

Univerzita Karlova v Praze

Fakulta humanitních studií

Ludmila Křikavová

Bakalářská práce

Příznaky, léčba a rozdílné přístupy k depresi

Vedoucí práce: Mgr. Daniela Pěničková, Ph.D.

Praha 2017

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně. Všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány. Práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 27.6.2017

.....

podpis

Obsah

1. Úvod.....	6
2. Deprese.....	7
2.1. Výskyt deprese.....	9
2.2. Klasifikace deprese v DSM-5.....	9
2.3. Klasifikace deprese v MKN-10.....	11
2.4. Deprese v historii.....	12
2.5. Příznaky deprese.....	16
2.6. Teorie vzniku deprese.....	18
3. Etiologie deprese.....	19
3.1. Genetické faktory.....	19
3.2. Biochemické a biologické faktory.....	19
3.3. Životní styl.....	20
3.4. Vliv životních událostí.....	20
3.5. Podnebí a počasí.....	21
4. Členění deprese.....	21
4.1. Psychogenní deprese.....	21
4.2. Endogenní deprese.....	22
4.3. Somatogenní deprese.....	22
5. Léčba deprese.....	23
5.1. Kombinovaná léčba.....	23
5.2. Antidepresiva.....	24
5.3. Psychoterapie.....	26
5.4. Elektrokonvulzivní terapie.....	29
5.5. Spánková deprivace.....	30

5.6. Statistika využívání druhů léčby deprese.....	31
6. Biomedicínský model.....	33
7. Biopsychosociální model.....	36
7.1. Antidepresiva přírodního původu.....	37
7.2. Vliv životosprávy a životního stylu.....	38
7.3. Léčba světlem.....	39
8. Závěr.....	41
9. Zdroje.....	42

Seznam použitých zkratk

DSM Diagnostický a statistický manuál duševních poruch

MKN Mezinárodní klasifikace nemocí

MAO Inhibitory zpětného vychytávání monoaminů a inhibitory monoaminoxidázy

SSRI Selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu

ECT Elektrokonvulzivní terapie

EHIS Evropské výběrové šetření o zdravotním stavu

1. Úvod

Ústředním tématem mé teoretické bakalářské práce je deprese. Duševní onemocnění známé pod tímto názvem je svou povahou a komplikovaností předmětem zájmu nejenom věd psychologie a psychiatrie. Jeho zkoumání se věnují i ostatní lékařské obory, vědci z oblasti sociologie či odborníci věnující se oblastem životního stylu. Téma deprese se v dnešní době vyskytuje téměř ve všech učebnicích psychologie. Informace o depresi jsou přítomné v knihách, časopisech, na internetu, deprese je zkrátka téma, o kterém se mluví. Z toho můžeme usuzovat, že deprese je onemocnění, které se v současné době vyskytuje v takové míře, že je třeba věnovat pozornost jejímu původu, příznakům a léčbě. Deprese je onemocnění spojené s lidskou společností mnohem delší dobu, než by se na první pohled mohlo zdát. Deprese totiž není nemoc, jejíž výskyt je pozorován a popisován od dob rozvoje a ustanovování moderních věd psychologie a psychiatrie. Deprese se jeví jako komplexní onemocnění, může postihovat veškeré aspekty lidského života jedince, který jí trpí. Nebezpečí deprese není pouze smutná, depresivní, nálada, jenž je pravděpodobně nejznámějším a nejčastějším příznakem depresivní poruchy. Smutná nálada je něco, co k životu patří, stejně jako nálada veselá. Lidé se smutnou náladou by mohli mít tendence o sobě prohlašovat, že mají depresi. To by ovšem nemusela být pravda. Právě to, že takoví lidé dokáží cítit hluboký smutek značí, že se o depresi nejedná. Deprese totiž nespočívá ani tolik ve stavech nezměrného smutku, jako spíše v tom, že osoba s depresivní poruchou upadá do apatie, kdy nedokáže prožívat opravdový smutek, radost a jiné emoce. Deprese se projevuje řadou příznaků, které mají u jednotlivých osob různou intenzitu. Největší riziko deprese spočívá v ohrožení života jedince, který s uvedenou nemocí žije. Osoba trpící depresí může v těch nejhorších případech vidět únik z každodenního trápení prostřednictvím sebevraždy.

Ve své práci, kterou jsem prováděla metodou desk-research, čerpám informace primárně ze zdrojů pocházejících z české lékařské společnosti. Využila jsem informace z většiny pocházející od českých autorů z důvodu cílení na analýzu přístupu k depresivnímu onemocnění v České Republice. Zdroje jsou určeny především pro odborníky zabývající se depresí a zkoumající různé druhy léčby. Přínosem je, že skrze tyto zdroje lze usuzovat, jak je k depresi v lékařské praxi přistupováno, které faktory jsou považovány za nejdůležitější a jaké způsoby léčby se jeví jako nejefektivnější.

V práci se věnuji problematice definice a výskytu deprese. I v těchto základních informacích o depresivním onemocnění se názory a definice odborníků různí. Cílem bakalářské práce je snaha o popsání příznaků deprese. Deprese se totiž může projevovat řadou příznaků, kterými bývá často definována a které se napříč literaturou liší a objevují se v různých variantách. Z tohoto důvodu se v

práci pokouším o shrnutí právě těch nejrelevantnějších a nejčastějších. Jako nemoc bývá deprese členěna na různé druhy. Cílem práce je tedy i rozlišení a popsání druhů a podkategorií deprese pro její snadnější identifikaci. Dále v práci cílím na popsání způsobů léčby, které lékařská komunita i samotní pacienti uznávají jako nejefektivnější a jeví se jako nejběžnější. Zaměřuji se i na způsoby léčby, které jsou využívány jako sekundární. Způsoby léčby deprese jsou provázány s biomedicínským modelem zdraví a nemocí a biopsychosociálním modelem zdraví a nemocí. Práce obsahuje popis modelů, jejich pozitiva a negativa a cílem je zjištění, který model je pro přístup a léčbu depresivního onemocnění adekvátnější.

2. Deprese

Definovat depresi je nelehká věc. Obecně je deprese přijímána jako psychologická choroba. Zdá se, že ani mezi lékaři a odborníky nepanuje konsensus v tom, jak zní jednotná definice deprese.

„Depresivní porucha se obvykle definuje jako patologická porucha nálady neodpovídající okolnostem.“ (Roth a kol., 1999)

„Deprese je závažným biologickým onemocněním mozku, které však postihuje celý organizmus. Nemocnému přináší trýzeň, narušuje jeho adaptaci na běžné životní okolnosti, zkresluje jeho sebeobraz, zastírá jeho perspektivy a směřuje ho k izolaci.“ (Kubínek, 2011)

„Deprese (depressio, onis, f., deprese – sklíčená nálada, skleslost, beznadějnost) je chorobně smutná nálada, která je součástí depresivního syndromu společně se zpomaleným myšlením a utlumenou psychomotorikou. Základním rysem je ztráta zájmů, pocity úzkosti, pocity tělesného i psychického vyčerpání, tendence k negativnímu bilancování, mohou se objevovat i sebevražedné myšlenky.“ (Lukáš, Žák, 2014).

„Deprese je charakterizována prodlouženou přítomností depresivní nálady nebo anhedonie, výrazně sníženým zájmem či potěšením plynoucím z dříve oblíbených aktivit.“ (Gotlib, Hammen, 2010).

„Deprese je nemoc. Není to situačně smutná nálada, lítost nebo nespokojenost. Jedná se o intenzivní duševní stav charakterizovaný projevy jak psychickými, tak i tělesnými.“ (Janů, Racková, 2007).

„Deprese je běžná duševní porucha charakterizována smutkem, nedostatkem zájmu nebo potěšením, pocity viny nebo nízkého sebehodnocení, narušeným spánkem nebo apetitem, pocity únavy a nízké

koncentrace.“ (definice Světové zdravotnické organizace).

„Deprese je nemoc podobná jiným nemocem, jako např. vysoký krevní tlak, žaludeční vředy nebo cukrovka. Není to špatná nálada, ale nemoc celého organismu. V žádném případě to není nedostatek vůle nebo sebekázně. Deprese také není jenom reakce na nepříznivé události v životě, i když často na ně navazuje. Deprese je u většiny lidí léčitelné onemocnění. Pokud není deprese léčena, vede ke ztrátě výkonnosti, k izolaci, ztrátě radosti v životě a výrazně zhoršuje celkový zdravotní stav člověka – snižuje obranyschopnost organismu.“ (Praško a kol., 2003).

„Deprese je více než pouze smutek. Lidé trpící depresí mohou zažívat nedostatek zájmu a potěšení z denních aktivit, výrazné přibírání nebo úbytek váhy, nespavost nebo nadměrnou spavost, nedostatek energie, neschopnost se soustředit, pocity bezcennosti, viny a opakující se myšlenky na smrt nebo sebevraždu. Deprese je nejběžnější duševní onemocnění.“ (definice Americké Psychologické Asociace).

Roth a kol. (1999) se o depresi vyjadřuje jako o poruše nálady neodpovídající okolnostem. Jako jeden z charakteristických rysů deprese odlišujících tuto nemoc od jakéhosi běžného smutku bývá zmiňována skutečnost, že smutek způsobený depresí má neobvyklou a nepřiměřenou délku trvání a vyšší intenzitu. Siegel (2016) rozlišuje smutek a depresi slovy, že smutek je vnímán jako živý a proměnlivý stav a považuje ho za nezbytnou součást života, zatímco deprese působí jako mrtvolný a uvěznující stav a v životě působí omezení.

Zmíněné definice deprese se různí svým obsahem i rozsahem. Odborníci se shodují na tom, že deprese je psychické onemocnění ovlivňující celkovou funkci organismu. K definování deprese odborníci často používají příznaky, kterými se deprese projevuje, ačkoliv jim zřejmě přikládají různou váhu. To je znatelné z uváděných příznaků, které se ve zmíněných definicích opakují, ale i z těch příznaků, které neuvádějí všichni autoři. Stejně problematické jako uvést jednotnou definici deprese se jeví i analýza výskytu deprese v populaci.

2. 1. Výskyt deprese

Popsání prevalence deprese v populaci není snadné. Podle výsledků Evropského výběrového šetření o zdravotním stavu se výskyt deprese v populaci České republiky pohybuje okolo 4 %, přičemž u žen se deprese vyskytuje častěji než u mužů. Janů a Racková (2007) uvádí, že depresí trpí 9-26 % žen a 5-10 % mužů. Americká Psychiatrická Asociace uvádí rozmezí výskytu v 5-9 % u žen a 2-3 % u mužů. Plucar a Vávrů (2005) píše, že depresivní porucha trápí až 25 % populace. Maříková (2013) zmiňuje výskyt deprese u 5 až 20 % populace a vyšší výskyt deprese u žen než u mužů.

Rizikový věk, ve kterém se deprese nejčastěji vyskytuje, pravděpodobně není možné jednotně stanovit. Autoři se v této otázce neshodují. Existují teorie o tom, že riziko deprese s věkem klesá i že depresí jsou ohroženi jedinci vyššího věku. Tyto teorie berou v potaz nejenom věk, ale i faktory jako je osamělost, výše příjmů, gramotnost či nezaměstnanost. Uvádění rizikového věku pro depresi se tedy jeví jako orientační údaj, v jehož hodnocení je nutno přihlížet k dalším biologickým, psychologickým a sociologickým faktorům.

Co tedy můžeme říci o depresi je, že se v populaci nepochybně vyskytuje, a že pravděpodobně postihuje častěji osoby ženského pohlaví než mužského pohlaví. Při zjišťování míry výskytu deprese by mohla být překážkou neznalost všech příznaků, přisuzování příznaků jiným onemocněním (fyzickým i psychickým), popřípadě obavy osob trpících depresí ze stigmatizace¹.

