

**UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA**

**BAKALÁŘSKÉ PREZENČNÍ STUDIUM**

2012 – 2013

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**Dan Merfait**

**Začarovaný kruh deprese**

Praha 2013

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Marie Vacínová, CSc.

**JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE**

**BACHELOR FULL-TIME STUDIES**

**2012 - 2013**

**BACHELOR THESIS**

**Dan Merfait**

**The vicious circle of depression**

Prague 2013

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

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracoval samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpal, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne .....

*Dan Merfait*

.....

## **Poděkování**

Chtěl bych poděkovat vedoucí mé práce PhDr. Marie Vacínové, CSc., za přínosné připomínky k této práci a její celkový profesionální přístup a dále celé mé rodině, která mě v průběhu zpracování této práce všestranně podporovala a byla mi oporou.

## **Anotace**

Bakalářská práce se ve své teoretické části zabývá problematikou deprese, vymezuje základní pojmy, uvádí zdroje a příčiny vzniku deprese, popisuje různé druhy depresí a s nimi spojenou léčbu. Teoretické poznatky jsou využity pro potřeby praktické části této práce, kde je zkoumána míra rozšíření deprese ve vybraném výzkumném vzorku. Dále jsou hledány nejčastější zdroje špatné nálady a nejsilnější zdroje strachu a obav.

## **Klíčové pojmy**

Bludný kruh deprese, Beckův inventář deprese, deprese, dotazníková šetření, léčba deprese, predispozice osobnosti, příznaky a zrod deprese, špatná nálada, typologie deprese.

## **Annotation**

Bachelor thesis in its theoretical part deals with depression, defines the basic concepts, indicate the sources and causes of depression, describes the various types of depression and their associated treatment. Theoretical knowledge is used for the needs of the practical part of this thesis, where the penetration rate is examined depression in the selected sample size, further sources of possible development of depression. The following are sought the most common sources moods and strongest source of fear and worry.

## **Key words**

Vicious circle of depression, Beck depression inventory, depression, surveys, treatment of depression, personality predisposition, symptoms and birth of depression, bad mood, depression typology.

## **OBSAH**

<b>ÚVOD .....</b>	<b>8</b>
<b>1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ.....</b>	<b>10</b>
1.1 Vymezení pojmu deprese.....	10
1.2 Vymezení pojmu špatná nálada .....	12
<b>2 PŘÍZNAKY A ZROD DEPRESE .....</b>	<b>13</b>
2.1 Zrod deprese .....	13
2.2 Příznaky deprese .....	14
2.3 Porucha nálady.....	15
2.4 Predispozice osobnosti pro vznik deprese .....	18
2.5 Začarovaný kruh deprese .....	20
<b>3 TYPOLOGIE DEPRESE .....</b>	<b>22</b>
3.1 Základní dělení .....	22
3.2 Specifické typy deprese .....	23
<b>4 LÉČBA DEPRESE .....</b>	<b>29</b>
4.1 Diagnóza a možnosti léčby deprese .....	29
<b>5 VÝZKUMNÁ ČÁST .....</b>	<b>39</b>
5.1 Odůvodnění výzkumu a vymezení výzkumných cílů.....	39
5.2 Stanovení hypotéz.....	40
5.3 Charakteristika výzkumného vzorku .....	40
5.4. Metoda a technika sběru dat .....	40
5.5 Beckův inventář deprese.....	41

5.6 Popis průběhu sběru dat.....	41
5.7 Výsledky výzkumu .....	42
5.8 Interpretace a diskuze výsledků.....	48
<b>6 ZÁVĚR .....</b>	<b>52</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ .....</b>	<b>55</b>
<b>SEZNAM OBRÁZKŮ A GRAFŮ .....</b>	<b>56</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH .....</b>	<b>57</b>



## ÚVOD

Deprese se v naší společnosti stává stále rozšířenějším jevem, který sebou přináší nemalé problémy. Růst deprese je spojován se specifickým životním stylem, který přináší stále vyšší nároky na jednotlivce a jeho fungování ve společnosti. Jako její protipól vznikají metody a postupy jak se jí bránit, léčit a jak jí předcházet. Avšak metody prevence deprese jsou často spjaty se změnou našeho životního stylu a pohledem na svět, ve kterém žijeme. Člověk je ve své podstatě pohodlným tvorem, který každou změnu vnímá s dávkou ostražitosti a nevole, možné změny tak mohou zaostat za tlakem rychle se měnících poměrů ve společnosti. Deprese je neodmyslitelnou součástí naší společnosti, je brána jako daň za hektický život a zvyšující se nároky naší doby. V optice běžného smrtelníka se stává z deprese bezvýznamná sezonní záležitost, s kterou se pere občas každý, deprese je odsunuta na druhou kolej a není jí věnována dostatečná pozornost. Přitom dle mnoha průzkumů prožívá právě teď 15%-25% naší populace depresi, kdy spouštěčem se stává řada nově vytvořených negativních jevů, které jsou spojeny s překotným rozvojem společnosti.

Právě otázky jako míra rozšíření deprese, nejčastější možné zdroje rozvoje deprese budou řešeny v praktické části této práce. Cílem této práce bude v teoretické části shromáždit nejdůležitější údaje o problematice deprese a následně tyto informace aplikovat na praktickou část této práce. Jedná se o výsledky předešlých výzkumů, které ukázaly, že depresí trpí 15%-25% populace a dále výzkumy, které potvrdily dvakrát tak časté deprese u žen než u mužů. Právě tyto výsledky budou praktickou částí ověřeny. Druhá část praktické části se zaměří na hledání odpovědí na otázky, z čeho má výzkumný vzorek největší strach a obavy a co je nejčastějším zdrojem špatné nálady. K tomuto účelu budou stanoveny hypotézy, tyto hypotézy budou buď potvrzeny, nebo vyvráceny a to na základě dat získaných z dotazníkového šetření. Toto šetření bude provedeno na výběrovém vzorku, který reprezentují zaměstnanci nejmenované firmy.

Bakalářská práce se bude zabývat otázkami, které se danému tématu vážou. Ve své teoretické části vymezí pojmy deprese, špatná nálada a to z pohledu různých vědních disciplín, dále zdroje a příčiny vzniku deprese, uvedení základní typologie deprese a v závěru teoretické části jsou uvedeny formy léčby deprese.

Práce čerpá z odborné literatury a to z řady různých vědních oborů jako je sociologie, psychologie, demografie a lékařství. Každý z těchto oborů nabízí specifický pohled na danou problematiku.

Důvodem, proč je deprese v hledáčku řady vědních oborů je fakt, že deprese zasahuje všechny složky člověka, a to biologickou, psychickou i sociální. V Každé z těchto složek se deprese projevuje ve specifické formě, ovlivněním jedné složky automaticky dochází k ovlivnění všech ostatních.

Přínos této práce by měl spočívat v sumarizovaném soupisu nejdůležitějších informací spojených s danou problematikou a poskytnout tak možné podklady pro další studium dané problematiky. Dále výsledky praktické části mohou vnést nové poznatky do oblasti problematiky deprese.

# 1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ

## 1.1 Vymezení pojmu deprese

Definice, které se k tomuto slovu váží, jsou obsahem podobná, avšak nabízejí různorodé pohledy autorů, kteří se danou problematikou zabývají.

Pojem deprese (z lat. *Depressus*, tj. stlačený, nízký) je v řadě publikací definován různě, vždy však z definic vyplívá, že deprese je nemoc podobná jiným nemocem, jedná se o nemoc celého organismu, nemoc, kterou lze léčit. V případě neléčení deprese dochází k celkovému zhoršení zdravotního stavu člověka a snížení obranyschopnosti organismu. Podobné výrazy pro depresi mohou být stísněnost, sklíčenost, ochablost, netečnost, otupělost, lhostejnost.

Dle údajů Světové zdravotnické organizace v Ženevě (WHO) je deprese nejrozšířenější nemocí na světě. Každý člověk během svého života má nevíтанou příležitost depresi v různé formě zažít, případně být svědkem projevů deprese u svých blízkých. Zhruba 15% až 25% lidí u nás prožívá v dané chvíli příznaky deprese. Zajímavostí může být srovnání poměr výskytu deprese mezi pohlavím, kdy ženy o 100% převyšují ve výskytu deprese muže, tedy dvakrát tolik. Dále je alarmující nárůst deprese v populaci, kdy se počty lidí trpících depresí nadále zvyšují a dále se snižuje i věk osob trpících depresí. Nárůst deprese v populaci je nejčastěji připisován našemu životnímu stylu, který je stále více uspěchaný a plný negativních zpráv, které se na nás valí ze všech stran (Křivohlavý, 2003).

Dle studií je pouze polovina depresí rozpoznána, z nich je pouze polovina nějak léčena, a z toho pouze jedna čtvrtina je léčena adekvátním preparátem v adekvátní dávce a po dostatečně dlouhou dobu. Tento fakt má na společnost dlouhodobě negativní společenský a ekonomický dopad (Anders, Uhrová, Roth, 2005).

Poněšický (2004, s. 45) vymezuje pojem deprese takto „*deprese, at' neurotická, reaktivní či psychotická, již často předchází úzkostí, znamená kolaps určité intrapsychické a zároveň i interpersonální rovnováhy u jakékoliv osobnosti struktury, čímž se odlišuje i její kvalita a prožívání. Svým způsobem jde vždy o specifickou,*

*depresivní reakci na ztrátu – jak něčeho uvnitř sebe, co si člověk zvláště cení či ke své duševní rovnováze potřebuje, např. sebeúcty, sebeovládání apod., tak i něčeho mimo sebe, co tyto potřeby a přání uspokojuje.“*

Křivohlavý (2012, s. 88) pojem deprese vymezuje následovně *„depresí se rozumí smutek, psychologický stav charakterizovaný pocity smutku, skleslosti, vnitřního napětí, nerozhodnosti, spolu s útlumem a zpomalením duševních i tělesných procesů, ztrátou zájmu a pokleslým sebevědomím, úzkostí, apatií, sebeobviňováním a útlumem. Depresivní jedinci hodnotí záporně sebe i svět, za vše berou na sebe vinu a očekávají selhání namísto úspěchu.“* Dále uvádí charakteristiku depresivního jedince, kdy *„hodnocení je až příliš sebekritické hodnocení událostí a zveličování vlastního selhání. K tělesným symptomům patří únava, ztráta energie, poruchy spánku a nechutenství.“* Tyto stavy trvají-li dlouho, poškozují a deformují životní hodnoty a pracovní i sociální sféru jedince. Pokud člověk vykazuje negativní myšlenky, náladu, chování, fyzické projevy je vysoká možnost že daný člověk trpí depresí.

Vymětal (2003, s. 46) depresi popisuje následovně *„deprese je syndrom, který zahrnuje symptomy z oblasti nálady, myšlení a psychomotoriky, včetně mimiky.“* Kdy dané symptomy dále rozepisuje. Do oblasti depresivní nálady zahrnuje všechny negativní emoce spojené se syndromem deprese, vše opačné radosti a optimismu. U depresivního myšlení jsou naše myšlenkové procesy zaměřeny na sebeobviňování, sebeodsuzování, sebepodceňování, kdy veškerý obsah myšlenkových pochodů je zaplněn negativními pohledy na naši osobnost, podléháme bludům a absurdním konstruktům naší mysli. Psychomotorika a mimika se projevuje zpomaleností v gestech, pohybech, tempu řeči, člověk působí unaveným dojmem, nezájem o okolí, člověk ztrácí potěšení z dosavadních aktivit, nespavost a celková únava organismu. Zde mohou již nastupovat sebevražedné myšlenky.

## 1.2 Vymezení pojmu špatná nálada

Důležité je rozlišit, kdy se jedná jen o normální smutek s poklesem nálady, kdy dané výkyvy v prožívání jsou běžnou a neodmyslitelnou součástí naší existence. Během života zažíváme kolísání nálad, které jsou odrazem životní situace, ve které se nacházíme. Nejčastěji se jedná o ztrátu, zklamání, zmaření naděje, křivdu nebo nevděk.

Praško (2003) uvádí svůj pohled na danou tematiku takto *„nálada odráží to, co člověk právě dělá, a je spjatá s určitým hodnocením sebe a okolností. Dokonce i malé posuny skutečnosti od očekávání mohou vyvolat mírný pokles nálady: spěcháme na autobus a on nám před nosem ujede, s úsměvem pozdravíme šéfa a on se na nás zamračí, nestihneme, co jsme si předsevzali, vypustíme z úst to, co si pak vyčítáme, milovaný partner nám nevěnuje tolik pozornosti, kolik bychom si přáli, apod. Tyto poklesy však záhy odezní, zřídka trvají hodiny.“* (Praško, 2003, s. 26)

Praško (2003) dále uvádí, že hlavními rozdíly mezi špatnou náladou lidově *„depkou“* a depresí jsou rozdíly v délce trvání, kdy deprese je oproti špatné náladě dlouhodobějšího charakteru, prožívání jedince je intenzivnější a je narušeno naše běžné fungování.

## 2 PŘÍZNAKY A ZROD DEPRESE

Paleta příčin, které vedou k depresi je velice pestrá. Pro správnou léčbu deprese je nutno zjistit, kudy si deprese našla cestu do nitra člověka a na jakých základech se dále rozvíjí. Člověk je bio-psycho-sociální entita pohybující se v čase a prostotu, zrod deprese můžeme tedy vidět skrze tuto definici, kdy faktory pro vznik deprese dělíme na biologické, psychické a sociální.

### 2.1 Zrod deprese

Křivohlavý (2003) uvádí různé typy příčin deprese. A to příčiny v narušeném životním stylu, do kterých spadá nedostatek spánku, nedostatek pravidelného pohybu, naopak přepracování a vyčerpání nadměrnou prací. Dále uvádí příčiny biologické, jako porucha biochemické aktivity v centrální části mozku, vliv genetických faktorů, nedostatek látek jako serotonin, atp., dále například přecházení nemocí, poporodní deprese, které se dle statistik vyskytují u jedné desetiny matek, vliv změny počasí, tedy změna tlaku, emocionální sezónní obtíže, které se vyskytují zhruba u šesti procent obyvatelstva a v neposlední řadě vážná nemoc vlastní či nemoc někoho blízkého. Zajímavou příčinou deprese je i vliv vlastního svědomí, zážitek selhání a hříchu, kdy dochází k vnitřnímu trýznění za naše jednání, kdy si vnitřně vyčítáme specifickou životní situaci, kde jsme reagovali v rozporu s vnitřní představou o nás samých. Často jsou dané výčitky spojeny s negativním postojem vůči určité osobě, které připisujeme všechnu vinu za naše problémy. Další možností jsou obtížné životní zkoušky, které sebou nesou neblahé očekávání a strach z budoucí situace. Osamění, opuštění, odmítnutí, existenční prázdnota, pocity zkaženosti světa, pocit odpovědnosti za to být člověkem, špatné mezilidské vztahy, neexistence blízkého člověka. Jako dalšími příčinami pak širší sociálně-kulturní faktory, mezi které řadí život v politicky nestabilní situaci, život v nadměrné chudobě a bídě, nepříznivé etnické faktory. I osobností charakteristiky člověka mohou mít značný vliv na zrod deprese a to sobectví, perfekcionismus a zveličování.

