

UNIVERZITA KARLOVA

FARMACEUTICKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ

KATEDRA BIOLOGICKÝCH A LÉKAŘSKÝCH VĚD



BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Deprese a její rizikové faktory

Monika Sejkorová

Vedoucí bakalářské práce: PharmDr. Jana Rathouská, Ph.D.

HRADEC KRÁLOVÉ, 2018

Poděkování

Děkuji vedoucí této bakalářské práce, PharmDr. Janě Rathouské, Ph.D., za cenné rady, velmi milý přístup a odborné vedení. Dále děkuji své rodině za podporu během celého studia.

„Prohlašuji, že tato práce je mým původním autorským dílem. Veškerá literatura a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, jsou uvedeny v seznamu použité literatury a v práci jsou řádně citovány. Práce nebyla použita k získání jiného nebo stejného titulu.“

V Hradci Králové 2018

SEJKOROVÁ MONIKA

1. Obsah

| | | |
|--------|--|----|
| 2. | ABSTRAKT | 6 |
| 3. | ABSTRACT | 7 |
| 4. | ÚVOD | 8 |
| 5. | ZADÁNÍ – CÍL PRÁCE | 9 |
| 6. | TEORETICKÁ ČÁST | 10 |
| 6.1 | Základní charakteristika deprese | 10 |
| 6.1.1 | Klinický obraz | 10 |
| 6.1.2 | Průběh deprese | 11 |
| 6.1.3 | Patogeneze | 12 |
| 6.1.4 | Epidemiologie | 12 |
| 6.2 | Klasifikace | 14 |
| 6.2.1 | Organická afektivní porucha | 15 |
| 6.2.2 | Depresivní epizoda | 16 |
| 6.2.3 | Bipolární afektivní porucha | 16 |
| 6.2.4 | Rekurentní (periodická) depresivní porucha | 17 |
| 6.2.5 | Trvalé poruchy nálady – cyklothymie, dysthymie | 17 |
| 6.2.6 | Deprese u dětí | 17 |
| 6.3 | Rizikové faktory | 19 |
| 6.3.1 | Dědičnost | 19 |
| 6.3.2 | Stres | 19 |
| 6.3.3 | Strava | 21 |
| 6.3.4 | Onemocnění | 21 |
| 6.3.5 | Léky | 25 |
| 6.3.6 | Nedostatek světla | 26 |
| 6.3.7 | Menstruační cyklus | 26 |
| 6.3.8 | Těhotenství | 27 |
| 6.3.9 | Závislost | 28 |
| 6.3.10 | Životní etapy | 29 |
| 6.4 | Diagnostika | 30 |
| 6.5 | Léčba | 31 |
| 6.5.1 | Farmakoterapie | 31 |

| | | |
|-------|-----------------------------|----|
| 6.5.2 | Psychoterapie..... | 33 |
| 6.5.3 | Ostatní metody | 35 |
| 6.5.4 | Alternativní medicína | 36 |
| 7. | EXPERIMENTÁLNÍ ČÁST | 38 |
| 8. | VÝSLEDKY..... | 39 |
| 9. | DISKUSE | 61 |
| 10. | ZÁVĚR | 64 |
| 11. | PŘÍLOHY | 65 |
| 12. | POUŽITÉ ZKRATKY..... | 70 |
| 13. | SEZNAM TABULEK | 71 |
| 14. | SEZNAM OBRÁZKŮ | 71 |
| 15. | SEZNAM GRAFŮ..... | 71 |
| 16. | POUŽITÁ LITERATURA..... | 72 |

2. ABSTRAKT

Cíl práce: Práce je tvořena teoretickým souhrnem informací charakterizujících depresi. Praktická část se skládá z dotazníkové studie, jejímž cílem je zjistit nejvýznamnější rizikové faktory, které se podílejí na rozvoji depresivního onemocnění u respondentů. Dále také zjistit vliv ročního období na průběh deprese, nejčastější věk počátku deprese, případně několik poznatků k charakteru a léčbě onemocnění.

Metody: Dotazníková studie v období listopad 2017 – duben 2018, obsahující 22 otázek, určena pro respondenty z celé České republiky (850 respondentů, z toho 291 pacientů s depresí).

Výsledky: Více než polovina respondentů (53 %) trpících depresí volí dva a více rizikových faktorů. Deprese tedy vzniká na základě kombinace více činitelů. Nejčastěji jsou udávány špatné rodinné poměry (20 %) a tragická událost (20 %). Negativní vliv na depresi má u respondentů také roční období, zejména podzim (46 % odpovědí) a zima (33 % odpovědí). Nejčastější věk, kdy se deprese u dotazovaných poprvé vyskytla, je 11-20 let. Nejčastěji respondenti trpí středně těžkou depresí (60 %) a k lékaři jdou z vlastního přesvědčení (57 %). Hlavními příznaky jsou únava (18 %); ztráta zájmu a ztráta potěšení z aktivit (19 %). Léčba trvá převážně v rozmezí jednoho roku, u 62 % stále přetrvává. Léčba nejčastěji spočívá v kombinaci farmakoterapie a psychoterapie (44 %). Za účinnou však respondenti považují buď pouze farmakoterapii, nebo pouze psychoterapii. K úplnému vyléčení vede léčba pouze u 13 % respondentů. 29 % dotazovaných uvádí, že vyzkoušelo v rámci léčby alternativní medicínu, zejména kineziologii a homeopatii.

Závěr: Z dotazníkové studie vyplývá, že se na vzniku deprese podílí více faktorů. Nejrizikovějšími z nich jsou špatné rodinné vztahy a tragická událost v životě. Roční období má na depresi také velký vliv, zřejmě ve vazbě na intenzitu světla. U respondentů zahrnutých ve studii dochází k rozvoji deprese nejčastěji v adolescentním věku.

Klíčová slova: deprese, depresivní onemocnění, rizikové faktory, stres, dědičnost

3. ABSTRACT

Background: Thesis consists of theoretical summary of information which characterizes depression. Practical part consists of questionnaire study, whose goal is to determine the most important factors, which take part in growth of depression disease. As well to determine the effect of season on depression progress, the most common age when depression starts to develop, eventually some knowledge about a character and treatment of depression.

Methods: Questionnaire study from November 2017 to April 2018, which consists of 22 questions for respondents from Czech Republic (850 respondents of whom 291 were diagnosed depression).

Results: More than a half of respondents (53 %) diagnosed with depression have chosen two and more risk factors. Thus, depression appears based on combination of more factors. The most frequently are mentioned ill family relationships (20 %) and tragic event in life (20 %). It is also negatively influenced by season, mostly autumn (46 % of answers) and winter (33 % of answers). The most common age when the depression starts to appear is 11-20 years. Most frequently respondents were diagnosed moderate level of depression (60 %) and they have chosen to visit a doctor out of their own belief (57 %). The main signs are tiredness (18 %) and loss of interest and enjoyment of activities (19 %). The treatment mostly lasts less than a year and it is still ongoing in 62 % cases. The treatment in most cases consists of combination of pharmacotherapy and psychotherapy (44 %). However effective is considered only pharmacotherapy or psychotherapy alone. Treatment leads to being completely cured only to 13 % of respondents. 29 % of them states that have tried alternative medicine, especially kinesiology and homeopathy.

Conclusions: The experimental part shows that usually more factors are responsible for depression disease. The most dangerous are ill family relationships and a tragic event in life. Depression is also greatly affected by season, probably with connection to intensity of light. Mostly, depression starts to develop in an adolescent age.

Key words: depression, depression disease, risk factors, stress, heredity

4. ÚVOD

Deprese je onemocnění, které je ve světě velmi rozšířené, a jehož incidence v poslední době stále stoupá. Ročně trpí depresivními poruchami až 300 milionů lidí všech věkových kategorií. Velice důležité je depresi včas diagnostikovat a zahájit její léčbu. Deprese velmi zhoršuje kvalitu života, průběh somatických onemocnění a narušuje sociální vztahy. Následkem deprese může také u lidí vzniknout závislost na alkoholu a jiných návykových látkách. Vlivem deprese dochází často k sebevraždám, které celosvětově u 800 000 lidí ročně končí smrtí. Mnoho lidí však depresi podceňuje a odkládá návštěvu lékaře a následnou léčbu. Hlavním důvodem bývá, že se lidé stydí před okolím a nepovažují depresi za nemoc, ale za slabost charakteru [1].

Tato bakalářská práce je zaměřena na rizikové faktory, které mohou vést ke vzniku deprese. Na rozvoji tohoto onemocnění se obvykle podílí více faktorů, z nichž jeden hraje roli finálního spouštěče. Dnešní doba velmi přispívá k rozvoji depresivního onemocnění. Na lidi je vyvíjen čím dál větší tlak v práci, ve škole i v soukromí. Velkou roli hraje také izolace od přátel a známých, kterým by mohl pacient sdělovat své problémy.

5. ZADÁNÍ – CÍL PRÁCE

V teoretické části práce jsou uvedeny základní informace týkající se deprese, jako je klinický obraz, epidemiologie, patogeneze a popis průběhu deprese. Další část se zabývá klasifikací a jednotlivými typy deprese. V práci je také popsána diagnostika a možnosti léčby, včetně farmakoterapie, psychoterapie a užití alternativní medicíny. Převážně je práce zaměřena na popis rizikových faktorů, které se na vzniku deprese podílejí.

Součástí experimentální části je dotazníková studie. Hlavním cílem studie bylo zjistit nejčastější příčiny vzniku deprese u respondentů. Dále také určit nejrizikovější věkovou kategorii pro výskyt onemocnění, vazbu na roční období, případně několik poznatků k charakteru a léčbě onemocnění.

6. TEORETICKÁ ČÁST

6.1 Základní charakteristika deprese

Termín deprese je velice často nesprávně užíván k popisu krátkodobě zhoršené nálady a slabě změněného duševního stavu. Ve skutečnosti se však jedná o velmi závažné onemocnění, které je ale možné léčit. Jedná se o dlouhodobě patologicky skleslou náladu, sníženou aktivitu, nedostatek energie a ztrátu motivace. Deprese vede nejen ke snížení kvality života, ale také ke zhoršení prognózy chronických somatických onemocnění. Postihuje všechny věkové skupiny a v poslední době její četnost velmi stoupá. Nejvíce obávaným důsledkem jsou sebevražedné sklony [2, 3, 4].

6.1.1 Klinický obraz

Charakteristickým rysem deprese je špatná nálada, která mnohdy kolísá během dne. Častá jsou tzv. ranní pesima. Tento stav je charakterizován předčasným probouzením doprovázeným intenzivní úzkostí, obavami z nového dne a pocitem selhání. V některých případech, většinou pokud depresi vyvolá ztráta blízké osoby, dochází ke zhoršení symptomů večer. Prvním příznakem bývá zhoršená schopnost soustředit se, rychle dochází k únavě a neschopnosti koncentrovat se delší dobu. V důsledku toho pacient dělá chyby i v běžných úkonech. Vystupňování tohoto projevu vede k úplné ztrátě schopnosti soustředění a výpadkům paměti. Tento stav se nazývá aprosexie. Mezi další symptom patří anhedonie, která se projevuje neschopností radovat se a prožívat potěšení z aktivit a pozitivních událostí. Pacienti tuto situaci mnohdy popisují jako citovou vyprahlost, což může velmi negativně ovlivňovat osobní život a vztahy. Při nejtěžších depresivních poruchách dochází až k apatii. Ovlivněna bývá také psychomotorika. To se projevuje buď agitovaností, nebo častěji inhibicí. Agitovanost je neklid, hyperaktivita a nespavost. Inhibice je stav zpomaleného myšlení, snížené mimiky a pomalé řeči. Depresivní stavy bývají doprovázeny plačtivostí, úzkostí a podrážděností [2].

U těžké depresivní fáze se mohou vyskytovat také psychotické příznaky. Mezi ně patří bludy a halucinace. Blud je porucha myšlení, při které dochází

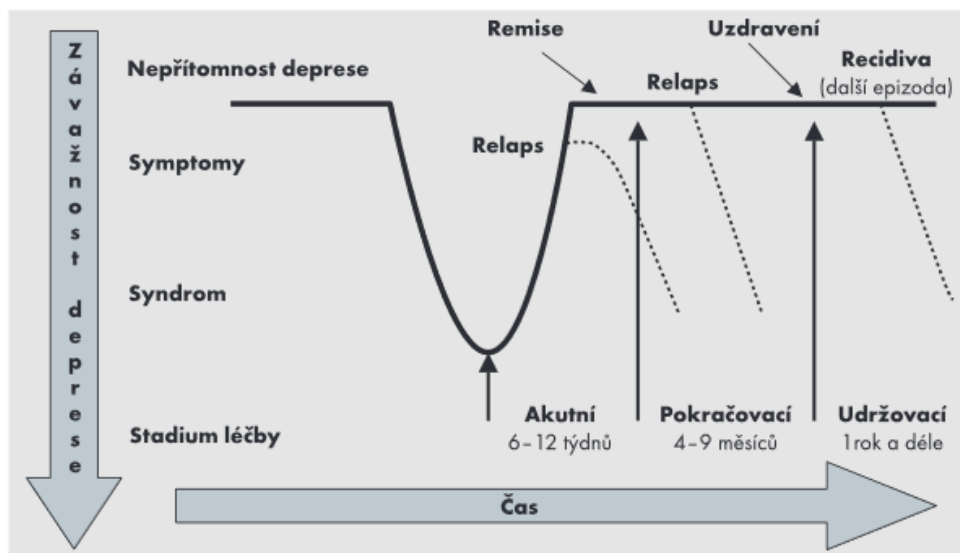
k nesprávnému závěru. Jedná se například o sebeobviňování z různých neštěstí, očekávání katastrof, hypochondrické bludy a popírání vlastní existence. Halucinace jsou poruchy vnímání, při kterých pacient vidí, slyší nebo cítí klamné vjemy [5].

Velmi obávaným symptomem depresí je suicidální tendence. Může se objevit i u lehkých depresivních poruch. Pacienti vnímají sebevraždu jako ukončení utrpení. Pokus o sebevraždu, ale i myšlenky na ni, jsou indikací k hospitalizaci [2, 5].

Často se k symptomům přidávají také somatické (tělesné) příznaky. Může docházet ke snížení libida, svírání na hrudníku a ke ztrátě chuti k jídlu s následným úbytkem hmotnosti. Téměř vždy se vyskytují u pacientů poruchy spánku. Typická je hyposomie (nospavost), ale může docházet i k hypersomnii (nadměrná spavost) [2, 3, 5].

6.1.2 Průběh deprese

Deprese se rozvíjí dny až týdny. Léčená deprese trvá přibližně 4-6 měsíců, neléčená 6-12 měsíců. Tato doba trvání je však velmi individuální. Až u 50 % pacientů může dojít k relapsu neboli znovupropuknutí nedolčené depresivní fáze. Jestliže dojde k rozvoji nové epizody v době remise, nazýváme tento stav recidivou [2]. Průběh depresivního onemocnění je znázorněn níže na obrázku číslo 1.

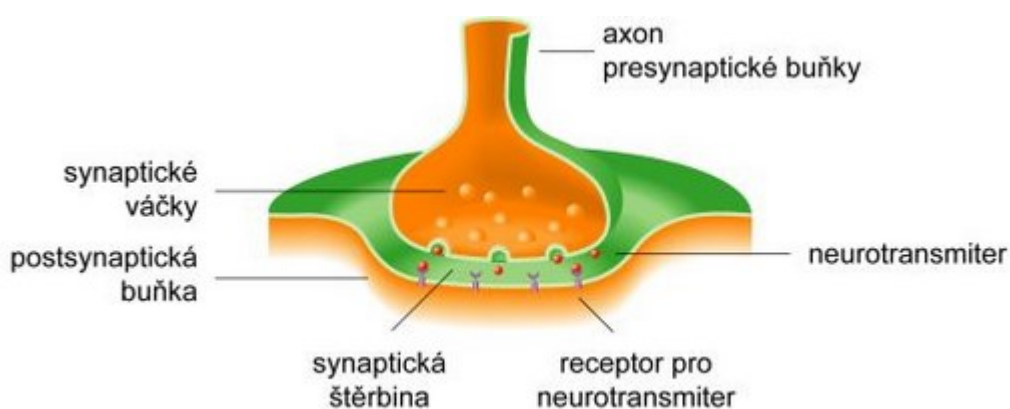


Obrázek 1 - Průběh deprese [6]

Zdroj: ANDERS, Martin, Jan ROTH. *Deprese v neurologické praxi*. Praha: Galén, 2000. strana 10. ISBN 80-86257-15-0. (převzato)

6.1.3 Patogeneze

Na patogenezi deprese se podílí především neurobiologické faktory. Jedná se zejména o odchylky v metabolismu mozkových mediátorů (noradrenalinu, serotoninu, dopaminu, GABA). Odlišnosti jsou nejen na úrovni synapsí, ale i na úrovni druhých posílů. Jako nejdůležitější se uvádí deficit serotoninu v interneuronální štěrbině. K tomuto stavu dochází buď nedostatečnou tvorbou v presynaptickém zakončení, nebo zvýšeným zpětným vychytáváním. Dále stav ovlivňují změny citlivosti a hustoty receptorů [5]. Na obrázku číslo 2 je znázorněna struktura synapse s neurotransmitery.



Obrázek 2 – Synapse s neurotransmitery [7]

Zdroj: KODÍČEK, Milan. *Biochemické pojmy*. Praha: Vydavatelství VŠCHT Praha, 2004. [Online] [Citace 23. 2. 2018] Dostupné z: https://vydavatelstvi-old.vscht.cz/knihy/uid_es-002_v1/figures/synapse.01.jpg. (převzato)

Vliv mohou mít také imunologičtí činitelé, kteří způsobí narušení celulární a humorální imunity a endokrinologické změny. Mezi endokrinologické změny patří narušení osy hypotalamus-hypofýza-nadledviny nebo hypotalamus-hypofýza-štítná žláza. Velkou roli v etiologii hraje genetika [5, 8].

6.1.4 Epidemiologie

Depresivní porucha je velmi časté onemocnění. Je dokázáno, že riziko výskytu deprese v běžné populaci je 5-16 %. V České republice je četnost onemocnění 15 %. Prevalence je velmi ovlivněna faktem, že je správně diagnostikováno pouze 20 % případů. A to hlavně z důvodu, že mnoho pacientů nejde se svými potížemi k lékaři.

