

**ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI**

**FAKULTA PEDAGOGICKÁ  
KATEDRA PSYCHOLOGIE**

**DEPRESIVNÍ STAVY U ADOLESCENTŮ**  
DIPLOMOVÁ PRÁCE

**Bc. Klára Němečková**  
*Učitelství pro střední školy, obor PS-NJ*

Vedoucí práce: Mgr. Vladimíra Lovasová, Ph.D.

**Plzeň, 2017**

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

V Plzni, 30. června 2017

.....  
vlastnoruční podpis

## **Poděkování**

Na tomto místě bych velmi ráda poděkovala paní Mgr. Vladimíře Lovasové, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a dohled při zpracování diplomové práce.

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI  
Fakulta pedagogická  
Akademický rok: 2015/2016

## ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Klára NĚMEČKOVÁ**  
Osobní číslo: **P14N0112P**  
Studijní program: **N7504 Učitelství pro střední školy**  
Studijní obory: **Učitelství německého jazyka pro střední školy**  
**Učitelství psychologie pro střední školy**  
Název tématu: **Depresivní stavy u adolescentů**  
Zadávající katedra: **Katedra psychologie**

### Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Shromáždění literatury o problematice depresí
2. Koncepce, etiologie, symptomatologie a prevence deprese
3. Příprava předvýzkumu a stanovení cílů výzkumu
4. Ověření použitých technik (dotazníky, škály)
5. Výzkum, jeho příprava a realizace
6. Vyhodnocení a interpretace výsledků výzkumu

Rozsah grafických prací:

Rozsah kvalifikační práce: 60

Forma zpracování diplomové práce: tištěná

Seznam odborné literatury:

1. HORT, Vladimír et al. Dětská a adolescentní psychiatrie. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-404-5.
2. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Jak zvládat depresi. Praha: Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0575-3.
3. ŘÍČAN, Pavel a kol. Dětská klinická psychologie. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1049-8.
4. VAŠUTOVÁ, Maria. Pedagogické a psychologické problémy dětství a dospívání. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2005. ISBN 80-7042-691-8
5. MCKENZIE, Kwame. Deprese. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-247-0093-X.

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Vladimíra Lovasová, Ph.D.  
Katedra psychologie

Datum zadání diplomové práce: 18. prosince 2015

Termín odevzdání diplomové práce: 30. června 2017

  
RNDr. Miroslav Randa, Ph.D.  
děkan



  
Mgr. Vladimíra Lovasová, Ph.D.  
vedoucí katedry

V Plzni dne 20. ledna 2016

## OBSAH

ÚVOD .....	- 1 -
1 DEPRESE .....	- 3 -
2 ETIOLOGIE DEPRESÍ .....	- 6 -
2.1 BIOLOGICKÉ FAKTORY .....	- 7 -
2.2 PSYCHOSOCIÁLNÍ FAKTORY .....	- 9 -
2.3 TEORETICKÉ MODELY .....	- 13 -
2.4 ETIOLOGIE DEPRESÍ U ADOLESCENTŮ .....	- 13 -
3 PŘÍZNAKY DEPRESÍ .....	- 15 -
3.1 PSYCHICKÉ PŘÍZNAKY .....	- 15 -
3.2 SOMATICKÉ PŘÍZNAKY .....	- 16 -
3.3 BEHAVIORÁLNÍ PŘÍZNAKY .....	- 17 -
3.4 BLUDNÝ KRUH DEPRESE .....	- 17 -
3.5 PŘÍZNAKY DEPRESE U ADOLESCENTŮ .....	- 19 -
4 DĚLENÍ DEPRESÍ .....	- 20 -
4.1 DLE CHARAKTERU PŘEVAŽUJÍCÍCH PŘÍZNAKŮ .....	- 20 -
4.2 DLE CHARAKTERU PŘÍČIN .....	- 21 -
4.3 DLE ZÁVAŽNOSTI PŘÍZNAKŮ .....	- 21 -
4.4 DLE TRVÁNÍ PŘÍZNAKŮ .....	- 22 -
4.5 DLE POLARITY .....	- 23 -
4.6 DALŠÍ TYPY DEPRESE .....	- 24 -
5 LÉČBA DEPRESE .....	- 26 -
5.1 FARMAKOTERAPIE .....	- 27 -
5.2 PSYCHOTERAPIE .....	- 28 -
5.3 JINÉ ZPŮSOBY LÉČBY .....	- 30 -
6 CÍLE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ .....	- 31 -
7 METODOLOGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ .....	- 32 -
7.1 VÝZKUMNÉ METODY .....	- 32 -
7.2 VZOREK RESPONDENTŮ A POSTUP ZÍSKÁVÁNÍ DAT .....	- 34 -
7.3 ZÍSKANÁ DATA A JEJICH INTERPRETACE .....	- 35 -
7.3.1 Inklinace respondentů k depresivním stavům .....	- 36 -
7.3.2 zastoupení jednotlivých škál dle dominantního ladění .....	- 39 -
7.3.3 Celkové zastoupení jednotlivých škál .....	- 43 -
7.3.4 Zastoupení jednotlivých škál ve skupině průměrní, podprůměrní a nadprůměrní- 46	- 46 -
7.4 SHRUTÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU .....	- 58 -
ZÁVĚR .....	- 59 -
RESUMÉ .....	- 60 -
SEZNAM LITERATURY .....	- 61 -
SEZNAM OBRÁZKŮ .....	- 64 -
SEZNAM GRAFŮ .....	- 65 -
SEZNAM TABULEK .....	- 66 -

## Úvod

*„Deprese se týká všech stejně jako obyčejná rýma. Může být tak lehká, že si sotva zaslouží své jméno...nebo dosahovat druhého extrému, může téměř ochromovat činnost. ”*

Myra Chave-Jonesová,  
americká psychoterapeutka

Diplomová práce se zabývá depresivními stavy u adolescentů. Toto téma je velice zajímavé, jelikož tato choroba patří mezi nejrozšířenější psychické poruchy na světě. Podle výzkumů trpí depresemi přibližně 370 milionů lidí a počet nemocných neustále roste, podle některých psychiatrů bude deprese v roce 2020 po rakovině druhou nejčastější chorobou.

Každý z nás si už alespoň jedenkrát v životě řekl, že má depresi, kdy se cítil „pod psa“ a měl špatnou náladu. Mnoho lidí si však neuvědomuje, že s depresí nesouvisí jen smutná nálada, ale spousta jiných faktorů, které dohromady dělají z depresivních onemocnění velice závažnou psychickou poruchu, která by se měla léčit.

Tato práce obsahuje teoretickou a praktickou část. V teoretické části, která je rozdělena do pěti kapitol, se zabýváme celkovou problematikou depresivních stavů, a dále je u každé kapitoly nastíněna deprese v adolescentním věku. První kapitola se zabývá definicí pojmu deprese, a co vlastně deprese znamená. Druhá kapitola pojednává o příčinách deprese a jejích spouštěcích. Třetí kapitola vysvětluje, jak se deprese u jedinců projevuje. Čtvrtá kapitola rozděluje depresi podle různých faktorů. Poslední kapitola teoretické části se zabývá způsoby léčby deprese a přibližuje čtenáři možnosti, jak depresi léčit.

Praktická část diplomové práce je zaměřena na výskyt depresivních stavů v adolescentním věku. Období adolescence bylo vybráno, jelikož toto vývojové období je jedním z nejsložitějších a nejnáročnějších období života, kdy u jedince probíhá řada změn jak na úrovni tělesné, tak na úrovni psychosociální. To sebou nese určitou zátěž, která je často spouštěčem depresivních stavů u adolescentů. Výzkumné šetření bude prováděno

na základě dotazníku „*Diferenciální dotazník depresivity*“ od Petera Stecka na gymnáziu v Plzni a na Středním odborném učilišti v Rokycanech.

Cílem této diplomové práce je zmapovat četnost výskytu depresivních stavů v období adolescence z hlediska pohlaví a typu škol a ověřit předem stanovené hypotézy.



## 1 DEPRESE

Pojem deprese je známý od konce 19. století, kdy tento výraz začal formálně používat švýcarský psychiatr Adolf Meyer (1866-1950), dříve se pro toto onemocnění užíval termín melancholie. Slovo deprese pochází z latinského *depressio*, jehož význam znamená *stlačení*.

Podle statistiky Světové zdravotnické organizace v Ženevě (World Health Organization, zkráceně WHO) se řadí deprese k nejrozšířenějším nemocem na světě. Nahlíží se na ni jako na civilizační chorobu a je skutečným celosvětovým problémem. Depresí si jistě prošel alespoň jednou v životě každý z nás, jelikož deprese laicky je označována jako smutek nebo špatná nálada. Odborně je však tento pojem mnohem užší. Podle Praška (1998) se liší tím, že je intenzivnější, déle trvá a negativně ovlivňuje výkonnost člověka. Jedná se tedy o závažnou duševní poruchu, která by se měla léčit. Dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) se deprese klasifikují jako afektivní poruchy neboli poruchy nálad.

Existuje mnoho definic, jak lze charakterizovat a vysvětlit pojem deprese. V defektologickém slovníku je deprese definována jako „*široký symptomový komplex, afektivní stav obecně charakterizovaný pocitem skleslosti, úzkosti, smutku, obav, strachu, snížením životního tempa, zpomalením myšlení*“ (Sovák a kol., 2000, s. 63).

Ve velkém psychologickém slovníku se nachází i tato definice: „*deprese deformuje životní hodnoty, pracovní a sociální sféru jedince, depresivní jedinci hodnotí záporně sebe i svět, za vše na sebe berou vinu, očekávají selhání namísto úspěchu*“ (Hartl, Hartlová, 2010, s. 93).

Z těchto definic lze posoudit, že deprese je opravdu závažná nemoc, která by se neměla podceňovat. Výrazně mění život jedince, ale i život celé jeho rodiny. Jedinci trpící depresí se většinou obávají navštívit psychiatra s tím, že si dokáží pomoci sami, ale v mnoha případech se jim to nepodaří a může to dokonce skončit i sebevraždou.

Jak už bylo výše uvedeno, deprese patří mezi nejrozšířenější psychické onemocnění. Počet jedinců, kteří trpí klinickou depresí, neustále stoupá. Podle epidemiologické studie trpí depresivními stavy každý rok asi 100 miliónů lidí na celém

světě (Anders a kol., 2005, s. 23). „Celoživotní prevalence deprese v běžné populaci je odhadována na 5-16%“ (Laňková, Raboch, 2013, s. 5). Světová zdravotnická organizace prováděla v roce 2015 výzkum, ve kterém zjistila, že depresivními poruchami trpí okolo 615 milionů lidí. Jen pro porovnání, v roce 1990 to bylo 416 milionů. Nejvíce jedinců s depresemi se nachází v Indii, v Číně a ve Spojených státech amerických. V České republice trpí depresemi kolem 5,2 % obyvatel. Psychiatrická klinika 1. LF UK (První lékařská fakulta univerzity Karlovy) a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze uvedla, že 31 % české populace někdy trpělo depresemi (<http://domaci.eurozpravy.cz/spolecnost/169518-deprese-trpi-615-milionu-lidi-az-15-procent-cechu-resi-situaci-sebevrazdou/>).

Deprese můžou postihnout jedince všech věkových kategorií. Dříve byl věkový průměr kolem čtyřiceti let, ale dnes se deprese často vyskytují již ve věku kolem dvaceti pěti let (Nedley, 2007, s. 25-26). Je důležité zmínit, že depresemi mohou také trpět děti a dospívající. Tento fakt byl dlouhá léta opomíjen, přestože jimi trpí často. Obecně se má za to, že období dětství je období šťastné, veselé a bezstarostné a až několik desítek let zpátky se začalo upozorňovat na to, že to tak být nemusí, a že i v tak nízkém věku se můžou u nich projevovat depresivní stavy. Odhaduje se, že depresivními poruchami trpí přibližně 1-8 % světové populace této věkové kategorie (Vágnerová, 2012, s. 389). V České republice jsou 2-3 % jedinců v dětském věku, kteří depresi podléhají (Hartl, Hartlová, 2010, s. 93).

Dále bylo prokázáno, že ženy jsou na deprese náchylnější dvakrát více než muži. Ženy jsou ohroženy hlavně v období klimakteria neboli v přechodu. Dále potom ve stáří, po porodu v šestinedělí a na mateřské dovolené (Praško, 2009, s. 11). U dětí tomu ale tak není, deprese v dětském věku je stejně častá jak u chlapců, tak u dívek. Až na začátku dospívání se začíná projevovat deprese jednou tolik než u chlapců (Vágnerová, 2012, s. 389).

Zajímavostí je, že i několik významných osobností trpělo touto duševní chorobou. Klinickou depresi měl například italský renesanční sochař Michelangelo, německý spisovatel Johann Wolfgang Goethe, americký prezident Abraham Lincoln, britský přírodovědec Charles Darwin, britský předseda vlády Winston Churchill nebo americký

spisovatel Ernest Hemingway (Praško, 2003, s. 29). Mezi české osobnosti trpící depresemi se řadí například herec Miloš Kopecký nebo spisovatel Ota Pavel (<https://www.cpzp.cz/clanek/1409-0-Deprese-muze-potkat-kazdeho.html>).

## 2 ETIOLOGIE DEPRESÍ

Již v antickém Řecku se zabývali tím, co může vést ke vzniku deprese. Starověký lékař Hippokrates viděl jako příčinu tohoto onemocnění v nadbytku „černé žluči“ v organismu. Ve středověku lidé trpící depresí byli prý posedlí démony či ďáblem a byla léčena prováděním exorcismu neboli vymítáním ďábla z těla. Na přelomu 19. a 20. století Sigmund Freud tvrdil, že za depresí stojí potlačovaný vztek člověka, který sice patří jiným lidem, ale je obrácený proti sobě (Praško, Prašková, Prašková., 2003, s. 58).

Je těžké s přesností určit, co může být příčinou deprese. Každý člověk je jiný, je jinak formovaný a odolný, a proto co u někoho může být příčina ke vzniku deprese, u druhého to tak být nemusí. Někdy nemusí být příčina ani zjevná a neví se, proč k depresivní poruše došlo a co ji vyvolalo. Může se také stát, že depresi spouští více faktorů najednou. Je důležité příčinu odhalit, poněvadž i když se deprese vyléčí, příčina deprese může přetrvat a tím může docházet k recidivě onemocnění. Nedley (2007, s. 27) ve své knize uvádí, že na to, aby bylo nalezeno funkční a dlouhodobé řešení při léčbě, musí se určit příčiny deprese a každou z nich systematicky léčit.

Dříve se deprese podle příčin dělily na endogenní, reaktivní, neurotické a symptomatické. Endogenní deprese byly zapříčiněny biologicky, reaktivní deprese byly nepřiměřeně dlouhou a nepřiměřeně hlubokou odezvou na ztrátu někoho nebo trauma. Jako neurotické deprese byly brány jako nepříznivé vlivy ve vývoji jedince a do symptomatických depresí se řadily příčiny vzniku depresivního onemocnění z důvodu postižení mozku buď organickou nemocí (např. ateroskleróza, atrofie CNS), nebo celkovou poruchou metabolickou (např. selhání jater, urémie-*„hromadění dusíkatých látek v organismu způsobené nedostatečnou funkcí ledvin“* ([http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/hledat?cizi\\_slovo=ur%C3%A9mie&typ\\_hledani=prefix](http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/hledat?cizi_slovo=ur%C3%A9mie&typ_hledani=prefix))). Toto rozdělení je již ale zastaralé, protože se zjistilo, že endogenní deprese mohou nastat i po traumatu nebo po psychické zátěži nebo že neurotické deprese jsou nepřesně definovány (Honzák, 1999, s. 18).

V knize Pozitivní psychologie proti depresi (Akhtar, 2015, s. 21-22) dělí autorka rizikové faktory pro vznik depresí na dispozice (předpoklady), vyvolávající faktory (spouštěče) a udržující faktory. Do dispozic jsou například zařazeny geny, výchova, osobní

historie, kultura či výživa, vyvolávajícími faktory se rozumí psychické a fyzické okolnosti jako například stres, nemoc nebo trauma. Třetí skupinou jsou udržující faktory, které nezahrnují příčiny depresí, nýbrž charakterizují, co se děje, když už se depresivní choroba u jedince objeví.

V této kapitole jsou rozděleny faktory, které se podílí na vzniku deprese, na faktory biologické a psychosociální podle hlediska současného uznávaného modelového pojetí - biopsychosociální model (Anders, Skopová, 2006, s. 11).

## 2.1 BIOLOGICKÉ FAKTORY

Do biologických faktorů se řadí následující:

- Genetika
- Biochemické pochody v mozku

### **Genetika**

Jak naznačují různé studie, podílí se výrazně genetický faktor na vzniku deprese. Neznamena to však, že existuje jeden určitý gen, který toto onemocnění způsobuje, ale že se na tom podílí více genů, které se navzájem ovlivňují. (Orel a kol., 2012, s. 139) Bylo dokázáno, že u přímých příbuzných, tj. u rodičů, sourozenců a potomků, je výskyt depresí mnohem častější. Je zde dvakrát až třikrát vyšší riziko výskytu. Dále výzkumy odhalily, že ženy jsou mnohem náchylnější k depresím než muži. O tom již byla zmínka v první kapitole. Byly prováděny také studie dvojčat, kde bylo vybráno 38 párů a míra shody (sklon u druhého dvojčete k depresím, pokud první z nich deprese mělo) byla 57 % u jednovaječných dvojčat a 29 % u dvouvaječných. Jiný výzkum se zaměřil jen na jednovaječná dvojčata, kdy míra shody byla 76 % u dvojčat, která byla vychovávána společně a 67 % u těch, která byla vychovávána odděleně (Minirth, Meier, 1998, s. 33).

Je nutno podotknout, že *„dědí se určitá vloha k onemocnění depresí, tedy náchylnost k nemoci, nikoliv nemoc sama“* (Praško, Prášková, 2009, s. 48). To znamená, že ačkoliv někdo z rodiny trpí depresí, nemusí jí nutně jedinec trpět také. Pokud postižením trpí jeden z rodičů, je pravděpodobnost 11 – 13%, že se vyskytne i u dítěte. Geneticky

podmíněnou zvýšenou náchylnost ke vzniku afektivních poruch potvrzují také adopční studie, při kterých byl dokázán zvýšený výskyt depresivních poruch u adoptovaných jedinců, biologicky příbuzných, na rozdíl od nepříbuzných adoptovaných. Fakt, že diagnóza onemocnění vychází jen z klinických studií (neexistuje vhodný dokazující biologický test nebo znak), způsobuje genealogickým studiím určité problémy. Diagnostická kritéria se postupem času vyvíjí a mění. Slibný vývoj je očekáván v oblasti genetických asociačních studií, ve kterých je kandidátský gen studován ve skupině pacientů a poté výsledek srovnán se zdravou skupinou. Mezi nejvíce zmiňované kandidátské geny patří ty, které mají vztah k serotoninergnímu systému (například gen pro enzym tyrozinhydroxylázu, serotoninový transportér). Jedna ze současných studií v této oblasti prokázala, že funkční polymorfismus genu pro serotoninový transportér hraje významnou roli v rozvoji depresivní poruchy následkem prožitých stresových událostí. Je pravděpodobné, že geneticky podmíněná náchylnost ke vzniku afektivní poruchy je výrazně ovlivněna vývojovými faktory a vlivem vnějšího prostředí. Genetické faktory tedy samy o sobě jsou nedostačující pro vznik onemocnění a jejich úkol a přenos nejsou dostatečně známy (Andres a kol, 2005, s.51-53).

### **Biochemické pochody v mozku**

Je známo poměrně dost informací o tom, co se děje v mozku během deprese. Díky tomu je prokazatelný fakt, že deprese jsou spojeny s nízkou hladinou (některých) neurotransmiterů ve dvou systémech v mozku, a to v noradrenergním a serotoninergním (Praško, 1998, s. 53). Neurotransmitery lze definovat jako chemickou látku, přenášející nervový signál mezi jednotlivými buňkami (neurony). Těmito látkami, kterých je nedostatek na nervových zakončeních v mozku, jsou serotonin, noradrenalin a dopamin. (Praško, Buliková, Sigmundová, 2009, s. 51) Poruchy přenosu těchto látek zapříčiňují poté pokles energie, apatii a zvýšenou úzkostnost (Praško, Pašková, Prašková, 2001, s. 46).

Neurotransmiterové - mediátorové systémy však nikdy nefungují samostatně, na genezi nálady a jejích poruch také spolupracují další mediátory (dopamin, acetylcholin, endorfiny, dynorfiny a další). Věda se zaměřuje také na receptorové a postreceptorové systémy mozkových neuronů. Při depresi se nacházejí změny v imunitním a hormonálním

systému a tyto dva systémy spolu s nervovým tvoří integrovaný regulační a koordinační „trojúhelník“, to znamená, že se vzájemně ovlivňují. Souvislost deprese s hormonální produkcí vysvětlují neuroendokrinní hypotézy afektivních poruch. Změny zejména na hormonální ose HYPOTALAMUS → ADENOHYPOFÝZA → KŮRA NADLEDVIN nacházíme jednak u stresu a jednak u afektivních poruch (Orel, 2012, s. 139-140).

Premenstruační syndrom může být spojen s depresivitou, úzkostí, podrážděností, poruchami spánku, únavou, změnou chuti k jídlu a tělesné hmotnosti.

Část depresí může být spojena rovněž s biorytmicitou, poněvadž vykazuje sezónní výskyt, na podzim a v zimě. Biochemické pochody v mozku mohou být ovlivněny i užíváním některých léků (Orel, 2012, s. 140).

