

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA PEDAGOGICKÁ
KATEDRA PSYCHOLOGIE

DEPRESE U DOSPÍVAJÍCÍCH
DIPLOMOVÁ PRÁCE

Bc. Markéta Duháčková
Učitelství pro SŠ, obor PS-Čj

Vedoucí práce: PhDr. Lenka Novotná

Plzeň, 2015

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a zdrojů informací.

V Plzni, 1. dubna 2015

.....
vlastnoruční podpis

Poděkování

Touto cestou bych chtěla poděkovat PhDr. Lence Novotné za vedení diplomové práce a cenné rady, jež mi poskytla. Současně děkuji i všem respondentům za poskytnutí informací do dotazníku a také všem ostatním, kteří mě při psaní práce všemožně podporovali.

ZDE SE NACHÁZÍ ORIGINAL ZADÁNÍ KVALIFIKAČNÍ PRÁCE.

OBSAH

TEORETICKÁ ČÁST	2
ÚVOD	3
1 DEPRESE	5
1.1 PŘÍZNAKY DEPRESE.....	6
1.2 DIAGNOSTIKA.....	8
2 HISTORIE DEPRESE	10
3 ETIOLOGIE DEPRESE.....	13
4 KLASIFIKACE DEPRESIVNÍ PORUCHY A DEPRESIVNÍHO SYNDROMU	16
5 TYPY DEPRESE	17
6 LÉČBA DEPRESE	24
6.1 FARMAKOTERAPIE.....	26
6.2 PSYCHOTERAPIE.....	28
7 DOSPÍVÁNÍ	31
7.1 HLAVNÍ CHARAKTERISTIKY OBDOBÍ DOSPÍVÁNÍ	32
7.1.1 Kognitivní vývoj.....	32
7.1.2 Emoční a osobnostní vývoj	34
7.1.3 Sociální vývoj	35
7.2 SPECIFICKÉ VÝVOJOVÉ PROBLÉMY DOSPÍVAJÍCÍCH V DNEŠNÍ SPOLEČNOSTI	37
8 DOSPÍVÁNÍ A DEPRESE	40
PRAKTICKÁ ČÁST	42
9 CHARAKTERISTIKA A CÍLE VÝZKUMU, METODY VÝZKUMU	43
9.1 ZPRACOVÁNÍ DAT Z DOTAZNÍKU	45
9.1.1 Sebeposuzovací stupnice deprese podle Zunga.....	45
9.1.2 Posuzovací stupnice tíže deprese PHQ – 9	64
9.1.3 Závěrečné shrnutí výsledků	74
ZÁVĚR.....	76
RESUMÉ	78
SEZNAM LITERATURY	80
SEZNAM PŘÍLOH	I
PŘÍLOHY	II

TEORETICKÁ ČÁST

Úvod

„Když vstávám, abych o samotě posnídal, černý pes už žebra o svůj díl a pak až do oběda bez přestání štěká.“

Samuel Johnson

Asi každý z nás někdy zažil den, kdy se mu nic nedařilo, kdy byl smutný více než jindy, kdy ho nic netěšilo, nic už podle něj nemělo smysl, a kdy chtěl možná všechno vzdát. Každý určitě alespoň jednou za život řekl, že má „depku“. Ale skutečně mají tito lidé depresi? Problematika deprese je i v dnešní době stále ještě ožehavým tématem. Laická veřejnost není schopná rozlišit, kdy jde o depresi jako takovou a kdy má někdo jen špatný den či období. Někteří lidé jsou bohužel i v dnešní době toho názoru, že deprese je jen výmluvou těch, kteří nechtějí nic dělat nebo těch, kteří jsou slaboši. Tito lidé však ve skutečnosti trpí. Ráno mají problémy vstát z postele a cokoliv udělat, jsou jako paralyzovaní, sražení na kolena a tíží je závaží, které je každým dnem těžší a těžší. Jak sami říkají, deprese není špatná nálada, jak si mnozí myslí. Je to podle nich nemoc, stejně jako třeba zlomená noha nebo vypíchnuté oko, ale především je to podle nich strašná bolest někde uvnitř, je to bolest duše.

V současné době je podle odhadů na světě asi 370 milionů lidí, kteří trpí depresí, a každoročně se jejich počet velmi výrazně zvětšuje. Podle názorů některých odborníků bude do roku 2020 deprese druhou nejčastější nemocí, která bude sužovat lidstvo, hned po rakovině. Skutečný počet nemocných trpících depresí ale nejspíš nikdy nebudeme úplně přesně znát, neboť kvůli přístupu dnešní společnosti, která stále ještě neuznává depresi jako poruchu a považuje ji za něco, s čím by se měl člověk dokázat vypořádat díky vlastní vůli. Řada nemocných nikdy k lékaři nedojde, protože trpí pocity studu a vlastní neschopnosti a nebo si svůj problém ani nedokáže uvědomit a čeká, že stejně tak jako se deprese jednoho dne zčistajasna zjevila, tak i sama odejde. Většinou vlastně ani není v moci samotných nemocných tuto nemoc rozpoznat, neboť její diagnostika je často obtížná i pro lékaře.

V teoretické části naší práce jsme se snažili podat především ucelený soubor poznatků o depresi, a to zejména se zaměřením na věkovou kategorii dospívajících. Zpočátku jsme se věnovali obecně tématu deprese, jejímu vymezení, platné diagnostice a nejčastějším příznakům, které se objevují u nemocných depresí. Dále se zabýváme samotnou historií depresivních onemocnění a příčinami vzniku deprese, kterých je velké množství. V dalších kapitolách se v práci zaměřujeme na klasifikaci depresivní poruchy a depresivního syndromu a také na jednotlivé druhy deprese. V neposlední řadě uvádíme různé možnosti, jak depresi léčit. Kromě toho se v práci také snažíme přiblížit problematiku období dospívání a jeho hlavní charakteristiky, snažíme se ujasnit specifika deprese u dospívajících jedinců a také vývojové problémy, jež jsou s tímto obdobím silně spjaté.

Praktická část je potom zaměřena na dotazníkový průzkum pomocí Sebeuposuzovací stupnice deprese podle Zunga a Posuzovací stupnice tíže deprese PHQ – 9 u adolescentních chlapců a dívek, studentů prvního ročníku střední školy. Práce mimo jiné obsahuje také dvě kazuistiky pacientů trpících depresivní poruchou či depresivním syndromem.

1 DEPRESE

„Deprese je porucha duševního ustrojení, tak záhadně bolestivá a nepostižitelná ve způsobu, jakým se projevuje vlastnímu subjektu, že se blíží hranici, kde končí veškerá možnost popisu. Proto také zůstává téměř mimo dosah chápání těch, kteří ji neprodělali v oné drastické podobě, ...“

William Styron

Pojem deprese je v dnešní době hojně užíván, neboť laická veřejnost tak často označuje stav, kdy je člověk smutný a bez nálady, stav, který minimálně jednou v životě zažije každý z nás. Ve skutečnosti však není možné zaměňovat „tuto depresi“ s depresí klinickou, neboť ta je velice vážným onemocněním, které kromě hlubokého smutku, narušuje běžný každodenní život nemocného, a proto není radno tento stav podceňovat a je nutné jej léčit. Samotné slovo deprese má latinský původ a je odvozeno ze slov *decimo, deprimere, depressi, depressus*, což v překladu znamená stlačit, stísnit nebo také deprimovat. Depresivní syndrom, společně se syndromem manickým je klasifikován jako afektivní porucha osobnosti. (Křivohlavý, 2013)

U každého autora a téměř v každé publikaci najdeme jinou definici deprese, neboť jich je nepřeberné množství. *„Depresi se rozumí chorobný smutek, psychologický stav charakterizovaný pocitem smutku, skleslosti, vnitřního napětí, nerozhodnosti, spolu s útlumem a zpomalením duševních i tělesných procesů, ztrátou zájmu a pokleslým sebevědomím, úzkostí, apatií (netečností), sebeobviňováním a útlumem. Depresivní jedinci hodnotí záporně sebe i svět, za vše berou na sebe vinu a očekávají selhání namísto úspěchu. Charakterizuje je i příliš sebekritické hodnocení událostí a zveličování vlastního selhání. K tělesným symptomům deprese patří únava, ztráta energie, poruchy spánku a nechutenství. Tento stav se považuje za chorobný, jestliže trvá příliš dlouho, deformuje životní hodnoty a pracovní i sociální sféru jedince.“* (Hart, Hartlová, 2010, 105)

Velkým problémem je také určit, kolik lidí vlastně trpí depresí. Podle Anderse (2001) je celoživotní riziko pro rozvoj deprese pro obě pohlaví stejný až do nástupu puberty, pak se toto zastoupení rapidně mění, u žen jde asi o 20 – 25% a u mužů o 7 – 12%. Podobný názor sdílí profesor Raboch, podle něhož postihne během života deprese asi 20% žen a 10% mužů. Zároveň udává, že v současné době trpí depresí asi 5 – 7%

populace a toto číslo se každým rokem zvyšuje. Zároveň se velice snižuje věk samotného vzniku deprese, neboť ještě před několika lety vznikala mezi 30. – 40. rokem, kdežto v dnešní době jde spíše o věkové rozmezí 20 – 30 let. (Raboch, 2012, online.)

Jak již bylo uvedeno výše, velké rozdíly ve výskytu deprese se objevují také napříč pohlavími. Ženy k většímu výskytu deprese určuje prvotně hormonální výbava, protože během jejich života dochází k častému kolísání hladiny hormonů a to buď v souvislosti s menstruačním cyklem, těhotenstvím, a nebo později s přechodem. Kromě rozdílů mezi pohlavími můžeme říci, že riziko vzniku deprese je značně vyšší také u lidí, kteří trpí další chorobou, nejčastěji jde o pacienty s kardiovaskulárními a neurologickými problémy.

V období dětství a dospívání je výskyt depresí určován rozmezím 1 – 8 %, avšak i zde se jejich výskyt každým rokem značně zvyšuje. Právě od období dospívání se začínají objevovat rozdíly v přítomnosti deprese u obou pohlaví, kdy je kolem 14. roku tento poměr asi 1:5 ve prospěch chlapců, později (asi do 16. roku) je toto číslo 2:5. Důležitý je u dospívajících ale zejména problém suicidality, neboť ta je v této věkové kategorii až 20x vyšší než v jiném věku. (Hort, 2008)

1.1 PŘÍZNAKY DEPRESE

Samotný depresivní syndrom je určen tzv. symptomatickou triádou, která je tvořena sníženou dynamogenií, neboli sníženou činorodostí, zpomaleným myšlením a velkým smutkem. Kromě výše uvedených základních symptomů, je pak celá řada dalších příznaků, které depresi doprovázejí. Ty můžeme rozdělit na somatické, behaviorální a psychické. (Miňhová, 2006)

Nejprve se zaměříme na oblast somatických příznaků, která však může být v souvislosti s diagnostikou deprese problematická, neboť ve většině případů se včas neodhalí, že bychom tyto symptomy mohli spojovat s depresí, a tak jsou léčeny samy o sobě jako takové. V oblasti somatických příznaků se jako velmi častý jev objevuje nechutenství, můžeme zde mluvit o celkové chuti k jídlu, kdy depresivní jedinci přestávají mít zájem i o svoje dříve oblíbená jídla a musí se nutit ke konzumaci jakékoliv potravy, aby

vůbec přežili. Podle některých autorů můžeme říci, že toto nechutenství je vlastně projev nechuti k životu. (Grün, 2006) Na druhou stranu se však může objevovat opačný jev, kterým je přejídání, kdy jedinec „řeší“ svoje problémy zvýšenou konzumací jídla, což následně způsobí přibývání na váze. Kromě toho se u pacientů objevují z oblasti gastroenterologické také problémy jako je průjem nebo naopak zácpa, sucho v ústech, nadýmání a také bolesti žaludku. Jinými příznaky mohou být bolesti hlavy, bušení srdce, časté nutkání na močení, svírání srdce a pocit tlaku na prsou, celková slabost či pocity závratí. (Křivohlavý, 2013) V neposlední řadě se vyskytují poruchy spánkového cyklu, kdy se jedinec nejčastěji pořádně nevyspí z důvodu lehkého a přerušovaného spánku, buzení dávno před budíkem a problémy s usínáním. Opačným jevem je nadměrná spavost, kdy nemocný netouží v podstatě po ničem jiném, než po tom, aby mohl spát. Ani zde se však nikdy nedostaví pocit odpočinutí. (Anders, 2001)

Oblast behaviorálních příznaků deprese vypovídá o tom, jak se změnilo jedincovo obvyklé chování. Zpočátku se může objevovat především ztráta zájmu o koníčky, o věci, které nemocného dříve bavily a zajímaly. Postupně se objevuje nezájem o druhé lidi, nemocný se ze všech sil snaží vyhýbat veškerému kontaktu se svým okolím a uzavírá se víc a víc do sebe. Behaviorální příznaky se projevují také ve vzhledu nemocného. Nejen, že je v jeho obličejí patrný neustálý projev smutku, ale i nezájmu, všimnout si můžeme také nezájmu v oblasti oblékání, úpravy vlasů, apod. Nejhorší je pak pravděpodobně útlum, který se projevuje ve fyzické aktivitě nemocného. Ten je častokrát schopen několik hodin jen tak ležet a koukat do stropu, nedokáže vyvinout žádné úsilí k vynaložení činnosti, jeho pohyby jsou velice pomalé.

Velké množství příznaků zaznamenáváme také v poslední oblasti, v oblasti psychických příznaků. Typickým příznakem deprese je „depresivní nálada“. Jedinec trpí až nepopsatelně obrovským smutkem, ač se tento vůbec nemusí slučovat s jeho aktuální životní situací a vyskytuje se též anhedonie, která znemožňuje pocítit kladné emoce. Do běžného života velice zasahuje především neschopnost koncentrace, která v podstatě znemožňuje vykonávat jakoukoliv činnost, což má často za následek nezvládnutí studijních či pracovních povinností. Tuto „nečinnost“ pak může v mnoha případech ještě umocňovat tzv. bradypsychismus, což je celkové zpomalení tempa myšlení, řeči a duševní činnosti. Kromě toho se u nemocných objevují velice časté záchvaty pláče, klidně i několikrát

za den, u kterých je nejhorší hlavně to, že ani sám nemocný nedokáže říct, proč vlastně pláče. Jelikož deprese patří mezi afektivní poruchy, pro takovéto poruchy je typické velmi rychlé střídání nálad, kdy se zvýšená impulzivita a nadšení může rychle střídat s úplným zoufalstvím a beznadějí. (Praško, Pašková, Prašková, 2001)

1.2 DIAGNOSTIKA

V dnešní době není bohužel deprese vůbec ojedinělým onemocněním, přesto může být velice obtížné toto onemocnění klasifikovat. Při samotné diagnostice se většinou zjišťuje, zda jedinec trpí minimálně po dobu dvou týdnů smutnou, skleslou náladou, anhedonií či ztrátou zájmu o věci, o které se dříve zajímal. Podle MKN – 10 musí pacient dále trpět minimálně dalšími 4 z následujících příznaků jako je únava, úbytek energie, pocity viny, poruchy spánku, ztráta sebevědomí, agitovanost, poruchy myšlení, snížená koncentrace, nerozhodnost, významný úbytek nebo naopak přírůstek hmotnosti, pesimistický výhled do budoucna a také myšlenky týkající se smrti a sebevraždy. Následně se u pacienta provede také somatické vyšetření, rozhovor s pacientem, u dětí a dospívajících pak také rozhovor s rodiči, a kromě toho se při diagnostice depresí využívají také škály depresivity. (Honzák, 199)

Škály depresivity dělíme podle toho, zda je pacient zaškrtává sám, tzv. sebeposuzovací škály, nebo škály posuzovací. Mezi nejznámější a nejhojněji užívané sebeposuzovací škály deprese patří Beckova sebeposuzovací škála depresivity (BDI – Beck Depression Inventory) nebo také Sebeposuzovací stupnice deprese podle Zunga (Zung Self-Rating Depression Scale SDS). Z hlediska problematiky depresí u dětí a dospívajících je u nás používána sebeposuzovací škála CDI neboli Children's Depression Inventory. Mezi nejvíce používané posuzovací škály deprese pak patří především HAMD (Hamilton Psychiatric Rating Scale) nebo MADRS (Montgomery Asberg Depression Rating Scale).

Zvláště u dospívajících může být diagnostika deprese velice problematická, neboť jejich chování a jednání v tomto případě považuje rodina a okolí spíše za projev vzdoru, lhostejnosti, popřípadě jej může považovat za jinou nemoc, než aby uvažovali o depresi.

Ačkoli je deprese v dnešní době již poměrně běžnou poruchou, jen velice zřídka ji dokáže laická veřejnost rozpoznat a dospívající sám od sebe ve většině případů odbornou pomoc nevyhledá. V případě depresí je tedy důležité, aby u všech jedinců, nejen u dětí a dospívajících, jejich příbuzní a blízcí nepodceňovali jejich stav a snažili se nemocnému pomoci, v nejlepším případě ho dovedli za odborníkem, který sám posoudí závažnost jeho stavu.

2 HISTORIE DEPRESE

Stejně tak, jako se v dnešní době dívá laická veřejnost na lidi trpící depresí s jakousi nedůvěrou, tak i v dobách dávno minulých byli tito lidé odsouzeni k těžkým časům, neboť na ně bylo nazíráno daleko hůře než dnes a s velkým opovržením. V dobách starověkého Řecka byli lidé trpící klinickou depresí považováni za jedince posedlé děblem. Tento model se pak dále objevuje také v římských a hebrejských zdrojích a podle popisu nálad židovského krále Saula můžeme předpokládat, že se zmínky o depresi objevují dokonce v samotné Bibli. Dalším krutým obdobím, kdy byla deprese spojována s posedlostí děblem a dokonce čarodějnictvím, byl středověk. Brutální a krutá „léčba“ takto nemocných byla pak podrobně popsána v roce 1486 ve spise Malleus Maleficarum (Kladivo na čarodějnice) a trvalo ještě mnoho století, než se k lidem trpícím depresí začala společnost chovat jako k nemocným trpícím afektivní poruchou, a kdy se již dále neuplatňoval model šílenosti posednutého démonem. (Canthoper, 2012)

S nejstaršími zmínkami o afektivních poruchách (mánie a deprese) se můžeme setkat v klasifikačních systémech staré Indie (1400 př. n. l.) nebo také u starověkých Egyptanů. Ti se ve svých starobylých medicínských textech zmiňují o duši (neboť právě Egyptané velice dbali i o posmrtný život duše), která podle nich sídlila v srdci a deprese, neboli chorobný smutek, tedy popisovali jako horečku v srdci. Ve starověkém Řecku se pak setkáváme se slavným řeckým lékařem Hippokratem, jenž viděl příčinu vzniku deprese, neboli melancholie, jak bývala deprese také označována, v hromadění černé žluči v mozku. Na základě této skutečnosti považoval depresi za organickou mozkovou poruchu. Několik desítek let po Hippokratově smrti se objevuje se svými názory Aristoteles, který považoval onemocnění za zčásti tělesné a zčásti duševní, a jako jeden z prvních nezatrácuje lidi s melancholií, ale tyto lidi, jako byli například Platon či bájný Herakles, obdivuje. Důležitým řeckým lékařem, který se také zabýval depresí, byl v letech 129 – 199 n. l. Galén. Ten označil melancholii jako stav plný strachu, nespokojenosti se životem, skleslou náladou a nenávisť vůči ostatním lidem. V některých případech bývala melancholie nebo také mánie považována ve starověkém Řecku a Římě za projev geniality a římský filosof Seneca dokonce napsal, že neexistuje žádný velký talent bez nádechu šílenství, neboť těžká melancholie bývala častokrát se šílenstvím zaměňována. K léčbě

depresí se v antice pak kromě čemeřice a opia doporučovaly masáže, cestování, dostatek pohybu, dobré jídlo a pití a také sexuální rozkoš, čemuž však nadcházející středověk a příchod křesťanství učinil přítrž. (Dahlke, 2006)

S nástupem středověku se objevuje názor, že deprese jsou trestem božím, a ti co jimi trpí, bůh zavrhl. V božím jménu pak byli „zavržení“ lidé beztrestně šikanováni a zneužíváni k těžké práci a jako jediná léčba, uváděná z této doby, bylo mučení. V období renesance byla deprese opět spojována s dokonalostí nebo alespoň s tvořivou inspirací a být melancholický se stávalo trendem. V 17. – 19. století pak s rozvojem vědy a přírodovědných výzkumů byli lidé s depresemi ošetřováni za pomoci čím dál tvrdších výchovných opatření a byli zavíráni do ústavů pro „nebohé blázny“. Z této doby pochází používání známé svěrací kazajky, melancholici byli tvrdě mučeni až do bezvědomí, neboť za nejlepší léčbu, která je měla zbavit jejich duševních nedostatků, byla považována velká fyzická bolest a utrpení. (Canthoper, 2012)

Světlejším obdobím se poté načas stalo 18. století, k čemuž velkou měrou přispěl spisovatel Johann Wolfgang Goethe především svým dílem Utrpení mladého Werthera. Počátkem 19. století došlo k odlehčení situace, kdy se budovaly nové ústavy, jež se vyznačovaly svým domácí charakterem. Právě díky zlepšujícím se podmínkám a příznivějšímu přístupu mizel strach ze šikanování a zavrhování nemocných, a tak pacientů v těchto léčebných zařízeních přibývalo, protože se k depresi přiznávalo čím dál více lidí. Ovšem co se týče samotné léčby deprese, tak ta ani v této době v podstatě neexistovala. (Dahlke, 2006)

K podstatnému obratu pak dochází ve století dvacátém. Nejdříve se na jeho počátku objevuje švýcarský psychiatr Adolf Meyer, který původní a to té doby stále používaný pojem melancholie, nahrazuje pojmem novým – deprese. Dvacáté století se pak stává významné také kvůli průlomům v léčbě depresí. Po překonání meziválečného období, kdy byla léčba depresí přinejmenším poněkud zvláštní (pacient byl uveden do kómatu injekcí inzulínu), přichází ve 30. letech 20. století tzv. šokové terapie (především pomocí elektrošoků). Ač se tato léčba mohla zdát děsivá, šlo o první metodu, díky které docházelo u pacientů k výraznému zlepšení. K zásadní změně při léčbě depresí pak došlo v 50. letech, kdy došlo k náhodnému objevu psychofarmak. V roce 1957 objevili

vědci první tricyklická antidepresiva – imipramin (např Tofranil), který přesto že má řadu vedlejších účinků, patří do dnešní doby mezi nejefektivnější antidepresiva, a iproniazid, který byl oblíbený především u pacientů, jelikož jim navozoval stavy euforie. Samotné přesné stanovení diagnostických kritérií deprese pak můžeme datovat koncem 50. let minulého století. (Dahlke, 2006) Co se týče deprese u dětí a dospívajících, zpočátku byla tato porucha popisována i u dané věkové kategorie (především pak u chlapců), později však převládl názor, že dětské deprese neexistují. K jejich léčbě se pak přistoupilo v 60. letech 20. století, kdy se u dětí a adolescentů začínají užívat antidepresiva. (Hort, 2008)

Podíváme-li se do historie, i mezi slavnými najdeme osobnosti, které trpěli depresí. Velice často se můžeme setkat s názorem, že umělecká tvorba depresivních autorů je tak krásná a originální právě díky tomuto onemocnění. Ze světa spisovatelů si jako příklad můžeme uvést francouzského básníře Charlese Baudelaira, ruského spisovatele Fjodora Michajloviče Dostojevského nebo také amerického držitele Nobelovy ceny Ernesta Hemingwaye, dále pak amerického spisovatele Edgara Allana Poea nebo také angličanku Virginii Woolf. Deprese zasahovala taktéž do světa hudby a to konkrétně do světa a komponování Petra Iljiče Čajkovského. Ani panovníci či významné politické osobnosti nebyly v některých případech deprese ušetřeny. Podle dobových pramenů se s depresemi potýkala anglická královna Viktorie, bavorský král Ludvík II. nebo také prezident USA Abraham Lincoln či britský premiér Winston Churchill. Podíváme-li se na známé osobnosti v naší republice z doby ne tak dávné, můžeme jmenovat herce Vlastimila Brodského, komika Jiřího Wimmra nebo zpěváka Petra Muka.