V poslední době výskyt deprese ještě stoupá a začátek projevu tohoto onemocnění se posunuje do nižších věkových skupin. Poměr mužů a žen, kteří trpí touto nemocí, je přibližně 1:2. Celosvětové studie udávají, že ročně trpí depresivními poruchami až 300 milionů lidí všech věkových kategorií. V nejhorších případech může docházet k sebevraždám. Ročně kvůli nim ve světě umírá 800 000 lidí. Ve věku 15-29 let je to druhá nejčastější příčina smrti [1, 2, 5, 9].

V řadě případů se deprese nevyskytuje samostatně, ale doprovází jiné somatické onemocnění. Například u onemocnění s malignitou je nebezpečí vzniku deprese 45 %, u nemocí s náhlou cévní mozkovou příhodou je to 50 %. Deprese často zhoršuje průběh těchto somatických onemocnění [5].

6.2 Klasifikace

Deprese patří do kategorie tzv. afektivních poruch (diagnózy pod kódovým označením F30-F39), které jsou charakterizovány patologicky změněnou náladou. Obvykle dochází ke změně ve smyslu poklesu nálady (deprese), méně často k elaci (mánii). Depresivní onemocnění můžeme dělit podle různých kritérií. Klasifikace se provádí dle polarity, intenzity deprese nebo přítomnosti psychotických a somatických příznaků. Podle intenzity dělíme depresi na mírnou, středně těžkou a těžkou. Podle současné 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí bylo již zrušeno dělení deprese na endogenní a exogenní poruchy. Pozměněno bylo také dělení na unipolární a bipolární. Unipolární projev depresivních epizod se nyní nazývá rekurentní (periodická) depresivní porucha [2].

Tabulka 1 - Klasifikace deprese [2]

| |
|--|
| <p>Depresivní epizoda</p> <ul style="list-style-type: none"> ● mírná depresivní epizoda -bez/se somatickými příznaky ● středně těžká depresivní epizoda -bez/se somatickými příznaky ● těžká depresivní epizoda ● těžká depresivní epizoda s psychotickými příznaky |
| <p>Rekurentní (periodická) depresivní porucha</p> <ul style="list-style-type: none"> ● RDP, současná epizoda mírná -bez/se somatickými příznaky ● RDP, současná epizoda středně těžká -bez/se somatickými příznaky ● RDP, současná epizoda těžká ● RDP, současná epizoda těžká s psychotickými příznaky |
| <p>Bipolární afektivní porucha</p> <ul style="list-style-type: none"> ● BAP, současná epizoda mírné nebo středně těžké deprese -bez/se somatickými příznaky ● BAP, současná epizoda těžké deprese s psychotickými příznaky (dále zahrnuje: BAP, epizoda hypomanická, manická, manická s psychotickými příznaky) |
| <p>Organické afektivní poruchy</p> <ul style="list-style-type: none"> ● organická depresivní porucha (dále zahrnuje: organická manická porucha, organická bipolární porucha, organická smíšená bipolární porucha) |
| <p>Poruchy vyvolané účinkem psychoaktivních látek</p> <ul style="list-style-type: none"> ● reziduální afektivní porucha ● psychotická porucha s převahou depresivních příznaků |
| <p>Trvalé poruchy nálady</p> <ul style="list-style-type: none"> ● cyklothymie ● dysthymie |
| <p>Schizoafektivní porucha, depresivní typ</p> |

Zdroj: ANDERS, Martin a kol. *Depresivní porucha v neurologické praxi*. Praha: Galén, 2005. strana 29. ISBN 80-7262-306-0. (převzato)

RDP-rekurentní depresivní porucha, BAP-bipolární afektivní porucha

6.2.1 Organická afektivní porucha

Tato porucha se od ostatních liší tím, že příčinou je detekovatelná dysfunkce mozku. Ta může být primárním onemocněním mozku, poškozením mozku, nebo způsobena somatickým onemocněním. Tuto dysfunkci lze zjistit fyzikálním, laboratorním nebo zobrazovacím vyšetřením. Stejně jako ostatní poruchy je charakterizovaná změnou nálad. K remisi často dochází po odstranění příčiny [2, 10].

6.2.2 Depresivní epizoda

Diagnostika se týká pouze jedné epizody deprese, pokud by došlo k opakování, jednalo by se již o rekurentní depresivní poruchu. Depresivní epizoda, která není léčená, může po 6-12 měsících vymizet, nebo přejít do chronické podoby.

Podle intenzity obtíží ji dělíme na [2, 11]:

- lehkou depresivní epizodu
 - depresivní nálada, ztráta zájmu, únava
 - žádný ze symptomů není intenzivní
 - léčení ambulantně bez pracovní neschopnosti
- středně těžkou depresivní epizodu
 - intenzivnější depresivní příznaky
 - neslučitelná s plným pracovním výkonem
- těžkou depresivní epizodu bez psychotických příznaků
 - ztráta sebeúcty, pocit viny
 - vysoké riziko sebevraždy
 - většinou nutná psychiatrická hospitalizace
- těžkou depresivní epizodu s psychotickými příznaky
 - přítomnost bludů, halucinací nebo stuporu
 - většinou nutná psychiatrická hospitalizace

6.2.3 Bipolární afektivní porucha

Bipolární afektivní porucha se projevuje depresivním stavem i stavem mánie. Její diagnostika je obtížná a bývá často špatně označena za klasickou depresivní poruchu. To je způsobeno především tím, že pacienti vyhledají lékařskou pomoc ještě před proběhlou manickou fází. Na začátku nemoci je většinou depresivní fáze, která trvá déle než u unipolární depresivní poruchy. Toto onemocnění začíná již v nižším věku. Průměrný věk vzniku je okolo 21 let, ale může se vyskytovat v jakémkoliv věku. Bipolární afektivní porucha se vyskytuje stejně často u mužů i u žen. Vznikat může jako důsledek infekčních onemocnění, závažných životních událostí, nebo v období puberty, klimakteria a stárnutí. Častěji se symptomy projevují na jaře a na podzim. Hlavním znakem jsou také ranní pesima. U bipolární deprese hrozí vyšší

riziko užívání návykových látek a sebevražd. V léčbě se využívají antidepresiva a stabilizátory nálady. Vlivem léčby nesmí dojít k přesmyku z depresivní fáze do manické [10, 12, 13].

6.2.4 Rekurentní (periodická) depresivní porucha

Tato porucha se vyskytuje dvakrát častěji u žen než u mužů. Dochází k periodickému opakování depresivních epizod bez manického či hyperaktivního chování. Jednotlivé epizody mohou trvat 3 až 12 měsíců a vyléčení mezi nimi je úplné. Problémy se vyskytují především na jaře a na podzim. Zřídka dochází k přechodu do trvalé poruchy. Tato deprese může být způsobena onemocněním mozku, psychoaktivními látkami, nebo může provázet somatická onemocnění [10, 11, 12].

6.2.5 Trvalé poruchy nálady – cyklothymie, dysthymie

Dysthymie je slabá deprese, která trvá několik let a někdy i celoživotně. Obvykle vzniká v období dospívání. Vznik později v dospělosti souvisí hlavně se ztrátou blízké osoby. Hlavním příznakem je váhavost a ztráta sebeúcty. Pacienti trpící touto poruchou se cítí unaveně a sklesle, jsou ovšem schopni vykonávat každodenní činnosti. Pro její diagnostiku musí být splněna podmínka trvání více než dva měsíce v období dvou let [2, 3, 11].

Cyklothymie je trvalá porucha nálady, při které dochází k mírnému kolísání mezi depresí a povznesenou náladou. Většinou začíná už v časně dospělosti a rozvíjí se velmi pomalu. Pro diagnostiku je důležitá doba trvání alespoň dva roky. Často se vyvíjí v bipolární afektivní poruchu [2, 11, 12].

6.2.6 Deprese u dětí

Mnoho lidí se domnívá, že dětské trápení trvá pouze chvíli. Depresivní onemocnění dětí je však stejně závažné jako u dospělých. Deprese dětí je velmi odlišná od deprese dospělých. Příznaky bývají často skryty za jiné, což znemožňuje její diagnostiku. U dítěte, které bude mít v budoucnu větší sklon k depresím, lze pozorovat určité odchylky. Mezi ně patří externalizované problémy, které jsou viditelným

problémem v chování, jako například hyperaktivita. A internalizované, které se projevují emočními problémy, jež mohou upozorovat rodiče [14, 15].

Před pubertálním obdobím jsou k depresi náchylnější spíše chlapci než dívky. Pokud depresí trpí otec, zvyšuje se riziko vzniku onemocnění hlavně u chlapců. Nejčastější příčinou depresí u dětí bývá malá porodní hmotnost, problémový porod, genetické faktory a špatné rodinné vztahy. Dále se také na rozvoji onemocnění podílí počet sourozenců, pořadí narození a tragické události. Větší predispozici k rozvoji deprese mají jedináčci. Léčba u dětí se od terapie deprese dospělých liší. Téměř vše, co funguje u dospělých, nefunguje u dětí a dospívajících. Míra sebevraždy u této věkové skupiny je velmi vysoká. První volbou léčby jsou selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI). V psychoterapeutické léčbě se využívá zejména kognitivně-behaviorální přístup [14, 15, 16].

6.3 Rizikové faktory

6.3.1 Dědičnost

Genetické faktory hrají u tohoto onemocnění velkou roli. Nedědí se přímo deprese, ale pouze vyšší predispozice k rozvoji choroby. U příbuzných osoby, která trpí depresí, je výskyt poruchy až 1,5-3krát vyšší než v celkové populaci. Pokud je depresí postižen jeden z rodičů, riziko výskytu onemocnění je u dítěte 10-13 %. Problémem genealogických studií je, že za dědičností deprese nestojí pouze jeden gen, ale více genetických variací a vliv životního prostředí. Za hlavní gen, který souvisí s depresí, se považuje serotoninový transportní gen. Důvod je především ten, že na tento systém působí řada antidepresiv [2, 3, 17].

U žen je výskyt deprese dvojnásobný než u mužů. To je zdůvodňováno především sociálními faktory a vnějšími podmínkami. Na ženy je mnohdy kladen větší tlak ve směru výchovy dětí a péče o domácnost. Výsledky také ovlivňuje fakt, že muži většinou neprojevují příliš emoce a nechtějí se se svými problémy obracet na lékaře [4].

6.3.2 Stres

V životě nastává mnoho stresujících událostí, které se mohou podílet na vzniku deprese. Stres může vést k depresi, pokud se jedná o náhlou velmi zdrcující událost, nebo pokud přetrvává dlouhodobě. Deprese většinou nastává půl roku po stresující události [3]. Mezi hlavní stresující události patří:

Smrt blízké osoby

Utrpení způsobené ztrátou blízké osoby velmi často vyvolává depresivní stavy. Normální zdraví jedinci projdou přirozenou fází smutku, která trvá přibližně šest měsíců. Jestliže ale smutek přejde do deprese, je nutné vyhledat lékařskou pomoc. V případě, že dítě ztratí v dětství jednoho z rodičů, může být v dospělosti náchylnější k rozvoji deprese [3].

Vážná nemoc

Šok, který nám způsobí diagnóza vážné nemoci může vést ke ztrátě sebeúcty a k rozvoji deprese. Stejná situace také nastává, pokud vážně onemocní blízká osoba. Bezmocnost a strach o blízké vyvolá depresivní stavy. Časté je také toto onemocnění u invalidních pacientů, kteří jsou odkázáni na pomoc druhých a jsou často izolováni od okolí [3].

Sexuální zneužívání

Sexuální nebo tělesné zneužívání v dětství může mít za následek rozvinutí depresivního onemocnění v dospělosti. Deprese se u dospělých i dětí vyskytuje jako součást posttraumatické stresové poruchy, která následuje po prožitém šoku [3].

Problémy v zaměstnání nebo ve škole

Sklony k depresím často mívají lidé, kteří jsou dlouhou dobu nezaměstnaní, nebo lidé, kteří o práci právě přišli. Onemocnění u nich často vzniká v souvislosti se ztrátou naděje na získání práce. Dalším faktorem vzniku deprese může být naopak přepracovanost a velký pracovní tlak. Úroveň deprese souvisí s tím, jak hodně je člověk v práci vystaven stresu, závažnému rozhodování a zodpovědnosti. Velký výskyt deprese je tedy například u lékařů. Zaměstnanci s depresí jsou nepozorní a v důsledku toho dochází častěji k úrazům a nehodám. Proto je velmi důležité zahájit léčbu včas. Deprese mohou vzniknout také jako následek neúspěchu ve škole, při zkouškách, či při přijímacích zkouškách. Na děti je v některých případech vyvíjen velký tlak ze strany rodičů na studijní výsledky. Děti, které nejsou schopné plnit požadavky rodičů, mají často velké predispozice k rozvoji deprese [4, 18].

Šikana

Z dlouhodobého pohledu vede šikana k poškození fyzického a psychického zdraví jedince. Ponižování vede ke ztrátě důvěry a přetrhání citových vazeb. Vlivem toho může docházet k rozvoji deprese. K šikaně může docházet také u dospělých na pracovišti [19].

Rodinné problémy

Rodinné vztahy hrají důležitou roli v životě každého jedince. Proto mají různé spory, rozvody či rozchody velký vliv na rozvoj depresivního onemocnění. Rozvod je velmi stresující záležitost a pokud se k němu připojí další nepříjemnosti, může být spouštěčem depresivního onemocnění. Rozvod rodičů je také velkou zátěží pro děti a dospívající. Často špatně snášejí změny v rodině a nestabilitu, která doprovází odloučení rodičů. Dalším zdrojem konfliktů v rodině mohou být finanční problémy, ty negativně vnímají hlavně adolescenti ve věku 20-23 let. Důležitým faktorem je také výchova v dětství. Lidé, kteří měli náročné a kritické rodiče, mají v dospělosti vyšší riziko vzniku deprese [3, 4, 20].

6.3.3 Strava

Je známo, že určitý typ stravy může podpořit vznik deprese. Jedná se hlavně o cukr a sladká jídla, včetně těch s obsahem medu a melasy. Další negativně působící látkou je kofein. Tyto látky mohou vyvolat abstinenční příznaky. Kofein navíc ničí vitamín B, který pomáhá v boji se stresem. Prokázána je také souvislost mezi depresí a nedostatkem minerálů a vitamínů. Jedná se především o nedostatek draslíku, vápníku, sodíku, zinku a vitamínu B₁₂ [4, 21].

6.3.4 Onemocnění

K rozvoji depresí mohou vést duševní i somatické nemoci. Někdy k vyvolání deprese pacientovi stačí jen pocit, že je vážně nemocný a má starost o své zdraví. Mezi choroby, které nejčastěji doprovází deprese patří [2]:

Infekční onemocnění

Infekce postihuje CNS a vyvolává u řady jedinců mnoho psychopatologických symptomů. Viry mohou napadat neurony a glie a následkem toho dochází k apoptóze. Dále také vazbou na receptory pro neurotransmitery vyvolávají změny v monoaminergní neurotransmisí. Deprese se v těchto případech projevuje nespecifickými příznaky, jakou jsou bolest hlavy, záchvaty a porucha pozornosti. Dále je také přítomna porucha spánku a nechutenství. Mezi infekční agens, která nejčastěji vyvolávají depresi, patří *Borrelia burgdorferi*, *Treponema pallidum*, HIV

a *Borna virus*. Při přeléčení infekce nemusí dojít k odeznění depresivních symptomů, proto musí být deprese léčena obvyklým způsobem [2].

Epilepsie

Deprese se vyskytuje u pacientů s epilepsií 4 až 5krát častěji než v běžné populaci. Riziko sebevraždy je až 5krát vyšší. Podle toho, v jaké návaznosti na záchvat se deprese vyskytuje rozlišujeme:

1. Iktální deprese – je jedním ze symptomů epileptického záchvatu; psychické problémy provází záchvaty až u 25 % pacientů s epilepsií; ve většině případů se jedná pouze o úzkost, ale může docházet i k příznakům depresivním; jedná se o sebevražedné myšlenky, pocit viny a neschopnost radovat se
2. Periiktální a postiktální deprese – tyto deprese se objevují několik dnů či hodin před záchvatem, nebo po něm přetrvávají
3. Interiktální deprese – tato deprese není časově vázána na záchvat, většinou má chronický průběh a přetrvává řadu let; není přímo reakcí na epileptické onemocnění; projevuje se podobně jako chronická dystymie [2]

Rozdíl mezi klasickou depresivní poruchou a depresí u pacienta s epilepsií je uveden v tabulce [2]:

Tabulka 2 - Klinické rozdíly mezi primární depresí a organickou depresivní poruchou u epilepsie [2]

| DP v běžné populaci | DP u nemocných s epilepsií, IDD |
|---|--|
| Dobře klasifikovatelná | Obtížnější zařazení do současných klasifikačních systémů |
| Jasně fáze deprese | Chronická subdeprese, dysthymie |
| Prožitek smutku trvalý | Pocity prázdnoty, mrzutost, anergie, atypická bolest, úzkost, strach, iritabilita, hněv |
| | Nestálost kvality i tíže příznaků |
| Předčasné probouzení | Porucha všech fází spánku |
| Kontinuum depresivních příznaků | Epizody euforie i v průběhu deprese |
| Po odeznění depresivní fáze většinou bez následků | Při neléčené depresi brzká chronifikace |
| Trvání neléčené fáze: měsíce | Trvání neléčené deprese: roky, riziko vzniku poruch osobnosti a dalších psychických poruch |

Zdroj: ANDERS, Martin a kol. *Depresivní porucha v neurologické praxi*. Praha: Galén, 2005. strana 160. ISBN 80-7262-306-0. (převzato)

DP = depresivní porucha, IDD = porucha nálady v období mezi záchvaty

Poruchy příjmu potravy

Deprese se vyskytuje až u 25-50 % pacientů s poruchou příjmu potravy. Depresivní stav může být v tomto případě vyvolán malnutricí. Deprese zvyšuje pravděpodobnost návratu již vyléčené poruchy. Riziko sebevraždy je u pacientů s anorexií nebo bulimií vyšší než u ostatních psychiatrických onemocnění. Až 5,7 % pacientů s anorexií a až 28 % pacientů s bulimií se někdy v životě pokusilo o sebevraždu [4, 22].

