

**UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO
PRAHA**

bakalářské kombinované studium
2009 – 2012

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Daniela Horňáčková

Začarovaný kruh deprese

Praha 2012

**Vedoucí bakalářské práce:
PhDr. Renata Kreuzová**

COMENIUS UNIVERSITY PRAGUE

Bachelor Combined Studies
2009 - 2012

BACHELOR THESIS

Daniela Hornáčková

Title
An Enchanted Circle of Depression

Prague 2012

**The Bachelor Thesis Work Supervisor:
PhDr. Renata Kreuzová**

Prohlášení

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne

Jméno autorky.....

Poděkování

Chtěla bych poděkovat své vedoucí bakalářské práce PhDr. Renatě Kreuzové za odborné vedení, za pomoc a rady při zpracování této práce.

Anotace

Bakalářská práce se zabývá depresivními poruchami mladšího a středního věku. Cílem práce je vnést pohled na problematiku zřejmě nejrozšířenějšího duševního onemocnění jako je deprese. V teoretické části jsou popsány příčiny deprese, druhy, rizikové faktory, symptomatologie a léčba deprese. V praktické části je použit kvalitativní výzkum dle Beckovy posuzovací škály.

Klíčové pojmy

Beckova posuzovací stupnice, bludný kruh deprese, deprese, léčba, MKN, psychoterapie, symptomatologie.

Annotation

This thesis deals with depressive disorders of the young and middle aged. The aim is to introduce the problematic of one of the most common mental illnesses –the depression. The theoretical section the thesis describes the cause of depressions, depressions types, risk factors, symptoms and depression treatments. The qualitative research in the part uses Beck Depression Inventory.

Key words

Beck Depression Inventory, the vicious circle of depression, depression, treatment, ICD, psychotherapy, symptomatology.

OBSAH

ÚVOD.....	9
-----------	---

TEORETICKÁ ČÁST

1. Deprese.....	10
1.1 Co je deprese.....	10
1.1.2 Epidemiologie.....	11
1.1.3 Kdo je zranitelný vůči depresivní poruše.....	12
2. Etiopatogeneze deprese.....	14
2.1 Faktory dědičnosti.....	14
2.1.1 Psychosociální faktory.....	15
2.1.2 Vliv životních událostí.....	15
2.1.3 Biochemické pochody v mozku.....	16
2.1.4 Psychologické vlivy.....	16
2.1.5 Léky, alkohol a drogy jako spouštěč deprese.....	17
2.1.6 Mezilidské vztahy.....	17
3. Bludný kruh deprese.....	18
4. Symptomatologie deprese.....	19
4.1 Depresivní myšlenky.....	20
4.1.2 Situace, které spouštějí depresivní myšlenky.....	20
4.1.3 Depresivní chování.....	21
4.2 Depresivní tělesné příznaky.....	22
5. Hodnocení deprese.....	23
5.1 Diagnostika deprese.....	23
6. Klasifikace depresivního onemocnění.....	25
6.1 Třídění dle Mezinárodní klasifikace nemocí.....	25
6.2 Diagnostická kritéria depresivní poruchy dle MKN-10.....	26
6.3 Druhy depresí.....	27
6.4 Další členění deprese.....	31

7. Léčba deprese.....	33
7.1 Farmakoterapie.....	33
7.2 Fototerapie.....	33
7.3 Psychoterapie.....	34
7.4 Kognitivně behaviorální terapie.....	34

PRAKTICKÁ ČÁST

8. Cíl praktické části.....	36
8.1 Beckova posuzovací škála deprese.....	36
9. Výsledky dotazníkového průzkumu.....	38
9.1 Výsledky průzkumu.....	45
10. Závěr.....	47

SEZNAM POUŽITÉ ČESKÉ LITERATURY A PRAMENŮ.....	48
---	-----------

SEZNAM PŘÍLOH.....	50
---------------------------	-----------

ÚVOD

Tématem bakalářské práce je popsat problematiku výskytu depresivních obtíží ve věkové skupině 25 – 30 let a 50 – 60 let. Autorka ví, že se depresivní onemocnění stává celospolečenským problémem světové populace a právě proto věnuje pozornost tomuto tématu v bakalářské práci.

S velkou pravděpodobností může deprese postihnout kohokoliv a kdykoliv. Některé studie ukazují, že deprese postihuje každý rok 100 milionů lidí na celém světě. U žen je riziko deprese dvakrát vyšší než u mužů. Více než polovinu jedinců sužují sebevražedné myšlenky, někteří se o sebevraždu pokusí. Deprese je velice časté onemocnění, které je závažné a může ohrožovat i život jedince. Brání nemocnému v jeho každodenních aktivitách, v jeho osobním, sociálním i pracovním životě. Současné možnosti medicíny dokážou nemoc diagnostikovat včas. Správné a včasné odhalení deprese a následná léčba znamená pro nemocného dobrou prognózu ve zlepšení kvality života.

Bakalářská práce se skládá ze dvou částí – teoretické a praktické. V teoretické části se autorka snaží objasnit pojmy jako například co je to deprese, jak se projevuje, typy deprese, rizikové faktory vzniku deprese, jak se léčí.

Pro praktickou část si autorka zvolila kvalitativní výzkum, který umožní proniknout hlouběji do dané problematiky. V závěru praktické části bakalářské práce získané výsledky autorka vyhodnotí a provede jejich interpretaci.

Teoretická část

1. DEPRESE

1.1 Co je deprese

Na začátku by měla autorka zmínit, skutečnost, že deprese není v dnešní době ojedinělým onemocněním. Ale pokud máme mluvit o depresi, je vhodné vysvětlit, o jaké onemocnění se jedná, co obnáší, jak se projevuje a tak podobně. Z údajů uváděných v mnoha odborných publikacích, jež se věnují problematice depresivních poruch, vyplývá, že každý jedinec se v průběhu svého života s určitými příznaky a formami deprese setká.

Každý člověk někdy pocítuje smutek či rozladěnost. Mnoho lidí nazývá právě tyto pocity jako depresi. Ale ne každý smutek je deprese. Z odborného hlediska je pojem deprese užší. Odlišnost deprese od běžného smutku či rozladěnosti je zásadní zejména v tom, že deprese trvá déle, je intenzivnější a nepříznivě ovlivňuje výkonnost člověka.

V případě, že deprese není léčena, mohou její příznaky trvat celé roky, vede k izolovanosti člověka, jedinec se uzavírá do sebe a domnívá se, že mu nikdo nerozumí. Jedinec se cítí smutný unavený, nešťastný a ztrácí veškerou radost ze života. V krajním případě může toto onemocnění vyústit k sebevražednému jednání.

Jak už se autorka zmínila, deprese je poměrně rozšířeným onemocněním. U každého pátého člověka se alespoň jednou za život objeví klinicky významná deprese. Klinickou depresí onemocní každým rokem přibližně 5 % obyvatelstva nezávisle na věku. Je také známo, že ženy onemocní tímto onemocněním dvakrát častěji než muži. V některých případech může být příčinou tohoto stavu u žen klimakterium. Deprese se může objevit i u dětí, ale není tak častým jevem jako u dospělých. Prevalence depresivní poruchy u dětí do 10 let je 0,4 – 2,5 % a u adolescentů ve věku od 10 – 18 let je 0,4 – 8,3 % a 15 – 20 % u dospělých.

V odborných publikacích můžeme narazit na nejrůznější definice deprese.

Depresi Praško definuje: „Deprese je nemoc podobná jiným nemocem, jako např. vysoký krevní tlak, žaludeční vředy, nebo cukrovka. Není to jen špatná nálada, ale nemoc celého organismu. V žádném případě to není nedostatek vůle nebo sebekázně. Deprese také není jenom reakce na nepříznivé události v životě, i když často na ně navazuje. Deprese je u většiny lidí léčitelné onemocnění. Pokud není deprese léčena, vede ke ztrátě výkonnosti, k izolaci, ztrátě radosti v životě a výrazně zhoršuje celkový zdravotní stav člověka – snižuje obranyschopnost člověka.“ (Deprese a jak ji zvládat, Jan Praško, Hana Prašková, Jana Prašková, 2003, str. 26)

„Deprese je nezdravý stav psychiky projevující se dlouhodobě pokleslými náladami jedince. Má skličující charakter, jedinec upadá do trudnomyslných úvah a nazírání světa. Pociťuje často úzkost a osamocenost, pocity bezcennosti nebo viny, malou sebedůvěru, únavu, zhoršené soustředění, problémy s pamětí a pozorností. Je téměř neschopen smysluplné činnosti a okolí se jeví jako lenoch. Jeho myšlení se zpomaluje a chřadne jeho reakce na radostné podněty. Ztrácí zájmy a chladně reaguje.“

[http://cs.wikipedia.org/wiki/Deprese_\(psychologie\)](http://cs.wikipedia.org/wiki/Deprese_(psychologie))

1.1.2 Epidemiologie

Deprese se řadí k nejčastějším psychiatrickým onemocněním.

Jaro Křivohlavý říká: „Deprese není ojedinělý jev. Většina z nás z vlastní zkušenosti ví, co to deprese je. Odborné publikace uvádějí, že zhruba 20 % až 25 % lidí u nás prožívá v dané chvíli určité příznaky deprese. Toto zjištění platí „přes všechny hranice“ – ras, států a kontinentů. Ukazuje se však, že ženy jsou na tom podstatně hůře. Statistiky vykazují obvykle o 100 % více žen v depresi než mužů. Ještě jednu věc tyto statistiky ukazují: informují nás o tom, že deprese je na postupu. V průběhu našeho století se počet lidí trpících depresí podstatně (až několikanásobně) zvýšil. Zároveň je patrné, že se snížila věková hranice, od níž výskyt deprese prudce roste. Množí se domněnky, že to úzce souvisí s moderním způsobem života – s naším životním stylem. To vše nás

vede k tomu, abychom se nad depresí pozastavili.“ (Jak zvládat depresi, Jaro Křivohlavý, 2003, str. 14)

Depresivní onemocnění se nejčastěji vyskytuje mezi 25. – 35. rokem života. V průměru postihuje jedince kolem 27 let. Příznaky počínající deprese se vyvinou během několika dnů či týdnů. Odhaduje se, že pouze 25 % jedinců s depresivní poruchou je adekvátně diagnostikováno a poté léčeno. Je to způsobeno tím, že depresivní porucha je velice často skryta za pacientovými stížnostmi na tělesné potíže.

