Univerzita Karlova v Praze

Fakulta Humanitních Studií

Míra depresivity vysokoškolských studentů

Bakalářská práce

Šárka Kubcová

Vedoucí práce: Mgr. Markéta Habermannová

2006/2007

Prohlášení

Prohlašuji, že bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a souhlasím s jejím eventuálním zveřejněním v tištěné nebo elektronické podobě.

V Praze dne 8.2.2007

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala své vedoucí bakalářské práce Mgr. Markétě Habermannové za vstřícný přístup a rychlé reakce při řešení problémů, které v průběhu psaní práce vznikaly.

Můj dík patří rovněž mému otci ing. Vladimíru Kubcovi za pomoc při statistickém sběru dat.

Obsah

Úvod 5

Část teoretická

I. Pojem deprese 7
1.1 Obraz deprese v publikacích pro širší veřejnost 7
1.2 Odborné vymezení deprese 8

II. Druhy depresivních onemocnění a jejich diagnostika 9
2.1 Diagnostika depresivního onemocnění 10
2.2 Dělení depresivních onemocnění 12
2.3 Rozdělení depresivních onemocnění podle MKN 10: (zkrácený popis) 13

III. Faktory ovlivňující vznik deprese 18
3.1 Kognitivně behaviorální model 18
3.2 Genderové předpoklady vzniku depresivního onemocnění 19
3.3 Genetické předpoklady vzniku depresivního onemocnění 20
3.4 Osobnostní předpoklady vzniku depresivního onemocnění 20
3.5 Charakter jedince náchylného k depresi 20
3.6 Vnější rizikové faktory 21

IV. Návrhy léčby 22
4.1 Psychoterapie 22
4.2 Psychoanalýza 22
4.3 Kognitivně behaviorální terapie 23
4.4 Farmakoterapie 24
4.5 Elektrokonvulzivní terapie (EKT) 27
V. Deprese u vysokoškolských studentů 28
Exkurz o sebevraždách vysokoškolských studentů 29

Část praktická

VI. Zvolená metoda 32
6.1 Beckova sebeposuzovací škála depresivity 34

VII. Skupina dotazovaných 35

VIII. Zpracování výstupních dat 35
IX. Vyhodnocení 36
X. Souhrn a interpretace výsledků 38

Závěr 39

Použitá literatura 40
Grafy 44
Přílohy 45

Úvodem

V dnešní době poměrně často užívané slovo „deprese" může vést mnoho lidí k mylnému závěru, že se jedná o běžnou psychickou obtíž, kterou nemá smysl se déle zabývat. Existují však minimálně tři důvody, proč se problematice depresivních poruch věnovat hlouběji.

Klinická deprese je velmi závažné psychické onemocnění, které dokáže výrazně limitovat schopnosti postiženého. Postižený je vůči depresi takřka bezmocný a bez cizí odborné pomoci se z ní zpravidla nemůže vymanit. Dále, z hlediska trvání se jedná o vleklé onemocnění, jež negativně ovlivňuje život pacienta nezřídka po řadu let a v těžších případech může vést až k sebedestruktivnímu jednání.

Závažnost depresivního onemocnění podtrhuje skutečnost, že je Světová zdravotnická organizace řadí na přední příčky nejrozšířenějších nemocí.

K tématu této práce mne vedle zmíněných obecných důvodů přivedlo i několik osobních zkušeností, o nichž se však vzhledem k charakteru práce nebudu dále rozepisovat.

Jedním z cílů zde bude zprostředkovat drobný vhled do problematiky depresivních poruch, předložit závěry vybraných zahraničních studií, které se depresivním onemocněním rovněž zabývaly a na závěr zmapovat výskyt a závažnost příznaků deprese u studentů českých vysokých škol.

Tyto úkoly rozdělují mou práci na dvě relativně samostatné, nicméně navzájem vztažené části.

V teoretické části přibližuji základní pojmy. Protože přibližný rozsah bakalářské práce je fakultou předem vymezen, snažila jsem se na poměrně omezeném prostoru pojednat alespoň nejdůležitější aspekty depresivního onemocnění:

Teoretická část začíná diferenciací laického a odborného pohledu na depresi, pokračuje obecným výkladem diagnostikování deprese a problémech s tím spojených. Následuje částečný výčet nejčastějších depresivních onemocnění.

Zvláštní pozornost samostatné kapitoly věnuji příčinám vzniku depresivních onemocnění, a činím tak se zřetelem na možné spojitosti s povahou studijní činnosti. Další oddíl v krátkosti referuje o vybraných léčebných metodách.

Teoretickou část uzavírá kapitola referující výsledky dosavadních výzkumů na poli depresí vysokoškolských studentů. Poslední kapitola je doplněna exkurzem o sebevraždách vysokoškolských studentů.

Těžiště praktické části leží ve výzkumu provedeném na vzorku 208 vysokoškolských studentů. S využitím klasické 1. verze Beckovy sebehodnotící škály jsem zkoumala četnost a závažnost výskytu symptomů depresivního onemocnění, a to v závislosti na pohlaví a ročníku studia.

Praktická část začíná představením Beckova dotazníku, výzkumné metody a vzorku dotazovaných. Poté následuje popis způsobu vyhodnocení dat. Výstupem výzkumu je výpis číselných výsledků, jejich interpretace a srovnání s výsledky jiných studií. Výsledky jsou pro přehlednost promítnuty do tří grafů umístěných v příloze. Součástí přílohy je také úplný výčet otázek Beckovy škály, doplněný o výklad jejich záměru.

Kromě několika dílčích zjištění plynou z výzkumu dva hlavní závěry:

a) Podle výstupu hodnotícího klíče Beckovy škály přibližně 7 % dotazovaných studentů trpí příznaky lehké deprese. (Pouze jeden z dotazovaných uvedl příznaky indikující středně těžké depresivní onemocnění.)
b) Deprese se týká stejnou měrou studentů obou pohlaví, rozdíly v míře depresivity u studentů a studentek se však objevují v rámci jednotlivých ročníků studia.

Praktickou část uzavírá kritické zhodnocení slabších stránek výzkumu. V samém závěru předkládám výzkumem opodstatněný návrh na zřízení místa pro fakultního psychologa.

Část teoretická

I. Pojem deprese

1.1 Obraz deprese v publikacích pro širší veřejnost

Podle Světové zdravotnické organizace (World Health Organization, dále jen SZO) patří deprese k nejčastějším psychickým onemocněním v západních průmyslových státech. Tomuto stavu odpovídá i skutečnost, že každý člověk pojmu deprese nějak po svém rozumí. Laická veřejnost termín deprese často používá a označuje jím momentální stavy ponuré nálady a celkové skleslosti. Na to odkazuje i etymologický původ slova: latinské *deprimere* znamená tisknout, tlačit dolů. O rozšířenosti deprese svědčí také to, že se jí zabývá velké množství knih a praktických příruček určených nejširší veřejnosti. Co se depresí v těchto knihách rozumí? Vymezení depresivního onemocnění v některých populárních knihách zcela chybí, jiné ho popisují jen značně neurčitě[1]. Ján Praško [2003: 26] přibližuje depresi jako nemoc podobnou fyziologickým onemocněním a přirovnává ji k cukrovce nebo k žaludečním vředům. Jeho další vymezení je spíše negativní povahy, např. ji vymezuje v kontrastu vůči běžnému smutku. Ucelenější vymezení nabízí praktická příručka určená do ordinací praktických lékařů, kterou sepsali Mudr. Herman, Mudr. Hovorka a Mudr. Švestka [2005]. O depresi hovoří jako o chorobném smutku, který je intenzivní, dlouhotrvající a brání adaptaci na běžnou životní zátěž. Provází ji ztráta zájmu a radosti z obvyklých věcí, pesimistické myšlenky pokles energie a psychosomatická zpomalenost nebo agitovanost.[2]

Posledním druhem písemných zdrojů pro širší veřejnost, ve kterých jsem hledala uspokojivé vymezení deprese, jsou psychologické encyklopedie a slovníky. Lexikon základních pojmů v psychologii sepsaný Wolfgangem Schmidbauerem depresi popisuje jen jako tísnivou a smutnou náladu, při níž dochází ke změně vnímání budoucnosti (pesimistické vyhlídky). Ucelenější výklad deprese nabízí slovník analytické psychologie, který sestavili manželé Müllerovi [2006]. „Deprese (…) označuje sklíčenost, stísněnou náladu. Další symptomy: snížení iniciativy až k úplné apatii, pocit bezcennosti, pesimistické představy budoucnosti a pocity viny až k bludům o vině, nihilistickým bludům a suicidálnímu jednání.“ Tolik tedy ke zdrojům pro širší veřejnost.

[1] Např. Atkinsonová 1993: 21

[2] Je typ hyperaktivity s touto specifickou charakteristikou: stav bezúčelné psychomotorické excitace, neklidná aktivita, přecházení, uvolňování nervového napětí spojený s úzkostí, strachem či duševním stresem

1.2 Odborné vymezení deprese

Poté, co jsem se probrala knihami pro širší čtenářskou obec, zaměřila jsem se na odbornější publikace. Bohužel jsem brzy zjistila, že zdrojů určených odborné veřejnosti, které by se primárně věnovaly depresi, není příliš mnoho. Začnu krátkým pojednáním, které je součástí kapitoly mého skeletového překladu knihy Současná Psychologie od C. G. Morrise. Profesor Morris zde o depresi píše:

> „Deprese, pocit sklíčenosti, znechucení a pocit, že jsme „na dně", je obvykle doprovázen nízkou iniciativou, netečností a nějakým stupněm sníženého sebehodnocení. Deprese je často provázena ztrátou chuti, poruchami spánku a oslabeným sexuálním puzením. Většina lidí pravděpodobně někdy depresí procházela jako následek zklamání v lásce, nehody, selhání nebo smrti někoho milovaného. Ve skutečnosti mírnou depresi vykazují doslova statisíce Američanů. Avšak i mírná forma deprese může přivozovat pocity zoufalství a může značně omezit osobní výkonnost a radost ze života."
>
> [Morris 1990: 120]

Jaro Křivohlavý cituje definici deprese založenou na souběžném výskytu skupiny základních příznaků. Definice je původně obsažena v Diagnostické a statistické příručce americké psychiatrické společnosti (Diagnostic and Statistical Manual of the American Psychiatric Association – DSM-III-R) a zní takto:

„Aby v určitém případě mohl být stav daného člověka diagnostikován jako deprese, pak se zde nutně musí vyskytovat souběžně minimálně pět z dále uvedených devíti 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: 21]

Velmi podobný výčet příznaků deprese obsahuje desátá revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN 10), viz kapitola 2.2, ve které se nalézá vyčerpávající popis obecných i specifických symptomů různých druhů depresivních onemocnění.

Profesor Aaron Beck, jeden z předních odborníků na depresivní onemocnění, spatřuje hlavní příčinu táhlých depresí v rigidním a nepřizpůsobivém myšlení pacientů:

> „Obsah myšlení depresivních pacientů je zaměřen na určitou významnou ztrátu. Pacient je přesvědčen, že ztratil něco, co je nezbytné pro jeho štěstí nebo pohodu; předpokládá negativní výsledek jakéhokoli svého úsilí; a považuje se za neschopného a postrádajícího kvality, potřebné k dosažení důležitých cílů. Myšlenkové téma deprese lze formulovat jako tzv. kognitivní triádu: negativní pojetí sebe, negativní interpretace životních zážitků a beznadějný pohled na budoucnost."
>
> [Beck 1976: 68]

Beck uzavírá, že pacient se cítí v nepříjemné situaci polapen, své problémy vnímá jako neřešitelné a začíná pociťovat (sílící) puzení k úniku prostřednictvím sebevraždy. O sebevražedných tendencích vysokoškolských studentů, referuji v exkurzu zařazeném na konci teoretické části práce.

II. Druhy depresivních onemocnění a jejich diagnostika

Cílem první části této kapitoly je zmínit nejčastější příznaky společné většině depresí a přiblížit problémy, se kterými se psychiatr diagnostikující pacienta stiženého depresí běžně potýká. Druhá část kapitoly obsahuje stručný výčet příznaků specifických depresivních onemocnění, který je nedílnou součástí jejich popisu. Nejprve tedy předkládám obecný souhrnný přehled příznaků deprese, které nejčastěji uvádí většina studovaných zdrojů.

Příznaky *nespecifikovaného* druhu deprese jsou:

- Depresivní nebo podrážděná nálada, konstatovaná buď na základě subjektivního vnímání nebo prostřednictvím pozorování druhými
- výrazně snížený zájem nebo ztráta zájmu a potěšení ze všech, nebo téměř všech, obvyklých činností
- změny váhy (výrazný úbytek nebo přírůstek), snížená nebo zvýšená chuť k jídlu
- nerozhodnost nebo váhavost
- Vnitřní neklid a roztěkanost
- poruchy spánku (nespavost nebo zvýšená spavost)
- psychomotorický neklid nebo retardace, pozorovatelná druhými, nikoliv pouze subjektivní pocit neklidu nebo zpomalenosti
- únava a ztráta energie

- pocity méně cennosti
- bezpředmětné výčitky a přehnané pocity viny
- snížená schopnost myšlení a koncentrace
- snížená motivace k pouštění se do nových úkolů, nerozhodnost
- opakované myšlenky na smrt nebo sebevraždu nebo jakékoli suicidální chování

[Výtah z : Herman 2005, Praško 2003, Křivohlavý 2003]

2.1 Diagnostika depresivního onemocnění

Výše v textu jsem uvedla, že ne všechny příznaky musí být přítomny, aby psychiatr mohl stanovit diagnózu deprese. Správná diagnóza a tím tedy i vhodná léčba však nemusí být stanovena ani za předpokladu, že pacient uvádí většinu příznaků. Tato podkapitola shrnuje běžné příčiny chybně stanovených diagnóz pacientů s depresivním onemocněním.

V jejím úvodu učiním krátkou poznámku o tom, jak důležité je správně rozpoznat čím pacient skutečně trpí: Nebezpečí chybné diagnózy se dá dobře ilustrovat v případě bipolárních afektivních poruch (viz níže). Pokud by psychiatr například neodhalil, že depresivní stavy pacienta jsou střídány euforickými stavy mánie, mohla by mít jím předepsaná medikace fatální následky.

Většina antidepresiv určených na léčbu monopolární deprese způsobuje eskalaci bipolárních výkyvů. Ty se následně zhoršují co do intenzity i frekvence střídání protipólných nálad, což má destruktivní vliv na celkovou psychickou stabilitu pacienta.

Příručka o depresivní poruše [Herman 2005: 13] podává zprávu o rozsáhlém průzkumu v ordinacích praktických lékařů ve Velké Británii, který zjistil, že pouze u 37,5 % pacientů, kteří trpěli plně rozvinutou klinickou depresí, byla praktickým lékařem správně stanovena diagnóza depresivní poruchy.

Z britského průzkumu čerpáme nejúplnější výčet důvodů pro poddiagnostikování deprese: Správnou diagnózu může komplikovat, pokud si pacienti stěžují spíše na fyziologické potíže, než na poruchu nálady a kognitivní alteraci. Narážíme zde na problém odlišení příčiny a následku u psychosomatických onemocnění, jehož pacienti zpravidla nejsou schopni. Pacient trpící depresemi často vyhledá nejprve praktického lékaře, než aby sám vyhledal pomoc psychologa. K praktickému lékaři je však zvyklý docházet s tělesnými onemocněními, a proto referuje spíše o fyziologických projevech deprese než o vnitřním utrpení. Svou roli může také sehrát obava ze strany praktického lékaře ze stigmatizace pacienta psychiatrickou diagnózou. O nebezpečí stigmatizace nepřímo referuje i Praško [2003: 30], když uvádí několik předsudků, kterým může pacient

trpící depresí čelit. Jedním z nich je předsudek, podle kterého diagnóza deprese znamená, že pacient je slabý, neschopný nebo mentálně méněcenný.

Dalším důvodem pro poddiagnostikování deprese mohou být příliš neurčité, nebo pouze mírné depresivní příznaky. Lékaři se také mohou zdráhat předepsat účinná antidepresiva z obav před jejich nežádoucími účinky a potenciální interakcí antidepresiv s jinými farmaky. Dalším důvodem pro preskripci jiných léků, které léčí spíše doprovodné somatické příznaky deprese, je relativní nákladnost účinných antidepresiv. Nebezpečí chybné diagnózy spočívá také vzniká, pokud má depresivní porucha příčinu v nějaké nešťastné životní události. I hlubší deprese pak může lékaři připadat jako přirozená a nepatologická reakce na tuto událost. Poslední příčinou chybných diagnóz, kterou příručka pro praktické lékaře uvádí, je nedostupnost kvalifikovaného psychiatrického vyšetření psychiatrem.

Úskalím pro stanovení správné diagnózy je (kromě výše popsaných) také neurčitá hranice mezi hlubším smutkem a depresí. Předtím než se budu věnovat výhradně publikacím určených primárně odborné veřejnosti, chtěla bych zmínit tento obtížně postižitelný rozdíl, na který upozorňuje většina knih odkazovaných v první kapitole.

