

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA PEDAGOGICKÁ
Katedra psychologie

DEPRESE U ADOLESCENTŮ

Diplomová práce

Tereza Klímová
Učitelství pro SŠ: psychologie – anglický jazyk (2013-2015)

Vedoucí práce: PhDr. Lenka Novotná
Plzeň, 2015

Prohlašuji, že jsem předloženou diplomovou práci vypracoval(a) samostatně s použitím zdrojů informací a literárních pramenů, které uvádím v příloženém seznamu literatury.

V Plzni dne 2015

.....

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala PhDr. Lence Novotné za odborné vedení a podporu při tvorbě diplomové práce, za mnoho podnětných informací týkajících se zvolené problematiky a za čas, který mi během četných konzultací věnovala. Dále bych ráda poděkovala respondentům za ochotu a spolupráci při realizaci praktické části této diplomové práce.

Obsah

Úvod	6
Teoretická část.....	7
1 Rozlišení normality a abnormality	8
2 Deprese.....	11
2.1 Definice deprese	11
2.2 Klasifikace depresivního syndromu	13
2.3 Příčiny depresivního syndromu.....	20
2.4 Symptomy depresivního syndromu.....	23
2.4.1 Psychické příznaky.....	24
2.4.2 Somatické a vegetativní příznaky.....	25
2.4.3 Behaviorální příznaky.....	26
2.5 Diagnostika deprese.....	27
2.6 Léčba deprese.....	28
2.6.1 Farmakoterapie.....	29
2.6.2 Psychoterapie.....	32
3 Období adolescence	34
3.1 Tělesný vývoj v období adolescence.....	36
3.2 Psychický vývoj v období adolescence.....	37
3.2.1 Oblast vztahů v adolescenci.....	37
3.2.1.1 Emancipace od rodiny.....	38
3.2.1.2 Navazování vztahů k vrstevníkům.....	39
3.2.1.3 Zahájení sexuálního života.....	39
3.2.2 Vývoj sebepojetí.....	41
3.2.3 Volba povolání.....	42
3.2.4 Problémy dnešního životního stylu adolescentů.....	43
4 Deprese u adolescentů	45
4.1 Epidemiologie adolescentní deprese.....	45
4.2 Etiologie depresivního onemocnění dospívajících.....	46
4.3 Příznaky specifické pro juvenilní depresi.....	48
4.4 Stanovení diagnózy.....	49
4.5 Léčba depresí v období adolescence.....	51
4.5.1 Farmakoterapie.....	51
4.5.2 Psychoterapie.....	52
5 Přehledová studie.....	54
Praktická část.....	57
6 Projekt výzkumu, jeho cíle a metody.....	58
6.1 Výzkumný vzorek.....	59
7 Prezentace výsledků výzkumného šetření.....	61
7.1 Analýza výsledků dotazníku CDI.....	61
7.2 Analýza výsledků dotazníku MHQ.....	81
7.3 Analýza odpovědí otevřených otázek.....	84

8 Závěry výzkumného šetření, shrnutí praktické části	86
Závěr.....	94
Resumé	95
Seznam literatury.....	96
Přílohy	

Úvod

Současná doba je charakteristická dynamickým životním tempem a rychlými technologickými změnami, které kladou na člověka stále větší nároky. Každá životní etapa v sobě skrývá překážky, které se pro nás mohou stát výzvou, neboť jejich překonáváním osobnost posilujeme. Může nastat období, kdy překážek se objeví více najednou, získáváme pocit, že nad námi získávají přesilu, ze které pramení smutek, který prožíváme intenzivněji a hlouběji, smutek který narušuje naše každodenní fungování. V takovém případě je možné, že člověka postihne duševní onemocnění jménem deprese. Existuje řada lidí, kteří se domnívají, že deprese skutečně trpí, ale nemusí to být vždy pravdou. Je důležité odlišit pouhý smutek od vážnějšího a dalekosáhlejšího onemocnění jako je deprese. Proto je jedna z kapitol teoretické části věnována definici a následné klasifikaci depresivního syndromu. Zajímají nás příčiny tohoto onemocnění stejně tak jako jeho projevy v rovině psychické, somatické a behaviorální. Závěrem kapitoly rovněž neopomeneme způsoby diagnostiky deprese a její následné formy léčby.

Deprese je ústředním tématem diplomové práce. Co se výskytu deprese týče, práce je zaměřena na období adolescence, protože zde probíhá nejvíce změn bio-psycho-sociálního charakteru, které mohou v některých případech negativně ovlivnit psychiku jedince. To je jeden z důvodů, proč jsem si toto téma vybrala. Druhým důvodem je, že téma deprese je velice aktuální a v budoucnu je možné, že se s touto problematikou budou učitelé na střední škole setkávat častěji. V následující kapitole se snažíme podrobně charakterizovat adolescenci z pohledu vývojových změn. Riziko deprese u této skupiny může být způsobeno vývojovými úkoly, kterým dospívající v tomto období musí čelit.

V závěru teoretické části zaměříme pozornost na problematiku deprese a období adolescence ve vzájemné spojitosti. Věnujeme se epidemiologii juvenilní deprese, konkrétně popíšeme její příznaky a zřetel bude brán na formy léčby deprese, jež se nejčastěji používá u depresivních adolescentů.

Cílem výzkumu je mapování výskytu deprese u vybrané skupiny adolescentů prostřednictvím dotazníkové metody konkrétně standardizovaných dotazníků CDI a MHQ. Hodnocení a analýza získaných údajů je provedena nejen ve svém souhrnu, ale i striktně odděleně podle intersexuálních rozdílů.

Teoretická část

1 Rozlišení normality a abnormality

Je velmi obtížné definovat, co je ve společnosti ještě považováno za normální, přijatelné, co se dostává na pomyslnou hranici normality a abnormality a co již označujeme za samotný projev abnormality. Toto vymezení je úzce spojeno s hodnocením, které v psychologii jakožto pomáhající profesi hraje významnou roli – týká se to především těch projevů, které lze určitým způsobem vypořádat. Proto nebývá výjimkou, že si v některém případě není ani odborník jistý diagnostikou, ovšem nemusí to automaticky znamenat nevědomost nebo nezkušenost, jen se daný případ může pohybovat právě na pomyslné hranici normality a abnormality.

Hranice normy je pohyblivá a záleží na více kritériích, podle kterých ji posuzujeme. Normalita podle Hartlova Psychologického slovníku (2009, str. 93) „je nejčastěji považována za jev, který odpovídá předem stanovenému očekávání“. Josef Slowík (2007, s. 9) uvádí, že existuje celá řada, jak je na normalitu pohlíženo – například zdravotní pojetí normality, které je dáno naplněním definice pojmu zdraví dle Světové zdravotnické organizace (WHO), nebo statistické pojetí normality, „které je dáno kvantitativní odchylkou od statistické normy“ či skupinové pojetí normality, kdy „normativní jsou v tomto případě pravidla určité sociální skupiny (např. etnické menšiny)“. Marie Vágnerová (2005, s. 9) se mimo jiné zaměřuje na sociokulturní vymezení normality, kdy říká, že, „za normální bývá považováno to, co odpovídá běžným představám o plnění určité sociální role nebo o chování, které by bylo v dané situaci vhodné.“

V psychopatologii je normalita zjišťována *subjektivně* (vlastním odhadem jedince), *sociálně* (názorem sociálního okolí), *z hlediska psychiatrické diagnostiky* (přítomností nebo nepřítomností psychopatologických symptomů), *statisticky* (kvantitativní odchylkou od statistické normy) a *funkčně* (podle projevů, jednání člověka v dané situaci). (Fisher, Škoda, 2009, s. 22-26)

Rita L. Atkinsonová (2003, s. 526-527) rozlišuje čtyři kritéria, která zastupují indikátory duševního zdraví, které má osoba označovaná za normální ve větší míře než jedinec, kterého považujeme za abnormálního. Jsou to *přiměřené vnímání reality* (jedinci, které považujeme za normální, chápou správně, co říkají a dělají ostatní, nepřeceňují ani nepodceňují své schopnosti a nevyhýbají se obtížným úkolům), *schopnost ovládat své chování* (jedinci si uvědomují schopnost ovládat své chování (pokud přeruší sociální normy, děje se to dobrovolně nikoliv neovladatelně a impulzivně), *sebeúcta a akceptace* (kdy jedinci mají přiměřené sebevědomí, cítí se dobře v přítomnosti druhých lidí a

nepodřizují svůj názor většině) a *schopnost vytvářet citové vazby* (normální jedinci jsou schopni vytvářet uspokojivé vztahy, nemívají zbytečné požadavky na ostatní, aby uspokojili své potřeby. V tomto je viditelný rozdíl mezi normalitou a abnormalitou – duševně nemocní lidé se stávají egocentriky, kteří hledají lásku, ale nejsou schopni ji opětovat).

Z výše uvedeného lze usuzovat, že definovat normalitu se jeví mnohem složitější než definovat abnormalitu. V Americe se k tomuto účelu používá *Diagnostický a statistický manuál duševních poruch*, 4. revidované vydání (DSM-IV). V České republice se stejně jako ve většině evropských zemí používá především 10. revize *Mezinárodní klasifikace nemocí* (MKN-10). Mnoho sociologů definuje abnormální chování skrze maladaptivní chování. Takovéto chování má nepříznivý vliv buď na jedince samotného (například gambler, který prosází veškeré svoje úspory), nebo na společnost (adolescent s agresivními výbuchy ohrožující své okolí). Psychiatři a kliničtí psychologové postupují při určování normality podle klasifikačního systému. (Urban in Šubrt, 2008, s. 354-392)

Někteří odborníci abnormalitu pojímají tak, že se dle nich jedná spíše o subjektivní pocity strádání – tedy o osobní potíže člověka. Lidé, kterým byla diagnostikována duševní porucha, jsou většinou nešťastní, úzkostní, rozrušení. Občas může být symptomem zmiňované strádání, v tom případě se ale chování může naopak jevit jako normální. (Atkinson, 2003)

Některé abnormální chování může vzniknout a náhle a rychle odeznít, například při stresové zátěži, jiné nás může provázet po celý život či za příčinu vzniku odchylek může být považována také dědičnost (Vágnerová, 2002, s. 10). Eva Češková (2006, s. 13) uvádí, že „*centrální nervový systém (CNS) jako nejdůležitější a nejkomplexnější lidský orgán má nesmírné adaptační schopnosti a změna určité komponenty psychických funkcí, respektive i příznak, splňující kritéria psychopatologie, nemusí znamenat psychické onemocnění. Izolované příznaky se vyskytují u řady zdravých jedinců. Teprve soubor příznaků zasahující do normálního fungování jedince lze chápat jako psychickou poruchu.*“

Lze tedy usuzovat, že při diagnostikování abnormality je důležité počítat se všemi možnými faktory. Kromě výše popsaných může být dalším odchylka od sociální normy, kdy je ovšem nutné podotknout, že chování, které je v jedné společnosti považováno za normální, může být v jiné kultuře pokládáno za projev abnormality. Ale není vyloučen ani posun měřítek v téže společnosti v průběhu času, mění se trendy, móda, životní styl uvnitř jedné společnosti a to vše má taktéž vliv na kritéria normality.

V propojení s tématem této diplomové práce lze říci, že existuje spousta lidí, kteří se domnívají, že depresí skutečně trpí, ale nemusí to být pravda. Je totiž velice důležité odlišit pouhý smutek od vážnějšího a dalekosáhlejšího onemocnění jako je právě deprese. Dle mého názoru je při diagnostikování abnormality vhodné brát v úvahu všechna zmíněná kritéria, ať se již jedná o statistickou četnost, nebo o sociální odchylku či osobní potíže.

2 Deprese

„Ten, kdo prošel údolím deprese, přichází zpět do světa jako jiný člověk. Někomu se může zdát cizincem. Je však podstatně citlivějším a soucítěcím člověkem.“

Martin Izrael

2.1 Definice deprese

Kolísání nálady i smutek patří k životu a prožívat dané poklesy je zcela normální. *„Mezi smutkem normálním a tím, kdy už je příznakem nemoci, je plynulý přechod“* (Praško, Prašková, Prašková, 2003, s. 27), přesto každý smutek se nerovná depresi, byť mnozí lidé mluví o tom, že mají „depku“. Deprese není jen špatná nálada, nedostatek vůle či reakce na nepříznivé události v životě (byť na ně často navazuje) – deprese je onemocnění celého organismu a jakožto každá neléčená nemoc výrazně zhoršuje celkový zdravotní stav organismu.

Odborně je pojem deprese užší. Deprese, respektive depresivní syndrom představuje spolu se syndromem manickým klinický obraz tzv. afektivních poruch, což jsou (dle MKN – 10) poruchy vyznačující se především patologickou náladou a periodickým průběhem (Miňhová, 2006, s. 86-87). Miloš Sovák ve svém slovníku uvádí takovouto definici (200, s. 62-63): *„Deprese (z lat. depressio = stlačení) je široký symptomový komplex, afektivní stav obecně charakterizovaný pocitem skleslosti, úzkosti, smutku, obav, strachu, snížením životního tempa, zpomalením myšlení.“* Jaro Křivohlavý (1997, s. 9-10) uvádí, že pro vyjádření toho, co se depresí rozumí, můžeme využít i spoustu jiných českých a cizích termínů. Jako příklad českého označení lze uvést sklíčenost, ochablost, netečnost, otupělost, z cizí terminologie se jedná například o pojmenování jako melancholie, letargie, apatie, indolence, malaise či dysthymie.

Ovšem od běžného smutku či rozladěnosti existuje řada příznaků, které nám napoví, že se jedná o vážnější onemocnění. Stav deprese se liší od stavu běžné pokleslosti například v tom, že *„je intenzivnější, a hlubší než smutek; trvá déle; narušuje každodenní fungování.“* (Praško, Prašková, Prašková, 2003, s. 27). Autoři Mojmir Svoboda, Eva Češková, Hana Kučerová (2006, s. 204-205) mezi základní příznaky depresivní poruchy řadí výskyt depresivní nálady abnormní vzhledem k jedinci, která trvá déle než dva týdny, snížení energie či zvýšené únavnosti. *„K dalším příznakům patří ztráta sebedůvěry, výčitky, sebevražedné úvahy a jednání, nesoustředivost, nerozhodnost, útlum nebo*

*agitovanost, poruchy spánku, poruchy chuti k jídlu, nejčastěji nechutenství s odpovídající váhovou odezvou.*¹

„Depresivní porucha může proběhnout jako jedna epizoda – depresivní epizoda – nebo se tyto epizody mohou opakovat – rekurentní depresivní porucha.” (Svoboda, Češková, Kučerová, 2006, s. 204). Řada depresí ustoupí bez léčby, přičemž průměrná délka trvání neléčené deprese je přibližně 20 týdnů a každá prodělaná epizoda zvyšuje riziko vzniku dalších epizod. *„Riziko opětného rozvoje deprese je po první epizodě 50%, po čtvrté epizodě 80 – 90%.”* (Svoboda, Češková, Kučerová, 2006, s. 205) Onemocnění zpravidla vzniká mezi 20. až 30. rokem života jedince a projevuje se v chorobných fázích, které se střídají s obdobím relativního zdraví. Časové intervaly mezi jednotlivými fázemi jsou pak většinou různé – u některých pacientů se střídají často, u jiných zřídka a v některých případech dokonce jen jednou za život. (Miňhová, 2006, s. 88-90) I přes možnost spontánního uzdravení je nutné depresi léčit pro riziko recidiv a chronicity, protože toto onemocnění má dopad na celkovou kvalitu života. *„Prevenčí rozvoje chronické a na léčbu rezistentní deprese jsou antidepressiva, optimální je spojení s kognitivně-behaviorální anebo interpersonální terapii.”* (Svoboda, Češková, Kučerová, 2006, s. 205)

Deprese je jedním z nejčastějších problémů, který lidé v životě zakusí. *„Klinickou depresi onemocní každý rok 5% obyvatelstva, ženy onemocní dvakrát častěji než muži.”* (Praško, Prašková, Prašková, 2003, s. 28) Lze usuzovat, že s vyšším rizikem deprese se pojí ta období života, kdy dochází k zásadním změnám, jako je narození dítěte, menopauza, odchod do důchodu apod., ale jako první období, které je do určité míry spojeny se ztrátou, je právě adolescence, na kterou se autor této práce konkrétně zaměří.

Mnoho lidí trpících depresí však nehledá pomoc. Důvodem může být fakt, že si neuvědomují, že jsou depresivní, nebo to vědí, ale stydí se to přiznat, a doufají, že depresi nějak překonají sami. Proto je tak nutné si uvědomit a přijmout, že deprese je nemoc, nikoliv lenost, projev slabošství nebo nedostatku vůle. Je to nemoc, která se v dnešní moderní době vyskytuje velmi často. Naštěstí se dá léčit. Léčba pomáhá naprosté většině postižených zbavit se příznaků. Ovšem psychoterapie v kombinaci s užíváním léků není to jediné, čím je úspěšné vyléčení podmíněno – postiženému může hodně pomoci laskavé a

¹ <http://www.dobrapsychiatrie.cz/deprese/deprese-a-jeji-lecba> [online] [cit. 23-7-2014]

trpělivé přijetí od rodiny a přátel, což postiženého člověka utvrdí v tom, že není „nenormální“ nebo „bláznivý“.

2.2 Klasifikace depresivního syndromu

V současné době se při diagnostikování v psychiatrii vychází ze dvou velkých klasifikací, jimiž jsou Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) a Diagnostický a statistický manuál duševních poruch (v současnosti DSM-IV APA; APA = Americká psychiatrická asociace). Obě tyto klasifikace jsou vzájemně srovnatelné, ovšem jisté rozdíly zde samozřejmě jsou. MKN-10 vešla v platnost v roce 1992, Americká psychiatrická asociace upravila ještě dvakrát svůj manuál do současné podoby čtvrté revize Diagnostického a statistického manuálu APA (DSM-IV) (Smolík, 2002, s. 224). Afektivní poruchy jsou kódované v rozmezí F30 - 34, depresivní poruchy jsou zařazeny v rozmezí F32 -34. Byly zavedeny nové termíny, které se používají spíše v DSM-IV. Je to například epizoda a rekurentní deprese, což byla dříve fáze a periodická deprese. Klasifikační systém MKN-10 nevyčleňuje samostatná kritéria pro poruchy nálady u dětí a adolescentů, diagnostické kategorie jsou tak až na výjimky sdíleny s dospělou populací. Při klasifikaci depresivní poruchy a depresivního syndromu budu vycházet z MKN-10, která se u nás používá více (viz Příloha A).

Ján Praško, Hana Prašková, Jana Prašková (2003, s. 28-29) dělí depresi na základě její intenzity takto:

- Mírná deprese - člověk s mírnou depresí je obvykle schopen chodit do zaměstnání a zároveň fungovat v každodenním životě, jen mu všechno jde o něco hůře a pomaleji. Dotyčný často působí na okolí dojemem, jako by byl bez energie. Přestává se radovat z věcí, které jej dříve těšily, vyhýbá se kontaktu s přáteli a uzavírá se do sebe. Léčba této formy deprese probíhá obvykle pouze ambulantně, nemocný tedy během ní může normálně chodit do práce.
- Středně těžká deprese - při středně těžké depresi už jedinec obvykle není schopen pracovat a i veškeré domácí činnosti mu jdou velice těžce. Postižený je po většinu času nešťastný, zpomalený a bez energie, a nebo naopak nepřiměřeně napjatý a neklidný. Nedokáže už se na nic soustředit, ztrácí zájem o sexuální život a izoluje se od lidí. Často jej také sužují pocity viny a výčitky svědomí. Léčba probíhající v pracovní neschopnosti obvykle spočívá v

docházení do denního sanatoria, hospitalizování bývají obvykle jen pacienti se sklony k sebevraždě.

- Těžká deprese - jedinec trpící těžkou depresí už není schopen ani starat se sám o sebe. Většinu času leží v posteli a trápí se sebevýčitkami. Jeho pohyby, řeč i myšlení jsou obvykle výrazně zpomalené. Můžeme se však setkat i s opačným extrémem, kdy je postižený naopak výrazně agitovaný a plný neklidu, jež mu nedovolí zůstat chvíli na jednom místě. Porucha jeho nálady je přitom velice hluboká, vnějšími podněty téměř neodklonitelná. Pacient už nevykonává žádnou praktickou činnost, neboť na ni nemá sílu. Navíc ztrácí pocit smysluplnosti jakékoliv aktivity, vše mu připadá bezúčelné a zbytečné. Často pomýšlí na sebevraždu jako na možné řešení své domněle bezúspěšné situace. Pro léčbu jedinců trpících těžkou depresí je vždy nezbytná hospitalizace.
- Melancholie - melancholie je nejzávažnější formou těžké deprese. Pacient je zcela ochromen hlubokým smutkem a naprostou beznadějí, někdy se k tomuto stavu přidá ještě nevýslovná úzkost či strach. Zoufalství je většinou tak obrovské, že je nemocný často přesvědčen, že jedině smrt mu může přinést úlevu. Pokud melancholie přejde do vzácnější psychotické varianty, můžeme se u nemocných setkat i s bludy. Nejčastěji jsou to bludy mikromanické (jedinec je přesvědčen o vlastní špatnosti a chorobnosti), hypochondrické (nemocný je mylně přesvědčen o své nemoci – například o tom, že nemá plíce, že mu zkameněla játra apod.) nebo vztahovačné (pacient má pocit, že se proti němu všichni spiklují a chtějí mu uškodit).

Dále se depresivní onemocnění může dělit podle formy, v jaké se deprese u nemocného objevuje (Praško, Prašková, Prašková, 2003, 30-45):

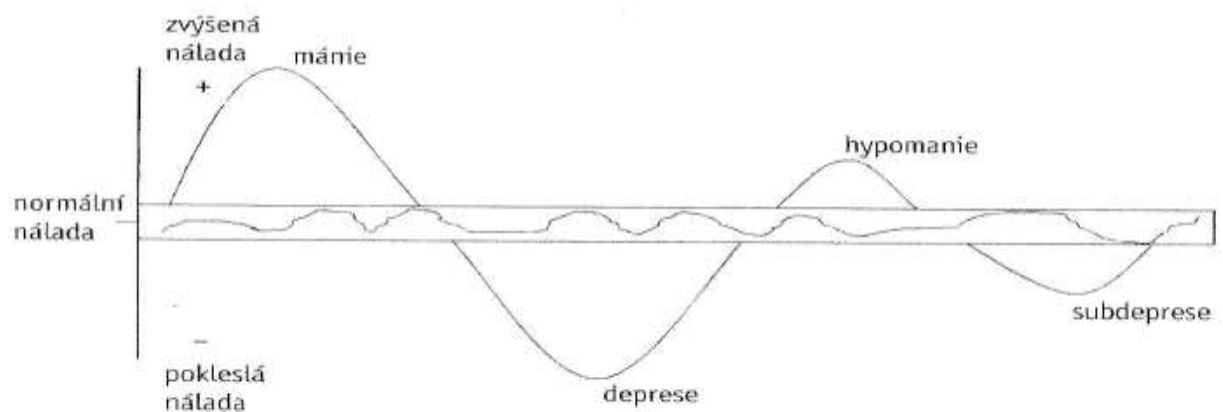
- Depresivní epizoda (depresivní fáze) - typickými znaky depresivní epizody jsou depresivní nálada, depresivní myšlení, snížená aktivita a tělesné projevy. Nemocný má obvykle potíže se spánkem a jídlem, výrazně postižena je též jeho schopnost pracovat nebo se radovat z příjemných činností. Depresivní epizoda se může v životě člověka vyskytnout jednou, a nebo opakovaně. Předcházet jí

může například náročné životní období plné stresu nebo negativní životní událost, někdy se však tento typ deprese objevuje bez zjevné vnější příčiny. S depresivní epizodou se setkáváme dvakrát častěji u žen než u mužů. Hlavními (primárními) příznaky jsou depresivní nálada a/nebo ztráta zájmu o většinu aktivit (případně o všechny). Dále se pak u nemocného musí objevit alespoň čtyři druhotné (sekundární) příznaky, mezi které řadíme například poruchy chuti k jídlu či změny hmotnosti, poruchy spánku, neklid a agitace nebo naopak tělesné zpomalení, únava spojená se ztrátou energie, pocity bezcennosti nebo viny, neschopnost se soustředit nebo činit rozhodnutí, pomýšlení na smrt či sebevraždu.

- Rekurentní depresivní porucha - pro tuto poruchu jsou charakteristické opakované epizody deprese bez samostatných epizod mánie. Nejsou však vyloučeny krátké epizody hypomanie (lehčího stupně manie), povznesené nálady a zvýšené aktivity, které se u pacienta obvykle objevují bezprostředně po depresivní epizodě. První epizoda obvykle přichází později než u bipolární afektivní poruchy, průměrným věkem výskytu tohoto onemocnění bývá pátá dekáda, přičemž jednotlivé fáze trvají 3 – 12 měsíců (zpravidla kolem 6 měsíců). Mezi jednotlivými depresivními fázemi většinou dochází k úplnému uzdravení, avšak v některých případech (zejména ve stáří) může rekurentní deprese přejít v depresi trvalou. Spouštěcími faktory bývají obvykle stresové životní události a stejně jako depresivní epizoda se toto onemocnění dvakrát častěji než u mužů vyskytuje u žen. K léčbě se zpravidla předepisují antidepresiva, která je vzhledem k tendenci k opakování nemoci vhodné užívat dlouhodobě či dokonce celoživotně.
- Dystymie - dystymie je méně závažným typem deprese, avšak její příznaky většinou trvají dlouhou dobu, nezřídka celé roky. Její začátek je obvykle nenápadný, plíživý, pozvolný, přičemž před vypuknutím nemoci je jedinec často vystaven většímu stresu nebo nějaké náročné životní situaci. Pacienti různě kolísají mezi lehkou depresí a obdobími relativně normální nálady, po většinu času však bývají unaveni a depresivní. Nechce se jim do žádné činnosti, nic je netěší. Neustále si také na něco stěžují, mají problémy se spánkem a cítí se zvláště, nepřiměřeně. Navzdory zmíněným obtížím ale zpravidla zvládají

plnění základních požadavků každodenního života. Dystymie obvykle začíná v rané dospělosti a přetrvává několik let, někdy dokonce po celý život. Někdy se však může začít rozvíjet i v pozdějším vývojovém období – v takovém případě je většinou následkem mírné depresivní fáze a má souvislost se smutkem a stresem. Někteří lidé trpící dystymií zažívají i epizody velké deprese. Pak hovoříme o tzv. dvojité depresi.

- Bipolární (maniodepresivní) porucha (viz Obr. 1) - bipolární porucha se zpravidla nevyskytuje tak často jako jiné formy poruch nálady. Onemocní jí v průměru 1 – 2 lidé ze sta a vyskytuje se přibližně u 10% depresivních jedinců. Jejím charakteristickým znakem je střídání depresivních a manických fází. Během depresivní fáze se u pacienta vyskytují příznaky velké depresivní poruchy, ve fázi manické u něho sledujeme příznaky mánie. Mezi ně patří například neobvykle velká radost a povznesená nálada nebo naopak neobvykle velká a trvalá podrážděnost, úporná nespavost bez vnitřní potřeby spánku, grandiózní poznámky o vlastních nadměrných schopnostech, mnohmluvnost, zrychlená řeč, utíkající a často až nesouvislé myšlenky, zvýšený sexuální zájem, výrazné zvýšení energie, rychlé střídání aktivit, lehkomyšlnost, zbrklé a často nerozvážené rozhodování a nepřijatelné sociální chování. Při depresivní fázi pak převažují pocity smutku, beznaděje a bezmoci, které postiženému znemožňují přirozené žití a adaptaci na měnící se podmínky. Nemocný rovněž obvykle trpí poruchami spánku a ztrátou chuti k jídlu. Trápí jej výčitky svědomí, pocity viny a vlastní bezcennosti. Často také přemýšlejí o sebevraždě, která je největším rizikem této poruchy. Bez léčby trvají obě fáze, manická a depresivní, několik týdnů až měsíců, při léčbě zpravidla odezní daleko rychleji. V období mezi jednotlivými fázemi je přítom člověk obvykle bez potíží a negativních následků tohoto onemocnění. Fáze se mohou objevovat v různé frekvenci (několikrát za život nebo třeba dvakrát do roka), stejně tak individuálně i poměr mezi počtem depresivních a manických fází.



Obr. 1 – Schematické znázornění cyklování nálady u bipolární afektivní poruchy

Obr. 1. Schematické znázornění cyklování nálady u bipolární afektivní poruchy. (Praško, Prašková, Prašková, 2008, s.36)

- Sezonní afektivní porucha - někteří jedinci trpí každoročně v období podzimních a zimních měsíců depresivními náladami spojenými s úbytkem energie, únavou a sníženou výkonností. Jedná se o tzv. sezonní poruchy, které se u postiženého často projevují nadměrnou chutí na uhlohydráty, přibíráním na váze a nadměrnou spavostí. Tyto obtíže přitom obvykle nastupují se začátkem zimy a mizí s příchodem jara. Účinným prostředkem v léčbě tohoto typu deprese, který svými příznaky lehce připomíná zimní spánek některých zvířat, je aplikace jasného intenzivního světla (více než 2000 luxů) neboli fototerapie.
- Reaktivní porucha nálady (reaktivní deprese) - reaktivní depresi můžeme definovat jako přímý následek akutního těžkého stresu či pokračujícího traumatu. Spouštěcím faktorem, bez jehož působení by porucha nenastala, je zátěžová událost nebo přetrvávající nepříznivé životní okolnosti. Reaktivní deprese začíná zpravidla bezprostředně (nebo nejpozději do jednoho měsíce) po výskytu stresující události či náročné životní změny. Nejčastěji přitom navazuje na stresovou událost, jež je spojena s určitou ztrátou, a to jak hmotnou, tak citovou – typickým příkladem takové ztráty je úmrtí blízkého člověka, rozchod s partnerem, nemožnost otěhotnět nebo třeba ztráta zaměstnání. Ať už je ztráta jakákoliv, reakcí na ni bývá zpravidla různě těžký zármutek. Při jeho překonávání postiženému obvykle velmi pomůže, když se má se svým trápením

komu světit, vypovídat se. Ideální jsou v takovém případě blízcí příbuzní či přátelé, člověk by se však v případě potřeby neměl stydět vyhledat ani odbornou pomoc psychologa či psychiatra.

- Smíšená úzkostně – depresivní porucha - u tohoto typu onemocnění dochází ke smísení příznaků úzkosti s příznaky deprese. Ani příznaků úzkosti, ani příznaků deprese však přitom není takové množství, které by umožnilo diagnostikovat depresi či některou z úzkostných poruch. Depresivní příznaky navíc nejsou tak hluboké jako u depresivní poruchy a příznaky úzkosti jsou méně výrazné než u úzkostných poruch. Proto bývá tato porucha často podceňována – a to jak ze strany laického okolí postiženého, tak bohužel i ze strany odborníků.
- Krátká rekurentní depresivní porucha - dalším typem depresivní poruchy je krátká rekurentní depresivní porucha, jejíž výskyt je poměrně vzácný. Pozornosti odborníků toto onemocnění často uniká. Depresivní epizody, které obvykle trvají 2 – 3 dny, se zpravidla objevují alespoň jednou do měsíce, přičemž nejsou typicky vázané na menstruační cyklus. Příchod deprese je většinou náhlý – nastupuje ráno bezprostředně po probuzení a bývá dosti hluboká, objevují se při ní i sebevražedné myšlenky. Postižený se obvykle cítí ochromený, nedokáže ani vstát z postele, umýt se a obléknout se – natož třeba odejít do školy či zaměstnání. Cítí se slabý a vyčerpaný a trápí jej silné výčitky svědomí. Po dvou až třech dnech víceméně nečinného polehávání se zpravidla probudí opět s normální náladou, po předchozích příznamech deprese ani památky. Tyto depresivní epizody se neopakují pravidelně, takže je bohužel nemůžeme předvídat. Někteří pacienti tuto depresi často „léčí“ alkoholem – ten jim sice přinese krátkodobou úlevu, avšak následně zpravidla zesílí pocity zoufalé beznaděje a sebevražedné sklony.
- Poporodní deprese - většina z nás chápe narození dítěte jako pozitivní životní událost, která je pro zdrojem radosti a nadšení. Málokdo však už ví, že právě v poporodním období se u žen často objevuje zhoršená nálada. Cca 3. až 4. den po porodu prožívá 50 – 80% rodiček krátkou depresivní epizodu vyznačující se především podrážděností, výkyvy nálady a epizodami pláče. Ženy mají pocit, že

ke svému dítěti necítí, co by měly, a nebo že péči o ně dobře nezvládají, že by své ratolesti mohly ublížit. Obvykle se cítí vyčerpány a jejich nálada se každou chvílí mění – stavy euforie střídají pocity úzkosti, smutku, napětí či podrážděnosti. Příčinou této krátkodobé změny nálady je prudký hormonální pokles, ke kterému po porodu přirozeně dochází. Je v zásadě neškodná, obvykle spontánně odezní a nejčastěji se s ní setkáváme u prvorodiček. Větší tendenci k ní navíc mají ženy, které před otěhotněním trpěly premenstruační tenzí.

