

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

Bakalářské/prezenční studium

2009 - 2012

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Marie Šindelková

Kvalita života s depresemi

Praha 2012

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Pavel Drdla

COMENIUS UNIVERSITY PRAGUE

Bachelor Full-Time Studies

2009 - 2012

BACHELOR THESIS

Marie Šindelková

The Quality of life with depression

Prague 2012

The Bachelor Thesis Work Supervisor:

Mgr. Pavel Drdla

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

Marie Šindelková

Poděkování

Chtěla bych poděkovat Mgr. Pavlu Drdlovi za odborné a laskavé vedení této bakalářské práce. Dále MUDr. Evě Janečkové z Psychiatrické kliniky 1. LF UK v Praze za distribuci a trpělivé vyplňování dotazníků s pacienty. Děkuji také vedení i personálu Psychiatrické léčebny Bohnice za ochotu spolupracovat při vyplňování dotazníků. V neposlední řadě patří můj velký dík všem laskavým dotazovaným.

Anotace

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou depresivního onemocnění. Seznamuje se základními informacemi o depresi, jejími druhy, možnostmi léčby a líčí také některé druhy relaxace. Popisuje dopady onemocnění na život pacienta i jeho rodiny a zdůrazňuje důležitost komunikace nemocného s blízkými či lékařem. Cílem práce je prověřit zda život s depresivním onemocněním může být kvalitní. Praktická část práce se zabývá popisem a vyhodnocením průzkumu, který byl realizován pomocí dotazníkového šetření.

Klíčové pojmy

deprese, komunikace, kvalita života, relaxace, rodina, způsoby léčby

Annotation

The thesis deals with the issue of depressive illness. It aims to summarize basic information about depression, its types, treatment options; and also recounts some types of relaxation. It describes the impact of disease on the patient's life and on the life of his family, and stresses the importance of close communication between the patient, his family and the physician. The main aim of the thesis is to examine whether a life with depression may have a normal quality. The practical part deals with the description and evaluation of a survey, which was carried out using a questionnaire.

Key words

communication, depression, family, quality of life, relaxation, treatment options

OBSAH

ÚVOD	9
1. DEPRESE	10
1.1 POJEM DEPRESE.....	10
1.2 PŘÍZNAKY DEPRESE.....	11
1.3 PŘÍČINY VZNIKU DEPRESIVNÍ PORUCHY	12
1.4 NEGATIVNÍ MYŠLENKY A DEPRESE	16
2. TYPY A FORMY DEPRESE.....	18
2.1 PRŮBĚHOVÉ FORMY DEPRESE	18
2.2 ROZDĚLENÍ DEPRESÍ.....	20
2.3 DRUHY DEPRESE PODROBNĚJI	23
3. ZPŮSOBY LÉČBY.....	29
3.1 PODÁVÁNÍ PSYCHOFARMAK.....	29
3.2 PSYCHOTERAPIE.....	31
3.3 JINÉ METODY LÉČBY.....	34
4. DOPADY NA KVALITU ŽIVOTA DEPRESIVNÍCH PACIENTŮ.....	37
4.1 KVALITA ŽIVOTA NEMOCNÝCH	37
4.2 DOPADY NA KVALITU ŽIVOTA NEMOCNÝCH A JEJICH BLÍZKÝCH	38
4.3 VÝZNAM RODINY PŘI LÉČBĚ PACIENTA.....	41
5. KOMUNIKACE V OBDOBÍ DEPRESE.....	46
5.1 LÉČIVÁ MOC NASLOUCHÁNÍ A EMPATIE.....	46
5.2 VZTAH PACIENTA A LÉKAŘE	47
5.3 OSOBNOST LÉKAŘE JAKO LÉK	48
5.4 POČÁTEK VZTAHU	50
5.5 ROZHOVOR A JEHO PŘÍNOSY	52
6. DUŠEVNÍ HYGIENA A RELAXACE.....	53
6.1 RELAXACE.....	53
7. PRŮZKUM.....	58
7.1 POPIS PRŮZKUMU	58
7.2 CÍL PRŮZKUMU	58

7.3	CHARAKTERISTIKA PRŮZKUMNÉHO VZORKU	58
7.4	METODY SBĚRU DAT	58
7.5	SBĚR A ZPRACOVÁNÍ ÚDAJŮ.....	59
7.6	INTERPRETACE A GRAFICKÉ ZNÁZORNĚNÍ VÝSLEDKŮ.....	59
ZÁVĚR	72
	SEZNAM ODBORNÉ LITERATURY A ZDROJŮ	73
	SEZNAM OBRÁZKŮ, GRAFŮ A PŘÍLOH.....	77
	PŘÍLOHA A	I

Úvod

Tato práce se zabývá problematikou depresivního onemocnění. Deprese přináší nemocným mnoho problémů a nemálo bolesti. Je to zákeřné onemocnění, které může nemocného dohnat k sebevraždě. Výskyt tohoto onemocnění má bohužel vzestupnou tendenci.

Známý spisovatel Ota Pavel o depresi napsal „*Nemohu tvrdit, že jsem zkoušel jako zvíře, protože žádný člověk neví, jak trpí zvíře, i když o tom často vypráví a píše. Víím jenom, že jsem zkoušel strašně, nejde to ani vypovědět. A pak by tomu ani nikdo nevěřil, lidé nechtějí slyšet o této nemoci, protože se jí moc bojí.*“ (Pavel, 1971, str. 166)

Cílem této bakalářské práce je prověřit, zda život s depresemi a všemi jejími negativními důsledky může být kvalitní. Záměrem práce je rovněž nalezení a popsání (nejen) psychických dopadů na kvalitu života pacientů i jejich blízkých.

První část práce se snaží podat jasným a srozumitelným způsobem všechny důležité informace o depresivním onemocnění. Informuje o příznacích, příčinách i typech deprese. Pojednává o způsobech léčby a relaxace, zdůrazňuje důležitost rodinné podpory a pozitivní vliv komunikace pacienta s lékařem. Převážná část teoretické práce je tedy věnována právě komunikaci a vztahu pacienta s rodinou či s lékařem a důležitosti naslouchání, neboť právě možnost podělit se s někým o své obavy a pocity může nemocnému velmi ulehčit.

Druhá část, tedy praktická, popisuje všechny důležité poznatky a informace z provedeného průzkumu. Sestává především z interpretace a analýzy nasbíraných dat, která jsou vyjádřena v přehledných grafech.

Téměř od první do poslední kapitoly se práce snaží přiblížit pocity a myšlenky nemocného, abychom tak lépe mohli porozumět problematice této zákeřné nemoci jako celku.

1. Deprese

První kapitola se zabývá objasněním základní problematiky depresivního onemocnění. Zahrnuje tedy objasnění pojmu deprese, příznaky a příčiny vzniku této nemoci a zmiňuje také vliv dědičnosti.

1.1 Pojem deprese

Deprese (dříve také nazývaná melancholie) je závažná porucha nálady, která dokáže na přechodnou dobu zcela rozvrátit dosavadní život pacienta. Je mnohem víc než jen smutek nebo sklíčenost, je to nemoc celého organismu. Od běžného smutku se deprese liší v tom, že je mnohem intenzivnější než smutek, trvá déle a nepříznivě ovlivňuje výkonnost. (ŠVESTKA, 2000)

Deprese je závažné onemocnění s rizikem chronicity a sebevraždy. Zhoršuje kvalitu života nemocného, vede k pocitům beznaděje, smutku, ztrátě radostného prožívání, energie i vůle, uzavírání se před okolím. (LAŇKOVÁ, 2004)

„Mezi poruchami nálady se deprese vyskytuje nejčastěji. V kterémkoliv okamžiku ve světě trpí 340 milionů lidí depresí.“ (ČEŠKOVÁ, 2006, str. 201)

Depresivní porucha se může objevit kdykoli a v kterémkoli období života. Vyskytuje se v relativně vysoké míře, jednou za život postihne až 20% populace. Ženy jsou k onemocnění náchylnější, onemocní dvakrát častěji než muži. Nejvíce lidí je postiženo mezi 25-50 lety. Podle údajů Světové zdravotnické organizace (WHO) je deprese poměrně nejrozšířenější nemocí na naší planetě. (KŘIVOHLAVÝ, 2003)

Deprese je jedním z nejčastějších zdravotních problémů, které lidé v životě musí řešit. Každoročně jí onemocní 5 % obyvatelstva nezávisle na věku a je také nejčastější příčinou pracovní neschopnosti. Deprese není známka osobní slabosti, nedostatku vůle, sebekázně a není ani vadou charakteru, která by se dala změnit silou vůle. Je to nemoc, kterou lze úspěšně léčit. Pokud se deprese neléčí, příznaky mohou trvat i léta. Platí, že čím dříve léčba začne, tím dříve deprese odezní. *„Neléčená deprese vede ke ztrátě výkonnosti, k izolaci pacienta, ztrátě radosti ze života a také k výraznému zhoršení celkového zdravotního stavu tím, že snižuje obranyschopnost organismu“.* (DOUBEK, 2007, str. 6)

1.2 Příznaky deprese

Hlavním příznakem deprese je chorobně smutná nálada. Trvá často po celý den a téměř každý den, po dobu alespoň čtrnácti dnů. Kromě nálady je depresí zasaženo také myšlení, chování i tělesné funkce organismu. (DOUBEK, 2007)

Existují individuální rozdíly, co se týče chování a pocitů, které depresivní osoba prožívá, a také v rozsahu, ve kterém se tyto pocity a chování prožívají. Intenzita obtíží může během dne kolísat. Někomu bývá nejhůř ráno, jinému naopak večer. U některých lidí se objevuje jen několik příznaků, jiní jich mají mnoho. (PRAŠKO, 2003)

DOUBEK (2007) mezi hlavní příznaky deprese řadí:

- přetrvávající smutná, úzkostná nebo prázdňová nálada, podstatné snížení až vymizení obvyklých zájmů a koníčků, ztráta zájmu o sexuální život, ztráta chuti k jídlu, výrazné snížení hmotnosti, nebo naopak přejídání se a přibývání na hmotnosti,
- nespavost, předčasné ranní probouzení nebo naopak nadměrná spavost i během dne, zpomalení pohybů, pokles energie, únava, ospalost, malátnost, pocity vlastní méněcennosti a sebeobviňování,
- potíže se soustředěním, zapamatováním si, rozpomínáním se a problémy s rozhodováním, zpomalené myšlení,
- pocit, že život nemá žádný smysl, myšlenky na smrt, na sebevraždu a sebevražedné sklony.

Další příznaky deprese jsou:

- negativní pohled na sebe a sebepodceňující myšlenky, pocity beznaděje, pesimismu nebo bezmoci,
- nadměrné polehávání nebo posedávání, neschopnost přinutit se k činnosti, odkládání činnosti,

- neklid, nervozita, nadměrná podrážděnost, přetrvávající tělesné příznaky, jako je bolest hlavy, poruchy trávení, zácpa, suchost v ústech, dlouhodobé bolesti (např. zad), u žen nepravidelnost v menstruačním cyklu (DOUBEK, 2007),
- časté nutkání k močení, bušení srdce, svírání u srdce, svírání hrdla, pocit závratí, bolesti hlavy a poruchy srdečního rytmu (KŘIVOHLAVÝ, 2003),
- tíha na hrudi, ztuhlost nebo ochablost svalstva, snadná unavitelnost, nadměrné obavy a starosti, časté pocity napětí, výbuchy pláče nebo časté a snadné dojetí až k pláči,
- pocit izolace, postižený má dojem, že mu nikdo nerozumí a že je všem jedno jak se cítí,
- ztráta zájmu o vnější vzhled nebo naopak až přehnaný zájem o fyzický vzhled. (MALONEY, 1996)

1.3 Příčiny vzniku depresivní poruchy

V oblasti vzniku psychických poruch se lékařská věda ještě nedostala tak daleko, aby dokázala jednoznačně určit přesnou příčinu vzniku choroby. Nepochybně, jako u řady dalších onemocnění, hraje roli celá řada faktorů a lékaři zatím přesně nevědí, které jsou nejdůležitější. Patří k nim náchylnost jedince k určitým typům onemocnění (zpravidla geneticky podmíněná), kterou lze často vystopovat i u jiných rodinných příslušníků, dále určitá nerovnováha v neurochemických procesech v mozku, osobnostní faktory, životní události, stresy a způsob, jakým se s nimi vyrovnáváme. (RETKOVÁ, 2012)

„Přesný a jednoznačný mechanismus vzniku deprese není dosud znám.“ (DOUBEK, 2007, str. 8) Z vědeckých výsledků zatím vyplývá, že deprese je způsobena nerovnováhou biochemických látek (neurotransmiterů), které se podílí na přenosu informací v mozku. Jsou to zejména serotonin, noradrenalin, dopamin, kyselina gama-aminomáselná a glutamát. Počátek onemocnění, jeho příznaky i průběh jsou ovlivněny genetickými, biochemickými a hormonálními vlivy a také prostředím. (DOUBEK, 2007)

Někteří lidé mají k depresivnímu onemocnění blíže než jiní. Ti, kteří se dívají na svět pesimisticky, mají blíže k depresivnímu prožívání. Mají tendenci vybírat

si z událostí, které prožívají, zvláště ty negativní a k budoucnosti jsou programově skeptičtí. Zjistilo se, že lidé s pesimistickými postoji vůči sobě, druhým i budoucnosti, trpí depresí častěji než ostatní. Způsob, kterým se díváme na svět, totiž významně ovlivňuje naši náladu. Kdo pesimisticky myslí, mívá depresivní náladu. (PRAŠKO, 2003)

KŘIVOHLAVÝ (2003) uvádí několik různých příčin vedoucích k depresi, jde o:

- **příčiny deprese, které spočívají v narušeném životním stylu**, nedostatek spánku, nedostatek pravidelného pohybu na čerstvém vzduchu, přepracování a vyčerpání nadměrnou prací,
- **biologické příčiny**, např. nemoc nebo předcházející onemocnění (vliv změny počasí, poporodní deprese, zážitek nemoci vlastní nebo blízkého člověka, který je nám drahý),
- **vyšší citová zranitelnost** – osobnost se znaky vyšší citové zranitelnosti se vyznačuje následujícími znaky: vyšší mírou etické odpovědnosti (bere věci až příliš vážně), je mimořádně ambiciózní (snaží se vždy podávat dobrý výkon), má vyšší míru životní energie, je příliš závislý na lidech, které miluje, prožívá bolestně každou netaktnost druhých lidí apod.,
- **zážitek selhání a hříchu** - výrazné povědomí o tom, že jsem udělal v životě něco, co jsem jako člověk udělat neměl, negativní postoj k určitému člověku (nenávist, zlost, hořkost), povědomí o odchýlení se od cest, které jsou považovány morálně, eticky, nábožensky za správné,
- **obtížné životní zkoušky** – těžké životní situace typu nedůvěry ze strany druhých lidí, nezaměstnanosti, finančních obtíží, neúspěchu apod.,
- **osamění** – opuštění (osiření, ovdovění, po rozvodu, po úmrtí přátel), opuštění milovanou osobou (rozchod), odmítnutí (např. vstupu do žádoucího mezilidského vztahu),

- **existenční prázdnota** – pocity bezvýznamnosti vlastního úsilí, ztráta představ o nadějnosti toho, o co se snažím, ztráta smysluplnosti vlastní činnosti, pocity tíhy odpovědnosti za to „být člověkem“, pocity zkaženosti světa,
- **biologické faktory** – porucha biochemické aktivity v centrální části mozku, vliv dědičnosti, nedostatek látek typu serotoninu, norepinefrinu atp.,
- **špatné mezilidské vztahy** – rozpad rodiny (50 % lidí v depresi uvádí, že nemají dobré vztahy ve vlastní rodině), špatná sociální komunikace, neexistence blízkého člověka, rozhádání se se všemi lidmi,
- **širší sociálně-kulturní faktory** – život v politicky nestabilní situaci, život v nadměrné chudobě a bídě, nepříznivé etnické faktory,
- **existence nemoudrých představ, myšlenek a očekávání** – sobectví, nadměrný perfekcionismus, zveličování (např. toho, co je zlé, vlastních zásluh apod.).

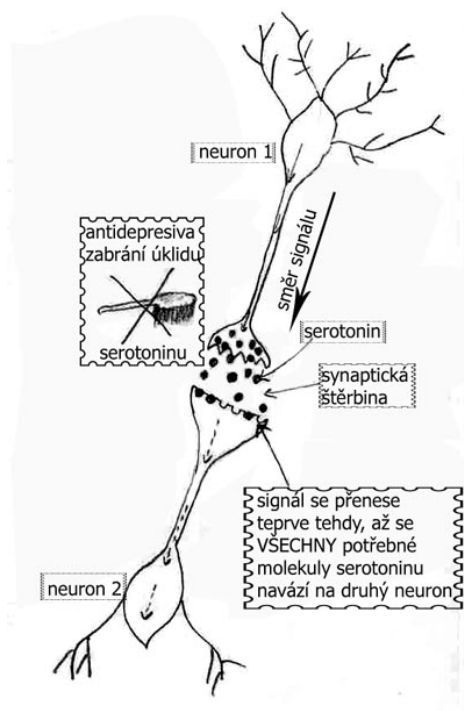
1.3.1 Mozek a deprese

„Lidem s depresí ostatní často říkávají, že je to všechno jen stav mysli a mohou se z toho rychle dostat. My tu ale jasně vidíme, že existují důkazy, že deprese způsobuje změny ve struktuře mozku,“ uvedl odborník z Psychiatrického institutu v Londýně. (ANON. 2012)

Zjistilo se, že v některých oblastech mozku jsou relativně nízké hladiny neuromodulátorů, to jsou chemické látky, které přenášejí nervový signál mezi jednotlivými buňkami. Lidský mozek se skládá přibližně ze 100 miliard nervových buněk. Jednotlivé nervové buňky spolu komunikují pomocí neuromodulátorů. Jednotlivé vzruchy vznikají v jedné nervové buňce a pomocí neurotransmiterů jsou přenášeny na další buňky viz obr. 1, kde je zjednodušeně znázorněno, jaký úkol mají splnit antidepresiva (na tomto obrázku jde o typ SSRI). Takto vyslaný posel ovlivní činnost jiné buňky tím, že se naváže na citlivé místo (receptor), podobně jako když klíč zapadne do zámku. Při depresi jsou studovány zejména tři chemické působky - serotonin, dopamin a noradrenalin. Epizoda depresivní nálady je spojená s nedostatkem těchto látek na synapsích (nervových zakončeních) v mozku. Tato biochemická porucha je přítomna

u všech typů deprese. Člověk, který trpí depresí potřebuje zvýšit množství neuromodulátorů na místech, kde se jich nedostává. (PRAŠKO, 2003)

Obrázek 1 Přenos mezi neurony při depresi



Zdroj: PETE\RKOVÁ. <http://www.deprese.psychoweb.cz/deprese-uvod/jak-funguji-antidepresiva>

1.3.2 Deprese a dědičnost

Rodinná anamnéza může odhalit genetickou dispozici k depresivnímu onemocnění. Existují důkazy, že ke vzniku deprese významně přispívá jak genetická dispozice, tak sdílené rodinné prostředí. Děti depresivních rodičů se častěji jeví jako klinicky depresivní než děti rodičů, kteří depresí netrpí. (COHEN, 2002)

Deprese se často objevuje v rámci jednotlivých rodin. Výzkumy naznačují, že u členů jedné rodiny obvykle existuje genetická či biologická vulnerabilita k depresi. „Některé typy deprese se v určitých rodinách objevují častěji, to může znamenat, že je zde přítomná vrozená biologická zranitelnost. Patrně zde hrají roli další faktory, hlavně stresující zážitky a prostředí.“ (PRAŠKO, 2003, str. 60)

Pokud má několik biologických příbuzných (rodič, sourozenec, prarodič) depresivní poruchu, existuje větší pravděpodobnost, že se u ostatních členů rodiny

také vytvoří depresivní symptomy. (PLANTE, 2001) Riziko onemocnění depresivní poruchou pro sourozence, jehož rodiče netrpěli depresivní poruchou, je kolem 8 %, a pokud depresí trpěl jeden z rodičů, riziko stoupá na cca 24 %. (LAŇKOVÁ, 2004)

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. Ovšem deprese se objevuje i u lidí, v jejichž rodinné historii nikdy podobné potíže nebyly. *„Dědí se určitá vloha k onemocnění depresí, tedy náchylnost k nemoci, nikoliv nemoc sama.“* (PRAŠKO, 2003, str. 60)

1.4 Negativní myšlenky a deprese

To, jak se cítí lidé v depresi, souvisí s nedostatkem energie a se způsobem přemýšlení o sobě, svém životě a budoucnosti. Změny myšlení, cítění, nálad a změny v chování, to jsou hlavní rysy klinické deprese. Mohou se objevovat postupně, ale nakonec vedou k typickému obrazu deprese, k negativnímu myšlení, depresivní náladě a depresivnímu chování. Člověk v depresi se cítí smutný a osamělý, protože si myslí, že je špatný, nedokonalý, slabý, neschopný apod. Pro toto negativní hodnocení sbírá různé důkazy. Věří, že je to pravda.