Smutkem se obvykle rozumí přirozená reakce na nějakou nepříznivou životní událost, zejména ztrátu něčeho nebo někoho blízkého. Smutek je intenzivnější, pokud je ztráta nevratná, přičemž nemusí jít jen o ztrátu milované osoby, partnera, rodiče, nebo přátel. Důvodem hlubokého smutku může být i ztráta zaměstnání, které bylo hlavním zdrojem lidské obživy, případně ztráta větší části majetku. Nebezpečí příchodu deprese spočívá v tom, že její přerod z obyčejného smutku je plynulý a postižený proměnu obyčejného smutku v depresivní onemocnění zpravidla zavčasu nezpozoruje.

Důsledek povodně či požáru pochopitelně silně dolehne na lidskou psychiku. Doba, za kterou se duševně zdravý člověk dokáže s takovou ztrátou vyrovnat, je u každého individuální a není výjimkou, že smutek přetrvává i řadů měsíců. Rozdíl oproti depresi (která mívá také delší průběh), však spočívá v tom, že zdravý člověk je zpravidla vždy schopen při prožívání smutku vykonávat běžné denní činnosti a postupně se začíná přizpůsobovat nové životní situaci. Např. dochází dál pravidelně do zaměstnání a nepřestává vykonávat každodenní rituály běžného života. Naproti tomu neléčená deprese může mít zcela opačný průběh, jak uvádí Praško:

> „U některých lidí se smutek může prohloubit v depresi. Při depresi však nejde jen o intenzitu smutku, ale o hluboký zásah do každodenního života. (…) Deprese může navazovat na smutek ze ztráty – pak ovšem člověka ochromí a jeho fungování je výrazně oslabeno."
> [Praško 2003: 27]

Za předpokladu, že je deprese odhalena včas a včas se zahájí i její léčba, je u většiny lidí léčitelným onemocněním. Pokud není léčena, vede ke značnému snížení výkonnosti jedince, postižený se uzavírá do izolace, ztrácí potěšení z oblíbených činností, postupně se horší jeho celkový zdravotní stav a jeho organismus ztrácí obranyschopnost. Dříve či později začíná postižený hledat východisko ze zdánlivě bezvýchodné situace. Více viz exkurz o sebevraždách vysokoškolských studentů na konci teoretické části. Více o léčbě deprese poví IV. kapitola.

2.2 Dělení depresivních onemocnění

MKN 10 registruje obsáhlý seznam duševních onemocnění, ve kterých se faktor deprese (ve větší či menší míře jako hlavní nebo doprovodný příznak) objevuje. Existuje několik návrhů jak toto široké spektrum rozčlenit. Vzhledem k omezenému rozsahu práce uvedu opět jen ty nejběžnější, přičemž začnu uceleným přehledem profesora C. Höschla, přednesenýM na odborném pražském symposiu v květnu 2005:

> „V diagnostice je třeba rozlišovat především unipolární a bipolární depresi, které se rovněž navzájem liší i biologicky. Díle je třeba stanovit, zda se jedná o velkou depresivní epizodu (…), nebo o dysthimii (prolongované trvání). Také u bipolární poruchy se dále rozlišuje porucha prvního a druhého typu (…). A konečně je nutné odlišit symptomatické depresivní poruchy j jiných důvodů, např. po alkoholu apod.
>
> Jednotlivé epizody se dále dělí na lehkou, středně těžkou či těžkou, klasifikovat lze i remise, výskyt lze lokalizovat do různých generačních období (např. manická epizoda s poporodním nástupem).
>
> Těžké afektivní poruchy se dělí podle toho, zda se u nich vyskytnou či nevyskytnou psychotické rysy (bludy, halucinace…) a zda bludy jsou kongruentní (odpovídají depresi) nebo inkongruentní (odpovídají mánii).“
>
> [Höschl 2005 :36]

Podle dalších studovaných zdrojů lze deprese hrubě dělit:

1) Podle počtu výskytů
   - Jednorázové depresivní epizody
   - Opakované depresivní epizody
   - Chronická depresivní ladění
2) Podle příčiny
   - Reaktivní deprese (spouštěčem je vnější podnět, např. ztráta)
   - Endogenní deprese (někdy také „funkční“ nebo „primární“ – zapříčiněné organicky či způsobené prokazatelným organickým onemocněním
3) Podle závažnosti
   - Mírná depresivní fáze
   - Středně těžká depresivní fáze
   - Těžká depresivní fáze

Pro účel své práce jsem vybrala základní rozdělení dle závažnosti a druhu deprese korespondující s MKN 10 a uvedla pouze nejčastěji se vyskytující druhy.[3]

2.3 Rozdělení depresivních onemocnění podle MKN 10 (zkrácený popis)

Mezinárodní klasifikace nemocí rozděluje onemocnění s nějakou formou depresivních příznaků do těchto hlavních množin:

F32 - Mírná depresivní fáze
F33 - Periodická (rekurentní) depresivní porucha
F34 - Trvalé poruchy nálady (afektivní poruchy)
F31 - Bipolární afektivní porucha

F32
Depresivní fáze

Oddíl F 32 Mezinárodní klasifikace nemocí popisuje mírnou, střední i těžkou depresivní fázi. Jedinec při všech fázích deprese trpí skleslou náladou, snížením energie a aktivity. Je zhoršena schopnost radovat se, dochází k poklesu zájmů a ke zhoršení koncentrace. Obvyklá je značná unavitelnost i po nepatrné námaze. Jiné obvyklé příznaky jsou:

(a) zhoršené soustředění a pozornost,
(b) snížené sebevědomí a sebedůvěra,
(c) pocity viny a bezcennosti (i při atace mírného typu),
(d) smutný a pesimistický pohled do budoucnosti,
(e) myšlenky na sebepoškození a sebevraždu,
(f) poruchy spánku,
(g) snížená chuť k jídlu.

Depresivní fáze jsou charakterizovány skleslou náladou, která se ze dne na den málo mění, neodpovídá okolnostem a může se během dne charakteristicky měnit. V některých případech mohou být občas význačnější úzkost, stísněnost a motorická agitovanost než deprese a změna nálady může být maskována také dalšími rysy, jako např. předrážděností, nadměrnou konzumací alkoholu nebo hypochondrií. Pro depresivní epizodu všech tří stupňů (viz níže) se obvykle vyžaduje trvání alespoň 2 týdnů. Nejtypičtější příklady "somatických" příznaků jsou ztráta

[3] Dělení depresivních onemocnění v praxi má částečně arbitrární charakter. Jak uvádějí autoři MKN 10: „Diferenciace mezi mírným, středně těžkým a těžkým stupněm, kterou zde doporučujeme, spočívá v komplikovaném klinickém úsudku, který zahrnuje počet, formu a závažnost přítomných klinických příznaků." [MKN 10, oddíl F 32]

zájmu nebo ztráta radosti z aktivit, které jsou normálně příjemné, chybí emoční reaktivita na normálně utěšené okolí a události, ranní probouzení o dvě hodiny (nebo i více) dříve než obvykle, deprese je horší ráno, objektivní průkaz jasného psychomotorického zpomalení nebo agitovanosti (o čemž se zmiňují nebo informuji jiné osoby), výrazná ztráta chuti k jídlu, úbytek na váze (často se uvádí 5 % nebo i více z tělesné váhy v posledním měsíci), výrazná ztráta libida.

Kategorie mírné (F32.0), středně těžké (F32.1) a těžké (F32.2 a F32.3) depresivní ataky, popsané podrobněji níže, se používají pouze pro jedinou (první) depresivní ataku. Další depresivní ataky by se měly klasifikovat pod jedním ze znaků periodické (rekurentní) depresivní poruchy (F33.–).

Tyto stupně závažnosti jsou specifikovány tak, aby pokrývaly široké rozpětí klinických stavů, se kterými se setkáváme v různých typech psychiatrické praxe. Pacienti s mírnou depresivní atakou jsou běžně v primární péči a všeobecné lékařské praxi, zatímco psychiatrická lůžková zařízení se zabývají hlavně pacienty trpícími těžkými stupni.

F32.0 Mírná depresivní fáze

Charakterizuje ji depresivní nálada, ztráta zájmu a radosti a zvýšená únavnost. Pro jasnou diagnózu by měly být obvykle přítomny alespoň 2 z těchto 3 plus alespoň 2 z ostatních příznaků uvedených v seznamu pro F32 (viz odstavec 1.2). Žádný ze symptomů by neměl být intenzivní. Depresivní epizoda musí trvat nejméně 2 týdny.

Jedinec s mírnou depresivní epizodou je obvykle příznaky obtěžován a má určité potíže s vykonáváním běžné práce a sociálních aktivit, ale pravděpodobně nepřestane fungovat úplně. Mohou se objevovat mírné somatické příznaky

F32.1 Středně těžká depresivní fáze

Pro tuto diagnózu by měly být přítomny alespoň 2 ze 3 nejtypičtějších příznaků, uvedených shora pro mírnou fázi (F32.0) plus alespoň 3 (raději 4) ostatní příznaky. Je pravděpodobné, že několik příznaků bude přítomno ve výrazném stupni, ale není to podstatné, jestliže je přítomno mnoho rozmanitých příznaků. Depresivní fáze musí trvat alespoň 2 týdny.

Pacient se středně těžkou depresivní fází bude obvykle schopen pokračovat ve společenských, pracovních a domácích aktivitách jen se značnými obtížemi.

Středně těžká fáze může být opět bez výrazných somatických příznaků, nebo se třemi a více somatickými příznaky.

F32.2 Těžká depresivní fáze bez psychotických příznaků

U těžké depresivní fáze pacient obvykle projevuje značnou stísněnost nebo agitovanost, pokud není výrazným rysem zpomalení. V popředí bude pravděpodobně ztráta sebeúcty nebo pocitu užitečnosti, nebo pocity viny. U zvlášť těžkých případů je zřetelné nebezpečí sebevraždy. Předpokládá se, že u těžké depresivní fáze je prakticky vždy přítomen somatický syndrom.

Diagnostická vodítka:

Měly by být přítomny všechny 3 typické příznaky uvedené u mírné a středně těžké fáze plus obvykle 3 nebo více příznaků, z nichž některé by měly být závažné. Depresivní fáze by obvykle měla trvat alespoň 2 týdny, ale pokud jsou příznaky obzvláště závažné a začínají velmi rychle, může se diagnóza oprávněně stanovit po méně než 2 týdnech.

Během těžké depresivní fáze je velmi nepravděpodobné, že by pacient byl schopen pokračovat ve společenských, pracovních nebo domácích aktivitách, a pokud ano, tak jen velice omezeně.

Těžká depresivní fáze bez psychotických příznaků (F32.2) zahrnuje:

A) jedinou epizodu agitované deprese
B) melancholii nebo vitální depresi bez psychotických příznaků.

F32.3 Těžká depresivní fáze s psychotickými příznaky

Těžká depresivní fáze, která splňuje kritéria uvedená shora pod F32.2 a u níž jsou přítomny bludy, halucinace nebo depresivní stupor. Bludy obvykle obsahují myšlenky na hřích, chudobu nebo hrozící katastrofu, za kterou se pacient cítí být odpovědný. Sluchové halucinace se obvykle projevují pomlouvačnými nebo obviňujícími hlasy a čichovým vjemem hnilobné špíny nebo rozkládajícího se masa.

Zahrnuje:

jedinou epizodu deprese s psychotickými příznaky
psychotickou depresi
psychogenní depresivní psychózu
reaktivní depresivní psychózu

F32.8 Jiné depresivní fáze

Do této kategorie spadají fáze, na které se nehodí popisy pro depresivní fáze uvedené pod F32.0 – F32.3, ale u nichž vzniká povšechný diagnostický dojem, že jsou svou povahou depresivní, např. proměnlivá směs depresivních příznaků (obzvlášť různé somatické obtíže)

Patří sem atypická deprese a jediná fáze "maskované, larvované" deprese.

F33
Periodická (rekurentní) depresivní porucha

Porucha charakterizovaná opakovanými epizodami deprese, jak je specifikováno u depresivní fáze mírné nebo středně těžké (F32.0 a F32.1) nebo těžké (F32.2 a F32.3), bez samostatných fází povznesené nálady a zvýšené aktivity, které splňují kritéria pro mánii (F30.1 a F30.2). Jednotlivé fáze jakékoli tíže jsou často vyvolány stresovými životními událostmi a v mnohých kulturách jsou obvykle dvakrát častější u žen než u mužů.

Periodická (rekurentní) depresivní porucha se může dále rozdělit, jak je uvedeno níže, specifikací formy současné fáze a pak (jestliže je k dispozici dostatek informací) formy, která převládá ve všech fázích.

Zahrnuje:
- periodické (rekurentní) epizody depresivní reakce
- psychogenní reakce
- reaktivní deprese
- sezónní depresivní poruchy (F33.0 nebo F33.1)
- periodické (rekurentní) epizody endogenní deprese
- těžké deprese
- maniodepresivní psychózu (depresivní formu)
- psychotickou depresi
- vitální depresi (F33.2, F33.3)

Vylučuje:
- periodické (rekurentní) krátké depresivní fáze (F38.1).

F34
Trvalé poruchy nálady (afektivní poruchy)

Jsou trvalé a obvykle kolísavé poruchy nálady, u nichž jednotlivé fáze jsou zřídka (pokud vůbec někdy) dostatečně vážné, aby mohly být popsány jako manické nebo i mírné depresivní fáze. Protože trvají nepřetržitě léta a někdy větší část dospělého života pacienta, přece jen mají za následek značnou subjektivní stísněnost a snížení schopností. V některých případech však periodické nebo jiné ataky manické poruchy nebo mírné či těžké depresivní poruchy mohou nasedat na trvalou afektivní poruchu. Trvalé afektivní poruchy jsou klasifikovány spíše zde než u poruch osobnosti vzhledem k tomu, že výsledky studií rodin dokazují, že trvalé afektivní poruchy jsou geneticky příbuzné s poruchami nálady, protože reagují na léčbu stejným způsobem. Byl popsán jak raný, tak pozdní začátek cyklotymie a dystymie a pokud je třeba, měl by být specifikován. Uvádím jen jedinou poruchu nálady, která má největší podíl depresivních příznaků:

F34.1 Dystymie

Chronická depresivní nálada, která nesplňuje kritéria pro mírnou nebo středně těžkou periodickou (rekurentní) depresivní poruchu ani pokud jde o závažnost a trvání jednotlivých fází (i když popis a kritéria pro mírnou depresivní fázi mohla být v minulosti splněna, obzvlášť při začátku poruchy). Kolísání mezi jednotlivými fázemi mírné deprese a obdobím poměrné normality je velmi variabilní. Pacienti mají obvykle období, která trvají dny nebo týdny, kdy se cítí dobře, ale většinu času (často nepřetržitě několik měsíců) se cítí unaveni a depresivní. Všechno vyžaduje úsilí a z ničeho nemají radost. Dumají a stěžují si, špatně spí a cítí se nepřiměřeně, ale obvykle stačí na základní požadavky každodenního života.

Podstatným rysem je velmi dlouho trvající snížení nálady, které však není nebo je jen velice zřídka dostatečně vážné, aby splňovalo kritéria pro mírnou nebo středně těžkou periodickou (rekurentní) depresivní poruchu. Obvykle začíná v rané dospělosti a trvá nejméně několik roků, někdy navždy. Když začne později, je často následkem mírné depresivní fáze a souvisí se zármutkem a zřejmým stresem.

F31
Bipolární afektivní porucha

Porucha charakterizovaná opakovanými (tj. nejméně dvěma) epizodami, při nichž jsou hluboce narušeny pacientova nálada a úroveň činnosti. Tato porucha spočívá někdy v elaci a zvýšené energii a aktivitě (mánie nebo hypomanie), jindy zase ve skleslé náladě, energii a aktivitě (deprese). Remise mezi fázemi je obvykle úplná a prevalence je u obou pohlaví přibližné stejná, na rozdíl od jiných poruch nálady.

