

# Depresivní poruchy u adolescentů

Petra Hyblerová

---

Bakalářská práce  
2009



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2008/2009

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Petra HYBLEROVÁ**

Studijní program: **B 7507 Specializace v pedagogice**

Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Podoba depresivních poruch u adolescentů.**

Zásady pro vypracování:

**Stanovení předmětu výzkumu a výzkumné strategie**

**Zpracování teoretické části práce - teoretická analýza problému, operacionalizace pojmů**

**Zpracování praktické části - stanovení výzkumné otázky, volba výzkumných metod, vymezení výzkumného vzorku**

**Provedení výzkumu, vyhodnocení a analýza získaných dat, shrnutí výzkumu**

**Zpracování závěrů vyplývajících z výzkumu**

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

HORT, VI. et al. Dětská a adolescentní psychiatrie. 3. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-404-5.

KŘIVOHLAVÝ, J. Jak zvládat depresi. Praha: Grada Publishing, 1997. ISBN 80-7169-349-9.

PRAŠKO, J.; PRAŠKOVÁ, H.; PRAŠKOVÁ, J. Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-809-0.

SVOBODA, M. (Ed.); KREJČÍŘOVÁ, D.; VÁGNEROVÁ, M. Psychodiagnostika dětí a dospívajících. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-545-8.

Vedoucí bakalářské práce:

**PhDr. Hana Včelařová**

Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce:

**13. února 2009**

Termín odevzdání bakalářské práce:

**15. května 2009**

Ve Zlíně dne 13. února 2009



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.  
*děkan*

L.S.

Mgr. Soňa Vávrová, Ph.D.  
*vedoucí katedry*



## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ/DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové/bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že diplomová/bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí;
- na moji diplomovou/bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou/bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové/bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové/bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Ve Zlíně ..... 10. 3. 2009

.....  


*1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:*

*(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.*

*(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*



(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

## **ABSTRAKT**

Tato bakalářská práce je zaměřena na depresivní poruchy v období adolescence. Cílem mé práce je vnést jiný pohled na problematiku zřejmě nejrozšířenějšího duševního onemocnění jako je deprese. Zaměřila jsem se konkrétně na deprese prodělané v období adolescence, jelikož zde probíhá nejvíce biopsychosociálních změn. Na teoretickou část volně navazuje část praktická. Jedná se o kvalitativní výzkum, který si klade za cíl přinést zpětný pohled nyní již dospělých lidí na význam tohoto onemocnění, protože právě lidé, kteří si deprese sami prošli, o ní mohou hovořit nejlépe.

Klíčová slova:

Deprese, juvenilní deprese, adolescence, stresové faktory, MKN-10, suicidium, terapie, sociální vztahy.

## **ABSTRACT**

This bachelor thesis is oriented on depressive disturbances in a period of adolescence. Object of my thesis is to bring another sight on problems of apparently most widespread physical disease such as depression. I have focused on the depression experienced in a period of adolescence when the most biopsychosocial changes are experienced. Theoretical part is followed by part practical. It concerns qualitative research which aims to bring a hindsight of presently grown-up people to the importance of this disease. Because especially these people who have gone through depression can talk about it the most.

Keywords:

Depression, juvenile depression, adolescence, stress factor, MKN-10, suicide, therapy, social relations.

**Poděkování:**

*Na tomto místě bych chtěla poděkovat vedoucí mé bakalářské práce PhDr. Haně Včelařové za odborné vedení a užitečné připomínky. V neposlední řadě můj dík patří také lidem, kteří se mnou spolupracovali, a poskytli mi cenné informace. Bez nich by tato práce nemohla vzniknout.*

*„Ten, kdo prošel údolím deprese, přichází zpět do světa jako jiný člověk. Někomu se může zdát cizincem. Je však podstatně citlivějším a soucítícím člověkem.“*

*Martin Izrael*



# OBSAH

ÚVOD.....	11
<b>I</b> <b>TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>12</b>
<b>1</b> <b>ROZLIŠENÍ NORMALITY A ABNORMALITY</b> .....	<b>13</b>
1.1    DEFINICE NORMALITY .....	13
1.2    DEFINICE ABNORMALITY.....	14
<b>2</b> <b>CO JE DEPRESE</b> .....	<b>16</b>
2.1    SYMPTOMY DEPRESE.....	17
2.2    PŘÍČINY VZNIKU DEPRESE.....	19
2.3    RIZIKOVÉ FAKTORY DEPRESE.....	21
2.3.1    Psychodynamické teorie.....	22
2.3.2    Kognitivně behaviorální teorie.....	22
2.4    KLASIFIKACE DEPRESÍ.....	23
2.5    LÉČBA DEPRESE.....	25
2.5.1    Farmakoterapie.....	26
2.5.2    Psychoterapie .....	27
2.5.2.1    Kognitivně-behaviorální terapie (KBT).....	28
2.5.3    Další možnosti léčby .....	28
<b>3</b> <b>OBDOBÍ ADOLESCENCE</b> .....	<b>29</b>
3.1    CHARAKTERISTIKA ADOLESCENCE.....	29
3.2    OBLAST VZTAHŮ V ADOLESCENCI.....	30
3.2.1    Vztah k vlastnímu „já“ .....	30
3.2.2    Vztahy k rodičům .....	30
3.2.3    Vrstevnické vztahy .....	31
3.2.4    Vztahy k sourozencům .....	31
3.2.5    Přátelské vztahy.....	31
3.2.6    Milostné vztahy .....	31
3.3    DEPRESE U ADOLESCENTŮ .....	32
3.3.1    Příčiny vzniku juvenilní deprese .....	33
3.3.2    Symptomy juvenilní deprese .....	33
3.3.3    Suicidální tendence .....	34
3.3.4    Léčba depresí v adolescenci.....	35
3.3.4.1    Farmakoterapie .....	35
3.3.4.2    Psychoterapie .....	35
3.3.4.3    Nefarmakologická biologická terapie.....	37
<b>4</b> <b>ZAJÍMAVOSTI O DEPRESI</b> .....	<b>38</b>
4.1    MÝTY O DEPRESI.....	39
4.2    ZNÁMÉ OSOBNOSTI, KTERÉ TRPĚLY DEPRESÍ.....	39
<b>II</b> <b>PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>41</b>

<b>5</b>	<b>ÚVOD K VÝZKUMU .....</b>	<b>42</b>
5.1	DRUH VÝZKUMU .....	42
5.2	VÝZKUMNÝ VZOREK.....	42
5.3	CÍLE VÝZKUMU .....	43
5.4	VÝZKUMNÝ PROBLÉM.....	43
5.5	METODY VÝZKUMU .....	44
5.5.1	Metoda získávání dat.....	44
5.5.2	Metoda zpracování a analýzy dat .....	44
<b>6</b>	<b>REALIZACE VÝZKUMU .....</b>	<b>46</b>
6.1	ANALÝZA DAT.....	46
6.2	SEZNAM KÓDŮ .....	46
6.3	VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ .....	49
6.3.1	Interpretace vztahů mezi jednotlivými kategoriemi .....	49
6.3.1.1	Kategorie Okolnosti v dětství .....	49
6.3.1.2	Kategorie Úskalí dospívání.....	50
6.3.1.3	Stresující faktory.....	51
6.3.1.4	Symptomy deprese.....	51
6.3.1.5	Dopad nemoci .....	52
6.3.1.6	Záchrana.....	52
6.3.1.7	Rodinné aspekty.....	53
6.3.1.8	Sociální kontakty .....	54
6.3.1.9	Změna .....	54
6.3.1.10	Důsledky deprese .....	55
6.3.1.11	Doporučení.....	56
<b>7</b>	<b>SHRnutí A ZÁVĚR PRAKTICKÉ ČÁSTI.....</b>	<b>57</b>
	<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>60</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>62</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK .....</b>	<b>65</b>
	<b>SEZNAM OBRÁZKŮ .....</b>	<b>66</b>
	<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>67</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>68</b>

## ÚVOD

V současnosti – v době rychlých sociálních a technologických změn, není snadné vést bezproblémový a smysluplný život. Společnost klade na člověka stále větší nároky. Také životní tempo se zvyšuje, člověk je téměř dennodenně vystavován stresové zátěži a je na každém z nás, jak se s ní vypořádá. Někteří lidé jsou na nelehkou cestu životem vyzbrojeni více, jiní méně. V každé životní etapě se zákonitě setkáváme s překážkami, které se pro nás mohou stát výzvou – jejich překonáváním osobnost posilujeme. Co se ale může stát, pokud je těch překážek přece jenom více, posílení, která člověk měl, najednou zmizí, nároky k sobě samému se zvyšují, smutek jej postihuje intenzivněji a hlouběji než je zdrávo a každodenní fungování je proto narušeno? V takovém případě je možné, že člověka postihne duševní onemocnění jménem deprese. Deprese je ústředním tématem mé bakalářské práce. Toto téma jsem si zvolila, jelikož mě zajímá oblast poruch spojených s lidskou psychikou. Existuje mnoho lidí, kteří se domnívají, že deprese skutečně trpí, ale nemusí to být vždy pravdou. Je důležité totiž odlišit pouhý smutek, od vážnějšího a dalekosáhlejšího onemocnění jako je deprese. Práci zaměřím konkrétně na depresivní poruchy v období adolescence, protože zde probíhá nejvíce změn biopsychosociálního charakteru, které mohou v některých případech negativně ovlivnit psychiku jedince. Cílem mé bakalářské práce je vnést jiný pohled na problematiku zřejmě nejrozšířenějšího duševního onemocnění jako je deprese. Bude mě zajímat, jak prodělaná deprese může ovlivnit životy lidí, jestli jsou schopni si sami uvědomit, co mohlo být příčinou vzniku jejich deprese, nebo zda se objevila bez zjevných příčin. Hlavním cílem mého výzkumu bude zjistit, jak tito lidé vnímají deprese s odstupem času (v rané dospělosti) po proděláním tohoto onemocnění a zda je jejich dosavadní život depresemi nějakým způsobem poznamenán, ať už pozitivně, či negativně.

V teoretické části se budu snažit objasnit pojmy jako například: normalita, abnormalita, co je to deprese, jak se projevuje, typy deprese, rizikové faktory vzniku deprese, jak se léčí, mýty o depresi a podobně. Objasním také období adolescence a posléze se zaměřím na deprese konkrétně v tomto vývojovém období.

Pro praktickou část zvolím kvalitativní výzkum, který mi umožní proniknout hlouběji do dané problematiky, a budu se snažit nalézt odpověď na výzkumnou otázku: „*Jak vnímají lidé v dospělosti deprese prodělanou v adolescenci?*“ V závěru praktické části bakalářské práce získané výsledky vyhodnotím a provedu jejich interpretaci.



## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 ROZLIŠENÍ NORMALITY A ABNORMALITY

Pokud pracujeme s lidmi, nedílnou součástí této činnosti tvoří hodnocení - především projevů, které můžeme nějakým způsobem vypořádat. Správné posouzení člověka hraje zejména v pomáhajících profesích významnou roli. Přesto nebývá výjimkou, že si v některých případech ani odborník není zcela jistý, jak určitého člověka (klienta) diagnostikovat. To však zcela jistě nevypovídá o jeho nevědomosti či nezkušenosti. Tyto pochybnosti totiž mohou být oprávněné, jelikož se dostáváme na pomyslnou hranici normality a abnormality. Je velmi obtížné definovat, co je ve společnosti ještě považováno za normální, přijatelné a co už se nachází za hranicí normality, tedy co již označujeme za projev abnormality. Definovat normalitu se jeví ještě mnohem složitější, než definovat abnormalitu. Hranice normy je velmi pohyblivá a záleží na více kritériích, podle kterých ji posuzujeme. V následujících podkapitolách rozeberu zvlášť normalitu a abnormalitu.

### 1.1 Definice normality

V úvodu této kapitoly jsem již zmínila, že definovat normalitu bývá občas náročnější než definovat abnormalitu. Nyní uvedu dle americké psycholožky Atkinson (2003), která se ve své rozsáhlé publikaci normalitou zabývá, vlastnosti, které jsou indikátorem duševního zdraví. Tyto vlastnosti představují rysy, které má normální osoba ve větší míře než jedinec, kterého označujeme za abnormálního:

1. *Přiměřené vnímání reality* – jedinci, které považujeme za normální, jsou většinou realističtí při pohledu na svět kolem nich. Chápu správně, co říkají a dělají ostatní, nepřeceňují ani nepodceňují své schopnosti a nevyhýbají se obtížným úkolům.
2. *Schopnost ovládat své chování* – normální jedinci jsou přesvědčeni o své schopnosti ovládat svoje chování. Někdy mohou porušit sociální normy, ale pokud tak jednají, činí tak dobrovolně nikoliv neovladatelně a impulzivně.
3. *Sebeúcta a akceptace* – takoví jedinci mají přiměřené sebevědomí a cítí, že je lidé kolem sebe přijímají. Jsou spontánní a cítí se dobře v přítomnosti druhých lidí. Svůj názor rozhodně nepodřizují většině.
4. *Schopnost vytvářet citové vazby* – normální jedinci jsou schopni vytvářet blízké a uspokojivé vztahy. Jsou všímaví a nemívají zbytečné požadavky na ostatní, aby

uspokojili své potřeby. Naopak z duševně nemocných lidí se stávají egocentricki, hledají lásku, ale nejsou schopni ji opětovat.

5. *Činorodost* – dobře přizpůsobení jedinci jsou schopni uplatnit svoje schopnosti v činorodé aktivitě. Mají rádi život a do ničeho se nepotřebují nutit.

Hodnocení normality je sociokulturně podmíněné. Odvíjí se od komplexu norem a očekávání společnosti. Vágnerová (2004) uvádí, že za normální bývá považováno to, co odpovídá běžným představám o plnění určité sociální role nebo o chování, které by bylo v dané situaci vhodné. V průběhu času se může měnit míra tolerance k odchylkám. Sociokulturní norma se odráží ve stereotypních postojích k odlišným lidem, jejichž chování bývá hodnoceno jako nepřijatelné a abnormální, protože se vymyká běžnému očekávání.

## 1.2 Definice abnormality

Některé abnormální chování může vzniknout a náhle a rychle odeznít, například při stresové zátěži, jiné nás může provázet po celý život. I když je vymezení abnormálního chování považováno za snadnější než definovat normalitu, musíme vycházet z celé řady definic chování. Jednou z nich může být odchylka od statistické normy. Definice abnormality je založena na statistické četnosti. Toto pojetí uvádí Atkinson (2003, s. 365) takto: „*Abnormální chování je statisticky vzácné neboli odchylné od normy. Ale podle této definice by osoba, která je mimořádně inteligentní nebo mimořádně šťastná, byla klasifikována jako abnormální. Při definování abnormálního chování tedy nemůžeme brát v úvahu jen statistickou četnost.*“ Tomuto výroku musíme dát jistě za pravdu. Při diagnostikování je totiž důležité počítat se všemi možnými faktory. Dalším z nich může být odchylka od sociální normy. Zde se ovšem můžeme setkat s určitými rozpory, jelikož chování, které je v jedné společnosti považováno za normální, může být jinde pokládáno za projev abnormality. Každá společnost má totiž jiná měřítká pro to, co je normální. Ovšem v průběhu času se mohou tato měřítká měnit i v téže společnosti, například mění se trendy, móda, životní styl a podobně. Atkinson (2003) uvádí další faktor, který bychom neměli opomíjet při definování abnormality, a to maladaptivnost chování. Podotýká také, že mnoho sociologů nedefinuje abnormální chování jako odchylku od statistické či sociální normy, ale za nejdůležitější kritérium považují to, jak chování ovlivňuje blaho jednotlivce nebo sociální skupiny. Dle tohoto kritéria je chování abnormální, pokud je maladaptivní – má nepříznivý vliv na



jedince nebo společnost. Někteří odborníci se zastávají jiného kritéria. Abnormalitu pojmají tak, že se dle nich jedná spíše o subjektivní pocity strádání – tedy o osobní potíže člověka. Lidé, kterým byla diagnostikována duševní porucha, jsou většinou nešťastní, úzkostní nebo rozrušení. Občas může být symptomem strádání, chování se naopak může jevit jako normální (Atkinson, 2003). Při diagnostikování abnormality je bezpochyby vhodné brát v úvahu všechna zmíněná kritéria: statistickou četnost, sociální odchylku, maladaptivní chování a osobní potíže.

## 2 CO JE DEPRESE

Na počátku bychom si měli uvědomit skutečnost, že deprese není v dnešní době nijak ojedinelým onemocněním. Ale pokud máme mluvit o depresi, je vhodné vysvětlit, o jaké onemocnění se jedná, co obnáší, jak se projevuje a podobně. Jak už jsem zmínila, deprese je poměrně rozšířeným onemocněním, jak uvádí jeden z ústředních autorů, který se zabývá touto problematikou, Praško (2003) u každého pátého člověka se alespoň jednou za život objeví klinicky významná deprese. Klinickou depresí onemocní každým rokem přibližně 5% obyvatelstva nezávisle na věku. Je také známo, že ženy trpí tímto onemocněním v průměru dvakrát častěji než muži. V některých případech může být příčinou tohoto stavu u žen období klimakteria. Deprese se může objevit i u dětí, ale není tak častým jevem jako u dospělých, prevalence depresivní poruchy u dětí do 10 let je 0,4 – 2,5%, u adolescentů ve věku od 10 do 18 let 0,4 – 8,3% a 15 – 20% u dospělých. V odborných publikacích můžeme narazit na nejrůznější definice deprese, například Praško (2003, s. 26) uvádí: „*Deprese je nemoc podobná jiným nemocím, jako je např. vysoký krevní tlak, žaludeční vředy nebo cukrovka. Není to jen špatná nálada, ale nemoc celého organismu. V žádném případě to není nedostatek vůle nebo sebekázně. Deprese také není jenom reakce na nepříznivé události v životě, i když často na ně navazuje. Deprese je u většiny lidí léčitelné onemocnění. Pokud není deprese léčena, vede ke ztrátě výkonnosti, k izolaci, ztrátě radosti v životě a výrazně zhoršuje celkový zdravotní stav člověka – snižuje obranyschopnost organismu.*“

Pro doplnění též zmíním slovníkovou definici, kde Sovák et al. (2000, s. 62-63) uvádí: „*Deprese (z lat. depressio = stlačení) je široký symptomový komplex, afektivní stav obecně charakterizovaný pocitem skleslosti, úzkosti, smutku, obav, strachu, snížením životního tempa, zpomalením myšlení*“.

