

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

Bakalářské prezenční studium
2009 – 2012

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Linda Hetešová

Začarovaný kruh deprese

Praha 2012

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Marie Vacínová, CSc.

COMENIUS UNIVERSITY PRAGUE

Bachelor Full-Time Studies
2009 - 2012

BACHELOR THESIS

Linda Hetešová

Začarovaný kruh deprese

Prague 2012

The bachelort Thesis Work Supervisor:

PhDr. Marie Vacínová, CSc.

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 24. 2. 2012

Linda Hetešová

Poděkování

Chtěla bych poděkovat svému vedoucímu bakalářské práce PhDr. Marii Vacínové, CSc. za odborné vedení, za pomoc a rady při zpracování této práce.

Anotace

Má bakalářská práce se zabývá problematikou deprese. Co se týká teoretické části, věnujeme se samotnému pojmu deprese, co to vůbec deprese je, jejími příčinami, příznaky, průběhem nemoci a léčbou. V další části práce si vysvětlíme poruchy, jako jsou bipolární afektivní porucha, periodická depresivní epizoda, poporodní deprese atd. a následně pak rozebereme depresi projevující se u dětí. Samostatná část mé práce se pak zaměřuje na různé terapie, které pomáhají při léčbě deprese a také na proces zvládnání této nemoci.

V praktické části pak dokumentuji pomocí rozhovorů s lidmi trpící touto nemocí, jak se tito lidé cítí, jak nemoc vnímají, jak se u nich deprese projevuje a jak s nemocí bojují.

Klíčové pojmy

antidepresiva, depresivní porucha, duševní onemocnění, léčba, melancholie, psychoterapie, smutek, stigma, suicidalita, úzkost, negativní myšlení, rozhovory

Annotation

My bachelor's thesis is concerned with the question of depression. In the theoretical part, I will discuss the concept of depression as such, namely, what depression is, its causes, symptoms, the course of the disorder and the available treatment methods. Among others, I will examine disorders such as bipolar affective disorder, recurrent depressive episode or post-natal depression. I will also discuss depression in childhood. I will further focus on various therapies developed to treat depression.

I would also like to elaborate on the processes of coping with the disorder. In the practical part, I will conduct interviews with people suffering from depression in order to attempt to establish the way they feel, how they perceive the disorder and how they fight their illness.

Key words

antidepressant drug, depressive disorder, mental illness, medication, melancholy, psychotherapy, sadness, stigma, suicidal ideation, anxiety, negative thinking

OBSAH

ÚVOD	1
TEORETICKÁ ČÁST	
1. Deprese	4
1.1 Pojem deprese	4
1.2 Příčiny duševních nemocí.....	6
1.3 Příznaky deprese	9
1.3.1 Sebehodnocení dle Atkinsonové	11
1.4 Průběh nemoci	12
2. Formy deprese.....	13
2.1 Depresivní epizoda.....	13
2.2 Dystymie.....	15
2.3 Primární a sekundární deprese	15
2.4 Rekurentní depresivní epizoda	16
2.5 Sezónní afektivní porucha.....	16
2.6 Bipolární afektivní porucha.....	17
2.6.1 Příběh	18
2.7 Cyklotymie	21
2.7.1 Příběh.....	19
2.8 Poporodní deprese.....	22
2.9 Ukázka chorobopisu	23
3.Léčba	25
3.1 Farmakologická léčba	23
3.2 Rozhovor.....	28
Tab. 2 přehled antidepresiv	29
Tab. 3 přehled SSRI	30
Tab. 4 přehled nejdůležitějších vedlejších účinků antidepresiv.....	31
3.3 Léčba spánkem.....	33
3.4 Léčba prací.....	33
3.5 Psychoterapie.....	34
4. Vyšetřovací metody.....	35
4.1 Zásady při jednání s pacientem.....	35
5. Deprese v dětském věku.....	37
5.1 Příčiny vzniku onemocnění a jeho prognóza.....	37
5.2 Příznaky deprese v dětském věku.....	38
6. ZÁVĚR.....	41
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	43
SEZNAM OBRÁZKŮ.....	46
SEZNAM TABULEK.....	46
SEZNAM PŘÍLOH	47
PRAKTICKÁ ČÁST	
PŘÍLOHY	I
PŘÍLOHA A -PŘÍBĚH 2.6.1.....	I
PŘÍLOHA B -PŘÍBĚH 2.7.1.....	II
PŘÍLOHA C -ROZHOVOR.....	IV
PŘÍLOHA D – ROZHOVOR- PANÍ S.....	VIII

PŘÍLOHA E – ROZHOVOR -PANÍ V.....	XI
PŘÍLOHA F- ROZHOVOR-PAN K.....	XV
PŘÍLOHA G - BECKOVA STUPNICE PRO POSUZOVÁNÍ ZÁVAŽNOSTI DEPRESE.....	XIX

ÚVOD

Duševní poruchy jako takové jsou nám všem velmi dobře známy. Jedná se o určitou a poměrně širokou škálu nemocí, s nimiž se setkáváme. Faktem ale je, že duševní porucha není obyčejnou nemocí. Duševně nemocný člověk, je úplně jinak nemocný, než tělesně nemocný člověk. Pro většinu lidí je duševně nemocný člověk slabý, neschopný, člověk s vadami.

Neznalí lidé se takového člověka většinou bojí, protože jeho chování je mnohdy nekontrolované a nepředvídatelné. Nikdy nevíme, co od duševně nemocného člověka čekat a může se nám zdát pro nás až nebezpečný. Lidé trpící duševními nemocemi ale velmi trpí a dochází ke stigmatizaci.

Právě toto stigma u duševně nemocného pacienta je spojováno s emocemi a posilováno současnou společností a danou kulturou. Důležitou roli zde hrají také média, která určitým způsobem také utvářejí postoje k duševním nemocím.

Média velmi často v rámci zvýšení čtivosti a dramatičnosti uváděných zpráv používají často nevhodné psychologické a psychopatologické termíny, pro popsání různých jevů. (např.: doba je nervózní, strana reaguje hystericky, situace je schizofrenní).¹

K obecnému pojetí o duševních poruchách neprospívá také skutečnost, že v televizi každý den běží filmy plné sexuálních deviantů a vrahů psychicky labilních. Dále se také na tom podílejí různé informace z doslechu, literatura a necitlivé poznámky v prosté mluvě.

Stigmatizace jako taková má velmi špatný a negativní dopad na pacienta a na jeho léčbu. I v dnešní době se hodně praktických lékařů cítí špatně a nejistě, když má svému pacientovi doporučit psychologickou pomoc nebo jen radu, případně léčbu.

¹ MALÁ, Eva. PAVLOVSKÝ, Pavel. Psychiatrie, 1. vyd., Praha: Portál, 2002, s. 2., ISBN 80-7178-700-0.

Většina duševních poruch je pro člověka, nezasvěceného do problému nepochopitelných. Obavy a úzkost si dáváme do kontextu s nespolečenskými otázkami a sociálně negativními jevy. Toto může přispívat ke konfliktním situacím.

Psychické problémy se mnohdy a velmi často objeví v produktivním věku a dohánějí nás k dlouhodobým nepříjemným hospitalizacím, sociálnímu selhávání, ke zmíněným pracovním neschopnostem a to vše vede ke zvýšenému množství invalidních důchodů. Psychická nemoc jedince má dopad na rodinu, na okolí, na děti a na příbuzné. Má také ekonomický dopad na jedince.²

„Švédská královna Sylvie k vyhlášení roku 2001 Rokem duševního zdraví pro každého napsala: „Duševní nepohoda a duševní porucha je výrazným břemenem a utrpením pro pacienty jejich rodiny, děti, příbuzné a přátele, ale i pro společnost i, která je postižena jako celek. Je nutné prolomit prostředí ticha strachu, ve kterém se lidé chovají tak, jak se chovají v ostatních situacích vzbuzujících obavy, tedy vyhýbají se psychiatrickým pacientům, bojují s nimi, nebo si z nich dělají legraci.

Ke změně by se mělo dojít výukou, odpovědností, informovaností, osvětou. Světová zdravotnická organizace spolupracující s mnoha organizacemi, společenskými seskupeními, náboženskými skupinami, jedinci a rodinami si dala za úkol, že pomůže rozšířit vědomosti, zpochybnit stigmata, zmírnit diskriminaci, humanizovat psychiatrické služby a zplnohodnotnit pacienty ve společnosti a celém světě. Proto základní psychiatrické vzdělání umožní každému zdravotníkovi zvládat náročnou (zvláště ošetrovatelskou) péči jak na psychiatrii, tak v jiných medicínských oborech. “(MALÁ, PAVLOVSKÝ, 2002, s. 2)

Specifickým druhem duševních poruch je deprese. Obecně se soudí, že dvě hlavní příčiny vyvolávající depresi jsou faktory sociální a biologické.

² MALÁ, Eva. PAVLOVSKÝ, Pavel. Psychiatrie, 1. vyd., Praha: Portál, 2002, s. 2-5, ISBN 80-7178-700-0.

V poslední době se dostávají v rozvinutých zemích do popředí faktory sociální, v důsledku rychlého civilizačního rozvoje, které vyvíjí na jedince enormní tlak. Konkrétně jde například o strach ze ztráty zaměstnání, boj o finanční ohodnocení, u živnostníků strach o zakázky, špatná rodinná situace a podobně.

Depresi, jako duševní poruchu jsme si zvolila jako téma mé bakalářské práce, protože mám pocit, že v poslední době v mém okolí přibývá lidí trpících touto psychickou poruchou, a jelikož studuji obor řízení lidských zdrojů a v budoucnu budu pracovat s lidmi, budu se i s touto chorobou setkávat. Doufám však, že jen v té nejmenší míře.

1. DEPRESE

1.1 Pojem deprese

Deprese jako taková je nemoc jako všechny ostatní. Deprese není špatná nálada nebo splín. Je to nemoc, která zasáhne celý organismus. Deprese je určitým způsobem léčitelná. Pokud se ale neléčí, dochází ke ztrátě výkonnosti, člověk ztrácí radost, ze života, a také se to odráží na naší fyzické stránce. Význam slova deprese můžeme najít v latinském původu. (doslova de = dolů a premere = tlačit) Slovo deprese si v současné době může vysvětlit např. jako: oslabení, sklíčení (např.: oslabená aktivita). Samotné slovo deprese pak znamená pokles, stísněnost, sklíčenost, krizi, stagnaci, ustrnutí.³

Když se ale řekne deprese, většina lidí si představí melancholii, letargii, apatii nebo lhostejnost.

Deprese se projevuje narušením a poruchou nálady. Jedná se o poměrně častou duševní poruchu, která narušuje náš psychický stav, tělesný stav. Dále se vyznačuje vysokou suicidalitou, ztrátou potěšení. Depresivní člověk není schopen se z ničeho radovat, není schopen dělat pořádně žádnou činnost, přetrvává u něj celková nechuť k životu, a to vede až k sociální izolaci. Člověk trpící depresí není schopen komunikovat, pomaleji přemýšlí, na vše má ten nejpesimističtější pohled, trpí nespavostí, nejí a je celkově unavený.⁴

V současné době se také začal používat termín somatický syndrom. Somatický syndrom se vyznačuje velmi těžkými příznaky deprese. V tomto případě se jedná o velmi těžký úbytek zájmů, ztrátu sexuální aktivity a nechutenství. Obtíže se nejvíce objevují ráno a odpoledne.

³ KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Jak zvládat depresi: Psychologie pro každého. 2. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2003. s. 13, ISBN 8024705753,.

⁴ PEACOCK, Judith; CASEY, Jackie. Depression : Perspectives on Mental Health Series. Minnesota, Mankato : Capstone Press, 2000, s. 7, ISBN 0736804358

Depresi můžeme rozdělit na tři fáze. Na mírnou, kdy je jedinec schopen pracovat a sociálně fungovat. Na střední, kdy už pacient těžko zvládá denní aktivity a pracovat. A na těžkou depresivní fázi, kde převládají pocity viny, jedinec je velmi utlumený a má myšlenky na sebevraždu. Jedinec není způsobilý k práci, není si schopný dojít sám nakoupit, mohou se objevovat halucinace a bludy.

Také bych se chtěla zmínit o pojmu cyklotymie. Cyklotymie je období mírné deprese a projevuje se permanentní nestálostí nálady. Terapie je zde velmi náročná a dlouhodobá.⁵

Jak vůbec poznám, že mám depresi? Skleslost a smutek, který občas každý z nás pocítí, jsme se naučili očekávat a žít s ním. Zde jsme ale malý krok od mírné deprese. Dnes deprese není tolik tabu, jako ještě před pár lety, kdy se o této nemoci skoro nemluvalo, a proto dříve lidé ani třeba nepoznali, že deprese trpí, a nevěděli, co se s nimi děje. Depresi poznat je ale poměrně složité i dnes. Lidé jsou zmatení, neví, co se s nimi děje, proč si najednou nerozumí s ostatními, a neví, jak se s deprezí vypořádat. Jasně a přesné symptomy deprese uvádím níže.⁶

⁵ KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Jak zvládat depresi: Psychologie pro každého. 2. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2003, s. 19-23, ISBN 8024705753.

⁶ ATKINSONOVÁ, Sue. Jak zdolat skálu jménem deprese: Praktický průvodce pro lidi trpící deprezí. 1. vyd. Praha: Albatros, 2005. s. 16, ISBN 80-00-01544-7.

1.2 Příčiny duševních nemocí

Abychom duševně nemocné byli schopni správně léčit, je třeba znát to nejdůležitější, a to příčinu nemoci. Příčiny samotné můžeme rozdělit do čtyř skupin. Biologické, což jsou genetické faktory, infekce, intoxikace, somatická onemocnění jako je: nedostatek vitamínů a různá srdeční, ledvinová onemocnění atd. Fyzikální a chemické příčiny, mezi ty nejčastější patří poporodní traumata, úrazy hlavy a intoxikace léky nebo drogami. Sociální příčiny, kam řadíme citové strádání, nadměrná striktnost rodičů, nebo naopak rozmazlování.

Vlivy prostředí, jako jsou různé životní události, rozvod rodičů, úmrtí v rodině, vliv pracovního prostředí, šikana ve škole, finanční stresory atd. Například schizofrenie má kořeny dle I. P. Pavlova v nervové soustavě, která je slabá. Slabost nervové soustavy může být jak vrozená, tak postupem času získaná díky nějakému onemocnění, úrazu, otravě atd. Pohybuje-li se člověk ale v příznivých podmínkách, nervová slabost se vůbec projevit nemusí. Naopak všechny vnější vlivy jako je společnost, prostředí atd. řadíme k zevním příčinám. Tyto vlivy kladou určité nároky na člověka, který se musí přizpůsobit, a to nemá pozitivní vliv na naší nervovou soustavu. Na člověka působí různé rány mysli, konfliktové a neřešitelné situace, traumata, se kterými se člověk těžko vypořádává, a naše nervová soustava to není schopna zpracovat, tak jak bychom chtěli. Takový stav ale může způsobit i málo odpočinku, přepracovanost, nejistota a drobné konflikty.⁷

Dále určitou roli zde hraje i genetika, dědičnost, naše osobnost, kdy větší riziko onemocnění duševní chorobou mají lidé, kteří nedávají najevo své city a pocity, ti, kteří často trpí úzkostí a ti, kterým se často střídá dobrá nálada se špatnou. Také dětství se může odrazit na našem psychickém stavu.⁸

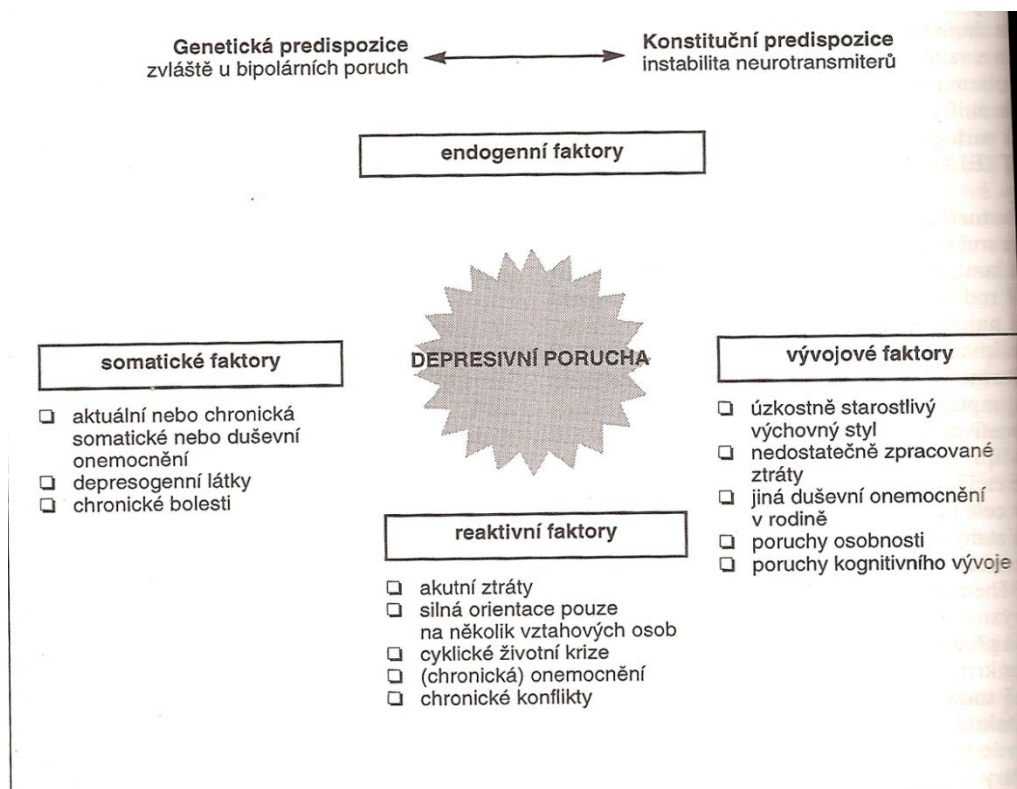
⁷ SLEZÁKOVÁ, Lenka. Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty: Gynekologie a porodnictví, onkologie, psychiatrie. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2007, s. 167-169, ISBN 8024722704.