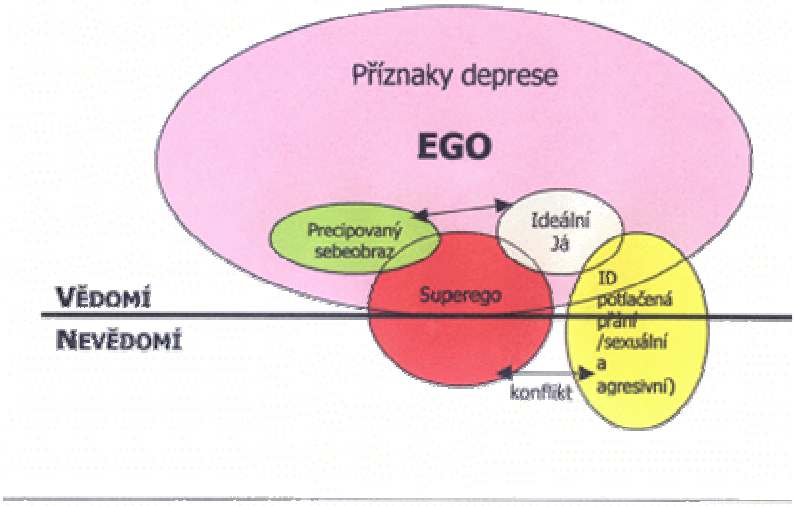
Manické fáze začínají obvykle náhle a trvají 2 týdny až 4–5 měsíců (průměrné trvání je 4 měsíce). Deprese mají tendenci k delšímu trvání (průměrná délka kolem 6 měsíců), i když zřídka déle než rok (s výjimkou starších osob). Oba druhy epizod často přicházejí po stresové životní události nebo jiném duševním traumatu, ale přítomnost nebo nepřítomnost stresu není pro diagnózu podstatná. I když původní pojem "maniodepresivní psychóza" zahrnoval také pacienty, kteří trpěli jenom depresí, užívá se nyní termín maniodepresivní onemocnění nebo psychóza hlavně jako synonymum pro bipolární poruchu.

Zahrnuje:
maniodepresivní onemocnění, psychózu nebo reakci.

Vylučuje:
bipolární poruchu
jedinou manickou epizodu (F30.–)
cyklotymii (F34.0)

III. Faktory ovlivňující vznik deprese

Přední teoretické proudy a jejich představitelé zastávali či zastávají odlišná přesvědčení o hlavních příčinách vzniku depresivních onemocnění. Kupříkladu S. Freud na jednom místě zdůrazňoval význam ztráty objektu, (Viz Freudův spis Smutek a melancholie) na mnoha jiných místech vykládal vznik depresivních příznaků jako důsledek obrácení agrese (dříve pociťované vůči jiným osobám) na sebe samého. V souladu se svým konceptem Id, ega a superega určil depresivního jedince jako osobu s hypertrofovaným superegem, jež je příčinou pocitů méněcennosti a viny. C. G. Jung si příčinu depresivních stavů vykládal jako váznutí libida v nevědomí, pociťované jako stagnace, pokles chuti do života a energie. Domníval se, že libido stažené z vědomého světa se v nevědomí shromažďuje a není tak k dispozici životu. Terapie pak spočívá v „osvobození" libida vynesením asociovaných obsahů do vědomí a jejich tvůrčí integraci. Jiní zase spatřují jádro depresivního vývoje v narušeném vztahu k bytostnému Já. Jak je vidět, s jistotou se dá říci pouze tolik, že příčin depresí je více a žádná teorie ani žádný model nemůže vysvětlit všechny. V další části proto pojednám pouze o základních teoriích příčin vzniku depresí se zvláštním zřetelem na možné souvislosti vzniku depresí a vysokoškolských studií.



Analytický model příznaků deprese

3.1 Kognitivně behaviorální model

Podle kognitivně – behaviorálního modelu (KBM) je deprese v podstatě „naučená". Praško píše, že podle tohoto modelu se „depresivní člověk naučil depresivním způsobem myslet a jednat." Tento nezdravý způsob myšlení a jednání je postupně možné přeučit a učinit jej konstruktivním. Dále píše že „podle behaviorální perspektivy je deprese reakcí na ztrátu pozitivního posílení z okolí." Kognitivní pohled na depresi říká, že podkladem této poruchy nálady je kognitivní postižení

(kognitivní - poznávací). Jde vlastně opět o poruchu myšlení, poznávání a logiky. Praško uzavírá, že „aby se toto kognitivní postižení mohlo objevit, musely v průběhu života vzniknout maladaptivní kognitivní schémata – rigidní pohledy z dětství na svět, které se neprojevují, dokud se neobjeví závažná stresující událost nebo nadměrné množství drobných stresorů."
[Praško 2003: 68 – 9]

Existence zmíněných latentních kognitivních schémat vlastně znemožňuje určit, zda se deprese vyvinula pouze vlivem vnějších okolností u duševně zdravého člověka, nebo zda měl dotyčný ke vzniku depresivního onemocnění určité latentní dříve naučené předpoklady. Lze se domnívat, že student s latentními maladaptivními kognitivními schématy by se nedostal do deprese, pokud by nešel na vysokou školu a nevystavil se tak stresujícím nárokům studia, změny prostředí atd. Primární příčinu depresí by pak bylo mylné spatřovat v nárocích studia. Protože účelem práce není porovnávat míru depresivity u studujících a nestudujících vrstevníků, nebudu tyto úvahy dále rozvíjet.

3.2 Genderové předpoklady vzniku depresivního onemocnění

Z výsledků četných studií lze vysledovat, že obecně jsou k depresi náchylnější ženy než muži [Viz např. Noble: 2005]. Proč by tomu tak mělo být? Rudolf Noble ve zprávě ke své studii o depresích žen píše, že na predispozici žen k vytvoření depresí se podílí několikero biologických procesů. Podle výsledků studie je důležitým faktorem geneticky podmíněná zranitelnost ženy, hormonální výkyvy spojené s různými aspekty rozmnožovacích funkcí a přílišná citlivost mozkových „systémů", které tyto hormonální výkyvy prostředkují. Noble dále zmiňuje spíše psychologické aspekty, jako je „stresová role" a společensky znevýhodněný status ženy. Někteří autoři připisují větší výskyt deprese u žen z části také menší zdráhavosti žen svěřit se s problémy odborníkovi, viz např. Křivohlavý [2003: 140]:

> „Ukazuje se, že například dvakrát méně mužů nežli žen navštíví lékaře či psychologa, když mají relativně stejné depresivní obtíže"

Jedním z výstupů výzkumu v praktické části bylo srovnání depresivity studentek a studentů vysokých škol. Teze o větší náchylnosti žen k depresi se však u zkoumaného vzorku nepotvrdila.

Beckův dotazník, který jsem pro zjišťování míry deprese použila, vyplňovali vysokoškoláci anonymně, prostřednictvím internetu. K osobnímu kontaktu s tazatelem tedy nedocházelo a dotazovaní neměli důvod své pravé pocity skrývat.

3.3 Genetické předpoklady vzniku depresivního onemocnění

O genetických předpokladech vzniku depresí referují stránky Krajských center zdravotní péče [internetový odkaz č.3]. Podle informací těchto stránek jsou geny pro vznik deprese sice významné, ale vzhledem k velkému množství „zúčastněných genů" se přesně se neví, jak který gen působí. „Pro přímou dědičnost u většiny forem depresí chybí důkazní jistota." Deprese se nemusí nutně rozvinout, protože jí trpěl některý z rodičů nebo sourozenců, zvýší se pouze riziko. Ve zprávě dále stojí, že „riziko se těžko vyjadřuje v číslech, protože geny mají u různých typů depresí různý význam. Genetické faktory hrají větší roli u těžších depresí a u mladších lidí. Podle zprávy mají geny největší význam pro maniodepresivní typy.

3.4 Osobnostní předpoklady vzniku depresivního onemocnění

Podle přesvědčení Aarona Becka se člověk stává náchylným k depresi částečně až v průběhu jeho vývoje, vinou různých traumatizujících prožitků:

> „Tyto traumatické zážitky (např. ztráta jednoho z rodičů nebo opakované odmítání ze strany vrstevníků) predisponují postiženého člověka k tomu, aby později během života na podobné události reagoval přehnaně. Když se taková situace vyskytne, postižený jedinec má tendenci dospívat k extrémním absolutním úsudkům. Každou ztrátu vnímá jako nenahraditelnou, nevšímavost jako naprosté odmítnutí. Jiní lidé se sklonem k depresi si již během dětství vytvářejí rigidní perfekcionistické cíle, takže se jejich vesmír zhroutí, když se později v životě setkají s nevyhnutelným zklamáním."
> [Beck 1976: 85].

Oddělení psychologie Floridské university provedlo v minulém roce krátkodobý výzkum, jehož záměrem bylo prokázat souvislosti právě mezi perfekcionismem, stresem a depresemi u vysokoškolských studentů s vyznamenáním. Výsledky podle očekávání prokázaly silnou spojitost mezi perfekcionismem premiantů, stresem který v průběhu testovaného semestru prožili a následnými depresemi [Kenneth 2006].

3.5 Charakter jedince náchylného k depresi

Na základě poznatků získaných během studia mohu vytvořit schematický model studenta s předpoklady ke vzniku depresí. Jde o jedince s pohnutým dětstvím, během kterého se opakovaně setkával s odmítnutím ze strany rodičů a musel hořce bojovat o přízeň vrstevníků. Utrpěl nějakou větší nevratnou ztrátu (úmrtí rodiče, ztráta kamarádů v důsledku stěhování atp.). K jeho povaze patří touha uspět, být chválen, uznáván a přijímán. Tato touha ústí do perfekcionismu a jejím vedlejším projevem je silná úzkost a obava z vlastního selhání. Na základě zkušeností z dětství se u jedince ustálí specifický náhled na svět a dění v něm. Jedinec očekává spíše negativní

vývoj. Toto očekávání je posíleno s každým novým neúspěchem i přesto, že úspěchy z objektivního pohledu výrazně převažují. V perspektivě přehnaných ambicí se každá snaha jeví předem jako marná a nedostatečná. Život jedince s předpoklady k depresi je nelítostným bojem s předem daným koncem.

3.6 Vnější rizikové faktory

Existuje řada vnějších událostí, nepříznivých situací a ztížených podmínek, které mohou přispívat ke vzniku depresivního onemocnění, nebo ho přímo zapříčinit. Nemělo by se ale zapomínat na to, že vždy záleží především na člověku, jak si s nepříznivým vývojem událostí poradí. Stresová tolerance každého jedince se liší a každý se umí vnějším podmínkám přizpůsobit svým způsobem. Psychoanalýza ukazuje, že velmi záleží na minulých prožitcích a dávno zapomenutých traumatech. Lidé, kteří prošli nějakým traumatizujícím zážitkem, mohou být citliví na určitý druh stresorů a mohou je silně rozrušit příhody, které nejsou pro jiné lidi ničím výjimečné.

Bez hloubkové analýzy je obtížné spekulovat, zda depresi odstartovala nedávná špatná příhoda jako taková, nebo zda za nepřizpůsobivou (maladaptivní) reakci mohou nepříjemné zážitky z dětství. Nelze ani vyloučit vliv vrozených predispozic ke vzniku depresivního onemocnění v reakci na nepříznivý vývoj věcí vnějšího světa.

Mezi nejčastěji uváděnými rizikovými faktory jsou na předních místech ztráta zaměstnání a ztráta blízké osoby. U duševně zdravého člověka vede ztráta někoho blízkého ke smutku, který je v takovém případě přirozenou reakcí (viz kapitola 2.1). Méně vyrovnaný jedinec se může se smutkem potýkat hůře. Hluboký smutek se nepozorovaně mění v depresi a postižený přestává žít jako doposud – polevuje v práci, ztrácí zájem o vše ostatní a propadá se do deprese. Napjaté, chladné či jinak neuspokojivé vztahy v rodině jsou třetím často zmiňovaným rizikovým faktorem. Na studenty prvních ročníků, kteří z velké části musejí kvůli studiu odjet do jiného města, může silně působit také změna prostředí. Spouštěčem deprese může být dokonce už samotná tíže rozhodnutí, na kterou fakultu se hlásit.

Samostatnou kapitolu tvoří nároky zátěžového studia. Závazné termíny, povinné zkoušky, objemný studijní materiál. Tyto a desítky jiných nároků formují náplň studií na vysoké škole. Zkouškové období prvního a druhého semestru je zvláště stresující. Jednou z výzkumných otázek teoretické části práce je, nakolik vykazují první ročníky více depresivních příznaků než ročníky ostatní. Poměr znázorňuje zvláštní graf č. 2 v příloze o míře stresu jednotlivých ročníků.

I u stresujících nároků studia však platí, že záleží hlavně na osobnosti studenta, jek se s nimi vyrovná.

IV. Návrhy léčby

4.1 Psychoterapie

Psychoterapie bývá s úspěchem použita u mírnějších forem depresí, které mají jinou nežli organickou příčinu. Dříve než pojednám o dvou hlavních psychoterapeutických postupech pro léčení depresí, chtěla bych věnovat několik řádků samotnému pojmu psychoterapie prostřednictvím dvou vybraných definic ve kterých různí psychologové kladou důraz na odlišné aspekty psychoterapie: Podle definice V. Boreckého je psychoterapie „profesionální ovlivňování duševního stavu pacienta, prováděné nebiologickými, tedy výhradně informačními prostředky, směřující ke změně jeho prožívání (vnější i vnitřní reality) a prováděné na pacientovu žádost." PhDr. Goldman z katedry pedagogické a školní psychologie při PF UK v Praze k definici poznamenává, že u psychoterapie je důležité „především to, že na začátku je pacientova žádost. (…) Pro úspěch psychoterapeutického působení je podstatná změna, a k té by mělo docházet s pacientovým souhlasem. (…) Je na psychoterapeutovi, aby včas rozpoznal nejen pozitiva, ale i rizika případné změny, aby na ně pacienta upozornil a aby podle toho modifikoval cíle a prostředky terapie." [Goldman 2005: 15]

S. Kratochvíl o psychoterapii říká:

„K psychoterapeutickým prostředkům patří především slovo, ale i mimika, mlčení, emotivita a emoční vztahy, učení, manipulace prostředím atd." Komentář PhDr. Goldmana zní: „Zde jsou vyjmenovány základní psychologické léčebné prostředky, které nejen všichni známe, ale dokonce je i používáme, a to jak v lékařské praxi, tak v běžném životě. V čem je tedy specifikum jejich psychoterapeutického využití? Především v kvalifikovanosti toho, kdy a jak jsou využity." [Goldman 2005: 17] Kratochvíl zde kladeš zvláštní důraz na osobu psychoterapeuta a odbornost jeho léčebného postupu.

4.2 Psychoanalýza

Léčba spočívá v hloubkovém rozboru pacientovy minulosti. Psychoterapeut se při společných sezeních snaží zjistit, zda pacient v mládí neprožil nějaký nevyřešený konflikt nebo jiný traumatizující zážitek, který by měl za následek dnešní depresivní stavy.

Trauma či konflikt bývá skrze obranné mechanismy lidské psychiky vytěsněn z vědomí, což bohužel neznamená, že již nemá na pacientovu psychiku vliv. Potlačený či zapomenutý

obsah je třeba vynést na vědomí, odkud se s ním dá jedině pracovat.

Podle Sigmunda Freuda, který psychoanalýzu jako první představil, je jedním z častých „spouštěčů" neventilovaná zlost. Pacient v minulosti dokázal svou zlobu vědomě potlačit, avšak tato síla se postupem času obrátila do jeho nitra, kde se stává zdrojem depresivních pocitů.

4.3 Kognitivně behaviorální terapie

Aaron Beck spatřuje hlavní příčinu depresivního onemocnění v chybném uvažování pacienta. U depresivních pacientů si všímá zejména jejich myšlenkových pochodů a snaží se odhadnout, zda jedinec uvažuje realisticky a zda jeho reakce a závěry nejsou chybné (maladaptivní). Někteří pacienti se svými cyklickými myšlenkami dostanu do tzv. bludného kruhu, kdy špatně jedna nepodařený čin ovlivňuje průběh dalších aktivit (viz schéma v příloze č. 4.

Kognitivně behaviorální terapie stojí na předpokladu, že k nápravě existujících psychických úchylek lze využít existující psychické schopnosti. Beck vysvětluje důvody pro zvolený název metody:

> „Protože jak ústřední psychický problém, tak psychologická léčebná opatření se týkají pacientova myšlení (jeho kogicí), nazýváme tuto formu pomoci kognitivní terapií."
>
> [Beck 1976: 155]

V centru pozornosti jsou sice pacientovy kogice, bylo by však mylné vyvozovat, že Kognitivně behaviorální terapie nebere v potaz mučivé emoce pacienta. Myšlenkové pochody jsou vodítkem k emocím a skrze jejich korekci se zlepšují zároveň emoční prožitky nemocného. Kognitivně behaviorální psychologii se v současné době dostalo největšího uznání odborníků. Přispívá k tomu kromě jiného rozličné množství dílčích metod, které se nasazují v závislosti na osobnosti pacienta. Beck v rámci kognitivně behaviorální terapie rozlišuje několik terapeutických přístupů:

„Intelektuální" přístup spočívá v tom, že určíme pacientovy mylné názory, ověříme s ním jejich platnost a pomůžeme mu, aby je nahradil názory přiměřenějšími.

„Experienciální" (prožitkový) přístup vystavuje pacienta prožitkům, které jsou samy o sobě dost silné, aby jeho chybné názory změnily.

Behaviorální přístup vychází z teorie učení, která se zakládá na přesvědčení, že s pomocí pozitivního či negativního zpevňování lze „přeučit" pacientovy maladaptivní reakce na různé situace.

Některé další významné psychoterapeutické metody jsou součástí přílohy č. 1.

