

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Bakalářská práce

Marie Šimáňová

VLIV HOSPITALIZACE NA PSYCHIATRICKÉ KLINICE NA ČLOVĚKA
S DIAGNOSTIKOVANOU DEPRESÍ V KONTEXTU
SPECIÁLNĚPEDAGOGICKÉ ANDRAGOGIKY

Olomouc 2018

Vedoucí práce: Mgr. Zdeňka Kozáková, DiS., Ph.D

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně pod vedením Mgr. Zdeňky Kozákové, DiS., Ph.D. a uvedla v ní veškerou použitou literaturu i ostatní zdroje.

V Olomouci dne 16. 4. 2018

Marie Šimáňová

Tímto bych chtěla poděkovat své milované a milující rodině za podporu (nejen) při studiu a Mgr. Zdeňce Kozákové, DiS., Ph.D, za odborné vedení bakalářské práce. Největší díky patří mé tetě, která je pro mne vzorem.

Obsah

ÚVOD	6
TEORETICKÁ ČÁST	8
1 Deprese.....	8
1.1 Klasifikace deprese	8
1.2 Přístup k osobám s duševním postižením v historickém kontextu.....	11
1.3 Mýty a předsudky o depresi	14
1.4 Diagnostika deprese.....	15
2 Etiologie deprese.....	17
3 Příznaky deprese.....	19
3.2 Příznaky deprese na psychické úrovni	19
3.2 Příznaky deprese na fyzické úrovni	20
3.3 Příznaky deprese na sociální úrovni	21
4 Léčba deprese	23
4.1 Psychofarmaka.....	23
4.2 Biologická terapie	25
4.2 Psychoterapie.....	26
4.3 Psychohygiena a prevence duševních poruch	27
4.4 Psychiatrická péče.....	29
5 Dopad deprese v kontextu speciálněpedagogické andragogiky	36
5.1 Speciálněpedagogická andragogika.....	36
5.2 Stigmatizace a sebestigmatizace u osob s depresivní poruchou.....	37
PRAKTICKÁ ČÁST.....	39
6 Metodologická východiska praktické části	39
6.1 Cíle a metody výzkumného šetření.....	39
6.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	40

6.3	Průběh výzkumného šetření	41
6.4	Výzkumné otázky k interview.....	42
7	Analýza výzkumného šetření	43
7.1	Případové studie účastníků výzkumu.....	43
7.2	Souhrn a interpretace výzkumného šetření u osob s diagnostikovanou depresí.....	47
7.3	Souhrn a interpretace výzkumného šetření u osob blízkých lidem s diagnostikovanou depresí	50
7.4	Etické aspekty a limity výzkumu	53
8	Vyhodnocení výzkumu	55
	ZÁVĚR	57
	BIBLIOGRAFIE.....	59
	SEZNAM PŘÍLOH.....	64

ÚVOD

„Jsem ten nejnešťastnější člověk na světě.

Kdyby se všichni cítili jako já, nikdo by se na této planetě neusmíval.

Zda na tom někdy budu lépe, netuším.

Se zděšením předpovídám, že nikoliv.

Je nemožné takto žít.

Nemám na vybranou.

Bud' musím zemřít, anebo s tím něco udělat.“

Abraham Lincoln

Deprese. Pojem, se kterým se setkáváme každý den, a přesto málokdo z nás ví, jak závažné toto onemocnění může být. Fenomén, který lidstvo provází již od jeho počátku a fascinuje jak odbornou tak laickou veřejnost. Snad kvůli dnešnímu uspěchanému životnímu tempu mnohých z nás každý zažívá pocity stresu, smutku a bezmoci, kterým mnohdy nepřikládá žádnou váhu. Málokdo si uvědomuje, že deprese může postihnout dítě, člověka v produktivním věku, ale nevyhýbá se ani seniorům. Většina ji chápe jako jakousi špatnou náladu, kterou může člověk ovlivnit vůlí a nepřikládá jí příliš velký význam. Člověk si totiž na mnohé pocity a situace zvykne. Právě toto byl pro mne jeden z motivů psaní mé bakalářské práce zabývající se problematikou depresí. Drtivá většina lidí nemá o tomto onemocnění dostatek informací a podceňuje ji a v případě, kdy se s ním setkají, a to jak u sebe samotných, tak v okolí, nevědí, jak nastalou situaci řešit, na koho se obrátit a jak jednat. Veškeré informace jsem se snažila podat takovou formou, aby byla dobře a jasně pochopitelná pro ty, kteří se potýkají, ať už u sebe samotných nebo ve svém okolí, s tímto onemocněním.

Já sama jsem se s diagnostikovanou depresí v mém blízkém okolí setkala a byl to pro mne nezapomenutelný zážitek. Proto bych chtěla, aby má práce přispěla k celkové informovanosti lidí, kteří se ve svém životě střetnou s depresí, a aby lidé věděli, jak včas a správně rozeznat depresi od špatné nálady. Mnohdy totiž lidé depresi podceňují, což může mít až fatální

následky. Včasná diagnostika je u lidí trpících touto nemocí velice důležitá a odvíjí se od ní i její další budoucí průběh. Další motivací pro psaní této práce byl fakt, že zatím není zpracována práce zabývající se stavem deprese u lidí, kteří byli hospitalizováni na psychiatrické klinice z pohledu jak samotného člověka s depresí, tak jeho blízkého člověka, který může porovnat stav před a po hospitalizaci na psychiatrické klinice. Doposud jsou zpracovány práce, které se zabývají pouze lidmi po hospitalizaci v psychiatrické léčebně.

Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí, a to části teoretické a praktické.

Teoretická část je věnována vymezení základních pojmů týkajících se deprese. V první kapitole je vymezen pojem deprese, klasifikace deprese, přístupy k osobám s duševním onemocněním, mýty a předsudky o depresi a poslední podkapitolou kapitoly první je ta, která se zabývá diagnostikou deprese. Druhá kapitola popisuje etiologii deprese. Kapitola třetí se zabývá příznaky deprese, které jsou rozděleny do dvou částí – na psychické, fyzické a sociální úrovni. Předposlední kapitola, čtvrtá, se týká informací o léčbě deprese. Je rozdělena na léčbu biologickou, psychoterapie, psychohygienu, prevenci duševních poruch a psychiatrickou péči. Poslední, pátá kapitola teoretické části, se zabývá dopadem deprese v kontextu speciálněpedagogické andragogiky, kde je vymezen pojem speciálněpedagogická andragogika, a dopad deprese v důsledku stigmatizace a sebestigmatizace.

Praktická část zachycuje pomocí otázek stav, který měl člověk s diagnostikovanou depresí před a po hospitalizaci na psychiatrické klinice. Tyto stavy nejsou hodnoceny pouze samotným člověkem s diagnostikovanou depresí, ale i člověkem, který mu je blízký a dokáže situaci posoudit v těchto dvou časových úsecích. Informace získané z interview jsou doplněny o případové studie účastníků výzkumu.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Deprese

Slovo deprese má latinský původ. Je odvozeno ze slova *depressus*, jehož doslovný překlad je stlačit. Samostatná předložka *de* znamená dolu a *premere* tlačiti. Z těchto dvou slov tedy získáme překlad, který uvádí, že deprese je pocit, který nás tlačí dolu.

S pojmem deprese nakládá společnost velice často a pro její název se používá mnoha dalších označení, mezi která patří například stísněnost, sklíčenost, ochablost, lhostejnost, atp. Z cizích synonym je to například melancholie, letargie, apatie a dysthimie (Křivohlavý, 2003).

Mezi léčenými je dvakrát více žen, než mužů a udávaná je celoživotní prevalence až 1/5 obyvatelstva (Probstová, Pěč, 2014).

1.1 Klasifikace deprese

Klasifikace deprese v minulosti

V minulosti jsme se setkávali s rozdělení depresí na endogenní a exogenní, popřípadě neurotické. Tato klasifikace byla platná dle MKN - 9. U endogenních depresí se předpokládá vnitřní faktor deprese bez ohledu na ty vnější, které člověka ovlivňovaly. Naopak u exogenních, tedy reaktivních depresí, bylo vždy možné vysledovat psychicky náročný zážitek v životě člověka, jako je například ztráta zaměstnání či blízkého člověka. Jako poslední typ deprese, neurotické, šlo klasifikovat ty, u kterých šlo o účinek dlouhodobé frustrace či zátěže (Koutek, Kocourková, 2007).

Další možnosti rozdělení depresí bylo možné podle Diagnostického a DSM - IV (Kocourek, Kocourková, 2007).

Současná klasifikace deprese

Jedna z možností, jak lze v současné době klasifikovat deprese, je podle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN - 10) na jednotlivé

nosologické jednotky. Dle této publikace deprese spadá pod kapitolu F 30 – F 39, afektivní poruchy (poruchy nálady). Podle tíže typických příznaků deprese rozlišujeme formu:

- lehkou – tato forma deprese umožňuje člověku chodit do práce a dělat aktivity každodenního života - pouze v pomalejším tempu, léčba je zde zpravidla ambulantní,
- středně těžkou – postižený není schopen chodit do zaměstnání, žije v sociální izolaci, jakékoliv aktivity mu dělají potíže, nemá na ně dostatek energie, v případě sebevražedných myšlenek je nutná hospitalizace,
- těžkou – postižený již není schopen starat se sám o sebe, je výrazně zpomalený, a to jak v myšlení, tak v aktivitách, řeči a reakcích, léčba probíhá vždy pomocí hospitalizace (Praško, Buliková, Sigmundová, 2010).

Z hlediska praktického je dělení podle tíže příznaků velice důležité. U těžké deprese je totiž vyšší riziko sebevražedného jednání (Štechová, 2014).

Doplněn a kódován může být ještě typ průběhu depresí, a to jednak bez přítomnosti psychotických příznaků a jednak s přítomností psychotických příznaků (Probstová, Pěč, 2014).

MKN 10 rozlišuje tyto depresivní poruchy:

- depresivní fáze (F32),
 - o F32.0 Lehká depresivní fáze
 - o F32.1 Středně těžká depresivní fáze
 - o F32.2 Těžká depresivní fáze bez psychotických příznaků
 - o F32.3 Těžká depresivní fáze s psychotickými příznaky
 - o F32.8 Jiné depresivní fáze
- periodická depresivní porucha (F33)

- o F33.0 Periodická depresivní porucha, současná fáze je lehká
- o F33.1 Periodická depresivní porucha, současná fáze je středně těžká
- o F33.2 Periodická depresivní porucha, současná fáze je těžká, ale bez psychotických příznaků
- o F33.3 Periodická depresivní porucha, současná fáze je těžká s psychotickými příznaky
- o F33.4 Periodická depresivní porucha, v současné době v remisi (MKN - 10, 2013).

Depresivní chování ale nalezneme také u dalších poruch, které jsou klasifikovány v MKN - 10. Mezi tyto poruchy patří například neurotická a úzkostná porucha, přesněji anxiózně depresivní porucha a porucha přizpůsobení s depresivní symptomatikou (Koutek, Kocourková, 2007). U většiny těchto depresivních poruch se setkáváme s recidivou (Obereignerů, Čáp, Krausová a kol., 2016).

Další možnost, jak klasifikovat deprese, je podle Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (DSM-V, 2013), který se používá spíše ve Spojených státech Amerických. Tento manuál rozlišuje:

- velkou depresivní poruchu (ojedinělá nebo rekurentní epizoda);
- trvalou depresivní poruchu (dysthymii);
- premenstruální dysforickou poruchu;
- depresivní poruchu vyvolanou medikací nebo látkami;
- depresivní poruchu vyvolanou jinými zdravotními potížemi;
- jinou specifickou depresivní poruchu;
- nespecifickou depresivní poruchu (DSM-V, 2013).

U tohoto manuálu se také setkáváme s rozdělením dle závažnosti depresivních epizod, a to na mírnou, střední, těžkou, s psychotickými rysy, v částečné remisi, v plné remisi a nespecifikovanou (DSM-V, 2013).

Mimo tyto klasifikace se setkáváme dále s rozlišením na tři pojetí pohledů na deprese, které rozlišuje Archibald Hart (1982):

1. Depresivní příznaky (symptomy) – v tomto případě se může jednat pouze o předzvěst jiného onemocnění jako je například chřipka, atp.
2. Depresivní reakce – takové reakce člověk může zažívat při náročné životní situaci jako je například ztráta zaměstnání, potomka, rozvod aj.
3. Deprese jako onemocnění (Hart 1982 In Křivohlavý, 2003).

Praško (2015) dále hovoří o rozdělení depresí na depresivní epizodu, rekurentní depresivní poruchu, dysthymii, bipolární poruchu, sezónní afektivní poruchu, reaktivní poruchu nálady, smíšenou úzkostně-depresivní poruchu, krátkou rekurentní depresivní poruchu, poporodní depresi, depresi v menopauze, larvovanou deprese, depresi v pozdním věku a depresi při tělesném onemocnění (Praško, 2015).

1.2 Přístup k osobám s duševním postižením v historickém kontextu

Pravěk

Jak uvádí Vacek (1996), pokud bychom se zaměřili na duševní choroby v době naší prehistorie, nejsou žádné záznamy, a tudíž nemůžeme vyvozovat žádné závěry. Etnologové však vědí, jak takové nemoci duše probíhaly u přírodních etnik. Díky tomuto se lze domnívat, že stejným způsobem probíhaly u nás (Vacek, 1996).

Starověk

V období Starověku si společnost o lidech s duševním postižením myslela, že duševní onemocnění je Boží trest či napadení zlými duchy, a tudíž péče o ně nespočívala v ničem jiném, než v pouhém nošení talismanů a amuletů (Šedivec 2008 In Juříčková, Ivanová, Filka, 2014). Raný a střední Starověk je charakteristický svým krutým způsobem zacházení s osobami s duševním onemocněním. Tento způsob spočíval v tom, že se rodina duševně nemocných jednak legitimně zbavila a jednak je nechala napospas svému osudu (Jesenský 2000 In Juříčková, Ivanová, Filka, 2014). Právě z tohoto období, tj. ze 4. století před naším letopočtem pochází první dochovaný popis deprese (Pidrman, 2010).

Středověk

Ze společenské potřeby vyrovnat se s lidmi s duševním postižením, začal vznikat postoj tyto lidi vyřadit ze společnosti a izolovat je z ní. Jednou z možností bylo duševně nemocné vyhnat do lesů a ponechat je sobě samým, další možností bylo dát tyto nemocné na loď, tzv. „lodě bláznů“ či „opilé koráby“ a nechat je putovat po řekách do jiných měst. Důležitou roli v tomto období v postoji k duševně nemocným sehrálo i to, že během 16. a 17. století bylo velkým tématem čarodějnictví, kterému v Evropě padlo za oběť několik set tisíc lidí, mezi nimiž byla nezanedbatelná část lidí s duševním postižením (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006).

Novověk

Novověk přinesl reformu v péči o duševně nemocné. Důležitým právě pro tento přelom, byl Phillipe Pinel (1745-1826), který vyvedl duševně choré z tehdejšího blázince v pařížských kopcích pod zemí a postaral se o péči, která jim byla zajištěna. Byl zastáncem názoru, že o takové lidi se společnost musí starat a nebýt vůči nim bezohledná. Dodával, že *„chovají – li - se choromyslní jako zvíř, je tomu tak proto, že se s nimi právě tak zachází“* (Porter, 2002 In Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 27).

Ve 20. století byl pohled na psychiatrii ovlivněn Sigmundem Freudem. Tento zvrát můžeme vnímat jako jeden z mezníků, které ovlivnily nahlížení na osoby s psychickým onemocněním. Dalším z neodmyslitelných převratů nejen v psychiatrické péči je převrat po roce 1989. Snaha byla veškeré pacienty z psychiatrických léčeben propustit a zaujmout k nim humánnější přístup (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006).

Reforma psychiatrické péče

V současnosti se setkáváme s reformou psychiatrické péče. Již v roce 2013 byl podán návrh na tuto reformu, ale doposud se s tímto materiálem pracuje, aby byl flexibilní a v budoucnu nenastaly žádné komplikace. Tato zásadní systémová změna se netýká pouze psychiatrie jako takové, ale celkové péče o osoby s duševním onemocněním. Důvodem vzniku reformy je fakt, že od počátku 90. let 20. století psychiatrie neprošla žádnou reformou, která by reagovala na potřeby společnosti (Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2017/04/MZ_psychiatrie_pruvodce_final.pdf). *„Obecným cílem reformy je zlepšit kvalitu života lidí s duševním onemocněním.“* (Dostupné

z:http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2017/04/MZ_psychiatrie_pruvodce_final.pdf, s. 5).

Změna v péči o duševně nemocné, kterou by tato reforma měla přinést, je ta, aby člověku s duševním onemocněním byla zajištěna péče i v jeho domácím prostředí (Dostupné z: www.reformapsychiatickepece.cz). Dalšími inovativními prvky, které přinese reforma psychiatrické péče, budou nové typy služeb – centrum duševního zdraví a ambulance s rozšířenou péčí. Díky vzniku těchto služeb dojde ke snížení dlouhodobé lůžkové péče (Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2017/04/MZ_psychiatrie_pruvodce_final.pdf).

Nově vzniklá síť nebude obsahovat jen složky zdravotní, ale i složky sociální. Součástí péče budou služby z oblasti bydlení, práce nebo i vzdělávání. Důležitým faktem přitom bude to, aby na sebe služby pro osoby s duševním onemocněním navzájem navazovaly a spolupracovaly spolu. Plány k reformě byly připraveny v roce 2017, první etapa transformace by měla být dokončena do roku 2021. Kompletní reforma by měla být dosažena během zhruba 15 až 20 let.

Služby pro duševně nemocné budou rozděleny takto:

Ambulantní psychiatrická péče bude poskytována formou psychiatrických ambulancí, jako je tomu již nyní, nebo formou ambulance s rozšířenou péčí. Ambulantní péče bude vždy specializovaná na určitou diagnostickou skupinu. Tým se bude sestávat z klinického psychologa, psychiatrické sestry a případně dalších pracovníků.

Akutní lůžková péče bude v takové formě, podle toho, která bude převažovat, zda zdravotní nebo sociální. Tato péče bude navazovat na péči v domácím prostředí nebo na péči somatickou. Tato forma péče bude vhodná pro pacienty se všemi psychiatrickými diagnózami.

Následná a specializovaná lůžková péče pro střednědobé a dlouhodobé hospitalizace vzniknou proto, aby byla využita kapacita psychiatrických nemocnic a to z důvodu zapojení nemocnic i do nelůžkové formy péče (Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2017/04/MZ_psychiatrie_pruvodce_final.pdf).

1.3 Mýty a předsudky o depresi

Existuje mnoho mýtů a předsudků, které jsou mířeny směrem k lidem trpícím depresí. Ovšem současnou dobu, kdy společnost přisuzuje lidem s depresí jakousi nálepkou slabocha a méněcenného člověka, nelze srovnávat s minulostí, kdy měla společnost k lidem s duševním onemocněním ještě méně pochopení a tolerance (Canthoper, 2012). Pokud bychom se zaměřili na naši prehistorii, o lidech s nemocemi duše se ostatní domnívali, že se jedná o individua, která ztratila duše a jejich nemoci jsou dílem démonů (Vašek, 1996).

Mezi nejčastější předsudek o depresi patří to, že **se dá překonat pomocí vůle**. Bezprostřední okolí se postiženého snaží motivovat větami typu jako: „Pojď, půjdeme ven.“ či „Musíš něco dělat, aby se ti zlepšila nálada.“, které častokrát mohou ale působit na člověka s depresí kontraproduktivně. Z tohoto důvodu by žádné takové rádoby motivující věty neměly být v žádném případě používány (Hollý, 2016).

Dále se lze setkat s tím, že **depresi lidé neberou jako nemoc** jako je například cukrovka nebo kterákoliv další, ale jako něco, co lidem predikuje určitý charakter slabocha, který není schopen svou depresi překonat sám (Praško, Prašková, Prašková, 2003). Tento předsudek vyvrací Dr. Canthoper (2012), který říká, že deprese je prokletí silných. Pro doložení této myšlenky jmenujme osoby, které trpěli depresí - Oliver Cromwell, Abraham Lincoln, Isaac Newton, Edgar Allan Poe a mnoho dalších známých osobností (Canthoper, 2012).

S dalším předsudek, se kterým se lze v souvislosti s duševními nemocemi setkat obecně, je, že **se jedná o „Boží trest“**. Důležité je říci, že se nejedná o mýtus novodobý, ale o předsudek, se kterým se setkáváme již od starověku (Praško, Prašková, Prašková, 2003).

Z neposledních předsudků a mýtů, které jsou utvářeny o lidech s depresí, je například ten, že **depresi člověku musel zavinit jiný**, někdo z jeho blízkých či rodiny. Je nutné říci, že depresi člověku nemůže zavinit nikdo druhý (Praško, Buliková, Sigmundová, 2010).

Důležitým faktorem, který ovlivňuje vnímání toho, jak společnost pohlíží na osoby nejen s depresí, ale celkově s duševními problémy, je umění. Příkladem je film *Přelet nad Kukaččím hnízdem*, který do jisté míry formuje pohled a vytváří předsudky na duševně nemocné (Štechová, 2014).

1.4 Diagnostika deprese

Nejen diagnostika deprese, ale celková diagnostika v psychiatrii je velice obtížná. U majoritní části psychických poruch totiž není známa etiologie a patogeneze (Dušek, Večeřová – Procházková, 2015).

