

MASARYKOVA UNIVERZITA

Filozofická fakulta

Psychologický ústav

Způsoby léčby deprese u dospělých

Bakalářská diplomová práce

Vít Janů

Vedoucí práce: doc. PhDr. Iva Burešová, Ph.D.

Brno, 2021

Bibliografický záznam

Autor: Vít Janů
Filozofická fakulta, Masarykova univerzita
Psychologický ústav

Název práce: Způsoby léčby deprese u dospělých

Studijní program: Psychologie

Studijní obor: Psychologie

Vedoucí práce: doc. PhDr. Iva Burešová, Ph.D.

Oponent práce: doc. PhDr. Martin Jelínek, Ph.D.

Akademický rok: 2020/2021

Počet stran: 126

Klíčová slova: deprese; afektivní poruchy; duševní zdraví;
léčba; terapie; prevence

Bibliographic Entry

Author: Vít Janů
Faculty of Arts, Masaryk University
Department of Psychology

Title of thesis: Depression treatment options for adults

Degree Programme: Psychology

Field of Study: Psychology

Supervisor: doc. PhDr. Iva Burešová, Ph.D.

Opponent: doc. PhDr. Martin Jelinek, Ph.D.

Academic Year: 2020/2021

Number of Pages: 126

Keywords: depression; affective disorders; mental health;
treatment; therapy; prevention

Abstrakt

Deprese patří mezi časté, komplexní a závažné duševní poruchy, jež mají negativní vliv na tělesné i duševní zdraví, well-being a každodenní život těch, kteří jimi trpí. Mohou však být léčeny. Cílem této bakalářské práce je proto shrnout veškeré dosavadní relevantní poznatky o způsobech léčby depresí u dospělých včetně současných a vynořujících se trendů v léčbě tohoto onemocnění. První část předkládané bakalářské práce, jež je koncipována jako výhradně teoretická, se zaměřuje na vytvoření teoretického rámce, koncepčního základu pro úvod do daného výzkumného tématu. Tato sekce je věnována etiologii a patogenezi depresí, klinickým projevům, epidemiologii, diagnostice depresivních poruch i možnostem prevence. Obsahem druhé části práce je vytvoření přehledu klasických, alternativních a nových způsobů léčby depresivních poruch u dospělých. Pro dané účely přehledové studie byla použita metoda literárního přehledu. Byly identifikovány v současné době dostupné a efektivní strategie v léčbě depresí. Zmíněný přehled současných vědeckých poznatků je doplněn o poznatky nejnovějších výzkumů zaměřených na studium depresí a duševního zdraví, jakými jsou například studie dopadu klimatické krize či koronavirové pandemie na duševní zdraví, za účelem poskytnutí komplexního, detailního a moderního vhledu do této problematiky.

Abstract

Depression is a common, complex and severe mental disorder which negatively affects the physical and mental health, the well-being and the daily life of those who suffer from it. Nevertheless, it can be treated. Thus, the aim of this thesis is to summarize the current relevant knowledge of depression treatment options for adults including recent and emerging trends in the treatment of this medical condition. The first part of this thesis, which is solely theoretical in nature, focuses on developing a theoretical framework, a conceptual basis for introducing this research topic. This section is devoted to the aetiology and pathogenesis of depression, its clinical manifestations, the epidemiology, the diagnostics of depressive disorders as well as depression-prevention strategies. The second part of the thesis contains the overview of traditional, alternative and new treatment options for depressive disorders for adults. Literature review method was used for the given purpose of the review study. The currently available and effective strategies in the treatment of depression have been identified. This state-of-the-science review is complemented with the latest research findings on depression and mental health, such as the impact of climate change or the coronavirus pandemic on mental health, in order to provide a complex, more detailed and modern insight into this issue.

*Věnováno každému,
kdo se snaží nalézt světlo
i v nejtemnějších koutech své mysli.*

Poděkování

Rád bych poděkoval vedoucí mé bakalářské práce, paní doc. PhDr. Ivě Burešové, Ph.D., za laskavý a vstřícný přístup, ochotu, pomoc a cenné rady, které mi při psaní práce poskytla.

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem svou bakalářskou diplomovou práci vypracoval samostatně s využitím informačních zdrojů a literatury, které jsou v práci citovány.

V Brně, dne 9. července 2021

.....

Vít Janů

Obsah

1. Úvod	15
2. Deprese	17
2.1 Terminologie	18
2.2 Prevalence depresivních poruch	19
2.3 Teoretické přístupy ke studiu depresí	21
2.4 Etiopatogeneze depresivní poruchy	24
2.4.1 Model vulnerability u deprese	25
2.4.2 Biologické faktory	26
2.4.3 Psychosociální faktory	29
2.4.4 Komorbidita u depresivních poruch	31
2.5 Klinický obraz depresivních poruch	31
2.5.1 Poruchy emočního prožívání	32
2.5.2 Narušení kognitivních funkcí	34
2.5.3 Narušení autoregulačních funkcí	36
2.5.4 Změny v chování a vzhledu	37
2.5.5 Somatické a vegetativní symptomy	39
2.6 Druhy a formy depresivních poruch	40
2.7 Psychodiagnostika depresivních poruch	44
3. Způsoby léčby depresí u dospělých	48
3.1 Vývojové období dospělost	49
3.2 Výzkumná procedura	50
3.3 Farmakologická léčba	57
3.3.1 Antidepressiva a další psychofarmaka	57
3.3.2 Farmakorezistentní deprese	60
3.4 Další biologické léčebné metody	60
3.4.1 Stimulace mozku	61
3.4.2 Chronobioterapie	63
3.4.3 Moderní trendy v biologické léčbě deprese	64
3.4.4 Využití psychoaktivních látek v psychiatrii a psychologii	65
3.5 Psychoterapie	66
3.5.1 Kognitivně-behaviorální terapie	67
3.5.2 Interpersonální terapie	67
3.5.3 Behaviorální aktivace	67
3.5.4 Problem-solving therapy	68

3.5.5	Krátkodobá psychodynamická psychoterapie	68
3.5.6	Acceptance and commitment therapy a mindfulness-based CBT	68
3.5.7	Kognitivní remediace	68
3.6	Alternativní a komplementární léčba.....	69
3.6.1	Alternativní medicína	69
3.6.2	Strava, léčivé rostliny a doplňky stravy.....	70
3.6.3	Životní styl, pohyb a sport.....	71
3.6.4	Relaxace, mindfulness, meditace.....	72
3.7	Jedinec v procesu léčby	73
3.7.1	Překážky v léčebném procesu	73
3.7.2	Prevence.....	73
4.	Diskuze	75
5.	Limity	77
6.	Závěr.....	78
7.	Referenční seznam.....	80
8.	Seznam užitých obrázků a tabulek	125

Citační norma

Uvedené informační zdroje a literatura jsou v předkládané bakalářské práci citovány v souladu s citační normou APA v jejím aktuálním znění dle publikace Americké psychologické asociace:

American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association* (7th ed.). American Psychological Association.

Poznámka. Výjimkou jsou užití citáty, které jsou doplněny pouze jménem autora, příslušné publikace jsou však uvedeny v referenčním seznamu.

Seznam použitých zkratk a symbolů

AD	antidepresivum
APA	American Psychological Association; tedy Americká psychologická společnost
BDNF	brain-derived neurotrophical factor; tedy mozkový neurotrofický faktor
CAM	complementary and alternative medicine; tedy komplementární a alternativní léčebné postupy
CBT/KBT	cognitive behavioral therapy; tedy kognitivně-behaviorální terapie
CES	cranial electrotherapy stimulation; tedy lebeční/kraniální elektrostimulace
ČR	Česká republika
DA	dopamin
DARI/DRI	dopamine reuptake inhibitor; tedy inhibitor zpětného vychytávání dopaminu
DBS	deep brain stimulation; tedy hluboká mozková stimulace
DMT	Dimethyltryptamin, respektive N-dimethyltryptamin
DSM-5	Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth revision; Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch, pátá revize
ECT/EKT	electroconvulsive therapy; tedy elektrokonvulzivní terapie
ECS	epidural cortical stimulation (typ invazivní mozkové stimulace)
EMA	European Medicines Agency; tedy Evropská léková agentura
et al.	zkratka pro latinské „et alii“; tedy „a další“, „a jiní“ či „a kolektiv“
FDA	Food and Drug Administration; tedy americký Úřad pro kontrolu potravin a léčiv
GABA	gamma-aminobutyric acid či γ -aminobutyric acid; tedy kyselina gama-aminomáselná či γ -aminomáselná
GBA	gut-brain axis; tedy osa střevo-mozek
HDP	hrubý domácí produkt
HPA osa	hypothalamic-pituitary-adrenal axis; tedy osa hypothalamus-hypofýza-nadledviny
ICD-10	International classification of diseases and related health problems, ve znění aktuálně platné 10. revize

LSD	Lysergsäurediethylamid; tedy diethylamid kyseliny lysergové
MAOI/IMAO	monoamine oxidase inhibitor; tedy inhibitor monoaminové oxidázy
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, ve znění aktuálně platné 10. revize
MST	magnetic seizure therapy; tedy magnetická konvulzivní terapie
NA/NE	noradrenalin čili norepinefrin
NARI/NRI/NERI	norepinephrine reuptake inhibitor; tedy inhibitor zpětného vychytávání norepinefrinu čili noradrenalinu
NDRI	norepinephrine and dopamine reuptake inhibitor; tedy inhibitor zpětného vychytávání norepinefrinu a dopaminu
n. l.	našeho letopočtu
NMDA	N-metyl-D-aspartát
NSAID	non-steroidal anti-inflammatory drugs; tedy nesteroidní protizánětlivé léky/antiflogistika/antirevmatika
OECD	Organization for Economic Co-operation and Development; tedy Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj
5-HT	5-hydroxytryptamin čili serotonin
[pozn. aut.]	poznámka autora
př. n. l.	před naším letopočtem
rTMS	repetitive transcranial magnetic stimulation; tedy repetitivně transkraniální magnetická stimulace
SARI	serotonin antagonist reuptake inhibitor; tedy serotoninový antagonist a inhibitor zpětného vychytávání
SNRI	serotonin and norepinephrine reuptake inhibitor; tedy inhibitor zpětného vychytávání serotoninu a norepinefrinu
SSRI	selective serotonin reuptake inhibitor; tedy inhibitor zpětného vychytávání serotoninu
tDCS	transcranial direct-current stimulation; tedy transkraniální stimulace stejnosměrným proudem
tj.	to jest
TRD	treatment-resistant depression; tedy farmakorezistentní deprese
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
VNS	vagal nerve stimulation; tedy stimulace nervus vagus
WHO	World Health Organization; tedy Světová zdravotnická organizace

„Ten pád, ke kterému se podle mě řítíš, je zvláštní druh pádu, takový strašný druh pádu. Člověku, který padá, není dopřáno ucítit nebo uslyšet, že dopad na dno. Prostě padá a padá. A tohleto je souzeno lidem, kteří v tom nebo onom období svého života hledali něco, co jim jejich okolí nemůže poskytnout. Nebo si aspoň mysleli, že jim to jejich okolí nemůže poskytnout. A tak se vzdali hledání. Vzdali se dřív, než vlastně začali hledat.“

Jerome David Salinger

Předmluva

Deprese stíhají lidstvo od nepaměti, prolínají se historií lidského pokolení jako šedočerná nit všitá do pestrobarevné tkaniny našich životů. Ačkoliv klasifikace duševních poruch je záležitostí moderní doby, lidská psychika, duše i mysl stály v centru zájmu vzdělavců již ve starověku (Jackson, 2008). Problematika duševního zdraví je ve starých řeckých bájích a pověstech zmíněna již v mýtu o stvoření člověka, tedy v mýtu o Prométheovi (Graves, 2004).

Prométheus byl moudrý Titán, který pomohl řeckým bohům v boji proti svému otci Kronovi. Po svém vítězství si bratři Zeus, Poseidon a Hádes rozdělili vládu nad světem, který však byl doposud pustý, osídlený jen divokou zvěří. S povolením bohů proto Prométheus vytvořil z životadárné hlíny a vody sochu, do které bohyně Athéna vdechla život. Byl zrozen člověk (Petiška, 1980).

Prométheus si tvory oblíbil natolik, že jim z nejzazších hlubin země přinesl oheň a naučil je všem umům, jež si osvojil od bohyně Athény. Rostoucí síla a schopnosti bohy znepokojovali, vládce nebes Zeus proto vyžadoval, aby lidstvo bohy uctívalo a přinášelo jim oběti. Vychytralý Prométheus chtěl bohy oklamat a přilepšit lidstvu, a tak skolil býka, z jehož kůže sešil dva pytle. První koš naplnil masem a přikryl jej žaludkem, který byl nejméně lákavý. Do druhého vložil pod silnou vrstvu tuku pouhé kosti. Vyzval Dia, aby zvolil, jakou oběť by mělo lidstvo bohům odevzdávat. Zeus si vybral pytel s kostmi. Rozlícen Prométheovou lstí se rozhodl lidstvo potrestat a odňal mu oheň, který lidé k životu bezpodmínečně potřebovali. Lidstvo chřadlo. Prométheovi se tvorů zželelo, ukradl oheň z Olympu a navrátil jej lidem. Strašlivý trest stihl Prométhea i jeho svěřence. Zeus pověřil Héfaista, kováře bohů, aby stvořil z hlíny sochu ženy, do níž čtyři Větry vdechly život. Každý z bohů ji obdařil svými dary, dívka oplývala božskou krásou, půvabem i lstivostí. Tak vznikla Pandóra, v překladu vším obdařená (Graves, 2004).

Vládce Zeus seslal Pandóru Prométheovu bratru Epimétheovi spolu se zdobenou skříňkou, v níž Prométheus uvěznil všelike zlo, před kterým chtěl lidstvo uchránit. Do té doby žili lidé šťastně, neznali strach, smutek ani bolest. Člověk nestonal, měl krásný život a lehkou smrt. Titán bratra varoval, aby žádné dary od bohů nepřijímal a skříňku za žádných okolností neotvíral. Epimétheus však nedokázal tak nádhernou dívku odmítnout a božské dary přijal. Spěšně se s dívkou oženil, Pandóra následně sňala z nádoby víko a vypustila zlo v ní ukryté. Starosti, Trampoty, Zármutek, Nemoci, Bolest, Hlad i Smrt, které byly v nádobě uvězněny, unikly na svět a začaly sužovat lidské pokolení (Mertlík, 1989).

Byly činy krásné Pandóry příčinou vzniku depresí v lidské společnosti? To se můžeme jen dohadovat. Mýtus o Prométheovi má však i svou světlou stránku, Pandořina skříňka totiž v sobě ukrývala i Naději, kterou se lidstvo může utěšovat ve svých stratech a trápeních (Mertlík, 1989). Zdali tomuto příběhu uvěříme, to rozhodněme každý sám za sebe. Nezapomínejme však na naději, neboť ta nám umožňuje spatřit světlo i ve chvílích, kdy se situace zdá být nejtemnější.

Budeme ji potřebovat nejen v boji s depresemi, ale i v každodenním životě na tomto rychle se točícím světě, jenž se může zdát neosobní a nepřátelský. Při bližším pohledu totiž zjistíme, že s nadějí v hlavě a laskavostí v srdci je i svět po Pandóře krásným místem.

Zde již svět antické mytologie opustíme a budeme se věnovat vědeckým poznatkům a faktům.

„Tvrdíš, že máš deprese – já vidím jen nezdolnost. Máš právo mít pocit, že se ti život zašmodrchal a že je všechno vzhůru nohama. To ale neznamená, že jsi defektní – znamená to jen, že jsi lidská bytost.“

David Mitchell

1. Úvod

Depresemi trpí celosvětově stovky milionů lidí všech věkových skupin (James et al., 2018). Může se zdát, že jde o jeden ze společenských fenoménů postmoderní doby. Tvzení, že máme v náročných okamžicích našeho života z něčeho „depku“, prakticky zlidovělo. Většinou jde spíše o špatnou náladu, která po kratší či delší době odezní a promění se v náladu jinou. V některých případech se však skutečně jedná o depresivní poruchu. Vzhledem k tomu, že jedním z hlavních faktorů pro vznik a vývoj deprese je vystavení jedince náročným životním situacím (Kendler & Gardner, 2016), není divu, že se s diagnózou deprese setkáváme téměř na každém kroku. Žijeme v uspěchaném, názorově rozpolceném světě, ve kterém se akademické i profesní požadavky na jedince neustále zvyšují, snažíme se adaptovat na vědecký a technologický pokrok, kterým lidstvo neustále prochází, a nemyslet přitom na hrozbu koronavirové pandemie, klimatické krize či vyčerpání zdrojů naší planety.

Deprese však nejsou problémem současného člověka, právě naopak. Tato duševní porucha je stará jako lidstvo samo. Stáří nejstarších dochovaných záznamů o depresích se datuje až do dob starověkých civilizací, tedy antického Řecka, starověkého Říma, Číny či Mezopotámie, ačkoliv se v daných literárních zmínkách a vyobrazeních toto onemocnění skrývá pod jinými jmény, užívaly se názvy jako melancholie či chorobný smutek (Jackson, 2008).

Problematika depresí je tématem, které je v naší společnosti relativně často diskutováno, a to v řadách veřejnosti, výzkumných pracovníků i specialistů v oborech psychologie, medicíny, sociologie, filosofie a mnoha dalších. Přestože se můžeme domnívat, že toho o tomto onemocnění mnoho víme, plně pochopit problematiku depresivních poruch a uchopit ji v celé své šíři a komplexitě je nicméně velmi obtížné a problematické. Pro laickou veřejnost představují významný zdroj informací tištěná i online média, která tak mají zásadní dopad na povědomí a mínění veřejnosti o depresích. Média však často trivializují a stigmatizují duševní onemocnění, a tak o této problematice koluje mnoho mylných či zkreslených představ.

V rámci této bakalářské práce se proto zaměříme na problematiku depresivních poruch a představíme si jejich základní charakteristiky a aspekty. Práce má formu přehledové studie, je tedy koncipována jako čistě teoretická, a je rozdělena na dva hlavní celky. V první části se budeme věnovat deskripci depresí, charakterizujeme klinické projevy deprese, druhy a formy depresivních poruch i jejich četnost v populaci. V kapitole o etiopatogenezi si popíšeme zákonitosti příčin, vzniku a vývoje depresí, v dalších kapitolách potom teoretické přístupy k jejich studiu, způsoby diagnostikování depresivních poruch i možnosti prevence proti nim. Druhá sekce předkládané bakalářské práce je věnována vlastnímu výzkumnému tématu, a tím jsou způsoby léčby depresí u dospělých. Součástí přehledové studie nejsou pouze klasické či tradiční metody léčby depresí, mezi které patří farmakologická léčba, psychoterapie, léčba světlem, spánková deprivace či elektrokonvulzivní léčba, ale také způsoby alternativní a nové, stejně jako vynořující se trendy v léčbě tohoto onemocnění. Přehledová studie syntetizuje a integruje dosavadní poznatky zmíněné problematiky za použití rešerše, analýzy a kritického pročtení informačních zdrojů v českém, slovenském, anglickém a španělském jazyce.

Nejnovější výzkumy naznačují nárůst depresivních symptomů a pokles well-beingu v populaci v souvislosti s celosvětovou koronavirovou pandemií (Meda et al., 2021), stejně jako zhoršení duševního zdraví a zvýšení míry pocíťovaného stresu (Turna et al., 2021). V současné době pandemické jsme proto vůči duševním poruchám velmi náchylní a zranitelní. Deprese s sebou často nese stigma, pocit slabosti, neschopnosti, méněcennosti, odlišnosti, viny či odmítnutí. Musíme si však uvědomit, že deprese je nemoc jako jakákoliv jiná. Není slabostí trpět depresemi. Postavit se jim a pokusit se s nimi bojovat nicméně vyžaduje nutnou dávku síly, odhodlání a vytrvalosti. Ne nadarmo se říká, že nejhorším nepřítelem jsme si my sami, v případě depresí to navíc platí dvojnásob.

Tato práce je určena každému, kdo by se chtěl o problematice depresí dozvědět o trochu více; odborníkovi může poskytnout ucelený přehled poznatků o depresi doplněný o shrnutí nových trendů, laik zde může uspokojit svou zvědavost, oběma pak nabízí pomoc i radu v případě, že by se sami v osobním životě s depresí setkali.

Deprese jsou nemocí, která může stihnout kohokoliv z nás, nejen nás samotné, ale i naše blízké; naši rodinu, přátele, kolegy z práce či spolužáky ze školy. Je lapkou naší duše a mysli, jenž nás může okrást o čas, energii, vůli k životu i všechny krásy, které nám život nabízí. Pojďme proto tohoto vnitřního nepřítele poznat a naučit se, jak jej porazit.

2. Deprese

S pojmem deprese jsme se pravděpodobně všichni již setkali, často je však nesprávně užíván coby označení pro špatnou náladu, pocit psychického vyčerpání nebo vypětí plynoucí z aktuální stresové situace. Pod termínem deprese se však ukrývá dlouhodobý zdravotní problém významný na individuální i makrosociální úrovni (Liu et al., 2020).

Deprese jsou jedním z nejčastějších a nejzávažnějších duševních onemocnění. Mezinárodní výzkumný program Global Burden of Disease Study, jehož data využívá i Světová zdravotnická organizace, uvádí, že nejméně 260 milionů lidí po celém světě trpí depresemi. Tento projekt, jehož název můžeme přeložit jako Studie globální zátěže nemoci, poskytuje data o četnosti a závažnosti tělesných onemocnění i duševních poruch. Na základě získaných dat můžeme depresi označit za jednu z hlavních příčin vedoucích k neschopnosti neboli invaliditě, mezi duševními poruchami zaujímají deprese pomyslnou první příčku (James et al., 2017).

Deprese patří mezi typ duševních poruch nazývaných afektivní poruchy, respektive poruchy nálady (World Health Organization [WHO], 2016). Náladou rozumíme déletrvající stav, při kterém jsou naše emoce relativně výrazně a stabilně vychýleny jedním směrem. Nálada není vázána na konkrétní podnět, situaci či stav vědomí, jde o emoční naladění celého organismu (Plháková, 2004). Základním projevem afektivních poruch je patická nálada, jež „neodpovídá reálné životní situaci nemocného a narušuje jeho uvažování, jednání i somatické funkce“ (Vágnerová, 2004, p. 369). Dysfunkce emoční regulace je doprovázena ovlivněním celkové mentální a fyzické aktivity, tedy s poklesem duševní i tělesné energie (Sadock et al., 2017).

Mezi hlavní symptomy patří depresivní nálada, ztráta vůle a zájmu, narušení kognitivních funkcí, zpomalení psychomotorického tempa a vegetativní symptomy jako poruchy spánku či nechutenství (Otte et al., 2016), dlouhodobé vychýlení emocionality do negativní polarity, ale též zhoršení paměti a soustředění (LeMoult & Gotlib, 2019). Pocit beznaděje a neschopnost užívat si života i každodenních aktivit může navíc vést i k sebevraždě (Ribeiro et al., 2018).

Současná koronavirová pandemie jde bohužel ruku v ruce se zvýšením četnosti depresí. Nadměrná psychická zátěž způsobená narušením běžného života a mezilidských vztahů, dlouhodobým uzavřením lidí v jedné domácnosti v izolaci od společnosti, ztrátou zaměstnání a změnou pracovního prostředí, zhoršenou ekonomickou situací, obavami o naše zdraví či smrti blízké osoby se odráží v celkovém zhoršení duševního zdraví (López-Castro et al., 2021). Přesto je tato problematika jistým společenským tabu, které je demonizováno nebo naopak zlehčováno, což představuje významnou překážku v jejich léčbě (Brown et al., 2010).

Deprese jsou, stejně jako ostatní duševní poruchy, onemocnění zatížené značným stigmatem, a to jak ze strany společnosti, tj. sociální stigma, tak ze strany jedince, tj. sebestigmatizace (Látalová et al., 2014). Přesto jimi trpěli i nejznámější velikáni své doby, jakými byl Vincent Van Gogh, Ernest Hemingway, Winston Churchill či Abraham Lincoln (Raboch et al., 2012).

2.1 Terminologie

Vzhledem k interdisciplinární povaze psychologie se při studiu depresivních poruch setkáme s řadou odborných názvů či fenoménů, jež v daném oboru nabývají jiného významu než v obecné rovině. V této kapitole se proto seznámíme s vybranými termíny, jež nám napomohou k pochopení problematiky depresí.

Deprese

Termín deprese je označením pro samotnou depresivní poruchu. Diagnóza depresivních poruch je, stejně jako jiná onemocnění, charakterizována souborem symptomů, má své příčiny a způsoby diagnostiky i léčby (Gilbert, 2017).

Depresivita

Depresivitou označujeme vlastnost jedince, která je charakterizována přítomností některých rysů deprese, symptomů. Míra depresivity je určena četností symptomů, mezi něž patří pocit smutku, ztráta zájmu a vůle, pesimistické myšlenky či únava. Ačkoliv úzce souvisí s depresí, není nutně patologická, určitou míru depresivity vykazují i zdraví jedinci (Tamm et al., 2020).

Depresivní nálada

Depresivní nálada je jedním ze symptomů deprese a dalších poruch, ačkoliv postihuje také neklinickou a subklinickou populaci. O patologické náladě mluvíme tehdy, překračuje-li nálada obvyklou intenzitu či trvání. Patická nálada má vliv na celkovou duševní činnost, je perzistentní v čase a těžko odklonitelná. Vyznačuje se pocitem smutku, beznaděje, prázdnoty, pesimismem, pocitem nedostatečnosti a viny či ztrátou zájmu (Pemberton & Fuller-Tyszkiewicz, 2016).

Depresivní epizoda

Depresivní epizodou či fází, nazýváme vlastní projevení depresivní poruchy, tedy časové období, po dobu jehož trvání jedinec vykazuje depresivní symptomy. Depresivní epizoda končí vymizením depresivních symptomů a návratem pacienta k původnímu stavu a fungování. Tento stav označujeme jako remise, nastává léčbou pacienta nebo samovolným odezněním příznaků, tj. spontánní remisí. Návrat deprese označujeme jako relaps či recidiva (Gilbert, 2017).

2.2 Prevalence depresivních poruch

V této kapitole se zaměříme prevalenci a incidenci depresivních poruch. Prevalence je vyjádřením absolutního zastoupení určitého jevu v populaci, v našem případě lidí s diagnostikovanou duševní poruchou, v určitém časovém bodě či za určité období. Může být vyjádřena absolutní četností, tj. počtem výskytů daného znaku v populaci, nebo četností relativní, tj. poměrným zastoupením jevu v populaci vzhledem k jejímu celku, v takovém případě uvádíme četnost v procentech či promile. Incidence naopak vyjadřuje počet nových případů v populaci za určené časové období, můžeme také hovořit o nárůstu případů za dané období (Porta, 2008).

Celosvětová prevalence duševních poruch aktuálně činí 13%, tedy přibližně 970 milionů lidí. Deprese jsou přitom jednou z nejčastějších diagnóz. Pomyslnou první příčku zaujímají úzkostné poruchy, jimiž trpí 3,8% obyvatel naší planety, druhou depresivní poruchy s prevalencí 3,4%, třetí se umístily duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek s celosvětovou bodovou prevalencí 2,3% (Ritchie & Roser, 2018). Světová zdravotnická organizace na základě svých průzkumů předpokládá, že deprese aktuálně sužují více než 264 milionů po celém světě. Deprese jsou spolu s bolestmi v oblasti bederní páteře a bolestmi hlavy vedoucí příčinou globální zátěže nemocemi, jež předčí zbylá tělesná onemocnění a duševní poruchy, a přední příčinou zdravotní neschopnosti (James et al., 2018).

Kessler a Brometová (2013) se ve své studii zabývají relativní četností depresivních poruch v globální populaci. Tvrdí, že ve státech, které Světová banka označuje za vyspělé země čili vysokopříjmové ekonomiky, postihne depresivní epizoda alespoň 14,6% obyvatel v průběhu jejich života, přičemž každý rok ji prožije 5,5% obyvatelstva daných států. Celoživotní prevalence depresivních poruch v rozvojových státech a zemích se střední úrovní HDP na obyvatele je odhadována na 11,1%, každoročně je depresí zasaženo 5,9% tamní populace (Kessler & Bromet, 2013). V celosvětovém srovnání je nejvyšší bodová prevalence depresivních poruch v Lesothu (5,64%), Maroku (5,41%), Íránu (5,12%) a Ugandě (4,92%), nejnižší zastoupení depresí bylo zjištěno v Kolumbii (2,2%), Albánii (2,21%), Polsku (2,25%) a v Peru (2,28%). Prevalence depresí v České republice činí 2,68% (Ritchie & Roser, 2018).

Celoživotní prevalence depresí vyplývající z dat amerického národního epidemiologického průzkumu National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions III (NESARC-III), který probíhal v letech 2012 a 2013, je dokonce ještě vyšší, a to 20,6% (Hasin et al., 2018).

Stanovení zastoupení duševních poruch v populaci je nesmírně náročné, různí výzkumníci proto mohou dojít k rozdílným závěrům. Záleží mimo jiné na užitých metodě, při použití progresivních metod v rámci longitudinálních výzkumů byla zjištěna vyšší prevalence než při využití retrospektivních metod (Moffitt et al., 2010), stejně tak byla vyšší četnost stanovena při administraci self-report metod než při užití strukturovaných rozhovorů (Lim et al., 2018).

Deprese častěji postihují ženy, celosvětová bodová prevalence depresivních poruch je 4,1% v ženské populaci a 2,7% v populaci mužů (Ritchie & Roser, 2018).

Do ambulancí psychiatrických zařízení dochází v České republice 89 251 lidí všech věkových kategorií, tj. od dětí a dospívajících až po seniory. S diagnózou deprese se takto v ČR léčí 25 424 mužů a 63 827 žen, nejvyšší prevalence je ve věkových skupinách 50-59 a 60-69 let (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [ÚZIS], 2021). Na základě dat Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD) lze však stanovit prevalenci mnohem vyšší. Podle této mezinárodní organizace je v České republice užíváno přibližně 60 definovaných denních dávek antidepresiv na 1000 lidí denně. Definovaná denní dávka přitom uvádí průměrnou, běžnou denní udržovací dávku při léčbě daného onemocnění u dospělých pacientů (Organization for Economic Co-operation and Development [OECD], 2019). V ČR je běžnou praxí, že některá antidepresiva předepisuje i všeobecný praktický lékař (Laňková & Sibliková, 2004). Pokud by byla antidepresiva předepisována pouze lidem, kteří depresemi skutečně trpí, a byla dodržena definovaná denní dávka, pak bychom se při současném počtu obyvatel ČR, který činí 10 694 480 lidí (Český statistický úřad, 2021), dopracovali k prevalenci depresivních poruch přesahující 640 tisíc lidí, tedy přibližně 6% populace ČR [vlastní výpočet – pozn. aut.].

Vzhledem k probíhající pandemii viru COVID-19 bychom si měli představit aktuální vývoj prevalence depresivních poruch v populaci. V jejím průběhu bylo zaznamenáno zvýšení zastoupení depresivních symptomů v celosvětové populaci doprovázející zhoršení ekonomické situace na makrosociální i individuální úrovni a celkové zhoršení tělesného a duševního zdraví populace (Xiong et al., 2020). Mezi hlavní příčiny současné krize duševního zdraví patří nadměrná psychická zátěž působící na jedince, snížení příjmů domácnosti a nedostatečné finanční úspory. Důsledkem dlouhodobého nadměrného stresu je zvýšení prevalence depresí ve všech jejích kategoriích, tedy nárůst populace trpící lehkou, středně těžkou i těžkou depresivní fází (Ettman et al., 2020). Metaanalýza studií zaměřených na nárůst prevalence depresí v průběhu současné pandemie uvádí, že depresemi nyní trpí 25% populace, což značí více než sedminásobný nárůst oproti statistikám WHO uvedeným před pandemií COVID-19 (Bueno-Notivol et al., 2021). Podobný nárůst byl zaznamenán i v ČR (Bartoš et al., 2020).

2.3 Teoretické přístupy ke studiu depresí

Deprese stihají lidstvo od nepaměti, a proto není překvapením, že se jimi lidstvo zabývalo již ve starověku (Jackson, 2008). Nejstarší dochovanou literární zmínkou o depresi a duševních poruchách je Ebersův papyrus, který je jedním z nejhodnotnějších a nejvýznamnějších medicínských svitků z dob starověkého Egypta. Tento papyrus, jehož původ se datuje přibližně do roku 1500 př. n. l., je pojmenován po Georgi Ebersovi, jenž jej získal v Thébách roku 1872. Papyrus zachycuje poznatky egyptských vzdělců o lidské anatomii, duševní poruchy jsou popsány v kapitole Book of hearts, tedy v Knize srdcí. Text zmiňuje spojení srdeční funkce a duševního zdraví, popsané obtíže jsou často spojovány s afektivními poruchami či přímo depresemi. Egyptští učenci ji připisovali onemocněním srdce, která vyvolávají v srdci smutek, zoufalství, žal a uzavírají jej v temnotě spolu se vztekem, který jej šíří (Khalil & Richa, 2014).

Autorem pravděpodobně nejznámější teorie nemoci a duševního zdraví se stal Hippokratés, lékař a filozof antického Řecka, který 5. století př. n. l. vyslovil teorii, jež stála v popředí vědeckého a medicínského bádání až do 19. století. Dodnes však zůstává uznávanou a známou napříč společenskými vědami, medicínou a dalšími zdravotnickými i jinými obory. Hippokratés vnímal lidské zdraví, tělesné i duševní, coby stav rovnováhy v těle, kterou ovlivňuje hladina čtyř tělních tekutin, a to krve, slizu, žluči a černé žluči. Každá tekutina se vyznačovala dvěma vlastnostmi, horkostí či chladem, vlhkostí či suchostí. Pokud jsou tekutiny těla v rovnováze, člověk je zdravý na těle i na duši. Vychýlením z dané rovnováhy, respektive úbytkem či přebytkem jedné z tekutin, vzniká v těle nemoc. Ačkoliv je tato teorie známá především jako Hippokrato-Galénova humorální teorie temperamentu [Galénos byl římský lékař, který tuto teorii dále rozpracoval – pozn. aut.], nalezneme v ní až podivuhodně přesný a konzistentní popis stavu, který bychom dnes pojmenovali depresí. Hippokratés užíval slovo melancholie či chorobný smutek, popisoval však dlouhotrvající a intenzivní smutek, jenž vyvolává temné, negativní myšlenky, sklíčenost, nechuť k jídlu, nespavost a podrážděnost, strach a neklid, vnitřní prázdnotu, ztrátu zájmů a potěšení, stejně jako odklon od společenského života. Hippokratés nicméně nepopsal depresi coby samostatnou nemoc, spojoval ji s jinými stavy nebo onemocněními, zejména s úzkostmi a bludy (Horwitz et al., 2017). Vliv vnitřní rovnováhy na tělesné a duševní zdraví však není výhradou Hippokratovy teorie, setkáme se s ním napříč historií a kulturami po celém světě, například v konceptu starověké čínské medicíny a filosofie. Zdraví člověka určuje dynamická, ovšem harmonická, rovnováha Qi neboli životní energie, složené ze dvou komponentů, které se doplňují, pozitivní a negativní energie, tedy yin a yang (Farreras, 2019).