McKenzie (2001, s. 24) dále rozvádí možnosti zrodu deprese v oblasti rodinného prostředí a to následovně „*předpokládá se, že některé druhy traumatických událostí z dětství zvyšují pravděpodobnost výskytu deprese.*“

## 2.2 Příznaky deprese

Jako jeden z hlavních příznaků deprese je porucha nálady. Dále kromě nálady je zasaženo také naše myšlení, chování i tělesné fungování. Z toho vyplívá pestrá paleta specifických projevů chování, pocitů, emocí, způsobu myšlení, tělesných potíží a pohledu na sebe, svět i budoucnost. Jak uvádí Praško (2003, s. 45) „*Deprese je prostě onemocnění celého těla i duše*“. Lidé v depresi často prožívají únavu těla, tíhu, malátnost, vyčerpanost. Lze dosáhnout i takového stádia, kdy člověk je schopen jen apaticky ležet. Intenzita obtíží je individuální a kolísá různě v průběhu dne. Někomu může být hůře ráno, jinému naopak večer. Přidružené pocity nedostatečnosti a méněcennosti vedou k vyhýbání se kontaktu s lidmi. Psychické tempo se snižuje, myšlení zpomaluje. Dle Praška (2003, s. 45) k příznakům deprese patří tyto níže uvedené příklady.

Příznaky deprese:

- přetrvávající smutná, úzkostná nebo prázdňová nálada,
- pocity beznaděje, pesimismu nebo bezmoci,
- pocity viny, ztráty smyslu života,
- ztráta zájmů v oblastech činnosti jedince, které mu dříve působily radost,
- ztráta zájmu o sexuální činnost,
- nespavost, brzké probouzení či naopak nadměrná ospalost během dne,
- ztráta chuti k jídlu nebo naopak přejídání,
- neschopnost přinutit se k činnosti,
- myšlenky na smrt, sebevraždu, pokusy o sebevraždu,
- výbušnost, neklid, podrážděnost,
- potíže s pamětí, jak v uchování informací tak problém s vybavností,
- tělesné příznaky jako bolest hlavy, poruchy trávení, dlouhodobé bolesti,
- pocity napětí, nadměrná ustaranost,

Z výše uvedeného seznamu příznaků deprese je na první pohled patrné, že je zasažena bytost celostně a to jak zásah do tělesné, psychické a sociální sféry jedince.

Těžké depresivní poruchy jsou často doprovázeny psychotickými příznaky, nejčastěji se jedná o blud, halucinace a stupor. Dále depresivní pacient může vykazovat paranoidní rysy (Anders, Uhrová, Roth, 2005).

## 2.3 Porucha nálady

*„Trvale špatná nálada nebo smutná nálada je pro lékaře indikátorem podezření na depresivní poruchu. Pocity a emoce odrážejí hodnocení sebe, okolí, ostatních a očekávání do budoucnosti.“* (Praško, 2001, s. 14). Mezi hlavní depresivní emoce, neboli emoce přidružené k projevům deprese a depresi samotné, řadíme smutnou náladu, plačtivost, úzkost, paniku, rozmrzelost, podrážděnost, zlostnost, sebelítost, neradostnost, neschopnost se těšit, pocity vztahovačnosti apod. Dané emoce mohou trvat krátce, ale i týdny či měsíce. Jedná se i o celkové ladění nálady, u které můžeme sledovat časté výkyvy a nestabilitu.

Dále Praško (2001, s. 14) popisuje výše uvedené emoce a rozepisuje je v závislosti na depresivní poruchu.

- **Smutek** - je běžnou součástí našich životů, váže se na různorodé události v našem životě a reflektuje naše vnitřní klima. V depresi je však smutek hlubší povahy, trvá delší dobu a výrazně brání aktivitě. Ovlivňuje celé prožívání člověka. Celkově zabarvuje náš pohled na svět a to do barev šedí. Dochází k zaměřenosti na naše neúspěchy, zaměřenost je na negativní jevy, černě je viděna i naše budoucnost. *„Smutek se může měnit od lehkého pocitu sklíčenosti až po úplné zoufalství.“* (Praško, 2001, s. 14). Smutek je v tomto případě vnímán jako základní kámen pro negativní myšlenky a živná půda pro sebevražedné myšlenky.
- **Vymizení radosti** – Člověka v depresi nic netěší, nedokáže prožívat příjemně. Jedinec si svou neschopnost těšit se uvědomuje, snaha daného člověka rozveselit



vede nejčastěji k rozesmutnění či pláči. Dochází ke ztrátě radosti z aktivit, které mu v minulosti dělaly radost. Odborný název pro neschopnost prožívat radost je *anhedonie* (Praško, 2001, s. 14). Anhedonie je spojována s nedostatkem energie, která je potřebná pro aktivaci radosti, dále s nedostatkem soustředění, kdy soustředění není zcela možno v důsledku zahlcení negativních myšlenek.

- **Úzkost** – je trvalý pocit psychického napětí, jakési očekávání něčeho nepříjemného, ale člověk neví, co to má být. „*Úzkost je strach, který nemá objekt.*“ (Praško, 2001 s. 15). Úzkost na rozdíl od strachu, který nás aktivizuje k útěku či obraně, vede k strnulosti.
- **Strach** – Lidé v depresi mívají strach o sebe i o své blízké, strach z trestu za minulá provinění, strach z vlastní neschopnosti, z odmítnutí druhých, strach, že deprese nikdy neskončí. Dále se může jednat o strach z nemoci.
- **Pocit ztráty** – často jde o ztrátu blízké osoby, ztrátu sociálního postavení, ztrátu bezpečí a jistoty. V rámci symbolické ztráty se může jednat o nesplněná přání, nerealizované ambice, nenaplněná očekávání.
- **Vztek na sebe** – nejčastěji se člověk na sebe zlobí z důvodů své nevykonnosti, z chyb které udělal a z neschopnosti něco změnit. Automaticky hledá vinu v sobě, stává se sám sobě nepřítelem a následně se trestá. Dané nepřátelství vůči vlastní osobě graduje natolik, že k sobě cítí až nenávisť.
- **Nerozhodnost** – deprese znemožňuje rozhodování prakticky ve všech našich činnostech. Nerozhodnost nás dostane do bodu, kdy se doslova neheme z místa. Připojuje se strach, že ať už uděláme cokoli, vždy to dopadne špatně. V konečné fázi rezignujeme na všechny aktivity.
- **Bezmoc a beznaděj** – bezmoc se projevuje v negativních myšlenkách typu „*už nikdy nebudu šťastný*“ či „*z deprese se už nikdy nedostanu*“. (Praško, 2001 s. 16)
- **Podrážděnost** – stálá přítomnost úzkosti a napětí vede k podrážděnosti. Na minimální podněty reaguje člověk agresivně nebo lítostí. Můžeme zde hovořit o emoční inkontinenci, kdy na různé podněty z okolí reagujeme neadekvátně.

„*Řada lidí se schopna v mírné a dokonce středně hluboké depresi mít masku spokojenosti, protože pokládají za neslušné obtěžovat druhé svými pocity deprese a smutku*“ (Praško, 2001 s. 16).

Příznaky deprese může vyvolat i nízká hladina některých látek v mozku. Mezi tyto látky patří dopamin, serotonin a noradrenalin. Nízká hladina těchto látek způsobuje zhoršení komunikace mezi neurony v našem mozku. Právě antidepresiva, která si při léčbě deprese používají, zvyšují objem daných látek. Významným hormonem v našem těle je kortizol, který působí na všechny části našeho metabolismu, tak abychom byli akce schopni v případě nouze. Mění naše imunitní reakce, funkci ledvin a hladiny tuků a cukrů v krvi. Jeho produkci reguluje podvěsek mozkový. Jeho produkce je však u depresivních lidí jiná. U zdravých lidí se kortizol uvolňuje ve větší dávce po ránu a v průběhu dne tyto dávky klesají, u depresivního jedince se uvolňuje ve stejných dávkách po celý den. Otázkou zůstává, zda deprese vede k dané anomálii či naopak (McKenzie, 2001).

Křivohlavý (2012, s. 88) vymezuje příznaky deprese do těchto kategorií:

- **Negativní myšlenky** - jde o negativní myšlenky o světě jak materiálním, tak i sociálním, negativní představy o sobě i o druhých lidech, značně černé vidění světa, negativní vize budoucnosti.
- **Negativní nálada** - člověk je smutný, zamlklý, skleslý, bez chuti k životu, nešťastný, často pláče, úzkostný a snadno se vzruší.
- **Negativní chování** - člověk je malátný, nerozhodný, pasivní a často má sebevražedné myšlenky
- **Negativní fyzické projevy** - nejčastěji je patrné na činnostech, které jedinci nikdy v minulosti nedělaly problém, avšak pod tíhou deprese se tyto činnosti stávají námahou a nepřekonatelnou překážkou.

Praško (2001, s. 16-17) dále doplňuje pojem „*depressivní automatické myšlenky*“. Automatické myšlenky máme neustále, hodnotí naše činy a prožívání, během dne prakticky neustálý řetězový tok. Kdy tok myšlenek u zdravého člověka může vypadat takto: „*To mám smůlu, zase se mi to nepovedlo – ale zkusím to jinak, snad tomu přijdu na kloub*“ u člověka s depresí: „*To mám smůlu, zase se mi to nepovedlo – nikdy se mi nic nepovede, nestojím za nic*“. Typické depresivní myšlenky zahrnují negativní hodnocení sebe. Okolností a budoucnosti.

Hlavním problémem, na který může narazit psycholog, který se dostane do styku s klientem, který vykazuje průvodní známky deprese, je rozlišit zda se jedná o normální (unipolární) depresi či se jedná o závažnější formu deprese. K tomu využije soubor hledisek, která mu doporučuje mezinárodně používaná norma (DSM-III-R). Jedná se soubor devíti znaků, pokud se u jedince vyskytuje nejméně pět z níže uvedených kritérií, je zde důvodné podezření na depresi (Křivohlavý, 2001).

#### **Kritéria deprese:**

- depresivní nálada,
- ztráta zájmu o obvykle běžně prováděné činnosti,
- ztráta chuti k jídlu,
- obtíže se spánkem,
- zpomalení psychomotoriky,
- ztráta energie,
- pocity bezcennosti a nadměrné viny,
- snížená kognitivní aktivita a zhoršená koncentrace,
- myšlenky na sebevraždu,

Psychologové mají dále ještě detailnější diagnostické nástroje. Jedním z nich je například metoda zvaná CES-D (Center for Epidemiological Studies Depression), kterou navrhl Lenore Radloff (Křivohlavý, 2012).

## **2.4 Predispozice osobnosti pro vznik deprese**

V rámci vzniku deprese se často hovoří o pacientech s tzv. depresivní osobnostní strukturou, charakteristiku dané osobnosti lze popsat jako osobnost s vědomou či nevědomou úzkostí ze ztráty lásky, silné a přísné svědomí, nízké sebehodnocení, strach z odmítnutí. Dále silná potřeba harmonie, snaha o bezkonfliktní vztahy, být přijímám ostatními, pocit být jen dobrý, nikomu neublížit, vyhnout se konfliktu tváří v tvář bezpráví, pasivita, přizpůsobivost. Toto osobnostní založení v mnoha případech v reálném životě vede k neschopnosti se rozejít s partnerem, neschopnost se osamostatnit od rodičů, neschopnost se rozloučit, či obtíže při prosazování. V manželství se často ocitají daní jedince v podřízené roli (Poněšický, 2004).

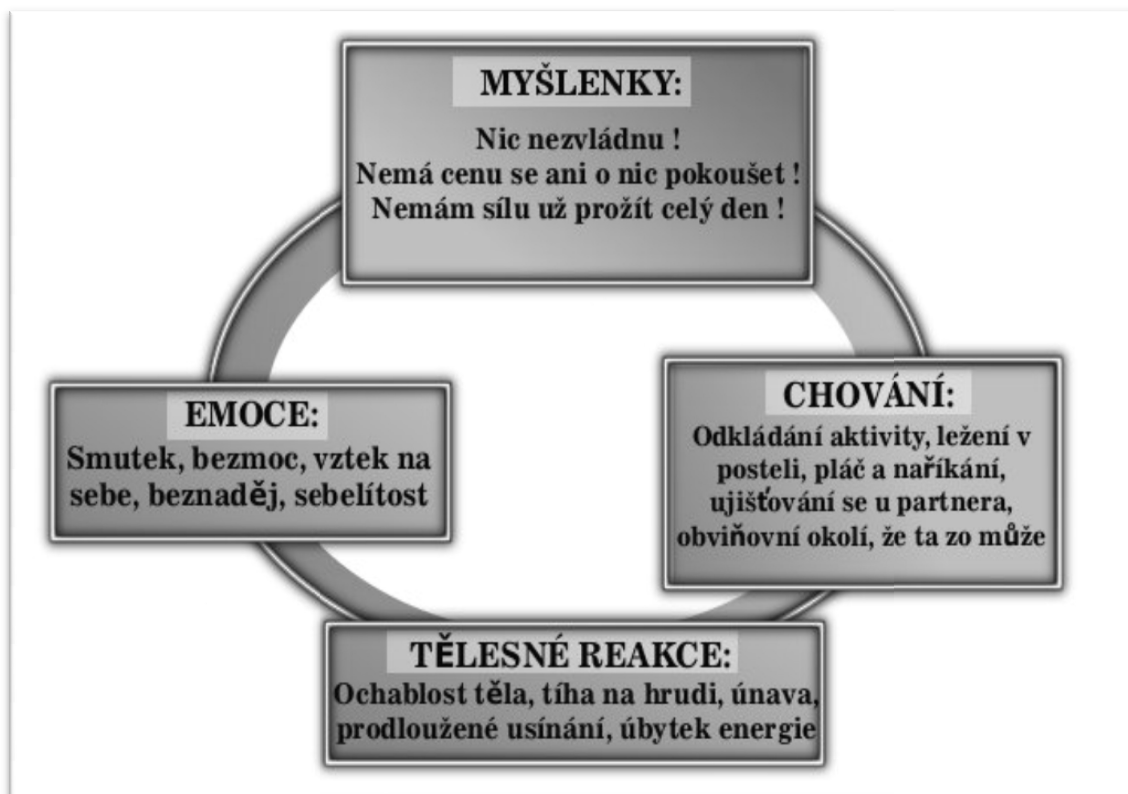
McKenzie (2001, s. 23) jako jednu z příčin uvádí výše zmíněné predispozice osobnosti a to: „*Vyšším rizikům jsou však vystavení lidé s obsedantním, dogmatickým a rigorózním myšlením, kteří skrývají své city, stejně jako ti, kdo snadno propadají úzkostem. Ale většina těch, kteří trpí depresemi, nepatří k žádnému z těchto typů*“.

