

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA PEDAGOGICKÁ
Katedra psychologie

DEPRESIVNÍ PORUCHY U
ADOLESCENTŮ

Bakalářská práce

Barbora Jelínková

Specializace v pedagogice: psychologie se zaměřením na
vzdělávání (2010–2013)

Vedoucí práce: PhDr. Lenka Novotná

Plzeň, duben 2013

Prohlašuji, že jsem předloženou bakalářskou práci vypracovala samostatně s použitím zdrojů informací a literárních pramenů, které uvádím v příloženém seznamu literatury.

V Plzni dne 15. dubna 2013

.....

Poděkování

Chtěla bych tímto poděkovat PhDr. Lence Novotné za ochotu a rady, které mi poskytovala při vedení mé bakalářské práce. Také děkuji všem respondentům, kteří mi věnovali svůj čas a vyplnili dotazníky pro praktickou část této práce.

Obsah

Úvod	6
Teoretická část	8
1 Deprese	8
1.1 Historie deprese	9
1.2 Definice a epidemiologie deprese	10
1.3 Etiologie.....	12
1.4 Typy depresí a jejich klasifikace	14
1.5 Klinické příznaky depresí u adolescentů	17
1.5.1 Sebevražedné tendence u depresivních adolescentů	18
1.6 Diagnostika depresí.....	20
1.7 Léčba deprese	21
1.7.1 Psychoterapie.....	22
1.7.2 Antidepresiva.....	23
2 Adolescence a její charakteristika	26
2.1 Vývoj kognitivních funkcí	27
2.2 Emoční a osobnostní vývoj.....	29
Praktická část	33
3 Charakteristika průzkumu, výzkumného vzorku, použitých metod a cíle průzkumu	33
4 Vyhodnocení dotazníků dle jednotlivých subtestů	36
4.1 Subtest A.....	36
4.2 Subtest B	40
4.3 Subtest C	43
4.4 Subtest D.....	46
4.5 Subtest E	50
4.6 Nepovinné otevřené otázky	53
5 Závěry průzkumu	57
Závěr	60
RESUMÉ	61
SUMMARY	62

Seznam použité literatury	63
Seznam elektronických zdrojů	65
Seznam příloh	67

Úvod

Depresi neboli patologický smutek alespoň jednou za svůj život prožije velká část naší populace. V současné době jsou deprese velmi vážným a značně skrytým problémem společnosti. Odhady hovoří až o čísle 350 milionů lidí na celém světě, kteří trpí depresemi. Nárůst výskytu depresí je dán rychlým životním tempem, stresem a zvyšující se odpovědností za vlastní svobodná rozhodnutí. Tyto a další faktory působí již v době dětství a dospívání. Až do poloviny 20. století se věřilo, že deprese se netýkají dětí. Dnes už víme, že to není pravda a děti mohou trpět depresemi stejně jako dospělí. Velmi ohroženou skupinou jsou pubescenti a adolescenti. Adolescenci nazval americký psycholog G. S. Hall obdobím bouří a konfliktů. Riziko depresí u adolescentů může umocňovat jejich černobílé vidění situací, sklon k radikálním řešením, impulzivitě a samozřejmě také nároky společnosti, přibývající zodpovědnost, strach z budoucnosti, nadměrný stres a zrychlené tempo života.

Důkazy o tom, že se deprese vyskytují mnohem více než v minulosti a postihují stále mladší a mladší jedince, dokazuje řada studií. Například pacienti narození okolo roku 1930 prožívali první depresivní epizodu ve věku 30–35 let, naproti tomu u pacientů narozených v roce 1950 se vyskytovala první depresivní epizoda již ve 20–25 letech.

Mnoho lidí si stále neuvědomuje, že deprese je nemoc. Jedná se o psychické onemocnění radící se do afektivních poruch, které značně zhoršuje kvalitu života a nese sebou řadu rizik. V těch nejhorších případech může skončit i sebevraždou. U většiny lidí jsou deprese léčitelné. Bohužel mnohdy stud, strach, zlehčování situace a další mýty přežívající v naší společnosti zabrání nemocným vyhledat odbornou pomoc.

Cílem této práce je komplexně seznámit čtenáře s problematikou depresí a také s tematikou období adolescence ve vzájemné spojitosti.

První část práce se zaměřuje zejména na teoretická východiska depresí. Nejprve se věnujeme historii, definicím depresí a jejich epidemiologie. Pro pochopení celé problematiky je důležitá etiologie a také rozdělení různých typů depresí, popis jejich projevů a symptomů. Nesmíme opomínat ani souvislost depresí se sebevraždami. Riziko sebevražd u adolescentů je až dvacetkrát vyšší než u depresivních dospělých. Závěrem kapitoly o depresích nechybí způsoby jejich diagnostiky a léčby. Podrobněji se zabýváme psychoterapií a farmakoterapií.

Druhá kapitola teoretické části popisuje období adolescence. Jedná se o věkovou skupinu dospívajících od 15 let přibližně do 21 až 22 let. Snažíme se podrobně charakterizovat adolescenci a vývojové úkoly a problémy této fáze lidského života. Především se zaměříme na vývoj kognitivních funkcí jako je myšlení, paměť nebo pozornost, dále emoční a osobnostní vývoj, zejména tvorbu a vývoj vlastní identity adolescenta a jeho emancipaci od rodiny.

Praktická část této práce se věnuje průzkumu závažnosti a četnosti výskytu charakteristik deprese na počátku adolescence. V jednotlivých kapitolách jsou popsány cíle průzkumu, použité metody a také výzkumný vzorek adolescentů. Dále podrobně vyhodnocujeme získaná data a hodnotíme závažnost situace vzhledem k přítomnosti depresivních sklonů. V poslední kapitole jsou potom shrnuty závěry celého průzkumu.

Doufáme, že se v této bakalářské práci podařilo podat ucelený a srozumitelný obraz depresivních poruch u adolescentů a přinést nové pohledy a závěry v této problematice.

Teoretická část

1 Deprese

Pojem deprese pochází od švýcarského psychiatra Adolfa Meyera, který ho poprvé použil na počátku 20. století. Slovo deprese je zřejmě odvozeno z latinských slov *deprimo*, *deprimere*, *depressi* či *depressus*, která v překladu znamenají stlačit, stísnit, deprimovaný nebo sklíčený.

Deprese je stav, který se projevuje pocity sklíčenosti, smutku, beznaděje. Člověk se nachází v celkovém psychickém i fyzickém útlumu, nic ho nebaví a je apatický ke svému okolí. Jedinec v depresi má nízké sebevědomí a je velmi sebekritický. Nemá žádnou energii, je tedy hodně unavený, často trpí nechutenstvím. Pokud deprese trvá tak dlouho, že ovlivňuje pracovní a sociální oblast jedince, nazýváme ji chorobným stavem. Od obyčejného smutku, který někdy zažil každý z nás, se deprese liší ve své intenzitě a dlouhodobosti. Narušuje běžný každodenní život jedince.

„Deprese není jen špatná nálada, ale nemoc celého organismu. V žádném případě to není nedostatek vůle nebo sebekázně. Deprese také není jenom reakce na nepříznivé události v životě, i když často na ně navazuje. Deprese je u všech lidí léčitelná onemocnění. Pokud není deprese léčena, vede ke ztrátě výkonnosti, k izolaci, ztrátě radosti v životě a výrazně zhoršuje celkový zdravotní stav člověka – snižuje obranyschopnost organismu.“ (Praško, Prašková, Prašková, 2003, s. 26)

Deprese se v naší současné populaci stále více šíří a trpí jí mladší a mladší lidé. Světová zdravotnická organizace (WHO) v roce 1990 stanovila žebříček chorob, které lidstvo nejvíce sužovali. Toto pořadí se stanovovalo podle let života přepočítaných vzhledem k invaliditě. Unipolární deprese se nacházela na 4. místě. První tři příčky patřily plicním infekcím, průjmovým onemocněním a perinatálním poškozením plodu. Na pátém místě po depresích byla potom ischemická choroba srdeční. Podle prognóz WHO pro tento žebříček v roce 2020 bude ischemická choroba srdeční na prvním místě a hned za ní, na místě druhém, unipolární deprese.

1.1 Historie deprese

Deprese jsou lidstvu známy již od starověku. Nejstarší písemné medicínské texty se dochovaly ve starém Egyptě, kde lidé věřili v posmrtný život duše, a tudíž o duševní stav velmi dbali. Duše podle Egyptanů sídlila v srdci, chorobný smutek byl tedy popisován jako horečka v srdci, suchost srdce či ochablé srdce.

Ve starém Řecku popisoval Hipokrates (460–357 př.n.l.) melancholii, kterou definoval jako stav odmítání jídla, malomyslnosti, nespavosti, dráždivosti a neklidu. Příčinu vzniku pak viděl v přílišném hromadění černé žluči (*mélan cholé*) v mozku. Ve svém tvrzení se opíral o pozorování Alkmeona z Krotonu (asi 6. století př.n.l.), který jako první pitval zvířecí mozky a zastával názor, že duševní nemoci souvisí s narušením rovnováhy tělesných tekutin.

První, kdo zdůraznil možnost sebevraždy v důsledku melancholie, byl římský lékař Aurelius Cornelius Celsus (asi 25–50 n.l.) v 1. století našeho letopočtu. V tomto století popsal projevy melancholie a mánie také Aretaeus z Kapadocie a byl první, kdo považoval tyto dvě poruchy za projevy jedné nemoci, čímž významně předběhl svou dobu (bipolární afektivní porucha byla uznána a pojmenována až na přelomu 19. a 20. století).

Další významný starověký lékař, Galén (129–199 n.l.), definoval melancholii strachem, skleslou náladou, nespokojeností se životem a nenávisť vůči všem lidem.

Ve starověkém Řecku a Římě byla melancholie i mánie považována za projev geniality, mánií dokonce Sokrates a Platón definovali jako božský stav. K léčbě depresí se v antice využívalo opium. Také se doporučoval pobyt u moře, dobré jídlo a pití a sexuální rozkoše.

S příchodem středověku se rozšířil názor, že deprese jsou božím trestem. Lidé také začali věřit, že depresivní stavy značí posedlost démony. Zlom v těchto mylných představách nastal v roce 1621, kdy v Anglii vyšlo slavné dílo *Anatomy of Melancholy* od Roberta Burtona (1577–1640). Přesto se až do konce 19. století nemocným touto chorobou nijak zvláště nepomáhalo. (Orel, 2012, s. 135–137)

Na počátku 20. století pojem melancholie nahradil nový pojem deprese, s kterým přišel švýcarský psychiatr Adolf Meyer (1866–1950). Ve 30. letech 20. století došlo k průlomů léčby depresí s objevem šokových terapií, zejména elektrošoků. Koncem 50. let byla stanovena přesná diagnostická kritéria depresí. V roce 1957 přišli vědci s prvními tricyklickými antidepresivy. Jednalo se o imipramin (např. Tofranil) a iproniazid (např. Marsilid).

U dětské a adolescentní deprese dlouho přetrvával názor, že u takto mladých jedinců neexistuje. Mělo se za to, že děti a adolescenti jsou nemocní často jen fyzicky, psychickým onemocněním se nepřikládala taková důležitost. Ve druhé polovině 20. století se postupně tyto postoje začaly měnit. Od roku 1960 je povolena léčba antidepresiv u dětí a adolescentů. Ovšem dodnes je na trhu malý počet antidepresiv přímo doporučených pro děti a adolescenty. Farmaceutické firmy nechtějí investovat peníze na dlouhodobé výzkumy v této věkové skupině a lékaři tak v mnoha případech zkouší různá antidepresiva na vlastní odpovědnost.

S historií depresí souvisí také jména řady významných osobností. Dobové prameny ukazují na deprese u královny Viktorie, Abrahama Lincolna nebo Winstona Churchilla, který deprese nazýval „mojí kocovinou“. Ze spisovatelů trpěli depresemi např.: Edgar Allan Poe, Emile Zola, Mark Twain, Ernest Hemingway, Johann W. Goethe nebo Virginie Woolfová. Jako poslední zajímavost si uveďme, že zmínky o depresích lze najít už v Bibli a to ve spojitosti s židovským králem Saulem, který trpěl poruchami nálady a chorobným smutkem.

1.2 Definice a epidemiologie deprese

Definice deprese je nepřeborné množství a liší se u každého autora. Například Americká diagnostická příručka DSM–III–R (*Diagnostic and Statistical Manual of the American Psychiatric Association*, 3. revidovaná verze) definuje deprese jako stav, který můžeme diagnostikovat, pokud se vyskytuje minimálně 5 z těchto 9 příznaků: depresivní nálada, snížený zájem o běžnou činnost, ztráta chuti k jídlu, nespavost, zpomalení pohybů i myšlení, ztráta životní energie, pocity snížené vlastní hodnoty a viny, snížená schopnost myslet a zhoršené soustředění, sebevražedné myšlenky či aktivita k tomu směřující. (Křivohlavý, 2003, s. 21)

MKN–10 (10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí) definuje deprese následovně: *„Nemocný má zhoršenou náladu, sníženou energii a aktivitu. Je narušen smysl pro zábavu, osobní zájmy a schopnost koncentrace. Po minimální námaze se objevuje únava. Je narušen spánek a je zhoršená chuť k jídlu. Sebehodnocení a sebedůvěra jsou zhoršeny, pocity viny a beznaděje jsou přítomny i u lehkých případech. Zhoršená nálada se v časovém průběhu příliš nemění, nereaguje na okolní změny. Může být provázena tzv. „somatickými“ symptomy, jako je ztráta zájmů a pocitů uspokojení. Ranní probouzení je o několik hodin dříve před obvyklou hodinou. Deprese se horší nejvíce ráno. Je zřetelná*

psychomotorická retardace a agitovanost. Je ztráta chuti k jídlu, hubnutí a ztráta libida. Podle počtu a tíže příznaků je možno fázi hodnotit jako mírnou, střední nebo těžkou.“ (MKN–10, 2009, s. 211)

Stejně jako najít přesnou definici deprese je také obtížné stanovit procento populace, které depresemi trpí. Neustále roste počet lidí trpících depresemi a také se snižuje věková hranice nemocných. Zároveň se odhaduje, že zhruba 50% lidí trpících depresemi nevyhledá odbornou pomoc nebo jsou chybně diagnostikováni.

Bodová prevalence depresí v populaci je uváděna ve výši 3,1%. Celoživotní prevalence deprese se pak uvádí u 16,1% postižených jedinců. (Hosák, 2005, [online])

Praško (2003) uvádí, že klinickou depresí onemocní každý rok 5% obyvatelstva nezávisle na věku. Naproti tomu Roth (1999) udává, že depresí trpí 10 – 15% populace. Křivohlavý (2003) hovoří zhruba o 20% až 25% lidí v České republice, kteří prožívají v dané chvíli určité příznaky deprese. Höschl (1999) rozděluje populaci s depresí na 2–3 % mužů a 5–10 % žen.

Deprese se až třikrát častěji vyskytují u žen než u mužů. Tento fakt je dán kolísáním hladiny hormonů u žen podle fáze jejich měsíčního cyklu a hormonálními změnami během těhotenství či v období klimakteria. Někteří autoři vysvětlují větší náchylnost žen k depresím také například historickou determinací podřízeného postavení žen během vývoje lidstva.

Pokud se zaměříme na deprese pouze u dětí a adolescentů, je uváděno rozmezí výskytu od 1% do 8% dětí a adolescentů. A například riziko sebevraždy je u depresivních adolescentů až dvacetkrát vyšší než ve zbytku populace. Depresivní poruchy jsou také častější u dívek. Ve věku 14–16 let je poměr výskytu depresivní epizody u chlapců k dívkám 1:5, v pozdějším věku 2:5.

1.3 Etiologie

Vznik depresí je multifaktorově podmíněn. V etiologii depresivních poruch nacházíme faktory hereditální i psychosociální. Dále mají vliv vnější vlivy a životní události, které spustí rozvoj depresivní poruchy.

Depresi vyvolanou náročnými životními událostmi lze nazvat reaktivní nebo též exogenní depresí. Naproti tomu deprese bez viditelné příčiny, kterou vyvolávají změny v CNS a v endokrinní soustavě, se nazývá depresí endogenní. Takovou depresi vyvolává chemická nerovnováha na synapsích v mozku, konkrétně nedostatečná hladina neurotransmiterů, např. noradrenalinu, serotoninu nebo dopaminu. Reaktivní deprese nemívá tak velké změny psychomotorického tempa a hluboké somatické příznaky jako endogenní deprese, kterou provází i větší úzkost a sebelítost.

Toto rozdělení na endogenní a exogenní deprese se však v současné době pomalu přestává používat a spíše začíná převládat názor, že deprese jsou výsledkem souhry mnoha faktorů. Například stres, ať už akutní či chronický, může vyvolat změny na úrovni neurotransmiterů a citlivosti receptorů. *„Dřívější dělení deprese na endogenní (psychotickou, způsobenou biologickými příčinami) a reaktivní (neurotickou, psychologicky vysvětlitelnou) již ztratilo na významu, předpokládá se spíše kontinuum přechodu od jednoho stavu k druhému.“* (Hosák, 2005, [online])

Teorií příčin vzniku depresí je mnoho. Biochemická teorie, která vidí původ depresí v nerovnováze neurotransmiterů, je podporována výsledky léčby antidepressivy, které zvyšují hladinu serotoninu a noradrenalinu na synapsích. Ovšem na trhu jsou i antidepressiva, která naopak koncentraci serotoninu snižují, a přesto fungují. Z tohoto poznatku pramení další hypotéza, která hovoří o tom, že na vzniku afektivních poruch se podílí i další neurotransmitery, např.: acetylcholin, GABA, endorfíny, dynorfíny, enkefaliny a další. Svou roli hrají také změny imunitního a hormonálního systému. Souvislost hormonálního systému se vznikem depresí vysvětluje tzv. neuroendokrinní hypotéza afektivních poruch. Tato teorie se opírá o výskyt změn na hormonální ose hypotalamus – adenohipofýza – kůra nadledvin při vzniku afektivních poruch, podobně jako u stresu. Zajímavostí je, že u jedinců s těžkými formami depresí byl zaznamenán změněný obraz elektrických vln snímaných z mozku (EEG) a to především ve spánku, konkrétně v REM-fázi. Tato fáze u zdravých lidí přichází poprvé přibližně 9 minut po usnutí a trvá 5–10 minut. NREM fáze trvá přibližně 90 minut. Během spánku se NREM a REM fáze opakují, přičemž REM fáze se s každým opakováním prodlužuje. U lidí

v depresi REM fáze nastupuje rychleji a během spánku se vyskytuje častěji. Po probuzení tyto lidé mají pocit, že se vůbec nevyspali a trápí je zlé sny.

Další z teorií příčin vzniku depresivní poruchy je teorie genetická, která hovoří o dědičných sklonech k depresi. Dědičné dispozice jsou patrné především mezi nejbližšími příbuznými. V 52% je zaznamenán výskyt depresí u dětí depresivních rodičů. Z hlediska hereditární zátěže jsou ve spojitosti s depresemi zkoumány především změny na chromosomu 18. Velmi zajímavé jsou potom také výzkumy jednovaječných dvojčat. Pokud jedno z dvojčat trpí depresemi, pravděpodobnost rozvinutí poruchy u toho druhého je až 76%, u dvojvaječných dvojčat potom 19%.

Roli při vzniku depresí hraje i osobnost člověka. Vyšším rizikům jsou vystaveni lidé s dogmatickým, obsedantním a rigorózním myšlením, kteří nedávají najevo své emoce. Americký psychiatr Aaron Beck (*1921) v roce 1967 přišel s teorií, která hovoří o tom, že vysoký sklon k depresím mají lidé, kteří o sobě přemýšlí negativně, mají sklon snižovat své úspěchy a zveličovat své neúspěchy. Na základě těchto poznatků se rozvinula kognitivní teorie, která vychází z předpokladu, že naše zkušenosti v raném dětství formují dysfunkční psychické předpoklady (dysfunkční myšlení, negativní naladění, negativní pohled na svět) a ve chvíli, kdy se setkáme s náročnou životní situací, tyto dysfunkční předpoklady začnou působit, až se nakonec rozvine depresivní porucha. Tato teorie vedla k rozvoji používání kognitivní terapie při léčbě depresí.

