

**Univerzita Karlova v Praze**  
**3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**

**Ústav zdraví dětí a mládeže**

**Soňa Karlovská**

**Depresivní symptomatologie u dětí**  
Depressive symptomatology of the children

# **Diplomová práce**

Praha 2008

Autor práce: Soňa Karlovská  
Studijní program: Magisterské studium  
Studijní obor: Všeobecné lékařství

Vedoucí práce: **MUDr. Eva Vaníčková, CSc.**  
Ústav zdraví dětí a mládeže

Datum a rok obhajoby: 21.ledna 2009

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato diplomová práce byla používána ke studijním účelům.

V Praze dne 22. prosince 2008

Soňa Karlovská

## Obsah

1. Úvod .....	6
2. Rizikové faktory pro vznik depresivních příznaků u dospívajících.....	7
3. Depresivní porucha .....	10
4. Epidemiologická studie .....	13
4.1. Úvod .....	13
4.2. Metodika a charakteristika souboru .....	13
4.3. Výsledky.....	18
4.4. Diskuze.....	19
5. Závěr .....	20
6. Souhrn .....	22
7. Summary .....	23
8. Seznam použité literatury .....	24
9. Seznam příloh .....	24
10. Přílohy .....	25
Příloha č.1: Dotazník „Trpíte depresí?“ .....	25
Příloha č.2: Depresivní příznaky v% - věk 15 a 16 let...26	
Příloha č.3: Vyhodnocení respondentem - pozitivní případy v% .....	27
Příloha č.4: Vyhodnocení lékařem - podezření na depresivní poruchu v% .....	28
Tabulka č.1: Charakteristika souboru.....	29
Tabulka č.2: Pořadí frekvence příznaků.....	29
Tabulka č.3: Rozdíl frekvence příznaků v %.....	29

## 1. Úvod

Všeobecné mínění dospělých je: „Děti jsou šťastné, hrají si, nemají naše starosti, pracovní zatížení a ty jejich bolístky stačí jen pofoukat.“ Tato naivní představa šťastného a radostného dětství je dávno vyvrácený předsudek stejně jako představa, že dítě je sice často nemocné, ale jen tělesně a velice zřídka duševně. Deprese v dětství se vyskytuje poměrně často, je však mnohem častěji spojována s poruchami chování, agresivitou a s různými somatickými stesky než se symptomy depresivní poruchy u dospělých. Přesto mají depresivní děti a adolescenti podobné příznaky jako dospělí: nedokážou se radovat, mají nízké sebehodnocení, trpí pocity viny, mají chvílemi smutnou, zoufalou náladu (s myšlenkami na smrt), jsou podráždění, osamocení, sociálně izolovaní, někdy agresivní, neklidní až hyperaktivní, jindy unavení, tiší, pomalí s mnoha somatickými nebo vegetativními příznaky.<sup>1</sup>

Záměrem této diplomové práce bylo zjistit četnost výskytu určitých příznaků depresivního syndromu u dětí se zaměřením na dospívající, s cílem poukázat na význam a důležitost aktivního vyhledávání, včasného záchytu, diagnostiky a zahájení preventivních opatření, popř. léčby rozvíjející se psychické poruchy. Bez náležité intervence je totiž riziko vážných důsledků depresivního onemocnění, jako je suicidium či kontinuita do deprese dospělého věku, značně vysoké.

## **2. Rizikové faktory pro vznik depresivních příznaků u dospívajících**

V průběhu dospívání dochází k výrazným změnám na úrovni biologické, psychologické a sociální. Jakákoli patologie v kterékoli z těchto oblastí vývoje může vést ke zvýšené stresové zátěži dítěte a vyústit tak v rozvoj depresivních příznaků.

Adolescence znamená výraznou změnu ve vztazích rodičů a dítěte. Jedním z významných vývojových úkolů dospívání je uvolnění dítěte z primární rodiny. Průběh adolescentní separace je nepochybně závislý na předchozím vztahu dítěte k rodičům, typu rodiny (ztíženou adolescentní separaci má dítě vychovávané pouze jedním rodičem) a způsobu reakce rodičů na separační projevy dítěte. Komplikovaná separace může přetrvávat v podobě tzv. hostilní závislosti, kdy adolescent na jedné straně rodiče odmítá a na druhé straně se od nich nedokáže odpoutat. Pro rodiče bývá obtížné přizpůsobit se změnám dospívajícího dítěte a vycházet vstříc jeho potřebám. Rodiče někdy bolestně prožívají odpoutávání dítěte z rodiny a jeho separačním snahám brání, jindy zase separaci dítěte nadměrně a předčasně podporují. Hodně záleží na průběhu vlastní adolescence rodičů a způsobu, jakým řešil rodič v době své adolescence vztahy se svými rodiči.

Vztahy s vrstevníky procházejí různými změnami. Například v pubertě je typické vyhledávání vrstevníků stejného pohlaví v partě, později je větší význam přičítán párovému přátelství. V adolescenci se již rozvíjejí hluboké vztahy a více než 75% adolescentů probírá svoje emocionální problémy s vrstevníky.

Sexualita představuje v adolescenci významnou zkušenost. V dospívání dochází k prohloubené integraci pohlavní identity (jsem muž nebo žena), reaktivity (schopnosti prožívat sexuální vzrušení a orgasmus) a objektivní preference. Normálním projevem je masturbace, častější u chlapců než u dívek. Případné psychické konflikty a pocity viny mohou plynout z nepřijatelnosti fantazií, které masturbaci provázejí. Vývoj

sexuální identity homosexuálního charakteru je ztěžován devalvujícími postoji společnosti.

Vývoj sociální kompetence adolescenta předpokládá výběr přiměřeného studijního oboru nebo pracovního začlenění. Problém může nastat při neúspěchu, nemožnosti sladit vlastní zájmy, představy rodičů a zájem společnosti. Na úspěchu ve studijním či profesním začlenění se nepodílí jen inteligence a specifické schopnosti, ale také motivace, připravenost akceptovat sociální normy a hodnoty a schopnost snášet frustraci při neúspěchu.

