

UNIVERZITA KARLOVA

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Marie Eliášová

**Deprese ve stáří a příslušné formy
intervence**

**Depression in the elderly and appropriate
forms of intervention**

Praha 2021

Vedoucí práce: PhDr. Tamara Hrachovinová, CSc.

Poděkování

Děkuji vedoucí bakalářské práce PhDr. Tamaře Hrachovinové, CSc. za odborné vedení, cenné rady a postřehy, dále také PhDr. Evě Höschlové, Ph.D. za nápomocné metodologické připomínky. Poděkování patří zároveň mému tatínkovi za sdílení svých zkušeností.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 10. 5. 2021



.....
Marie Eliášová

Abstrakt

Tato bakalářská práce se věnuje depresi a jejím specifickým ve vývojovém období stáří. Představuje důležité momenty v životě seniorů včetně psychických, intelektových a psychosociálních změn, věnuje se proměnám sebepojetí a adaptace. Přibližuje depresi z obecného hlediska, nicméně důraz klade na problematiku deprese ve stáří a její proměny. Představuje ve stáří s depresí spojené specifické fenomény, jakými jsou pseudodemence, zármutek a suicidalita. V navazující části představuje formy léčby a nefarmakologických intervencí včetně jejich využití v období stáří. Podrobněji je představena arteterapie, muzikoterapie a pohybové aktivity. Navrhovaný výzkum se zaměřuje na objasnění efektu těchto intervencí na depresi ve stáří.

Klíčová slova

stáří; změny; deprese; diagnostika; intervence; léčba; institucionalizace

Abstract

This bachelor thesis deals with depression and its specifics in the developmental period of old age. It presents important moments in the life of seniors, including psychological, intellectual and psychosocial changes, it also focuses on changes in self-concept and adaptation. It describes depression from a general point of view, however, it emphasizes the issue of depression in old age and its transformations. It presents specific phenomena associated with depression in old age, such as pseudodementia, grief and suicidality. The following section presents the forms of treatment and non-pharmacological interventions, including their use in old age. Art therapy, music therapy and physical activities are introduced in more detail. The proposed research would address the effect of these interventions on depression in old age.

Keywords

Old Age; Changes; Depression; Diagnostics; Interventions; Treatment; Institutionalization

Obsah

Úvod	6
Literárně přehledová část.....	7
1. Stáří.....	7
1.1 Tělesné změny a onemocnění.....	8
1.2 Psychické a intelektové změny.....	9
1.3 Psychosociální změny.....	11
1.4 Sebepojetí a adaptace.....	12
2. Deprese	14
2.1 Prevalence.....	15
2.2 Patogeneze a etiologie	16
2.3 Diagnostika.....	17
2.3.1 Diagnostika dle MKN-10	18
2.3.2 Diagnostika dle DSM-5	19
2.4 Deprese ve stáří	20
2.4.1 Demence a depresivní pseudodemence	21
2.4.2 Zármutek.....	22
2.4.3 Suicidalita	23
3. Intervence a léčba deprese	25
3.1 Farmakologická léčba.....	25
3.2 Nefarmakologické intervence.....	26
3.2.1 Arteterapie	27
3.2.2 Muzikoterapie	27
3.2.3 Pohybové aktivity	28
3.2.4 Další aktivizační formy	29
Návrh výzkumného projektu	31
4. Výzkumný cíl	32

5.	Design výzkumného projektu.....	33
5.1	Typ výzkumu.....	34
5.2	Metody získávání dat.....	34
5.3	Výzkumný soubor.....	35
5.4	Metody zpracování a analýzy dat.....	36
5.5	Etika výzkumu.....	37
6.	Diskuse.....	38
	Závěr.....	41
	Seznam použité literatury.....	42
	Seznam zkratk.....	51
	Příloha 1.....	I
	Příloha 2.....	III

Úvod

Deprese je jedna z nejčastěji objevujících se psychických poruch a lidstvo se ji snaží léčit a vysvětlit téměř od nepaměti. Doposud si ovšem nejsme jisti jejím komplexním principem fungování, a to i vzhledem k tomu, že se může objevovat v mnoha podobách co do závažnosti, ale také z hlediska různorodé symptomatiky a multifaktoriálních příčin. Deprese se může u jedince objevit v průběhu celého života, ale v období stáří nastávají specifické situace, jež jsou pro rozvoj deprese zvláště rizikové. Léčbu deprese u seniorů může rovněž komplikovat stigmatizace psychických poruch. Z tohoto důvodu považujeme téma této práce za velice aktuální a hledání vhodných forem intervencí za důležité, a to i vzhledem k psychické zátěži způsobené restriktivními opatřeními spojenými s pandemií Covid-19, jež dopadla na seniorskou populaci zvláště těžce.

V této práci nejprve představujeme vývojové období stáří z hlediska biologických změn a onemocnění, ale také psychických, intelektových a psychosociálních změn. Představujeme rovněž problematiku adaptace a sebepojetí ve stáří. Důraz na změny typické pro stáří klademe také z důvodu jejich rizikovosti vzhledem k rozvoji deprese. Té se věnuje následující kapitola. Představena je z hlediska prevalence, patogeneze, etiologie a diagnostiky vzhledem k různým diagnostickým manuálům. Následně se věnujeme depresi v období stáří, která je nejen specifická díky atypičnosti projevů, ale také vzhledem k související problematice jakou je suicidalita, zármutek a depresivní pseudodemence. V další kapitole se věnujeme intervencím a farmakologické léčbě deprese. Vzhledem k seniorské populaci je kladen důraz na netradiční formy intervencí, kterými jsou arteterapie, muzikoterapie, pohybová aktivity a další. V návaznosti na literárně přehledovou část byl navržen výzkumný projekt, který by měl za cíl objasnit efektivitu zvolených forem intervencí, čímž by mohl přispět k rozvoji vhodných intervenčních programů zacílených na seniory trpící depresí.

Velké množství dostupných odborných zdrojů zabývajících se problematikou deprese, ale i konkrétně depresí ve stáří dokládá důležitost této problematiky. V českém jazyce je dostupná řada knižních publikací, nicméně odborné články na toto téma jsou stále především v anglickém jazyce. V práci je citováno dle normy APA (American Psychological Association, 2020).

Literárně přehledová část

1. Stáří

Vývojová období je možné rozlišovat různě, stejně tak od nich můžeme očekávat jiné milníky. Pro Eriksona je ve stáří takovým milníkem dosažení integrity v pojetí vlastního života, v opačném případě přichází zoufalství (Vágnerová, 2007). Tedy jeho přijetí v celkovém kontextu, uznání jeho smyslu a připravení se na jeho konec (Šavlík, 2004). Vágnerová (2007) rozlišuje rané stáří (60-75 let) a pravé stáří (75 a více let). Dle Kalvacha et al. (2008) ale rozlišení není tak jednoduché. Z hlediska geriatrických programů hovoříme o hranici 65 let, ale kvůli vyspělému zdravotnictví v některých zemích se hranice zvyšuje spíše na 75 let, případně až 80 let. Dělení je možné také na základě aktivit. V takovém případě můžeme hovořit o jedinci ve třetím věku, který žije aktivní a nezávislý život ve stáří, anebo o jedinci čtvrtého věku, jež je odkázán na pomoc druhých při zajištění základních potřeb (Stuart-Hamilton, 1999). Vymětal (2003) pak považuje za začátek stáří odchod do důchodu. Rozlišovat můžeme tedy kalendářní stáří, sociální stáří či biologické, v případě stáří biologického se soustředíme na míru involučních změn jedince (Kalvach & Mikeš, 2004). Nelze tedy brát v úvahu pouze věk, nutné je uvážit fyzický, psychický i sociální stav člověka.

Stáří Čevela et al. (2014, s. 17) definují jako „bio-psycho-spirituální proces přirozeně involučních (regresivních) a adaptačních změn, k nimž v organismu a u organismu dochází od dosažení sexuální dospělosti a s ní související vrcholné úrovně výkonnosti“. Obdobným způsobem z hlediska podstatných oblastí ho definuje také Vymětal (2003, s. 46): „Jde o způsob naplnění a o kvalitu života v závěru životního běhu člověka, závisí především na zdravotním stavu, hodnotové orientaci, možnosti uplatnění a také na přijetí člověka nejbližšími lidmi“.

Příčinou stáří je proces stárnutí, který je přirozeným vývojem. Stuart-Hamilton (1999) popisuje řadu přístupů ke stárnutí. Obecně hovoří o kontinuu, z toho důvodu není snadné stanovit přesný moment, kterým tento proces začíná. Velkou roli hrají také mnohočetné individuální projevy, které nastupují v různém věku i za různých podmínek (Kalvach & Mikeš, 2004).

Nutné je také zmínit, že periodizace stáří a podmínky se historicky mění. Vlivem rozvoje lékařství a hospodářství se věk dožití prodlužuje a tento trend můžeme předpokládat i nadále (Čevela et. al, 2014). Dlouhodobě se z tohoto důvodu zastoupení seniorů ve

společnosti zvyšuje (Kim, 2017). V České republice došlo mezi léty 2000 a 2018 k nárůstu stejné populace o 5,4 %. Nárůst byl zaznamenán v dalších zemích Evropy s výjimkou Lucemburska. Česká republika je mírně pod průměrem Evropské unie, kde bylo procentuální zastoupení této věkové kategorie 19,7 (Český statistický úřad, n.d.).

1.1 Tělesné změny a onemocnění

Stárnutí přináší řadu změn. Tyto změny nastávají individuálně a jsou variabilní z hlediska času rozvoje, rozsahu a závažnosti i oblasti. V jejich rozvoji hrají roli genetické dispozice i vnější faktory. Vágnerová (2007) hovoří o primárním stárnutí, to je způsobeno geneticky zakódovaným počátkem stárnutí i případnou délkou dožití. Pravděpodobně se jedná o interakci několika genů a dalších vnějších vlivů. Působení vnějších faktorů pojmenovává jako sekundárně podmíněné stárnutí. Jejich vlivem v průběhu celého života je podmíněn aktuální stav jedince, tedy funkční stav některých orgánů či celého organismu. Vágnerová (2007) rovněž zdůrazňuje, že stáří není chorobný stav, ale v jeho průběhu nastává řada zdravotních komplikací, jež vedou k vyšší četnosti nemocných. Dle Čevely et al. (2014) je ve věku nad 70 let postiženo chronickou chorobou téměř devadesát procent jedinců. Chronicita je ve stáří způsobena vyšším rizikem komplikací a neúplným vyléčením. Vysoký je rovněž výskyt degenerativních onemocnění, zvýšeno je také zastoupení akutních zhoršení či dekompenzací. Typická je ve stáří především polymorbidita, tedy přítomnost většího množství chorob, často chronických. Změna rovněž přichází v chápání pojmu zdraví, v tomto období je chápáno spíše jako zachování soběstačnosti a pohody. Problematická je v tomto kontextu také míra užívaných léků. Tribessová et al. (2012) upozorňují, že se stoupající prevalencí degenerativních a chronických onemocnění zároveň stoupá množství konstantně užívaných léčiv.

S věkem přirozeně dochází ke zhoršení elasticity tělesných tkání. To v důsledku způsobuje poruchy funkce orgánových soustav a jejich degradaci (Kim, 2017). Trávicí soustava je zpomalena a zhoršeno je tak na příklad vstřebávání živin, nebo naopak vylučování toxických látek. Insuficience se objevuje také u dýchací soustavy, kdy dochází ke snížení přívodu kyslíku. Problematická je rovněž oběhová soustava. Srdeční sval ztrácí sílu, ale zároveň je více namáhán na příklad kvůli ateroskleróze. Pokles funkcí těchto soustav může negativně rovněž ovlivnit funkci mozku. Tu mohou rovněž ovlivňovat nedostatky smyslových orgánů. Zde se změny objevují v průběhu života, nicméně ve stáří jsou často vzájemně kombinovány a jejich závažnost prohloubena. Degenerativní změny pozorujeme

u zraku (presbyopie, ztráta zrakové ostrosti), sluchu (presbyakuze, tinitus), dochází ke ztrátě chuti, čichu, citlivosti hmatu. Nepřesnost získaných informací může negativně ovlivnit rozumové schopnosti jedince (Stuart-Hamilton, 1999). Mondelliová a de Souzaová (2012) upozorňují na komunikační dopady poruchy sluchu, jedinec je často izolován v sociálním prostředí a vytrácí se dialog s okolím. Ztráta sluchu je dle autorek jednou z nejvíce poškozujících poruch smyslů, může přispívat k rozvoji studu, emočních či sociálních následků, případně také depresivních stavů. Jejich výzkum přínosu sluchadel, na stěži zobecnitelných třiceti jedincích, poukazuje na zlepšení kvality života, a to zejména v oblasti volnočasových aktivit seniorů. Frekvence negativních pocitů seniorů ale nebyla nijak ovlivněna.

Z hlediska dalších konkrétních chorob jsou velmi častá chronická degenerativní onemocnění, a to především oběhové soustavy, tedy kardiovaskulární, případně cerebrovaskulární choroby. Rovněž časté jsou nemoci pohybového ústrojí (Mondelli & de Souza, 2012; Vágnerová, 2007). Pohyb ve stáří často způsobuje dyskomfort, tím může být způsobena ztráta motivace k pohybu a ztráta kondice, zvýšení tělesné hmotnosti, svalová slabost, případně také sarkopenie. Další typické syndromy stáří jsou například inkontinence, instabilita s pády, malnutrice, geriatrická křehkost, dehydratace, duální sensorický deficit, syndrom teplotního poškození. Spojením těchto stavů může vzniknout syndrom terminální geriatrické deteriorace (Kalvach et al., 2008). Čevela et al. (2014) narážejí na problematiku atypického klinického obrazu některých chorob. Absence nebo nevýraznost řady diagnostických symptomů, případně jejich překrytí komorbiditou či farmaky, může způsobovat diagnostické nedostatky a tím způsobit další komplikace.

1.2 Psychické a intelektové změny

Úpadek fyzického zdraví může přímo ovlivnit také psychický stav nebo emoce a intelekt. Dříve dominantní fluidní, praktická či sociální inteligence ustupuje a využívána je převážně inteligence krystalická (Stuart-Hamilton, 1999; Vágnerová, 2007). Kompetence založené na zkušenostech rovněž převažují nad těmi, jež vyžadují flexibilitu. Dochází ke stereotypnímu užívání znalostí a schopností. Narušena je rovněž schopnost komplexního uvažování a induktivního usuzování, jedinci nejsou schopni integrovat veškeré aspekty najednou, mohou tak chybovat a obtížně se orientovat ve složitějších, nevšedních situacích (Kulišťák, 2011; Vágnerová, 2007). Celková úroveň kognitivních schopností, projevů, dynamika a způsob reakcí jsou velmi interindividuálně variabilní (Stuart-Hamilton, 1999).