Diagnostikovat depresivní epizodu lze podle MKN – 10 tehdy, kdy musí být splněna určitá diagnostická kritéria. Mezi tyto kritéria patří:

- A. *Epizoda musí trvat nejméně dva dny,*
- B. *U postiženého se nikdy nevyskytla hypomanická nebo manická epizoda*
- C. *Porucha není způsobena užíváním látek (alkohol a jiné drogy), ani není způsobena jinou organickou psychickou poruchou*'' (Dušek, Večeřová – Procházková, 2015, s. 240).

Tyto kritéria musí být splněna pro to, aby byla diagnostikována depresivní fáze. K tomu, aby bylo diagnostikováno, o jaký ze čtyř základních typů deprese, které definuje MKN – 10, se jedná, slouží další kritéria, kterými jsou:

- D. „*Depresivní nálada je přítomna po většinu dne a téměř každý den:*
 - *Ztráta zájmů nebo potěšení při aktivitách, které bývají příjemné,*
 - *Pokles energie nebo zvýšená unavitelnost.*
- E. *Ztráta sebedůvěry:*
 - *Bezodůvodné výčitky nebo pocit neodůvodněné viny,*
 - *Opakované myšlenky na smrt nebo sebevraždu,*
 - *Snížená schopnost myslet, soustředit se, nerozhodnout se, váhavost,*
 - *Snížené psychomotorické tempo (někdy je agitovanost),*
 - *Poruchy spánku,*
 - *Snížená chuť k jídlu (snížená hmotnost).*
- F. *U nepsychotických forem nesmí být přítomny bludy, halucinace, stupor.*
- G. *U psychotických forem se naopak bludy, halucinace a stupor vyskytují (nebo alespoň jeden z nich)“* (Dušek, Večeřová – Procházková, 2015, s. 241).

Pro to, aby byla splněna kritéria pro diagnostikování lehké formy deprese, musí být splněny dva znaky ze skupiny D a ze skupiny E minimálně jeden znak. Pro diagnózu středně těžké deprese je nutná přítomnost minimálně dvou znaků ze skupiny D a ze skupiny E tolik znaků,

aby celkový počet znaků ze skupiny D a E byl nejméně šest. U těžké nepsychotické formy je nutné diagnostikování všech tří znaků ze skupiny D a ze skupiny E tolik znaků, aby jejich celkový počet (D a E) byl minimálně osm. Co se týká psychotické formy deprese, je nutný počet znaků jako u formy nepsychotické, ke kterým se dále přidává navíc skupina G (Dušek, Večeřová – Procházková, 2015).

Depresi lze diagnostikovat i dle psychometrických nástrojů. Mezi tyto nástroje patří Beckova sebeposuzovací stupnice deprese (BDI), Hamiltonova psychiatrická stupnice pro posuzování deprese (HAMD), stupnice Montgomeryho a Åsbergové pro posuzování deprese (MADRS) a Zungovasebeposuzovací stupnice deprese.

Mimo diagnostikování se depresivní porucha může projevit i v projektivních poruchách jako jsou Rorschachův projekční test, Tématický apercepční test (TAT) nebo v testu doplňování vět (Höschl, 2004).

Samoposuzovací testy slouží k tomu, aby člověk, který je přesvědčen o tom, že při jeho stavu, kdy tíhne k depresivní náladě, není nutné vyhledat odborníka, ale přesto nechce situaci podcenit, měl první záchytnou pomoc. Depresivní myšlenky se totiž mohou u člověka objevovat standardně nebo se může jednat o stav směřující k depresivní fázi. Právě proto, aby se rozlišilo, o který z těch stavů se jedná, vznikly tyto samoposuzovací testy. Jsou založeny na výrocích, které jsou pro depresi typické. V každé otázce je řečeno nějaké tvrzení, které má jedinec pomoci tří variant, nejlépe vystihnout. Po dokončení se jednotlivé odpovědi sečtou a test se vyhodnotí (Löffler, Wagner, Wolfersdorf, 2014).

2 Etiologie deprese

Příčiny deprese nejsou zcela jasné. Dlouhá léta se zjištění etiologie deprese věnuje úsilí. Jednoznačné je, že směry vedoucí k vyřešení etiologie deprese jsou na úrovni faktorů **biologických, genetických a psychosociálních** (Hanuš a kol., 1999).

Na příčinu vzniku depresí tedy existuje mnoho teorií. Jednu z nich vyslovil Sigmund Freud, který se domníval, že deprese u jedince začíná v okamžiku, kdy člověk ztratí milovnou osobu, a tím začne bagatelizovat své ego (Smolík, 2002).

Pokud bychom se zaměřili na teorii etiologie deprese na základě dědičnosti a genetiky, zjistili bychom, že se afektivní poruchy často vyskytují napříč generacemi, což tuto teorii pouze potvrzuje (Probstová, Pěč, 2014). Analyzovat ale genetickou příčinu v psychiatrii je velice obtížné. K dispozici jsou například rodokmenové studie, kde se jedná nejen o zachycení samotné rodinné anamnézy, ale i o její potvrzení a doplnění. Další z možností je studium příbuzenských sňatků, studie dvojčat, porovnání výskytu poruchy u jednovaječných a dvouvaječných dvojčat a studie adoptivních dětí. Důležitým faktorem v prozkoumávání genetiky v oblasti psychiatrie je poznávání DNA a lidského genomu (Bouček a kol., 2003).

Podle Gabbarda (1994) mají vliv na etiologii afektivních poruch nálady faktory biologické, kdy se v raném dětství objevuje ztráta. Touto ztrátou není pouze doložitelná a viditelná ztráta například blízkého člověka, ale i ztráta psychická (Gabbard, 1994 In Probstová, Pěč, 2014).

Vedle těchto teorií také existuje teorie psychodynamická, která hovoří o ego – bezmocnosti (Smolík, 2002). Z pohledu psychodynamiky se tedy u depresivních lidí setkáváme s introjekcí, jakožto s bazálním mechanismem. Introjekce je stav, kdy jedinec přejímá do svého myšlení, postojů, chování nebo jiných sfér života postoje jiné osoby, aniž by s tím byl sám ztotožněn. Při rané ztrátě se osoba identifikuje se „ztraceným objektem“ a hněv a agresi namíří pouze na svoji osobu (Probstová, Pěč, 2014).

Biologické chápání teorie vzniku deprese říká, že je v mozku u člověka trpícího depresí nevyváženost chemických mediátorů, to znamená, že je narušena funkce neurotransmiteru nebo je narušen jeho mechanismus (Bouček a kol., 2003).

Další teorie, která se snaží vysvětlit příčinu vzniku depresí je teorie učení. Do této teorie řadíme například model naučené bezmocnosti, který říká, že v případě, kdy člověk zažije bezmoc, dokáže ji generalizovat, což vede k očekávání neúspěchu a udržování depresivní nálady (Probstová, Pěč, 2014).

Dalším důležitým tématem při vzniku afektivních poruch jsou sociální faktory. Ty lze rozdělit na dva typy a to z hlediska časového sledu. Jednak se jedná o aktuální konflikt, do kterého lze zařadit ztrátu blízkého člověka, zaměstnání, aj. a jednak o dlouhodobější záležitosti jako jsou týrání, dlouhodobá vztahová disharmonie a další (Bouček a kol., 2003).

Moderní psychiatrie hovoří o multifaktoriální etiologii. Jedná se o to, že za depresi nemohou pouze faktory sociální, ale i ty biologické a psychologické (Probstová, Pěč, 2014).

3 Příznaky deprese

Příznaků, které mohou předjímat depresi je celá řada. Nicméně lze určit ty, které jsou pro průběh deprese charakteristické a nejpodstatnější (Křivohlavý, 2003).

Papolos a Papolos (1992) uvádějí ty nejvýznačnější, což jsou: „*depressivní nálada, snížený zájem o život, snížená chuť k jídlu, myšlenky na dobrovolný odchod ze života (sebevraždu), nížená schopnost se na něco soustředit, podstatně nižší životní úroveň, nespavost nebo naopak zvýšená spavost, snížené sebevědomí a snížená pohyblivost.*“ (Papolos, Papolos, 1992 In Křivohlavý, 2003, s. 20).

3.2 Příznaky deprese na psychické úrovni

Přestože deprese můžeme dělit dle tíže příznaků – na lehkou, středně těžkou a těžkou, existují charakteristické rysy, které platí obecně, nehledě na její formu (MKN, 2013). Zhoršený stav je u člověka spíše ráno, a během dne dochází k jeho zlepšení (Canthoper, 2012).

Primárním příznakem deprese je bezesporu **porucha nálady směrem k depresi**. Tyto depresivní nálady se neprojevují pouze směrem k člověku samotnému, ale i k vnímání okolí a světa okolo sebe. Trvale špatná a depresivní nálada může být nejen pro lékaře, ale i pro okolí indikátorem k tomu, že daný člověk trpí depresí (Praško, Prašková, Prašková, 2003).

Depresivní člověk má tendence **k sebebodhodnocování a špatnému mínění o sobě samém** (Hollý, 2016).

Mezi typické příznaky deprese řadíme **smutek**. Každý z nás zažívá ve svém životě pocity smutku, což je přirozené, a pokud je to odpovídající situaci, i normální. Pokud například zažije člověk ve svém životě bolestivou ztrátu, smutek je očekávaná reakce. V případě, kdy tyto pocity ale přetrvávají, a to déle než půl roku, hovoříme o patologickém smutku, který je již příznakem deprese (Štechová, 2014). O tom, v jakém případě jsou pocity smutku odpovídající dané situaci a v jakém kontextu se jedná o jeho patologickou formu, hovořil již Plzák a Souček (1969), kteří zmiňovali, že pro odlišení patologického a přirozeného smutku je důležité jeho trvání, intenzita, hloubka propadu a fakt, že se tyto pocity nemění v žádné jiné (Plzák, Souček, 1996).

Dalším často uváděným příznakem deprese jsou **myšlenky na smrt a sebevraždu**. U těžkých a středně těžkých depresí i pokusy o sebevraždu (Praško, Prašková, Prašková, 2003). Na druhou stranu se ale se sebevražedným jednáním nesetkáváme pouze u jedinců, kteří mají duševní poruchu obecně, ale i u lidí bez psychopatologického charakteru (Koutek, Kocourková, 2007). Poměr dokonaných vražd u osob s duševními poruchami v poměru mužů vůči ženám je 4:1, nicméně ženy mají vyšší procento pokusů o sebevraždu. Co se týká statistik, kdy jsou sebevraždy nejvíce páčány, je to v pondělí a prvního ledna (Hollý, 2016).

K příznakům deprese, neméně důležitým a určujícím, řadíme i ztrátu **zájmu o sexuální život**, přibírání nebo naopak ztrátu váhy, nechuť k jakýmkoliv činnostem, nesprávné rozložení a zorganizování času, negativní vyhlídky do budoucnosti, vztek namířený vůči sobě, ale i ostatním apod. (Praško, Prašková, Prašková, 2003).

3.2 Příznaky deprese na fyzické úrovni

Jelikož není deprese pouze nemocí duše, ale i těla, u člověka trpícího depresí lze vyzorovat příznaky i na fyzické úrovni. Nejtypičtějším znakem je **nedostatek energie, malátnost a častá neodůvodněná únava**. U těžkých depresí může únava zajít i do takových stavů, kdy není postižený schopen vstát z postele (Praško, Prašková, Prašková, 2003). Někdy se deprese také objevuje společně s fyzickými příznaky, jako jsou bolesti hlavy, zad a podobně (Praško, Možný, 1999).

Ve starší odborné literatuře se jako příznak deprese lze setkat i se **zhoršením paměti**. Dnes je ale toto tvrzení vyvráceno tím, že se lidé s depresí nemohou soustředit, a informace, které přijímají, tudíž nevnímají a poté si je nedokážou zpětně vybavit (Canthoper, 2012).

S již uváděným nechutenstvím či naopak přejídáním na úrovni psychickým rysů deprese souvisí na té fyzické úrovni **snížení či nabírání hmotnosti** (Praško, Prašková, Prašková, 2003).

Další znakem, který může být předzvěstí deprese je **zvýšená spavost** (Praško, Buliková, Sigmundová, 2010).

Jak uvádí Praško a Možný (1999), někdy se deprese projevuje společně s fyzickými příznaky, jako jsou **bolesti hlavy, zad, břicha a podobně**. Při těžké depresi jsou známy případy, kdy se člověk obává, že spáchal nějaký čin, za který musí být potrestán. Co se týče sluchových a čichových halucinací, ani ty nejsou neobvyklé (Praško, Možný, 1999). Z dalších somatických příznaků deprese je častá bolest hlavy, bušení srdce, bolesti žaludku, poruchy srdečního rytmu, pocity závratí a sucho v ústech (Křivohlavý, 2003).

Je však nutné dodat, že ne každý, kdo trpí depresí, musí splňovat veškeré příznaky. Každá osoba má individuální příznaky (Praško, Prašková, Prašková, 2003).

3.3 Příznaky deprese na sociální úrovni

V kontextu mezilidských vztahů má deprese ihned několik neblahých dopadů. Stěžejním faktem je to, že pokud člověk trpí depresí, je závislý na hodnocení ostatních. V případě nedostatečného ohodnocení a kritiky si toto člověk nedokáže reálně zpracovat a kritiku bere velice špatně (Praško, Prašková, Prašková, 2003).

Dalším příznakem, který je u jedince znatelný v sociálním kontextu, je znatelná popudlivost, což se projevuje tím, že se jedinec se všemi mnohdy rozhádá (Křivohlavý 2003).

Možné přidružené syndromy afektivních poruch

Syndromy hrají v psychiatrii důležitou roli a to ihned z několika důvodů. Nejdůležitějším je ten, že na základě syndromů jsou většinou ordinována psychofarmaka. Syndromy mají tudíž nezastupitelnou roli diagnostickou, ale také terapeutickou (Bouček, 2003).

- Depresivní syndrom – je zpomalena psychomotorika, člověk má chorobně smutnou náladu, je unavený, někdy mohou být přítomny i sebevražedné myšlenky, v psychiatrii patří tento syndrom k nejčastějším syndromům a nejvíce se s ním setkáme právě u afektivních poruch (Bouček, 2003). Pacienta, který trpí depresivním syndromem, bychom mohli vystihnout slovy: málomluvný, chudá mimika, má pocity neschopnosti, nechut' k životu a podobně (Dušek, Večeřová – Procházková, 2015),

- Anxiózní syndrom – mnohdy se blíží depresivnímu syndromu a někdy se společně sdružují, v tom případě hovoříme o anxiózně depresivním syndromu, příznačná je úzkostná nálada, která nemusí být opodstatněná (Bouček, 2003), nejčastěji se tento syndrom vyskytuje

u neurotických poruch, ale také všude tam, kde je přítomen depresivní syndrom (Dušek, Večeřová – Procházková, 2015),

- Halucinatorní syndrom – převládají halucinace sluchové a zrakové (Bouček, 2003),
- Akinetický syndrom – psychomotorické projevy jsou omezený, často i chybí, typické pro těžké deprese (Bouček, 2003). V současnosti se s ním setkáváme zřídka, a to nejen u depresí, ale například u schizofrenií a neurotických poruch (Dušek, Večeřová – Procházková, 2015),
- Hyperkinetický syndrom – zvýšena je činnost celé psychické oblasti, jsou hodně iniciativní, což je až okolí nápadné, platí pro anxiózní formy depresí (Bouček, 2003).

K afektivním poruchám obecně jsou nejčastěji přiřazovány syndromy jako je hypomanický, manický, depresivní, anxiózní a anxiózně depresivní (Dušek, Večeřová – Procházková, 2015).

4 Léčba deprese

Léčba deprese se odvíjí od tíže deprese. U lehčích forem deprese se setkáváme pouze s ambulantní formou léčení a s psychoterapií. Nejvíce používaná je kognitivně – behaviorální a interpersonální psychoterapie (Štechová, 2014). U forem těžších je nezbytná léčba psychofarmaky, elektrokonvulzivní terapie nebo terapie, která je méně obvyklá jako je například spánková deprivace, stimulace nervus vagus, fototerapie apod. (Češková, 2003).

Pro to, aby byl adekvátně zvolen léčebný postup, je zásadní stanovení správné diagnózy (Praško, Prašková, Prašková, 2015).

Depresivní onemocnění se často periodicky opakuje, proto lze jeho léčbu rozdělit do tří etap:

- Akutní – jedná se o léčbu akutní epizody deprese, cílem této léčby je primárně odstranění depresivních příznaků, zpravidla tato etapa léčby trvá 3 měsíce,
- Udržovací – tato léčba nastává po ukončení akutní léčby epizody, kdy je snaha udržet pacienta ve stavu zlepšení jeho stavu a to po dobu zhruba 6 – 9 měsíců, kdy je zameditován, nicméně po vysazení psychofarmak se u 80 % pacientů deprese znovu objeví,
- Profylaktická – u pacientů s periodickými depresemi nebo bipolární poruchou tato léčba trvá někdy i po celý život, u ostatních stavů trvá někdy i více let (Praško, Prašková, Prašková, 2003).

4.1 Psychofarmaka

Psychofarmaka se u většiny případů duševních poruch jeví jako nejúčinnější a nejosvědčenější způsob léčby. Ovšem skrývají v sobě nejen mnoho kladů, ale i záporů. Jedním z pozitiv je bezesporu snadné podávání léků a ze záporů jsou to vedlejší účinky (Praško, Prašková, Prašková, 2003). O jejich kladech svědčí i fakt, že během několika posledních desetiletí dochází k stále stoupajícímu nárůstu jejich indikace (Bouček, Pidman, 2005).

Antidepressiva

Antidepressiva, jak už samotný název vypovídá, jsou léky působící na zlepšení patologicky depresivní nálady a dalších symptomů, které jsou součástí deprese jako je například úzkost, poruchy spánku aj. Mimo to mají antidepressiva anxiolytické účinky, to znamená, že působí proti úzkostem (Morschitzky, Sator, 2014). Obecně tyto léky řadíme do psychofarmak, tedy látek, u nich předpokládáme při používání změnu psychického stavu jedince. Jejich účinek se objeví zhruba po 1 – 3 týdnu (Bouček, Pidrman, 2005).

Antidepressiva dělíme do několika skupin:

I. generace – tricyklická (TCA), která se dále dělí na aktivující a sedativní, vhodné jsou pro útlumové formy deprese, kde převládá úzkostná nálada (Bouček a kol., 2003).

Mezi nežádoucí účinky, které mohou tyto antidepressiva vyvolat, patří například zvýšená chuť k jídlu, srdeční arytmie, ztráta libida, u mužů poruchy erekce, poruchy paměti, ospalost, aj. (Bouček, Pidrman, 2005).

II. generace – od antidepressiv I generace se odlišují především mírnějšími kontraindikacemi a přítomností méně nežádoucích jevů, v současnosti lze konstatovat, že antidepressiva II. generace vymizela z trhu a najdeme je v jiných skupinách psychofarmak (Dušek, Večeřová – Procházková, 2015).

III. generace – do této skupiny řadíme:

- SSRI – specifické inhibitory zpětného vychytávání serotoninu, zpravidla se setkáváme s dávkováním jednou denně, ze začátku by se měla zvolit nižší dávka a poté je možnost jejího navýšení (Raboch, Pavlovský a kol. 2012),
- SARI – serotoninový antagonisté a inhibitory zpětného vychytávání, oproti SSRI zde není takové velké množství látek, které mají antidepressivní účinky, což má za následek menší počet nežádoucích účinků a lepší snášenlivost (Dušek, Večeřová – Procházková, 2015),

- NARI – inhibitory zpětného vychytávání noradrenalinu, v ambulantní léčbě deprese se příliš nevyužívají (Bouček, Pidrman, 2005).

IV. generace – do této skupiny řadíme:

- SNRI- Inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu,
- NaSSa - noradrenergní a specifická serotoninergní antidepresiva,
- NDRI - zpětného vychytávání noradrenalinu a dopaminu (Bouček, Pidrman, 2005).

4.2 Biologická terapie

Elektrokonvulzivní terapie (EKT)

EKT se provádí pod celkovou narkózou, kdy dojde k relaxaci svalů a při tomto stavu je vyvolán epileptický záchvat. Tento typ terapie je vhodný zejména u osob s hlubokou depresí, u osob, kdy je riziko sebevraždy nebo když daná osoba odmítá potravu (Praško, Buliková, Sikmundová, 2009).

Mezi nežádoucí účinky EKT patří zejména bolesti hlavy, nevolnost od žaludku, nepříjemné vzpomínky na dušení, pocit slabosti a někdy se objevují i svalové bolesti. Před tím, než dojde k samotné elektrokonvulzivní terapii bychom u pacienta měli posoudit kognitivní funkce. Posouzení by mělo proběhnout pouze orientačně, a to orientace a paměti (Dušek, Večeřová – Procházková, 2015).

Fototerapie

S touto formou biologické léčby se setkáváme spíše u těžších forem deprese a sezonní deprese. Fototerapie funguje na účinku aplikace bílého jasného světla na úroveň oka, která má minimální intenzitu alespoň 5000 Luxů. Světlo se aplikuje ráno, a to po dobu 2 -3 týdnů. Pokud je léčba prováděna každý den, účinek by se měl dostavit zhruba po 2 – 4 dnech (Praško, Buliková, Sikmundová, 2009).