Vývoj vlastní identity („kdo jsem“) vede k nalezení sebe sama jako svébytné osoby, která má konzistentní cíle, profesní orientaci, přátelství, sexuální vztahy, morální hodnoty a skupinovou příslušnost. Je schopná nezávislého života a realistického sebehodnocení, sebecenění a sebeutěšení.<sup>1</sup>

Při vzniku psychické poruchy spolupůsobí *příčiny* vnitřní s příčinami zevními, vzájemně se podmiňují a jsou od sebe neoddelitelné. Vnitřní faktory se uplatňují zejména v období fylogenetickém a na začátku vývoje ontogenetického, ve kterém jsou dále modifikovány faktory zevními. Zevní faktory ovlivňují jedince ve všech ontogenetických fázích. Vznik symptomu u dítěte není obvykle otázkou jednorázové traumatizace, ale vývojovým procesem, na kterém se podílejí faktory genetické, situační a sociální.

Genetické faktory jsou relativně stálé. Týkají se temperamentových charakteristik dítěte či adolescenta, stupně stability vegetativního systému, afektivní dráždivosti a pohotovosti k úzkosti (samostatnou roli zde hrají různé endokrinopatie nebo somatické nápadnosti).<sup>1</sup> Např. jedinci s určitým typem osobnosti jsou náchylnější k rozvoji depresivní poruchy. Jako příklad je možno uvést hypotetické spojení mezi unipolární depresivní poruchou a charakterovým vzorcem, označeným jako melancholický typ. Ten zahrnuje rysy jako je spořádanost, svědomitost, puntičkářství, orientace na výkon a závislost na osobních intimních vztazích. Předpokládá se, že uvedené rysy jsou důležité v tom smyslu, že ovlivňují



způsob, jakým jedinec reaguje na stresující životní události.<sup>5</sup>

Nepříznivé situace vytvářejí pro dítě především dospělí. Jde v podstatě o nestabilitu citových vazeb k vychovateli. Tyto situace (kde dítě nemá pocit bezpečí a jistoty) provokují zvláštní chování dítěte, které vytváří odezvu v širokém sociálním okolí.

Sociální faktory jsou u dětí velmi důležité, neboť dítě často trpí symptomem sekundárně - tzn. reakcí na něj, a sociální odezva posiluje neodpovídající chování.<sup>1</sup> Tedy např. zatímco působení stresu zvyšuje pravděpodobnost rozvoje depresivní poruchy, dostupnost sociální podpory před jeho škodlivými účinky jedince do určité míry chrání („*nárazníková hypotéza*“). Lidé, jejichž společenské a pracovní aktivity jsou omezené, jsou proto více zranitelní vůči rozvoji depresivních poruch.<sup>5</sup> O důležitosti sociálního kontextu v dětské psychopatologii vypovídá také odlišnost suicidia dětí a dospělých. Tato odlišnost se sice týká za prvé kognitivního vývoje (věk, ve kterém dítě pochopí smrt jako nezvratný fakt) a za druhé vazby na diagnózu (behaviorální vyjádření depresivní symptomatiky může často vést u dospělých k suicidii a rovněž tak u adolescentů, ale v adolescenci je suicidium častěji vázáno na diagnózu schizofrenie než na diagnózu deprese). U většiny jde však o důležitý sociální kontext, kontext specifických negativních životních událostí, které se kumulují měsíce, léta a vyúsťují v suicidální chování v adolescenci. Klíčové jsou především kumulace ztrát. Ztráta milované osoby nebo ztráta lásky milované osoby senzibilizuje dítě a otevírá cestu k suicidii.

Řetězení negativních zážitků spolu s drobnými rizikovými faktory vytváří funkční změny, které způsobují poruchy percepce, učení, paměti a vzorců chování, dochází k maladaptaci a odchýlnému vývoji neurálních map. Genetické vlivy zase podmiňují zvýšenou citlivost a to provokuje chování, které vytváří negativní sociální odezvu. Na ni, podle temperamentových dispozic, reaguje dítě další distorzí svých projevů, což zvyšuje negativní postoje k němu a vytváří se bludný kruh.<sup>1</sup>

### 3. Depresivní porucha

Dětské a adolescentní deprese jsou heterogenní skupinou poruch a jejich variace přecházejí od lehkých k těžkým a naopak, jak u jedince, tak ve výskytu rodinné patologie. *Prevalence* depresivní poruchy je 0,4-2,5% u dětí do 10 let; 0,4-8,3% u adolescentů (11-18 let) a pro srovnání 0,6-13% u dospělých. *Incidence* afektivních poruch je transkulturálně udávána v rozmezí 0,6-13% u 14-16letých. V mnoha případech se u těchto poruch vyskytuje zvýšená incidence akutních začátků onemocnění, méně často osobnostní premorbidní abnormality a zvýšená hereditární zátěž ve smyslu afektivních poruch u příbuzných I.a II.stupně. Deprese se vyskytují u 1-8% dětí a adolescentů. Riziko suicidia je u depresivních nezletilých až 20krát vyšší než v běžné populaci. U dětí školního věku má suicidium často „nálepku smrt při nehodě“. U 14-16letých depresivních adolescentů je poměr výskytu depresivní epizody u chlapců a dívek 1:5, později 2:5.

Podstatou onemocnění je dědičná dispozice nebo vulnerabilita vedoucí ke změnám funkce CNS, psychickým, vegetativním a endokrinním poruchám. Afektivní poruchy vznikají interakcí genetických a zevních faktorů, na kterých se podílejí exhausce, kumulace negativních životních událostí, psychická traumata, rodinná patologie, temperamentové charakteristiky, roční období (např. jarní a podzimní deprese) a jiné. U depresí s časným začátkem hrají velkou roli jak genetické a biologické faktory, tak faktory psychosociální, včetně stresujících „životních událostí“.

Mezi rizikové faktory pro vznik afektivní poruchy patří rodičovská psychopatologie, rodinné konfliktní prostředí, nedostatečné sociální dovednosti a způsoby zvládnání stresu, chudé nebo žádné přátelské vrstevnické vztahy. Všechny tyto rizikové faktory jsou nespecifickými koreláty psychopatologie v dětství, u vulnerabilních jedinců s určitou zátěží mohou být jedním z vyvolávajících momentů.<sup>1</sup>