Depresivní syndrom se nadále dělí na (Miňhová, 2006, s. 88-90):

- Depresivní syndrom simplexní – u jedinců s tímto druhem depresivního syndromu převažuje těžký smutek doprovázený sníženou dynamogenií, tedy schopností jedince vynakládat určitou energii, fyzickou sílu, pohyb. Riziko suicidálního chování je zde velice vysoké, neboť nemocný s tímto typem syndromu obvykle považuje svoje trápení za natolik neúnosné, že sebevražda pro něho představuje jediné řešení situace.
- Depresivní syndrom anxiózní – u tohoto depresivního syndromu jsou převládajícími symptomy strach, fobie a úzkost. Tu si někteří pacienti v podobě bolesti promítají do určitého tělesného orgánu (např. do hrudníku, břicha či celého těla). Dále bývá tato úzkost provázána tělesným neklidem, neúčelnými pohyby apod.
- Depresivní syndrom agitovaný - i pro tento depresivní syndrom je typická úzkost. Zde však může přejít až v agresivní chování, jehož vyvrcholením může být raptus, tedy prudký záchvat zuřivosti, při kterém pacient často křičí, padá na zem nebo napadá osoby nacházející se v jeho okolí.
- Depresivní syndrom delirantní - pacienti s tímto depresivním syndromem obvykle trpí mikromanickými bludy vyznačujícími se chorobným přesvědčením o vlastní bezvýznamnosti, špatnosti a

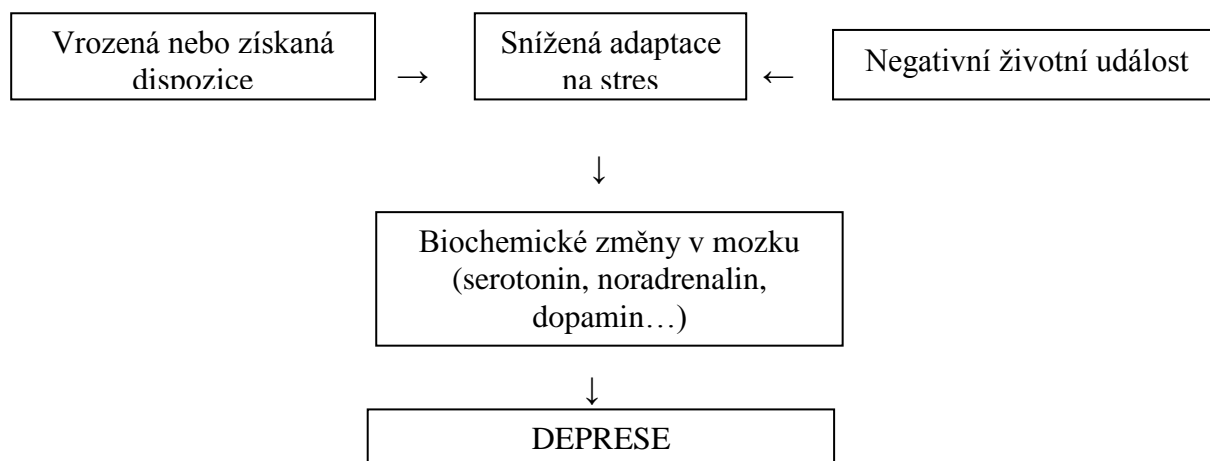
chorobnosti. Dalším příznakem jsou pak halucinace, a to zejména sluchové.

- Depresivní syndrom stuporózní - zde je hlavním znakem absolutní útlum tělesných i duševních funkcí, který se projevuje například úplnou nehybností, strnulostí, odmítáním jídla nebo zanedbáváním tělesné čistoty.
- Depresivní syndrom vegetativní - tento syndrom, označovaný též jako tzv. larvovaná deprese, je vegetativním ekvivalentem deprese. Psychické příznaky jsou nejčastěji nahrazeny žaludečními, kardiovaskulárními nebo urogenitálními obtížemi.

„Pokud je však průběh onemocnění spíše mírný a deprese snadno odklonitelná, nehovoříme již o depresi jako takové, ale o tzv. subdepresi.“ (Miňhová, 2006, s. 86)

2.3 Příčiny depresivního syndromu

Přestože lze dle specifických symptomů určit, že člověk onemocněl depresí, je obtížné s určitostí zjistit, co stojí za vznikem tohoto duševního onemocnění. Příčin deprese může být celá řada, na jejím vzniku se totiž může podílet řada faktorů, proto depresi nepovažujeme za onemocnění vzniklé na základě jedné příčiny. Jejich správné a hlavně včasné odhalení je mnohdy velice nesnadné. *„Podstatou většiny depresivních poruch je přitom určitá dispozice jedince spojená s nejrůznějšími negativními vnějšími vlivy.“ (Malá, 2008, s. 204)* Toto tvrzení lze demonstrovat na následujícím schématu:



Obr. 2 Schéma vzniku depresivní poruchy (Praško, Prašková, Prašková, 2008, s.59)

Při vzniku depresivní poruchy tedy předpokládáme určitou kombinaci a vzájemné působení různých biologických a sociálních vlivů, které vytvářejí dispozici k onemocnění. „Tuto dispozici tvoří nadměrná citlivost (*hypersenzitivita*) a zvýšená zranitelnost (*vulnerabilita*).“ (Praško, Prašková, Prašková, 2003, s. 59) V angličtině se užívá charakteristika DPP – Depression Prone Personality (osobnost se znaky vyšší citové zranitelnosti). Tuto osobnost definoval Verner Flach (In Křivohlavý, 1997, s. 21-23) následujícími znaky:

- bere věci až příliš vážně, má tedy vyšší míru etické odpovědnosti
- je mimořádně ambiciózní – snaží se vždy podat dobrý výkon
- je velmi kompetitivní, tedy soupeřivý
- po energetické stránce vydrží více
- až příliš mu záleží na tom, jak se cítí druzí, bojí se, aby jejich city nezranil
- je velmi závislý na lidech, které má rád
- velmi citlivě reaguje na to, co by mohlo i nepatrně snížit jeho hodnotu
- velmi těžce nese netaktnost ostatních lidí, často je vůči takovému chování bezradný, a pokud je napaden, dokáže se těžko bránit, i když je v právu.

Narušený životní styl může být též zdrojem vzniku deprese – například nedostatek spánku, přepracování, nedostatečný pohyb. Záleží také na událostech, se kterými se člověk v životě setká, nakolik jsou pro něj stresující a zatěžující a nakolik je zvládá. Na základě výzkumů byly přiřazeny událostem určité indexy závažnosti – body (viz Obr. 3). Skór 250 bodů za rok se zdá být na pomezí rezerv ke zvládnutí zátěže u mladého organismu; překročení této hranice za rok bývá často následováno právě depresí (Praško, Prašková, Prašková, 2003, s.61-62)

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

Obr. 3 Nejčastější životní události (Praško, Prašková, Prašková, 2003, s.62)

Kombinace specifické (zpravidla vrozené) zvýšené zranitelnosti a některé z těchto negativních životních událostí může vést ke snížení adaptace na stres a postupnému rozvoji biochemických změn v mozku, které vyústí do deprese. (Praško, Prašková, Prašková, 2003, s.58-59) Co se tedy v mozku děje? Autoři Ján Praško, Beata Pašková, Hana Prašková (2001, s. 46-47) jej přirovnává k elektrickému systému, tedy - vlákna nervových buněk jsou jako elektrické dráty, po kterých je veden elektrický proud. Mezi vlákny dvou buněk v jednom systému jsou místa, kde spolu tyto buňky komunikují. Těmto místům říkáme synapse, což jsou místa neuronového zakončení. Dvě nervové buňky jsou zde odděleny synaptickou štěrbinou, přes níž neurotransmitery (chemické látky) přenáší informace o elektrické aktivitě. Při nedostatku neurotransmiterů na synapsích spolu nervové buňky komunikují nedostatečně. Ján Praško (2001, s.46-47) dále zmiňuje, že u depresí byl zjištěn funkční nedostatek neurotransmiterů ve dvou systémech mozku: v noradrenergním a serotonergním. Proto při depresi může někdy dojít k poruchám vylučování některých hormonů, jako jsou například kortizol a hormony štítné žlázy, a k poruchám v denních rytmech jejich vylučování. Organismus potom nerozezná, zda je noc či den a spánek je proto velice krátký a mělký, naopak ve dne se člověk cítí unavený a nesoustředěný.

Depresivní poruchy dělíme dle příčiny do dvou skupin: primární a sekundární.² Sekundární deprese je způsobena poškozením nebo onemocněním mozku, které je zřejmé, též tělesnou chorobou, která byla diagnostikována, nebo jsou za vznik deprese odpovědné některé léky či drogy. V takových případech tedy příčinu známe a depresi považujeme za druhotné onemocnění. Primární depresi autorka popsala v podstatě výše – je způsobena nedostatkem přenašečů nervových signálů mezi mozkovými buňkami a změnou citlivosti receptorů. Těmito přenašeči jsou například serotonin, noradrenalin, dopamin a další. Primární deprese je chorobný stav, který musíme odlišovat od běžného smutku. O tomto odlišení pojednává Radkin Honzák (1999, s. 17-19), který upozorňuje na to, že smutek (truchlení) má srozumitelný důvod, trvá přiměřeně dlouho a spíše člověka sblíží s okolím, než naopak. Kdežto deprese (chorobná nálada) nemá pro okolí srozumitelný důvod a trpícího spíše od okolí izoluje.

Smutek patří k životu a je přirozený. Autorka si dovolí citovat Miroslava Plzáka (1969, s. 15), který ve své knize zmiňuje, že nezbytnost smutku spočívá především v tom,

² http://www.stezen.cz/html/stezen/casopis/2007/03/2007_3_10.html [online] [cit. 27-7-2014]

že se v průběhu života učíme, kterým situacím se máme vyhýbat, abychom subjektivně netrpěli:

„Bez schopnosti prožívat nelibé emoce a nálady jsem odsouzen k zániku. Mé vědomí vyprahne a vše zvládne chladná lhostejnost. Nezbyvá nám tedy, nežli pronést onu podivnou a víceméně komickou větu, že smutkem všedního dne si zajišťujeme svou existenci, zajišťujeme si jím dokonce i svou radost.“

Podrobněji se etiologii deprese a jednotlivým teoriím příčin jejího vzniku budeme věnovat v jedné z dalších kapitol práce, která je již konkrétně zaměřena na depresi u dospívajících jedinců.

2.4 Symptomy depresivního syndromu

„Deprese může přijít náhle – drasticky. Jindy přichází pomalu – plíživě. Mám však s ní své vlastní zkušenosti. Jakmile se objeví určité příznaky, hned vím, oč jde.“

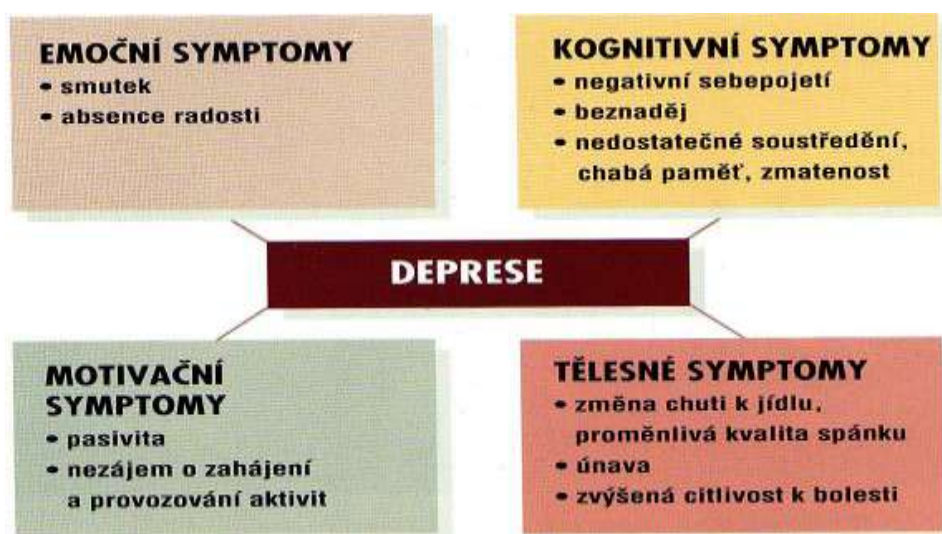
Sue Atkinson (In Křivohlavý 1997, s. 20)

Jak již bylo zmiňováno výše, depresivní náladu můžeme definovat pojmy jako je smutek či sklíčenost. Aby v daném případě mohl být stav člověka diagnostikován jako deprese, musí se dle Jara Křivohlavého (1997) vyskytovat souběžně minimálně pět z devíti uvedených 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

Typický depresivní syndrom se souhrnně projevuje v takzvané depresivní symptomatické triádě, kterou tvoří snížená dynamogenie, tj. schopnost jedince vyvíjet energii, zpomalené myšlení a těžký smutek. (Miňhová, 2006, s. 86-87) I další autoři se na příznacích deprese víceméně shodují – například Eva Češková (2006) řadí k základním

symptomům deprese ztráta zájmu nebo prožitku radosti či zvýšená únavnost. Rita L. Atkinson (2003) symptomy deprese znázorňuje takto:



Obr. 4 Symptomy deprese (Atkinson, 2003, s. 540)

Obvykle se jednotlivé příznaky depresivního syndromu dále ještě dělí do tří kategorií – psychické příznaky, somatické a vegetativní příznaky a poslední kategorii tvoří příznaky behaviorální. (Miňhová, 2006, s. 86-87). Pojďme si všechny tři jmenované kategorie rozebrat dopodrobna:

2.4.1 Psychické příznaky

Jan Vymětal (1999, s. 246-247) vymezuje depresi jako syndrom, který zahrnuje symptomy z oblastí:

- *nálady* (např. pesimismus, smutek, záchvaty nevysvětlitelného pláče, zlost podrážděnost, neklid, úzkost, ztráta zájmu a energie)
- *myšlení* (např. ztráta koncentrace, zpomalené myšlenky odbíhající od činnosti, poruchy paměti)
- *psychomotoriky* (např. chudá mimika a gestikulace, ztrápený výraz obličeje, v celém držení těla bývá patrná skleslost, nejistota, ustrašenost nebo úzkostlivost, nezájem o provozování aktivit)

Depresivní nálada se vyznačuje dlouhotrvajícím smutkem neadekvátním situaci. Depresivní myšlení je zase příznačné celkovým názorovým pesimismem a negativním sebepojetím. Mohou se vyskytovat depresivní bludy a halucinace, které mohou být přiměřené i nepřiměřené náladě. Depresivní psychomotorika se pak projevuje

zpomaleností v gestech, tempu řeči. Člověk působí unaveným dojmem, je jakoby bez energie, jeho tělo mu přijde těžké. U závažnějších stavů nemocný příliš nedbá o svůj vzhled, nezajímá se o sebe ani okolní svět. (Vymětal, 1999, s. 246-247)

Člověka v depresi již netěší to, co jej těšilo dříve, nedokáže obvyklým způsobem reagovat na běžné podněty, které u zdravých jedinců vyvolávají přirozenou reakci. Lhostejně se přitom většina nemocných projevuje i ve vztahu k blízkým osobám, na kterých jim za normálních okolností velmi záleží. Kromě smutku trápí většinu pacientů rovněž pocity úzkosti a nadměrná plačtivost. Typická je váhavost, nerozhodnost a neustálé omílání určitých myšlenek a přemítání o možnostech, aniž by to mělo nějaký výsledek. Velmi často se také objevuje symptom poklesu sexuální apetence, mnohdy až odpor k sexuálnímu životu.³

Dalším psychickým příznakem deprese jsou pak potíže s koncentrací. Nemocnému jedinci obvykle činí potíže soustředit se na cokoliv, co nesouvisí s jeho pocitem smutku. V důsledku snížené schopnosti se soustředit pak u převážné většiny depresivních dospělých dochází například ke zhoršení výkonu v zaměstnání, jež může v krajním případě vést až k výpovědi ze strany zaměstnavatele. Ztráta zaměstnání pak obvykle pacientovu depresi ještě prohloubí.⁴

U depresivních jedinců rovněž často sledujeme tzv. bradypsychismus, tedy zpomalené myšlení, ke kterému se často přidává i pomalá řeč. Ta bývá mnohdy i tišší než obvykle a v některých případech dokonce přechází v mutismus, tedy ztrátu schopnosti mluvit. (Miňhová, 2006, s. 86-87)

Typickým jevem je u většiny depresivních jedinců i ranní pesimum obtíží, tedy nejhorší stav, zatímco večer pociťuje většina z nich mírné zlepšení. (Miňhová, 2006, s. 86-87).

2.4.2 Somatické a vegetativní příznaky

Biologické pochody v organismu jsou velmi úzce spjaté s naší náladou. Centra v mozku, která jsou odpovědná za prožívání nálady, jsou spojena s centry pro regulaci hormonů a vegetativního systému, a proto při změnách nálady dochází často k pestrému obrazu tělesných potíží. (Praško, Prašková, Prašková, 2003, s. 55-56)

³ <http://www.priznaky-projevy.cz/psychiatrie-sexuologie/depresivni-stavy-deprese-priznaky-projevy-symptomy> [online] [cit. 27-7-2014]

⁴ <http://www.stopstigma.cz/jak-depresi-rozpozname.html> [online] [cit. 27-7-2014]

Objevuje se napětí nebo slabost ve svalech, bolesti hlavy, páteře, břicha, pocení, zácpa. Velmi častým somatickým příznakem deprese je u mnoha pacientů ztráta chuti k jídlu. Nemocný obvykle jí jen velmi málo a nebo skoro vůbec, což se u něho dříve nebo později projeví úbytkem na váze. V extrémních případech pak může nechutenství vyústit až v mentální anorexii. (Miňhová, 2006, s. 86-87)

U některých pacientů se v důsledku depresivního onemocnění můžeme naopak setkat se zvýšenou chutí k jídlu, která často vede k přejídání. Nemocný své problémy zkrátka řeší jídlom, „zajídá“ je. Následkem je pak ve valné většině případů přibývání na váze, které může vést až k nadváze či obezitě a řadě dalších zdravotních obtíží. Jsou známy i případy, kdy přejídání jako projev depresivního onemocnění vyústilo v mentální bulimii.⁵

K příznakům deprese patří také poruchy spánku. Nemocní většinou uvádějí, že večer obvykle nemohou usnout, ačkoliv se cítí unaveni, a jejich spánek bývá spíše lehký a přerušovaný. Ráno se pak často budí o dost dříve, než by bylo třeba, ale znovu usnout už se jim zpravidla nepodaří. Můžeme se však setkat i s opačným případem, kdy depresivní jedinec naopak trpí nadměrnou spavostí.⁶ U žen trpících depresí se v některých případech vyskytují i poruchy menstruačního cyklu spočívající nejčastěji v jeho nepravidelnosti či dočasné úplné ztrátě menstruačního krvácení.⁷

Somatických a vegetativních příznaků depresivního onemocnění existuje tedy celá řada, problémem je, že řada z nich zpočátku nebývá s depresí vůbec spojována. Pokud má pacient například problémy se zažíváním, léčí se nejprve u gastroenterologa, a teprve po čase, kdy předepsané medikamenty ani změna stravovacích návyků nezabírají a stav pacienta se zhoršuje, přičemž se přidávají i další z depresivních příznaků, vyjde najevo, o jaký problém se vlastně jedná. Čím déle však trvá „zbytečné“ léčení somatických a vegetativních obtíží, tím obtížnější je následná léčba problému skutečného, neboť základem úspěšného boje s depresí je její včasné odhalení.

2.4.3 Behaviorální příznaky

Behaviorální příznaky depresivního onemocnění se týkají změn v pacientově obvyklém chování. U depresivních jedinců nejčastěji sledujeme značný útlum pohybové

⁵ <http://diskuse.doktorka.cz/prejidani-deprese/> [online] [cit. 28-7-2014]

⁶ <http://www.webmd.com/depression/features/sleep-problems> [online] [cit. 28-7-2014]

⁷ <http://www.deprese.com/index.php?section=klicky§ion2=rozhovor19> [online] [cit. 28-7-2014]

aktivity – nemocný zpravidla působí dojmem, jako by neměl žádnou energii a fyzickou sílu. Jeho pohyby jsou zpomalené, vláčné, malátné. Mnohdy také vydrží nečinně sedět či ležet několik hodin v kuse nebo dokonce celý den. (Miňhová, 2006, s. 86-87)

U většiny pacientů si rovněž můžeme všimnout jasně čitelného výrazu smutku, který se odráží nejen v obličeji, ale i v celkovém držení těla, kdy nemocný nejčastěji vtahuje hlavu mezi ramena a celý se jakoby choulí do sebe.⁸ K typickým behaviorálním příznakům deprese pak bezesporu patří i averze k pobytu ve společnosti. Depresivní jedinec má obvykle tendenci uzavírat se se svým trápením do sebe a stranit se všech lidí ze svého okolí, ty nejbližší (rodina, přátelé) nevyjímaje. U jedinců introvertního založení přitom tuto změnu zpravidla nevnímáme tak výrazně jako u osob jindy družných a společenských. (Miňhová, 2006, s. 86-87)

I přesto, že se deprese začne léčit včas, její veškeré symptomy neustupují během léčby souběžně, některé mohou ustoupit dříve, jiné nadále přetrvávají. Depresi je tak možno chápat jako následek bludného kruhu negativního myšlení, depresivních emocí, pasivního a vyhýbavého chování a jejích tělesných příznaků.

2.5 Diagnostika deprese

Jak již bylo zmíněno, nejdůležitější je včasné rozpoznání toho, že se jedná o depresi, neboť teprve po správně stanovené diagnóze může nastat léčba. A přestože nebývají deprese diagnostikovány v ordinacích praktického lékaře tak často, jedná se o rozšířené onemocnění. Průměrně bývá deprese diagnostikována kolem 27 let věku, první příznaky se ale objevují již kolem 15–19 lety. Poruchy nálady se vyskytují u řady somatických onemocnění, mohou být navozeny i léky. Je tedy nutné somatické vyšetření i farmakologická anamnéza. (Anders, Skopová, 2006, s. 28-31)

Studie provedená pod záštitou SZO sledovala výskyt běžných psychických poruch. Studie obsahovala údaje o 26 000 pacientech ze čtrnácti zemí světa. Ukázalo se, že v průměru 10% z nich mělo symptomy, které odpovídají depresivní poruše. Somatické příznaky ukryvaly depresi ve 45-90%. Značná část praktických lékařů však depresivní poruchu nerozpozná, a předepisují tak nevhodné léky, a pokud předepisují antidepresiva, pak v nedostatečné dávce. Obvykle se pátrá po somatickém onemocnění. Finanční výdaje

⁸ <http://health.howstuffworks.com/mental-health/depression/facts/5-common-depressive-behaviors.html>
[online] [cit. 28-7-2014]

na zdravotní péči jsou následně vysoké, aniž by léčba pacientovi ulevila. (Svoboda, Češková, Kučerová, 2006, s. 214-215).

Pokud je ovšem na depresivní poruchu pomýšleno, je její diagnostika relativně snadná. Pro diagnostiku psychických poruch je důležitý pohovor a pozorování. Na rozdíl od somatických onemocnění zatím neexistují žádná objektivní kritéria deprese (např. laboratorní nálezy).⁹

Obtížné může být rozpoznání deprese s psychotickými příznaky a schizofrenie. K tomu lze použít projektivní techniky, jako je Rorschachův test (ROR), kresba postavy (Figure Drawing Test) a další. Tato diferenciální diagnóza bývá často svěřena klinickému psychologovi, který využívá základní baterii testů, jak depresivitu odhalit – depresi a pocity viny odhalí projektivní testy TAT (tematicko-apercepční test), SCT (test doplňování vět) a Minnesotský inventář (MMPI), který zahrnuje 60 položek vztahujících se k obavám, sklíčenosti a sebevědomí (tzv. D-scale). ROR někdy pomůže odhalit přítomnost kompenzačních mechanismů, které depresi překrývají. K záchytu deprese a jiných poruch v obecné populaci slouží také mezinárodně uznávaný nástroj CIDI (Composit International Diagnostic Interview). K hodnocení psychopatologie rozvinutého depresivního onemocnění slouží speciální psychometrické nástroje (posuzovací stupnice), jako je Hamiltonova stupnice pro deprese (HAMD), stupnice Beckova, Zungova, Vinařova stupnice (FKD), stupnice Montgomeryho a Asbergové (MADRS) a další. Pro měření manické symptomatologie se používá Young Rating Scale (YMRS). (Kučerová, 2006, s. 209)

Těmi a ještě dalšími škálami, které se využívají k diagnostice deprese u dětí a mladistvých, se budeme zabývat v kapitole zaměřené na diagnostiku deprese u adolescentů.

2.6 Léčba deprese

K léčbě deprese se využívají léčebné možnosti v podobě docházení na psychoterapii, používání antidepresiv nebo využití biologické léčby jako je fototerapie, elektrokonvulzivní terapie a další. Základním kritériem volby léčebného postupu je intenzita deprese. U mírných depresí je dostačující psychoterapie (nejčastěji kognitivně-behaviorální nebo interpersonální), optimální je však její kombinace s antidepresivy (Svoboda, Kučerová, Češková, 2006) – tuto kombinovanou léčbu zdůrazňuje i Ján Praško

⁹ <http://www.tribune.cz/clanek/29238-deprese-jak-ji-spravne-diagnostikovat-dil> [online] [cit. 11-8-2014]

(2003), který poukazuje na fakt, že léky umožní rychlý ústup příznaků a terapie pomůže získat účinné způsoby, jak zacházet s opětovným výskytem takových problémů v životě, které právě depresi předcházely nebo během kterých vznikla. Uvádí také tři etapy, ve kterých léčba vzhledem k častému periodickému průběhu probíhá. Jedná se o etapu:

akutní – jedná se o léčbu akutní epizody deprese, jejímž cílem je zmírnění a odstranění příznaků. Trvá většinou 3 měsíce (někdy více či méně).

udržovací – nastupuje po odeznění akutní epizody deprese; cílem je udržet zlepšení na dobu 6-9 měsíců.

profylaktická – pokračuje i po ukončení udržovací léčby, zpravidla více let, někdy celý život.

U těžší deprese je pak nezbytná léčba biologická, která zahrnuje antidepresiva spolu s elektrokonvulzivní terapií nebo dalšími méně obvyklými terapeutickými přístupy, kterým se autor bude věnovat v další podkapitole. U psychotické deprese se využívají antipsychotika. V rámci první pomoci, kdy se objevuje tendence k suicidálnímu jednání a agitovanost, se podávají benzodiazepiny nebo antipsychotika (často v injekční formě). (Svoboda, Češková, Kučerová, 2006, 213-214)

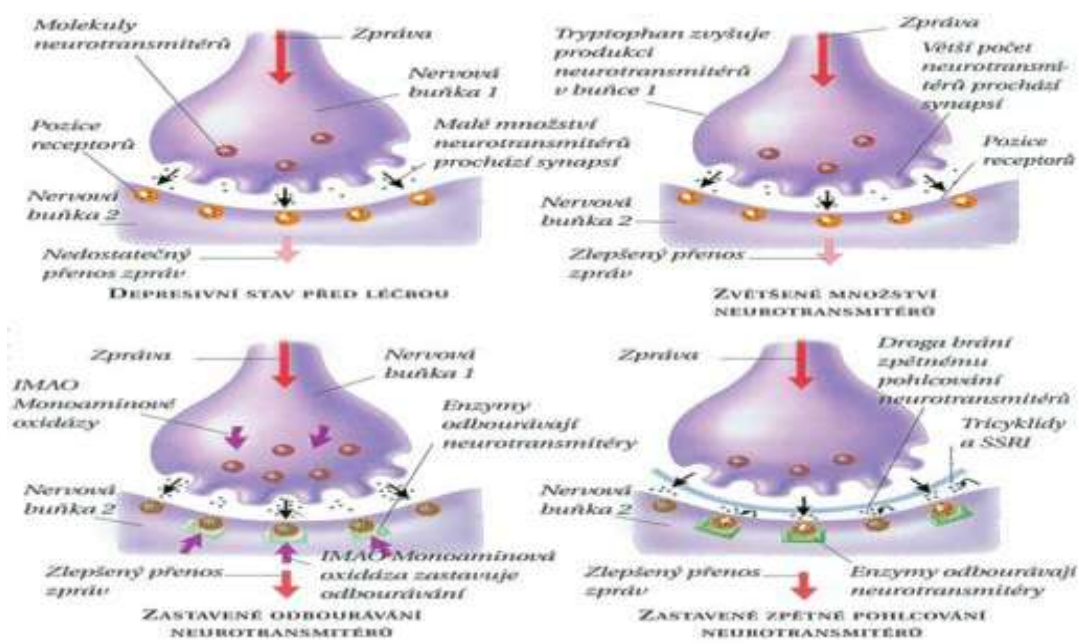
Cílem komplexní léčby depresivních poruch je pak odstranit příznaky onemocnění, odstranit rizika relapsu (opětovný vzplanutí choroby) a obnovit původní kvalitu života.

2.6.1 Farmakoterapie

Nejnámějšími léky, které pacient užívá při depresích, jsou antidepresiva, která upravují aktivitu neuromodulátorů serotoninu, noradrenalinu a dopaminu. Pomáhají tedy vytvořit neurohormonální rovnováhu na neuronech v mozku, ve kterých je v depresi nedostatek působků (viz Obr. 5). Pohled z praxe na antidepresiva užívaná při léčbě deprese přináší primář Psychiatrického oddělení Nemocnice Ostrov v Ostrově nad Ohří – Pavel Konečný¹⁰ zmiňuje, že mnoho pacientů popisuje své zážitky během psychofarmakologické léčby jako pobyt za „sklem“, skrze které k nim sice neproniká „to tíživé“, co depresi vyvolalo, ale zároveň ani to, co by je mohlo skutečně těšit a jejich život naplňovat. Pro představu autor uvádí ilustraci toho, jak antidepresiva působí – obrázek je přejat z knihy od Kwame McKenzieho (2001, s. 56-57), kde se můžeme mimo jiné dočíst že při správném a pravidelném užívání antidepresiv se mohou příznaky zlepšit už za dva týdny, obvykle ale

¹⁰ <http://www.psychosomatika.net/index.php?page=psychofarmaka> [online] [cit. 12-8-2014]

lčba trvá šest týdnů, než je plně pocíten účinek. Doporučuje se v užívání tablet pokračovat ještě šest měsíců poté, co deprese odezněla a následně užívání postupně omezovat.



