

**MASARYKOVA UNIVERZITA
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
KATEDRA TĚLESNÉ VÝCHOVY A VÝCHOVY KE ZDRAVÍ**

Deprese v psychosociálním kontextu

Bakalářská práce

Brno 2016

Vedoucí bakalářské práce:
RNDr. Mgr. Alice Prokopová, Ph.D.

Vypracovala:
Kristýna Jopková

Bibliografický záznam

JOPKOVÁ, Kristýna. *Deprese v psychosociálním kontextu: bakalářská práce*. Brno: Masarykova univerzita, Fakulta pedagogická, Katedra tělesné výchovy a výchovy ke zdraví, 2016. Vedoucí bakalářské práce RNDr. Mgr. Alice Prokopová, Ph.D.

Anotace

Bakalářská práce *Deprese v psychosociálním kontextu* se zabývá problematikou vlivu této nemoci na duševní prožívání a společenský život jedince. Teoretická část uvádí definice deprese a přibližuje příčiny jejího vzniku. V této části práce jsou také předloženy příznaky, druhy a metody léčby této nemoci. Praktická část je věnována kazuistikám, které vycházejí z konkrétních životních příběhů lidí trpících depresí. Na jejich základě byla následně provedena interpretace.

Annotation

Bachelor thesis *Depression in psychosocial context* deals with influence of this disorder on psychic perception and social life. The theoretical part explains definition of a term depression and its causes. This part of the thesis also includes symptoms, types and methods of treatment. Research part contains case studies which are based on specific life stories of people suffering from depression. On their base was then made interpretation.

Klíčová slova

deprese, příčiny vzniku deprese, příznaky deprese, druhy deprese, možnosti léčby deprese

Key words

depression, causes of depression, symptoms of depression, types of depression, methods of depression treatment

Prohlašuji,

že jsem závěrečnou bakalářskou práci vypracovala samostatně, s využitím pouze citovaných pramenů, dalších informací a zdrojů v souladu s Disciplinárním řádem pro studenty Pedagogické fakulty Masarykovy univerzity a se zákonem č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů.

V Brně 29. 11. 2016

.....

Kristýna Jopková

Poděkování

Děkuji RNDr. Mgr. Alici Prokopové, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady, vstřícnost, trpělivost a morální podporu při zpracování mé bakalářské práce.

OBSAH

ÚVOD	8
TEORETICKÁ ČÁST	9
1 Co je to deprese.....	9
1. 1 Úvod do problematiky deprese	9
1. 2 Vymezení pojmu deprese.....	9
2 Příčiny vzniku deprese.....	10
2.1 Teorie vzniku deprese	11
2. 2 Proč dochází ke vzniku deprese.....	12
3 Příznaky deprese	19
3.1 Fyzické příznaky	19
3.2 Psychosociální příznaky	20
4 Druhy deprese	21
4.1 Bipolární afektivní porucha (F31)	21
4.2 Depresivní fáze (F32)	22
4.3 Periodická depresivní porucha (F33).....	23
4.4 Perzistentní afektivní poruchy (F34)	24
5 Léčba deprese	25
5.1 Farmakoterapie	25
5.2 Psychoterapie	26
5.3 Další druhy léčby	27
VÝZKUMNÁ ČÁST	28
1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky.....	28

2 Metodologie	28
3 Kazuistiky a jejich interpretace.....	29
3.1 Adéla (žena, 30-34 let, vdaná, vzdělání střední s maturitou)	29
3.2 Beáta (žena, 35-39 let, vdaná, vzdělání střední bez maturity).....	31
3.3 Cecílie (žena, 25-29 let, svobodná, vzdělání střední bez maturity).....	33
3.4 Čeněk (muž, 45-49 let, ženatý, vzdělání vysokoškolské).....	34
3.5 Denisa (žena, 20-24 let, svobodná, vzdělání základní).....	35
3.6 Edita (žena, 15-19 let, svobodná, vzdělání základní)	37
3.7 Františka (žena, 40-44 let, vdaná, vzdělání vyšší odborné).....	38
3.8 Gabriela (žena, 45-49 let, svobodná, střední s maturitou)	40
3.9 Hanka (žena, 40-44 let, vdaná, vzdělání střední bez maturity).....	42
3.10 Irena (žena, 20-24 let, svobodná, vzdělání střední s maturitou)	44
3.11 Jana (žena, 30-34 let, vdaná, vzdělání střední s maturitou).....	45
3.12 Kateřina (žena, 20-24 let, svobodná, vzdělání střední s maturitou)	46
3.13 Ludmila (žena, 15-19 let, svobodná, vzdělání základní).....	50
3.14 Marie (žena, 25-29 let, svobodná, vzdělání vysokoškolské)	51
3.15 Nataša (žena, 25-29 let, svobodná, vzdělání vysokoškolské).....	53
3.16 Olivie (žena, 20-24 let, svobodná, vzdělání střední s maturitou)	55
3.17 Patrik (muž, 20-24 let, svobodný, vzdělání střední s maturitou).....	56
3.18 Romana (žena, 35-39 let, vdaná, vzdělání střední bez maturity).....	58
4 Shrnutí.....	60
4.1 Výzkumná otázka č. 1: Co bylo spouštěčem deprese?	60

4.2 Výzkumná otázka č. 2: Jak se deprese projevila na psychickém i fyzickém stavu respondentů?.....	61
4.3 Výzkumná otázka č. 3: Jak deprese ovlivnila vztahy respondentů?.....	61
4.4 Výzkumná otázka č. 4: Jaký vliv měla deprese na školní či pracovní výkonnost?	62
4.5. Výzkumná otázka č. 5: Jak probíhala léčba nemoci a jak respondenti hodnotí její prospěšnost?.....	62
4. 6 Výzkumná otázka č. 6: Co respondentům při boji s nemocí nejvíce pomohlo a co jim nejvíce ublížilo?	63
ZÁVĚR	64
RESUMÉ	66
SUMMARY	66
LITERATURA	67
PŘÍLOHY	71

ÚVOD

Tématem bakalářské práce je deprese v psychosociálním kontextu. Tuto problematiku jsem si zvolila, jelikož mám s touto nemocí osobní zkušenost. Měla jsem možnost poznat, jak deprese ovlivňuje život nemocného a jeho okolí. Lidé trpící depresí musí často překonat nejen nemoc samotnou, ale unést také skutečnost, že i když se snaží ze všech sil uzdravit, nemusí se vždy setkat s podporou a pochopením.

Odborná literatura uvádí, že dvacet až pětadvacet procent lidí v současné době zažívá některé z příznaků této nemoci (KŘIVOHLAVÝ, 2013, s. 13). Nehledě na tuto skutečnost, většina lidí depresi stále neakceptuje jako skutečnou nemoc. Téměř každý přijme fakt, že když jeho blízký trpí dejme tomu cukrovkou, jsou součástí této nemoci také určité příznaky. Po lékařské diagnóze se rodina a přátelé seznámí s nově nastalou situací a snaží se nemocnému pomáhat nebo alespoň respektovat jeho omezené možnosti. Nikoho ani nenapadne pronášet prohlášení typu: „kdybys chtěl, uzdravíš se“ nebo „když na to nebudeš myslet, přejde to“.

V případě deprese je tomu však ve většině případů jinak. Příznaky nemoci jsou často negovány a nemocný je odsuzován za změny ve svém prožívání a chování, které nemůže ovlivnit. Není divu, že člověk trpící depresí se pak často bojí svěřit i svým nejbližším a má pocit, že se svou nemocí zůstal tak nějak sám.

Z výše uvedených důvodů jsem se zaměřila na psychosociální rovinu této nemoci. Teoretickou část jsem rozdělila celkem do pěti kapitol. První kapitola vysvětluje, co to vlastně deprese je a jak tuto nemoc pojmají různí autoři. Druhá kapitola uvádí příčiny vzniku deprese. Třetí kapitola zachycuje typické příznaky této nemoci. Ve čtvrté kapitole jsou popsány jednotlivé druhy depresí na základě dělení dle desáté revize Mezinárodní klasifikace nemocí. Pátá kapitola se zabývá možnostmi léčby. V praktické části jsem v souladu s cílem práce zformulovala výzkumné otázky, na jejichž základě jsem postupně vytvořila dotazník. Tento dotazník byl klíčový pro následné zpracování jednotlivých kazuistik a jejich interpretací. Praktickou část uzavírá vyhodnocení výzkumných otázek. Cílem mojí bakalářské práce je prozkoumat, jak deprese ovlivňuje prožívání i sociální život nemocných.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Co je to deprese

1. 1 Úvod do problematiky deprese

Mnoho lidí se domnívá, že deprese je pouhý smutek. Zvláště pro někoho, kdo si nemocí neprošel, bývá často velmi těžce pochopitelné, co člověk v depresi prožívá a pouhé citování definic v něm může tuto myšlenku jen utvrdit. Proto bych ráda nejprve uvedla, jak tuto nemoc popisuje jeden světoznámý autor, který ji sám prožil. Tím autorem je William Styron. Ve své knize Viditelná temnota o ní píše: „Deprese je porucha duševního ustrojení, tak záhadně bolestivá a nepostižitelná ve způsobu, jakým se projevuje vlastnímu subjektu - tedy intelektu, který je prostředníkem - že se blíží hranici, kde končí veškerá možnost popisu“ (STYRON, 1993, s. 10).

Autor ve své knize také často upozorňuje na to, že žádné ze slov mající za účel charakterizovat depresi, nemůže vystihnout to, jak se nemocný člověk skutečně cítí. K problematice pojmu deprese dodává: „Kdyby se říkalo, že porucha duševní rovnováhy se u pacienta rozvinula v podobu smrti - ve skutečnou bouři pustošící mozek, což je asi nejbližší podobenství toho, jak klinická deprese vypadá - i neinformovaný laik by možná projevil s pacientem účast“ (STYRON, 1993, s. 31).

1. 2 Vymezení pojmu deprese

Slovo deprese vzniklo odvozením od latinského slovesa *deprimere*, kde *de* znamená „dovnitř“ a *primere* „tlačit“, volně by se tedy dalo přeložit jako vnitřní stlačení (KŘIVOHLAVÝ, 2013, s. 87). Pro depresi existují různá synonyma, jak v češtině, tak i v cizích jazycích. Mezi ty české patří například „stísněnost, sklíčenost, ochablost, netečnost, otupělost, lhostejnost“. Z těch cizích to pak jsou často používané ekvivalenty jako „melancholie (zádumčivost), letargie (netečnost), apatie (lhostejnost), indolence (nevšímavost), malaise (pocit neklidu), dystymie (depresivní myšlenky a nálady)“ (KŘIVOHLAVÝ, 2013, s. 22-23).

HARTL a HARTLOVÁ (2000, s. 105) depresi definují jako „duševní stav charakteristický pocitem smutku, skleslosti, vnitřního napětí, nerozhodnosti, spolu

s útlumem a zpomalením duševních i fyzických procesů, ztrátou zájmů a pokleslým sebevědomím, úzkostí, apatií, sebeobviňováním a útlumem“.

PRAŠKO a kol. (2015, s. 26) o depresi říká, že se nejedná pouze o špatnou náladu. Je to nemoc celého organismu a je podobná jiným nemocem, protože do značné míry omezuje život člověka. Na rozdíl od některých jiných nemocí je ale u většiny lidí léčitelná.

Dle VÁŇOVÉ (LUKÁŠ a ŽÁK, 2014, s. 169) je deprese „chorobně smutná nálada, která je součástí depresivního syndromu společně se zpomaleným myšlením a utlumenou psychomotorikou“.

Deprese může být chápána také jako „kolísání nálady v rozmezí od neštěstí a nespokojenosti až po extrémní pocity smutku, beznaděje a zoufalství“¹ (VANDENBOS, 2013, s. 115).

Depresivní poruchy se spolu s manickými poruchami řadí k afektivním poruchám (poruchám nálady), kterým je věnována 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MZK-10), kde jsou popsány pod označením F30 až F39 (www.uzis.cz).

2 Příčiny vzniku deprese

Deprese je tedy jakási dlouhotrvající vnitřní bolest, která člověku brání v normálním fungování. Dříve byly příčiny vzniku deprese striktně rozdělovány na endogenní (vnitřní, vzniklé na základě biologické poruchy) nebo exogenní (vnější, vzniklé na základě stresorů a zátěžových situací). Nyní se však od tohoto dělení upouští (MAHROVÁ a VENGLÁŘOVÁ, 2008, s. 79).

Je prokázáno, že afektivní poruchy vznikají na základě mnoha různých příčin, tedy multifaktoriálně. VÁGNEROVÁ (2008, s. 371) definuje afektivní poruchy jako „soubor dědičných dispozic, vývojově podmíněných změn i různých aktuálních zátěžových faktorů, které mohou být somatického i psychosomatického charakteru“.

¹ „a fluctuation in normal mood ranging from unhappiness and discontent to an extreme feeling of sadness, pessimism, and despondency“ (VANDENBOS, 2013, s. 115)

V této kapitole uvedu několik teorií vzniku deprese a také některé z hlavních příčin vzniku deprese dle pojetí různých autorů.

2.1 Teorie vzniku deprese

Teorií vzniku deprese je mnoho. Některé jsou položeny na základě biologickém, jiné zase vidí příčinu v psychosociálních důvodech. Existuje teorie biogenní, kognitivně-behaviorální, psychoanalytická a mnoho dalších. Zde uvádím některé z nich.

2.1.1 Biogenní (biochemická) teorie

Vidí příčinu vzniku deprese v biochemických změnách v organismu. Za významnou považuje především funkci a hladinu dopaminu, serotoninu a noradrenalinu. Právě nedostatečné množství noradrenalinu způsobuje dle této teorie depresi. Nadbytečné množství noradrenalinu pak spolu se změnami funkce dopaminu a serotoninu vyvolává mánií (MARKOVÁ a kol., 2006, s. 249).

2.1.2 Psychoanalytická (psychodynamická) teorie

Považuje za příčinu vzniku deprese, že někteří jedinci pocítují vinu, cítí-li agresi oproti jiným lidem, především vůči svým blízkým. Tyto pocity považují za špatné, a tak místo aby agresi směřovali na jiné osoby, směřují ji na sebe. Klíčovým věkem je dětství. Postupem času dítě ztrácí představu ideální matky, s čímž se musí nějak vyrovnat. Pokud však matka chybí nebo je-li k dítěti příliš hrubá, dítě nedokáže danou situaci správně zpracovat. Naučí se pak obracet agresi vůči sobě, namísto proti jiným lidem. Z toho následně pramení ztráta sebedůvěry, snížené sebevědomí a nereálně vysoké ambice, které se nedaří splnit, což vede k depresi (PRAŠKO a kol., 2015, s. 69).

2.1.3 Kognitivně-behaviorální teorie

Shledává jako příčinu vzniku deprese negativní způsob myšlení a jednání. Dle behaviorálního pohledu spočívá problém v nedostatku kladných nebo nadbytku záporných reakcí okolí. Danému člověku chybí chvála a přijetí, naopak bývá nadmíru

kritizován a odmítán (PRAŠKO a kol., 2015, s. 68). Takový člověk má pak pocit, že jakákoliv snaha vyřešit nějakou situaci opakovaně vede k nezdaru a nemá cenu se už o cokoliv pokoušet. Tato reakce je označována jako naučená bezmoc (KŘIVOHLAVÝ, 2013, s. 33-36). Kognitivní náhled uvádí, že takový člověk pak vidí negativně sebe, okolí i budoucnost. Tento pohled na svět však zůstává skrytý, objevuje se až ve chvílích, kdy je daný jedinec ve stresu. I malá kritika či drobné nezdary pak mohou vést k pocitům totálního selhání či vlastní bezcennosti (PRAŠKO a kol., 2015, s. 68-69). Příznaky se mohou projevit formou „behaviorálních, somatických, emočních, motivačních a kognitivních problémů“ (OREL a kol., 2012, s. 140). Následně dochází ke vzniku tzv. „depresivního kruhu“.

2. 2 Proč dochází ke vzniku deprese

VÁGNEROVÁ (2008, s. 371-374) dělí příčiny vzniku deprese na vliv dědičnosti, změn fungování mozku a vnější vlivy. PRAŠKO a kol. (2015, s. 48-54) ve své knize uvádí jako příčiny vzniku deprese především dědičnost, výchovu, vliv životních událostí, biochemické pochody v mozku, psychologické vlivy, návykové látky a problémy v mezilidských vztazích. Dle KŘIVOHLAVÉHO (2013, s. 28-32) spočívají hlavní příčiny vzniku deprese v narušení životního stylu, tělesných příčinách, vyšší citové zranitelnosti některých lidí, pocitu selhání nebo hříchu, obtížných životních zkouškách, osamění, existenční prázdnotě, biologických faktorech, špatných mezilidských vztazích, sociálně-kulturních faktorech a existenci nesmyslných myšlenek nebo očekávání. Na základě interpretace knih výše uvedených autorů jsem sestavila vlastní členění okruhů příčin vzniku deprese.

2.2.1 Genetické faktory

Dědičnost má nesporný význam při vzniku deprese, není však prozatím docela jasné, jakým způsobem se predispozice pro tuto nemoc předávají. Pravděpodobný je přenos polygenní, tedy vázaný na větší počet genů. Bylo odhaleno již několik genů na chromozomech 4, 11, 18, 21 a X, jejichž poškození může mít za následek vznik nemoci. Vzhledem k vazbě na chromozom X, se může jednat o dědičnost pohlavně vázanou (VÁGNEROVÁ, 2008, s. 371).

Pouze dědičnost ale pro vznik a rozvoj nemoci naštěstí nestačí. Dědí se totiž pouze náchylnost k nemoci, nikoliv nemoc jako taková. Hrají zde vliv i vnější faktory, a to pravděpodobně především stres (PRAŠKO a kol., 2015, s. 60).

2.2.2 Biologické faktory

Mezi biologické faktory můžeme řadit například strukturální či funkční změny mozku, nemoc nebo hormonální nerovnováhu.

Změny ve struktuře mozku mohou být dány například po úrazu hlavy nebo cévní mozkové příhodě. Bylo zjištěno, že lidé trpící depresí nebo jinou afektivní poruchou, mívají zmenšenou oblast prefrontální mozkové kůry. Zajímavostí je, že zatímco deprese se objevuje především u poškození levé hemisféry, manické poruchy se vyskytují při poškození hemisféry pravé (VÁGNEROVÁ, 2008, s. 372).

U lidí trpících afektivními poruchami byly pozorovány jak funkční, tak biochemické **odchyly metabolismu mozku**. Existuje hypotéza, že se jedná o poruchu a regulaci neurotransmiterů, a to především noradrenalinu, acetylcholinu, serotoninu, dopaminu a GABA (VÁGNEROVÁ, 2008, s. 372). S poruchou neurotransmiterů souvisí i poškození hormonální regulace, především hormonů nadledvinek a štítné žlázy a poruchy biorytmů. Psychofarmaka pomáhají upravit mozkovou rovnováhu a následně dochází k vyrovnání hladin hormonů také v ostatních částech těla (PRAŠKO a kol., 2015, s. 67).

Příčinou vzniku deprese může být i **somatické onemocnění**. Může se jednat například o „metabolické a endokrinní choroby, infekční choroby, degenerativní nemoci“ (PETR a MARKOVÁ, 2014, s. 220) nebo výše zmíněné stavy po prodělání úrazu hlavy, cévní mozkové příhodě či infarktu myokardu. Hormonální nerovnováha tedy může být způsobena určitým onemocněním.