Desatero ke zničení sebe sama (Křivohlavý, 2003, s. 54)

- 1) Nikdy neuděláš žádnou chybu.
- 2) Budeš znepokojen, kdykoliv se ti přestane dařit.
- 3) Budeš obviňovat svého souseda jako sebe sama.
- 4) Sama sebe nebudeš mít rád, nic si neodpustíš a budeš se odmítat.
- 5) Vždy budeš očekávat, že se věci budou dít jinak, nežli se dějí.
- 6) Budeš hledat souhlas se vším, co děláš, a projevy náklonnosti a lásky u každého, s nímž se setkáš.
- 7) Budeš se za každou cenu vyhýbat všem těžkostem v životě, vědom si toho, že sám nejsi nic ve světě změnit a vinou své minulosti na to nestačíš.
- 8) Budeš se neustále velice intenzivně zabývat vším, co tě trápí.
- 9) Budeš pasivně sedět a čekat, že tě navštíví štěstí a že tě potká nezměrná radost.
- 10) Pokud jde o tvé vlastní štěstí, budeš věřit, že to celé závisí na druhých lidech, a ne na tobě.

## 2.5 Bludný kruh deprese

Obrázek 1: Bludný kruh deprese



Zdroj: Praško, 2003, s. 99

Jak popisuje Praško (2001), bludný kruh deprese názorně ukazuje, že deprese postihuje tělo, emoce, myšlení i chování. Ve středu kruhu se dá dále představit celkový úbytek energie. Pokles energie je spojen s úbytkem specifických látek v mozku. Tento stav vnímá člověk v celkové únavnosti, nesoustředěnosti, ochablosti těla, zpomalení myšlení i pohybů. Nedostatek energie také postihuje spánek, kdy „*spánek je proces, kdy mozek spotřebuje nejvíce energie za celých 24 hodin.*“ (Praško, 2001, s. 51) Začínají převažovat jen negativní emoce a myšlenkové pochody. Hlavní roli v kruhu deprese hrají automatické depresivní myšlenky, samotná představa neúspěchu v činnosti vede k podobným vegetativním prožitkům a emocím, jako když k samotné situaci došlo.

*„Automatické depresivní myšlenky prohlubují depresi, depresivní emoce vedou ke zvýraznění depresivních tělesných projevů, tělesné projevy posilují depresivní chování, což si člověk v depresi interpretuje dalšími depresivními myšlenkami.“ (Praško, 2001, s. 52)*

Křivohlavý (1997, s. 85) hovoří o tzv. *eskalaci deprese*, kdy bludný kruh deprese vede ke stále většímu nárůstu deprese, člověk se ocitá v osidlech nevladatelných emocí, negativních myšlenek, tělesných projevů a chování, které ve vzájemném spolupůsobení gradují depresi stále výš.

## **3 TYPOLOGIE DEPRESE**

Deprese jako diagnostická jednotka spadá do kategorie tzv. afektivních poruch vyznačujících se patologickou změnou, obvykle ve smyslu poklesu nálady. Hodnocení a klasifikace v průběhu historie prošla řadou změn a to na základě rozvoje vědních disciplín. Podobně jako jiné nemoci, i depresivní porucha se může objevit v různých formách. Níže jsou uvedeny tři hlavní kategorie deprese a to mírná deprese, středně těžká a těžká deprese. Dále jsou uvedeny specifické typy depresí. Níže uvedené typy depresí jsou uvedeny v MKN-10 (Mezinárodní klasifikace nemocí).

### **3.1 Základní dělení**

#### **3.1.1 Mírná deprese**

Jedinec může stále fungovat v každodenním životě, jen mu vše jde hůř a pomaleji, vykonávané činnosti ho přestávají těšit, vyhýbání se sociálním interakcím a pomalé uzavírání se do sebe. Léčba je zde ambulantní, postižený může chodit do práce (Praško, 2003).

Choroba má spouštěč v určité stresové události, doprovázena je úzkostí. K odstranění daného typu deprese postačí často změna životního stylu (McKenzie, 2001).

Pro stanovení této diagnózy se uvádí tři příznaky, které by měly být přítomny a to depresivní nálada, ztráta zájmu a radosti, zvýšená únavnost, žádný ze symptomů by neměl být intenzivní (Anders, Uhrová, Roth, 2005).

#### **3.1.2 Středně těžká deprese**

Již nelze pracovat i běžné domácí činnosti jdou těžce, většinu času je jedinec v negativní náladě, nízká míra soustředění, ztráta zájmu o sex, izolace od okolí. Pocit nedostatku energie a sebeobviňování. Léčba probíhá v pracovní neschopnosti, vhodná je docházka do denního sanatoria, v případě suicidálních myšlenek je vhodná hospitalizace (Praško, 2003).

Podmínky pro klasifikaci dané poruchy jsou stejné jako u lehké deprese s tím, že se dále přidávají alespoň tři další příznaky z těchto možností: myšlenky na sebevraždu, poruchy spánku, snížená chuť k jídlu, snížené soustředění a pozornost, snížené sebevědomí a sebedůvěra, pocity viny a bezmoci, smutný a pesimistický pohled do budoucnosti (Anders, Uhrová, Roth, 2005).

### 3.1.3 Těžká deprese

Postižený již není schopen starat se sám o sebe, tendence jen ležet v posteli a apaticky hledět do stropu. Veškeré myšlenky zaměřeny na sebevýčitky. Zpomalení v pohybech, myšlení, mluvě, nebo naopak vysoce agitovaný, plný neklidu, který ho pohání z místa na místo. Závažná porucha nálady, vnějšími impulzy neovlivnitelná. Ztráta pocitu smysluplnosti v jakékoliv aktivitě. Suicidální myšlenky, léčba probíhá zásadně v rámci hospitalizace (Praško, 2003).

Pro klasifikaci dané poruchy je nutno splnit podmínky výskytu příznaků jako u středně těžké deprese, avšak jsou již přítomny bludy, halucinace či stupor. „*Bludy se týkají vlastní viny, hříchu nebo hrozící katastrofy, sluchové halucinace bývají pomlouvačné nebo obviňující.*“ (Anders, Uhrová, Roth, 2005, s. 33)

## 3.2 Specifické typy depresí

Daná označení depresivních poruch slouží v lékařské praxi jako usnadňující vodítko pro případnou léčbu. Tato léčba nabývá rozpoznáním specifického typu depresivní poruchy efektivnosti, celkově usnadňuje orientaci a zaměření léčebných postupů. Paleta specifických typů deprese je velice pestrá, níže jsou uvedeny nejznámější z nich.

### 3.2.1 Endogenní deprese

Endogenní deprese vznikají bez zjevné příčiny, jsou velice intenzivní a pacient trpí příznaky, jako jsou ztráta chuti k jídlu, úbytek hmotnosti, velmi časně vstávání,



zhoršení nálady v ranních hodinách a nezájem o sex. Spouštěčem dané deprese jsou stresové události (McKenzie, 2001).

### 3.2.2 Melancholie

Praško (2001) Nejzávažnější forma deprese. Celý den postiženého je zahalen smutkem, beznadějí, zoufalstvím, stavy úzkosti a strachu. Utrpení je tak vysoké, že postižený myslí jen na sebevraždu jakožto možnost vykoupení se z daného stavu. Při prohloubení do vzácnější psychotické varianty se objevují bludy, většinou mikromanické, hypochondrické, někdy vztahovačné.

### 3.2.3 Velká depresivní porucha

Projevuje se depresivní náladou, depresivním myšlením, snížením aktivity a tělesnými příznaky. Postihuje oblasti schopnosti práce, spánku, jídla a oblast potěšení z příjemných zážitků ať už jde o sex, koníčky a jiné aktivity, které nám v minulosti způsobovali radost, v pozdějším stádiu se vyskytují myšlenky na smrt. Epizody deprese se mohou objevit v životě jednou nebo opakovaně. Rozvoji depresivní poruchy mohou předcházet těžké životní události, ale také nemusí. Výskyt velké depresivní poruchy je dvakrát častější u žen než u mužů (Praško, 2001).

### 3.2.4 Rekurentní depresivní porucha

Porucha je charakteristická opakovanými epizodami deprese, bez samostatných epizod mánie, ale nevylučují se krátké epizody hypomanie, povznesené nálady a zvýšené aktivity, které následují bezprostředně po depresivní epizodě. První epizoda se objevuje později než u maniodepresivní poruchy, průměrným věkem výskytu bývá pátá dekáda. Jednotlivé fáze trvají od 3 až po 12 měsíců. Uzdravení mezi fázemi může být úplné, avšak u určitého procenta se může rozvinout velká depresivní porucha. Obvykle jsou fáze zahájeny stresovou událostí. Výskyt je opět dvakrát častější u žen než u mužů (Praško, 2001).

### 3.2.5 Dystymie

Jedná se o méně závažný druh deprese. Příznaky však trvají dlouhodobě, někdy až po několik let. Začíná pozvolna, plíživě. Před začátkem rozvoje je jedinec vystaven opět stresové události. Dochází ke kolísání mezi lehkou depresivní náladou a obdobím poměrně normální nálady. Většinu času se pacienti cítí unaveni a zatěžkáni negativními myšlenkami. Většina činností vyžaduje úsilí a z ničeho nemají radost. Dystymie je pojem společný s pojmy depresivní neuróza a neurotická deprese. Obvykle začíná v dospělosti. Projevy a příznaky jsou totožné jako u velké depresivní poruchy. Rozdíl je především v dlouhodobosti dystymie, dále dystymii si člověk často zamění jen za naučený pesimistický pohled na svět, který nejde změnit a je součástí jeho osobnosti (Praško, 2001).

Jedná se o slabou, ale vytrvalou depresi. Hlavními znaky je nerozhodnost a ztráta sebeúcty. Doporučuje se léčba formou psychoterapie (McKenzie, 2001).

### 3.2.6 Maniodepresivní porucha

Pestrobarevný cirkus nad propastí deprese. Porucha se projevuje jen zhruba u 10% lidí trpících depresí. Objevují se cykly deprese a cykly povznesené nálady s příznaky mánie. Cykly se mohou měnit velmi rychle. Ale častěji jsou přechody postupné. Příznaky mánie je neobvykle velká radost, s ní spojená podrážděnost, potřeba spánku ustupuje, grandiózní poznámky o vlastních schopnostech a úspěších, zrychlená řeč, nesouvislé myšlenky, zvýšená sexuální zájem, nerozvážné a zbrklé rozhodování a nepřijatelné sociální chování (Praško, 2001).

*„Dobrá nálada může být stejně destruktivní jako špatná, nedostatek úsudku a bludy mohou pacienta zavést do finančních obtíží, když neodolá náhlým pohnutkám a koupí si třeba jachtu nebo drahý dům.“ (McKenzie, 2001, s. 34)*

### 3.2.7 Sezonní afektivní porucha (SAD)

Svémi příznaky připomíná zimní spánek některých savců. U některých lidí se objevují příznaky deprese s úbytkem energie, nadměrnou unaveností a spavostí. Tyto poruchy také nazývané „zimní deprese“ bývají spojeny s nadměrnou chutí na uhlohydráty, s přibíráním na váze apod. Vymizení bývá obvykle na jaře. Sezonní afektivní porucha se úspěšně léčí fototerapií (Praško, 2001).

*„Lidé, kteří trpí těmito poruchami, zakoušejí v zimních měsících nutkání požívat velká množství uhlovodanů nebo čokolády a rostle jejich potřeba spát.“ (McKenzie, 2001, s. 36)*

### 3.2.8 Reaktivní porucha nálady

Reaktivní porucha nálady je následkem akutního těžkého stresu nebo pokračujícího traumatu, nastupuje ihned. Nejčastější ztrátou, na kterou navazuje reaktivní deprese je smrt blízké osoby. Další ztráty, které mohou danou poruchu spustit, jsou rozchod, rozvod, ztráta snu, nemožnost otěhotnět, ztráta svobody, zaměstnání, narození dítěte, a jiné. Porucha se pojí na pocit zármutku, kdy se projevují určité reakce jako odmítnutí uvěřit, zaujatost ve smyslu touhy po truchlení za člověka kterého jsme ztratili, dále popření, kdy se jedinec chová jako by se nic nestalo, hněv, pocit viny, deprese. Důležité je poskytnou zasaženému člověka oporu ve formě vyslechnutí jeho těžkostí a pocitů (Praško, 2001).

*„Přívlastek reaktivní se užívá také u deprese, při níž se pacient ještě může těšit ze společenských situací a reagovat na ně“ (McKenzie, 2001, s. 32)*

### 3.2.9 Krátká rekuretní depresivní porucha

Jedná se o vzácnou poruchu, která často ujde pozornosti odborníků. U této poruchy se depresivní epizody, trvající dva až tři dny, objevují alespoň jednou za měsíc. Přitom nejde o epizody typicky vázané na menstruační cyklus. Deprese přicházejí náhle, nejčastěji po probuzení a to velmi hluboké s myšlenkami na sebevraždu. Člověk často

není schopen vstát z postele a jít do práce. Tyto epizody jsou náhodné a nelze je předpovídat jako u premenstruální depresivní poruchy (Praško, 2001).