Depresivní porucha je závažná rovněž pro své sociální důsledky. Až

u 80% depresivních školních dětí a adolescentů nacházíme poruchu sebehodnocení, sociální stažení („outsider“), poruchy koncentrace pozornosti, nedostatek radosti, neschopnost rozhodovat se a prudké, rychlé změny nálady. Mnoho depresivních dětí anticipuje zvýšeně agresivní chování od druhých proti sobě. Na druhé straně jsou však vůči agresi nepřiměřeně pasivní. Jednou ze základních potřeb dítěte je potřeba ocenění jako zpětné vazby smysluplného života. Depresivním dětem se ho nedostává. Zvláště depresivní rodiče jsou ke svým dětem hyperkritičtí, zvýšeně hostilní s nedostatkem jakékoli pochvaly. Depresivní děti jsou také hůře oceňováni ve škole jak od učitelů, tak vrstevníků a jejich špatné výsledky neodpovídají jejich intelektu. Tam, kde je deprese spojena s výraznou anxiétou, podílí se spíše na jiné symptomatice, jako jsou poruchy chování, hyperkinetická porucha nebo poruchy chování a emocí. Depresivní děti a adolescenti s komorbidními poruchami mají více dissociálních projevů a dopouštějí se více kriminálních činů.<sup>1</sup> Depresivní symptomy v adolescenci mohou podle některých studií zvyšovat riziko vzniku drogové závislosti.<sup>3</sup> Depresivní syndrom v dětství a adolescenci je závažným rizikovým faktorem neschopnosti dobré sociální adaptace v dospělosti. Největším rizikem jakékoli deprese je možnost sebevraždy.

Depresivní syndrom má jak u dětí, tak u adolescentů a dospělých *symptomy z oblasti kognitivní, emoční, afektivní, motorické, somatické a sociální*. Základní příznaky jsou shodné ve všech věkových obdobích, avšak objevují se v různé míře a podobě odpovídající vývojové úrovni depresivního jedince. Děti vyjadřují své duševní problémy více tělesnými příznaky, tzn. více *somatizují* než dospělí. Jako prognosticky nepříznivé symptomy jsou uváděny: inhibice učení, zvědavosti, kreativity; kognitivní zhoršení; vnitřní neklid; dysforie- zvláštní „rýpavost“, rozlada; mutismus; pocity vitálního smutku bez otevřené budoucnosti; suicidální pokusy.

Depresivní syndrom starších školáku je charakterizován zvláštním smutkem, neschopností mít úspěch, uchopit šanci. Z toho pramení performační anxieta- anxieta ze zkoušení, z předvedení výkonu, ze

zadaných úkolů. Střídá se pasivita a inhibice motorická, herní a intelektová s agitovaností, agresivitou a až dissociální aktivitou. Obvyklé jsou somatické stesky a regrese do časných forem dětského chování. Sklíčenost, pocity viny, poruchy sebehodnocení a suicidální tendence začínají odpovídat depresivnímu syndromu dospělých. Symptomy z oblasti *kognitivní*- nesoustředivost, snížená výkonnost, zvýšená hloubavost s nevyprávností; *emoční*- anxieta, sklíčenost, nejistota; *afektivní*- kolísání nálad, poruchy sebehodnocení, suicidální úvahy; *motorické*- snížení dynamogenie nebo agitovanost; *somatické*- bolesti hlavy (více dívky), trávicí potíže, avšak se zvýšením hmotnosti (více chlapci); *sociální*- izolace (bez kamarádů), outsider, neoblíbenost s pocity, že ho nikdo nechápe.

Základními symptomy depresivního syndromu u adolescentů jsou ztráta zájmů, ztráta komunikace, sociální stažení až sociální fobie, kognitivní zhoršení, selhávání ve škole, únava, zvýšená spavost, změny hmotnosti, prudké kolísání nálad, nuda, anhedonie, beznaděje, zoufalství, vitální smutek, zvýšená iritabilita, impulzivita, sebevražedné pokusy nebo zneužívání návykových látek. Deprese u adolescentů má mnoho společného s depresivní epizodou u dospělých, může mít psychotické symptomy, může být spojena se somatickými příznaky. U adolescentů se častěji než u dospělých objevují pocity nudy, podrážděnost, histrionské a riskantní chování, anxieta spojená s nadměrnou konzumací alkoholu nebo drog. Více jsou přítomny pocity viny kvůli vlastní nedostatečnosti, umocněné ještě „skrze rodiče“- kvůli jejich trápení a starostem. Častěji se též vyskytuje tzv. tichá rezignace- zasněnost, izolace, náladové rozlady. Častější suicidální pokusy, zvláště tam, kde jsou pocity viny, beznaděje a bezvýchodnosti při řešení aktuální situace, jsou spojeny se zvýšenou impulzivitou. Neschopnost adekvátního zvládnutí stresu vede k antisociální aktivitě a ta zase k prohloubení deprese, ke zvýšeným autoakuzacím a bezvýchodnosti. Vytváří se „začarovaný kruh“, kde adolescent vidí suicidium jako jediné řešení. Pro depresivní dospívající je typické rychlé

střídání apatie a lhostejnosti s mnohmluvností a překotným navazováním nových kontaktů bez adekvátní citové vazby. Pocity smutku a bezmocnosti jsou spojovány s hostilitou a pseudofilozofováním, s úzkostným sebesledováním, hypochondrickými obavami, častými stesky na tělesné obtíže a únavu.<sup>1</sup>

## **4. Epidemiologická studie**

### **4.1. Úvod**

Jako součást této práce byla provedena malá epidemiologická studie s cílem zjistit četnost výskytu určitých příznaků depresivního syndromu u dětí. Očekávané výsledky studie představují formulace třech hypotéz:

1. Frekvence výskytu depresivních příznaků bude u dívek vyšší ve srovnání s chlapci.
2. Suicidální myšlenky se častěji vyskytují u dívek ve srovnání s chlapci.
3. Častěji se u dětí budou vyskytovat tělesné příznaky deprese ve srovnání s psychickými.

