

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI  
PEDAGOGICKÁ FAKULTA  
Ústav pedagogiky a sociálních studií

Bakalářská práce  
Nikola Vyoralová

Prožívání a sociální život u mladého dospělého s depresí

Olomouc 2023

Vedoucí práce: PhDr. Soňa Lemrová, Ph.D.

## Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Prožívání a sociální život u mladého dospělého s depresí“ zpracovala zcela samostatně, pouze za použití materiálů uvedených v seznamu literatury, které jsou součástí této bakalářské práce.

Olomouc 2023

Nikola Vyoralová

## Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat paní PhDr. Soně Lemrové, Ph.D. za odborné vedení mé práce, její konstruktivní připomínky, cenné rady, a především za její čas, trpělivost a ochotu v rámci celého procesu tvorby této práce.

Zároveň moc děkuji všem respondentům za jejich otevřenost a věnovaný čas.

## ANOTACE

<b>Jméno a příjmení:</b>	Nikola Vyoralová
<b>Katedra:</b>	Ústav pedagogiky a sociálních studií
<b>Vedoucí práce:</b>	PhDr. Soňa Lemrová, Ph.D.
<b>Rok obhajoby:</b>	2023

<b>Název práce:</b>	Prožívání a sociální život u mladého dospělého s depresí
<b>Název v angličtině:</b>	Experiencing and social life of a young adult with depression
<b>Anotace práce:</b>	<p>Bakalářská práce Prožívání a sociální život u mladého dospělého s depresí se zaměřuje na problematiku vlivu této nemoci na prožívání a společenský život mladého dospělého. V teoretické části je nejprve uvedena charakteristika deprese. Uvedeny jsou následně také příznaky, příčiny, druhy, a také léčba tohoto duševního onemocnění. Součástí teoretické části je rovněž charakteristika mladého dospělého a vztah mezi jedinci, kteří se nacházejí v tomto vývojovém období, a depresí. V neposlední řadě je zde popsána sociální práce s klienty s depresí a vyjmenovány i některé ze sociálních služeb pro takové jedince. Praktická část je zpracována na základě dotazníků, jež byly předloženy lidem ve věku 20 až 40 let, kteří trpí depresí. Výsledkem je interpretace dat, získaných právě na základě výše zmíněného dotazníku.</p>
<b>Klíčová slova:</b>	Deprese, mladá dospělost, prožívání, sociální služby, sociální práce, terapie
<b>Anotace v angličtině:</b>	The Bachelor's Thesis Experiencing and social life in a young adult with depression focuses on the impact of the illness on the young adult's mental experience and social life. In the theoretical part, the characteristics of depression are presented first. Symptoms, causes, types, and treatments for this mental

	<p>illness are presented afterwards. The theoretical part also includes the characteristics of the young adult and the relationship between individuals who are in this developmental period and depression. Finally, social work with clients with depression is described and some of the social services for such individuals are listed. The practical part is based on questionnaires that were presented to people between the ages of 20 and 40 who suffer from depression. The result is the interpretation of the data obtained on the basis of the above mentioned questionnaire.</p>
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	Depression, young adulthood, experiencing, social services, social work, therapy
<b>Přílohy vázané v práci:</b>	<p>Příloha č. 1 – Nejčastější životní události</p> <p>Příloha č. 2 - Rozdělení a přehled antidepresiv, které se mohou k léčbě deprese užívat</p>
<b>Rozsah práce:</b>	52 stran
<b>Jazyk práce:</b>	Český jazyk

## Obsah

Úvod .....	8
Teoretická část.....	10
1 Deprese .....	10
1.1 Co je to deprese.....	10
1.2 Příznaky deprese .....	11
1.2.1 Negativní myšlenky.....	11
1.2.2 Negativní nálada.....	12
1.2.3 Negativní chování .....	13
1.2.4 Negativní fyzické projevy .....	13
1.3 Teorie vzniku deprese .....	14
1.4 Příčiny vzniku deprese .....	15
1.5 Druhy deprese .....	17
1.6 Léčba deprese .....	17
1.6.1 Farmakoterapie.....	18
1.6.2 Psychoterapie .....	19
2 Mladá dospělost.....	21
2.1 Základní charakteristika mladé dospělosti.....	21
2.2 Vztah mezi mladou dospělostí a depresí.....	23
3 Sociální práce s klienty s depresí.....	26
3.1 Co je sociální práce a kdo je sociální pracovník.....	26
3.2 Sociální služby pro klienty s duševním onemocněním.....	27
3.3 Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním .....	29
3.4 Krizová intervence .....	30
3.5 Možnosti terapie u lidí s duševním onemocněním .....	32
4 EMPIRICKÁ ČÁST .....	33
4.1 Cíl výzkumného šetření .....	33

4.2 Výzkumný vzorek.....	33
4.3 Metoda sběru dat.....	34
4.4 Design výzkumu .....	35
4.5 Analýza dat .....	35
4.6 Výsledky výzkumu .....	35
4.7 Diskuse.....	38
4.8 Závěr .....	41
5 Seznam použité literatury .....	42
6 Seznam příloh.....	46

# Úvod

Téma, které jsem si zvolila pro svou bakalářskou práci, je prožívání a sociální život u mladého dospělého s depresí.

Tohle téma jsem si zvolila proto, protože mě odjakživa tahle nemoc fascinovala. Bohužel mnoho lidí v mém okolí touto nemocí trpělo. Nikdo ji ale nedokázal nikdy vysvětlit a popsat. Viděla jsem jen, jak moc se trápí, a jak moc by se chtěli zase cítit tak, jako dřív. Postupem času jsem zjistila, že to nejspíše nebude tak jednoduché, jak se zdá, a že to nebude jen tak “obyčejná” nemoc jako všechny ostatní. Tento fakt mě vůbec neodradil, ba naopak přiměl o to více se touto nemocí zabývat.

Není tajností, že spousta lidí si prožije tuto nemoc alespoň jednou v životě. Odborné publikace uvádějí, že dvacet až pětadvacet procent lidí zažívá v současné době alespoň některé z příznaků deprese (Křivohlavý, 2013). Počet nemocných stále více a více přibývá. Jedním z důvodů je možná strašně rychlá doba. Rychlá v tom smyslu, že jsou všichni lidé moc uspěchaní a spíše se zabývají naplněním budoucích ambic než prožíváním přítomného okamžiku.

Velkou roli může hrát také stres. Dočkali jsme se jako lidstvo obrovského pokroku ve všech možných oblastech života. Místo toho, aby nám vývoj moderních technologií, rozšíření pracovních i rekreačních možností a následný růst životní úrovně život usnadnil, spousta jeho oblastí jej naopak zkomplikovala. Příliš mnoho podnětů a možností, jak se rozhodnout, vneslo do našich životů mimo jiné i chaos. Velké množství možností tak může rychle lidi zahltit informacemi, ve kterých se neumí orientovat, což se velkou měrou podílí na celkové psychické pohodě. Příčin této nemoci je ale samozřejmě nespočet.

Velký problém nastává v tom, že lidé, kteří se s touto nemocí nikdy nesetkali, vůbec netuší, jak závažná ve svém důsledku může vlastně být. Většina lidí si bohužel žije v domnění, že když postiženým touto nemocí řeknou, že si mají jít zaběhat, zacvičit nebo si zajít na krátkou procházku, tak jim tato činnost pomůže. Opak je ale pravdou. Deprese je bohužel do této chvíle brána velkou částí především starších lidí jako neschopnost zainteresování se do společnosti, což je ale mylná představa. Klasickou reakcí člověka, který není s problematikou obeznámen, nebo jednoduše nevěří, že vůbec existuje, bývají časté připomínky, zlehčování, či odbíhání od problému. Takové jednání mívá často opačný efekt, proto není divu, že se dotyčný jedinec zpravidla uzavře do sebe a nechce o svém problému mluvit vůbec. Nikdy v žádném případě by se ale deprese neměla zanedbat. Nemocný, pokud pocítí jakékoliv příznaky, by okamžitě měl vyhledat odbornou pomoc. Odborná pomoc může znamenat psychologa nebo psychiatra.



Ve své bakalářské práci bych tedy ráda poukázala na to, jak deprese může ovlivňovat prožívání a sociální život u mladého dospělého. Myslím si, že právě tohle vývojové období člověka je nejvíce ohrožené, jelikož tito jedinci teprve vstupují do světa dospělých a vůbec netuší, co od něj mají očekávat. Zažívají tedy spoustu obav, strachu a znepokojení, aby se například ve svém životě dokázali uplatnit a našli si své místo, kam si myslí, že doopravdy patří (Vágnerová, 2005). Také bych následně ráda nastínila sociální práci a případné intervence s těmito lidmi.

Ve své práci se nejdříve budu zabývat teoretickou částí, kterou jsem rozdělila do tří kapitol. V první kapitole se budu věnovat depresi, jejíž strukturu jsem rozdělila do šesti podkapitol. V první podkapitole popíšu, co to vlastně deprese je a jak je možné ji pojímat. Ve druhé podkapitole se zaměřím na příznaky vzniku deprese. Ve třetí podkapitole budou popsány teorie vzniku deprese. Ve čtvrté podkapitole budou vypsány příčiny a v páté druhy depresí. V šesté podkapitole popíšu možnosti léčby této nemoci. Ve druhé kapitole objasním mladou dospělost a její charakteristiky. Následně popíšu vztah mezi mladou dospělostí a depresí. Uvedu také krize, které v tomto období mohou nastat. Ve třetí kapitole se budu zabývat sociální prací s klienty, kteří trpí depresí. Vysvětlím, co vlastně sociální práce je, vypíšu, kde se s takovými klienty můžu setkat a následně se budu zabývat možnými intervencemi s těmito lidmi.

Poté bude následovat praktická část. Praktická část bude zpracována na základě dotazníku, který bude rozdán 10 respondentům, nacházejících se ve věku 20–40 let, tedy v období mladé dospělosti, a kteří trpí depresí. Výzkumné dílčí cíle jsem samozřejmě vytvořila v souladu s hlavním cílem mé bakalářské práce. Cílem mé bakalářské práce je tedy popsat, jak deprese ovlivňuje prožívání a sociální život z hlediska mladých dospělých s depresí.

# Teoretická část

## 1 Deprese

*„Deprese není trvalou osobnostní charakteristikou. Deprese je nemoc. Je ji možno léčit a vyléčit.“*

(Atkinsonová in Krivohlavý, 2013, s. 14)

Depresi často může předcházet smutek, pláč, stres, zklamání, nebo také trauma. Tohle všechno samo o sobě zní docela nevinně. Bohužel někdy tyto pocity a nálady nejsou jednorázové, ale mohou přetrvávat. Pokud přetrvávají déle, než je zdrávo a člověka omezují v běžném životě a každodenních činnostech, udržují ho v neustálé tenzi, je potřeba vyhledat odbornou pomoc, jelikož se může jednat o závažnější onemocnění, které se nazývá deprese.

### 1.1 Co je to deprese

Jak jsem psala výše, lidstvo často chápe depresi jako pouhý smutek, pláč a stres. Ve skutečnosti je to ale něco mnohem závažnějšího, je to něco, co se velmi těžší popisuje. Přesto se o to alespoň pokusíme.

Nejprve je nutno zmínit, že slovo deprese pochází z latiny. Je odvozeno od slova *depromere*, což ve svém významu znamená „stlačit“. Konkrétně bychom si tohle slovo mohli rozdělit na předponu *de*, což znamená „dolů“ a *promere* znamená „tlačiti“. Deprese je slovo, které je všeobecně známé. Definice téhle nemoci se dá vyjádřit samozřejmě dalšími slovy, která mohou nabývat českého i cizího charakteru. Z těch českých to může být například „*lhostejnost, sklíčenost, ochablost a netečnost*“. Z cizích termínů to může být například „*letargie, což v českém překladu znamená naprostá netečnost, apatie, což znamená lhostejnost, indolence, neboli nevšímavost a například dystymie, která by se dala přeložit jako depresivní myšlenky a nálady*“ (Krivohlavý, 2013, s. 22–23).

Je faktem, že William Styron trpěl těžkou depresí ve svém stáří. Depresi vylíčil jako utrpení, které je nepředstavitelné pro ty, co depresi nikdy nezažili. Pro ty, kteří depresi alespoň jednou zažili je jejich strach tak silný, že naprosto nedokážou popsat, jak se při ní cítí (Styron, 1990).

Deprese může být popsána také jako nemoc celého organismu. Vůbec se nejedná o neschopnost člověka vykonávat jakoukoliv činnost. Nejedná se také vždy o reakce těla na určité životní situace. Do jisté míry může být podobná jiným nemocem, jelikož deprese je tak jako většina ostatních nemocí také léčitelná (Praško, H. Prašková a J. Prašková, 2015).