V roce 1974 další americký psychiatr, Frederic Flach (1927–2006), charakterizoval tzv. DPP – *Depression Prone Personality*, osobnost se znaky vyšší citové zranitelnosti. Do této kategorie řadil jedince, kteří mají například vyšší míru morální odpovědnosti, jsou mimořádně ambiciózní, soutěživí, příliš se starají o pocity a myšlenky druhých lidí, jsou příliš závislí na svých blízkých, berou si až příliš každé ponížení nebo urážku své osoby a neumí se bránit nepřátelským lidem.

Další z teorií popisuje souvislost depresí s biorytmicitou. Tento předpoklad vychází z poznatků, že deprese se u některých lidí vyskytují sezónně, hlavně na podzim a na jaře. Vliv má také nezdravý životní styl, který charakterizuje nedostatek spánku, nezdravé jídlo, nedostatek pohybu a vyčerpání přílišnou prací.

Behaviorální teorie hovoří o nedostatku pozitivního zpevnování, dítě se začne chovat podle modelu naučené bezmocnosti a tento způsob chování si přináší do dospělosti.

Psychoanalytická teorie pohlíží na depresi jako na důsledek ztráty milovaného objektu v raném dětství, často se jedná o separaci od rodičů, kdy se u dítěte nevytvoří

základní pocit jistoty a bezpečí. To má vliv na jeho pozdější vnímání okolního světa a interpersonální vztahy.

Sociologická teorie vychází z předpokladu, že deprese vzniká díky nedostatečnému sociálnímu ocenění, prožívání náročných životních událostí, stresu a pocitů sociálního selhání.

Mezi rizikové faktory pro vznik depresí v časném věku řadíme především rodičovskou a rodinnou patologii, náročné a kritické rodiče, špatné sociální dovednosti, málo vrstevnických vztahů a traumatizující události v dětství jako je např.: ztráta jednoho rodiče, zneužívání, izolování, zanedbávání nebo týrání.

1.4 Typy depresí a jejich klasifikace

Dle Mezinárodní klasifikace nemocí MKN–10 jsou v současné době depresivní poruchy řazeny do afektivních poruch a mají diagnostické kódy v rozmezí F32–F34.

Deprese a úzkost jsou velmi často poruchami, které se vyskytují v symptomatologii mnoha jiných diagnóz. Jako příklad duševních poruch, kde je také přítomný právě depresivní syndrom, uveďme schizofrenii (F20), smíšenou úzkostně-depresivní poruchu (F41.2), reakci na těžký stres a poruchy přizpůsobení (F43), somatomorfnní poruchy (F45), poruchy příjmu potravy (F50), hyperkinetické poruchy pozornosti (F90) nebo deprese sdružené s poruchami chování (F91–F92). Nejčastěji je ale deprese spojována s bipolární afektivní poruchou (F31), při které fáze depresivní (F32) střídá fázi manickou (F30).

1) Bipolární afektivní porucha

Bipolární afektivní porucha (F31) se projevuje střídáním dobré nálady až euforie, energičnosti a aktivity (mánie) se smutkem, vyčerpaností a sníženou aktivitou (deprese).

Tato porucha se může projevovat již od předškolního věku dítěte. V tak nízkém věku se ale diagnostikuje zcela výjimečně. Začátek onemocnění se nejčastěji pohybuje mezi 20. a 35. rokem života. Z počátku se tato porucha může projevovat pouze symptomy deprese. U adolescentů s bipolární afektivní poruchou jsou výkyvy nálady a střídání depresivních a manických period značně nepravidelné a rychlejší než u dospělých pacientů. Tato nemoc postihuje asi 1% populace a objevuje se zhruba u 10% lidí trpících depresí.

2) Depresivní epizoda

Depresivní fáze (epizoda), která se může vyskytovat jen jednou za život nebo i opakovaně, má kód F32. Dělí se podle závažnosti na mírnou (F32.0), středně těžkou (F32.1), těžkou bez psychotických příznaků (F32.2), těžkou s psychotickými příznaky (F32.3) a také jinou (F32.8) a nespecifickou (F32.9) depresivní fází. Její rozvoj může způsobit stresující životní situace, může se však rozvinout i bez zjevné příčiny.

Mírná deprese označuje stav, kdy je jedinec schopný chodit do práce, ale vše mu jde pomaleji a sociálně se izoluje. Léčba je v takovém případě ambulantní.

Středně těžkou depresí trpící jedinec už není schopen chodit do práce a dělají mu problém i domácí práce, izoluje se od lidí, nemá o nic zájem a dělá mu velký problém udržet pozornost. Takový jedinec je v pracovní neschopnosti a léčí se ambulantně, pokud jsou přítomny sebevražedné myšlenky, doporučuje se hospitalizace.

Těžká deprese je fáze, kdy se člověk nedokáže postarat sám o sebe. Je buď výrazně zpomalený a bez energie, kdy většinu času jen leží nebo je naopak výrazně agitovaný a pohybuje se z místa na místo. Těžkou depresí provází pocit nesmyslnosti jakékoli činnosti, tudíž jedinec nevykonává žádnou praktickou aktivitu, často myslí na sebevraždu. Takový pacient je vždy hospitalizován.

3) Periodická (rekurentní) deprese

Periodická (rekurentní) depresivní porucha (F33) je stejně jako depresivní fáze (F32) členěna podle stupně závažnosti na současnou epizodu lehkou (F33.0), středně těžkou (F33.1), těžkou bez psychotických symptomů (F33.2), těžkou s psychotickými symptomy (F33.3) a periodickou depresivní poruchu v současné době v remisi (F33.4). Pro atypické případy je i zde možnost diagnózy jiné (F33.8) nebo nespecifikované (F33.9) periodické depresivní poruchy.

Periodická deprese je stav, kdy se epizody deprese opakují s různě dlouhými pauzami (měsíce, roky) bez samostatných epizod mánie. Tato porucha se ve většině případů rozvíjí až v pozdějším věku, nejčastěji to bývá v páté dekádě života.

4) Trvalé poruchy nálady

Diagnostický kód F34 patří perzistentním afektivním poruchám (trvalé poruchy nálady). Řadíme sem cyklothymii a dysthymii.

Cyklothymii (F34.0) charakterizují výkyvy nálad (obdobím dysthymie se střídá s obdobím hypománie), které nejsou ale tolik závažné, aby se jednalo o bipolární afektivní poruchu.

Dysthymie (F34.1) je chronické zhoršení nálady, trvající alespoň několik let, které však nedosahuje intenzity deprese. Často se pro dysthymii též užívá pojem subdeprese. Dysthymie se projevuje únavou, pesimistickým přístupem k životu, nespokojeností a sociálním stažením, i když daný jedinec zvládá běžný život a zaměstnání.

5) Další dělení depresí

Existuje mnoho dalších rozdělení depresí podle různých faktorů. Rozlišujeme dělení dle etiologického faktoru na deprese endogenní, tj. bez zjevného původu; deprese exogenní nebo také reaktivní, které jsou reakcí na stresovou událost; deprese symptomatické, tj. deprese, která doprovází tělesné onemocnění; deprese vyvolané generačními změnami, kam patří deprese poporodní nebo klimakterické. U některých žen se projevuje deprese během premenstruačního syndromu, takovou depresi nazýváme menstruační.

Podle průběhu dělíme deprese na unipolární a bipolární. Podle psychotického ladění můžeme dělit deprese na psychotické a neurotické. Psychotické deprese jsou na bázi maniodepresivní psychózy a neurotické naopak na bázi neurotické poruchy. (Miňhová, 2006, s. 90)

Dalším typem deprese je tzv. larvovaná deprese. Jedná se o maskovanou depresi, která se neprojevuje psychickými příznaky, ale tělesnými. Postižený trpí bolestmi hlavy, bušením srdce, zažívacími obtížemi, velkou únavou, pocitem těžkých nohou, bolestmi zad, závratěmi apod.

Se změnou ročních období souvisí sezónní deprese. Většinou se projevuje jako útlum nálady, nejčastěji na podzim nebo na jaře. Souvisí zřejmě s nedostatkem slunečního světla. Na jaře sezónní deprese vypuká často z důvodu dlouhé zimy bez slunečního světla, která vyčerpala organismus.

Novým termínem podle MKN–10 je tzv. somatický syndrom, který často nahrazuje pojem endogenní deprese. Somatický syndrom značí velmi významné příznaky deprese, např.: rychlé změny nálad, nezájem o své okolí a o aktivity, které jedince dříve bavily, střídání psychomotorického útlumu a agitace, neschopnost radovat se, nedostatek

emočních reakcí, nechutenství, snížení libida, časně ranní probouzení nebo naopak přílišná spavost aj.

6) Typy depresí u adolescentů

U adolescentů se velmi obtížně diagnostikuje konkrétní typ deprese, například zda se jedná o depresi epizodickou (F32), periodickou (F33) nebo o dystymii (F34).

Ve spojení s adolescenty se často hovoří o dvou typech depresí, depresi kognitivní a depresi endogenní (inhibiční). Depresi kognitivního typu můžeme charakterizovat kognitivní triádou. Tato triáda zahrnuje negativní pohled na sebe, na svou současnou situaci a na budoucnost. Endogenní deprese u adolescentů jsou definovány útlumem, depresivní náladou a anhedonií. (Říčan, 2006, s. 235)

1.5 Klinické příznaky depresí u adolescentů

Depresivní stav se projevuje v symptomatické triádě. Do té obecně zahrnujeme sníženou dynamogenii, zpomalené myšlení a velký smutek.

Do klinických příznaků deprese u adolescentů řadíme výrazné kolísání nálady během dne, beznaděj, anhedonii, bludy, hypersomnii, útlum střídající psychomotorickou agitovanost, případně zneužívání alkoholu a drog. Depresivní adolescenti střídají stavy apatie, smutku, bezvýchodnosti a hostility, se stavy mnohmluvnosti, agitovanosti a navazování nových kontaktů. Od deprese u dospělých se deprese v adolescenci liší v některých symptomech, například častěji se vyskytují pocity nudy a pocity vlastní nedostatečnosti, které ovšem nemusí vycházet pouze z adolescenta samotného, ale velkou roli hrají také rodiče, dále se více než u dospělých vyskytuje podrážděnost, tichá rezignace (zasněnost, izolace), riskantní chování nebo konzumace alkoholu a drog. Častější jsou také sebevražedné pokusy. U 80% depresivních adolescentů se vyskytují poruchy sebehodnocení. (Hort, 2008, s. 199)

Symptomy deprese se týkají všech oblastí života:

Kognitivní: myšlení je jednotvárné, točí se téměř výhradně kolem vlastního utrpení, bradypsychismus (zpomalené myšlení), poruchy pozornosti, nerozhodnost, nízké sebehodnocení, myšlenky na sebevraždu, ztráta všech zájmů, nechut' k učení, nechut' k životu, sebevražedné myšlenky, ranní pesimum obtíží, večer pocit lehké úlevy;

Emoční: úzkostnost, pocity beznaděje a zoufalství, nuda, plačtivost, pocity nepochopení a osamocení, anhedonie (neschopnost radovat se);

Afektivní: velmi rychlé střídání nálady, zvýšená impulzivita a podrážděnost (iritabilita) se střídá se smutkem, zoufalstvím a beznadějí. Na rozdíl od dospělých je patrné rychlé střídání stavů mysli. Patická nálada může vyvrcholit až vznikem bludů. Jedná se často o bludy autoakuační (vše zničil, vše zkazil, je špatný apod.), bludy hypochondrické, pseudomegalomaničké, persekuční (pocity viny provází blud, že bude zaslouženě odsouzen a bude trpět), mikromanické (např.: „zničil jsem celou rodinu, nemám právo na jídlo“), náboženské, nebo paranoidní. U některých pacientů se vyskytují i verbálně sluchové halucinace, obsese či fobie.

Behaviorální: apatie, útlum pohybové aktivity a též mimické aktivity, únava se střídá s neklidem až agitovaností, výrazná nerozhodnost, zanedbávání zevnějšku, tichý hlas a pomalá řeč (někdy až mutismus), častý pláč bez zjevné příčiny (někdy není schopen ani pláče), ochablé držení těla;

Somatické: narušení biorytmu, změny hmotnosti v důsledku nechuti k jídlu, zácpa, spavost (rychlé usínání, ale špatné probouzení), bolesti hlavy, únava, poruchy menstruace, úbytek sexuální apetence;

Sociální: neschopnost být sám doprovázená strachem z kontaktu s lidmi (až sociální fobie), sociální izolování se a střídavé vyhledávání kontaktu, promiskuita, zneužívání psychoaktivních látek, zhoršení prospěchu, sebevražedné pokusy.

1.5.1 Sebevražedné tendence u depresivních adolescentů

„Suicidium je vědomé a úmyslné ukončení vlastního života. Širším pojmem je suicidální chování, zahrnující vedle dokonaných suicidií i suicidální pokusy a projevy svědčící o suicidálních myšlenkách a záměrech. Řada osob, které se pokusí o suicidium, má ambivalentní postoj k životu: chce zároveň žít i zemřít.“ (Říčan, 2006, s. 238)

U dětí do 15 let se se sebevražednými pokusy a s dokonanými sebevraždami setkáváme jen zřídka. V období adolescence ale jejich počet velmi stoupá. Sebevraždy dokonce představují třetí, někteří autoři uvádí druhou, nejčastější příčinu smrti v adolescenci.

Deprese jsou obecně příčinou asi 15% sebevražd. V období adolescence je riziko sebevraždy v důsledku deprese až dvacetkrát vyšší než u depresivních dospělých. Toto riziko vychází z větší impulzivnosti adolescentů a z jejich tendence k černobílému vidění

situací a radikálním řešením. Riziko sebevraždy u adolescentů se nesmí podceňovat a v případě možnosti sebevraždy je u depresivního adolescenta vždy nutná hospitalizace. (Křivohlavý, 2003, s. 13)

Ročně se číslo dokonaných sebevražd u adolescentů pohybuje okolo 50, z čehož převažují chlapci, například v roce 2002 to bylo 32 chlapců a 16 dívek. Poměr sebevražedných pokusů k dokonaným sebevraždám se odhaduje na 100:1, sebevražedné pokusy jsou častější u dívek. Tento fakt souvisí s volbou prostředku sebevraždy. U adolescentních dívek je typické požití léků, naopak u chlapců převažuje oběšení či zastřelení. (Koutek, Kocourková, 2007, [online])

Obr. 1: Sebevraždy na 100 000 obyvatel v jednotlivých věkových kategoriích podle ÚZIS

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Do 14	0,1	0,3	0,24	0,2	0,56	0,47	0,37	0,22	0,51	0,29	0,59	0,3	0,25
15-19	2,7	5,4	4,6	5,4	7,24	9,2	8,91	7,33	7,57	7,54	6,8	6,45	7,17
Celková	13,3	13,0	13,8	13,6	14,7	14,6	14,1	14,5	14,3	15,3	15,8	16,2	14,5

Zdroj: Koutek, Kocourková, 2007

Obr. 2: Sebevraždy dětí a adolescentů podle motivu, 2002–2005

	Muži	Zeny	Muži	Zeny	Muži	Zeny
	do 15		15-18		18-20	
bez zjištěné motivace	7	2	26	8	46	5
konflikty a problémy rodinné	2	1	7	2	5	5
konflikty a problémy sex. či vztahové	0	0	3	6	9	3
konflikty a problémy pracovní	0	0	0	0	1	0
konflikty a problémy školní	3	0	6	0	7	1
konflikty a problémy existenční	0	0	1	1	8	1
politický	0	0	0	0	0	0
náboženský	0	0	0	0	0	0
obava z trestního stíhání	1	0	1	0	1	0
duševní onemocnění	1	0	1	1	4	2
fyzické onemocnění	0	0	1	0	0	2
náhlá deprese	2	0	8	4	9	3
psychické problémy	0	0	2	0	3	1
jiná motivace	0	2	3	1	7	0
celkem	16	5	59	23	100	23
zjištěno	9	3	33	15	54	18

Zdroj: Daňková, 2007

1.6 Diagnostika depresí

Deprese v období adolescence nejsou výjimečným jevem. Jsou ovšem často zaměňovány s jinými nemocemi, přičítána poruchám chování nebo agresivitě. Někdy jsou také považovány za pouhou pseudofilosofickou pózu náladovosti, podrážděnosti a hostility vůči světu a dospělí smutné náladě u adolescentů nepřikládají velkou váhu.

Adolescent sám od sebe většinou nevyhledá pomoc. Až když si jeho blízcí uvědomí, že jeho dlouhodobý smutek, podrážděnost a nepřátelské chování nejsou úplně v pořádku, dotlačí ho v nejlepším případě k návštěvě odborníka.

Diagnostika depresí u adolescentů je velmi obtížná, většinou začíná identifikací všech symptomů. MKN-10 stanovuje diagnostická kritéria depresí. O depresivní epizodu se jedná tehdy, pokud je u pacienta minimálně 2 týdny přítomen alespoň jeden z těchto příznaků: smutná nálada, snížení zájmu či schopnosti se radovat (ve všem, téměř všem, v aktivitách) a minimálně 4 z následujících příznaků: únava nebo ztráta energie, pocity viny, sebeobviňování, ztráta sebevědomí, porucha spánku (insomnie nebo hypersomnie), psychomotorické zpomalení nebo agitovanost, poruchy myšlení, snížená koncentrace, nerozhodnost, signifikantní úbytek nebo přírůst hmotnosti, myšlenky na smrt nebo na sebevraždu.

Další kroky při diagnostice deprese jsou „*pohovor s rodiči, samostatný pohovor s pacientem, somatické vyšetření, které má odhalit eventuální organické faktory v etiologii deprese, dále bychom měli mít reference ze školy atd.*“ (Goetz, 2005, [online]) Při diagnostice depresí je důležité i pozorování. Využívají se také strukturované rozhovory a škály depresivity.

Závažnost deprese se posuzuje dle množství přítomných symptomů. Pro lepší orientaci se přihlíží také k míře zachovaných sociálních schopností. Používá se rozdělení závažnosti na mírnou, středně těžkou a těžkou.

Škály depresivity můžeme rozdělit na sebeposuzovací, které pacient zaškrťává sám a posuzovací. Nejčastěji se užívá metoda pozorování spojená se sebeposuzovacím dotazníkem.

Jednou z nejvíce využívaných škál je Beckova sebeposuzovací škála depresivity (BDI - *Beck Depression Inventory*) z roku 1978. Další velmi podobnou škálou je Zungova dvacetipoložková sebeposuzovací škála deprese (SDS), ve které pacient určuje míru svých potíží na čtyřbodové škále.

Yesevagoova škála deprese (GDS - *Geriatric Depression Scale*) se využívá ke zhodnocení depresivních symptomů u starších osob. Nejčastěji se používá zkrácená verze s patnácti položkami.

Pro děti je v České republice dostupná jediná sebeposuzovací škála, tzv. CDI (*Children's Depression Inventory*), která kromě skóru depresivity ukazuje také sníženou náladu, interpersonální potíže, nevykonnost, anhedonii a snížené sebehodnocení.

Z posuzovacích škál jsou nejvíce využívány HAMD (*Hamilton Psychiatric Rating Scale for Depression*, 21 položek) a MADRS (*Montgomery Asberg Depression Rating Scale*, 10 položek). Dalšími známými dotazníky jsou BRMES (Bachův dotazník deprese) nebo VVIECK (Výkonová škála deprese).

1.7 Léčba deprese

Deprese je u většiny lidí léčitelná nemoc, statistické údaje uvádí úspěšnou léčbu v 80% případů. Pokud není deprese léčena, dochází u postiženého jedince k poklesu výkonnosti, sociální izolaci, ztrátě radosti ze života a snižuje se postupně také obranyschopnost organismu. Bez léčby mohou příznaky deprese přetrvávat roky. Výzkumy ukazují, že po přibližně dvou letech dochází u neléčené deprese spontánně k remisi, u 12% neléčených depresí se ale rozvíjí chronický obraz poruchy.

Cílem léčby je odstranění příznaků deprese, odstranění rizik relapsu a navrácení původní kvality života.