⁸ LIM, Leslie. Depression: the misunderstood illness. Singapore : Armour Publishing Pte Ltd, 2008, s. 65-66, ISBN 9814222267.

Patří sem především úmrtí nebo ztráta rodičů v dětství, zneužívání jak tělesné tak duševní atd. to vše může způsobovat větší náchylnost k duševnímu onemocnění. A samozřejmě také stres, může vést k depresivnímu onemocnění, a to hlavně dlouhodobý stres. Depresi může odstartovat ztráta partnera, ztráta pracovního místa, nesnáze s bydlením, nebo špatná rodinná situace atd.⁹

To ale neznamená, že jestliže se nám něco z výše vyjmenovaných věcí stane, duševně onemocníme. Každý z nás je jiný a na stres reagujeme individuálně.

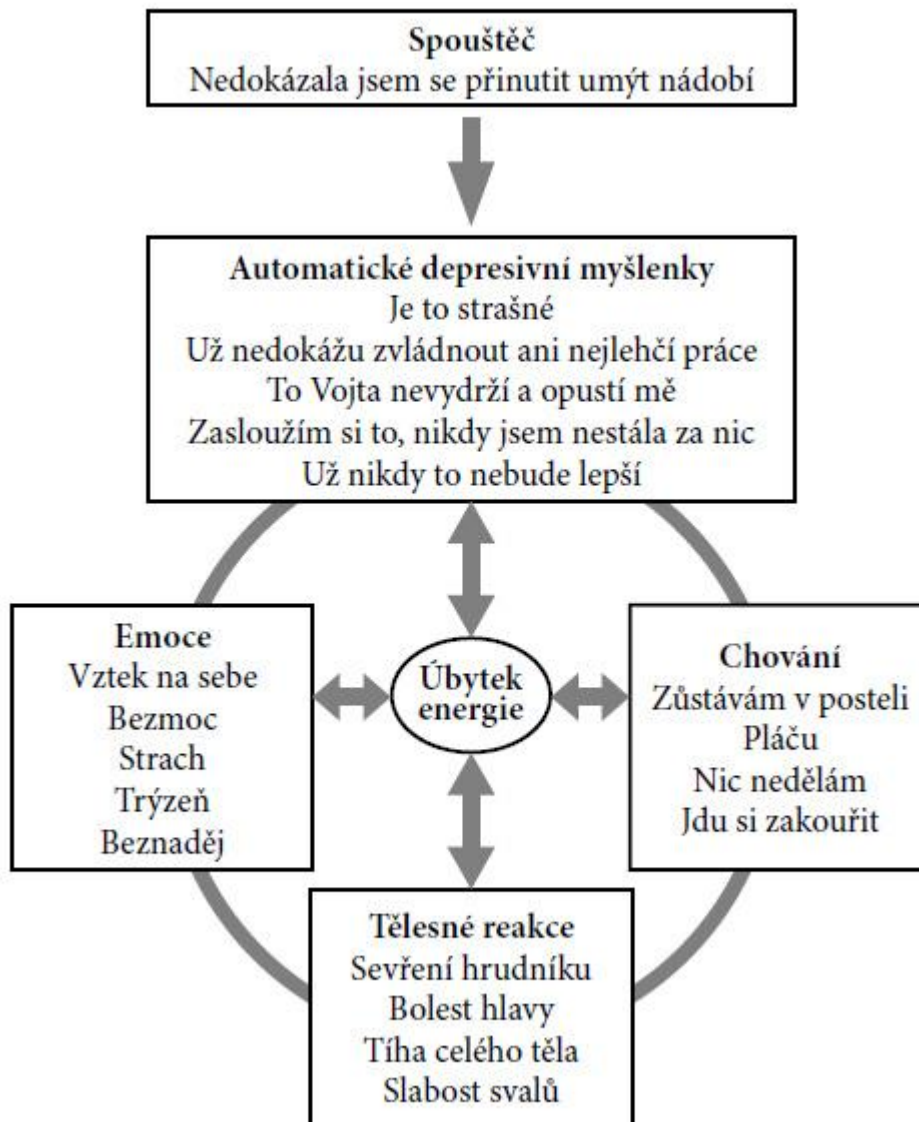
Obr. 1: Podmiňující faktory deprese



Zdroj: RAHN, Ewald; MAHNKOPF, Angela. Psychiatrie. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. a.s., 1999, s. 240, ISBN 80-7169-964-0.

⁹ VENGLÁŘOVÁ, Martina; BABIAKOVÁ, Mira. Psychiatrická ošetrovatelská péče. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2006, s.20-23, ISBN 80-247-1151-6.

Obr. 2: Bludný kruh deprese



Zdroj: PRAŠKO, Ján; BULIKOVÁ, Barbora; SIGMUNDOVÁ, Zuzana. Depresivní porucha a jak ji překonat [online]. 1. vyd. Praha: Galén, 2009 [cit. 2011-07-13]. DEPRESIVNÍ PORUCHA A JAK JI PŘEKONAT. Dostupné z WWW:<http://cz.lundbeck.com/cz/Professionals/what_we_do/depression/documents/Depresivni_porucha.pdf>. ISBN 978-80-7262-656-4.

1.3 Příznaky deprese

Duševně nemocný člověk ztrácí schopnost reálně reagovat na svět, na to, co se kolem něj děje a na skutečnost. Osobnost člověka se mění.

Deprese se projevuje nejčastěji smutkem, nemocný nemá energii na nic, cítí se zesláblý, unavený, nemá zájem o okolí, neprojevuje žádnou aktivitu, pacient se nedokáže radovat, nedokáže prožívat příjemné věci, nemá zájem o lidi, trpí pocity bezmoci, nízkým sebevědomím a sebedůvěrou, má pocity bezcennosti, výčitky, na svět pohlíží velmi pesimisticky, všechno je špatně, ztrácí smysl života, do budoucna nevidí nic pěkného, špatně spí, usíná i vstává a často se v noci probouzí, protože se trápí starostmi. Dalšími příznaky jsou nekoncentrovanost, člověk ztrácí rychle pozornost, nerozhodnost a sexuální aktivita je nulová. Cítí se vyčerpaný, trpí nechutenstvím k jídlu. Dále také nemocný pociťuje různé bolesti, bolesti hlavy a zad, mravenčení, pálení na kůži, zažívací potíže, zácpu a těžko se uvolní. Člověk se nadměrně potí má sucho v ústech a žaludeční potíže.¹⁰

Toto vše doprovází zpomalené jednání, mimika, neklid, neposednost, pocity marnosti, člověk má pocit, že někde udělal velikou chybu a viditelná úzkost. Člověk se cítí neužitečný, sám sebe si neváží, horší se paměť, myšlení je zpomalené a pacient se izoluje od lidí a od svého okolí. Deprese je většinou horší večer než ráno, a mohou se přidat i halucinace, které vzniknou bez zevního podnětu, a nemocný je vnímá jako reálný a skutečný vjem. Jindy můžeme vidět nemocného např., jak hovoří ke zdi, nebo si zacpává uši, aby neslyšel hlasy.¹¹

Pacient si nedokáže přiznat, že se mu něco povedlo, naopak, velmi dobře si pamatuje, když se mu něco nepovede, a to ještě dále zveličuje. Pacient se koncentruje a všímá si jen negativních a špatných věcí. Toto zákonitě vede

¹⁰ AINSWORTH (M.D.), Patricia; AINSWORTH, Patricia. Understanding depression : Understanding health and sickness series. USA: Univ. Press of Mississippi, 2000, s. 7-10, ISBN 1578061695.

¹¹ KRYL, Michal. Deprese v somatické medicíně: Psychiatrická klinika FN Olomouc [online]. 2002 [cit. 2011-06-17]. Psychiatrie. Dostupné z WWW: <<http://www.solen.cz/pdfs/int/2001/11/14.pdf>>.

k nízkému sebevědomí, výčitkám, strachu a bezcennosti. Objevují se také myšlenky o konci života, myšlenky na sebevraždu, ze své budoucnosti má hrůzu, strach a obavy. Proto tuto situaci někteří nemocní vyhodnotí jako bezvýchodnou a uchylují se k tomuto nešťastnému řešení.¹²

Tab. 1: „*Kdy neváhat a jít k psychiatrovi?*“

<i>Kdy nemáte váhat s návštěvou u psychiatra?</i>
<i>• vaše skóre deprese přesáhne 25 bodů v Beckově stupnici</i>
<i>• když máte depresivní náladu, která omezuje vaše chování déle než 14 dnů</i>
<i>• když se objeví sebevražedné myšlenky</i>
<i>• pokud se pravidelně probouzíte předčasně ze spánku a už nemůžete usnout</i>
<i>• pokud se objevuje pravidelně po ránu depresivní nálada, i když během dne dochází k úlevě</i>
<i>• pokud jste ztratili chuť k jídlu nebo jste začali bez příčiny hubnout</i>
<i>• pokud se deprese vyskytuje i u některého z pokrevních příbuzných</i>
<i>• pokud vám léky pomohly již při minulé fázi deprese</i>

Zdroj: PRAŠKO, Ján; BULIKOVÁ, Barbora; SIGMUNDOVÁ, Zuzana. Depresivní porucha a jak ji překonat [online]. 1. vyd. Praha: Galén, 2009 [cit. 2011-07-13]. DEPRESIVNÍ PORUCHA A JAK JI PŘEKONAT. Dostupné z WWW: <http://cz.lundbeck.com/cz/Professionals/what_we_do/depression/documents/Depresivni_porucha.pdf>. ISBN 978-80-7262-656-4.

¹² PROKŮPEK, Josef, Psychiatrie, 6. vyd. Praha: Avicenum: zdravotnické naklad., 1974, s. 26-61, ISBN 08-018-74.

1.3.1 Sebehodnocení dle Atkinsonové:

Atkinsonová radí, jak poznat své nepřiměřeně nízké sebehodnocení:

- a.) *„Nedostatek sebedůvěry: „To nedokážu.“ „Všechno co jsem dělal, nevyšlo.“ „Zase selžu. Vždycky selžu. Nejsem k ničemu.“*
- b.) *Pocit viny, který nemizí: „Je to moje chyba.“*
- c.) *Pocity nenávisti k sobě: „Nenávidím se. Jsem k ničemu.“*
- d.) *Špatný vztah ke svému tělu: „Jsme ošklivý.“ „Jsme moc tlustý/hubený, vysoký/malý.“ „Nelíbí se mi tvar mého nosu/obličeje/boků.“ „Jedinou nadějí by pro mě byla plastická chirurgie.“*
- e.) *„Jsem beznadějná a zbytečná osoba.“¹³*

1.4 Průběh nemoci

To, jak probíhá deprese, nejsme dnes přesně schopni říct, protože škála depresivních onemocnění je strašně široká. Co ale říct můžeme je, že průběh depresivních poruch je „lepší“ než například u schizofrenie. Depresivní onemocnění je spojováno s řadou omezení. Člověk trpící depresivním onemocněním se izoluje od společnosti, od svého okolí a také se zhoršují rodinné vztahy nebo partnerský vztah. Také se mohou objevovat problémy v zaměstnání.¹⁴

¹³ ATKINSONOVÁ, Sue. Jak zdotat skálu jménem deprese: Praktický průvodce pro lidi trpící depresí. 1. vyd. Praha: Albatros, 2005, s. 75, ISBN 80-00-01544-7.

¹⁴ RAHN, Ewald; MAHNKOPF, Angela. Psychiatrie. 1. vyd. Praha: Grada Publishinh a.s., 1999. s. 241-242, ISBN 80-7169-964-0

2. FORMY DEPRESE

2.1 Depresivní epizoda

Stav, který nazýváme depresivní epizodou, se projevuje navenek velmi depresivní náladou, sníženou aktivitou a někdy je doprovázen problémy somatického charakteru. Hlavními příznaky jsou: depresivní nálada, která trvá nejméně 14 dní. Radikální úbytek zájmu o okolí, jedinec se neraduje z ničeho, z čeho se dříve radoval, snižuje se pozornost. Člověk trpící depresivním onemocněním má snížené sebevědomí a sebedůvěru, je vyčerpaný a unavený, trpí nechutenstvím, nespavostí a pocity bezcennosti a viny, doprovází ho špatná a pesimistická nálada a většinou pomýšlí na sebevraždu.

Jestliže se jedinec absolutně nezajímá o okolí, není schopen se radovat z příjemných věcí, ráno se probouzí v časných hodinách (kolem 3 a 4 ráno), nemá chuť k jídlu a ztrácí hmotnost, jedná se o tzv. somatickou poruchu.(dále také: biologické, vitální, melancholické nebo endogenomorfní).¹⁵

„Depresi léčím třetím rokem. Jsem ze šťastné milující rodiny, nikdo mě nikdy netýral, nikdy mi nic nechybělo, rodiče harmonický, sourozenci zábavní, v kolektivu oblíbená a obklopena řadou kvalitních kamarádek, randící, tisíce koníčků, inteligentní, vysokoškolačka. Zkouškové období, které je prý čím dál více spolehlivým kosičem studentů do ordinací psychiatrů, spustilo můj propad do deprese pomalu, nenápadně, neodvratitelně. Teprve když jsem dospěla k úvahám o sebevraždě a už nešlo před rodinou skrýt, že místo učení koukám na jeden film za druhým, jen abych nemusela myslet=brečet bez přestání klidně i několik hodin, mámu napadlo, že mě zkusí poslat k psychiatrovi. Šílenou úlevu a první radost po několika měsících mi přinesla diagnóza středně těžké až těžké deprese - ohromilo mě, že to nejsem já, kdo je nenapravitelně špatný, ale že

¹⁵ MALÁ, Eva. PAVLOVSKÝ, Pavel. Psychiatrie, 1. vyd., Praha: Portál, 2002, s. 65-67, ISBN 80-7178-700-0.

*moje emoce jsou totálně mimo. Nikdy bych nečekala, že optimistka jako já může propadnout psychické chorobě a to jsem měla klasické, vyloženě typické příznaky deprese. Nasadili mi antidepresíva, psychoterapii a hlavně mi vnutili naději, že se z toho bahna určitě vyléčím, že nejsem prohnílá doopravdy, že si to jen o sobě myslím. Postupně jsem byla schopná o sobě i mluvit, pak i o depresi, pak jsem si připustila, že budoucnost může přijít a že nemusí být nutně zlá, pomalu jsem začala komunikovat s přáteli, velkým zlomem bylo otevření emailové schránky, kde se na mě vysypala tuna nepřečtených zpráv. Začala jsem chodit ven, pak i mezi lidi, a loni jsem se i postupně vrátila do školy, ačkoliv moje výkony jsou směšné, pokud by se srovnaly s tím, jak jsem studovala před depresí. Kolik hrůzy jsem si bývala mohla odpustit, kdybych věděla, jak deprese vypadá, a že se opravdu může přihodit každému. Proto se o ní nestydím mluvit s lidmi, už tolik mých přátel a známých mi po mém popisu deprese řeklo, že mírnou formu už zřejmě také zažili, a že si napříště nebudou váhat říci o pomoc. Deprese mi už ustupuje a věřím tomu, že se do života zase vrátím. Moje doporučení: vyhledat psychologa, psychiatra a nechat si pomoci. Antidepresíva jsou mocná. Neočekávat zázraky na počkání. Říci okolí, co vám je. Nejste v tom sami a není to vaše chyba.*¹⁶

¹⁶ Nenechte radost odejít [online]. 2006 [cit. 2011-06-17]. Deprese. Dostupné z WWW: <www.deprese.com>.