Výskyt deprese Jaro Křivohlavý definuje: „Výskyt deprese je daleko častější u lidí rozvedených a rozloučených, u lidí z disharmonických rodin a manželství nežli u lidí z dobrých rodin (manželství) a lidí svobodných. Ukazuje se zároveň, že deprese se vyskytuje častěji u lidí spíše chudších (z nižších sociokulturních poměrů).“ (Jaro Křivohlavý, 2003, str. 140)

1.1.3 Kdo je zranitelný vůči depresivní poruše

Dříve byla depresivní porucha spojována výhradně se staršími jedinci. V současnosti věková hranice pro propuknutí deprese významně klesá a tím se zvyšuje procentuální hodnoty výskytu deprese. Vyskytuje se především u jedinců v produktivním věku.

Na vzniku depresivní poruchy se podílí řada biologických a sociálních vlivů, které vytvářejí příhodné období pro vznik depresivního onemocnění. V některých rodinách je větší míra vrozené zranitelnosti.

Depresivní porucha je častěji u lidí, kteří mají narušený životní styl, nedostatek spánku, nedostatečného tělesného pohybu, jsou přepracováni a vyčerpáni nadměrnou prací. Vyskytuje se i u lidí po rozvodu nebo u lidí, kteří žijí v dysfunkčních rodinách. Depresi mohou způsobit i sociálně - kulturní faktory, jako je život v politicky nestabilních zemích a v utlačovaných menšinách.

Stres má značný podíl na rozvoji poruchy nálady, bývá tzv. spouštěčem. Organismus odpovídá stresem na případné ohrožení své rovnováhy. Pokud je

stres dlouhodobého charakteru, mění se rovnováha neuromediátorů (dopamin, noradrenalin a serotonin) v mozku a vzniká porucha nálady.

Deprese může vzniknout i poškozením nebo onemocněním mozku, po prodělané infekci, při nerovnováze některých důležitých hormonů v těle (klimakterium, poporodní deprese porucha funkce štítné žlázy), účinkem některých farmak.

Depresi mohou způsobit antikoncepční přípravky i léky proti chronické bolesti. Depresi může vyvolat i nadměrná konzumace alkoholu nebo drog.

2. ETIOPATOGENEZE DEPRESE

Etiopatogeneze (soubor příčin, které vedou ke vzniku onemocnění) depresivní poruchy nemá doposud jasné opodstatnění. Můžeme konstatovat, že je multifaktoriálně podmíněna.

Praško a spol. uvádí: „Podle dnešních představ nejsou depresivní poruchy způsobeny jednou příčinou, ale spíše společným působením řady dílčích příčin. Některé z nich jsou vrozené, zděděné, jiné jsou způsobeny vlivy prostředí, v němž nemocný žije, životosprávou, kterou si zvolil, událostmi, které prožil a sociálním prostředím, ve kterém se pohybuje“. (Ján Praško, Barbora Buliková, Zuzana Sigmundová, Depresivní porucha a jak ji překonat, 2009, str. 47)

2.1 Faktory dědičnosti

Prostřednictvím genetických dispozic může jedinec zdědit větší citlivost na psychickou zátěž.

Praško uvádí: „Je zřejmé, že důležitou úlohu hrají genetické faktory. Některé typy deprese se častěji objevují v určitých rodinách, což může znamenat, že je zde přítomná vrozená biologická zranitelnost. Nanejvýš pravděpodobné je to u maniodepresivní poruchy. Zdá se však, že ne každý, kdo zdědil zranitelnost k maniodepresivní poruše, jí také onemocní. Pravděpodobně zde hrají roli další faktory, zejména stresující zážitky a stresující prostředí. Velká depresivní porucha se také může objevovat v některých rodinách v následujících generacích. Studie jednovaječných dvojčat ukázaly, že pokud jedno z dvojčat trpí depresí, je až 70% pravděpodobnost, že i druhé dvojče onemocní. Pokud máte sestru, bratra, otce nebo matku, kteří trpí depresivní poruchou, máte rovněž zvýšené riziko – 15 % příbuzných 1. stupně onemocní depresí také. Ovšem deprese se objevuje i u lidí, v jejichž rodinné historii nikdy podobné potíže nebyly.“ (Praško, 2009, str. 48)

Dále Praško a spol uvádí: „Dědí se určitá vloha k onemocnění depresí, tedy náchylnost k nemoci, nikoliv nemoc sama.“ (Praško, 2009, str. 48)

2.1.1 Psychosociální faktory

Psychosociální faktory zastávají roli při vzniku depresivní poruchy, mohou ji udržovat či prohlubovat.

Na vzniku depresivních onemocnění se u pacientů podílejí závažné a nevratné události v jejich životě, které jsou pro další vývoj osobnosti velice zásadní. Ze společenského hlediska jsou významné pro rozvoj deprese především manželské problémy, finanční potíže, starosti v zaměstnání, nefunkční rodina. Mohou to být traumatické zážitky z dětství, které mohou v průběhu času zvyšovat tendenci k rozvoji depresivní poruchy.

Praško uvádí: „Nejčastěji souvisí s rozvojem deprese v dospělosti ztráta důležité osoby v dětství, ať úmrtím nebo rozchodem rodičů. Rovněž předčasná oddělení od matky, nadměrně kritická výchova, méně často nedostatečná péče, týrání dítěte, nebo naopak přílišné rozmazlování bývají v souvislosti s rozvojem deprese v dospělém věku.“ (Praško, 2009, str. 48)

2.1.2 Vliv životních událostí

Jako stresor a jejich vliv se sčítá s vlivem negativních událostí Praško uvádí: „Příliš mnoho změn, které překračují rutinu a odehrají se v krátkém časovém období, snižuje tělesnou i psychickou odolnost člověka. Reakce často nezačíná ihned po životní události, ale za různě dlouhý čas po ní. Někdy dokonce až v době, kdy celá situace je již zdánlivě vyřešena. Ke zhroucení může dojít 6 měsíců po úmrtí partnera, nebo měsíc poté, co jste dokončili stavbu domu nebo jiný náročný úkol. Vliv životních událostí se v průběhu roku sčítá. I radostné události jsou prožívány.

Zátěžové životní události jsou často spouštěči deprese. Jde o události, které vedou ke ztrátě (ztráta partnera, nebo jeho odchod), změně role (přechod ze školy do zaměstnání, příchod dítěte do rodiny, přechod na jiné zaměstnání), ztrátě důležité role (odchod dospělých dětí z rodiny), ztrátě autonomie, přirozené aktivity a důležitosti (odchod do důchodu, důsledkem tělesné nemoci ve stáří apod.).“ (Praško, 2009, str. 49)

2.1.3 Biochemické pochody v mozku

Depresivní porucha je spojena s nedostatkem neurotransmiterů – serotonin, dopamin a noradrenalin na nervových zakončení v mozku.

Praško uvádí: „Tato biochemická porucha je přítomna u všech typů deprese, ať spouštěč najdeme, nebo ne. Může tedy vzniknout bez větší zevní příčiny, zejména u osob, u kterých se deprese vyskytuje v příbuzenstvu, nebo kteří trpěli depresí v minulosti, nebo může navazovat – často i po delší době na zátěžové stresové události v životě.“ (Praško, 2009, str. 51, 52)

Dalším biologickým projevem deprese je porucha biorytmů. Projevuje se nekvalitním spánkem. Spánek je mělký, nedostatečný a přicházejí potíže s usínáním a předčasné probuzení.

2.1.4 Psychologické vlivy

Tyto vlivy vycházejí z naučené bezmocnosti. Postižený jedinec, na kterého působí určitá stresová zátěž, neumí této situaci předcházet, nesnaží se ji určitým způsobem zvládnout, poddává se jí a uzavírá se do sebe. Jedinec neumí říci ne a snaží se vyhovět ostatním. Je přesvědčen, že jeho život závisí především na úspěchu a že musí být milován, aby byl šťasten. Problém nastane, pokud se dostaví nějaký stresující zážitek, neúspěch, či odmítnutí. Tyto situace mohou vyvolat depresi a negativní myšlenky.

Praško uvádí: „Lidé s nízkým sebevědomím, kteří se dívají na sebe, na okolnosti a budoucnost pesimisticky, nebo lidé, kteří žijí v silně stresujících podmínkách, jsou více náchylní k depresi. Náchylnost k rozvoji deprese se také objevuje u lidí, kteří neumějí sami sebe odměňovat a pochválit. Jsou tedy více závislí na pochvale a odměně okolí, což vede k nadměrné snaživosti. Lidé náchylní k depresi bývají málo asertivní. Tento nedostatek se projevuje zejména neschopností říci ne, i v situacích, kdy by bylo odmítnutí na místě a potíže se snášením kritiky. Jinou tendencí je obracet vztek proti sobě i v situacích, kdy by se měli hněvat na druhé. To proto, že vztek často považují za emoci, kterou by nikdy prožívat neměli.“ (Praško, 2009, str. 53)

2.1.5 Léky, alkohol a drogy jako spouštěč deprese

Praško uvádí: „K depresi také může vést užívání léků, jimiž se léčí tělesná onemocnění. Poměrně často se objevuje po užívání hormonu prednisonu a po některých lécích užívaných k léčbě vysokého krevního tlaku. V neposlední řadě může k depresi vést nadměrná konzumace alkoholu a závislost na drogách.“ (Praško, 2003, str. 66)

2.1.6 Mezilidské vztahy

Rodinné problémy a pracovní problémy často souvisejí s depresí.

Časté mezilidské situace, ve kterých se deprese rozvíjí:

1. zármutek po ztrátě blízké osoby
2. neshody a problémy ve vztazích
3. změna role
4. nedostatek vztahů

3. BLUDNÝ KRUH DEPRESE

Depresivní emoce podněcují depresivní tělesné projevy, které následně vedou k depresivnímu chování, jež si nemocný jedinec vykládá dalšími depresivními myšlenkami. Čím více se člověk cítí depresivní, tím více se mu v jeho hlavě objevují depresivní myšlenky. Tyto intenzivní depresivní myšlenky pak způsobují, že jim nemocný jedinec natolik věří, že dochází k prohlubování depresivní nálady.