Tyto rozdíly se však ve druhé polovině osmého decénia zmenšujú a vyrovnávajú. Chování, prožívání, nebo uvažování se s věkem přirozeně mění. Projevem těchto změn může být celkové zpomalení, snížení frustrační tolerance, případně problémy s pamětí a pozorností. Diferenciace závažnosti obtíží může být často komplikovaná, a to také díky zkreslené metakognici (Vágnerová, 2007). K problematické diagnostice se vyjadřuje také Kulišťák (2011). Dle Kalvacha et al. (2008) může již mírný kognitivní deficit významně ovlivnit mimo jiné míru celkového zdraví jedince, podnítit rozvoj deteriorizace či křehkosti. Ve spojení s depresí může zároveň zvyšovat riziko rozvoje dalších vážných geriatrických chorob jakými jsou na příklad cerebrovaskulární a degenerativní onemocnění (Kim, 2017).

Významné psychické změny mohou být vysvětleny také z hlediska strukturálních a funkčních mozkových změn, které jsou způsobeny atrofickými změnami centrální i periferní mozkové tkáně. Úbytek tkáně odpovídá úpadku funkce oblasti, které poškozená část řídí. Míra tohoto úbytku tkáně ovšem nemusí odpovídat úbytku kognice. V tomto kontextu autor hovoří o *hypotéze mozkové rezervy*, která předpokládá nižší pokles kognice u jedinců s vyšším vzděláním (Kulišťák, 2011). Kimová (2017) zároveň dodává, že vyšší kognitivní funkce souvisí s nižší úrovní depresivity. Dle Vágnerové (2007) rovněž dochází k rozpadu synaptických spojů, které zodpovídají za přenos impulzů. K atrofickým změnám je zvláště citlivý prefrontální kortex. Atrofií jsou způsobeny poruchy paměti, pozornosti a exekutivních funkcí. Změny v mozkové kůře mohou vést rovněž k nižší produkci neurotransmiterů. To vede k zpomalení myšlení a jeho integrity, či narušení retence informací. Na druhou stranu dochází k funkční plasticitě, která kompenzuje úbytek ve specializovaných mozkových centrech. Hranici mezi normálním kognitivním poklesem a ranou demencí tvoří mírná kognitivní porucha, jež je často prediktorem rozvoje demence (Petersen & Negash, 2008).

Z hlediska emočního prožívání dochází k poklesu intenzity a frekvence emočních prožitků, zároveň se dle Vágnerové (2007) klade velký důraz na udržování přijatelných pocitů. V důsledku může docházet ke zjednodušování situací, omezení kontaktu, vyhýbání se nepříjemnému, popírání či zkreslení negativních aspektů. Prožívání životní pohody je ovlivněno především poklesem pozitivních prožitků a pocitů. Typickým může být také smíření, tedy relativní životní spokojenost, ale zároveň nižší pocit štěstí ve srovnání s minulostí. Tento stav může signalizovat emoční adaptaci na zátěž a ztráty. Ačkoliv je prožívání méně intenzivní, dochází dle Vágnerové (2007) ke zhoršení emoční regulace. To může být způsobeno poruchou funkce prefrontálního laloku, který zodpovídá za exekutivní funkce. Porucha autoregulace se projevuje častěji v zátěžových situacích,

objevit se může apatie, úzkost, neklid, neúčelná manipulace, ale také agrese. Výsledkem může být snížení množství aktivit, či dokonce úplná ztráta motivace k jejich vykonávání. Naprosto odlišný pohled na emocionalitu ve stáří přináší v teoretickém přehledu Orgeta (2009). Výsledky autorčiny studie, která porovnává dvě věkové skupiny po čtyřiceti respondentech, poukazují na vyšší emoční stabilitu seniorů, lepší strategii pro regulaci emocí a předcházení impulzivním emocionálními reakcím, generalizace výsledku je nicméně z důvodu velikosti vzorku problematická.

1.3 Psychosociální změny

Jeden z nejzřetelnějších jevů ve stáří je systematické snižování míry sociální interakce (Mondelli & de Souza, 2012). Staří lidé se častěji pohybují v domácím prostředí a jsou v různé míře závislí na ostatních (Ramic et al., 2011). Dle Stuart-Hamiltona (1999) to může být tím, že staří lidé vyhledávají samostatný život a tím se mohou odcizovat, na druhou stranu ovšem spoléhají na péči své rodiny a obracejí se na ni v případě potřeby. Potřeba pomoci může dlouhodobě negativně působit na rodinné vztahy, převážně v případech, kdy se rodina není schopna o starého člověka postarat. Opatrovníkem totiž může být osoba s vlastním zdravotním i jiným deficitem, tedy děti či partneři opečovávaného. Dle Neriové et al. (2012) jsou tyto pečovatelé často sami negativně ovlivněni náročností poskytované péče, a to například nižší odolností vůči stresu, sníženou funkcí imunitního systému, únavou, anorexií, ale také negativním dopadem na další rodinné vztahy. Rizikovým faktorem pro rozvoj deprese u ošetřovatelů může být rovněž socioekonomický status rodiny. Tato studie pracovala se sebehodnotícími dotazníky, rovněž měřila fyzickou zdatnost 176 probandů.

Svá specifika zároveň přináší soužití a kooperace různých generačních skupin. Objevuje se problematika předsudků, rozdílných zkušeností, ageismu. Ve stáří se oproti jiným věkovým kategoriím objevuje větší opatrnost, dogmaticnost, vyšší autoritativnost a rigidita (Švancara, 2004). Ne vždy se senior může spolehnout na funkční rodinu. V takovém případě může být ohrožen pocitem samoty, izolací od společnosti a v závažných případech také zanedbáváním. Životní styl mladších členů rodiny rovněž může působit negativně na seniorovu socializaci (Ramic et al., 2011).

Sociální vyloučení zároveň může přinášet ekonomické problémy, případně chudobu (Čevela et al., 2014). De Boer et al. (2013) zmiňují nedostatek životních prostředků v kontextu nedostatečného stravování ve stáří, jež může vést k závažným zdravotním komplikacím.

Roli hrají také psychosociální faktory jako je samota, ovdovění, změny prostředí, sociální izolace, alkoholismus, depresivita, či apatie, a to nejen v tomto kontextu, ale ve stáří obecně.

Velkou sociální i ekonomickou změnou je rovněž odchod do důchodu. Člověk ztrácí profesní roli a zároveň společenskou prestiž, jelikož nová role seniora má nižší sociální status. Odchod do důchodu může tak ukazovat na ztrátu výkonnosti i společenské užitečnosti a může zapříčinit vyloučení ze společenských aktivit (Vágnerová, 2007). Dle Rosenkoetterové a Garrise (1998) je konec pracovních povinností často vnímán jako osvobození, šance trávit volný čas různě a bez povinností. Komplikace se mohou objevit zvláště v případě, že se jedinec na tuto změnu předem nepřipraví. Jejich americká studie s 1565 respondenty poukazuje na řadu oblastí, ve kterých senioři pociťují značné obavy. Převážně se jedná o zdraví a budoucnost, manželské vztahy, potřeby sebeúcty, změny ve struktuře života a přípravu na důchod. Ačkoliv se jedná o relativně velký vzorek, generalizace může být ovlivněna rozdílnou formou sociálního zabezpečení. Problematická je nicméně nově nespécifikovaná náplň denních činností, ačkoliv může být limitována na příklad zdravotním stavem. Senioři jsou častěji orientováni na prožitek přítomnosti, neboť dochází k jiné percepci času. Rozdíly se objevují mezi dobou odchodu do důchodu, způsobeny jsou vzděláním i pohlavím, ale také skutečným zájmem o profesi, potřebou zachování sociálního statusu, životního stylu, sociálního kontaktu a podobně (Vágnerová, 2007). Rosenkoetterová a Garris (1998) zároveň zmiňují problematiku soužití, a to zvláště v případech, kdy spolu partneři dříve trávili pouze minimum času.

1.4 Sebepojetí a adaptace

Schopnosti, kompetence či role, které byly stěžejní pro identitu jedince se ve stáří mohou měnit, vytrácet, nebo dokonce upadat. Odchod do důchodu je spojen s nárůstem pochybností o svých kvalitách i pocitem méněcennosti. Nutné je tedy pozměnit svou identitu, aspirace i perspektivu. Pro seniory je typické vracet se v myšlenkách do minulosti více než dříve. Prostřednictvím vzpomínek si připomínají jejich kvality, podporují tak svou sebeúctu a mohou vylepšovat své momentální sebepojetí. To je možné udržovat také důrazem na kompetence, jež nejsou doposud ovlivněny, nebo porovnáváním se s referenční skupinou, většinou vrstevnickou (Vágnerová, 2007). Sebepojetí může být ovlivněno také seberealizací, která dostává prostor díky odchodu do důchodu. Volnočasové aktivity jsou důležité pro zachování pozitivního sebepojetí, mohou dodávat pocit užitečnosti. Senioři se mimo jiné pomocí těchto aktivit a zvyků charakterizují (Antonelli et al., 2000). V této

oblasti může docházet k veliké diferenciaci mezi seniory (Čevela et al., 2014). V opačném případě se může objevit jiná součást sebepojetí a tím je role nemocného. Hernández et al. (2019) porovnávali copingové strategie necelé stovky pacientů s rakovinou. Ti byli rozděleni do dvou skupin dle věku. Senioři reagovali častěji rezignací a potlačením emocí. Chronická onemocnění či polymorbidita mohou ovlivnit sebepojetí zároveň ve smyslu psychických kompetencí (Vágnerová, 2007). Psychická a somatická onemocnění navozují strach a úzkost, podlamují tak sebehodnocení a tím podněcují omezení aktivit případně rozvoj maladaptivní somatizace (Kalvach et al., 2008).

Na sebepojetí mají významný vliv také vnější faktory. Jedním z nich je rodina, ta může být pro jedince důležitější než v dřívějších obdobích. Důraz na rodinu může mít ovšem různý dopad. Negativně je ovlivněno sebepojetí při úmrtí celoživotního partnera, opačně mohou působit úspěchy potomků (Vágnerová, 2007). Úspěšná adaptace na ztrátu životního partnera je dle Spahniové et al. (2015) primárně spojena s vysokým skóre v resilience, extravertizaci a nízkým skóre neuroticismu. Studie pracuje s výsledky asi tisíce švýcarských respondentů, socioekonomický status tedy může hrát roli v zobecnitelnosti závěrů.

Důležitou roli hraje také oblast, kde senior žije, a to převážně v případě, že je umístěn do domova důchodců či jiného ústavu (Vágnerová, 2007). Antonelliová et al. (2000) zkoumali důsledky těchto přesunů na sebepojetí a self-esteem. Při porovnání dvou skupin čítající celkem sto dvacet italských seniorů vychází najevo, že senioři žijící doma se popisují pozitivněji než ti dlouhodobě umístění v pečovatelském zařízení. Zároveň poukazuje na problematiku ztráty individuality, která se projevuje zejména ve způsobu prezentace vlastního sebepojetí. Institucionalizovaní senioři se charakterizovali častěji pomocí vnějších atributů než psychickými a osobnostními vlastnostmi. Rovněž se také více zaměřovali na existenciální faktory jako je samota, depresivita či jiné obavy. Ačkoliv tato studie pracuje s poměrně malým vzorkem, jasně zdůrazňuje problematiku hospitalismu seniorů. Tématu institucionalizace a problematické adaptaci se v teoretické části své studie věnuje také Meléndez-Moral et al. (2013).

2. Deprese

Deprese je psychická porucha, která spadá do skupiny poruch afektivních neboli poruch nálady. Může mít celou řadu podob a projevů, stejně jako různou intenzitu a závažnost (Smolík, 1996). Hartl (2004, s. 45) definuje depresi jako: „duševní stav charakterizovaný pocity smutku, skleslostí, nerozhodností, zpomalením duševních i tělesných procesů, úzkostí, apatií, sebeobviňováním“. Raboch et al. (2015, s. 136) definují depresivní poruchy obdobně: “Znakem je přítomnost pocitu smutku, prázdnoty nebo přítomnost podrážděné nálady doprovázené somatickými a kognitivními změnami, které významně ovlivňují jedincovy funkční schopnosti. Rozdíly mezi těmito poruchami spočívají v délce onemocnění, časovém průběhu a předpokládané etiologii“.

Deprese v klinickém smyslu slova významně zasahuje do běžného každodenního života, projevuje se depresivní náladou a myšlením, dále také depresivní psychomotorikou a mimikou (Vymětal, 2003). Objevovat se také může pokles mentálního výkonu, anhedonie, snížení apetitu a péče o tělo, poruchy spánku. V případě hluboké deprese se mohou objevit i psychotické symptomy, jež jsou specifické právě pro tuto poruchu. Tím jsou například sebeobviňující, ruinační, nebo nihilistické bludy (Jiráček, 2004 b; Orel et al., 2012). Mohou se také projevovat obtíže při soustředění, suicidální myšlenky, tendence, či dokonce sebevražedné pokusy (Höschl, 1996; Jiráček, 2004 b; Orel et al., 2012; Otte et al., 2016).

Deprese se může objevit samostatně, ale také při somatických onemocněních, případně v důsledku psychoaktivních látek, u demence, schizofrenie a dalších (Smolík, 1996). Společně s depresí se často může objevit také panická porucha, obsedantně-kompulzivní porucha, mentální anorexie, mentální bulimie, či hraniční porucha osobnosti (Raboch et al., 2015) Riziková pro rozvoj deprese je také přítomnost chronického onemocnění. Depresi můžeme považovat za rizikovou pro rozvoj diabetes mellitus, onemocnění srdce, obezity či rakoviny (Otte et al., 2016).

Důležité je rozlišit běžné pocity smutku a kolísání nálady od patické depresivní nálady. Praško et al. (2015) upozorňuje na skutečnost, že v běžné populaci se často používá hovorový pojem „depka“ v případech rozladěnosti a smutku. Jedná se ale o přirozený projev emocí během života a nejedná se tedy o depresivní poruchu. V takových případech hrozí neadekvátní užívání odborného pojmu a je nutné na tuto skutečnost brát zřetel při komunikaci s veřejností.

2.1 Prevalence

Deprese patří globálně mezi nejčastější pozorovanou psychickou poruchu. Dle Jamese et al. (2018) je tomu tak minimálně tři desítky let a její prevalence, tedy zastoupení ve společnosti, neustále roste. Prevalence deprese byla měřena v České republice pomocí výběrového šetření o zdraví (EHIS) asi na 7 tisících respondentech a její hodnota dosáhla 4,8 % (Daňková & Otáhalová, 2017). Autoři Praško et al. (2015) s Smolík (1996) rovněž uvádějí obdobnou hodnotu, ale bez dohledatelného zdroje. V roce 2017 bylo údajně celosvětově více než 260 milionů případů deprese, což činí 3,4 % populace (James et al., 2018; Ritchie & Roser, 2018). James et al. (2018) pracuje s daty získanými mezi roky 1990 až 2017 z necelých dvou set zemí.

Ženy jsou depresí postiženy dvakrát častěji (Otte et al., 2016; Praško et al., 2015; Raboch & Červený, 2018; Smolík, 1996). Mezi léty 1990 a 2007 byl zaznamenán u žen nárůst prevalence až o 32 %, v následujících deseti letech byl zaznamenán nárůst o dalších 17 % (James et al., 2018). Limová et al. (2018) rovněž dokládají, že prevalence deprese u žen je vyšší, údajně 14,4 %. Zde byla míra prevalence sledována od roku 1994 do 2014 asi na jednom milionu participantů ze třiceti zemí. Obecně tato studie vykazuje významně vyšší prevalenci, než je uváděna u autorů z českého prostředí a u Ritchie a Roser (2018), ale zároveň odpovídá tezi, že prevalence roste.