### **4.2. Metodika a charakteristika souboru**

28.dubna 2008 byla provedena observační průřezová studie u žáků Gymnázia Pardubice, Dašická 1083. Sběr kategoriálních nominálních dat byl proveden cestou dotazníkového šetření. Dotazník s nadpisem „Trpíte depresí?“ a pokyny k jeho zpracování byly vytvořeny a poskytnuty společností Pfizer – viz.Příloha č.1- Přílohy. Jednotlivými body v dotazníku jsou zastoupeny hlavní a nejčastěji se vyskytující problémové okruhy depresivní symptomatologie, které lze rozdělit na dvě hlavní oblasti, a sice příznaky tělesné a příznaky duševní. *Tělesných projevů* depresivního syndromu se týkají bod č.3, 5 a 7. Během deprese se často objeví tělesné příznaky, které mohou imitovat tělesnou nemoc. Někdy se ohlásí již před objevením depresivní nálady, jindy přetrvávají ještě určitou dobu po jejím

odeznění. Biologické pochody v organismu jsou velmi úzce spjaté s naší náladou. Centra v mozku, která jsou odpovědná za prožívání nálady, jsou spojená s centry pro regulaci hormonů a vegetativního systému, proto při změnách nálady dochází často k pestrému obrazu tělesných obtíží. Objevuje se únavnost, nevykonnost, napětí nebo slabost ve svalech, bolesti hlavy, páteře, břicha, snížená nebo zvýšená chuť k jídlu a změny hmotnosti, zácpa, bolesti žaludku, pocení, závratě, třes končetin, poruchy menstruačního cyklu apod. Pro špatnou koncentraci mívá řada depresivních pocit, že si nic nepamatují. Dalším typickým projevem je nespavost - obtěžující je zejména předčasné ranní probouzení a nemožnost již dále usnout. Depresivní člověk zůstává ležet na lůžku a hlavou se mu honí nejčernější myšlenky. Předem se obává všeho, co den přinese, a předpokládá, že se mu nic nepodaří. Dalším typem je večerní nespavost. Po ulehnutí do postele se člověk převaluje, probírá všechny nedostatky dne, připomíná si, v čem neuspěl, obviňuje se. Má na sebe vztek, že nemůže spát, obává se, jak bude další den unavený a neschopný. Časté je i opakované probouzení během noci. Spánek je mělký a postižený má pocit, že vůbec nespál. S noční nespavostí je často spojena následná denní nadměrná ospalost a únavnost. Méně často je deprese spojena s nadměrnou spavostí jak během noci, tak i během dne, většinou však je spánek mělký a nevede k odpočinku.<sup>4</sup> Ostatní body v dotazníku se týkají příznaků různých oblastí psychiky. Bod č.1 souvisí s *vymizením radosti* jako projevem poruchy nálady. Člověka v depresi netěší nic a nic nedokáže prožívat příjemně, radostně. Tento stav je o to horší, že si svoji neschopnost radovat se bolestně uvědomuje. Ztratil potěšení z kulturních zážitků, z cestování, ze svých koníčků, z přírody... Tato anhedonie pravděpodobně souvisí jednak s nedostatkem energie, jednak s nedostatkem soustředění - stálá nabídka obav, starostí a negativních myšlenek brání tomu, aby se daný jedinec mohl pohroužit do prožitku.<sup>4</sup> Bod č.2 se zabývá projevy *poruchy nálady* jako podstaty depresivního syndromu. Mezi depresivní emoce patří především smutek.

Prožitky smutku patří ke zkušenosti každého jedince a i zdravý člověk bývá smutný z neúspěchu či ze ztráty. V depresi je však smutek hlubší, trvá delší dobu a výrazně brání aktivitě. Ovlivňuje lidské vnímání a prožívání tak, že vše kolem sebe vidí „černě“, vyhledává jen své neúspěchy, všímá si jen negativního chování druhých k sobě, do budoucna si představuje jen své nezdary. Smutek se může měnit od lehkého pocitu sklíčenosti až po úplné zoufalství. Dalším charakteristickým znakem depresivní nálady je nerozhodnost prakticky ve všem - v důležitých věcech i maličkostech, vyplývající ze strachu, že ať udělá cokoli, dopadne to špatně. Nerozhodnost může být tak veliká, že brání člověku hnout se z místa nebo provést jednoduché činnosti, neboť nedokáže zvolit jejich správné pořadí. Dále typické prožitky bezmoci a beznaděje plynou z nemožnosti překonat depresi vlastními silami, postižený má pocit, že už nikdy se jeho stav nezlepší.<sup>4</sup> Bod č.4 a 8 se týkají projevů *depresivního chování*. Depresivní lidé jsou méně aktivní, bez iniciativy, často nemají chuť do práce, přestanou se zabývat tím, co by je zajímalo nebo těšilo, a vykonávají jen ty povinnosti, které jsou nejnужnější.<sup>4</sup> Bod č.6 popisuje *depresivní způsob myšlení*, pro který jsou charakteristické tzv. automatické myšlenky, na které člověk myslet nechce, ale které mu na mysl přicházejí samy od sebe. Typicky zahrnují negativní hodnocení sebe, negativní hodnocení okolností a negativní vize do budoucnosti. Tyto myšlenky nejsou založeny na objektivních faktech, ale odrážejí skutečnost zkresleně, zveličeně a katastroficky. Tyto pocity méněcennosti vedou k vyhýbání se lidem, zpočátku jen cizím, postupně i nejbližším. Nedostatek kontaktů pak druhotně vede k osamělosti.<sup>4</sup> Bod č.9 se zabývá problémem *suicidality*. Suicidální chování zahrnuje suicidální myšlenky a tendence, suicidální pokus a konečně dokonané suicidium. Ze statistik vyplývá, že chlapci se častěji než dívky dopouštějí sebevražedného jednání s letálním koncem, zatímco u dívek se více setkáváme se suicidálními pokusy. V literatuře je popisován tzv. presuicidální syndrom, který avizuje nebezpečí následného

suicidálního aktu. Jeho příznaky jsou zcela konkrétní představy průběhu suicidálního činu, anamnesticky nacházíme suicidální myšlenky, častá je dysforická nálada. Dítě či dospívající se cítí smutný, nemocný, unavený. Přítomny bývají psychosomatické obtíže, např. poruchy spánku, poruchy příjmu potravy, vegetativní projevy. V některých případech po určité době zjevného napětí a depresivních rozlad následuje zdánlivé zlepšení psychického stavu. Toto může být způsobeno faktem, že se dotyčný již definitivně rozhodl pro suicidium. Suicidální jednání může mít tzv. demonstrativní či účelový charakter, kdy se dítě či adolescent svým činem snaží dosáhnout řešení své objektivně nebo subjektivně vnímané svízelné situace. Suicidální akt má v těchto případech charakter alarmu, volání o pomoc. Někdy je pomoc očekávána od zdravotnického zařízení, kam se, jak očekává, suicidant svým činem dostane. Suicidální jednání má často v tomto věku zkratový charakter, jde tedy o jednání, které směřuje co nejrychleji k cíli, např. vyhnout se nepříjemné situaci, bez rozmyšlení jiných možností řešení a bez ohledu na případné následky. K nejčastějším motivům suicidálního jednání patří rodinné konflikty, partnerské problémy a problémy s vrstevníky, které jsou tedy zároveň významnými rizikovými faktory.<sup>1</sup> Za všeobecný rizikový faktor suicidálního jednání je nutno brát v úvahu labilní adolescentní psychiku se svou zvýšenou citlivostí na kritiku, s objevováním vlastního rozporuplného emočního prožívání, s omezenou schopností komunikace, vysokou sugestibilitou a sklonem k impulzivitě.<sup>2</sup>

Ve studii byly jako cílová populace vybrány děti věkové skupiny 15-16 let, dostupná populace byla pak tvořena dětmi přítomnými daného dne ve škole. Do konečného souboru byly děti zařazeny nenáhodným pravděpodobnostním výběrem dle přístupnosti. Charakteristika souboru je shrnuta v tabulce č. 1 – viz. Přílohy.