3 ETIOLOGIE DEPRESE

Někdy bývá depresivní porucha označována jako prokletí silných (Cantopher, 2006). Je tomu ale skutečně tak? Skutečně trpí depresemi jenom silné osobnosti? A z jakého důvodu a kdy vlastně depresivní onemocnění vzniká? Proč právě já? I to může být jedna z myšlenek, která napadne nemocného, který trpí depresí. Co je tedy vlastně příčinou deprese?

Příčin deprese existuje velká řada a často bývá skutečně velice obtížné tyto příčiny včas odhalit. Samotný vznik depresí je podmíněn multifaktoriálně, to znamená, že deprese nejsou podle současných výzkumů způsobeny jedinou příčinou, ale spíše řadou příčin. Ty mohou být dědičné, vrozené, ovlivněné prostředím, ve kterém jedinec žije, životospřávou a také prožitými událostmi. K lepšímu pochopení příčin deprese, především u dětí a dospívajících, byly vytvořeny teoretické modely, jež si stručně přiblížíme. (Hort, 2008)

V rámci analytického modelu je deprese chápána jako ztráta milovaného objektu. Ta se projevuje především u dětí jako separační úzkost, která může při ztrátě nebo dlouhodobém odloučení milované osoby z aktivního a veselého kojence udělat apatického a plačtivého jedince. V nejhorších případech může tento stav vést až ke smrti dítěte, pokud je však přítomna náhradní blízká osoba, depresivní reakce není tak hluboká a trauma je nakonec zvládnuto, popřípadě se projeví ve formě opožděného vývoje řeči.

Podle kognitivního modelu souvisí deprese se strategií negace, jinak řečeno jde o to, že jedinec má negativní pohled na svojí osobnost, svět, ve které žije a dokonce i na budoucnost. Dotyčný žije pod vlivem negativních myšlenek a dysfunkčních schémat a pouze ostatní lidi vidí v pozitivním a značně zkreslené světle.

Mezi další významný model, jenž vysvětluje depresi, patří model genetický. Tento model pracuje především s pojmem vulnerabilita, jež je ovlivněna především faktory dědičnými, zároveň ale i temperamentem osobnosti, prostředím, ve kterém se jedinec pohybuje a sociálním zázemím. Pomocí výzkumů bylo dokázáno, že výskyt deprese u dětí rodičů, jež trpěli periodickou depresivní poruchou nebo těžkou depresivní fází, je až 52%. Zajímavé jsou též výzkumy prováděné u dvojčat, jež potvrdily, že pokud trpí jedno

z dvojčat depresemi, u druhého z jednovaječných dvojčat je pravděpodobnost až 76%, že se u něj deprese také objeví, u dvojvaječných dvojčat je tato pravděpodobnost asi 19%.

Ve fázi výzkumu zůstává prozatím další z modelů a tím je model biochemický, který spatřuje původ deprese v nerovnováze neurotransmiterů. Při výzkumech této teorie bylo zjištěno, že u afektivních poruch se vyskytují změny konkrétně v katecholaminovém a serotoninovém systému, a kromě toho výzkumy poukazují na to, že výskyt deprese u dětí i dospívajících je propojen s hormonálními změnami, a se stoupajícím věkem se postupně zvyšuje.

Mimo výše uvedené modely existuje ještě model sociologický, který poukazuje na problematiku nedostatku sociální podpory či ocenění, v jejímž důsledku se dostávají pocity selhání a ztroskotání. Podobným modelem je model stresový, jehož specifika jsou typická právě pro kategorii dětí a dospívajících, neboť tento model vidí příčiny v nakumulování velkého množství nepříznivých životních událostí, a ty mohou být dále propojeny se sexuálním zneužíváním, nepřiměřeným fyzickým trestáním či konflikty v rodině. Zapomenout bychom neměli ani na model behaviorální, který se zabývá myšlenkou nedostatku pozitivního zpevnování.

Podle dalších přístupů, konkrétně podle amerického internisty Neila Nedleyho, M. D. (Nedley, 2007), existuje 8 hlavních faktorů, které mohou být příčinou deprese nebo zvýšit riziko jejího vzniku. Jedná se o faktory spojené se stravovacími návyky, sociální faktory, životní styl, zdravotní stav, nevyváženost mozkové elektrické aktivity, zvláštní příčiny deprese, nedokázané příčiny deprese a také neovlivnitelné faktory, mezi něž patří genetika, věk, pohlaví, etnické rozdíly, výskyt deprese v období puberty a výskyt deprese v rodině. Jelikož kategorie stravovacích návyků bývá často v souvislosti s etiologií depresí opomíjena, podíváme se na ni o něco blíže.

Říká se, že „Jsme to, co jíme“, proto jistě nikoho nepřekvapí, že stejně tak jako má strava vliv na fungování metabolismu, tak může ovlivňovat i vznik depresí. Nejen, kvůli snižování rizika vzniku deprese, ale i kvůli souvislosti s inteligenčním kvocientem, snižování krevního tlaku, špatného cholesterolu apod. je v organismu důležité dostatečné množství nenasycených mastných kyselin omega – 3, jež nám zajistí jídelníček s velkým výskytem ryb a ořechů. Problematický je také nedostatek kyseliny listové, který může

depresi rovněž způsobit, popřípadě ji může zhoršit a kromě toho má nezanedbatelný význam při vzniku Alzheimerovy choroby. Mezi zdroje kyseliny listové, jíž bychom denně měli přijmout asi 400 mikrogramů, patří cizrna, čočka, fazole, špenát apod. V neposlední řadě nesmíme v souvislosti s depresemi zapomenout ani na vitamin B₁₂. Ten je nezbytný pro správné fungování nervového systému a jeho nedostatek může způsobovat také zapomínání, špatnou koordinaci pohybů a dokonce může vést k poškození osobnosti. Vitamin B₁₂ najdeme v cereáliích, mléku, hovězím a kuřecím mase, vejcích a dalších potravinách, častokrát však ani správná strava nepokryje jeho potřebné množství, a tak je vhodné jej užívat ještě jako doplněk stravy v tabletách. (Nedley, 2007)

4 KLASIFIKACE DEPRESIVNÍ PORUCHY A DEPRESIVNÍHO SYNDROMU

Depresivní poruchy se vyskytují v rozličných formách už u velmi mladých jedinců (výjimečně však před desátým rokem). Již u adolescentů se mohou vyskytovat základní afektivní poruchy. Podle Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10 jsou depresivní poruchy zařazeny do poruch afektivních a může je najít pod diagnostickými kódy F32 – F34.

Kromě těchto výše zmíněných kategorií se však můžeme s depresemi setkat také v rámci jiných diagnóz. Depresivní syndrom je přítomný například u schizofrenie (F20), smíšené úzkostně-depresivní poruchy (F41.2), poruch příjmu potravy (F50), dále sem patří deprese sdružené s poruchami chování (F91 – F92) a deprese je také spojována s bipolární afektivní poruchou (F31). Deprese, jako komorbidní porucha, je dále popsána u obsedantně kompulzivní poruchy (F42), poruchy přizpůsobení (F43), dystymie (F43.1) somatoformní poruchy (F45) a také u hyperkinetické poruchy pozornosti (F90).

Vyjma těchto výše uvedených se u dětí můžeme setkat s poruchami, kde se depresivní syndrom vyskytuje v různé intenzitě. Konkrétně se jedná o poruchu přizpůsobení (F43.2), krátkodobou depresivní reakci (F43.20), protrahovanou depresivní reakci (F43.21), smíšenou úzkostnou a depresivní reakci (F43.22), psychotickou poruchu s převahou depresivních (manických) příznaků při poruše vyvolané účinkem psychoaktivních látek (F1x.54(55)) a také o reziduální afektivní poruchu vyvolanou účinkem psychoaktivních látek (F1x.72). V neposlední řadě se pak může objevovat i depresivní syndrom, který vznikl jako následek těžkého somatického onemocnění nebo poškozením či onemocněním nebo dysfunkcí mozku. (Hort, 2008)

Podle MKN-10 tedy rozlišujeme depresivní epizodu/fázi (F32) s jejími dílčími podkategoriemi a periodickou (rekurentní) depresi (F33), taktéž s dílčími podkategoriemi. Více o tomto dělení viz příloha č. 1 (Orel, 2012)

5 TYPY DEPRESE

Depresi a její druhy můžeme rozdělit na základě velkého množství různých kritérií. Podle převažujících symptomů, můžeme dělit depresivní syndrom na depresivní syndrom simplexní, depresivní syndrom anxiózní, depresivní syndrom agitovaný, depresivní syndrom delirantní, depresivní syndrom stuporózní a depresivní syndrom vegetativní (Miňhová, 2006).

Prvním typem depresivního syndromu, který si uvedeme, je depresivní syndrom simplexní. Jedinci trpící tímto druhem depresivního syndromu pociťují především veliký smutek a také se u nich objevuje snížená dynamogenie, tedy můžeme říci, že mají problémy s vynaložením určité energie či úsilí. Důležitým znakem simplexního depresivního syndromu je vysoká míra suicidálního chování, neboť v tomto případě se jedinci může zdát sebevražda jako jediné možné vysvobození z útrpného života.

V dalším případě, u depresivního syndromu anxiózního, se jedinci postižení touto formou deprese ve svém životě setkávají především se strachem, fobiemi a úzkostí, která se může „fokalizovat“, tedy promítat do určitého orgánu v těle, kdy pacient např. pociťuje bolest na hrudníku nebo v krku. Vyskytuje se také tělesný neklid, neúčelné pohyby aj.

Stejně jako u předchozího syndromu, tak i zde, u depresivního syndromu agitovaného, se vyskytuje ve velké míře úzkost, která přechází v neklidné a někdy až agresivní chování. Vrcholem pak může být raptus, tedy prudký záchvat zuřivosti, při němž jedinec křičí a padá na zem a může být také nebezpečí pro osoby nacházející se v jeho okolí.

Následujícím druhem depresivního syndromu je depresivní syndrom delirantní. Pro tento syndrom jsou typické halucinace, a to především sluchové, a také mikromanické bludy, jež jedince přesvědčují o jeho bezvýznamnosti a celkové nedůležitosti jeho bytí.

Pro následující syndrom, depresivní syndrom stuporózní, je charakteristický projev veškerého útlumu (jak po stránce tělesné, tak po stránce duševní). Může se projevit nehybností, odmítáním jídla, neudržováním osobní hygieny apod.

V rámci tohoto dělení si jako poslední uvedeme depresivní syndrom vegetativní. Jiným názvem pro tento depresivní syndrom je též tzv. larvovaná deprese. Jedná se o

depresi, která se projevuje pouze na tělesné úrovni – psychické příznaky bývají nahrazeny žaludečními, kardiovaskulárními nebo urogenitálními příznaky. Důležité je uvědomit si fakt, že pro tyto potíže není možné najít biologický podklad, protože příčina problému je v psychice.

Depresivní poruchy můžeme dělit na základě dalších kritérií. Pro potřebu naší práce si uvedeme toto konkrétní dělení: (Miňhová, 2006, 90)

- 1) Podle determinujícího faktoru
 - a) endogenní deprese (deprese vzniká bez zjevných vnějších příčin jako důsledek nevyváženého chemického prostředí v mozku)
 - b) exogenní deprese (deprese vzniká jako příčina psychosociálních faktorů)
- 2) Podle základu depresivního ladění
 - a) psychotické deprese (deprese vzniká na základě maniodepresivní psychózy)
 - b) neurotické deprese (deprese vzniká na základě neurotické poruchy)
- 3) Podle průběhu
 - a) unipolární deprese (vyskytují se pouze depresivní epizody)
 - b) bipolární deprese (dochází ke střídání epizod mánie a deprese)
- 4) Podle etiologického faktoru
 - a) reaktivní deprese (příčinou jsou problematické či krizové události v životě jedince, ke kterým se jedinec stále vrací a nedokáže se s nimi vyrovnat, např. úmrtí blízkého člověka, nahromaděné starosti aj.)
 - b) endogenní deprese (není zjevná příčina)
 - c) symptomatická deprese (deprese, kterou provází nejrůznější tělesná onemocnění nebo také posttraumatické stavy)
- 5) Deprese vyvolané generačními faktory
 - a) menstruační deprese (jejím projevem je subdepresivní rozladění, což znamená, že je depresivní nálada jen naznačená a snadno odklonitelná)

- b) poporodní deprese (důsledkem jsou prudké hormonální změny v ženském těle po porodu, bývá velice intenzivní; v některých případech může dosáhnout až psychotické úrovně, což vyžaduje hospitalizaci)
- c) klimakterická deprese (vyskytuje se v rozličné intenzitě a podobě)

V neposlední řadě se pak můžeme setkávat s dělením, na základě formy v jaké se deprese u jedince vyskytuje. První formou, kterou si uvedeme, je depresivní epizoda. Na počátku samotné depresivní epizody stojí většinou stresující životní událost či období, stejně tak se ale může objevit bez zjevné příčiny. Charakteristický, z hlediska četnosti výskytu, je pro ni fakt, že se může objevit pouze jednou v životě, ale na druhou stranu se může vyskytovat i opakovaně. Primárními příznaky jsou především depresivní nálada nebo ztráta radosti a zájmu o všechny (většinu) aktivit, které jedinci dříve činily potěšení. Kromě těchto faktorů se vyskytují také depresivní myšlenky a tělesné příznaky, kdy je nejčastěji postižena schopnost spaní, práce a jídla. U nemocného se dále musejí vyskytovat alespoň čtyři z těchto sekundárních příznaků – poruchy chuti k jídlu či změny hmotnosti, poruchy spánku, neklid nebo tělesné zpomalení, únava a ztráta energie, pocit viny a bezcennosti, nesoustředěnost či problémy učinit rozhodnutí nebo také sebevražedné myšlenky či obecně myšlenky na smrt. (Praško, Prašková, Prašková, 2003)

Druhou formou, se kterou se můžeme setkat, je rekurentní depresivní porucha. Pro tuto depresivní poruchu jsou charakteristické především opakované fáze deprese, bez epizod mánie, není však vyloučeno, že se ihned po depresivní epizodě objeví krátké epizody hypomanie (lehčí stupeň mánie). Průměrným věkem výskytu první epizody bývá většinou pátá dekáda a jednotlivé fáze, které jsou často vyvolány stresovými životními událostmi trvajících v průměru 6 měsíců (od 3 do 12 měsíců). Ačkoliv je mezi jednotlivými fázemi uzdravení jedince téměř úplné. Problematický je fakt, že se z této depresivní poruchy, zvláště ve stáří, může postupně stát deprese trvalá. K léčbě se zde používají dlouhodobě, v některých případech až doživotně antidepressiva, která mají zamezit vzniku nových epizod. Stejně jako u depresivní epizody, i u této je výskyt dvakrát častější u žen než u mužů. (Praško, Prašková, Pašková, 2001)

Méně závažnou formou deprese je dystymie, jejíž zákeřnost můžeme spatřit v jejích počátcích, neboť začíná nenápadně a plíživě. Dystymie je obvykle spojována s ranou dospělostí a trvá od několika let až po celý život jedince. Spouštěčem mohou být jak náročné životní události, tak větší stres, kterému je jedinec vystaven. Po propuknutí dystymie se jedinec cítí většinu času unavený a depresivní, jakákoliv činnost, vyžaduje pro jedince nadměrné úsilí a neobjevuje se ani pocit radosti a vyskytují se také problémy se spánkem. Dystymie je vlastně jakési období s lehkou depresí a poměrně normální náladou, avšak jejich výskyt je velice proměnlivý. Přestože znepříjemňuje postiženému jedinci život, jedinec je obvykle schopen vykonávat základní požadavky běžného dne. Pokud jedinci trpící dystymií prožívají také epizody velké depresivní poruchy, mluvíme o tzv. dvojité depresi. (Praško, Prašková, Pašková, 2001)

Další poruchou, u které se kromě cyklů deprese, kdy jsou přítomny příznaky velké depresivní poruchy, objevují také cykly mánie, je bipolární (maniodepresivní) porucha. V období mánie, tedy veselé a povznesené nálady, má jedinec sníženou potřebu spánku, bývá mnohmluvný a lehkomyšlný, přechází z jedné aktivity na druhou, rád utrácí zbytečně peníze nebo se chlubí. Jedinci se v té době jeho chování zdá v pořádku a setká-li se s odporem ve svém okolí, může reagovat agresivitou. Bipolární porucha je oproti ostatním formám depresivních poruch méně častá, onemocní jí asi 1 až 2 lidé ze sta. (Praško, Prašková, Prašková, 2003)

Se změnou ročního cyklu se objevuje sezónní afektivní porucha. Tato porucha nálady se objevuje zpravidla v podzimních či zimních měsících každého roku (může částečně připomínat zimní spánek medvědů) a postupně mizí s příchodem jara. Projevuje se především nadměrnou únavou a tedy i zvýšenou potřebou spánku, přibíráním na váze a častokrát i nadměrnou chutí na uhlohydráty. Nejúčinnější léčbou u této afektivní poruchy je fototerapie, tedy aplikace jasného a intenzivního světla (z vlastní zkušenosti jistě víme, že nám na špatnou náladu pomáhá sluneční záření). (Praško, Prašková, Prašková, 2003)

Další často se vyskytující poruchou nálady je reaktivní porucha nálady (reaktivní deprese) – faktorem, který vyvolá a bez něhož by reaktivní porucha nálady nikdy nevznikla, je zátěžová událost nebo také dlouho trvající nepříznivé okolnosti. Nejčastěji

tato forma deprese vzniká jako reakce na stresovou událost spojenou se ztrátou, ať už se jedná o ztrátu blízkého člověka, nejen z důvodu jeho úmrtí, ale také při rozvodu či odchodu dítěte z domova, dále souvisí se ztrátou majetku, práce, hodnot, životních cílů a ideálů aj. Reaktivní deprese začíná bezprostředně, nejdéle pak do jednoho měsíce, po výskytu zátěžové situace. Při této poruše nálady je velice důležité, aby se měl možnost jedinec se svým trápením svěřit ať už někomu blízkému, nebo profesionálovi z řad psychologů. (Praško, Prašková, Pašková, 2001)

Jinou depresivní poruchou, pro niž je charakteristický jak výskyt příznaků úzkosti, tak příznaků deprese, je smíšená úzkostně depresivní porucha. Ani jedny z příznaků se však nevyskytují v takovém množství, aby umožnily diagnostikovat některou z depresivních či úzkostných poruch. Jelikož nejsou příznaky smíšené úzkostně depresivní poruchy tak intenzivní jako u ostatních poruch, jež lze diagnostikovat, bývá tato porucha nejen okolím jedince, ale často i samotnými odborníky podceňována. (Praško, Prašková, Prašková, 2003)

Pro krátkou rekurentní depresivní poruchu je typickým znakem její náhlý výskyt, objevující se alespoň jedenkrát za měsíc a trvající asi 2 – 3 dny. Tato forma deprese bývá často velice hluboká, postižený nemusí být schopen vstát ráno z postele, je unavený, vyčerpaný, trápí ho výčitky a objevují se u něj sebevražedné myšlenky. Po uplynutí tří dnů se pak jedinec opět probouzí „zdravý“ a nic ho netrápí. Zákeřnost této poruchy však spočívá v jejím nástupu, který nelze předvídat. Zmíněná forma poruchy je velice vzácná, a tak nemusí být odborníkem diagnostikována. Při její léčbě bohužel antidepresiva dostatečně nezabírají, a proto se nezdá stává, že si pacienti nasadí jakousi „samoléčbu“ alkoholem, která ale ve finále pouze znásobí pocity zoufalství a sebevražedné tendence. (Praško, Prašková, Prašková, 2003)

V neposlední řadě je potřeba zmínit také formu deprese, jež je spojena se souběžným tělesným onemocněním, jde tedy o depresi při tělesném onemocnění. Ta může vzniknout jako důsledek užívání některých léků, drog nebo alkoholu, ale může také vzniknout při snížené činnosti štítné žlázy, revmatizmu, cukrovce, ischemické chorobě srdeční, Parkinsonově chorobě apod., přičemž průběh těchto onemocnění může také zhoršit. (Praško, Prašková, Prašková, 2003)

Dále si můžeme zmínit deprese, které souvisí s příslušným věkem a mohou se vyskytovat při životních milnících. Deprese mohou kromě dětství a puberty souviset také s dospělostí a v tomto případě především s náročnými situacemi jako je svatba, či se mohou objevovat v šestinedělí. Kromě toho si můžeme zmínit deprese v souvislosti se syndromem prázdného hnízda, kdy mohou některé matky odchod svých dětí z domova prožívat dosti dramaticky, a nebo také deprese související se „středem života“, kdy člověk začíná bilancovat o svém životě, o tom, co dokázal či naopak nedokázal a co všechno ho ještě čeká. V neposlední řadě pak může s depresemi spojené období stáří, kdy u jedince nastupuje důchodový věk a kdy jedinec může pochybovat o své potřebnosti.

Kromě výše uvedeného dělení depresivních poruch patří mezi časté také dělení deprese podle její intenzity a to na mírnou depresi, středně těžkou depresi, těžkou depresi a melancholii. Hlavní rozdíly, které tyto poruchy od sebe rozlišují, se projevují především mírou, jakou je jedinec schopen vykonávat každodenní činnosti a také se zapojit do pracovního i sociálního života. Jedinec, který trpí mírnou depresí, působí na své okolí zcela normálně, jen o něco více smutně než ostatní, je jakoby bez energie a také ztrácí zájem o své koníčky a okolí. Jelikož se ale jedná o nejmírnější formu deprese, nemocný je léčen pouze ambulantně, a tak zvládá vést v podstatě plnohodnotný život zahrnující i výkon povolání. S větší intenzitou se u nemocného projeví středně těžká deprese, u níž už postupně mizí nejen schopnost pracovat, ale jako nadlidský výkon se nemocnému může zdát i vykonávání běžných domácích prací. Jedinec bývá velice nešťastný a apatický nebo naopak velice neklidný a napjatý, trápí jej výčitky a pocity viny, o své okolí ztrácí veškerý zájem. Mimo tyto příznaky mizí i zájem o oblast sexuálního života. Ve většině případů se léčba řeší formou docházky do denního sanatoria, pouze u případů s rizikem sebevraždy je nutná hospitalizace. Pokud postiženého trápí těžká deprese, dostal se do fáze, kdy se již neobejde bez hospitalizace. Jedinec nenachází žádný smysl ve svém životě, ani ve vykonávání jakékoliv aktivity, a tak tráví většinu času výčitkami nehybný a v posteli. Trápí ho také zpomalená řeč a myšlení. Naproti tomu se u některých jedinců může objevovat velký neklid, jenž mu nedovolí zůstat na místě a naplňuje ho pocity neklidu. V této fázi už se člověk není schopen postarat ani sám o sebe a východisko ze své situace často spatřuje pouze v sebevraždě. Poslední a zároveň nejzávažnější formou těžké deprese je melancholie. Jedinec je pohlcen obrovským

smutkem a zoufalstvím, k čemuž se ještě přidává strach a úzkost. I zde už je u postiženého smutek tak nevýslovný, že mu podle něj může přinést úlevu pouze smrt. V případě, že melancholie přejde do psychotické varianty, objevují se u nemocného ještě bludy, nejčastěji pak jde o bludy hypochondrické, mikromanické či vztahovačné. (Praško, 2008)

6 LÉČBA DEPRESE

V dnešní době, kdy již dávno není trendem při projevu jakékoliv nemoci pouze bezmyšlenkovité užívání léků, ale kdy se ke slovu dostávají i alternativní způsoby léčby, není ani při léčbě depresivních onemocnění nutné používat za každou cenu antidepressiva, ale u některých druhů depresivního onemocnění se dostává ke slovu psychoterapie. V současné době tedy převládá názor, že depresivní projevy u dětí a dospívajících je vhodné léčit, jak pomocí léků, tak za pomoci psychoterapie, neboť právě kombinace obou metod může být velice účinná. Ačkoliv jsou tyto dvě metody nejčastějšími způsoby léčby deprese, existují i další možnosti, jak deprese léčit. Jedná se především o elektrokonvulzivní terapie, fototerapii, transkraniální magnetické stimulace. Dále existují také některé alternativní přístupy jako je akupunktura, homeopatie, fytotherapie, neboli využívání bylinek, kdy je při léčbě depresí používána především třezalka tečkovaná. Pomoci může také aromaterapii známá již ze starověkého Egypta, kdy nemusí být vybraný éterický olej pouze inhalován, ale může být využit také ke koupelím a masážím. Zlepšit stav nemocného mohou i různá tělesná cvičení a návody, jak si pomoci sám sobě. Důležité však je uvědomit si, že každý z výše vyjmenovaných druhů léčby nemusí být vhodný k léčbě každého druhu deprese a ani nemusí být vhodný pro každého jedince jako individualitu. Je nutné samotné onemocnění nikdy nepodceňovat a uvědomit si, že svépomocné programy skutečně nemocného jedince bohužel nevyléčí, ale i přesto mu mohou, například po započetí léčby, pomoci se lépe s celou situací vyrovnat.