Cévní mozková příhoda (CMP)

Deprese vznikající jako následek cévní mozkové příhody neboli PSD (post-stroke depression), je v posledních letech velmi častá. Značně ovlivňuje prognózu onemocnění, kvalitu života a prodlužuje dobu hospitalizace. Riziko vzniku trvá až dva roky od výskytu cévního onemocnění. Dle MKN-10 je PSD řazena mezi tzv. organické poruchy. Příčinou bývá narušení rovnováhy neurotransmiterů, především katecholaminů a serotoninu. Předpokládá se, že postižení levé hemisféry podporuje spíše vznik deprese a postižení pravé hemisféry podporuje vznik mánie. Rizikovými faktory pro rozvoj PSD je předchozí iktus, vysokoškolské vzdělání, dědičná predispozice k depresi nebo závažná životní událost. Větší výskyt je také u žen, u pacientů v nemocnicích a ústavech, nebo u rozvedených lidí [2].

Kardiologické onemocnění

U kardiovaskulárních onemocnění se deprese vyskytuje velice často, jelikož je pro pacienta velikou psychickou zátěží. Pacient je nucen omezit některé své koníčky nebo zvyky. U ischemické choroby srdeční je prevalence deprese 20-30 %, u infarktu myokardu 15-45 % a u náhlé cévní mozkové příhody 20-60 %. Lékem první volby jsou antidepressiva ze skupiny SSRI [4, 10].

Syndrom demence

Deprese se vyskytuje především v počátcích onemocnění, kdy pacient ještě vnímá postupný úpadek paměti. Vědomí, k čemu nemoc spěje, vede k depresivním reakcím. V těžších případech jsou uplatňovány spíše poruchy neurotransmiterů. Nejčastěji se deprese objevuje u ischemicko-vaskulární demence a u Huntingtonovy choroby. U Alzheimerovy choroby je četnost výskytu nižší [2].

Kraniocerebrální poranění

Poranění mozku a míchy je velmi častou příčinou úmrtí. Dochází k němu převážně při autonehodách a kriminálních činech. Prevalence deprese po kraniocerebrálním poranění může být až 77 %. K propuknutí deprese může dojít v různém časovém období po úrazu. S rozvojem deprese také stoupá riziko sebevraždy. Na patofyziologii se podílejí nejen biologické faktory, ale i posttraumatické psychosociální faktory [2].

Mozkové nádory

Deprese mohou být způsobeny jednak vlastním onemocněním, ale také radioterapií a chemoterapií. K rozvoji také přispívají sociální faktory, ztráta zaměstnání a finanční potíže. Hlavní roli ovšem hraje psychologický dopad špatné diagnózy na pacienta. Prevalence deprese u nádorových onemocnění mozku je 7,9-39 %. Vyšší riziko vzniku deprese se udává u žen s intrakraniálním nádorem a u žen s tumorem v levé hemisféře. Přesný důvod ale znám není. V terapii se uplatňují především antidepresiva [2].

Parkinsonova nemoc

Deprese se vyskytuje u 50-90 % pacientů s Parkinsonovou nemocí. Při diagnostice nastává problém, jelikož některé symptomy Parkinsonovy nemoci a deprese se překrývají. Jedná se především o motorické zpomalení, poruchu spánku, únavu, váhový úbytek a ztrátu zájmu. Rizikovými faktory pro vznik deprese u tohoto onemocnění je vyšší věk, ženské pohlaví, rodinná anamnéza, rozvoj onemocnění v mladším věku a bradykineze [16].

6.3.5 Léky

Některé léky mohou jako vedlejší účinek vyvolávat depresivní stavy. Deprese vznikne jako důsledek ovlivnění rovnováhy hormonů, úbytku mediátorů (především katecholaminů) nebo zásahu do metabolismu druhých a třetích poslů. Dále může depresi způsobit ozařování při léčbě onkologických onemocnění. Skupiny léků negativně ovlivňující depresi jsou [4, 5]:

- léky na snížení krevního tlaku

- léky proti rakovině
- léky na epilepsii
- léky proti alergiím
- léky na nespavost
- léky proti Parkinsonově chorobě
- steroidy

6.3.6 Nedostatek světla

Nedostatek denního světla má velký vliv na rozvoj depresivních poruch. Pacienti často popisují zhoršení nebo vznik svých potíží na podzim a v zimě. Tento typ deprese se nazývá tzv. sezónní afektivní porucha. Průměrný věk počátku tohoto onemocnění je 13 let, ale výskyt je především u starších nepohyblivých lidí, kteří jsou v místnostech s nedostatečným osvětlením. Prevalence této deprese je až 9,7 % a liší se podle zeměpisné šířky. K léčbě a prevenci se používá zejména světelná terapie. Kognitivně-behaviorální terapie a antidepressiva jsou v léčbě taky velmi účinné.

Hlavními příznaky u těchto poruch jsou [12, 22, 23, 24]:

- zvýšená potřeba spánku
- zvýšená chuť na sladké
- ztráta libida
- ztráta zájmu o okolí
- poruchy usínání
- oslabení imunitního systému
- citové otupení

6.3.7 Menstruační cyklus

V průběhu menstruačního cyklu a menopauzy nastává mnoho hormonálních změn, které mohou přispět k depresi. Během menstruačního cyklu trpí 75 % žen psychickou nepohodou. U 3-8 % z nich se tyto potíže rozvinou v premenstruální dysforickou poruchu. Podmínkou diagnostiky je, že pacientka trpí nejméně rok alespoň pěti z hlavních příznaků:

- apatie
- emoční labilita
- vztek
- depresivní nálada
- porucha pozornosti
- změna chuti k jídlu
- zvýšená nebo snížená potřeba spánku

Období klimakteria je poslední období, při kterém ženy trpí depresemi častěji než muži. Menopauzu doprovází řada vegetativních, tělesných a psychických příznaků. Pokud ovšem dojde k vystupňování těchto příznaků, je nutná konzultace s odborníkem a následná léčba. Mezi vegetativní příznaky patří nadměrné návaly horka nebo chladu, které narušují spánek. Tělesné příznaky se projevují především jako atrofické změny kůže, orgánů a prsou. V důsledku toho dochází k zvýšení rizika kardiovaskulárních onemocnění. Psychické příznaky se projevují zejména zhoršením depresivních stavů, poklesem libida, ztrátou energie a emoční labilitou [22].

6.3.8 Těhotenství

Díky hormonálním změnám, které nastávají v těhotenství, se velmi zvyšuje riziko vzniku depresivních poruch nebo její recidivy. Ženy, které již depresí trpěly, mají až 5krát vyšší riziko návratu nemoci v těhotenství. Úzkostné stavy a poruchy nálad, které se projevují v období těhotenství, se po porodu mnohdy změny v depresivní stavy. Větší riziko nastává u žen s partnerskými konflikty, osamělým životem, nižším věkem nebo nízkými příjmy [22].

Incidence v 1. trimestru je 7,4 %, v 2. trimestru 12,8 % a ve 3. trimestru 12 %. Nižší výskyt deprese v prvním trimestru může být ovlivněn i tím, že pacientky často vyhledávají pomoc až v pozdější fázi těhotenství. Často bývá obtížné rozlišit somatické symptomy deprese a těhotenství. Včasná diagnostika deprese v těhotenství a po porodu je však velmi důležitá pro zdravotní stav matky i dítěte. Žena trpící depresí není často schopna starat se o sebe ani o novorozeně. Neléčená deprese může vyvolat řadu komplikací. Například nízkou porodní váhu, předčasný a komplikovaný porod.

Zvyšuje se riziko zanedbání dítěte, protože matka není schopná se o něj postarat. Časté jsou také případy, že se matka pokusí o sebevraždu společně s dítětem [22].

Při léčbě se musí postupovat velmi opatrně, aby nedošlo k poškození plodu ani matky. První volbou léčby je psychoterapie, především kognitivně-behaviorální typ. Při terapii psychofarmaky se využívá nejmenší možná terapeutická dávka. Doporučuje se léky vysadit dva týdny před porodem a začít je užívat znovu po porodu [10, 22].

6.3.9 Závislost

Depresivní onemocnění a různé závislosti spolu úzce souvisí. Týká se to především alkoholismu, závislosti na psychotropních látkách a závislosti na nikotinu. Závislost na návykových látkách často vzniká jako důsledek depresivních poruch. Také ale může docházet k opačné situaci, kdy je depresivní porucha vyvolána vlivem závislosti. K rozvoji depresivních příznaků dochází v některých případech i při léčbě abstinčního syndromu nebo při léčbě nemocí způsobených konzumací návykových látek. Užíváním psychoaktivních látek dochází nejen k rozvoji deprese, ale také suicidálního chování [22].

Americká studie NCS (National Comorbidity Survey) prokázala dvojnásobné riziko rozvoje deprese u lidí se závislostí na alkoholu. Je patrné, že závislost a deprese souvisejí se změnami ve stejných systémech neurotransmiterů. Mají tedy společnou etiologii [22].

Mezi psychoaktivní látky vyvolávající deprese řadíme [10]:

- opiáty, opioidy – kodein, opiová tinktura
- cannabinoidy – marihuana, hašiš
- sedativa, hypnotika – alprazolam, bromazepam, flunitrazepam, diazepam
- kokain
- stimulancia – adrenalin, noradrenalin, metamfetamin, efedrin
- halucinogeny – psilocybin, mezkalin, bufotein

6.3.10 Životní etapy

V průběhu života prochází člověk mnoha fázemi a situacemi, které jsou charakteristické pro určité věkové období. Z toho důvodu může deprese v různém věku vznikat z různých příčin. Ve věku 17 až 22 let dochází k tzv. „krizi rané dospělosti“. Lidé v tomto období řeší začlenění a uplatnění ve společnosti a budují svoji osobnost. Mezi 28. a 30. rokem se objevuje „krize třicátníků“. Jedinci se zaměřují na ideu kariérního postupu, zakládání rodiny, vytváření autority a rozvoj sebedůvěry. Ve věku 40-45 let následuje „krize středního věku“. Lidé přehodnocují svůj život a úspěchy v životě. Často také přemýšlejí o blížícím se konci a vlastní smrtelnosti. Toto uvažování většinou provázejí pochybnosti. Mnozí se rozhodnou pro výraznou životní změnu. Další fází je „krize šedesátníků“, která souvisí s koncem kariéry, pocitem stárnutí a vlastní nepotřebnosti. Stárnutí je pro psychickou pohodu člověka velmi náročné a někteří lidé se s tím těžko srovnávají [25]. Příčin vzniku deprese ve stáří je celá řada. Důvody můžeme rozdělit do třech kategorií:

1. chronický stres, chronické onemocnění
2. negativní životní události
3. strukturální změny v mozku

Příčinou mohou být i události spojené s vyšším věkem, jako je odchod dětí na školu, z domova, případně jejich sňatek. Stárnutí může být spojeno s pocitem prázdnoty, bezradnosti, smutku a opuštěnosti. Tento stav se nazývá syndrom opuštěného hnízda a trpí jím především ženy [22, 25].

Symptomy ve stáří se liší od běžných symptomů. Pacienti převážně trpí hypochondrií, strachem ze somatických nemocí, pseudodemencí a může docházet ke změně povahy. Méně si pacienti stěžují na zhoršenou náladu. Léčba u starších pacientů bývá velmi úspěšná, používají se zejména selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu [22].

6.4 Diagnostika

Základním problémem diagnostiky deprese je skutečnost, že se toto onemocnění u každého člověka projevuje jiným způsobem. Pokud jsou ale příznaky plně vyjádřeny, je nemoc dobře diagnostikovatelná. Prvním krokem je odlišení primární deprese (tj. vlastní afektivní porucha) od deprese symptomatické, která vzniká následkem jiné nemoci. Mezi somatická onemocnění, která mohou být doprovázena depresí, patří poškození CNS, maligní tumory, infekce, deficity, endokrinní poruchy a jiné [2, 4].

Dle MKN-10 lze za depresi považovat stav, při kterém jsou přítomny dva hlavní a alespoň dva vedlejší příznaky uvedené níže. Další podmínkou je délka trvání příznaků, která musí být alespoň dva týdny.

Hlavní příznaky

- dlouhodobě trvající smutek
- zřetelné snížení zájmu nebo schopnosti prožívat potěšení z různých aktivit
- snížení energie a výrazná unavitelnost

Vedlejší příznaky

- snížené soustředění a pozornost
- snížené sebevědomí
- pocit viny
- pesimistický pohled na budoucnost
- sebevražedné myšlenky, sebepoškozování
- poruchy spánku
- nechutenství [11]

6.5 Léčba

Cílem léčby depresivních onemocnění je v první řadě navázání kontaktu s pacientem, zmírnění až odstranění příznaků a snížení rizika sklonu k sebevraždě. Dalším krokem je navrácení nemocného k práci a osobnímu životu. Důležité je také zabránit návratu onemocnění. K léčbě se používá řada metod [5].

6.5.1 Farmakoterapie

Skupina léků používaných pro léčbu deprese se nazývá antidepresiva. Princip fungování antidepresiv je kompenzace monoaminů v synapsích centrální nervové soustavy. Pro účinnou terapii deprese je nutné splnit tři podmínky [2]:

1. správné antidepresivum
2. správná dávka
3. správná délka podávání

Farmakoterapie by neměla být první volbou léčby u mírné deprese a u dětí. Využívá se především při terapii středně těžké a těžké deprese. Antidepresivum musí být bezpečné, účinné a dobře snášené. Velmi důležité je také správné dávkování. Nejdříve je nutné využít plnou terapeutickou dávku, pokud není vidět žádný efekt, je dané antidepresivum neúčinné. K výraznému snížení příznaků dochází po 4-6 týdnech, plnou remisi lze očekávat do 8 týdnů. Přesto je po vyléčení deprese nutné pokračovat v léčbě nejméně půl roku, aby se zabránilo relapsu. Terapii je možné tedy rozdělit do tří fází. První fází je akutní léčba, která trvá 6-12 týdnů. Je zaměřena hlavně na vymizení symptomů. Druhou fází je pokračovací léčba, která trvá 4-9 měsíců a jejím cílem je prevence relapsů. Třetí fáze je tzv. udržovací (profylaktická) léčba, která se zaměřuje na předcházení recidiv [2, 5].

Klasifikaci léčiv dle primárního biochemického účinku ukazuje níže uvedená tabulka:

Tabulka 3 - Rozdělení antidepresiv [12]

| Inhibitory vychytávání monoaminů | | |
|---|---------------------------|---|
| I. generace | tricyklika, tetracyklika | imipramin, amitriptylin, nortriptylin, clomipramin, dibenzepin, dosulepin |
| II. generace | heterocyklika | maprotilin |
| III. generace | SSRI | fluoxetin, fluvoxamin, citalopram, paroxetin, sertralin, escitalopram |
| | SARI | trazodon, nefazodon (není registrován v ČR) |
| | NARI | reboxetin, atomoxetin |
| IV. generace | SNRI | venlafaxin, milnacipran, duloxetin |
| | NaSSa | mianserin, mirtazapin |
| | NDRI | bupropion |
| Inhibitory biodegradace | | |
| | I. generace: neselektivní | ireverzibilní – tranylcypromin (IMAO) |
| Inhibitory MAO | II. generace: selektivní | I-IMAO-A: reverzibilní – moclobemid (RIMA) I-IMAO-B: ireverzibilní – selegilin |
| Ostatní | SRE jiné RUI MASSA | tianeptin extrakt z třezalky agomelatin |

Zdroj: DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. Diagnostika a terapie duševních poruch. Druhé, přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. strana 411-412. ISBN 978-80-247-4826-9. (převzato a upraveno)

SSRI = selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu, **SARI** = agonisté serotoninu a inhibitory zpětného vychytávání serotoninu, **NARI** = inhibitory zpětného vychytávání noradrenalinu, **SNRI** = selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu, **NaSSa** = noradrenergní a specificky serotonergní antidepresiva, **NDRI** = selektivní inhibitory zpětného vychytávání noradrenalinu a dopaminu, **IMAO** = ireverzibilní inhibitor monoaminoxidázy typu A, **RIMA** = reverzibilní inhibitor monoaminoxidázy typu A, **SRE** = stimulanty zpětného vychytávání serotoninu, **RUI** = reuptake inhibitory, **MASSA** = agonisté melatoninových receptorů a antagonisté serotoninových receptorů

Mezi nejstarší skupinu léků patří tricyklická antidepresiva. Tato skupina antidepresiv funguje na principu inhibice zpětného vychytávání noradrenalinu

a serotoninu. Jejich účinnost je vysoká, ale nevýhodou je mnoho vedlejších účinků. V současné době jejich využití klesá. Mezi novější typy patří léky ze skupiny SSRI a inhibitory monoaminoxidázy typu A. K léčbě mírných depresí se čím dál více využívají léčivé přípravky s výtažky z třezalky tečkované [26].

K ukončení léčby antidepressivy musí docházet postupně. Vysazování léků by mělo probíhat v průběhu několika týdnů pod stálým dohledem lékaře. Pokud jsou léky vysazeny okamžitě po odeznění symptomů je riziko návratu deprese až 60 % [27].

6.5.2 Psychoterapie

Psychoterapie je při léčbě deprese, ale i jiných duševních onemocnění, velmi důležitá. Využívá se hlavně při terapii lehkých a středně těžkých depresí. Psychoterapie zahrnuje mnoho verbálních i neverbálních postupů, které lze dělit na skupinové a individuální. Mezi hlavní klady psychoterapie patří to, že na rozdíl od psychofarmak nemá žádné nežádoucí účinky a může být efektivní v případech, kdy farmakoterapie selhává. Hlavní nevýhodou je fakt, že u středně těžkých nebo těžkých depresí ji nelze aplikovat samostatně. Tato léčba je velmi časově náročná a může být i finančně nákladná [2, 10].

Výsledek léčby lze pozorovat později (po 6 až 8 týdnech) než u farmakoterapie (po 4 až 6 týdnech), ale bývá stálejší. Efekt závisí na spolupráci pacienta s terapeutem. Psychoterapie není účinná u všech nemocných, 10-40 % pacientů ji nedokončí. Hlavním cílem prvního sezení je vytvoření vztahu mezi terapeutem a pacientem. Následně může být do terapie zapojena i rodina. Mezi základní typy psychoterapie patří následující [2].