Spánková deprivace

Používá se zejména u těžkých depresí. Mezi její klady patří to, že účinkuje rychle a je nenákladná. Záporům je nestálost efektu. Jedná se o to, že pacient nesmí usnout ani na minutu, tudíž tato léčba vyžaduje spolehlivost například ze strany personálu, který má během léčby zajišťovat, aby byl pacient bdělý celou noc, příliš se nevyužívá při běžné léčbě, ale spíše při výzkumech (Raboch, Pavlovský, a kol., 2012).

Stimulace nervus vagus

S tímto způsobem léčení depresivních poruch se setkáváme poměrně krátce. Jedná se o nepřímou stimulaci centrální nervové soustavy pomocí přístroje, který se skládá ze stimulatoru a vodiče, kdy je pacientovi implantován přístroj, do kterého jsou vysílány elektrické impulzy. Účinně tato léčba působí především na rezistentní deprese (Raboch, Pavlovský, a kol., 2012).

4.2 Psychoterapie

Psychoterapii lze chápat v užším smyslu jako působení terapeuta na klienta. Lze ji rozdělit na direktivní a nedirektivní. V kontextu direktivní psychoterapie je terapeut v roli experta a snaží se usměřovat u pacienta jeho postoje, názory apod. Ve formě nedirektivní je terapeut brán jako někdo, kdo pacienta usměřuje pouze z malé části a neuděluje mu rady (Dušek, Večeřová – Procházková, 2015).

Jak uvádí Hollý (2016), psychoterapie by měla být nedílnou součástí léčby deprese. Na druhé straně je ale vždy nutné zkoumat, zda by ten který konkrétní člověk mohl mít z psychoterapie zisk. Jelikož je psychoterapie souborem více terapií, pokud u člověka není vhodná jedna, neznamená to, že bychom neměli zkoušet jinou (Hollý, 2016). Ideální v léčbě depresí je kombinace psychoterapie s farmakoterapií (Praško, Prašková, Prašková, 2003).

Kognitivně – behaviorální psychoterapie

Jedná se o kombinaci přístupu behaviorismu a kognitivní psychoterapie. Tato terapie nebere v úvahu pouze chování, ale i prožívání, tedy hlavní myšlenkou je, že chování vzniká na základě myšlení. Terapie vychází z teorie učení (přičemž se setkáváme s pojmy jako podmíněná reflexe, klasické podmiňování, trest apod.), z teorie sociálního učení

a napodobování, behaviorální terapie, operantní podmiňování, racionálně – emoční terapie a kognitivní terapie. Terapie je strukturovaná, zaměřená na přítomnost, terapeut a klient si jsou rovnocennými partnery. Cílem je, aby byl pacient samostatný a formuloval konkrétní a praktické cíle. U pacienta je tedy zkoumáno, od jakého okamžiku v životě tíhne k depresivnímu chování, co ho v tomto stavu udržuje a o co se ve svém životě může opřít. Kontraindikace se mohou objevit u pacienta nemotivovaného nebo s akutně probíhající atakou duševní poruchy (Dušek, Večeřová – Procházková, 2015).

Dynamická psychoterapie

Dynamická psychoterapie hledá příčiny problému v chování jedince a snaží se o změny v jeho osobnosti. Hledá chyby v interpersonálních vztazích jedince, kdy se ho snaží navést k tomu, aby pochopil souvislost mezi minulostí a současností. Jedná se o nedirektivní psychoterapii. Při dynamické psychoterapii se nejdříve stanoví a formuluje problém, poté se hledá vyhovující plán léčby a stanovují se cíle, kterých lze dosáhnout (Dušek, Večeřová – Procházková, 2015).

Interpersonální terapie

Tato forma terapie je vhodná díky faktu, že se depresivní onemocnění projevují mimo jiné také v interpersonálním kontextu. Je zaměřená na přímo tu kterou problémovou oblast, a co se týká časové náročnosti, řadíme tuto terapii mezi krátkodobé. Terapeut zde hraje velmi důležitou roli. To, zda je terapeut v pozici aktivního nebo pasivního článku terapie, záleží na potřebě. Příčina deprese je v tomto případě vnímána jako interpersonální problém, na který se v průběhu terapie snaží pacient společně s terapeutem přijít, definovat ho a postupně se od něj odpoutat, jelikož brání odeznění deprese (Höschl, Libiger, Švestka, 2002). Interpersonální terapii rozdělujeme do tří fází (Dušek, Večeřová – Procházková, 2015).

4.3 Psychohygienu a prevence duševních poruch

S pojmem duševní hygiena se lze setkat od poloviny 19. století, avšak přelom v chápání potřeb duševně nemocných nastal v 20. století, a to díky knize Clifforda Beerse „Duše,

kteřá se našla“. Poté vznikl obor „mentální hygiena“, který se zabývá zásadami, jak si udržet duševní zdraví a to nejenom jednotlivce, ale také celku (Bouček, 2003).

Prevenzi duševních poruch dělíme takto:

- Primární – týká se celé společnosti, jedná se například o vyhledávání a pomoc těm osobám, které jsou nejvíce ohrožené, hledání správného životního stylu apod.,
- Sekundární – pokud je duševní choroba zjištěna, cílem sekundární prevence je snížení doby trvání choroby a její včasné léčení,
- Terciární – je orientovaná na redukci následků duševních chorob a zabraňování vzniku nových onemocnění (Bouček, 2003).

Ačkoliv bychom si mohli myslet, že nejzákladnější radou, která by fungovala preventivně proti duševním chorobám, je, abychom se nestresovali, opak je ale pravdou. Nikdo už totiž nedodá, jak se nestresovat. Stres může mít mnoho následků, mezi které patří i psychické problémy, do nichž řadíme deprese (Křivohlavý, 2013). Hollý (2016) dále dodává, že bychom měli žít život, kdy budeme mít minimálně tři stabilní a smysluplné hodnoty. Standardní je mít tyto „jistoty“ v rodině, zaměstnání a péči o sebe (Hollý, 2016).

Životní styl

Důležitou roli hraje samozřejmě také zdravá a vyvážená strava. Dbát bychom také měli na to, abychom nekonzumovali příliš alkoholu, kofeinu a pozor bychom si měli dávat také na nikotin. Zásadní význam má také hladina cukru v krvi. Nehledě na to, zda se cítíme být ve stresu či nikoliv, měli bychom se stravovat natolik dostatečně, aby naše tělo nedošlo do takové fáze, kdy si zapříčiníme hypoglykémii. Měli bychom tedy jíst hodně ovoce, celozrnného pečiva, apod. Vyvarovat bychom se měli nadměrné konzumaci sladkostí (Morschitzky, Sator, 2014).

Tělesné cvičení

Zejména u těžkých depresivních poruch se ukazuje, že při každodenním cvičení zhruba po 14 dnech dojde ke zlepšení nálady, což je ve srovnání s působením antidepresiv, u kterých se efekt dostaví zhruba po 3 – 4 týdnech, mnohem rychlejší. Tělesné cvičení je vhodné i jako prevence proti relapsům (Raboch, Pavlovský, 2012).

Fytoterapie

Fytoterapie neboli léčba přípravky z bylin. Nejvíce se užívá při depresivních poruchách účinku z extraktu třezalky, která má mírně antidepresivní účinky. Na nespavost se používá kozlík lékařský, proti úzkosti a stresu je to kava – kava (Raboch, Pavlovský, 2012).

4.4 Psychiatrická péče

Na území České republiky nastal mezník v psychiatrické péči v 18. století. Do tohoto století byla psychiatrická péče na území České republiky poskytována na základě toho, jak byl pacient majetný. Mezník pak nastal, když péče nebyla poskytována na základě postavení pacienta, jelikož zařízení poskytující psychiatrickou péče byla v kompetenci měst a států (David, 2012). V 19. století pak byly na našem území zřizovány psychiatrické ústavy (Raboch, Pavlovský, a kol. 2012).

V České republice dále došlo ke změně psychiatrické péče v 90. letech, a to díky snížení lůžek v léčebnách. V systému psychiatrické péče bylo zajištěno jak léčení, rehabilitace, tak ošetřování a to nejen zdravotnického, ale i sociálního (Bouček, 2003).

I přes veškerý progres, kterým dnešní psychiatrie prošla, lidé trpí jakýmsi stigmatizmem psychiatrie jako takové. V případě, že potřebují psychiatrickou péči nebo trpí nějakou duševní chorobou, nehovoří o tom na veřejnosti (Raboch, Pavlovský, a kol., 2012).

Struktura psychiatrické péče před její reformou

V České republice byla péče o duševně nemocné rozdělena do dvou forem. Jednou z nich byla péče **intramurální**, tedy péče institucionální, která byla poskytována v psychiatrických léčebnách.

Druhou formou péče v České republice byla forma **extramurální**, která již nebyla poskytována v nějaké instituci, tedy psychiatrické kliniky a psychiatrické léčebny. Do tohoto typu péče zařazujeme denní centra a chráněná bydlení.

Na pomezí péče intramurální a extramurální je péče semimurální, která zahrnuje psychiatrické ambulance a krizová centra (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006).

Ambulantní péče

Ambulantní péče je poskytována jednak na soukromých psychiatrických ambulancích a jednak v ambulancích, které jsou součástí lůžkových psychiatrických pracovišť (Raboch, Pavlovský, 2012).

Psychiatrická ambulantní péče je nezanedbatelným článkem psychiatrické péče. Co se týká pokrytí ambulantních psychiatrických zařízení, rozdíl je ve městech a na venkově. V České republice se setkáváme s ambulancemi, které se zaměřují na dospělou populaci, na druhou stranu existují ordinace, které jsou zaměřené na poruchy příjmu potravy, ambulance psychiatrické sexuologie a podobně. Pokud ambulantní péče není schopna pokrýt potřeby pacienta a není dostačující, lékař navrhne léčbu v lůžkovém zařízení (Marková, In Marková, Venglářová, Babiaková, 2006).

Lůžková péče

Lůžková péče může být poskytována v psychiatrických léčebnách a na psychiatrických odděleních nemocnic.

Lůžkovou péči v České republice lze rozdělit následovně:

- psychiatrická oddělení nemocnic,
- psychiatrické kliniky fakultních nemocnic,
- psychiatrické léčebny,
- gerontopsychiatrická oddělení nemocnic a oddělení poruch paměti (lůžka v nemocnici),
- sociální ústavy se specializovanou psychiatrickou péčí,
- oddělení pro poruchy paměti,

- lázeňská psychiatrická oddělení (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006).

Intermediární péče

Tento typ péče o duševně nemocné začal vznikat v 80. letech minulého století. Obsahuje krizová centra, centra denních služeb, denní stacionáře, chráněná bydlení, chráněné dílny a case management (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006).

Současná struktura psychiatrické péče v České republice

V současnosti je psychiatrická péče součástí péče zdravotní. Složky systému psychiatrické péče jsou v současnosti dvě, a to psychiatrické ambulance a psychiatrická zařízení (Hollý In Hosák, Hrdlička, Libiger, a kol., 2012).

Psychiatrické ambulance

Psychiatrické ambulance zajišťují péči o většinu pacientů s duševním onemocněním a vyhledávají pomoc. Zajišťována je zde péče primární, tudíž tento typ pomoci vyhledává většina osob trpící duševní poruchou. Do budoucna se předpokládá, že psychiatrické ambulance budou čím dál tím více vyhledávanější, z důvodu kontinuálního nárůstu počtu osob trpících psychickou poruchou (Dostupné z: <http://www.uzis.cz/>).

Psychiatrické nemocnice (do roku 2013 nazývané psychiatrické léčebny)

Do roku 2013 jsme se v České republice setkávali s pojmem psychiatrická léčebna, nyní je ale tento pojem nahrazen termínem psychiatrická nemocnice. Jak uváděl Marek Ženíšek, v rozhovoru ze dne 15. 3. 2013, který byl náměstkem ministra zdravotnictví, hlavním důvodem změny názvosloví z léčeben na nemocnice byl určitý krok k destigmatizaci. Termín léčebna totiž na většinu společnosti působil jako něco negativního (Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/denni-zpravy/z-domova/z-psychiatrickych-leceben-se-stanou-nemocnice-469485>). Od 1. 7. 2013 se tedy díky rozhodnutí vedení Ministerstva zdravotnictví přejmenovala většina psychiatrických léčeben na nemocnice. Záporům jsou zajisté velkokapacitní pokoje a dlouhé chodby, které jsou mínusem pro ošetřovatelkou péči (Hollý In Hosák, Hrdlička, Libiger, a kol. 2015).

Psychiatrická oddělení všeobecných nemocnic

Kromě lůžkových částí psychiatrických nemocnic existuje v České republice 30 psychiatrických oddělení v nemocnicích. Na těchto oddělení je ale nedostatek lůžek i personálu (vzhledem k psychiatrickým nemocnicím), a tudíž zde nelze zajistit péči pro rozsáhlejší skupiny duševně nemocných, například o gerontopsychiatrickou, protialkoholní atd. (Hollý In Hosák, Hrdlička, Libiger, a kol. 2015).

Komunitní služby

V České republice jsou vnímány jako součást komunitní péče stacionáře, krizová centra, chráněná bydlení a další služby, kterých je zde nedostatek (Hollý in Hosák, Hrdlička, Libiger, a kol., 2015).

Hospitalizace pacienta s duševním onemocněním

Pojem hospitalizace lze vymezit jako *“umístění pacienta v nemocnici“* (Hartl a Hartlová, 2009, s. 195).

Rozdělit hospitalizaci lze dle několika faktorů. Jedním je její doba trvání. Na základě tohoto hlediska rozlišujeme krátkodobou – trvající dny či týdny a dlouhodobou hospitalizaci – trvající měsíce či roky.

Dalším kritériem členění hospitalizace je dobrovolnost. Rozlišujeme dobrovolné a nedobrovolné hospitalizace.

V případě dobrovolné hospitalizace je prvotním krokem doporučení ošetřujícího lékaře, který navrhne pobyt v lůžkovém psychiatrickém zařízení. Po přijetí k hospitalizaci musí pacient podepsat souhlas s hospitalizací, ten pak může kdykoliv během hospitalizace zrušit, a to podepsáním tzv. reversu. Ten musí podepsat pacient, ošetřující lékař a například zdravotní sestra, která je podepisování přítomná. Revers je platný pouze, když ho podepíše osoba způsobilá k právním úkonům. Na základě podepsaného reversu je lékař povinen pacienta propustit, v případě, že to neudělá, jedná se o nedobrovolnou hospitalizaci a podle jejích pravidel postupuje (Raboch, Pavlovský a kol., 2012).

Nedobrovolnou hospitalizaci vymezuje zákon o zdravotních službách (§38, část čtvrtá, hlava I). V případě, kdy se jedná o nemoci, kdy lze uložit povinné léčení, je možno bez souhlasu pacienta provádět vyšetřovací a léčebné výkony, případně ho převzít do ústavní péče. Další případ, kdy je možné provádět zákroky bez souhlasu nemocného je, když osoba ohrožuje sebe nebo své okolí a jeví známky duševní choroby a jsou nutné úkony k zajištění zdraví nebo života. Nedobrovolnou hospitalizaci je pak nutno hlásit soudu (v jehož obvodu má zdravotnické zařízení sídlo), a to do 24 hodin. V praxi nedobrovolná hospitalizace vypadá tak, že ji doporučí ošetřující lékař, v případě, kdy je pacient nebezpečný sobě nebo okolí, ale pouze v rámci ochranného léčení. Toto léčení je ochranným opatřením pro osoby s duševní chorobou, které spáchaly trestný čin a v důsledku toho se dopustily protispolečenského chování (Raboch, Pavlovský, a kol., 2012).

Komunikace s člověkem s depresivní poruchou v průběhu léčby

Personál, který pracuje s takovýmto typem pacienta, by měl dbát na to, aby aktivity, které pacient vyvine, ocenil a dokázal ho pochválit. V případě, že depresivní člověk odmítne činnost dělat, respektovat jeho rozhodnutí, ale zároveň mu nabídnout jinou alternativu. Lidé v okolí depresivního pacienta by ho měli utvrzovat v tom, že jeho depresivní stav lze překonat s pomocí okolí a zároveň by měl dbát na preventivní opatření proti sebevraždě (Malá In Malá, Pavlovský, 2010).

Během hospitalizace pacienta, nejen s depresivní poruchou, jsou využívány metody, které jsou důležitým prostředkem, nejen při diagnostice.

Prvotní metodou, kterou je **pozorování**, se dá o pacientovi usoudit mnoho informací, a to jednak podle vzhledu či způsobu chování. Během hospitalizace by si personál měl všimnout toho,

zda se informace, které pacient sděluje například při vizitě a které nasvědčují tomu, že je v těžké depresi, shodují s tím, jak se chová během doby, kdy se domnívá, že není pozorován.

Další používanou metodou v průběhu hospitalizace je **pohovor**. Díky verbální komunikaci lze navázat důvěryhodný vztah, a to nejen mezi lékařem a pacientem, ale i mezi ostatním personálem

a pacientem. Pokud se pacient nachází v takovém stavu, kdy se stydí lékaři sdělit své pocity,

je důležité, aby měl během hospitalizace k němu takový vztah, aby mu důvěrné informace sděloval (Pavlovský In Malá, Pavlovský, 2010).

Psychiatrická péče v kontextu právních norem

Důležitým faktem je, že každý člověk, nehledě na to, zda má duševní poruchu či nikoliv, je svobodný a pokud mu to zákon neukládá, nemusí nic činit. Na základě toho lze říci, že má člověk plné právo si sám stanovit, jakým medicínským zákrokům a v jaké míře se podrobí. To, aby byla člověku nařízena opatření, a to jak léčebná tak diagnostická, určuje pouze zákon. Možnost rozhodování může u člověka narušit právě duševní porucha.

Co se týká například preventivních opatření, mezi které patří i převoz pacienta do psychiatrické nemocnice je nutné, aby bylo posouzeno, jak moc ovlivňuje duševní porucha u pacienta jeho duševní funkce, zejména nakolik omezuje jeho svobodnou vůli a jak je společensky nebezpečný (Raboch, Pavlovský, 2012)

V oblasti trestního práva jsou řešeny případy, kdy člověk s duševní poruchou spáchá trestný čin. V takovém případě odborníci posuzují, zda byl v té chvíli schopen posoudit to, že je nebezpečný pro své okolí a mohl to ovládat. Závěrem posudku může být, že byla osoba ve stavu přičetnosti, zmenšené přičetnosti nebo nepřičetnosti (Pavlovský In Malá, Pavlovský, 2010).

Právy duševně nemocných se zabývá především Deklarace lidských práv duševně nemocných, Deklarace lidských práv a duševního zdraví a Kodex práv pacientů (Raboch, Pavlovský, a kol., 2012).

Poučení nemocného

Podle zákona č. 372/2011 Sb. má nemocný právo nahlížet do veškeré zdravotnické dokumentace, která je o něm vedena. Pokud jsou v dokumentaci informace o třetí osobě, tyto informace se dozvědět nesmí. Dokumentaci o své osobě má nemocný právo okopírovat, ofotit či jinak opsat. Dále má nemocný právo stanovit osobu, která bude informována o jeho zdravotním stavu, popřípadě zakázat veškerým osobám podávání informací o jeho zdravotním stavu. V situaci, kdy dochází ke sdělení pacientovy diagnózy, měla by tato informace být podána adekvátním způsobem, který odpovídá stavu pacienta a který ho netraumatizuje.

Personál tudíž musí ke každému pacientovi přistupovat individuálně (Procházka, Pavlovský
In Raboch, Pavlovský, a kol., 2012).

5 Dopad deprese v kontextu speciálněpedagogické andragogiky

5.1 Speciálněpedagogická andragogika

Speciální pedagogika, jejímž objektem zájmu jsou osoby dospělého věku, tj. speciálněpedagogická andragogika, vznikla na základě společenské potřeby. Jelikož se současná společnost zaměřuje čím dál tím více na kvalitu života člověka, toto téma se nevyhne ani lidem se specifickými potřebami. Naopak pro tuto skupinu lidí je kvalita života o to diskutovanějším tématem (Krejčířová, Vymazalová, Hublar, 2011).

Ve společnosti nastávají změny, na které lidé musejí reagovat. Intaktní společnost na ně dokáže určitým způsobem reagovat, vyrovnávat se s nimi, či se jim přizpůsobovat. Nutné je si ale uvědomovat, že na tyto změny musejí reagovat i osoby sespecifickými potřebami. Reflektovat to musí samozřejmě i speciální pedagogika, zejména speciálněpedagogická andragogika (Krejčířová, 2013). Ludíková (2006) uvádí, že „*Do zorného pole speciální pedagogiky se tak dostává široká škála zcela nových jevů, mezi které se např. řadí fenomén integrace, fenomén celoživotního vzdělávání, uplatňování nových technologií včetně využívání moderních informačních technologií. Existující pojetí speciální pedagogiky tedy již neplně reflektuje současné podmínky, a tudíž nastala potřeba vytvoření soudobého uceleného systému a struktury moderního zaměření vědního oboru speciální pedagogika.*“ (Ludíková, 2006 In Krejčířová, Vymazalová, Hublar, 2011, s. 5).

K formování speciálněpedagogické andragogiky napomohl koncept komprehenzivní pedagogiky. Touto problematikou se zabýval Jan Jesenský, který zdůrazňoval, že existuje mnoho odlišného, ale zároveň i mnoho společného, co mají jedinci, kteří jsou odlišní – ať už vlastnostmi, schopnostmi a příznaky – s intaktní společností (Krejčířová, 2013).