Cílem této terapie podle profesora Křivohlavého [2003] je zabránit cyklickému opakování automatických depresivních myšlenek[4] a naučit pacienta konstruktivnímu způsobu uvažování.

Pacient se účastní 15 – 20 terapeutických sezení během 3 měsíců. Terapie může být buď individuální nebo může být pacient zařazen do pracovní skupiny, kde se učí zdravěji žít a myslet. Terapeut zde vystupuje jako učitel, který učí pacienta – žáka plánovat, pozitivně přemýšlet a vědomě si osvojit způsoby, jak později samostatně zvládat depresivní stavy.

Kognitivně behaviorální psychoterapie není i přes vytříbenost metody univerzálním nástrojem léčby všech depresivních pacientů. Lze s úspěchem polemizovat o tom, zda psychoterapie vyléčí každý druh depresivního onemocnění v jakékoli fázi u jakéhokoli pacienta. Už samotný pacient musí splňovat určitá kritéria, jež o úspěchu psychoterapie rozhodují:

> „Protože chybné usuzování se pro člověka může stát hluboce zakořeněným zvykem, kterého si nemusí být vědom, je k nápravě potřeba několika kroků. Za prvé si člověk musí uvědomovat, co si myslí. Za druhé si musí uvědomit, které z jeho myšlenek jsou chybné. Za třetí musí nesprávný úsudek nahradit úsudkem správným. A nakonec potřebuje dostat zpětnou vazbu, zda došlo k pozitivní změně."
>
> [Beck 1976: 158]

Ne všichni pacienti vyhledají psychoterapeuta ve stavu, kdy jsou schopni přijmout tento druh pomoci. Potíže těchto lidí pomůže zmírnit farmakoterapie, jíž se zabývá další podkapitola.

4.4 Farmakoterapie

Funkce antidepresiv: Většina antidepresiv pracuje na bázi dodávání chybějících neurotransmitérů – látek, které přenáší nervové vzruchy mezi synapsemi.5

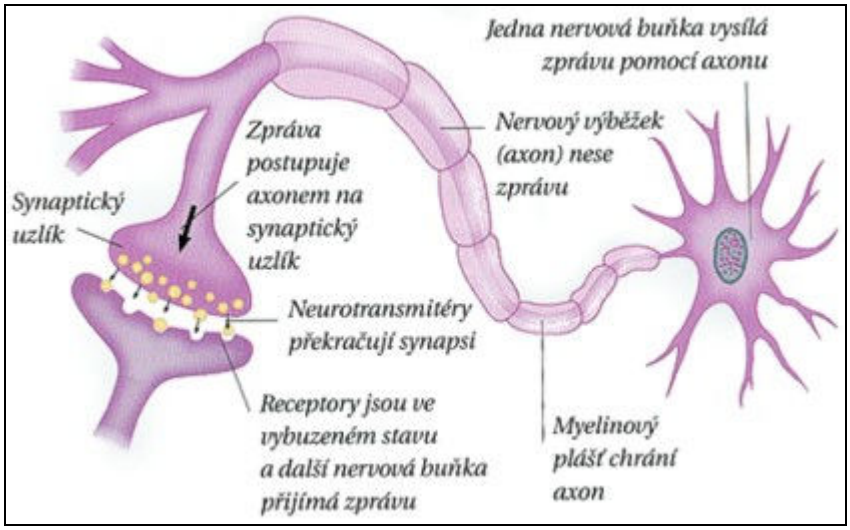
Výzkumy ukázaly, že u lidí trpících depresemi chybějí nejčastěji tyto neurotransmitéry: noradrenalin, dopamin a serotonin. Účinek antidepresiv na šíření nervových vzruchů ukazuje obr. č. 1.

[4] stav, kdy pacientovi na základě tzv. spouštěče – běžné nepříjemné události, které by normálního člověka nevyvedla tolik z míry, se začnou automaticky odvíjet úvahy typu: „Nic nezvládnu, za nic nestojím, nikdo mě nemá rád", apod.)

[5] synapse = nervový spoj mezi jednotlivými nervovými buňkami.

Obrázek č. 1 Přenos nervového signálu:[6]

Zprávy v podobě elektrických signálů procházejí nervovou buňkou prostřednictvím jejího výběžku zvaného axon. Má-li signál překročit synapsi (štěrbinu) mezi dvěma buňkami, musejí chemické neurotransmitéry přejít ze synaptického uzlíku (knob) na receptory další nervové buňky.



Níže uvádím některá nejčastěji předepisovaná psychofarmaka. Obecně však platí, že kognitivně - behaviorální terapie bývá často účinnější a zdravější formou terapie než jakákoliv psychofarmaka. Pokud se již lékař rozhodne nasadit farmakoterapii, měl by se řídit základním axiomem indikace: začít nízkou dávkou, která se bude pomalu zvyšovat, a léky nevysadit příliš brzy. Většina antidepresiv se užívá po dobu nejméně třech měsíců. Neméně složitým procesem, jako je nasazení vhodných antidepresiv (lékaři musí často zkoušet různé preparáty), je jejich vysazování. Pacient by sám nikdy neměl vysadit antidepresiva ze své vlastní vůle bez konzultace s lékařem. Po vysazení se mohou objevit abstinenční příznaky – bolesti hlavy, motolice, nauzea, zvracení, poruchy v jídle, špatný spánek, záchvaty paniky a úzkosti, roztěkanost, někdy i mánie.

Výběr nejrozšířenějších psychofarmak:

1. řada (skupina) SSRI

Depresiva sertralin a citalopram jsou léky první volby v ordinaci praktického lékaře, protože léky z této řady mají nejméně vedlejších účinků a interakcí s jinými léčivy.

[6] Zdroj a text k obrázku:
https://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xchg/zc/xsl/3141_1639.html (1.1.2007)

2. Tricyklická antidepresiva

Tato antidepresiva patří ke starším preparátům, oproti farmakům ze skupiny SSRI mají více vedlejších účinků a mohou zhoršovat tělesné potíže. (zdroj Pfizer, P.13,tabulka.) Některé jiné publikace uvádí (Křivohlavý 2003) že léky této skupiny jsou předepisovány nejčastěji.

Do této skupiny patří léky jako Amitriptyn, Nortriptylin, klomipramin, imipramin atd. Léky začnou působit po 2 – 3 týdnech kdy se podaří stanovit vhodné dávkování. Tyto léky se ale nesmějí vysadit, je třeba pokračovat v jejich užívání po dobu nejméně 3 - 6ti měsíců. Nepatří mezi návykové látky, úspěšná léčba přibližně v 75% případů

3. Inhibitory monoaminové oxidázy – MAO

např. fenelzin, moclobemid a tranylcypromin. Léky na této bázi ovlivňují neurostransmitery, užívají se denně po dobu několika týdnů. Mohou být špatně snášeny spolu s jinými léky a potravinami, mohou nebezpečně zvýšit krevní tlak.

4. Lithium

je používáno od roku 1960. Nasazováno zejména v případech bipolárních depresí (např. manicko-depresivní psychóza).

Není návykové, často bývá kombinováno s jinými antidepresivy.

Tento lék je často používán jako prevence u pacientů trpících těžkou recidivující depresí. Lithium zmírňuje recividivy a prodlužuje jejich interval.

Je nezbytně nutné brát ho pravidelně, množství je u každého pacienta jiné, bývá určováno krevními rozbory. Je nezbytné ověřit rovněž pacientovy dobrou funkci ledvin a srdce.

Nevýhodou lithia jsou jeho nepříznivé vedlejší účinky – únava, častější a vydatnější močení, třes rukou, kovová chuť v ústech.

Pokud se objeví také zvracení, průjem, zmatenost nebo velký třes rukou, došlo pravděpodobně k podání příliš vysoké dávky lithia. Ošetřující lékař musí určenou dávku léku snížit.

Dávkování lithia nemusí být vždy stejné. Potřebné množství lithia v organismu je ovlivněno nejen výsledky krevních testů dané osoby, ale také její životosprávou a životním stylem. Lékař, předepisující toto psychofarmakum musí brát ohled na běžné pacientovy činnosti, aby nedošlo k dehydrataci (např., v důsledku provozování některých sportů, užívání jiných léků, průjmového onemocnění či zvracení, atd.).

Druhý obrázek ilustrující působení psychofarmak je součástí přílohy č. 2.

4.5 Elektrokonvulzivní terapie (EKT)

Na závěr kapitoly bych chtěla ještě zmínit zvláštní formu psychoterapie, kterou je EKT, neboli léčba šokem. Jedná se o jednu z nejúčinnějších metod léčby deprese, která zabírá až u 8 z 10 pacientů. Nejčastěji se nasazuje u pacientů trpících bipolární depresí a u žen s těžkou poporodní depresí.

Princip elektrokonvulzivní terapie: pacient dostane čelenku s elektrodami, kterými po podání krátkodobého anestetika projede elektrický proud. Síla proudu je desetinová v porovnání s elektrickými šoky používanými při resuscitaci (při srdeční zástavě). Lehký otřes mozku signalizuje několika sekundový záškub končetin. EKT šoky však mozek nepoškozují.

Během spánku dostává pacient kyslík z obličejové masky. Po ukončení šoku se pacient zhruba do 15min probere. Pozitivní výsledky šoku se projeví ihned, pacient se po několik dní cítí výrazně lépe.

Celkový počet terapií stanovuje lékař podle individuální odezvy. obvykle se léčení pohybuje v rozsahu 6 – 12 aplikací 2x – 3x týdně

Přestože je aplikace EKT ve vážnějších případech většinou přínosná, má jako každá léčba i své nežádoucí účinky. Nejčastěji to jsou bolesti hlavy různé intenzity, žaludeční nevolnost, nepříjemné vzpomínky na dušení (pokud nebyla anestezie dostatečná), pocit slanosti a někdy i svalové bolesti.

Příprava na léčbu šokem[7]

[7] Zdroj textu i obrázku: https://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xchg/zc/xsl/3141_1640.html (15.12. 2006)

V. Deprese u vysokoškolských studentů

Deprese se zcela nevyhýbá žádným věkovým ani sociálním skupinám lidí. Zátěžová povaha studia vysoké školy vytváří jisté předpoklady pro to, aby ani studenti VŠ nebyli výjimkou. Nedílnou součástí této studie je stručný souhrn poznatků jiných výzkumů, jejichž autoři se souvislostmi studia a výskytu depresí zabývali dříve.

Dyson a Renk [2006] zdůrazňují, že na výskyt depresí u studentů má silný vliv především stres, který studenti prožívají během prvního roku studia. Mezi nejvlivnější stresory, které se na vzniku (exogenní) deprese podílejí, patří stres vzniklý změnou prostředí a odloučením od rodiny a přátel. Gutierrez a kol. [2000] zkoumali souvislosti nepříznivých událostí v životech studentů, příznaků stresu a pocitů bezmoci s příchodem myšlenek na sebevraždu, které jsou průvodním jevem většiny depresivních onemocnění (až 90 %). Jedním z dílčích výsledků výzkumu byla identifikace nejzávažnějších stresorů, které nejčastěji provázejí studium vysoké školy. Guierrez a kol. je rozdělují do čtyř základních kategorií: pocit bezmoci, stres spojený s rodinou, stres spojený s mezilidskými vztahy mimo rodinu a stres ze studia a jeho nároků. Určitý stupeň stresu k zátěžovému studiu prostě patří. O posledním z uvedených stresorů píše C. G. Morris:

> „…mnoho dětí v naší společnosti [zaměřené na úspěch] si vybuduje scestné přesvědčení, že aby je rodiče milovali, musejí být nanejvýš úspěšné. Jako dospělí se pak trápí, protože věří, že nejsou „ti nejlepší". Psychologové, kteří konzultují univerzitní studenty, někdy na tento problém narazí, když se bystří, schopní studenti dostanou do hlubokých depresí, protože jejich studijní průměr se sníží z perfektních 1,0 na 1,05."
>
> [Morris 1990: 89]

Příčinnou souvislost stresu a deprese lze krom toho odvozovat také z členění MKN 10, podle kterého jsou jisté depresivní reakce různé délky trvání právě reakcemi na závažný stres. (Viz oddíl F43.2) Jedním ze záměrů praktické části proto bude porovnat výskyt depresí v závislosti na fázi vysokoškolského studia.

Rogers a kol. [2002] se zabývali problémem, jak rozpoznat depresi u pacientů v péči praktického lékaře. Svou studii mimo jiné uvozují tvrzením, že 50 % pacientů trpících závažnou depresí není vůbec diagnostikováno. Pro mé účely je relevantní tvrzení, že přibližně 7 % všech pacientů primární péče trpí nějakou formou deprese. Nabízí se srovnání celého populačního spektra s mou cílovou skupinou vysokoškolských studentů, jehož výpovědní hodnota je však limitována tím, že subjekty pocházejí z jiných zemí.

Ve stejné studii je přehled různých symptomů deprese, které autoři seřadili podle toho, jak často se který symptom u vybraného vzorku lidí vyskytuje. Pro nás je např. zajímavé, že celých 29 % z celkového počtu 312 zkoumaných osob vykazuje zhoršenou náladu, 13 % přemýšlí o sebevraždě, 24 % uvádí potíže se spánkem. Na základě těchto údajů si stanovuji za jeden z dílčích cílů studie indikovat tři nejčastěji uváděné problémy českých vysokoškoláků.

Dalším z dílčích cílů bude porovnat výskyt depresivních příznaků u studentů opačného pohlaví. Rudolf E. Noble ve své zprávě kupř. uvádí, že celoživotní výskyt těžké depresivní poruchy se objevuje skoro dvakrát častěji u žen (21,3 %) než u mužů (12,7%). Jaro Křivohlavý píše, že deprese se dříve dokonce považovala za onemocnění žen, přičemž její výskyt u žen byl dvakrát častější než u mužů. Nyní se však prý ukazuje, že lidé obou pohlaví trpí depresemi přibližně stejně s tím rozdílem, že ženy častěji vyhledávají odbornou pomoc [Křivohlavý 2003:140]. Naproti tomu Noble předkládá konzistentní teorii o vrozené predisponovanosti žen k častějšímu onemocnění depresemi (viz podkapitola o generových předpokladech pro vznik depresí). Neaspiruji na rozřešení této otázky, nicméně jedním z výstupů výzkumu bude porovnání výskytu depresí v závislosti na pohlaví, ze kterého lze leccos vyvozovat.

Podle zjištění Grundbauma a kol. [2004] celých 16,9 % studentů amerických středních škol vážně uvažovalo o spáchání sebevraždy, 16,5 % z nich mělo konkrétní plán na její provedení, přičemž 8,5 % těchto studentů se za uplynulý rok skutečně pokusilo vlastní rukou ukončit svůj život. Již citovaný C. G. Morris [1990: 188] píše, že z celkového počtu případů sebevražd je až 90 % zapříčiněno nějakou formou deprese, přičemž u vysokoškoláků je výskyt sebevražd dvakrát vyšší, než u nestudentů stejného věku. Kolik studentů průměrně uvažuje o sebevraždě a nakolik jsou jejich úvahy vážné, ukáže další výstup výzkumu na základě deváté otázky Beckova dotazníku.

Exkurz o sebevraždách vysokoškolských studentů

Úvodem exkurzu ocituji C. G. Morrise: „Největším rizikem u poruch nálad je samozřejmě sebevražda. I když jsou deprese a sebevražda odlišné jevy, úzce spolu souvisí: osoby, které trpí depresemi, jsou co se týče sebevražd vysoce rizikovou skupinou a téměř 90 % jedinců, kteří sebevraždu spáchají nebo se o ni pokusí, tak učiní, když prožívají nějakou formu deprese. Podle oficiálních statistik se ve Spojených Státech každoročně pokusí o sebevraždu více než 200,000 lidí a přes 25,000 jich uspěje.8 Avšak, jelikož bývá mnoho úmrtí přivozených vlastní rukou oficiálně přičteno jiným, více „respektovaným" příčinám než je sebevražda, odhadli odborníci, že

[8] Psáno na začátku devadesátých led 20. Století.

skutečný počet sebevražd v americké společnosti může být dvakrát až pětkrát vyšší než číslo oficiálně uváděné. Z oněch „úspěšných" pokusů připadá každý rok přibližně 1,000 na studenty vysokých škol."
[Morris 1990: 188]

Další zarážející čísla popisující americkou realitu nabízí studie L. Konickové a P. Gutierreze o sebevraždách studentů. Podle výchozích údajů této studie se přibližně 50 % amerických univerzitních studentů zabývá myšlenkami na sebevraždu a v průběhu roku se jich prý 8 – 15 % pokusí tyto myšlenky nějakých způsobem uskutečnit. Porovnání sebevražednosti studentů a nestudentů stejného věku, předkládá Morris:

„Výskyt sebevražd je u vysokoškolských studentů dvakrát vyšší než u mladých lidí v témže věkovém rozpětí, kteří na vysoké škole nejsou. Největší výskyt sebevražedného chování se objevuje začátkem a koncem čtvrtletí či semestru. O sebevraždu se pokouší přibližně třikrát víc žen než mužů, ale počet pokusů, které skončí smrtí, je u mužů výrazně vyšší."
[Morris 1990: 189]

Zprávu o sebevražedných tendencích studentů českých vysokých škol předkládám v praktické části práce. Morris se dále rozepisuje o tom, jak mohou lidé v okolí studenta (profesoři, spolubydlící, spolužáci) blížící se katastrofu odhalit:

„Změna nálady a chování studenta je nejvíce patrným varováním, že by mohl plánovat sebevraždu. Obvykle se student dostane do depresí, stáhne se, utrpí citelný pokles sebeúcty a poleví ve svých zájmech nebo v osobní hygieně. Bývá to doprovázeno hlubokým nezájmem o jeho studie. Často přestává chodit na hodiny a většinu dne zůstává ve svém pokoji. Obvykle student o svém stresu poví aspoň jednomu člověku, často v podobě zastřeného varování před sebevraždou. Velké množství studentů, kteří se o sebevraždu pokouší, zanechává dopisy.