2. 2. Klasifikace deprese v Diagnostickém a statistickém manuálu duševních poruch 5. revize

Diagnostický a statistický manuál duševních poruch, anglicky *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, je příručkou Americké psychiatrické společnosti. Název je nahrazován zkratkou DSM, která je odvozená od anglického názvu. Lékařským odborníkům slouží jako klasifikační průvodce pro diagnostiku duševních onemocnění, je velice komplexní a rozšířený po celém světě. Nalezneme v něm popisy, příznaky a další kritéria sloužící k diagnostikování duševních poruch. DSM byl poprvé vydán v roce 1952. Nejnovější aktualizované vydání pochází z roku 2013. Diagnostický a statistický manuál duševních poruch definuje depresi na základě jejích příznaků a komplikací, které způsobuje v životě.

1 Stigmatizace ve významu negativního sociálního dopadu odlišnosti osob trpící depresí.

K diagnostikování velké depresivní poruchy slouží pět kritérií DSM-5. První kritérium poskytuje výčet nejčastějších příznaků objevujících se u lidí, kteří trpí velkou depresivní poruchou. Za ukazatele na existenci velké depresivní poruchy se považuje přítomnost pěti a více příznaků, které byly přítomny u pacienta během dvoutýdenní periody a představují změnu od jeho předchozího stavu. Zároveň se alespoň jeden z těchto příznaků týká buď depresivní nálady nebo ztráty zájmu.²

Příznaky:

- depresivní nálada (pocity smutku, prázdnoty, bezmoci) převážnou většinu dne a téměř každý den (uvedeno subjektivním hodnocením nebo pozorováním okolí),
- výrazně snížený zájem či potěšení ze všech nebo většiny denních aktivit po většinu dne a téměř každý den (uvedeno subjektivním hodnocením nebo pozorováním okolí),
- výrazný úbytek váhy bez dodržování dietního režimu nebo naopak výrazné zvýšení hmotnosti (tj. změna tělesné váhy o více než 5 % v období jednoho měsíce) nebo snížení/zvýšení chuti k jídlu téměř každý den,
- poruchy spánku jako je insomnie (nespavost) nebo hypersomnie (zvýšená spavost) téměř každý den,
- psychomotorická agitace (neklid) či zpomalení téměř každý den (hodnocení na základě pozorování okolí, ne pouze vlastní subjektivní hodnocení),
- únava nebo ztráta energie téměř každý den,
- pocity bezcennosti nebo nepřiměřené viny téměř každý den,
- snížená schopnost myšlení nebo soustředění téměř každý den,
- opakující se myšlenky na smrt, sebevražedné myšlenky, pokusy o sebevraždu či plán na její spáchání.

Druhé kritérium spočívá v tom, zda příznaky způsobují klinicky významné utrpení nebo poškození v sociální, profesní či jiné významné oblasti lidského fungování.

Třetí kritérium obsahuje hodnocení příhody. Důležitým aspektem je to, že příhoda není přičítána fyziologickým účinkům nějaké látky nebo jinému zdravotnímu problému pacienta.^{3 4}

2 Do hodnocení by neměly být zahrnuty příznaky, které lze jasně přisoudit jinému zdravotnímu problému.

3 Tyto první tři kritéria představují Velkou depresivní poruchu.

4 Reakce na významnou ztrátu mohou obsahovat i příznaky uvedené výše. Depresivní porucha by měla být zvážena vedle normální přiměřené reakce na takovou situaci. Rozhodnutí klinického pracovníka by mělo být založeno nejen na pacientově minulosti, ale mělo by brát v úvahu kulturní normy pro vyjádření strachu v boji se ztrátou.

Čtvrté kritérium uvádí, že výskyt Velké depresivní poruchy se nedá lépe vysvětlit chorobami jako jsou schizoafektivní porucha, schizofrenie, schizofreniformní porucha, bludy nebo jinou nespecifikovanou poruchou schizofrenního spektra a jinými psychotickými poruchami.

Posledním, pátým, kritériem je to, že se u pacienta nikdy nevyskytla manická nebo hypomanická epizoda. Toto vyloučení však neplatí v případě, že všechny manické nebo hypomanické příhody byly vyvolány léky nebo jsou přičítány fyziologickým projevům jiných zdravotních potíží.

2. 3. Klasifikace deprese v Mezinárodní klasifikaci nemocí 10.revize

Mezinárodní klasifikace nemocí je publikací Světové zdravotnické organizace. V anglickém originále je nazývána *International Classification of Diseases and Related Health Problems*, odkud je odvozena zkratka ICD, v českém prostředí se používá zkratka MKN. Kodifikuje a pojmenovává všechna známá onemocnění, choroby a poruchy. Každou z nich opatřuje kódem skládajícím se z písmene a číselné kombinace. Desáté aktualizované vydání pochází z roku 2013. Mezinárodní klasifikace nemocí zařazuje depresi mezi poruchy nálady a definuje ji na základě příznaků a schopnosti nemocného účastnit se aktivit běžného života.

Deprese v MKN patří do kategorie afektivních poruch (poruch nálady) označených kódem F30 až F39. Jejich základní charakteristikou jsou poruchy nálad směřující k depresi či jejímu opaku – euforii. Změny nálad jsou převážně doprovázeny změnou v celkové aktivitě jedince. Pokud se uvedené poruchy projeví, je velké riziko recidivy. Jejich začátek je obvykle vyvolán zátěžovou a stresovou událostí či situací.

Depresivní fáze je kódována jako F32. Mezi charakteristické příznaky patří zhoršená nálada, nedostatek energie a snížení celkové aktivity. Častá je únava, která následuje po minimální námaze. Pacientova schopnost soustředit se je narušena. Ztrácí zájem o zábavu a osobní zájmy. Je narušen celkový biorytmus včetně spánku a chuti k jídlu, což může vést k úbytku váhy. Klesá sebedůvěra a sebehodnocení, nastupují pocity viny a beznaděje. Pacient nereaguje na okolní změny a přetrvává u něj zhoršená nálada. Klesá také sexuální aktivita.

F32.0 – lehká depresivní fáze

Stádium lehké depresivní fáze se projevuje přítomností dvou až tří výše zmíněných příznaků. Pacient v této fázi je však schopný podílet se na běžných denních aktivitách.

F32.1 – středně těžká depresivní fáze

Při středně těžké depresivní fázi se u pacienta projevuje čtyři a více zmíněných příznaků. Pacient má už problémy se zvládním denních aktivit.

F32.2 – těžká depresivní fáze bez psychotických příznaků

V těžké depresivní fázi bez psychotických příznaků se u pacienta projevuje sklíčenost, dále pacient propadá pocitům beznaděje a viny a ztrácí sebehodnocení. Velmi časté jsou nejenom sebevražedné myšlenky, ale i pokusy o sebevraždu.

F32.3 – těžká depresivní fáze s psychotickými příznaky

Tato fáze obsahuje příznaky uvedené u těžké depresivní fáze bez psychotických příznaků, avšak navíc se u pacientů objevují halucinace, bludy a psychomotorická retardace. Pacient v těžké depresivní fázi s psychotickými příznaky není schopný běžných denních aktivit. Vzdůstá riziko nejenom sebevraždy, ale i hladovění či žíznění pacienta.

F33 – periodická depresivní porucha

U periodické depresivní poruchy se objevují opakované depresivní fáze F32 zmíněné výše. První z nich může nastat v jakémkoli věku. Někdy se bezprostředně po depresivní fázi objevují fáze zlepšení nálady a zvýšení aktivity. Zlepšení může být však následek užívání antidepresiv.

2. 4. Deprese v historii

Podle Oxford Handbook of Mood Disorders (2015) se psychická porucha v současnosti známá jako deprese může z historického hlediska jevit jako nejsnáze identifikovatelná porucha. Popis jejích příznaků se objevuje již zhruba dva a půl tisíce let.

Problematiku připomínající nemoci ducha lze nalézt dokonce i v Bibli, konkrétně ve Starém zákoně. Hrdina David se pokoušel léčit skleslost izraelského krále Saula hrou na harfu (Hosák, Hrdlička, Libiger, 2015).

Deprese jako název pro nemoc, jak ji známe dnes, má kratší historii než její samotné příznaky. Podle etymologického slovníku vzniklo slovo deprese z latinského slova deprimere (= de- „dolů“ a -premere „tlačit“). Ve významu sklíčenosti a deprese ducha se používalo zhruba od 15. století.

Nejstarší popisy onemocnění ducha se objevují v Mezopotámských textech již ve druhém tisíciletí před Kristem, ani ne tolik jako popis nemoci, ale jako démonické posednutí člověka (Nemade, Reiss, Dombeck, 2007). Ve starověké babylonské, čínské, egyptské a řecké civilizaci bývalo duševní onemocnění také dáváno za vinu posednutí démony. Pro léčbu byly využívány mimo jiné i různé techniky exorcismu (například bití či hladovění „posednutých“). Ve starověkém Řecku, které uctívalo kult Olympských bohů, existoval přístup, podle kterého byly duševní nemoci vnímány jako trest, který na lidi za jejich zločiny seslali sami bohové.

V éře starověkých společností neměli lidé vysvětlení pro přírodní jevy. To zavedlo příčinu pro vznik magického myšlení. Existence fyzických i duševních nemocí byla přičítána nadpřirozeným bytostem. Jako ochrana před těmito bytostmi sloužily amulety, magické obřady, zařikávání duchů, modlitby i aplikace bylin navozujících změněné stavy vědomí, které měly vyhánět démony z těla nemocného (Petr, Marková, 2014).

Jako přínosné je vnímáno egyptské a řecké lékařství. V Egyptě existovaly chrámy sloužící jako útočiště pro duševně nemocné. Zde se smutná nálada pomáhala léčit pomocí her, tělesných cvičení, příjemné hudby a tance. V okolí chrámů se nacházely zahrady a háje. Pro nemocné byl také významný pravidelný denní režim a hygiena těla.

Počátky lékařského zkoumání lidských duševních stavů sahající do epochy starověkého Řecka jsou tradičně spojovány s osobou Hippokrata, který žil v 5. a 4. století před naším letopočtem a je označován za zakladatele moderního lékařství. V této době už jakýsi koncept deprese existoval. Řekové pro patologické depresivní stavy používali název melancholie (DeRubeis, Strunk, 2015). Základní princip pro Hippokratovo nazírání chorob spočíval v názoru, že zdraví je stav rovnováhy těla a nemoc je tedy narušením této rovnováhy. Psychické i fyzické nemoci bývaly posuzovány na základě Humorální teorie. Hippokrates upustil od magického pojetí nemocí a spolu se svými žáky formuloval teorii čtyř šťáv. Ta je uvedena v Hippokratovské sbírce a datuje se zhruba do 5. století před naším letopočtem. Hippokrates předpokládal, že nevyváženost čtyř základních tělních šťáv krve, žluči, černé žluči, hlenu narušuje rovnováhu těla a poskytuje tak příležitost pro propuknutí nemocí. Nerovnováha těchto šťáv mohla být způsobena různými faktory od životosprávy a životního stylu, přes životní úroveň po atmosferické prvky. Predispozice člověka k onemocnění melancholií měl zapříčiňovat přebytek černé žluči. Hippokrates a jeho následovníci uváděli jako hlavní příznaky melancholie strach a smutek, dále nechutenství, sklíčenost, nespavost, podrážděnost

a roztěkanost⁵. Hippokratovy léčebné postupy pro melancholii zahrnovaly vhodnou životosprávu, dále dostatek spánku, léčebné koupele i sexuální aktivitu. Nadbytek černé žluči v těle byl vyrovnáván různými dávidly a projímadly. Mezi charakteristické příznaky melancholie patřila mimo jiné i zácpa. Mělo se za to, že zácpa je způsobena zaplavením organismu i mozku černou žlučí. V antice se na pomoc proti těmto příznakům využívalo vývaru z čemeřice černé. Tato rostlina má však pro organismus toxický účinek, protože dráždí střevní a žaludeční sliznice a způsobuje průjem. Společně se stolicí odcházela z těla i zaschlá krev, která byla považována právě za černou žluč (Hosák, Hrdlička, Libiger, 2015).