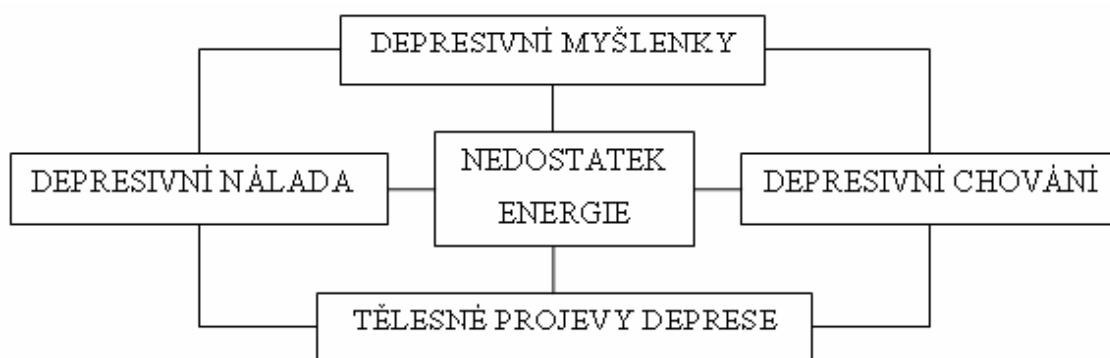
V depresi se objevuje charakteristický typ automatických negativních myšlenek, takových, které člověku přicházejí na mysl, a on nad nimi dále nehlobá. Přijímá je, aniž by uvažoval, jestli jsou pravdivé nebo ne, dále je již logicky nerozebírá. Tyto myšlenky mohou být depresivní i úzkostné a mají tendenci tvořit řetězce. Typické depresivní automatické myšlenky zahrnují negativní hodnocení sebe („jsem k ničemu“), okolností („život je hrozný“) a negativní vize do budoucnosti („nic pěkného už mě nečeká“). *„Depresivní lidé mají nepřetržitě nepříjemné negativní myšlenky a každá z nich napomáhá udržování deprese.“* (PRAŠKO, 2007, Str. 17)

Spouštěče deprese mohou být různé, ale jakmile se nemoc rozběhne, její symptomy jsou bez ohledu na příčinu podobné. Příznaky deprese se vzájemně stimulují, právě proto se depresivní stav prodlužuje. Nemocný může mít např. během bezesných nocí představu, že se svým životem nemůže nic udělat a bude si

navozovat ošklivé vzpomínky na minulé neúspěchy (kognitivní symptomy). To způsobí, že příští den bude zesláblý (fyzický symptom) a bude mít potíže se soustředěním (kognitivní symptom). V důsledku toho se nejspíš rozhodne zrušit své plány (behaviorální symptom) a poddá se myšlenkám, že se mu hroutí celý život (kognitivní symptom). Tím se ještě prohloubí úzkost z vlastní situace (emoční symptom), nastoupí nervozita z osobního vyčerpání (fyzické příznaky), v důsledku čehož se nemocný rozhodne zrušit další plány (behaviorální symptom) atd. Příznaky deprese tedy nejsou pouhými vedlejšími produkty depresivního stavu, ve skutečnosti ho posilují a prodlužují. (JOSHI, 2007)

Depresivní emoce mohou trvat jen krátce, ale i týdny a měsíce. Patří mezi ně smutná nálada a plačtivost, úzkost až panika, podrážděnost, rozmrzelost, sebelítost, neschopnost těšit se apod. Depresivní chování zahrnuje celou řadu projevů. Od pláče, přes nerozhodnost, odkládání činností, zpomalenost při nedostatku energie, nesoustředěnost, netrpělivost, uzavírání se do sebe, naříkavost, sebevražedné pokusy apod. „*Toto chování je reakcí na depresi, která zaskočila a ohrožuje. Faktem je, že unést depresi je těžké.*“ (PRAŠKO, 2007, str. 17)

Obrázek 2 Bludný kruh deprese



Zdroj: PRAŠKO, 2007. *Co je to deprese a jak se léčí*. Str. 16

2. Typy a formy deprese

V ČR se diagnózy určují podle MKN-10. Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10), je výsledkem revize jejíž přípravu koordinovala Světová Zdravotnická Organizace (WHO) a na které se podílelo mnoho odborníků, komisí a konferencí na mezinárodní i národní úrovni.

Klasifikace není souhrnem lékařského poznání ani neodráží jeho nejaktuálnější stav. Vychází z nejširší shody mezi odborníky, takže mnohé běžně užívané diagnózy, zejména novější, lokálně využívané nebo spjaté s konkrétní odbornou teorií, v ní buď nejsou vůbec obsaženy nebo nemají samostatný kód a jsou zmíněny např. jen v poznámce. (WHO, 2008)

Tato kapitola však nevychází pouze z MKN-10, protože se nezabývá jen depresivním onemocněním, ale i jinými poruchami nálady, při kterých se objevují depresivní příznaky i depresivní prožívání a které MKN-10 mezi deprese neřadí. Tato kapitola vychází zejména z knih českého odborníka Jána Praška, který mezi typy depresí uvádí také např. sezónní afektivní poruchu (SAD) či dystymii.

2.1 Průběhové formy deprese

Jak již bylo uvedeno na počátku první kapitoly, depresivní poruchy se řadí mezi poruchy nálady. K tomu, abychom mohli zcela pochopit depresi, je nutné dozvědět se něco i o mánii, tedy opaku deprese.

Deprese se může vyskytovat ve dvou průběhových formách. Jestliže se opakují jen depresivní epizody, mluvíme o unipolární depresi. Přibližně u 20 % nemocných se ale může v průběhu choroby objevit i stav chorobně veselé a rozjařené nálady, tedy mánie, potom zní diagnóza bipolární deprese. (ŠVESTKA, 2000)

Při poruchách nálady dochází buď k výraznému zhoršení emočního vyladění (depresi) nebo k extrémnímu stupňování dobré nálady (mánii). Případně se střídavě vyskytuje jak deprese, tak i mánie, přičemž změny nálady mohou mít různou intenzitu. Časový interval s patologicky změněnou náladou se označuje jako epizoda nebo fáze. (NÝVLTOVÁ, 2008)

2.1.1 Depresivní fáze

Jde o patologickou stísněnou náladu, která většinou nemá zevní podnět a vzniká na chorobném podkladě. (HANUŠ, 1999) Patologická depresivní nálada přetrvává většinu dne alespoň po dobu dvou týdnů. Promítá se do veškerého chování a psychické činnosti daného člověka. (NÝVLTOVÁ, 2008) Nemocný má pesimistický postoj vůči okolí, je neschopen se radovat ze zážitků, které ho dříve těšily. Na všechno reaguje smutně a sklíčeně. Ztrácí sebevědomí, podceňuje se, je nerozhodný a ponižuje se. Přítomny jsou i projevy depersonalizace, nemocný si připadá bez citu. Je přesvědčen, že lidé v okolí se k němu chovají jinak, pohrdají jím, straní se ho nebo ho litují. Nálada se projevuje i na vzhledu nemocného. Nejzávažnějším jevem v průběhu depresivní fáze je sebevražda. Její výskyt je nutno předpokládat u třetiny depresivních nemocných. (HANUŠ, 1999)

2.1.2 Manická fáze

Nemocný má nezávisle na vnějších okolnostech minimálně jeden týden extrémně dobrou (euforickou) náladu. V této náladě setrvává, i když se v jeho životě odehrávají skutečnosti, které u psychicky zdravých lidí vyvolávají zármutek. (NÝVLTOVÁ, 2008) Tato fáze je pravým opakem depresivní fáze, pokud se týká základní nálady, která je veselá a rozjařená, sebevědomí je zvýšené, duševní činnost se jeví ulehčená a zrychlená. Maniak se obvykle cítí spokojený, plný energie a necítí únavu ani při nedostatečném spánku. Vyhledává společnost, snaží se mít hlavní slovo, uplatňuje svou pravdu a je chvástavý. Postižený manickou fází bývá přesvědčen o svých zvýšených schopnostech, vměšuje se do rozhovoru, dělá plány a upozorňuje na skutečné i domnělé nepořádky. Maničtí nemocní mají větší sklon k požívání alkoholu i jiných drog, stoupá jejich sexuální apetence i potence a často nadměrně nekriticky nakupují. Maniak plánuje, reformuje, podniká, vynalézá, slibuje, dává dary, cestuje, flámuje, opíjí se, ale také nadává, eventuálně i útočí. Má stálou potřebu řeči, ironizuje, žertuje, pomlouvá a láteří, mluví nahlas a rychle. Stejně jako u depresivní fáze, i u manické se nálada odráží v celém zevnějšku nemocného, který je často nevkusně přezdobený, ženy bývají nepřiměřeně nalíčené i oblečené. (HANUŠ, 1999)

2.2 Rozdělení depresí

2.2.1 Dle příčiny vzniku

Podle příčiny vzniku se depresivní poruchy dělí na primární a sekundární. Příčiny vzniku se liší, ale léčba primární a sekundární deprese je identická. Oběma může předcházet psychická zátěž, ale u primární deprese je jen poslední kapkou, která mechanismus vzniku poruchy spustí.

Primární deprese je dle současných znalostí způsobena nedostatkem přenašečů nervových signálů mezi mozkovými buňkami a změnou citlivosti nervových zakončení (receptorů). Mezi tyto přenašeče (tzv. neurotransmitery) patří např. serotonin, noradrenalin, dopamin aj. Primární deprese je chorobným stavem, který se velmi liší od smutku všedního dne, především vyšší intenzitou a nepřiměřeně dlouhým trváním depresivních příznaků.

Sekundární deprese je vyvolána známým poškozením či onemocněním mozku, již rozpoznanou tělesnou chorobou, nebo je způsobena některými léky či drogami. Příčina poruchy je tedy známa a deprese je druhotná při základní chorobě. (ŠVESTKA, 2000)

2.2.2 Dle závažnosti

Podle závažnosti dělíme dále primární deprese na lehké, středně těžké a těžké.

Lehká deprese – jsou přítomny aspoň 2-3 hlavní příznaky deprese (viz kap. 1) spolu se smutnou náladou a žádný ze symptomů by neměl být intenzivní. Nemocný je většinou schopen se s určitým přemáháním účastnit běžných denních aktivit. Zpravidla stačí ambulantní léčba, postižený může chodit do práce, ale vše mu jde hůře a pomaleji. (PRAŠKO, 2003)

Středně těžká deprese – jsou přítomny 4 a více z hlavních příznaků deprese spolu se smutnou náladou a pacient má větší potíže s obvyklou denní činností. (DOUBEK, 2007) Zpravidla už není schopen pracovat a i domácí činnosti mu jdou těžce. Léčba probíhá v pracovní neschopnosti, vhodná je docházka do sanatoria. V případě sebevražedných myšlenek je nejlepší hospitalizace. (PRAŠKO, 2003)

Těžká deprese - přítomna je většina hlavních příznaků deprese. Postižený není schopen se postarat sám o sebe, má tendenci ležet v posteli a všechnen čas trávit v sebevýčitkách. Charakteristická je všepronikající beznaděj, silně pokleslá sebedůvěra spolu se sebevražednými myšlenkami. Léčba těžké deprese probíhá vždy v rámci hospitalizace. „*Utrpení je tak obrovské, že je postižený často přesvědčen, že jedině smrt ho může vykoupit.*“ (PRAŠKO, 2003, str. 29)

Těžkou depresi mohou doprovázet i psychotické příznaky. Mohou být přítomny bludy, halucinace nebo depresivní stupor (stav ztuhnutí, kdy člověk není schopen pohybu ani řeči). Bludy jsou většinou mikromanické (např. „jsem největší hříšník na světě“, „zavinil jsem válku ve světě“, „nemám právo na jídlo, ani má rodina ne“), hypochondrické („mám místo mozku kámen“, „nefungují mi orgány“, „nemám plíce“) a nebo vztahovačné (např. „lékaři jsou proti mně, dávají mi jedy místo léků, aby mě potrestali“). (PRAŠKO, 2003) Sluchové halucinace se většinou projevují pomlouvačnými nebo obviňujícími hlasy a čichovým vjemem hnilobné špíny nebo rozkládajícího se masa. (WHO, 2006) Při nejtěžším, tedy psychotickém stupni deprese, převládají v mysli pacienta nevyvratitelná přesvědčení o vlastní vině a následném zaslouženém trestu. Přestože pacient nic nespáchal, pociťuje nutnost skoncovat se životem, odmítá jídlo, naprosto se nezajímá o okolí a je strnulý. (DOUBEK, 2007).

2.2.3 Dle trvání příznaků

Pokud má být stanovena přesná diagnóza primární deprese, musejí uvedené příznaky trvat minimálně dva týdny.

Krátké periodické deprese – projevují se intenzivními depresivními příznaky jen po dobu 2-3 dnů a opakují se po několika týdnech, téměř každý měsíc. Netrvají dostatečně dlouhou dobu, aby mohly být okamžitě léčeny. Lze jim pouze předcházet dlouhodobým podáváním léků. (ŠVESTKA, 2000)

Samostatná epizoda/epizoda periodické depresivní poruchy - depresivní nálada by měla trvat minimálně dva týdny. Každá nová epizoda deprese má 10-15 % riziko přechodu do chronické formy. Riziko návratu depresivních příznaků roste s počtem prodělaných epizod. (DOUBEK, 2007)

Chronická forma – o chronické formě mluvíme, trvá-li deprese déle než 2 roky. Při včasné a náležité léčbě je tato forma vzácná, postihuje asi jen 10–20 % depresivních nemocných. (ŠVESTKA, 2000)

Mezi trvalé poruchy nálady patří nově také dystymie a cyklotymie.

Dystymie – chronická deprese, jejíž intenzita kolísá. Kolísání nálady je velmi variabilní. (NÝVLTOVÁ, 2008) Porucha obvykle začíná v rané dospělosti a trvá léta, někdy celý život. Obvykle začíná pozvolně, plíživě. Příznaky trvají dlouhou dobu, často léta. Před začátkem rozvoje je postižený často vystaven většímu stresu nebo důležité životní události. Nemocní se většinu času cítí unaveni, depresivní. Nejsou schopni cítit skutečnou radost, v důsledku toho rezignují na vyhledávání příjemných aktivit (sexualita, humor, společenské radosti apod.). Jakákoli činnost vyžaduje úsilí, ale na základní požadavky každodenního života obvykle stačí. Pacienti si stěžují, mají potíže se spánkem a cítí se nepřiměřeně. U lidí trpících dystymií se může objevit také depresivní epizoda mírná, středně těžká nebo těžká, pak mluvíme o dvojité depresi (double depression), které musí odpovídat i léčebné úsilí. (HANUŠ, 1999)

Cyklotymie – trvalá nestálost nálady, která zahrnuje četná období deprese a mírné elace. Rozvíjí se většinou v rané dospělosti a má chronický průběh, ale někdy může normální nálada trvat i několik měsíců. Nemocný může obvykle pozorovat, že se výkyvy nálady nevztahují k životním událostem. Výkyvy nálady bývají relativně mírné a období elace může být příjemné, proto není cyklotymii obvykle věnována lékařská pozornost. Tato porucha je běžná u příbuzných pacientů s diagnózou bipolární afektivní poruchy, u některých nemocných se může do bipolární afektivní poruchy rozvinout. (WHO, 2006) „*Na chování cyklotymních osob lze pohlížet jako na snahu vyhnout se prožitku úzkosti - deprese nebo nešťastný manický stav jsou snesitelnější než úzkost samotná.*“ (SULLIVAN, 2006, str. 221)

2.2.4 Dle charakteru převládajících příznaků

Podle charakteru převládajících příznaků rozeznáváme deprese útlumové, agitované, atypické a larvované.

Útlumová deprese je charakteristická psychickým a pohybovým útlumem, zpomalenou řečí a myšlením, krátkými odpověďmi, tichým monotónním hlasem, opožděnými reakcemi a v extrémních případech úplnou pohybovou strnulostí.

Agitovaná (neklidná) deprese má v popředí neklid až vzrušenost, vnitřní napětí, naříkání a pláč jako pohybově projevované zoufalství.

Atypická deprese se oproti předchozím typům vyznačuje určitou odklonitelností nálady vnějšími podněty, a zejména opačnými příznaky, než kterými jsme dosud charakterizovali depresi: zvýšenou spavostí i přes den, mimořádnou únavností a zvýšenou chutí k jídlu s váhovým přírůstkem. (ŠVESTKA, 2000)

Larvovaná deprese - Hlavním projevem poruchy jsou tělesné příznaky, porucha nálady je v pozadí. Je buď velmi málo zřetelná, nebo vůbec není přítomná a projevuje se „orgánovou řečí“. Je zde jasně vyjádřený tělesný příznak, který napodobuje tělesné onemocnění. Za každých okolností je nutné nejprve zcela vyloučit tělesnou příčinu potíží. Tento typ deprese obvykle velmi dobře zabírá na antidepresiva. (PRAŠKO, 2003)

2.3 Druhy deprese podrobněji

V první kapitole již byly deprese rozděleny do několika skupin, na primární a sekundární, podle závažnosti, trvání příznaků a podle charakteru převládajících příznaků. Tato část práce je věnována jednotlivým typům deprese, ale i poruchám nálad, při kterých se objevují depresivní nálady.

2.3.1 Depresivní epizoda

Chorobný stav, projevující se depresivní náladou, depresivním myšlením, snížením aktivity a tělesnými příznaky. Výrazně postihuje schopnost pracovat, spát, jíst a těšit se z příjemných činností. Depresivní epizoda se může v životě objevit jednou, ale i opakovaně. *„Každá prodělaná epizoda zvyšuje riziko vzniku dalších epizod. Riziko opětovného rozvoje je po první epizodě 50 % a po čtvrté epizodě 80-90 %.“* (ČEŠKOVÁ, 2006, str. 205) Hlavními příznaky jsou depresivní nálada a ztráta radosti či zájmu o většinu aktivit, případně o všechny. U postiženého jedince se musí také objevit alespoň čtyři z následujících příznaků -

poruchy chuti k jídlu nebo změny hmotnosti, poruchy spánku, neklid a agitace nebo tělesné zpomalení, únava a ztráta energie, pocit bezcennosti nebo viny, neschopnost soustředit se nebo činit rozhodnutí, myšlenky na smrt nebo sebevraždu. (PRAŠKO, 2003) Epizoda by měla trvat nejméně dva týdny a nesmí být podmíněna užíváním psychoaktivních látek nebo organickou poruchou. (HANUŠ, 1999)

2.3.2 Rekurentní (periodická) depresivní porucha

Charakteristické pro tuto poruchu je opakování epizod deprese bez samostatných epizod mánie. Nejsou však vyloučeny krátké epizody hypomanie, povznesené nálady a zvýšené aktivity, které následují bezprostředně po depresivní epizodě. (PRAŠKO, 2003) Podle intenzity rekurentní deprese se v průběhu depresivní fáze mohou u některých jedinců přidružit bludy a halucinace. (NÝVLTOVÁ, 2008) První epizoda se nejčastěji objevuje kolem padesáti let. Jednotlivé fáze trvají od 3 do 12 měsíců, průměrně však okolo 6 měsíců. Uzdravení mezi fázemi je většinou úplné, ale u menší části lidí postižených rekurentní depresivní poruchou se může rozvinout trvalá deprese. Tento typ deprese se objevuje dvakrát častěji u žen než u mužů. Při této depresivní poruše jsou antidepresiva účinná podobně jako u velké depresivní poruchy. (PRAŠKO, 2003) V dlouhodobé prospektivní studii bylo zjištěno, že téměř dvě třetiny nemocných se uzdravily během jednoho roku, ale během 5 let více než polovina prodělala alespoň 1 další epizodu. Průměrný počet epizod během deseti let byl 2,5 a jejich průměrná délka byla kolem 20 týdnů. Po dlouhodobém sledování lze konstatovat, že jedna depresivní epizoda je vzácná, riziko návratu je 50 %. (ČEŠKOVÁ, 2006) Vzhledem k tendenci opakování je vhodné dlouhodobé užívání, často celoživotní. (PRAŠKO, 2003)

2.3.3 Krátká rekurentní depresivní porucha

Je relativně vzácná a často ujde pozornosti odborníků. Depresivní epizody trvající zpravidla 2-3 dny se objevují alespoň jednou za měsíc. Deprese přichází většinou náhle, objeví se ráno po probuzení a je často velmi hluboká, objevují se sebevražedné myšlenky. Mnohdy není postižený jedinec schopen vstát z postele a jít do práce, cítí se jako ochromený. Obvykle po třech dnech se probudí zase

s normální náladou. Epizody nemívají pravidelný rytmus, nelze je tedy předvídat. Postižení začínou často samoléčbu alkoholem, který sice krátkodobě uleví od trýzně, ale pak následují pocity zoufalství a zesiluje sebevražedná tendence. (PRAŠKO, 2003)

2.3.4 Sezónní afektivní porucha

„Sezónní afektivní porucha je rekurentní depresivní porucha. Epizody deprese se objevují na podzim a končí na jaře, eventuálně bývají na jaře vystřídány hypománií.“ (PRAŠKO, 2008) U některých lidí se depresivní nálady objevují pravidelně každý rok v podzimních a zimních měsících v souvislosti s úbytkem světla. Pacienti se sezónní afektivní poruchou často trpí mírnou depresí. Vyskytují se však také případy s těžkou depresí. Nemocní pozorují úbytek energie, zhoršení výkonnosti a nadměrnou únavnost a spavost, svými příznaky nemoc trochu připomíná zimní spánek některých savců. Tyto sezónní poruchy nálady (říká se jim také zimní deprese) bývají často doprovázeny nadměrnou chutí na uhlohydráty s důsledkem přibírání na váze. Potíže se objevují nejčastěji počátkem zimy a vymizí obvykle až na jaře. Sezónní afektivní porucha se dá účinně léčit fototerapií, což je aplikace jasného intenzivního světla v ranních hodinách. (PRAŠKO, 2003) Terapie jasným světlem obecně znamená aplikaci viditelného světla alespoň 2 500 luxů na úrovni oka. Většinou bývá aplikována pomocí světelných boxů. Odpověď na každodenní léčbu obvykle přichází po 2-4 dnech a významné zlepšení je zpravidla dosaženo během 1-2 týdnů. (PRAŠKO, 2008)

2.3.5 Bipolární (maniodepresivní) porucha

Projevuje se střídáním manických, depresivních anebo smíšených epizod, přičemž deprese převažuje. Nemocní stráví třikrát více času v depresi než v mánii. Klinická prognóza je u 35-60 % postižených velmi špatná, protože 15-25 % suiciduje. Dvouleté riziko opětovného výskytu je asi 50 %, pětileté riziko je i přes adekvátní léčbu až 70 %. (ČEŠKOVÁ, 2006) Bipolární porucha je méně častá než jiné poruchy nálady, onemocní jí 1-2 lidé ze sta. Přechody nálady jsou většinou postupné, ale někdy může dojít ke zvratu v náladě náhle a velmi rychle, např. přes noc. Během manické nálady má postiženou nadnesenou náladu, subjektivní pocit

zvýšené výkonnosti, sníženou potřebu spánku, bývá lehkomyšlný a může dělat ostudu (další příznaky mánie viz kap 2.1.2). Manické fáze začínají většinou náhle a trvají od 2 týdnů do 4-5 měsíců. Deprese mají tendenci k delšímu trvání, průměrně 6 měsíců, i když zřídka déle než rok (s výjimkou starších osob). Remise (období bez známek onemocnění po úspěšné léčbě, kdy pacient již netrpí žádnými příznaky) mají s postupem času tendenci ke kratšímu trvání. Deprese se častěji opakují a trvají po dosažení středního věku déle. (WHO, 2008) V případě depresivní fáze (viz kapitola 2.1.1) převažuje smutná nálada, pocity bezmoci, beznaděje a zoufalství (PRAŠKO, 2003) Na maniodepresivitu dnes existuje účinná léčba, elektrošoky a psychofarmaky, což ovšem nebývá účinné stoprocentně a ve všech směrech. Nemoci nelze předcházet, neboť neexistuje účinná prevence. Když už se objeví, lze délku a závažnost onemocnění podstatně snížit. (KŘESADLO, 2001)

2.3.6 Reaktivní porucha nálady (reaktivní deprese)

Reaktivní deprese je přímým následkem akutního těžkého stresu nebo pokračujícího traumatu. K poruše by bez působení zátěžové události či nepříznivých okolností nedošlo, jsou to tedy vyvolávající faktory. Reaktivní deprese začíná buď ihned nebo do jednoho měsíce po stresující události. Nejčastěji navazuje na stresovou událost, která byla spojena se ztrátou (např. úmrtím blízkého člověka). Jako ztrátu může člověk prožívat i jiné události, např. ztrátu zaměstnání, majetku, svobody po narození dítěte, zjištění nevěry partnera apod. Zármutek je běžnou reakcí na ztrátu. Mezi typické zármutekové reakce patří - odmítání uvěřit, zaujatost, popření, hněv, pocity viny, přijetí zprávy a deprese, která postupně slábne. Ke zhoršení nálady vedou zpravidla výročí, události a činnosti, které ztracenou osobu připomínají. Deprese ze zármuteku po úmrtí blízké osoby trvá kolem 13 měsíců, poté se pozvolna vrací normální fungování. Včasné svěření se a mluvení o svých pocitech může zabránit rozvoji deprese. (PRAŠKO, 2003)

2.3.7 Smíšená úzkostně depresivní porucha

Úzkost a deprese patří mezi nejtypičtější symptomy pro neurotické poruchy nebo pro poruchy nálady. U smíšené úzkostně-depresivní poruchy se mísí

příznaky úzkosti s příznaky deprese, ale ani příznaků deprese, ani příznaků úzkosti není tolik, aby bylo možno diagnostikovat depresivní poruchy či některé z úzkostných poruch. Příznaky deprese jsou méně hluboké než u depresivní poruchy a příznaky úzkosti méně výrazné než u úzkostných poruch. Kvůli tomu bývá tato porucha okolím, ale i odborníky podceňována. Příznaky poruchy se vyvíjejí v průběhu týdnů až měsíců. Každodenní chování může být zasaženo neschopností vydržet v klidu, neustálým pobíháním a přebíháním od jedné činnosti ke druhé. (PRAŠKO, 2003a)

2.3.8 Poporodní deprese

Zhoršená nálada se v poporodním období objevuje dosti často. Téměř 50-80 % žen prožívá třetí až čtvrtý den po porodu krátkou epizodu zhoršené nálady, která se projevuje podrážděností, kolísáním nálady a epizodami pláče. Po porodu jsou ženy ještě vyčerpané a mají pocit, že k dítěti necítí to, co by měly, jsou zmatené. Tuto krátkodobou změnu v náladě způsobuje prudký pokles estrogenu a progesteronu. Nejčastěji se objevuje u prvorodiček a je v zásadě neškodná.

