil o sebevraždu, pořezal si zápěstí a byl krátkodobě hospitalizován na psychiatrii. Předtím byl celý život zdravý. V rodině se vyskytla duševní nemoc i u prababičky, pacient však nic blíže neví.

Osobní anamnéza:

Pan R. neví o žádných potížích během těhotenství nebo porodu u jeho matky. Raný psychomotorický vývoj v normě, školní docházku začal v 7 letech. Z dětství si pamatuje málo, pěkné vzpomínky nemá. Určitým traumatem byl pro něj rozvod rodičů v jeho 9 letech. Pak vyrůstal s matkou a jejím přítelem. Často pobýval a měl silné citové pouto k prarodičům z otcovy strany. Prožil běžné dětské nemoci, netrpí žádnými alergiemi. Puberta proběhla normálně, bez větších výkyvů, vždy měl ale potíže s navazováním kontaktů. Byl uzavřený, stydlivý a ustrašený.

Pan R. je vyučen elektrikářem, poté ještě studoval ekonomickou školu. Propěch měl dobrý, chování bezproblémové. S učiteli vycházel dobře, neměl problémy s autoritami, jen v kolektivech se určité problémy objevovaly. Především v posledním ročníku ZŠ do kolektivu příliš nezapadl, a to kvůli své

povaze.

Pár let pracoval jako elektrikář, nyní posledních 15 let pracuje na obecním úřadě. V práci ale spokojený není. Má obavy, že o práci přijde v důsledku svého onemocnění a časté absence. Nerozumí si se svým nadřízeným. Má vůči němu výhrady, že není ochotný nic pro své zaměstnance udělat, zlepšit. Finanční situace je průměrná, žádné dluhy nemá.

Pacient je 10 let rozvedený, po 7 letém manželství. S manželkou si přestal rozumět, odcizili se vzájemně, avšak na rozvodu měly svůj podíl i jeho počínající potíže, kdy neměl o nic zájem.

Nyní žije sám, nemá partnerku ani děti. Samota mu nikdy nevadila, ale poslední dobou si uvědomuje, že by pro něj bylo lepší mít nějaké zázemí, hlavně když mu není dobře. Kvůli své uzavřené povaze je však pro něj velkým problémem seznámit se s nějakou novou partnerkou. Neví jak na to, nevěří si a navíc se bojí, že by ho případná družka kvůli jeho potížím opustila. Velmi lituje toho, že nemá děti, ale tvrdí, že teď už by na ně bylo pozdě.

Občas navštěvuje svou matku, ale vztah mezi nimi není ideální. Matka jeho nemoci nerozumí, nemá pochopení pro jeho pocity. Vyčítá mu, že se víc nesnaží a má pocit, že by tak neměl podléhat své nemoci a měl by se více ovládat. Pan R. uvádí, že si uvědomuje a dochází mu, že jeho vztah s matkou byl vždy citově chladný, postrádal u ní vřelost, náklonnost a projevy lásky.

Pacient se rozhodl, že pokud opustí nemocnici, pokusí se najít nějakou životní družku. Rozhodl se pro seznámení přes inzerát nebo internet a doufá, že to bude nejjednodušší cesta. Do zaměstnání se bude vracet po delší absenci a má strach, zda se dokáže znovu zapojit do normálního pracovního tempa a režimu vůbec. Kdyby se cítil stresovaný a nešťastný, pokusí se najít práci jinou a méně náročnou.

Souhrn dosavadního problému:

Pan R. se léčí s depresivním onemocněním od roku 1998. Užíval Prothiaden. Když u něj v roce 1997 došlo ke zhoršení stavu, začal užívat jiné léky. Nejdřív Melipramin, ten mu ale nepomáhal. Pak užíval nejrůznější léky, které byly vysazeny buď pro nedostatečný účinek nebo nežádoucí vedlejší účinky. Většinou mu bývalo po nich celkově špatně a také měl problémy se zvýšeným krevním tlakem. Užíval Aurorix, Seroxat, Dogmatik, Deniban, Cipralex, Efedrin, Welbutrin, Lithium. Jako jediný lék, který dle jeho názoru

zabýral je Seropram. Před dvěma lety se jeho stav opět zhoršil. Po podání Espritalu se na nějakou dobu zlepšil. Vyhovovala mu kombinace Seropramu 30mg a Espritalu 30mg, kterou užívá od května 2011. Současná epizoda se rozvíjela asi půl roku. Nejhorší stav měl pak pacient v prosinci 2012. V té době byl vysazen Esprital a navýšen Seropram. Dříve nebyl hospitalizován.