Deprese může být také charakterizována jako: „*chorobný smutek, psychologický stav charakterizovaný pocity smutku, skleslosti, vnitřního napětí, nerozhodnosti, spolu s útlumem a zpomalením duševních i tělesných procesů, ztrátou zájmu a pokleslým sebevědomím, úzkostí, apatii (netečností), sebeobviňováním a útlumem*“ (Hartl a Hartlová, 2005, s. 105).

## 1.2 Příznaky deprese

Deprese se u každého člověka může projevit různým způsobem. Nejčastěji se projevuje v rovině psychické a fyzické. Samozřejmě není nikde napsáno, že se musí projevit v obou rovinách současně. Zatímco u jednoho člověka se deprese projeví v psychickém zdraví, u druhého to může být zase ve fyzickém. Jak ale víme, tyto dvě roviny jsou navzájem provázané a nelze je oddělit, tudíž je poměrně nevyhnutelné nacházet příznaky pouze v jedné oblasti (Orel a kol., 2012, s. 43). Každá bytost je ale jedinečná, tudíž míra a závažnost se u každého člověka může lišit. „*Deprese je prostě onemocnění celého těla i duše*“ (Praško a kol., 2015, s. 45).

Mezi hlavní příznaky deprese podle Křivohlavého (2012) patří:

- Negativní myšlenky
- Negativní nálada
- Negativní chování
- Negativní fyzické projevy

### 1.2.1 Negativní myšlenky

Když má člověk depresivní myšlenky, znamená to, že není schopný myslet nijak jinak než negativně. Jeho myšlenky se zpomalují a často odbíhají od právě prováděné činnosti. Depresivní myšlenky jsou převážně spojeny se záporným sebehodnocením, pochybnostmi o sobě, pocitem, že jsem někde něco špatného provedl nebo řekl, a také například výčitkami svědomí. Nevyhnutelné jsou také negativní představy o světě a o budoucnosti. Pokud se jedná

o depresi, charakteristické jsou pro člověka tzv. depresivní automatické myšlenky. Jedná se o myšlenky, které si ani neuvědomujeme, jednoduše přicházejí a odcházejí, jak se jim zachce. Takovým myšlenkám ani nedáváme pozornost. Člověk je přijímá automaticky a kriticky nad nimi vůbec nepřemýšlí. Lidé, kteří trpí depresí nemohou přestat myslet negativně, tudíž každá myšlenka, která je právě napadne, přispívá k rozvoji deprese (Praško a kol., 2015). Depresivní myšlenky mohou tak dospět až do takového stádia, kdy si člověk myslí, že už ho nic dobrého a pozitivního v životě nečeká, že už ho v podstatě čeká jen smrt (Křivohlavý, 2012).

Člověk, trpící depresivní poruchou, často zažívá bohužel i změny ve vnímání (halucinace), což může vyvrcholit až patologickými změnami v myšlení – bludy (Jedlička a kol., 2015).

Důležité je si ale v závěru uvědomit, že depresivní myšlenky jsou automatické, neodpovídají skutečnosti a nejsou v žádném směru prospěšné (Praško a kol., 2015).

### **1.2.2 Negativní nálada**

Každý člověk má občas špatnou náladu. Je to pro člověka přirozená věc. Pokud ale přetrvává dlouho, nebo se objevuje alespoň v častých intervalech, může to být jeden z příznaků deprese. Ke špatné náladě patří samozřejmě skleslost, nechuť k životu, kdy člověk ani nemůže vyjádřit své pocity, vyjádřit to, jak se vlastně cítí (Křivohlavý, 2012).

Mezi depresivní emoce Praško a kol. (2015) řadí smutnou náladu, neustálý pláč, úzkost až paniku, rozmrzelost, sebelítostné stavy, neradostnou náladu, neschopnost těšit se na cokoli a vztahovačnost. Pokud člověk prožívá smutnou náladu, bohužel to ovlivňuje celé jeho prožívání. Jak jsem se psala výše, všechno vidí černě a není schopný racionálně uvažovat o budoucnosti. Vymizení radosti patří také k negativním projevům deprese, kdy člověk nedokáže v ničem najít zalíbení, nedokáže se na nic těšit, radovat a tím pádem ani na nic soustředit. Tato neschopnost se odborně nazývá „anhedonie“. Úzkost a strach je bohužel neodmyslitelnou součástí deprese. Nutí člověka, aby se neustále cítil v ohrožení. Jak už v ohrožení z toho, co bude v budoucnu, nebo také v ohrožení života. Bezmoc, beznaděj a s tím související plačtivost jsou také jedním ze znaků špatné a negativní nálady. Takové pocity depresi jen přidávají na intenzitě a nutí člověka si myslet, že už depresi nikdy v životě nepřekoná (Praško a kol., 2015). Podle Hosáka, Hrdličky a Libigera (2015) depresivní nálada nabývá největší intenzity v ranních hodinách.

### 1.2.3 Negativní chování

Negativní chování neboli také depresivní chování v sobě nese znaky rezignace na celý svět. Všechny myšlenky, které si s sebou dotyčný nese, se pak odrážejí v chování. Depresivní lidé jsou často unavení, znechucení, vůbec nemají chuť ani sílu nějakou činnost vykonávat. Když už se ale do nějaké činnosti pustí, často u ní dlouho nevydrží, jelikož velmi rychle ztrácí pozornost. Častými projevy je také pasivita a vyhýbání se lidem, což může dospět až do takového stádia, kdy se člověk doslova izoluje od celého světa. Odkládání činností je pro člověka s depresí také velmi stresující. Důsledkem tohoto odkladu může být ještě větší vysílení, které namísto motivace způsobí ještě větší prohloubení nechuti k dané činnosti. Pro zdravého jedince je běžné nakupování zcela obyčejnou věcí, bohužel ale i v téhle oblasti nemocný selhává. Tak jako už je problém samotné nakupování, tak i běžná cesta hromadnou dopravou je nepředstavitelná. Pokud je deprese ve stádiu, kdy už člověk opravdu nevidí žádnou naději na lepší budoucnost, mohou nastat sebevražedné myšlenky a z toho následně vyplývající sebevražedné chování (Praško a kol., 2015).

### 1.2.4 Negativní fyzické projevy

Deprese, v níž převažují spíše negativní tělesné projevy nad negativními psychickými projevy se nazývá „*maskovaná*“ nebo také „*larvovaná*“. Označuje se také jako „*deprese beze smutku*“.

Mezi tělesné projevy deprese se často řadí celková vysílenost organismu, člověk nedokáže vykonávat žádnou činnost, jelikož je většinu času slabý, nevyspalý, má problémy se srdcem, trávicím a vylučovacím traktem, a také s kolísáním teploty těla (Baštecká a kol., 2003, s. 145).

Mezi negativní tělesné projevy deprese se řadí také ustavičná bolest hlavy, zvýšená chuť k jídlu, kdy dotyčný trpí nadměrným přejídáním, nebo naopak snížená chuť k jídlu, kdy tyto lidé často ubývají na své váze. U žen jsou typické problémy s menstruací, kdy může dojít až k úplné ztrátě menstruačního cyklu. Typická je také částečná nebo úplná ztráta chuti k sexu a jakémukoli pohybu. Nespavost je dalším typickým projevem deprese, kdy dotyčný přemítá nad svým životem a v hlavě se mu honí nejčernější myšlenky. Naopak s nadměrnou spavostí se u těchto lidí setkáváme zřídka (Praško a kol., 2015).

## 1.3 Teorie vzniku deprese

Dříve než se dostaneme k samotným příčinám deprese, nejprve si uvedeme několik teorií vzniku této nemoci. Teorií je mnoho, některé vychází z biologického hlediska, některé zase z psychosociálního. My si zde popíšeme teorii biogenní (biochemickou), psychodynamickou neboli psychoanalytickou a kognitivně-behaviorální.

### **Biogenní (biochemická) teorie**

Chemické látky, které se při depresi nejvíce kontrolují jsou dopamin, serotonin a noradrenalin. Deprese je vyvolána dle této teorie právě nedostatkem těchto látek, konkrétně nedostatkem noradrenalinu. Naopak právě nadbytečné množství noradrenalinu v kombinaci se serotoninem a dopaminem vyvolávají máni (Marková, Venglářová a Babiaková, 2006).

### **Psychodynamická (psychoanalytická) teorie**

V rámci teorie se uvádí, že za příčinou deprese stojí agrese. Tuto agresi dotyčný vede proti sobě samému, přitom ji ale cítí proti někomu jinému. Vede ji vůči sobě, jelikož si myslí, že cítit špatné pocity proti někomu jinému, než sobě je špatné. Psychodynamická teorie deprese má kořeny v dětství, kdy si dítě myslí, že matka je ideální a dokonalá. Postupem času ale dítě zjišťuje, že matka ideální není a z toho vznikají špatné a agresivní pocity. Agresivní pocity pak vede vůči sobě, jelikož je nepřipustné, aby matce bylo něco vytčeno. Dítě, pokud něco takového v rodině přetrvává samozřejmě nemá žádné sebevědomí, bojí se jakéhokoliv sociálního kontaktu a jeho vysoké cíle, pokud nejsou naplněny, vedou právě k depresi (Praško a kol., 2015).

### **Kognitivně-behaviorální teorie**

Nejprve nutno podotknout, že kognitivně-behaviorální teorie vychází z teorie učení. Shledává jako příčinu vzniku deprese negativní způsob myšlení a jednání. Podle behaviorální perspektivy je deprese způsobena tím, že člověk nedostává tolik opory od okolí, kolik by si sám přál. Takovému jedinci pak chybí chvála a přijetí, jelikož je neustále kritizován. Dotyčný má pak pocit, že všechno, co udělá je špatně, a tím pádem se nemá cenu o nic snažit. Takové reakci

se říká naučená bezmoc. Kognitivní pohled následně uvádí, že důvodem vzniku deprese je kognitivní postižení. Konkrétně se jedná o poruchu myšlení, kdy se depresivní člověk není schopen dívat pozitivně na svět. Tento pohled je však zcela skrytý a objevuje se až ve chvíli, kdy se u dotyčného objeví nějaký stres. Následně stačí i menší kritika nebo malé neúspěchy, aby automaticky dotyčného vedly ke špatným pocitům jako je např. pocit selhání nebo pocit bezcennosti. Tyto opakující se negativní myšlenky poté vedou k udržování deprese (Praško a kol., 2015).

## 1.4 Příčiny vzniku deprese

Deprese je velmi závažné onemocnění, které se může projevit u každého z nás. Postihuje muže i ženy, avšak ženy jsou k depresím náchylnější. Nejčastěji se objevuje ve věku kolem třiceti let (ČPZP, nedatováno).

Není vůbec jasné, co přesně depresi vlastně způsobuje. Příčinou vzniku deprese může být dědičnost. V určitých případech je sice jedinou příčinou dědičnost, ve většině případů je ale dědičnost pouze spouštěčem deprese, ke kterému se pak přidávají vnější i vnitřní faktory a depresi tak prohlubují. K vnějším a vnitřním faktorům patří např. změna ročního období, vyčerpání organismu, problémy spojené se vstupem do dospělosti, časté proměny hormonů v endokrinním systému atd. (Vágnerová, 2002).

Deprese byla ve starověkém Řecku nazývána „melancholií“. Sám Hippokrat hledal příčiny této nemoci v tělesném hledisku. Přišel na to, že někteří lidé mohou mít v organismu nadbytek tzv. „černé žluči“, a to by právě mohla být ta příčina. Ve středověku dokonce lidé věřili, že příčinou může být posednutí ďáblem. Jedinou metodou léčby této nemoci v takové nelehké době byl exorcismus. V novější době se vedly teorie, že deprese vzniká z emocí, které člověk potlačuje, nebo také v závislosti biochemických změn v mozku. Jak vidíme, z výše uvedeného vyplývá, že už v předchozích dobách nebyly jednoznačné faktory příčin deprese. V současné době ale předpokládáme, že dispozice k depresi může vzniknout kombinací a vzájemným působením biologických a sociálních vlivů neboli životních situací (Praško a kol., 2015).

**Mezi biologické faktory** můžeme zařadit např. dědičnost, nebo také změny ve struktuře a fungování mozku.

**Dědičnost** je jedním z faktorů, kvůli kterému může vzniknout deprese. Často se tento faktor uplatňuje v rodinách, kde je vrozená biologická zranitelnost. Deprese se tím pádem předává

z generace na generaci. Avšak ne každý, kdo má tyto vlohy, depresí onemocní. Důležité jsou i jiné faktory, jako např. stresující situace a prostředí. „*Dědí se určitá vloha k onemocnění depresí, tedy náchyllost k nemoci, nikoliv nemoc sama*“ (Praško a kol., 2015, s. 60). **Změny ve struktuře a fungování mozku** jsou také předpokladem pro vznik afektivních poruch. Nejčastěji tedy po úrazu, nebo cévní mozkové příhodě jsou poškozeny ložiska v mozku, které mají za následek vznik deprese. Ta je také spojována s narušením čelního laloku a frontálního laloku, který se nachází v levé hemisféře mozku. Velkým rizikem pro vznik této nemoci je také poškození limbických funkcí v mozku, které mají za úkol kontrolovat úzkost, strach atd. Změny ve fungování mozku nejčastěji zapříčiňuje porucha funkce noradrenalinového systému. Lidé, kteří trpí depresí tedy nemají dostatek noradrenalinu, což způsobuje pokleslou až depresivní náladu (Vágnerová, 2004).