Přesnost údajů ale může být do jisté míry zavádějící, jelikož někteří probandi mají tendence v průzkumech neuvádět minulé epizody, či nejsou správně diagnostikováni (Smolík, 1996). Obdobně argumentuje Limová et al. (2018) a dodávají, že prevalence deprese diagnostikované klinickým rozhovorem je 8,5 %, ale diagnostika tzv. self report nástrojem, tedy na příklad dotazníkem je 17,3 %. Dále dodávají, že vliv může hrát HDP země, ze které proband pochází. Obdobný závěr zastávají také Otte et al. (2016), kde zastoupení deprese v Japonsku bylo na hodnotě 2.2 % a v Brazílii na 10.4 %. Smolík (1996) udává, že nejvíce jsou lidé postiženi mezi 25-44 rokem života. Také dodává, že lidé starší 65 let jsou postiženi výrazně méně často. Praško et al. (2015) na druhou stranu uvádějí, že častý výskyt deprese je v období stáří, dále také po porodu či při šestinedělí.

Aktuální otázkou z hlediska prevalence deprese je její vývoj za poslední rok, tedy přesněji v průběhu epidemie spojené s virem SARS-CoV-2. Bueno-Notivol et al. (2021) vychází z hodnoty prevalence deprese 3,4 %, jež dokládají výsledkem studie Ritchie a Roser (2018). Jejich metaanalýza dvanácti studií z první poloviny roku 2020 vykazuje prevalenci 25 %, což ukazuje na sedmkrát vyšší zastoupení deprese v populaci. Jelikož se jedná o velmi malý soubor, není možné zobecnit závěry, nicméně je možné pozorovat směr vývoje.

Z předložených výzkumů jasně vyplývá, že deprese je globální fenomén, jež figuruje na nejvyšších příčkách z hlediska prevalence chorob tohoto typu v populaci. V minulém roce pravděpodobně došlo k rapidnímu nárůstu prevalence, který způsobila epidemiologická situace.

2.2 Patogeneze a etiologie

Příčiny a mechanismy rozvoje deprese jsou multifaktoriálně podmíněny, a to působením psychosociálních a biologických vlivů, jež mohou zvyšovat dispozice (Orel et al., 2012). Dle Praška et al. (2015) je takovou dispozicí nadměrná citlivost (hypersenzitivita) a zvýšená zranitelnost (vulnerabilita). Dispozicí může být také neuroticismus (Raboch et al., 2015). Patogeneze je prokazatelně ovlivněna neurochemickými změnami, ale komplexnost jejich role je dosud neobjasněna (Höschl, 1996), což potvrzují i novější závěry (Zou et al., 2020). Obdobně tomu tak je s objasněním obecné patogeneze deprese. (Höschl, 1996; Ménard et al., 2016; Smolík, 1996).

Roli v rozvoji deprese hraje pravděpodobně dědičnost (Ménard et al., 2016; Orel et al., 2012; Otte et al., 2016; Praško et al., 2015; Raboch et al., 2015; Smolík 1996), kdy heridabilita je asi 35 % (Otte et al., 2016; Saveanu & Nemeroff, 2012). Smolík (1996) uvádí, že výskyt depresivní poruchy u příbuzných prvního stupně je až třikrát vyšší než ve zbytku populace. Praško et al. (2015) zdůrazňují psychosociální aspekt tohoto jevu, kterým je blízký vztah s depresivní osobou. Za rozvoj nemoci nemusí tedy nutně zodpovídat genetika, ale spíše stresující prostředí a zkušenosti, dědičnost tak spíše zprostředkuje náchylnost k nemoci. Vysvětluje tím také, proč depresí onemocní i lidé, kteří nemají v rodině tuto anamnézu.

Ménard et al. (2016) zdůrazňují komplexnost celé problematiky, kladou důraz na vazbu mezi zkušenostmi z raného života, prenatálním prostředím a transgenerační dědičností epigenetických znaků, ale také imunitního systému, jež mohou zvyšovat resilienci a copingové strategie. Orel et al. (2012) rovněž hovoří o vlivu rodinných vazeb, zážitků, ale i dlouhodobé zátěži a významných životních událostí. Zmiňují *Kognitivní model deprese*, jež klade důraz na rané zážitky, které mohou vytvářet dysfunkční psychická přesvědčení, myšlení a naladění. Při dalším kontaktu s podobnou situací může dojít k jejich aktivaci a tím k celé řadě depresivních příznaků. Vzniká tzv. *depresivní kruh*. Tento pojem uvádějí také Praško et al. (2015). Dodává, že deprese je následkem tohoto kruhu, jež postihuje celý organismus (myšlení, chování, tělo i náladu). Praško et al. (2015) zároveň představují celou řadu životních situací, jež jsou se vznikem deprese spojeny, tj. na příklad

změna zaměstnání, změna sociální role, ztráta milované osoby, odchod do důchodu, či úraz. Za rizikové rovněž můžeme považovat absenci partnerského vztahu, prožití jiné negativní životní zkušenosti (nemoc, nezaměstnanost), ale také sexuální, fyzické a emoční týrání v dětství (Otte et al., 2016).

Mezi biologické faktory patogeneze deprese dle Smolíka (2002) patří mimo genetické faktory také neurotransmitery, senzitivita a počet receptorů, neuroendokrinní (hormonální), či neurofyzilogické abnormality. U deprese se nejčastěji objevují změny hladiny noradrenalinu, serotoninu, acetylcholinu a dopaminu. V takovém případě hovoříme o tzv. mediátorové hypotéze změn, jež způsobují poruchy nálady (Orel et al., 2012). Tyto systémy jsou velmi komplexní, společně interagují a podmiňují se. Je tedy velmi obtížné objasnit jejich pravou podstatu. Höschl (1996) popisuje tzv. „*teorie*“ deprese: katecholaminová (způsobena nedostatkem noradrenalinu, případně dopaminu), serotoninová (nedostatek serotoninu), cholinergně-adrenergní (nadbytek acetylcholinu). Saveanu a Nemeroff, (2012) představují novější pohled na etiologii deprese, jež pracuje se stejnými neurotransmitery. Jedná se o prototypový model, kde dochází k interakci mezi geny a prostředím. Orel et al. (2012) dále zmiňují neuroendokrinní hypotézy spojené se vznikem afektivních poruch. V takovém případě nacházíme změny na hormonální ose, jež je tvořena hypothalamem, adenohipofýzou a kůrou nadledvin. Změny nacházíme rovněž u imunitního systému, docházet může zároveň ke změně objemu hipokampu (Otte et al., 2016). Zou et al. (2020) také poukazují na vliv neuroendokrinních změn, konkrétně ve vztahu s hladinou inzulinu a jeho regulačních účinků na depresi, dále zmiňují vliv na synaptickou plasticitu, neurogenезi, neurotrofické faktory a další.

Ačkoliv je kladen značný důraz na výzkum patogeneze deprese, příčiny jejího vzniku mohou být velmi různorodé a faktory nejasné (Orel et al., 2012). Saveanu a Nemeroff (2012) shledávají potenciál objasnění patogeneze deprese ve výzkumu biomarkerů, jež by sloužily nejen k identifikaci traumatizovaných jedinců, kteří jsou náchylní k rozvoji deprese, ale i k efektivnějším prostředkům léčby. Zou et al. (2020) kladou důraz na další výzkum role hormonů v patogenezi deprese. Důležité je ale také objasnit spojitost a princip vztahu prostředí a lidského genomu (Otte et al., 2016)

2.3 Diagnostika

Diagnostika deprese se může lišit v souvislosti s volbou diagnostického manuálu. V evropském prostředí využíváme převážně Mezinárodní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů, a to aktuálně v desáté revizi (dále MKN-10). Tato revize prošla řadou

aktualizací, naposledy v roce 2016. Autorem je Světová zdravotnická organizace (WHO). Od roku 2022 vzejde v platnost nová revize tedy MKN-11, na implementaci a překladu dosud pracuje ministerstvo zdravotnictví ČR (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, n.d.). Dalším využívaným diagnostickým manuálem je Diagnostický a statistický manuál duševních poruch, aktuálně v páté revizi (DSM-5). Tento manuál popisuje podrobněji mentální poruchy. Autorem je Americká psychiatrická asociace.

2.3.1 Diagnostika dle MKN-10

V manuálu MKN-10 (2020) jsou duševní poruchy a poruchy chování označeny kódy F00-F99. Afektivní poruchy neboli poruchy nálady, jsou pak označeny F30 až F39. Tyto poruchy se zpravidla projevují směrem k depresi, nebo k euforii. Změny mohou postihovat celkovou aktivitu. Objevuje se tendence k recidivám, která je často vyvolána zevní skutečností (stresová situace). Do této skupiny poruch spadají mimo depresivních také manické (F30), bipolární (F31), jiné afektivní poruchy (F38), neurčené afektivní poruchy (F39).

Raboch a Červený (2018) popisují příznaky, které jsou pro diferenciální diagnostiku stěžejní. Jedná se o:

- hlavní příznaky: přetrvávající smutek, pokleslá nálada; zřetelné snížení zájmu a schopnosti prožívat potěšení z aktivit, jež dříve přinášely potěšení; pokles energie, výrazná únavnost i po malé aktivitě, snížená aktivita
- vedlejší příznaky: snížená schopnost soustředění a pozornosti; snížené sebehodnocení a sebedůvěra; pocity neopodstatněné viny a nehodnosti; smutné a pesimistické výhledy do budoucnosti; myšlenky nebo pokusy o sebepoškození nebo sebevraždu; porucha spánku; snížená chuť k jídlu
- somatický syndrom (definován při výskytu alespoň čtyř symptomů): ztráta zájmu či ztráta potěšení z dříve radostných činností; buzení se dvě a více hodin před obvyklým časem vstávání; závažnější depresivní příznaky ráno; objektivní psychomotorické zpomalení či neklid; ztráta chuti k jídlu; zřetelné snížení váhy (5 % /měsíc); zřetelné snížení libida

Symptom je brán v úvahu v případě, že trvá alespoň dva týdny, a to ve významné míře a většinu času. Pokud jsou neobvykle výrazné a s prudkým nástupem, je možná

diagnostika deprese dříve (Smolík, 1996). Níže představíme stručný výběr stěžejních forem depresivních poruch pro kontext této práce dle MKN-10 (2020):

- Depresivní fáze (F32) je dále dělena dle intenzity a přítomnosti psychotických příznaků. Objevuje se ztráta sebehodnocení, pocity viny a beznaděje. Téměř ve všech případech se objevuje somatický syndrom, časté jsou suicidální myšlenky či pokusy. V případě psychotických příznaků jsou přítomny halucinace, bludy, psychomotorické obtíže, či stupor, a to v míře, jež znemožňuje sociální aktivity. Psychotické symptomy zvyšují nebezpečí suicidia, ale také smrt hladověním, nebo žízní (Raboch & Červený, 2018).
- Periodická depresivní porucha (F33) je specifikována opakovanými epizodami deprese, včetně možné přítomnosti somatického syndromu a obdobím nejméně dvou měsíců mezi epizodami (Smolík, 1996). Rozvoj poruchy může nastat v průběhu celého života, ale dle Rabocha a Červeného (2018) nejčastěji nastává po padesátém roku života. Čím dříve se během života deprese objeví, tím vyšší je pravděpodobnost rekurentní poruchy (Smolík, 1996).
- Dystymie (F34.1) je chronický pokles nálady trvající v řádech let. Rozvoj je typický během dospívání a mladé dospělosti, zároveň se může objevit ve stáří jako následek depresivní epizody (F32.-) v souvislosti s úmrtím partnera, či jiným stresem (Raboch & Červený, 2018).

V nové klasifikaci MKN-11 bude deprese členěna obdobným způsobem. Nový bude důraz na rozlišování konkrétních problematických dimenzí, pomocí tzv. kvalifikátorů (qualifiers). Ti indikují na příklad melancholické rysy, úzkostné symptomy, záchvaty paniky či sezónní vzorce (Gaebel et al., 2020).

2.3.2 Diagnostika dle DSM-5

Diagnostický a statistický manuál duševních poruch je publikací Americké psychiatrické asociace, jeho pátá revize byla vydána v roce 2013 respektive 2015 v českém překladu. Pod depresivní poruchy spadají také: perzistentní depresivní porucha (dystymie), disruptivní dysregulativní porucha nálady (6-18 let věku), depresivní epizody, premenstruační dysforická porucha, depresivní porucha vyvolaná užíváním látek/léků, způsobenou jiným somatickým onemocněním, jinou specifikovanou či nspecifikovanou depresivní poruchou. Obdobně jako v MKN-10 je nutná přítomnost symptomů v délce minimálně dvou týdnů.

Rozdílný je rozsah poskytnutých informací a symptomatických specifík. U jednotlivých poruch jsou popsány na příklad možné průběhy epizod, prevalence, vývoj a průběh, rizikové faktory, rozdíly u pohlaví, kulturní faktory, diferenciální diagnostika a funkční důsledky, komorbidita.

2.4 Deprese ve stáří

Období stáří je specifické řadou změn a procesů, jež mohou ústít v psychické problémy. Dle Jiráka (2004 b) patří deprese společně s delirií a demencemi mezi nejčastější psychické poruchy staršího věku. Incidenci uvádí ve věku nad 65 let na hodnotě 12-15 %. Dle Praška et al. (2015) přítomnost deprese zároveň zvyšuje pravděpodobnost úmrtí na komorbidní chorobu. To potvrzují také Saveanu a Nemeroff (2012), Alexopoulos (2005) a Otte et al. (2016). Specifická je také délka trvání, fáze jsou často protáhlé a vleklejší (Jiráček, 2004 b; Kalvach et al., 2008).

Jiráček (2004 b) poukazuje na fakt, že řada depresivní symptomatiky je ve stáří obtížně rozpoznatelná, převážně kvůli atypičnosti projevů, jež se objevují často v podobě somatického syndromu. Ten může některé symptomy také zakrývat. Příznaky mohou rovněž navazovat na zjevnou tělesnou nemoc, tím spíše v případě polymorbidity, jež je v tomto vývojovém období typická. Nemoci tak mohou své symptomy maskovat vzájemně a komplikovat diagnostiku obecně. Typicky se tak děje ve spojení s obezitou, diabetes mellitus, kardiovaskulárním onemocněním. Zároveň při jejich výskytu dochází častěji k rozvoji chronické deprese (Knapen et al. 2014; Raboch et al., 2015), hovoříme tak o komorbiditě. Z toho vyplývá, že se nemusí vždy jednat o klasické depresivní epizody (F32.0-3), pozorovat lze spíše depresivní symptomatiku ve smyslu F32.8 dle MKN-10 (2020). Chronická deprese je dle výsledků Penninxové et al. (2000) rizikovým faktorem pro závažnější zhoršení fyzického stavu. Efekt deprese na fyzické zdraví byl sledován na více než dvou tisících jedincích ve věku 55-85 let po dobu tří let. Hojně se objevuje také dysforie (pocit nespokojenosti, rozmrzelosti), bradypsychismus, poruchy subjektivního hodnocení, spánku, nechutenství, soustředění, případně suicidální myšlenky. Dochází tak ke zlehčování projevů a závažnosti případné deprese (Praško et al., 2015). K problematické diagnostice přispívá také nepřesná subjektivní, ale i objektivní anamnéza, a to převážně kvůli laické záměně „normálního“ stárnutí a chorobného procesu. Výsledně je tato porucha nedostatečně diagnostikována a často neléčena a přehlížena.