Podle rozličných studií jsme se dozvěděli, že asi u 12 % pacientů, u nichž nebyla depresivní epizoda léčena, dochází k rozvoji deprese chronické. Při samotné léčbě je cílem především obnovit původní kvalitu života nemocného, což znamená odstranit příznaky onemocnění, kromě toho odstranit také riziko relapsu a zároveň by měla léčba jedince a jeho život co nejméně omezovat. Samotná hospitalizace nemocného bývá vždy velice důkladně zvažována a je nutná především u jedinců, kteří mají suicidální tendence, dále v případech, kdy může být nemocný nebezpečný pro své okolí a zvláště u dětí a dospívajících v takových případech, kdy se v jejich domácím prostředí objevuje hrozba týrání nebo sexuálního zneužívání. (Hort, 2008)

Samotná léčba depresivních poruch (bereme-li v potaz farmakoterapii) probíhá ve třech etapách, s ohledem na její periodický charakter. Jde o etapu akutní, udržovací a profylaktickou. V první etapě dochází k léčbě akutní depresivní epizody a tato etapa, během níž by mělo dojít k odstranění nebo alespoň ke zmírnění příznaků deprese, trvá od čtyř týdnů do třech měsíců. Jako druhá nastupuje etapa udržovací a to v době, kdy již odezněla akutní epizoda. Cílem udržovací léčby je na dobu 6 – 9 měsíců (tato doba se průměrně uvádí jako doba trvání depresivní epizody) udržet dosažené zlepšení. Není totiž výjimkou, že u značného množství pacientů dochází po skončení akutní léčby (kdy byly nasazeny léky) často k úplnému vymizení příznaků a veškerých problémů, pacient se cítí velice dobře, a proto si myslí, že je již zcela zdravý. Faktem zůstává, že po vysazení léků dochází až u 80% léčených k opětovnému „probuzení“ jejich deprese. Samotná profylaktická léčba pak nastupuje především u pacientů, u nichž se vyskytly opakované depresivní epizody, mají bipolární poruchu či dystymii. Tato léčba probíhá několik let, v některých případech pak celý život. (Praško, Prašková, Prašková 2003)

Jak jsme se již zmínili výše, kromě farmakoterapie a psychoterapie, existuje řada dalších metod, jež je možné uplatnit při léčbě depresí. Metoda transkraniální magnetické stimulace (TMS) využívá cívku s velmi silným magnetickým polem, která je pacientovi přiložena na hlavu v bdělém stavu. Postupně se díky této metodě utváří pole elektrické a to umožní elektrickou stimulaci mozku. Jinou metodou, využívanou již od první poloviny 20. století, která má často pověst kruté a bolestivé metody, je tzv. elektrokonvulzivní terapie (ECT) neboli léčba elektrošoky. Ač se tato metoda může zdát laické veřejnosti z humánního hlediska nevhodná, někteří lékaři ji považují za nejúčinnější, neboť je velice užitečná i u nemocných, jež nereagují na jinou léčbu. ECT se používá při léčbě těžkých depresí, kdy po jejím použití dochází u většiny nemocných k rychlému ústupu depresivních příznaků, a také u lidí s vysokou suicidální snahou. Terapie se provádí v celkové anestezii pomocí elektrod přiložených na kůži hlavy, které vyvolávají elektrickou synchronizaci v mozku. (Praško, Prašková, 1995) Zejména při léčbě sezónních depresí se jako vhodná léčba ukazuje fototerapie, při níž jsou pacienti vystaveni jasnému bílému světlu o intenzitě 2500 – 10 000 luxů. Léčba trvá od jednoho do tří týdnů a při jejím každodenním průběhu je možné si například číst nebo poslouchat hudbu.

6.1 FARMAKOTERAPIE

Užívání antidepresiv budí u části laické veřejnosti nedůvěru, především z toho důvodu, že je mohou nezáměrně zaměnit za sedativa, po nichž je jedinec otupělý a má potlačené city a tyto příznaky následně připisují právě antidepresivům. Ve skutečnosti se však po užívání antidepresiv projevuje velice rychle zlepšení psychického stavu a velice rychle se tak vrací „staré a zdravé já“ nemocného. K léčbě antidepresivy, což je nejrozšířenější léčba deprese, se obecně přistupuje od středně těžké deprese až po její horší formy, v nejlepším případě společně v kombinaci s psychoterapií. U dětí a dospívajících pak dochází k nasazení antidepresiv především v případech, že depresivní příznaky mají za následek trvalé zhoršování výsledků ve škole, ztrátu komunikace s vrstevníky i v rodině, dále v případech, kdy není možné navázat psychoterapeutický kontakt nebo tento kontakt selhává a také při riziku suicidia. K indikaci antidepresiv může docházet i při dalších onemocněních, která jsou spojena především s obdobím dospívání. Jedním z těchto onemocnění, které v dnešní době bohužel není ničím výjimečným, je mentální bulimie. (Hort, 2008)

Antidepresiva fungují na principu vyrovnávání hladiny neurotransmiterů na synaptických štěrbinách v mozku. Jelikož tyto určité neurotransmitery však do těla nedodávají, ale pouze regulují jejich narušenou rovnováhu, účinek léků se dostavuje nejdříve za 3 – 6 týdnů od začátku užívání. Pokud v tomto časovém období nedojde ke zmírnění příznaků deprese, je nutné zvolit jiný druh antidepresiva, a to nejlépe s jiným mechanismem účinku. Samotnou léčbu je vhodné začít nižšími dávkami léků a ty postupně a pomalu zvyšovat. Při výběru vhodného druhu antidepresiv je důležité zvážit několik faktorů, a to především účinnost, respektive rychlost nástupu účinnosti, výskyt nežádoucích účinků, věk a také celkový zdravotní stav pacienta. Kromě toho se zvažuje i pohodlnost dávkování, přičemž bývají upřednostňovány léky, jež stačí užívat jednou denně, a svou roli hraje i cena, kterou musí pacient na lék doplácet. Po vymizení příznaků deprese mívají adolescenti (ale i dospělí lidé) tendence antidepresiva předčasně vysadit, je však nutné s léčbou pokračovat alespoň ještě 6 měsíců po tom, co jedinec pocítí úlevu. (Praško, Prašková, Prašková, 2003)

Stejně jako všechny léky i antidepresiva mají, většinou dočasné, vedlejší účinky. Ty se objevují u některých jedinců a zpočátku mohou být nepříjemné, po adaptaci organismu na lék by však měly vymizet. Mezi nejčastější vedlejší účinky antidepresiv patří únava, nesoustředěnost, zácpa, sucho v ústech, rozmazané vidění apod. Bohužel i v dnešní době přetrvávají ve společnosti určité pověry a mýty o užívání antidepresiv, které mohou u nemocných vzbuzovat obavy, jež vedou k odmítání léčby nebo jejímu předčasnému ukončení. Rozšířené jsou hlavně názory o vzniku závislosti, o nesnesitelných vedlejších účincích, zhoršení paměti, přibírání na váze a pro někoho je užívání antidepresiv spojeno se selháním, neboť se jedinec nebyl z deprese schopen dostat vlastní vůlí. (Praško, Prašková, Pašková, 2001)

Jednotlivé druhy antidepresiv můžeme rozdělit do čtyř skupin neboli generací. Antidepresiva I. generace jsou nejstarší a jejich vznik je datován do 60. let 20. století. Do této skupiny patří tricyklická (TCA) a tetracyklická (TeCA) antidepresiva. Jejich účinek spočívá v inhibici vychytávání noradrenalinu a serotoninu, jednoduše můžeme tedy říct, že zabraňují zpětnému vstřebávání těchto látek buňkami, které je uvolnily a díky tomu dochází ke zvýšení jejich koncentrace v synaptických štěrbinách. Problémem u zmíněné generace antidepresiv je jejich interakce s dalšími léky, velké množství nežádoucích účinků a při předávkování mohou tyto léky způsobit smrt. Mezi nejčastější nežádoucí účinky, vyvolané antidepresivy I. generace patří zácpa, poruchy močení, snížená chuť na sex, poruchy paměti, zvýšená chuť k jídlu a mnoho dalších, ani jejich samotné vysazení se většinou neobejde bez potíží.

Mezi antidepresiva II. generace bylo dříve řazeno velké množství přípravků, avšak na základě zpřesnění jejich účinku, byla tato antidepresiva rozřazena do jiných skupin. Antidepresiva patřící do této skupiny jsou nazývána heterocyklická a stejně jako předchozí generace, i oni fungují na principu zpětného zachytávání neurotransmiterů. (Švestka, 1994)

III. generace antidepresiv, též označována jako heterocyklická, funguje na principu zpětného vychytávání pouze jednoho druhu neurotransmiteru a to buď serotoninu (skupina léků SSRI a SARI) nebo noradrenalinu (skupina NARI), v některých případech dopaminu (DARI). Léky této generace jsou v současné době nejpoužívanější skupinou při

léčbě deprese, především pak selektivní blokátory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI), které mají oproti ostatním menší množství nežádoucích účinků a jsou poměrně bezpečné v případě předávkování.

Antidepressiva IV. generace, tedy nejmladší skupina antidepressiv, jsou tzv. dualistická antidepressiva, jež působí vždy na dva neurotransmitterové systémy najednou. Výhodou této skupiny je především rychlejší nástup účinku. Mezi další léky, které také ovlivňují zpětné vychytávání neurotransmitterů, patří rostlinné antidepressivum Jarsin 300, který je získáván z třezalky tečkované. Ten je většinou nasazen u lehkých depresivních poruch a bývá dobře snášen. (Orel, 2012)

Při léčbě depresí u dětí a dospívajících se s velkou úspěšností setkala především antidepressiva III. generace, některá z nich, jako je sertralin (Zoloft) je dokonce možné podávat dětem od šesti let. Novější antidepressiva jsou zatím předepisována na vlastní odpovědnost lékaře. V rámci podpůrné terapie se také od 90. let minulého století osvědčila neuroleptika typu SDA a antiepileptika III. generace, jež jsou vyzkoušena a předepisována dětskými neurologi, což je pro pedopsychiatra z forenzního hlediska výhodou. (Hort, 2008)

6.2 PSYCHOTERAPIE

U některých druhů deprese častokrát nebývá potřebná léčba pomocí farmak, ale vhodnou se zde jeví psychoterapie, jež je velice účinnou metodou u lehké, popřípadě středně těžké deprese. U těžších forem je dobré farmakoterapii kombinovat i s psychoterapií, a to především v období, kdy odeznívá fáze deprese, neboť nemocnému může pomoci pochopit, co se v něm vlastně odehrává. *„Pod pojmem psychoterapie se označují takové formy léčby, při kterých se používají psychologické poznatky. Jádrem všech psychoterapeutických postupů je podpora zdravých částí osobnosti.“* (Praško, Prašková, Prašková, 2003, 86) Psychoterapie, ale také samotný psychoterapeut pomáhá pacientovi především pochopit, co se vlastně děje, snaží se podpořit a rozvinout vše zdravé, vytváří pocit bezpečí, pomáhá nemocnému opětovně najít zdravou sebedůvěru a žebříček hodnot či životních cílů a zároveň se snaží o zmírnění nebo odstranění patologických prožitků. *„V psychoterapii je podstatné, kdo ji provádí, s kým ji realizuje, čím a jak působí,*

čeho chce dosáhnout a co se při ní děje.“ (Orel, 2012, 226) Veškerá snaha terapeuta je ale marná, pokud se v psychoterapii neprojevuje také zájem a spolupráce ze strany pacienta. Velkou roli zde hraje i jeho motivace. Právě motivace může chybět u dospívajících, neboť ti bývají k terapii většinou donuceni dospělými. (Praško, Prašková, Prašková, 2003)

Existuje velké množství druhů a forem terapií. Podle počtu účastníků na terapii rozlišujeme individuální, skupinovou či rodinnou psychoterapii. Podle prostředků, které jsou v rámci psychoterapie užívány, si můžeme uvést rozhovor, dramatizaci, hraní rolí, rozbor snů, práci s barvami a asociacemi, psychogymnastiku apod. Z hlediska časového je používána psychoterapie krátkodobá, která se odehrává pouze při několika sezeních a jejím úkolem je řešení aktuálních problémů, nebo psychoterapie dlouhodobá, kdy se hledají při setkáních až několikrát do týdne skryté příčiny depresí. (Praško, Pašková, Prašková, 2001). Je důležité si uvědomit, že ne každému jedinci budou vyhovovat všechny druhy psychoterapie. Velice záleží na osobnosti nemocného, ale i na osobnosti psychoterapeuta a kromě toho i na jejich vzájemném vztahu, neboť ten se ne vždy povede navázat. Pokud se již zpočátku necítí pacient se svým psychoterapeutem dobře a nemá v něj důvěru, je vhodné si najít terapeuta jiného. Každý nemocný by si měl uvědomit, že psychoterapeut není kamarád, rodič ani přítel, ale je to průvodce, který je doprovází při léčbě deprese. *„Psychoterapie není jen laskavost, naslouchání a vcítění. Nestačí ani snaha a dobrota. Terapie je spíše o nevnucování a přitom probírání možností, doprovázení, nikoliv pomáhání. Je to učení, jak chytat živé ryby, nikoliv o darování rybích konzerv. Nikdo nedokáže v terapii nikoho zachránit. Lze jen pomoci člověku, aby se zachránil sám.“ (Praško, Prašková, Prašková, 2003, 87)*

V rámci individuální psychoterapie vstupuje do terapeutického procesu vždy pouze jeden pacient a terapeut. Právě díky tomu je výraznější individualita terapeutického vztahu a jedinec si může k terapeutovi vybudovat hlubší vztah a vložit do něj větší důvěru. Tato terapie nemocnému pomáhá především změnit pohled na sebe i na svět a nesnaží se tolik o odstranění příznaků deprese jako spíše o změnu v osobnosti člověka takovým způsobem, aby už depresí nadále nemusel trpět.

Skupinová terapie probíhá většinou ve skupině složené z 8 – 12 osob, v ideálním případě je vedena dvěma terapeuty – mužem a ženou a sezení trvá asi 2 hodiny. Kromě

toho existují skupiny otevřené, do nichž mohou být přijímáni průběžně noví členové, a skupiny uzavřené, jejichž složení je konstantní. Díky léčbě by mělo dojít k pochopení souvislostí mezi chováním nemocného, jeho problémy a depresí a díky ostatním ve skupině si uvědomit, že i jiní lidé mohou prožívat podobné věci, a proto se od nich můžeme poučit, jak tyto problémy řešit a jak se vyrovnat s depresí. Nevýhodou tohoto typu terapie mohou být konflikty mezi jednotlivými účastníky ve skupině a kromě toho i oslabení důvěrného vztahu s terapeutem.

V posledním typu terapie, jež si zde uvádíme, na základě dělení podle počtu účastníků, je terapie rodinná. Z té mívají i v dnešní době lidé veliké obavy a nechtějí se této terapie účastnit, protože přetrvává strach, že při terapii půjde o hledání viníka, někoho, kdo je zodpovědný za krizi v rodině, někoho, kdo může za to, že jeden z rodiny má depresi. Správná rodinná terapie na tomto principu však v žádném případě nefunguje a naopak se snaží zklidnit rodinné vztahy, díky čemuž je každý schopen vlastního vývoje a může dosáhnout pocitu úlevy. Díky rodinné terapii se může zlepšit porozumění mezi jejími jednotlivými členy navzájem a v ideálním případě si všichni uvědomí, že žádný viník v případě léčby deprese neexistuje. (Praško, Pašková, Prašková, 2001)

U dospívajících pacientů se jako nejosvědčenější psychoterapie, která přináší v poměrně krátkém čase značné zlepšení, ukázala kognitivně behaviorální terapie. Podle zmíněné terapie je problém v tom, že se depresivní jedinec naučil myslet depresivním způsobem, a proto tak i jedná. Cílem léčby je tedy aby terapeut, zde v podstatě fungující jako učitel, naučil nemocného změnit depresivní způsob na způsob konstruktivní. Terapeut nemocného postupně učí, jak plánovat a měnit svoji aktivitu, učí ho porozumět depresi a jejím příznakům, provádí s ním nácvik relaxace, ale i komunikace či asertivity a také společně zkouší různé metody řešení problémů. (Praško, Pašková, Prašková, 2001) Součástí léčby by u dětí a dospívajících měla být i rodinná terapie, kdy by se mělo dojít k resocializaci a reedukaci nejen depresivního dospívajícího, ale i jeho blízkých, a kromě toho je také důležitá jejich vzájemná spolupráce a motivace k psychoterapii. Při každém druhu psychoterapie je také, zvláště u dospívajících, nutné se zaměřit na poruchy sebehodnocení, schopnost adaptace a odstranění neoprávněných pocitů viny, protože právě díky tomu se začne měnit myšlení pacienta a do života se mu pomalu začne vracet naděje a vyhlídka lepších zítřků. (Hort, 2008)

7 DOSPÍVÁNÍ

Dospívání je velice složitým a kritickým obdobím v životě každého jedince. Americký psycholog G. S. Hall přirovnával na začátku 20. století období dospívání (konkrétně pak adolescenci) k německému literárnímu hnutí 18. století „Sturm und Drang“, tedy bouře a vzdor. Můžeme říci, že toto přirovnání bylo velice trefné, protože stejně jako v životě dospívajícího, tak i v daném literárním hnutí šlo především o revoltu proti všemu starému a o odhodlání být jiný a jinak i žít. (Macek, 1999)

V období dospívání dochází u každého člověka k řadě nejen tělesných, ale také psychických změn. Malé dítě, které si žilo doposud svůj téměř bezstarostný život, se musí během poměrně krátké doby proměnit v dospělého člověka, který je zodpovědný sám za sebe, za své činy, který musí najít vlastní identitu a ztotožnit se s rolemi, které bude v budoucím dospělém životě plnit. Jedinec se učí chápat sám sebe, jak z hlediska pohlaví, tak z hlediska jedinečnosti vlastní osobnosti, vytváří si nové sociální vazby s lidmi ze svého okolí, zažívá první emoční prožitky s osobou opačného pohlaví a také se zaměřuje na oblast ekonomickou, kdy se postupem času, pomocí vhodně zvoleného povolání, stane ekonomicky nezávislým na rodičích. Na konci období se pak jedinec postupně začíná připravovat na role, které ho budou čekat v budoucím rodinném životě – na roli manžela/manželky a také na roli rodiče. (Novotná, 2004)

Období dospívání můžeme rozdělit na:

- 1) Období pubescence, které trvá od 11 do 15 let (období pubescence má ještě dvě dílčí fáze – fázi prepuberty, která trvá asi od 11 do 13 let, a fázi vlastní puberty, která je přibližně časově vymezená od 13 do 15 let)
- 2) Období adolescence, které trvá od 15 až do 22 let (Langmeier, 2006)

Podle jiných dělení můžeme dospívání a mládí současně nalézt pod pojmem adolescence. Toto období je pak dále dle Macka (Macek, 1999) rozděleno na:

- 1) časnou adolescenci, která je vymezena časovým rozmezím asi od 10(11) do 13 let
- 2) střední adolescenci, která probíhá mezi 14. až 16. rokem jedince

3) pozdní adolescenci, která probíhá od 17 do 20 let někdy i déle (podle výzkumů na vysokých školách však bylo zjištěno, že se asi polovina studentů mezi 19 a 24 lety cítí být spíše adolescenty než dospělými)

Je velice důležité si uvědomit, že zmíněné časové vymezení je pouze orientační, neboť kromě toho, že u každého jedince má dospívání jiný průběh, tak má u každého i svoje individuální časové vymezení. Obecně platným faktem je pak dřívější nástup puberty u dívek, a to přibližně o dva roky než u chlapců. Další rozdíl pak můžeme spatřovat v ukončení období adolescence, neboť její konec připadá u vysokoškolských studentů na věk ještě o něco pozdější (respektive na dobu po absolvování studia), protože až tehdy se jedinec zbavuje „žákovské role“ a také ekonomické závislosti na rodičích. (Říčan, 2004)

7.1 HLAVNÍ CHARAKTERISTIKY OBDOBÍ DOSPÍVÁNÍ

Jak už jsme se zmínili výše, během dospívání se mění každý jedinec jak po stránce fyzické, tak po stránce psychické. Po stránce fyzické jde především o tělesný růst, nárůst váhy, u dívek dochází k zaoblování postavy, u chlapců se naopak začínají rýsovat svaly. Zvláště u chlapců je také patrná změna hlasu, kdy chlapcům hlas přeskakuje a „hrubne“ (tzv. mutace) a jedinec také dosahuje plné reprodukční zralosti. Společně s tělesnými změnami získává na důležitosti i jedincův zevnějšek. Dospívající se chce líbit, nejenom sobě, ale především ostatním lidem a zevnějšek se stává prostředkem k dosažení určité prestiže. Kromě toho slouží úprava zevnějšku a oblečení k vyjádření vlastní identity dospívajícího, příslušnosti k určité skupiny nebo může sloužit k odlišení od dospělých. Ačkoliv jsou tělesné změny v tomto období stejně důležité jako změny psychické, nejsou pro naši práci tolik směrodatné, a proto se dále zaměříme především na změny v oblasti kognitivního vývoje a také na oblast sociálních vztahů a změny osobnostní a emocionální.

7.1.1 KOGNITIVNÍ VÝVOJ

S obdobím dospívání je podle názorů švýcarského psychologa Jeana Piageta spojeno tzv. stádium formálních operací, což znamená, že dospívající vyvozují soudy

o soudech či dokážou myslet o myšlení, celkově se tedy rozvíjí pružnost myšlení. Kromě toho zvládají dospívající pracovat nejen s pojmy konkrétními, ale nově i s pojmy abstraktními, dokážou vytvářet domněnky, které nejsou opřeny o reálnou skutečnost a tyto pak se skutečným mohou srovnávat. Dospívající přemýšlí o tom, co by mohlo být a jaké by to bylo, vytváří si v mysli jakýsi svůj ideál, z čehož může ve srovnání se skutečností plynout právě kritičnost, nespokojenost a zklamání, což jsou jevy, které se u dospívajících vyskytují velmi často. K další změně dochází při řešení problémů, kdy se jedinec nespokojí s jediným řešením, ale uvažuje o různých alternativách a ty pak systematicky zkouší a nakonec vyhodnocuje. Podle výzkumů, jež využívají magnetickou rezonanci, se můžeme dozvědět, že lidský mozek je v období dospívání hotový asi z 80%. Kognitivní procesy jsou zajištěny pomocí čelního laloku a ten dozrává u žen průměrně mezi 21 až 23 rokem a u mužů kolem 28 let.