Existují tři hlavní typy poporodních depresí. První je poporodní nebo „mateřské blues“ jako mírný emoční problém, který netrvá dlouho. Druhým typem je poporodní deprese, závažná a život ohrožující psychická nemoc. (PRAŠKO, 2003) Vyskytuje se u 10-15 % žen do devíti měsíců po porodu. Zvýšené riziko je u žen s anamnézou afektivní poruchy, 30-50 % u depresivní poruchy a více než 50 % u bipolární poruchy. (ČEŠKOVÁ, 2006) Třetím typem je poporodní psychóza (dříve laktační psychóza), vážné psychotické onemocnění, které ohrožuje život matky i dítěte. Poporodní psychóza se objevuje jen výjimečně, jedná se o jeden až dva případy na tisíc porodů. Může se objevit již 48 hodin po porodu, ale také např. až po několika týdnech. Jsou přítomny halucinace a bludy. Kvůli ohrožení matky i dítěte je nutná hospitalizace. (PRAŠKO, 2003)

2.3.9 Deprese v menopauze

V období menopauzy trpí ženy depresemi nejčastěji. Rozvoj deprese má na svědomí řada faktorů. Z biologických faktorů jsou to hormonální změny, klesá hladina estrogenů. Z psychologických faktorů je to strach ze stárnutí a pocit, že

jím tzv. „ujíždí vlak“, že se jim „zavírají dveře“. Je pravděpodobné, že rozvoji tomuto typu deprese může zabránit včasná hormonální substituce. Pokud se už deprese rozvinula, je nutné hormonální léčbu doplnit antidepresivy. Důležitou roli hraje také psychoterapie, pomůže vyrovnat se se změnou životní role a s hledáním nových způsobů radosti. (PRAŠKO, 2003)

2.3.10 Deprese v pozdním věku

V pozdním věku se deprese objevuje často, ale bývá obvykle přehlédnuta, protože je maskovaná tělesnými příznaky nebo navazuje na zjevnou tělesnou nemoc. Průběh i symptomy toho typu deprese jsou podobné jako u mladších nemocných, deprese však zvyšuje úmrtnost na tělesná onemocnění. Nejvíce jsou ohrožené ženy, zejména ovdovělé a lidé žijící v pečovatelských zařízeních. Deprese navazuje nejčastěji na stresový faktor, tím může být ztráta partnera, přátel či zdraví, konflikty ve vztazích, učení se nové životní role a nebo sociální izolace. Nová antidepresiva bývají ve starším věku možná účinnější než ve středním. Potřebná je také psychoterapie, která pomůže porozumět situaci. (PRAŠKO, 2003)

2.3.11 Deprese při tělesném onemocnění

Deprese může být spojena se souběžným tělesným onemocněním, to platí hlavně u starších lidí. Může navazovat na vysoký krevní tlak, ischemickou chorobu srdeční, mozkovou příhodu, Parkinsonovu chorobu, cukrovku, revmatismus, sníženou činnost štítné žlázy, apod. Průběh těchto onemocnění může deprese zhoršovat. Depresivní onemocnění může být také důsledkem užívání některých léků nebo drog. (PRAŠKO, 2003)

3. Způsoby léčby

Depresi lze léčit psychoterapií, podáváním psychofarmak (nejčastěji antidepresiv), elektrokonvulzivní terapií (ECT) a také dalšími metodami. Po stanovení správné diagnózy se léčebný postup volí podle intenzity deprese a počtu prodělaných epizod. U mírné deprese většinou stačí psychoterapie. U těžší deprese je nutná biologická léčba. Spočívá v užívání antidepresiv, elektrokonvulzivní terapie a dalších méně častých terapeutických přístupů (léčba světlem, spánková deprivace, stimulace nervus vagus atd.). U psychotické deprese je nutné podávat antipsychotika. Pokud se u postiženého jedince objeví agitovanost a sebevražedné tendence, používají se benzodiazepiny nebo antipsychotika, často injekčně. (ČEŠKOVÁ, 2006)

3.1 Podávání psychofarmak

„Léčba biologickými prostředky může být u některých pacientů efektivní, avšak má rovněž nezanedbatelné vedlejší účinky. Neexistuje proto dokonalá pilulka či „záračná tableta“, která zcela vyřeší problém bez jakýchkoli vedlejších příznaků či negativních faktorů.“ (PLANTE, 2001, str. 99)

Antidepresiva jsou léky, které působí na patologicky pokleslou náladu a další symptomy depresivního syndromu. Při volbě vhodného antidepresiva se vychází ze zkušeností s předchozí léčbou, z klinického obrazu deprese a z vedlejších účinků jednotlivých antidepresiv. (ČEŠKOVÁ, 2006) Rozhoduje také rychlost nástupu účinku, pohodlnost dávkování, věk i celkový zdravotní stav pacienta a v neposlední řadě také cena a nezbytnost doplácení na lék. (PRAŠKO, 2003)

3.1.1 Antidepresiva

Antidepresiva dělíme do několika skupin, a to podle chemické struktury a mechanismu účinku na různé neurotransmiterové systémy. (Doubek, 2007)

Smyslem této kapitoly není dopodrobna vysvětlit princip fungování antidepresiv, proto o nich budeme hovořit jen velmi stručně.

Inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI)

SSRI bývají obvykle léky první volby a jsou předepisována nejčastěji. (ČEŠKOVÁ, 2006) Jejich účinnost byla v léčbě deprese dostatečně a opakovaně prokázána. Nezhoršují kognitivní funkce a jsou bezpečná i pro dlouhodobou léčbu. Jsou méně riziková než tricyklická antidepresiva a hodí se i pro léčbu pacientů vyššího věku. (LAŇKOVÁ, 2004) SSRI jsou účinné na všechny formy depresí, ale i na úzkostné poruchy. Při dlouhodobé léčbě se mohou objevit potíže v sexuální oblasti, zejména snížení libida. (PRAŠKO, 2003)

TCA (tricyklická antidepresiva) a TeCA (tetracyklická antidepresiva)

Používají se pro léčbu těžších depresí nebo na léčbu rezistentních forem deprese. (PRAŠKO, 2003) Tento typ antidepresiv je velmi účinný. Nevýhodou jsou poměrně výrazné a nepříjemné nežádoucí účinky a velká toxicita při předávkování. (PRAŠKO, 2010)

IMAO (inhibitory monoaminoxydázy, tyoeretika)

Antidepresiva ze skupiny IMAO jsou účinná, pomáhají tam, kde jiná antidepresiva účinná nebyla. Jejich nevýhodou je nutnost dodržovat během užívání přísnou dietu a vyhnout se potravinám, které obsahují tyramin (např. banány, aromatické sýry, kuřecí játra, apod.) Při požití potravin s tyraminem hrozil dramatický vzestup krevního tlaku a vážné následky s ním spojené. (PRAŠKO, 2003)

SNRI (blokátory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu)

Největší výhodou je značná účinnost a rychlejší nástup účinku. Venlafaxin je účinný i u velmi hlubokých depresí s psychotickými příznaky (kdy člověk již ztratil kontakt s realitou). Účinek nastupuje již mezi 5.–10. dnem podávání. Podobně jako jiné moderní léky má jen minimum vedlejších účinků. (PRAŠKO, 2010)

NDRI (blokátory zpětného vychytávání noradrenalinu a dopaminu)

Do této skupiny léků se řadí bupropion. Toto antidepresivum je aktivující. Kromě antidepresivního účinku snižuje též bažení po návykových látkách, proto se používá i při odvykání kouření. Může pomoci lidem, kteří nereagují dostatečně na SSRI.

NASSA (noradrenergní a specifické serotonergní látky)

Představitelem této skupiny je mirtazapin. Je to kvalitní antidepresivum, které je účinné v situaci, kdy nebyla účinná léčba SSRI. Pomáhá k lepšímu spánku a má málo sexuálních nežádoucích účinků.

SARI (antagonisté serotoninu a inhibitory zpětného vychytávání serotoninu)

Jsou to antidepresiva se zdvojeným serotoninovým působením. Zástupcem této skupiny je trazodon, který má kromě antidepresivního účinku též dobrý hypnotický efekt, je používán u pacientů s chronickou nespavostí. (PRAŠKO, 2010)

3.2 Psychoterapie

„Jako psychoterapie se označují takové formy léčby, při kterých se používají psychologické prostředky k léčbě pacientů. Jádrem všech psychoterapeutických postupů je podpora zdravých částí osobnosti. Psychoterapie pomáhá obnovit přirozený pocit kontroly nad svým vnímáním, myšlenkami a představami, emocemi a chováním.“ (DOUBEK, 2007, str. 19)

Psychoterapie je svébytný obor. Jeho předmětem je léčba těch psychických poruch, na jejichž vzniku a rozvoji se podílejí faktory psychosociální povahy. Odstranění či zmírnění těchto poruch spočívá v cíleném využití slov i neverbálního projevu. (BERAN, 2000) Psychoterapie pomáhá pacientovi pochopit a porozumět, co se s ním při depresi děje. Učí pacienta jak zacházet s příznaky a problémy v životě, trénuje dovednosti, které mohou v budoucnu zabránit rozvoji nové epizody. (DOUBEK, 2007)

Seznam možných cílů psychoterapie je rozsáhlý. Zde je šest základních terapeutických cílů, které jsou společné téměř pro všechny druhy psychoterapie. Jde o překonání bezútěšnosti a získání naděje, zlepšení ovládnutí a vlastní zdatnosti, nevyhýbání se problémům, uvědomění si mylných představ, akceptování reality života a získání vhledu. (PLANTE, 2001)

3.2.1 Druhy psychoterapie

Behaviorální terapie

Cílem behaviorální terapie je změna chování pacienta ve smyslu lepšího řešení problémů. Může být použita jak při léčbě jednotlivce, tak ve skupinové terapii. Existuje velké množství behaviorálních metod, např. tréninkové programy k vytváření sociální kompetence, metody sebekontroly a konfrontace s podnětem atd. Účinnost metod tohoto druhu terapie je velmi dobře doložena výzkumy. (ČEŠKOVÁ, 2006) Behaviorální psychoterapie vychází z předpokladu, že symptom je důsledek nesprávně naučeného chování, které je možno přecvičit. (BERAN, 2000)

Kognitivní terapie a kognitivně behaviorální terapie

Kognitivní terapie se často používá ve spojení s metodami behaviorálními, pak hovoříme o kognitivně-behaviorální psychoterapii (KBT), ta se nezabývá minulostí, ale zaměřuje se na současný způsob myšlení a jednání. Kognitivní metody modifikují vnímání, pozornost, paměť a hodnocení. KBT přichází v úvahu hlavně u onemocnění, které kognitivní funkce narušují. Cíl zásahu závisí na druhu poruchy, u léčby deprese je to sebehodnocení. (ČEŠKOVÁ, 2006) KBT je forma léčby zaměřená na celkové zklidnění přijetím nemoci, odstraněním depresivního způsobu myšlení, zlepšením komunikace s okolím a relaxací. Učí pacienty zacházet se symptomy a problémy, zbavovat se zbytkových příznaků a trénuje dovednosti potřebné k zvládnutí stresových situací. (DOUBEK, 2007)

Interpersonální psychoterapie

Takto se označují metody, které jsou zaměřeny na změnu mezilidských vztahů. Nejznámější formou je interpersonální psychoterapie depresivních poruch. Jde o problémově orientovanou techniku, která se omezuje na zpracování typických interpersonálních otázek pozorovaných v rámci depresivního chování. Tato metoda je koncipována jako krátkodobá léčba a je časově omezena. (ČEŠKOVÁ, 2006)

Psychoterapie rozhovorem (rogerovská psychoterapie)

Tato metoda byla vyvinuta jako nedirektivní metoda zaměřená na klienta. Hlavním prvkem je empatie. Je to velmi účinná metoda pro široké spektrum

poruch. (ČEŠKOVÁ, 2006) Tato terapie zdůrazňuje význam pozitivních rysů člověka. (BERAN, 2000)

Logoterapie

U této terapie se pacienti zaměřují na budoucnost a úkoly, které mají splnit. Logoterapie se snaží snížit soustředění na vlastní osobu, které má nepříznivý význam zejména u neuróz. Podle logoterapie je úsilí nalézt smysl vlastního života prvořadou motivační silou člověka. *„Každé utrpení se dá snést, pokud v něm člověk nalezne smysl, což v praxi znamená otevřít nemocnému smysluplnou perspektivu, pro kterou bude ochoten překonat současné obtíže.“* (BERAN, 2000, str. 76)

Rodinná terapie

Při farmakoterapii i psychoterapii je důležité, aby do léčby byli zainteresováni i rodinní příslušníci. Je třeba, aby v rodině bylo vytvořeno příznivé klima bez prudkých emocí, výčitek a hádek. Členové rodiny by se měli snažit pochopit, co nemocný příbuzný právě prožívá. Rodinná terapie se snaží zklidnit vztahy v rodině, nalézt rovnováhu pro všechny členy rodiny. Nejvíce zde jde o kontakt a porozumění mezi jednotlivými členy rodiny. Ti znají pacienta nejlépe a jejich pomáhající přístup může být pro rehabilitaci velmi důležitý. (DOUBEK, 2007)

Individuální terapie

Individuální psychoterapie pomáhá pacientovi obnovit důvěru ve svět a vytvořit si pevnou vztahovou osobu, které může důvěřovat v krizových situacích. (DOUBEK, 2007) Jednotlivá sezení trvají mezi 15 až 90 minutami. Obsahová struktura sezení záleží na osobnosti a zkušenosti terapeuta i na technice, ze které vychází. Nejdůležitějším prvkem tohoto druhu terapie je průběh dialogu a vnitřní reflexe. Terapeut má za úkol sledem otázek, informací a konfrontací udržet dialog a strukturovat rozhovor. (ČEŠKOVÁ, 2006)

Skupinová terapie

Tato metoda pomáhá ujasnit si svoji situaci ve světě a porozumět způsobům, jakými se člověk vztahuje k ostatním, uvědomit si formy chování, které vedou ke stresu. (DOUBEK, 2007) V psychiatrických zařízeních se dnes velká část psychoterapeutických aktivit odehrává ve skupinách. Terapeut může využívat

různých technik, např. psychodrama, pantomimu, muzikoterapii, arteterapii apod. (ČEŠKOVÁ, 2006)

Sociální terapie

Cílem je ponechat pacienty v původním prostředí, umožnit jim větší samostatnost, navázat sociální kontakty a podporovat jejich iniciativu. K tomu slouží např. denní docházková sanatoria, chráněné dílny apod. Účelem těchto zařízení je naučit pacienty pravidelnosti v docházce a v pracovních návycích. Pravidelný kontakt se stejně postiženými může zabránit zvětšující se sociální izolaci. Pracuje se zde také na zvyšování sebeúcty, sebedůvěry a sebevědomí pacientů. Další možností sociální terapie jsou socioterapeutické kluby, ty umožňují pacientům pravidelný kontakt se stejně postiženými v neformálním prostředí a s možností využití volného času.

Podobné problémy se řeší též ve svépomocných skupinách nemocných jejich příbuzných. Jejich členové nejsou profesionální terapeuti, ale lidé, kteří zápolí se stejným problémem. Docházení do takovýchto klubů přispívá ke snížení sociální izolace a tím ke zvýšení kvality života. (ČEŠKOVÁ, 2006) „*Pro řadu lidí trpících depresí znamená kontakt s osobou, která prošla podobnou zkušeností, obrovskou podporu.*“ (Deprese, 2002, str. 66) Skupiny, v nichž se schází osoby s depresivními sklony, nejsou vhodné pro člověka, který se ocitl v depresi poprvé. Užitečnější jsou pro osoby, které záchvaty deprese atakují pravidelně, nebo pro osoby, které se uzdravují se z opakované deprese. Skupina jim pomáhá čelit pravidelným náporům nemoci a poskytuje jim útěchu, že nenesou takovou zátěž sami. „*Na člověka uzdravujícího se z deprese působí daleko přesvědčivěji, dává-li mu naději na úplné vyléčení někdo, kdo sám depresi prožil. Pomoc psychologa nebo laskavého, ale neinformovaného přítele nemůže být tak účinná.*“ (Deprese, 2002, str. 70)

3.3 Jiné metody léčby

Elektrokonvulzivní terapie (EKT)

Postavení EKT je kvůli negativním mediální kampani v naší společnosti problematické. Postižení, kteří mají s „elektrošoky“ zkušenost, o ni sami často žádají. EKT je v psychiatrii nejúčinnější léčebná metoda, která má minimum

vedlejších účinků. V principu jde o průchod elektrického proudu mozkem, který vyvolá krátké epileptický záchvat provázený svalovými křečemi. EKT se používá u těžkých nebo k léčbě rezistentních depresivních epizod. Výhodou této terapie je výrazně rychlejší nástup účinku než u farmakologické léčby. Aplikace je vysoce efektivní, dosahuje 80-100 % pozitivních odpovědí na léčbu. I když s rozvojem psychofarmakologické léčby zaznamenala tato metoda určitý ústup, má dodnes v terapii některých typů duševních poruch své pevné místo. (ANDERS, 2011)

Repetitivní transkraniální magnetická stimulace (RTMS)

RTMS je novou, neinvazivní technologií, při které jsou stimulovány neurony mozkové kůry principem magnetické indukce za použití krátkodobých pulzů silného magnetického pole. RTMS má významný terapeutický potenciál, lze ji provádět ambulantně a neovlivňuje paměťové ani rozpoznávací funkce. Pacienti po aplikaci odchází bez doprovodu. Význam RTMS je potvrzen především v léčbě depresivních poruch a ačkoliv mechanismus účinku není zcela do detailu znám, behaviorální a neuroendokrinní efektivita je podobná užití antidepresiv. Efektivita RTMS byla prokázána u farmakorezistentních pacientů s depresivní poruchou. (ANDERS, 2011)

Stimulace nervus vagus (SNV)

SNV patří mezi nové postupy v léčbě depresivních poruch. Principem této metody je nepřímá stimulace CNS. SNV se ukazuje účinná u rezistentních depresivních poruch. Metoda je v psychiatrii novinkou a probíhají kontrolované studie. Pro léčbu depresivních poruch bylo v České republice implantováno jen několik zařízení. Dosud nejsou k dispozici přesvědčivé důkazy o účinnosti a dosavadní poznatky vycházejí z otevřených sledování pacientů trpících farmakorezistentními formami depresivních poruch. Výsledky jsou však velmi slibné a po půlroční terapii dvě třetiny pacientů vykazují pozitivní léčebnou odpověď a třetina souboru dosáhla plné remise. (ANDERS, 2011)

Psychochirurgie (limbická chirurgie)

Psychochirurgie je přísně určena nemocným trpícím neustupujícím, sužujícím onemocněním, kteří mají výrazné sebevražedné pohnutky nebo jsou vážně chronicky poškozeni neustupující depresivní poruchou. Nejsou narušeny intelektové schopnosti, nemění se chování nemocných ani charakteristiky jejich

osobnosti. V ČR není tento způsob léčby prakticky vůbec aplikován. (ANDERS,2011)

Fototerapie

Metoda fototerapie je bezpečná a účinná léčba jasným světlem. U pacientů je jednou z možností volby oproti užívání antidepresiv. Prokazatelně účinná je u sezónní afektivní poruchy (SAD). Velmi dobrý přídatný účinek má také v kombinaci s antidepresivy, a to jak u SAD, tak u nesezónních depresivních poruch. Tato terapie je velice dobře snášena. Vedlejší účinky, které se mohou objevit na počátku léčby, nevedou k přerušení léčby. (DOUBEK, 2007)

Spánková deprivace

Studie prokázaly, že totální spánková deprivace může dočasně odstranit depresivní symptomy, někdy až s dramatickým efektem. Depresivní pacienti při ní jsou bdělí až kolem 40 hodin. Je nutné, aby byla souběžně se spánkovou deprivací aplikována i antidepresiva zabraňující časnému relapsu depresivní poruchy. (ANDERS, 2011)

Tělesné cvičení

Pohyb je pro naše tělo přirozenou potřebou a při jeho nedostatku tělo chátrá. Ve vegetativním nervovém systému začne převládat sympatikus, to znamená, že tělo bez pohybu začne prožívat stres. Při nedostatku pohybu dochází k ochablosti svalstva, zhoršuje se držení těla a srdce přestává účinně pracovat. Člověk se cítí více unavený, má tendenci odkládat namáhavé věci, klesá u něj sexuální aktivita a to vede k celkovému tělesnému i psychickému chátrání. Základním prostředkem proti stresu je pravidelný pohyb. Psychicky stresovaný jedinec se po cvičení cítí svěží, protože se při tělesné námaze spaluje nadbytečný adrenalin, dochází ke zvýšení tonu parasympatiku, stoupá pocit síly, pružnosti, zdraví a klidu. Na naši psychiku působí hlavně aerobní cvičení, to je takové, které trvá minimálně 20 minut, je v přiměřeném tempu (plynulé) a procvičuje svaly v dolní polovině těla. (DOUBEK, 2007) „*Zařazení cvičení do léčebného programu může mít řadu výhod jak v oblasti nákladů na léčbu, tak nežádoucích účinků a zároveň může být účinnou preventivní strategií v zabránění relapsům.*“ (Anders, 2011)

4. Dopady na kvalitu života depresivních pacientů

Depresivní onemocnění ovlivňuje kvalitu života pacientů i jejich rodinných příslušníků a přátel. Tato kapitola pojednává o kvalitě života depresivních pacientů, o významu rodiny při léčbě depresí a popisuje psychické i jiné dopady, které mohou mít negativní vliv na život pacienta a jeho blízkých.