Stejně jako u dospělých i u dětí a adolescentů probíhá léčba psychoterapeuticky a farmakoterapeuticky. Můžou se kombinovat různé druhy terapií. Léčí se nejprve akutní stav, poté následuje léčba stabilizační a udržovací. Volba typu terapie se odvíjí od věku dítěte či adolescenta, od jeho symptomů, typu deprese a od jeho rodinného zázemí. (Hort, 2008, s. 206)

Kromě psychoterapie a farmakoterapie existuje ještě řada dalších možností léčby a druhů terapií. Uvedme například čínskou akupunkturu, fytoterapii neboli metodu léčby pomocí rostlinných přípravků, která k léčbě depresí využívá třezalku tečkovanou a šafrán; fototerapii, která vychází ze sezonní teorie depresí a pacienty vystavuje velmi silnému světlu, které by po několika týdnech mělo zlepšit funkce mozku; nebo metodu spánkové deprivace, která by měla navodit zlepšení nálady. Využívá se také metoda transkraniální magnetické stimulace (TMS), kdy se bdělému pacientovi přikládá na hlavu cívka s velmi silným magnetickým polem, které vyvolává pole elektrické a to umožňuje elektrickou

stimulaci mozku. Dále existuje metoda stimulace bloudivého nervu (X. hlavový nerv), kdy se pacientovi implantuje pulzní generátor v krční oblasti. Tato metoda byla původně určena k léčbě těžké epilepsie, ale ukázalo se, že působí na zlepšení nálady, a proto se využívá i u pacientů s rezistentní depresí.

K léčbě depresí se využívá také elektrokonvulzivní terapie (ECT), která byla vyvinuta v první polovině 20. století a užívá se dodnes. Obecně je známá jako „elektrošoky“ a má pověst nehumánní a bolestivé metody, kterou často lidé srovnávají s lobotomií. Studie ECT, zejména v 90. letech 20. století pomocí magnetické rezonance, ale ukázaly, že ECT nezpůsobuje žádné změny na mozku a je velmi efektivní a bezpečnou léčebnou metodou. Někteří autoři ji dokonce nazývají léčebnou metodou nejefektivnější. Používá se k léčbě těžkých depresí, mánie, schizofrenie aj. Před použitím ECT je nutný písemný souhlas pacienta, s výjimkou stavu ohrožujícího život pacienta a také jsou nutná celková vyšetření např.: EKG, vyšetření očního pozadí, laboratorní odběry apod. Samotná elektrokonvulze se provádí v celkové anestezii. Většinou je nutné několik aplikací, aby se dostavil léčebný efekt. ECT působí příznivě na neurony v mozku a jejich funkce, na prokrvení mozku a na endokrinní hormony. Vedlejšími účinky může být zvracení, bolesti hlavy, poruchy paměti aj., ale ve většině případů vedlejší účinky netrvají dlouho. (Orel, 2012, s. 215–223)

1.7.1 Psychoterapie

Psychoterapie je při léčbě depresí účinná především v závislosti na typu a intenzitě deprese. Při těžkých depresích je téměř neúčinná, naopak u lehčích forem depresí je schopna pomoci pacientovi i bez farmakoterapie. Cílem psychoterapie je zmírnit nebo odstranit potíže. Pacient se učí porozumět tomu, co se s ním v depresi děje, jak lépe zacházet s problémy v životě a trénuje dovednosti, které by ho mohly v budoucnu ochránit před novou fází deprese. Psychoterapie velmi závisí na aktuálním psychickém stavu klienta a na jeho motivaci a spolupráci. V případě dětí a adolescentů většinou dochází k tomu, že jsou k terapii dotlačeni dospělými. Proto je nesnadné s nimi navázat důvěrný terapeutický vztah.

Psychoterapie může být individuální nebo skupinová. Může se jednat o rozhovor, uměleckou práci, dramatizaci, nácvik dovedností, rolí, práci s asociacemi, rozboru snů, práci s barvami, stavění rodinných konstelací aj. Jádrem všech psychoterapeutických postupů je podpora zdravých částí osobnosti. (Praško, Prašková a Prašková, 2003, s. 86)

Psychoterapie může být krátkodobá (do půl roku) nebo dlouhodobá. Krátkodobá řeší obvykle aktuální problémy a jedná se jen o několik setkání. Naopak u dlouhodobé terapie jsou setkání pravidelná i několikrát týdně a hledají se hluboko zakořeněné příčiny depresí. Platí nepsané pravidlo, že terapie by měla trvat alespoň dvakrát tak dlouho, jak dlouho trvala deprese.

Druhů psychoterapií je mnoho a pacient by si v ideálním případě měl zvolit tu, která bude vyhovovat jeho osobnostnímu ladění a jeho problému. Většinou si ale pacienti volí podle svých aktuálních možností a dostupnosti. Za nejefektivnější se v současné době považuje kognitivně-behaviorální psychoterapie. Je relativně krátkodobá, zaměřuje se na konkrétní cíl a přítomný problém a vyžaduje aktivní spolupráci klienta. Jejím obecným cílem je změna dysfunkčních způsobů myšlení a jednání na způsoby funkční. U adolescentů je nutné se zaměřit na zlepšení sebehodnocení a zlepšení schopnosti adaptace. Tím se postupně vrací pozitivní myšlení a adolescent znovu vidí otevřenou budoucnost.

V případě psychoterapie u dětí a adolescentů je důležitou částí komplexní léčby také rodinná psychoterapie. Snažíme se o reedukaci a resocializaci jak pacienta samotného, tak jeho blízkých osob. Jejich spolupráce a motivace k psychoterapii je důležitým prvkem terciární prevence. V rámci resocializace adolescenta je také důležité informovat učitele a vychovatele. Ti by se měli podílet na adekvátním informování vrstevníků, vysvětlit jim situaci a snažit se vytvořit podporující prostředí v kolektivu, do kterého se bude léčený jedinec vracet. (Hort, 2008, s. 209)

1.7.2 Antidepressiva

Antidepressiva jsou léky, které upravují hladinu neurotransmiterů na synaptických štěrbinách v mozku. Podávají se u středně těžkých a těžkých depresí, kde už samotná psychoterapie nestačí. Antidepressiva pacientovi přináší relativně rychlé zlepšení jeho stavu a díky tomu potom působí efektivněji i psychoterapie. U dětí a adolescentů se nasazují tehdy, když jedinec nekomunikuje s okolím, rapidně se mu horší výsledky ve škole a zvláště v adolescenci kompenzuje symptomy deprese rizikovým chováním a hrozí například sebevražedný pokus.

Antidepressiva začínají působit po 3–6 týdnech užívání, protože nedodávají do těla určité typy neurotransmiterů, ale pouze regulují jejich narušenou rovnováhu. Je dobré začínat nízkou dávkou a jen pomalu ji zvyšovat. Adolescenti mají tendenci vysadit léky

hned, jakmile se začnou cítit dobře. Jejich lékař musí tedy důsledně dbát o dlouhodobé užívání a vysvětlovat jeho důležitost. (Hort, 2008, s. 207)

Při farmakoterapie u dětí a adolescentů je nutný písemný souhlas zákonného zástupce nebo přímo zletilého adolescenta. Lékař nikdy nemůže vyloučit možnost sebevraždy a tímto souhlasem chrání sám sebe po právní stránce.

Zvolit vhodný druh antidepresiv je obtížné, přihlíží se ke zdravotnímu stavu pacienta, věku, dávkování a výskytu nežádoucích účinků a také k rychlosti nástupu účinku. Důležité je posouzení tří základních hledisek, kterými jsou nosologické řazení deprese, kvalita depresivního syndromu a intenzita depresivního syndromu.

Nejstaršími typy antidepresiv jsou antidepresiva I. generace, vyvinutá v 60. letech 20. století. Jedná se o tricyklická a tetracyklická antidepresiva (TCA a TeCA), která se dnes používají až v případě, že novější typy antidepresiv nezaberou. Zvyšují koncentraci zejména serotoninu a noradrenalinu v synaptických štěrbinách a to tak, že zabraňují, aby byly zpět pohlcovány buňkami, které je uvolnily. Mají ovšem velké množství nežádoucích vedlejších účinků, například suchost sliznic, zácpu, poruchy močení, zrychlený pulz, snížený krevní tlak, závratě, ospalost, útlum, sníženou chuť na sex a poruchy erekce, zvýšenou chuť k jídlu a přibývání na váze a četné jsou také interakce s jinými léky. Předávkování může být až smrtelné. A ani náhlé vysazení není bez problémů, projevuje se zvracením, průjmami, nespavostí, únavou, třesem apod.

Do II. generace antidepresiv řadíme heterocyklická antidepresiva, která taktéž blokují zpětné vychytávání neurotransmiterů na synapsích. Většina léků z této skupiny byla ale díky zpřesňování zařazena do jiných skupin.

III. generací antidepresiv jsou léky, které blokují zpětné vychytávání pouze jednoho druhu neurotransmiteru, například serotoninu (SSRI a SARI), noradrenalinu (NARI), dopaminu (DARI). Jejich výhodou je malý výskyt vedlejších účinků, nejsou kardiotoxické a není známa jejich smrtelná dávka.

Nejmladší skupinou je potom IV. generace antidepresiv. Ta zahrnuje dualistická antidepresiva, která působí vždy na dva neurotransmiterové systémy zároveň (SNRI, NDRI). Patří sem také rostlinné antidepresivum z třezalky tečkované, Jarsin 300. Jeho funkcí je blokáda zpětného vychytávání serotoninu, noradrenalinu, dopaminu, GABA a glutamátu. Jedná se o velmi slabé antidepresivum a používá se u lehčích depresí.

Novější výzkumy prokázaly, že antidepresivně působí nejen inhibitory zpětného vychytávání serotoninu, ale také stimulatory jeho zpětného vychytávání. K antidepresivům,

která stimulují zpětné vychytávání serotoninu a působí tak úplně opačně patří například tianeptin. (Orel, 2012, s. 191–195)

2 Adolescence a její charakteristika

Adolescence je druhou fází dospívání, která přichází po pubescenci. Pubescence se většinou ohraničuje věkem 11–15 let a dělí se na prepubertu a pubertu. Poté následuje období adolescence, jehož začátek se tedy datuje k 15. roku života. Ukončení období adolescence bývá individuálně variabilní. Většina autorů uvádí adolescenci v rozmezí 15–21/22 let. Konec adolescence ovlivňuje řada psychosociálních faktorů, výjimečně také somatických faktorů. Většinou se konec adolescence spojuje s ekonomickou nezávislostí a nástupem do práce. „*Dvacátý rok volíme jako hranici období poněkud libovolně. U vysokoškoláků přidáváme 3 roky, protože předpokládáme, že ekonomická závislost a pokračování „žakovské“ role jejich adolescenci prodlužují.*“ (Říčan, 2004, s. 192)

Někteří autoři pojmají termín adolescence jako celé období mezi dětstvím a dospělostí. Toto pojetí potom dělí adolescenci na časnou adolescenci (10(11)–13 let), střední adolescenci (14–16 let) a pozdní adolescenci (17–20 let).

V primitivních společnostech se přechod do dospělosti inicioval určitým rituálem a dospívající nemohl ovlivnit svoji budoucí identitu, protože ta byla jasně stanovena. Dospělost byla spojována hlavně s pohlavní zralostí. Naše současná společnost ale pojmá dospělost odlišně a to byl důvod vzniku přípravného období – adolescence. Toto období vzniklo tedy s nástupem moderní civilizace, ve které je role dospělého člověka náročnější než v minulosti. Období adolescence slouží především k poskytnutí času na zvládnutí stále stoupajících nároků na dospělé členy společnosti. Zřetelně se adolescence vyhraňuje od počátku 20. století. S pojmem adolescence přišel jako první G. S. Hall (1844–1924) v roce 1904. Tento pojem vychází z latinského *adolesco* nebo *adolescere* neboli dospívat, vyvíjet, sílit. Sám Hall charakterizoval adolescenci jako období bouří a konfliktů.

Vstup do adolescence doprovází dokončení reprodukční zralosti. Postupně se dokončuje i tělesný růst. Vývoj se zklidňuje a člověk dozrává. Díky magnetické rezonanci ale například víme, že mozek je v adolescenci hotový asi na 80%. Čelní lalok, který zajišťuje kognitivní procesy, obvykle dozrává u žen ve věku 21 až 23 let, u mužů ve věku 28 až 29 let. Toto formování mozku v době adolescence vede k tomu, že mozek adolescentů citlivěji reaguje na drogy a alkohol než mozek dospělého člověka. Dozrávání limbického systému má zase za následek zvýšenou intenzitu emočních prožitků.

Vedle této biologické roviny v období adolescence probíhá hlavně řada změn psychosociálních, rozvíjí se rovina kognitivní, emocionální i osobnostní. Adolescent si hledá a tvoří vlastní identitu a emancipuje se od rodiny.

V sociální oblasti provází adolescenci dva velké životní mezníky. Jedinec ukončuje povinnou školní docházku a také svou profesní přípravu (kromě vysokoškoláků). A v 18 letech se stává po právní stránce dospělým a tedy plně zodpovědným za své činy.

Adolescent se včleňuje do větších i menších sociálních skupin a vztahů. Velký vliv na jeho formování mají jeho nově získávané sociální zkušenosti.

Nejčastější problémy v období adolescence jsou konflikty s rodinou, konflikty způsobené reprodukční zralostí, problémy plynoucí z ekonomické nesamostatnosti, problémová parta, partnerské vztahy a také generační jevy a extremismus. Dalšími problémy, které se adolescentů týkají, jsou poruchy příjmu potravy, drogové a alkoholové závislosti, agresivita, šikana, gamebling, páchání trestné činnosti, sebevražedné pokusy a dokonané sebevraždy.

2.1 Vývoj kognitivních funkcí

Dle Piagetova rozdělení vývoje myšlení se v období pubescence hovoří o rozvoji formálních logických operací. To znamená, že dospívající dokáží například myslet o myšlení, vytvářet soudy o soudech. (Langmeier, Krejčířová, 2007, s. 149) Tento způsob myšlení si adolescent ještě více fixuje a zdokonaluje zkušenostmi. V období adolescence se rozvíjí také způsob formálně abstraktního myšlení. S tím velmi souvisí i vývoj vnímání, hlavně vizuálního, které dosahuje svého vrcholu. Představy se s rozvinutým abstraktním myšlením stávají obecnějšími, méně živými. Adolescent umí pracovat s neexistujícími předměty ve svých představách, operovat s abstraktními pojmy, s různými hypotézami a vyvozovat z nich důsledky.

Způsoby myšlení v adolescenci ovlivňují také způsob morálního hodnocení sebe a ostatních. Dle Kohlbergových stádií morálního vývoje jsou adolescenti na postkonvenční úrovni. Volí si tedy sami, jaké normy a principy budou vědomě přijímat za správné. Morálka adolescentů je ale většinou absolutní, to znamená, že podle nich platí za všech okolností a pro všechny. Toto černobíle vidění je častým zdrojem konfliktů. (Langmeier, Krejčířová, 2007, s. 162) Idealizované představy o světě, které narážejí na realitu mají za následek velkou kritičnost, nespokojenost a zklamání. Adolescent analyzuje a kritizuje nejen své okolí, ale také sám sebe, své myšlení a svůj zevnějšek.

V období adolescence je myšlení nejflexibilnější a také je nejpatrnější schopnost využívat nové způsoby řešení. Adolescenti se vyznačují tím, že nejsou ještě rigidní jako dospělí a zároveň umí o problémech uvažovat. Také je nesvazují zkušenosti ve smyslu

používání stereotypních řešení. Na druhou stranu ale nedostatek zkušeností adolescentům znesnadňuje uvažování nad komplexním pojetím situace a kontextem. Řešení adolescentů bývají radikální, jednoznačná a zásadní, vedoucí směrem k jistotě. Mají náklonnost ke všemu novému a revolučnímu. Konrad Lorenz tuto tendenci popsal jako adolescentní neofilii, která je součástí každé generace. (Říčan, 2004, s. 213)

Kromě myšlení dochází ke změnám i v ostatních kognitivních oblastech. Vyvíjí se paměť. Dlouhodobá paměť stále rozšiřuje svou kapacitu o nové a nové informace. Vlivem schopnosti sebereflexe dochází také k restrukturalizaci zapamatovaných informací.

V období adolescence je důležitý vývoj logické paměti. Na základě toho se adolescent umí efektivně učit, využít účinné strategie zapamatování, např.: rozvrhnout si látku, využít selektivní opakování, mnemotechnické pomůcky, asociace, logické souvislosti apod. Mechanická paměť už nehraje takovou roli. Adolescenti si velmi těžce zapamatovávají látku, která nedává smysl, a mají se jí naučit jen bezmyšlenkovitě odříkávat. (Langmeier, Krejčířová, 2007, s. 149)

Existuje řada výzkumu paměti adolescentů trpících duševními poruchami. Například výzkum autorů Kuykena, Howella a Dalgleishe z roku 2006 se věnoval autobiografické paměti u adolescentů trpících depresemi a zkoumal fenomén nadměrného zobecňování vlastních vzpomínek. Bylo potvrzeno, že u osob s depresemi, ať už s předcházejícím traumatickým zážitkem nebo bez něj, dochází k nadměrnému zobecňování vlastních vzpomínek. (Krmíčková, 2011, [online])

Další oblastí vývoje je pozornost. Pozornost bývá problémová v období pubescence. Mnoho pubescentů jen obtížně koncentruje pozornost. S postupujícím věkem se ale zlepšuje sebekontrola a adolescenti již dovedou svou pozornost plánovitě ovládat. Jejich pozornost bývá selektivní, a pokud se jedná o silný motiv, dokáží adolescenti využít pozornost velmi efektivně k rychlému zpracování informací. (Vágnerová, 2012, s. 386)

V období adolescence je na svém vrcholu inteligence, tedy přesněji její fluidní složka (inteligence vrozená, která se vyvíjí spolu s CNS). Zhruba od 20. roku života se pak postupně snižuje. Je tu ovšem ještě krystalická složka inteligence, která se rozvíjí učením a zkušenostmi, a která u zdravého jedince klesá až v období vysokého stáří.

2.2 Emoční a osobnostní vývoj

V adolescenci se jedinec vyhraňuje a stabilizují se jeho povahové vlastnosti. Také se ztotožňuje se svou sexuální identitou a navazuje první vážnější partnerské vztahy. V tomto období nejčastěji dochází k prvnímu pohlavnímu styku.

V rámci emočního a osobnostního vývoje má adolescent dva důležité úkoly, emancipovat se od rodiny a vybudovat si vlastní identitu.

Adolescent se snaží získat emoční autonomii na rodičích, ale o to více se stává emočně závislým na svých vrstevnících. Postupuje individuace, kdy si jedinec uvědomuje a upevňuje své cíle, hodnoty a postoje. V období adolescence je nejvýrazněji patrné, jak úsudek ovlivňuje emocionalita, adolescent má tendence k akcentování prožitků i vnějších projevů chování. To je dáno novými zkušenostmi a prožitky, které jsou subjektivně vnímány intenzivněji než stereotypní situace.

Emancipace od rodiny je velmi důležitým prvkem osobního zrání. Probíhá tím snáze, čím má dítě k rodičům jistější a hlubší vztah bez konfliktů. Dospívající se vyhraňuje proti svým rodičům tak, že je velmi kritizuje, stydí se za ně a porovnává jejich chování a názory s novými osobami, ke kterým se přiklání, někdy až pro změnu příliš nekriticky. Způsobů, jak se dospívající vyrovnává s psychosociálním konfliktem emancipace od rodiny je mnoho a většinou se prolínají. Jedná se například o uzavírání se do svého nitra, útky do nadměrného denního snění, uzavírání se vůči vrstevníkům a novým vztahům, regradace na infantilní závislost ze strachu ztráty rodičovské lásky, filosofické hledání smyslu života apod. Pokud rodiče nedají dospívajícímu prostor pro uvolnění se ze závislosti na nich, může se láska k rodičům změnit až v nenávist a pohrdání. (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 153) Většinou ale separační proces končí obnovením pozitivního vztahu k rodičům.

Osobnostní vývoj adolescenta, jeho vyhraňování a stabilizování a také vývoj jeho sebezpojetí souvisí s hledáním a tvorbou jeho identity.