Středověk

S rozpadem Římské říše a nástupem křesťanství začala upadat i tradice antické vědy. Křesťanské potírání některých pokrokových názorů vedlo k úpadku medicínského vědeckého poznání (Petr, Marková, 2014). Ve starověku se o duševně nemocného starala a nesla za něj zodpovědnost především rodina, popřípadě dostal přiděleného ochránce. Ve středověku naproti tomu byli nemocní buď ponecháni svému osudu vyčleněním ze společnosti nebo bývali vězněni, aby se octli mimo normální jedince (Ortel, 2012). Namísto vědecké medicíny byly duševní choroby vykládány pomocí démonologie. Démonologie byla jakási věda či nauka o duševních onemocněních způsobených posednutím démony. Křesťanství však uznávalo i jiné příčiny vzniku duševních nemocí. Ty mohly mít kořeny i ve světských problémech jako byla přemíra alkoholu, jídla, vyčerpání nespoutaným životem či silná zamilovanost. O duševně nemocné pečovali kněží, kteří duševní nemoci léčili pomocí náboženských obřadů nebo exorcismu. Projevy onemocnění jako například bludy a halucinace byly považovány za projevy čarodějnictví a nemocní často končili na hranici (Petr, Marková, 2014).

Roku 1621 vyšlo v Anglii dílo *Anatomie melancholie* od Roberta Burtona. Autor v něm prezentuje názor, že melancholie je nejenom stavem lidské duše, ale i společnosti a jejího uspořádání. V knize je rozlišena melancholie hlavy vznikající v mozku, dále melancholie celého těla, jejíž příčinou je nerovnováha černé žluči v organismu a ještě hypochondrickou (nadýmající) melancholii, která pochází z útrob člověka. Burtonův závěr je takový, že když se melancholie stane základní dispozicí člověka, odráží to svět, který ztratil svůj pevně daný řád a lidský život se tak ocitá na hranici nevyléčitelné nemoci.

5 Popis příznaků velice podobný současné definici depresivní poruchy v DSM-5

Novověk

Počátek 19. století je spjat s rozvojem věd zabývajících se problematikou psychických chorob. Již roku 1808 použil Johan Christian Reil pojem psychiatrie jako název medicínského oboru.

Významnou osobou byl Phillipe Pinel (1745 - 1826), francouzský lékař o kterém se v literatuře můžeme dočíst, že zbavil duševně nemocné pout. Pinel zastával názor, že moderní psychiatrie by měla odstranit omezení a nesvobodu pacientů s duševním onemocněním a prosazoval pochopení pacientů spolu s pěstováním morálních vlastností a odolnosti (Hosák, Hrdlička, Libiger, 2015).

V tomto období došlo také ke změně v názvosloví. Adolf Meyer dosadil místo užívaného pojmu melancholie pojem deprese. Na to navázal Emil Kraepelin, který se snažil depresi více diagnosticky specifikovat. V roce 1883 publikoval klasifikaci psychických onemocnění založenou na příznacích. Psychiatrické nemoci rozdělil na tři hlavní skupiny, a sice: dementia praecox, maniodepresivní psychóza a paranoia. Kraepelin přiřazoval projevy deprese k maniodepresivnímu onemocnění. Jeho pojetí bylo akceptováno až do roku 1950, kdy bylo zpochybněno některými odborníky, protože maniodepresivní onemocnění zahrnovalo širokou škálu různých projevů a na základě klinických pozorování zpochybnili myšlenku jen jedné choroby.

19. století v Evropě bylo spojeno se vznikem velkých psychiatrických ústavů. Ty však mnohdy nebyly při léčbě pacientů úspěšné, pacienti nebyli schopni se vrátit do běžného života a proto vznikala lůžková oddělení. V první polovině 19. století se začalo s testováním metod léčení, které měly ovlivňovat jak mozek, tak funkci organismu. Mezi tyto metody patřila zejména vodoléčba, různé zklidňující zábaly nebo mechanické tlaky sloužící k aktivaci či zklidnění organismu. V této době má také kořeny počátek sporu mezi lékaři o biologickém či duševním původu psychických nemocí (Hosák, Hrdlička, Libiger, 2015).

2. 5. Příznaky deprese

Deprese se jeví jako komplexní onemocnění, které je vázáno na množství rozdílných faktorů. Příznaky depresivního onemocnění, na kterých se shodují diagnostické materiály Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch, Mezinárodní klasifikace nemocí a různí autoři jsou zejména:

- depresivní nálady provázené pocity beznaděje, smutku, špatná nálada, pocity viny a bezcennosti,
- poruchy spánku ve formě insomnie nebo hypersomnie,
- nezájem o oblíbené aktivity a ztráta potěšení z jejich provozování,
- vyhýbavé chování, sociální izolace,
- snížená aktivita a větší únava po i malé aktivitě,
- snížená nebo zvýšená chuť k jídlu provázená úbytkem nebo zvýšením tělesné hmotnosti,
- snížení sebevědomí a sebedůvěry,
- zhoršení soustředění a pozornosti,
- opakované sebevražedné myšlenky, popřípadě plány na sebevraždu či konkrétní pokusy o sebevraždu.

Placar a Vávrů (2005) zmiňují vyhýbavé chování jako příčinnou součást sociální izolace. Vyhýbavé chování u lidí s depresivní poruchou spočívá ve vyhýbání se nepříjemným činnostem, které se týkají kontaktu s lidmi, činnostem pro které je zapotřebí větší námahy, ale i ve vyhýbání se obvyklým činnostem jako je nakupování, cestování, pochůzky po úřadech. Vyhýbání povětšinou souvisí s nepříjemnými pocity jako je bezradnost, nedostatečnost či stud. Lidé trpící depresí se vyhýbají i příjemným činnostem, o které mívali zájem a přinášely jim uspokojení. To mohou být i různé relaxační aktivity ve formě aktivního odpočinku, například provozování sportů.

Opakované sebevražedné myšlenky, plány na sebevraždu nebo konkrétní pokusy spáchání sebevraždy souvisí podle Placara a Vávrů (2005) s tím, že lidem s vystupňovanými příznaky depresivního onemocnění klesá naděje na vyléčení a v zoufalství tím způsobeným se objevují myšlenky na smrt, která představuje únik z nekonečného trápení. Sebevražedným chováním trpí až 10 % pacientů s těžkou depresí (Maříková, 2013).

Deprese se tedy projevuje ve všech stránkách života jedince. Působí na jeho biologickou podstatu – tělo (poruchy spánku, únava, chuť k jídlu), na sociální stránku života – vyloučení ze

společnosti, nezájem o oblíbené aktivity i na psychologickou stránku – depresivní nálady, špatná koncentrace, snížené sebevědomí.

Příznaky deprese nám sdělují, jak se deprese projevuje, ale nehovoří o jejím vzniku.

2. 6. Teorie vzniku deprese

Mezi odborníky nepanuje konsensus ani v tom, na základě čeho deprese vzniká. Höschl (1999) shrnuje šest teorií vzniku deprese – psychoanalytická teorie, kognitivní teorie, teorie naučené bezmocnosti, sociobiologická teorie, teorie vleklého stresu a biologické hypotézy zahrnující mozkové neurotransmitery.

Psychoanalytické teorie se věnují problematice rodinných a sociálních vztahů. Deprese je podle této teorie výsledkem procesu, kdy si jedinec promítá svůj milovaný objekt do sebe a v okamžiku, kdy tento objekt ze života jedince zmizí, začne jedinec objekt (tedy sám sebe) trestat za to, že ho opustil.

Kognitivní teorie vysvětluje vznik deprese na základě emočního traumatu, po kterém dochází k zobecnění nežádoucích kognitivních procesů, které se projevují negativním pohledem na sebe sama, negativním chápáním životních zkušeností a negativním pohledem do budoucnosti.

Teorie naučené bezmocnosti formovaná na základě laboratorních pokusů na zvířatech zastává pohled, že deprese vzniká jako důsledek ztráty vlivu na průběh a výsledek událostí v životě.

Podle sociobiologické teorie je depresi přiřazována úloha z evolučního úhlu pohledu. Deprese v evoluci by měla sloužit jako ochrana jedince i společnosti. Jedinci deprese poskytuje ochranu v okamžiku, kdy nebojuje o zdroje, a tudíž většinou není zabit. Společnost je chráněna tím, že s jedincem nemusí bojovat o zdroje a v případě izolace jedince má k dispozici množství zdrojů navíc.

Teorie vleklého stresu uvádí, že při nadměrném stresovém zatížení organismu se v mozku vyplavují kortikoidní hormony, které mohou způsobit degenerativní změny mozku.

Mezi biologické hypotézy zahrnující mozkové neurotransmitery patří Katecholaminová hypotéza a Desenzibilační hypotéza. Katecholaminová hypotéza uvádí, že u jedince s depresivní poruchou je v organismu malé množství serotoninu a noradrenalinu. Receptory v mozku jsou málo stimulovány a přenos vzruchu je snížen. Desenzibilační hypotéza říká, že v organismu je nadbytek noradrenalinu a zvýšená citlivost receptorů vede ke zvýšenému přenosu signálu v mozku.

Teorie vzniku deprese jsou popsány v menším rozsahu. Zmiňují se o nich především kvůli lepší orientaci v příčinách vzniku deprese.

3. Etiologie deprese

V návaznosti na teorie vzniku deprese rozvedu několik faktorů, kterým bývá přisuzován podíl na rozvoji deprese. Jsou to genetické faktory, biochemické a biologické faktory, životní styl, vliv životních událostí, podnebí a počasí. Nakolik významné jsou jednotlivě zmíněné příčiny prokázáno bohužel není. Jako pravděpodobné se jeví, že deprese vzniká kombinací uvedených faktorů při různých stupních intenzity.

3. 1. Genetické faktory

V současnosti není zcela jasné, jakým způsobem se předpoklady k depresivní poruše předávají prostřednictvím genů. Výzkumy však prokázaly, že vyšší riziko onemocnění depresí hrozí pokrevním příbuzným osoby, která depresí trpí. Praško a kol. (2015) uvádí, že nemoc sama o sobě geneticky předávána není. Dědí se pouze náchylnost k onemocnění. Pro vznik a rozvoj onemocnění jsou rozhodující i vnější faktory prostředí.

3. 2. Biochemické a biologické faktory

Předpokládá se, že vznik deprese může mít na svědomí i nedostatek či porucha přenosu některých neurotransmitterů v mozku. Neurotransmittery jako dopamin, serotonin nebo noradrenalin jsou sloučeniny, které předávají vzruchy z jedné nervové buňky do druhé.

Biologické faktory představují zejména strukturální změny mozku (úrazy hlavy), různé nemoci a nerovnováhu hormonů. V případě poškození mozku se deprese vyskytuje převážně při poškození levé hemisféry (Vágnerová, 2008). Změny hladin hormonů jsou způsobeny více faktory. Jednak se jejich hladiny mění v průběhu života – dospívání, těhotenství, období po porodu, menopauza. Hormony v těle jsou ale ovlivňovány různými léky, hormonální antikoncepcí či steroidními hormony. Chronicky nemocní nebo lidé s nevléčitelnou chorobou mohou mít pozměněné emoční ladění. Zhoršený zdravotní stav sebou nese smutek, který může vyústit v depresi (Vágnerová, 2008).

3. 3. Životní styl

Zdravý životní styl je v současnosti jedním z hodně diskutovaných témat. Odstranění rizikových návyků a zlepšení životního stylu je doporučováno jako prevence proti všemožným chorobám a představuje ideální stav, o jehož dosažení by se měli snažit všichni jedinci. Riziko životního stylu představuje nerovnováha mezi prací a odpočinkem. Pokud nemá organismus dostatek odpočinku ve formě kvalitního spánku, nemůže zregenerovat fyzické a psychické síly. Další složkou je nedostatek aktivního odpočinku ve formě fyzické pohybové aktivity. Při pohybu tělo vyplavuje endorfíny (tzv. hormony štěstí), které zlepšují náladu, snižují úroveň stresu a navozují pocity pohody. Dalším rizikovým faktorem je i nevhodná a nevyvážená strava, která neobsahuje dostatek základních živin – sacharidů, tuků, bílkovin a také minerálů, vitaminů, nenasycených mastných kyselin a dalších stopových prvků. Při nedodržování zásad zdravého životního stylu se zvyšuje riziko propuknutí téměř všech nemocí, včetně těch psychických. Oslabené, neodpočaté a nedostatečně živěné tělo není efektivně bráněno vůči dalším rizikovým vlivům. Důležité je zmínit i vliv alkoholu a drog. Je všeobecně známo, že nadměrná konzumace alkoholu a zneužívání návykových látek má negativní vliv na zdraví organismu i na jeho psychickou odolnost. Vymětal (2010) uvádí, že rizikové je i příležitostné užívání drog, nejenom závislost na drogách.