4.1 Kvalita života nemocných

„WHO definuje kvalitu života jako jedincovu percepci jeho pozice životě v kontextu své kultury a hodnotového systému a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám a obavám. Jedná se o velice široký koncept, multifaktoriálně ovlivněný jedincovým fyzickým zdravím, psychickým stavem, osobním vyznáním, sociálními vztahy a vztahem ke klíčovým oblastem jeho životního prostředí.“ (VAĎUROVÁ, 2005, str. 11)

Definovat kvalitu života není snadné. Mluvíme-li o kvalitě života, obvykle sledujeme, jaký dopad má onemocnění jedince na jeho fyzický či psychický stav, na jeho způsob života a pocit životní spokojenosti. Definice kvality života vychází z Maslowovy teorie potřeb. Naplnění základních fyziologických potřeb (potřeba nasycená, spánek, úleva od bolesti) je předpokladem aktualizace a uspokojení potřeb subtilnějších (potřeba bezpečí, potřeba blízkosti jiných, potřeba sebeúcty).

V současné době existuje celá řada definic kvality života, ale zdá se, že žádná z nich není všeobecně akceptována. Mají však jedno společné, a to, že pojem „kvalita života“ by měl obsahovat údaje o fyzickém, psychickém a sociálním stavu jedince. Na kvalitu života je pohlíženo jako na vícerozměrnou veličinu a obvykle je definována jako subjektivní posouzení vlastní životní situace. Zahrnuje tedy nejen pocit fyzického zdraví a nepřítomnost symptomů onemocnění či léčby, ale v globálním pohledu také psychickou kondici, společenské uplatnění, náboženské a ekonomické aspekty apod. Mezi další faktory ovlivňující kvalitu života patří věk, pohlaví, polymorbidita (přítomnost více chorob současně), rodinná situace, preferované hodnoty, ekonomická situace, vzdělání, religiozita, kulturní zázemí apod. Celková kvalita života je pak souhrnem výše uvedených faktorů. (SLOVÁČEK, 2004)

Kvalitu života lze v zásadě hodnotit na základě objektivních a subjektivních přístupů, přičemž nejpodstatnějším je subjektivní hodnocení nemocného, tak jak sám vnímá vlastní zdravotní situaci včetně schopnosti svého sebeuplatnění v pracovním, rodinném i sociálním prostředí. (SLOVÁČEK, 2004)

Při definování kvality života psychology se mnohdy setkáváme s důrazem kladeným na spokojenost. Dle tohoto pojetí kvalitně žije ten, kdo je spokojený se svým životem. Spokojený je tehdy, když se mu daří dosahovat cílů, které si předsevzal. Ehteld říká: „*Uspokojení je definováno jako důsledek dlouhodobé zkušenosti daného člověka z dosahování jeho životních cílů, které probíhá tou rychlostí, kterou on sám očekával, případně rychleji*“. (KŘIVOHLAVÝ, 2002, s. 169) Jestliže tomu tak je, pak je podle Ehtelda možno definovat kvalitu života jako prožívání životního uspokojení a kladného emocionálního afektu při absenci negativního afektu. (KŘIVOHLAVÝ, 2002)

4.2 Dopady na kvalitu života nemocných a jejich blízkých

Nelze pochybovat o tom, že deprese je onemocnění, které má značný vliv na kvalitu života postiženého, ale i na kvalitu jeho blízkých. Deprese působí hlavně na to, jak pacient vidí sám sebe a jak se hodnotí. V této chvíli přichází na řadu pomoc blízkých, kteří by se mu měli snažit vyvracet negativní mylné domněnky a dopomoci k co možná nejvíce realistickému vidění skutečnosti.

Sebevědomí nemocného

„*Je-li u člověka v depresi něco nápadného, pak je to jeho nepředstavitelně nízké sebevědomí.*“ (KŘIVOHLAVÝ, 2003, str. 76) Projevuje se výroky typu „nic neznám“, „neumím, co umí druzí lidé“, „nic nedělám dobře“, „jsem naprosto k ničemu“, „jsem naprostá nula“ apod. Těmito a podobnými výrazy vyjadřují nemocní své příliš nízké smýšlení o sobě, své sebedoceňování, přehnaně přísnou sebekritiku. V důsledku tohoto sebeponižování se jejich deprese prohlubuje se všemi průvodními jevy, úzkostí, obavami a hněvem na sebe sama. (KŘIVOHLAVÝ, 2003)

Strach z návratu deprese

Primární deprese je zatížena sklonem k opakování až u 80 % nemocných. Opakování deprese od skončení epizody do půl roku označujeme jako relaps,

po půl roce jako recidivu deprese. (ŠVESTKA, 2000) Každá nová epizoda deprese má 10-15 % riziko přechodu do chronické formy. Riziko návratu depresivních příznaků roste s počtem prodělaných epizod. (DOUBEK, 2007) „Základem předcházení návratu další epizody deprese je užívání předepsaných léků po dobu, kterou určí ošetřující lékař. Je velmi důležité nepřerušit léčbu antidepresivy předčasně. Mohlo by to způsobit rychlý návrat příznaků onemocnění.“ (DOUBEK, 2007, str. 29) Jedním z nejčastějších přání člověka je pravděpodobně zdraví. Po prožití byť jen jediné depresivní epizody, je strach z návratu onemocnění pochopitelný.

Nerozhodnost

U lidí v depresi se nerozhodnost projevuje i v nejednodušších situacích, např. co si vzít na sebe. Nemocní uvažují o příliš mnoho možnostech, nerozhodnost je pak důsledkem nedůvěry ve vlastní schopnost hodnocení, případně obtíží s rozhodováním v situaci nejistoty (kdy nemají dostatek spolehlivých podkladových dat), nebo neujasněnosti jejich hodnotového žebříčku. (KŘIVOHLAVÝ, 2003) Lidé v depresi se bojí vzít na sebe riziko za potenciální nesprávné rozhodnutí. Uvědomují si, že jejich proces rozhodování není na takové výši, jak by chtěli, to může být pro nemocného dosti bolestné.

Pocit beznadějnosti a s ním spojené riziko sebevraždy.

Pesimismus a beznadějnost dosahuje se při depresi projevuje natolik, že se stává pocitem absolutní bezmoci. U nemocného se to projevuje např. výroky „bylo by lepší nebýt“, „nic nemá cenu“, „vše je špatné“ apod. Problém představují situace, kdy vidění světa přestává být realistické. S přebujelým pesimismem, beznadějností a pocitu bezmoci souvisí myšlenky na to, že by bylo lepší nebýt. (KŘIVOHLAVÝ, 2003) Myšlenky na sebevraždu jsou jedním z příznaků deprese. Vyplývají z biologických a genetických mechanismů vzniku deprese. Podle statistik je u 10-15 % depresivních pacientů příčinou úmrtí dokonaná sebevražda a asi polovina nemocných trpících depresí učiní v průběhu života jeden sebevražedný pokus. (DOUBEK, 2007) Takovéto statistiky mohou mít nepříznivý vliv na psychiku pacientů i jejich příbuzné.

Automatické negativní myšlení

Člověk v depresi má neustále negativní myšlenky (viz kapitola 1.4). Je třeba si je uvědomovat, poznávat, objevovat a přesně identifikovat. Je nutno chápat je jako něco, co člověk v průběhu svého života získal, od někoho přejal nebo se naučil, a ne jako něco vrozeného a tudíž neměnného. „*Bylo-li něco naučeno, dá se to přeučit či odnaučit. Bylo-li něco získáno (od někoho přejato), dá se to změnit. V tom je naděje toho, jak se dostat z deprese.*“ (KŘIVOHLAVÝ, 2003, str. 44)

Sexuální dysfunkce

Narušení sexuálního fungování bylo zaznamenáno už dávno jako korelující faktor depresivního onemocnění a zároveň byl tento fakt také stanovený jako jeden z příznaků deprese. Různé typy sexuálních dysfunkcí se objevují u 50-90 % depresivních pacientů s léčbou nebo bez ní. Sexuální dysfunkce se objevuje také jako vedlejší účinek užívaných léků, zejména antidepresiv. „*Antidepresiva mohou vyvolat narušení sexuální aktivity a vést k narušení všech fází sexuálního fungování: touhy, vzrušení, orgasmu a ejakulace, následně i uspokojení.*“ (VAŠKOVSKÝ, 2007, str. 90)

Mezi potenciální důsledky antidepresivy navozených sexuálních dysfunkcí patří např. snížení a postihnutí kvality života, důsledky a dopady na sebehodnocení, rozvoj partnerských problémů, pocity odmítnutí partnera, narušení schopnosti přiblížení se k partnerovi v rámci vztahu či v období hledání partnera, nedostatečná spolupráce v užívání léčby s následným zhoršením základního onemocnění – deprese a vzájemné dopady na zhoršení onemocnění (relaps, chronicita, mortalita – suicidium). (VAŠKOVSKÝ, 2007)

Sociální izolace

Slovy psychoanalytika Ernsta Wolfa: „*Osamělost, osamělost v psychologickém smyslu, je matkou úzkosti.*“ (NICHOLS, 2005, str. 38) Člověk v depresi se obvykle uzavírá do sebe, má pocit, že mu nikdo nerozumí a že je vše zbytečné. Jenže aby si depresivní člověk vybuodoval sociální síť, která mu později bude oporou, musí se stýkat s lidmi, vyjít ze svého bytu a své uzavřenosti. Setkávání s lidmi je důležité, protože člověk má možnost si promluvit a je nucen přemýšlet také o něčem jiném než o svých potížích. „*Dobrá sociální podpora je důležitým*

nárazníkem proti prožívání stresu a vzniku úzkosti a deprese.“ (PRAŠKO, 2003, str. 172)

Setkávání s lidmi pomáhá strukturovat rozpadlý časový plán, zmírňuje pocity izolace a osamělosti, je to lépe naplněný čas než ležení v posteli, pomáhá nalézání smysluplných aktivit a po stabilizaci stavu výrazně brání rozvoji deprese. Nejefektivnější cestou, kterou může nemocný sám podniknout, je vystavit se styku s lidmi i přesto, že z toho má obavy. (PRAŠKO, 2003) Jedna pacientka po vyléčení děkovala těm, kteří jí v průběhu deprese naslouchali: *„Přátelé mi pomohli jednoduše tím, že byli se mnou. Podpořili mě a nechávali mě nekonečně dlouho mluvit, když jsem se potřebovala vypovídat.*“ (Deprese, 2002, str. 65)

Ztráta zaměstnání

Hodně lidí přijde v důsledku deprese o práci. Symptomy deprese negativně ovlivňují schopnost dobře pracovat, snižují schopnost soustředění, narušují paměť a zvyšují nerozhodnost. Tyto příznaky se mohou stát důvodem k propuštění z práce. Často se stane, že člověk v depresi podá výpověď sám, protože má dojem, že svou práci nezvládá. Netuší, že výše uvedené symptomy jsou příznaky deprese, kterou lze léčit. Po vyléčení deprese mají lidé často problém najít si nové zaměstnání. Tyto nesnáze mají většinou na svědomí předsudky spojené s duševní nemocí. Pokud byl nemocný hospitalizován na psychiatrické klinice, jeho situaci to ještě zhoršuje. Problémy s pracovním uplatněním ovlivňují nejen potenciální budoucí kariéru, ale i finanční vyhlídky pacienta a jeho duševní stav. (Deprese, 2002) Výzkum společnosti STEM/MARK v roce 2010 zjišťoval, zda s depresivními lidmi někdo zacházel v zaměstnání příznivěji. 70 % dotazovaných odpovědělo, že nikoliv. Lze tedy předpokládat, že k psychicky nemocným lidem není většina kolegů a hlavně nadřízených příliš ohleduplná. Přitom právě ohleduplnost a pochopení je to, co depresivní ve svém okolí tolik potřebuje. (STEM/MARK, 2010)

4.3 Význam rodiny při léčbě pacienta

Člověk, který trpí depresí, nebývá obvykle sám. Většinou má rodinu, přátele nebo kolegy, kterým na něm záleží. Ukázalo se, že pomoc blízkých lidí má při zvládnutí deprese neobyčejnou cenu. (KŘIVOHLAVÝ, 2003) Nemocný

s depresí potřebuje pomoc a porozumění od lidí ve svém okolí. Lidé, kteří sami depresi nezažili, nemohou zcela porozumět, co všechno působí deprese v životě pacienta. (DOUBEK, 2007)

V první řadě je důležitá edukace rodinných příslušníků. Příbuzní by se měli zajímat o nemoc, kterou jejich bližní trpí. Jestliže se rodinní příslušníci chtějí informovat o tom, jakými způsoby lze pomoci, mohou se obrátit přímo na ošetřujícího lékaře jejich příbuzného. Ten by je měl s diagnózou seznámit, případně poskytnout informační brožury se všemi základními a důležitými údaji o depresi. V dnešní době již existuje mnoho odborné literatury, která se věnuje depresivnímu onemocnění a také nemálo příruček přímo pro pacienty. Ty jsou psány věcně, stručně a jasně, aby jim porozuměla i laická veřejnost. Jsou v nich rady pro pacienty, v některých i pro rodinné příslušníky. Mnoho užitečných informací lze nalézt též na některých internetových stránkách, kde na dotazy pacientů odpovídají lékaři, zejména psychiatři a psychologové.

4.3.1 Pomoc blízkých

Rodina a přátelé nemocného by měli být ohleduplní, znát níže uvedené údaje a doporučení a snažit se je dodržovat, pokud chtějí nemocnému opravdu pomoci.

- Deprese je nemoc, ne lenost, vada charakteru nebo útek od práce a nepříjemností. Ten, kdo jí onemocněl, si to nijak nezavinil. Léčba může nemocného deprese zbavit, ale potřebuje pomoc rodiny, přijetí, ohledy a trpělivost. Pro celou rodinu je těžké, když někdo onemocní depresí. Často je hledán viník v některém příbuzném, nebo v nemocném, ale za depresi nikdo nemůže. Podpora rodiny může léčbu deprese zkrátit a usnadnit.

- Čím dříve je zahájena léčba, tím bude úspěšnější a kratší. Je třeba podporovat rozhodnutí depresivního člena rodiny, aby navštívil psychiatra a zahájil léčbu. „*Další podstatnou věc, kterou můžeme udělat pro člověka trpícího depresí, je ujistit ho, že se uzdraví.*“ (Deprese, 2002, str. 66) Někdy je nutné kontrolovat, zda si nezapomněl vzít léky. Může trvat několik týdnů i měsíců než ustoupí příznaky, je potřeba podpořit nemocného, aby vytrval v léčbě. Je nutné zabránit návratu deprese.

- Sebevražda je to, co ohrožuje nejvíce. Poznámky o sebevraždě se nesmí podceňovat. V případě, že se objeví, je nutné informovat lékaře a nenechávat nemocného o samotě. (PRAŠKO, 2003)

- „*Čím méně sebejistoty máme, tím více potřebujeme, aby ji v nás ostatní posilovali.*“ (NICHOLS, 2005, str. 22) K depresi patří zvýšená potřeba povzbuzování a špatné snášení kritiky. Zlehčování stavu nemocného nebo obviňování, že je líný, že se málo snaží, by byla křivda, která by nemocnému ublížila. Je nutné vyhnout se kritizování, mentorování, napomínání a nucení k tomu, aby projevil více vůle. Takovéto naléhání vysloveně škodí, vede k sebevýčitkám, kterých má už i tak nadmíru. Za to, že má depresi, se stydí. „*Pro blízké je důležité, aby neznevažovali pocity nemocného, nepochybovali o tom, že prožívá to, co sděluje, nepřesvědčovali ho, že to tak není.*“ (PRAŠKO, 2003, str. 72)

- Člověk v depresi potřebuje zvláštní citovou podporu, laskavost, trpělivost a porozumění. Postižený potřebuje cítit, že ho rodina přijímá, i když je nemocen. Nutno zdůraznit, že uklidňovat a naslouchat není totéž. Nemocnému je třeba poskytnout zázemí, naslouchat a zacházet s ním citlivě. „*Při katastrofických scénářích je třeba poukázat na to, co je reálné. Důležité je posilovat naději na vyléčení, i když depresivní tomu často nevěří.*“ (PRAŠKO, 2003, str. 72)

- Nemocný by si měl najít osobu, o které ví, že to s ním myslí dobře. Často to bývá přítel, sourozenec, rodič nebo i vzdálený příbuzný. S touto osobou je možné podělit se o to, že se něco děje, že něco není v pořádku. Nelze očekávat, že plně porozumí prožitkům nemocného, ale může poskytnout podporu. (PRAŠKO, 2003) „*Nikdy bychom neměli litovat času na to pobýt či hovořit s někým z našich blízkých, kterého sužují depresivní stavy. Nejcennější, co pro něj můžeme udělat, je stát se dobrým posluchačem a neprojevat netrpělivost.*“ (Deprese, 2002, str. 65)

- Blízcí by se neměli přestat angažovat ani ve chvíli, kdy je nemocnému poskytnuta profesionální pomoc. Jejich trvalá podpora je stále důležitá. „*Mluvit s depresivním člověkem má velký význam v každém stádiu nemoci.*“ (Deprese, 2002, str. 67)

- Postižený depresí má málo energie, k činnostem by neměl být nucen, ale trpělivě zván. Lidé v depresi potřebují společnost a doprovod, ale přehnaná péče může zhoršit pocit viny a vlastní selhání. Pomoc se musí dávkovat v rozumné míře.

- Při depresi nemohou pomoci léčitelé, homeopatie, akupunktura ani jiné alternativní praktiky. Je třeba dohlédnout, aby nemocný nevysadil předepsaná antidepresiva, jeho stav by se mohl výrazně zhoršit. (PRAŠKO, 2003)

- Součástí deprese je zkreslující pohled nemocného, vidí skutečnost horší než je. Většina lidí v depresi má sklon vidět sebe i okolnosti svého života a budoucnost jako katastrofu. To pravděpodobně přetrvá do té doby, než začne fungovat léčba. Do té doby je důležité, aby nemocný nečinil žádná závažná rozhodnutí, kterých by později mohl litovat (např. rozchod v důležitém vztahu, finanční investice, změna bydliště či zaměstnání).

- Někteří nemocní se pokouší depresi „zaspat“. Během dne pijí alkohol a užívají hypnotika, to vede nakonec k prohloubení deprese. Alkohol snižuje účinky antidepresiv. I zde je důležitá funkce rodiny, nemocný by měl být kontrolován.

- Depresivní mají málo energie, přesto by ale neměli být většinu dne na lůžku. Pokud opravdu potřebují odpočinek, je to na místě. Jestliže do postele utíkají a místo odpočinku následují sebevýčitky, je lepší posteli se vyhnout. Polehávání se sebevýčtkami výrazně zhoršuje depresi. Lepší je věnovat se drobným odpočinkovým činnostem, sledování televize, rozhovoru s lidmi, procházce apod.

- Pokud má nemocný potřebu plakat, neměl by se za to stydět. Pláč ulevuje, i když jen na krátkou dobu. Člověk v depresi potřebuje někoho blízkého, komu důvěřuje a komu se může svěřit. (PRAŠKO, 2003)

- Při depresi by zásadně nemocný neměl jezdit na dovolenou, i když mu to někdo může doporučit. Pokud je to možné, nejlepší je neměnit prostředí. Dovolená s nadbytkem volného času vede skoro vždy ke zhoršení deprese. *„Změna prostředí znamená změněné nároky, v depresi se člověk daleko hůře adaptuje.“* (PRAŠKO, 2003, str. 93)

- S relapsem deprese se obvykle nejdříve potýká rodina, proto je vhodné, aby byl už předem připraven krizový plán rodiny pro případ návratu onemocnění. Rodina by měla mít připravena důležitá telefonní čísla a předem se informovat, do kterého psychiatrického zařízení pacient spadá podle místa bydliště. Příbuzní by si měli být vědomi svých možností a vědět, jak postupovat, pokud by byly překročeny. Je velmi důležité, aby blízcí nevnímali relaps deprese jako konec všech snah nebo nějaké selhání, ale jako příznak přetrvávající zvýšené citlivosti a jako problém, se kterým je nutné se co nejdříve vyrovnat. (DOUBEK, 2007)

5. Komunikace v období deprese

„Jsou chvíle, kdy je třeba myšlenky vyslovit a vyslechnout, hovořit o nich a sdílet je, kdy nevědomost a mlčení působí bolest, a promluvit znamená pokusit se najít od této bolesti úlevu.“ (NICHOLS, 2005, str. 24)

Všichni, kdo mají s depresí nějaké zkušenosti, se shodují v tom, že je nadmíru důležité, aby měl depresivní člověk možnost s někým o svých potížích mluvit. Touto osobou bývá v pokročilých fázích deprese většinou lékař, psycholog nebo psychiatr. Nemocný si ale potřebuje rovněž neformálně popovídat s někým blízkým (viz kapitola 4.3.). Ochotou naslouchat mohou přátelé či rodina zabránit prohloubení deprese nebo i jejímu vzniku. Když si lidé, kteří prožívají stavy blízké depresi budou moci o své problémy s někým podělit, nemusí do deprese ani upadnout.