Když se student vysoké školy pokusí o sebevraždu, jedním z prvních vysvětlení bývá, že se mu špatně dařilo ve škole. Avšak jako skupina jsou studenti, kteří vykazují sebevražedné chování, nadprůměrní. Očekávají od sebe víc, co se týče akademických úspěchů a projevují víc žákovské úzkosti. Známky, akademická soutěž a tlak kolem zkoušek významný stres nevyvolávají. A také, i když mnozí ztratí před sebevražedným chováním zájem o své studie a jejich známky se před začátkem sebevražedného chování zhorší, zdá se, že ztráta zájmu je spojena s depresí a stažením se, jež způsobilo něco jiného, než akademické problémy.

Spíše než akademické selhání samotné je často problémem ztráta sebeúcty či selhání splnit rodičovská očekávání. Bez ohledu na pohlaví je hlavní příčinou stresu pro většinu studentů, kteří se o sebevraždu pokusili, buď to, že selhali při budování blízkého mezilidského vztahu, nebo že ho ztratili. Ukončení milostného vztahu může být klíčovým spouštěčem. K výrazně vyššímu počtu pokusů o sebevraždu dochází u studentů z rodin, které prošly odloučením, rozvodem, či které postihlo úmrtí rodiče. Zdá se, že mezi mužskými studenty se zvláště důležité spouštěcí činitelé týkají jejich blízkých citových vazeb na rodiče."
[Morris 1990: 189]

Jak je vlastně možné, že se mladý perspektivní člověk pokusí o sebevraždu? Odpověď je třeba hledat v psychickém utrpení působeném hlubší depresí. Jak píše Beck: „Sebevražedná přání a sebevražedné pokusy můžeme chápat jako nejzazší vyjádření touhy uniknout. Depresivní pacient vidí svou budoucnost naplněnou utrpením. Nedokáže si představit, že by se mu ulevilo; nevěří, že se jeho stav zlepší. Na základě těchto předpokladů se mu sebevražda jeví jako rozumný čin."

[Beck 1976: 95]

V marné snaze o optimistické uzavření tohoto exkurzu si dovolím zmínku, že „pouze" 4 z 208 respondentů beckova dotazníku uvedli, že často uvažují o sebevraždě.

Část praktická

V praktické části se zabývám již výhradně depresivitou vysokoškoláků. Hlavním cílem zde obsaženého průzkumu bylo poskytnout hodnověrné závěry v poměrných číslech o tom, jaké procento českých studentů trpí depresemi a v jaké míře. Kromě toho zjišťuji, jaký je poměr studentů a studentek vykazujících příznaky mírné (či hlubší) deprese a výsledky vztahuji k poznatkům teoretické části (viz podkapitola 4.2). Dále zkoumám, zda studenti prvních ročníků pociťují více depresivních příznaků než jejich starší kolegové. Potvrzovalo by to úlohu stresu při vzniku depresivního onemocnění, kterou zdůrazňuje C. G. Morris v knize pro můj skeletový překlad [Morris 1990: 89]. Výchozím předpokladem je, že první ročník studia obnáší větší stresovou zátěž než ročníky ostatní (změna prostředí, nové studijní nároky, neznámí lidé - blíže viz kapitola V). Zvláštní pozornost je dále věnována otázce sebevražd. Zjišťuji, kolik studentů o sebevraždě uvažuje, a jak jsou tyto úvahy časté. V neposlední řadě se pokusím určit tři nejčastěji uváděné problematické příznaky, které měli studenti možnost v dotazníku hodnotit.

Ke zjištění potřebných údajů jsem používala Beckův dotazník, k jehož vyplnění se uvolilo celkem 208 studentů různých (převážně pražských) vysokých škol. Kromě rozboru metody dotazníku, kladených otázek, upřesnění skupiny dotazovaných a vyhodnocení jejich odpovědí, je součástí druhé části práce také úplné znění dotazníku (viz příloha č. 3). Práci uzavírá návrh na zřízení funkce fakultního psychologa, opodstatněný výsledky výzkumu.

VI. Zvolená metoda

Ján Ferjenčík v knize o metodologii psychologického výzkumu [2000] píše, že psychologie je poměrně mladou vědní disciplínou bez stabilizované metodologické orientace. Domnívám se, že vzhledem k rozmanitosti zkoumaného předmětu ani v budoucnu nedojde k převládnutí jediné „nejvhodnější" metody a že takový vývoj by nebyl ani žádoucí. Podle knihy jsou nejčastěji používanou metodu pro získávání dat v psychologii psychologické testy, mezi jejichž výhody patří všestrannost a časová výhodnost. Jako nejvhodnější nástroj pro získání přehledu o depresivitě studentů na českých vysokých školách jsem hlavně z těchto důvodů zvolila prověřený Beckův dotazník depresivity. Samotnému dotazníku z obsahového hlediska se věnuje další oddíl. Nyní pár slov ke způsobu „měření" deprese dotazovaných.

Beckův dotazník zjišťuje stupeň depresivity pomocí pořadového, nebo také „ordinálního" měření. Čísla jsou zde

přiřazena např. k jednotlivým stupňům závažnosti zkoumaného jevu (nespavost, nechuť k jídlu, nesoustředěnost atd.). Na jistou nevýhodu ordinálního měření poukazuje Ferjenčík:

> „Klasickým případem použití pořadové úrovně (měření) je určování pořadí v běhu. Zde čísla rozliší, kdo byl první, druhý, dvanáctý. Nelze však říci, že vzdálenost dvou intervalů – například mezi 1 a 2 je stejná jako mezi 12 a 13. (…) Získané hodnoty jsou ryze ordinálního – pořadového charakteru. „Velmi často" je častější než „často" a „občas" je zase častější než „zřídka". Je možné však s jistotou tvrdit, že rozdíly mezi těmito kategoriemi jsou stejně velké?"
>
> [Ferjenčík 2000: 222]

Dotazník se skládá z 21 „výpovědních okruhů" z nichž každý dává na výběr ze čtyř možných předem strukturovaných výpovědí. Mezi nesporné výhody tohoto druhu dotazníků patří úspora času při jejich vyplňování respondentem, stejně jako relativní jednoduchost a rychlost kvantifikace a vyhodnocení odpovědí. Dotazníková metoda má samozřejmě i své nevýhody, mezi které patří např. jejich schopnost mapovat zpravidla jen *momentální stav* věcí. Ján Ferjenčík píše:

> „Ve většině případů [psychotesty] ukazují výsledky „zde a nyní" a to i tam, kde se chceme primárně dozvědět něco o trvalejších tendencích a zaměření osobnosti."
>
> [2000: 211]

Profesor Beck si byl tohoto omezení samozřejmě vědom, součástí dotazníku je proto doporučení, podle kterého mají všichni dotazovaní s výsledkem „B" a horším vyplnit celý dotazník za týden znovu a v případě, že se jejich hodnocení nezmění, či ještě zhorší, mají vyhledat odbornou pomoc. Pro účely sběru dat jsem však z časových důvodů brala v potaz pouze napoprvé vyplněné dotazníky, takže vývoj v čase nemohl být zohledněn. Nicméně internetové stránky s dotazníkem jsou studentům stále k dispozici na níže uvedené adrese, takže zájemci o opětovné vyplnění mohou této možnosti využít.

Sběr dat probíhal výhradně elektronickou cestou s využitím internetu. Dotazník zpracovaný v programu PHP jsem umístila na samostatnou webovou stránku, na jejíž úvodní obrazovce prosím studenty o vyplnění dotazníku, vysvětluji, na co je zaměřen a prosím o jejich seriózní přístup (viz poslední přílohy). Kromě samotného dotazníku jsou součástí stránek ještě čtyři hodnotící zprávy pro respondenty a skrytý kód pro vyhodnocení dat. Koncová adresa pro přístup k dotazníku je http://pruzkum.eu/dep. Abych odhalila případný pokus o několikanásobné vyplnění dotazníku tou samou osobou, eviduje program jednotlivé IP adresy počítačů, na kterých byl dotazník již jednou vyplněn a zaznamenává i čas, kdy bylo vyplňování dokončeno. K vyhodnocení dotazníku jsem použila program MS Excel, jehož funkce významně usnadňují třídění dat a práci s nimi. Postupu vyhodnocení se věnuje kapitola XII.

6.1 Beckova sebeposuzovací škála depresivity

V roce 1961 uveřejnil profesor Aaron Beck první verzi svého dotazníku. I přes nejednotná hodnocení odborníků se tento dotazník stal možná nejpoužívanějším nástrojem k rychlému posouzení depresivity dospělých pacientů. První verze dotazníku se od doby zveřejnění dočkala několika úprav. V druhé verzi, vydané o dekádu později, nebyli respondenti tázáni na momentální psychický a fyzický stav, nýbrž na souhrnné hodnocení jejich stavu v posledních dvou týdnech. Podnětem pro třetí úpravu dotazníku byla Diagnostická a statistická příručka publikovaná Americkou psychiatrickou asociací. Výsledkem druhé revize byla úplná změna některých otázek (otázky zaměřená na hypochondrii a pracovní výkonnost) a přeformulování většiny ostatních. Pro účely své práce používám klasickou první verzi.

Beckův dotazník má na pohled jednoduchou strukturu. Respondentům jsou předloženy vždy čtyři možnosti z celkem 21 výpovědních okruhů. Každý dotazovaný vybere tu odpověď, která nejlépe vystihuje jeho stav za poslední dva týdny. Vybere-li dotazovaný první možnost, vždy to znamená, že s předmětem dané výpovědi nemá žádné obtíže. Čtvrtá možnost indikuje vždy nejvážnější stupeň depresivních příznaků a je k ní přiřazeno nejvíc bodů. Reverzně hodnocené otázky se v první verzi dotazníku nevyskytují. Odpovědi jsou hodnoceny 0-3 body, nejvyšší možný počet bodů je 63, což by indikovalo nejvážnější depresi. Spolehlivost dotazníku při odhalování deprese ověřoval Beck a kol. [1996]. Výsledky z dotazníku byly porovnány s výsledky komplexnějších testů, zaměřených kromě na deprese i na úzkostné poruchy. Z těchto srovnávacích testů vyšla údajná 93% úspěšnost Beckova dotazníku.

Mezi přednosti Beckova dotazníku patří jeho zaměření na spolehlivé indikátory deprese. Po pozorném pročtení teoretické části práce by mělo vycházet najevo, že každá otázka Beckova dotazníku je plně relevantní vzhledem k sledovanému záměru: zjistit skrze pacientovo vlastní hodnocení míru jím prožívané deprese. V dalším odstavci kapitoly bych chtěla předestřít interpretaci Beckovy sebeposuzovací škály tak, jak na základě předchozího studia rozumím zacílení jejích částí tj. otázek, respektive nabízených výpovědí. Následně referuji o možných nevýhodách a slabších stránkách dotazníku. Mé hodnocení Beckovy sebeposuzovací škály se z části zakládá na zpětné vazbě, kterou jsem obdržela od dotazovaných studentů.

VII. Skupina dotazovaných

Dotazník vystavený na internetu v konečném součtu vyplnilo 151 studentek a 57 studentů, celkem 208 osob (po vyřazení několika nestudujících). Ochotu vyplnit dotazník a podrobit se hodnocení tedy projevilo o dvě třetiny více žen než mužů.

Z celkového počtu dotazovaných studuje 145 osob (70 %) v Praze, ostatní mimo hlavní město. Většina dotazovaných studuje školy humanitního zaměření (147 osob), 32 dotazovaných uvedlo technické zaměření studia, 16 ekonomické zaměření, 9 dotazovaných zaškrtlo medicínské zaměření, 2 právo a zbývající 2 studují „přírodní vědy". Nejmladšímu z dotazovaných je 18 let, nejvíce účastníků bylo ve věku věk je 21 let (37 studentů). Respondenti dále vyplňovali ročník studia. Největší zastoupení měly třetí ročníky (rovných 60 studentů) a ročníky druhé (48 studentů). Nejmenší účast na dotazníku jsem zaznamenala u studentů pátých ročníků (23 osob).

VIII. Zpracování výstupních dat

Poté, co každý z respondentů potvrdil vyplněný dotazník, byl příslušný datový paket odeslán do sběrného souboru. Tím je přehledná tabulka MS Excel o 33 sloupcových kategoriích a 209 řádkových položkách (ukázku výstupu prvních dotazníků nabízí k nahlédnutí poslední příloha). Program MS Excel s pomocí volitelných funkcí vypočítává součet bodů všech 21 výpovědních okruhů a vyhodnocuje míru deprese podle vloženého klíče. Počtu 0-11 bodů (žádné příznaky) bylo přiřazeno písmeno „A", hodnotám 12-22 písmeno „B" (odeznívající deprese9), hodnotám 23-33 písmeno „C" (lehká deprese) Hodnotám 34-44 písmeno „D" (akutní středně těžká deprese), hodnoty 45 až 63 spadají do poslední kategorie „E" (akutní těžká deprese).

S tabulkou jsem dále pracovala pomocí tzv. filtrů, které mi umožnily vybrat data podle požadovaných kritérií. V tabulce tak po správném navolení filtrů zbyly například jen odpovědi mužů prvních ročníků nebo jen odpovědi žen, které mají podle klíče středně těžkou depresi. Další počty s daty usnadňují matematické funkce programu MS Excel.

IX.Vyhodnocení

Z celkového počtu 208 studentů bylo celkem 60 hodnoceno s jiným výsledkem než „A", který znamená nepřítomnost depresivních příznaků (výsledek rozdílný od „A" budu dále označovat jako „nenulový"). Z toho je 44 žen (z celkového počtu 151) a 16 mužů (z celkového počtu 57). Podle výsledků Beckovy škály tedy celých 28,2 % všech studentů trpí nějakým stupněm depresivních příznaků. Bráno v poměrných číslech vychází, že vážnější než zanedbatelné příznaky deprese se objevují u 29,2 % všech žen a 28,1 % všech mužů.

Výstupem rozřazovacího klíče Beckovy škály je 5 možných vyhodnocení, kdy „A" označuje stav naprosto zdravého člověka, „B" – „E" pak stupeň závažnosti deprese (viz předchozí kapitola). Podle tohoto hodnocení spadá nejvíce studentů s nenulovým výsledkem (tzn. výsledkem rozdílným od „A") do druhé nejmírnější diagnózy, kterou je výsledek „B" (odeznívající deprese). Výsledek B mělo 21,1 % všech studentů. Výsledky však dále ukazují, že 7,2 % všech studentů trpí lehkou depresí (výsledek „C"). Tento výsledek pozoruhodně koresponduje se zjištěními týmu amerických vědců pod vedením William Rogerse, podle kterých přibližně 7 % pacientů primární lékařské péče trpí nějakou formou deprese (blíže viz kapitola V). Středně těžkou depresí trpí 0,5 % všech studentů (pozn. studentka druhého ročníku humanitního zaměření, 21 let, dosáhla hodnocení „D" s 38 body). Diagnóza těžké deprese nevyšla u žádného z dotazovaných.

Rozdíly těchto poměrů v závislosti na pohlaví dosahují nanejvýš jednoho procentního bodu (u studentů s výsledkem „A" – 70,8 % žen a 71,9 % mužů), rozdíly mezi ženami a muži u ostatních diagnostických skupin se pohybují v řádu desetin procent. Výsledné rozřazení studentů obou pohlaví do diagnostických skupin znázorňuje graf č. 1 v příloze.

Depresivita v jednotlivých ročnících studia

Dalším výstupem dotazníku bylo porovnání jednotlivých ročníků studia z hlediska výskytu depresivních příznaků. Z celkového počtu studentů s nějakým stupněm depresivních příznaků (skupiny B,C,D,E) studuje 21,7 % takto diagnostikovaných první ročník a stejný poměr vychází i pro ročník druhý. Změna nastává u třetího ročníku, kde byl počet studentů s nenulovou diagnózou vůbec nejvyšší (26,7 %). Výrazný pokles poměru studentů s nenulovou diagnózou začíná ve čtvrtém ročníku – pouze 13,3 %, který se jen mírně navýší u dalších ročníků studia (páté a vyšší ročníky 16,7 %).