Vývoj pojetí a studium tělesných nemocí a duševních poruch nebyl v průběhu historie lidského pokolení lineární a progresivní. Éru, kdy diskurz určovali lékaři, filozofové a vzdělanci, střídala období ovlivňována náboženstvím, ve kterých bylo na duševní onemocnění nahlíženo coby na boží trest či posednutí zlým duchem. Takový přístup byl zaznamenán již v pravěku, jak dokazují dochované důkazy přibližně z roku 6500 př. n. l. ve formě jeskynních maleb a ostatků. Byly nalezeny lebky s vyvrtnými dírami po trepanaci, již užívali šamani a léčitelé k uvolnění zlých sil a entit uvězněných v hlavě nemocného. Teorie posednutí či trestu od Boha se navrátila ve středověku, když pomyslné kormidlo řízení evropských dějin převzala katolická církev. Užívaná léčba zahrnovala modlitby, zpověď, pokání, pomazání knězem a exorcistické praktiky. Ve 13. století n. l. začalo být na duševně nemocné, především ženy, nahlíženo jako na posedlé. V dané době bylo k léčení duševních poruch užíváno bylinkářství, rituály a přírodní léčitelství, které bylo označeno za černou magii, což vedlo k rozsáhlým čarodějnickým procesům a upalování domnělých čarodějnic vrcholícím od 15. do 17. století (Farreras, 2019).

Výrazná změna v konceptualizaci duševních poruch nastala v 17. století, když anglický lékař Thomas Sydenham posunul diskurz vědeckého bádání z holistického přístupu k nemoci na vlastní pojetí, které se stalo základem nosologie, respektive klasifikování nemocí a stanovování diagnóz. Začal sledovat symptomy nemocných, které se objevovaly v určitých opakujících se vzorcích, na jejichž základě jde dané syndromy čili nemoci popsat a řadit. Deprese byla zařazena do syndromu nazývaného nervová choroba, neuróza, neurastenie čili nervová slabost (Horwitz et al., 2017). Samotný výraz deprese pochází z latinského slova depressio označujícího proláklinu, stlačení, pokles, v přeneseném významu pokles na duchu (Tenenbaum, 2018). Pojetí depresivních poruch coby samostatné diagnózy je dílem německého psychiatra Emila Kraepelina, jenž projevy melancholie označil přelomu 19. a 20. století depresivními stavy. Odlišil je tak od druhé sledované diagnózy pojmenované dementia praecox, pro kterou v současnosti užíváme název schizofrenie (Horwitz et al., 2017).

Pojďme si však představit vybrané novověké teorie depresí a jejich autory, kteří formovali hlavní psychologické školy, udávali směr samotné psychologie a jejichž odkaz stojí základem psychoterapeutických směrů při léčbě tohoto onemocnění.

Nebyla by to řádná diplomová práce studenta psychologie, kdybychom nezmínili česko-rakouského neurologa, psychiatra a psychoanalytika Sigmunda Freuda. Ten ve svém spisu „Smutek a melancholie“ odlišuje zmíněné titulní pojmy, kdy smutek je běžný, normální pocit, zatímco melancholie je smutkem patologickým. Podle Freuda vzniká deprese na základě objektivní, skutečné ztráty, kterou může být smrt někoho blízkého, odmítnutí, zklamání či

pohrdání ze strany našeho okolí. Jedinec totiž k objektu zájmu, osobě, předmětu či myšlence, upíná svou mentální a emocionální energii, libido, v rámci procesu katexe. Depresivní člověk je k objektu zájmu silně fixován. V důsledku zničení tohoto objektu dochází k uvolnění psychické energie ze ztraceného objektu ve vnějším světě. Zdravý člověk se postupně se ztrátou vyrovnává a energie je uvolněna. V případě depresivního jedince je milovaný objekt zvnitřněn skrze narcistickou identifikaci, čímž si jedinec zachovává daný vztah k objektu ve své mysli, aby se tak vyrovnal s jeho ztrátou ve skutečnosti. Právě nevědomá internalizace je podle Freuda zdrojem deprese, jelikož je depresivní jedinec ke ztrátě a danému objektu připoután navždy. Negativní emoce, výčitky a zloba, které jsou směřovány na objekt pro jeho ztrátu, se staví do opozice vzpomínkám a pozitivnímu vztahu k objektu. Rozpolcení ega je podle Freuda také příčinou podráždění kvůli ambivalenci emocí ve vztahu ke ztracenému objektu zájmu, miluje jej a nenávidí zároveň. Depresi spojuje také se zbytněným superegem, tedy vnitřním kritikem vyvolávajícím pocit viny, méněcennosti, narušení sebevědomí a sebeobrazu, jež vede k sebenenávisti a autoagresi na psychické i fyzické úrovni, respektive dochází k sebepoškození i suicidii (Rhee, 2017).

Behavioristé naopak zdůrazňovali vliv okolí na chování jedince, studovali pozorovatelné projevy chování a způsoby podmiňování, jimiž se jedinec učí a osvojuje si daný vzorec chování. Behavioristický model deprese navazuje především na koncept operantního podmiňování amerického psychologa Burrhuse Frederica Skinnera. Ten tvrdí, že budoucí pravděpodobnost výskytu spontánních aktů chování neboli operantů je ovlivňována důsledky tohoto chování. Pokud je jedinec za dané chování odměněn, zvyšuje se pravděpodobnost jeho dalšího výskytu. V takovém případě mluvíme o posílení, jež může mít podobu zisku odměny čili pozitivního posílení nebo negativního posílení, při němž je odměnou oslabení negativních faktorů. Trest onen vzorec chování oslabuje, je nežádoucí, a proto se mu bude jedinec snažit vyhnout (Hubley & Dimidjian, 2017). Na teorii reagoval v polovině 70. let 20. století Peter Lewinsohn a vytvořil behavioristický model deprese, která vzniká změnou v prostředí jedince, často ztrátou někoho blízkého či něčeho oblíbeného. V případě ztráty milovaného člověka dochází k oslabení zdroje pozitivního posílení. Soucit a zvýšený zájem okolí nahrazující vztah k původní osobě posiluje depresivní, pasivní a maladaptivní projevy chování, jedinec navíc může být trestán a kritizován za zdravé, normální chování. Dostává se tak do spirály patologických vzorců chování a myšlení, jakými je pasivita, izolace od společnosti nebo ruminace (Carvalho & Hopko, 2011). Kognitivně behaviorální směr využil v modelu také koncept sociálního učení, pomocí kterého jedinec přejímá vzorce chování na základě pozorování ostatních, imitací jejich chování a posílením (Frey & McCabe, 2020).

Model naučené bezmocnosti, který vytvořil Martin E. P. Seligman, popisuje mimo jiné i mechanismus vzniku a vývoje deprese. Naučená bezmocnost je vlastnost, kterou jedinec přijímá v situaci, kdy opakovaně zažívá nepříjemné situace a averzivní podněty bez domnělé možnosti jim uniknout a bez schopnosti aktuální situaci kontrolovat a změnit. Proces redukuje jedincovu motivaci a vůli, vyvolává letargii, a tím i depresi. Ta je navíc posilována generalizací a implementací naučené bezmocnosti do kognitivních vzorců (Trindade et al., 2020).

James Bowlby, autor teorie citové vazby, jež se vytváří od nejtělejšího věku pro zajištění bezpečí jedince, definoval také proces formování patologického smutku. V reakci na ztrátu je smutek běžný a normální, člověk je nejdříve ochromen, později se však naučí se ztrátou vyrovnat a jít v životě dál. Bowlby označuje za příčinu smutku právě narušení procesu zpracování smutku. Ztráta schopnosti normálního fungování z nezvládnuté a neadekvátní reakce na ztrátu je doprovázena negativními somatickými symptomy, hledání ztraceného objektu a rozjímání nad jeho obrazem, pocit viny a podráždění (Worden, 2018).

Poslední model, který si představíme, je kognitivně teoretický model dysfunkčních postojů, který vytvořil americký psychiatr Aaron T. Beck. Beckova kognitivní teorie se zabývá dysfunkčními postoji, které depresivní jedinec zaujímá. Ty čítají dichotomické, katastrofální myšlení, nadměrná generalizace negativních zážitků a selektivní abstrakce, tedy soustředění na vlastní neúspěchy, které jsou přeceňovány, zatímco úspěchy jedince a pozitivní zážitky jsou ignorovány a neoceněny. Automatické negativní myšlení jsou příčinou kognitivního zkreslení a chyb v uvažování. Negativní kognitivní schéma je zobrazeno v Beckově kognitivní triádě, jejíž tři vrcholy tvoří pesimistické a negativní náhled na svoji osobu, na svět a na budoucnost (Pössel & Smith, 2020).

2.4 Etiopatogeneze depresivní poruchy

Teorii a modelů vzniku a vývoje depresivních chorob je nespočet, některé se zaměřují tělesné procesy a změny, tedy genetické faktory, biologické, respektive anatomické a fyziologické změny. Jiné se orientují na sledování psychosociálních příčin. Současný diskurz vědeckého bádání je takový, že k depresivním poruchám se přistupuje coby ke komplexnímu a mnohovrstevnatému onemocnění, kterým ze své podstaty skutečně je. Pomalu se tudíž odstupuje od striktního rozlišování endogenní a reaktivní deprese. Mechanismus vzniku a vývoje deprese je složitý a multifaktoriálně podmíněný (Raboch et al., 2013). Existuje mnoho proměnných, jejichž kombinace, intenzita a zátěž na jedince může vést až ke vzniku samotného onemocnění, přesný mechanismus geneze deprese prozatím není známý (Duman et al., 2019).

V této kapitole se proto pokusíme shrnout poznatky o etiopatogenezi depresivních poruch. Zatímco etiologie je nauka o příčinách vzniku určitého onemocnění či poruchy, patogeneze je naukou o mechanismech jejich vzniku, průběhu a rozvoje (Porta, 2008).

2.4.1 Model vulnerability u deprese

Genezi depresivních poruch můžeme popsat pomocí modelu vulnerability, tedy modelu zranitelnosti, náchylnosti či citlivosti k vypuknutí depresivních symptomů a poruch. Základem zmíněné teorie je předpoklad, že deprese se může objevit prakticky u každého jedince coby výsledek působení genetických, epigenetických a environmentálních faktorů. Přítomnost těchto faktorů nás činí zranitelnými vůči depresi. S nárůstem množství působících faktorů a jejich zvyšující se intenzitou se vulnerability zvyšuje, nicméně záleží také na psychických vlastnostech jedince, jakými je odolnost neboli resilience, copingové strategie a obranné mechanismy ega (Carnevali et al., 2018).

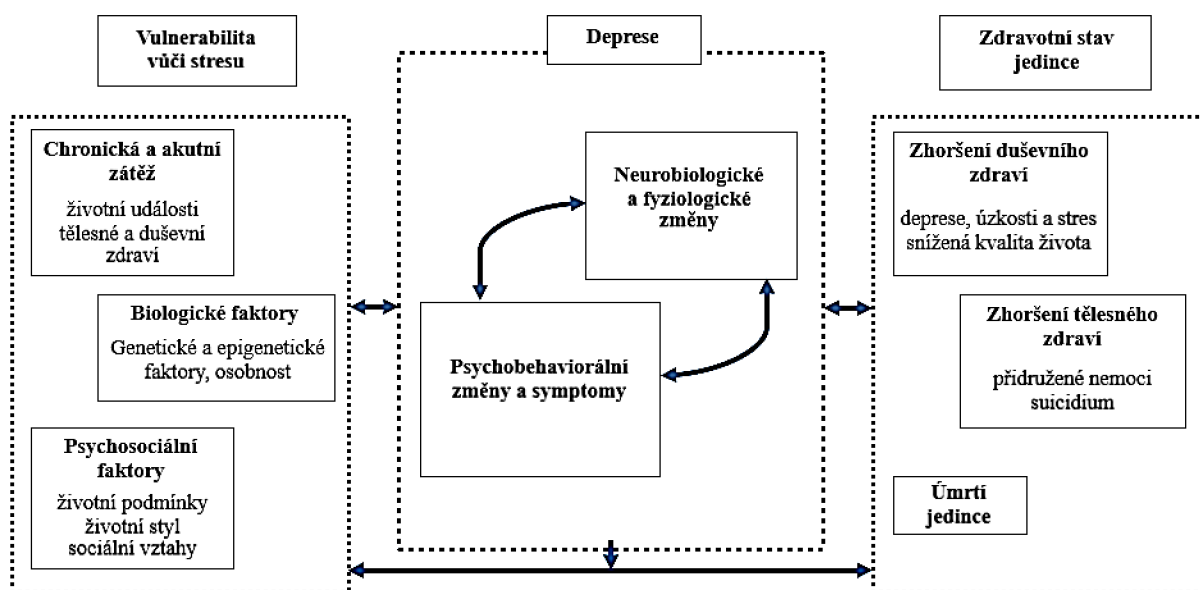
Rahn a Mahnkopf (2000) rozlišují čtyři kategorie faktorů podmiňujících vznik a vývoj deprese, a to faktory endogenní a reaktivní, somatické a vývojové. Endogenní faktory zahrnují genetické predispozice a konstituční predispozice, mezi které řadí nestabilitu neurotransmiterů či osobnostní charakteristiky. Mezi reaktivní faktory naopak patří akutní ztráty, traumata a životní krize, chronické konflikty a silné upnutí na úzkou skupinu lidí. Somatické faktory zahrnují aktuální, chronické i prodělané onemocnění, bolest a depresogenní látky, vývojové faktory čítají výchovný styl rodičů, duševní poruchy v rodině, poruchy osobnosti a kognitivního vývoje či komplexy a nezpracované ztráty a traumata (Rahn & Mahnkopf, 2000).

U jiných autorů se setkáme s alternativní verzí modelu vulnerability, a to s teorií vulnerability vůči stresu a depresi. Stres v tomto případě figuruje coby mezičlánek mezi působícími faktory a depresí (Carnevali et al., 2018). Stres je reakcí organismu na zátěž, se kterou se setkáváme v náročných situacích našeho života. Mezi taková období patří situace neznámé, neovlivnitelné, nepředvídatelné nebo situace, kdy se v našem okolí vyskytne mnoho změn a výzev. Naše tělo reflexivně vyvolá fyziologickou reakci, po níž následuje i reakce psychická. Pokud jde o pozitivní zátěž, kterou chápeme jako výzvu a která zvyšuje naši efektivitu, hovoříme o eustresu. Distres je naopak stavem nadměrného zatížení až přetížení organismu, kdy ztrácíme schopnost adaptovat se na danou situaci. Jde o negativní zátěž (Vágnerová, 2004).

Dlouhodobé působení intenzivního distresu tedy může vést ke vzniku a rozvoji depresí (Kinser & Lyon, 2014). Model vulnerability je graficky zobrazen níže v Obrázku 1.

Obrázek 1

Model vulnerability (Kinser & Lyon, 2014)



2.4.2 Biologické faktory

Jedním z rizik pro rozvoj depresí je jejich výskyt v rodinné anamnéze, respektive u pokrevných příbuzných. U příbuzných prvního stupně, tedy u rodičů, sourozenců a dětí, kteří sdílí s jedincem přibližně 50% genetické informace, je dané riziko dvojnásobné až trojnásobné (Češková & Příkryl, 2013). Na základě studií dvojčat se dědičnost depresí odhaduje na 30 až 40% (Howard et al., 2019). V rámci molekulárně-genetických studií bylo zjištěno, že heritabilita depresí není podmíněna přítomností jednoho konkrétního genu či kombinace genů (Curtis, 2021), nýbrž polygeneticky (Howard et al., 2019). Genetická náchylnost k depresi v kombinaci s dalšími faktory, které si popíšeme níže, mohou vést ke vzniku a vývoji deprese u jedince. Geneticky jsou podmíněny také emoční dysregulace a maladaptivní reakce na stres čili copingové strategie (Gotlib et al., 2013), neurotransmise, míra neuroplasticity mozku, buněčný metabolismus neuronů a další vlastnosti mozku (Calabrò et al., 2018).

Biochemické faktory ovlivňují chemické a fyziologické procesy v mozku, narušují vnitřní rovnováhu a fungování mozku, a tak i těla a psychiky organismu. V souvislosti s náhodným objevem antidepresiv, která si představíme v druhé části bakalářské práce, byla vytvořena monoaminová hypotéza deprese. Vědcům se totiž podařilo vytvořit léčivo, u kterého až později zjistili, že může být využito v psychiatrii v boji s depresemi. Účinná látka léčiva působí na metabolismus monoaminových neurotransmiterů, zvyšuje počet jejich prekurzorů, ovlivňuje aktivitu membránových přenašečů a postsynaptických receptorů (Fitzgerald, 2013).

Monoaminová hypotéza, jež byla vyslovena ve 20. století, tak nahradila Hypokratovu teorii o černé žluči, jež vyvolává melancholii. Podle ní je deprese způsobena snížením hladiny monoaminových neurotransmiterů v mozku, tedy nízkomolekulárních látek podílejících se na přenosu informace mezi neurony. V případě depresí se uvádí zejména nedostatek serotoninu, dopaminu a noradrenalinu (Fitzgerald, 2013). Serotonin (5-hydroxytryptamin, zkráceně 5-HT), respektive jeho nedostatek, je spojován s emoční regulací, iritabilitou, hostilitou, impulzivitou, úzkostí, agitovaností a suicidiem. Dopamin (DA) je spojován se systémem odměn a pozorností, jeho úbytek vyvolává pokles nálady, motivace a zájmu, redukci apetitu a narušení sexuálního života. Noradrenalin (NA), označovaný také jako norepinefrin (NE), odpovídá za aktivaci organismu, jeho snížená hladina je příčinou únavy, apatie a anhedonie, nevykonnosti, narušením iniciativy a soustředění (Češková, 2005). Někteří odborníci tuto hypotézu zcela odmítají či vyvracejí, jelikož prozatím nebyla jednoznačně prokázána. Obecně však můžeme říci, že vztah mezi nedostatkem neurotransmiterů a depresemi, pokud vůbec existuje, není zřejmě tak významný, jak se dříve předpokládalo (Fitzgerald, 2013).

Kromě metabolismu monoaminových neurotransmiterů je při depresi narušeno také fungování neurotransmiterů na bázi aminokyselin, tedy glutamátu a GABA. Glutamát, respektive konjugovaná báze kyseliny L-glutamové, je hlavní excitační nervový přenašeč v centrální nervové soustavě. Celý proces přenosu a zpracování informace v mozku je založen právě na rychlé excitační glutamátergní transmissi. Neuromediátor GABA čili kyselina γ -aminomáselná naopak zodpovídá za inhibici nervových vzruchů. Dysfunkce těchto systémů vede k funkčním změnám v oblasti hipokampu a mozkové kůry, a tím i k redukci přesnosti, celkové výkonnosti a kvality přenosu a zpracování informací v mozku (Duman et al., 2019).

Na výraznou psychosociální zátěž reaguje náš organismus po tělesné i psychické stránce. Biologická a fyziologická složka stresu je zprostředkována osou hypothalamus-hypofýza-nadledviny (HPA). Intenzivní, dlouhodobý až chronický stres vyvolává nadměrnou aktivaci osy HPA, a tak i nadměrné produkci kortizolu. Kortizol je tělu vlastní a v běžné situaci neškodný, při dlouhodobé sekreci má však neurotoxický účinek. Dochází k redukci objemu a poškození mozku, zejména v oblasti hipokampu, amygdaly a prefrontální mozkové kůry, a k narušení spojení mezi uvedenými strukturami, což je příčinou narušení kognice, paměti, emoční regulace i exekutivních funkcí (Ju et al., 2020). Při působení stresogenních činitelů se navíc v příslušných oblastech mozku uvolňuje oxytocin, neuropeptid syntetizovaný v hypothalamu, který moduluje reakci organismu na stres. Jeho nedostatek, vyvolaný nadměrnou aktivitou HPA osy (Sanwald et al., 2020), způsobuje narušení dopaminergních drah (Li et al., 2020).

Nadměrná aktivace HPA osy vyvolává chronické protizánětlivé procesy. Zvýšená hladina cytokininů a nadměrná aktivace imunitního systému má vliv na strukturu mozku a hladinu monoaminových neurotransmiterů v mozku. Imunitní reakce souvisí také s aktivací mikroglíí, drobných buněk nervové tkáně, které se podílejí na obranyschopnosti mozku. V případě depresí ale mikroglie nabývají patologický charakter a ničí neurony coby domnělou cizí a potenciálně nebezpečnou tkáň (Rosenblat et al., 2014). Protizánětlivé procesy stimulují produkci glutamátu a NMDA v amygdale, což vyvolává strach, úzkosti a tělesné bolesti. U depresivních pacientů je také pozorována snížená hladina proteinu BDNF, z anglického brain-derived neurotrophical factor překládaného coby mozkový neurotrofický faktor. Zajišťuje růst, údržbu a přežití neuronů. Snížení hladiny BDNF a jeho prekurzoru vede k narušení funkce hipokampu, mozkové kůry, limbického systému a bazálních ganglií, a tím ke snížení neuroplasticity mozku, zhoršení paměti a schopnosti učení, uvažování a zpracování emocí (Kojima et al., 2019). Snížení hladiny BDNF je vyvoláno dysfunkcí oligodendroglíí, tedy neurogliových buněk, které stojí za výživou a metabolismem nervových buněk. Dochází mimo jiné k demyelinizaci axonů, snížení rychlosti přenosu informace neurony a možné neurodegeneraci (Boda, 2019).

Mechanismus vývoje deprese je natolik složitý, že se jej celá odborná veřejnost snaží poskládat jako kousky skládačky, tedy z dílčích poznatků. U lidí s depresemi je například sledována zvýšená hladina homocysteinu, aminokyseliny ovlivňující hladinu neurotransmiterů a funkci neuronů, nebo naopak nedostatek kyseliny listové a vitamínu B12 (Enko et al., 2018).

V současné době se hovoří zejména o teorii mikrobiomu a osy GBA (gut-brain axis), tedy vztahu mezi funkcí střev a mozku. Mikrobiomem označujeme soubor bilionů bakterií, virů, plísní a dalších mikroorganismů vyskytujících se v našem těle a na jeho povrchu. Nejvíce je jich v zažívacím traktu, tento soubor nazýváme střevním mikrobiomem či střevní mikroflórou. Ačkoliv jsou mikroby tělu nepůvodní, žijí v našem organismu v symbiotickém stavu a přináší nám mnoho benefitů. Zajišťují správný chod našeho zažívání, mají ale také vliv na psychomotoriku, chování a kognitivní funkce. Bakterie umožňují syntézu neuropřenašečů, zejména GABA, DA, 5-HT a NA. Hrají důležitou roli v našem metabolismu, neuroimunitních a neuroendokrinních procesech, ovlivňují funkci HPA osy a mají vliv na redukci BDNF. Narušení střevního mikrobiomu tak můžeme vztáhnout k většině výše zmíněných etiopatologických faktorů deprese, zhoršuje naše zdraví i well-being. Ovlivňuje též sekreci melatoninu, hormonu spánku, jež řídí cirkadiánní rytmy a kvalitu spánku. Strukturu a objem mikrobiomu mohou negativně ovlivnit naše stravovací návyky, životní styl, nedostatek pohybu, hygienické návyky, intenzivní stres či nadměrné užívání antibiotik (Pal & Barik, 2020).

2.4.3 Psychosociální faktory

Mezi psychosociální faktory interagující s biologickými predispozicemi můžeme zahrnout osobnost jedince, vliv učení a získaných zkušeností, aktuální životní situaci (Vágnerová, 2004).

V souvislosti s depresemi se někdy používá termínu depressive personality, tedy depresivní osobnost. Tento koncept není zcela přesně definován, a proto se jeho definice napříč odbornou literaturou může lišit. V rámci předkládané práce budeme pojem depresivní osobnost užívat pro označení souboru rysů osobnosti, jež často vykazují depresivní jedinci (Campos, 2013).

Mezi rysy depresivní osobnosti bychom mohli zařadit tyto vlastnosti: pochmurnost, neveselost, pesimismus, introverze, pasivita, redukce asertivity, lítost, skleslost, napjatost, sklon k obavám a úzkostnosti, nízké sebevědomí, náročnost na vlastní výkon, zvýšená sebekritika a sklon k nadměrné kritice ostatních (Klein et al., 2010).

Deprese osobnost člověka nemění, rysy osobnosti depresivního jedince jsou v průběhu remise stejné jako před první depresivní epizodou (Shea et al., 1996). Rysy osobnosti jsou člověku vlastní a jsou relativně perzistentní v čase, v případě afektivních poruch mohou naopak sloužit spíše jako predispozice ke vzniku a vývoji deprese (Orth et al., 2016). Takový vztah byl nalezen mezi depresí a sníženým sebevědomím, sebehodnocením a sebeúctou, ty představují rizikové faktory pro rozvoj depresivní poruchy (Orth & Robins, 2013). Z rysů pětifaktorového modelu osobnosti Big five byla nalezena negativní korelace mezi extravertí a depresivitou, pozitivní korelace byla zjištěna mezi neuroticismem a depresivní náladou, pocity beznaděje a suicidálním myšlením (Chioqueta & Stiles, 2005). Vliv těchto rysů na zvýšení depresivity jedince je přímý, ale i nepřímý, osobnost jedince ovlivňuje míru pocíťovaného stresu, který následně vyvolává a posiluje depresivní symptomy (Kim et al., 2016).

Právě narušené sebepojetí je jedním ze stěžejních znaků depresivní osobnosti (Orth & Robins, 2013). Nemocní mají výrazně snížené sebevědomí a sebeúctu (Montesano et al., 2017), nižší míru vnímanou vlastní účinnost, tedy self-efficacy (Soysa & Wilcomb, 2015), a celkově výrazně narušené sebehodnocení (Sokol & Serper, 2017). Zmíněný zásah do self-esteemu je daný také zvýšenou, nepřiměřenou sebekritikou (Campos et al., 2013), sklonem k perfekcionismu a nedostatkem soucitu se sebou samým, tedy self-compassion (Ehret et al., 2015). Diskrepance mezi jejich současným já a ideálním já, která je produktem přísné kritiky sebe sama, sebeobviňování je zdrojem značného distresu a negativních emocí (Mason et al., 2019), které může ústít až ve znechucení vlastní osobou či sebenenávist, a tak má negativní vliv na duševní zdraví jedince (Ypsilanti et al., 2019).

Důležitým konceptem je self-compassion, který můžeme definovat jako soucit s vlastní osobou a naším konáním, laskavost k sobě, pochopení a odpuštění našich chyb, nedostatků a selhání, která jsou nezbytnou součástí našeho života (Ehret et al., 2015).

Jeho komponentem je totiž i izolace jedince od zbytku světa; jedinec si uvědomuje okolní svět, ale domnívá se, že do něj nepatří. Jeho trápení a problémy jej odlišují od okolního světa, do kterého tudíž nezapadá (Soysa & Wilcomb, 2015) a cítí se osaměle (Ypsilanti et al., 2019). Pocit odtržení od společnosti vyvolává reakce směřující k ochraně a zachování sebe sama, společnost vnímána jako nebezpečné až nepřátelské prostředí. Osamělý jedinec má proto sklon k pesimismu, nedůvěře, úzkostnosti a zaujímá ke světu negativní až hostilní postoj, což je zároveň zdrojem narušení sociálních vztahů (Matthews et al., 2016).

Dlouhodobá psychosociální zátěž představuje rizikový faktor pro vznik depresivní poruchy. Aktuálně působící stres, negativní a náročné situace můžeme označit za vyvolávací podněty, které jsou příčinou geneze deprese a prodlužují její trvání (Vágnerová, 2004). Pozitivní životní události naopak pomáhají jedinci udržovat a prodlužovat stav remise (Spinhoven et al., 2011).

Mezi významné negativní životní události patří neodmyslitelně velké životní ztráty, jež jsou zdrojem intenzivního žalu a zármutku. Ten samozřejmě není patologický, na smrt milovaného člověka je smutek zcela normální a adekvátní situace, postupem času se však musíme naučit s onou ztrátou žít a vrátit se k běžnému fungování ve světě, ve kterém blízká osoba již nežije, a obnovit sociální vazby. V některých případech se však jedinec není schopen se ztrátou smířit a přijmout ji, k čemuž dochází zejména při násilné smrti milovaného, vraždě, sebevraždě, potratu, nehodách či přírodních katastrofách. Pozůstalý se neustále vrací k možným scénářům, kterými by bylo možné situaci zvrátit nebo jí předejít, kdyby jednal jinak, obviňuje se, má pocit nespravedlnosti. Maladaptivní myšlení a chování může vést k depresi (Simon et al., 2019).

Negativní životní události spojené s vývojem depresí zahrnují zažití znásilnění, pohlavního zneužití, sexuálního obtěžování či jiné formy sexuálně motivovaného trestného činu, stejně jako vystavení fyzickému násilí (Chaplin et al., 2021), psychologickému zneužívání či citovému týrání (Cao et al., 2021). Prožití války, přírodních katastrof a dalších katastrofických událostí poznamená jedince na celý život a je dalších z významných zdrojů stresu a psychického traumatu (Atazadeh et al., 2019). Mezi negativní psychosociální faktory patří také nepříznivé výchovné styly rodičů, negativní rodinné klima, vyznačující se konflikty, odmítnutím či nadměrnou kontrolou (Shute et al., 2019), prožití šikany a kyberšikany (Myklestad & Straiton, 2021), ztráta zaměstnání a mnoho dalších nepříjemných událostí (Riumallo-Herl et al., 2014).

Průběh deprese je charakterizován učením a přejímáním maladaptivních, depresivních vzorců chování, myšlení, emocí a postojů, ztrátou schopnosti adekvátně reagovat na aktuální situaci a inhibicí jednání, což uzavírá bludný kruh depresí (Gómez-Odrizola & Calvete, 2020).

2.4.4 Komorbidita u depresivních poruch

Deprese však mohou mít původ i v somatickém onemocnění či jiné duševní poruše, doprovázejí úzkostné poruchy, poruchy osobnosti i závislosti na návykových látkách. Přidružují se druhotně k dalším onemocněním, často doprovází onkologická či kardiovaskulární onemocnění, neurologické poruchy a neurodegenerativní onemocnění, zánětlivá onemocnění i poruchy metabolismu. V rámci komorbidity působí nadbytečnou psychosociální zátěž v rámci primárního onemocnění a znesnadňují postup léčby (Gold et al., 2020). Deprese mají negativní vliv na duševní i tělesné zdraví (Liu et al., 2020) a tvoří jedno z významných rizik pro rozvoj dalších zdravotních obtíží, například kardiovaskulárních onemocnění (Seligman & Nemeroff, 2015), onkologických onemocnění, demence, diabetu či epilepsie (Lang & Borgwardt, 2013).

2.5 Klinický obraz depresivních poruch

Zde se budeme věnovat studiu projevů depresivních poruch. Popis depresivního syndromu, tedy symptomů deprese, je důležitý nejen pro jeho diagnostikování, ale také pro prevenci a léčbu.

Symptodem rozumíme příznak, známku či projev nemoci či poruchy. Jde o vnější projev nebo průvodní jev daného zdravotního stavu, tělesných i duševních jevů, dějů a procesů. Na základě analýzy symptomů je možné stanovit diagnózu, identifikovat danou nemoc. Rozlišujeme symptomy specifické a nespecifické, objektivní a subjektivní. Specifický symptom je typický, charakteristický pro danou nemoc a nevyskytuje se u jiné nemoci či poruchy. Nespecifické symptomy se naopak vyskytují v různé míře u řady psychických poruch. Objektivní příznaky můžeme pozorovat, měřit či zobrazovat při vyšetření pacienta, což u příznaků subjektivních není možné, zde se musíme spolehnout na pravdivost a nezkreslenost informací, které nám pacient poskytne při rozhovoru (Praško et al., 2011).

Syndrom můžeme definovat jako „typické seskupení příznaků v klinickém obraze poruchy“ (Praško et al., 2011, p. 55). Jde tedy o soubor symptomů, jejichž kombinace je charakteristická pro daný zdravotní stav, ačkoliv intenzita symptomů je proměnlivá a vlastní konkrétnímu pacientovi či klientovi (Martin, 2015). V případě depresí můžeme mluvit právě o depresivním syndromu, jde o komplexní onemocnění, které navzdory tomu, že patří mezi poruchy nálady, nepostihuje pouze emoční stav jedince (Gotlib & Hammen, 2015).

Depresivní symptomy lze rozdělit na projevy ovlivňující emoční prožívání nemocného, jeho kognitivní funkce, chování, autoregulační mechanismy, symptomy somatické a vegetativní.

2.5.1 Poruchy emočního prožívání

Emoce tvoří jednu z hlavních složek psychických procesů. Na každého z nás neustále působí nespočet vnitřních i vnějších vlivů, prostředí kolem nás je dynamické, mění se, a náš organismus není uzavřený systém. Emoce ve formě psychických i fyziologických projevů ovlivňují naši reakci a umožňují subjektivní prožitek na tyto podněty. Zabarvení a intenzita emoce mají vliv na to, jak se adaptujeme na danou situaci, patří proto mezi řídicí a regulační mechanismy člověka (Praško et al., 2011). V případě afektivních poruch však emoce ztrácí svou orientační a adaptačně-regulační funkci, jelikož jejich intenzita, trvání a zabarvení není adekvátní prožívané situaci ani případné zátěži, je tedy narušena emoční seberegulace (Joormann & Stanton, 2016).

Hlavním projevem deprese je depresivní nálada, v jejímž popředí je smutek, skleslost, pesimismus, pocit prázdnoty, bezmoci, bezútěšnosti a méněcennosti, výčitky a psychický útlum (Pemberton & Fuller-Tyszkiewicz, 2016). Pro podobný stav používáme také pojmu dysforie, rozlada (Hubbard et al., 2016).

Depresivní nálada znemožňuje člověku zažívat pozitivní prožitky, jejího nositele proto nic netěší. Neschopnost či sníženou schopnost pociťovat štěstí a radost označujeme jako anhedonie či anhedonická nálada (Ho & Sommers, 2013). Stagnace emotivity v negativní polaritě a ztráta možnosti prožít jakékoliv potěšení souvisí se ztrátou zájmu o každodenní činnosti, vnímaná únava životem může vést i k suicidálním myšlenkám (Winer et al., 2014). Odborníci uvádí, že pojetí anhedonie coby nálady není zcela přesné. Podle současných neurovědních výzkumů je v této konceptualizaci opomenuta motivační složka anhedonie, kterou definují nejen neschopností prožívat pocit štěstí a radosti, nýbrž i aktivační a autoregulační procesy vedoucí k dosažení cíle, odměny, podnětu, z něhož bychom radost mít měli. Obě složky anhedonie jsou totiž závislé na tvorbě a distribuci dopaminu, jednoho z hormonů štěstí, respektive na hypofunkci dopaminergních drah (Treadway & Zald, 2010). S tím úzce souvisí apatická nálada, jejíž příčinou je také dopaminergní dysfunkce. Apatie má, stejně jako anhedonie, svou emoční, kognitivní a behaviorální komponentu a souvisí s motivací a zájmem (Chong, 2018). Vyznačuje se nezájmem o prožívanou situaci, lhostejností, sníženou schopností emočního prožívání, celková vyhaslost je vyvolána útlumem fyzické i psychické aktivity (Husain & Roiser, 2018).