6.5.2.1 Kognitivně-behaviorální terapie

Tato metoda vznikla spojením behaviorální a kognitivní terapie. Behaviorální terapie zahrnuje plánování činností, nácvik sebekontroly, sociálních dovedností a řešení problémů. Dále se také zaměřuje na monitorování nálady a její změny. Kognitivní terapie má za cíl napravit pacientovo tzv. maladaptivní myšlení. Maladaptivní myšlení zahrnuje negativní uvažování, nízké sebevědomí a sebedoceňování. Kognitivně-behaviorální terapie je založena na teorii, že zranitelnost pacienta je vrozená. Pokud u této osoby dojde ke stresujícímu zážitku,

může být vyvolána deprese. Metaanalytické studie označují tuto metodu za účinnější, než je farmakoterapie. Při léčbě středně těžkých a těžkých depresí však není tak účinná [2, 5, 10].

6.5.2.2 Rodinná nebo manželská terapie

Manželské nebo rodinné rozpory bývají častým faktorem vzniku deprese a často také vedou k rozvoji relapsu nebo recidivy. Předpokládá se, že náprava rodinných nebo manželských vztahů vede k efektivní léčbě depresivních onemocnění. Je velmi důležité, aby se vyléčený pacient vrátil do „příznivého klimatu“ bez hádek a výčitek. Rodinní příslušníci často nevědí, jak se k nemocnému chovat, proto je nutné, aby se také účastnili sezení u lékaře [28].

6.5.2.3 Dynamická psychoterapie

Tato terapie je vhodná pro pacienty s výskytem dlouhodobého sníženého sebevědomí nebo s nevyřešenými spory. Terapie pomáhá pacientovi porozumět svému podílu na problémech. Základem je vytvoření náhledu na konflikty, čímž dojde k odeznění depresivních symptomů. Cílem není potlačení symptomů, ale restrukturalizace osobnosti [2, 5, 28].

6.5.2.4 Rogersovská terapie

Rogersovská terapie neboli „léčba zaměřená na klienta“ podporuje samostatný rozvoj pacienta. Je založena na otevřeném rozhovoru. Role terapeuta je pouze pasivní a je omezena na zaznamenávání pacientových emocí. Úkolem terapeuta je zajistit bezpečné prostředí, kde může pacient projevit své emoce a věnovat se samostatnému rozvoji [2, 28].

6.5.3 Ostatní metody

6.5.3.1 Elektrokonvulzivní terapie (EKT)

Tato metoda je velmi účinná a používá se, především pokud je nutný okamžitý léčebný efekt. EKT je metodou první volby u těžkých depresí s odmítáním tekutin a potravy a u suicidálního rizika. Může být také použita, pokud nemohou být podávány antidepresiva. Provádí se pouze na psychiatrických pracovištích a za plné anestezie. Principem je vyvolání epileptiformního záchvatu pomocí elektrod. Ty jsou přikládány buď bilaterálně (na spánkové oblasti) nebo unilaterálně (jedna elektroda umístěna temporálně, druhá okcipitálně) [12].

Účinnost EKT je velmi vysoká, dosahuje až 60-80 %. Po 2 až 4 týdnech dochází k maximu účinku. Letalita je přibližně 0,2 úmrtí na 100 000 provedených EKT a způsobují ji hlavně kardiovaskulární komplikace. Mezi kontraindikace jsou řazeny demyelinizační onemocnění, odchlípení sítnice a feochromocytom. Těhotenství, epilepsie, ani vysoký věk tuto techniku neovlivňují [2, 12].

6.5.3.2 Repetitivní transkraniální magnetická stimulace (rTMS)

Repetitivní transkraniální magnetická stimulace představuje neinvazivní technologii, která je založena na stimulování neuronů mozkové kůry. Stimulace probíhá na principu magnetické indukce a je zcela bezbolestná. Používají se krátkodobé pulsy magnetického pole, které jsou aplikovány do stejné části mozku několikrát za minutu. Oscilace magnetického pole vyvolá změnu aktivity neuronů [2, 12].

Výhodou rTMS je, že není potřeba anestezie, lze ji tedy provádět ambulantně. Tato metoda se využívá, pokud není možné aplikovat psychofarmaka, nebo pokud dosavadní léčba není účinná. Mezi kontraindikace patří epilepsie, kovové předměty v hlavě nebo kardiostimulátor [2].

6.5.3.3 Stimulace nervus vagus (SNV)

SNV patří mezi novější postupy v léčbě deprese. Metoda je založena na stimulaci centrální nervové soustavy. U pacientů dochází ke zlepšení nálady

a zrychlení psychomotorického tempa. Přístroj je složen ze stimulátoru a vodiče, který je připojen k levému bloudivému nervu. Studie prokázaly až 40 % účinnost u rezistentních pacientů [2].

6.5.3.4 Fototerapie

Fototerapie je první volba při léčbě sezónní afektivní poruchy. Touto depresí trpí 5-10 % populace a postihuje převážně ženy. Nejčastějším typem je tzv. zimní deprese, která se projevuje na podzim a v zimě. V terapii se používá světelný box, který produkuje světlo o intenzitě vyšší než 2 500 luxů. Jestliže není k dispozici dostatečný světelný zdroj, doporučuje se každý den hodinová procházka v přírodě po dobu 2 a více týdnů [12].

Efektivita této techniky je 60-90 %. První zlepšení je vidět už v průběhu prvního týdne, ale k úplné odpovědi dochází až kolem čtvrtého týdne. Při léčbě je důležité zohlednit fotosenzitivitu některých antidepresiv, například extraktů z třezalky. Výhodou ovšem je minimum nežádoucích účinků, proto je tato metoda vhodná i pro děti a mladistvé [2, 12].

6.5.3.5 Pohybová aktivita

Je známo, že tělesné cvičení má pozitivní vliv na duševní stav člověka. Ke zlepšení symptomů dochází už po dvou týdnech každodenního aerobního cvičení. Mezi výhody této metody patří hlavně nízké náklady na terapii a nepatrné riziko nežádoucích účinků. Pohybová aktivita se často využívá k zabránění relapsů [3].

6.5.4 Alternativní medicína

6.5.4.1 Homeopatie

Homeopatie je metoda založena na aplikování velice nízkého množství látky v léku. Velmi zředěná účinná látka je totožná s látkou, která nemoc způsobuje. Předpokládá se, že takto připravený lék vede ke stimulaci imunitního systému. Tělo tak s malou pomocí léčiv bojuje proti nemoci samo [3, 4].

6.5.4.2 Akupunktura

Akupunktura je založena na zabodávání tenkých jehel do kůže v přesně určených bodech. Body jsou propojeny čarami (meridiány), které dle čínské medicíny ovlivňují tělesné orgány. Cílem je udržet tělo v rovnováze. Akupunktura může zlepšit symptomy deprese jako jsou nechutenství, nespavost a snížené libido [3, 4].

6.5.4.3 Bylinné přípravky

Mnoho lidí používá pro léčbu deprese byliny. Je však nutná konzultace s odborníkem, protože některé bylinné přípravky mohou ovlivňovat léčbu farmaky. K léčbě duševních problémů se používají především Bachovy květové esence, které jsou tvořeny výtažky z 38 druhů květů. Používají se jako kapky, které se aplikují do vody a pijí v průběhu dne [4].

6.5.4.4 Aromaterapie

Aromaterapie je metoda, která k léčbě depresivních onemocnění využívá éterické oleje. Éterické oleje pocházejí z různých částí rostlin, které jsou bohaté na silice a vonné látky. Mohou mít uklidňující účinek a zlepšovat náladu, což velmi pomáhá v boji s depresí. Oleje se používají do koupelí, k inhalaci, do aromalamp a k masáží. Při masáži je důležité nepřekročit množství látky, aby nedošlo k vedlejším účinkům [4].

6.5.4.5 Kineziologie

Kineziologie je založena na poznatku, že vzpomínky z dětství, dospívání i dospělosti jsou ukládány v nevědomí. Součástí metody je studie svalů a pohybů. Svaly mají vztah k orgánům, kostem a krevnímu oběhu. Stres se projevuje na svalech ochabnutím nebo naopak napnutím. Terapie tedy využívá pozorování reakce svalů na negativní informace a z toho následně vyhodnocuje zdroj stresu [3, 4, 29].

7. EXPERIMENTÁLNÍ ČÁST

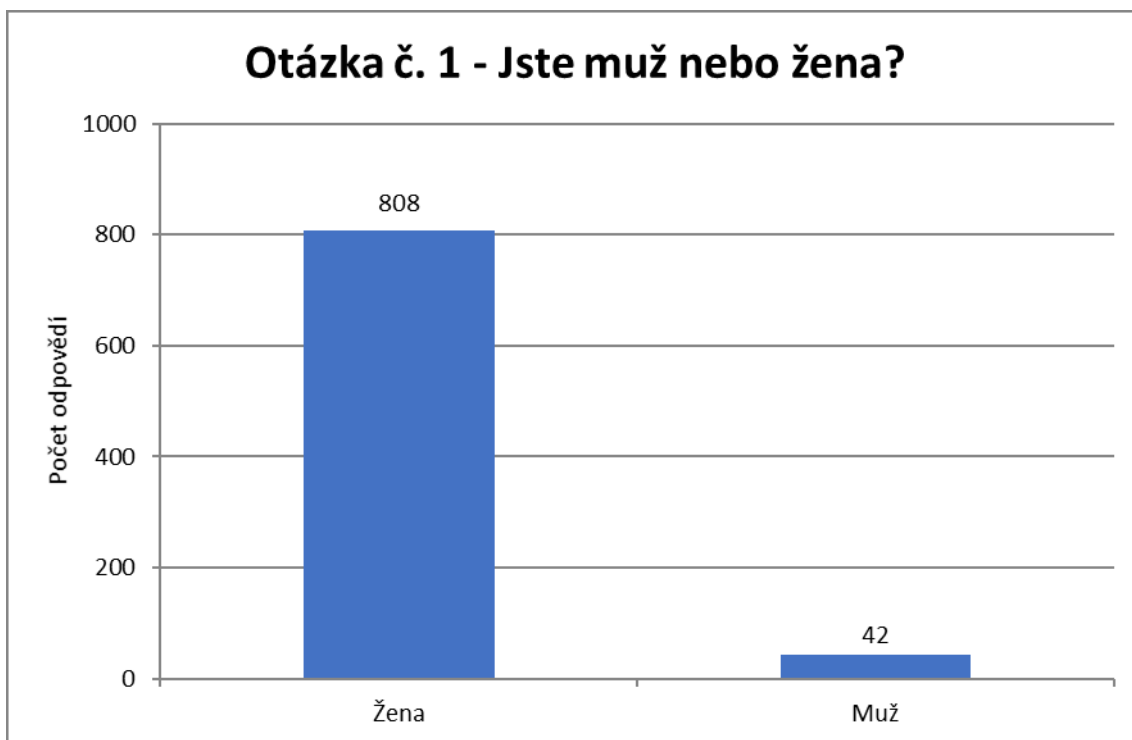
Součástí bakalářské práce byl dotazník, který sloužil k vyhodnocení praktické části. Dotazník je uveden v přílohách bakalářské práce. Dotazníkové šetření bylo určeno mužům i ženám a vymezeno respondentům ve věku 18 a více let. Odpovídat mohli nejen lidé, jimž byla někdy v životě diagnostikovaná deprese, ale i ti, kteří depresí nikdy netrpěli. Sběrání dat bylo zahájeno v listopadu 2017 a trvalo do dubna 2018. Cílem bylo získat co nejvíce odpovědí pro co nejlepší výpovědní hodnotu.

Dotazník rozeslaný po celé České republice byl složený z 22 otázek. Z toho 12 otázek bylo určeno pouze pro respondenty, kterým byla někdy deprese diagnostikovaná. Zbývajících 10 otázek bylo určeno i pro účastníky, kteří nikdy depresí netrpěli. Dotazník byl vytvořen pomocí internetových stránek Survio a Google formuláře. Studie se zúčastnilo 850 respondentů a jejich odpovědi byly zahrnuty do výsledků. Odpovědi byly zpracovány ve formě grafů v programu Microsoft Excel. Poslední otázka (otázka č. 22) byla ve formě volné odpovědi, zde mohli respondenti napsat své poznámky. Z těchto připomínek je ve výsledcích zmíněno 10 nejzajímavějších.

8. VÝSLEDKY

Otázka č. 1: Jste muž nebo žena?

Z 850 dotazovaných lidí bylo 95 % žen. Muži tvořili 5 %. Odpovědi jsou zobrazeny v grafu číslo 1.



Graf 1- Grafické zobrazení odpovědí respondentů na otázku č. 1

Otázka č. 2: Do jaké věkové kategorie patříte?

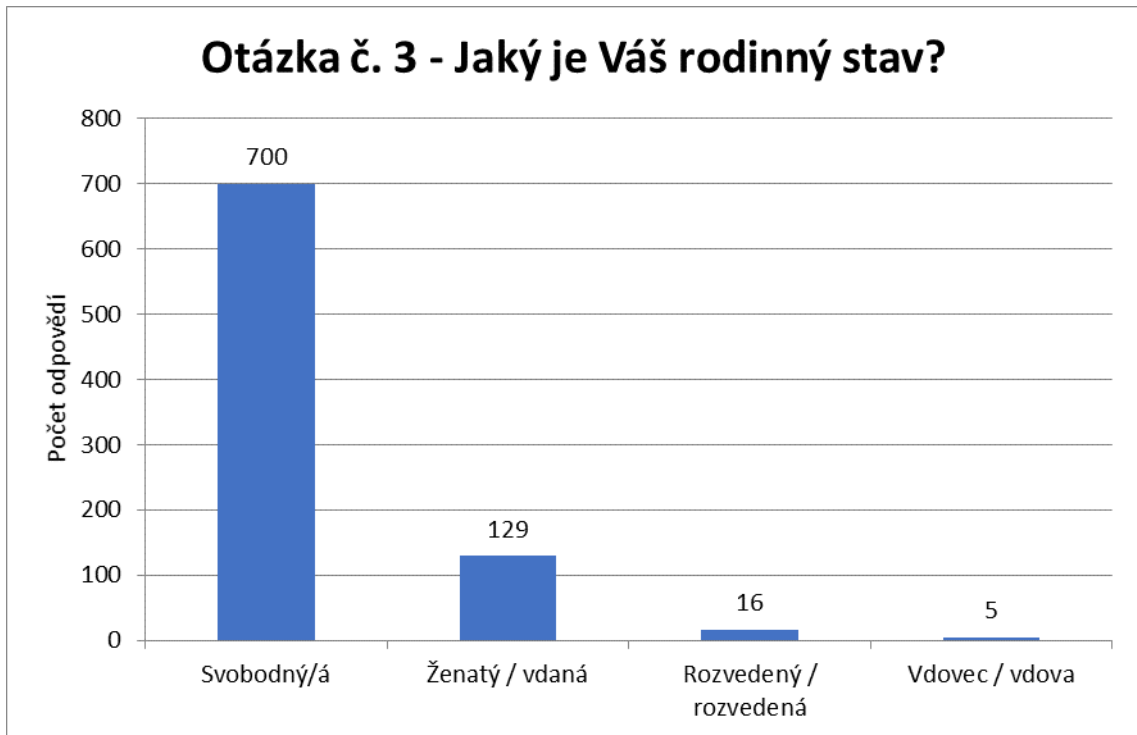
Nejpočetnější věkovou skupinu ve věku 18-25 let tvořilo 71 % dotazovaných. 23 % spadalo do kategorie 26-40 let. Ve věku 41-60 let bylo 5 % respondentů. Zbylé 1 % bylo ve věku 61 a více let. Odpovědi jsou zobrazeny v grafu číslo 2.



Graf 2 - Grafické zobrazení odpovědí respondentů na otázku č. 2

Otázka č. 3: Jaký je Váš rodinný stav?

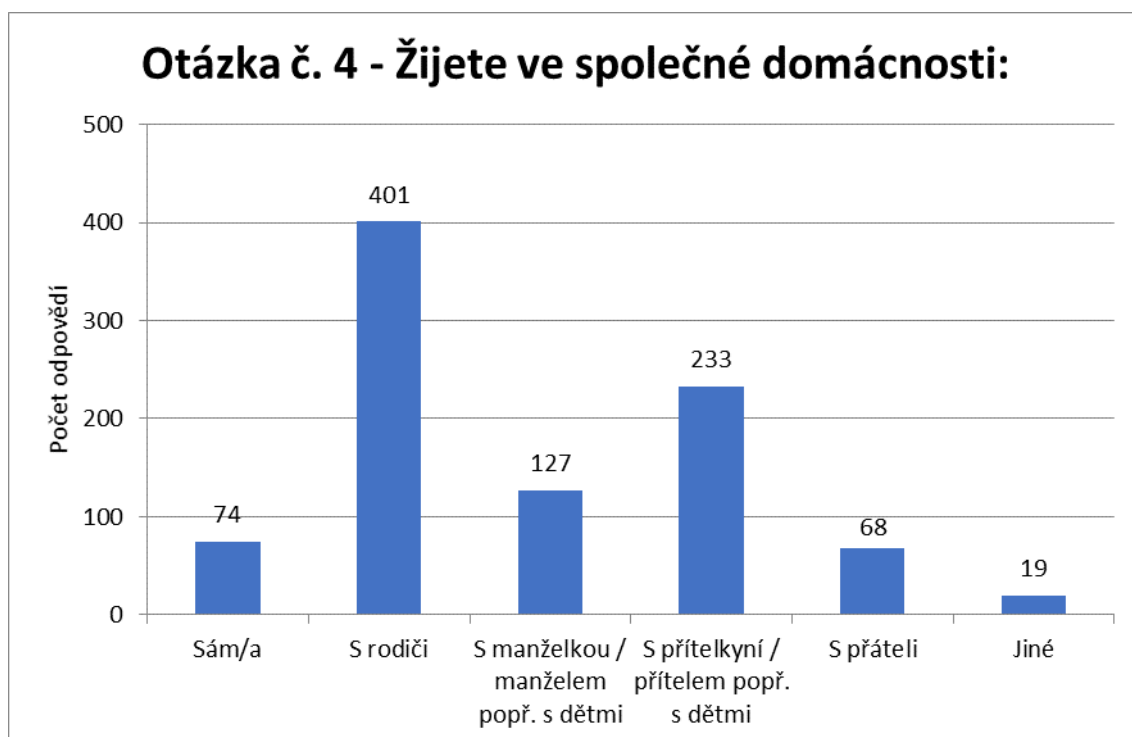
Ze souboru respondentů bylo 82 % svobodných, 15 % ženatých či vdaných a 2 % rozvedených. Zbýlé 1 % tvořili vdovci a vdovy. Odpovědi jsou zobrazeny v grafu číslo 3.