Křivohlavý (1997) ve své knize uvádí, že pro vyjádření toho, co se depresí rozumí, můžeme využít i spoustu jiných českých a cizích termínů, některé z nich jsou například:

České: sklíčenost, ochablost, netečnost, otupělost, lhostejnost a jiné.

Cizí: melancholie (zádumčivost, těžkomyslnost, trudnomyslnost); letargie (naprostá netečnost, otupělost, lhostejnost, chorobná spavost); apatie (netečnost, lhostejnost); indolence (nevšímavost, lhostejnost, pohodlnost); malaise (neurčitý pocit neklidu a zneklidnění, člo-

věk není ve své kůži a neví, co mu je, co mu chybí); dystymie (depresivní myšlenky a nálady).

## 2.1 Symptomy deprese

*„Deprese může přijít náhle – drasticky. Jindy přichází pomalu – plíživě. Mám však s ní své vlastní zkušenosti. Jakmile se objeví určité příznaky, hned vím, oč jde.“*

*Sue Atkinson (In Křivohlavý 1997, s. 20)*

Jak jsem již v úvodu zmiňovala, v odborné literatuře se můžeme setkat s množstvím definic deprese. Například Vymětal (1999) vymezuje depresi jako syndrom, který zahrnuje symptomy z oblasti:

- Nálady
- Myšlení
- Psychomotoriky

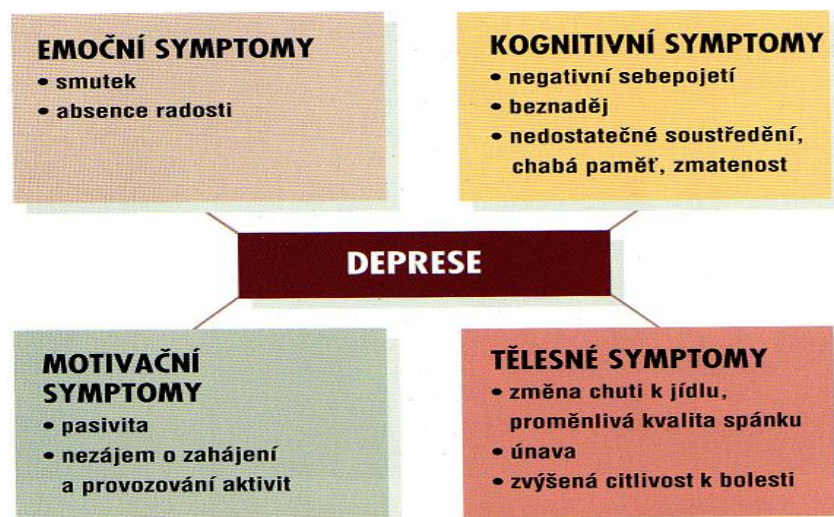
Depresivní náladu můžeme definovat pojmy jako je smutek a sklíčenost, v nejzávažnější formě se vyskytují samozřejmě u těžších depresivních stavů, ale k tomu se dostanu později. Depresivní myšlení je příznačné celkovým názorovým pesimismem a názorovým negativním sebepojetím (může se jednat o sebepodceňování, sebeobviňování, sebeodsuzování, ztráta sebeúcty atd.), což může oslabit iniciativu a kreativní aktivity. Jak Vymětal (1999) dále uvádí, depresivní myšlenky mohou být neopodstatněné, až absurdní, potom se jedná o depresivní bludné domněnky a bludy (např. nemocný se nesprávně a nevývratně domnívá, že zavinil nějaké velké neštěstí), které opět souvisí spíše s těžkými depresivními fázemi. Bludy a halucinace mohou být přiměřené i nepřiměřené náladě. Depresivní psychomotorika se projevuje zpomaleností v gestech, pohybech, tempu řeči, člověk působí unaveným dojmem, je jakoby bez energie, jeho tělo mu přijde těžké. U závažnějších stavů nemocný příliš nedbá na svůj vzhled, nezajímá se o sebe ani okolní svět. Dochází i ke zhoršení soustředění a pozornosti, což narušuje schopnost vykonávat dosavadní činnosti a zaměstnání. Člověka v depresi již netěší to, co jej těšilo dříve, velmi často se objevuje symptom poklesu sexuální apetence, mnohdy až odpor k sexuálnímu životu. Pro depresivní stavy jsou příznačné sebevražedné myšlenky, představy a tendence. Též je narušeno prožívání času a někdy i prožívání obecně. Dalším symptomem deprese může být i porucha chuti k jídlu, která se může projevit nechutenstvím nebo naopak přejídáním. Někdy se stane, že je u de-



presivních pacientů diagnostikován únavový syndrom, ale většinou se jedná o záměnu s malátností a zvýšenou únavností, což je častý symptom deprese. Dalším symptomem, který bychom neměli nechat bez povšimnutí, je porucha spánku, která se u lidí v depresi objevuje velmi často. Takoví lidé se velmi časně probouzejí a nejsou schopni znovu usnout. Porucha spánku se projevuje hyposomnií nebo hypersomnií. Při nespavosti lidé často užívají hypnotika, která mohou být nebezpečná tím, že vedou k závislosti. Aby v určitém případě mohl být stav daného člověka diagnostikován jako deprese, musí se dle Křivohlavého (1997) vyskytovat souběžně minimálně pět z devíti uvedených příznaků:

1. Depresivní nálada
2. Snížený zájem o běžnou činnost
3. Ztráta chuti k jídlu
4. Nespavost
5. Zpomalení pohybů i myšlení
6. Ztráta životní energie
7. Pocity snížené vlastní hodnoty a viny
8. Snížená schopnost myslet a zhoršené soustředění
9. Sebevražedné myšlenky či aktivita k tomu směřující

Na závěr uvádím, jak symptomy deprese znázorňuje Atkinson (2003):



Obr. 1. Symptomy deprese (Atkinson, 2003)

Veškeré symptomy deprese během léčby neustupují souběžně, některé mohou ustoupit dříve, jiné nadále přetrvávají. Až dvě třetiny pacientů mívá sebevražedné myšlenky a uvádí se, že 10-15% těchto lidí sebevraždu spáchá.

## 2.2 Příčiny vzniku deprese

I když dokážeme podle specifických symptomů určit, že se jedná o depresi, je obtížné s určitostí zjistit, jaké jsou příčiny vzniku tohoto duševního onemocnění. Na vzniku deprese se totiž může podílet řada faktorů, proto depresi nepovažujeme za onemocnění vzniklé na základě jedné příčiny. Bývá uváděno, že nejvýznamnější z příčin jsou vrozené faktory, psychologické faktory, podmínky vývoje v dětství, stres, současná rodinná a pracovní situace. Neměli bychom opomíjet též tělesná onemocnění, která mohou být též podnětem vzniku deprese. Nemusí se jednat přímo o onemocnění člověka, který je v depresi, ale postačí, pokud vážně onemocní někdo z jeho rodiny či blízkých, což se může negativně odrazit na psychice člověka. Vše je způsobeno činností mozku. Co se v mozku tedy děje? Praško (1998) jej přirovnává k elektrickému systému, tedy - vlákna nervových buněk jsou jako elektrické dráty, po kterých je veden elektrický proud. Mezi vlákny dvou buněk v jednom systému jsou místa, kde spolu tyto buňky komunikují. Těmto místům říkáme synapse, což jsou místa neuronového zakončení. Dvě nervové buňky jsou zde odděleny synaptickou štěrbinou, přes niž neurotransmitery (chemické látky) přenášejí informace o elektrické aktivitě. Při nedostatku neurotransmiterů na synapsích spolu nervové buňky komunikují nedostatečně. Praško (1998) dále zmiňuje, že u depresí byl zjištěn funkční nedostatek neurotransmiterů ve dvou systémech mozku: v noradrenergním a serotonergním. Proto při depresi může někdy dojít k poruchám vylučování některých hormonů, jako jsou například kortizol a hormony štítné žlázy, a k poruchám v denních rytmech jejich vylučování. Organismus potom nerozezná, zda je noc či den a spánek je proto velice krátký a mělký, naopak ve dne se člověk cítí unavený a nesoustředěný. Depresivní poruchy dělíme dle příčiny do dvou skupin: primární a sekundární. Sekundární deprese je způsobena poškozením nebo onemocněním mozku, které je zřejmé, též tělesnou chorobou, která byla diagnostikována, nebo jsou za vznik deprese odpovědné některé léky či drogy. V takových případech tedy příčinu známe a depresi považujeme za druhotné onemocnění. Primární depresi jsem v podstatě popsala již výše – je způsobena nedostatkem přenašečů nervových signálů mezi mozkovými buňkami a změnou citlivosti receptorů. Těmito přenašeči jsou

například serotonin, noradrenalin, dopamin a další. Primární deprese je chorobný stav, který musíme odlišovat od běžného smutku. O tomto odlišení pojednává ve své publikaci Honzák (1999), který upozorňuje na to, že smutek (truchlení) má srozumitelný důvod, trvá přiměřeně dlouho a spíše člověka sblíží s okolím, než naopak. Kdežto deprese (chorobná nálada) nemá pro okolí srozumitelný důvod a trpícího spíše od okolí izoluje. Smutek patří k životu a je přirozený. Dovolím si citovat Plzáka (1969), který ve své knize, jež je datem dnes již velmi stará, ovšem obsahově nikoliv zastaralá, zmiňuje, že nezbytnost smutku spočívá především v tom, že se v průběhu života učíme, kterým situacím se máme vyhýbat, abychom subjektivně netrpěli: „*Bez schopnosti prožívat nelibé emoce a nálady jsem odsouzen k zániku. Mé vědomí vyprahne a vše zvládne chladná lhostejnost. Nezbyvá nám tedy, nežli pronést onu podivnou a víceméně komickou větu, že smutkem všedního dne si zajišťujeme svou existenci, zajišťujeme si jím dokonce i svou radost* (Plzák, 1969, s. 15).“ Narušený životní styl může být též zdrojem vzniku deprese – například nedostatek spánku, přepracování, nedostatečný pohyb. Depresi snáze podlehnou lidé, kteří mají zvýšenou citovou zranitelnost, v angličtině se užívá charakteristika DPP – Depression Prone Personality (osobnost se znaky vyšší citové zranitelnosti). Tuto osobnost definoval Flach (In Křivoň, 1997) následujícími znaky:

Takový člověk bere věci až příliš vážně, má tedy vyšší míru etické odpovědnosti; je mimořádně ambiciózní – snaží se vždy podat dobrý výkon; je velmi kompetitivní, tedy soupeřivý; po energetické stránce vydrží více; až příliš mu záleží na tom, jak se cítí druzí, bojí se, aby jejich city nezranil; je velmi závislý na lidech, které má rád; velmi citlivě reaguje na to, co by mohlo i nepatrně snížit jeho hodnotu; velmi těžce nese netaktnost ostatních lidí, často je vůči takovému chování bezradný, a pokud je napaden, dokáže se těžko bránit, i když je v právu.

V této podkapitole týkající se příčin vzniku deprese jsem uvedla a popsala dva typy deprese - primární a sekundární. I když je možné, že oběma typům deprese může předcházet nějaká psychická zátěž, u primární deprese může být posledním signálem, který tento mechanismus vzniku poruchy dokoná a deprese je tak naplno odstartována.



### 2.3 Rizikové faktory deprese

V řadě výzkumů bylo prokázáno, že vliv stresu a nepříznivých životních událostí má značný vliv na vznik depresivní poruchy. Stres totiž významně podpoří jedincovu náchylnost k depresi nebo depresi spustí přímo. Inventář životních událostí způsobujících duševní onemocnění je poměrně rozsáhlý. Stresující události jsou zde obodovány podle míry zátěže na jedince, kde nejvyšší hodnotou je 100 bodů. Nyní uvedu deset hlavních stresujících životních událostí i s bodovým hodnocením (Honzák, 1999):

Pořadí	Životní události	Body
1.	smrt životního partnera	100
2.	rozvod	73
3.	rozvrat manželství	65
4.	výkon trestu odnětí svobody	63
5.	úmrť blízkého příbuzného	63
6.	úraz nebo vážné onemocnění	53
7.	sňatek	50
8.	ztráta zaměstnání	47
9.	usmíření a přebudování manželství	45
10.	odchod do důchodu	45

*Tab. 1. Inventář životních událostí*

U žen jsou nejčastějšími rizikovými faktory nižší vzdělání, nestabilní manželství nebo období po porodu. U mužů se jedná převážně o problémy v mezilidských vztazích. Určitá podobnost osobnostních rysů depresivních nemocných vedla ke snaze o vytvoření psychodynamických nebo kognitivně-behaviorálních teorií, kterými by se lépe vysvětlily psychologické mechanismy vzniku deprese. Řada těchto teorií má dobré využití u lehčích forem depresivních poruch, ale selhává u depresí těžších (Anders, 2005). Riziko představují též „výroční“ vzplanutí deprese. V takových případech dochází k aktivaci smutku a také

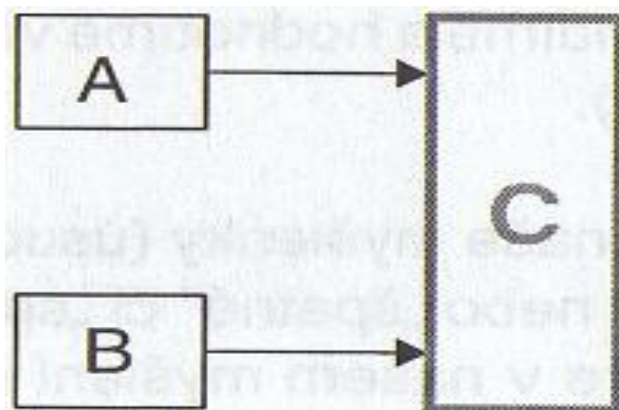
k nebezpečí sebevražedného uvažování. Jedinci, kteří dlouhodobě pečovali o umírajícího člena rodiny, jsou též depresí ohroženi. Za takové situace deprese nevzniká v průběhu procesu ošetřování, ale až po úmrtí osoby, o niž pečujeme. Tento typ deprese má neurohormonální podstatu (Musil et al., 2006).

### 2.3.1 Psychodynamické teorie

Freud depresi považoval za projev ztráty objektu, který milujeme. Tato myšlenka se stala základním konceptem psychodynamické teorie. Anders (2005) se ve své knize psychodynamickou teorií zabývá a poukazuje na to, že u postiženého jedince došlo sice k odvrácení pozornosti od ztraceného objektu, ale depresi prožívající nemocný si tzv. narcistickou identifikací přenesl ztracený objekt do vlastního Já. K vlastnímu Já, pak zaujímá stejný postoj jako k opuštěnému objektu. Jedná se především o projevy agresivní (deprese = autoagrese).

### 2.3.2 Kognitivně - behaviorální teorie

Kognitivně-behaviorální teorie se velmi často využívají převážně při vedení léčby depresí a často vycházejí z konceptu naučené bezmocnosti. Jedinec, který je vystaven stresové zátěži, je přesvědčen, že se nedá nic dělat, nic naučit, takže se zcela poddá situaci. Ani když má příležitost ke změně, toho nevyužívá a stahuje se do sebe. Anders (2005) uvádí jako vhodný příklad kognitivně-behaviorální teorie Beckův kognitivní model deprese, který vychází z předpokladu, že životní zkušenosti vedou k tomu, že si lidé vytvářejí určité předpoklady (schémata) o sobě i světě kolem nich. Tato schémata jsou pak vodítkem při uspořádávání jednotlivých vjemů, při hodnocení a řízení jednání. Některé předpoklady člověka se mohou jevit jako extrémní nebo také rezistentní vůči změně, označujeme je proto jako dysfunkční nebo neproduktivní. Samotné dysfunkční předpoklady nevedou k rozvoji deprese. Teprve pokud dojde ke kritickým zážitkům, mohou se objevit problémy. Čím více jsou jedincovy myšlenky depresivnější, tím více se prohlubuje jeho depresivní nálada a jedinec se tak díky negativním automatickým myšlenkám dostává do bludného kruhu deprese. Praško (1998) poukazuje v této souvislosti na to, že tyto automatické myšlenky vedou k negativnímu vnímání sebe, k negativnímu porozumění situaci a k negativním očekáváním do budoucnosti. Následkem toho vzniká depresivní nálada. Vztah mezi myšlením a emocemi při depresi je znázorněn na jednoduchém obrázku 3:



Obr. 2. Vztah mezi myšlením a emocemi při depresi (Křivohlavý, 1997)

*A – Co si člověk myslí*

*B - Co člověk dělá*

*C – Depresivní emoce (city, pocity a nálady)*

V závěru této podkapitoly použiju slova Křivohlavého (1997), který zdůrazňuje, že je dobré poznat a uvědomit si „nebezpečný“ způsob myšlení, což je první krok k nápravě. Jak tomu ale většinou bývá, ani zde první krok netvoří celou cestu. Bez něho však cesta k nápravě – ani cesta z deprese – není myslitelná.