Vývoj identity probíhá celý život, ale období adolescence je pro budování osobní identity senzitivním obdobím. Ovšem ne vždy se to podaří a někteří jedinci s hledáním své identity bojují ještě dlouho v dospělosti. Samotný pojem osobní identita zavedl Erikson a nemá přesnou definici. Říčan (2004) vysvětluje pojem identita následovně: „*Mít identitu znamená znát odpověď na otázku, kdo jsem, znát sám sebe, rozumět svým citům, vědět, kam patřím, kam směřuji, čemu doopravdy věřím, v čem je smysl mého života. Znamená to jistotu sebou samým, zodpovědnost za své činy, realistické sebevědomí, znalost svých možností a mezí...Znamená to mít větší podíl na vlastním životě.*“ (Říčan, 2004, s. 217)

Součástí identity adolescenta je jeho tělo, u někoho se stává dokonce i tou nejdůležitější složkou vlastní identity. Proto se často adolescenti svým vzhledem zaobírají, srovnávají se s ostatními, řeší každou drobnou vadu, trápí se kvůli svému vzhledu. Adolescenti mají v oblasti vzhledu tendenci k uniformitě. V současné době médií je tento stav ještě umocňován ideálními a krásnými lidmi, které nám média předkládají jako vzory. Tato uniformita se projevuje převážně na začátku období adolescence. S postupným zráním osobnosti si inteligentní a vyrovnaní adolescenti tvoří jistý nadhled a snaží se již o určitou individualitu. (Vágnerová, 2012, s. 377)

Vývoj sebehodnocení velmi závisí na tom, jestli jedinec vyhovuje či nevyhovuje obecně uznávanému ideálu tělesné krásy. Pokud vyhovuje, buduje to jeho zdravé sebevědomí, pocity jistoty a společenskou prestiž. Jestliže je ale jedinec vzhledově odlišný, hrozí mu zvýšené pocity nejistoty a buduje si negativní sebehodnocení, které posilují i možné neúspěchy u opačného pohlaví. Emocionální rovina takového jedince často zahrnuje pocity zklamání, úzkosti, vzteku či agrese (autoagrese).

Kromě vzhledu si adolescenti budují své sebehodnocení především na základě toho, jak je hodnotí rodina a vrstevníci. Sebehodnocení by se mělo posunovat k adekvátnosti a stabilitě osobnosti. Rozpory mezi ideálním Já a reálným Já způsobují negativní postoj k sobě samému. Děje se tak např. při negativních sociálních zkušenostech, při kritice od rodiny nebo od vrstevníků, při konfliktech s okolím. Nespokojenost se svým vzhledem může přerůst až v patologii, hrozí např. poruchy příjmu potravy nebo dysmorfofobie. Pověštinou u adolescentů ale převládá sebezpečování a sebedůvěra.

Vašutová (2005) na základě sebevědomí rozlišuje 4 typy adolescentů. Adolescenti se „zdravě zformovaným sebevědomím“ jsou takoví jedinci, kteří o sobě mají reálné představy, zvládají nároky svého okolí a vědí, co chtějí. Jejich sebevědomí není závislé na vrstevnících a různých situacích. Adolescenti „hledající“ zkoušejí různé role a identity. Postupně teprve přichází na své životní cíle a s tím se vyhraňuje i jejich sebevědomí. Adolescenti „závislí“ jsou jedinci, kteří přebírají své sebehodnocení od postojů autorit. I v dospělosti jsou nesamostatní a konformní. Dá se s nimi lehce manipulovat. A posledním typem jsou adolescenti „zmatení“, kteří si nevědí rady sami se sebou a jejich sebevědomí velmi kolísá. (Vašutová, 2005, s. 68)

Vágnerová (2000) uvádí dvě fáze rozvoje identity a osamostatňování. Tou první je fáze postupné stabilizace, která se projevuje vyrovnáním vztahů s rodiči, soužití se stává méně konfliktní, adolescent se chová zraleji a samostatněji. Může docházet k výkyvům odmítání a opětovného přijímání rodiny, což se ale s věkem ustálí. Druhou fází je fáze

psychického osamostatnění. Adolescent se stává úplně nezávislý na rodině. Jeho identita je přibližně realistická a dává jeho životu řád a smysl.

Langmeier a Krejčířová (2007) popisují úspěšnou individuaci adolescenta jako dosažení psychické diferenciacce, tj. být zodpovědný sám za sebe a uvědomovat si odlišnost a chyby v psychice své a v psychice ostatních lidí, a psychické nezávislosti, která znamená umět jednat nezávisle na mínění druhých bez pocitu viny.

Mnoho adolescentů tvoří svou identitu napodobováním vzorů, které považují za přijatelné. Experimentují s různými postoji, zájmy, směry apod. Někteří konformnější a submisivnější jedinci přijímají identitu vyplývající z rodinného či společenského kontextu. To může být na škodu v budoucnu, kdy tato identita nebude tak silná vůči tlakům okolí, jako identita vybudovaná vlastní kreativitou.

V procesu utváření identity adolescenta hraje významnou roli pohlaví. Dívky sami sebe definují častěji kvalitou mezilidských vztahů a svými schopnostmi pečovat o sebe i o jiné. Některé dívky již v adolescenci touží po rodině a dětech. Obecně se dá říci, že dívky usilují o dosažení stabilní identity co nejdříve a nejsou tolik motivovány k experimentování s vlastní identitou jako chlapci. Chlapci největší důraz kladou na individuální identitu tvořenou výkonem a sociální pozicí. (Vágnerová, 2012, s. 477)

Pro identitu adolescenta bývají důležité partnerské vztahy. Dospělost bývá definována schopností vytvořit vztahovou intimitu. Jedinec musí být zralý, aby dokázal dát část sebe intimnímu vztahu. Pokud ale jedinec nemá stabilizovanou identitu, pociťuje úzkost a ohrožení a nedokáže své emoce dlouhodobě fixovat na jednu osobu. Proto zejména u chlapců nejsou trvalejší vztahy v adolescenci úplně běžné. Adolescentní láska se definuje jako zamilovanost a romantická láska, která se dříve nebo později rozpadá.

V souvislosti s hledáním a tvorbou vlastní identity a s rozvojem abstraktního myšlení je u adolescentů časté hledání duchovní orientace. Adolescenti si pokládají existenciální otázky o smyslu života, o absolutně platných hodnotách a také o potřebě přesahu vlastního života. Často filosofují nad tím, kým by měli či chtěli být.

Postupně s vývojem identity adolescenta klesá potřeba sebezdůrazňování a pocity výjimečnosti a objevuje se potřeba přátelství, pomoci druhým a touha být užitečný.

Vývoj identity provází často adolescentní krize. Tento pojem zahrnuje obtíže, které vyplývají z hledání své budoucí společenské, pracovní, zájmové a sexuální orientace. Nezbytnou součástí těchto procesů a krizí je kritika sebe sama, pocity úzkosti, nejistoty, strachu a z toho plynoucí ujišťování se o své hodnotě, které probíhá často skrze konflikty s okolím.

Mnoho adolescentů ale nechce vstoupit do dospělosti a přijmout s ní spojenou zodpovědnost, povinnosti a omezení. Bojí se budoucnosti, jsou podráždění, prožívají pocity smutku nad tím, že už nepatří do dětského světa. Dostávají se tak do tzv. adolescentního moratoria. To se může projevit odkládáním definitivních rozhodnutí na později, difuzní identitou neboli dezorientací ve svém nitru, která vede k různým obránám, například ke ztrátě motivace k jakékoli aktivitě, špatnou pozorností nebo ztrátou smyslu všeho. Může také dojít k volbě negativní identity, kdy adolescent odmítá role společensky preferované.

V souvislosti se strachem z trvalých rozhodnutí byl pojmenován fenomén FOMO (*The Fear of missing out*). Konkrétně s tímto pojmem přišel americký psychiatr Dr. Dan Herman v roce 1996. Jedná se o strach dnešních adolescentů a dospělých z toho, že v záplavě možností, nabídek a směrů si zvolí špatně a unikne jim něco lepšího, promarní životní šanci, uteče jim příležitost k úspěchu. Tento strach umocňují sociální sítě. Díky nim totiž víme velmi mnoho o ostatních lidech a srovnáváme se s nimi. I když jsme se svým životem spokojeni, může být velmi frustrující, když na sociální síti vidíme, že naši spolužáci jsou na úspěšnějších pracovních pozicích, bydlí lépe, plánují svatbu, mají děti, jiní cestují po celém světě apod. Poté přichází strach z toho, že jsme si v našem životě zvolili špatnou, nezajímavou cestu. (Grohol, [online])

Praktická část

3 Charakteristika průzkumu, výzkumného vzorku, použitých metod a cíle průzkumu

V praktické části této práce se budeme zabývat výskytem depresí u adolescentů. Na základě teoretické přípravy jsme stanovili jako cíl našeho průzkumu zjistit závažnost situace výskytu charakteristik deprese na počátku adolescence. Dalším cílem je zmapování četnosti výskytu depresivních charakteristik u našeho vzorku respondentů.

Jako metodu průzkumu jsme zvolili dotazník dětských depresí – CDI. Tento dotazník sestavila prof. Marie Kovacsová v roce 1977, revidovaná verze se používá od roku 1982. Vychází z Beckovy sebeposuzovací škály depresí pro dospělé. Dotazník obsahuje 27 položek a pro Českou republiku ho přeložil a upravil Marek Preiss v roce 1998. Dotazník zjišťuje současnou míru deprese a obsahuje 5 subtestů: špatnou náladu (A), interpersonální problémy (B), neefektivitu (C), anhedonii (D) a negativní postoj k sobě samému (E). Je určen pro děti a dospívající od 7 do 17 let.

Na závěr dotazníku jsme přidali tři nepovinné otevřené otázky. Ty tvořily následující dotazy: 28. Když se nudím...; 29. Chce se mi plakat když...; 30. Proti špatné náladě...; Tyto tři otázky nám umožní pohled na způsoby myšlení a chování dnešních adolescentů.

Pro účely našeho průzkumu se nám povedlo získat výzkumný vzorek 53 adolescentů, 15 chlapců a 38 dívek, ve věku od 15 do 17 let. Z těchto respondentů je 11 chlapců a 24 dívek studenty prvního a druhého ročníku Gymnázia Františka Procházky v Sušici a zbývající 4 chlapci a 14 dívek je ze Skautského střediska Prácheň v Horažďovicích. V celkovém počtu se jednalo o 11 chlapců a 20 dívek ve věku 17 let, 2 chlapce a 11 dívek ve věku 16 let a 2 chlapce a 7 dívek ve věku 15 let.

Náš průzkum probíhal v online podobě. Dotazník jsme vytvořili v aplikaci *Google dokumenty* a rozeslali ho po sociálních sítích a emailech konkrétním lidem přes tento odkaz:

https://docs.google.com/forms/d/1FMN_99GWU7I5l_ZyfiM2RpB8bFVoT9gS9SLIxdLbGlk/viewform.

Všichni respondenti byli informováni o naprosté anonymitě dotazníku. Jediné údaje, které o sobě vyplňovali, bylo pohlaví a věk. Po odeslání vyplněného dotazníku se každému

účastníkovi zobrazilo okno s poděkováním. Vyplněné dotazníky se nám střídaly v dalším dokumentu, formátu Excel, se kterým jsme mohli následně dále pracovat. U každého dotazníku se nám také automaticky zaznamenávalo datum a čas vyplnění.

V naší práci jsme nepoužili vyhodnocování dotazníku přes autory stanovené záznamové archy s percentily a T-skóry. Nejednalo se nám totiž o určení konkrétní míry deprese u každého respondenta zvlášť, ale o průzkum závažnosti situace a četnosti výskytu charakteristik deprese na počátku adolescence. Zachovali jsme však původní rozdělení jednotlivých otázek do 5 subtestů, abychom mohli konkretizovat výskyt převažujících symptomů deprese.

Jednotlivé otázky jsme pro přehlednost zpracovali do tabulek a zaznamenávali absolutní četnost odpovědí u každé nabízené odpovědi. Kromě celkového výsledku jsme dělili odpovědi také na chlapce a dívky. Všechny zaznamenané hodnoty jsme následně převáděli na procenta. Ty nám ukazovali závažnost situace vzhledem k výskytu sklonů k depresím. Procentuální zhodnocení situací vzhledem k výskytu sklonů k depresím jsme rozdělili na kategorie nezávažná situace, podprůměrně závažná situace, průměr, nadprůměrně závažná situace a mimořádně závažná situace. U otázek č. 2., 3., 15., 17., 19. a 24. jsme stanovili ještě další kategorii situací vzhledem k procentům. Jedná se o skupinu adolescentů s podprůměrnými sklony k depresím, jejichž odpovědi na dané otázky se ale procentuálně nachází v pásmu stanoveného nadprůměru. Do této kategorie spadá malá skupina jedinců s odpověďmi jako např.: všechno se mi daří, skoro všechno dělám dobře, pracovat ve škole mi nedělá potíže, málokdy jsem unavený/á, nestarám se o různé své starosti a bolesti a jsem stejně dobrý/á jako ostatní.

Podle jednotlivých kategorií závažnosti situace jsme poté došli k rozdělení skupin na respondenty s mimořádně výraznými sklony k depresím, nadprůměrnými sklony k depresím, průměrnými a podprůměrnými sklony k depresím.

Pojem průměr v tomto smyslu užíváme pro skupinu respondentů s nejobvyklejšími odpověďmi, tedy takovými, které se vyskytovaly nejčastěji dle absolutní četnosti. Závažnost sklonů k depresím u této skupiny respondentů v pásmu průměru se může pohybovat od lehce podprůměrných až po lehce nadprůměrné.

Uvědomujeme si, že náš vzorek respondentů je příliš malý na vyvozování generalizujících závěrů o adolescentech. Také poměr dívek a chlapců zúčastněných v našem průzkumu je velmi rozdílný a tudíž nelze vyvozovat konkrétní závěry o odlišnostech mezi oběma pohlavími. Přesto by ale tato práce mohla být zdrojem inspirace pro další průzkumy.

Tabulka č. 1: Hodnocení celkové situace dle počtu % respondentů

Celková situace vzhledem ke sklonům k depresím	Počet %
Nezávažná situace vzhledem k výskytu charakteristik deprese	100–90
Podprůměrně závažná situace, podprůměrné sklony k depresím	89–65
Průměr	64–36
Nadprůměrně závažná situace, nadprůměrné sklony k depresím / Nadprůměrná skupina bez výskytu charakteristik deprese	35–11
Mimořádně závažná situace, výrazné sklony k depresím	10–0

4 Vyhodnocení dotazníků dle jednotlivých subtestů

4.1 Subtest A

Subtest A ukazuje špatnou náladu. Je tvořen otázkami 1, 6, 8, 10, 11 a 13.

Tabulka č. 2: Vyhodnocení 1. otázky

1. otázka	Dívky 15–17	Počet %	Chlapci 15–17	Počet %	Celkem	Počet %
Málokdy jsem smutný/á.	20	52,6%	9	60,0%	29	54,7%
Často jsem smutný/á.	18	47,4%	6	40,0%	24	45,3%
Pořád jsem smutný/á.	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%

Tato otázka ukazuje, že nikdo z respondentů se necítí pořád smutný. 54,7% dotazovaných pocítuje smutek málokdy a 45,3% uvádí, že se cítí smutní často. Tyto čísla se pohybují v rozmezí průměru. Občasný smutek je u adolescentů běžný.

Tabulka č. 3: Vyhodnocení 6. otázky

6. otázka	Dívky 15–17	Počet %	Chlapci 15–17	Počet %	Celkem	Počet %
Málokdy přemýšlím o špatných věcech, které se mohou stát.	14	36,8%	5	33,3%	19	35,8%
Mám strach, že se mi stane něco špatného.	22	57,9%	9	60,0%	31	58,5%
Vím určitě, že se mi něco hrozného stane.	2	5,3%	1	6,7%	3	5,7%

Z této tabulky se dozvídáme, že celých 58,5% respondentů má strach, že se jim může stát něco špatného a 35,8% zaškrtno odpověď, že málokdy přemýšlí o špatných věcech, které se mohou stát. 5,7 % dotazovaných se domnívá, že se jim určitě něco hrozného stane.

Tabulka č. 4: Vyhodnocení 8. otázky

8. otázka	Dívky 15–17	Počet %	Chlapci 15–17	Počet %	Celkem	Počet %
Za všechno špatné můžu já.	1	2,6%	0	0,0%	1	1,9%
Můžu za mnoho špatného.	14	36,8%	7	46,7%	21	39,6%
Za špatné věci obvykle nemůžu.	23	60,5%	8	53,3%	31	58,5%

Pocitem, že za všechno špatné můžu já, trpí 1,9% respondentů, pro upřesnění uvedme, že se jedná o 1 dívku. Toto číslo ukazuje na výrazné sklony k depresím. 39,6% respondentů má pocit, že můžou za mnoho špatného a 58,5% se domnívá, že za špatné věci obvykle nemůžou.

Tabulka č. 5: Vyhodnocení 10. otázky

10. otázka	Dívky 15–17	Počet %	Chlapci 15–17	Počet %	Celkem	Počet %
Každý den je mi do pláče.	1	2,6%	0	0,0%	1	1,9%
Často mi bývá do pláče.	21	55,3%	3	20,0%	24	45,3%
Málokdy je mi do pláče.	16	42,1%	12	80,0%	28	52,8%

Z této tabulky vyplývá, že 52,8% respondentů zvolilo odpověď „málokdy je mi do pláče.“ Tuto odpověď zaškrtno celých 80% chlapců. Pouze 20% chlapců potom zaškrtno odpověď, že jim bývá do pláče často. U dívek jsou čísla vyrovnanější, 42,1% málokdy, 55,3% často bývá do pláče. V souhrnu odpověď „často mi bývá do pláče“ volilo 45,3% respondentů. Každý den potom bývá do pláče 1 dívka, tedy 1,9% respondentů.

Tabulka č. 6: Vyhodnocení 11. otázky

11. otázka	Dívky 15–17	Počet %	Chlapci 15–17	Počet %	Celkem	Počet %
Všechno mě nudí.	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Často mě něco nudí.	20	52,6%	7	46,7%	27	50,9%
Jen málokdy mě něco nudí.	18	47,4%	8	53,3%	26	49,1%

Vyhodnocení 11. otázky ukazuje, že 50,9% dotazovaných často něco nudí a 49,1% dotazovaných nudí něco málokdy. Tyto čísla jsou velmi vyrovnaná. Nikdo potom nepocítuje, že by ho nudilo všechno.