Na psychiatrickou kliniku byl přijat na doporučení praktického lékaře. Předtím byl krátce v pracovní neschopnosti pro úbytek energie, úpadek aktivity. Nebyl schopný dojít do práce, ráno se budil s pocitem nevyspání, potíže se spánkem i vstáváním. Neměl zájem o práci a jiné činnosti, nesoustředil se. Cítil se méněcenný, stranil se lidí, nevycházel vůbec z domu a ztratil zájem o koníčky. Depresivní ladění a vizáž, ranní pesimismus.

Vzhledem ke střídání různých antidepresiv i dalších léků se spornými účinky, byla pacientovi doporučena léčba rTMS. Absolvoval 15 zákroků vysokofrekvenčních rTMS s velmi dobrým výsledkem. Během této léčby užíval jen Prothazin. Vždy po aplikaci rTMS se cítil výrazně lépe. Zaznamenal výrazné zlepšení nálady, chuti do života a s léčbou byl velmi spokojen. Po skončení léčby mu byl znovu nasazen Seropram. Pacient také prošel režimovou terapií a podpůrnou psychoterapií.

4.1.3 Rozhovor

Prožívání nemoci a léčby.

Pan R. říká, že obzvlášť poslední měsíc byl hrozný a těžký. Cítil se velmi zle a nebyl schopný se na nic soustředit. Nic ho netěšilo a byl velmi unavený. Nejhůř mu bývalo ráno, jeho stav celkově kolísal. Pracovat schopný nebyl, pouze chvílemi. Měl problémy v práci, kde jeho stavy nerespektovali. Občas si vzal den dovolené, chtěl si odpočinout, zregenerovat se, ale ani to nepomáhalo.

Nepociťoval sice výčitky, nechtěl si ublížit, ale když mu bylo nejhůř, určité myšlenky na to, že by bylo lepší nebýt, měl. Stranil se lidí, byl vztahovačný, i v práci neměl dobré vztahy. Největší strach a obavy měl ze ztráty práce.

Obtížně usínal, v noci se často budil. Trpěl nechutenstvím a bolestmi hlavy.

Momentálně se začíná cítit lépe, ale pořád to není optimální. I nadále mu chybí energie a zájem o dění kolem sebe, hůře se soustředí.

Dříve míval strach z nemocnic, ale když mu bylo velmi těžko, na kliniku

chtěl dobrovolně. Pobyt v nemocnici mu nevádí, naopak říká, že si aspoň odpočine a vše si v hlavě srovná. Věří, že mu léčba pomůže, a že se zase bude moci soustředit na práci a těšit se ze života jako takového. V práci to už pro něj bylo hodně stresující. Na klinice se cítí bezpečně, jsou na něj hodní, popovídá si i s ostatními pacienty, bližší přátelství však nenavazuje. Halucinace, bludy, nutkavé a suicidální myšlenky, pocity depersonalizace, nebo derealizace prý netrpí, popírá také období zvýšené energie, nadnesené nálady nebo velké činorodosti. Mezi jeho koníčky vždy patřila hudba, filmy. Rád si vyšel do kina. Příležitostně se věnoval sportu. Když se mu stav zhoršil, ztratil i o koníčky zájem.

Teď doufá v úspěch své léčby a úspěšný návrat do života.