**Životní události** mohou také ve velké míře přispět ke vzniku a rozvoji deprese. Konkrétně změny, ke kterým dochází v průběhu života mohou být někdy poněkud stresující, a to i když jsou vnímány jako pozitivní. Praško a kol. (2015) nazývá takové situace jako obtížné životní události. Můžeme k nim zařadit např. změny, které se týkají životního stylu nebo role (změna zaměstnání, změna bydliště/školy, narození dětí, odchod do důchodu) nebo také těžké ztráty (úmrtí partnera, úmrtí blízkého člena rodiny, ztráta zaměstnání, rozvod/rozchod). Na základě výzkumu byla vytvořena tabulka s body, které byly přiřazeny podle závažnosti k nejčastějším životním událostem. Pokud dojde součtem k převýšení 250 bodů, často pak následuje psychické selhání až deprese. Celá tabulka nejčastějších životních události dle Praška a kol. (2015) viz. příloha č. 1.

Nadměrné užívání léků, alkoholu a drog může být také spouštěčem deprese. Příčin vzniku takového onemocnění je samozřejmě nespočet, ve většině případů se ale nejedná pouze o jednu příčinu, ale o příčin několik na sebe závislých a navazujících. Deprese může přijít i neočekávaně, bez zjevných překážek. Může přijít například poté, co člověk všechny překážky v životě překonal. Co zatím stále jasné není je to, že někteří lidé, i když nesou stejnou tíhu jako ti, co depresi prožívají, jí nepodlehnu (Praško a kol., 2015).

Vágnerová (2004) k vnějším vlivům, které přispívají ke vzniku deprese řadí úzkostlivě starostlivý výchovný styl, depresivní rodinné klima a např. ztráty, se kterými se dotčený nemůže snadno vyrovnat. Pro vznik deprese má také význam učení, kdy se člověk doslova naučí reagovat na veškeré zátěžové situace depresivním chováním. K zátěžovým situacím dochází např. tehdy, kdy si dotčený nemůže najít zaměstnání, založit rodinu, nebo se objeví



problémy v partnerském vztahu. Mezi vnější faktory, které také mohou na člověka negativně působit, patří klimatické změny – počasí a podnebí.

## 1.5 Druhy deprese

Druhy deprese jsou téměř v každém zdroji popsány zcela jinak. V podstatě každý autor má rozličné dělení deprese ve svých knihách, tudíž je velmi těžké je nějak sjednotit. Na ukázkou zde nejprve vypíšu dělení deprese podle desáté revize Mezinárodní klasifikace nemocí. Afektivní poruchy neboli poruchy nálady je nadřazená kapitola, která obsahuje 9 podkapitol (F30 – F39), ve kterým jsou popsány samotné druhy deprese. Deprese se tedy řadí podle MKN - 10 mezi afektivní poruchy spolu s mánií.

V podkapitole **F30** najdeme pouze popsanou manickou fázi, do které patří bipolární porucha a jediná manická fáze. V podkapitole **F31** najdeme bipolární afektivní poruchu, do které patří maniodepresivní onemocnění, psychóza a reakce. Podkapitola **F32** popisuje depresivní fáze, v níž je zahrnutá jediná fáze: depresivní reakce, psychogenní deprese a reaktivní deprese. V další podkapitole a tou je **F33** je popsána periodická depresivní porucha, jenž zahrnuje periodické fáze: depresivní reakce, psychogenní deprese, reaktivní deprese a sezónní depresivní poruchu. Podkapitola **F34** přibližuje perzistentní afektivní poruchy, do které řadíme cyklotymii a dystymii. V podkapitole **F38** můžeme najít jiné afektivní poruchy, které nespádají do řazení **F30 – F34**. V poslední podkapitole **F39** nalezneme neurčené afektivní poruchy, do které spadá afektivní psychóza (MKN - 10, 2023).

Deprese se také podle MKN - 10 dělí podle průběhu a závažnosti na mírnou, středně těžkou a těžkou. U všech těchto klasifikací je nejdůležitější co nejpřesnější diagnostika.

## 1.6 Léčba deprese

Na začátek nutno podotknout, že léčba afektivních poruch, jako je například deprese, je léčitelná. Dá se zcela vyléčit, avšak někdy bohužel po sobě zanechá stopy. Může se dokonce stát, že se deprese v průběhu života vrátí. Určitě ale stojí za to dát se proti takovému onemocnění do boje.

Léčba deprese má dlouhodobý charakter. Určitě by dotyčnému mělo být vysvětleno, že se neuzdraví hned. Léčba tedy trvá a člověk musí být tím pádem vytrvalý.

Depresi můžeme léčit jednak psychofarmaky, ale také samotnou psychoterapií. Ta by měla probíhat na bázi individuálního přístupu. Největší účinek však u dotyčného nastane, když zkombinujeme tyto dva druhy léčby navzájem (Vágnerová, 2004).

Léčba se také může dělit podle periodického průběhu depresivní poruchy. Dělí se tedy na akutní, udržovací a profylaktickou.

**Akutní** – v tomto druhu léčby jde převážně o zmírnění a odstranění příznaků deprese. Tato léčba většinou trvá zhruba 3 měsíce. Samozřejmě se může jednat o kratší i delší dobu.

**Udržovací** – tato léčba nastupuje po léčbě akutní. Cílem této fáze léčby je udržet zlepšený stav, a to po dobu 6 – 9 měsíců. Dotyčný se může cítit po zdařené akutní léčbě plně vyléčený. Bohužel tomu tak není a měl by pokračovat právě další, a to již zmíněnou udržovací léčbou.

**Profylaktická** – profylaktická léčba je další stádiem léčby deprese. Nastupuje ihned po léčbě udržovací. Trvá několik let, může se stát, že i celý život. Především se doporučuje lidem, kteří opakovaně zažívají stavy deprese, nebo trpí bipolární poruchou a dysthymií (Praško a kol., 2015).

## 1.6.1 Farmakoterapie

Farmakoterapie patří mezi nejznámější léčby v boji proti depresi. Antidepressiva se stala známými užívanými léky v této oblasti léčby (Křivohlavý, 2013).

Tato léčba slouží ke zmírnění nežádoucích projevů deprese a také k uklidnění. Pokud se jedná o akutní potíže, je to jedna z nejvhodnějších variant. Je velmi obtížné zvolit správná antidepressiva, jelikož každý člověk je zcela jiný. Každý má jinou osobnost a deprese má například jiný průběh a intenzitu (Vágnerová, 2004).

### Antidepressiva

Antidepressiva jsou léky, které účinně působí proti depresi. Upravují neuromodulátory, jako je serotonin, noradrenalin a dopamin. Dotyčný by měl být poučen, že léky tohoto druhu nepůsobí hned, ale zhruba až po 3–6 týdnech. Antidepressiva předepisuje vždy psychiatr, který musí dbát na individuální faktory nemocného (věk, zdravotní stav, předchozí zkušenosti s lékem aj.). Rizika užívání jsou zanedbatelná oproti pozitivní stránce těchto léků.

Antidepressiva můžeme dělit na tricyklická a tetracyklická, IMAO, RIMA, SSRI, TIANEPTIN, a nejnovější antidepressiva (viz. příloha č. 2).

Doba trvání léčby se může samozřejmě u každého lišit. Důležité je užívat léky přesně tak, jak určil lékař. Může se stát, že pokud přestaneme užívat antidepresiva dříve, než nám bylo předepsáno, začneme být odolní vůči těmto látkám a antidepresiva začnou být neúčinná.

I když se dotyčný vyléčí, je doporučeno užívat léky ještě půl roku poté, co už se cítí lépe, aby nedošlo k opětovnému návratu deprese (Praško a kol., 2015).

## 1.6.2 Psychoterapie

Psychoterapie je léčba, která je založená na vzájemné interakci mezi lidmi. Při této léčbě se pracuje s psychologickými prostředky, díky nimž by mělo dojít ke zlepšení celkového stavu klienta. Může se použít rozhovor, nicméně také neverbální komunikace je při takovéto práci velmi důležitá. Člověk je společenský, tudíž od narození potřebuje s někým sdílet své problémy. V procesu psychoterapie jde tedy hlavně o svěřování se druhým lidem (Hosák a kol., 2015).

Tento druh léčby je převážně vhodný pro lidi, kteří trpí lehkou nebo středně těžkou formou deprese. V takovém případě je psychoterapie na místě a dokáže pomoci i bez užití nejrůznějších medikamentů. Díky této metodě uzdravování člověk dokáže pochopit, co se s ním děje, a také dokáže vhodně pracovat s příznaky a projevy deprese (Praško a kol., 2015).

Můžeme rozlišovat několik druhů psychoterapie:

**Individuální** – tato terapie probíhá v přátelském duchu, všechno je založeno na pochopení a naslouchání. Nikdo nikoho do ničeho nenutí. Jejím cílem je obnovení důvěry ve svět.

**Skupinová** – skupinová psychoterapie slouží převážně k tomu, aby si člověk uvědomil, že na své problémy není sám, ale že existuje spousta lidí, kteří prožívají podobné pocity jako on sám. Může se od nich tudíž naučit, jak řešit podobné problémy a jak se potažmo se svojí nemocí vyrovnat.

**Rodinná nebo manželská** – pro nemocného je velmi důležité, aby jej jeho blízcí přijali bez nějakých předsudků. Je velmi důležité také to, aby ho rodina podporovala a byla schopna vytvořit příjemné klima, ve kterém se bude cítit dobře. K tomu všemu má právě přispívat rodinná nebo manželská terapie.

**Kognitivně – behaviorální terapie** – cílem této léčby je vyrovnání se nemocného se svým aktuálním psychickým stavem. Tato léčba také vede ke zklidnění a odstranění depresivního

myšlení. Vede také dotyčného k tomu, aby si dokázal zlepšit svou relaxační a komunikační schopnost (Praško a kol., 2015).

Další možnou léčbou deprese je fototerapie a elektrokonvulzivní léčba (Praško a kol., 2015).

Velmi důležitá při léčbě deprese je také socioterapie. Ta spočívá ve znovuzачlenění nemocného zpět do normálního života (Vágnerová, 2004).

## 2 Mladá dospělost

### 2.1 Základní charakteristika mladé dospělosti

*„Zkušenosti, které bychom my dospělí měli sdělovat mladým, nezní „Život už s vašimi ideály zatočí!“, nýbrž „Pevně zapuště kořeny do svých ideálů, aby vám je život nedokázal vzít!““*

Albert Schweitzer (nedatováno)

Dospělost je velmi významným obdobím v životě člověka. Je to jakýmsi, dalo by se říct, přechodem z komfortu, kdy se o nás starala matka do diskomfortu, kdy už záleží jen na nás, jak se k životu postavíme, a co všechno si v něm sami vytvoříme.

Nejčastěji se dospělost člení na 3 životní fáze (mladá dospělost, střední dospělost a starší dospělost). Bohužel ale členění nenajdeme nikde shodné. Proto pro srovnání periodizace mladé dospělosti bych zde uvedla 2 členění, a to podle Vágnerové, a také podle Thorové.

Podle (Vágnerové, 2007) je mladá dospělost vymezena ve věku 20–40 let. Podle (Thorové, 2015) se mladá dospělost nachází v období mezi 20. až 35. rokem života.

Mladá dospělost se vyznačuje tím, že člověk vlastně teprve vstupuje do světa dospělých. Takovému jedinci se otevírá svět plný změn, zážitků, nových očekávání a možností do kterých může, či nemusí vstoupit (Thorová, 2015).

Postupně se z nezralé osoby proměňuje osoba zralá. Jedinec má v tomto období nejvíce energie za celý svůj život a nachází se tak v nejlepší kondici. Fyzický výkon a síla je tedy na svém vrcholu. Nutno podotknout, že člověk v tomto období dosahuje nejlepších sexuálních výkonů (Thorová, 2015).

Mladý dospělý se vyznačuje větší emoční stabilitou, než tomu bylo v období dospívání. Umí se více ovládat a nepropadnout tak lehce zbytečnému psychickému vypětí. Samozřejmě ale nemůžeme říci, že psychika je naprosto stabilní a nemůže ji naprosto nic ohrozit. Schopnost sebekontroly se vyvíjí neustále. Mladí dospělí často jednájí bez rozvahy, chybí jim schopnost sebereflexe a často také přeceňují své síly. Touha po adrenalinu a riskování nabývá v tomto období takových rozměrů, jako už v žádném nadcházejícím (Thorová, 2015).