Depresivní člověk se často stále dokola zabývá svými potížemi a obšírně o nich hovoří. Může se stát, že jeho okolí dojde trpělivost a přestane ho poslouchat, což pro něj může být velmi bolestné. Pokud budeme s depresivním člověkem sdílet čas a jeho obavy, zabráníme tomu, aby se dostával do izolace. Je důležité v komunikaci vytrvat. *„Pokud s ním budeme mluvit, jeho problémy tím zřejmě neodstraníme, ale pomůžeme mu, aby si lépe uvědomil jejich podstatu.“ (Deprese, 2002, str. 65)*

Význam komunikačních schopností je stále více ceněn. To se odráží i ve změně výuky na lékařských fakultách. Absolventi si lépe uvědomují, jak důležité je umět komunikovat a naslouchat pacientovi. Dává nám to naději, že již brzy snad zmizí prototyp lékaře, který stojí zády k nemocnému a neosobním hlasem diktuje sestře diagnózu pomocí latinských termínů, kterým laik nemůže rozumět. (Deprese, 2002)

5.1 Léčivá moc naslouchání a empatie

„Nikdy nevyrosteme z potřeby sdělovat druhým, jaké to je žít v izolovaném světě soukromé zkušenosti. Právě proto představuje účastné ucho tak ohromnou moc v mezilidských vztazích – a to je také důvod, proč je tak bolestné, když nás ten druhý nevyslechne a když neporozumí.“ (NICHOLS, 2005, str. 6)

Naslouchání slouží dvěma účelům, přijímat informace a být svědkem projevu druhého člověka. Naslouchat znamená věnovat pozornost, projevovat zájem, dávat najevo, že nám na tom druhém záleží, potvrzovat jeho hodnotu a projevovat uznání.

Dar naší pozornosti a porozumění vyvolává v druhém pocit, že si ho někdo váží. Ať už jde o rozhovor s lékařem nebo s přáteli, umění naslouchat není vždy snadné. Udržet pozornost a vnímavě naslouchat vyžaduje nesobecké sebezapření. Předstíraná pozornost nestačí. Abychom dokázali dobře naslouchat, musíme zapomenout sami na sebe kvůli druhému člověku, který potřebuje naši pozornost.

Podstatou dobrého naslouchání je empatie, té dosáhneme jen tím, že potlačíme přehnaný zájem o sebe sama a vstoupíme do zkušenosti toho druhého. Empatie je nezbytnou podmínkou naší duševní spokojenosti. To, co druhý vhodným způsobem zrcadlí, se stane za čas součástí našeho opravdového a prožívaného já. Empatie naslouchajícího spočívá v tom, že ten druhý pochopí, co se snažíme říci a dá nám to najevo. Empatie vytváří pouto porozumění, spojuje nás s někým, kdo nám rozumí a potvrzuje nám, že naše pocity jsou rozpoznatelné a oprávněné. *„Empatické naslouchání je jako pečlivé čtení básně – vstřebává slova i to, co se za nimi skrývá.“* (NICHOLS, 2005, str. 20)

Druhou nejvýznamnější potřebou je porozumění, předčí ji jen potřeba potravy a přístřeší. Porozumění je výsledkem společného úsilí. Jeden člověk se snaží vyjádřit, co má na mysli, a ten druhý se to snaží přechít. Jedním z nejbolestnějších pocitů je právě ten, že nám druhý nerozumí. *„Když vyprávíme, jak jsme nešťastní, nepomůže nám, když nám naslouchající začne říkat, jak jsme skvělí. Chceme, aby uznal naši nespokojenost. Chceme být poznáni.“* (NICHOLS, 2005, str. 44)

5.2 Vztah pacienta a lékaře

Nemoc výrazně zasahuje do života, omezuje soběstačnost, vyvolává obavy z budoucnosti a ztěžuje dosažení cílů. Psychologickými prostředky lze její prožívání i průběh příznivě ovlivnit. *„Mezi psychologicky působícími faktory má zvláště významné místo vztah mezi lékařem a pacientem.“* (BERAN, 2000, str. 23) Tento vztah je primárním předpokladem psychoterapeutického přístupu a má již sám o sobě psychoterapeutický potenciál. (BERAN, 2000) *„Terapeutický vztah je*

založen na vzájemnosti, terapeut i klient jsou stejně důležití. Je to vztah, v němž chtějí obě strany být a společně se do něj zapojit.“ (CASEMORE, str. 30)

Je velmi důležité, aby se pacient pokusil důvěřovat lékaři již od začátku, aby se mu otevřel se svými problémy a starostmi a lékař mu mohl co nejlépe pomoci. Pacient hledající pomoc musí mít k terapeutovi naprostou důvěru. Pokud ji nemá, terapie se nemůže setkat s úspěchem. A neúspěšná terapie je patrně ještě horší než žádná. (Deprese, 2002)

Pacient by za žádných okolností neměl očekávat, že se lékařský vztah promění v přátelský a neměl by se snažit terapeutovi zalíbit i za cenu lži. *„Psychoterapeut je vycvičený průvodce na cestě. Není to přítel ani kamarád a už vůbec ne kumpán. Je to průvodce, pod jehož vedením se svěřujeme a otevíráme se mu, ale ne pro to, aby nás miloval, ani proto, abychom se mu zalíbili, ale pro to, aby nás co nejlépe doprovázel na naší vlastní cestě vnitřní proměny.*“ (PRAŠKO, 2003, str. 87)

5.3 Osobnost lékaře jako lék

Na efektu léčby se výrazně podílí osobnost lékaře. *„Lékař sám představuje svojí osobností určitou formu léku, který však musí být, tak jako každý lék, uvážlivě ordinován, protože má také nežádoucí a vedlejší účinky.*“ (BERAN, 2000, str. 21)

Lékař by měl vystupovat neautoritativně a na nemocného nenaléhat. Příliš autoritativní vystupování by mohlo pacienta zastrašit. Každý odborník v roli tazatele by si měl vypěstovat jistou pokoru, aby neměl sklony vystupovat tak, jako by věděl všechno a jako by jeho mysl dokázala vše odhalit na první pohled. (SULLIVAN, 2006) Lékař by se měl umět zdržet výraznějšího zasahování do hovoru, aby poskytl pacientovi co nejvíce prostoru pro vyjádření. Na základě vysvětlení podstaty nemoci a zásad léčby se lékař snaží dosáhnout partnerské spolupráce. Měl by ovládat komunikační dovednosti, a to jak verbální (formulace otázek, projev porozumění), tak hlavně neverbální (naslouchání, empatie). (BERAN, 2000) *„Klidným, pozorným a přijímajícím nasloucháním umožním klientovi prožitek, že ho nepodmíněně uznávám.*“ (CASEMORE, 2008, str. 47)

Terapeut by měl mít na mysli, že každý člověk je odborníkem na svůj vnitřní svět. *„Já jsem jediný, kdo skutečně ví, jak se cítím, jak prožívám sebe a svět kolem*

sebe. Jediný člověk, na kterého bych snad mohl být odborníkem, jsem já. Mohu mít mnoho zkušeností a znalostí, velký vhled a uvědomění sebe, a dokonce i určitou moudrost, ale nesmím zapomenout, že klient je jediný člověk, který se zná, ví jaké pocity prožívá, a zná svůj svět.“ (CASEMORE, 2008, str. 44)

Lékař v rozhovoru s pacientem nemá jen roli nezúčastněného pozorovatele, ale sám je racionálně i emočně angažován. Nemůže se soustředit pouze na obsah pacientových slov, ale část své pozornosti musí obrátit také na sebe a citlivě vnímat vlastní pocity, které v něm rozhovor s pacientem navozuje. Hovoří se o dvojí roli lékaře, o roli bezprostředního účastníka rozhovoru a o roli pozorovatele rozhovoru. Sledovat obě role není lehké, ale má to svůj význam. Jinak by se mohlo stát, že v pacientově sdělení bychom našli jiné významy než ty, které pacient chtěl sdělit. V rozhovoru lékař pacienta provází, je pocitově i myšlenkově blízko. (BERAN, 2000)

Od odborníka se při vedení rozhovoru očekávají tři věci. Má přemýšlet nad tím, co mohl pacient myslet tím, co říká. Má uvažovat, jak on sám může nejlépe formulovat to, co chce sdělit pacientovi a zároveň má pozorovat všeobecné vzorce toho, co se během rozhovoru děje a o čem se mluví. (SULLIVAN, 2006)

5.3.1 Zásady terapeutického přístupu lékaře

Pokud je deprese správně rozpoznána, terapeutický přístup lékaře by měl mít jisté zásady. BERAN (2000) ve své práci uvádí zásady aplikace psychoterapeutického přístupu u depresivních pacientů, které shrnul Kielholz¹:

- Přijmout nemocného takového, jaký je, projevit o něj zájem a mít respekt k jeho osobnosti.
- Otevřeně s ním hovořit o jeho onemocnění i o jeho osobní historii.
- Zdůraznit možnost příznivé prognózy.
- Informovat ho o zamýšleném terapeutickém plánu.

¹ Paul Kielholz je významný švýcarský odborník, profesor a ředitel Psychiatrické kliniky Basilejské univerzity. Vypracoval soubor léčebných prvků, který je mimořádně účinný, ale i šetrný ve vztahu k pacientovi.

- Informovat ho o vedlejších účincích léků.
- Upozornit ho, že stav může kolísat.
- Dát mu takový terapeutický cíl, jehož dosažení je reálné, aby nemocný měl možnost se sám přesvědčit, že je léčba úspěšná.
- Hovořit s nemocným otevřeně o jeho sebevražedných úmyslech. Přináší mu to uvolnění a ulehčení. Můžeme mu dát najevo, že se nemusí za své myšlenky nijak stydět, před námi je skrývat, protože takovéto myšlenky jsou u depresivních osob obvyklé.
- Spolupracovat s rodinou a osobami v okolí nemocného. Informovat je o pacientově stavu a o zásadách účinné spolupráce s námi.
- Psychoterapeutický přístup a farmakoterapie trvá až do úplného ústupu deprese.

5.4 Počátek vztahu

Kontakt lékaře a pacienta začíná většinou anamnestickým rozhovorem. Při něm vznikají předpoklady pro rozvoj příznivého vztahu mezi nemocným a lékařem. (BERAN, 2000) Od této chvíle si tazatel musí uvědomit, že jeho vlastní potřeby nejsou tak důležité, že tu je někdo, ke komu má přistupovat s vážností a úctou, protože chce nebo může mít z psychiatrického rozhovoru nějaký prospěch. (SULLIVAN, 2006)

Anamnestický rozhovor začíná zpravidla pozdravem, představením se, podáním ruky a dotázaním se na aktuální obtíže. (BERAN, 2000) Poté by měl pacient mít možnost volně vzpomínat, mluvit o svých přáních (i nesplněných), nápadech a vzpomínkách. Je důležité, aby lékař nepřehlédl maličkosti, které mohou vypovědět mnohem více než obecně uznávané významné životní události (např. úmrtí příbuzného). *„Někdy trvá dost dlouho, než se po mnoha oklikách dospěje k poznání, že život, který se jeví plný harmonie, se ukáže jako soubor dlouhodobě traumatizujících mikrokonfliktů.“* (BERAN, 2000, str. 52)

V anamnestickém rozhovoru se používají různé typy otázek. Při kladení otázek nejde jen o jejich množství či způsob kladení, ale také o hledání vhodné chvíle pro položení otázky nemocnému. U pacienta je důležité sledovat nejen to, co říká, ale

hlavně jak to říká. Význam má i tón jeho hlasu a výraz tváře. Více než série dotazů povzbudí pacienta zájem lékaře, který je patrný v naslouchání. Někdy jako projev zájmu postačí přikývnutí. (BERAN, 2000)

V rutinní praxi jsou obvyklé takové otázky, které směřují ke stručné odpovědi, ano či ne. Ty pomáhají rychle se zorientovat, ale jejich nevýhodou je, že neposkytují větší prostor k odpovědi a předem ji tak vymezují. Proto je vhodné klást také otevřené otázky, které ponechávají větší prostor pro odpověď. Pacient může hovořit o tom, co sám pokládá za důležité. Pomocí otevřených otázek lze zjistit pacientův postoj k nemoci. Tyto otázky napomáhají nemocnému, aby o sobě začal přemýšlet nahlas, aby se sám pokusil hledat nové souvislosti a vztahy mezi událostmi ve svém životě. Tato duševní činnost se nazývá sebeexplorace.

Vzájemné pocity lékaře i pacienta by měly být většinou pozitivně laděny. Pokud pacient odmítá hovořit na nějaké téma, odborník by ho neměl nutit. O určitých věcech lze hovořit až později, kdy lékař získá důvěru pacienta. Je vhodné, je-li komunikace oboustranná. Takový rozhovor potom přináší i citové obohacení, uklidnění, uvolnění a poznání nových skutečností. *„Pacient má možnost bezprostředně si uvědomovat význam hovoru s lékařem nejen pro budoucí plán léčby, ale pociťuje jeho příznivý vliv i v aktuální situaci a to posiluje jeho motivaci dále spolupracovat s lékařem.“* (BERAN, 2000, str. 48)

Výsledkem anamnestického rozhovoru by měla být konkrétnější představa lékaře o tom, jak probíhal pacientův život, jaké události (příznivé i nepříznivé) od dětství prožil a jak se vyvíjel. Pro pacienta by měl ale anamnestický rozhovor mít bezprostřední léčebný efekt ve smyslu Bechtěrevova² výroku: *„Jestliže se ti po rozhovoru s lékařem neulevilo - pak to nebyl lékař“* a výroku Scottova³: *„Úlohou lékaře je někdy léčit, často ulevit, ale vždy uklidnit.“* (BERAN, 2000, str. 53)

² V. M. Bechtěrev byl ruský fyziolog, neurolog, neuropatolog a psychiatr, zakladatel experimentální psychologie a reflexologie.

³ M. Scott Peck byl uznávaný americký psychoterapeut a také autor mnoha bestsellerů, ve kterých zúročil své dlouholeté zkušenosti z praxe.

5.5 Rozhovor a jeho přínosy

Hlavním cílem psychiatrického rozhovoru je to, aby z něj člověk odcházel s pocitem, že si udělal více jasno o sobě a o tom, jak žije ve vztazích s jinými lidmi. (SULLIVAN, 2006)

Rozhovor mezi lékařem a pacientem zpravidla navazuje na rozhovor anamnestický a klade na obě strany citelné nároky. Pacient v něm není jen pasivním příjemcem uklidnění, podpory a informací. Očekává se jeho aktivní účast na rozhovoru. Ta spočívá zejména v otevřenosti k lékaři při rozhovoru o tématech, která se často dotýkají pacientova soukromí. Pacient mluví o svých pocitech, názorech a myšlenkách, které se vztahují jak k aktuální situaci, tak k jeho minulosti. Svě místo zde mají i fantazie, přání do budoucna a obsahy snů. Jde o to, aby za přispění lékaře sám dospěl k závěru, který je pro něj optimální, a nespolehal na to, že optimální řešení mu předloží lékař. Pacient často očekává, že lékař vyjádří své osobní názory nebo nějaká doporučení či rady. „*K zásadám psychoterapeutického rozhovoru patří nedávat přímé rady týkající se osobních událostí v životě pacientů.*“ (BERAN, 2000, str. 65) Nejcennější je pacientův vlastní názor, úlohou lékaře je pomoci mu při jeho hledání. (BERAN, 2000)

Dobré vedení rozhovoru znamená, že se odborník chová k pacientovi jako k osobě, která stojí za takovou námahu. Terapeut si jasně uvědomuje, že pacient má narušený pocit vlastní hodnoty a že se v jeho přítomnosti cítí bezpečně. Úcta k druhému člověku a vnímavost k jeho pocitu bezpečí jsou první součástí odbornosti v oblasti interpersonálních vztahů, které bude klient u terapeuta hledat. V žádném případě nesmí mít pacient pocit, že se s ním jedná jen jako s další statistickou položkou, jako s pacientem, jenž musí být uspokojen. (SULLIVAN, 2006)

Pokud se pacientovi podaří sdělit své pocity, prožitky i myšlenky a jestliže nepříjemné situace, které se mohly odehrát před dlouhou dobou, znovu prožije při jejich vyprávění, dochází u něj k pocitu uvolnění. Jde o tzv. katartický efekt, který pacient prožívá jako pocit úlevy. Tento pocit úlevy a uvolnění posiluje pacientovu motivaci k pokračování ve spolupráci s lékařem. (BERAN, 2000)

6. Duševní hygiena a relaxace

Pomocí duševní hygieny může jedinec působit na sebe sama a na aktivní přetváření svého prostředí. Duševní hygiena se zabývá lehčími poruchami duševní rovnováhy, učí člověka, jak jim předcházet. Na rozdíl od psychoterapie, která je zaměřena na již existující poruchy, se duševní hygiena tedy zabývá spíše prevencí. Dodržování zásad duševní hygieny u nemocných lidí (tělesně i duševně) může zkrátit dobu léčení. Není v moci duševní hygieny člověka bezpečně přivést ke štěstí. Může mu však ukázat chyby, kterých se po cestě za spokojeností dopouští a varovat ho před nimi. Může poskytnout několik rad, jejichž respektování se v budoucnu vyplatí. „*Avšak tam věda o životě končí a začíná umění života.*“ (MÍČEK, 1986, str. 15)

V dnešní uspěchané době jde o to, aby člověk uměl odpočívat a relaxovat, dostatečně dlouho spal, zdravě se stravoval, měl dostatek pohybu, uměl hospodařit s časem a předcházet tak stresu a jeho negativním důsledkům. Tato kapitola se tedy bude věnovat zejména relaxaci a jejím technikám, neboť reakcí na dlouhodobý stres může být právě deprese.

6.1 Relaxace

Relaxace znamená harmonii psychického i fyzického uvolnění. Při tělesném uvolnění se sladí dechový rytmus s rytmy úderů srdce, mírně poklesne krevní tlak, uvolní se svaly a zpomalí všechny základních tělesné pochody. Psychické uvolnění se projeví urovnáním myšlenek, jejich vymizením nebo soustředěním se na jednu věc. Čím bude uvolnění hlubší, tím se člověk bude cítit vyrovnanější a účinek relaxace déle přetrvá.

Relaxace je jedním ze snadných a přirozených způsobů, jak zvládat stres. Aktivní relaxace představuje uvolnění svalstva i mysli a může sloužit k celkovému zastavení a očištění duše. Při relaxaci se lidský organismus regeneruje ještě rychleji než při spánku a zbavuje se nahromaděného psychického napětí. Objevuje se pocit harmonie, klidu, starosti a problémy se vzdalují. Relaxace zvyšuje odolnost proti stresu, pomáhá uvolnit se přímo v zátěžové situaci, zvyšuje pocit sebedůvěry i optimismu, učí uvolnit se a plně prožívat příjemné aktivity. (PRAŠKO, 2003)

Existuje mnoho relaxačních technik, každý člověk si může vybrat tu, která mu bude nejvíce vyhovovat. Při každé relaxaci je nutné umět se dokonale uvolnit. K uvolnění je nutné najít si vhodnou pozici k relaxaci, pohodlné oblečení, klidné místo a především čas.

Relaxace se obvykle dělí do dvou skupin, samovolná (spontánní) relaxace, která probíhá např. při spánku a diferencovaná (záměrná) relaxace (PRAŠKO, 2003). Tato kapitola se dále bude zabývat typy záměrné relaxace, tou lze předcházet úzkosti a stresu, které mohou být příčinou vzniku deprese.

6.1.1 Procházka

Záměrnou relaxací může být i procházka, v ideálním případě v přírodě. „Kontrast mezi ruchem města a přírodou je pomocníkem relaxace. Svěží vzduch je jeho druhem.“ (KŘIVOHLAVÝ, 2010, str. 35) Často stačí k osvěžení jen 30 minut, ovšem je nutné odsunout z vědomí všechny starosti a problémy každodenního života a soustředit se na krásy přírody. „Nemyslet, pouze být.“ (KŘIVOHLAVÝ, 2010, str. 35)

6.1.2 Dýchání

Dýchání může být samovolné, ale lze ho také ovládat vůlí. Je třeba naučit se prohlubovat tzv. brániční dýchání. Správné brániční dýchání pozná pacient tak, že si dá ruce s roztaženými prsty z boku tak, že několik prstů je na hrudním koši a několik níže pod ním. Při hlubokém bráničním dýchání jsou cítit zřetelné pohyby, které správnost dýchání potvrzují. Dále je důležitá frekvence dechů. Při chůzi po rovině je vhodné na dva kroky (levá, pravá) nádech, na čtyři kroky výdech. Při chůzi z mírného kopce lze prodloužit dobu výdechu na frekvenci dva kroky na nádech a šest kroků výdechu. (KŘIVOHLAVÝ, 2010)

6.1.3 Uvolňování svalů

Nejjednodušším příkladem svalové relaxace je střídavé napínání a uvolňování určité skupiny svalů. V sedu může relaxující např. zatnout pěsti obou rukou, nechat je takto po určitou dobu stažené a poté je náhle uvolnit. Podobným způsobem lze relaxovat i s nohama. Doporučuje se takovéto pohyby 5krát-10krát po sobě opakovat. Je dobré soustředit se na vnitřní klid. Pomoci může

i autosugesce a polohlasné říkání si výroků jako např. „Jsem klidný, jsem úplně klidný.“ Mezi nejjednodušší formy relaxace patří uvolňování obličejových svalů. Není k tomu zapotřebí nic než vlastní ruce. Obě dlaně se přiloží na obličej, oči jsou zavřené, obličejové svaly se uvolní a dlaně vyvíjí mírný tlak na tvář. Úleva je cítit již po desítkách vteřin. (KŘIVOHLAVÝ, 2010)

6.1.4 Ventilace emocí

Ventilace v tomto smyslu znamená způsob, jak dostat z člověka ven jeho negativní emoce, to co ho trápí. Nejjednodušším způsobem jak to provést, je promluvit si s někým. Tím se sníží negativní emocionální náboj. Existují ale i další možnosti pokud nechceme s nikým hovořit. Jednou z forem ventilace je také psaní deničku nebo psaní na volný list papíru, kam se zapisují nejrůznější prožitky. „*Praxe ukázala, že stejný postup funguje i u depresí, při ventilaci nenávisti a nepřátelství.*“ (KŘIVOHLAVÝ, 2010, str. 37)

6.1.5 Klasická relaxační cvičení

Tato cvičení jsou hlubší podobou relaxace, kterou je třeba cvičit. Zvyšující se potřeba uvolňování nashromážděného napětí podnítila mnoho různých lidí v historii a vedla řadu lékařů, fyziologů a psychologů k vytvoření určitého druhu relaxačních cvičení. Záměrnou relaxaci lze provádět v různých tělesných polohách. Nejjednodušší je zaujmout polohu v sedě, sed ovšem může vypadat různě. Je dobré osvojit si sed kočího, který nastínil profesor J.H. Schultz pro svůj autogenní relaxační trénink. Při tomto sedu jsou nohy v mírném rozkročení ploskami plně na podlaze, ruce leží volně dlaněmi na stehnech a záda jsou mírně ohnutá. Hlava visí mírně dopředu a oči jsou zavřené. Existují však i jiné vhodné polohy, na boku, v polosedě, vleže, nebo v sedě s podepřenou hlavou. (KŘIVOHLAVÝ, 2010)

6.1.6 Autogenní trénink profesora Schultze

Schultzův autogenní trénink je jedním z nejčastěji používaných a nejúspěšnějších relaxačních cvičení. (MÍČEK, 1986) Do svého systému relaxačních postupů zahrnul německý lékař, neurolog a psychiatr Schultz princip uvolňování svalového napětí. Dodal ještě princip autosuggestivního navozování

představ ovládní vnitřních orgánů, koncentraci na citově indiferentní podněty, mentální navozování klidu a pravidelné dýchání. V tomto cvičení jde o svalovou relaxaci, prohlubování sebepoznání, zlepšování koncentrace, zdokonalování sebekontroly, snižování vlivu negativních afektů, tlumení bolesti a sebeřízení klidového ladění.