Vyhodnocení tohoto dotazníku probíhá ve dvou krocích. V prvním kroku je dotazník vyhodnocen samotným respondentem - v případě positivity výsledku je doporučeno navštívit lékaře, kterým by měl být proveden druhý, odbornější a podrobnější, způsob vyhodnocení. Získá se



tak závěrečný výsledek daného dotazníku, na jehož základě by měl lékař- obvykle praktik - svému pacientovi doporučit další postup, včetně případného odborného psychiatrického vyšetření.

#### VYHODNOCENÍ RESPONDENTEM

Návod k vyhodnocení dotazníku: Pokud jste zaškrtnli „několik dní“ nebo častěji u otázky 1. nebo 2. a u některého z dalších problémů, bude vhodné, abyste své potíže konzultovali s lékařem. Pouze lékař může stanovit správnou diagnózu deprese jako nemoci. Svěřte se lékaři také s tím, že jste označili „několik dní“ nebo častěji u otázky 9., která se týká myšlenky na to, že by bylo lepší zemřít nebo si ublížit. Přesvědčení o nevyhnutelnosti sebevraždy patří k nejzávažnějším příznakům deprese a v takovém případě si buďte vědomi, že jde o jeden z příznaků nemoci, který lze léčbou odstranit, a vyhledejte lékařskou pomoc ihned. Sdělte své pocity někomu, komu důvěřujete a kdo Vám může pomoci (nejbližší lidé z Vaší rodiny, přátelé nebo Váš lékař).

Odebrané dotazníky byly vyhodnoceny oběma způsoby. Výsledky vyhodnocení pro respondenty jsou obsaženy v Příloze č.3 - viz.Přílohy.

#### VYHODNOCENÍ LÉKAŘEM

Podezření na depresivní poruchu *závažné* intenzity vzniká, pokud jsou v otázkách 1.nebo 2. a v dalších pěti a více otázkách (3.-9.) odpovědi minimálně „Více než týden“ (u otázky 9.se počítá jakákoli pozitivní odpověď!). O depresivní poruše *mírnější* intenzity uvažujeme, pokud pacient zaškrtně v otázce 1.nebo 2. a v dalších dvou, třech nebo čtyřech otázkách (3.-9.) odpovědi minimálně „Více než týden“ (u otázky 9.se počítá jakákoli pozitivní odpověď!).

Výsledky vyhodnocení dotazníků dle tohoto návodu se nacházejí v Příloze č.4 - viz.Přílohy.

Dále bylo provedeno vyhodnocení frekvence výskytu jednotlivých depresivních příznaků z dotazníku odděleně - vždy na základě součtu všech pozitivních odpovědí všech respondentů na určitou otázku (pozitivní odpověď je jakákoli odpověď kromě možnosti „Nikdy“). Výsledky jsou obsahem Přílohy č.2 - viz.Přílohy.

### 4.3. Výsledky

1. Vyhodnocení respondentem (viz. Příloha č.3): pozitivní výsledek u 95 dívek (tedy 88,8% ze všech dívek) a u 66 chlapců (tedy 70,0% ze všech chlapců). Celkem pozitivní výsledek po vyhodnocení dotazníku u 161 dětí, tedy 80,5% ze všech dětí.

2. Vyhodnocení lékařem (viz. Příloha č.4): podezření na depresivní poruchu mírné intenzity u 9 dívek (tedy 8,4% ze všech dívek) a u 8 chlapců (tedy 8,6% ze všech chlapců). Celkem u 17 dětí (8,5% ze všech dětí) je možné uvažovat o depresivním syndromu s mírnými projevy. Podezření na depresivní poruchu závažné intenzity u 4 dívek (3,7% ze všech dívek) a u žádného chlapce (0%). Celkem u 4 dětí (tedy 2% ze všech dětí) je možné uvažovat o depresivní poruše závažné intenzity.

Z určitého stupně depresivního syndromu lze podezřívát 21 dětí (13 dívek=12,15% a 8 chlapců=8,6%), tedy 10,5% všech dětí, z čehož v dotazníku 13 dětí – 10 dívek a 3 chlapců (tedy 61,9% z 21 dětí) byly uvedeny myšlenky na vlastní smrt.

3. Výskyt jednotlivých příznaků deprese (viz. Příloha č.2): Pořadí ve frekvenci jednotlivých příznaků se u dívek a u chlapců liší –viz. tabulka č.2 – Přílohy. Nejčastěji se vyskytujícím příznakem u dívek i u chlapců je bod č.4 (celkem 80,5% dětí). Při hodnocení všech dětí dohromady následují v pořadí **2)** bod č.1 (63,0% dětí); **3)** bod č.3 (61,0% dětí); **4)** bod č.2 (58,5% dětí); **5)** bod č.6 (52,5%); **6)** bod č.5 (32,5%); **7)** bod č.8 (23,0%); **8)** bod č.7 (20,5%) a **9)** bod č.9 (12,0%).

Ve všech bodech dotazníku byla vyšší frekvence pozitivních odpovědí u dívek ve srovnání s chlapci – rozdíl v % viz. tabulka č.3 –

Přílohy.