Dalo by se říct, že člověk je v tomto období více soběstačný, má rozvinutou sebedůvěru, a tím pádem není na nikom závislý, jako tomu bylo v předchozích obdobích (Vágnerová, 2007).

Často ale na začátku mladé dospělosti jedinci stále bydlí s rodiči, tudíž své postojové, ekonomické a emoční nezávislosti nabývají pozvolna (Thorová, 2015).

Také potřeba emočního přijetí je zde ve velké míře zastoupena. Pocit lásky, sounáležitosti, ale také touha uspokojovat potřeby ostatních. Bohužel ale s věkem přibývají starosti a povinnosti, a tak možnost trávit čas s přáteli ubývá. Za to ale dalším důležitým úkolem v mladé dospělosti je pečlivý výběr partnera a vytvoření pevného a stabilního vztahu. V tomto období většina párů také uzavírá manželství. Není tajností, že první roky manželství bývají kritické a rodiny se velmi často rozpadají, tudíž je velmi důležité, aby byli oba partneři schopni dělat kompromisy, a vyhnuli se tak zbytečným komplikacím. S manželstvím často přichází velká zodpovědnost, a to následné rodičovství. To právě bývá většinou zásadní zkušeností, která upevňuje proces zrání u mladého dospělého (Thorová, 2015).

V tomto období se mladý dospělý musí vyrovnat se spoustou nových rolí, které nepřinášejí jen výhody, ale také s sebou nesou spoustu nevýhod. Musí se začít rozhodovat rozvážně, jelikož špatné rozhodnutí by se už nemuselo dát vrátit zpět, např. rodičovství (Vágnerová, 2007). Naopak ale v období mladé dospělosti ještě jedinec nemá tolik závazků jako tomu bude v pozdější dospělosti, a tak není od věci sbírat zkušenosti, jak jenom to jde (Thorová, 2015).

Období mladé dospělosti je také velmi důležité po stránce profesní v získávání nových zkušeností a zážitků (Vágnerová, 2007). Na začátku mladé dospělosti, jak jsem psala výše, jedinci stále často studují. Po studiích je velmi podstatnou částí hledání a nástup do zaměstnání. Obvykle si jich vyzkouší několik, než si najdou takové, ve kterém se budou cítit nejlépe. Jedinec tak vymění studentský status za profesní, který je spojen s určitou sociální pozicí. Právě zde je nutná ekonomická soběstačnost, která podle Vágnerové (2005) potvrzuje definitivní dosažení dospělosti. Budování kariéry tak velmi úzce souvisí s tímto vývojovým obdobím.

Přechod z adolescence do mladé dospělosti a převzetí dospělých rolí se neodehraje v jednom jediném dnu, ale zabere to spoustu času, dalo by se říct, že dlouhé životní období. Tohle období je takovým mezistupněm, kdy už jedinec není na nikom tak závislý, ale na druhou stranu ani ještě stále nepřebírá plnou zodpovědnost dospělého člověka. Zároveň ale jde o období, kdy jedinec musí přijímat velké množství nových informací, znalostí a dovedností a je postaven před řadu úkolů, které by měl být schopen postupem času zvládnout (Langmeier a Krejčířová, 2006).

## 2.2 Vztah mezi mladou dospělostí a depresí

Deprese se může objevit v různých fázích života. Její prevalence je ale nejčastější v období mladé dospělosti (Kessler a Bromet, 2013).

Mladá dospělost je plná nadějí, velkých očekávání, budování, dalo by se říct, že je to období životního rozběhu. Společnost od takového jedince očekává, že splní v podstatě tři úkoly, které jsou spojeny s jeho vývojem. Prvním úkolem je soustavná příprava na povolání a následná volba povolání. Druhým úkolem je výběr partnera a s tím spojené budování dlouhodobého vztahu. Třetím a posledním úkolem, který navazuje na výběr životního partnera je založení rodiny a následná výchova dětí (Říčan, 2004).

V dnešní době jsou ale bohužel zejména poslední dva úkoly (partnerství a rodičovství) přežitkem, a spousta mladých lidí tuto velmi náročnou část života odkládá. Důvod můžeme připisovat zvyšujícím se nárokům společnosti od mladého dospělého při vstupu do dospělosti. Většina mladých lidí si tak prodlužuje své mládí prolongací studia, nebo také pobýváním ve své primární rodině. To ale samozřejmě není řešení, jelikož se tak dostáváme do situace, kdy tzv. "sociální hodiny" ztrácejí na důraze. V dnešní době se již málokdo shodne na tom, kdy je vhodný čas na to mít dítě, nebo mít svatbu, jako tomu bylo dříve (Langmeier a kol., 2006). Mladí dospělí se tak ale mohou ztrácet v tom, co se po nich vlastně, ve kterém čase, chce. Není pak divu, že tohle období může být pro některé jedince velmi stresující a chtějí se tak vyvarovat svých nových rolí právě oddalováním.

Naopak ale spousta mladých dospělých uzavírá manželství a zakládá rodiny. Tato opačná situace může být taktéž velmi stresující pro ty, co svou spřízněnou duši doposud nenašli (Vágnerová, 2007). Další možností pro rozvoj duševního onemocnění je fakt, že spoustě mladých žen nebo i mužů se nedaří počít dítě, nebo ještě hůře nemohou mít z nějakého důvodu vlastní děti. To je samozřejmě velmi znepokojující situace, zvláště pro ty, co si život zakládali právě na založení rodiny (Říčan, 2004).

Když se ještě budeme bavit o manželství, tak manželství poměrně často bohužel končí rozvodem. Lidé v tomto období prodělávají více rozvodů než v kterémkoli dalším období svého života. Tahle událost je snad pro všechny velmi stresující situací z toho důvodu, že může naprosto změnit směr života, ve kterém se jedinec cítil komfortně a dobře (Říčan, 2004, s. 264).

Dalším stresujícím faktorem může být „úkol“ první, a tím je hledání a volba zaměstnání. Od mladého dospělého se očekává, že si najde zaměstnání, které ho bude bavit, a zařadí se tak do pracovního procesu. Bohužel ale hledání zaměstnání v tomto věku může být poněkud stresující,

jelikož většina zaměstnanců vyžaduje praxi, kterou spousta mladých dospělých ještě nemá (Vágnerová, 2007).

Mladý dospělý v tomto období může samozřejmě prožívat i více znepokojujících situací, které mohou působit na jeho psychické zdraví a způsobit mu tak nemalou újmu. Dvě nejznámější krize, které v tomto období mohou nastat a mohou mít za následek vznik deprese, je čtvrtživotní krize a krize třicátníků.

## **1. Čtvrtživotní krize**

Je to krize, která se týká jedinců, kteří nabývají 20. roku života. Tato krize nastupuje bohužel brzy a nejčastěji se objevuje v době, kdy dospívající vstoupí do světa dospělých. Převládajícím pocitem tohoto nehezkého období je pocit nejistoty. Nejistota a strach z budoucnosti, nejistota po stránce profesní (hledání, popř. ztráta zaměstnání), vztahové, ale také sexuální, jelikož mladí dospělí nezřídka touží po intimnějších vztazích. Tato nejistota často může vyústit až v depresivní stavy. Objevuje se také zmatek, jelikož mladí dospělí mnohdy ani nemusí vědět kdo prozatím jsou, a kam vlastně směřují. Mohou prožívat rovněž stesk po bezstarostnosti, které s sebou neslo školské a rodičovské prostředí. Nechybí zde ani pocit frustrace a stresu, který nastává poté, co jedinec musí činit samostatná rozhodnutí a nést za ně veškerou zodpovědnost (Thorová, 2015).

## **2. Krize třicátníků**

Také tato krize s sebou sebe pocit nejistoty a strach z budoucnosti. Objevuje se mezi 28–35 lety (Thorová, 2015). Je spjata s počínajícím stárnutím, kdy je sice smrt ještě daleko, ale jedinec již může v některých případech pociťovat sestup své dosavadní cesty. Můžeme říct, že jen zřídka se v tomto období setkáváme se smrtí vrstevníků nebo s nějakou vážnější nemocí, ale i to je bohužel občas součástí krize (Říčan, 2004). Může se zde začít objevovat i myšlenka ustáleného chodu života a únava ze sociálních vztahů. Naopak ale i ztráta přátel, se kterými se mladý dospělý dříve scházel, může vyvolat např. smutek. Příčinou krize může být také nespokojenost s mezilidskými vztahy na pracovišti, ale i se svou prací. Krize třicátníků je rovněž doprovázena pocitem únavy z neustálého hledání svého místa v životě. (Thorová, 2015)

Nemalou stresující situací může být ke konci tohoto období zjištění, že proces stárnutí se začíná podepisovat na tělech člověka. Konkrétně se mohou objevovat první vrásky a šedivé vlasy (Thorová, 2015).



Jak jsem psala výše, období mladé dospělosti je plné změn, nátlaku a očekávání. Také může být plné strachu z nejistoty, selhání a obav z budoucnosti. Někdo může dokonce pociťovat ne-naplnění vlastního potenciálu a čelit zjištění, že za svůj život musí nést veškerou zodpovědnost (Vágnerová, 2005). To vše může vést ke stresu, frustraci a zneklidnění, z čehož následně mohou vznikat různé sociálně patologické jevy. Jako důsledek těchto špatných pocitů mohou být i rozličné civilizační nemoci. Jednou z těchto civilizačních nemocí může být právě deprese.

## 3 Sociální práce s klienty s depresí

### 3.1 Co je sociální práce a kdo je sociální pracovník

Podle Matouška si můžeme definovat sociální práci jako: „*společenskovední disciplínu i oblast praktické činnosti, jejímž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů*“ (Matoušek, 2008, s. 200).

Sociální práce může být podle Řezníčka definována jako: „*pojmem bohatě definovaný z různých pohledů, ale především je to činnost zaměřená na práci s lidmi (individuální či skupinová). Sociální práce vznikla jako důsledek sociálně problematických a krizových situací se záměrem pomoci potřebným*“ (Řezníček, 2000, s. 10).

Když budeme mluvit o samotném poslání a cíli sociální práce, tak se najdou dvě protichůdná tvrzení, přičemž jedno tvrzení říká, že nejvyšším cílem sociální práce je pomáhat klientům, zatímco druhé stanovisko tvrdí, že cílem sociální práce je sociální kontrola a řešení či prevence sociálních problémů (Matoušek, 2007).

**Sociální pracovník** je podle Matouška (2008, s. 201) definován jako: „*pracovník vykonávající sociální šetření, zabezpečující sociální agendy včetně řešení sociálně – právních problémů, poskytující sociální poradenství, provádějící analytickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních služeb sociální prevence, depistážní činnost, poskytující krizovou pomoc, sociální poradenství a sociální rehabilitaci*“.

Pokud má člověk nějaké problémy ve svém životě a nedokáže je sám vyřešit, pokud má problémy s interakcí s okolním prostředím, nastupuje s pomocí právě výše zmíněný sociální pracovník. Jeho hlavní funkcí je pomáhat lidem, aby zlepšili své sociální fungování. Také usiluje o to, aby se zlepšili vztahy mezi lidmi a jejich sociálním prostředím (Matoušek, 2007). Sociální pracovník ve své práci zastává různé role:

- **Pečovatel (poskytovatel služeb)** – sociální pracovník pomáhá klientovi v oblastech běžného denního života, ve kterém si nedokáže kvůli svému věku či postižení poradit sám.
- **Zprostředkovatel služeb** – tato role sociálního pracovníka spočívá v tom, že je schopen poradit nebo doporučit klientovi příslušné sociální služby nebo organizace.

- **Cvičitel sociální adaptace** – vystupuje v roli trenéra různých sociálních dovedností, vede klienta k takovému chování, aby byl schopen později sám vyřešit své problémy.
- **Poradce (terapeut)** – tento typ sociálního pracovníka pomáhá klientovi k osobnostnímu růstu a k tomu, aby měl klient náhled nad svými postoji a způsoby komunikace.
- **Případový manažer** – pokud má klient více problémů najednou, v této chvíli nastupuje případový manažer, který pomáhá najít mu vhodné sociální služby. Tyto služby by měly na sebe navazovat.
- **Manažer pracovní náplně** – tento typ sociálního pracovníka pracuje ve větších zařízeních, kde většinou organizuje průběh intervence.
- **Personální manažer** – zajišťuje většinou administrativní náležitosti, jako jsou např. supervize, výcviky konzultace atd.
- **Administrátor** – v tomto případě je sociální pracovník v pozici ředitele v některém ze zařízení sociální služby. Věnuje se hlavně plánování a organizování stylu práce konkrétního pracoviště.
- **Činitel sociálních změn** – tento typ pracovníka vystupuje v roli komunitního sociálního pracovníka a účastní se spíše politických záležitostí, řeší celospolečenské problémy.

Všechny zde zmíněné a vyjmenované role sociálního pracovníka na sebe navazují a vzájemně se doplňují. Každá role pomáhá klientům naplňovat jiné potřeby a sociální pracovník tak musí vykazovat známky určité schopnosti a flexibility (Smutná, 2014).