Důležité v souvislosti s tímto oborem je zmínit celoživotní vzdělávání. Na tento trend se snaží speciálněpedagogická andragogika reagovat, a to formou záměrné a cílené edukace ve vzdělávacích institucích, edukace při poskytování sociálních služeb, pracovní činnosti, zájmové činnosti či neformálním učením v běžném životě (Müller In Müller, Vymazalová, Krejčířová, 2013).

V oblasti speciálněpedagogické andragogiky jsou používány edukační postupy, které jednak používá běžná andragogika a jednak jsou to postupy, které jsou modifikovány například pro osoby s těžkým mentálním či kombinovaným postižením (Müller In Müller, Vymazalová, Krejčířová, 2013).

V současné době patří tento obor k jednomu z nejvíce se rozvíjejících oborů speciální pedagogiky, který lze studovat ve formě bakalářského či magisterského studia (Langer, 2006 In Krejčířová, 2013).

5.2 Stigmatizace a sebestigmatizace u osob s depresivní poruchou

Stigma lze vnímat jako „*znamení méněcennosti, které vede k odmítání jedince okolím.*“ (Raboch, Pavlovský a kol., 2012, s. 437). To, jak je jedinec schopen vyrovnat se s postojem okolí, ovlivňuje nejen jeho samotného, ale i jeho postoj vůči ostatním. Společnosti se stigmatizovaný začne vyhýbat a preferuje kontakt s lidmi, ke kterým má společnost stejný postoj jako k němu samotnému. V kontextu duševních poruch se stigma může objevovat i v rodině nemocného, která poté existenci duševní poruchy popírá (Raboch, Pavlovský a kol., 2012).

Se stigmatizací se neseťkáváme pouze u afektivních poruch, ale u veškerých duševních onemocnění. V porovnání například se schizofrenií není stigmatizace u lidí s afektivními poruchami tak markantně značná (Ocisková, Praško, 2015).

Stigmatizace vzniká i na základě toho, že laická veřejnost bere afektivní poruchy nálady jako ty, které vznikají jako reakce na nějaký podnět. Logicky si tedy myslí, že pokud se odstraní příčina poruchy nálady, člověk tuto špatnou náladu může překonat (Ocisková, Praško, 2015). Stigmatizace je dána také nálepkováním, které vzniká na základě kategorizace jednání duševně nemocných (Uhlíková In Raboch, Pavlovský, a kol., 2012).

Depresivní znaky se mohou objevovat i u jiných onemocnění, než kterými jsou afektivní poruchy nálady. Během depresivní fáze není člověk motivován k žádné činnosti a nemá dostatek energie na to, aby se aktivně zapojoval do společnosti. Mohou tak vznikat různé

pomluvy a nepravdy, které se o depresivních lidech začnou šířit a ti se pak stávají terčem posměchu a pomluv (Alonso, 2009 In Ocisková, Praško, 2015).

V rámci České republiky jsou dostupné stránky, které se snaží společnost informovat o duševních nemocech takovou formou, aby ve společnosti nedocházelo ke stigmatizaci, nálepkování a dalším negativním a neodůvodněným jevům. Na těchto stránkách se nepodílí pouze odborníci, ale také peer pracovníci – lidé, kteří mají vlastní zkušenost s duševním onemocněním a svoje zkušenosti se snaží předávat ostatním (Dostupné z: <http://www.cmhcd.cz/stopstigma/uvod/>).

PRAKTICKÁ ČÁST

6 Metodologická východiska praktické části

Bakalářská práce je zaměřena na vliv hospitalizace na psychiatrické klinice u osob s diagnostikovanými depresemi. Dotazováni byli lidé s diagnostikovanými depresemi a lidé z jejich blízkého okolí, kteří mohou posoudit stav jak před tak po hospitalizaci na psychiatrické klinice.

6.1 Cíle a metody výzkumného šetření

Cílem výzkumného šetření je zjistit, jaký vliv má hospitalizace na psychiatrické klinice na osoby s diagnostikovanou depresí, kteří zde byli hospitalizováni, a na to, jaký názor na vliv hospitalizace na psychiatrické klinice mají lidé z jejich blízkého okolí.

Při zpracování praktické části bakalářské práce je použit kvalitativní výzkum, který společně s kvantitativním výzkumem patří mezi dvě hlavní výzkumné strategie. Existuje mnoho definic, které se snaží vystihnout podstatu kvalitativního výzkumu, a to díky mnoha pohledům na tento typ výzkumu (Chrástka, 2006).

„Kvalitativní výzkumníci používají zejména tyto tři typy dat: data z rozhovorů, data z pozorování a data z dokumentů. Pracují tedy se slovy a textem. Někteří autoři tento znak považují za hlavní rozlišující rys kvalitativního a kvantitativního.“ (Švaříček, Šed'ová, 2007, s. 15). Tato definice zjednodušuje definici Dismana (1998), který mimo jiné říká, že se jedná o *„nenumerné šetření, kdy pracujeme se slovy.“* (Disman 1998 In Švaříček, Šed'ová, 2007, s. 15). Kvalitativní výzkum má bezesporu jedna mnoho kladů a jednak mnoho záporů (Hendl, 2005).

Metoda získávání kvalitativních dat, která byla použita při zpracování praktické části bakalářské práce, je polostrukturované interview. Jedná se o nejrozšířenější metodu sběru dat při kvalitativní metodě. Při této metodě je vhodné se v průběhu interview recipienta doptávat na otázky, aby nedošlo k nesrozumitelnostem v pochopení kontextu. Tazatel si tedy ověřuje, zda správně pochopil význam odpovědí. K tomu, aby byly dané informace zaznamenány, jsou

používány různé pomůcky. Nedostatků, se kterými se lze během polostrukturovaného interview setkat není mnoho. Mezi nejzávažnější patří ten, že strukturu interview naruší doplňující otázky, které jsou potřebné pro pochopení. Další nedostatek, na který je poukazováno, je ten, že interview mohou ovlivňovat i vnější vlivy, jako jsou například extravagantní oblečení a extravagantní účes tazatele atd. (Miovský, 2006).

V pěti z celkových šesti případů probíhaly rozhovory osobní formou, tudíž je jako vedlejší metou použita metoda pozorování. Jeden rozhovor byl uskutečněn pomocí webkamery. Společně s rozhovorem patří pozorování k nejstarším metodám získávání informací (Miovský, 2006). V průběhu rozhovoru, kdy respondent odpovídá na otázky ze svého úhlu pohledu, si tazatel může určitý úhel pohledu vybudovat během pozorování. Pozorování je tedy použito v případech, kdy chceme zjistit, co se děje reálně (Hendl, 2005).

6.2 Charakteristika výzkumného souboru

Z důvodu zaměření této bakalářské práce na speciálněpedagogickou andragogiku, jež se specializuje na osoby dospělého věku, byl primárním kritériem pro výběr respondentů věk – zaměření je tedy na osoby dospělé, tj. od osmnácti let věku. Dalším, stejně důležitým, kritériem bylo, že má osoba diagnostikovanou depresi a byla již v minulosti hospitalizována na psychiatrické klinice. Region, ve kterém respondenti žijí, nebyl rozhodující. Jelikož je bakalářská práce zaměřena pouze na klienty, kteří byli hospitalizováni na psychiatrické klinice, nikoliv v psychiatrických nemocnicích a léčebnách, kterých je v České republice většina, zvolila jsem regiony dva – Plzeňský a Olomoucký. V praktické části je zvolena metoda rozhovoru, který může být jednak formou osobní a jednak formou distanční, tedy po telefonu. Jelikož v Olomouci studuji a v Plzni bydlím, osobní rozhovory, kterým jsem dávala přednost, se mi, jak z časových tak z osobních důvodů, prováděly nejsnáze. Z důvodu provádění kvalitativní metody, se jedná o menší počet respondentů rozhovoru. Celkem se jedná o rozhovory se šesti lidmi s diagnostikovanou depresí a třemi osobami z blízkého okolí těchto lidí.

Přehled respondentů

Tab. č. 1 – Přehled respondentů

Jméno	Věk	Osoba blízká	Diagnóza	Forma sběru dat
Monika	20 let	Vlastní matka	Středně těžká periodická depresivní fáze	Osobní setkání
Miroslav	28 let	Vlastní bratr	Středně těžká depresivní fáze	Osobní setkání
Tereza	48 let	Přítel	Středně těžká periodická depresivní fáze	Osobní setkání
Gabriela	25 let	Manžel	Lehká depresivní fáze	Osobní rozhovor
Žaneta	35 let	Manžel	Těžká depresivní fáze bez psychotických příznaků	Rozhovor přes webovou kameru
Jaroslav	32 let	Syn	Lehká periodická depresivní porucha	Osobní rozhovor

Jména respondentů jsou na základě ústního souhlasu ponechána, stejně tak jako jejich diagnózy, věk i sdělení toho, jakým způsobem výzkum probíhal. Veškerí respondenti s uveřejněním informací v tomto rozsahu souhlasili.

6.3 Průběh výzkumného šetření

V rámci šetření bylo osloveno celkem 10 respondentů a každý z nich byl požádán o rozhovor s osobou, která je jim blízká a mohla by odpovědět na otázky, které se týkají období před hospitalizací na psychiatrické klinice a po jejím ukončení. Tři respondenti na žádost o vyplnění otázek nereagovali a jeden respondent se během výzkumného šetření rozhodl pro jeho ukončení. Se zbylými šesti byly uskutečněny rozhovory, pozorování a anamnézy.

Respondenti byli osloveni na jednom internetovém portále a při souvislých praxích. Tato cesta oslovení se zdála být jako nejvhodnější. Otázky byly kladeny respondentům jednak při osobním setkání a jednak formou rozhovoru přes webovou kameru. Z důvodů jako jsou časová vytíženost či neochota osobního setkání ze strany respondenta, se rozhovor v jednom případě uskutečnil formou přes webovou kameru. Časový limit, během kterého bylo nutné otázky zodpovědět, nebyl určen. Před samotným uskutečněním rozhovorů byli respondenti

seznámeni se záměrem interview, byli požádáni, aby řekli základní informace o sobě, o své rodině a sociálním zázemí. Z těchto informací jsou sestaveny anamnézy. Anamnézy jsou dále sestaveny z informací, které byly vyřčeny při samotném interview, během doplňujících otázek a díky pozorování.

Osoby blízké byly vybrány na základě rozhodnutí osob s diagnostikovanými depresemi. Každá depresivní osoba si vybrala jednu blízkou osobu, která může její stav posoudit jak před nástupem k hospitalizaci na psychiatrickou kliniku, tak po absolvování hospitalizace. Pokud osoba blízká odmítla podstoupit interview, nebyla oslovena žádná další alternativa. I osobám blízkým byla nabídnuta možnost, že v případě, pokud by nechtěli odpovědět některou z otázek, nemusejí. Časový limit na interview nebyl stanoven ani v tomto případě.

6.4 Výzkumné otázky k interview

Otázky v praktické části jsou zaměřené na vliv hospitalizace na psychiatrické klinice u člověka s diagnostikovanou depresí. Jedno interview se skládá ze dvou částí. První část je z deseti otázek zaměřených na období před samotnou hospitalizací na psychiatrické klinice a z deseti otázek týkajících se období po hospitalizaci na psychiatrické klinice z pohledu člověka s diagnostikovanou depresí, který byl hospitalizován. Druhá část se skládá z deseti otázek týkajících se období před hospitalizací na psychiatrické klinice a z deseti otázek zaměřených na období po hospitalizaci na psychiatrické klinice, a to z pohledu člověka blízkého člověku, který má diagnostikovanou depresi.

Zadání otázek k rozhovoru je uvedeno v příloze č. I. Doslovné přepisy rozhovorů s respondenty jsou součástí příloh II. – VII.

7 Analýza výzkumného šetření

7.1 Případové studie účastníků výzkumu

Monika

Věk: 20 let

Diagnóza: Středně těžká periodická depresivní fáze

Bydliště: Plzeňský kraj

Hospitalizován/a na psychiatrické klinice: 1x, hospitalizace zhruba po jednom roce ambulantní léčby.

Osobní anamnéza: Nedokončené gymnázium, na dokončení maturity nyní pracuje dálkovou formou studia, jako malá byla klidné dítě, bezproblémové, a to až do ukončení základní školy, s nástupem na gymnázium a navázáním vztahu s přítelem začaly výchovné problémy.

Sociální anamnéza: Bydlí společně se svou matkou, vlastní sestrou, nevlastním otcem, nevlastním bratrem a matky matkou ve zrekonstruovaném domu na vesnici. Pokoj obývá společně se svojí mladší sestrou.

Rodinná anamnéza: Matka s otcem jsou rozvedeni. Matka si našla nového přítele, se kterým má Monika dobrý vztah. Dobré vztahy udržuje i se svou matkou, sestrou, bratrem i prarodiči, avšak o depresi u Moniky se nehovoří.

Miroslav

Věk: 28 let

Diagnóza: Středně těžká depresivní fáze

Bydliště: Plzeňský kraj

Hospitalizován/a na psychiatrické klinice: 1x, dobu od první ambulantní léčby do hospitalizace si nepamatuje.

Osobní anamnéza. V mateřské a základní škole byl spíše tišší žák, vystudoval výuční obor, kterému by se v budoucnu rád věnoval, vážný vztah zatím neměl, zájmů nemá příliš mnoho. Sám se ke své diagnóze staví spíše pasivně, užívá léky, ale přiznává se, že i přes zákaz alkoholu, ho konzumuje.

Sociální anamnéza: Bydlí sám v garsoniére nedaleko Plzně, před dvěma lety bydlel společně se svými rodiči, kteří jsou ale nemohoucí a potřebují pečovatelskou službu. V jeho okolí ví pouze bratr s manželkou a vedoucí ze stacionáře, kam Miroslav dochází, moc lidí neví, že má diagnostikovanou depresi a byl hospitalizovaný na psychiatrické klinice.

Rodinná anamnéza: Rodiče jsou závislí péči pečovatelské služby, moc se s nimi nestýká, o jeho depresi vůbec nevědí, protože se Miroslav bojí, že by to jejich stav pouze zhoršilo, se starším bratrem má podle něj normální vztah, občas se navštěvují, ale bratr zastává názor, že muž by měl být silný nejen fyzicky, ale i psychicky, a tak depresi nepřikládá žádný význam.

Tereza

Věk: 48 let

Diagnóza: Středně těžká periodická depresivní fáze

Bydliště: Olomoucký kraj

Hospitalizován/a na psychiatrické klinice: 1x, hospitalizována zhruba po půl roce ambulantní léčby.

Osobní anamnéza: Tereza se ke svému psychickému onemocnění staví sama velmi opovržlivým způsobem, nechápe, proč právě ona trpí depresemi. V práci chtěla podávat dobré výkony, jelikož je bezdětná, svoji energii věnuje spíše práci. Svému příteli nic neřekla, s rodiči se nestýká, takže o tom, že má diagnostikované deprese a kvůli nim byla

hospitalizovaná na psychiatrické klinice, ví pouze její přítel a kolega z práce. Nepřeje si, aby to, že má diagnostikované deprese, věděl někdo další.

Sociální anamnéza: Bydlí společně se svým dlouholetým přítelem, domov bere za svoje zázemí, kde nejvíce propadala depresi.

Rodinná anamnéza: S rodiči se nestýká, sourozence nemá, jediný, ke komu má bližší vztah je její přítel a kolega z práce, ale přesto jim nechtěla říct, že trpí depresemi a kolegovi z práce neřekla, že byla hospitalizována na psychiatrické klinice.

Gabriela

Věk: 25 let

Diagnóza: Lehká depresivní fáze

Bydliště: Olomoucký kraj

Hospitalizován/a na psychiatrické klinice: 1x, hospitalizována zhruba po roce navštěvování ambulantní léčby.

Osobní anamnéza: Rodiče na ni i na jeho bratra od malička kladli vysoké nároky, i přesto, že sami mají pouze vzdělání s maturitou. Přála by si dítě, ale tímto rozhodnutím si není jistá kvůli diagnostikované depresi.

Sociální anamnéza: Bydlí společně s přítelem.

Rodinná anamnéza: Rodiče o její duševní poruše nevědí, Gabriela se bojí jejich reakce, mezi rodiči a jí je napjatý a neosobní vztah. S bratrem, který je inženýr a rodiče mu dávají přednost před Gabrielou díky tomu, že vystudoval vysokou školu, má také neosobní vztah. S rodinou se stýká zřídka. Velice dobrý vztah má s rodiči svého manžela, kteří vědí o její diagnóze a hospitalizaci.

Žaneta

Věk: 35 let

Diagnóza: Těžká depresivní fáze bez psychotických příznaků

Bydliště: Plzeňský kraj

Hospitalizován/a na psychiatrické klinice: 2x, hospitalizována ihned po pokusu o sebevraždu, poté navštěvovala ambulantní léčbu a opětovně hospitalizována zhruba po pěti letech.

Osobní anamnéza: Ihned po porodu jí matka dala do pěstounské péče, základní vzdělání dokončila s výchovnými problémy, v 18 letech porodila své první dítě, tudíž nedokončila střední odborné učiliště. Toto první dítě si ponechala ve vlastní péči, ostatní děti, které měla, dala do pěstounské péče.

Sociální anamnéza: Bydlí společně se svým manželem a jedním dítětem, ostatní děti jsou v pěstounských rodinách.

Rodinná anamnéza: Se svými biologickými rodiči ani sourozenci se nikdy nesešla, se svými náhradními rodiči má blízký vztah. Stará se o jedno své dítě, ostatní jsou v pěstounské péči, odebrání dětí do pěstounské péče odůvodňuje svojí nemocí.

Jaroslav

Věk: 32 let

Diagnóza: Lehká periodická depresivní porucha

Bydliště: Plzeňský kraj

Hospitalizován/a na psychiatrické klinice: 1x, dobu od první návštěvy odborníka k hospitalizaci si nepamatuje.

Osobní anamnéza: Základní a střední vzdělání bez problémů dokončeno s vyznamenáním, vysokoškolské studium - seznámení s budoucí manželkou a došlo ke zhoršení školního prospěchu, vysoká škola nedokončena kvůli narození dítěte. Ze začátku se s depresí vyrovnával pomocí vlastních sil, ale obviňuje za svůj psychický stav svoji bývalou manželku.

Sociální anamnéza: Žije se synem v centru města, rodiče bydlí ve vedlejší ulici.

Rodinná anamnéza: Bez sourozenců, rodiče středoškolsky zdělaní, ještě pracující, dobré vztahy s rodiči, s bývalou manželskou vztahy napjaté jak ze strany Jaroslava, tak ze strany syna, vztah se synem přiměřený synovu věku.

7.2 Souhrn a interpretace výzkumného šetření u osob s diagnostikovanou depresí

- **Otázka sebevražedných myšlenek**

U tří respondentů se sebevražedné myšlenky objevovaly před nástupem na psychiatrickou kliniku, ale po hospitalizaci se sebevražedné myšlenky neobjevují ani u jednoho z nich.

U zbývajících tří respondentů se sebevražedné myšlenky neobjevovaly ani před hospitalizací na psychiatrické klinice a nyní se také neobjevují.

- **Otázka depresivních myšlenek v návaznosti na budoucnost**

Před nástupem k hospitalizaci na psychiatrickou kliniku se jedna respondentka nad budoucností vůbec nezamýšlela, po hospitalizaci budoucnost vidí spíše pozitivně, depresivní myšlenky se u ní objevují spíše zřídka, avšak nedává jim takovou váhu, jako jim dávala v době před hospitalizací. Další tři lidé s diagnostikovanou depresí budoucnost viděli před hospitalizací spíše pesimisticky a depresivně, jedna respondentka měla dokonce tak depresivní myšlenky, že se pokusila o sebevraždu. Po hospitalizaci se u dvou respondentů vyskytují občas depresivní myšlenky, ale ne v tak markantním množství jako před hospitalizací, u jedné se depresivní myšlenky objevovaly ještě v průběhu období,

kdy začala brát antidepresiva, ale přiznává, že s působením antidepresiv jí depresivní myšlenky téměř vymizely. Jeden respondent mel většinu vyhlídek do budoucnosti před hospitalizací negativních a pozitivně viděl pouze zaměstnání, po hospitalizaci vidí svoji budoucnost spíše pozitivně a depresivním myšlenkám nepřikládá takovou váhu jako před hospitalizací na psychiatrické klinice. Další respondent uvedl, že před nástupem k hospitalizaci viděl čistě depresivně své vyhlídky do budoucna zaměřené na zaměstnání, k ostatním otázkám se někdy stavěl spíše negativně a někdy pozitivně. Po hospitalizaci se u něj tento stav nezměnil a občas se u něj depresivní myšlenky vyskytnou, k otázkám týkající se jeho zaměstnání už však nemá tak negativní postoj.

- **Otázka sníženého sexuálního libida**

Dva respondenti uvedli, že před nástupem na psychiatrickou kliniku měli sexuální libido snížené a po hospitalizaci se jejich libido ustálilo a nepozorují žádné výkyvy. V jednom případě se jednalo o snížené sexuální libido, a to jak před tak po hospitalizaci na psychiatrické klinice, u dalšího respondenta bylo zvýšené sexuální libido před nástupem a po nástupu se díky novému partnerovi ustálilo. Dva respondenti nepozorovali, zda jejich libido bylo snížené či zvýšené, jelikož v té době neměli partnerku.