Změny hladin hormonů ale bývají typické i pro určitá **období v životě člověka**, a to především pro období dospívání, těhotenství, období po porodu, klimakterium a menopauzu. Během dospívání dochází k mnoha hormonálním změnám a deprese se objevuje u 4-8% adolescentů (HOSÁK a kol., 2015, s. 397). Těhotenství a období po porodu jsou také riziková pro vznik deprese. U těhotných žen byl zjištěn nárůst pravděpodobnosti vzniku afektivních poruch na 4-29% (ROZTOČIL, 2008, s. 241). Po

porodu bývá deprese rovněž poměrně častým problémem. Můžeme v tomto období rozlišit tři typy depresí, a to od nejméně závažné, až po nejzávažnější: mateřské blues (50-75% žen), poporodní deprese (10-15% žen) a psychotická deprese (PRAŠKO a kol., 2012, s. 44-45). Klimakterium i menopauza jsou období, kdy žena ztrácí schopnost otěhotnět, přičemž opět výkyvy hormonů mohou přispět ke vzniku a rozvoji deprese (AYERS a DE VISSER, 2015, s. 243).

VÁGNEROVÁ (2008, s. 78-80) upozorňuje, že lidé **nevléčitelně či chronicky nemocní** mívají změněné emoční ladění. Nevratná ztráta zdraví bývá většinou provázena smutkem, který může přecházet až v depresi. V této souvislosti se objevují především symptomatické deprese, související se samotnou nemocí a psychogenní deprese, které jsou reakcí na zátěž a změnu situace způsobenou danou nemocí.

Rizikovým faktorem pro vznik deprese je také **chronická bolest**. U lidí trpících chronickou bolestí se deprese objevuje v 19-54% případů (RAUDENSKÁ a JAVŮRKOVÁ, 2011, s. 171).

2.2.3 Osobnost

K depresi bývají náchylní především lidé se znaky **vyšší citové zranitelnosti**. Takový člověk se vyznačuje vysokou mírou etické zodpovědnosti, velkými ambicemi, soutěživostí až soupeřivostí, starostlivostí o pocity ostatních a závislostí na svých milovaných. Osoby citově zranitelné také extrémně citlivě reagují na netaktnost a nepřátelské postoje druhých. V případě, že někdo snižuje jejich sebeocení nebo je slovně napadá, mají velký problém se takovému útoku bránit (KŘIVOHLAVÝ, 2013, s. 29-30).

Deprese se také často objevuje u lidí málo asertivních, což se projevuje především neschopností lidem říkat „ne“ a tendencí obracet vztek vůči sobě místo vůči tomu, co tuto emoci vyvolalo. Rovněž jedinci s malým sebevědomím, kteří jsou závislí na oceňování druhými lidmi, protože sami se neumí pochválit a odměnit, mívají zvýšené riziko vzniku deprese. Velmi špatný vliv na psychický stav mívá i negativní pohled na život a pesimistické vidění budoucnosti (PRAŠKO a kol., 2015, s. 61).

2.2.4 Výchova

VÁGNEROVÁ (2008, s. 592) zdůrazňuje, že rodina může být „zdrojem zátěže a příčinou vzniku psychických problémů“. Z hlediska výchovy je nejrizikovějším vlivem ztráta rodiče či jiné důležité osoby v dětství. Může se jednat o úmrtí, rozchod či rozvod rodičů nebo odloučení od rodiny, přičemž kritické je především brzké oddělení od matky. Nebezpečná pro vznik deprese v dospělosti je i výchova příliš kritická či tvrdá, týrání nebo naopak přílišné rozmazlování, případně nedostatečná péče (PRAŠKO a kol., 2012, s. 48).

2.2.5 Problémy v mezilidských vztazích

Problémy v mezilidských vztazích mohou být různého typu. Může se jednat o špatné vztahy v rodině, problémy v partnerském vztahu nebo problémy ve vztahu s kamarády. Problémem také může být nepřijetí či dokonce šikana ve škole nebo v práci. Ve škole může jít o problémové vztahy se spolužáky či učiteli. V práci pak mohou být krizové vztahy jak s kolegy, tak i podřízenými nebo nadřízenými. Velký vliv na vznik nemoci má i sociální izolace, častá zvláště u starších lidí.

Dobré vztahy v rodině jsou klíčové pro vnitřní pohodu každého člověka. PRAŠKO a kol. (2015, s. 63) upozorňuje, že problémem bývají časté neshody v partnerských vztazích a vztazích mezi rodiči a dětmi. KŘIVOHLAVÝ (2013, s. 31) konstatuje, že více než 50% lidí trpících depresivním onemocněním uvádí, že v jejich rodinách panují špatné vztahy. Negativní vliv má také nedostatek nebo absence sociálních kontaktů či neexistence někoho blízkého, komu se může člověk svěřit. Problémem může být také špatná sociální komunikace.

2.2.6 Vliv životních událostí

Změny jsou nedílnou součástí života každého člověka. Někdy jsou však změny příliš velké, bolestné nebo je jich příliš mnoho najednou. Každopádně každá změna znamená určitou míru stresu, a to i když je vnímána jako pozitivní. Takové situace můžeme nazvat jako obtížné životní události. Může se jednat o vážné **ztráty** (úmrtí v rodině, smrt kamaráda, rozchod nebo rozvod, ztráta zaměstnání) nebo o **změny** v životním stylu či změny role (změna školy, přechod ze školy do zaměstnání, změna zaměstnání,

narození dětí, stěhování, odchod dětí z domova, odchod do důchodu). Dokonce pouhé riziko nebo očekávaný příchod jmenovaných událostí je velmi stresujícím zážitkem. Dle výzkumů byla sestavena tabulka a nejčastějším životním událostem přiřazeny body. Počítají se události za uplynulý rok, přičemž se některé z událostí mohou i opakovat. Převýšení meze 250 bodů je považována za hraniční pro zvládnutí zátěže pro mladého člověka, pro člověka staršího může být tato hranice nižší než 125 bodů. Zde uvádím tabulku těchto nejčastějších životních událostí a k nim i příslušné bodové hodnocení (PRAŠKO a kol., 2015, s. 61-62).

Tab. č. 1: Nejčastější životní události

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

(PRAŠKO a kol., 2015, s. 62)

2.2.7 Nezdravý životní styl

K depresi může vést také špatný životní styl. Rizikové je především **vyčerpání** a **nedostatek spánku**, což jsou problémy, ke kterým přispívá především uspěchanost a vysoké nároky dnešní doby. AKHTAR (2015, s. 140) upozorňuje, že v současnosti jsou kladeny vysoké nároky, jak na pracovní výkony, tak i na téměř neustálou dostupnost. Z volných víkendů a státních svátků se staly dny pro dohánění restů v práci. Také wi-fi, notebooky a chytré telefony jsou nástrojem pro udržení člověka v neustálé pohotovosti. Zaměstnavatelům často nečiní problém ve volných dnech či o dovolené svým zaměstnancům psát pracovní emaily, sms zprávy nebo dokonce volat. Výjimkou nejsou ani přesčasové nebo pracovní víkendy. Právě setrvávání v neustálé pohotovosti působí jako velký stresor. Takový tlak se ale nedá zvládat věčně. Snadno může dojít k syndromu vyhoření nebo vzniku deprese. Aby k tomu nedošlo, je zvláště důležité najít rovnováhu mezi prací a odpočinkem. Právě odpočinek, zahrnující také dostatečně kvalitní spánek, je klíčový, aby tělo zvládlo zregenerovat psychické i fyzické síly.

Špatný vliv na psychiku může mít ale i **nedostatek fyzické aktivity**. Pohyb je přirozená součást každého živého tvora, včetně člověka. Bylo prokázáno, že během pohybu jsou vyplavovány endorfiny, což jsou hormony zlepšující náladu. Fyzická aktivita je tedy jakýmsi „přirozeným antidepressivem“, jelikož zlepšuje náladu, zmírňuje stres a úzkost a odvádí pozornost od problémů. Naopak nedostatek pohybu může být jedním z faktorů vedoucích ke vzniku deprese (AKHTAR, 2015, s. 138-139).

Jednou z příčin vzniku deprese může být i **nevhodná** či **nedostatečná výživa**. Nedostatek základních živin, jako jsou sacharidy (cukry, uhlohydráty), lipidy (tuky), proteiny (bílkoviny), minerály a vitaminy, může vést ke vzniku deprese. Byl prokázán například negativní vliv vysoké hladiny homocysteinu (toxické aminokyseliny v krvi), který nastává při nedostatečném zásobení těla některými vitaminy ze skupiny B (konkrétně B₆, B₉ a B₁₂). Vysoká hladina homocysteinu dokonce zdvojnásobuje riziko vzniku deprese (HOLFORD, 2013, s. 122-123). Důležitý pro správné fungování těla je i příjem bílkovin a uhlohydrátů. „V bílkovinách obsažený tryptofan, z něhož vyrábíme serotonin, jenž nám dodává dobrou náladu, se z krve dostává do mozku za pomoci inzulínu, a pro jeho uvolnění je nezbytná konzumace uhlohydrátů“ (HOLFORD, 2013, s. 58). Rovněž nedostatek chromu, zinku či hořčíku, může vést ke zhoršené náladě a v mnoha případech i ke vzniku deprese. Bylo prokázáno, že zvýšené riziko vzniku deprese je u lidí, kteří mají nedostatek výše jmenovaných prvků.

Neopomenutelná je i důležitost vitamínu D a omega-3 mastných kyselin² (HOLFORD, 2013, s. 46).

2.2.8 Počasí a podnebí

Někteří lidé jsou velmi citliví na **změny počasí** (změny tlaku) nebo délku trvání slunečního svitu. Sezónní emocionální obtíže se vyskytují zhruba u 5-6% obyvatel (KŘIVOHLAVÝ, 2013, s. 29). Tyto obtíže se však mohou u některých lidí objevovat až ve formě sezónní afektivní poruchy. Příznaky se většinou začnou objevovat na podzim a na jaře zase vymizí (PRAŠKO a kol., 2015, s. 36). To souvisí s cyklickými proměnami ročních období a s tím spojenou sekrecí melatoninu. Světlo totiž tlumí přeměnu serotoninu na melatonin, a tak když je světla nedostatek, v těle dochází ke snížení hladiny serotoninu a deprese se objevují ve větší míře (SILBERNAGL a LANG, 2012, s. 372). Vliv na náladu má také střídání dne a noci. Výkyvy nálad bývají v tomto případě spojené s funkcí neurotransmiterů (VÁGNEROVÁ, 2008, s. 374).

2.2.9 Vnitřní prázdnota nebo rozpor

Mezi rizikové faktory vzniku deprese patří mimo jiné i vnitřní prázdnota. Dotyčný má pocit, že veškeré jeho úsilí je bezvýznamné, beze smyslu a beznadějně. Někdo také může nabýt dojmu, že nemá pro co žít nebo že je svět natolik zlý, zkažený a násilný, že je život zbytečný (KŘIVOHLAVÝ, 2013, s. 31). K depresi může vést i pocit, že člověk udělal něco, co neměl. Nebo naopak, že neudělal něco, co udělat měl. Jedná se většinou o morálně, eticky, nábožensky či jinak nesprávné činy. Často se jedná například o nevěru, lhaní, zradu, nenabídnutí pomocné ruky nebo třeba krádež. Velmi tíživá může být i nenávisť, vztek a neschopnost odpustit někomu, kdo ublížil buď přímo danému člověku, nebo někomu z jeho blízkých (KŘIVOHLAVÝ, 2013, s. 30-31).

² Více o vlivu výživy na vznik případně léčbu deprese v knize *Klíč k dobré náladě: deset ověřených způsobů, jak si zlepšit náladu a najít motivaci* od Patricka Holforda.

2.2.10 Návykové látky

Užívání návykových látek, ať už se jedná o **alkohol, drogy** či **léky** je velmi rizikovým faktorem pro vznik deprese. Nemusí se hned jednat o závislost, rizikové i příležitostné braní drog (VYMĚTAL, 2010, s. 157). Depresi mohou také způsobovat některá léčiva. Dle PRAŠKA a kol. (2015, s. 66) často ke vzniku deprese dochází po užívání hormonu prednisonu a po některých lécích na snížení tlaku.

3 Příznaky deprese

Deprese se může projevit v rovině fyzické i psychosociální. Jednotlivé příznaky se mohou vzájemně prolínat a překrývat. U každého jednotlivce se také mohou projevovat v různé míře, některé mohou úplně chybět.

3.1 Fyzické příznaky

Typickým tělesným příznakem deprese je pokles energie. Ten může sahát od slabé únavy až po úplnou vyčerpanost a s tím související celkovou slabost, malátnost a ospalost. Často se objevují poruchy spánku, a to jak nadměrná spavost, tak i naopak nespavost, případně noční nebo časně ranní probouzení. Většinou jsou na vině negativní myšlenky, které danému člověku znemožňují klidný plnohodnotný spánek, takže i když nemocný spí, spánek je velmi povrchní a nedochází k dostatečné regeneraci sil.

Právě vlivem poruch spánku a rychlé unavitelnosti se objevuje nadměrné posedávání či polehávání, neschopnost přinutit se k jakékoliv činnosti a následné odkládání povinností. Každá činnost je nadměrně vyčerpávající, celkové tempo nemocného je pomalé, takže dochází ke ztrátě výkonu i rychlosti prováděných úkolů. Porušená je také mimika. Zpomalení pohybu může přecházet až do celkové strnulosti a setrvávání v nepřírodných polohách. V některých případech je u nemocného patrný naopak neklid až hyperaktivita.

Mnoho lidí trpících depresemi si stěžuje na různorodé tělesné problémy. Může se jednat o bolesti nebo nepříjemný tlak v různých částech těla. Časté jsou bolesti hlavy, břicha, zad, kloubů a svalů. Objevují se také kardiovaskulární potíže (bušení srdce, svírání na hrudi, nepříjemné změny tlaku v různých částech těla), gastrointestinální problémy

(špatné trávení, zácpa), ztuhlost nebo třes končetin nebo nadměrné pocení. Běžná bývá ztráta zájmu o sexuální život. Nemocným také většinou chybí chuť k jídlu a dochází k hubnutí, ale může se objevit i přejídání a následné přibývání na váze (VÁGNEROVÁ, 2008, s. 382; PRAŠKO a kol., 2015, s. 55-56; HOSÁK a kol., 2015, s. 227).

3.2 Psychosociální příznaky

Deprese se projevuje širokou škálou psychosociálních projevů. Asi nejnápadnějším příznakem je změna emociálního prožívání, a to ve dvou směrech. Nejen že dochází ke zvýraznění negativních prožitků, ale zároveň přichází útlum prožitků pozitivních. Nemocný vše ve svém životě – minulost, přítomnosti i budoucnost – vidí černě. Nedokáže cítit spokojenost ani radost. Nálada se může pohybovat od smutné, přes sklíčenou až po lhostejnou. Právě zmíněná lhostejnost bývá obranou nemocného před další psychickou zátěží.

Deprese je typická zveličením všeho negativního, s čímž souvisí i prožívání strachu, přičemž nejčastější bývá strach o sebe a o své blízké. Při depresivním prožívání jsou běžné také pocity úzkosti, napětí, nervozity a s tím spojená podrážděnost až výbušnost. Při prohlubování deprese většinou úzkostného prožívání ubývá. Nemocný často trpí sebevýchýtkami a cítí se méněcenný, bezvýznamný, nevěří ve své schopnosti ani ve změnu k lepšímu. Typický je útlum a zpomalení psychických procesů, což se projevuje špatnou soustředěností a schopností něco si zapamatovat nebo vybavit. Také rozhodování bývá velkým problémem. V extrémních případech se může jednat o pocit úplné prázdnoty v hlavě.

Častý bývá i pocit, že život už nemá žádnou cenu. Tento pocit spolu s velkou vnitřní bolestí bývá příčinou, proč se u některých depresivních pacientů objeví sebepoškození, či dokonce právě sebevražedné myšlenky či sebevražedné jednání. Cílem všech těchto činností je dočasné či trvalé zbavení se velké vnitřní bolesti, se kterou musí nemocný každý den bojovat a která se nedá snést.

Nezřídkou se objevují problémy ve škole a v práci, snižuje se školní i pracovní výkonnost a zhoršují se vztahy. Také ve vztazích s rodinou a s kamarády se začínají objevovat potíže. Při komunikaci je depresivní člověk většinou skleslý a málomluvný nebo se naopak snaží vypovídat ze svých problémů, což může zatěžovat lidi v jeho okolí,

protože to vnímají jako stěžování si. Typická bývá velká podrážděnost nemocného a také hádavost. Není výjimkou, že člověk v depresi nakonec ztratí veškerý zájem o ostatní lidi i veškeré činnosti. Začne se uzavírat do sebe, přestane komunikovat a místo svých zájmů se zaobírá svými negativními myšlenkami. Veškeré zájmy, schůzky s kamarády, rodinné oslavy a další dříve vítané aktivity jdou stranou. Nemoc se může projevit i snahu nemocného o úplnou sociální izolaci (VÁGNEROVÁ, 2008, s. 376-382; PRAŠKO a kol., 2015, s. 45-55; HOSÁK a kol., 2015, s. 227; AKHTAR, 2015, s. 21).

4 Druhy deprese

Co se týká druhů deprese, existují značné rozdíly v jejich dělení. Téměř každý autor rozlišuje jiné druhy deprese a sjednotit tato dělení je prakticky nemožné. Proto zde uvádím dělení dle desáté revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MZK-10). Deprese spolu s mánií je řazena mezi afektivní poruchy, které jsou zahrnuty v podkapitolách F30 až F39. **Podkapitola F30** popisuje pouze **manickou fázi**, patří sem: bipolární porucha a jediná manická fáze. **Podkapitola F31** líčí **bipolární afektivní poruchu**, která zahrnuje maniodepresivní: onemocnění, psychózu i reakce. **Podkapitola F32** mluví o **depresivní fázi**, která bývá dle příznaků členěna na fázi lehkou, středně těžkou až těžkou. Patří sem jediná epizoda: depresivní reakce, psychogenní deprese a reaktivní deprese. **Podkapitola F33** přibližuje **periodickou depresivní poruchu**, ke které se řadí periodické fáze: depresivní reakce, psychogenní deprese, reaktivní deprese a sezónní depresivní porucha. **Podkapitola F34** hovoří o **perzistentních afektivních poruchách**, mezi které řadíme cyklothymii a dystymii. **Podkapitola F38** zahrnuje **jiné afektivní poruchy**, což jsou poruchy nesplňující svou závažností či délkou trvání zařazení do předchozích podkapitol. **Podkapitola F39** obsahuje **neurčené afektivní poruchy**, kam je řazena afektivní psychóza. O depresi tedy primárně hovoří **podkapitoly F31, F32, F33 a F34** (www.uzis.cz).

4.1 Bipolární afektivní porucha (F31)

Pro tuto poruchu je typické střídání manické (hypomanické), depresivní (subdepresivní) a smíšené fáze.