## 2.2 PSYCHOSOCIÁLNÍ FAKTORY

Do psychosociálních faktorů se řadí následující:

- Vliv výchovy
- Stres a životní události
- Mezilidské vztahy
- Osobnost jedince
- Tělesné choroby
- Užívání léků, návykových látek, alkohol

### **Vliv výchovy**

Je velice pozoruhodné, že deprese, která vznikne v dospělosti, může být zapříčiněna již v dětství. Souvisí s tím například úmrtí rodičů nebo jejich rozvod. I týrání v dětství či nedostatečná péče (nebo také naopak „přemrštěná“ péče) může způsobit depresi v dospělém věku (Praško, Pašková, Prašková, 2001, s. 44).

### **Stres a životní události**

Životní události jsou považovány za velmi častý faktor, který vyvolává depresivní onemocnění. Různé události, které vznikají v životě každého z nás, jsou obrovským

stresorem, což vede ke vzniku stresu. Deprese se nemusí vyskytnout ihned jako reakce na životní událost, ale až po delším čase (Praško, Buliková, Sigmundová, 2009, s. 49).

Tabulka č. 1 nejčastější životní události (Praško, Buliková, Sigmundová, 2009, s. 50)

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

Byly provedeny různé výzkumy, na jejichž základě k určitým životním událostem byl přiřazen počet bodů podle stupně závažnosti (viz. tabulka uvedená výše). Pokud součet bodů dosáhne více než 250 za jeden rok, znamená to často psychické selhání či tělesné onemocnění. Postupem let se hranice dvě stě padesáti bodů snižuje, ve stáří klesá až na polovinu.

Neznamená to ovšem, že pokud jedinec dosáhne takovéto hranice bodů, musí podlehnout depresi. Záleží i na tom, zda má dostatečnou podporu kolem sebe (rodina, přátelé), dále na jeho frustrační toleranci nebo jaký postoj zaujme k situaci (Praško, Buliková, Sigmundová, 2009, s. 49).



## **Mezilidské vztahy**

V mezilidských vztazích dochází k mnoha konfliktům, které mohou vést ke vzniku depresivních stavů. Tyto problémy se vyskytují jak v rodinách, tak na pracovišti nebo i v okruhu přátel.

Deprese se většinou objevuje jako reakce na ztrátu blízké osoby. Jedná se o dlouhodobý a hluboký smutek po ztrátě partnera, rodiče či dítěte. Pokud tento stav trvá nadměrně dlouho, je třeba vyhledat odbornou pomoc, aby se depresivní porucha ještě více neprohlubovala.

Další příčinou vzniku deprese jsou problémy a neshody ve vztazích. To znamená, že jedinec má nějaká očekávání od druhých, jak se k němu budou chovat a jak s ním budou jednat a jemu se ho nedostává tak, jak by chtěl. Někdy jedinec není schopen otevřeně vyjádřit své požadavky na druhé, jindy se jedná o otevřené nebo skryté konflikty (např. nevěra, disharmonie v oblasti sexu). Aby se předcházelo depresím, je důležité, aby jedinec byl schopen jasně sdělit své požadavky druhým a umět dělat kompromisy.

Mnohdy může deprese nastat při změně role, kdy jedinec má problém se ztotožnit s novou či změněnou rolí. Jako příklad je uvedena svatba (role manželky /manžela), narození dítěte (role matky/otce), změna v pracovním životě (povýšení, odchod do důchodu). Pro zvládnání přijetí nové role se doporučuje vzdát se staré role, naučit se nové dovednosti, které jsou potřebné pro novou roli nebo navázat vztah s lidmi, kteří souvisí s novou rolí nebo mají dokonce stejnou roli a dokážou jedincům pomoci a tím snadno zvládnout novou roli bez nástupu deprese.

Je možné, že i člověk, který má nedostatek vztahů, se cítí sociálně izolován a osamělý a tím u něj může vzniknout depresivní onemocnění (Praško, Buliková, Sigmundová, 2009, s. 53-55)

## **Osobnost jedince**

Je důležité zmínit, že žádný typ osobnosti není předurčen k depresím. Existují však určité faktory, které zvyšují riziko podlehnutí depresivním stavům. Jde například o lidi, kteří snadno propadají úzkostí, skrývají své city před okolím nebo se jim často mění

dobrá a špatná nálada. Patří sem také lidé, kteří mají dogmatické, rigorózní nebo obsedantní myšlení (McKenzie, 2000, s. 23).

Také jedinci s nízkým sebevědomým nebo tací, kteří mají na svět pesimistický pohled, jsou náchylnější k depresivním stavům. Rovněž u lidí, kteří se neumí sami pochválit a odměnit je větší sklon k depresím. Očekávají totiž pochvalu a hodnocení od druhých, a ta se jim v dostatečné míře nedostává. Nedostatek asertivity představuje též problém, který může vést k této duševní poruše. Člověk nedokáže říct ne v situacích, kde by měl a to vede ke vzteku k sobě samému a ne k těm, ke kterým je určen. „*Po odeznění deprese je tedy důležité asertivitu nacvičovat.*” (Praško, Pašková, Prašková, 2001, s. 48)

### **Tělesné choroby**

Deprese doprovází mnohdy i některá somatická onemocnění. Často se vyskytuje například po srdeční příhodě, a proto u starších lidí jsou právě tělesná onemocnění jednou z nejčastějších příčin depresí. Je dokázáno, že deprese výrazným způsobem negativně ovlivňuje průběh tělesné choroby a zvyšuje úmrtnost na ně (Anders, 2001, s. 4-5).

Tělesných chorob, které jsou s depresí spojená, je nespočet. Proto je zde uvedenu jen několik příkladů: mozkové nádory, cukrovka, encefalitida, srdeční potíže, Parkinsonova choroba, únavový syndrom, tuberkulóza, roztroušená skleróza nebo AIDS (McKenzie, 2000, s. 28).

### **Užívání léků, návykových látek a alkohol**

Depresi může způsobit užívání některých léků. Je proto důležité se poté domluvit s lékařem a léčbu změnit. Mezi léčiva, která vyvolávají depresi, patří například některé léky na epilepsii, na snížení krevního tlaku, na astma nebo také kortikosteroidy či antipsychotika.

Jak bylo také zjištěno, i užívání některých drog a alkoholu zapříčiňuje depresivní stavy. Požívání alkoholu zpočátku sice působí úlevu, ale tento stav je jen krátkodobý. Většina lidí po něm sáhne, aby se deprese zbavili, ale neuvědomí si, že právě kvůli němu spadají ještě do větší deprese. Alkohol při dlouhodobější konzumaci narušuje přenos vzruchů mezi nervovými buňkami. Mezi drogy, které způsobují depresi, se řadí například

opioidy, sedativa, kokain či těkavé látky neboli organická rozpouštědla. (Anders, 2001, s. 5)

## 2.3 TEORETICKÉ MODEL Y

Teoretické modely byly vytvořeny k lepšímu pochopení a vysvětlení deprese, proč vlastně vzniká a jaké jsou její příčiny z různých pohledů. Hort ve své publikaci uvádí několik modelů, z nichž v této práci jsou popsány následující (Hort, 2008, s. 191-192):

### **Analytický model**

Tento model chápe depresi jako ztrátu milovaného objektu. U malých dětí se jedná o časné odloučení od matky, jež se nazývá syndromem tzv. anaklitické deprese. Největší úzkostí ze separace od matky trpí kojenci kolem osmého a devátého měsíce života. Anaklitická deprese se projevuje apatičností, plačtivostí, odmítáním potravy a neschopností komunikovat. Tento stav může vést až ke smrti dítěte.

### **Behaviorální model**

Behaviorální model vychází z nedostatku pozitivního zpevnování. To znamená, že jedinec není nikterak odměňován za své chování.

### **Model naučené bezmocnosti**

V tomto modelu jde o nedostatek vzájemného vztahu mezi chováním a jeho důsledky.

### **Kognitivní model**

Deprese dle tohoto modelu je zapříčiněna v negativním pohledu jedince. Jedinec nahlíží negativně jak na sebe, tak na celý svět. Má pesimistický obraz i na budoucnost. Ze všeho, co udělá, má pocit viny, je vztahovačný a bagatelizuje svoje úspěchy.

## 2.4 ETIOLOGIE DEPRESÍ U ADOLESCENTŮ

Příčiny vzniku deprese v adolescentním věku se mnoho neliší od těch, které vyvolávají tuto duševní nemoc v dospělosti nebo ve stáří. Nejčastěji k depresi u adolescentů vede ztráta blízké osoby nebo jiné traumatické zážitky. Na děti těžce působí i

rozvod rodičů, stěhování nebo špatné vztahy mezi jedinci a rodiči. Uvádí se, že až 40% dětí trpí depresí, když mají nějaké poruchy učení. Depresivní stavy jsou pak odezvou na opakované školní selhávání a hyperkritické postoje okolí (Říčan, Krejčířová a kol., 2006, s. 177). Některým jedincům v adolescentním věku vyvolává depresi jen samotný pohled na svět a jejich objasnění zkušeností a událostí, které se kolem nich každý den dějí (Vašutová, 2005, s. 189).

Důležitým faktorem ke vzniku deprese u dítěte může být i fakt, že dítě žije v rodině, kde někteří členové trpí emočními poruchami (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2009, s. 603).

### 3 PŘÍZNAKY DEPRESÍ

Tato kapitola se věnuje příznakům depresí, to znamená, jak se toto duševní onemocnění projevuje u jedince. Určitě každý z nás zažil období, kdy byl smutný, neměl na nic náladu, byl otupělý nebo neměl o nic zájem. To je zcela normální reakce na stresové situace, zvláště potom na významné ztráty v životě. Deprese se stává závažnou psychickou poruchou v momentě, kdy tyto symptomy jsou natolik silné, že zasahují do normálního života jedince a trvají bez přerušení několik týdnů (Nolen-Hoeksema a kol., 2012, s. 640). Podle MKN-10 musí symptomy trvat alespoň 2 týdny, aby byla diagnostikována deprese.

Projevy depresivních stavů lze souhrnně zařadit do tzv. depresivní symptomatické triády, která se projevuje sníženou dynamogenií, což znamená, že jedinec je úplně bez energie, dále do triády patří zpomalené myšlení a velký smutek (Miňhová, 2006, s. 88).

Deprese se projevuje zejména v myšlení, v náladě, v tělesných funkcích organismu a v chování jedince (Praško, 1998, s. 39). V této kapitole jsou tedy jednotlivé příznaky děleny na psychické, somatické a behaviorální.

#### 3.1 PSYCHICKÉ PŘÍZNAKY

Hlavním příznakem deprese je neodůvodněná chorobně smutná nálada. Jedinec je skleslý, zamlklý, bez chuti k životu a neví ani proč. Tato nálada ho provází již ve chvíli, kdy člověk vstává. Lidé ztrácí motivaci a nejráději by zůstali celý den v posteli. Tuto náladu lze označit jako depresivní náladu (Křivohlavý, 2012, s. 89). Jedinec v depresi se dále cítí plačtivě, úzkostně, rozmrzele, podrážděně, je vztahovačný, apatický neboli lhostejný, sebelítostivý a často má na okolí zlost (Praško, 1998, s. 41). Při depresi se objevují pocity viny i osamocení, i když je jedinec obklopen lidmi. Většinou vymizí i pocity radosti, člověka nic netěší, přestává dělat činnosti, které ho doposud zajímaly, a nedokáže se ničemu zasmát. Tato neschopnost prožívat radost se označuje odborným termínem *anhedonie* (Praško, Buliková, Sigmundová, 2009, s. 16). Depresivní člověk se většinou cítí citově vyprahlý, jako člověk bez emocí. Nemůže se vybrečet a má pocit, jako by mu žádné slzy už nezbyly (McKenzie, 2001, s. 12).

Dalším symptomem depresivního onemocnění jsou negativní myšlenky. Jedná se o negativní představy o světě, o sobě, ale i o druhých lidech. Jedinec je pesimistický a pesimisticky smýšlí i o své budoucnosti (Křivohlavý, 2012, s. 88). Jako příklad se uvádí myšlenky typu „Nikdo mě nemá rád.“, „Nestojím za nic.“, „Nic pěkného mě už nečeká.“ nebo „Všechno jsem to zavinil já.“ (Praško, 1998, s. 40). Člověk v depresích přemýšlí nad tím, co všechno se mu v životě nepovedlo a opomíjí přitom svoje úspěchy. Takovéto smýšlení vyvolává komplexy méněcennosti. U člověka s depresí se často objevují i suicidální myšlenky, což znamená, že pomýšlí na spáchání sebevraždy.

Vedle negativních myšlenek se u jedinců trpící depresí mohou objevit bludy a halucinace. Tento příznak se projevuje při velmi silných depresích. Znamená to, že jedinec se pohybuje mimo realitu. Má představy, že ho někdo pronásleduje nebo může slyšet ve své hlavě hlasy, které ho odsuzují nebo obviňují. Jedinec může mít i vizuální halucinace, to znamená, že člověk vidí věci, které nikdo jiný nevidí (Meier, Minirth, 1998, s. 21).

Všechny tyto příznaky vedou k dalšímu projevu deprese, a tím je nesoustředěnost a problémy s pamětí. Když se objeví negativní myšlenky, může jedinci působit problémy myslet na něco jiného, a to vyvolává neschopnost se soustředit a koncentrovat dění kolem sebe. To vede i k nepozornosti a jedinec se může cítit zmaten a plést se. Dochází i k tomu, že má problémy se zapamatováním například smluvených schůzek nebo termínů do práce (McKenzie, 2001, s. 15).

Je důležité zmínit, že tyto příznaky se objevují nejvíce v ranních a odpoledních hodinách, večer přichází pocit lehké úlevy tím, že člověk žije v naději lepšího zítřka (Miňhová, 2006, s. 88).

### 3.2 SOMATICKÉ PŘÍZNAKY

Mezi somatické příznaky patří ztráta chuti k jídlu. Člověk v depresi dokáže nejíst i celý den. To samozřejmě vede k velkému úbytku na váze, dokonce 15 až 20 kg. Může se ale i stát, že naopak jí mnohem více, že se záměrně přejídá, a to může vést až k obezitě. Tento problém provází střevní potíže jako průjem nebo zácpa. U žen s depresemi nastává většinou problém s menstruačním cyklem, je buď nepravidelný, nebo se zastaví úplně (Meier, Minirth, 1998, s. 20).

Deprese se projevuje i velkým poklesem energie, člověk se cítí neustále unavený, i když nic fyzicky náročného nedělá. Dále se mohou objevit bolesti svalů, zad, hlavy nebo zrychlené bušení srdce a tlak na hrudi, kdy má člověk pocit, že nemůže dýchat.

Poruchy spánku se také často vyskytují u depresivního onemocnění. Může se jednat o přerušovaný spánek, kdy jedinec se několikrát za noc probouzí, problém s usínáním, kdy člověk neustále přemýšlí nad svým životem a nemůže usnout nebo probouzení v brzkých ranních hodinách, kdy už jedinec nemůže usnout (McKenzie, 2001, s. 17).

Dalším tělesným příznakem může být také úbytek sexuální apetence, kdy jedinec ztrácí zájem o pohlavní styk a přestává sexuálně žít (Miňhová, 2006, s. 89).

### 3.3 BEHAVIORÁLNÍ PŘÍZNAKY

Deprese se často projevuje i v chování člověka. Na první pohled se depresivní jedinec pozná podle smutného, unaveného a ztrápeného výrazu obličeje, příliš nepoužívá mimiku a gestikulaci. Ve výrazu očí se odráží skleslost, nejistota či úzkostlivost. To se dá vyzorovat i v postoji jedince a hlas bývá většinou tichý (Anders, 2001, s. 6-7).

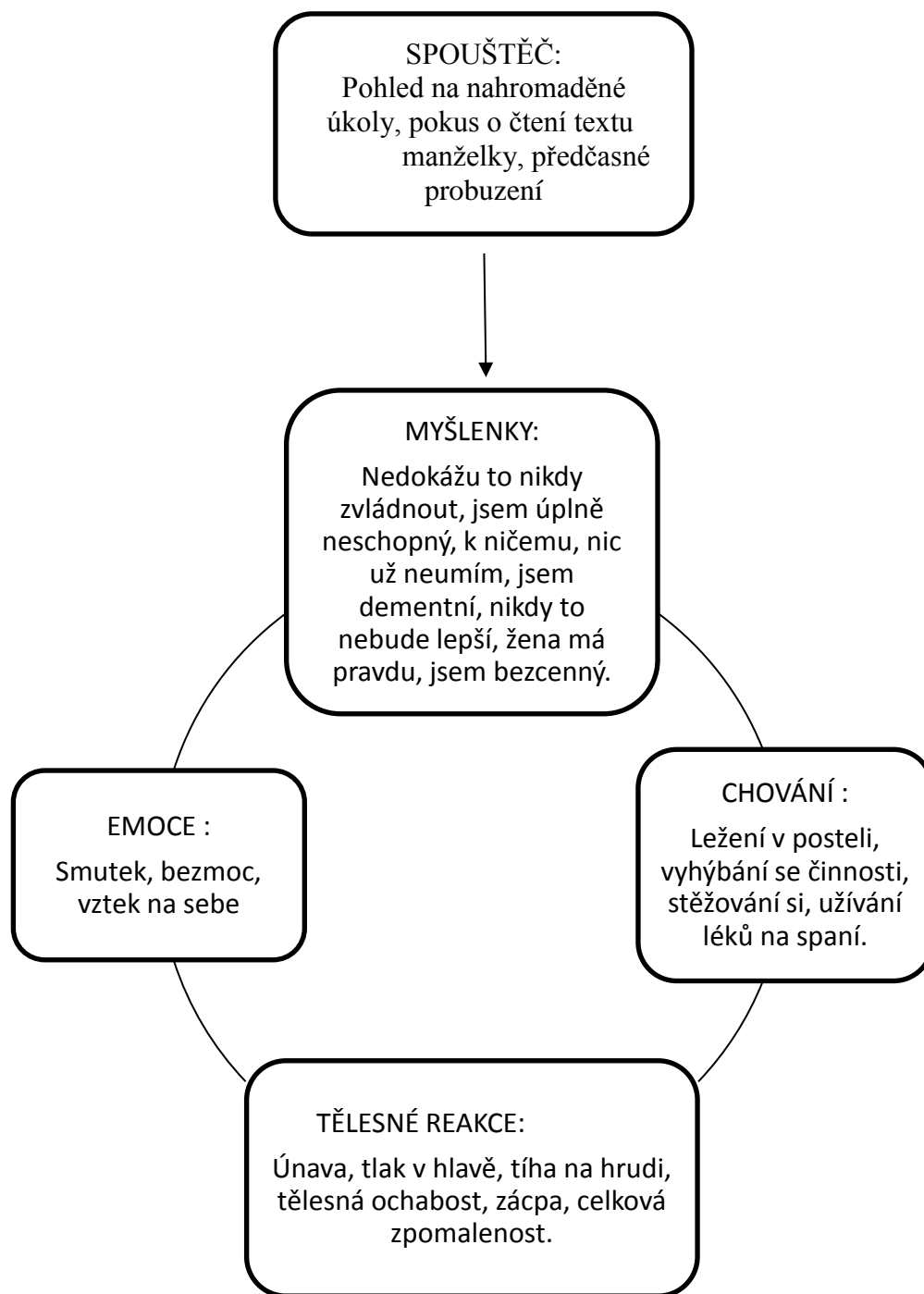
Depresivně nemocní často pláčou, aniž by k tomu měli nějaký důvod, jsou nerozhodní, odkládají problémy na jindy a kvůli nedostatku energie jsou zpomalení. Též se uzavírají do sebe, a ačkoliv dříve se vyskytovali rádi ve společnosti, teď se společnosti vyhýbají a uzavírají se před světem. Někdy se objevuje i přehnané chování jako kňouravé depresivní řeči, fňukání, naříkání, sebelítost a neustálé stěžování si na všechno. Někteří si zkusí i vzít život, jelikož dále nesnesou pocit zoufalství a bezmocnosti (Praško, 1998, s. 41).

Lidé s depresemi jsou méně aktivní, běžné činnosti, které před tím rádi dělali, jim činí problémy, a proto je raději vůbec nevykonávají. Dělají jen to, co je nejnnutnější. S tím souvisí i to, že přestávají dbát na svůj zevnějšek a nezáleží jim na to, jak vypadají nebo zanedbávají hygienu.

### 3.4 BLUDNÝ KRUH DEPRESE

Jak už bylo řečeno, depresivní porucha je onemocnění celého organismu, které se projevuje na náladě, v myšlení i v chování. Všechny tyto oblasti jsou propojené, depresivní chování ovlivňuje depresivní myšlenky, depresivní myšlenky ovlivňují emoce, ty ovlivňují

tělesné reakce a ty zase chování. Dalo by se říct, že člověk v depresích se ocitá v tzv. bludném kruhu deprese, který je znázorněn na obrázku.



Obrázek 1 Bludný kruh deprese (Praško, Prašková, Prašková, 2003, s. 24)



### 3.5 PŘÍZNAKY DEPRESE U ADOLESCENTŮ

Deprese má většinou stejné příznaky jak u dospělých, tak u adolescentů. Tato duševní choroba se u adolescentů projevuje drobnými depresivními výkyvy a větším kolísáním nálady než u ostatních dospívajících. Kolísání nálady u depresivních jedinců je mnohem intenzivnější a dlouhodobější, často jsou podráždění.

Somaticky se deprese nejvíce projevuje bolením hlavy, břicha, problémy se spaním a často trpí poruchami příjmu potravy. Mají tendenci nejíst nebo naopak se přejídat, což vede k velkému úbytku na váze nebo k nadbytku.

U jedinců této věkové kategorie se často objevují pocity méněcennosti, špatné sebehodnocení, beznaděj, bezmocnost. Jedinec má velice negativní a kritický pohled na sebe a i na budoucnost. Cítí se neužitečný, nadbytečný a s tím souvisí myšlenky na sebevraždu, protože cítí vinu za to, že je nepotřebný. U této nemoci se běžně vyskytují halucinace nebo bludy.