U prvních ročníků je pozoruhodný poměr studentů a studentek s nenulovou diagnózou. Plných 37,5 % všech mužů s nenulovou diagnózou studuje prvním rokem, zatímco žen pouze 15,9 %. Poměr se obrací ve druhém a čtvrtém ročníku studia, kdy ženy vykazují 2x (druhý ročník) až téměř 3x (třetí ročník) více

depresivních příznaků než muži. Tento pozoruhodný výsledek může být částečně způsoben celkově nižším počtem mužských respondentů s nenulovou diagnózou. Názorně jej zobrazuje graf č. 2 v příloze.

Sebevražednost

Studenti z jedné čtvrtiny (24 %) odpovídali, že pomýšlí na sebevraždu (9. otázka Beckovy škály). Žádný však neodpověděl, že by využil příležitosti sebevraždu spáchat, kdyby se naskytla. Žádný ze studentů také neodpověděl, že by na sebevraždu pomýšlel často.

Nejčastější potíže dotazovaných

Z ostatních potíží studenti (muži i ženy) nejčastěji zaškrtli otázku č. 15, podle které jim práce nejde jako dříve a do nové činnosti se musejí nutit. Druhou nejčastější potíží žen je zvýšená únava, třetí v pořadí u žen jsou pocity viny. Druhou nejčastější potíží u mužů naproti tomu byla zhoršená schopnost činit rozhodnutí (otázka č. 13), třetí nejčastější potíží mužů je zklamání až znechucení vlastní osobou (otázka č. 7). Nejméně studentů bez rozdílu pohlaví zaškrtlo nenulovou hodnotu u otázky číslo 18, což znamená, že studentstvo se těší relativně dobré chuti k jídlu. Součet všech bodů z jednotlivých otázek nabízí k nahlédnutí graf č. 3 v příloze.

Mezioborová srovnání

Srovnání vysokých škol komplikuje značně nerovnoměrná účast posluchačů různých fakult při vyplňování Beckovy škály (viz Skupina dotazovaných). Vzhledem k těmto poměrům má smysl porovnávat nanejvýš míru depresivních příznaků u studentů humanitně zaměřených oborů a studentů technických směrů. Další specifické směry studia jsem vzhledem k nízké účasti jejich posluchačů musela shrnout pod kolonku „ostatní“. Studenti jiných něž technicky či humanitně zaměřených oborů vykazují daleko nejméně příznaků deprese (pouze13,8 % všech studentů ostatních směrů). Naproti tomu studenti směrů technických trpí příznaky deprese z 28,1 procent a studenti směrů humanitních trpí příznaky deprese v 32 procentech.

IX. Souhrn a interpretace výsledků

Z průzkumu jednoznačně vyplynulo, že muži i ženy trpí příznaky depresivního onemocnění přibližně ve stejné míře, a to s rozdílem jednoho procentního bodu (viz graf č. 1). Můj výzkum tedy nepotvrzuje tezi, že deprese je spíše „ženská nemoc". Výsledky naopak nepřímo potvrzují tvrzení profesora Křivohlavého, podle kterého dvakrát méně mužů nežli žen navštíví lékaře či psychologa, když mají relativně stejné depresivní obtíže. Anonymní dotazník odhalil, že depresivní příznaky se týkají mužů stejnou měrou jako žen. Otázkou zůstává, zda by osobní pohovory s psychologem přinesly jiný výsledek (v tom smyslu, že by muži uváděli méně obtíží).

Vliv zátěžového prvního ročníku, který Dyson a Renk [2006] vyzdvihují coby významný činitel pro vznik depresivního onemocnění, se potvrdil jen zčásti, a to u mužské poloviny posluchačů vysokých škol. Muži v prvních ročnících trpí depresivními příznaky několikanásobně více než v druhých, čtvrtých a pátých ročnících studia. Výskyt depresivních příznaků u mužů logicky odpovídá hypotetickým nárokům ročních fází studia: průběh a výsledky prvního ročníku do značné míry předjímají vývoj a závěr (úspěšný či neúspěšný) celého studia, proto lze očekávat zvýšenou hladinu studijního stresu. Rovněž zde působí řada činitelů, které se začátkem studia nepřímo souvisejí (viz výsledky studie Gutierreze a kol. [2000] předložené v V. kapitole). Po krizovém prvním ročníku dochází u mužů v druhém ročníku k významnému snížení výskytu příznaků deprese, a to až o dvě třetiny. Druhý ročník je studenty obecně vnímán jako „oddechový". Naopak ve třetím ročníku, který je rovněž zlomový a mnozí studenti v něm svá studia končí, je patrný opětovný nárůst depresivních příznaků, četností výskytu srovnatelný s ročníkem prvním. Ve čtvrtému ročníku u mužů je výskyt depresivních příznaků nejnižší, následován jen mírným vzestupem v ročníku pátém.

Rozložení depresivních příznaků u studentek je v porovnání s muži mnohem rovnoměrnější, dramatické rozdíly ve výskytu příznaků mezi ročníky se neobjevují. Souhlasný je nárůst počtu příznaků ve třetím roce studia, který je však zahájen už v ročníku druhém. Rovněž pokles výskytu ve čtvrtém roce a mírný vzestup v roce pátém je souhlasný s vývojem u mužského vzorku. Pozoruhodné je však srovnání výsledků studentů prvních ročníků. Nároky prvního roku studia nemají na výskyt depresivních příznaků u žen žádný markantní vliv, naproti tomu u mužů se příznaky objevují více než dvakrát častěji. Závěry zmiňované americké studie se tudíž potvrzují jen z části, a to pouze u studujících mužského pohlaví.

Z výzkumu vyplývá potěšující závěr týkající se největšího rizika depresivních onemocnění, kterým jsou sebevraždy. Žádný ze studentů se myšlenkami na smrt vlastní rukou příliš často nezaobírá, a to ani ve skupině dotazovaných s nenulovou diagnózou depresivních příznaků.

Závěrem

Z výzkumu depresivity vysokoškolských studentů vyplynulo, že téměř třetina dotazovaných studentů trpí nějakými příznaky deprese. U převážné většiny z nich (21,1 % všech studentů) jsou příznaky mírné a Beckova škála je interpretuje jako následek odeznívající deprese. Nicméně za pozornost stojí, že vyhodnocovací klíč Beckovy škály diagnostikoval u 7 % studentů lehkou depresi. Za předpokladu, že závěr učiněný na základě dotazování vzorku 208 studentů lze vztahovat na všechny studenty vysokých škol v České republice, je možné vyvozovat, že v ČR trpí nějakým stupněm depresivního onemocnění úhrnem přes 20 000 studentů.[10]

Na základě těchto výstupů výzkumu bych si v závěru práce dovolila předložit návrh na zřízení nové funkce fakultního psychologa pro Fakultu humanitních studií. Tato služba studentům je v některých západních zemích normou a měla by být součástí každého vzdělávacího zařízení s vyšším počtem posluchačů.

Na závěr bych chtěla poukázat na některé slabší stránky výzkumu. Na jedem problém mne upozornili sami studenti. V průběhu sběru dat jsem dostávala dopisy s pravidelně se opakující výtkou, že stav dotyčného studenta zdaleka nevystihuje ani jedna z nabízených možností v Beckově škále. Faktem je, že Beckův dotazník se zaměřuje pouze na míru depresivních příznaků, nikoli například na stupeň duševní pohody a síly dotazovaných. Beckova škála zkoumá jen stupně záporných jevů a neptá se třeba na to, zda se dotyčný cítí „pouze dobře" nebo „přímo skvěle". Bohužel ani rozdělení záporných možností nebylo dostatečně jemné a nenabízelo dostatečnou variaci možností, aby si každý mohl popravdě zvolit.[11]

Je mimo vší pochybnost, že svědomitě provedený kvalitativní výzkum by dospěl k přesnějším výsledkům a obsáhlejším zjištěním. Věřím však, že pro zmapování problémů ve vybrané cílové skupině je zvolený přístup rovněž postačující.

[10] Výpočet vychází z údajů statistické ročenky pro rok 2006. V ní se uvádí, že ve školním roce 05/06 studovalo v ČR vysokou školu 295 363 studentů. Zdroj: http://www.czso.cz/csu/2006edicniplan.nsf/t/450043A78D/$File/14090622.xls (15.1.2007)

[11] Drobnou výtku v podobném duchu bych si dovolila mít ještě k otázce č. 19, která se táže, kolik kilogramů váhy dotazovaný v poslední době ztratil. Není zde vůbec zohledněno, že někteří lidé v depresi mají naopak sklony ke zvýšené konzumaci potravin. Přesnější by možná bylo se ptát obecněji na změnu váhy dotazovaných, bez specifikace zda dotazovaný zhubl nebo přibral.

Použitá literatura

Publikace:

ATKINSONOVÁ, SUE. *Jak zdolat skálu jménem deprese*. Praha: Albatros, 1993

BECK, AARON. *Kognitivní terapie a emoční poruchy*. (1976). Překlad: Možný, Petr. Praha : Portál, 2005

FERJENČÍK, JÁN. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Jak zkoumat lidskou duši. Překlad: Petr Bakalář. Praha: Portál, 2000

GOLDMANN, P. *Co je a co není psychoterapie. in*:*Depresivní stavy*. Výběr z přednášek symposia konaného v květnu 2005 v Praze. Medical Tribune CZ, 1.vydání, 2005

HANUŠ HERBERT A KOL.: *Vybrané kapitoly z psychiatrie*. Skripta Univerzity Karlovy. Praha 1994

HERMAN ERIK, HOVORKA JIŘÍ, ŠVESTKA JAROMÍR: *Depresivní porucha a somaticky nemocní v ordinaci praktického lékaře*, Maxdorf 2005

HOESCHL, CYRIL. LIBIGER, JAN. ŠVESTKA JAROMÍR: *Psychiatrie*. Praha: Tigris, 2.doplněné vydání, 2002

HOESCHL, CYRIL. *Konceptuální model deprese a její léčba*. In: Depresivní stavy: Výběr z přednášek odborného symposia konaného v květnu 2005 v Praze. Medical tribune, 2005

KŘIVOHLAVÝ, JARO: *Jak zvládat depresi*, Grada Publishing a.s., 2. rozšířené vydání, 2003, 176 stran

KURZOVÁ HANA, HONZÁK RADKIN, KROMBHOLZ JIŘÍ: *Psychiatrie v ordinaci praktického lékaře*, Praha: Karolinum, 2002.

MEČÍŘ JAN: *Základy obecné a speciální psychiatrie*. Skripta Univerzity Karlovy, Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1987

MORRIS, CHARLES: *Současná psychologie a účinné chování.* University of Michigan : Harper Collins Publishers, 1990

MÜLLER, LUTZ. MÜLLER, ANETTE. *Slovník analytické psychologie*. Překlad: Bucková Jolana. Praha : Portál, 2006.

PRAŠKO JAN: *Co je to deprese a jak se léčí*. Stručný průvodce pro pacienty. Praha: Triton, 1999

PRAŠKO JAN, PRAŠKOVÁ HANA, PRAŠKOVÁ JANA: *Deprese a jak ji zvládat*, Praha: Portál s.r.o., 1.vydání, 2003, 184 stran

SCHMIDBAUER, WOLFGANG. *Psychologie – Lexikon základních pojmů.* Překlad: Kolář Dominik. Praha: Naše vojsko, 1994.

Články zahraničních periodik

BECK, A. T., & STEER, R. A. (1996). Beck Depression Inventory Manual-II. San Antonio, TX: *The Psychological Corporation*, Harcourt Brace Jovanovich.

BONNER, R. L., & RICH, A. R. (1988). Negative life stress, social problem-solving selfappraisal, and hopelessness: Implications for suicide research. *Cognitive Therapy and Research*, 12, 549-556.

DIXON, W. A., HEPPNER, P. P., SC ANDERSON, W. P. (1991). Problem-solving appraisal, stress, hopelessness, and suicide ideation in a college population. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 51-56.

DYSON, RACHEL. RENK, KIMBERLY. Freshmen adaptation to university life: Depressive symptoms, stress, and doping. *Journal of Clinical Psychology,* Brandon: Oct 2006.Vol.62, Iss. 10; pg. 1231

GRUNBAUM, J., KANN, L., KINCHEN, S., ROSS, J., HAWKINS, J., LOWRY, R., ET AL. (2004, May 21). Youth risk behavior surveillanceUnited States, 2003. In: CDC Surveillance Summaries, Morbidity and Mortality Weekly Report 53, (No. SS-2), 1-96.

GUTIERREZ, P. M., OSMAN, A., KOPPER, B. A., BARRIOS, F. X., & BAGGE, C. L. (2000). Suicide risk assessment in a college student population. *Journal of Counseling Psychology*, 47, 403-413.

LISA, C, KONICK. PETER, M, GUTIERREZ. Testing a Model of Suicide Ideation in College Students. *Suicide & Life - Threatening Behavior*. New York: Apr 2005.Vol.35, Iss. 2; pg. 181, 12 pgs

NOBLE, RUDOLF, E. Depression in women**.** M*etabolism*, *Volume 54, Issue 5, Supplement 1*, *May 2005*, *Pages 49-52*

KENNETH G. RICEA, BROOKE A. LEEVERA, JOHN CHRISTOPHERB AND J. DIANE PORTERB. Perfectionism, Stress**,** and Social (Dis)Connection: A Short-Term Study of Hopelessness, Depression, and Academic Adjustment Among Honors Students. *Journal of Counseling Psychology:* Volume 53, Issue 4 , October 2006, Pages 524-534

ROGERS, WILLIAM H. IRA B. WILSONA, B, KATHLEEN M. BUNGAYA, B, DIANE J. CYNNA AND DAVID A. ADLER. Assessing the performance of a new depression screener for primary care (PC-SAD©) *Journal of Clinical Epidemiology,* Volume 55, Issue 2 , February 2002, Pages 164-175

Internetové zdroje:

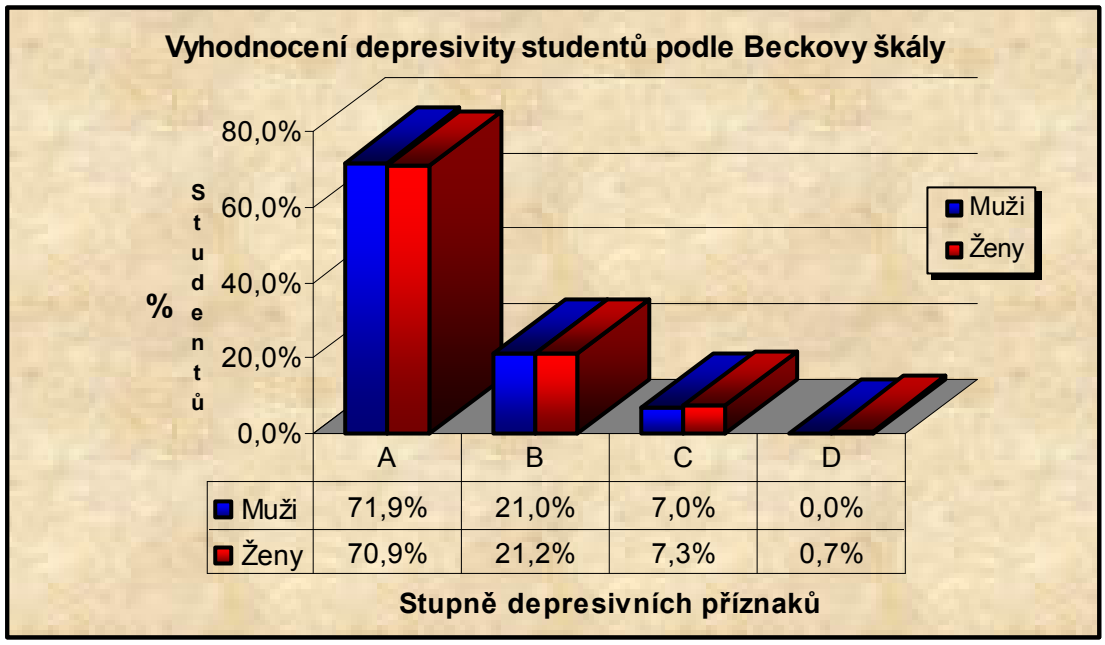
1. http://press.amic.cz/cs/glaxosmithkline/dokumenty-a-prezentace/bipolarni-porucha/
stránky firmy glaxosmithkline
(9.9.2006)

2. http://www.help24.cz/
psychologický server poskytující základní informace v oblasti psychologie, databáze článků, knižní typ. Informace a kontakty na krizová centra, databáze psychologů, on-line poradna: poskytuje rady, co dělat, když…
server nabízí navíc velké množství testů, které jsou po odeslání hned vyhodnoceny – od různých testů osobností a chování v životních situacích po testy na různá psychická onemocnění
(14.11.2006)