Graf 3 - Grafické zobrazení odpovědí respondentů na otázku č. 3

Otázka č. 4: Žijete ve společné domácnosti:

V této otázce byla možnost výběru více odpovědí. Z uváděných odpovědí byla nejčastěji volená možnost „s rodiči“ (44 %), dále „s přítelkyní/přítelem, popřípadě s dětmi“ (25 %), „s manželkou/manželem, popřípadě s dětmi“ (14 %), „s přáteli“ (7 %), „sám/a“ (8 %) a „jiné“ (2 %). Pod tímto bylo uváděno nejčastěji bydlení s prarodiči, pouze s dětmi, s tchýní nebo tchánem, se sourozenci či se studenty. Odpovědi jsou zobrazeny v grafu číslo 4.



Graf 4 - Grafické zobrazení odpovědí respondentů na otázku č. 4

Otázka č. 5: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

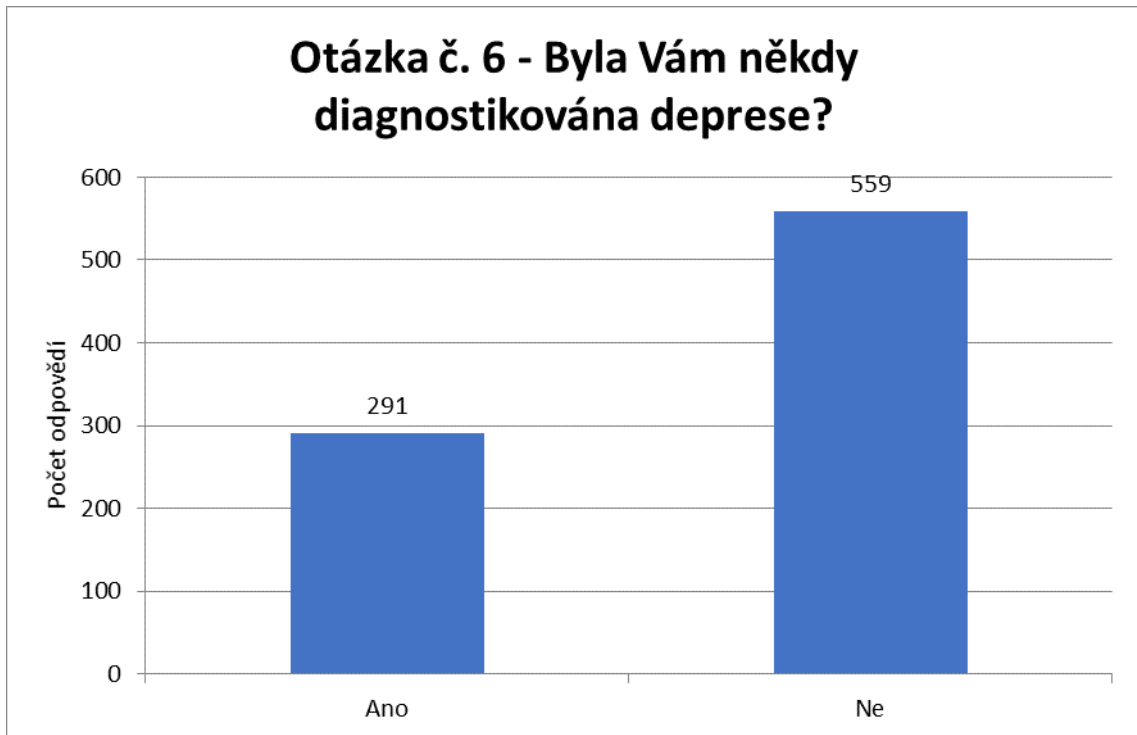
Převážná část respondentů, 54 %, dosáhla nejvyššího vzdělání střední s maturitou, 26 % vysokoškolského vzdělání, 9 % základního vzdělání a 7 % střední bez maturity. Zbýlá 4 % dosáhla vyššího odborného vzdělání. Odpovědi jsou zobrazeny v grafu číslo 5.



Graf 5 - Grafické zobrazení odpovědí respondentů na otázku č. 5

Otázka č. 6: Byla Vám někdy diagnostikována deprese?

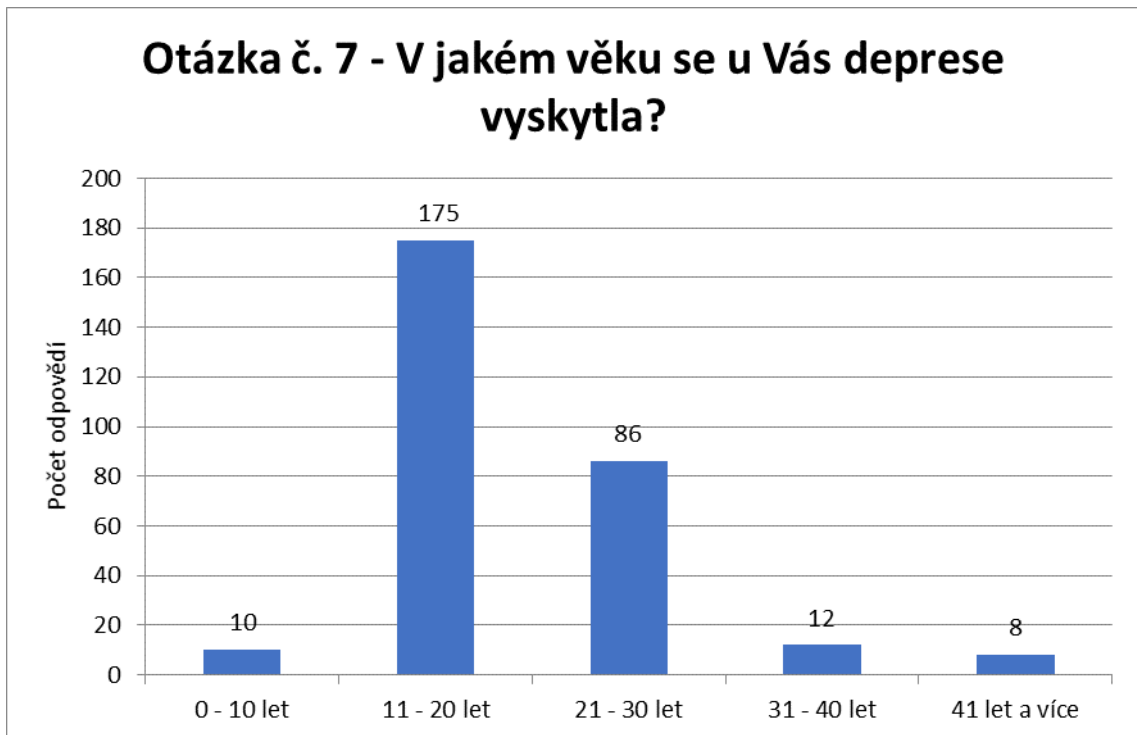
Z celkového počtu 850 respondentů byla někdy v životě diagnostikována deprese 34 %. Zbýlých 66 % depresí nikdy netrpělo, nebo jim nebyla diagnostikována. Odpovědi jsou zobrazeny v grafu číslo 6.



Graf 6 - Grafické zobrazení odpovědí respondentů na otázku č. 6

Otázka č. 7: V jakém věku se u Vás deprese vyskytla?

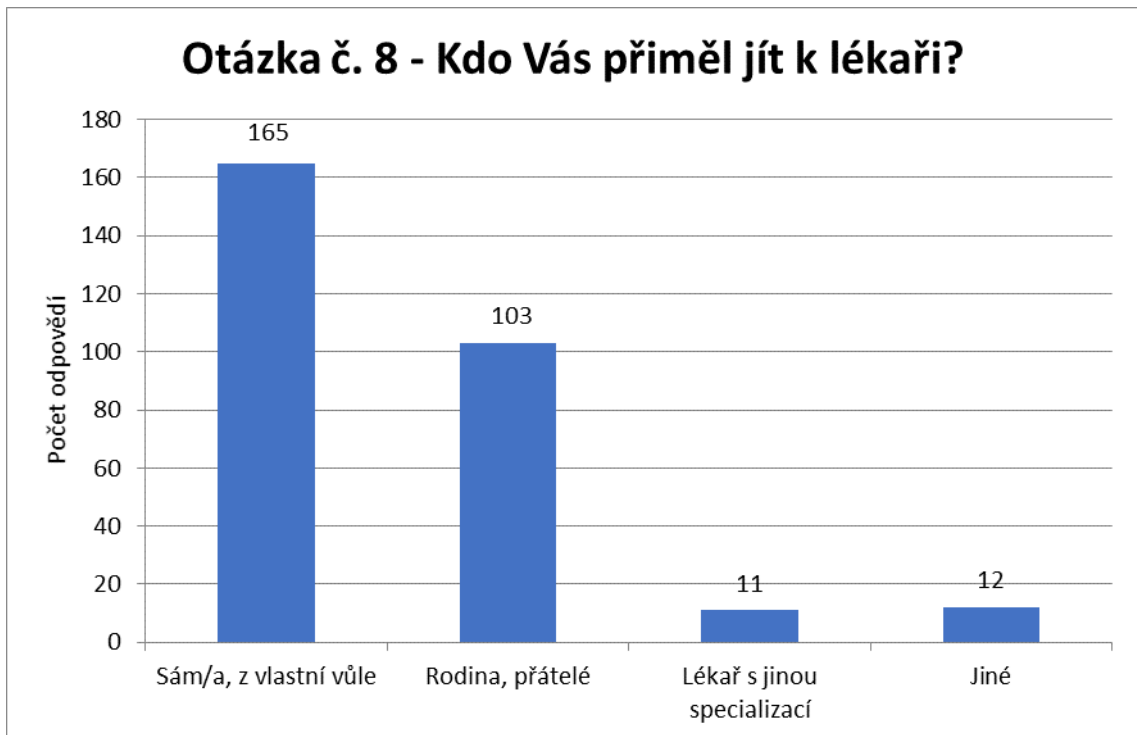
Na tuto otázku odpovídalo 291 lidí, kteří depresí trpí nebo trpěli. Do věku deseti let se deprese vyskytla u 3 %. V rozmezí let 11-20 byl výskyt tohoto onemocnění nejvyšší, jedná se o 60 %. Ve věku 21-30 let byla deprese přítomna u 30 %. U 4 % dotazovaných začala deprese ve věku 31-40 let a u 3 % ve věku 41 a více. Odpovědi jsou zobrazeny v grafu číslo 7.



Graf 7 - Grafické zobrazení odpovědí respondentů na otázku č. 7

Otázka č. 8: Kdo Vás přiměl jít k lékaři?

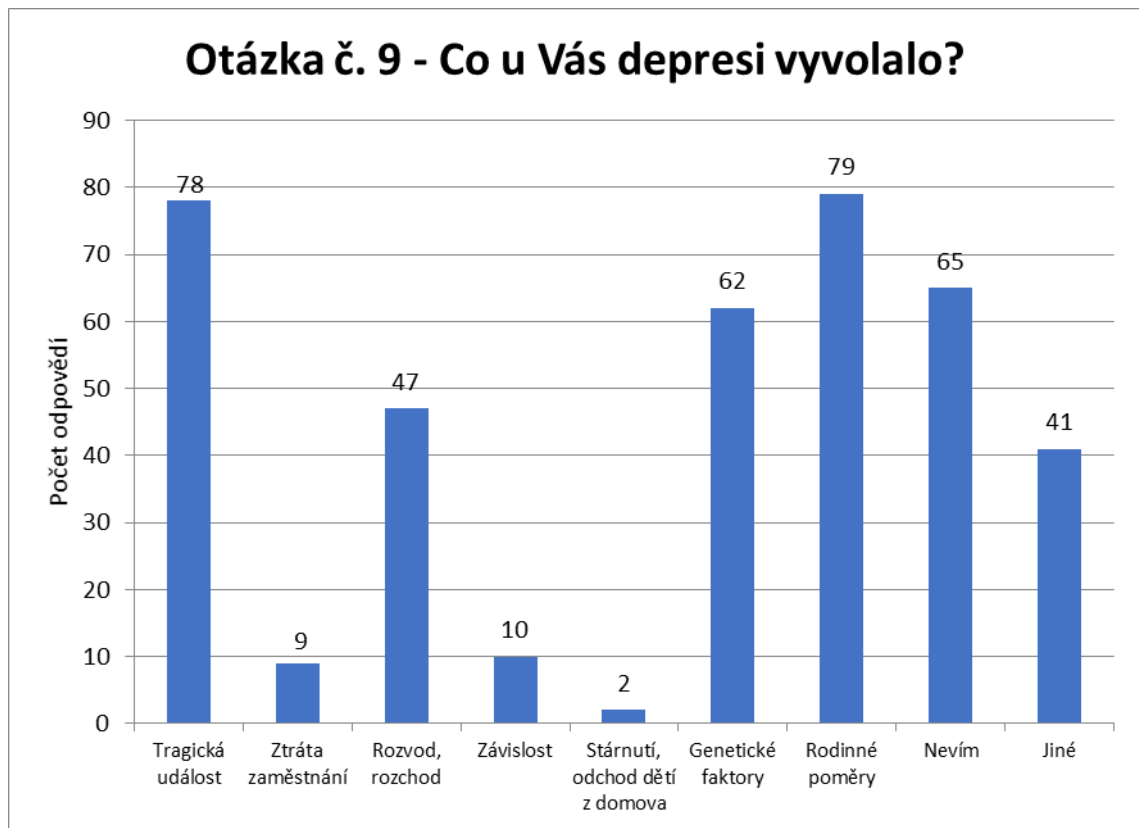
Na tuto otázku odpovídalo 291 lidí, kteří depresí trpí nebo trpěli. 57 % nemocných se rozhodlo jít k lékaři z vlastní vůle. 35 % respondentů přiměla jít k lékaři rodina nebo přátelé. 4 % šla k odborníkovi na radu lékaře s jinou specializací. 4 % účastníků studie zvolila možnost „jiné“. Jako tuto možnost uváděli například policii, učitelé či spolupracovníky. Odpovědi jsou zobrazeny v grafu číslo 8.



Graf 8 - Grafické zobrazení odpovědí respondentů na otázku č. 8

Otázka č. 9: Co u Vás depresi vyvolalo?

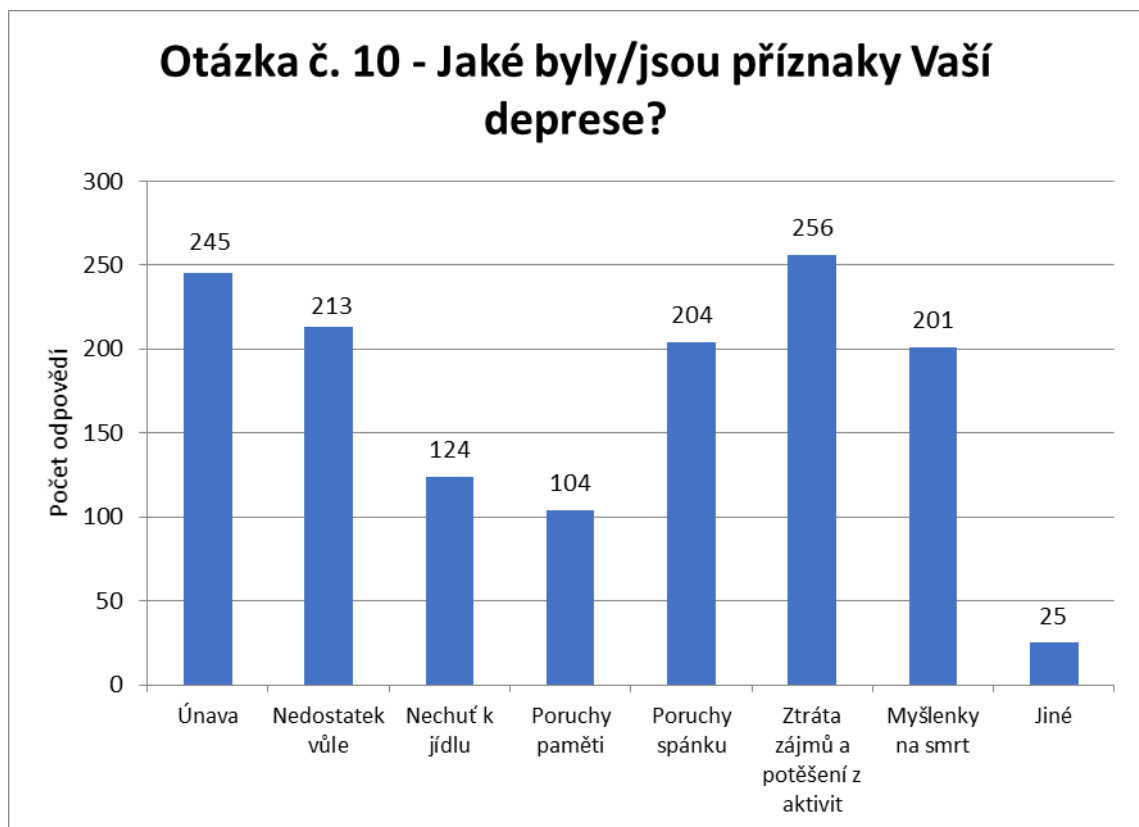
Na tuto otázku odpovídalo 291 lidí, kteří depresi trpí nebo trpěli. V této otázce byla možnost výběru více odpovědí. Nejčastěji udávanou odpovědí byly rodinné poměry, jejich četnost byla 20 %, a tragická událost, její četnost byla také 20 %. Tragická událost zahrnuje například smrt blízké osoby nebo vážné onemocnění. 17 % všech odpovědí zahrnovalo možnost „nevím“, 16 % „genetické faktory“, 12 % „rozvod/rozchod“ a 10 % možnost „jiné“. Jako tuto možnost uváděli lidé hormonální antikoncepci, problémy s váhou, finanční problémy, nedostatečně léčené infekce, narození dítěte, sexuální zneužívání, fyzické a psychické týrání, zátěž ve škole a transsexualismus. 2 % všech odpovědí dále zahrnovala závislost (alkohol, drogy, gamblerství...), 2 % ztrátu zaměstnání a 1 % stárnutí/odchod dětí z domova.