Emoční dysregulace zhoršuje také schopnost rozeznávání emocí druhých a snižuje empatii (Kupferberg et al., 2016).

Mezi další emoční prožitky depresí patří pocit bezradnosti a bezmocnosti (Liu et al., 2015), beznaděje (Ribeiro et al., 2018), pocit méněcennosti, zbytečnosti až bezcennosti (McKenzie et al., 2010), neschopnosti, nedostatečnosti či nekompetence (Wellen, 2010). Wellen (2010) pro tyto symptomy užívá pojmu demoralizace, respektive v anglickém jazyce výrazu demoralization. Hloubka a intenzita takových emocí je při depresích velmi výrazná, zoufalství, vina a strach ovlivňují celkový psychický stav člověka a zastiňují veškeré další emoční prožívání (Ratcliffe, 2010). Depresivní jedinci mají díky tomu nižší schopnost emočně reagovat na vnější události, pro tento fenomén užíváme pojem emoční oploštělost či emoční strnulost (Nelson et al., 2020).

Depresivní poruchy často doprovází i pocit strachu, neklidu, ohrožení a obavy z budoucnosti bez zjevné příčiny. Uvedené prožitky charakterizují úzkostnou náladu, v některých případech je přidružena i samotná úzkostná porucha (Eysenck & Fajkowska, 2018). Tento stav vnitřního napětí až roztěkanosti, jež ovlivňuje kognitivní funkce i chování jedince (Kaiser et al., 2021), může vést k psychomotorické agitovanosti (Tundo et al., 2021), podrážděnosti a agresivitě (Jha et al., 2020).

V souvislosti s depresemi a dalšími duševními poruchami se v současné literatuře můžeme setkat s termínem health anxiety či illness anxiety, což bychom mohli přeložit jako zdravotní úzkost či úzkost spojená se zdravím, respektive úzkost z nemoci. Jde o koncept úzce související s pojmem hypochondrie, který označuje poruchu charakterizovanou klamnými přesvědčeními o vážnosti svého zdravotního stavu a přítomnosti závažného onemocnění navzdory všem lékařským důkazům, které takové informace vyvrací. Předmětem hypochondrických představ je tedy primárně současné, bezprostřední ohrožení, zatímco obavy spojené se zdravotní úzkostí pramení spíše v budoucím, potenciálním ohrožení zdraví jedince. Úzkost spojená se zdravím vzniká chybnou interpretací sensorického vjemu či změny zdravotního stavu, která je základem neadekvátního, katastrofického vyhodnocení pravděpodobnosti a závažnosti dané hrozby (Rachman, 2012).

Negativní naladění emocí a pesimismus, jež směřují spíše na současné a budoucí události (McKenzie et al., 2010), doplňuje výrazně negativní vztah k minulosti vyvolaný pocitem viny, strachem z kritiky či negativního hodnocení ze strany druhých (O'Connor et al., 2002), pocitem selhání, traumatem a přemítáním nad nepříjemnými vzpomínkami (Eysenck et al., 2006).

Emoční stav související se suicidálními myšlenkami či chováním se označuje jako psychache, což bychom mohli přeložit jako bolest duše, psychická bolest či bolest duševní. Jejího nositele stíhá zármutek, úzkost, rozrušení, pocit viny a ponížení, přičemž tyto prožitky jsou perzistentní v čase a natolik intenzivní, že jedinec hledá trvalý únik, vysvobození (Troister & Holden, 2013).

2.5.2 *Narušení kognitivních funkcí*

Jedním ze základních a stěžejních znaků deprese je psychomotorická retardace, tedy narušení mentální i tělesné aktivity jedince (Bennabi et al., 2013). V této podkapitole se budeme věnovat pouze změnám v kognici; vliv psychomotorické retardace na chování jedince je popsán v podkapitole „Změny v chování“.

Narušení kognitivních funkcí v rámci psychomotorické retardace se projevuje zejména inhibicí, respektive útlumem a zpomalením, duševní aktivity (Buyukdura et al., 2010). Jedinci v průběhu depresivních epizod vykazují nižší rychlost zpracování informací a myšlenkových pochodů (Nuño et al., 2021), narušena je přitom tzv. chladná kognice, tedy způsob vnímání a myšlení nezatížený výraznou emoční komponentou, i kognice horká, která je spojena s intenzivními emocemi jedince. V případě horké kognice byla u lidí trpících depresemi zjištěna snížená citlivost vůči motivu odměny a naopak výrazná negativní reakce na vidinu trestu (Gonda et al., 2015).

Pro depresi je typické černobílé, dichotomické myšlení s depresogenními myšlenkovými vzorci, jež se vyznačují sklonem k negativismu, katastrofickým myšlením a uvažováním typu „všechno nebo nic“ (Antoniou et al., 2017). Obdobný vzorec myšlení označujeme jako automatické negativní myšlení, jedinec generuje a přijímá negativní myšlenky bez jejich kritického zhodnocení, což vyvolává řadu negativních emocí popsaných v předchozí podkapitole (Ayhan & Budak, 2021). Depresivní jedinci jsou při hodnocení sebe sama a svých výkonů velmi přísní, perfekcionistačtí, což vyvolává a umocňuje automatické negativní myšlení a depresivní distres (Pirbaglou et al., 2013).

Pro mimovolní navracení negativních myšlenek je v cizojazyčné literatuře užíván pojem rumination, který bychom mohli doslova přeložit jako přežvýkování negativních myšlenek, používá se však i počeštěný výraz ruminace (Berman et al., 2011). Jde vlastně o dlouhodobé nekritické rozjímání nad negativními okolnostmi a problémy, jejich příčinami a následky, přičemž je zcela opomíjeno zaměření se na řešení vyvstalých problémů a odstranění stresoru (McLaughlin & Nolen-Hoeksema, 2011).

Je narušen vztah k minulosti a vzpomínkám na ni (Eysenck et al., 2006), současnému světu a událostem i budoucím perspektivám (Gotlib & Joormann, 2010), vztah k budoucnosti je spíše než očekáváním negativních událostí charakterizován absencí či redukcí schopnosti anticipace těch pozitivních (Bjärehed et al, 2010).

Kromě formy a obsahu myšlení je ovlivněn obsah smyslového vnímání (Canbeyli, 2010) i jeho rychlost (Huang et al., 2016), vnímání bolesti (Thompson et al., 2016) a subjektivní vnímání času (Thönes & Oberfeld, 2015). Je zhoršena pozornost i paměť (Payne & Schnapp, 2014). Krátkodobá paměť je narušena právě kvůli zhoršení pozornosti, příčinou zhoršení dlouhodobé paměti je oslabení schopnosti převedení informace z krátkodobé paměti do úložiště paměti dlouhodobé (Marazziti et al., 2010), což je připisováno poruše verbálního učení a paměti (Brondino et al., 2017). Bylo zjištěno také narušení epizodické a autobiografické paměti, jež se vyznačuje vtíravými negativními myšlenkami a vzpomínkami (Moulds & Krans, 2015), ovlivněním paměťových procesů na základě emočního prožívání, tedy efektem kongruence (Wittekind et al., 2014), a sklonem k nadměrné generalizaci autobiografické paměti, v cizojazyčné literatuře overgeneral memory (Söderlund et al., 2014). Overgeneral memory je označení pro fenomén, kdy si lidé vzpomínají spíše na obecné, běžné události než na specifické, osobní vzpomínky, které naopak opomíjejí (Williams & Dritschel, 1988).

Mezi další projevy patří porucha exekutivních funkcí (Cotrena et al., 2016), jež se projevuje zhoršením verbální fluence (Gohier et al., 2009) a poruchou pracovní paměti (Hubbard et al., 2016), zhoršenou schopností distribuce a tenacity pozornosti (Trivedi & Greer, 2014), snížením kognitivní flexibility, tedy zhoršenou schopností adaptace a reagování na okolní dynamické prostředí (Murphy et al., 2012), zhoršená schopnost plánování a usuzování, respektive vytváření logických úsudků (Rock et al., 2014), a rozhodování (Blanco et al., 2013).

Porucha emoční seberegulace, tedy schopnosti modulovat své emoční naladění ve vztahu k současné situaci, kterou jsme si představili v předchozí podkapitole, vzniká právě důsledkem narušení exekutivních funkcí (Joormann & Stanton, 2016). Depresivní jedinec ztrácí schopnost inhibice při zpracování negativně laděné informace, neumí ji kriticky hodnotit, a proto má sklon k ruminaci (Joorman & Gotlib, 2010). Zvýšená citlivost vůči negativním myšlenkám a prohloubená dlouhodobá paměť vůči negativním vzpomínkám nadále zhoršuje náladu jedince, vyvolává a prohlubuje dysforii, narušuje jeho kognitivní schopnosti, a tak se jedinec dostává do začarovaného kruhu depresí (Joormann, 2010). Zhoršená schopnost adaptace na prostředí, a tudíž i narušení běžného fungování jedince, je naopak vyvolaná poruchou emočního prožívání, zejména emoční oploštělostí a apatickou netečností vůči okolním vjemům (Nelson et al., 2020).

Mezi symptomy deprese, s nimiž jsou spojeny již zmíněné negativní emoční prožitky, nepříjemné vzpomínky na prožité trauma či jiné události, somatické obtíže i vzniklé problémy v osobním, pracovním i akademickém životě, patří i suicidální myšlenky neboli myšlenky sebevražedné (Sekowski et al., 2020).

U zvláště závažných forem deprese, které jsou klasifikovány jako těžká depresivní fáze, se mohou objevovat psychotické symptomy, mezi něž se řadí i halucinace a bludy (WHO, 2016). Halucinace patří mezi poruchy vnímání, jde o klamné vjemy, jež nevznikají působením skutečného podnětu, ale subjekt je o jejich reálnosti přesvědčen. Bludy jsou naopak kvalitativní poruchou myšlení, vychází z chybné úvahy či chorobného podkladu. Jde o mylné přesvědčení, kterému nemocný nezvratně věří a které má patický vliv na jeho prožívání a jednání (Vágnerová, 2004).

2.5.3 Narušení autoregulačních funkcí

Jedním ze stěžejních projevů depresivních poruch je narušení autoregulačních funkcí, tedy motivačních a volních procesů, což má bezprostřední vliv na každodenní život jedince.

Motivaci lze definovat jako „souhrn všech intrapsychických dynamických sil neboli motivů, které zpravidla aktivizují a organizují chování i prožívání s cílem změnit existující neuspokojivou situaci nebo dosáhnout něčeho pozitivního“ (Plháková, 2004, p. 319).

Deficit v motivačním systému, který je jedním ze symptomů deprese, úzce souvisí s výše představenými fenomény anhedonie a apatie. Depresi bychom mohli označit únavou životem či utrpením existencí. Depresivní člověk totiž postrádá smysl života, ztrácí radost ze všeho, co jej dříve naplňovalo a co jej těšilo. Nic ho neláká, ničeho netouží dosáhnout a o nic nemá zájem. Jeho systém hodnot a potřeb je zcela zbořen (Vágnerová, 2004).

Volní aktivita bezprostředně navazuje na motivaci. Na počátku volního jednání stojí motiv, respektive určitý podnět, impulz, potřeba či zájem. Vůle je schopnost jedince nezbytná pro realizaci cíle, jde totiž o schopnost rozhodnout se pro určitý cíl a vědomě, záměrně, cílevědomě jednat tak, abychom jej dosáhli (Praško et al., 2011). Úbytek vůle nazýváme hypobulie, její úplná absence se označuje jako abulie (Vágnerová, 2004). Inhibice volních procesů je následkem dysfunkce emoční regulace a exekutivních funkcí, zejména snížením schopnosti plánování, rozhodování, sebemonitorování, kontroly svého jednání a vytrvalosti (Krämer et al., 2014).

2.5.4 Změny v chování a vzhledu

Mezi hlavní projevy psychomotorické retardace v chování člověka patří celkový útlum aktivity a zpomalení psychomotorického tempa (Buyukdura et al., 2011). Pohyby jsou pomalejší (Lohr et al., 2013) a méně přesné (Mickevičienė et al., 2019). Chůze je pomalá a strnulá (Míchalak et al., 2009), držení těla ochablé se svěšenými rameny (Belvederi Murri et al., 2020). Mimika i gestikulace je ochuzena (Girard & Cohn, 2015), oční pohyby jsou pomalejší (Carvalho et al., 2015), charakteristický je unavený, asymetrický úsměv a redukce očního kontaktu (Fiquer et al., 2013).

Paralingvistické znaky řeči depresivních lidí zahrnují nižší hlasitost hlasu hraničící až se šeptáním, pomalost a monotónnost řeči, někdy se projevuje koktání až mutismus (Cummins et al., 2015). Spontánní řeč i předčítání se vyznačuje zhoršenou artikulací a dysfluencí, tedy narušením plynulosti řeči způsobeného váhavostí, delšími pauzami a větším množstvím chyb, přičemž depresivní jedinci se často k přerěknutí vrací a opravují se (Stasak et al., 2019). Změny v obsahu řeči čítají sklon k používání vět jednoduchých či nekomplikovaných větných celků, obrazných pojmenování, minulého času, trpného rodu či přechodníků. Popisný a vyprávěcí styl převažuje nad analytickým, věcným projevem. Psycholinguistický rozbor řeči odhalil rovněž sklon k užívání atypické větné skladby, zejména inverze (Smirnova et al., 2018).

Proměna fyzického vzhledu jedince, pokud je přítomna, směřuje spíše k negativním změnám. V takovém případě hovoříme o sebezanedbávání, respektive self-neglect, jež představuje závažný zdravotní i sociální problém. Jde o ztrátu schopnosti či vůle se starat o sebe, své tělo, vzhled a zdraví. Člověk systematicky zanedbává své zdraví, hygienu, stravu, životní podmínky a bydlení, finance, vztahy i další důležité součásti běžného života (Day et al., 2016).

Depresivní poruchy souvisí také s chováním ohrožujícím zdraví či rizikovým chováním, respektive se zvýšenou konzumací alkoholu a užíváním tabákových výrobků, vyšší mírou závislosti na psychoaktivních látkách a sklonem k rizikovému sexuálnímu chování (Asarnow et al., 2014).

Snížení aktivity jedince je v některých případech natolik rozsáhlé, že dochází k celkovému útlumu pohyblivosti až úplné strnulosti. Popsaný stav, který označujeme jako depresivní stupor, patří mezi katatonní poruchy a vyznačuje se absencí volní aktivity, jde ovšem o poruchu jednání (Østegaard et al., 2015). Stupor je často doprovázen mutismem, tj. neschopností komunikovat, či verbigerací, tedy automatizovaným, mechanickým opakováním stejných slov (Sienaert et al., 2011), výraznou inhibicí myšlení a zastřeným vědomím (Cuevas-Esteban et al., 2017).

Opakem je psychomotorická agitovanost, která se může u depresivních poruch taktéž objevit. Vyznačuje se nadměrnou fyzickou aktivitou, neurotickými pohyby rukou, chodidel či jiných částí těla, které odráží stav vnitřního napětí, neklidu a úzkosti (Judd et al., 2012).

Bez ohledu na osobnost nemocného dochází u depresivních jedinců k narušení mezilidských vztahů, sklonu k vyhýbání se sociálním kontaktům a izolování se (Fernández-Theoduloz et al., 2019). To je vyvolané společenskou anhedonií, citlivostí k odmítnutí či potrestání, vyhýbáním se soutěžení, zhoršenou schopností rozpoznání emocí druhých, empatie a spolupráce s druhými (Kupferberg et al., 2016). Narušení pracovního života je způsobené především neschopností docházet do zaměstnání a zameškáváním pracovní doby (O'Donnell et al., 2017), sníženou produktivitou a efektivitou práce (Woo et al., 2011). U studentů dochází ke zhoršení akademických výkonů (Owens et al., 2012), akademickému selhání či odchodu ze školy (Dupéré et al., 2018), což je obdobou ztráty zaměstnání u pracujících (Mandal et al., 2011). Zmíněné narušení sociálního, akademického, pracovního života a ztráta celkové adaptace na každodenní život, jež je vyvolané působením stresové situace, náročné situace nebo duševní poruchou, spadá pod přidruženou diagnózu porucha přizpůsobení neboli adjustment disorder (O'Donnell et al., 2019), jež v Mezinárodní klasifikaci nemocí MKN-10 nalezneme pod kódem F43.2 mezi neurotickými, stresovými a somatoformními poruchami (WHO, 2016).

Depresivní poruchy jsou jedním z rizikových faktorů pro vývoj suicidálního jednání, tedy vědomého a úmyslného chování s motivem ukončení vlastního života, a sebezničující chování (Knorr et al., 2016). Pro pojmenování fenoménu sebezničujícího chování (self-destructive behavior), je užíváno mnoho termínů, jakými jsou například sebepoškozování (self-harm), sebumutilace či automutilace (self-mutilation), sebezraňování (self-injury), a nově také již zmíněné rizikové chování (risk-taking). Všechny uvedené názvy však definují chování, které je vědomě a úmyslně zaměřeno na poškození vlastního zdraví bez následku smrti. Podobné chování je často podníceno prožitím traumatu, zneužívání a dalších negativních situací, které vedou k celkovému rozvrácení integrity jedince a vnějšímu vyjádření psychické bolesti a trápení (Gurung, 2018). Sebezničující chování, jež se objevuje již v dětství, kdy je často spojeno s prožitím šikany či kybernetické šikany, zahrnuje projevy jako bolestivé škrábání, řezání, pálení částí vlastního těla či vlastním zaviněním vyvolané údery a nárazy do těla jedince (Myklestad & Straiton, 2021).

Sebedestruktivní jednání může přejít i v suicidium. Tomu předchází suicidální myšlení, tj. přemýšlení o sebevraždě coby možnosti úniku současným problémům a pocíťovaného utrpení, rozvaha nad spácháním sebevraždy, a nakonec i plánování takového činu (Kaniuka et al, 2020).

Sebevražedné chování končí buď pokusem o sebevraždu či samotným suicidiem, tedy dokonanou sebevraždou, vědomým a úmyslným navozením vlastní smrti (Kaniuka et al., 2020). V Belgii a Nizozemsku je možné pro lidi s duševním onemocněním, a to včetně lidí trpících depresemi, podstoupit asistovanou sebevraždu, při které je nemocnému administrována smrtící látka, kterou si ovšem musí podat sám (Appelbaum, 2018).

2.5.5 Somatické a vegetativní symptomy

Zpomalené a utlumené fyziologické procesy se projevují narušením chuti k jídlu, libida, spánku i energie k pohybu (Silverstein et al., 2012). U většiny depresivních jedinců dochází ke snížení apetitu a redukci tělesné váhy, přibližně u třetiny dané populace naopak chuť k jídlu a tělesná váha stoupají (Simmons et al., 2020). V reakci na stres a emoční vypětí se mohou u nemocného vyvinout problematické až zdravotně závadné stravovací návyky (Konttinen et al., 2019), jakými je zavádění nezdravých diet, nadměrná konzumace přípravků na hubnutí a nepřiměřené množství fyzické aktivity (Gillen et al., 2012), přejídání (van Strien et al., 2016) či syndrom nočního jedení (Nolan & Geliebter, 2017). Může souviset i s poruchami příjmu potravy (Felton et al., 2010). Poruchy spánku čítají nespavost čili insomnií (Riemann et al., 2019), problémy s usínáním i častým samovolným probouzením (Medina et al., 2014), sníženou kvalitou spánku, ospalostí v průběhu dne či nadměrnou spavostí neboli hypersomnií (Murphy & Peterson, 2015). Změny v sexuálním životě jedince jsou charakterizovány snížením sexuální touhy čili libida (Lourenço et al., 2011), přítomností sexuálních dysfunkcí (Atlantis & Sullivan, 2012), averzí k sexuálnímu styku (Fabre & Smith, 2012), redukcí sexuálního vzrušení, míry uspokojení, a tak i ztrátou schopnosti dosažení orgasmu (Carcedo et al., 2020).

Mezi další somatické příznaky depresivních poruch patří zvýšená únava, vyčerpání a slabost po fyzické a psychické stránce. V případě dlouhodobého a zvláště závažného projevu popsanych symptomů hovoříme o chronickém únavovém syndromu, respektive chronic fatigue syndrome (Stadje et al., 2016).

Depresivní stavy doprovází také bolesti hlavy, bolesti břicha, zad, šíje, svalů a končetin, dýchací obtíže, pocit sevření a bolesti na hrudníku, palpitace neboli bušení srdce, zažívací obtíže, závratě, nevolnosti, malátnost, zastření či krátkodobá ztráta vědomí, suchý pot nebo samovolné pocení, syndrom suchého oka, sucho v ústech, svědění a alergické projevy (Bekhuis, 2015).

2.6 Druhy a formy depresivních poruch

Depresivní poruchy jsou souborem duševních poruch, jejichž konceptualizace prochází v poslední značným vývojem. Ve 20. století dominoval pojetí klasifikace depresivních i jiných duševních poruch přístup kategorizační, bylo upřednostňováno rozlišování depresivních poruch do různých kategorií, skupin, na základě stejných a rozdílných znaků. Zmíněná klasifikace je základem klasifikačních systémů, jakými jsou Mezinárodní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů MKN-10 Světové zdravotnické organizace či Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch DSM-5 Americké psychiatrické společnosti. Ačkoliv je tento systém relevantní a stále užíván, v současné literatuře je kategorizace duševních onemocnění považována za přežitek, a proto je postoupena revizi. Je uplatňován spíše přístup dimenzionální, který pojímá duševní poruchy plastičtěji coby spektrum, na kterém se diagnóza pohybuje na základě intenzity a zastoupení specifických a nespecifických symptomů. Odráží tak rozmanitost a strukturu duševního zdraví populace, které přechází od zdravé populace přes subsyndromální čili subklinickou skupinu obyvatel až k populaci lidí trpících duševními poruchami různé intenzity a projevů (Ayuso-Mateos et al., 2010). Oba uvedené systémy proto postupně reflektují tento paradigmatický posun z klasifikačního přístupu založeného na identifikaci symptomů na systém dimenzionální, který se soustředí více na etiologii duševní poruchy (Park & Kim, 2021). Mezinárodní klasifikace nemocí, která je primárním systémem užívaným na našem území (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2017), tuto změnu podstoupí ve své jedenácté revizi, jež by měla vejít v platnost k 1. 1. 2022 (Gaebel et al., 2020). V rámci této bakalářské práce si však představíme stávající klasifikaci afektivních poruch se zaměřením na depresivní poruchy dle aktuálního znění MKN-10, které je graficky znázorněno níže v Tabulce 1.

V rámci nozologie depresí musíme nejdříve vymezit tři základní pojmy. Prvním je depresivní nálada, která, jak jsme si již vysvětlili, je symptomem depresivních poruch, ale není výlučně patologickým znakem. Druhým termínem je depresivní porucha, diagnostická a klasifikační jednotka. Třetí koncept, depresivní syndrom, leží mezi prvními dvěma. Jde o soubor depresivních symptomů, který ale nemusí být nutně vázaný na klasifikační systémy (Otte et al., 2016).

V širším pojetí tak můžeme depresivní poruchou označit soubor duševních poruch, jejichž symptomatologie zahrnuje depresivní fázi čili epizodu depresivních projevů (Suchting et al., 2021). Depresivní stavy totiž nejsou výhradou unipolárních depresivních poruch. Charakteristikou bipolární afektivní poruchy je právě střídání depresivních fází s epizodami manickými či smíšenými (WHO, 2016).

Trvalé poruchy nálady, mezi které řadíme cyklotymii a dystymii, se rovněž vyznačují depresivními náladami, i když jejich intenzita je relativně mírná. Cyklotymie je poruchou perzistentního narušení nálady, při kterém se střídají epizody depresí či lehkých mánií, které však nejsou natolik intenzivní nebo dlouhotrvající, aby splňovaly diagnostická kritéria bipolární afektivní poruchy. Dystymie je poruchou trvalého, chronického zhoršení nálady s depresivními prvky, které však nedosahují intenzity a trvání pravé depresivní epizody (WHO, 2016).

V klasifikačním systému MKN-10 jsou v rámci afektivních poruch rozeznávány dva diagnostické celky depresivních poruch. Prvním je depresivní fáze, tedy první depresivní epizoda zažitá pacientem, respektive první, jež je odborně diagnostikována. Druhý celek je periodická čili rekurentní depresivní porucha, tak označujeme opakující se, navracenou depresi. Druhá a každá další depresivní fáze diagnózu periodické depresivní poruchy nemění, pouze se popisuje závažnost současné epizody (viz Tabulka 1). Pokud by se u nemocného objevila manická fáze, tedy epizoda zvýšené nálady a energie, pak by měla být diagnóza změněna na bipolární afektivní poruchu (WHO, 2016). Návrat deprese v době remise, tedy v době po odeznění depresivních symptomů, se označuje jako relaps. V případě propuknutí depresivní fáze po úplném vyléčení, respektive po uplynutí 12 měsíců remise, hovoříme o rekurenci (Wojnarowski et al., 2019). Podle předpokladů Americké psychologické společnosti APA dochází ke znovuvypuknutí depresí u alespoň 60% nemocných, kteří prodělali jedinou depresivní fázi. V případě periodické depresivní poruchy je toto riziko 70% po prodělání druhé depresivní fáze, při dalších epizodách dokonce 90% (Richards & Perri, 2010).

V závislosti na počtu a intenzitě symptomů rozlišuje Světová zdravotnická organizace depresivní epizody či fáze na lehké, středně těžké a těžké. Při lehké depresivní epizodě je postižený schopen zvládat běžné denní aktivity, středně těžká forma je charakterizována právě výrazným narušením každodenního života a aktivit. Těžká depresivní fáze závažně narušuje život postiženého, intenzivní pocity beznaděje zvyšují četnost suicidálních myšlenek i pokusů. V krajních případech může být těžká depresivní fáze doprovázena psychotickými symptomy, tj. halucinacemi a bludy, výraznou psychomotorickou retardací či depresivním stuporem. Tento typ deprese se označuje také jako deprese psychotická (WHO, 2016).

Tabulka 1

Klasifikace depresivních a bipolárně afektivních poruch podle MKN-10 (WHO, 2016)

F31	Bipolární afektivní porucha	
	F31.0	... současná fáze je hypomanická

	F31.1	... současná fáze manická bez psychotických symptomů
	F31.2	... současná fáze manická s psychotickými symptomy
	F31.3	... současná fáze lehké nebo středně těžké deprese
	F31.4	... současná fáze těžké deprese bez psychotických symptomů
	F31.5	... současná fáze těžké deprese s psychotickými symptomy
	F31.6	... současná fáze smíšená
	F31.7	... v současné době v remisi
	F31.8	Jiné bipolární afektivní poruchy
	F31.9	Nespecifická bipolární afektivní porucha
F32	Depresivní fáze	
	F32.0	Lehká depresivní fáze
	F32.1	Středně těžká depresivní fáze
	F32.2	Těžká depresivní fáze bez psychotických symptomů
	F32.3	Těžká depresivní fáze s psychotickými symptomy
	F32.8	Jiné depresivní fáze
	F32.9	Nespecifická depresivní fáze
F33	Periodická depresivní porucha	
	F33.0	... současná fáze je lehká
	F33.1	... současná fáze je středně těžká
	F33.2	... současná fáze je těžká, ale bez psychotických symptomů
	F33.3	... současná fáze je těžká s psychotickými symptomy
	F33.4	... v současné době v remisi
	F33.8	Jiné periodické depresivní poruchy
	F33.9	Nespecifická periodická depresivní poruchy
F34	Perzistentní afektivní poruchy (poruchy nálady)	
	F34.0	Cyklotymie
	F34.1	Dystymie
	F34.8	Jiné perzistentní afektivní poruchy
	F34.9	Nespecifická perzistentní afektivní porucha

Poznámka. V tabulce není uveden celý výčet afektivních poruch, s ohledem na stanovené téma byla opomenuta manická fáze (F30), jiné afektivní poruchy (F38) a neurčená afektivní porucha (F39).

Americká psychiatrická asociace používá v rámci DSM-5 termín major depression, který zahrnuje depresivní fázi a rekurentní depresivní poruchu (American Psychiatric Association, 2013). V češtině používáme termín klinická deprese. V MKN-10 má však termín major depression rozdílný význam, označuje se jím typ zvlášť závažné depresivní fáze (WHO, 2016).

Z hlediska etiopatogeneze se rozlišují tři základní druhy depresivních poruch. Prvním je deprese endogenní, jež se označuje také jako deprese biologická či vitální (Semple & Smyth, 2019) či melancholická deprese (Mizushima et al., 2013). Tento typ deprese vzniká narušením biochemického prostředí mozku, má biologický a genetický základ, a proto je víceméně nezávislý na působení stresu a okolního prostředí (Malki et al., 2013). Druhým typem je deprese psychogenní, která se skrývá i pod názvy reaktivní deprese, depresivní reakce, situační deprese či exogenní deprese. Vzniká v reakci na prožitý stres, vypjaté a náročné životní situace, jakými může být prožití traumatických situací, ztráta blízkého člověka, pohlavní zneužití či nepříznivá, hostilní rodinná atmosféra (Showraki, 2019). Posledním typem je deprese somatogenní, symptomatická či sekundární (Vágnerová, 2004). Tak nazýváme depresivní poruchu, která se přidružuje k jinému, primárnímu onemocnění (American Psychiatric Association, 2013).

V současné době se uplatňuje zejména přístup unitaristický, na depresivní poruchy je pohlíženo jako na celek, existuje tedy jediný typ deprese, který se u jednotlivců liší pouze ve své intenzitě. Nahradil konceptualizaci duševních poruch minulého století, jež se snažila definovat a striktně oddělit druhy depresivních poruch na základě jejich vzniku a projevu (Mizushima et al., 2013). Studie ukazují, že i psychogenní čili reaktivní deprese má svůj biologicko-genetický základ a vznik endogenní deprese je ovlivněn působením stresové situace, která aktivuje genetické predispozice pro vývoj depresivní poruchy. Potvrzují tak multidimenzionální model depresivních poruch. V mainstreamových médiích, populárně-naučné literatuře i odborné praxi se nicméně s tímto rozdělením stále setkáme (Malki et al., 2014).

Depresivní poruchy můžeme rozdělit také podle jejich charakteristického projevu, a to na depresi útlumovou, agitovanou, larvovanou čili maskovanou depresi a depresi atypickou.

Depresivní poruchu, která se vyznačuje psychomotorickou inhibicí, již jsme si představili v předchozí kapitole, nazýváme útlumovou depresí. Agitovaná, neurotická či úzkostná deprese je charakterizována vnitřním neklidem, úzkostností, psychomotorickou agitovaností, tedy zvýšením tělesné i mentální aktivity. Depresivní nálady však přetrvávají (Peitl et al., 2011). Larvovaná deprese je označením pro druh deprese, při němž jsou v popředí tělesné obtíže a symptomy, které zcela maskují psychický prožitek depresivních poruch (Fresán et al., 2021).

Na odlišnost atypické deprese odkazuje již její název. Na rozdíl od neatypické deprese je schopen adekvátně emočně reagovat na prožívanou situaci, a tak částečně odklonit svou depresivní náladu. Zároveň jsou obráceny vegetativní symptomy, což se projevuje například zvýšenou spavostí či zvýšenou chutí k jídlu (Brailean et al., 2020). Vyskytuje se častěji u žen, zejména u premenopauzálních žen, žen s diagnostikovanou úzkostnou poruchou či vyhubou poruchou osobnosti a u žen se závislostí na psychoafektivních látkách (Cizza et al., 2012). Maskulinní atypická deprese, jež se naopak vyskytuje u mužů, se vyznačuje podrážděností, agresivitou a hostilitou, sklonem k rozvoji závislosti na alkoholu a psychoaktivních látkách, stejně jako rizikovým chováním (Genuchi & Mitsunaga, 2015).

Sezónní depresivní porucha či sezónní afektivní porucha je typem depresivní poruchy, jež je zakotvena v cyklu změn ročního období a s ním kolísání délky a intenzity slunečního záření, jehož nedostatek na podzim a zejména v zimě může vyvolávat depresivní stavy. Ačkoliv je uvedená diagnóza začleněna do MKN-10 i DSM-5, současné výzkumy tento koncept vyvrací a přisuzují jej spíše oblasti lidové slovesnosti (Traffanstedt et al., 2016).

Diagnostický manuál DSM-5 rozlišuje také zvláštní kategorii depresivních poruch, jež jsou navozeny užitím léčiva či psychoaktivních látek (American Psychiatric Association, 2013). Světová zdravotnická organizace uvádí depresivní symptomy coby možné doprovodné projevy abúzu psychoaktivních látek (WHO, 2016).

Posledním typem depresí jsou specifické formy depresí u žen, jež jsou vyvolány výkyvem ženských pohlavních hormonů. Mezi ně řadíme premenstruační syndrom s depresivními symptomy či premenstruační dysforickou poruchu, poporodní depresi a postmenopauzální depresi (Češková & Prikryl, 2013).

2.7 Psychodiagnostika depresivních poruch

Psychodiagnostika patří mezi aplikované disciplíny psychologie, jejímž předmětem je „zjišťování a měření duševních vlastností a stavů, popřípadě dalších charakteristik individua“ (Svoboda, 2001, p. 13). V rámci psychodiagnostiky se tedy zajímáme o odlišnosti ve vlastnostech osobnosti, prožívání, chování, vývoji, stavu a mozkové činnosti daného jedince v porovnání s ostatními v daném okamžiku či v porovnání se sebou samotným v jiném časovém období. Diagnostika v medicínském prostředí směřuje primárně k popisu projevů a příznaků choroby s cílem jejího určení, které nám pomáhá odhalovat její příčiny a stanovit vhodný léčebný postup a prognózu léčby. V psychologii se však zabýváme i nepatickými charakteristikami jedince, které nám umožňují ho blíže, hlouběji poznat (Svoboda, 2001).

V případě výskytu duševních onemocnění, mezi něž deprese patří, nebo jiných zdravotních a psychických obtíží si nemocný většinou neumí a ani nemůže umět pomoci sám, a proto on či jeho okolí vyhledají odbornou pomoc. Je samozřejmě svobodným rozhodnutím každého z nás určit, jak budeme danou situaci řešit a na koho se obrátíme. Abychom byli schopni náš stav zlepšit a pokračovat v léčebném procesu, musíme nejdříve vědět, co nás trápí. Vyšetření našeho duševního stavu, zdraví a stanovení příslušné diagnózy náleží dvěma skupinám odborníků, psychiatrům a psychologům (Raboch, 2013).