2.2 Dystymie

Dystymie je pojem, který se používá pro chronickou trvalou depresi. Pacient trpící dystymií má období, (např. týden, dva) kdy se cítí dobře, ale většinu času se cítí depresivně, unaveně, sklíčeně.¹⁷ Dystymie má největší riziko suicidia. Většinou nás postihne v rané dospělosti a trvá různě dlouho. Někdy několik let, někdy nás postihne navždy. Dystymie se léčí stejně jako deprese. Tzn. antidepresivem.¹⁸

Deprese je nejběžnější a také nejčastější psychiatrické onemocnění. Deprese dříve nejčastěji postihovala lidi vyššího věku. Dnes však postihuje daleko mladší lidi, lidi v produktivním věku, kdy jsou na vrcholu své kariéry, mají doma rodiny, a měly by být šťastné.¹⁹

¹⁷ GILBERT, Paul. Depression: the evolution of powerlessness. 2. vyd. East Sussex, UK: Psychology Press, 1992, s.40-41, ISBN 0863772218.

¹⁸ ČEŠKOVÁ, Eva. Deniban v léčbě dystymie [online]. 2006 [cit. 2011-04-21]. *Deniban v léčbě dystymie*. Dostupné z WWW: <http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2007_2_73_79.pdf>.

¹⁹ MALÁ, Eva. PAVLOVSKÝ, Pavel. Psychiatrie, 1. vyd., Praha: Portál, 2002, s. 2-5, ISBN 80-7178-700-0.

2.3 Primární a sekundární deprese

Dále můžeme depresi rozdělit na primární a sekundární. Ta primární je s největší pravděpodobností vyvolána nedostatkem přenašečů (tzv. neurotransmitery) nervových signálů mezi mozkovými buňkami a změnou citlivosti nervových zakončení (receptor). Mezi přenašeče můžeme zařadit např.: noradrenalin, dopamin a všem známý serotonin.

Primární deprese může být vyvolána např. zátěží (př. porod dítěte) a u třetiny lidí postižených depresí, se deprese vyskytuje u příbuzenstva, proto u takových jedinců můžeme předpokládat vrozenou vadu funkce neurotransmiterů v centrálním nervovém systému.

Sekundární deprese je pak způsobena onemocněním mozku nebo nějakým poškozením. Dále může být také způsobena drogami, nebo léky.²⁰

2.4 Rekurentní depresivní porucha

Rekurentní depresivní porucha se vyznačuje epizodami deprese, které se opakují, ale opakují se bez jakékoliv manické fáze. Jednotlivé depresivní epizody trvají zhruba 3-12 měsíců, a objevuje se zde období tzv. remise. U některých pacientů se tato deprese může proměnit v trvalou depresi, a to většinou u starších lidí, nebo u žen, které jsou více na tato onemocnění náchylné.

Tuto poruchu dále dělíme na: současnou epizodu mírnou, středně těžkou, těžkou bez psychotických příznaků a těžkou s psychotickými příznaky.²¹

²⁰ BOUČEK, Jaroslav. Interní medicína pro praxi [online]. 6.vyd. 2006 [cit. 2011-06-11]. Deprese u somatických onemocnění-Tianeptin v denní praxi. Dostupné z WWW: <www.solen.cz>.

²¹ DUŠEK, Karel; VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, Alena. Diagnostika a terapie duševních poruch. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2010, s. 237-238, ISBN 8024716208.

2.5 Sezónní afektivní porucha

Pro sezónní afektivní poruchu je charakteristická nadměrná chuť k jídlu (většinou chuť na čokoládu), poruchy spánku-pacient spí velmi dlouho a i přes to je velmi unavený, velmi těžko se mu ráno vstává, u žen se může projevit premenstruální syndrom, dále se nemocný cítí unaveně, bez energie, do ničeho se mu nechce, těžko se motivuje, nemá zájem o okolí, o společnost. Tato porucha se většinou ukáže na podzim, nebo v zimě. Pro sezónní afektivní poruchu je charakteristické, že se výborně léčí pomocí tzv. fototerapie, kdy na nemocného aplikujeme velké množství světlého a intenzivního světla. Nejlépe je toto aplikovat ráno po dobu 30 minut 10 dní. (DUŠEK, VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2010, s. 579).

2.6 Bipolární afektivní porucha (maniodepresivní psychóza)

Bipolární porucha je onemocnění, které dnes postihuje více než 2 procenta celkové populace. Dříve to byla nevléčitelná nemoc a dnes patří mezi deset nejdražších nemocí s nejhrošími následky. Skoro 60 procent pacientů trpící bipolární poruchou jsou drogové závislí, což průběh nemoci jen zhoršuje. U osob postižených touto nemocí je velmi vysoké riziko sebevraždy. Proto je velmi podstatné tuto nemoc zavčas začít léčit a snížit tak riziko sebevražednosti, a předcházet společenskému vyloučení pacienta. Průměrný věk lidí, kteří onemocní bipolární poruchou je mnohem nižší, než u depresivní poruchy.

Bipolární poruchu řadíme do kategorie poruch nálad. Pro bipolární poruchu je charakteristické střídání depresivních epizod s manickými záchvaty. Člověku se extrémně mění nálady, a tyto výkyvy nálad se vyskytují v tzv. epizodách. Pacient, který se právě ocitá v manické fázi je hyperaktivní, má veselou náladu, je schopen se velmi rychle a bez problémů přizpůsobovat, je energický, aktivní, září optimismem. Většinou si na sebe obléká barevnější oblečení atd. Jeho nálady se ale poměrně rychle mění, střídá se u něj smích se slzami, pacient daleko intenzivněji vnímá barvy, pachy, chutě, vjemy atd., má zrychlené myšlení, je roztěkaný, ale vtipný, žertovný, má většinou citově zabarvený projev, a často telefonuje. Pacient v manické fázi málo spí, únavu nevnímá, málo jí, hubne. Také se ale může objevovat agresivita, zmatenost, násilnické chování, neklid, dezorientace v čase atd.²²

Pak ale nastupuje období depresivní epizody. Člověk se přestává radovat ze života, přetrvává velmi pesimistická nálada, beznaděj, podrážděnost, nezájem o společnost a o okolí, člověk se cítí bez energie a nemá do ničeho chuť, převládá smutek, zpomalené myšlení, myšlenky na sebevraždu, různé tělesné potíže atd. Pacient ztrácí koncentraci, podceňuje se, má velmi nízké sebevědomí, těžko komunikuje se svým okolím. Pacient se cítí vyčerpaný, unavený. Přestává zvládat denní činnosti jako je oblékání, hygiena atd. Většinou se ještě k těmto příznakům přidá nechutí, velmi časně probouzení.

²² LÁTALOVÁ, Klára. Bipolární afektivní porucha. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2010, s. 1-57, ISBN 978-80-247-3125-4

Dalšími příznaky jsou pocity viny, výčitky, sebeobviňování. Vyskytují se somatické potíže, různé bolesti hlavy, poruchy spánku, závratě. Člověk se chová hrubě, někdy až vulgárně a mohou se u něj projevovat halucinace.

Co se týče příčin bipolární poruchy, tak jich je určitě více než jedna, a velikou roli zde hraje genetická dispozice. Proto je nutné vždy předpokládat existenci těchto genů pro bipolární poruchu. Z výzkumů ale vyplývá, že vždy nejde jen o genetickou poruchu, ale je to kombinace genů spojená s vlivy vnějšího prostředí.

Bipolární porucha se stejně jako u dospělých může vyskytovat i u dětí a dospívajících. Jde opět o dědičnost a geny a proto je bipolární porucha častější u dětí, kteří mají rodiče postižení touto nemocí. U dětí má ale tato nemoc trochu jiný průběh. Fáze deprese a mánie se dětem střídají ale daleko častěji, a to i několikrát za den.²³

Bipolární porucha je chronické a návratné onemocnění, u které jde pomocí léků a dlouhodobé léčby dosáhnout stabilizace. Bipolární porucha se nejčastěji léčí pomocí kombinací farmak a psychosociální léčbou.

Medikamentózní léčba:

Nemocný užívá léky, které mu pomohou stabilizovat pacientovy nálady. Léky by měl pacient užívat dlouhodobě a preventivně. Vůbec nejčastějším a nepoužívanějším lékem je lithium. Je účinné v obou fázích jak deprese, tak mánie. Dále se používají také antiepileptika, která se také mohou kombinovat s lithiem. Jde zejména o léky jako je valproát a karbamazepin. Dále se používají dle stavu pacienta ještě hypnotika a antipsychotika.

U bipolární poruchy se vedle léku používá i léčba psychosociální. Jedná se o různé terapie. Psychoterapie pomáhá stejně jako léky pacientovy stabilizovat jeho nálady. Nejvíce se používají vedle psychoterapie i rodinná terapie, kognitivní behaviorální léčeb, psychodukce. Cílem terapií je změnit pacientovo modely chování. Psychodukce zase učí pacienta o jeho nemoci, jak nejlépe a včas rozpoznat příznaky této nemoci, jak na ně reagovat atd.

²³ Desitin success in CSN. Desitin.cz [online]. 2010, 2010 [cit. 2012-01-02]. Dostupné z: <http://www.desitin.cz/indikace/bipolarni-porucha/lecebne-moznosti/>

Rodinná terapie je zaměřena na všechny členy rodiny. Napětí a nepříznivá rodinná atmosféra mohou jen pacientův stav zhoršovat.

Jestliže u nemocného bipolární poruchou nepomůže ani jedna ze zmíněných léčeb, tak u těžkých případů je možné ještě použít tzv. Elektrokonvulzivní terapii, která je velmi účinná. Jedinou nevýhodou této léčby je, že může mít vedlejší účinky jako je například ztráta paměti.²⁴

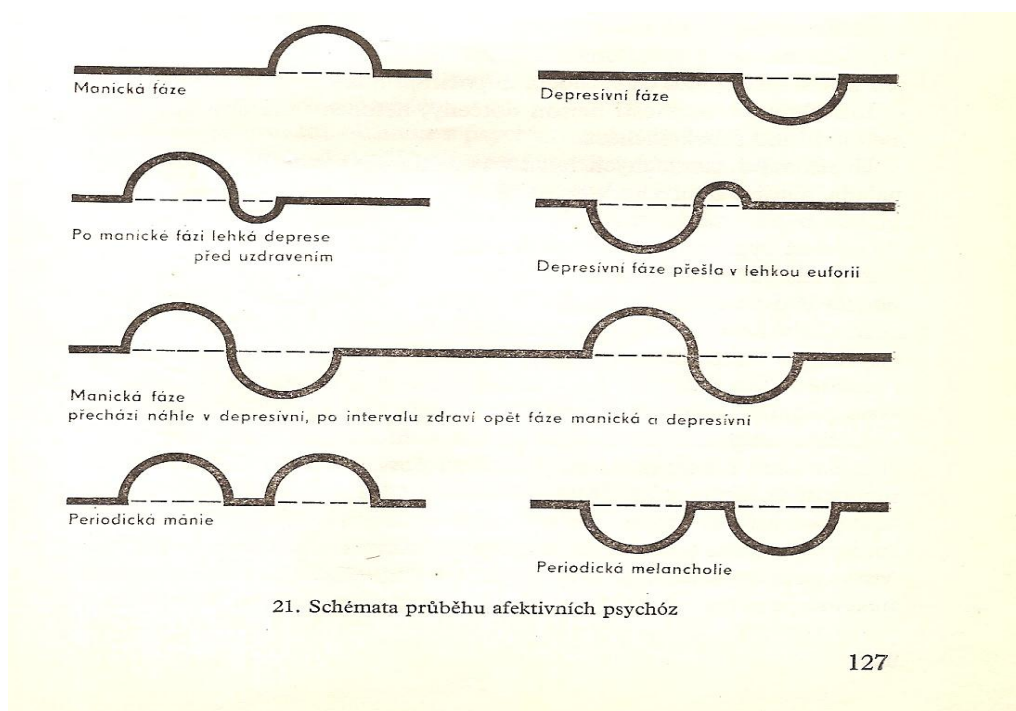
²⁴ Desitin success in CSN. Desitin.cz [online]. 2010, 2010 [cit. 2012-01-02]. Dostupné z: <http://www.desitin.cz/indikace/bipolarni-porucha/lecebne-moznosti/>

2.6.1. Příběh

„Můj nevlastní táta se o mne staral od té doby, co mně bylo sedm a mé sestře šest let. Nejdřív s ním byla legrace – vždycky se smál a hrál s námi hry – ale potom, bez důvodu, se rozzlobil a přestal mluvit. Vždycky to bylo útočné ticho a přineslo zasmušilou náladu do celého domu. V průběhu let s ním bylo stále méně legrace, protože jeho melancholické nálady se stávaly častějšími. Nejdřív jsem si myslel, že to bylo kvůli něčemu, co jsem udělal já, ale když se dívám zpátky, tak si uvědomuji, že to byl on, kdo měl problém.“²⁵

Dále viz příloha.

Obr. 3: Schéma průběhu afektivních psychóz



Zdroj: PROKŮPEK, Josef, Psychiatrie, 6. vyd. Praha: Avicenum: zdravotnické naklad., 1974, s. 127, ISBN 08-018-74.

²⁵ *Změna stopstigma* [online]. 2008, 1.1.2011 [cit. 2011-06-11]. Projekt zaměřený proti předsudkům a diskriminaci z důvodu psychiatrického onemocnění. Dostupné z WWW: <<http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/deprese/osobni-pribehy1.html>>.

2.7 Cyklotymie

Cyklotymie se projevuje na venek poruchami nálad, kdy se u nemocného střídá období deprese s obdobími, kdy má pacient veselou náladu.²⁶

Cyklotymie je trvalá bipolární porucha, a dnes už není považována za poruchu osobnosti.²⁷

2.7.1 Příběh

„Roman považoval svůj dosavadní život za bezproblémový. Žil aktivně, měl řadu přátel. Během studia vysoké školy se seznámil se svou budoucí ženou, po jejím ukončení se vzali a záhy nato žena otěhotněla.

Roman si vcelku snadno našel atraktivní práci. V zaměstnání dostal zajímavý plat a půl roku na seznámení se s fungováním společnosti. Zpětně vzpomínal, že se v té době cítil spokojený, vše se dařilo, těšil se na dítě. Po půl roce v práci dostal první samostatný úkol. Pustil se do něj s vervou, ale brzy zjistil, že vůbec není snadný.“²⁸

Dále viz příloha.

²⁶ GILBERT, Paul. Depression: the evolution of powerlessness. 2. vyd. East Sussex, UK: Psychology Press, 1992, s. 41-42, ISBN 0863772218.

²⁷ VÁGNEROVÁ, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese: rozšířené a přepracované vydání, 4. vyd., Praha: Portál, 2008, s. 387, ISBN 978-80-7367-414-4.

²⁸ Změna stopstigma [online]. 2008, 1. 1. 2011 [cit. 2011-06-11]. Projekt zaměřený proti předsudkům a diskriminaci z důvodu psychiatrického onemocnění. Dostupné z WWW: <<http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/deprese/osobni-pribehy1.html>>.

2.8 Poporodní deprese

Poporodní deprese je charakteristická: nezájmem o druhé a o okolí, pocity selhání, neschopnosti, žena má pocit, že si nic nezaslouží, únava, negativní myšlenky, pesimistická a smutná nálada, neschopnost radovat se z příjemných věcí a ze života. Ženy s poporodní depresí velmi špatně spí, nejsou schopny se na nic soustředit, jsou uzavřené do sebe, netečné. Poporodní deprese může trvat i přes dva měsíce a značně narušuju život rodiny. Žena, jako matka se cítí neschopná, že selhala a je velmi podrážděná. Poporodní deprese je krátká depresivní epizoda, kdy se pacientce zhorší nálada a nálada hodně kolísá.²⁹

Tento druh deprese se dostavuje většinou, když žena s těhotenstvím nesouhlasí. Dalšími příčinami mohou být: nezralá osobnost, komplikace u porodu, alkoholismus a jiné závislosti, špatný vztah s partnerem, změny hormonů po porodu, nebo špatná finanční situace. Při léčbě poporodní deprese zapojujeme do léčby celou rodinu. Depresi léčíme antidepresivy a psychoterapií. Je důležité zajistit, aby žena měla dostatek spánku, dostatek stravy a dostatek aktivit. Pro ženu trpící poporodní depresí je i důležitý pocit, že na vše není sama.³⁰

²⁹ ROZTOČIL, Aleš. Moderní porodnictví. Praha: Grada Publishing a.s, 2008, s. 361, ISBN 9788024719412.

³⁰ LEIFER, Gloria. Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2004. s. 289, ISBN 8024706687.