## 2.4 Klasifikace depresí

V současné době se při diagnostikování v psychiatrii vychází ze dvou velkých klasifikací, jimiž jsou Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) a Diagnostický a statistický manuál duševních poruch (v současnosti DSM-IV APA; APA = Americká psychiatrická asociace). Obě tyto klasifikace jsou vzájemně srovnatelné, ovšem jisté rozdíly zde samozřejmě jsou. MKN-10 vešla v platnost v roce 1992, Americká psychiatrická asociace upravila ještě dvakrát svůj manuál do současné podoby čtvrté revize Diagnostického a statistického manuálu APA (DSM-IV) (Smolík, 2002). Afektivní poruchy jsou kódovány v rozmezí F30-34, depresivní poruchy jsou zařazeny v rozmezí F32-34. Byly zavedeny nové termíny, které se používají spíše v DSM-IV. Je to například epizoda a rekurentní deprese, což byla dříve fáze a periodická deprese. Klasifikační systém MKN-10 nevyčleňuje samostatná kritéria pro poruchy nálady u dětí a adolescentů, diagnostické kategorie jsou tak až na výjimky

sdíleny s obecnou dospělou populací. Při klasifikaci depresivní poruchy a depresivního syndromu budu vycházet z MKN-10, která se u nás používá více. Malá (2008):

F32.0 Mírná depresivní fáze

F32.0 Mírná depresivní fáze

F32.1 Středně těžká depresivní fáze

F32.2 Těžká depresivní fáze bez psychotických příznaků

F32.3 Těžká depresivní fáze s psychotickými příznaky

F32.8 Jiné depresivní fáze

F32.9 Depresivní fáze nespecifikovaná

F33.0 Periodická (rekurentní) depresivní porucha, současná fáze je mírná

F33.1 Periodická (rekurentní) depresivní porucha, současná fáze je středně těžká

F33.2 Periodická (rekurentní) depresivní porucha, současná fáze je těžká, ale bez psychotických příznaků

F33.3 Periodická (rekurentní) depresivní porucha, současná fáze je těžká s psychotickými příznaky

F33.4 Periodická (rekurentní) depresivní porucha, v současné době v remisi

F33.8 Jiné periodické (rekurentní) depresivní poruchy

F33.9 Periodická (rekurentní) depresivní porucha nespecifikovaná

Při klasifikaci je také důležité brát v potaz ostatní obvyklé symptomy, kterými jsou:

- Zhoršené sebevědomí a sebedůvěra
- Pocity viny a bezcennosti
- Smutný a pesimistický pohled do budoucnosti
- Myšlenky na sebepoškození a sebevraždu
- Poruchy spánku
- Snížená chuť k jídlu

U všech následujících poruch musí být doba trvání nejméně dva dny:

Mírná depresivní fáze (F32.0) – diagnostická kritéria: depresivní nálada, ztráta zájmů a radosti, zvýšená únavnost a alespoň dva z výše uvedených symptomů. Pacient většinou pracuje a sociálně se angažuje.

Středně těžká depresivní fáze (F32.1) – diagnostická kritéria jsou stejná s přítomností 3-4 ostatních symptomů. Pacient obtížně zvládá pracovní, sociální a domácí aktivity.

Těžká depresivní fáze bez psychotických příznaků (F32.2) – ztráta sebeúcty, pocity viny, neschopnosti, sebevražedné tendence. Diagnostická kritéria jsou stejná, avšak více závažná. Pacient není schopen (nebo jen velmi omezeně) pracovního, společenského a domácího zapojení.

Těžká depresivní fáze s psychotickými příznaky (F32.3) – mimo symptomy popsané pod F32.2 přítomny navíc bludy, halucinace a depresivní stupor.

Periodická (rekurentní) depresivní porucha (F33) – opakované epizody deprese, dělené podle tíže fáze tak, jak je popsáno u depresivní fáze F32. Trvání fází je 3-12 měsíců.

Periodická depresivní porucha, současně v remisi (F33.4) – v minulosti splněna kritéria pro F33, současný stav je nesplňuje (pacient se léčí, aby se snížilo riziko atak). Období bez příznaků by mělo trvat několik měsíců.

*Pozn.: Dříve se používal pojem endogenní deprese, který vymezoval těžší formy deprese vzniklé bez zjiřitelných zevních příčin. Pojem larvovaná deprese se používal pro označení tělesných obtíží, při nichž není patrná změna nálady, ale svým průběhem, prognózou a odpovědí na léčbu připomínaly depresi. V dnešní době se tyto poruchy řadí zejména mezi somatoformní poruchy (Smolík, 2002).*

## 2.5 Léčba deprese

Při léčbě depresí zpravidla pacienti užívají psychofarmaka nebo dochází na psychoterapii. Existují ovšem i další možnosti léčby jako je například fototerapie a ve velmi těžkých případech hlubokých depresí je možno použít elektrokonvulzivní léčbu. V současnosti se jako nejosvědčenější ukazuje kombinace psychoterapie a farmakoterapie. Tuto kombinaci léčbu zdůrazňuje i Praško (2003), který poukazuje na to, že léky umožní rychlý ústup příznaků a na druhé straně psychoterapie pomůže naučit účinnější způsoby, jak zacházet s problémy v životě, které depresi předcházely nebo během ní vznikly. Uvádí také tři etapy, ve kterých léčba vzhledem k častému periodickému průběhu probíhá. Jedná se o etapu:

Akutní – jedná se o léčbu akutní epizody deprese, cílem je zmírnění a odstranění depresivních příznaků. Trvá většinou asi 3 měsíce (někdy více či méně).

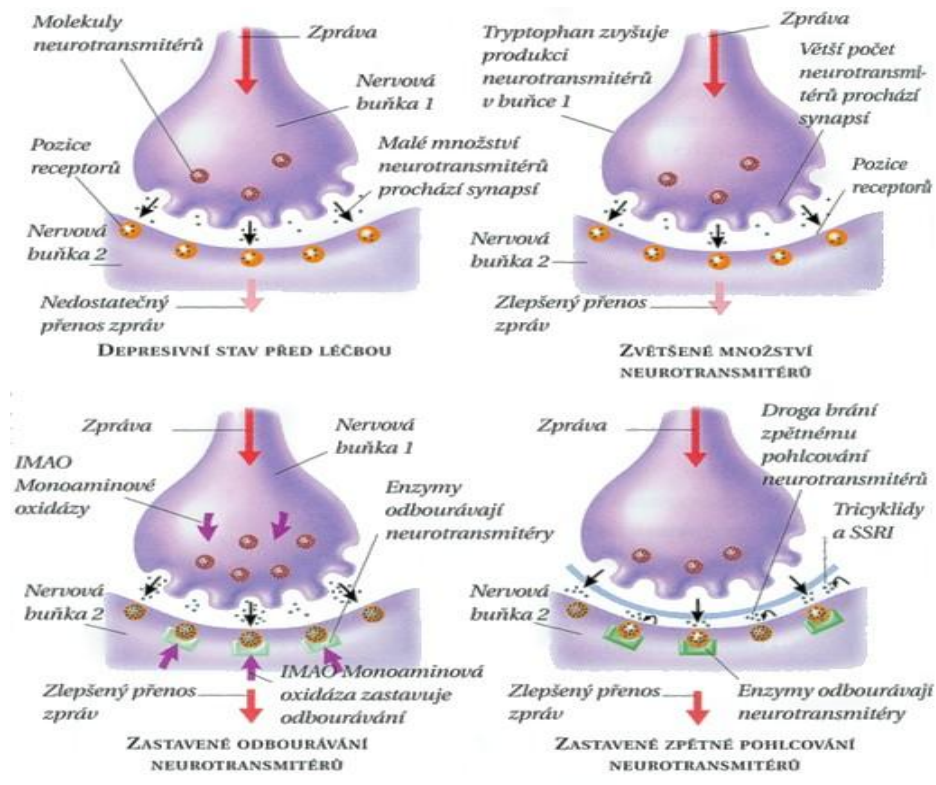
Udržovací – nastupuje po odeznění akutní epizody deprese, cílem je udržet zlepšení na dobu 6-9 měsíců.

Profylaktická – pokračuje i po ukončení udržovací léčby, zpravidla více let, někdy celý život.

### 2.5.1 Farmakoterapie

Nejznámějšími léky, které pacient užívá při depresích, jsou antidepresiva. Antidepresiva upravují aktivitu neuromodulátorů serotoninu, noradrenalinu a dopaminu. Pomáhají tedy vytvořit neurohormonální rovnováhu na neuronech v mozku, ve kterých je v depresi nedostatek působků (Praško, 2003). Pohled z praxe na antidepresiva užívaná při depresích přináší primář Psychiatrického oddělení Nemocnice Ostrov v Ostrově nad Ohří – Konečný (2006) zmiňuje, že mnoho pacientů popisuje své zážitky během psychofarmakologické léčby jako pobyt za „sklem“, skrze které k nim sice neproniká „to tíživé“, co depresi vyvolalo, ale zároveň ani to, co by je mohlo skutečně těšit a jejich život naplňovat. Antidepresiva účinkují, jen když je člověk v depresi. Pokud není, jejich účinek je nulový. Pro představu a zajímavost uvádím na obrázku 3, jak antidepresiva působí. Obrázek je přejat z knihy od Mc Kenzieho (2001), kde se můžeme mimo jiné dočíst, že při správném a pravidelném užívání antidepresiv se mohou příznaky zlepšit už za dva týdny, obvykle léčba ale trvá šest týdnů, než je plně pocíten účinek. Doporučuje se v užívání tablet pokračovat ještě šest měsíců po té, co deprese odezněla a následně užívání postupně omezovat.





Obr. 3. Jak antidepresiva působí (McKenzie, 2001)

## 2.5.2 Psychoterapie

Jak již bylo řečeno, léčbu antidepresivy je dobré doplnit psychoterapií. V úvodu je dobré si vysvětlit, co psychoterapie vlastně je. Jedním z nejznámějších autorů této problematiky je zcela jistě Kratochvíl. Psychoterapii definuje jako léčebné působení psychologickými prostředky (k psychologickým prostředkům patří: slova, rozhovor, neverbální chování, podněcování emocí, vytvoření terapeutického vztahu, učení, vztahy a interakce ve skupině a jiné). Je to léčebné působení na nemoc, poruchu nebo anomálii. Hlavním cílem je odstranění nebo zmírnění potíží a podle možností odstranění i jejich příčin (Kratochvíl, 2006). Při léčbě depresí můžeme užít různých druhů psychoterapie jako je například individuální psychoterapie, skupinová psychoterapie, rodinná nebo manželská terapie. Podrobněji se zaměřím na nejvyužívanější druh psychoterapie v současné době, čímž je kognitivně-behaviorální terapie (KBT).

### 2.5.2.1 Kognitivně-behaviorální terapie (KBT)

Terapeut pomáhá pacientovi, aby si uvědomil svůj způsob zkresleného myšlení a dysfunkčního jednání. Pak pomocí systematického rozhovoru a strukturovaných behaviorálních úkolů pomáháme pacientovi hodnotit a měnit zkreslené myšlenky i dysfunkční jednání (Kratochvíl, 2006). KBT se používá hlavně u pacientů s mírnou a středně těžkou depresí nebo též u pacientů se zbytkovými příznaky. U hlubokých depresí je tato léčba nedostatečná, musí být proto doplněna psychofarmaky. Závěrem zmíním základní postupy v KBT depresí jak uvádí Praško (2003):

- Porozumění depresi, jejím příznakům a souvislostem
- Účelné plánování činnosti a pozvolné zvyšování aktivity krok za krokem
- Postupné odmítání depresivního a vytváření nedeprativního způsobu myšlení
- Návčik relaxace
- Návčik metody řešení problémů
- Prevence relapsu deprese

### 2.5.3 Další možnosti léčby

K dalším biologickým postupům léčby depresí patří například elektrokonvulzivní terapie a fototerapie. V obou případech se jedná o využití fyzikální energie. Elektrokonvulzivní terapie je veřejností většinou spojována se surovým zacházením a trápením pacientů. Současná podoba elektrošoků se výrazně liší od drastických popisů. Průchod elektrického proudu o napětí 110V je mozem velmi pečlivě dávkován (Honzák, 1999). Dle Praška (2003) jde o synchronizaci mozkových buněk pomocí elektrického proudu, která se provádí v narkóze. Používá se u pacientů, kde léky ani psychoterapie nebyly účinné, tedy u hlubokých depresí. Fototerapie se využívá při léčbě sezónní afektivní poruchy. Preferuje se použití světelného boxu, který produkuje světlo o intenzitě vyšší než 2500 luxů. Startovací dávkou je aplikace 10 000 luxů po dobu 30-40 minut každé ráno, co nejdříve po probuzení, po dobu 2-4 týdnů (Anders, 2005).

### 3 OBDOBÍ ADOLESCENCE

Až doposud jsem popisovala problematiku depresí bez ohledu na vývojová období. Ve většině případů se totiž jedná o podobné charakteristiky jako v dospělosti, ale jisté rozdíly zde samozřejmě jsou. Pro větší přehlednost jsem proto vyčlenila samostatnou kapitolu zaměřenou na adolescenci a vše s ní spojené.

Adolescence je nejen důležitým, ale také subjektivně velmi zajímavým obdobím života. Objevuje se zde nová kvalita sebeuvědomování. Mladý člověk se více zabývá odpověďmi na otázky, které směřují k jeho sebeomezení, k sebehodnocení a ke smyslu jeho života. Důležité pocity a zkušenosti z tohoto období většinou nikdy nezapomene a nese si je v sobě po celý život (Macek, 2003).

#### 3.1 Charakteristika adolescence

Nejrůznější publikace většinou vymezují období adolescence zhruba mezi 11-20 rokem života, některé zdroje uvádí i 15. - 22. rok. Jedná se bezpochyby o velký obrat v životě jedince, dítě se totiž proměňuje v dospělého člověka. Dochází zde k nejvýraznějším psychosociálním změnám. Z psychologického hlediska dospívání charakterizuje Vymětal (1999) jako hledání nové vlastní identity, tedy nalézání sebe a svého místa ve společnosti. Dospívající hledá odpovědi na různé otázky: „*Kdo jsem já?*“ a „*Jaký je smysl mého života?*“? K tomuto období patří také vnitřní rozpory, pochybnosti a nejistoty, často odmítání autority, zvláště rodičů. Proto toto období bývá často nazýváno obdobím druhého vzdoru. Ovšem existují výzkumy, které toto tvrzení popírají. Například Koops (In Macek, 2003) poukazuje na to, že v dnešní době si adolescenti se svými rodiči většinou rozumí. Ti, kteří se s nimi dostávají do konfliktu, je často měli už v dětství. Pojem adolescence je odvozen z latinského slovesa *adolescere* (= dorůstat, dospívat, mohutnět). Označení adolescenti (typické pro psychologii) se v českém jazyce volně zaměňuje s označením dospívající či dorost (typické pro lékařské vědy) a rovněž s širším označením mládež (v sociologii a pedagogice) (Macek, 2003). Navzdory názorům některých autorů se u Macka (2003) setkáváme s tvrzením, že pojetí adolescence jako období plného vášnivých emocí, konfliktů a vzdoru se jeví v našem kulturním prostředí jako překonané. Konfliktní průběh je většinou okrajovým jevem. Průběh dospívání je ovlivněn hodnotami, tradicemi i způsobem rodinného života.

## 3.2 Oblast vztahů v adolescenci

Významnou oblast v období adolescence tvoří mezilidské vztahy a interakce. Pro dospívajícího jedince je potřeba vztahů přirozená, potřebuje mít kolem sebe lidi, na které se může spolehnout, ať už rodinné příslušníky, kamarády či partnera. Na tuto potřebu poukazuje i Taxová (1987), která konstatuje, že mezilidské vztahy mají v dospívání roli determináčního i motivačního činitele, dospívající jsou jimi ovlivňovány, aktivně do nich vstupují, mnohé v nich hledají a mnohé od nich též očekávají. Důležitý motivační faktor hrají vrstevnické vztahy. Vrstevníci mohou nabídnout kooperaci, společné zážitky, možnosti sebeuplatnění.

### 3.2.1 Vztah k vlastnímu „já“

„Já“ představuje psychofyzickou jednotu každého jedince. Objevuje se zde také úsilí o sebeocenení a dosažení úcty k sobě. Rozvíjí se i potřeba sebeuplatnění, která je v období puberty spíše otázkou snů či fantazií nebo bezprostředné aktuální situace, ovšem v adolescenci se již stává reálnější záležitostí. Záleží na tom, jak se prohlubuje sebepojetí a sebevědomí mladistvých (Taxová, 1987). Jelikož je tato potřeba otázkou přítomnosti, ale směřuje i do budoucnosti, hraje významnou motivační roli při plánování životních cílů. Další z potřeb vztahujících se k vlastnímu „já“ dospívajících je potřeba samostatnosti a nezávislosti, snaží se takzvaně „postavit na vlastní nohy“. Ovšem i když se člověk osamostatňuje, nic to nemění na potřebě rodinného zázemí – jistotě, kam se může kdykoliv vrátet.