- **Otázka nespavosti**

Dva respondenti se shodli na tom, že před nástupem k hospitalizaci na psychiatrickou kliniku trpěli nespavostí a často se probouzeli. Jeden uvádí, že nespavostí trpí nadále i po absolvování hospitalizace, ale zlepšení vidí v situaci, kdy se mu už nezdají sny, kvůli kterým se probouzel. Druhý respondent nespavostí po hospitalizaci netrpí, a to díky práškům na spaní. Dvě další respondentky uvedly, že měly před nástupem k hospitalizaci opačný problém - spaly většinu dne i noci. Po hospitalizaci na psychiatrické klinice se oběma spánek zlepšil – nespavostí netrpí a během dne neusínají. Další odpověď na otázku spánku před hospitalizací byla ta, kdy člověk s depresí nemohl spát více než tři hodiny v kuse a jeho spánek byl nekvalitní, po hospitalizaci již nespavostí netrpí. Poslední reakce, se kterou jsem se setkala při této odpovědi, byla, kdy před nástupem na hospitalizaci respondent nespavostí trpěl pouze občas, po hospitalizaci se problémy se spánkem již neobjevují.

Celkově čtyři respondenti odpověděli, že po hospitalizaci na psychiatrické klinice užívají prášky na spaní.

- **Otázka týkající se nechutenství a přejídání**

Oblast týkající se nechutenství či naopak přejídání respondentů byla zodpovádána velice různorodě. První respondent odpověděl, že před hospitalizací skoro nejedl, neobjevily se u něj problémy s užíváním alkoholických nápojů. Po hospitalizaci se jeho stravovací návyky zlepšily, uvádí, že právě díky samotné hospitalizaci, kde byl pravidelný stravovací režim. Další respondent před nástupem k hospitalizaci také nejedl, ale začal kouřit. Po hospitalizaci se stravovací návyky zlepšily, v otázce, zda pokračuje s kouřením, neodpověděl. Třetí respondent před nástupem k hospitalizaci trpěl nedostatečným příjmem potravy, avšak po absolvování hospitalizace jí standardně. Další dva respondenti před nástupem k hospitalizaci téměř nejedli, po hospitalizaci se stravují normálně. Poslední respondent měl před nástupem na psychiatrickou kliniku tendence k přejídání, které přetrvávají i po absolvování hospitalizace, navíc se přidaly problémy s nadměrným požíváním alkoholických nápojů.

Lze tedy konstatovat, že pět respondentů před nástupem na hospitalizaci mělo problém se stravováním ve smyslu nedostatečného příjmu potravy a u jednoho respondenta byl problém opačný – měl tendence k přejídání.

- **Otázka přínosu hospitalizace na psychiatrické klinice**

Dva respondenti největší přínos hospitalizace spatřují v přítomnosti ostatních pacientů, kteří zde byli také hospitalizováni. Ti je nezavrhovali, neměli vůči nim žádné předsudky a neříkali, aby se vzchopili apod. – jeden z nich dále dodává, že přínos spatřuje také ve využívání autogenního tréninku, který byl pro něj přínosem nejenom v průběhu hospitalizace, ale také v současnosti.

Dva respondenti nespátřují v hospitalizaci na psychiatrické klinice žádný přínos a hospitalizaci vnímají jako zbytečnou. Jeden z respondentů se k této otázce nechtěl vyjadřovat. Jedna respondentka vnímá hospitalizaci jako přínosnou z důvodu toho, že hospitalizováni společně s ní byli pacienti, kteří na tom byli hůře než ona sama, což jí pomohlo.

- **Otázka výběru hospitalizace nebo ambulantní formy pomoci**

V otázce, zda by osoba s diagnostikovanou depresí podstoupila znovu hospitalizaci nebo se rozhodla pro ambulantní formu pomoci, odpověděli dva respondenti, pro které nebyla hospitalizace přínosem v žádném směru, že by raději volili formu ambulantní pomoci. V jednom případě respondentka uvedla, že by hospitalizaci volila, ale takový názor má s odstupem času, jelikož v době hospitalizace pro ni bylo toto období těžké. Mezi další odpověď patřilo i to, že by hospitalizaci respondentka volila pouze z důvodu, že zůstat v domácím prostředí pro ni nebylo možné. Ostatní dva respondenti odpověděli, že by jednoznačně volili formu hospitalizace.

7.3 Souhrn a interpretace výzkumného šetření u osob blízkých lidem s diagnostikovanou depresí

- **Změny v psychickém stavu člověka s diagnostikovanou depresí**

Ve dvou případech respondentky podle slov jejich blízkých před nástupem na psychiatrickou kliniku nechtěly dělat žádné činnosti, neměly chuť do jakýchkoliv aktivit, po hospitalizaci ani jeden z blízkých neuvádí, že za zlepšení psychického stavu může přímo hospitalizace, ale v jednom z těchto případů přímo uvádí, že zlepšení připisuje lékům, které od doby hospitalizace jedna respondentka užívá. V druhém případě je přínos hospitalizace spatřován v tom, že se respondentka nestrání okolí.

V jednom případě blízká osoba před nástupem na psychiatrickou kliniku u člověka s depresí nepozorovala žádné změny, ale po hospitalizaci uznává, že hospitalizaci její blízký potřeboval a byla pro něj přínosem.

- **Otázka somatického stavu**

Před nástupem k hospitalizaci na psychiatrickou kliniku se u jedné respondentky objevovala častá bolest hlavy, po hospitalizaci však tyto problémy přestaly. U dalších dvou respondentů si jejich blízcí nevšimli žádných somatických problémů, které by přetrvávaly delší dobu

nebo se opakovaly – v jednom z uvedených případů bratr muže s depresí přiznává, že se u jeho bratra občas vyskytovaly bolesti hlavy. Ani v jednom z těch dvou případů nepřisuzovali zdravotním problémům velký význam a nespojovali je s depresemi.

- **Otázka výběru odborné pomoci depresivního člověka**

Ve všech třech případech blízcí vypovídali, že nebyli depresivní osobou požádáni o pomoc, i přesto, že ji pomoc nabízeli.

Ve dvou případech si přítel a bratr respondentů myslí, že hospitalizaci na psychiatrické klinice by určitě jejich blízcí s depresí podstoupili. V případě třetím se blízká osoba domnívá, že by hospitalizaci blízká osoba podstoupila jen v případě, že by o její hospitalizaci nikdo nevěděl.

- **Otázka deprese v kontextu času**

Ve dvou případech blízké osoby přiznaly, že blízcí s depresemi užívají psychofarmaka, kterým přičítají zlepšení jejich nálady.

Nikdo z blízkých si nevšiml, že by nálada u depresivních osob ráno byla horší a během dne se zlepšovala. Dle všech tří respondentů byla nálada jejich blízkých před nástupem k hospitalizaci na psychiatrickou kliniku spíše kontinuálně ponurá. Nyní se jejich stavy zlepšují.

- **Aktivita depresivního člověka**

Co se týká stavu před absolvováním hospitalizace na psychiatrické klinice, všichni lidé blízcí osobám s depresí se shodli na tom, že depresivní lidé neměli zájem o většinu aktivit, byli nesoustředění, nic je nenaplňovalo. Stav depresivních jedinců po hospitalizaci na psychiatrické klinice hodnotí jeden respondent jako lepší z důvodu motivace k dokončení školy, druhý spatřuje svého blízkého více aktivního z důvodu pravidelného docházení do stacionáře, který navštěvuje a třetí respondent uznává, že k tomu, aby mohl určit, zda se aktivita u jeho přítelkyně zvedla či nikoliv, je zapotřebí čas. Přiznává, že je na místě ale snaha o vyvíjení aktivit v otázce zaměstnání.

- **Otázka emočního nastavení člověka s depresí**

Všichni blízcí osobám s diagnostikovanými depresemi se shodli na tom, že tito lidé nedávali před nástupem k hospitalizaci na psychiatrické klinice najevo své pocity. Byli uzavření a nesdílní. Po absolvování hospitalizace ve dvou případech blízké osoby uvádějí, že depresivní lidé jsou motivováni ke svému budoucímu životu, v jednom dalším případě si u svého blízkého s depresemi motivací jeho blízký jist není.

- **Otázka vystupování člověka s depresí na veřejnosti**

Všichni blízcí lidé osob s diagnostikovanými depresemi se shodli na tom, že lidé s depresemi před nástupem k hospitalizaci nevyhledávali společnost. Další fakt, na kterém se blízcí shodli, je ten, že i po absolvování hospitalizace raději volí depresivní lidé jednak samotu a jednak společnost malého okruhu lidí, ať už rodiny nebo přátel.

- **Otázka sebehodnocení a náhledu na okolí**

Ve všech třech případech mají osoby blízké osobám s diagnostikovanou depresí názor, že před nástupem k hospitalizaci jejich blízcí trpěli sebehodnocováním a nevěřili si. Všichni se domnívají, že tento fakt se po hospitalizaci změnil a depresivní lidé mají reálné hodnocení nejen na sebe, ale i své okolí. Zbylí tři respondenti podle názoru jejich blízkých podhodnocováním před nástupem k hospitalizaci netrpěli a netrpí ji ani nyní.

7.4 Etické aspekty a limity výzkumu

Data uváděná v této práci byla získána jednak formou osobní schůzky a jednak formou rozhovoru distanční formou. S jedním z celkových šesti respondentů s diagnostikovanými depresemi byl rozhovor uskutečněn pomocí webkamery. Dále jsou data získána od osob blízkých osobám s diagnostikovanými depresemi, rozhovory se uskutečnily se třemi z nich.

Rozhovory týkající se období před hospitalizací na psychiatrické klinice byly prováděny retrospektivně. Respondenti tedy museli na otázky odpovídat v době, kdy již absolvovali hospitalizaci na psychiatrické klinice. Všichni respondenti, jak lidé s diagnostikovanou depresí, tak jejich blízcí, měli možnost na jakoukoliv z otázek neodpovídat, nikdo tuto možnost nevyužil.

Během výběru vhodných respondentů z hlediska hospitalizace pouze na psychiatrické klinice, bylo obtížné nalézt vyhovující respondenty, jelikož většina oslovených nevěděla, zda byla hospitalizována v psychiatrické nemocnici či na psychiatrickém oddělení všeobecné nemocnice. Při dotazování, kde přesně hospitalizováni byli, měli zobecněné informace a odpovídali na „psychiatrii“.

Jelikož k vyplnění otázek přistoupili pouze 3 z oslovených 6 lidí blízkých člověku s diagnostikovanou depresí, není analýza těchto informací zcela relevantní. Přestože je toto číslo velice nízké, jsou rozhovory s těmito lidmi zařazeny do bakalářské práce z několika důvodů. Vždy je dobré nahlížet na věc ze všech možných úhlů pohledu a mít tak komplexnější a ucelenější pohled, a tak je to samozřejmě i s tímto tématem.

U většiny oslovených respondentů došlo ke dvěma reakcím. První byla ta, kdy nebyli ochotni říct osobě, která je s nimi v blízkém kontaktu, zda by zodpověděla otázky pro tuto bakalářskou práci a ihned sami zavrhlí jejich oslovení. Tento fakt svědčí o tom, že se sama osoba s diagnostikovanou depresí obává, jak by osoba jí blízká reagovala. Lidé se mnohdy bojí konfrontace s okolím, které by je mohlo zavrhnout a změnit na ně pohled. Jedním z dalších důvodů neoslovení blízkých lidí je ten, že nikdo z jejich okolí není seznámen s diagnózou. Druhá reakce je, kdy interview nechtěli podstoupit samotní lidé blízcí člověku s diagnostikovanou depresí. Důvody, kvůli kterým nechtěli rozhovor podstoupit, jsou vyvozeny z reakce, která nastala, když byli požádáni o interview. V tomto případě mezi důvody patří i to, že téma jako je psychické onemocnění je pro mnohé velice osobní a nechtějí

takovéto témata probírat s jinou, jim neznámou osobou, i přesto, že by informace, které by sdělili, byly použity anonymně a pro účely čistě studijní. Důvodů, kvůli kterým by oslovení lidé nechtěli podstoupit interview, existuje jistě více. Ty však nejsou zmíněny z důvodu neseškání se s nimi.

Otázka, u které se lidé s diagnostikovanou depresí nejvíce zamýšleli, byla beze sporu otázka č. 5 ve druhé části, kde jsou lidé dotazováni na to, zda během hospitalizace načerpali názory či postoje, které berou jako přínos pro jejich budoucí život. Při dotazování se většina respondentů na okamžik odmlčela, přemýšlela a poté odpověděla. Na straně osob blízkých nebyla zaznamenána žádná otázka, při které by bylo potřeba více času na přemýšlení nebo jakýkoliv problém při zodpovídání.

Během výzkumného šetření byla jak ze strany osob s diagnostikovanou depresí, tak jejich blízkých díky pozorování znatelná nedůvěra a nepřístupnost. Téma týkající se duševní nemoci a následné hospitalizace bylo pro veškeré tázané osobní.

8 Vyhodnocení výzkumu

Cílem výzkumu bylo zaznamenat, jak ovlivňuje hospitalizace na psychiatrické klinice člověka s diagnostikovanou depresí a jaký pohled na hospitalizaci má nejen člověk s diagnostikovanou depresí, ale i člověk, který je mu blízký.

K tomu, aby bylo možné zhodnotit vliv, který hospitalizace má, jsou otázky rozděleny do dvou časových etap – do období před nástupem na psychiatrickou kliniku a do období po absolvování hospitalizace.

Otázky u osob s diagnostikovanou depresí byly shrnuty do okruhů týkajících se sebevražedných myšlenek, depresivních myšlenek v návaznosti na budoucnost, otázek sexuálního libida, nespavosti, nechutenství a přejídání, přínosu hospitalizace na psychiatrické klinice a volby výběru odborné pomoci. U osob blízkých osobám s diagnostikovanými depresemi byla sledována oblast změny v psychickém stavu člověka s diagnostikovanou depresí, oblast somatických změn, výběru pomoci depresivního člověka, dále deprese v kontextu času, aktivita u člověka depresí, otázka emočního nastavení, otázka vystupování člověka s depresí na veřejnosti a oblast sebehodnocení a náhledu na okolí.

Z výzkumu je patrné, že hospitalizace na psychiatrické klinice je pro člověka, který tam byl hospitalizován, důležitým a určujícím faktorem, který ovlivní jeho budoucí život. V současné společnosti se lidé obávají reakce a případné stigmatizace od okolí, proto mnohdy svoji diagnózu sdělí jen omezenému okruhu lidí. U dvou respondentek došlo k ovlivnění vztahu k jejím potokům. V prvním paní Žaneta dala své děti do pěstounské péče, jelikož se kvůli depresi a častým hospitalizacím o své děti nemohla kvalitně starat a ve druhém případě si respondentka po zjištění své diagnózy nebyla zcela jista, zda chce potomka.

Z výzkumu vyplynulo, že u lidí, kteří byli hospitalizováni na psychiatrické klinice, hospitalizace jako taková nepřispěla ke zlepšení psychického stavu, ale pro jejich budoucí život je ovlivnilo spíše to, že byli hospitalizováni s lidmi, kteří vůči nim neměli žádné předsudky a mnohdy měli stejné problémy jako oni sami. Na základě tohoto faktu lze odvodit, že rozšíření a zkvalitnění komunitní péče o osoby s duševním onemocněním, která v České republice není dostatečně rozvinuta, by pro tyto osoby bylo přínosem. Další fakt, který tento výzkum přinesl je, že respondenti nepřičítají zlepšení spánku hospitalizaci, i přesto, že během hospitalizace je pevně stanovený denní a noční režim. Ve všech případech tázaní přičítají

změnu psychofarmakům, které jim byly předepsány. Pouze jeden respondent se zmínil o pozitivním účinku psychoterapie, kterou začal podstupovat právě díky hospitalizaci na psychiatrické klinice.

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo zmapovat, jak hospitalizace na psychiatrické klinice ovlivňuje stav u klienta s diagnostikovanou depresí. Toto téma bylo zmapováno jednak z pohledu samotné osoby s diagnostikovanou depresí a jednak osobou jí blízkou, která je schopna posoudit stav depresivního člověka v období před a po hospitalizaci na psychiatrické klinice. Vedle otázek v polostrukturovaném interview jsou použity případové studie účastníků výzkumu.

Co se týká faktu, který lze vyvodit na základě odpovědí jak lidí s diagnostikovanou depresí, tak osob jim blízkých, je, že ani jedna skupina těchto respondentů nepřikládá žádný význam somatickým problémům, které mohou predikovat nebo doprovázet deprese.

Další fakt, který výzkum ukázal na základě odpovědí lidí s diagnostikovanou depresí je, že v období před hospitalizací měli tito lidé potíže s konzumací potravy – pět respondentů snížilo příjem potravy na minimum, jeden trpěl opačným problémem. Tři z nich dále uvádí, že za to, že v současnosti jí standardně, nepřejídají se ani nehladoví, vděčí hospitalizaci, kde je pravidelný stravovací plán.

Ve třech případech, kdy respondenti trpěli před nástupem na psychiatrickou kliniku nespavostí, a po absolvování hospitalizace se tento problém odstranil, přičítají ve všech případech zásluhu práškům, které jim odborník předepsal. Pouze jeden respondent se zmínil o psychoterapii, kterou podstupoval během hospitalizace a dále ji podstupuje. Další tři dotazovaní tázání nespavostí netrpěli ani před ani po hospitalizaci na psychiatrické klinice.

Fakt, na kterém se lidé s diagnostikovanou depresí shodli, je ten, že pokud by znovu byli hospitalizováni, nechtěli by, aby o jejich hospitalizaci věděl někdo z okolí. I přesto, že se v současnosti společnost snaží bojovat proti stigmatizaci duševních poruch, ať už změnou názvu z psychiatrických léčeben na psychiatrické nemocnice nebo prostřednictvím internetových stránek, se lidí bojí reakce okolí a případné stigmatizace.

Hospitalizace na psychiatrické klinice ovlivňuje pacienta zřejmě zásadním způsobem. Nejen, že se pro hospitalizaci ve většině případů depresivní člověk musí rozhodnout sám, což je pro někoho bez motivace a energie do života obtížné, ale fakt, že se tito lidé pro hospitalizaci rozhodnou, ovlivňuje i postoj jejich okolí.

Jsem si vědoma toho, že informace, které jsem získala při zpracování praktické části, nejsou zcela relevantní. Není bráno v úvahu působení antidepresiv a jejich účinky, které ovlivňují jedince.

Lze jen doufat, že například reforma psychiatrické péče bude přínosem nejen pro osoby s duševním onemocněním, ale i pro jejich rodiny a blízké.

BIBLIOGRAFIE

AYERS, Susan a Richard DE VISSER. 2015. *Psychologie v medicíně*. Přeložil Helena HARTLOVÁ. Praha: Grada Publishing, Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5230-3.

BOUČEK, Jaroslav. 2003. *Obecná psychiatrie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-0240-8.

BOUČEK, Jaroslav a Vladimír PIDRMAN. 2005. *Psychofarmaka v medicíně*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1136-2.

CANTOPHER, Tim. c2012. *Depresivní onemocnění: prokletí silných*. Olomouc: ANAG, ISBN 978-80-7263-768-3.

DISMAN, Miroslav. 2000. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum. 375 s. ISBN 80-246- 0139-7.

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2., přepracované vydání. Praha: GradaPublishing, Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4826-9.

EDITOŘI CYRIL HÖSCHL, Jan LIBIGER a Jaromír ŠVESTKA. *Psychiatrie*. 2., dopl. a opr. vyd. Praha: Tigis, 2004. ISBN 8090013074.

HANUŠ, Herbert. 1999. *Speciální psychiatrie*. Praha: Karolinum, ISBN 8071848735.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2009. ISBN 9788073675691.

HENDL, Jan. 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-040-2.

HENDL, Jan a Jiří REMR. 2017. *Metody výzkumu a evaluace*. Praha: Portál, ISBN 978-80-262-1192-1.

HOLLÝ, Martin a Marie TĚTHALOVÁ. 2016. *O duši a sexu: rozhovor s Marií Těthalovou*. Praha: Portál, ISBN 978-80-262-1004-7.

HOSCHL, Cyril, Jan LIBIGER a Jaromír ŠVESTKA. 2002. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Tigris, 895 s. ISBN 80-900130-1-5.

CHRÁSKA, Miroslav. 2006. *Úvod do výzkumu v pedagogice*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, ISBN 80-244-1367-1.

JURÍČKOVÁ, Lubica, Kateřina IVANOVÁ a Jaroslav FILKA. 2014. *Opatrovnictví osob s duševní poruchou*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-4786-6.

KOUTEK, Jiří a Jana KOCOURKOVÁ. 2007. *Sebevražedné chování*. Vyd. 2. Praha: Portál, ISBN 9788073673499.

KREJČÍŘOVÁ, Olga. 2013. *Speciálněpedagogická andragogika - teorie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, ISBN 9788024436906.

KREJČÍŘOVÁ, Olga, VYMAZALOVÁ, Eliška, HUBLAR, Jaroslav. 2011. *Teorie a praxe speciálně pedagogické andragogiky*. Olomouc: Univerzita Palackého, ISBN 978-80-244-2880-2.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. 2013. *Jak zvládat depresi*. 3., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Grada, Psychologie pro každého. ISBN 978-80-247-4774-3.