Praško uvádí: „Depresi je možné pochopit jako následek bludného kruhu negativního myšlení, depresivních emocí, pasivního a vyhýbavého chování a tělesných příznaků deprese. Depresivní porucha je tedy onemocnění celého organismu, které postihuje tělo, náladu, myšlení i chování. Hlavní problém při určitém zjednodušení by se dal popsat jako celkový pokles energie. Je způsoben změnou neurotransmise některých biogenních aminů (serotoninu, noradrenalinu a dopaminu) v mozku. Tento stav depresivní člověk vnímá zejména v celkové únavnosti, nesoustředěnosti, ochablosti těla, zpomalení myšlení i pohybů. Nedostává se mu energie ani na to, aby mohl spát (spánek je proces, kdy mozek spotřebuje nejvíce energie za celých 24 hodin) a radovat se. Emoční rejstřík se ochudí jen na negativní emoce, které však vedou k dalšímu vyčerpání. Pokles energie vede ke snížení výkonnosti, což je následováno dalším snížením aktivity a nárůstem negativních myšlenek.“ (Praško, 2003, str. 57)

Dále Praško uvádí: „Automatické depresivní myšlenky prohlubují depresi, depresivní emoce vedou ke zvýraznění depresivních tělesných projevů, tělesné projevy posilují depresivní chování, což si člověk v depresi interpretuje dalšími depresivními myšlenkami. Takto se může míra deprese v bludném kruhu postupně zvyšovat, nebo udržovat.“ (Praško, 2003, str. 57, 58)

4. SYMPTOMATOLOGIE DEPRESE

Deprese neboli patologicky skleslá nálada je doprovázena sníženou aktivitou a energií. Ovlivňuje náladu, myšlení, psychomotoriku i mimiku. U jedince se vyskytuje smutek, který je odlišný od běžného smutku. Permanentně špatná nálada je prvním indikátorem pro diagnostikování deprese. Dle intenzity je rozlišována depresivní porucha mírná, středně těžká, těžká a těžká s psychotickými příznaky. Rozpoznat stupeň závažnosti depresivní poruchy je obtížné. Je přihlíženo k počtu příznaků a formě závažnosti.

Obvyklá jsou ranní pesiva – stav, kdy pacient pocítuje úzkost a vyčerpání již po probuzení a má strach z nového dne. Je pro něj náročné přimět se vstát a zahájit den běžnou činností jako například ranní hygiena. Trpí zhoršenou koncentrací, nedokáže se soustředit po delší časový úsek, snadno se unaví. Selhává v řešení běžných a rutinních úkonů. Narušená koncentrace může vyvolat i výpadky paměti. Myšlení je převážně pesimistické, provázejí ho výčitky a sebeobviňování. Nedokáže prožívat radostné emoce, ztrácí veškerý zájem o okolí, je apatický, nemá zájem o koníčky a činnosti, které ho dříve činily šťastným. Prožívá pocity bezmocnosti, beznaděje a ztrátu životní energie.

Jedinec s úzkostně depresivní poruchou reaguje na podněty hněvem nebo lítostí. Přes velký smutek není schopen pláče. Vyskytují se poruchy spánku. Jedinec má problémy s usínáním, a když konečně usne, spánek je nekvalitní a přerušovaný.

U osob s depresivní poruchou se mění psychomotorické tempo. Projevuje se agitovaností, neklidem, neposedností nebo inhibicí. Může se vyskytnout celkové zpomalení řeči, myšlení i gestikulace. Vážne sociální komunikace. Depresi může doprovázet plačtivost, podrážděnost i úzkost.

Depresivní porucha je často doprovázena somatickými příznaky. Nemocný může pocítovat příznaky jako je únava, poruchy spánku, vyčerpání, ztráta chuti, ztráta libida, hubnutí, zácpa, bolesti hlavy či bolesti jiných částí těla.

Ztrácí důvěru v sebe sama, cítí se na světě zbytečný, pociťuje vinu a trpí komplexem méněcennosti. Vyskytují se často sebevražedné úvahy. U jedinců s depresivním onemocněním je třicetkrát vyšší riziko sebevraždy než u ostatní populace.

U těžších depresí se můžeme setkat s tzv. psychotickými příznaky. Vyskytují se halucinace, bludy a stav strnulosti.

4.1 Depresivní myšlenky

Depresivní myšlenky Praško definuje: „Myšlenky jsou zpomalené, odbíhají od činnosti. Deprese je doprovázena výčitkami svědomí, pocity viny, znehodnocování sebe samého. Pro depresi jsou charakteristické depresivní automatické myšlenky. Jsou to myšlenky, které člověku přicházejí na mysl a on nad nimi dále nehloubá. Není to to, co chci myslet, ale co mě samo od sebe napadá. Automatické myšlenky máme prakticky neustále, většinou jim ani nevěnujeme pozornost, komentují události, které prožíváme. Automatické myšlenky člověk přijímá, aniž by uvažoval, zda jsou pravdivé nebo ne. Má prostě pocit, že pravdivé jsou a dále je logicky rozebírá. Automatické myšlenky mají tendenci tvořit řetězce. Běžně u zdravého člověka tyto myšlenky nemění náladu, protože jsou neutrální.“ (Praško, 2003, str. 49)

Depresivní automatické myšlenky zahrnují:

Praško uvádí: „Negativní hodnocení sebe sama. Nejsem k ničemu! Nic neprožívám! Všechno jsem to zavinil!

Negativní hodnocení okolností: Nikdo o mě nestojí! Dostal jsem strašně moc úkolů! Život je hrozný!

Negativní vize do budoucnosti: Nic pěkného mě už nečeká! Nikdy se nevyлečím! Budu pořád sama!“ (Praško, 2003, str. 50)

4.1.2 Situace, které spouštějí depresivní myšlenky

Praško uvádí: „Situací, které spouštějí depresivní myšlenky, je celá řada. Některé jsou velmi individuální, specifické pro určitou dobu. Většina „spouštěčů“ je však typická pro lidi, kteří trpí depresí. Typické situace jsou uvedeny v následujícím seznamu:

1. Kritika
2. Potlačení vzteku
3. Podceňování nebo přehlížení ze strany okolí
4. Nedostatek uznání nebo ocenění
5. Porovnávání se s druhými lidmi
6. Porovnávání se se sebou před nemocí
7. Selhání v situaci, chybování
8. Náhlá změna situace nepříznivým směrem
9. Odkládání nebo nedokončení činnosti
10. Nespravedlnost
11. Nedostatek projevů lásky.“ (Praško, 2003, str. 53)

4.1.3 Depresivní chování

Depresivní chování Praško definuje: „Depresivní lidé jsou méně aktivní, bez iniciativy, rezignovaní. Překážky jsou pro ně nepřekonatelné. Psychické tempo je obvykle sníženo. Soustředění na aktivitu je zhoršené, pokud něco začnou – nevydrží u toho – pozornost je odváděna depresivními myšlenkami. Pociťují nadměrnou únavu a tíži – proto často nemají chuť činnost začít. Přestávají se zabývat, co by je zajímalo, nebo potěšilo, vykonávají jen to nejnnutnější. Depresivní chování zahrnuje celou řadu projevů. Od pláče přes odkládání činností, nesoustředěnost a roztěkanost, netrpělivost, uzavírání se do sebe, vyhýbání se kontaktům až po monotonní depresivní řeči, naříkavost, neustálé si stěžování na příznaky a sebevražedné pokusy. Toto chování je reakce na depresi, která postiženého zaskočila a ohrožuje ho.“ (Praško, 2009, str. 20)

4.2 Depresivní tělesné příznaky

Depresivní tělesné příznaky Praško definuje: „Biologické pochody v organismu jsou velmi úzce spjaty s naší náladou. Centra mozku, která jsou odpovědná za prožívání nálady, jsou spojena s centry pro regulaci hormonů a vegetativního systému. Proto při změnách nálady dochází často k pestrému obrazu tělesných potíží. Objevuje se únavnost, nevykonnost, napětí nebo slabost ve svalech, bolesti hlavy, páteře, břicha, nespavost, snížená nebo zvýšená chuť k jídlu, hubnutí, pocení, zácpa, bolesti žaludku, zhoršuje se schopnost zapamatování si i výbavnost paměti, závratě, bušení srdce, tlak v hlavě, krku, třes končetin, poruchy menstruace, nechť k sexu apod. Častým příznakem je bolestivý tlak na hrudi, pocit sevření, jakoby se člověk ani nemohl nadechnout. Tělesné příznaky mohou být zdrojem automatických myšlenek, přesvědčení, že jde o vážnou tělesnou nemoc a mohou vyvolat výrazný strach o zdraví. Všechny tyto příznaky však ustupují po odeznění deprese.“ (Praško, 2009, str. 21, 22)

5. HODNOCENÍ DEPRESE

Autorka popsala potíže a uvádí otázky, na které by bylo užitečné odpovědět.

Praško uvádí:

„Cítíte, že je obtížné nebo nemožné prožívat radost a těšit se z čehokoliv i z věcí, které jste dříve rádi dělali?

Ztratili jste zájem o koníčky, sport, svoje zaměstnání, rekreační aktivity, které jste předtím měli v oblibě?

Změnila se vaše chuť k jídlu a ztratili jste nebo znatelně přibrali na váze v posledních měsících bez toho, že byste se o to snažili?

Máte potíže se spánkem, např. nemůžete usnout, předčasně se probouzíte (v časných ranních hodinách) nebo jste ospalí ve dne po většinu času?

Jste fyzicky natolik zpomalení, že je to pro vaše okolí patrné, nebo naopak jste zjistili, že nejste schopni nic udělat kvůli vnitřnímu napětí a neklidu?

Cítíte se stále unavení?

Děláte si výčitky nebo cítíte vinu za minulé chyby a strávíte s tím hodně času?

Máte problémy se soustředěním nebo s rozhodováním se?

Objevují se u vás myšlenky na smrt nebo sebevraždu?

Pokud jste odpověděli „ano“ na většinu otázek, velmi pravděpodobně prožíváte depresi. Pokud je tomu tak a dosud jste nemluvili s odborníkem, je dobré promluvit si o tom s někým, komu důvěřujete, a vyhledat odbornou pomoc.“ (Praško, 2009, str. 23, 24)

5.1 Diagnostika deprese

I přes značnou celosvětovou informovanost o problematice deprese zůstává stále hlavním problémem včasné odhalení. Pokud jsou klasické

příznaky deprese jednoznačně prokazatelné, je možné depresi včas rozpoznat. Je nutné odlišit primární depresi od symptomatické, která vznikla v důsledku jiného onemocnění.

Diagnoza se stanovuje na základě anamnestických údajů pacienta, může být doplněna o psychologické testy. Lékaři vedou s pacienty rozhovor, na jehož základě zmapují základní příznaky deprese. Další možností jsou posuzovací testy deprese, jako například Beckova posuzovací škála deprese.

Beckova posuzovací škála deprese je dotazník, který ukazuje celkovou míru deprese.

Křivohlavý uvádí: „Aby v určitém případě mohl být stav daného člověka diagnostikován jako deprese, pak se zde nutně musí vyskytovat souběžně minimálně pět z dále uvedených devíti příznaků:

1. depresivní nálada,
2. snížený zájem o běžnou činnost,
3. ztráta chuti k jídlu,
4. nespavost,
5. zpomalení pohybů i myšlení,
6. ztráta životní energie,
7. pocity snížené vlastní hodnoty a viny,
8. snížená schopnost myslet a zhoršené soustředění,
9. sebevražedné myšlenky či aktivita k tomu směřující.“ (Křivohlavý, 2003, str. 21)

Každý nemocný trpící depresí vyžaduje individuální přístup a cílenou léčbu. Lékař by měl především včas a správně najít základní problém, který je příčinou potíží a neléčit pouze příznaky, které doprovází depresi.