Zde je šest základních fází cvičení, které se provádí v sedě (sed kočího je popsán výše). (KŘIVOHLAVÝ, 2010)

- Pravá ruka je uvolněná, zcela uvolněná, levá ruka je uvolněná.
- Pravá ruka je těžká, zcela těžká – levá ruka je zcela těžká.
- Pravá ruka je teplá, levá ruka je teplá.
- Dýchá mi to klidně a pravidelně.
- Srdce mi tluče klidně a pravidelně.
- V břiše se mi rozlévá teplo.
- Hlava je příjemně chladná.

6.1.7 Uvolňování různých částí těla podle profesora Reicha

Wilhelm Reich si ve své lékařské praxi všiml, že někteří lidé mají poměrně dlouhodobě jakoby ztvrdlé určité části těla. Pozoroval, že boj s bolestí vedou někteří pacienti tak, že v okolí bolestivého místa napnou svaly na maximum. Reich se domnívá, že někteří lidé zažili tolik psychické bolesti, že si zvykli procházet se, jíst a dýchat s napjatými svaly, jako by se tím chtěli ubránit bolesti, nebo jakýmkoli nelibým podnětům z okolí. Určité části těla se tak stávají tuhými v důsledku svalové tenze, jako by byly jakýmsi psychickým brněním. (MÍČEK, 1986) Nastalou situaci poznal Reich podle nesprávného držení těla pacienta. Podle neobvyklých způsobů držení těla zjišťoval, co pacientovi je. Vypracoval také soubor cvičení pro různé části těla, který by ztuhlé části uvolňoval a snažil se k němu vést své pacienty. Cílem bylo dosáhnout krásných ladných pohybů všech částí těla. Reich rozlišoval sedm okruhů, kde se setkával se ztvrdlým svalovým napětím u pacientů – okruh očí, okruh uší, nosu a úst, okruh krku a hrdla, okruh hrudi, okruh bránice, okruh vnitřností a okruh pánevní oblasti. (KŘIVOHLAVÝ,

2010) Např. okruh bránice se procvičuje pomocí předklonů a záklonů, vtahování a vytahování břicha a též pomocí břišních tanců. (MÍČEK, 1986)

6.1.8 Jacobsonova progresivní relaxace

Psycholog Edmund Jacobson vybuodoval svůj systém relaxace na poznacích fyziologie svalové relaxace. Zaměřil se na pocity svalového napětí, které se snaží nejdříve navodit a poté naopak zrušit. Jeho metodu progresivní relaxace lze považovat za přestavbu našeho vnímání napětí v celém těle a jeho systematickém odstraňování. Návčik této metody je dlouhodobou záležitostí. Základní trénink trvá dva měsíce a cvičí se přibližně hodinu denně.

Princip progresivní relaxace lze demonstrovat na návčiku relaxace rukou. Cvičí se vleže, ruce volně podél těla, dlaně směřují dolů a nohy jsou mírně od sebe. Po zaujmutí této polohy je nutno 3-4 minuty uvolňovat celé tělo a pozvolna zavírat oči. Poté se začíná cvičit. Postupně se ohýbá levá ruka v zápěstí, předloktí se nezdvihá a dlaň levé ruky se pomalu dostává do svislé polohy. Cílem je soustředit se na pocity napětí, které se pomalu objevují ve svalech horní části levého předloktí. Toto vůlí řízené ohnutí ruky by mělo trvat několik minut. Potom se náhle uvolní napětí svalů levé ruky a ta při tom samovolně spadne na zem. Poté nastává druhý, nejdůležitější okamžik cvičení, výcvik v senzitivitě k pocitům svalového uvolnění. Uvedený cvik se provádí několikrát po sobě a poté má následovat půlhodinový absolutní klid v poloze vleže. Druhý den se vše opakuje. Postupně se přidávají další pohyby až se nakonec dostane na všechny svaly. (KŘIVOHLAVÝ, 2010)

Jacobson říká: *„Člověka, který zvládl tuto progresivní relaxaci nic tak nevyvede z míry. Dokáže zachovat vnitřní klid a dobře se ovládá i navenek při všelijakých trapasech, konfliktech a sporech, ba i při velkých životních krizích a ztrátách. Pozoruhodný je její vliv na zvládání obav, strachu a duševní tísně.“* (KŘIVOHLAVÝ, 2010, str. 45)

7. Průzkum

7.1 Popis průzkumu

Průzkum se zabývá především subjektivním hodnocením kvality života lidí, kteří trpí nebo někdy v minulosti trpěli depresemi. Jde zejména o subjektivní zhodnocení a porovnání kvality života respondentů ve třech odlišných obdobích, před nástupem depresivního onemocnění, v období mezi jednotlivými depresivními epizodami a hodnocení současného stavu. Průzkum také odhalí, jak pacienti nahlíží na své onemocnění, zda mají obavy z budoucnosti a jestli věří v úplné vyléčení. V průzkumu byly položeny také otázky týkající se sebevražedných tendencí a otázky týkající se rodiny a pomoci blízkých.

7.2 Cíl průzkumu

Cílem průzkumu je zjistit subjektivní pocity, postoje a názory dotazovaných na položené otázky a prověřit, zda může být život s depresivním onemocněním kvalitní.

7.3 Charakteristika průzkumného vzorku

Přestože je deprese poměrně častým onemocněním, není snadné potenciální respondenty pro průzkum objevit. Lidé, kteří trpí depresí, o ní většinou nechtějí hovořit. „*Psychické nemoci jsou dosud považovány za cosi nepatřičného, co je třeba skrývat, jako by svědčily o jistém ostudném selhání člověka.*“ (Deprese, 2002, str. 46) Objektem zkoumání se tedy stali pacienti dvou psychiatrických zařízení ve věku od 19 do 79 let, u kterých byl lékařem diagnostikován jakýkoli typ deprese (včetně maniodeprese).

7.4 Metody sběru dat

Pro účely této bakalářské práce byla zvolena metoda kvantitativního průzkumu, přičemž data byla získávána technikou dotazníkového šetření. Dotazník (viz příloha A) obsahuje celkem 28 otázek, z toho 1 otevřenou, 2 polootevřené a 25 uzavřených otázek, kde má respondent na výběr z dvou až osmi možností.

Posledních 5 otázek slouží ke zjištění nezbytných demografických údajů, které informují o věku, pohlaví, rodinném stavu, sociálním postavení a velikosti místa bydliště.

7.5 Sběr a zpracování údajů

Mnoho lidí si myslí, že prožívají depresi, když jsou smutní nebo když je např. špatné počasí. Pro průzkum k této bakalářské práci bylo potřeba získat respondenty, kteří depresi skutečně zažili, léčili se s ní nebo se ještě léčí. Proto nepřicházelo v úvahu rozdat dotazníky známým nebo je nahrát na některý z internetových serverů, které se v současnosti k takovýmto účelům hojně využívají.

Sběr dat probíhal za laskavé pomoci lékařů a zdravotních sester ve dvou psychiatrických zařízeních, v Psychiatrické léčebně Bohnice a na Psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN v Praze „Ke Karlovu“. Do každého zařízení bylo dodáno 50 dotazníků, celkem tedy rovných 100. Zdravotnický personál dále s vysvětlením a prosbou předal dotazníky pacientům. Zpět se vrátilo 91 vyplněných dotazníků.

Zpracování údajů bylo svěřeno do rukou odborníků ze Střediska empirického výzkumu (STEM), kteří pečlivě a zkušeně vyhodnotili nasbíraná data.

7.6 Interpretace a grafické znázornění výsledků

Kromě druhé a třetí otázky odpovědělo všech 91 respondentů na všechny dotazy.

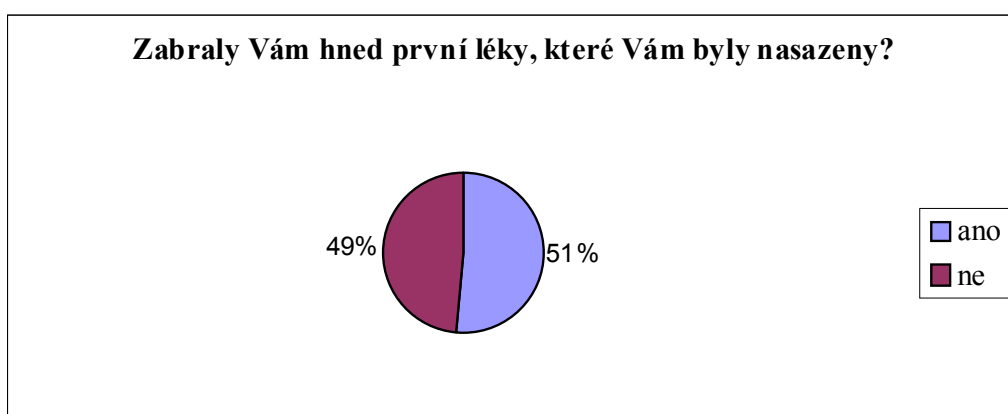
Graf 1 Otázka č. 1



První otázka byla polootevřená, pokud respondenti odpověděli ano, byli dále tázáni na název léků, které užívají. Na tuto otázku odpovědělo pouze

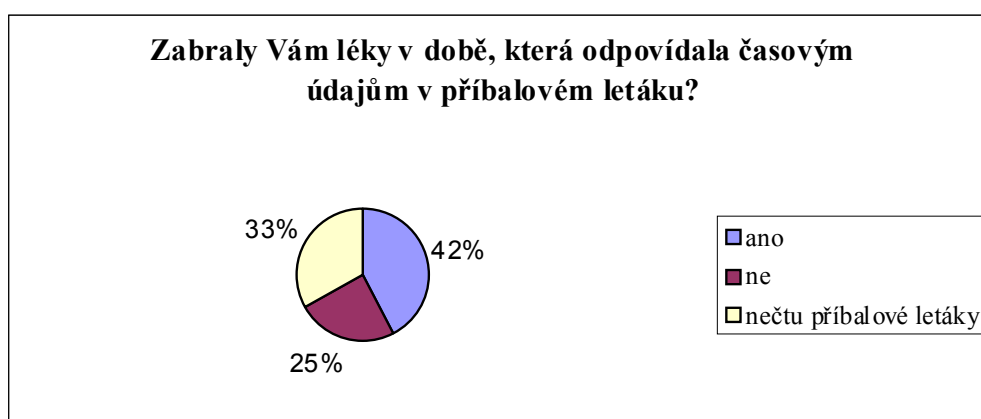
72 dotazovaných, zbytek si na název léku nemohl vzpomenout. Ukázalo se, že více než polovina respondentů (51 %) užívá antidepresiva ze skupiny SSRI, přičemž nejčastěji předepisovanými léky jsou Cipralex, Citalec, Zoloft, Sertralin a Fevarin. Často předepisovaný je i lék Trittico ze skupiny antidepresiv SARI, dále se v menší míře předepisují jiná antidepresiva, antipsychotika, a antiepileptika. Průzkum ukázal, že klasická tricyklická a tetracyklická antidepresiva se dnes užívají už jen zřídka.

Graf 2 Otázka č. 2



Pokud na první otázku zněla odpověď ne, měli respondenti pokračovat ve vyplňování až otázkou číslo 4. Na druhou otázku tedy odpovědělo jen 85 dotazovaných.

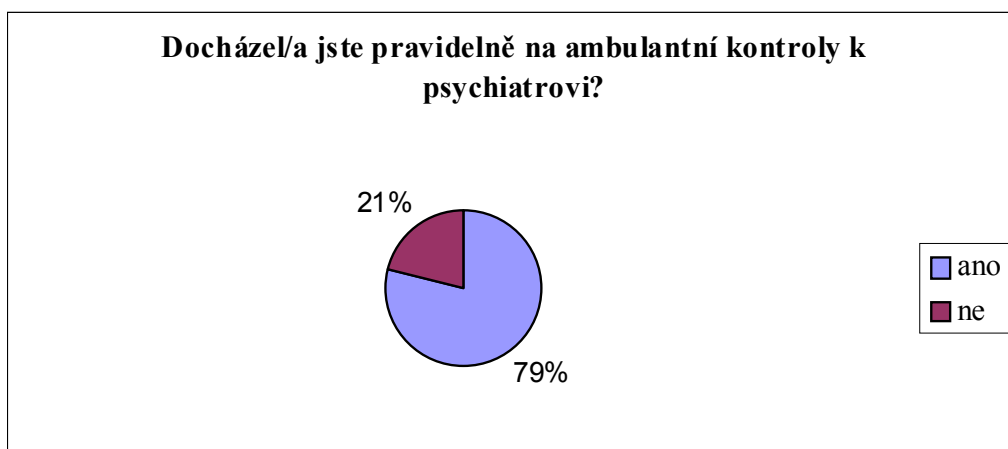
Graf 3 Otázka č. 3



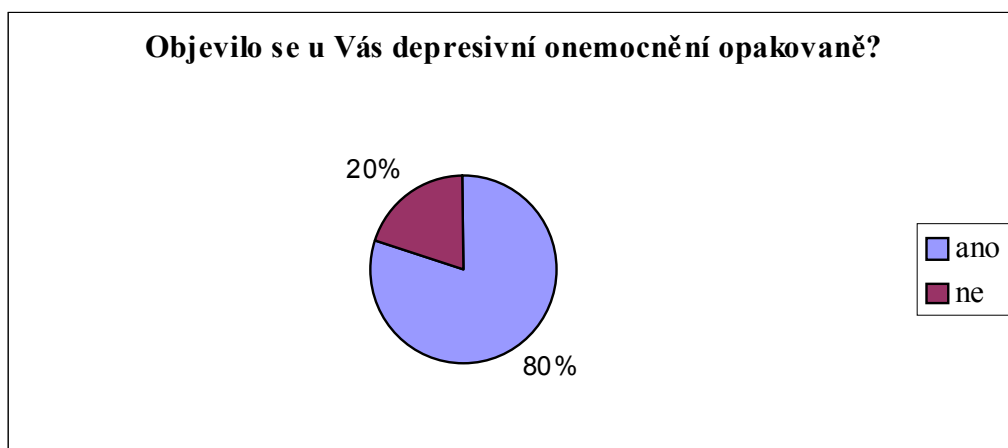
Na tuto otázku odpovědělo též pouze 85 respondentů, kteří v první otázce odpověděli kladně.

Od čtvrté otázky odpovídalo již všech 91 dotazovaných.

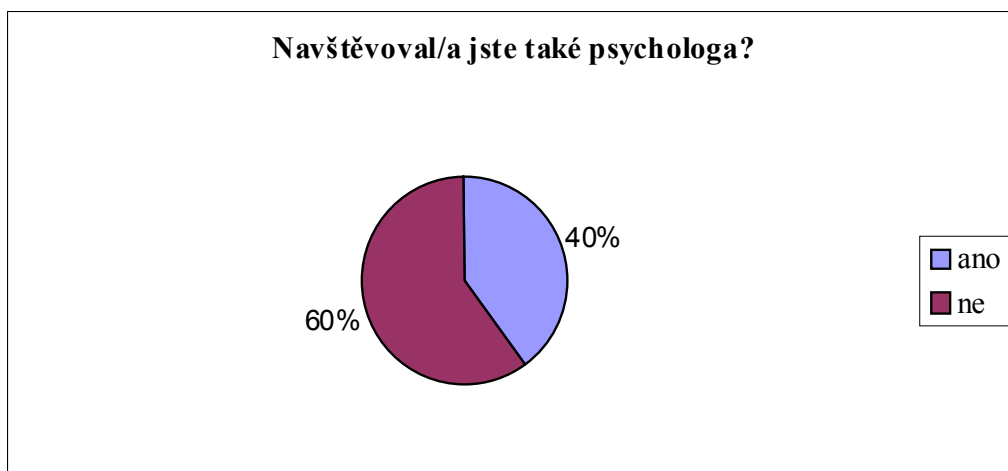
Graf 4 Otázka č. 4



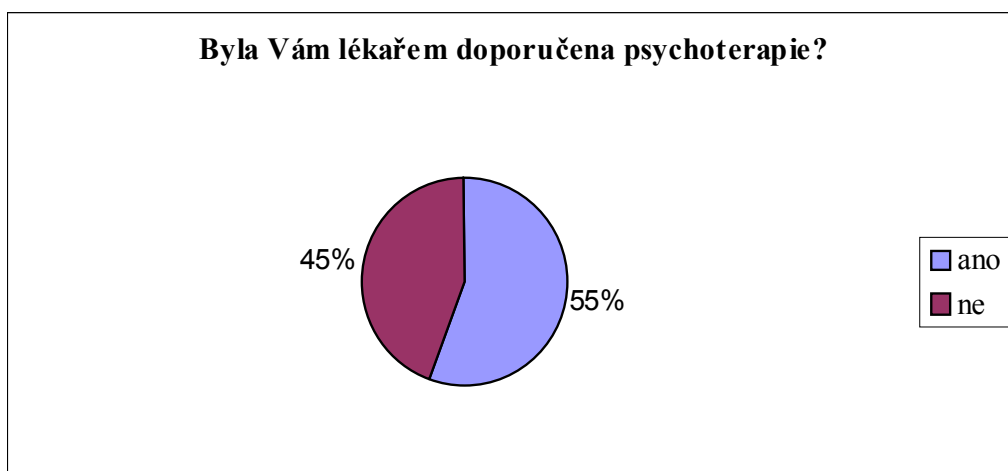
Graf 5 Otázka č. 5



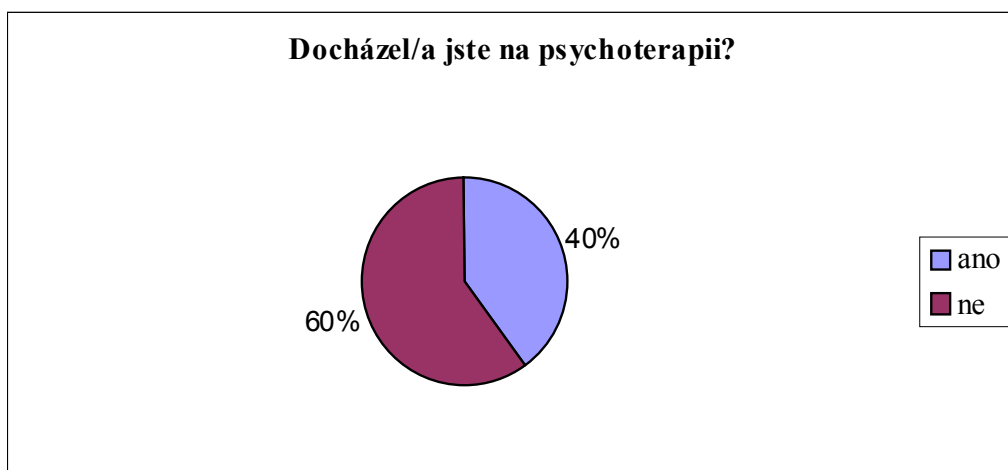
Graf 6 Otázka č. 6



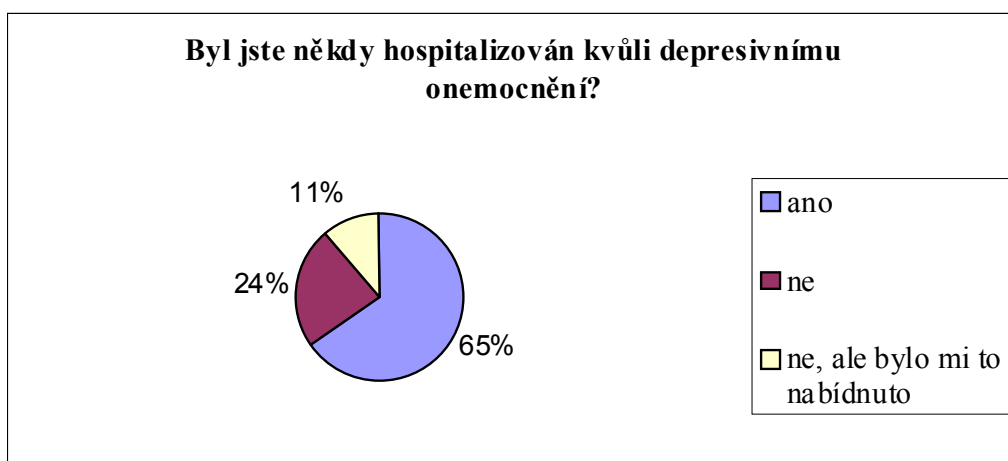
Graf 7 Otázka č. 7



Graf 8 Otázka č. 8



Graf 9 Otázka č. 9

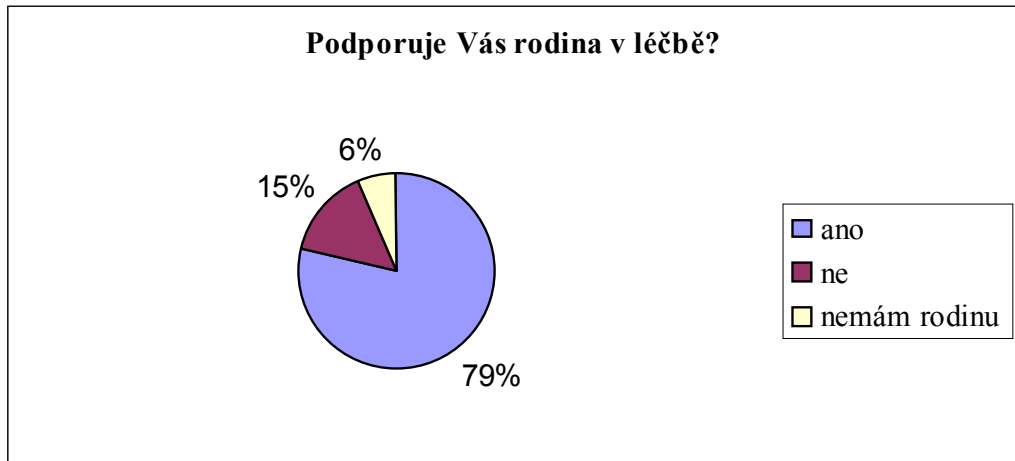


Vzhledem k tomu, že sběr dat probíhal na odděleních psychiatrických zařízení, kde značnou skupinou respondentů byli hospitalizovaní, nelze považovat výsledky této otázky za zcela relevantní.