Psychiatrické vyšetření se od toho psychologického v mnoha ohledech liší, přesto se zde najde několik základních společných znaků. Obě vyšetření by měla probíhat, pokud je to možné, v klidném, nerušeném, bezpečném prostředí s vyhrazením dostatečné časové dotace. Vzhledem k citlivosti tématu duševního zdraví a osobního života klienta je od odborníka vyžadováno zachování mlčenlivosti, bezpečného uchování a citlivého zpracování daných intimních údajů. Na odborníka je kladena velká odpovědnost, a proto musí i po absolvování náležitého vzdělání pokračovat v procesu sebevzdělávání, seberozvoje a nabývání zkušeností (Raboch, 2013).

Psychiatrické vyšetření, respektive rozhovor pacienta s pacientem, směřuje od obecnějších témat k těm osobnějším, intimnějším. Po základním popisu problému, se kterým pacient přichází, následuje rodinná anamnéza, tedy popis rodinných vztahů, osobností členů rodiny a historie tělesných onemocnění a duševních poruch v rodině. Psychiatr potřebuje poznat daného jedince a průběh jeho dosavadního života, proto zjišťuje osobní anamnézu, somatickou anamnézu, školní, pracovní a sexuální anamnézu, doplňující informace se zaměřují na osobnost, zájmy, vnímání sebe sama, kriminální historii, ale i vlastnictví řidičského či zbrojního průkazu (Raboch, 2013). Vlastní psychiatrická anamnéza zahrnuje historii hospitalizací v psychiatrických zařízeních, dosavadní setkání s psychiatry, dalšími lékaři a psychology, stejně jako doposud stanovené diagnózy. Následuje subjektivní popis současných obtíží, jejich intenzity a vývoje, který by měl být potvrzen pomocí objektivní anamnézy, tedy anamnézy získané od osoby blízké pacientovi. Někteří pacienti mohou v závislosti na svém onemocnění určité symptomy podceňovat nebo naopak nadhodnocovat až zveličovat. Lékař sleduje chování pacienta, jeho vzhled a projev, psychomotorické tempo, naladění, udržování očního kontaktu i spontánnost komunikace. Při vyšetření psychického stavu se psychiatr ptá také po kvalitě spánku, chuti k jídlu, změnách v kognitivních funkcích, přítomnosti psychózy, suicidálního myšlení či chování. Výsledkem vyšetření psychiatra je syndromologický závěr a diferenciálně-diagnostická rozvaha, pacient se následně dozvídá nález psychiatra, stanovený plán dalších potřebných vyšetření a návrh terapeutických opatření (Raboch, 2013).

Lékaři pomáhá také neuropsychologické vyšetření založené na administraci klinických a psychodiagnostických metod, jejichž administraci má na starosti psycholog. Neuropsycholog hodnotí známky či rozsah poškození mozku, narušení kognitivních funkcí, emotivity, osobnosti, exekutivních funkcí a motoriky (Svoboda, 2015a).

Medicínské informace mohou být doplněny pomocnými vyšetřovacími metodami, respektive pomocí zobrazovacích metod a laboratorního vyšetření. Diagnostické zobrazovací metody napomáhají lékařům zobrazit strukturu mozku, mezi zmíněná vyšetření patří výpočetní tomografie (CT) a magnetická rezonance (MR). Zobrazovací metody však mohou zobrazit také funkci mozku, průtok krve, aktivitu neuronů či jiné funkční změny. Uvedená skupina vyšetření čítá funkční magnetickou rezonanci (fMR), jednofotonovou emisní tomografii (SPECT), pozitronovou emisní tomografii (PET) a magnetickou spektroskopii (MRS). Využívána je také elektroencefalografie (EET) a laboratorní testy doplňující vyšetření tělesného stavu. Mezi laboratorní vyšetření zahrnujeme vyšetření krevního obrazu, jaterní testy, vyšetření moči, glykemie a mnoho dalších (Svoboda, 2015a).

Správné použití a interpretace psychodiagnostických metod vyžaduje náležité vzdělání, schopnosti a zkušenosti, a proto náleží absolventům pětiletého jednooborového univerzitního studia psychologie. Základní rozdělení psychodiagnostických metod rozlišuje klinické metody od metod testových. Klinické metody zahrnují pozorování, rozhovor, anamnézu a analýzu spontánních produktů, tedy maleb, kreseb, písma, deníků či literárních děl. Testové metody rozdělujeme na výkonové testy a testy osobnosti. Mezi výkonové testy patří testy inteligence, testy vědomostí a testy speciálních schopností a jednotlivých psychických funkcí, jakými je paměť, pozornost, kreativita, organicita a další. Testy osobnosti lze rozdělit na projektivní testy, objektivní testy osobnosti, dotazníky a posuzovací stupnice (Svoboda, 2015b).

Psychodiagnostické vyšetření duševních poruch je v ČR indikováno psychiatrem, neurologem, psychologem či obvodním lékařem. Cílem vyšetření je popsat zdravotní stav klienta či pacienta, symptomy spojené s diagnostikovaným syndromem a stanovit náležitou diagnózu. Duševní poruchy se v České republice klasifikují podle ICD-10, respektive podle českého překladu MKN-10 (ÚZIS, 2017).

Vzhledem k psychologické povaze této bakalářské práce si pojďme představit vybrané psychodiagnostické metody. Mezi nejužívanější psychodiagnostické metody s vysokou validitou a vnitřní reliabilitou administrované odborníkem při diagnostikování depresivních poruch u dospělých patří Hamiltonova škála deprese (HRSD, HDRS či HAM-D),

Montgomery–Åsberg Depression Rating Scale (MADRS), a Structural Clinical Interview for DSM-5 (SCID-5). Subjektivní vnímání depresivních nálad je možné zachytit pomocí sebeposuzovacích škál čili self-report metod. V psychodiagnostice je pro daný účel využíván Beckův inventář deprese (verze BDI-I, BDI-II nebo BDI-PC), Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), Hospitality Anxiety and Depression Scale (HADS), dotazník Mood Disorder Questionnaire (MDQ), Patient Health Questionnaire Depression Scale (PHQ-9) či Zung Self-Rating Depression Scale označovaný zkratkou SDS (Nezu et al., 2015). Neuropsychologické testy mohou prokázat inhibici kognitivních funkcí, emotivní dysfunkci, narušení pozornosti, paměti či exekutivních funkcí (Svoboda, 2015b).

Z verbálních projektivních metod je pro diagnostiku depresivních poruch oblíbený a často užívaný Rorschachův test inkoustových skvrn (Le Chevanton et al., 2020), slovní asociační experiment (Svoboda, 2015b). Tematický apercepční test (TAT) je užíván k odhalování negativních emocí, postojů, možných komplexů a vnitřních konfliktů u depresivních jedinců (Joo & Park, 2021). Grafické projektivní metody jsou vystavěny na analýze kresebných projevů klienta, mezi které patří například House-Tree-Person test (H-T-P), při kterém je klient požádán o kresebné vyobrazení domu, stromu a lidské postavy (Yang et al., 2019).

V současné době prochází diagnostika depresivních poruch a dalších duševních onemocnění a onemocnění nervové soustavy značným vývojem, jež jde ruku v ruce s technologickým a vědeckým pokrokem lidstva. Ačkoliv se tyto nové metody prozatím neužívají k samotné diagnostice, jejich vývoji neúnnavě pracují na jejich zdokonalení a možné využití v praxi. Mezi takové metody patří analýza biomarkerů, tedy neurotransmiterů, hormonů, cytokinů, metabolických či genetických markerů (Kim, 2018), počítačová analýza prozodie čili zvukové stránky jazyka (Zhang et al., 2020), obsahu řeči (Sumali et al., 2020), výrazů obličeje (Bodenschatz et al., 2021), pohybů očí a dalších projevů (Carvalho et al., 2015).

„Všichni muži a ženy, kteří se z této choroby dostali – a je jich bezpočet –, mohou dosvědčit patrně jedinou spásonosnou přednost deprese: je přemožitelná.“

William Styron

3. Způsoby léčby depresí u dospělých

Deprese zasahují do mnoha oblastí lidského života, jejich studiem se proto zabývá nesčetně vědeckých oborů. Navzdory úsilí celé odborné veřejnosti, vědeckému a technologickému pokroku lidské společnosti však na depresi neexistuje lék. Deprese je léčitelná, nicméně prozatím nevyléčitelná. Nemáme k dispozici zázračnou pilulku, psychotherapeutický směr ani magickou přírodní medicínu. Naším cílem při léčbě depresí je proto remise, tedy stav charakterizovaný vymizením depresivních symptomů a návratu jedince k běžnému životu. (Abdallah & Krystal, 2020). Jaký léčebný postup si zvolíme, je svobodná volba každého z nás. Pokud se rozhodneme obrátit na odbornou pomoc, pak nám s výběrem pomůže daný specialista, jenž zhodnotí stav klienta a doporučí určitý způsob léčby. Důležitou proměnnou této rovnice je nicméně sám klient. Ani ověřené klinické léčebné metody nemusí být stejně účinné a vhodné pro všechny pacienty (Rodenburg-Vandenbussche et al., 2018). Účinek a výsledek léčby je totiž závislý také na osobě nemocného, na jeho přístupu k léčbě, preferenci daného postupu a postoji, který ke zvolenému způsobu zaujme (Steidtmann et al., 2012).

Vlastní výzkumné téma, způsoby léčby depresí u dospělých, je stejně rozsáhlé a komplexní jako samotná problematika depresí. Užívané metody ve své pestrosti odráží složitou strukturu poruchy, šíří projevů deprese a rozličnou povahu depresivních osobností. V případě léčebných postupů se však posouváme do zcela odlišné, pozitivnější roviny zmíněné problematiky, a proto se můžeme odvážit tuto rozmanitost nazývat barvitostí, či dokonce pestrostí.

Při smíchání příliš mnoha barev však dochází k jejich slítí do moře šedi. Stejně je to i se způsoby léčení depresivních poruch. Dostupných metod je nepřeborné množství, některé jsou prověřené, prokazatelně účinné a založené na vědeckých poznatcích, jiné vychází z tradic dané kultury, po staletí předávaných postupů a znalostí přírodního léčitelství, existují však i metody neúčinné, potenciálně škodlivé a procedury zaměřené výhradně na obohacení jejich poskytovatele. V paletě způsobů léčby deprese je snadné se ztratit. Pojďme si je proto stručně představit, popsat a uspořádat do přehledného spektra barev.

I přes svou teoretickou povahu je předkládaná bakalářská práce vědeckou studií, tudíž se budeme věnovat pouze metodám, pro jejichž účinnost a pozitivní vliv při léčbě depresí existují empirické důkazy.

Vraťme se k metafoře barev, jež nám může pomoci poukázat na význam léčby depresí, a tím i práce samotné. Náš život je jako kaleidoskop hrající všemi možnými barvami. Prožíváme krásné, příjemné momenty, které se střídají s negativními a zatěžujícími situacemi. Jednou jsme dole, podruhé zas nahoře. A je to tak správně. Z pozitivních prožitků si odnášíme vzpomínky, ke kterým se rádi vracíme, často si jich však naučíme vážit právě až ve chvílích, kdy se nám jich nedostává. Kniha našich životů by měla být plná pestrobarevných papírů, jež jsou pouze prokládány šedočernými listy. S vývojem deprese však od příslušné kapitoly tmavých stran přibývá a mohou pohltit celý zbytek textu. Seznamme se se způsoby léčby tohoto onemocnění, s barvami, které nám pomáhají tyto pasáže zakrýt a vrátit život, štětec, zpět do našich rukou. Zvolme oblíbenou barvu a začněme malovat. Tah štětce totiž můžeme vést jen my sami.

3.1 Vývojové období dospělost

Přestože je výzkumným tématem přehledové studie shrnutí způsobů léčby depresí u dospělých, vývojovým obdobím dospělosti se příliš zabývat nebudeme. Jde o dlouhý časový úsek našeho života, a tak by popis dospělosti, probíhajících dějů, změn a jejich souvislost s depresivními poruchami vystačil na vlastní diplomovou práci. Ve studii se zaměříme na způsob léčení depresí u dospělých klientů, abychom se vymežili vůči postupům užívaných u dětí a dospívajících. Vzhledem k citlivosti rychlého dětského vývoje, zranitelnosti tělesně, kognitivně i emočně se vyvíjejícího jedince je lékařská a psychologická péče o nezletilé klienty odlišná, specifická (Olfson et al., 2014). Vývojové období dospělosti si představíme jen velmi stručně.

V psychologii naneštěstí nenajdeme jednotnou definici dospělosti ani její časové vymezení. V průběhu života jedinec prochází kontinuálním procesem vývoje a změn tělesného, psychického i sociálního charakteru. Periodizace vývoje se u jednotlivých autorů liší v závislosti na sledovaných milnících vývoje, období vzniku, kultuře a stavu společnosti (Thorová, 2015).

Dospělost je dynamické období proměny nezralé osobnosti v osobnost zralou. Tato perioda lidského vývoje probíhá mezi 20. a 70. rokem života. Můžeme ji rozdělit na tři dílčí období, mladá dospělost (20 až 35 let), střední dospělost (35 až 50 let) a pozdní dospělost (50 až 70 let). Navazuje tak na období adolescence a předchází stáří a dlouhověkosti (Thorová, 2015).

V období mladé dospělosti vstupuje jedinec do období dospělosti. Jde o postupný proces, není tedy vázán na kulturně a právně definovanou věkovou hranici. Dochází ke změnám zejména v psychosociální oblasti. Jedinec přijímá dospělé sociální role, přechází ze školního prostředí do pracovního života, buduje pracovní kariéru. Opouští rodiče a zakládá vlastní rodinu, formují se stabilní partnerství, společná budoucnost a děti (Millová, 2016a). Střední dospělost bývá obvykle spojena se stabilizací kariérní dráhy, přibývajících znalostí a zkušeností mohou vést ke kariérnímu postupu a získání vedoucích pozic. Změny v rodinných a dalších sociálních vztazích jsou individuální, někteří jedinci se zaměřují na rodinu, výchovu dětí, redukuje kontakt s přáteli. Některé rodiče již opouští dospívající děti, jiní prochází rozvodem či dalšími ztrátami (Millová, 2016b). V období pozdní dospělosti dochází k úbytku fyzické síly jedince a zhoršení zdraví, klesají kognitivní schopnosti, adaptují se na konec pracovního života, mohou se také setkat se ztrátou partnera či blízkých osob v řadách vrstevníků (Šolcová & Blatný, 2016).

3.2 Výzkumná procedura

Pro účely předkládané diplomové práce byla zvolena metoda literárního přehledu neboli literature review. Představíme si soubor vyhledaných výzkumných studií a dalších literárních zdrojů na zvolené výzkumné téma, způsoby léčby deprese u dospělých. Cílem studie je výběr relevantních zdrojů, analýza, syntéza a zobecnění zjištěných výsledků.

Vyhledávání relevantních zdrojů bylo zprostředkováno pomocí mezinárodních elektronických databází, ke kterým mají studenti Masarykovy univerzity přístup díky licencím hrazeným zmíněnou univerzitou. Pro účely přehledové studie byly použity databáze EBSCO, ProQuest, SCOPUS, stejně jako bezplatný internetový vyhledávač odborné literatury Google Scholar.

Na základě předběžné rešerše odborné literatury byla užitá následující klíčová slova:

- Depression
- Treatment
- Antidepressants or medication or medical treatment or pharmacology
- Biological treatment or somatic treatment
- Psychotherapy or therapy or counseling
- Alternative and complementary medicine

Dané vyhledávání bylo provedeno také v českém jazyce (klíčová slova: deprese; léčba; antidepressiva/farmakologická léčba; biologická léčba; psychoterapie/terapie/poradenství; alternativní a komplementární medicína) a španělském jazyce (klíčová slova: depresión; tratamiento; tratamiento farmacológico/medicamentos/antidepresivos; tratamiento biológico; psicoterapia/terapia/asesoramiento; medicina alternativa y complementaria).

Zdroje publikované ve španělsky mluvících zemích byly zahrnuty mimo jiné pro rozšíření poznatků o způsobech léčby depresí, které pramení v kultuře, lidové a historické tradici Španělska a latinské Ameriky, na našem území.

Při vyhledávání nebylo do klíčových slov zahrnuto vývojové období dospělosti. Úvodní rešerše totiž poukázala na to, že velká část studií zaměřených na léčení depresí u dospělých ve svém názvu či klíčových slovech nemá definované období lidského života, kterým se výzkumný tým zabýval. Abychom tímto způsobem nepřišli o cenné informace, zmíněné kritérium bylo opomenuto. Výzkumy zaměřené na populaci dětí a dospívajících byly vyřazeny druhotně. Ačkoliv má vývojové období stáří svá specifika, které mohou být zohledněna v léčebném procesu a přístupu odborníka, v případě předložené přehledové studie nemusí být nutně vyřazována. Užíváme tak definici dospělosti coby vývojového období od konce adolescence až po úmrtí jedince (Šolcová & Blatný, 2016). Do studie nebyly zařazeny pouze studie zaměřené na úzkou, specifickou skupinu starší populace vyžadující zvláštní přístup, péči a léčbu, jakou mohou být lidé s neurodegenerativními onemocněními a dalšími zdravotními komplikacemi.

Přehledová studie je zaměřena na léčbu unipolární deprese. Byly z ní proto vyřazeny publikace věnované studiu léčby bipolární afektivní poruchy či deprese přidružené k jiné duševní poruše či poruše chování. Ačkoliv může být v daném případě užít pro léčbu depresivních stavů stejný postup, v přehledové studii byly podobné zdroje opomenuty.

Vzhledem k četnosti výzkumů zaměřených na problematiku depresivních poruch jsem stanovil kritérium roku vydání publikace na období od roku 2010 do současnosti. Zaměřil jsem se tak na současné poznatky o daném výzkumném tématu.

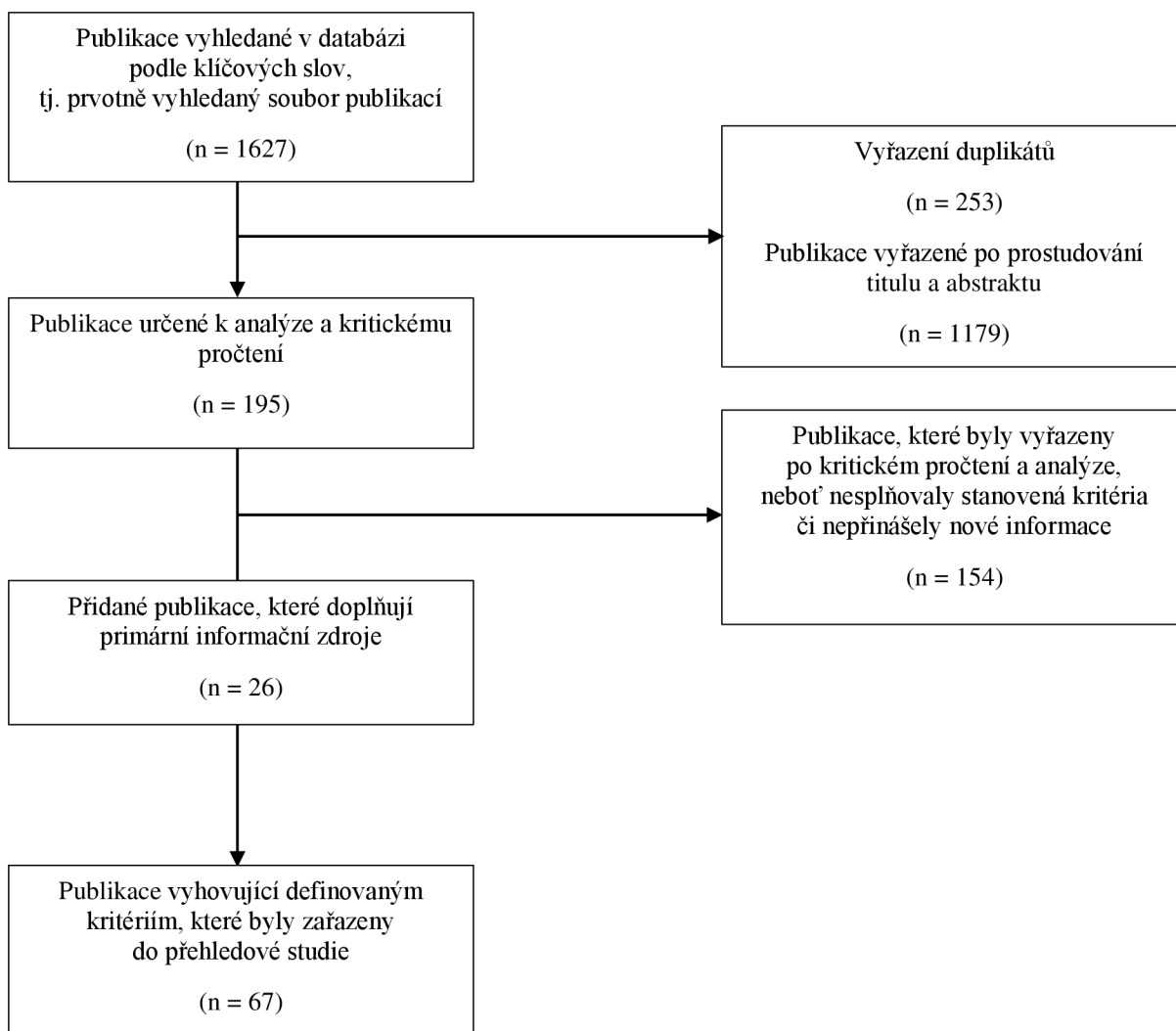
Výběr informačních zdrojů byl realizován dle doporučení J. Mareše (2013):

1. Rešerše odborné literatury a definování klíčových slov
2. Zúžení prvotního souboru dostupných publikací na základě analýzy základních údajů
3. Kritické pročtení, analýza a popis zúženého výběru publikací
4. Výběr kvalitních a relevantních publikací, které budou využity v přehledové studii
5. Doplnění souboru publikací o stěžejní doplňující informační zdroje

Postup vyhledávání informačních zdrojů pro přehledovou studii je zobrazen v Obrázku 2, jednotlivé kroky jsou doplněny o četnost publikací v dané kategorii.

Obrázek 2

Postup vyhledávání informačních zdrojů



Pro účely literárního přehledu se zaměříme na poznatky plynoucí primárně ze zahraničních přehledových studií, které analyzují větší počet výzkumů, ověřují dané poznatky a zasazují je do širšího kontextu. Vyhledávání za pomoci klíčových slov v českém a španělském jazyce poskytlo povědomí o dané problematice. Vzhledem k počtu dostupných zdrojů psaných v anglickém jazyce jsem se pro jejich kvalitu, novost a relevanci rozhodl čerpat primárně z nich. Výzkumné téma je natolik široké, že jediné vyhledávání by omezilo možné výsledky a přínos práce, proto jsem přehledovou studii doplnil o soubor zdrojů navazujících na informace z primárních zdrojů pro vytvoření komplexní, kvalitní práce. Přehled využitých publikací je uveden v Tabulce 2.

Tabulka 2

Přehled analyzovaných a užitých studií

Studie	Země původu	Výzkumné téma	Sledovaný způsob léčby	Metodologie
Armour et al., 2019	AUS/CHN/ UK/KOR	Účinnost akupunktury v léčbě deprese	Akupunktura	Přehledová studie
Berg & Høie, 2010	NOR	Účinnost psychoterapie v léčbě deprese	Psychoterapie	Přehledová studie
Berryhill et al., 2018	USA	Účinnost psychoterapie realizované skrze videokonference v rámci léčby deprese	Psychoterapie s využitím videohovoru	Přehledová studie
Bockting et al., 2015	NLD/USA/ UK/CAN	Prevence relapsu/rekurence deprese	Prevence	Přehledová studie
Bueno-Notivol et al., 2021	ESP	Prevalence depresivních poruch v populaci v době pandemie COVID-19	-	Přehledová studie
Chen et al., 2021	TWN	Vliv tělesné konstituce dle tradiční čínské medicíny na depresi	-	Kvantitativní výzkum
Cianconi et al., 2020	ITA	Dopady klimatické krize na duševní zdraví	-	Přehledová studie
Corrigan & Pickering, 2019	FRA	Užití ketaminu v léčbě deprese	Ketamin	Přehledová studie
Cuijpers et al., 2011	NLD/SWE/ USA	Interpersonální psychoterapie v léčbě deprese	Interpersonální psychoterapie	Přehledová studie
Cuijpers et al., 2013	DEU/NLD/ SWE/CAN	Účinnost KBT a jiných směrů psychoterapie v léčbě deprese	Psychoterapie	Přehledová studie
Cuijpers et al., 2018	NLD/DEU	Problem-solving therapy v léčbě deprese	Problem-solving therapy	Přehledová studie
Cunningham et al., 2019	CAN	Chronobioterapeutické metody v léčbě deprese	Terapie bděním Terapie světlem	Přehledová studie
Cusin & Dougherty, 2012	USA	Užití metod mozkové stimulace pro léčbu TRD	ECT rTMS VNS DBS	Přehledová studie
Dai et al., 2020	CHN	Šafrán jako přírodní antidepresivum	Šafrán setý	Přehledová studie
Dale et al., 2014	UK	Vliv zdravého životního stylu na duševní zdraví a well-being	Zdravý životní styl	Přehledová studie
Driessen et al., 2010	NLD/CAN	Účinnost krátkodobé psychodynamické psychoterapie v léčbě deprese	Krátkodobá psychodynamická psychoterapie	Přehledová studie
Fond et al., 2020	FRA	Obnova rovnováhy střevní mikrobioty coby léčba deprese	Probiotika Prebiotika Fekální mikrobiální transplantace	Přehledová studie
Gardner et al., 2019	AUS	Budoucnost užití psychedelik v léčbě deprese	Psilocybin LSD Ayahuasca	Přehledová studie

Goldberg et al., 2018	USA/NOR	Využití praktik mindfulness v léčbě duševních onemocnění	Mindfulness	Přehledová studie
Hasler et al., 2016	USA	Účinnost úpravy cirkadiálních rytmiů v léčbě deprese	Úprava denního a spánkového režimu	Kvantitativní výzkum
Hasselmann, 2014	NLD	Užití skopolaminu při léčbě deprese	Skopolamin	Přehledová studie
Jakobsen et al., 2020	DNK/USA	Účinnost farmakologické léčby deprese	Antidepresiva	Přehledová studie
Jin et al., 2019	CHN	Antidepresivní účinky ženšenu pravého	Ženšen	Přehledová studie
Khan et al., 2012	USA/UK/ISR	Účinnost antidepresiv	Antidepresiva	Přehledová studie
Kolar, 2021	CAN	Užití skopolaminu pro léčbu deprese	Skopolamin Ketamin	Přehledová studie
Kolovos et al., 2016	NLD	Vliv psychoterapie na vnímanou kvalitu života	Psychoterapie	Přehledová studie
Krzystanek et al., 2021	POL	Využití kryoterapie a hyperbarické oxygenoterapie v léčbě depresivních poruch	Kryoterapie Hyperbarická oxygenoterapie	Přehledová studie
Ljungberg et al., 2020	SWE	Důležitost správných stravovacích návyků pro naše duševní zdraví	Stravovací návyky	Přehledová studie
Mammen & Faulkner, 2013	CAN	Fyzická aktivita coby prevence proti depresi	Fyzická aktivita Prevence	Přehledová studie
Marasine & Sankhi, 2021	NPL	Limity účinnosti léčebného procesu	-	Přehledová studie
McIntyre et al., 2014	CAN	Popis pojmu a léčby farmakorezistentní deprese	Antidepresiva Antipsychotika Stimulancia Lithium Thyreoidální hormony Bupiron Ketamin Skopolamin NSAID Stimulace mozku Psychoterapie Aerobik	Přehledová studie
Moragrega & Ríos, 2021	ESP	Léčivé rostliny užívané pro léčbu depresí	Léčivé rostliny	Přehledová studie
Müller et al., 2012	BRA	Antidepresivní účinek kozlíku lékařského	Kozlík lékařský	
Müller et al., 2018	DEU	Účinnost mozkové stimulace při léčbě TRD	ECT rTMS VNS tDCS MST DBS CES	Přehledová studie
Munder et al., 2018	DEU/CHE/ CAN/USA/ BEL/UK/ AUT/NOR	Účinnost psychoterapie v léčbě deprese	Psychoterapie	Přehledová studie
Muttoni et al., 2019	UK	Užití psychedelik v léčbě deprese	LSD Psilocybin Ayahuasca	Přehledová studie

Nedic Erjavec et al., 2021	HRV	Biomarkery a léčba deprese	Antidepresiva Ketamin Psilocybin LSD Ayahuasca	Přehledová studie
Ng et al., 2017	SGP/UK	Využití třezalky jako přírodního antidepresiva	Třezalka tečkovaná	Přehledová studie
Ng et al., 2020	CAN	Metody CAM v léčbě deprese	CAM	Přehledová studie
Nguyen et al., 2019	USA	Narušení cirkadiálních rytmů v období mladé dospělosti jako rizikový faktor pro vývoj deprese	-	Kvantitativní výzkum
Nieuwsma et al., 2012	USA	Účinnost krátkodobé psychoterapie v rámci léčby deprese	Krátkodobá psychoterapie	Přehledová studie
Nyer et al., 2019	USA	Užití filosofie a praktik jógy v léčbě deprese	Jóga	Přehledová studie
Pereira & Hiroaki-Sato, 2018	DNK/BRA	Historie vývoje antidepresiv	Antidepresiva Ketamin	Přehledová studie
Peterson et al., 2017	USA	Užití dechového cvičení pranayama v léčbě deprese	Pranayama	Kvantitativní výzkum
Rahbardar & Hosseinzadeh, 2020	IRN	Léčivé účinky rozmarýnu lékařského	Rozmarýn lékařský	Přehledová studie
Rosa & Lisanby, 2012	USA	Způsoby somatické léčby afektivních poruch	ECT MST rTMS tDCS CES VNS DBS ECS	Přehledová studie
Ruberto et al., 2020	USA	Způsoby léčby farmakorezistentní deprese	Antidepresiva Antipsychotika Stimulancia Dysforika Buspiron Ketamin	Přehledová studie
Salehi et al., 2019	IRN/ITA/ PRT	Terapeutický potenciál apigeninu	Apigenin	Přehledová studie
Scheid, 2013	UK	Deprese v pojetí tradiční čínské medicíny	Tradiční čínská medicína	Přehledová studie
Shayganfard, 2020	IRN	Využití resveratrolu v léčbě duševních onemocnění	Potraviny obsahující resveratrol	Přehledová studie
Šilhán et al., 2019	CZE	Limity úspěšnosti farmakologické léčby depresivních poruch	Antidepresiva Antipsychotika Anxiolytika	Přehledová studie
Singh et al., 2017	IND/COL/ CHL/USA/ RUS	Terapeutický potenciál výtažku z listů jinanu dvoulaločného	Ginkgo biloba	Přehledová studie
Southwick & Charney, 2012	USA	Budování resilience pro prevenci deprese	Resilience Coping	Přehledová studie
Stanton & Reaburn, 2014	AUS	Důležitost fyzické aktivity v léčbě deprese	Fyzická aktivita	Přehledová studie
Steer, 2019	USA	Využití poznatků ayurvedy v léčbě deprese	Ayurveda	Přehledová studie

Stein et al., 2020	USA/NLD	Užití behaviorální aktivity v léčbě deprese	Behaviorální aktivity	Přehledová studie
Tao et al., 2020	CHN	Úspěšnost terapie světlem v léčbě deprese	Terapie světlem	Přehledová studie
Théron et al., 2021	CAN	Účinnost kognitivní remediaci při depresi	Kognitivní remediaci	Přehledová studie
Toussaint et al., 2021	USA/AUT/ GER/UK	Účinnost relaxačních technik na redukci pocíťovaného stresu	Relaxační techniky	Kvantitativní výzkum
Wang et al., 2021	CHN	Využití kurkuminu v léčbě deprese	Kurkumin	Přehledová studie
Wilkinson et al., 2019	USA	Zvýšení neuroplasticity mozku coby základ léčby deprese	ECT rTMS tDCS Ketamin	Přehledová studie
Williams et al., 2016	USA	Dlouhodobý účinek ECS při léčbě deprese	ECS	Klinická studie
Wu et al., 2021	CHN	Prevalence duševních poruch v populaci v době pandemie COVID-19	-	Přehledová studie
Yaden & Griffiths, 2021	USA	Důležitost subjektivního prožitku pozmeněného vědomí navozeného psychedeliky při léčbě deprese	Psilocybin LSD Ayahuasca	Přehledová studie
Yin & Dishman, 2014	CHN/USA	Účinnost technik tai chi a qigong v léčbě deprese	Tai chi Qigong	Přehledová studie
Zhang et al.,	CHN	Účinnost čínského bylinkářství v léčbě deprese	Xiao Yao San	Přehledová studie
Zhenggang et al., 2020	CHN/USA	Acceptance and commitment therapy v léčbě deprese	Acceptance and commitment therapy	Přehledová studie

Poznámka. AUS = Austrálie; AUT = Rakousko; BEL = Belgie; BRA = Brazílie; CAN = Kanada; CHE = Švýcarsko; CHL = Chile; CHN = Čína; COL = Kolumbie; CZE = Česká republika; DEU = Německo; DNK = Dánsko; ESP = Španělsko; FRA = Francie; HRV = Chorvatsko; IND = Indie; IRN = Írán; ISR = Israel; ITA = Itálie; KOR = Korejská republika; NLD = Nizozemsko; NOR = Norsko; NPL = Nepál; POL = Polsko; PRT = Portugalsko; RUS = Rusko; SGP = Singapur; TWN = Taiwan; UK = Spojené království; USA = Spojené státy americké

Na základě poznatků z užitých zdrojů můžeme definovat tři základní skupiny dostupných způsobů léčby depresivních poruch:

1. Biologická či somatická léčba
2. Psychoterapie
3. Alternativní medicína a komplementární léčba

Marasine a Sankhi (2021) ve své studii zdůrazňují význam adherence k léčbě coby faktoru úspěšnosti léčebného procesu. Poslední kapitola je proto věnována osobě jedince a možné prevenci, která může zabránit samotnému vzniku choroby.

3.3 Farmakologická léčba

Farmakologická léčba, tedy léčebný postup založený na medikaci pacienta, je spolu s psychoterapií základní a nejužívanější způsob pomoci k dosažení remise. Depresivní stavy představují v naší společnosti jeden z nejčastějších důvodů vyhledání psychiatrické pomoci. Navzdory technologickému, vědeckému rozvoji a pokroku na poli medicíny, jehož lidstvo doposud dosáhlo, zůstává současná farmakologická léčba depresí nedostatečně úspěšná. V prvním kroku léčby dosáhne remise pouze 36,8% pacientů, při opakovaném upravení či změně medikace dosáhne po čtyřech stupních léčby remise jen dvě třetiny pacientů. Neznamená to, že by antidepressiva nebyla účinná, doposud se však nemůžeme spolehnout výhradně na farmakologickou léčbu. Důležitou překážkou v léčbě depresí je zároveň nedostatečná koordinace odborníků a nespolupráce mezi jednotlivými odbornostmi (Šilhán et al., 2019).