6. KLASIFIKACE DEPRESIVNÍHO ONEMOCNĚNÍ

6.1 Třídění dle Mezinárodní klasifikace nemocí

Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN) je publikace vydávána Světovou zdravotnickou organizací (WHO). Má formu číselného seznamu. Jednotlivé nemoci jsou pod konkrétním číselným kódem. V současné době je v platnosti její desátá revize. Na přípravě desáté revize se podílela i Česká republika.

Jan Vymětal uvádí: „Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) řadí deprese mezi poruchy nálady (tzv. afektivní poruchy) Uvádí je zejména v rámci:

1. bipolární afektivní poruchy (přítomny jsou epizody manické a depresivní)
2. depresivní epizody (podle množství příznaků a jejich intenzity se dělí na mírné, střední a těžké)
3. rekurentní depresivní poruchy (opakující se depresivní epizody)
4. trvalé poruchy nálady (např. dystymie)
5. jiných poruch nálady (např. rekurentní krátká depresivní porucha).

Mezinárodní klasifikace nemocí je při diagnostikování závazná, ve zdravotnictví je tedy nezbytné ji používat.“ (Jan Vymětal, Lékařská psychologie, 2003, str. 247)

V publikaci MKN-10 jsou poruchy nálad očíslovány F30-F39.

Největší počet jich nalezneme v oddíle F30 - poruchy nálady (afektivní poruchy), kde jsou nejprve uvedené manické poruchy a poté poruchy s depresivní symptomatikou. Jedná se o depresivní fáze (F 32), periodické (rekurentní) depresivní poruchy (F33), trvalé poruchy nálady (F34), jiné (F38) a nespecifikované (F39) poruchy nálady.

Bipolární afektivní poruchu (F31) se autorka pro tuto práci rozhodla vyloučit. Tato porucha je velmi specifická, komplikovaná výskytem manických

fází a i její léčba je odlišná. Dále autorka vyloučila i depresivní poruchy spojené s psychotickými projevy.

6.2 Diagnostická kritéria depresivní poruchy dle MKN – 10

Anders et al. uvádí:

„Základní příznaky:

Depresivní nálada je takového stupně, že je pro jedince nenormální, musí být přítomná po většinu dne a téměř každý den po dobu dvou týdnů, přičemž není ovlivněna okolnostmi, ztráta zájmu a radosti z aktivit, které jedince obvykle těší, snížená energie a aktivita nebo zvýšená únavnost.

Přídavné příznaky:

Ztráta sebedůvěry a sebeúcty, sebedoceňování, pocity provinění a sebevčítky, sebeobviňování, vracejí se myšlenky na smrt nebo na sebevraždu nebo jakéhokoliv sebevražedné jednání, neschopnost myslet nebo se soustředit, jako např. nerozhodnost a váhavost, změna psychomotorické aktivity s psychomotorickou retardací nebo agitovaností, poruchy spánku jakéhokoliv druhu (insomnie nebo hypersomnie), změna chuti k jídlu (snížená nebo zvýšená) s odpovídající změnou tělesné hmotnosti.

Pro diagnózu mírné depresivní epizody je nezbytná přítomnost alespoň 2 ze 3 základních a dalšího či dalších přídavných příznaků, aby byly celkem přítomny nejméně 4 z celkových 10 příznaků po dobu minimálně 14 dnů.

Pro diagnózu středně těžké depresivní epizody je nezbytná přítomnost alespoň 2 ze 3 základních a dalších přídavných příznaků, aby bylo celkem přítomno alespoň 6 z celkových 10 příznaků po dobu minimálně 14 dnů.

Pro diagnózu těžké deprese je nezbytná přítomnost všech 3 základních a více přídatných, dohromady 8 z celkem 10 příznaků po dobu minimálně 14 dnů.

Jsou-li zřetelně vyjádřeny důležité příznaky, jako agitovanost nebo zpomalení, nebude asi pacient ochotný nebo schopný podrobně popisovat příznaky. V takovém případě je oprávněná diagnóza těžké depresivní epizody. Dalším kritériem je přítomnost psychotických příznaků (halucinace s výsměšným nebo odsuzujícím obsahem, bludy provinění, méněcennosti, hrozící katastrofy, nihilistické, hypochondrické, vztahovačné jednání, perzekuce).“ (Martin Anders, Tereza Uhrová, Jan Roth et al., Depresivní porucha v neurologické praxi, 2005, str. 263)

6.3 Druhy depresí

Praško dělí depresi:

Depresivní epizoda

Praško definuje: „Depresivní epizoda se projevuje depresivní náladou, depresivním myšlením, snížením aktivity a tělesnými příznaky. Výrazně postihuje schopnost pracovat, spát, jíst a těšit se z příjemných činností. Depresivní epizody se mohou objevit v životě jednou nebo opakovaně. Rozvoji depresivní epizody může předcházet stresující životní období nebo životní událost, může se však také objevit bez zjevné vnější příčiny. Depresivní epizoda se objevuje dvakrát častěji u žen než u mužů.“ (Praško, 2003, str. 30, 31)

Rekurentní depresivní porucha

Praško definuje: „Porucha je charakterizována opakovanými epizodami deprese bez samostatných epizod mánie, ale nevylučují se krátké epizody hypomanie, povznesené nálady a zvýšené aktivity, které následují bezprostředně po depresivní epizodě. První epizoda se obvykle objevuje později než u bipolární (maniodepresivní) poruchy, průměrným věkem výskytu bývá pátá dekáda. Jednotlivé fáze trvají od 3 do 12 měsíců (průměrně kolem 6 měsíců). I když uzdravení mezi fázemi je většinou úplné, může se u menší části lidí postižených rekurentní depresivní poruchou rozvinout trvalá deprese (zvláště ve stáří). Jednotlivé epizody mohou být spouštěny stresovými životními událostmi. Obvykle se dvakrát častěji objevuje u žen než u mužů. Při rekurentní depresivní poruše jsou antidepresiva účinná podobně jako u velké depresivní poruchy. Vzhledem k tendenci k opakování je vhodné dlouhodobé často celoživotní užívání.“ (Praško, 2003, str. 32)

Dystymie

Praško definuje: „Dystymie je méně závažný typ deprese. Příznaky dystymie však trvají většinou dlouhou dobu, často léta. Obvykle začíná pozvolně, plíživě. Před začátkem rozvoje je postižený často vystaven většímu stresu nebo životní události (viz. Příznaky deprese). Kolísání mezi lehkou depresí a obdobím relativně normální nálady je velmi variabilní. Většinu času se pacienti cítí unavení a depresivní. Jakákoliv činnost vyžaduje úsilí a z ničeho nemají radost. Stále si stěžují, špatně spí a cítí se nepřiměřeně, ale obvykle stačí na základní požadavky každodenního života. Dystymie je pojem společný s pojmy depresivní neuroza a neurotická deprese. Obvykle začíná v rané dospělosti a trvá několik roků, někdy celý život. Když začne později, je často následkem mírné depresivní fáze a souvisí se zármutkem a stresem.“ (Praško, 2003, str. 32)

Bipolární (maniodepresivní) porucha

Praško definuje: „Bipolární porucha (synonymum: maniodepresivní) je méně častá než jiné poruchy nálady. Objevuje se asi u 10 % lidí trpících depresí. Onemocní jí 1 - 2 lidé ze sta. U této poruchy se objevují jak cykly deprese, tak cykly mánie nebo povznesené nálady. V depresivní fázi jsou přítomny příznaky velké depresivní poruchy, v manické fázi příznaky mánie. Někdy dochází ke zvratu v náladě náhle a velmi rychle (např. přes noc), ale častěji jsou přechody postupné.“ (Praško, 2003, str. 33)

Sezonní afektivní porucha

Jedná se o druh deprese, která vzniká snížením intenzity denního světla v podzimních a zimních měsících. Projevuje se depresivní náladou, snížením výkonnosti a velkou únavností. Jedinci pocítují vyšší chuť na uhlohydráty, přibývají na váze a mají zvýšenou potřebu spánku. Sezonní deprese je velmi dobře léčitelná pomocí aplikace intenzivního jasného světla.

Reaktivní porucha nálady

Praško definuje: „Reaktivní deprese je přímým následkem akutního těžkého stresu nebo pokračujícího traumatu. Zátěžová událost nebo trvající nepříznivé okolnosti jsou vyvolávajícím faktorem, k poruše by nedošlo bez jeho působení. Reaktivní deprese začíná ihned (nebo do jednoho měsíce) po výskytu stresující události nebo životní změny. Nejčastěji navazuje na stresovou událost, která byla spojena se ztrátou.“ (Praško, 2003, str. 37)

Krátká rekurentní depresivní porucha

Praško uvádí: „U této poruchy se depresivní epizody trvající zpravidla 2 – 3 dny objevují alespoň jednou za měsíc. Přitom nejde o epizody typicky vázané na menstruační cyklus. Deprese přichází většinou náhle, objeví se ráno po probuzení a je často velmi hluboká, objevují se sebevražedné myšlenky.“ (Praško, 2003, str. 40)

Poporodní deprese

Objevuje se většinou 3. - 4. den po porodu, kdy se střídají pocity euforie a pláče. Tato změna v náladě je způsobená poklesem hormonů estrogeneru a progesteronu.

Deprese v menopauze

Praško uvádí: „Na rozvoji deprese se zpravidla podílí řada faktorů jak biologických tak psychologických i sociálních. Z biologických jsou to rozsáhlé hormonální změny, zejména pokles hladin estrogenů, z psychologických často pocit „zavírajících se dveří“, strach ze stárnutí, z odchodu dětí z rodiny a malá podpora partnera, který bývá pohlcen prací.“ (Praško, 2003, str. 44)

Larvovaná deprese

Praško uvádí: „Deprese se v tomto případě projevuje „orgánovou řečí“. Je zde jasně vyjádřený tělesný příznak, který imituje tělesné onemocnění (např. pískání v uchu, závratě, bolesti hlavy, žaludku, břicha, páteře, končetin, celková slabost, poruchy zažívání, močového ústrojí, hybnosti).“ (Praško, 2003, str. 44)

Deprese v pozdním věku

Průběh i symptomy deprese v pozdním věku jsou podobné jako u mladších nemocných. U starších lidí se často objevuje deprese spolu s tělesným onemocněním.