Dalším projevem deprese u adolescentů je náhlé zhoršení prospěchu ve škole. Jedinec ztrácí motivaci k učivu, nic ho nezajímá a mohou se objevit poruchy chování jako například záškoláctví, krádeže, konflikty a agrese vůči vrstevníkům. Na rozdíl od dospělých je nuda běžným příznakem u adolescentů. Nic nedělají, nic je nezajímá, straní se okolí a dochází k izolaci. Jediné, co je zajímavé, jsou věci, které se týkají sebevraždy. Mnoho dospívajících se o ni dokonce i pokusí (Hort a kol., 2008, s. 199-201).

## 4 DĚLENÍ DEPRESÍ

Deprese, jako každé jiné onemocnění, se vyskytuje v různých formách a typech. Dělí se podle různých kritérií, které jsou popsány níže. Tyto typy depresivního onemocnění se od sebe liší tím, že mají různý průběh, délku trvání, léčbu nebo projevy.

### 4.1 DLE CHARAKTERU PŘEVAŽUJÍCÍCH PŘÍZNAKŮ

Jednou z možností, jak depresivní onemocnění dělit, je podle symptomů, které převažují. Miňhová (2006, s. 89-90) rozeznává podle tohoto kritéria depresi simplexní, anxiózní, agitovanou, delirantní, stuporózní a vegetativní.

Deprese simplexní se projevuje velkým smutkem a sníženou dynamogenií, což znamená, že jedinec není schopen vyvíjet nějakou energii. Tento typ vykazuje suicidální chování, kdy jedinec v sebevraždě vidí jediné východisko.

Anxiózní deprese se vyznačuje především strachem, fobií, a jak název naznačuje, úzkostí (latinsky *anxieta*). Ta se může promítat do určitého tělesného orgánu, což se odborně nazývá termínem *fokalizace*. Úzkost se tedy může projevit u jedince bolestí například na hrudníku, v břiše či v celém těle. Často ji doprovází i tělesný neklid nebo bezradné, neúčelné pohyby.

Dalším typem je deprese agitovaná neboli neklidná. Převažujícím symptomem je zde velký neklid, vnitřní napětí a pláč. To může u jedince vyvolat agresivní chování vůči okolí, a může dokonce dojít k raptusu, kdy jedince ovládne výbuch zuřivosti, přičemž křičí, padá na zem a představuje nebezpečí pro lidi ve svém okolí.

Do této skupiny se dále řadí deprese delirantní, u které nejvíce dominují halucinace a bludy, kdy se jedinec ocitá zcela mimo realitu. Halucinace nejčastěji bývají zrakové nebo sluchové, bludy se objevují mikromanické, které přesvědčují jedince o jeho nicotnosti.

Deprese stuporózní neboli útlumová se vyznačuje totálním útlumem, jak v oblasti fyzické, tak v oblasti psychické. To znamená, že jedinec není schopen pohybu, má zpomalené myšlení, je strnulý. Švestka (2000, s. 7) dále uvádí, že jedinec je zpomalený i v řečovém projevu, mluví tiše, monotónně a odpovídá krátce. Má i zpomalení reakce.

Posledním typem deprese podle tohoto kritéria je deprese larvovaná neboli vegetativní. Ta se projevuje hlavně tělesnými příznaky a depresivní nálada je buď patrná, nebo se nevyskytuje vůbec. Často je tento typ deprese zaměňován za tělesné onemocnění, jelikož se neobjevují psychické příznaky. Anders (2001, s. 11) tuto depresi označuje též jako maskovanou. Jedinec si může například stěžovat na bolesti v hrudníku, zrychlení srdeční činnosti, špatné trávení, zrychlené či zpomalené dýchání, může též trpět bolestmi břicha, žlučníku nebo ledvin, kdy je problém diagnostikovat, že se jedná o depresi a nejde o nějaké jiné onemocnění.

#### 4.2 DLE CHARAKTERU PŘÍČIN

Dalším kritériem, podle kterého mohou být deprese děleny, jsou příčiny. Švestka (2000, s. 2) je ve své publikaci dělí na primární a sekundární. Primární deprese je vyvolána nedostatečným množstvím přenašečů nervových signálů mezi mozkovými buňkami a změnou citlivosti nervových zakončení neboli receptorů. Tyto přenašeče se též nazývají neurotransmitery a patří do nich například serotonin, noradrenalin nebo dopamin. Tímto typem deprese trpí přibližně třetina jedinců, kdy se tato nemoc objevila u někoho z příbuzenstva, a proto je u nich předpokládána vrozená porucha funkce neurotransmiterů v centrálním nervovém systému. Ne všichni však touto nemocí v příbuzenstvu onemocní.

Sekundární deprese se na druhou stranu projevuje příčinou, jež je známa. Jedná se o poškození nebo onemocnění mozku, nebo ji způsobují některé léky a drogy.

Miňhová (2006, s. 90) dle příčin dělí deprese na endogenní, které vznikají na základě vnitřních faktorů nebo nemají zjevnou příčinu a na exogenní, které vznikají na základě psychosociálních faktorů, například jako reakce na nějakou situaci. Hartl a Hartlová (2010, s. 93) uvádí, že tyto termíny, endogenní a exogenní deprese, se již tolik nepoužívají.

#### 4.3 DLE ZÁVAŽNOSTI PŘÍZNAKŮ

Deprese se též dělí podle závažnosti příznaků u jedince, to znamená, jakou intenzitou se u něho dané příznaky projevují. Dle tohoto dělení se rozlišuje mírná forma deprese, středně těžká, těžká a těžká s psychotickými příznaky (Anders, 2005, s. 32-33).

Při mírné formě deprese se vyskytují alespoň dva ze tří základních příznaků, kterými je depresivní nálada, zvýšená únavnost a ztráta zájmu a radosti. K tomu se objevují nejméně dva další příznaky jako například zhoršená pozornost a soustředění, snížené sebevědomí, pocity viny, pesimismus, poruchy spánku nebo snížená chuť k jídlu (Hort a kol., 2008, s. 203). U mírné depresivní poruchy není ani jeden ze symptomů intenzivní. Jedinci mohou stále pracovat, mohou vykonávat běžné denní aktivity, i když s určitým přemáháním (Švestka, 2000, s. 6).

U středně těžké deprese jsou většinou přítomny dva základní příznaky, stejně jako u mírné formy deprese, ale s tím rozdílem, že u této formy se vyskytují tři až čtyři další příznaky, které jsou zmíněny v předchozím odstavci. Zde již má jedinec částečné problémy se zvládnutím každodenních činností (Anders, 2005, s. 33).

Těžká forma deprese má většinou všechny tři základní příznaky, k tomu dále nejméně tři další příznaky. Intenzita příznaků je velice silná, v popředí stojí pocity viny a je zde vysoké riziko spáchání sebevraždy.

U těžké deprese se mohou objevit navíc i psychotické příznaky a mnozí autoři oddělují tuto formu depresivního stavu jako samostatnou. Jak už bylo řečeno, jsou zde stejné příznaky, jako u těžké formy, kromě toho se zde však vyskytují bludy, halucinace či depresivní stupor, což znamená, že jedinec je přesvědčen o vlastní, nespáchané vině a následném zaslouženém trestu. Dále je toho názoru, že musí skoncovat se svým životem, odmítá cokoli jíst, má naprostý nezájem o okolí a je pohybově strnulý (Švestka, 2000, s. 6).

#### 4.4 DLE TRVÁNÍ PŘÍZNAKŮ

Dalším kritériem, jak lze deprese rozlišovat, je podle toho, jak dlouho deprese trvá. Může se tedy jednat o krátkodobou depresi, která se vyskytuje jen v určitých periodách, nebo o depresi dlouhodobou, která může trvat až několik let.

Krátká periodická deprese je poměrně vzácná. Vykytují se u ní příznaky, které jsou velmi intenzivní a trvají po dobu dvou až tří dnů, ale objevují se po několika týdnech alespoň jednou za měsíc. Jelikož netrvá dostatečně dlouho, je těžké tento typ deprese okamžitě léčit a jediným způsobem, jak ji předcházet, je dlouhodobé podávání léků

(Švestka, 2000, s. 6-7). Deprese se objeví většinou náhle, často ráno po probuzení, kdy jedinec není schopen vstát z postele a jít do práce. Je unavený a slabý, mohou se objevovat i suicidální myšlenky. Většinou po třech dnech deprese náhle zase zmizí a jedinec se probudí s normální náladou (Praško, Buliková, Sigmundová, 2009, s. 43).

Dlouhodobá deprese se považuje za chronickou, pokud trvá déle než dva roky. Tímto druhem deprese je dystymie, která ačkoliv trvá dlouho, není závažná. Příčinou někdy může být stres nebo nějaká životní událost. Dochází ke kolísání mírné formy deprese a normální nálady, které je velmi proměnlivé. Jedinec trpí sníženou aktivitou a zájmem, nespavostí a pesimistickými vyhlídkami do budoucna. Většinou jsou uzavřeni, mají sníženou sebedůvěru a méně komunikují. Jsou ale schopní nadále vykonávat každodenní činnosti. Dalším druhem, který se řadí do dlouhodobých depresí, se nazývá cyklotymie. Zde se jedná o střídání mírné formy deprese s hypománií (nadměrně veselá nálada) v časové posloupnosti nejméně dvou let (Švestka, 2000, s. 7).

#### 4.5 DLE POLARITY

Deprese se může objevovat ve dvou průběhových formách neboli ve dvou variantách, které jsou navzájem protikladné, kdy jedním pólem je deprese a opačným pólem je mánie. Podle tohoto rozdělení rozlišujeme depresi unipolární a bipolární (Švestka, 2000, s. 9).

Unipolární deprese, též zvaná jako rekurentní depresivní porucha, se vyznačuje opakováním depresivních epizod, přičemž mánické epizody zcela chybí. Může se však stát, že bezprostředně po depresivní epizodě se u jedince vyskytne povznesená nálada a hyperaktivita. To může být vyvoláno léčbou deprese. Jednotlivé depresivní epizody trvají většinou tři až šest měsíců a způsobuje je obvykle nějaká stresová životní událost. Tímto typem deprese trpí dvakrát častěji ženy než muži (Laňková, Raboch, 2013, s. 6).

U bipolární deprese, též označované jako maniodepresivní poruchu, se vyskytují epizody jak depresivní, tak stavy povznesené nálady. Objevují se cyklicky a někdy může ke zvratu v náladě dojít velmi rychle, například přes noc (Praško, Buliková, Sigmundová, 2009, s. 36). Depresivní epizoda se vyznačuje mimo jiné depresivní náladou, únavou, neschopností se soustředit a suicidálními myšlenkami. Pro nepřiměřenou povznesenou náladu je charakteristická například lehkomyšlnost, nadměrná výkonnost a

mnohomluvnost. Jedinec se v této fázi cítí živě, bystře, energicky a má zvýšené sebevědomí. Často střídá aktivity, něco začne a ani to nedokončí. Snadno se stává agresivní, vznětlivý nebo popudlivý a typické také bývají neuvážená rozhodnutí, kdy se jedinec rozhodne dát výpověď v práci nebo utratí své finanční úspory. Lehčím stupněm povznesené nálady se nazývá hypománie, těžší stupněm je mánie. (Anders, 2001, s. 10-11).

#### 4.6 DALŠÍ TYPY DEPRESE

Do této podkapitoly jsou zařazeny různé typy deprese, které je důležité zmínit, ale nejsou nikterak děleny. Je zde tedy zahrnuta sezónní afektivní porucha, reaktivní deprese, smíšená úzkostně - depresivní porucha, poporodní deprese, deprese v menopauze a v neposlední řadě též deprese v pozdním věku.

Sezónní afektivní porucha se obvykle rozvíjí na podzim, přetrvává přes zimní období a na jaře většinou zmizí (Raboch a kol, 2012, s. 262). Objevuje se každoročně. Jedinec bývá zcela bez energie, je unavený, málo výkonný, má potřebu nadměrně spát a má chuť na sladké, čímž většinou i přibývá na váze. Tato porucha se léčí fototerapií (aplikace jasného intenzivního světla), která je velice účinná (Praško, Buliková, Sigmundová, 2009, s. 38).

Typickým rysem reaktivní deprese je to, že trvá krátkodobě. Důvodem vzniku je určitá stresová situace či událost jako je například úmrtí blízkého člověka, ztráta zaměstnání, rozvod a deprese nastává ihned nebo nejpozději do jednoho měsíce. Je zde velice důležitá podpora přátel a okolí, aby jedinec nepropadl do hlubší deprese (McKenzie, 2001, s. 32).

Smíšená úzkostně – depresivní porucha, jak už název napovídá, vykazuje příznaky jak úzkosti, tak deprese. Jelikož ale není dostatek přímých příznaků pro diagnostiku ani jednoho onemocnění, je tato porucha smíšená (Praško, Buliková, Sigmundová, 2009, s. 42).

Až 50 % žen trpí po porodu nějakými depresivními příznaky. Těmi jsou například změna nálady, podrážděnost, plačtivost, únava nebo úzkost, objevují se v prvních dvou týdnech po porodu a tento stav se označuje termínem poporodní blues, k němuž dochází

náhlým poklesem hormonu estrogenu a progesteronu, a poté spontánně odezní (Praško, Buliková, Sigmundová, 2009, s. 44). Poporodní depresí trpí přibližně 10-15 % žen a vzniká v průběhu 4 - 6 týdnů po porodu. Projevuje se u žen častými výkyvy nálad a úzkostí. Někdy se tato deprese projevuje absolutním nezájmem o dítě nebo strachem, být s dítětem o samotě. Opakem můžou být obavy o dítě, které můžou mít až obsedantní charakter a mohou vyvolat bludy. V tomto stavu je zvýšené riziko sebevraždy a v závažných případech může docházet až k zanedbání dítěte (Češková, Příkryl, 2013, s. 30). Nejčastěji se poporodní deprese vyskytuje u prvorodiček. U mírnější deprese je důležitá podpora a pomoc nejbližšího okolí jako je rodina, v těžších případech je potřeba přerušit kojení a začít brát antidepressiva. Někdy bývá nutná i hospitalizace.

Menopauza bývá nejčastějším důvodem deprese u žen. Z biologického hlediska je deprese v menopauze zapříčiněna hormonálními změnami, především poklesem hladiny estrogenů. Nahrazením těchto hormonů lze zčásti depresi vyléčit, pokud hormonální léčba nezabírá, je potřeba začít podávat antidepressiva. Z psychologického hlediska je deprese zapříčiněna pocitem „prázdného hnízda“, kdy děti se už odstěhovaly z domova, partner nemá čas a ženy obvykle mají pocit osamění a bojí se stárnutí. Zde je účinná psychoterapie, která ženám pomáhá najít nový smysl života a vyrovnat se změnami (Praško, Prašková, Prašková, 2003, s. 44).

Deprese v pozdním věku bývá častá, ohroženými lidmi jsou především ti, kteří přišli o partnera, žijí v pečovatelských domech nebo zažívají velké životní události jako je odchod do důchodu či závažné tělesné onemocnění. Deprese se vyskytuje hlavně u lidí se srdečními příhodami, vysokým krevním tlakem, cukrovou, mozkovými příhodami a další. Podle studie v západních zemích trpí depresí okolo 15 % lidí, kteří jsou starší 65 let (Anders, 2001, s. 13-14).

## 5 LÉČBA DEPRESE

Deprese je nemoc, která jako ostatní nemoci se dá léčit. Stále častěji se však vyskytuje problém, že lidé, kteří touto nemocí trpí, pomoc nehledají. Důvodem může být to, že nevědí, že jsou nemocní nebo se stydí si to přiznat a jít s depresí k lékaři a doufají, že deprese odezní sama. Bohužel ale deprese silou vůle překonat nelze, a proto je důležité se včas léčit, protože správná léčba pomáhá se zbavit příznaků depresivních onemocnění a bez léčby mohou tyto příznaky trvat i dlouhá léta (Praško, Buliková, Sigmundová, 2009, s. 7-8).

Mezi nejzákladnější metody léčby depresivních onemocnění se řadí především farmakoterapie a psychoterapie, dalšími možnými způsoby může být například elektrokonvulzivní terapie, fototerapie nebo transkraniální magnetická stimulace mozku. Dnes se do popředí dostávají i různé alternativní metody jako například muzikoterapie či aromaterapie. V současné době se nejvíce využívá k léčbě deprese kombinace farmakoterapie a psychoterapie, jelikož předepisování léků se odehrává v rámci psychoterapie, v němž nejdominantnější roli hraje lékař a pacient, avšak podpora nemocného rodinnými příslušníky je rovněž velice důležitá pro úspěšnou léčbu (Anders, Skopová, 2006, s. 28).

Léčba deprese se rozděluje na dvě fáze. První fáze se nazývá akutní a trvá po dobu osmi až dvanácti týdnů. Cílem je remise příznaků, což znamená, že se snaží o vymizení příznaků deprese a dále je potřeba v této fázi přivést jedince zpátky ke správnému sociálnímu a pracovnímu fungování. Druhá fáze se nazývá udržovací, která trvá šest až dvacet čtyři měsíců a někdy i déle. Úkolem této fáze je trvale zajistit jedinci sociální a pracovní fungování, dbá na to, aby se znovu neobjevily příznaky deprese, aby nedošlo tedy k tzv. relapsu (Češková, Přikryl, 2013, s. 34-35). Dle Anderse (2005, s. 65) u 60-80 % jedinců dochází k relapsu do jednoho roku, 97% do pěti let.

Depresi lze léčit dvěma způsoby. Prvním způsobem je, že deprese je léčena ambulantně. To znamená, že pacient dochází k psychiatrovi, který mu předepisuje léky a provádí s ním psychoterapii. Druhou možností léčby depresivních onemocnění je hospitalizace v nemocnici nebo v psychiatrickém zařízení. K té dochází na doporučení lékaře, který vyšetřením usoudí, že je nutná. Je to například v případech, kdy u jedince je vysoké riziko



sebevraždy, spolu s depresí má pacient ještě jiné závažné tělesné onemocnění nebo u těch, kteří nemají kolem sebe nikoho, kdo by se o ně postaral. Dalšími důvody můžou být nespolupráce jedince při ambulantní léčbě, závislost na alkoholu či drogách a jsou také případy, kdy si pacient o hospitalizaci požádá sám (Anders, 2001, s. 17).

Anders (2005, s. 59) ve své další publikaci uvádí, že léčba depresivních stavů je téměř účinná u dvou třetin pacientů a dochází u nich ke zlepšení stavu během 1 – 2 měsíců.

## 5.1 FARMAKOTERAPIE

Farmakoterapie je léčba depresivních stavů na základě podávání léku, tzv. antidepresiv. Při depresi dochází ke snížení hladiny neurotransmiterů v limbickém systému a antidepresiva vracejí hladinu těchto látek do normálního stavu, čímž limbický systém funguje zase tak, jak má (Cantopher, 2012, s. 85). Tyto léky se podávají většinou při léčbě středně těžkých a těžkých forem deprese. Antidepresiva jsou vybírána dle předchozí zkušenosti pacienta s léky, z klinického obrazu depresivního onemocnění a ze znalosti vedlejších účinků jednotlivých antidepresiv (Laňková, Raboch, 2013, s. 10).

Existuje nespočet druhů antidepresiv a u každého lze najít výhody a nevýhody a každá skupina funguje odlišně. Doba, kdy antidepresiva začnou působit, je přibližně za tři až šest týdnů podávání. Je důležité brát léky i poté, co se jedinec začne cítit dobře a nevysazovat je. Většinou se doporučuje je brát ještě šest měsíců potom, co pacientovi zmizí příznaky (Cantopher, 2012, s. 86).

Antidepresiva lze dělit na 3 základní skupiny. Jejich dělení vychází z chemické struktury a z účinku jejich chemikálií na mozek. První skupinou jsou tricyklická antidepresiva, která zvyšují kumulaci (nahromadění) noradrenalinu nebo také někdy serotoninu v mozku (Nedley, 2007, s. 145). Do těchto antidepresiv patří například imipramin, amitriptylin, dosulepin a další. Jsou to první léky, které se začaly používat při léčbě depresivních onemocnění (Praško, Buliková, Sigmundová, 2009, s. 59). Jejich nevýhodou je velké množství vedlejších účinků jako je zácpa, rozmazané vidění, přibírání na váze, třes, závratě, ospalost, sucho v ústech a zrychlený nebo nepravidelný puls. Dalším rizikem je, že při předávkování může nastat smrt (Nedley, 2007, s. 145).

Druhou skupinu tvoří inhibitory monoaminoxidázy (IMAO), které zvyšují koncentraci serotoninu a adrenalinu v centrální nervové soustavě (Nedley, 2007, s. 146). Jedná se o skupinu léků RIMA (reverzibilní inhibitory monoaminooxidázy), a v České Republice lze předepsat z této skupiny pouze moclobemid. Výhodou tohoto léku je malé množství vedlejších účinků a předepisuje se většinou pacientům se sociální fobií nebo jedincům, kteří trpí panickými záchvaty (Praško, Buliková, Sigmundová, 2009, s. 60-61).

Do třetí skupiny antidepresiv patří inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI), které jsou nejnovějšími léky na depresi. Dokáží selektivně nahromadit a využít serotonin ve spojení mezi neurony v mozku dříve, než se rozloží. Výhodou těchto antidepresiv je malé množství vedlejších účinků (mohou ale způsobit například nespavost, bolesti hlavy, sexuální dysfunkci) a nejsou tak nebezpečné při předávkování jako tricyklická antidepresiva (Nedley, 2007, s. 147-148). Mezi tyto léky patří citalopram, escitalopram, fluoxetin, fluvoxamin, paroxetin a sertralin (Praško, Buliková, Sigmundová, 2009, s. 60).