#### **4.4. Diskuze**

Z očekávaných výsledků studie se potvrdily první i druhá hypotéza, tedy že frekvence výskytu depresivních symptomů obecně i frekvence výskytu myšlenek na vlastní smrt je vyšší u dívek ve srovnání s chlapci. Tato skutečnost je obtížně zdůvodnitelná a zřejmě nejlehčím přístupem by bylo vzít ji na vědomí jako prostý fakt. Je možné ale také spekulovat o odlišném vlivu pohlavních hormonů u dívek a chlapců na psychiku jedince, o rozdílném přístupu rodičů ve výchově svých dcer a synů, o vlivu různých okolím přidělovaných rolí (se kterými se děti sžijí a chovají se podle nich - dívky, resp. ženy jako slabé, zranitelné, nesmí se jim ubližovat ale chránit je; chlapci přece nepláčou, jsou stateční, silní). V důsledku působení všech těchto vlivů lze pak vysvětlit i rozdílné vnímání, prožívání ale také zpracování a vyrovnání se s určitými životními situacemi u dívek anebo chlapců.

Naopak třetí hypotéza se na základě výsledků studie nepotvrdila, neboť proti předpokladu se u dětí v souboru častěji vyskytují psychické depresivní symptomy ve srovnání s projevy poruch tělesných funkcí. V popředí stojí pocit nedostatku energie, ztráta zájmů, malé potěšení z činností.

Otázkou zůstává, do jaké míry jsou výsledky této studie generalizovatelné na celou cílovou populaci. Tato studie byla totiž realizována jako v podstatě kvázi-experimentální jednoskupinový plán, kde chybí kontrolní skupina, soubor byl vybrán nenáhodným výběrem a není ani reprezentativní vzhledem k celé cílové populaci. Výsledky mají tedy především informativní hodnotu.

Vzhledem k adolescentnímu věku respondentů lze také spekulovat, s jakou mírou zodpovědnosti a serióznosti bylo dětmi k vyplňování dotazníku přistupováno, a to i přes velkou snahu motivovat je k pravdivým odpovědím.

## 5. Závěr

Téma této diplomové práce zní „Depresivní symptomatologie u dětí“ a hlavním důvodem jejího vzniku byla realizace malé epidemiologické studie. Cílem studie bylo určit frekvenci výskytu depresivních příznaků u dospívajících dětí ve věku 15 a 16 let. V rámci studie byly formulovány tři hypotézy: 1. Frekvence výskytu depresivních příznaků bude u dívek vyšší ve srovnání s chlapci. 2. Suicidální myšlenky se častěji vyskytují u dívek ve srovnání s chlapci. 3. Častěji se u dětí budou vyskytovat tělesné příznaky deprese ve srovnání s psychickými.

Na základě výsledků byly v rámci vybraného souboru dětí potvrzeny první a druhá hypotéza a vyvrácena třetí hypotéza, tyto výstupy ale nejsou zobecnitelné pro celou cílovou populaci. U 12,15% dívek a 8,6% chlapců je možné uvažovat o určitém stupni depresivní poruchy, tyto hodnoty jsou ve shodě s prevalenčními údaji velkých epidemiologických studií.

Z hlediska preventivních doporučení je nutné limitovat rizikové faktory depresivních stavů u dětí, což v obecné rovině znamená především snížit dopad kumulovaných stresů. Je prakticky nemožné vyvarovat se každému stresu, nutné je ale snižovat stres nadměrný a naučit se dovednostem, jak s ním zacházet (resilience). Zde mohou opakované, dlouhodobé kladné zkušenosti získané z různých prostředí výrazně snižovat rizika dopadu negativních stresových zážitků z dětství. V prostředí rodiny je základem nejen tělesného, ale i duševního zdraví a pohody dodržování zdravého životního stylu, správný pravidelný režim v činnostech dítěte se střídáním duševní a fyzické aktivity, dostatek spánku a relaxace, aktivní sportovní zařazení dítěte a ostatní zájmové aktivity. Z rodiny by také měla pocházet dostatečná emocionální saturace dítěte, podstatou je péče rodičů a uspokojování všech potřeb dítěte. Ve všech sociálních prostředích dítěte, tedy v rodině, ve škole, mezi vrstevníky, v zájmových kroužcích je významným protektivním faktorem nácvik sociálních dovedností. Dítě se musí naučit snést kritiku druhých bez pocitu viny a méněcennosti, nenechat se ponižovat, být asertivní, dokázat říci

druhým lidem „ne“, samo sebe si vážit a umět se pochválit. Dalším doporučením je pěstování sociální sítě, která dítě pozitivně ovlivňuje a podporuje ho v jeho odolnosti vůči negativním zkušenostem – stabilní rodinné vztahy, začleňování mezi vrstevníky včetně spolužáků ve škole.

## 6. Souhrn

Deprese dětí a adolescentů má až dvacetkrát vyšší riziko sebevraždy a každá depresivní epizoda vede k sociální maladaptaci. Prevalence depresivní poruchy je u adolescentů 0,4-8,3%, incidence afektivních poruch je udávána v rozmezí 0,6-13% u 14-16letých.<sup>1</sup> V etiologii hraje roli heredita - genetická zátěž ve smyslu vlohy nebo zvýšené zranitelnosti. Psychologické faktory provokující depresivní poruchy jsou dány kumulací opakovaných ztrát, sníženou frustrační tolerancí, rozbitým domovem a těžkou socioekonomickou situací. Temperamentové osobnostní charakteristiky dané modelem naučené bezmocnosti a Beckovým kognitivním trias (negativní sebehodnocení, negativní pohled na svět, negativní pohled na budoucnost) spolupůsobí při vzniku depresivního syndromu, zrovna tak jako změny neurotransmiterů, receptorů a jejich regulace vedoucí k poruchám v diencefalu.<sup>2</sup> Precipitující faktory jsou adolescence se změnami hormonů, somatická onemocnění, snížená imunita a přetížení. Behaviorální exprese depresivních příznaků je dána vývojovou úrovní a socializací. Podle některých názorů jsou subklinické depresivní symptomy v adolescenci prediktorem vývoje afektivní poruchy v dospělosti.<sup>3</sup> Psychoterapeutická a farmakologická intervence u rozvinutých příznaků je nezbytná.

## **7. Summary**

Depression is the illness of the whole body, your mind and general spirit. First indication for depression is no humour, bad temperament for a long time and becoming introverted. Also affected is the mentality, behaviour and usual functions of the body. The risk of suicide is twenty times higher by depression of the children and teenagers and each depressive episode takes a long time to cure.

Prevention – it is important to reduce impact of accumulating stresses and ensure positive social contact, especially with parents who need to be supportive and helpful to their child.