3. 4. Vliv životních událostí

Do životních událostí lze zařadit různé psychosociální faktory. Lidé musí během svého života zvládat nejrůznější stresové situace. Stres je jedním z faktorů, které snižují odolnost vůči depresivnímu onemocnění, obzvláště pokud je náhlý nebo dlouhodobý. Mezi ty nejobtížnější situace patří úmrtí či ztráta blízké osoby a s tím spojené osamění. Další časté stresové situace představují profesní neúspěchy a finanční potíže. Velkou roli hraje i rodina a její prostředí. Rizikovější je i nepřiměřená náročnost a kritičnost rodičů, v horších případech týrání či pohlavní zneužívání. Všechny tyto situace mohou vést až k existenční prázdnotě, kdy člověk ztratí smysl ve svém životě a vlastní činnosti.

3. 5. Podnebí a počasí

Organismus některých lidí je citlivý na změny počasí, tlaku nebo délku trvání slunečního svitu. U takových lidí se mohou na podzim začít objevovat sezónní emocionální potíže, se kterými se potýká až 6 % populace a které zase na jaře odezní (Křivohlavý, 2013).

Na základě faktorů, které se jeví jako příčiny deprese lze depresi kategorizovat do skupin.

4. Členění deprese

O nejednoduchosti identifikace spouštěcího faktoru svědčí také existence mnoha druhů deprese. Plucar a Vávru (2005) rozdělují depresi do tří základních skupin:

- deprese psychogenní
- deprese endogenní
- deprese somatogenní

4. 1. Psychogenní deprese

Psychogenní deprese bývá též nazývána jako reaktivní, vnější či exogenní. Tento typ deprese vzniká jako odpověď organismu na stresové události a zátěžové životní situace. Jedinec se nedokáže se s událostí nebo situací vyrovnat a v myšlenkách se k nim opakovaně vrací. Do takových událostí/situací lze zařadit případy ztráty blízkého člověka (například smrt rodinného příslušníka nebo přítele, rozvod rodičů, nevěra či odchod partnera), finanční a profesní problémy (například ztráta zaměstnání, neúspěch při studiu), deprese v období menopauzy, stresující zážitky kořenící ve zneužívání, psychickém či fyzickém týrání v průběhu života jedince, deprese způsobena dlouhodobým nervovým vypětím.

Jako vhodný způsob léčby se jeví psychoterapie, která by mohla pomoci s vyrovnáním se s problémem, který postihuje pacientovo myšlení a chování.

4. 2. Endogenní deprese

Endogenní deprese může být označována pojmem vnitřní deprese. Původ endogenní deprese obvykle spočívá v nevyrovnaném biochemickém prostředí v mozku jedince a většinou neexistují vnější příčiny, které by mohly k propuknutí deprese vést.

V případě endogenní deprese je na místě zvážit léčbu pomocí antidepresiv, které by mohly pomoci stabilizovat biochemické prostředí organismu.

4. 3. Somatogenní deprese

Somatogenní deprese se objevují v souvislostech s tělesnými onemocněními lidí. Somatogenní deprese mohou provázet chronická onkologická onemocnění, vážné úrazy (především hlavy a mozku), ale mohou ohrožovat i ženy čerstvě po porodu dítěte, které si během těhotenství, porodu a období šestinedělí prochází obrovskými hormonálními změnami. Nemoci i jejich léčba mohou ovlivňovat funkci mozku a tím působit i na náladu pacientů.

V rámci somatogenní deprese lze identifikovat depresi symptomatickou. Symptomatická deprese je způsobena tělesným onemocněním, jehož depresivní porucha doprovází. Nejčastěji popisované případy symptomatické deprese se týkají onemocnění žloutenkou, infekční mononukleózou, při výskytu srdečních vad, po kastraci nebo rakovině tlustého střeva. U některých dívek a žen se tato forma deprese objevuje v návaznosti na užívání hormonální antikoncepce. Symptomatické deprese bývají časté i ve spojení se závislostí na alkoholu a užívání nelegálních návykových látek.

V literatuře můžeme naléznout popis larvované deprese. V případě larvované deprese trpí pacient fyzickými problémy jako jsou například bolesti zad, problémy se spánkem nebo zažívacími problémy. Uvedené obtíže se ale neprojevují na základě fyziologické příčiny a právě kvůli fyzickým příznakům ustupují psychické problémy mimo úhel pohledu lékařů. Diagnostika psychické depresivní poruchy je vázána na psychiatrické vyšetření a pacienti bývají obvykle léčeni pomocí antidepresiv.

Deprese se může rozvinout i na základě farmakologické léčby (Maříková, 2013). V takovém případě představuje komplikaci léčby onemocnění, které primárně nespadá do psychiatrické kategorie. Jako léky, které mohou být depresogenní bývají uváděny některé léky na kardiovaskulární onemocnění, steroidní hormony, kortikosteroidy, antiparkinsonika či protinádorové léky. U depresí navozených léky platí, že jejich vznik je závislý především na délce podávání a na podávané dávce (Maříková, 2013).

Jako poslední zmíním sezónní depresi. Projevy sezónní deprese bývají charakterizovány jako útlumy nálady během jarních a podzimních měsíců. Během zimních měsíců, kdy je organismus vystavován nižšímu a méně intenzivnímu slunečnímu svitu, čerpá organismus serotonin ze zásob. Zásoby jsou zpravidla větší na podzim než na jaře, jelikož podzimu předchází letní období, kdy je slunečního svitu dostatek. Serotonin je totiž vyplavován během dne a především na základě slunečního světla. V jarním období jsou zásoby serotoninu obvykle nižší, což je způsobeno právě zimním obdobím. Sezónní deprese může být léčena fototerapií, které se budu věnovat později.

Podle druhu deprese je vybírána léčba, která by pro daný typ měla být nejefektivnější.

5. Léčba deprese

Cíle léčby depresivních poruch tvoří snaha o potlačení depresivních příznaků, snaha o navrácení funkčních, psychosociálních a pracovních schopností pacienta a to na úroveň, na které byly před onemocněním depresí a také minimalizace rizika recidivy po úspěšné léčbě (Maříková, 2013).

Janů a Racková (2007) uvádí: „Jedinou účinnou terapií deprese je podávání antidepresiv a psychoterapie, případně kombinace těchto postupů.“

5. 1. Kombinovaná léčba

Kosová (2010) shrnuje, že kombinace léčebných prostředků a postupů je využíváno především z důvodu zlepšení výsledků léčby. Kombinovaná léčba má svá pozitiva – vysokou míru účinnosti, rychlý nástup požadovaných účinků a případně i toleranci nežádoucích účinků některých léků. Autorka hovoří o kombinované léčbě především v kontextu úzkostných poruch, proto je možné tuto informaci aplikovat především na léčbu depresivní poruchy, u které se projevují i úzkostné stavy. Pozitivem kombinované léčby je také skutečnost, že některá psychofarmaka mohou přímo zvýšit účinnost psychoterapie a to díky tomu, že zlepšují schopnost učení se a kognitivních procesů (Kosová, 2010). V současnosti se pod pojmem kombinovaná léčba nejčastěji rozumí využití kognitivně-behaviorální terapie a farmakoterapie. Někdy však vyvstávají pochybnosti, zda farmakoterapie v procesu kognitivně-behaviorální terapie spíše nepřekáží.

Podle Maříkové (2013) jsou základem léčby depresivního onemocnění právě antidepresiva.

5. 2. Antidepresiva

Antidepresiva patří do skupiny psychofarmak a jsou součástí biologické léčby. Jsou to psychiatrické léky sloužící ke zmírnění příznaků projevů deprese. Využívání antidepresiv jako léků na depresi se obvykle datuje rokem 1957 (Maříková, 2013). Psychofarmaka zpravidla nejsou ve volném prodeji, předepisuje je lékař. Antidepresiva může předepisovat psychiatr i praktický lékař (Plucar, Vávrová, 2005). Ačkoliv by se mohlo zdát, že léčba deprese spadá do kompetence psychiatra, je třeba zdůraznit význam praktického lékaře v procesu léčby. Člověk potýkající se se zdravotními problémy ať psychického či fyzického rázu, často sdělí praktickému lékaři své obtíže dříve než psychiatrovi. Praktický lékař je také lépe seznámen se zdravotní anamnézou pacienta i s jeho okolím a rodinnou. Pro některé pacienty nemusí být zdravotní péče poskytovaná psychiatrem dosažitelná, popřípadě může podléhat stigmatizaci a mít hanlivý zvuk. (Janů, Racková, 2007).

Janů a Racková (2007) také uvádějí, že u většiny pacientů není problém v léčbě deprese praktickým lékařem a v dodržování zásad správné léčby deprese. Nutností předcházející léčbu deprese je vždy vyloučit somatické příčiny problémů s důrazem na poruchy štítné žlázy a užívanou medikaci. Psychiatrovi by pak měla náležet léčba především pacientů s akutním rizikem spáchání sebevraždy a opakovaně selhávající léčbou. Konzultace s psychiatrem jsou doporučovány i v případě komorbidit⁶.

Psychofarmaka a biologické metody fungují na principu úpravy biochemických podmínek v organismu, aby pacient mohl navázat na oslabenou identitu a pokračovat ve svém životě (Kryl, 2006).

Funkcí antidepresiv je zlepšovat nálady osob trpících depresivní poruchou a Atkinson a kol. (2003) uvádí, že jsou zřejmě nejúspěšnějším prostředkem navozující změnu nálad a chování. Antidepresiva jako léky jsou vyráběny především synteticky a jsou účinné především při léčbě biologických faktorů způsobujících depresi (Atkinson a kol, 2003).

Na trhu existuje množství antidepresiv, liší se mechanismem působení i nástupem účinků. Jako nevýhodu antidepresiv lze brát skutečnost, že od začátku jejich působení může uběhnout i několik týdnů, než nastoupí žádané účinky a po vymizení příznaků bývá nutné léky užívat minimálně půl roku, v některých případech po celý zbytek života, aby se předešlo recidivě.

Podle mechanismu účinku jsou antidepresiva rozdělena do dvou základních skupin. Jsou to inhibitory zpětného vychytávání monoaminů a inhibitory monoaminoxidázy označovány zkratkou

⁶ Komorbidita je označení pro přítomnost jednoho nebo i více onemocnění, které se vyskytuje současně s primárním onemocněním.

MAO. Dále mohou být antidepresiva rozdělována na stimulační a sedativní, která jsou ordinována podle příznaků pacienta. Stimulační antidepresiva jsou určena především pro utlumené pacienty, antidepresiva sedativní jsou vhodná pro pacienty trpící neklidem popřípadě úzkostmi.

Inhibitory monoaminoxidázy nejsou obvykle psychoaktivní. Jejich funkce spočívá v blokování enzymu rozkládajícího neurotransmittery noradrenalin, serotonin a dopamin. Tím dochází ke zvýšení jejich hladiny v organismu. Léky této skupiny není dobré kombinovat se sýry, červeným vínem či čokoládou, mohly by se objevit srdeční potíže.