### 3.2 Sociální služby pro klienty s duševním onemocněním

Sociální služby jsou poskytovány lidem, kteří se nacházejí v nepříznivé životní situaci a cítí se být určitým způsobem odtrženi od společnosti. Cílem sociálních služeb je znovuzačlenění jedince do společnosti zkvalitňování jejich života. Sociální služby, když je potřeba, pracují nejen s uživateli, ale i s jejich rodinami a okruhem lidí, do kterých se participovali (Matoušek, 2007).

Zákon o sociálních službách č.108/2006 Sb. říká, že každá osoba je oprávněná na poskytnutí sociálního poradenství, a to zcela zdarma, pokud se nachází v tíživé životní situaci. Pomoc a podpora, kterou poskytují sociální služby musí vycházet z jednotlivých potřeb jedince, musí rozvíjet jejich nezávislost a vést je k takové činnosti, která povede k vysvobození se z dlouhodobé špatné sociální situace (Matoušek, 2007).

Sociální služby jsou rozděleny na sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. V rámci analýzy potřeb jsou nemocní trpící depresí zařazeni do skupiny osob se zdravotním postižením, konkrétně se řadí do podskupiny osob s chronickým duševním onemocněním (Krajský úřad Zlínského kraje, 2017). Služeb sociální péče a prevence je pro duševně nemocné samozřejmě mnoho, my si zde uvedeme jen pár z nich. Ze služeb sociální péče pro klienty s duševním onemocněním jsou určeny např:

- **Týdenní stacionáře** – tento typ pobytového zařízení s týdenním režimem je také určen pro osoby se sníženou soběstačností v důsledku zdravotního postižení, ale také chronického duševního onemocnění. Cílem této služby je rozvíjet samostatnost klienta, a zprostředkovávat také kontakt s okolním prostředím.
- **Domovy se zvláštním režimem** – tato služba je taktéž určena pro osoby se sníženou soběstačností v důsledku chronického duševního onemocnění, nebo závislosti na návykových látkách. Klienti jsou zde závislí na pomoci jiné osoby. Režim je zde vždy určen zcela individuálně.
- **Odlehčovací služby** – odlehčovací služby můžeme dělit na pobytové, terénní a ambulantní. Je určena pro osoby se zdravotním postižením, včetně duševního onemocnění. Cílem služby je poskytnout klientům odpočinek a pomoc v běžných záležitostech.
- **Chráněné bydlení** – v tomto typu zařízení se také mohou vyskytovat lidé s duševním onemocněním, kteří jsou závislí na pomoci jiné osoby. Cílem služby je umění se postarat o vlastní osobu (Krajský úřad Zlínského kraje, 2017).

Ze služeb sociální prevence, ve kterém se pracovníci s klienty s duševním onemocněním mohou setkat jsou např:

- **Telefonická krizová centra** – tato služba se poskytuje osobám, které se nacházejí v tíživé životní situaci a nejsou schopni si pomoci sami. Služba se poskytuje telefonicky, ale také např. při uplatňování práv a zájmů.

- **Sociální rehabilitace** – tato služba slouží k posilování vlastní soběstačnosti a nezávislosti, k čemuž se dojde nácvikem vlastních schopností a dovedností. Služba může být terénní, ambulantní, ale také pobytová. Cílem je znovuzачlenění jedince do společnosti a pomoc při běžných záležitostech.
- **Terapeutické komunity** – terapeutické komunity patří mezi pobytové zařízení na přechodnou dobu. Klienty jsou osoby závislé na návykových látkách nebo osoby s duševním onemocněním, které byly zcela separovány od běžného života a chtějí být znovuzачleněny do společnosti. Služba zahrnuje zajištění stravy, ubytování, sociálně terapeutické činnosti atd.
- **Služby následné péče** – služby následné péče jsou určeny také pro osoby závislé na návykových látkách a osoby s chronickým duševním onemocněním, které jsou po léčbě ve zdravotnickém zařízení nebo abstinují. Cílem je také znovuzачlenění jedince do společnosti, a to převážně díky sociálně terapeutické činnosti (MPSV, 2020).

Ve všech vyjmenovaných službách se můžeme setkat s lidmi trpícími depresí. Jak jsem psala výše, zařízeních pro duševně nemocné je samozřejmě více. Pracovníci se s takovými klienty mohou setkat i v jiných sociálních službách určených konkrétně pro osoby, které jsou ohroženy sociálním vyloučením. Ohroženy vyloučením ze společnosti v důsledku dlouhodobé neschopnosti řešit své problémy – příčinou takového stavu člověka, kdy není schopen řešit žádné problémy, může být právě deprese (Krajský úřad Zlínského kraje, 2017).

### 3.3 Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním

V první řadě je nutné si uvědomit, že všichni lidé, kteří se vyskytují v blízkosti duševně nemocného člověka patří do skupiny osob, se kterými je nutné pracovat při uzdravování dotyčného klienta. Nejbližší lidé, co jsou do procesu péče o duševně nemocného zainteresováni jsou rodina, nejbližší přátelé, spolupracovníci nebo také komunita, ve které se právě pohybuje. To jsou lidé, kteří ho nejlépe ve všem znají. Bohužel pokud ale člověk trpí nějakým duševním onemocněním, nestačí pouze pomoc blízkých, ale také pomoc nějakého z odborných zařízení (Mahrová, Venglářová, 2008).

Do okruhu služeb, které se mají určitým způsobem starat o duševně nemocné patří kdokoliv, kdo pracuje v nějakém z pomáhajících profesí. Každý sociální pracovník by měl mít velkou psychickou odolnost vůči stresovým situacím, a zároveň také velkou dostupnost informací o místech, kam by klienta poslal, kdyby potřeboval okamžitou odbornou pomoc (Mahrová, Venglářová, 2008).

Komunikace je velmi důležitá při práci s klientem. Velmi důležitá je také podpora a zájem o jeho strasti. Je na vždy na místě, abychom pro klienta vytvořili takové prostředí, ve které se bude cítit co nejlépe, aby se plně otevřel a sdělil nám své pocity, problémy a popsal situaci, ve které se právě nachází (Mahrová, Venglářová, 2008). Duševně nemocný člověk často používá výrazy, které nemusí úplně správně sociální pracovník pochopit. Takoví klienti, jsou většinou často odloučení a opovrhováni společností. Bohužel dopad to má takový, že si opovržení sami zvnitřňují a následně se uzavřou do sebe nebo naopak zvolí útočnost. S tím je pak potřeba patřičně pracovat. Učení se nových věcí je tak neodmyslitelnou součástí každodenního života sociálního pracovníka. Samotná komunikace stojí na důvěře, tudíž je velmi důležité, aby sociální pracovník při práci s klientem uměl dát do rovnováhy individualitu klienta a dosud nabitě vědomosti (Pěč, Probstová, 2009).

Pokud se člověk dostane do takového stavu, kdy si neví rady se svou životní situací, ocitne se tzv. v krizi, nastupuje pomoc zvaná krizová intervence, která často předchází různým terapiím.

### **3.4 Krizová intervence**

Metoda krizové intervence je podle Baštecké (2003, s. 339) vymezena jako: *„způsob chování a jednání pracovníka, který v klientovi navozuje pocity úlevy a vede ho k řešení jeho situace. Zaměřuje se na podnět, který krizovou reakci vyvolal, na pocity, které klient zažívá, na možné zdroje pomoci v klientově okolí a na jeho vlastní síly. Krizová intervence se uplatňuje jak při setkání tváří v tvář, tak prostřednictvím „krizového“ telefonu (linky důvěry).“*

Podle Vodáčkové (2007) je krizová intervence odborná práce s člověkem, který se ocitl v náhlé tíživé životní situaci. Pracovník by měl mít schopnost okamžitého jednání v situacích, kdy je to potřeba. Krizová intervence má preventivní charakter.

Krizovou intervencí může provádět např. psychoterapeut, psychiatr, psycholog, sociální pracovník a pedagog (Zahrajová, 2021). Proces se zaměřuje na spouštěč problému. Klient by nám měl povyprávět nejprve co se stalo. Následně se zapojuje do procesu často i rodina, přátelé a sociální okolí. První fází, ve které tedy zjišťujeme spouštěč problému se nazývá posouzení. Druhá fáze se nazývá plánování, třetí provedení a poslední čtvrtá fáze se nazývá vyhodnocení. Tyto čtyři fáze jsou systémem krizové intervence a vždy jsou prováděny ve stejném pořadí za sebou (Baštecká, 2003).

Oproti tomu Špatenková a kol. (2017) dělí krizovou intervenci pouze do třech fází. První fáze se nazývá zahájení, druhá realizace a třetí ukončení.

V první fázi zahájení je velmi podstatnou částí seznámení se s klientem a vytvoření velmi dobrého a přátelského vztahu. Zároveň je velmi důležité zajistit bezpečné prostředí, ve kterém se klient bude cítit co nejlépe. V první řadě se musí s klientem vytvořit tzv. „zakázka“, která bude obsahovat, čeho chce klient intervencí docílit. V první fázi je tím pádem nejdůležitější, aby se intervent s klientem dohodli, na čem budou po celou dobu spolu pracovat. Následně se může zahájit druhá fáze a tou je realizace. V této fázi se vždy nejprve zjišťuje, co krizi vyvolalo. V realizaci se posuzuje celkový stav klienta, jeho sociabilita, délka trvání krize, a také např. jaké z potíží jsou pro něho nejvíce ohrožující, a které chce vyřešit co nejdříve. Postupně se vytváří plán, jak krizi vyřešit. Je také ale nezbytné ještě zjistit pomoc, která se doposud klientovi dostala. Pomoc může být ze strany rodiny, přátel, známých, ale také odborná pomoc. V této chvíli už klient většinou získává větší přehled o své situaci, zdá se mu jasnější a řešitelnější. Pokud ale nastane situace, kdy klient ještě není schopen sám realizovat plán krizové intervence, resp. aktivity vypracované společně s interventem, dostává se mu samozřejmě pomoci i nadále. Dostávání zpětné vazby v průběhu naplňování plánu klientem je nedílnou součástí krizové intervence. Třetí a poslední fází je ukončení. V té chvíli, kdy je klient schopen si uvědomit příčiny krize a je také schopen ji sám překonat, může být celý proces krizové intervence ukončen (Špatenková a kol., 2017).

Velmi důležité je na závěr vědět, že krize se dá vždy zvládnout, jen je třeba naděje, kterou je nezbytné v klientovi, pokud ji ztratil, obnovit (Špatenková a kol., 2017).

### 3.5 Možnosti terapie u lidí s duševním onemocněním

Jak jsem psala výše, terapiím často předchází krizová intervence. Pokud ale krizová intervence nepomůže, tak dalším krokem k úspěšnému duševnímu zdraví bývají aplikovány různé terapie. Proto bych zde bych uvedla několik základních druhů terapií, které jsou určeny pro klienty s duševním onemocněním. Patří mezi ně např. socioterapie, biologická léčba, psychoterapie a režimová terapie (Mahrová, Venglářová, 2008).

**Socioterapie** zahrnuje soubor různých postupů, jak pozitivně působit na osoby, které se nacházejí v obtížné životní situaci a mohou tak být ohroženy sociální nouzí. Socioterapie se snaží o sociální rehabilitaci a integraci. Nezbytnou součástí této terapie je psychosociální nácvik dovedností, které mají vést nemocného k tomu, aby byl schopný sám řešit svou nepříznivou situaci a převzal veškerou zodpovědnost do vlastních rukou (Matoušek, 2008).

**Biologickou léčbu** provádí pouze psychiatr. Cílem této léčby je vedení klienta k zodpovědnosti o své zdraví. Určitou roli zde ale sehrává i sociální pracovník, který často doprovází klienta k lékaři a podněcuje ho k další spolupráci (Mahrová, Venglářová, 2008).

**Psychoterapie** má na duševně nemocného působit psychologickými prostředky, s cílem odstranit nebo alespoň zmírnit jeho potíže. Psychoterapii může provádět pouze kvalifikovaná osoba (např. psychiatr, psycholog, psychoterapeut). V určitých případech se mohou podílet i vyškolené zdravotní sestry a sociální pracovníci (Kratochvíl, 1997). Nutno podotknout, že psychoterapie má pod sebou řadu směrů. Já bych zde ale upřednostnila jen jeden, a tím je kognitivně behaviorální terapie. Kognitivně behaviorální terapie je osvědčená, a také prokazatelně efektivní. Vyniká oproti jiným směrům psychoterapie také v tom, že je krátkodobá. Její výhodou je také aktivní spolupráce, zaměření na přítomnost a konkrétní ohraničené problémy. Kognitivně behaviorální terapie vede klienta k soběstačnosti a samostatnosti. Velmi důležitou součástí je také vyšetření neboli diagnostika současných způsobů myšlení a chování. Následně se vytvoří postup, který povede klienta ke změně jeho dysfunkčního chování (Orel a kol., 2012).