Manická fáze se projevuje nadnesenou až podrážděnou náladou, vyšší mírou energie, výkonností a nadměrnou hovorností. Nemocní mluví nejčastěji o své výjimečnosti a o svých plánech, které jsou však často povrchní a nikdy se nedočkají realizace. Rozhodování je značně ukvapené a většinou i nerozumné. Potřeba spánku se minimalizuje, zvyšuje se aktivita a nemocný je značně lehkomyšlný až nezodpovědný. Dochází ke zvýšení libida. Výjimkou není nevhodné sociální chování. Objevuje se například nesmyslné utrácení peněz, promiskuitní chování, opuštění zaměstnání apod. Může se objevit narušené vnímání reality. Mírnější forma mánie je klasifikovaná jako **hypománie**.

Depresivní fáze bývá charakteristická poklesem nálady a energie. Smutek je dlouhotrvající a hluboký, objevují se pocity beznaděje a bezmocnosti. Tempo nemocného je zpomalené, klesá i výkonnost. Nemocní trpí poruchami paměti a sníženým sebevědomím. Běžné bývají problémy se spánkem a nechutenství. Příznaky jsou tedy totožné s unipolární depresí. Mírnější forma deprese bývá vedena jako **subdeprese**.

Smíšená fáze se projevuje směsí příznaků všech fází nebo extrémně rychlým střídáním fází (hypománie) mánie a (subdeprese) deprese. Střídání většinou probíhá v rámci několika hodin (PRAŠKO a kol., 2015, s. 33-35; HOSÁK a kol., 2015, s. 212-215; www.uzis.cz).

4.2 Depresivní fáze (F32)

Depresivní fáze bývá členěna na fázi lehkou, středně těžkou, těžkou bez psychotických příznaků a těžkou s psychotickými příznaky. **Lehká fáze** se projevuje zhoršenou náladou, pomalejším tempem, pocity viny a uzavíráním se do sebe. Nemocný je nicméně schopný zvládat každodenní činnosti a chodit do školy či do práce. Většinou je dostačující ambulantní léčba. **Středně těžká fáze** bývá provázena častými pocity smutku, celkovou zpomaleností, zhoršeným soustředěním a poměrně velkými problémy s každodenními činnostmi. Objevuje se také snaha izolovat se od lidí. Časté jsou poruchy spánku a chuti k jídlu. Nemocný většinou již není schopen docházet do školy či do práce a jen s obtížemi zvládá každodenní činnosti. Léčba probíhá většinou formou denního či večerního stacionáře. Pokud se objeví sebevražedné myšlenky, je vhodným

řešením hospitalizace. **Těžká fáze bez psychotických příznaků** je charakteristická neustálými pocity sklíčenosti. Dochází k úplné ztrátě sebehodnocení, výrazné jsou pocity viny a beznaděje. Velmi časté jsou myšlenky na sebevraždu. Nemocný je natolik vyčerpaný a zaměstnaný negativními myšlenkami, že nezvládá ani běžné denní činnosti. V této fázi nemoci je téměř nepřekonatelný problém třeba jen vstát z postele. Zpomalení je značné a projevuje se v myšlení, mluvení i pohybu. V této fázi bývají obvyklé psychosomatické příznaky. Léčba bývá řešena vždy formou hospitalizace. **Těžká fáze s psychotickými příznaky** bývá popisována jako nejzávažnější. Nemocný zažívá pocity hluboké sklíčenosti, beznaděje a vlastní bezcennosti. Je patrná ztráta veškeré energie i motivace k jakékoliv činnosti. Hrozí velké riziko žíznění a hladovění. Sebevražda se pro nemocného zdá být jediným východiskem. Nezřídka se objevují halucinace a bludy. Léčba probíhá rovněž vždy formou hospitalizace (PRAŠKO a kol., 2015, s. 29; www.uzis.cz).

Reaktivní deprese bývá následkem traumatického zážitku, náhlé těžké stresové situace nebo dlouhodobé nepříznivé situace. Typicky navazuje na nějakou výraznou životní ztrátu, například úmrtí blízkého člověka, ztrátu zaměstnání, rozchod nebo rozvod, uvěznění a podobně (PRAŠKO a kol., 2015, s. 37-38).

Larvovaná (maskovaná) deprese se primárně projevuje somatickými příznaky, psychické příznaky mohou úplně chybět. Bývá označována také jako deprese skrytá, jelikož psychické problémy jsou zastřeny tělesnými příznaky, které často imitují nějaké onemocnění. Objevují se bolesti břicha a hlavy, tíha končetin, třes, změny tlaku, zažívací obtíže, pocení a mnoho dalších projevů (PRAŠKO a kol., 2015, s. 44; HARTL a HARTLOVÁ, 2000, s. 106).

4.3 Periodická depresivní porucha (F33)

Periodická (rekurentní) depresivní porucha je typická střídáním depresivní fáze s obdobím bezpříznakovým. Nevyskytuje se fáze mánie, ale výjimečně se mohou objevovat krátké fáze hypománie. U depresivních fází může být spouštěčem stresová reakce. Periodická depresivní porucha, stejně jako depresivní fáze, může být ve formě lehké, středně těžké, těžké bez psychotických příznaků a těžké s psychotickými

příznaky. V některých případech může dojít k rozvinutí této poruchy do podoby trvalé deprese (PRAŠKO a kol., 2015, s. 32; www.uzis.cz).

Sezónní afektivní porucha bývá vázaná na změny ročních období. Objevuje se především na podzim a na jaře většinou mizí. Typickým projevem je úbytek energie, projevující se rychlou únavností a zvýšenou spavostí. Častá je nadměrná chuť k jídlu, především na uhlohydráty a s tím související přibývání na váze. Tak jako i u jiných typů deprese dochází také ke zhoršení nálady, snížení schopnosti soustředit se a eliminaci zájmů. Nejúčinnější léčbou je v tomto případě především aplikace jasného světla, tzv. fototerapie (PRAŠKO a kol., 2015, s. 36; DUŠEK a VEČEŘOVÁ PROCHÁZKOVÁ, 2015, s. 586).

4.4 Perzistentní afektivní poruchy (F34)

Cyklothymie bývá charakterizována jako porucha nálady projevující se výkyvy nálady. V rozpoložení obvykle dochází ke střídání lehké dlouhodobé deprese a hypománie, přičemž mezi nimi se objevuje i období běžného rozpoložení. Depresivní epizoda je v tomto případě opět spojena se smutnou náladou, úzkostmi, pocity beznaděje a zvýšenou podrážděností. Častá je také únava, poruchy spánku a nechutenství. Hypomanickou epizodu lze naopak popsat jako období, kdy je nálada veskrze dobrá. Typický je velký příliv energie, takže se eliminuje i potřeba spánku. Nemocný je hovorný, sebevědomý, může se dokonce chovat nepřátelsky až agresivně (HOSÁK a kol., 2015, s. 237; HARTL a HARTLOVÁ, 2000, s. 89).

Dysthymie je lehká dlouhotrvající deprese střídající se s většinou jen krátkými obdobími vcelku běžné nálady. Objevují se problémy se spánkem a únava. Lidé s dysthymií se většinu času cítí smutní, mrzutí, někdy až zlostní. Často si na vše stěžují, jelikož jejich ladění je značně pesimistické. Nedokážou cítit skutečnou radost, s čímž souvisí postupné vymizení snahy vyhledávat příjemné aktivity. Může dojít ke snaze o sociální izolaci. Typické je snížení sebedůvěry, potíže se soustředěním a pocity beznaděje. Tento druh deprese sice není natolik závažný jako jiné, ale trvá často celé roky a omezuje tak dlouhodobě život nemocného (HOSÁK a kol., 2015, s. 237; PRAŠKO a kol., 2015, s. 32-33; HARTL a HARTLOVÁ, 2000, s. 129).

5 Léčba deprese

Léčba deprese může probíhat mnoha způsoby. Mezi nejčastěji využívanými typy léčby patří psychoterapie a farmakoterapie, případně jejich kombinace, ale neopomenutelný je také význam socioterapie, fototerapie nebo elektrokonvulzivní léčby. Podle PRAŠKA a kol. (2015, s. 79) je účelem léčby především zmírnění či úplná eliminace příznaků nemoci, navrácení původní kvality života a zabránění případnému návratu deprese. Těmto cílům se přizpůsobují i fáze léčby. HOSÁK a kol. (2015, s. 230) rozlišuje celkem tři fáze léčby deprese. První fáze se nazývá **akutní** a primárním cílem je odstranění příznaků deprese. Druhá fáze je označována jako **pokračovací** a jejím účelem je udržet zlepšení stavu nemocného. Třetí fáze je pojmenována **udržovací**, přičemž jejím záměrem je zabránit návratu nemoci.

5.1 Farmakoterapie

Psychofarmakologická léčba je většinou prováděna pomocí antidepresiv, což je v dnešní době velmi rozsáhlá skupina léčiv. Můžeme se setkat s antidepresivy pracujícími na základě **inhibice biodegradace**, což jsou léky známé jako MAO, IMAO či RIMA. Dalším typem jsou antidepresiva pracující na principu **inhibice vychytávání monoamidů** (serotoninu, adrenalinu, noradrenalinu a dopaminu). Posledním typem jsou antidepresiva pracující jako **agonisté či antagonisté receptorů** (MARTÍNKOVÁ, 2007, s. 127).

Při léčbě antidepresivy je důležité brát přesně předepsané dávky a nevysazovat je předem. U tohoto druhu léků nějakou dobu trvá, než začnou účinkovat, což většinou trvá v rozmezí od dvou do čtyř týdnů. Nejnáročnějším týdnem léčby bývá obvykle ten, než se tělo adaptuje. Může dojít k dočasnému zhoršení příznaků a ke vzniku nežádoucích účinků. Léčba akutní fáze deprese obvykle trvá okolo jednoho až dvou měsíců. Po vymizení příznaků nastupuje tzv. léčba pokračovací, která má za úkol udržet pacienta v dobrém psychickém rozpoložení a je aplikována obvykle po dobu šesti měsíců. Následná udržovací fáze brání opětovnému propuknutí deprese a využívá se u pacientů, u kterých existuje velké riziko návratu této nemoci (HOSÁK a kol., 2015, s. 230-232).

5.1.1 Inhibitory biodegradace

Antidepresiva známá jako **IMAO** (ireverzibilní inhibitory monoaminoxydázy) se používají především v těch případech, kdy jiná antidepresiva selhala. Typickým příkladem je léčba deprese s neobvyklými příznaky, to znamená například panické záchvaty, obsese, sociální fobie apod. Při jejich užívání se však musí dodržovat přísná dieta vylučující se stravy všechny potraviny obsahující tyramin a není vhodné je užívat v kombinaci s některými druhy léků. Na podobném principu jako předchozí typ jsou postavena antidepresiva **RIMA** (reverzibilní inhibitory monoaminoxydázy), které sice nemají takovou účinnost, ale při jejich užívání není nutné dodržování diety a nemají ani žádné vedlejší účinky (PRAŠKO a kol., 2015, s. 80-81).

5.1.2 Inhibitory vychytávání monoamidů

První generací této skupiny léčiv jsou antidepresiva **tricyklická** a **tetracyklická**. Tyto léky jsou sice velmi účinné, avšak při jejich užívání se objevuje velké množství nepříjemných vedlejších účinků. Tricyklická a tetracyklická antidepresiva spolu s antidepresivy druhé generace, tzv. **heterocyklickými** jsou riziková při předávkování, proto není vhodné jejich předepisování nemocným se sebevražednými sklony. V dnešní době nejvíce využívána jsou antidepresiva třetí a čtvrté generace, a to především **SSRI** antidepresiva, která zvyšují dostupnost serotoninu pro mozek. Tyto léky nemají ani příliš mnoho nežádoucích účinků a zároveň mají dobrý účinek na léčbu všech druhů deprese i úzkostné poruchy (PRAŠKO a kol., 2015, s. 80-81; HOSÁK a kol., 2015, s. 231).

5.2 Psychoterapie

Psychoterapie je důležitou metodou léčby deprese. Základním druhem je **individuální terapie**. Ta může být vedena různými metodami. Můžeme se setkat s terapií kognitivně-behaviorální, dynamickou, humanistickou, hlubinnou, apod. Nejdůležitějším faktorem je psychoterapeut. Jedná se o specialistu, který nemocného vyslechne a snaží se mu pomáhat v boji s jeho nemocí. VÁGNEROVÁ (2008, s. 396) píše, že základním úkolem individuální terapie je „pacientovo porozumění vlastní situaci, pochopení svého onemocnění a vytvoření účelnějšího vztahu k sobě samému i vnějšímu světu“.

Kromě individuální terapie existuje ještě mnoho dalších druhů psychoterapie. **Skupinová terapie** dopomáhá ke zlepšení komunikace s okolím. Pacient si také může uvědomit, že není jediný, kdo s touto nemocí bojuje. Má možnost se zde také naučit, jak se lépe vyrovnat s problémy, které onemocnění přináší. Vzájemné svěřování se by mělo vyvolat pocity přijetí a důvěry. Další formou psychoterapie je **terapie partnerská (manželská) nebo rodinná**. Je velmi důležité, aby byla atmosféra na terapii klidná a přátelská. Terapeut by se měl vyhnout hledání viny, případně zasáhnout v situacích, které směřují ke vzájemným výčtkám nebo hádkám. Cílem této terapie je pomocí porozumění zlepšit vztahy mezi nemocným a jeho blízkými (PRAŠKO a kol., 2015, s. 88).

5.3 Další druhy léčby

Dle HOSÁKA a kol. (2015, s. 234-235) patří mezi další možnosti léčby deprese fototerapie, elektrokonvulzivní léčba, repetitivní transkraniální magnetická stimulace, vagová nervová stimulace, hluboká mozková stimulace nebo spánková deprivace.

VÝZKUMNÁ ČÁST

1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cílem této práce je zjistit, jaký vliv má deprese na život nemocných. Na základě tohoto cíle jsem zformulovala následující výzkumné otázky:

1. Co bylo spouštěčem deprese?
2. Jak se deprese projevila na psychickém i fyzickém stavu respondentů?
3. Jak deprese ovlivnila vztahy respondentů?
4. Jaký vliv měla deprese na školní či pracovní výkonnost?
5. Jak probíhala léčba nemoci a jak respondenti hodnotí její prospěšnost?
6. Co respondentům při boji s depresí nejvíce pomohlo a co jim naopak nejvíce ublížilo?

2 Metodologie

Klíčovým krokem pro zahájení výzkumu bylo vytvoření dotazníku na základě šesti výzkumných otázek. S ohledem na velkou citlivost tohoto tématu a s tím související obavy respondentů o zachování jejich anonymity, jsem zvolila formu dotazníkového šetření na internetu.

Dotazník byl tvořen souborem 28 otázek, které mi sloužily jako podklad pro vytvoření kazuistiky a její následnou interpretaci dle odborné literatury. Nedílnou součástí dotazníku byl také úvodní text definující cílovou skupinu. Součástí této úvodní informace bylo rovněž upozornění ohledně důležitosti podrobného zodpovězení všech otázek. Odkaz na tento anonymní dotazník jsem následně, spolu s prosbou o další šíření, rozeslala svým přátelům a známým.

Počet vyplněných dotazníků nakonec vysoce předčil má očekávání, avšak ne všechny response byly pro můj výzkum využitelné. Vzhledem k cíli mého šetření jsem si vybrala osmnáct pro můj výzkum nejpřínosnějších odpovědí, které jsem zpracovala do kazuistik. U těchto kazuistik jsem následně dle příslušné literatury provedla jejich interpretaci.

3 Kazuistiky a jejich interpretace

3.1 Adéla (žena, 30-34 let, vdaná, vzdělání střední s maturitou)

Kazuistika

Adéla trpí depresí již deset let. První příznaky se u ní objevily, když jí náhle a nečekaně zemřel otec. Rozvoj nemoci zhoršila skutečnost, že otec zemřel v období Vánoc, pouhé dva dny před Štědrým dnem. Celý život také měla problémy kvůli vrozené deformaci levé horní končetiny. Ve škole kvůli svému postižení zažila šikanu a následně měla problémy s hledáním zaměstnání. Po čase ji začaly přepadat také úzkostné stavy, a to především strach o blízké. I když si uvědomovala jejich absurditu, nedokázala se jim ubránit.

Adéla trpěla těžkou formou deprese, takže se o ni musela starat její rodina, především matka. Když na tom byla nejhůře, sama se ani nenajedla, nevstala z postele a uzavírala se do sebe. Obrovský problém měla také s cestováním do práce.

Celá rodina jí však byla a je velkou oporou. Partner stál také celou dobu po jejím boku a vymýšlel pro ni různé aktivity, aby nebyla sama a neměla čas zaobírat se sama sebou a svými problémy. S pochopením se Adéla setkala i v práci. Poté, co zaměstnavateli sdělila, v jaké situaci se nyní nachází, vyhověl jí a přesunul pracoviště blíže k domu, čímž se vyřešil její problém s cestováním.

Adéla docházela z vlastní iniciativy na individuální terapie, ale ty jí nepomáhaly, takže na ně po čase chodit přestala. Byly jí naordinovány i léky, které velice pomohly ke zmírnění jejích stavů. Časem se je snažila vysazovat. Nyní je však už bere pravidelně, protože se po jejich vysazení nemoc vždy vrátila v plné síle a vyřadila ji z normálního života.

Deprese Adéle vzala spoustu času, který mohla dle svých slov strávit mnohem lépe, než jen ležením, spaním a utápěním se ve svých problémech. Díky nemoci ale získala novou cennou zkušenost, jak rychle se člověk dokáže dostat na dno. Tato zkušenost jí pomohla srovnat si životní priority. V boji proti depresi jí pomohly nakonec právě léky, snaha rodiny nenechat ji utápět se v problémech a také příchod dětí. Od té doby, co se jí před

třemi lety narodila dcera, zvládá boj s depresí s mnohem nižšími dávkami léků. Nyní je znovu těhotná a vidí svou budoucnost mnohem lépe než před lety.

Vlastní zkušenost s depresivními stavy Adélu naučila dívat se mnohem víc kolem sebe a hlavně naslouchat druhým. Jak sama říká: „Kolikrát jen obyčejné vypovídání se stačí k hodně velké úlevě.“

Interpretace

Vzhledem ke vrozené deformaci končetiny měla Adéla komplikace ve škole i při následném hledání zaměstnání. Nástup do školy bývá důležitým momentem v životě postiženého dítěte, často se dá mluvit o první krizi identity, protože právě ve škole se ukáže omezenost některých možností vyplývajících z postižení. Navíc může být handicapované dítě spolužáky přehlíženo či dokonce úplně odmítáno (VÁGNEROVÁ, 2008, s. 173-175).

Také nalezení vhodné pracovní pozice bylo pro Adélu obtížné, což je dle VÁGNEROVÉ (2008, s. 184-185) častým problémem, protože riziko, že bude zdravotně znevýhodněný člověk nezaměstnaný, je mnohem vyšší než u zdravých lidí. Případný nástup do zaměstnání pak představuje druhou krizi identity, jelikož se postižený musí smířit s potvrzením své odlišnosti.

Adéla začala po nečekaném úmrtí otce trpět reaktivní depresí. Reaktivní deprese obvykle navazuje na akutní těžký stres. Většinou se jedná o ztrátu, například právě o úmrtí jednoho z rodičů (PRAŠKO a kol., 2015, s. 37). Otec navíc zemřel v období Vánoc, což je čas, kdy je kladen důraz na vzájemnou blízkost rodiny. Kvůli nečekané a náhlé ztrátě rodiče začala trpět také úzkostnými stavy. Podle VÁGNEROVÉ (2008, s. 404) je kombinace deprese a úzkosti velmi častý jev. I když jsou úzkosti iracionální a nemocný si tuto skutečnost uvědomuje, není většinou schopen přehnané psychické reakce ovládat.