### 3.2.2 Vztahy k rodičům

V období adolescence se mění i vztahy k rodičům a k dospělým autoritám všeobecně. Rodiče většinou, i když neradi, ztrácejí svou nadřazenou pozici nad svým „dítětem“ a v této souvislosti mívají ambivalentní pocity. Vědí, že jejich potomek je dospělý, ale současně se na úrovni emocí s touto skutečností odmítají smířit. Adolescent, který si je již jistější sám sebou, postupně ztrácí potřebu demonstrativně se vymezovat vůči rodičům a jeho vztah k nim se uklidňuje. V optimálním případě se podaří docílit nové formy pozitivního vztahu rodičů a jejich dospělého potomka (Peterková, 2008). Dle novodobých výzkumů se ukazuje, že zvýšená konfliktnost v tomto období mezi rodiči a potomky není již prokázána, jak tomu bylo dříve. „*Konflikty nevadí, když mají adolescenti pocit, že mohou svobodně vyjadřovat názory a že se na ně bere ohled (Macek, 2003, s. 54)*“.

### 3.2.3 Vrstevnické vztahy

U vrstevnických skupin se většinou projevuje potřeba něčím se odlišit od ostatních. Mladý člověk zde hledá oporu a ztotožnění se s někým, kdo má stejné cíle, podobné zájmy a společné prožitky. Každý cítí potřebu být přijat a vytvořit si určitou prestiž. Vrstevnická skupina umožňuje a motivuje různé procesy a formy sociálního srovnávání. Adolescentům záleží na tom, jak na své přátele působí a jak jsou jimi hodnoceni a oceňováni. Usilují o určité postavení ve skupině, o získání sympatií a vlivu (Taxová, 1987). Dospívající si mezi vrstevníky může vyzkoušet sociální role, ke kterým jindy nemají přístup. Učí se tak novým věcem a nabývají zkušenosti.

### 3.2.4 Vztahy k sourozencům

V tomto období se zvětšuje i význam sourozeneckých vztahů. Starší sourozenec zde hraje daleko větší roli. Zprostředkovává jakýsi přechod do světa dospělých či opačným směrem od dospělých k dospívajícím. Nejsou-li sourozenci věkově příliš vzdáleni, jsou pro dospívající důležitým osobami minimálně ze dvou hledisek, které popisuje Macek (2003):

Jsou příslušníky stejné generace, mají podobné potřeby, postoje a zájmy. Vedle toho se také aktivně podílejí na rodinné socializaci, ovlivňují sourozence přímo i zprostředkovaně přes svůj vliv v různých rodinných konstelacích.

### 3.2.5 Přátelské vztahy

Vedle vrstevnických vztahů mají velký význam i vztahy přátelské. Každý potřebuje mít přítele, kterému se může svěřit. Snaha mít přátele a navazovat přátelství je pocíťována jako nutnost a je motivačně podporována potřebou intimního sblížení, účasti, porozumění a odezvy (Taxová, 1987). V tomto období většinou není časté blízké přátelství dívky a chlapce, má obvykle specifickou funkci. Coleman a Henry (In Macek, 2003) poukazují na to, že pokud se chlapci potřebují svěřit, vyhledávají spíše dívky než chlapecké kamarády. Kdežto v opačném směru to tak časté není.

### 3.2.6 Milostné vztahy

Adolescent si mimo jiné uvědomuje i vlastní sexualitu. Sexuální potřeba se stává potřebou psychosociální. Nástup sexuálního chování má u dívek a chlapců odlišný sociální kontext.

Macek (2003) uvádí fakta, že mužská role bývá spojována s dobýváním, případně s určitou mírou agrese. U dívek se jedná převážně o hodnocení vlastní sexuální atraktivity. Partner-ské vztahy jsou charakteristické velkou zamilovaností. Zamilovaný člověk si svého partne-ra idealizuje a mnohdy mu přisuzuje vlastnosti, které třeba vůbec nemá. Někteří lidé v době adolescence dokonce uzavírají manželství. Faktem ale je, že na manželství ani ro-dičovství člověk v tomto věku nebývá zralý. Může se jednat o pokus o osvobození se od rodiny, ale je to v podstatě pouze únik do jiné formy závislosti (Peterková, 2008).

### 3.3 Deprese u adolescentů

Období adolescence znamená zásadní obrat v životě člověka. K běžným projevům dospí-vání patří větší kolísání nálad, než tomu bylo dříve. Patří sem i drobné depresivní výkyvy, avšak ty by měly být pečlivě sledovány, zda se jedná o normu. Mnohdy je velmi těžké ur-čit, jaké chování a projevy jsou ještě v normě. Pokud jsou již nad rámcem normality (což posoudí lékař) jedná se o takzvanou juvenilní depresi (deprese u dětí a mladistvých). I Vymětal (1989) upozorňuje na to, že u dospívajících se mimo jejich specifických problé-mů v zárodečné podobě setkáváme i s problémy dospělého věku, které se při nešťastné konstelaci okolností vyhrocují a mohou ústít až v depresivní stavy. Z psychologického hle-diska je to rizikový věk zvláště když dospívající postrádá harmonické rodinné zázemí, po-rozumění a také pozitivní vzory mezi dospělými.

Juvenilní deprese je závažná recidivující porucha se sociálními následky, často vedoucí ke společenské izolaci, zatížená vysokým rizikem sebevraždy. Její diagnostika a léčba je ob-tížnější než u dospělých pacientů. Juvenilní deprese byla až do 70. let 20. století neuznáva-nou diagnostickou jednotkou. Dnes již máme přesvědčivé důkazy o výskytu afektivních poruch včetně deprese i u dětí a adolescentů, jejich diagnostika a léčba je však obtížnější než u dospělých. Juvenilní a dospělá varianta deprese se může lišit příznaky, klinickým obrazem, průběhem i reakcí na léčbu (Dudová, 2007). Prevalence depresí u adolescentů bývá uváděna okolo 4-8%. Poměr chlapců a dívek je až do puberty vyrovnán, později se deprese vyskytuje (asi dvojnásobně) více u žen.



### 3.3.1 Příčiny vzniku juvenilní deprese

Na vzniku tohoto duševního onemocnění u adolescentů se významně podílí genetické, biologické, kognitivní faktory a vlivy prostředí. Mezi rizikové faktory patří výskyt afektivních poruch v rodině, konfliktní rodinné prostředí, nedostatečné sociální dovednosti a způsoby zvládání stresu a málo přátelských a vrstevnických vztahů. Výskyt depresí u dětí depresivních rodičů je 3–4 krát vyšší než v běžné populaci (Dudová, 2007). Ovšem jak uvádí Malá (2008) k přesnému rozpoznání příčin dospějeme pouze u jedné čtvrtiny pacientů.

### 3.3.2 Symptomy juvenilní deprese

Klinicky významná deprese v tomto věku se výrazně neliší od deprese v dospělosti. Oproti běžnému kolísání nálad jsou projevy deprese u dospívajících intenzivnější a dlouhodobější, častá je i podrážděnost, izolace, nedostatek energie či únava. Někdy také depresivní dospívající nedbají o jídlo a osobní hygienu. Typické je slabé sebehodnocení a somatické obtíže (bolest hlavy, břicha, nechutenství). Někdy se adolescent snaží unikat před pocity bezmoci a beznaděje k drogám, alkoholu nebo i k přejídání. Další známkou deprese může být náhlé zhoršení prospěchu, nezájem o učení nebo náhlé poruchy chování jako například krádeže, záškoláctví, konflikty, agrese (Krejčířová, 2001). Na rozdíl od dospělých nemusí být nálada depresivní, ale pouze podrážděná. Nejtěžší forma deprese u adolescentů se projevuje psychomotorickým útlumem, anhedonií, sluchovými halucinacemi a bludy odpovídajícími náladě. Další literatura uvádí též větší pocit nudy než je tomu u depresivních dospělých. Vytváří se bludný kruh, kde adolescent vidí suicidium jako jediné řešení (k suicidiu se dostaneme v další kapitole). Objevuje se zde rovněž ztráta radosti, nedostatek emočních reakcí se promítá především do oblasti sociálních vztahů – ztráta přátel, aktivit s vrstevníky (Malá, 2008). Jak je z výčtu příznaků patrné, je jich celá řada. Můžeme si povšimnout, že deprese adolescentů má mnoho společného s depresí dospělých, kterou jsem se blíže zabývala v úvodních kapitolách.

Pro pochopení časné deprese je výhodné rozlišit dva typy depresivních symptomů – jednak specificky vázané na věk a jednak věkově nevázané. Depresivní příznaky shodné pro všechny věkové skupiny a typické pro děti a adolescenty uvádí tabulka 2 (Dudová, 2007):

Všechny věkové skupiny	Adolescenti
depresivní nálada	podrážděná nálada
poruchy soustředění	anhedonie
nespavost	pocity nudy
ztráta energie	a beznaděje
pocity méněcennosti nebo viny	změny hmotnosti
suicidální myšlenky	poruchy chování
	hypersomnie
	abúzus návykových látek

Tab. 2. Depresivní příznaky závislé a nezávislé na věku (Dudová, 2007)

### 3.3.3 Suicidální tendence

Suicidium je vědomé a úmyslné ukončení vlastního života. Někdy též říkáme „dobrovolně nedobrovolná smrt“. Pokud se takové myšlenky u někoho objeví, je nutné okamžitě vyhledat odbornou pomoc. Deprese zvyšuje riziko sebevražedného chování a v kritických chvílích i impulzivního jednání (podlehnutí a realizace okamžitého nápadu). Adekvátní léčba riziko snižuje, ovšem nevylučuje (Praško, 2003). Křivka suicidality nabývá na strmosti od 14 let věku. Bývá uváděno, že riziko sebevraždy v tomto věku je 6-20 krát vyšší než u běžné populace. Ostatně suicidium je ve věkové skupině mezi 10. – 19. rokem věku nejčastější příčinou smrti (Dudová, 2007). Ve srovnání mezi dívkami a chlapci převažují dokonaná suicidia u chlapců, zatímco u dívek převládají sociální pokusy. Souvisí to s volbou tvrdšího nebo měkčího suicidálního prostředku. U dívek převažuje otrava léky, u chlapců oběšení nebo zastřelení. Suicidální chování je většinou výsledkem stresorů, tedy interakcí intrapsy- chických procesů a vnějších okolností (Kocourková, 2006). Důležité je všimnout si příznaků, které by mohli upozorňovat na riziko sebevraždy. Člověk ohrožen sebevraždou o ní často mluví, popisuje také to, jak by sebevraždu provedl. Pozorujeme u něj pocity beznaděje a ztráty smyslu života, nepřiměřeně se ze všeho obviňuje. Pravděpodobnost zvyšuje také to, pokud byl vystaven nadměrnému stresu (distresu) a vidíme, že jej nebyl schopen zvlád-

nout. Také jeho zdravotní stav se výrazně zhoršil, špatně spí nebo trpí velkou nespavostí a v minulosti se již pokusy o sebevraždu objevily (Křivohlavý, 1997). Depresivní jedince, jež napadají myšlenky na sebevraždu, musíme pozorně vyslechnout a být k nim empatictí. Musí cítit, že jsme na jeho straně, respektujeme ho, důvěřujeme mu a máme jej rádi.

### **3.3.4 Léčba depresí v adolescenci**

Bez ohledu na příčinu vyžaduje deprese v adolescenci komplexní přístup a na léčbě se musí účastnit nejen pacient, ale i jeho rodina a škola. Hlavním cílem léčby je zkrácení epizody deprese, prevence jejího opakování a minimalizace negativních důsledků na přiměřené fungování (Propper, 2005).

#### **3.3.4.1 Farmakoterapie**

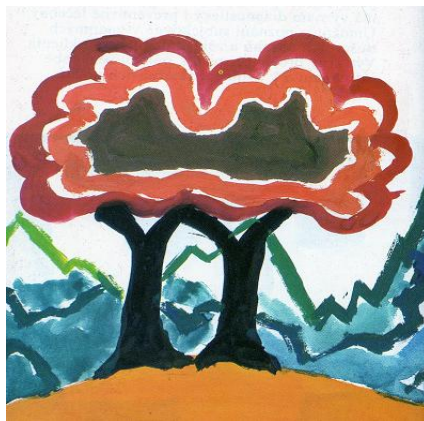
Zatímco u dospělých se kromě psychoterapie s úspěchem používají i stále modernější antidepresiva, u mladších jedinců je nutná obezřetnost. Musí se sázet zejména na psychoterapii a k lékům se přistupuje jen v krajním případě - pak musí být jejich užívání pod lékařským dohledem. Antidepresiva u dospívajících někdy totiž zvyšují riziko sebevraždy. Velmi proto záleží na informovanosti a přístupu rodičů k dítěti, které duševní nemocí trpí. Před nasazením antidepresiv u adolescentů by měli být rodiče i pacienti varováni před zvýšeným rizikem výskytu sebepoškozování, suicidálních myšlenek a výkyvů nálad. Důležitý je pečlivý monitoring pacientů – v prvních čtyřech týdnech léčby by měli být kontrolováni jednou týdně, v dalších osmi týdnech každý druhý týden (Dudová, 2007).

#### **3.3.4.2 Psychoterapie**

Nejčastější metodou psychoterapie depresí u adolescentů je kognitivně-behaviorální terapie. Rodinná terapie je vhodná v případě, pokud jsou obtíže způsobeny nepříznivými vztahy v rodině. Dále je možné užít i skupinovou či individuální psychoterapii (Propper, 2005).

V psychoterapii depresí se zaměřuje na poruchy sebehodnocení, pocity viny a zlepšení schopnosti adaptace s ncvikem sociálních dovedností. U adolescentů se používá také interpersonální psychoterapie. Rodinná terapie se týká všech věkových skupin. Psychoterapii můžeme kombinovat s různými technikami (např. dramaterapie, muzikoterapie či arteterapie). I Vymětal (1989) poukazuje na užitečnost např. výtvarných technik při psychoterapii,

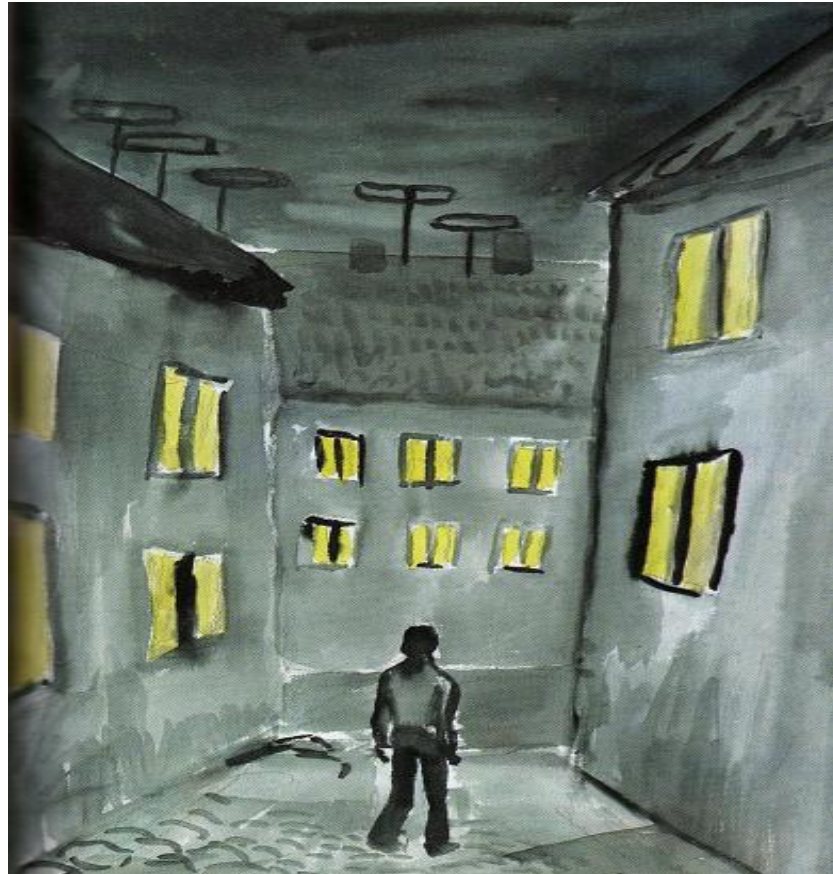
když tvrdí, že spontánní i řízený výtvarný projev lidí má význam diagnostický i preventivně léčebný. Umožňuje poznání subjektivně významných duševních obsahů a základních postojů klienta. Výtvarný projev přispívá k porozumění sobě i druhému a k uvolnění zatěžujících pocitů. Pro ukázkou uvedu sérii obrázků 14leté dívky, které prozrazují prožitky časté u adolescentů. Všechny obrázky jsou převzaty z knihy od Vymětala (1989):



*Obr. 4. Touha po přátelství*



*Obr. 5. Prázdnota, nepotřebnost*



*Obr. 6. Chodec – prožitky osamělosti, prázdnoty a izolace příznačné pro člověka v duševní krizi, která přerůstá v depresi*

#### **3.3.4.3 Nefarmakologická biologická terapie**

Elektrokonvulzivní terapie (EKT) je u adolescentů používána jen výjimečně. Například pokud je pacient rezistentní vůči farmakům nebo pokud je deprese velmi hluboká, ohrožující na životě. Uvádí se, že účinnost EKT je u adolescentů nižší než u dospělých.

O dalších biologických léčebných metodách (jako je např. fototerapie - viz. str. 26) není u adolescentů dostatek údajů (Propper, 2005).