**Režimová terapie** má pevně stanovený řád. Každý den má jasně strukturovanou osnovu s aktivitami. Mnoho duševně nemocných žije laxním životem, který je plný nudy. Právě díky systematicky vymezeným denním aktivitám, nemají klienti čas na přemýšlení a negativní myšlenky (Mahrová, Venglářová, 2008).



## 4 EMPIRICKÁ ČÁST

Tématem mého výzkumu je prožívání a sociální život u mladého dospělého s depresí. V této výzkumné části se budu zabývat nejdříve metodikou výzkumu, analýzou dat a dále výsledky výzkumného šetření. Styl výzkumu jsem si zvolila kvantitativní, jež byl doprovázen při získávání dat dotazníkovým šetřením (Chráška, 2016).

Duševní zdraví je velmi důležitou součástí života každého člověka. Není tajností, že v dřívějších dobách lidé, kteří trpěli nějakou duševní nemocí, byli často odsouváni společností do ústraní, a neměli tak možnost vyjádřit, jak se cítí, a co vlastně prožívají. Naštěstí je tomu již jinak a duševně nemocní mají příležitost si zajít do různých odborných zařízení k tomu určených a zařadit se tak do běžného života. V dnešní době přibývá zejména tedy mladých lidí, kteří trpí depresí. V tomto kontextu považuji za velmi důležité vědět, co takoví lidé prožívají, a jak jim deprese ovlivňuje sociální život.

### 4.1 Cíl výzkumného šetření

Cílem mé výzkumné části je popsat, jak deprese ovlivňuje prožívání a sociální život z hlediska mladých dospělých.

#### Dílčí cíle

1. Zjistit, jaká tragická událost, je nejčastější příčinou vzniku deprese.
2. Popsat, co dotyční prožívají, když cítí stavy deprese.
3. Zjistit, jak se dotyční vyrovnávají se stavy deprese.
4. Zmapovat, jaké jsou dopady deprese na člověka.

### 4.2 Výzkumný vzorek

Výzkumný vzorek je tvořen 10 respondenty. Cílovou skupinou jsou lidé, kteří se nacházejí ve věku mladé dospělosti, tedy mezi 20–40 lety, a kteří mají diagnostikovanou depresi. Jednalo se tedy o záměrný výběr respondentů, přesněji řečeno anketní (Chráška, 2016). Všechny respondenty, které jsem oslovila, byli z blízkého okolí, tudíž jsem je mohla požádat o spolupráci osobně. Všichni dotazovaní byli předem ústně i písemně informováni, že všechna sdělení, která mi poskytnou, budou zcela anonymní, a poslouží pouze k vypracování mé bakalářské práce.

Celkem tedy 10 respondentů.

Tabulka č. 1 Absolutní a relativní četnosti zastoupeného pohlaví respondentů.

Pohlaví:	Muž	Žena
	4/40 %	6/60 %

2. otázka se týkala věku. Jak jsem psala výše, respondenti byli ve věku mezi 20-40 lety.

Tabulka č. 2 Absolutní a relativní četnosti týkající se vzdělání, rodinného stavu a zaměstnání respondentů.

Vzdělání:	Základní	Vyučen(a) bez maturity	Vyučen(a) s maturitou	Ukončené středoškolské vzdělání	Ukončené vysokoškolské vzdělání
	1/10 %	1/10 %	2/20 %	4/40 %	2/20 %
Rodinný stav:	Ženatý/vdaná	Svobodný/á	V partnerství	Rozvedený/á	Vdovec/vdova
	2/20 %	4/40 %	4/40 %	0/0 %	0/0 %
Zaměstnání:	Jako zaměstnanec	Vlastní firma/živnost	Nezaměstnaný	Student/ka	V domácnosti (na MD)
	4/40 %	1/10 %	2/20 %	3/30 %	0/0 %

### 4.3 Metoda sběru dat

Pro výzkumnou část bakalářské práce jsem zvolila kvantitativní metodu sběru dat. „Úkolem kvantitativního výzkumu je statisticky popsat typ závislosti mezi proměnnými, změřit intenzitu této závislosti apod. Pracuje většinou s velkým souborem respondentů“ (Kutnohorská, 2009, s. 21). Jako výzkumný nástroj kvantitativního šetření jsme zvolili dotazník. Dotazník může být vymezen jako „způsob písemného kladení otázek a získávání písemných odpovědí“ (Gavora in Chráska, 2016, s. 159). Jeho výhodou je časová nenáročnost shromažďování dat od velkého počtu respondentů. Nevýhodou ale může být v některých případech chybná interpretace dat (Chráska, 2016).

Dotazník jsem vypracovala samostatně pod dohledem vedoucí bakalářské práce. Vstupní část vysvětluje účel dotazníku, autorovo jméno, a také sdělení o jejich anonymitě (Gavora, 2000). Dotazník se skládá z 12 otázek, z toho se 5 otázek ptá na demografické údaje, jež slouží k bližší identifikaci dotazovaného. Další 7 otázek je zaměřeno na vlastní depresivní onemocnění a podmínky vzniku této nemoci. Otázky 6, 7 a 10 jsou dichotomické s kombinací

polouzavřené otázky, otázky 8–9 jsou taktéž dichotomické s tím, že na otázku 8-9 je možno popřípadě odpovědět na Likertově škále. V otázce 11 je k odpovědi využitý sémantický diferenciál. Poslední 12. otázka je uzavřená. U otázek 7, 10 a 12 je možnost vybrat i více odpovědí. Jelikož respondentů bylo jen 10, mohli jsme navíc pro zjištění míry deprese u jedinců použít Beckovu stupnici pro hodnocení deprese.

#### 4.4 Design výzkumu

Dotazníkové šetření proběhlo v březnu 2023. Po předchozí domluvě byly dotazníky osobně předány respondentům v tištěné podobě. Výzkum probíhal doma u každého z respondentů, na které jsem osobně dohlížela. Bylo rozdáno celkem 10 dotazníků s návratností 10, úspěšnost tedy je 100 %.

#### 4.5 Analýza dat

Dotazník byl vytvořen v programu Microsoft Word. Výsledky byly zpracovány taktéž pomocí programu Microsoft Word do tabulek. Pro přehlednost je vždy k výsledným tabulkám nejprve uvedena věta, čeho se otázka týkala.

#### 4.6 Výsledky výzkumu

Tabulka č. 3 Absolutní a relativní četnosti týkající se výskytu deprese v rodině.

ANO	NE
3/30 %	7/70 %
<b>Pokud ano, z jaké strany?</b>	
Matka	Otec
3/100 %	0/0 %

Tabulka č. 4 Absolutní a relativní četnosti týkající se výskytu deprese po tragické události.

ANO	NE
7/70 %	3/30 %
<b>Pokud ano, jaká to byla?</b>	
Úmrtí v rodině	2 18,2 %
Úmrtí blízkého přítele	0 0 %
Ztráta zaměstnání	1 9,1 %
Změna životních podmínek	5 45,4 %
Rozchod/rozvod	3 27,3 %

Tabulka č. 5 Absolutní a relativní četnosti týkající se zkušeností s drogami (vyjma alkoholu).

Ano		NE	
6/60 %		4/40 %	
<b>Pokud ano, jak často?</b>			
Stále	Často	Občas	Zřídka
0/0 %	2/33,3 %	1/16,7 %	3/50 %

Tabulka č. 6 Absolutní a relativní četnosti týkající se konzumace alkoholu.

ANO		NE	
9/90 %		1/10 %	
<b>Pokud ano, jak často?</b>			
Stále	Často	Občas	Zřídka
0/0 %	1/11,1 %	5/55,6 %	3/33,3 %

Tabulka č. 7 Absolutní a relativní četnosti týkající se změny života po výskytu deprese.

ANO		NE	
9/90 %		1/10 %	
<b>Pokud ano, jak?</b>			
a)Potíže v zaměstnání	5	12,2 %	
b)Problémy v partnerství	7	17,1 %	
c)Narušené sociální kontakty	6	14,6 %	
d)Neschopnost začlenění se do společnosti	6	14,6 %	
e)Izolace od okolního světa	7	17,1 %	
f)Somatické potíže	4	9,8 %	
g)Neschopnost prožívání jakékoliv radosti	6	14,6 %	

Tabulka č. 8 Absolutní a relativní četnosti týkající se míry pocíťování sociálního problému, pokud někdo zaškrtl v předchozí otázce bod c, d nebo e.

	<b>1 (málo)</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5 (velmi)</b>
Narušené sociální kontakty	1/16,7 %	1/16,7 %	2/33,2 %	1/16,7 %	1/16,7 %
Neschopnost začlenění se do společnosti	0/0 %	0/0 %	4/66,7 %	2/33,3 %	0/0 %
Izolace od okolního světa	0/0 %	1/14,3 %	3/42,9 %	2/28,5 %	1/14,3 %

Tabulka č. 9 Absolutní a relativní četnosti týkající se řešení potíží způsobené depresí (vyjma odborného lékaře).

Chodím na terapie	6	54,5 %
Navštěvuji sociální službu	2	18,2 %
Nijak odborně je neřeším	3	27,3 %

Tabulka č. 10 Absolutní a relativní četnosti týkající se výsledků Beckovy stupnice pro hodnocení deprese.

Normální deprese (0-10)	0	0 %
Mírná deprese (10-20)	1	10 %
Střední deprese (20-40)	9	90 %
Silná deprese (40-60)	0	0 %

## 4.7 Diskuse

Deprese je velmi závažné onemocnění o kterém jsem se chtěla vždy dozvědět více. V odborné publikaci, o které jsem psala již v úvodu, bylo napsáno, že 20 až 25 % lidí zažívá v současné době alespoň některé z příznaků této nemoci (Křivohlavý, 2013). Tento fakt mi utvrdil, že je opravdu potřeba, si o této nemoci něco více zjistit, už z toho důvodu, že nikdy nevíme, zda nepostihne zrovna nás, nebo naše blízké.

Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo popsat, jak deprese ovlivňuje prožívání a sociální život z hlediska mladých dospělých. Měla jsem tu možnost, díky šetření, se dostat blíže k deseti lidem, u nichž byla diagnostikována deprese. Domluvili jsme se na deseti respondentech, jelikož deprese je velmi závažné onemocnění, které bohužel nese i fakt, že jakékoliv mluvení o této nemoci je pro tyto lidi velmi těžké, někdy i nepředstavitelné. Tudíž jsem nesmírně vděčná za to, že respondenti byli v jisté míře otevření, a že mi poskytli všechny informace, které jsem k mému šetření potřebovala vědět.

Díky Beckově stupnici pro hodnocení deprese jsem nejprve dokázala vyhodnotit, jakou mírou deprese respondenti trpí. Zároveň jsem také díky této stupnici mohla nahlédnout do jejich životů a podívat se, co vlastně prožívají a jak jim deprese ovlivňuje život. U 9 z nich vyšlo, že trpí středně těžkou depresí a pouze u 1 člověka vyšla mírná deprese. Můžeme si zde ale položit otázku, zda by se mnou vůbec komunikovali ti lidé, kteří zažívají silnou depresi.

Dále jsme zkoumali výskyt deprese v rodině. Pouze 3 lidé potvrdili, že tohle onemocnění v rodině skutečně mají. Zjistili jsme, že v každém případě se jednalo o depresi pocházející z matčiny strany. Nelze být v tomhle případě zcela objektivní, ale dochází alespoň k částečnému potvrzení skutečnosti, že deprese se objevuje častěji u žen (ČPZP, nedatováno).

Poté jsme sledovali ty faktory, které mohou zapříčinit vyvolání deprese. Zjistili jsme, že většině se opravdu vyskytla deprese po nějaké tragické události. Jak můžeme vidět v tabulce č. 4 vychází, že z položek uvedených v tabulce nejčastěji respondenti označovali jako příčinu své nemoci změnu životních podmínek. Druhou nejčastější odpovědí byl rozvod nebo rozchod. Méně pak označovali úmrtí v rodině nebo ztrátu zaměstnání. Musím podotknout, že když srovnám můj výzkum s výzkumem Praška a kol. (2015), výsledky se mi poněkud rozcházejí. Praško a kol. (2015) považuje za nejčastější příčinu vzniku deprese ztrátu důležité osoby. Změna životních podmínek se v jeho tabulce nejčastějších životních událostí nachází až na 13. místě. Já tady jako příčinu našeho rozchodu vidím v tom, že Praško a kol. (2015) spíše

pracoval s lidmi, kteří trpí těžkou formou deprese, tudíž je pak jasné, že deprese se u těchto lidí musela vyskytnout poté, dalo by se říct, nejhorší tragické události, jako je ztráta důležité osoby. Pokud se ale vrátíme k mém výzkumu, nejčastěji tedy respondenti označovali změnu životních podmínek. Myslím si, že je zcela logické, že dotazovaní označovali nejvíce tuto možnost, jelikož v tomto období, jako je mladá dospělost, lidé zažívají nejvíce životních změn za celý svůj život. Jako příklady mohu uvést hledání a volbu prvního zaměstnání, manželství a následné zakládání rodiny někdy úplně nemusí jít podle našich představ (Říčan, 2004). Je tedy zcela jasné, že tyto změny, navíc pokud se ještě nedaří, mohou být pro někoho tak vyčerpávající a stresující, že mohou člověku snadno vyvolat depresi.