2.9 Ukázka chorobopisu

„Maniodepresivita:

19letá studentka přichází sebevědomě s ochraptělým hlasem hned spouští, že nikdo nemůže chápat, co se děje v jejím nitru, že ví víc než její matka, neboť se nestará jen o hmotné, s každým prý dovede hovořit a uplatnit se, nikoho nepotřebuje, ani léky, jen podle sebe, že se bude řídit, že otec se spustil pánaboha a neví, čeho by se měl chytit, že si připadá jako Havlíček v Brixenu, že ji doma pořád hlídají, že je docela zdravá a nemůže věřit lékaři, který, i když má doktorát, nespokl pece všechnu moudrost atd. Je neúnavná v řeči, nepřipouští ani dotaz, oči jí jiskří, přechází, nevydrží sedět na židli.

Objektivní nález: dívka je plné, menší postavy, okrouhlého obličejce, zvýšené svalové dráždivosti, má zvýšené výbavné reflexi na končetinách.

Z anamnézy se dovídáme, že její otec je od války nervózní, trochu výstřední a sobecký. Nemocná je ze tří dětí, kromě spalniček nestonávala, ve škole se učila výborně. Společnost měla ráda, měla i kamarádky, s členy rodiny se dobře snášela. Nemoc se u ní poprvé projevila v 15 letech. Tehdy nebyla přijata do učitelského ústavu a po tomto neúspěchu se stala nápadně veselou, všechno rozdávala, pořád si zpívala, hrála na housle, dávala se do řeči s cizími lidmi, byla samí žert a smích. Tento stav přešel po 3 měsících v opačný: byla zamlklá, odmítala potravu. Depresivní stav trval 2 měsíce. Po léčení byla zas normální jako před nemocí.

V 17 letech nastala znovu nápadná změna: stále se strojila, převlékala, rychle a hlasitě vyprávěla, přednášela básně, chtěla stále chodit do tanečních zábav, všude se drala do popředí, mísila se do cizích rozhovorů. Byla podrobena dvouměsíční léčbě, a pak u ní náhle nastala nová zněna: byla zádumčivá, smutná, nemluvná, nedala se přimět k žádné činnosti. To trvalo 3 měsíce.

V posledních dvou letech byl její duševní stav uspokojivý, až na to, že v období před menstruací bývala vzrušená a odmítala jídlo, říkala, že život pro ni nemá cenu, že nesmí jít mezi lidi, že se jí budou smát, že na ni budou ukazovat. Někdy dokonce projevovala obavy, že jí domácí lidé chtějí ublížit, byla ustrašená. Mívala děsivé sny. Stěžovala si na bolesti hlavy a na bolesti na

různých místech těla. V 19 letech pak došlo k novému přívalu nemoci, k manické fázi, jak byla vyličená na začátku.

U nemocné jsme mohly sledovat poruchy nálady bez změny intelektu a bez poruch vnímání. V 15 letech prošla tzv. fází manickou. Provokujícím činitelem tu byl nepříjemný zážitek-nebyla přijata do učitelského ústavu. Tato fáze byla vystřídána fází depresivní. Po dvou letech nastupuje další manická fáze, která přešla v depresivní, a pak nastalo uzdravení. Nyní po dalších dvou letech nastává 3. Ataka manická. V posledních dvou letech se u ní projevovala premenstruální tenze lehčími depresivními stavy, které trvaly obvykle jeden až dva týdny.

Z dosavadního průběhu nemoci je patrné, že maniodepresivní fáze se u ní sdružuje v jeden celek, bez volného intervalu, a obě fáze mají přibližně stejné trvání.³¹

³¹ PROKŮPEK, Josef, Psychiatrie, 6. vyd. Praha: Avicenum: zdravotnické naklad., 1974, s169-170, ISBN 08-018-74.

3. LÉČBA

Cílem léčby depresivní poruchy je potlačit co nejvíce její příznaky a začlenit jedince opět do společenského života. Deprese se dá léčit různými způsoby. Někdo upřednostňuje přirozená řešení pomocí sociálních vztahů a jiní zas pomoc odbornou. Lehčí formy můžeme léčit pomocí psychoterapie, na těžší formy jsou třeba antidepresiva. Někteří odborníci doporučují elektrošoky. Podle Češkové a dalších 2004 se proces léčby depresivní poruchy skládá ze tří fází jdoucí po sobě.³²

3.1 Farmakologická léčba

a.) akutní léčba:

Snaží se co nejrychleji odstranit nebo alespoň zmírnit příznaky deprese. Období akutní léčby trvá většinou několik týdnů, ale může trvat i několik měsíců.

b.) pokračovací léčba:

Úkolem této léčby je udržet jedince bez příznaků. Tato léčba trvá 4-6 měsíců a dále se doporučuje v ní pokračovat po dobu 1 roku. (Je zde riziko relapsu- až 50 %)

³² Deprese [online]. 2008. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2008 [cit. 2011-06-08]. Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře. Dostupné z WWW: <www.svl.cz>. ISBN 978-80-86998-22-0.

c.) udržovací léčba:

Tuto léčbu provádíme po vyléčení depresivní fáze. Jak dlouho má tato léčba trvat není ještě úplně jasné, ale doporučuje se držet minimálně ještě 5 let po remisi. Někdy je nutné pokračovat doživotně.

Farmakoterapie:-antidepresiva

Antidepresiva pozitivně působí na naši špatnou a depresivní náladu. Působí na náš neklid, na strach, působí pozitivně na naší neschopnost prožívat radost, na nechutenství, spánek, nezáměr atd.

Dle účinku můžeme antidepresiva rozdělit do tří skupin.

- 1.) thymoleptika tzv. inhibitory zpětného vychytávání monoaminů
- 2.) inhibitory monoaminoxidáz
- 3.) ostatní psychofarmaka-neuroleptika, anxiolytika atd....³³

a.) Thymoleptika:

Thymoleptika dělíme na antidepresiva I. až V. generace.

Inhibují zpětné vychytávání noradrenalinu a serotoninu ze synaptické štěrbiny a dále také ovlivňují koncentraci dopaminu a tím se snižuje počet postsynaptických receptorů. To způsobí, že se účinek antidepresiv projeví nejdříve za 10 až 20 dní. Proto si pacienti často myslí, že jim antidepresiva nezabírají. Nebo na ně nemají žádný účinek.³⁴

³³ .Deprese [online]. 2008. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2008 [cit. 2011-06-08]. Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře. Dostupné z WWW: <www.svl.cz>. ISBN 978-80-86998-22-0.

³⁴ LULLMANN, Heinz; MOHR, Klaus; WEHLING, Martin. Farmakologie a toxikologie. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s, 2004, s. 397-398, ISBN 8024708361.

b.) Thymoleptika I. generace:

Thymoleptika I. generace zvyšují koncentraci noradrenalinu, adrenalinu, serotoninu a dopaminu v limbické oblasti CNS, a také mají vliv na přenos acetylcholinu. Do této kategorie Thymoleptik spadají tricyklická a tetracyklická antidepresiva. Mají velmi dobrou účinnost, což je také jedna z jejich velikých výhod. Řadíme sem léky, jako jsou: Fluoxetin a Venlafaxin.

c.) Thymoleptika II. generace:

Zde se jedná o tzv. heterocyklická antidepresiva. Tyto antidepresiva mají nevýhodu v tom, že mají anticholinergní nežádoucí účinky a tudíž nemohou být použity u pacientů, kteří mají např. zvýšený nitrooční tlak, ischemickou srdeční chorobu nebo vyšší věk.

d.) Thymoleptika III. generace:

Jejich velikou výhodou je bezpečnost. S Thymoleptiky III. generace se jde velmi těžko předávkovat a nemají téměř žádné vedlejší účinky. Dále mají výbornou účinnost při léčbě deprese, a při různých fobiích. Nevýhodou je ovlivnění sexuální funkcí a jejich cenová dostupnost.³⁵

e.) Thymoleptika IV. a V. generace:

Thymoleptika IV. generace jsou léky s velmi rychlým nástupem účinku a jsou citlivé k lidskému organismu. Předností Thymoleptik V. generace je, že nemají vedlejší účinky jako je např. nespavost a úzkost.

³⁵ VAŠINA, Lubomír. Komparativní psychologie. 1. vyd., Praha: Grada Publishing a.s, 2010. s. 197, ISBN 978-80-247-2847-6.

f.) Selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI):

Skupina antidepresiv s velmi dobrou snášenlivostí a bezpečností, používané u pacientů s mírnou a středně těžkou depresivní poruchou. Na rozdíl od TCA (tetracyklická antidepresiva) jsou méně rizikové a proto vhodné i pro pacienty vyššího věku. Mezi nežádoucí účinky řadíme: nauzea, zvracení, průjem, hyponatremie, sexuální dysfunkce a další. Jsou to léky jako např. Trazodon.³⁶

g.) TCA (tetracyklická antidepresiva):

U těchto antidepresiv hrozí daleko větší riziko při předávkování a jejich vedlejší nežádoucí účinky trvají déle, a jsou daleko silnější. Nevhodná jsou např. pro seniory nebo kardiaky.³⁷

3.2 Rozhovor s Doc. MUDr. Oldřichem Vinařem, Drsc.

*„ Když lékař předepíše antidepresivum,
ještě to neznamena, že máte depresi*

Souhlasíte s tím, že pojem „antidepresiva“ je trochu nešťastný?

Souhlasím s tím, že není šťastný, ale už se vžil. Tak jako říkáme Amerika a nikoliv Kolumbie, ačkoliv víme, že ji objevil Kolumbus a Amerigo Vespucci o tom jenom psal. Už to nikdo neopravuje. S antidepresivy je to podobné. Jejich název se vžil, ačkoliv je opravdu zavádějící a podle mého

³⁶ VAŠINA, Lubomír. Komparativní psychologie. 1. vyd., Praha: Grada Publishing a.s, 2010. S. 196, ISBN 978-80-247-2847-6.

³⁷ Deprese [online]. 2008. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2008 [cit. 2011-06-08]. Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře. Dostupné z WWW: <www.svl.cz>. ISBN 978-80-86998-22-0.

mínění indikace mimo oblast deprese jsou dokonce širší než pro vlastní depresivní poruchy. Používám výraz „depresivní porucha“, abych odlišil to, o čem lidé říkají „Mám depku.“ Já mluvím o nemoci, o stavu, který člověka handicapuje.“³⁸

Dále viz příloha.

³⁸ Nenechte radost odejít [online]. 2006 [cit. 2011-06-17]. Deprese. Dostupné z WWW: <www.deprese.com>.

Tab. 2: Přehled antidepresiv

Skupina	Hlavní účinky	Dostupnost v primární péči
TCA	Působí nepříliš selektivně na zpětné vychytávání noradrenalinu, dopaminu a serotoninu	Všechny molekuly
SSRI	Selektivní blokátory zpětného vychytávání serotoninu	Všechny molekuly
SNRI	Blokátory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu	0
SARI	Serotoninoví antagonisté a blokátory zpětného vychytávání serotoninu (nefazodon, trazodon)	Trazodon (TRITTICO AC)
NaSSA	Noradrenergní a specifická serotoninergní antidepresiva (mirtazapin)	Mirtazapin (ESPRITAL, CALIXTA, MIRTAZAPIN, MIRZATEN, REMERON)
NARI	Blokátory zpětného vychytávání noradrenalinu (reboxetin)	0
NDRI	Blokátory zpětného vychytávání noradrenalinu a dopaminu (bupropion)	0
SRE	Stimulátory zpětného vychytávání serotoninu (tianeptin)	0
IMAO – A, B	Inhibitory monoaminoxidázy typu A či B	0
Jiné léky s antidepresivním účinkem:		
Benzodiazepiny	Jako antidepresiva se nevyužívají vzhledem k možnosti vzniku závislosti. V léčbě depresivních a anxiózních poruch mají však své důležité místo jako symptomatická léčba (sedace, anxiolytické účinky) k překlenutí doby do nástupu účinku vlastního antidepresiva.	
Buspiron	K léčbě deprese se nevyužívá.	
Galenika	Extrakt třezalky tečkované (<i>Hypericum perforatum</i> Linn) – JARSIN – má komplexní mechanismus působení a slabé antidepresivní účinky. Nesmí se podávat současně s antidepresivy.	

Zdroj: Deprese [online]. 2008. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2008 [cit. 2011-06-08]. Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře. Dostupné z WWW: <www.svl.cz>. ISBN 978-80-86998-22-0.

Tab. 3: Přehled SSRI³⁹ registrovaných v ČR 1. 2. 2008

Generický název	Obchodní název	Síla tablet (mg)	Schválené dávkování*	Zahajovací dávka
<p>Citalopram Je ze všech SSRI nejselektivnější, netlumí ani neaktivuje. Má minimální nežádoucí účinky a nejméně lékových interakcí ze všech SSRI. Lze ho podávat v jedné dávce denně, ráno nebo večer.</p>	<p>APO-CITALOPRAM APO-CITAL CEROTOR CITALEC CITA CITALON CITALOPRAM DALSAN PRAM SEROPRAM ZYLORAM</p>	10, 20, 40	20–60*	10 mg
<p>Escitalopram Je s-enantiomerem citalopramu. Metaanalytické porovnání s citalopramem prokazuje jeho rychlejší nástup účinku a vyšší antidepressivní účinnost. Má méně nežádoucích účinků než citalopram včetně vlivu na sexuální funkce.</p>	CIPRALEX	10	10–20*	5 mg
<p>Fluoxetin Lehce aktivuje, při podání večer může narušovat spánek. Aktivace může být spojena s nárůstem tenze a úzkosti. Je vhodný zejména pro utlumené a hypodynamické nemocné. Má dlouhý vylučovací poločas, takže nevadí, když nemocný vynechá denní dávku, a nejsou problémy s náhlým ukončením léčby.</p>	<p>APO-FLUOXETINE DEPREX FLOXET FLUMIREX FLUOXETIN FLUOXIN FLUZAK MAGRILAN PORTAL PROZAC</p>	20, 30, 40	20–50*	10 mg
<p>Fluvoxamin Více než ostatní SSRI tlumí. Podává se na noc. Vhodný je pro neklidné anxiózně-depresivní nemocné. Pravděpodobně nejrychleji ze všech SSRI vede k odeznění suicidálních tendencí.</p>	FEVARIN	50, 100	100–300*	50 mg
<p>Paroxetin Mohutnost inhibice zpětného vychytávání serotoninu je u paroxetinu ze všech SSRI nejvyšší. Z SSRI je nejméně selektivní, z čehož vyplývá jeho mírně duální účinek. Má mírné anticholinergní účinky. Pro velmi dobré anxiolytické účinky je vhodné ho využít u depresivních stavů s výraznou anxiózní symptomatologií.</p>	<p>ARKETIS APO-PAROX PAROLEX REMOOD SEROXAT</p>	20, 30, 40	20–50*	10 mg
<p>Sertralín Podobně jako citalopram minimálně ovlivňuje psychomotoriku. Má rychlý nástup účinku a vyšší riziko syndromu z vysazení.</p>	<p>ADJUVIN APO-SERTRAL ASENTRA SERLIFT SERTRALIN STIMULOTON ZOLOFT</p>	50, 100	50–200*	25 mg

Zdroj: Deprese [online]. 2008. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2008 [cit. 2011-06-08]. Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře. Dostupné z WWW: <www.svl.cz>. ISBN 978-80-86998-22-0.