4.1.4 Závěr

Pan R. je opatrný, napjatý, nedůvěřivý, pochybovačný, nejistý, pasivní. Typická je pro něj pesimistická ustrašenost, očekávání nezdaru a trestu. Je zaměřený sám na sebe, neochotný pomoci a netrpělivý vzhledem k druhým lidem. Kognitivní výkony a paměť pacienta jsou nadprůměrné. Psychomotorické tempo, flexibilita, vizuomotorická koordinace, pozornost je výborná. Díky tomu by se mohl dobře zařadit zpátky do zaměstnání. Z hlediska kvality života je pan R. nejméně spokojen s oblastmi zdraví, mezilidských vztahů a zaměstnání. Vlivem léčby se vylepšila jeho spokojenost se zdravím a psychickou pohodou, nespokojenost a obavy v mezilidských vztazích naopak vzrostla uvědoměním si, že se vrátí domů, kde bude opět sám. Byla mu doporučena ještě následná terapie na zvýšení sebevědomí a zlepšení dovedností v oblasti mezilidských vztahů. Tím by se mohly upravit i vztahy v zaměstnání a odstranit stres a nepohoda z jeho života.

4.2 Kazuistika č. 2: paní E.

4.2.1 Osobní údaje

Paní E. se narodila v roce 1958. Nikdy se nevdala, nemá děti a žije sama. Ukončila základní vzdělání a má přiznaný plný invalidní důchod.

Současná diagnóza a zdravotní stav: F33.1 - Periodická depresivní porucha, současná fáze středně těžká.

4.2.2 Anamnéza

Rodinná anamnéza:

Otec zemřel ve 40 letech na rakovinu tlustého střeva. Matka zemřela v 85 letech na selhání srdce, paní E. o svou matku poslední 3 roky pečovala. Pacientka neví o nikom z rodiny, kdo by měl nějaké psychické potíže, nebo by byl léčen na psychiatrii. Pochází z 5 sourozenců, má 4 bratry. Jeden už zemřel při tragické nehodě, ostatní tři bratři žijí ve větší vzdálenosti od jejího domova.

Osobní anamnéza:

Paní E. si není vědoma toho, že by její matka měla při porodu či v těhotenství nějaké obtíže. Jako dítě často pobývala v ozdravovnách, postihovaly jí časté angíny a byla několikrát léčena pro anémii. Do školy nastoupila v 7 letech. Ve škole se necítila dobře, při zkoušení nebo testech trpěla pocitem strachu. Tyto emoce byly často doprovázeny somatickými potížemi (bolest břicha, hlavy, pocity na zvracení). Časté absence, úzkost, psychické napjetí a strach vedly ke špatným výsledkům, a to se pak projevilo na celkovém prospěchu. Dosáhla tedy jenom základního vzdělání a kvůli tomu nemohla pracovat jako veterinářka, což si od malička přála. Vinila se za to. Většinou pracovala jako pomocná síla v kuchyni, uklízečka nebo vrátná. Nyní je v invalidním důchodu.

Dobře si rozuměla jen s matkou, otec hodně pracoval, vídala ho málo, a bratři měli své chlapecké zájmy a partu, jako dívka jim nestačila a ani jí to nebavilo.

Kolem 20. roku života se rozhodla, že nechce mít muže ani děti. Tehdy jí to připadalo nemožné a měla pocit, že by si s žádným mužem nerozuměla.

Chtěla být jen s matkou, které důvěřovala nejvíc. Časem toho pak několikrát litovala, hlavně ve chvílích, kdy viděla nějakou šťastnou matku s dítětem. Teď už je ale pozdě, je již stará a žádného muže také nemá. Nikdy žádného muže neměla, neměla ani žádný sexuální poměr. Sama sebe popisuje jako uzavřenou, plachou. Cítí se méněcenná. Má nízké sebevědomí, i kvůli nízkému vzdělání není tak dobrá jako ostatní. Má ráda hezké počasí (jaro), ale uvědomuje si, že až se vrátí domů a bude zase sama a časem bude opět špatné počasí (podzim a zima), nebude se cítit dobře. Smysl ve svém životě nevidí žádný.

4.2.3 Souhr dosavadního problému

12. 1. 1988 - 13. 2. 1988: hospitalizovaná v psychiatrické léčebně s diagnózou depresivní syndrom se suicidálními tendencemi a podezření ze závislosti na lécích. Cítila se špatně, neměla chuť žít, nemohla spát, nechutnalo jí jíst.

20. 2. 2007 - 25. 10. 2007: anxiózně-depresivní porucha, maladaptivní osobnost, psychastetická. Byla hospitalizována pro záchvaty paniky, které ji přepadaly hlavně v momentech, když se měla v něčem rozhodnout. Neměla zájem o žádnou práci, objevily se myšlenky na sebevraždu, poruchy v myšlení.