Tabulka č. 7: Vyhodnocení 13. otázky

13. otázka	Dívky 15–17	Počet %	Chlapci 15–17	Počet %	Celkem	Počet %
Vůbec se nedokážu soustředit.	1	2,6%	2	13,3%	3	5,7%
Je těžké se soustředit.	24	63,2%	6	40,0%	30	56,6%
Snadno se dokážu soustředit.	13	34,2%	7	46,7%	20	37,7%

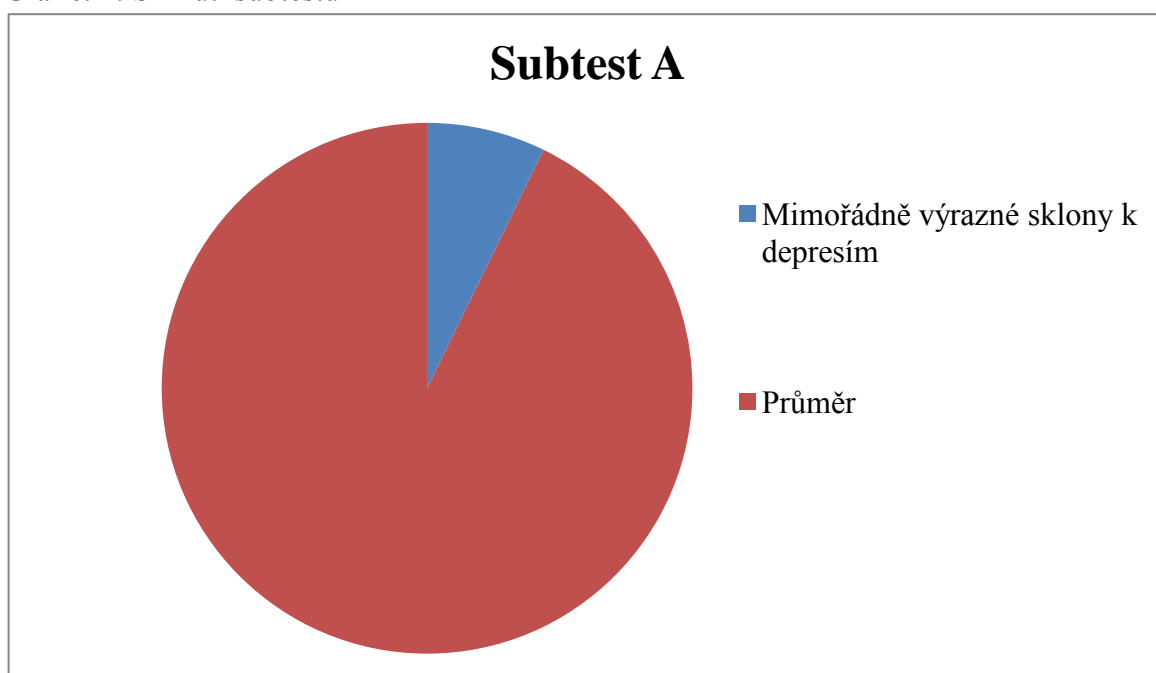
13. otázka poukazuje na to, že pro 56,6% dotazovaných je těžké se soustředit. Naopak 37,7% se dokáže soustředit snadno. Mimořádně závažná situace, co se sklonů k depresím týče, je u 5,7% dotazovaných, kteří zvolili odpověď, že se nedokáží soustředit vůbec.

Shrnutí subtestu A

Z otázek tvořících subtest A je patrné, že se situace ohledně výskytu sklonnů k depresím pohybuje v rozmezí průměru. Podle absolutní četnosti odpovědí lze charakterizovat naši skupinu respondentů jako adolescenty, u kterých se smutek, plačtivost a nuda projevuje střídavě mezi hodnocením málokdy a často. Velmi zřejmě záleží na aktuálním psychickém stavu. Pro většinu z nich je těžké se soustředit. Mají obavy, že se jim může stát něco špatného a zároveň se domnívají, že za špatné věci obvykle nemůžou.

Mimořádně závažné sklony k depresím se v tomto subtestu vyskytly ve čtyřech případech, které tvoří 3,8% respondentů. Jednalo se o odpovědi jako např.: vím určitě, že se mi něco špatného stane, za všechno špatné můžu já, každý den je mi do pláče a vůbec se nedokážu soustředit.

Graf č. 1: Shrnutí subtestu A



4.2 Subtest B

Subtest B se zaměřuje na interpersonální problémy. Zahrnuje otázky 5, 12, 26, 27.

Tabulka č. 8: Vyhodnocení 5. otázky

5. otázka	Dívky 15–17	Počet %	Chlapci 15–17	Počet %	Celkem	Počet %
Pořád je mi zle.	1	2,6%	0	0,0%	1	1,9%
Často se cítím špatně.	17	44,7%	7	46,7%	24	45,3%
Málokdy se cítím špatně.	20	52,6%	8	53,3%	28	52,8%

Tato tabulka ukazuje, že 52,8% dotazovaných se cítí málokdy špatně, 45,3% se cítí špatně často a 1,9%, tedy 1 dívka, volí odpověď „pořád je mi zle“.

Tabulka č. 9: Vyhodnocení 12. otázky

12. otázka	Dívky 15–17	Počet %	Chlapci 15–17	Počet %	Celkem	Procenta
Jsem rád/a mezi lidmi.	28	73,7%	12	80,0%	40	75,5%
Často nechci být mezi lidmi.	10	26,3%	2	13,3%	12	22,6%
Vůbec nechci být mezi lidmi.	0	0,0%	1	6,7%	1	1,9%

Z vyhodnocení 12. otázky jasně vyplývá, že 75,5% dotazovaných je rádo mezi lidmi. Toto číslo ukazuje podprůměrně závažnou situaci, co se sklonů k depresím týče. 22,6% dotazovaných často nechce být mezi lidmi a 1,9% dotazovaných, tedy 1 chlapec, nechce být mezi lidmi vůbec. Toto číslo spadá do kategorie mimořádně závažné situace s výraznými sklony k depresím.

Tabulka č. 10: Vyhodnocení 26. otázky

26. otázka	Dívky 15–17	Počet %	Chlapci 15–17	Počet %	Celkem	Počet %
Většinou udělám to, co se po mně chce.	33	86,8%	11	73,3%	44	83,0%
Většinou neudělám to, co se po mně chce.	5	13,2%	4	26,7%	9	17,0%
Nikdy neudělám, co se po mně chce.	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%

26. otázka se zabývá konformitou a nonkonformitou. Z 83% naši respondenti většinou udělají to, co se po nich chce. Zbývajících 17% dotazovaných potom většinou neudělá to, co se po nich chce.

Tabulka č. 11: Vyhodnocení 27. otázky

27. otázka	Dívky 15–17	Počet %	Chlapci 15–17	Počet %	Celkem	Počet %
Dobře vycházím s lidmi.	32	84,2%	14	93,3%	46	86,8%
Často se s někým hádám nebo peru.	6	15,8%	1	6,7%	7	13,2%
Pořád se s někým hádám nebo peru.	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%

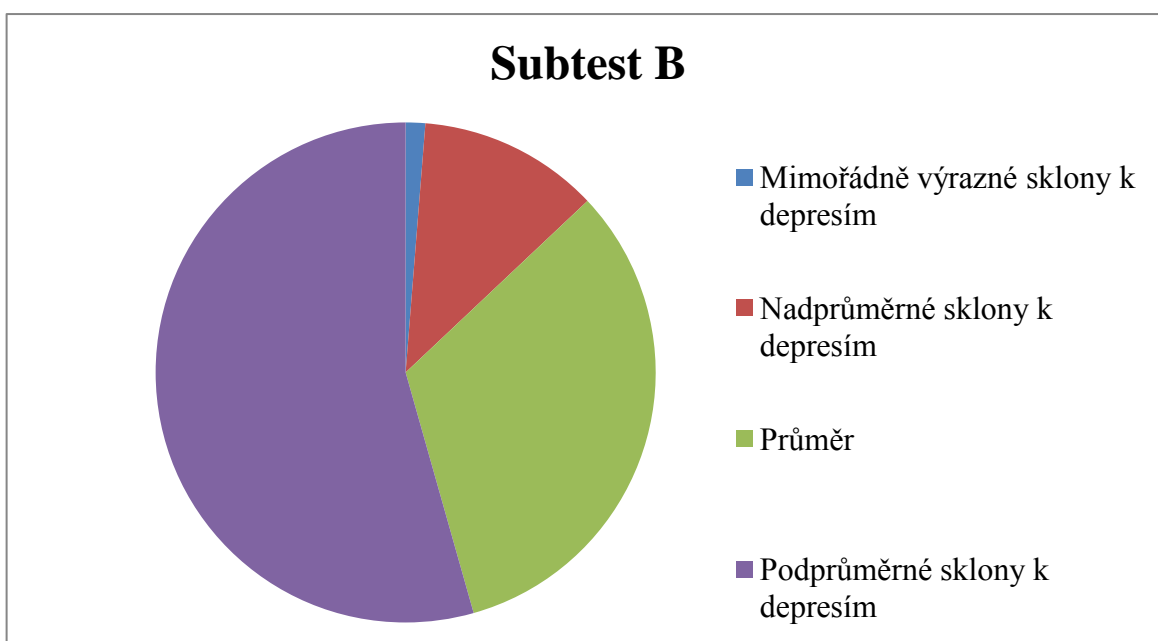
86,8% našich respondentů se domnívá, že dobře vychází s lidmi, jedná se o podprůměrně závažnou situaci vzhledem k výskytu depresí. Naopak 13,2% respondentů se často s někým hádá. V těchto 13,2% výrazně převažují dívky.

Shrnutí subtestu B

Situace v subtestu B je velmi rozmanitá. Přibližně u 17,6% dotazovaných se vyskytly nadprůměrné sklony k depresím, z toho u 1,9% z nich jsou tyto sklony až mimořádně výrazné. Tuto skupinu adolescentů charakterizují časté hádky. Většinou neudělají to, co se po nich chce a často nebo vůbec nechtějí být mezi lidmi.

Zbývající část adolescentů se pohybuje v pásmu průměru, případně vykazují podprůměrné sklony k depresím. Jsou to lidé, kteří jsou rádi mezi lidmi a dobře s nimi vychází, většinou udělají to, co se po nich chce.

Graf č. 2: Shrnutí subtestu B



4.3 Subtest C

Subtest C se zabývá neefektivitou neboli nevykonností. Skládá se z otázek 3, 15, 23, 24.

Tabulka č. 12: Vyhodnocení 3. otázky

3. otázka	Dívky 15–17	Počet %	Chlapci 15–17	Počet %	Celkem	Počet %
Skoro všechno dělám dobře.	12	31,6%	6	40,0%	18	34,0%
Hodně věcí dělám špatně.	25	65,8%	9	60,0%	34	64,2%
Všechno dělám špatně.	1	2,6%	0	0,0%	1	1,9%

Z vyhodnocení 3. otázky vyplývá, že 64,2% dotazovaných se domnívá, že dělá hodně věcí špatně, 34% dotazovaných si myslí, že dělají skoro všechno dobře a jen 1,9%, tedy 1 dívka, zvolila odpověď „všechno dělám špatně“. Toto poslední číslo se pohybuje v pásmu mimořádně závažné situace značící výrazné sklony k depresi.

Tabulka č. 13: Vyhodnocení 15. otázky

15. otázka	Dívky 15–17	Počet %	Chlapci 15–17	Počet %	Celkem	Počet %
K práci ve škole se musím pořád nutit.	9	23,7%	3	20,0%	12	22,6%
K práci ve škole se musím často nutit.	19	50,0%	7	46,7%	26	49,1%
Pracovat ve škole mi nedělá potíže.	10	26,3%	5	33,3%	15	28,3%

Z vyhodnocení 15. otázky je patrné, že 22,6% respondentů se k práci ve škole musí pořád nutit, 49,1% se k práci ve škole musí nutit často a 28,3% respondentů nedělá potíže pracovat ve škole.

Tabulka č. 14: Vyhodnocení 23. otázky

23. otázka	Dívky 15–17	Počet %	Chlapci 15–17	Počet %	Celkem	Počet %
Ve škole se mi daří.	20	52,6%	6	40,0%	26	49,1%
Ve škole se mi daří hůře než dříve.	17	44,7%	7	46,7%	24	45,3%
Nejdou mi už ani předměty, ve kterých jsem byl dříve dobrý/á.	1	2,6%	2	13,3%	3	5,7%

Vyhodnocení 23. otázky ukazuje, že 49,1% dotazovaných se ve škole daří, 45,3% se domnívá, že se jim ve škole daří hůře než dříve a 5,7% si myslí, že už jim nejdou ani předměty, ve kterých byli dříve dobří. Mezi respondenty, kterým se ve škole daří, převažují dívky.

Tabulka č. 15: Vyhodnocení 24. otázky

24. otázka	Dívky 15–17	Počet %	Chlapci 15–17	Počet %	Celkem	Počet %
Nikdy nebudu tak dobrý/á jako ostatní.	6	15,8%	1	6,7%	7	13,2%
Když chci, můžu být stejně dobrý/á, jako ostatní.	22	57,9%	11	73,3%	33	62,3%
Jsem stejně dobrý/á jako ostatní.	10	26,3%	3	20,0%	13	24,5%

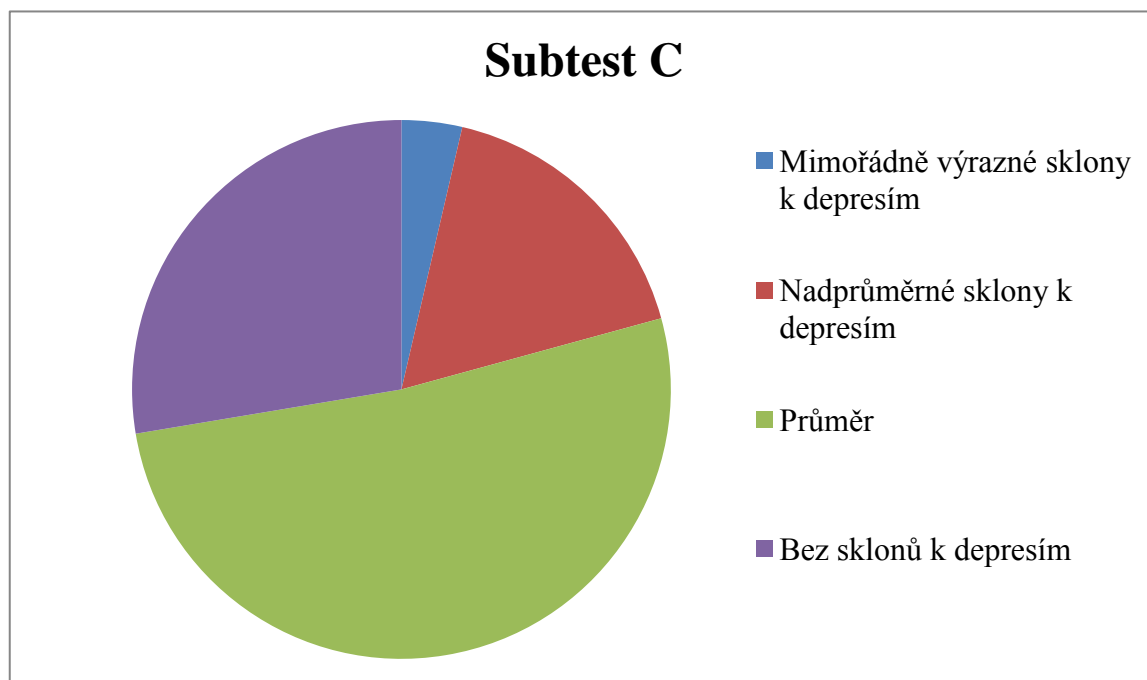
62,3% dotazovaných odpovědělo, že když budou chtít, budou moci být stejně dobří jako ostatní. 24,5% dotazovaných zvolilo odpověď, že jsou stejně dobří jako ostatní a 13,2% dotazovaných si myslí, že nikdy nebudou tak dobří jako ostatní. V této poslední odpovědi značně převažují dívky.

Shrnutí subtestu C

V subtestu C se většina dotazovaných pohybuje v pásmu průměru. Tito adolescenti se domnívají, že hodně věcí dělají špatně, k práci ve škole se musí často nutit, ve škole se jim daří nebo se jim daří o něco hůře než dříve. Také si myslí, že když chtějí, jsou stejně dobří jako ostatní. Procentuálně v nadprůměrné kategorii bez výskytu charakteristik depresí se pohybuje skupina adolescentů, kteří odpovídali, že skoro všechno dělají dobře, pracovat ve škole jim nedělá potíže a jsou stejně dobří jako ostatní.

Nadprůměrné (17,9%) až mimořádně výrazné (3,8%) sklony k depresím se vyskytují u adolescentů, kteří se domnívají, že nikdy nebudou tak dobří jako ostatní a k práci ve škole se musí pořád nutit, už jim nejdu ani předměty, ve kterých byli dříve dobří. Také si myslí, že všechno dělají špatně.

Graf č. 3: Shrnutí subtestu C



4.4 Subtest D

Subtest D poukazuje na anhedonii. Skládá se z otázek 4, 16, 17, 18, 19, 20, 21 a 22.

Tabulka č. 16: Vyhodnocení 4. otázky

4. otázka	Dívky 15–17	Počet %	Chlapci 15–17	Počet %	Celkem	Počet %
Mnoho věcí mě baví.	17	44,7%	11	73,3%	28	52,8%
Baví mě jenom něco.	20	52,6%	4	26,7%	24	45,3%
Nic mě nebaví.	1	2,6%	0	0,0%	1	1,9%

Vyhodnocení 4. otázky naznačuje, že 52,8% respondentů baví mnoho věcí. V této skupině se nachází většina chlapců. Dívky převažují v odpovědi, že je baví jenom něco. Tato odpověď dohromady čítá 45,3% respondentů. Pouze 1,9%, opět 1 dívka, se přiklání k odpovědi „nic mě nebaví“. Těchto 1,9% ukazuje na mimořádně závažnou situaci vzhledem k výskytu depresivních charakteristik.

Tabulka č. 17: Vyhodnocení 16. otázky

16. otázka	Dívky 15–17	Počet %	Chlapci 15–17	Počet %	Celkem	Počet %
Každou noc spím špatně.	2	5,3%	0	0,0%	2	3,8%
Často spím špatně.	9	23,7%	3	20,0%	12	22,6%
Spím dobře.	27	71,1%	12	80,0%	39	73,6%

Z vyhodnocení 16. otázky vyplývá, že celých 73,6% dotazovaných spí dobře. Tato situace je podprůměrně závažná vzhledem k depresivním sklonům. Naopak 22,6% respondentů často spí špatně a 3,8% respondentů spí špatně dokonce každou noc.

Tabulka č. 18: Vyhodnocení 17. otázky

17. otázka	Dívky 15–17	Počet %	Chlapci 15–17	Počet %	Celkem	Počet %
Málokdy jsem unavený/á.	7	18,4%	6	40,0%	13	24,5%
Často jsem unavený/á.	18	47,4%	8	53,3%	26	49,1%
Pořád jsem unavený/á.	13	34,2%	1	6,7%	14	26,4%

Další tabulka ukazuje, že 49,1% dotazovaných se cítí často unavení. Málokdy se cítí unaveno 24,5% dotazovaných a celých 26,4% se cítí unaveno pořád. V tomto posledním čísle značně převažují dívky.

Tabulka č. 19: Vyhodnocení 18. otázky

18. otázka	Dívky 15–17	Počet %	Chlapci 15–17	Počet %	Celkem	Počet %
Většinou nemám chuť k jídlu.	0	0,0%	3	20,0%	3	5,7%
Často nemám chuť k jídlu.	3	7,9%	3	20,0%	6	11,3%
Mám chuť k jídlu.	35	92,1%	9	60,0%	44	83,0%

Dle další tabulky můžeme soudit, že celých 83% dotazovaných má obvyklou chuť k jídlu, 11,3% respondentů chuť k jídlu nemá často a 5,7% chuť k jídlu nemá většinou. Zajímavostí jistě je, že v poslední odpovědi nacházíme jen samé chlapce. U dívek má celých 92,1% chuť k jídlu.

Tabulka č. 20: Vyhodnocení 19. otázky

19. otázka	Dívky 15–17	Počet %	Chlapci 15–17	Počet %	Celkem	Počet %
Nestarám se o různé své starosti a bolesti.	8	21,1%	5	33,3%	13	24,5%
Často mě trápí různé starosti a bolesti.	28	73,7%	8	53,3%	36	67,9%
Pořád mě trápí různé starosti a bolesti.	2	5,3%	2	13,3%	4	7,5%

Z našich respondentů celých 67,9% trápí často různé starosti a bolesti. V této odpovědi značně převažují dívky. Naopak 24,5% dotazovaných se nestará o své starosti a bolesti a 7,5% dotazovaných trápí různé starosti a bolesti pořád.

Tabulka č. 21: Vyhodnocení 20. otázky

20. otázka	Dívky 15–17	Počet %	Chlapci 15–17	Počet %	Celkem	Počet %
Necítím se sám/sama.	19	50,0%	12	80,0%	31	58,5%
Často se cítím sám/sama.	17	44,7%	2	13,3%	19	35,8%
Pořád se cítím sám/sama.	2	5,3%	1	6,7%	3	5,7%

Tato tabulka ukazuje, že 58,5% respondentů se necítí samo, 35,8% dotazovaných se cítí samo často a 5,7% dotazovaných se cítí samo pořád. Často a pořád se cítí osaměle převážně dívky.