Inhibitory zpětného vychytávání monoaminů je skupina léků obsahující čtyři generace léčivých produktů. Za pokrok jsou považovány antidepresiva třetí generace nazývané inhibitory zpětného vychytávání serotoninu označované zkratkou SSRI. U léků skupiny SSRI bylo prokázáno minimum nežádoucích účinků. Jejich účinek je větší a rychlejší než u předcházejících generací tricyklický, tetracyklických a heterocyklických antidepresiv. Mezi léčivé přípravky dostupné na trhu patří Prozac, Deprex, Seropram, Citalec. Jako vedlejší účinek těchto léků bývá uváděno riziko serotoninového syndromu, který hrozí především při předávkování a spočívá v nadměrně zvýšené hladiny serotoninu v organismu. Prokeš a Suchopár (2014) zmiňují v příznacích serotoninového syndromu zmatenost, halucinace, ospalost, pocení, průjem, svalový třas.

Nežádoucí účinky antidepresiv jsou uváděny jako orientační, protože jsou považovány za nejčastější. Na trhu existuje množství antidepresiv a každá z nich mají své negativní a pozitivní účinky. Při předepisování léků a léčbě antidepresivy je třeba zohlednit zdravotní stav pacienta a míru závažnosti jeho depresivní poruchy.

Janů a Racková (2007) uvádí, že léčbu antidepresivy je vhodné zahájit nejnižší účinnou dávkou SSRI, což jsou selektivní inhibitory zpětného vychytávání a během jednoho až dvou týdnů vystoupat na účinnou dávku. Výhodou těchto léků je dobrá snášenlivost, široké terapeutické spektrum, dávkování zpravidla jedenkrát denně a bezpečnost při dlouhodobém užívání. (Janů, Racková, 2007).

5. 3. Psychoterapie

Psychoterapie je pokládána za samostatný vědní obor obsahující teoretickou i aplikační stránku. Psychoterapie je označována jako interdisciplinární a transdisciplinární obor. Interdisciplinární proto, že těží poznatky z ostatních vědních oborů a oblastí lidské činnosti a transdisciplinární, jelikož může být uplatněna v lékařských i nelékařských oborech. (Vymětal, 2010).

Jisté psychoterapeutické tendence lze identifikovat napříč historií. Při ovlivňování zdravotních obtíží byly využívány různé techniky, které se v současnosti běžně používají při psychoterapii jako například hypnóza či výklady snů.

Počátky psychoterapie jsou spjaty s 20. stoletím, kdy začala psychoterapie vznikat jako samostatný vědní obor. Jako významné osobnosti, které se podílely na vzniku psychoterapie bývají uváděni Pierre Janet či Sigmund Freud.

Psychoterapie jako léčba

V případě podezření na počínající depresivní onemocnění lze doporučit postupy léčby nezahrnující farmakologické postupy, v první řadě psychoterapii (Maříková, 2013).

Vymětal (2010) definuje činnost psychoterapie slovy: „*Psychoterapie je zvláštní psychologická péče poskytovaná potřebným lidem, tedy lidem, kteří jsou vnitřně destabilizováni či jim tato destabilizace hrozí.*“

Kryl (2006) popisuje psychoterapii jako přístup, který navrácí pacient do mezilidského kontextu.

Psychoterapii jako činnost lze definovat jako léčení duševních poruch prostřednictvím psychologických prostředků. Za psychologické prostředky jsou považovány techniky určeny k léčbě duševně nemocných lidí působící na jejich chování, myšlení a emoce. Tyto techniky mají za úkol pomoci pacientům osvojit si způsoby zvládnání stresu a interakce s druhými lidmi. V technikách lze nalézt společné rysy. Tím nejdůležitějším je pravděpodobně vztah mezi psychoterapeutem, který psychoterapii provozuje, a pacientem. (Atkinson a kol, 2003)

Při léčbě deprese považováno za důležité poskytnout pacientovi pochopení, důvěru, naději a pomoci mu fungovat v sociálních vztazích. Proto je zde důležitá osoba psychoterapeuta, který naváže s pacientem vztah, dává mu pocítit opravdový zájem o jeho osobu a pomáhá mu budovat

vztahy s ostatními lidmi. (Kryl, 2006). Psychoterapeuti jako kvalifikovaní odborníci musí splňovat kritéria vzdělání a osobností předpoklady, aby mohl pacientovi poskytnout porozumění, důvěru a pomohl mu ve změně stávajícího chování a myšlení tím směrem, který oba považují za žádoucí. Terapeut musí být schopný vytvořit si s pacientem rovnocenný vztah založený na důvěře, vést s ním rozhovor, ve kterém pacient může beze strachu mluvit o svých myšlenkách a prožitcích a vést ho k účinnějším způsobům zvládnání problémů. Na psychoterapeuta jsou v procesu terapie kladeny vysoké nároky. Měl by být schopný bez soudu přijímat emoce, které před ním pacient projevuje, oceňovat spolupráci pacienta a pomáhat mu nalézat řešení jeho problémů (Kryl, 2006).

V procesu psychoterapie je cílem změnit postoje nemocného vůči své nemoci, sobě a svému okolí takovým směrem, aby byl schopný účastnit se běžných denních aktivit bez větších obtíží. To znamená objasnit problémy, které depresivní porucha způsobuje, posílit schopnost vyrovnávat se s těžkými životními situacemi a odvrátit pocity viny, beznaděje a smutku. (Kryl, 2006).

Možností a druhů psychoterapie je celá řada. V případech psychoterapie pro pacienty trpící depresivní poruchou je využívána zejména behaviorální terapie, kognitivní terapie a kognitivně-behaviorální terapie. Prospěšnou formou léčení je i skupinová psychoterapie. (Kryl, 2006)

Behaviorální terapie

Behaviorální terapie je psychoterapie charakteristická jejím zaměřením na chování a metodami založenými na učení a podmiňování. Cílem je odstranění maladaptivního⁶ chování v konkrétních situacích. Behaviorální terapie vychází z předpokladů, že lidské chování je naučené a že maladaptivnímu chování se lidé učí na základě stejných principů jako chování adaptivnímu. Při behaviorální terapii je důležité jasné vymezení problému, tj. vymezení chování, které je nežádoucí a je zapotřebí ho změnit. Podmínky vzniku maladaptivního chování nemusí být shodné s podmínkami, ve kterých je toto chování udržováno, a z toho důvodů je behaviorální terapie orientovaná na přítomnost.

Atkinson a kol (2003) uvádí jako metody behaviorální terapie systematickou desenzibilizaci a expozici, selektivní zpevnování, modelování, hraní rolí a sebeřízení.

6 Sociálně nežádoucí chování

Kognitivní terapie

Kognitivní terapie se zaměřuje na pacientovy kognitivní procesy. Důležité je jak pacient přijímá, zpracovává, hodnotí a ukládá informace. U pacientů, pro které je vhodná kognitivní terapie se vyskytuje tzv. kognitivní triáda (Atkinson a kol., 2003). Kognitivní triáda spočívá v negativním hodnocení sebe sama, negativním pohledu na svět a negativním pohledu na budoucnost. Pacient se během kognitivní terapie učí takovéto myšlenky logicky kritizovat, testovat je jako hypotézy a vytvořit si místo nich myšlenky zdravější. Terapeut může využívat takzvaný sokratovský dialog, kdy pacientovi pokládá otázky, nesnaží se ho přesvědčovat nebo argumentovat, snaží se pacienta naučit hodnotit jeho přesvědčení (Kratochvíl, 1998).

Kognitivně-behaviorální terapie

Většina terapeutů provozujících kognitivně-behaviorální terapii zastává názor, že je zapotřebí jako první změnit přesvědčení pacienta a poté je možné navodit trvalou změnu jeho chování. Shodují se na tom, že při ovlivňování kognitivních procesů pacienta jsou účinné behaviorální postupy. (Atkinson a kol., 2003). Pozornost při léčbě je zaměřena na pozorovatelné a konkrétní chování a myšlenky. V procesu léčby se orientuje na řešení aktuálních problémů. Důležitými faktory je spolupráce pacienta, stanovení cílů, kterých má být terapií dosaženo a zpětná vazba, kterou terapeut poskytuje pacientovi. Mezi používané techniky patří operantní podmiňování (učení úspěchem), expoziční techniky (členění nepříjemným situacím) a zabránění rituálům (plánování času tak, aby došlo k eliminaci škodlivých návyků).

Skupinová terapie

Skupinová terapie je interpersonální terapií, věnuje se tedy řešení problémů v mezilidských vztazích. Skupinová terapie probíhá ve skupinách obvykle čítajících šest až osm členů. Členové skupiny hovoří o svých zkušenostech a problémech, komentují problémy a chování ostatních členů, řeší svoje problémy a mohou sledovat reakce ostatních, mohou si vyzkoušet i nové způsoby chování. (Atkinson a kol., 2003)

Plucar a Vávrů (2005) zmiňují, že skupinová terapie funguje na principu skupinové dynamiky, to znamená, že skupinová terapie v léčbě deprese využívá vztahy a interakce mezi členy a psychoterapeutem, ale i vztahy mezi členy skupiny navzájem. Faktory, které jsou ve skupinové terapii účinné, jsou:

- členství ve skupině,
- emoční podpora,
- pomáhání druhým,
- sebeobjevování a sebeprosazování,
- odreagování,
- zpětná vazba a konfrontace,
- náhled,
- korektivní emoční zkušenost,
- zkoušení a nácvik nového chování,
- získávání nových informací a sociálních dovedností. (Kratochvíl, 1999 in Plucar a Vávrů, 2005).

5. 4. Elektrokonvulzivní terapie

Elektrokonvulzivní terapie je známá také pod zkratkou ECT nebo jako elektrošoková terapie. Nejpopulárnější byla mezi čtyřicátými a šedesátými roky minulého století, kdy nebyla běžně dostupná antidepressiva (Atkinson a kol. 2003). Elektrokonvulzivní terapie spočívá v pouštění mírného elektrického proudu do mozku pacienta. Elektrický proud vyvolává stav podobný epileptickému záchvatu. V současné době se tato forma terapie využívá u pacientů s těžkou depresí, u kterých nejsou pozitivní reakce na antidepressiva.

Od Plucara a Vávrů se dozvídáme, že použití elektrokonvulzivní terapie je běžné v situacích, ve kterých trpí pacient hlubokou depresí s rizikem sebevraždy, když pacient odmítá jídlo a pití, pokud se vyskytnou výrazné psychotické příznaky, jestliže je narušena psychomotorika a u pacientů, kteří nereagovali na více než jeden druh antidepresiv (Raboch a Pavlovský, 1999 in Plucar a Vávrů, 2005).

Léčba pacienta elektrokonvulzivní terapií probíhá pod anestezií a po aplikaci látek uvolňujících svaly. Přes oba spánky, případně přes spánek méně dominantní hemisféry je krátce puštěn velmi slabý elektrický proud. Léčivým prostředkem není působení elektrického proudu, ale právě záchvat, který elektrický proud vyvolává. Pacient se probouzí pár minut po aplikaci. Obvykle se aplikuje čtyři až šest elektrošoků v časovém horizontu několika týdnů. Záchvaty v mozku uvolňují neurotransmitery noradrenalin a serotonin, ale jak přesně vyvolané záchvaty depresi léčí se zatím stále neví.

Vedlejším účinkem elektrokonvulzivní léčby je ztráta paměti. Pacient si nepamatuje průběh léčby. Ztráta paměti může postihnout i události, které se staly v průběhu několika měsíců před léčbou a může se objevit i potíže se zapamatováním si nových informací zhruba do dvou měsíců po léčbě.

Navzdory léčebnému účinku elektrokonvulzivní terapie, která v mozku vyvolává záchvat podobný epileptickému záchvatu, se deprese projevuje i u pacientů trpících právě epilepsií. Roth a kol. (1999) tvrdí, že deprese při epilepsii se projevuje především u pacientů, jenž trpí temporální epilepsií spojenou s dysfunkcí limbického systému. Dále uvádí, že při temporální epilepsii je deprese postiženo 30 % až 50 % všech pacientů a zmiňují, že pacienti trpící epilepsií i depresí zároveň bývají hospitalizováni až čtyřikrát častěji než pacienti trpící epilepsií bez deprese.