### 3.2.10 Poporodní deprese

Skoro 50-75 % žen po porodu v délce 3-4 dnů má krátkou epizodu zhoršené nálady, typicky se projevující podrážděností, kolísáním nálad a epizodami pláče. Stavy euforie střídané s pláčem. Tato krátkodobá změna v náladě je způsobena prudkým poklesem estrogenu. Tyto změny nálada převážně odezní jen asi u 10-15% žen přetrvává zhoršená nálada. Porodní deprese se objevují zhruba po dvou týdnech, ale může se objevit klidně až půl roku po porodu. Poporodní deprese se projevuje nadměrnou únavou, vyčerpaností, podrážděností, sebevýčitkami, úzkostí, pocitu nejistoty a strachu. Smutná nálada se postupně může rozvíjet do podoby deprese různé hloubky. Schopnost postarat se o dítě značně klesá. Typické je přesvědčení že žena jako matka zklamala, opustí ji manžel, není hodna vychovávat dítě, dochází k izolaci a ztrátě zájmů, které dříve přinášely potěšení (Praško, 2001).

### 3.2.11 Deprese v menopauze

Jedná se o nejčastější depresi u žen. Na rozvoji deprese se podílí řada faktorů a to biologické, sociální a psychologické. Z biologických jsou to hormonální změny, u psychologických často strach ze stárnutí, odchodu dětí z rodiny. V léčbě je snaha pomoci ženě vyrovnat se se změnou životní role a najít nové způsoby, jak se dále těšit ze života a dát mu smysl (Praško, 2001).

### 3.2.12 Larvová deprese

Larvová deprese je specifická tím, že hlavním projevem jsou tělesné příznaky a porucha nálady je v pozadí, někdy velmi málo patrná nebo vůbec žádná. Je zde jasně vyjádřen příznak, který imituje tělesné onemocnění (Praško, 2001).

### 3.2.13 Deprese v pozdním věku

Často bývá přehlédnuta, neboť se může projevovat tělesnými příznaky, které odpovídají věku jedince. V pozdním věku je člověk nejčastěji vystaven ztrátám blízkých osob, změnám v sociálních rolích, izolaci a konfliktům ve vztazích. V léčbě se uplatňuje psychoterapie, jejímž cílem bývá opětovné nalezení smyslu života jedince.

### 3.2.14 Deprese při tělesném onemocnění

Tato deprese je spojena s tělesným onemocněním. „*Deprese může navazovat na ischemickou chorobu srdeční, vysoký krevní tlak, mozkovou příhodu, Parkinsonovu chorobu, cukrovku, revmatismus, sníženou činnost štítné žlázy, některá autoimunitní onemocnění, jako je lupus erythematoses apod. Může také zhoršovat průběh těchto onemocnění. Deprese může být současně důsledkem užívání některých léků, alkoholu nebo drog.*“ (Praško, 2001, s. 42)

## 4 LÉČBA DEPRESE

Deprese je léčitelná porucha. Léčba pomáhá naprosté většině postižených, zatímco bez ní mohou příznaky trvat i léta a postupně vést ke ztrátě výkonností, k izolaci a v neposlední řadě i k výraznému zhoršení celkového zdravotního stavu. Pro léčbu a předcházení možnému opakování deprese je nejdůležitější užívání antidepresiv, u lehčích forem může také dostatečně pomoci samotná psychoterapie. Optimální je však kombinace obou přístupů.

### 4.1 Diagnóza a možnosti léčby deprese

Léčba deprese začíná správnou diagnózou. *“Důležité je před diagnózou primární depresivní poruchy vyloučit, že trvale skleslá nálada je způsobena somatickou nemocí, zneužíváním psychoaktivních látek, poruchou osobnosti a celkovou nespokojeností s životními okolnostmi.”* (Cohen, 2003, s. 67)

Ke každému druhu deprese se váže i odpovídající léčba. Pacienti s psychotickou depresí či endogenní depresí budou spíše reagovat na biologickou léčbu, zatímco pacient s neurotickou depresí bude mít užitek s psychologické léčby (Cohen, 2003).

Cílem léčby deprese je odstranit příznaky onemocnění, odstranit rizika relapsu a obnovit původní kvalitu života. K léčbě je používána psychoterapie, léky a jiné biologické léčby. Nejosvědčenější u všech depresí je používání antidepresiv. Předností léků je snadné podávání, rychlejší kontrola příznaků, méně času lékaře a pacienta, nevýhodou je výskyt vedlejších účinků. U lehčích forem může dostatečně pomoci léčba psychoterapií. Optimálním přístupem je podávání antidepresiv a léčba psychoterapií. Léky zajišťují ústup příznaků deprese a psychoterapie přináší lepší strategie řešení problémů (Praško, 2003).

Terapie pacientů s depresivní poruchou má účinnost u dvou třetin pacientů a vede ke zlepšení stavu již během jednoho až dvou měsíců (Anders, Uhrová, Roth, 2005).

S použitím antidepresiv jakožto nejosvědčenější formou léčby nesouhlasí Křivohlavý (2003), který sice nepopírá, že antidepresiva jsou nejrozšířenější, ale klaní se k výzkumům Martina E. P. Seligmana, který ze své dlouholeté praxe vyvozuje jako nevhodnější kognitivní psychoterapii.

Možnosti léčby deprese:

- Terapie biologická
  - farmakologická (antidepresiva, anxiolytika, hypnotika, . . .)
  - nefarmakologická (elektrokonvulze, fototerapie, tělesné cvičení, . . .)
- Terapie nebiologická
  - specifická a podpůrná psychoterapie
  - psychoedukace

Léčba probíhá ve třech etapách (Praško, 2003):

- **Akutní** – v průměru tato fáze trvá tři měsíce, cílem je zmírnění a odstranění depresivních příznaků.
- **Udržovací** – daná léčba nastupuje po odeznění akutní epizody deprese. Cílem této fáze je udržení dosaženého zlepšení pod dobu šesti až devíti měsíců, což je průměrná délka depresivní epizody.
- **Profylaktická** – profylaktická léčba pokračuje i po ukončení udržovací léčby, zpravidla více let, někdy po celý život. Je indikována hlavně u pacientů, kteří zažili opakované epizody deprese, mají bipolární poruchu nebo dystonii.

#### 4.1.1 Antidepresiva

Antidepresivní tablety představují velmi účinný prostředek proti depresím, uvádějí organismus do normálního stavu. „*Aby mohly buňky předávat zprávy jedna druhé, uvoňují chemické látky, takzvané neurotransmitery, které opouštějí jednu nervovou buňku a překračují spáru, aby se dostaly k druhé nervové buňce, stejně jako se předává štafeta. Zpráva je předána jen tehdy, je-li na synapsi dostatek neurotransmiterů. Hladiny těchto neurotransmiterů jsou v depresi nízké. Antidepresiva*

*pracují tak, že zvyšují množství neurotransmiterů ve spárách mezi nervovými buňkami.*“ (McKenzie, 2001, s. 56) Množství neurotransmiterů na synapsi je možno zvýšit pomocí různých drog, které fungují různými způsoby. Jedná se buď o preparáty zvyšující produkci neurotransmiterů, preparáty zabraňující neurotransmiterům, aby se ztrácely a preparáty, které brání tomu, aby nervové buňky stahovaly neurotransmitery ze synapse zpět. Za čas se tělo upraví samo a množství přirozeně produkovaných neurotransmiterů vzroste, takže antidepressiva není již nutno používat.

Praško (2001) uvádí, že antidepressiva přímo chybějící neurotransmitery nedodávají, ale regulují jejich porušenou rovnováhu, jejich efekt není okamžitý, ale zpravidla se objeví za tři až šest týdnů podávání. Léky je třeba podávat dostatečně dlouhou dobu. I po odeznění depresivní nálady se v užívání pokračuje, v případě, kdy jde o první epizodu půl roku po odeznění, v případě kdy se jedná o opakovanou epizodu další dva roky. Výzkumy bylo zjištěno, že po vysazení léků až osmdesát procent pacientů dostane depresi znovu. V případě maniodepresivních poruch jedinec užívá lithium, které brání cyklování nemoci, někdy pacient lithium užívá i celý život. „*Je to podobné, jako když diabetici užívají inzulin*“ (Praško, 2001, s. 53)

Cohen (2002) uvádí výsledky výzkumu s antidepressivy a shrnuje je do následujících bodů:

- Antidepressiva více pomohou než psychoterapie pacientům, kteří vykazují vysokou míru sociální a pracovní dysfunkce a vážné depresivní symptomy s funkčním poškozením.
- V akutní situaci účinkují antidepressiva o čtyřicet procent více ve srovnání s placebem.
- Pro účinnou léčbu je potřeba denní dávky 150mg.
- Pokud pacient dlouhodobě nereaguje na podaný lék, je třeba vyzkoušet další lék.
- Pokud antidepressivum účinkuje, mělo by se podávat dalších půlrok po vymizení příznaků, aby se zabránilo relapsu.



## 4.1.2 Psychoterapie

Praško (2003) definuje psychoterapii jako formy léčby, při kterých se používají psychologické poznatky. Jádrem všech psychoterapeutických postupů je podpora zdravých částí osobnosti. Rozlišujeme individuální, skupinovou a rodinnou terapii. *„Těžiště může být v rozhovoru, umělecké práci, dramatizaci, psychogymnastice, hraní rolí nebo nácviku dovedností. Psychoterapie pomáhá obnovit pocit kontroly nad svým vnímáním, myšlenkami a představami, emocemi a chováním.“* (Praško, 2003, s. 86)

Terapeut pomáhá postiženému:

- porozumět co se děje,
- oddělit zdravé prožívání od nemocného,
- omezit, ohraničit a zmírnit nebo odstranit patologické prožitky,
- znovuobnovit žebříček hodnot,
- podpořit a rozvinou vše zdravé,
- nalézt znovu přiměřenou a přirozenou důvěru v sebe i ve svět kolem,
- vytvořit pocit bezpečí, samozřejmosti a přirozené kontroly nad svým životem,
- najít cesty, jak překonat současné životní problémy,

Křivohlavý (2003) V psychoterapii jde o léčbu nemoci formou psychických prostředků. Psychickými prostředky se rozumí sociální kontakt, vztahy mezi lidmi, sociální komunikaci, mimoslovní forma sdělování. *„V psychoterapii deprese se setkáváme se dvěma dosti odlišnými odbornými přístupy a postupy léčení. První vychází z učení Sigmunda Freuda a to psychoanalýza. Druhá forma psychoterapie deprese vychází z výsledků kognitivních procesů a sociální interakce, jde o tzv. kognitivně-behaviorální psychoterapie.“* (Křivohlavý, 2003, s. 141)

Léčba formou psychoterapie je velice účinná u pacientů s dlouhodobými psychosociálními problémy. *„Psychoterapie zahrnuje určitou formu učení, při které se depresivní nemocný setkává se expertem – psychoterapeutem.“* (Anders, Uhrová, Roth, 2005, s. 98)

Hlavní výhodou psychoterapie oproti biologickým způsobům léčby, je nepřítomnost vedlejších účinků. Psychoterapie má možnost uspět tam, kde farmaka selhala. Nevýhodou psychoterapie je nemožnost samostatné aplikace u středně těžkých, těžkých nebo psychotických depresí. Metoda je dále dlouhodobým procesem a i výrazně finančně nákladná (Anders, Uhrová, Roth, 2005).

Psychologických terapií je mnoho různých druhů a jsou založeny na různých teoriích. Můžeme je dělit na psychoterapie krátkodobé, které trvají zhruba půl roku, dlouhodobé a poradenské. Krátkodobé terapie se skládají ze čtyř až dvaceti rozhovorů, které se konají jednou týdně a trvají zhruba hodinu. Dlouhodobé terapie se skládají z padesáti a více setkání. Krátkodobá terapie pracuje s aktuálními problémy, zatímco dlouhodobá pátrá v minulosti pacienta (McKenzie, 2001).

*„Cílem konzultací není vyřešit hluboce zakořeněné problémy nebo vyléčit deprese, mohou však pomoci, aby se pacient zbavil těch problémů, které způsobují, že upadá do depresí.“* (McKenzie, 2001, s. 53)

#### 4.1.3 Kognitivně behaviorální terapie

*„Kognitivně-behaviorální terapie je forma léčby zaměřená na celkové zklidnění pomocí přijetí nemoci, odstranění depresivního způsobu myšlení, úpravy vzorců maladaptivního chování, zlepšení komunikace s okolím a relaxace.“* (Praško, 2003, s. 89)

Praško (2003) dále uvádí, že kognitivně behaviorální terapie, dále jen KBT, se soustředí na pacienty s mírnou a středně těžkou depresí a na pacienty s reziduálními příznaky. Cílem KBT je naučit pacienta zacházet se symptomy a problémy, zbavovat se zbytkových příznaků a trénuje dovednosti potřebné pro zvládání stresových situací. Vede ke zlepšení sociální adaptace a sebevědomí.

Základní postupy v KBT depresí:

- porozumění depresi, jejím příznakům a souvislostem,
- účelné plánování činnosti a pozvolné zvyšování aktivity krok za krokem,

- postupné odmítání depresivního a vytváření nedeprativního způsobu myšlení,
- nácvik relaxace,
- nácvik komunikace a asertivity,
- nácvik metody řešení problémů,
- prevence relapsu deprese,

Dle teorie vzniku deprese podle KBT jsou depresí ohroženi lidé postrádající dostatek pozitivní sociální odezvy a pozitivní potvrzení sebe. Důležitou složkou terapie je i vysoká míra empatie ze strany terapeuta, vše co mu pacient říká, bere naprosto vážně. Délka KBT bývá tři až šest měsíců při různé četnosti setkání (Vymětal, 2003).

U KBT se využívá se přátelského kontaktu dvojice, případně skupiny. Kognitivní psychoterapie se nezabývá minulostí člověka jako psychoanalýza, je zaměřena na současný způsob myšlení a jednání. *„Jde ji přitom o nastolení takových představ, názorů, přesvědčení, postojů a očekávání, tj. způsobů myšlení, které je možno považovat za zdravé“*. (Křivohlavý, 2003, s. 143)

Celkově se věnuje pozornost způsobu myšlení lidí v depresi. Vychází z předpokladu, že to jak se člověk dívá na život, jak ho hodnotí a interpretuje, a jak daná interpretace ovlivňuje jeho emoce a nálady. Zrod deprese kognitivní psychoterapie umísťuje do myšlení. Snahou je zjistit jak člověk chápe sám sebe a své okolí, a jak vše hodnotí, zaměřeno na názory, postoje, přesvědčení daného člověka na stav sebevědomí, sebehodnocení. Cílem je naučit jedince zdravěji žít a zdravěji myslet (Křivohlavý, 2003).