Tabulka č. 22: Vyhodnocení 21. otázky

21. otázka	Dívky 15–17	Počet %	Chlapci 15–17	Počet %	Celkem	Počet %
Ve škole nemám nikdy legraci.	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Málokdy mám ve škole legraci.	9	23,7%	2	13,3%	11	20,8%
Často mám ve škole legraci.	29	76,3%	13	86,7%	42	79,2%

Z vyhodnocení 21. otázky vyplývá, že nikdo z dotazovaných nezažil, že by ve škole nikdy nebyla legrace, pouze 20,8% přiznává, že zažívají legraci ve škole jen málokdy a celých 79,2% respondentů zažívají legraci ve škole často.

Tabulka č. 23: Vyhodnocení 22. otázky

22. otázka	Dívky 15–17	Počet %	Chlapci 15–17	Počet %	Celkem	Počet %
Mám hodně kamarádů.	22	57,9%	11	73,3%	33	62,3%
Mám několik kamarádů, ale chtěl/a bych jich mít víc.	15	39,5%	3	20,0%	18	34,0%
Nemám žádné kamarády.	1	2,6%	1	6,7%	2	3,8%

Hodně kamarádů má 62,3% z dotazovaných. Jen několik kamarádů a přání jich mít více je odpověď, s kterou se ztotožňuje 34% dotazovaných. Zbýlých 3,8% respondentů si myslí, že nemají žádné kamarády.

Shrnutí subtestu D

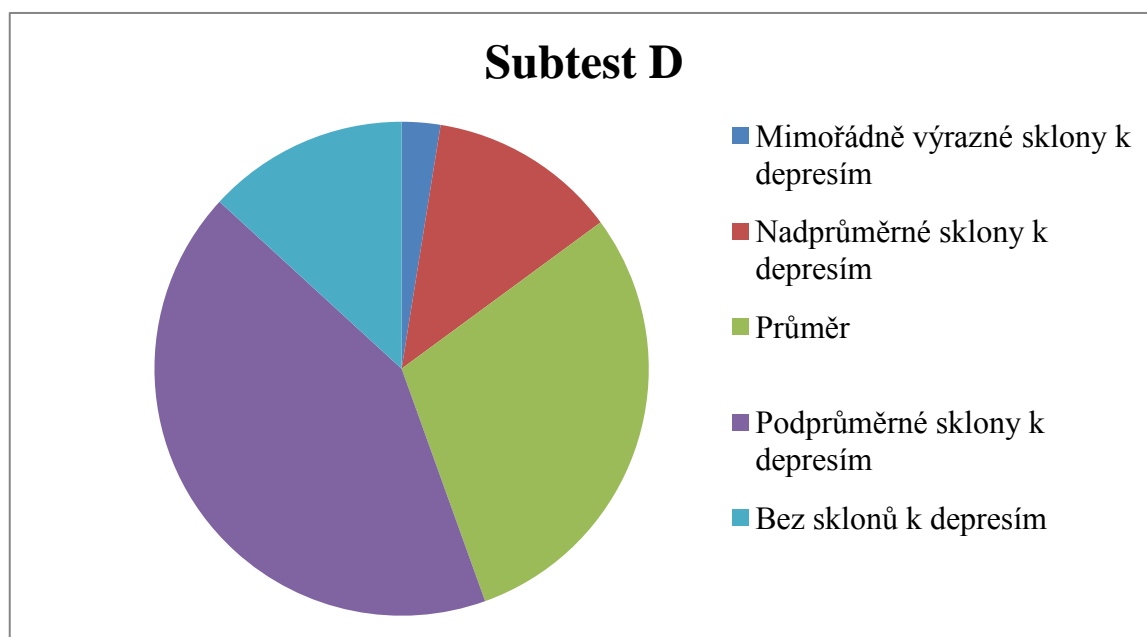
Subtest D ukazuje na anhedonii, tedy neschopnost radovat se. Průměr tvoří respondenti, kteří jsou často unavení a často je trápí nějaké starosti a bolesti. Necítí se osaměle a mají hodně kamarádů.

Podprůměrné sklony k depresím nacházíme u respondentů, kteří spí dobře, mají chuť k jídlu, často zažívají ve škole legraci. Bez sklonnů k depresím jsou ti z nich, kteří se nestarají o různé starosti a bolesti a jsou málokdy unavení.

Naopak nadprůměrně závažná situace vzhledem k výskytu depresivních charakteristik v tomto subtestu je u 23% adolescentů. Ti často spí špatně, pořád jsou unavení, často nemají chuť k jídlu, pořád je trápí různé starosti a bolesti, často se cítí sami, ve škole zažívají jen málokdy legraci a mají několik kamarádů, ale chtěli by jich mít více.

Mimořádně výrazné sklony k depresím v tomto subtestu vyplývají u 4,7% respondentů, které nic nebaví, každou noc spí špatně, většinou nemají chuť k jídlu, pořád je trápí různé starosti a bolesti, pořád se cítí sami a nemají žádné kamarády.

Graf č. 4: Shrnutí subtestu D



4.5 Subtest E

Subtest E poukazuje na negativní postoj k sobě samému a tvoří ho otázky 2,7,9,14,25.

Tabulka č. 24: Vyhodnocení 2. otázky

2. otázka	Dívky 15–17	Počet %	Chlapci 15–17	Počet %	Celkem	Počet %
Nic se mi nedaří.	1	2,6%	0	0,0%	1	1,9%
Nejsem si jistý/á, jestli se mi daří.	32	84,2%	12	80,0%	44	83,0%
Všechno se mi daří.	5	13,2%	3	20,0%	8	15,1%

Vyhodnocení 2. otázky ukazuje, že 83% dotazovaných si není jisto, jestli se jim daří, 15,1% dotazovaných se daří všechno a naopak nic se nedaří 1,9%, přesněji 1 dívka, u které je zřejmá mimořádně závažná situace vzhledem k výskytu charakteristik deprese.

Tabulka č. 25: Vyhodnocení 7. otázky

7. otázka	Dívky 15–17	Počet %	Chlapci 15–17	Počet %	Celkem	Počet %
Nenávidím se.	1	2,6%	1	6,7%	2	3,8%
Nemám se rád/a.	8	21,1%	2	13,3%	10	18,9%
Mám se rád/a.	29	54,7%	12	80,0%	41	77,4%

77,4% našich respondentů se má rádo. 18,9% dotazovaných potom zvolilo odpověď „nemám se rád/a“ a 3,8% odpověď „nenávidím se“. Nemá se rádo značně více dívek než chlapců.

Tabulka č. 26: Vyhodnocení 9. otázky

9. otázka	Dívky 15–17	Počet %	Chlapci 15–17	Počet %	Celkem	Počet %
Nemyslím na to, že bych se zabil/a.	28	73,7%	12	80,0%	40	75,5%
Přemýšlím o tom, že bych se zabil/a, ale neudělal/a bych to.	10	26,3%	2	13,3%	12	22,6%
Chci se zabít.	0	0,0%	1	6,7%	1	1,9%

Vyhodnocení 9. otázky je značně alarmující. I přestože 75,5% dotazovaných nepřemýšlí o tom, že by se zabilo, celých 22,6% respondentů odpovědělo, že mají myšlenky na sebevraždu, ale neudělali by to. V této skupině velmi převažují dívky. Odpověď „chci se zabít“ zvolil 1 chlapec, tedy 1,9% dotazovaných. Tato situace je mimořádně závažná.

Tabulka č. 27: Vyhodnocení 14. otázky

14. otázka	Dívky 15–17	Počet %	Chlapci 15–17	Počet %	Celkem	Počet %
Vypadám dobře.	11	28,9%	5	33,3%	16	30,2%
Některé věci na mně nejsou hezké.	19	50,0%	8	53,3%	27	50,9%
Vypadám ošklivě.	8	21,1%	2	13,3%	10	18,9%

Z našich respondentů si o sobě 30,2% myslí, že vypadají dobře, 50,9% se domnívá, že některé věci na nich nejsou hezké a 18,9% soudí, že vypadá ošklivě. Odpověď „vypadám ošklivě“ zvolila téměř pětina dotazovaných dívek.

Tabulka č. 28: Vyhodnocení 25. otázky:

25. otázka	Dívky 15–17	Počet %	Chlapci 15–17	Počet %	Celkem	Počet %
Nikdo mě nemá doopravdy rád.	0	0,0%	1	6,7%	1	1,9%
Nevím, jestli mě má někdo rád.	6	15,8%	1	6,7%	7	13,2%
Někdo mě určitě má rád.	32	84,2%	13	86,7%	45	84,9%

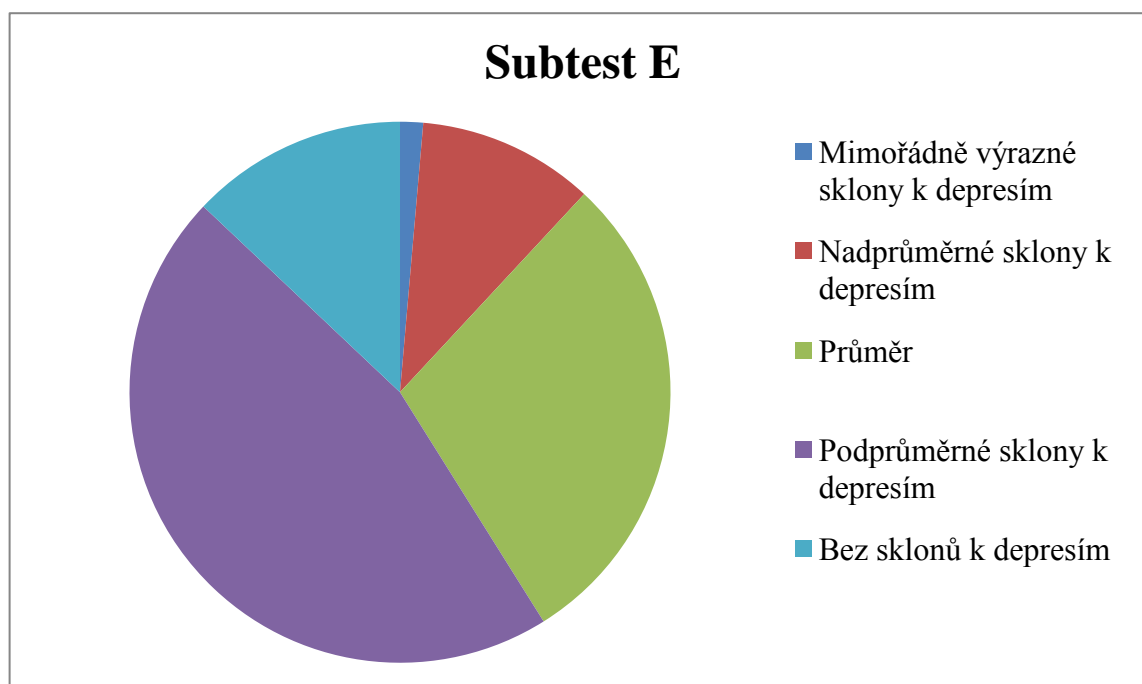
Z vyhodnocení 25. otázky plyne, že 84,9% dotazovaných věří, že je má určitě někdo rád. 13,2% neví, jestli je má někdo rád, v této odpovědi převažují dívky. Že mě nikdo nemá doopravdy rád si myslí 1 chlapec, tedy 1,9% z našich respondentů.

Shrnutí subtestu E

Posledním subtestem je subtest E, který se zaměřuje na negativní sebehodnocení. V tomto subtestu nacházíme skupinu 18,4% respondentů, jejichž sklony k depresím jsou nadprůměrné a u 2,4% až mimořádně výrazné. Charakterizují je myšlenky na sebevraždu, kterou ale neplánují uskutečnit, nejsou si jistí, zda je má někdo rád, případně si myslí, že je rád nikdo nemá. Také se domnívají, že vypadají ošklivě, nemají se rádi, anebo se dokonce nenávidí. Mimořádně závažná situace je u jednoho chlapce, který zvolil odpověď „chci se zabít“.

Z tohoto subtestu také vyplývá, že adolescenti s podprůměrnými sklony k depresím se mají rádi, domnívají se, že některé věci na nich nejsou hezké, nejsou si jistí, jestli se jim daří. Tito adolescenti nepřemýšlí o tom, že by se zabili a ví určitě, že je má někdo rád. Část z nich bez sklonů k depresím také odpovídala, že všechno se jim daří a vypadají dobře.

Graf č. 5: Shrnutí subtestu E



4.6 Nepovinné otevřené otázky

Závěrem dotazníku jsme se našich respondentů zeptali na 3 nepovinné otevřené otázky: 28. Když se nudím...; 29. Chce se mi plakat když...; 30. Proti špatné náladě...; Jejich odpovědi jsou shrnuty v následující tabulce:

Tabulka č. 29: Odpovědi na nepovinné otázky (autentické nespisovné odpovědi)

	28. Když se nudím...	29. Chce se mi plakat když...	30. Proti špatné náladě...
1.	koukám na film, jdu si zaběhat		trénink...nic jiného mi nepomůže
2.			
3.	koukám na filmy nebo seriály	vidím nebo slyším něco smutného	poslouchám písničky
4.	jdu ven s kamarády	vzpomínám	jít se projít a pročistit si hlavu
5.	koukám na televizi	vidím smutný film	jít se projít
6.	Když se nudím, jsem většinou během chvíle znuděná natolik, že nemám ani chuť něco dělat. Končím pak většinou u televize/PC... :(...na mě někdo křičí, když zaviním něco, co někomu ublíží, popř. někoho nechtěně rozzlobím a když někdo rozzlobí mě.si jdu čist/na chvíli lehnout.
7.	Tak hraju dotku a kecám s Baruškou <3 :D	Si vzpomenu na poslední týdny.	Mám počítač, Barušku a nebo masturbaci :D
8.			spím, poslouchám hudbu, jdu ven
9.			
10.	hraju na nástroje, koukám na filmy/seriály	si vzpomenu na minulost	mi pomáhají domácí mazlíčci, kamarádi
11.	spím	pustím nějaký song :)	Písničky ,fotbal :)
12.	hledám si aktivitu	vidím smutný film	se obrním
13.	pláču	když si vzpomenu na to, že mě všichni opustili a nebrali ohled na můj názor	to bych taky ráda věděla
14.	Nenudím se, vždy se najde nějaká dobrá knížka nebo film.	se koukám na smutné filmy, když mě nikdo nechápe, když jsou na mě ostatní oškliví, když se cítím osamělá	většinou nijak nebojuju, často rychle zmizí sama
15.	píšu si s kamarády	myslím na vzpomínky, nebo když se zamyslím nad minulostí nebo když poslouchám smutné písničky.	mi pomáhá muzika na plný pecky a kreslení blízkých přátel.

	28. Když se nudím...	29. Chce se mi plakat když...	30. Proti špatné náladě...
16.	jdu sportovat	vzpomínám	je alkohol..:-)
17.			
18.	moc často se nenudím..	moc nepláču.	jdu s přáteli ven, nebo dělám koníčky, které mě baví.
19.	učím se, čtu, relaxuju, jdu ven s přáteli, na procházku, hraju na kytaru, na počítači, koukám na seriály o vaření, volám příteli...	je toho na mě najednou moc a zrovna se nic nedaří..ale to je naštěstí málokdy...	Mám přítele, kamarády, čokoládu, muziku...
20.	Sem na facebooku.		Muzika.
21.			Zahraju si na klavír.
22.	koukám na filmy, seriály	si uvědomím, že mě máloco nadchne	zavolám příteli
23.	Když se nudím, snažím se najít nějakou zábavu, ale většinou to skončí u nějakého filmu.	Chce se mi plakat když jsem našťvaná. Nebo když kluk kterého chci, pošle někam. :)	Spánek. Film. Jít se projít. Pokecat s kamarády.
24.			
25.			
26.	kreslím	se mi nic nedaří	čokoláda
27.	...tak se snažím nějak zabavit, abych se nenudil.		...se věnuji svým koníčkům.
28.			
29.	jdu spát	se pohádám se svými nejbližšími	jdu ven s kamarády
30.	začínám mít špatnou náladu a přijdu si unavená.		jakákoliv aktivita - hlavně sport, kde se musí přemýšlet na jiné věci než na problémy.
31.	Snažím se najít něco, co mě zabaví.	Koukám na dojemný film, kompletně všechno se mi nedaří (málokdy), jsem dojat	Vyhledávám smích, jdu si pokecat s kamarádama...
32.			
33.			
34.			
35.	začnu něco dělat, koukám na seriál	je mi smutno, mám pocit, že jsem všem ukradená	je nejlepší začít něco dělat
36.	tak dělám něco, abych se nenudila	kokám na smutný film :D	čokoláda, sprcha, přítel, spánek, dobrá knížka, seriál, film, sluníčko, procházka,
37.	tak si čtu	jsem našťvaná	se sejdu s kamarády nebo si něco hezkého přečtu

	28. Když se nudím...	29. Chce se mi plakat když...	30. Proti špatné náladě...
38.	jsem na počítači.	mám problémy.	se bavím s kamarády, pustím si filmy nebo poslouchám muziku.
39.	jsem na PC, poslouchám oblíbené písně, pustím si filmy	se zamyslím nad svým životem	přátelé
40.	jdu na ping-pong	si vzpomenu na tátu	kamarádi a hudba
41.	dokážu být protivná, netrpělivá, nepečlivá	jenom vidím ve zprávách, že někdo zemřel, když mě zraní nejbližší lidé, od kterých bych to nečekala, když mi někdo ukřivdil a má to své následky, když je někdo vážně zraněn(sama si vzpomenu na svá zranění a soucítím a nikomu bych takové věci nepřála)	si vzpomenu na mou skvělou rodinu, pár přátel, skvělé zážitky, naši chalupu, kde se ráda válím na louce, užívám si sluníčka, které mi zaručeně pomůže proti špatné náladě. Když jsem sama, zatančím si na nějakou písničku = vyplaví se spousta endorfinů. Zazpívám si, pustím si "nářezový" písničky, které bych si v normální náladě neposlechla. S někým si chci popovídat. Snažím se zasmát.
42.	tak je něco špatně		nenudit se
43.	pustím si film, napíšu kamarádům a jdu s nimi ven....	vidím někoho kdo týrá/týral zvířata a děti...	funguje jen dobrá muzika, sex a nejlepší kamarád co si vše vyslechne =o)
44.	přemýšlím	NIKDY	Špatná nálada je fine.
45.	tak se rozvíjím v jednom ze svých koníčků. Nebo jsem na PC.	si vzpomenu na mrtvého bratra nebo dědu.	zavolám kamarádům nebo se zabavím nějakou prací.
46.		sebe nebo někoho jiného lituji	udělat někomu jinému radost, cítit se užitečný
47.			
48.	Vyhledávám společnost kamarádů.	když je na mě někdo nespravedlivý	pomůžou kamarádi
49.	nějak se zabavím	mě někdo ranil nebo se něco smutného stalo	je nejlepší alkohol
50.			
51.	Tak hraju s kamarády na kompu.	Mám problémy s milostným životem, nebo koukám na Titanik.	Si dám cígo, nebo pokecam s kamarády.
52.	Hraji na piáno, jdu si zaběhat, pustím si nějaký film/seriál	Nedokážu někomu vyřknout své city a ona je poté šťastná s jiným.	Hraji na piáno, na PC, jdu si zaběhat, pustím si nějaký film/seriál, čtu si.
53.			

Shrnutí nepovinných otevřených otázek

Z nepovinných otevřených otázek se nám naskytuje zajímavý pohled na návyky adolescentů ve věku 15–17 let. Když se nudí, velká většina z nich se snaží najít si nějakou aktivitu. Nejčastěji nudu zahání filmem, seriálem, počítačem nebo i knihou. Velká část dotazovaných se také snaží vyhledat kamarády nebo se věnovat svým koníčkům, jako je sport, hra na hudební nástroj nebo kreslení.