Patické symptomy se mohou objevovat v primární podobě, ale také jako symptomy jiných chorob, a to například somatických (chronická bolest, tumor) či organických

(demence, iktus) (Höschl, 1996). Deprese ve stáří je Alexopoulem (2005) dále spojována s chronickými nemocemi, utrpením a narušením rodinných vazeb. Kalvach et al. (2008) v tomto kontextu zmiňují hypochondrickou symptomatiku a zvýšenou úzkostnost. V opačném případě může být deprese zaměněna za jinou poruchu na příklad demenci (Jiráček, 2004 b; Kobayashi & Kato, 2011).

Praško et al. (2015) hovoří o několika faktorech, jenž jsou velmi rizikové pro rozvoj deprese v tomto období. Převážně se jedná o problematiku ztráty jako například celoživotního partnera, přátel, tělesného zdraví či soběstačnosti. Může se ale jednat také o ztrátu kontaktu s dětmi, odchod do důchodu. Velmi riziková je změna prostředí, tedy odchod do sociálního zařízení a případná sociální izolace. Tento moment zmiňuje také Meléndez-Moral et al. (2013), a to zejména z hlediska problematické adaptace. Dle Underwooda et al. (2013) vykazovalo deprese 49 % (celkem 374) obyvatel domova důchodců, kteří byli náhodně vybráni pro jeho studii. Kalvach et al. (2008) v takovém případě hovoří o tzv. reaktivní depresi. Rizikové jsou také procesy související s chorobami specifickými ve stáří, včetně arteriosklerózy a zánětlivých, endokrinních a imunitních změn. Ty mohou narušovat integritu frontostriálních cest, amygdaly a hipokampu (Alexopoulos, 2005). Níže představíme specifické koncepty, jež jsou s depresí ve stáří úzce propojeny.

2.4.1 Demence a depresivní pseudodemence

Deprese se objevuje u řady onemocnění ve stáří, jednoznačně nejvíce o ni autoři (Jiráček, 2004 b; Kalvach et al., 2008; Orel et al., 2012; Stuart-Hamilton, 1999) hovoří v kontextu kognitivního úpadku a demence. Jiráček (2004 b) označuje deprese jako jeden z behaviorálních a psychologických symptomů demence, dále zde figuruje porucha kognitivních funkcí a běžných denních aktivit. Zmiňuje také velkou zátěž pečujících osob, jež jsou sami velice náchylní ke zhoršení fyzického i psychického stavu. Demence mohou být způsobeny organicky (atroficko-degenerativní), ale také symptomaticky, lišit se mohou v rychlosti nástupu, délky průběhu a rozsahu. Změny nastávají v kvalitě myšlení, výkonnosti, plánování, motivaci, komunikaci, objevují se také poruchy emocí, chování, spánku (Kalvach et al., 2008). Spojení významného kognitivního poklesu a deprese pak dle Kimové (2017) snižuje celkovou kvalitu života. Problematické je převážně uvědomování si poruchy kognitivních funkcí a předpokládané progresse. Nejčastějším typem je Alzheimerova choroba a deprese je považována za rizikový faktor jejího rozvoje. Předpokládaná prevalence deprese u této choroby je 20-50 % (Kalvach et al., 2008). U ischemicko-vaskulární demence je výskyt deprese častější, a to převážně kvůli delšímu

zachování náhledu a sebepojetí (Kalvach et al., 2008; Orel et al., 2012). Obecně platí, že depresivní, případně úzkostná symptomatika s progredující demencí narůstá, změna nastává v terminálních stádiích a symptomy ustupují (Höschl, 1996; Kalvach et al., 2008). Kobayashi a Kato (2011) se přiklání k několika hypotézám o souvislosti deprese a demence a jejich vzájemném výskytu: deprese je prodromálním syndromem demence; deprese je časná reakce na kognitivní deficit. Není ale možné jejich absolutní přijetí, jelikož jejich vztah je velmi komplikovaný.

Spojujícím prvkem demence a deprese je také tzv. depresivní pseudodemence (Jiráček, 2004 b; Kalvach et al., 2008; Smolík, 1996; Stuart-Hamilton, 1999). Klinicky je demenci velmi podobná, jejich diferenciaci je problematická a tím více důležitá (Höschl, 1996). O problematice rozlišení hovoří také Kobayashi a Kato (2011). Navrhují posuzovací spektrum, jež obsahuje mimo jiné také pseudodemenci. Hranice je na jedné straně demence bez příznaků deprese a na straně druhé deprese bez symptomů demence. Tento přístup dle autorů umožňuje v praxi lepší práci s dynamikou jednotlivých oblastí, včetně psychické tenze. Základním symptomem pseudodemence je porucha soustředění a motivace, jež vedou k úpadku zapojování kognitivních funkcí (Jiráček, 2004 b). Dle Stuart-Hamiltona (1999) jsou pro rozvoj pseudodemence náchylní převážně senioři trpící těžkými depresemi, a to z důvodu ztráty motivace k interakci s okolím, případně ztráty motivace podat výkon v diagnostických paměťových testech.

Dle Kalvacha et al. (2008) se ve stáří objevuje řada organicky podmíněných depresivních poruch, jež se mohou podobat periodické depresivní poruše, případně depresivní fázi. Mezi etiologické faktory tzv. organické deprese patří: cévní mozková příhoda, kardiovaskulární choroba, atroficko-degenerativní změny, metabolické poruchy, ale také na příklad chronický abúzus.

2.4.2 Zármutek

Klinicky se na první pohled může deprese podobat také zármutku. Jedná se o přirozenou reakci na ztrátu blízké osoby, případně předmětu či jistoty, ale také na příklad končetiny. Truchlení je nutné k vyrovnání se s takovou skutečností. Nejedná se o depresivní poruchu, ale hloubkou může připomínat těžkou depresivní fázi F32.2 (Smolík, 1996). Z hlediska optimální péče je nutné odlišit přirozený smutek, zármutek a depresivní epizodu (Raboch et al., 2015). Ottová et al. (2007) pak ve své studii rozdělují zármutek na obvyklý, resilientní a chronický. Z necelých sto padesáti probandů

se u necelých 20 % projevila chronická míra zármutku, jež vedla ke snížení sebeúcty, vyššímu množství náhlých úmrtí a závažnějším projevům deprese. V opačném případě resilientní reakce, tedy nízká míra depresivity a relativně vysoká kvalita života, byla zaznamenána asi u 35 %.

Závažnějším symptomem truchlení je dle Vymětala (2003) akutní žal, který se může projevat depresivitou, nespavostí, nechutenstvím, nervozitou, poruchou pozornosti. Tento projev může být v praxi zaměněn za depresi (Friedman, 2012). Praško et al. (2015) představují řadu typických projevů zármutku: odmítání uvěřit, popření, hněv, pocity viny a deprese. Deprese v tomto pojetí dle Praška et al. (2015) trvá asi 13 měsíců, dle Smolíka (1996) je takto dlouhé trvání výjimečné, běžnou délku udává významně kratší, tedy dva až tři měsíce.

Studie Spahniové et al. (2015) poukazuje na specifické faktory, jež mohou být pro proces vyrovnávání se se ztrátou blízké osoby klíčové. Nejdůležitějšími jsou na základě porovnání asi tisíce probandů ve věku 60-89 let intrapersonální zdroje, tedy psychologická odolnost a osobnostní rysy, dále také kvalita vztahu se zesnulým a způsob, jakým byla ztráta prožívána. Höschl (1996) popisuje průběh zármutku. Nejprve dochází k šoku, pocitům zoufalství, či panice. Následuje vybudování sebeobrany, tedy racionalizace. Při přetrvávajícím zármutku se ale může svět jevit beze smyslu. Následně si truchlící připadá opuštěn a stahuje se z okolí. V tomto stádiu se symptomy nejvíce podobají depresi. Nakonec jsou vytvořeny nové vazby a zármutek je nahrazen vzpomínkami.

Ve zmíněných projevech můžeme pozorovat jasnou paralelu se symptomy deprese, zármutek nakonec může v depresi v klasickém pojetí vyústit (Praško et al., 2015; Smolík, 1996; Vymětal, 2003). V takovém případě mívají symptomy a narušení závažnější průběh i prognózu, pro léčbu mohou být použita antidepressiva (Raboch et al., 2015). V optimálním případě by měl, na rozdíl od deprese, zármutek sám odeznít (Friedman, 2012). Höschl (1996) klade důraz na diferenciální diagnostiku, a tím spíše ve stáří, kdy jsou ztráty běžnější.

2.4.3 Suicidalita

Sebevražedné jednání je dle Höschla (1996) jedna z nejzávažnějších komplikací u depresivních poruch. Odhaduje, že až jedna čtvrtina sebevražd je důsledkem afektivní poruchy. Otte et al. (2016) hovoří až o polovině, zároveň dodávají, že člověk s depresivní poruchou má pravděpodobnost úmrtí tímto způsobem dvacetkrát vyšší než zbytek populace. Dle Saveanua a Nemeroffa (2012) je deprese nejrizikovějším faktorem pro sebevražedné chování. Riziko suicidality se zvyšuje s hloubkou deprese (Orel et al., 2012). Objevit

se může během celého života, ale ve stáří nicméně pozorujeme významný nárůst dokonaných sebevražd (Höschl, 1996), a to zhruba od 65. respektive 75. roku života (Vágnerová, 2007). Alexopoulos (2005) uvádí, že sebevraždy jsou u seniorů dvakrát častější, než u zbytku populace, zároveň také, že depresivní symptomy se objevily až u 80 % jedinců starších 74 let, jež se pokusili o sebevraždu. Suicidium se častěji objevuje u mužů, obecně jsou značně ohroženi ovdovělí, či rozvedení a svobodní (Höschl, 1996; Kalvach et al., 2004 b).

Sebevražedné tendence nemusí být vždy spojovány s depresí. Kalvach et al. (2008) zmiňují sebevraždu v kontextu maladaptace v ústavní péči, nebo z důvodu chronické bolesti. Čevela et al. (2014) upozorňují, že mimo deprese je velmi riziková také samota, a to ve smyslu fyzické izolace, ale také komunikační deprivace, absence sounáležitosti, pocitu jistoty, opory, či životní spokojenosti. Tyto faktory nicméně zároveň mohou podněcovat vznik deprese. Dle Praška et al. (2015) deprese každopádně zvyšuje riziko sebevražedného jednání, případně chování impulzivního. Ve stáří jsou nicméně sebevraždy obvykle dlouho a pečlivě plánované (Vágnerová, 2007). Z tohoto důvodu je i vyšší pravděpodobnost dokonaných sebevražd. Ramicová et al. (2011) hovoří o *pasivní*, nebo *nepřímé* sebevraždě, senioři v takovém případě přestanou například užívat farmaka nebo odmítnou geriatrickou péči, zmíněn je také vliv alkoholu. S věkem také ubývá demonstračních sebevražedných pokusů (Kalvach et al., 2004 b). Riziko je významnější, pokud se objevují psychotické symptomy dle F32.3. Riziková je také zvýšená hustota beta-adrenergických receptorů, jež byla nalezena v posmrtné mozkové tkáni depresivních obětí sebevražd (Saveanu & Nemeroff, 2012).

Suicidalita je procesem uvažování, případně realizace plánovaného ukončení života. V případě, že se jedná o smrt na základě vědomého zhodnocení osobní situace, hovoříme o tzv. biické sebevraždě, jelikož je to „jediné řešení aktuální situace“, „konec trápení“ a podobně. Mohou se objevit úvahy o smrti, či nebytí, životě po smrti a podobně. Po vnitřním rozhodnutí o realizaci sebevraždy je možné pozorovat paradoxní zklidnění až zlepšení stavu (Orel et al., 2012). Během tohoto procesu je možné pozorovat tzv. presuicidální syndrom, autorem tohoto konceptu je E. Ringel. Přítomnost následujících symptomů ukazuje na nebezpečí suicidálního chování: zúžení subjektivního prostoru, potlačovaná a proti sobě zaměřená agrese a sebevražedné fantazie (Vymětal, 2003).

3. Intervence a léčba deprese

Zásahy vůči depresi mohou mít různou podobu, a to na základě řady faktorů. Raboch a Červený (2018) je dělí na nefarmakologické (psychoterapie, elektrokonvulzivní terapie, fototerapie, tělesné cvičení, změna životního stylu) a na farmakoterapii. Zároveň upozorňují na důležitost závažnosti aktuálních projevů, ale i kontext předešlé léčby. V této souvislosti je potřebné brát v úvahu etapy léčby, tedy progresse, remise, relaps, uzdravení a recidiva. Cílem léčby je odstranění příznaků, zabránění relapsu a zvýšení kvality života. Neadekvátně léčená geriatrická deprese pak může zvyšovat na příklad suicidalitu či mortalitu (Haboush et al., 2006). Optimální se jeví kombinace psychoterapie a farmak (Alexopoulos, 2005; Praško et al., 2015; Raboch & Červený, 2018). Potvrzuje to také přehledová studie, která porovnává šestnáct výzkumů s celkovým vzorkem necelých dvou tisíc respondentů, zároveň je spojením metod předcházeno předčasnému ukončení léčby (Pampallona et al., 2004). Khan et al. (2012) představují obdobné výsledky, které vychází z porovnání 115 studií. Nicméně důraz je zde kladen převážně na pozitivní vliv jakéhokoliv zapojení pacienta do léčebně intervenčního procesu.

3.1 Farmakologická léčba

Pro léčbu depresivní nálady se využívají léčiva zvaná antidepresiva. Jejich využití nicméně sahá i do jiných oblastí, jako je například léčba chronické bolesti, poruch spánku, úzkostí a dalších (Orel et al., 2012). Praško et al. (2015) upozorňují na řadu vedlejších účinků antidepresiv stejně jako mýtů o jejich užívání. Zároveň klade důraz na jejich dostatečně dlouhé užívání v optimálním množství pro efektivní výsledek. Efekt antidepresiv se objevuje v řádu týdnů (Orel et al., 2012; Praško et al., 2015; Raboch & Červený, 2018). Léčivé složky působí na hladiny neuromediátorů, a to konkrétně serotoninu, dopaminu a noradrenalinu. Zvyšují jejich koncentraci na synaptických štěrbinách inhibicí zpětného vychytávání nebo blokací enzymů, jenž způsobují jejich rozpad. Některá farmaka nicméně zpětné vychytávání také stimulují (Orel et al., 2012). Existuje řada typů antidepresiv. V této práci zmíníme pouze ty vhodné pro užití ve vyšším věku.