Obr.5 Jak antidepresiva působí (McKenzie, 2001, s. 58)

Antidepresiva mívají lehké a většinou dočasné vedlejší účinky, které se objevují u některých lidí. Tyto vedlejší účinky jsou pocíťovány jako nepříjemné, ale většinou nejsou nijak vážné. Nejčastější vedlejší účinky a možnosti jejich zmírnění jsou uvedeny v následující tabulce:

Vedlejší účinek	Co s tím mohu dělat?
Sucho v ústech	pít více vody žvýkat žvýkačku bez cukru častěji si čistit zuby
Zácpa	jíst více vláknin, ovoce, zeleniny pít projímavé minerální vody a čaje
Obtížnější močení (naplněný měchýř může být nepříjemný a močení pomalejší, proud moče slabší)	nevystrašit se, nejste tím vážněji ohroženi pustit si zároveň tekoucí vodu z vodovodu dát si nohy do studené vody při větších potížích se poradte se svým lékařem
Sexuální problémy (sexuální reaktivita i fungování se může změnit – může se objevit menší zájem, menší vzrušení, u mužů oddálení ejakulace a u obou pohlaví oddálení orgasmu)	pokud přetrvávají déle než tři měsíce, je možné požádat o léky, které je zmírní nebo odstraní u velké části pacientů sexuální potíže v průběhu času samy vymizí
Rozmazané vidění	brzy odezní, neshánějte nové brýle
Závratě	vstávejte z postele nebo ze židle pomalu a opatrně, váš krevní tlak je nižší a potřebuje více času na adaptaci na změnu polohy zacvičte si
Únavnost a nesoustředěnost	brzy odezní, ale raději neřidte auto nebo nedělejte činnosti vyžadující přesné soustředění

Tab. 1 Nejčastější vedlejší účinky antidepressivní medikace a možnosti, co s nimi dělat (Praško, Prašková, Prašková, 2003, s.83)

Existuje mnoho druhů antidepressiv, zároveň bychom se mohli zabývat také jejich dávkováním, ale toto nepřísluší charakteru této práce. Autorka této práce nemá dostatečné lékařské vzdělání, proto ji ani nepřísluší zabývat se touto otázkou. Pojďme se raději podrobně podívat na psychoterapii a její metody.

2.6.2 Psychoterapie

Jak již bylo řečeno, léčbu antidepresivy je dobré doplnit vhodnou psychoterapií. Pod pojmem psychoterapie se označují takové formy léčby, při kterých se používají psychologické poznatky. Jádrem všech psychoterapeutických postupů je podpora zdravých částí osobnosti. (Praško, Prašková, Prašková, 2003, s. 86) Jedním z nejznámějších autorů této problematiky je zcela jistě Stanislav Kratochvíl (2006, s. 38-39), který psychoterapii definuje jako léčebné působení psychologickými prostředky (k psychologickým prostředkům patří: slova, rozhovor, neverbální chování, podněcování emocí, vytvoření terapeutického vztahu, učení, vztahy a interakce ve skupině a jiné). Je to léčebné působení na nemoc, poruchu nebo anomálii. Z širšího pohledu lze pod psychoterapeutické postupy zahrnout všechny nebiologické intervence. Patří sem podpora a pochopení člověka v těžké životní situaci, jakou deprese je, bez moralizování a bagatelizace obtíží, zvyšování motivace k léčbě a edukaci o depresi (edukace se týká především příznaků deprese a léčebných postupů – smyslem je nabídnout cestu ze subjektivně bezvýchodné situace). Přijetí konceptu deprese jako nemoci může pomoci snížit pocity viny a selhání.¹¹

Při léčbě depresí můžeme užít různých druhů psychoterapie – Hana Kučerová (2006, s. 219-221) zmiňuje například interpersonální psychoterapii, dynamickou nebo Rogersovskou psychoterapii.

Interpersonální psychoterapie vnímá depresi jako výsledek problémů v mezilidských vztazích, především těch nejbližších. Zaměřuje se na čtyři hlavní problémové oblasti: *interpersonální ztráty* (např. ztráta blízkého člověka úmrtím, rozchodem, změnou bydliště), *změny rolí* (např. nástup do školy, její ukončení, nástup do zaměstnání, vstup do manželství, narození dítěte), *interpersonální konflikty* (nesoulad v blízkých vztazích jako manželství, rodina, přátelé) a *sociální deficit* (omezený okruh přátel a blízkých lidí, omezená schopnost vztahy navazovat a udržovat). **Dynamická psychoterapie** propojuje aktuální problémy s celou životní historií, větší důraz klade na vývoj v dětství a raná traumata. Depresi vnímá tedy jako projev narušení vazby s blízkými osobami v dětském věku. Často je tato forma užívána ve skupinovém uspořádání, kde je využita i řada dalších procesů, kterých nelze v individuální práci snadno dosáhnout (podpora, zpětná vazba, soudržnost, nápodoba, korektivní zkušenost). **Rogersovská psychoterapie** je psychoterapie zaměřená na člověka – léčebným prostředkem je vztah mezi klientem a terapeutem, kdy terapeut je nedirektivní, nechává průběh sezení na

¹¹ <http://www.stopstigma.cz/lecba-deprese-psychoterapie.html> [online] [cit. 12-8-2014]

klientovi, plně jej akceptuje, přijímá je empaticky, ale zároveň si zachovává svou autenticitu. V této svobodné atmosféře se obnovuje klientova schopnost řešit vnitřní rozpory a později pokračovat v uzdravování bez podpory psychoterapeuta. (Kučerová, 2006, s. 220-221)

Autorka se zaměří v jedné z dalších kapitol více na kognitivně-behaviorální terapii (KBT), která je nejčastěji využívaným druhem psychoterapie při léčbě deprese u adolescentů.

Zvolené formě psychoterapie následně odpovídá i uspořádání konkrétní terapeutické situace. Jednotlivá uspořádání se přitom od sebe nejčastěji liší počtem zapojených pacientů a terapeutů, prostředím, v němž terapie probíhá (umělé či přirozené), místem pobytu pacientů mimo dobu psychoterapie (psychoterapie ambulantní či stacionární) a časovým rozvržením terapie (množství času, počet setkání, jejich frekvence). (Langmeier, Balcar, Špic, 2000, s. 33-35)

Z pohledu počtu zapojených pacientů a terapeutů, kteří se účastní psychoterapeutického sezení, se jedná o *psychoterapii individuální* (jeden pacient vstupuje do terapeutického vztahu s jedním terapeutem), *hromadná psychoterapie* (má podstatu psychoterapie individuální, jejíž postupy je však pro jejich univerzálnost možné provádět s více přítomnými pacienty zároveň, ovšem mohou vznikat problémy mezi jednotlivými účastníky terapie) a *terapie skupinová* (jedná se o psychoterapii prováděnou v uměle vytvořených skupinách pacientů; jednotlivé skupiny jsou přitom vybírány a skládány tak, aby všichni členové mohli do společného terapeutického dění přispívat a zároveň z něho těžit, ovšem podobně jako u hromadné psychoterapie ustupují do pozadí individuální vztahy jednotlivých pacientů k terapeutovi). (Langmeier, Balcar, Špic, 2000, s. 34-35)

Ať už je výběr psychoterapie při léčbě deprese jakýkoliv, hlavním cílem je odstranění nebo zmírnění potíží a podle možností odstranění i jejich příčin. (Kratochvíl, 2006, s. 39)

Asi každý člověk si někdy v důsledku nepříznivých životních událostí prošel obdobím smutku, obdobím, kdy se mu nic nedařilo a nic ho netěšilo. Je však nutné rozlišit depresi jako laické označení pro skleslou náladu a depresi klinickou. V další práci se budeme zabývat příčinami, projevy a možnostmi léčby depresivního onemocnění u dospívající populace, neboť je to právě adolescence, která je plná změn, nároků, a která tak vystavuje dospívajícího určité zátěži, v jejímž důsledku se může objevit některá z forem depresivního onemocnění.

3 Období adolescence

„Adolescent súdi spoločnosť prísne podľa absolútnych noriem, podľa ktorých sám nedokáže žiť, a to predovšetkým rodičov, učiteľov a lekárov a nezastaví sa pred žiadnou autoritou.“

Pavel Říčan

Termín adolescence je odvozen z latinského slovesa *adolescere* – dorústat, dospívať, mohutneť. Časovú vyplňuje predovšetkým druhé desaťročné obdobie života. Konkrétne časové vymedzenie a špecifikácia tohto obdobia sa pritom u jednotlivých autorov veľmi rôzne. V európskej psychológii sa adolescence tradične oddelovala od pubescencie. Pubescencia (v českej terminológii dospievajúce) sa pak obvykle ohraničuje časovým intervalom 11-15 rokov, pričom niektorí autori ju ešte vnútorne diferencujú, najčastejšie na prepubertu a pubertu. (Alsaker, 1992, in Macek, 2003, s. 11) *„Adolescence (v českej terminológii mládež) je pak väčšinou datovaná na obdobie od 15 do 20 (22) rokov.“* (Macek, 2003, s. 11)

Adolescence je posledná fáza vývoja človeka medzi detským a dospelým, odlišuje sa od ostatných životných etáp a súčasne je vnútorne diferencovaná. Všeobecný konsenzus je v tom, že sa v rámci tohto obdobia rozlišujú tri fázy (Macek, 2003, s. 12-13):

časná adolescence – 10 (11) -13 rokov

stredná adolescence – 14-16 rokov

pozdňá adolescence – 17-20 (22) rokov

Také americká psycholožka Elizabeth B. Hurlocková rozlišuje fázy adolescence podobne (In Novotná, Hříchová, Miňhová, 2012, s. 55):

preadolescence – 10-12 rokov

raná adolescence – 13-16 rokov

pozdňá adolescence – 17-21 rokov

Václav Příhoda (1967, s. 10-11) v súvislosti časového vymedzenia tohto obdobia hovorí, že dolná hranica obdobia je dokončený 15. rok a horná hranica sa posunuje na 20. rok, kedy mládež dosahuje plnú dospelosť telesnú i psychickú.

Počiatok je spojovaný s plnou reprodukčnou zrelosťou, v jejom priebehu sa obvykle ukončuje telesný rast. Pro ukončenie adolescence biologická kritéria už takovou váhu nemajú – dôležitejšie sú kritéria psychologická (dosiahnutie osobnej autonómie), prípadne sociologická (rola dospelého) a pedagogická (ukončenie vzdelávania a získanie profesnej kvalifikácie). (Macek, 2003, s. 11-13) Robert J. Havighurst (In Novotná, Hříchová, Miňhová, 2012) vidí hlavné vývojové úkoly adolescence ešte napríklad v prijatí vlastnej

fyzické struktury a role svého pohlaví, vytvoření nových vztahů k vrstevníkům obojího pohlaví a příprava na manželství a rodinný život. Autoři Jiří Langmeier a Dana Krejčířová ve své publikaci (2006, s. 142-143) vymezují období dospívání z pohledu biologického zrání jako dokončení tělesného růstu a dovršení plné pohlavní zralosti, z pohledu psychických změn uvádí například ohlášení nových pudových tendencí a hledáním způsobů jejich uspokojování a kontroly.

Zajímavým jevem v tomto ohledu je tzv. sekulární akcelerace, tedy celkové urychlování růstu a vývoje v průběhu staletí. Znamená dřívější nástup menarché u dívek, urychlení růstu do výšky a dřívější nástup první a druhé dentice. (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 145-146)

Zrychlení nástupu dospívání ale nutně neznamená jeho dřívější ukončení, naopak. Termín akcelerace se zdá být nepřesný, zřejmě totiž jde pouze o důmyslný biologický děj, který směřuje k dosažení plné výše výkonnosti ve všech směrech.,, *Dospívání se tak stále rozšiřuje oběma směry - zkracuje se doba dětství a oddaluje nástup plné dospělosti.*'' (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 146)

Z hlediska psychoanalytické teorie vývoje osobnosti přirovnává „otec adolescence“ Granville S. Hall toto období k německému literárnímu hnutí 18. století „Sturm und Drang“ (bouře a chvění), neboť oboje spojuje plné vyjadřování emocí, revolta proti starému, odhodlání žít jinak až do všech důsledků. (Macek, 2003, s. 16-17) Václav Příhoda (1967, s.10-11) označuje období dospívání za období vulkanismu, protože je plné emoční lability, konfliktů a afektů. Charlotta Bühlerová hovoří o druhém vzdoru, negativistické fázi. (In Novotná, Hříchová, Miňhová, 2012, s. 55-57) Z pohledu psychoanalýzy S. Freuda odpovídá adolescence genitálnímu stádiu a je to také období tzv. druhé oidipovské situace. (Macek, 2003, s. 17-18) I Harry S. Sullivan vidí v období adolescence výzvy ke zvládnutí období mladistvé erotiky, avšak „*oproti Freudovi zdůrazňuje sociální aspekt, tedy především nutnost spojení principu slasti a spotřebou intimacy.*“ (Drapela, 2003, s. 60) L. Kohlberg hovoří o postkonvenční morálce, která je v souladu v vlastními postoji. Podle Davida Ausubela se zase uplatňuje v tomto období mravní perfekcionismus, kdy dochází k hodnocení chování dospělých z úhlu mravních norem adolescenta. (Novotná, Hříchová, Miňhová, 2012) Dle Erika Eriksona je

adolescence pátým z celkově osmi stadií životního cyklu a jako vývojový úkol je zde formulováno vytvoření identity vlastního já (ego-identity).¹²

„Trvalou charakteristikou adolescence zůstává, že je považována za most mezi dětstvím a dospělostí.“ (Macek, 2003, s. 10)

3.1 Tělesný vývoj v období adolescence

Somatické změny u adolescentů již nemají takovou dynamiku, jako tomu bylo u pubescentů, a v tomto období také dochází k ukotvení těchto změn. (Vašutová, 2005, s. 189-191) Tělesná proměna má pro dospívající zásadní význam. Vlastní zevnějšek je součástí identity, a proto je tato změna intenzivně prožívána. Růst do výšky je u chlapců ještě poměrně výrazný, u dívek již nepatrný. Jejich tělo dostává konečné, dospělé proporce. Mohutní svalstvo a tím chlapci ještě více zmužní. Dívčí postava se stává ryze ženskou, a to především růstem ňader a boků. Chlapcům už začínají růst vousy, ale také se vyskytují problémy s akné. Kožní žlázy zvyšují svou produkci a tělo tak dostává i výraznější dráždivý pach. (Říčan, 1989, s. 197-200)

Tělesná složka je důležitou částí sebepojetí a zároveň je předmětem porovnávání s ostatními vrstevníky. (Novotná, Hříchová, Miňhová, 2012, s. 55 - 57) Dospívající může být se svou proměnou těla spokojen, ale také nemusí, to záleží na okolnostech. Je prokázáno, že časnější dospívání vzhledem k vrstevníkům je spíše výhodou pro chlapce než pro dívky. (Vágnerová, 2005, s. 342-345) Chlapci se snadněji přibližují standardům těla muže (rozvoj svalstva, atletická postava, atd.) Pokud tedy v tomto ohledu někdo předbíhá své vrstevníky, je to hodnoceno především pozitivně. Naopak opožděný růst či fyzický vývoj vyvolávají u chlapců většinou negativní pocity a snížené sebevědomí. U děvčat je hodnocení vlastního těla složitější. Většina dívek v období puberty je se svou postavou nespokojena. Důležitou roli pro vnímání a hodnocení vlastních tělesných změn má skutečné hodnocení od osob, které dospívající považuje za důležité. (Macek, 1999, s. 44-47)

¹² <http://psychology.about.com/od/psychosocialtheories/a/psychosocial.htm> [online] [cit. 13-8-2014]

3.2 Psychický vývoj v období adolescence

„Být normální v období dospívání je samo o sobě nenormální.“

Anna Freudová

V období adolescence probíhá dozrávání mozku, které se ustaluje po šestnáctém až sedmnáctém roku života. (Vašutová, 2005, s. 189-191) Ovšem z opakovaného testování týchž osob v průběhu života longitudinálními testy se ukázalo, že *„u lidí, kteří mají intelektově náročné povolání a kteří se musí celý život vzdělávat (učitelé, vědci), inteligence po dosažení dospělosti mírně stoupá ještě desítky let.“* (Řičan, 1989, s. 210) Přesto se v podstatě dospívající blíží svými intelektovými schopnostmi svému maximálnímu výkonu. Způsob myšlení ovlivňuje také postoj adolescenta ke světu a k ostatním lidem. Současnou situaci srovnává s vlastní představou, kterou si vytvořil jako ideál ve vlastní mysli. *„Zde pramení jeho častá kritičnost a nespokojenost, zklamání a nejasné toužení či pesimismus.“* (Langmeier, 2006, s. 148) Myšlenka se tak od předmětu odlučuje teprve v adolescenci. *„Jedinec dospívá k vyššímu stupni abstrakce, kdy se zbavuje přímého kontaktu se smyslovou skutečností. Adolescent získává možnost odpoutat se od země a vstoupit do světa idejí.“* (Příhoda, 1967, s. 82) Mění se také vlastnosti paměti a to jak krátkodobé, tak i dlouhodobé. Díky zkušenostem se zvyšuje množství informací uložených v dlouhodobé paměti. *„Vyšší míra sebereflexe vede k uplatňování většího vlivu na zapamatované. To se projevuje revizí a cílenou přestavbou uložených obsahů.“* (Macek, 1999, s. 58)

V oblasti citové adolescent dosahuje žádoucí zralosti, avšak někdy to může mít i bouřlivý průběh a projevuje se labilita. Především v prostředí, kde se s ním jedná nešetrně a přetrvává zvýšená vznětlivost z předcházejícího období. City se obohacují a prohlubují, hlavně pokud jde o city lásky a morální citění – a to vlivem poznávání a životních zkušeností. (Kuric, 2001, s. 115-116)

3.2.1 Oblast vztahů v adolescenci

Období dospívání představuje pro jedince řadu změn i v oblasti vztahů. Zde můžeme později nalézt některé z faktorů, které u dospívajícího posloužily jako spouštěcí či prohlubující faktor depresivního onemocnění. K nejdůležitějším momentům, se kterými se musí adolescent v oblasti vztahů vyrovnat, patří tyto: emancipace od rodiny, navazování vztahů k vrstevníkům, zahájení sexuálního života, volba povolání a vývoj sebepojetí. (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 152-155) Pro dospívajícího jedince je potřeba vztahů

přirozená, mezilidské vztahy mají roli determinačního i motivačního činitele, ať už se jedná o rodinné příslušníky, kamarády či partnera.

3.2.1.1 Emancipace od rodiny

Odpoutávání z vázanosti na rodinu je jedním z úkolů dospívání. Tento proces je náročný jak pro rodiče, tak i adolescenty samotné. Dospívající se brání tomu, aby s nimi rodiče manipulovali a určovali jim, co a jak mají dělat. Chtějí se tak této omezující vazby zbavit a rozhodovat se sami za sebe. Díky odpoutání se od rodiny může dát adolescent prostor pro navazování jiných vztahů, které se později stanou základem jejich nového zázemí. Osamostatňování je spojeno se změnou citů k rodičům. Tato změna ale většinou nevede k destrukci citové vazby, jak se mnozí rodiče obávají. Vzájemná závislost je nahrazena zralejším citovým vztahem. (Vágnerová, 2005, s. 340-342)

Dříve se mezigenerační konflikt jevil jako nutný předpoklad pro překonání závislosti na rodičích, v současné době se však tento předpoklad nepotvrzuje. Adrian Petersonová (1988, in Macek, 2003, s. 66-67) dokázala s využitím řady výzkumů, že vysoká míra konfliktů je charakteristická především pro adolescenty s tzv. rizikovým chováním – delikvencí, úteků z domova, nedokončením střední školy, konzumací drog nebo vyšším výskytem duševních poruch. Naproti tomu tam, kde se rizikové chování adolescentů nevyskytovalo, ubývalo i konfliktů mezi rodiči a adolescenty.

V tomto období se samozřejmě mění také styl komunikace v rodině, takže pokud se vyskytují dlouhodobé neshody a nepochopení, je to ventilováno právě v komunikaci. V tomto směru je důležitý rodičovský zájem a zaangažovanost, emoční intenzita interakce, podstata rodičovského vedení a podstata rodičovské autority. (Parish, 1987, in Macek, 2003, s. 67-68) Také Petr Macek se (2003, s. 54) přiklání k tomu, že *„konflikty nevadí, když mají adolescenti pocit, že mohou svobodně vyjadřovat názory a že se na ně bere ohled.“*

Rodiče se pomalu smiřují s tím, že se z jejich dítěte stává samostatný člověk s nárokem na autonomii a respekt. Adolescent začíná chápat postoje rodičů, jejich starosti o jeho osobu a začíná chápat postoje rodičů, jejich starosti o jeho osobu a začíná chápat hodnotu rodinného zázemí, takže se vztah k rodičům oproti pubescenci zklidňuje. Dospívající se začíná orientovat na své generační vzory spojené s typickými generačními hodnotami a projevy, které jsou obvykle odlišné od hodnot rodičů, přesto ve většině rodin dochází v průběhu tohoto období k opětovnému sblížení. (Vašutová, 2005, s. 189-191)

3.2.1.2 Navazování vztahů k vrstevníkům

Vztahy k vrstevníkům nabývají důležitosti především v pubescenci, ale jejich význam přetrvává i do adolescence. *„Tou měrou, jak se dospívající emancipuje od rodiny, navazuje zpravidla nové a diferencovanější vztahy k vrstevníkům.“* (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 150) Kontaktem s blízkými vrstevníky a sdílením nějakého společného prožitku se uspokojuje potřeba emoční podpory. Vrstevnický vztah umožňuje *„vzájemné poskytování názorů, pocitů a vzorců chování. ... Vrstevníci plní funkci komunikační a interakční platformy, kde může dospívající testovat sám sebe.“* (Macek, 2003, s. 77) Skrze vrstevnickou skupinu získává adolescent pocit vlastní autonomie, někdy si zde doplňuje či nahrazuje rodičovskou podporu. Zároveň ho stabilizuje v procesu vlastních změn. Uvědomuje si, že podobnými změnami prochází i jeho vrstevníci. Členstvím ve vrstevnické skupině získává sociální status a pocit vlastní hodnoty. (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 154-155)

Petr Macek (2003, s. 71-73) se domnívá, že by se v adolescenci měly oddělovat vrstevnické vztahy od těch specifitějších přátelských a partnerských vztahů. S počátkem dospívání se jejich důležitost výrazně zvyšuje, přičemž blízké přátelství je v adolescenci častější a důležitější pro dívky. Chlapci nejsou tak citově angažováni jako dívky a jejich přátelství je spíše kolektivní.

„První skutečné vztahy chlapců a dívek, které jsou zpočátku nestálé a proměnlivé, se proměňují v hlubší porozumění a oddanost obvykle na konci adolescence.“ (Langmeier, 1998, s. 151) Pavel Říčan (1990, s. 191-192) zmiňuje Příhodovo pojetí takzvané druhé lásky, která přichází právě v adolescenci a jejímž prostřednictvím se jedinec později závazně citově rozhoduje.

3.2.1.3 Zahájení sexuálního života

Navazování a rozvoj partnerských erotických vztahů jsou projevy psychosexuálního vývoje adolescentů. Ten zasahuje celé období adolescence a bývá členěn do několika fází. Podstatné je, že neprobíhá izolovaně od uspokojování dalších potřeb, především potřeby blízkosti, bezpečí a intimity, resp. potřeby vzájemného vztahu, který je založený na porozumění a spolupráci. (Seifert, Hoffnung, 1991 in Macek, 2003, s. 75)

První fáze utváření erotických partnerských vztahů je obvykle datována do pubescence a souvisí s uvědoměním si vlastní sexuality. Ta má od počátku poněkud jiný

kontext u chlapců než u dívek. U chlapců je vědomí vlastní sexuality spojeno s potřebou ventilace pohlavního pudu, u pubescentních dívek tato potřeba není obvykle tak zřetelná. (Říčan, 1989, s. 196-198) Toto nepřímo potvrzují i dotazníková šetření, která se týkají masturbace – v patnácti letech se jedná přibližně o 85% chlapců a 15% dívek.¹³

První schůzky v páru s erotickým obsahem či podtextem jsou v pubescenci častější u dívek, které si někdy volí starší partnery. Vztahy jsou většinou ještě krátkodobé, jejich hlavním aspektem je zvědavost a potřeba ujistit se o vlastní ceně a přitažlivosti. (Macek, 2003, s. 75-76) Jak uvádí Jiří Langmeier (2006, s. 156-157), v další fázi se adolescenti již více identifikují se svou pohlavní rolí a partnerské schůzky přestávají být součástí skupinových aktivit, protože jsou více zaměřeny na společné prožitky ve dvou a na intimní fyzický kontakt.

„Sexuální aktivity začínají obvykle lehkým pettingem, který se časem stupňuje (směrem ke genitálním kontaktům).“ (Macek, 2003, s. 61) Pokud jde o pohlavní styk, výsledky výzkumů v řadě zemí ukazují snižování průměrného věku prvního koitu až k počátku střední adolescence. Normy sexuální chování dospívajících bývají s současným měnícím se světem často značně rozdílné. Časné heterosexuální styky jsou stále většinou odsuzovány, ale zájem o druhé pohlaví je povolován, někdy i mlčky podporován. Jistě dnes existuje v tomto směru i větší tolerance dospělých a předmanželský sexuální život se stal prakticky běžnou sociální normou; na druhou stranu jsou však normy v této oblasti méně nyní zřetelné, vznikají často protichůdné tlaky, a tak mnozí dospívající pociťují značné rozpaky a nejistotu. (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 156-157)

Partnerské vztahy v tomto období jsou charakteristické velkou zamilovaností. Zamilovaný člověk si svého partnera idealizuje a mnohdy mu přisuzuje vlastnosti, které třeba vůbec nemá. Někteří lidé v době adolescence dokonce uzavírají manželství. Faktem ale je, že na manželství ani rodičovství člověk v tomto věku nebývá zralý. Může se jednat o pokus o osvobození se od rodiny, ale je to v podstatě pouze únik do jiné formy závislosti.

¹³ <http://www.psychologytoday.com/blog/eating-disorders-news/201201/fathers-daughters-and-the-touch-taboo> [online] [cit. 14-8-2014]

3.2.2 Vývoj sebepojetí

„Jak má mladistvý získat jistotu hodnot, které jsou pro jeho život potřebné a na kterých by měl dále stavět, když systém hodnot společnosti je tak nejistý. ... Není divu, že nedostatek věrohodné duchovní a citové orientace mnohé mladistvé zásadním způsobem odděluje od světa dospělých, že úmyslně provokují dospělé jako punkové, kteří mají tatoo, piercing, rave a techno, že se ohlušují, připojují se k extrémním gurur, nebo že s nezřízenou agresivitou a velkým zklamáním chtějí vše odmítnout a potlačit. Jde o výkřiky bídy a úzkosti.“

Dietrich Kurz (In Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 163)

I když nejde problém hledání vlastní identity zúžit pouze na období dospívání, je pravdou, že řada autorů ho považuje za akutní právě v této fázi vývoje. Nejznámější jsou v tomto směru myšlenky Erika Eriksona, který se domnívá, že vytvoření identity „já“ znamená dosažení dospělosti. Adolescent se snaží sám sebe poznat, hodnotí své vlastnosti, hledá svou individuální identitu a je tedy zaměřen introvertně. (Novotná, Hříchová, Miňhová, 2012, s. 55-57)

Utváření této vlastní identity je v adolescenci determinováno jak subjektivně, tak objektivně. Petr Macek (2003, s. 78-79) tuto determinaci označuje jako osobní a sociální aspekt identity. Osobní aspekt identity čerpá především z intimní sebereflexe a sebehodnocení, kdy je podstatné vědomí vlastní jedinečnosti a ohraničenosti vůči druhým (je nutné však podotknout, že úhel nasvícení vlastního já je trochu odlišný, než je tomu případně sebepojetí a sebehodnocení (Balcar, 1983, s. 78-80). Sociální aspekt je potom pocit začlenění a spolupatříčnosti.

Z výše uvedeného vyplývá, že proces utváření identity v adolescenci je mnohovrstevnatý. *„Kromě odpovědi na základní otázku „kdo jsem“ je důležitou kvalitou i vědomí vlastní stability, kompetence a pohody.“* (Macek, 2003, s. 65) Jak adolescenti překonávají tento svůj egocentrismus v interpersonálních vztazích, tak také rozvíjejí svoji osobní morálku. Ta je v současné době stále větší měrou provázána s určitými situacemi, událostmi, širším sociálním kontextem a účelem chování. Tyto atributy tak spoluurčují pravidla, normy a kritéria dobra a zla v očích adolescentů¹⁴.

Nalézt vlastní jedinečnost znamená odlišit se jasně od druhých. Toto nalézání je spojeno s již zmiňovanou snahou získat stále větší samostatnost, nezávislost, na rodičích a

¹⁴ http://digilib.phil.muni.cz/bitstream/handle/11222.digilib/114372/P_Psychologica_05-2001-1_6.pdf?sequence=1 [online] [cit. 21-8-2014]

společenské uplatnění. Mnohé negativní vnější projevy dospívajících i přehánění rozdílů a konfliktů s rodiči jsou projevem nejistoty mladého člověka v otázce identity a obranou proti této úzkosti. Hlavním cílem konfliktního chování je tedy především snaha získat odezvu okolí a ujistit se o vlastní hodnotě. Této nejistotě by měl být výchovný přístup rodičů i učitelů v tomto období vždy přizpůsoben. (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 160-163)

3.2.3 Volba povolání

Až asi do začátku pubescence je volba povolání jen předmětem fantazie, která se neváže ohledem na vlastní schopnosti ani na požadavky práce – rozhodující je přání, čím chci být, a volba povolání je tak často spíše nevázanou hrou. (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 159-160) Až během druhé poloviny období adolescence si dospívající ve větší míře začínají uvědomovat kontinuitu vlastního života. Konkrétní očekávání se začínají diferencovat na krátkodobé a dlouhodobé osobní cíle a dospívající si začínají uvědomovat, že některá aktuální rozhodnutí mohou významně ovlivnit jejich budoucí život včetně toho, jak bude vypadat jejich profesní příprava. (Macek, 2003, s. 87-90)

Z četných výzkumů skutečně vyplynulo, že jen velmi malé procento dnešních dospívajících má natolik vyhraněné zájmy a tak silnou touhu po seberealizaci, že si vykonávání určité profese vynutí bez ohledu na vnější podmínky. Podobně malé množství je i těch dospívajících, kteří se naopak nechávají řídit pouze vnějším tlakem a budoucí povolání si tak volí bez ohledu na vlastní zájmy. U největší části adolescentů pak při výběru profese hrají roli oba zmíněné aspekty. V některých případech se pak rozhodnutí o jedincově budoucnosti může stát příčinou konfliktu, v němž se dospívající potomek odmítá podřídit představě svých rodičů. Takovou situaci je nutné začít včas řešit (vzájemné vyslechnutí, zvážení všech pro a proti), neboť i tento neřešený konflikt se může stát jedním z momentů, který vyvolává vznik či přispívá ke zhoršení depresivního onemocnění adolescenta. (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 159-160)

3.2.4 Problémy dnešního životního stylu adolescentů

Ačkoliv se jedná o poměrně klidné vývojové období života, neznamená to, že nemá adolescent co do činění s problémy. Všechny dospívající spojují de facto tytéž vývojové změny v psychické a sociální rovině (u někoho nastoupí dříve, u někoho o něco později), které někdy mohou vyústit – ať už přímo nebo nepřímo – v příčinu depresivního onemocnění. Ovšem mezi rizikové faktory, které stojí za vznikem deprese u adolescentů nebo toto onemocnění u již nemocných jedinců negativně ovlivňují, patří také vyrovnání se s dobou a problémy, kterým dnešní populace dospívajících ve společnosti čelí. Autorky Lenka Novotná, Miloslava Hříchová, Jana Miňhová (2012) uvádí jako příklad nesoulad mezi fyzickou a sociálně - ekonomickou zralostí, mezigenerační a partnerské konflikty. Jiří Langmeier a Dana Krejčířová (2006, s. 153-154) kromě toho zmiňují ještě rozpor mezi rolí a statutem, mezi hodnotami mladé a starší generace a rozpor mezi hodnotami rodiny a vnější společnosti.