## 5.2 PSYCHOTERAPIE

V současnosti existuje kolem dvě stě různých druhů psychoterapie, s jejichž pomocí se lidé s depresivními stavy učí zvládat nesnáze a znovu získat sebevědomí. Psychoterapie pomáhá jedinci lépe porozumět, co se s ním během deprese děje a učí ho, jak se vypořádat s příznaky a s problémy v životě (Praško, Buliková, Sigmundová, 2009, s. 63). Nejčastěji se při léčení deprese využívá kognitivně behaviorální terapie, dále ale velmi účinné jsou skupinové terapie, rodinné terapie a individuální dynamická terapie (Anders, Skopová, 2006, s. 28 -29). Není ale stále prokazatelné, která z těchto psychoterapií je nejúčinnější a při léčení deprese nejúspěšnější (Böker, 2011, s. 149).

Existují dva druhy psychoterapie. Prvním druhem je podpůrná psychoterapie, která by se měla dostávat každému pacientovi s depresí. Lékař by měl dobře vysvětlit nemocnému, co se s ním během deprese děje, měl by být empatický, umět naslouchat a podpořit. Druhým typem je specifická psychoterapie, která pacientovi pomáhá nejen lépe pochopit podstatu deprese, ale také ho například trénuje dovednostem, které mu mohou příště zabránit v nástupu deprese (Anders, Skopová, 2006, s. 28-29).

Psychoterapie mají různou délku trvání, podle toho se dělí na krátkodobé a dlouhodobé. Krátkodobé psychoterapie trvají přibližně půl roku a zahrnují čtyři až dvacet sezení, které trvají hodinu a probíhají jednou týdně. Řeší se zde zpravidla aktuální problémy, tady a teď. Jako příklad lze uvést kognitivně – behaviorální terapie nebo analytická kognitivní terapie. Na rozdíl od krátkodobých se dlouhodobé psychoterapie skládají z přibližně padesáti sezení, které se konají většinou jednou týdně, ale někdy i vícekrát. Neřeší se zde na aktuální problémy, ale nahlíží se do minulosti jedince a hledají se v ní možné příčiny deprese. Mezi dlouhodobé terapie patří například psychoanalýza (McKenzie, 2001, s. 49-55).

Jak už bylo výše zmíněno, kognitivně – behaviorální terapie patří mezi nejčastěji užívanou psychoterapii a snaží se, aby u jedince zmizely negativní myšlenky ohledně vidění sebe sama, okolí a budoucnosti a dále se zaměřuje na to, aby se jedinec naučil smysluplně a konstruktivně plánovat věci, což vede k narušení depresivní triády: depresivní myšlenky – depresivní nálada – depresivní chování (Anders, Skopová, 2006, s. 29). Tato terapie se používá převážně u lehkých a středně těžkých depresí, u těžkých depresí je potřeba ji kombinovat s léky (Praško, Buliková, Sigmundová, 2009, s. 66).

Skupinová terapie se uskutečňuje většinou ve skupině osmi až dvanácti lidí. Na jejím základě si jedinci můžou uvědomit, že nejsou sami, kdo trpí depresí, a mohou si navzájem poradit, jak se s depresí vyrovnat. Je důležité, aby při těchto sezeních mezi členy panovala dobrá atmosféra, naprostá důvěra, otevřenost a spoluúčast (Praško, Buliková, Sigmundová, 2009, s. 65 -66). Tato psychoterapie je nejvhodnější pro léčbu lehkých forem deprese.

Rodinná terapie je také velice úspěšná hlavně u dětí a adolescentů, jelikož depresivní jedinci často pochází z rodin, kde jsou nějaké problémy, ať už psychické, rozvod rodičů nebo špatné vztahy v rodině. Je také důležité, aby příslušníci rodiny věděli, jak se k jedinci, kteří trpí depresivními stavy, chovat (Essau, 2002, s. 181).

Další účinnou terapií při léčbě deprese je individuální dynamická psychoterapie, do níž patří například psychoanalýza, gestaltterapie nebo katatymně imaginativní psychoterapie. Jedná se o dlouhodobou terapii, ve které jde o analýzu nevědomých konfliktů a tím se snaží měnit pohledy na svět i postoje k sobě, které způsobily depresi.

Hlavním cílem není odstranění příznaků, nýbrž změna osobnosti člověka. Je vhodná u lehkých forem deprese, reaktivní deprese a dystymie (Praško, Buliková, Sigmundová, 2009, s. 64 -65).

### 5.3 JINÉ ZPŮSOBY LÉČBY

Další možným způsobem léčby deprese než jsou antidepresiva a psychoterapie je elektrokonvulzivní léčba. Jedná se o tzv. elektrošoky, které se dělají pod celkovou anestezií. Je velmi účinná a provádí se převážně u pacientů s těžkou formou deprese, u kterých hrozí sebevražda, kteří odmítají jíst a pít nebo kterým nezabírá žádný druh antidepresiv. Tato léčba se může provádět i u starších lidí, gravidních žen a u somaticky nemocných pacientů. Vedlejšími účinky může být zmatenost či krátkodobé narušení paměti (Raboch, Pavlovský a kol., 2008, s. 98).

Pro jedince, kteří trpí sezónní afektivní poruchou, je nejvhodnější další typ léčby, a to je fototerapie, která využívá k léčení aplikaci intenzivního světla, čímž se jedincům s tímto typem deprese harmonizuje denní biologické rytmy. Tato terapie trvá přibližně dva až tři týdny. Světlo, podobné slunečnímu světlu, má intenzitu 2500-10 000 luxů a aplikuje se půl hodiny v časných ranních hodinách (Praško, Buliková, Sigmundová, 2009, s. 67).

Je dokázáno, že u lehčích forem deprese pomáhá tělesné cvičení. Byl dokonce vytvořen čtrnáctidenní program každodenního aerobního cvičení na snížení symptomů depresivních onemocnění (Laňková, Raboch, 2013, s. 9).

## 6 CÍLE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Teoretická část diplomové práce se zabývá jak obecným popisem depresivních onemocnění, tak se teoreticky vztahuje i na depresi v adolescentním věku. V praktické části se zkoumá vztah deprese k adolescentům na základě dotazníků.

Cílem praktické části je zmapovat četnost výskytu depresivních stavů v období adolescence, a to u žáků středních škol. Zajímalo nás, zda s depresivními stavy souvisí pohlaví adolescenta a to, jaký typ střední školy navštěvuje. Při porovnávání jsou sledovány jak kvantitativní, tak kvalitativní rozdíly depresivních stavů. Za kvantitativní rozdíly považujeme rozdíl četnosti výskytu, u kvalitativního hlediska se jedná o analýzu převažujícího typu depresivního syndromu.

Na základě studia odborné literatury (viz teoretická část práce) usuzujeme, že

- dívky se setkávají častěji s depresivními stavy než chlapci
- na gymnáziu bude vyšší výskyt depresivních stavů než na učilišti
- dívky budou inklinovat k jiným typům depresivních syndromů než chlapci
- žáci nematuritních oborů budou inklinovat k jiným typům depresivních syndromů než žáci gymnázia

Za potvrzený předpoklad budeme považovat více než 10% rozdíl mezi respondenty.

## 7 METODOLOGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

### 7.1 VÝZKUMNÉ METODY

Výzkum depresivních stavů u adolescentů byl proveden na základě dotazníků, které se řadí do kvantitativních metod. Byl použit dotazník s názvem *Diferenciální dotazník depresivity* (DDF), jehož autorem je Peter Steck. Je rozdělen na dvě části, na formu A a na formu B, přičemž pro naše účely byla využita pouze forma A.

DDF se skládá ze šesti škál, které odpovídají syndromům deprese a to jsou škála fobický, somatizovaný, hypochondrický, sebetřýznící, paranoidní a anankastický. Dotazník obsahuje celkem 76 výroků, se kterými jedinec buď souhlasí a zaškrtně *ano* nebo nesouhlasí a zaškrtně odpověď *ne*. Každá škála zahrnuje několik výroků a podle počtu odpovědí *ano* se vypočítává hrubé skóre, které se dále přepočítává na percentily a tím je zjišťuje, k jakému typu deprese jedinec inklinuje.

Vysoké skóre škály fobický se vykazuje u jedince obavami ze selhání a fobickými reakcemi úniku, které se projevují negativními tělesnými pocity. Pod tuto škálu spadají následující výroky v dotazníku: 1. Bojím se více a častěji než jindy; 6. Mám často sny plné strachu; 9. Někdy nedokážu plynule hovořit a začínám lapat po dechu; 20. Pobyt v tmavých místnostech je pro mě nesnesitelný; 21. Mám-li před sebou obtížný úkol, je mi nevolno; 22. Často se stává, že v rozhovoru začnu lapat po dechu; 29. Často cítím píchání v žaludku, zejména v situacích, v nichž si nejsem jistý; 30. V přítomnosti jiných lidí mám strach, že se ztrapním; 43. Nemohu se zbavit myšlenek, že se někomu z mých příbuzných může přihodit něco zlého; 51. Nemohu-li problémy okamžitě vyřešit, začínám se třást; 58. Stane-li se něco neočekávaného, je mi hned špatně; 60. Nerad chodím do výškových budov.

Škála somatický se vyznačuje tělesnými obtížemi, především bolestmi hlavy, zad nebo břicha. Do této škály patří následující tvrzení v dotazníku: 5. Mám pocit, jakoby mě někdo tlačil k zemi; 10. Mám pocit, že nemohu volně hýbat hlavou; 17. Někdy mě bolí záda při každém pohybu; 26. Stává se, že mi hučí v uších, nebo jsou to dokonce bolesti; 27. Někdy mám pocit, jako bych měl na hlavě těsnou helmu; 40. V hlavě cítím silný tlak; 41. Často mě bolí krk a ramena, jako bych nesl něco těžkého; 42. Svaly na krku a

ramenech mi často ztuhnou; 45. Někdy takřka nemohu pohnout končetinami; 50. Často vidím všechno zahaleně; 55. Často mě bolí záda; 57. Často mě bolí hlava.

Vysoké skóre škály hypochondrický označuje jedince, který má velké obavy o své tělesné zdraví a většinou na sobě zpozoruje nemoci, které nemá. K této škále se řadí následující tvrzení z dotazníku: 11. V poslední době mě trápí bolesti na hrudi; 13. Když čtu nebo slyším o nějaké nemoci, hned mě napadne, že ji mám i já; 19. Přestal jsem věřit svému tělu; 23. Cítím, že mi často ochabují smysly; 32. Stává se, že mám stažené hrdlo; 34. Někdy cítím, že zanedlouho nebudu moci kvůli únavě chodit; 35. Často se trápím tím, že mám rakovinu; 39. Občas nemohu dobře dýchat, takže se bojím, že se udusím; 46. Cítím, že mám nějakou nebezpečnou chorobu; 47. Obávám se, že několik mých orgánů je nemocných; 56. Bojím se, že někdy ztratím vědomí; 59. Bojím se, že mě už není možno zachránit.

Další škálou v dotazníku DDF je škála sebetrýznící, kdy jedinec vnímá sám sebe negativně a trpí silnými pocity viny a sebeobviňováním. Do této škály se zahrnují tyto výroky z dotazníku: 2. Nyní budu potrestán za svoje hříchy; 7. Myslím, že moje nemoc je trestem; 8. Křivda, na kterou jsem už dávno zapomněl, mi teď stále přichází na mysl; 16. Zasloužím si, že se mám tak špatně; 18. Jsem ze sebe zklamaný; 28. Trápím se, že moje orgány nepracují tak, jak by měly; 36. Kdyby mě nebylo, měla by se moje rodina lépe; 37. Někdy jsem sám sobě odporný; 38. Myslím, že jsem zlý a bezcenný; 44. Jsem člověk s mnoha chybami; 53. Je pro mě obtížné najít na sobě něco pozitivního; 54. Potkám-li na ulici známého, hanbou bych se nejraději propadl.

Škála paranoidní se vyznačuje silnou nedůvěrou vůči ostatním lidem a jedinec má pocity, že jím ostatní manipulují. K této škále v DDF se řadí tyto tvrzení: 3. Je mnoho lidí, které potěší každé mé neštěstí; 4. Myslím si, že hodně toho, co se kolem mě děje, není náhoda, ale někdo to řídí; 12. Občas pozoruji, že si lidé o mně šeptají; 14. Někdy jsem měl dojem, že jiní lidé mně četli myšlenky; 15. Někdy si myslím, že mi někdo něco řekl, i když v blízkosti nikdo není; 24. Často mě napadne, že mi někdo něco vzal; 25. Někdy mám pocit, že si lidé o mně vyprávějí; 31. Někdy mám pocit, že mě někdo pronásleduje a chce mi ublížit; 33. Slyšel jsem hlasy, které nepocházely od přítomných lidí; 48. Často nesnáším

sám sebe; 49. Myslím, že mnozí lidé jsou ke mně přátelštější jen proto, aby mě mohli později přelstít; 52. Myslím, že celý svět je proti mně.

Poslední škálou z DDF je škála anankastická, u níž vysoké skóre znamená u jedince obsedantní myšlenky, potřebu vše stihnout do termínu, přehnanou přesnost a pořádkumilovnost. Do této škály se řadí následující tvrzení: 61. Když se něčeho dotknu, často si umyji ruce; 62. Po té, co jsem něco dokončil, musím se často zamyslet, zda jsem vše udělal správně; 63. Jsou věci, které vždycky dělám v tomtéž pořadí (např. ranní toaleta); 64. Občas se přistihnu, při počítání zbytečností (např. čísel domů, stromů, atd.); 65. Často si dělám starosti, zda jsem vše udělal dobře; 66. Často musím myslet na určitá slova, věty nebo obrazy, kterých se potom jen obtížně dokážu zbavit; 67. Svou práci nebo činnost musím často přerušit, abych ji mohl zkontrolovat; 68. Cítím vnitřní tlak, abych počítal nepodstatné věci, např. auta; 69. Mám více než jiní strach, že se nakazím, když se dotýkám peněz, cizích klik nebo držadel; 70. Pokud některé práce nebo činnosti vícekrát nezopakují, necítím se dobře; 71. Když něco dokončím, často mám pocit, že jsem to neudělal dobře; 72. Hodně času věnuji očištění svého těla nebo jeho některých částí; 73. Podle možnosti vykonávám svou práci perfektně, proto mi to trvá déle, než je třeba; 74. V podstatě věnuji až příliš moc času nepodstatným věcem; 75. Uvědomuji si, že vždy přemýšlím o tomtéž; 76. Dříve, než něco začnu, pořádně si to promyslím.

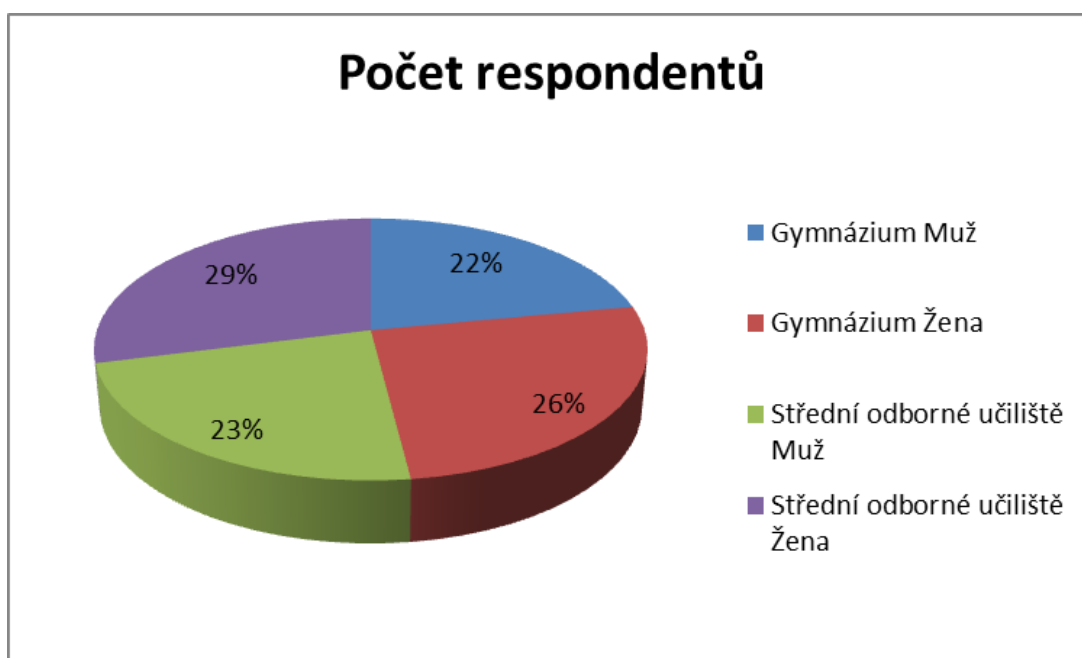
## 7.2 VZOREK RESPONDENTŮ A POSTUP ZÍSKÁVÁNÍ DAT

Výzkum byl prováděn na jaře 2017 celkem na dvou školách ve třetích ročnících. Jednou z nich bylo gymnázium v Plzni a druhou bylo střední odborné učiliště v Rokycanech. Kvůli anonymitě zde nejsou uvedeny názvy škol. Dotazník vyplnilo celkem 106 respondentů ve věku 17 – 20 let, z toho 55 bylo dívek a 45 chlapců. Z celkového počtu nemohlo být použito pro výzkum 6 dotazníků, jelikož nebylo vyplněno pohlaví, nebo typ školy. Při zadávání dotazníků bylo respondentům sděleno, že je vše anonymní, a že výsledky slouží pouze pro účely výzkumu. Respondenti měli na vyplnění dostatek času a během průzkumného šetření nebyly kladeny žádné otázky.



Tabulka č. 2 Popis výběrového vzorku respondentů

Typ školy	Pohlaví	Počet respondentů
Gymnázium	Muž	22
	Žena	26
Střední odborné učiliště	Muž	23
	Žena	29
<b>Celkem</b>		100



Graf č. 1 Procentuální počet respondentů

### 7.3 ZÍSKANÁ DATA A JEJICH INTERPRETACE

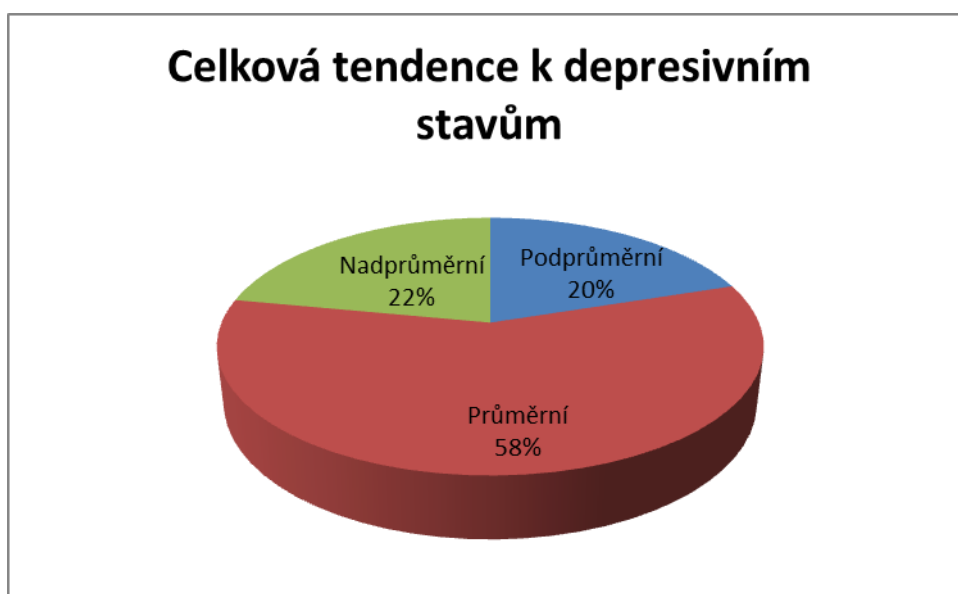
Data, která byla získána pomocí dotazníkovému šetření, byla dále vyhodnocována v tabulkovém softwaru Microsoft Excel, ve kterém byly zpracovávány tabulky a grafy, které slouží k celkové interpretaci výsledků.

### 7.3.1 INKLINACE RESPONDENTŮ K DEPRESIVNÍM STAVŮM

Inklinace k depresivním stavům byla rozebírána nejdříve celkově a poté z hlediska pohlaví a typu škol.

Tabulka č. 3 Celková tendence k depresivním stavům

Celková tendence k depresivním stavům	
Podprůměrní jedinci	20
Průměrní jedinci	58
Nadprůměrní jedince	22
Celkový počet jedinců	100

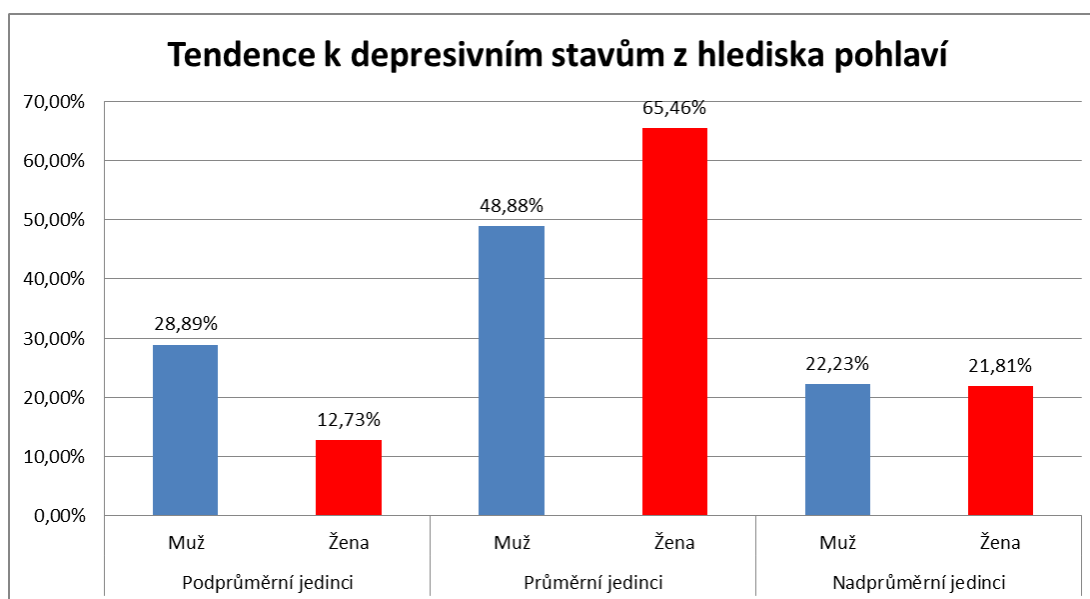


Graf č. 2 Celková tendence k depresivním stavům

Na základě dat z dotazníku DDF bylo dle směrodatné odchylky vyhodnoceno, že 20 % respondentů, kteří získali v dotazníku 6 a méně bodů, mají podprůměrnou tendenci k depresivním stavům. Podobně stejné množství respondentů, 22 %, inklinuje nadprůměrně k depresivním stavům a největší skupinu 58 % tvoří jedinci, kteří vykazují průměrnou tendenci k depresivním stavům.