Specifika farmakologické léčby deprese ve stáří

Multimorbidita a chorobné změny organismu hrají významnou roli v účinku řady léčiv. Narušena může být úroveň vstřebávání, distribuce, transformace a eliminace účinných látek. Jelikož se stáří projevuje na jedincích velmi individuálně, je odpověď jejich organismů na farmakologickou léčbu rovněž velmi variabilní. Problematická je zároveň obvyklá

polyfarmacie, tedy užívání pěti a více léčiv najednou. Velké množství léků a kognitivní stav navíc často značně komplikuje jejich optimální užívání. Senioři jsou tedy častěji ohroženi farmakologickými interakcemi a nežádoucími účinky (Zrubáková et al., 2016). Farmakologická léčba geriatrické deprese může být z tohoto důvodu upozaděna (Haboush et al., 2006). Dle Rabocha a Červeného (2018) jsou pro léčbu deprese ve stáří nejvíce užívanou a vhodnou skupinou thymofarmaka typu SSRI, tj. selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu, případně dle Alexopoulose (2005) také SNRI, tj. inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu, jedná se o antidepresiva tzv. třetí generace. Příznivý vliv mají také na úzkostné a panické stavy, fobie a obsedantně kompulzivní symptomatiku. Mezi konkrétní látky, resp. léčiva patří například: fluoxetin (Prozac), sertralin (Zoloft), paroxetin (Seroxat) a další.

3.2 Nefarmakologické intervence

Další formou vhodné intervence je psychoterapie. Dle Jiráka (2004 b) se nemusí jednat o klasickou strukturovanou psychoterapii, nicméně nejvíce využívány jsou především kognitivně-behaviorální metody. Mezi další vhodné formy dle Rabocha a Červeného (2018) patří rovněž interpersonální a krátká dynamická psychoterapie. Praško et al. (2015) zdůrazňují velice kladný efekt psychoterapie převážně u lehkých a středních forem deprese, jež je srovnatelný s účinností farmak, při těžkých formách je vhodná jejich kombinace. V některých případech mohou i tyto typy intervence selhat. Významnou roli v přijetí klasických metod psychoterapie starší populací může hrát také stigmatizace (Cooney et al., 2013; Haboush et al., 2006). Dle Körlina et al. (2000) je pak vhodné volit alternativní typy terapie jako arteterapii, muzikoterapii, taneční terapii či další kreativní formy. Rovněž je můžeme označit jako expresivní terapie, tedy formy psychoterapie, jež jsou založené na uměleckých aktivitách (Lhotová & Perout, 2018). Na relativně malém vzorku osmdesáti osmi respondentů bylo zjištěno významné zlepšení jejich subjektivně posouzeného stavu v souvislosti s praktikováním těchto forem intervencí, a to i u jedinců s dlouhodobými obtížemi či traumatem. Tyto aktivity mohou zprostředkovávat kontakt se zážitky, vzpomínkami, či emocemi, které jsou pro klienta těžko verbalizovatelné (Körlin et al., 2000). Kimová (2017) klade důraz na efekt sociální angažovanosti, jež mohou takové skupinové intervence přinést. V realizovaném výzkumu na 28 seniorech, došlo po absolvování řady aktivit (celkem na 16 sezeních), k významnému snížení depresivity. Zároveň došlo také ke zlepšení jejich kognitivních funkcí a snazšímu provozování denních aktivit. Dle autorky

mohou výtvarné a pohybové aktivity zlepšit funkci jemné motoriky, poskytnout vnitřní uspokojení skrze činnosti, pomoci obnovit sebevědomí a podporovat schopnosti učení u starších lidí, zároveň mohou uvolňovat pozitivní a radostnou energii. Klade důraz na volbu vhodných intervenčních metod, tedy na užívání aktivit, jež jsou pro dotyčné povědomé a jsou jim zároveň příjemné. Jelikož se na základě výše zmíněné studie Körlina et al. (2000) zdají být expresivní terapie vhodné pro heterogenní skupiny a dle Kimové (2017) efektivní i pro seniory, shledáváme v kontextu této práce důležitost v jejich dalším rozboru.

3.2.1 Arteterapie

Dle slov Lhotové a Perouta (2018) se jedná o nedílnou součást terapeutického procesu, která pozitivně ovlivňuje klientovy obtíže, a to konkrétně skrze sebepoznání, sebevyjádření či jasnější porozumění. Vytváření obrazů je pak formou mentální hygieny, uvolňuje tenzi, či dokonce předchází destruktivnímu chování. Může odrážet momentální naladění, dlouhodobé osobnostní charakteristiky, ale také důležitá osobní témata. Pomocí práce se zástupnou symbolikou může dojít ke změnám v úhlu pohledu, úbytku úzkosti, či zlepšení klinických příznaků.

Z metaanalýzy šestnácti článků vyplynula řada faktorů, jež jsou stěžejní pro práci s depresivními klienty. Mezi ně spadá sebekoumání, sebevyjádření, komunikace, porozumění vysvětlení, integrace, symbolické myšlení, kreativita a smyslová stimulace. V jejich analýze byl kladen důraz na práci se dvěma terapeutickými procesy. Tím je samotná umělecká tvorba a její následná verbalizace. Ačkoliv jsou si autoři vědomi limitů zobecnitelnosti, předpokládají vhodnost této metody pro různé klinické situace a jako alternativu klasickým formám léčby deprese (Blomdahl et al., 2013). Na seniorskou depresivní populaci žijící v pečovatelských domech se zaměřuje kvazi experimentální studie Ching-Tenga et al. (2019). Z výsledků porovnání kontrolní a experimentální skupiny čítající celkem 55 jedinců vyplývá pozitivní efekt arteterapie na míru depresivity a zvýšení self-esteem. Autoři zároveň předpokládají obecný vliv této formy terapie na duševní zdraví seniorů a kladou důraz na její zařazení do dlouhodobé péče o institucionalizované seniory.

3.2.2 Muzikoterapie

Jedná se o plánovaný a strukturovaný terapeutický proces, který je podmíněn užitím hudby. Ta může stimulovat a aktivovat signální dráhy, jež mohou působit na chemické mediátory; ty podněcují léčbu deprese, případně snižují její příznaky (Castillo-Pérez et al.,

2010). Využití je samozřejmě mnohem širší, tedy na příklad v kontextu emocí, komunikace, fyzického zdraví, či well-beingu. Vhodná je pro jednotlivce, rodiny i skupiny a vychází z mnoha terapeutických směrů. Aktivity mohou být aktivní (improvizace, tvorba) případně pouze receptivní (poslech). Součástí také může být verbalizace pocitů (Aalbers et al., 2017). Na druhou stranu je muzikoterapie vhodná i pro jedince, kteří nejsou schopni své obtíže verbalizovat, případně pro ty, kteří neshledávají efekt v klasické psychoterapii. Působí tedy na náladu a emoce a jejich vyjadřování, může podnítit motivaci, copingové mechanismy, budovat sociální vztahy a snižovat negativní symptomy řady onemocnění (Gold et al., 2009).

Castillo-Pérez et al. (2010) realizoval studii, jež porovnávala dvě skupiny celkem asi osmdesáti jedinců s lehkou a středně těžkou depresí. Rozdělení byli na základě formy intervence, tedy muzikoterapie (poslech klasické hudby každý den po dobu osmi týdnů) a kognitivně behaviorální psychoterapie (jednou za týden, třicet sezení). Výsledkem bylo významně vyšší snížení depresivních symptomů u jedinců absolvujících muzikoterapeutickou formu intervence. Autor sám uznává nedostatečnost vzorku pro generalizaci závěrů, nicméně předpokládá, že klasická a barokní hudba snižuje frekvenci depresivních příznaků a stimuluje pozitivní emoce. Zmiňuje také výzkumy, jež dokládají efekt muzikoterapie na neuronovou regeneraci a neurotransmitery. Mimo rozsáhlého teoretického podkladu o muzikoterapii upozorňují Aalbersová et al. (2017) na výsledek jejich metaanalýzy devíti studií, kde se projevil pozitivní efekt muzikoterapie na depresivitu a běžné fungování jedince, zároveň došlo ke snížení úzkostnosti. Obdobný výsledek, i když v kontextu duševních poruch obecně, zaznamenali také Gold et al. (2009) s metaanalýzou patnácti studií. Dodávají, že delší trvání intervence, tedy více než 16 setkání přineslo významnější zlepšení.

3.2.3 Pohybové aktivity

Další zmiňovanou formou intervence je pohybová aktivita. V literatuře dostává mnoho podob. Obecně se jedná o plánovanou a strukturovanou tělesnou aktivitu jež zlepšuje, případně udržuje úroveň fyzického zdraví (Cooney et al., 2013). Nicméně řada autorů poukazuje na její psychologický dopad, a to i v kontextu pozitivního vlivu na depresi (Carneiro et al. 2015; Cooney et al., 2013; Haboush et al., 2006; Knapen et al. 2014). Cooney et al. (2013) zmiňují řadu faktorů, jež mohou hrát roli v působení pohybových aktivit na depresi, konkrétně například rozptýlení od negativních myšlenek, mastery experience v nové aktivitě, zvýšení sociálního kontaktu, zvýšení self-efficacy. Zároveň dodávají,

že pohyb ovlivňuje množství endorfinu a kortizolu v organismu. Jiný pohled na problematiku přináší Knapen et al. (2014), přínos cvičení může být chápán také v kontextu zlepšení životního stylu. Autoři poukazují na mediační význam nedostatku pohybu, obezity, či problematického stravování na rozvoj depresivních symptomů. Zdravý životní styl působí jako preventivní faktor řady komorbidních onemocnění, tj. na příklad kardiovaskulárních. Autoři shledávají velký užitek v kombinaci těchto působení, a to i na starší populaci.

Ačkoliv je dle Underwooda et al. (2013) fyzická aktivita slibnou formou intervence převážně pro seniory žijící v domovech důchodců, výsledky jejich výzkumu neprokázaly významný efekt na depresivitu obyvatel anglických domovů důchodců. V tomto případě jedinci absolvovali dvakrát týdně skupinovou fyzioterapii, zaměstnanci domova byli zároveň informováni o problematice deprese ve stáří. Celkový vzorek činil 765 respondentů. Tato forma pohybové aktivity není tedy dle jejich výsledků jak funkčně, tak finančně efektivní. Protichůdné výsledky z hlediska efektu na míru depresivity ve stáří byly zaznamenány také u Tai Chi, tedy formy čínského bojového umění (Rawtaer et al., 2015). Pozitivní vliv na depresivitu předpokládají výsledky výzkumů, jež se věnují tanci (Haboush et al., 2006; Koch et al., 2007), jejich zobecnitelnost je nicméně sporná.

Otázkou není pouze forma intervence, ale také její vhodnost v kontextu závažnosti depresivních symptomů. Carneiro et al. (2015) považují pravidelné cvičení za efektivní formu spíše adjuvantní terapie, jejich vzorek nicméně činil pouhých 26 respondentek. Koch et al. (2014) na základě analýzy dvou metaanalýz předpokládají srovnatelný efekt pohybových intervencí, psychoterapie a farmakoterapie u mírných až středně závažných forem deprese, u vážných forem pak jako funkční shledává jejich kombinaci.

Cooney et al. (2013) zmiňují mnoho studií i metaanalýz, jež se zabývají efektem pohybových aktivit na depresi. Do jejich analýzy bylo zahrnuto celkem 37 studií, zároveň upozorňují na problematiku publikačního biasu a jejich metodologickou kvalitu. Nicméně jasně tím ukazují významnost tohoto alternativního přístupu k léčbě deprese, který se zdá dle jejich výsledků minimálně srovnatelný s ostatními formami intervencí. Ze studia literatury je nicméně zřejmé, že efektivita této formy intervence je přinejmenším nejasná.

3.2.4 Další aktivizační formy

Mezi další alternativní formy intervencí řadíme také aktivity spojené s reminiscencí. Primárně je dle Rawtaerové et al. (2015) vhodná pro jedince trpící demencí, ale její pozitivní efekt je pozorován i v souvislosti s poruchami nálad. Dle Meléndez-Morala et al. (2013)

se ale nejvíce studií věnuje reminiscenci právě v kontextu deprese, což dokládají i obsáhlým teoretickým podkladem, kde mimo jiné zmiňují i práce zabývající se institucionalizovanými seniory. Tato forma terapie zahrnuje diskusi o minulých aktivitách, událostech či zkušenostech a může probíhat individuálně i ve skupinách. Pro podněcení vzpomínkového procesu mohou být použity různé předměty či hudba (Rawtaer et al., 2015). Výsledkem aplikace reminiscenční terapie bylo ve studii Meléndez-Morala et al. (2013) signifikantní snížení depresivních symptomů u seniorů, zároveň došlo ke zlepšení životní spokojenosti a self-esteem. Celkový výzkumný soubor nicméně činil limitujících 34 respondentů. Pozitivní efekt reminiscence nicméně předpokládá také Rawtaerová et al., (2015).

Tito autoři mimo jiné do své studie zařadili také další formu intervence a tou je Mindfulness. Technika je založena na buddhistických praktikách a je využívána pro léčbu duševních poruch včetně deprese. Důraz se klade na všímavé prožívání aktuálních okamžiků bez jejich posuzování (Rawtaer et al., 2015). Zmiňují výsledky metaanalýzy Khouryho et al. (2013), jež porovnává výsledky 209 studií. Zkoumány byly duševní poruchy obecně, nicméně MBT (Mindfulness based therapy) se projevila jako efektivní převážně v kontextu redukce deprese, úzkosti a stresu.

Pro alternativní léčbu deprese ve stáří může být vhodné také psychodrama (Carman & Nordin, 1984), biblioterapie (Floyd et al., 2004), či autobiografické psaní (Chippendale et al., 2012).

Návrh výzkumného projektu

Z literárně přehledové části této práce vyplývá problematika institucionalizace seniorů a její dopad na psychické zdraví, a to konkrétně z hlediska rizikivosti rozvoje deprese. Zároveň zde vyplývá řada možných intervenčních přístupů, kde některé jsou ve stáří spojovány s problematikou polyfarmacie a stigmatizace.

V návaznosti na literárně přehledovou část tedy pokládáme za důležité zmapovat efektivitu alternativních forem intervencí, a to v kontextu depresivity seniorů dlouhodobě umístěných v pečovatelských institucích v České republice. Z našeho pohledu hraje hledání efektivních forem intervencí v kontextu snížení depresivity významnou roli jak ve zlepšení institucionální péče o seniory obecně, tak i ve zlepšení kvality jejich života pomocí implementace potenciálně protektivních intervencí. V tomto tématu shledáváme dlouhodobě velkou důležitost, nejen z důvodu protichůdných závěrů dříve realizovaných studií, ale i z důvodu aktuálně problematického udržování sociálního kontaktu v institucích v průběhu pandemie Covid-19, jenž může vést k prohloubení psychické nepohody.

4. Výzkumný cíl a hypotézy

Navrhovaný výzkum spočívá v kvantitativním porovnání míry depresivity za přítomnosti, resp. absence intervenčního působení. To konkrétně znamená porovnání depresivity u skupin absolvujících intervenční aktivity, kde experimentální skupina absolvuje arteterapii a srovnávací skupina fyzioterapii. Kontrolní skupina neabsolvuje žádnou nadstavbovou činnost. **Cílem tohoto výzkumného šetření je objasnit efekt zvolených forem intervencí na depresivitu v populaci seniorů žijících v institucích.**

Výzkumnou otázkou tedy je: Jaký efekt má intervence na depresivitu institucionalizovaných seniorů? Efekt intervencí navrhujeme měřit pomocí testu a retestu celosvětově užívanou škálou GDS – 15, tedy Geriatrickou škálou deprese dle Yesavage, kde za zlepšení stavu, respektive snížení depresivity, považujeme signifikantní snížení výsledného skóre.