Další otázka zněla: „Chce se mi plakat když...“ Na tuto otázku jsme dostali velmi rozdílné a zajímavé odpovědi. Velké většině z dotazovaných je do pláče, když se stane nebo vidí něco smutného, nespravedlivého nebo cítí lítost a soucit. Také je dohání k pláči problémy ve vztahové oblasti, pocit, že se jim nic nedaří, že jsou sami nebo vzpomínky na minulost a na blízké, kteří již nežijí. Někteří si pobeří u smutných filmů či písní. Jeden 17letý chlapec na tuto otázku odpověděl: „NIKDY“. Můžeme jen spekulovat, co ho k takové odpovědi vedlo, ale důraz, který umocnil ještě velkými písmeny, je až zarážející. Když jsme se podívali blíže na celý dotazník tohoto chlapce, jedná se o jedince, který zaškrtl odpovědi jako např.: nikdo mě nemá rád, nemám žádné kamarády, můžu za mnoho špatného, vypadám ošklivě, nenávidím se nebo chci se zabít. Situace u tohoto chlapce je mimořádně závažná. V rámci anonymity dotazníků ale nemáme možnost zjistit o chlapci více a řešit tento případ do hloubky.

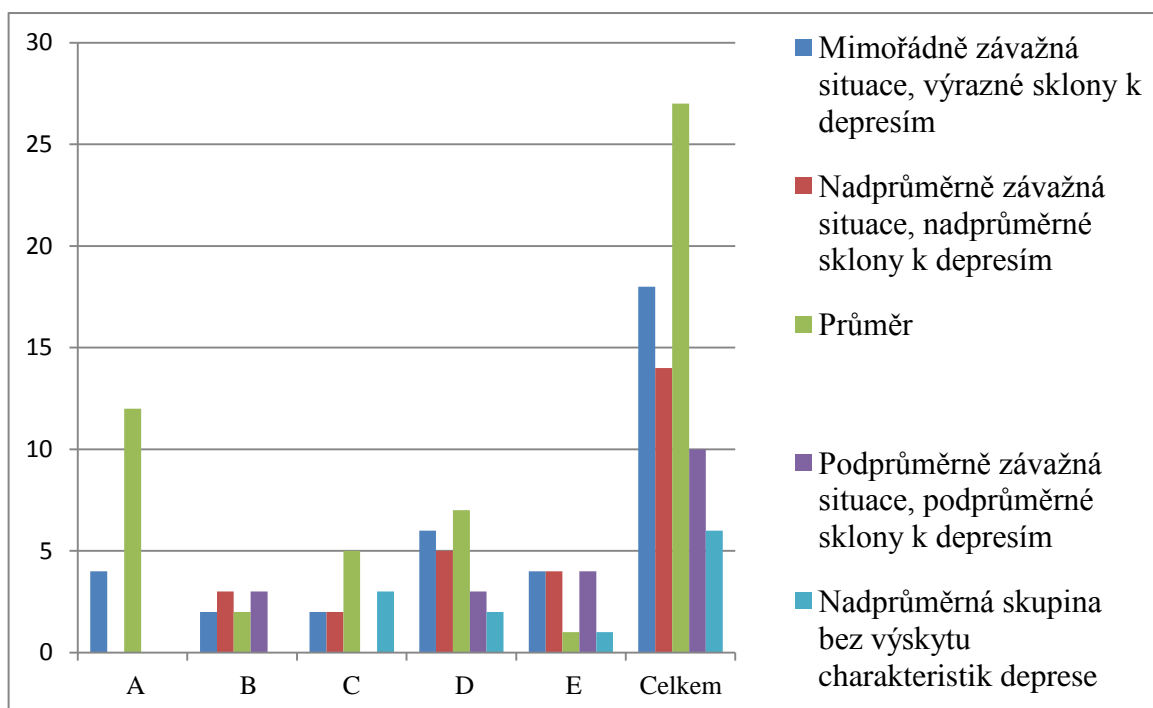
Podobné alarmující tendence k odpovědím jako u tohoto chlapce se vyskytovaly i u jedné 17leté dívky. Ta například odpověděla, že se jí chce plakat, když se zamyslí nad svým životem, dále se u ní vyskytovaly odpovědi jako např.: jsem často smutná, všechno dělám špatně, nic mě nebaví, nenávidím se, přemýšlím o tom, že bych se zabila, ale neudělala bych to, je těžké se soustředit, nikdy nebudu tak dobrá jako ostatní nebo vypadám ošklivě. Její situace je taktéž mimořádně závažná a vykazuje výrazné charakteristiky deprese.

V poslední nepovinné otevřené otázce jsme se respondentů ptali, co dělají proti špatné náladě. Odpovědi byly velmi podobné, jako u otázky, co dělají, když se nudí. Opět si pouští filmy, seriály, hudbu, jdou si lehnout nebo číst, snaží se najít nějakou jinou aktivitu, u které by si pročistili hlavu nebo jdou na čerstvý vzduch. Úplně nejčastěji se snaží vyhledat společnost svých přátel. Jak napsal jeden 17letý chlapec: „Vyhledávám smích, jdu si pokecat s kamarádama.“

5 Závěry průzkumu

Cílem praktické části této práce bylo zjistit závažnost situace výskytu charakteristik deprese na počátku adolescence. Dalším cílem bylo zmapovat četnost výskytu depresivních charakteristik u našeho vzorku adolescentů.

Graf č. 6: Závažnost situace dle četnosti jednotlivých odpovědí v každém subtestu



Celkové zmapování závažnosti situace vzhledem k přítomnosti charakteristik depresí jsme hodnotili dle procentuální četnosti jednotlivých odpovědí v každé kategorii závažnosti. Pro přehlednost jsme všech 27 otázek testu CDI ponechali rozdělené do 5 subtestů: špatná nálada (A), interpersonální problémy (B), neefektivita (C), anhedonie (D) a negativní postoj k sobě samému (E). Medián, tj. hodnota, která dělí výsledky na dvě stejně početné poloviny, je u našeho souboru 44,3%. Modus neboli nejčastější hodnota vyskytující se v našem statistickém souboru, je 1,9%.

Situace spadající procentuálně do průměru se v jednotlivých odpovědích vyskytla 27krát. Průměr převažuje především v subtestu A, který se zabývá špatnou náladou. Průměr je tvořen 51,4% respondentů. Tyto adolescenty charakterizuje hodně kamarádů, necítí se tedy sami. Jsou rádi mezi lidmi a dobře s nimi vychází. Také si myslí, že když chtějí, jsou stejně dobří jako ostatní. Pro většinu z nich je těžké se soustředit. Tito adolescenti se domnívají, že hodně věcí dělají špatně, k práci ve škole se musí často nutit,

ve škole se jim daří anebo se jim daří o něco hůře než dříve. Jsou často unavení a často je trápí nějaké starosti a bolesti. Většinou udělají to, co se po nich chce.

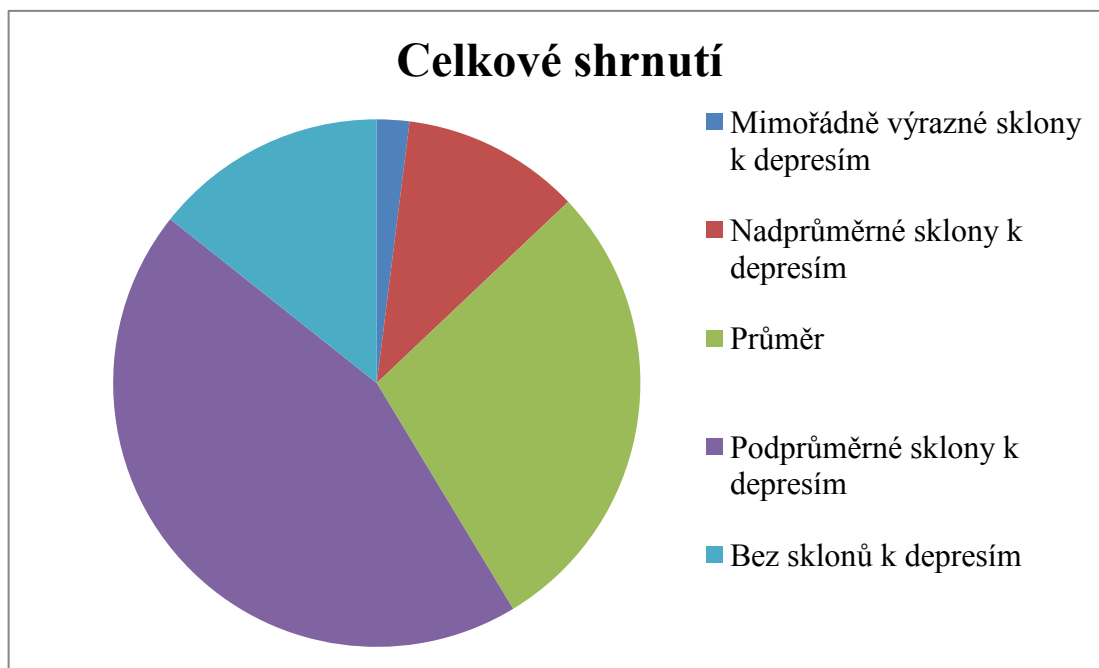
Další kategorií jsou podprůměrné sklony k depresím. Tyto odpovědi se vyskytly 10krát. Ukazují, že až 80,2% z našich respondentů spí dobře, mají chuť k jídlu, často zažívají ve škole legraci, mají se rádi, vypadají dobře, případně se domnívají, že některé věci na nich nejsou hezké a nejsou si jistí, jestli se jim daří. Tito adolescenti nepřemýšlí o tom, že by se zabili a ví, že je má někdo určitě rád.

Adolescenty s podprůměrnými sklony k depresím, je také skupina respondentů, jejichž odpovědi se nacházeli v pásmu procenty stanoveného nadprůměru. Tato situace se vyskytla 7krát u 25,9% respondentů. Jedná se o nepočetnou skupinu adolescentů, kteří vykazují velmi dobré sebehodnocení a výkonnost. Všechno se jim daří, skoro všechno dělají dobře, pracovat ve škole jim nedělá potíže, málokdy jsou unavení, nestarají se o různé své starosti a bolesti a ví, že jsou stejně dobří jako ostatní.

Nadprůměrné sklony k depresím můžeme v souhrnu pozorovat u 19,8% dotazovaných. Tato nadprůměrně závažná situace se vyskytla 14krát. Adolescenty v této skupině charakterizují časté hádky a nechut' být mezi lidmi. Neví, jestli je má někdo doopravdy rád. Mají několik kamarádů, ale přáli by si jich mít víc. Většinou neudělají to, co se po nich chce, k práci ve škole se musí pořád nutit. Málokdy zažívají ve škole legraci. Domnívají se, že vypadají ošklivě a nikdy nebudou tak dobří, jako ostatní. Nemají se rádi, přemýšlí i nad sebevraždou, ale bez úmyslu ji spáchat. Často nemají chuť k jídlu, pořád jsou unavení a často také špatně spí.

Poslední skupinu tvoří respondenti s mimořádně výraznými sklony k depresím. Jedná se o 3,6% dotazovaných. Když se na toto číslo podíváme blíže, jednalo se především o jednu dívku a jednoho chlapce, oba ve věku 17 let. Jejich odpovědi se v pásmu mimořádně závažné situace vyskytly 18krát. To značí i modus, tedy nejčastější hodnota ve statistickém souboru, který je 1,9%. Mimořádně výrazné sklony k depresím můžeme definovat jako špatnou náladu, anhedonii a negativní postoj k sobě samému. Tyto adolescenty provází pocity, že je nikdo nemá doopravdy rád, za všechno špatné můžou oni sami a nic se jim nedaří. Každý den je jim zle, chce se jim plakat, většinou nemají chuť k jídlu, nic je nebaví a každou noc špatně spí. Pořád je trápí různé starosti a bolesti, nejsou schopní se soustředit a ve škole už jim nejdu ani předměty, ve kterých byli dříve dobří. Nenávidí se, cítí se sami a nemají žádné kamarády. Jejich situace je mimořádně závažná, protože uvažují i nad sebevraždou.

Graf č. 7: Celkové shrnutí



Závěrem můžeme konstatovat, že na počátku adolescence se průměrně u 51,4% dotazovaných vyskytuje občasná špatná nálada, nevykonnost a sklon negativně hodnotit sebe sama. Celých 80,2% dotazovaných má dobré mezilidské vztahy, pozitivní postoj k sobě i k životu, z toho u 25,9% z nich se objevuje také velmi dobré sebehodnocení až sklon k sebepřeceňování. Naopak 19,8% respondentů projevuje nadprůměrně výrazné sklony k depresím, které se vyznačují zejména negativním postojem k sobě samým, problémy v mezilidských vztazích a anhedonií. Mimořádně závažná situace s rizikem rozvoje depresí se v naší skupině vyskytuje přibližně u 3,6% dotazovaných, které charakterizuje špatná nálada, nevykonnost, anhedonie, špatné mezilidské vztahy a negativní postoj k sobě samým.

Závěr

„Stát tváří v tvář depresi je jednou z nejtěžších věcí na světě.“

(Sue Atkinsonová)

Deprese je psychická porucha, která se řadí do poruch afektivních. Je to stav, který negativně ovlivňuje psychickou, sociální i somatickou složku života nemocného. U dětí a adolescentů je deprese stejně jako u dospělých dlouhodobou záležitostí, která značně zhoršuje jejich kvalitu života. Je to také významný rizikový faktor sebevražedného chování, užívání návykových látek, poruch příjmu potravy a dalších duševních onemocnění.

Deprese jsou u 80% pacientů léčitelnou poruchou. Bohužel se ale odhaduje, že až v 50% případů nejsou správně nebo vůbec diagnostikovány. U dětí je to dáno častými somatickými projevy depresí. U adolescentů se deprese mohou zaměňovat s poruchami chování nebo s agresivitou. Také si pesimismus, nevykonnost a střídání nálad může okolí vykládat jako běžné součásti období dospívání. Mezi lidmi stále přetrvávají mýty o depresích, které považují tuto nemoc za lenost, nedostatek pevné vůle nebo slabost. To mohou být důvody, proč se lidé stydí přiznat depresi a odhodlat se k návštěvě odborníka.

V této práci jsme se zabývali teoretickými východisky depresí a také obdobím adolescence. V praktické části jsme si kladli za cíl zmapovat závažnost situace a četnost výskytu charakteristik depresí u skupiny adolescentů ve věku 15 až 17 let.

Průzkum nám potvrdil, že se u dospívajících na počátku adolescence vyskytují sklony k depresím. Nadprůměrně výrazné sklony k depresím s rizikem rozvoje depresí se projevují u 19,8% dotazovaných. Tito adolescenti mají negativní postoj k sobě samým, problémy v mezilidských vztazích a potýkají se také s anhedonií a zhoršenou vykonností. Mimořádně závažná situace s rizikem rozvoje depresí se v naší skupině respondentů vyskytuje přibližně u 3,6% dotazovaných, které charakterizuje špatná nálada, nevykonnost, anhedonie, špatné mezilidské vztahy a negativní postoj k sobě samým.

Deprese u adolescentů jsou závažným, často skrytým problémem. Je důležité zaměřit se na prevenci depresí a bourání mýtů, které o nich kolují. To je nezbytné nejen u skupiny adolescentů, ale u celé společnosti. Všichni bychom měli věnovat pozornost dlouhodobým depresivním projevům u lidí ve svém okolí, a to ať už z pozice kamaráda, pedagoga, kolegy nebo rodiče. Dlouhodobé špatné nálady a další symptomy bychom měli řešit a rozhodně je nezlehčovat. Deprese je léčitelná porucha.

RESUMÉ

Tato bakalářská práce nese název Depresivní poruchy u adolescentů. Je tvořena částí teoretickou a praktickou.

Teoretická část komplexně popisuje tematiku depresí a období adolescence ve vzájemné spojitosti. V úvodních kapitolách se zabýváme historií depresí, jejich definicemi, epidemiologií, etiologií a klinickými příznaky u adolescentů. Velkou pozornost věnujeme také jednotlivým typům depresí, způsobům diagnostiky a možnostem léčby. V druhé polovině teoretické části se zabýváme charakteristikou adolescence a s ní spojených vývojových změn v kognitivní, emoční a osobnostní rovině. Zaměřujeme se především na emancipaci adolescenta od rodiny a jeho hledání vlastní identity.

Praktická část práce je tvořena výsledky průzkumu. Ten byl realizován na skupině adolescentů ve věku 15–17 let za pomoci Dotazníku dětských depresí CDI. Tyto výsledky jsou shrnuty v závěrečné kapitole.

SUMMARY

This bachelor thesis is named Depression disorder in adolescents. This thesis consists of theoretical part and practical part.

The theoretical part describes the complex topics of depression, adolescence and their interdependence. The introductory chapters deal with the history of depression, their definitions, epidemiology, etiology and clinical symptoms in adolescents. Great attention we also pay to the different types of depression, methods of diagnosis and treatment options. In the second half of the theoretical part we deal with the characteristics of adolescence and related developmental changes in cognitive, emotional and personality level. Especially we focus on emancipation from family and search for own identity in adolescence.

The practical part contains the results of the survey. It was conducted in a group of adolescents aged 15 to 17 years by using questionnaires CDI – Children’s Depression Inventory. These results are summarized in the final chapter.

Seznam použité literatury

ATKINSON, Sue. *Jak zdolat skálu jménem deprese: praktický průvodce pro lidi trpící depresí*. Vyd. 1. Praha: Albatros, 2005. 154 s. Albatros Plus; 54. ISBN 80-00-01544-7.

HORT, Vladimír et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008. 492 s. ISBN 978-80-7367-404-5.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak zvládat depresi*. Vyd. 2. Praha: Grada Publishing, 2003. 176 s. Psychologie pro každého. ISBN 80-247-0575-3.

LANGMEIER, Josef a KREJČÍKOVÁ, Dana. *Vývojová psychologie*. Vyd. 2., aktualiz. Praha: Grada, 2006. 368 s. Psyché. ISBN 80-247-1284-9.

MACEK, Petr. *Adolescence*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2003. 141 s. ISBN 80-7178-747-7.

MCKENZIE, Kwame. *Deprese: Informace a rady lékaře*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2001. 96 s. ISBN 80-247-0093-X.

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10: desátá revize: aktualizovaná druhá verze k 1.1.2009. 2., aktualiz. vyd. Praha: Bomton Agency, 2008- . sv. ISBN 978-80-904259-0-3.

MIŇHOVÁ, Jana. *Psychopatologie pro právníky*. Vyd. 3. Plzeň: Aleš Čeněk, 2006. 134 s. ISBN 80-86898-70-9.

OREL, Miroslav a kol. *Psychopatologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012. 263 s. Psyché. ISBN 978-80-247-3737-9.

PACLT, Ivo a kol. *Psychofarmakoterapie dětského a dorostového věku*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1998. 397s. Psyché. ISBN 80-7169-506-8.

PIAGET, Jean a INHELDER, Bärbel. *Psychologie dítěte*. Vyd. 5., V nakl. Portál 4. Praha: Portál, 2007. 143 s. ISBN 978-80-7367-263-8.

PRAŠKO, Ján, PRAŠKOVÁ, Hana a PRAŠKOVÁ, Jana. *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003. 180 s. ISBN 80-7178-809-0.

PRAŠKO, Ján a kol. *Obecná psychiatrie*. Vyd. 1. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. 527 s. ISBN 978-80-244-2570-2.

PRAŠKO, Ján, BULIKOVÁ, Barbora, SIGMUNDOVÁ, Zuzana. *Depresivní porucha a jak ji překonat*. Vyd. 2. Praha: Galén, 2012. 91s. ISBN 978-80-7262-656-4.

PREISS, Marek a kol. *Neuropsychologie v psychiatrii*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2006. 411 s. Psyché. ISBN 80-247-1460-4.

ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem*. Vyd. 2., přeprac., v Portálu 1. Praha: Portál, 2004. 390 s. ISBN 80-7178-829-5.

ŘÍČAN, Pavel a kol. *Dětská klinická psychologie*. Vyd. 4., přeprac. a dopl. Praha: Grada, 2006. 603 s. Psyché. ISBN 80-247-1049-8.

SMOLÍK, Petr. *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika*. Vyd. 2. Praha: Maxdorf, 2002. 506 s. ISBN 80-85912-18-X.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000. 522 s. ISBN 80-7178-308-0.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vyd. 2., dopl. a přeprac. Praha: Karolinum, 2012. 531 s. ISBN 978-80-246-2153-1.

VAŠUTOVÁ, Maria. *Pedagogické a psychologické problémy dětství a dospívání*. Vyd.1. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2005. 280s. ISBN 80-7042-691-8.