Chtěli jsme také vědět, jestli dotazovaní mají zkušenosti s drogami a alkoholem. 6 respondentů odpovědělo, že mají zkušenosti s drogami. Ptali jsme se také, jak často je užívají. Jak můžeme vidět v tabulce číslo 5, nejvíce se nám dostala odpověď zřídka. Z tabulky č. 6 můžeme vyčíst, že 9 respondentů potvrdilo konzumaci alkoholu. Většina respondentů odpověděla, že jej požívají občasně. Praško a kol. (2015) uvádí, že nadměrná konzumace alkoholu a drog může ve velké míře přispět k vyvolání deprese. Zde si můžeme tedy položit otázku, zda mají tyto 2 faktory vliv na vyvolání deprese u respondentů, když odpověděli, že jsou spíše občasnými konzumenty.

Poté jsme se také snažili zjistit prožívání člověka s depresí. U respondentů převládalo nejvíce období plné posmutnělosti až sklíčenosti, převládaly pocity zklamání a znechucení, podrážděnosti a rozladění, pocity smutku a s tím související plačtivost. U většiny dotazovaných také převládaly pocity viny a dojmy, že vypadají hůře než dříve. Co se týká spánku, respondenti se cítí více unavení než obvykle a také mají značné problémy se spánkem. U každého z respondentů se alespoň jednou objevily obavy z budoucnosti a myšlenky na sebevraždu. Všechny tyto uvedené projevy se shodují s projevy, které považuje Praško a kol. (2015), a také Křivohlavý (2012) jako typické pro depresi. Nutno podotknout, že depresi samozřejmě každý prožívá individuálně a projevy jsou u každého jedince dosti subjektivní.

Jako další faktor jsme zkoumali dopady deprese na člověka. Jak můžeme vidět v tabulce č. 7, 9 respondentů potvrdilo, že jim deprese opravdu nějakým způsobem ovlivnila život. Když jsme se jich následně zeptali jakým způsobem, nejčastěji označovali problémy v partnerství a izolaci od okolního světa. Hned poté následovaly narušené sociální kontakty, neschopnost začlenění se do společnosti a prožívání jakékoliv radosti. V menší míře se tam také objevily potíže v zaměstnání a somatické potíže. V návaznosti na tuto otázku jsme se také zeptali, v jaké

míře pocítují respondenti sociální problémy uvedené v tabulce č. 8 pod bodem c, d nebo e. Nejčastěji dotazovaní označovali na škále od 1 do 5 číslo 3, takže by se dalo říct, že se spíše klonili ke středu. Praško a kol. (2015) považoval taktéž za následek deprese stranění se společnosti a neschopnost člověka prožívat jakoukoliv radost. Bohužel pokud člověk trpí těžší formou deprese, tak se může z vyhýbání se lidem stát naprostá izolace od světa, což je velmi špatné, jelikož si pak nemocný člověk ani nedokáže dojít pro pomoc např. do nějakého ze sociálních zařízení tomu určených nebo na terapii. V největším měřítku označovali respondenti také problémy v partnerství. Studie, která byla zveřejněna v odborném časopisu „*Psychiatrie pro praxi*“ popisuje, že deprese se ve velkém měřítku podepisuje na partnerství potažmo na manželství a navíc ovlivňuje negativním způsobem zdraví člověka. Deprese je v partnerství bezpochyby velká přítěž, ale myslím si, že když má nemocný oporu v protějšku za každé situace, tak se dá zvládnout. Všechny výše zmíněné dopady deprese jsou pro člověka velkým omezením, jak v osobním, tak v sociálním životě, ale pokud se člověk nebojí si říci o pomoc, a léčí se pod dohledem odborného lékaře, je velká šance, že se nemocný uzdraví a opět se zajímá o běžného života.

Jako poslední jsme zkoumali, jak se tito lidé vyrovnávají se stavy deprese. V dotazníku jsme otázku pojali spíše na úrovni odborného řešení jejich potíží. Zjistili jsme, jak můžeme vidět v tabulce č. 9, že nejvíce respondenti označovali první možnost a to chození na terapie. Menší procento lidí řeší své potíže jen pod dohledem odborného lékaře. Jen 2krát se v tabulce objevila ta možnost, že respondenti navštěvují nějakou ze sociálních služeb. Myslím si, že terapie značně přispívá ke zlepšení stavů deprese. Dnes je upřednostňována konkrétně kognitivně behaviorální terapie, jelikož je u ní známá opakovaně prokazatelná efektivita, také cílenost a krátkodobost (Orel a kol., 2012). Z tabulky můžeme vyčíst i to, že větší procento lidí raději řeší své potíže jen s odborným lékařem, než aby navštívili nějakou ze sociálních služeb. Můžeme si zde položit otázku, zda je tahle skutečnost způsobena nedostatečným povědomím o těchto podpůrných organizacích nebo spíše držením se zpět od využití této možnosti.

Co se týká limitů mé bakalářské práce, tak za hlavní limit považuji malý soubor. Jsem si vědoma, že výzkum je napasován jen na malý počet lidí, ale zároveň vím, že osoby trpící depresí je velmi těžké sehnat, jelikož málokdo se přiznává, že trpí právě depresí. Druhým limitem mé práce může být to, že jsem se dostala jen k těm lidem, kteří trpí středně těžkou formou deprese, proto mohou být mé výsledky trochu jiné oproti např. Praškovi a kol. (2015) který pracoval spíše s lidmi trpící silnou depresí. Na druhou stranu ale pochybuji, že by se mnou osoby trpící silnou depresí vůbec promluvili.



## 4.8 Závěr

Hlavním tématem mé práce je prožívání a sociální život u mladého dospělého s depresí. Práce si klade za cíl popsat, jak deprese ovlivňuje prožívání a sociální život z hlediska mladých dospělých. K dosažení daného cíle napomohly dílčí cíle, které jsou zjistit, jaká tragická událost, je nejčastější příčinou vzniku deprese, popsat, co dotyčný prožívá, když cítí stavy deprese, zjistit, jak se dotyčný vyrovnává se stavy deprese a zmapovat, jaké jsou dopady deprese na člověka.

Na základě výsledků výzkumu lze konstatovat tyto závěry. Zjistili jsme, že u 70 % respondentů se deprese vyskytla po tragické události. Jako příčinu své nemoci nejčastěji respondenti označovali změnu životních podmínek, rozvod popř. rozchod a dále pak úmrtí v rodině. Zjistili jsme také, že když člověk cítí stavy deprese, prožívá období plné posmutnělosti až sklíčenosti, zažívá pocity zklamání a znechucení, podrážděnosti a rozladění, a také zvýšenou plačtivost. U většiny dotazovaných také převládaly pocity viny a dojmy, že vypadají hůře než dříve. Co se týká spánku, respondenti se cítí více unavení než obvykle a také mají značné problémy se spánkem. U každého z respondentů se objevily obavy z budoucnosti a myšlenky na sebevraždu. Více než polovina respondentů se vyrovnává s depresí tak, že chodí na terapie. Co se týká dopadů deprese na člověka, nejčastěji dotazovaní označovali izolaci od okolního světa dále pak narušené sociální kontakty, neschopnost začlenění se do společnosti a neschopnost prožívat jakoukoli radost.

Cíle výzkumné části mé bakalářské práce byly splněny. Z šetření vyplývá, že deprese je velmi závažné onemocnění, které každý prožívá úplně jinak a ve velké míře narušuje sociální život. I když se objevují shodné elementy, je velmi důležité k takovým lidem přistupovat zcela individuálně. Příjemným zjištěním pro mě bylo, že více než polovina respondentů řeší své potíže kromě odborného lékaře také terapií. Zvyšuje se tím totiž šance, že se člověk z takového těžkého psychického onemocnění dostane rychleji.

## 5 Seznam použité literatury

BAŠTECKÁ, Bohumila. *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-735-3.

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. ISBN 8085931796.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X.

HOSÁK, Ladislav, Michal HRDLIČKA a Jan LIBIGER. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2998-8.

CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: Základy kvantitativního výzkumu*. 2. aktualizované vydání. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-271-9225-0.

JEDLIČKA, Richard. *Poruchy socializace u dětí a dospívajících: Prevence životních selhání a krizová intervence*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5981-4.

KRATOCHVÍL, Stanislav. *Základy psychoterapie: směry, metody, výzkum*. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-179-7.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak zvládat depresi. 3., aktualizované a rozšířené vydání*. Praha: Grada, 2013, Psychologie pro každého. ISBN 978-80-247-3874-1.

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

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-6654-6.

LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2. aktualizované vydání. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1284-0.

MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. ISBN 8024721385.

MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, c2006. Sestra. ISBN 80-247-1151-6.

MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. 2.vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-368-0.

- MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Základy sociální práce*. 2. vydání. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-331-4.
- NAKONEČNÝ, Milan. *Lexikon psychologie*. Praha: Vodnář, 1995. ISBN 80-85255-74-X.
- OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. Praha: Grada, 2012. Psyché. ISBN 978-80-247-3737-9.
- PĚČ, Ondřej a Václava PROBSTOVÁ. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-253-3.
- PRAŠKO, Ján, Hana PRAŠKOVÁ a Jana PRAŠKOVÁ. *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2015. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-262-0859-4
- ŘEZNÍČEK, J. *Metody sociální práce*. Praha: SLON, 2000. ISBN 80-85850-00-1.
- ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem: Přepřacované vydání*. 2. vydání. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-829-5.
- STUHLÍKOVÁ, Iva. *Základy psychologie emocí*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-553-9.
- STYRON, William. *Viditelná temnota: paměti šílenství*. Praha: Portál, 1990. ISBN 978-80-262-0946-1.
- ŠPATENKOVÁ, Naděžda a kolektiv. *Krize a krizová intervence: průběh krize, psychologická první pomoc, proces krizové intervence, krize jako šance a/nebo ztráta*. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-247-5327-0.
- THOROVÁ, Kateřina. *Vývojová psychologie: Proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0714-6.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004. ISBN 9788073674144.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. 3. vydání. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-678-0.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie I.: Dětství a dospívání*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0956-8.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.: Dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.

VODÁČKOVÁ, Daniela. *Krizová intervence: Krize v životě člověka, formy krizové pomoci a služeb*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-696-9.

### **Internetové zdroje:**

ČESKÁ PRŮMYSLOVÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA: *Deprese se musí léčit* [online]. [cit. 2023-02-08]. Dostupné z: <https://www.cpzp.cz/clanek/2315-0-Deprese-se-musi-lecit.html>

KESSLER a BROMET. *Souvislost mezi sociálním prostředím dětství a dospívání a depresí v mladém dospělosti: Prospektivní kohortová studie* [online]. 2013 [cit. 2023-02-10]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032722002166>

KRAJSKÝ ÚŘAD ZLÍNSKÉHO KRAJE: *Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb ve Zlínském kraji pro období 2016–2018* [online]. [cit. 2023-01-11]. Dostupné z: <https://www.kr-zlinsky.cz/strednedoby-plan-rozvoje-socialnich-sluzeb-2016-2018-prodlouzeno-do-2019--cl-3630.html>

PSYCHIATRIE PRO PRAXI: *Partnerský vztah a deprese* [online]. 29. 6. 2020, 90-95 [cit. 2023-04-11]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2020/02/06.pdf>

10. REVIZE MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ: *afektivní poruchy (afektivní nálady)* [online]. 2023 [cit. 2023-01-28]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F30-F39>

SCHWEITZER, Albert. *Databazeknih.cz: citáty* [online]. [cit. 2023-01-26]. Dostupné z: <https://www.databazeknih.cz/citaty/albert-schweitzer-6830?id=2>

SMUTNÁ, Marie. *Systémová podpora profesionálního výkonu sociální práce: role sociálního pracovníka* [online]. 2014 [cit. 2023-01-28]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Smutna.pdf/c7b588dc-251c-67d7-0375-060fc7ff1aa4>

SOCIÁLNÍ SLUŽBY: *Druhy sociálních služeb* [online]. 28.7.2020 [cit. 2023-01-11]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/socialni-sluzby-1>

ZAHRAJOVÁ, Martina. *Krizová intervence tu může být pro každého z nás: co je to krizová intervence?* [online]. 15.11.2021 [cit. 2023-01-17]. Dostupné z: <https://pestalozzi.cz/krizova-intervence-tu-muze-byt-pro-kazdeho-z-nas/>

## 6 Seznam příloh

### Příloha č. 1 – Nejčastější životní události

<b>Událost</b>	<b>Body</b>
Úmrtí partnera/partnerky	100
Úmrtí blízkého člena rodiny	63
Úraz nebo vážné onemocnění	53
Ztráta zaměstnání	47
Odchod do důchodu	45
Změna zdravotního stavu člena rodiny	44
Sexuální obtíže	39
Změna finančního stavu	38
Úmrtí blízkého přítele	37
Závažné neshody s přítelem	35
Konflikty se zetěm/snachou	29
Manžel/manželka končí se zaměstnáním	26
Změna životních podmínek	25
Změna životních zvyklostí	24
Změna bydliště	20
Změna rekreačních aktivit	19
Změna sociálních aktivit	18
Změna spánkových zvyklostí a režimu	16
Změny v širší rodině (úmrtí, sňatky)	15
Vánoce	12

(Praško a kol., 2015, s. 62)

Příloha. č. 2 - Rozdělení a přehled antidepresiv, které se mohou k léčbě deprese užívat.