Adéla trpěla těžkou formou deprese. V takovémto rozpoložení není postižený schopen nejen vykonávat běžné denní činnosti, ale třeba ani vylézt z postele (PRAŠKO a kol., 2015, s. 29). Trpěla také nechutenstvím, což je dle TŮMY (2015, s. 227) typický příznak deprese. K tělesným příznakům kromě nechutenství také patří právě Adélou zmiňované poruchy spánku, únava a ztráta energie (HARTL a HARTLOVÁ, 2000, s. 105). Nemoc provázela i agorafobie, která se typicky projevuje strachem z otevřených

prostor, shluků lidí i cestování (HARTL a HARTLOVÁ, 2000, s. 22). Psychoterapie už v této fázi nemoci nepomáhaly, pomohla až psychofarmaka a následný příchod dětí.

3.2 Beáta (žena, 35-39 let, vdaná, vzdělání střední bez maturity)

Kazuistika

Beáta se potýkala s depresí pět let. Trpěla nespavostí, hroznou únavou a nedokázala se na nic soustředit. Jediné, na co byla schopná myslet, byly její problémy. Často bývala velmi sklíčená a neměla chuť do života. Uvažovala i nad sebevraždou. Někdy, když na tom byla psychicky hodně špatně, mívala zrakové a sluchové halucinace. Také se často uchýlila ke konzumaci alkoholu. Ten jí subjektivně v boji s depresí pomáhal, ve skutečnosti ale její stav významně zhoršoval.

Velký vliv na rozvoj nemoci u ní měly dlouhodobě špatné vztahy v rodině, které vygradovaly tím, že musela již v 16 letech odejít z domu. Přestěhovala se tehdy do nového města za svým přítelem. Dlouhou dobu trpěla samotou, protože rodina, známí i přátelé zůstali daleko od ní, v místě jejího původního bydliště. Po narození druhého syna byla Beátě diagnostikována poporodní deprese, zanedlouho poté jí navíc zemřela matka.

V nemoci byl Beátě oporou především manžel, který jí do značné míry pomáhal s domácností i dětmi a snažil se zajistit klid a harmonii ve vztahu. Z rodiny jí pomáhala pouze sestra, jelikož si Beáta s otcem nerozumí, matka zemřela a ostatní rodinní příslušníci o nemoci nevěděli. O jejím trápení věděl i její dlouholetý kamarád. V práci se jí dostávalo psychické podpory od jedné z kolegyň. O problému věděl také Beátin šéf, ale ten situaci nijak neřešil.

Beáta docházela na psychiatrii, avšak tuto zkušenost hodnotí jako negativní. Její lékařka jí jen předepisovala léky, ale už neposlouchala, co říká. Jednou, když k ní zase přišla, se jí zeptala, jestli se už zlepšily problémy v práci – přitom v práci Beáta problémy nikdy neměla. Navíc léky po čase musela vysadit, protože ji utlumovaly až do té míry, že nebyla schopná vůbec fungovat. Nakonec byla nutná hospitalizace na psychiatrii, kde se ale Beátin stav velmi zhoršil, takže nakonec sama po týdnu podepsala revers. Taktéž má negativní zkušenost s nemocničním personálem. Jednou po požití alkoholu začala mít

opět halucinace, tentokrát se jí to však stalo venku na ulici. Lidé zavolali sanitku a ta ji odvezla do nemocnice. Tam jí dali léky na uklidnění a propustili ji. Jelikož ale Beáta v době odvozu do nemocnice neměla u sebe telefon ani peněženku, nemohla se sama dostat domů nebo kontaktovat někoho z rodiny či známých. Zpaměti si pamatovala pouze číslo na svého přítele, a tak poprosila personál nemocnice, zda by si mohla zavolat. Před svým záchvatem však konzumovala alkohol, a tak na ni personál pohlížel jen jako na nějakou „alkoholičku“ a nikdo jí nepomohl, což se Beáty velmi dotklo. Díky těmto zkušenostem ztratila důvěru v lékaře i další zdravotnický personál.

Nemoc jí vzala roky radosti ze života a ovlivňuje její život i v současné době. Kvůli mnoha letům, které prožila v depresi, už není tak bezstarostná a nesměje se tolik jako dřív. Jak sama říká: „V boji s depresí mi pomohl až čas a uvědomění si, že život jde dál. Když mi bylo hodně špatně, vypsala jsem se ze svých myšlenek a pocitů a vše jsem pak roztrhala. Potom se mi ulevilo.“

Interpretace

U Beáty můžeme vidět typické projevy deprese jako je permanentní smutek a nechut' do života, neschopnost soustředit se, nespavost, únavu a ztrátu energie (PRAŠKO a kol., 2015, s. 31). Po požití alkoholu se projevy nemoci zhoršily a začaly se opakovaně objevovat vizuální i akustické halucinace. VÁGNEROVÁ (2008, s. 63) píše, že halucinace se mohou objevovat nejen v souvislosti se schizofrenií nebo epilepsií, ale i užíváním alkoholu. V tomto případě by se mohlo jednat o alkoholové halucinózy. PRAŠKO a kol. (2015, s. 167) radí, že je nejlepší se alkoholu vyhnout úplně. Významně deprese zhoršuje a může reaktivovat již vyléčené obtíže.

Po narození syna začala trpět poporodní depresí. Příčinou byla pravděpodobně hormonální nerovnováha způsobená prudkým poporodním poklesem estrogenu a progesteronu. Možný vliv na zhoršení stavu mohly mít i psychosociální stresy, které jsou časté v období kolem porodu. Měla pocit, že nic nezvládá, což je u maminek v šestinedělí běžné (PRAŠKO a kol., 2015, s. 41). Navíc jí v tomto období zemřela matka, což bylo velmi stresujícím faktorem, který přispěl k zhoršení nemoci.

Deprese byla natolik vážným problémem, že Beáta byla hospitalizována na psychiatrickém oddělení. Dle TŮMY (2015, s. 230) je právě v případě hlubokého depresivního stuporu a rizika sebevraždy nezbytná hospitalizace nemocného. Tam se

její stav ale ještě více zhoršil, a tak na vlastní žádost z nemocnice odešla. Nemocí trpí stále, avšak už v ne tak těžké formě.

3.3 Cecílie (žena, 25-29 let, svobodná, vzdělání střední bez maturity)

Kazuistika

U Cecílie se objevila deprese primárně kvůli špatné finanční, rodinné a zdravotní situaci. Kvůli jmenovaným problémům nebyla schopná zvládat každodenní situace a neměla sílu žít. Cítila se vyčerpaně a propadala stavům beznaděje. Situaci zhoršovalo také to, že Cecílie nenašla oporu ve svém okolí. Partnera neměla a před rodinou vše tajila kvůli špatným vztahům. Kamarádi nedokázali pochopit, v jaké situaci se Cecílie nachází a její nemoc zjednodušovali. Nakonec vztahy s nimi přerušila, protože si uvědomila, že o takové přátele nestojí. Rovněž se v té době rozhodla odejít z práce. Následně byla vedena v evidenci na úřadu práce, ale i odtud odešla. Cítila se špatně, potřebovala klid a soustředit se pouze sama na sebe.

Nejvíce jí ublížilo nepochopení okolí a nezájem blízkých. O depresi říká, že je to nemoc, která je společností hodně podceňovaná. Rozhodně to není jen špatná nálada, jak si mnozí myslí. Kdo si to neprožije, nemůže nikdy pochopit, jaké je to peklo.

Naopak nejvíce Cecílii pomohla víra v Boha. Konstatuje: „Vím, že bez boží pomoci bych se z toho nikdy nedostala.“ Díky depresi přehodnotila svůj způsob života a začala vnímat jeho pozitivní stránky. Naučila se mít se ráda a věnuje se především sobě.

Interpretace

Špatná finanční, rodinná a zdravotní situace může významně přispět ke vzniku deprese. Rodinná situace má značný vliv na psychiku jedince, jelikož rodina je nejvýznamnější sociální skupinou. Rodinné zázemí značně ovlivňuje psychický stav nejen v dětství, ale také v dospělosti. Když jsou vztahy v rodině narušeny, přispívají ke vzniku psychických potíží. Také v práci jsou na jedince kladeny různé požadavky, které mohou být subjektivně nesplnitelné. Ty jsou pak zdrojem stresu, zvláště když finanční ohodnocení není adekvátní (VÁGNEROVÁ, 2008, s. 45-47). Rovněž nemoc a chronická bolest, pokud trvá dlouho, může vést ke zhoršení emočního ladění, až k depresím (VÁGNEROVÁ, 2008, s. 78).

Vyčerpání, beznaděj a neschopnost zvládat každodenní situace jsou příznaky typické pro depresi. Nemoc má negativní vliv na sociální a pracovní život jedince (HARTL a HARTLOVÁ, 2000, s. 105). To se u Cecílie projevilo až extrémním způsobem. Nemoc zatajila před rodinou, vztahy s kamarády přerušila a rovněž odešla ze zaměstnání a následně i z úřadu práce.

Nakonec Cecílii pomohla víra. Boha pravděpodobně vnímá jako toho, kdo nad ní drží ochrannou ruku. Zároveň jí tato víra pomáhá vyrovnat se všemi těžkostmi v životě a najít v nich nějaký význam, vyšší záměr (VÁGNEROVÁ, 2008, s. 695).

3.4 Čeněk (muž, 45-49 let, ženatý, vzdělání vysokoškolské)

Kazuistika

U Čeněka se začala objevovat deprese poté, co se mu narodilo druhé dítě. Hlavní příčinou bylo odcizení manželky. Ke vzniku tohoto onemocnění přispěly i problémy v práci a následný syndrom vyhoření. Cítil stálou únavu, trápily ho velké výpadky paměti a celkově už nebyl tak činorodým a zábavným člověkem jako dříve. Byl také psychicky i fyzicky slabý a ztratil schopnost radovat se ze života. Nakonec z práce musel odejít.

Manželka sice měla pro jeho nemoc pochopení, nicméně pomoci či změny chování se Čeněk nedočkal. Děti jeho nemoci nerozumí, ale přijaly ji jako fakt. Občas jsou ale nešťastné, že je tatínek stále unavený a hodně spí. Rodiče jeho problémy bagatelizují a předstírají, že se nic neděje.

Depresi mají v rodině, z matčiny strany jí trpěla babička, matka, strýc, sestřenice a Čeněkův mladší bratr. Nemoc tedy rozpoznal rychle, ale nebyl bez pomoci schopný dopracovat se k nějakému řešení. Nejvíce Čeněkovi pomohl jeho nadřízený. Vždy je chápavý a shovívavý k jeho sníženému pracovnímu výkonu. Navíc ho nasměroval k terapii.

Čeněk tedy začal chodit na individuální psychoterapie, ale dojmy byly spíše rozpačité. Nejvíce mu nakonec pomohla farmakoterapie, díky které je schopen fungovat v rámci možností normálně. Ke zlepšení psychického stavu přispěla i změna zaměstnání a zvolnění pracovního tempa. Zcela zdravý není, ale dokáže nemoc držet víceméně pod

kontrolou. Má teď větší pochopení pro citlivější lidi, které něco trápí. V minulosti o depresi četl, ale nikdy si nedokázal představit, jak moc může tato nemoc člověka zničit.

Interpretace

Čeňka velmi trápí odcizení manželky po narození druhého dítěte. BOWLBY (2013, s. 45-46) tvrdí, že když nějaká situace ohrožuje citové pouto mezi dvěma lidmi, dochází k vyvolání reakce, která se pokouší tohle pouto zachovat. Reakce mohou být různé, od smutku až po vynucování. Když však snaha o obnovení pouta není úspěšná, časem opadne. Ne však natrvalo a při každé další neúspěšné snaze člověk znovu a znovu prožívá žal. Organismus takového člověka se pak ocitá v chronickém stresu a duševní tísní. Konkrétně se v tomto případě jedná o distres, tedy stres na člověka negativně působící. Distres navozuje pocity beznaděje a může vést až k úzkostem a depresi (HARTL a HARTLOVÁ, 2000, s. 117).

Ke vzniku onemocnění přispěly i problémy v práci a následný syndrom vyhoření. Syndrom vyhoření se projevuje ztrátou profesního zájmu (HARTL a HARTLOVÁ, 2000, s. 586). Čeňka trápila únava, slabost, apatie a výpadky paměti, což jsou dle STOCKA (2010, s. 20) typické příznaky vyhoření.

Deprese se v Čeňkově rodině objevuje velmi často. Touto nemocí trpěla jeho babička, matka, strýc, sestřenice a mladší bratr. Je prokázáno, že určité typy deprese se objevují v určitých rodinách a je zde patrná jistá biologická zranitelnost. Pokud otec, matka, bratr či sestra trpí depresí, je zvýšené riziko - až patnáctiprocentní, že depresí dotčený onemocní také. Dědičné jsou ale pouze určité dispozice, nikoliv nemoc sama (PRAŠKO a kol., 2012, s. 48). Čeňkovi nakonec pomohla změna práce a léčba psychofarmaky.

3.5 Denisa (žena, 20-24 let, svobodná, vzdělání základní)

Kazuistika

Denisa měla sklony k depresi již od dětství, ale vážněji se u ní projevil až kolem osmnáctého roku věku. Na vznik nemoci mělo velký vliv nešťastné dětství, především fyzické a psychické týrání a šikana ve škole. Spouštěčem pak byly špatné vztahy v rodině (především s matkou), náročná kombinace studia a práce a také agresivní

partner. Denisa často neměla chuť k jídlu nebo nemohla vstát z postele. Problém jí dělaly i každodenní úkony jako je mytí nádobí, nákup potravin, vaření atp. Bývala letargická, unavená a trpěla sebepoškozováním. Místo aby se zabývala svými koníčky, zaobírala se myšlenkami na sebevraždu.

Kvůli nemoci přišla Denisa o většinu přátel. Bývalý partner neuznával depresi jako skutečný problém a deprese byla také jedním z důvodů jeho agresivity. Současný partner naopak její psychické problémy chápe a snaží se jí pomáhat. Stejně tak vedení školy se zachovalo velmi vstřícně. Nicméně někteří pedagogové snižovali vážnost její nemoci a obviňovali Denisu z toho, že depresi předstírá.

Denisa chodila na individuální i skupinové terapie. Individuální terapie jí pomáhaly, ale skupinové neměly žádný výsledek. Nakonec navštěvovala denní stacionář po dobu sedmi týdnů. Rovněž užívala různé léky. Nejdříve jí byly předepsány benzodiazepiny, které ale nepomohly. Následně byly léky změněny na antipsychotika, které však Denise způsobily vážné zdravotní problémy. Nakonec byly léky změněny na SNRI antidepressiva, které sice pomáhají, ale Denisa se na nich stala závislou. Nejvíce Denise kromě léků pomohl nový vztah a domácí mazlíčci. Díky zkušenosti s depresí se teď více raduje z pozitivních událostí a okamžiků ve svém životě.

Interpretace

U Denisy se rozvinula deprese pravděpodobně vlivem nešťastného dětství. Šikana ve škole může poškodit psychické i fyzické zdraví oběti. Rovněž u dětí, které se staly oběťmi šikany, bývá častější vznik úzkostí a depresivního ladění (VÁGNEROVÁ, 2008, s. 801).

Domácí násilí, ať už jde o fyzické či psychické týrání, představuje silný stres a deprivaci zkušenost. Týrané děti bývají apatické, neschopné prožívat radost nebo projevat emoce (VÁGNEROVÁ, 2008, s. 611). VÁGNEROVÁ (2008, s. 617) dále zdůrazňuje, že lidé, kteří jako děti zažili týrání, mohou být méně odolní vůči stresu. Je pak více pravděpodobné, že se u nich vyvinou se stresem související poruchy.

Také násilná povaha partnera může pocházet ze zážitků z dětství. Lidé, kteří mají zkušenost s citovou deprivací v dětství, mívají častěji partnerské problémy, případně nejsou schopni udržet si partnerský vztah s vhodným protějškem (VÁGNEROVÁ, 2008, s. 605). Nakonec Denise pomohlo navštěvování denního stacionáře, což je

částečná hospitalizace, kdy pacientka v noci přespává doma a přes den se účastní léčebného programu na psychiatrii (HARTL a HARTLOVÁ, 2000, s. 195). Přínosem bylo také užívání antidepresiv a nový vztah s chápavým partnerem.

3.6 Edita (žena, 15-19 let, svobodná, vzdělání základní)

Kazuistika

Edita trpí depresí od základní školy. První příznaky se u ní projevíly asi ve čtrnácti letech. Podle jejích slov byl spouštěčem stres ve škole a nefunkční rodina. Ztratila veškeré sebevědomí. Ve škole si jí nedaří, kvůli čemuž má pocit, že není na nic dobrá a že je na světě zbytečně. Doma Editu začali podezírat z různých věcí (např. že chodí za školu, bere drogy, apod.) a přestali s ní mluvit. Jakákoliv případná diskuze se vždy zvrhne v hádku.

O jejích problémech neví ani rodina, ani kamarádi. Svěřila se školní psycholožce, díky čemuž se jí ulevilo, ale bylo to jen chvilkové. Začala se řezat žiletkou, to jediné jí na čas uleví. K depresi dodává: „Je to strašná nemoc, ráno nedokážu vstát a večer si přeju, abych se už další den neprobudila.“

Interpretace

Spouštěčem deprese u Edity byl především stres ve škole a dysfunkční rodina. Škola je prostředí, které podněcuje a rozvíjí, ale kladené požadavky mohou být pro některé děti těžko splnitelné. Rovněž vztahy se spolužáky nebo vztahy mezi učiteli a žáky mohou být stresující (VÁGNEROVÁ, 2008, s. 46-47). Také dysfunkční rodina je zatěžujícím faktorem. Když rodičům schází schopnost vcítit se, nerozumějí potřebám svého dítěte a mají sklony reagovat impulzivně, může se stát rodina příčinou vzniku psychických problémů (VÁGNEROVÁ, 2008, s. 592).

Sebepoškozování je většinou vyvoláno silným vnitřním napětím, velkou vnitřní bolestí nebo pocitem odcizení od reálného světa. Samotný akt sebepoškození pak chvilkově tlumí tyto pocity a zlepšuje náladu. Jedná se však o agresi vůči vlastnímu tělu a vniká na něm závislost (KRIEGELOVÁ, 2008, s. 123). Rizikovými faktory pro vznik sebepoškozování u dívek je nízké sebevědomí, spory s rodiči a špatné vztahy s kamarády (KUKLA, 2016, s. 233). Rozhovor se školní psycholožkou Editě pomohl,

ovšem jen dočasně. HLAĎO (2012, s. 55) říká, že role psychologa spočívá v individuální a skupinové psychologické diagnostice, individuální psychologické intervenci, práci s třídami apod. Situace by se měla dále řešit s rodinou, psychologem, případně psychiatrem.