ZVOLSKÝ, Petr a kol. *Speciální psychiatrie*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 1996. 206 s. ISBN 80-7184-203-6.

Seznam elektronických zdrojů

ALLEN-MEARES, Paula. Depression in Childhood and Adolescence. *Social Work* [online]. 1987, roč. 32, č. 6, s. 512-516 [cit. 2013-01-22]. ISSN 00378046. DOI: 10.1093/sw/32.6.512. Dostupné z: <http://sw.oxfordjournals.org/content/32/6/512.short>

ANDERS, Martin, SKOPOVÁ, Jaroslava. *Praktické otázky diagnostiky a léčby depresivních poruch* [online]. Praha: Galen, 2006 [cit. 2013-03-09]. Účelová publikace Lundbeck Česká republika, s. r. o. ISBN 80-7262-396-6. Dostupné z: http://195.24.27.108/upload/cz/files/pdf/Brozury/Deprese_a_uzkost_pro_prakticke_lekare.pdf

DAŇKOVÁ, Šárka. Analýza: Motivace sebevražedného jednání. *Http://www.demografie.info* [online]. 2007 [cit. 2013-03-08]. Dostupné z: http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=516

GOETZ, Michal. Deprese u dětí a adolescentů. *Pediatric pro praxi* [online]. 2005, roč. 6, č. 5, s. 271-274 [cit. 2013-03-14]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2005/06/03.pdf>

GROHOL, John. FOMO Addiction: The Fear of Missing Out [online]. *Psych Central*. 2011 [cit. 2013-03-10]. Dostupné z: <http://psychcentral.com/blog/archives/2011/04/14/fomo-addiction-the-fear-of-missing-out/>

HOSÁK, Ladislav. Deprese a její léčba [online]. *Zdraví E15*. 2005 [cit. 2013-01-20]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/deprese-a-jeji-lecba-165280>.

HÖSCHL, Cyril. Teorie deprese. Proč antidepressiva nemění náladu zdravých lidí [online]. *Vesmír 78*. 1999 [cit. 2013-01-25], roč. 78, č. 11, s. 607 - 611. ISSN 1214-4029. Dostupné z: <http://www.vesmir.cz/clanky/autor/id/282>

KOUTEK, Jiří, KOCOURKOVÁ, Jana.: Diagnostika a terapie suicidálních dětí a adolescentů [online]. *Zdraví E15*. 2007 [cit. 2013-01-20]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/diagnostika-a-terapie-suicidalnich-deti-a-adolescentu-285065>.

KRMÍČKOVÁ, Lenka. *Úroveň paměťových schopností u skupiny středoškoláků ve vztahu k vybraným studijním směrům* [online]. Brno, 2011 [cit. 2013-03-13]. Diplomová práce. Masarykova univerzita v Brně. Filozofická fakulta, Psychologický ústav. Vedoucí práce PhDr. Iva Burešová, Ph.D. Dostupné z: is.muni.cz/th/80672/ff_m/.

KUYKEN, Willem, HOWELL, Rachael, DALGLEISH, Tim. Overgeneral Autobiographical Memory in Depressed Adolescents With, Versus Without, a Reported History of Trauma [online]. *Journal of Abnormal Psychology*. 2006 [cit. 2013-03-12], roč. 115, č. 3, s. 387-396. Dostupné z: <http://www.mrc-cbu.cam.ac.uk/personal/tim.dalgleish/kuykenamtadolescents.pdf>

LAŇKOVÁ, Jaroslava, SIBLÍKOVÁ, Jana. *Deprese: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře* [online]. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2008, 20 s. [cit. 2013-03-12]. Doporučené postupy pro všeobecné praktické lékaře. ISBN 978-80-86998-22-0. Dostupné z: http://www.svl.cz/Files/nastenka/page_4771/Version1/deprese.pdf

NESSE, R. a WILLIAMS, G. *O příčinách a vzniku nemocí: jsou nemoci zakódovány v genech?* [online]. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1996 [cit. 2013-01-20]., s. 247-278. ISSN 80-7106-161-1.

ROTH, Jan, PREISS, Marek a UHROVÁ, Tereza. *DEPRESE V NEUROLOGICKÉ PRAXI: Část první: symptomy, diagnostika, rizikové faktory* [online]. Praha: Galén, 1999 [cit. 2013-01-21]. Dostupné z: http://www.lundbeck.com/upload/cz/files/pdf/Brozury/Deprese_v_neurologicke_praxi_1.pdf

SPIRITO, Anthony, BOERGERS, Julie a DONALDSON, Deidre. Adolescent suicide attempters: post-attempt course and implications for treatment [online]. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2000 [cit. 2013-01-19], roč. 7, č. 3, s. 161-173. ISSN 10633995. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S106339950000615>

Seznam příloh

Příloha A	Tematické okruhy pro strukturovaný rozhovor
Příloha B	Beckova sebeposuzovací škála depresí
Příloha C	Zungova sebeposuzovací stupnice deprese
Příloha D	Dotazník dětských depresí - CDI

Příloha A

Tematické okruhy pro strukturovaný rozhovor

Tabulka č. 30: Tematické okruhy pro strukturovaný rozhovor

- **Smutek:** Míváte nikdy/často pocity smutku, pro který není zřejmý důvod?
- **Úzkost:** Trpíte pocity nekonkrétního strachu, úzkosti nebo neurčitými obavami? Je tato úzkost provázena nepříjemnými tělesnými příznaky? (bušení srdce, svírání na hrudi, dušnost.)
- **Koncentrace:** Jste schopen soustředit se jako obvykle? (odborná práce, četba, televize)
- **Pesimismus:** Připadá vám vaše budoucnost černá, bezvýchodná? Nevidíte před sebou žádnou perspektivu?
- **Plačtivost:** Rozpláčete se někdy bez důvodu?
- **Méněcennost, insuficience:** Cítíte se neužitečný, k nepotřebě? Máte pocit, že selháváte v běžných činnostech? Přestáváte si věřit?
- **Pocity viny:** Máte pocity viny? Připadá vám, že jste všechno pokazil? Myslíte si, že za svou situaci si můžete sám?
- **Nerozhodnost:** Máte problémy se rozhodovat?
- **Sebevražedné myšlenky nebo tendence:** Napadá vás, že by bylo lepší se už neprobudit? Uvažoval jste již někdy o sebevraždě jako o možném řešení všech problémů? Plánoval jste už konkrétní způsob provedení?
- **Únava:** Cítíte se výrazně unaven i po běžných a kratší dobu trvajících činnostech?
- **Změna spánkového režimu:** Nedaří se vám usnout v pro vás obvyklou hodinu? Budíte se často v noci? Probouzíte se podstatně dříve než obvykle? Potřebujete spát delší dobu než obvykle?
- **Ztráta energie, nedostatek vůle:** Musíte se do každé činnosti nutit? Redukujete denní povinnosti jen na ty nejdůležitější?
- **Ztráta radosti:** Dokážete se radovat z věcí nebo událostí, které vám dříve přinášely potěšení? Dokážete se těšit na příjemné aktivity?

- **Ztráta zájmu:** Opouštíte postupně své zájmy, koníčky?
- **Podrážděnost:** Cítíte se zbytečně podrážděný, rozčílí vás i drobný podnět?
- **Změny v chuti k jídlu:** Trpíte nechutenstvím, vynecháváte některá denní jídla? Máte naopak větší potřebu jíst?
- **Zájem o sex:** Došlo u vás ke snížení zájmu o sexuální aktivity nebo ke zhoršení sexuálních funkcí?

Zdroj: Roth, Preiss a Uhrová, 1999

Příloha B

Beckova sebeposuzovací škála depresí

Tento dotazník obsahuje skupiny tvrzení. Nejdříve přečtete všechna tvrzení v určité skupině a vyberte si to, které vás nejlépe charakterizuje v tento den. Pokud vám vyhovuje více tvrzení v jedné skupině, můžete jich zakroužkovat více.

1. Dysforie:

0 Necítím se smutný(á).

1 Cítím se posmutnělý(á), sklíčený(á).

2 Jsem stále smutný(á) a smutku se nedokážu zbavit.

3 Jsem tak nešťastný(á), že to nemohu snést.

2. Beznaděj:

0 Příliš se budoucnosti neobávám.

1 Budoucnosti se obávám.

2 Vidím, že se už nemám na co těšit.

3 Vidím, že budoucnost je beznadějná, má situace se nemůže zlepšit.

3. Pocit, že jsem selhal/a:

0 Nemám pocit nějakého životního neúspěchu nebo smůly.

1 V životě jsem měl(a) více smůly a neúspěchu, než obvykle mají jiní lidé.

2 Vidím, že můj dosavadní život byl jen řadou neúspěchů.

- 3 Vidím, že jsem jako člověk (otec, matka, manžel/ka) plně selhal, zklamal.
4. Narušený vztah k objektu:
- 0 Nejsem nijak zvlášť nespokojený(á).
 - 1 Věci mě už netěší tak jako dříve.
 - 2 Nic mi již nepřináší uspokojení.
 - 3 Ať dělám cokoli, nevzbudí to ve mně sebemenší potěšení.
5. Pocit viny:
- 0 Netrpím pocity viny.
 - 1 Často mívám pocity viny.
 - 2 Hodně často mívám pocity viny.
 - 3 Stále trpím pocity viny.
6. Potřeba trestu:
- 0 Nemám pocit, že budu za něco trestán(a).
 - 1 Mám pocit, že bych mohl(a) být potrestán(a).
 - 2 Očekávám, že budu nějak potrestán(a)
 - 3 Vím, že budu potrestán(a).
7. Nenávisť sebe sama:
- 0 Necítím se příliš zklamán(a) sám (sama) sebou.
 - 1 Zklamal(a) jsem se v sobě.
 - 2 Jsem dosti znechucen(a) sám (sama) sebou.
 - 3 Nenávidím se.
8. Vlastní výčitky:
- 0 Necítím se horší než kdokoli jiný.
 - 1 Mám spoustu nedostatků a dělám hodně chyb.
 - 2 Stále si vyčítám všechny své chyby.
 - 3 Za všechno špatné mohu já.
9. Sebevražednost:
- 0 Nepřemýšlím o sebevraždě.
 - 1 Někdy pomýšlím na sebevraždu.
 - 2 Často pomýšlím na sebevraždu.
 - 3 Kdybych měl(a) příležitost, vzal(a) bych si život.
10. Pláč:
- 0 Nepláču více než obvykle.
 - 1 Pláču nyní častěji než předtím.

- 2 Pláču nyní stále, nedokážu přestat.
- 3 Předtím jsem mohl(a) plakat, nyní to nejde i kdybych chtěl(a).
11. Dráždivost:
- 0 Nejsem nyní podrážděný(á) více než obvykle.
- 1 Jsem často podrážděný(á) a rozladěný(á).
- 2 Jsem stále podrážděný(á) a rozladěný(á).
- 3 Nemohu se již rozčílit ani věcmi, které mě dříve obvykle rozčilovaly.
12. Narušení kontaktů:
- 0 Neztratil(a) jsem zájem o ostatní lidi.
- 1 Mám menší zájem o ostatní lidi.
- 2 Ztratil(a) jsem většinu zájmu o ostatní lidi.
- 3 Ztratil(a) jsem všechno zájem o ostatní lidi.
13. Neschopnost rozhodování:
- 0 Dokážu se většinou rozhodnout v běžných situacích.
- 1 Odkládám svá rozhodnutí častěji než dříve.
- 2 Mám značné potíže v rozhodování.
- 3 Vůbec se nedokážu rozhodnout.
14. Negativní představy o sobě samém:
- 0 Nemám větší starosti se vzhledem než dříve.
- 1 Mám starosti, že vypadám už dost staře a neatraktivně.
- 2 Mám dojem, že se můj zevnějšek značně zhoršil, takže vypadám dost nepěkně.
- 3 Mám pocit, že vypadám hnusně až odpudivě.
15. Neschopnost práce:
- 0 Práce mi jde jako dříve.
- 1 Musím se nutit, když chci začít něco dělat.
- 2 Dá mi velké přemáhání, abych cokoliv udělal(a).
- 3 Nejsem schopen(na) jakékoli práce.
16. Poruchy spánku:
- 0 Spím stejně dobře jako dříve.
- 1 Nespím již tak dobře jako dříve.
- 2 Probouzím se o hodinu až dvě dříve než obvykle a nemohu již spát.
- 3 Denně se probouzím předčasně a nedokážu spát více než pět hodin denně.
17. Unavenost:
- 0 Necítím se více unaven(a) než obvykle.

- 1 Unavím se snáze než dříve.
 - 2 Téměř všechno mě unavuje.
 - 3 Únava mi zabraňuje cokoli dělat.
18. Ztráta chuti:
- 0 Mám svou obvyklou chuť k jídlu.
 - 1 Nemám takovou chuť k jídlu, jakou jsem míval(a).
 - 2 Mám mnohem menší chuť k jídlu.
 - 3 Zcela jsem ztratil(a) chuť k jídlu.
19. Úbytek na váze:
- 0 V poslední době jsem nezhubl(a).
 - 1 Ztratil(a) jsem v poslední době více než 2,5 kg.
 - 2 Ztratil(a) jsem v poslední době více než 5 kg.
 - 3 Ztratil(a) jsem v poslední době více než 7,5 kg.
20. Hypochondrie:
- 0 Nestarám se o své zdraví více než obvykle.
 - 1 Dělalí mi nyní starosti různé bolesti v těle, mám citlivý žaludek, trpím zácpou, bušením srdce apod.
 - 2 Velice často myslím na své tělesné obtíže.
 - 3 Moje bolesti a těžkosti mě plně vyčerpávají.
21. Ztráta libida:
- 0 Nepozoruji snížení zájmu o sex.
 - 1 Mám menší zájem o sex než dříve.
 - 2 Mám o hodně menší zájem o sex než dříve.
 - 3 Ztratil(a) jsem úplně zájem o sex.

Po sečtení všech bodů může vyjít následující: 0–11 žádná deprese; 12–19 slabá deprese; 20–26 mírná deprese; 26–63 těžká deprese. Pokud je výsledné číslo vyšší jak 20, doporučujeme vyhledat odbornou pomoc.

Zdroj: Křivohlavý, 2003

Příloha C

Zungova sebeposuzovací stupnice deprese

Tabulka č. 31: Zungova sebeposuzovací stupnice deprese

Zaznamenejte, prosím, odpověď na každou z dvaceti položek	Nikdy nebo zřídka	Někdy	Dosti často	Velmi často nebo stále
1. Jsem smutný, skleslý a zkroušený.				
2. Ráno se cítím nejlépe.				
3. Jsou chvíle, kdy je mi do pláče.				
4. V noci mám potíže se spaním.				
5. Jím stejné množství jídla jako dříve.				
6. Sexuální život a myšlenky na něj mi stále činí potěšení.				
7. Všiml jsem si, že ubývám na váze.				
8. Mám potíže se zácpou.				
9. Srdce mi buší rychleji než obvykle.				
10. Unavím se a i bez příčiny.				
11. Mám v hlavě jasno jako obvykle.				
12. Snadno zvládnou totéž co dřív.				
13. Cítím nepokoj a nevydržím v klidu.				
14. Jsem plný naděje do budoucna.				
15. Jsem podrážděný více než obvykle.				
16. Snadno se rozhoduji.				
17. Cítím, že jsem užitečný a potřebný.				
18. Žiji plným životem.				
19. Cítím, že by pro ostatní bylo lépe, kdybych zemřel.				
20. Těší mě stejné věci co dříve.				

Zungův dotazník nám při výsledku nad 70 bodů ukazuje těžkou depresi, 60–69 bodů značí středně těžkou depresi, 50–60 bodů lehká deprese a pod 50 bodů znamená bez známek deprese.

Zdroj: Laňková, Sibliková, 2004

Příloha D

Dotazník dětských depresí – CDI

01.	Málokdy jsem smutný.	0
(A)	Často jsem smutný.	1
	Pořád jsem smutný.	2
02.	Nikdy se mi nedaří.	2
(E)	Nejsem si jistý, jestli se mi daří.	1
	Daří se mi pořád.	0
03.	Skoro všechno dělám dobře.	0
(C)	Hodně věcí dělám špatně.	1
	Všechno dělám špatně.	2
04.	Mnoho věcí mě baví.	0
(D)	Baví mě jenom něco.	1
	Nic mě nebaví.	2
05.	Pořád je mi zle.	2
(B)	Často se cítím špatně.	1
	Málokdy se cítím špatně.	0
06.	Málokdy přemýšlím o špatných věcech, které se mohou stát.	0
(A)	Mám strach, že se mi může stát něco špatného.	1
	Vím určitě, že se mi něco hrozného stane.	2
07.	Nenávidím se.	2
(E)	Nemám se rád.	1
	Mám se rád.	0

08.	Za všechno špatné můžu já.	2
(A)	Můžu za mnoho špatného.	1
	Za špatné věci obvykle nemůžu.	0
09.	Nemyslím na to, že bych se zabil.	0
(E)	Přemýšlím o tom, že bych se zabil, ale neuděl bych to.	1
	Chci se zabít.	2
10.	Každý den je mi do pláče.	2
(A)	Často mi bývá do pláče.	1
	Málokdy je mi do pláče.	0
11.	Všechno mě nudí.	2
(A)	Často mě něco nudí.	1
	Jen málokdy se nudím.	0
12.	Jsem rád mezi lidmi.	0
(B)	Často nechci být mezi lidmi.	1
	Vůbec nechci být mezi lidmi.	2
13.	Vůbec se nedokážu soustředit.	2
(A)	Je těžké se soustředit.	1
	Snadno se dokážu soustředit.	0
14.	Vypadám dobře.	0
(E)	Některé věci na mě nejsou hezké.	1
	Vypadám ošklivě.	2
15.	K práci ve škole se musím pořád nutit.	2
(C)	K práci ve škole se musím často nutit.	1
	Pracovat ve škole mi nedělá velké potíže.	0
16.	Každou noc spím špatně.	2
(D)	Často spím špatně.	1

Spím dobře.	0
17. Málokdy jsem unavený.	0
(D) Často jsem unavený.	1
Jsem pořád unavený.	2
18. Většinou nemám chuť k jídlu.	2
(D) Často nemám chuť k jídlu.	1
Mám chuť k jídlu.	0
19. Nestarám se o různé své starosti a bolesti.	0
(D) Často mě trápí různé starosti a bolesti.	1
Pořád mě trápí různé starosti a bolesti.	2
20. Necítím se sám.	0
(D) Často se cítím sám.	1
Pořád se cítím sám.	2
21. Ve škole nemám nikdy legraci.	2
(D) Málokdy mám ve škole legraci.	1
Často mám ve škole legraci.	0
22. Mám hodně kamarádů.	0
(D) Mám několik kamarádů, ale chtěl bych jich mít víc.	1
Nemám žádné kamarády.	2
23. Ve škole se mi daří.	0
(C) Ve škole se mi daří hůře než dříve.	1
Nejdou mi už ani předměty, ve kterých jsem byl dříve dobrý.	2
24. Nikdy nebudu tak dobrý jako ostatní děti.	2
(C) Když chci, můžu být stejně dobrý, jako ostatní děti.	1
Jsem stejně dobrý jako ostatní děti.	0

25. Nikdo mě nemá doopravdy rád. 2
 (E) Nevím, jestli mě má někdo rád. 1
 Někdo mě určitě má rád. 0
26. Většinou udělám, co se po mě chce. 0
 (B) Většinou neudělám to, co se po mně chce. 1
 Nikdy neudělám to, co se po mně chce. 2
27. Dobře vycházím s lidmi. 0
 (B) Často se s někým hádám nebo peru. 1
 Pořád se s někým hádám nebo peru. 2

Tabulka č. 32: Hodnocení dotazníku CDI podle T-skóre

T-skóre	Hodnocení
Nad 70	Mimořádně výrazná deprese
66–70	Silně nadprůměrná deprese
61–65	Nadprůměrná deprese
56–60	Lehce nadprůměrná deprese
45–55	Průměr
40–44	Lehký podprůměr, co se sklonů k depresím týče
35–39	Podprůměr
30–34	Výrazný podprůměr
Pod 30	Velice výrazný podprůměr

Zdroj: Paclt, 1998