Kognitivní vývoj v období dospívání ovlivňuje také jedincovo morální hodnocení. Podle amerického psychologa Lawrence Kohlberga a jeho stádií morálního vývoje, se jedinec v tomto období nachází na postkonvenční úrovni, což znamená, že se sám vědomě rozhoduje, jaké normy bude z morálního hlediska přijímat za správné. Právě „absolutní morálka“, kdy jedinec určitou normu považuje za správnou za každé situace a pro každého, může být častým zdrojem konfliktů s ostatními lidmi. (Langmeier, 2006)

Ovlivnění novým způsobem myšlení, mění dospívající svůj vztah k časové dimenzi, to znamená, že již nejsou orientováni na současnost, jako mladší školáci, ale důležitou se pro ně stává budoucnost. Se změnami v uvažování se mění i postoje k základním lidským potřebám, především můžeme mluvit o nové potřebě jistoty a bezpečí, protože budoucnost se zdá dospívajícím jako nejistá a bez záruk. Větší důležitost pak bývá připisována potřebě seberealizace, kdy se jedinec opět zamýšlí nad budoucností a chápe, že nejsou důležité pouze aktuální výkony, ale i výkony budoucí. (Vágnerová, 2008)

V období dospívání však nedochází pouze ke změnám v myšlení, ale dochází také k vývoji paměti. Dlouhodobá paměť zvětšuje stále svoji kapacitu a podstatný je také fakt, že je v tomto období důležitý rozvoj logické paměti a na ústupu se naopak ocitá paměť mechanická, neboť dospívající si dokážou jen velice těžko zapamatovat látku, která nedává žádný smysl. Zároveň s pamětí je pak na svém vrcholu fluidní inteligence, která se

po tomto období již postupně začíná snižovat. Naproti tomu druhá složka inteligence, inteligence krystalická, se díky učení neustále zvyšuje a u zdravého jedince začíná klesat až v pozdním stáří. (Vágnerová, 2008)

V neposlední řadě bychom měli zmínit také pozornost, protože většina adolescentů je schopna jen velice obtížně svou pozornost koncentrovat a její kontrola se zlepšuje až s postupujícím věkem. (Vágnerová, 2008)

7.1.2 EMOČNÍ A OSOBNOSTNÍ VÝVOJ

V průběhu dospívání, které můžeme z hlediska emocionálního vývoje považovat za celkem dlouhé období, se u každého jedince střídají různé etapy s odlišnými citovými projevy. Jednoduše řečeno začíná s nástupem dospívání období zvýšené emoční lability, které souvisí s negativními náladami, krizemi, zvýšenou mírou sebereflexe či egocentričnosti a také dochází k pocitovým zvrátům, což souvisí s hormonálními změnami. Zvýšená intenzita emočních prožitků v tomto období je totiž propojena i se stránkou tělesnou, neboť právě teď dochází k dozrávání limbického systému. Samozřejmě vždy záleží na individualitě každého jedince, protože ne zdaleka pro každého je dospívání kritickým obdobím. Jak moc bude období dospívání bouřlivé, je kromě individuality určeno také kulturními a sociálními faktory, rovněž stylem výchovy a samozřejmě i pohlavím, neboť například u sedmnáctiletých dívek bylo zaznamenáno, že pubertální změny prožívají daleko intenzivněji a dlouhodoběji, a právě v tomto věku, jsou na tom z hlediska subjektivního pocitu pohody a emocionálního ladění celkově hůře než chlapci. Pro tuto pozdější část období dospívání (cca od 16 let až do konce období dospívání) je také typická vyšší extroverze, odeznívání náladoivosti a postupné mizení vysoké lability, tedy i menší impulzivnost, na druhou stranu ale i přibývání a diferenciací silných prožitků.

Velký význam hrají u dospívajících také estetické city a mravní citění. Mladý člověk si utváří ideály, a proto dochází často k tzv. prvnímu vystřízlivění, když se jedincovy sny setkají s realitou všedního dne. Kromě toho získávají na důležitosti city související s erotickou stránkou života. (Macek, 1999)

Z hlediska osobnostního vývoje je nejdůležitějším úkolem vybudování vlastní identity jedince, s čímž úzce souvisí i vývoj sebepojetí a sebehodnocení. Vývoj identity jedince není krátkodobým úkolem, ale jedná se o dlouhodobý proces, který nemusí být vždy v období dospívání dokončen a může pokračovat i po značnou část období dospělosti. Kromě toho, že by jedinec měl pochopit, kdo vlastně je, jaký je, kam v životě směřuje, co cítí, proč se chová zrovna daným způsobem apod., je součástí vývoje identity, právě v období dospívání více než kdy dřív, zaměření se na vlastní vzhled. V současné době však nezáleží jenom na sebepojetí jedince, ale z velké části také na módním diktátu dnešních médií a společnosti, a protože dospívající hledá na svém těle každyčkou drobnou vadu, nezřídka vše vyústí např. v jednu z poruch příjmu potravy. V rámci sebehodnocení se dospívající nezaměřuje pouze na vzhledovou stránku svojí osoby, ale záleží mu také na tom, jak ho vidí jeho okolí, ať už jde o jeho rodinu či přátele.

7.1.3 SOCIÁLNÍ VÝVOJ

Mezi hlavní vývojové úkoly, které by měly být v období dospívání splněny, patří v oblasti sociálních vztahů především navazování významnějších a hlubších vztahů s vrstevníky obojího pohlaví, uvolnění z přílišné závislosti na rodičích a také ztotožnění se s budoucí rolí partnera a rodiče a volba budoucího povolání. Je potřeba si uvědomit, že jednotlivé úkoly, jimiž by měl jedinec v období dospívání projít z hlediska sociálního vývoje, velice úzce souvisí s emočním vývojem, a proto nemůžeme tyto dvě oblasti striktně oddělit.

Jedním z nejvýznamnějších úkolů, se kterým se z hlediska sociálního vývoje musí dospívající jedinec vypořádat, je emancipace od rodiny. U každého člověka můžeme již v dětství pozorovat větší či menší snahy o osamostatňování se a navazování vztahů mimo primární rodinu. Během dospívání tento proces sílí, neboť dospívající postupně zjišťuje, že už zvládne mnoho věcí vykonat sám, bez pomoci rodičů. Zároveň začíná pociťovat zodpovědnost, např. za svoje studijní výsledky, a mnoho dospívajících zažívá na brigádě svoji první zkušenost s prací a následným hospodařením s vydělanými penězi. Celý proces emancipace je závislý hlavně na tom, jak moc jsou rodinné vztahy hluboké a bezkonfliktní. Čím je situace v této oblasti v rodině pozitivnější, tím snadněji osamostatňování probíhá.

Samozřejmě ani při kladných vztazích v rodině nemusí vše probíhat bez problémů. Někteří rodiče, obzvláště matky, se tak moc bojí, že o dítě přijdou, že se snaží závislost dítěte udržet za každou cenu. Na druhou stranu existují i rodiče, jež svého syna nebo dceru nutí do předčasné samostatnosti. Pro období dospívání je ale nutné, aby se jedinec ve správnou dobu od své rodiny odpoutal a začal navazovat i jiné společenské vztahy, a to především s vrstevníky. V opačném případě mohou nastat problémy, jako je nenávistný přístup k rodičům, snaha zůstat dítětem nebo uzavírání se do vlastního světa. (Langmeier, Krejčířová, 2006) Za normálních okolností si každý jedinec procesem emancipace projde a většina dospívajících má následně ke svým rodičům pozitivní vztah. Bouřlivé období dospívání totiž jednou skončí, a přestože jedincům vztah s rodiči už nikdy nebude takový jako v dětství, zůstane pro něj rodina navždy bezpečným místem, kam se může vracet.

V souvislosti s postupným osamostatňováním se začíná dospívající navazovat nové vztahy se svým okolím. Jde především o vztahy kamarádské a později partnerské. Tyto vztahy jsou pro dospívajícího zásadní, neboť mu poskytují jistotu a připravují ho pro budoucí vztahový život. Utváření vztahů probíhá v jednotlivých etapách, které se částečně překrývají a stejně jako období dospívání, i nástup jednotlivých etap je u každého jedince individuální. Podle Langmeiera (Langmeier, Krejčířová, 2006) existuje pět etap utváření vztahů – skupinová izosexuální fáze, individuální izosexuální fáze, přechodná etapa, heterosexuální fáze polygamní a etapa zamilovanosti. V první fázi jde především o utváření skupinek jedinců stejného pohlaví, které mohou spojovat například stejné koníčky. Tyto skupinky jsou oproti skupinkám, jež byly utvářeny v mladším věku daleko stabilnější a zároveň v nich má každý přesně stanovenou svoji roli a úkoly. Ve většině případů je příslušnost ke skupině vnímána pozitivně, problémem však mohou být skupiny, kde se jedinec pod tlakem vůdce či většiny uchýlí ke lhaní, krádežím či jiným patologickým jevům. V další, individuální izosexuální fázi, jedinec postupně opouští skupinu a pociťuje potřebu intimnějšího párového přátelství s jedincem stejného pohlaví, s nímž by mohl sdílet i svoje nejtajnější pocity. V etapě, která se nazývá jako přechodná, se u dospívajících začíná objevovat zájem o druhé pohlaví. V tomto období jsou dospívající ještě stydliví a tak stále setrvávají spíše ve skupině a jejich projevy náklonnosti mají prozatím formu pokřikování či konání větších nebo menších naschválů osobě zájmu. V předposlední fázi, kterou je heterosexuální fáze polygamní, která začíná kolem 15. roku, se začínají

objevovat první skutečné lásky mezi dívkami a chlapci, i přesto, že zpočátku bývají nestálé a proměnlivé. Takovéto vztahy slouží hlavně k získávání zkušeností, a to nejen v oblasti citové, ale též sexuální. Přesto jsou tyto vztahy velmi silně prožívány a vzpomínáme na ně dokonce po celý život. Ne všichni dospívající však v tomto období nachází partnera a bolestivé odmítnutí může vést ke ztrátě sebedůvěry a k množství komplexů. Na počátku dospělosti přichází poslední etapa, etapa zamilovanosti, kdy za příznivých podmínek dochází k vytvoření trvalejšího vztahu, jenž je založen nejen na fyzické přitažlivosti, ale i na vzájemné lásce a důvěře. Tyto vztahy mohou následně vyústit v manželství a založení nové rodiny. Problémem dnešní doby je navazování prvních partnerských vztahů (i vztahů sexuálních) v nižším věku než dříve, a protože jedinci nejsou na vztah dostatečně psychicky připravení, časem dojde ke ztroskotání vztahu. Takovýto konec vztahu může být jedním ze spouštěčů depresivního onemocnění u dospívajících. (Langmeier, Krejčířová, 2006)

Posledním nezbytným úkolem v oblasti sociálního vývoje, který si uvedeme, je volba budoucího povolání. Již malé děti si představují, co by jednoho dne chtěly dělat, čím by chtěly být. Jejich představy jsou ale většinou dosti nereálné a neohlíží se na předpoklady, které je pro výkon dané profese nutné mít. Někdy kolem jedenáctého roku se tyto představy postupně stávají realističtějšími, dítě se ohlíží na své dovednosti, prospěch a další nutné faktory potřebné pro výkon profese, jíž by se jednou chtěly živit. Nutné je, aby zde pro dospívajícího byli rodiče, kteří mu v otázce volby povolání mohou poradit, společně s dospívajícím si ujasnit pro a proti daného výběru a učinit kompromis. Chybou vždy je, když rodiče nutí své děti do výkonu profese, která se např. v rodině „dědí“ nebo pokud si rodiče skrz dítě chtějí plnit své vlastní neuskutečněné sny. Věnuje-li se totiž dospívající studiu či profesi, jež ho netěší, pak i tato skutečnost může u některých jedinců být spouštěčem deprese nebo může depresi zhoršovat. (Macek, 1999)

7.2 SPECIFICKÉ VÝVOJOVÉ PROBLÉMY DOSPÍVAJÍCÍCH V DNEŠNÍ SPOLEČNOSTI

Jak jsme si již zmínili, období dospívání přijde jednoho dne v životě každého jedince. Důležitý je ale fakt, že jde o velice individuální záležitost, která má u každého jiný nástup, jiný průběh a také se jinak projevuje. Co mají však všichni dospívající společné, jsou určité

změny, se kterými se musejí vyrovnat. Tyto změny však nejsou pouze záležitostí individuální, ale také jsou ovlivněny společenskou situací a dobou, v níž dospívající žije. Právě tyto problémy ovlivňují jedince, ať už pozitivně či negativně, a také oni mohou být častokrát spouštěčem depresivního onemocnění. Podle Langmeiera (Langmeier, Krejčířová, 2006) patří mezi tyto specifické vývojové problémy u dospívajících dnešní doby především rozpor mezi fyzickou a sociální zralostí, rozpor mezi rolí a statutem, rozpor mezi hodnotami mladé a starší generace a také rozpor mezi hodnotami rodiny a vnější společnosti.

Tyto specifické problémy, především první dva, jsou pak velkou měrou ovlivněny trendem dnešní doby, tzv. sekulární akcelerací. Tímto pojmem je označováno urychlení nástupu dospívání pozorované během posledních 100 let ve vyspělých evropských a amerických státech. Jde především o skutečnost, že dochází k nástupu dospívání po biologické stránce v mladším věku než dřívějších dobách. Teorie zkoumající sekulární akceleraci se zaměřovaly především na sledování nástupu menstruace u dívek, kdy během sledovaného období došlo ke snížení průměrného věku nástupu menstruace u českých dívek z 15 – 16 let (v roce 1897) asi na 13 let (rok 1981). Kromě toho bylo pozorováno výrazné urychlení růstu do výšky. (Langmeier, Krejčířová, 2006). Jednoduše řečeno, sekulární akcelerace znamená rychlejší nástup dospívání po stránce tělesné a podle některých teorií i po stránce duševní (emoční). Díky tomuto dřívějšímu nástupu období dospívání se tedy zkrátila doba dětství ve prospěch oddálení dospělosti. Tento jev je s největší pravděpodobností způsoben nejen lepšími životními podmínkami, jako jsou výživa či hygiena, ale také lepší lékařskou péčí a celkovou změnou ve struktuře společnosti. Ačkoli se může zdát, že sekulární akcelerace je spojena pouze s pozitivem, kdy má jedinec více času na vyrovnání se s kritickým obdobím dospívání, i zde je možno spatřovat negativa a to především u studentů vysokých škol. U těch, stejně jako u ostatních jedinců, dojde k dřívějšímu nástupu dospívání, ale problém se objevuje kvůli dosažení dospělosti po všech stránkách, neboť u studentů VŠ bývá zpravidla sociální zralost spojena s pozdějším věkem. Jedinec je tedy dospělý po stránce tělesné a emoční, avšak po stránce sociální bývá častokrát ještě po celou dobu studia finančně závislý na rodičích a k nástupu sociální zralosti u něho dochází až po studiích. Právě to, že se jedinec cítí již dostatečně zralý, ale jeho budoucí pracovní aktivita spojená se sociální

a osobní nezávislosti je zatím v nedohlednu u něj může vyvolávat nejen depresivní myšlenky, ale mohou se u něj projevat nesnáze patrné v poruchách chování. Tento problém souvisí s prvním specifickým vývojovým problémem, který jsme si uvedli, tedy s rozporem mezi rolí a statusem. Ten je ale mimo jiné také hodně patrný v oblasti sexuálního uspokojení, které by si jedinec mnohdy přál naplnit rolí manželskou a rodičovskou, ale právě kvůli nedostatečné sociální zralosti k tomuto zatím nedochází. V neposlední řadě můžeme ještě zmínit odlišnou sexuální orientaci, kterou si právě v tomto věku jedinec začíná skutečně uvědomovat a může mu trvat dlouhou dobu, než se s danou situací dokáže vyrovnat.

S vývojem společnosti, s nástupem technických vymožeností, s převratnými objevy ve vědě a se společenskými změnami v dnešní době přichází i odlišnosti v názorech a postojích dnešní generace a těch, co vyrůstali v době dřívější za odlišných podmínek. Ač jsou tyto rozdíly naprosto přirozené, mohou být často zdrojem konfliktů, kdy si mladí lidé nechtějí nechat do svého života zasahovat starší generací s jejich zkušenostmi a naopak starší generace se nechce vzdát svých zažitých pravd a platných měřítek a nechce diskutovat o žádných „novotách“. Tento problém lze však velice snadno odstranit, pokud budou zástupci obou generací ochotni naslouchat, činit kompromisy a budou se snažit druhému porozumět. (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Jak jsme si již uvedli, období dospívání je poměrně konfliktní a po stránce sociálních vztahů proto náročné. Jedinec se mění a postupně přestává nekriticky přijímat a uznávat veškeré názory a hodnoty svých rodičů, začíná jim vzdorovat a také je srovnávat s názory a normami svých přátel a okolí, objevuje se tedy rozpor mezi hodnotami rodiny a vnější společností. Pro zachování dobrých vztahů mezi rodiči a dětmi je v dospívání důležité přizpůsobit výchovný přístup, a to ne na úkor důsledného vedení, ale spíše se snažit k dospívajícímu přistupovat trpělivě a chápavě, snažit se tolerovat jeho citové výkyvy a nálady a při určitém odcizení dítěte nikdy nevyzvídat ani nepoužívat nátlak, ale spíše se snažit být dobrým posluchačem a vyvinout podporu při utváření jeho již zralého sebepojetí.

8 DOSPÍVÁNÍ A DEPRESE

Dnešní společnost a především sami dospívající chápou dětství a především pak období dospívání, jako dobu, kterou je třeba co nejrychleji překonat a stát se dospělým, se všemi jeho právy a svobodami. Častokrát si ale neuvědomují, že s dokončením období dospívání přichází také povinnosti světa dospělých a nové a větší starosti. Důležitý je však fakt, že si kolikrát nikdo z nich neuvědomuje, jak je samotné dospívání náročným a rizikovým procesem.

Není to tak dlouho, co převládaly názory, že se deprese jako takové u dětí vůbec nevyskytují, až teprve v posledních desetiletích se začal připouštět názor, že i u dětí se mohou objevovat „dospělé verze“ depresivní poruchy. (Barker, 2004) Podle výzkumů se v dnešní době vyskytují deprese asi u 1- 8% dětí a adolescentů a kromě toho je také riziko suicidia u nezletilých trpících depresí až dvacetkrát vyšší než u dospělých. Můžeme tedy říct, že deprese u dnešních dospívajících není ničím výjimečným.

Deprese u adolescentů má mnoho společných znaků s depresivní epizodou u dospělých, objevují se symptomy z oblasti kognitivní, emoční, afektivní, motorické, somatické a sociální, ale i mnoho odlišností. Hlavními příznaky depresivního syndromu u adolescentů je ztráta zájmů, ztráta komunikace, sociální stažení, selhávání ve škole, únava, zvýšená spavost, změny hmotnosti, prudké kolísání nálad, beznaděj, anhedonie, smutek atd. Oproti dospělým se pak více objevují pocity nudy, podrážděnost, zasněnost, rezignace, histrionské chování či anxieta spojená s velkou konzumací drog a alkoholu. Objevuje se také rychlé navazování nových kontaktů bez citové vazby, úzkostné sebesledování či hypochondrické obavy. (Hort, 2008) Jelikož je diagnostika depresí u dospívajících velice obtížná, často může být zaměňována s jinými nemocemi, může na ni být nahlíženo jako na poruchu chování, vývojovou krizi nebo jako na agresivitu. Samotným problémem je i fakt, že dospělí častokrát onu „náladovost“ u svých dětí přehlížejí a jejich smutné náladě nepřikládají důležitost. Samotní psychiatři se také shodují v názoru, že například velkou depresivní poruchu mohou u dospívajícího s jistotou diagnostikovat až od 14. roku. (Honzák, 1999)

Častěji se vyskytujícím příznakem u depresivních dospívajících jsou také sebevražedné myšlenky či dokonce suicidiální pokusy. Důvodem většího výskytu

sebevražď v dospívání je především fakt, že dospívající jednají impulzivně, celý svět vidí pouze černobíle a všechny problémy řeší zásadně radikálně. Problematiku sebevražď u dospívajících není radno podceňovat a v případě možnosti sebevražďy je nutná u depresivního dospívajícího jeho hospitalizace. (Křivohlavý, 2013) Na základě rozhovoru s primářem dětské psychiatrické kliniky Fakultní nemocnice Motol Jiřím Koutkem, který byl zveřejněn v roce 2001, se dozvídáme, že u nás ročně úspěšně vykoná sebevražďdu až padesát dospívajících, nedokonaných sebevražď je však mnohonásobně více. Kromě toho procento úspěšně vykonaných sebevražď je daleko vyšší u chlapců než u dívek, což záleží především na zvolení způsobu suicidia, neboť chlapci volí agresivnější metody, jako je oběšení, naproti tomu dívky se uchylují k intoxikaci pomocí léků a je u nich tedy větší šance na záchranu. (www.tyden.cz)

PRAKTICKÁ ČÁST

9 CHARAKTERISTIKA A CÍLE VÝZKUMU, METODY VÝZKUMU

Praktická část této diplomové práce je tvořena ze dvou částí. V první části se zaměříme na využití Sebeposuzovací stupnice deprese podle Zunga (Zung Self-Rating Depression Scale SDS) a také Posuzovací stupnice tíže deprese PHQ – 9 v praxi a následně jejich zpracování a vyhodnocení. Ve druhé části se seznámíme s kazuistikami dvou chlapců, kteří trpí depresivní poruchou či depresivním syndromem.

Hlavním cílem našeho výzkumu bylo zjistit, zda je věková kategorie dospívajících skutečně ohrožena depresí, jelikož předpokládáme, že jde o rizikovou skupinu. Druhá hypotéza naší práce je pak zaměřena na srovnávání výskytu depresivních příznaků a následně i míry deprese u obou pohlaví, přičemž předpokládáme, na základě prostudované literatury a dalších informačních zdrojů, že se depresivní projevy budou ve větším měřítku objevovat u dívek.

Výzkumu pomoci dvou výše uvedených posuzovacích stupnic deprese se zúčastnilo celkem 100 respondentů ve věku 15 a 16 let. Z uvedeného vzorku bylo 80 respondentů a respondentek (konkrétně 37 dívek a 43 chlapců) z prvních ročníků některých oborů na Střední škole Rokycany a zbývajících 20 respondentů byli studenti Středního odborného učiliště stavebního v Plzni. Obě posuzovací stupnice byly vyplněny v prosinci 2014 anonymně, po respondentech bylo požadováno pouze vyplnění pohlaví a věku. Veškeré údaje byly využity pouze pro potřeby našeho výzkumu.

Tabulka č. 1 Počty a složení souboru respondentů

Pohlaví	Věk	Počet respondentů
Muž	15	23
Muž	16	40
Žena	15	20
Žena	16	17
Celkem	-	100

Sebeposuzovací stupnice deprese podle Zunga (Zung Self-Rating Depression Scale SDS) je jednou z metod, jež se používají pro diagnostiku deprese. Autorem tohoto dotazníku je psychiatr William W. K. Zung, který s touto metodou zjišťující míru deprese přišel ve druhé polovině 20. století. Zmíněná metoda slouží k diagnostice deprese nejen u adolescentů a dospělých, ale také u pacientů v psychiatrické léčbě. Dotazovaní měli za úkol celkem u 20 tvrzení označit vždy jednu z možností Nikdy nebo zřídka, Někdy, Dost často a Velmi často nebo stále, a to na základě toho, která podle nich nejlépe vystihovala jejich fyzický či duševní stav v posledních dvou týdnech až měsíci (z důvodu, že jsme se snažili zaměřit na současný psychický stav studentů a také z toho důvodu, že tento konkrétní časový údaj byl využit i u druhé výzkumné metody). Jednotlivá intenzita tvrzení jsou hodnocena body od 1 do 4, přičemž 1 znamená normální fungování, naproti tomu 4 ukazuje na vážně narušené fungování. Výsledný počet bodů, jehož může respondent při vyplňování dotazníku dosáhnout, se pohybuje v rozmezí od 20 do 80 bodů a tyto body jsou dále převedeny na tzv. SDS index. Hodnoty SDS indexu se pak pohybují v rozmezí od 25 do 100 a podle něj je tedy následně možné určit očekávaný/pravděpodobný klinický nález. Ten se pohybuje podle rozmezí SDS indexu od normálního, kdy se nejeví známky deprese, přes nález se známkami minimální deprese, dále se známkami středně těžké až těžké deprese, až po přítomnost těžké až extrémně těžké deprese. (www.drogy-info.cz)

Posuzovací stupnice tíže deprese PHQ – 9, kterou jsme použili jako druhou metodu v našem výzkumu, je modifikována z PRIME-MD. Tento validovaný dotazník bývá používán v primární péči u osob, u nichž je podezření na depresi. Dotazník obsahuje celkem devět tvrzení a dotazovaní vybírají podle svého uvážení jedno z možných tvrzení Vůbec ne, Několikrát, Více než polovinu času a Téměř každý den analogicky jako u první metody. Každé odpovědi je následně přiřazeno bodové skóre. Výsledné, sečtené, body pak informují, zda se u jedince jedná o mírnou, středně těžkou, těžkou nebo velmi těžkou depresi nebo zda se u něj naopak deprese nevyskytuje.