3. 1. 2013 - 3. 3. 2011: periodická depresivní porucha

V současnosti hospitalizována od 30. 1. 2013 s diagnózou periodická depresivní porucha, současná fáze středně těžká. Byla přijata dobrovolně na vlastní žádost pro zhoršení nálady. Vánoce byly smutné, byla sama. Velmi zle snáší samotu, nejhůř se cítí večer, má pocit, že už nemá smysl, aby dál žila, že už to nevydrží. Přála by si zemřít, i když se toho bojí. V současnosti užívá léky: Rivotril 0,5mg, Rivotril 2mg, Remeron 45 mg, Hypnogen, Ascorutin.

4.2.4 Rozhovor

Prožívání nemoci a léčby.

Paní E. prožívala pocity úzkosti a strachu už v dětství. Vždy si přála hodně zvířat a taky s nimi pracovat. Ve škole měla velký strach a trému při zkouškách a nebyla schopná spolupráce, a to se odrazilo na špatném

prospěchu. Má jen základní vzdělání, a z toho výčitky a mindráky. Nízké vzdělání jí nedovolilo stát se veterinářkou, nesplnil se jí její životní sen a náplň. Zlobí se za to na sebe a je velmi zklamaná. Bývala velmi smutná a často přemýšlela o tom, zda má pro ní vůbec smysl žít dál. Přestala jíst, nemohla spát a tak jí její obvodní lékařka poslala k psychiatrovi.

Další velké zhoršení jejího stavu přišlo, když si nemohla najít žádnou práci. Pár let dělala uklízečku, pak pomáhala v kuchyni. Přicházela o příležitosti, nebyla schopna se rozhodnout a tak o pár nabídek přišla. Měla vždy velký problém s rozhodováním, kvůli svému nízkému sebevědomí a nerozhodnosti. Měla ohromný strach ze situací, kdy se musela rozhodnout, a pak už nebyla schopna se rozhodovat vůbec. Opět se z toho pak následně vinila a nenáviděla se za to. Chtěla zemřít, protože bez práce by život pro ní neměl žádný smysl.

Největším šokem, zklamáním a následným zhoršením stavu bylo, když jí zemřela maminka, kterou měla moc ráda. Trávily spolu hodně času, vždy jí byla nejbližší a starala se o ní, když už byla stará a nemocná. Když jí maminka opustila, měla pocit, že už nemá nikoho jiného, všechno jí přestalo zajímat a úplně ztratila chuť žít dál. Zle snáší samotu, chodila sice ven mezi lidi, občas i do kina, ale to nestačilo a lépe jí nebylo. Po večerech sedávala sama doma, bylo jí hrozně, velmi se trápila a přála si umřít. Ze smrti má ale také velký strach. Před poslední hospitalizací se už cítila velmi smutně (od začátku zimy). Doufala, že Vánoce stráví u jednoho z bratrů, ale nikdo jí nepozval a tak zůstala úplně sama. Ven nechodila, protože je zima a brzy tma a tmy se bojí. Sama doma trpěla, neměla na nic energii, jen seděla nebo ležela a téměř vůbec nejedla. Nyní se na klinice cítí mnohem lépe. Starají se o ní a hlavně je mezi lidmi. Je velmi uzavřená a bázlivá, a tak se do kolektivu nezapojuje, ale je ráda, že není sama. Dokonce se zapojuje do různých činností, například výtvarných prací, i když samostatně.