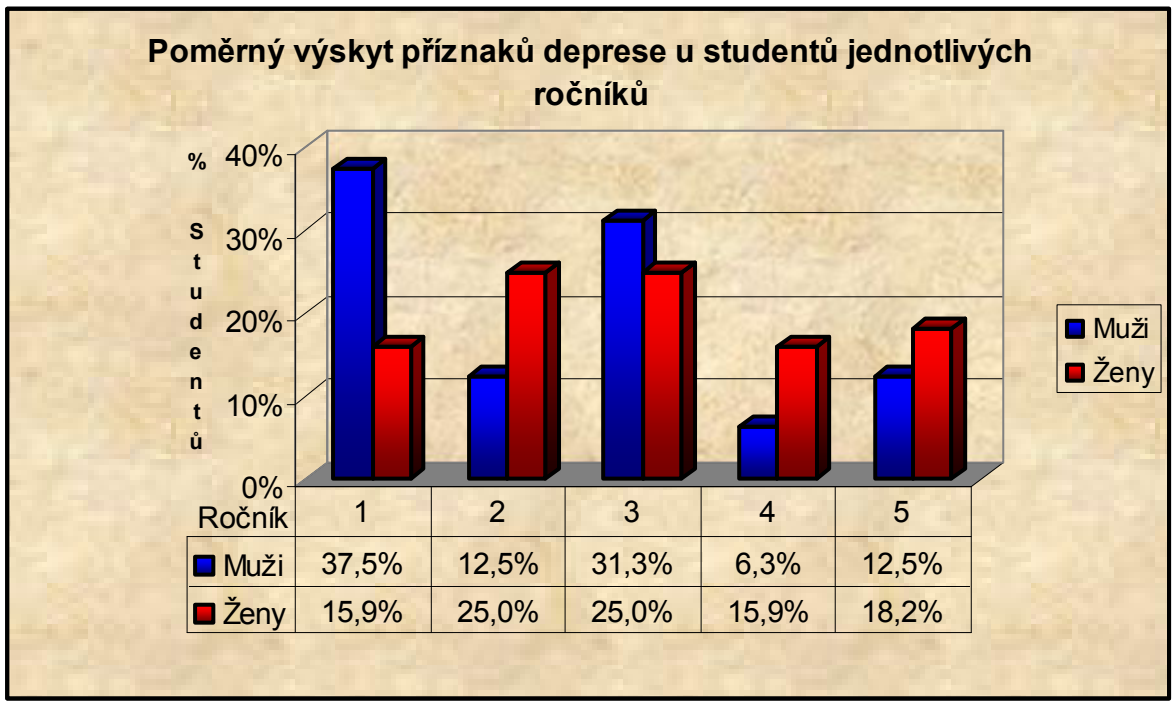
3. https://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xchg/zc/xsl/3141_1640.html
(20.1.2007) Internetová encyklopedie

Grafy

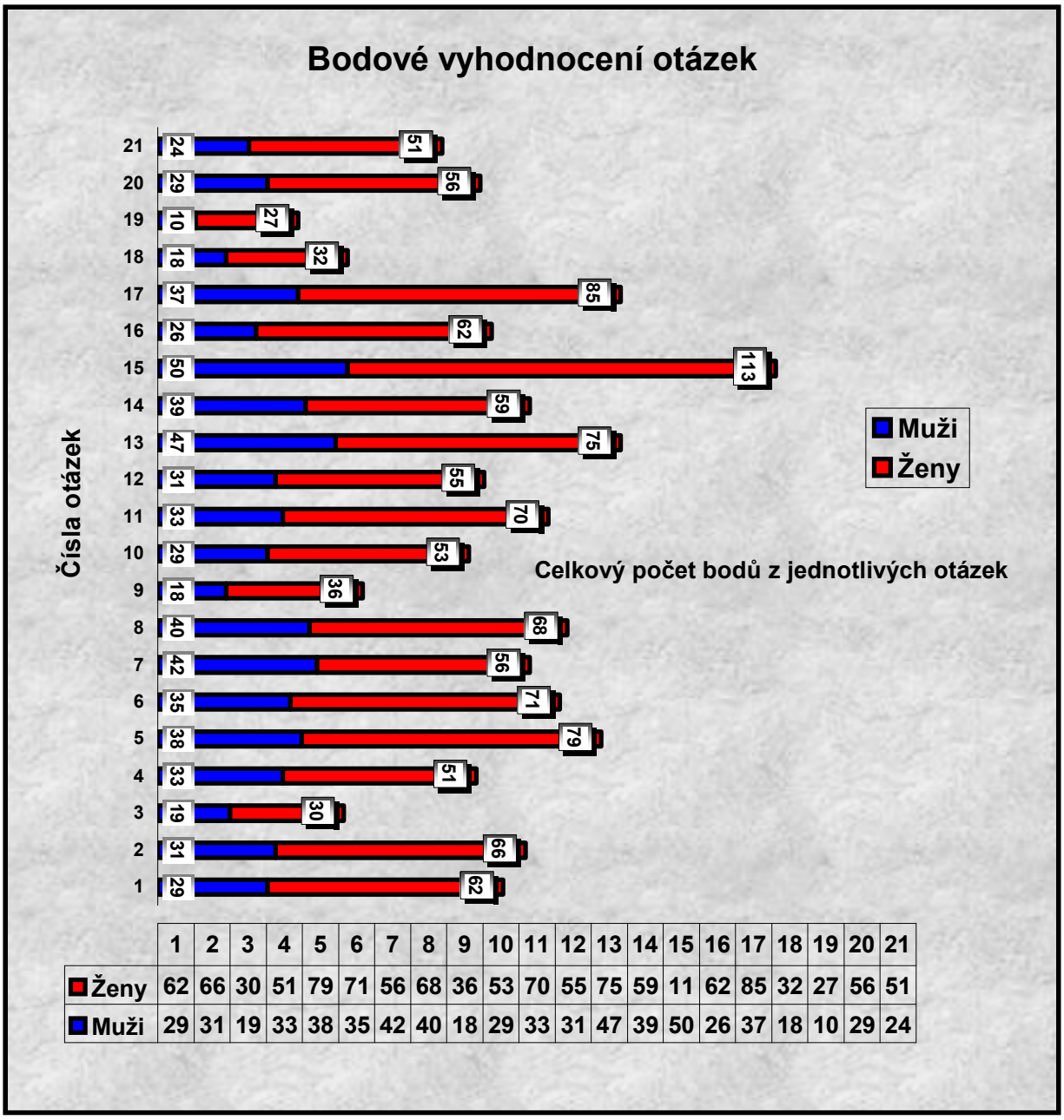
Graf č.1



Graf č. 2



Graf č. 3



	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Ženy	62	66	30	51	79	71	56	68	36	53	70	55	75	59	11	62	85	32	27	56	51
Muži	29	31	19	33	38	35	42	40	18	29	33	31	47	39	50	26	37	18	10	29	24

Přílohy:

Příloha č. 1: Metody psychoterapie (pokračování)

Dynamická psychoterapie

Terapie založena na principu predeterminace hledá ve vývoji jedince traumatické prvky a snaží se je pomoci pacientovi zpětně vyřešit

Humanistická psychoterapie

Vychází z předpokladů, že každý jedinec je nejlepším odborníkem na svůj život. Pomáhá pacientům uspořádat vnitřní zážitky, ujasnit si jejich význam a hloubku. Tato psychoterapie se snaží o naplnění trvalého růstu osobnosti.

Logoterapie

Terapie pomáhající pacientovi hledat smysl života a tento smysl naplnit. Terapie vycházející z předpokladu, že velká část neuróz je způsobena důsledkem ztráty životního smyslu.

Logoterapie probíhá formou dialogu mezi pacientem a lékařem, kdy se lékař za pomoci racionální argumentace snaží pacientovi zprostředkovat racionálnější postoje.

Přestavba negativních postojů:

Častým jádrem problémů bývají negativní postoje a úvahy pacientů. Terapeut při sezeních tyto postoje vyhledává a diskutuje s pacientem jejich vliv na vlastní pacientův život. Ne vždy ale musí být racionální argumentace úspěšná. Někteří pacienti mají tendence veškeré lékařovy argumenty kategoricky odmítat. V takovém případě volí terapeut opačnou strategii „provokace". Lékař se u pacienta snaží vyprovokovat obranu, která vede nemocného žádoucím směrem.

Interpersonální terapie

Terapeut pomáhá pacientům uspokojivěji vyřešit mezilidské vztahy v blízkém okolí, nabízí nový pohled na vztahy v širší společnosti.

Rodinná psychoterapie

Vychází z předpokladu, že nemoc je způsobena špatným fungováním v rodinném kruhu. Na terapii by měli docházet všichni nejbližší členové rodiny. Psychoterapeut jim pomáhá vytvářet nové hodnoty a přebudovat stávající rodinný systém.

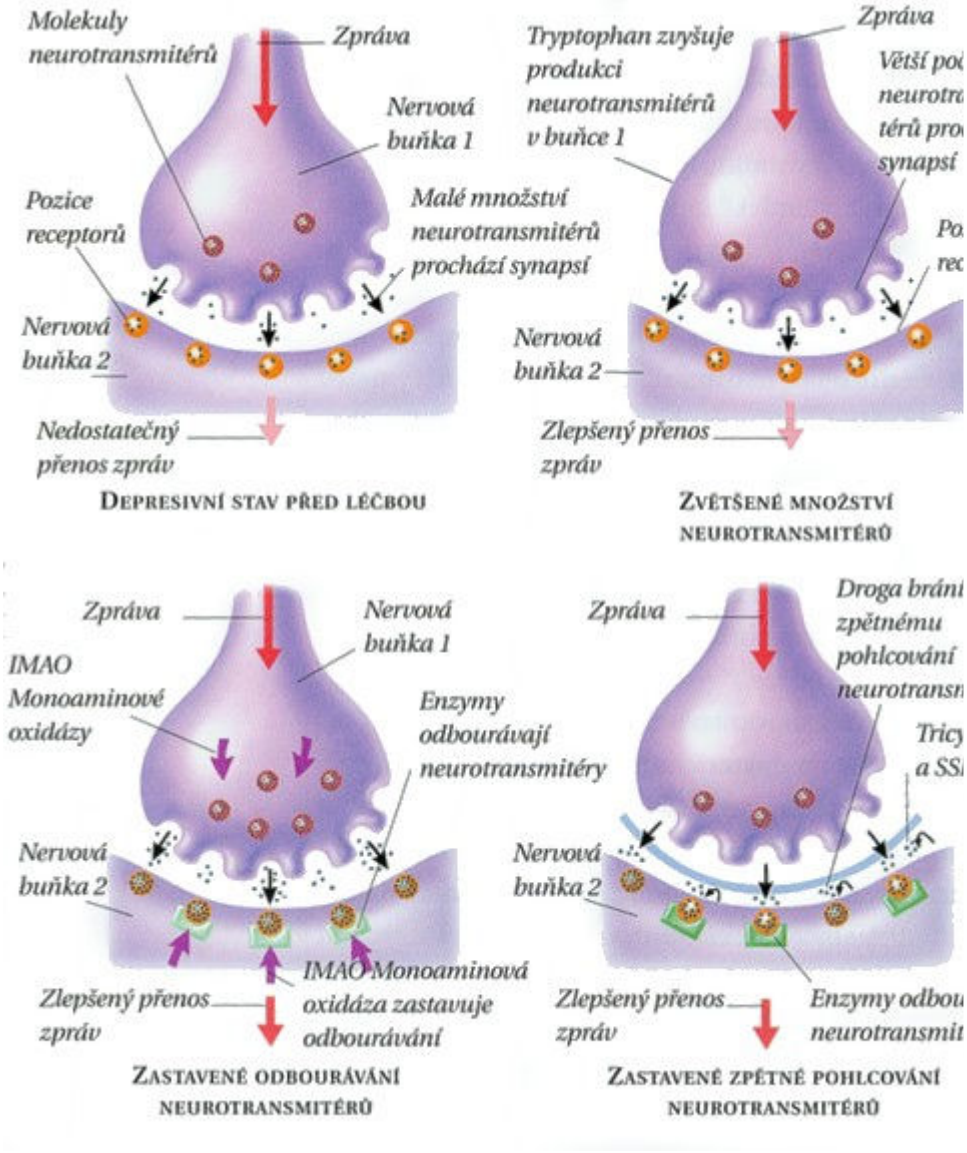
Hypnóza a sugesce

Tyto direktivní techniky mají pacientovi všípit žádoucí vzorce chování a myšlení, často ovlivňují i základné vegetativní reakce

Příloha č. 2: Princip fungování antidepresiv

Jak antidepresiva působí:

Při depresi je hladina neurotransmitérů nízká. Antidepresiva pracují třemi způsoby: zvětšují množství pro neurotransmitérů, zabraňují jejich rozpadu a nedovolují jejich zpětné pohlcování buňkami.



Obrázek přejat z internetové encyklopedie zdrav-centra. kniha Deprese McKenzie:

Příloha č. 3: Beckova sebeposuzovací škála

Většina „výpovědních okruhů“ Beckova dotazníku je zacílená na pacientovo subjektivní posouzení klíčových příznaků deprese. Pozorný rozbor dotazníku odhalí dvě roviny tématického členění nabízených výpovědí: A) Rovina výpovědí o změně kognitivních či psychických složek života jedince, a B) rovina výpovědí o změně jeho somatického stavu. Některé výpovědi (pláč, sexappeal) je však přinejmenším sporné takto členit, proto se navrženého členění nebudu držet u všech výpovědních okruhů.

1.
necítím se smutný(-á)
cítím se posmutnělý(-á), sklíčený(á)
jsem stále smutný(-á) a smutku se nedokážu zbavit
jsem tak nešťastný(-á), že to nemohu snést

První výpovědní okruh se zaměřuje na přední z průvodních příznaků začínající či probíhající deprese – pociťovaný smutek. Někteří odborníci pociťovaným smutkem dokonce definují pojem deprese (Viz kapitola 1.1 teoretické části). Smutek se dá mimo to ještě generalizovat jako špatná nálada (dysforie), což je další z uváděných příznaků depresivního onemocnění.

2.
příliš se budoucnosti neobávám
budoucnosti se obávám
vidím, že se už nemám na co těšit
vidím, že budoucnost je beznadějná, má situace se nemůže zlepšit

Významný negativní náhled, který přispívá k prohlubování a bezvýchodnosti deprese. Je jím pesimistické očekávání od budoucnosti, které by se dalo též interpretovat jako pocit beznaděje, řazený mnoha autory mezi příznaky nespecifikovaného druhu deprese (viz 2. kapitola teoretické části).

3.
nemám pocit nějakého životního neúspěchu nebo smůly
v životě jsem měl(-a) více smůly a neúspěchu než obvykle mají jiní lidé
vidím, že můj dosavadní život byl jen řadou neúspěchů
vidím, že jsem jako člověk (otec, matka, manžel(-ka)) plně selhal(-a), zklamal(-a)

Pocit vlastního selhání může významně přispívat k rozpuku depresivního onemocnění. Tyto pocity přitom nemusí být vůbec opodstatněné. Jejich příčinou může být přehnaný perfekcionismus (viz Beck v podkapitole 3.4), nebo příliš silná zvnitřnělá autorita (viz úvod ke kapitole č. 4).

4.
nejsem nijak zvlášť nespokojený(-a)
věci mě už tak netěší jako dříve
nic mi již nepřináší uspokojení
ať dělám cokoliv, nevzbudí to ve mě sebemenší potěšení

Ztrátu zájmu o oblíbené činnosti lze vykládat s pomocí Jungovy teorie o libidu staženém z vědomého života. Jedná se o další z psychologických příznaků deprese.

5.
netrpím pocity viny
často mívám pocity viny
hodně mívám pocity viny
stále trpím pocity viny

Druhý z pesimistických náhledů, tentokráte zaměřený na vlastní osobu a její skutky. Pocity viny jsou jedním z možných (nikoli však nutných) příznaků deprese (viz oddíl F 32 Mezinárodní klasifikace nemocí, který popisuje příznaky všech tří depresivních fází).

6.
nemám pocit, že budu za něco potrestán(-a)
mám pocit, že bych mohl být potrestán(-a)
očekávám, že budu nějak potrestán(-a)
vím, že budu nějak potrestán(-a)

Trest je způsobem odčinění viny. Pociťuje – li pacient vinu, může trest nejen očekávat, ale i vítat v naději, že s trestem skončí jeho utrpení. Jung, Freud i např. Scott Peck popisují případy lidí na přijímání trestu závislých. U vážnějších forem depresivních onemocnění může pacient trpět bludy o chystaném potrestání jeho osoby (viz F32.3 - Těžká depresivní fáze s psychotickými příznaky)

7.
necítím se příliš zklamán sám sebou
zklamal(-a) jsem se v sobě
jsem dosti znechucen(-a) sám(-a) sebou
nenávidím sebe sama

Pesimistický náhled na vlastní osobu, který se velkou měrou podílí na vzniku a prohlubování deprese. Je součástí „kognitivní triády" (viz podkapitola 1.2), kterou Beck řadí mezi hlavní příčiny trvajících depresí.