5. 5. Spánková deprivace

Některé studie hovoří o prospěšnosti spánkové deprivace při léčbě deprese. Pokud je pacient v bdělém stavu kolem čtyřiceti hodin, mohou příznaky doprovázející depresi dočasně ustoupit. Raboch a Pavlovský (2012) sdělují, že totální či částečné omezení spánku je jedinou léčbou deprese, u které je prokázán okamžitý antidepresivní účinek až u 60 % pacientů. Aplikace spánkové terapie je vhodná především u nemocných s každodenními příznaky, které mají kolísající intenzitu a z organizačních důvodů u hospitalizovaných pacientů. Antidepresivní efekt je ale pouze přechodný a po návratu do běžného spánkového režimu se příznaky deprese vrací, což je považováno za největší negativum. Antidepresivní efekt může být posílen opakováním metody či

posunem spánkové periody. Kombinací spánkové deprivace a užívání antidepresiv je dosaženo rychlejší nástupu účinku deprivace. Jako pozitiva spánkové deprivace bývají uváděny možnosti využití u pacientů s těžkými depresemi, také rychlý účinek, neinvazivnost a nenákladnost terapie. Spánková deprivace je také poměrně dobře snášena většinou pacientů.

5. 6. Statistika využívání způsobů léčby deprese

V letech 2007 až 2010 bylo v sedmnácti zemích Evropské Unie prováděno Evropské výběrové šetření o zdravotním stavu označováno zkratkou EHIS z anglického originálu European Health Interview Survey on Health. Data dostupná a využitá v analýzách pochází z Belgie, Španělska, Maďarska, Malty, České republiky, Francie, Slovinska, Kypru, Řecka, Polska, Slovenska, Lotyšska, Bulharska, Rumunska, Německa a Rakouska. Šetření EHIS bylo v České republice provedeno na vzorku 1955 obyvatel v období měsíců od června do října roku 2008.

V Evropském výběrovém šetření o zdravotním stavu mě nejvíce zajímal výskyt deprese v populaci. Za přínosné údaje považují výsledky hovořící o návštěvnosti psychologů či psychoterapeutů a užívání antidepresiv.

Výsledky šetření EHIS uvádějí, že v České republice trpělo depresí v posledním kalendářním roce celkově 3,9 % osob. Dále bylo zjištěno, že ženy trpěly depresí častěji než muži, konkrétně deprese postihovala ženy v 5,4 % případů, zatímco u mužů se objevila ve 2,2 %. Výsledky může ovlivnit fakt, že o lékařsky diagnostikované onemocnění deprese se jednalo přibližně v 65 % případů. Podle EHIS je zvýšený výskyt deprese se u populace v České republice nastává v rozmezí věku 45 až 54 let.

Analýza výsledků přichází s údajem, který říká, že psychologa nebo psychoterapeuta v České republice navštívilo celkem 2,7 % osob, a to v období minulého kalendářního roku. Nelze však očekávat, že všechny tyto osoby vyhledaly péči psychologa nebo psychoterapeuta kvůli depresi. Osoby trpící depresí představovaly přibližně 40 % všech osob navštěvujících psychologa.

Co se týče antidepresiv, výsledky šetření uvádí, že tyto léky užívalo 2,7 % osob. O respondenty, kteří uvedli, že trpěli depresí v posledním kalendářním roce, se jednalo v 80 % případů. O pravděpodobnou kombinaci léčby pomocí antidepresiv a psychoterapie se jednalo v případě jedné třetiny těchto respondentů.

Na základě uvedených výsledků Evropského výběrového šetření o zdravotním stavu můžeme říci, že ženy jsou více než muži náchylnější k onemocnění depresí. To by mohlo být

způsobeno depresemi, které ohrožují pouze ženské pohlaví, například poporodní deprese nebo deprese v menopauze.

Jako nesourodé se jeví zjištění, že zhruba jedna třetina respondentů uvedla, že v uplynulém kalendářním roce trpěla depresí, ačkoliv jim nebyla lékařsky diagnostikována. Příčin by mohla být celá řada od subjektivního hodnocení, pravděpodobně vyšší náročnosti diagnostikování symptomatických forem deprese, které se objevují a provází tělesná onemocnění, například infekční onemocnění, užívání hormonální antikoncepce nebo rakovina tlustého střeva nebo citlivostí na podnebné podmínky, kdy se příznaky deprese objevují především v průběhu jarních a podzimních měsíců a v letních měsících mohou ustoupit do pozadí, jedinec tedy lékařskou pomoc při vypořádávání se s příznaky deprese nemusí vyhledat.

Důležitým zjištěním je, že osoby trpící depresí tvořily 40 % osob, které využily léčbu pomocí návštěv psychologů nebo psychoterapeutů. Z osob, které užívaly antidepresiva se více než tři čtvrtiny léčily s depresí. To značí, že antidepresiva, které nebyly určeny k léčbě deprese užívala téměř jedna čtvrtina respondentů užívajících antidepresiva. Zajímavější ale je, že dvakrát tolik jedinců trpící depresí užívalo k léčbě deprese psychofarmaka ve formě antidepresiv, než léčby pomocí psychologů nebo psychoterapeutů.

Ve výzkumu zaměřeném na postoje pacientů k léčbě antidepresivy, který provedla Dvořáčková (2013) bylo zjištěno, že ženy mají oproti mužům pozitivnější přístup k léčbě antidepresivy. Tyto výsledky ale nelze aplikovat na celou populaci, a to z důvodu malé velikosti výzkumného vzorku. Zmíněný výzkum také ukazuje, že lidé s vyšším vzděláním mají v léčbě antidepresivy více pozitivní přístup. Autorka výzkumu dále uvádí předpoklad, že na postoji pacienta k léčbě antidepresivy se nepodílejí pouze samotná léčiva a jejich charakteristiky. Vlivným faktorem je také prostředí, ve kterém je léčivo podáváno, individuální reakce na lék, dále pochopení účinku léku a důvěra, kterou pacient má v podávanou medikaci.

6. Biomedicínský model

Biomedicínský model zdraví a nemocí je uváděn jako označení klasické západní medicíny. Již samotný název napovídá, že hlavní objekty zkoumání jsou biologické podstaty. Základy této vědy stojí na vědeckých důkazech vycházejících z biologie a anatomických poznatků, které jsou propojeny s dalšími vědami založenými na faktech, jako jsou chemie nebo fyzika. Tento úhel pohledu bere v úvahu objektivní nálezy a měřitelné faktory a ponechává stranou duševní a kulturní podstatu člověka. Aktivní roli v lékařském procesu zastává lékař. Ten zkoumá nemoc z vědeckého pohledu, předepisuje pacientovi léky a způsoby léčby. Hlavním objektem zájmu není pacient, ten je stavěn spíše do pasivní role, nýbrž nemoc a její léčba. V tomto procesu ustupuje do pozadí i osobnost lékaře, rozhodující jsou převážně jeho odborné znalosti. Biomedicínský model zdraví a lékařství je založen na předpokladu, že zranění a nemoci jsou biologického původu a při správné diagnóze lze dojít ke konkrétnímu biologickému řešení (léčení) nemoci například pomocí antibiotik, chirurgického zákroku či jiného lékařského výkonu. Zastánci biomedicíny se přiklání k názoru, že při nemoci nebo zranění člověka je postižena pouze fyzická část a ta by také měla být léčena. (Snooks, 2009).

Filosofické základy biomedicínského modelu lze identifikovat u Hippokrata, ten vnímal člověka jako celek a věnoval se i zkoumání biologické podstaty onemocnění při zkoumání poměrů tělesných šťáv v těle. Descartes doporučoval, aby byl člověk vnímán jako rozumný stroj a problematika duše měla být přenechána církvi a filosofii. Nemoc v jeho pojetí znamená poruchu rozumného stroje a lékař je tím, kdo ji diagnostikuje a léčí. Na přelomu 17. a 18. století se v době osvícenství rozvíjí koncept biomedicíny. Medicína založená na vědeckých empirických důkazech byla považována za klíč k léčbě nemocí. Tomu pomáhaly i objevy v lékařství, díky kterým byly zjištěny biologické příčiny různých nemocí. Ve druhé polovině 19. století označil Rudolf Virchow nemoc za poruchu buněk, tkání nebo orgánů, kterou jsou narušeny jejich funkce a celý proces nemoci je provázen příznaky. (Honzák, 2011).

Slepičková a kol (2012) uvádí, že od dob starověkého Řecka existují dva přístupy v péči o zdraví. Jsou to přístupy preventivní a kurativní. Právě na těchto přístupech stojí koncept biomedicíny.

Kurativní léčba v sobě obsahuje léčebné postupy, které slouží k vyléčení nemoci. Ideálním výsledkem kurativní léčby je úplné vyléčení jedince. V průběhu kurativní léčby může přechodně nastat stav snížení kvality života, ten je způsobený nežádoucími účinky léčby. Tento přechodný stav je při léčbě akceptován v zájmu celkového výsledku léčby (Slepičková a kol., 2012).

Preventivní přístup v sobě zahrnuje aktivity spojené s předcházením nemocí a úrazů a zlepšováním zdraví. Tyto aktivity jsou součástí oboru preventivní lékařství. Müllerová (2014) definuje preventivní medicínu jako vědní obor, který se zaměřuje na ovlivnění zdraví populací. Preventivní lékařství se svým působením snaží nejenom o prodloužení délky života, ale také o zvýšení kvality života a to jak jednotlivců, tak i populací. V rámci preventivní medicíny jsou analyzovány zdravotní stavy populace, probíhá pátrání po nejčastějších a nejzávažnějších rizikových faktorech, které mohou ovlivňovat zdraví. Preventivní medicína soustředí informace z prostředí životních a pracovních podmínek, věnuje se genetickým faktorům i otázkám životního stylu. Zkoumá rizikové faktory životního stylu jako je psychická zátěž, nedostatek pohybu, špatné stravovací návyky, které je možno změnit a ovlivnit tak zdraví celé populace. Na zdraví působí především prostřednictvím sociálních a zdravotních opatření. Úroveň těchto opatření je spjata zejména s ekonomickou a technickou úrovní.

Prevence v rámci preventivního lékařství může být rozdělena na primární prevenci a sekundární prevenci. Primární prevence leží z velké části na jednotlivých lidech. V rámci primární prevence by mělo docházet ke snižování vlivu rizikových faktorů a zvyšování odolnosti organismu. Aby to bylo možné, je zapotřebí, aby byli jednotlivci řádně a důkladně informováni o rizicích a škodlivosti různých aspektů životního stylu. Sekundární prevence preventivního lékařství se týká včasné identifikace začínající nemoci a jejím cílem je zabránit plnému rozvinutí nemoci.

Raudenská a Javůrková (2011) uvádějí, že biomedicínský model je ve zdravotnictví nejrozšířenější, a to z důvodu orientace vzdělání lékařského personálu na fyziologii a příznaky onemocnění. Lékaři se zaměřují na jednoznačný vztah mezi fyziologií, průběhem nemoci a poškozením, které způsobuje. Nemoc je způsobena jednou příčinou a zpravidla má i jeden způsob léčby. Biomedicínský model vychází z jednoznačného dělení nemocí na fyzické a duševní. Psychosociální faktory nemoci, které jsou odsunuty na okraj, mají na starosti lékaři psychologie a psychiatrie. Biomedicínský model je podporován i pacienty. Ti jako zásadní vnímají pouze somatické příznaky. Biomedicínský model tak v podstatě funguje na principu pasivity pacienta, který v případě onemocnění vyhledává lékaře jako experta, který má za úkol zbavit ho potíží.

Gaines a Davis-Floyd (2004) principy biomedicíny založené na důkazech a logice jako vzor současné medicínské praxe považují za medicínu, která je ukotvena spíše v lékařských zvycích, zažitých názorech a předávání tradice. Biomedicína tak podle nich funguje na principech separace, kdy jsou věci považovány za lépe pochopitelné v kategoriích vyjmutých z kontextu a odloučených od souvislostí. Separace se projevuje oddělováním mysli od těla, členěním medicínské praxe do různých oborů a diagnostikou pacientů mimo sociální vztahy a kulturu.