## 4 ZAJÍMAVOSTI O DEPRESI

- ✓ Stejně jako v předešlých letech i v roce 2007 vyhledaly psychiatrickou pomoc častěji ženy než muži. Jejich podíl na počtu prvních vyšetření činil téměř 60 procent, a to i při srovnání v jednotlivých krajích.
- ✓ Ženy i muži po celém světě jsou nejnáchylnější k depresivním poruchám, když dosáhnou věku 44 let. Ukázala to nová studie amerických vědců, kteří porovnávali lékařské údaje zhruba dvou miliónů lidí z 80 zemí.
- ✓ Psychický stav se lepší po padesátém roku života. Možným vysvětlením je i to, že ve středním věku začíná fungovat jistý proces srovnávání, kdy lidé už vidí umírat některé své vrstevníky a začínají si víc vážit zbývajících let.
- ✓ Podle britských odborníků je skvělou prevencí sklíčenosti dvacet minut uklízení týdně. Domácí práce jsou v tomto ohledu prý stejně spolehlivé jako sport. Studium vlivu různých aktivit na lidskou psychiku se zabýval Mark Hamer se svými kolegy z University College v Londýně. Výsledky jejich výzkumu se opírají o výpovědi dvaceti tisíc Skotů, kteří byli dotazníkovou metodou zkoumáni po dobu několika let. Během ní se úzkosti či deprese rozvinuly u 3 200 jedinců. Osob postižených chmury či depresemi bylo nejméně ve skupině těch, kteří se pravidelně chopili mopu či vysavače a uklízeli svou domácnost. Stejně pozitivní účinek pak měly sportovní aktivity všeho druhu. Úklid pomáhá omezit riziko rozvoje depresí o pětinu, sport až o třetinu. Studie byla publikována v odborném časopise *British Journal of Sports Medicine*.
- ✓ Podle australské expertky na fyzické zdraví Caroline Longmoreové strava bohatá na tryptofan - aminokyselinu, jenž se mění v těle na serotonin, může příznivě ovlivnit náladu a duševní pohodu. Tuto bílkovinu obsahují takové suroviny, jako jsou fazolky mungo, humr, krocan, chřest, slunečnicová semínka, sýr cottage, ananas, tofu, špenát a banány.
- ✓ WHO upozorňuje, že v roce 2020 bude deprese druhou nejčastější příčinou pracovní neschopnosti. Před ní už budou jen nemoci srdce a cév (Zajímavosti, 2008).



## 4.1 Mýty o depresi

Setkáváme se s tím, že téměř každé onemocnění jakéhokoliv typu je opředeno spoustou mylných domněnek. Není tomu jinak ani u duševního onemocnění jako je deprese. Deprese bývá často zahalena nejrůznějšími mýty. Praško (2003) některé z nich uvádí a v kontrastu s nimi i reálná fakta:

Mýtus č. 1: *Postižený může zapnout vůli a „dát se dohromady nebo se vzchopit“.*

Pravda: Není to možné, i když si to někteří lidé v okolí nemocného člověka myslí. Včetně rodiny, která na nemocného naléhá, ale vyloženě mu tím škodí.

Mýtus č. 2: *Diagnóza deprese znamená, že jste slabí, neschopní nebo mentálně méněcenní.*

Pravda: Je to hrubý omyl. Je to nálepka, kterou si někdy sami nemocní nebo lidé neznalí mylně dávají. Deprese jako každá jiná nemoc odezní po léčbě. Nevede k poklesu inteligence nebo rozumových schopností.

Mýtus č. 3: *Depresi musel někdo zavinit.*

Pravda: Někdy v sobě hledají zbytečně vinu příbuzní a vyčítají si to. Depresi nemůže nikdo zavinit. Stres sám o sobě depresi zavinit nemůže, ale může být u předem zranitelného jedince spouštěčem deprese.

Mýtus č. 4: *Je to „Boží trest.“*

Pravda: Jedná se o velmi nebezpečný předsudek, ať už je člověk věřící či nikoliv. Nikdo není dokonalý a žádný člověk nemůže určit co je „Boží trest“ a co není. Nikdo nemá právo druhého soudit.

## 4.2 Známé osobnosti, které trpěly depresí

Deprese se nevyhnula ani některým slavným lidem v historii. Byl to například prezident USA Abraham Lincoln, britská královna Viktorie, premiér Winston Churchill (který tomu říkal „moje kocovina“) či Julius Caesar. Komik Spike Milligan napsal o své chorobě knihu *„Deprese a jak ji přežít“* (McKenzie, 2001). Depresemi trpělo také mnoho spisovatelů a herců. Spisovatel Ernest Hemingway trpěl hlubokou depresí, bohužel její tíhu neunesl a zastřelil se brokovnicí. Sebevraždu spáchala také uznávaná anglická autorka Virginie Woolfová. Mezi dalšími to byl L. N. Tolstoj, Goethe, fyzik Isaac Newton, světoznámý malíř

Vincent van Gogh, Charles Darwin, největší lyrik ruské poezie Sergej Jesenin, který se oběsil v pouhých třiceti letech v leningradském hotelovém pokoji. I zástup těch, kteří se o ni pokusili, je plný zvučných jmen. Jen pro ilustraci, jak hrozivý záběr má těžká deprese mezi geniálními umělci, vyjmenuji několik dalších jmen: skladatelé Hector Berlioz či Robert Schumann, malíř Paul Gauguin či spisovatel a básník Edgar Allan Poe. Mezi nejznámější oběti deprese v České republice patřil herec Miloš Kopecký. Zatímco český národ svého ironického komika miloval, jen málokdo věděl, jak trpí. „*V těch nejtěžších fázích deprese byl Kopecký posedlý touhou nežít, trpící ochrnutou vůlí a neschopností slova či pohybu. Nikdy nevěděl, kdy přijde to strašlivé depresivní ochromení, ve kterém pak setrval celé dny v pyžamu a nevycházel ven*“ popisuje utrpení slavného herce profesor Cyril Höschl, který Kopeckého léčil a dostal od něj také souhlas k tomu, aby o jeho chorobě napsal (Veverka, 2005).

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 5 ÚVOD K VÝZKUMU

Obsahem praktické části mé bakalářské práce bude zkoumání podob depresivních poruch u adolescentů. Toto téma jsem si zvolila, jelikož mě zajímá oblast poruch spojených s lidskou psychikou. Práci zaměřím konkrétně na depresivní poruchy v období adolescence, protože zde probíhá nejvíce změn biopsychosociálního charakteru, které mohou v některých případech negativně ovlivnit psychiku jedince.

Tato část volně navazuje na část teoretickou, kde se k depresím (včetně depresí v adolescentním věku) vyjadřuju. Mou snahou bylo odpovědět na výzkumnou otázku, kterou bylo důležité v úvodu stanovit, a to tedy: „*Jak vnímají lidé v dospělosti depresi prodělanou v adolescenci?*“ Především mě zajímalo, jak deprese prodělaná v období adolescence může ovlivnit životy lidí v dospělosti, jestli si dokážou sami uvědomit, co bylo příčinou vzniku deprese nebo zda se dostavila dle jejich názoru bezdůvodně či jak se dokázali vyrovnat s obtížemi, které jim toto onemocnění přinášelo.

### 5.1 Druh výzkumu

Deprese jako duševní onemocnění spadá z lidského hlediska do velmi citlivé a osobní oblasti, proto byl pro mě kvalitativní výzkum jednoznačnou volbou pro tuto práci. Je za potřebí s respondenty o jejich problému zúčastněně hovořit, zacházet více do hloubky, snažit se jim porozumět či poskytovat zpětnou vazbu. Významný metodolog Creswell (In Hendl, 2005) definuje kvalitativní výzkum jako proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Získané výsledky nemohu na rozdíl od kvantitativního výzkumu zobecnit, případně jen velmi omezeným způsobem. Jedná se totiž o velmi subjektivní pocity lidí. Každý jedinec má odlišné vnímání a prožívání, proto zde zobecnitelnost není na místě.

### 5.2 Výzkumný vzorek

Pro můj výzkum je důležité, aby respondenti vykazovali přibližně stejné znaky, které jsem si vymezila. Je tomu tak z toho důvodu, aby nebyl výzkum zavádějící. Prvním důležitým znakem je, že se muselo jednat o jedince, kteří trpěli duševním onemocněním z oblasti depresivních poruch v období adolescence a nyní jsou vyléčení (v dospělosti). Dalším požadavkem bylo, aby se respondenti kvůli svému onemocnění v minulosti léčili ambulantně

či byli někdy hospitalizováni. Už vymezená kritéria naznačují, že se jedná o záměrný výběr vzorku. Výzkumný vzorek tvořilo 5 osob ve věku 29 až 35 let (období mladé dospělosti). Počet mužů a žen jsem si dopředu přesně nestanovila z více důvodů. Už na počátku jsem odhadovala, že počet žen bude převyšovat. Vyplývá to i z toho důvodu, jelikož výzkumy ukazují, že ženy trpí depresí v průměru až dvakrát více než muži a také je známo, že ženy bývají častokrát sdílnější a schopnější mluvit o svých problémech více než muži. Nebylo ovšem lehkým úkolem těchto 5 respondentů pro můj výzkum získat. Většina lidí totiž měla zřejmě strach z odhalení svého soukromí nebo se za své onemocnění styděla a nechtěla o něm hovořit. Po pečlivém výběru se přece jenom našlo 4 ženy a 1 jeden muž, kteří byli ochotni až překvapivě otevřeným způsobem vypovídat o své prodělané nemoci. Pro mou práci mi poskytli velmi cennou výpověď, za niž jim velmi děkuji.

### 5.3 Cíle výzkumu

Hlavním cílem mého výzkumu bylo zjistit, jak prodělanou depresi v adolescenci vnímají lidé s odstupem času (tedy v rané dospělosti) a zda je jejich dosavadní život depresí nějak poznamenán, ať už pozitivně či negativně. Nemělo se jednat o pouhý výčet stresujících situací, událostí či faktorů, které mohou člověka negativně ovlivnit. Mou snahou bylo prostřednictvím lidí trpících depresí vnést jiný pohled na toto onemocnění. Poněvadž nejlépe může samotnou nemoc a vše s ní spojené popsat ten, kdo si jí prošel. Cílem také bylo zjistit, kdo nebo co jim v jejich těžkých chvílích nejvíce pomohlo a také jak tuto zkušenost vnímají zpětně po letech, kdy se ocitají na prahu dospělosti. Věřím, že moje práce může pomoci těm, kteří se s depresí právě potýkají i těm, kteří by chtěli pomoci svým blízkým v této nelehké situaci, ale nevědí jakým způsobem. A v neposlední řadě může posloužit samozřejmě jako informativní zdroj pro neznalé v tomto oboru.

### 5.4 Výzkumný problém

Vhodné stanovení a formulace výzkumného problému je nepochybnou součástí každého výzkumu. Já jsem si po pečlivém uvažování na počátku zvolila výzkumný problém následující otázkou:

*„Jak vnímají lidé v dospělosti depresi prodělanou v adolescenci?“*

Mou snahou bylo především odpovědět si na otázky, jak deprese prodělaná v období adolescence může ovlivnit životy lidí v dospělosti, jestli si dokážou sami uvědomit, co bylo

příčinou vzniku deprese, nebo zda se dostavila dle jejich názoru bezdůvodně či jak se dokázali vyrovnat s obtížemi, které jim toto onemocnění přinášelo.

## **5.5 Metody výzkumu**

Nyní se zaměřím na metody, které jsem si zvolila na pro získávání dat a jejich následné zpracování a analýzu.

### **5.5.1 Metoda získávání dat**

Pro získávání dat od respondentů jsem si zvolila pravděpodobně nejrozšířenější metodu, kterou je polostrukturovaný rozhovor. Je to jakási střední varianta mezi pevně stanoveným strukturovaným rozhovorem a volným nestrukturovaným rozhovorem. Respondentovi tak mohou poskytnout větší prostor k hovoru. Jaké jsou výhody tohoto typu rozhovoru, se můžeme dočíst v publikaci o kvalitativním výzkumu od Hendla (2005), který jako některé z nich uvádí, že lze přezkoušet, zda dotazovaný otázkám porozuměl, dotazovaný může vyjevit zcela subjektivní pohledy a názory a může také samostatně navrhnout možné vztahy a souvislosti. Je možné tematizovat konkrétní podmínky situace dotazovaného. Co se týče nevýhod polostrukturovaného rozhovoru, příliš jich není. V některých případech je zde možnost, že tazatel neudrží závaznou strukturu a doplňujícími otázkami bude zbytečně tříštit konzistenci odpovědi účastníka, případně bude získávat data, která nejsou relevantní cílům výzkumu a výzkumné otázce (Miovský, 2006). V příloze P I uvádím předběžné otázky, které jsem si k rozhovoru předem připravila.

### **5.5.2 Metoda zpracování a analýzy dat**

Na počátku je důležitá fixace dat, kterou jsem provedla pomocí audio záznamu. Takto zachycená kvalitativní netextová data jsem převedla pomocí transkripce do textové podoby (viz. Příloha P II). Opakovaným poslechem záznamu jsem provedla kontrolu transkripce. Získaná data jsem též jen velmi mírně zredukovala, to znamená, že jsem vynechala slova vulgárnějšího rázu nebo tzv. „slovní vatu“ (obvykle se jedná o slova: vlastně, také, již...) která nebyla pro získávání dat podstatná. Celkový význam výpovědí byl naprosto zachován. Následně jsem použila metodu otevřeného kódování. Jedná se o popisnou metodu, která představuje operace, pomocí nichž jsou data rozebrány a složeny novým způsobem. Přepsaný text je rozbit na jednotky, těm jsou následně přidělena jména neboli kódy, říká-



me jim nové fragmenty textu. Jednotky mohou být slova, věty, odstavce, mohou se střídát. Tyto kódy určitým způsobem vystihují typ vyjádření, jednání, chování, vnímání a odlišují se tak od ostatních. Určité jednotky můžeme označit i více kódy. Při této metodě můžeme od jednotek upustit a rovnou začít kódovat. Na základě kódů pak vytváříme kategorie. Seskupujeme kódy podle jejich podobnosti a vnitřních souvislostí. Na základě kategorií a jejich vztahů konstruujeme teorii, která interpretuje původní získané informace (Švaříček a kol., 2007). Dle mého názoru se do kódování dat zcela jistě promítá subjektivní vnímání každého výzkumníka.

## 6 REALIZACE VÝZKUMU

Výzkum jsem začala uskutečňovat sběrem dat na počátku měsíce března tohoto roku. Než jsme přistoupili k rozhovoru, tak jsem se přibližně seznámila s případem každého respondenta, abych o něm měla základní informace. Respondentovi bylo předem nastíněno téma rozhovoru a předběžné otázky, na které se budu ptát. Dotazovaní tak nebyli ničím zaskočení a mohli se na svou výpověď lépe připravit. Ne každý totiž dovede mluvit naprosto bezprostředně bez přípravy. Všechny rozhovory probíhaly individuálně a mezi respondenty byl vyloučen jakýkoliv vztah či známost. Všem dotazovaným byla zaručena naprostá anonymita, také jejich jména byla pozměněna. Po souhlasu všech respondentů byl pro co nejvěrohodnější zachycení odpovědí použit diktafon. Informace z audio nahrávky potom byly přepsány do textové podoby.

### 6.1 Analýza dat

Analýza kvalitativních dat je považována zřejmě za nejobtížnější část samotného výzkumu. Postupovala jsem obvyklým způsobem. Po transkripci dat z rozhovorů jsem přistoupila ke kódování. Jde o přiřazování klíčových slov či symbolů k částem textu tak, aby byla umožněna snadnější a rychlejší práce s těmito částmi a bylo možné prostřednictvím kódů kdykoli snadno pracovat s většími významovými celky (Mioviský, 2006). Z kódů byly dle podobností a souvislostí vytvořeny kategorie. Aby mohla být data více zobecněna a abstraktněna, bylo zapotřebí uvést kategorie do vzájemných vztahů. Poslední a velmi důležitou fází bylo zkonstruování teorie na základě zjištěných dat.

### 6.2 Seznam kódů

Po pečlivé studii všech získaných dat z rozhovorů jsem si určila jednotlivé kódy. Následně byly vytvořeny též kategorie, do kterých jsem kódy zařadila. Byla možnost, že se některé kódy opakovaly v jedné kategorii. V takovém případě byly použity jen jednou. Také jsem se nejednou setkala s tím, že se mi v různých kategoriích opakovaly stejné kódy. Záleží zde ovšem na kontextu, kódy zde mají lehce odlišný význam.

Zde je seznam jedenácti vytvořených kategorií (níže se nacházejí uvedené kategorie včetně kódů, které do nich spadají):

- Okolnosti v dětství
- Úskalí dospívání
- Stresující faktory
- Symptomy deprese
- Dopad nemoci
- Záchrana
- Rodinné aspekty
- Sociální kontakty
- Změna
- Důsledky deprese
- Doporučení

### **OKOLNOSTI V DĚTSTVÍ**

Nadávky od rodičů, podceňování a ponižování rodiči, uzavřenost až nepřátelskost, nevhodná otcova výchova, starosti, myšlenky na sebevraždu, negativní myšlení, nezájem rodičů, ostych v dětství, strach z autority, deprese, sociální fobie, negativní zkreslení reality, izolace, hospitalizace, samota, upřednostňování mladšího sourozence, pokus o sebevraždu.

### **ÚSKALÍ DOSPÍVÁNÍ**

Rozvod rodičů, uzavřenost, absence přátel, rozvoj deprese, navázání nových vztahů, schopnost naslouchat, oblíbenost u spolužáků, stres kvůli rodičům, psychické zneužívání otcem, potlačování ženské identity, stud, fobie, úzkosti bez příčiny, obsedantně-kompulzivní porucha, sebeobrana, soudní proces, rebelství, pouliční život, výstřednost, útky z domova, sociálně patologické jevy, zvýšená agresivita, nenávisť k lidem.