4.2.5 Závěr

Paní E. je bojácná, ustrašená, napjatá a nervózní. Nikomu se nesvěřuje, nemluví o svých pocitech s ostatními lidmi. Přátelé nemá žádné, většinu času tráví sama, přitom samotu nese velmi těžce. Neumí ale navázat nové kontakty, projevuje nezájem o sociální vztahy. Bojí se kritiky a odmítnutí. Pokud si není jistá, že jí má někdo rád, kontaktu se raději vyhne. Vztah k sobě

má velmi negativní. Je nespokojena sama se sebou, nemá se ráda. Nelíbí se sama sobě, je také nespokojená se svými schopnostmi rozumovými i duševními. Je přesvědčená, že v životě vše pokazila a promarnila své šance. Nevěří, že by ještě mohla být šťastná. Její intelekt je mírně podprůměrný, paměť má v normě. Psychomotorické tempo, vizuomotorická koordinace a exekutivní funkce jsou mírně poškozeny, zřejmě vlivem onemocnění. Hospitalizace pacientce vyhovuje, protože není sama. Také se zlepšujícím se počasím se cítí lépe. Byla jí doporučena terapie zaměřená na potlačení úzkosti a získání sociálních dovedností.

4.3 Kazuistika č. 3: slečna L.

4.3.1 Osobní údaje

Slečna L. je šestnáctiletá dívka. Žije v úplné rodině, má ještě mladšího bratra. Je studentkou ekonomické školy. V roce 2012 uskutečnila sebevražedný pokus intoxikací léky.

Současná diagnóza a zdravotní stav:

Psychická porucha, impulzivní a / nebo agresivní tendence - porucha pozornosti se sklonem k impulzivním reakcím. Její suicidální pokus byl impulzivní s lehce demonstrativním pozadím.

4.3.2 Anamnéza

Rodinná anamnéza:

Slečna L. si není vědoma toho, že by její matka měla během porodu nebo během těhotenství nějaké potíže. Její prababička z otcovy strany spáchala dokonané suicidium strangulací. Ostatní rizikové faktory nejsou příliš výrazné, naopak z těch protektivních můžeme uvést dobré rodinné zázemí, hodně sociálních vazeb, není přítomna výrazná psychopatologie. Slečna L. pochází s úplné rodiny, matka (39) a otec (44) spolu vycházejí dobře, má ještě dvanáctiletého bratra, který přichází do puberty, a je to s ním poněkud složitější. Jinak má s bratrem dobrý vztah. V rodině je celkově pokojná atmosféra, až na občasné hádky s otcem. Slečna L. to přičítá tomu, že jsou

oba tvrdohlavější a výbušnější povahy a ani jeden z nich nerad ustupuje. S mámou má přátelský vztah a dobře si s ní rozumí.

Osobní anamnéza:

Raný vývoj slečny L. byl pořádku, psychomotorický vývoj v normě. Kromě astmatu ji netrápí žádné zdravotní problémy. Do školy začala docházet v 6 letech a na dětství má hezké vzpomínky. Byla průměrnou žákyní, učila a učí se průměrně, chování má také v normě. Z rodiny má nejbližší vztah k matce. Když byla mladší, často se s rodiči hádala a byla drzá, ale s ustupující pubertou to přešlo. Teď už mívá jen občasné konflikty s otcem. Slečna L. je studentkou ekonomické školy, jejím snem bylo studium na střední veterinární škole, ale nedostala se na ní kvůli nedostačujícímu prospěchu. Ve škole má od malička problém při veřejném vystoupení, při zkoušení nebo referátech. Od raného dětského věku má také problém s koncentrací pozornosti. Ve studiu tedy příliš úspěšná není, chtěla by na jinou školu s nižšími studijními požadavky. S kolektivem ve škole problémy nemá, s vrstevníky vychází dobře. Volný čas nejraději tráví s přáteli. Chodí ven s partou, posedávají na lavičkách, povídají si a kouří. O víkendech si občas zajde na nějakou diskotéku, nebo koncert. Není sportovní typ, nikdy nesportovala, ale kvůli zdraví uvažuje o plavání nebo kole. I přesto, že trpí astma, kouří od 14 let. V současnosti nemá žádného přítele. Alkohol pije příležitostně. Slečna L. je inteligentní při spodní hranici průměru. Má stereotypní myšlení bez tvůrčích schopností a nadání. Jsou u ní tendence k chybnému vidění reality. Emočně není vřelá a dokáže se rozzlobit a být i agresivní.