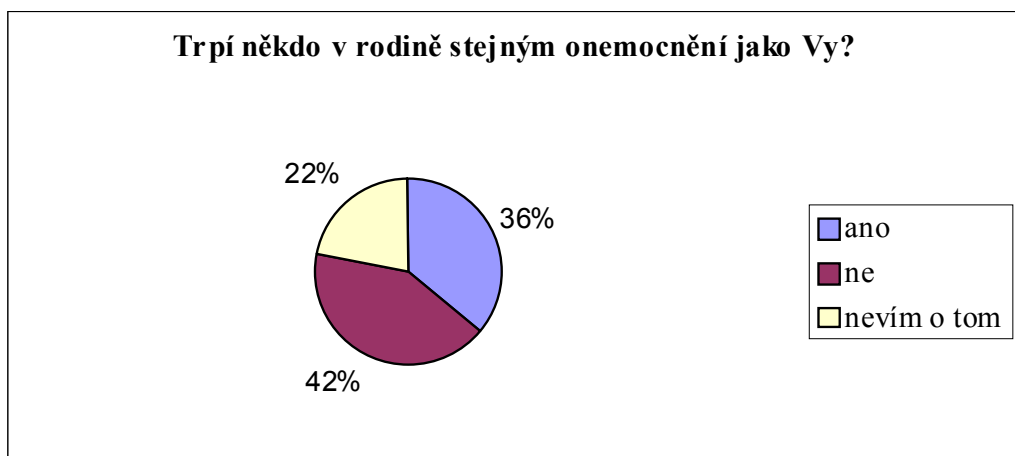
Graf 10 Otázka č. 10



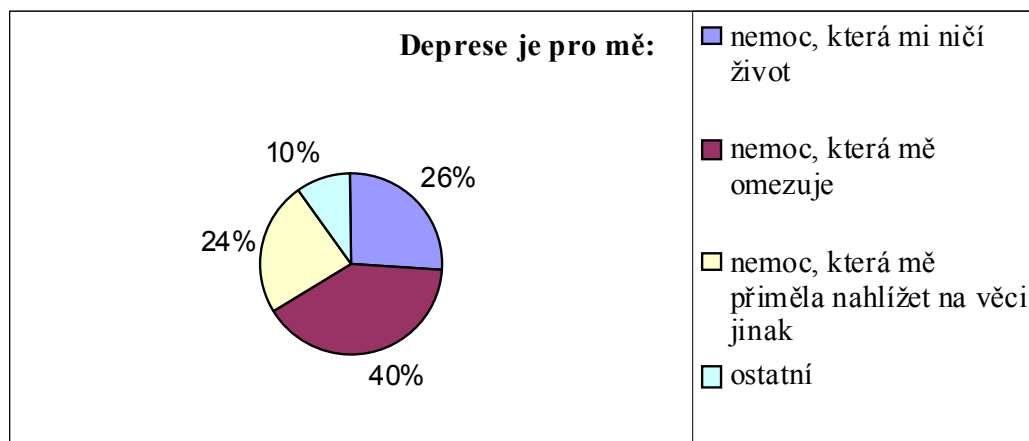
Graf 11 Otázka č. 11



Graf 12 Otázka č. 12



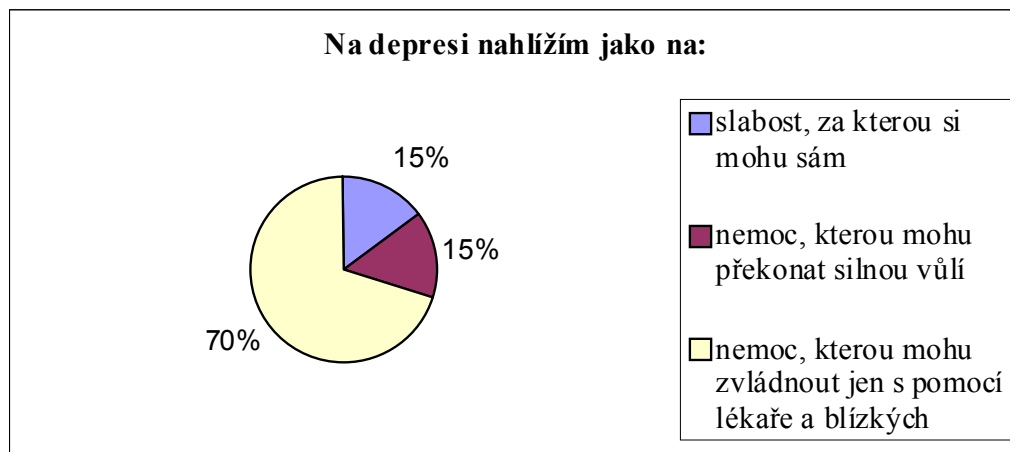
Graf 13 Otázka č. 13



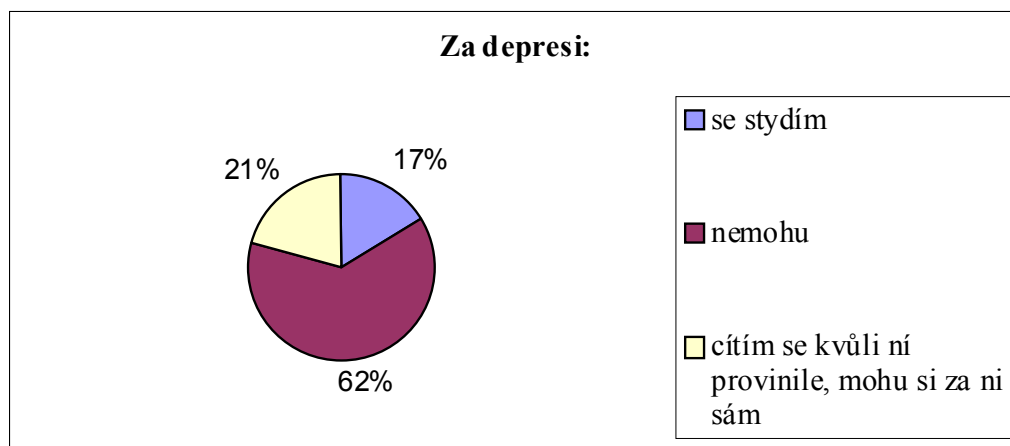
Tři varianty odpovědí se zdály pro tuto otázku nedostačující a příliš svazující. Respondenti dostali možnost vyjádřit vlastními slovy, co pro ně deprese znamená.

- „*Deprese bere radost ze života a omezuje v práci*“ (muž, 39 let, Praha).
- „*Deprese je nemoc, ze které se chci vyléčit, která mě totálně vykojčila a o které by se mělo více mluvit*“ (žena, 23 let, Praha).
- „*Svůj život nežiju, ale přežívám*“ (žena, 58 let, Praha).
- „*Deprese mě ničí i omezuje v normálním životě. Vadí mi, že díky nemoci nemohu normálně pracovat a být mezi lidmi v kolektivu*“ (žena, 47 let, Praha).
- „*Deprese je pro mě přítěž, bolest, nepřítel, noční můra trvající dva až tři roky*“ (žena, 43 let, Praha).
- „*Deprese je jako rakovina duše, pomalu vás zevnitř užírá zažíva a nejhorší je při tom ten pocit beznaděje, že už to nikdy nebude lepší. Nikomu bych depresi nepřála zažít.*“ (žena, 25 let, Praha).
- „*Deprese mě omezuje, stydím se za ni, vadí mi, že stále musím brát léky. Příbuzní nechápou, že je to nemoc, k jejíž zvládnutí potřebuji jejich pomoc a lékaře*“ (žena, 47 let, Praha).
- „*Je to nemoc, s kterou jsem se musela naučit žít*“ (žena, 57 let, Praha).
- „*Deprese je pro mě úzkost a strach z budoucnosti*“ (muž, 57 let, Praha).

Graf 14 Otázka č. 14

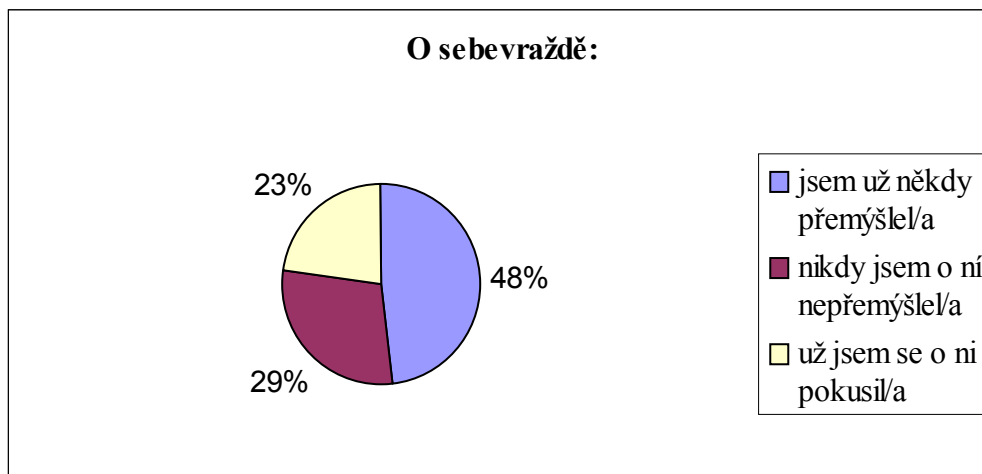


Graf 15 Otázka č. 15



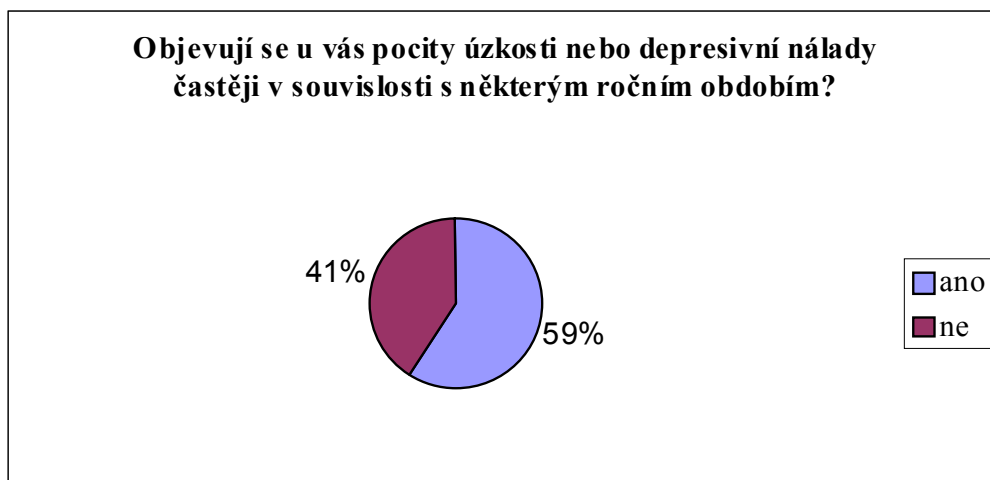
U této otázky je zajímavý poměr odpovědí v závislosti na pohlaví. Všeobecně převládá ve společnosti názor, že mužská polovina populace je silnější a odolnější a že muži se za depresi stydí, tudíž ani nevyhledají odbornou pomoc. Průzkum ukázal, že za depresi se stydí pouhých 9 % z dotazovaných mužů, ale téměř 21 % žen.

Graf 16 Otázka č. 16



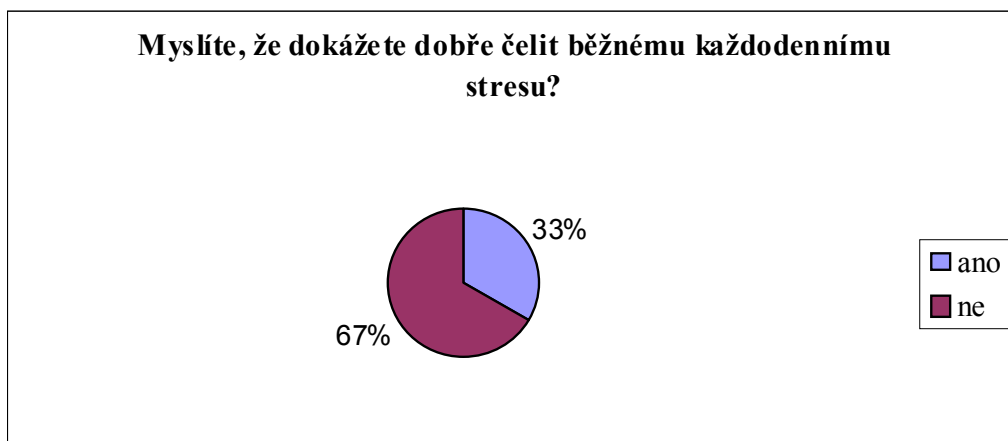
Pouze 29 % respondentů ještě nepomyslelo na sebevraždu. Naopak přibližně 48 % dotazovaných už o ní přemýšlelo a 23 % se o ni už dokonce pokusilo (z toho 18 % mužů a 26 % žen).

Graf 17 Otázka č. 17



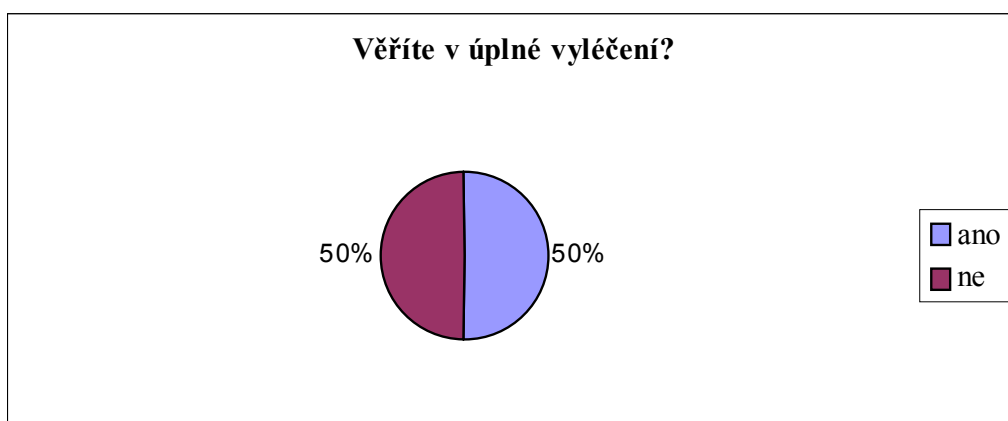
Pokud respondenti odpověděli kladně, měli možnost zaškrtnout v kterém období se u nich depresivní nálady a úzkosti objevují nejčastěji. Této možnosti využilo 52 dotazovaných. 35 % z nich zaznamenalo výskyt depresivní nálady v období jara a podzimu a 23 % uvedlo jako problematické období podzim a zimu. Jako nejtěžší období se dle výsledků průzkumu jeví tedy podzim.

Graf 18 Otázka č. 18



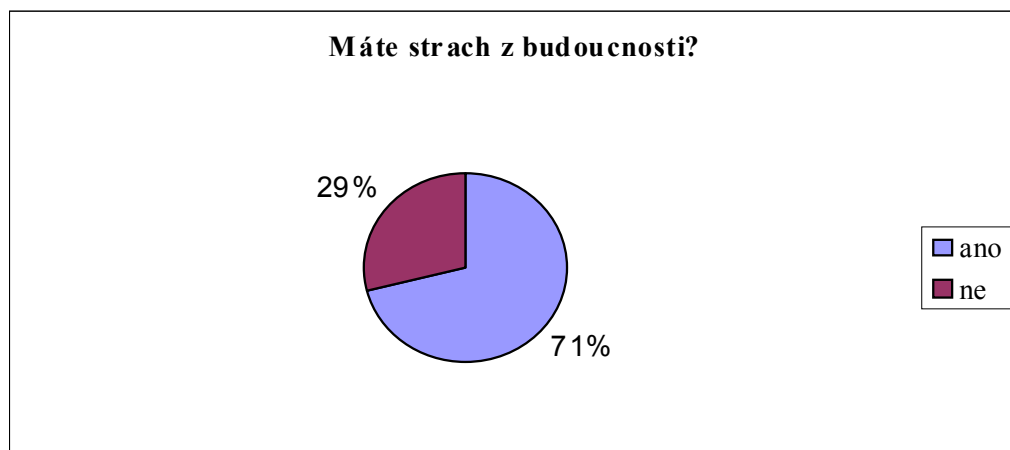
U této otázky se jako zajímavý jeví poměr odpovědí v závislosti na pohlaví a věku. Přibližně 38 % žen, ale pouhých 24 % mužů, si myslí, že dokáže dobře čelit běžnému každodennímu stresu. V závislosti na věku odpovědělo kladně cca 43 % respondentů do 35 let, 35 % dotazovaných od 36 do 50 let a pouze 25 % dotazovaných starších 50 let. Lze tedy říci, že schopnost dobře čelit běžnému každodennímu stresu klesá s věkem.

Graf 19 Otázka č. 19



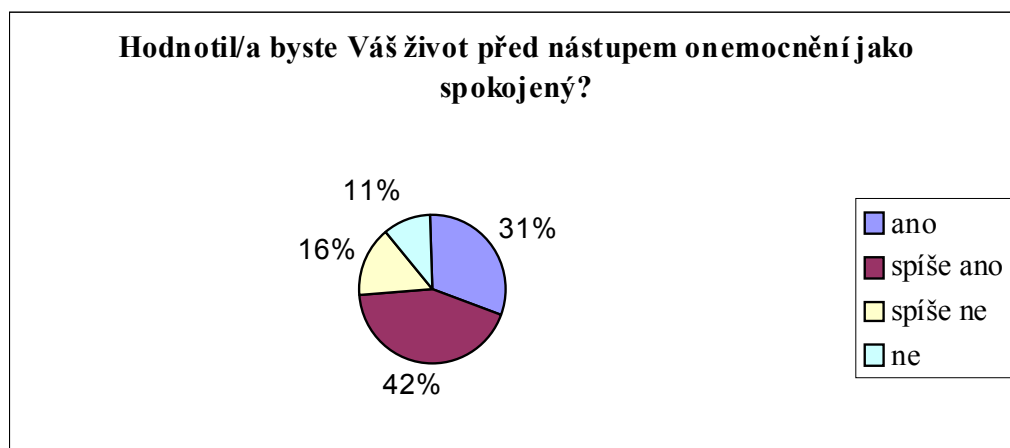
U této otázky je zajímavý poměr odpovědí v závislosti na pohlaví a věku. V úplné vyléčení věří cca 56 % žen, ale jen 39 % mužů. Průzkum prokázal, že víra v úplné vyléčení klesá s věkem. Přibližně 68 % respondentů do 35 let, ale jen 39 % dotazovaných ve věku od 36 do 50 let, věří v úplné uzdravení. Důvodem by mohlo být opakování deprese. Je pravděpodobné, že čím je pacient starší, tím víc epizod deprese mohl prodělat.

Graf 20 Otázka č. 20



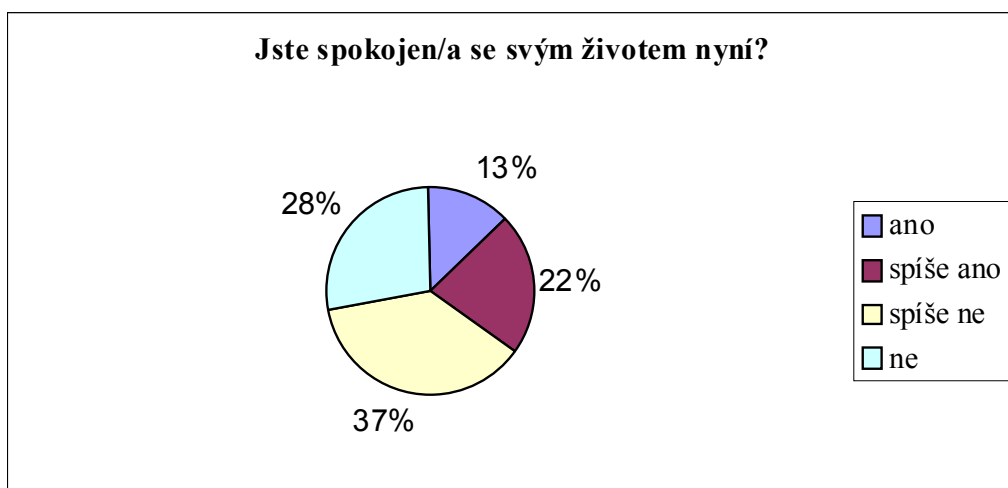
U této otázky se jako zajímavý jeví poměr odpovědí v závislosti na pohlaví. Strach z budoucnosti má cca 82 % mužů, ale jen přibližně 66 % žen.

Graf 21 Otázka č. 21



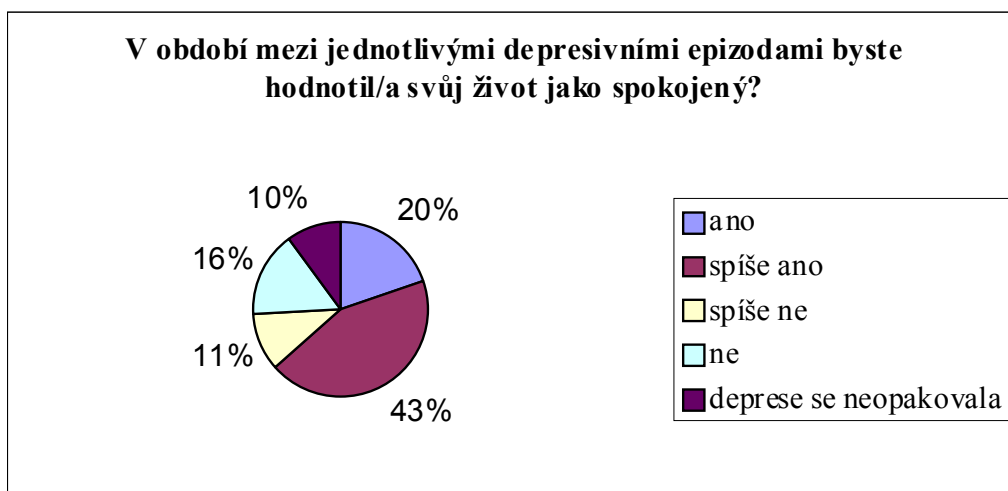
Před onemocněním hodnotilo svůj život jako spokojený nebo spíše spokojený přibližně 73 % dotazovaných. Jako nespokojený či spíše nespokojený ho hodnotilo pouze 27 % respondentů. Jako zajímavý se zde jeví klesající procentuální poměr odpovědí v závislosti na věku. Kladně odpovědělo přibližně 79 % dotazovaných ve věku do 35 let, 71 % ve věku od 36 do 50 let a 69 % starších 50 let. Zdá se, že spokojenost s životem má tedy s věkem sestupnou tendenci. Mohlo by to být způsobeno tím, že s věkem se zhoršuje zdravotní stav a výkonnost pacienta, což může znamenat bolestné omezení některých činností.