V České republice je farmakologická léčba depresí primárně kvalifikací psychiatra, možnost předepsání psychofarmak však náleží řadě lékařských odborností včetně praktického lékaře (Šilhán et al., 2019).

3.3.1 Antidepressiva a další psychofarmaka

Antidepressiva můžeme definovat jako léčiva, která působí na monoaminoergní systém naší nervové soustavy za účelem zvýšení koncentrace monoaminů, tedy monoaminových neurotransmiterů nutných pro přenos informace ze synapse neuronu na další nervovou buňku. To probíhá několika způsoby. Látky, které zabraňují rozkladu neuropřenašečů uvnitř buňky, se nazývají inhibitory monoaminoxidázy (IMAO), v zahraničních textech se setkáme se zkratkou MAOI z anglického monoamine oxidase inhibitor. Druhým způsobem je inhibice zpětného vychytávání monoaminů do synaptického zakončení, čímž se zvýší jejich koncentrace v synaptické štěrbině. Poslední možností je přímé ovlivnění receptorů (Pereira & Hiroaki-Sato, 2018).

První antidepressivum syntetizovali v roce 1945 vědci Häfliger a Schinder, jeho tvůrci ovšem neznali daný účinek léku. Látka s označením G22355 účinkovala jako slabé antihistaminikum a mírné anticholinergikum se sedativními účinky. Vzhledem ke své chemické struktuře, jež se podobala chlorpromazinu, byla považována za nové antipsychotikum. Antidepressivní účinek látky objevil švýcarský psychiatr Roland Kuhn v 50. letech minulého století. Když podával zmíněný lék psychiatrickým pacientům trpícím depresí a psychomotorickou retardací, po několika týdnech se stav pacientů značně zlepšil. Lék, později pojmenovaný imipramin, byl světu představen v roce 1957 (Pereira & Hiroaki-Sato, 2018).

Významný posun ve farmakologické léčbě přišel v 70. letech 20. století. V roce 1972 byl farmaceutickou společností Eli Lilly syntetizován fluoxetin, látka se schopností inhibice zpětného vychytávání serotoninu (SSRI). Na trh byl uveden v 80. letech pod obchodním názvem Prozac. Lék se stal natolik oblíbeným, že v 90. letech 20. století byl neprodávanějším farmakem v USA a druhým nejprodávanějším léčivem na světě. Do skupiny SSRI patří také fluvoxamin, sertralín, paroxetin a citalopram. Je nutné podotknout, že se jedná o název účinné látky, nikoliv obchodní název léčiva. Obdobný mechanismus nalezneme u antidepresiv SARI, tedy antagonistů a inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu, kam patří trazodon a nefazodon. Typ DARI zvyšuje koncentraci dopaminu, zatímco NARI norepinefrinu. Novější generace antidepresiv působí na hladinu dvou monoaminů současně. SNRI inhibuje zpětné vychytávání norepinefrinu a serotoninu, do této skupiny patří například venlafaxin. Bupropion je zástupcem skupiny NDRI, jež ovlivňuje koncentraci norepinefrinu a dopaminu. Ze skupiny MAOI můžeme uvést tranlycypromin či iproniazid, z antidepresiv ovlivňujících receptory neuronů, jež se někdy označují jako atypická antidepresiva, lze zmínit buspiron, mianserin či mirtazapin (Pereira & Hiroaki-Sato, 2018).

Výběr konkrétního psychofarmaka náleží psychiatrovi či jinému lékaři. Studie naznačují, že účinnost jednotlivých skupin antidepresiv je obecně srovnatelná, nicméně závislá na několika faktorech. Lékař musí zvážit možné kontraindikace, míru předpokládaných nežádoucích účinků, předchozí zkušenosti pacienta a jeho preference. Účinnost léčiva totiž ovlivňují dva efekty, placebo a nocebo efekt (Šilhán et al., 2019).

Šilhán et al. (2019) na základě přehledové studie konstatují, že etiopatogeneze deprese je při farmakologické léčbě irelevantní, naopak vyzdvihují důležitost odlišování následujících subtypů deprese podle charakteristických symptomů v souladu s klasifikací DSM-5:

- Depresivní epizoda s úzkostnými rysy
- Depresivní epizoda se smíšenými znaky
- Depresivní epizoda s melancholickými rysy
- Depresivní epizoda s atypickým průběhem
- Depresivní epizoda s psychotickými symptomy
- Depresivní epizoda s katatonii
- Poporodní deprese
- Deprese se sezónními rysy a poruchami spánku
- Larvovaná deprese
- Deprese s kognitivní dysfunkcí

Všeobecně první volbou pro většinu pacientů bývá SSRI, SNRI, mirtazapin či bupropion. Zvolené psychofarmakum by však mělo reflektovat specifické symptomy pacienta, úzkostným pacientům může být léčba doplněna anxiolytiky, v případě psychotické deprese je administrováno antipsychotikum (Šilhán et al., 2019). Farmakologická léčba je doporučena při léčbě depresivních poruch, pokud možno by měla být doplněna psychoterapií, aktivním životním stylem a dalšími léčebnými způsoby, jež si představíme. Psychofarmaka nejsou u všech pacientů nezbytná, mohou ovšem urychlit a usnadnit léčebný proces, respektive navození remise. Cílem medikace je redukce symptomů deprese (Jakobsen et al., 2020).

Dlouhodobá analýza studií zaměřených na ověření účinnosti antidepresiv ukazuje, že existuje statisticky významný rozdíl mezi redukcí depresivních symptomů při administraci antidepresiv a při administraci placebo. Daný rozdíl však není klinicky významný, nedochází k dostatečnému zmírnění subjektivně pocíťovaných symptomů deprese. Výzkumníci navíc předpokládají přeceňování pozitivních efektů a naopak podceňování těch negativních. Data navíc poukazují na to, že při dlouhodobém užívání antidepresiv a dalších psychofarmak může jejich účinek klesat či mít negativní důsledky z důvodu zátěže organismu a možných nežádoucích vedlejších účinků (Jakobsen et al., 2020). Ke stejným zjištěním dospěli ve své studii Khan et al. (2012), kteří uvádí, že účinnost antidepresiv je navíc srovnatelná s účinností psychoterapie, alternativní medicíny či jiné aktivní intervence. Pomocí uvedených metod klesá četnost a intenzita depresivních symptomů přibližně o 50%. Nejúčinnější je jejich kombinace a zdravý životní styl, v daném případě dochází k redukcí projevů deprese o dvě třetiny. Důležitým faktorem jsme také my sami. Pro zajímavost můžeme uvést také sílu lidské víry v účinnost léčby, našeho očekávání a přesvědčení. Při administraci placebo čili léčiva bez vlastní účinné látky či postupu bez vlastního léčebného účinku dochází ke zlepšení zdravotního a psychického stavu o 40% (Khan et al., 2012).

Jedním z charakteristických znaků antidepresiv je prodlení v nástupu jejich účinku, který činí průměrně 2 až 6 týdnů. V posledních dvaceti letech se proto studují antidepresivní efekt ketaminu, který se vyznačuje rychlým nástupem účinku v řádu hodin. Maximálního účinku je dosaženo přibližně 24 hodin po administraci, ketamin prokazatelně působí v organismu nejméně po dobu 1 až 2 týdnů (Corrigan & Pickering, 2019).

Dostupná jsou také volně prodejná antidepresiva obsahující extrakty z léčivých rostlin a další přírodní antidepresiva (Moragrega & Ríos, 2021). Představíme si je v kapitole Alternativní a komplementární léčba.

3.3.2 *Farmakorezistentní deprese*

Více než třetina pacientů trpících depresemi nevykazují odpověď na farmakologickou léčbu nebo je odpověď nedostatečná, a to navzdory změně medikace. V takovém případě mluvíme o farmakorezistentní depresi, označujeme ji zkratkou TRD odvozenou z anglického termínu treatment-resistant depression (Ruberto et al., 2020). Farmakorezistentní deprese je indikací pro předepsání kombinace léčiv, ketaminu, doplňku stravy SAM-e (S-adenosyl-L-methionin), nesteroidních antiflogistik (protizánětlivé léky, NSAID) či užití metod mozkové stimulace. Účinná a doporučovaná je kombinace těchto postupů s psychoterapií a fyzickou aktivitou, například aerobikem (McIntyre et al., 2014).

McIntyre et al. (2014) ve své studii identifikují několik účinných kombinací psychofarmak:

- Atypická antipsychotika, aripiprazol a kvetiapin, mohou doplnit a posílit účinek antidepresiv, možná je také účinná kombinace antipsychotikum-antidepresivum, konkrétně pak olanzapin-fluoxetin.
- Účinnost antidepresiva může posílit lithium, jež může být doplněno thyreoidálními hormony a buspironem.
- Psychostimulancia neúčinkují na depresi samotnou, redukce doprovodných symptomů vyčerpání a ospalosti však může být v kombinaci s antidepresivem efektivní.

U farmakorezistentní deprese hrozí zvýšené riziko suicidálních myšlenek či suicidia vzhledem ke ztíženému postupu léčby. Moderním trendem ve studiu a léčbě farmakorezistentní deprese je administrace výše zmíněného ketaminu kvůli rychlému nástupu účinku. Ke zlepšení stavu, respektive zmírnění depresivních symptomů dochází až u poloviny pacientů trpících TRD již při podání jedné dávky léčiva. Klinické použití ketaminu pro léčbu depresí schválila v květnu 2019 americký Úřad pro kontrolu potravin a léčiv FDA, v prosinci téhož roku byl lék přijat také Evropskou lékovou agenturou EMA (Nedic Erjavec et al., 2021).

3.4 **Další biologické léčebné metody**

Psychofarmaka nejsou jediný způsob somatické léčby depresí. Biologické léčebné metody zahrnují také mozkovou stimulaci ve formě elektrokonvulzivní terapie, transkraniální magnetické stimulace, stimulace nervus vagus či hluboké mozkové stimulace. Lékaři i psychologové užívají pro léčbu deprese chronobioterapii, tedy terapii světlem a spánkovou deprivaci, současným trendem ve studiu somatické léčby afektivních poruch je léčebné využití psychoaktivních látek, kryoterapie či hyperbarická oxygenoterapie (Krzystanek et al., 2021).

3.4.1 *Stimulace mozku*

Metody stimulace mozku se užívají jako doplňující léčebný postup při farmakoterapii či psychoterapii pro zesílení léčebného účinku, nicméně jejich hlavním přínosem je možnost léčby farmakorezistentní deprese (Cusin & Dougherty, 2012).

Wilkinson et al. (2019) ve své studii zdůrazňují přínos a potenciál mozkové stimulace překračující pouhé potlačení symptomů pro dosažení remise. Stimulace mozku totiž napomáhá ke zvýšení neuroplasticity, tedy celoživotní schopnosti mozku se měnit skrze vytváření, přetváření či rušení nervových spojů a opravu tkáně. Jde o funkci mozku nezbytnou pro naše fungování a adaptaci na prostředí. Narušení neuroplasticity, které doprovází depresi i jiné duševní poruchy, je často spojováno s mechanismem jejich vzniku a vývoje. Nejnovější výzkumy však naznačují, že mozková stimulace doplněná kognitivně-behaviorální terapií, kognitivními cvičeními, fyzickou aktivitou a zdravým životním stylem mohou vést k dlouhodobému až trvalému zlepšení zdravotního stavu jedince (Wilkinson et al., 2019).

Způsoby mozkové stimulace rozlišujeme na metody invazivní a neinvazivní. V rámci invazivní metody vniká příslušný nástroj či přístroj dovnitř těla jedince, řadíme sem hlubokou mozkovou stimulaci a stimulaci nervus vagus. Metoda hloubkové mozkové stimulace neboli deep brain stimulation (DBS) využívá trvalé elektrické stimulace poškozených mozkových center pomocí implantovaných elektrod přímo do mozku. Stimulátor voperovaný pod klíční kost pacienta vysílá do implantované elektrody elektrické impulzy, které aktivují a modulují funkci poškozených mozkových center (Rosa & Lisanby, 2012). Uvedená moderní metoda je velmi účinná, nicméně kvůli zdravotním rizikům, která jsou s ní spojena, zůstává prozatím v experimentální rovině. Do budoucna však představuje potenciálně velmi slibný léčebný postup (Müller et al., 2018). V případě stimulace nervus vagus čili vagové stimulace je elektroda implantována do oblasti krku, kde stimuluje levý nervus vagus. Drážděním bloudivého nervu je modulována nervová činnost a koncentrace neurotransmiterů v mozku, účinek podobný antidepresivům je doplněn zvýšením mozkové činnosti. Užívá se při rezistentní depresi, nicméně účinnost této metody je spíše mírná. Ke zmírnění depresivních symptomů dochází přibližně u třetiny pacientů, 15% jedinců dosahuje remise (Cusin & Dougherty, 2012). Méně invazivní je metoda epidural cortical stimulation čili ECS, při které je elektroda vložena do epidurálního prostoru mezi durou mater a lebeční kostí (Rosa & Lisanby, 2012). ECS je prozatím v experimentální fázi, výzkumy naznačují potenciální úspěšnost léčebného postupu, nicméně pro toto rozhodnutí prozatím není dostatek důkazů (Williams et al., 2016).

Neinvasivní metody stimulují mozkovou činnost pomocí elektrického impulzu či magnetického pole, užívaný přístroj není implantován, nýbrž přikládán k hlavě pacienta. Nejužívanější neinvasivní metodou stimulace mozku je elektrokonvulzivní terapie (ECT), při níž je do mozku pacienta při celkové anestezii vyslán krátký puls elektrického proudu. Dochází k redukci projevů deprese a zvýšení neuroplasticity, remise dosahuje až 70% pacientů trpících TRD. Nevýhodou metody je vysoké riziko relapsu, do 6 měsíců po ukončení léčby dochází k návratu depresivních symptomů u 84% pacientů, při užívání antidepresiv a další biologické léčby je míra relapsu v průběhu jednoho roku 50% (Wilkinson et al., 2019). Pro snížení rizika relapsu se proto přistupuje k udržovací ECT léčbě. Elektrokonvulzivní léčba vyvolává záchvat, šok, který je relativně bezpečný, nicméně může vyvolat dočasné nežádoucí účinky v oblasti kognitivních funkcí (Müller et al., 2018).

Transkraniální stimulace stejnosměrným proudem (tDCS) funguje na principu průchodu velmi slabého elektrického proudu mozkem z anody na katodu, které jsou přiloženy na povrch hlavy. Není stimulována funkce celého mozku, pro stimulaci určené části mozku je nutné odpovídající přesné umístění elektrod. Proud prochází z anody na katodu, přičemž moduluje synaptický přenos ve stimulované oblasti, může stimulovat mozkovou činnost v oblasti se sníženou aktivitou či inhibovat synaptický přenos v oblasti zvýšené mozkové aktivity (Rosa & Lisanby, 2012). Některé studie naznačují středně silný účinek tDCS na redukci depresivních symptomů, dostupná data však nejsou dostatečně průkazná, a tak je metoda spíše experimentální. Obdobný princip využívá moderní metoda CES čili cranial electrotherapy stimulation, jež vysílá slabý elektrický impuls do mozku z elektrod umístěných na hlavu pacienta či přichycených k jeho uším. Studie naznačující pozitivní vliv CES na neuroplasticitu mozku jsou zatíženy vysokou mírou metodologických limitů, výsledky jsou nekonzistentní (Müller et al., 2018).

Metody využívající magnetické pole čítají repetitivní transkraniální magnetickou stimulaci (rTMS) a magnetickou konvulzivní terapii (MST). Repetitivní transkraniální magnetická stimulace moduluje činnost mozkové kůry působením rychle se měnícího magnetického pole na měkkou tkáň. Vysokofrekvenční rTMS aktivuje stimulovanou korovou oblast, zatímco nízkofrekvenční rTMS působí inhibičně. Uvedená metoda posiluje neuroplasticitu mozku a zlepšuje kognitivní funkce, snížení depresivních symptomů pocítují dvě třetiny pacientů, více než polovina lidí po rTMS dosáhne remise. Riziko relapsu je však vysoké (Wilkinson et al., 2018). Principy rTMS a ECT spojuje magnetická konvulzivní terapie, jež indukuje krátký epileptický záchvat modulující činnost mozku, jež se rozšiřuje z korových oblastí po jejich expozici magnetickému poli. Metoda prozatím není využívána k léčbě (Rosa & Lisanby, 2012).

Metody stimulace mozku nesou potenciál velkého léčebného účinku doprovázeného zlepšením kognitivních funkcí a neuroplasticity mozku (Wilkinson et al., 2018). Navzdory probíhajícímu vývoji a testování jsou pro léčbu depresí v současné době ve větší míře využívány pouze dvě metody, zlatým standardem je elektrokonvulzivní terapie, pomyslnou druhou příčku obsazuje rTMS, jež je agenturou FDA doporučována při selhání farmakologické léčby (Cusin & Dougherty, 2012). Wilkinson et al. (2018) ve své studii vyzdvihují kombinaci stimulace mozku zejména s psychoterapií a změnou životního stylu, jež snižuje riziko relapsu a přispívá k návratu jedince do normálního života.

3.4.2 Chronobioterapie

Chronobioterapeutické metody, jež jsou užívány v medicíně i psychologii, jsou založeny na nápravě narušeného cirkadiánního rytmu a spánkového režimu depresivního pacienta. Spánek je nezbytně důležitý pro tělesné i duševní zdraví našeho organismu, u depresivních pacientů se setkáváme se zvýšenou ospalostí, spavostí a únavou, naopak v průběhu noci dochází často k nespavosti čili insomnii, spánek je přerušovaný, neklidný a nekvalitní. Spánek navíc úzce souvisí s cirkadiánními rytmy, biorytmem čili vnitřními hodinami našeho těla ovlivňujícími chod jednotlivých orgánů a homeostázy v průběhu dne (Cunningham et al., 2019). Narušení denního režimu, které je příčinou změny cirkadiánního rytmu a zhoršení kvality spánku, je sledováno zejména u lidí v období mladé dospělosti, rizikovou skupinou jsou však všechny věkové kategorie. Souvisí se zhoršením nálady a vývojem deprese (Nguyen et al., 2019).

Chronobioterapie byla dříve užívána primárně k léčení sezónní deprese, v současné době je vyzdvihován její přínos při léčbě všech subtypů daného onemocnění. Chronobioterapeutické metody zahrnují terapii bděním a terapii světlem. Terapie bděním, nazývaná také spánkovou deprivací či wake therapy, spočívá v záměrném udržování stavu bdělosti a absenci spánku v určených dnech, respektive nocích. Po probdělé noci dochází nejméně u poloviny pacientů k výraznému zmírnění depresivních symptomů. Nevýhodou této metody je vysoká míra relapsu po zaslouženém spánku a odpočinku, jež dosahuje až 90%. Doporučovaným postupem je proto provázání spánkové deprivace s úpravou denního a spánkového režimu, tedy s omezením ponocování a pravidelnou, dřívější dobou ulehání ke spánku (Cunningham et al., 2019).

Účinnost tohoto postupu potvrzují ve své studii také Hasler et al. (2016), kteří spojují vývoj depresí s chronotypem čili cirkadiánní preferencí jedince. U ranních skřivanů, tedy lidí, kteří brzy vstávají a chodí brzy spát, je sledována nižší míra negativních emocí a depresivních symptomů než u jedinců označovaných jako noční sovy (Hasler et al., 2016).

Stabilizace a náprava cirkadiálních fází změnou denního režimu směrem k ranním skřivanům má pozitivní efekt na depresivitu jedince. Účinek je podpořen také kombinací s psychoterapií, terapií světlem a melatoninem. Sekrece melatoninu čili hormonu spánku, který řídí biorytmus bdění a spánku je narušena destabilizací cirkadiálních rytmů, dodává se proto ve formě doplňků stravy, synchronizovat cirkadiální rytmus může také AD agomelatin (Hasler et al., 2016).

Terapie světlem, označovaná také jako terapie jasným světlem či fototerapie, spočívá v expozici jedince zdroji jasného světla teplé barvy, které je podobné slunečnímu záření. Světlo působí na vnitřně fotosenzitivní gangliové buňky sítnice obsahující melanopsin, jež se podílejí na řízení cirkadiálního rytmu, spánku a syntéze melatoninu (Tao et al., 2020). Úspěšnost terapie světlem v ranních hodinách je vyšší než u antidepresiv, k významnému zlepšení dochází u dvou třetin pacientů. Největšího pokroku dosahují pacienti při kombinaci těchto postupů. Výhodou zmíněné metody je její bezpečnost, rychlost účinku, snášenlivost a oblíbenost ze strany pacientů, stejně jako účinnost při léčbě TRD (Cunningham et al., 2019).

3.4.3 Moderní trendy v biologické léčbě deprese

Rosa a Lisanby (2012) uvádí moderní trendy ve vývoji biologických léčebných metod deprese:

- Focused ultrasound (FUS), tedy metoda využívající ultrazvuk ke stimulaci mozku
- Near infrared light therapy (NIR light therapy), terapie světlem s vlnovou délkou blízkou se infračervenému světlu, které proniká do mozku a stimuluje růst axonů
- Low field magnetic stimulation (LFMS), mozková stimulace indukovaná ve slabém proměnlivém magnetickém a elektrickém poli
- Optogenetic stimulation, tedy metoda užívající světelné záření pro modulaci funkce neuronu, který vytváří iontový kanál citlivý na světlo

V současné době se výzkum zaměřuje na alternativy farmakologické léčby depresí vzhledem k vysoké prevalenci farmakorezistentní deprese v populaci. Předběžné výsledky studií poukazují na potenciální úspěšnost dvou metod vystavujících člověka extrémním podmínkám, celotělové kryoterapie a hyperbarické oxygenoterapie. Celotělová kryoterapie, v cizojazyčné literatuře označovaná jako whole body cryotherapy nebo zkratkou WBC, využívá celotělové expozici extrémnímu chladu přesahujícímu teplotu -100°C . Dosavadní studie uvádí pozitivní vliv metody na náladu člověka, snížení depresivity, zvýšení kvality života a well-beingu. Obdobný efekt je sledován také u hyperbarické oxygenoterapie, hyperbaric oxygen treatment čili HBOT, při které pacient inhaluje vzduch nasycený kyslíkem za podmínek tlaku vyššího, než je ten atmosferický, což zvyšuje okysličení krve (Krzystanek et al., 2021).

3.4.4 Využití psychoaktivních látek v psychiatrii a psychologii

V současné době hovoříme o třetí revoluci farmakologické léčby deprese. Prvním důležitým bodem v historii boje s depresivními poruchami byl objev antidepresiv v 50. letech 20. století. Druhý krok ve farmakologické léčbě učinilo lidstvo v 80. letech minulého století s uvedením léku Prozac na trh, následoval boom antidepresiv SSRI v průběhu poslední dekády tisíciletí. Třetí revoluce, která trvá od přelomu tisíciletí dodnes, je charakterizována studiem rychle účinkujících léčiv s antidepresivními účinky, především již zmíněného ketaminu, což přispělo k návratu zájmu odborníků ke studiu využití psychoaktivních látek v psychiatrii a psychologii (Nedic Erjavec et al., 2021).

Ketamin je anestetikum, které je pro své psychoaktivní účinky často zneužíváno jako rekreační droga. Při dlouhodobém užívání roste tolerance organismu vůči dané látce, zvyšující dávky posilují závislost jedince. Následky chronického užívání ketaminu nejsou známy, předpokládaná rizika zahrnují narušení kognitivních funkcí a neurodegeneraci. Při kontrolovaném užívání v klinickém prostředí však dochází ke zvýšení hladiny BDNF, zlepšení výživy neuronů, snížení depresivity a zvýšení neuroplasticity mozku (Wilkinson et al., 2018). Mezi nová antidepresiva s rychlým nástupem účinku se řadí také skopolamin, rostlinný alkaloid vyskytující se v blínu černém. Jako rekreační droga je zneužíván kvůli parasimpatolytickým, halucinogenním a anxiolytickým účinkům. Výzkumy účinku daného léčiva stále probíhají, dosavadní studie však naznačují vliv skopolaminu na hladinu neurotransmiterů, BDNF a zvýšení neuroplasticity (Hasselmann, 2014).

Mezi serotonergní psychedelika s potenciálem rychlého AD patří LSD, psilocybin a ayahuasca. LSD je halucinogen syntetizovaný z kyseliny lysergové obsažené v námelu. Ayahuasca a psilocybin jsou přírodní, rostlinné drogy. Ayahuasca je psychoaktivní látka připravovaná z tropické liány a dalších rostlin amazonského deštného pralesa, která je tamními domorodými obyvateli užívána v léčitelství a při náboženských rituálech. Psilocybin je obsažen v několika druzích hub, nejznámější z nich jsou lysohlávky. Mechanismus účinku těchto drog není zcela známý, předpokládá se, že jejich antidepresivní účinek může být způsoben jejich působením na serotonergní systém, inhibici funkce amygdaly, což snižuje úzkostnost, depresivitu a podporuje pozitivní náladu. Doprovodné jevy zahrnují modulaci glutamaerní transmise, zvýšení neuropřenašeče glutamátu v mozkové kůře nepřímo stimuluje produkci BDNF, což zvyšuje neuroplasticitu mozku a dlouhodobě zlepšuje psychický stav a emoční naladění pacienta. Psychedelika současně vykazují protizánětlivý účinek, dochází ke snížení hladiny cytokinů (Muttoni et al., 2019).

Zlomovým okamžikem ve výzkumu antidepresivního účinku psychedelik bylo povolení jejich užití v klinických studiích americkou agenturou FDA v roce 2018, které schválilo testování psilocybinu coby potenciálního léku pro fázi II a fázi III klinického hodnocení. Určení terapeutického potenciálu, bezpečnosti metody a možného zneužití psychedelik při léčbě depresi je prozatím nemožné kvůli nízkému počtu dosavadních studií. K dané výzkumné oblasti se však upíná pozornost mnoha odborníků, kteří doufají v možnost v budoucnu využít potenciál psychedelik pro léčebné účely (Nedic Erjavec et al., 2021).

Nejnovější výzkumy naznačují, že kromě neurobiologického mechanismu psychedelik skrývá terapeutický potenciál také samotný subjektivní prožitek pozměněného stavu vědomí, pro který byly dané látky po staletí využívány při obřadech či léčebných procedurách a zneužívány při rekreačním užití (Yaden & Griffiths, 2021). Psychoaktivní látky jsou ve společnosti nadále stigmatizovány až tabuizovány, podle odborníků však mohou mít potenciál léku budoucnosti. Je však nutná náležitá právní úprava, přijetí této procedury společností a standardizovaný terapeutický postup, jenž bude efektivní, bezpečný a nezneužívaný (Gardner et al., 2019).

3.5 Psychoterapie

Psychoterapie je označením pro systematickou psychologickou léčebnou metodu založenou na verbální komunikaci mezi terapeutem a klientem s cílem optimalizace kvality života a funkce jedince ve společnosti. Zaměřuje se na zlepšení duševního a tělesného zdraví jedince, rozvoj osobnosti a sebepojetí, obnovu normálního fungování a zvýšení well-beingu. Pomocí psychoterapie je možné výrazně snížit depresivitu klienta, zlepšit duševní zdraví a vnímanou kvalitu života; menší, ovšem statisticky významné, zlepšení nastává i v rámci tělesného zdraví (Kolovos et al., 2016). Navzdory genetickým a biologickým faktorům deprese, kterými argumentují odpůrci psychoterapie popírající její účinnost, byla efektivita dané metody opakovaně prokázána (Munder et al., 2018). Nebyl nalezen statisticky významný rozdíl mezi účinností farmakologické léčby a psychoterapie (Berg & Høie, 2010). Cuijpers al. (2013) uvádí, že efektivita jednotlivých psychoterapeutických směrů v léčbě deprese je srovnatelná, nejúčinnějším postupem je kombinace psychoterapie s farmakologickou léčbou.

V současné uspěchané době, v níž moderní západní společnost žije, může být časově náročné vyhradit si dostatek času na léčebný proces čítající desítky psychoterapeutických sezení. Při probíhající koronavirové pandemii navíc mohou být sezení rušena a odkládána z důvodu hygienických opatření. Dosavadní studie ovšem potvrzují účinnost krátkodobých psychoterapií (Nieuwsma et al., 2012) a psychoterapie realizovanou přes videohovor (Berryhill et al., 2018).

V následujících podkapitolách si představíme hlavní empiricky ověřené směry psychoterapie, jež se užívají při léčbě deprese.

3.5.1 Kognitivně-behaviorální terapie

Kognitivně-behaviorální terapie, zkráceně KBT či CBT z anglického cognitive behavioral therapy, je jedním z nejužívanějších psychoterapeutických směrů užívaných pro zvládání depresivních stavů a dosažení remise. Zaměřuje se na identifikování dysfunkčních myšlenkových procesů, tedy maladaptivních vzorců myšlení, které ovlivňují klientovo chování, myšlení, prožívání i celkové fungování v životě. KBT usiluje o kognitivní restrukturalizaci, kritické zhodnocení, zpochybnění a změnu daných dysfunkčních myšlenek, osvojení zdravějšího způsobu myšlení, sebepojetí a copingových strategií. Kognitivně-behaviorální terapie je charakteristická také zadáváním „domácích úkolů“ a cvičení mimo rámec terapie, které slouží pro vštípení a zobecnění daných vzorců chování a myšlení (Cuijpers et al., 2013).

3.5.2 Interpersonální terapie

Interpersonální psychoterapie je spolu s KBT doporučována jako nejspolehlivější směr psychoterapie v léčbě depresivních poruch mimo jiné pro svůj krátkodobý a efektivní charakter. Depresivní jedinec vyhledává rychlé řešení svých problémů, jiné formy terapie trvající i několik let pro něj mohou být nevhodnou variantou. KBT a interpersonální psychoterapie probíhají v řádu jednotek měsíců, po uplynutí daného počtu sezení se terapie ukončuje. Interpersonální terapie se zajímá o narušení interpersonálních vztahů, které mohou být projevem i příčinou deprese. Vychází z teorie citové vazby, emočního přilnutí k blízkým osobám, které si vytváříme od našeho narození. Daná vazba může být přerušena ztrátou daného člověka z důvodu jeho smrti či odcizení. Interpersonální teorie přistupuje k depresi tak, že negativní prožívání jedince a depresivní symptomy jsou důsledkem přetrhání mezilidských vztahů, které nám poskytují pocit bezpečí, jistoty a zajišťují další potřeby. Interpersonální psychoterapie se proto soustředí na nápravu mezilidských vztahů a postoje jedince ke společnosti (Cuijpers et al., 2011).

3.5.3 Behaviorální aktivace

Behaviorální aktivace je směr psychoterapie vycházející z behavioristické teorie podmiňování a učení. Dle behavioristů vzniká deprese osvojování maladaptivních vzorců chování na základě podmiňování okolím jedince. Depresivní jedinec zažívá mnoho negativních či nepříjemných událostí, zatímco pozitivních prožitků je minimum (Stein et al., 2020).

Prostředí jedinci poskytuje nedostatečné pozitivní posílení zdravých vzorců chování a myšlení, posilovány jsou naopak maladaptivní vzorce vyznačující se sníženou aktivitou a depresivní náladou. Behaviorální aktivace se proto snaží o zvýšení aktivity jedince, takové chování je posilováno pomocí odměny. Mezi užívané postupy patří plánování aktivit a sebemonitoring, tedy sledování vlastního chování a prožívání (Stein et al., 2020).

3.5.4 *Problem-solving therapy*

Problem-solving therapy, což bychom mohli přeložit jako terapie zaměřená na řešení problémů, vychází z kognitivně-behavioristického přístupu, nicméně je vyčleňována jako samostatný směr. Zmíněný přístup se zaměřuje na osvojení adaptivních vzorců myšlení a chování, respektive zdravých copingových strategií, které pomáhají jedinci zvládat stres, působící zátěž a problémy, a tím zvyšují kvalitu jeho života, fungování a well-being (Cuijpers et al., 2018).

3.5.5 *Krátkodobá psychodynamická psychoterapie*

Psychodynamická psychoterapie vychází z teorie psychoanalýzy, deprese je proto zakotvena v podvědomích a nevědomích strukturách jedince, stejně jako v konfliktu mezi egem, idem a superegem. Podstatou terapie je uvědomění vytěsněných traumat, nevědomých emocí, vnitřních konfliktů, myšlenek a chování, práce s nimi a řešení problémů zakotvených v osobnosti jedince s cílem její změny (Driessen et al., 2010).

3.5.6 *Acceptance and commitment therapy a mindfulness-based CBT*

Acceptance and commitment therapy, tj. terapie přijetí a závazku či ACT, a mindfulness-based CBT, respektive kognitivně-behaviorální terapie založená na mindfulness, jsou dva moderní směry psychoterapie vycházející z KBT a využívající poznatky pozitivní psychologie a mindfulness. Oba přístupy staví na technice mindfulness, což bychom mohli přeložit jako všímavou, vědomou bdělost či duchapřítomnost. Zdůrazňují žití v přítomném okamžiku v souladu se svými hodnotami, přičemž postoj k sobě i světu se vyznačuje přijetím a oproštěním se od soudů. Je rozvíjena psychická flexibilita, sebepřijetí, otevření se sobě a okolí, stejně jako vědomé zavázání se k aktuálnímu prožívání, našim hodnotám a životu (Zhenggang et al., 2020).

3.5.7 *Kognitivní remediace*

Kognitivní remediace, tedy program kognitivního tréninku či kognitivní rehabilitace, není psychoterapeutický směr, přesto jde o terapii poskytovanou psychologem či jiným odborníkem.

Kognitivní trénink spočívá v procvičování kognitivních funkcí a nacvičování praktických dovedností s cílem redukce či vymizení kognitivního deficitu, jenž depresivní poruchu provází. Program je často doplněn psychoterapií. U depresivních pacientů dochází po absolvování kognitivní remediace ke zlepšení celkové kognice, verbální a pracovní paměti, exekutivních funkcí, zlepšení pozornosti a zrychlení psychomotorického tempa (Thérond et al., 2021).

3.6 Alternativní a komplementární léčba

V následující kapitole se seznámíme s alternativními a komplementárními léčebnými postupy užívanými při léčení deprese. Anglický termín *complementary and alternative medicine*, uváděný také pod zkratkou CAM, označuje léčebné postupy, které nejsou běžnou součástí zdravotní a psychologické péče v západních kulturách, či přístupy čerpající z jiných kultur, nauk a poznatků než západní medicína. U duševních onemocnění je zájem o alternativní medicínu a komplementární léčebné postupy všeobecně vyšší než u somatických onemocnění. Americký celostátní průzkum odhalil, že nejméně polovina pacientů trpících těžkou depresivní fází vyhledá pomoc právě u CAM metod, k čemuž přispívá i vysoké procento lidí trpících TRD. Přístup k CAM je relativně nejednotný, výzkumníci i lékaři se rozdělují na dva tábory, jedni spatřují v holistické a alternativní medicíně velký potenciál, zatímco druzí vidí v možných výsledcích pouze placebo efekt na straně klienta a podjatost výzkumníků (Ng et al., 2020).