Rozpor mezi fyzickou a sociálně - ekonomickou zralostí

Dolní hranice dospívání se díky dříve zmiňované sekulární akceleraci tělesného růstu a pohlavní zralosti posouvá do stále nižšího věku, zatímco dosažení sociální zralosti se díky čím dál větší komplikovanosti společenských požadavků a neustále se zvyšujícím nárokům na vzdělání a profesionální přípravu spíše oddaluje. Adolescent je tělesně zralý, ale je neschopen přijmout zodpovědnost za důsledky požadavků společnosti. (Čačko, 2000. s. 68-70) „*Velmi negativně tento jev mohou pociťovat například ti dospívající, kteří musí stále ještě chodit do školy, ačkoliv se sami cítí již dostatečně zralí pro pracovní aktivitu a s ní spojenou ekonomickou i osobní nezávislost.*” (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 164) I tento fakt se může stát důvodem ke vzniku či zhoršení projevů depresivního onemocnění.

Rozpor mezi rolí a statutem

Mezi rolí a statutem je značná korespondence, přesto to není totéž. Sociální roli chápeme jako chování odpovídající určité společenské pozici (např. dcera, kamarádka, partnerka) a za sociální status se považuje souhrn práv a povinností, kterými je postavení jedince ve společenské hierarchii určeno. (Hartl, Hartlová, 2009, s. 549-550) Mezi rolí a statutem tak vzniká jistá diference, která je někdy značná, jindy nepatrná. Tento rozdíl pak můžeme vidět právě u dospívajících, kdy se od fyzicky téměř zcela zralých jedinců očekává vyspělé a plně odpovědné jednání, ale zároveň se však u nich předpokládá ona „dětská“ závislost spočívající v jejich poslušnosti a ve vnější kontrole ze strany rodičů a učitelů. (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 164-165)

O mezigeneračním konfliktu a úloze rozporu mezi hodnotami rodiny a vnější společnosti již byla řeč, proto by bylo vhodné, že kromě výše zmiňovaného na adolescenty čeká úskalí v podobě nadměrného užívání alkoholu, experimentování s drogami, subkultur (především takzvaný emo-styl je spojován s vyšším výskytem depresí), nově vzniklých závislostí jako například závislost na moderních technologiích. Proto je nutné, aby celková atmosféra rodiny nabídla dospívajícímu dostatečné citové zázemí, aby se s těmito dostupnými „lákadly“ dokázal vypořádat.¹⁵

¹⁵ http://www.cb.cz/novak/system/.../mladez_z_psychologickeho_hlediska [online] [cit. 22-8-2014]

4 Deprese u adolescentů

„Vzdám to.“ „Modlím se a doufám, že se situace zlepší.“ „Zkousím zapomenout na svoje problémy pomocí alkoholu či jiných drog.“

reakce na možné příčiny deprese, Macek, 2003, s. 105

Následující kapitola se zabývá adolescentní formou depresivní poruchy. Pozornost je věnována epidemiologii, etiologii, diagnostice juvenilní deprese a způsobům jejího následného léčení.

4.1 Epidemiologie adolescentní deprese

Juvenilní deprese byla až do 70. let 20. století neuznávanou diagnostickou jednotkou. Věřilo se, že děti nemohou kvůli nezralým osobnostním strukturám zažívat extrémní, patologické nálady. Navíc společnosti se obtížně přiznávalo, že děti mohou být depresivní a suicidální, protože dětství bývá spojováno s prožíváním radosti, nedostatkem starostí a žádnými povinnostmi. Dnes již existují důkazy o výskytu afektivních poruch včetně deprese i u dětí a adolescentů, avšak v mnohém se liší – od příčin, diagnostiky po léčbu a reakcí na ní.¹⁶

S depresivním onemocněním se setkáváme u 1 – 8% dětí a dospívajících (pro srovnání – u dospělých se jedná přibližně o 20%). Riziko sebevraždy u depresivních adolescentů je až dvacetkrát vyšší než v běžné populaci. Lenka Novotná, Miloslava Hříchová, Jana Miňhová (2012) zmiňují, že suicidální tendence kulminují okolo 15. roku života.

Dále bylo zjištěno, že u 14 – 16letých adolescentů, kteří mají sklon k depresivním reakcím, je poměr výskytu depresivní epizody (fáze) u chlapců k dívkám 1:5. Prevalence (obecné rozšíření) tohoto onemocnění je přitom shodně pro obě pohlaví 4%. U adolescentů v psychiatrické péči je však prevalence deprese mnohem vyšší a to 18 – 27%. To je až sedmkrát vyšší výskyt než u běžné dospělé populace. (Malá, 2008, s. 203-204)

Prevalenci deprese v dětském a adolescentním věku shrnuje následující tabulka:

Prevalence juvenilní deprese	
předškolní děti	0,3-1%
děti školního věku	2-4%
adolescenti	4-8%

Tab. 2 Prevalence juvenilní deprese (Současný pohled na dětskou a adolescentní depresi, Dudová, 2007, [online] [cit. 25-8-2014])

¹⁶ <http://www.solen.sk/pdf/dec712861b53a6c49fb8a9951b0138b9.pdf> [online] [cit. 25-8-2014]

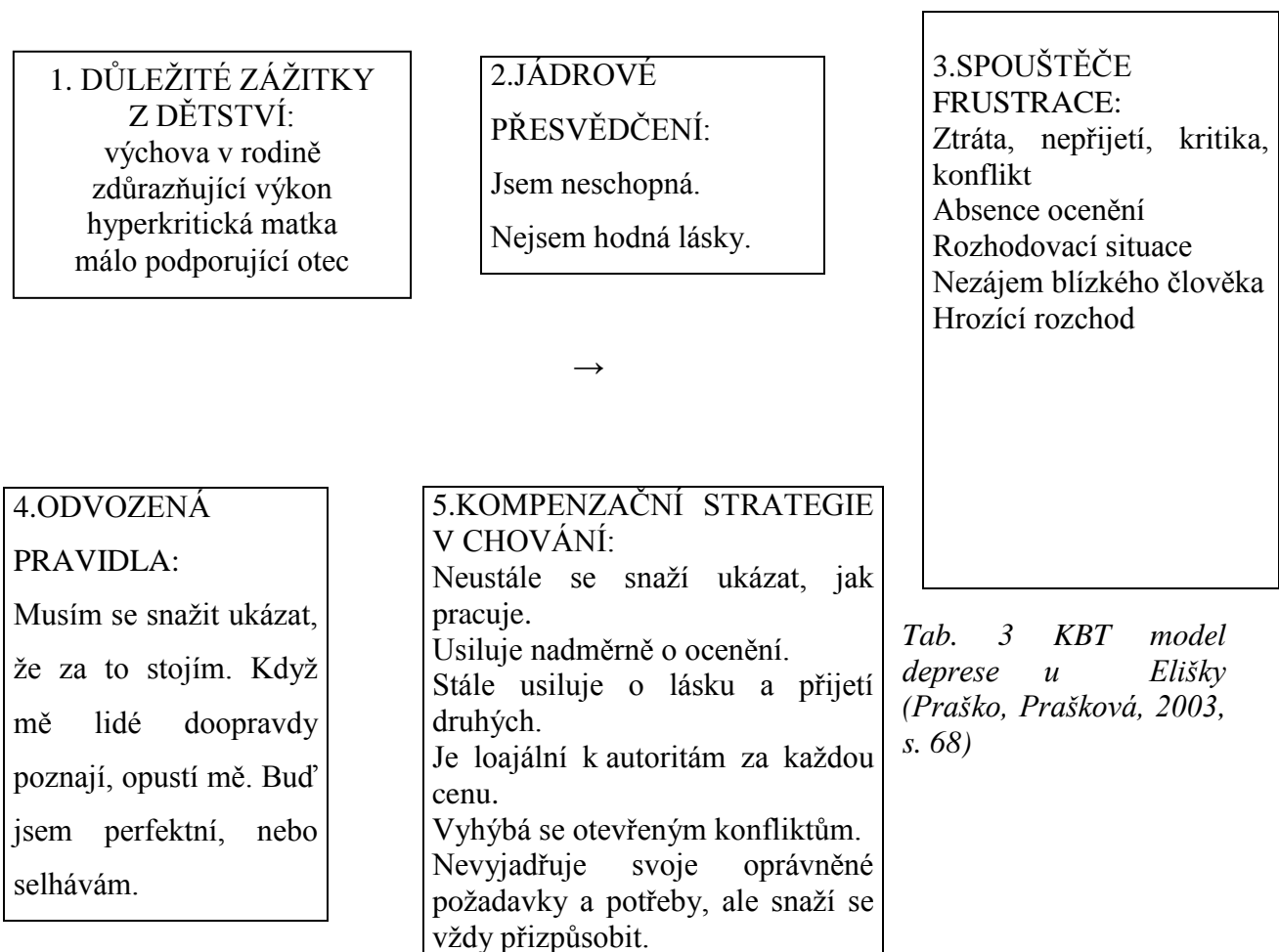
4.2 Etiologie depresivního onemocnění dospívajících

Jak již bylo zmíněno, vznik depresivního onemocnění je multifaktorově podmíněn a otázku, co je vlastně příčinou deprese, lze tak zodpovědět nejednoznačně. Nemusí jít jen o jeden spouštěč například v podobě zatěžkávající životní události (*viz obr. 3, s. 20*), někdy místo jednoho spouštěče můžeme najít řadu drobných událostí, nespokojeností, drobných stresů, které vedly k depresi. Ale existují také jedinci, u kterých se deprese objeví náhle, bez jakékoliv vnější příčiny. A tady se dostáváme k jádru věci – podstatou onemocnění je tedy vulnerabilita (dispozice), která je dědičná a vede ke změnám fungování CNS. (Praško, Prašková, 2003, s.58-59)

Rizikovými faktory v období dětství a adolescence se pak především stávají rodičovská psychopatologie, konfliktní prostředí v rodině, nedostatečné sociální dovednosti, chudé nebo žádné vztahy s vrstevníky a přáteli. (Malá, 2008, 110-111)

Pro pochopení a vysvětlení příčin deprese byly také vytvořeny teoretické modely, kdy každý z nich zdůrazňuje jiné faktory etiologie deprese. Pojďme si rozebrat více ty teorie, které mohou být aplikovány na dospívající.

Jako první z nich můžeme jmenovat kognitivně-behaviorální model. Jak již název napovídá, tento model nabízí kombinaci dvou pohledů – kognitivního a behaviorálního. Kognitivní pohled na depresi říká, že jde o poruchu myšlení, poznávání a logiky, což se odráží v negativním pohledu jedince na sebe, okolí i budoucnost. Podle behaviorální perspektivy je deprese reakcí na ztrátu pozitivního posílení z okolí, kdy jedinec reaguje na tuto ztrátu naučenou bezmocí, která ve sém původním významu měla přilákat pomoc z okolí. (Praško, Prašková, 2003, s. 68) Pro lepší představu lze příklad kognitivně-behaviorálního modelu ilustrovat na následujícím schématu:



Dalším modelem, který je důležitý především u mladistvých a dětí, je model stresový. Ten vidí příčinu deprese v nahromadění stresových událostí. Kumulace ztrát v adolescentním věku (rozvod, úmrtí), konfliktů v rodině, sexuální zneužívání, přílišné fyzické trestání, deprivace – to vše předchází rozvoji deprese. Podobný stresovému modelu je model sociologický, jehož podstatou není nahromadění negativních životních událostí, ale o nedostatek sociální podpory a ocenění. (Malá in Hort, 2008, s. 189-191)

Na závěr zmiňme psychodynamický model, který je spojen s Freudovo názorem na vznik deprese. Ten říká, že stav deprese je stav agrese obrácené proti sobě samému, což je způsobeno tím, že depresanti mají příliš silné superego, které trestá jedince za agresivní pocity, které má ke svým blízkým. Výsledkem je, že jedinec má obavy z autorit, snaží se jim zalíbit, nestaví se do opozice. Jako další aspekt vzniku depresivního prožívání v psychoanalýze se uvádí ztráta sebedůvěry a snížené sebehodnocení při neschopnosti dosáhnout ideály představy o sobě samém., což lze považovat v období adolescence při vytváření individuální identity ve střetu s egocentrismem za velmi aktuální faktor.

4.3 Příznaky specifické pro juvenilní depresi

Ve srovnání s projevy depresivního onemocnění v předchozích vývojových etapách jedince se juvenilní deprese projevuje jinak, specifičtěji. Společnými znaky je depresivní nálada, poruchy soustředění, ztráta energie, nespavost, pocity méněcennosti či viny. Ostatní příznaky depresivního adolescenta jsou již podobné příznakům dospělého. (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2008, s. 201-203) Pro lepší představu výše uvedeného slouží následující tabulka:

Všechny věkové skupiny	Předškolní děti	Děti školního věku	Adolescenti
depresivní nálada	podrážděnost	depresivní vzhled	podrážděná nálada
poruchy soustředění	smutek	somatizace	anhedonie
nespavost	anhedonie	agitace	pocity nudy a beznaděje
ztráta energie	plačtivost	separační anxieta	změny hmotnosti
pocity méněcennosti nebo viny	omezení aktivit a zájmů	fobie	poruchy chování
suicidální myšlenky	odmítání kontaktů s vrstevníky		hypersomnie
			abúzus návykových látek

Tab. 4 Depresivní příznaky nezávislé a závislé na věku (Současný pohled na dětskou a adolescentní depresi, Dudová, 2007, [online] [cit. 27-8-2014])

Základním příznakem juvenilní deprese je patická nálada a velmi rychlé střídání nálady vůbec. Adolescenti pociťují nudu, beznaděj, smutek, který je střídáný s raptý se zvýšenou impulzivitou a iritabilitou, která se podílí na častých suicidálních pokusech. „U adolescentů se častěji než u dospělých objevují pocity nudy, předrážděnost, histrionské a riskantní chování, anxieta spojená s nadměrnou konzumací alkoholu nebo drog. Více jsou přítomny pocity viny kvůli vlastní nedostatečnosti. Častěji se vyskytuje též tzv. tichá rezignace – zasněnost, izolace, náladové rozlady.“ (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2008, s. 199)

Dalším typickým znakem je bradypsychismus, nemocný má poruchy koncentrace pozornosti. Je nerozhodný, trpí poruchami sebehodnocení. Mívá suicidální, negativní

automatické myšlenky a dysfunkční schémata. Jedinec je apatický, abulický. Trpí bolestmi hlavy, objevují se změny hmotnosti a různé hypochondrické stížnosti. (Malá in Hort, 2008, s. 109-110)

U depresivního adolescenta se stav apatie a lhostejnosti rychle střídá s mnohomluvností a překotným navazováním nových známostí bez adekvátní citové vazby. Objevuje se dysmorfofobie. Postižení se stahují do sebe, přestávají komunikovat, vzápětí vyhledávají riskantní aktivity, bývají promiskuitní a zneužívají psychoaktivní látky. Depresivní adolescent se cítí sám, nepochopen, obklopen davem. (Malá in Hort, 2008, s. 109-111)

4.4 Stanovení diagnózy

Diagnostika depresí u adolescentů je velmi obtížná, většinou začíná identifikací všech symptomů. Je však nutné rozlišit, že depresivními příznaky se může vzácně manifestovat celá řada somatických poruch (poškození CNS, některé endokrinní poruchy, infekční onemocnění). Například u dětských a adolescentních diabetiků je depresivní porucha nejčastější psychiatrickou komorbiditou (výskyt více nemocí najednou), vyskytuje se až u 25% pacientů, častěji u dívek. Jako rizikové faktory deprese autoři uvádějí psychiatrické onemocnění v anamnéze, vliv rodinného klimatu, depresivní prožívání matek diabetiků, izolaci od kolektivu, opakované hospitalizace a pocity méněcennosti, u adolescentů problematiku partnerských vztahů. Screening depresivního onemocnění by měli provádět u těchto zmiňovaných poruch pediatři.¹⁷

Také je nutno odlišit jiné psychické poruchy. V adolescentním období se jedná o nejčastěji úzkostné poruchy, poruchy chování, poruchy příjmu potravy a poruchy způsobené návykovými látkami. U adolescentů trpících schizofrenií má někdy první ataka tohoto onemocnění rovněž podobu deprese (např. stupor u melancholie může být zaměněn se stuporem schizofrenním). A konečně musíme také rozlišit běžný zármutek, který by měl vymizet nejčastěji do šesti, maximálně do dvanácti měsíců po traumatické události (Malá in Hort, 2008, s. 203-204)

Další kroky u diagnostiky deprese jsou pohovor s rodiči, samostatný pohovor s pacientem, reference ze školy. Používá se forma strukturovaného rozhovoru spojená s metodou pozorování za využití sebesuzovacích škál.¹⁸

¹⁷ <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2007/01/07.pdf> [online] [cit. 29-8-2014]

¹⁸ <http://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2005/06/03.pdf> [online] [cit. 29-8-2014]

Jednou z nejvíce využívaných škál je již zmiňovaná Beckova sebeposuzovací škála depresivity (BDI – Beck Depression Inventory) z roku 1978. Další velmi podobnou škálou je Zungova dvacetipoložková sebeposuzovací škála deprese (SDS), ve které pacient určuje míru svých potíží na čtyřbodové škále. Z posuzovacích škál jsou nejvíce využívány HAMD (Hamilton Psychiatric Rating Scale for Depression) a MADRS (Montgomery Asberg Depression Rating Scale). Dalšími známými dotazníky jsou BRMES (Bachův dotazník deprese) nebo VVIECK (Výkonová škála deprese).¹⁹

Pro děti je v České republice dostupná jediná sebeposuzovací škála, tzv. CDI (Children's Depression Inventory), která kromě skóru depresivity ukazuje také sníženou náladu, interpersonální potíže, nevykonnost anhedonii a snížené sebehodnocení. (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2008, s. 205-206)

Příklad návrhu komplexního vyšetření pacienta s depresí můžeme vidět v následující tabulce:

Oblast testování	Test
Orientace	Orientace (subtest WMS-III)
Konstrukční praxe, vizuální paměť, pozornost	Rey-Osterriethova figura
Verbální paměť, pozornost, křivka učení	Paměťový test učení
Pozornost, vizuomotorická koordinace, psychomotorické tempo, flexibilita	Trail Making Test (TMT) – test cesty
Řeč (slovní plynulost), pozornost, paměť, psychomotorické tempo	Test verbální fluence
Usuzování	Řazení obrázků (subtest WAIS-III)
Exekutivní funkce, paměť, pozornost	Wisconsinský test třídění karet (WCST)
Pozornost, psychomotorické tempo	Test setrvalé pozornosti (CPT)
Vizuomotorická koordinace	Kresba postavy
Další volitelné testy	
Obecné rozumové schopnosti	WAIS-III
Paměť (vizuální, auditivní, krátkodobá, oddálená, pracovní, reprodukce)	Wechsler Memory Scale (WMS-III) – Wechslerova paměťová škála
Motorika	Finger Tapping Test
Míra depresivních příznaků	Beck Depression Inventory (BDI-II) – Beckův inventář depresivních příznaků
Osobnostní profil	Cloninger's temperament and character inventory (TCI) – Cloningerův temperamentový a osobnostní inventář
Demence	Mini Mental State Examination (MMSE)

Tab. 5 Návrh komplexního neuropsychologického vyšetření pacienta s depresí (Svoboda, Češková, Kučerová, 2006, s. 214)

¹⁹ <http://www.apa.org/topics/depress/recover.aspx> [online] [cit. 29-8-2014]

4.5 Léčba depresí v období adolescence

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

4.5.2 Farmakoterapie

Základem farmakoterapie u dospívajících jsou stejně jako u léčby dospělých antidepresiva. Ovšem zatímco u dospělých se kromě psychoterapie s úspěchem používají i stále modernější antidepresiva, u mladších jedinců je nutná obezřetnost. Musí se sázet zejména na psychoterapii a k lékům se přistupuje jen v krajním případě a jejich užívání musí být pod lékařským dohledem. U adolescentů se indikují vždy, když nemoc vyvolává trvalé zhoršení výsledků ve škole, když se ztrácí komunikace s vrstevníky. Indikují se také v případě, pokud je přítomno rizikové chování jako zneužívání alkoholu, drog apod. Další indikace jsou při suicidálním myšlení a konání nebo pokud psychoterapie selhává. (Malá, 2008, s. 204-206)

Velmi důležitá je informovanost a přístup rodičů k dítěti, které duševní nemocí trpí. Před nasazením antidepresiv u adolescentů by měli být rodiče i pacienti varováni právě před zvýšeným rizikem výskytu sebepoškozování, suicidálních myšlenek a výkyvů nálad. Výběr vhodného antidepresiva je pak následně ovlivněn jak typem depresivního onemocnění, tak vývojovým a věkovým obdobím jedince. Důležitou roli hraje i to, zda se jedná o léčbu akutního stavu nebo o léčbu udržovací. Ve většině případů se začíná nízkou dávkou antidepresiva, která se postupně pomalu zvyšuje. (Malá, 2008, s. 207-209)

Důležité je, aby léčba psychofarmaky pokračovala dostatečně dlouho a v dostatečné dávce, aby nevznikla rezistence. Důležitý je pečlivý monitoring pacientů – v prvních čtyřech týdnech léčby by měli být kontrolováni jednou týdně, v dalších osmi týdnech každý druhý týden.²⁰

Jakmile pacient úspěšně překoná léčbu akutního stavu, přechází na léčbu kontinuální. K té by pak v podobě odborné lékařské kontroly společně s monitorováním užívaných léků mělo docházet alespoň jednou týdně včetně adekvátních psychoterapeutických aktivit. (Malá, 2008, s. 209-210)

²⁰ <http://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2005/06/03.pdf> [online] [cit. 30-8-2014]

4.5.3 Psychoterapie

Co se týče indikace určitého psychotherapeutického přístupu, pak obecně a celosvětově mají při navrhování psychoterapie u adolescentů přednost ty přístupy, které v poměrně krátké době vedou k výraznému zlepšení depresivní symptomatiky. Z tohoto pohledu se nejlépe osvědčila kognitivně-behaviorální psychoterapie (KBT), lze použít i dynamickou psychoterapii, interpersonální psychoterapii a nezbytná je také psychoterapie rodinná. (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2008, s. 203-204)

U každé z těchto forem je nutné se zaměřit na pocity viny, poruchy sebehodnocení a nácvik sociálních dovedností. (Kocourková in Říčan, 2006, s. 238-240)

Podrobně se nyní budeme zabývat právě KBT; nejdříve zmíníme podstatu této terapie a poté se zaměříme na samotné postupy KBT.

Kognitivně-behaviorální přístup v psychoterapii vychází z kognitivně-behaviorálního modelu příčin vzniku deprese (viz s. 42) a je kombinací obou částí: vychází z interakce dospívající – prostředí a je zaměřen hlavně na pozorovatelné vnější chování a projevy mladistvého, má konkrétní cíle a aktivní spolupráce dospívajícího je nutností. Předpokládaný počet sezení je 20-30. Lze jej použít jak v ambulantní péči, tak při hospitalizaci a je určen i rodičům, kteří změnou svého chování pomáhají měnit chování adolescenta. (Kocourková in Říčan, 2006, s. 238-240)

Při aplikaci KBT u depresí jde o takovou formu léčby, kdy pacient přijímá svou nemoc, upravuje vzorce maladaptivního chování, učí se relaxovat a vylepšovat komunikaci s okolím. Je zaměřena především na pacienta s mírnou a středně těžkou depresí či na pacienta se zbytkovými příznaky. Základem je totiž porozumět depresi, účelně plánovat činnost a pozvolně zvyšovat aktivitu. Tím se vytváří kognitivní rekonstrukce, kdy se postupně odmítá depresivní myšlení a vytváří se nedeprativní způsob myšlení. Dále se aktivně nacvičuje relaxace, komunikace a asertivita, metody řešení problémů a v neposlední řadě se předchází relapsu deprese. Pomocí KBT se tak zlepšuje sociální adaptace a sebehodnocení, zvyšuje se sebevědomí a trénují se dovednosti nutné ke zvládnutí stresových situací. (Praško, Prašková, Prašková, 2003, s. 89-90) Není v možnostech této práce se podrobně zabývat jednotlivými technikami KBT, přesto je mu dáno více prostoru, protože se jedná o první volbu léčby a patří také k nejúspěšnějším psychoterapiím deprese, hlavně proto, že naučené dovednosti pacientovi zůstávají i po léčbě.

V rámci této komplexnosti by autor ještě rád zmínil význam rodinné psychoterapie v případě psychoterapie u adolescentů; spolupráce rodinných příslušníků je důležitým prvkem terciární prevence, kdy zároveň dochází k reedukaci a resocializaci nejen jedince samotného, ale i jeho blízkých osob. V rámci resocializace adolescenta je také důležité informovat učitele a vychovatele. Ti by se měli podílet na adekvátním informování vrstevníků, vysvětlit jim situaci a snažit se vytvořit podporující prostředí v kolektivu, do kterého se bude léčený jedinec vracet. (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2008, s. 199-200)

Závěrem lze říci, že první volbou při léčbě deprese jsou antidepresiva – u adolescentů se indikují vždy, když nemoc vyvolává trvalé zhoršení výsledků ve škole, když je přítomno rizikové chování, tedy zneužívání alkoholu a drog včetně výskytu suicidálního myšlení a konání. Ovšem farmakoléčba sama o sobě není tak účinná, jako v kombinaci s psychoterapií a vytvořením psychoterapeutického vztahu, neboť obnovení komunikace s vrstevníky a uvnitř rodiny je nedílnou a významnou součástí úspěšné léčby. (Kocourková in Říčan, 2006, str. 238-240)

5 Přehledová studie

Zdrojem dat pro naši přehledovou studii se stal výzkum Národní knihovny medicíny a Národního institutu zdraví Spojených států (US National Library of Medicine and National Institutes of Health) „Deprese v adolescenci“ (Depression in Adolescence) publikována v roce 2012 autory prof. Anita Thapar, Stephan Collishaw, DPhil, Daniel S. Pine a Ajay K. Thapar. Pro svůj výzkum použili metodu dotazníků a to konkrétně sebesposuzující dotazník PHQ-2 (Patient Health Questionnaire) a dotazník Škála disociativních zážitků pro adolescenty SDQ-20 (Somatoform Dissociation Questionnaire).

Druhým pramenem byl výzkum „Psychické zdraví dětí a adolescentů v Německu“ (Mental Health of Children and Adolescents in Germany) provedený výzkumnou skupinou The Bella study group (Mental Health Module) v čele s profesorkou Ulrike Ravens-Sieberer z hamburské univerzity. Výzkum byl analyzován dle výsledků z dotazníku SDQ-20, dále z dotazníku úzkostných poruch SCARED a depresivního onemocnění CES-DC. Zaměřili jsme se na výsledky dosažených v oblasti depresivity.

Posledním zdrojem se stal „Přehled počtu pacientů podle pohlaví, věkových skupin a vybraných diagnóz v roce 2013“ poskytnutý Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR. Ve spojitosti s hypotézou naší práce jsme se zaměřili na takové výzkumy, které ve svých výsledcích při výskytu depresivního onemocnění zohledňují také pohlaví.

Dle Americké psychologické asociace (American Psychological Association, APA) 11% mladistvých ve Spojených státech trpělo v roce 2012 depresivním onemocněním. Z celkového počtu 400 dospívajících ve věku 14 – 17 let, které tvořily výzkumný vzorek pro jejich průzkum, šestnácti z nich bylo diagnostikováno depresivní onemocnění, přičemž dalším sto dvanácti z této skupiny byly zjištěny nadprůměrné sklony k depresím.²¹

Tato čísla lze doplnit výsledky studie Národního institutu zdraví Spojených států z téhož roku, které poukazují na to, že prevalenci deprese v dospívání mají v silné převaze dívky (2:1). Rozdíly v pohlaví ke sklonům k depresivnímu onemocnění jsou tedy markantní, i když důvody pro tento jev nejsou dosud zcela objasněny. Zdá se, že nástup deprese v adolescenci je spjat více s hormonálními změnami než s chronologickým věkem, což naznačuje, že deprese je přímo spojena s vývojovými změnami tohoto období.²²

²¹ <http://www.apa.org/monitor/2015/03/numbers.aspx> [online] [cit. 8-3-2015]

²² <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3488279/> [online] [cit. 8-3-2015]

Studie provedená hamburskou univerzitou měla za cíl zmonitorovat výskyt psychických poruch dospívajících v Německu. Výzkum byl proveden v roce 2008. Výzkumný vzorek tvořilo 2 863 rodin s dětmi ve věku 7 – 17 let. Výsledky výzkumu byly rozděleny do dvou skupin – 7 – 10 let a 11-17 let. U obou skupin se objevuje kategorie chlapci – dívky, při vyhodnocování výzkumu bylo tedy bráno v potaz rovněž pohlaví účastníků.

Ukázalo se, že 14,5% dětí a adolescentů ve věku 7 -17 let splňují kritéria pro diagnostikování depresivního onemocnění, nebo alespoň vykazují známky zvýšených sklonů k depresivitě. Z výzkumu vyplývá, že ve věkové skupině 7 – 10 let mají zvýšenou frekvenci výskytu symptomů depresivního onemocnění dívky. Jednalo se o 6,3% dívek a 3,7% chlapců. Ve druhé věkové skupině je rozdíl v pohlaví méně markantní, přesto zůstávají v převaze dívky. Příznaky deprese se vyskytovaly u 5,7% dívek a 4% chlapců.²³

Věnujme nyní pozornost situaci v České republice. Dle studie „Přehled počtu pacientů podle pohlaví, věkových skupin a vybraných diagnóz v roce 2013“ vydaným Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR došlo u skupiny afektivních poruch oproti loňskému roku ke zvýšení o necelá 4%. Z porovnání počtu pacientů v jednotlivých skupinách psychiatrických diagnóz podle pohlaví je zřejmé, že se ženy častěji potýkají s afektivními, neurotickými a organickými duševními poruchami, na kterých se podílejí od 64% do 69% z celkového počtu pacientů. I přesto, že osoby do 20 let tvořily v roce 2013 pětinu z celkového počtu obyvatel ČR, byl jejich podíl u těchto skupin diagnóz do 10% z celkového počtu pacientů. U afektivních poruch (F30 – F39) byl celkový počet pacientů 111 127, z toho 75 996 žen a 35 131 mužů; 2 ženy připadají na jednoho muže, pokud tedy jde o počty pacientů s depresí, v roce 2012 tvořily ženy téměř dvě třetiny případů pracovní neschopnosti s touto diagnózou. Ve věkové hranici 15 – 19 let počet postižených touto nemocí dosahoval čísla 2 082, bohužel hledisko pohlaví v této kategorii nebylo konkrétněji rozlišeno.²⁴

Na základě výsledků těchto zahraničních průzkumů a údajů, které jsme získali z našeho výzkumu, se můžeme domnívat, že čeští adolescenti se v reakcích na stres a zátěžové situace ve stále větší míře podobají svým vrstevníkům ze západních zemí. V teritoriu Evropy se nejvíce podobají Němcům, německy mluvícím Švýcarům a

²³ <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC19132314/> [online] [cit. 8-3-2015]

²⁴ <http://www.uzis.cz/rychle-informace/cinnost-ambulantnich-psychiatrickych-zarizeni-roce-2013> [online] [cit. 8-3-2015]

Francouzům. Z výzkumů lze vyvodit, že rovněž v těchto zemích sklony k depresivitě ovlivňuje pohlaví. Dívky častěji než chlapci musejí zvládat obtížné situace – častěji než chlapci analyzují problémy, hledají pomoc u přátel a reagují emocionálně. Vcelku také zažívají více negativních pocitů ve vztahu k sobě a menší pocit vlivu na svůj život. (Macek, 2003, s. 179-181)

Praktická část

6. Projekt výzkumu, jeho cíle a metody

Praktická část diplomové práce se skládá ze dvou částí. První část je věnována sběru a následné analýzy dat získané dotazníkem CDI, druhá část je tvořena vyhodnocením údajů, které nám poskytl dotazník MHQ. Na závěr jsou data z obou dotazníků porovnána za účelem potvrzení hypotézy.