Deprese při tělesném onemocnění

Praško uvádí: „Deprese může být spojena se souběžným tělesným onemocněním. To platí zejména pro starší lidi. Deprese může navazovat na ischemickou chorobu srdeční, vysoký krevní tlak, mozkovou příhodu, Parkinsonovu chorobu, cukrovku, revmatismus, sníženou činnost štítné žlázy, některá autoimunitní onemocnění, jako je lupus erythematodes, apod. Deprese může také zhoršovat průběh těchto onemocnění. Deprese může být také důsledkem užívání některých léků, alkoholu a drog.“ (Praško, 2003, str. 45)

6.4 Další členění depresí

Mírná depresivní epizoda

Většinou začíná po stresové situaci. Postižený pocítuje úzkost, uzavírá se do sebe a celkově se necítí dobře. Je schopný chodit do práce, plnit úkoly a povinnosti, ale na základě sníženého výkonu. Léčba je obvykle ambulantní.

Středně těžká epizoda

Postižený pocítuje nedostatek energie, izoluje se od okolního světa. Je nešťastný a dává si tento stav za svou vinu, nedokáže se soustředit na

každodenní obvyklé záležitosti. Léčbu postupuje postižený ambulantně, pokud se objevují sebevražedné úmysly, je vhodná hospitalizace.

Těžká depresivní epizoda

Postižený ztratil veškerou životní energii, sužují ho černé myšlenky a výčitky svědomí, nevykonává žádnou aktivitu. Není schopen postarat se sám o sebe, protože se nachází v útlumu. Hospitalizace u této formy je pokládána za samozřejmost.

7. LÉČBA DEPRESE

Cílem léčby deprese je odstranit příznaky onemocnění, odstranit riziko opětovného vzniku a navrátit původní kvalitu života postiženého. K léčbě je používána farmakoterapie, fototerapie a psychoterapie.

7.1 Farmakoterapie

Praško uvádí: „Vzhledem k tomu, že antidepresiva přímo chybějící neurotransmitery nedodávají, ale regulují jejich porušenou rovnováhu, jejich efekt není okamžitý, ale zpravidla se objeví za 3 až 6 týdnů podávání. Je proto důležité užívat léky dostatečně dlouhou dobu. I po odeznění depresivní nálady je nutné pokračovat v užívání léků. Podle doporučení světové zdravotnické organizace by mělo podávání antidepresiv trvat ještě půl roku až 9 měsíců po odeznění deprese, pokud jde o první epizodu v životě. Pokud jde o opakovanou epizodu, mělo by následné podávání antidepresiv trvat ještě dva roky. Bylo totiž zjištěno, že po časnějším vysazení léků až 80 % pacientů dostane depresi znova.“ (Praško, 2009, str. 58)

Praško uvádí: „Antidepresiva jsou léky, které umožňují lepší přenos vzruchu v některých neurotransmiterových systémech v mozku tím, že zvyšují dostupnost chemických přenašečů na nervových zakončeních. Jde zejména o serotoninový, noradrenalinový, dopaminový, přenašečový systém, které v depresi fungují nedostatečně. Antidepresiva jsou velmi účinné léky u depresivních a úzkostných stavů, ale i v celé řadě dalších indikací (např. u chronické bolesti, únavového syndromu ap.)“ (Praško, 2009, str. 59)

7.2 Fototerapie

Existuje skupina lidí, kteří trpí sezonní poruchou nálady. Pro tento druh nálady je nejvhodnější ranní aplikace intenzivního světla – fototerapie.

Fototerapie má u těchto lidí velmi rychlý efekt, někdy odstraní depresi již po týdnu aplikace. Světlo, které se používá, je podobné slunečnímu světlu. Intenzivní světlo je aplikováno většinou brzy ráno před rozedněním po dobu 2 hodin. Fototerapie obvykle trvá 2 – 3 týdny.

7.3 Psychoterapie

Praško uvádí: „Psychoterapie pomáhá hlouběji porozumět, co se s člověkem v depresi děje. Učí, jakým způsobem zacházet s příznaky a s problémy v životě a posléze trénuje dovednosti, které mohou do budoucna bránit rozvoji nové fáze. Psychoterapeutický přístup poskytuje určitý ochraňující prostor, ve kterém se nemocný může projevit a vyjádřit, co ho trápí. Pro většinu depresivních nemocných, u kterých deprese probíhá pod lehkým nebo středně závažným obrazem je psychoterapie velmi účinnou metodou. Zkracuje dobu léčby a u lehčích depresí je schopna pomoci i bez léků.

Psychoterapeut je odborník, který je schopen se vcítit do toho, co prožíváte. Má již zkušenost s jinými lidmi s podobnými problémy a odborné znalosti, které mu umožňují vám co nejlépe pomoci. Je lidským průvodcem, který umožní uklidnit se a postupně porozumět souvislostem. Pomůže opravit vaše depresivní myšlení, porozumět vztahovým problémům i vám samotným. Může vám pomoci přijít na způsoby, jak překonávat účinněji příznaky nemoci a jak se stavět ke každodenním problémům. Pod jeho vedením a s vlastním úsilím máte dobrou šanci se cítit lépe.“ (Praško, 2009, str. 63, 64)

Psychoterapie se rozlišuje na individuální, skupinovou, a rodinnou. Při psychoterapii se nejčastěji používá rozhovor.

7.4 Kognitivně-behaviorální terapie

Praško uvádí: „Kognitivně-behaviorální terapie je forma léčby zaměřená na celkové zklidnění pomocí přijetí terapie, odstranění depresivního způsobu myšlení, úpravy vzorců maladaptivního chování, zlepšení komunikace s okolím a relaxace. Kognitivně-behaviorální terapie se soustředí zejména na nemocné s mírnou a středně těžkou depresí a pacienty s reziduálními (zbytkovými) příznaky. Učí je zacházet se symptomy a problémy, zbavovat se zbytkových příznaků a trénuje dovednosti potřebné pro zvládání stresujících situací. Vede ke zlepšení sociální adaptace a sebevědomí. Dovednosti, které se pacient během léčby naučí, mu pak zůstávají.“ (Praško, 2003, str. 89)

Mezi základní postupy v KBT patří:

Praško uvádí:

- „porozumění depresi, jejím příznakům a souvislostem,
- účelné plánování činnosti a pozvolné zvyšování aktivity krok za krokem,
- postupné odmítání depresivního a vytváření nedeaktivního způsobu myšlení (kognitivní rekonstrukce),
- nácvik relaxace,
- nácvik komunikace a asertivity,
- nácvik metody řešení problémů,
- prevence relapsu.“ (Praško, 2003, str. 89)

Praktická část

8. CÍL PRAKTICKÉ ČÁSTI

Úkolem praktické části je zaměřit se na průzkum výskytu deprese u obyvatel ve věku 25-30 let a 50-60 let. Podle dostupných informací jsou obě tato období „příznivá“ pro onemocnění depresí.

Cílem průzkumu je ověřit, zda se:

1. deprese vyskytuje více mezi mladší nebo starší populací,
2. zda depresí onemocní spíše ženy nebo muži,
3. jak se s určitými příznaky deprese vyrovnávají ženy a muži obou věkových kategorií.

Autorka zvolila dotazníkovou formu průzkumu, přičemž vychází z Beckovy stupnice pro hodnocení deprese (viz. Příloha A).

Vzhledem k množství zadaných otázek vybrala pouze ty nejdůležitější. Průzkum prováděla mezi klienty pražských psychologických poraden s jejich souhlasem a pod podmínkou uchování anonymity.

Autorka rozdala celkem 120 dotazníků, z toho se vrátilo v kategorii 25 -30 let celkem 44 a ve druhé kategorii celkem 54.

8.1 Beckova posuzovací škála deprese

Pro respondenty si autorka připravila následující dotazník:

- A –
1. necítím se smutný(á)
 2. cítím se posmutnělý(á)
 3. jsem stále smutný(á)
 4. jsem tak nešťastný(á), že to nemohu unést
- B –
1. příliš se budoucnosti neobávám
 2. budoucnosti se obávám

3. vidím, že se nemám na co těšit
4. vidím, že budoucnost je beznadějná

- C –
1. nejsem nijak zvlášť spokojený(á)
 2. věci už mě tak netěší jako dříve
 3. vidím, že se nemám na co těšit
 4. ať dělám cokoliv, netěší mne to

- D –
1. nepřemýšlím o sebevraždě
 2. někdy pomýšlím na sebevraždu
 3. často přemýšlím o sebevraždě
 4. kdybych měl(a) příležitost, tak bych si vzal(a) život

- E -
1. nepláču víc než obvykle
 2. pláču nyní častěji
 3. pláču nyní stále, nedokážu přestat
 4. předtím jsem mohl(a) plakat, nyní to nejde

- F –
1. necítím se více unaven(a) než obvykle
 2. unavím se snáze než dříve
 3. téměř všechno mě unavuje
 4. únava mi zabraňuje cokoliv dělat

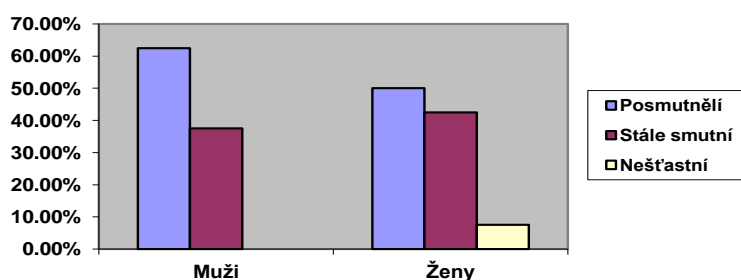
- G –
1. práce mi jde jako dříve
 2. musím se nutit, když chci začít něco dělat
 3. dá mi velké přemáhání, abych cokoliv dělal(a)
 4. nejsem schopen(a) jakékoliv práce

9. VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO PRŮZKUMU

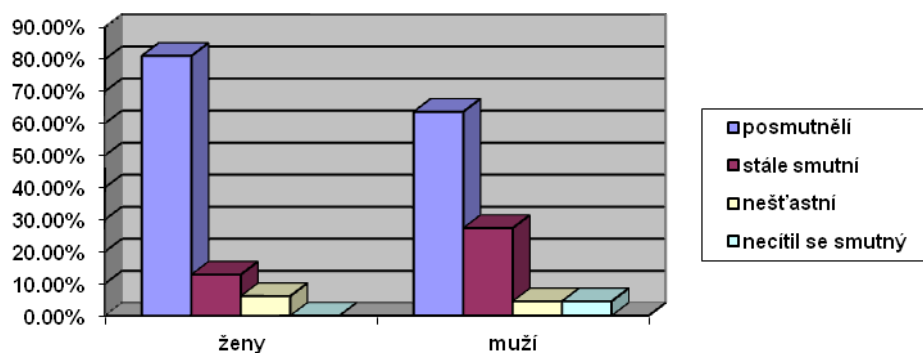
Respondenti prostřednictvím Beckovy posuzovací škály deprese vybírali ze skupin odpovědí takovou odpověď, která nejlépe charakterizovala jejich stav právě v den vyplňování tohoto dotazníku.