LÖFFLER, Constanze, Beate WAGNER a Manfred WOLFERSDORF. 2014. *Muži nepláčou?: deprese u mužů - jak ji rozpoznat a léčit*. Praha: Portál, Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-262-0590-6.

MALÁ, Eva a Pavel PAVLOVSKÝ. 2010. *Psychiatrie: [učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese]*. Vyd. 2. Praha: Portál, ISBN 9788073677237.

MIOVSKÝ, Michal. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.

MEZINÁRODNÍ STATISTICKÁ KLASIFIKACE NEMOCÍ A PŘIDRUŽENÝCH ZDRAVOTNÍCH PROBLÉMŮ: 2008. *MKN-10 : desátá revize: aktualizovaná druhá verze*

k 1. 1. 2009. 2., aktualit. Vyd. Praha: Bomton Agency, ISBN 978-80-904259-0-3.

MORSCHITZKY, Hans a Sigrid SATOR. 2014. *Deset tváří úzkosti: svépomocný program v sedmi krocích*. Praha: Portál, Spektrum (Portál). ISBN 978-80-262-0688-0.

OBEREIGNERŮ, Radko, David ČÁP a Veronika KRAUSOVÁ. 2016. *Vybrané ukazatele sociální zralosti osobnosti v projektivních psychodiagnostických metodách*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, ISBN 978-80-244-4844-2.

OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO. 2015. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: GradaPublishing, Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5199-3.

PIDRMAN, Vladimír. 2010. *Poruchy nálady u seniorů: příručka pro pacienty a jejich rodiny*. Praha: Maxdorf, ISBN 978-80-7345-209-4.

PLZÁK, Miroslav a Karel SOUČEK. 1969. *Smutek všedního dne a smutek jako nemoc*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství. ISBN: 08-044-69.

PRAŠKO, Ján, Barbora BULIKOVÁ a Zuzana SIGMUNDOVÁ. 2010. *Depresivní porucha a jak ji překonat*. Praha: Galén, ISBN 978-80-7262-656-4.

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

PRAŠKO, Ján a Hana PRAŠKOVÁ. 2015. *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději*. Vyd. 3. Praha: Portál. Rádcí pro zdraví. ISBN 978-80-262-0859-4.

PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ. 2014. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál, ISBN 978-80-262-0731-3.

RABOCH, Jiří, PAVLOVSKÝ, Pavel. a kol. 2012. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum. 466 s. ISBN: 978-80-246-1985-9.

RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ. 2012. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum, ISBN 9788024619859.

SMOLÍK, Petr. 1997. *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací : nástinnozologie : diagnostika*. 2. rev. vyd. Praha: Maxdorf, ISBN 80-85912-18-x.

ŠTECHOVÁ, Kateřina. 2014. *Deprese u diabetiků*. Praha: Maxdorf, ISBN 978-80-7345-395-4.

ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ, 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.

VACEK, Jaroslav, 1996. *O nemocech duše: kapitoly z psychiatrie*. Praha: Mladá fronta, ISBN 80-204-0535-6.

Legislativa

Zákon č. 372/2011 sb., Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů.

Internetové zdroje

CENTRUM PRO ROZVOJ PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ [online], 2017, [cit. 8. 4. 2018]. *Stopstigma*. Dostupné z: <http://www.cmhcd.cz/stopstigma/uvod/>.

CENTRUM PRO ROZVOJ PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ [online], 2017, [cit. 8. 4. 2018]. *Projektový blog Strategické projektové kanceláře MZ*. Dostupné z: www.reformapsychiatrie.cz.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ, *Malý průvodce reformou psychiatrické péče* [online]. Duben 2017, [cit. 6. 4. 2018] Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2017/04/MZ_psychiatrie_pruvodce_final.pdf.

REFORMA PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ [online], 2017, [cit. 3. 4. 2018]. *Projektový blog Strategické projektové kanceláře MZ*. Dostupné z: www.reformapsychiatrie.cz.

ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNA[online], 2013, [cit. 3. 4. 2018]. *Z psychiatrických léčeben se stanou nemocnice*. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/denni-zpravy/z-domova/z-psychiatrickych-leceben-se-stanou-nemocnice-469485>.

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR *Psychiatrická péče* [online], 2016, [cit. 8. 4. 2018], Dostupné z: www.uzis.cz

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. I. Otázky k rozhovoru

Příloha č. II. Přepis rozhovoru s Monikou

Příloha č. III. Přepis rozhovoru s Miroslavem

Příloha č. IV. Přepis rozhovoru s Terezou

Příloha č. V. Přepis rozhovoru s Gabriela

Příloha č. VI. Přepis rozhovoru se Žanetou

Příloha č. VII. Přepis rozhovoru s Jaroslavem

Příloha č. I. Otázky k rozhovoru

Otázky pokládané klientovi s diagnostikovanou depresí

První část- otázky týkající se období před nástupem k hospitalizaci na psychiatrii

1. Objevovaly se u Vás sebevražedné myšlenky?
2. Viděl/a jste svoji budoucnost spíše pozitivně nebo negativně? (Ať už se týká například partnerského vztahu, zaměstnáním, studia, apod.)
3. Poznal někdo ve vašem bezprostředním okolí, že váš psychický stav není v pořádku?
4. Byl/a jste před nástupem na psychiatrii hodně plačtivá/ý?
5. Měl/a jste dostatek energie na to, abyste vykonával/a činnosti, které jste vykonával/a standardně?
6. Pozoroval/a jste, že máte snížené libido?
7. Trpěl/a jste nespavostí?
8. Zažíval/a jste někdy pocity nechutenství nebo naopak měl/a jste tendence k přejídání?
9. Byl/a jste rád/a ve společnosti druhých lidí?
10. Zaregistroval/a jste u sebe zpomalení kognitivních funkcí, tj. paměť, pozornost, koncentrace?

Druhá část- otázky zaměřené na období po hospitalizaci na psychiatrické klinice

1. Pozoroval/a jste na sobě zvýšení sexuálního libida, pokud jste ho před nástupem k hospitalizaci na psychiatrické klinice, měla snížené?
2. Pozorujete na sobě, že se dokážete radovat i z maličkostí, nebo své emoce příliš neprožíváte?
3. Myslíte si, že dokážete racionálně a přiměřeně zhodnotit své výkony?
4. Objevují se u Vás sebevražedné myšlenky?
5. Existují činnosti, postoje či názory, které jste načerpal/a během hospitalizace na psychiatrické klinice, a které berete jako přínos pro Váš budoucí život?
6. Pokud byste se mohl/a zpětně rozhodnout, zda podstoupíte hospitalizaci, podstoupil/a byste ji, nebo byste volil/a raději ambulantní formu pomoci?
7. Pozoroval/a jste na sobě, že se u vás již neobjevují depresivní myšlenky?
8. Máte nyní zájem o aktivity, které jste dříve nedělal/a kvůli depresi (sport, zábava

s přáteli, apod.)?

9. Trpíte nespavostí?

10. Objevuje se u Vás nechutenství nebo naopak přejídání?

Otázky pokládané člověku blízkému s diagnostikovanou depresí

První část – Otázky týkající se období před hospitalizací na psychiatrické klinice

1. Poznal/a jste na svém blízkém, že se u něj zhoršil psychický stav?

2. Svěřila se Vám osoba s diagnostikovanou depresí, že se necítí dobře, a to jak po stránce psychické nebo fyzické?

3. Požádala Vás osoba s depresí o pomoc nebo jste ji sám/sama nabídl/a pomoc?

4. Zpozoroval/a jste, že nálada depresivního člověka byla ráno horší a během dne se ustalovala k lepší?

5. Zaznamenal/a jste například, že při rozhovoru s Vámi (nebo jakékoliv jiné aktivitě) se člověk s diagnostikovanou depresí nedokáže soustředit?

6. Hovořil s Vámi člověk s diagnostikovanou depresí o svém psychickém stavu a o svých pocitech?

7. Byla podle Vás osoba s diagnostikovanou depresí aktivní před nástupem deprese?

8. Zdála se Vám osoba s depresí zpomalená při každodenních aktivitách?

9. Vyhledávala podle Vašeho názoru osoba s diagnostikovanou depresí společnost ostatních lidí?

10. Myslíte si, že osoba s diagnostikovanou depresí měla reálné sebehodnocení a sebe posuzování?

Druhá část – Otázky zaměřené na období po hospitalizaci na psychiatrické klinice

1. Myslíte si, že po hospitalizaci nastaly u osoby s diagnostikovanou depresí změny v jejím psychickém stavu?

2. Všiml/a jste si, že je člověk s diagnostikovanou depresí více aktivní při běžných denních činnostech?

3. Povšimla jste si toho, že má osoba s diagnostikovanou depresí nějaké časté somatické

problémy?

4. Věnuje se člověk s diagnostikovanou depresí aktivitám, kterým se věnoval před nástupem deprese, resp. před nástupem na psychiatrickou kliniku?
5. Pokud byste měl/a vybrat jedno ze tří slov, které člověka s diagnostikovanou depresí v současnou chvíli nejvíce vystihuje, byl by to optimista realita nebo pesimista?
6. Máte dojem, že člověk s diagnostikovanou depresí trpí nespavostí?
7. Zpozoroval/a jste u depresivního člověka, že dokáže radost prožívat naplno?
8. Myslíte si, že má váš blízký člověk má reálný náhled na okolí a dobré sebehodnocení?
9. Myslíte si, že pokud by člověk vám blízký s diagnostikovanou depresí mohl podstoupit opětovně hospitalizaci na psychiatrické klinice, tak by tuto možnost využil?
10. Myslíte si, že je člověk s depresí motivován pro svůj budoucí život (vzdělání, zaměstnání, rodina, apod.)?

Příloha č. II. Přepis rozhovoru s Monikou

Respondenti: Monika a její vlastní matka

Otázky pokládané klientovi s diagnostikovanou depresí

První část - otázky týkající se období před nástupem k hospitalizaci na psychiatrii

1. Objevovaly se u Vás sebevražedné myšlenky?

„No, tak někdy asi jo, ale nikdy jsem se o to nepokusila.“

1. Vidíte svoji budoucnost spíše pozitivně nebo negativně? (Ať už se týká například partnerského vztahu, zaměstnáním, studia, apod.)

„Spíš se mi nic nechtělo, nad budoucností jsem ani nepřemýšlela.“

2. Poznal někdo ve vašem bezprostředním okolí, že váš psychický stav není v pořádku, popřípadě jak?

„Podle mě to poznala moje mamka, protože jsem s ní bydlela, a když sem skončila ve škole, tak sem byla skoro pořád doma a říkala mi, že někam zajdeme, ale já jsem nechtěla. Podle mě to poznala, protože jsem skoro nikam nechodila a bylo mi všechno jedno.“

3. Byla jste před nástupem na psychiatrii hodně plačtivá/ý?

„Vždycky když jsem brečela, tak jenom doma, když jsem byla sama, ale na veřejnosti jsem se snažila, aby na mě nikdo nic nepoznal, a kdybych nějak moc pořád brečela, tak by to bylo asi trochu jasný.“

4. Měl/a jste dostatek energie na to, abyste vykonával/a činnosti, které jste vykonávat standardně?

„Já jsem relativně nic moc nemusela. Chodila jsem do školy, to jsem potom taky vzdala, takže jsem to měla lehčí v tom, že jsem třeba neměla děti nebo nechodila někam do práce nebo tak. Když jsem skončila školu, tak jsem pak ten zbytek školního roku byla prostě doma, nechodila jsem na brigádu a nic. Kdybych musela třeba chodit do práce, tak bych to asi taky vzdala.“

5. Pozoroval/a jste, že máte snížené libido?

„Myslím, že to bylo naopak. Když se se mnou rozešel ten přítel, snažila jsem se ho asi naštvat a spala jsem s každým, s kým to šlo. Ale asi je pravda, že sem to nedělala, protože jsem chtěla, ale jenom abych ukázala příteli, kdo z nás dvou je větší borec.“

6. Trpěl/a jste nespavostí?

„Přes den jsem spala skoro pořád, zatáhla jsem si žaluzie, lehla si, a i když jsem nespala, tak sem měla zavřené oči a pořád jsem u toho koukala na různé seriály, dokonce i pořád dokola. V noci jsem buď uklízela, nebo si rozsvítila velký světlo a zase sem koukala na seriály.“

7. Zažíval jste někdy pocity nechutenství nebo naopak měl jste tendence k přejídání?

„Moc jsem nejedla, ani nepila, a když, tak to byl chlast, začala jsem hodně pít víno a pivo. Docela hodně jsem zhubla.“

8. Byl jste rád ve společnosti druhých lidí?

„Lidi mě někdy až štvali. Bála jsem se, že to na mě tak nějak poznají a řeknou si, že jsem divná nebo tak.“

9. Zaregistrovala jste u sebe zpomalení kognitivních funkcí, tj. paměť, pozornost, koncentrace?

„Nic jsem se neučila, s nikým jsem se moc nebavila, a na nic jsem se nechtěla soustředit, takže ani nevím, jestli jsem byla nějak zpomalená. Myslím, že sem spíš byla pořád unavená, než zpomalená, nevím.“

Druhá část - otázky zaměřené na období po hospitalizace na psychiatrické klinice

1. Pozoroval/a jste na sobě zvýšení sexuálního libida, pokud jste ho pře nástupem k hospitalizaci na psychiatrické klinice, měla snížené?

„Po tom, když jsem přišla domu z psychiatrie, tak jsem si našla přítele, se kterým jsme měli vcelku normální vztah.“

2. Pozorujete na sobě, že se dokážete radovat i z maličkostí, nebo své emoce příliš neprožíváte?

„Já bych řekla, že sem byla docela nabuzená a do všeho jsem se vrhala po hlavě a všechno, co jsem nestihla, jsem chtěla napravit a dodělat to, třeba ve škole nebo doma. Nebo sem měla malého bráčku tak jsem se mu snažila věnovat co nejvíc času.“

3. Myslíte si, že dokážete racionálně a přiměřeně zhodnotit své výkony?

„Myslím, že občas ve mně dřímá to, že sem byla na psychiatrii, i když to málokdo ví, tak mám tendence se podceňovat, ale neříkám to nahlas a myslím, že to o mně málokdo ví. Ale snažím se hodně bavit s lidmi a ostatníma okolo mě a zapojovat se do všech aktivit, který bych dělat měla.“

4. Objevují se u Vás sebevražedné myšlenky?

„Na sebevraždu jsem myslela jenom před tím, než jsem šla na psychiatrii, teď už ne.“

5. Existují činnosti, postoje či názory, které jste načerpala během hospitalizace na psychiatrické klinice a které berete jako přínos pro Vás budoucí život?

„Bude to znít asi divně, ale nejvíc mi pomohlo, když jsme seděli v tom blbým kruhu a měla jsem mluvit, ale prostě jsem neměla sílu, ale nikdo mi nepomohl, prostě bylo ticho, dokud jsem se nesebrala a nezačala jsem něco říkat. Ostatní na Tebe koukali jako na totálního blbečka, ale ani na té psychiatrii nebylo nic zadarmo a nechovali se ke mně, jako kdybych byla úplně neschopná.“

6. Pokud byste se mohla zpětně rozhodnout, zda podstoupit hospitalizaci, podstoupila byste ji, nebo byste volil/a raději ambulantní formu pomoci?

„Myslela jsem si, že to asi nikdy neřeknu, ale šla bych tam zase. Když jste tam, tak je to prostě šok, ale s odstupem času to pak asi hodnotím jako přínos. A nejenom pro mě, ale podle mě hlavně pro moje okolí, který se mnou muselo vydržet a snášet moje nálady nenálady.“

7. Pozoroval/a jste na sobě, že se u vás již neobjevují depresivní myšlenky?

„Sem tam se nějaká ta blbá myšlenka objevuje, ale nedávám tomu takovou váhu.“

8. Máte nyní zájem o aktivity, které jste dříve nedělala kvůli depresi (sport, zábava s přáteli, apod.)?

„Sport jsem nikdy nedělala, ale docela mě bavilo si číst a malovat, to teď dělám docela často. Ale přece jenom mam ráda pořád svůj klid, takže si sem tam taky pustím nějaký ty seriály“

9. Trpíte nespavostí?

„Teď beru prášky na spaní, takže se spaním nemám vůbec problémy. Ty jsem teda brala už i na psychiatrii, ale tam se mi moc dobře nespalo.“

10. Objevuje se u Vás nechutenství nebo naopak přejídání?

„Řekla bych, že jim docela normálně, nepřejídám se, ani nehladovím. Podle m za to může třeba i to, že na té psychiatrii byl prostě jasně daný režim. Ráno snídaně, pak oběd a večeře, a když sis nevzal tohle jídlo, tak si měl smůlu. Takže tak jsem nenaučila asi tak nějak pravidelně jíst a dodržuju to i doma.“

Otázky pokládané člověku blízkému s diagnostikovanou depresí

První část – Otázky kladené před hospitalizací na psychiatrické klinice

1. Poznal/a jste na svém blízkém, že se u něj zhoršil psychický stav?

„Začala být taková divná, buď ležela, nebo občas večer chodila ven, Nechtěla nikam chodit, nechtěla si s nikým povídat a skoro vůbec nejedla, i když jsme jí to nosili až do postele.“

2. Svěřila se Vám osoba s diagnostikovanou depresí, že se necítí dobře, a to jak po stránce psychické nebo fyzické?

„Nic mi neřekla, protože si se mnou chtěla povídat. Vlastně jsem se jí pořád ptala a říkala jí, že někam půjdeme, když si nechce povídat se mnou, ale prostě nechtěla.“

3. Požádala Vás osoba s depresí o pomoc nebo jste ji sám/sama nabídl/a pomoc?

„Nechtěla pomoci, já jsem jí pořád říkala, že někam půjdeme, ale prostě nechtěla. Tak jsem jí jednou řekla, že půjdeme už ani nevím kam a šli jsme k psychologovi, aniž by o tom věděla.“

4. Zpozoroval jste, že nálada depresivního člověka byla ráno horší a během dne se ustalovala k lepší?

„Tak ona přes den spala, a přes noc ani na něco koukala. Podle mě spíš ráno usínala a tak okolo té druhé hodiny se probouzela, ale stejně nevstala a nechtěla nic dělat.“

5. Zaznamenal/a jste například, že při rozhovoru s Vámi (nebo jakékoliv jiné aktivitě) se člověk s diagnostikovanou depresí nedokáže soustředit?

„Ona se skoro vůbec žádným aktivitám nevěnovala. Bylo jí všechno jedno, ale když i třeba jenom kamkoliv šla, tak bylo vidět, že je jí všechno jedno a o nic nemá zájem. Na všechno měla dost čau a nic jí prostě nenaplňovalo.“

6. Hovořil s Vámi člověk s diagnostikovanou depresí o svém psychickém stavu a o svých pocitech?

„Vůbec. Ale ona celkově nebyla nikdy moc taková, že by si někdy povídala o pocitech nebo je dávala najevo. Normálně byla docela hodně uzavřená.“

7. Byla podle Vás osoba s diagnostikovanou depresí aktivní před nástupem deprese?

„Hodně si četla, docela ráda se učila, vykládala si karty, poslouchala písničky a docela hodně chodila na procházky.“

8. Zdála se Vám osoba s depresí zpomalená při každodenních aktivitách?

„Ona nic moc prostě nedělala. Když už něco dělala, tak jenom protože fakt nutně musela.“

9. Vyhledávala podle Vašeho názoru osoba s diagnostikovanou depresí společnost ostatních lidí?

„Vůbec, a když, tak to byli jenom nějaký kluci.“

10. Myslíte si, že osoba s diagnostikovanou depresí měla reálné sebehodnocení a sebe posuzování?

„Ne.“

Druhá část – Otázky zaměřené na období po hospitalizaci na psychiatrické klinice.

1. Myslíte si, že po hospitalizaci nastaly u osoby s diagnostikovanou depresí změny v jejím psychickém stavu?

„Myslím, že se tak nějak smířila s tím rozchodem, a už se nestraní společnosti. Ale nechce, aby o ní někdo věděl, že byla na té psychiatrii.“

2. Všiml/a jste si, že je člověk s diagnostikovanou depresí více aktivní při běžných denních činnostech?

„Snaží se ve škole, aby jí dodělala, protože vlastně školu ukončila, když jí ty deprese začala, tak bez našeho souhlasu ji ukončila, takže se v té škole snaží asi nejvíc.“

3. Povšimla jste si toho, že má osoba s diagnostikovanou depresí nějaké časté somatické problémy?

„Před tím jí docela hodně bolela hlava, to vím, protože si skoro pořád brala brufeny, ale teď myslím, že nemá žádný zdravotní problémy.“

4. Věnuje se člověk s diagnostikovanou depresí aktivitám, kterým se věnoval před nástupem deprese, resp. před nástupem na psychiatrickou kliniku?

„Podle mě se snaží žít, co nejvíc žít jako žila před tím.“

5. Pokud byste měl/a vybrat jedno ze tří slov, které člověka s diagnostikovanou depresí v současnou chvíli nejvíce vystihuje, byl by to optimista realita nebo pesimista?