V červenci 2012 spolykala větší množství tablet Ibalginu a učinila tak sebevražedný pokus. Motivem, jak jej uvedla po následném vyšetření, bylo nedorozumění s rodiči. Matka byla zaneprázdněná a nechtěla si s ní povídat, slečna L. se naštvála, začala být drzá, pak křičela. Do sporu vstoupil otec a dal jí facku. Rodiče později odešli na návštěvu, ona se začala doma litovat a napadlo ji, že spolyká uvedené prášky, aby se uklidnila. Když se pak rodiče vrátili domů, oznámila jim, že snědla spoustu prášků, protože jí nemají rádi. Rodiče jí pak odvezli do nemocnice.

4.3.3 Rozhovor

Slečna L. se směje a říká, že tehdy neříkala pravdu. Že jí to připadalo hloupé a tak zalhala. Údajně léky spolykala kvůli klukům z party. Byla na rodiče našťavaná a tak šla ven, byli tam i kluci a strhla se hádka, kluci byli na slečnu L. hodně sprostí, slečně L. to bylo líto a cítila se ponížená. Po návratu z nemocnice řekla slečna L. rodičům pravdu, jak vše bylo doopravdy. Slečna L. sama charakterizuje svůj čin slovy, že jí „hejblo v mozku“ a vůbec prý nechápe, proč to udělala. Její kamarádka plakala a prosila jí, ať už to nikdy neudělá, a kluci jí dali taky pokoj. Její máma se kvůli tomu hodně trápila, táta byl našťvaný a přišly i nějaké zákazy, nyní je to už ale lepší, už se o tom doma ani nemluví. S klukama, kvůli kterým prášky spolykala, je opět v kontaktu. Slečna L. zpětně není schopna vysvětlit, proč a jak mohla něco takového udělat.

4.3.4 Závěr

Po suicidálním pokusu bylo slečně L. doporučeno, aby v případě potřeby nebo nějakých obtíží navštívila psychologa, a byl jí předán kontakt. Od té doby nenastal žádný problém, proto odborníka do této chvíle nevyhledala. Dále byla doporučena kontrola po 14 dnech její pětidenní hospitalizace s pozorováním, na kontrolu se už ale nedostavila.

Impulzivita je velmi výrazným rizikovým faktorem, proto je nutné nepodceňovat suicidální pokus demonstrativního charakteru. Určité riziko smrti zde vždy existuje. I když v případě slečny L. nejsou přítomna depresivní symptomatika.

ZÁVĚR

Tato práce pojednává o problematice depresivního onemocnění. V úvodu práce bylo psáno o depresi všeobecně, poté se ale zaměřujeme i na její typologii, příznaky, příčiny, rizikové faktory a základní teoretické vymezení pojmů. Na tuto nemoc bylo nahlíženo i z pohledu historického a byl popsán vývoj a pokrok v oblasti její terapie a léčby.

Další kapitola se zabývá podrobněji současnými léčebnými a terapeutickými metodami. V první řadě je to farmakoterapie a psychoterapie. Dále pak biologickými metodami jako jsou: ECT, TMS, Fototerapie a jiné. Určitý prostor byl věnován i léčbě alternativní.

Deprese je onemocněním velmi vážným a jeho nárůst je v dnešní době alarmující. Bohužel se týká i dětí a mládeže. A právě dětskou depresí se zabývá další z kapitol. Zaměření bylo blíže na riziko suicidálního chování vycházejícího právě z tohoto onemocnění. O depresi toho bylo napsáno již mnoho. Existuje nepřehledné množství literatury, článků, brožúr. Úroveň péče o nemocné se rok od roku zlepšuje. Poslední roky dochází k postupnému odtabuizování a přiblížení této nemoci celé široké veřejnosti. Přesto je i nadále úkolem zdravotnictví v oblasti intenzivní medicíny, v první řadě zabezpečení životně důležitých funkcí, záchrana lidské bytosti jako biologického organismu. Sekundární psychologická a psychiatrická péče bývá i dnes často zanedbávána. Je důležité snažit se o komplexnější uchopení této problematiky a vnímat lidskou bytost v celé šířce její bio-psycho-sociální roviny.