Následující podkapitoly proto budou věnovány alternativní medicíně a komplementární léčbě. Představíme si často diskutované metody, jejichž účinnost byla empiricky sledována. Kvůli nízkému počtu reliabilních studií však berme tyto poznatky s jistou rezervou. Metody CAM slouží primárně coby doprovodné léčebné postupy, jejich cílem proto není vyléčení deprese, ale podpora tělesného a duševního zdraví pacienta, usnadnění a urychlení léčebného procesu (Ng et al., 2020).

3.6.1 *Alternativní medicína*

Holistický systém tradičního indického léčitelství a lékařství ayurveda je spjat s tamní kulturou již od jejího vzniku, využívá medicínské poznatky, prvky psychologie i duchovní nauky. V počátcích indické civilizace byla příčina deprese viděna v posednutí zlým duchem, očarováním, prokletím či negativní konstelaci kosmických těles. Současná ayurveda označuje za příčinu deprese narušení toku tělesných tekutin a energií v organismu. Navzdory odlišnosti dané kultury je zde nápadná podobnost s monoaminovou teorií deprese, protizánětlivými procesy, gut-brain teorií a působením psychosociálních faktorů a stresu (Steer, 2019).

Vědění ayurvedy je v současné době integrováno s medicínou a psychologíí ve snaze vytvoření holistického biomedicínského systému. Praktiky ayurvedy směřující k obnově tělesné a duševní rovnováhy zahrnují vyváženou stravu, správnou životosprávu, hygienu, procedury očisty, bylinkářství, dostatek spánku, aromaterapii, muzikoterapii, masáže, meditace, dechová cvičení, jógu a jiná tělesná cvičení (Steer, 2019). Peterson et al. (2017) potvrzují vliv ayurvedských dechových cvičení pranayama na míru pocíťovaného stresu a celkový well-being, což může inhibovat aktivitu HPA osy a protizánětlivých procesů. Stejný přínos má také duševní a tělesná filosofie zvaná yoga či jóga (Nyer et al., 2019).

Podobné předpoklady sdílí také čínská tradiční medicína, deprese a jiné duševní poruchy jsou způsobeny narušenou vnitřní rovnováhou ovlivňující pohyb tělních tekutin, hmoty a životní energie qi. Znak čínské písemné soustavy označující depresi označuje také stagnaci, blok, překážku. Deprese je totiž vnímána jako nahromadění a blokace tělních tekutin a energie qi v oblasti jater (Scheid, 2013). Zajímavé je, že s využitím dotazníku zaměřeného na měření dualit yin a yang v těle jedince byla skutečně nalezena korelace mezi vnitřní nerovnováhou uvedených dvou sil a depresivními symptomy (Chen et al., 2021). Užívané postupy čítají akupunkturu (Armour et al., 2019), bylinkářství, zejména bylinného léčiva Xiao Yao San (Zhang et al., 2011) a ženšenu (Jin et al., 2019), a praktiky tai chi a qigong, kombinující koordinované pohyby, dechová cvičení a meditaci pro kultivaci a vyvážení životní energie qi, zlepšení tělesného a duševního zdraví (Yin & Dishman, 2014).

3.6.2 *Strava, léčivé rostliny a doplňky stravy*

Kurkuma, přezdívaná také indický šafrán, je hojně užívané koření v indické kuchyni. Získává se mletím sušeného oddenku kurkumovníku dlouhého. Přírodní látka kurkumin, kterou obsahuje, má silné protizánětlivé účinky a působí jako antioxidant, brání tedy oxidačnímu stresu. Nejnovější studie poukazují také na vliv kurkuminu na hladinu neurotransmiterů, schopnost inhibice HPA osy a stimulaci syntézy BDNF. Podporuje tak neuroplasticitu, zabraňuje neurodegeneraci. Účinnost kurkuminu v léčbě deprese zatím nebyla jednoznačně prokázána, nicméně jeho široké využití a bezpečnost z něj dělají slibné přírodní léčivo (Wang et al., 2021).

Šafrán, jedno z nejdražších koření na světě, je důležitou ingrediencí mnoha světových kuchyní, jeho léčebné účinky jsou užívány v Asii, především v perské kultuře. Působí protizánětlivě, má antioxidační a protirakovinný účinek, zabraňuje také zpětnému vychytávání neurotransmiterů. Současné studie jej označují za bezpečné přírodní antidepresivum (Dai et al., 2020).

Pravděpodobně nepoužívanější bylinou užívanou k léčení depresivních stavů je třezalka tečkovaná neboli svatojánské koření, které hojně roste v Evropě i Asii. Metaanalýza studií z celého světa potvrdila její antidepresivní účinky, pro které je ceněna v tradiční čínské medicíně. Bylina obsahuje hypericin, který zlepšuje náladu a funkci jater, neurobiologická studie odhalila, že třezalka, z níž se připravuje výluh či doplňky stravy, inhibuje zpětné vychytávání neurotransmiterů ze synaptické štěrbiny (Ng et al., 2017).

Schopnost inhibice zpětného vychytávání monoaminových neuropřenašečů má také apigenin, přírodní flavonoid vyskytující se v petrželi, celeru, cibuli, pomerančích, heřmánku, bazalce, tymiánu, dobromysli čili oregánu, stejně jako v nápojích připravovaných z rostlin, tedy pivu, vínu a čaji (Salehi et al., 2019). Apigenin a další flavonoidy obsahují listy jinanu dvoulaločného, jinak přezdívaného ginkgo biloba. Kromě toho má výtažek z listů stromu antioxidační, protizánětlivé a neuroprotektivní účinky, zvyšuje hladinu BDNF a neuroplasticitu mozku (Singh et al., 2017). Přírodním antidepresivem se stejnými účinky je rozmarýn lékařský (Rahbardar & Hosseinzadeh, 2020) a potraviny obsahující resveratrol, látku s protirakovinnými účinky, jakými jsou plody vinné révy, víno, arašidy, plody moruše, rybízu a borůvek (Shayganfard, 2020). Je zkoumán antidepresivní efekt kozlíku lékařského (Müller et al., 2012).

Výše zmíněné rostliny se v přírodní medicíně užívají ve formě výluhů, koření či vonných esencí, v současné době jsou dostupné také ve formě doplňků stravy (Ng et al., 2020). Z dlouhodobého hlediska má na psychický stav jedince vliv zdravá a vyvážená strava, dostatečný příjem vitamínů a minerálů, důraz se dává na konzumaci nenasycených mastných kyselin, hořčiku a kyseliny listové (Ljungberg et al., 2020). Výrazné zlepšení zdravotního stavu je dosaženo také obnovou rovnováhy střevní mikrobioty konzumací probiotik a prebiotik, nejúčinnější metodou je fekální mikrobiální transplantace (Fond et al., 2020).

3.6.3 Životní styl, pohyb a sport

Zdravý životní styl a fyzická aktivita je důležitým a dostupným nástrojem pro zlepšení duševního a tělesného zdraví jedince. Při depresi je člověk často neaktivní, sociálně izolovaný, výrazně sebekritický. Osvojením nezdravého, maladaptivního chování, často doplněného špatnými stravovacími návyky, nedostatkem pohybu, pitím alkoholu, kouřením či užíváním jiných psychoaktivních látek, se člověk dostává do bludného kruhu. Duševní a tělesné zdraví spolu úzce souvisí, a proto zhoršení našeho fyzického zdraví, možné přibírání na váze či rapidní hubnutí prohlubují i propad duševního zdraví, sebevědomí, sebeúcty a sebeobrazu. Pokud chce tedy člověk bojovat proti depresi, nesmí zapomínat také na své tělesné zdraví (Dale et al., 2014).

Dale et al. (2014) ve své studii zmiňují následující přínosy zdravého životního stylu, stravovacích návyků a fyzické aktivity:

- Zvýšení pocíťované kvality života a well-beingu
- Zlepšení tělesného zdraví, kondice a fyzické síly
- Zvýšení energie, redukce únavy, slabosti a vyčerpání
- Snížení míry pocíťovaného stresu, zvýšení pozitivního naladění
- Zvýšení kvality spánku
- Zvýšení sebeúcty, sebevědomí, self-efficacy
- Zvýšení spokojenosti s vlastním tělem a vzhledem
- Zlepšení kognitivních funkcí a celkového fungování v životě
- Zvýšení resilience, houževnatosti, osvojení zdravých copingových strategií
- Obnova sociálního kontaktu
- Zvýšení pracovní výkonnosti, akademické úspěšnosti
- Zvýšení vůle a motivace k činnostem
- Obnova naděje a životního optimismu

Mezi doporučované fyzické aktivity patří výše zmíněný aerobik (McIntyre et al., 2014), yoga (Nyer et al., 2019) či tai chi a qigong (Yin & Dishman, 2014). Volba intenzity, frekvence, délky trvání a druhu fyzické aktivity je zcela individuální, je proto možné se uchýlit k individuálním i kolektivním sportům, posilování a fitness, volnočasovému běhu, jízdě na kole i prosté chůzi (Stanton & Reaburn, 2014).

3.6.4 Relaxace, mindfulness, meditace

Jedním z dílčích mechanismů vývoje deprese, který jsme si představili v první části bakalářské práce, je působení psychosociálního stresu způsobujícího nadměrnou aktivaci HPA osy (Ju et al., 2020). Následující řádky jsou proto věnovány technikám a praktikám, které nám mohou pomoci zklidnit naši mysl, relaxovat a redukovat tak míru pocíťovaného stresu.

Stav psychologické a tělesné relaxace či uvolnění, který vede ke snížení stresu a depresivity, může být navozen Jacobsonovou progresivní svalovou relaxací, řízenou imaginací, autogenním tréninkem, hlubokým dýcháním (Toussaint et al., 2021), meditacemi a technikami mindfulness (Goldberg et al., 2018).

V neposlední řadě můžeme znovu zmínit dechová cvičení a techniky pranayama (Peterson et al., 2017), yogu (Nyer et al., 2019), tai chi a qigong (Yin & Dishman, 2014).

3.7 Jedinec v procesu léčby

Proces léčby můžeme rozdělit na tři složky: prevenci, akutní léčbu a dlouhodobou udržovací léčbu. Vzhledem k rekurentnímu charakteru deprese je udržovací fáze vlastně prevencí před vypuknutím další depresivní epizody. Všechny výše uvedené způsoby léčby do tohoto procesu patří, zbývá poslední proměnná v této rovnici, a tou je samotný klient. Pacient se sám musí rozhodnout pro změnu stávajícího negativního stavu, volí odborníka a následuje jeho pokyny (Bockting et al., 2015).

3.7.1 Překážky v léčebném procesu

Úspěšnost léčebného procesu je ovlivněna vnitřní motivací klienta a adherencí k léčbě, tedy aktivním zapojením jedince do procesu léčby. Změna životního stylu, seberozvoj, sebezdokonalování a dodržování pokynů příslušného odborníka prokazatelně zvyšuje účinnost léčby (Dale et al., 2014).

Marasine a Sankhi (2021) identifikují následující limitující faktory:

- Stigmatizace a sebestigmatizace (deprese je nadále vnímána jako nedostatek, slabost, společností koluje mnoho miskonceptů o etiopatogenezi a léčbě deprese)
- Nízká vzdělanost lidí v problematice duševního zdraví
- Obavy z nežádoucích účinků léčby či neúčinnosti léčby, nocebo efekt
- Neschopnost hovořit o zdravotních obtížích a psychických problémech
- Popírání duševní poruchy a jejích dopadů, významu duševního zdraví
- Nedůvěra v lékaře či psychologa, jejich způsobilost a schopnosti
- Vysoké finanční náklady (závislé na kultuře a systému zdravotního pojištění)
- Vysoké nároky na jedince (čas a energie)
- Omezená dostupnost léčby (v některých kulturách)
- Odmítnutí alternativních a komplementárních způsobů léčby

3.7.2 Prevence

Prevencí nazýváme soubor opatření a technik zaměřených na předcházení nežádoucího jevu, popřípadě snižování pravděpodobnosti jeho výskytu. Preventivní opatření mohou pomoci zabránit vzniku a vývoji deprese, případně relapsu a rekurenci. Zásadní roli přitom hraje budování psychické odolnosti neboli resilience, která napomáhá člověku zvládat náročné, stresové situace, které mohou být příčinou geneze depresivní poruchy (Southwick & Charney, 2012).

Mezi efektivní nástroje budování resilience patří seberozvoj a rozvoj pozitivních emocí, naděje a optimismu, psychoterapie či jiná forma psychologické intervence, mindfulness a relaxace, podpora blízkých osob, zdravý životní styl, vyvážená strava a dostatek fyzické aktivity, kvalitní spánek a pravidelný denní režim, stejně jako medikamenty, doplňky stravy a alternativní medicína (Southwick & Charney, 2012). Mammen a Faulkner (2013) zdůrazňují zejména pohyb a sport nezávisle na intenzitě, délce a formě dané aktivity.

Ve světle aktuálních událostí jsem zvolil pro poslední kapitolu téma prevence zcela záměrně. Chtěl bych upozornit na důležitost psychohygieny, zdravého životního stylu a prevence obecně vzhledem k navyšující se prevalenci depresivních a jiných duševních poruch v populaci, která v průběhu koronavirové pandemie stoupla na trojnásobek své původní hodnoty, tj. na 25% (Bueno-Notivol et al., 2021).

Jedním z výrazných stresogenních faktorů, které na nás aktuálně působí, je samotná koronavirová pandemie. Dlouhodobá karanténa, obavy o naše zdraví a zdraví našich blízkých, omezení společenského života, sociální izolace, změna pracovního a akademického režimu, omezení volnočasových a zájmových aktivit – to vše představuje stresory negativně působící na naše duševní zdraví. Mnoho lidí je propouštěno kvůli omezení provozu firem a ekonomické krizi. Chronický stres je příčinou nárůstu depresí, úzkostí, posttraumatické stresové poruchy a dalších duševních onemocnění v populaci (Wu et al., 2021).

Společenské změny však nejsou jediným faktorem zatěžujícím mysl a duševní zdraví populace. V souvislosti se změnou klimatu se v současné době hovoří o environmentálním žalu, klimatickém žalu či ekologické úzkosti. Všechny zmíněné pojmy popisují psychologickou reakci moderní společnosti na změnu klimatu a pokračujícího ničení životního prostředí. Planetu postihuje zvyšující se teplota atmosféry, tání ledovců, povodně, tornáda a hurikány, devastující sucha, přírodní požáry a desertifikace, stejně jako deforestace a nadměrné čerpání přírodních zdrojů. Obavy o přírodní prostředí, které ve společnosti všeobecně narůstají, souvisí s nárůstem depresí, úzkostí, agresivního chování i počtu sebevražd (Cianconi et al., 2020).

Žijeme v náročné době plné změn a výzev. Starejme se proto o své zdraví, neboť přes všechna bohatství světa je to to nejcennější, co máme.

4. Diskuze

Hlavním cílem předložené bakalářské práce bylo předložení stručného a komplexního přehledu způsobů léčby deprese u dospělých pacientů či klientů. Dané výzkumné téma bylo zvoleno z důvodu vzrůstající prevalence depresivních poruch v populaci, stejně jako osobní zkušenosti s daným onemocněním. V minulosti představovaly deprese zcela neznámý fenomén. Studium duševních nemocí bylo podmíněno historickými a kulturními podmínkami, dostupných poznatků a způsobů léčby bylo omezené množství. Zrychlený život moderní společnosti se naopak vyznačuje přehlcením jedince informacemi, které může vést ke stresu, pocitu ztráty kontroly, zmatení, vzniku depresivních symptomů a poklesu životní spokojenosti (Matthes et al., 2020). Problematika depresí je poměrně často diskutovaným tématem ve společnosti, prezentované informace v médiích však mají velmi rozdílnou kvalitu a informační hodnotu, a tak může být velmi snadné se v nich ztratit. Přehledová studie byla proto zaměřena na analýzu dostupných zdrojů, syntézu poznatků a předložení uceleného souboru efektivních metod léčby depresivních poruch.

Téma bakalářské práce již bylo dříve zpracováno, v akademickém prostředí tak bylo navázáno na práci Křikavové (2017) a jiných. Křikavová (2017) popisuje depresivní symptomatologii, léčbu a rozdílné přístupy k depresivním poruchám. Autorka využívá téměř výhradně česky psané publikace převážně knižního charakteru. V předkládané práci byly proto využity anglicky psané zdroje vydané od roku 2010 se zaměřením na recenzované a impaktované odborné časopisy s cílem vytvoření moderního vhledu do problematiky. Křikavová (2017) v diplomové práci předkládá způsoby léčby deprese, které následně klasifikuje dle příslušnosti k biomedicínskému či biopsychosociálnímu modelu. V této bakalářské práci bylo od takové kategorizace léčby upuštěno, jelikož podobná diferenciací může způsobovat zbytečnou názorovou polarizaci, která může vést k současné dysfunkční a nekooperativní fragmentaci léčby mezi příslušné odbornosti (Šilhán et al., 2019). Zároveň je přehledová studie doplněna o moderní trendy a informace vzniklé ve vzniklém mezidobí.

V rámci přehledové studie byly identifikovány způsoby léčby deprese studované a užívané u dospělé populace. Definicí dospělosti byla převzata od Šolcové & Blatného (2016), kteří nevymezují stáří jako samostatné vývojové období, ale zahrnují jej do fáze pozdní dospělosti. Vymezení zaměření výzkumného tématu bylo provedeno pro odlišení dospělé populace od dětí a adolescentů, kteří vyžadují specifický přístup ze strany odborníka i užití léčebné procedury (Dudová, 2007).

Depresivní poruchy v populaci nezletilých pacientů jsou relativně často adresovány i v akademickém prostředí (Jelínková, 2013; Klímová, 2015; Maxerová, 2021), stejně jako léčba deprese v daném vývojovém období (Příbylová, 2020; Slezáková, 2018) a depresivní symptomatika v neklinické mladé populaci (Karlovska, 2009; Landkamr, 2016).

Výrazně opomíjená je však problematika depresí a depresivní symptomatiky ve stáří, dostupných studií je výrazně nižší počet. Deprese jsou však významným problémem geriatrické populace a péče. Uvádí se, že přibližně 10% jedinců v pozdním období svého života trpí depresemi, diagnóza se dostane pouze polovině z tohoto počtu a pouze jeden z pěti depresivních geriatrických pacientů je léčen (Park & Unützer, 2011). Neléčená deprese ve stáří však vede ke snížení pocíťované kvality života, pozitivních prožitků a zhoršení kognitivních funkcí (Voros et al., 2020). Navrhují se proto zaměřit na tuto skupinu obyvatelstva. S narůstajícím věkem dochází k úbytku fyzické energie a zhoršení fyzického zdraví, geriatrickí pacienti obvykle užívají větší množství medikamentů, a proto mohou být některá antidepresiva a léčebné postupy v kontraindikaci. Vhodnou volbou je proto, stejně jako u těhotných žen, léčba světlem (Cunningham et al., 2019) či psychoterapie (Cuijpers et al., 2018).

Hlavním přínosem předkládané práce shledávám aktuálnost zjištěných poznatků, podařilo se mi nalézt mnoho kvalitních studií z posledních měsíců či let, a tak prezentuji nejnovější vědecké poznatky. Hodnota daných zjištění tkví především v jejich uplatnění v současné náročné době koronavirové pandemie (Wu et al., 2021) a klimatické krize (Ciaconi et al., 2020). Přehledová studie obsahuje cenné přehledně strukturované informace, které může využít každý při prevenci a léčbě deprese.

Kromě přehledové studie shledávám velký význam také v první části bakalářské práce věnované popisu depresivních poruch a jejich etiopatogenezi. Deprese je onemocněním spojeným se značným sociálním stigmatem a sebestigmatizací (Látalová et al., 2014), stigmatizování duševních onemocnění přitom vede k negativnímu postoji k léčbě a nízké účinnosti léčebného procesu (Botha & Dozois, 2015). Přínosem dané části proto může být destigmatizace depresí kvůli zvýšení informovanosti a vyvrácení miskoncepce.

Mezi hlavní zjištění patří identifikace užívaných a efektivních způsobů léčení deprese. Současná medicína je schopna depresi léčit, nikoliv vyléčit. Léčba je tedy zaměřena na redukci depresivních symptomů a navození remise (Abdallah & Krystal, 2020). Účinnost farmakologické léčby, psychoterapie a metod CAM je srovnatelná, nejefektivnější volbou je kombinace daných přístupů a zdravý životní styl (Jakobsen et al., 2020; McIntyre et al., 2014).

U třetiny pacientů je farmakologická léčba zcela neúčinná, mluvíme o farmakorezistentní depresi (Ruberto et al., 2020). V takovém případě je efektivní bezpečnou volbou psychoterapie, alternativní medicína a komplementární léčebné metody (Ng et al., 2020). Léčivem budoucnosti se zdají být vyvíjené postupy somatické léčby, jakými je celotělová kryoterapie, hyperbarická oxygenoterapie (Krzystanek et al., 2021), ketamin (Wilkinson et al., 2018) a jiné psychoaktivní látky (Muttoni et al., 2019). Zejména psychedelika mají významný léčebný potenciál (Yaden & Griffiths, 2021), která jsou ale prozatím zatížena značným společenským stigmatem až tabu (Gardner et al., 2019). Navrhují proto zaměření na psychoedukaci a destigmatizaci psychoaktivních látek pro terapeutické využití, které by mohlo mít schopnost deprese skutečně vyléčit. Psychedelika by tak mohla být využita, nikoliv zneužita jako doposud.

Mezi zajímavá zjištění patří prokázání skutečného léčebného účinku alternativní medicíny a komplementárních léčebných postupů, jakými je tradiční čínská medicína, tai chi či qigong (Yin & Dishman, 2014), ayurveda (Steer, 2019), yoga (Nyer et al., 2019) a bylinkářství (Moragrega & Ríos, 2021). Vzhledem ke skepticismu některých výzkumníků, lékařů a psychologů představují tato zjištění možný impuls pro edukaci a využití těchto technik v praxi.

5. Limity

Mezi limity přehledové studie patří omezený počet studií zaměřených na nové trendy v léčbě depresí a metody CAM, díky němuž není možné jednoznačně prokázat účinnost daných postupů. Omezení možnosti zobecnění těchto poznatků bylo samozřejmě adresováno, daná zjištění však byla zahrnuta do bakalářské práce, jelikož odráží současný vývoj medicíny, léčitelsví a psychologie. Výzkumníci také mohou být neobjektivní a podjatí.

Vzhledem ke kulturnímu zakotvení některých vědeckých postupů nebylo možné nalézt zdroje daných informací v impaktovaných odborných časopisech, v některých případech proto bylo čerpáno z lokálních akademických publikací. Snažil jsem se však hledat studie tak, aby nebyla ovlivněna celková kvalita práce a předkládaných informací.

Omezením hodnoty dané práce je kulturní a jazyková bariéra, zejména na poli alternativní medicíny a komplementární léčby. Zdroje byly vyhledávány primárně v anglickém jazyce, druhotně pak v českém a španělském jazyce. Není proto vyloučeno, že existují i další způsoby léčby depresí pramenící v jiných kulturách. Byly představeny všechny účinné léčebné metody, které byly zjištěny ve vyhledaných publikacích, daný přehled je však vázán na současné vědecké poznatky, a proto nemusí být v budoucnosti aktuální.

Některé z uvedených psychoterapeutických směrů jsou známy a aplikovány v zahraničí, ale nemusí být dostupné v naší české kotlině, popřípadě v blízkosti bydliště příslušného čtenáře.

Potenciální zkreslení přináší také zaměření na přehledové studie, čímž mohlo dojít k opomenutí cenných informací a zdrojů, daný faktor jsem se však snažil redukovat doplňováním poznatků k primárnímu vyhledávání.

Poslední skutečností, která by mohla být označena za limit bakalářské práce, je možné zaujetí z mé strany, tedy za strany autora, vzhledem k osobní zkušenosti s depresivní poruchou. Snažil jsem se však pracovat s velkým množstvím nových, kvalitních zdrojů, které navzájem potvrzovaly jednotlivá zjištění. Zároveň jsem se snažil věnovat i tématům, ke kterým jsem byl poněkud skeptický. Velkým přínosem pro mě samotného tedy bylo osvojení nových poznatků, rozšíření obzorů a otevření se nových zkušenostem.

6. Závěr

Cílem bakalářské práce, která se tímto blíží svému konci, bylo vytvořit ucelenou publikaci o problematice depresivních poruch, které jsou stále zatíženy sociálním stigmatem a množstvím miskonceptů. První část bakalářské práce byla věnována deskripci depresi jako společenskému fenoménu moderní doby. Kromě četnosti zastoupení depresivních poruch v populaci, jejích druhů a psychodiagnostických metod byly popsány dosavadní poznatky o mechanismu vzniku a vývoje deprese, což může přispět k destigmatizaci duševních onemocnění. Popis depresivních symptomů může být nápomocen pro rozpoznání poruchy v případě, že bychom se s ní sami setkali u sebe či svých blízkých.

V druhé části byla představena přehledová studie věnována způsobům léčby depresí. Byly identifikovány efektivní léčebné metody napříč dostupnými zdroji psanými v anglickém, španělském a českém jazyce. Nejúčinnější současnou variantou léčby byla shledána kombinace farmakologické léčby, psychoterapie a zdravého životního stylu, který zahrnuje dostatek fyzické aktivity, spánku, vyváženou stravu a pravidelní denní režim. Byly identifikovány také moderní trendy ve vývoji léčby, největší potenciál byl nalezen u terapeutického využití psychoaktivních látek a potenciál integrace alternativní medicíny a komplementární léčby s poznatky a postupy západní medicíny.

Doslov

Rozlučme se dokončením příběhu o Prométheovi. Tomu se zželelo lidského pokolení, a tak se rozhodl vzepřít vůli bohů. Poté, co moudrý Titán neuposlechl příkazy samotného vládce Dia, ukradl z Olympu oheň a navrátil jej ztrápenému lidstvu, ani on neunikl krutému trestu. Prométheus byl jat dvěma božskými bytostmi, Silou a Mocí, a odnesen do nejzazších končin světa, do pusté nehostinné krajiny vrcholů Kavkazu. Z Olympu byl Diem seslán kovář bohů Héfaiostos, který upotal Prométhea do okovů a přibil jej ke skále mohutnými hřeby. Vládce Zeus přísahal, že Titán zůstane ke skále přikován navěky, zde však jeho trest neskončil. S příchodem večera zaslechl Prométheus šelest obřích orlích křídel. Dravec se snesl, zařal do vězně ostrý zobák a vyklovnul mu játra. Titán se svíjel bolestí, trpěl a křičel, jedinou útěchou mu v pustině byla myšlenka na blaho lidstva a vzdor proti nespravedlnosti bohů. Daný trest se však opakoval den co den, játra Prométheovi přes noc dorostla a rána se zacelila. Titán se tak budil přikován ke skále, čekaje na večer, kdy se jeho trýznitel opět přilétne nasytit jeho vnitřnostmi. Prométheus se odmítal podvolit bohům a setrval ve svém vzdoru. Lidé jej osvobodit nemohli, a tak strašlivá muka jejich tvůrce trvala tisíce let. K usmíření Prométhea s Diem došlo až tehdy, když Titán varoval hromovládce před neblahou věštbou, která mohla ohrozit jeho vládnutí. Zeus proto zmírnil svůj hněv a svolil k Titánovu osvobození. Jeho zachráncem se stal proslulý řecký hrdina Héraklés, syn Dia, který na svých cestách zamířil na Kavkaz při putování do zahrady Hesperidek. Héraklés skolil dravce šípem a rozlámal věžňovy okovy (Mertlík, 1989).

Prométheus byl přijat mezi bohy a Zeus jej na Olympu učinil svým rádcem. Aby však vládce bohů dodržel své slovo, Prométheus musí navěky nosit prsten vytvořený z jeho okovů, do kterého je vsazen úlomek kavkazské skály (Mertlík, 1989). Od té doby nosili lidé prsteny s drahými kameny na památku Prométhea. A nosí je dodnes, ačkoliv Titánovy činy již dávno upadly v zapomnění (Petiška, 1980).

Cílem představení tohoto příběhu není vytvoření kultu Prométhea, nemusíme se nyní začít zdobit prsteny s drahými kameny či přinášet oběti. Tento příběh však nese důležité poselství. Navzdory nepřízni osudu, překážkám a trápením stojí za to za lidstvo bojovat. Snažme se proto udělat svět o trochu lepším a přívětivějším místem pro život společnosti a našich milovaných. Nezapomínejme ale bojovat i sami za sebe, nikoliv navzdory štěstí a spokojenosti druhých, nýbrž za naše lepší já, šťastnější já, zdravější já. V případě duševních poruch stojíme sami sobě nepřitelem a musíme být také sami sobě tím hrdinou, který nás vysvobodí z okovů trápení. Tento boj je zdlouhavý a náročný, ale vyplatí se bojovat, neb život má být prožit, nikoliv přežit. Tak jej žijme naplno...

7. Referenční seznam

- Abdallah, C. G., & Krystal, J. H. (2020). Ketamine and rapid acting antidepressants: Are we ready to cure, rather than treat depression? *Behavioural Brain Research*, 390, Article 112628. <https://doi.org/10.1016/j.bbr.2020.112628>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
- Antoniou, E. E., Bongers, P., & Jansen, A. (2017). The mediating role of dichotomous thinking and emotional eating in the relationship between depression and BMI. *Eating Behaviors*, 26, 55-60. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2017.01.007>
- Appelbaum, P. S. (2018). Physician-assisted death in psychiatry. *World Psychiatry*, 17(2), 145-146. <https://doi.org/10.1002/wps.20548>
- Armour, M., Smith, C. A., Wang, L.-Q., Naidoo, D., Yang, G.-Y., MacPherson, H., Lee, M. S., & Hay, P. (2019). Acupuncture for depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Medicine*, 8(8), Article 1140. <https://doi.org/10.3390/jcm8081140>
- Asarnow, J. R., Zeledon, L. R., D'Amico, E., LaBorde, A., Anderson, M., Avina, C., Arslanian, T., Do, M.-C., Harwood, J., & Shoptaw, S. (2014). Depression and health risk behaviors: Towards optimizing primary care service strategies for addressing risk. *Primary Health Care*, 4(1), Article 1000152. <https://doi.org/10.4172/2167-1079.1000152>
- Atazadeh, N., Mahmoodi, H., & Shaghghi, A. (2019). Posttrauma psychosocial effects in children: A systematic review of measurement scales. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 32(3), 149-161. <https://doi.org/10.1111/jcap.12247>

- Atlantis, E., & Sullivan, T. (2012). Bidirectional association between depression and sexual dysfunction: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Sexual Medicine*, 9(6), 1497-1507. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02709.x>
- Ayhan, M. O., & Budak, F. K. (2021). The correlation between mindfulness and negative automatic thoughts in depression patients. *Perspectives in Psychiatric Care*, 2021, 1-6. <https://doi.org/10.1111/ppc.12770>
- Ayuso-Mateos, J. L., Nuevo, R., Verdes, E., Naidoo, N., & Chatterji, S. (2010). From depressive symptoms to depressive disorders: The relevance of thresholds. *The British Journal of Psychiatry*, 196(5), 365-371. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.071191>
- Bartoš, V., Cahlíková, J., Bauer, M., & Chytilová, J. (2020). Dopady pandemie koronaviru na duševní zdraví. *IDEA anti COVID-19*, 22, 1-20. https://idea.cerge-ei.cz/files/IDEA_Dusevni_zdravi_covid-19_cervenec2020_22/IDEA_Dusevni_zdravi_covid-19_cervenec2020_22.html
- Bekhuis, E., Boschloo, L., Rosmalen, J. G. M., & Schoevers, R. A. (2015). Differential associations of specific depressive and anxiety disorders with somatic symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*, 78(2), 116-122. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.11.007>
- Belvederi Murri, M., Triolo, F., Coni, A., Tacconi, C., Nerozzi, E., Escelsior, A., Respino, M., Neviani, F., Bertolotti, M., Bertakis, K., Chiari, L., Zanetidou, S., & Amore, M. (2020). Instrumental assessment of balance and gait in depression: A systematic review. *Psychiatry Research*, 284, Article 112687. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112687>

- Bennabi, D., Vandel, P., Papaxanthis, C., Pozzo, T., & Haffen, E. (2013). Psychomotor retardation in depression: A systematic review of diagnostic, pathophysiologic, and therapeutic implications. *BioMed Research International*, 2013, Article 158746. <https://doi.org/10.1155/2013/158746>
- Berg, R. C., & Høie, B. (2010). Effectiveness of psychotherapy for adults with depression: A systematic review of the best available evidence. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 5, 2194-2200. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.07.435>
- Berman, M. G., Peltier, S., Nee, D. E., Kross, E., Deldin, P. J., & Jonides, J. (2011). Depression, rumination and the default network. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 6(5), 548-555. <https://doi.org/10.1093/scan/nsq080>
- Berryhill, M. B., Culmer, N., Williams, N., Halli-Tierney, A., Betancourt, A., Roberts, H., & King, M. (2018). Videoconferencing psychotherapy and depression: A systematic review. *Telemedicine Journal and E-health*, 25(6), 435-446. <https://doi.org/10.1089/tmj.2018.0058>
- Bjärehed, J., Sarkohi, A., & Andersson, G. (2010). Less positive or more negative? Future-directed thinking in mild to moderate depression. *Cognitive behaviour therapy*, 39(1), 37-45. <https://doi.org/10.1080/16506070902966926>
- Blanco, N. J., Otto, A. R., Maddox, W. T., Beevers, C. G., & Love, B. C. (2013). The influence of depression symptoms on exploratory decision-making. *Cognition*, 129(3), 563-568. <https://doi.org/10.1016/j.cognition.2013.08.018>
- Bockting, C. L., Hollon, S. D., Jarrett, R. B., Kuyken, W., & Dobson, K. (2015). A lifetime approach to major depressive disorder: The contributions of psychological interventions

in preventing relapse and recurrence. *Clinical Psychology Review*, 41, 16-26.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.02.003>

Boda, E. (2019). Myelin and oligodendrocyte lineage cell dysfunctions: New players in the etiology and treatment of depression and stress-related disorders. *European Journal of Neuroscience*, 53(8), 281-297. <https://doi.org/10.1111/ejn.14621>

Bodenschatz, C. M., Czepluch, F., Kersting, A., & Suslow, T. (2021). Efficient visual search for facial emotions in patients with major depression. *BMC Psychiatry*, 21(1), Article 92. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03093-6>

Botha, F. B., & Dozois, D. J. A. (2015). The influence of emphasizing psychological causes of depression on public stigma. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 47(4), 313-320. <https://doi.org/10.1037/a0039611>

Brailean, A., Curtis, J., Davis, K., Dregan, A., & Hotopf, M. (2020). Characteristics, comorbidities, and correlates of atypical depression: Evidence from the UK Biobank Mental Health Survey. *Psychological Medicine*, 50(7), 1129-1138. <https://doi.org/10.1017/S0033291719001004>

Brondino, N., Rocchetti, M., Fusar-Poli, L., Codrons, E., Correale, L., Vandoni, M., Barbui, C., & Politi, P. (2017). A systematic review of cognitive effects of exercise in depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 135(4), 285-295. <https://doi.org/10.1111/acps.12690>

Brown, C., Conner, K. O., Copeland, V. C., Grote, N., Beach, S., Battista, D., & Reynolds, C. F., III. (2010). Depression stigma, race, and treatment seeking behavior and attitudes. *Journal of Community Psychology*, 38(3), 350-368. <https://doi.org/10.1002/jcop.20368>

- Bueno-Notivol, J., Gracia-García, P., Olaya, B., Lasheras, I., López-Antón, R., & Santabárbara, J. (2021). Prevalence of depression during the COVID-19 outbreak: A meta-analysis of community-based studies. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 21(1), Article 100196. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2020.07.007>
- Buyukdura, J. S., McClintock, S. M., & Croarkin, P. E. (2010). Psychomotor retardation in depression: Biological underpinnings, measurement, and treatment. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 35(2), 395-405. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2010.10.019>
- Calabrò, M., Mandelli, L., Crisafulli, C., Lee, S.-J., Jun, T.-Y., Wang, S.-M., Patkar, A. A., Masand, P. S., Benedetti, F., Han, C., Pae, C.-U., & Serretti, A. (2018). Neuroplasticity, neurotransmission and brain-related genes in major depression and bipolar disorder: Focus on treatment outcomes in an Asiatic sample. *Advances in Therapy*, 35(10), 1656-1670. <https://doi.org/10.1007/s12325-018-0781-2>
- Campos, R. C. (2013). Conceptualization and preliminary validation of a depressive personality concept. *Psychoanalytic Psychology*, 30(4), 601-620. <https://doi.org/10.1037/a0033961>
- Campos, R. C., Besser, A., & Blatt, S. J. (2013). Recollections of parental rejection, self-criticism and depression in suicidality. *Archives of Suicide Research*, 17(1), 58-74. <https://doi.org/10.1080/13811118.2013.748416>
- Canbeyli, R. (2010). Sensorimotor modulation of mood and depression: an integrative review. *Behavioural Brain Research*, 207(2), 249-264. <https://doi.org/10.1016/j.bbr.2009.11.002>
- Cao, H., Zhou, N., Leerkes, E. M., & Su, J. (2021). The etiology of maternal postpartum depressive symptoms: Childhood emotional maltreatment, couple relationship

- satisfaction, and genes. *Journal of Family Psychology*, 35(1), 44-56.
<https://doi.org/10.1037/fam0000722>
- Carcedo, R. J., Fernández-Rouco, N., Fernández-Fuertes, A. A., & Martínez-Álvarez, J. L. (2020). Association between sexual satisfaction and depression and anxiety in adolescents and young adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(3), Article 841. <https://doi.org/10.3390/ijerph17030841>
- Carnevali, L., Statello, R., & Sgoifo, A. (2018). The utility of rodent models of stress for disentangling individual vulnerability to depression and cardiovascular comorbidity. *Current Cardiology Reports*, 20(11), Article 111. <https://doi.org/10.1007/s11886-018-1064-x>
- Carvalho, J. P., & Hopko, D. R. (2011). Behavioral theory of depression: Reinforcement as a mediating variable between avoidance and depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42(2), 154-162.
<https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2010.10.001>
- Carvalho, N., Laurent, E., Noiret, N., Chopard, G., Haffen, E., Bennabi, D., & Vandell, P. (2015). Eye movement in unipolar and bipolar depression: A systematic review of literature. *Frontiers in Psychology*, 6, Article 1809.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01809>
- Češková, E. (2005). Možnosti farmakoterapie deprese. *Psychoterapie pro praxi*, 2005(5), 233-236.
- Češková, E., & Příkryl, R. (2013). *Praktická psychiatrie*. Maxdorf.