Příklad zpětné vazby u KBT:

Pacient: *„Nikdy se z toho nemůžu dostat. Je se mnou konec.“*

Terapeut: *„Momentálně se vám zdá vaše situace hodně špatná.“*

Vymětal (2003) dále uvádí postup KBT. Základním východiskem jsou nám údaje od pacienta, především zaměřeno na minulé aktivity, které vyvolávali radost před nástupem deprese. Tomuto zjišťování věnuje terapeut několik hodin při prvních sezeních. Dále se plánuje týdenní plán uspokojivých aktivit se zaměřením na sociální kontakty, vytváří se seznam domácích úkolů. Ze začátku se stanovují reálné dosažitelné cíle jednoduchého rázu. Vhodným řešením je i zapojení příbuzných pacienta. V další fázi se terapeut věnuje negativním depresivním myšlenkám, obrazům a fantaziím, které mají automatický a nedobrovolný charakter. Pacient by měl být veden proti daným negativním myšlenkám tak, aby je nakonec sám zpochybnil a vyvrátil, nebo změnil pocity v alternativní. Definiují se základní problémy typem otázek jako: „Co je pro vás nejhorší? Co to pro vás znamená? Co si při tom představujete?“. Společně s pacientem se následně hledá racionální odpověď, či formou sokratovského rozhovoru terapeut zpochybnuje, co pacient říká a myslí. Důležité v terapii je nepřestovat závislost na terapeutovi, právě k dané závislosti mají depresivní lidé sklon. Na konci a na začátku sezení se shrnují dosažené cíle a definiují se cíle další. Na konci terapie se pacient stává odborníkem na svoji depresi a ví, jak si počínat, kdyby se depresivní ladění opět vrátilo.

#### 4.1.4 Skupinová psychoterapie

*„Skupinová psychoterapie svojí důvěrnou atmosférou pomáhá ujasnit si svoji situaci ve světě, porozumět způsobům, jakými se člověk vztahuje k druhým, a uvědomit si formy chování, které vedou ke stresu. Pomáhá také uvědomit si, že druzí mnohdy prožívají podobné věci, učí se od nich, jak se s onemocněním vyrovnat a jak řešit každodenní problémy“ (Praško, 2003, s. 88)*

Skupinová psychoterapie se doporučuje pro lehkou formu deprese, u těžké deprese má význam jen po odeznění. Skupinová psychoterapie probíhá ve skupině osmi až dvanácti osob. Vedou ji dva psychoterapeuti, pokud možno muž a žena. Sezení trvají zpravidla hodinu a půl. Základem terapie je předpoklad, že to, jak se chovají lidé v běžném životě, se dříve či později promítne do chování při sezeních. Cílem léčby je poznat souvislosti mezi chováním jedince a jeho problémy a nemocí, potom pomoci tyto vzorce změnit. Ve skupině by měla vzniknout atmosféra vzájemnosti, důvěry, otevřenosti, sympatie a spoluúčasti.

Skupinová terapie je pro klienty levnější, dále možnost poznat další lidi, kteří jsou obtěžkáni podobnými problémy již samo o sobě má blahodárny vliv. „*Skupinová struktura dává pacientům příležitost zastávat určité role a praktikovat interpersonální chování a schopnosti, ale může také sloužit k získávání a následné aplikaci nových dovedností v této oblasti.*“ (Anders, Uhrová, Roth, 2005, s. 105)

#### 4.1.5 Rodinná nebo manželská terapie

Podpora ze strany rodiny hraje velkou roli v úspěšnosti léčby, avšak v mnoha případech právě rodina či rodinný příslušník mohou být zdrojem negativních emocí pacienta. Rodinná terapie vzbuzuje představu honu na viníka, z toho důvodu rodiny často tuto terapii odmítají, to však je zavádějící neboť žádný viník neexistuje. Cílem rodinné terapie je zklidnit vztahy v rodině, pomoci nalézt rovnováhu pro všechny příslušníky rodiny. Nejvíce jde o kontakt a porozumění mezi jednotlivými členy rodiny (Praško, 2003).

#### 4.1.6 Psychoanalýza

Pro tento druh psychoterapie se používá název „dynamická psychoterapie“. V dynamické psychoterapie jde o zjištění vnitřních sil podílejících se na zrodu deprese, zjištění konfliktů, která daná osoba zažila v raném dětství či mládí a které se neustále hlásí o slovo formou depresivních nálad. „*S. Freud se domníval, že deprese je vlastně zlost, která nebyla ventilována. Tato síla se obrátila dovnitř daného člověka. Dané napětí nebylo v dětství či v mládí uspokojivě vyřešeno a trvá až do dospělosti.*“ (Křivohlavý, 2003, s. 142)

Křivohlavý (2003) dále uvádí, že léčba trvá velice dlouho. Pacient dochází k tomuto léčení denně i několik let. Terapeut se snaží nalézt vnitřní konflikty a frustrace z mládí. Snaha je aby dané konflikty došly k uvědomění a mohly být ventilovány. Proces vzniku deprese v tomto pojetí, že základními kameny pro náš další zdravý duševní vývoj je uspokojení potřeb lásky a společenského přijetí. Cítí-li člověk, že tyto potřeby nebyly uspokojeny, reaguje zlostí a stažením se ze sociální interakce. Následuje

pocit osamění, sníženého sebevědomí a nerozhodnost. Tyto pocity nakonec vedou k rozvinutí deprese.

#### 4.1.7 Elektrokonvulze

Elektrokonvulze (dále jen „EKT“) lidově známá pod pojem elektrošoky, je pokládána za jednu z nejproblematictějších psychiatrických léčebných metod, na druhou stranu je jedna z nejefektivnějších. U EKT je potřeba získat písemný souhlas pacienta. Šoky bez souhlasu lze užít jen v přímém ohrožení života. EKT se používá u pacientů, kterým nezabrala antidepressiva nebo antidepressiva z nějakého důvodu nemohou používat, dále u lidí ve fázi těžké deprese. Možno je také EKT použít u žen, které trpí těžkou poporodní depresí. Část vědecké obce s užíváním EKT nesouhlasí a argumentuje nedostatkem informací o tom jak EKT působí na lidský mozek, šoky dle jejich názoru poškozují mozek, přirovnávají danou léčbu ke středověkému mučení. *„Šoky neřeší otázku, co deprese způsobuje, ale vrací pacienta do stavu, v němž je schopen si tuto otázku klást a hledat odpověď.“* (McKenzie, 2001, s. 70)

Posledními výzkumy byly obavy ohledně nebezpečnosti EKT vyvráceny, především předpoklad, že EKT poškozují mozek a vyvolává ztrátu paměti. Celý průběh EKT je pod účinky anestetika, které uvede pacienta do spánku a uvolní mu svalstvo. Pomocí elektrod, umístěných na lebce, projde tělem elektrický proud, jde o desetinu hodnoty, která se používá u srdeční zástavy. Zhruba po čtvrt hodině se pacient probere (McKenzie, 2001).

EKT se v našich podmínkách poskytuje hospitalizovaným pacientům třikrát týdně. V ideálním případě se počet aplikací pohybuje od šesti po šestnáct. *„EKT jako metoda první volby je doporučena u depresí psychotických, těžkých, s výraznou psychomotorickou retardací, odmítáním tekutin a potravy, u suicidálního rizika a gravidity a všude tam, kde potřebujeme rychlý terapeutický efekt. Může být také použita u nemocných s dobrou odpovědí na tuto léčbu v minulosti, u pacientů, kteří z jakýchkoliv důvodů tuto terapii preferují. Své místo má i u pacientů závažně somaticky nemocných, pro které je léčba antidepressivy nebo antipsychotiky riziková“* (Anders, Uhrová, Roth, 2005, s. 89)

#### 4.1.8 Fototerapie

Fototerapie se nejčastěji používá při léčbě sezónní afektivní poruchy. V terapii se preferuje světelný box, který produkuje světlo o intenzitě vyšší než 2500 luxů. Moderní přístroje jsou malého objemu, a proto lehce přenosné, celkově usnadňují léčbu. „*Startovací dávkou fototerapie je aplikace 10 000 luxů po dobu čtyřiceti minut, co nejdříve po probuzení po dobu dvou až čtyřech týdnů. Alternativou je expozice světlu 2500 luxů po dobu 2 hodin denně.*“ Další alternativou je hodinová procházka venku. Již po týdnů jsou znatelné změny, ale až v průběhu několika dalších týdnů dochází k postupnému odeznívání symptomů. (Anders, Uhrová, Roth, 2005, s. 96)

## 5 VÝZKUMNÁ ČÁST

### 5.1 Odůvodnění výzkumu a vymezení výzkumného cíle

Deprese je neodmyslitelnou součástí naší společnosti, je brána jako daň za hektický život a zvyšující se nároky naší doby. V optice běžného smrtelníka se stává z deprese bezvýznamná sezonní záležitost, s kterou se pere občas každý, deprese je odsunuta na druhou kolej a není ji věnována dostatečná pozornost. Přitom dle mnoha průzkumů prožívá právě teď 15%-25% naší populace depresi, kdy spouštěčem se stává řada nově vytvořených negativních jevů, které jsou spojeny s překotným rozvojem společnosti. Deprese je léčitelná, pokud se její léčba zanedbá, dochází ke stále se zhoršujícími stavu jedince.

Výzkumným cílem této bakalářské práce bylo na základě Beckova inventáře deprese vyhodnotit četnost a intenzitu výskytu depresivního onemocnění u zaměstnaných lidí. Byly sledovány dvě kritéria a to míra výskytu deprese a rozdíl ve výskytu v závislosti na pohlaví. Hypotézy, které byly stanoveny, vycházely již ze zpracovaných výzkumů a jejich výsledků, tento výzkum měl ověřit aktuálnost těchto výzkumů.

Dále formou dvou polootevřených otázek, v druhé části dotazníku, byla snaha zjistit, čeho se výzkumný vzorek nejvíce ve svém životě obává a jaká aktivita ho nejvíce duševně vysiluje. Bylo sledováno několik výzkumů, které na podobnou tematiku již proběhly, avšak dané výzkumy vykazovaly různorodé výsledky. U výzkumů, kde se sleduje obava či strach z určité události, se často promítala doba a místo daného výzkumu. Druh převažující obavy ve společnosti je jako modelína, kterou tvaruje řada různorodých faktorů. U hypotéz stanovených v této práci se vycházelo z osobního přesvědčení a zkušenosti autora této práce.



## 5.2 Stanovení hypotéz

**Hypotéza č. 1:** Výběrový vzorek trpí z 15% až 25% depresí. (dále jen H1)

- Tato hypotéza vychází z několika již zpracovaných průzkumů, cílem je potvrdit aktuálnost daných výzkumů.

**Hypotéza č. 2:** Ženy trpí depresí více než muži. (dále jen H2)

- Tato hypotéza vychází z několika již zpracovaných průzkumů, cílem je potvrdit aktuálnost daných výzkumů.

**Hypotéza č. 3:** Nejčastější obavou je strach ze ztráty zaměstnání. (dále jen H3)

- H3 vnikla na základě osobní zkušenosti autora.

**Hypotéza č. 4:** Nejčastějším zdrojem špatné nálady jsou negativní představy a strach z budoucnosti. (dále jen H4)

- H4 vnikla na základě osobní zkušenosti autora.

## 5.3 Charakteristika výzkumného vzorku

Respondenti jsou zaměstnanci různých provozů nejmenované firmy, z větší části se jednalo o jedince, kteří pracují na nepřetržitý směnný provoz. Věkové kategorie respondentů jsou od 18 do 56 let.

## 5.4 Metoda a technika sběru dat

Jako metoda sběru dat byl zvolen kvantitativní výzkum formou dotazníkového šetření. „Kvantitativní výzkum probíhá na výběrovém souboru, jehož velikost se pohybuje v řádech stovek až tisíců respondentů. Důraz je při tom kladen na maximální reprezentativnost výběrového souboru. Tento typ výzkumu se snaží vypovídat o tom, jak je nějaký znak v dané části populace zastoupen, nebo jaký postoj je možné u něj najít. Nejčastěji, ne však nutně užívá metody dotazníkového šetření či standardizovaných rozhovorů. Ve své metodologii využívá zejména metod statistiky.“ (Urban, 2011, s. 75)

Bylo připraveno 72 dotazníků, které byly náhodně rozdány mezi zaměstnance nejmenované firmy. Dotazník měl dvě části, první část byla sestavena dle Beckova inventáře deprese, druhá část dotazníku měla formu dvou otevřených doplňujících otázek. Dotazník je přiložen v přílohouvé části této práce (viz. příloha č. 1).

V úvodu dotazníku byly respondenti seznámeni s účelem daného dotazníku a s jeho dobrovolností, byli ubezpečeni o jejich anonymitě a dále byli požádáni o co nejpřesnější a pravdivé odpovědi. Součástí byl také přesný návod na zpracování dotazníku. V závěru jim pak byla nabídnuta možnost, aby si sami dotazník vyhodnotili, k tomu jim byl uveden klíč pro vyhodnocení a škála, dle které mohly zjistit svou míru deprese. V poslední části pak mohli přidat svůj názor na svůj výsledek.

První částí dotazníku byl strukturovaný dotazník, který obsahoval 23 otázek, dvě otevřené a to pohlaví a věk, dále 21 uzavřených otázek. U každé otázky byly čtyři možnosti odpovědi. Z Beckova dotazníku byla odstraněna otázka o dosaženém vzdělání, které nehrálo při výzkumu roli. Druhá část dotazníku obsahovala dvě doplňující polootevřené otázky.

## **5.5 Beckův inventář deprese (Beck Depression Inventory - BDI)**

Jedná se o nejpoužívanější dotazník deprese. Pomáhá stanovit, zda se v konkrétním případě jedince jedná o depresi, a určí intenzitu depresivního onemocnění. Předností daného dotazníku je možnost sledovat vývoj deprese v čase, v případě léčby pacienta se dle něho dá zjišťovat, jak se mění míra deprese a zda je případná léčba účinná. Dá se s ním i obecně vyhodnotit aktuální stav jedince, právě toto kritérium vedlo k jeho volbě pro potřeby této práce. Pro toto výzkumné šetření byla použita Beckova posuzovací stupnice deprese z publikace J. Praška. *Deprese a jak ji zvládat.*

## **5.6 Popis průběhu sběru dat**

Dotazník byl rozdán zaměstnancům nejmenované firmy. A to ve dnech od 14.1 2013 až 16.1 2013, prostřednictvím několika osob, které byly instruovány, jak dané dotazníky rozdat a jaké informace respondentům sdělit.