Biomedicínský model lékařství je velice populární. Nejspíše je to z toho důvodu, že má dlouhou historii a noví lékaři tento úzký úhel pohledu na nemoci a poruchy stále přijímá. Pokud se lékaři však spoléhají na jednu příčinu nebo lék určité nemoci, tak ignorují ostatní aspekty nemoci. Pokud se pacientovy problémy objevují opakovaně, lze předpokládat, že jeho zdravotní potíže nemají pouze jednu příčinu nebo jeden způsob léčby.

Za výhodu biomedicínského modelu lze považovat právě jeho bohatou historii a celkem vysokou úspěšnost při léčení. Nevýhodou je právě jeho omezený úhel pohledu na nemoci, který však může souviset i s ekonomickou stránkou lékařství. Studium lékařství a lékařská péče je celosvětově dosti nákladná záležitost a lékařem se člověk nestane přes noc ani za dva roky. Pro získání vědomostí a kvalifikace i v jiných, psychologických a sociálních vědách, by bylo zapotřebí vynaložit více času, energie i financí.

Posilování biomedicínského modelu a jeho způsobu léčby nespočívá pouze na odborných lékařských pracovnících. Biomedicínský model nám předkládá definice toho, co je zdraví, co je nemoc a jaký mají nemoci průběh. Nemoci bývají představovány jako něco, čemu se jedinec může svým přičiněním vyhnout, pokud bude následovat daná doporučení. Biomedicínský model je poměrně přijímán i širokou veřejností. Lidé v případě výskytu obtíží navštěvují lékaře, očekávají od nich diagnózu a předpisy léků, které jejich obtíže vyřeší. Psychologickým a sociálním aspektům převážně nepřipisují takový význam, jako biologickým projevům a zdá se, jakoby tyto aspekty ani nebyly součástí léčby.

Janů a Racková (2007) považují včasnou intervenci a dostatečnou léčbu za prevenci depresivního onemocnění, a to nejenom v ordinacích psychiatrů či psychoterapeutů, ale i v rámci ordinací praktických lékařů.

Pokud bychom aplikovali biomedicínský model na přístup k depresi, znamenalo by to, že deprese vzniká pouze na základě biologických a biochemických příčin popřípadě genetických faktorů v organismu člověka. V úvahu by přicházel i typ deprese, jejíž vznik je vázán na tělesný úraz nebo také deprese, která je příznakem jiného onemocnění organismu. Jako nemoc beroucí v potaz pouze biologické faktory by byla namísto pouze biologická léčba, tj. antidepressiva či elektrokonvulzivní terapie. V rámci biomedicínského pojetí by bylo možno uvažovat i o faktorech souvisejících se životosprávou, která má také vliv na biochemické procesy v těle.

7. Biopsychosociální model

S návrhem biopsychosociálního paradigmatu přišel roku 1977 George Engel.

Biopsychosociální přístup ke zdraví a nemocem zdůvodňoval argumentem, že převažující biomedicínský model nebere v potaz sociální a psychologické faktory působící na pacienty. Biopsychosociální model je alternativou k dominujícímu biomedicínskému modelu.

Biopsychosociální model se snaží zahrnout psychologický přístup do diagnostiky i léčby v lékařské péči a zdůrazňuje nutnost spolupráce mezi lékaři a psychosociálními odborníky. Zastánci biopsychosociálního modelu nabízejí více komplexní pohled na faktory ovlivňující pacientovo zdraví a nemoci jak fyzického těla, tak duše. Jak už napovídá jeho název, považuje onemocnění za výsledek působení činitelů biologických, psychologických i sociálních. Biologická část se vztahuje k fyzickému tělu, jeho fungování a poškození. Vnitřní rozpoložení a stavy pacienta, jeho potřeby a chování se zrcadlí v psychologické části modelu. Sociální část v sobě zahrnuje pacientovo postavení a chování v rodině, jeho mezilidské vztahy a kulturní chování (Rudenská, Javůrková, 2011).

Snooks (2009) uvádí, že biopsychosociální model lékařství představuje vedoucí perspektivu v psychologii zdraví. Biopsychosociální model se snaží pátrat nejenom po různých příčinách nemocí, ale také po různých způsobech jejich léčby. Rudenská a Javůrková (2011) považují tento model zdraví a léčby za komplexnější a také mnohem efektivnější, obzvláště v případě chronicky nemocných pacientů.

V biopsychosociálním modelu existuje mnoho podobností s východní medicínou, tedy tou, která nefunguje na principech západní medicíny. Mezi tyto principy patří zejména přesně definované vědecké důkazy a měřitelná zjištění. Východní medicína bere v potaz všechny okolnosti pacientova života a klade také velký důraz na jeho duchovní podstatu. Při procesu léčby je důležitá i osobnost toho, kdo léčí. Je tradičně považován za průvodce snažícího se pacienta podporovat v tom, aby sám našel příčinu svých potíží. Lékař zkoumá nejenom fyzické, ale i psychické a emoční souvislosti pacientova života a hledá jejich souvislosti s pacientovou nemocí. Stejně tak záleží na osobnosti pacienta a okolnostech jeho života a v procesu léčení hraje důležitou roli. Nemoc může být léčena a vyléčena pacientovým přičiněním. Je poukazováno i na pacientovu schopnost sebeuzdravení. Samo-ozdravné procesy spočívají v tom, že každý člověk si uvědomuje co ho bolí nebo trápí, a může se tedy pokusit najít ve svém životě příčinu svých potíží a poté tuto příčinu odstranit.

Biopsychosociální model zdraví a nemocí by mohl brát ohledy na všechny zmíněné příčiny deprese – genetické, biologické a biochemické, životosprávu a životní styl, životní události, podnebí a počasí a možná i na další, na které není tato bakalářská práce cílena. Zdá se, že tento model by mohl být otevřenější ve způsobech léčby deprese.

Za způsoby léčby, které svou povahou mohou odpovídat biopsychosociálnímu modelu léčby, lze považovat antidepresiva přírodního původu. Antidepresiva přírodního původu mají antidepresivní efekt a vhodná mohou být především pro pacienty, kteří na základě svého přesvědčení či v souladu s kulturními normami svého okolí preferují užívání léků na přírodní bázi. Vliv životosprávy a životního stylu bere v úvahu aspekty režimu, ve kterém lidé žijí, který může být ovlivněn i sociálními zvyklostmi a normami a závisí také na tom, jakým způsobem je nakládáno s nejrůznějšími výživovými a životními doporučeními.

7. 1. Antidepresiva přírodního původu

Navrátilová (2011) považuje antidepresiva přírodního původu za vhodná pro pacienty s lehkou depresivní poruchou a také pro ty, kteří preferují užívání přírodních medikamentů oproti lékům vyrobeným synteticky. Jako zástupce přírodních antidepresiv uvádí třezalku tečkovanou, ženšen, magnolii a šafrán.

Třezalka tečkovaná je vytrvalá bylina a je charakteristická průsvitnými tečkami, které se nachází na jejich listech. Vyskytuje se na území Evropy a Asii, dovezena byla také do Severní Ameriky. V České republice se při léčbě lehkých a středně těžkých depresí užívá léčivý prostředek Jarsin – obvykle jedno dražé třikrát denně. Třezalku tečkovanou můžeme nalézt jak součást čajových směsí a potravinových doplňků. Možným vedlejším účinkem třezalky je citlivost na sluneční svit a může snižovat efektivitu některých léků například hormonální antikoncepce.

Jarsin, standardizovaný extrakt třezalky tečkované, je jediným přírodním antidepresivem, který se používá v oficiální medicíně (Patočka a Strumecká 2003 in Plucar, Vávrů, 2005). Na základě výsledků klinických studií byl Jarsin účinnější než placebo a jeho užívání bylo provázeno menším počtem vedlejších účinků než užívání standardních antidepresiv. Podle těchto studií byl Jarsin účinný pouze v případě lehkých depresí. (Plucar, Vávrů, 2005). Když vezmeme v úvahu porovnání s placebem a účinnost v léčbě lehčích forem deprese, zůstává otázkou, nakolik je tento antidepresivní lék přírodního původu efektivním v celkovém ohledu léčby deprese.

Ženšen je rostlina, jejíž účinky jsou ve východní medicíně známy několik tisíc let. Účinky

ženšenu na organismus spočívají ve zvyšování fyzické i psychické odolnosti a odstraňování únavy. V literatuře lze nalézt i další účinky ženšenu například protizánětlivé, imunostimulační nebo antikarcinogenní. V laboratorním testování ženšenu na zvířatech bylo prokázáno antidepresivní působení. Ženšen v organismu zvyšuje hladinu noradrenalinu a serotoninu. V České republice se ženšen nachází v léčivém přípravku Bilobil, ve vitaminových přípravcích a potravinových doplňcích. Ženšen by neměl být podáván v kombinaci s antidepresivy SSRI či u pacientů trpících nespavostí.

Magnolie je strom rostoucí v prostředí mírného až tropického pásu. V tradiční východní medicíně bývá využíván jako zklidňující prostředek. Ve studiích na zvířatech byl zjištěn antidepresivní účinek rostliny – v mozku zvyšuje hladinu noradrenalinu a serotoninu. V České republice je magnolie součástí potravinových doplňků.

Šafrán je rostlina známá pro své využití jako koření při přípravě pokrmů. Extrakt z blizen šafránu má prokázané antidepresivní účinky. Ve dvojité studii kontrolované placebem byla potvrzena účinnost šafránu při léčbě lehké a středně těžké deprese. V České republice je jako léčivá látka k dostání ve formě přírodního produktu Saframyl, který příznivě působí na psychickou pohodu.

7. 2. Vliv životosprávy a životního stylu

Životospráva a výživa pacienta je důležitá ve smyslu snížení rizika akutního stavu. Lidé s depresivní poruchou mají tendenci konzumovat jednoduché cukry jako jsou sladkosti, slazené nápoje a džusy, instantní polévky a omáčky a také produkty s vysokým obsahem kofeinu. Po konzumaci se objevuje pocit pohody, ten je ale krátkodobý. Poté nastávají až „abstinenční“ příznaky způsobené poklesem serotoninu. To samé platí i v případě konzumace alkoholu. Zajímavostí je, že v tomto ohledu je neškodná čokoláda. (Fořt, 2004).

Kunzová a Hrubá (2013) považují za rizikové faktory životního stylu kouření, nedostatek pohybové aktivity, nesprávnou životosprávu a nadměrnou konzumaci alkoholu. Nedostatečný přísun ochranných a pro organismus prospěšných látek spočívá v konzumaci vysokého množství jednoduchých cukrů a tuků, upřednostňování červeného masa před masem bílým a rybami, nedostatek celozrnných produktů, luštěnin, čerstvého ovoce a zeleniny společně s nevhodnými způsoby přípravy jako je například smažení na přepáleném oleji. Stravovací návyky a kvalita výživy je důležitá, jelikož ovlivňuje i schopnost organismu odolávat stresu a depresivním příznakům. Stejně tak se jeví důležitá i dostatečná pohybová aktivita. Pohybová aktivita obzvláště

ve skupině (Fořt, 2004) je prokazatelně účinná v prevenci deprese. (Kunzová, Hrubá, 2013).

Čablová (2010) píše, že jako zásady zdravého životního stylu jsou označovány vyvážená strava, fyzická aktivita, spánek a psychohygienu. Opírá se o zahraniční výzkumy neurogastroenterologie podporující propojení trávicího systému a duševních procesů. Podle nich se až 95 % serotoninu vytváří a uchovává ve střevě. V tomto kontextu je střevo považováno za autonomní centrum nazývané enterický nervový systém. Poznatky výzkumů naznačují, že v enterickém nervovém systému je základ deprese, jelikož právě zde by měly vznikat transmittory ovlivňující náladu. Kontrakci střev jsou uvolňovány nervové přenašeče a imunitní buňky. Ty putují bloudivým nervem do mozku, kde jsou přeměňovány na dobré či špatné naladění.