Tabulka č. 4 Tendence k depresivním stavům z hlediska pohlaví

Tendence k depresivním stavům z hlediska pohlaví		
Skupina jedinců	Pohlaví	Počet respondentů
Podprůměrní jedinci	Muž	13
	Žena	7
Průměrní jedinci	Muž	22
	Žena	36
Nadprůměrní jedinci	Muž	10
	Žena	12

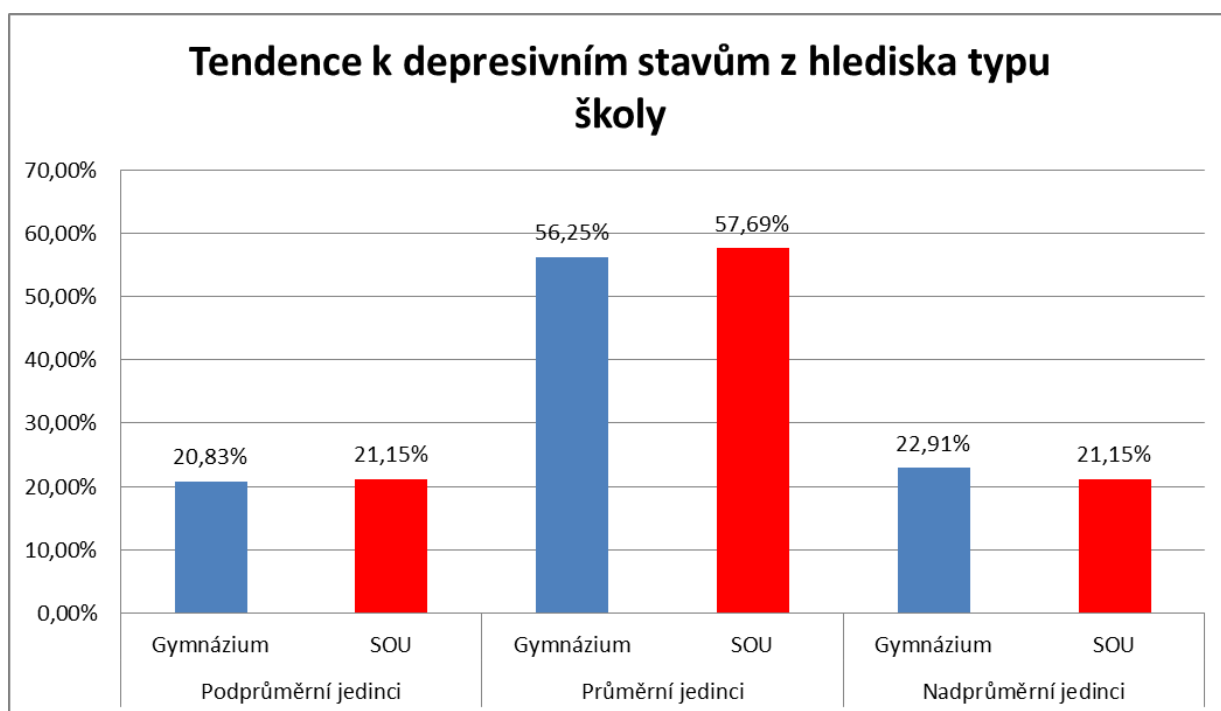


Graf č. 3 Tendence k depresivním stavům z hlediska pohlaví

V grafu 3 je znázorněna inklinace k depresivním stavům z hlediska pohlaví. Mezi podprůměrnými jedinci zastávají muži 28,89 % a ženy 12,73 %. V průměrných jedincích zastupují muži 48,88 % a ženy 65,46 %. V nadprůměrných jedincích je nepatrný rozdíl mezi muži a ženami, o necelé 1 %. Výsledky grafu nejsou překvapivé, jelikož i mnoho odborných studií dokázalo, že ženy více inklinují k depresivním stavům než muži.

Tabulka č. 5 Tendence k depresivním stavům z hlediska typu školy

Tendence k depresivním stavům z hlediska typu školy		
Skupina jedinců	Typ školy	Počet respondentů
Podprůměrní jedinci	Gymnázium	10
	SOU	11
Průměrní jedinci	Gymnázium	27
	SOU	30
Nadprůměrní jedinci	Gymnázium	11
	SOU	11



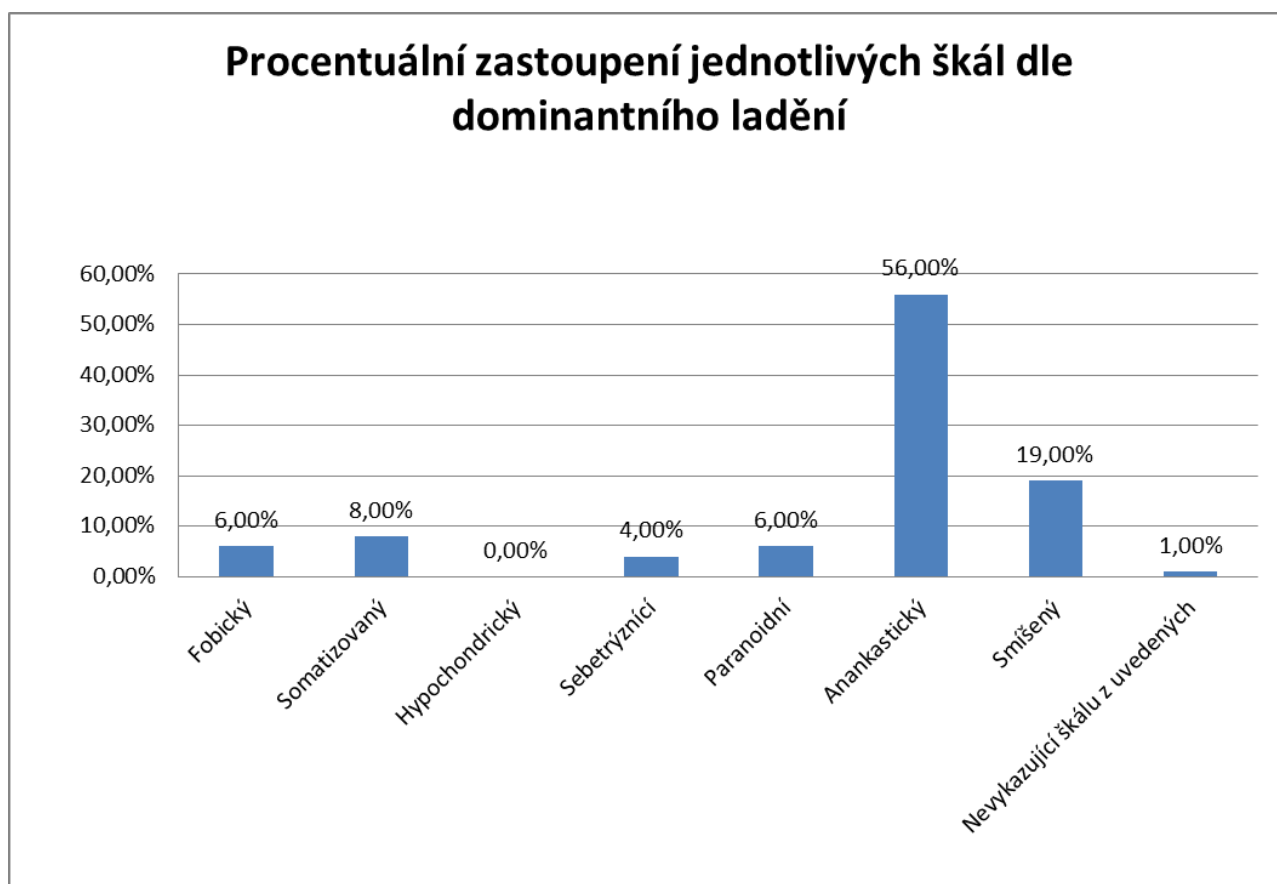
Graf č. 4 Tendence k depresivním stavům z hlediska typu školy

V grafu 4 je znázorněna inklinace k depresivním stavům z hlediska typu škol, a to na gymnáziu a na středním odborném učilišti. Z grafu je viditelné, že výsledky jednotlivých škol nejsou až tak rozdílné, což je pozoruhodné, protože bylo usuzováno, že na gymnáziu bude větší inklinace k depresivním stavům z důvodu toho, že učivo a nároky na žáky jsou mnohem větší.

## 7.3.2 ZASTOUPENÍ JEDNOTLIVÝCH ŠKÁL DLE DOMINANTNÍHO LADĚNÍ

Tabulka č. 6 Zastoupení jednotlivých škál dle dominantního ladění

Procentuální zastoupení jednotlivých škál dle dominantního ladění	
Škála	Počet respondentů
Fobický	6
Somatizovaný	8
Hypochondrický	0
Sebetřýznící	4
Paranoidní	6
Anankastický	56
Směšený	19
Nevykazující škálu z uvedených	1
<b>Celkem</b>	<b>100</b>

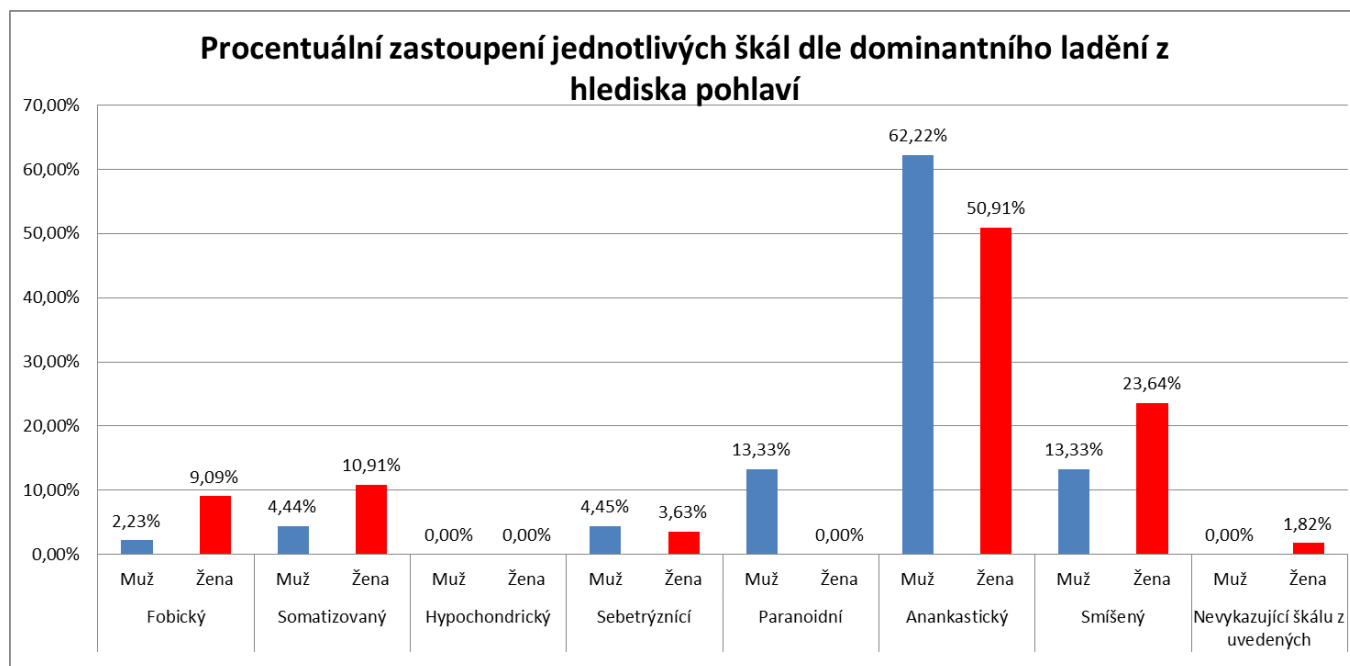


Graf č. 5 Procentuální zastoupení jednotlivých škál dle dominantního ladění

V procentuálním zastoupení jednotlivých škál dle dominantního ladění výrazně převažuje škála anankastický, která má 56 %. Po ní dominuje smíšená škála, která má 19 %. Název smíšený byl určen pro ty dotazníky, u kterých nepřevažovala jen jedna škála, ale stejný počet bodů mělo víc škál najednou. Na třetí příčce se umístila škála somatizovaný, která převažuje u 8 % respondentů. Škála fobický a paranoidní vykazují stejné procento. V jednom dotazníku nebylo ani jedno tvrzení zodpovězeno kladně, proto je v grafu znázorněn jako *nevykazující škálu z uvedených*. Je zajímavé, že ani u jednoho respondenta nepřevažuje škála hypochondrický. Zdůvodněním výsledků, že nejvíce je zastoupena škála anankastický, může být to, že na respondenty je ve škole vyvíjen obrovský tlak, kdy musí dodržovat termíny odevzdání úkolů a je po nich požadována přesnost. To, že na druhém místě se objevil typ smíšený, je příčinou toho, že deprese u respondentů má různé symptomy ve více škálách.

Tabulka č. 7 Zastoupení jednotlivých škál dle dominantního ladění z hlediska pohlaví

<b>Zastoupení jednotlivých škál dle dominantního ladění z hlediska pohlaví</b>		
<b>Škála</b>	<b>Pohlaví</b>	<b>Počet</b>
Fobický	Muž	1
	Žena	5
Somatizovaný	Muž	2
	Žena	6
Hypochondrický	Muž	0
	Žena	0
Sebetrýznící	Muž	2
	Žena	2
Paranoidní	Muž	6
	Žena	0
Anankastický	Muž	28
	Žena	28
Smíšený	Muž	6
	Žena	13
Nevykazující škálu z výše uvedených	Muž	0
	Žena	1
<b>Celkem</b>	Muž	45
<b>Celkem</b>	Žena	55



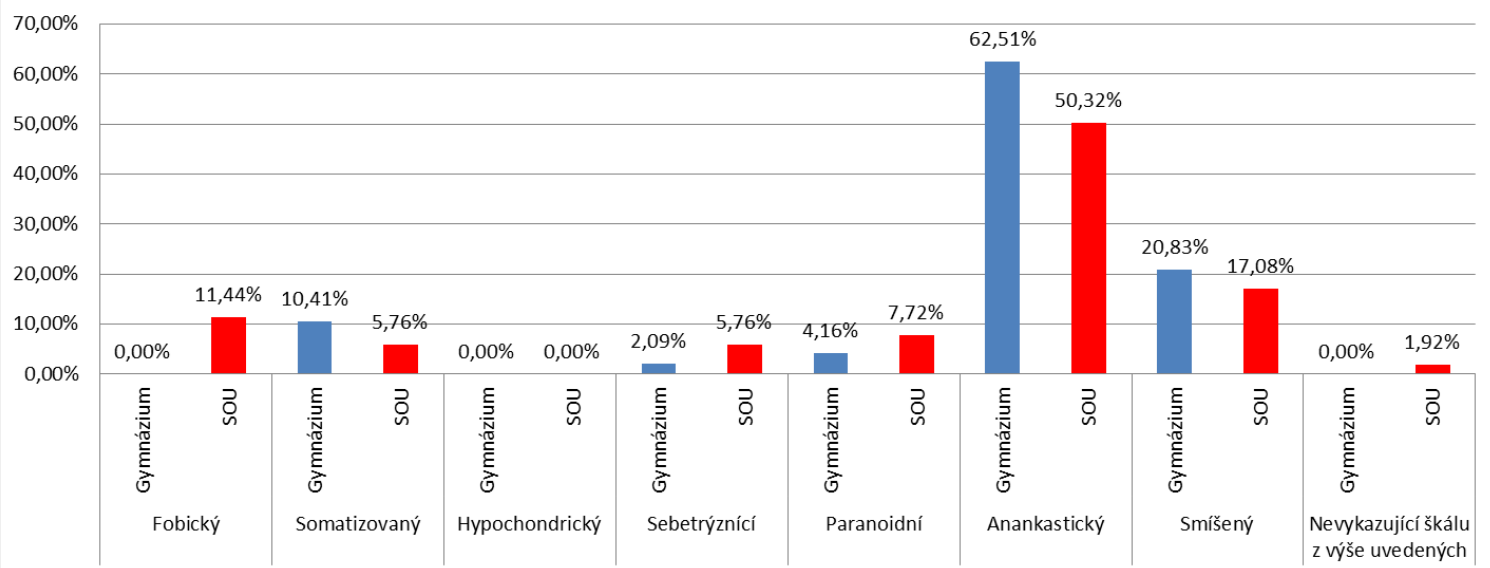
Graf č. 6 Procentuální zastoupení jednotlivých škál dle dominantního ladění z hlediska pohlaví

Graf číslo 6 znázorňuje škály, které převažují u mužů a u žen. Je zcela prokazatelné, že škála anankastický převládá u obou pohlaví a naopak škála hypochondrický nedominuje ani u jednoho. Za zmínku stojí i to, že na druhém místě u žen je zastoupena škála smíšený, kde figurují 2 a více převažující škály, zatímco u mužů se na druhém místě umístila jak škála smíšený, tak škála paranoidní, přičemž u žen paranoidní nedominuje ani v jednom případě. Ve škálách fobický a somatizovaný dosáhly většího výsledku ženy než muži, což je příčinou toho, že ženy jsou citlivější a více si připouštějí, že je něco bolí.

Tabulka č. 8 Zastoupení jednotlivých škál dle dominantního ladění z hlediska typu školy

Zastoupení jednotlivých škál dle dominantního ladění z hlediska typu školy		
Škála	Typ školy	Počet
Fobický	Gymnázium	0
	SOU	6
Somatizovaný	Gymnázium	5
	SOU	3
Hypochondrický	Gymnázium	0
	SOU	0
Sebetřýznící	Gymnázium	1
	SOU	3
Paranoidní	Gymnázium	2
	SOU	4
Anankastický	Gymnázium	30
	SOU	26
Smíšený	Gymnázium	10
	SOU	9
Nevykazující škálu z výše uvedených	Gymnázium	0
	SOU	1
<b>Celkem</b>	Gymnázium	48
<b>Celkem</b>	SOU	52

Procentuální zastoupení jednotlivých škál dle dominantního ladění z hlediska typu školy



Graf č. 7 Procentuální zastoupení jednotlivých škál dle dominantního ladění z hlediska typu školy

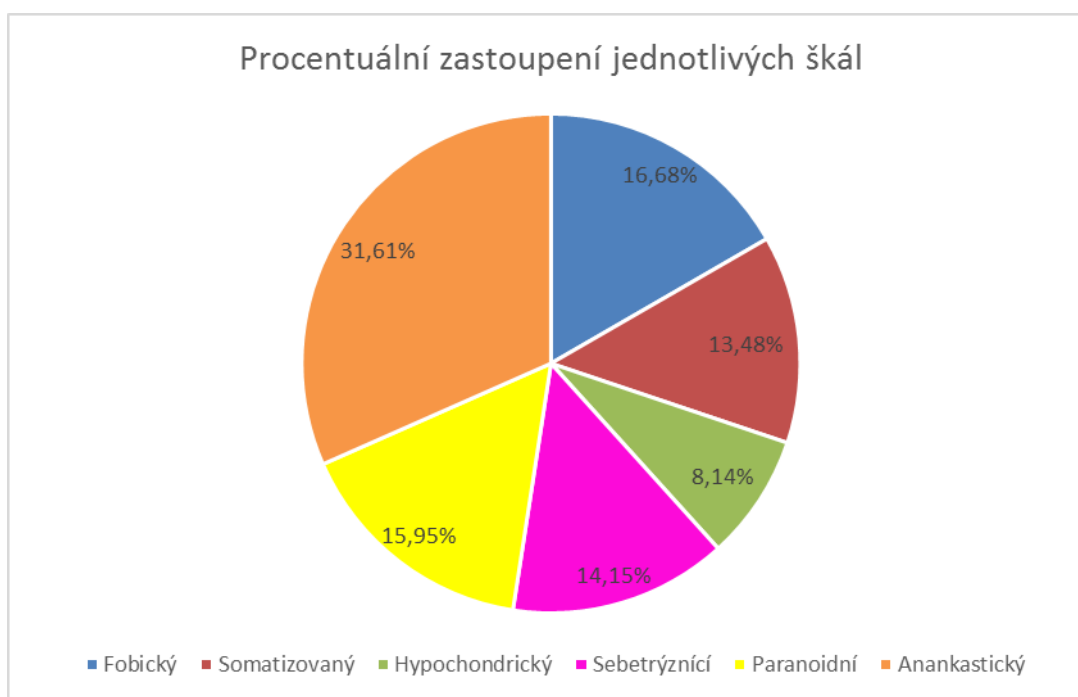


Graf číslo 7 znázorňuje škály, které dominují na gymnáziu a na středním odborném učilišti. Z grafu je patrné, že na obou dvou typech škol převažuje škála anankastický. Na druhém místě je smíšený typ, kdy u žáků obou škol není vyhraněna ani jedna škála. Je zajímavé, že ve škále fobický střední odborné učiliště dosahuje 11,44 %, zatímco ve stejné škále u žáků na gymnáziu nedominuje ani jednou. V tomto případě nebyla nalezena žádná souvislost, proč výsledek vyšel s takovýmto rozdílem.