Deprese bývá podceňována, a proto je v mnohých případech včas neodkryta a neléčená. Týká se to hlavně deprese dětské. Diagnostika a léčba psychických poruch u dětí je totiž mnohem obtížnější než u dospělé populace. Deprese v dětství se vyskytují poměrně často, statistiky uvádějí až u 10% dětí a adolescentů. Jsou však mnohem častěji zaměňovány za poruchy chování či agresivitu. V práci je i na toto poukázáno, podhalují se důvody a upozorňuje se na vysoké riziko sebevražd, které je u dětí a mladistvých až dvacetkrát vyšší než u běžné dospělé populace. Měli bychom si všimnout varovných signálů a zamýšlet se nad efektivnější a úspěšnější prevencí a nadále se snažit o bourání tabu, které kolem této těžké a náročné nemoci i nadále staví vysokou a silnou zeď.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

- ČEŠKOVÁ, Eva, Pavel DOUBEK a Ján PRAŠKO. Bipolární afektivní porucha. In *Doporučené postupy psychiatrické péče III*. 2. vyd. Brno, Tribun EU: Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2010. s. 124-140, 17 s. knihovnicka.cz. ISBN 978-80-7399-984-1.
- ČEŠKOVÁ, Eva, SVOBODA, Mojmír, ed. a KUČEROVÁ, Hana. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2006. 317 s. ISBN 80-7367-154-9.
- HERMAN, Erik, ed., PRAŠKO, Ján, ed. a SEIFERTO VÁ, Dagmar, ed. *Konziliární psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Medical Tribune CZ, ©2007. 604 s. ISBN 978-80-903708-9-0.
- HORT, Vladimír et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000. 496 s. ISBN 80-7178-472-9.
- HRDLIČKA, Michal. *Elektrokonvulzivní terapie*. 1. vyd. Praha: Galén, 1999. 167. s. ISBN 80-7262-004-5.
- KOUTEK, Jiří a KOCOURKOVÁ, Jana. *Sebevražedné chování*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2007. 127 s. ISBN 978-80-7367-349-9.
- KRATOCHVÍL, Stanislav. *Základy psychoterapie*. Vyd. 2., dopl. Praha: Portál, 1998. 392 s. ISBN 80-7178-280-7.
- KRYL, M. a kol. *Psychoterapeutické možnosti v léčbě deprese*. Roč. 102, č.5. Olomouc: Česká a slovenská Psychiatrie
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak zvládat depresi*. 2., rozš. vyd. Praha: Grada, 2003. 176 s. Psychologie pro každého. ISBN 80-247-0575-3.
- LANGMEIER, Josef, ŠPITZ, Jan a BALCAR, Karel. *Dětská psychoterapie*. 2., rozš. a přeprac. vyd., V nakl. Portál 1. Praha: Portál, 2000. 431 s. ISBN 80-7178-381-1.
- NÝVLTOVÁ, Václava. *Psychopatologie pro speciální pedagogy*. Vyd. 2., upr. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2010. 240 s. ISBN 978-80-86723-85-3.
- PRAŠKO, Ján a kol. *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2007. 1063 s. ISBN 978-80-7254-865-1.

- PRAŠKO, Ján a ŠLEPECKÝ, Miloš. *Kognitivně-behaviorální terapie depresivních poruch: manuál pro terapeutu*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 1995. 194 s. Zprávy; č. 127. ISBN 80-85121-98-0.
- PRAŠKO, Ján, PRAŠKOVÁ, Hana a PAŠKOVÁ, Beáta. *Bolestně smutná nálada, aneb, Co je to deprese a jak se léčí*. 2. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2001. 83 s. ISBN 80-85121-68-9.
- PRAŠKO, Ján, PRAŠKOVÁ, Hana a PRAŠKOVÁ, Jana. *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 180 s. Rádcí pro zdraví. ISBN 80-7178-809-0.
- ŘÍČAN, Pavel a kol. *Dětská klinická psychologie*. 4., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006. 603 s. Psyché. ISBN 80-247-1049-8.
- SEIFERTOVÁ, Dagmar, ed., PRAŠKO, Ján, ed. a HÖSCHL, Cyril, ed. *Postupy v léčbě psychických poruch: výstup projektu Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy LN00B I 22 Centrum neuropsychiatrických studií*. 1. vyd. Praha: Academia Medica Pragensis, 2004. xxiv, 479 s. ISBN 80-86694-06-2.
- SMOLÍK, Petr. *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika*. 2., rev. vyd. Praha: Maxdorf, 2002. 506 s. ISBN 80-85912-18-X.