³⁹ SSRI=Selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu

Tab. 4: Přehled nejdůležitějších vedlejších účinků antidepresiv

Vedlejší účinek	Mechanismus	Poznámka
ortostatická hypotonie	blokáda alfa receptorů	velmi častý vedlejší účinek Protiopatření jako u jiných forem ortostatické hypotonie
tachykardie	adrenergní plus anticholinergní	častý vedlejší účinek
EKG a QRS změny	ovlivnění vedení vzruchu v srdci	většinou neškodná změna. Při předchozích poškozeních myokardu třeba opatrnosti. Doporučuje se ne-nasazovat netricyklická antidepresiva
hyposekrece exokrinních žláz ústa, nos, vagína	anticholinergní	velmi silný vedlejší účinek, jenž může být subjektivně velmi rušivý. Protiopatření dehydroergotaminema umělými slinami možné
lokalizovaná hyposekrece potních žláz	alfa adrenergní	Spíše vzácný vedlejší účinek, Většinou vrtaný, jinak změna preparátu
edémy (víčka, obličej)	alergický	Spíše vzácný vedlejší účinek, Většinou vrtaný, jinak změna preparátu
fotodermatozy	alergický vlivem světla	Změna preparátu
obstipace	anticholinergní	Příležitostný, vážný vedlejší účinek, který právě při přidaných bludných symptomech může být pro nemocného velkou zátěží
obtíže při mikci	anticholinergní	Příležitostný, vážný vedlejší účinek se zástavou močení dávka periferního parasimpatomimetika, jinak změna preparátu
lehká hypothyreosa	reakce parenchymu	V případě nutnosti

	štítné žlázy	substituce hormonů štítné žlázy
redukce libida	neznámý	V případě nutnosti změna preparátu
zvýšení hmotnosti	neznámý	dieta
eosinofilie	alergický	nevyžaduje opatření
leukopenie	neznámý	většinou nevinné avšak pro sporadický výskyt agranulocytózy žádoucí pravidelné kontroly
poruchy akomodace	anticholinergní	častý vedlejší účinek, dát pozor především na ovlivnění schopnosti řízení vozidel. Z pravidla ale vratné v průběhu léčby
závratě	hypotonií, také vestibulárně	častý vedlejší účinek při serotonergních antidepresivech změna preparátu eventuálně žádoucí
tremor, ataxie	neznámý	eventuálně reverzibilní snížením dávkováním. Častý vedlejší účinek userotonergních antidepresiv
únavy	antihistaminergní, serotoninergní	většinou jen přechodný vedlejší účinek. Dávku přesunout na večer
neklid, poruchy spánku	katecholaminergní	eventuálně nutná změna preparátu
produktivní psychózy	katecholaminergní	zvláště u cholinergních antidepresiv delirantní symptomatologie. Zpravidla doplňková léčba neuroleptikem nebo physostigminem a žádoucí změna preparátu zvláště u cholinergních antidepresiv delirantní symptomatologie.
hypomanie	katecholaminergní	redukce dávky, eventuálně žádoucí převedení na neuroleptikum

Zdroj: RAHN, Ewald; MAHNKOPF, Angela. Psychiatrie. 1. vyd. Praha: Grada Publishinh a.s., 1999, s. 249-250, ISBN 80-7169-964-0.

3.3 Léčba prací

Práce je pro duševně nemocné velmi důležitá. Dříve bývávali pacienti v léčebných zařízeních nečinní, dnes je tomu naopak, práce má velmi pozitivní vliv na naši duši. Pacienty zaměstnává např. lepení obálek, plení zahrady, ruční umělecké práce atd. Pracovníci léčeben mají klíčový úkol zainteresovat pacienta do práce, a jeho zájem udržovat a dále rozvíjet. S tímto souvisí ale i například další činnosti, jako je sport, ranní rozcvička, různé hry, procházky, kreslení, hudba, četba atd. Jediný cíl těchto všech aktivit, je zařadit pacienta do kolektivu a probudit v něm zájem o práci a o společnost.⁴⁰

3.4 Psychoterapie

Psychoterapie je především léčbou (sekundární prevencí), ale i profylaxí (primární prevencí) a rehabilitací poruch zdraví, která se uskutečňuje výhradně psychologickými prostředky komunikační a vztahové povahy. Snaží se pomoci lidem překonat utrpení, které prožívají, a pomoci jim s jejich poruchami.

Aby měla psychoterapie tu účinnost jakou má mít, musí mít dané rysy. Měla by zahrnovat duševně nemocného celý bdělý život, měla by být všeobecná. Dále by měla obsahovat škálu skupinových a individuálních metod, které dokáží ovlivnit naši fantazii, myšlení, city a pocity, a chování tak, aby pacient měl pak pocit většího sebevědomí, aby znal vlastní cestu a dokázal se vrátit do každodenního života. Proto by psychoterapie měla obsahovat různé hry, práci a sport.⁴¹

Psychoterapie jako taková představuje určitý druh psychologické intervence působící na duševní život, chování člověka, jeho mezosobní vtahy i tělesné procesy tím způsobem, že usnadňuje navození žádoucích změn, či tyto

⁴⁰ PROKŮPEK, Josef, Psychiatrie, 6. vyd. Praha: Avicenum: zdravotnické naklad., 1974, s. 77-80, ISBN 08-018-74.

⁴¹ KNOBLOCH, Ferdinand; KNOBLOCHOVÁ, Jiřina. Integrovaná psychoterapie. Praha: Grada a.s., Avicenum, 1993, s. 11-12, ISBN 80-7169-027-9.

změny přímo vyvolá a tak podporuje uzdravení, či znesnadňuje vznik a rozvoj určité poruchy zdraví. Vlastní psychoterapie probíhá jako vědomá, záměrná, strukturovatelná a vědecky podložená interakce mezi terapeutem a pacientem. Psychoterapie by optimálně měla trvat 12-16 týdnů.

Psychoterapii můžeme rozdělit na individuální a kolektivní. Účelem psychoterapie je přetvořit člověka tak, aby se dovedl správně přizpůsobit a aklimatizovat, a dále odstranit příznaky nemoci. Jako příklad individuální psychoterapie si můžeme uvést psychoanalýzu a logoterapii, která má za úkol pomoci pacientovi najít zpátky smysl života. U skupinové psychoterapie je velmi významné působení ostatních členů skupiny na nemocného. Dále se jako léčebné metody používají: kognitivně-behaviorální psychoterapie, manželská (rodinná) terapie, rogersovská psychoterapie, fototerapie, krátká dynamická psychoterapie.⁴²

⁴² VYMĚTAL, Jan. Úvod do psychoterapie: 3. aktualizované a doplněné vydání. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2010. s. 9-67, ISBN 978-80-247-2667-0.

4. VYŠETŘOVACÍ METODY

Základním vyšetřením, které se v psychiatrii používá, je tzv. klinické vyšetření, které je pro určení správné diagnostiky nejdůležitější. Nejznámější je tento postup:

1. zjistit přesně přítomnost chorobných příznaků a jejich vývoj
2. ze zjištěných symptomů určit odpovídající syndromy
3. stanovit druh onemocnění klinickou jednotkou, pro niž jsou nalezené

syndromy typické

Klinické vyšetření se skládá z:

1. Z pohovoru s nemocným, přičemž sledujeme jeho projevy
2. Z vyšetření somatického včetně neurologického
3. Z anamnestických zpráv
4. Z pozorování projevů nemocného

Zde je velmi důležitá práce sestry, která může odkrýt např.: halucinace, bludy atd.

4.1 Zásady při jednání s pacientem

1. Při pohovoru s nemocným pacientem je nezbytné, abychom se chovali taktně a měli pochopení pro nynější stav pacienta. Dle toho vybíráme způsob vyšetřování, které bychom měli přizpůsobit nemocnému. První potřebujeme vědět, jestli se nemocný orientuje. Ptáme se na jeho potíže, na jejich začátek, vývoj a soudobý stav. Nemocný si pořád musí být vědom toho, že mu chceme pomoci, a proto je potřeba znát celý jeho životopis. Zajímá nás i pacientova tělesná stránka (nemoci, úrazy atd.) i duševní. Ptáme se na rodinu, na školní prospěch, sexuální život pracovní poměry, zájmy, hodnoty atd. Z této výpovědi bychom měli být schopni mít přehled o poruchách, jako jsou: vnímání, myšlení, intelekt, vědomí, jednání atd. Dále bychom se měli zeptat pacienta na jeho názor, na to, co si myslí o tom, že je v psychiatrické léčebně, jak se cítí, jestli se cítí být duševně nemocný atd. Dále si také všímáme

pacientovo mimických projevů. Jeho gest, jakou má náladu, pohybů, jeho chování atd.

2. Ke klinickému vyšetření patří i tzv. somatické vyšetření a vyšetření neurologické. Je důležité znát jaký má pacient krevní tlak, teplotu, váhu, výšku.

3. Dále je podstatná tzv. objektivní anamnestická zpráva, která slouží k ověření údajů nemocného. Kontaktujeme příbuzné a nejbližší, aby doplnili údaje o nemocném, jako jsou např. povahové rysy atd.

4. Velmi významnou roli zde hraje i pozorování projevů nemocného, a to hlavně když nejde o vyšetření. Někteří lidé se chovají před lékařem jinak, než by se chovali normálně.⁴³

Dále speciální vyšetření můžeme ještě dělit na:

- a) biochemická a likvorologická
- b) elektrofyziologická
- c) rentgenologická
- d) psychologická
- e) vyšetření vyšší nervové soustavy
- f) sociální vyšetření (PROKŮPEK, 1974, s. 64)

⁴³ PROKŮPEK, Josef, Psychiatrie, 6. vyd. Praha: Avicenum: zdravotnické naklad., 1974, s. 62-64, ISBN 08-018-74.

5. DEPRESE V DĚTSKÉM VĚKU

Skutečnost, že deprese postihují i děti, byla velmi dlouho přehlížena a tyto potíže byly interpretovány jiným způsobem. Podle současných odhadů, se depresivní poruchy vyskytují u 1-8% populace této věkové kategorie. Do puberty je deprese stejně častá u dětí obojího pohlaví, ale již na počátku dospívání jsou častěji postiženy dívky, v poměru 2:1, a později je tento rozdíl ještě výraznější 5:1,5.⁴⁴

5.1 Příčiny vzniku onemocnění a jeho prognóza

Stejně jako v případě deprese dospělých je považována za důležitou genetická dispozice. Různé vnější vlivy, které mohou být rizikové, působí v interakci s touto dispozicí. To znamená, že vznik depresivní poruchy je výsledkem vzájemného působení dědičných faktorů a vnějších vlivů. Prognóza depresivní poruchy v dětství závisí na závažnosti příznaků, současném výskytu dalších potíží i na věku, v němž se tato porucha poprvé objevila. Obvykle platí pravidlo, že čím dříve vznikne, tím vyšší je riziko opakování depresivních atak v pozdějším věku.⁴⁵

Specifickou formou je tzv. anaklitická deprese, která postihuje děti v kojeneckém a batolecím věku, jde o reakce na násilnou separaci od matky. Dítě, které je odtrženo od matky, se nejprve projevuje aktivním protestem, křičí a volá jí, postupně se dostává do fáze zoufalství, je apatické, utlumené a nereaguje na žádný podnět. Tyto projevy lze chápat jako signály deprese. Teprve po určité době dochází k citovému odpoutání od matky a dítě si vytvoří

⁴⁴ VENGLÁŘOVÁ, Martina; BABIAKOVÁ, Mira. Psychiatrická ošetrovatelská péče. 1.vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2006. s 315. ISBN 80-247-1151-6.

⁴⁵ VÁGNEROVÁ, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese: rozšířené a přepracované vydání, 4. vyd., Praha: Portál, 2008, s. 389, ISBN 978-80-7367-414-4.

vazbu k jiné, náhradní osobě. Tato zkušenost může nepříznivě ovlivnit jeho další vývoj, především v oblasti řeči a socializace.⁴⁶

5.2 Příznaky deprese v dětském věku

Příznaky deprese v dětském věku se do určité míry podobají příznakům deprese u dospělých, ale mají i své specifické znaky. Tyto znaky můžeme shrnout do pěti bodů:

a.) Narušení emočního prožívání:

U dětí stejně jako u dospělých je jedním ze základních příznaků smutná nálada, ztráta schopnosti prožívat radost, pocity beznaděje, zoufalství, strach a úzkost. S tím je spojená snížená tolerance k zátěži a schopnost zvládnout i zcela nepatrné problémy.

Narušené prožívání se asi nejvíc projevuje ve výrazu jejich obličeje a v chování, které bývá většinou nápadné. U předškoláků a dětí mladšího školního věku se může depresivní porucha projevovat emoční labilitou a dráždivostí spojenou s afektivními výbuchy. Depresivní děti nedovedou zvládat vlastní negativní emoce. Deprese se často projevuje i apatií a ztrátou zájmu a okolí.

b.) Změny v kognitivní oblasti:

Asi nejtypičtějším příznakem je zhoršení koncentrace pozornosti, celkové zpomalení kognitivních procesů a ztráta zvědavosti. Převažuje neadekvátně pesimistické uvažování, zvýšená koncentrace na různé problémy a ohrožení, na beznadějnou budoucnost.⁴⁷ Veškeré negativní dění je posuzované jako obvyklé a očekávané, zatím co pozitivní je považované za náhodný jev. Změna uvažování se projeví i neadekvátně sníženým sebehodnocením, dítě trpí

⁴⁶ KREJČÍŘOVÁ, Dana. Vývojová psychologie. 2. vyd. Praha: Grada Publishing a.s, 2006. S. 63, ISBN 8024712849.

představou vlastní bezcennosti, předpokládaného odmítání ostatními, pocity viny, beznaděje a bezmocnosti. Časté bývají i úvahy o smrti. Vzácněji se mohou také objevit závažnější poruchy myšlení a vnímání, nejčastěji jde o sluchové halucinace a bludná přesvědčení.

c.) Změny chování:

Chování dětí trpící depresí bývá většinou něčím nápadné, ale konkrétní poruchy mohou být různé. Např.: dítě je velmi neklidné, hyperaktivní, pohybově agitované, agresivní nebo naopak celkově utlumené. Unavené a bez energie. Počínající depresi mohou signalizovat nespecifické potíže, jako je celkové zhoršení školního výkonu, jehož příčinou je úbytek energie, únava, ale také změna postoje a ztráta zájmu. U starších školáků se může objevit zvýšený strach ze selhání nebo nesplnění požadavků.

Projevem deprese může být také neposlušnost, vzdor, destruktivní a agresivní jednání, které bývá často nesprávně hodnoceno jako porucha chování. Mnohdy je pro rodiče těžké si uvědomit, že jde primárně o poruchu emočního prožívání. Riziko suicidálního chování je zvýšené zejména v období dospívání. Pokusy o sebevraždu můžeme chápat jako projev potřeby zbavit se nepříjemných a trýznivých stavů prožívaných jako subjektivně nezvládnutelné.

d.) Somatické projevy:

Často se vyskytují i somatické problémy, které nejsou vždy správně interpretovány. Typickým příznakem deprese v dětském věku bývají poruchy jídla a spánku či různé bolesti (zejména hlavy a břicha). U dospívajících jsou časté hypochondrické obavy, stěžují si na únavu a různé i tělesné obtíže.

e.) Sociální důsledky:

Důležitým příznakem deprese je omezení a narušení sociálních kontaktů. Depresivní emoční ladění, neschopnost prožívat radost ale i

dráždivost a výkyvy nálad působí na ostatní nepříjemně. Podobné důsledky má také případná agresivita. K narušení vztahů přispívá skutečnost, že lidé nechápou příčinu jejich podivného chování.

Pro rodiče je velmi těžké chovat se vřele k dítěti, které na takové projevy reaguje odmítavě či lhostejně. Depresivní děti bývají i hůře hodnoceny ve škole, ať už jsou důvodem nápadnosti chování, či snížení výkonu, často mívají horší známky než by odpovídalo jejich schopnostem. Často bývají odmítány i svými vrstevníky. Neprojevují se tak, aby pro ně byli atraktivní a ani ony sami nemívají zájem o kontakt, spíše se sociálně izolují. Jsou přesvědčeni, že jsou neoblíbené a mají pocit, že je ostatní nechápou. Depresivní porucha v dětství bývá příčinou narušení socializace, zvyšuje riziko vzniku potíží sociálně-adaptačního charakteru.⁴⁸

Pro lepší porozumění typickým projevům depresivní poruchy v dětství může sloužit případ 9ti letého chlapce jehož depresivní onemocnění spustil zážitek šikany na lyžařském výcviku.

Po této zkušenosti začal chlapec být silně dráždivý, labilní a všechno hodnotil negativně. Projevovala se u něj beznaděj, došlo k celkovému útlumu jeho aktivity, ke ztrátě zájmu a zhoršení školního prospěchu. Doma reagoval hostilně, odmítal jakékoliv citové projevy ostatních lidí. Ve škole byl podle sdělené učitelky sprostý, drzý, paličatý a dělal si, co chtěl. V chování měl velké výkyvy a byl nevyzpytatelný. Cíleně vyhledával všechno špatné. O svých pocitech nechtěl mluvit, připouštěl, že se necítí dobře a nemá náladu, ale neví proč. Chtěl by mít od všeho klid.⁴⁹

⁴⁸ VÁGNEROVÁ, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese: rozšířené a přepracované vydání, 4. vyd., Praha: Portál, 2008, s. 390-392, ISBN 978-80-7367-414-4.

⁴⁹ VENGLÁŘOVÁ, Martina; BABIAKOVÁ, Mira. Psychiatrická ošetrovatelská péče. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2006. s. 334-335 . ISBN 80-247-1151-6.