- **Tricyklická a tetracyklická antidepresiva** – tato antidepresiva jsou doporučena spíše k léčbě těžší formy deprese a depresivních stavů. Bohužel však v sobě nesou mnoho nežádoucích účinků jako je například zácpa, urologické problémy, ospalost, snížení krevního tlaku apod. Např. imipramin, dosulepin, dibenzepin a další.
- **IMAO (inhibitory monoaminoxydázy)** – charakteristickou vlastností tohoto druhu antidepresiv je to, že působí i tehdy, když ostatní jiné léky působící na této bázi neúčinkují. Do této skupiny léků patří pouze tranlycypromin. Jedinou nevýhodou je to, že dotyčný, pokud mu byly předepsány tyto léky, musí držet přísnou dietu.
- **RIMA (reverzibilní inhibitory monoaminoxydázy)** – fungují v podstatě na stejné bázi jako IMAO. Rozdíl je akorát v tom, že není potřeba dodržovat žádná speciální dieta, jako tomu bylo u výše zmíněných antidepresiv. Patří sem pouze moclobemid.
- **SSRI (inhibitory zpětného vychytávání serotoninu)** – tato skupina patří mezi nejpoužívanější antidepresiva při léčbě deprese. Mohou se aplikovat na každý druh depresivní poruchy. Nemají skoro žádné nežádoucí účinky, kromě snížení libida po delší době užívání. Např. sertralin, paroxetin, fluoxetin aj.
- **TIANEPTIN (Coaxil)** – stejně jako výše zmíněné skupiny antidepresiv má i tato skupina podobné účinky. V tomto případě jde ale spíše o tzv. „antistresovou látku“, která odbourává následky způsobené dlouhodobým stresem.
- **NEJNOVĚJŠÍ ANTIDEPRESIVA** – minimum nežádoucích účinků, velmi silně působící. Např. mirtazapin, trazodon, reboxetin aj.

### Příloha č. 3 – Dotazník

Vážený respondenti,

jmenuji se Nikola Vyoralová a ráda bych Vás požádala o vyplnění následujícího dotazníku, jehož výsledky použiji pro zpracování praktické části mé závěrečné bakalářské práce s názvem „Prožívání a sociální život u mladého dospělého s depresí.“ V této souvislosti Vám zaručuji naprostou anonymitu.

Předem moc děkuji za Vaši ochotu a čas, strávený nad tímto dotazníkem.

#### **1. Pohlaví:**

1. žena
2. muž

#### **2. Věk.....let**

#### **3. Dosažené vzdělání:**

1. základní
2. vyučen(a) bez maturity
3. vyučen(a) s maturitou
4. ukončené středoškolské vzdělání
5. ukončené vysokoškolské vzdělání

#### **4. Rodinný stav:**

1. ženatý/vdaná
2. svobodný(á)
3. v partnerství (ne manželství)
4. rozvedený(á)
5. vdovec/vdova

#### **5. Zaměstnání:**

1. zaměstnaný(á) - jako zaměstnanec
2. zaměstnaný – vlastní živnost/firma
3. nezaměstnaný(á)
4. student/ka
5. v domácnosti (např. na MD)



## 6. Výskyt deprese v rodině

1. ANO
2. NE

**Pokud ano, uveďte, z jaké strany (matčiny, otcovy) .....**

## 7. Vyskytlo se u vás tohle onemocnění po nějaké tragické události? (označte i více odpovědí)

1. ANO
2. NE

**Pokud ano, jaká to byla?**

- a. úmrtí v rodině
- b. úmrtí blízkého přítele
- c. ztráta zaměstnání
- d. změna životních podmínek
- e. rozchod/rozvod
- f. jiné (napište událost) .....

## 8. Máte zkušenosti s nějakými drogami? (vyjma alkoholu)

1. ANO
2. NE

**Pokud ano, jak často jste je užíval(a)?** stále – často – občas – zřídka

## 9. Konzumujete alkohol?

1. ANO
2. NE

**Pokud ano, jak často?** stále – často – občas – zřídka

**10. Změnila vám deprese nějakým způsobem život? (označte i více odpovědí)**

1. ANO
2. NE

**Pokud ano, jak?**

- a. potíže v zaměstnání/škole
- b. problémy v partnerství
- c. narušené sociální kontakty
- d. neschopnost začlenění se do společnosti
- e. izolace od okolního světa
- f. somatické potíže
- g. neschopnost prožívání jakékoliv radosti
- h. jiné (napíšte).....

**11. Pokud jste v předchozí otázce zaškrtna bod c, d nebo e, v jaké míře pociťujete tento sociální problém? (prosím, vyjádřete na škále):**

-narušené sociální kontakty      **málo** ① ② ③ ④ ⑤ **velmi**

-neschopnost začlenění se do společnosti      **málo** ① ② ③ ④ ⑤ **velmi**

-izolace od okolního světa      **málo** ① ② ③ ④ ⑤ **velmi**

**12. Jak řešíte kromě odborného lékaře své potíže? (označte i více odpovědí)**

1. chodím na terapie
2. navštěvuji nějakou ze sociálních služeb
3. nijak jinak odborně je neřeším

## Příloha č. 4 – Beckova stupnice pro hodnocení deprese

### BECKOVA STUPNICE PRO HODNOCENÍ DEPRESE<sup>1</sup>

Beckův depresivní inventář (Beck a kol. 1961)

Jméno a příjmení: .....

Datum: .....

Máte před sebou dotazník obsahující skupiny různých tvrzení. Nejprve si v každé skupině přečtete všechna tvrzení, a pak si vyberte to, které Vás nejlépe charakterizuje v posledním týdnu (včetně dneška) a jeho číslo zakroužkujte. Pokud Vám vyhovuje více tvrzení (popřípadě Vám nevyhovuje žádné), zatrhnete to, které se blíží nejvíce.

#### Beckův inventář deprese:

1. 0 - Necítím se smutný (á).  
1 - Cítím se posmutnělý (á), sklíčený (á).  
2 - Jsem stále smutný (á) a smutku se nedokážu zbavit.  
3 - Jsem tak nešťastný (á), že to nemohu snést.
2. 0 - Přilíší se budoucnosti neobávám.  
1 - Budoucnosti se obávám.  
2 - Vidím, že se už nemám na co těšit.  
3 - Vidím, že budoucnost je beznadějná, má situace se nemůže zlepšit.
3. 0 - Nemám pocit nějakého životního neúspěchu nebo smůly.  
1 - V životě jsem měl(a) více smůly a neúspěchu než obvykle mají jiní lidé.  
2 - Vidím, že můj dosavadní život byl jen řadou neúspěchů.  
3 - Vidím, že jsem jako člověk [otec, matka, manžel(ka)] plně selhal(a).
4. 0 - Jsem v podstatě spokojen(a).  
1 - Věci mě už netěší tak, jako dříve.  
2 - Nic mi již nepřináší uspokojení.  
3 - Ať dělám cokoliv, jsem nespokojen(a).
5. 0 - Netrpím pocity viny.  
1 - Často mívám pocity viny.  
2 - Hodně často mívám pocity viny.  
3 - Stále trpím pocity viny.
6. 0 - Nemám pocit, že bych měl(a) být za něco potrestán(a).  
1 - Mám pocit, že bych mohl(a) být za něco potrestán(a).  
2 - Očekávám, že budu nějak potrestán(a).  
3 - Víím, že budu potrestán(a).
7. 0 - Necítím se příliš zklamán(a) sám (sama) sebou.  
1 - Zklamal(a) jsem se v sobě.  
2 - Jsem dosti znechucen(a) sám (sama) sebou.  
3 - Nenávidím se.
8. 0 - Necítím se horší než kdokoliv jiný.  
1 - Mám spoustu nedostatků a dělám hodně chyb.  
2 - Stále si vyčítám všechny své chyby.  
3 - Za všechno špatné mohu já.
9. 0 - Nepřemýšlím o sebevraždě.  
1 - Někdy pomýšlím na sebevraždu.  
2 - Často přemýšlím o sebevraždě.  
3 - Kdybych měl(a) příležitost, tak bych si vzal(a) život.
10. 0 - Nepláču více než obvykle.  
1 - Pláču nyní častěji než předtím.  
2 - Pláču nyní stále, nedokážu přestat.  
3 - Nemohu už ani plakat.
11. 0 - Nejsem nyní podrážděnější více než obvykle.  
1 - Jsem často podrážděný (á) a rozladěný (á).  
2 - Jsem stále podrážděný (á) a rozladěný (á).  
3 - Nemohu se již rozčílit ani věcmi, které mě dříve rozčillovaly.

12. 0 - Neztratil(a) jsem zájem o ostatní lidi.  
 1 - Mám menší zájem o ostatní lidi.  
 2 - Ztratil(a) jsem většinu zájmu o ostatní lidi.  
 3 - Ztratil(a) jsem všechno zájem o ostatní lidi.
13. 0 - Dokážu se většinou v běžných situacích rozhodnout.  
 1 - Odkládám svá rozhodnutí častěji než dříve.  
 2 - Mám značné potíže v rozhodování.  
 3 - Vůbec se nedokážu rozhodnout.
14. 0 - Nemám větší starosti se vzhledem než dříve.  
 1 - Mám starosti, že vypadám už dost staře a neatraktivně.  
 2 - Mám dojem, že se můj zevnějšek značně zhoršil, vypadám dost nepěkně.  
 3 - Mám pocit, že vypadám hnusně až odpudivě.
15. 0 - Práce mi jde jako dříve.  
 1 - Musím se nutit, když chci začít něco dělat.  
 2 - Dá mi velké přemáhání, abych cokoliv udělal(a).  
 3 - Nejsem schopna (schopna) jakékoliv práce.
16. 0 - Spím stejně dobře jako dříve.  
 1 - Nespím již tak dobře jako dříve.  
 2 - Probouzím se o hodinu až dvě dříve než obvykle a nemohu pak již spát.  
 3 - Denně se probouzím předčasně a nedokážu spát více než 5 hodin denně.
17. 0 - Necítím se unavenější než dříve.  
 1 - Unavím se snadněji než dříve.  
 2 - Téměř všechno mě unavuje.  
 3 - Únava mi zabraňuje cokoliv dělat.
18. 0 - Mám svou obvyklou chuť k jídlu.  
 1 - Nemám takovou chuť k jídlu jako dříve.  
 2 - Mám mnohem menší chuť k jídlu.  
 3 - Zcela jsem ztratil(a) chuť k jídlu.

19. 0 - V poslední době jsem nezhubnul(a).  
 1 - V poslední době jsem zhubl(a) o více než 2,5 kg.  
 2 - V poslední době jsem zhubl(a) o více než 5 kg.  
 3 - V poslední době jsem zhubl(a) o více než 7,5 kg.
20. 0 - Nestarám se o své zdraví více než obvykle.  
 1 - Nyní mi dělají starosti různé bolesti po těle, žaludek, zácpa, srdce apod.  
 2 - Velice často myslím na tělesné obtíže.  
 3 - Moje bolesti a těžkosti mě zcela vyčerpávají.
21. 0 - Nepozoruji snížení zájmu o sex.  
 1 - Mám menší zájem o sex než dříve.  
 2 - Mám o hodně menší zájem o sex než dříve.  
 3 - Ztratil(a) jsem úplně zájem o sex.

**SOUČET:** .....

**BECKŮV DEPRESIVNÍ INVENTÁŘ**  
**(21-položkový dotazník, určení ke zjištění míry deprese).**

Pacient zakroužkuje v každé položce (1 až 21) číslo, které nejvíce odpovídá jeho současným pocitům, myšlenkám, stavu apod. Je možno vyplňovat pravidelně (např. dvakrát týdně), aby bylo možno sledovat depresi.

**HODNOCENÍ:**

- 0 - 10 normální nálada
- 10 - 20 mírná deprese
- 20 - 40 střední deprese
- 40 - 60 silná deprese

**U pacientů, kteří mají skóre vyšší než 40, je nepravděpodobné, že bude účinná pouze kognitivní terapie.**