Cílem výzkumu bylo zjistit četnost výskytu depresivních příznaků u vybraného vzorku dospívajících. Na základě prostudované literatury jsme předpokládali, že míra výskytu těchto příznaků bude spíše vyšší u dívek. Dalším cílem výzkumu bylo pak zmapovat situaci a zjistit míru výskytu deprese u dané skupiny dospívajících.

Pro potřeby výzkumu byla vybrána kvantitativní metoda v podobě dotazníků CDI a MHQ. Metoda dotazníků umožňuje získat celkem snadno a rychle určité informace. Problémem u adolescentů může být, že nemusí být ochotni svoje pocity sdělit. Navíc získané informace nemusí být zcela přesné, protože se mohou dotazovaní chtít prezentovat lépe nebo zastírat své potíže. (Vágnerová in Říčan, 2006, s. 457-458)

Prvním ze zmiňovaných dotazníků je dotazník dětských depresí – CDI (viz Příloha B). Tento dotazník sestavila prof. Marie Kovacsová v roce 1977 a vychází z Beckovy sebeposuzovací škály depresí pro dospělé. „Test nebyl standardizován na českou populaci, jeho překlad a instrukce k vyhodnocení i percentilové tabulky uvádí Paclt a Florian (1998).“ (Vágnerová in Říčan, 2006, s. 458). Jedná se o 27 položkový dotazník, který analyzuje celou řadu depresivních symptomů, včetně aktuálních pocitů, poruch nálad, schopnosti prožívat radost, celkového sebehodnocení. Identifikuje pět dílčích projevů deprese – špatnou náladu, interpersonální problémy, neefektivnost, anhedonii a negativní postoj k sobě samému. V tomto dotazníku dětský subjekt hodnotí sám sebe. Každá z dvaceti sedmi položek obsahuje tři tvrzení, které charakterizují stupeň výskytu obtíží (pořád, občas, nikdy), a vyšetřovaný jedinec zaškrťává variantu, která vyjadřuje jeho pocity v posledních dvou týdnech. Při vyhodnocení se bere v úvahu celkové skóre CDI a T-skóre. Skóre od 55 do 75 bodů ukazuje na nadprůměrnou úroveň depresivity. V naší práci jsme nepoužili vyhodnocování dotazníku přes T-skóry, neboť se nejednalo o určení konkrétní míry deprese u každého respondenta zvlášť, ale o průzkum závažnosti situace a četnosti výskytu charakteristik deprese v období adolescence. Zachovali jsem však původní rozdělení jednotlivých otázek do 5 subtestů, abychom mohli konkretizovat výskyt převažujících symptomů deprese.

Druhým dotazníkem výzkumu je MHQ dotazník (viz Příloha C), který mapuje výskyt neurotických obtíží. Obsahuje 57 položek, ohodnoceny 0 až 2 body. Otázky se zaměřují na popis symptomů anxiety, fobie, obsese a kompulze, somatické projekce, deprese, hysterie. Poslední oblastí otázek je lži skóre. Pro účely našeho výzkumu nás zajímá především skóre dosažené v oblasti depresivity. Skóre 8 a více v oblasti těchto otázek ukazuje na depresivitu zkoumaného jedince. Dále jsme se zajímali o skóre dosažené v oblasti anxiety a somatické projekce, neboť tyto projevy jsou úzce propojeny s výskytem depresivního onemocnění. Nesmíme opomíjet ani význam lži skóre, protože dotazník není možno považovat za použitelný, pokud lži skóre dosáhne hodnot 6 a více.

Data získaná tímto dotazníkovým průzkumem byla zpracována pomocí MS Excel, s jehož pomocí jsme údaje pro přehlednost zpracovali do tabulek. Z těchto tabulek byly následně vygenerovány grafy, které nám zaznamenávaly jak četnost výskytu jednotlivých symptomů deprese (CDI dotazník), tak výskytu depresivity samotné (MHQ dotazník). Ve vyhodnocování dat brán zřetel také na pohlaví respondentů.

Na závěr dotazníkového šetření byly respondentům položeny dvě otevřené otázky a to: „*Záchranu proti špatné náladě vidím v...*“ a „*Pokud jsem smutný/á, mám tendenci stranit se...*“. Účelem dotazování bylo zjistit způsob reakce vybrané skupiny adolescentů při pocitech smutku, které by mohly být signálem možného začátku depresivního onemocnění pro rodiče či pedagogy.

6.1 Charakteristika výzkumného vzorku

Pro náš výzkum jsme oslovila studenty jednoho nejmenovaného gymnázia v Plzni ve věku od 15 -18 let – jednalo se o 1. – 3. ročník čtyřletého studijního programu. Výzkum byl proveden ve třech třídách - každá třída odpovídala jednomu ročníku – a podařilo se získat dohromady 75 vyplněných dotazníků (podíl pohlaví respondentů viz tabulka č. 1).

Věk	Počet respondentů	Počet dívek	Počet chlapců
15	11	5	6
16	15	10	5
17	24	18	6
18	25	21	4
Celkem:	75	54	21

Tabulka č. 6 – Počet dívek a chlapců v dané věkové kategorii

V prvním ročníku (15-16 let) jsme měli 26 dotazovaných, z toho šest 15letých a pět 16letých chlapců, pět 15letých a deset 16letých dívek. Ve druhém ročníku (17 let) se zúčastnilo výzkumu 24 respondentů, z toho 6 chlapců a 18 dívek. V ročníku třetím jsme měli 25 dotazovaných, z nichž 4 byli chlapci a 21 byl počet dívek (viz tabulka č. 2).

Ročník	Počet respondentů	Počet dívek	Počet chlapců
1.	26	15	11
2.	24	18	6
3.	25	21	4
Celkem:	75	54	21

Tabulka č. 7 – Počet dívek a chlapců v daném ročníku

Vzorek respondentů je příliš malý na vyvozování generalizujících závěrů o depresivních adolescentech. Také poměr dívek a chlapců zúčastněných v našem průzkumu je velmi rozdílný, a tudíž nelze vyvozovat konkrétní závěry o odlišnostech mezi oběma pohlavími.

Dotazníky byly vyplněny v roce 2014. Před zahájením výzkumu byli respondenti poučeni o tom, jak postupovat při vyplňování obou dotazníků a jakým způsobem mají odpovědět na závěrečné otevřené otázky. Všichni byli upozorněni na to, že výzkum je anonymní a slouží pouze pro účely našeho výzkumu. Jedinými údaji, které se od dotazovaných vyžadovaly, byl věk, ročník studia a pohlaví. Rovněž byl zdůrazněn fakt, že na otázky v dotazníku neexistují správné a špatné odpovědi. Zároveň byli požádáni o to, aby dotazník vyplnili samostatně a co možná nejpravdivěji.

7 Prezentace výsledků výzkumného šetření

V následující kapitole si vyhodnotíme výsledky jednotlivých dotazníků a dvou otázek, které byly položeny výzkumnému vzorku dospívajících rovněž písemnou formou.

7.1 Analýza výsledků dotazníku CDI

Dotazník CDI (Children Depression Inventory, Dotazník dětských depresí) profesorky Marie Kovacsové je 27 položkový dotazník, v němž dítě/dospívající hodnotí sám sebe. Kvantifikuje celou řadu depresivních symptomů, které podchycuje v jednotlivých subtestech. Pojdme si nyní rozebrat výsledky těchto subtestů naší skupiny dospívajících.

Subtest A

Subtest A měří výskyt špatné nálady. Tvoří ho otázky číslo 1, 6, 8, 10, 11 a 13.

Otázka číslo 1	Dívky 15-18 let	Počet %	Chlapci 15-18 let	Počet %	Celkový počet	Počet %
Málokdy jsem smutný/á.	30	55,5	20	95,2	50	66,6
Často jsem smutný/á.	22	40,7	1	4,8	23	30,6
Pořád jsem smutný/á.	2	3,8	0	0	2	2,8

Tabulka č. 8 – Vyhodnocení otázky č. 1

Četnost odpovědí na tuto otázku ukazuje, že 3,8% respondentů cítí smutek pořád. Jedná se o dvě dívky, z chlapců nikdo tuto možnost neoznačil. 66,6% pociťuje smutek málokdy a zbývajících 30,6% pociťuje smutek často. Je zřejmé, že celé dvě třetiny respondentů pociťují smutek málokdy, přičemž převaha chlapců s dobrou náladou je výrazná. Mezi dívkami je ovšem více než čtyřicetiprocentní skupina, která zvolila odpověď „Často jsem smutná“. Z výsledků subtestu A je tak zřejmé, že chlapci si svými problémy své prožívání a náladu kazit nenechají.

Otázka číslo 6	Dívky 15-18 let	Počet %	Chlapci 15-18 let	Počet %	Celkový počet	Počet %
Málokdy přemýšlím o špatných věcech, které se mohou stát.	28	51,9	19	90,5	47	62,7
Mám strach, že se mi stane něco špatného.	22	40,7	1	4,75	23	30,6
Vím určitě, že se mi něco hrozného stane.	4	7,4	1	4,75	5	6,7

Tabulka č. 9 – Vyhodnocení otázky č. 6

Z výše uvedené tabulky vyplývá, že 62,7% respondentů málokdy přemýšlí o špatných věcech. 30,6% dotazovaných má strach, že se jim může stát něco špatného. Zbýlých 6,7% se domnívá, že se jim určitě stane něco hrozného. Stejně jako u předchozí otázky je evidentní, že zcela stejný počet dívek, tedy 22 z celkových 54, odpověděl, že „Mám strach, že se mi stane něco špatného“, ovšem u chlapců tuto odpověď zvolil pouze jeden z nich. Rozdíl mezi oběma pohlavími ve vnímání obav z budoucnosti je tak opět markantní.

Otázka číslo 8	Dívky 15-18 let	Počet %	Chlapci 15-18 let	Počet %	Celkový počet	Počet %
Za všechno špatné můžu já.	5	9,3	2	9,5	7	9,4
Můžu za mnoho špatného.	18	33,3	4	19,1	22	29,3
Za špatné věci obvykle nemůžu.	31	57,4	15	71,4	46	61,3

Tabulka č. 10 – Vyhodnocení otázky číslo 8

Procentuální zastoupení počtu respondentů ukazuje, že více jak jejich polovina si myslí, že za špatné věci obvykle nemůžou (61,3%). 29,3% dotazovaných trpí pocitem, že můžou za mnoho špatného, a 9,4% věří, že všechno špatné je jejich vina. Zde se již rozdíly mezi pohlavími stírají, množství chlapců, kteří své minulé činy vnímají negativním pohledem, se zvýšilo na 28,6%, dívek pak na 42,6%.

Otázka číslo 10	Dívky 15-18 let	Počet %	Chlapci 15-18 let	Počet %	Celkový počet	Počet %
Každý den je mi do pláče.	4	7,4	0	0	4	5,3
Často je mi do pláče.	15	27,8	1	4,8	16	21,3
Málokdy je mi do pláče.	35	64,8	20	95,2	55	73,4

Tabulka č. 11 – Vyhodnocení otázky číslo 10

73,4% dotazovaných zvolilo odpověď „Málokdy je mi do pláče.“ Tuto odpověď zvolilo celkem 95,2% chlapců, zbylých 4,8% si vybralo odpověď „Často je mi do pláče.“ U dívek situace vypadá tak, že 64,8% je málokdy do pláče, 27,8% je do pláče často a 5,3% uvedlo, že je jim do pláče každý den (jedná se o čtyři dívky). I zde je patrné, že dívky prožívají své problémy výrazně citlivěji, přičemž pláč je pro ně mnohem více přirozenější reakcí než pro chlapce. Kdyby mužský respondent neexistoval, podíl chlapců, kteří nepovažují pláč za nástroj řešení problémů ani jeho důsledek, by byl stoprocentní.

Otázka číslo 11	Dívky 15-18 let	Počet %	Chlapci 15-18 let	Počet %	Celkový počet	Počet %
Všechno mě nudí.	3	5,5	1	4,8	4	5,3
Často mě něco nudí.	22	40,8	4	19	26	34,7
Jen málokdy se nudím.	29	53,7	16	76,2	45	60

Tabulka č. 12 – Vyhodnocení otázky číslo 11

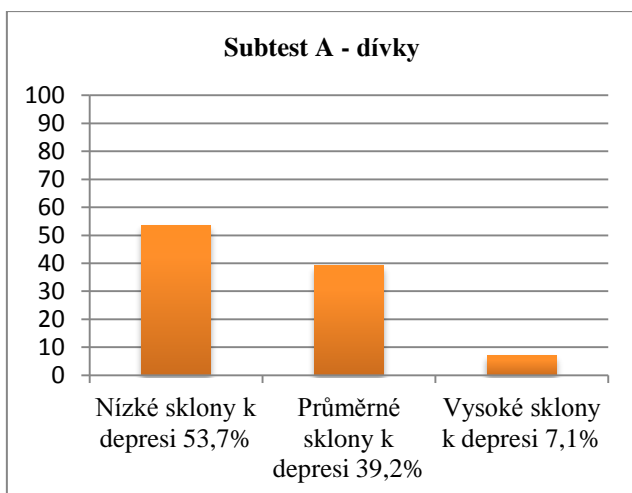
Z vyhodnocení otázky číslo 11 vyplývá, že celých 60% dospívajících se nudí jen málokdy. 34,7% pociťuje nudu často. Tři dívky a jeden chlapec uvedli, že je nudí všechno (5,3%). U této otázky, která ukazuje postoj a zájem o okolní dění, již opět nejsou rozdíly mezi oběma pohlavími tak markantní.

Otázka číslo 13	Dívky 15-18 let	Počet %	Chlapci 15-18 let	Počet %	Celkový počet	Počet %
Vůbec se nedokážu soustředit.	5	9,3	1	4,75	6	8
Je těžké se soustředit.	28	51,8	2	9,5	30	40
Snadno se dokážu soustředit.	21	38,9	18	85,75	39	52

Tabulka č. 13 – Vyhodnocení otázky číslo 13

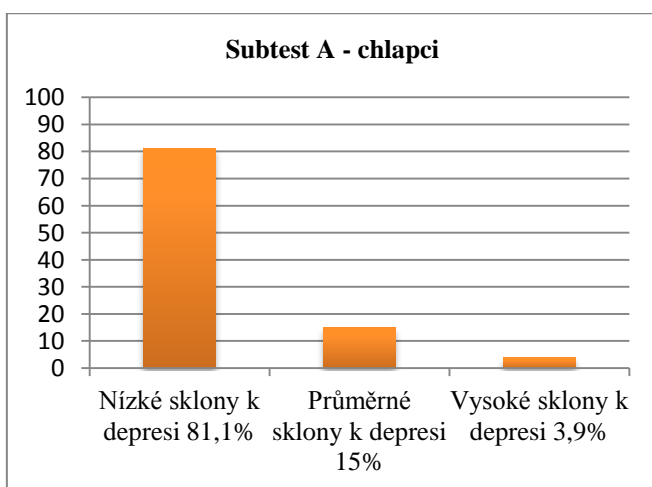
Výsledky vyhodnocení otázky číslo 13 ukazují, že 52% respondentů se dokáže soustředit snadno a 40% se dokáže soustředit těžko. Tato čísla jsou velmi vyrovnaná. Zbýlých 8% uvedlo, že se nedokážou soustředit vůbec. Ovšem procento chlapců, kteří se dokážou snadno soustředit, je opět výrazně vyšší než dívek. I odpovědi na tuto otázku tedy potvrzují naši hypotézu, že s životními problémy se chlapci vyrovnávají s mnohem menšími těžkostmi než dívky.

Shrnutí subtestu A



Graf č. 1 – Vyhodnocení subtestu A – dívky

Jak je patrné z grafu č. 1, již první subtest potvrzuje hypotézu, že ve věkovém vzorku 15 – 18 let jsou to dívky, které mají výraznější sklony k depresím, častěji o sobě pochybují a jsou nejisté.



Graf č. 2 – Vyhodnocení subtestu A – chlapci

Zatímco výraznější sklony k depresím má 7,1% dívek, u chlapců je to pouze 3,9 % (viz graf č. 2), naopak nízký sklon k depresím má celých 81,1% chlapců, dívek však jen 53,7%. Nejmarkantněji se odpovědi dívek a chlapců liší u odpovědi „Málokdy/Pořád jsem smutný.“, „Každý den/Málokdy je mi do pláče.“ a zejména „Vůbec se nedokážu/Snadno se dokážu soustředit.“ Být děvčetem tohoto věku opravdu není jednoduché.

Subtest B

Subtest B se zaměřuje na výskyt problémů v mezilidských vztazích. Obsahuje otázky číslo 5, 12, 26 a 27.

Otázka číslo 5	Dívky 15-18 let	Počet %	Chlapci 15-18 let	Počet %	Celkový počet	Počet %
Pořád je mi zle.	1	1,9	1	4,8	2	2,7
Často se cítím špatně.	18	33,3	1	4,8	19	25,3
Málokdy se cítím špatně.	35	64,8	19	90,4	54	72

Tabulka č. 14 – Vyhodnocení otázky č. 5

Z vyhodnocení četnosti odpovědí na dané varianty této otázky vyplývá, že celých 72% dospívajících z našeho výzkumného vzorku se málokdy cítí špatně. 25,3% zvolilo odpověď „Často se cítím špatně.“ I zde je převaha chlapců, kteří se málokdy cítí špatně (90,4%) výrazná, neboť u dívek tuto odpověď označilo pouze 64,8%.

Otázka číslo 12	Dívky 15-18 let	Počet %	Chlapci 15-18 let	Počet %	Celkový počet	Počet %
Jsem rád/a mezi lidmi.	34	63	17	80,9	51	68
Často nechci být mezi lidmi.	19	35,1	3	14,3	22	29,3
Vůbec nechci být mezi lidmi.	1	1,9	1	4,8	2	2,7

Tabulka č. 15 – Vyhodnocení otázky č. 12

Tabulka mapující odpovědi na otázku číslo dvanáct nám ukazuje, že 68% respondentů je rádo obklopeno druhými lidmi. 29,3% procent naopak nechce být mezi lidmi často a 2,7% netouží být mezi lidmi vůbec. Pokud porovnáme odpovědi jednotlivých pohlaví na tuto otázku, zjistíme, že procento dívek, které se někdy straní lidí, je opět větší než u chlapců, ovšem rozdíl již není tak výrazný a existuje i dost chlapců, kteří v určitých chvílích nechtějí být mezi lidmi. K podobnému závěru došel výzkum v rámci Euronet Pilot Study zaměřený na různé oblasti subjektivního prožívání a hodnocení, kdy na nedostatek vlastního soukromí doma si stěžovala asi čtvrtina adolescentů a to více chlapci než dívky. (Macek, 1999, s. 102-104)

Otázka číslo 26	Dívky 15-18 let	Počet %	Chlapci 15-18 let	Počet %	Celkový počet	Počet %
Většinou udělám to, co se po mně chce.	38	70,4	21	100	59	78,7
Většinou neudělám to, co se po mně chce.	15	27,7	0	0	15	20
Nikdy neudělám, co se po mně chce.	1	1,9	0	0	1	1,3

Tabulka č. 16 – Vyhodnocení otázky č. 26

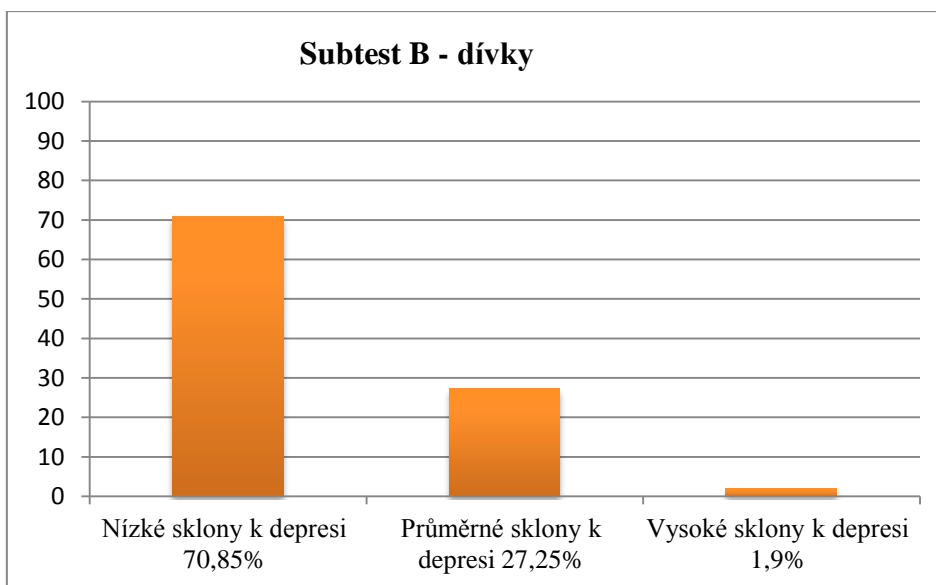
Tato otázka se zabývala konformitou a nonkonformitou respondentů. V celkovém souhrnu 78,7% z nich většinou udělá, co se po nich chce, 20% většinou neudělá, co se po nich chce.. Je ovšem zajímavé, že všichni chlapci zvolili odpověď „Většinou udělám to, co se po mně chce“, ostatní méně příznivé varianty zvolily pouze dívky. Ačkoli v obecném povědomí jsou vždy dívky považovány za konformnější ve srovnání s chlapci, odpovědi na tuto otázku ukazují přesný opak. Lze se domnívat, že důvodem pro tento výsledek může být v této skupině respondentů větší míra potřeby sebezpracování u dívek. V období adolescence je takový konflikt nezbytným předpokladem pro překonání závislosti na autoritě a získání pocitu vlastní autonomie.

Otázka číslo 27	Dívky 15-18 let	Počet %	Chlapci 15-18 let	Počet %	Celkový počet	Počet %
Dobře vycházím s lidmi.	46	85,2	20	95,2	66	88
Často se s někým hádám nebo peru.	7	12,9	1	4,8	8	10,7
Pořád se s někým hádám nebo peru.	1	1,9	0	0	1	1,3

Tabulka č. 17 – Vyhodnocení otázky č. 27

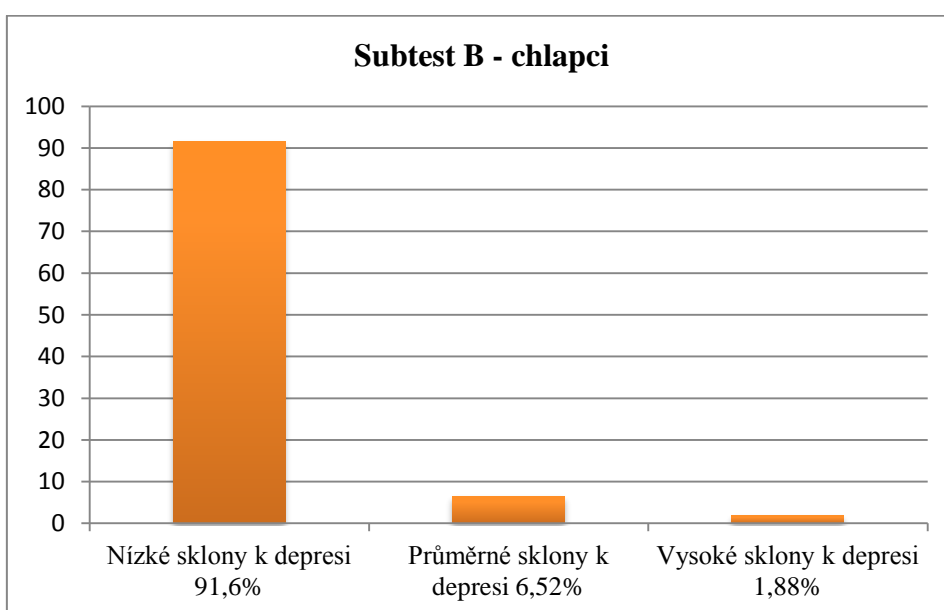
Z odpovědí na tuto otázku je zřejmé, že drtivá většina adolescentů vychází s ostatními dobře. Tuto odpověď zvolilo přes 85% dívek a přes 95% chlapců. Variantu, že se často s někým hádá nebo pere, zvolilo téměř 13% dívek. I zde je patrný rozdíl mezi dívkami a chlapci, kdy procento dívek je výraznější. Lze to přičíst hlubšímu citovému prožívání konfliktů v kolektivu. I schopnost obstát v interpersonálních vztazích je zdrojem sebedůvěry.

Shrnutí subtestu B



Graf č. 3 – Vyhodnocení subtestu B – dívky

I zde se naplňuje naše hypotéza o větších negativních sklonech dívek oproti stejně starým chlapcům. Vysoké sklony k depresi má sice stejné procento dívek i chlapců (u obou nízkých 1,9%), ovšem „bezproblémových“ je celých 91,6% chlapců (viz graf č. 4) a pouze 70,85% dívek (viz graf č. 3). Chlapci lépe vycházejí s lidmi, jsou raději v kolektivu a zejména dělají to, co se po nich chce (i když je otázkou, zda toto tvrzení platí v reálném světě vždy a za každých podmínek).



Graf č. 4 – Vyhodnocení subtestu B – chlapci

Subtest C

Subtest C se zabývá mírou sebehodnocení. Tvoří ho otázky číslo 3, 15, 23 a 24.

Otázka číslo 3	Dívky 15-18 let	Počet %	Chlapci 15-18 let	Počet %	Celkový počet	Počet %
Skoro všechno dělám dobře.	31	57,4	20	95,2	51	67,4
Hodně věcí dělám špatně.	22	40,7	1	4,8	23	30,7
Všechno dělám špatně.	1	1,9	0	0	1	1,9

Tabulka č. 18 – Vyhodnocení otázky č. 3

Vyhodnocení této otázky nám ukázalo, že 67,4% respondentů si myslí, že téměř všechno dělá dobře. 30,7% se domnívá, že hodně věcí dělá špatně (jednalo se pouze o jednoho chlapce (4,8%), zbytek tvoří odpovědi dívek). Pouze jedna dívka zaškrtnla, že všechno dělá špatně, nikdo z chlapců tuto možnost neoznačil. Kdyby nebylo jednoho chlapce, který označil odpověď „Hodně věcí dělám špatně“, byla by skupina chlapců, označivších odpověď „Skoro všechno dělám dobře“, stoprocentní. Je tak evidentní, že chlapci na rozdíl od dívek považují výsledky svého snažení za pozitivní a netrpí obavami a sníženým sebevědomím.

Otázka číslo 15	Dívky 15-18 let	Počet %	Chlapci 15-18 let	Počet %	Celkový počet	Počet %
K práci ve škole se musím pořád nutit.	12	22,2	2	9,5	14	18,7
K práci ve škole se musím často nutit.	26	48,1	3	14,3	29	38,6
Pracovat ve škole mi nedělá potíže.	16	20,7	16	76,2	32	42,7

Tabulka č. 19 – Vyhodnocení otázky č. 15

Z analýzy četnosti odpovědí ohledně práce ve škole vyplývá, že 42,7% pracovat ve škole nedělá potíže. 38,6% dotazovaných se k práci ve škole musí nutit a to často (je zde viditelný rozdíl mezi dívkami a chlapci – 48,1% vs. 14,3%). A k práci ve škole se musí nutit neustále 18,7% (opět velký rozdíl mezi dívkami a chlapci – 22,2% vs. 9,5%). Je evidentní, že výrazně větší procento chlapců deklaruje své menší potíže při školní práci. Je ovšem otázkou, zda se tato deklarace přetaví i do konkrétních školních výsledků.

Otázka číslo 23	Dívky 15-18 let	Počet %	Chlapci 15-18 let	Počet %	Celkový počet	Počet %
Ve škole se mi daří.	37	68,5	17	81	54	71,4
Ve škole se mi daří hůře než dříve.	16	29,6	4	19	20	26,7
Nejdou mi už ani předměty, ve kterých jsem byl dříve dobrý/á.	1	1,9	0	0	1	1,9

Tabulka č. 20 – Vyhodnocení otázky č. 23

Z vyhodnocení odpovědí týkající se subjektivního vnímání školní úspěšnosti je zřejmé, že celkem 71,4% respondentů se domnívá, že se jim ve škole daří. To, že se něco změnilo a ve škole se jim daří hůře než dříve, vnímá 26,7%. Procento chlapců, kteří tvrdí, že se jim ve škole daří, je opět vyšší, ovšem nikoli tak výrazně jako u otázky předchozí. Možná je to důsledkem korekce předchozí otázky skutečnými školními výsledky.

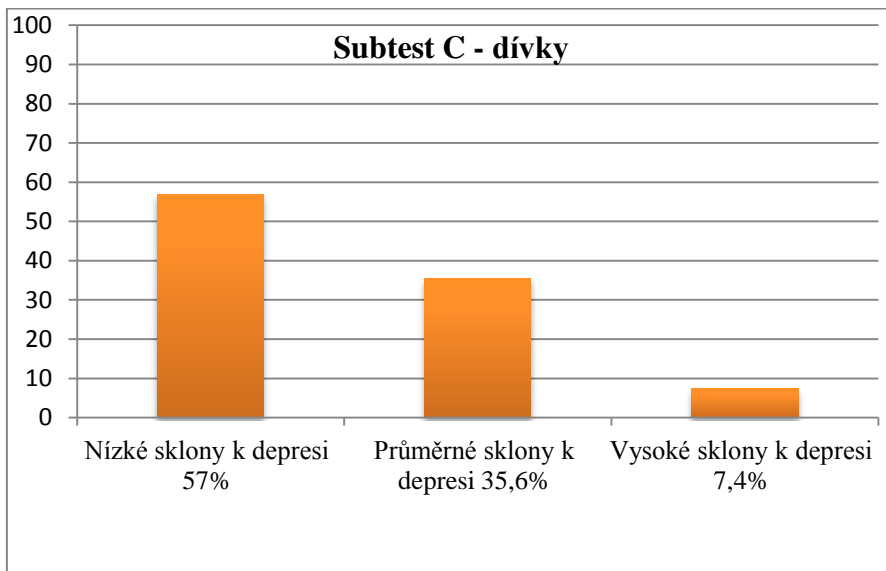
Otázka číslo 24	Dívky 15-18 let	Počet %	Chlapci 15-18 let	Počet %	Celkový počet	Počet %
Nikdy nebudu tak dobrý/á jako ostatní.	2	3,7	0	0	2	3,7
Když chci, můžu být stejně dobrý/á jako ostatní.	13	24,1	9	42,9	22	29,3
Jsem stejně dobrý/á jako ostatní.	39	72,2	12	57,1	51	67

Tabulka č. 21 – Vyhodnocení otázky č. 24

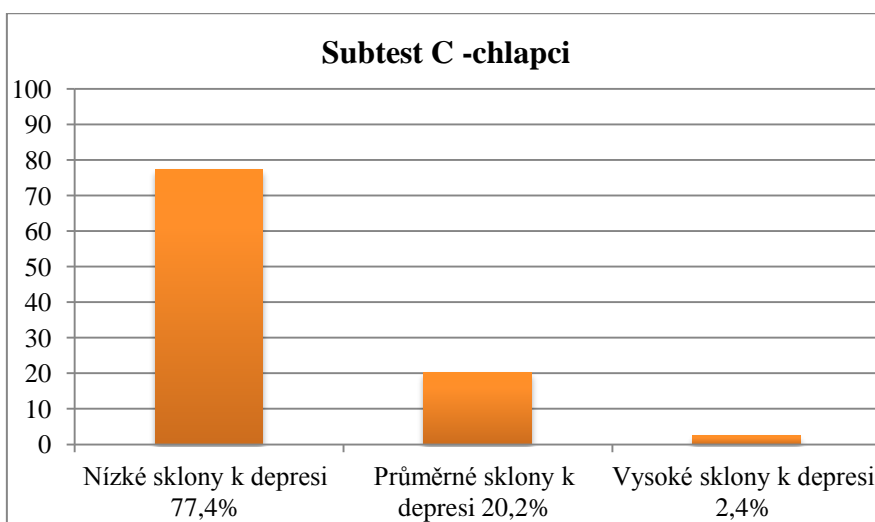
Tato otázka byla zaměřena na srovnání s ostatními a 67% dospívajících z naší výzkumné skupiny se domnívá, že jsou stejně dobří jako ostatní. 29,3% jsou toho názoru, že kdyby chtěli, můžou být stejně dobří jako ostatní. 3,7% se domnívá, že nikdy nebudou tak dobří jako ostatní (v této poslední odpovědi převažují dívky, žádný z chlapců tuto možnost neoznačil). Zde si povšimněme výrazně negativnějších odpovědí chlapců ve srovnání s předchozími otázkami. Je evidentní, že ani chlapci nejsou imunní vůči pochybám o sobě samých. Tento výsledek koresponduje s faktem, že v období adolescence dochází k utváření sebepojetí, k ustálení vnímání vlastního já. Tento proces se samozřejmě bez pochybování ve srovnání s ostatními neobejde.