- Český statistický úřad. (2021). *Obyvatelstvo* [Data set]. Retrieved June 19, 2021, from https://www.czso.cz/csu/czso/obyvatelstvo_lide
- Chaplin, A. B., Jones, P. B., & Khandaker, G. M. (2021). Sexual and physical abuse and depressive symptoms in the UK Biobank. *BMC Psychiatry*, *21*, Article 248. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03207-0>
- Chen, S.-L., Liu, Y.-T., Hsueh, K.-C., & Tang, P.-L. (2021). Body constitution of traditional Chinese medicine caused a significant effect on depression in adult women. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, *42*, Article 101288. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2020.101288>
- Chioqueta, A. P., & Stiles, T. C. (2005). Personality traits and the development of depression, hopelessness, and suicide ideation. *Personality and Individual Differences*, *38*(6), 1283-1291. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2004.08.010>
- Chong, T. T.-J. (2018). Updating the role of dopamine in human motivation and apathy. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, *22*, 35-41. <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2017.12.010>
- Cianconi, P., Betrò, S., & Janiri, L. (2020). The impact of climate change on mental health: A systematic descriptive review. *Frontiers in Psychiatry*, *11*, Article 74. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00074>
- Cizza, G., Ronsaville, D. S., Kleitz, H., Eskandari, F., Mistry, S., Torvik, S., Sonbolian, N., Reynolds, J. C., Blackman, M. R., Gold, P. W., & Martinez, P. E. (2012). Clinical subtypes of depression are associated with specific metabolic parameters and circadian endocrine profiles in women: The POWER Study. *PLoS ONE*, *7*(1), Article e28912. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0028912>

- Corrigan, A., & Pickering, G. (2019). Ketamine and depression: A narrative review. *Drug Design, Development and Therapy*, *13*, 3051-3067. <https://doi.org/10.2147/DDDT.S221437>
- Cotrena, C., Branco, L. D., Shansis, F. M., & Fonseca, R. P. (2016). Executive function impairments in depression and bipolar disorder: association with functional impairment and quality of life. *Journal of Affective Disorders*, *190*, 744-753. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.007>
- Cuevas-Esteban, J., Iglesias-González, M., Rubio-Valera, M., Serra-Mestres, J., Serrano-Blanco, A., Baladon, L. (2017). Prevalence and characteristics of catatonia on admission to an acute geriatric psychiatry ward. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, *78*, 27-33. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2017.05.013>
- Cuijpers, P., Berking, M., Andersson, G., Quigley, L., Kleiboer, A., & Dobson, K. S. (2013). A meta-analysis of cognitive-behavioural therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *58*(7), 376-385. <https://doi.org/10.1177/070674371305800702>
- Cuijpers, P., de Wit, L., Kleiboer, A., Karyotaki, E., & Ebert, D. D. (2018). Problem-solving therapy for adult depression: An updated metaanalysis. *European Psychiatry*, *48*(1), 27-37. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.11.006>
- Cuijpers, P., Geraedts, A. S., van Oppen, P., Andersson, G., Markowitz, J. C., & van Straten, A. (2011). Interpersonal psychotherapy for depression: A meta-analysis. *The American Journal of Psychiatry*, *168*(6), 581-592. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.10101411>

- Cummins, N., Scherer, S., Krajewski, J., Schnieder, S., Epps, J., & Quatieri, T. F. (2015). A review of depression and suicide risk assessment using speech analysis. *Speech communication, 71*, 10-49. <https://doi.org/10.1016/j.specom.2015.03.004>
- Cunningham, J. E. A., Stamp, J. A., & Shapiro, C. M. (2019). Sleep and major depressive disorder: a review of non-pharmacological chronotherapeutic treatments for unipolar depression. *Sleep Medicine, 61*, 6-18. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2019.04.012>
- Curtis, D. (2021). Analysis of 50,000 exome-sequenced UK Biobank subjects fails to identify genes influencing probability of developing a mood disorder resulting in psychiatric referral. *Journal of Affective Disorder, 281*, 216-219. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.025>
- Cusin, C., & Dougherty, D. D. (2012). Somatic therapies for treatment-resistant depression: ECT, TMS, VNS, DBS. *Biology of Mood & Anxiety Disorders, 2*, Article 14. <https://doi.org/10.1186/2045-5380-2-14>
- Dai, L., Chen, L., & Wang, W. (2020). Safety and efficacy of saffron (*Crocus sativus* L.) for treating mild to moderate depression. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 208*(4), 269-276. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001118>
- Dale, H., Brassington, L., & King, K. (2014). The impact of healthy lifestyle interventions on mental health and wellbeing: A systematic review. *Mental Health Review Journal, 19*(1), 1-26. <https://doi.org/10.1108/MHRJ-05-2013-0016>
- Day, M. R., Leahy-Warren, P., & McCarthy, G. (2016). Self-neglect: Ethical considerations. *Annual Review of Nursing Research, 34*(1), 89-107. <https://doi.org/10.1891/0739-6686.34.89>

- Driessen, E., Cuijpers, P., de Maat, S. C. M., Abbass, A. A., de Jonghe, D., & Dekker, J. J. M. (2010). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30(1), 25-36. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.08.010>
- Dudová, I. (2007). Současný pohled na dětskou a adolescentní depresi. *Psychiatrie pro praxi*, 2007(1), 29-31.
- Duman, R. S., Sanacora, G., & Krystal, J. H. (2019). Altered connectivity in depression: GABA and glutamate neurotransmitter deficits and reversal by novel treatments. *Neuron*, 102(1), 75-90. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2019.03.013>
- Dupéré, V., Dion, E., Nault-Brière, F., Archambault, I., Leventhal, T., & Lesage, A. (2018). Revisiting the link between depression symptoms and high school dropout: Timing of exposure matters. *Journal of Adolescence Health*, 62(2), 205-211. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.09.024>
- Ehret, A. M., Joormann, J., & Berking, M. (2015). Examining risk and resilience factors for depression: The role of self-criticism and self-compassion. *Cognition and Emotion*, 29(8), 1496-1504. <https://doi.org/10.1080/02699931.2014.992394>
- Enko, D., Meinitzer, A., Brandmayr, W., Halwachs-Baumann, G., Schnedl, W. J., & Kriegshäuser, G. (2018). Association between increased plasma levels of homocysteine and depression observed in individuals with primary lactose malabsorption. *PLoS ONE*, 13(8), Article e0202567. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202567>
- Ettman, C. K., Abdalla, S. M., Cohen, G. H., Sampson, L., Vivier, P. M., & Gales, S. (2020). Prevalence of depression symptoms in US adults before and during the COVID-19

- pandemic. *JAMA Network Open*, 3(9), Article e2019686.
<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.19686>
- Eysenck, M. W., & Fajkowska, M. (2018). Anxiety and depression: Toward overlapping and distinctive features. *Cognition and Emotion*, 32(7), 1391-1400.
<https://doi.org/10.1080/02699931.2017.1330255>
- Eysenck, M. W., Payne, S., & Santos, R. (2006). Anxiety and depression: Past, present, and future events. *Cognition and Emotion*, 20(2), 274-294.
<https://doi.org/10.1080/02699930500220066>
- Fabre, L. F., & Smith, L. C. (2012). The effect of major depression on sexual function in women. *Journal of Sexual Medicine*, 9(1), 231-239. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02445.x>
- Farreras, I. G. (2017). History of mental illness. In E. Diener & R. Biswas-Diener, *Introduction to psychology: The full Noba collection* (pp. 245-256). <https://noba.to/65w3s7ex>
- Felton, J., Cole, D. A., Tilghman-Osborne, C., & Maxwell, M. A. (2010). The relation of weight change to depressive symptoms in adolescence. *Development and Psychopathology*, 22(1), 205-216. <https://doi.org/10.1017/S0954579409990356>
- Fernández-Theoduloz, G., Paz, V., Nicolaisen-Sobesky, E., Pérez, A., Buunk, A. P., Cabana, A., & Gradin, V. B. (2019). Social avoidance in depression: A study using a social decision-making task. *Journal of Abnormal Psychology*, 128(3), 234-244.
<https://doi.org/10.1037/abn0000415>

- Fiquer, J. T., Boggio, P. S., & Gorenstein, C. (2013). Talking bodies: Nonverbal behavior in the assessment of depression severity. *Journal of Affective Disorders, 150*(3), 1114-1119. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.05.002>
- Fitzgerald, P. J. (2013). Black bile: Are elevated monoamines an etiological factor in some cases of major depression? *Medical Hypothesis, 80*(6), 823-826. <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2013.03.023>
- Fond, G. B., Lagier, J.-C., Honore, S., Lancon, C., Korchia, T., Sunhary de Verville, P.-L., Llorca, P.-M., Auquier, P., Guedj, E., & Boyer, L. (2020). Microbiota-orientated treatments for major depression and schizophrenia. *Nutrients, 12*(4), Article 1024. <https://doi.org/10.3390/nu12041024>
- Fresán, A., Robles-García, R., González-Castro, T. B., Pool-García, S., Tovilla-Zárate, C. A., Hernández-Díaz, Y., Juárez-Rojop, I. E., & López-Narváez, M. L. (2021). Masked depression: Profile and severity of symptoms and impulsivity in patients with generalized anxiety disorder. *International Journal of Mental Health and Addiction, 19*, 429-437. <https://doi.org/10.1007/s11469-019-00076-3>
- Frey, A.-L., & McCabe, C. (2020). Impaired social learning predicts reduced real-life motivation in individuals with depression: A computational fMRI study. *Journal of Affective Disorders, 263*, 698-706. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.049>
- Gaebel, W., Stricker, J., & Kerst, A. (2020). Changes from ICD-10 to ICD-11 and future directions in psychiatric classification. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 22*(1), 7-15. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2020.22.1/wgaebel>

- Gardner, J., Carter, A., O'Brien, K., & Seear, K. (2019). Psychedelic-assisted therapies: The past, and the need to move forward responsibly. *International Journal of Drug Policy*, 70, 94-98. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2019.05.019>
- Genuchi, M. C., & Mitsunaga, L. K. (2015). Sex differences in masculine depression: Externalizing symptoms as a primary feature of depression in men. *Journal of Men's Studies*, 23(3), 243-251. <https://doi.org/10.1177/1060826514561986>
- Gilbert, P. (2017). *Depression: The evolution of powerlessness, Classic edition*. Routledge.
- Girard, J. M., & Cohn, J. F. (2015). Automated audiovisual depression analysis. *Current Opinion in Psychology*, 4, 75-79. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2014.12.010>
- Gohier, B., Ferracci, L., Surguladze, S. A., Lawrence, E., El Hage, W., Kefi, M. Z., Allain, P., Garre, J.-B., & Le Gall, D. (2009). Cognitive inhibition and working memory in unipolar depression. *Journal of Affective Disorders*, 116(1-2), 100-105. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.10.028>
- Gold, S. M., Köhler-Forsberg, O., Moss-Morris, R., Mehnert, A., Miranda, J. J., Bullinger, M., Steptoe, A., Whooley, M. A., & Otte, C. (2020). Comorbid depression in medical diseases. *Nature Reviews: Disease Primers*, 6, Article 69. <https://doi.org/10.1038/s41572-020-0200-2>
- Goldberg, S. B., Tucker, R. P., Greene, P. A., Davidson, R. J., Wampold, B. E., Kearney, D. J., & Simpson, T. L. (2018). Mindfulness-based interventions for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 59, 52-60. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.10.011>

- Gómez-Odrizola, J., & Calvete, E. (2020). Longitudinal bidirectional associations between dispositional mindfulness, maladaptive schemas, and depressive symptoms in adolescents. *Mindfulness*, *11*(8), 1943-1955. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01402-w>
- Gonda, X., Pompili, M., Serafini, G., Carvalho, A. F., Rihmer, Z., & Dome, P. (2015). The role of cognitive dysfunction in the symptoms and remission from depression. *Annals of General Psychiatry*, *14*(1), Article 27. <https://doi.org/10.1186/s12991-015-0068-9>
- Gotlib, I. H., & Hammen, C. L. (2015). *Handbook of depression* (3rd ed.). Guilford Press.
- Gotlib, I. H., & Joormann, J. (2010). Cognition and depression: Current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, *6*, 285-312. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131305>
- Gotlib, I. H., Joormann, J., & Foland-Ross, L. C. (2014). Understanding familial risk for depression: A 25-year perspective. *Perspectives on Psychological Science*, *9*(1), 94-108. <https://doi.org/10.1177/1745691613513469>
- Graves, R. (2004). *Řecké mýty*. Levné knihy.
- Gurung, K. (2018). Bodywork: Self-harm, trauma, and embodied expressions of pain. *Arts & Humanities in Higher Education*, *17*(1), 32-47. <https://doi.org/10.1177/1474022216684634>
- Hasin, D. S., Sarvet, A. L., Meyers, J. L., Saha, T. D., Ruan, W. J., Stohl, M., & Grant, B. F. (2018). Epidemiology of adult DSM-5 major depressive disorder and its specifiers in the United States. *JAMA Psychiatry*, *75*(4), 336-346. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.4602>

- Hasler, B. P., Buysse, D. J., & Germain, A. (2016). *Behavioral Sleep Medicine*, 14(6), 624-635.
<https://doi.org/10.1080/15402002.2015.1048452>
- Hasselmann, H. (2014). Scopolamine and depression: A role for muscarinic antagonism? *CNS & Neurological Disorders - Drug Targets*, 13(4), 673-683.
<https://doi.org/10.2174/1871527313666140618105710>
- Ho, N., & Sommers, M. (2013). Anhedonia: A concept analysis. *Archives of Psychiatric Nursing*, 27(3), 121-129. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2013.02.001>
- Horwitz, A. V., Wakefield, J. C., & Lorenzo-Luaces, L. (2017). History of depression. In R. J. DeRubeis & D. R. Strunk (Eds.), *The Oxford handbook of mood disorders* (pp. 11-23). Oxford University Press.
- Howard, D. M., Adams, M. J., Clarke, T.-K., Hafferty, J. D., Gibson, J., Shiralil, M., Coleman, J. R. I., Hagenars, S. P., Ward, J., Wigmore, E. M., Alloza, C., Shen, X., Barbu, M. C., Xu, E. Y., Whalley, H. C., Marioni, R. E., Porteous, D. J., Davies, G., Deary, I. J., ... McIntosh, A. M. (2019). Genome-wide meta-analysis of depression identifies 102 independent variants and highlights the importance of the prefrontal brain regions. *Nature Neuroscience*, 22(3), 343-352. <https://doi.org/10.1038/s41593-018-0326-7>
- Huang, H., Harlé, K., Movellan, J., & Paulus, M. (2016). Using optimal control to disambiguate the effect of depression on sensorimotor, motivational and goal-setting functions. *PLoS ONE*, 11(12), Article e0167960. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0167960>
- Hubbard, N. A., Hutchison, J. L., Turner, M., Montroy, J., Bowles, R. P., & Rypma, B. (2016). Depressive thoughts limit working memory in dysphoria. *Cognition and Emotion*, 30(2), 193-209. <https://doi.org/10.1080/02699931.2014.991694>

- Hubley, S., & Demidjian, S. (2017). Behavior therapy of depression. In R. J. DeRubeis & D. R. Strunk (Eds.), *The Oxford handbook of mood disorders* (pp. 423-433). Oxford University Press.
- Husain, M., & Roiser, J. P. (2018). Neuroscience of apathy and anhedonia: A transdiagnostic approach. *Nature Reviews Neuroscience*, *19*(8), 470-484. <https://doi.org/10.1038/s41583-018-0029-9>
- Jackson, S. W. (2008). A history of melancholia and depression. In E. R. Wallace & Gach, J. (Eds.), *History of psychiatry and medical psychology* (pp. 443-460). Springer.
- Jakobsen, J. C., Gluud, C., & Kirsch, I. (2020). Should antidepressants be used for major depressive disorder? *BMJ Evidence-Based Medicine*, *25*(4), 130-136. <https://doi.org/10.1136/bmjebm-2019-111238>
- James, S. L., Abate, D., Abate, K. H., Abay, S. M., Abbafati, C., Abbasi, N., Abbastabar, H., Abd-Allah, F., Abdela, J., Abdelaim, A., Abdollahpour, I., Abdulkader, R. S., Abebe, Z., Abera, S. F., Abil, O. Z., Abraha, H. N., Abu-Raddad, L. J., Abu-Rmeileh, N. M. E., Accrombessi, M. M. K., ... Murray, C. J. L. (2018). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*, *392*(10159), 1789-1858. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32279-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32279-7)
- Jelínková, B. (2013). *Depresivní poruchy u adolescentů* [Bachelor's thesis, Západočeská univerzita v Plzni]. Theses.cz. <https://theses.cz/id/myfcog/?lang=en>
- Jha, M. K., Fava, M., Minhajuddin, A., Chin Fatt, C., Mischoulon, D., Wakhlu, N., Trombello, J. M., Cusin, C., & Trivedi, M. H. (2020). Anger attacks are associated with persistently

elevated irritability in MDD: Findings from the EMBARC study. *Psychological Medicine*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1017/S0033291720000112>

Jin, Y., Cui, R., Zhao, L., Fan, J., & Li, B. (2019). Mechanisms of Panax ginseng action as an antidepressant. *Cell Proliferation*, 52(6), Article e12696. <https://doi.org/10.1111/cpr.12696>

Joo, M., & Park, S. W. (2021). Depression is associated with negativity in TAT narratives: The mediating role of agency. *Current Psychology: A Journal for Diverse Perspectives on Diverse Psychological Issues*, 40(6), 3065-3072. <https://doi.org/10.1007/s12144-019-00245-6>

Joormann, J. (2010). Cognitive inhibition and emotion regulation in depression. *Current Directions in Psychological Science*, 19(3), 161-166. <https://doi.org/10.1177/0963721410370293>

Joormann, J., & Gotlib, I. H. (2010). Emotion regulation in depression: Relation to cognitive inhibition. *Cognition and Emotion*, 24(2), 281-298. <https://doi.org/10.1080/02699930903407948>

Joormann, J., & Stanton, C. H. (2016). Examining emotion regulation in depression: A review and future direction. *Behaviour Research and Therapy*, 86, 35-49. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.07.007>

Ju, Y., Wang, M., Lu, X., Sun, J., Dong, Q., Zhang, L., Liu, B., Liu, J., Yan, D., Guo, H., Zhao, F., Liao, M., Zhang, X., Zhang, Y., & Li, L. (2020). The effects of childhood trauma on the onset, severity and improvement of depression: The role of dysfunctional attitudes and cortisol levels. *Journal of Affective Disorders*, 276, 402-410. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.023>

- Judd, L. L., Schettler, P. J., Akiskal, H., Coryell, W., Fawcett, J., Fiedorowicz, J. G., Solomon, D. A., & Keller, M. B. (2012). Prevalence and clinical significance of subsyndromal manic symptoms, including irritability and psychomotor agitation, during bipolar major depressive episodes. *Journal of Affective Disorders*, *138*(3), 440-448. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.12.046>
- Kaiser, T., Herzog, P., Voderholzer, U., & Brakemeier, E.-L. (2021). Unraveling the comorbidity of depression and anxiety in a large inpatient sample: Network analysis to examine bridge symptoms. *Depression and Anxiety*, *38*(3), 307-317. <https://doi.org/10.1002/da.23136>
- Kaniuka, A. R., Kelliher-Rabon, J., Chang, E. C., Sirois, F. M., & Hirsch, J. K. (2020). Symptoms of anxiety and depression and suicidal behavior in college students: Conditional indirect effects on non-suicidal self-injury and self-compassion. *Journal of College Students Psychotherapy*, *34*(4), 316-338. <https://doi.org/10.1080/87568225.2019.1601048>
- Karlovská, S. (2009). *Depresivní symptomatologie u dětí* [Diploma thesis, Univerzita Karlova]. Digitální repozitář UK. <https://hdl.handle.net/20.500.11956/18869>
- Kendler, K. S., & Gardner, C. O. (2016). Depressive vulnerability, stressful life events and episode onset of major depression: A longitudinal model. *Psychological Medicine*, *46*(9), 1865-1874. <https://doi.org/10.1017/S0033291716000349>
- Kessler, R. C., & Bromet, E. J. (2013). The epidemiology of depression across cultures. *Annual Review of Public Health*, *34*, 119-138. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031912-114409>

- Khalil, R. B., & Richa, S. (2014). When affective disorders were considered to emanate from the heart: The Ebers papyrus. *The American Journal of Psychiatry*, *171*(3), 275. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13070860>
- Khan, A., Faucett, J., Lichtenberg, P., Kirsch, I., & Brown, W. A. (2012). A systematic review of comparative efficacy of treatments and controls for depression. *PLoS ONE*, *7*(7), Article e41778. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0041778>
- Kim, S. E., Kim, H.-N., Cho, J., Kwon, M.-J., Chang, Y., Ryu, S., Shin, H., Kim, H.-L. (2016). Direct and indirect effects of five factor personality and gender on depressive symptoms mediated by perceived stress. *PLoS ONE*, *11*(6), Article e0157204. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0157204>
- Kim, Y.-K. (Ed.). (2018). *Understanding depression: Volume 2, Clinical manifestations, diagnosis and treatment*. Springer.
- Kinser, P. A., & Lyon, D. E. (2014). A conceptual framework of stress vulnerability, depression, and health outcomes in women: Potential uses in research on complementary therapies for depression. *Brain and Behavior*, *4*(5), 665-674. <https://doi.org/10.1002/brb3.249>
- Klímová, T. (2015). *Deprese u adolescentů* [Bachelor's thesis, Západočeská univerzita v Plzni]. Digitální knihovna Západočeské univerzity v Plzni. <https://hdl.handle.net/11025/19909>
- Knorr, A. C., Tull, M. T., Anestis, M. D., Dixon-Gordon, K. L., Bennett, M. F., & Gratz, K. L. (2016). The interactive effect of major depression and non-suicidal self-injury on current suicide risk and lifetime suicide attempts. *Archives of Suicide Research*, *20*(4), 539-552. <https://doi.org/10.1080/13811118.2016.1158679>

- Kojima, M., Matsui, K., & Mizui, T. (2019). BDNF pro-peptide: Physiological mechanisms and implications for depression. *Cell and Tissue Research*, 377(1), 73-79. <https://doi.org/10.1007/s00441-019-03034-6>
- Kolovos, S., Kleiboer, A., & Cuijpers, P. (2016). Effect of psychotherapy for depression on quality of life: Meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 209(6), 460-468. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.175059>
- Konttinen, H., van Strien, T., Männistö, S., Jousilahti, P., & Haukkala, A. (2019). Depression, emotional eating and longterm weight changes: a population-based prospective study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 16, Article 28. <https://doi.org/10.1186/s12966-019-0791-8>
- Krämer, L. V., Helmes, A. W., & Bengel, J. (2014). Understanding activity limitations in depression: Integrating the concepts of motivation and volition from health psychology into clinical psychology. *European Psychologist*, 19(4), 278-288. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000205>
- Křikavová, L. (2017). *Příznaky, léčba a rozdílné přístupy k depresi* [Bachelor's thesis]. Digitální repozitář UK. <http://hdl.handle.net/20.500.11956/91593>
- Krzystanek, M., Romańczyk, M., Surma, S., & Koźmin-Burzyńska, A. (2021). Whole body cryotherapy and hyperbaric oxygen treatment: New biological treatment of depression? A systematic review. *Pharmaceuticals*, 14(6), Article 595. <https://doi.org/10.3390/ph14060595>
- Kucharska, J. (2017). Sexual and non-sexual trauma, depression and self-esteem in a sample of polish women. A cross-sectional study. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(1), 186-194. <https://doi.org/10.1002/cpp.1994>

- Kupferberg, A., Bicks, L., & Hasler, G. (2016). Social functioning in major depressive disorder. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *69*, 313-332. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.07.002>
- Landkamr, F. (2016). *Depresivita ve střední adolescenci* [Master's thesis, Masarykova univerzita]. Informační systém MU. <https://is.muni.cz/auth/th/g712r/>
- Lang, U. E., & Borgwardt, S. (2013). Molecular mechanisms of depression: Perspectives on new treatment strategies. *Cellular Physiology and Biochemistry*, *31*(6), 761-777. <https://doi.org/10.1159/000350094>
- Látalová, K., Kamarádová, D., & Praško, J. (2014). Perspectives on perceived stigma and self-stigma in adult male patients with depression. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *10*, 1399-1405. <https://doi.org/10.2147/NDT.S54081>
- Le Chevanton, T., Fouques, D., Julien-Sweerts, S., Petot, D., & Polosan, M. (2020). Differentiating unipolar and bipolar depression: Contribution of the Rorschach test. *Journal of Clinical Psychology*, *76*(4), 769-777. <https://doi.org/10.1002/jclp.22912>
- LeMoult, J., & Gotlib, I. H. (2019). Depression: A cognitive perspective. *Clinical Psychology Review*, *69*, 51-66. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.06.008>
- Lim, G. Y., Tam, W. W., Lu, Y., Ho, C. S., Zhang, M. W., & Ho, R. C. (2018). Prevalence of depression in the community from 30 countries between 1994 and 2014. *Scientific Reports*, *8*(1), Article 2861. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-21243-x>
- Lohr, J. B., May, T., & Caligiuri, M. P. (2013). Quantitative assessment of motor abnormalities in untreated patients with major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, *146*(1), 84-90. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.08.043>

- Li, Q., Zhang, B., Cao, H., Liu, W., Guo, F., Shen, F., Ye, B., Liu, H., Li, Y., & Liu, Z. (2020). Oxytocin exerts antidepressant-like effect by potentiating dopaminergic synaptic transmission in the mPFC. *Neuropharmacology*, *162*, Article 107836. <https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2019.107836>
- Liu, Q., He, H., Yang, J., Feng, X., Zhao, F., & Lyu, J. (2020). Changes in the global burden of depression from 1990 to 2017: Findings from the Global Burden of Disease Study. *Journal of Psychiatric Research*, *126*, 134-140. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.08.002>
- Liu, R. T., Kleiman, E. M., Nestor, B. A., & Cheek, S. M. (2015). The hopelessness theory of depression: A quarter-century in review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *22*(4), 345-365. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12125>
- Ljungberg, T., Bondza, E., & Lethin, C. (2020). Evidence of the importance of dietary habits regarding depressive symptoms and depression. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(5), Article 1616. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051616>
- Lourenço, M., Azevedo, L. P., & Gouveia, J. L. (2011). Depression and sexual desire: An exploratory study in psychiatric patients. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *37*(1), 32-44. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2011.533578>
- Malki, K., Keers, R., Tosto, M. G., Lourdasamy, A., Carboni, L., Domenici, E., Uher, R., McGuffin, P., & Schalkwyk, L. C. (2014). The endogenous and reactive depression subtypes revisited: Integrative animal and human studies implicate multiple distinct molecular mechanisms underlying major depressive disorder. *BMC Medicine*, *12*, Article 73. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-12-73>

- Mammen, G., & Faulkner, G. (2013). Physical activity and the prevention of depression: A systematic review of prospective studies. *American Journal of Preventive Medicine*, 45(5), 649-657. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2013.08.001>
- Mandal, B., Ayyagari, P., & Gallo, W. T. (2011). Job loss and depression: The role of subjective expectations. *Social Science & Medicine*, 72(4), 576-583. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.11.014>
- Marasine, N. R., & Sankhi, S. (2021). Factors associated with antidepressant medication non-adherence. *Turkish Journal of Pharmaceutical Sciences*, 18(2), 242-249. <https://doi.org/10.4274/tjps.galenos.2020.49799>
- Marazziti, D., Consoli, G., Picchetti, M., Carlini, M., & Faravelli, L. (2010). Cognitive impairment in major depression. *European Journal of Pharmacology*, 626(1), 83-86. <https://doi.org/10.1016/j.ejphar.2009.08.046>
- Mareš, J. (2013). Přehledové studie: Jejich typologie, funkce a způsob vytváření. *Pedagogická orientace*, 23(4), 427-454. <https://doi.org/10.5817/PedOr2013-4-427>
- Martin, E. A. (Ed.). (2015). *Concise medical dictionary* (9th ed.). Oxford University Press.
- Mason, T. B., Smith, K. E., Engwall, A., Lass, A., Mead, M., Sorby, M., Bjorlie, K., Strauman, T. J., & Wonderlich, S. (2019). Self-discrepancy theory as a transdiagnostic framework: A meta-analysis of self-discrepancy and psychopathology. *Psychological Bulletin*, 145(4), 372-389. <https://doi.org/10.1037/bul0000186>
- Matthes, J., Karsay, K., Schmuck, D., & Stevic, A. (2020). "Too much to handle": Impact of mobile social networking sites on information overload, depressive symptoms, and

well-being. *Computers in Human Behavior*, 105, Article 106217.
<https://doi.org/10.1016/j.chb.2019.106217>

Matthews, T., Danese, A., Wertz, J., Odgers, C. L., Ambler, A., Moffitt, T. E., & Arseneault, L. (2016). Social isolation, loneliness and depression in young adulthood: A behavioural genetic analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(3), 339-348.
<https://doi.org/10.1007/s00127-016-1178-7>

Maxerová, T. (2021). *Vybrané psychologické aspekty deprese u adolescentů* [Bachelor's thesis, Masarykova univerzita]. Informační systém MU. <https://is.muni.cz/auth/th/gt43a/>

McIntyre, R. S., Filteau, M.-J., Martin, L., Patry, S., Carvalho, A., Cha, D. S., Barakat, M., & Miguelez, M. (2014). Treatment-resistant depression: Definitions, review of the evidence, and algorithmic approach. *Journal of Affective Disorders*, 156, 1-7.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.10.043>

McKenzie, D. P., Clarke, D. M., Forbes, A. B., & Sim, M. R. (2010). Pessimism, worthlessness, anhedonia, and thoughts of death identify DSM-IV major depression in hospitalized, medically ill patients. *Psychosomatics*, 51(4), 302-311. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(10\)70701-5](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(10)70701-5)

McLaughlin, K. A., & Nolen-Hoeksema, S. (2011). Rumination as a transdiagnostic factor in depression and anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 49(3), 186-193.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.12.006>

Meda, N., Pardini, S., Slongo, I., Bordini, L., Zordan, M. A., Rigobello, P., Visioli F., & Novara, C. (2021). Students' mental health problems before, during, and after COVID-19 lockdown in Italy. *Journal of Psychiatric Research*, 134, 69-77.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.12.045>