3.7 Františka (žena, 40-44 let, vdaná, vzdělání vyšší odborné)

Kazuistika

Deprese trápí Františku téměř 25 let. Poprvé se u ní objevila již na střední škole. Vznik nemoci byl v první řadě vázaný na špatné vztahy v rodině. Rodiče protěžovali mladšího bratra a Františka tím velmi trpěla. Bratr dostal, cokoliv si přál, a na ni rodičům už nezbyvaly finance ani čas. Vliv na vznik nemoci měla také šikana ve škole. Františka neuměla se svými spolužáky komunikovat a navíc trpěla nadváhou. Spolužáci jí kvůli tomu často nadávali a někdy ji dokonce bili.

Rodina o nemoci neví, ale depresí trpěla také babička a otec Františky. Manžel také nic neví, nicméně nemoc má značně negativní vliv na partnerské soužití. Františka má často velké výkyvy nálad a leckdy ji rozruší i drobnost. Velmi citlivě reaguje i na špatně formulovaná slova, případně legraci či nějakou narážku a bere si vše osobně. Často se cítí vyčerpaně a někdy nedokáže ani vyjít ven z bytu. Například si naplánuje sraz s přáteli, a když už má vyrazit, tak se omluví a vymyslí si důvod, proč nemohla přijít. Pokud se jí podaří odhodlat se k odchodu z domova, úzkostně kontroluje, zda jsou dobře zavřená okna, spotřebiče odpojené ze zásuvek, zamčeno apod. Kamarádům se Františka se svou nemocí svěřila až nedávno a oni se jí nyní snaží pomáhat. Pokud je to možné, chodí spolu ven, povídají si, volají si nebo si alespoň píšou emaily, případně sms zprávy. Depresí trpěl i jeden její kamarád, který už bohužel nežije. Nikdo nebral vážně jeho slova, že už ho život nebaví a on spáchal sebevraždu. Františka nad sebevraždou také několikrát uvažovala. Nakonec to neudělala proto, že jsou na ní závislí její rodinní příslušníci.

Františce kromě kamarádů nejvíce pomáhají procházky do přírody a kontakt se zvířaty. Náladu jí dokáže zlepšit například i to, když si může pohladit cizího psa. Díky depresi se dokáže vcítit do lidí, kterým se přihodilo něco zlého. Nejvíce jí pak ubližuje nezáměr rodiny a partnera. Nemoc ji připravila o bezstarostnost, dobrou náladu a schopnost těšit

se na různé věci. Dříve to u ní nebylo tak vážné jako teď. Deprese se u Františky objevovala opakovaně téměř celý život, ale s přibývajícím věkem se prohlubuje a vrací se častěji. Má to vliv i na její pití. Ještě před pár lety byla abstinent, časem však zjistila, že alkohol jí od problémů uleví. Nyní se obává vzniku závislosti, jelikož v rodinné anamnéze se vyskytuje kromě deprese i alkoholismus.

Františka se bála se svým trápením svěřit ve škole i v práci. Rovněž partner ani rodina o jejím dlouholetém problému neví. Kamarádům se svěřila teprve před nedávnem. Svou nedůvěru vysvětluje následovně: „Mnoho lidí si myslí, že deprese je problémem, za který bychom se měli stydět. Pokud se pak někdo dozví o Vašich problémech, většinou Vás rychle odsoudí a dívají se na Vás jako na chudáka, který si nezaslouží pomoc.“

Interpretace

NOVÁK (2009, s. 101) upozorňuje, že žárlivost u sourozenců by se neměla podceňovat. Může přetrvávat až do dospělosti a projevovat se po celý život. U Františky se pravděpodobně rozvinula porucha sourozenecké rivality. HOSÁK a kol. (2015, s. 380) hovoří o tom, že se jedná o velmi negativní pocity vůči mladšímu sourozenci. V některých případech může být tato rivalita celoživotní.

Navíc byla Františka ve škole šikanována, dle svých slov primárně kvůli nadváze a neschopnosti komunikovat. S tím souhlasí i VÁGNEROVÁ (2008, s. 799), šikana ve škole často bývá zaměřena na žáka, který je nějak znevýhodněný, například neobratný nebo obézní. Také se může jednat o dítě méně sociálně zdatné, které neumí navázat kontakt s okolím a je málomluvné. Františka zažila formu fyzického násilí i psychického ponižování. Šikana je velkým stresem a ohrožuje psychické i fyzické zdraví oběti. Jejím vlivem se mohou zvyšovat sklony k úzkostem, depresím a somatickým obtížím.

Deprese velmi narušuje partnerský život Františky i její vztahy s rodinou. Všechny afektivní poruchy, mezi něž se deprese řadí, mají negativní vliv na partnerské soužití minimálně v tom ohledu, že je v takovémto vztahu méně komunikace a pocitů pohody (VÁGNEROVÁ, 2008, s. 393).

Františka jako velký problém provázející depresi zmiňuje agorafobii. Ta je popisována jako „strach z opuštění bezpečí domova, z veřejných prostranství, davů nebo cestování veřejným dopravním prostředkem bez doprovodu“ (HOSÁK a kol., 2015, s. 252).

VYMĚTAL (2007, s. 198) zdůrazňuje, že agorafobie se nejčastěji vyskytuje u vdaných žen, a to asi v šedesáti procentech případů. Zároveň je pro ni typické, že bývá diagnostikována především u žen s depresí, úzkostí, obsedantně-kompulzivní poruchou, sociální fobií a manželskými problémy. Františka je tedy téměř typickým případem.

Sebevražedné myšlenky jsou typickým příznakem deprese. Jako další ukazatele deprese se u Františky objevují i změny nálad, ztráta energie, pocity snížené hodnoty vlastní osoby a nezájem o běžnou činnost (KŘIVOHLAVÝ, 2013, s. 21). Františka se zatím nijak neléčí, nemoc jí pomáhají překonat kamarádi, vycházky do přírody a zvířata.

3.8 Gabriela (žena, 45-49 let, svobodná, střední s maturitou)

Kazuistika

Gabriela měla sklony k depresi celý život, ale nemoc se naplno projevila až v pětadvaceti letech, kdy jí maminka zemřela na rakovinu. K tomu se přidaly nevydařené vztahy a stres v práci. Trápila ji dlouhodobě špatná nálada, záchvaty pláče a nebyla schopná přinutit se k jakékoliv činnosti. Zpočátku uvažovala i o sebevraždě. Kromě deprese trpí Gabriela vrozenou schizofrenií, která komplikuje její psychický stav.

Gabriela je svobodná a bezdětná. Když u ní schizofrenie ani deprese nebyla tak rozvinutá, rok žila s jedním mužem. Měla ho velmi ráda, láska však nebyla opěťovaná a on po čase odešel.

Rodina zpočátku nechápala, proč má Gabriela depresi. Uplynul rok od smrti matky a všichni si mysleli, že by už Gabriela měla být s danou situací víceméně smířená. Jenže nebyla. V té době měla navíc problémy v práci a byla nešťastně zamilovaná do svého nadřízeného. Kombinace všech uvedených faktorů vedla k rozvoji deprese. Když se rodinní příslušníci o jejích problémech dozvěděli, zrtilo je to, ale snažili se Gabriele maximálně pomáhat. S nepochopením se setkala pouze u své nejstarší sestry. Ta nechápala, jak může mít Gabriela nějaké problémy, když je svobodná a nemá žádné vážné starosti. Paradoxem je, že právě starší sestra v období starší dospělosti deprese sama onemocněla. U ní byly příčinou problémy v soukromí i v práci.

Gabriela postupem času přišla téměř o všechny kamarády. Nyní má pouze jednu kamarádku, se kterou se vidá dvakrát do roka. Vliv na to má zřejmě i skutečnost, že spolu s depresí Gabriela trpí také vrozenou schizofrenií, takže nemá hlubší zájem o sociální kontakty.

Když se o její nemoci dozvěděli v práci, dívali se na ni zvláště a nesetkala se s přílišným pochopením. Navíc v té době byla nešťastně zamilovaná do svého nadřízeného. Kvůli těmto skutečnostem nakonec na radu svého psychiatra dala výpověď.

V počátcích své nemoci byla hospitalizována na psychiatrickém oddělení, kde absolvovala individuální i skupinové terapie. Terapie jí velice pomohly, ale ocenila to až zpětně zhruba po roce. Celkem byla na psychiatrii pětkrát. První pobyt byl nejdelší, trval téměř dva měsíce, další byly kratší, zhruba okolo dvou až tří týdnů. Při prvním pobytu si dokonce našla kamarádku.

Nejvíce Gabriele pomohli lékaři. Léky a terapie na ni mají velmi dobrý vliv. Také změnila svůj přístup k životu. Nyní se snaží na život dívat pozitivně a dbá na zdravou životosprávu. Naopak jí ubližují negativní postoje některých lidí vůči nemocem, kterými trpí. Také přišla o sociální kontakty. Gabriela si myslí, že by se lidé s podobným problémem neměli stydět vyhledat odbornou pomoc. K nemoci dodává: „Někde jsem četla, že deprese je nejrozšířenější civilizační nemoc - tak proč se za ni stydět?“.

Interpretace

Gabriela trpí schizofrenií s časným začátkem. Většinou platí, že čím dříve se nemoc projeví, tím horší bývá prognóza. Postupně mizí schopnost cítit pozitivní emoce, stupňují se obavy, pocity úzkosti a sklony k depresivnímu ladění (VÁGNEROVÁ, 2008, s. 362). VÁGNEROVÁ (2008, s. 341) dále uvádí, že až čtvrtina schizofreniků trpí depresemi.

Vlivem stresu se u ní v období mladé dospělosti projevila deprese naplno. Dle PRAŠKA (2015, s. 62-63) ke vzniku deprese v dospělosti nejčastěji vedou zátěžové situace. Je to především ztráta blízké osoby, problémy ve vztazích, změna role nebo nedostatek vztahů. Gabriela zažila všechny jmenované rizikové události v krátkém časovém sledu. Ztrátu blízké osoby – úmrtí matky, problémy ve vztazích – rozchod

s partnerem a následná nešťastná láska, změna role – ze zaměstnané ženy se stala nezaměstnanou a nedostatek vztahů – vlivem schizofrenie celoživotně.

Jelikož Gabrielu trápila dlouhodobě špatná nálada, záchvaty pláče, nebyla schopná přinutit se k jakékoliv činnosti a uvažovala o sebevraždě, což ukazuje dle PRAŠKA (2012, s. 11-12) na těžkou depresi, byla nutná hospitalizace. V léčbě absolvovala individuální i skupinovou psychoterapii a byla také zahájena léčba psychofarmaky. Nejvíce jí pomohla právě farmakoterapie a psychoterapie, pozitivnější přístup k životu a zdravá životospráva. KŘIVOHLAVÝ (2013, s. 29) říká, že příčiny deprese můžeme hledat právě i ve špatné životosprávě, patří mezi ně například nedostatek spánku, málo pravidelného pohybu nebo vyčerpání.

3.9 Hanka (žena, 40-44 let, vdaná, vzdělání střední bez maturity)

Kazuistika

Hančiny problémy trvají už zhruba deset let. Začaly se u ní objevovat depresivní stavy, které byly způsobeny především problémy v dětství a nevydařeným manželstvím. Její matka holdovala alkoholu, často střídala partnery a neměla zájem o své děti. Štěstí neměla Hanka ani v manželství. Její manžel byl alkoholik. Často z něj měla strach, protože na ni býval agresivní, někdy ji dokonce bil. Nyní je podruhé vdaná a má skvělého manžela, který přesně ví, co dělat, když Hanka upadne do deprese. Respektuje její potřebu být nějakou dobu o samotě a nekomunikovat. Také přebere péči o dceru. Zpočátku nevěděl, jak na tyto stavy reagovat, ale po čase si zvykl a v současnosti je pro Hanku velkou oporou. Někteří rodinní příslušníci o její nemoci také vědí, ale nijak to neřeší. Hanka vlivem nemoci ani nemá chuť se s kýmkoliv stýkat. Kamarádi naopak o tom, že se u ní objevují depresivní stavy, nemají tušení. Jsou zvyklí, že se Hanka s nikým nesetkává, nechodí na návštěvy, nezve si nikoho k sobě domů. Vyhovuje jí komunikace přes počítač. V práci rovněž o nemoci nic netuší.

O svém problému s depresí raději nikomu neříká, protože nejhůře na ni působí, když se jí lidé snaží rozmluvit nebo se o ni snaží více pečovat. Potřebuje být sama, v tichu a nemluvit. Nejvíce Hanku na depresi trápí, že kvůli ní přišla o přátele a o pravidelné setkávání s rodinou. Nemoc ji také obírá o čas strávený s rodinou. Manžel i dcera bývají smutní, že se Hanka necítí dobře a že nemůžou být s ní. Zvláště dcera je příliš malá, aby

chácala, co se to děje. Když je Hance nejhůř, uzavírá se do sebe, nemluví, nejí, jen kouká do zdi nebo pláče. Už dlouho se chystá k psychologce. Jednou nemluvila 4 dny v kuse a přemýšlela nad sebevraždou. Jakmile se jí však uleví, návštěvu lékaře odkládá.

Díky zkušenostem s depresí však Hanka umí pochopit člověka, který jimi trpí. Ví také, jak se k takovému člověku chovat a co mu například nedělá dobře. Myslí si, že zdraví lidé depresi podceňují a zaměňují ji za smutek a neví, kam až to může dojít. Přátelé ji vidí jako silnou a věčně usměvavou ženu, která má skvělého manžela, tři krásné dcery, plní si sny a daří se jí. Už i přemýšlela nad sebevraždou. Potom, co tento stav odezněl, ptala se sama sebe proč. Proč má tyto stavy, když je v podstatě šťastná? Proč se směje a do hodiny bezdůvodně upadne do těžké deprese? Sama tomu nerozumí.

Interpretace

Hanka prožila nešťastné dětství. Její matka holdovala alkoholu a o děti se nestarala. Při zanedbání dítěte rodiče dítěti nezajistí potřebnou výživu, hygienu, ošacení a bydlení. Dítě také strádá psychicky a po stránce zdravotní či výchovné (PEŠOVÁ a ŠAMALÍK, 2006, s. 119). Mezi rizikové faktory při zanedbávání péče o děti patří právě rodiče alkoholici nebo jinak drogově závislí (SVOBODA a kol., 2009, s. 703).

Ani když se Hanka poprvé provdala, nevedlo se jí příliš lépe. Manžel byl alkoholik. Psychicky i fyzicky ji týral a ona se ho bála. VÁGNEROVÁ (2008, s. 635) zdůrazňuje, že alkohol měl vždy velký vliv na domácí násilí. Muž závislý na drogách či alkoholu bývá rizikovým činitelem pro vznik domácího násilí. Alkohol odstraňuje zábrany a je spouštěčem agresivity. VÁGNEROVÁ (2008, s. 643) také upozorňuje, že u žen, které zažily domácí násilí, je větší riziko vzniku sebevraždy, závislosti na alkoholu či drogách a psychických problémů, jako jsou úzkosti nebo deprese.

Kvůli své nemoci má jen málo přátel, se kterými se navíc nestýká, spíše komunikuje přes počítač. Také se přestala scházet s rodinou. V práci rovněž komunikuje jen na nejnutnější úrovni. Vyvinula se u ní pravděpodobně sociální fobie. Ta často postihuje jedince se špatným rodinným zázemím v období dětství. U těchto lidí většinou nejsou dobře vyvinuty sociální a komunikační schopnosti. Sociální fobie je charakteristická tím, že jedinec má obavy před pozorností jiných lidí a vyhýbá se sociálnímu kontaktu. Okolo šedesáti procent nemocných trpí také další duševní poruchou, což zvyšuje riziko sebevražedného jednání (HOSÁK a kol., 2015, s. 253).

Hanka upadá i do vážných stavů deprese, kdy se uzavře do sebe, izoluje se od ostatních, nemluví, nejí, je apatická nebo plačtivá a přemýšlí nad sebevraždou. To jsou dle PRAŠKA (2015, s. 29) jasné projevy těžké deprese a je nutná hospitalizace. Hanka ale návštěvu lékaře stále odkládá, takže prozatím k léčbě její nemoci nedošlo. Ve zvládnání příznaků deprese jí nejvíce pomáhá druhý manžel, který je velmi chápavý a také její malá dcera.

3.10 Irena (žena, 20-24 let, svobodná, vzdělání střední s maturitou)

Kazuistika

Irena trpí depresí od svých čtrnácti let. Příčinou vzniku této nemoci u ní byla šikana ve škole ze strany spolužáků i jednoho z učitelů. Situaci zhoršilo zklamání z první lásky a nedůvěra nejbližších. Ve škole, v práci, ani rodině se se svým problémem nesvěřila. O depresi řekla pouze některým kamarádům a partnerovi. Její partner, ač o jejich problémech věděl již od začátku vztahu, jí není příliš oporou. Irena se domnívá, že mu není tak docela jasné, co tato nemoc obnáší. Když upadne do deprese, přítel na ni bývá spíše naštvaný, než aby se jí snažil pomoci. Často jí vyčítá, že je opakovaně nepříjemná. Kamarádi se k situaci postavili různě. Někteří ignorovali, že jim Irena něco řekla, jiní s ní přerušili veškerý kontakt. Našlo se ale i pár takových, kteří s ní sdíleli podobné zkušenosti. Jedna z kamarádek se dokonce Ireně svěřila, že ji rovněž trápí deprese.

Nemoc ovlivňuje její život v mnoha ohledech. Často nemá chuť ani sílu cokoli dělat. Musí se přemlouvat, aby vůbec šla do školy či do práce. I když se pak nakonec odhodlá, jak školní, tak i pracovní výsledky jsou pak nevalné. Také bývá velmi nepříjemná na lidi ve svém okolí. Následně je jí to líto a své chování si vyčítá, což její stav zhoršuje. Irena bývá hodně plačtivá, i když k tomu často nemá žádný pádný důvod, jak sama říká. Každý drobný nezdar vnímá jako absolutní pohromu. Nemoc jí navíc snížila sebevědomí, protože zjistila, jak ji lidé z okolí vnímají.

Deprese jí vzala normální život. Kvůli depresi přišla o staré kamarády a kvůli nedostatku sebevědomí si neumí najít nové kamarády ani normálně fungující vztah. Často nedokáže vyjít ven, protože je nad její síly vylézt z postele. Když nakonec ven přece jen jde, hezké zážitky přebijí negativní myšlenky. Jelikož se často setkala

s nepochopením okolí, raději předstírá, že se nic neděje. Nejvíce Ireně pomáhá podpora a pochopení některých kamarádů a změna prostředí.

Dříve si Irena myslela, že lidé, kteří trpí depresí, jsou „obyčejní blázni“. Ale teď už ví, že za to nemůžou. Nemocní si nemohou vybrat, zda depresí budou či nebudou trpět. Myslí si, že okolí by mělo mít více pochopení pro lidi trpící touto nemocí.

Interpretace

Irena si nese následky šikany až do dospělosti. Nejen že ji šikanovali spolužáci, ale k šikaně se přidal také jeden z učitelů. Šikana žáka učitelem se projevuje většinou tak, že žák dostává těžší otázky při zkoušení nebo horší známky, učitel jej častěji vyvolává nebo ho zesměšňuje před třídou (MARTÍNEK, 2015, s. 133). Jako přitěžující okolnosti vzniku deprese Irena vnímá také nešťastnou první lásku.