„Asi realista.“

6. Máte dojem, že člověk s diagnostikovanou depresí trpí nespavostí?

„Ona bere prášky, ale má svůj pokoj, takže ani nějak netuším, ale asi ne, protože přes den je schopná normálně fungovat.“

7. Zpozoroval/a jste u depresivního člověka, že dokážeš radost prožívat naplno?

„Ona se vždycky držela dost dál, nedokázala projevovat svoje city a pocity, takže teď je tak normální. Ale jelikož má přátele, tak si myslím, že kdyby nedokázala projevovat svoje pocity, tak spolu třeba ani vůbec nejsou.“

8. Myslíte si, že má váš blízký člověk má reálný náhled na okolí a dobré sebehodnocení?

„Podle mě tak nějak odhadne, na co má a na co asi ne.“

9. Myslíte si, že pokud by člověk vám blízký s diagnostikovanou depresí mohl podstoupit opětovně hospitalizaci na psychiatrické klinice, tak by tuto možnost využil?

„Myslím, že ne, protože se bojí, že na ní lidi budou koukat jako na blázna.“

10. Myslíte si, že je člověk s depresí motivován pro svůj budoucí život (vzdělání, zaměstnání, rodina, apod.)?

„Doufám, že jo a myslím, že je brzo na to mluvit o motivaci. Nejdůležitější je pro ni teď asi ta škola, takže v tom zřejmě motivovaná je, ale na zaměstnání a rodinu nemyslí vůbec. Rodinu vůbec nechce, protože se podle mě bojí, že by její dítě taky trpělo depresemi.“

Příloha č. III. Přepis rozhovoru s Miroslavem

Respondenti: Miroslav a jeho vlastní bratr

Otázky pokládané klientovi s diagnostikovanou depresí

První část - otázky týkající se období před nástupem k hospitalizaci na psychiatrii

1. Objevovaly se u Vás sebevražedné myšlenky?

„Fakt se za to stydím, ale vážně jsem myslel na to, jak se zabiju, ale nebyly to jenom prostě představy, jak jsem si to představoval, ale dokonce jsem přemýšlel nad tím, jak to udělat. Prostě prakticky jak to udělat.“

2. Viděl/a jste svoji budoucnost spíše pozitivně nebo negativně? (Ať už se týká například partnerského vztahu, zaměstnáním, studia, apod.)

„Jak v čem, třeba práci si určitě nenajdu.“

3. Poznal někdo ve vašem bezprostředním okolí, že váš psychický stav není v pořádku?

„Jelikož bydlím sám a stýkám se jenom s bráchou nebo s lidmi z denního stacionáře, kam docela dlouho chodím, tak si toho asi nikdo nevšiml.“

4. Byl/a jste před nástupem na psychiatrii hodně plačtivá/ý?

„Nevím, jestli jsem byl plačtivý, ale třeba když jsem si pouštěl takový ty rockový balady, který mam fakt rád a docela na nich ujiždím, tak mi bylo spíš tak nějak úzko, ale brečet jsem nebrečel asi nijak extra. Naštěstí, protože to bych byl extra bábovka.“

5. Měl/a jste dostatek energie na to, abyste vykonával/a činnosti, které jste vykonával/a standardně?

„Tak já jsem se nikdy do moc nezapojoval, takže teď moc nikdo nepoznal, že jsem se neměl chuť do něčeho zapojovat, ale když jsem byl doma, tak jsem fakt nic nedělal. Třeba si udělat jídlo pro mě byl problém gigantických rozměrů. Místo oho, abych si něco udělal sám, tak jsem zavolał někam a jídlo si nechal přivést až domu a někdy pro mě bylo moc i pro to jídlo si jenom dojít.“

6. Pozoroval/a jste, že máte snížené libido?

„Jelikož jsem neměl nikdy žádný vztah, kde bych mohl posuzovat svoje libido, tak nevím, ale asi ne.“

7. Trpěl/a jste nespavostí?

„Jo, docela často jsem se probouzel.“

8. Zažíval/a jste někdy pocity nechutenství nebo naopak měl/a jste tendence k přejídání?

„Nějak jsem neměl chuť na jídlo, spíš jsem začal kouřit. A to mi asi jídlo vynahrazovalo.“

9. Byl/a jste rád/a ve společnosti druhých lidí?

„Tak jako mě lidi ani nevadili, ale museli být zticha a na nic se mě neptat. Třeba když jsem chodil do denního stacionáře, tak mi strašně vadili ty lidi, kteří sem chodili a pořád měli tendence se mě na něco ptát nebo tak celkově chtěli pořád mluvit a být středem pozornosti. Někdy mi prostě chybělo ticho.“

10. Zaregistroval/a jste u sebe zpomalení kognitivních funkcí, tj. paměť, pozornost, koncentrace?

„No... já prostě nevím, posuzuje se mi to docela špatně. Já jsem se nemohl hlavně na nic soustředit, a tak jsem se logicky nesoustředil ani na to, jestli jsem soustředěný.“

Druhá část - otázky zaměřené na období po hospitalizaci na psychiatrické klinice

1. Pozoroval/a jste na sobě zvýšení sexuálního libida, pokud jste ho před nástupem k hospitalizaci na psychiatrické klinice, měla snížené?

„Podle mě jsem na tom byl pořád stejně, ale to je asi kvůli tomu, že jsem neměl tu přítelkyni.“

2. Pozorujete na sobě, že se dokážete radovat i z maličností, nebo své emoce příliš neprožíváte?

„I kdybych ty emoce prožíval, tak to bude k ničemu, protože bydlím sám, a když jsem v denním stacionáři, kam chodím, tak si toho asi taky málokdo všimne.“

3. Myslíte si, že dokážete racionálně a přiměřeně zhodnotit své výkony?

„Já myslím, že teď už to asi dokážu, i když se s tím občas ještě peru, ale tohle je jedna z věcí, o který se snažím, abych se dokázal nějak přiměřeně ohodnotit, protože to je pro mě důležité.“

4. Objevují se u Vás sebevražedné myšlenky?

„Teď už ne. Když to tak vidím zpětně, tak je to hodně smutný, na co všechno jsem myslela a co jsem si představoval.“

5. Existují činnosti, postoje či názory, které jste načerpal/a během hospitalizace na psychiatrické klinice, a které berete jako přínos pro Váš budoucí život?

„Docela mi pomohlo vidět, že tam jsou lidi, kteří se fakt zdají být normální, ale jsou na tom ve skutečnosti mnohem hůř, než jsem na tom já. Sice je to blbý, ale tohle mi docela pomohlo.“

6. Pokud byste se mohl/a zpětně rozhodnout, zda podstoupíte hospitalizaci, podstoupil/a byste ji, nebo byste volil/a raději ambulantní formu pomoci?

„To asi záleží, jaký lidi by byli hospitalizovaný se mnou. Kdyby to byly ty samý lidi, tak bych do toho asi šel, ale jinak asi ne.“

7. Pozoroval/a jste na sobě, že se u vás již neobjevují depresivní myšlenky?

„To je jasný, u každého se sem tam vyskytnou nějaký ty hnusný myšlenky.“

8. Máte nyní zájem o aktivity, které jste dříve nedělal/a kvůli depresi (sport, zábava s přáteli, apod.)?

„Moc jsem toho nikdy nedělal, jsem spíš takový samotář, který má rád klid.“

9. Trpíte nespavostí?

„Už ne, ale beru prášky.“

10. Objevuje se u Vás nechutenství nebo naopak přejídání?

„Podle mě jsem tak nějak v normě vzhledem ke svému věku a okolnostem.“

Otázky pokládané člověku blízkému s diagnostikovanou depresí

První část – Otázky týkající se období před hospitalizací na psychiatrické klinice

1. Poznal/a jste na svém blízkém, že se u něj zhoršil psychický stav?

„Nepoznal. Vůbec ne.“

2. Svěřila se Vám osoba s diagnostikovanou depresí, že se necítí dobře, a to jak po stránce psychické nebo fyzické?

„Nesvěřil se mi, vždyť to je chlap, tak co by říkal.“

3. Požádala Vás osoba s depresí o pomoc nebo jste ji sám/sama nabídl/a pomoc?

„Já jsem mu žádnou pomoc nenabízel, ale on mi taky nic neřekl. Vždyť by to bylo divný, kdyby si dva chlapi brečeli na ramenou, jak jsou na tom špatně a je jim smutno nebo tak něco.“

4. Zpozoroval/a jste, že nálada depresivního člověka byla ráno horší a během dne se ustalovala k lepší?

„Já jsem s ním ráno byl jenom málokdy, ale podle mě mu bylo pořád stejně. Když mi třeba volal, tak jsem nepoznal, že by mu bylo nějak třeba hůř, že by měl divný hlas.“

5. Zaznamenal/a jste například, že při rozhovoru s Vámi (nebo jakékoliv jiné aktivitě) se člověk s diagnostikovanou depresí nedokáže soustředit?

„Tak tohle jako jediný z mála jsem fakt poznal. Byl takový roztěkaný, a ani když jsme začali mluvit o jeho rocku nebo vlasech, který fakt miluje, tak nebyl jako normální Míra.“

6. Hovořil s Vámi člověk s diagnostikovanou depresí o svém psychickém stavu a o svých pocitech?

„Vůbec ne.“

7. Byla podle Vás osoba s diagnostikovanou depresí aktivní před nástupem deprese?

„Tak on chodil o víkendu na bigbity a přes týden chodil jenom tak do toho denního stacionáře, kde má asi tak jediný kamarády. Jediný, co má fakt rád, jsou ty bigbity.“

8. Zdála se Vám osoba s depresí zpomalená při každodenních aktivitách?

„Já nevím.“

9. Vyhledávala podle Vašeho názoru osoba s diagnostikovanou depresí společnost ostatních lidí?

„Jo, těch divných lidí, který jsou stejný jako on, co mají ty dlouhý vlasy a házejí s nimi na těch bigbitech.“

10. Myslíte si, že osoba s diagnostikovanou depresí měla reálné sebehodnocení a sebe posuzování?

„Podle mě si hodně nevěří, ale na tom taky bude mít svůj podíl i to, že ještě snad neměl žádnou holku. Teda jako žádnou holku nepřivedl domu.“

Druhá část – Otázky zaměřené na období po hospitalizaci na psychiatrické klinice

1. Myslíte si, že po hospitalizaci nastaly u osoby s diagnostikovanou depresí změny v jejím psychickém stavu?

„Nevím, jestli to byly přímo nějaký změny, ale třeba víc mi volal, takže si myslím, že se měl tak nějak celkově líp. Že tu hospitalizaci potřeboval.“

2. Všiml/a jste si, že je člověk s diagnostikovanou depresí více aktivní při běžných denních činnostech?

„No, jelikož když chodí do toho denního stacionáře, tak se tam občas jdeme s manželkou podívat, když mají nějaký ty výstavy těch výrobků, co dělali nebo tak, tak mi občas ta vedoucí říká, jak se Míra chová, nebo jaký má nálady a myslím, že v tom denním stacionáři se po té hospitalizaci víc zapojoval.“

3. Povšimla jste si toho, že má osoba s diagnostikovanou depresí nějaké časté somatické problémy?

„Nikdy si na nic nestěžoval. Podle mě ho sem tam občas bolela třeba hlava, ale tak normálně jako každého člověka.“

4. Věnuje se člověk s diagnostikovanou depresí aktivitám, kterým se věnoval před nástupem deprese, resp. před nástupem na psychiatrickou kliniku?

„Jo, zase chodí na ty svoje bigbity a od pondělí do pátku do stacionáře.“

5. Pokud byste měl/a vybrat jedno ze tří slov, které člověka s diagnostikovanou depresí v současnou chvíli nejvíce vystihuje, byl by to optimista realita nebo pesimista?

„Optimista.“

6. Máte dojem, že člověk s diagnostikovanou depresí trpí nespavostí?

„Podle mě ne.“

7. Zpozoroval/a jste u depresivního člověka, že dokáže radost prožívat naplno?

„On když přijede k nám, tak má radost, když si můžeš hrát s naší malou dcerkou, s tou vždycky blbne, takže minimálně tohle prožívá naplno.“

8. Myslíte si, že má váš blízký člověk má reálný náhled na okolí a dobré sebehodnocení?

„Ted' určitě jo. Díky Bohu.“

9. Myslíte si, že pokud by člověk vám blízký s diagnostikovanou depresí mohl podstoupit opětovně hospitalizaci na psychiatrické klinice, tak by tuto možnost využil?

„Stoprocentně jo, podle mě mu to hodně pomohlo. On si tam tak nějak odpočinul a načerpal energii. Já osobně jsem strašně rád, že tam byl. Sice to pro něj asi bylo těžký, ale bylo to pro něj asi vysvobození.“

10. Myslíte si, že je člověk s depresí motivován pro svůj budoucí život (vzdělání, zaměstnání, rodina, apod.)?

„Tak co se týče vzdělání, tak on moc vysoký ambice nemá, on je vyučený cukrář, a to mu asi stačí. Práci nemá, on má částečný invalidní důchod, to mu asi taky vyhovuje, ale práci by asi chtěl nebo aspoň nějakou brigádu. Tu slečnu by chtěl, ale je to asi těžký si najít někoho, kdo by toleroval jeho stavy, kdy prostě někdy nemá ani chuť vstát.“

Příloha č. IV. Přepis rozhovoru s Terezou

Respondenti: Tereza a její přítel

Otázky pokládané klientovi s diagnostikovanou depresí

První část - otázky týkající se období před nástupem k hospitalizaci na psychiatrii

1. Objevovaly se u Vás sebevražedné myšlenky?

„Ne.“

2. Viděl/a jste svoji budoucnost spíše pozitivně nebo negativně? (Ať už se týká například partnerského vztahu, zaměstnáním, studia, apod.)

„Vůbec jsem budoucnost neviděla dobře. Já jsem si jí ani nedokázala představit, já jsem žila ze dne na den. Hrozný pro mě bylo jenom pomyšlení, že bude nějaký zítřek, kdy budu muset vstát a něco dělat.“

3. Poznal někdo ve vašem bezprostředním okolí, že váš psychický stav není v pořádku?

„Já myslím, že kolega z práce, protože jsem v práci musela trávit docela hodně času, a přítel asi taky.“

4. Byl/a jste před nástupem na psychiatrii hodně plačtivá/ý?

„Já jsem brečela skoro ze všeho. Mám takovou práci, kde vyřizuju reklamace a normálně je mi to úplně jedno, kdo na mě řve nebo s kým se bavím, ale když začalo zase tohle období, tak jsem byla schopná rozbrečet se skoro ze všeho, i když to třeba vůbec nebylo myšlený na mou osobu.“

5. Měl/a jste dostatek energie na to, abyste vykonával/a činnosti, které jste vykonával/a standardně?

„Do práce jsem musela chodit, abychom měli z čeho žít, takže jsem prostě nemohla zůstat brečet doma, ale abych třeba chodila ven s přáteli nebo podnikala výlety s přítelem, tak to vůbec ne. Když jsem přišla z práce, tak jsem se ani třeba nesvlíkla a šla jsem si rovnou lehnout nebo jsem si napustila vanu a tam jsem dokázala strávit hodiny a hodiny.“

6. Pozoroval/a jste, že máte snížené libido?

„Na sex jsem neměla ani pomyslení.“

7. Trpěl/a jste nespavostí?

„Spala jsem maximálně 3 hodiny denně v kuse, jinak jsem měla hodně přerušovaný spánek, který už samozřejmě není tak kvalitní, takže jsem z toho skoro nic neměla. Vůbec jsem si neodpočinula.“

8. Zažíval/a jste někdy pocity nechutenství nebo naopak měl/a jste tendence k přejídání?

„Neměla jsem náladu fakt na nic, natož na jídlo.“

9. Byl/a jste rád/a ve společnosti druhých lidí?

„Někdy mi dokonce vadil i můj přítel, natož abych vyhledávala společnost ostatních.“

10. Zaregistroval/a jste u sebe zpomalení kognitivních funkcí, tj. paměť, pozornost, koncentrace?

„No, tak to určitě. Když nad tím tak přemýšlím, tak tohle byl možná první náznak deprese, ale myslela jsem si, že jsem prostě unavená, a proto se tolik nesoustředím a v práci mi to tak vadí a skoro nic jsem si nechtěla pamatovat, všechno jsem si musela psát do diáře. V práci jsem to, že jsem tak nějak línější a nejsem tolik výkonná, poznala nejvíc.“

Druhá část - otázky zaměřené na období po hospitalizaci na psychiatrické klinice

1. Pozoroval/a jste na sobě zvýšení sexuálního libida, pokud jste ho před nástupem k hospitalizaci na psychiatrické klinice, měla snížené?

„Tak nevím, jestli to bylo zvýšení, ale před tím nástupem pro mě bylo hrozný, když jsem s přítelem musela něco mít, protože to prostě občas potřeboval, ale teď je mi docela příjemná jeho blízkost.“

2. Pozorujete na sobě, že se dokážete radovat i z maličkostí, nebo své emoce příliš neprožíváte?

„Své emoce prožívám, jen ne dostatečně najevo.“

3. Myslíte si, že dokážete racionálně a přiměřeně zhodnotit své výkony?

„Tak jelikož jsem se musela hodnotit kvůli práci, tak jsem na to byla vcelku zvyklá, a teď, když je můj stav v podstatě lepší, a já musím hodnotit svoje výkony v práci, tak si myslím, že se ohodnotit umím.“

4. Objevují se u Vás sebevražedné myšlenky?

„Vůbec ne.“

5. Existují činnosti, postoje či názory, které jste načerpal/a během hospitalizace na psychiatrické klinice, a které berete jako přínos pro Váš budoucí život?

„Z psychiatrické léčebny si každý odnese nějaký názor pozitivní či negativní. Já bych se k téhle otázce moc víc vyjadřovat nechtěla.“

6. Pokud byste se mohl/a zpětně rozhodnout, zda podstoupíte hospitalizaci, podstoupil/a byste ji, nebo byste volil/a raději ambulantní formu pomoci?

„Zkusila bych opět hospitalizaci, protože doma to pro mě nebylo možné.“

7. Pozoroval/a jste na sobě, že se u vás již neobjevují depresivní myšlenky?

„Občas se mi u mě nějaká ta špatná myšlenka objeví, ale ne v tak markantní míře jako před nástupem na psychiatrii. Nebo nevím, jestli jsou to depresivní myšlenky, ale spíš takový jako skoro pesimistický. Takový ty běžný, co mají i životní optimisti.“

8. Máte nyní zájem o aktivity, které jste dříve nedělal/a kvůli depresi (sport, zábava s přáteli, apod.)?

„Ano, mám. Hodně mi to vlastně pomáhá. Začali jsme se s přítelem věnovat bruslení a občas společně chodíme běhat.“

9. Trpíte nespavostí?

„Ne. Už se vůbec nezbouzím a spíš celou noc. To, že už netrpím tou nespavostí je pro mě jedna z největších výher, protože z toho jsem byla úplně nešťastná.“

10. Objevuje se u Vás nechutenství nebo naopak přejídání?

„Já bych možná řekla, že docela hodně jím. Ale to je asi tím, že před nástupem na tu

psychiatrii jsem skoro vůbec nejedla. Jako přibrala jsem, takže asi jim víc.“

Otázky pokládané člověku blízkému s diagnostikovanou depresí

První část – Otázky týkající se období před hospitalizací na psychiatrické klinice

1. Poznal/a jste na svém blízkém, že se u něj zhoršil psychický stav?

„Já přesně nevím, kdy přesně to začalo, ale poznal jsem, že Terka nechtěla nic dělat, do ničeho neměla chuť, doma třeba vůbec nic nedělala. V práci nevím, ale podle mě taky nebyla moc aktivní, takže v tomhle třeba vidím já ten začátek všeho.“

2. Svěřila se Vám osoba s diagnostikovanou depresí, že se necítí dobře, a to jak po stránce psychické nebo fyzické?

„Tak ona nemusela nic říkat, já jsem to poznal asi sám. Ale nikdy se nestalo, že by si stěžovala. Ale když s někým žijete pět let, tak na něm poznáte, že se s ním něco děje.“

3. Požádala Vás osoba s depresí o pomoc nebo jste ji sám/sama nabídl/a pomoc?

„Ona mi vlastně Terka řekla, až když měla nastupovat k té hospitalizaci, tak se nějak odhodlala a sama začala povídat. Já jsem se jí na nic nechtěl ptát a čekal jsem, až se o tom začne bavit sama.“

4. Zpozoroval/a jste, že nálada depresivního člověka byla ráno horší a během dne se ustalovala k lepší?

„Ona většinou ráno šla do práce a potom, když přišla domu, tak měla náladu pořád kontinuálně špatnou. Takovou skleslou. Ale třeba o víkend, když jsme byli společně doma, tak třeba celý den jenom proležela, ale nezdálo se mi, že by náladu měla ráno nejhorší, podle mě jí měla pořád stejně špatnou.“

5. Zaznamenal/a jste například, že při rozhovoru s Vámi (nebo jakékoliv jiné aktivitě) se člověk s diagnostikovanou depresí nedokáže soustředit?