K bodu A – G odpovídalo stále stejné množství respondentů. V mladší kategorii to bylo 28 žen a 16 mužů, ve starší kategorii 32 žen a 22 mužů.

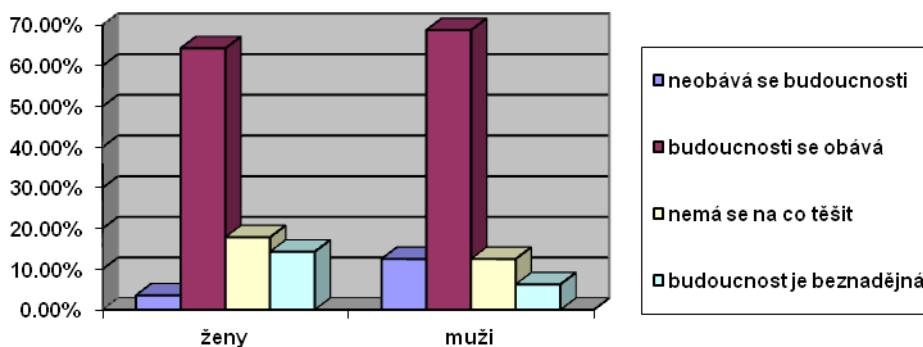
K odpovědi A2 se vyjádřilo kladně 12 žen a 10 mužů, k A3 to bylo 14 žen a 6 mužů, k A4 pak 2 ženy a žádný muž. To znamená, že posmutnělých je 50 % žen a 62,5 % mužů, stále smutných je 42,5 % žen a 37,5 % mužů a nešťastných 7,5 % žen a žádný muž. K bodu 1 se nevyjádřil nikdo.



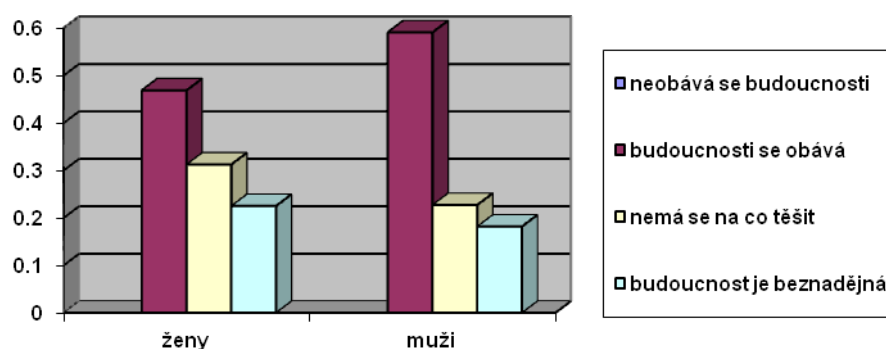
Ve starší kategorii se k bodu A1 vyjádřil 1 muž, k bodu A2 pak 26 žen a 14 mužů. Bod A3 zaškrtnuly 4 ženy a 6 mužů, k bodu A4 se přihlásily 2 ženy a 1 muž. Čili u starší generace bylo posmutnělých 81,06 % žen a 63,63 % mužů, stále smutných 12,82 % žen a 27,35 % mužů, nešťastných 6,11 % žen a 4,48 % mužů. Pouze jeden muž se necítil smutný, což představuje 4,48 %.



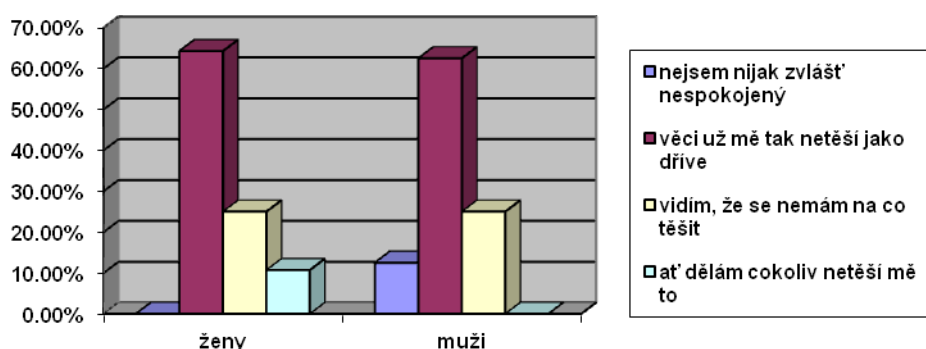
K bodu B1 se v mladší kategorii vyjádřila kladně 1 žena a 2 muži, k bodu B2 18 žen a 11 mužů, k bodu B3 to bylo 5 žen a 2 muži a k bodu B4 pak 4 ženy a 1 muž. Představuje to tedy, že se budoucnosti nebojí 3,55 % žen a 12,50 % mužů, obává se jí 64,28 % žen a 68,75 % mužů, na nic se netěší 17,85 % žen a 12,50 % mužů, beznadějnou budoucnost vidí 14,28 % žen a 6,25 % mužů.



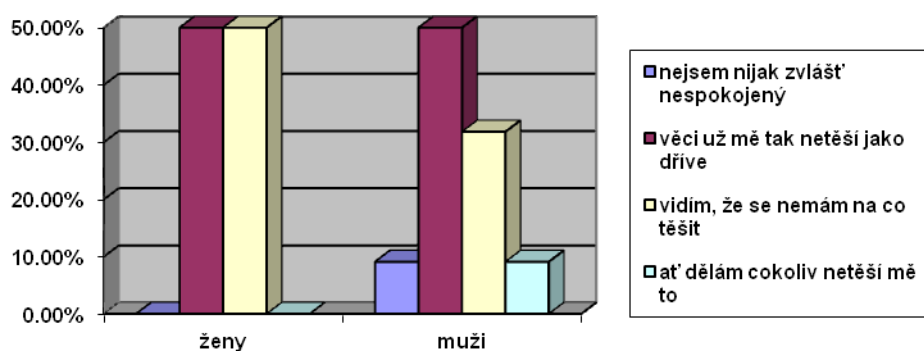
Ve starší kategorii se k bodu B1 nevyjádřil žádný respondent, k bodu B2 se kladně vyjádřilo 15 žen a 13 mužů, k bodu B3 to bylo 10 žen a 5 mužů, k bodu B4 pak 7 žen a 4 muži. V procentech je to vyhodnoceno na 46,87 % žen a 59,09 % mužů obávajících se budoucnosti, na nic se netěší 31,25 % žen a 22,72 % mužů. Jako beznadějnou vidí budoucnost 22,5 % žen a 18,18 % mužů.



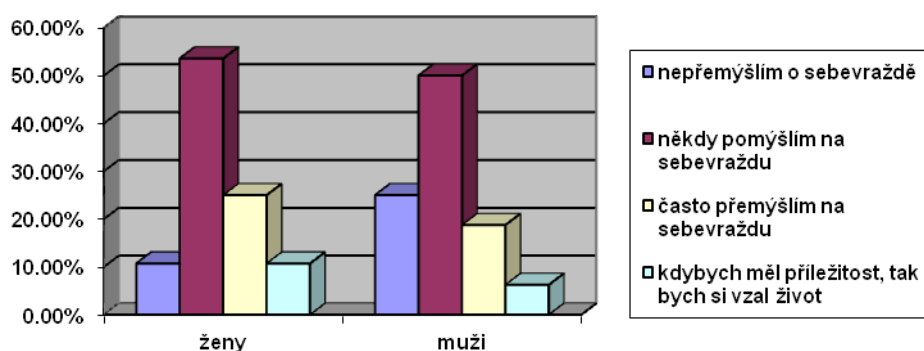
K bodu C1 se z mladší generace kladně vyjádřili 2 muži, u C2 pak 18 respondentek a 10 respondentů, C3 zaškrtnulo 7 žen a 4 muži, C4 pak daly přednost 3 ženy. Z toho vyplývá, že nijak zvlášť nespokojených je 12,5 % mužů. Že je už věci netěší jako dřív tvrdí 64,28 % žen a 62,5 % mužů. Nic nepřináší uspokojení 25 % žen a mužů a vůbec nic netěší 10,71 % žen.



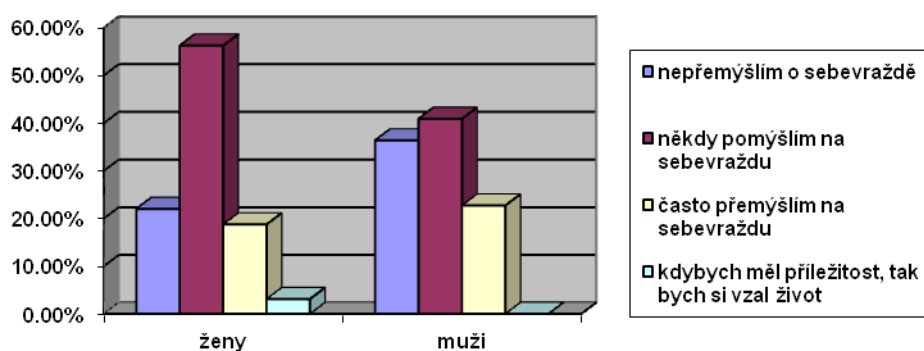
U starší kategorie se k C1 vyjádřili kladně rovněž 2 muži, k C2 se přihlásilo 16 žen a 11 mužů, u bodu C3 to bylo rovněž 16 žen a 7 mužů, pro C4 se vyjádřili 2 muži. Převáděno na procenta nijak zvlášť nespokojeno bylo 9,09 % mužů, to, že je nic netěší jako dřív, prohlásilo 50 % žen a 50 % mužů, nic nepřináší uspokojení rovněž 50 % žen a 31,81 % mužů a vůbec netěší 9,09 % mužů.