### 7.3.3 CELKOVÉ ZASTOUPENÍ JEDNOTLIVÝCH ŠKÁL

Tabulka č. 9 Zastoupení jednotlivých škál

<b>Zastoupení jednotlivých škál</b>	
Fobický	297
Somatizovaný	240
Hypochondrický	145
Sebetřýznící	252
Paranoidní	284
Anankastický	563
<b>Celkem</b>	<b>1781</b>

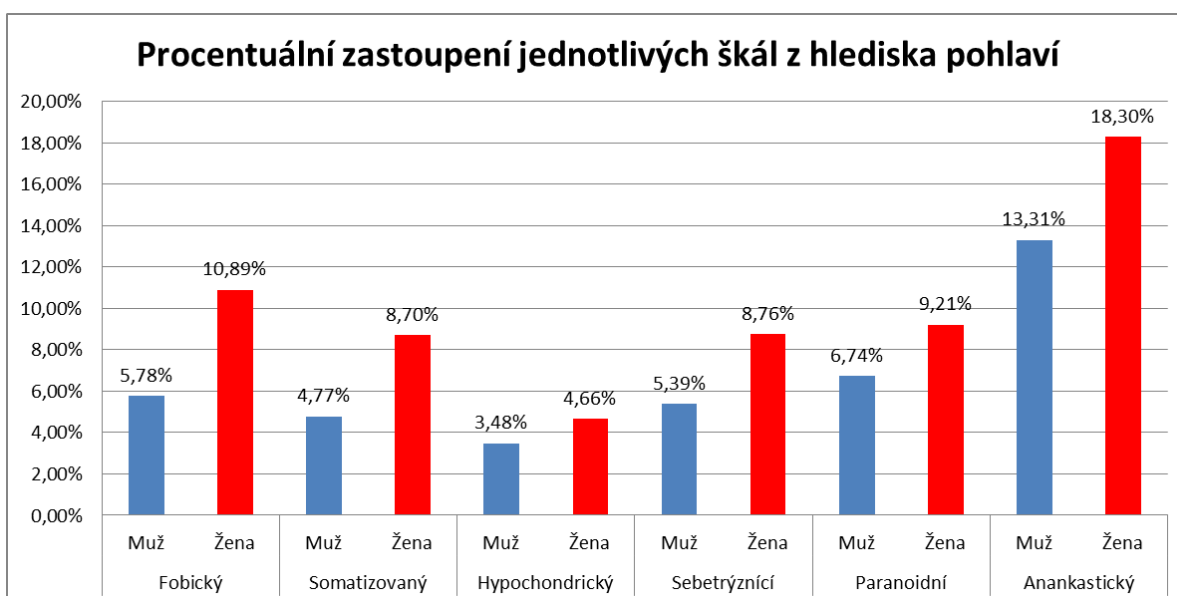


Graf č. 8 Procentuální zastoupení jednotlivých škál

Graf číslo 8 znázorňuje procentuální zastoupení jednotlivých škál z dotazníku DDF. Největší zastoupení má škála anankastický, na kterou odpovědělo 31,61 % respondentů. Za ní následují škály fobický s 16,68 %, paranoidní s 15,95 %, sebetrýznící s 14,15 % a somatizovaný s 13,48 %, které se od sebe liší jen nepatrně málo procenty. Nejméně zastoupenou škálou je hypochondrický, která obsahuje pouhých 8,14 %. Důvodem, že na prvním místě se umístila škála anakastický může být to, že na respondenty je vyvíjen velký tlak jak v rodině, tak ve škole a oni se snaží dělat vše v pořádku. Druhé místo škály fobický může být vysvětleno tím, že respondenti mají obavy z toho, že zklamou své okolí.

Tabulka č. 10 Zastoupení jednotlivých škál z hlediska pohlaví

Zastoupení jednotlivých škál z hlediska pohlaví		
Škála	Pohlaví	Počet
Fobický	Muž	103
	Žena	194
Somatizovaný	Muž	85
	Žena	155
Hypochondrický	Muž	62
	Žena	83
Sebetrýznící	Muž	96
	Žena	156
Paranoidní	Muž	120
	Žena	164
Anankastický	Muž	237
	Žena	326
Celkem		1781

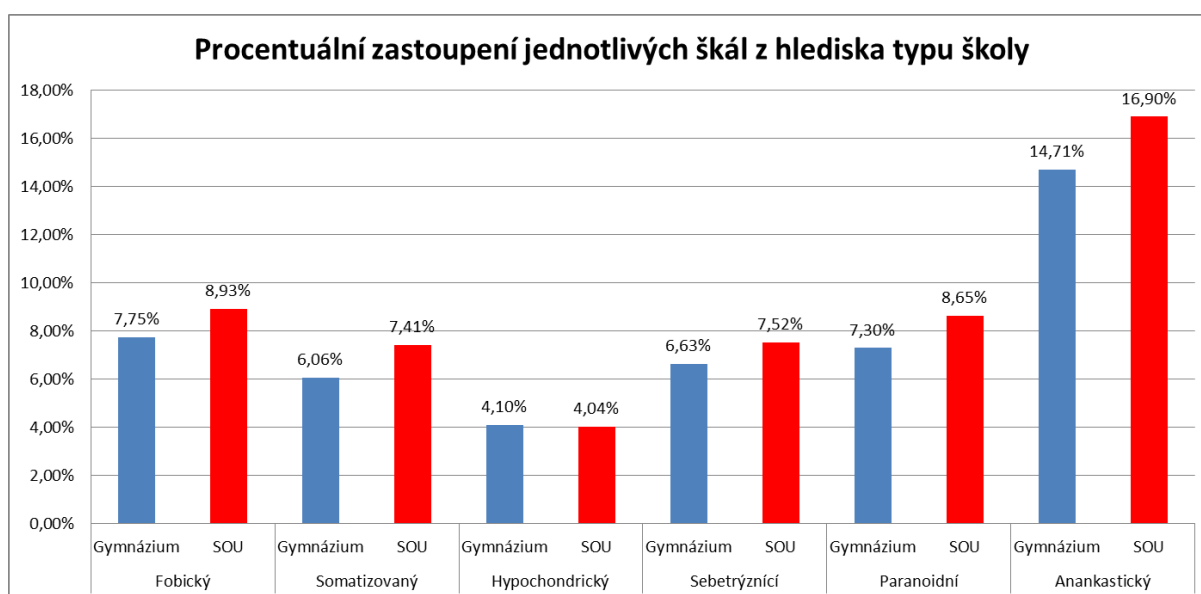


Graf č. 9 Procentuální zastoupení jednotlivých škál z hlediska pohlaví

Graf číslo 9 znázorňuje procentuální zastoupení jednotlivých škál z hlediska pohlaví. Z grafu je jasně viditelné, že u mužů i u žen nejvíce tvrzení odpovídalo škále anankastický. Rovněž u obou pohlaví vyšlo nejmenší procento ve škále hypochondrický. Dále je patrné, že ženy mají převahu ve všech škálách nad muži, byť v některých případech je rozdíl zastoupení minimální. Pro to, že výsledky vyšly takto vyrovnané, nebylo nalezeno žádné vysvětlení.

Tabulka č. 11 Zastoupení jednotlivých škál z hlediska typu školy

Zastoupení jednotlivých škál z hlediska typu školy		
Škála	Typ školy	Počet
Fobický	Gymnázium	138
	SOU	159
Somatizovaný	Gymnázium	108
	SOU	132
Hypochondrický	Gymnázium	73
	SOU	72
Sebetrýznící	Gymnázium	118
	SOU	134
Paranoidní	Gymnázium	130
	SOU	154
Anankastický	Gymnázium	262
	SOU	301
<b>Celkem</b>		<b>1781</b>



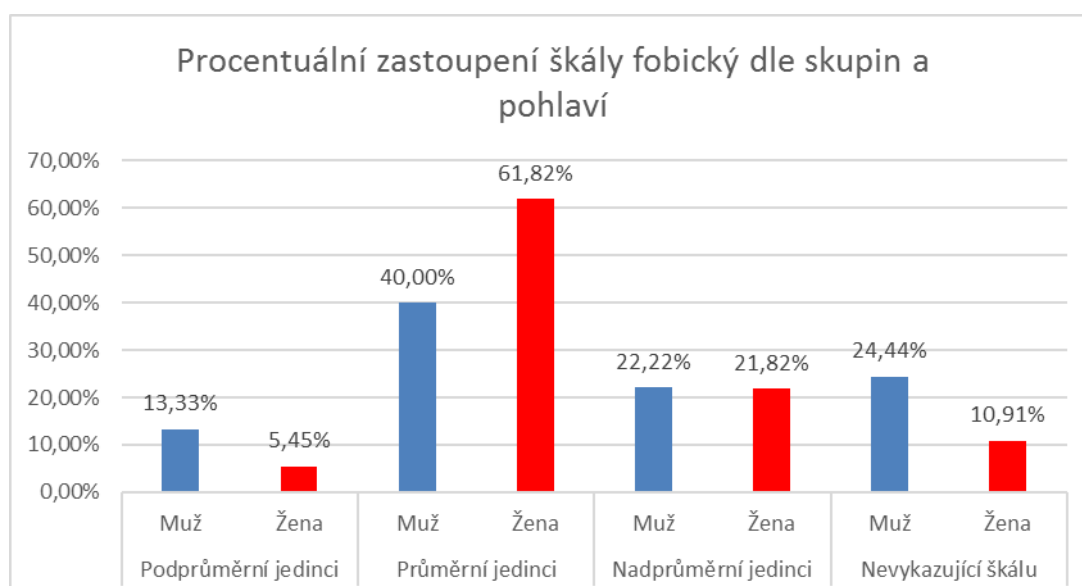
Graf č. 10 Procentuální zastoupení jednotlivých škál z hlediska typu školy

Graf číslo 10 zobrazuje procentuální zastoupení jednotlivých škál z hlediska škol gymnázia a středního odborného učiliště. Z tohoto grafu lze vyčíst, že u obou typů škol je nejvíce zastoupená škála anankastický a nejméně škála hypochondrický. V ostatních škálách jsou výsledky pouze o 1 – 2 % rozdílné. Je nutné však podotknout, že střední odborné učiliště ve všech škálách převažuje, kromě škály hypochondrický, kde je odchylka pouze desetinné číslo.

#### 7.3.4 ZASTOUPENÍ JEDNOTLIVÝCH ŠKÁL VE SKUPINĚ PRŮMĚRNÍ, PODPRŮMĚRNÍ A NADPRŮMĚRNÍ

Tabulka č. 12 Zastoupení škály fobický dle skupin a pohlaví

Zastoupení škály fobický dle skupin a pohlaví		
Skupina	Pohlaví	Počet
Podprůměrní jedinci	Muž	6
	Žena	3
Průměrní jedinci	Muž	18
	Žena	34
Nadprůměrní jedinci	Muž	10
	Žena	12
Nevykazující škálu	Muž	11
	Žena	6
<b>Celkem</b>	Muž	45
<b>Celkem</b>	Žena	55

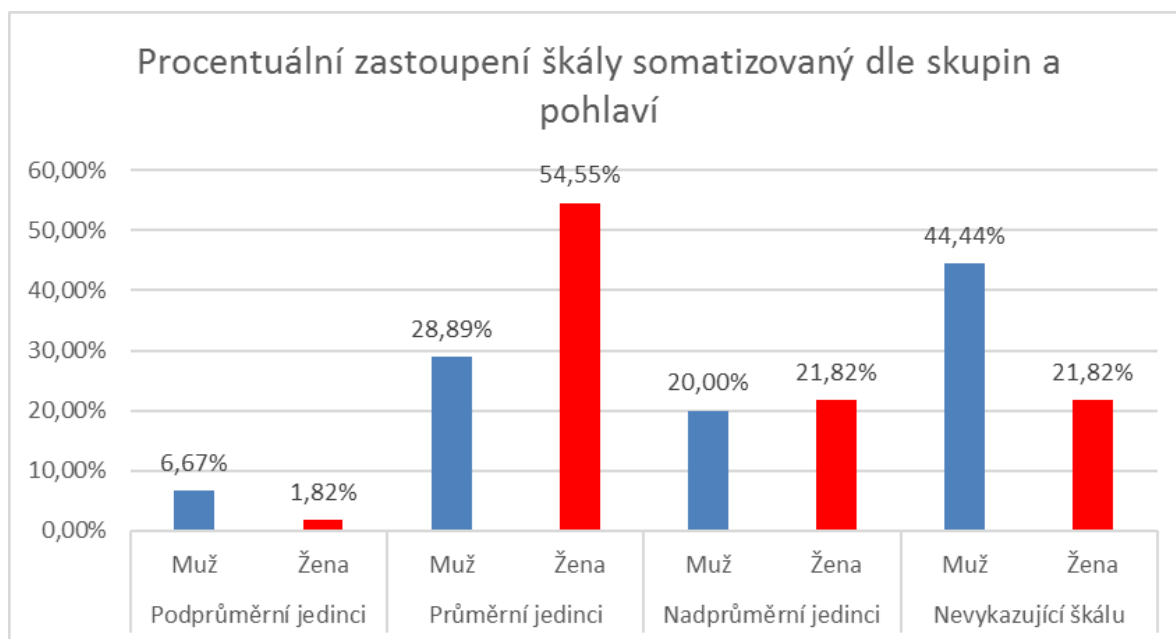


Graf č. 11 Procentuální zastoupení škály fobický dle skupin a pohlaví

Graf číslo 11 zaznamenává procentuální zastoupení škály fobický z hlediska skupin podprůměrní, průměrní a nadprůměrní jedinci a zároveň z hlediska pohlaví. Tato škála nejvíce postihuje 61,82 % žen a 40 % mužů ze skupiny průměrných jedinců. 22,44 % mužů a 10,91 % žen nevykazuje žádné symptomy této škály. Nejmenší zastoupení škály fobický je u 5,45 % žen ze skupiny podprůměrní jedinci. Tento výsledek se dá vysvětlit tím, že ženy mívají obecně větší obavy ze selhání než muži.

Tabulka č. 13 Zastoupení škály somatizovaný dle skupin a pohlaví

Zastoupení škály somatizovaný dle skupin a pohlaví		
Skupina	Pohlaví	Počet
Podprůměrní jedinci	Muž	3
	Žena	1
Průměrní jedinci	Muž	13
	Žena	30
Nadprůměrní jedinci	Muž	9
	Žena	12
Nevykazující škálu	Muž	20
	Žena	12
Celkem	Muž	45
Celkem	Žena	55

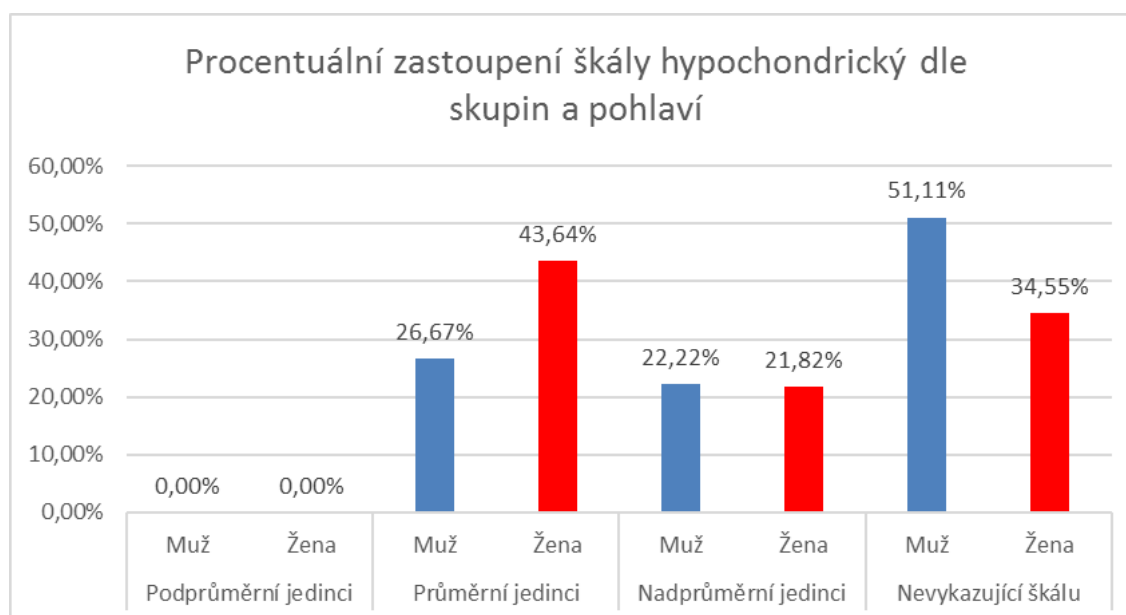


Graf č. 12 Procentuální zastoupení škály somatizovaný dle skupin a pohlaví

Graf číslo 12 vyobrazuje procentuální zastoupení škály somatizovaný podle skupin a pohlaví. Největší zastoupení vykazuje 54,55 % žen ze skupiny průměrní jedinci. Zajímavé je, že 44,44 % mužů nevykazuje žádné symptomy z dané škály. Je to zapříčineno tím, že ženy jsou více náchylnější k somatizujícím symptomům deprese, kterými je například bolest hlavy, zad nebo krku.

Tabulka č. 14 Zastoupení škály hypochondrický dle skupin a pohlaví

Zastoupení škály hypochondrický dle skupin a pohlaví		
Skupina	Pohlaví	Počet
Podprůměrní jedinci	Muž	0
	Žena	0
Průměrní jedinci	Muž	12
	Žena	24
Nadprůměrní jedinci	Muž	10
	Žena	12
Nevykazující škálu	Muž	33
	Žena	19
<b>Celkem</b>	Muž	45
<b>Celkem</b>	Žena	55

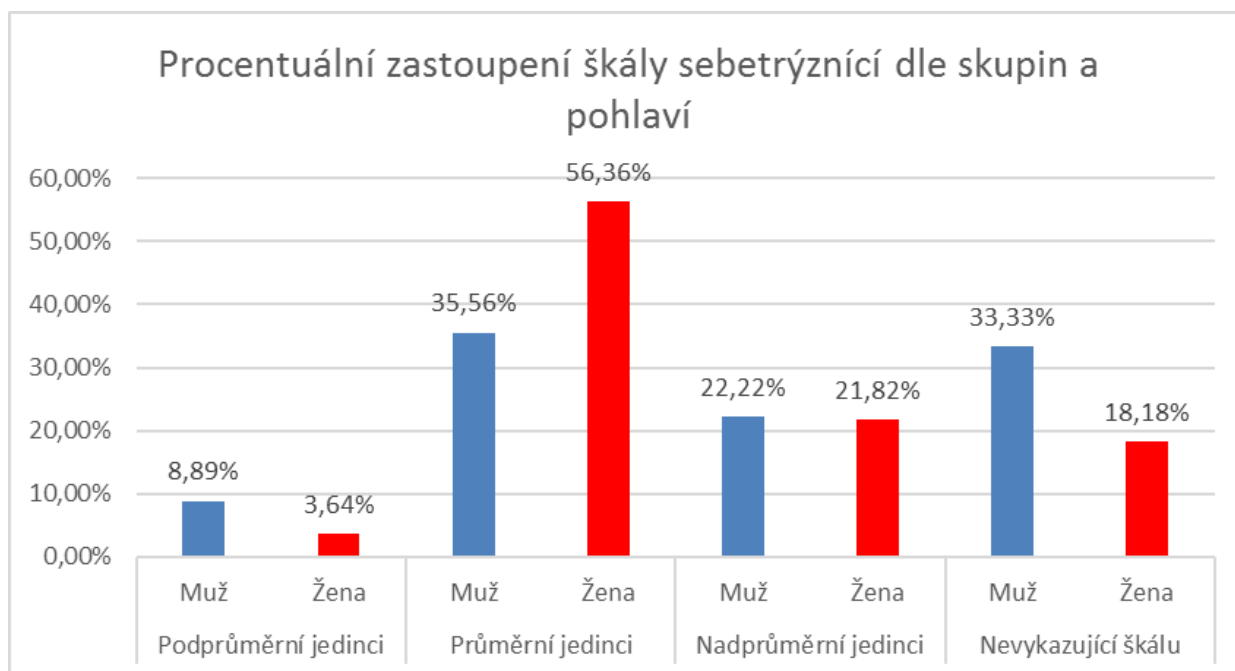


Graf č. 13 Procentuální zastoupení škály hypochondrický dle skupin a pohlaví

Graf číslo 13 znázorňuje procentuální zastoupení škály hypochondrický dle skupin a pohlaví. Z grafu lze vyčíst, že 43,64 % žen ze skupiny průměrní jedinci vykazuje škálu somatizovaný, zatímco 51,11 % mužů touto škálou vůbec netrpí. Zajímavé je, že obě pohlaví dosáhla ve skupině podprůměrní 0 %. Tato hodnota může být vysvětlena tím, že respondenti jsou v mladém věku a nemusejí mít proto obavy o své tělesné zdraví.