Bylo rozdáno 72 dotazníků, z toho byla návratnost v počtu 53 dotazníků, z kterých byla následně extrahována data pro potřeby daného výzkumu. Výzkumu se v konečném počtu účastnilo 20 zaměstnanců ženského pohlaví a 33 zaměstnanců mužského pohlaví. Věková kategorie respondentů byla od 18 let do 56 let.

Dotazník byl anonymní s uvedeným klíčem pro možnost vlastního vyhodnocení dotazníku respondentem. U většiny dotazníků respondenti této možnosti využili a sami si dotazník vyhodnotili. V několika případech bylo sděleno, že dotazník je příliš osobní a že i přes zajištěnou anonymitu oslovení respondenti nebudou spolupracovat. Anonymita byla zajištěna formou obálky, která byla přiložena ke každému dotazníku. Respondent po vyplnění vložil dotazník do dané obálky a zalepil. Obálky se pak prostřednictvím instruovaných osob vyzvedly. Obavy, které pramenily z možnosti identifikace těžké deprese či sebevražděných sklonů u některého z respondentů se nepotvrdily. Veškerá získaná data jsou v grafu převedena na procenta, procentová data jsou zaokrouhlena na celá čísla.

## 5.7 Výsledky výzkumu

**Hypotéza H1:** Výběrový vzorek trpí z 15% až 25% depresí.

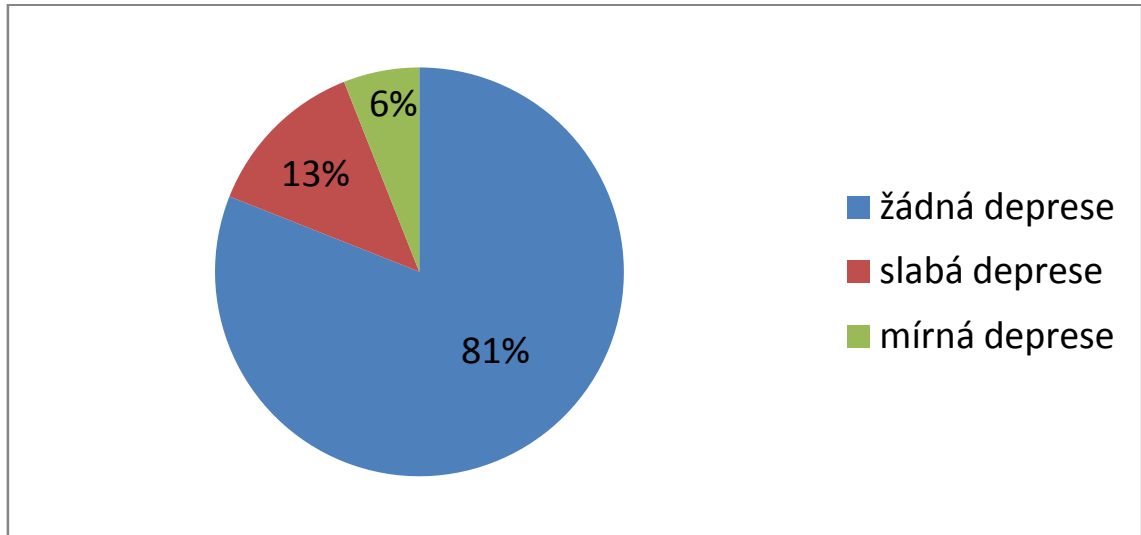
Na základě Beckovy posuzovací škály deprese vybírali respondenti tvrzení, která je nejlépe charakterizovala a to v rozsahu prožívání v posledním týdnu.

### Výsledky výzkumu

V rozhodném okamžiku prožívá depresi 19% respondentů, u 13% se jedná o slabou depresi v 6% o mírnou formu deprese. Žádný z respondentů bodově nedosáhl na těžkou formu deprese. Dále byla sledována otázka č. 9, která byla zaměřena na možnost sebevražděných tendencí, u dané otázky nikdo z respondentů neuvedl zápornou hodnotu. Vyhodnocená data jsou uvedena v grafu č. 1.

### Graf č. 1: Míra rozšíření deprese u zkoumaného vzorku

Data získána z vyhodnocení Beckova inventáře deprese



Výsledky dotazníkového šetření verifikovaly danou hypotézu. Tato hypotéza se zakládala na výsledcích již proběhách výzkumných šetření v oblasti výskytu deprese v populaci.

#### **Hypotéza H2: Ženy trpí depresí více než muži**

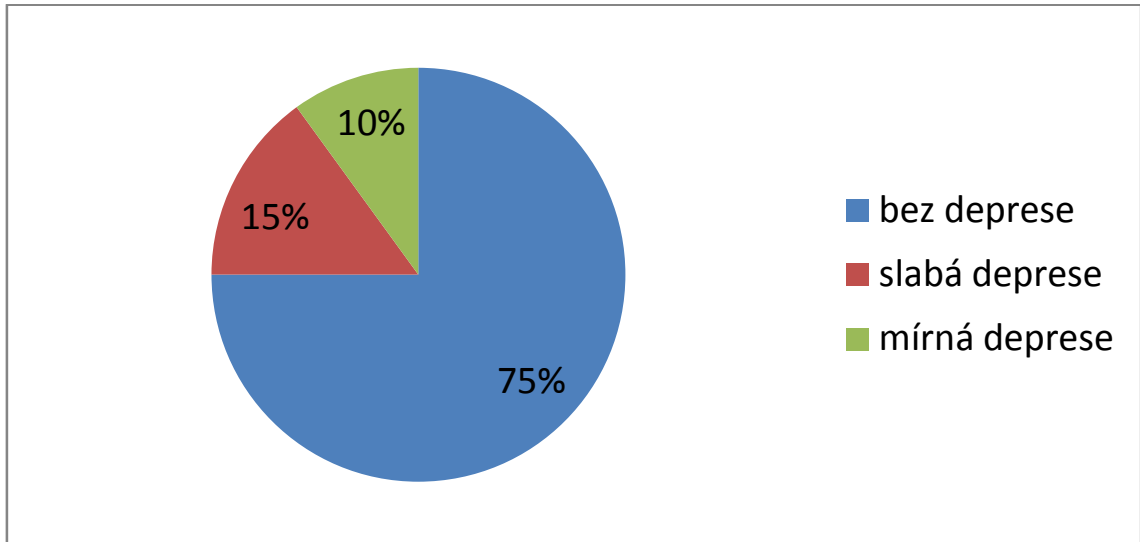
V tomto případě byl porovnáván výskyt deprese mezi pohlavími.

#### **Výsledky výzkumu**

Z celkového počtu 53 respondentů se účastnilo 20 žen a 33 mužů. U žen byla míra rozšíření deprese 25% u mužů 15%. Výsledné hodnoty jsou zaznamenány v grafu č. 2 a 3.

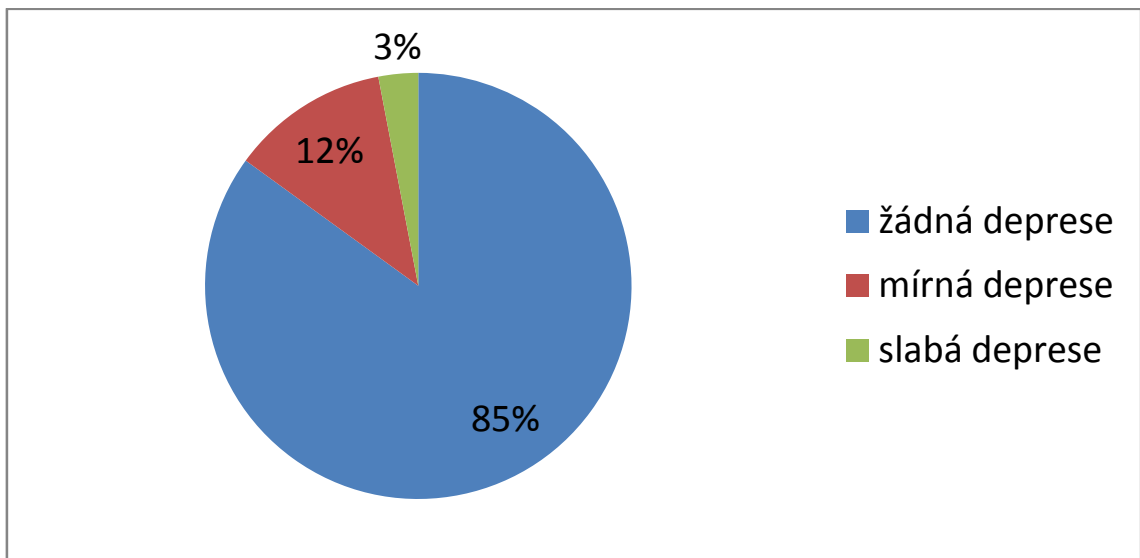
**Graf č. 2:** Míra rozšíření deprese u žen

Data získána z vyhodnocení Beckova inventáře deprese



**Graf č. 3:** Míra rozšíření deprese u mužů

Data získána z vyhodnocení Beckova inventáře deprese



Výsledky dotazníkového šetření verifikovaly danou hypotézu. Tato hypotéza se zakládala na výsledcích již proběhách výzkumných šetření v oblasti výskytu deprese v populaci.

### H3: Nejčastější obavou je strach ze ztráty zaměstnání

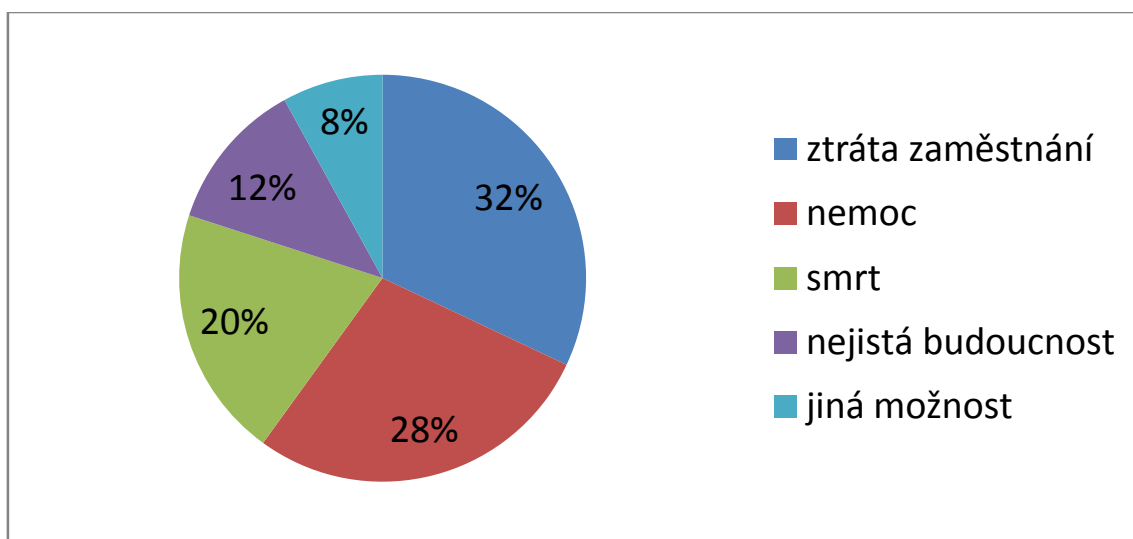
V druhé části dotazníkového šetření byla položena polootevřená otázka „Z čeho máte největší strach? Čeho se obáváte?“

#### Výsledky výzkumu

Z celkového počtu 72 respondentů uvedlo na danou otázku 32% respondentů obavu ze ztráty zaměstnání, 28% uvedlo nemoc vlastní či osoby blízké, 20% se obává smrti, 12% má obavy z nejisté budoucnosti, zbylých 8% uvádí jiné vlastní možnosti. Výsledné hodnoty jsou zaznamenány v grafu č. 4.

#### Graf č. 4: Z čeho nejčastěji pramení strach a obava u výzkumného vzorku

Data získaná na základě polootevřené otázky: „Z čeho máte největší strach? Čeho se obáváte?“



Výsledky dotazníkového šetření verifikovaly danou hypotézu. Mezi jinými možnostmi, které mohli respondenti uvést, se objevily tyto druhy obav:

- Kriminalita, stáří, zhoršující se mezilidské vztahy, chudoba, politický vývoj a strach že se Země přestane točit.

**H4:** Nejčastějším zdrojem špatné nálady jsou negativní představy a strach z budoucnosti

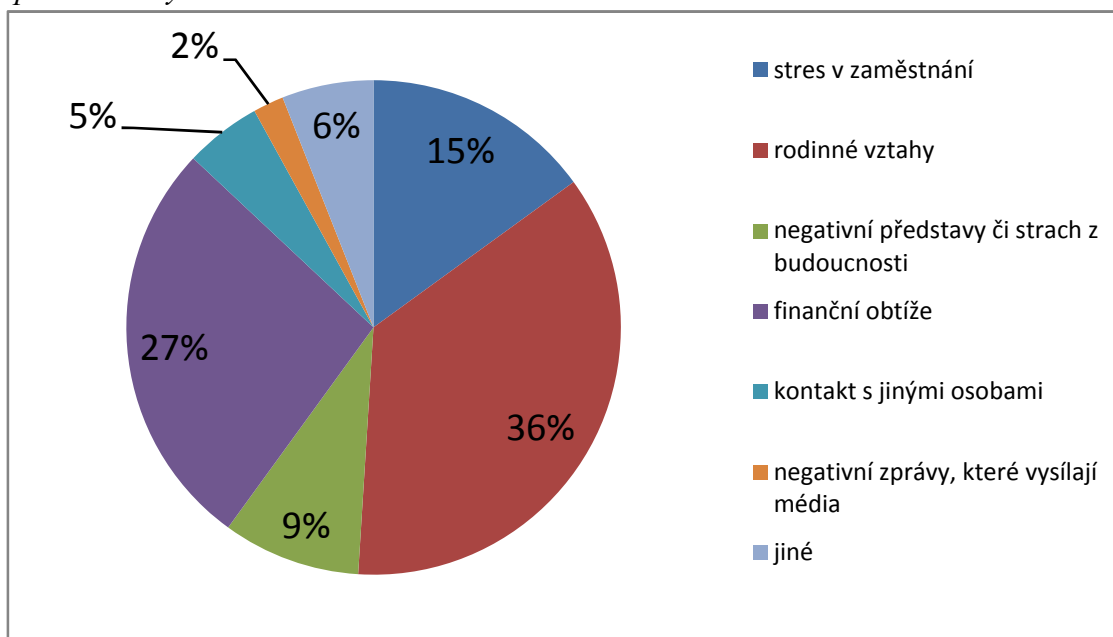
Data pro ověření dané hypotézy byla získána formou polootevřené otázky v druhé části dotazníkového šetření. Otázka zněla „Jaká je nejčastější příčina Vaší špatné nálady?“. Na výběr byla celá škála možností. U této hypotézy bylo vycházeno z předpokladu, že zdrojem špatné nálady budou nejčastěji různorodé negativní myšlenkové pochody a strach z neisté budoucnosti. Hypotéza navazuje na předchozí hypotézu H3, kde byl dán předpoklad, že lidé se nejvíce obávají ztráty zaměstnání a s tím spojené neisté budoucnosti.