Na začátku výzkumu byli všichni respondenti poučeni, jak mají oba dotazníky vyplnit. Bylo jim sděleno, že dané dotazníky jsou anonymní a jejich výsledky slouží výhradně pro potřebu této diplomové práce. Kromě toho byli všichni respondenti informováni o tom, že v dotaznících neexistují žádné správné a špatné odpovědi a zároveň byli požádáni, aby vyplnili všechny otázky dle pravdy.

9.1 ZPRACOVÁNÍ DAT Z DOTAZNÍKU

Data, která jsme získali díky dotazníkovému průzkumu, byla dále zpracována pomocí tabulkového softwaru MS Excel, pomocí kterého byly vygenerovány tabulky a grafy, jež slouží k dalšímu hodnocení výsledků. V následujících dvou podkapitolách se budeme věnovat vyhodnocování každého dotazníku, přičemž se budeme nejvíce zaměřovat na rozdíly ve výsledcích u obou pohlaví.

9.1.1 SEBEPOSUZOVACÍ STUPNICE DEPRESE PODLE ZUNGA

V této podkapitole se blíže podíváme na vyhodnocení jednotlivých otázek v Sebeuposuzovací stupnici deprese podle Zunga. Pro každou z dvaceti otázek jsme vytvořili dvě tabulky, jednu pro každé pohlaví. V každé z tabulek je pro každou z možností uveden počet mužů/žen, kteří tuto možnost vybrali, a jejich četnost je v tabulce následně vyjádřena v procentech. Samotný dotazník pak najdeme v přílohách (viz příloha č. 2)

Otázka č. 1 *Jsem smutný, skleslý, sklíčený.*

Tabulka č. 2 - Muži

Věk	Počet respondentů	Nikdy (zřídka)	Někdy	Dost často	Velmi často (stále)
15	23	2	15	4	2
16	40	9	29	2	0
Celkem	63	11	44	6	2
Vyjádření v %		17,46	69,84	9,52	3,17

Tabulka č. 3 - Ženy

Věk	Počet respondentů	Nikdy (zřídka)	Někdy	Dost často	Velmi často (stále)
15	20	3	15	1	1
16	17	3	10	4	0
Celkem	37	6	25	5	1
Vyjádření v %		16,22	67,57	13,51	2,70

V první otázce, která se zaměřuje na náladu jedince, vybrala obě pohlaví s téměř stejným počtem procent (necelých 70 %) možnost někdy. Ačkoliv právě smutná nálada a sklíčenost bývá jedním z prvotních příznaků deprese, projev smutku je typický pro většinu dospívajících, ať už jako důsledek hormonálních změn nebo jako reakce na změny související s opouštěním dětství a přípravou na život dospělých apod. Pouze 1 dívka a 2 chlapci vybrali možnost Velmi často (stále), a proto neshledáváme celkově situaci za nijak závažnou.

Otázka č. 2 *Nejlépe se cítím ráno.*

Tabulka č. 4 - Muži

Věk	Počet respondentů	Nikdy (zřídka)	Někdy	Dost často	Velmi často (stále)
15	23	10	12	1	0
16	40	14	19	5	2
Celkem	63	24	31	6	2
Vyjádření v %		38,10	49,21	9,52	3,17

Tabulka č. 5 - Ženy

Věk	Počet respondentů	Nikdy (zřídka)	Někdy	Dost často	Velmi často (stále)
15	20	7	12	0	1
16	17	11	6	0	0
Celkem	37	18	18	0	1
Vyjádření v %		48,65	48,65	0,00	2,70

Odpovědi na druhou otázku, které najdeme zaznamenané v tabulkách č. 4 a 5 byly u obou pohlaví značně odlišné. V kategorii muži vybralo možnost Nikdy asi 38 % a u žen šlo téměř o polovinu respondentek, kdy možnost Nikdy vybralo cca 49 %. V souvislosti s depresemi se uvádí, že se nemocní ráno cítí nejhůře a ke zlepšení jejich stavu obvykle dochází večer. Přesto, že se podle našich dotazníků cítí Velmi často nejlépe ráno přibližně pouhá 3 % procenta v obou kategoriích, nemusí jít nutně o příznaky deprese, neboť dospívající potřebují více spánku, než v jakémkoliv jiném věku a zároveň nechtějí zbytečně

spát, aby něco neprošvihli. Odtud tedy může pramenit jejich únava, která se projevuje hlavně při ranním vstávání.

Otázka č. 3 *Bývá mi do pláče nebo dokonce pláču.*

Tabulka č. 6 - Muži

Věk	Počet respondentů	Nikdy (zřídka)	Někdy	Dost často	Velmi často (stále)
15	23	13	10	0	0
16	40	32	6	2	0
Celkem	63	45	16	2	0
Vyjádření v %		71,43	25,40	3,17	0,00

Tabulka č. 7 - Ženy

Věk	Počet respondentů	Nikdy (zřídka)	Někdy	Dost často	Velmi často (stále)
15	20	6	8	5	1
16	17	2	11	4	0
Celkem	37	8	19	9	1
Vyjádření v %		21,62	51,35	24,32	2,70

Jedním z hojně se vyskytujících příznaků deprese bývá častý pláč, který je většinou bezdůvodný. Jak jsme předpokládali, plačtivost se vyskytla ve značně větší míře u dívek, kde téměř čtvrtina dotázaných uvedla, že pláčou dost často. Naopak nás překvapilo, že téměř stejná část dívek uvedla, že nikdy nepláče, popřípadě pláče jen zřídka, protože jsme předpokládali, že zvláště u dospívajících dívek bude situace daleko dramatičtější. Naopak nás vůbec nepřekvapila situace u chlapců, kde dost často pláčou, nebo bývá do pláče pouhým 3 %, což ve výzkumném vzorku mužů odpovídá dvěma jedincům. Skutečnost, že ještě i dnešní společnost pohlíží na pláč, jako na něco nevhodného pro mužské pohlaví, se odráží v tabulce č. 6, kde téměř tři čtvrtiny dotázaných nikdy nepláčou.

Otázka č. 4 *V noci špatně spím.*

Tabulka č. 8 - Muži

Věk	Počet respondentů	Nikdy (zřídka)	Někdy	Dost často	Velmi často (stále)
15	23	13	7	3	0
16	40	21	12	4	3
Celkem	63	34	19	7	3
Vyjádření v %		53,97	30,16	11,11	4,76

Tabulka č. 9 - Ženy

Věk	Počet respondentů	Nikdy (zřídka)	Někdy	Dost často	Velmi často (stále)
15	20	6	10	2	2
16	17	4	8	2	3
Celkem	37	10	18	4	5
Vyjádření v %		27,03	48,65	10,81	13,51

U otázky č. 4, která zjišťovala kvalitu spánku v noci, spí u chlapců špatně Velmi často necelých 5 % procent, což odpovídá 3 chlapcům, u dívek už se pak jedná o necelých 14 %, jež je tvořeno 5 dívkami. Velké rozdíly spatřujeme také v zastoupení mužů a žen u možnosti Nikdy, neboť více než polovina dotázaných chlapců nemá v noci problémy se spánkem, u dívek je to pak pouhých 27 %.

Otázka č. 5 *Mám stejnou chuť k jídlu a jím jako dřív*

Tabulka č. 10 - Muži

Věk	Počet respondentů	Nikdy (zřídka)	Někdy	Dost často	Velmi často (stále)
15	23	2	10	5	6
16	40	8	14	12	6
Celkem	63	10	24	17	12
Vyjádření v %		15,87	38,10	26,98	19,05

Tabulka č. 11 - Ženy

Věk	Počet respondentů	Nikdy (zřídka)	Někdy	Dost často	Velmi často (stále)
15	20	5	7	5	3
16	17	3	8	4	2
Celkem	37	8	15	9	5
Vyjádření v %		21,62	40,54	24,32	13,51

Tabulky č. 10 a 11 se zaměřovaly na proměnlivost chuti k jídlu u dospívajících, respektive se snažily zjistit, zda je jejich chuť k jídlu stejná jako dřív. Ačkoliv bylo toto tvrzení vyvráceno téměř u 16 % chlapců a necelých 22 % dívek, nemůžeme tyto problémy spojovat automaticky s depresí, neboť změna chuti souvisí nejen s depresí, ale například i se stresem ze zkoušek, souviset může taktéž s přechodem ze základní školy na školu střední, s čímž se někteří jedinci ještě nemusely vyrovnat, a také s faktem, že se v dospívání mění chuť a objevuje se, v některých případech, touha po krásné postavě.

Otázka č. 6 *Sexuální život mi činí stejné potěšení jako dřív*

Tabulka č. 12 - Muži

Věk	Počet respondentů	Nikdy (zřídka)	Někdy	Dost často	Velmi často (stále)
15	23	4	6	5	8
16	40	5	9	8	18
Celkem	63	9	15	13	26
Vyjádření v %		14,29	23,81	20,63	41,27

Tabulka č. 13 - Ženy

Věk	Počet respondentů	Nikdy (zřídka)	Někdy	Dost často	Velmi často (stále)
15	20	2	5	2	11
16	17	3	4	5	5
Celkem	37	5	9	7	16
Vyjádření v %		13,51	24,32	18,92	43,24

V případě úbytku sexuální apetence, byla situace u obou pohlaví v tabulkách č. 12 a 13 velice podobná. Kolem 41 % u chlapců a 43 % u dívek nepociťuje v této oblasti snížení zájmu. Tato otázka však nemusí být pro studenty prvních ročníků úplně vhodná, neboť nevíme, zda mají v sexuální oblasti již nějaké zkušenosti. Z důvodu, že tuto otázku vyplnili všichni respondenti a ani se z jejich strany při vyplňování nevyskytli žádné připomínky, jsme otázku v dotazníku ponechali a započítali ji do výsledného vyhodnocování.

Otázka č. 7 *Všiml/a jsem si, že ubývám na váze.*

Tabulka č. 14 - Muži

Věk	Počet respondentů	Nikdy (zřídka)	Někdy	Dost často	Velmi často (stále)
15	23	9	11	2	1
16	40	17	19	3	1
Celkem	63	26	30	5	2
Vyjádření v %		41,27	47,62	7,94	3,17

Tabulka č. 15 - Ženy

Věk	Počet respondentů	Nikdy (zřídka)	Někdy	Dost často	Velmi často (stále)
15	20	6	10	2	2
16	17	8	7	2	0
Celkem	37	14	17	4	2
Vyjádření v %		37,84	45,95	10,81	5,41

Po uvedení otázky na pravou míru, kdy bylo v rámci dotazu jedné studentky vysvětleno, že se v otázce č. 7 jedná o nezáměrné hubnutí, a ne hubnutí vyvolané dietou, vybralo možnost Velmi často u chlapců asi 3 % dotazovaných, což jsou 2 chlapci, u dívek pak tuto možnost zvolilo přes 5 % procent, shodou okolností, i zde šlo o 2 dívky. Možnost Dost často vybralo 5 chlapců a 4 dívky. Především nezáměrné hubnutí, ale i další změny v oblasti stravování bývají jedním z příznaků deprese.

Otázka č. 8 *Mám potíže se zácpou.*

Tabulka č. 16 - Muži

Věk	Počet respondentů	Nikdy (zřídka)	Někdy	Dost často	Velmi často (stále)
15	23	22	1	0	0
16	40	31	9	0	0
Celkem	63	53	10	0	0
Vyjádření v %		84,13	15,87	0,00	0,00

Tabulka č. 17 - Ženy

Věk	Počet respondentů	Nikdy (zřídka)	Někdy	Dost často	Velmi často (stále)
15	20	15	3	1	1
16	17	16	1	0	0
Celkem	37	31	4	1	1
Vyjádření v %		83,78	10,81	2,70	2,70

V otázce č. 8 značně převažovala v obou tabulkách odpověď Nikdy, která získala přibližně 84 % u obou pohlaví. Stejně jako v předchozí otázce, i zde je uváděn jeden z příznaků typických pro deprese v oblasti stravování. Ne vždy však musí zácpa signalizovat deprese, stejně tak se může jednat o špatnou skladbu jedincovi stravy apod. Zároveň může nízká četnost u odpovědí Dost často a Velmi často (u chlapců nulová) signalizovat také stydlivost dospívajících, kteří určité problémy neradi přiznávají.

Otázka č. 9 *Mívám rychlý tep nebo bušení srdce.*

Tabulka č. 18 – Muži

Věk	Počet respondentů	Nikdy (zřídka)	Někdy	Dost často	Velmi často (stále)
15	23	6	12	5	0
16	40	9	24	5	2
Celkem	63	15	36	10	2
Vyjádření v %		23,81	57,14	15,87	3,17

Tabulka č. 19 – Ženy

Věk	Počet respondentů	Nikdy (zřídka)	Někdy	Dost často	Velmi často (stále)
15	20	3	11	3	3
16	17	2	7	7	1
Celkem	37	5	18	10	4
Vyjádření v %		13,51	48,65	27,03	10,81

V otázce č. 9 byla u obou pohlaví nejvíce zastoupena odpověď Někdy, u chlapců šlo asi o 57 %, u dívek pak o necelých 49 %. Ačkoliv pořadí u dalších odpovědí se u obou pohlaví neshodovalo, shodně získala nejméně hlasů kategorie Velmi často, kdy se u dívek jednalo o necelých 11 % a u chlapců dokonce o pouhých 3 %. Ačkoliv je bušení srdce dalším z příznaků deprese, může stejně jej jedinec stejně tak dobře pociťovat společně se zrychleným tepem ve stresu, např. ve škole při zkoušení nebo písmece.

Otázka č. 10 *Jsem unavený/á bez zjevné příčiny.*

Tabulka č. 20 - Muži

Věk	Počet respondentů	Nikdy (zřídka)	Někdy	Dost často	Velmi často (stále)
15	23	10	9	3	1
16	40	14	20	4	2
Celkem	63	24	29	7	3
Vyjádření v %		38,10	46,03	11,11	4,76

Tabulka č. 21 – Ženy

Věk	Počet respondentů	Nikdy (zřídka)	Někdy	Dost často	Velmi často (stále)
15	20	3	11	3	3
16	17	2	7	7	1
Celkem	37	5	18	10	4
Vyjádření v %		13,51	48,65	27,03	10,81

V otázce č. 10, která se zabývala otázkou únavy, můžeme spatřovat značné rozdíly. Zaměříme-li se na rizikové odpovědi z hlediska rizika výskytu deprese, pak sem patří kategorie Velmi často a také Dost často. U chlapců vybralo jednu z těchto dvou možností celkem 10 chlapců, což je asi 16 % z jejich celkového počtu. Naproti tomu dívky tuto možnost vybraly ve 14 případech, což je dokonce 38 % z jejich celkového počtu. Ani únava však nemusí poukazovat pouze na depresi, neboť může souviset s řadou dalších faktorů, jako jsou změny počasí, zvýšená zátěž ve škole apod.

Otázka č. 11 *Moje myšlení je jasné jako vždy dříve.*

Tabulka č. 22- Muži

Věk	Počet respondentů	Nikdy (zřídka)	Někdy	Dost často	Velmi často (stále)
15	23	4	11	7	1
16	40	4	14	13	9
Celkem	63	8	25	20	10
Vyjádření v %		12,70	39,68	31,75	15,87

Tabulka č. 23 – Ženy

Věk	Počet respondentů	Nikdy (zřídka)	Někdy	Dost často	Velmi často (stále)
15	20	2	11	5	2
16	17	0	14	2	1
Celkem	37	2	25	7	3
Vyjádření v %		5,41	67,57	18,92	8,11

Na další otázku vybralo shodně nejvíce chlapců i dívek možnost Někdy, ačkoliv i zde vidíme rozdíly. U chlapců tuto možnost vybralo necelých 40 % dotázaných, u dívek pak dokonce necelých 68 %. Z hlediska výskytu depresivního onemocnění je zde riziková především odpověď Nikdy, kterou tentokrát zvolilo více chlapců než dívek.

Otázka č. 12 *Všechny obvyklé činnosti zvládám bez problému.*

Tabulka č. 24 – Muži

Věk	Počet respondentů	Nikdy (zřídka)	Někdy	Dost často	Velmi často (stále)
15	23	1	7	11	4
16	40	2	10	12	16
Celkem	63	3	17	23	20
Vyjádření v %		4,76	26,98	36,51	31,75

Tabulka č. 25 - Ženy

Věk	Počet respondentů	Nikdy (zřídka)	Někdy	Dost často	Velmi často (stále)
15	20	0	8	8	4
16	17	2	8	6	1
Celkem	37	2	16	14	5
Vyjádření v %		5,41	43,24	37,84	13,51

Pouze tři chlapci a dvě dívky uvedli, že nezvládají Nikdy všechny obvyklé činnosti bez problémů. Právě skutečnost, že jedinec nezvládá, častokrát i základní, úkony běžného dne, může být jednou ze známek depresivního onemocnění.

Otázka č. 13 *Cítím nepokoj a nevydržím v klidu.*

Tabulka č. 26 – Muži

Věk	Počet respondentů	Nikdy (zřídka)	Někdy	Dost často	Velmi často (stále)
15	23	7	11	5	0
16	40	11	20	7	2
Celkem	63	18	31	12	2
Vyjádření v %		28,57	49,21	19,05	3,17

Tabulka č. 27 – Ženy

Věk	Počet respondentů	Nikdy (zřídka)	Někdy	Dost často	Velmi často (stále)
15	20	4	11	3	2
16	17	1	12	3	1
Celkem	37	5	23	6	3
Vyjádření v %		13,51	62,16	16,22	8,11

Na otázku č. 13 vybralo nejrizikovější odpověď Velmi často asi 3 % chlapců a 8 % dívek. U druhé rizikové odpovědi bylo pak procentuální zastoupení u obou pohlaví poměrně podobné, možnost Dost často zvolilo 19 % chlapců a asi 16 % dívek. Ačkoliv je pro depresivní onemocnění typický především celkový útlum nemocného, někdy se na druhou stranu mohou vyskytovat právě příznaky jako neklid a nepokoj. Ty mohou být stejně tak i příznaky dalších onemocnění jako je ADHD apod.

Otázka č. 14 *Do budoucna nahlížím s nadějí.*

Tabulka č. 28 – Muži

Věk	Počet respondentů	Nikdy (zřídka)	Někdy	Dost často	Velmi často (stále)
15	23	5	6	8	4
16	40	5	7	15	13
Celkem	63	10	13	23	17
Vyjádření v %		15,87	20,63	36,51	26,98

Tabulka č. 29 – Ženy

Věk	Počet respondentů	Nikdy (zřídka)	Někdy	Dost často	Velmi často (stále)
15	20	1	6	7	6
16	17	0	1	9	7
Celkem	37	1	7	16	13
Vyjádření v %		2,70	18,92	43,24	35,14

Otázka č. 14 se zabývala problematikou budoucnosti a s ní spojenou nadějí. Z tohoto pohledu se ukázal optimističtější přístup u dívek, kdy pouze jedna z nich uvedla možnost Nikdy. U chlapců bylo toto číslo značně vyšší, kdy možnost Nikdy zvolilo celkem 10 dotázaných, což tvoří asi 16 % z jejich celého výzkumného vzorku. I v této otázce jsou skryty depresivní postoje, neboť lidé sužovaní depresí ve svém životě žádnou naději nevidí.

Otázka č. 15 *Bývám podrážděný/á.*

Tabulka č. 30 – Muži

Věk	Počet respondentů	Nikdy (zřídka)	Někdy	Dost často	Velmi často (stále)
15	23	4	12	7	0
16	40	9	22	5	4
Celkem	63	13	34	12	4
Vyjádření v %		20,63	53,97	19,05	6,35

Tabulka č. 31 – Ženy

Věk	Počet respondentů	Nikdy (zřídka)	Někdy	Dost často	Velmi často (stále)
15	20	2	12	6	0
16	17	0	11	4	2
Celkem	37	2	23	10	2
Vyjádření v %		5,41	62,16	27,03	5,41

Zajímavá situace nastala v otázce č. 15, kdy stejný počet dívek uvedl jak odpověď Nikdy, tak odpověď Velmi často, v souvislosti s vlastní podrážděností. Rizikovou odpověď Velmi často uvedlo také o něco více chlapců než dívek, konkrétně více než 6 %. V této otázce však z hlediska příznaků deprese u dospívajících nespátřujeme příliš velké nebezpečí, protože podrážděnost sama o sobě není z důvodu hormonálních změn, kterými dospívající prochází, ničím nezvyklým.

Otázka č. 16 *Není pro mě problém rozhodnout se.*

Tabulka č. 32 – Muži

Věk	Počet respondentů	Nikdy (zřídka)	Někdy	Dost často	Velmi často (stále)
15	23	3	12	4	4
16	40	5	13	12	10
Celkem	63	8	25	16	14
Vyjádření v %		12,70	39,68	25,40	22,22

Tabulka č. 33 – Ženy

Věk	Počet respondentů	Nikdy (zřídka)	Někdy	Dost často	Velmi často (stále)
15	20	1	13	3	3
16	17	5	10	1	1
Celkem	37	6	23	4	4
Vyjádření v %		16,22	62,16	10,81	10,81

Otázka č. 16 se snažila zaznamenat problematiku obtížnosti rozhodování. Odpověď Nikdy uvedlo asi 13 % chlapců a 16 % dívek, druhou rizikovou odpověď někdy pak uvedlo téměř 40 % chlapců a 62 % dívek. Problematika snadného rozhodování podle nás nesouvisí pouze s depresí, ale především s temperamentem osobnosti každého jedince.

Otázka č. 17 *Cítím, že jsem užitečný/á a potřebný/á.*

Tabulka č. 34 - Muži

Věk	Počet respondentů	Nikdy (zřídka)	Někdy	Dost často	Velmi často (stále)
15	23	3	14	4	2
16	40	5	17	13	5
Celkem	63	8	31	17	7
Vyjádření v %		12,70	49,21	26,98	11,11

Tabulka č. 35 - Ženy

Věk	Počet respondentů	Nikdy (zřídka)	Někdy	Dost často	Velmi často (stále)
15	20	4	10	5	1
16	17	5	8	2	2
Celkem	37	9	18	7	3
Vyjádření v %		24,32	48,65	18,92	8,11

Otázka č. 17 se snažila zjistit, jak užitečný si každý respondent připadá. Na tuto otázku z hlediska depresivních příznaků odpověděly hůře dívky, kde jich víc jak 24 % odpovědělo, že se nikdy necítí užitečné či potřebné. U chlapců tuto možnost zvolilo necelých 13 % dotázaných. I do této otázky však mohla zasahovat osobnost každého jedince, a to především v souvislosti s jeho sebevědomím či komplexy.

Otázka č. 18 *Cítím, že žiji naplno.*

Tabulka č. 36 - Muži

Věk	Počet respondentů	Nikdy (zřídka)	Někdy	Dost často	Velmi často (stále)
15	23	2	13	3	5
16	40	2	9	12	17
Celkem	63	4	22	15	22
Vyjádření v %		6,35	34,92	23,81	34,92

Tabulka č. 37- Ženy

Věk	Počet respondentů	Nikdy (zřídka)	Někdy	Dost často	Velmi často (stále)
15	20	1	10	6	3
16	17	0	11	4	2
Celkem	37	1	21	10	5
Vyjádření v %		2,70	56,76	27,03	13,51

Otázka č. 18 se snažila vysledovat kolik dotázaných si myslí, že žije či naopak nežije naplno. U chlapců zvolilo jednu z možností Nikdy a Někdy 26 respondentů, což je asi 41 % celkového počtu, u dívek tyto možnosti zvolilo 22 dívek, které tvoří asi 59 %.