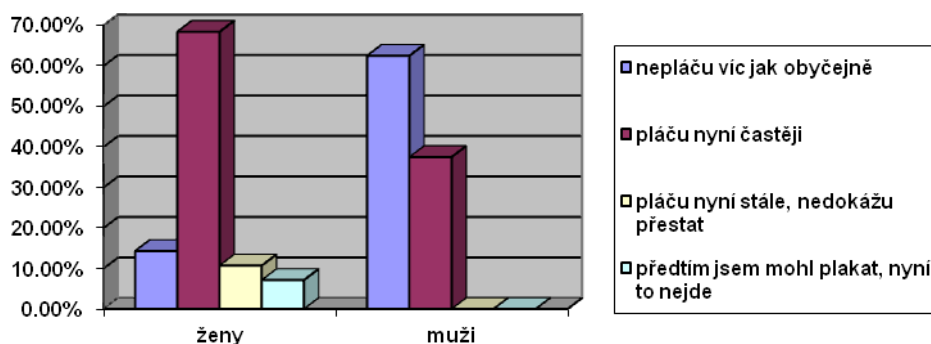
Velmi zajímavý byl přístup k bodu D. Pro D1 se u mladší generace vyslovili 3 ženy a 4 muži, D2 si vybralo 15 žen a 8 mužů, pro D3 se vyslovilo 7 žen a 3 muži, k D4 se vyjádřili 3 ženy a 1 muž. O sebevraždě tudíž nepřemýšlelo 10,71 % žen a 25 % mužů. Někdy přemýšlelo o sebevraždě 53,57 % žen a 50 % mužů, často o sebevraždě uvažovalo 25 % žen a 18,75 % mužů, vzít život při vhodné příležitosti se pokusilo 10,71 % žen a 6,25 % mužů.



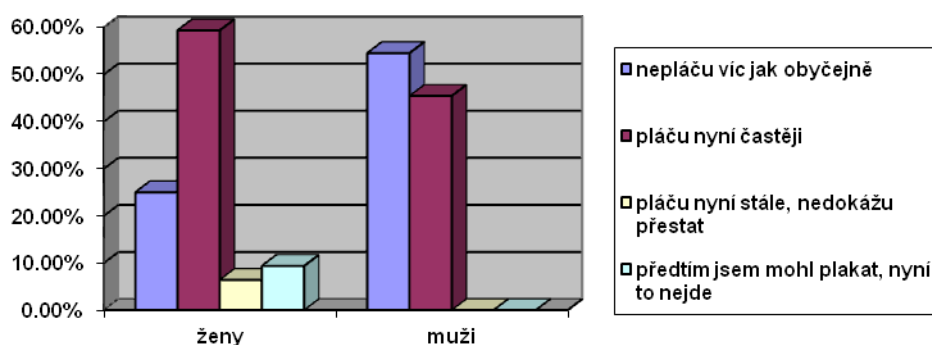
U starší generace se k bodu D1 vyjádřilo 7 žen a 8 mužů, D2 zaškrtnlo 18 žen a 9 mužů, D3 pak 6 žen a 5 mužů. Pouze jedna žena si vybrala D4. Znamená to, že 22,5 % žen a 36,36 % mužů o sebevraždě nepřemýšlelo, 56,25 % žen a 40,9 % mužů o ní přemýšlelo občas, často o ní přemýšlelo 18,75 % žen a 22,72 % mužů. Provést sebevraždu při vhodné příležitosti by zvolilo 3,12 % žen.



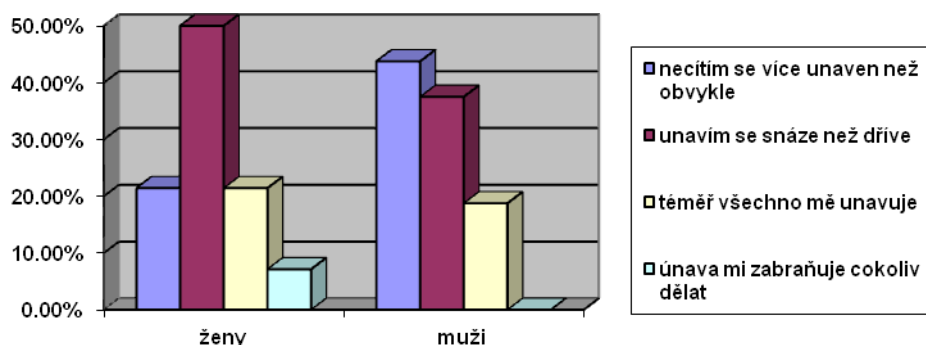
Bod E byl u mladší kategorie zodpovězen následovně: E1 byl kladně hodnocen 4 ženami a 10 muži, E2 si vybralo 19 žen a 6 mužů, E3 zaškrtnly 3 ženy a E4 byl důležitý pro 2 ženy. Při převedení na procenta vidíme, že nepláče víc než obvyčejně 14,28 % žen a 62,5 % mužů, častěji pláče 68,42 % žen a 37,5 % mužů. Plakat nedokáže přestat 10,71 % žen a už nemůže plakat 7,14 % žen. Muži body E3 nezaškrtnli.



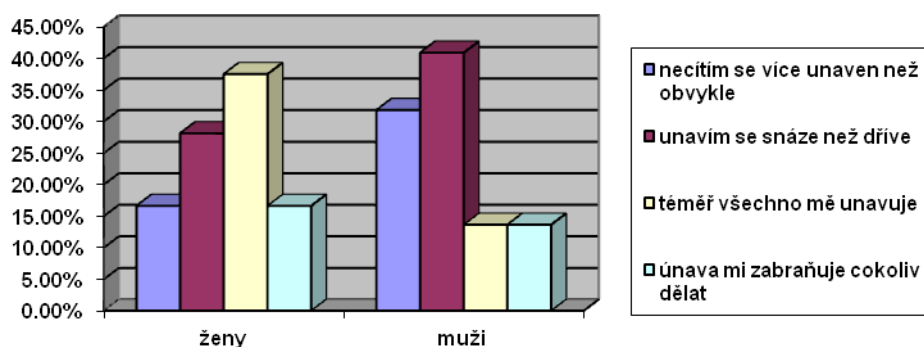
Ve starší kategorii se k bodu E1 vyjádřilo 8 žen a 12 mužů, E2 hodnotilo kladně 19 žen a 10 mužů, bod E3 zaškrtnly 2 ženy a E4 zaškrtnly 3 ženy. Znamená to, že více než obvyčejně nepláče 25 % sledovaných žen a 54,54 % mužů, častěji pláče 59,37 % žen a 45,45 % mužů, stále pláče 6,43 % žen a už nemůže plakat 9,37 % žen. Muži si opět body 3 a 4 ne zvolili.



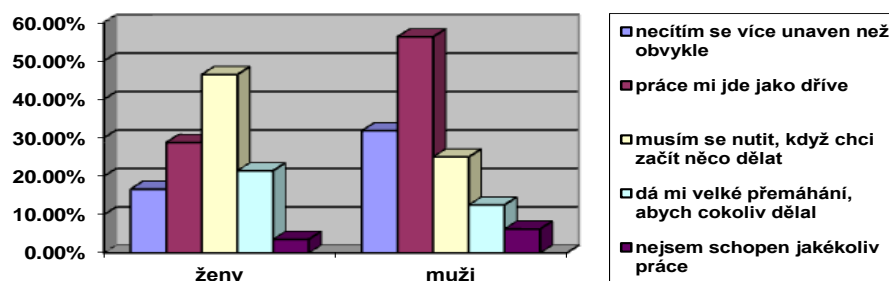
Pro bod F zvolilo v mladší kategorii F1 z celkového počtu 6 žen a 7 mužů, F2 si vybralo 14 žen a 6 mužů, F3 zaškrtnulo 6 žen a 3 muži, pro F4 se vyslovily 2 ženy. Více únavy než obvykle necítí 21,42 % žen a 43,75 % mužů. Snáze se unaví 50 % žen a 37,5 % mužů, téměř vše unavuje 21,42 % žen a 18,75 % mužů. Únavu zabraňující cokoliv dělat pociťuje 7,14 % žen. Muži si tento bod nevybrali.



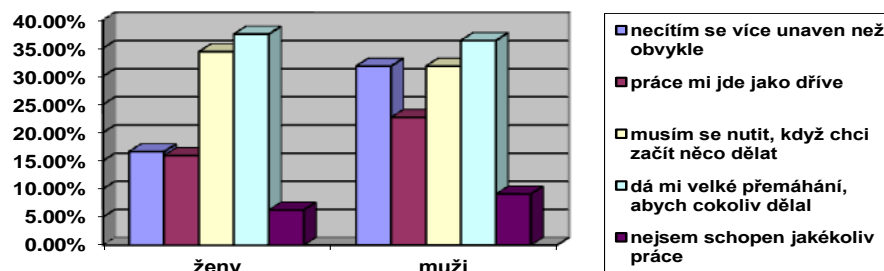
Ve starší kategorii se pro bod F1 vyslovilo 5 žen a 7 mužů, F2 si vybralo 9 žen a 9 mužů, F3 zaškrtnulo 12 žen a 3 muži, s F4 se ztotožnilo 6 žen a 3 muži. Více unaveno se necítí 16,62 % žen a 31,81 % mužů, snáze se unaví 28,12 % žen a 40,9 % mužů, téměř všechno unaví 37,5 % žen a 13,63 % mužů. Unaveno tak, že nemůže nic dělat, se cítí 16,62 % žen a 13,63 % mužů.



V závěrečném bodu G, který si autorka vybrala z Beckovy škály, se z mladší kategorie pro G1 vyslovilo 8 žen a 9 mužů, pro G2 bylo 13 žen a 4 muži, G3 si zvolilo 6 žen a 2 muži a G4 zaškrtnla 1 žena a 1 muž. V procentech jde práce jako dřív 28,75 % žen a 56,25 % mužů, nutit se do práce musí 46,43 % žen a 25 % mužů, velké přemáhání k práci provází 21,42 % žen a 12,5 % mužů. Schopno jakékoliv práce není 3,57 % žen a 6,25 % mužů.



Ve starší kategorii si G1 zvolilo 5 žen a 5 mužů, G2 si vybralo 11 žen a 7 mužů, pro G3 se vyslovilo 12 žen a 8 mužů a G4 zaškrtnly 2 ženy a 2 muži. Znamená to tedy, že práce jde jako dřív 15,93 % žen a 22,72 % mužů. Do práce se musí nutit 34,37 % žen a 31,81 % mužů. Přemáhat se k jakékoliv činnosti musí 37,5 % žen a 36,36 % mužů. Neschopných cokoli dělat je 6,25 % žen a 9,09 % mužů.



9.1 Výsledky průzkumu

I když se autorce z obou věkových skupin nevrátil stejný počet odpovědí, je možno stanovit určitý závěr. Stoprocentní tvrzení není samozřejmě možné. Autorka si je vědoma, že k tomu by musel být výzkumný vzorek daleko početnější a rozšířený i na mimopražské oblasti.