Stanovujeme následující hypotézy:

H1: Depresivita u seniorů dosahuje po třech měsících absolvování arteterapie signifikantně nižšího skóre dle GDS-15 v porovnání s kontrolní skupinou.

H2: Depresivita u seniorů dosahuje po třech měsících absolvování arteterapie signifikantně nižšího skóre dle GDS-15 v porovnání se srovnávací fyzioterapeutickou skupinou.

H3: Depresivita u seniorů dosahuje po třech měsících absolvování intervenčních aktivit signifikantně nižšího skóre dle GDS-15 v porovnání s kontrolní skupinou.

5. Design výzkumného projektu

Vědecké podklady existují pro řadu forem alternativních psychoterapeutických intervencí u seniorů. V tomto výzkumu nicméně z důvodu efektivní realizace zařazujeme pouze jednu formu a tou je arteterapie. Navrhujeme ji zařadit díky velkému množství variabilních aktivit vhodných i pro osoby s poruchami sluchu, či pohybového ústrojí. Zároveň se domníváme, že z hlediska realizace uvnitř domovů je tato forma aktivit méně obtěžující ve vztahu k ostatním obyvatelům než na příklad muzikoterapie.

Všichni senioři z domova důchodců by nejprve byli požádáni o vyplnění GDS -15, MMSE a několika demografických otázek za přítomnosti administrátorů. Na základě jejich výsledků a dalších nutných podmínek (podrobně popsanych v 5.2 Výzkumný soubor) by byl vytvořen výzkumný soubor. Ten by byl náhodně rozdělen do tří skupin. Kontrolní skupina neabsolvuje žádné nadstavbové aktivity. Srovnávací skupina absolvuje intervenci bez psychoterapeutické složky (fyzioterapii). Experimentální skupina absolvuje formu psychoterapeutické intervence (arteterapii). Soubor by byl zároveň upozorněn, že pro efektivitu výzkumného šetření je nutné absolvovat co možná největší množství sezení.

Experimentální a srovnávací skupina by v navrhovaném výzkumu absolvovaly intervence po dobu tří měsíců, a to konkrétně dvakrát týdně (v předem stanovené dny a časy), kde by jedno sezení trvalo 45 minut. V návrhu volíme kompromisní model, kde délka celého intervenčního procesu odpovídá studii Ching-Tenga et al. (2019), frekvence jednotlivých sezení a jejich délka pak studii Underwooda et al. (2013).

Intervence by byly prováděny pod vedením certifikovaného terapeuta užitím vhodných postupů zaměřených na práci s osobami staršího věku. Z povahy skupinových aktivit a vzhledem k celkové velikosti výzkumného vzorku navrhujeme rozdělit každou skupinu podstupující intervenční aktivity do dalších čtyř paralelních terapeutických skupin minimálně po 8 účastnících. Terapeuti by nemohli být v průběhu vyměněni z důvodu zachování konzistentní podoby terapie u všech probandů. Po skončení intervencí by byli opět všichni účastníci výzkumu (tedy i kontrolní skupina) požádáni o vyplnění GDS -15 a MMSE za přítomnosti administrátorů.

Z hlediska realizace navrhovaného výzkumu předpokládáme značné finanční, personální i časové nároky. Vzhledem k plánované délce intervencí, nutné časové rezervě pro získání probandů a vyhodnocení výsledků, předpokládáme trvání výzkumu po dobu šesti měsíců. Navrhovaný výzkum vyžaduje účast arteterapeuta a fyzioterapeuta, dále pak vyžaduje dostatečný počet osob pro administraci a hodnocení výsledků. Spolupracovat

je nutné také s personálem domova důchodců včetně lékaře pro ověření fyzické zdatnosti nutné k účasti na fyzioterapii.

5.1 Typ výzkumu

Navrhovaný výzkum by pracoval s kvantitativním zpracováním dat. Jednalo by se o experimentální studii, kde nezávislou proměnnou tvoří intervenční procesy a závislou proměnnou představuje depresivita. Návrh počítá s experimentální, kontrolní a srovnávací skupinou, kde utvoření skupin splňuje podmínku rozdělení pomocí náhodného výběru.

5.2 Metody získávání dat

Pro získání dat v navrhovaném výzkumu by byla použita Geriatrická škála deprese (GDS-15), která dle autorů (Heissler et al., 2020; Jirák, 2004 a) patří mezi nejrozšířenější škály posuzující depresivitu ve stáří. Jedná se o screeningový, sebeposuzovací nástroj. Původními autory této patnácti položkové zkrácené verze jsou Sheikh a Yesavage (1986). Kompletní verze obsahovala třicet položek. Zkrácená verze ovšem usnadňuje administraci a dle jejích autorů je vhodnější pro cílovou skupinu z hlediska snížené schopnosti koncentrace, vyšší únavě apod. Odpovědi jsou hodnoceny 1 bodem nebo 0 na základě odpovědi ano/ne, kde každý získaný bod značí depresivní symptomatiku. Maximem je 15 získaných bodů, kde 0-5 bodů znamená normální náladu, 6-10 mírnou depresivitu a 11 a více těžkou depresivitu (Sheikh & Yesavage, 1986). Přestože pro GDS-15 neexistuje česká validizační studie, navrhujeme použití této škály nejen z důvodu jejího užití u obdobných studií (Ching-Teng et al., 2019; Rawtaer et al., 2015; Underwood et al., 2013), ale také z důvodu nové normativní studie Heisslera et al. (2020). V navrhovaném výzkumu by pak bylo použito znění právě převzaté od studie Heisslera et al. (2020).

Další navrhovanou metodou je Mini Mental State Examination (MMSE). Do tohoto návrhu byla zahrnuta převážně z důvodu prověření kognitivní úrovně probandů a nebyla by tak součástí samotné induktivní analýzy. Jedná se o nejužívanější screeningový test ke zjištění narušení kognitivních funkcí. Maximální počet bodů je 30, kde za každou správně zodpovězenou položku je získán 1 bod. Výsledky jsou pak 30-24 bodů pro pásmo normy, 23-21 značí lehkou poruchu, 20-11 kognitivní poruchu středního stupně a 10-0 těžkou kognitivní poruchu (Jirák, 2004 a). Ačkoliv je GDS-15 vhodná rovněž pro jedince s lehkým až středním kognitivním deficitem, navrhovaný výzkum s touto problematikou nepracuje a jedinci, kteří nespádají výsledkem do pásma normy, by byli ze vzorku vyřazeni.

5.3 Výzkumný soubor

Zkoumaná populace by byla složena z obyvatel domova pro seniory, tedy zařízení nabízející dlouhodobou a komplexní péči o seniory. Velikost vzorku byla vypočítána pomocí programu G*Power. Při velikosti účinku $f = 0,14$, hladině významnosti $\alpha = 0,05$, statistické síle testu $1 - \beta = 0,8$ byl potřebný vzorek stanoven na 105 respondentů. Každá skupina by tedy měla činit 35 osob.

Pro získání výzkumného vzorku navrhujeme oslovit domovy důchodců v řadě okresů České republiky ve snaze o vyrovnání socioekonomických rozdílů a zvýšení reprezentativnosti. S jejich svolením by byli jejich obyvatelé, kteří nevyžadují lůžkovou péči a netrpí psychotickým onemocněním, skupinově osloveni týmem výzkumníků v prostorách domova.

Pro zařazení jedinců do výzkumného vzorku je nutné splnit několik kritérií:

- Jsou starší 75 let, jedná se tedy o osoby ve stádiu pravého stáří dle Vágnerové (2007). Takto vysoký věk volíme vzhledem ke stále rostoucí průměrné délce dožití a ke stále zlepšující se zdravotní péči. Horní hranici nestanovujeme z důvodu velké variability funkčního stavu seniorů v tomto období, kterou je vhodnější rozlišovat pomocí konkrétních oblastí (viz. níže), než dle data narození.
- Neužívají psychoaktivní léčiva, a to po celou dobu výzkumu.
- V zařízení jsou umístěni po dobu delší tří měsíců. Vycházíme z Kalvacha et. al. (2004 a), kteří nejen, že dělí zařízení na krátkodobá (do tří měsíců hospitalizace) a dlouhodobá, ale zároveň hovoří o zdlouhavé a problematické adaptaci na nové prostředí. Považujeme tak za důležité zařadit do vzorku pouze jedince, kteří měli prostor se adaptovat na nové prostředí, a tím vyloučit možné intervenující proměnné.
- Dosahují výsledku minimálně 24 bodů v testu MMSE, a to z důvodu optimálního porozumění otázkám v GDS- 15. Toto kritérium je nutné splnit na začátku i na konci výzkumného šetření. Tento krok navrhujeme aplikovat po vzoru Rawtaerové et al. (2015).
- Jejich počáteční výsledek v GDS-15 dosahuje nejhůře mírné depresivity, získali tedy 10 a méně bodů. Vycházíme z předpokladu, že pro osoby s těžkou depresí je vhodnější nasazení farmakoterapie v kombinaci s psychoterapií (Praško et al. 2015), tudíž by pro ně použité formy intervencí mohly být nedostačující a neposkytnutí péče zároveň neetické.

- Splňují zdravotní kritéria stanovená lékařem a fyzioterapeutem pro bezpečné absolvování fyzioterapeutického typu intervence.

Očekávané mohou být komplikace s udržení velikosti výběrového souboru z důvodu úmrtí testovaných, případně spojené s výrazným zhoršením zdravotního stavu, progrese kognitivního deficitu či jinými komplikacemi, jež zabraňují dokončení intervencí v plném rozsahu. Po vzoru Ching-Tenga et al. (2019) by byla pro zahrnutí do studie možná absence maximálně na třetině sezení. Důležité by tedy bylo rovněž udržet zainteresovanost probandů v účasti na jednotlivých intervencích.

5.4 Metody zpracování a analýzy dat

Po vyřazení nevyhovujících účastníků by bylo přistoupeno k analýze získaných dat. Na základě demografických otázek by bylo možné objasnit socioekonomické charakteristiky vzorku. Tedy na příklad: vzdělání, partnerský vztah, počet dětí, frekvence jejich návštěv, délka pobytu v zařízení, věk, pohlaví a podobně. Tyto informace by mohly zároveň pomoci v interpretaci výsledků v širším kontextu v rámci deskriptivní statistiky.

Induktivní analýza by byla provedena v programu Jasp za použití hladiny významnosti $\alpha = 0,05$. Pro testování hypotézy by byl použit Repeated Measures ANOVA, tedy analýza rozptylu pro opakovaná měření. Pro možné porovnání průměrů u jednotlivých skupin je nutné, aby data splňovala několik podmínek. Výzkumný soubor by na základě designu výzkumu měl splňovat podmínku náhodnosti a nezávislosti výběru. Dále by bylo nutné ověřit normalitu získaných dat. Ta by byla ověřena pomocí Kolmogorovova–Smirnovova testu normality dat. Pokud by byla normalita dat narušena, je možné použít také Kruskalův–Wallisův test. Shoda rozptylů souboru by byla testována s pomocí Leveneova testu a Brownova–Forsytheova testu. V případě, že by data nedosahovala odpovídajícím výsledkům, by bylo přistoupeno k neparametrické verzi ANOVA. V případě splnění podmínek uvedených výše a zjištění signifikantního rozdílu rozptylů mezi jednotlivými skupinami, tj. dle testového kritéria F, stupňů volnosti df a p hodnoty u Repeated Measures ANOVA, by bylo přistoupeno k mnohonásobnému porovnání. Tedy k objasnění podoby rozdílů mezi skupinami a jejich statistické významnosti, jež se vztahují k H1 a H2. Mnohonásobné porovnání by bylo provedeno pomocí Tukeyho testu pro významné rozdíly, Scheffého testu a Bonferroniho testu.

Z hlediska dalšího zpracování dat a vzhledem k H3 by následovalo porovnávání středních hodnot s kontrolou, resp. s kontrolní skupinou. Důraz by tedy byl kladen na rozdíl mezi skupinou seniorů, jež se věnovala běžným aktivitám v domově a skupinami seniorů,

které se účastnily aktivizujících intervencí. Tato analýza by mohla být provedena pomocí Dunnettovy metody mnohonásobného porovnávání. Postup induktivní analýzy a kombinaci testů navrhujeme na základě Dubjakové (2009).

5.5 Etika výzkumu

Základními etickými pravidly výzkumů jsou beneficence, nonmaleficence, zachování dobrovolnosti, adekvátní informovanost zúčastněných a bezpečné zacházení s jejich daty. Jednotlivé dotazníkové archy by z tohoto důvodu byly označeny číselným kódem. Klíč k jejich kompletnosti by byl po spárování smazán a jména zúčastněných by nefigurovala ve zveřejněném výstupu. V navrhovaném výzkumu by tato pravidla byla striktně dodržována.

Během prezentace celého intervenčního programu by bylo velmi jasně komunikováno, že se jedná o dobrovolné aktivity. V průběhu intervenčního procesu by bylo umožněno účastníkům odejít, a to bez udání bližších důvodů. Základní podmínkou pro vstup do výzkumné studie by byl podepsaný informovaný souhlas a souhlas se zpracováním osobních údajů. Pro popis výzkumného postupu by byly některé odborné pojmy upraveny pro lepší porozumění účastníků. Vykonávané aktivity by byly vedeny proškolenými odborníky, aby zúčastnění nebyli vystaveni psychické ani fyzické újmě (tedy například úrazu při fyzioterapii). Sesbíraná data by byla zodpovědně vyhodnocena, dále neupravována a použita pouze k vyhodnocení navrhovaného výzkumu. Po skončení intervencí by následoval debriefing. V případě zájmu a po dohodě s vedením institucí by bylo zprostředkováno zachování alespoň některých aktivit, a to pro všechny zájemce bez ohledu na předešlou účast ve studii.

6. Diskuse

Návrh výzkumu byl vytvořen s ohledem na dříve realizované studie pracující s problematikou deprese, variabilními typy intervencí a seniorskou populací, tedy s ohledem na teoretické podklady získané v literárně přehledové části. Obecně existuje řada studií a metaanalýz pracujících s alternativními formami intervencí a jejich vlivem na depresi, avšak v kontextu stáří jich je méně.