Otázka č. 19 *Cítím, že pro ostatní by bylo lépe, kdybych tu nebyl.*

Tabulka č. 38 - Muži

Věk	Počet respondentů	Nikdy (zřídka)	Někdy	Dost často	Velmi často (stále)
15	23	10	11	2	0
16	40	23	12	3	2
Celkem	63	33	23	5	2
Vyjádření v %		52,38	36,51	7,94	3,17

Tabulka č. 39 - Ženy

Věk	Počet respondentů	Nikdy (zřídka)	Někdy	Dost často	Velmi často (stále)
15	20	8	6	5	1
16	17	7	5	2	3
Celkem	37	15	11	7	4
Vyjádření v %		40,54	29,73	18,92	10,81

Do této otázky se může promítat velkou měrou, jeden z nejhorších příznaků a zároveň i důsledků deprese, a tím je sebevražda. Na tuto otázku vybralo dvě nejrizikovější odpovědi Dost často a Velmi často celkem 7 chlapců, což je asi 11 % z jejich celkového počtu. U dívek dosáhla tato hodnota dokonce čísla 11, jež tvoří přibližně 30 % z celkového počtu dívek.

Otázka č. 20 *Těší mě stejné věci tak jako dříve.*

Tabulka č. 40 - Muži

Věk	Počet respondentů	Nikdy (zřídka)	Někdy	Dost často	Velmi často (stále)
15	23	1	11	5	6
16	40	0	14	13	13
Celkem	63	1	25	18	19
Vyjádření v %		1,59	39,68	28,57	30,16

Tabulka č. 41- Ženy

Věk	Počet respondentů	Nikdy (zřídka)	Někdy	Dost často	Velmi často (stále)
15	20	3	10	3	4
16	17	3	7	5	2
Celkem	37	6	17	8	6
Vyjádření v %		16,22	45,95	21,62	16,22

Poslední otázka tohoto testu zjišťovala, zda respondenty těší stejné věci jako dříve. Pouze jediný chlapec vybral možnost Nikdy, u dívek zvolilo tuto možnost 6 respondentek. Ačkoliv ztráta zájmu o dříve oblíbené věci či koníčky je jedním z typických příznaků deprese, zároveň můžeme polemizovat o tom, zda není změna této preference ovlivněna také změnou prostředí a okolí, kterou způsobil přestup ze základní školy na školu střední.

Tabulky s výsledky

Tabulka č. 42 - Muži

Dosažené body	SDS index	Věk 15let	Věk 16 let	Celkem	Vyjádření v %
20 – 39	25 -49	3	20	23	36,51
40 – 47	50 – 59	15	13	28	44,44
48 – 55	60 -69	4	7	11	17,46
56 -80	70 – 100	1	0	1	1,59

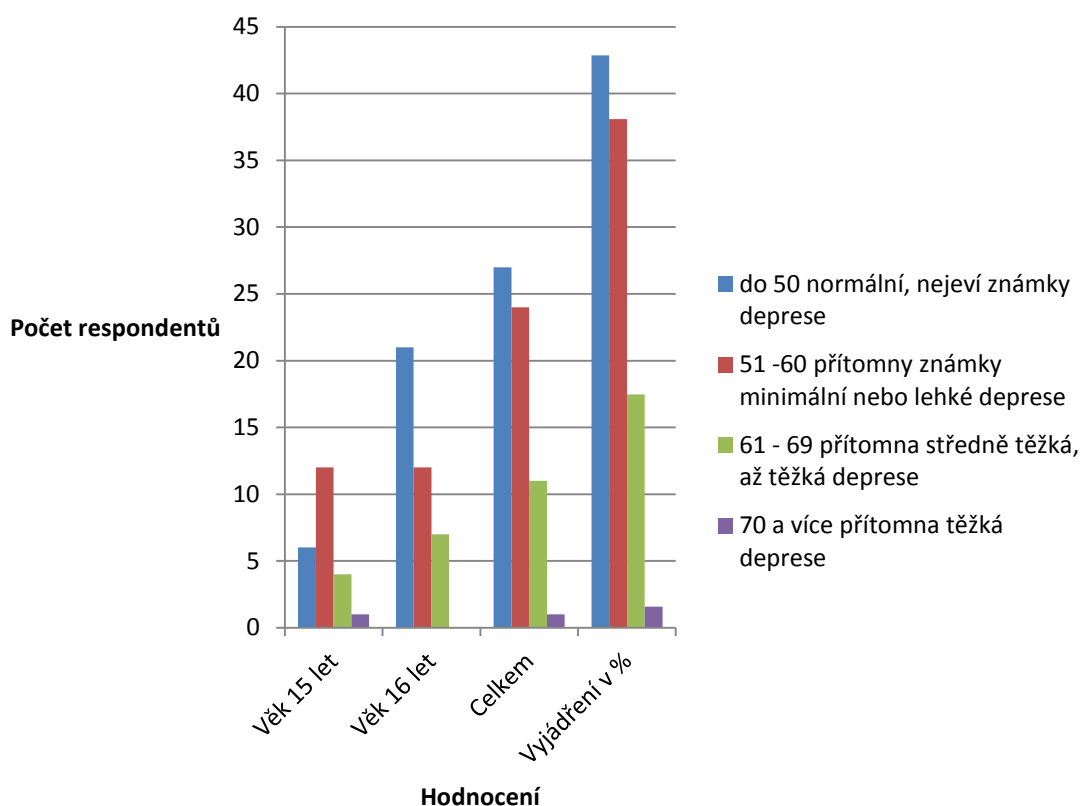
Tabulka č. 43 - Interpretace dosaženého SDS indexu - muži

SDS v rozmezí	Stupeň deprese	Věk 15 let	Věk 16 let	Celkem	Vyjádření v %
do 50	normální, nejeví známky deprese	6	21	27	42,86
51 -60	přítomny známky minimální nebo lehké deprese	12	12	24	38,10
61 - 69	přítomna středně těžká, až těžká deprese	4	7	11	17,46
70 a více	přítomna těžká deprese	1	0	1	1,59

Výše uvedená tabulka č. 42 zaznamenává v kategorii muži bodové rozmezí, jehož bylo možno v dotazníku dosáhnout. Následně je každému bodovému rozmezí přiděleno rozmezí tzv. SDS indexu, který určuje stupeň deprese, jímž daný jedinec trpí. Tabulka č. 43 dále zaznamenává počet chlapců jak ve věku 15, tak ve věku 16 let, kteří trpí daným stupněm deprese a následně je tato kategorie hodnocena z hlediska pohlaví, celkově tedy jako muži. Celková četnost mužů, jež trpí jedním ze stupňů deprese, je vyjádřena v procentech.

Podíváme-li se tedy konkrétně na vyhodnocení výsledků zaznamenané v tabulce č. 43, můžeme si povšimnout, že nejvíce chlapců, celkem tedy 27, dosáhlo SDS indexu do 50 bodů, což znamená, že asi 43 % respondentů z řad mužů nevykazuje podle Sebeuposuzovací stupnice deprese podle Zunga žádné známky deprese. U téměř stejného počtu, konkrétně u 24 chlapců, což odpovídá asi 38 %, se vyskytují známky minimální či lehké deprese. Středně těžká, popř. těžká deprese je přítomna asi u 17 % dotázaných, tedy u 11 chlapců a dokonce jeden z dotázaných, patnáctiletý chlapec, vyplnil tento sebeuposuzovací dotazník tak, že vykazuje přítomnost těžké deprese. Pro lepší představu jsou všechny tyto výsledky zaznamenány následně v grafu č. 1.

Graf č. 1
Interpretace dosaženého SDS indexu - muži



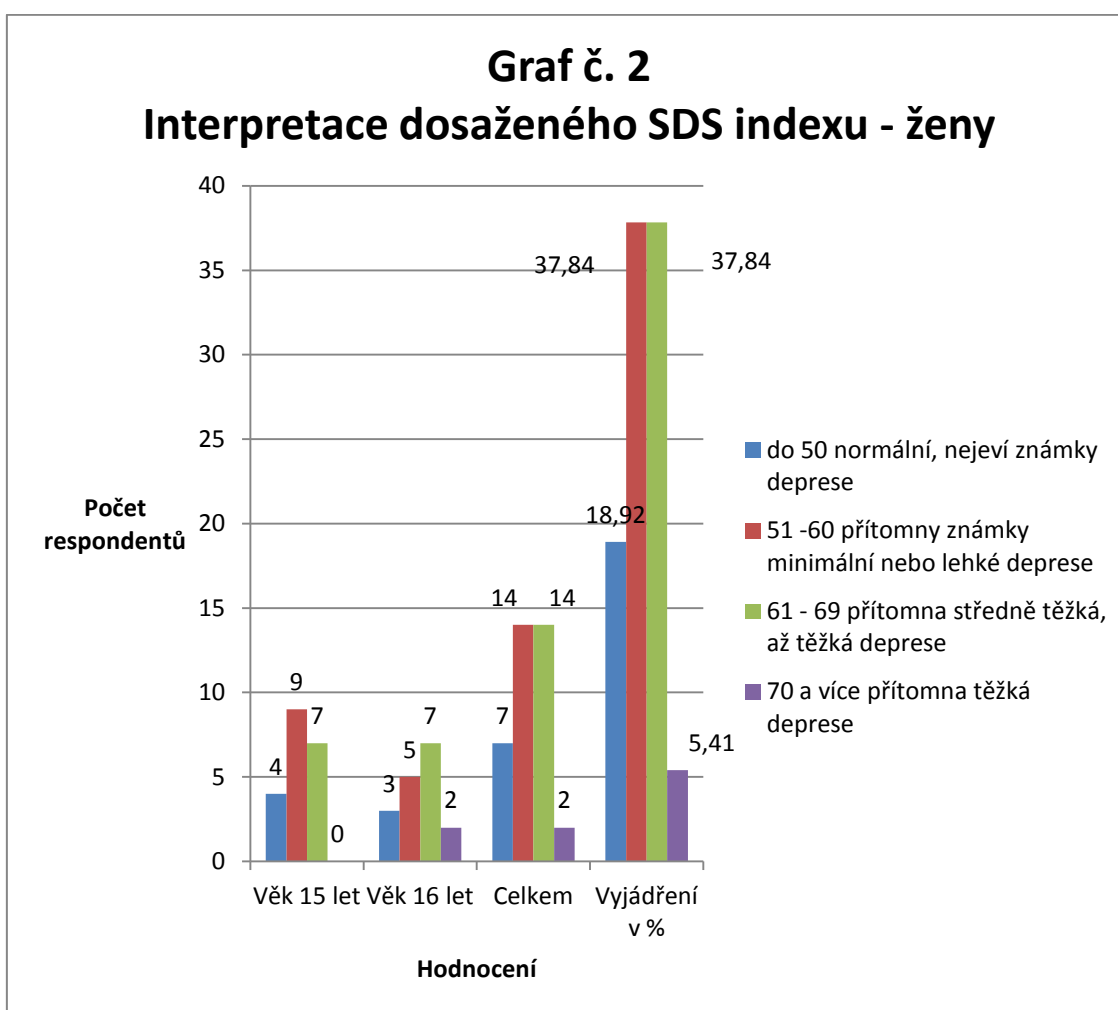
Tabulka č. 44 – Ženy

Dosažené body	SDS index	Věk 15let	Věk 16 let	Celkem	Vyjádření v %
20 – 39	25 - 49	4	2	6	16,22
40 – 47	50 - 59	7	5	12	32,43
48 – 55	60 - 69	9	8	17	45,95
56 - 80	70 - 100	0	2	2	5,41

Tabulka č. 45 - Interpretace dosaženého SDS indexu - ženy

SDS v rozmezí	Stupeň deprese	Věk 15 let	Věk 16 let	Celkem	Vyjádření v %
do 50	normální, nejeví známky deprese	4	3	7	18,92
51 - 60	přítomny známky minimální nebo lehké deprese	9	5	14	37,84
61 – 69	přítomna středně těžká, až těžká deprese	7	7	14	37,84
70 a více	přítomna těžká deprese	0	2	2	5,41

Tabulky č. 44 a 45 pak obdobně, jako tabulky č. 42 a 43, zachycují výsledky dosažené v Sebeuposuzovací stupnici deprese podle Zunga, ovšem tentokrát v kategorii ženy. U patnáctiletých a šestnáctiletých dívek dosáhl stejný počet dívek, tedy 14 dívek, takového počtu bodů, aby se jejich SDS index pohyboval v rozmezí odpovídajícímu buď minimální či lehké depresi a nebo středně těžké až těžké depresi. Přítomnost těžké deprese je zde o něco horší než u chlapců, neboť zde jí podle výsledků v dotazníku trpí celkem 2 šestnáctileté dívky. Pro lepší představu je i pro ženské pohlaví vypracován graf.



9.1.2 POSUZOVACÍ STUPNICE TÍŽE DEPRESE PHQ – 9

Druhou výzkumnou metodou, kterou jsme v praktické části naší diplomové práce využili, byla Posuzovací stupnice tíže deprese PHQ – 9. Stejně jako u předchozí výzkumné metody i zde jsme pro každou z devíti otázek vytvořili dvě tabulky, jednu pro každé pohlaví. V tabulce je vždy uveden počet mužů či žen, kteří danou možnost vybrali, a následně je jejich četnost vyjádřena v procentech. Jelikož byla v písemném zadání tohoto dotazníku uvedena prioritně doba výskytu problémů poslední dva týdny a v prvním dotazníku byla tato doba specifikována pouze slovně (dva týdny až jeden měsíc), ve stručnosti se podíváme i zde na rozbor jednotlivých otázek. Kromě toho, jsou také možnosti, které mohli respondenti v dotazníku vybírat pro četnost daných příznaků odlišné (Vůbec ne, Několikrát, Více než polovinu času, Téměř každý den), proto se i odpovědi na téměř stejné otázky budou lišit. Samotný dotazník pak najdeme v přílohách. (viz příloha č. 3)

Míváte:

Otázka č. 1 *Smutnou nebo pokleslou náladu, nebo pocity beznaděje?*

Tabulka č. 46 - Muži

Věk	Počet respondentů	Vůbec ne	Několikrát	Více než polovinu času	Téměř každý den
15	23	4	12	6	1
16	40	20	18	0	2
Celkem	63	24	30	6	3
Vyjádření v %		38,10	47,62	9,52	4,76

Tabulka č. 47 - Ženy

Věk	Počet respondentů	Vůbec ne	Několikrát	Více než polovinu času	Téměř každý den
15	20	6	7	2	5
16	17	4	5	7	1
Celkem	37	10	12	9	6
Vyjádření v %		27,03	32,43	24,32	16,22

Pokleslá nálada může stejně tak, jako na riziko deprese, poukazovat i na pesimistické ladění osobnosti. Z hlediska rizika deprese se zaměříme především na odpověď Téměř každý den, kterou v tabulce č. 46 vybrali celkem 3 chlapci, což je necelých 5 % z celkového počtu respondentů. U dívek pak bylo dané číslo jednou tak vysoké, kdy „nejrizikovější“ možnost vybralo 6 dívek, tedy asi 16 % z celkového počtu respondentek.

Otázka č. 2 *Málo nebo žádnou radost; malé nebo žádné potěšení z práce, koníčků, věcí?*

Tabulka č. 48 - Muži

Věk	Počet respondentů	Vůbec ne	Několikrát	Více než polovinu času	Téměř každý den
15	23	11	6	5	1
16	40	27	7	5	1
Celkem	63	38	13	10	2
Vyjádření v %		60,32	20,63	15,87	3,17

Tabulka č. 49 - Ženy

Věk	Počet respondentů	Vůbec ne	Několikrát	Více než polovinu času	Téměř každý den
15	20	9	7	3	1
16	17	6	6	3	2
Celkem	37	15	13	6	3
Vyjádření v %		40,54	35,14	16,22	8,11

Oproti prvnímu dotazníku (otázka č. 20 *Těší mě stejné věci, tak jako dříve*), shledáváme tuto otázku v souvislosti se zájmem o různé činnosti lépe formulovanou, neboť je z ní patrné, že se jedná o činnosti vykonávané v současnosti a nemůže se jednat o situaci, jakou jsme zvažovali u otázky č. 20 (viz výše). U této otázky vybralo „nejhorší“ odpověď asi 3 % chlapců a 8 % dívek. Naproti tomu vůbec žádnou změnu v této oblasti nepociťuje asi 40 % dívek a dokonce až 60 % chlapců.

Otázka č. 3 *Špatný spánek, problémy s usínáním, buzení se nebo naopak nadměrné spaní?*

Tabulka č. 50 - Muži

Věk	Počet respondentů	Vůbec ne	Několikrát	Více než polovinu času	Téměř každý den
15	23	9	10	3	1
16	40	21	10	4	5
Celkem	63	30	20	7	6
Vyjádření v %		47,62	31,75	11,11	9,52

Tabulka č. 51 - Ženy

Věk	Počet respondentů	Vůbec ne	Několikrát	Více než polovinu času	Téměř každý den
15	20	5	8	3	4
16	17	4	6	3	4
Celkem	37	9	14	6	8
Vyjádření v %		24,32	37,84	16,22	21,62

Podobně jako v prvním dotazníku u otázky č. 4 i zde, v otázce č. 3 se řeší spánkové problémy, avšak zde je tato otázka rozšířena ještě o problémy s usínáním či nadměrným spaním. Jak vidíme podle tabulek č. 50 a 51, celkově mají větší problémy v oblasti spánku dívky, které je pociťují v necelých 22 % Téměř každý den.

Otázka č. 4 *Únavu nebo nedostatek energie?*

Tabulka č. 52 – Muži

Věk	Počet respondentů	Vůbec ne	Několikrát	Více než polovinu času	Téměř každý den
15	23	8	12	2	1
16	40	12	17	9	2
Celkem	63	20	29	11	3
Vyjádření v %		31,75	46,03	17,46	4,76

Tabulka č. 53 - Ženy

Věk	Počet respondentů	Vůbec ne	Několikrát	Více než polovinu času	Téměř každý den
15	20	2	7	7	4
16	17	0	9	5	3
Celkem	37	2	16	12	7
Vyjádření v %		5,41	43,24	32,43	18,92

V otázce č. 4 můžeme spatřovat problematiku usínání, stejně jako v otázce č. 10 v prvním dotazníku. Zde se ještě více ukazují rozdíly mezi dívkami a chlapci v obou problematických odpovědích, kdy tyto možnosti zvolilo asi 22 % chlapců, kdežto u dívek se jednalo dokonce o 51 %.

Otázka č. 5 *Nechuť k jídlu nebo naopak přejídání?*

Tabulka č. 54 - Muži

Věk	Počet respondentů	Vůbec ne	Několikrát	Více než polovinu času	Téměř každý den
15	23	18	5	0	0
16	40	23	12	4	1
Celkem	63	41	17	4	1
Vyjádření v %		65,08	26,98	6,35	1,59

Tabulka č. 55 - Ženy

Věk	Počet respondentů	Vůbec ne	Několikrát	Více než polovinu času	Téměř každý den
15	20	8	8	3	1
16	17	3	7	7	0
Celkem	37	11	15	10	1
Vyjádření v %		29,73	40,54	27,03	2,70

Otázka č. 5 je oproti otázce č. 5 v prvním dotazníku o něco specifitější, neboť kromě nechuti k jídlu zmiňuje problematiku přejídání, která bývá v souvislosti s depresemi často opomíjena. Není totiž pravda, že by všichni jedinci trpící depresí přestali jíst, někteří naopak vidí v jídlu něco jako záchranu, jídlo je „uklidňuje“. „Nejhorší“ odpověď si u chlapců i u dívek vybral shodně jeden dotazovaný, avšak v odpovědi Více než polovinu času je rozdíl již zřetelnější, kdy si danou možnost vybralo 6 % chlapců, ale u dívek to bylo dokonce 27 %.

Otázka č. 6 *Pocity selhání nebo neúspěchu?*

Tabulka č. 56 – Muži

Věk	Počet respondentů	Vůbec ne	Několikrát	Více než polovinu času	Téměř každý den
15	23	6	13	2	2
16	40	14	22	2	2
Celkem	63	20	35	4	4
Vyjádření v %		31,75	55,56	6,35	6,35

Tabulka č. 57 - Ženy

Věk	Počet respondentů	Vůbec ne	Několikrát	Více než polovinu času	Téměř každý den
15	20	7	7	2	4
16	17	3	8	4	2
Celkem	37	10	15	6	6
Vyjádření v %		27,03	40,54	16,22	16,22

Podle tabulky č. 56 a 57 zažívá pocity selhání či neúspěchu alespoň někdy asi 68 % chlapců a 73 % dívek. Tato otázka však nemusí vyjadřovat pouze rizikové postoje z hlediska výskytu míry depresivity, ale jednoduše může souviset s neúspěchy, které každého z nás v životě někdy potkají.

Otázka č. 7 *Potíže soustředit se – např. při studiu, problém číst noviny, knížku, sledovat pořad v televizi?*

Tabulka č. 58 – Muži

Věk	Počet respondentů	Vůbec ne	Několikrát	Více než polovinu času	Téměř každý den
15	23	9	10	2	2
16	40	18	14	7	1
Celkem	63	27	24	9	3
Vyjádření v %		42,86	38,10	14,29	4,76

Tabulka č. 59 - Ženy

Věk	Počet respondentů	Vůbec ne	Několikrát	Více než polovinu času	Téměř každý den
15	20	5	9	4	2
16	17	4	8	3	2
Celkem	37	9	17	7	4
Vyjádření v %		24,32	45,95	18,92	10,81

Otázka č. 7 se zaměřuje na soustředění se při běžných situacích, podobá se tedy otázkám č. 12 a 13 v prvním dotazníku. Téměř každý den přiznává problémy s těmito činnostmi asi 5 % chlapců a 11 % dívek.

Otázka č. 8 *Pomalé myšlení, mluvení nebo pohybování, nebo nervozitu a neschopnost vydržet chvíli v klidu?*

Tabulka č. 60 - Muži

Věk	Počet respondentů	Vůbec ne	Několikrát	Více než polovinu času	Téměř každý den
15	23	12	8	2	1
16	40	19	15	4	2
Celkem	63	31	23	6	3
Vyjádření v %		49,21	36,51	9,52	4,76

Tabulka č. 61 - Ženy

Věk	Počet respondentů	Vůbec ne	Několikrát	Více než polovinu času	Téměř každý den
15	20	9	7	3	1
16	17	7	4	4	2
Celkem	37	16	11	7	3
Vyjádření v %		43,24	29,73	18,92	8,11

Další otázka se zabývá problematikou útlumu jak v oblasti motorické, tak v oblasti kognitivní a na druhou stranu zároveň i jistou mírou agitovanosti. Stejně jako v předchozích otázkách, i zde je podle tabulek č. 60 a 61 situace o něco horší u dívek, a to především v četnosti volby Více než polovinu času, kdy je tato odpověď u dívek zastoupena téměř v 19 %, u chlapců však pouze v necelých 10 %.

Otázka č. 9 *Myšlenky na to, že by bylo lepší vůbec nebyť nebo si dokonce vzít život?*

Tabulka č. 62 - Muži

Věk	Počet respondentů	Vůbec ne	Několikrát	Více než polovinu času	Téměř každý den
15	23	17	4	1	1
16	40	33	4	3	0
Celkem	63	50	8	4	1
Vyjádření v %		79,37	12,70	6,35	1,59

Tabulka č. 63 - Ženy

Věk	Počet respondentů	Vůbec ne	Několikrát	Více než polovinu času	Téměř každý den
15	20	11	7	1	1
16	17	10	4	2	1
Celkem	37	21	11	3	2
Vyjádření v %		56,76	29,73	8,11	5,41

Poslední otázka této sebeposuzovací stupnice, se podobně jako v poslední otázce prvního dotazníku zabývá problematikou bytí, respektive „nebytí“, avšak zde je tato otázka poněkud vystupňována neboť zdůrazňuje myšlenky na sebevraždu. Rizikové odpovědi u této otázky naštěstí nemají takovou četnost, jako u otázek předešlých, avšak ani množství respondentů, kteří zvolili možnost Téměř každý den nebo Více než polovinu času není zanedbatelné. U chlapců se jedná celkem o 8 % a u dívek dokonce o necelých 14 % respondentek.