Současný partner sice od počátku vztahu ví, že Irena trpí depresí, nicméně jí není oporou, což ji velmi trápí. VÁGNEROVÁ (2008, s. 393-394) píše, že ne vždy musí projevy deprese vyvolávat u ostatních lidí pečující reakce. Někdy se mohou objevit i reakce nenávistné nebo agresivní. Právě konflikty a špatné mezilidské vztahy jsou pro nemocného velmi zatěžujícím faktorem. V případě, že jsou tyto problémy chronického rázu, mohou depresivní ladění udržovat nebo dokonce vyvolávat.

Kvůli depresi se také zhoršil její prospěch ve škole i pracovní nasazení. U této nemoci je to běžný jev. Vlivem deprese dochází ke zhoršení paměti a schopnosti soustředit se, nemocný se také rychleji unaví a bývá spavý, což má špatný vliv na školní i pracovní výkonnost (HOSÁK a kol., 2015, s. 227). Se svou nemocí se neléčí, pomáhá jí sdílení pocitů s některými kamarády.

3.11 Jana (žena, 30-34 let, vdaná, vzdělání střední s maturitou)

Kazuistika

Jana začala trpět depresí po znásilnění ve čtrnácti letech a trpí jí střídavě celý život. Na vznik nemoci měly vliv i další faktory jako například nemožnost se se svým traumatickým zážitkem svěřit či situaci nějak řešit. Rodina Janě nerozuměla a přehlížela ji, takže se místo podpory dočkala pouze nadávek za zhoršený prospěch. Ve škole sotva zvládala nepropadnout. Přišla prakticky o všechny kamarády a téměř přestala mluvit. Ze zbylých kamarádů o její nemoci téměř nikdo nevěděl, jelikož se Jana kvůli přístupu

rodiny naučila předstírat spokojenost. Uzavřela se do sebe a místo psychických projevů ventilovala své emoce pomocí sebepoškozování. Celkově byla apatická, nic ji nebavilo a zanechala všech svých předchozích zájmů. Nemoc jí vzala spokojené dětství a dospívání.

Po čase se naučila, aby deprese neovlivňovala její výsledky ve škole a v práci, případně raději vůbec nikam nešla, když byl daný den její psychický stav hodně špatný. První vztah kvůli projevům deprese nevyšel, ale současný přítel chápe, že je to závažná nemoc, která se jednou za čas projeví. Kvůli depresím byla Jana v dospělosti i u psychologa, ale považuje to za ztracený čas, protože jí terapie nijak nepomohla. Nejvíce jí pomohlo čtení publikací zabývajících se problematikou deprese. V nich se dozvěděla, jak s depresí bojovat a jak mírnit její projevy.

Interpretace

Janu ještě jako dítě někdo znásilnil. U žen, které byly v dětství zneužity nebo zneužívány velmi často dochází ke vzniku chronické deprese (ROZTOČIL a BARTOŠ, 2011, s. 125). Mohou se také objevovat prudké změny nálad, závislost na návykových látkách, fobie, sebepoškozování a sebevražedné tendence.

Pokud se oběti nedostane odborné pomoci, může v tomto stavu zůstat několik let (ŠPATENKOVÁ, 2011, s. 120). To je i Janin případ; neměla se komu svěřit, ani jak situaci řešit. Místo pochopení jí rodina pouze vyčítala zhoršený prospěch. Právě zmiňovaný zhoršený prospěch a nemluvnost poukazují na to, že na dítěti bylo nebo je páčáno násilí (KOPECKÁ, 2015, s. 74). První vztah se kvůli projevům deprese a traumatu ze znásilnění nevydařil. ŠPATENKOVÁ (2011, s. 121) upozorňuje, že je častým problémem rozpad vztahů nebo potíže při navazování vztahů nových. Nakonec jí pomohl vztah nový a čtení odborných publikací, ve kterých se autoři zabývají problematikou depresí.

3.12 Kateřina (žena, 20-24 let, svobodná, vzdělání střední s maturitou)

Kazuistika

Kateřina byla už od dětství melancholik, takže se u ní projevovala značná přecitlivělost. Trpěla depresemi od doby, co si pamatuje. Vybavuje si, že kdykoliv jí bylo smutno,

nenáviděla svůj život a přála si umřít. První dlouhodobá deprese však přišla ve věku okolo patnácti let. Spouštěčem byl zřejmě stres. Kateřina přišla na střední školu. Bylo to pro ni nové prostředí a neznámí lidé, navíc musela dlouho dojíždět. Vlivem toho měla pro sebe málo volného času a také málo spala. Ke vzniku nemoci rovněž přispěla skutečnost, že je přirozeně pesimistická. Vše proto viděla mnohem více negativně, než by to například vnímali jiní lidé.

V partnerovi oporu nehledá, protože většinou její vztahy trvají jen velmi krátkou dobu. Rodina jí také není příliš nápomocná. S otcem si není nijak blízká, a tak nemá vůbec tušení, co se s Kateřinou děje. Matka o jejím problému ví, ale myslí si, že cítit se stále smutná, je normální. Kdykoliv Kateřina nebyla schopná se kvůli depresi s něčím vypořádat, matka se na ni zlobila a vyčítala jí to. Očekávala od ní stále stejné výsledky, ať se cítila jakkoliv. V pubertě se jí proto raději vůbec nesvěřovala se svými myšlenkami a pocity. Nyní, když je dospělá, a vztahy mezi nimi se zlepšily, se matce občas svěří. Například nedávno potřebovala radu, jak se má se svými psychickými problémy postavit na vlastní nohy. Místo rady přišla hádka a výčitky, že ji Kateřina jen citově vydírá.

Ve škole si nikdo ničeho nevšiml nebo se k její nemoci aspoň nikdo nevyjadřoval. Jen učitelé občas Kateřině vyčítali, že se její výkon zhoršil. Říkali jí, že se prý nemá „flákat“ a má se zase začít učit. Jenže někdy byla psychicky natolik mimo realitu, že úplně pokazila písemky i zkoušení. Nakonec ale vždy dostudovala s dobrými výsledky. Problém přitom nebyl ani tak s tím, že by se v období deprese neučila, neučila se ani v období, kdy ji deprese netrápila. Kateřině stačilo dávat pozor a téměř vše si pamatovala. Jenže v době, kdy deprese trpěla, si toho méně pamatovala, méně se soustředila a také hůře zvládala úkoly. Nakonec kvůli svému psychickému stavu vystřídala několik škol, než nějakou konečně dostudovala. Spolužáci si většinou ničeho nevšimli. Oporou však Kateřině byli kamarádi. Dobře ji chápali, protože si procházeli tím samým nebo něčím podobným.

Kateřina nebyla jediná ze svého okolí, kdo deprese trpěl. V rodině to byla babička, která byla s touto nemocí i hospitalizovaná. U ní byla příčinou vzniku deprese rakovina, takže všichni chápali, že něco takového těžce nesla. Také ve škole se Kateřina setkala minimálně se třemi spolužáky, kteří trpěli deprezí a brali léky. Rovněž její bývalá spolubydlící trpěla touto nemocí. Ač si spolu nebyly nijak blízké, spolubydlící se jí

často svěřovala se svými problémy a myšlenkami, což Kateřinu hodně zatěžovalo. Často měla co dělat, aby sama zvládla každodenní činnosti. Nejlepší kamarádka Kateřiny také trpí depresí, ale ta ji nijak nezatěžuje a jsou si vzájemně oporou.

Nejvíce Kateřině ubližuje nepochopení ostatních. Hodně ji také trápí sebeobviňování nebo když se nutí k výkonům, kterých není schopna. Nemoc jí vzala spoustu času a energie, které by mohla věnovat užitečnějším věcem. Naopak nejvíce Kateřině pomáhá udržet si nadhled a rozlišovat, co je její osobnost a co jsou projevy deprese. Stále si hledá nové důvody, pro co žít a snaží se dělat, co ji baví a co dává smysl. Jako pozitivní bere také to, že se zbavila falešných přátel a v jejím životě zůstali pouze lidé, kteří jí rozumí. Kateřině v největší míře pomáhá odpočinek, samota, hledání a vyřešení příčiny špatné nálady a mluvení s lidmi, kteří jí rozumí.

Nemoc se nejčastěji objevuje na podzim a v zimě. Když je v depresi, není schopná dělat to, co jí jindy nečiní problém. Výsledky ve škole se zhoršují a nedochází na brigády, jak by měla. Je stále unavená, nejraději by jen spala. Trpí nechutenstvím, a když přece jen něco sní, trpí následně nevolností. Také jí všichni rozčilují a dokáže ji vyvést z míry i drobnost. Nejnáročnější pro ni je, že si stále něco vyčítá. Nejvíce ji ovlivňuje podrážděnost, smutek, beznaděj a sebevražedné myšlenky. Z fyzických projevů to jsou únava, nadměrná spavost, nechutenství a snížená výkonnost.

Měla zájem o psychoterapie, ale když se nakonec odhodlala někam napsat, bylo jí řečeno, že mají plno. Terapii, která není hrazena pojišťovnou, si však dovolit nemůže. Nemá vlastní příjmy a matka si myslí, že psychoterapie nepotřebuje. Nejtěžší je dle slov Kateřiny najít pomoc, a to především v sobě. „Léky i terapie nejsou nic platné, když sami nevíte, jak si pomoci. Člověk může pomoci nejlépe sám sobě, protože ví, jak se zrovna cítí a co nejvíce potřebuje“, uzavírá.

Interpretace

Kateřina byla již od dětství velmi citlivá. Pravděpodobně je tedy osobností se znaky vyšší citové zranitelnosti, což je podle KŘIVOHLAVÉHO (2013, s. 29-30) rizikový faktor pro vznik deprese. Takový člověk se více stará o pocity druhých a má obavy, aby je nějak neranil. Také špatně nese kritiku nebo nepřátelský postoj jiných lidí a těžko se brání jejich útokům.

V době vzniku projevů prvních depresivních příznaků byla Kateřina pod silným stresem. Přejázela na novou školu, poznávala nové lidi, měla rázem nedostatek volného času i spánku. Byla unavená a měla pocit, že už to dál nezvládne. Stresující životní události mohou být rizikovým faktorem pro vznik deprese, zvláště pokud se daný člověk nemá komu se svými obavami svěřit (AKHTAR, 2015, s. 23). Dle VÁGNEROVÉ (2008, s. 50-51) se do stresových situací dostane například člověk, který není schopen zvládnout požadavky na něj kladené. Psychickou reakcí na stres bývá změna emočního ladění a daný jedinec pak typicky prožívá různou škálu emocí od vzteku, přes úzkost až po depresi.

Navíc doba vzniku prvních depresivních příznaků rovněž spadá do období podzimu a zimy, což je období, kdy se v našich zeměpisných šířkách častěji objevuje deprese. Je všeobecně známé, že rozvoj či trvání deprese mohou ovlivňovat i klimatické faktory, jako je například právě střídání ročních období (VÁGNEROVÁ, 2008, s. 374).

Kvůli své nemoci si Kateřina není schopná udržet dlouhodobý vztah. Vzhledem k projevům deprese často dochází k narušení mezilidských vztahů (VÁGNEROVÁ, 2008, s. 393). V partnerství dochází ke konfliktům a nepochopení stálého smutku, nezájmu o běžné denní činnosti a sexuální život. Následkem toho se pro partnery nemocného stává vztah nesnesitelným. To vede dříve nebo později k rozpadu vztahu (MATĚJKOVÁ, 2009, s. 78-79).

Problémy se školními případně pracovními výkony jsou u depresivních pacientů časté. PREISS a PŘIKRYLOVÁ KUČEROVÁ (2006, s. 249) píše, že lidé trpící depresí jsou často nerozhodní a nesoustředění. Mají sníženou vizuální a prostorovou představivost a také je u nich zhoršena schopnost plánovat a zvažovat postupy.

Matka Kateřině často vyčítá, že je líná a nesnaží se. PRAŠKO a kol. (2015, s. 71-72) klade důraz na to, že nemoc by se neměla zlehčovat a na depresivního člověka by nemělo být naléháno „aby se víc snažil“, „nebyl tak líný“ atp. U člověka s depresí je postižena vůle a nedokáže to sám překonat. Vyčítky a poučování jeho stav jen zhoršují.

Kateřina matku žádala o proplacení psychoterapie, ta si však nemyslí, že by měla její dcera nějaký problém, a tak nepovažuje za nutné situaci jakkoliv řešit. Kateřina tedy nachází pomoc v odpočinku a svěřování se kamarádům. Důležité pro ni také je pochopení a následná snaha o vyřešení příčiny opětovného návratu depresivních stavů.

3.13 Ludmila (žena, 15-19 let, svobodná, vzdělání základní)

Kazuistika

Ludmila se s depresí poprvé setkala v šestnácti letech a trpí jí stále. Příčinou bylo úmrtí v rodině. Na vznik nemoci se podepsal také stres ve škole a neshody s kamarády. Ludmila bývá smutná, unavená, má nízké sebevědomí, nemá chuť k jídlu a trpí nespavostí nebo naopak nadměrnou spavostí. Právě kombinace nízkého sebevědomí a malé chuti k jídlu u ní zapříčinila vznik anorexie.

Partner je Ludmile oporou, jejich vztah deprese nijak neovlivnila. Rodina zpočátku měla velké obavy o její zdraví. Rodiče se kvůli její nemoci mezi sebou často hádali. Matka ji chtěla poslat k psychologovi, ale to Ludmila rázně odmítla s odůvodněním, že má z tohoto druhu lékařů hrůzu. Matka se jí tedy rozhodla pomoci po svém, spolu se zbytkem rodiny s ní tráví co nejvíce času, aby neměla čas myslet na své problémy. Kamarádi sice mají o Ludmilu také obavy, ale příliš její stav neřeší. Důvěřují jí, že vše zvládne. Jediným problémem je, že když je v depresi, s kamarády se velmi hádá. Situaci ji poté velmi mrzí. Ve škole ani v práci si nikdo ničeho nevšiml. Ludmila je tichá, unavená a skleslá stále, takže její chování nikomu nepřišlo nezvyklé.

Ludmile velmi pomáhá její rodina, pes, sport a pastor její církve. Individuální terapií totiž neprošla s odborníkem, ale právě s pastorem. Nejvíce jí pomáhá rozmlouvat o svých problémech právě s ním. Je to člověk, ve kterého má velkou důvěru a který jí dává dobré rady, jak s depresí bojovat. Nejvíce pak Ludmile ubližují lidé, kteří nevědí o její nemoci a slovně jí ubližují. Velmi ji také mrzí, že už se nedokáže bavit tak bezstarostně jako před nástupem deprese.

Dříve si Ludmila myslela, že deprese není vážný problém a že je snadné se z ní dostat. V současné době už je jí ale jasné, že je to závažnější komplikace, než si vůbec dokázala představit. Lidé v okolí člověka s depresí by si měli uvědomit, že se jedná o nemoc a chovat se k takovému člověku vlídněji. Zvláště mladí lidé si často neuvědomují, jak jejich slova mohou ublížit.

Interpretace

V případě Ludmily deprese způsobilo primárně úmrtí v rodině, stres ve škole a neshody s kamarády. Zátěžové životní události bývají častým spouštěčem deprese. Patří mezi ně

například právě úmrtí v rodině. Také neshody ve vztazích mohou mít vliv na rozvoj nemoci (PRAŠKO a kol., 2012, s. 49-54).

Nemoc se u ní projevovala především smutkem, podrážděností, únavou, nízkým sebevědomím, problémy se spánkem a nechutí k jídlu. Dle HOSÁKA a kol. (2015, s. 227) podrážděnost a smutek patří mezi nejběžnější poruchy nálady a reaktivity. Snížené sebehodnocení pak mezi obvyklé poruchy myšlení. Rovněž se u ní vyskytují tělesné příznaky, a to konkrétně jak nespavost, tak i zvýšená spavost a snížená chuť k jídlu.

Nakonec právě kombinace nízkého sebevědomí a malé chuti k jídlu u ní zapříčinila vznik anorexie. VÁGNEROVÁ (2008, s. 467) poukazuje na skutečnost, že genetické studie prokázaly dispozice ke vzniku mentální anorexie a deprese. Dokonce existuje domněnka, že mentální anorexie je somatickou variantou deprese (VÁGNEROVÁ, 2008, s. 473). HOSÁK a kol. (2015, s. 227) zmiňuje anorexii jako jeden ze somatických příznaků deprese.

Matka chtěla Ludmilu poslat k psychologovi, ta to však rázně odmítla. Místo toho absolvuje individuální terapie s pastorem své církve. Ona se mu svěřuje se svými problémy a on jí radí, jak s nemocí bojovat.

3.14 Marie (žena, 25-29 let, svobodná, vzdělání vysokoškolské)

Kazuistika

Marii sužovala deprese od patnácti do dvaceti let. Bylo to především kvůli rodinným i vztahovým problémům a také kvůli její povaze. Ke vzniku nemoci přispělo i její malé sebevědomí a skutečnost, že je introvert a melancholik. Její stav komplikovala také snaha být ve všem nejlepší.

Depresí trpěla i její matka, přesto se u členů rodiny setkala s neporozuměním. Odmítali s ní na dané téma diskutovat a každá komunikace končila vždy hádkou. Také přítel se se situací nesmířil a Marii opustil. Většina kamarádů rovněž neměla pro její nemoc pochopení. Ve škole jí však vyšli vstříc a bylo jí umožněno studovat dle individuálního vzdělávacího plánu.

Docházela ambulantně na individuální terapie, které jí však příliš nepomáhaly. Později byla hospitalizována na dva měsíce v nemocnici, kde podstoupila i skupinovou terapii, kterou však hodnotí velmi negativně. V době hospitalizace si však našla kamarádku, která jí byla v nemoci oporou.

Nemoc se u ní projevovala sklíčeností, strachem, nejistotou a pocity bezcennosti a bezmocnosti. Velmi ji trápilo odcizení od všech blízkých a nepochopení okolí. K tomu se přidaly problémy s jídlom. Nemoc jí vzala především mnoho let radostného života. Dříve nevěděla, co to deprese je. Nyní by deprese popsala jako trvalý vnitřní smutek způsobující obrovskou vnitřní bolest.

Interpretace

Primární příčinou rozvoje deprese byly u Marie rodinné a vztahové problémy. Jako sekundární příčiny uvedla nízké sebevědomí, introvertní melancholickou povahu a perfekcionismus. Podle KŘIVOHLAVÉHO (2013, s. 28-32) vyšší citlivost a nadměrný perfekcionismus jsou rizikové faktory pro vznik deprese. PRAŠKO a kol. (2015, s. 61) dodává, že i lidé s nízkým sebevědomím jsou ke vzniku deprese více náchylní.

PRAŠKO a kol. (2015, s. 70) říká, že lidé s depresí bývají velmi závislí na druhých a je pro ně extrémně důležité nadměrné povzbuzování. Naopak špatně snáší kritiku a odmítnutí. Reakce rodiny, přítele a kamarádů tedy pro ni byla zatěžujícím faktorem. Ve škole byla vzdělávána pomocí individuálního vzdělávacího plánu, což jí pomohlo ve zvládnutí učiva.

Marie absolvovala individuální terapie, ale ty jí nepomohly a skupinová terapie v ní zanechala negativní nespécifikovaný zážitek. HOSÁK a kol. (2015, s. 489) zmiňuje, že u patnácti až pětadvaceti procent pacientů nedojde v průběhu psychoterapie k žádnému zlepšení a u pěti až deseti procent dojde dokonce ke zhoršení dosavadního stavu.