8.
necítím se horší než kdokoli jiný
mám spoustu nedostatků a dělám hodně chyb
stále si vyčítám všechny své chyby
za všechno špatné mohu já

Hryzající výčitky svědomí u depresivních pacientů jsou často neopodstatněné. Autoři je shodně řadí mezi časté symptomy depresí (viz úvod ke druhé kapitole).

9.
nepřemýšlím o sebevraždě
někdy pomýšlím na sebevraždu
často přemýšlím o sebevraždě
kdybych měl(-a) příležitost, tak bych si vzal(-a) život

Beck líčí situaci člověka trpícího hlubší depresí jako objektivně řešitelnou. Pacient má však zpravidla odlišnou perspektivu, na jejímž utváření se podílejí pocity rozepsané ve výpovědních okruzích výše. Sebevražda je jednou ze zvažovaných možností, jak se vymanit z mučivé perspektivy bezútěšného života. Blíže viz exkurz o sebevraždách vysokoškolských studentů.

10.
nepláču více než obyčejně
pláču nyní častěji než předtím
pláču nyní stále, nedokážu přestat
předtím jsem mohl(-a) plakat, nyní to nejde i kdybych chtěl

Jedna z otázek, kterou pozdější revize dotazníku vynechává. Do první verze byla zařazena pravděpodobně proto, že někteří pacienti se nemusí např. cítit smutně, ale přesto propukají v záchvaty pláče, které nedokáží vysvětlit.

11.
nejsem nyní podrážděný (-á) více než obvykle
jsem často podrážděný(-á) a rozladěný(-á)
jsem stále podrážděný(-á) a rozladěný(-á)
nemohu se již rozčílit ani věcmi, které mě dříve obvykle rozčilovaly

Jednou z příčin deprese bývá nadměrný stres, jehož častým projevem je podrážděnost. Jinou relevantní spojitost deprese a podrážděnosti jsem zatím nenalezla.

12.
neztratil(-a) jsem zájem o ostatní lidi
mám menší zájem o ostatní lidi
ztratil(-a) jsem většinu zájmu o ostatní lidi
ztratil(-a) jsem všechen zájem o ostatní lidi

Ztráta zájmu o ostatní je dalším ze znaků propadání se do deprese. Výsledkem je rostoucí izolovanost depresivního jedince, jež je jedním z indikátorů deprese, který zmiňuje C. G. Morris (viz exkurz o sebevraždách vysokoškolských studentů).

13.
dokážu se většinou rozhodnout v běžných situacích
odkládám svá rozhodnutí častěji než dříve
mám značné potíže v rozhodování
vůbec se nedokážu rozhodnout

Neschopnost činit rozhodnutí může být příznakem spojeným s klesajícím zájmem o svět a vlastní existenci v něm. Jeden z konceptů svobody v existenciální filosofii např. říká, že neexistence preferencí je nejvyšším stupněm nesvobody. Nesvoboda implikuje bezmoc a tíseň, charakteristickou pro většinu depresí.

14.
nemám větší starosti se vzhledem než dříve
mám starosti, že vyhlížím už dost staře a neatraktivně
mám dojem, že se můj zevnějšek značně zhoršil, takže vypadám dosti nepěkně
mám pocit, že vypadám hnusně a odpudivě

Další z negativních představ o sobě samém, patřící do negativních pojetí sebe sama. Jde o jednu ze složek „negativní kognitivní triády" (viz kap. 1.2)

15.
práce mi jde jako dříve
musím se nutit když chci začít něco dělat
dá mi velké přemáhání, abych cokoliv udělal(-a)
nejsem schopen(-a) jakékoli práce

Snížená pracovní výkonnost je velmi dobrým dělícím znakem deprese od smutku. Na rozdíl od zdravého člověka smutnícího kvůli nějaké ztrátě je depresivní člověk v nějaké míře neschopen vykonávat běžné životní činnosti (viz Praško, kap. 1.2).

16.
spím stejně dobře jako dříve
nespím již tak dobře jako dříve
probouzím se o 1-2 hodiny dříve než obvykle a nemohu spát
denně se probouzím předčasně a nedokážu spát více než 5 hodin

Nespavost, potažmo poruchy spánku, jsou podle Diagnostické a statistické příručky americké psychiatrické společnosti jedním z hlavních symptomů deprese (viz kap 1.1)

17.
necítím se více unaven(-a) než obvykle
unavím se snáze než dříve
téměř všechno mě unavuje
únava mi zabraňuje cokoli dělat

Únavnost nebo celkový pokles energie je příznačný pro většinu depresivních onemocnění.

18.
mám svou obvyklou chuť k jídlu
nemám takovou chuť k jídlu jakou jsem míval(-a)
mám mnohem menší chuť k jídlu
zcela jsem ztratil(-a) chuť k jídlu

19.
v poslední době jsem nezhubnul(-a)
ztratil(-a) jsem v poslední době více než 2,5 kg
ztratil(-a) jsem v poslední době více než 5 kg
ztratil(-a) jsem v poslední době více než 7,5 kg

Tento výpovědní okruh vidím jako nejspornější, protože někteří lidé na deprese reagují zcela opačně – nemusí hubnout, ale přibírat na váze. Možná by bylo přesnější tázat se na změny váhy, aniž by se specifikovalo zda jde o přibírání nebo hubnutí.

20.
nestarám se o své zdraví více než obvykle
dělají mi nyní starosti různé bolesti v těle, mám citlivý žaludek, trpím zácpou, bušením srdce apod.
velice často myslím na své tělesné obtíže
moje bolesti a těžkosti mě plně vyčerpávají

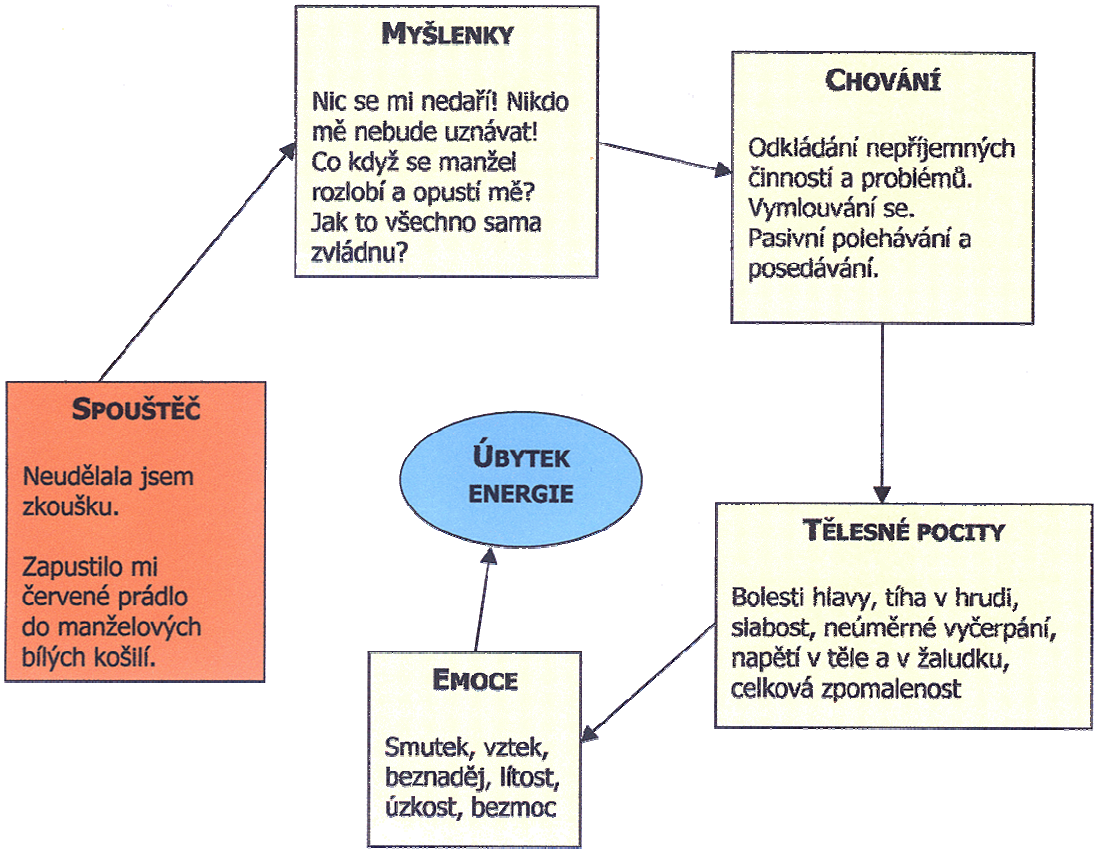
Již druhá verze Beckovy sebeposuzovací škály tuto otázku vypouští. Hypochondrie se nicméně často uvádí jako doprovodný příznak depresivního onemocnění.

21.
nepozoruji snížení zájmu o sex
mám menší zájem o sex než dříve
mám o hodně menší zájem o sex než dříve
ztratil(-a) jsem úplně zájem o sex

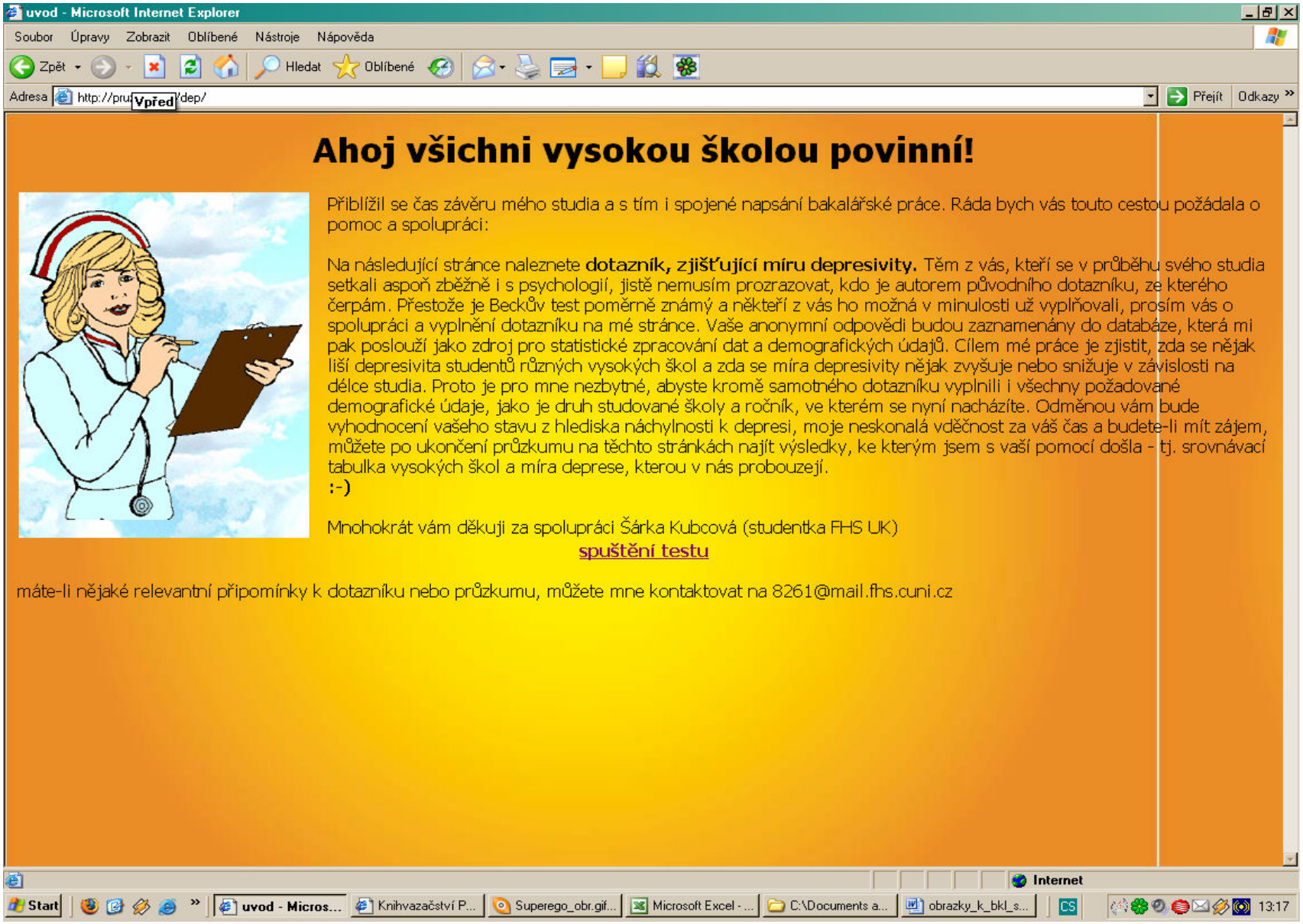
Zde nalézám zřejmou souvislost s Jungovým konceptem libida staženého z vědomého života do podvědomí, jehož absence se ve vědomém životě projevuje mimo jiné ztrátou zájmu o milostné hry (blíže viz úvod kapitoly č. 4).

Příloha č. 4

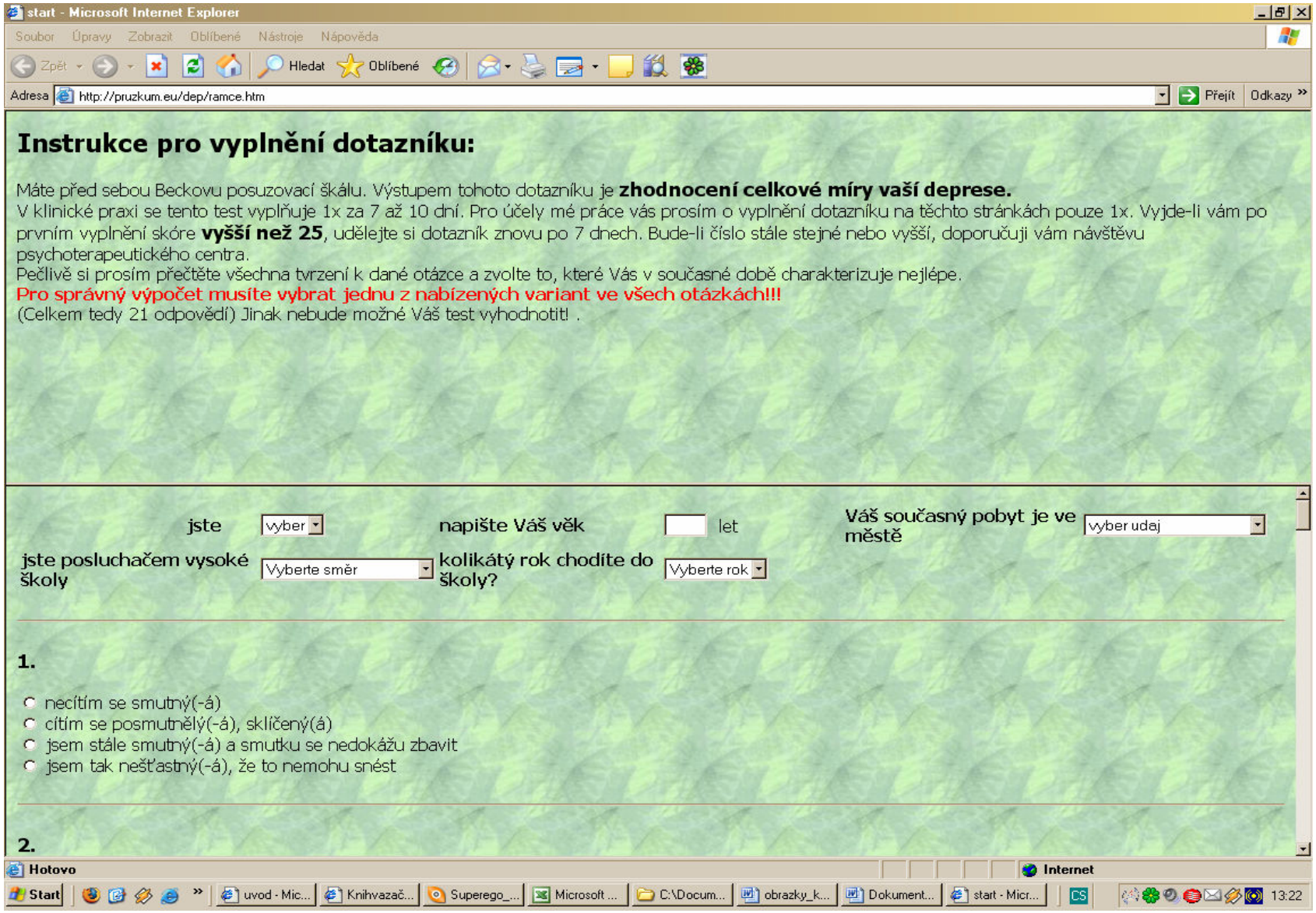
Bludný kruh příznaků deprese



Volně upraveno, původní předloha obrázku Praško 1999



Úvodní stránka dotazníku umístěného na webu



Dotazníkové okno pro sběr dat

Ukázka výstupní tabulky pro databázové zpracování