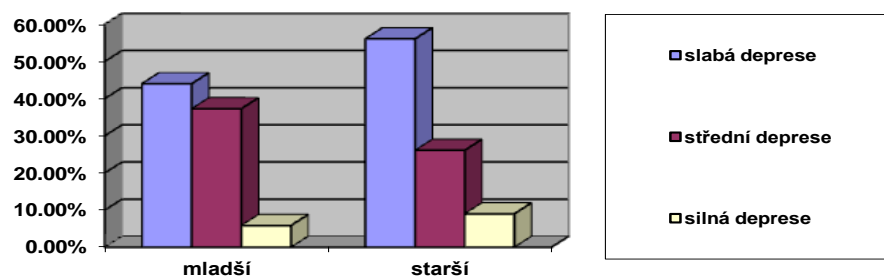
Vycházíme-li z Beckovy posuzovací škály, můžeme konstatovat následující:

1) Slabá deprese se vyskytuje častěji mezi starší populací, a to zhruba 56,07 % z řad sledovaných respondentů proti 44 % u mladší populace.

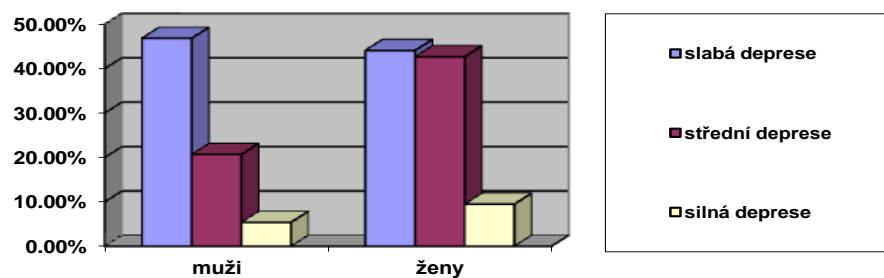
Středně silnou depresí trpí více mladší populace, a to 37,28 % proti 26,07 % starší populace.

Silná deprese opět postihuje starší generaci, a to v průměru 8,99 % proti 5,84 % u mladší generace.

Celkově tedy můžeme konstatovat, že deprese je onemocněním spíše starší, respektive střední věkové populace.



- 2) Slabá deprese byla konstatována u 44,09 % žen oproti 46,82 % mužů, středně silná deprese se vyskytuje u 42,67 % žen a 20,68 % mužů a těžkou depresí trpí 9,47 % žen a 5,37 % mužů.



Celkově lze konstatovat, že různé formy deprese se vyskytují více u žen nežli u mužů.

S depresí se lépe vyrovnávají muži, a to 26,51 % proti 12,77 % žen.

10. ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo zmapovat výskyt depresivních poruch středního a staršího věku.

Deprese je závažné duševní onemocnění, které v některých případech ohrožuje člověka na životě. Na vzniku depresivního onemocnění se podílí řada příčin. Mezi nejčastější příčiny patří biologické onemocnění, tělesné onemocnění, špatné mezilidské vztahy, existenční prázdnota, špatný životní styl a další, které autorka podrobně rozepsala v teoretické části.

Lidé, kteří onemocní depresí, vnímají svou budoucnost jako velmi nejasnou a někdy i beznadějnou. Depresivní onemocnění omezuje člověka v osobním, profesním i sociálním životě, omezuje jeho výkonnost, snižuje sebevědomí a sebedůvěru a úroveň myšlení.

Nejvíce jsou ohroženi jedinci střední a starší generace, nicméně depresivní porucha se může objevit v kterémkoliv věku (seniorský věk, dětský věk).

Deprese patří k celospolečenským tématům, mluví se o ní v médiích, píše v periodikách či na internetových portálech.

Léčba deprese je v současné době zacílena na zmírnění symptomů, jak farmakologicky, tak i pomocí jiných léčebných metod, jako například psychoterapie. Léčba antidepresivy nabízí mnoho možností, proto by se neměl nemocný ostýchat vyhledat odbornou pomoc.

Autorka si je vědoma, že rozsahem svého výzkumu se nemůže srovnávat s rozsáhlými výzkumnými studii. Při tvorbě této práce se zájem o tuto problematiku prohloubil, proto by se dále této oblasti ve své práci věnovala.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ANDERS, M., et al. *Depresivní porucha v neurologické praxi*. 1.vyd. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-306-0
- ATKINSON, R., et al. *Psychologie*. 2.vyd. Praha: Portál 2003. ISBN 80-7178-640-3
- HERMAN, E., DOUBEK, P. *Deprese a stres*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2008. ISBN 978-80-7345-157-8
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat depresi*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-0575-3
- LÁTALOVÁ, K., *Bipolární afektivní porucha*. 1. vyd. Praha: 2010. ISBN 978-80-247-3125-4
- MKN -10, 2. vyd. Praha: 2009. ISBN 978-80-904259-0-3
- NAKONEČNÝ, M. *Psychologie osobnosti*. 2. vyd. Praha: Academia, 2009. ISBN 978-80-200-1680-5
- NÝVLTOVÁ, V. *Psychopatologie pro speciální pedagogy*. 2. vyd. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2010. ISBN 978-80-86723-85-3
- PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, H., PRAŠKOVÁ, J. *Deprese a jak ji zvládat*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-809-0
- PRAŠKO, J., BULIKOVÁ, B., SIGMUNDOVÁ, Z. *Depresivní porucha a jak ji překonat*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-656-4
- RYBOLT, R., *Jak porazit depresi*. 1. vyd. Praha: Práh, 2009. ISBN 978-80-7252-250-7
- SVOBODA, M., ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-154-9
- VYMĚTAL, J., *Lékařská psychologie*. 3. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-740-X

Internetové zdroje

[http://cs.wikipedia.org/wiki/Deprese_\(psychologie\)](http://cs.wikipedia.org/wiki/Deprese_(psychologie))

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Beckova posuzovací škála deprese.....	I
---	---

PŘÍLOHY

Příloha A – Beckova stupnice pro hodnocení deprese

Instrukce: Máte před sebou dotazník obsahující skupiny tvrzení. Nejdříve přečtete všechna tvrzení v určité skupině a označte to, které Vás nejlépe charakterizuje v tento den.

1.

- necítím se smutný(á)
- cítím se posmutnělý(á), sklíčený(á)
- jsem stále smutný(á) a smutku se nedokážu zbavit
- jsem nešťastný(á), že to nemohu snést

2.

- příliš se budoucnosti neobávám
- budoucnosti se obávám
- vidím, že už se nemám na co těšit
- vidím, že budoucnost je beznadějná, má situace se nemůže zlepšit

3.

- nemám pocit nějakého životního neúspěchu nebo smůly
- v životě jsem měl(a) více smůly a neúspěchu než mají jiní lidé
- vidím, že můj dosavadní život byl jen řadou neúspěchu
- vidím, že jsem jako člověk plně selhal(a), zklamal(a)

4.

- nejsem nijak zvlášť nespokojený(á)
- věci mě už tak netěší jako dříve
- nic mi již nepřináší uspokojení
- ať dělám cokoli, nevzbudí to ve mně sebemenší potěšení

5.

- netrpím pocity viny
- často mívám pocity viny

- hodně mívám pocity viny
- stále trpím pocity viny

6.

- nemám pocit, že budu za něco potrestán(a)
- mám pocit, že bych mohl být potrestán(a)
- očekávám, že budu nějak potrestán(a)
- vím, že budu nějak potrestán(a)

7.

- necítím se příliš zklamán(a) sám sebou
- zklamal(a) jsem se v sobě
- jsem dosti znechucen(a) sám(a) sebou
- nenávidím sebe sama

8.

- necítím se horší než kdokoli jiný
- mám spoustu nedostatků a dělám hodně chyb
- stále si vyčítám všechny své chyby
- za všechno špatné mohu já

9.

- nepřemýšlím o sebevraždě
- někdy pomýšlím na sebevraždu
- často přemýšlím o sebevraždě
- kdybych měl(a) příležitost, tak bych si vzal(a) život

10.

- nepláču více, než obvykle
- pláču nyní častěji než předtím
- pláču nyní stále, nedokážu přestat
- předtím jsem mohl, nyní to nejde

11.

- nejsem nyní podrážděný(á) více, než obvykle
- jsem často podrážděný(á) a rozladěný(á)

- jsem stále podrážděný(á) a rozladěný(á)
- nemohu se již rozčílit ani věcmi, které mě dříve obvykle rozčilovaly

12.

- neztratil(a) jsem zájem o ostatní lidi
- mám menší zájem o ostatní lidi
- ztratil(a) jsem většinu zájmu o ostatní lidi
- ztratil(a) jsem všechnen zájem o ostatní lidi

13.

- dokážu se většinou rozhodnout ve běžných situacích
- odkládám svá rozhodnutí častěji, než dříve
- mám značné potíže v rozhodování
- vůbec se nedokážu rozhodnout

14.

- nemám větší starosti se vzhledem, než dříve
- mám starosti, že vyhlížím už dost staře a neatraktivně
- mám dojem, že se můj zevnějšek značně zhoršil, vypadám dosti nepěkně
- mám pocit, že vypadám hnusně a odpudivě

15.

- práce mi jde jako dříve
- musím se nutit, když chci začít něco dělat
- dá mi velké přemáhání, abych cokoliv dělal(a)
- nejsem schopen(a) jakékoliv práce

16.

- spím stejně dobře jako dříve
- nespím již tak dobře jako dříve
- probouzím se o 1-2 hodiny dříve než obvykle a nemohu spát
- denně se probouzím předčasně a nedokážu spát více, než 5 hodin

17.

- necítím se více unaven(a) než obvykle
- unavím se snáze než dříve

- téměř všechno mě unavuje
- únava mi zabraňuje cokoli dělat

18.

- mám svou obvyklou chuť k jídlu
- nemám takovou chuť k jídlu jakou jsem míval(a)
- mám mnohem menší chuť k jídlu
- zcela jsem ztratil(a) chuť k jídlu

19.

- v poslední době jsem nezhubnul (a)
- ztratil(a) jsem v poslední době více než 2,5 kg
- ztratil(a) jsem v poslední době více než 5 kg
- ztratil(a) jsem v poslední době více než 7,5 kg

20.

- nestarám se o své zdraví více než obvykle
- dělají mi nyní starosti různé bolesti těla, mám citlivý žaludek, trpím zácpou, bušením srdce apod.
- velice často myslím na své tělesné obtíže
- moje bolesti a těžkosti mě plně vyčerpávají

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Daniela Horňáčková

Obor: Manažerská studia. Řízení lidských zdrojů

Forma studia: Kombinované

Název práce: Začarovaný kruh deprese

Rok: 2012

Počet stran textu bez příloh: 49

Celkový počet stran příloh: 4

Počet titulů české literatury a pramenů: 13

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 0

Počet internetových zdrojů: 1

Vedoucí práce: PhDr. Renata Kreuzová