## **8. Seznam použité literatury**

1. VI.Hort, M.Hrdlička, J.Kocourková, E.Malá a kol.: Dětská a adolescentní psychiatrie - 1.vydání, Praha: Portál; 2000 - 496 s.
2. Cyril Hořschi, Jan Libiger, Jaromír Švestka: Psychiatrie - 1.vydání, Tigis, spol.s r.o.; 2002 - 898 s.
3. Jiří Raboch, Petr Zvolský et al.: Psychiatrie - 1.vydání, Galén, Karolinum; 2001 - 622 s.
4. Ján Praško, Hana Prašková, Jana Prašková: Deprese a jak ji zvládat- Stop zoufalství a beznaději - 1.vydání, Praha: Portál; 2003 - 184 s.
5. Jaroslav Bouček a kolektiv: Speciální psychiatrie - 1.vydání, Univerzita Palackého v Olomouci, TISKSERVIS; 2006 - 246 s.

## **9. Seznam příloh**

Příloha č.1: Dotazník „Trpíte depresí?“

Příloha č.2: Depresivní symptomy v %-děti 15 a 16 let

Příloha č.3: Vyhodnocení respondentem-pozitivní případy v %

Příloha č.4: Vyhodnocení lékařem

Tabulka č.1: Charakteristika souboru

Tabulka č.2: Pořadí frekvence příznaků

Tabulka č.3: Rozdíl frekvence příznaků v %



## 10. Přílohy

Příloha č.1: Dotazník „Trpíte depresí?“

Jak často Vás v posledních dvou týdnech trápil kterýkoliv z následujících problémů?

⇒ možnosti odpovědi u každé otázky: Nikdy

Několik dní

Více než týden

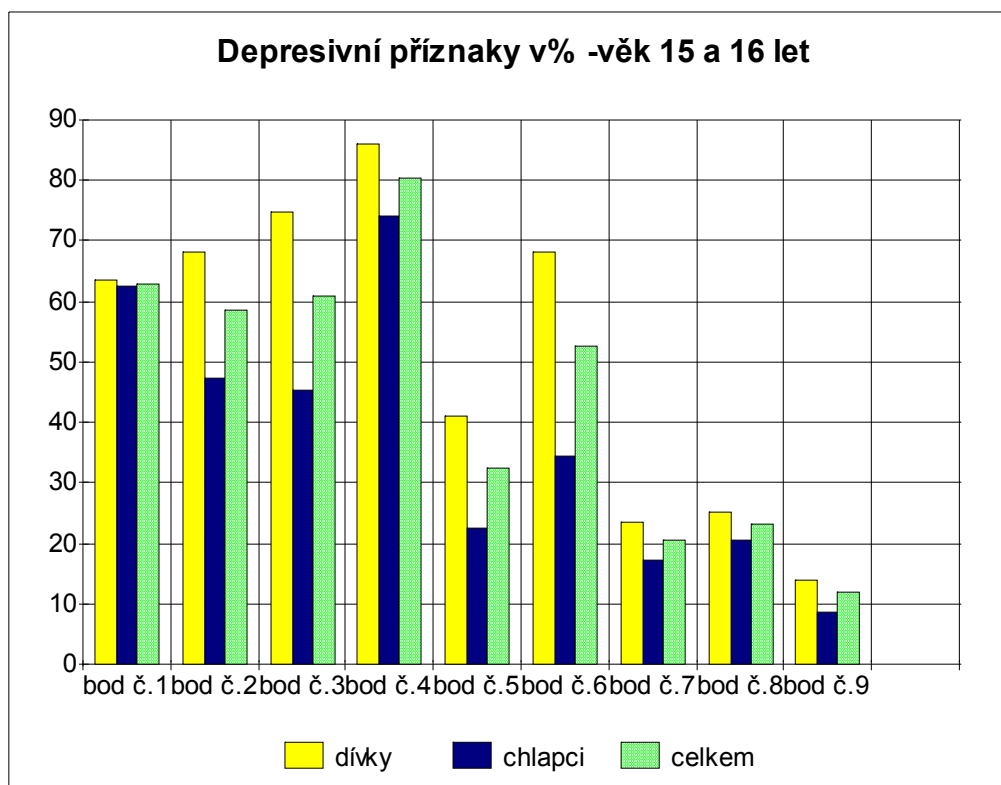
Téměř každý den

- 1. Malý zájem nebo potěšení z činností
- 2. Pocit vyčerpání, deprese nebo beznaděje
- 3. Potíže s usínáním nebo spaním, nebo ospalost
- 4. Pocity únavy nebo nedostatku energie
- 5. Nechutenství nebo přejídání
- 6. Pocity špatného mínění o sobě nebo selhání, nebo Vašeho vyčerpání
- 7. Potíže se soustředěním se na činnosti, jako je čtení novin nebo sledování televize
- 8. Pohyb nebo mluvení tak pomalé, že si toho všimnou jiní lidé. Nebo naopak jste tak neklidný anebo netrpělivý, že se pohybujete mnohem více než obvykle
- 9. Myšlenky, že by bylo lepší zemřít, nebo si nějakým způsobem ublížit

Příloha č.2: Depresivní příznaky v % - věk 15 a 16 let

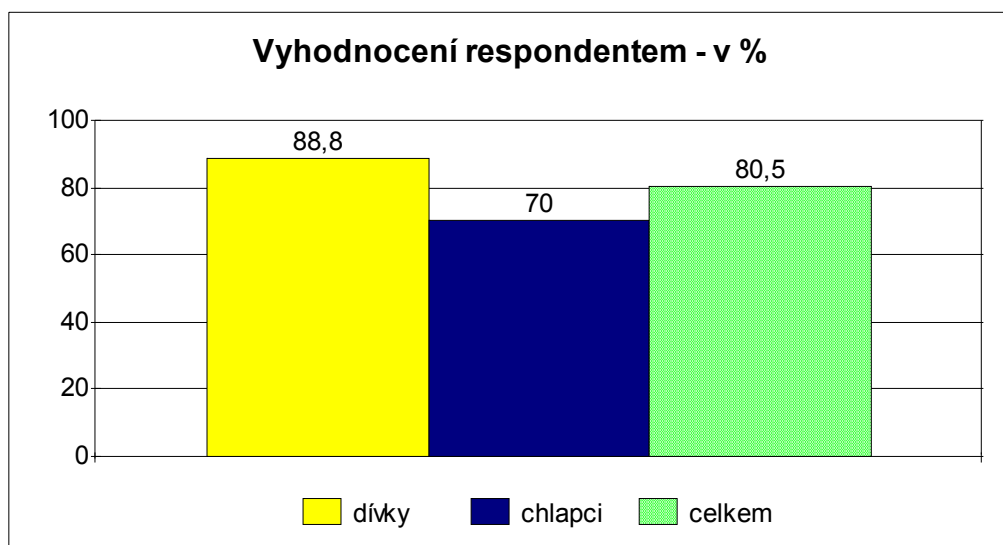
bod č.	1		2		3		4		5	
Počet dívek	68	63,60%	73	68,20%	80	74,80%	92	86,0%	44	41,10%
Počet chlapců	58	62,40%	44	47,30%	42	45,20%	69	74,20%	21	22,60%
celkem	126	63,00%	117	58,50%	122	61,00%	161	80,50%	65	32,50%