### Výsledky výzkumu

Z celkového počtu 72 respondentů, nejvíce volilo možnost rodinné vztahy a to 35% dotázaných, dále 25% zvolilo finanční obtíže, 15% stres v zaměstnání, 10% negativní představy či strach z budoucnosti, 8% stres v zaměstnání, 5% kontakt s jinými osobami a 2% zvolilo vlastní možnost. Výsledné hodnoty jsou zaznamenány v grafu č. 5.

**Graf č. 5:** Zdroj špatné nálady u výzkumného vzorku

Data získaná na základě polootevřené otázky: „*Jaká je nejčastější příčina Vaší špatné nálady?*“



Výsledky dotazníkového šetření falsifikovali danou hypotézu. Ve výběrovém souboru převažovalo možnost „rodinné vztahy“ jako nečastější zdroj špatné nálady. Mezi jinými možnostmi, které mohli respondenti uvést, se objevily tyto druhy příčin špatné nálady:

- Ranní vstávání, nemoc blízké osoby, možnost vykradení objektu, podobná dotazníková šetření.

### 5.7.1 Další hodnoty získané z dotazníkového šetření

Beckův inventář deprese obsahuje 21 otázek, každá otázka představuje specifické dimenze, které mohou být samostatně posuzovány. Při vyhodnocování dotazníků bylo zjištěno, že určité dimenze výrazně převyšují ostatní. U respondentů, kteří netrpí depresí, nedocházelo k překročení více jak 2 bodů na otázku a všechny dimenze, na které byli dotazováni, zůstaly v normě. Více jak 2 body, tedy označení možnosti c) či d), bylo jen u respondentů s indikovanou slabou a mírnou depresí. Níže jsou uvedeny dimenze, u kterých došlo ke shodě a to sestupně podle množství shodných odpovědí.

#### **Dimenze :**

##### **1. Beznaděj**

c) nemám nic, nač bych se mohl(a) těšit

d) mám pocit, že je budoucnost beznadějná a že se situace nezlepší

##### **2. Pocit, že jsem selhal**

c) když se podívám zpět na svůj život, pak vidím jen spoustu nezdaru

d) vidím, že jsem jako člověk zklamal(a)

##### **3. Potřeba trestu**

c) Stále se dělám výčitky pro své nedostatky



d) dávám si vinu za vše, co se nezdaří

#### **4. Hypochondrie**

c) mám tak velké starosti se svým zdravím, že mi připadá zatěžko přemýšlet o něčem jiném

d) mám tak velké starosti o své zdraví, že na nic jiného nemyslím

#### **5. Dráždivost**

#### **6. Neschopnost rozhodování**

#### **7. Neschopnost práce**

Dimenze beznaděje (viz. příloha č. 1, otázka č. 2, Beckův dotazník) se stala nejvíce bodově ohodnocenou mezi respondenty.

### **5.8 Interpretace a diskuze výsledků**

**H1:** Výběrový vzorek trpí z 15% až 25% depresí

#### **▪ Hypotéza byla verifikována**

Výzkumné šetření, jehož účelem bylo zjistit míru rozšíření deprese mezi zaměstnanci nejmenované firmy a to formou Beckova inventáře deprese, přineslo údaje, které potvrzují výsledky již předešlých výzkumů. Potvrdil se výskyt deprese v populaci v rozsahu mezi 15% - 25%. Hypotéza byla zvolena i na základě osobního zájmu autora této práce. Fakt, že je deprese tak výrazně zastoupena v populaci je sám o sobě alarmujícím zjištěním, které by nemělo uniknout pozornosti laické veřejnosti. Na druhou stranu některé odborné publikace dané procenta vidí jako stabilní hodnotu, která se v průběhu posledních sta let výrazně neměnila, ve zkratce vnímají dané procento jako běžnou neměnnou hodnotu. Některé publikace uvádějí opak a to pozvolný nárůst výskytu deprese v populaci, které nejčastěji připisují změnám společenských poměrů. Někteří autoři bijí na poplach, uvádějí, že procento výskytu deprese se výrazně zvyšuje a věk lidí trpících depresí se naopak snižuje, jejich katastrofické scénáře odhadují, že se

společnost přetransformuje do ustrašených, bezduchých individuí, které si budou tvořit své malé depresivní uzavřené světy.

## **H2: Ženy trpí depresí více než muži**

- **Hypotéza byla verifikována**

*„Podle odborníků za nárůst depresivních žen může snaha starat se o děti, pečovat o domov a zároveň si udržet práci či budovat zajímavou kariéru. Z tohoto důvodu se také první příznaky vyhoření či silných depresí objevují prý u některých žen již v 19 letech, což je o sedm let dříve než před čtyřiceti lety. Manželství u mužů jednoznačně riziko vzniku deprese snižuje, u žen je tomu naopak.“<sup>1</sup>* Ženy jsou dále často ohroženy depresí v průběhu těhotenství a v poporodní fázi, další nebezpečnou etapou života ženy je menopauza. Bereme-li v úvahu míru dnešní rozvodovosti a počet matek samoživitelek, zvyšující se nároky na provoz domácnosti a snižující se příjmy domácnosti, je na konci celé rovnice možno vysledovat vznik příčin deprese, které mohou na člověka působit. Role žen ve společnosti se za posledních sto let na našem území výrazně mění, z žen v domácnosti se stávají ženy plně pracovní vytížené, oddaluje se čas pro početí dítěte a snižuje se i celkový počet dětí v rodině. Ženy na trhu práce často pocítují diskriminaci, mateřská dovolená často znamená ztrátu zaměstnání.

## **H3: Nejčastější obavou je strach ze ztráty zaměstnání**

- **Hypotéza byla verifikována**

V minulosti byla již provedena řada výzkumů na danou tematiku. Zajímavostí může být, že výsledky se od sebe často liší. Některé studie uvádějí jako největší obavu smrt či nemoc vlastní osoby nebo osoby blízké. Některé výzkumy na druhou stranu uvádějí strach z budoucnosti a sní spojenou nejistotu. V našem případě byla zvolena možnost „*obava ze ztráty zaměstnání*“, která byla potvrzena, a to na základě předpokladu, že v dnešní době je daná obava spojena s řadou existenčních potřeb.

---

<sup>1</sup> [http://www.tyden.cz/rubriky/zdravi/psychologie/pribyva-zen-s-depresi-nedokazou-kombinovat-rodinu-a-karieru\\_211352.html](http://www.tyden.cz/rubriky/zdravi/psychologie/pribyva-zen-s-depresi-nedokazou-kombinovat-rodinu-a-karieru_211352.html)

V době enormní zadluženosti domácností se stává obava ze ztráty zaměstnání strašákem, se kterým je spojena existence rodiny či jednotlivce. Daná hypotéza byla založena také na předpokladu, že si lidé dobře uvědomují, v případě ztráty zaměstnání, že se mohou dostat do bezvýchodné situace, která může zcela zničit jejich malý svět.

Ztráta zaměstnání jakožto zdroj našich obav potvrzuje zhoršující se společenské klima a to jak na úrovni sociální tak úrovni ekonomické. Často je jedinec vázán na trvalý příjem, z kterého uspokojuje jak své potřeby, tak i ale závazky, které mu vznikly. Nejčastěji se jedná o závazky finanční a to hypotéky, půjčky atd. V případě ztráty zaměstnání si je jedinec dobře vědom situace, která by nastala a jaké následky by to pro něho či jeho rodinu mohlo mít, krajním případem, ne však ojedinělým, je ztráta střechy nad hlavou a nutné uskromnění všech výdajů. V dnešní společnosti, kdy dochází k atomizaci jejích členů a rozpadům širších rodin, které v minulosti plnily roli přístavů bezpečí, se stává představa ztráty zaměstnání stále více rozšířenou obavou. Dalším možným vlivem, který mohl vést k obavě ze ztráty zaměstnání, může být již prožitá situace, kdy jedinec práci ztratil a je již dobře obeznámen jaké problémy to přináší.

**H4:** Nejčastějším zdrojem špatné nálady jsou negativní představy a strach z budoucnosti

- **Hypotéza byla falsifikována**

U hypotézy H4 došlo k falsifikaci, kdy stanovená predikce, že nejčastější zdroj naší špatné nálady jsou vtíravé myšlenky a strach z budoucnosti, se nepotvrdila. U druhé otázky „*Jaká je nejčastější příčina Vaší špatné nálady?*“ byla nejčastěji uvedena jako zdroj špatné nálady rodina.

Rodina tvoří základní stavební kámen společnosti a je pro jedince místem, kolem kterého se točí podstatná část jeho světa. Na jednu stranu nám je zdrojem bezpečí, útěchy a pomoci v těžkých životních situacích a na straně druhé může být i naopak zdrojem našeho negativního prožívání.

Z Beckova inventáře deprese byla dále možnost sledovat dimenze, které zastupovaly jednotlivé otázky daného dotazníku. Nejčastěji záporně hodnocenou dimenzí se stala beznaděj, neschopnost aktivně ovlivňovat dění kolem sebe.

Shrneme-li zjištěná data z výzkumu a porovnáme-li je s teoretickou částí této práce, můžeme s jistotou potvrdit, že data uvedená v četných pracích jsou stále aktuální. Z druhé části dotazníku nám vychází, že strach ze ztráty zaměstnání a rodina jakožto zdroj špatné nálady mohou spolu v případě ztráty zaměstnání výrazně zkomplikovat náš život. Rodina by v případě ztráty zaměstnání měla plnit stabilizační funkci v případě, kdy rodina neplní své funkce a je jakýmsi vysavačem naší energie, může docházet společně s negativním jevem ztráty zaměstnání ke značným komplikacím.

## 6 ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo zmapovat výskyt depresivních obtíží u zaměstnanců nejmenované firmy a zjistit nejčastější obavy a zdroje špatné nálady, které mohou být odrazovým můstkem pro rozvoj deprese.

Bakalářská práce na téma „Začarovaný kruh deprese“ do značné míry otevřela moje oči v pohledu na daný fenomén. Cílem byla také snaha o kvalitní zpracování dané problematiky v rozsahu bakalářské práce. Snažil jsem se extrahovat nejdůležitější data z informačních zdrojů tak, aby na sebe logicky navazovala a mohla tak být podkladem pro kohokoliv, kdo se o dané problematice bude chtít něco dozvědět.

Deprese je onemocnění, které se řadí do tzv. afektivních poruch, jedná se o závažné onemocnění, které v některých případech končí i smrtí a to formou dokonané sebevraždy. Deprese je multifaktoriálně podmíněna, kdy na vzniku depresivního onemocnění se podílí jak biologické příčiny, tak tělesná onemocnění, ale i také narušený životní styl, existenční prázdnota, špatné mezilidské vztahy a mnoho dalších negativních vlivů z vnějšího prostředí. Jedná se o nemoc celého organismu, nemoc, kterou lze léčit. V případě neléčení deprese dochází k celkovému zhoršení zdravotního stavu člověka a snížení obranyschopnosti organismu. Depresivní onemocnění omezuje jedince v osobním, profesním a sociálním životě, často vede k sociální izolaci.

Dle údajů Světové zdravotnické organizace v Ženevě (WHO) je deprese nejrozšířenější nemocí na světě. Každý člověk během svého života má nevídanou příležitost depresi v různé formě zažít, případně být svědkem projevů deprese u svých blízkých. Zhruba 15% až 25% lidí u nás prožívá v dané chvíli příznaky deprese. Zajímavostí může být srovnání poměr výskytu deprese mezi pohlavím, kdy ženy o 100% převyšují ve výskytu deprese muže, tedy dvakrát tolik. Dále je alarmující nárůst deprese v populaci, kdy se počty lidí trpících depresí nadále zvyšují a dále se snižuje i věk osob trpících depresí.

Dle studií je pouze polovina depresí rozpoznána, z nich je pouze polovina nějak léčena, a z toho pouze jedna čtvrtina je léčena adekvátním preparátem v adekvátní dávce a po dostatečně dlouhou dobu.

Člověk v depresi zakouší myšlenkové procesy zaměřeny na sebeobviňování, sebeodsuzování, sebepodceňování, kdy veškerý obsah myšlenkových pochodů je zaplněn negativními pohledy na naši osobnost, podléhá bludům a absurdním konstruktům jeho mysli. Psychomotorika a mimika je zpomalená v gestech, pohybech, tempu řeči, člověk působí unaveným dojmem, nezájem o okolí, člověk ztrácí potěšení z dosavadních aktivit, přidává se nespavost a celková únava organismu. Zde mohou již nastupovat sebevražedné myšlenky.

Vyhodnocení stanoveného výzkumného problému a tím i splnění cíle mé bakalářské práce bylo uskutečněno prostřednictvím kvantitativního výzkumu. Dotazníkové šetření bylo provedeno pomocí Beckova inventáře deprese, tento dotazník dále obsahoval i dvě doplňující polootevřené otázky. Výzkumného šetření se zúčastnili zaměstnanci nejmenované firmy.

Byly stanoveny čtyři hypotézy, z nich tři byly verifikovány a to H1, H2 a H3, hypotéza H4 byla falsifikována. Hypotézy H1 a H2 byly vytvořeny na základě již uskutečněných výzkumech, smyslem daných hypotéz bylo ověřit jejich aktuálnost. Hypotézy H3 a H4 vycházely z osobních zkušeností autora práce.