- Medina, A. B., Lechuga, D. A., Escandón, O. S., & Moctezuma, J. V. (2014). Update of sleep alternations in depression. *Sleep Science*, 7(3), 165-169. <https://doi.org/10.1016/j.slsi.2014.09.015>
- Mertlík, R. (1989). *Starověké báje a pověsti* (3rd ed.). Svoboda.
- Michalak, J., Troje, N. F., Fischer, J., Vollmar, P., Heidenreich, T., & Schulte, D. (2009). Embodiment of sadness and depression: Gait patterns associated with disphoric mood. *Psychosomatic Medicine*, 71(5), 580-587. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3181a2515c>
- Mickeviciene, D., Leleikiene, A., Valanciene, D., Vizbaraite, D., Brazaitis, M., & Skurvydas, A. (2019). Absence of differences in the learning rate of a speed–accuracy movement task between women patients with mild and major depression and healthy adult women. *Human Movement Science*, 66, 363-370. <https://doi.org/10.1016/j.humov.2019.05.016>
- Millová, K. (2016a). Mladá dospělost. In M. Blatný (Ed.), *Psychologie celoživotního vývoje* (pp. 117-140). Karolinum.
- Millová, K. (2016b). Střední dospělost. In M. Blatný (Ed.), *Psychologie celoživotního vývoje* (pp. 141-156). Karolinum.
- Mitchell, D. (2012). *Atlas mraků* (2nd ed.). Mladá fronta.
- Mizushima, J., Sakurai, H., Mizuno, Y., Shinfuku, M., Tani, H., Yoshida, K., Ozawa, C., Serizawa, A., Kodashiro, N., Koide, S., Minamisawa, A., Mutsumoto, E., Nagai, N., Noda, S., Tachino, G., Takahashi, T., Takeuchi, H., Kikuchi, T., Uchida, H., ... Mimura, M. (2013). Melancholic and reactive depressions: A reappraisal of old categories. *BMC Psychiatry*, 13, Article 311. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-311>

- Moffitt, T. E., Caspi, A., Taylor, A., Kokaua, J., Milne, B. J., Polanczyk, G., & Poulton, R. (2010). How common are common mental disorders? Evidence that lifetime prevalence rates are doubled by prospective versus retrospective ascertainment. *Psychological Medicine*, *40*(6), 899-909. <https://doi.org/10.1017/S0033291709991036>
- Montesano, A., Feixas, G., Caspar, F., & Winter, D. (2017). Depression and identity: Are self-constructions negative or conflictual? *Frontiers in Psychology*, *8*, Article 877. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00877>
- Moragrega, I., & Ríos, J. L. (2021). Medicinal plants in the treatment of depression: Evidence from preclinical studies. *Planta Medica*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1055/a-1338-1011>
- Moults, M. L., & Krans, J. (2015). Intrusive, involuntary memories in depression. In L. A. Watson & D. Berntsen (Eds.), *Clinical perspectives on autobiographical memory* (pp. 154-171). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9781139626767>
- Müller, H. H. O., Moeller, S., Lücke, C., Lam, A. P., Braun, N., & Philipsen, A. (2018). Vagus nerve stimulation (VNS) and other augmentation strategies for therapy-resistant depression (TRD): Review of the evidence and clinical advice for use. *Frontiers in Neuroscience*, *12*, Article 239. <https://doi.org/10.3389/fnins.2018.00239>
- Müller, L. G., Salles, L. A., Stein, A. C., Betti, A. H., Sakamoto, S., Cassel, E., Vargas, R. M. F., von Poser, G. L., & Rates, S. M. K. (2012). Antidepressant-like effect of *Valeriana glechomifolia* Meyer (Valerianaceae) in mice. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, *36*(1), 101-109. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2011.08.015>

- Murphy, F. C., Michael, A., & Sahakian, B. J. (2012). Emotion modulates cognitive flexibility in patients with major depression. *Psychological Medicine*, 42(7), 1373-1382. <https://doi.org/10.1017/S0033291711002418>
- Murphy, M., & Peterson, M. J. (2015). Sleep disturbances in depression. *Sleep Medicine Clinics*, 10(1), 17-23. <https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2014.11.009>
- Muttoni, S., Ardissino, M., & John, C. (2019). Classical psychedelics for the treatment of depression and anxiety: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 258, 11-24. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.07.076>
- Myklestad, I., & Straiton, M. (2021). The relationship between self-harm and bullying behaviour: Results from a population based study of adolescents. *BMC Public Health*, 21, Article 524. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10555-9>
- Nedic Erjavec, G., Sagud, M., Nikolac Perkovic, M., Svob Strac, D., Konjevod, M., Tudor, L., Uzun, S., & Pivac, N. (2021). Depression: Biological markers and treatment. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 105, Article 110139. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110139>
- Nelson, J., Klumpparentt, A., Doeblner, P., & Ehring, T. (2020). Everyday emotional dynamics in major depression. *Emotion*, 20(2), 179-191. <https://doi.org/10.1037/emo0000541>
- Ng, J. Y., Nazir, Z., & Nault, H. (2020). Complementary and alternative medicine recommendations for depression: A systematic review and assessment of clinical practice guidelines. *BMC Complementary Medicine and Therapies*, 20, Article 299. <https://doi.org/10.1186/s12906-020-03085-1>

- Ng, Q. X., Venkatanarayanan, N., Ho, C. Y. X. (2017). Clinical use of *Hypericum perforatum* (St John's wort) in depression: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 210, 211-221. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.12.048>
- Nguyen, C., Murray, G., Anderson, S., Filipowicz, A., & Ingram, K. K. (2019). In vivo molecular chronotyping, circadian misalignment, and high rates of depression in young adults. *Journal of Affective Disorders*, 250, 425-431. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.03.050>
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., Lee, M., & Stern, J. B. (2015). Assessment of depression. In I. H. Gotlib & C. L. Hammen, *Handbook of Depression* (3rd ed., pp. 25-44). Guilford Press.
- Nieuwsma, J. A., Trivedi, R. B., McDuffie, J., Kronish, I., Benjamin, D., & Williams, J. W., Jr. (2012). Brief psychotherapy for depression: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 43(2), 129-151. <https://doi.org/10.2190/PM.43.2.c>
- Nolan, L. J., & Geliebter, A. (2017). Validation of the Night Eating Diagnostic Questionnaire (NEDQ) and its relationship with depression, sleep quality, “food addiction”, and body mass index. *Appetite*, 111, 86-95. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.12.027>
- Nuño, L., Gómez-Benito, J., Carmona, V. R., & Pino, O. (2021). A systematic review of executive function and information processing speed in major depression disorder. *Brain Sciences*, 11(2), Article 147. <https://doi.org/10.3390/brainsci11020147>
- Nyer, M., O'Hair, C. M., Hopkins, L. B., Roberg, R., Norton, R., & Streeter, C. (2019). Yoga as a treatment for depression: Applications for mental health practitioners. *Psychiatric Annals*, 49(1), 11-15. <https://doi.org/10.3928/00485713-20181203-01>

- O'Connor, L. E., Berry, J. W., Weiss, J., & Gilbert, P. (2002). Guilt, fear, submission, and empathy in depression. *Journal of Affective Disorders, 71*(1-3), 19-27. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(01\)00408-6](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(01)00408-6)
- O'Donnell, L. A., Deldin, P. J., Grogan-Kaylor, A., McInnis, M. G., Weintraub, J., Ryan, K. A., & Himle, J. A. (2017). Depression and executive functioning deficits predict poor occupational functioning in a large longitudinal sample with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders, 215*, 135-142. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.03.015>
- O'Donnell, M. L., Agathos, J. A., Metcalf, O., Gibson, K., & Lau, W. (2019). Adjustment disorder: Current developments and future directions. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 16*(14), Article 2537. <https://doi.org/10.3390/ijerph16142537>
- Olfson, M., Blanco, C., Wang, S., Laje, G., & Correll, C. U. (2014). National trends in the mental health care of children, adolescents, and adults by office-based physicians. *JAMA Psychiatry, 71*(1), 81-90. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.3074>
- Organization for Economic Co-operation and Development. (2019). *Health at a glance 2019: OECD indicators*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>
- Orth, U., & Robins, R. W. (2013). Understanding the link between low self-esteem and depression. *Current Directions in Psychological Science, 22*(6), 455-460. <https://doi.org/10.1177/0963721413492763>
- Orth, U., Robins, R. W., Meier, L. L., & Conger, R. D. (2016). Refining the vulnerability model of low self-esteem and depression: Disentangling the effects of genuine self-esteem and narcissism. *Journal of Personality and Social Psychology, 110*(1), 133-149. <https://doi.org/10.1037/pspp0000038>

- Østegaard, S. D., Pedersen, C. H., Uggerby, P., Munk-Jørgensen, P., Rothschild, A. J., Larsen, J. I., Gøtzsche, C., Søndergaard, M. G., Bille, A. G., Bolwig, T. G., Larsen, J. K., & Bech, P. (2015). Clinical and psychometric validation of the psychotic depression assessment scale. *Journal of Affective Disorders*, *173*, 261-268. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.11.012>
- Otte, C., Gold, S. M., Penninx, B. W., Pariante, C. M., Etkin, A., Fava, M., Mohr, D. C., & Schatzberg, A. (2016). Major depressive disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, *2*(1), 1-20. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2016.65>
- Owens, M., Stevenson, J., Hadwin, J. A., & Norgate, R. (2012). Anxiety and depression in academic performance: An exploration of the mediating factors of worry and working memory. *School Psychology International*, *33*(4), 433-449. <https://doi.org/10.1177/0143034311427433>
- Pal, A., & Barik, R. (2020). Stress, depression & gut microbiota: The gut-brain axis regulation. *International Journal of Pharmaceutical Research*, *12*(3), 35-43. <https://doi.org/10.31838/ijpr/2020.12.03.006>
- Park, M., & Unützer, J. (2011). Geriatric depression in primary care. *Psychiatric Clinics of North America*, *34*(2), 469-487. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2011.02.009>
- Park, S.-C., & Kim, Y.-K. (2021). Challenges and strategies for current classifications of depressive disorders: Proposal for future diagnostic standards. In Y.-K. Kim (Ed.), *Major depressive disorder: Rethinking and understanding recent discoveries* (pp. 103-116). Springer Singapore. https://doi.org/10.1007/978-981-33-6044-0_7

- Payne, T. W., & Schnapp, M. A. (2014). The relationship between negative affect and reported cognitive failures. *Depression Research and Treatment*, 2014, Article 396195. <https://doi.org/10.1155/2014/396195>
- Pemberton, R., & Fuller-Tyszkiewicz, M. D. (2016). Factors contributing to depressive mood states in everyday life: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 200, 103-110. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.04.023>
- Pereira, V. S., & Hiroaki-Sato, V. A. (2018). A brief history of antidepressant drug development: From tricyclics to beyond ketamine. *Acta Neuropsychiatrica*, 30(6), 307-322. <https://doi.org/10.1017/neu.2017.39>
- Peterson, C. T., Bauer, S. M., Chopra, D., Mills, P. J., & Maturi, R. K. (2017). Effects of Shambhavi Mahamudra kriya, a multicomponent breath-based yogic practice (pranayama), on perceived stress and general well-being. *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine*, 22(4), 788-797. <https://doi.org/10.1177/2156587217730934>
- Petiška, E. (1980). *Staré řecké báje a pověsti*. Albatros.
- Pirbaglou, M., Cribbie, R., Irvine, J., Radhu, N., Vora, K., & Ritvo, P. (2013). Perfectionism, anxiety, and depressive distress: evidence for the mediating role of negative automatic thoughts and anxiety sensitivity. *Journal of American College Health*, 61(8), 477-483. <https://doi.org/10.1080/07448481.2013.833932>
- Plháková, A. (2004). *Učebnice obecné psychologie*. Academia.
- Porta, M. (Ed.). (2008). *A dictionary of epidemiology* (5th ed.). Oxford University Press.

- Pössel, P., & Smith, E. (2020). Integrating Beck's cognitive theory of depression and the hopelessness model in an adolescent sample. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 48(3), 435-451. <https://doi.org/10.1007/s10802-019-00604-8>
- Praško, J., Buliková, B., Cakirpaloglu, S., Cinculová, A., Grambal, A., Hunková, M., Jeřábek, P., Kubínek, R., Látalová, K., Sigmundová, Z., Suchý, A., Ticháčková, A., & Vrbová, K. (2011). *Obecná psychiatrie*. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Příbylová, T. (2020). Psychoterapie u dospívajících s depresivní poruchou [Bachelor's thesis, Univerzita Karlova]. Digitální repozitář UK. <https://hdl.handle.net/20.500.11956/119291>
- Raboch, J., Pavlovský, P., Anders, M., Doubek, P., Fišar, Z., Harsa, P., Hellerová, P., Hynek, K., Janotová, D., Jiráček, R., Kitzlerová, E., Král, P., Paclt, I., Papežová, H., Pavlát, J., Popov, P., Procházka, L., Sekot, M., Stopka, P., ... Žukov, I. (2012). *Psychiatrie*. Karolinum.
- Rachman, S. (2012). Health anxiety disorders: A cognitive construal. *Behavioral Research and Therapy*, 50(7-8), 502-512. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.05.001>
- Rahbardar, M. G., & Hosseinzadeh, H. (2020). Therapeutic effects of rosemary (*Rosmarinus officinalis* L.) and its active constituents on nervous system disorders. *Iranian Journal of Basic Medical Sciences*, 23(9), 1100-1112. <https://doi.org/10.22038/ijbms.2020.45269.10541>
- Rahn, E., & Mahnkopf, A. (2000). *Psychiatrie: Učebnice pro studium a praxi*. Grada.
- Ratcliffe, M. (2010). Depression, guilt and emotional depth. *Inquiry*, 53(6), 602-626. <https://doi.org/10.1080/0020174X.2010.526324>

- Rhee, S. L. (2017). Structural determinist aspects of depression in Freud's „Mourning and melancholia“. *Psychoanalytic Social Work*, 24(2), 96-113. <https://doi.org/10.1080/15228878.2017.1321998>
- Ribeiro, J. D., Huang, X., Fox, K. R., & Franklin, J. C. (2018). Depression and hopelessness as risk factors for suicide ideation, attempts and death: Meta-analysis of longitudinal studies. *The British Journal of Psychiatry*, 212(5), 279-286. <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.27>
- Richards, C. S., & Perri, M. G. (Eds.). (2010). *Relapse prevention for depression*. American Psychological Association.
- Riemann, D., Krone, L. B., Wulff, K., & Nissen, C. (2019). Sleep, insomnia, and depression. *Neuropsychopharmacology*, 45, 74-89. <https://doi.org/10.1038/s41386-019-0411-y>
- Ritchie, H., & Roser, M. (2018). Mental health. *Our World in Data*. Retrieved June 18, 2021, from <https://ourworldindata.org/mental-health>
- Riumallo-Herl, C., Basu, S., Stuckler, D., Courtin, E., & Avendano, M. (2014). Job loss, wealth and depression during the Great Recession in the USA and Europe. *International Journal of Epidemiology*, 43(5), 1508-1517. <https://doi.org/10.1093/ije/dyu048>
- Rock, P. L., Roiser, J. P., Riedel, W. J., & Blackwell, A. D. (2014). Cognitive impairment in depression: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 44(10), 2029-2040. <https://doi.org/10.1017/S0033291713002535>
- Rodenburg-Vandenbussche, S., Carlier, I. V. E., van Vliet, I. M., van Hemert, A. M., Stiggelbout, A. M., & Zitman, F. G. (2018). Clinical and sociodemographic associations

- with treatment selection in major depression. *General Hospital Psychiatry*, 54, 18-24.
<https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2018.06.004>
- Rosa, C. A., & Lisanby, S. H. (2012). Somatic treatment for mood disorders. *Neuropsychopharmacology*, 37, 102-116. <https://doi.org/10.1038/npp.2011.225>
- Rosenblat, J. D., Cha, D. S., Mansur, R. B., & McIntyre, R. S. (2014). Inflamed moods: A review of the interactions between inflammation and mood disorders. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 53, 23-34.
<https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2014.01.013>
- Ruberto, V. L., Jha, M. K., & Murrough, J. W. (2020). Pharmacological treatments for patients with treatment-resistant depression. *Pharmaceuticals*, 13(6), Article 116.
<https://doi.org/10.3390/ph13060116>
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2017). *Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Salehi, B., Venditti, A., Sharifi-Rad, M., Kręgiel, D., Sharifi-Rad, J., Durazzo, A., Lucarini, M., Santini, A., Souto, E. B., Novellino, E., Antolak, H., Azzini, E., Setzer, W. N., & Martins, N. (2019). *International Journal of Molecular Sciences*, 20(6), Article 1305.
<https://doi.org/10.3390/ijms20061305>
- Salinger, J. D. (2010). *Kdo chytá v životě* (8th ed.). Knižní klub.
- Sanwald, S., Gahr, M., Widenhorn-Müller, K., Schönfeldt-Lecuona, C., Richter, K., Connemann, B. J., Kammer, T., Montag, C., & Kiefer, M. (2020). Relation of promoter methylation of the oxytocin gene to stressful life events and depression severity. *Journal*

of Molecular Neuroscience, 70(2), 201-211. <https://doi.org/10.1007/s12031-019-01446-1>

Scheid, V. (2013). Depression, constraint, and the liver: (Dis)assembling the treatment of emotion-related disorders in Chinese medicine. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 37, 30-58. <https://doi.org/10.1007/s11013-012-9290-y>

Sekowski, M., Gambin, M., Cudo, A., Wozniak-Prus, M., Penner, F., Fonagy, P., & Sharp, C. (2020). The relations between childhood maltreatment, shame, guilt, depression and suicidal ideation in inpatient adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 276, 667-677. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.056>

Semple, D., & Smyth, R. (2019). *Oxford handbook of psychiatry* (4th ed.). Oxford University Press.

Seligman, F., & Nemeroff, C. B. (2015). The interface of depression and cardiovascular disease: Therapeutic implications. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1345(1), 25-35. <https://doi.org/10.1111/nyas.12738>

Shayganfard, M. (2020). Molecular and biological functions of resveratrol in psychiatric disorders: A review of recent evidence. *Cell & Bioscience*, 10, Article 128. <https://doi.org/10.1186/s13578-020-00491-3>

Shea, M. T., Leon, A. C., Mueller, T. I., Solomon, D. A., Warshaw, M. G., & Keller, M. B. (1996). Does major depression result in lasting personality change? *The American Journal of Psychiatry*, 153(11), 1404-1410. <https://doi.org/10.1176/ajp.153.11.1404>

Showraki, M. (2019). Reactive depression: Lost in translation! *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 207(9), 755-759. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000989>

- Shute, R., Maud, M., & McLachlan, A. (2019). The relationship of recalled adverse parenting styles with maladaptive schemas, trait anger, and symptoms of depression and anxiety. *Journal of Affective Disorders*, 259, 337-348. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.08.048>
- Sienaert, P., Rooseleer, J., & De Fruyt, J. (2011). Measuring catatonia: A systematic review of rating scales. *Journal of Affective Disorders*, 135(1-3), 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.02.012>
- Šilhán, P., Hýža, M., Skřont, T., & Vantuch, J. (2019). Co brání úspěšnější farmakologické léčbě depresivní poruchy? *Psychiatrie pro praxi*, 20(2), 56-59. <https://doi.org/10.36290/psy.2019.013>
- Silverstein, B., Edwards, T., Gamma, A., Ajdacic-Gross, V., Rössler, W., & Angst, J. (2012). The role played by depression associated with somatic symptomatology in accounting for the gender difference in the prevalence of depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(2), 257-263. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0540-7>
- Simmons, W. K., Burrows, K., Avery, J. A., Kerr, K. L., Taylor, A., Bodurka, J., Potter, W., Teague, T. K., & Drevets, W. C. (2020). Appetite changes reveal depression subgroups with distinct endocrine, metabolic, and immune states. *Molecular Psychiatry*, 25(7), 1457-1468. <https://doi.org/10.1038/s41380-018-0093-6>
- Simon, N. M., Shear, M. K., Reynolds, C. F., Cozza, S. J., Mauro, C., Zisook, S., Skritskaya, N., Robinaugh, D. J., Malgaroli, M., Spandorfer, J., & Lebowitz, B. (2019). Commentary on evidence in support of a grief-related condition as a DSM diagnosis. *Depression and Anxiety*, 37(1), 9-16. <https://doi.org/10.1002/da.22985>
- Singh, S. K., Barreto, G. E., Aliev, G., & Echeverria, V. (2017). Ginkgo biloba as an alternative medicine in the treatment of anxiety in dementia and other psychiatric disorders.

Current Drug Metabolism, 18(2), 112-119.
<https://doi.org/10.2174/1389200217666161201112206>

Slezáková, K. (2018). *Léčba a terapie depresivních poruch u dětí a adolescentů* [Bachelor's thesis, Univerzita Karlova]. Digitální repozitář UK.
<https://hdl.handle.net/20.500.11956/100649>

Smirnova, D., Cumming, P., Sloeva, E., Kuvshinova, N., Romanov, D., & Nosachev, G. (2018). Language patterns discriminate mild depression from normal sadness and euthymic state. *Frontiers in Psychiatry*, 9, Article 105. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00105>

Söderlund, H., Moscovitch, M., Kumar, N., Daskalakis, Z. J., Flint, A., Herrmann, N., & Levine, B. (2014). Autobiographical episodic memory in major depressive disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 123(1), 51-60. <https://doi.org/10.1037/a0035610>

Sokol, Y., & Serper, M. (2017). Temporal self appraisal and continuous identity: Associations with depression and hopelessness. *Journal of Affective Disorders*, 208, 503-511. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.10.033>

Šolcová, I., & Blatný, M. (2016). Pozdní dospělost. In M. Blatný (Ed.), *Psychologie celoživotního vývoje* (157-172). Karolinum.

Soysa, C. K., & Wilcomb, C. J. (2015). Mindfulness, self-compassion, self-efficacy, and gender as predictors of depression, anxiety, stress, and well-being. *Mindfulness*, 6(2), 217-226. <https://doi.org/10.1007/s12671-013-0247-1>

Southwick, S. M., & Charney, D. S. (2012). The science of resilience: Implications for the prevention and treatment of depression. *Science*, 338(6103), 79-82. <https://doi.org/10.1126/science.1222942>

- Spinhoven, P., Elzinga, B. M., Hovens, J. G. F. M., Roelofs, K., van Oppen, P., Zitman, F. G., & Penninx, B. W. J. H. (2011). Positive and negative life events and personality traits in predicting course of depression and anxiety. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *124*(6), 462-473. [10.1111/j.1600-0447.2011.01753.x](https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2011.01753.x)
- Stadje, R., Dornieden, K., Baum, E., Becker, A., Biroga, T., Bösner, S., Haasenritter, J., Keunecke, C., Viniol, A., & Donner-Banzhoff, N. (2016). The differential diagnosis of tiredness: A systematic review. *BMC Family Practice*, *17*, Article 147. <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0545-5>
- Stanton, R., & Reaburn, P. (2014). Exercise and the treatment of depression: A review of the exercise program variables. *Journal of Science and Medicine in Sport*, *17*(2), 177-182. <https://doi.org/10.1016/j.jsams.2013.03.010>
- Stasak, B., Epps, J., & Goecke, R. (2019). Automatic depression classification based on affective read sentences: Opportunities for text-dependent analysis. *Speech communication*, *115*, 1-14. <https://doi.org/10.1016/j.specom.2019.10.003>
- Steer, E. (2019). A cross comparison between Ayurvedic etiology of major depressive disorder and bidirectional effect of gut dysregulation. *Journal of Ayurveda and Integrative Medicine*, *10*(1), 59-66. <https://doi.org/10.1016/j.jaim.2017.08.002>
- Steidtmann, D., Manber, R., Arnow, B. A., Klein, D. N., Markowitz, J. C., Rothbaum, B. O., Thase, M. E., & Kocsis, J. H. (2012). Patient treatment preference as a predictor of response and attrition in treatment for chronic depression. *Depression and Anxiety*, *29*(10), 896-905. <https://doi.org/10.1002/da.21977>
- Styron, W. (2015). *Viditelná temnota: Paměti šilenství*. Portál.

- Suchting, R., Tirumalajaru, V., Gareeb, R., Bockmann, T., de Dios, C., Aickareth, J., Pinjari, O., Soares, J. C., Cowen, P. J., & Selvaraj, S. (2021). Revisiting monoamine oxidase inhibitors for the treatment of depressive disorders: A systematic review and network meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 282, 1153-1160. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.01.021>
- Sugg, C. (2015). *Monsters under your head* (2nd ed.). Lulu Press.
- Sumali, B., Mitsukura, Y., Liang, K.-C., Yoshimura, M., Kitazawa, M., Takamiya, A., Fujita, T., Mimura, M., & Kishimoto, T. (2020). Speech quality feature analysis for classification of depression and dementia patients. *Sensors*, 20(12), Article 3599. <https://doi.org/10.3390/s20123599>
- Stein, A. T., Carl, E., Cuijpers, P., Karyotaki, E., & Smits, J. A. J. (2020). Looking beyond depression: A meta-analysis of the effect of behavioral activation on depression, anxiety, and activation. *Psychological Medicine*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1017/S0033291720000239>
- Svoboda, M. (2001). Psychodiagnostika, diagnostická metoda, diagnostická činnost. In M. Svoboda (Ed.), *Psychodiagnostika dětí a dospívajících* (pp. 13-15). Portál.
- Svoboda, M. (2015a). Psychiatrické vyšetření. In M. Svoboda (Ed.), *Psychopatologie a psychiatrie pro psychology a speciální pedagogy* (3rd ed., pp. 39-47). Portál.
- Svoboda, M. (2015b). Psychodiagnostika obecně. In M. Svoboda (Ed.), *Psychopatologie a psychiatrie pro psychology a speciální pedagogy* (3rd ed., pp. 47-57). Portál.

- Tamm, G., Kreegipuu, K., & Harro, J. (2020). Updating facial emotional expressions in working memory: Differentiating trait anxiety and depressiveness. *Acta Psychologica*, 209, Article 103117. <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2020.103117>
- Tao, L., Jiang, R., Zhang, K., Qian, Z., Chen, P., Lv, Y., & Yao, Y. (2020). Light therapy in non-seasonal depression: An update meta-analysis. *Psychiatry Research*, 291, Article 113247. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113247>
- Tenenbaum, S. (2018). *Deprese, odkaz předků: Transgenerační přenos*. Portál.
- Thérond, A., Pezzoli, P., Abbas, M., Howard, A., Bowie, C. R., & Guimond, S. (2021). The efficacy of cognitive remediation in depression: A systematic literature review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 284, 238-246. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.02.009>
- Thompson, T., Correll, C. U., Gallop, K., Vancampfort, D., & Stubbs, B. (2016). Is pain perception altered in people with depression? A systematic review and meta-analysis of experimental pain research. *The Journal of Pain*, 17(12), 1257-1272. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2016.08.007>
- Thönes, S., & Oberfeld, D. (2015). Time perception in depression: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 175, 359-372. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.057>
- Thorová, K. (2015). *Vývojová psychologie: Proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Portál.
- Toussaint, L., Nguyen, Q. A., Roettger, C., Dixon, K., Offenbacher, M., Kohls, N., Hirsch, J., & Sirois, F. (2021). Effectiveness of progressive muscle relaxation, deep breathing, and guided imagery in promoting psychological and physiological states of relaxation.

Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine, 2021, Article 5924040.

<https://doi.org/10.1155/2021/5924040>

Treadway, M. T., & Zald, D. H. (2010). Reconsidering anhedonia in depression: Lessons from translational neuroscience. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 35(3), 537-555.

<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2010.06.006>

Trindade, I. A., Mendes, A. L., & Ferreira, N. B. (2020). The moderating effect of psychological flexibility on the link between learned helplessness and depression symptomatology: A preliminary study. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 15, 68-72.

<https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.12.001>

Trivedi, M. H., & Greer, T. L. (2014). Cognitive dysfunction in unipolar depression: Implications for treatment. *Journal of Affective Disorders*, 152-154, 19-27.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.09.012>

Troister, T., & Holden, R. R. (2013). Factorial differentiation among depression, hopelessness, and psychache in statistically predicting suicidality. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 46(1), 50-63.

<https://doi.org/10.1177/0748175612451744>

Tundo, A., Musetti, L., Del Grande, C., de Filippis, R., Proietti, L., Marazziti, D., Gibertoni, D., & Dell'Osso, L. (2021). The relationship between depression with anxious distress DSM-5 specifier and mixed depression: A network analysis. *CNS Spectrums*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1017/S1092852920000085>

Turna, J., Zhang, J., Lamberti, N., Patterson, B., Simpson, W., Francisco, A. P., Bergmann, C. G., & Ameringen, M. V. (2021). Anxiety, depression and stress during the COVID-19

- pandemic: Results from a cross-sectional survey. *Journal of Psychiatric Research*, 137, 96-103. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.02.059>
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (2017). *MKN-10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: Desátá revize. Tabelární část. Aktualizované vydání k 1. 1. 2018*. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (2021). *Psychiatrická péče 2019: Zdravotnická statistika*. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.
- Vágnerová, M. (2004). *Psychologie pro pomáhající profese* (3rd ed.). Portál.
- van Strien, T., Winkens, L., Toft, M. B., Pedersen, S., Brouwer, I., Visser, M., & Lähteenmäki, L. (2016). The mediation effect of emotional eating between depression and body mass index in the two European countries Denmark and Spain. *Appetite*, 105, 500-508. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.06.025>
- Voros, V., Fekete, S., Tenyi, T., Rihmer, Z., Szili, I., & Osvath, P. (2020). Untreated depressive symptoms significantly worsen quality of life in old age and may lead to the misdiagnosis of dementia: A cross-sectional study. *Annals of General Psychiatry*, 19, Article 52. <https://doi.org/10.1186/s12991-020-00302-6>
- Vučić Peitl, M., Prološčić, J., Blažević-Zelić, S., Škarpa-Usmiani, I., & Peitl, V. (2011). Symptoms of agitated depression and/or akathisia. *Psychiatria Danubina*, 23(1), 108-110.
- Wang, Z., Zhang, Q., Huang, H., & Liu, Z. (2021). The efficacy and acceptability of curcumin for the treatment of depression or depressive symptoms: A systematic review and meta-

analysis. *Journal of Affective Disorders*, 282, 242-251.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.158>

Wellen, M. (2010). Differentiation between demoralization, grief, and anhedonic depression. *Current Psychiatry Reports*, 12(3), 229-233. <https://doi.org/10.1007/s11920-010-0106-x>

Wilkinson, S. T., Holtzheimer, P. E., Gao, S., Kirwin, D. S., & Price, R. B. (2019). Leveraging neuroplasticity to enhance adaptive learning: The potential for synergistic somatic-behavioral treatment combinations to improve clinical outcomes in depression. *Biological Psychiatry*, 85(6), 454-465. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2018.09.004>

Williams, J. M. G., & Dritschel, B. H. (1988). Emotional disturbance and the specificity of autobiographical memory. *Cognition and Emotion*, 2(3), 221-234.
<https://doi.org/10.1080/02699938808410925>

Williams, N. R., Short, E. B., Hopkins, T., Bentzley, B. S., Sahlem, G. L., Pannu, J., Schmidt, M., Borckardt, J. J., Korte, J. E., George, M. S., Takacs, I., & Nahas, Z. (2016). Five-year follow-up of bilateral epidural prefrontal cortical stimulation for treatment-resistant depression. *Brain Stimulation*, 9, 897-904. <https://doi.org/10.1016/j.brs.2016.06.054>

Winer, E. S., Nadorff, M. R., Ellis, T. E., Allen, J. G., Herrera, S., & Salem, T. (2014). Anhedonia predicts suicidal ideation in a large psychiatric inpatient sample. *Psychiatry Research*, 218(1-2), 124-128. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.04.016>

Wittekind, C. E., Terfehr, K., Otte, C., Jelinek, L., Hinkelmann, K., & Moritz, S. (2014). Mood-congruent memory in depression: The influence of personal relevance and emotional context. *Psychiatry Research*, 215(3), 606-613.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.11.027>

- Wojnarowski, C., Firth, N., Finegan, M., & Delgadillo, J. (2019). Predictors of depression relapse and recurrence after cognitive behavioural therapy: A systematic review and meta-analysis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 47(5), 514-529. <https://doi.org/10.1017/S1352465819000080>
- Woo, J.-M., Kim, W., Hwang, T.-Y., Frick, K. D., Choi, B. H., Seo, Y.-J., Kang, E.-H., Kim, S. J., Ham, B.-J., Lee, J.-S., & Park, Y. L. (2011). Impact of depression on work productivity and its improvement after outpatient treatment with antidepressants. *Value in Health*, 14(4), 475-482. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2010.11.006>
- Worden, J. W. (2018). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner* (5th ed.). Springer Publishing Company. <https://doi.org/10.1891/9780826134752.0001>
- World Health Organization. (2016). *International statistical classification of diseases and related health problems: 10th revision* (5th ed.). World Health Organization.
- Wu, T., Jia, X., Shi, H., Niu, J., Yin, X., Xie, J., & Wang, X. (2021). Prevalence of mental health problems during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 281, 91-98. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.11.117>
- Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., Lui, L. M. W., Gill, H., Phan, L., Chen-Li, D., Jacobucci, M., Ho, R., Majeed, A., & McIntyre, R. S. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 277, 55-64. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.001>

- Yaden, D. B., & Griffiths, R. R. (2021). The subjective effects of psychedelics are necessary for their enduring therapeutic effects. *ACS Pharmacology and Translational Science*, 4(2), 568-572. <https://doi.org/10.1021/acsptsci.0c00194>
- Yang, G., Zhao, L., & Sheng, L. (2019). Association of House-Tree-Person drawing test and depression in cancer patients. *BioMed Research International*, 2019, Article 1478634. <https://doi.org/10.1155/2019/1478634>
- Yin, J., & Dishman, R. K. (2014). The effect of Tai Chi and Qigong practice on depression and anxiety symptoms: A systematic review and meta-regression analysis of randomized controlled trials. *Mental Health and Physical Activity*, 7(3), 135-146. <https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2014.08.001>
- Ypsilanti, A., Lazuras, L., Powell, P., & Overton, P. (2019). Self-disgust as a potential mechanism explaining the association between loneliness and depression. *Journal of Affective Disorders*, 243, 108-115. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.09.056>
- Zhang, L., Duvvuri, R., Chandra, K. K. L., Nguyen, T., & Ghomi, R. H. (2020). Automated voice biomarkers for depression symptoms using an online cross-sectional data collection initiative. *Depression and Anxiety*, 37(7), 657-669. <https://doi.org/10.1002/da.23020>
- Zhenggang, B., Shiga, L., Luyao, Z., Sijie, W., & Iris, C. (2020). Acceptance and commitment therapy (ACT) to reduce depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 260, 728-737. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.09.040>

8. Seznam užitých obrázků a tabulek

Seznam obrázků

Obrázek 1: Model vulnerability	26
Obrázek 2: Postup vyhledávání informačních zdrojů	52

Seznam tabulek

Tabulka 1: Klasifikace depresivních a bipolárně afektivních poruch podle MKN-10	41
Tabulka 2: Přehled analyzovaných a užitých studií	53

*„Pokud čtete tyto řádky...
Gratuluji, jste naživu.
A pokud to není důvod k úsměvu,
pak nevím, co jím je.“*

Chad Sugg

—

*[„If you're reading this...
Congratulation, you're alive.
If that's not something to smile about,
then I don't know what is.“]*

Chad Sugg