6. ZÁVĚR

„Stručná verze definice zdraví podle světové zdravotnické organizace WHO zní: „Zdraví je stav dokonalé tělesné, duševní a sociální pohody, která je výsledkem souladu vzájemné interakce organismu a prostředí. Nemoc je souhrn reakcí organismu na poruchu mezi ním a prostředím.“ Podle údajů WHO duševní poruchy patří mezi nejčastější příčiny pracovní neschopnosti (z prvních deseti vyjmenovaných příčin, pět představují psychiatrické diagnózy.“⁵⁰

I přesto, že jsou příčiny psychických onemocnění velmi eminentní a podstatné, jsou jen těžko posuzovatelné a měřitelné. Pomezí mezi nemocí a zdravím se různě posunuje a obměňuje se, a mění jak transkulturní (tzn. v různých kulturních oblastech se různě liší) tak z historického hlediska. Například dnes přibývá razantně depresí, u lidí vyššího věku přibývá Alzheimerových demencí, a u dětí například hyperkinetických poruch. (MALÁ, PAVLOSVKÝ, 2002, s. 2-5)

Konkrétně v naší republice je seriózní chápání psychiatrie a jejích možností poměrně novým fenoménem. V dobách budování socialismu a nové šťastné společnosti měli psychické poruchy pejorativní nádech už vzhledem k tomu, že socialistická společnost, dle její ideologie měla produkovat jen šťastné lidi, a proto jakákoliv psychická porucha je z takto chápané společnosti vylučovala.

Psychiatrické léčebny v těchto dobách neměly dobrý zvuk už z toho důvodu, že byly často zneužívány k internování nepohodlných lidí. Tohoto

⁵⁰ MALÁ, Eva. PAVLOVSKÝ, Pavel. Psychiatrie, 1. vyd., Praha: Portál, 2002, s.. 2, ISBN 80-7178-700-0

negativního pohledu na psychiatrii se tento obor již zbavil, a lidé ho začínají chápat jako standardní lékařskou pomoc, přesto, na základně mých osobních rozhovorů s některými pacienty jsme dospěla k názoru, že zvláště pak u střední a starší generace stále přetrvává určitá nedůvěra až obavy z pacientů s těmito psychickými poruchami, stejně jako u těchto pacientů přetrvává strach a obavy před zbytkem společnosti.

To jsem poznala i na několika konkrétních případech, kdy někteří z pacientů semnou nechtěli ochotně o své nemoci hovořit a zaujaly velice odmítavý postoj, přesto, že jsme se k nim snažila přistupovat co nejsdílivěji a nejchápavěji.

S těmi, kteří semnou ochotni mluvit byli, z mých rozhovorů jsem pak usoudila, že každá psychická porucha, i když je detailně lékařsky definovaná, se u každého může projevat jiným způsobem, jelikož je zkombinována s vlastní individualitou každého jedince. To znamená, že každý takový to pacient vyžaduje velice individuální přístup, jak v léčbě, tak v komunikaci s ním, pokud by měla být léčba co nejvíce účinná.

Toto ale při dnešním stavu personálních a finančních možností zdravotnictví není možné, a záleží tedy hlavně na osobním přístupu a obětavosti zaměstnanců psychiatrických léčen.

Ale i v tomto se dnes situace zlepšuje, i když asi pomaleji, než bychom si přály. Přispívají k tomu i nové vědecké poznatky v mapování jednotlivých funkcí mozku, tak ve vývoji nových šetrnějších a efektivnějších farmaceutických produktů. Dnes se tento medicínský obor, který se duševním poruchám a nemocím věnuje, psychiatrie, do současného zdravotnictví stále více integruje, a to i díky prudkému nárůstu informací o genetice, a zcela novým vyšetřovacím metodám.⁵¹

⁵¹ HAMMEN, Constance L. Clinical psychology, a modular course Clinical Psychology. East Sussex, UK: Psychology Press, 1997, s. 1-3, ISBN 0863777279.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ATKINSON, Sue. Jak zdotat skálu jménem deprese: praktický průvodce pro lidi trpící depresí. 1. vyd., Praha: Albatros, 2005, 154 s., ISBN 80-00-01544-7.

BOUČEK, Jaroslav. Interní medicína pro praxi [online]. 6.vyd. 2006 [cit. 2011-06-11]. Deprese u somatických onemocnění-Tianeptin v denní praxi. Dostupné z WWW: <www.solcn.cz>.

ČEŠKOVÁ, Eva. Deniban v léčbě dystymie [online]. 2006 [cit. 2011-04-21]. *Deniban v léčbě dystymie*. Dostupné z WWW: <http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2007_2_73_79.pdf>.

Deprese [online]. 2008. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2008 [cit. 2011-06-08]. Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře. Dostupné z WWW: <www.svl.cz>. ISBN 978-80-86998-22-0.

Desitin success in csn [online]. Praha: 2006 [cit. 2011-06-02]. Desitin. Dostupné z WWW: <www.desitin.cz>.

Desitin success in CSN. Desitin.cz [online]. 2010, 2010 [cit. 2012-01-02]. Dostupné z: <http://www.desitin.cz/indikace/bipolarni-porucha/lecebne-moznosti/>

DUŠEK, Karel; VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, Alena. Diagnostika a terapie duševních poruch. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2010. 632 s. ISBN 8024716208.

GAY, Christian. Bipolární porucha: rady pro rodiny a blízké osob s maniodepresivními stavy, 1. vyd., Praha: Portál, 2010, 136 s., ISBN 978-80-7367-668-1

GILBERT, Paul. Depression: the evolution of powerlessness. 2. vyd. East Sussex, UK: Psychology Press, 1992. 561 s. ISBN 0863772218.

HAMMEN, Constance L. Clinical psychology, a modular course Clinical Psychology. East sussex, UK: Psychology Press, 1997. 218 s. ISBN 0863777279.

KNOBLOCH, Ferdinand; KNOBLOCHOVÁ, Jiřina. Integrovaná psychoterapie. Praha: Grada a.s., Avicenum, 1993. 376 s. ISBN 80-7169-027-9.

KREJČÍŘOVÁ, Dana. Vývojová psychologie. 2. vyd. Praha: Grada Publishing a.s, 2006. 368 s. ISBN 8024712849.

KRYL, Michal. Deprese v somatické medicíně: Psychiatrická klinika FN Olomouc [online]. 2002 [cit. 2011-06-17]. Psychiatrie. Dostupné z WWW: <<http://www.solen.cz/pdfs/int/2001/11/14.pdf>>.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Jak zvládat depresi: Psychologie pro každého. 2. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2003. 176 s. ISBN 8024705753.

LÁTALOVÁ, Klára. Bipolární afektivní porucha. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2010, s. 256, ISBN 978-80-247-3125-4

LEIFER, Gloria. Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství. 1. vyd. Praha : Grada Publishing a.s., 2004. 952 s. ISBN 8024706687

LIM, Leslie. Depression: the misunderstood illness. Singapore : Armour Publishing Pte Ltd, 2008. 242 s. ISBN 9814222267.

LULLMANN, Heinz; MOHR, Klaus; WEHLING, Martin. Farmakologie a toxikologie. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s, 2004. 725 s. ISBN 8024708361.

MALÁ, Eva. PAVLOVSKÝ, Pavel. Psychiatrie, 1. vyd., Praha: Portál, 2002, 144 s., ISBN 80-7178-700-0.
Nenechte radost odejít [online]. 2006 [cit. 2011-06-17]. Deprese. Dostupné z WWW: <www.deprese.com>.

PEACOCK, Judith; CASEY, Jackie. Depression : Perspectives on Mental Health Series. Minnesota, Mankato: Capstone Press, 2000. 64 s. ISBN 0736804358

PRAŠKO, Ján; BULIKOVÁ, Barbora; SIGMUNDOVÁ, Zuzana. Depresivní porucha a jak ji překonat [online]. 1. vyd. Praha: Galén, 2009 [cit. 2011-07-13].

DEPRESIVNÍ PORUCHA A JAK JI PŘEKONAT. Dostupné z WWW: <http://cz.lundbeck.com/cz/Professionals/what_we_do/depression/documents/Depresivni_porucha.pdf>. ISBN 978-80-7262-656-4.

PROKÚPEK, Josef, Psychiatrie, 6. vyd. Praha: Avicenum: zdravotnické naklad., 1974, 192 s., ISBN 08-018-74.

RABOCH, Jiří. ZVOLSKÝ, Petr. Psychiatrie. 1.vyd., Praha: Galén Karolinum, 2001. 622 s. ISBN 8072621408.

RAHN, Ewald; MAHNKOPF, Angela. Psychiatrie. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 1999. 468 s. ISBN 80-7169-964-0.

SLEZÁKOVÁ, Lenka. Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty: Gynekologie a porodnictví, onkologie, psychiatrie. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2007. 214 s. ISBN 8024722704.

VÁGNEROVÁ, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese: rozšířené a přepracované vydání, 4. vyd., Praha: Portál, 2008, 870 s., ISBN 978-80-7367-414-4.

VAŠINA, Lubomír. Komparativní psychologie. 1. vyd., Praha: Grada Publishing a.s, 2010. 208 s. ISBN 978-80-247-2847-6.

VENGLÁŘOVÁ, Martina; BABIAKOVÁ, Mira. Psychiatrická ošetrovatelská péče. 1.vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.

VYMĚTAL, Jan. Úvod do psychoterapie: 3. aktualizované a doplněné vydání. 1. vyd. Praha : Grada Publishing a.s., 2010. 288 s. ISBN 978-80-247-2667-0.

Změna stopstigma [online]. 2008, 1.1.2011 [cit. 2011-06-11]. Projekt zaměřený proti předsudkům a diskriminaci z důvodu psychiatrického onemocnění. Dostupné z WWW: <<http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/deprese/osobni-pribehy1.html>>.

SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ

Seznam obrázků

Obr. 1 Podmiňující faktory deprese.....	7
Obr. 2 Bludný kruh deprese.....	8
Obr. 3 Schéma průběhu afektivních psychóz.....	20

Seznam tabulek

Tab. 1 Kdy neváhat a jít k psychiatrovi.....	10
Tab. 2 Přehled antidepresiv.....	29
Tab. 3 Přehled SSRI ⁵² registrovaných v ČR 1. 2. 2008.....	30
Tab. 4 Přehled nejdůležitějších vedlejších účinků antidepresiv.....	31

Seznam příloh

PŘÍLOHA A - PŘÍBĚH 2.6.1.....	I
PŘÍLOHA B - PŘÍBĚH 2.7.1.....	II
PŘÍLOHA C - ROZHOVOR.....	IV
PŘÍLOHA D - ROZHOVOR- PANÍ S.....	VIII
PŘÍLOHA E - ROZHOVOR -PANÍ V.....	XI
PŘÍLOHA F - ROZHOVOR-PAN K.....	XV
PŘÍLOHA G - BECKOVA STUPNICE PRO POSUZOVÁNÍ ZÁVAŽNOSTI DEPRESE.....	XIX

⁵² SSRI=Selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu

7. PŘÍLOHY

Příloha A, 2.6.1. Příběh: pokračování ze str. 18.

„Můj nevlastní táta se o mne staral od té doby, co mně bylo sedm a mé sestře šest let. Nejdřív s ním byla legrace – vždycky se smál a hrál s námi hry – ale potom, bez důvodu, se rozzlobil a přestal mluvit. Vždycky to bylo útočné ticho a přineslo zasmušilou náladu do celého domu. V průběhu let s ním bylo stále méně legrace, protože jeho melancholické nálady se stávaly častějšími. Nejdřív jsem si myslel, že to bylo kvůli něčemu, co jsem udělal já, ale když se dívám zpátky, tak si uvědomuji, že to byl on, kdo měl problém. Viz. Příloha.

Máma musela trávit hodně času s mojí sestrou, která měla problémy s učením, takže si vždycky neuvědomovala, co zažívám. Kromě svých nálad ležel nevlastní táta často v posteli s bolestí hlavy. Abychom ho nerušili, tak jsme se domem jenom plížili. Taky měl problémy s jídlem. Když jsem si šel něco vzít do lednice, díval se na mě zpoza vlasů na čele zlým pohledem; ve skutečnosti nesouhlasil s tím, když někdo jedl. Jídlo schovával a na mléko a na pomerančový džus dělal značky, aby zjistil, jestli jsem si vzal. Když jsem se napil, musel jsem pak doplnit vodu zas až po značku. Když jsem byl starší a vodil jsem si domů kamarády, začal z ničeho nic vykládat vtipy a i jinak se k nim choval až moc přátelsky. Bylo to trapné, ale asi chtěl, aby na ně udělal dojem a aby si mysleli, jaký je báječný chlapík. Když jsem byl mladík, hráli jsme kriket za stejné družstvo. V šatně byl vždycky samá legrace, ale v okamžiku, kdy jsme přišli domů, tak se změnil. Spoluhráči si mysleli, že je skvělý. Moje máma mi povídala, že jim mám říct pravdu, ale podle mě to nemělo smysl. Stejně by mi nevěřili.

Ke svému nevlastnímu tátovi chovám smíšené pocity. Staral se o mne, když jsem byl děcko a já jsem mu za to hodně vděčný, ale vzpomínám si také na jeho protivnou, ufňukanou a útočnou stránku. Loni mi řekl, že mne má rád, a to hodně pomohlo. Stejně ale nemám moc sebedůvěry, což je asi být zčásti

způsobeno jeho nemocí a tím, co jsme kvůli ní vytrpěli. Konfliktní situace a společenské akce jen s velkými obtížemi a dávám přednost tomu, být sám. Kdyby to šlo, tak bych žil a pracoval na majáku.

Když vyrůstala moje máma, trpěl duševní nemocí jeden z jejích rodičů a říká, že jí to trvalo mnoho let, než se dostala tam, kde je teď. Možná, že budu stejný.“⁵³

⁵³ *Změna stopstigma* [online]. 2008, 1.1.2011 [cit. 2011-06-11]. Projekt zaměřený proti předsudkům a diskriminaci z důvodu psychiatrického onemocnění. Dostupné z WWW: <<http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/deprese/osobni-pribehy1.html>>.

Příloha B, 2.7.1 Příběh, viz str. 19-20.

„Roman považoval svůj dosavadní život za bezproblémový. Žil aktivně, měl řadu přátel. Během studia vysoké školy se seznámil se svou budoucí ženou, po jejím ukončení se vzali a záhy nato žena otěhotněla.

Roman si vcelku snadno našel atraktivní práci. V zaměstnání dostal zajímavý plat a půl roku na seznámení se s fungováním společnosti. Zpětně vzpomínal, že se v té době cítil spokojený, vše se dařilo, těšil se na dítě. Po půl roce v práci dostal první samostatný úkol. Pustil se do něj s vervou, ale brzy zjistil, že vůbec není snadný. Z blížícím se termínem odevzdání výsledků začal být nervózní, podrážděný, hůře usínal, ráno se mu nechtělo do práce, ve firmě se vyhýbal setkání s nadřízeným. Stále hůře se soustředil na práci, cítil se vyčerpaný a unavený, téměř přestal jíst. Když jej pak nadřízený požádal o prezentaci výsledků, Roman zpanikařil a podal výpověď. Šéfa to překvapilo, ale místo propuštění nabídl Romanovi další čas na dokončení úkolu a nabídl pomoc. Po týdnu vysedávání v kanceláři si Roman uvědomil, že v práci vůbec nepokročil. V té době již téměř vůbec nespál, přestal komunikovat s manželkou, nedokázal se zbavit pocitů selhání a neschopnosti, měl hrůzu z budoucnosti, jak zajistí rodinu. Situaci vnímal jako neřešitelnou.

Ráno v den, kdy měl prezentovat své výsledky, odjel z domova, ale místo do práce zamířil za město. Zastavil na opuštěném místě, vypnul mobil, otevřel láhev a celé hodiny se odhodlával k sebevraždě. Policejní hlídka jej našla spícího a po ztotožnění jej odvezla na psychiatrii. Policie dostala oznámení od manželky, která po návratu z práce doma našla dopis na rozloučenou.

Hospitalizaci vnímal Roman jako prodloužené umírání, byl přesvědčen, že už tu bude navěky. Nevěřil, když mu ošetřující lékař sdělil, že trpí depresí a že je velká šance na zlepšení. Byl si jist, že to, co se mu v poslední době stalo, bylo jen logickým vyústěním jeho neschopnosti. Ani

zpětně nebyl schopen ve svém životě najít jediný úspěch, něco v čem by byl dobrý, a když na něco přece jen narazil, vysvětlil si to působením šťastné náhody. Nebránil se užívání antidepresiv ani účasti na psychoterapii na oddělení, přesto že je vnímal jako zbytečné. Tři týdny se nic neměnilo, výčitky se nijak nezmiřily, snad jen spánek byl o něco klidnější a začal jíst. Návštěvy nejbližších protrpěl, nesdílel jejich optimismus, jejich podporu vnímal jako další potvrzení svého selhání. A pak se začalo něco měnit. Při sportu se více soustředil na hru, vydržel poslouchat hudbu, povídal si se spoustou pacientů, těšil se na návštěvu manželky. Při terapii si začal uvědomovat, že řada jeho myšlenek je přehnaných a učil se jim tolik nepodléhat. Připustil, že se s ním před několika týdny opravdu něco stalo a že jeho předchozí život vůbec nebyl bez úspěchů. Po šesti týdnech na oddělení již fungoval jako dřív a mohl být propuštěn. Začal docházet do ambulance, dál užíval léky a staral se o domácnost.