Shrnutí subtestu C

I subtest C pokračuje v nastoleném trendu – chlapci mají výrazně nižší sklon k depresivitě než dívky. (viz graf č. 5 a 6)



Graf č. 5 – Vyhodnocení subtestu C – dívky



Graf č. 6 – Vyhodnocení subtestu C - chlapci

Dokazují to výrazně vyšší procenta chlapců, volících si odpovědi „Skoro všechno dělám dobře“ a „Pracovat ve škole mi nedělá potíže“. Pouze u poslední možnosti výběru zvolilo kladnou odpověď „Jsem stejně dobrý /á jako ostatní“ menší množství chlapců (57,1%) než dívek (72,2 %)! Je to poprvé v celém testu, kdy dívky zvolily pozitivnější odpověď častěji než chlapci. Možným důvodem, proč tomuto tak bylo, shledávám v okolnosti, že odpovědi vyjadřují nejen samotný vnitřní pocit a prožívání respondenta, ale i konfrontaci tohoto sebehodnocení s okolním světem, kdy se dívky přece jen nehodnotí tak výrazně negativně.

Subtest D

Subtest D měří příznaky anhedonie. Skládá se z otázek číslo 4, 16, 17, 18, 19, 20, 21 a 22.

Otázka číslo 4	Dívky 15-18 let	Počet %	Chlapci 15-18 let	Počet %	Celkový počet	Počet %
Mnoho věcí mě baví.	22	40,7	9	42,9	31	41,3
Baví mě jenom něco.	30	55,6	11	52,3	41	54,7
Nic mě nebaví.	2	3,7	1	4,8	3	4

Tabulka č. 22 – Vyhodnocení otázky č. 4

54,7% respondentů baví jenom něco. Povšimněme si, že poměr dívek a chlapců je u všech možných variant odpovědí téměř totožný. Je evidentní, že adolescenti bez rozdílu pohlaví shodně deklarují svůj postoj ke světu, přičemž zde vyvstává podezření, že vyjádření přílišného nadšení není „cool“ a na místě je určitá zdrženlivost ve vyjadřování svých pocitů.

Otázka číslo 16	Dívky 15-18 let	Počet %	Chlapci 15-18 let	Počet %	Celkový počet	Počet %
Každou noc spím špatně.	7	13	0	0	7	13
Často spím špatně.	20	37	4	19	24	28,3
Spím dobře.	27	50	17	81	44	58,7

Tabulka č. 23– Vyhodnocení otázky č. 16

Z analýzy odpovědí otázky číslo 16 vyplývá, že 58,7% dotazovaných spí dobře. 28,3% naopak spí často špatně (procentuální zastoupení bylo u dívek – 37%, zatímco chlapců bylo 19%). Možnost „Každou noc spím špatně“ označilo celkem sedm dívek (!) a žádný z chlapců. I z tohoto výsledku je patrné, že dívky mají mnohem větší obavy z toho, jak jsou hodnoceny svým okolím, což se projevuje i na špatném spánku.

Otázka číslo 17	Dívky 15-18 let	Počet %	Chlapci 15-18 let	Počet %	Celkový počet	Počet %
Málokdy jsem unavený/á.	20	37	10	47,6	30	40
Často jsem unavený/á.	27	50	10	47,6	37	49,3
Pořád jsem unavený/á.	7	13	1	4,8	8	10,7

Tabulka č. 24– Vyhodnocení otázky č. 17

Otázka číslo 17 měří výskyt pocitů únavy. Zde je zřejmé, že procento chlapců, kteří se cítí často unaveni, je téměř totožné z procentem dívek. Ani rozdíl mezi dívkami a chlapci, označujícími odpověď „Málokdy jsem unavený/á“, není nijak markantní. Je evidentní, že na obě pohlaví doléhají nároky školních a jiných povinností téměř stejně.

Otázka číslo 18	Dívky 15-18 let	Počet %	Chlapci 15-18 let	Počet %	Celkový počet	Počet %
Většinou nemám chuť k jídlu.	6	11,1	0	0	6	11,1
Často nemám chuť k jídlu.	17	31,5	3	14,3	20	26,7
Mám chuť k jídlu.	31	57,4	18	85,7	49	62,2

Tabulka č. 25 – Vyhodnocení otázky č. 18

Z vyhodnocení otázky číslo 18 lze konstatovat, že 62,2% respondentů má obvyklou chuť k jídlu, zatímco 26,7% z nich nepociťuje chuť k jídlu často (jednalo se o tři chlapce (14,3%), zbytek tvořily dívky). Rozdíl mezi pohlavími je zde enormní. Je zcela evidentní, že chlapci si chuť k jídlu nenechají zkažit žádnými starostmi. Zcela určitě to souvisí i s otázkou fyzického vzhledu, neboť procento dívek řešících svoji postavu je určitě výrazně vyšší.

Otázka číslo 19	Dívky 15-18 let	Počet %	Chlapci 15-18 let	Počet %	Celkový počet	Počet %
Nestarám se o různé své starosti a bolesti.	22	40,7	15	71,4	37	49,3
Často mě trápí různé starosti a bolesti.	30	55,6	6	28,6	36	47
Pořád mě trápí různé starosti a bolesti.	2	3,7	0	0	2	3,7

Tabulka č. 26 – Vyhodnocení otázky č. 19

Z výzkumné skupiny adolescent se 49,3% nestará o své starosti a bolesti. Dvě dívky trápí různé starosti a bolesti pořád, z chlapců tuto možnost nikdo neoznačil. Rozdíl mezi dívkami a chlapci, deklarujícími, že se nestarají o různé své starosti a bolesti, je opět markantní. Dle mého názoru může být způsoben i rozdílným nazíráním obou pohlaví na svět, kdy od chlapců se očekává, že své starosti a bolesti nebudou na rozdíl od dívek dávat příliš najevo.

Otázka číslo 20	Dívky 15-18 let	Počet %	Chlapci 15-18 let	Počet %	Celkový počet	Počet %
Necítím se sám.	28	51,9	16	76,2	44	58,7
Často se cítím sám.	24	44,4	3	14,3	27	36
Pořád se cítím sám.	2	3,7	2	9,5	4	5,3

Tabulka č. 27 – Vyhodnocení otázky č. 20

Z tabulky je zřejmé, že 58,7% respondentů samotou nijak nepociťuje. Naopak 36% říká, že se cítí sami často. Zde výrazně převažují dívky oproti chlapců – 44,4% oproti 14,3%. 5,3% uvedlo, že se cítí sami neustále (jednalo se o dvě dívky a o dva chlapce). Ačkoli odpověď „Často se cítím sám“ zvolilo výrazně více dívek než chlapců, odpověď „Pořád se cítím sám“ zvolil stejný počet dívek jako chlapců, což procentuálně vyjádřeno znamená výrazně vyšší procento chlapců. Je tak zřejmé, že i mezi chlapci existují jedinci, kteří špatně hledají kamarády. Tento výsledek může souviset jak s temperamentem osobnosti (introvert vs. extravert), tak s rozvojem komunikačních dovedností, neboť ty tvoří v adolescenci důležitý aspekt interpersonálních vztahů.

Otázka číslo 21	Dívky 15-18 let	Počet %	Chlapci 15-18 let	Počet %	Celkový počet	Počet %
Ve škole nemám nikdy legraci.	4	7,4	0	0	4	7,4
Málokdy mám ve škole legraci.	20	37	5	23,8	25	31,2
Často mám ve škole legraci.	30	55,6	16	76,2	46	61,4

Tabulka č. 28 – Vyhodnocení otázky č. 21

Procentuální zastoupení jednotlivých odpovědí této otázky je takové, že 61,4% dotazovaných říká, že legraci ve škole zažívá často, zatímco 31,2% přiznává, že ve škole má legraci málokdy. 7,4% říká, že ve škole nezažívá legraci nikdy (tuto možnost vybraly pouze dívky). Ovšem rozdíl mezi pohlavími zde není tak výrazný jako u jiných otázek.

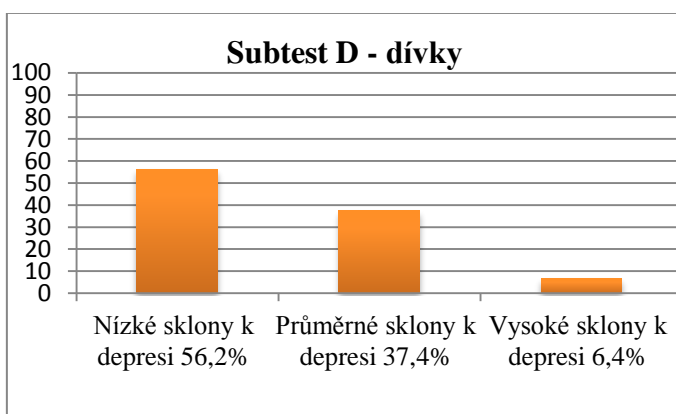
Otázka číslo 22	Dívky 15-18 let	Počet %	Chlapci 15-18 let	Počet %	Celkový počet	Počet %
Mám hodně kamarádů.	36	66,7	15	71,4	51	67
Mám několik kamarádů, ale chtěl bych jich mít víc.	16	29,6	6	28,6	22	29,3
Nemám žádné kamarády.	2	3,7	0	0	2	3,7

Tabulka č. 29 – Vyhodnocení otázky č. 22

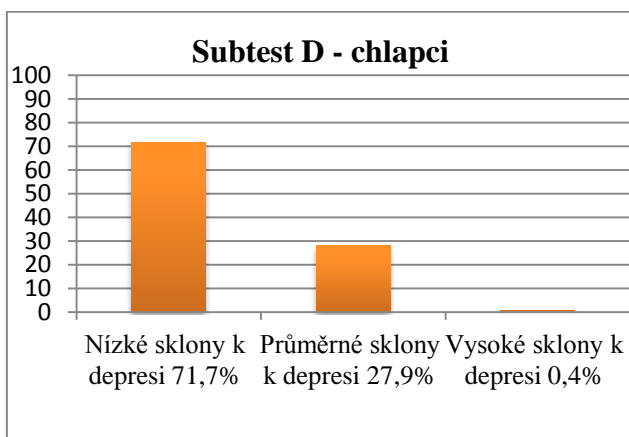
Z vyhodnocení poslední otázky subtestu D lze vyčíst, že 67% dospívajících z našeho výzkumného vzorku má pocit, že mají hodně kamarádů. 29,3% z nich si myslí, že má sice několik kamarádů, ale rádo by jich mělo více. Procentuální rozdíl mezi pohlavími je opět minimální. Je evidentní, že dívky i chlapci si hledají kamarádky a kamarády v kolektivu v podstatě stejně úspěšně. Uvádí se, že blízké přátelství mezi děvčaty je v adolescenci častější a důležitější než přátelství mezi chlapci. Nejobtížnější je z tohoto hlediska období mezi 14 - 16 lety, kdy dívky do přátelských vztahů nejvíce emocionálně zaangażované a nejvíce se obávají odmítnutí. (Macek, 2003, s. 74-75)

Shrnutí subtestu D

Subtest D zobrazoval míru neschopnosti radovat se z každodenních běžných věcí. I v tomto subtestu lze najít odpovědi, kde obě pohlaví odpovídala téměř shodně, např. u otázek na zájem o okolní dění a subjektivní pocitování únavy. Ovšem pokud jde o „praktické“ stavy a pocity – chuť k jídlu, kvalita spánku, zabývání se starostmi a bolestmi - zde je opět výrazně vyšší procento chlapců, kteří tyto stavy neřeší a nemají s nimi problémy. I odpověď „Necítím se sám“ zvolilo o čtvrtinu víc chlapců. Ačkoli jsme označili otázky v tomto subtestu za „praktické stavy a pocity“, nesmíme zapomínat, že negativní odpovědi právě na tyto otázky mohou signalizovat počínající stavy deprese či sklony k nim (viz graf č. 7 a 8). Výskyt anhedonie může souviset s hormonálními změnami, probíhajícími v adolescenci, které mají za následek zvýšenou emoční labilitu, tím dochází k posunu nálad směrem k negativnímu ladění.



Graf č. 7 – Vyhodnocení subtestu D - dívky



Graf č. 8 – Vyhodnocení subtestu D - chlapci

Subtest E

Subtest E ukazuje míru negativního postoje k sobě samému. Je tvořen otázkami číslo 2,7,9,14 a 25.

Otázka číslo 2	Dívky 15-18 let	Počet %	Chlapci 15-18 let	Počet %	Celkový počet	Počet %
Nic se mi nedaří.	5	9,2	1	4,8	6	8
Nejsem si jistý/á, jestli se mi daří.	21	38,9	10	47,6	31	41,3
Všechno se mi daří.	28	51,9	10	47,6	38	50,7

Tabulka č. 30 – Vyhodnocení otázky č. 2

Z vyhodnocení otázky číslo 2 vyplývá, že 50,7% respondentů má pocit, že se jim daří všechno. Zajímavé je, že v tomto případě jsou více zastoupeny dívky oproti chlapcům – 51,9% oproti 47,6%. 41,3% si není jisto, zda se jim daří, a celých 8% (!) si myslí, že se jim nedaří nic. Tuto možnost označili pět dívek a jeden chlapec. Ani u této otázky nejsou rozdíly mezi pohlavími natolik výrazné, abychom mohli bez dalšího tvrdit, že chlapcům se dle jejich hodnocení věci daří mnohem lépe.

Otázka číslo 7	Dívky 15-18 let	Počet %	Chlapci 15-18 let	Počet %	Celkový počet	Počet %
Nenávidím se.	2	3,7	0	0	2	3,7
Nemám se rád.	13	24,1	4	19	17	22,6
Mám se rád.	39	72,3	17	81	56	73,7

Tabulka č. 31 – Vyhodnocení otázky č. 7

Z této tabulky lze vyčíst, že 73,7% dospívajících z naší výzkumné skupiny vykazuje sebelásku. 22,6% tvrdí, že se rádo nemá. Nemá se rádo značně více dívek než chlapců – 24,1% oproti 19%. Dvě dívky označilo odpověď „Nenávidím se“, chlapci nejsou zastoupeni. Rozdíly mezi pohlavími nejsou výrazné, ovšem žádný z chlapců neoznačil výslovně negativní odpověď.

Otázka číslo 9	Dívky 15-18 let	Počet %	Chlapci 15-18 let	Počet %	Celkový počet	Počet %
Nemyslím na to, že bych se zabil/a.	45	83,3	18	85,7	63	84
Přemýšlím o tom, že bych se zabil/a ale neudělal/a bych to.	9	16,7	3	14,3	12	16
Chci se zabít.	0	0	0	0	0	0

Tabulka č. 32 – Vyhodnocení otázky č. 9

Výsledky vyhodnocení otázky číslo 9 jsou značně znepokojující. Přestože 84% z dotazovaných nepřemýšlí o tom, že by se zabilo, celých 16% z nich ovšem myšlenky na sebevraždu mívá. Výsledek je navíc celkem vyrovnaný i co se pohlaví týče – 16,7% dívek a 14,3% chlapců. Naštěstí nikdo z respondentů neoznačil variantu „Chci se zabít“. Ovšem i přemýšlení o sebevraždě lze považovat za negativní jev, který zcela určitě nelze přejít pouze poukazem na zvýšenou citlivost adolescentů. Na druhou stranu zde určitě hraje svoji roli fantazie teenagerů, která se tak ráda zabývá „zakázanými“ tématy.

Otázka číslo 14	Dívky 15-18 let	Počet %	Chlapci 15-18 let	Počet %	Celkový počet	Počet %
Vypadám dobře.	22	40,7	15	71,4	37	47,7
Některé věci na mně nejsou hezké.	29	53,7	6	28,6	35	46,7
Vypadám ošklivě.	3	5,6	0	0	3	5,6

Tabulka č. 33 – Vyhodnocení otázky č. 14

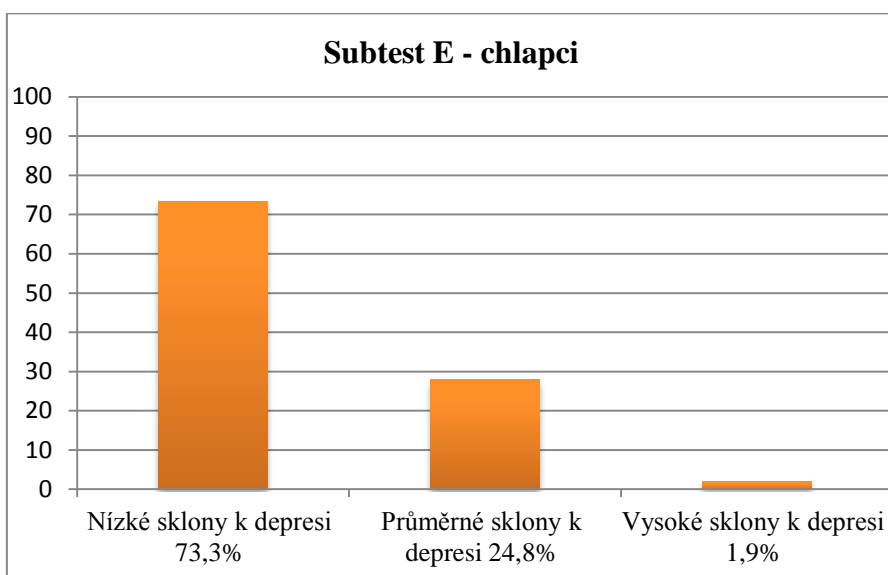
Z vyhodnocení odpovědí otázky číslo 14 vyplývá, že výsledky jsou vyrovnané. 47,7% dotazovaných o sobě říká, že vypadá dobře, a 46,7% se domnívá, že některé věci na nich hezké nejsou. Zde převažovalo zastoupení dívek – 53,7% oproti 28,6% chlapců. Tři dívky se domnívají, že vypadají ošklivě. Tyto odpovědi zcela určitě souvisejí s vyšším důrazem dívek na fyzický vzhled, neboť v oblasti hodnocení vlastního já prožívají dívky negativní i pozitivní emoce v silnější míře než chlapci. Tyto rozdíly mohou souviset i s pubertálními změnami, které obvykle právě dívky prožívají hůře.

Otázka číslo 25	Dívky 15-18 let	Počet %	Chlapci 15-18 let	Počet %	Celkový počet	Počet %
Nikdo mě nemá doopravdy rád.	3	5,6	1	4,8	4	5,3
Nevím, jestli mě má někdo rád.	13	24	3	14,4	16	21,3
Někdo mě určitě má rád.	38	70,4	17	80,8	55	73,4

Tabulka č. 34 – Vyhodnocení otázky č. 25

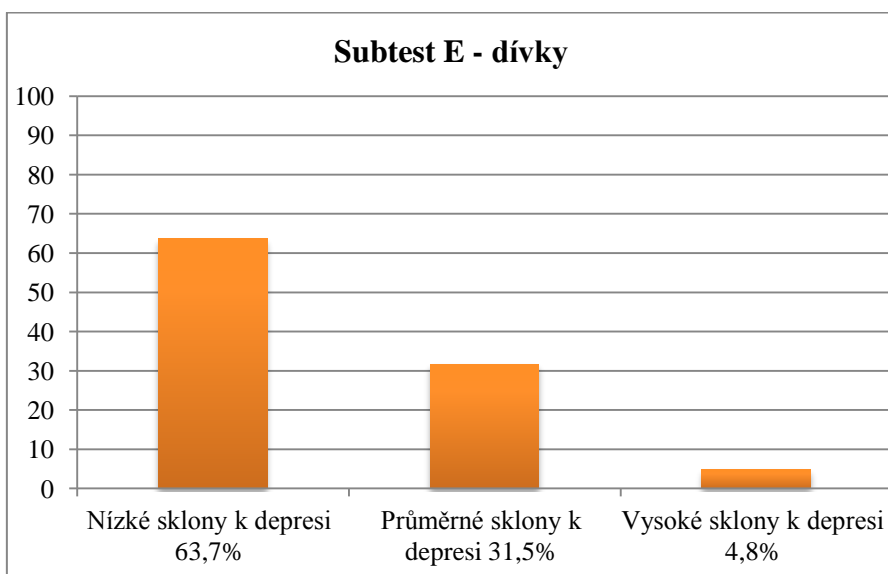
73,4% dospívajících z našeho výzkumného vzorku si myslí, že je má někdo určitě rád. Ovšem 21,3% z nich si není jisto, jestli je má někdo rád, což je alarmující výsledek. Rozdíly mezi pohlavími zde nejsou příliš výrazné, existuje i dost chlapců, kteří pochybují sami o sobě. Tato reflexe vztahu druhých lidí k sobě samému úzce souvisí s budováním vztahu k sobě, neboť zejména pro období adolescence je příznačné, že člověk může současně zažívat vysokou míru jak pozitivních, tak negativních pocitů vztahujících se k vlastnímu já.

Shrnutí subtestu E



Graf č. 10 – Vyhodnocení subtestu E – chlapci

I tento subtest ukazuje výrazně kladnější přístup chlapců k sobě samému (viz graf č. 10). Nejvýrazněji je to vidět u posuzování tělesného vzhledu. Přes sedmdesát procent chlapců se domnívá, že vypadá dobře, za ošklivého se nepovažuje žádný z nich. Naopak přes pět procent dívek se považuje za ošklivé a jen čtyřicet procent za hezké. Je zcela evidentní, že tělesnému vzhledu přikládají dívky mnohem větší důležitost. Překvapilo by mě, kdyby tomu bylo jinak. Tento fakt se rovněž projevil ve vyhodnocení tohoto subtestu u dívek:



Graf č. 9 – Vyhodnocení subtestu E – dívky

7.2 Analýza výsledků dotazníku MHQ

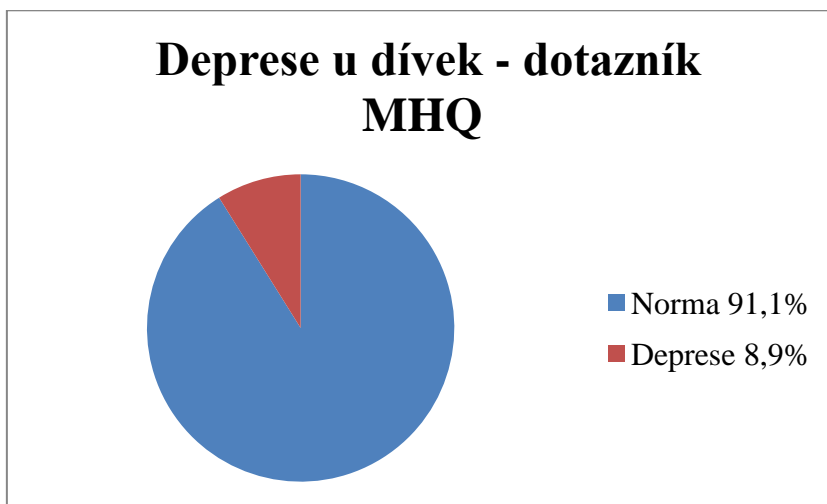
Druhou metodou výzkumného šetření byl standardizovaný dotazník MHQ (Middlesex Hospital Questionnaire), sloužící ke zjištění dispozic k neuroticizmu jako celku a také k dispozici k jednotlivým kategoriím – k úzkosti, fobii, obsesi, somatizaci, depresi a disociačně konverzní neurotické poruše. Pro cíle výzkumu jsme se zaměřili na skóre získané v kategorii dispozice k depresi. Depresivní porucha se začíná projevovat právě v adolescenci a projevuje se především únavou, poruchami spánku, ztrátou radosti ze života, pocitem osamělosti. Více než u dospělých se objevují pocity nudy, histrionské a riskantní chování spojené s konzumací alkoholu či drog. Adolescenti často přemýšlí nad minulostí, dostávají se pocity viny z vlastní nedostatečnosti, zoufalství a beznaděje. Někdy trpí i hypochondrickými obavami, stěžují si na tělesné obtíže a únavu. Dochází k selhávání ve škole v důsledku poklesu pozornosti či nesoustředění. Adolescenti jsou k sobě někdy příliš kritičtí, mají nízké sebehodnocení, cítí se až bezvýznamní a bezcenní. Na výše zmíněné příznaky jsou zaměřeny otázky z kategorie deprese tohoto dotazníku.

Neopomněli jsme brát v potaz ani poslední součást dotazníku, a to cenný skór věrohodnosti (lži skóre), který dává zpětnou vazbu o tom, nakolik jsou odpovědi pravdivé. V případě, že je hodnota tohoto skóre pod normou, jedná se o jedince, kteří se velmi podceňují a kladou na sebe velkou zátěž. Pokud jsou hodnoty nad normu, jde o jedince, kteří se chtějí udělat lepšími a vysoce se nadhodnocují.

Přistupme nyní k celkovému vyhodnocení vybraného souboru. Pro potvrzení či vyvrácení naší hypotézy jsme se stejně jako při analýze výsledků dotazníku CDI při vyhodnocování dat získaných z dotazníku MHQ zaměřili nejen na skupinu jako celek, ale také na intersexuální rozdíly.

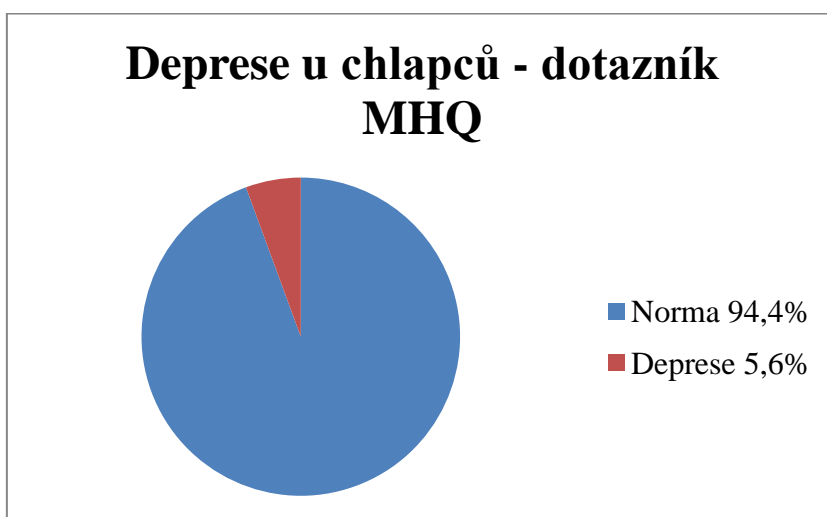
Při šetření bylo zjištěno, že z počtu pětasedmdesáti dotazníků nebylo možno použít celkem dotazníků dvanáct, a to kvůli vysokému lži skóre. Pokud se zaměříme na poměr lži skóre z hlediska pohlaví, přišli jsme na následující – z 54 dotazníků vyplněných děvčaty nebylo možno z výše jmenovaného důvodu použít devět, výzkumu se tedy zúčastnilo 45 dívek. Z celkového počtu 21 dotazníků vyplněných chlapci šlo použít dotazníků osmnáct, tedy u 3 dotazníků dosahovalo lži skóre nadhodnocení.

Celkem jsme tedy analyzovali výsledky z 63 dotazníků. Pojdme se nyní podívat na výsledky:



Graf č. 11 – Vyhodnocení dotazníku MHQ – dispozice k depresi u dívek

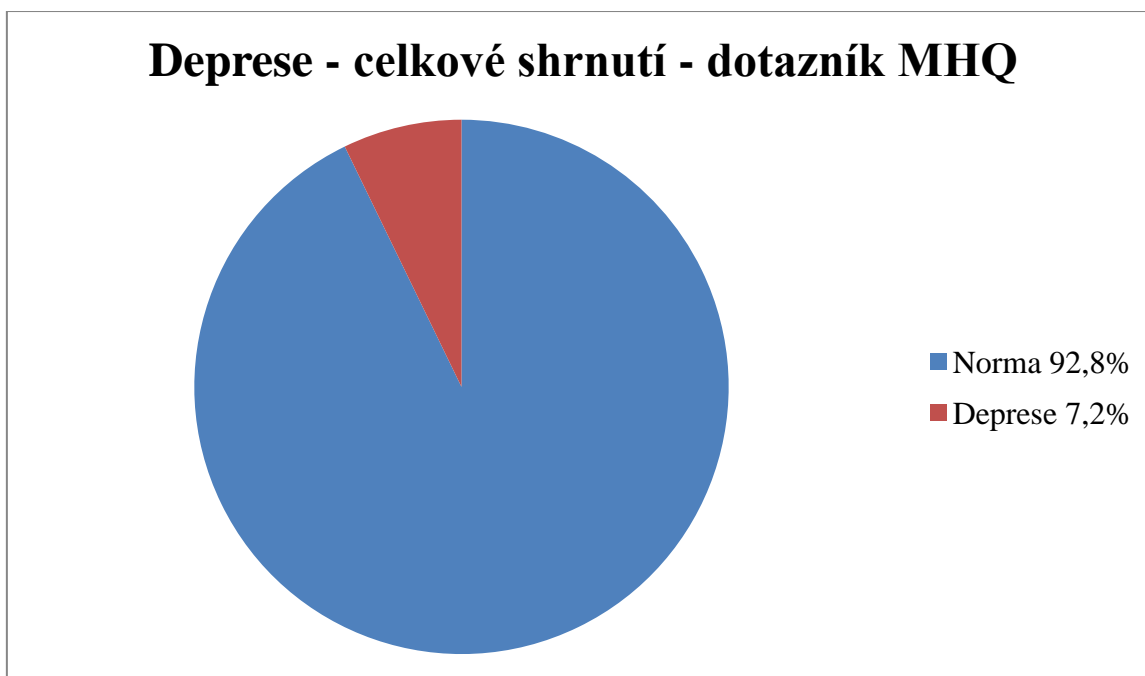
Z grafu je zřejmé, že naprostá většina dívek se nachází v oblasti normy týkající se dispozic k depresivnímu onemocnění. Jedná se o 91,1%, tedy 41 děvčat. Z celkového počtu 45 děvčat se čtyři z nich nachází v pásmu nad normou, tedy 8,9%.



Graf č. 12 – Vyhodnocení dotazníku MHQ – dispozice k depresi u chlapců

Co se týče chlapců, situace se jeví následovně – 94,4% chlapců z našeho výzkumného vzorku adolescentů se nachází v pásmu normy. Vyjádřeno počtem to znamená 17 z nich. Jeden z celkového počtu 18 chlapců byl v nadprůměru, vyjádřeno procentuálně 5,6%.