Graf 9 - Grafické zobrazení odpovědí respondentů na otázku č. 9

Otázka č. 10: Jaké byly/jsou příznaky Vaší deprese?

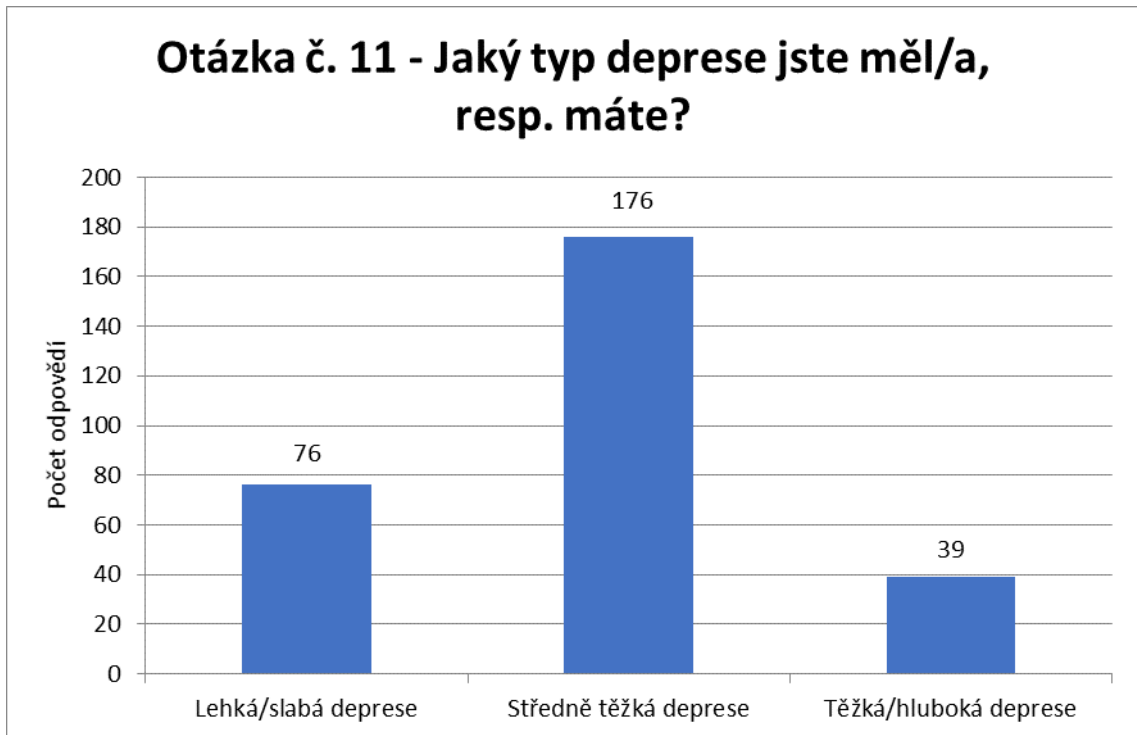
Na tuto otázku odpovídalo 291 lidí, kteří depresí trpí nebo trpěli. V této otázce byla možnost výběru více odpovědí. 19 % odpovědí zahrnovalo ztrátu zájmu a potěšení z aktivit, 18 % únavu, 15 % nedostatek vůle, 15 % myšlenky na smrt, 15 % poruchu spánku, 9 % nechutí k jídlu a 7 % poruchu paměti. Četnost odpovědi „jiné“ byla 2 % a zahrnovala plačtivost, fyzickou nevolnost a bušení srdce. Odpovědi jsou zobrazeny v grafu číslo 10.



Graf 10 - Grafické zobrazení odpovědí respondentů na otázku č. 10

Otázka č. 11: Jaký typ deprese jste měl/a?

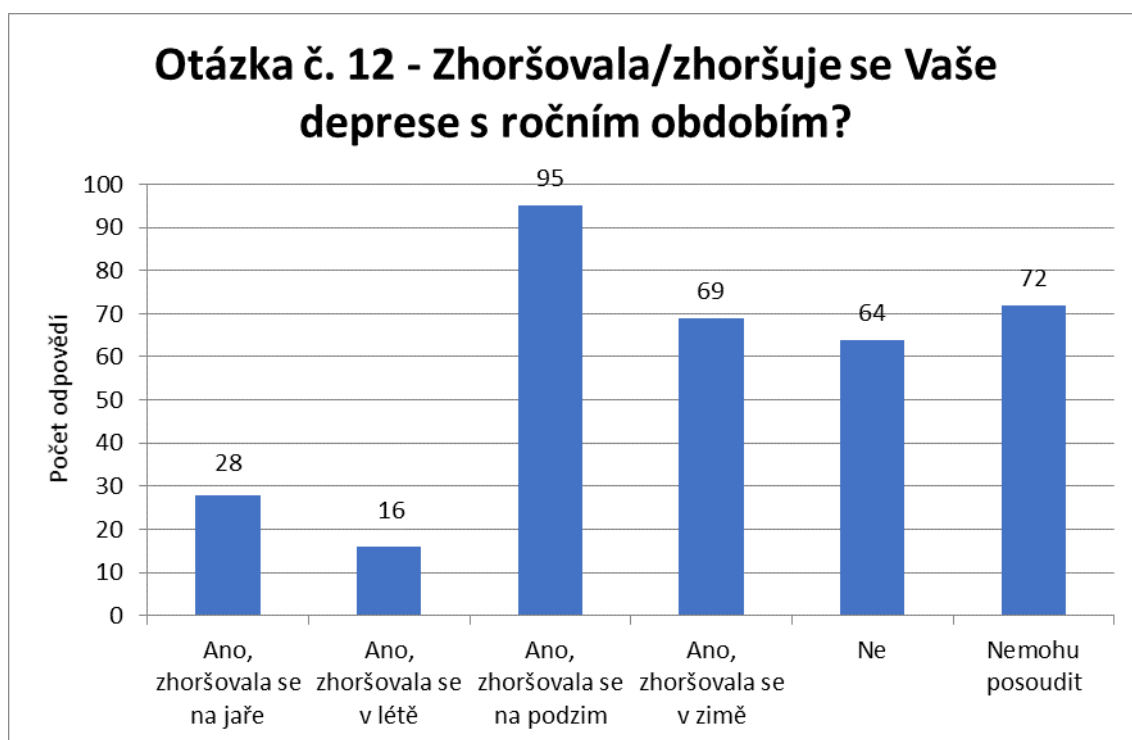
Na tuto otázku odpovídalo 291 lidí, kteří depresí trpí nebo trpěli. 60 % pacientů zvolilo, že trpí/trpělo středně těžkou depresí, 26 % trpí/trpělo lehkou depresí. Zbýlých 14 % uvedlo trpí/trpělo depresí těžkou. Odpovědi jsou zobrazeny v grafu číslo 11.



Graf 11 - Grafické zobrazení odpovědí respondentů na otázku č. 11

Otázka č. 12: Zhoršovala/zhoršuje se Vaše deprese s ročním obdobím?

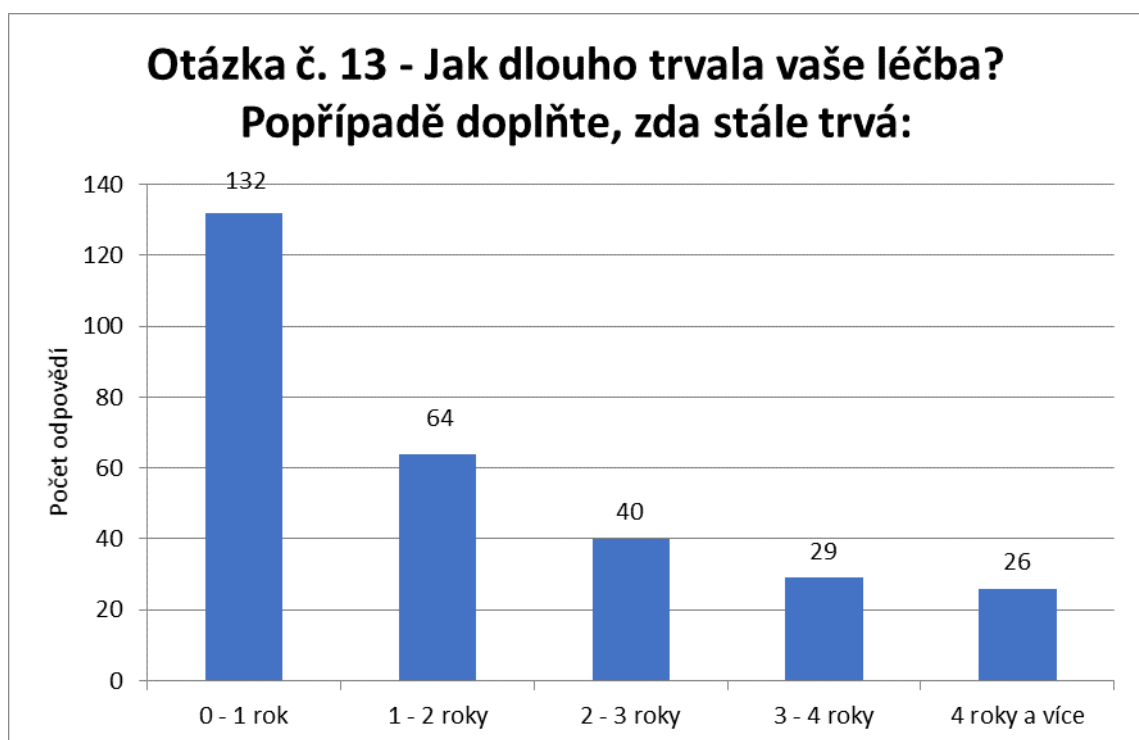
Na tuto otázku odpovídalo 291 lidí, kteří depresí trpí nebo trpěli. Níže je uvedený souhrnný graf zahrnující všechny odpovědi respondentů. Systém elektronického formuláře nám umožnil analyzovat počet respondentů, ze kterého vyplývá, že u 155 (53 %) dotazovaných se deprese s ročním obdobím zhoršovala, u 64 (23 %) nemělo roční období na depresi žádný vliv a 72 (24 %) respondentů nemůže tuto skutečnost posoudit. Respondenti měli možnost zvolit více odpovědí najednou, což se v důsledku výhradně týkalo ročních období zhoršení deprese. Z následné analýzy v rámci elektronického dotazníku pak vyplynulo, že ve 13 % odpovědí figurovalo jaro, v 8 % léto, ve 46 % podzim a ve 33 % zima. Souhrnný graf všech odpovědí respondentů je uveden níže.



Graf 12 - Grafické zobrazení odpovědí respondentů na otázku č. 12

Otázka č. 13: Jak dlouho trvala vaše léčba? Popřípadě doplňte, zda stále trvá:

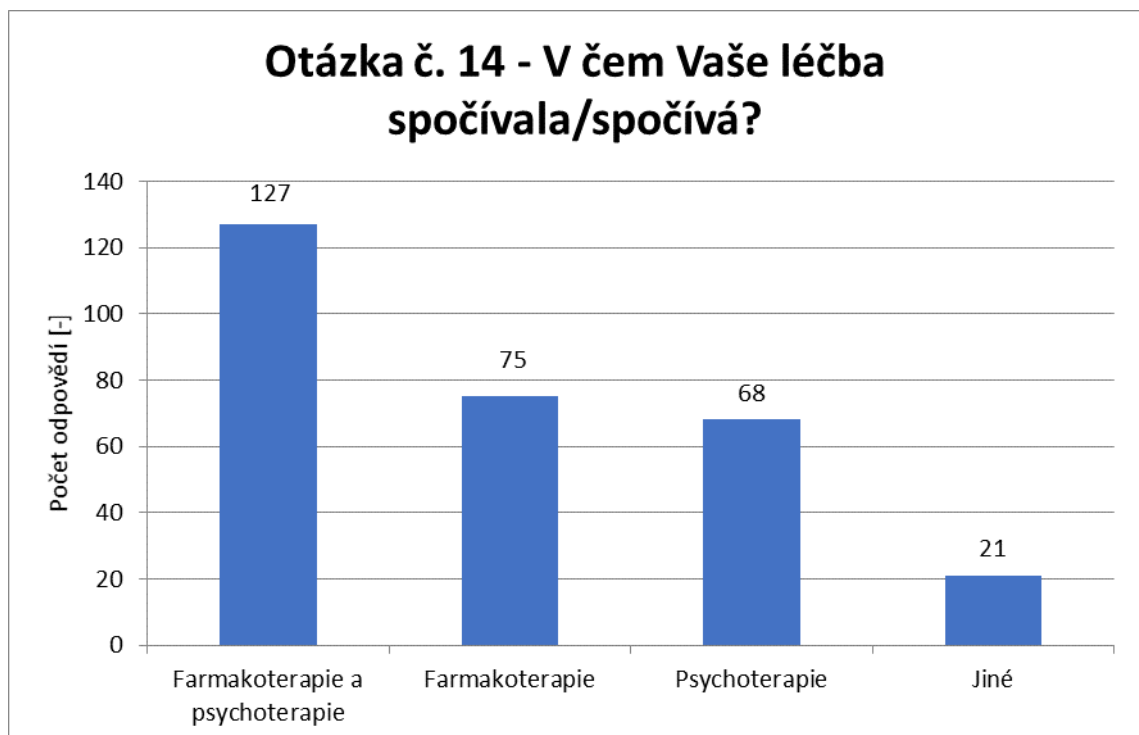
Na tuto otázku odpovídalo 291 lidí, kteří depresí trpí nebo trpěli. K otázce č. 13 byl sestaven graf na základě aktivní odpovědi respondentů týkající se délky trvání léčby. U 45 % respondentů trvala/trvá léčba méně jak jeden rok, u 22 % méně než 2 roky, u 14 % méně než 3 roky, u 10 % méně než 4 roky a u 9 % více než 4 roky. Odpovědi týkající se délky trvání léčby jsou zobrazeny v grafu číslo 13. Z doplňující analýzy v rámci elektronického dotazníku dále vyplynulo, že u 62 % respondentů léčba stále trvá (181 respondentů), u 38 % (110 respondentů) je již ukončena.



Graf 13 - Grafické zobrazení odpovědí respondentů na otázku č. 13

Otázka č. 14: V čem Vaše léčba spočívala/spočívá?

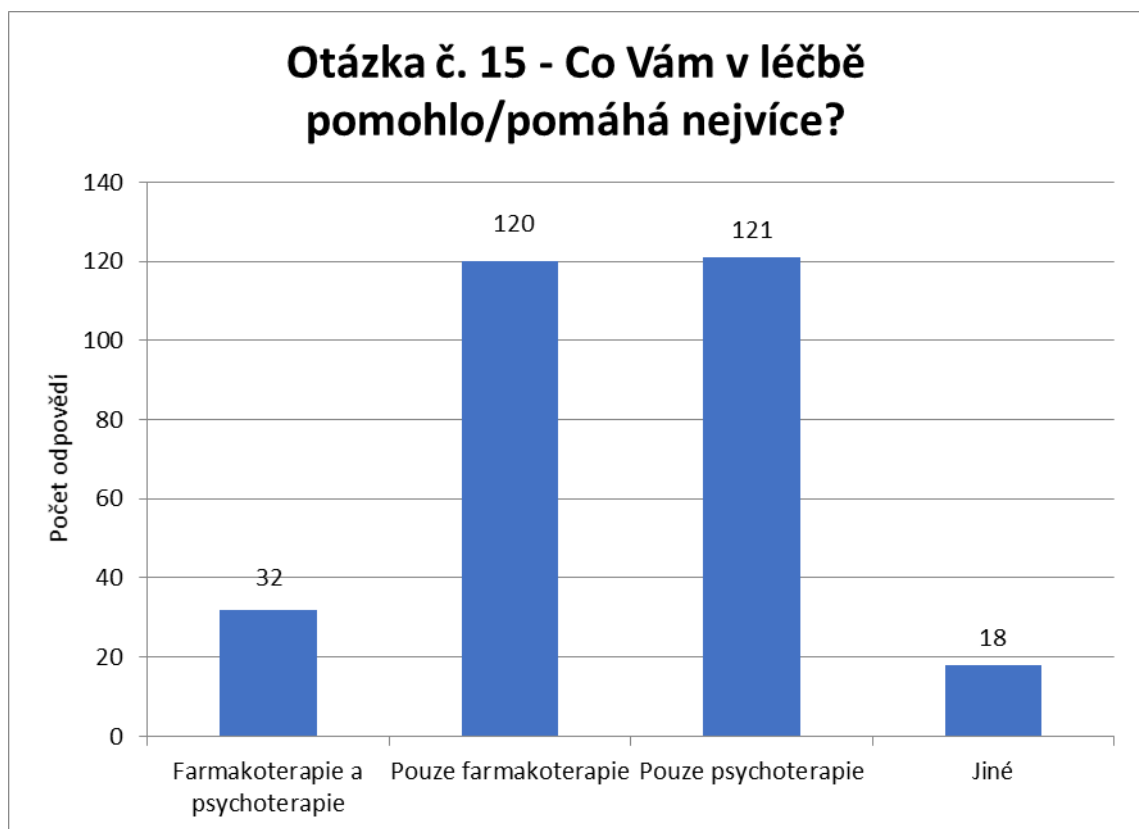
Na tuto otázku odpovídalo 291 lidí, kteří depresí trpí nebo trpěli. S ohledem na možnou volbu více odpovědí u této otázky byl graf sestaven takto: 44 % dotazovaných kombinovalo při léčbě farmakoterapii a psychoterapii. 26 % se léčilo/léčí pouze farmakoterapií a 23 % pouze psychoterapií. 7 % lidí zvolilo možnost „jiné“. Mezi to byla řazena převážně alternativní medicína. Odpovědi jsou zobrazeny v grafu číslo 14.



Graf 14 - Grafické zobrazení odpovědí respondentů na otázku č. 14

Otázka č. 15: Co Vám v léčbě pomohlo/pomáhá nejvíce?