O souvislosti mezi výživou a odolností vůči stresu dále Čablová pojednává v tématu makrobiotiky vycházející z principů východní filosofie a tradiční čínské medicíny. Makrobiotika je specifikována jako dietologický přístup obsahující přirozeně vyváženou stravu jako jsou celozrnné obiloviny, luštěniny, ryby, ovoce a zelenina chemicky a geneticky neupravenou a pocházející z nejbližších zdrojů. Strava je tak složena z esenciálních živin, vitamínů a minerálních látek. Makrobiotika bere ohledy na zeměpisné rozdíly, vlivy přírody a společnosti, věk, pohlaví i fyzickou a mentální aktivitu jedince.

7. 3. Léčba jasným světlem

Janů, Váchová a Racková (2010) uvádí léčbu jasným světlem jako dobrou alternativu užívání antidepresiv při léčení depresivní poruchy. Využití léčby jasným světlem, světelné léčby nebo také fototerapie je vhodné především v oblasti léčení sezónní deprese. Aplikace světla může být využito při léčbě různých typů depresí a změn nálad. Využívá se také při léčbě abnormalit denního rytmu, únavy, snížené pozornosti, chuti k jídlu nebo při potížích s nekvalitním spánkem. Jako výhoda fototerapie je uváděno především minimum nežádoucích vedlejších účinků a proto bývá vhodná i při léčbě dětí, mladistvých a lidí v pokročilém věku. Praško a kol. (2015) ale zmiňují, že nežádoucí účinky se projeví skoro u poloviny případů a to v období prvních dnů léčby. Jako nežádoucí účinky označují podráždění spojivek, bolest hlavy a nevolnost. Dalším z možných častých vedlejších účinků je nespavost, ta je ale spojena především s aplikací světla ve večerních hodinách.

Aplikaci světla je doporučeno provádět v průběhu dne, vyhnout by se mělo aplikaci v pozdních hodinách. Světlo je zprostředkováno především sítnicí a není určeno pro celé tělo. Pacient by na tuto skutečnost měl být upozorněn, aby neměl při aplikaci zavřené oči. Světlo vychází ze

speciálních lamp, které se dají zakoupit i pro domácí použití nebo speciálních světelných boxů. Fototerapie typicky trvá 30 minut, aplikuje se v ranních hodinách a pacient je vystaven širokospektrému světlu bílé barvy s odfiltrovaným ultrafialovým pásmem o intenzitě až 10 000 luxů.

Efekty léčby se objevují již po dvou dnech, prokazatelné výsledky by se měly dostavit nejdéle do dvou týdnů. Pro udržení stavu a zabránění recidivě se doporučuje pokračovat v léčbě a to alespoň jeden týden od dosažení ideální stavu, v případech těžší deprese je doporučena aplikace dlouhodobě.

8. Závěr

Na základě výčtu definic deprese byla demonstrována nejednoznačná shoda v tom, zda je deprese biologickým nebo psychologickým onemocněním a také v důležitosti jednotlivých příznaků, jimiž se deprese projevuje. Odborníci se povětšinou shodují v maximální míře výskytu deprese, která činí 26 % i v tom, že deprese jsou více ohroženy ženy než muži, ale neshodují se v přesném rozmezí výskytu deprese.

Práce obsahuje shrnutí příznaků, kterými se deprese projevuje. Jako nejčastější příznaky byly uvedeny depresivní a smutné nálady a s nimi spojené pocity beznaděje, smutku, viny a bezmocnosti, poruchy spánku (insomnie, hypersomnie), nezájem a ztráta radosti plynoucí z oblíbených aktivit, vyhubavé chování a sociální izolace, snížená aktivita, změny v apetitu provázené změnou tělesné váhy snížené sebevědomí a sebedůvěra, zhoršení schopnosti koncentrace, sebevražedné myšlenky a popřípadě pokusy o spáchání sebevraždy.

Deprese byla rozdělena do tří základních skupin na základě příčin vzniku – deprese psychogenní (vnější), deprese endogenní (vnitřní) a deprese somatogenní. V rámci somatogenní byly identifikovány deprese symptomatická, larvovaná, farmakologická a deprese sezónní.

Jako účinné způsoby léčby deprese bylo popsáno užívání antidepresivních léků, psychoterapie a kombinace užívání antidepresiv a psychoterapie. Charakterizovány byly i způsoby léčby, které nejsou v běžné praxi široce užívané, ale někteří odborníci je hodnotí jako efektivní a prospěšné při léčbě určitých druhů deprese, například léčba jasným světlem či význam a důležitost zdravotního stylu v průběhu prevence depresivního onemocnění i v průběhu jeho léčby.

Pojetí deprese obsažené v této bakalářské práci v sobě obsahuje prvky biomedicínského i biopsychosociálního modelu zdraví a nemocí a jejich způsobů léčby. Otázkou je, zda to ukazuje, že v kontextu klasifikace příznaků deprese a způsobů léčby se namísto biomedicínského paradigmatu stále více prosazuje paradigma biopsychosociální nebo zda se v těchto otázkách uplatňuje kombinace obou přístupů. Deprese, její příznaky a léčba, popsány v práci nelze být jednoznačně zařazena do jediného z uvedených paradigmat. Zkoumání této problematiky by mohlo být námětem pro další výzkum. Vhodným navázáním na teoretické poznatky uvedené v práci by mohl být i terénní výzkum zaměřující se na témata informovanosti veřejnosti a pacientů o příznacích deprese a způsobech její léčby, preferenci aplikace biomedicínského či biopsychosociálního modelu zdraví a nemocí při posuzování příznaků deprese a její následné léčby.

9. Zdroje

ANALÝZA: EHIS - výskyt deprese a návštěvy psychologa v EU [online]. 2011 [cit. 2017-06-22]. Dostupné z: http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=781.

ANDERS, Martin a Jan ROTH. Deprese v neurologické praxi. Praha: Galén, 2000. ISBN 8086257150.

ATKINSON, Rita L. Psychologie. Praha: Portál, 2003. ISBN 8071786403.

ČABLOVÁ, Lenka. Psychologické souvislosti výživy a zvládnání stresu. E-psychologie [online], 4 (4), 1-9 [2017-05-29]. 2010, Dostupný z WWW: <http://www.e-psycholog.eu/pdf/cablova.pdf>. ISSN 1802-8853.

DERUBEIS, Robert J. a Daniel R. STRUNK. The Oxford handbook of mood disorders. Oxford University Press, 2015. ISBN 9780199973965.

DVOŘÁČKOVÁ, Vendula. Postoje pacientů k léčbě antidepresiv, Hradec Králové, 2013. Diplomová práce, Farmaceutická fakulta UK v Hradci Králové.

FOŘT, Petr. Výživa pro dokonalou kondici a zdraví. Praha: Grada, 2004. ISBN 8024710579.

GOTLIB, Ian H. a Constance L. HAMMEN. Handbook of depression. 2nd ed. New York: Guilford Press, 2010. ISBN 9781609181505.

HONZÁK, Radkin. Psychosomatická medicína dnes. Practicus, 2010; 1(11), 16-17, ISSN 1213-8711.

HOSÁK, Ladislav, Michal HRDLIČKA a Jan LIBIGER. Psychiatrie a pedopsychiatrie. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 9788024629988.

HÖSCHL, Cyril. Teorie deprese. Vesmír, 1999; 78, 607-611, 1214-4029.

JANŮ, Luboš a Sylva RACKOVÁ. Jak správně poznat a léčit depresi. Medicína pro praxi, 2007; 1, 24 – 27, ISSN 1214-8687.

JANŮ, Luboš, VÁCHOVÁ, Petra a Sylva RACKOVÁ. Léčba jasným světlem – alternativní metoda, nebo opomíjená evidence-based léčba?. Psychiatrie pro praxi, 2010; 11(4), 160-163, ISSN – 1213-0508.

KOSOVÁ, Jiřina. Léčba deprese s úzkostí a nespavostí. Psychiatrie pro praxi, 2007; 1, 13-16, ISSN - 1213-0508

- KRATOCHVÍL, Stanislav. Základy psychoterapie: [směry, metody, výzkum]. Vyd. 2., dopl. Praha: Portál, 1998. ISBN 8071782807.
- KRYL, Michal. Psychoterapeutické možnosti v léčbě deprese. Čes. a slov. Psychiat., 2006; 102, 250-255, ISSN 1212-0383.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Jak zvládat depresi. 3., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2013. Psychologie pro každého. ISBN 9788024747743.
- KUBÍNEK, Radim. Deprese v ordinaci praktického lékaře. Medicína pro praxi, 2011; 8(10), 424-427, ISSN 1214-8687.
- KUNZOVÁ, Šárka a Drahoslava HRUBÁ. Chování a zdraví I – Životní styl a komplexní choroby. Hygiena, 2013; 58(1), 23-28, ISSN 1802-6281
- LUKÁŠ, Karel a Aleš ŽÁK. Chorobné znaky a příznaky: diferenciální diagnostika. Praha: Grada, 2014. ISBN 9788024750675
- MARŠKOVÁ, Martina. Farmaceutická péče u pacientů s depresivní poruchou. Praktické lékárenství, 2013; 9(2), 78-82, ISSN - 1801-2434
- Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10 : desátá revize : aktualizovaná druhá verze k 1.1.2009. 2., aktualiz. vyd. Praha: Bomton Agency, 2008-. ISBN 9788090425903.
- MÜLLEROVÁ, Dana. Hygiena, preventivní lékařství a veřejné zdravotnictví. Praha: Karolinum, 2014. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 9788024625102.
- NAVRÁTILOVÁ, Zdeňka. Antidepresiva přírodního původu. Praktické lékárenství, 2011; 7(4), 191-194, ISSN – 1801-2434.
- NEMADE, Rashmi, REISS, Natalie and Mark DOMBECK. Historical Understandings Of Depression [online]. New York: Referral Solutions Group, 2007 [cit. 2017-04-22]. Dostupné z: <https://www.mentalhelp.net/articles/historical-understandings-of-depression/>
- PRAŠKO, Ján. Poruchy osobnosti. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 9788073675585.
- PRAŠKO, Ján. Poruchy osobnosti. Vydání třetí. Praha: Portál, 2015. ISBN 9788026209003.
- PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ. Ošetřovatelství v psychiatrii. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 9788024742366.
- PLUCAR, Bohumír a Iveta VÁVRŮ. Deprese a antidepresiva. Kontakt, 2005; 3(4), ISSN 1212-4117.

- PROCHASKA, James O. a John C. NORCROSS. Psychoterapeutické systémy: průřez teoriemi. Praha: Grada, 1999. Psyché (Grada). ISBN 8071697664.
- PROKEŠ, Michal a Josef SUCHOPÁR. Serotoninový syndrom:co bychom o něm měli vědět. Medicína pro praxi, 2014; 11(5), 226-230, ISSN 1214-8687.
- RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ. Psychiatrie. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 9788024619859.
- RABOCH, Jiří, Michal HRDLIČKA, Pavel MOHR, Pavel PAVLOVSKÝ a Radek PTÁČEK, ed. DSM-5®: diagnostický a statistický manuál duševních poruch. Praha: Hogrefe - Testcentrum, 2015. ISBN 9788086471525.
- RAUDENSKÁ, Jaroslava a Alena JAVŮRKOVÁ. Lékařská psychologie ve zdravotnictví. Praha: Grada, 2011. Psyché (Grada). ISBN 9788024722238.
- SIEGEL, Ronald D. Velká kniha meditačních technik: jednoduchá cvičení pro každodenní problémy. Přeložil Ivana SÝKOROVÁ. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 9788024755694.
- SLEPIČKOVÁ, Lenka a kol. Biomoc a reprodukční biomedicína:konceptuální inspirace pro český kontext. Sociologický časopis, 2012; 48(1), 85-106, ISSN 0038-0288
- SNOOKS, Margaret K. Health psychology: biological, psychological, and sociocultural perspectives. Sudbury, Mass.: Jones and Bartlett Publishers, c2009. ISBN 0763743828.
- VÁGNEROVÁ, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008. ISBN 9788073674144.
- VYMĚTAL, Jan. Úvod do psychoterapie. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 9788024726670.