I u tohoto typu testu se měla potvrdit naše hypotéza, že adolescentní dívky mají větší sklony k depresím než chlapci stejného věku. Z výsledků testů je zřejmé, že sklony k depresi má celkem 8,9% dívek a jen 5,6% chlapců. Pokud se podíváme na absolutní počty, zjistíme, že sklony k depresi mají celkem čtyři dívky z jednačtyřiceti a jeden chlapec z osmnácti. Pokud by byly tendence k depresím stejné i při větším reprezentativním vzorku chlapců, došly bychom k výsledku tři chlapci z osmačtyřiceti. V průměrné školní třídě o třiceti dětech tak můžeme nalézt maximálně tři dívky a dva chlapce se sklony k depresím (viz graf č. 13):



Graf č. 13 – Vyhodnocení dotazníku MHQ – celkové shrnutí

6.3 Analýza odpovědí otevřených otázek

Závěrečnou částí našeho výzkumu bylo písemné položení zkoumanému vzorku dospívajících dvou otázek s možností volné odpovědi: „Záchranu proti špatné náladě vidím v...“ a „Pokud jsem smutný/á, mám tendenci stranit se...“. Otázky byly položeny rovněž písemnou formou. Odpovědět na ně bylo povinné, ne každý ale toto zadání splnil, jak uvidíme v následujícím vyhodnocení. Odpovědi respondentů jsou zaznamenány v autentické podobě (viz Příloha D) a v pořadí, které je zachyceno v tabulce č. 6 a 7 (s.55-56).

Účelem dotazování bylo zjistit způsob reakce vybrané skupiny adolescentů při pocitech smutku, které by mohly být signálem možného začátku depresivního onemocnění pro rodiče či pedagogy. Odpovědi na dané dvě otevřené otázky poskytují zajímavý pohled na to, jak vybraná skupina dospívajících reaguje na pocity smutku a co vnímá jako záchranu v takové situaci. Pocity smutku jsou často mnohými zaměňovány se stavem deprese, vyjadřovaným jako „mám depku“. Ne vždy je tomu skutečně tak, přesto je dobré si udělat obrázek o tom, jak vnímají negativní stavy myslí, ať už je nazýváme smutkem nebo depresí.

Otázky byly respondentům položeny písemnou formou a to celé skupině, tzn. 75 členům, přesto ne všichni odpověděli. Odpovědět na otázku „Záchranu proti špatné náladě vidím v...“ se zdržela jedna patnáctiletá a jedna osmnáctiletá dívka, z chlapců na tuto otázku odpověděli všichni kromě jednoho, který patří do skupiny sedmnáctiletých a který neodpověděl ani na jednu z otázek.

Jiná situace byla u odpovědí na otázku druhou „Pokud jsem smutný/á, mám tendenci stranit se...“, kdy byl počet chlapců, kteří na ni neodpověděli, o něco větší – konkrétně jde o jednoho šestnáctiletého, dva sedmnáctileté a jednoho osmnáctiletého chlapce. Skupina patnáctiletých chlapců dala odpověď na obě otázky. U dívek byla situace v případě druhé otázky taková, že odpovídaly všechny, výjimku tvoří jedna šestnáctiletá a šest dívek sedmnáctiletých, které neodpověděly ani na jednu z otázek.

Nyní se pojdme podívat odpovědi, které byly zaznamenány u děvčat. Naprostá většina děvčat vidí v záchranu proti špatné náladě v obklopení se buď větší společností kamarádů, nebo jedním nejlepším kamarádem či kamarádkou, a to v podobě „pokecu“ buď ve třídě, nebo ve volném čase (např. v čajovně, po telefonu). Tato odpověď byla zaznamenána celkem u 23 dívek. Druhou pomyslnou příčku zaujala odpověď taková, že jako prostředek

k odreagování se od špatného naladění jim slouží média jako počítač (sociální sítě, pouštění videí na YouTube), televize (pouštění filmů, sledování seriálů) a rádio (poslech hudby, zpěv písniček, hraní na nástroje) – konkrétně jde o 17 dívek. Třetí nejčastější odpověď měla podobu takovou, že se celkem 8 dívek rádo obklopuje při špatné náladě rodiči či rodinnými příslušníky (nejčastěji jsou zmiňováni sourozenci). Další odpovědi bylo čtení knih, jídlo (vítězila čokoláda), spánek. Jednou byla zmiňována Bible, jednou alkohol (u jedné z patnáctiletých dívek!). Znepokojující byly odpovědi dvou sedmnáctiletých dívek, které napsaly „samota“ a „tmavá noc“.

V případě četnosti odpovědí na druhou otázku zvítězilo stranění se lidí, ostatních, všeho – to zaznělo celkem u 19. Druhou nejčastější odpovědí byla u dívek bohužel rodina – celkem 14 dívek uvedlo rodiče či blízké příbuzné (prarodiče, sourozenci). Důvody pro tento výběr, které některé z nich uvedly, byly: „Nechci, aby mi někdo pořád radil, co dělat“; „kvůli otázkám proč“; „kvůli rozhovorům o pocitech“. Zajímavá byla odpověď jedné patnáctileté dívky, která napsala „všem, kteří pro mě neznamenaají tolik, abych jim řekla, co se děje“. Dvě osmnáctileté dívky odpověděly, že nemají tendenci stranit se, a jedna sedmnáctiletá dívka se brání pocitu smutku.

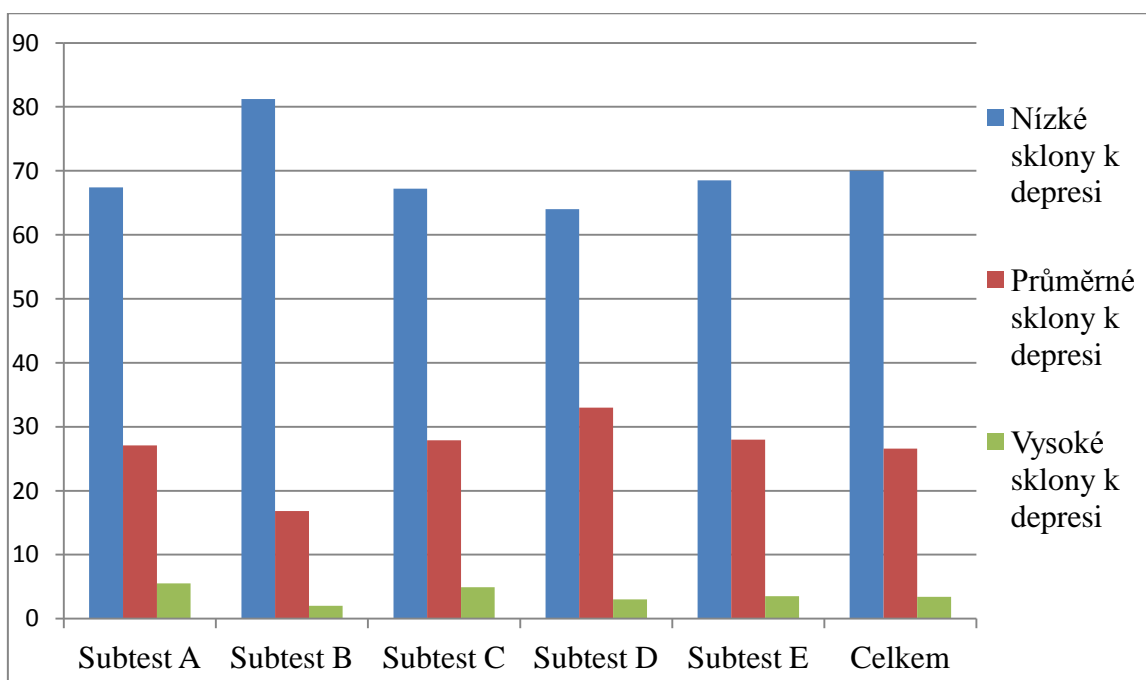
A jak vypadají odpovědi chlapců? V případě první otázky byl nejčastější odpovědí sport (plavání, fotbal, hokej) – jedná se celkem o 6 chlapců. Dále se frekventovaně opakovalo hraní počítačových her, PC, sociální sítě. Stejně jako u dívek se objevovaly filmy, četba, věnování se koníčkům. Jeden patnáctiletý chlapec zmiňuje jako záchranu svoji přítelkyni (kterou neopomíná ani jako odpověď na otázku druhou). Dva sedmnáctiletí chlapci napsali, že jejich ventilem je sledování pornofilmů – jedná se ovšem o chlapce, kterým v dotazníku MHQ bylo zjištěno vysoké lži skóre, takže otázkou zůstává, zda i tyto jejich odpovědi považovat za relevantní, protože jako odpověď na otázku, čeho se straní, oba shodně napsali „komunistů, antikomunistů a důchodců.“ V případě druhé otázky lze odpovědi chlapců rozdělit do dvou skupin – první skupina uváděla, že se straní rodičů a rodiny (7 chlapců), druhá skupina odpověděla, že se straní všeho (7 chlapců).

Pokud srovnáme odpovědi dívek a chlapců, zjistíme, že u dívek zcela absentuje sport jako odreagování se od špatné nálady. Pokud jde o počítač, jako odreagování ho uvedli dívky i chlapci. Ovšem ti si na něm hrají počítačové hry, zatímco dívky ho používají ke kontaktům přes sociální sítě či ke sledování videí na YouTube. Další způsoby, kterými se adolescenti vyrovnávají se špatnou náladou, jsou již u obou pohlaví stejné. Pokud mají dospívající špatnou náladu, straní se rodičů i kolektivu.

8 Závěry výzkumného šetření, shrnutí praktické části

Cílem našeho výzkumu bylo zjistit četnost výskytu depresivních příznaků u vybraného vzorku dospívajících. Na základě prostudované literatury jsme předpokládali, že míra výskytu těchto příznaků bude spíše vyšší u dívek. Dalším cílem výzkumu bylo pak zmapovat situaci a zjistit míru výskytu deprese u dané skupiny dospívajících.

Nejprve se věnujme celkové četnosti výskytu depresivních příznaků a pokusím se zhodnotit i míru jejich závažnosti. Jak vyplývá z celkového souhrnu výsledků dotazníku CDI, nejvyšších hodnot dosahují výsledky charakterizované jako „nízké sklony k depresi“, středních hodnot výsledky „průměrné sklony k depresi“ a nejnižších hodnot pak výsledky „vysoké sklony k depresi“. (viz graf č. 14)

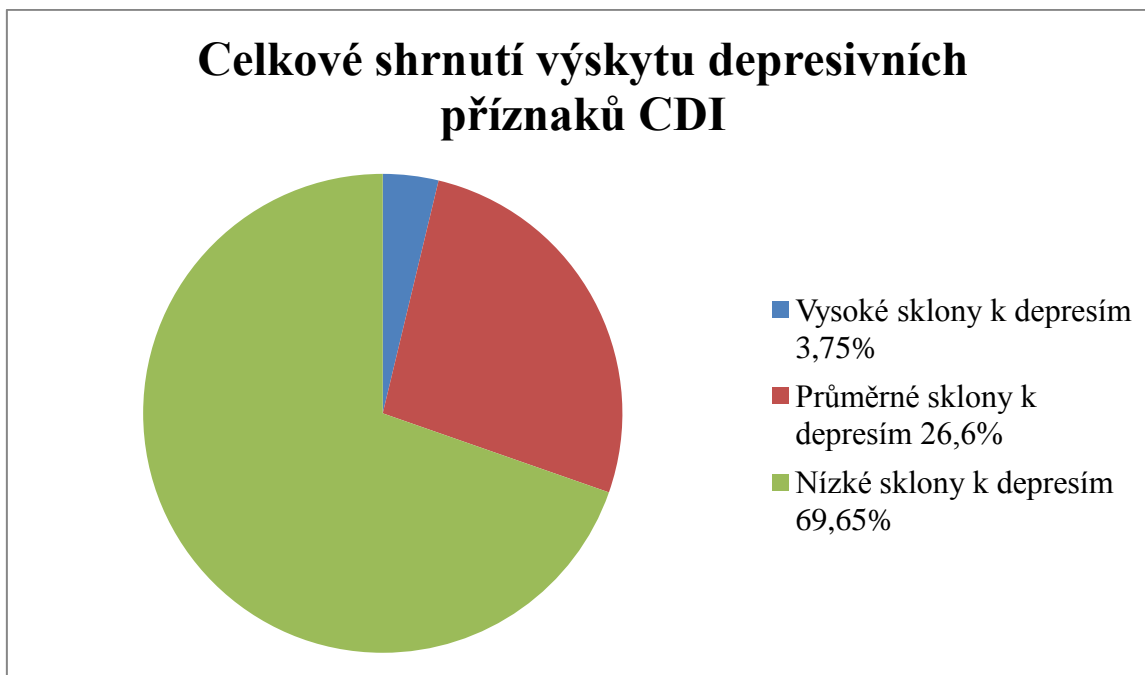


Graf č. 14 – Závažnost situace dle četnosti jednotlivých odpovědí v každém subtestu

Je možno konstatovat, že tak by to mělo být, neboť člověk jako tvor společenský přítomnost druhých potřebuje. A jelikož pro dospívající mládež je školní kolektiv základní společenskou jednotkou, nejfrekventovanější a obligatorní, měl by se adolescent ve školním kolektivu cítit dobře. Pokud by tomu tak nebylo, mělo by být na takovou situaci nepochybně reagováno.

Výsledky subtestů CDI dotazníku v kategorii „nízké sklony k depresi“ oscilují mezi 64% a 81% (viz graf č. 14), je tedy možno konstatovat, že výrazná většina adolescentů má naštěstí nízké sklony k depresím. Nejlepšího výsledku bylo dosaženo u subtestu B, tj. subtestu, který monitoroval výskyt problémů v mezilidských vztazích, což lze jednoznačně považovat za pozitivní, neboť právě vztahy v kolektivu jsou základní složkou jeho koherence. Nejhoršího výsledku pak bylo dosaženo u subtestu D, tj. subtestu sledujícího příznaky anhedonie (neschopnosti radovat se). Respondenti zde vyjadřovali kvantitativní míru toho, co je baví či nebaví. Zcela určitě se zde v nižší míře pozitivních odpovědí zobrazil fakt samotné školní práce v širokém spektru školních předmětů současných školních osnov.

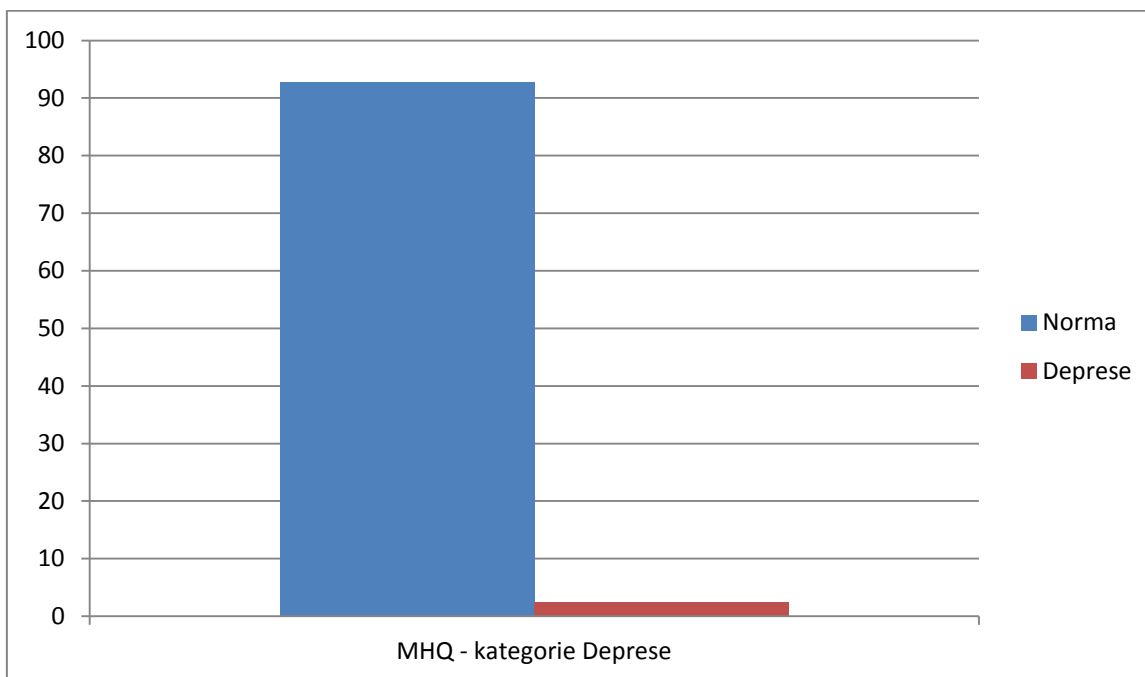
Pokud jde o kategorii „vysoké sklony k depresi“, pro nás kategorii nejsledovanější a nejzávažnější, výsledky oscilují mezi 2% a 5,5%, přičemž nejvyšších výsledků bylo tentokrát dosaženo u subtestu A (5,5%) a subtestu C (4,9%) (viz graf č. 14). Adolescenty v této skupině charakterizují pocity viny, že za vše špatné mohou oni, a obavy, že se jim něco špatného stane. Tyto obavy reflektují úzkost a nejistotu teenagerů z budoucnosti, které se obávají a nechtějí o ní příliš přemýšlet, ať už si hrozbu představují jakkoli. Jedním z typických znaků tohoto období je právě skutečnost, že dospívající často přemýšlí o vlastní budoucnosti, kam by chtěli svůj život směřovat, jaké hodnoty budou vyznávat. Často je to v konfrontaci s tím, co se od nich očekává. A zvýšená citlivost u některých z nich se pak vtiskla do odpovědi, vyjadřující obavu z budoucnosti. Vyskytují se ve vyšší míře pocity samoty, smutku, plačtivost. Mají pocit, že ve škole se jim daří hůře než dříve, dokonce i v předmětech, které považovali za bezproblémové. Ve srovnání s ostatními mají pocit, že nikdy nebudou dobří jako oni. Těžko se dokážou soustředit, s čímž souvisí, že k práci ve škole se musí neustále nutit. Je ovšem otázkou, zda lze tuto odpověď považovat za výrazně depresivní, neboť těžko lze zejména u adolescentů očekávat navenek deklarované nadšení ke školní práci, ačkoli mnoho z nich ve skutečnosti se do školy připravuje zodpovědněji než navenek prezentují.



Graf č. 15 – Celkové shrnutí výskytu depresivních příznaků CDI

Závěrem lze tedy konstatovat, že z vyhodnocení dotazníku CDI vyplynulo, že u sledované skupiny respondentů výrazně převažují nízké sklony k depresi, popřípadě průměrné (viz graf č. 15). Celých 69,65% respondentů se vyznačuje pozitivním postojem k sobě samému, což se projevuje rovněž v dobrých mezilidských vztazích. Mají dobré sebehodnocení, což se projevuje ve srovnání s druhými – mají pocit, že jsou stejně dobří jako ostatní. Snadno se dokážou soustředit, do práce se nemusí nutit, což se odráží i ve výsledcích školní práce. Vysoké sklony k depresi u žádného subtestu nepřekročily hranici šesti procent, z celkového vyhodnocení se takové sklony týkají 3,75% dotazovaných. Tato skupina dospívajících se vyznačuje negativním sebehodnocením, s tím souvisejícími problémy v mezilidských vztazích a přítomnou anhedonií.

Pokud jde o vyhodnocení dotazníku MHQ, je možno konstatovat, že normalizovanému výsledku odpovídá celkem 92,8% respondentů. Sklony k depresím pak vykazuje zbylých 7,2 % odpovídajících (viz graf č. 16).



Graf č. 16 – Celkové vyhodnocení dotazníku MHQ

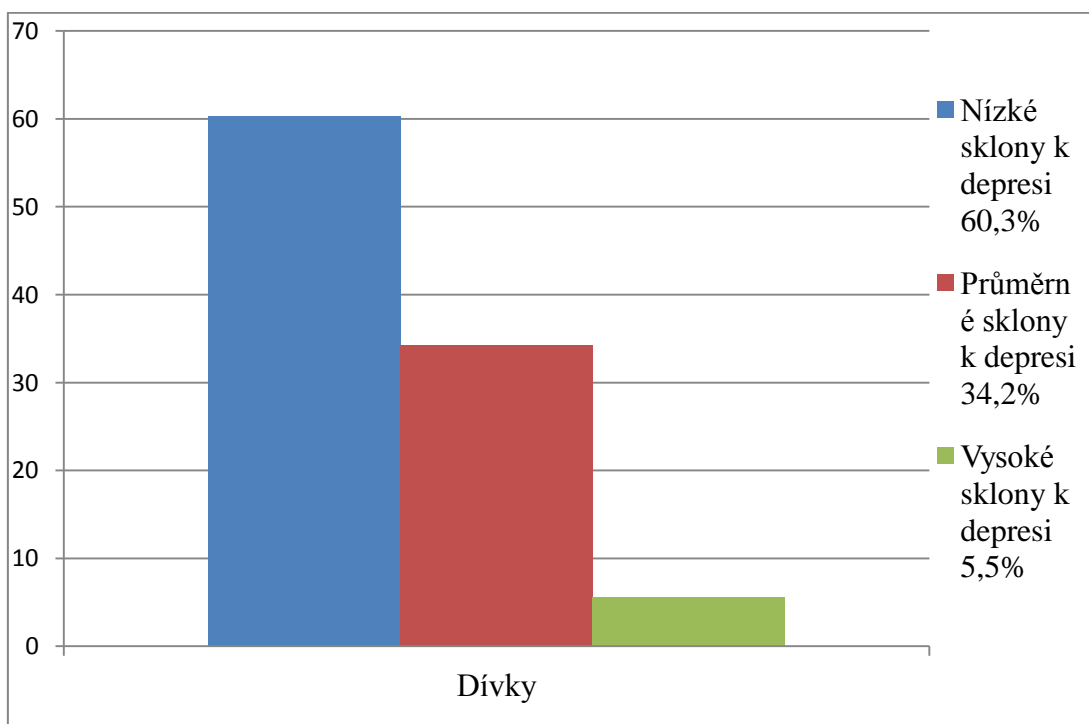
Jak již bylo zmiňováno výše, v průměrné školní třídě o třiceti dětech to odpovídá čtyřem, maximálně pěti žákům se sklony k depresím. Tento výsledek nepovažuji za nijak alarmující, odpovídá rozložení osobnostních sklonů a sledovaná skupina adolescentů nevykazuje známky nadprůměrného výskytu depresivního onemocnění. Přesto je samozřejmě nutné tyto žáky podchytit a nadále s nimi pracovat.

Pokud srovnáme výsledky dotazníku CDI a dotazníku MHQ, zjistíme, že nevykazují v podstatě žádné anomálie. Procenta respondentů v normě jsou u dotazníku CDI 96,6% a u dotazníku MHQ 92,8%, procentuální sklon k depresím tedy vyšel 3,4% u dotazníku CDI a 7,2% u dotazníku MHQ. Ačkoli se může na první pohled jevit, že sklony k depresím vyšly u dotazníku MHQ dvakrát častěji, je nutno si uvědomit, že při ne úplně rozsáhlém vzorku respondentů se v absolutních číslech jedná o jednotlivce, navíc dotazník MHQ byl na rozdíl od dotazníku CDI filtrován i díky vyřazení odpovědí s příliš vysokým lži skóre, což také mohlo ovlivnit celkový výsledek.

Nyní sumarizujeme získaná data obou dotazníků z pohledu hypotézy, že adolescentní dívky budou mít větší sklony k depresím než stejně staří chlapci. Dle mého názoru se tato hypotéza jednoznačně potvrdila.

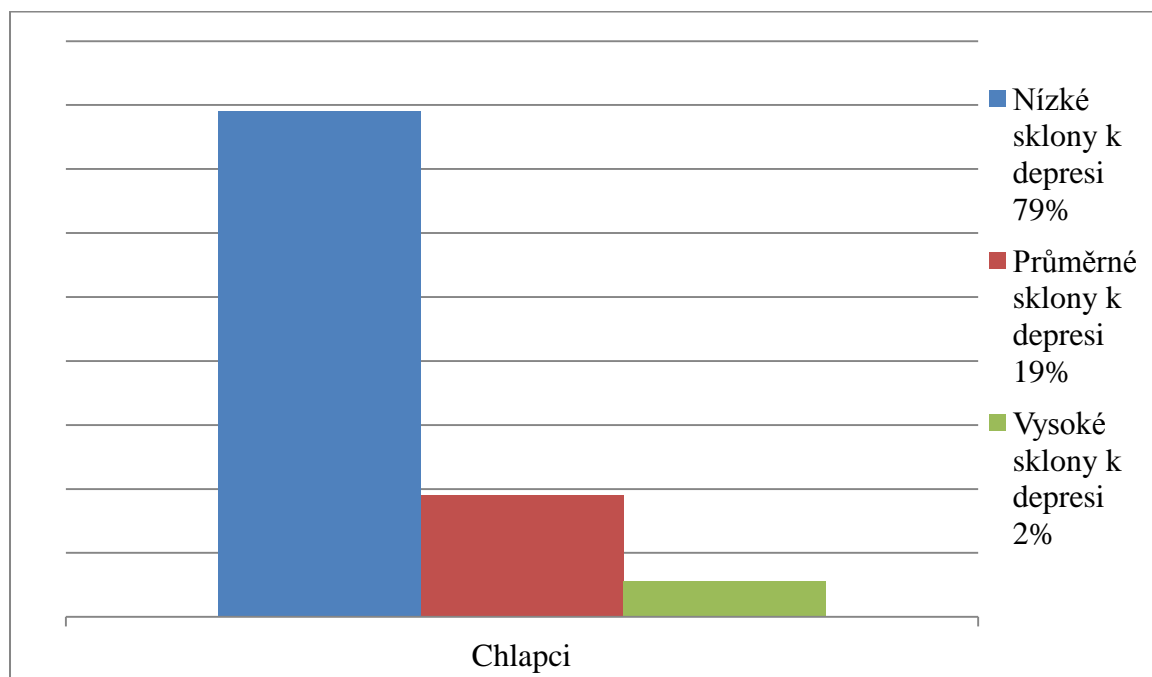
Po pečlivém přezkoumání dat získaných dotazníkem CDI zjistíme, že u sedmi otázek bylo procento negativních odpovědí u chlapců a dívek téměř stejné nebo dokonce u chlapců vyšší. Tyto adolescenty provází pocity, že za vše špatné, které se jim v životě děje, jsou zodpovědní oni. Domnívají se, že je nemá nikdo doopravdy rád. Každý den je jim zle, nic je nebaví a špatně spí. U zbylých dvaceti otázek pak bylo negativních odpovědí u dívek výrazně více. Je tedy zřejmé, že hypotéza o vyšších dispozicích dívek k depresivním stavům ve srovnání s chlapci se potvrdila a ve výsledcích jednotlivých subtestů je zřetelně viditelná.

Z výše uvedeného vyplývá, že i u některých chlapců můžeme nalézt stejně depresivní stavy a pocity jako u dívek. Ovšem je třeba tato procenta výrazně korigovat tím, že dotazníky vyplňoval výrazně menší počet chlapců, každý jedinec s negativní odpovědí tak znamenal výrazně vyšší procentní nárůst než u dívek. Navíc u zbylých dvaceti otázek byla výsledná procenta natolik pozitivnější ve prospěch chlapců, že dala tento konečný výsledek: dívky – nízké sklony k depresi 60,3%, průměrné sklony k depresi 34,2%, vysoké sklony k depresi 5,5% (viz graf č. 17):



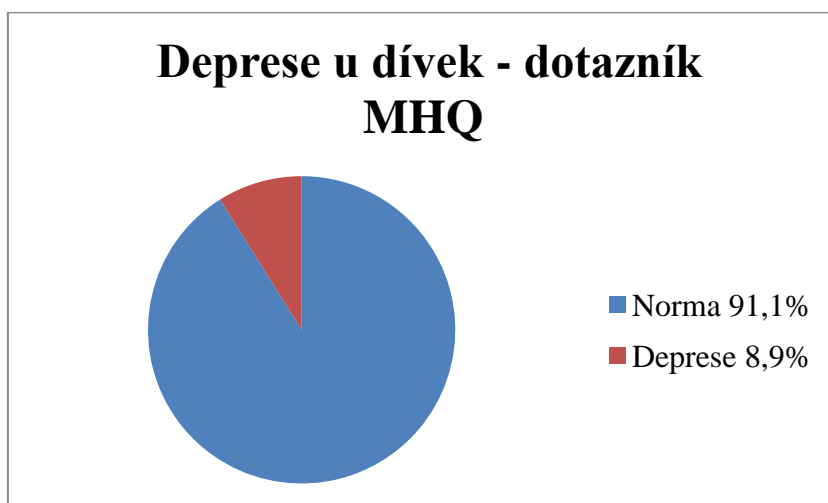
Graf č. 17: Celkové vyhodnocení CDI – dívky

U chlapců vypadá výsledek následovně: nízké sklony k depresi 79%, průměrné 19%, vysoké 2% (viz graf č. 18):



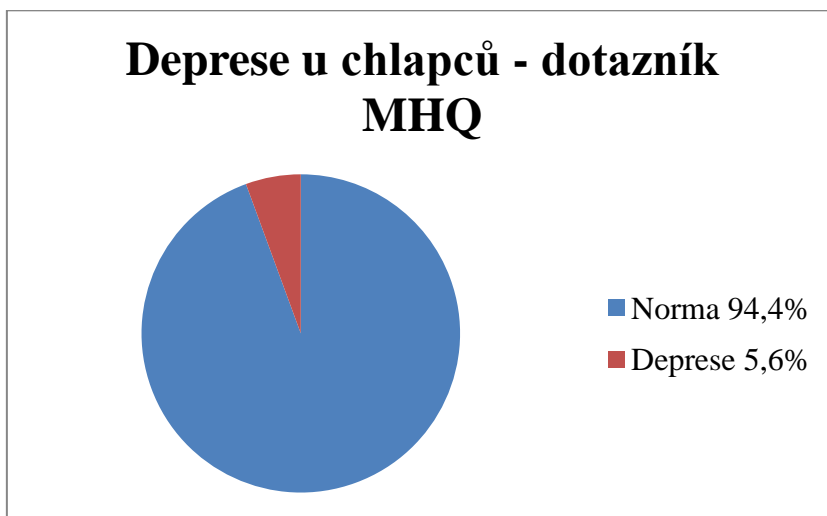
Graf č. 18: Celkové vyhodnocení CDI – chlapci

Pokud jde o dotazník MHQ, zde jsou výsledky obdobné, ačkoli rozdíl zde není tak výrazný. V normě je 91,1% dívek, depresivní stavy tak vykazuje zbylých 8,9% (viz graf č. 19):



Graf č. 19 – Vyhodnocení dotazníku MHQ – dispozice k depresi u dívek

Situace u chlapců je taková, že 94,4% z nich se nachází v pásmu normality, sklony k depresivitě tedy vykazuje 5,6% chlapců (viz graf č. 20):



Graf č. 20 – Vyhodnocení dotazníku MHQ – dispozice k depresi u chlapců

Z výsledků průzkumu vyplývá, že 96,25% respondentů vykazuje nízké nebo průměrné sklony k depresi, naopak nadprůměrné sklony vyšly u 3,75% dotazovaných. Ovšem řadu konkrétních psychických a sociálních charakteristik dospívajících ovlivňuje pohlaví. Výsledky vyplývající z analýzy obou dotazníků jednoznačně potvrzují naši hypotézu, že adolescentní dívky trpí depresemi, respektive deklarují depresivní stavy častěji než stejně staří chlapci. Dospěli jsme k závěru, že 60,3% dívek má nízké a 5,5% vysoké sklony k depresi. U chlapců je situace taková, že 79% z nich má nízké sklony k depresi, 2% chlapců má k depresi sklony nadprůměrné. Byla tak potvrzena úvodní hypotéza, že dívky budou mít sklony k depresi vyšší než chlapci.

Znovu je ovšem důležité zdůraznit fakt, že náš výzkumný vzorek byl příliš malý na to, abychom z těchto výsledků mohli vyvozovat všeobecně platné názory.