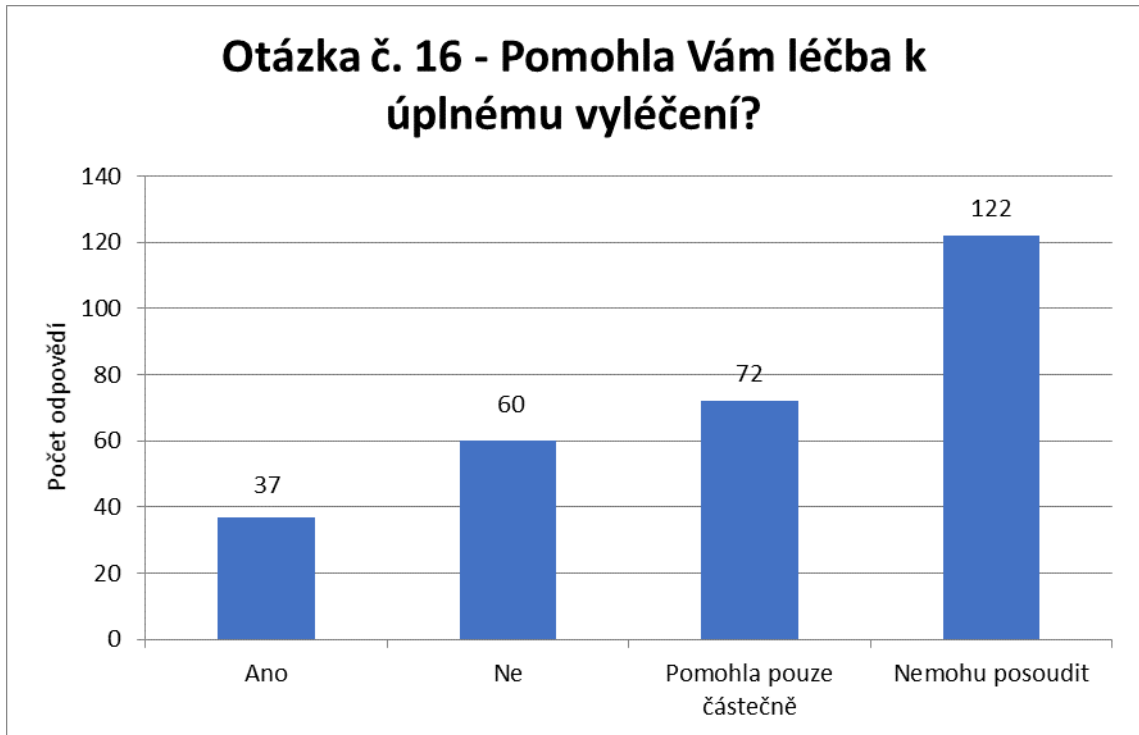
Na tuto otázku odpovídalo 291 lidí, kteří depresí trpí nebo trpěli. S ohledem na možnou volbu více odpovědí u této otázky byl graf sestaven takto: 42 % respondentů míní, že jim pomohla pouze psychoterapie. 41 % se domnívá, že jim pomohla pouze farmakoterapie. 11 % lidí si myslí, že jim pomohla nejvíce kombinace psychoterapie s farmakoterapií. 6 % dotazovaných zvolilo možnost „jiné“, ve které uváděli například alternativní medicínu, vyléčení původního onemocnění, rodinu, domácí mazlíčky nebo změnu prostředí. Odpovědi jsou zobrazeny v grafu číslo 15.



Graf 15 - Grafické zobrazení odpovědí respondentů na otázku č. 15

Otázka č. 16: Pomohla Vám léčba k úplnému vyléčení?

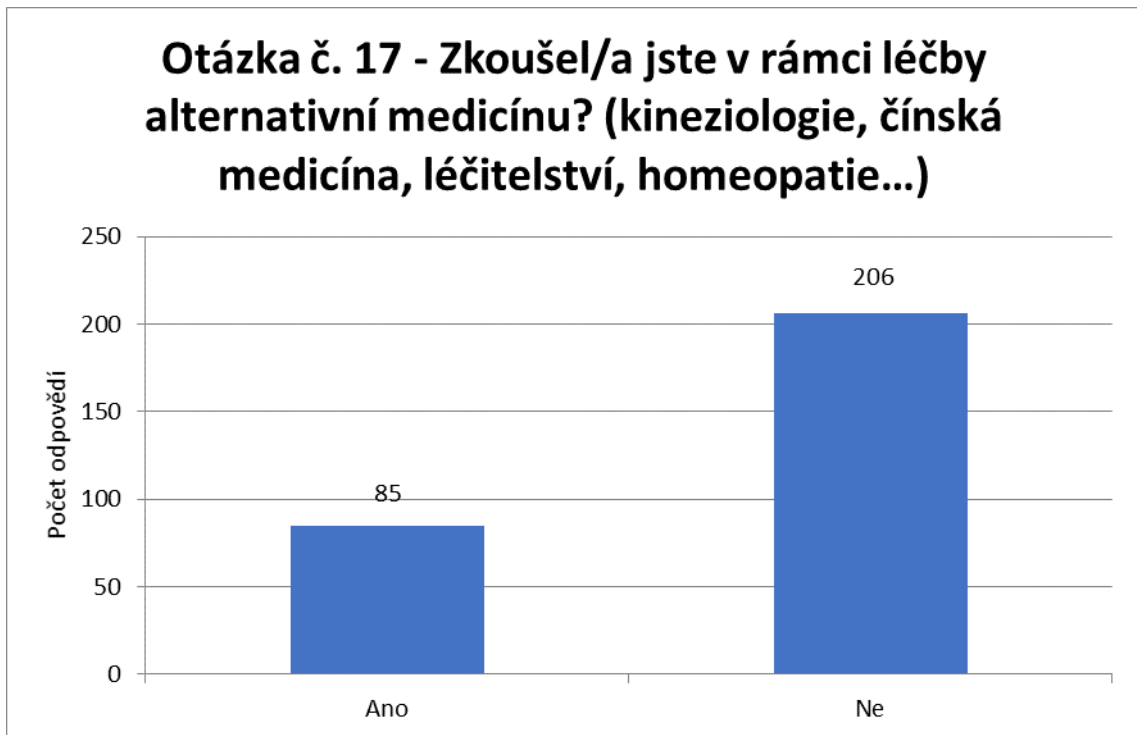
Na tuto otázku odpovídalo 291 lidí, kteří depresí trpí nebo trpěli. K úplnému vyléčení pomohla léčba pouze 13 % dotazovaných. 20 % respondentů nepomohla terapie vůbec a 25 % pouze částečně. 42 % uvedlo, že tuto skutečnost nemůže zatím posoudit.



Graf 16 - Grafické zobrazení odpovědí respondentů na otázku č. 16

Otázka č. 17: Zkoušel/a jste v rámci léčby alternativní medicínu? (kineziologie, čínská medicína, léčitelství, homeopatie...)

Na tuto otázku odpovídalo 291 lidí, kteří depresí trpí nebo trpěli. 71 % respondentů v rámci léčby alternativní medicínu nevyzkoušelo, 29 % ano. Odpovědi jsou zobrazeny v grafu číslo 17.



Graf 17 - Grafické zobrazení odpovědí respondentů na otázku č. 17

Otázka č. 18: Pokud jste zkoušel/a alternativní medicínu napište jaký typ:

Na tuto otázku odpovídalo 291 lidí, kteří depresí trpí nebo trpěli. Nejčastěji byly uváděny metody: kineziologie, homeopatie, Bachovy esence, meditace, čínská medicína.

Otázka č. 19: Byla někdy diagnostikována deprese někomu z Vašeho blízkého okolí (rodina, blízcí přátelé...)?

Na tuto otázku opět odpovídalo všech 850 dotazovaných. 53 % dotazovaných uvedlo, že má ve svém blízkém okolí někoho, komu byla diagnostikována deprese. 47 % zvolilo možnost „ne“. Odpovědi jsou zobrazeny v grafu číslo 18.



Graf 18 - Grafické zobrazení odpovědí respondentů na otázku č. 19

Otázka č. 20: Setkal/a jste se někdy s depresí u dětí?

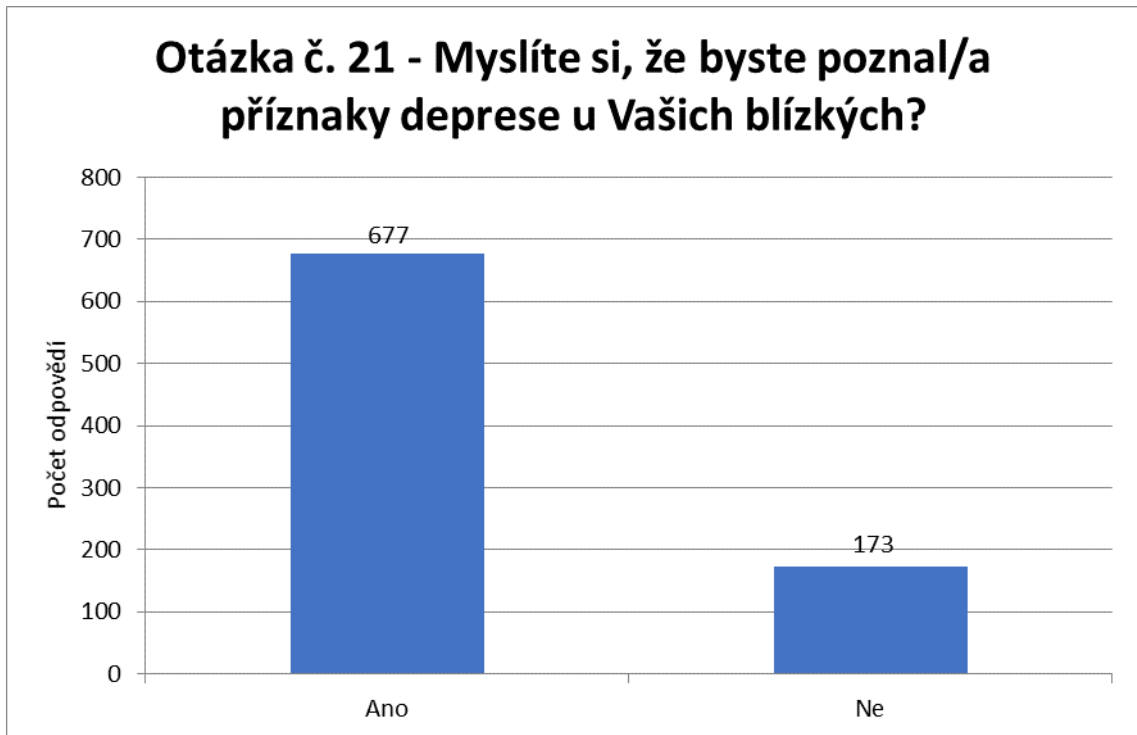
Na tuto otázku odpovídalo všech 850 dotazovaných. 24 % se s depresí u dětí setkalo, 76 % se s tímto onemocněním u dětí nikdy neseťkalo. Odpovědi jsou zobrazeny v grafu číslo 19.



Graf 19 - Grafické zobrazení odpovědí respondentů na otázku č. 20

Otázka č. 21: Myslíte si, že byste poznal/a příznaky deprese u Vašich blízkých?

Na tuto otázku odpovídalo všech 850 dotazovaných. 80 % dotazovaných zvolilo, že by depresi u svých blízkých poznalo. 20 % respondentů uvedlo, že by depresi nepoznalo. Odpovědi jsou zobrazeny v grafu číslo 20.



Graf 20 - Grafické zobrazení odpovědí respondentů na otázku č. 21

Otázka č. 22: Máte-li nějaké doplňující poznámky, prosím vepište:

Otázka č. 22 měla charakter volné odpovědi. Tuto možnost zvolilo 25 respondentů. Níže je uvedeno 10 nejzajímavějších odpovědí, které alespoň zčásti odrážejí velké spektrum názorů, jež v populaci na téma deprese panují.

1. „Když jsem pracovala ve výživovém poradenství zjistila jsem, že minimálně čtvrtina příchozích bere antidepressiva, což bylo pro mě překvapující.“
2. „Deprese se mi pouze přidala k úzkostem, které mám minimálně od začátku školní docházky. Diagnostikována generalizovaná úzkostná porucha. U tří generací přede mnou ze strany otce se objevovaly příznaky úzkosti.“
3. „Nejvíce mi aktuálně zabírá psychodynamický přístup spolu s farmakoterapií. Když jsem se léky snažila omezit, tak se mi deprese vrátily ještě v horším stádiu, a proto v tom nepokračuji. Při původní představě léčby rok až dva jsem teď na neurčité době, ale s předpokladem, že snad jednou budu bez léků.“
4. „Ahoj, moje maminka trpí depresí. Nepřišla bych na to, kdybych nenašla její léky. Člověk to dokáže hodně dobře skrýt, když chce.“
5. „Nakonec nejvíce pomohlo uvědomění sebe sama, všechno je jen v hlavě a nikdo mi nedokázal pomoci kromě sebe. Prášky mě bohužel jen stahovaly na úplné dno.“
6. „Depresi jsem si diagnostikovala sama, mám úplně všechny příznaky, ale neléčím se. Mám strach někam jít. A už mě to fakt nebaví...“
7. „Po 2 letech jsem v pracovním nasazení zapoměla brát léky a už jsem je nenasadila, problémy jsou pryč.“
8. „Spouštěcí faktor byl rozchod, avšak "budování" zapříčinily rodinné vztahy s otcem a neúspěchy ve škole.“
9. „U dětí mám zkušenost, že se často deprese projevuje jinak než u dospělých. Zlobí, neposlouchají, dělají "jakoby naschvály" a jsou nezvladatelné.“
10. „Klasická deprese mi diagnostikována nebyla, ale dost pravděpodobně jsem měla lehčí poporodní depresi, ale neléčenou u odborníka. Příznaky – obrovská únava, nechůť cokoliv dělat, ztráta motivace, neschopnost najít něco

pozitivního, zploštění emocí. Pomohl čas, pobyt na čerstvém vzduchu, odpočinek a cílené vyhledávání pozitivních věcí plus homeopatika a doplňky stravy.“

9. DISKUSE

Deprese je velmi časté duševní onemocnění, které značně zhoršuje kvalitu života a průběh somatických onemocnění. V nejhorších případech dochází k pokusům o sebevraždu. Lidé s takto vážnými psychickými problémy mohou být nebezpeční i pro své okolí [1].

Většinu respondentů, účastnících se dotazníkové studie, tvořily ženy. Z velké části ve věku 18-25 let s nejvyšším dosaženým vzděláním „střední s maturitou“. Převážná část byla svobodných a sdílela společnou domácnost s rodiči. V souboru 850 respondentů byla někdy diagnostikována deprese u 34 % z dotazovaných, což je více než udávaný epidemiologický průměr v ČR (15 %) [9]. Nejčastěji deprese propukla u pacientů v 11. až 20. roce života, což koreluje s faktem, že se depresivní onemocnění projevuje v čím dál nižším věku. Může se jednat o tzv. „křizi rané dospělosti“. Jako rizikovou věkovou skupinou se také ukázalo období 21-30 let, což může být tzv. „křize třicátníků“. Důvodem mohou být rostoucí požadavky na vzdělání a s tím spojený zvýšený stres. [25] Zde je však potřeba objektivně poznamenat, že tyto výsledky mohou být ovlivněny faktem, že převážná část respondentů (71 %) byla ve věku 18-25 let.

Mnoho lidí se bojí jít se svými problémy k odborníkovi, proto se pro léčbu rozhodnou až na podnět někoho z okolí. Z dotazníku vyplývá, že tento podnět přicházel často ze strany rodiny, přátel, nebo obvodního lékaře. Nejvíce lidí se však rozhodlo jít k lékaři z vlastní vůle (57 % dotazovaných s diagnostikovanou depresí).

V naší studii se potvrdily původní předpoklady, že za rozvojem deprese nestojí pouze jeden faktor, ale podílí se na něm mnoho činitelů. To dokazuje fakt, že v dotazníkové studii 53 % dotazovaných zvolilo dva a více faktorů najednou. Nejčastěji udávaným faktorem byly rodinné poměry (20 %). Mezi ně patří například časté hádky v rodině a rozvod rodičů. Uváděny byly také komplikace, jako vyrůstání bez jednoho z rodičů, či velké nároky rodičů na dítě. Problémové se rovněž ukazuje soužití více generací v jednom domě, které může způsobit mnoho stresujících konfliktů. Za přibližně stejně rizikový faktor považují respondenti tragickou událost (20 %). Může se jednat například o smrt blízké osoby nebo vážné onemocnění pacienta či jeho blízké

osoby. Vážná nemoc vyvolává pocit beznaděje a strach o život. Důležitou roli hraje také genetika (16 %), což byl třetí nejčastěji udávaný faktor v dotazníkové studii. Další vysoce rizikový činitel je prožití rozvodu či rozchodu (12 %). Ztráta partnera je pro mnohé velmi bolestná událost. Někteří udávali, že jim depresi způsobil i pouhý strach z toho, že od nich partner či partnerka odejde.

Mezi faktory, které u respondentů patřily k méně zmiňovaným, patří ztráta zaměstnání, či naopak přepracovanost, které jsou dalšími potenciálními spouštěči deprese (2 %). Obdobně je vnímána zátěž studenta ve škole. Stresující je dle specifikujících odpovědí také přechod z jedné školy na druhou. Mezi minoritně zmiňované patřila také závislost, která zahrnovala 2 % odpovědí. Ať už se jedná o závislost na nikotinu, alkoholu, drogách, či gamblerství. Zastoupení odpovědi „stárnutí a odchod dětí z domova“ bylo 1 %. Takto malé procento zastoupení je však nepochybně způsobeno tím, že v dotazníkové studii figuruje vysoký počet mladých lidí.

S ohledem na jiné, konkrétně specifikované faktory uváděné v dotazníku, lze shrnout alespoň nejzásadnější z nich. Mnoho žen se domnívá, že za rozvojem jejich deprese stojí hormonální antikoncepce. Dalšími méně často uváděnými faktory byly nevyléčená infekce, šikana ve škole či v zaměstnání, týrání, finanční problémy, stěhování a porod. Dotazovaní také zmínili pronásledování cizí osobou (stalking). Dva z respondentů uvedli jako rizikový faktor transsexualitu. Při této poruše může docházet ke ztrátě osobnosti, což vede k depresivnímu onemocnění [30]. Zajímavým vyvolávajícím spouštěčem, který byl uveden jedním z respondentů, byla návštěva jatek v rámci školní exkurze. Vysokou četnost (17 %) měla také odpověď „nevím“. Při neznalosti původního faktoru může probíhat samotné léčení deprese o to hůře.