### **STRESUJÍCÍ FAKTORY**

Stěhování, špatný vztah se sestrou, absence podpory, špatné chování rodičů, psychický teror otce, pocit zodpovědnosti za vše, nevhodné chování spolužáků, hormonální změna díky lékům, slavnostní události, plánované akce, více problémů najednou, intenzivní pocit viny, strach z fyzického napadení.

## **SYMPTOMY DEPRESE**

Vnitřní prázdnota, znechucení, únava, odpor ke všemu, nedostatečná sebedůvěra, pocit ošklivosti, nečinnost, beznaděj, úzkost, pocity méněcennosti, bolest, smutek, nevolnost, strach, ztráta tvůrčích schopností, neschopnost řešit problémy, poruchy vnímání, snížená reaktivita, halucinace, noční můry, psychosomatické obtíže.

## **DOPAD NEMOCI**

Pasivita, touha po smrti, záškoláctví, izolace, špatné návyky, prázdnota, přežívání ze dne na den, nechuť do života, neschopnost činnosti, omezení.

## **ZÁCHRANA**

Pomoc přítele, síla lásky, pomoc odborníka, činnost, zájem o depresi, dobří přátelé, zájem rodiny, léky, odpočinek, relaxace, terapeutické prostředky, zdravý životní styl, plánování dne.

## **RODINNÉ ASPEKTY**

Neplánované dítě, ponižování rodiči, podceňování rodiči, disharmonický sourozenecký vztah, nezájem rodičů, absence podpory rodičů, otcův psychický nátlak, strach z rodičů, nadávky od rodičů, přerušování kontaktu s rodinou, snaha obnovení kontaktu, podpora ze strany ostatních členů rodiny, otcovy zákazy, zhoršení vztahů v rodině, zesměšňování duševní nemoci rodiči, dědičnost deprese, pomoc rodiny, rozvod rodičů, agresivita otce, podpora matky, tvrdá výchova.

## **SOCIÁLNÍ KONTAKTY**

Nenaplněné vztahy, izolovanost, pochybné party, potřeba přátelství, samota, touha po příteli, ztráta přátel kvůli depresi, strach ze vztahu s mužem, snaha budit pozornost u žen, nesnášenlivost lidského dotyku, nenávisť vůči lidem, neschopnost začlenění do kolektivu.

## **ZMĚNA**

### Klady:

Znovu schopnost radovat se, užívání si více života, nové zaměstnání, změna pohledu na život, nabytí důvěry rodiny, zlepšení kondice, zvládnutí stresových situací, nadhled, vnímá-

ní nových věcí, porovnávání se s ostatními, školní úspěchy, zlepšení rodinných vztahů, vymizení předsudků rodiny, zlepšení vztahů vůči lidem, navázání nového milostného vztahu.

Zápory:

Ztráta dřívějších schopností, pocit nedostatečnosti, omezení sociálních kontaktů, ztráta přátel.

## **DŮSLEDKY DEPRESE**

Klady:

Pokora, houževnatost v řešení problémů, menší strach, obrovská snaha, lepší pohled na svět, snaha

Zápory:

Sebekritika, strach z radosti, úbytek energie, ztráta schopnosti prožívat štěstí.

## **DOPORUČENÍ**

Vytrvalost, síla, léčba, smířlivost, zajímat se o depresi, pomoc odborníka, bojovnost, nevzdávání se, sport, činnost, sociální kontakt, pomoc psychologickými prostředky.

### **6.3 Výsledky výzkumného šetření**

#### **6.3.1 Interpretace vztahů mezi jednotlivými kategoriemi**

Kategorie jsou na vyšší a abstraktnější úrovni než teoretické pojmy. Jsou generovány stejným analytickým procesem porovnávání, aby se ukázaly podrobnosti a rozdíly. Kategorie představují „základní kameny“ vznikající teorie. Jsou prostředkem, pomocí něhož se může teorie integrovat (Hendl, 2005). Nyní bude mou snahou vztahy mezi jednotlivými kategoriemi vhodně interpretovat – nalézat souvislosti a vytvářet závěry neboli teorie.

##### **6.3.1.1 Kategorie Okolnosti v dětství**

U všech pěti respondentů se do života promítly negativní zážitky z dětství, což určitě stojí za povšimnutí. Většina z nich uvádí jako hlavní zdroj problémů svého otce. Respondenti nejčastěji uváděli, že byli rodiči často podceňováni a ponižováni již od útlého věku. U dvou respondentů se první deprese objevila již v 5 letech věku, což bylo zdrojem negativ-

ního myšlení spojeného s myšlenkami na sebevraždu již v dětství. Jeden z respondentů se dokonce o sebevraždu pokusil. Další faktory, které byly dotazovanými uváděny nejčastěji, byla špatná výchova a nezáměr rodičů spojený s upřednostňováním mladšího sourozence. Jako názornou ukázkou uvedu některé citace respondentů: *„Moje rodina na mě byla zlá, byla jsem neplánovaná. Už od malička mi rodiče nadávali, podceňovali mě a ponižovali...“*

*„Můj otec byl těžký cholerik se sklony k agresivitě, neměl úctu k ženám a nesnášel děti. Trpěl depresí, kterou si ovšem léčil útokem na mě...“*

Kategorii Okolnosti v dětství považuji za velmi důležitou v souvislosti s depresivním onemocněním u adolescentů. Vyplývá to i z mého výzkumu. Proto ji mohu považovat za centrální kategorii, která má vliv na většinu ostatních kategorií.

### **6.3.1.2 Kategorie Úskalí dospívání**

Tato kategorie je také velmi důležitá, jelikož celý můj výzkum je zaměřen na deprese prodlávané v adolescenci, proto považuji za důležité vyčlenit toto období samostatně do kategorie. Respondenti uváděli, že v tomto období často přicházeli stavy úzkosti bez příčiny, různé poruchy, často jim chyběla opora ať už ze strany rodičů či přátel. Negativně se do prožívání promítá rozvod rodičů. Otec zde hrál ve většině případů stejnou roli jako v dětství (psychický teror), v pozdějším věku potlačoval ženskou identitu u své dcery. Očividně se zde projevuje ovlivnění kategorií Okolnosti v dětství. Kategorie Úskalí dospívání ovlivňuje kategorii Sociální kontakty a pravděpodobně i kategorii Stresující faktory. V adolescenci člověk formuje vztahy s ostatními. Toto období je plné biopsychosociálních změn a nároků na člověka, proto se zde objevují i první stresory – tedy spouštěče stresu, které mohou vznik deprese podpořit. Většina dotazovaných uvádí také touhu po rebelství v adolescenci ve formě záškoláctví, požívání alkoholu či drog, útěky z domova a podobně. Pro příklad uvádím citaci respondentky: *„Najednou jsem zacítila po těch poutech touhu po svobodě, po které touží každý adolescent, ale u mě byla až příliš nezdravá, vzhledem k tomu, že jsem doposud dělala to, co chtěli naši, respektive táta. Začala jsem vyhledávat partyčky, kde se kouřil hašiš a marihuana. Bylo to jakési gesto a revolta proti všemu.“*

Zvýšená míra agresivity je zde také dalším ukazatelem. Jeden z respondentů zmiňuje velmi závažnou událost spojenou s tímto obdobím, totiž že v sebeobraně nechtěně zastřelil útočníka. Všichni dotazovaní uvádí nenávisť k lidem v tomto období.

### 6.3.1.3 *Stresující faktory*

Kategorie Stresující faktory ovlivňuje kategorii Symptomy deprese, což je dáno tím, že stresující událost může vyvolat první symptomy této nemoci. V této kategorii se názory respondentů poměrně různily. Jednalo se např. o stěhování do jiného bydliště, mnozí z nich za stresor považovali chybějící podporu, nezájem rodičů, špatný vztah se sourozenci. Jeden z respondentů uvedl paradoxně jako stresory události, na které se dlouho těšil (Vánoce, narozeniny, výlet), nejednalo se ovšem o pozitivní stres, jak uvedl. Dále bylo pro respondenty velmi stresující, pokud se jim vyskytly dva problémy najednou, s čímž nebyli schopni se vypořádat. V takové situaci u nich docházelo ke zkratu a nevyřešili ani jeden problém, i když byl banálního rázu, jako uvedl na příkladu respondent: „*Byl jsem schopen vidět a řešit jen jeden jediný drobný dílčí problém vnímaný jakoby úzkým tunelem bez možnosti vidět celek. Takže problém typu jak vyndat klíče z kapsy, když v obou rukou něco držím, jsem musel rozdrobit na řadu malých drobných úvah a úkonů, abych provedl takovou zcela automatickou věc, jako je odemčení dveří.*“

Ženy popisovaly jako možný stresor i vysazení a po čase zase nasazení hormonální antikoncepce. Spouštěčem stresu a následně i deprese byl také panický strach z něčeho (uveden byl např. až chorobný strach z fyzického napadení).

### 6.3.1.4 *Symptomy deprese*

Tato kategorie souvisí i s kategoriemi Rodina a Sociální kontakty, protože pokud se u nemocného začnou objevovat první příznaky deprese, je přirozené, že potřebuje péči nejenom ze strany lékaře, ale především i rodiny a blízkého okolí. Ti by mu měli v těžkých situacích pomoci nejvíce. Nemocní cítí vnitřní prázdnotu, únavu, často mají výpadky periferního vidění, u těžších stavů i výpadky vnímání barev. Většinou mají zrychlené dýchání, studený pot, někdy až pocity na zvracení, noční můry a u vážnějších stavů i halucinace. Cítí nadměrný smutek, bolestnou tíhu a ke všemu i všem velký odpor. Jedna z respondentek své pocity při depresi popisovala takto: „*Pokud mi bylo hodně zle, cítila jsem až bolestnou tíhu, znechucení a únavu, to všechno víc než smutek jako takový. Někdy se mi chtělo ze znechucení nad světem až skoro zvracet.*“ Příznaků je celá řada, ovšem uvedla jsem jen ty, které respondenti zmiňovali nejčastěji.

### 6.3.1.5 Dopad nemoci

V této kategorii se všichni respondenti shodovali. Je pochopitelné, že deprese ovlivňuje člověka ve všech směrech. Mimo jiné i denní režim depresivních pacientů je jejich nemocí naprosto ovlivněn. Můžeme říci, že kategorie Symptomy deprese i Stresující faktory ovlivňují tuto kategorii. Jak vyplynulo z mého výzkumu, je to dáno tím, že člověk, který se ocitá ve stresové zátěži, nebo se u něj následně začínají objevovat příznaky deprese, mění v důsledku toho svůj denní režim, aniž by sám chtěl. Popis typického dne při depresi se v podstatě u žádného z respondentů výrazně neodlišoval. Nejčastěji byla uváděna naprostá nečinnost, trávení dnů v posteli a touha nikdy se již neprobudit, což mělo za následek zameškání školy, u těch, kteří v adolescenci již pracovali později i absenci v zaměstnání. Často se u dotazovaných objevovalo rčení, že přežívali pouze ze dne na den. Nevhodným režimem dne, bylo ovlivněno i špatné stravování, což se projevilo úbytkem tělesné váhy. Všichni respondenti se během deprese izolovali, tudíž ani nevycházel z domu během dne. Jedna žena, na rozdíl od ostatních respondentů uvedla, že určité činnosti, avšak s jistým omezením, byla schopna: „Často jsem byla ve špatné náladě, otrávená, unavená. Prostě mohla jsem dělat, co jsem potřebovala, ale nebylo to ono, uvědomovala jsem si to denně.“

### 6.3.1.6 Záchrana

Kategorie Záchrana hraje velmi důležitou roli při překonávání deprese. Každý depresivní pacient potřebuje během své nemoci silnou oporu při překonávání běžných každodenních situacích či problémech. Důležitý je sociální kontakt, i když ve většině případů o něj nemocný nestojí a spíše se izoluje, což není dobře. Proto bychom také tuto kategorii mohli dát do souvislosti s kategoriemi Rodinné aspekty a Sociální kontakty. Jako nejčastější formu pomoci respondenti uváděli své partnery (zdůrazňovali zde potřebnost lásky), psychologa či psychiatra, docházení na psychoterapii (forma odborné pomoci) a dále samozřejmě blízké přátele: „Hodně mi pomohla kamarádka. Dotáhla mě k psychiatrovi a za nějaký den se mi moc ulevilo. Takže jsem mohla zase fungovat normálně. A zmizely neustálé sebevražedné myšlenky a naskytl se špetka naděje. Myslím, že kdyby to tenkrát neudělala ona, museli by to asi udělat naši.“ Pomoc ovšem nemusí být jen ve formě mezilidských vztahů, což je patrné i z tohoto výzkumu. Na prvním místě byly uváděny léky, především antidepresiva, po kterých nemocní pociťovali výraznou úlevu. Další pomocí pro nemocné depresemi bylo zajímat se podrobně o svou nemoc, číst si o ní knížky a podobně. Nemocní tak



mohli depresi lépe porozumět a lépe se s ní vyrovnávat. Dále bylo uváděno jako pomáhající na něčem dlouhodobě pracovat (např. maturitní práce), dále četba, spánek, relaxace – uvolňovat tělo i mysl, pravidelně dýchat a také sport. Alarmující ovšem je, že pouze v jednom případě byla v souvislosti s pomocí zmíněna pomoc rodiny. Tato skutečnost zřejmě souvisí s kategoriemi Okolnosti v dětství a Rodinné aspekty, protože se zde můžeme dočíst, že již v útlém věku u respondentů nebyly dobré vztahy s rodinou. Je zde patrné ovlivnění až do adolescence.

### 6.3.1.7 Rodinné aspekty

Tato kategorie je stejně významná jako kategorie Okolnosti v dětství. Je zde velmi úzký vztah a obě kategorie hrají důležitou roli v životě každého jedince. Můžeme říci, že kategorie Rodinné aspekty ovlivňuje většinu z ostatních kategorií. O důležitosti rodiny se zmiňuji již v teoretické části. Rodina ovlivňuje každého jedince (nejen nemocné depresi) pozitivním i negativním způsobem, čehož jsou důkazem i výsledky mého výzkumu. Z výzkumu jsem zjistila, že lidé trpící depresí postrádají nejvíce oporu rodiny, porozumění, zájem a kladné vztahy v rodině. Místo toho se respondentům většinou dostávalo ponižování, podceňování, špatné vztahy se sourozenci (většinou s mladšími), špatná výchova, předsudky vůči jejich nemoci. Někteří z respondentů zmínili domněnku, že je zde možnost dědičnosti deprese od některých členů z rodiny: „*Maminka také trpěla depresí, ale ta byla podnícena životními krizemi, ovšem její tatínek i jeho rodiče měli také psychické potíže. Takže pěkný balíček super genů na to, aby se brzy přihlásily první příznaky. Otcova výchova to jen urychlila natolik, že snad od doby, co jsem začala vnímat sama sebe a okolí, přišly první nesnesitelné stavy.*“ Zajímavým poznatkem je, že téměř u všech dotazovaných se jako nejhorším článkem rodiny jevil otec, který na nemocné vyvíjel často až psychický teror, zakazoval léčbu farmaky, styděl se za své dítě kvůli duševní nemoci, byl plný nenávisť k dětem. U jedné respondentky došlo i k sebeublížení kvůli nevhodnému chování otce. V jednom případě se projevila podpora matky a tety. Jak už jsem zmiňovala u kategorie Symptomy deprese, na psychice adolescenta se negativně projevil rozvod rodičů, což mohlo zapříčinit vznik deprese. Rodina je to nejbližší co člověk má, proto se předpokládá, že se na ni člověk může kdykoliv spolehnout, že mu pomůže v těžkých chvílích a nezklame ho. Můj výzkum ovšem u nemocných depresí potvrdil bohužel opak, z čehož usuzuji, že

špatné vztahy v rodině (většinou již od dětství) mohou situaci nemocného výrazně zhoršit či podpořit v negativním slova smyslu.

### 6.3.1.8 Sociální kontakty

Kategorie Sociální kontakty nezahrnuje jen rodinné vztahy, které jsem popsala v předchozí kategorii, ale veškeré sociální vztahy, které člověk během života navazuje. Mým předpokladem bylo, že lidé trpící depresí jsou většinou od okolního světa izolovaní, příliš po kontaktu se společností netouží. Výzkum mi tuto teorii potvrdil. Dotazovaní nejčastěji během deprese pociťovali samotu, sami se od okolí izolovali, měli ze sociálních kontaktů až strach. Na druhou stranu ale toužili po příteli (ať už intimním či kamarádkém vztahu), prožili si spoustu nenaplněných vztahů, což je ještě více sráželo k zemi a podporovalo jejich izolovanost vůči okolí. Kategorii Sociální kontakty dle mého názoru ovlivňují kategorie Okolnosti v dětství a Úskalí dospívání. Protože již v útlém dětství je člověk nevědomky ovlivňován výchovou rodičů, přejímá také rodičovské vzory, které nemusí být vždy kladné. To vše se jednou může projevit při navazování vztahů ať milostných či přátelských. V adolescenci člověk vztahy začíná navazovat nejvíce (viz. str. 29). Často se adolescent, i ten, který trpí depresí, může dostat do vlivně nežádoucí skupiny, respondenti ji nazývali jako „pochybnou partu“, která nemá na stav nemocného rozhodně kladný vliv a nemoc může podpořit. Za povšimnutí stojí, že všichni respondenti uvedli, že u sebe v adolescenci během deprese pozorovali silnou nenávist vůči lidem. I v této kategorii je patrné negativní ovlivnění otcem, což respondenti uváděli velmi často. Jedna respondentka se svěřila s obavami ze vztahu s mužem, což jí přetrvalo až doposud. Na jednu stranu jí chybí někdo, koho by mohla milovat, ale paradoxně se toho bojí. Jako vysvětlení uvádí: *„Stydím se před muži svléknout, bojím se, vím, že to pochází od mého otce, který mne nikdy nepřijímal jako ženu. Měla jsem mnoho vztahů, ale vždy to skončilo stejně, musela jsem zase utéct.“* Na tomto příkladě můžeme vidět, jak spolu vše úzce souvisí a že dětství a rodina hraje opravdu velmi důležitou roli v dalším vývoji a směřování jedince.