Tabulka č. 15 Zastoupení škály sebetrýznící dle skupin a pohlaví

Zastoupení škály sebetrýznící dle skupin a pohlaví		
Skupina	Pohlaví	Počet
Podprůměrní jedinci	Muž	4
	Žena	2
Průměrní jedinci	Muž	16
	Žena	31
Nadprůměrní jedinci	Muž	10
	Žena	12
Nevykazující škálu	Muž	15
	Žena	10
<b>Celkem</b>	Muž	45
<b>Celkem</b>	Žena	55

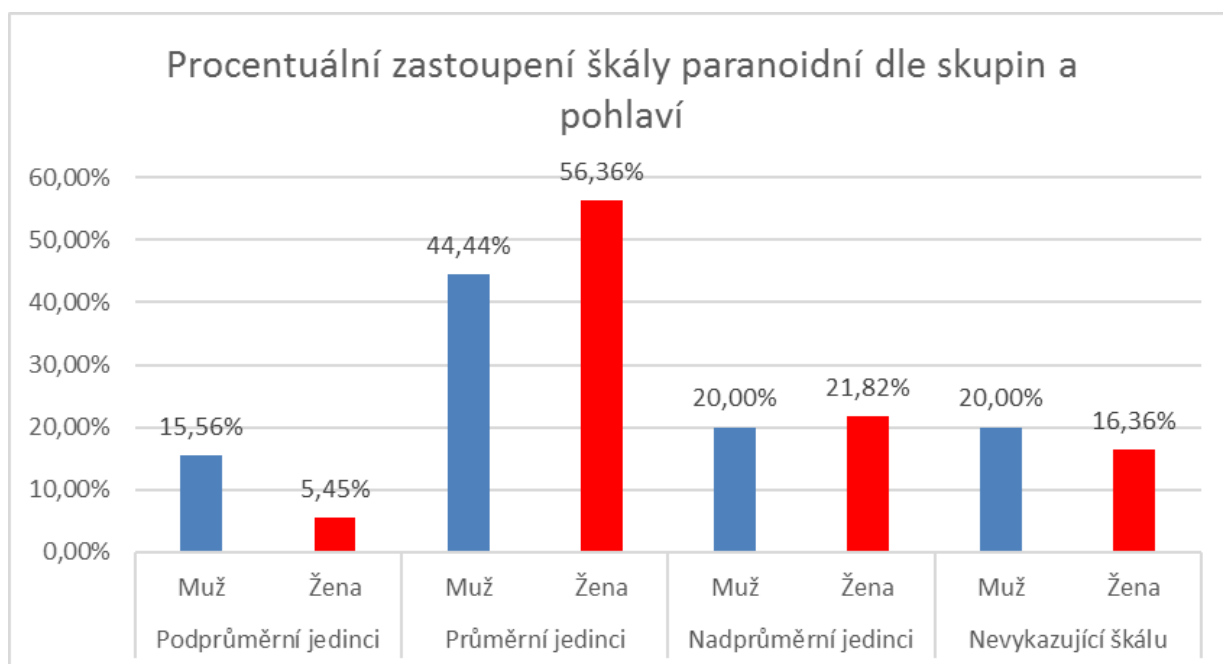


Graf č. 14 Procentuální zastoupení škály sebetrýznící dle skupin a pohlaví

Graf číslo 14 znázorňuje procentuální znázornění škály sebetřýznící z hlediska skupin a pohlaví. Ženy ze skupiny průměrní jedinci zaujímají prvenství v dané škále téměř o 20% nad muži. Je nutno podotknout, že velké množství mužů (33,33 %) nevykazuje žádné příznaky dané škály. Výsledek může být interpretován tím, že ženy mívají více pocitů viny a více se sebeobviňují.

Tabulka č. 16 Zastoupení škály paranoidní dle skupin a pohlaví

Zastoupení škály paranoidní dle skupin a pohlaví		
Skupina	Pohlaví	Počet
Podprůměrní jedinci	Muž	7
	Žena	3
Průměrní jedinci	Muž	20
	Žena	31
Nadprůměrní jedinci	Muž	9
	Žena	12
Nevykazující škálu	Muž	9
	Žena	9
<b>Celkem</b>	Muž	45
<b>Celkem</b>	Žena	55



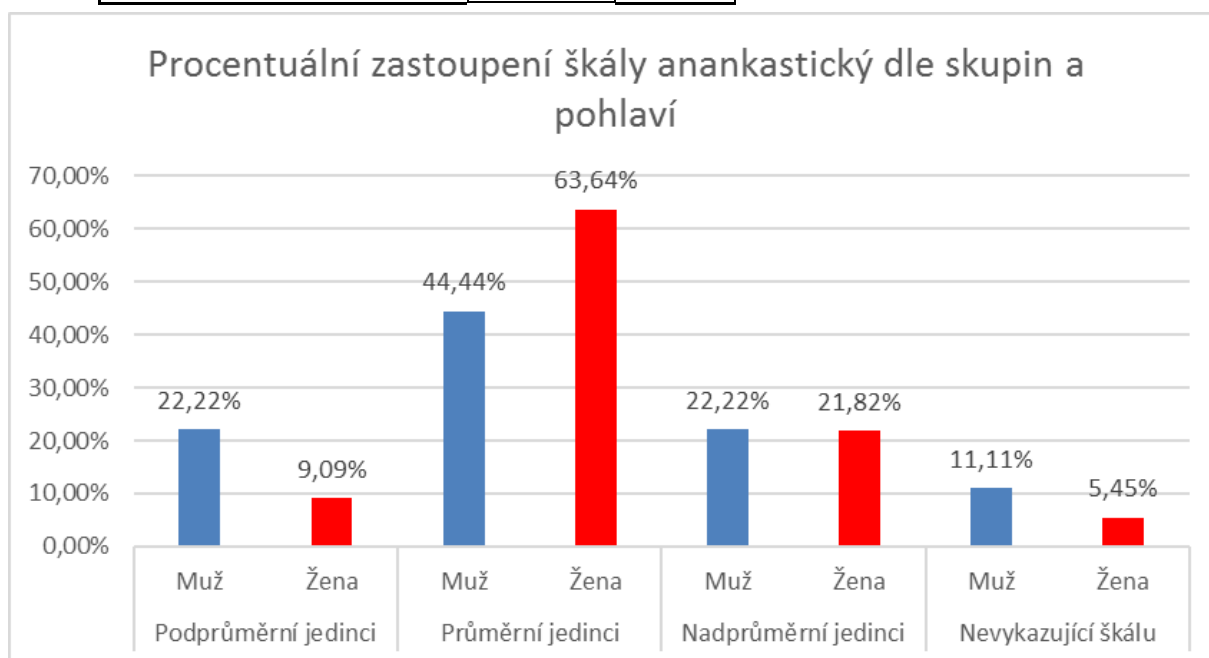
Graf č. 15 Procentuální zastoupení škály paranoidní dle skupin a pohlaví



Graf číslo 15 zaznamenává procentuální zastoupení škály paranoidní z hlediska skupin a pohlaví. Největší zastoupení dané škály vykazuje 56,36 % žen ze skupiny průměrní jedinci a rovněž 44,44% mužů ze stejné skupiny. Největší procentuální rozdíl mezi oběma pohlaví je ve skupině podprůměrní jedinci, kdy odchylka mezi nimi činí téměř 10 %. Příčinou může být to, že ženy mají častěji pocit, že jsou manipulovány, než muži.

Tabulka č. 17 Zastoupení škály anankastický dle skupin a pohlaví

Zastoupení škály anankastický dle skupin a pohlaví		
Skupina	Pohlaví	Počet
Podprůměrní jedinci	Muž	10
	Žena	5
Průměrní jedinci	Muž	20
	Žena	35
Nadprůměrní jedinci	Muž	10
	Žena	12
Nevykazující škálu	Muž	5
	Žena	3
Celkem	Muž	45
Celkem	Žena	55

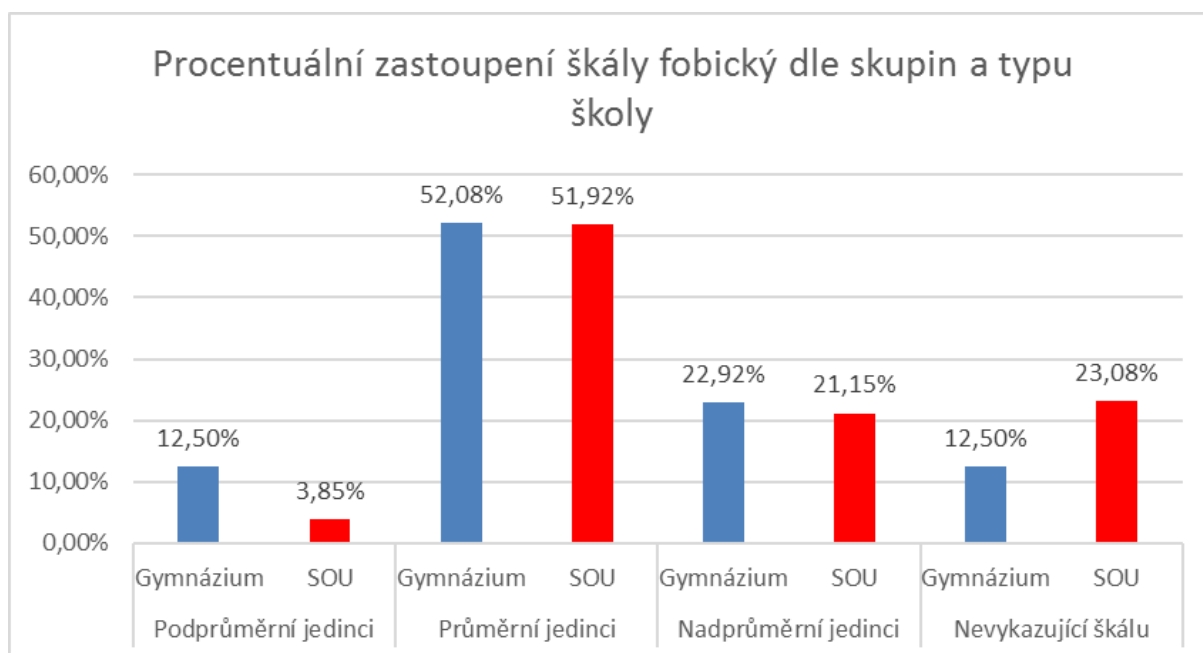


Graf č. 16 Procentuální zastoupení škály anankastický dle skupin a pohlaví

Graf číslo 16 vyobrazuje procentuální zastoupení škály anankastický z hlediska pohlaví a skupin. Nejvíce procentuální zastoupení je ve skupině průměrní jedinci, a to u obou pohlaví. Ženy dosahují 63,64 % a muži 44,44 %. Lze si i všimnou rozdílu, že v podprůměrných jedincích muži mají 22,22 % a ženy o necelých 12 % méně.

Tabulka č. 18 Zastoupení škály fobický dle skupin a typu školy

Zastoupení škály fobický dle skupin a typu školy		
Skupina	Typ školy	Počet
Podprůměrní jedinci	Gymnázium	6
	SOU	2
Průměrní jedinci	Gymnázium	25
	SOU	27
Nadprůměrní jedinci	Gymnázium	11
	SOU	11
Nevykazující škálu	Gymnázium	6
	SOU	12
<b>Celkem</b>	Gymnázium	48
<b>Celkem</b>	SOU	52

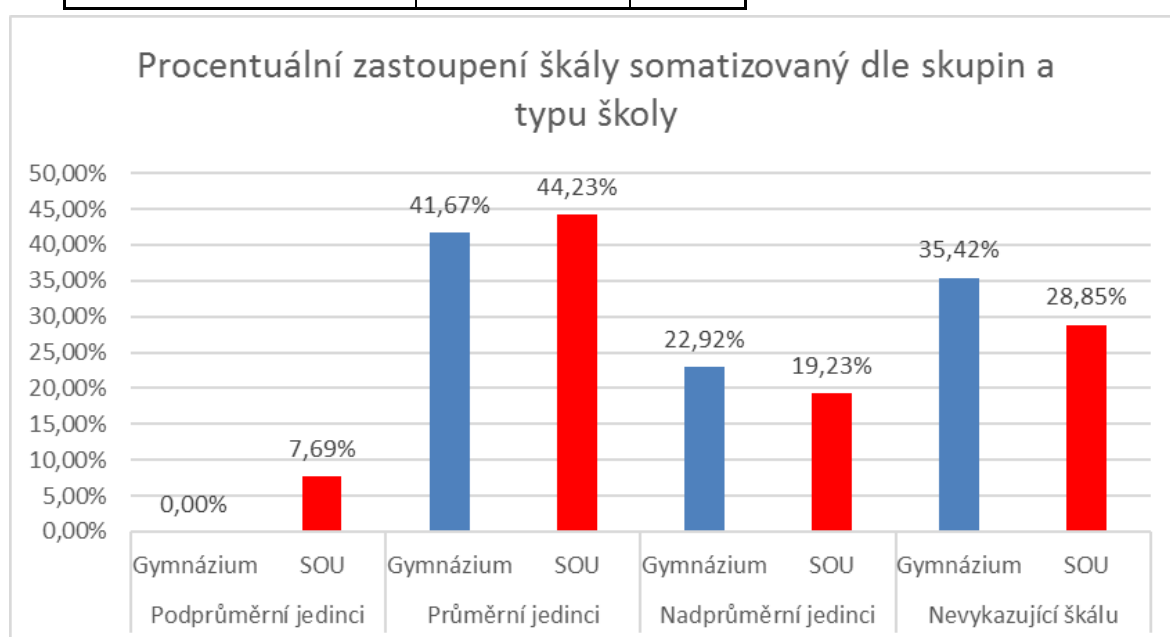


Graf č. 17 Procentuální zastoupení škály fobický dle skupin a typu školy

Graf číslo 17 zaznamenává procentuální zastoupení škály fobický z hlediska skupin podprůměrní, průměrní a nadprůměrní jedinci a zároveň z hlediska typu škol, a to v porovnání s gymnáziem a s učilištěm. Tato škála nejvíce postihuje průměrné jedince na obou typech škol s podobným výsledkem více než 50 %. Velký rozdíl panuje ve skupině podprůměrní jedinci, kdy žáci gymnázia vykazují 12,50 % a žáci učiliště pouhých 3,85 %. To může být příčinou toho, že žáci na gymnáziu mají větší obavy z toho, že školu nezvládnou. Rozdíl okolo 10 % je rovněž mezi jedinci, kteří nevykazují žádné symptomy fobické škály, kdy učiliště dosáhlo 23,08 % a gymnázium 12,50 %.

Tabulka č. 19 Zastoupení škály somatizovaný dle skupin a typu školy

Zastoupení škály somatizovaný dle skupin a typu školy		
Skupina	Typ školy	Počet
Podprůměrní jedinci	Gymnázium	0
	SOU	4
Průměrní jedinci	Gymnázium	20
	SOU	23
Nadprůměrní jedinci	Gymnázium	11
	SOU	10
Nevykazující škálu	Gymnázium	17
	SOU	15
<b>Celkem</b>	Gymnázium	48
<b>Celkem</b>	SOU	52

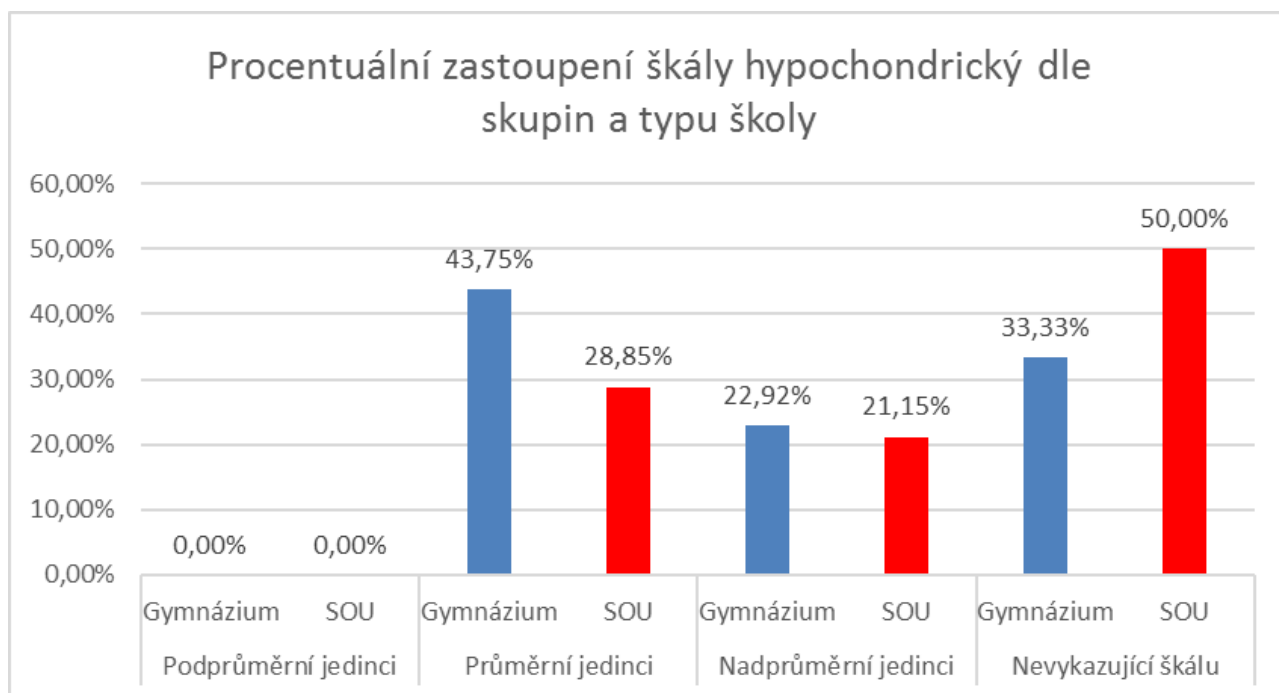


Graf č. 18 Procentuální zastoupení škály somatizovaný dle skupin a typu školy

Graf číslo 18 zaznamenává procentuální zastoupení škály somatizovaný z hlediska typu škol a skupin. Nejvíce procent dosáhly oba typy škol ve skupině průměrní jedinci. Hodnoty ostatních skupin se v podstatě o tolik neliší, kromě skupiny podprůměrní jedinci, kdy učiliště dosáhlo 7,69 % v dané škále a gymnázium má 0 %.

Tabulka č. 20 Zastoupení škály hypochondrický dle skupin a typu školy

Zastoupení škály hypochondrický dle skupin a typu školy		
Skupina	Typ školy	Počet
Podprůměrní jedinci	Gymnázium	0
	SOU	0
Průměrní jedinci	Gymnázium	21
	SOU	15
Nadprůměrní jedinci	Gymnázium	11
	SOU	11
Nevykazující škálu	Gymnázium	16
	SOU	26
<b>Celkem</b>	Gymnázium	48
<b>Celkem</b>	SOU	52

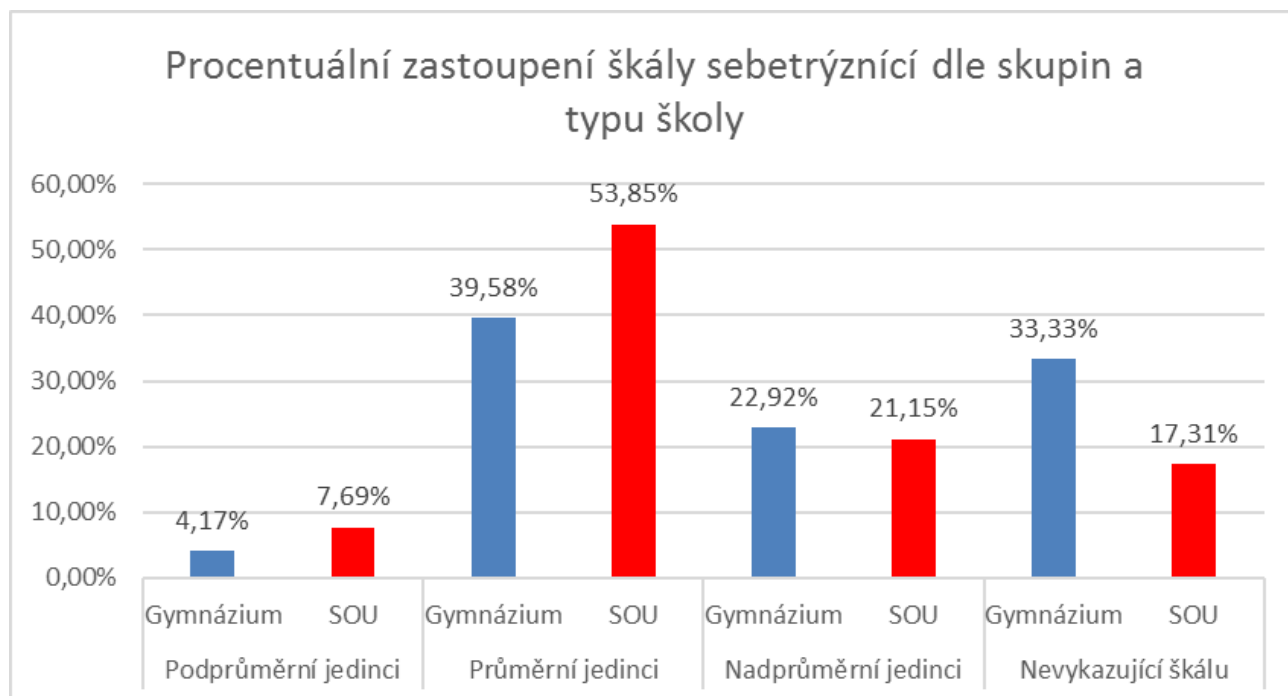


Graf č. 19 Procentuální zastoupení škály hypochondrický dle skupin a typu školy

Graf číslo 19 znázorňuje procentuální zastoupení škály hypochondrický z hlediska skupin a typu školy. Z grafu je viditelné, že tato škála má u všech jedinců malé zastoupení, kromě gymnázia ve skupině průměrní jedinci, kdy hodnota dosahuje 43,75 %.