Klid ale úplně neměl. Zbývalo vyřešit práci. Se svým současným zaměstnavatelem se spojil a domluvit se na ukončení pracovního poměru ještě za hospitalizace, ale stále se obával, že v budoucí práci se mu povede stejně. Také jej děsila možnost, že by se budoucí zaměstnavatel dozvěděl o jeho hospitalizaci. Asi za půl roku dorazil na oddělení od Romana dopis, ve kterém psal, že si našel novou práci, ve které je spokojený, že má zdravou dcerku a že se mu vůbec vede dobře. A že už věří, že stav, který prodělal, byla deprese.⁵⁴

⁵⁴ Změna stopstigma [online]. 2008, 1. 1. 2011 [cit. 2011-06-11]. Projekt zaměřený proti předsudkům a diskriminaci z důvodu psychiatrického onemocnění. Dostupné z WWW: <<http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/deprese/osobni-pribehy1.html>>.

Příloha C,

3.2 Rozhovor s Doc. MUDr. Oldřichem Vinařem, Drsc.

Pokračování ze str. 26-30.

*„ Když lékař předepíše antidepressivum,
ještě to neznamená, že máte depresi*

Souhlasíte s tím, že pojem „antidepressiva“ je trochu nešťastný?

Souhlasím s tím, že není šťastný, ale už se vžil. Tak jako říkáme Amerika a nikoliv Kolumbie, ačkoliv víme, že ji objevil Kolumbus a Amerigo Vespucci o tom jenom psal. Už to nikdo neopravuje. S antidepressivy je to podobné. Jejich název se vžil, ačkoliv je opravdu zavádějící a podle mého mínění indikace mimo oblast deprese jsou dokonce širší než pro vlastní depresivní poruchy. Používám výraz „depresivní porucha“, abych odlišil to, o čem lidé říkají „Mám depku.“ Já mluvím o nemoci, o stavu, který člověka handicapuje.

U jakých dalších onemocnění kromě deprese tyto léky pomáhají?

Především u téměř všech úzkostných poruch. Jistěže člověk, který trpí úzkostí, má také velice často špatnou náladu a třeba i depresi. Přesto je mnoho úzkostných lidí, kteří vůbec depresivní nejsou. Úzkost je i za některými nutkavými stavy, za obsesemi, za pedantstvím, které je celkem běžné. A může být dost nepříjemné i pro pedantovo okolí, zvláště tehdy, jde-li o člověka ve vedoucím postavení. On musí mít na stole tužku tak, jak ji včera nechal. Jinak to uklízečka nebo kdokoli, kdo by ji posunul, odnese. I to se dnes dá léčit antidepressivy. Pedant je ovšem musí brát déle než člověk s depresivní poruchou. Aby se změnilo něco, co je téměř povahovým rysem, je potřeba, aby pacient bral antidepressiva dlouho a aby se mu lékař věnoval také psychoterapeuticky.

Co když se do psychické krize dostane zdravý člověk, např. po úmrtí v rodině, po rozvodu nebo při finančních problémech? Není v takových situacích předpis antidepressiva přece jen „příliš“? Lze v takové situaci bezpečně ulevit jinak?

Zde opět není dobré, jak lidé rozumějí názvům léků. Antidepressivum je v těchto případech indikováno, pokud problémy pacienta splňují kritéria duševní poruchy, kde léčba antidepressivem prokázala spolehlivý terapeutický účinek. Když člověku umře někdo blízký, přijde o majetek nebo se rozvádí, dost často si pomáhá léky proti úzkosti, anxiolyticky, třeba Neurolem. Vzít si Neurol, to je dnes něco úplně běžného! Mnozí už vědí, že 95 procent bolestí hlavy jsou psychogenního původu a že je lepší vzít Neurol než Algenu nebo Acylpyrin. Z lékařského hlediska to je určitě vhodnější než analgetikum. Ale je to řešení ani ne na půl cesty. Člověku se uleví dočasně a má pocit, že při užívání anxiolytika nedostane nálepkou psychiatrického onemocnění. Úzkost nebo strach má přece každý! To je přece normální! Lidé to pak berou na lehkou váhu. A ono je to s rizikem takového užívání naopak. Zatímco antidepressiva z hlediska návyku nejsou riskantní, anxiolytika riskantní jsou.

Tím nechci říct, že bychom anxiolytika neměli vůbec předepisovat. Přehnané obavy mohou mít charakter fobie. Mám několik pacientů, jejichž úzkostná neuróza pramení ze strachu, že se stanou závislými na benzodiazepinech! Potřebují je občas - třeba před veřejným vystoupením, kdy je trápí tréma. Nebo před odletem na dovolenou.

Rozdíl mezi antidepressivy a anxiolyticky spočívá hlavně v tom, že antidepressiva jsou v řetězci příčin a následků bliž k jejich příčině. Působí preventivně. Pacient díky užívání antidepressiv úzkost nedostane. Ale jestliže ji už má a při zvážení všech okolností je to namístě, tak si může vzít anxiolytikum. To hasí požár, který vznikl, protože nebyla odstraněna příčina úzkosti. K tomu, aby mohla být odstraněna, přispívají antidepressiva.

Co nového přinášejí moderní antidepresiva?

Mají nejméně stejně intenzivní terapeutický účinek jako předchozí generace antidepresiv a přitom jejich nežádoucí účinky jsou daleko mírnější. Díky tomu se dnes jejich indikace rozšířily do oblastí, kde se nad tím mohou lidé pozastavovat. „Je to nemoc? Není to nemoc?“ To je čistě arbitrární hranice, kterou si vytváří medicína. Organismus, příroda ostrou hranici mezi patologií a normalitou nezná. Když havranovi vypadávají pírka, je to už nemoc? Pokud u něj bude nějaký havraní doktor, bude záležet na tom, zda najde medicínský prostředek na vypadávání pírek. Jestliže najde lék, budou havrani říkat: „Toto je nemoc.“ Ale když mu doktor nepomůže, tak se hledá příčina v tom, že třeba - co já vím – málo kloval tam, kde klovat měl. A je to následek špatné výchovy.

V našem minulém rozhovoru jste mluvil o tom, že antidepresiva dokážou až zázračně regenerovat a dokonce vytvářet nové nervové buňky.

Od doby, co jsme spolu hovořili naposled, se to prokázalo ještě daleko spolehlivěji. Při depresivní poruše dochází – pravděpodobně v důsledku genetické vlohy a těžké distresové situaci ke zmenšení některých částí mozku, někdy až o 15 procent. Díky účinku antidepresiv mozek doroste, sám si vyrobí růstové faktory, které způsobí, že znovu vzniknou chybějící buňky. Právě to, že chyběly, přispělo k duševní poruše daného člověka. Antidepresiva tedy doslova vyhojí mozek. Při mírné depresi, dojde pravděpodobně k dorůstání mozku i díky psychoterapii. Ale trvá to déle a důkazy o tom přece jenom ještě nejsou tak dokonalé jako u medikamentózní léčby. Nechci však tvrdit, že to nejde. Víme, že každý podnět, který dopadne do nervového systému, doslova mění hmotný stav mozku. Skutečně, průchod už jediné vzruchové vlny po nervovém vláknu vede k tomu, že vlákno zesílí, ztloustne. Každé slovo, které člověk uslyší, se mu vtělí do mozku. Takže psychoterapie ho také hojí, ale opakují: trvá to déle a hodí se to spíš pro mírné deprese.

Lidé se někdy bojí, že je antidepresiva změní, že to „už nebudou oni“..

To je mýtus. Dokud člověk žije, jeho „já“ se nedá ničím vymazat. Ovšem u závažnější poruchy, kdy pacient musí antidepresivum užívat dlouhodobě, může lék „očistit“ určité rysy jeho povahy, které byly zakryty déle trvající depresivní nebo úzkostnou poruchou. Např. onen pedant přestane být nepřátelský k těm, kteří mu „ruší“ pořádek. Do té doby pořádek potřeboval, aby měl klid. Jakmile bylo něco jinak, měl z toho úzkost. Předcházel úzkosti tím, že vše musel mít velice pečlivě na místě. Když se nutkavé potřeby udržovat stoprocentní pořádek zbavil, mohou mu jeho známí říkat: „Ty ses změnil.“ Od příbuzných pacientů slyším velice často: „On je teď báječněj! On je úplně jinej!“

To se však děje tehdy, když se antidepresiva berou dlouhodobě. A pokud takto změní něco, co bylo pokládáno za povahový rys, je to k lepšímu a jsou s tím spokojeni pacient i jeho blízcí.

Já lidem říkám: lék, který vám předepíšu, neovlivní vaši mysl, vaši duši. Ovlivní stav vašeho mozku. To je zásadní. O tom, jak si se změněným stavem vašeho mozku poradíte, do značné míry rozhodujete vy. Já se jen postarám, aby váš mozek byl v pořádku po stránce neurofyzilogické. To mohu udělat. Psychoterapií můžu ovlivnit i to, jak vy využijete zlepšeného stavu vašeho nervového systému. Když zkombinuji psychoterapii s farmakoterapií, je to ideální.

Ano, v mozku je vtělena naše povaha. Ale tu zásadní strukturu opravdu žádný lék nezmění. Nejdůležitější, co by lidé měli vědět, je, že antidepresiva působí na mozek. Co s mozkem potom dělá duše, to mohu ovlivňovat psychoterapií.

Jako když máte zlomenou nohu. Ortoped vám dá dohromady kosti a pomůže při jejich hojení. Zda budete nohu trénovat a budete zase dobře chodit nebo ne, to už je vaše věc. Lékař vás k tomu může jenom nabádat. Ale jestli to uděláte či ne, to je vaše svobodné rozhodnutí.

Jestliže antidepresiva mohou „vyhojit“ jizvy na mozek způsobené depresivní nebo úzkostnou poruchou, možná vás napadne, proč i po odeznění depresivních příznaků doporučujeme dlouhodobě pokračovat v jejich užívání.

*Důvod je ten, že léčba neodstraní geneticky podmíněnou vložku reagovat na těžkou distresovou událost nebo chronickou frustrující situaci depresivními nebo úzkostnými příznaky. Klinický výzkum potvrzuje, že jejich dlouhodobé užívání snižuje riziko návratu duševní poruchy.*⁵⁵

⁵⁵ Nenechte radost odejít [online]. 2006 [cit. 2011-06-17]. Deprese. Dostupné z WWW: <www.deprese.com>.

Příloha D, – Rozhovor 1. paní S.

Osobní údaje:

Paní S je 55 let, je rozvedená, má 1 dceru, vystudovanou vysokou školu AVU, a nyní žije se svým přítelem, který je také duševně nemocný. Paní S. trpí depresivní poruchou 10 let a byla již několikrát hospitalizována na psychiatrickém oddělení v Českých Budějovicích. Trpěla také závislostí na alkoholu, a proto podstoupila roční protialkoholní léčení v Psychiatrické léčebně Lnáře. Nyní jsou jí podávána antidepressiva a její stav je v normě.

Řekněte mi něco o Vaší nemoci.

Nejdříve jsem si samozřejmě strašně dlouho nepřipouštěla, že jsem nemocná, že je něco špatně, snažila jsme se dělat, jakože nic. Jsem od přírody poměrně sensiblní, citlivý a zranitelný člověk, a než jsem přišla na to, že trpím depresí, bylo už pozdě. Pokusila jsme se o sebevraždu, která mi naštěstí nevyšla. Pak jsem strávila pár týdnů na psychiatrickém oddělení v Českých Budějovicích. Trpívala jsem, i teď občas trpívám pocity bezcennosti, neúčinnosti, přijdu si zbytečná a mám strašné výčitky, cítím vinu, a ani nevím přesně za co. Nejhorší to bývalo po ránu. To mi bylo nejhůř. V noci jsem strašně špatně spala, někdy jsme nemohla spát vůbec, a ráno jsem byla příšerně unavená, někdy i tak, že jsme nemohla vstát. Měla jsme pocit, že nemám ani proč vstát. Přestala jsem úplně racionálně přemýšlet, ovládly mě celou jenom ty strašný pocity. Přestávala jsem být schopná dělat běžný věci, nedošla jsem si nakoupit, nemohla jsem se umýt, uklidit, prostě to nešlo. Hodně se mi snažila pomoci moje dcera, ale to nikam nevedlo. Když jsme brala pravidelně antidepressiva, tak se to začas srovnalo. Ale pak se to zase vrátilo, a všechno se dělo na novo.

Opět jsem se pokusila o sebevraždu, opět mi nevyšla naštěstí, znova jsme byla pár týdnů hospitalizována na psychiatrickém oddělení. Je to takový koloběh mám pocit. Někdy je hůř, někdy je líp.

Máte kamarády?

Nikdy jsme neměla moc kamarádů, jsme hodně uzavřený a introvertní člověk. Ale těch pár, který jsem měla mi zůstaly. A také jsem potkala mezitím hodně lidí se stejnými nebo podobnými problémy, se kterými můžu o mé nemoci mluvit, a vím, že oni mi rozumí, že mají podobné pocity jako já, a že prožily něco podobného.

Jak na vaší nemoc reagují cizí lidé:

Snažila jsem se o mé nemoci nikomu neříkat, styděla jsme se za to, bylo to tabu. Věděli to jen mí nejbližší. Dneska už mám na to trochu jiný pohled, nestydím se za to, že trpím depresí, a lidé bych řekla, reagují jinak než před 10-15ti lety.

Sportujete? Věnujete se něčemu aktivně?

Nesportuji nějak extra. Mám ráda dlouhé procházky, chodím plavat a hodně jezdím na kole. Učím se anglicky a francouzsky, ráda čtu, zajímám se o kulturu, malířství, sochařství, architekturu, poměrně často navštěvuji různé vernisáže, výstavy atd. Ráda chodím do přírody, kde můžu přemýšlet, a nic mě kromě ptačího zpěvu neruší. Také mě baví kytky, starat se o ně.

Změnilo se něco výrazně ve Vašem životě, od té doby co trpíte depresí?

No, mám lepší vztah se svojí dcerou, takovej intimnější, naučila jsem přemýšlet o tom, co je v životě opravdu důležité, a co ne. Jsou věci, se kterými jsem se přestala skoro úplně trápit, které neřeším. Snažím se uvažovat racionálněji, i když to občas není lehké. Začala

jsme každé ráno cvičit pozdrav slunci, je to pro mě takový malý důvod, proč vylézt z postele. Protáhnu se a celý den je mi pak lépe. Také vím, že spoustu věcí bych si neměla brát osobně a nebýt tak vztahovačná. Pracuji na tom. Snažím se uvědomovat si radost, umět ji prožívat. Člověk trpící depresí úplně ztratí tu schopnost umět se radovat. Také jsem si uvědomila, že nemá cenu babrat se v minulosti, vyčítat si věci, které se staly 10 let zpátky a žít přítomností.

Pracujete?

To je možná taky to co mi určitým způsobem chybí, takový to, že každé ráno musím vstát a někam jít. Jsem malířka. Mám svůj ateliér, ale nemusím tam být každý den v 8 ráno. Nic mě nehoní a netlačí. Když nemám den, zůstanu doma. A to je to, co bych asi neměla. Někdy se stane, že mi nejde malovat třeba 14 dní, prostě to nejde, tak nic nedělám a utápím se ve svých pocitech viny. Nemám kolem sebe žádné lidi, což je pro mě fajn. Ale někdy si přijdu strašně sama.

Co Vás motivovalo k vyhledání odborné pomoci?

Je to pár let, co jsem začala pravidelně navštěvovat psychiatra. Dohnala mě k němu moje dcera. Sama bych asi nikdy nikam nešla. Ani později jsem sama nikdy žádnou jinou pomoc nevyhledala. Vždycky to mělo ten stejný průběh. Já se psychicky zhroutila, nebo pokusila o sebevraždu a byla převezena na psychiatrii. Strávila jsem rok v psychiatrické léčebně. Měla jsem tak strašné stavy, že jsem začala pít. Bylo to pro mě jediné viditelné východisko. Pak mi byla nařízena roční léčba. Odvezli mě, a bylo. Na druhou stranu mi ten rok dal strašně moc. Potkala jsem lidi s daleko horším osudem, uvědomila si strašně věci. Hodně mi to pomohlo. Určitým způsobem jsem se tam vzpamatovala.

Příloha E, – Rozhovor 2. paní V.

Paní V.

Paní V. je 41 let, je podruhé vdaná, má 2 děti, vysokoškolské vzdělání, pracuje jako učitelka na prvním stupni základní školy v Českých Budějovicích. Trpí bipolární afektivní poruchou a 2krát byla hospitalizována na psychiatrickém oddělení. Aktuálně jsou jí podávána antidepresiva.

Kdy jste si poprvé uvědomila, že něco není v pořádku?