Závěr

„Nic není tak nesnadné jako najít vhodná slova pro velký smutek.“

Lucius Annaeus Seneca

Dospívání je významným obdobím v procesu utváření osobnosti, neboť dochází k utváření a následnému ukotvení vnímání vlastního já. Tato změna vztahu k sobě úzce souvisí se změnou vztahů ke druhým lidem – generační konflikty, navazování přátelství s vrstevníky, první intimní zkušenosti. Kromě formování identity dochází rovněž ke změnám v kognitivním a emocionálním vývoji, který vede k vědomí zodpovědnosti při hodnocení vlastního života a osobní spokojenosti. Je to čas hledání a experimentování nejen tedy ve vztazích, ale také v důsledcích vlastních rozhodnutí. Narůstající počet výzkumů běžného života adolescentů v posledních desetiletích reflektuje celkově zvýšený zájem o toto období. Pohled na období dospívání se změnil – od vnímání této etapy jako přípravného období na dospělost, jakéhosi pomyslného mostu mezi dětstvím a dospělostí, se pro řadu lidí stává adolescence *„hodnotou, kterou si přejí uchovat i v dospělosti jako určitý standard či životní styl.“* (Macek, 2003, s. 100)

Období adolescence můžeme označit za jednu z nejnáročnějších etap vývoje člověka z důvodů popsaných výše a tato zátěž může vést u některých jedinců k vážnému poškození psychického zdraví. Jak již bylo zmíněno v úvodu, deprese je psychické onemocnění, které negativně ovlivňuje člověka v jeho každodenním životě – ať po stránce mentální, somatické, behaviorální, tak i v oblasti interpersonálních vztahů. Deprese u adolescentů má stejně závažné dopady a jedná se rovněž o dlouhodobou záležitost jako u dospělých jedinců. Cílem této diplomové práce proto bylo nejen klasifikovat depresivní onemocnění jako takové, popsat jeho příčiny a projevy, ale zároveň charakterizovat jeho výskyt u vybrané skupiny adolescentní populace. Z tohoto důvodu byla do teoretické části práce zařazeny kromě popisu vývojové etapy dospívání rovněž oblasti možných výskytu problémů v tomto období, které mohou stát u zrodu depresivního onemocnění.

Cílem výzkumu diplomové práce bylo zmapovat výskyt depresivního onemocnění u skupiny čítající pětasedmdesát dospívajících ve věku 15-18 let. Výsledek, že míra výskytu příznaků depresivního onemocnění je u daného výzkumného vzorku dospívajících spíše nízká, ještě neznamená, že to platí u všech adolescentů v populaci. Lze říci, že riziko výskytu deprese je v důsledku dnešního hektického životního tempa zvýšené, ale nejde generalizovat pro celou dnešní generaci dospívajících.

Resumé

Diplomová práce s názvem Deprese u adolescentů se zabývá problematikou depresivního onemocnění u dospívajících. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části se zabýváme rozlišením normality a abnormality. Práce se zaměřuje na vymezení definice deprese a to především na klasifikaci depresivního syndromu, jeho příčiny a symptomy v rovině psychické, somatické a behaviorální. Věnujeme se diagnostice deprese a možnostem její následné léčby. Pozornost je věnována charakteristice období dospívání a jeho důležitou rolí v této problematice. Představeny jsou především ty oblasti vývoje v období adolescence, které na dospívajícího kladou zvýšené nároky nejen po fyzické, ale především po psychické stránce, které mohou dát prostor pro vznik depresivního onemocnění. V této souvislosti zaměříme pozornost na specifika příznačná pro adolescentní depresi. Věnujeme se epidemiologii, etiologii a příznakům typickým pro depresivní onemocnění dospívajících, stanovení diagnózy a podobám léčby.

V praktické části se zabýváme vyhodnocením a výsledky průzkumu, kterého se účastnilo sedmdesát pět adolescentů. Použitou výzkumnou metodou byl Dotazník dětských depresí CDI a dotazník MHQ, který mapuje výskyt symptomů deprese.

Summary

Our thesis entitled Adolescent Depression deals with the depressive disorder by the adolescents. The work is divided into theoretical and practical part. In the introductory chapter, the theoretical part deals with the distinction between what is considered to be normal and abnormal. Subsequently, the work focuses on the definition of depression and then mainly on classification of the depressive syndrome, its causes and symptoms in the mental, somatic and behavioral dimension. We are dedicated to the diagnosis of depressive syndrome and possibilities of its consecutive treatment. Another chapter of our work deals with the characteristics of adolescence and its important role in this issue. Primarily, those areas in the both development, physical and also mental, that put increased demands on adolescents themselves are presented. At the end of the theoretical part, we focus on the specifics of the adolescent depression – its epidemiology, etiology, symptoms and ways of its treatment.

In the practical part, we deal with the evaluation and the results of the survey. The research method was Child Depression Inventory CDI and MHQ Questionnaire.

Seznam literatury

- ANDERS, M.; SKOPOVÁ, J. *Praktické otázky diagnostiky a léčby depresivních poruch*. 1. vyd., 2006. ISBN 978-80-7262-396-9.
- BALCAR, K. *Úvod do studia psychologie osobnosti*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1983. ISBN 14-343-83-2.
- ATKINSON, R. et al. *Psychologie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-640-3.
- ČAČKA, Otto. *Psychologie duševního vývoje dětí a dospívajících s faktory optimalizace*. Brno: DOPLNĚK, 2000. ISBN 80-85931-94-X.
- FISHER, S., ŠKODA, J. *Sociální patologie: analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2781-3.
- DRAPELA, V. J. *Přehled teorií osobnosti*. 4. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-766-3.
- HARTL, P.; HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 2. vyd., Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-569-1.
- HONZÁK, R. *Deprese: Depresivní nemocný v nepsychiatrické ordinaci*. Praha: Galén, 1999. ISBN 80-85824-95-7.
- HORT, V.; HRDLIČKA, M.; KOCOURKOVÁ, J.; MALÁ, E. a kol. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 1. vyd., Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-404-5.
- KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. 5. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-85824-60-4.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat depresi*. Praha: Grada Publishing, 1997. ISBN 80-7169-349-9.
- KURIC, J. *Ontogenetická psychologie*. Brno: Cerm, 2001. ISBN 80-2141-844-3.
- LANGMEIER, J., BALCAR, K., ŠPITZ, J. *Dětská psychoterapie*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-381-1
- LANGMEIER, J.; KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 2. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1284-0.
- MACEK, P. *Adolescence: psychologické a sociální charakteristiky dospívajících*. 1. vyd., Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-348-X.
- MACEK, P. *Adolescence (Adolescence). Psychologické a sociální charakteristiky dospívajících*. 2. vyd., Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-747-7.

- McKENZIE, K. *Deprese*. Praha: Grada Publishing, 2001. ISBN 80-247-0093-X.
- MIŇHOVÁ, J. *Psychopatologie pro právníky*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, s.r.o., 2006. ISBN 80-86898-70-9.
- NAKONEČNÝ, M. *Základy psychologie*. 1. vyd., Praha: Academia, 1998. ISBN 80-200-0689-3.
- NOVOTNÁ, L.; HRÍCHOVÁ, M.; MIŇHOVÁ, J. *Vývojová psychologie*. Plzeň: ZČU v Plzni, 2012. ISBN 978-80-2610-115-4.
- PACLT, I.; FLORIÁN, J. *Psychofarmakoterapie dětského a dorostového věku*, 1. vydání, Praha: Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7169-506-8.
- PLZÁK, M.; SOUČEK, K. *Smutek všedního den a smutek jako nemoc*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1969.
- PRAŠKO, J.; PAŠKOVÁ, B.; PRAŠKOVÁ, H. *Bolestně smutná nálada aneb co je to deprese a jak se léčí*. 2. vyd., Praha: Psychiatrické centrum, 2001. ISBN 80-85121-68-9.
- PRAŠKO, J.; PRAŠKOVÁ, H.; PRAŠKOVÁ, J. *Deprese a jak ji zvládat*, 1. vyd., Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-809-0.
- PŘÍHODA, V. *Ontogeneze lidské psychiky II*. 1. vyd. Praha: SPN, n. p. 1967. ISBN
- ŘÍČAN, P. *Cesta životem*. Praha: Panorama, 1989. ISBN: 80-7038-078-0.
- ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. a kol. *Dětská klinická psychologie*. 4.vyd., Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1049-8
- SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1733-3.
- SMOLÍK, P. *Duševní a behaviorální poruchy*. 2. vyd. Praha: Maxdorf, 2002. ISBN 80-85912-18-X.
- SOVÁK, M. a kol. *Defektologický slovník*. 3. vyd. Jinočany: H&H, 2000. ISBN 80-86022-76-5.
- SVOBODA, M.; ČEŠKOVÁ, E.; KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie pro psychology a speciální pedagogy*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-154-9.
- SVOBODA, M. (ed.), KREJČÍŘOVÁ, D., VÁGNEROVÁ, M. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha : Portál, 2001. ISBN 80-7178-545-8.
- URBAN, L. *O deviaci v současné společnosti*. In: Šubrt, J. a kol. *Soudobá sociologie II (Teorie sociálního jednání a sociální struktury)*. Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1413-7.

VAŠUTOVÁ, M. *Pedagogické a psychologické problémy dětství a dospívání*. Ostravská univerzita, 2005. ISBN 80-7042-691-8.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. 3. vydání, Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-678-0.

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie I: dětství a dospívání*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0956-8.

VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství J. Koco, 1999. ISBN 80-86123-08-1.

Elektronické zdroje

[1] Dobrá psychiatrie. *Deprese a její léčba*. [online]. [cit. 23-7-2014] Dostupné na WWW: <<http://www.dobrapsychiatrie.cz/deprese/deprese-a-jeji-lecba>>.

[2] Stěžeň. *Co je to deprese*. [online]. [cit. 27-7-2014]. Dostupné na WWW: <http://www.stezen.cz/html/stezen/casopis/2007/03/2007_3_10.html>.

[3] MLČOCH, Zbyněk. *Depresivní stavy, deprese – příznaky, projevy, symptomy*. [online]. 2011. [cit. 27-7-2014]. Dostupné na WWW: <<http://www.priznaky-projevy.cz/psychiatrie-sexuologie/depresivni-stavy-deprese-priznaky-projevy-symptomy>>.

[4] Stopstigma. *Jak depresi rozpoznáme*. [online]. [cit. 27-7-2014]. Dostupné na WWW: <<http://www.stopstigma.cz/jak-depresi-rozpozname.html>>.

[5] Doktorka.cz. *Psychické problémy – přejídání, deprese*. [online]. 2009. [cit. 28-7-2014]. Dostupné na WWW: <<http://diskuse.doktorka.cz/prejidani-deprese/>>.

[6] Webmd. *Depression Features. Sleep Problems*. [online]. [cit. 28-7-2014]. Dostupné na WWW: <<http://www.webmd.com/depression/features/sleep-problems>>.

[7] ČEŠKOVÁ, E. *Deprese a ženy*. [online]. [cit. 28-7-2014]. Dostupné na WWW: <<http://www.deprese.com/index.php?section=klicky§ion2=rozhovor19>>.

[8] HowStuffWorks. *Five Common Depressive Behaviors*. [online]. [cit. 28-7-2014]. Dostupné na WWW: <<http://health.howstuffworks.com/mental-health/depression/facts/5-common-depressive-behaviors.htm>>.

[9] ČEŠKOVÁ, E. *Deprese – jak ji správně diagnostikovat? I. díl*. Tribune. [online]. 2013 [cit. 11-8-2014]. Dostupný z WWW: <<http://www.tribune.cz/clanek/29238-deprese-jak-ji-spravne-diagnostikovat-dil>>.

- [10] KONEČNÝ, Martin. *Psychofarmaka : psychofarmaka mohou dobře pomáhat, ale také škodit*. Psychosomatika [online]. 2006 [cit. 12-8-2014]. Dostupné na WWW: <<http://www.psychosomatika.net/index.php?page=psychofarmaka>>.
- [11] Stopstigma.cz. *Léčba deprese – psychoterapie*. [online]. [cit. 12-8-2014] Dostupné na WWW: <<http://www.stopstigma.cz/lecba-deprese-psychoterapie.html>>
- [12] CHERRY, Kendra. Erik Erikson's Stages of Psychosocial Development. [online]. [cit. 13-8-2014] Dostupné na WWW: <<http://psychology.about.com/od/psychosocialtheories/a/psychosocial.htm> >.
- [13] Psychology Today. *Depression Taboo*. [online]. 2012 [cit. 14-8-2014]. Dostupné na WWW: <¹<http://www.psychologytoday.com/blog/eating-disorders-news/201201/fathers-daughters-and-the-touch-taboo> >.
- [14] Deprese – psychoweb. *Deprese – co to je..* [online]. [cit. 14-8-2014]. Dostupné na WWW: <<http://www.deprese.psychoweb.cz/> >.
- [15] MACEK, P., TYRLÍK, M. *Posouzení dobrého a zlého člověka adolescenty: souvislosti se sebepojetím, rozdíly mezi děvčaty a chlapci*. Sborník prací Filozofické fakulty Brněnské univerzity P 5, 2001, s. 41-43. [online]. [cit. 21-8-2014]. Dostupné na WWW: <http://digilib.phil.muni.cz/bitstream/handle/11222.digilib/114372/P_Psychologica_05-2001-1_6.pdf?sequence=1 >.
- [16] NOVÁK, David. *Mládež z psychologického hlediska*. Cb.cz. [online]. [cit. 22-8-2014] Dostupné na WWW: <http://www.cb.cz/novak/system/.../mladez_z_psychologickeho_hlediska>.
- [17] DUDOVÁ, I. *Současný pohled na dětskou a adolescentní depresi*. In: Psychiatrie pro praxi. 1: 27-28. [online]. 2007. [cit. 25-8-2014]. Dostupné na WWW: http://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xbcr/zc/7PSY2007_01_07.pdf
- [18] DUDOVÁ, I. *Současný pohled na dětskou a adolescentní depresi*. In: Psychiatrie pro praxi. 1: 29-31. [online]. 2007. [cit. 25-8-2014]. Dostupné na WWW: http://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xbcr/zc/7PSY2007_01_07.pdf
- [19] American Psychological Association. *Can Depression Be Successfully Treated?* *Apa.org*. [online]. [cit.29-8-2014]. Dostupné na WWW: <<http://www.apa.org/topics/depress/recover.aspx> >.
- [20] GOETZ, Michal. *Deprese u dětí a adolescentů*. In: Pediatrie pro praxi. 271-272 [online]. 2005 [cit. 30-8-2014]. Dostupné na WWW: <<http://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2005/06/03.pdf> >.

- [21] American Psychological Association. *Monitor on Psychology*. In: *By the numbers*. 13 [online]. March 2015 [cit. 8-3-2015]. Dostupné na WWW: <<http://www.apa.org/monitor/2015/03/numbers.aspx>>.
- [22] COLLISHAW, S., PINE, D., THAPAR, A., THAPAR, A. K. *Depression in adolescence*. In: PMC. [online]. 2012 [cit. 8-3-2015]. Dostupné na WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3488279/>>.
- [23] RAVENS-SIEBERER, U. a kol. *Prevalence of mental health problems among children and adolescents in Germany: result of the BELLA study within the National Health Interview and Examination Survey*. In: PMC [online]. 2008 [cit. 8-3-2015]. Dostupné na WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC19132314/>>.
- [24] NECHANSKÁ, B. *Činnost ambulantních psychiatrických zařízení v roce 2013*. In: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky [online]. 2014 [cit. 8-3-2015]. Dostupné na WWW: <<http://www.uzis.cz/rychle-informace/cinnost-ambulantnich-psychiatrickych-zarizeni-roce-2013>>.

Seznam příloh

Příloha A	Klasifikace depresivní poruchy dle MKN-10
Příloha B	Dotazník CDI
Příloha C	Dotazník MHQ
Příloha D	Tabulka s odpověďmi na otevřené otázky

Příloha A

Klasifikace depresivní poruchy dle MKN-10

F32.0 Mírná depresivní fáze

- F32.1 Středně těžká depresivní fáze
- F32.2 Těžká depresivní fáze bez psychotických příznaků
- F32.3 Těžká depresivní fáze s psychotickými příznaky
- F32.8 Jiné depresivní fáze
- F32.9 Depresivní fáze nspecifikovaná

F33.0 Periodická (rekurentní) depresivní porucha, současná fáze je mírná

- F33.1 Periodická (rekurentní) depresivní porucha, současná fáze je středně těžká
- F33.2 Periodická (rekurentní) depresivní porucha, současná fáze je těžká, ale bez psychotických příznaků
- F33.3 Periodická (rekurentní) depresivní porucha, současná fáze je těžká s psychotickými příznaky
- F33.4 Periodická (rekurentní) depresivní porucha, v současné době v remisi
- F33.8 Jiné periodické (rekurentní) depresivní poruchy
- F33.9 Periodická (rekurentní) depresivní porucha nspecifikovaná

Zdroj: Malá, 2008, s.190

Příloha B

Dotazník CDI

Dotazník CDI

1. Instrukce k vyplnění dotazníku:

Vyberte z každé otázky tu větu, která Vás nejlépe popisuje, a zakřížkujte ji. Pamatujte si, vybírejte si ty věty, které nejlépe popisují, jak Vám je **POSLEDNÍ DVA TÝDNY**.

- | | | |
|---|-----|--|
| 1. Málokdy jsem smutný.
Často jsem smutný.
Pořád jsem smutný. | (A) | 0 <input type="checkbox"/>
1 <input type="checkbox"/>
2 <input type="checkbox"/> |
| 2. Nic se mi nedaří.
Nejsem si jistý, jestli se mi daří.
Všechno se mi daří. | (E) | 2 <input type="checkbox"/>
1 <input type="checkbox"/>
0 <input type="checkbox"/> |
| 3. Skoro všechno dělám dobře.
Hodně věcí dělám špatně.
Všechno dělám špatně. | (C) | 0 <input type="checkbox"/>
1 <input type="checkbox"/>
2 <input type="checkbox"/> |
| 4. Mnoho věcí mě baví.
Baví mě jenom něco.
Nic mě nebaví. | (D) | 0 <input type="checkbox"/>
1 <input type="checkbox"/>
2 <input type="checkbox"/> |
| 5. Pořád je mi zle.
Často se cítím špatně.
Málokdy se cítím špatně. | (B) | 2 <input type="checkbox"/>
1 <input type="checkbox"/>
0 <input type="checkbox"/> |
| 6. Málokdy přemýšlím o špatných věcech,
které se mohou stát.
Mám strach, že se mi může stát něco špatného.
Vím určitě, že se mi něco hrozného stane. | (A) | 0 <input type="checkbox"/>
1 <input type="checkbox"/>
2 <input type="checkbox"/> |
| 7. Nenávidím se.
Nemám se rád.
Mám se rád. | (E) | 2 <input type="checkbox"/>
1 <input type="checkbox"/>
0 <input type="checkbox"/> |
| 8. Za všechno špatné můžu já.
Můžu za mnoho špatného.
Za špatné věci obvykle nemůžu. | (A) | 2 <input type="checkbox"/>
1 <input type="checkbox"/>
0 <input type="checkbox"/> |
| 9. Málokdy jsem smutný.
Přemýšlím o tom, že bych se zabil,
ale neudělal bych to.
Chci se zabít. | (E) | 0 <input type="checkbox"/>
1 <input type="checkbox"/>
2 <input type="checkbox"/> |

10. Každý den je mi do pláče. (A) 2
Často je mi do pláče. 1
Málokdy je mi do pláče. 0
11. Všechno mě nudí. (A) 2
Často mě něco nudí. 1
Jen málokdy se nudím. 0
12. Jsem rád mezi lidmi. (B) 0
Často nechci být mezi lidmi. 1
Vůbec nechci být mezi lidmi. 2
13. Vůbec se nedokážu soustředit. (A) 2
Je těžké se soustředit. 1
Snadno se dokážu soustředit. 0
14. Vypadám dobře. (E) 0
Některé věci na mně nejsou hezké. 1
Vypadám ošklivě. 2
15. K práci ve škole se musím pořád nutit. (C) 2
K práci ve škole se musím často nutit. 1
Pracovat ve škole mi nedělá velké potíže. 0
16. Každou noc spím špatně. (D) 2
Často spím špatně. 1
Spím dobře. 0
17. Málokdy jsem unavený. (D) 0
Často jsem unavený. 1
Pořád jsem unavený. 2
18. Většinou nemám chuť k jídlu. (D) 2
Často nemám chuť k jídlu. 1
Mám chuť k jídlu. 0
19. Nestarám se o různé své starosti a bolesti. (D) 0
Často mě trápí různé starosti a bolesti. 1
Pořád mě trápí různé starosti a bolesti. 2
20. Necítím se sám. (D) 0
Často se cítím sám. 1
Pořád se cítím sám. 2
21. Ve škole nemám nikdy legraci. (D) 2
Málokdy mám ve škole legraci. 1
Často mám ve škole legraci. 0

22. Mám hodně kamarádů. (D) 0
Mám několik kamarádů, ale chtěl bych jich mít víc 1
Nemám žádné kamarády. 2
23. Ve škole se mi daří. (C) 0
Ve škole se mi daří hůře než dříve. 1
Nejdou mi už ani předměty, ve kterých 2
jsem byl dříve dobrý.
24. Nikdy nebudu tak dobrý jako ostatní děti. (C) 2
Když chci, můžu být stejně dobrý jako ostatní děti. 1
Jsem stejně dobrý jako ostatní děti. 0
25. Nikdo mě nemá doopravdy rád. (E) 2
Nevím, jestli mě má někdo rád. 1
Někdo mě určitě má rád. 0
26. Většinou udělám, co se po mně chce. (B) 0
Většinou neudělám to, co se po mně chce. 1
Nikdy neudělám, co se po mně chce. 2
27. Dobře vycházím s lidmi. (B) 0
Často se s někým hádám nebo peru. 1
Pořád se s někým hádám nebo peru. 2

Příloha C

Dotazník MHQ

Dotazník MHQ

V následujícím textu Vám bude položena řada otázek, které se týkají Vašich nejrůznějších pocitů a jednání. Pozorně si každou přečtete a podtrhněte tu odpověď, která platí pro Vaši osobu. Nad otázkou dlouho nepřemýšlejte. Nejsprávnější bývá ta odpověď, která Vám přijde na mysl bezprostředně po přečtení otázky. Žádnou otázku nesmíte vynechat. I tam, kde se nemůžete plně ztotožnit s některou z možných odpovědí, pokuste se k některé z nich přiblížit jako k pravděpodobnější.

- | | | | |
|--|-------|-------|-------|
| 1. Míváte často pocit úzkosti, a to i bez zjevné příčiny? | Ne | | Ano |
| 2. Míváte nepochopitelný strach, jste-li v uzavřených prostorách, např. v obchodě, výtahu, autě a pod.? | Nikdy | Občas | Často |
| 3. Říkává se o Vás, že jste až příliš svědomitý? | Ne | | Ano |
| 4. Míváte pocit, že „se Vám motá hlava“ nebo „máte krátký dech“, nezávisle na onemocnění dýchacích cest? | Nikdy | Někdy | Často |
| 5. Dokážete myslet tak rychle jako dříve? | Ano | | Ne |
| 6. Dáte se snadno zviklat ve svých názorech? | Ne | | Ano |
| 7. Když řeknete, že něco uděláte, dodržíte slib, i když by to mělo přinést nějaké nepříjemnosti? | Ne | Ano | |
| 8. Měl jste někdy pocit, že musíte omdlít, i když jste právě nebyl nemocen? | Nikdy | Občas | Často |
| 9. Trápí Vás myšlenky, že onemocníte nějakou nevyлéčitelnou chorobou? | Nikdy | Občas | Často |
| 10. Myslíte si, že „čistota je půl zdraví“? | Ne | | Ano |
| 11. Je Vám někdy špatně nebo máte potíže se zažíváním? | Ne | | Ano |
| 12. Míváte pocit, že život je příliš obtížný? | Nikdy | Občas | Často |

13. Měl jste někdy v životě radost, že se můžete blýsknout před ostatními?	Ne		Ano
14. Stane se Vám občas, že se rozhněváte a neovládnete se?	Ano	Ne	
15. Míváte pocit nejistoty a neklidu bez zjevné příčiny?	Nikdy	Občas	Často
16. Cítíte se uvolněnější, jste-li doma?	Nepříliš	Občas	Určitě
17. Stává se Vám, že se Vám v hlavě neustále honí hloupé, nerozumné myšlenky?	Nikdy	Občas	Často
18. Cítíte někdy mravenčení nebo píchání po těle, pažích, nohách?	Nikdy	Vzácně	Často
19. Litujete hodně svého dřívějšího chování?	Ne		Ano
20. Domníváte se, že jste až příliš citový člověk?	Ne		Ano
21. Míváte občas myšlenky či nápady, o nichž byste si nepřál, aby je jiní znali?	Ano	Ne	
22. Prožíváte někdy stavy paniky?	Ne		Ano
23. Máte pocit nejistoty, jestliže cestujete v autobuse, tramvaji, vlaku a to i když nejsou přeplněné?	Vůbec ne	Trochu	Velmi
24. Jste nejšťastnější tehdy, když pracujete?	Ne		Ano
25. Máte v poslední době menší chuť k jídlu?	Ne		Ano
26. Budíte se ráno neobvykle časně?	Ne		Ano
27. Jste rád středem pozornosti?	Ne		Ano
28. Jsou všechny Vaše návyky dobré a žádoucí?	Ne	Ano	
29. Připouštíte si starosti více než ostatní lidé?	Ne	Dosti	Velmi

30. Chodíváte rád ven sám?	Ano		Ne
31. Jste puntíčkář?	Ne		Ano
32. Cítíte se unavený nebo vyčerpaný i po malé námaze?	Nikdy	Občas	Často
33. Míváte dlouhá období smutku?	Nikdy	Občas	Často
34. Myslíte si, že využíváte okolností ke svému prospěchu?	Nikdy	Občas	Často
35. Řeknete tu a tam nějaký klep?	Ano	Ne	
36. Míváte často pocit vnitřního napětí?	Ne		Ano
37. Děláte si zbytečně starosti, když některý z Vašich blízkých příbuzných přijde pozdě domů?	Ne		Ano
38. Musíte zbytečně pečlivě kontrolovat to, co děláte?	Ne		Ano
39. Usínáte lehce?	Ano		Ne
40. Když máte čelit krizím či potížím, musíte vyvíjet mnohem více úsilí než ostatní lidé?	Ne	Občas	Často
41. Vydáte často hodně peněz za šatstvo?	Ne		Ano
42. Ohlásil byste všechno na celnici, i kdybyste věděl, že se na to nepřijde?	Ne	Ano	
43. Měl jste někdy pocit, že se Vám „rozskočí hlava“?	Ne		Ano
44. Máte strach z výšek?	Ne	Dosti	Velmi
45. Zlobí Vás, když je narušen Váš normální životní styl?	Vůbec ne	Poněkud	Velmi
46. Trpíte často nadměrným pocením nebo bušením srdce?	Ne		Ano
47. Míváte potřebu plakat?	Nikdy	Občas	Často
48. Máte rád dramatické situace?	Ne		Ano

49. Přišel jste někdy pozdě na schůzku nebo do práce?	Ano	Ne	
50. Míváte zlé sny, které ve Vás při probuzení vyvolávají úzkost?	Nikdy	Občas	Často
51. Míváte pocit strachu nebo hrůzy, jste-li v davu?	Nikdy	Občas	Často
52. Míra Vašeho sexuální zájmu je:	Stejná nebo větší		Menší
53. Děláte si zbytečně starosti z věcí, které v podstatě nejsou důležité?	Nikdy	Občas	Často
54. Ztratil jste schopnost pociťovat účast s jinými osobami?	Ne		Ano
55. Pozorujete někdy, že máte sklon k pózám nebo k předstírání?	Ne		Ano
56. Jsou mezi Vašimi známými lidé, které nemáte rád?	Ano	Ne	
57. Mluvíte někdy o věcech, o kterých nic nevíte?	Ano	Ne	

Příloha D

Tabulka s odpověďmi na otevřené otázky

Číselný seznam studentů	Odpověď na otázku „Záchranu proti špatné náladě vidím v...“	Odpověď na otázku „Pokud jsem smutný/á, mám tendenci stranit se...“
1.	čajovně s kamarády	rodičů
2.	kamarádech, počítači, hraní společenských her, koukání na televizi	rodině
3.	spánku	všeho
4.	svém pejskovi a rodičích	ostatních
5.	hudbě, filmech, pokecu s přáteli a rodinou, knížka	všem, kteří pro mě neznamenaají tolik, abych jim řekla, co se děje
6.	čtení, kamarádech, anime, dobrůtkách	všemu a uzavírat se do sebe
7.	jídle, hudbě a čaji	rozhovorů o pocitech
8.	jednej pravej kamarádce, filmu nebo alkoholu	
9.		
10.	kamarádech, jídle, nějaké zábavné akci	rodičům
11.	čase stráveným s kamarády/kamarádkami, hudbě a vtipných videí na YouTube	rodině – zejména babičce s mamkou (kvůli otázkám proč)
12.	kamarádce	davu
13.	nejlepší kamarádce	ostatním
14.	kamarádech nebo	prarodičů

	relaxování	
15.		
16.		
17.		
18.	zvířatech	všeho
19.	Bibli	rodičů
20.	sportu, tanci, kamarádkách, knížce, čokoládě, vaření	všeho – trochu si popláču a hned je mi lépe
21.	podpoře od svého nejbližšího okolí	
22.		
23.		
24.		
25.	čokoládě, dobrém filmu, klidu (bez stresu)	všech (Nechci, aby mi někdo pořád radil, co dělat.)
26.		
27.	tmavé noci	spolužáků
28.	uklizení našeho domova, kreslení, vyrábění nových věcí, dlouhé procházky, hře na klavír, dárku	kamarádům a bratrovi
29.	v dobrém počasí, dobré společnosti, dobrém jídle a spánku	lidí
30.	odpočinku, hudbě, spánku, klidu, tichu, čtení, šití, návštěvě přítele	kamarádům, rodině

31.	klidu	Nemám tendenci stranit se.
32.	kamarádech, hudbě	samoty
33.	zlepšení nálady	smutku
34.	trávení času s osobou, kterou mám ráda, jezení a sportu	lidí
35.	čokoládě, sportu	
36.	Kamarádech. Nejlepší je jít někam do společnosti.	Svému okolí.
37.	svých kamarádech	lidí
38.	Telefonování s kamarádem. Taky ve zpívání písniček se sestrou.	Rodině a všeho.
39.	přátelích, hudbě, rodině	Rodině a většímu kolektivu lidí.
40.	Dobré knížce, muzice, hře na kytaru, fajn filmu. A nebo ve spánku.	Od všech lidí a zvířat a všeho.
41.	sportu	ostatních lidí
42.	hudbě nebo procházce se psem	lidem
43.	Bavení se s kamarády, aby mě to rozveselilo.	okolí
44.	Hraní na klavír, jít ven s dobrými přáteli, být s rodinou, číst knihy.	Do sebe, abych nenakazila ostatní špatnou náladou.
45.	kamarádech a rodině	Nestraním se nikoho.
46.	Mé třídě, v kamarádech, v rodině atd.	

47.	čokoládě	rodiny, kamarádů
48.	hudbě	lidí
49.	hudba, jídlo	
50.	zapnutém PC, procházce se psem, hudbou	Do svého pokoje, kde si buď zapnu PC nebo si lehnu.
51.	samotě	lidem
52.	hudbě, čokoládě	zlých lidí
53.	dobřím filmu	rodině
54.	filmech, knížkách	rodině
55.	hraní na počítači	rodičů
56.	své třídě	všeho
57.	mých koníčcích	všech
58.	psaní s přítelkyní či koukání na její fotky	všeho kromě přítelkyně
59.	udělat něco co mi jí zlepší	rodičů
60.	fofbale	
61.	sportu	všeho
62.	hraní hokeje	všeho
63.	přírodě	všeho
64.	sledování pornofilmů	důchodců, komunistů a antikomunistů
65.	kámoších	rodičů
66.	hraní PC her	
67.		
68.	četbě	všeho

69.	sportu, PC	rodině
70.	plavání	rodičů
71.	masturbaci	
72.	Mám rád porno. p.s.: Jenom to kreslený.	důchodců, komunistů, antikomunistů
73.	gymu	
74.	dělání toho co mě baví	mámě, tátovi
75.	PC, Facebook	rodičů