3.15 Nataša (žena, 25-29 let, svobodná, vzdělání vysokoškolské)

Kazuistika

Nataša trpěla depresí půl roku. Hlavní příčinou byla autoritativní výchova, panická porucha a psychosomatické obtíže. Byla často velmi nervózní, podrážděná a plačtivá. Také trpěla nespavostí (měla noční můry a budila se každou noc ve 3:30) a následně velkou únavou. Začala hodně přibírat na váze a objevovaly se u ní psychosomatické problémy. Trpěla migrénami, křečemi v různých částech těla, zažívacími problémy a silným pocením. Kvůli nepříjemnému zápachu z nadměrného pocení trpěla sníženým sebevědomím. To se poté odrazilo na školních i pracovních výkonech. Její stav zhoršoval také hluk, ostré světlo, neochota respektovat její potřeby. Nemoc jí vzala především společenské kontakty.

Partner nechápal depresi, panickou poruchu ani psychosomatické potíže. Sice Natašu vyslechl, ale nebyl příliš soucitný. Řekl jí, že si to dělá sama a často ji nutil do aktivit, které nechtěla absolvovat. Trval například na tom, ať se jde někam bavit, aby se jí zlepšila nálada. Nebo požadoval, aby šla někam, kam se jít bála – na novou brigádu, do nemocnice apod. Vztah nakonec vydržel zřejmě jen díky Natašiny toleranci a trpělivosti. Rodina se k nemoci postavila mnohem lépe. Nabízeli jí řešení, ale do ničeho ji nenutili.

Největším přínosem byly pro Natašu psychoterapie, které jí hradila právě rodina. Její psychologka zaměřená na psychosomatické problémy jí pomohla vyřešit nejen psychické a psychosomatické obtíže, ale také pomocí rodinných terapií přispěla ke zlepšení vztahů v rodině. Nataši hodně pomáhala také samota a ticho, případně relaxační hudba. Náladu jí také dokázaly zlepšit procházky se psem nebo fyzické cvičení. Dle jejího názoru jí pomohla také homeopatika, i když možná jen jako forma placebo, jak sama přiznává.

Díky depresi se naučila nebýt tolik sebekritická a umí se i pochválit, když se jí něco povede. Také je teď více dobrosrdečná, mírumilovná a nesoudí tolik druhé lidi, jako to dělala dřív. Jako pozitivní změnu chápe také to, že zná lépe své potřeby. Také se naučila říkat „ne“, díky čemuž se věnuje tomu, co ji baví, nikoliv tomu, k čemu ji někdo nutí. Všem velmi doporučuje najít si dobrého terapeuta a důvěřovat mu.

Interpretace

U Nataši ke vzniku deprese přispělo několik různých faktorů. Jako prvotní příčina přichází v úvahu autoritářská výchova v dětství. Dochází k dlouhodobé frustraci, následkem čehož se takový člověk cítí nemilovaný, opuštěný, zoufalý, vystrašený, smutný nebo rozzlobený (HELUS, 2015, s. 230). Následně se u Nataši rozvinula panická a somatoformní porucha. Obě tyto poruchy jsou primárně vázány na úzkost a spouštěčem bývá obvykle stres (VYMĚTAL, 2007, s. 296).

Rizikovými faktory pro vznik panické poruchy bývá týrání v dětství. Až devadesát procent lidí s panickou poruchou trpí také jinou přidruženou poruchou, přičemž jednou z nich bývá i deprese (HOSÁK a kol., 2015, s. 255-256). Somatoformní poruchy nesou typické příznaky nemocí, které však nemají tělesnou, nýbrž psychickou příčinu (VYMĚTAL, 2007, s. 348).

Nataša trpěla únavou, nespavostí s typickým brzkým ranním probuzením, bolestmi různých částí těla a zažívacími problémy, což jsou podle HOSÁKA a kol. (2015, s. 227) typické somatické projevy deprese. Silné pocení je pak známkou velkého stresu a nejčastěji se projevuje u panické poruchy (KAMARÁDOVÁ a kol., 2016, s. 211), kterou Nataša také trpí.

Natašín přítel její problémy nechápal. Obviňoval ji, že si za své problémy může sama, a často ji nutil do aktivit, které nechtěla absolvovat. PRAŠKO a kol. (2015, s. 71-72) radí, že se nemá stav nemocného zlehčovat nebo ho obviňovat z neschopnosti změnit se. Také nucení do činností není vhodné. Správně postupovala Natašina rodina. K činnostem ji trpělivě zvali, nikoliv nutili, což sama velmi oceňuje.

Nejvíce Nataši pomohla psychoterapie, a to jak individuální, tak rodinná. Díky psychologce vyřešila své psychické i psychosomatické problémy a zlepšily se i vztahy v rodině. Mimo terapii jí nejvíce pomohla samota a ticho, procházky do přírody a cvičení. Dle PRAŠKA (2015, s. 176) pohyb pomáhá proti stresu, vyplavují se při něm endorfiny a dlouhodobě se zlepšuje psychická odolnost i fyzická kondice.

3.16 Olivie (žena, 20-24 let, svobodná, vzdělání střední s maturitou)

Kazuistika

U Olivie se deprese objevily asi před deseti lety. K nemoci ji dovedla především šikana na základní škole a neschopnost plnit vysoké nároky rodičů. Její nálada se pohybuje pouze mezi apatickou a smutnou. Když je apatická, vnímá život jen jako cestu do práce a z práce. Uzavře se do sebe, nemá zájem o své okolí a je hodně spavá. Když je smutná, pláče nebo se hystericky směje. Objevovalo se u ní i sebedestruktivní chování. Hodně pije alkohol, což deprese výrazně zhoršuje. Také je závislá na tabáku, protože kouření jí prý pomáhá uklidnit se. Rozvinula se u ní i závislost na marihuaně, která jí dle jejích slov po vysazení antidepresiv nejvíce pomáhá neupadnout do hlubších depresí.

Partnera nemá, protože si žádný ze vztahů neudržela. Raději se o vztahy už ani nepokouší. Partneři sice byli tolerantní, ale ona měla pocit, že jim nemůže dát, co si zaslouží. Celá rodina je Olivii oporou, možná právě z toho důvodu, že mají s touto nemocí zkušenosti. Maminka i bratr totiž rovněž trpí depresemi. Kvůli své nemoci nemá Olivie ani moc přátel. Několika kamarádům se svěřila, ale ti její nemoc neberou příliš vážně. Olivie má pocit, že je jim to jedno. Ve škole brali na její nemoc ohledy a chápali, že někdy reaguje jinak, než ostatní. Nyní již pracuje a v práci o nemoci nikdo neví.

Kvůli depresi přišla o mnoho přátel, veškeré sebevědomí, své jistoty i pocit bezpečí. Nejvíce jí ubližují urážky, výsměch a zlehčování nemoci. Chodila na individuální terapie, ale nedělalo jí příliš dobře mluvit o svých pocitech. Vážila si i snahy svých nejbližších jí pomoci, ale jak sama říká: „byla jsem příliš prázdná, než aby mi to pomohlo“. Nejvíce jí pomáhala antidepresiva. Jako jedinou věc, kterou jí deprese dala, zmiňuje svá období, kdy umělecky tvoří.

Interpretace

MACHOVÁ a KUBÁTOVÁ (2015, s. 131) uvádí, že těžká šikana může mít velmi vážné a celoživotní následky, přičemž jedním z typických následků bývá právě vznik deprese. Rovněž přehnané nároky rodičů jsou zatěžujícím faktorem. Často vedou děti ke snaze rodiče nezklamat a začnou usilovat o nesplnitelné cíle, což může vést k vyčerpání. Vyčerpání a přepracování řadí KŘIVOHLAVÝ (2013, s. 29) mezi příčiny deprese spočívající v narušeném životním stylu.

U depresivně nemocných bývá poměrně častou tendencí zapíjení smutku alkoholem. To je pro vývoj nemoci velmi negativní, jelikož alkohol depresivní příznaky zhoršuje (PRAŠKO, 2015, s. 166), což potvrzuje i sama Olivie. Rozvinula se u ní i závislost na marihuaně, před čímž varuje KUKLA (2016, s. 340). Podle něj jsou u uživatelů marihuany častěji přítomny deprese.

Deprese ovlivňuje Olivii život do značné míry v oblasti vztahů. VÁGNEROVÁ (2008, s. 393) píše, že u lidí s depresemi bývá síť kontaktů velmi zúžená. Problematické jsou zejména vztahy s kamarády a partnerské soužití. Kvůli pocitům viny Olivie své partnery často opouští. HOSÁK a kol. (2015, s. 227) uvádí právě pocity viny a sebevýčitky jako typické příznaky deprese.

I když absolvovala individuální terapie a její nejbližší se snažili být jí nápomocní, nepomáhalo to. Dle svých slov „byla příliš prázdná“, než aby se jí ulevilo. Nakonec pomohla až antidepressiva. PRAŠKO (2015, s. 29) upozorňuje, že zvláště u těžších forem deprese je nutná léčba psychofarmaky, jelikož psychický stav nemocného už většinou není ovlivnitelný vnějšími podněty.

3.17 Patrik (muž, 20-24 let, svobodný, vzdělání střední s maturitou)

Kazuistika

Patrik trpí depresí čtyři roky. Prvotním spouštěčem byla kombinace perfekcionismu, anorexie a homosexuality. Ke vzniku nemoci přispěla také jeho introvertní povaha. V každodenním životě nejvíce Patrika ovlivňuje pocit beznaděje, ztráta vůle a permanentní únava. Dříve se nemoc projevovala i apatií, přecitlivělostí na světlo nebo třeba zanedbáváním hygieny.

Absolvoval proto individuální terapie, ale ty mu nevyhovovaly. Následně nějakou dobu navštěvoval denní stacionář, který mu pomohl překonat úzkosti a obsese. Byl také dvakrát hospitalizovaný v psychiatrické léčebně. Poprvé to byly tři měsíce a podruhé jeden měsíc. Zde si našel i přítele, bylo jim však doporučeno, aby se po ukončení léčby již nestýkali. Pomohly mu až psychofarmaka.

Rodina Patrika od začátku podporovala. Jeho opakovaná hospitalizace v psychické léčebně navíc rodinu více stmelila. Otcí trvalo delší dobu, než pochopil závažnost

onemocnění. U matky daná situace bohužel spustila depresi. S kamarády se Patrik dlouho nestýkal, částečně kvůli problémům souvisejícím s depresemi, částečně kvůli tomu, že nechodil do školy. Časem našel odvalu a začal se s kamarády znovu vídat. Vedení školy i jednotliví učitelé Patrika příjemně překvapili a vycházeli mu ve všem vstříc.

Farmakoterapie mu částečně pomohla, avšak deprese ho stále trápí a často myslí na smrt. Navíc se vinou antidepresiv rychle unaví a už toho zdaleka nestíhá tolik, jako dříve, což ho trápí. Nicméně se nyní snaží na svět dívat jinak a věci, které ho v minulosti trápily, už nebere tak vážně. Také se nenutí do ničeho, co nemá rád. Dříve neměl ani tušení, jak „příšerná“ nemoc deprese je.

Interpretace

Právě perfekcionismus je dle KŘIVOHLAVÉHO (2013, s. 32) rizikovým činitelem pro vznik deprese a podle PREISSE a PŘIKRYLOVÉ KUČEROVÉ (2006, s. 275) se jedná také o nebezpečný předpoklad zvyšující pravděpodobnost vzniku některé z poruch příjmu potravy. VÁGNEROVÁ (2008, s. 473) píše, že i přímo anorexie může vést k odlišnosti v emočním prožívání a větším sklonům k depresi.

Rovněž u homosexuálně orientovaných osob bývá zvýšená prevalence výskytu některých psychiatrických poruch, mezi které je řazena i deprese a sebevražednost. Bylo také zjištěno, že v případě psychologických či psychiatrických potíží méně často vyhledávají odbornou pomoc (WEISS a kol., 2010, s. 115).

Zmiňované příznaky jako apatie, úzkost, pocity beznaděje, ztráta vůle, vyčerpání a sebevražedné myšlenky ukazují na typické projevy deprese (HOSÁK a kol., 2015, s. 227). Patrik také shledává jako velmi zatěžující úzkosti a obsedantně-kompulzivní chování. HOSÁK a kol. (2015, s. 259) uvádí, že mezi těmito poruchami je velmi těsná souvislost. V případě obsedantně-kompulzivního jednání se jedná o naučený způsob, jak předcházet úzkostem či je alespoň mírnit. Nejvíce Patrikovi pomohla farmakoterapie, avšak opakovaně někdy upadá do deprese a přemýšlí nad sebevraždou.

3.18 Romana (žena, 35-39 let, vdaná, vzdělání střední bez maturity)

Kazuistika

Romana trpí bipolární afektivní poruchou. Deprese se jí vrací po celý život. Již v osmi letech napsala svůj první dopis na rozloučenou. Příčinou vzniku nemoci v tak brzkém věku bylo trauma, na které si ovšem nepamatuje. Na rozvoj nemoci měla vliv následná šikana jejího bratra a spolužáků. Depresi trpí v rodině také babička, maminka a strýc.

Nemoc Romanu značně ovlivňuje v každodenním životě. Velmi ji stresuje, že každý malý problém se může stát spouštěčem deprese. Návrat nemoci se zpočátku vždy projevuje velkou únavou, nespavostí a pocitem prázdnoty. Časem přestane mít zájem o okolní dění a začne pro ni být velmi únavné zvládat i obyčejné každodenní činnosti jako je ranní vstávání, hygiena atp.

Často mívá pocit, že je všem na obtíž, protože je neschopná a líná. Velmi ji ovlivňují i úzkosti, které se často vystupňují až do záchvatu paniky. Tyto stavy jsou pro ni naprosto neslučitelné s normálním fungováním v životě a Romana má kvůli tomu výčitky, že trápí svou rodinu. Dříve bývala i hodně plačtivá, ale časem se to naučila ovládat. Deprese má také vliv na její fyzický stav. Trpí nespavostí, nechutenstvím a následným hubnutím, dušností a bolestmi hlavy a kloubů. Když užívá léky, projevy nemocí se již dále nestupňují. Dříve, než začala brát antidepresiva, se u ní objevovaly i sebevražedné myšlenky, opakovaně zakončené pokusem o sebevraždu.

Roky se Romana se svou nemocí neléčila, a tak ji manžel opustil. Poté, co si přiznala, že to sama nezvládne a začala své problémy řešit, manžel se vrátil a od té doby je jí oporou. Kromě manžela a dětí však ostatní členové rodiny příliš oporou nejsou. Říkají, že žádnou nemocí netrpí a že je to celé jen její výmysl. Kamarádi o nemoci vědí a podporují ji, ale když je Romana zrovna v depresivní fázi, začnou jí říkat fráze typu „dej se dohromady“ nebo „nesmíš se v tom utápět“, prostě to nedokážou pochopit.

Velkým problémem je pro Romanu vyřešení prvotního impulzu, který u ní vedl k rozvoji deprese v tak nízkém věku. Psycholožka, u které se Romana roky léčí, si s jejím stavem neví rady. V místě jejího bydliště však není dostatek terapeutů, jejichž sezení hradí zdravotní pojišťovna. Na sezení se soukromým psychologem zase nemá finanční prostředky. Romana se léčila na psychiatrické klinice asi měsíc a následně jí byl nabídnut pobyt v psychiatrické léčebně, který ovšem odmítla. Na klinice si našla

kamarády, ale po propuštění se museli rozloučit. Veškerou energii vynakládala na to, aby znovu neupadla do deprese, neměla už sílu na to, aby byla oporou ještě pro své přátele.

Nejvíce Romaně pomáhají léky, bez nich už by pravděpodobně nebyla naživu. Velkou oporou jsou jí i její milovaní, především manžel, děti a kamarádi. Deprese ji naučila, že i když má pocit, že už to nejde dál, nakonec vždy najde sílu dál bojovat a pracovat na sobě. Díky své nemoci se také dokáže vcítit do pocitů jiných lidí. Deprese jí pomáhají i v umělecké tvorbě, které se ráda věnuje.

Interpretace

Romana zažila traumatickou událost, kterou si nevybavuje, ale která měla velký význam pro vznik bipolární afektivní poruchy již v dětství. VÁGNEROVÁ (2008, s. 386) píše, že vyvolávajícím podnětem afektivní poruchy bývá nějaká zátěžová situace, přičemž tato situace může vyvolat nejen depresivní, ale i manické projevy. K rozvoji nemoci přispěla také šikana bratra a spolužáků ve škole.

Vlivem těchto událostí Romana trpěla těžkými depresemi a již v osmi letech napsala svůj první dopis na rozloučenou. Dle VÁGNEROVÉ (2008, s. 390-391) jsou depresivní děti často negativního emočního ladění a objevují se u nich úvahy o smrti. Velmi běžným příznakem deprese u dětí také bývají psychosomatické poruchy. ŠPATENKOVÁ (2004, s. 58) varuje, že čím dříve psychosomatická porucha vznikne, tím složitější bývá její odstranění. Typicky se jedná o záchvaty úzkostí s poruchami srdečního rytmu, panické poruchy, problémy s dechem, zažívací obtíže, nechutenství a také různé bolesti, typicky se jedná o bolesti hlavy a břicha. U Romany pravděpodobně došlo k fixaci, jelikož při nástupu depresivní fáze její nemoci se u ní objevují právě výše jmenované stavy.

Depresivní fáze se u ní projevuje nespavostí, velkou únavou a myšlenkami, že nic nemá smysl. Často ji trápí pocity, že je na obtíž a že trápí své blízké. Jak se deprese prohlubuje, ztrácí Romana zájem o své okolí a postupně přestane zvládat i běžné denní činnosti jako je vstávání či hygiena. Výjimkou nebyly ani sebevražedné myšlenky následované opakovanými pokusy o sebevraždu. To jsou podle Mezinárodní klasifikace nemocí (www.uzis.cz) spolu se somatickými problémy jasné příznaky těžké deprese.

Někteří lidé Romaně říkají fráze typu „dej se dohromady“ nebo „nesmíš se v tom utápět“. PRAŠKO a kol. (2015, s. 93) varuje před podobnými výroky. Lidé, kteří říkají podobné věty, se nemocného většinou snaží povzbudit, ale jelikož o depresi nic nevědí, mohou jejich „rady“ spíše ublížit než pomoci. Nejvíce Romaně pomohly léky. Oporou je jí rovněž manžel, děti a někteří kamarádi.

4 Shrnutí

Z celkového počtu 108 účastníků, kteří zodpověděli dotazníkové šetření, jsem si zvolila 18 responsí, které byly vyplněny dostatečně obsáhle a plně vyhovovaly kvalitnímu zpracování kazuistik a jejich následných interpretací.

Z provedeného výzkumu těchto responsí vyplynulo, že nejvíce byly zastoupeny ženy, a to v počtu 16 osob, muži byli zastoupeni pouze 2 osobami, byli tedy v menšině. Největší počet respondentů náležel k věkové skupině 20-24 let (celkem 5 respondentů), za ní následovala skupina 25-29 let (3 respondenti). Ostatní věkové kategorie: 15-19 let, 30-34 let, 35-39 let, 40-44 let a 45-49 let obsahovaly rovnoměrně vždy po dvou respondentech. Jako nejvyšší dosažené vzdělání bylo nejčastěji uvedeno středoškolské vzdělání s maturitou (7 respondentů), následovalo střední vzdělání bez maturitní zkoušky (4 osoby). Základní a vysokoškolské vzdělání udali v obou případech 3 respondenti. Pouze jediný dotazovaný označil vzdělání vyšší odborné. Překvapivý pro mě byl výsledek týkající se rodinného stavu dotazovaných, kde jednoznačně převládala skupina svobodných (11 respondentů) a skupina vdaná/ženatý (7 osob).