V souboru respondentů s depresí byla nejčastěji diagnostikována středně těžká deprese (60 % pacientů). Na průběh deprese má velký vliv roční období. 53 % dotazovaných se domnívá, že se jejich deprese zhoršovala s ročním obdobím. Jako nejrizikovější se ukazuje podzim (46 % odpovědí), dále zima (33 % odpovědí) a jaro (13 % odpovědí). Léto by voleno s menší četností (8 %), ale i to vedlo u některých k zhoršení nemoci. Možnosti podzim a zima jsou zdůvodňovány především nedostatkem denního světla.

Mezi nejčastěji zmiňované příznaky deprese patřily zejména ztráta zájmu a potěšení z aktivit (19 %), únava (18 %), nedostatek vůle (15 %), poruchy spánku (15 %) a myšlenky na smrt (15 %). Méně časté jsou pak poruchy paměti (7 %) a nechutí k jídlu (9 %). 2 % odpovědí také zahrnovala plačtivost, strach ze smrti, přejídání se a bušení srdce.

Terapie deprese je velmi náročný proces, který ne vždy vede k úplnému vyléčení. Dle přímých odpovědí v dotazníku došlo v mnoha případech k relapsu. K úplnému vyléčení pomohla terapie pouze 13 % nemocných. Nejvíce zastoupena v dotazníkové studii byla délka trvání léčby do jednoho roku (45 %). Ve volných odpovědích byly udávány i délky terapie jako 8 let, 10 let, 14 let a 16 let se stálým pokračováním.

Léčba u většiny dotazovaných spočívala v kombinaci farmakoterapie s psychoterapií (44 %). Pacienti jsou však obvykle toho názoru, že jim pomohla více buď pouze psychoterapie nebo pouze farmakoterapie. Poměrně velká část také vyzkoušela v rámci léčby alternativní medicínu. Zejména homeopatii, Bachovy esence a kineziologii.

Na četnost výskytu depresivního onemocnění poukazuje také fakt, že až 53 % respondentů má ve svém blízkém okolí někoho, kdo trpěl či trpí depresí.

S depresí u dětí se setkala pouze 24 % respondentů, což může být následkem špatné informovanosti veřejnosti. Deprese u dětí bývá často mylně považována za „zlobení“.

Pro vyléčení deprese je naprosto klíčová její včasná diagnostika [31]. Je tedy nutné, aby lidé včas poznali rozvíjející se depresi nejen u sebe, ale i u svých blízkých. 80 % dotazovaných se domnívá, že by depresi u blízkých poznalo, ale jak uvádí jeden z respondentů ve volné odpovědi (otázka č. 22), nemocní často dokáží depresi velmi dobře skrývat. Bohužel, kvůli pozdnímu rozpoznání přichází i pozdní zahájení léčby, což může délku léčby prodloužit nebo zhoršit její výsledek.

10. ZÁVĚR

Deprese je velmi rozšířené onemocnění, jehož četnost v posledních letech stále stoupá. Hlavním cílem této práce bylo zjistit nejrizikovější faktory pro rozvoj deprese. Existuje řada faktorů, které mohou toto onemocnění vyvolat. Finálním spouštěčem většinou nebývá pouze jeden činitel, ale kombinace více z nich. Z dotazníkového průzkumu vyplývá, že nejrizikovějšími faktory jsou komplikované rodinné poměry či konflikty a tragická událost, zahrnující vážné onemocnění či smrt blízké osoby. Velkou roli v rozvoji onemocnění hraje také genetická predispozice.

Na depresi má velký vliv také roční období. Z průzkumu je patrné, že ke zhoršení dochází převážně na podzim a v zimě. Zřejmě ve vazbě na nedostatek světla.

K rozvoji depresivního onemocnění dochází v čím dál nižším věku. Dle experimentální části práce je nejrizikovějším věkem pro rozvoj deprese adolescentní období. Přesto je povědomí o depresi v dětském věku stále velmi nízké.

11. PŘÍLOHY

Dotazník

Otázka č. 1: Jste muž nebo žena?

- a) Muž
- b) Žena

Otázka č. 2: Do jaké věkové kategorie patříte?

- a) 18-25 let
- b) 26-40 let
- c) 41-60 let
- d) 61 a více let

Otázka č. 3: Jaký je Váš rodinný stav?

- a) Svobodný/á
- b) Ženatý/vdaná
- c) Rozvedený/rozvedená
- d) Vdovec/vdova

Otázka č. 4: Žijete ve společné domácnosti (můžete vybrat více možností):

- a) Sám/a
- b) S rodiči
- c) S manželkou/manželem, popřípadě i s dětmi
- d) S přítelkyní/přítelem, popřípadě i s dětmi
- e) S přáteli
- f) Jiné:

Otázka č. 5: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) Základní
- b) Střední bez maturity
- c) Střední s maturitou
- d) Vyšší odborné
- e) Vysokoškolské

Otázka č. 6: Byla Vám někdy diagnostikována deprese? (v případě záporné odpovědi pokračujte otázkou č. 19)

- a) Ano
- b) Ne

Otázka č. 7: V jakém věku se u Vás deprese vyskytla?

Prosím, doplňte: _____

Otázka č. 8: Kdo Vás přiměl jít k lékaři?

- a) Sám/a, z vlastní vůle
- b) Rodina, přátelé
- c) Jiné:

Otázka č. 9: Co u Vás depresi vyvolalo? (můžete vybrat více odpovědí)

- a) Tragická událost (smrt blízkých, vážná nemoc)
- b) Ztráta zaměstnání
- c) Rozvod, rozchod
- d) Závislost (drogy, alkohol, gamblerství)
- e) Stárnutí, odchod dětí z domova
- f) Genetické faktory (dědičný původ)
- g) Rodinné poměry
- h) Nevím

i) Jiné:

Otázka č. 10: Jaké byly/jsou příznaky Vaší deprese? (můžete vybrat více odpovědí)

- a) Únava
- b) Nedostatek vůle
- c) Nechuť k jídlu
- d) Poruchy paměti
- e) Poruchy spánku
- f) Ztráta zájmů a potěšení z aktivit
- g) Myšlenky na smrt
- h) Jiné:

Otázka č. 11: Jaký typ deprese jste měl/a?

- a) Lehká/slabá deprese
- b) Středně těžká deprese
- c) Těžká/hluboká deprese

Otázka č. 12: Zhoršovala/zhoršuje se Vaše deprese s ročním obdobím? (můžete vybrat více odpovědí)

- a) Ne
- b) Ano, zhoršovala se na jaře
- c) Ano, zhoršovala se v létě
- d) Ano, zhoršovala se na podzim
- e) Ano, zhoršovala se v zimě
- f) Nemohu posoudit

Otázka č. 13: Jak dlouho trvala vaše léčba? Popřípadě doplňte, zda stále trvá:

Otázka č. 14: V čem Vaše léčba spočívala/spočívá? (můžete vybrat více odpovědí)

- a) Farmakoterapie
- b) Psychoterapie
- c) Jiné:

Otázka č. 15: Co Vám v léčbě pomohlo/pomáhá nejvíce? (můžete vybrat více odpovědí)

- a) Farmakoterapie
- b) Psychoterapie
- c) Jiné:

Otázka č. 16: Pomohla Vám léčba k úplnému vyléčení?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Pomohla pouze částečně
- d) Nemohu posoudit

Otázka č. 17: Zkoušel/a jste v rámci léčby alternativní medicínu? (kineziologie, čínská medicína, léčitelství, homeopatie...)

- a) Ano
- b) Ne

Otázka č. 18: Pokud jste zkoušel/a alternativní medicínu napište jaký typ:

Otázka č. 19: Byla někdy diagnostikována deprese někomu z Vašeho blízkého okolí (rodina, blízcí přátelé...)?

- a) Ano
- b) Ne

Otázka č. 20: Setkal/a jste se s depresí u dětí?

a) Ano

b) Ne

Otázka č. 21: Myslíte si, že byste poznal/a příznaky deprese u Vašich blízkých?

a) Ano

b) Ne

Otázka č. 22: Máte-li nějaké doplňující poznámky, prosím vepište:

12. POUŽITÉ ZKRATKY

| | |
|--------|--|
| BAP | bipolární afektivní porucha |
| CMP | cévní mozková příhoda |
| CNS | centrální nervová soustava |
| DP | depresivní porucha |
| EKT | elektrokonvulzivní terapie |
| GABA | kyselina gama-aminomáselná |
| IDD | porucha nálady v období mezi záchvaty |
| I-MAO | inhibitory monoaminoxidázy |
| MASSA | agonisté melatoninových receptorů a antagonisté serotoninových receptorů |
| MKN-10 | mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize |
| NARI | inhibitory zpětného vychytávání noradrenalinu |
| NDRI | selektivní inhibitory zpětného vychytávání noradrenalinu a dopaminu |
| NaSSa | noradrenergní a specificky serotoninergní antidepresiva |
| PSD | post-stroke depression, deprese v důsledku cévní mozkové příhody |
| RDP | rekurentní depresivní porucha |
| RIMA | reverzibilní inhibitor monoaminoxidázy typu A |
| rTMS | repetitivní transkraniální magnetická stimulace |
| RUI | reuptake inhibitory |
| SARI | serotoninoví antagonisté a inhibitory zpětného vychytávání |
| SNRI | inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu |
| SNV | stimulace nervus vagus |
| SRE | stimulanty zpětného vychytávání serotoninu |
| SSRI | selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu |

13. SEZNAM TABULEK

| | |
|---|----|
| Tabulka 1 - Klasifikace deprese | 15 |
| Tabulka 2 - Klinické rozdíly mezi primární depresí a organickou depresivní poruchou u epilepsie | 23 |
| Tabulka 3 - Rozdělení antidepresiv | 32 |

14. SEZNAM OBRÁZKŮ

| | |
|--|----|
| Obrázek 1 - Průběh deprese..... | 11 |
| Obrázek 2 – Synapse s neurotransmitery | 12 |

15. SEZNAM GRAFŮ

| | |
|--|----|
| Graf 1- Grafické zobrazení odpovědí respondentů na otázku č. 1..... | 39 |
| Graf 2 - Grafické zobrazení odpovědí respondentů na otázku č. 2..... | 40 |
| Graf 3 - Grafické zobrazení odpovědí respondentů na otázku č. 3..... | 41 |
| Graf 4 - Grafické zobrazení odpovědí respondentů na otázku č. 4..... | 42 |
| Graf 5 - Grafické zobrazení odpovědí respondentů na otázku č. 5..... | 43 |
| Graf 6 - Grafické zobrazení odpovědí respondentů na otázku č. 6..... | 44 |
| Graf 7 - Grafické zobrazení odpovědí respondentů na otázku č. 7..... | 45 |
| Graf 8 - Grafické zobrazení odpovědí respondentů na otázku č. 8..... | 46 |
| Graf 9 - Grafické zobrazení odpovědí respondentů na otázku č. 9..... | 47 |
| Graf 10 - Grafické zobrazení odpovědí respondentů na otázku č. 10..... | 48 |
| Graf 11 - Grafické zobrazení odpovědí respondentů na otázku č. 11..... | 49 |
| Graf 12 - Grafické zobrazení odpovědí respondentů na otázku č. 12..... | 50 |
| Graf 13 - Grafické zobrazení odpovědí respondentů na otázku č. 13..... | 51 |
| Graf 14 - Grafické zobrazení odpovědí respondentů na otázku č. 14..... | 52 |
| Graf 15 - Grafické zobrazení odpovědí respondentů na otázku č. 15..... | 53 |
| Graf 16 - Grafické zobrazení odpovědí respondentů na otázku č. 16..... | 54 |
| Graf 17 - Grafické zobrazení odpovědí respondentů na otázku č. 17..... | 55 |
| Graf 18 - Grafické zobrazení odpovědí respondentů na otázku č. 19..... | 56 |
| Graf 19 - Grafické zobrazení odpovědí respondentů na otázku č. 20..... | 57 |
| Graf 20 - Grafické zobrazení odpovědí respondentů na otázku č. 21..... | 58 |

16. POUŽITÁ LITERATURA

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Depression*. [Online] [Citace 7. 3. 2018]
Dostupné z: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>.
2. ANDERS, Martin a kol. *Depresivní porucha v neurologické praxi*. Praha: Galén, 2005. 280 s. ISBN 978-80-7262-306-0.
3. MCKENZIE, Kwame. *Deprese*. Praha: Grada Publishing, 2001. 96 s. ISBN 978-80-247-0093-X.
4. KOVAŘÍK, Štěpán. *Deprese*. Havlíčkův Brod: Fragment, 2002. 112 s. ISBN 978-80-7200-686-X.
5. PIDRMAN, Vladimír a kol. *Deprese v interní medicíně*. Praha: Psychiatrické centrum, 2003. 46 s. ISBN 978-80-85121-69-7.
6. ANDERS, Martin a ROTH, Jan. *Deprese v neurologické praxi*. Praha: Galén, 2000. 280 s. ISBN 978-80-86257-15-0.
7. KODÍČEK, Milan. *Biochemické pojmy*. Praha: Vydavatelství VŠCHT Praha, 2004.
[Online] [Citace 23. 2. 2018] Dostupné z: https://vydavatelstvi-old.vscht.cz/knihy/uid_es-002_v1/figures/synapse.01.jpg.
8. SOLUTIO INFORMAČNÍ SERVER PRO LÉKÁRNY. *Deprese*. [Online] [Citace 8. 3. 2018] Dostupné z: <http://medon-solutio.cz/online2004/print.php?textID=1>.
9. KEBZA, Vladimír a PACTL, Ivo. *Deprese*. Praha: Státní zdravotní ústav, 2002.
[Online] [Citace 1. 3. 2018] Dostupné z:
https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKĚwjZ1di9mK7bAhUOsaQKHfpTBqlQFggrMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.sz.u.cz%2Fuploads%2Fdocuments%2Fczzp%2Fedice%2Fplne_znani%2Fdeprese.pdf&usg=AOvVaw1otjIKQaSWqRx1eGIJWPVn.
10. PIDRMAN, Vladimír a kol. *Deprese z různých úhlů pohledu II*. Praha: Galén, 2006. 180 s. ISBN 978-80-7262-474-4.
11. LAŇKOVÁ, Jaroslava a RABOCH, Jiří. *Deprese: doporučený postup pro všeobecné praktické lékaře: novelizace 2013*. Praha: Centrum doporučených postupů pro

- praktické lékaře, Společnost všeobecného lékařství, 2013. 15 s. ISBN 978-80-86998-65-7.
12. DUŠEK, Karel a VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, Alena. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Druhé, přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. 646 s. ISBN 978-80-247-4826-9.
 13. LÁTALOVÁ, Klára. *Bipolární afektivní porucha*. Praha: Grada Publishing, 2010. 247 s. ISBN 978-80-247-3125-4.
 14. WESSELHÖFT, R. T. *Childhood depressive disorders*. Dan Med J. [Online] [Citace 17. 2. 2018] Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27697136>.
 15. DeFILIPPIS, M. a WAGNER, K. D. *Management of treatment-resistant depression in children and adolescents*. Paediatr Drugs. [Online] [Citace 17. 2. 2018] Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25200567>.
 16. PŘÍKRYL, Radovan a kol. *Deprese z různých úhlů pohledu III*. Praha: Galén, 2009. 209 s. ISBN 978-80-7262-574-5.
 17. LOHOFF, Falk. *Overview of the Genetics of Major Depressive Disorder*. Curr Psychiatry Rep. [Online] [Citace 2. 3. 2018] Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3077049/>.
 18. LANIER, E. *Depression. The hidden workplace illness*. Professional Safety. [Online] [Citace 4. 4. 2018] Dostupné z: <http://www.bozpinfo.cz/deprese-skryta-nemoc-na-pracovisti>.
 19. POLICIE ČESKÉ REPUBLIKY. *Šikana*. [Online] [Citace 6. 4. 2018] Dostupné z: <http://www.policie.cz/clanek/preventivni-informace-sikana.aspx>.
 20. AGERUP, T. a kol. *Maternal and paternal psychosocial risk factors for clinical depression in a Norwegian community sample of adolescents*. Nordic Journal of Psychiatry. [Online] [Citace 20. 2. 2018] Dostupné z: <https://doi.org/10.3109/08039488.2014.919021>.
 21. MALONEY, Michael a KRANZ, Rachel. *O úzkosti a depresi*. Praha: Nakladatelství Lidových novin, 1996. 141 s. ISBN 978-80-7106-170-0.

22. ANDERS, Martin a kol. *Deprese z různých úhlů pohledu*. Praha: Galén, 2006. 52 s. ISBN 978-80-7262-394-X.
23. KURLANSIK, S. L. a IBAY, A. D. *Seasonal affective disorder*. Am Fam Physician. [Online] [Citace 12. 3. 2018] Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23198671>.
24. LURIE, S. J. a kol. *Seasonal affective disorder*. Am Fam Physician [Online] [Citace 12. 3. 2018] Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17111890>.
25. PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské odolnosti*. Druhé, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. 368 s. ISBN 978-80-247-5646-2.
26. STÁTNÍ ÚŘAD PRO KONTROLU LÉČIV. *Hodnocení vývoje distribuce vybrané skupiny léčivých přípravků – antidepressiva*. [Online] [Citace 5. 4. 2018] Dostupné z: <http://www.sukl.cz/hodnoceni-vyvoje-distribuce-vybrane-skupiny-lecivych-12?highlightWords=SSRI>.
27. CANTOPHER, Tim. *Depresivní onemocnění: prokletí silných*. Olomouc: ANAG, 2012. 151 s. ISBN 978-80-7263-768-3.
28. BOUČEK, Jaroslav. *Psychoterapie*. Druhé, doplněné vydání. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. 47 s. ISBN 978-80-244-1517-8.
29. DYLEVSKÝ, Ivan. *Kineziologie: základy strukturální kineziologie*. Praha: Triton, 2009. 235 s. ISBN 978-80-7387-324-0.
30. FIFKOVÁ, Hanka a kol. *Transsexualita a jiné poruchy pohlavní identity*. Praha: Grada Publishing, 2008. 216 s. ISBN 978-80-247-1696-1.
31. MEDICAL TRIBUNE CZ. *Deprese v ordinaci praktického lékaře: klíčová je včasná diagnóza a výběr vhodného přípravku*. [Online] [Citace 23. 5. 2018] Dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/29964-deprese-v-ordinaci-praktickeho-lekare-klicova-je-vcasna-diagnoza-a-vyber-vhodneho-pripravku>.