Graf 22 Otázka č. 22



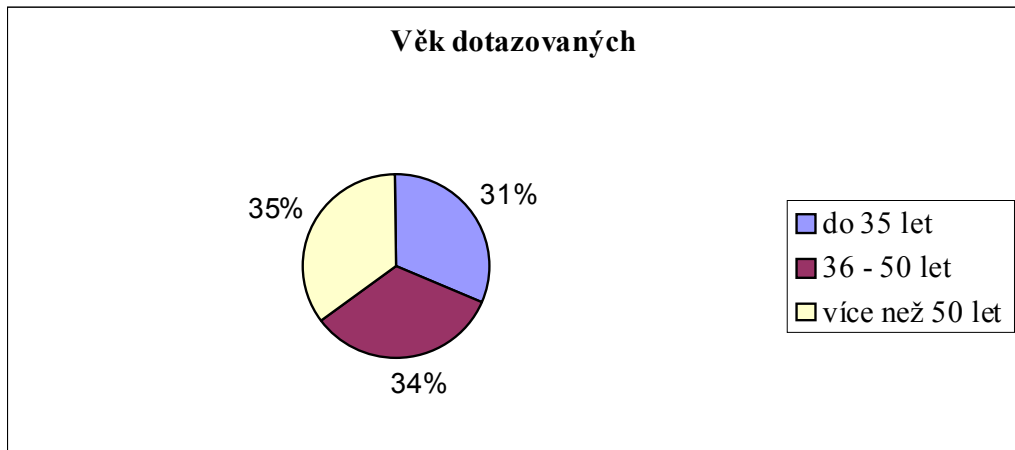
Nyní je se svým životem spokojeno nebo spíše spokojeno přibližně jen 35 % respondentů. Nespokojeno nebo spíše nespokojeno je cca 65 %, přičemž muži z průzkumu vychází jako nespokojenější (76 %) než ženy (59 %).

Graf 23 Otázka č. 23

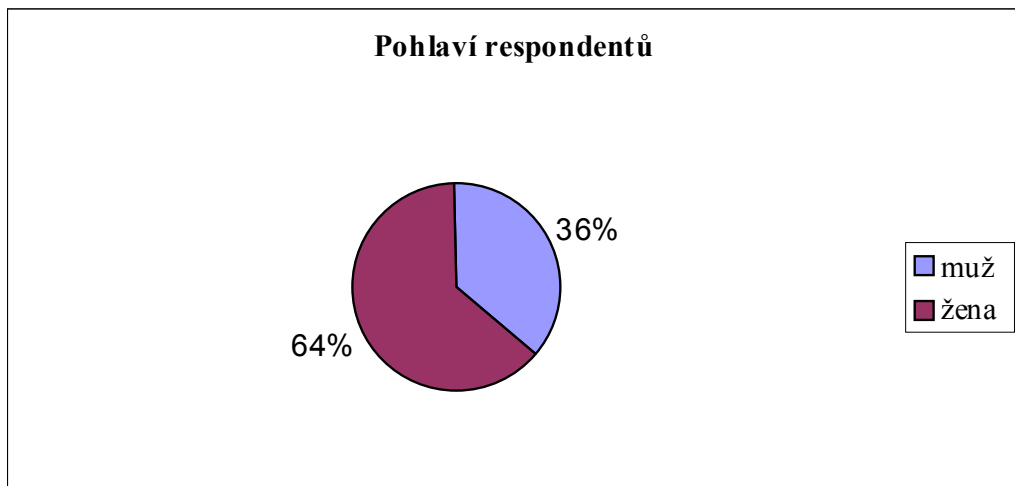


Přibližně 63 % respondentů hodnotí svůj život mezi jednotlivými depresivními epizodami jako spokojený či spíše spokojený a 28 % dotazovaných jako nespokojený či spíše nespokojený.

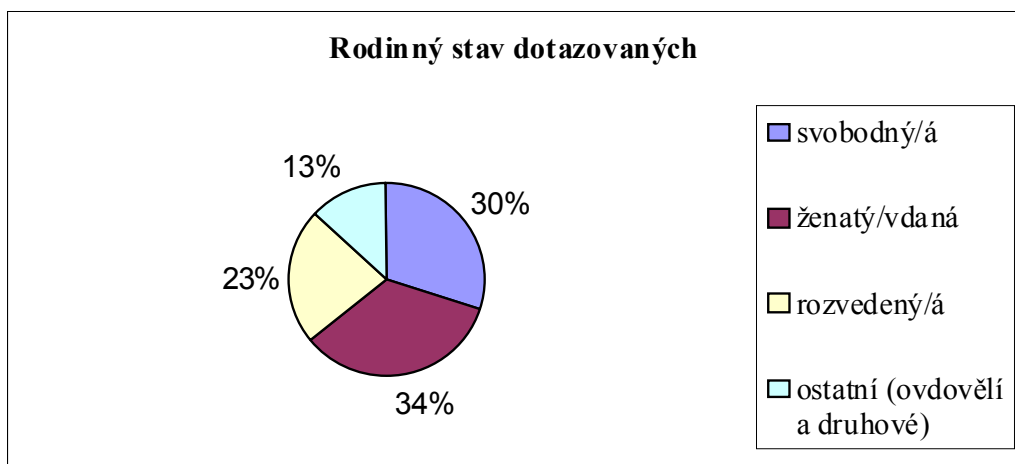
Graf 24 Otázka č. 24



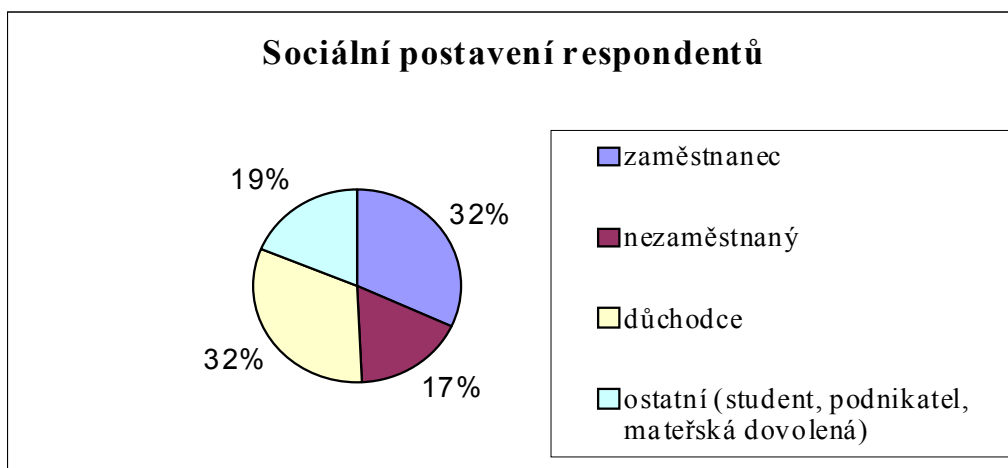
Graf 25 Otázka č. 25



Graf 26 Otázka č. 26



Graf 27 Otázka č. 27



Graf 28 Otázka č. 28



Závěr

Teoretická část nás seznámila s problematikou deprese, s jejími příznaky, příčinami, druhy a způsoby léčby. Popsala dopady depresivního onemocnění na život nemocných, ale i jejich příbuzných. Hlavně se však orientovala na způsob komunikace nemocného s rodinou a lékařem, na potřeby nemocného, které se pod tlakem depresí liší od potřeb zdravého člověka. Práce vyzdvihla důležitost komunikace depresivního pacienta s okolím, jeho potřebu naslouchání a porozumění. Poslední kapitola teoretické části se věnovala zejména různým způsobům relaxace, které mohou zmírnit či zcela odvrátit stres a tím i předcházet depresi.

Cílem této práce bylo prověřit, zda život s depresivním onemocněním může být kvalitní. Praktická část popsala a graficky vyjádřila výsledky dotazníkového šetření. Při definování kvality života psychology se mnohdy setkáváme s důrazem kladeným na spokojenost. Podle tohoto pojetí žije kvalitně ten, kdo je se svým životem spokojen. V našem průzkumu většina respondentů zhodnotila svůj život před depresivním onemocněním a mezi jednotlivými depresivními epizodami jako spokojený, tedy jako kvalitní. V současnosti, kdy trpí depresí, zhodnotila většina z nich svůj život jako nespokojený. Průzkum ukázal, že deprese významně omezuje a ničí pacientův život, snižuje tedy jeho kvalitu. S velkou pravděpodobností lze tedy konstatovat, že život depresivních pacientů může být kvalitní, vyjma období depresivních epizod. Během těch je natolik omezován a narušován nemocí, že nemůže být zcela kvalitní.

Problematika depresivního onemocnění však není jednoduchou, lehce popsatelnou a snadno řešitelnou otázkou. Vždy je tu mnoho proměnných. Záleží na každém pacientovi, jeho citlivosti, hloubce deprese, snaze a umu čelit problémům každodenního života. Vždy je však velmi důležité, aby si nemocný měl s kým promluvit, někoho, kdo by mu naslouchal. Průzkum také ukázal, že většina respondentů tuto možnost má.

Závěrem je dobré připomenout pravdivá a důležitá slova odborníků, že deprese je naštěstí velmi dobře léčitelnou nemocí, proto by nemocný neměl v období depresivní epizody ztrácet naději.

SEZNAM ODBORNÉ LITERATURY A ZDROJŮ

BERAN, Jiří. *Základy psychoterapie pro lékaře*. 1. vyd. Praha: Grada, 2000, 155 s. ISBN 80-716-9932-2.

CASEMORE, Roger. *Na osobu zaměřená psychoterapie*. Vyd. 1. Překlad Hana Drábková. Praha: Portál, 2008, 144 s. Stručný přehled. ISBN 978-807-3674-540.

COHEN, Robert M. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2002, 190 s. ISBN 80-717-8497-4.

ČEŠKOVÁ, Eva a Hana KUČEROVÁ. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Vyd. 1. Editor Mojmír Svoboda. Praha: Portál, 2006, 317 s. ISBN 80-736-7154-9.

Deprese. 1. vyd. Překlad Štěpán Kovařík. Havlíčkův Brod: Fragment, 2002, 112 s. Klíč ke zdraví. ISBN 80-720-0686-X.

DOUBEK, Pavel. *Deprese a její léčba: příručka pro pacienty a jejich rodiny*. Praha: Maxdorf, c2007, 32 s. ISBN 978-80-7345-136-3 (BROŽ.).

HANUŠ, Herbert. *Speciální psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1999, 331 s. ISBN 80-718-4873-5.

JOSHI, Vinay. *Stres a zdraví*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007, 156 s. ISBN 978-80-7367-211-9.

KŘESADLO, Jan. *Průvodce inteligentního laika džunglí současné psychologie a psychiatrie: zejména vzhledem k tzv. duševním poruchám a psychologickým problémům*. Vyd. 1. Olomouc: Periplum, 2001, 194 s. ISBN 80-902-8361-6.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak zvládat depresi*. 2., rozš. vyd. Praha: Grada, 2003, 176 s. Psychologie pro každého. ISBN 80-247-0575-3.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 119 s. ISBN 978-802-4731-490.

LAŇKOVÁ, Jaroslava a Jana SIBLÍKOVÁ. *Deprese: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře : 2004*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2004, 16 s. Doporučené postupy pro všeobecné praktické lékaře. ISBN 80-903-5731-8.

- MALONEY, Michael a Rachel KRANZ. *O úzkosti a depresi*. Praha: NLN, Nakladatelství Lidové noviny, 1996. Linka důvěry. ISBN 80-7106-170-0.
- MÍČEK, Libor. *Duševní hygiena*. 2. vydání. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1986, 208 s. Učebnice pro vysoké školy.
- NICHOLS, Michael P. *Zapomenuté umění naslouchat: (proč naslouchání vztahům prospívá)*. 1. vyd. Překlad Michaela Šramlová. Praha: Návrat domů, 2005, 300 s. Trendy, sv. 4. ISBN 80-725-5106-X.
- NÝVLTOVÁ, Václava. *Psychopatologie pro speciální pedagogy*. Vyd. 1. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2008. ISBN 978-80-86723-48-8.
- PAVEL, Ota. *Fialový poustevník*. Praha: Mladá fronta, 1977, 192 s. Máj.
- PLANTE, Thomas G. *Současná klinická psychologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2001, 444 s. ISBN 80-716-9963-2.
- PRAŠKO, Ján, Hana PRAŠKOVÁ a Jana PRAŠKOVÁ. *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003, 180 s. Rádcí pro zdraví. ISBN 80-717-8809-0.
- PRAŠKO, Ján, Erik HERMAN, Jiří HOVORKA, Beata PAŠKOVÁ a Hana PRAŠKOVÁ. *Smíšená úzkostně depresivní porucha: příručka pro klinickou praxi*. Praha: pro LUNDBECK vydal Galén, 2003a. ISBN 80-862-5734-7.
- PRAŠKO, Ján. *Co je to deprese a jak se léčí: příručka pro pacienty*. Vyd. 2. Praha: Triton, 2007, 31 s. ISBN 978-80-7387-065-2 (BROŽ.).
- PRAŠKO, Ján, Barbora BULIKOVÁ a Zuzana SIGMUNDOVÁ. *Depresivní porucha a jak ji překonat*. 1. vyd. Praha: Galén, 2010, 91 s. ISBN 978-80-7262-656-4 (BROŽ.).
- SULLIVAN, Harry Stack. *Psychiatrické interview: [průvodce nejen pro terapeuty od zakladatele interpersonální teorie psychiatrie]*. 1. vyd. Překlad Lenka Němečková. V Praze: Triton, 2006, 266 s. Psyché (Triton), sv. 27. ISBN 80-725-4604-X.
- ŠVESTKA, Jaromír. *Deprese: léčitelná duševní porucha se vzrůstajícím výskytem: informace pro nemocné a jejich blízké*. 3. vyd. Praha: Pro Lundbeck vydal Lubomír Houdek - nakl. Galén, 2000, 16 s. ISBN 80-862-5723-1.
- VAŽUROVÁ, Helena a Pavel MÜHLPACHR. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-210-3754-7.

VAŠKOVSKÝ, Radovan. *Deprese, antidepressiva a jejich vliv na sexuální fungování*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 122 s. Psyché (Grada Publishing). ISBN 978-802-4721-637.

WHO. *Duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka : mezinárodní klasifikace nemocí - 10. revize*. 3. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2006, 251 s. ISBN 80-851-2111-5

WHO. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10 : desátá revize : aktualizovaná verze k 1. 1. 2012*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Bomton Agency, 2008, 860 s. ISBN 978-809-0425-903. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

Internetové zdroje

ANDERS, Martin. Biologické metody léčby duševních poruch. *Zdravotnické noviny*[online]. roč. 2011, č. 2 [cit. 2012-03-21]. ISSN 0044-1996. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/biologicke-metody-lecby-dusevnych-poruch-457932>

ANON. Trpíte depresí? Pravděpodobně máte na mozku změny. [online]. 2012[cit. 2012-03-21]. Dostupné z: [http://www.ceskatelevize.cz/ct24/svet/161779-trpíte-depresi-Pravděpodobně-máte-na-mozku-zmeny/?mobileRedirect=off](http://www.ceskatelevize.cz/ct24/svet/161779-trpите-depresi-Pravděpodobně-máte-na-mozku-zmeny/?mobileRedirect=off)

Mezinárodní klasifikace nemocí. In: *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. San Francisco (CA): Wikimedia Foundation, 2001- [cit. 2012-03-21]. Dostupné z: http://cs.wikipedia.org/wiki/Mezin%C3%A1rodn%C3%AD_klasifikace_nemoc%C3%AD

PRAŠKO, Ján, Martin BRUNOVSKÝ, Lucie ZÁVĚŠICKÁ a Pavel DOUBEK. Sezónní afektivní porucha a léčba jasným světlem. *Psychiatrie pro praxi* [online]. roč. 2008, č. 2 [cit. 2012-03-21]. ISSN 1213-0508. Dostupné z: <http://www.solen.cz/pdfs/psy/2008/02/04.pdf>

RETKOVÁ, Marie, Hana ŠIMKOVÁ a Allan GINTEL. Rozhovor s prof. MUDr. Evou Češkovou, CSc.: Deprese a ženy. In: *Deprese.com* [online]. b.r. [cit. 2012-03-21]. Dostupné z: <http://www.deprese.com/index.php?section=klicky§ion2=rozhovor19>

SLOVÁČEK, Ladislav. *Vojenské zdravotnické listy: vědecký orgán Čs. Vojenských Lékařů, Vet. Lékařů a Lékárníků*[online]. 2004, roč. 73, č. 1 [cit. 2012-03-22]. ISSN 0372-7025. Dostupné z: http://www.pmfhk.cz/VZL/VZL%201_2004/Vz11_2.%20Slovacek.pdf

STEM/MARK. Diskriminace a stigma: Kvantitativní výzkum diskriminace pacientů s depresí a schizofrenií. In: *Stop stigma psychiatrie* [online]. 2010 [cit. 2012-03-22]. Dostupné z: http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/download/diskriminace_deprese_schizofrenie.pdf

SEZNAM OBRÁZKŮ, GRAFŮ A PŘÍLOH

Seznam obrázků

OBRÁZEK 1 PŘENOS MEZI NEURONY PŘI DEPRESI.....	15
OBRÁZEK 2 BLUDNÝ KRUH DEPRESE	17

Seznam grafů

GRAF 1 OTÁZKA Č. 1.....	59
GRAF 2 OTÁZKA Č. 2.....	60
GRAF 3 OTÁZKA Č. 3.....	60
GRAF 4 OTÁZKA Č. 4.....	61
GRAF 5 OTÁZKA Č. 5.....	61
GRAF 6 OTÁZKA Č. 6.....	61
GRAF 7 OTÁZKA Č. 7.....	62
GRAF 8 OTÁZKA Č. 8.....	62
GRAF 9 OTÁZKA Č. 9.....	62
GRAF 10 OTÁZKA Č. 10.....	63
GRAF 11 OTÁZKA Č. 11.....	63
GRAF 12 OTÁZKA Č. 12.....	63
GRAF 13 OTÁZKA Č. 13.....	64
GRAF 14 OTÁZKA Č. 14.....	65
GRAF 15 OTÁZKA Č. 15.....	65
GRAF 16 OTÁZKA Č. 16.....	66
GRAF 17 OTÁZKA Č. 17.....	66
GRAF 18 OTÁZKA Č. 18.....	67
GRAF 19 OTÁZKA Č. 19.....	67
GRAF 20 OTÁZKA Č. 20.....	68
GRAF 21 OTÁZKA Č. 21.....	68
GRAF 22 OTÁZKA Č. 22.....	69
GRAF 23 OTÁZKA Č. 23.....	69

GRAF 24 OTÁZKA Č. 24.....	70
GRAF 25 OTÁZKA Č. 25.....	70
GRAF 26 OTÁZKA Č. 26.....	70
GRAF 27 OTÁZKA Č. 27.....	71
GRAF 28 OTÁZKA Č. 28.....	71

Seznam příloh

Příloha A - Dotazník

Příloha A

Anonymní dotazník k bakalářské práci na téma „Kvalita života s depresemi“

1. Užíváte nebo jste někdy užíval/a antidepresiva?

- a) ano jaká? _____
- b) ne

Pokud odpovíte NE, pokračujte otázkou. 4

2. Zabraly Vám hned první léky, které Vám byly nasazeny?

- a) ano
- b) ne

3. Zabraly Vám léky v době, která odpovídala časovým údajům v příbalovém letáku?

- a) ano
- b) ne
- c) nečtu příbalové letáky

4. Docházel jste pravidelně na ambulantní kontroly k psychiatrovi?

- a) ano
- b) ne

5. Objevilo se u Vás depresivní onemocnění opakovaně?

- a) ano
- b) ne

6. Navštěvoval/a jste také psychologa?

- a) ano
- b) ne

7. Byla Vám lékařem doporučena psychoterapie?

- a) ano
- b) ne

8. Docházel/a jste na psychoterapii?

- a) ano
- b) ne

9. Byl jste někdy hospitalizován kvůli depresivnímu onemocnění?

- a) ano
- b) ne
- c) ne, ale bylo mi to nabídnuto

10. Máte možnost si s někým pohovořit o Vašich pocitech (kromě lékaře)?

- a) ano
- b) ne

11. Podporuje Vás rodina v léčbě?

- a) ano
- b) ne
- c) nemám rodinu

12. Trpí někdo v rodině stejným onemocněním jako Vy?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím o tom

13. Deprese je pro mě:

- a) nemoc, která mi ničí život
- b) nemoc, která mě omezuje
- c) nemoc, které mě přiměla nahlížet na věci jinak
- d) (napište vlastními slovy)

14. Na depresi nahlížím jako na:

- a) slabost, za kterou si mohu sám/a
- b) nemoc, kterou mohu překonat silnou vůlí
- c) nemoc, kterou mohu zvládnout jen s pomocí lékaře a mých blízkých

15. Za depresi:

- a) se stydím
- b) nemohu
- c) cítím se kvůli ní provinile, mohu si za ni sám

16. O sebevraždě:

- a) jsem už někdy přemýšlel/a
- b) jsem ještě nikdy nepřemýšlel/a
- c) už jsem se o ni pokusil/a

17. Objevují se u vás pocity úzkosti nebo depresivní nálady častěji v souvislosti s některým ročním obdobím? (zaškrtněte)

- a) ano - jaro - léto - podzim - zima
- b) ne

18. Myslíte, že dokážete dobře čelit běžnému každodennímu stresu?

- a) ano
- b) ne

19. Věříte v úplné vyléčení?

- a) ano
- b) ne

20. Máte strach z budoucnosti?

- a) ano
- b) ne

21. Hodnotil/a byste Váš život před nástupem onemocnění jako spokojený?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

22. Jste spokojen/a se svým životem nyní?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

23. V období mezi jednotlivými depresivními epizodami byste hodnotil/a svůj život jako spokojený?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) ne
- d) spíše ne
- e) deprese se u mě zatím neopakovala

24. Věk: _____

25. Pohlaví

- a) muž
- b) žena

26. Rodinný stav

- a) svobodný/á
- b) ženatý/vdaná
- c) rozvedený/á
- d) druh/družka
- e) vdovec/vdova

27. Sociální postavení

- a) student
- b) zaměstnanec
- c) podnikatel, živnostník
- d) důchodce
- e) nezaměstnaný
- f) mateřská dovolená

28. Velikost místa bydliště

- a) Praha
- b) 90 000 obyvatel a více
- c) 20 000 – 89 999 obyvatel
- d) 5000 – 19 999 obyvatel
- e) 1000 – 4 999 obyvatel
- f) 1 – 999 obyvatel

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Marie Šindelková

Obor: Sociální a mediální komunikace

Forma studia: prezenční

Název práce: Kvalita života s depresemi

Rok: 2012

Počet stran bez příloh: 78

Celkový počet stran příloh: 4

Počet titulů české literatury a pramenů: 29

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 0

Počet internetových zdrojů: 7

Vedoucí práce: Mgr. Pavel Drdla