V následující části shrnutí uvádím nejčastější odpovědi na výzkumné otázky, přičemž čísla v závorkách označují vždy pořadová čísla kazuistik.

4.1 Výzkumná otázka č. 1: Co bylo spouštěčem deprese?

Nejčastějším spouštěčem deprese byly špatné vztahy v rodině, které se vyskytly celkem desetkrát (2, 3, 5, 6, 7, 9, 11, 14, 15, 16). Dalšími častými příčinami vzniku deprese, a to shodně vždy v šesti případech, byly: šikana (1, 5, 7, 10, 16, 18), neshody s partnerem (4, 5, 8, 9, 10, 14) a problémy ve škole či v práci (4, 5, 6, 8, 12, 13). Ve čtyřech případech bylo příčinou propuknutí nemoci úmrtí v rodině (1, 2, 8, 13) a ve třech

případech pak zdravotní problémy (3, 15, 17). U dvou respondentů pak podnítilo vznik deprese týrání (5, 9). Pouze v jednom případě se deprese rozvinula na základě následujících podnětů: špatná finanční situace (3), znásilnění (11), špatné vztahy s kamarády (13) a nespécifikované trauma (18).

4.2 Výzkumná otázka č. 2: Jak se deprese projevila na psychickém i fyzickém stavu respondentů?

Deset respondentů si stěžovalo na únavu a vyčerpání (2, 3, 4, 5, 7, 12, 13, 15, 17, 18). Dalším častým projevem, a to vždy v šesti případech, byly následující obtíže: sklíčenost (2, 8, 12, 13, 14, 16), pláčtivost (8, 9, 10, 15, 16, 18), úvahy o smrti (2, 5, 7, 8, 9, 12), nechutenství (1, 5, 9, 12, 13, 18), problémy se spánkem (2, 12, 13, 15, 16, 18). Pět osob se uzavřelo do sebe (1, 9, 10, 11, 16) a stejný počet dotazovaných nebyl schopen zvládnout ani běžné denní činnosti (1, 5, 8, 10, 18). Čtyři respondenty trápily následující potíže: apatie (5, 11, 16, 17), podrážděnost (7, 10, 12, 15) a potíže se sebevědomím (6, 10, 13, 15). Shodně, vždy po třech případech, uváděli dotazovaní tyto problémy: beznaděj (3, 12, 17), ztráta zájmu o okolí (11, 16, 18) a sebepoškození (5, 6, 11).

4.3 Výzkumná otázka č. 3: Jak deprese ovlivnila vztahy respondentů?

Deprese negativně ovlivnila partnerské soužití osmi respondentů (4, 5, 8, 9, 10, 14, 15, 16) a naopak podpory ze strany partnera se dočkalo sedm dotazovaných (1, 2, 5, 9, 11, 13, 18). U kazuistik číslo pět a devět uvedly respondentky nejprve negativní zkušenost s dřívějším partnerem (agresivita), zároveň však vyzdvihly skutečnost, že současní partneři jsou jim oporou. Někteří partneři problémy svých protějšků neřešili, případně se jednalo o nezadané jedince (3, 6, 7, 12, 17).

Rodina přistupovala negativně k nemoci svých blízkých v osmi případech (3, 4, 5, 6, 11, 12, 14, 18), pozitivně pak v sedmi případech (1, 2, 8, 13, 15, 16, 17). Situaci rodinní příslušníci neřešili nebo o ní nevěděli pouze ve třech případech (7, 9, 10).

Nemoc záporně ovlivnila vztahy s kamarády v osmi případech (3, 5, 8, 10, 11, 14, 15, 16), kladně pak v šesti případech (2, 4, 7, 10, 12, 17). Kamarádství nemoc neovlivnila

v pěti případech (1, 6, 9, 13, 18). V případě desáté kazuistiky se kamarádi k situaci postavili různě: někteří neměli snahu pomoci nebo přerušili kontakty, jiní dokonce sdíleli své zkušenosti a byli oporou v těžkých chvílích.

4.4 Výzkumná otázka č. 4: Jaký vliv měla deprese na školní či pracovní výkonnost?

Na sníženou výkonnost ve škole si stěžuje osm respondentů (5, 6, 10, 11, 12, 14, 15, 17). Pokles pracovního výkonu udává šest dotazovaných (3, 4, 8, 10, 12, 15). Respondentky číslo jedenáct a třináct uvedly, že nemoc na jejich školní ani pracovní výkony neměla podstatný vliv.

4.5. Výzkumná otázka č. 5: Jak probíhala léčba nemoci a jak respondenti hodnotí její prospěšnost?

Mnoho respondentů absolvovalo individuální terapie, avšak osm z nich (1, 2, 4, 11, 14, 16, 17, 18) s negativním nebo žádným výsledkem. Pouze tři respondenti (5, 8, 15) uvádí individuální terapie jako přínosné. Rodinné terapie absolvovala dotazovaná číslo patnáct a hodnotila je velmi pozitivně. Skupinových terapií se zúčastnili pouze tři nemocní, z toho dva uvádí zkušenost s touto terapií jako negativní (5, 14), pouze u respondenta číslo osm byla vnímána jako účinná. Léčba psychofarmaky byla aplikována u osmi osob, z toho v sedmi případech s pozitivním účinkem (1, 4, 5, 8, 16, 17, 18) a pouze v jednom z případů byla hodnocena jako neúčinná (2).

Denní stacionář navštěvoval jeden respondent, který hodnotil vliv zdejšího prostředí jako přínosný (17). K hospitalizaci nakonec došlo v pěti případech, z toho u čtyř respondentů došlo ke zlepšení stavu (8, 14, 17, 18), jen druhá respondentka odešla z nemocnice na vlastní žádost.

4. 6 Výzkumná otázka č. 6: Co respondentům při boji s nemocí nejvíce pomohlo a co jim nejvíce ublížilo?

Respondentům kromě léčby nejvíce pomáhají lidé z jejich nejbližšího okolí: rodina (1, 3, 13), partner (2, 5), kamarádi (2, 14) nebo spolupracovníci (2, 4). Společnost zvířat vnímají pozitivně čtyři respondenti (5, 7, 13, 15). Shodně po třech případech uvádí dotazovaní jako další pozitivní faktory: procházky nebo pohyb (7, 13, 15), samotu a ticho (9, 12, 15) a víru (3, 13, 15).

Kromě projevů samotné nemoci dotazovaným nejvíce ublížil nezájem rodiny a partnera, celkem v osmi případech (3, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 14). Mnoho respondentů také zraňuje nepochopení lidí z jejich širšího okolí, a to také v osmi případech (2, 3, 8, 10, 12, 13, 15, 16).

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaký vliv má deprese na život lidí trpících touto nemocí. Teoretická část přiblížila základní pojmy, příčiny vzniku, příznaky, druhy a metody léčby deprese. V praktické části bakalářské práce jsem se snažila najít odpovědi na tyto výzkumné otázky:

1. Co bylo spouštěčem deprese?
2. Jak se deprese projevila na psychickém i fyzickém stavu respondentů?
3. Jak deprese ovlivnila vztahy respondentů?
4. Jaký vliv měla deprese na školní či pracovní výkonnost?
5. Jak probíhala léčba nemoci a jak respondenti hodnotí její prospěšnost?
6. Co respondentům při boji s depresí nejvíce pomohlo a co jim naopak nejvíce ublížilo?

V souladu se stanoveným cílem této práce jsem dospěla k těmto závěrům:

1. Nejčastějším spouštěčem deprese byly disharmonické vztahy v rodině. Nemocní také udávali neshody s partnerem, problémy ve škole či v práci a šikanu.
2. Nejvíce respondentů si stěžovalo na únavu a vyčerpanost, ale často byla také zmiňována sklíčenost, plačtivost, problémy se spánkem, nechutenství a úvahy o smrti. Mnoho nemocných se rovněž uzavřelo do sebe a nebyli schopni zvládat ani běžné každodenní činnosti.
3. Téměř u poloviny respondentů příznaky nemoci způsobily zhoršení vztahů v rodině, v partnerském soužití i vztahy s kamarády. Naopak podpory ze strany rodiny, partnera či přátel se dostalo zbylé části dotazovaných.
4. Na sníženou výkonnost ve škole si stěžovala opět téměř polovina nemocných, pokles pracovního výkonu udala třetina z nich. Celkově tedy měla deprese negativní vliv na dvě třetiny respondentů.
5. Respondenti absolvovali různé druhy léčby: individuální, skupinové nebo rodinné terapie i léčbu psychofarmaky. K nejvíce účinnému druhu léčby patřila farmakoterapie, která pomohla téměř všem nemocným, u kterých byla zahájena. Naproti tomu účinek individuální terapie hodnotí většina respondentů jako nedostatečný. K hospitalizaci nemocných došlo ve čtvrtině případů a ve většině jimi byla hodnocena jako prospěšná.

6. Nejvíce respondentů uvádí, že jim v boji s touto nemocí pomohli především lidé z jejich nejbližšího okolí, tj. rodina, partner, spolupracovníci. Prospívala jim také přítomnost zvířat, procházky a pohyb nebo naopak samota a ticho či víra. Velmi těžce nesli nezáměr rodiny a partnera.

RESUMÉ

V bakalářské práci jsem se zaměřila na objasnění problematiky depresí. Teoretická část práce se věnuje seznámení se základními pojmy, příčinami vzniku, příznaky, druhy a léčbou této nemoci. V praktické části své bakalářské práce jsem postupně zpracovala osmnáct kazuistik respondentů včetně následných interpretací jednotlivých případů. Na základě provedeného šetření jsem zjistila, že nejčastějším spouštěčem deprese jsou především špatné vztahy v rodině. Nejvíce respondentů udávalo problémy s nedostatkem energie. Deprese negativně ovlivnila především partnerské soužití či vztahy nemocných, respondenti postrádali i podporu ze strany rodiny. Sníženou výkonnost ve škole nebo v práci pociťovala téměř polovina dotázaných. Mnoho z nich absolvovalo individuální terapii, avšak osm z nich ji vnímá jako negativní či bezvýslednou. Při boji s depresí dotazovaným nejvíce pomohli lidé z jejich okolí, většinou rodina, partneři, kamarádi nebo spolupracovníci.

SUMMARY

In bachelor thesis I focused on explanation of the issue of depression. Theoretical part deals with introduction of basic terms, causes, symptoms, types and methods of treatment. In research part of the bachelor thesis I made eighteen case studies of respondents and their interpretations. Based on research I found out that the most common triggers of depression are mainly bad family relationships. The majority of respondents reported problems with lack of energy. Depressions negatively impacted mainly partnerships or other relationships of people suffering from depression, respondents also lacked support from their families. Almost half of respondents felt poorer performances at school or at work. Many of them came through individual therapy but eight of them found it negative or useless. Respondents claim that during fight with depression help came from close people, mostly family, partners, friends or colleagues.

LITERATURA

Knižní zdroje

AKHTAR, Miriam. *Pozitivní psychologii proti depresi*. Praha: Grada, 2015. Psychologie pro každého. ISBN 978-80-247-4839-9.

AYERS, Susan a Richard DE VISSER. *Psychologie v medicíně*. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché. ISBN 978-80-247-5230-3.

BOWLBY, John. *Ztráta: smutek a deprese*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0355-1.

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché. ISBN 978-80-247-4826-9.

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

HELUS, Zdeněk. *Sociální psychologie pro pedagogy*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2015. Pedagogika. ISBN 978-80-247-4674-6.

HLAĎO, Petr. *Profesní orientace adolescentů: poznatky z teorií a výzkumů*. Brno: Konvoj, 2012. Monografie. ISBN 978-80-7302-164-1.

HOLFORD, Patrick. *Klíč k dobré náladě: deset ověřených způsobů, jak si zlepšit náladu a najít motivaci*. Olomouc: ANAG, c2013. ISBN 978-80-7263-830-7.

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

KAMARÁDOVÁ, Dana, Klára LÁTALOVÁ a Ján PRAŠKO. *Panická porucha*. Praha: Grada, 2016. Psyché. ISBN 978-80-247-5218-1.

KOPECKÁ, Ilona. *Psychologie: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-9881-3.

KRIEGELOVÁ, Marie. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. Praha: Grada, 2008. Psyché. ISBN 978-80-247-2333-4.

- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak zvládat depresi*. 3., aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Grada, 2013, Psychologie pro každého. ISBN 978-80-247-3874-1.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Optimismus, pesimismus a prevence deprese*. Praha: Grada, 2012. Psyché. ISBN 978-80-247-4007-2.
- KUKLA, Lubomír. *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-3874-1.
- LUKÁŠ, Karel a Aleš ŽÁK. *Chorobné znaky a příznaky: diferenciální diagnostika*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5067-5.
- MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. Sestra. ISBN 978-80-247-2138-5.
- MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ. *Výchova ke zdraví*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2015. Pedagogika. ISBN 978-80-247-5351-5.
- MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, c2006. Sestra. ISBN 80-247-1151-6.
- MARTÍNEK, Zdeněk. *Agresivita a kriminalita školní mládeže*. 2., aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Grada, 2015. Pedagogika. ISBN 978-80-247-5309-6.
- MARTÍNKOVÁ, Jiřina. *Farmakologie pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1356-4.
- MATĚJKOVÁ, Erika. *Řešíme partnerské problémy*. Praha: Grada, 2009. Psychologie pro každého. ISBN 978-80-247-2338-9.
- NOVÁK, Tomáš. *Žárlivost – jak ji zvládat*. Praha: Grada, 2009. Psychologie pro každého. ISBN 978-80-247-2578-9.
- OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. Praha: Grada, 2012. Psyché. ISBN 978-80-247-3737-9.
- PEŠOVÁ, Ilona a Miroslav ŠAMALÍK. *Poradenská psychologie pro děti a mládež*. Praha: Grada, 2006. Psyché. ISBN 80-247-1216-4.

PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, 2014. Sestra. ISBN 978-80-247-4236-6.

PRAŠKO, Ján, Hana PRAŠKOVÁ a Jana PRAŠKOVÁ. *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2015. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-262-0859-4.

PRAŠKO, Ján, Barbora BULIKOVÁ a Zuzana SIGMUNDOVÁ. *Depresivní porucha a jak ji překonat*. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-656-4.

PREISS, Marek a Hana PŘIKRYLOVÁ KUČEROVÁ. *Neuropsychologie v psychiatrii*. Praha: Grada, 2006. Psyché. ISBN 80-247-1460-4.

RAUDENSKÁ, Jaroslava a Alena JAVŮRKOVÁ. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011. Psyché. ISBN 978-80-247-2223-8.

ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1941-2.

ROZTOČIL, Aleš a Pavel BARTOŠ. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2832-2.

SILBERNAGL, Stefan a Florian LANG. *Atlas patofyziologie*. 2. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3555-9.

STOCK, Christian. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada, 2010. Poradce pro praxi. ISBN 978-80-247-3553-5.

STYRON, William. *Viditelná temnota: Memoáry šílenství*. 2. vyd., 1. kniž. vyd. Praha: Svoboda, 1993. ISBN 80-205-0306-4.

SVOBODA, Mojmir, Dana KREJČÍKOVÁ a Marie VÁGNEROVÁ. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-566-0.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krize: psychologický a sociologický fenomén*. Praha: Grada, 2004. Psyché. ISBN 80-247-0888-4.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krizová intervence pro praxi*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2011. Psyché. ISBN 978-80-247-2624-3.

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

VANDENBOS, R. Gary. *APA Dictionary of Lifespan Developmental Psychology*. Washington, DC: American Psychological Association, 2013. ISBN 9781433813733

VYMĚTAL, Jan. *Speciální psychoterapie*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2007. Psyché. ISBN 978-80-247-1315-1.

VYMĚTAL, Jan. *Úvod do psychoterapie*. 3., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2010. Psyché. ISBN 978-80-247-3667-0.

WEISS, Petr. *Sexuologie*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2492-8.

Internetové zdroje

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [cit. 2016-11-16]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F30-F39.html>

PŘÍLOHY

Dotazník k bakalářské práci Deprese v psychosociálním kontextu

Dobrý den, jmenuji se Kristýna a v současné době jsem v posledním ročníku bakalářského studia na Masarykově univerzitě. Pro svou bakalářskou práci jsem si vybrala téma Deprese v psychosociálním kontextu. Chtěla bych Vás tímto poprosit o vyplnění následujícího dotazníku, který je klíčový pro moji práci.

1. Jste žena nebo muž?
2. Kolik je Vám let?
3. Jaký je váš rodinný stav: svobodný/á, druh/družka, ženatý/vdaná, rozvedený/rozvedená, vdovec/vdova?
4. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání: bez vzdělání, základní, střední bez maturity, střední s maturitou, vyšší odborná škola, vysokoškolské?
5. Jak dlouho trpíte/jste trpěl/a depresi?
6. Kdy se u Vás deprese poprvé projevila?
7. Co bylo podle Vás spouštěčem?
8. Jaké další faktory měly na vznik nemoci vliv?
9. Trpíte depresí i v současné době?
10. Objevují se u Vás deprese opakovaně?
11. Jak se k Vaší nemoci postavil partner? Jaký vliv má/měla Vaše nemoc na Vaš partnerský vztah?
12. Jak se k Vaší nemoci postavila rodina? Jaký vliv má/měla Vaše nemoc na vztahy mezi rodinnými příslušníky?

13. Jak se k Vaší nemoci postavili kamarádi? Jaký vliv má/měla Vaše nemoc na Vaše vztahy s kamarády?
14. Jak na Vaši nemoc reagovali ve škole/v práci? Jaký vliv má/měla Vaše nemoc na vztahy ve škole/v práci?
15. Trpí/trpěl ještě někdo kromě Vás v rodině touto nemocí?
16. Trpí/trpěl někdo z přátel, spolužáků/kolegů nebo lidí z blízkého okolí touto nemocí?
17. Absolvoval/a jste nějaké individuální nebo skupinové terapie?
18. Léčil/a jste se v nějakém zařízení? Pokud ano, jak dlouho? Byl pobyt opakovaný?
19. Našel/našla jste si při pobytu v nějakém zařízení vztah/přátelství?
20. Co Vám nejvíce při boji s touto nemocí pomáhá/pomohlo?
21. Co Vám nejvíce při boji s touto nemocí ubližuje/ublížilo?
22. Je něco, co Vám nemoc s odstupem času dala?
23. Je něco, co Vám nemoc vzala?
24. Uchýlil/a jste se k užívání nějakých návykových látek?
25. Jak deprese ovlivňuje Váš každodenní život?
26. Jaké jsou/byly projevy této nemoci u Vás a které z těchto projevů Vás nejvíce ovlivňují/ovlivňovaly?
27. Jak se změnil Váš pohled na tuto nemoc před a po jejím propuknutí u Vás?
28. Napadá Vás ještě něco k tématu deprese?

Moc děkuji za Váš čas.