„Vím, že měla problémy v práci se soustředěním, protože kolektiv, se kterým pracuje, docela znám a jeden kolega, se kterým Terka pracuje, je můj hodně dobrý kamarád, ten se zmínil, že je poslední dobou pomalejší, nesoustředěná, ale doma jsem to samozřejmě taky poznal. Jenom se mi to potvrdilo i od toho kolegy v práci.“

6. Hovořil s Vámi člověk s diagnostikovanou depresí o svém psychickém stavu a o svých pocitech?

„Ona se vážně zmínila, že bude nastupovat na hospitalizaci, ale dřív mi skoro nic neřekla. Asi se bála, jak budu reagovat.“

7. Byla podle Vás osoba s diagnostikovanou depresí aktivní před nástupem deprese?

„Podle mě nebyla až nějak hyperaktivní ani líná, byla tak normální jako většina lidí v jejím věku.“

8. Zdála se Vám osoba s depresí zpomalená při každodenních aktivitách?

„Vypadala, jako kdyby v ní vůbec nebyl žádný život a energie. Bylo to těžký pro nás pro oba. Já jsem se třeba snažil dělat takové ty domácí práce, ale asi to nepomohlo.“

9. Vyhledávala podle Vašeho názoru osoba s diagnostikovanou depresí společnost ostatních lidí?

„Vůbec ne.“

10. Myslíte si, že osoba s diagnostikovanou depresí měla reálné sebehodnocení a sebe posuzování?

„Podle mě se v tu dobu hodně podceňovala.“

Druhá část – Otázky zaměřené na období po hospitalizaci na psychiatrické klinice

1. Myslíte si, že po hospitalizaci nastaly u osoby s diagnostikovanou depresí změny v jejím psychickém stavu?

„Myslím si, že ne. Podle mě za to všechno můžou jenom prášky, který začala brát, a tím pádem je taková zklidněná, ale v pohodě jako byla třeba na začátku našeho vztahu, rozhodně není.“

2. Všiml/a jste si, že je člověk s diagnostikovanou depresí více aktivní při běžných denních činnostech?

„Podle mě je prostě pořád taková bez života. Sice třeba chodíme běhat nebo tak, ale nezdá se mi to.“

3. Povšimla jste si toho, že má osoba s diagnostikovanou depresí nějaké časté somatické problémy?

„Ona si snad nikdy nestěžovala na nějaké zdravotní problémy. Takže ani teď žádný nemá.“

4. Věnuje se člověk s diagnostikovanou depresí aktivitám, kterým se věnoval před nástupem deprese, resp. před nástupem na psychiatrickou kliniku?

„Tak třeba když jsem se bavil s tím jejím kolegou z práce, tak už v práci není tak nesoustředěná a podává výkony skoro jako před tím, než jí začalo být psychicky hůř. Takže v práci se věnuje naprosto normálně svojí práci. Ale jinak spolu jsme začali běhat, chodit na procházky, ale chce to asi čas.“

5. Pokud byste měl/a vybrat jedno ze tří slov, které člověka s diagnostikovanou depresí v současnou chvíli nejvíce vystihuje, byl by to optimista realita nebo pesimista?

„Realista.“

6. Máte dojem, že člověk s diagnostikovanou depresí trpí nespavostí?

„Teď už určitě ne. Teď spí celou noc. Bere prášky.“

7. Zpozoroval/a jste u depresivního člověka, že dokáže radost prožívat naplno?

„Nedokáže dávat svoje pocity najevo. Radost už vůbec ne.“

8. Myslíte si, že má váš blízký člověk reálný náhled na okolí a dobré sebehodnocení?

„Teď už jo, prostě my jsme se skoro rozešli, když chodila jenom do práce a z práce domu, lehla si a nic nedělala. Bylo to fakt těžký. To mě obviňovala i z věcí, který jsem nedělal a nikdy bych neudělal. Teď už je to v pohodě. A co se týče teda jí samotný, jestli se umí nějak sama ohodnotit, tak si myslím, že ona měla vždycky tak nějak reálný náhled na sebe a svoje výkony, ale to je tím, že v práci se to po ní hodně vyžaduje, aby měla nějakou sebereflexi. Takže teď si myslím, že to dokáže tak nějak reálně.“

9. Myslíte si, že pokud by člověk vám blízký s diagnostikovanou depresí mohl podstoupit opětovně hospitalizaci na psychiatrické klinice, tak by tuto možnost využil?

„Já jsem si docela jistý tím, že by tam znovu šla. Ona už prostě skoro jenom brečela, ať už to bylo tím, že nemohla spát nebo nemohla nic dělat, jak byla unavená. Věčně si myslěla, že jí

podvádím a pořád na ně křičela, i bezdůvodně, ale teď se to tak všechno vrátilo do normálu a bez té hospitalizace by se to asi nezlepšilo.“

10. Myslíte si, že je člověk s depresí motivován pro svůj budoucí život (vzdělání, zaměstnání, rodina, apod.)?

„Tak rodinu ona nechce. I když je jí už skoro padesát let, tak jsem doufal, že třeba někoho adoptujeme. Třeba i někoho dospělého, ale vím, že to nepůjde. Pro tohle určitě motivovaná není, ale v práci je hodně ambiciózní, takže to asi stačí. Ale myslím, že je odhodlaná bojovat s těmi depresemi, protože tohle už podle mě nikdy zažít nechce.“

Příloha č. V. Přepis rozhovoru s Gabrielou

Respondenti: Gabriela, její manžel – odmítl odpovídat na otázky

Otázky pokládané klientovi s diagnostikovanou depresí

První část - otázky týkající se období před nástupem k hospitalizaci na psychiatrii

1. Objevovaly se u Vás sebevražedné myšlenky?

„Ne.“

2. Viděl/a jste svoji budoucnost spíše pozitivně nebo negativně? (Ať už se týká například partnerského vztahu, zaměstnáním, studia, apod.)

„Já jsem prostě byla hodně zaměřená na to, že chci dítě, najednou mě čaplo to, že už je mi 25 let a jsem dost stará na to, abych vychovala dítě a viděla někde svůj odraz. A když se mi tahle myšlenka zhroutila, viděla jsem všechno špatně.“

3. Poznal někdo ve vašem bezprostředním okolí, že váš psychický stav není v pořádku?

„Podle mě to byl manžel. I když si nemyslel, že je to tak vážný.“

4. Byl/a jste před nástupem na psychiatrii hodně plačtivá/ý?

„Pokaždé, když jsem viděla někde malé dítě v kočárku nebo slyšela dětský pláč, tak jsem se rozbřečela. Vlastně jsem se rozbřečela někdy i jen tak. Bezdůvodně.“

5. Měl/a jste dostatek energie na to, abyste vykonával/a činnosti, které jste vykonával/a standardně?

„Energii jsem moc neztratila, jenom jsem spíš byla taková úzkostlivá a pořád bych brečela, ale abych třeba neměla dost energie na to třeba uvařit nebo jít do práce, tak to ne, v tomhle jsem byla naštěstí docela v pohodě.“

6. Pozoroval/a jste, že máte snížené libido?

„Svým způsobem asi jo. Vždycky jsem byla taková ta romantička, co pořád snila o různých a romantických večerích a hlazení, ale nějak mě to opustilo.“

7. Trpěl/a jste nespavostí?

„Sem tam jsem nemohla usnout, ale abych se probouzela, tak to moc ne.“

8. Zažíval/a jste někdy pocity nechutenství nebo naopak měl/a jste tendence k přejídání?

„Skoro jsem nejela. A hlavně jsem byla docela zvyklá jíst pravidelně, ale pravidelně jsem teda přestala jíst.“

9. Byl/a jste rád/a ve společnosti druhých lidí?

„Tak společnost mi nevadila. Normálně jsem chodila do práce, a když třeba manžel byl v práci nebo někde, tak abych nebyla sama doma, tak jsem chodila do kaváren, ale to nebylo pravidlem. Někdy jsem byla ráda doma sama.“

10. Zaregistroval/a jste u sebe zpomalení kognitivních funkcí, tj. paměť, pozornost, koncentrace?

„Občas jsem se nemohla soustředit, ale paměť jsem měla pořád stejnou a pozornost asi taky. To nedokážu posoudit.“

Druhá část - otázky zaměřené na období po hospitalizaci na psychiatrické klinice

1. Pozoroval/a jste na sobě zvýšení sexuálního libida, pokud jste ho před nástupem k hospitalizaci na psychiatrické klinice, měla snižené?

„Měla jsem to stejné jako před nástupem na psychiatrickou kliniku. Ten kousek romantika ve mně už není.“

2. Pozorujete na sobě, že se dokážete radovat i z maličností, nebo své emoce příliš neprožíváte?

„Já bych řekla, že emoce mám normální, nějak je moc neprožívám, ale umím je dávat najevo.“

3. Myslíte si, že dokážete racionálně a přiměřeně zhodnotit své výkony?

„Určitě jo. Nijak nemám tendence se podceňovat ani přeceňovat.“

4. Objevují se u Vás sebevražedné myšlenky?

„To vůbec.“

5. Existují činnosti, postoje či názory, které jste načerpal/a během hospitalizace na psychiatrické klinice, a které berete jako přínos pro Váš budoucí život?

„Hodně mi pomohlo, že tam se mnou byli lidi, kteří mě nezavrhovali, i když jsem tam skoro pořád brečela. Neříkali mi, ať se vzchopím a něco se sebou dělám nebo, že deprese je výmysl a vůbec neexistuje a já jsem jenom slaboch.“

6. Pokud byste se mohl/a zpětně rozhodnout, zda podstoupíte hospitalizaci, podstoupil/a byste ji, nebo byste volil/a raději ambulantní formu pomoci?

„Určitě bych ji opět podstoupila. Byl to pro mě rozhodně přínos.“

7. Pozoroval/a jste na sobě, že se u vás již neobjevují depresivní myšlenky?

„Každopádně je to mnohem lepší, než to bylo. Už rozhodně nejsem tak plačtivá a neutápím se v těch smutných myšlenkách.“

8. Máte nyní zájem o aktivity, které jste dříve nedělal/a kvůli depresi (sport, zábava s přáteli, apod.)?

„Teď žiju život, jako jsem žila před tím. Akorát teda chodím na terapie, prášky neberu vůbec, protože tomu otevřená nejsem. Takže normálně chodím do práce, občas si zajdu na zumbu, akorát tolik asi netoužím po tom dítěti.“

9. Trpíte nespavostí?

„Netrpím vůbec nespavostí a jsem ráda, protože spánek je pro mě hodně důležitý.“

10. Objevuje se u Vás nechutenství nebo naopak přejídání?

„Před tím, než jsem začala mít ty depresivní nálady, tak jsem jedla hodně pravidelně, ale když jsem měla ty deprese, tak jsem se na to pravidelnost v jídle vykašlala a teď se znovu snažím jíst pravidelně, takže zrovna v tom jídle vidím přínos, co se psychiatrie týče.“

Příloha č. VI. Přepis rozhovoru se Žanetou

Respondenti: Žaneta, její manžel – odmítl se účastnit výzkumu

Otázky pokládané klientovi s diagnostikovanou depresí

První část - otázky týkající se období před nástupem k hospitalizaci na psychiatrii

1. Objevovaly se u Vás sebevražedné myšlenky?

„Ano, dokonce jsem se pokusila o sebevraždu.“

2. Viděl/a jste svoji budoucnost spíše pozitivně nebo negativně? (Ať už se týká například partnerského vztahu, zaměstnáním, studia, apod.)

„Neviděla jsem nic pozitivně. Úplně poprvé mi bylo dokonce tak špatně, že jsem myslela na sebevraždu a právě proto jsem byla hospitalizovaná na té psychiatrii. Takže vlastně jsem viděla všechno negativně.“

3. Poznal někdo ve vašem bezprostředním okolí, že váš psychický stav není v pořádku?

„Určitě to poznalo moje dítě a manžel. Jelikož nepracuju, protože jsem v invalidním důchodu, tak to nemohl poznat nikdo z práce, takže jenom manžel a syn.“

4. Byl/a jste před nástupem na psychiatrii hodně plačtivá/ý?

„Řvala jsem pořád. Ale ani vlastně nevím z čeho, brečela jsem úplně bezdůvodně.“

5. Měl/a jste dostatek energie na to, abyste vykonával/a činnosti, které jste vykonával/a standardně?

„Ne, byla jsem úplně mimo normální život. Musel všechno dělat manžel a syn. Já jsem prostě byla úplně mimo.“

6. Pozoroval/a jste, že máte snížené libido?

„Jasně, s manželem jsme byli spíš jako spolubydlíci.“

7. Trpěl/a jste nespavostí?

„Právě naopak, spala jsem skoro pořád. Ve dne i v noci.“

8. Zažíval/a jste někdy pocity nechutenství nebo naopak měl/a jste tendence k přejídání?

„Kdyby mě manžel nenutil k tomu, abych jedla, tak bych asi ani vůbec nejedla. S tímhle jsem měla hodně problémy.“

9. Byl/a jste rád/a ve společnosti druhých lidí?

„Ani náhodou! Nechtěla jsem nikam chodit a nikoho vidět. Tohle bylo dokonce i hrozný pro syna, protože toho jsem taky vidět nechtěla, takže občas musel být u matky manžela.“

10. Zaregistroval/a jste u sebe zpomalení kognitivních funkcí, tj. paměť, pozornost, koncentrace?

„Na tohle jsem se vůbec nesoustředila. Ale asi jasný, že jsem nebyla normální.“

Druhá část - otázky zaměřené na období po hospitalizaci na psychiatrické klinice

1. Pozoroval/a jste na sobě zvýšení sexuálního libida, pokud jste ho před nástupem k hospitalizaci na psychiatrické klinice, měla snížená?

„Jako bylo to lepší, ale hned jak jsem přišla domu po té hospitalizaci, tak to ne, docela dlouho to trvalo.“

2. Pozorujete na sobě, že se dokážete radovat i z maličkostí, nebo své emoce příliš neprožíváte?

„Tak asi jo.“

3. Myslíte si, že dokážete racionálně a přiměřeně zhodnotit své výkony?

„Tohle já posoudit nemůžu. To musí zhodnotit asi manžel nebo někdo, kdo mě zná.“

4. Objevují se u Vás sebevražedné myšlenky?

„No, před tím nástupem jsem je měla, protože jsem kvůli tomu byla hospitalizovaná, ale teď už přímo myšlenky na sebevraždu nemám.“

5. Existují činnosti, postoje či názory, které jste načerpal/a během hospitalizace na psychiatrické klinice, a které berete jako přínos pro Váš budoucí život?

„Mně to hodně pomohlo. Přínos pro mě je určitě to, jak je tam víc lidí, který mají stejný problémy jako vy a taky je jim na nic. A třeba doma dělám autogenní trénink, který jsem se tam naučila, každý ráno, to mi taky pomáhá.“

6. Pokud byste se mohl/a zpětně rozhodnout, zda podstoupíte hospitalizaci, podstoupil/a byste ji, nebo byste volil/a raději ambulantní formu pomoci?

„Určitě bych jí zase podstoupila.“

7. Pozoroval/a jste na sobě, že se u vás již neobjevují depresivní myšlenky?

„Když jsem začala brát prášky, tak to bylo podle mě ještě horší, ale to jsem byla na té psychiatrii, a když jsem byla doma, tak už ten stav byl ustálený. Takže jsem ty depresivní myšlenky měla tak na psychiatrii, ale doma už skoro ne.“

8. Máte nyní zájem o aktivity, které jste dříve nedělal/a kvůli depresi (sport, zábava s přáteli, apod.)?

„Tak třeba se synem mám zase takový vztah jako máma se synem, s kamarádkami jsem se nikdy moc nestýkala. Sporty taky moc nedělám, ale tak chodím ven, což jsem taky nedělala a baví mě vaření, tak vařím.“

9. Trpíte nespavostí?

„Já jsem nespavostí vůbec netrpěla, pořád jsem spala, ale teď už kvůli práškům spíš v noci normálně a přes den docela často chodím ven.“

10. Objevuje se u Vás nechutenství nebo naopak přejídání?

„Tak už jsem docela začala jíst normálně. Ale to díky manželovi.“

Příloha č. VII. Přepis rozhovoru s Jaroslavem

Respondenti: Jaroslav, jeho syn – odmítl se účastnit výzkumu

Otázky pokládané klientovi s diagnostikovanou depresí

První část - otázky týkající se období před nástupem k hospitalizaci na psychiatrii

1. Objevovaly se u Vás sebevražedné myšlenky?

„Ne.“

2. Viděl/a jste svoji budoucnost spíše pozitivně nebo negativně? (Ať už se týká například partnerského vztahu, zaměstnáním, studia, apod.)

„Někdy jsem to viděla pozitivně, někdy negativně, záleželo na tom, jaký jsem měla den. Pozitivně jsem viděla pouze zaměstnání, jinak jsem spíš viděla negativně všechno.“

3. Poznal někdo ve vašem bezprostředním okolí, že váš psychický stav není v pořádku?

„Jelikož bydlím jenom se synem, kterému je 14 let a je v pubertě, ničeho si nevšiml. A v práci pracuji samostatně, tak to na mě taky nemohl nikdo poznat. Jinak přítelkyni ani manželku nemám a s kamarády se nestýkám.“

4. Byl/a jste před nástupem na psychiatrii hodně plačtivá/ý?

„Nebyl jsem vůbec načitý, spíš jsem měl sklony k alkoholismu a když jsem se opil, tak jsem potom brečel.“

5. Měl/a jste dostatek energie na to, abyste vykonával/a činnosti, které jste vykonával/a standardně?

„Domácí práce jsem vykonával nadále, o syna jsem se taky staral, a v práci jsem taky moc chyby nedělal.“

6. Pozoroval/a jste, že máte snížené libido?

„Tak jelikož nemám delší dobu přítelkyni, tak jsem nic nepozoroval.“

7. Trpěl/a jste nespavostí?

„Ano, často jsem se v noci probouzel zpocený a měl jsem docela často ošklivé sny. Ráno jsem se probouzel unavený.“

8. Zažíval/a jste někdy pocity nechutenství nebo naopak měl/a jste tendence k přejídání?

„Měl jsem tendence se přejídat. A hlavně večer, když jsem nemohl spát.“

9. Byl/a jste rád/a ve společnosti druhých lidí?

„Ne, nikdy jsem nebyl rád ve společnosti jiných lidí, takže jsem je nevyhledával ani teď a byl jsem rád spíš sám.“

10. Zaregistroval/a jste u sebe zpomalení kognitivních funkcí, tj. paměť, pozornost, koncentrace?

„No vzhledem k tomu, že jsem byl nevyspalý, tak se mi třeba strašně špatně řídilo, nesusoustředil jsem se na jízdu, byl jsem otupělý a ospalý, zapomínal jsem třeba i nakoupit.“

Druhá část - otázky zaměřené na období po hospitalizaci na psychiatrické klinice

1. Pozoroval/a jste na sobě zvýšení sexuálního libida, pokud jste ho před nástupem k hospitalizaci na psychiatrické klinice, měl/a snížené?

„Nepozoroval jsem nic v téhle oblasti.“

2. Pozorujete na sobě, že se dokážete radovat i z maličkostí, nebo své emoce příliš neprožíváte?

„Emoce neprožívám a z maličkostí se neraduju, jsem pořád docela v depresi.“

3. Myslíte si, že dokážete racionálně a přiměřeně zhodnotit své výkony?

„Myslím, že ne.“

4. Objevují se u Vás sebevražedné myšlenky?

„Neobjevují, neměl jsem je ani před hospitalizací.“

5. Existují činnosti, postoje či názory, které jste načerpal/a během hospitalizace na psychiatrické klinice, a které berete jako přínos pro Váš budoucí život?

„Nenačerpál jsem tam nic, myslím si, že to bylo úplně zbytečný a stavím se k tomu negativně. Byl to pro mě ztracený čas, který jsem mohl věnovat synovi.“

6. Pokud byste se mohl/a zpětně rozhodnout, zda podstoupíte hospitalizaci, podstoupil/a byste ji, nebo byste volil/a raději ambulantní formu pomoci?

„Volil bych raději tu ambulantní formu pomoci. Hospitalizace byla pro mě k ničemu.“

7. Pozoroval/a jste na sobě, že se u vás již neobjevují depresivní myšlenky?

„Pořád se objevují. Moje myšlenky jsou stále depresivnější.“

8. Máte nyní zájem o aktivity, které jste dříve nedělal/a kvůli depresi (sport, zábava s přáteli, apod.)?

„Ne, nemám rád lidi a s nikým se nepřátelím, jsem spíš samotář. Nedělám nic, prostě mi nic nepomáhá.“

9. Trpíte nespavostí?

„Pořád trpím nespavostí, ale sny už nejsou tak ošklivé jako před hospitalizací.“

10. Objevuje se u Vás nechutenství nebo naopak přejídání?

„Pořád mám tendence se přejídat a tíhnu k alkoholu.“

ANOTACE

Jméno a příjmení	Marie Šimáňová
Katedra	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce	Mgr. Zdeňka Kozáková, DiS., Ph.D
Rok obhajoby	2018
Název práce	Vliv hospitalizace na psychiatrické klinice u člověka s diagnostikovanou depresí v kontextu speciálněpedagogické andragogiky.
Název práce v angličtině	The effect of hospitalization in a psychiatric clinic for a person with diagnosed depression in the context of special education of adults.
Anotace práce	Práce popisuje teoretická fakta o depresi a depresi v kontextu speciálněpedagogické andragogiky. Praktická část se zaměřuje na vliv hospitalizace u člověka s diagnostikovanou depresí z pohledu jeho samotného a člověka jemu blízkému.
Klíčová slova	Deprese, reforma psychiatrické péče, hospitalizace pacienta s duševní poruchou, speciálněpedagogická andragogika.
Anotace práce v angličtině	The work describes theoretical facts about depression and depression in the context of the special education of adults. The practical part focuses on the influence of hospitalization in the person with diagnosed depression from the point of view of himself and the person he cares about.
Klíčová slova v angličtině	Depression, the reform of psychiatric care, psychiatric care, hospitalization of the patient with a mental disorder, special education of adults.
Rozsah práce	96 stran
Jazyk práce	Český jazyk