bod č.	6		7		8		9	
Počet dívek	73	68,20%	25	23,40%	27	25,20%	16	14,95%
Počet chlapců	32	34,40%	16	17,20%	19	20,40%	8	8,60%
celkem	105	52,50%	41	20,50%	46	23%	24	12,00%



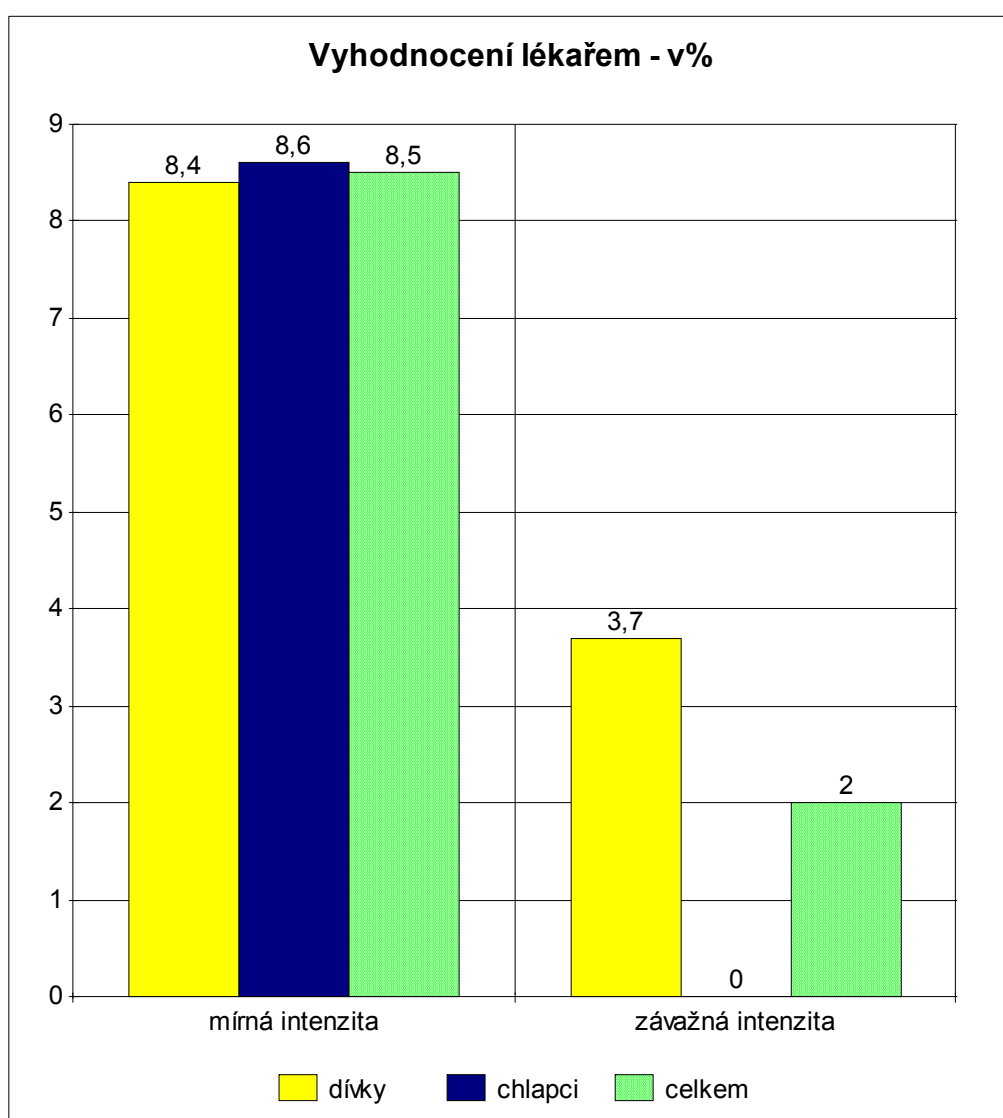
Příloha č.3: Vyhodnocení respondentem - pozitivní případy v %

Počet dívek	95	88,80%
Počet chlapců	66	70,00%
celkem	161	80,50%



Příloha č.4: Vyhodnocení lékařem - podezření na depresivní poruchu v %

	mírná		závažná	
Počet dívek	9	8,40%	4	3,70%
Počet chlapců	8	8,60%	0	0%
celkem	17	8,50%	4	2,00%



Tabulka č.1: Charakteristika souboru

věk	Počet dívek		Počet chlapců	
15 let	48	24%	37	18,50%
16 let	59	29,50%	56	28%
<b>celkem</b>	107	53,50%	93	46,50%

Tabulka č.2: Pořadí frekvence příznaků

pořadí	dívky		pořadí	chlapci	
1.	bod č.4	86,00%	1.	bod č.4	74,20%
2.	bod č.3	74,8%	2.	bod č.1	62,40%
3.	bod č.2	68,20%	3.	bod č.2	47,30%
3.	bod č.6	68,20%	4.	bod č.3	45,20%
4.	bod č.1	63,60%	5.	bod č.6	34,40%
5.	bod č.5	41,10%	6.	bod č.5	22,60%
6.	bod č.8	25,20%	7.	bod č.8	20,40%
7.	bod č.7	23,40%	8.	bod č.7	17,20%
8.	bod č.9	14,95%	9.	bod č.9	8,60%

Tabulka č.3: Rozdíl frekvence příznaků v %

	% dívek	% chlapců	% rozdíl
bod č.			
1	63,6	62,4	1,2
2	68,2	47,3	20,9
3	74,8	45,2	29,6
4	86,0	74,2	11,8
5	41,1	22,6	18,5
6	68,2	34,4	33,8
7	23,4	17,2	6,2
8	25,2	20,4	4,8
9	14,95	8,6	6,35