Tabulka č. 21 Zastoupení škály sebetrýznící dle skupin a typu školy

Zastoupení škály sebetrýznící dle skupin a typu školy		
Skupina	Typ školy	Počet
Podprůměrní jedinci	Gymnázium	2
	SOU	4
Průměrní jedinci	Gymnázium	19
	SOU	28
Nadprůměrní jedinci	Gymnázium	11
	SOU	11
Nevykazující škálu	Gymnázium	16
	SOU	9
<b>Celkem</b>	Gymnázium	48
<b>Celkem</b>	SOU	52

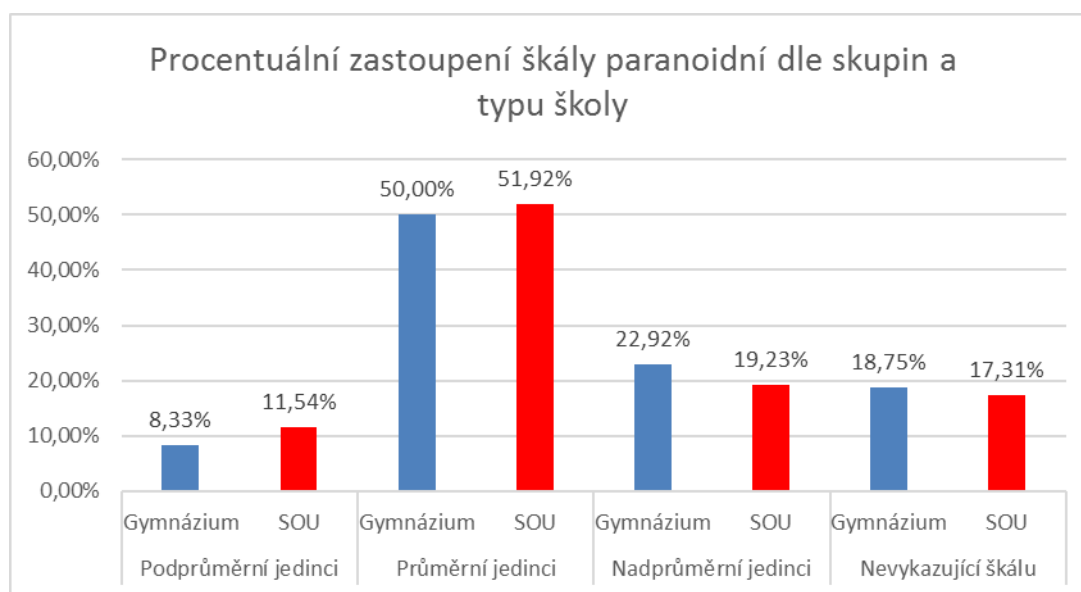


Graf č. 20 Procentuální zastoupení škály trýznící dle skupin a typu školy

Graf číslo 20 znázorňuje procentuální zastoupení škály sebetrýznící dle skupin a typu školy. Největší zastoupení mají oba typy škol ve skupině průměrní jedinci, a to gymnázium 39,58 % a učiliště 53,85 %. V ostatní skupinách jsou poměry obou typů škol poměrně vyrovnané, kromě skupiny, která nevykazuje žádné symptomy dané škály, kdy gymnázium dosahuje 33,33 % a učiliště 17,31 %.

Tabulka č. 22 Zastoupení škály paranoidní dle skupin a typu školy

Zastoupení škály paranoidní dle skupin a typu školy		
Skupina	Typ školy	Počet
Podprůměrní jedinci	Gymnázium	4
	SOU	6
Průměrní jedinci	Gymnázium	24
	SOU	27
Nadprůměrní jedinci	Gymnázium	11
	SOU	10
Nevykazující škálu	Gymnázium	9
	SOU	9
Celkem	Gymnázium	48
Celkem	SOU	52

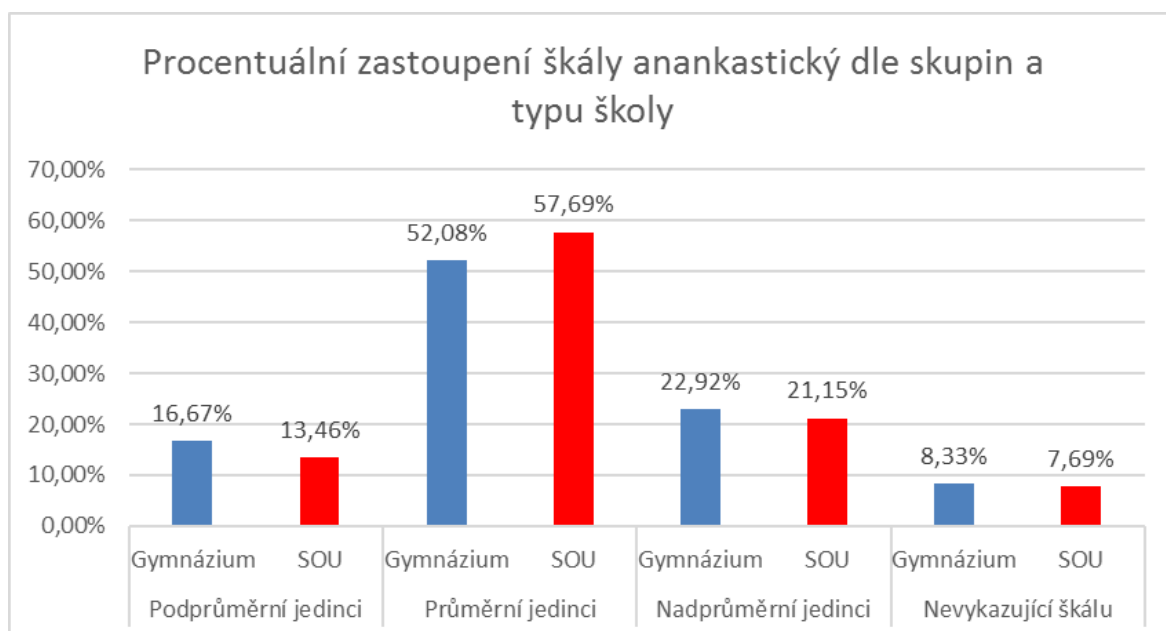


Graf č. 21 Procentuální zastoupení škály paranoidní dle skupin a typu školy

Graf číslo 21 zobrazuje procentuální zastoupení škály paranoidní z hlediska typu škol a skupin. Oba typy škol dosahují největšího zastoupení dané škály ve skupině průměrní jedinci. Ostatní výsledky jsou dle obou škol ve škále paranoidní poměrně vyrovnané.

Tabulka č. 23 Zastoupení škály anankastický dle skupin a typu školy

Zastoupení škály anankastický dle skupin a typu školy		
Skupina	Typ školy	Počet
Podprůměrní jedinci	Gymnázium	8
	SOU	7
Průměrní jedinci	Gymnázium	25
	SOU	30
Nadprůměrní jedinci	Gymnázium	11
	SOU	11
Nevykazující škálu	Gymnázium	4
	SOU	4
Celkem	Gymnázium	48
Celkem	SOU	52



Graf č. 22 Procentuální zastoupení škály anankastický dle skupin a typu školy

Graf číslo 22 zaznamenává procentuální zastoupení škály anankastický dle typu škol a skupin. Oba typy škol dosahují největšího zastoupení dané škály ve skupině průměrní jedinci. Z grafu je rovněž viditelné, že hodnoty z ostatních skupin jsou celkem vyrovnané.

#### 7.4 SHRNU TÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU

Ve výzkumném šetření bylo zjištěno, že ženy mají větší tendenci k depresivním stavům, tudíž byla potvrzena naše první hypotéza, že dívky se setkávají s depresivními stavy častěji než chlapci.

Naší druhou hypotézou bylo, že na gymnáziu se vyskytují častěji depresivní stavy než na středním odborném učilišti. Tato hypotéza nebyla potvrzena, jelikož výsledky z našeho výzkumu tomu nenapovídají a procentuálně jsou na tom oba typy škol téměř stejně.

To, že dívky budou inklinovat k jiným typům deprese než chlapci, se potvrdilo. Podle výzkumu můžeme říct, že dívky mají více příznaků škály somatizovaný, hypochondrický a sebetrýznící.

Poslední hypotézou bylo, že jedinci středního odborného učiliště mají tendenci k jiným typům deprese než žáci na gymnáziu. Toto tvrzení se nám ve výzkumu nepotvrdilo, jelikož výsledky neukázaly mezi těmito typy škol výrazné rozdíly.

Dále bylo ve výzkumu zjištěno, že respondenti trpí především symptomy škály anankastický, která znamená u jedince obsedantní myšlenky, potřebu vše stihnout do termínu, přehnanou přesnost a pořádkumilovnost. Nejméně zastoupenou škálou v dotazníku vyšla škála hypochondrický, což se dá přisuzovat k tomu, že adolescenti ve svém mladém věku nemají obavy o své tělesné zdraví.

V celkovém srovnání výzkumného šetření dle typu školy a pohlaví výsledky jednoznačně vykazují majoritní zastoupení jedinců ve škále anankastický, minoritně ve škále hypochondrický.



## ZÁVĚR

Předložená diplomová práce se zabývá depresivními stavy u adolescentů. Deprese patří mezi afektivní poruchy a řadí se k nejrozšířenějším nemocem na světě. Jedná se tedy o závažnou duševní poruchu, která by se měla léčit. Výrazně mění život jedince, ale i život celé jeho rodiny. Je těžké s přesností určit, co může být příčinou deprese. Někdy nemusí být příčina ani zjevná a neví se, proč k depresivní poruše došlo a co ji vyvolalo. Projevy depresivních stavů se vyznačují tzv. depresivní symptomatickou triádou, do níž patří snížená aktivita jedince, zpomalené myšlení a velký smutek. Existuje mnoho typů deprese, které se liší od sebe tím, že mají různý průběh, délku trvání, léčbu nebo projevy. Mezi nejzákladnější metody léčby depresivních onemocnění se řadí především farmakoterapie a psychoterapie.

Diplomová práce je rozčleněna na teoretickou a praktickou část. Teoretická část je členěna do pěti kapitol, které charakterizují problematiku depresivních stavů. V praktické části byl prováděn na základě dotazníku Diferencální dotazník depresivity od Petera Stecka výzkum na gymnáziu v Plzni a na Středním odborném učilišti v Rokycanech. Byly zde vyhodnocovány škály fobický, somatizovaný, hypochondrický, sebetrýznící, paranoidní a anakastický.

Cílem praktické části bylo zmapovat četnost výskytu depresivních stavů v období adolescence. Zabývaly jsme se ve výzkumu tím, zda s depresivními stavy souvisí pohlaví adolescenta a to, jaký typ střední školy navštěvuje.

Na základě výzkumu bylo zjištěno, že u dívek je častější výskyt depresivních stavů než u chlapců a nebylo potvrzeno, že by se žáci gymnázia setkávali častěji s depresivními stavy než žáci na učilišti. Dále bylo zjištěno, že nejvíce v dotazníku byla zastoupena škála anankastický, nejméně pak hypochondrický.

## RESUMÉ

Tato diplomová práce se zabývá depresivními stavy u adolescentů. Obsahuje teoretickou a praktickou část. Teoretická část popisuje problematiku depresivních stavů a rozčleňuje se do pěti kapitol. První kapitola se zabývá definicí pojmu deprese, druhá kapitola se zabývá příčinami a následující kapitola popisuje příznaky deprese. Předposlední kapitola charakterizuje jednotlivé druhy depresí a poslední kapitola udává možné způsoby léčby této psychické poruchy.

Druhou částí je praktická část, ve které je popisován výzkum, který byl prováděn na základě dotazníku na gymnázium v Plzni a na Středním odborném učilišti v Rokycanech. Z výzkumu bylo zjištěno, že u dívek se deprese vyskytuje častěji než u chlapců, a že každé z obou pohlaví má sklony k jinému typu deprese.

This diploma thesis deals with depressive conditions within adolescents. It contains a theoretical and practical part. The theoretical part describes the issue of depressive states and it is divided into five chapters. The first chapter deals with the definition of depression, the second chapter deals with its causes and the following chapter describes the symptoms of depression. The penultimate chapter describes the individual types of depression and the last chapter presents the possible ways of treating this mental disorder.

The second part is a practicaly oriented description of the research, which was implemented based of a questionnaire in the grammar school in Plzeň and the vocational school in Rokycany. The research found that girls are more likely to experience depression than boys, and that both sexes are prone to another type of depression.

**SEZNAM LITERATURY**

AKHTAR, Miriam. *Pozitivní psychologií proti depresi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-4839-9.

ANDERS, Martin. *Deprese*. Praha: Jan Vašut, 2001. ISBN 80-7236-195-3.

ANDERS, Martin et al. *Depresivní porucha v neurologické praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-306-0.

ANDERS, Martin, SKOPOVÁ, Jaroslava. *Praktické otázky diagnostiky a léčby depresivních poruch*. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-396-6.

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

BÖKER, Heinz. *Psychotherapie der Depression*. 1. vyd. Bern: Hans Huber, 2011. ISBN 978-3-456-84989-8.

CANTOPHER, Tim. *Depresivní onemocnění. Prokletí silných*. Anag, 2012. ISBN 978-807263-768-3.

ČEŠKOVÁ, Eva, PŘIKRYL, Radovan. *Praktická psychiatrie*. Praha: Maxdorf, 2013. ISBN 978-80-7345-316-9.

ESSAU, Cecilia. *Depression bei Kindern und Jugendlichen*. München: Ernst Reinhardt, 2002. ISBN 3-8252-2294-2.

HARTL, Pavel, HARTLOVÁ, Helena. *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-686-5.

HONZÁK, Radkin. *Deprese. 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 978-807-3674-045.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak zvládat depresi*. 3. vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-47743.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Optimismus, pesimismus a prevence deprese*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4007-9.

LAŇKOVÁ, Jaroslava, RABOCH, Jiří. *Deprese. Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*. Praha, 2013. ISBN 978-80-86998-65-7.

MCKENZIE, Kwame. *Deprese*. 1. vyd. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-247-0093-X.

MEIER, Paul, MINIRTH, Frank. *Od deprese ke štěstí? Příznaky, příčiny a léčení depresí*. Praha, 1998. ISBN 80-85495-82-1.

MIŇHOVÁ, Jana. *Psychopatologie pro právníky*. 3., rozš. vyd. Plzeň: Aleš Čeněk, 2006. ISBN 80-86898-70-9.

NEDLEY, Neil. *Život bez deprese*. Praha: Advent – Orion, 2007. ISBN 978-80-7172-023-2.

NOLEN-HOEKSEMA, Susan, FREDRICKSON, Barbara, LOFTUS, Geoff. *Psychologie Atkinsonové a Hilgarda*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0083-3.

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

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, BULIKOVÁ, Barbora, SIGMUNDOVÁ, Zuzana. *Depresivní porucha a jak ji překonat*. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-656-4.

PRAŠKO, Ján. *Pomoc v zoufalství a beznaději aneb jak překonat depresi*. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-446-0.

RABOCH, Jiří a kol. *Psychiatrie*. 1. Vyd.. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-1985-9.

RABOCH, Jiří, PAVLOVSKÝ, Pavel. *Klinická psychiatrie v denní praxi*. 2. Vyd. Praha: Galén, 2008. ISBN 978-80-7262-586-4.

ŘÍČAN, Pavel a kol. *Dětská klinická psychologie*. 4. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-2471049-8.

SOVÁK, Miloš a kol. *Defektologický slovník*. 3. upr. vyd. Jinočany: H & H, 2000. ISBN 80-86022-76-5.

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

ŠVESTKA, Jaromír. *Deprese. Léčitelná duševní porucha se vzrůstajícím výskytem*. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-86257-23-1.

VAŠUTOVÁ, Maria. *Pedagogické a psychologické problémy dětství a dospívání*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2005. ISBN 80-7042-691-8.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0225-7.

### **Internetové zdroje**

[<http://domaci.eurozpravy.cz/spolecnost/169518-deprese-mi-trpi-615-milionu-lidi-az-15-procent-cechu-resi-situaci-sebevrazdou/>]

[<https://www.cpzp.cz/clanek/1409-0-Deprese-muze-potkat-kazdeho.html>]

[[slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/hledat?cizi\\_slovo=ur%C3%A9mie&typ\\_hledani=prefix](http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/hledat?cizi_slovo=ur%C3%A9mie&typ_hledani=prefix)]

**SEZNAM OBRÁZKŮ**

*Obrázek 1 Bludný kruh deprese (Praško, Prašková, Prašková, 2003, s. 24)..... - 18 -*

## SEZNAM GRAFŮ

<i>Graf č. 1</i> Procentuální počet respondentů.....	- 35 -
<i>Graf č. 2</i> Celková tendence k depresivním stavům .....	- 36 -
<i>Graf č. 3</i> Tendence k depresivním stavům z hlediska pohlaví.....	- 37 -
<i>Graf č. 4</i> Tendence k depresivním stavům z hlediska typu školy.....	- 38 -
<i>Graf č. 5</i> Procentuální zastoupení jednotlivých škál dle dominantního ladění.....	- 39 -
<i>Graf č. 6</i> Procentuální zastoupení jednotlivých škál dle dominantního ladění z hlediska pohlaví.....	- 41 -
<i>Graf č. 7</i> Procentuální zastoupení jednotlivých škál dle dominantního ladění z hlediska typu školy.....	- 42 -
<i>Graf č. 8</i> Procentuální zastoupení jednotlivých škál.....	- 43 -
<i>Graf č. 9</i> Procentuální zastoupení jednotlivých škál z hlediska pohlaví.....	- 44 -
<i>Graf č. 10</i> Procentuální zastoupení jednotlivých škál z hlediska typu školy.....	- 45 -
<i>Graf č. 11</i> Procentuální zastoupení škály fobický dle skupin a pohlaví.....	- 46 -
<i>Graf č. 12</i> Procentuální zastoupení škály somatizovaný dle skupin a pohlaví.....	- 47 -
<i>Graf č. 13</i> Procentuální zastoupení škály hypochondrický dle skupin a pohlaví.....	- 48 -
<i>Graf č. 14</i> Procentuální zastoupení škály sebetřznící dle skupin a pohlaví.....	- 49 -
<i>Graf č. 15</i> Procentuální zastoupení škály paranoidní dle skupin a pohlaví.....	- 50 -
<i>Graf č. 16</i> Procentuální zastoupení škály anankastický dle skupin a pohlaví.....	- 51 -
<i>Graf č. 17</i> Procentuální zastoupení škály fobický dle skupin a typu školy.....	- 52 -
<i>Graf č. 18</i> Procentuální zastoupení škály somatizovaný dle skupin a typu školy.....	- 53 -
<i>Graf č. 19</i> Procentuální zastoupení škály hypochondrický dle skupin a typu školy.....	- 54 -
<i>Graf č. 20</i> Procentuální zastoupení škály tržznící dle skupin a typu školy.....	- 55 -
<i>Graf č. 21</i> Procentuální zastoupení škály paranoidní dle skupin a typu školy.....	- 56 -
<i>Graf č. 22</i> Procentuální zastoupení škály anankastický dle skupin a typu školy.....	- 57 -

## SEZNAM TABULEK

<i>Tabulka č. 1 nejčastější životní události (Praško, Buliková, Sigmundová, 2009, s. 50)</i>	- 10 -
<i>Tabulka č. 2 Popis výběrového vzorku respondentů</i>	- 35 -
<i>Tabulka č. 3 Celková tendence k depresivním stavům</i>	- 36 -
<i>Tabulka č. 4 Tendence k depresivním stavům z hlediska pohlaví</i>	- 37 -
<i>Tabulka č. 5 Tendence k depresivním stavům z hlediska typu školy</i>	- 38 -
<i>Tabulka č. 6 Zastoupení jednotlivých škál dle dominantního ladění</i>	- 39 -
<i>Tabulka č. 7 Zastoupení jednotlivých škál dle dominantního ladění z hlediska pohlaví</i>	- 40 -
<i>Tabulka č. 8 Zastoupení jednotlivých škál dle dominantního ladění z hlediska typu školy</i>	- 42 -
<i>Tabulka č. 9 Zastoupení jednotlivých škál</i>	- 43 -
<i>Tabulka č. 10 Zastoupení jednotlivých škál z hlediska pohlaví</i>	- 44 -
<i>Tabulka č. 11 Zastoupení jednotlivých škál z hlediska typu školy</i>	- 45 -
<i>Tabulka č. 12 Zastoupení škály fobický dle skupin a pohlaví</i>	- 46 -
<i>Tabulka č. 13 Zastoupení škály somatizovaný dle skupin a pohlaví</i>	- 47 -
<i>Tabulka č. 14 Zastoupení škály hypochondrický dle skupin a pohlaví</i>	- 48 -
<i>Tabulka č. 15 Zastoupení škály sebetřýznící dle skupin a pohlaví</i>	- 49 -
<i>Tabulka č. 16 Zastoupení škály paranoidní dle skupin a pohlaví</i>	- 50 -
<i>Tabulka č. 17 Zastoupení škály anankastický dle skupin a pohlaví</i>	- 51 -
<i>Tabulka č. 18 Zastoupení škály fobický dle skupin a typu školy</i>	- 52 -
<i>Tabulka č. 19 Zastoupení škály somatizovaný dle skupin a typu školy</i>	- 53 -
<i>Tabulka č. 20 Zastoupení škály hypochondrický dle skupin a typu školy</i>	- 54 -
<i>Tabulka č. 21 Zastoupení škály sebetřýznící dle skupin a typu školy</i>	- 55 -
<i>Tabulka č. 22 Zastoupení škály paranoidní dle skupin a typu školy</i>	- 56 -
<i>Tabulka č. 23 Zastoupení škály anankastický dle skupin a typu školy</i>	- 57 -