### 6.3.1.9 Změna

Tato kategorie je v podstatě vyústěním celého období nemoci. Jedná se o jakési zamyšlení a shrnutí toho, co se u lidí, kteří překonali depresi, změnilo v jejich životě. Celkově můžeme říci, že deprese ovlivní jistým způsobem každého člověka, někdy pozitivně a jindy nega-

tivně. Právě na klady a pozitiva přínosu se v této kategorii zaměřím. Respondenti jako změnu uváděli spoustu věcí. Mezi nejčastější patřilo nabytí schopnosti radovat se a mít větší radost ze života a z běžných věcí. Díky nemoci někteří z respondentů získali důvěru rodiny, která se k nim začala chovat lépe a celkově ztratila předsudky vůči duševně nemocným. U některých respondentů se však tato skutečnost nepotvrdila. Za významnou změnu lze považovat i zlepšení vztahů vůči lidem. Po prodělání deprese získali respondenti na svět nový pohled, pochopili, že se jim ostatní snažili pomoci. Jejich vztah k lidem se tedy výrazně zlepšil. Někteří z nich byli schopni dokázat nové věci, např. najít si zaměstnání, úspěšně ukončit vysokou školu či najít si nového partnera, který je jim oporou. Respondenti se shodovali v tom, že se naučili brát život takový, jaký je, se vším co přináší, získali díky své nemoci větší nadhled na věci a nyní se lépe dokážou vypořádat s únavou, strachem či nervozitou. Komplexně tedy můžu konstatovat, že všichni respondenti, zaznamenali po překonání deprese ve svém životě celkově pozitivní změnu. Podrobnější hodnocení můžeme nalézt v závěrečné části bakalářské práce.

#### **6.3.1.10 Důsledky deprese**

Kategorie Důsledky deprese úzce souvisí s předchozí kategorií Změna. Protože ne vždy se musí jednat o důsledky v negativním slova smyslu, rozdělila jsem tuto kategorii na kladné a záporné hodnoty. Jak jsem již zmiňovala, deprese ovlivní jistým způsobem každého jedince, stejně tak může každý pocítit pozitivní či negativní přínos po prodělání deprese. Zajímalo mě, jak jsou vyléčení jedinci schopni vyhodnotit přínos deprese. Z výzkumu vyplynulo, že za největší kladný přínos prodělání deprese respondenti považují to, že nyní cítí větší pokoru, mají menší strach z okolního světa a také daleko lepší a pozitivnější pohled na svět. Za další klad považují větší houževnatost v řešení problémů. Zaujal mě výrok jedné z respondentek: *„Pokud se někdo zajímá o to, co je na depresi pozitivní, tak se mi vždycky vybaví jeden citát, který údajně řekla nějaká tělesně postižená holka, když soutěžila se zdravými v běhu: „Mojí výhodou bylo, že jsem se musela snažit daleko víc.“ Přesně vím, co tím myslela.“* I pro ukázkou negativního dopadu deprese můžu citovat mou respondentku: *„Za nejhorší důsledek považuji to, že mi deprese dala pocit neustálé méněcennosti a nedostatečnosti, neustálé porovnávání se s druhými a hlavně stálou nespokojenost se sebou samotnou.“*

Pokud se zaměřím na záporné hodnoty, dotazovaní nejčastěji uváděli, že na depresi nevidí nic dobrého, je to zlo, které bere čas, jenž člověk může prožít jinak, daleko lépe a smysluplně. „*Deprese bere člověku hlavně sílu a také schopnost prožívat štěstí a sebemenší radost*“ uvedla jedna z respondentek.

### 6.3.1.11 Doporučení

Závěrečnou kategorii Doporučení jsem vytvořila na základě rad, které dotazovaní směřovali k adolescentům, kteří se v současnosti v depresi ocitají. Respondenti zde zmiňují, co jim v boji proti depresi nejvíce pomáhalo. Nejčastěji byla zmiňována odborná pomoc a také sport: „*Kdo říká, že deprese se týká jen lidí, kteří vyvíjí minimální pohyb, jsou na omylu. Pokud to jde, doporučuju sportovat. Celý život jsem sportovala, a sportuji doteď, pravidelně cvičím, a v rámci možností chodím běhat, pohybu mám dost, když mám čas, chodím stále pěšky.*“

Tato kategorie by se dala završit slovy Blackburnové (In Křivohlavý, 1997, s. 58): „*Nečinnost lidí ničí. Čím víc člověk něco dělá, tím více radosti mu to dělá a tím lépe se cítí.*“

V této kapitole jsem se zaměřila na jednotlivé kódy, na jejichž podobnosti jsem vytvořila kategorie, které jsem následně blíže popsala na základě údajů získaných z výzkumu. Snažila jsem se též hledat vztahy mezi jednotlivými kategoriemi. Celkové shrnutí výsledků mého výzkumu provedu v následující závěrečné kapitole.

## 7 SHRNUTÍ A ZÁVĚR PRAKTICKÉ ČÁSTI

Cílem mého výzkumu bylo především zjistit, jak vnímají lidé v dospělosti depresi prodělanou v adolescenci. Mou snahou bylo odpovědět si na otázky, jak deprese prodělaná v období adolescence může ovlivnit životy lidí v dospělosti, dále také pokusit se odhalit příčinu vzniku deprese, zjistit, jak se dotazovaní dokázali vyrovnat s obtížemi, které jim toto onemocnění přinášelo a kdo nebo co jim v těch nelehkých chvílích dokázalo pomoci. Chtěla jsem se na toto onemocnění podívat i z jiného pohledu, tedy ze strany lidí, kteří si depresí sami prošli. Vzhledem k charakteru mé bakalářské práce jsem se jednoznačně rozhodla pro kvalitativní výzkum, který mi umožnil proniknout hlouběji do dané problematiky. Na rozdíl od kvantitativního výzkumu jeho výsledky nelze příliš zobecnit. Vnímání a pocity každého člověka jsou totiž zcela individuální i u onemocnění jako je deprese. Každý jedinec také dovede odlišným způsobem hovořit o svých problémech, někdo je otevřený a nečiní mu to problém, jiný méně. I přes tyto skutečnosti se pokusím o shrnutí a vyhodnocení získaných informací.

Výzkumný vzorek tvořilo celkem 5 osob, z toho 4 ženy a 1 muž, se kterými jsem uskutečnila rozhovory. Rozhodla jsem se pro metodu otevřeného kódování, to znamená, že jsem obsah těchto rozhovorů rozložila podle významu na jednotky neboli kódy. Následně jsem na základě podobnosti kódů vytvořila kategorie, do kterých byly jednotlivé kódy přiřazovány. Toto kategorické rozčlenění mi umožní snazší interpretaci výsledků.

Z mého výzkumu vyšla najevo zajímavá skutečnost, a to že u všech dotazovaných, kteří v adolescenci trpěli depresí, se objevily negativní zážitky a pocity již v dětství. Bylo to zapříčiněno nevhodnou výchovou ze strany rodičů, jejich nedostatečným zájmem a podporou. Dotazovaní je nepovažovali za oporu, neměli pocit, že se na ně můžou kdykoliv obrátit. Dětství je velmi důležitým obdobím života každého jedince a jsou to právě rodiče, kteří mohou ovlivnit další vývoj jejich dítěte v životě. Proto je důležité uvědomit si vliv rodičovské autority, která dítě může poznamenat ne vždy pozitivní formou, což jednoznačně dokládá a potvrzuje můj výzkum. Na základě tohoto zjištění lze konstatovat, že nevhodný postoj rodičů může být spouštěcím mechanismem deprese u jejich potomků. Proto by jejich role a vliv neměly být podceňovány nejen v období dětství a adolescence, ale i v jejich dalších životních etapách.

Mou snahou bylo také zjistit, zda si respondenti dokážou zpětně uvědomit, co mohlo být u nich příčinou vzniku deprese. Názory se poměrně různily. Někdo za možnou příčinu vzni-

ku považoval již zmiňovaný negativní vztah s rodiči (nezájem, absence podpory, tvrdá výchova). 2 z 5 respondentů konkrétně uvedli jako zdroj vzniku deprese svého otce. Jedna respondentka se domnívá, že za výskytem může stát dědičnost tohoto onemocnění ze strany rodičů a prarodičů. Další respondentka považovala v adolescenci za velmi stresující rozvod rodičů. V tomto období se u ní deprese projevila poprvé. Pouze jeden respondent si nebyl příčiny vědom. Z tohoto zjištění usuzuji, že si nemocný i přes všechny obtíže, které deprese přináší, dokáže uvědomit, co bylo prvotním impulzem jeho nemoci (zobecnit to však nelze). Tato skutečnost pak může hrát důležitou roli při samotné léčbě.

S obtížemi, které deprese přinesla, se respondenti byli schopni vyrovnávat různým způsobem. Všichni se shodovali, že člověk musí být vytrvalý a nevzdávat se. Musí mít zájem o léčbu, i když v průběhu nemoci je těžší uvažovat racionálně a jednat smysluplně. V takovém případě přichází na řadu nutná pomoc zvenčí. Nejčastěji byla uváděna pomoc psychologa či psychiatra, což je logické, protože jsou to právě odborníci, kteří vědí, jak k takovému člověku správně přistupovat a jak mu pomoci. V neposlední řadě je to samozřejmě rodina a blízcí lidé, kteří se na pomoci musí podílet. Právě rodina byla v souvislosti s pomocí zmíněna pouze v jednom případě. Dva respondenti uvedli, že pomoc partnera pocítili nejintenzivněji hned vedle pomoci odborníka. Další dva respondenti za pomoc považovali blízké přátele. Pomoc a podpora od blízkých lidí v tomto nelehkém období je velmi důležitá. Většinou nestačí jen pomoc odborníka, i když hraje při léčbě významnou roli. Vše musí být doplněno pomocí těch, kteří nás mají rádi, ať už je to již několikrát zmiňovaná rodina či pomoc blízkých přátel.

Deprese jistým způsobem ovlivní každého člověka, který si jí projde. Někdy se jedná o ovlivnění v záporném slova smyslu, jindy se může jednat o pozitivum. Mimo jiné i tato skutečnost byla předmětem mého výzkumu. Jak tedy lidé depresi s odstupem času v jiném vývojovém období (konkrétně v mladé dospělosti) vnímají? Co vše se v jejich životě díky depresi změnilo? Respondenti se shodovali v tom, že se díky bolesti, kterou v depresi prožili, naučili brát život takový, jaký je - tedy se vším, co přináší a jsou tedy tzv. více zoceleni. Také díky své nemoci získali větší nadhled na spoustu věcí. Jsou silnější například v tom, že se nyní lépe dokážou vypořádat s únavou, strachem či nervozitou, což je během deprese provázelo neustále. Nyní dokážou také konečně prožívat štěstí a radovat se i z běžných věcí. Výjimku tvořil jeden muž, který tvrdil, že když chvíli pocítuje štěstí, má strach z toho, že přijde opět něco velmi negativního. Z celkového počtu 5 respondentů 2

uvedli, že za velký přínos deprese považují, že získali důvěru rodiny, kterou nikdy předtím neměli. Rodina se k nim začala chovat lépe a celkově ztratila předsudky vůči duševně nemocným. U ostatních však tato pozitivní změna nebyla zaznamenána. Z mého výzkumu vyšlo najevo, že u respondentů se v období, kdy trpěli depresí, objevila zvýšená nenávisť vůči lidem. Je zajímavé, že tak uváděli všichni bez rozdílu. Proto lze za významnou změnu považovat výrazné zlepšení vztahů vůči lidem po vyléčení. Je to pravděpodobně dáno tím, že po prodělání deprese získali respondenti na svět nový pohled, pochopili, že se jim ostatní snažili pomoci a jejich mezilidské vztahy se tak zlepšily. 2 respondenti uvedli, že po vyléčení se jim dostalo nových důležitých věcí jako je nové zaměstnání či nová láska. 1 respondentka byla dokonce schopna úspěšně ukončit vysokou školu a získala vysokoškolský titul. Výzkum tedy poukazuje na to, že všechny tyto události člověka posilují, dávají mu naději, že je pro co žít a život tak dostává konečně smysl. Nejen pro lidi, kteří se v depresi právě ocitají, ale i pro lidi, kteří se již z deprese úspěšně vyléčili, je tohle vše velmi důležité, nalézají tak v životě určitý řád.

Pokud se zaměřím na negativní přínos deprese, dotazovaní zmiňovali, že deprese jim brala hlavně sílu a čas – čas, který by rádi naplnili jinak, ale tato nemoc jim to neumožňovala. Jedna respondentka ve spojitosti s negativy přínosu uvedla, že po tom, co se uzdravila, je na sebe až příliš kritická, neustále se srovnává s druhými a cítí se proto často méněcenná. Komplexně tedy můžu konstatovat, že všichni respondenti, zaznamenali po překonání deprese ve svém životě celkově pozitivní změnu.

Po shrnutí a vyhodnocení všech získaných údajů mohu tvrdit, že deprese může být pro člověka příležitost k životní změně, samozřejmě si ale musíme uvědomit, kolik úskalí a omezení v životě člověka toto onemocnění přináší. Respondenti prokázali, že i přes všechny tyto negativní projevy nemoci, člověk nad depresí zvítězit může, ba dokonce může být i člověkem lepším, silnějším a houževnatějším.

## ZÁVĚR

*„Nejdůležitější věcí v životě – i tváří v tvář depresi – je nebát se býti člověkem.“*

*Pablo Casals*

Období dospívání je významnou etapou utváření člověka, kdy dochází k výraznému citovému rozvoji osobnosti. Adolescent si velmi intenzivně uvědomuje své pocity a prožitky, má určité potřeby a přání. Člověk se tak nachází na jakémsi pomyslném mostě mezi dětstvím a dospělostí. Ani tomuto mladistvému období se deprese nevyhýbá. Příznaky deprese u adolescentů jsou často velmi podobné depresi u dospělých lidí, avšak přesto mohou být při nevšimavosti okolí často opomenuty. Musíme mít na paměti, že i když se jedná o velmi závažné onemocnění, můžeme být nemocnému nápomocni tím, že mu budeme na blízku a poskytneme mu oporu. V této souvislosti mě zaujal citát Larsena (In Křivohlavý, 1997, s. 87): *„Každý z nás má svůj most, který se bojí přejít sám.“*

Domnívám se, že lidé by měli být o depresích informováni, jelikož se jedná o poměrně hojně rozšířené duševní onemocnění, se kterým se může bohužel setkat snad každý z nás. Nedostatečně informovaná veřejnost může depresi zaměňovat s pouhým smutkem, jak jsem již uvedla v teoretické části této práce. Mou snahou při psaní této práce tedy bylo, aby i ne příliš zaslíbený člověk do této tematiky po přečtení pochopil, co se pod pojmem deprese a obzvláště juvenilní deprese vlastně skrývá a jaká úskalí do života nemocného přináší. Důležité je být informován, a pokud je to v našich silách, pokusit se těmto lidem pomoci při překonávání překážek, které toto onemocnění přináší.

Tvorba této práce pro mne byla bezpochyby poučnou. Jednak jsem se dozvěděla více informací o depresi z teoretického hlediska, ale hlavně jsem díky otevřené výpovědi respondentů měla možnost podívat se na toto onemocnění z jiné strany a nahlédnout do samotného nitra člověka, který si depresi prošel.

Možný přínos mé práce shledávám v tom, že může respondentům posloužit jako sebereflexe, přivedla jsem je k tomu, že začali zpětně a hlouběji uvažovat nad svým problémem a dosavadním životem. Myslím si, že toto téma je velmi zajímavé a aktuální, což mi potvrdilo i to, že mnoho lidí projevilo zájem o přečtení této práce. Moje práce může posloužit také lidem, kteří depresi netrpí, mohou se tak o této nemoci dozvědět více z praktického pohledu díky otevřené výpovědi lidí trpící touto poruchou, nežli jenom fakta teoretického charakteru. A v neposlední řadě může posloužit také těm, kteří toho o depresi mnoho ne-



vědí, sami pociťují, že mají určitý psychický problém, ale nedokážou rozlišit, jestli se u nich jedná o pouhý smutek nebo zda již jde o věc vážnější, tedy kdy je třeba navštívit odborníka. Věřím, že je tato práce pro mě nejen osobním přínosem, ale je možné, že těchto poznatků v budoucnu využiju i v mém profesním životě.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

- [1] ANDERS, M. *Etiologie a patogeneze depresivní poruchy*. In *Depresivní porucha v neurologické praxi*. Praha: Galén, 2005. Kapitola 2, s. 43-57.
- [2] ANDERS, M. *Terapie depresivní poruchy*. In *Depresivní porucha v neurologické praxi*. Praha: Galén, 2005. Kapitola 3, s. 59-108.
- [3] ATKINSON, R. et al. *Psychologie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-640-3.
- [4] HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.
- [5] HONZÁK, R. *Deprese: Depresivní nemocný v nepsychiatrické ordinaci*. Praha: Galén, 1999. ISBN 80-85824-95-7.
- [6] KOCOURKOVÁ, J. *Suicidální chování v dětském a adolescentním věku*. In *Dětská klinická psychologie*. 4. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. Kapitola 11, s. 238-240.
- [7] KREJČÍŘOVÁ, D. *Neurotické a emoční poruchy*. In *Psychodiagnostika dětí dospívajících*. Praha: Portál, 2001. Kapitola 7, s. 580-615.
- [8] KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat depresi*. Praha: Grada Publishing, 1997. ISBN 80-7169-349-9.
- [9] MACEK, P. *Adolescence*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-747-7.
- [10] MALÁ, E. *Příznaky a projevy duševních poruch u dětí a adolescentů*. In *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. Kapitola 3, s. 109-111.
- [11] MALÁ, E. *Klasifikace depresivní poruchy a depresivního syndromu*. In *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. Kapitola 6, s. 203-204.
- [12] MCKENZIE, K. *Deprese*. Praha: Grada Publishing, 2001. ISBN 80-247-0093-X.
- [13] MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1362-4.