Tabulky s výsledky

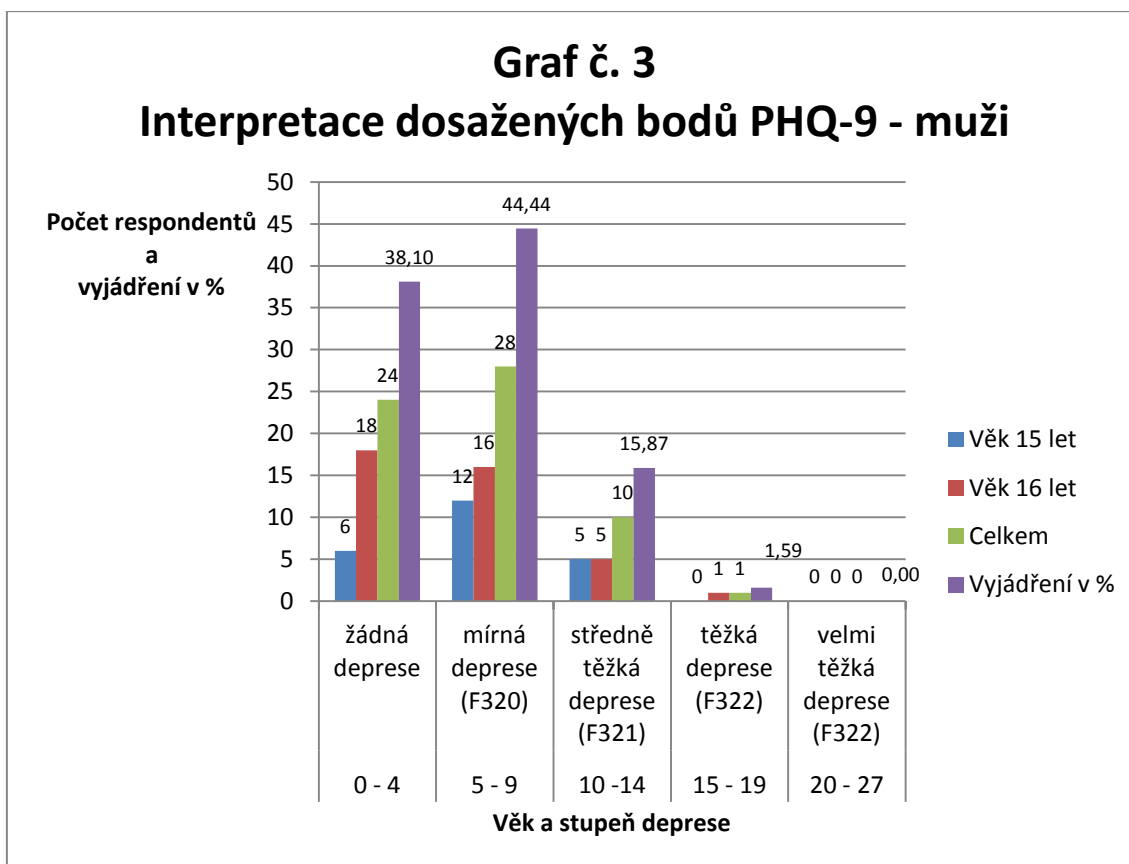
Tabulka č. 64 - Interpretace dosažených bodů PHQ-9 – muži

Body v rozmezí	Stupeň deprese	Věk 15 let	Věk 16 let	Celkem	Vyjádření v %
0 – 4	žádná deprese	6	18	24	38,10
5 – 9	mírná deprese (F320)	12	16	28	44,44
10 -14	středně těžká deprese (F321)	5	5	10	15,87
15 – 19	těžká deprese (F322)	0	1	1	1,59
20 – 27	velmi těžká deprese (F322)	0	0	0	0,00

Výše uvedená tabulka č. 64 zaznamenává v kategorii muži bodové rozmezí, jehož bylo možno v dotazníku dosáhnout. Následně je každému bodovému rozmezí přidělen stupeň deprese, kterým podle sebeposuzovací stupnice jedinec trpí. Dále je v tabulce zaznamenán počet chlapců jak ve věku 15, tak ve věku 16 let, kteří trpí daným stupněm deprese a následně je tato kategorie hodnocena z hlediska pohlaví, celkově tedy jako muži. Celková četnost mužů, jež trpí jedním ze stupňů deprese, je vyjádřena v procentech.

Podíváme-li se tedy konkrétně na vyhodnocení výsledků zaznamenané v tabulce č. 64, můžeme si povšimnout, že nejvíce chlapců, celkem 28, dosáhlo bodového rozmezí 5 – 9 bodů, což znamená, že asi 44 % respondentů z řad mužů vykazuje podle Posuzovací stupnice tíže deprese PHQ – 9 známky mírné deprese. U téměř stejného počtu, konkrétně u 24 chlapců, což odpovídá asi 38 %, se nevyskytují známky žádné deprese. Středně těžká deprese je pak přítomna asi u 16 % dotázaných, tedy u 10 chlapců a jeden z dotázaných, šestnáctiletý chlapec, vyplnil tento sebeposuzovací dotazník tak, že vykazuje přítomnost

těžké deprese. Znamky velmi těžké deprese nevykazuje žádný jedinec. Pro lepší představu jsou všechny tyto výsledky zaznamenány v grafu č. 3.

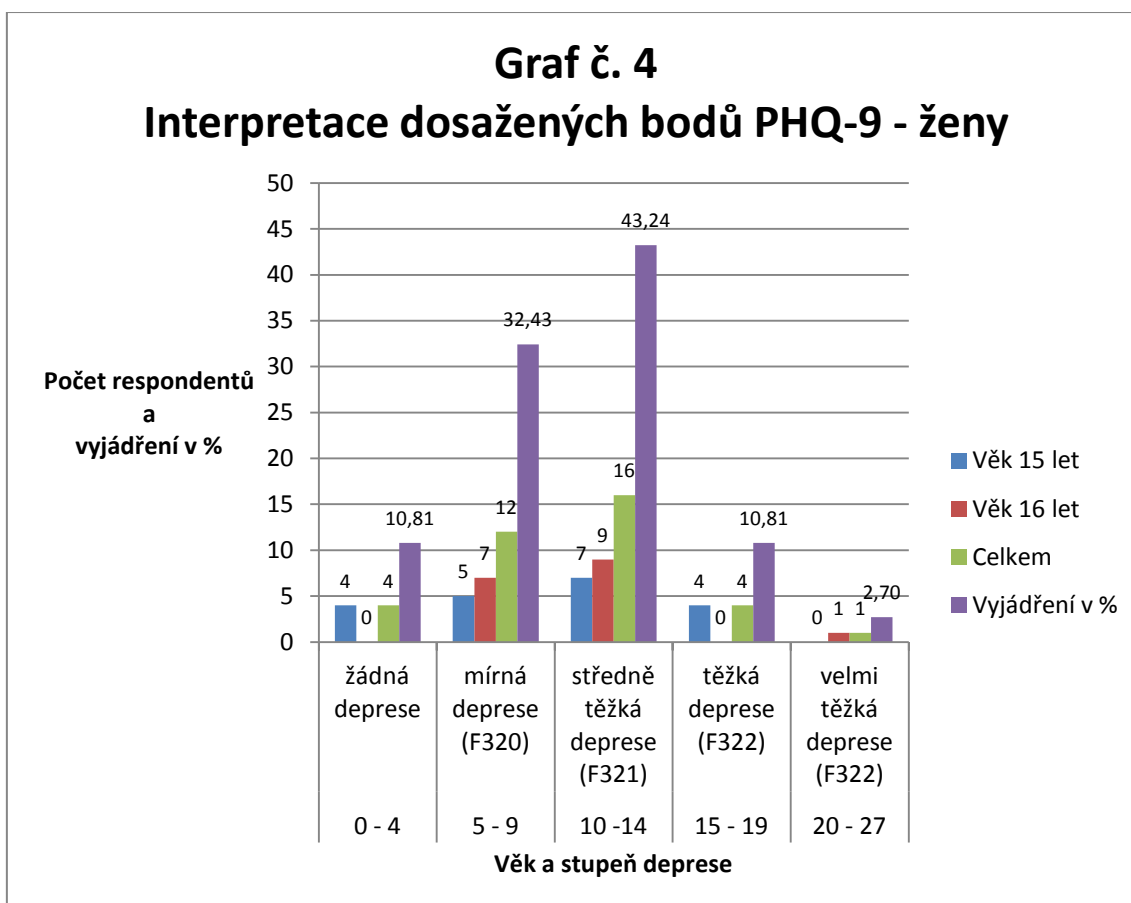


Tabulka č. 65 - Interpretace dosažených bodů PHQ-9 -ženy

Body v rozmezí	Stupeň deprese	Věk 15 let	Věk 16 let	Celkem	Vyjádření v %
0 – 4	žádná deprese	4	0	4	10,81
5 – 9	mírná deprese (F320)	5	7	12	32,43
10 -14	středně těžká deprese (F321)	7	9	16	43,24
15 – 19	těžká deprese (F322)	4	0	4	10,81
20 – 27	velmi těžká deprese (F322)	0	1	1	2,70

Výše uvedená tabulka č. 65 zaznamenává výsledky z dotazníku v kategorii ženy analogicky jako v tabulce č. 64.

Pokud se podíváme na vyhodnocení výsledků zaznamenaných v tabulce č. 65, můžeme si povšimnout, že nejvíce dívek, celkem tedy 16, dosáhlo bodového rozmezí 5 – 9 bodů, což znamená, že asi 43 % respondentek vykazuje podle Posuzovací stupnice tíže deprese PHQ – 9 známky středně těžké deprese. U téměř stejného počtu, konkrétně u 12 dívek, což je asi 32 %, se vyskytují známky mírné deprese. Stejný počet dívek, konkrétně 4 (asi 11 %), dosáhlo takového počtu bodů, že u nich nespátřujeme přítomnost deprese, jiné 4 dívky trpí podle dotazníku těžkou depresí. Známky velmi těžké deprese pak vykazuje jedna šestnáctiletá dívka. Pro lepší představu jsou všechny tyto výsledky zaznamenaný v grafu č. 4.



9.1.3 ZÁVĚREČNÉ SHRNUÍ VÝSLEDKŮ

Nejdříve se podíváme na vyhodnocení výsledků prvního dotazníku, tedy Sebeuposuzovací stupnice deprese podle Zunga. Jelikož jedním z kritérií, které v celé praktické části sledujeme, je rozdíl mezi pohlavími, zaměříme se nejprve na tuto skutečnost. Po srovnání výsledků v jednotlivých dvaceti otázkách, kdy jsme se u každé otázky zaměřili pouze na nejrizikovější odpověď z hlediska výskytu nejvyšší míry depresivity, jsme zjistili následující: u čtyř otázek se objevilo stejné procentuální zastoupení rizikové odpovědi jak u dívek, tak u chlapců a pouze u třech otázek vybralo rizikovou odpověď větší procento chlapců než dívek (ve zbylých třinácti otázkách tuto odpověď vybraly dívky). Současně je potřeba podívat se na celkové výsledky dotazníku, tedy zjistit, u jakého pohlaví se vyskytovaly deprese více a v jaké míře. Podle bodových výsledků, jež jsme následně převedli na daný SDS index jsme zjistili, že se žádná či minimální deprese vyskytuje v případě chlapců u 81 %, což je výsledek velice uspokojující. V kategorii dívek však situace tak dobře nedopadla, neboť zde bylo dané procentuální zastoupení jen 57 %. Ve 2 % byla u chlapců dokonce přítomna i těžká deprese, jež se u dívek vyskytovala dokonce v 5 %. Zbylé výsledky jsou podrobněji popsány u každého z dotazníků.

V případě Posuzovací stupnice tíže deprese PHQ – 9, která byla podle nás k určení míry deprese o něco lepší, jak z důvodu větší propracovanosti otázek (bližší specifikace, uvedení více příkladů na výběr), tak z důvodu blíže specifikovaných časových možností výskytu daného příznaku, ze kterých respondenti měli vybírat, najdeme mezi jednotlivými pohlavími ještě větší rozdíly. Ve všech devíti případech byla zastoupena nejrizikovější odpověď ve větší četnosti u dívek, ať už s většími či menšími procentuálními rozdíly. V rámci celkového zhodnocení se u chlapců neobjevila žádná či pouze mírná deprese v 82% (což koresponduje s výsledky prvního dotazníku). Díky odlišnému vyhodnocení a rozlišnému dělení stupňů deprese se ve srovnání s prvním dotazníkem, pak žádná či mírná deprese objevila u dívek ve 43 %. Těžká deprese se u chlapců vyskytla ve 2 %, naproti tomu u dívek dokonce v 11 % a velmi těžká deprese se u chlapců nevyskytovala vůbec, ovšem u dívek se objevila u jedné šestnáctileté respondentky.

Samotné srovnání výsledků obou dotazníků je z hlediska různého pohledu na složení otázek i na škály hodnocení problematické. Z tohoto důvodu jsme si vytvořili v MS Excelu jednoduché přehledové tabulky, jež zachycují situaci u každého jedince zvlášť. Tyto tabulky jsou rozděleny pro jednotlivá pohlaví a věk a najdeme je v přílohách. (viz příloha č. 6 - 9).

Díky výsledkům v praktické části lze tedy shrnout, že:

- byl potvrzen náš první předpoklad o tom, že se v kategorii dospívajících objevují nezanedbatelné rizikové postoje, které mohou za určitých podmínek vést k depresivnímu onemocnění
- potvrzen byl i náš druhý předpoklad, kdy jsme očekávali větší výskyt depresivních příznaků a výskyt samotného depresivního onemocnění ve větším měřítku u dívek než u chlapců. Tento předpoklad se nám potvrdil jak v případě procentuálního zastoupení rizikových odpovědí u jednotlivých otázek, tak v případě závěrečného vyhodnocení, kdy se u jedné z dívek vyskytla dokonce extrémně těžká deprese

Je potřeba si uvědomit, že tyto dotazníky sloužily z hlediska určování míry deprese u dospívajících pouze pro potřebu naší diplomové práce, neboť v reálném životě nelze určit diagnózu pouze na základě dotazníku, bez dalších diagnostických nástrojů a metod. V neposlední řadě je důležité zmínit fakt, že náš výzkumný vzorek byl příliš malý na to, abychom z těchto výsledků mohli vyvozovat všeobecně platné názory.

ZÁVĚR

Ještě v dnešní době, v době moderních technologií, v době, kdy se nemožné stává skutečným, přetrvává ve společnosti nepřeberné množství mýtů a předsudků o depresi, o její léčbě a též o užívání antidepresiv. Někteří považují tuto poruchu za výmysl 21. století, jiní za lenost či projev slabé vůle, a právě z tohoto důvodu se mohou nemocní za svůj problém stydět, bojí se ho přiznat a zajít za odborníkem. Negativně na nemocného mohou působit také mýty, které jsou spojeny s farmakoterapií, neboť přetrvávají názory, že antidepresiva úplně změní jedincovu osobnost, že se stane na lécích závislý, vedlejší účinky antidepresiv budou nesnesitelné, nemocní se bojí, že po lécích přiberou, zhorší se jim paměť a budou stále jen spát.

Deprese však není jen hloupý výmysl dnešní doby, je to jedna z afektivních poruch. A je důležité si uvědomit, že je tato porucha léčitelná. Deprese značně ovlivňuje každodenní život nemocného, brání mu vykonávat věci, které měl dříve tolik rád a brání mu vykonávat také věci, které jsou v každodenním soukromém, ale i pracovním životě nutné, neboť negativně ovlivňuje jak stránku somatickou, tak i psychickou a sociální.

Cílem naší práce bylo především co nejsrozumitelněji, tak aby byla práce pochopena nejen odborníky, ale i laickou veřejností, přiblížit problematiku depresí se zaměřením na věkovou kategorii dospívajících. Snažili jsme se vystihnout nemoc jako takovou společně s jejími příznaky a příčinami a také samotnou diagnostiku. Právě ta může být často problematická i pro odborníky, neboť až u 50% nemocných není deprese správně, popřípadě vůbec diagnostikována. U dospívajících může být zaměňována s pouhou špatnou náladou a větší únavou, které jsou pro období „bouře a vzdoru“ příznaky celkem typické. V jiných případech může dojít k záměně s poruchami chování či agresivitou.

V praktické části naší diplomové práce jsme se snažili především využít poznatky získané při zpracování části teoretické. Použité výzkumné metody byly Sebeuposuzovací stupnice deprese podle Zunga a Posuzovací stupnice tíže deprese PHQ – 9. Výzkumným vzorkem pak bylo 100 dospívajících chlapců a dívek. Tyto dotazníky nám pomohli potvrdit obě stanovené hypotézy, kdy jsme předpokládali nejen to, že se v dané věkové kategorii

objevují rizikové postoje vedoucí k depresi, ale i fakt, že se depresivní příznaky, či deprese samotné, budou u dívek vyskytovat ve větším měřítku než u chlapců.

Téma depresí je velice široké a na jeho úplné vystižení by nestačilo ani několik knih. V naší práci jsme se snažili utřídit a obsáhnout nejdůležitější poznatky této problematiky a zodpovědět nejčastější otázky týkající se tohoto tématu. Doufáme, že by tato práce mohla pomoci čtenářům nejen získat nové a zajímavé poznatky o depresi, ale také pomoci při samotném odhalení depresivních příznaků, ať už u něho samotného, nebo u jeho blízkých.

RESUMÉ

Tato diplomová práce s názvem Deprese u dospívajících se zabývá problematikou depresivního onemocnění. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V úvodní kapitole teoretické části se zabýváme vymezením deprese, její charakteristikou a diagnostikou. Následně se práce věnuje historii deprese od starověku až do současnosti a také příčinám vzniku deprese. V následující kapitole se zaměřujeme na klasifikaci depresivních poruch a jednotlivé typy deprese, které jsou vymezeny podle různých hledisek. Další z kapitol se věnuje léčbě deprese a to především v rámci farmakoterapie a psychoterapie. Práce seznamuje také se samotným obdobím dospívání, jeho hlavními charakteristikami, vývojem jedince z hlediska kognitivního, emočního a sociálního, zmíněny jsou také specifické vývojové problémy „dnešních dospívajících“. V závěru teoretické části se zaměřujeme konkrétně na deprese u dospívajících.

V praktické části se zabýváme vyhodnocením a výsledky průzkumu, kterého se zúčastnilo sto dospívajících chlapců a dívek. Použitými výzkumnými metodami byly Sebeuposuzovací stupnice deprese podle Zunga a Posuzovací stupnice tíže deprese PHQ – 9.

SUMMARY

This thesis entitled Depression by the Adolescents deals with the depressive illness. The work is divided into theoretical and practical part. In the introductory chapter the theoretical part deals with the definition of depression, its characteristics and diagnostics. Subsequently, the work deals with history of depression from antiquity to the present day, as well as the causes of depression. In the next chapter we focus on the classification of depressive disorders and different types of depression, which are defined according to various aspects. Another chapter is dedicated to treatment of depression, especially in the context of pharmacotherapy and psychotherapy. The work introduces adolescence, its main characteristics, development of the individual in aspects of cognitive, emotional and social aspects, there are also mentioned specific

evolutionary problems "today's teenagers." At the end of the theoretical part, we focus specifically on depression by Adolescents.

In the practical part we deal with the evaluation and the results of the survey, which hundred teenage boys and girl took part in. The research methods were Zung's Self-Rating Depression Scale SDS and Patient health questionnaire PHQ – 9.

SEZNAM LITERATURY

- ANDERS, Martin. *Deprese*. Praha: Jan Vašut, 2001.
- BARKER, Philip. *Základy dětské psychiatrie*. Praha: Triton, 2007. ISBN 978-80-7254-955-9.
- CANTOPHER, Tim. *Depresivní onemocnění. Prokletí silných*. Anag, 2012. ISBN 978-80-7263-768-3.
- DAHLKE, Ruediger. *Deprese jako řeč unavené duše*. Olomouc: Fontána, 2006. ISBN 978-80-7336-666-7.
- DOUBRAVOVÁ, Ladislava. *Nevěřte depresi*. Brno: Doplněk, 2009. ISBN 978-80-7239-236-0.
- GRÜN, Anselm. *Deprese jako šance*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-608-7.
- HARTL, Pavel, HARTLOVÁ, Helena. *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-686-5.
- HONZÁK, Radkin. *Depresivní nemocný v nepsychiatrické ordinaci*. Praha: Galén, 1999. ISBN 80-85824-95-7.
- HORT, Vladimír. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-404-5.
- KOVAŘÍK, Štěpán. *Deprese: příznaky, příčiny, diagnostika, léčba*. Havlíčkův Brod: Fragment, 2002. ISBN 80-7200-686-X.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak zvládat depresi*. 3. vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4774-3.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Optimismus, pesimismus a prevence deprese*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4007-9.
- LANGMEIER, Josef, KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Vývojová psychologie*. 2. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1284-9.
- LAŇKOVÁ, Jaroslava, SIBLÍKOVÁ, Jana. *Deprese. Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*. Praha, 2004.
- MACEK, Petr. *Adolescence*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-348-X
- MEIER, Paul, MINIRTH, Frank. *Od deprese ke štěstí? Příznaky, příčiny a léčení deprese*. Praha, 1998. ISBN 80-85495-82-1.
- NEDLEY, Neil. *Život bez deprese*. Praha: Advent – Orion, 2007. ISBN 978-80-7172-023-2.

NOVOTNÁ, Lenka, HŘÍCHOVÁ, Miloslava, MIŇHOVÁ, Jana. *Vývojová psychologie*. 3. vyd. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2004. ISBN 80-7043-281-0.

OREL, Miroslav a kol. *Psychopatologie*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3737-9.

PRAŠKO, Ján, PRAŠKOVÁ, Hana. *Co dělat s velkým vnitřním kritikem aneb jak krok za krokem bojovat s depresí*. Praha: Psychiatrické centrum, 1995. ISBN 80-85121-86-7.

PRAŠKO, Ján, PRAŠKOVÁ, Hana, PAŠKOVÁ, Beata. *Bolestně smutná nálada aneb co je to deprese a jak se léčí*. 2. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2001. ISBN 80-85121-68-9.

PRAŠKO, Ján, PRAŠKOVÁ, Hana, PRAŠKOVÁ, Jana. *Deprese a jak ji zvládat*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-809-0.

PRAŠKO, Ján, ŠÍPEK, Jiří, MINAŘÍKOVÁ, Věra. *Asertivitou proti depresi*. Praha: Psychiatrické centrum, 1995. ISBN 80-85121-03-04.

RABOCH, Jiří, LAŇKOVÁ, Jaroslava. *Deprese. Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné lékaře*. Praha, 2008.

ŘÍČAN, Pavel a kol. *Dětská klinická psychologie*. 4. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1049-8.

STYRON, William. *Viditelná temnota*. Praha: Svoboda, 1993.

ŠVESTKA, Jaromír. *Vývoj antidepressiv od první k páté generaci*. Praha: Psychiatrické centrum, 1994. ISBN 80-85121-74-3.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie I. Dětství a dospívání*. Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-0956-0.