Seznam použitých zahraničních zdrojů

- ANDERS, Martin et al. *Depresivní porucha v neurologické praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, ©2005. 280 s. ISBN 80-7262-306-0.
- CANTOPHER, Tim. *Depresivní onemocnění: prokletí silných*. Olomouc: ANAG, ©2012. 151 s. ISBN 978-80-7263-768-3.
- RAHN, Ewald a MAHNKOPF, Angela. *Psychiatrie: učebnice pro studium a praxi*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2000. 466 s. Psyché. ISBN 80-7169-964-0.
- SERVAN-SCHREIBER, David. *Uzdravení bez léků: cesta ze stresu, úzkosti a deprese*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005. 190 s., [4] s. barev. obr. příl. ISBN 80-7178-901-1.

Seznam použitých internetových zdrojů

Akupunktura - tradiční čínská metoda, Meridiány. [online]. [cit. 2013-02-26].

Dostupné z: <http://zivotni-energie.cz/akupunktura-tradicni-cinska-metoda-meridiany.html>

Akupunktura. [online]. [cit. 2013-02-26]. Dostupné z: <http://www.inspirita.cz/cz/akupunktura>

Bludný kruh depresie. [online]. [cit. 2013-02-26]. Dostupné z: <http://psychiatria.wgz.cz/rubriky/sektor-pre-tych-ktori-chcu/ine/bludny-kruh-depresie>

Co je to KBT?. [online]. [cit. 2013-02-26]. Dostupné z: <http://www.viafit.cz/clanek/001-kognitivne-behavioralni-terapie/>

Čo je to depresia. [online]. [cit. 2013-02-26]. Dostupné z: <http://www.servier.sk/informacie-pre-pacientov/depresia/co-je-depresia>

Deprese (psychologie). In: *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. San Francisco (CA): Wikimedia Foundation, 2001- [cit. 2013-02-26]. Dostupné z: [http://cs.wikipedia.org/wiki/Deprese_\(psychologie\)](http://cs.wikipedia.org/wiki/Deprese_(psychologie))

DUDOVÁ, Eva. Současný pohled na dětskou a adolescentní depresi.

Psychiatria pre prax [online]. 2007, 1: s. 27-29 [cit. 2013-03-06]. Dostupné z:

http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=1415

Elektrokonvulzivní terapie - ECT. [online]. [cit. 2013-02-26]. Dostupné z:

<http://www.plhb.cz/content/elektrokonvulzivni-terapie-ect>

RABOCH, Jiří a Jaroslava LAŇKOVÁ. Deprese: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře. [online]. [cit. 2013-02-26].

Dostupné z:

http://www.svl.cz/Files/nastenka/page_4771/Version1/depresse.pdf

Seznam ostatních zdrojů

GOETZ, Michal a Iva DUDOVÁ. LÉKAŘSKÉ LISTY. *Deprese v dětství a adolescenci*. 2002, roč. 51, č. 46. s. 5-7.

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10: desátá revize: aktualizovaná druhá verze k 1.1.2009. 2., aktualiz. vyd. [Praha]: Bomton Agency, 2008- . sv. ISBN 978-80-904259-0-3.

SEZNAM OBRÁZKŮ, GRAFŮ a TABULEK

Seznam obrázků

Obrázek 1: Bludný kruh deprese.....	3
-------------------------------------	---

Seznam tabulek

Tabulka 1: Depresivní příznaky nezávislé a závislé na věku	26
Tabulka 2: Suicidalita ve věkových kategoriích do 14 let, od 15 do 19 let v 90. letech v ER, na 100 000 obyvatel	28

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Zuzana Kodymová

Obor: Speciální pedagogika - vychovatelství

Forma studia: Kombinovaná

Název práce: Začarovaný kruh deprese

Rok: 2013

Počet stran textu bez příloh: 41

Celkový počet stran příloh: 0

Počet titulů českých použitých zdrojů: 18

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 4

Počet internetových zdrojů: 9

Počet ostatních zdrojů: 2

Vedoucí práce: PhDr. Marie Vacínová, CSc.