- [14] MUSIL, J. et al. *Klinická psychologie a psychiatrie: přehled pro studenty teologie a pedagogiky*. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 2006. ISBN 80-244-1153-9.
- [15] PLZÁK, M.; SOUČEK, K. *Smutek všedního den a smutek jako nemoc*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1969.
- [16] PRAŠKO, J.; PRAŠKOVÁ, H.; PRAŠKOVÁ, J. *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-809-0.
- [17] PRAŠKO, J. *Pomoc v zoufalství a beznaději aneb jak překonat depresi*. Praha: Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7169-446-0.
- [18] PROPPER, L. *Depresivní poruchy u neurologických onemocnění v dětském věku*. In *Depresivní porucha v neurologické praxi*. Praha: Galén, 2005. Kapitola 14, s. 235-245.
- [19] SMOLÍK, P. *Duševní a behaviorální poruchy*. 2. vyd. Praha: Maxdorf, 2002. ISBN 80-85912-18-X.
- [20] SOVÁK, M. a kol. *Defektologický slovník*. 3. vyd. Jinočany: H&H, 2000. ISBN 80-86022-76-5.
- [21] ŠVARŤÍČEK, R.; ŠEĐOVÁ, K. a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-3.
- [22] TAXOVÁ, J. *Pedagogicko psychologické zvláštnosti dospívání*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1987.
- [23] VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.
- [24] VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství - J. Kocourek, 1999. ISBN 80-86123-08-1.
- [25] VYMĚTAL, J. *Psychoterapie: pomoc psychologickými prostředky*. Praha: Horizont, 1989.

## Seznam elektronických zdrojů

- [1] KONEČNÝ, Martin. Psychofarmaka : psychofarmaka mohou dobře pomáhat, ale také škodit. *Psychosomatika* [online]. 2006 [cit. 2009-03-03]. Dostupný z WWW: <<http://www.psychosomatika.net/index.php?page=psychofarmaka>>.
- [2] PETERKOVÁ, Michaela. Období adolescence : dětství je překonáno, dospělosti vstříc. *Psychologie* [online]. 2008 [cit. 2009-03-05]. Dostupný z WWW: <<http://www.psychotesty.psyx.cz/texty/adolescence.htm>>.
- [3] DUDOVÁ, Iva. Současný pohled na dětskou a adolescentní depresi. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2007, č. 1 [cit. 2009-03-05], s. 29-31. Dostupný z WWW: <[http://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xbcr/zc/7PSY2007\\_01\\_07.pdf](http://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xbcr/zc/7PSY2007_01_07.pdf)>.
- [4] VEVERKA, Luboš. Moc probouzí depresi. *Lidové noviny* [online]. 2005 [cit. 2009-03-06]. Dostupný z WWW: <[http://www.darius.cz/archeus/NN\\_deprese.html](http://www.darius.cz/archeus/NN_deprese.html)>.
- [5] Deprese : zajímavosti. *Pohoda* [online]. 2008 [cit. 2009-03-06]. Dostupný z WWW: <<http://www.pohoda.nazory.eu/>>.

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

Č	Číslo.
DSM-IV	Diagnostický a statistický manuál duševních poruch.
EKT	Elektrokonvulzivní terapie.
KBT	Kognitivně-behaviorální terapie.
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí.
Např.	Například.
Pozn.	Poznámka.
WHO	World Hospital Organization.

**SEZNAM OBRÁZKŮ**

<i>Obr. 1. Symptomy deprese (Atkinson, 2003)</i> .....	18
<i>Obr. 2. Vztah mezi myšlením a emocemi při depresi (Křivohlavý, 1997)</i> .....	23
<i>Obr. 3. Jak antidepressiva působí (McKenzie, 2001)</i> .....	27
<i>Obr. 4. Touha po přátelství</i> .....	36
<i>Obr. 5. Prázdnota, nepotřebnost</i> .....	36
<i>Obr. 6. Chodec – prožitky osamělosti, prázdnoty a izolace příznačné pro člověka v duševní krizi, která přerůstá v depresi</i> .....	37

**SEZNAM TABULEK**

<i>Tab. 1. Inventář životních událostí .....</i>	21
<i>Tab. 2. Depresivní příznaky závislé a nezávislé na věku (Dudová, 2007).....</i>	34

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Předběžné výzkumné otázky

Příloha P II: Ukázka transkripce záznamu z rozhovoru



## **PŘÍLOHA P I: PŘEDBĚŽNÉ VÝZKUMNÉ OTÁZKY**

1. Jak vzpomínáte na Vaše dětství, jaké bylo?
2. Vyprávějte mi prosím, kdy nastal největší zlom, co se přihodilo?
3. Můžete si vzpomenout, kdy jste se cítil (a) nejhůře? Zda tomu předcházela nějaká krizová či stresující událost?
4. Zkusíte mi popsat, jak jste se tehdy jako adolescent cítil (a), jak jste depresi prožíval (a)?
5. Když se vrátíte myšlenkami zpět, můžete mi popsat Váš typický den při depresi?
6. Kdo Vám v té nelehké situaci nejvíce pomohl, případně co?
7. Když se zamyslíte, můžete mi říct, zda překonání deprese nějak ovlivnilo Váš postoj k sobě samotné (mu)? Jaký je Váš život teď v dospělosti?
8. Změnily se nějak díky depresi (ať už během ní nebo po vyléčení) Vaše vztahy či sociální vazby k některým lidem ve Vašem okolí?
9. Dokázal (a)byste se zamyslet a najít na prodělané depresi nějaký klad? Co převažuje, spíše klady či zápory?
10. Je něco, co byste na závěr poradil (a) adolescentům, kteří se s depresí potýkají?

## **PŘÍLOHA P II: UKÁZKA TRANSKRIPCE ZÁZNAMU Z ROZHOVORU**

Respondent č. 1: paní Pavla, deprese v 15 letech, nyní 29 let

### **Jak vzpomínáte na Vaše dětství, jaké bylo?**

Byla jsem vždy hodně stydlivé dítě. Pamatuji si, že jsem si moc přála být trošku spontánnější, ale nešlo mi to. Mezi spolužáky ano, ale když jsem byla v přítomnosti nějaké autority, zase jsem se musela kontrolovat a hlídat, abych něco neřekla, nebo neudělala špatně. Postupem času jsem byla mezi spolužáky taková ta rozverná holka, co je pro každou srandu. Ale jen mezi spolužáky, jakmile jsem byla zase konfrontována v přítomnosti dospělých, opět ten strach a stud propukl. Otec mne celý dětství cpal na všelijaké kroužky jako stolní tenis, tenis, aerobik, keramika, balet, různá cvičení, atletika, dramaťák, prošla jsem si snad vším. Ale vše jsem dělala snad jen pro otce. Chtěl ze mě vždy mít radši chlapce. Nosila jsem drahé sportovní oblečení, které mi kupoval, u kluků jsem byla "in", ale u holek tedy moc ne. Nikdy nezapomenu, jak jsem toužila, aby mi koupil nějaké střevíčky a holčičí oblečení. To mi ale kupovala mamka ze sekáče. Máma nikdy neměla tolik peněz jako táta, aby si mohla dovolit drahé oblečení, ale snažila se, co to šlo, a také ještě pro sestru i bráchu. Tři děti jsou docela záprah. A táta jí dával peníze jen na to, co schválil a to rozhodně nebylo holčičí oblečení. Ale také jsem na to měla svou tetu na Slovensku, která mi každé léto koupila jak holčičí, oblečení, tak nějaké hračky. Na dramaťák jsem chodila ale ráda, jezdila jsem i na herecké tábory, a docela mi to pomáhalo v boji proto studu. Jen když pak přijeli na naši na představení, tolik jsem bojovala s vnitřním studem, jak by se tehdy na dítě mého věku neslušelo ani náhodou. Po celou základku jsem byla vzorná holka. Neměla jsem s učením nikdy problémy, možná poslední 2 roky trochu s matikou, ale to bylo hlavně profesorkou, nikdy jsem si nedovolila jít za školu, jak to už tehdy mí vrstevníci dělali. A nikdy jsem také nebyla opilá.

### **Vyprávějte mi prosím, kdy nastal největší zlom, co se přihodilo?**

Najednou jsem zacítila po těch poutech touhu po svobodě, po které touží každý adolescent, ale u mě byla až příliš nezdravá, vzhledem k tomu, že jsem doposud dělala to, co chtěli naši, respektive táta. Když už bylo po přijímacích zkouškách na střední školu, začala jsem se svojí spolužačkou Ančou vyhledávat partičky, kde se kouřil hašiš a marihuana.

V té době jsem už hrála závodně florbal, a my se s Ančou před tréninkem chodili „opíjet“ vínem. Bylo to jakési gesto a revolta proti všemu. Z tátovy hodné holčičky se najednou stala rebelka a on nevěděl, jak mne má zastavit. Když jsem se jednou o prázdninách vrátila domů po 23:00, zuřil tak, že jsem týdně nikam nesměla. Moje reakce na útok proti mojí svobodě byla takováto: dořezala jsem si levou ruku. Toto sebedestrukční gesto otce pochopitelně ještě více vytočilo.

**Můžete si vzpomenout, kdy jste se cítila nejhůře, zda tomu předcházela nějaká krizová či stresující událost? Jestli tomu správně rozumím, považujete za zdroj vzniku deprese Vašeho otce?**

Ano, asi považuji. Hlavně jsem se vždy cítila zodpovědná za to, jak se moji rodiče cítili, a když jim to přestalo mezi sebou klapat a já nevěděla, jak jim jako dítě pomoci, propadala jsem beznaději, která se stupňovala a stupňovala. A nejen kvůli tomu, trápila jsem se i tím, že otec nevycházel dobře s babičkou, že děda babičku využíval a podobně. Prostě jsem se trápila věcmi, které na můj věk vůbec nepříslušely. Chtěla jsem mít vše pod kontrolou a to mi vlastně zůstalo i dodnes, chci se toho zbavit, ale nevím jak. V 16 letech jsem se poprvé dostala na psychiatrii k Apolináři. Jelikož jsem nebyla plnoletá, otec odmítnul, abych brala léky. Přestala jsem se léčit a moje problémy propukly do bulimie. Takže jsem bojovala jak s depresí, tak s bulímií. Máma to všechno vnímala tragicky, ale chtěla, abych se léčila, ale otec to nemohl přijmout. Nedokázal připustit, že by měl dceru blázna a ve slabých chvílích mě kolikrát nazval "mišugi", což mě sráželo a já se za sebe styděla ještě víc. Doktorům jasně zakázal, aby do mě cpali nějaké léky a mně doma dělal přednášky, že si každý člověk musí pomoci sám. Z tohoto tvrzení jsem se ještě hodně dlouho vzpamatovávala a myslím, že mě celé to léčení, které trvalo něco přes rok, s tím že jsem týden chodila do školy a týden pobývala ve stacionáři, více ublížilo, než pomohlo, snad kromě nezapomenutelných zážitků. Ve škole to věděli a brali to, i když se na mě někteří dívali skrz prsty. Otec se to před okolím snažil utajit a ve mně vzniklo přesvědčení, že nemám právo žádat o pomoc. A tak jsem tam přestala chodit k lékaři a podobně. Za rok na to se vše zase vrátilo zpět do starých kolejí a máma chtěla, abych tam zase začala chodit. To jsem samozřejmě odmítla. Vlastně jsem za celou dobu léčení jen odpovídala na otázky, které mi kladli, a dodržovala stanovený léčebný režim dne s tím, že jsem neustále chránila otce a leccos tajila. Také na střední škole to nebylo růžové, přestoupila jsem na jinou školu, ale ekonomie mne nikdy nebavila a se svými spolužačkami jsem si nikdy nerozuměla, tak jsem se bavila

s klukama, za což jsem byla jednou holčičí partou neustále slovně napadána. Dodnes je raději nechci vidět.

**Zkusíte mi popsat, jak jste se tehdy cítila, jak jste depresi prožívala?**

Vždy jsem se cítila nesebejistá, úzkostná, bojácná, stydlivá, zakřiknutá, méněcenná, ty pocity mám stále, nelze se jich jen tak zbavit. Protože jsem s tím bojovala nějakou dobu, přicházela jsem na to, jak tu bolest zmírnit. Snažila jsem se jíst spoustu vitamínů B, C, E, kvůli neuronům v mozku, zkoušela jsem relaxovat, uvolňovat tělo i mysl, také pomocí pravidelného dýchání. Ale nesměla jsem vysazovat antidepresiva, to by to bylo hned zpátky.

**Když se vrátíte myšlenkami zpět, můžete mi popsat Váš typický den při depresi?**

Ono to byla asi jak kdy, ale většinou do ničeho chuť nebyla. Bylo období, kdy jsem v podstatě jen přežívala ze dne na den. Věděla jsem, že je to strašné, ale nešlo nic dělat.

**Kdo vám v té nelehké situaci nejvíce pomohl, případně co?**

Kamarádka. Dotáhla mě k psychiatrovi a za nějaký den se mi moc ulevilo. Takže jsem mohla zase fungovat normálně. A zmizely neustálé sebevražedné myšlenky a naskytla se špetka naděje. Myslím, že kdyby to tenkrát neudělala ona, museli by to asi udělat naši.

**Když se zamyslíte, můžete mi říct, zda překonání deprese nějak ovlivnilo Váš postoj k sobě samé? Jaký je teď Váš život?**

Za nejhorší důsledek považuji to, že mi deprese dala pocit neustálé méněcennosti, a nedostatečnosti, neustálé porovnávání se s druhými a hlavně stálou nespokojenost se sebou samotnou. Někdy mám pocit, že u mě ještě deprese úplně zažehnaná není, občas to tak cítím. Ale snažím se tomu odolávat, brát život takový jaký je. Přítel momentálně nemám, takže ani děti nejsou. Doufám, že tam někde na mě jednou čeká spokojený život. Teď se necítím špatně, ale chtělo by to někoho k sobě. Paradoxně se toho bojím...

**Proč se bojíte? Změnily se nějak díky depresi (at' už během deprese nebo po vyléčení) Vaše vztahy či sociální vazby k některým lidem ve Vašem okolí?**

V některých případech asi ano. Když mi nebylo dobře, hodně jsem od sebe lidi odkopávala (až na nejlepší přátele), což mě teď mrzí, protože jsem si uvědomila, že mi chtěli pomoci. Rodina mi možná začala více věřit, ale s otcem to bude vždycky těžší. No a proč se bojím vztahu s mužem... tak postupně. Stydím se před muži svléknout, bojím se, vím, že to po-

chází od mého otce, který mne nikdy nepřijímal jako ženu. Měla jsem mnoho vztahů, ale vždy to skončilo stejně, já jsem musela zase utéct. Jsem divná, potřebuji trávit spoustu volného času o samotě, abych se více pochopila, ale ve vztahu to tak obvykle nefunguje. Miluji mlčení, třeba ve dvojici. Víím, že jsem heterosexuální, přesto neodsuzuji možnost styku se ženou, ale vždy to musí být hluboké, ale i před ženou bych se styděla.

**Dokázala byste se zamyslet a najít na prodělané depresi nějaký klad? Co převažuje, spíše klady či zápory?**

No, co mi dala - určitě pokoru, a to myslím pokoru obecně, dále pak houževnatost v řešení problémů, i když to bolí, bojovat a nevzdávat se. Ale to hlavně s pomocí léků. Zlepšilo se hlavně to, že už v dětství jsem si myslela, že každý den může být ten poslední, takže neustálý strach ze smrti. Teď už jsem na tu bolest zvyklá, takže už se toho všeho tak neděším, víím, že musím bojovat, jinak to nepůjde. Takže globálně můžu říct, že mi vlastně k něčemu prospěšná byla, ale zadarmo to rozhodně nebylo, těch sil co člověk ztratí...

**Je něco, co byste na závěr poradila adolescentům, kteří se s depresí potýkají?**

Důležité je bojovat a nevzdávat se. Kdo říká, že deprese se týká jen lidí, kteří vyvíjí minimální pohyb, jsou na omylu. Pokud to jde, doporučuju sportovat. Celý život jsem sportovala, a sportuji doteď, pravidelně cvičím, a v rámci možností chodím běhat, pohybu mám dost, když mám čas, chodím stále pěšky.

Když někdo žije v neustálém strachu a bolesti, je to najednou hrozně tvrdé, když se pokouší, aby to bylo jinak, vlastně nic jiného nezná, takže jde z jistoty ať je sebesthorší do naprostého neznáma a to jde ztuha, opravdu moc to bolí. Takže bojujte.