První hypotéza zněla „Výběrový vzorek trpí z 15% až 25% depresí“, tato hypotéza byla na základě vyhodnocení dat z Beckova inventáře deprese verifikována. V rozhodném okamžiku prožívá depresi 19% respondentů, u 13% se jedná o slabou depresi v 6% o mírnou formu deprese. Respondenti si mohli sami vyhodnotit dle klíče svou míru deprese a následně se ke zjištěnému výsledku vyjádřit. Respondenti s lehkou nebo mírnou formou deprese nejčastěji uváděli, že je výsledek nepřekvapuje a že jsou si svých problémů vědomi a aktivně se o svůj problém zajímají. Dva respondenti svůj stav připisují negativním změnám v životě, které je zasáhly v rozhodný okamžik a doufají, že deprese časem odezní.

Druhá hypotéza zněla „Ženy trpí depresí více než muži“, tato hypotéza byla na základě vyhodnocení dat z Beckova inventáře deprese verifikována. Z celkového počtu 53 respondentů se účastnilo 20 žen a 33 mužů. U žen byla míra rozšíření deprese 25% u mužů 15%. Ženy pomalu dvojnásobně převyšují ve výskytu deprese muže.

Třetí hypotéza zněla „Nejčastější obavou je strach ze ztráty zaměstnání“, tyto hypotéza byla na základě polootevřené otázky v druhé části dotazníku verifikována. Z celkového počtu 72 respondentů uvedlo na danou otázku 32% respondentů obavu ze ztráty zaměstnání.

Čtvrtá hypotéza zněla „Nejčastějším zdrojem špatné nálady jsou negativní představy a strach z budoucnosti“ tato hypotéza byla na základě polootevřené otázky v druhé části dotazníku falsifikována. Z celkového počtu 72 respondentů, nejvíce volilo možnost rodinné vztahy a to 35% dotázaných.

Shrneme-li informace z teoretické části a porovnáme-li je s daty získanými v praktické části, vyjde nám, že data uváděná v řadě publikací jsou stále aktuální. Řada autorů varuje, že procento výskytu deprese se stále zvyšuje a bude stále obtížnější s depresí bojovat. I tak optimističtější pohledy rádi poukazují na pokrok lékařské vědy při boji proti depresi, škoda však, že se léčí více příznaky nemoci nežli její příčina. Faktem zůstává, že deprese je odpověď organismu na četnost a intenzitu překážek, které nám do cesty staví život, na druhé straně máme jedince, který je do určité míry obrněn proti negativním vlivům a má stanoven svůj individuální pohár trpělivosti. Pokud si modelově představíme společnost, kde přežití znamená řadu psychického a fyzického vypětí, kdy se člověk pohybuje v nezdravém společenském prostředí, které se s nikým nepárá a je kdykoliv připraveno nabídnout nevlídnou tvář kruté reality všedních dnů, musíme konstatovat, že pro přežití je nutno vybavit jedince silnějším brněním než měl doposud a jeho pohár občas vyprázdnit. Někteří autoři uvádějí, že míra výskytu deprese v populaci je přímo spojena s morálkou dané společnosti a nároky, které jsou na jedince kladeny. Dnešní doba patří žralokům a lidem, jejichž lokty jsou kovány lhostejností.

Deprese provází lidstvo již od nepaměti a bude lidstvo provázet i nadále. Pokud ve společnosti nedojde ke změně hektického způsobu života, budou za to jedinci platit vysokou daň, mimo jiné i v podobě depresivního onemocnění, které v budoucnu zasáhne podstatnou část populace. Je třeba, aby se přístup k depresivním onemocněním změnil nejen u jednotlivců, ale i v celé společnosti, a začalo se jednat ve prospěch odvrácení možnosti propuknutí depresivního onemocnění u významného procenta populace.

## SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

ANDERS, M., UHROVÁ T. a J. ROTH. *Depresivní porucha v neurologické praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-306-0.

COHEN, R. M. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-497-4.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat depresi*. 1. vyd. Praha: Grada, 1997. ISBN 80-7169-349-9.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat depresi*. 2. vyd. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0575-3.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Optimismus, pesimismus a prevence deprese*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4007-2.

McKENZIE, K. *Informace a rady lékaře – Deprese*. 1. vyd. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-247-0093-X.

PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, H. a J. PRAŠKOVÁ. *Deprese a jak ji zvládat*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-809-0.

PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, B. a H. PRAŠKOVÁ. *Bolestně smutná nálada aneb deprese a jak se léčí*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2001. ISBN 80-85121-68-9.

VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-740-X.

URBAN, L. *Sociologie trochu jinak*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3562-7.

### Seznam použitých internetových zdrojů

JANDOVÁ, H. *Přibývá žen s depresí, nedokážou kombinovat rodinu a kariéru*.

[online]. 5. 9. 2011 [cit. 2012-02-18]. Dostupné z:

[http://www.tyden.cz/rubriky/zdravi/psychologie/pribyva-zen-s-depresi-nedokazou-kombinovat-rodinu-a-karieru\\_211352.html](http://www.tyden.cz/rubriky/zdravi/psychologie/pribyva-zen-s-depresi-nedokazou-kombinovat-rodinu-a-karieru_211352.html).



## **SEZNAM OBRÁZKŮ, GRAFŮ**

### **Seznam obrázků**

Obrázek 1: Bludný kruh deprese .....	20
--------------------------------------	----

### **Seznam grafů**

Graf 1: Míra rozšíření deprese u výzkumného vzorku .....	43
Graf 1: Míra rozšíření deprese u žen .....	44
Graf 1: Míra rozšíření deprese u mužů .....	44
Graf 1: Z čeho nejčastěji pramení strach a obavy.....	45
Graf 1: Zdroje špatné nálady u výzkumného vzorku .....	46

## **SEZNAM PŘÍLOH**

**Příloha A – Dotazník: Beckův inventář deprese..... I**

**Příloha B – Dotazník: Druhá část dotazníku.....V**

# PŘÍLOHY

## Příloha A – Beckův inventář deprese

---

Obracím se na Vás s žádostí o vyplnění mého dotazníku, který poslouží jako podklad pro Bakalářskou práci na téma „Začarovaný kruh deprese“

Dovoluji si Vás rovněž požádat o co nejpřesnější a pravdivé vyplnění dotazníku. Účast ve výzkumu je anonymní a dobrovolná. Tento dotazník obsahuje skupiny výroků. Vyhledejte v každé skupině jeden výrok, který nejlépe popisuje to, jak jste se **tento týden** cítili. Zakroužkujte číslo výroku, který jste zvolili. Když se vám v jedné skupině jeví, že je více výroků, jež by se hodily pro Váš stav ve stejné míře, můžete označit více čísel. V závěru si test můžete sami vyhodnotit.

Předem děkuji za spolupráci. Student oboru – Vzdělávání dospělých, UJAK Praha

---

Váš věk: ..... Pohlaví: muž / žena

---

- 1) a) necítím se smutný(á)  
b) cítím se smutný(á)  
c) jsem stále smutný(á) a nemohu se toho zbavit  
d) jsem tak smutný(á) a nešťastný(á), že to sotva snáším
  
- 2) a) nedívám se do budoucna s nějak zvláštní odvahou  
b) dívám se do budoucna bez odvahy  
c) nemám nic, nač bych se mohl(a) těšit  
d) mám pocit, že je budoucnost beznadějná a že se situace nezlepší
  
- 3) a) necítím, že bych selhal(a), že bych byl(a) neschopný(á)  
b) mám pocit, že jsem jako člověk selhal(a)  
c) když se podívám zpět na svůj život, pak vidím jen spoustu nezdarů  
d) vidím, že jsem jako člověk zklamal(a)
  
- 4) a) jsem v podstatě spokojen(á)  
b) věci mě už netěší tak, jako dříve  
c) nic mi již nepřináší uspokojení  
d) ať dělám cokoliv, jsem nespokojen(a)

- 5) a) netrpím pocity viny  
b) často mívám pocity viny  
c) hodně často mívám pocity viny  
d) stále trpím pocity viny
- 6) a) nemám pocit, že bych měl(a) být za něco potrestán(a)  
b) mám pocit, že bych mohl(a) být za něco potrestán(a)  
c) očekávám, že budu nějak potrestán(a)  
d) vím, že budu potrestán(a)
- 7) a) necítím se příliš zklamán(a) sám (sama) sebou  
b) zklamal(a) jsem se v sobě  
c) jsem dosti znechucen(a) sám (sama) sebou  
d) nenávidím se
- 8) a) necítím se horší než kdokoliv jiný  
b) mám spoustu nedostatků a dělám hodně chyb  
c) stále si vyčítám všechny své chyby  
d) za všechno špatné mohu já
- 9) a) nepřemýšlím o sebevraždě  
b) někdy pomýšlím na sebevraždu  
c) často přemýšlím o sebevraždě  
d) Kdybych měl(a) příležitost, tak bych si vzal(a) život
- 10) a) nepláču více než obvykle  
b) pláču nyní častěji než předtím  
c) pláču nyní stále, nedokážu přestat  
d) nemohu už ani plakat
- 11) a) nejsem nyní podrážděnější více než obvykle  
b) jsem často podrážděný(á) a rozladěný(á)  
c) jsem stále podrážděný(á) a rozladěný(á)  
d) nemohu se již rozčílit ani věcmi, které mě dříve rozčilovaly
- 12) a) neztratil(a) jsem zájem o druhé lidi  
b) mám menší zájem o ostatní lidi  
c) ztratil(a) jsem většinu zájmu o ostatní lidi  
d) ztratil(a) jsem všechn zájem o ostatní lidi

- 13) a) dokážu se většinou v běžných situacích rozhodnout  
b) odkládám svá rozhodnutí častěji než dříve  
c) mám značné potíže v rozhodování  
d) vůbec se nedokážu rozhodnout
- 14) a) nemám větší starosti se vzhledem než dříve  
b) mám starosti, že vypadám už dost staře a neatraktivně  
c) mám dojem, že se můj zevnějšek značně zhoršil, vypadám dost nepěkně  
d) mám pocit, že vypadám ošklivě až odpudivě
- 15) a) práce mi jde jako dřív  
b) musím se nutit, když chci začít něco dělat  
c) dá mi velké přemáhání, abych cokoliv uděla(a)  
d) nejsem schopen (schopna) jakékoliv práce
- 16) a) spím stejně dobře jako dřív  
b) nespím již tak dobře jako dříve  
c) probouzím se o hodinu až dvě dříve než obvykle a nemohu pak již spát  
d) denně se probouzím předčasně a nedokážu spát více než 5 hodin denně
- 17) a) necítím se více unavenější než dříve  
b) unavím se snadněji než dříve  
c) téměř všechno mě unavuje  
d) únava mi zabraňuje cokoliv dělat
- 18) a) mám svou obvyklou chuť k jídlu  
b) nemám takovou chuť k jídlu jako dříve  
c) mám mnohem menší chuť k jídlu  
d) zcela jsem ztratil(a) chuť k jídlu
- 19) a) v poslední době jsem nezhubnul(a)  
b) poslední době jsem zhubl(a) o více než 2,5 kg  
c) v poslední době jsem zhubl(a) o více než 5 kg  
d) v poslední době jsem zhubl(a) o více než 7,5 kg
- 20) a) nestarám se o své zdraví více než obvykle  
b) nyní mi dělají starosti různé bolesti po těle, žaludek, zácpa, srdce apod  
c) velice často myslím na tělesné obtíže  
d) moje bolesti a těžkosti mě zcela vyčerpávají

- 21) a) nepozorují snížení zájmu o sex  
b) mám menší zájem o sex než dříve  
c) mám o hodně menší zájem o sex než dříve  
d) ztratil(a) jsem úplně zájem o sex

Děkuji za vyplnění daného dotazníku. V případě zájmu si ho můžete sami vyhodnotit.

Celkové skóre: ..... bodů

### Vyhodnocení dotazníku

Každá otázka má čtyři možnosti a) b) c) d), těmto možnostem jsou přiřazeny následující hodnoty:

- a) = 0 bodů  
b) = 1 bod  
c) = 2 body  
d) = 3 body

U každé skupiny výroku získáme číselnou hodnotu dle odpovědi, součtem těchto hodnot u všech otázek získáme celkové skóre. Jeho nejvyšší hodnota může být 63 bodů, nejnižší 0. Tam, kde v jedné skupině bylo zakroužkováno více odpovědí, bereme vždy jen tu nejvyšší hodnotu.

Při tomto šetření se zjistil následující vztah :

Počet bodů:

0 – 11	.....	žádná deprese
12 – 19	.....	slabá deprese
20 – 26	.....	mírná deprese
26 – 63	.....	těžká forma deprese

Tam, kde počet bodů přesáhl 20, je na místě vyhledat odbornou pomoc – navštívit psychologa, lékaře či psychiatra. Kde výše bodů přesáhla hranici 26, tam by se to mělo udělat okamžitě. Okamžitě by se to mělo udělat i tehdy, je-li pod otázkou číslo 9) hodnota vyšší než-li 1. Navštivte prosím odborníka dříve, než bude pozdě.

---

### Doplňující otázka:

Jak hodnotíte svou dosaženou hodnotu? .....

## **Příloha B – Druhá část dotazníku**

Obracím se na Vás s žádostí o vyplnění mého dotazníku, který poslouží jako podklad pro Bakalářskou práci na téma „Začarovaný kruh deprese“.

Dovoluji si Vás rovněž požádat o co nejpřesnější a pravdivé vyplnění dotazníku. Účast ve výzkumu je anonymní a dobrovolná.

Předem děkuji za spolupráci. Student oboru – Vzdělávání dospělých, UJAK  
Praha

---

### **1. Z čeho máte největší strach? Čeho se obáváte**

- a) Ze ztráty zaměstnání
- b) Z nemoci své či osoby blízké
- c) Z toho co si o mě druzí myslí
- d) Ze smrti
- e) Z nejisté budoucnosti
- f) Jiné : uveďte

### **2. Jaká je nejčastější příčina Vaší špatné nálady?**

- a) Stres v zaměstnání
- b) Rodinné vztahy
- c) Negativní představy či strach z budoucnosti
- d) Finanční obtíže
- e) Kontakt s jinými osobami
- f) Negativní zprávy, které vysílají média
- g) Jiné: uveďte

## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

**Jméno autora:** Dan Merfait

**Obor:** Vzdělávání dospělých

**Forma studia:** prezenční

**Název práce:** Začarovaný kruh deprese

**Rok:** 2013

**Počet stran textu bez příloh:** 46

**Celkový počet stran příloh:** 5

**Počet titulů českých použitých zdrojů:** 10

**Počet titulů zahraničních použitých zdrojů:** 0

**Počet internetových zdrojů:** 1

**Počet ostatních zdrojů:** 0

**Vedoucí práce:** PhDr. Marie Vacínové, CSc.