V případě Underwooda et al. (2013) bylo možné se inspirovat nejen zvolenou metodou hodnocení depresivity u seniorů, ale také volbou intervenční aktivity, která v našem navrhovaném výzkumu hrála pouze srovnávací roli, jelikož v původní studii nevykazovala významný efekt na depresivitu seniorů. Opačnou roli pak hrála studie Ching-Tenga et al. (2019), která aplikovala arteterapii s pozitivním výsledkem v kontextu deprese ve stáří. Rawtaerová et al. (2015) pracovali s kombinací intervenčních aktivit a vzhledem k našemu návrhu považujeme za velmi důležité jejich zařazení testu MMSE do použitých metod. Délky celého intervenčního procesu a frekvence intervencí jsou v řadě studií variabilní. Do analýzy Golda et al. (2009) byly například zahrnuty studie aplikující intervence po dobu 1-6 měsíců, a to jednou až šestkrát týdně. Ve studii Underwooda et al. (2013) intervence probíhaly 12 měsíců, dvakrát týdně. Rawtaerová et al. (2015) aplikovali postupně snižující se frekvenci intervencí rovněž po dobu 12 měsíců. Navrhovaný výzkum je tedy určitou kombinací již dříve aplikovaných postupů v novém kontextu. Na rozdíl od uvedených studií (Ching-Teng et al., 2019; Rawtaer et al., 2015; Underwood et al., 2013) by navrhovaný výzkum pracoval se staršími seniory, kteří na poli obdobných studií nemají zastoupení. Starší populace nicméně může zároveň otevírat větší variabilitu mezi jednotlivými probandy, a to například v podobě množství komorbidních onemocnění. Rovněž lze předpokládat metodologické komplikace z hlediska nerovnoměrného zastoupení pohlaví. Tato variabilita a nerovnoměrné zastoupení pohlaví je nicméně zkoumané populaci vlastní a považujeme za důležité, aby i tato populace byla ve studiích zastoupena, a to i vzhledem k prodlužující se době dožití a rozvoji zdravotní péče. Ojedinělá je zároveň jeho snaha o objasnění rozdílů účinností mezi intervencí psychoterapeutické typu a intervencí na bázi cvičení.

Problematickou oblastí navrhovaného výzkumu spatřujeme v užití metody GDS-15, která ačkoliv je užívána ve studiích s obdobnou tematikou (Ching-Teng et al., 2019; Rawtaer et al., 2015; Underwood et al., 2013) a obecně je vnímána jako vhodná pro screeningové testování deprese u seniorů, není dosud v českém znění plně standardizována (Heissler et al.

2020). Limitující může také být použití metody založené na sebeposouzení. Mezi další metody používané v kontextu deprese ve stáří patří: Self-Rating Scale for Depression, Patient Health Questionnaire – 9, Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, případně Beckova sebeposuzující škála deprese. Problematická je u nich nicméně úroveň norem. Chybí také jednotné české znění a hraniční skóry (Heissler et al., 2020).

Dalším problematickým bodem navrhovaného výzkumu by mohla být podoba a náplň arteterapeutických skupin. Plánovaný výzkum z tohoto důvodu počítá se zapojením pouze jednoho arteterapeuta, který by vedl veškeré skupiny. To znamená velký tlak z hlediska časového, logistického a zároveň velkou zodpovědnost vzhledem k úspěchu celého výzkumu. Značně náročné by bylo také financování navrhovaného výzkumu a vhodné by tak bylo požádat o grantovou podporu. Pro finální výsledky by byly rovněž problematické změny v sociálním okolí jedinců, jako například úmrtí blízkého, změna frekvence návštěv (na příklad v kontextu pandemie) a další externí faktory, jakou je například změna medikace. Tyto změny ale není možné ošetřit v plné míře v rámci stanovování podmínek pro zařazení do výzkumného vzorku.

V navrhovaném výzkumu jsme si vědomi také několika eticky problematických okolností. Takovou okolností by mohlo být neporozumění záměru výzkumného šetření, a to například z důvodu fyzických nedostatků, typických pro toto vývojové období, tedy poškození zraku, či sluchu a následné udělení souhlasu bez pochopení všech nároků s výzkumem spojených. Problematická by také mohla být otázka svéprávnosti v kontextu podepsání informovaného souhlasu. V tomto ohledu je možné pracovat s výsledky testu MMSE, jenž v navrhovaném výzkumu slouží jako nástroj pro výběr jedinců dostatečné kognitivní úrovně. Zároveň zde vyvstává otázka, zda povolit účast na intervencích i institucionalizovaným jedincům, kteří o ně mají zájem, ale z nějakého důvodu nesplňují kritéria pro zařazení do vzorku. Přikláníme se k variantě, že i v případě, že jedinec nebude splňovat veškerá inkluzivní kritéria a zvolená forma intervence pro něj bude bezpečná, bude mu povoleno sezení navštěvovat v případě volné kapacity skupiny, ale nebude zařazen do výzkumného vzorku.

Přínos tohoto výzkumu shledáváme převážně v možném pochopení efektu arteterapie na depresivitu u skupiny osob, která může být rezistentní vůči více klasickým formám intervencí. Navrhovaný výzkum by tak pomohl zpřístupnění odpovídající péče o duševní zdraví umístěných seniorů. Pokud by výstup navrhovaného výzkumu naznačoval významně pozitivní vliv arteterapie na depresivitu seniorů, shledáváme důležitost v dalším zkoumání vhodných terapeutických technik i vzhledem k problematice nejednotného

terapeutického přístupu, například analýzou efektivity jednotlivých terapeutických aktivit v dané populaci. V budoucnu by tedy bylo vhodné vytvořit certifikovaný terapeutický program zacílený na péči o depresivní seniory, a to nejen v oblasti arteterapie, ale i v dalších alternativních formách intervencí. Obohacující by také mohlo být jejich spojení. Takovýto program by umožnil aplikaci prověřených metod a vhodných aktivit vyškolenými pracovníky ve velkém množství institucí a přispěl by ke zlepšení péče o seniory. Kombinace různých aktivit by také mohla být atraktivní pro větší množství seniorů. Dále by bylo vhodné pokusit se o vytvoření alternativy vhodné pro seniory umístěné v Alzheimer centrech, v domovech se zvláštním režimem či v léčebnách pro dlouhodobě nemocné a podobně.

Závěr

V této práci byla představena deprese jako onemocnění velice rizikové pro období stáří. Deprese ve stáří je specifická svými atypickými symptomy, délkou trvání, či somatickým syndromem. Tyto faktory společně značně komplikují její diagnostiku. Deprese ve stáří je zároveň spojována s řadou komorbidních onemocnění jako například diabetes mellitus, obezita či demence. Zvláště ohroženi jsou pak senioři zažívající velké ztráty v oblasti sociální, tělesného zdraví či soběstačnosti. Za velmi kritickou je považována změna prostředí, tedy přesun seniora do sociálního zařízení.

Ačkoliv existují farmaka vhodná pro léčbu deprese ve stáří, v této práci byl kladen důraz na nefarmakologické formy intervencí. U těžkých forem deprese je nicméně efektivní jejich kombinace. Léčba deprese ve stáří získává oproti většinové populaci nový kontext, a to převážně kvůli multimorbiditě a polyfarmacii. Z hlediska této populace není problematická pouze polyfarmacie, ale také stigmatizace klasických forem psychoterapie. Mnoho studií se tak věnuje aplikaci alternativních forem intervencí při práci s osobami trpící depresí, ne vždy se ovšem jedná o seniorskou populaci. Konkrétně se jedná například o tyto formy: arteterapie, muzikoterapie, taneční terapie, reminiscence či psychodrama.

Navrhovaný výzkum by zkoumal, zda vybraná forma alternativní psychoterapie je vzhledem k míře depresivity v populaci institucionalizovaných seniorů efektivnější v porovnání s fyzioterapií, případně běžnou denní aktivitou. Mohl by tak přispět k rozvoji efektivních a certifikovaných programů vytvořených na míru pro seniory žijící v institucích, kteří jsou dle literatury velmi rizikováni pro rozvoj deprese. Důležitost nových poznatků v této oblasti je také znásobena vzhledem k neustále se rozrůstající populaci seniorů v České republice a nedávnému masivnímu nárůstu prevalence deprese v celé populaci během pandemie Covid-19.

Seznam použité literatury

- Aalbers, S., Fusar-Poli, L., Freeman, R. E., Spreen, M., Ket, J. C., Vink, A. C., Maratos, A., Crawford, M., Chen, X., & Gold, C. (2017). Music therapy for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (11). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004517.pub3>
- Alexopoulos, G. S. (2005). Depression in the elderly. *The Lancet*, 365(9475), 1961-1970. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)66665-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)66665-2)
- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association (7th ed.)*. <https://doi.org/10.1037/0000165-000>
- Antonelli, E., Rubini, V., & Fassone, C. (2000). The self-concept in institutionalized and non-institutionalized elderly people. *Journal of Environmental Psychology*, 20(2), 151-164. <https://doi.org/10.1006/jevp.1999.0159>
- Blomdahl, C., Gunnarsson, A. B., Guregård, S., & Björklund, A. (2013). A realist review of art therapy for clients with depression. *The Arts in Psychotherapy*, 40(3), 322-330. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2013.05.009>
- Bueno-Notivol, J., Gracia-García, P., Olaya, B., Lasheras, I., López-Antón, R., & Santabábara, J. (2021). Prevalence of depression during the COVID-19 outbreak: a meta-analysis of community-based studies. *International journal of clinical and health psychology*, 21(1), 100196. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2020.07.007>
- Carman, M. B., & Nordin, S. R. (1984). Psychodrama: A therapeutic modality for the elderly in nursing homes. *Clinical gerontologist*, 3(1), 15-24. https://doi.org/10.1300/J018v03n01_03
- Carneiro, L. S., Fonseca, A. M., Vieira-Coelho, M. A., Mota, M. P., & Vasconcelos-Raposo, J. (2015). Effects of structured exercise and pharmacotherapy vs. pharmacotherapy for adults with depressive symptoms: a randomized clinical trial. *Journal of psychiatric research*, 71, 48-55. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2015.09.007>

- Castillo-Pérez, S., Gómez-Pérez, V., Velasco, M. C., Pérez-Campos, E., & Mayoral, M. A. (2010). Effects of music therapy on depression compared with psychotherapy. *The Arts in Psychotherapy, 37*(5), 387-390. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2010.07.001>
- Cooney, G. M., Dwan, K., Greig, C. A., Lawlor, D. A., Rimer, J., Waugh, F. R., McMurdo, M., & Mead, G. E. (2013). Exercise for depression. *Cochrane database of systematic reviews, (9)*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004366.pub6>
- Český statistický úřad. (n.d.). *Senioři: Procentuální zastoupení populace ve věku 65 a více let v jednotlivých státech Evropy v letech 2000 a 2018*. <https://www.czso.cz/csu/czso/seniori>
- Čevela, R., Čeledová, L., Kalvach, Z., Holčík, J., & Kubů, P. (2014). *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Grada.
- Daňková, Š., & Otáhalová, H. (2017). Zdravotní stav české populace podle výběrového šetření o zdraví EHIS. *Demografie, 59*(3), 258-272.
- De Boer, A., Ter Horst, G. J., & Lorist, M. M. (2013). Physiological and psychosocial age-related changes associated with reduced food intake in older persons. *Ageing research reviews, 12*(1), 316-328. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2012.08.002>
- Dubjaková, E. (2009). *Metody mnohonásobného porovnávání pro jednoduché třídění*. [Diplomová práce, Masarykova univerzita]. Archiv závěrečných prací MUNI. https://is.muni.cz/th/zk6eu/diplomova_prace_ed.pdf?fbclid=IwAR0cHebTWZBvfHQuLEuXOIRyb8-6b1_pz_bn4uHMauVk4fCz6Ci485u56IY
- Floyd, M., Scogin, F., McKendree-Smith, N. L., Floyd, D. L., & Rokke, P. D. (2004). Cognitive therapy for depression: a comparison of individual psychotherapy and bibliotherapy for depressed older adults. *Behavior Modification, 28*(2), 297-318. <https://doi.org/10.1177/0145445503259284>

- Friedman, R. A. (2012). Grief, depression, and the DSM-5. *The New England Journal of Medicine*, 366(20), 1855–1857. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1201794>
- Gaebel, W., Stricker, J., & Kerst, A. (2020). Changes from ICD-10 to ICD-11 and future directions in psychiatric classification. *Dialogues in clinical neuroscience*, 22(1), 7-15. <http://doi.org/10.31887/DCNS.2020.22.1/wgaebel>
- Gold, C., Solli, H. P., Krüger, V., & Lie, S. A. (2009). Dose–response relationship in music therapy for people with serious mental disorders: Systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, 29(3), 193-207. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.01.001>
- Haboush, A., Floyd, M., Caron, J., LaSota, M., & Alvarez, K. (2006). Ballroom dance lessons for geriatric depression: An exploratory study. *The Arts in psychotherapy*, 33(2), 89-97. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2005.10.001>
- Hartl, P. (2004). *Stručný psychologický slovník*. Portál. <https://www.bookport.cz/AccountSaml/SignIn/?idp=https://cas.cuni.cz/idp/shibboleth&returnUrl=/kniha/strucny-psychologicky-slovník-3256/>
- Heissler, R., Červenková, M., Kopeček, M., & Georgi, H. (2020). Geriatrická škála deprese (GDS-15): česká normativní studie. *Československá Psychologie*, 64(1), 49-65.
- Hernández, R., Calderon, C., Carmona-Bayonas, A., Rodríguez Capote, A., Jara, C., Padilla Álvarez, A., de las Nieves Gómez-Canacho, M., Beato, C., Castelo, B., Majem, M., del Mar Munoz, M., Ivars, A., Mangas-Izquierdo, M., Rogado-Revuelta, J., & Jimenez-Fonseca, P. (2019). Differences in coping strategies among young adults and the elderly with cancer. *Psychogeriatrics*, 19(5), 426-434. <https://doi.org/10.1111/psyg.12420>
- Höschl, C. (1996). *Psychiatrie pro praktické lékaře*. H & H.

- Ching-Teng, Y., Ya-Ping, Y., & Yu-Chia, C. (2019). Positive effects of art therapy on depression and self-esteem of older adults in nursing homes. *Social work in health care*, 58(3), 324-338. <https://doi.org/10.1080/00981389.2018.1564108>
- Chippendale, T., & Bear-Lehman, J. (2012). Effect of life review writing on depressive symptoms in older adults: A randomized controlled trial. *American Journal of Occupational Therapy*, 66, 438-446. <https://doi.org/10.5014/ajot.2012.004291>
- James, S. L., Abate, D., Abate, K. H., Abay, S. M., Abbafati, C., Abbasi, N., Abbastabar, H., Abd-Allah, F., Abdela, J., Abdelalim, A., Abdollahpour, I., Suliankatchi Abdulkader, R., Abebe, Z., Abera, S. F., Zewdie, O. A., Niguse Abraha, H., Abu-Raddad, L. J., Abu-Rmeileh, N. M. E., Kokou Accrombessi, M. M., ... & Murray, C. J. L. (2018). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990 – 2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, 392(10159), 1789-1858. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32279-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32279-7)
- Jiráček, R. (2004 a). Hodnocení psychických funkcí u seniorů. In Z. Kalvach, Z. Zadák, R. Jiráček, P. Sucharda, H. Zavázalová (Eds.), *Geriatric a gerontology* (s.183-190). Grada Publishing.
- Jiráček, R. (2004 b). Poruchy afektivity ve stáří. In Z. Kalvach, Z. Zadák, R. Jiráček, P. Sucharda, H. Zavázalová (Eds.), *Geriatric a gerontology* (s.554-559). Grada Publishing.
- Kalvach, Z., & Mikeš, Z. (2004). Základní pojmy – stáří, gerontologie a geriatric. In Z. Kalvach, Z. Zadák, R. Jiráček, P. Sucharda, H. Zavázalová (Eds.), *Geriatric a gerontology* (s.47-50). Grada Publishing.
- Kalvach, Z., Janečková, H., Bureš, I., Hegyi, L., Koval, Š., & Přehnal, J. (2004 a). Dlouhodobá zdravotní a sociální ústavní péče. In Z. Kalvach, Z. Zadák, R. Jiráček, P. Sucharda, H. Zavázalová (Eds.), *Geriatric a gerontology* (s.490-508). Grada Publishing.