Ani nevím, nejdříve jsem si samozřejmě asi jako každý nic nepřipouštěla, myslela jsem si, že je to jenom smutná nálada. Měla jsem strašné výčitky, toho, ale co se stalo třeba už před 15 lety. Měla jsme pocit, že jsem moc věcí udělala špatně, že je vše moje vina. Byly to děsivé pocity, nemohla jsem spát, jíst, celé noci jsme chodila po bytě a musela něco dělat. Takhle jsem to vydržela pár dní, a pak se složila. Odvezla mě záchranka rovnou na psychiatrii. To byl asi první okamžik, kdy jsem si uvědomila, že jsem nemocná.

Jak na to reagovala Vaše rodina?

Moje nejstarší dcera žije v cizině. Manžel i přes naše poslední dobou né příliš dobré vztahy, se mi snažil ze všech sil pomoci, staral se o mě, dohlížel na mě, ale já o to víc cítila, že takhle to není v pořádku. Možná kdyby se choval, že se jakože nic nestalo, bylo by to lepší. Ale těžko říct. A můj mladší syn asi ani moc nevěděl, co se děje. Manžel mu to nějak vysvětlil, ale nebavíme o tom spolu.

Změnilo se Vás od té doby něco?

Myslím, že ne, a tak je to v pořádku. Vše je, jak má být.

Jak s nemocí bojujete?

Trpím bipolární afektivní poruchou. Střídají se mi epizody mánie a deprese. Když nejste smířená s tím, že touto nemocí trpíte, bojuje se s tím strašně blbě. Dneska to vím, beru své léky, a je to dobrý. Občas jsem skleslá, mám blbou a smutnou náladu, nic se mi nechce dělat, ale pořád je to v nějaké únosný míře a vím, že za nějaký čas to zase přejde. Mám kolem sebe hodně přátel, jsme aktivní člověk, ráda sportuji, a to mi pomáhá. Snažím se dodržovat správnou životosprávu, jím zdravě a vždy se snažím mít vymyšlený nějaký denní program.

Váš pohled do budoucna?

Jéé, já moc do budoucnosti nekoukám. Žiju teď, a tím, co se teď děje. Nechci přemýšlet nad tím, co bude, jak bude, klást si otázky typu „ A co když...“.

Navštívila jste někdy psychoterapii?

Nikdy...

Můžete mi popsat Vaší nemoc?

Bipolární afektivní porucha se projevuje, jak už jsme říkala střídáním tzv. mánie a deprese. Při manických epizodách mám pocit, že překypuju energií, nevím, co snít, často se směju, jsem asi i hlučná občas, mám dobrou a veselou náladu, ráda chodím do společnosti a bavím se. Jsem ale hodně emočně labilní. Často brečím, a za 10 minut se třeba zase směju. Je to zajímavé, mám pocit, že mám najednou tolik energie, že nepotřebuju spát, jíst, většinou třeba i zhubnu, protože hodně cvičím, jdu třeba na jógu a pak hned na zumbu a i po 3 hodinách v tělocvičně mám pořád pocit, že bych šla ještě něco dělat. Pak to ale vystřídá to horší období, a to období deprese. Přijde smutek, výčitky, nic mě nebaví, nemám na nic a na nikoho náladu, nechci nikam chodit, nebaví mě ani se třeba obléct a jít nakoupit atd. Všechna ta energie jakoby se mi někam vytratila. Nemám na nic sílu, jsem unavená, malátná, nemám na nic chuť, a většinou mě ještě strašně bolí hlava. Obtěžuje mě bavit se se svou rodinou a se svými přáteli.

Pracujete?

Ano, jsem učitelka na prvním stupni základní školy v Českých Budějovicích. Učím druháky. Mám tu práci ráda. Je to takový obohacující pracovat s dětma.

Léčba?

Beru předepsané léky. Občas teda zapomenu, ale většinou se snažím to dodržovat. Mě léčí má aktivní povaha, nic jiného nepotřebuji. Zatím.

Můžete mi popsat průběh Vaší hospitalizace?

Je, o tom bych se nerada bavila. Moc si z toho nepamatuju. Ale je fakt, že to byl moment, kdy jsem si začala uvědomovat spoustu věcí, které sem do té doby neviděla. Nebo spíše nechtěla vidět.

Dala Vám něco ta nemoc?

Určitě. Dala mi dost. Jinak přemýšlím nad určitými věcmi. Jinak řeším věci. Daleko víc věcí si uvědomuju, a také si určitých věcí více vážím. Už vše nevidím tak tragicky a neřešitelně, snažím se přemýšlet racionálně a tolik věcí mě nezaskočí. Snažím se myslet více pozitivně, více si užívat život a přestala jsme vidět vše černobíle. Také se snažím se nevracet k věcem, které už se staly. To jsme dělávala hodně, a pak jsem se trápila výčitkami. Naučila jsme se věci přijímat tak, jak přijdou, a už se je nesnažím změnit. Pracuji na tom, abych si přestala vytvářet své domněnky, které mě pak trápí.

Příloha F, -Rozhovor 3. pan K.

Panu K je 21 let, momentálně nezaměstnaný, vystudoval gymnasium v Českých Budějovicích. Je z úplné rodiny a má starší sestru. Trpí primární depresí. Nemoc se u něj projevila v 18 letech. Momentálně bere léky a letos udělal přijímací zkoušky na vysokou školu.

Kdy se poprvé u Vás nemoc projevila?

To si pamatuji úplně přesně. Začalo to na konci třetího ročníku na gymnáziu, kdy nás profesori začali strašit s maturitou. Začal jsem mít pocity, že je to pro mě něco nezvládnutelného. Ani nevím proč. Neučil jsem se nějak špatně. Měl jsem víceméně jedničky a dvojky. Přes prázdniny se to trochu zlepšilo, nemyslel jsem tolik na školu. Ale měl jsem strašné tendence přes prázdniny něco pro tu maturitu udělat. A pak se rozjelo v září, a dorazilo mě to v zimě, kdy jsme byli tlačeni profesory začít si podávat přihlášky na vysoké školy, a já ani nevěděl, co chci pořádně dělat. Najednou jsem měl pocit, že musím fungovat úplně jinak než dosud. Že jsem vlastně už sto procentně zodpovědný sám za sebe a za svůj život. Začal jsem pociťovat dospělost, ale strašně jsem nechtěl být dospělý. Nechtěl jsem řešit, co bude dál, kam půjdu na vysokou atd. Všichni ostatní byli z toho nadšený, holky už si plánovaly, kdo s kým bude bydlet na kolejích, a mě to stresovalo. Tečkou pro mě byl duben, kdy jsem si začal uvědomovat, že se ta maturita strašně blíží, a že na rozdíl od ostatních nemám vypracované žádné maturitní otázky a vůbec nic neumím. Začal jsem tomu propadat a tři týdny před maturitou jsem skončil na psychiatrickém oddělení v Českých Budějovicích.

Na maturitu jsem šel ve strašném stavu, totálně nepřípravený. Byl jsem smířený s tím, že to zkusím znovu v září, nebo v lednu. Nakonec jsem to nějakým zázrakem udělal, ale vůbec nic se nezměnilo. Ten pocit dospělosti tu byl pořád, a já moc dobře věděl, že jiný to už nebude.

Co se dělo potom?

Po maturitě jsem zůstal doma rok. Přivydělával jsem si různými brigádami. Hodně mi pomohli moji rodiče. V zimě jsem se rozhodl, že se znova zkusím přihlásit na vysokou, ale nevzali mě. Tak letos do třetice všeho dobrého jsem to zkusil zas, a povedlo se. Přijali mě na filozofickou fakultu na Univerzitu Karlovu, takže se pomalu chystám na stěhování do Prahy a doufám, že vše bude v pořádku a že to zvládnou.

Jak se u Vás nemoc projevuje?

Bylo mi řečeno, že primární deprese může vzniknout na základě nějaké zátěže. Pro mě asi tou zátěží byl ten čtvrtý ročník na gymnasiu. Měl jsem strašné nálady, návaly smutku, pesimismu. Vše jsem viděl v tom nejčernějším světle. Přišel jsem si, že jsem někde jinde než mí spolužáci a opravdu se mi jim to nechtělo vysvětlovat a mluvit s nimi o tom. I dnes si myslím, že člověk, který to sám neprožije, tyhle stavy nikdy nemůže pochopit. Měl jsem strašný pocit, že jsem selhal před rodiči. Že jsem neschopný a tím pádem úplně bezcenný. Trpíval jsem strašnými výčitky, kterými občas trpím i teď. Ty pocity, který člověk všechny zažije nejdou popsat.

Také jsem docela zhubnul. Vůbec jsem neměl chuť k jídlu. To sem měl pocit, že ta mě přešla definitivně. Teď zase ale začínám konečně nabírat. No a i teda po fyzický stránce mi nebylo nejlíp. Bolel mě žaludek, měl jsem průjmy a zácpy, to se tak střídalo pořád. Bolívala mě hlava dost často. Občas takový podobný stav, jako po nějaký párty. Co se týče toho fyzického stavu teda.

Máte nějaké koníčky, zájmy? Co Vaše životospráva?

Snažím se sportovat. To mi hodně pomáhá. Chodím s klukama na florbal, na fotbal, jezdím na kolečkových bruslích. Teď v létě chodím na beachvolleybal, pokouším se začít s golfem. Ono se to nezdá, ale to je taková příjemná procházka. Nesmíte ale jít sám. Taky mě baví focení. Nakoupil jsem si teď nějaké knížky o fotografii, tak se snažím se něco přiučit. A taky se snažím se zorientovat v obchodování na burze. Je to strašně zajímavý.

No a s životosprávou je to horší. Snažím se přejídat. Nijak extra zdravě nejím.

Jak na Vaší nemoc reagovala rodina?

Musím jim za všechno poděkovat. Strašně se mi snaží pomoci ve všech směrech. Nebyly zklamaní, když jsem hned po gymnasiu nešel na vysokou, nikam mě nehnały, nic mě nenutili dělat, nekoukají na mě skrz prsty a nemyslí si o mě , že jsem úplně neshopnej. A to je pro mě strašně důležitý. Ted mi pomáhají zařídit vše v Praze. Jsem jim za tohle moc vděčný. I když to asi neumím dávat moc najevo.

Máte přítelkyni?

Mám.

Jakým směrem myslíte, že se Váš život ubírá?

Jéžiš, to je to, co mě stresuje. Nekoukám moc dopředu, když nemusím. Nechci přemýšlet nad tím, co bude za pět let, kde budu bydlet a co budu dělat. Snažím se a chci žít teď. Nějak bylo, nějak bude. Nemám rád, když mi někdo něco plánuje, když o budoucnosti musím přemýšlet. Ale samozřejmě o nich přemýšlím, i když nerad, dost často.

Co Vaši spolužáci s gymnasia? Stýkáte se?

Tak mám své kamarády asi jako každý. Ale je to jiný. Každý už dnes má své zájmy, nemáme na sebe tolik času. Ale občas zajdeme na pivo s klukama. A také máme třídní srazy, asi jako všichni. Jinak jestli jste myslela, jak reagují na mojí nemoc, tak moc ani nereagují mam pocit. A je to jediné dobře. Nikdo z nás to neřeší. Beru léky a je mi dobře většinou.

Je něco, co Vám ta nemoc dala? Nebo vzala?

No, vzala mi 2 roky života. Ale neberu to tak, prostě to přišlo. Zase na druhou stranu mi i hodně věcí dala. Upevnili se mi vztahy s rodinou, dnes vím, že mi vždycky pomůžou, hodně se mi také vyseletovali přátelé. No a taky sem si pár věcí uvědomil, které mě v 18 ani nenapadly. Vážím si těch věcí, co mi ta nemoc dala. Myslím, že v tomhle jsem o krůček dál, než mí vrstevníci. Doufám, že to nebude znít moc namachrovaně.

Příloha G, - Beckova stupnice pro posuzování závažnosti deprese

„Beckova posuzovací škála deprese je dotazník, který se vyhodnocuje jednou týdně. Ukazuje celkovou míru deprese.

Sami si můžete porovnat, jak se mění intenzita deprese v průběhu doby a jak se mění její jednotlivé příznaky.

Instrukce: *Máte před sebou dotazník obsahující skupiny tvrzení. Nejdříve přečtete všechna tvrzení v určité skupině a vyberte si to, které vás nejlépe charakterizuje v tento den. Číslo, uvedené před tímto tvrzením, vepište do záznamového archu. Pokud vám vyhovuje více tvrzení, zvolte to, které vás přece jen charakterizuje nejlépe.*

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 – příliš 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, manželka) plně selhal, zklamal

4. 0 – *nejsem nijak zvlášť nespokojený(á)*

1 – *věci mě už netěší tak jako dříve*

2 – *nic mně již nepřináší uspokojení*

3 – *ať dělám cokoliv, nevzbudí to ve mně sebemenší potěšení*

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 budu za něco trestán(a)*

1 – *mám pocit, že bych mohl být potrestán(a)*

2 – *očekávám, že budu nějak potrestán(a)*

3 – *vím, že budu potrestán(a)*

7. 0 – *necítím se příliš zklamán(a) sám sebou*

1 – *zklamal(a) jsem se v sobě*

2 – *jsem dosti znechucen(a) sám(a) sebou*

3 – *nenávidím sebe sama*

8. 0 – *necítím se horší než kdokoli 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 – předtím jsem mohl(a) plakat, nyní to nejde, i kdybych
chtěl(a)

11. 0 – nejsem nyní podrážděný(á) více než obvykle
1 – jsem často podrážděn(a) a rozladěn(a)
2 – jsem stále podrážděn(a) a rozladěn(a)
3 – nemohu se již rozčilit ani věcmi, které mě dříve obvykle
rozčilovaly

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 všechnen zájem o ostatní lidi

13. 0 – dokážu se většinou rozhodnout v běžných situacích
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, takže
vypadám dosti 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 schopen(a) jakékoli 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 již spát

3 – denně se probouzím předčasně a nedokážu spát více než

5 hodin denně

17. 0 – necítím se více unaven(a) než obvykle

1 – unavím se snáze než dříve

2 – téměř všechno mě unavuje

3 – únava mi zabraňuje cokoli dělat

18. 0 – mám svou obvyklou chuť k jídlu

1 – nemám takovou chuť k jídlu jako dřív

2 – mám mnohem menší chuť k jídlu

3 – zcela jsem ztratil(a) chuť k jídlu

19. 0 – v poslední době jsem nezhubl(a)

1 – zhubl(a) jsem v poslední době více než 2,5 kg

2 – zhubl(a) jsem v poslední době více než 5 kg

3 – hubl(a) jsem v poslední době více než 7,5 kg

20. 0 – nestarám se o své zdraví víc než obvykle

1 – dělají mi starosti různé bolesti v těle, mám citlivý žaludek, trpím zácpou, bušením srdce apod.

2 – velice často myslím na své tělesné obtíže

3 – moje bolesti a těžkosti mě plně 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 všech položek udává celkový skóre deprese. Pro orientaci uvádíme průměrné rozmezí skóru deprese u osob, které k nám v akutní fázi deprese přicházejí k hospitalizaci, měrné skóry v době propuštění od nás, průměrné skóry v době odeznění onemocnění u lidí, kteří chodí k nám na ambulantní kontroly a nakonec průměrné rozmezí skóru u osob, které nikdy deprese netrpěly.

Osoby	Průměrné skóre	Rozmezí
<i>Akutní deprese:- těžká</i>	50	40–60
<i>středně těžká</i>	40	30–50
<i>lehká</i>	25	15–35
<i>V době propuštění z nemocnice</i>	20	17–23
<i>Po odeznění deprese</i>	14	0–20
<i>Zdraví lidé-</i>	6	0–12

O návštěvě psychiatra a antidepressivní medikaci je nutné uvažovat, když se objeví již mírná deprese a trvá déle než 14 dní. Pokud cítíte, že svůj stav už dále nedokážete snášet, neváhejte odborníka ihned vyhledat.“

Zdroj: PRAŠKO, Ján; BULIKOVÁ, Barbora; SIGMUNDOVÁ, Zuzana. Depresivní porucha a jak ji překonat [online]. 1. vyd. Praha: Galén, 2009 [cit. 2011-07-13]. DEPRESIVNÍ PORUCHA A JAK JI PŘEKONAT. Dostupné z WWW: <http://cz.lundbeck.com/cz/Professionals/what_we_do/depression/documents/Depresivni_porucha.pdf>. ISBN 978-80-7262-656-4.

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Linda Hetešová

Obor: Manažerská studia-řízení lidských zdrojů

Forma studia: Prezenční

Název práce: Začarovaný kruh deprese

Rok: 2012

Počet stran textu bez příloh: 43

Celkový počet stran příloh: 26

Počet titulů české literatury a pramenů: 18

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 4

Počet internetových zdrojů: 8

Vedoucí práce: PhDr. Marie Vacínová, CSc.