Internetové zdroje

www.drogy-info.cz

<http://www.ordinace.cz/clanek/deprese-zabiji-rocne-vic-lidi-nez-dopravni-nehody/>

<http://www.tribune.cz/clanek/22898-zpusob-a-vyznam-vcasne-detekce-depresivnich-poruch-pro-dlouhodobou-lecibu>

http://www.tyden.cz/rubriky/domaci/cesko-ma-nadprumerne-detskych-sebevrazd-priciny-jsou-v-rodinach_217401.html#.VQYvao6G-Jk

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha č. 1 Klasifikace depresivní poruchy a depresivního syndromu
- Příloha č. 2 Sebeposuzovací stupnice deprese podle Zunga
- Příloha č. 3 Posuzovací stupnice tíže deprese PHQ – 9
- Příloha č. 4 Interpretace hodnot - Konverze součtu bodů na SDS index
- Příloha č. 5 Tabulky – přepočet výsledků
- Příloha č. 6 Porovnání výsledků obou provedených testů – muži 15
- Příloha č. 7 Porovnání výsledků obou provedených testů – muži 16
- Příloha č. 8 Porovnání výsledků obou provedených testů – ženy 15
- Příloha č. 9 Porovnání výsledků obou provedených testů – ženy 16
- Příloha č. 10 Kazuistika č. 1
- Příloha č. 11 Kazuistika č. 2

PŘÍLOHY

Klasifikace depresivní poruchy a depresivního syndromu

Depresivní epizoda/fáze:

F32.0 Lehká (mírná) depresivní fáze, má dvě varianty:

F32.00 bez somatických příznaků

F32.01 se somatickými příznaky

F32.1 Středně těžká depresivní fáze, má dvě varianty:

F32.10 bez somatických příznaků

F32.11 se somatickými příznaky

F32.2 Těžká depresivní fáze bez psychotických příznaků

F32.3 Těžká depresivní fáze s psychotickými příznaky

F32.8 Jiné depresivní fáze

F32.9 Depresivní fáze nespecifikovaná

Periodická deprese

F33.0 Periodická (rekurentní) depresivní porucha, současná fáze lehká, má dvě varianty:

F33.00 bez somatických příznaků

F33.01 se somatickými příznaky

F33.1 Periodická (rekurentní) depresivní porucha, současná fáze středně těžká, má dvě varianty:

F33.10 bez somatických příznaků

F33.11 se somatickými příznaky

F33.2 Periodická (rekurentní) depresivní porucha, současná fáze těžká bez psychotických symptomů

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

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

F33.8 Jiné periodické (rekurentní) depresivní poruchy

F33.9 Periodická (rekurentní) depresivní porucha nespecifikovaná

(Orel, 2012)

Pro depresivní fáze je kromě typických změn nálady a aktivity typická také neschopnost radovat se z věcí, které jedinci dříve činily radost, pokles zájmů a také celkové zhoršení koncentrace. Další, pro depresivní fáze, typické příznaky jsou zhoršené soustředění, snížené sebevědomí a sebedůvěra, pocit viny a bezcennosti, pesimistický pohled do budoucnosti, myšlenky na sebepoškození či sebevraždu, poruchy spánku a také snížená chuť k jídlu.

U následujících poruch by pak měl trvat výskyt charakteristických symptomů alespoň dva týdny. (Malá, 2008)

Pro lehkou depresivní fázi (F32.0) musí být splněna následující kritéria, mezi něž patří depresivní nálada, ztráta zájmů a radosti a také zvýšená unavitelnost. Kromě toho se musí vyskytovat alespoň dva z ostatních příznaků, které jsou uvedeny výše. Jedinec postižený touto depresivní fází je však schopen ve většině případů normálně pracovat a také udržovat svůj sociální život. (Malá, 2008)

Podíváme-li se na kritéria nutná pro diagnostiku středně těžké depresivní fáze (F32.1), diagnostická kritéria jsou stejná jako pro lehkou depresivní fázi (F32.0) a dále je nutný výskyt tří až čtyř symptomů uvedených mezi typickými příznaky depresivní fáze. (Malá, 2008)

Pro těžkou depresivní fázi bez psychotických příznaků (F32.2) se jako typické symptomy ukázaly především psychomotorický útlum, nebo naopak agitovanost, popřípadě stíněnost, dále se vyskytuje ztráta sebeúcty, pocity viny, neschopnosti a neúčinnosti a také sebevražední tendence. Ačkoliv jsou diagnostická kritéria stejná jako pro středně těžkou depresivní fázi (F32.1), ve srovnání s touto fází se u předchozí vyskytují v daleko menší míře. Jedinec v této fázi totiž není schopen (nebo je schopen jen velmi omezeně) zapojení do pracovního a také sociálního a rodinného života. (Malá, 2008)

Stejná diagnostická kritéria, jako pro těžkou depresivní fázi bez psychotických příznaků (F32.2), pak platí také pro těžkou depresivní fázi s psychotickými příznaky (F32.3), u které se navíc objevují ještě bludy, halucinace a depresivní stupor (strnutí). (Malá, 2008)

V rámci periodických depresí, konkrétně u periodické (rekurentní) depresivní poruchy (F33), jsou přítomny opakované epizody deprese, jež se dělí podle tíže depresivní fáze tak, jak je popsáno výše u depresivní fáze (F32). Tato diagnostická kategorie by se měla také využívat tam, kde se objevují tzv. „hypomanické švihy“, což jsou krátké epizody hypomanické nálady (musí odpovídat kritériím F30.0 Hypomanie, hypomanická reakce).

Fáze trvají obvykle 3 až 12 měsíců, v některých případech, a to pak zvláště ve stáří, se z těchto fází stane deprese trvalá. (Malá, 2008)

Pro poslední charakterizovanou kategorii, periodickou (rekurentní) depresivní poruchu, současně v remisi (F33.4) v minulosti platila kritéria pro F33, v současné době tomu tak ale není, neboť se pacient léčí z důvodu snížení rizika atak. Období bez příznaků by mělo být několika měsíční. (Malá, 2008)

Dotazník č. 1

Pohlaví: muž - žena

Věk:

Sebeposuzovací stupnice deprese dle Zunga	Nikdy (zřídka)	Někdy	Dost často	Velmi často (stále)
1) Jsem smutný, skleslý, sklíčený	1	2	3	4
2) Nejlépe se cítím ráno	4	3	2	1
3) Bývá mi do pláče nebo dokonce pláču	1	2	3	4
4) V noci špatně spím	1	2	3	4
5) Mám stejnou chuť k jídlu a jím jako dřív	4	3	2	1
6) Sexuální život mi činí stejné potěšení jako dřív	4	3	2	1
7) Všiml/a jsem si, že ubývám na váze	1	2	3	4
8) Mám potíže se zácpou	1	2	3	4
9) Mívám rychlý tep nebo bušení srdce	1	2	3	4
10) Jsem unavený/á bez zjevné příčiny	1	2	3	4
11) Moje myšlení je jasné jako vždy dříve	4	3	2	1
12) Všechny obvyklé činnosti zvládám bez problémů	4	3	2	1
13) Cítím nepokoj a nevydržím v klidu	1	2	3	4
14) Do budoucna nahlížím s nadějí	4	3	2	1
15) Bývám podrážděný/á	1	2	3	4
16) Není pro mě problém rozhodnout se	4	3	2	1
17) Cítím, že jsem užitečný/á a potřebný/á	4	3	2	1
18) Cítím, že žiji naplno	4	3	2	1
19) Cítím, že pro ostatní by bylo lépe, kdybych tu nebyl	1	2	3	4
20) Těší mě stejné věci tak jako dříve	4	3	2	1

Zaškrtněte, prosím, vhodné hodnocení. Dotazník je anonymní a po vyhodnocení bude skartován.

Dotazník 2

Pohlaví: muž - žena

Věk:

Posuzovací stupnice tíže deprese PHQ - 9

Míváte během posledních dvou týdnů (nebo i o něco déle) následující obtíže?	Vůbec ne	Několikrát	Více než polovinu času	Téměř každý den
1) Smutnou nebo pokleslou náladu, nebo pocity beznaděje	0	1	2	3
2) Málo nebo žádnou radost; malé nebo žádné potěšení z práce, koníčků, věcí?	0	1	2	3
3) Špatný spánek, problémy s usínáním, buzení se nebo naopak nadměrné spaní?	0	1	2	3
4) Únavu nebo nedostatek energie?	0	1	2	3
5) Nechuť k jídlu nebo naopak přejídání?	0	1	2	3
6) Pocity selhání nebo neúspěchu?	0	1	2	3
7) Potíže soustředit se – např. při studiu, problém číst noviny, knížku, sledovat pořad v televizi?	0	1	2	3
8) Pomalé myšlení, mluvení nebo pohybování, nebo nervozitu a neschopnost vydržet chvíli v klidu?	0	1	2	3
9) Myšlenky na to, že by bylo lepší vůbec nebýt nebo si dokonce vzít život?	0	1	2	3

Zaškrtněte, prosím, vhodné hodnocení. Dotazník je anonymní a po vyhodnocení bude skartován.

Interpretace hodnot - Konverze součtu bodů na SDS index

Počet bodů	SDS index	Počet bodů	SDS index
20	25	53	66
21	26	54	68
22	28	55	69
23	29	56	70
24	30	57	71
25	31	58	73
26	33	59	74
27	34	60	75
28	35	61	76
29	36	62	78
30	38	63	79
31	39	64	80
32	40	65	81
33	41	66	83
34	43	67	84
35	44	68	85
36	45	69	86
37	46	70	88
38	48	71	89
39	49	72	90
40	50	73	91
41	51	74	93
42	53	75	94
43	54	76	95
44	55	77	96
45	56	78	98
46	58	79	99
47	59	80	100
48	60		
49	61		
50	63		
51	64		
52	65		
53	66		
54	68		
55	69		
56	70		
57	71		
58	73		
59	74		

Příloha č. 5 Tabulky – přepočítání výsledků

Sebesuzovací stupnice deprese podle Zungu – vztah SDS indexu a očekávaného (pravděpodobného) klinického nálezu

SDS index	Očekávaný/pravděpodobný klinický nález
Méně než 50 bodů	Normální, nejeví známky deprese
50 - 60 bodů	Přítomny známky minimální nebo lehké deprese
60 - 69 bodů	Přítomna středně těžká až těžká deprese
70 a více bodů	Přítomna těžká až extrémně těžká deprese

Sebesuzování tíže deprese dle bodového skóre PHQ-9 – vztah bodů a očekávaného (pravděpodobného) klinického nálezu

Dosažené body	Očekávaný/pravděpodobný klinický nález
0-4	žádná deprese
5-9	mírná deprese (F320)
10-14	středně těžká deprese (F321)
15-19	těžká deprese (F322)
20-27	velmi těžká deprese (F322)

Porovnání výsledků obou provedených testů – muži 15

Muži 15	SDS index	PHQ - 9 (body)
1.	41	9
2.	41	2
3.	44	2
4.	50	3
5.	50	4
6.	50	5
7.	53	3
8.	53	7
9.	53	7
10.	53	9
11.	53	11
12.	54	6
13.	54	10
14.	55	6
15.	55	12
16.	56	6
17.	58	11
18.	59	4
19.	63	5
20.	63	5
21.	63	9
22.	63	13
23.	70	9

Porovnání výsledků obou provedených testů – muži 16

Muži 16	SDS index	PHQ - 9 (body)
1.	31	0
2.	38	4
3.	38	4
4.	38	5
5.	39	0
6.	39	4
7.	41	2
8.	41	4
9.	43	7
10.	44	0
11.	44	5
12.	45	2
13.	45	3
14.	45	4
15.	46	3
16.	46	5
17.	46	9
18.	48	3
19.	49	7
20.	49	9
21.	50	2
22.	51	6
23.	51	9
24.	53	3
25.	53	11
26.	54	5
27.	54	7
28.	55	6
29.	56	1
30.	56	3
31.	56	11
32.	58	6
33.	58	11
34.	61	8
35.	63	3
36.	63	8
37.	63	8
38.	63	14
39.	64	12
40.	66	19

Porovnání výsledků obou provedených testů – ženy 15

Ženy 15	SDS index	PHQ - 9 (body)
1.	43	2
2.	46	5
3.	49	2
4.	49	4
5.	51	12
6.	53	1
7.	53	5
8.	55	13
9.	55	16
10.	58	7
11.	59	18
12.	60	9
13.	60	10
14.	61	11
15.	61	13
16.	64	15
17.	65	12
18.	66	5
19.	66	14
20.	69	18

Porovnání výsledků obou provedených testů – ženy 16

Ženy 16	SDS index	PHQ - 9 (body)
1.	49	6
2.	49	8
3.	50	8
4.	51	7
5.	53	8
6.	54	7
7.	54	14
8.	60	10
9.	61	11
10.	61	14
11.	63	8
12.	64	12
13.	65	12
14.	66	13
15.	69	14
16.	73	11
17.	74	21

Kazuistika č. 1

26. 3. 2015

- muž, * 1997

Pán se dostavil se svojí matkou, protože se jí nelíbilo, jak je mu pořád špatně. Přišli ještě v době nezletilosti pac. 18 mu bylo v únoru. Pac. byl depresivní, úzkostný, téměř nejedl, byl po operaci žlučníku, po opakovaných ERCP, měl velký váhový úbytek. Ve věku kolem 13 let docházel do amb. pro obézní děti, držel dietu a pravidelně cvičil. Nyní je velmi hubený.

Pac. sám nesdělí, co ho trápí, neustále mlží, prý se jeho problém nedá řešit, nemá cenu se o tom bavit... Jednou se svěřil školní psychologce, ale pak už k ní na další kontrolu nešel. Všem kolem něj je prý jasné, že se něco děje, ale on nechce říct co.

Na začátku školního roku někdo našel jeho školní batoh i s učebnicemi v borském parku, donesl mu ho domů. Pac byl v té době neklidný, ustrašený, matce bylo jasné, že se někde popral. Nic ale neprozradil. Na pohovor si ho volá opakovaně i jeho třídní učitel. Ani jemu nic neřekne.

Pán žije se svou matkou a 20letou sestrou, která ale většinou bydlí se svým přítelem. Dost se spolu hádají. Matka je projektivní, chápavá, ustaraná. Pac. prý byl pohodové dítě, velmi dobře se učil, hrál fotbal, proto přestoupil na 8letý sportovní gympl. Zhruba v jeho 13 letech se matka rozešla s otcem. Doma byly dlouho neshody. Otce popisuje jako despota. Pac. hodně přibral, nechtěl chodit do školy, nezvládal sportovní zatížení. Proto přešel na střední školu ve Skvrňanech, studuje počítače. Nyní ale opakuje rok, protože ho škola nebavila, nechodil do ní...

Původně měli mít střídavou péči. Pac. se ale s otcem nepohodl a již přes rok u něj nebyl. Měnit to nechce, v tomto ohledu naprosto rozhodnutý.

V únoru 2014 měl žlučnickový záchvat s příznaky pankreatitidy v laboratoři, děláno ERCP. V březnu ERCP znova, pak odstranění žlučníku. Pac. udává, že dietu dodržuje, špatně by mu tedy být nemělo, opakovaně ale prozvrací noci. Ohledně návyků se přiznává ke kouření marihuany. Momentálně prý méně, protože mu došly zásoby z léta. Pěstoval si ji u babičky na chalupě.

Anamnéza

RA: Matka 41 let, je po operaci meningiomu okcipitálně vpravo, po operaci se objevila epilepsie, užívá léky. Asi měsíc je po gynekologické operaci (vyndání dělohy pro myomy). Otec je o pár let starší než matka. Nezajímá se o něj, netuší, jestli se s něčím léčí. Loni v létě se znovu oženil.

Sourozenci: sestra 20 let, zdráva, dost se hádají.

Neuropsychiatrická zátěž: Matka se v dětství léčila pro deprese, zpočátku hospitalizována na infekčním, protože příznaky byly z GIT a bylo podezření na žloutenku. Tam se ještě zhoršila, pak teprve nasazena adekvátní terapie.

Partnerku asi nemá, mlží, má kamarádku.

OA: Porod protrahovaný, dle matky se narodil modrý, ale nikdo nic neřešil. PMT vývoj v normě, na 1. stupni ZŠ velmi dobré známky. Běžné dětské nemoci, jako miminko měl alergii, doma museli dodržovat přísná hygienická pravidla, např. málo plyšáků a ty na noc do mrazáku.

Úrazy: vážnější neguje.

Operace: 3/14 laparoskopická CHE.

FA: Escirdec 10mg ráno, Rivotril 0,5mg při potížích, Dormicum 7,5mg na nespavost.

Alergie: PNC, pyly, trávy, prach, roztoči, ...

Návyky: kouří trávu – nechce sdělit, kolik denně, kávu a alkohol prý jen občas, má rád pivo. Tvrdé dogy neguje.

Záliby: dříve sport, knihy, filmy, nyní ho nebaví nic.

ŘP: nemá

Zbrojní pas: 0

PA: studuje střední školu, ale zdá se, že ani tento ročník nedokončí. Matka je velmi nešťastná, neumí si představit, co by měl dělat (nic ho nebaví, nic neumí..).

SA: Bydlí v bytě 2+1 s matkou, občas přespí jeho sestra nebo matky přítel. Uspořádání mu moc nevyhovuje. S matkou má prý dobré vztahy.

SPP: Pán je lucidní, upravený, plně orientovaný, odpovídá adekvátně, moc se mu mluvit nechce, je nedůvěřivý, stažený, přišel hlavně kvůli matce, o svém problému rozhodně mluvit nechce, přiznává ale, že nějaký má. Nechutná mu jídlo, často celou noc nespí, zvrací, je mu špatně, hodně zhubl, neví přesně kolik. Před dvěma měsíci jsem mu nasadila Escirdec 10mg ráno, na zklidnění Rivotril, na noc Dormicum. Po nástupu účinku AD byly ponechány jen ty. Pac. se cítil lépe, a tak si je vysadil. Matka to ihned poznala pro zhoršení jeho stavu a dovedla ho ke kontrole, kde opakovaně vysvětleno, že léky se musí brát pravidelně, nevysazovat náhle a až po domluvě s lékařem. Pac. pokyvuje hlavou, ale je vidět, že si myslí své. Raději by bral Rivotril a Dormicum, v tom nevyhovuji, poučen o negativních účincích léku. Když mu doporučuji abstinenci od marihuany, nevyjadřuje se k tomu, vůbec to nekomentuje.

Pac. je depresivní, úzkostný, roztřesený, nepozorují psychotické prožívání, nechutná mu jídlo, špatně spí, je bez poruch chování, bez TS proklamací, i když před nasazením AD občas zopakoval, že nic nemá cenu, nyní už to tak černě nevidí. Dokonce začal opět chodit s kamarády ven.

SPS: Štíhlý muž, bez zn. klidové dušnosti, cyanosy či ikteru, v noci mu nebylo dobře od žaludku, nyní už je to lepší, neguje bolesti, neurologicky orientačně nihil akutum.

Dg: Středně těžká deprese **F32.1**

St. p. biliární akutní pankreatitidě 2/14

St. p. laparoskopické CHE

Rp: Escirdec 28x10mg 1-0-0 3B

Vhodný je pohovor s psychologem, ale pac. zatím odmítá.

Kontrola dle objednání. Pac. byl poučen, informaci porozuměl, souhlasí a nemá žádných otázek.

Kazuistika č. 2

4. 2. 2015

19letý chlapec přichází v doprovodu matky na její objednání. Nejdříve se mnou chtěla mluvit sama. Vysvětluje mi, že se rozvádí s manželem a syn to špatně nese. Už loni podala žádost o rozvod, ale manžel přemluvil syna, aby na ní působil a ona rozvod odvolala. Udělala to, protože doufala, že se s manželem domluví a budou spolu moci zůstat. On se prý ale brzy začal chovat stejně jako všechna léta před tím a ona podala žádost o rozvod znovu. Manžel jí nadával, syn se jí zastal a od té doby o něj otec ztratil zájem úplně. Nikdy se mu moc nevěnoval. Je to jeho prostření syn a manžel na něj nikdy neměl čas. Matka popisuje, jak se syn poslední dobou změnil, je apatický, skoro nevyhází ven, ve škole dostal ředitelskou důtku za neplnění povinností, večer nemůže spát, pak usíná ve škole. Nemá přátele, dívku... Má o něj strach.

NO dle pac.: otec mě nikdy neuznával, musel jsem se jenom učit nebo sportovat, závodně jsem plaval, než jsem musel na operaci obou kolen. Teď už mi plavání nejde, kolena při námaze hned otečou. Táta je v práci moc oblíbený doktor, samý úsměv, když ale přišel domů, jenom křičel. Když jsem dostal víc známek, zajímala ho vždy jenom ta nejhorší, pak mi nadával, vysvětloval. Když byl doma, všichni jsme předstírali, že něco děláme. Máma v kuchyni, my se s bráchou jako učili. Loni podala máma žádost o rozvod, táta mě přemlouval, abych jí to rozmluvil, že se změní, budeme pak spolu. Máma tedy žádost stáhla, jenže doma bylo brzy stejné peklo, tak to podala letos znovu. Táta jí nadával, já se jí zastal a od té doby na mě nepromluvil. Celé prázdniny nám to vydrželo. V září jsem si řekl, že se s ním zkusím usmířit. Zavolať jsem mu, říkal, že je rád a že si přijde pro mladšího brášku, můžu jít s nima. Čekal jsem ve dveřích, pozdravil mě, ale nechal mě tam stát. Večer to samé, čekal jsem, ale on si mě ano nevšiml.

Nikdy se o mě moc nestaral, jenom mi nadával. Já pořád doufám, že se změní, ale asi ne. Mamka mi suplovala otce, ale to není ono. Teď je sama nešťastná. Když jde s někým na kafe, mám o ní strach. Pořád ji kontroluju, aby se jí něco nestalo.

Bylo mi moc smutno, nemohl jsem spát, ale teď o prázdninách se snažím jít dřív do postele. Dostal jsem ředitelskou důtku, to mě snad nakoplo, doplňuji si učení a chci to přes prázdniny dohnat. Taky jsem začal víc chodit ven, poslední 3 dny jsem s kamarády byl venku a líbilo se mi to. Od základky mě někdo šikanoval, tak jsem se držel raději stranou. Chtěl bych to změnit.

Píšu si s holkou, je mladší, ale dobře se mi s ní povídá, chceme jít na rande, jenom nevím, o čem si s ní mám povídat. Líbí se mi, nechci to pokazit.

Máma vám říkala, že nekouřím a nepiju. Cigarety fakt nemám rád, ale žvýkáci tabák, říkáme tomu Makla, ten si občas dám. Hlavně po tréninku, to uděláte kuličku z tabáku a dáte si jí pod ret. Máte ji tam tak hodinu a krásně se uvolníte. Nejen tělo, ale i mysl.

Sportovci to dělají všichni... užíval jsem to i několikrát denně, ale nechci být závislý, tak teď mám zhruba jednu kuličku obden. Alkohol mám rád občas. Třeba v sobotu po tréninku juda chodíme s rukama na pivo. Občas dáme i nějakého panáka.

Anamnéza:

RA: Matka 39 let, léčí se s ŠŽ, užívá AD v rámci rozvodu. Pracuje jako staniční sestra.

Otec 59 let, má srdeční arytmií, léčí se na revmatologii, je kardiolog.

Sourozenci: Bratr 29 let z otcova 1. manželství, moc se nestýkají. Bratr 9 let (stejní rodiče).

OA: Narodil se císařským řezem v 36. týdnu pro abrupci placenty. Byl hypersenzitivní, plačtivý.

Běžné dětské nemoci, PMT vývoj v normě.

Operace: levé koleno 2013, pravé koleno 2014 pro degenerativní změny.

Alergie: neguje.

Vážnější úrazy: neguje.

Návyky: nekouří, má rád žvýkací tabák, káva občas, alkohol příležitostně, drogy neguje.

FA: pravidelně léky neužívá, jen vitaminy.

ŘP: nemá

Zbrojní pas: nemá

SA: Bydlí s matkou a mladším bratrem, otec se odstěhoval.

PA: Studuje sportovní gymnázium, momentálně osvobozen od cvičení pro operace kolen, čeká ho maturita.

SPP: Upravený mladý muž, plně orientován, má dobrou slovní zásobu, po počátečních rozpacích se rozpovídal, dokáže dobře popsat svoje problémy a emoce, jen jedenkrát během vyšetření lakrimoval, za to se velmi omlouval. Je depresivní, úzkostný, chvílemi tenzní – emoce odpovídají prožívanému. Bez poruch vnímání či myšlení, bez poruch chování, slušný, bez velké TS proklamací.

SPS: Urostlý muž, chodí do posilovny, když nemůže plavat. Bez klidové dušnosti, cyanosy či ikteru. Neurologicky orientačně nihil akutum.

Dg: Smíšená úzkostně depresivní porucha **F412**

Porucha přizpůsobení při rozvodu rodičů **F432**

St. p. operaci obou kolen (2013, 2014)

Dop: AD, vydáno ze zásob 12 tbl Sertralinu Vipfarm 50mg, bude užívat 1 tbl ráno, za týden se ozve telefonicky, na mail nebo se přijde ukázat.

Poučen, informaci porozuměl, souhlasí a nemá dalších otázek.