- Kalvach, Z., Benešová, V., & Grivna, M. (2004 b). Úrazy, otravy a sebevraždy ve stáří. In Z. Kalvach, Z. Zadák, R. Jiráček, P. Sucharda, H. Zavázalová (Eds.), *Geriatric a gerontologie* (s.393-400). Grada Publishing.
- Kalvach, Z., Zadák, Z., Jiráček, R., Zavázalová, H., Holmerová, I., Weber, P., Bureš, I., Drbal, C., Hanuš, T., Janečková, H., Jurašková, B., Kabelka, L., Kojanová, M., Lischkeová, B., Maruna, P., Novotná, E., Ondrušová, J., Otová, B., Růžička, E., ... & Rychlý, L. (2008). *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Grada Publishing.
- Khan, A., Faucett, J., Lichtenberg, P., Kirsch, I., & Brown, W. A. (2012). A systematic review of comparative efficacy of treatments and controls for depression. *PLoS ONE*, 7(7), e41778. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0041778>
- Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P., Bouchard, V., Chapleau, M., Paquin, K., & Hofmann, S. G. (2013). Mindfulness-based therapy: a comprehensive meta-analysis. *Clinical psychology review*, 33(6), 763-771. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.05.005>
- Kim, D. (2017). The effects of a combined physical activity, recreation, and art and craft program on ADL, cognition, and depression in the elderly. *Journal of physical therapy science*, 29(4), 744-747. <https://doi.org/10.1589/jpts.29.744>
- Knapen, J., Vancampfort, D., Moriën, Y., & Marchal, Y. (2014). Exercise therapy improves both mental and physical health in patients with major depression. *Disability and rehabilitation*, 37(16), 1490-1495. <https://doi.org/10.3109/09638288.2014.972579>
- Kobayashi, T., & Kato, S. (2011). Depression–dementia medius: Between depression and the manifestation of dementia symptoms. *Psychogeriatrics*, 11(3), 177-182. <https://doi.org/10.1111/j.1479-8301.2011.00363.x>
- Koch, S. C., Morlinghaus, K., & Fuchs, T. (2007). The joy dance: Specific effects of a single dance intervention on psychiatric patients with depression. *The Arts in Psychotherapy*, 34(4), 340-349. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2007.07.001>

- Körlin, D., Nybäck, H., & Goldberg, F. S. (2000). Creative arts groups in psychiatric care development and evaluation of a therapeutic alternative. *Nordic Journal of Psychiatry*, 54(5), 333-340. <https://doi.org/10.1080/080394800457165>
- Kulišťák, P. (2011). Neuropsychologie (Druhé, přepracované vydání). Portál.
- Lhotová, M., & Perout, E. (2018). *Arteterapie v souvislostech*. Portál.
- Lim, G. Y., Tam, W. W., Lu, Y., Ho, C. S., Zhang, M. W., & Ho, R. C. (2018). Prevalence of depression in the community from 30 countries between 1994 and 2014. *Scientific reports*, 8(1), 1-10. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-21243-x>
- Meléndez-Moral, J. C., Charco-Ruiz, L., Mayordomo-Rodríguez, T., & Sales-Galán, A. (2013). Effects of a reminiscence program among institutionalized elderly adults. *Psicothema*, 25(3), 319-323. <https://doi.org/10.7334/psicothema2012.253>
- Ménard, C., Hodes, G. E., & Russo, S. J. (2016). Pathogenesis of depression: insights from human and rodent studies. *Neuroscience*, 321, 138-162. <https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2015.05.053>
- MKN-10: *Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize: Tabeleární část* (Aktualizované vydání k 1. 1. 2021). (2020). Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. <https://mkn10.uzis.cz>
- Mondelli, M. F. C. G., & de Souza, P. J. S. (2012). Quality of life in elderly adults before and after hearing aid fitting. *Brazilian journal of otorhinolaryngology*, 78(3), 49-56. <https://doi.org/10.1590/S1808-86942012000300010>
- Neri, A. L., Yassuda, M. S., Fortes-Burgos, A. C. G., Mantovani, E. P., Arbex, F. S., de Souza Torres, S. V., Perracini, M. R., & Guariento, M. E. (2012). Relationships between gender, age, family conditions, physical and mental health, and social isolation of elderly caregivers. *International Psychogeriatrics*, 24(3), 472-483.

- Orel, M., Facová, V., Heřman, M., Kaláb, M., Koranda, P., & Šimonek, J. (2012). *Psychopatologie*. Grada Publishing.
- Orgeta, V. (2009). Specificity of age differences in emotion regulation. *Aging and Mental Health, 13*(6), 818-826. <https://doi.org/10.1080/13607860902989661>
- Ott, C. H., Lueger, R. J., Kelber, S. T., & Prigerson, H. G. (2007). Spousal bereavement in older adults: Common, resilient, and chronic grief with defining characteristics. *The Journal of nervous and mental disease, 195*(4), 332-341. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000243890.93992.1e>
- Otte, C., Gold, S. M., Penninx, B. W., Pariante, C. M., Etkin, A., Fava, M., Mohr, D.C., & Schatzberg, A. F. (2016). Major depressive disorder. *Nature reviews. Disease primers, 2*, 16065. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2016.65>
- Pampallona, S., Bollini, P., Tibaldi, G., Kupelnick, B., & Munizza, C. (2004). Combined pharmacotherapy and psychological treatment for depression: a systematic review. *Archives of general psychiatry, 61*(7), 714-719. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.61.7.714>
- Penninx, B. W., Deeg, D. J., Van Eijk, J. T. M., Beekman, A. T., & Guralnik, J. M. (2000). Changes in depression and physical decline in older adults: a longitudinal perspective. *Journal of affective disorders, 61*(1-2), 1-12. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(00\)00152-X](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(00)00152-X)
- Petersen, R. C., & Negash, S. (2008). Mild cognitive impairment: an overview. *CNS spectrums, 13*(1), 45.
- Praško, J., Prašková, H., & Prašková, J. (2015). *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději*. Portál.
- Raboch, J., Hrdlička, M., Mohr, P., Pavlovský, P., & Ptáček, R. (2015). *DSM-5®: diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Hogrefe - Testcentrum.

- Raboch, J., & Červený, R. (2018). *Deprese: doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře 2018*. Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP.
- Ramic, E., Pranjic, N., Batic-Mujanovic, O., Karic, E., Alibasic, E., & Alic, A. (2011). The effect of loneliness on malnutrition in elderly population. *Medical Archives*, *65*(2), 92-95.
- Rawtaer, I., Mahendran, R., Yu, J., Fam, J., Feng, L., & Kua, E. H. (2015). Psychosocial interventions with art, music, Tai Chi and mindfulness for subsyndromal depression and anxiety in older adults: A naturalistic study in Singapore. *Asia-Pacific Psychiatry*, *7*(3), 240-250. <https://doi.org/10.1111/appy.12201>
- Ritchie, H., & Roser, M. (2018). Mental health. Our World In Data. Online publication. <https://ourworldindata.org/mental-health>
- Rosenkoetter, M. M., & Garris, J. M. (1998). Psychosocial changes following retirement. *Journal of Advanced Nursing*, *27*(5), 966-976.
- Saveanu, R. V., & Nemeroff, C. B. (2012). Etiology of depression: genetic and environmental factors. *Psychiatric Clinics*, *35*(1), 51-71. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2011.12.001>
- Sheikh, J. I., & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist: The Journal of Aging and Mental Health*, *5*(1-2), 165–173. https://doi.org/10.1300/J018v05n01_09
- Smolík, P. (1996). *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika*. Maxdorf.
- Spahni, S., Morselli, D., Perrig-Chiello, P., & Bennett, K. M. (2015). Patterns of psychological adaptation to spousal bereavement in old age. *Gerontology*, *61*(5), 456-468. <https://doi.org/10.1159/000371444>
- Stuart-Hamilton, I. (1999). *Psychologie stárnutí*. Portál.

- Šavlík, J. (2004). Psychosomatické koncepty chorob a stonání ve stáří. In Z. Kalvach, Z. Zadák, R. Jiráček, P. Sucharda, H. Zavázalová (Eds.), *Geriatric a gerontologie* (s.120-122). Grada Publishing.
- Švancara, J. (2004). Psychická involuce a psychologické aspekty adaptace ve stáří. In Z. Kalvach, Z. Zadák, R. Jiráček, P. Sucharda, H. Zavázalová (Eds.), *Geriatric a gerontologie* (s.103-115). Grada Publishing.
- Tribess, S., Júnior, J. S. V., & de Oliveira, R. J. (2012). Physical activity as a predictor of absence of frailty in the elderly. *Revista da Associação Médica Brasileira (English Edition)*, 58(3), 341-347. [https://doi.org/10.1016/S2255-4823\(12\)70205-9](https://doi.org/10.1016/S2255-4823(12)70205-9)
- Underwood, M., Lamb, S. E., Eldridge, S., Sheehan, B., Slowther, A. M., Spencer, A., Thorogood, M., Atherton, N, Bremner, A. S., Devine, A., Diaz-Ordaz, K., Ellard, D.R., Potter, R., Spanjers, K. & Taylor, S. J. (2013). Exercise for depression in elderly residents of care homes: a cluster-randomised controlled trial. *The Lancet*, 382(9886), 41-49. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60649-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60649-2)
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (n.d.). *Mezinárodní klasifikace nemocí*. <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--mezinarodni-klasifikace-nemoci#o-klasifikaci>
- Vágnerová, M. (2007). *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Nakladatelství Karolinum.
- Vymětal, J. (2003). *Lékařská psychologie* (3., aktualizované vydání). Portál.
- Zou, X. H., Sun, L. H., Yang, W., Li, B. J., & Cui, R. J. (2020). Potential role of insulin on the pathogenesis of depression. *Cell proliferation*, 53(5), e12806. <https://doi.org/10.1111/cpr.12806>
- Zrubáková, K., Krajčík, Š., Bartošovič, I., Kamanová, I., & Magerčiaková, M. (2016). *Farmakoterapie v geriatricii*. Grada Publishing.

Seznam zkratek

APA	American Psychological Association
DSM-5	Diagnostický a statistický manuál duševních poruch 5
GDS - 15	Geriatrická škála deprese
MKN- 10	Mezinárodní klasifikace nemocí desátá revize
MKN-11	Mezinárodní klasifikace nemocí jedenáctá revize
MMSE	Mini Mental State Examination
WHO	World health organization

Příloha 1.

Návrh informovaného souhlasu s účastí ve výzkumu a se zpracováním osobních údajů

Informace o výzkumu: Hlavním tématem výzkumného projektu je porovnání účinnosti pohybových a uměleckých aktivit vhodných pro seniory s důrazem na poruchy nálady a jejich psychické zdraví. Obyvatelé domova budou rozděleni do několika skupin, v jedné z nich budete i Vy. Tyto skupiny absolvují dvakrát týdně 45 minut dlouhou aktivitu po dobu tří měsíců, a to pod vedením zkušeného vedoucího.

Informace o účastníkovi výzkumu:

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Kontakt (kontaktní osoba):

Místo pobytu:

Prohlášení

Já níže podepsaný/-á potvrzuji, že

- a) jsem se seznámil/-a s informacemi o cílech a průběhu výše popsaného výzkumu (dále též jen „výzkum“);
- b) dobrovolně souhlasím s účastí své osoby v tomto výzkumu;
- c) rozumím tomu, že se mohu kdykoli rozhodnout ve své účasti na výzkumu nepokračovat;
- d) jsem srozuměn s tím, že jakékoliv užití a zveřejnění dat a výstupů vzešlých z výzkumu nezakládá můj nárok na jakoukoliv odměnu či náhradu, tzn. že veškerá oprávnění k užití a zveřejnění dat a výstupů vzešlých z výzkumu poskytuji bezúplatně.

Zároveň prohlašuji, že

- a) souhlasím se zveřejněním anonymizovaných dat a výstupů vzešlých z výzkumu a s jejich dalším využitím;
- b) souhlasím se zpracováním a uchováním osobních a citlivých údajů v rozsahu v tomto informovaném souhlasu, a to pro účely zpracování dat vzešlých z výzkumu, pro účely případného kontaktování z důvodu zpracování dat vzešlých z výzkumu a pro účely evidence a archivace; a s tím, že tyto osobní údaje mohou být poskytnuty subjektům oprávněným k výkonu kontroly projektu, v jehož rámci výzkum realizován;

c) jsem seznámen/-a se svými právy týkajícími se přístupu k informacím a jejich ochraně podle § 12 a § 21 zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, tedy že mohu požádat realizátora o informaci o zpracování mých osobních a citlivých údajů a jsem oprávněn/-a ji dostat a že mohu požádat realizátora o opravu nepřesných osobních údajů, doplnění osobních údajů, jejich blokaci a likvidaci.

Výše uvedená svolení a souhlasy poskytuji dobrovolně na dobu neurčitou až do odvolání a zavazuji se je neodvolat bez závažného důvodu spočívajícího v podstatné změně okolností. Vše výše uvedené se řídí zákony České republiky, s výjimkou tzv. kolizních norem, a bude v souladu s nimi vykládáno, přičemž případné spory budou řešeny příslušnými soudy v České republice.

Potvrzuji, že jsem převzal/a podepsaný stejnopis tohoto informovaného souhlasu.

Dne:

Podpis:

Příloha 2.

GERIATRICKÁ ŠKÁLA DEPRESE (GDS -15)

U každé otázky zakroužkujte odpověď, která nejlépe vystihuje, jak jste se v posledním týdnu cítila/a:

1. Jste se svým životem v zásadě spokojen/a?	ano	ne
2. Zanechal/a jste mnoha svých činností a zájmů?	ano	ne
3. Máte pocit, že Váš život je prázdný?	ano	ne
4. Nudíte se často?	ano	ne
5. Máte většinou dobrou náladu?	ano	ne
6. Obáváte se, že se Vám přihodí něco zlého?	ano	ne
7. Cítíte se většinou šťastný/á?	ano	ne
8. Cítíte se často bezmocný/á?	ano	ne
9. Zůstáváte raději doma, než abyste vyšel/a ven a dělal/a něco nového?	ano	ne
10. Máte pocit, že máte v poslední době větší potíže s pamětí než většina lidí?	ano	ne
11. Máte pocit, že je krásné být naživu?	ano	ne
12. Cítíte se v současnosti bezcenný/á?	ano	ne
13. Cítíte se plný/á elánu a energie?	ano	ne
14. Máte pocit, že Vaše situace je beznadějná?	ano	ne
15. Myslíte si, že se většině lidí vede lépe než Vám?	ano	ne

Identifikační kód: