

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

EVANGELICKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

**DEPRESIVNÍ ONEMOCNĚNÍ V SOUVISLOSTI S
PSYCHOSOCIÁLNÍMI RIZIKY A MOŽNOSTI LÉČBY DEPRESE SE
ZAMĚŘENÍM NA KOGNITIVNĚ-BEHAVIORÁLNÍ TERAPII**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Autor: Andrea Břendová

Katedra: psychologie

Vedoucí práce: Mgr. Anna Klimešová

Studijní program: B 7508

Studijní obor: sociální a pastorační práce

Rok odevzdání: 2008

Prohlášení

1. Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci s názvem Depresivní onemocnění v souvislosti s psychosociálními riziky, postojem rodiny a blízkých osob a možnosti léčby deprese se zaměřením na kognitivně-behaviorální terapii napsala samostatně a výhradně s použitím uvedených pramenů.
2. Souhlasím s tím, aby byla zpřístupněna veřejnosti ke studijním účelům.

V Benešově dne 23.11. 2008

Andrea Břendová

Depressive disorder in context of psychosocial risks and the possibilities of treatment of depression with a view to cognitive-behavioral therapy

Annotation

Tato bakalářská práce je zaměřena na depresi jako na onemocnění, které zasahuje do každodenního života člověka. Můj základní úkol bylo najít odpovědi na tyto otázky. Jaký je rozdíl mezi “normální reakcí” a depresí? Co je to deprese? Jak se projevuje? Výchozí skutečností tohoto tázání tedy je, že deprese je mnohem intenzivnější, hlubší než smutek, trvá déle než běžný smutek a zasahuje do každodenního života.

Důležitou kapitolu této bakalářské práce tvoří informace o psychosociálních rizicích z neléčené deprese. Nejzávažnější problém vidím v sebevraždě člověka trpícího depresí. Lidé s depresivním onemocněním často nevyhledají pomoc. Často svůj složitý stav řeší zneužíváním alkoholu a drog. Tato situace také patří k psychosociálním rizikům a je to také moment, kdy může pomoci rodina. Toto téma je také zahrnuto v mé bakalářské práci. Řeším zde, jak může rodina pomoci svému členu s depresí. Nezbytnou součástí této práce je kapitola o možnostech terapie depresivního onemocnění. Zaměřuji se na léčbu deprese kognitivně-behaviorální terapií, protože se používá nejčastěji. Tento přístup pomáhá člověku s depresí měnit depresivní myšlení a chování tak, aby uměl řešit problémy ve svém životě sám bez návratu deprese.

Klíčová slova

Depressive disorder/depression – depresivní onemocnění/deprese

to interfere – zasahovat

Suicide – sebevražda

Family - rodina

Possibilities of therapy – možnosti terapie

Cognitive-behavioral therapy – kognitivně-behaviorální terapie

to change - změnit

This bachelor thesis is focused on depression like an illness that interferes with daily life of man. My basic work was to find out the answers to these questions. What is the different between “normal reaction” and depression? What is the depressive disorder? What are the symptoms of depression? So, the starting fact of this asking is the depressions is more intensive, deeper then sorrow, last for longer then current sorrow and interferes with daily life.

The important chapter of this bachelor thesis is the information about psychosocial risks out of non-cured depression. I see the most consequential problem in suicide of person suffering from depression. The persons with depressive disorder often don't seek help. They often solve their difficult condition with alcohol or drug abuse. This situation also belongs to the psychosocial risk and also it is the moment when family can help. This theme is component of my bachelor thesis too. I solve there how family can help their member with depression. The necessary part of this work is chapter about possibilities of therapy of depression disorder. I intent on treatment of depression by cognitive-behavioral therapy, because this form of therapy is used the most often. This approach helps the person with depression change depressive behavior and thoughts to can solve problems in life without remove of depression by oneself.

Poděkování

Velice si cením a děkuji Anně Klimešové za pomoc a podporu, kterou mi poskytovala při psaní této bakalářské práce.

Obsah

Úvod.....	8
1. Deprese	10
1.1 Od “normálních” reakcí k depresi.....	10
1.2 Co je tedy deprese?	11
1.3 Jak se deprese projevuje?.....	12
1.3.1 Depresivní emoce.....	12
1.3.2 Depresivní myšlení.....	13
1.3.3 Depresivní chování	14
1.3.4 Tělesné příznaky deprese	15
1.4 Kognitivně–behaviorální pohled na depresi	17
2. Jak depresi vidí historie?.....	18
2.1 O duševních chorobách a melancholii v dějinách lidstva	18
3. Deprese u specifických věkových skupin.....	21
3.1 Dětská deprese	21
3.2 Deprese u žen v reprodukčním věku.....	23
3.3 Deprese u žen v období klimakteria.....	24
3.4 Deprese ve stáří.....	25
4. Psychosociální rizika plynoucí z deprese	27
4.1 Vliv na sociálně-ekonomické vztahy	27
4.2 Bludný kruh deprese a snížení kvality života	27
4.3 Zneužívání drog, alkoholu a léků.....	28
4.4 Sebevražedné myšlenky, sebevražda	29
5. Přístup rodiny a blízkých osob k člověku s depresí.....	32
5.1 Nejčastější problémy depresivního člověka ve vztahu k blízkým	32
5.2 Reakce blízkých na člověka v depresi	32
5.3 Co by měli blízcí pro člověka v depresi udělat?	33
6. Možnosti terapie deprese	36
6.1 Elektrokonvulzivní terapie.....	37
6.2 Fototerapie (léčba světlem).....	37
6.3 Farmakoterapie antidepresivy.....	37

7. Psychoterapie deprese	40
7.1 Osobnost psychoterapeuta	41
7.2 Kognitivně-behaviorální terapie deprese	42
7.2.1 <i>Historický vývoj kognitivně-behaviorální terapie</i>	42
7.2.2 <i>Hlavní rysy kognitivně-behaviorální terapie deprese</i>	43
7.2.3 <i>Jednotlivé kroky kognitivně-behaviorální terapie deprese</i>	45
7.2.3.1 Úvodní rozhovor	45
7.2.3.2 Zvyšování aktivity	46
7.2.3.3 Kognitivní rekonstrukce	46
7.2.3.4 Řešení problémů (plán léčby)	48
7.2.3.5 Rehabilitace a prevence	52
Závěr	57
Seznam použité literatury	59
Přílohy.....	61

Úvod

Každý člověk někdy v životě zažije pocit smutku, únavy, nespokojenosti a třeba také opuštěnosti. Pro člověka se zdravým emočním laděním to není nic závadného. Je to přiměřená reakce k přiměřeným událostem, které se v lidském životě mohou vyskytnout. Signálem pro to, že něco není v pořádku, je situace, kdy tyto pocity přetrvávají dlouhodobě a intenzivně. Někdo tyto prožitky může pocítit jedenkrát v životě, jiní se s nimi musí potýkat po celý svůj život. **Deprese** není jen nějakou banální zdravotní epizodou v životě člověka, která se dá zvládnout mávnutím ruky.

V této práci bude nahlíženo na depresi jako na relativně samostatné onemocnění, které nevzniklo jako sekundární příznak jiné nemoci s ohledem na individualitu každého člověka.

Jeden z důvodů, proč jsem si vybrala toto téma jako námět pro svou bakalářskou práci, je ten, že je deprese závažné onemocnění, kterým „v kterémkoliv okamžiku ve světě trpí třistačtyřicet milionů lidí.“¹ Zastávám také názor, že je veřejnost o depresi obecně málo informovaná. Z nízké úrovně informovanosti pak plynou chyby ve způsobech chování a komunikace okolí k člověku trpícímu depresí. Je zde také na místě zmínit problém sebepoškozujícího chování člověka s depresí k sobě samému. Fatálním projevem a důsledkem neúnosnosti tohoto onemocnění se pak stává dokonané suicidium. Možné řešení na úspěšné uzdravení pro lidi s tímto problémem je léčba.

Za účelem shrnutí nastřádaných poznatků je cílem této absolventské práce poukázat na depresi jako na závažný druh obtíže v lidském životě. Zejména pohledem na to, jaká se mohou objevit psychosociální rizika z neléčené deprese a jaké chyby v chování dělají blízcí lidé k člověku s depresí. Z toho důvodu jsou také uvedena doporučení o vhodném postoji okolí k depresivnímu člověku a informace o vybraném psychoterapeutickém přístupu léčby deprese; konkrétně o kognitivně-behaviorální terapii.

Jednou z metod získávání informací o depresi bylo systematické shromažďování základních poznatků, které pak byly shrnuty do několika kapitol. Půjde o vymezení situace, kdy normální reakce postoupí v depresi, a o přiblížení pojmu deprese z různých dostupných zdrojů a pohledů. Také se objeví kapitola o tom, jak se deprese může projevovat a jak na depresi nahlíží kognitivně-behaviorální terapie. Další kapitola je zaměřena na to, jak se

¹ Svoboda 201.

povědomí o depresi, duševních chorobách a jejich léčbě vyvíjelo v historii lidstva. Dále se ve své práci věnuji psychosociálním rizikům plynoucím z neléčené deprese. Především se snažím nastínit nejzávažnější problém, který představuje řešení deprese prostřednictvím sebevraždy. Nedílnou součástí mé práce je také kapitola řešící přístup rodiny a blízkých osob k člověku s depresí. Poukazuje na jejich nejčastější chybné reakce a na to, co je správné v této situaci dělat. Ve své práci nesmím opomenout také fakt, že depresivní onemocnění je léčitelnou a vyléčitelnou chorobou. Tomuto faktu věnovaná kapitola si klade za úkol popsat možnosti terapie a blíže se věnovat léčbě formou psychoterapie. Psychoterapeutický přístup, který hodlám v této práci konkretizovat, je kognitivně-behaviorální terapie. Ráda bych podala základní charakteristiku tohoto přístupu a také popsala kroky, kterými kognitivně-behaviorální terapie (v textu také jako KBT) ovlivňuje léčbu a vývoj deprese. KBT není jedinou terapií, která vykazuje úspěchy v léčbě deprese, ale obecně je její výhoda spatřována v tom, že je snáze vědecky ověřitelná s měřitelnými fakty². V Čechách se této metodě psychoterapie podrobně věnuje Ján Praško a jeho kolektiv, a zejména jejich dosažené poznatky sloužily jako zdroj pro účely této bakalářské práce.

² Viz. Kryl, Lukányová. Psychoterapie depresivní poruchy. *Původní standardy k depresivní poruše*, s. 2 – 3. Dostupné z <http://www.psychoterapeuti.cz/standardy>.

1. Deprese

“Nejsou to věci samy o sobě, co nás deprimuje, ale to, co si o nich myslíme, to nám nahání strach.”

Marcus Aurelius

1.1 Od “normálních” reakcí k depresi

K normálnímu životu patří prožitky a projevy různých pocitů a nálad. Mezi ně také patří smutek i poklesy nálady. Když člověk vykonává nějakou příjemnou činnost, pocítuje radost a uspokojení. Opakem těchto pocitů je smutek a zbytečnost. Smutek je standardní reakcí na nepříznivé životní události, která se může projevovat jako zklamání, ukřivdění, beznaděj apod. Lze tedy říci, že nálada odráží lidskou činnost, okolnosti, od ní se kterými je činnost spojena, a to, jak člověk je a sám sebe hodnotí. Někdy se může stát, že se očekávané skutečnosti v životě člověka mohou změnit o něco málo než předpokládal. Vyvolají pak mírný pokles nálady. Například, když člověk pospíchá na autobus a ten mu „před nosem“ ujede, nebo když nestihne to, co si předsevzal, nebo že řekl něco, čeho později lituje atd. Takových situací denně může člověk prožít nespočet a prožije tak nespočet poklesů nálady, které však záhy odezní.

Najdou se ale lidé, kterým to trvá déle. Pořád se dá hovořit o „normální reakci“, ale má již k depresivnímu prožívání blíže. Jsou to lidé, kteří mají tendence vybírat si z prožívaných událostí zvláště ty negativní, prožívají je déle, s vyšší intenzitou a hůře se od nich odpoutávají. Z těchto důvodů si těch pozitivních moc nevšímají. Tito lidé pak častěji inklinují k onemocnění depresí než ostatní lidé. „Kdo pesimisticky myslí, mívá depresivní náladu.“³

Smutek tedy patří mezi normální reakce. Smutkem člověk reaguje na určitou ztrátu a nejčastěji to bývá ztráta blízké, milované osoby. Pokud je ztráta nevratná, tím se smutek prohlubuje a pak obvykle může trvat měsíce než je člověk schopen žít normálním životem; chodit do práce, vést domácnost apod. V tomto případě tedy ještě není řeč o depresi. Nicméně mezi „normálním“ smutkem a tím, který se stává příznakem nemoci, může být

³ Praško. *Deprese a jak ji zvládat*, s. 27

plynulý přechod. Skutečnost, kdy se období smutku a neúměrně prodloužuje a snižuje kvalitu lidského života, může být označena jako deprese.

1.2 Co je tedy deprese?

Jak již bylo výše uvedeno, u některých lidí se může smutek prodloužit v depresi. Deprese se tak stává problémem, který hluboce zasáhne do každodenního života člověka. Deprese tedy není jen špatná nálada, smutek, nedostatek vůle a energie či pouze reakce na nepříznivé životní události, i když na ně často navazuje. Někteří lidé mluví o tom, že mají “depku”. Toto tvrzení může sice vystihovat to, že nejsou spokojeni se svým životem, ale také může znamenat to, že prožívají tzv. depresivní rozladu. Odborně je však význam deprese užší. Deprese je „intenzivnější a hlubší než smutek, trvá déle než běžný smutek nebo rozlada a narušuje každodenní fungování.“⁴ Ovlivňuje to, jak vnímáme sebe sama, své okolí i budoucnost.

Na depresi je možné se dívat ze tří pohledů:⁵

- Depresivní příznaky (symptomy) – ty mohou být průvodním jevem něčeho jiného než deprese; například vážného onemocnění nebo chřipky apod.
- Depresivní reakce – mohou být odpovědí na těžký životní zážitek (např. ztráta zaměstnání, úmrtí blízké osoby, rozvod apod.)
- Deprese jako relativně samostatné onemocnění (nemoc)

Třetí pohled na depresi je právě ten, který je stěžejní pro tuto práci, a který bude myšlen vždy, když v této práci bude zmínka o depresi.

Praško je toho názoru, že se deprese stává nejčastějším problémem, který lidé zažijí.⁶ Dále uvádí, že každý rok depresí onemocní pět procent obyvatelstva bez ohledu na věk, ovšem za vrchol pro vznik deprese je považováno období od pětadvaceti do čtyřiačtyřiceti let. Obecně je riziko deprese spojeno s těmi fázemi života, ve kterých dochází k zásadním změnám, jako je puberta, narození dítěte, menopauza, odchod do důchodu atd.

⁴ Praško. *Deprese a jak ji zvládat*, s. 27

⁵ Křivohlavý 17.

⁶ Praško. *Co je to deprese a jak se léčí?*, s. 12 – 13

1.3 Jak se deprese projevuje?

Deprese vážně zasáhne do života člověka a jako u každého jiného onemocnění se dají vysledovat určité příznaky. Hlavním příznakem deprese je porucha nálady. Ovšem kromě nálady deprese také narušuje myšlení, chování i tělesné fungování člověka. Deprese je tedy onemocněním těla i duše. Je však důležité upozornit na to, že v projevech chování a pocitů prožívaných depresivní osobou mohou existovat zcela individuální rozdíly. Rozdíly mohou být hmatatelné i v rozsahu, ve kterém se tyto pocity a chování prožívají. Například intenzita obtíží může být u jednoho člověka na vzestupu ráno, u jiného zase večer apod.

Výčet symptomatologie deprese lze najít v Mezinárodní klasifikaci nemocí, 10. revizi; Duševní poruchy a poruchy chování. Pro psychiatry je to nezbytná pomůcka sloužící nejen k diagnostice. Nicméně pro účely této části bakalářské práce jako primární zdroj posloužila publikace *Deprese a jak ji zvládat* od Jána Praška.

1.3.1 Depresivní emoce

Každý člověk je schopen rozlišit to, kdy má špatnou nebo dobrou náladu, a následně pak řídí své další jednání. Například když se necítí dobře, tak odkládá všechny své činnosti na dobu, až se bude cítit lépe. Trvale špatná nebo smutná nálada je pak indikátorem toho, že se může jednat o depresi. **Smutek** sice patří do života každého člověka, ale u depresivních lidí bývá smutek hlubší, přetrvává delší dobu a je jedním z důvodů jejich snížené aktivity. Mimo jiné má také vliv na vnímání okolního světa; nejčastěji se jedná o negativistický pohled. Smutek se může vyvinout od mírného pocitu sklíčenosti do pocitu naprostého zoufalství. Pocity neutuchajícího zoufalství pak mohou depresivního člověka dovést až k touze zemřít.

Anhedonie je odborný termín pro neschopnost prožívat radost a potěšení. I vymizení radosti z příjemných aktivit je projevem depresivního onemocnění. Problémem je, že si tento nedostatek člověk s depresí plně uvědomuje, a proto veškeré snahy ho rozptýlit končí fiaskem.

Úzkost se projevuje jako „trvalý pocit psychického napětí, jakési očekávání něčeho nepříjemného, ale člověk neví, co to má být.“⁷

⁷ Praško. *Deprese a jak ji zvládat*, s. 47

Další typickou depresivní emocí je **strach**. Strach je pocit, který člověk s depresí prožívá snad ve všech oblastech svého života. Může se bát o sebe i o své nejbližší. Strachuje se například z toho, že bude druhými lidmi odmítnut, že bude vážně nemocen apod.

Momentem vyvolajícím depresi může být nejrůznější životní situace, která je vázána na **pocit ztráty**. Reálnými ztrátami může být například ztráta blízké osoby (úmrť, rozvod apod.), změna sociálního statusu (změna zaměstnání, odchod do důchodu) apod. Nenaplněná očekávání nebo nesplněné úkoly pak patří mezi imaginární ztráty, jež si člověk s depresí uvědomuje.

Depresi stíženého člověka také provází to, že se není schopen rozhodnout prakticky o všech věcech, i o maličkostech. **Nerozhodnost** je hlavně spojena se strachem, že ať se daný člověk rozhodne jakkoliv, tak že to bude vždy špatně nebo že to nemá žádný význam.

Pocity beznaděje a bezmoci, podrážděnost, vztahovačnost, sebelítost, zlostnost, plačtivost patří také mezi depresivní emoce. Tyto všechny výše uvedené emoce mohou přetrvávat krátkou dobu, ale také týdny nebo měsíce.

1.3.2 Depresivní myšlení

Denně každému člověku na mysl přicházejí automatické myšlenky a většinou jim nepřikládá důležitost; komentují totiž události, které prožívá. Automatické myšlenky mají tendence vytvářet řetězce. Zdravému člověku tyto myšlenky náladu nezmění, i přesto, že mohou gradovat od neutrálního k negativnímu obsahu. Ovšem u člověka s depresí převažují **negativní automatické myšlenky**, které nedokáže vyvážit konstruktivním myšlením. Negativní automatické myšlenky se nepříjemně a nepřetržitě vtírají do jeho mysli a tyto myšlenky nejsou založeny na objektivních faktech; odrážejí zkreslené skutečnosti. Nicméně každá negativní automatická myšlenka daného člověka utvrzuje v jeho depresi, jelikož pevně věří jejich neužitečnému obsahu.

Praško v souvislosti s negativními automatickými myšlenkami uvádí⁸, že jsou často vztaheny k určitým tématům. Například daný člověk pociťuje obavy (existenciálního, finančního charakteru, z chování druhých i vlastního, z konkrétních úkolů atd.), které se nedají zastavit a má pocit, že se nedají kontrolovat. Ovšem tyto obavy se mohou proměnit v očekávání toho nejhoršího a v tragické vize budoucnosti. Lidé trpící depresí si často

dávají vinu za věci, které se staly velmi, velmi dávno. Cítí se být vinni za veškerá selhání buď vlastní, nebo jiných lidí. Trýzní se pocity viny a sebeobviňováním. „Mnozí depresivní lidé si myslí, že jejich pocit vyčerpanosti vyvolávají jen vnější příčiny.“⁹ Za své obtíže především obviňují své nejbližší okolí. S depresí souvisí mnohé obtíže jako je například zhoršená soustředěnost, snížená energie atd. Všechny tyto aspekty člověka v životě znevýhodňují a zneschopňují. Podle Praška z toho vyplývá, že člověk s depresí trpí komplexem méněcennosti.¹⁰ Uvedenou příčinou je jeho depresivní myšlení o tom, že nevyřeší ani jednoduché problémy, že je pro druhé lidi pouze nudnou přítěží, že se nedokáže na nic soustředit apod.

Existují také situace, které fungují jako spouštěče depresivních myšlenek¹¹. Může jich být mnoho, ale některé jsou naprosto typické pro člověka v depresi. Může to být například kritika, potlačení vzteku, podceňování, přehlížení nebo nedostatek uznání ze strany okolí, porovnávání se s druhými lidmi, nespravedlnost, nedostatek projevů lásky, selhání v situaci apod.

1.3.3 Depresivní chování

Unést depresi je velmi těžké pro každého člověka. Nečekaně člověku naruší a následně oslabí jeho životní rytmus. Jak již bylo výše uvedeno, tak deprese zasahuje oblast nálady a myšlení; jinak tomu není ani v oblasti chování. Depresivní chování se může projevat mnoha způsoby.

Během deprese je daný člověk víceméně pasivní. „Někdy se typický den depresivních osob seskládá jen ze „sezení“ a „nicnedělání“.“¹² Pokud nějakou činnost vykonává, jedná se především o pasivní aktivity jako je polehávání, sledování televize či jedení. Má pocit, že chození do práce nebo vykonávání domácích prací je nad jeho úsilí. Všechny zde uvedené a další projevy lze shrnout do pojmu **nízká úroveň aktivity**.

Člověk s depresí má často tendence odkládat činnosti pod jakoukoliv záminkou na později. Poté typicky následují výčitky svědomí, že zase „něco“ nezvládl.

⁸ Praško. *Deprese a jak ji zvládat*, s. 50.

⁹ Praško. *Deprese a jak ji zvládat*, s. 51.

¹⁰ Praško. *Deprese a jak ji zvládat*, s. 51.

¹¹ Viz. Praško. *Deprese a jak ji zvládat*, s. 53.

¹² Praško. *Deprese a jak ji zvládat*, s. 54.

Vyhýbavé chování je další z celé řady problémů, které potkává lidi s depresí. Daný člověk se postupně vyhýbá celé řadě aktivit. Nejdříve vynechává aktivity rekreační a příjemné, později přichází řada na všechny nepříjemné činnosti týkající se kontaktu s lidmi, činnosti vyžadující více úsilí apod. Toto vyhýbání se většinou objevuje ve spojitosti s prožíváním nepříjemných pocitů v daných situacích (např. úzkost, stud, panika apod.). Navíc se daný člověk úmyslně izoluje nejprve od cizích lidí, později i od nejbližších. Ač se sám vyhýbá kontaktu s lidmi, vede toto chování k pocitům osamělosti.¹³

Člověk s depresí často vyhledává pomoc a ujištění u svých blízkých, dobrých přátel či lékařů z různých oborů medicíny. Ale účinky uklidňování netrvalí příliš dlouho a paradoxně se s vyšším počtem vyšetření zvyšuje úzkost depresivního člověka.

Pokud potíže s depresí přetrvávají příliš dlouho, někteří lidé nabývají pocit, že už tato situace nedá dál zvládnout – ztrácejí naději. Ze zoufalství je napadají myšlenky na smrt, která by ulehčila jejich trápení. Naštěstí mnohdy u nich převládne pocit zodpovědnosti za druhé nebo jim v uskutečnění sebevražedného úmyslu zabrání právě jejich nerozhodnost. Každopádně sebevražedné myšlenky patří k příznakům deprese a mizí s ústupem deprese.¹⁴

1.3.4 Tělesné příznaky deprese

Často se během deprese objevují tělesné příznaky (nechutenství, bolesti hlavy), které zpočátku nemusí být spojovány s projevy tohoto onemocnění. Někdy se objevují před samotným propuknutím deprese, jindy přetrvávají ještě nějakou dobu po vyléčení.

„Biologické pochody v organismu jsou velmi úzce spjaty s náladou. Proto při změnách nálady dochází často k pestrému obrazu tělesných obtíží.“¹⁵ Od zvýšené unavitelnosti, nevykonnosti, bolestí hlavy, nespavosti, závratí, nechutenství, hubnutí až po bolesti žaludku, pocení, sníženou sexuální aktivitu.

V kognitivní oblasti pak deprese způsobuje například potíže se soustředěním, zhoršenou schopnost zapamatovat si, vybavovat si. Naštěstí problémy tohoto charakteru jsou pouze přechodného rázu a nemají vliv na intelektové schopnosti člověka.

¹³ Viz. Praško. *Deprese a jak ji zvládat*, s. 54.

¹⁴ Viz. Praško. *Deprese a jak ji zvládat*, s. 54.

¹⁵ Praško. *Deprese a jak ji zvládat*, s. 55.

Pravdou je, že člověka tělesné příznaky deprese dohání k tomu, aby se nadměrně zabýval vlastním zdravím. Zejména má tendence zveličovat banální tělesná onemocnění a nadměrně se soustředit i na minimální příznaky, které si pak vykládá jako smrtelnou nemoc.

Ne u každého depresivního člověka se mohou objevit příznaky ze všech výše jmenovaných oblastí. U někoho se mohou objevit jen některé, jiný člověk jich má mnoho. A závažnost jednotlivých příznaků se od člověka k člověku také odlišuje.

1.4 Kognitivně–behaviorální pohled na depresi

Jak bylo v úvodu naznačeno, kognitivně-behaviorální model bude přístupem, který bude pro účely této práce detailněji nastíněn. Tento přístup byl vybrán hlavně proto, že léčba deprese KBT je nejčastěji zvolenou psychoterapeutickou metodou.¹⁶ Nicméně konkrétnějšímu popisu tohoto přístupu bude dále věnována samostatná kapitola.

Kognitivně-behaviorální přístup nahlíží na depresivního člověka jako na někoho, kdo vychází z negativního sebepojetí. Daný člověk je přesvědčený, že vše, co se mu v životě přihodilo, je způsobeno jeho neschopností, nedostatečností. Své chování pak hodnotí právě jako neschopné, nedostatečné, jako špatné a nepřijatelné. Člověk podle tohoto přístupu není jen pasivním příjemcem vjemů z okolí, nýbrž je také aktivně zpracovává. Na základě životní zkušenosti pak dochází k určitým závěrům, které zpracovává do schémat a představ o sobě a okolí zasazené do přítomnosti a budoucnosti.¹⁷

Člověku s depresí je vlastní negativní pohled na svět. Svět vidí jako nepřátelské prostředí, které nedokáže člověka za nic odměnit, ale jen ho za vše trestá. Na svou budoucnost depresivní člověk nahlíží podobně negativisticky. Jeví se mu jako kolotoč utrpení, bezmoci, beznaděje a starostí.

Myšlenky depresivního člověka se točí kolem negativních postojů a hodnocení okolního světa a událostí. V myšlení se objevují tzv. kognitivní omyly, které chybně interpretují vnímané skutečnosti navzdory jejich objektivní realitě.

Proto KBT pracuje s depresivními myšlenkami a postoji, které učí umět se co nejvíce adaptovat realitě. Učí také, jak systematicky plánovat a měnit své aktivity. V tomto procesu pak tedy terapeut vystupuje jako učitel, který svého klienta – žáka učí metody, jak umět zvládnout depresi.

¹⁶ Svoboda 221.

¹⁷ Honzák 25.

2. Jak depresi vidí historie?

Slovo „deprese“ pochází z latiny, pravděpodobně vychází ze sloves „deprimo, depressi, depressus“ – stlačit. Než se však termín „deprese“ stal všeobecně uznávaným pojmem, v historii byla tato porucha nálady označovaná jako **melancholie**.

Primárním zdrojem této kapitoly se stala publikace Psychiatrie dávných věků od Eugena Vencovského doplněná informacemi z knihy Šílenství v zrcadle dějin od Michala Černouška. Oba autoři k tématu duševních onemocnění v historii přistupují.

2.1 O duševních chorobách a melancholii v dějinách lidstva

Melancholie provázela lidstvo od samého počátku, a proto vznikaly potřeby nějakým způsobem najít, interpretovat a odstraňovat její příčiny. Způsoby, jakým se tyto potřeby uskutečňovaly, popsala řada historiků psychiatrie. Nicméně s tím souvisí několik problémů. Totiž, že každý historik dějiny koncipuje podle toho, jakou má například osobní zaujatost k daným tématům, jak si vysvětluje dobové myšlenkové pochody a jak je následně interpretuje, nebo k jakému psychiatrickému směru či škole se řadí. K této skutečnosti je na následujících řádcích přihlíženo. Hlavními zdroji se stali Eugen Vencovský a jeho *Psychiatrie dávných věků*, také *Dějiny šílenství* od Michela Foucaulta a *Šílenství v zrcadle dějin* od Michala Černouška.

Vencovský uvádí¹⁸, že prvním člověkem, který příčiny duševních nemocí postavil na vědeckých základech a odmítal mystické, náboženské a nevědecké představy o lidské nemoci, byl řecký myslitel Hippokratés. Hippokratés je znám svou humorální koncepcí, prostřednictvím níž objasňoval vnitřní příčinu nemocí. Zjednodušeně řečeno v lidském těle převládají čtyři základní látky: krev, hlen, žlutá žluč a černá žluč, které jsou produkovány srdcem, mozkem, játry a slezinou. Pokud jsou tyto uvedené tekutiny v rovnováze, pak je člověk zdravý. Když převládá jedna z tekutin nad ostatními, pak vzniká nemoc.

Mozek je pak podle Hippokrata sídlem veškeré normální i narušené duševní činnosti. Na základě jeho humorální teorie vznik duševních chorob závisí na tom, která ze základních tekutin mozek zaplavuje a protéká jím. Melancholie podle tohoto modelu vzniká, když je mozek zaplaven černou žlučí (mélan cholé). Její projevy Hippokratés

¹⁸ Vencovský 50.

popsal jako smutná nálada, zádumčivost a trdomyslnost Mimo jiné také Hippokratés přišel na zajímavý poznatek, že úzkostné a depresivní stavy, které trvají dlouho, mohou přejít v melancholii, která se pak často objevuje na jaře a na podzim. Popsal tak sezónní afektivní poruchu.

Za hlavní terapeutický prostředek Hippokrates považoval odstraňování z těla nemocného některou z nadbytečných tělesných tekutin. Dosahoval toho tak, že buď pouštěl žilou, nebo používal projímadla či dávidla.¹⁹

Vencovský Hippokratově přínosu do světa lékařství přikládá velkou váhu. Tvrdí, že Hippokratés použil „zásady vědecké medicíny – založené na klinickém pozorování a na principu indukce a dedukce – při řešení problematiky duševních chorob, které poprvé počaly být vysvětlovány přirozeným, tj. humorálním způsobem.“²⁰ Je na místě považovat Hippokratovu lékařskou koncepci za vědeckou s významem pro léčbu duševních onemocnění, když svou koncepci odvozoval od čtyř přírodních živlů promítnutých do souvislosti s lidským tělem? Dá se pouštění žilou a použití dávidel považovat za terapeutický prostředek? V minulosti možná ano, ale v kontextu se současnými znalostmi nikoli.

Černoušek²¹ se o hippokratovském vnímání melancholie naopak nezmiňuje skoro vůbec. Pouze v souvislosti s tím, že se ve středověku od jeho humorální koncepce ustoupilo. Převažoval názor, že melancholii nezpůsobují ani tělesné tekutiny, ani temperament, ale poškozené funkce duše. Pro středověké chápání melancholie je také typické, že byla doplněna o duchovní rozměr. Svědčí o tom víra středověkých křesťanů, že melancholie je trest za spáchané hříchy či posedlost d'áblem. Černoušek jako přelomovou osobu ve vnímání melancholie považuje Roberta Burtona a jeho *Anatomii melancholie*. Údajně za jeho „rozběr aktuálních depresivních stavů, přičemž některé pasáže mohou směle soupeřit s tím nejmodernějším psychologickým popisem.“²² Některé jeho výklady musí být brány s rezervou v souvislosti s Burtonovým dobovým laděním (např. se rozvíjela astronomie, alchymie, okultní vědy). Nicméně Černoušek jeho význam vidí například

¹⁹ Vencovský 55.

²⁰ Vencovský 53.

²¹ Černoušek 61 - 63.

²² Černoušek 66.

v tom²³, že odlišoval mezi přirozeným truchlením a patickou melancholií, nebo pro jeho názor, že některé znaky melancholie jsou tajné, jiné zjevné apod.

Foucault také zmiňuje středověk (zejména počátek sedmnáctého století) jako období, ve kterém se redukuje vliv humorální koncepce na melancholii. Vznikaly otázky typu: „Musí být člověk postižený melancholií nutně melancholické povahy? Působí spíš substance, nebo se spíš předávají vlastnosti? atd.“²⁴

Vencovský za významnou osobnost v oblasti středověké psychiatrie považoval profesora basilejské lékařské fakulty Felixe Plattera.²⁵ Ten ve své koncepci mimo jiné upozornil na tzv. morbus hypochondriacus, který se projevuje bolestmi v podbříšku a může tak být předzvěstí rozvíjející se melancholie. Platter tak ve své podstatě poukázal na somatické příznaky tzv. larvované deprese. Jeho léčba však nepřekračovala doposud známé lékařské konvence. Podle Vencovského²⁶ Platter za účelem uzdravení podával uspávací, doporučoval koupele, masáže hlavy, tělesná cvičení a modlitby. Poslední prvek pak vycházel především z dobového ladění a měl spíše taktický charakter, než-li psychotherapeutický. Ovšem projekcí těchto technik do současnosti lze v jejich charakteru nalézt prvky fyzikální terapie.

Vyrovnat se s jakoukoli duševní chorobou nebylo pro lidstvo vždy jednoduché. Ve středověku byli lidé s duševními poruchami za své obtíže trestáni, zavíráni do „věží bláznů“ či pluli na „lodích bláznů“. Tato varianta byla však daleko smířlivější než upalování na hranici. Tyto zmiňované alternativy se týkaly zejména lidí se závažnějšími projevy duševního onemocnění než je melancholie. Jednalo se spíše o psychotiky, autisty či osoby s mentálním postižením. Melancholici byli především v období renesance vnímáni i jako „učenci, které melancholické přemítání přivádí k vhledům do tajuplného soukolí lidské duše a jiné zase ke skvělým objevům technickým a přírodovědeckým.“²⁷

²³ Černoušek 67.

²⁴ Foucault 73.

²⁵ Vencovský 142.

²⁶ Vencovský 143.

²⁷ Černoušek 70.

3. Deprese u specifických věkových skupin

3.1 Dětská deprese

Deprese se bohužel nevyhýbá ani dětem. Odhaduje se, že jí v různých zemích trpí od dvou do osmi procent dětské populace, v České republice je to dvě až tři procenta.²⁸

Projevy deprese u dětí mohou být odlišné od projevů u dospělého depresivního. Řada příznaků je tak diagnostikována jako vývojová krize také proto, že „se psychiatři shodují na tom, že diagnózu velké depresivní poruchy lze bezpečně stanovit až po čtrnáctém roce věku.“²⁹ Na druhé straně Dana Krejčířová upozorňuje na to, že uvažování tohoto druhu je zpochybnitelné. Děti depresí mohou trpět „nejméně stejně často jako dospělí a i její projevy jsou podobné depresi u dospělých.“³⁰ Dále se však ztotožňuje s názorem, že problém diagnostiky deprese tkví v tom, že dítě zejména předškolního věku má omezené vyjadřovací schopnosti k tomu, aby dokázalo slovně přesně popsat pocity a nálady, které obecně depresi signalizují a provázejí. Proto je velmi časté, že dítě upadá do somatických potíží. Například si stěžuje na bolesti břicha nebo bolesti hlavy. K dalším nejviditelnějším projevům toho, že s dítětem není něco v pořádku je, když ztrácí zájem o okolí, o hračky, stává se apatické. Následně je toto chování vystřídáno záchvaty a déletrvajícimi stavy hyperaktivity, křiku, vzteku. Vlivem těchto projevů je pak dítěti diagnostikována porucha chování. Mnohdy se také rodič potýká se školním neprospěchem dítěte, který ne vždy koresponduje s úrovní jeho inteligence. Pro účely diagnostiky mají lékaři k dispozici seznam příznaků dětské deprese, z nějž přítomnost alespoň čtyř příznaků ukazuje na depresi.³¹

Podle Radkina Honzáka bývá sebevražedné chování u dětí s depresí relativně vzácné. Uvádí, že statisticky sebevraždy či sebevražedné pokusy strmě narůstají od čtrnácti let.³² Tento „trend“ potvrzuje Koutek a Kocourková, podle nichž je „u dětí do patnácti let

²⁸ Hart, Hartlová 105.

²⁹ Honzák 38.

³⁰ Říčan, Krejčířová a kol. 234.

³¹ V seznamu jsou uvedeny tyto příznaky dětské deprese: „smutná nálada, neschopnost prožít radost, pocit nemilovnosti, častý pláč, pohybový útlum, ztráta zájmů, zhoršená soustředěnost, nechut' k jídlu, pocity prázdnoty, pocity beznaděje, sebeodcizení, tíživé myšlenky, myšlenky na sebevraždu“.

Hart, Hartlová 106.

³² Honzák 38.

suicidální jednání s letálním koncem relativně vzácné. Ovšem vývoj suicidality v dětském a adolescentním věku vykazuje v posledních letech vzestupný trend.³³

Období dospívání je spojeno s výkyvy nálad, ve kterých se objevují i drobné dysforické rozlady. Mnohdy bývá složité rozpoznat, zda má adolescent delší dobu „jen“ špatnou náladu, nebo se u něj projevují příznaky deprese. Často se dospívající neradi svěřují se svými skutečnými pocity. Prvotními signály, které nemusí být vždy správně rozkódovány jako počínající depresivní obtíže, se může stát „náhlé zhoršení prospěchu ve škole nebo náhlé začínající poruchy chování, ale i některé somatické obtíže.“³⁴ Příznaky deprese u adolescentů se podobají příznakům u dospělých lidí, ovšem u dospívajících bývá obzvláště závažné to, že často od svých problémů unikají pomocí alkoholu, drog a podle Krejčířové je v tomto věku riziko suicidia extrémně vysoké.³⁵

Na rozdíl od psychoterapie dospělých, má psychoterapie dětí své zvláštnosti. Terapeut by měl brát na vědomí, že dítě jinak vnímá a přijímá vlivy psychologických prostředků v terapii a také se v průběhu léčby jinak vyvíjí a mění než dospělý člověk. Důležitým vodítkem pro volbu psychoterapie je nejen věk daného dítěte, ale také úroveň jeho duševní vyspělosti, povahové vlastnosti, mimo jiné i obsah zvnitřněného socializačního působení, tělesný stav a funkce a další. Důležité také je do psychoterapie zapojit osobu, na které je dítě závislé. Psychoterapie dětí zahrnuje nejen různé druhy psychoterapeutické činnosti (např. hra, tvůrčí činnost, rozhovor atd.), ale také typy psychoterapeutických přístupů působící například na motivaci, orientaci, chování, fyziologii či interpersonální vztahy. Svou roli také hraje volba formy psychoterapie (individuální, hromadná, rodinná atd.).³⁶

³³ Koutek, Kocourková 23. Na základě jejich údajů v roce 1990 sebevraždu spáchaly tři děti do patnácti let a osmačtyřicet adolescentů ve věkovém rozmezí od patnácti do devatenácti let. V roce 2000 to už bylo deset dětí a sedmačtyřicet adolescentů. V přepočtu na sto tisíc obyvatel dané věkové kategorie se jedná o relativní vzestup sebevražednosti. Došlo totiž ke snížení celkového počtu adolescentů v České republice.

³⁴ Říčan, Krejčířová a kol. 235.

³⁵ Říčan, Krejčířová a kol. 235.

³⁶ Viz. Říčan, Krejčířová a kol. 496 – 550.

3.2 Deprese u žen v reprodukčním věku

Čas kolem narození dítěte znamená pro většinu lidí radostné období. Ovšem pro budoucí matku může představovat významnou stresovou zátěž. Svoboda k tomuto problému dodává, „že těhotenství a období po porodu je pro rozvoj deprese vysoce rizikové.“³⁷ Žena je vystavena mnoha náročným situacím spojených s těhotenstvím, porodem a péčí o dítě, a ne každá žena je z psychologického hlediska schopna zvládnout tyto situace bez komplikací. Také psychosociální činitelé, jako např. postoj nejbližšího okolí k těhotné, ztráta sociálních vazeb, manželské problémy apod., mohou negativně ovlivnit ženinu psychiku. Nelze také opomenout různorodý vliv hormonálních změn v těle ženy na subjektivní vnímání zátěže.

Praško uvádí, že lze rozeznat tři hlavní typy poporodních depresí.³⁸

- Poporodní rozlada nebo mateřské „blues“ se vyskytuje u šedesáti až osmdesáti procent rodiček³⁹ v prvním týdnu po porodu a trvá několik hodin až dnů. Může se projevat „citovou labilitou, plačtivostí, špatným spánkem, úzkostí, únavou, bolestí hlavy, pocitem nejistoty atd.“⁴⁰ Většinou samovolně vymizí a nevyžaduje specifickou léčbu.
- Poporodní deprese se zpravidla objevuje několik týdnů po porodu. Její projevy mohou gradovat od sociální izolovanosti, pocitu selhávání, nerozhodnosti, úzkosti, bezmoci a beznaděje, ztráty zájmu a potěšení, sebevýčitek, přes poruchy spánku, nevyzpytatelnou plačtivost až k potížím dotýkat se dítěte, pečovat o něj, milovat ho.⁴¹ Předchozí epizoda deprese, deprese po minulém porodu či deprese v příbuzenské linii jsou významnými biologickými rizikovými faktory. Z hlediska psychosociální oblasti k rizikovým faktorům patří například problematický partnerský vztah, špatné životní zkušenosti, nestabilní sociální prostředí, negativní vztah k těhotenství apod.
- Poporodní psychóza se objevuje výjimečně⁴², ale je to vážné psychotické onemocnění (dříve nazývané laktační psychóza). Závažným projevem je to, že

³⁷ Svoboda 208.

³⁸ Praško. *Deprese a jak ji zvládat*, s. 42.

³⁹ Honzák 51.

⁴⁰ Honzák 51.

⁴¹ Viz. Praško. *Deprese a jak ji zvládat*, s. 42.

⁴² Praško uvádí, že se jedná o jeden až dva případy z tisíce porodů. Praško. *Deprese a jak ji zvládat*, s. 43.

matka může upadat do halucinací a bludů; ztrácí pojem o realitě. V tomto případě je nezbytné ženu hospitalizovat, jelikož ohrožuje na životě nejen sebe, ale i své dítě.

Svoboda optimální řešení vidí „včasné identifikaci a léčbě (screening v porodnicích) a intervenci u vysoce rizikové populace (u žen s poruchami nálady v anamnéze, se špatnou sociální situací) formou psychoterapie a edukace.“⁴³ Profesionální terapeutická podpora je nutná. Nespecifická podpurná psychoterapie společně s odpovídající medikací by se neměla stát nadstandardní péčí, ale měla by být součástí komplexní léčebné péče. Honzák upozorňuje na to, že se nejedná „o psychiatrizaci problému, ale o indikovanou léčbu, která může být současně prevencí pozdějších velkých poruch.“⁴⁴ Možným problémem vzniku poporodní deprese je i to, že se v oblasti poporodní péče do centra pozornosti dostává především dítě, a to může v matce vyvolávat úzkost. Úzkost z toho, že bude lékařem/pediatrem kritizována za to, jak pečuje o své dítě. Podle Honzáka⁴⁵ se tato situace dá vyřešit tak, že lékaři začnou brát na vědomí také potřeby matky a budou jí pomáhat je uspokojit.

3.3 Deprese u žen v období klimakteria

Pravděpodobně není pro člověka jednoduché si připustit, že stárne. Natož pro ženu.⁴⁶ Proto je období menopauzy považováno za nejrizikovější z hlediska propuknutí deprese.⁴⁷ Z biologického hlediska se na vzniku deprese pravděpodobně podílí značné hormonální změny v těle ženy, především pokles hladiny estrogenů. Na vině také může být strach ze stárnutí, z odchodu dětí z rodiny, pocity odcizení od partnera a jiné. Praško⁴⁸ vidí řešení ve včasné hormonální substituci, ale pokud je již deprese rozvinutá je nutné přistoupit

⁴³ Svoboda 208.

⁴⁴ Honzák 52.

⁴⁵ Honzák 52.

⁴⁶ Západní společnost se začíná věnovat tématu „mužského klimakteria“ čili andropauze. Andropauza u mužů je také často spojována s pojmy „druhá míza“ či „kritický mužský věk kolem padesátky“. Její vznik je z biologického hlediska připisován změnám v hladině testosteronu. Sociologové tento jev zase odůvodňují změnami postavení mužů ve společnosti; především jde o vnímání toho, co to znamená být mužem. Důvodem může být to, že muži po padesátce pociťují obavu ze ztráty zaměstnání, a to je paradoxně vede k hledání jistoty, opory v soukromé oblasti. I v případech andropauzy je jako vhodné řešení navrhována hormonální substituční terapie.

Viz. Baštecká 89 – 91.

⁴⁷ Viz. Praško. *Deprese a jak ji zvládat*, s. 44.

k psychoterapii. Měla by ženu naučit, jak přijmout svou novou životní roli, jak mít nadále radost ze života a jak mu dát smysl. Podpůrné ženské skupiny a chápavý partner je podle Praška to, co může ženě pomoci.⁴⁹

3.4 Deprese ve stáří

Deprese se ve stáří vyskytuje poměrně často. Uvádí se, že depresí ve starším věku (nad šedesát pět let) trpí sedmáct procent populace.⁵⁰ Ovšem i přes tuto skutečnost bývá často přehlédnuta. Je to proto, že se mnohdy skrývá pod tělesnými příznaky nebo navazuje na tělesné onemocnění či probíhá současně jako somatické onemocnění. Deprese se tak na jedné straně může podílet na zhoršování celkového zdravotního stavu a na straně druhé přítomnost několika somatických chorob najednou způsobí, že deprese bývá lékařem přehlédnuta. Děje se tak i přesto, že průběh a příznaky deprese se příliš neliší od deprese u mladších lidí. Smutnou skutečností pak je, že deprese zvyšuje úmrtnost seniorů na tělesné onemocnění.

Podle Praška⁵¹ bývají nejtypičtějšími spouštěči deprese u seniorů ztráta například partnera, kontaktu s potomky, také někdy soběstačnosti, fyzického zdraví atd. nebo konflikty ve vztazích s potomky, s okolím. Problematické se v tomto případě také může zdát učení se nové životní roli (odchod do důchodu nebo domova důchodců) a sociální izolace.

Do terapie deprese u lidí ve starším věku není problém zahrnout léčbu antidepressivy ve spojení s psychoterapií. Na lékaře však léčba medikamenty klade nárok, aby pečlivě vybíral léky s ohledem na tělesná onemocnění člověka. Psychoterapie „u smutku pomáhá urychlit proces vyrovnávání se se ztrátou milované osoby a hledat nové smysluplné aktivity a vztahy, které mohou postupně alespoň částečně nahradit ztrátu.“⁵² Pokud se depresivní člověk složitě vyrovnává se změnou v životních rolích, potom má psychoterapie sloužit jako prostředek při hledání a přijetí nové role. Tento proces zahrnuje to, že „se depresivní člověk učí zacházet se změnou, smířit se se ztrátou staré role a hledat pozitiva i negativa na

⁴⁸ Praško. *Deprese a jak ji zvládat*, s. 44.

⁴⁹ Praško. *Deprese a jak ji zvládat*, s. 44.

⁵⁰ Honzák 42.

⁵¹ Viz. Praško. *Deprese a jak ji zvládat*, s. 44.

⁵² Praško. *Deprese a jak ji zvládat*, s. 45.

roli nové.⁵³ V psychoterapeutickém procesu není důležitá pouze dlouhodobá podpora ze strany terapeuta, ale také mohou významně pomoci příbuzní, když pro seniora vytvoří jednoznačné a fungující místo v rodině. Obecně se tedy jedná o to, aby se lidé staršího věku snažili učit novým věcem a neizolovali se od okolí.

⁵³ Praško. *Deprese a jak ji zvládat*, s. 45.

4. Psychosociální rizika plynoucí z deprese

Tato kapitola se věnuje některým rizikům, která člověka mohou postihnout v případě, že deprese není léčena. Je velmi důležité nastínit problémy, které se mohou v životě člověka objevit v případě, kdy své depresivní onemocnění neřeší a doufá, že samo odezní. Řada depresí ustoupí i bez léčby, ale tato skutečnost nemluví ve prospěch laxního přístupu k léčbě. Naopak riziko recidiv a chronicity po první prodělané depresi činí až padesát procent, po čtvrté asi osmdesát až devadesát procent.⁵⁴ Tato čísla jsou varující sama o sobě.

4.1 Vliv na sociálně-ekonomické vztahy

Neléčená deprese nemá vliv pouze na situaci jedince, který depresí trpí, ale také na jeho sociálně-ekonomické vztahy s okolím. Narušuje jeho schopnost postarat se o sebe, svou domácnost a rodinu. Příznaky deprese mohou přetrvávat většinu dne, každý den déle a déle, až je daný člověk neschopen vykonávat jak domácí, tak pracovní činnosti. Důležité je uvědomit si, že samotné diagnóze deprese můžou předcházet, provázet ji nebo být vyprovokovány somatické potíže, kvůli kterým člověk vyhledá pomoc např. praktického lékaře. Člověk je pak dlouhodobě vystaven léčbě na různá onemocnění nepsychologického charakteru, a tím může být uvržen do dlouhotrvající pracovní neschopnosti a finanční tísně.⁵⁵

4.2 Bludný kruh deprese a snížení kvality života

Člověk, který depresi neléčí, stále hlouběji upadá do bludného kruhu deprese (viz. Příloha č. 1). To se projevuje ve čtyřech oblastech prožívání – oblast myšlení, emocí, chování a tělesných reakcí. Jedinec zažívá vesměs negativní emoce – pocity smutku, bezmoci či vzteku na sebe. I do jedincova myšlení se promítají negativní emoce. Hlavou se mu tak honí myšlenky typu: „Nic nezvládnou!“, „Sám/Sama jsem si to zavinil/a.“ nebo „Nemám sílu už prožít další den!“. Odkládání činností, ležení v posteli či pláč jsou jen depresivním projevem v oblasti chování. Zbývající oblastí, kterou deprese postihuje, je

⁵⁴ Viz. Svoboda 205.

⁵⁵ Cyril Höschl ve *Výběru z přednášek odborného symposia konaného v květnu 2005 v Praze – Depresivní stavy*, kapitola Konceptuální model deprese a její léčba, str. 35 uvádí, že se deprese nachází na předním místě celosvětové statistiky jako příčina dlouhodobé pracovní neschopnosti.

oblast tělesných reakcí. Člověk pociťuje únavu, napětí svalstva, tíhu na hrudi, může trpět bolestmi hlavy či si stěžovat na prodloužení doby usínání. Ovšem „ústředním problémem je celkový pokles energie“⁵⁶, který tak všechny oblasti spojuje a ovlivňuje je. Tento bludný kruh je pro člověka velice vyčerpávající. Snižuje mu jeho aktivitu a vede k jeho nadměrné únavě. To depresivního člověka v jeho životě značně limituje a snižuje kvalitu jeho života.

4.3 Zneužívání drog, alkoholu a léků

Někdy se stává, že člověk v depresi začne své obtíže řešit nadměrným užíváním alkoholu nebo návykových látek. Dělá to proto, aby se zbavil vnitřního emočního napětí – očekává nějakou (zřejmě pozitivní) změnu ve svém prožívání. Touží pomocí těchto prostředků otupět prožívání, zapomenout, znečitlivět atd. Jakmile si člověk zvykne na to, že se vše točí jen kolem alkoholu, drog nebo léků, potom je pravděpodobné, že se jeho život nezmění k lepšímu a jeho stav se bude nadále zhoršovat.⁵⁷

Na druhou stranu někteří lidé propadnou depresi jako následek problémů s alkoholem nebo návykovými látkami. Je také možné, že se deprese a užívání alkoholu či návykových látek projevují nezávisle na sobě. Řešení obou situací je velmi složitý úkol.

Pravidelná konzumace alkoholu nebo drog přináší pro člověka s depresí mnohá nebezpečí. Například se častým užíváním můžou zhoršovat probíhající psychické obtíže nebo reaktivovat ty, které už byly vyléčeny. I přesto, že je alkohol nebo droga užívána primárně za účelem úlevy, tak další den po užití paradoxně dochází k výraznému zhoršení deprese. Navíc pokud je alkohol kombinován s léky, můžou společně vytvořit nečekané reakce.⁵⁸

Lidé s depresí nejsou náchylní pouze k nadměrnému užívání alkoholu nebo např. léků. Inklinují i k „drogám“, které jsou ve společnosti tolerovány a ve své podstatě nejsou za drogy považovány, jako je káva nebo kouření. Nebezpečí kofeinu tkví v tom, že může vyvolat pocity úzkosti, paniky, ale také narušuje spánek, koncentraci a myšlení.

Ve všech těchto případech je důležité, aby si daný člověk připustil, že má problém. Vlastní náhled na situaci bývá totiž často zkreslený. Aby se svěřil někomu blízkému, který mu pak může usnadnit rozhodnutí pro odbornou pomoc.

⁵⁶ Praško. *Co je to deprese a jak se léčí?*, s. 33.

⁵⁷ Viz. Praško. *Deprese a jak ji zvládat*, s. 167.

⁵⁸ Viz. Praško. *Deprese a jak ji zvládat*, s. 166.

4.4 Sebevražedné myšlenky, sebevražda

Pesimismus, pocity beznaděje a bezmocnosti, které často depresi provázejí, mohou úzce souviset s myšlenkami na to, že by bylo lepší nebýt. To ihned neznamená, že si bude člověk chtít vzít život. Ne každá osoba trpící depresí musí spáchat sebevraždu. Někdy je tento akt reakcí na nějakou nečekanou traumatizující událost, jindy se může jednat o dlouhodobě promyšlený čin. Nelze určit nějaké obecné zákonitosti o rizicích suicidia, například podle toho, jak dlouho nebo intenzivně na člověka deprese působí. Přesto Honzák uvádí určité etapy suicidálního jednání.⁵⁹

- 1) V první fázi člověk hledá na tom, proč nebýt, nějaké klady. Myslí si, že když ukončí svůj život, tak už se nebude muset trápit či myslet na to, co se stalo. Za další „výhodu“ nebytí může považovat to, že tímto skutkem ukáže tomu druhému, jak moc ho měl rád. Myslí si, že dá tak najevo, jak moc mu ten blízký ublížil. Ukončení vleklého, namáhavého a nějakým způsobem „nesmyslného“ stadia života může být dalším pro něj kladným důvodem nebýt. Ne každý člověk zvládne pocit nesnesitelné psychické bolesti nebo životní zátěže, a tak z této situace uniká sebevražedným jednáním. V této etapě tedy člověk uvažuje o tom, že „takovýto“ život nemá cenu. Křivohlavý proto radí⁶⁰, že je důležité člověku uvažujícímu o kladech sebevraždy, do opozice postavit pozitiva toho zůstat naživu. Například jde o zamyšlení nad tím, jaké pocity vyvolá v rodičích a přátelích skutečnost, že nežije. Nebo zdůraznit to, o co by se v životě mohl člověk ochudit (např. stát se otcem/matkou; mít radost z toho, že zvládl své problémy apod.). Ale je tento argument skutečně přesvědčivý? Například žena, matka dvou dětí, která se své rodině věnuje a na první pohled se neprojevuje jako potencionální sebevrah. A pak nastane situace, kdy obstará domácnost a vzápětí spáchá sebevraždu skokem z okna. Mělo by tedy u ní cenu, zápory vlastního nebytí demonstrovat zrovna na tom, že její smrt bude vlastní děti trápit?
- 2) Pokud člověk stále uvažuje o tom, proč nebýt, mohou se ze suicidálních myšlenek bez konkrétního obsahu stávat úvahy o možnostech a způsobech aktivního suicidálního jednání. Postupem času mohou člověka naprosto pohltit a zaměstnávají tak veškerý jeho volný čas. Jedinec má často v této fázi potřebu se se svými

⁵⁹ Honzák 63.

představami a úmysly svěřit. Buď někomu blízkému, nebo nějakému odborníkovi. Pokud dojde ke správné analýze situace, může se v této fázi docílit odklonu od sebevražedného úmyslu. V tu chvíli je pro pomáhajícího důležité překonat dva mýty provázející oblast suicidologie.⁶¹

- A to, že člověk, který hovoří o svých sebevražedných úmyslech, si nikdy nic neudělá. Opak je pravdou. Existuje šedesáti procentní pravděpodobnost, že člověk hovořící o sebevraždě, ji také uskuteční.
 - Druhým iracionálním mýtem je to, že hovořit s člověkem o sebevraždě znamená uspišit ji. Naopak když se člověk může svěřit, má pocit, že našel pochopení pro své trápení. Není však nikdy jisté, že zásah v této fázi bude mít úspěch.
- 3) Existuje však možnost, že člověk přes veškerou pomoc, stále balancuje na hranici mezi tím, proč sebevraždu spáchat nebo nespáchat, a rozhodne se suicidium uskutečnit.
- 4) Toto rozhodnutí ho paradoxně na určitou dobu uklidní. Až ona inkriminovaná doba klidu pomine, dojde k provedení sebevraždy. Jestliže je tento akt úspěšný, nazýváme ho dokonanou sebevraždou. Suicidální pokus je považován za mezistupeň mezi suicidálními myšlenkami a samotným sebevražedným aktem. Tuto kontinuitu uvádí také Koutek, ale nalezneme odlišné názory především kvalitativního charakteru.⁶² Pro tuto práci je však důležité, že se „obecně předpokládá“, že minimálně padesát procent těch, kteří suicidují, trpělo depresí. Udávané riziko dokonaného suicidia u deprese je patnáct procent.⁶³ Ovšem Svoboda také upozorňuje na to, že tyto údaje jsou zastaralé a sporné. Nyní se tato hranice může pohybovat mezi třemi až šesti procenty. Sebevražedný pokus, čili nedokonané suicidium, není jen „nezdařenou“ sebevraždou. Častým jevem je, že se lidé ze skupiny sebevražedných pokusů, posouvají do skupiny dokonaných sebevražd.

⁶⁰ Křivohlavý 62.

⁶¹ viz. Honzák 64.

⁶² Mezi kvalitativní rozdíly jsou například uvedeny tyto rozdíly: „u žen se vyskytuje častěji suicidální pokus, u mužů suicidium; motivy vedoucí k suicidálním pokusům jsou většinou z oblasti interpersonálních vztahů, zatímco u sebevraždy bývají motivy z oblasti intrapsychické a z problémů ohrožení“ atd. Koutek 29.

⁶³ Svoboda 275 – 6.

Závěr této kapitoly patří přehledu příznaků sebevražedných úmyslů, které se u daného člověka projevují podle Křivohlavého:⁶⁴

- člověk hovoří o sebevraždě (v jakékoliv souvislosti); o tom, jakým způsobem by tento akt uskutečnil, kdyby chtěl;
- u daného člověka se projevují pocity beznaděje, bezmoci, nespokojenosti a ztráty smyslu života; vyslovuje názor, že je vystaven nadměrnému stresu a okolí nabývá pocit, že není schopen tento stres zvládnout;
- člověk má tendenci být se vším nespokojen a je zároveň až příliš na něčem závislý; jeví se jako beznadějný pesimista;
- zdravotní stav daného člověka se viditelně zhoršil/zhoršuje (např. stěžuje si svému okolí na to, že špatně spí apod.);
- okolí nabývá dojem, že se depresivní člověk špatně orientuje ve své životní situaci;
- ukazuje se, že daný člověk má dobrou znalost sebevražedných technik;
- u daného člověka se již objevily suicidální pokusy;
- znenadání se nálada postiženého změní k lepšímu; okolí se (falešně) domnívá, že se jedná o obrat k lepšímu (ačkoliv se může jednat o chování symbolizující konečné rozhodnutí pro spáchání sebevraždy).

⁶⁴ Křivohlavý 60.

5. Přístup rodiny a blízkých osob k člověku s depresí

Deprese se nedotýká pouze člověka, který jí trpí, ale i lidí, kteří jsou s tímto člověkem v úzkém vztahu. Především se jedná o členy jeho rodiny. Ač si to druzí nemusí uvědomovat, má depresivní člověk obavy ze vztahů, které s nimi navazuje. Nesmírně těžké jsou také situace, ve kterých se musí setkávat s cizími lidmi nebo se prosazovat ve skupině. A tyto obavy se mohou projevovat mnoha způsoby.

5.1 Nejčastější problémy depresivního člověka ve vztahu k blízkým

Depresivní člověk většinou pocítuje problémy v oblasti **asertivity** tzn., že může mít potíže říct „ne“ na neoprávněný požadavek. Nebo v oblasti otevřenosti při vyjadřování negativních či pozitivních pocitů. Další problém může být v tom, že si daný člověk připadá osaměle a bez dostatku lásky, ačkoliv se paradoxně sám od svých blízkých izoluje.⁶⁵

Často je člověk s depresí **závislý na hodnocení druhých**. Pocítuje nadměrnou potřebu po povzbuzování a oceňování od svého okolí, a proto velmi těžce nese kritiku či odmítnutí. Tyto skutečnosti jsou spojeny s tím, že se depresivní člověk není schopen adekvátně za cokoli odměnit a ohodnotit.

5.2 Reakce blízkých na člověka v depresi

V této části kapitoly je popsáno behavioristické pojetí tohoto tématu čerpané z publikace od Jána Praška *Deprese a jak ji zvládat*. Je upřednostněno proto, že je v této práci nahlíženo na depresi z pohledu kognitivně-behaviorální terapie (viz. kapitola 1.4) a je tomuto psychoterapeutickému směru věnována větší/vyšší pozornost.

Jak bylo výše zmíněno, deprese se dotýká také lidí, kteří jsou v kontaktu s depresivním člověkem. Depresivní nálada a chování v nich vyvolává různé reakce.

Nejčastější reakcí je **soucit**. Není špatné soucítit, ale danému člověku přehnaný soucit nepřináší lepší perspektivu; naopak mu spíše škodí. Dochází k tomu, že se kvůli soucitu cítí za svou depresi odměněn a krátkodobě uklidněn. Jenže tento postoj pak depresi pouze prohlubuje, utvrzuje a prodlužuje. Soucit ho také přivádí k automatickým negativním

⁶⁵ Viz. Praško. *Deprese a jak ji zvládat*, s. 70.

myšlenkám jako, že je například hoden pouze lítosti a že je to s ním opravdu zlé. Není schopen vidět, že člověk, který ho lituje nebo mu projevuje soucit, mu tak doopravdy nepomáhá. Aby se tak stalo, měl by být soucit nahrazen především empatií, laskavostí a trpělivostí.

Další reakcí může být **agrese**. Nucení člověka v depresi k tomu, aby se vzchopil, nadávání a trestání za depresi samozřejmě přináší jen zhoršení jeho stavu. Utvrzuje ho to v tom, že je svět kolem něj zlý. Je pochopitelné, že je pro druhé velmi těžké se vcítit do pocitů depresivního člověka. Ale to neopravňuje k tomu, aby blízcí zlehčovali jeho stav nebo ho obviňovali z toho, že je líný nebo že se málo snaží sám se sebou něco udělat. Křivdit či nesmyslně obviňovat člověka s depresí jeho stav ještě zhoršuje. „Člověk v depresi líný není, jeho vůle je postižena nemocí. Sám to nedokáže překonat, i kdyby velmi chtěl.“⁶⁶ Okolí by nemělo pochybovat o pocitech, které daný člověk cítí a následně vyjadřuje, a přesvědčovali ho, že se mýlí.

Depresivnímu člověku nepomůže ani **falešné posilování**. Blízcí ho ujišťují, že když bude trpělivý, tak se za čas jeho stav zlepší, nebo že když se bude snažit, tak se z toho dostane. Tato tvrzení však svědčí o nedostatku pochopení či bezradnosti ze strany blízkých. Stejně jako soucit i falešné posilování může danému člověku nakrátko ulevit, ale z dlouhodobého hlediska nepomáhá.

5.3 Co by měli blízcí pro člověka v depresi udělat?

Lidé, kteří nikdy depresi neměli, nemohou plně pochopit, co daný člověk cítí. Nicméně to není důvod pro to, aby se nesnažili člena rodiny podporovat v jeho „boji“ s depresí. Můžou tak učinit, když si uvědomí některé skutečnosti.⁶⁷

- 1) **Deprese je nemoc.** Mnohdy rodinní příslušníci nabývají dojmu, že je člověk líný, neochotný, utíká od práce nebo nepříjemností. Nenapadne je, že by jejich blízký mohl trpět depresí. Často se stává, že se za toto onemocnění hledá viník – buď v nemocném, nebo v některém ze členů rodiny. Je však dobré vědět, že ten, kdo depresí trpí, si ji nijak nezavinil. Taktéž za ni nemůže ani žádný člen rodiny. Pomoc, přijetí, empatie, ohled a trpělivost z jejich strany je to, co se může společně s léčbou podílet na úspěšném odstranění deprese.

⁶⁶ Praško. *Deprese a jak ji zvládat*, s. 71 – 72.

⁶⁷ Viz. Praško. *Co je to deprese a jak se léčí?*, s. 24 – 25.

- 2) Důležité je, aby rodina **podpořila depresivního člena k tomu, aby navštívil odborníka a léčil se**. Není to jednoduché, zvláště pokud daný člověk neví, kde pomoc hledat. Nejbližší kontaktní osobou se může stát praktický lékař daného člověka, který ho může dále nasměrovat ke konkrétnější odborné pomoci. Když se pak člověk s depresí k tomuto kroku rozhodne, neměl by s návštěvou otálet. Čím dříve bude léčení zahájené, tím je větší pravděpodobnost úspěchu.
- 3) Pokud se člověk začal s depresí léčit, je na místě ho po **celou dobu léčby podporovat, aby vytrval**. Léčení není jednoduchá a krátkodobá záležitost. Může trvat několik týdnů nebo měsíců. Důležité také je, aby ho rodina podporovala v léčbě, popř. užívání medikamentů, i poté, co mu příznaky deprese ustoupily. Je zde totiž riziko recidivy deprese.
- 4) Pro člověka je deprese velká životní zátěž a jakási „zkouška“. S tím souvisí již výše zmíněné riziko, že tuto svou životní „zkoušku“ neustojí a sáhne si na život. Proto by rodina **neměla podceňovat poznámky o sebevraždě**. Jakékoliv impulsy, které by mohli vést k sebevražednému jednání, by bylo vhodné sdělit ošetřujícímu lékaři.
- 5) Pro člověka v depresi je nesmírně důležité, aby mu jeho **blízcí poskytovali citovou podporu**. Laskavost, trpělivost a porozumění je to, co si lze představit pod tímto pojmem. Poskytnout mu zázemí, povzbuzovat ho v trpělivosti a snaha o citlivé zacházení a pečlivé naslouchání se stávají nezbytné pomáhající faktory. Rodina může depresivnímu posloužit jako mezník/záchranný kruh v hodnocení reálnosti situací, které je daný člověk nucen řešit. Zásadní je posilovat jeho naději v uzdravení, i přesto že tomu často nevěří.
- 6) Rodina by **neměla depresivního člena k nějakým činnostem nutit, ale trpělivě ho zvát**. Měla by zvážít, zda opravdu některé činnosti nepřesahují jeho možnosti. Člověk s depresí má totiž velmi málo energie, a proto je velmi důležité volit takové aktivity, které ho nebudou příliš zatěžovat. Jde zejména o ty aktivity, o kterých je známo, že daného člověka bavily a má je rád (např. krátká procházka, návštěva kina, společně sledovat TV či jíst apod.). Pokud dojde k odmítnutí, neměli by se na něj zlobit, ale naopak to zkoušet znovu a znovu. Pro člověka s depresí je při různých činnostech také důležitý doprovod a společnost, nicméně přehnaná péče může zhoršit jeho pocity viny a selhání. V případě běžných domácích prací je lepší

depresivního do nich nenutit násilím, spíše společně provádět menší úkoly a v případě jeho zlepšení postupně přenechávat více a více činností na jeho bedrech.

- 7) Poslední, ale neméně důležitou skutečností je to, že **v depresi nemohou pomoci léčitelé, akupunktura, homeopatie nebo jiné alternativní praktiky**, zejména v případě, že daný člověk užívá antidepresivní medikaci a žádá její vysazení. A vysazení samozřejmě vede ke zhoršení jeho stavu.

Podpora od nejbližších členů rodiny a přátel je pro člověka s depresí velice důležitá. Daný člověk totiž často prožívá mimo jiné pocity viny za to, že ho deprese omezuje v mnoha pro zdravého člověka běžných činnostech. Připadá si méněcenný, neschopný a slabý. Jsou to naprosto mylné myšlenky, ve kterých rodina depresivního člověka jen utvrzuje svým necitlivým přístupem. Na jedné straně tedy stojí nezbytnost odborné léčby deprese, aby mohlo dojít k uzdravení a na straně druhé je nesmírně důležitý zainteresovaný přístup rodiny. Rodina hraje významnou roli i jako možný první zprostředkovatel kontaktu mezi depresivním a odborníkem. Poté je tedy žádoucí, aby rodina fungovala jako jeho podpora v procesu léčby a aby se pokud možno stala aktivní součástí tohoto procesu. Rodinná či partnerská terapie napomáhá oběma stranám – člověk s depresí může naplno manifestovat své pocity a postoje skrze odborné vedení a rodina díky odborníkovi může tyto pocity a postoje lépe vnímat a pracovat s nimi. Tento „kooperativní“ přístup vede k harmonizaci vztahů a k rychlejšímu uzdravení člověka stíženého depresí.

6. Možnosti terapie deprese

Deprese je onemocnění, které se dá léčit několika způsoby. Volba možnosti terapie závisí na závažnosti deprese a na individuálních potřebách a požadavcích daného člověka. Tato kapitola nastíní možnost léčby deprese pomocí medikamentů, fototerapie, elektrokonvulzivní terapie a konkrétněji se zaměří na léčbu formou psychoterapie, především KBT.

Cílem léčby deprese je „odstranit příznaky onemocnění, odstranit rizika opětovného vzplanutí choroby a obnovit původní kvalitu života.“⁶⁸ U lehčích forem stačí psychoterapie, v ostatním případě se deprese léčí medikamenty. Jejich předností je „snadné podávání, rychlejší kontrola příznaků, šetření času lékaře i pacienta, nevýhodou je výskyt nežádoucích účinků a nutnost monitorování hladin léků při dlouhodobé profylaktické léčbě.“⁶⁹ Jako optimální řešení se nabízí kombinace psychoterapie a antidepresiv.

Průběh deprese má své zákonitosti a těm je nutné přizpůsobit léčbu. Praško na základě toho uvádí tři etapy léčby deprese:⁷⁰

- 1) **Akutní** – léčba akutních projevů deprese, kdy je hlavním cílem zmírnění a odstranění depresivních příznaků. Léčba trvá většinou kolem tří měsíců, může být kratší i delší.
- 2) **Udržovací** – tato forma léčby nastupuje po odeznění akutní epizody deprese. Cílem je to, aby se udržel zlepšený stav. Člověk má totiž po akutní léčbě pocit, že už je zdravý, ale účinky medikace mohou příznaky překrývat.
- 3) **Profylaktická** – tento druh léčby pokračuje i po ukončení léčby udržovací, často více let a někdy i celý život. Používá se především u lidí, kteří mají za sebou opakované depresivní epizody, trpí dystimií či bipolární poruchou.

V následující kapitole si krátce nastíníme léčbu deprese pomocí elektrokonvulzivní terapie a fototerapie. Kapitola o psychoterapii deprese nebude z praktických důvodů podkapitolou této části, nicméně jde samozřejmě o jednu z možností terapie deprese.

⁶⁸ Praško. *Deprese a jak ji zvládat*, s. 79.

⁶⁹ Praško. *Deprese a jak ji zvládat*, s. 79.

⁷⁰ Praško. *Deprese a jak ji zvládat*, s. 79.

6.1 Elektrokonvulzivní terapie

Tento způsob terapie je používán hlavně v případě, že psychoterapeutická a medikamentózní léčba nebyla dostatečně účinná nebo zdravotní stav člověka nedovoloval antidepresiva užívat.

Veřejností je zřejmě tato metoda odsuzována jako brutální a nelidská, ale prošla takovým vývojem, že současná podoba této terapie má od drastických postupů z minulosti daleko. Pomocí elektrického proudu o napětí 110 V se stimulují mozkové hemisféry, aby došlo k synchronizaci mozkových buněk.⁷¹ Vše probíhá v narkóze, pacient je pomocí léků zbaven tonicko-klonických křečí a nad terapií dozoruje speciálně vyškolený psychiatr a anesteziolog. I přes nežádoucí účinky jako poruchy paměti, bolesti hlavy aj., je podle Honzáka⁷² elektrošoková léčba považována za nejbezpečnější terapeutický postup.

6.2 Fototerapie (léčba světlem)

Tato možnost léčby je nejčastěji indikována lidem se sezónní depresí, která se objevuje počátkem zimy a obvykle na jaře vymizí. Nedostatkem světla má daný člověk narušené fyziologické rytmy a to u citlivých jedinců může vyvolávat depresi.

Fototerapie spočívá v aplikaci jasného intenzivního světla (více než dvatisíce luxů) ráno po probuzení po dobu nejméně pětáctyřiceti minut, které příznivě ovlivňuje centrum pro řízení fyziologických rytmů, epifýzu.

6.3 Farmakoterapie antidepresiv

Podle Praška je léčba deprese antidepresivy nejrozšířenější a nejúčinnější. Nicméně zastává názor že nejlepšími výsledky v léčbě deprese se docílí kombinací psychoterapie a antidepresiv.⁷³

„Antidepresiva jsou látky, které pomáhají vytvořit neurohormonální rovnováhu na těch neuronech v mozku, kde je v depresi nedostatek působců.“⁷⁴ Antidepresiva přímo

⁷¹ Viz. Praško. *Deprese a jak ji zvládat*, s. 91.

⁷² Honzák 84.

⁷³ Praško. *Co je to deprese a jak se léčí?*, s. 17.

⁷⁴ Praško. *Co je to deprese a jak se léčí?*, s. 17.

Léčba deprese pomocí antidepresiv, se opírá o to, že dochází k dysfunkcím v neurofyziologických mechanismech v oblasti nervového systému člověka s depresí. Takže se jedná výhradně o biologický pohled na depresivní onemocnění. Zjednodušeně řečeno neurofyziologickou aktivitu CNS lze pracovním rozdělit do několika propojených systémů. Každý ze systémů má na starosti určité funkce a používá k tomu své

nedodávají chybějící neurohormon, ale snaží se o jejich harmonizaci. Efekt se však nedostavuje okamžitě, přibližně za tři až šest týdnů. Z toho důvodu je nezbytné, aby se léky užívali dostatečně dlouho i přes pocity, že vedlejší účinky (např. útlum, sucho v ústech, závratě při náhlé změně polohy aj.) převažují nad účinky terapeutickými. Léčebná účinnost jednotlivých antidepresiv je podobná, nicméně se mohou objevit odlišnosti v četosti a intenzitě nežádoucích účinků. Je také důležité, aby i po odeznění deprese, daný člověk pokračoval v léčbě. Výběr antidepresiv by měl lékař zvážit po poradě s pacientem a někdy se vyzkouší několik druhů léků než se najde ten, který člověku s depresí sedne nejlépe. Lékař při volbě antidepresiv vyhodnocuje situaci na základě toho, jak jsou léky účinné, pohodlné v dávkování (nejideálnější je užívání jednou denně), jaké jsou pacientovi předchozí zkušenosti s léky, pacientův věk a jeho zdravotní stav a mimo jiné také cenovou dostupnost léku.⁷⁵

Rozeznává se několik skupin antidepresiv:⁷⁶

- 1) **tricyklická a tetracyklická antidepresiva** jsou považována za velmi účinná, ale jejich nevýhoda spočívá v nepříjemných vedlejších účincích (např. zácpa, zrychlený pulz, ospalost aj.). Užívají se v případě, že pacient trpí těžkou či rezistentní formou deprese. Do této skupiny antidepresiv patří maprotilin, amitriptylin, imipramin, dosulepin a další.
- 2) **MAO (inhibitory monoaminoxidázy)**. Tranylcypromin je velmi účinné antidepresivum, které zabírá i u těch pacientů, kterým jiná medikace nezabrala. Zásadní obtížností však je, že při jeho užívání je nutné držet přísnou dietu. Daný člověk se musí vyhýbat stravě s obsahem tyraminu (např. červené víno, játra, banány).

specifické prostředky. Každý ze systémů má charakteristické typy neurotransmiteru (tzv. první posly), který zajišťuje přenos vzruchu na nervovém spojení, synapsi. Vzruch prochází neuronem na základě „nervové elektřiny“, na zakončení neuronu se nacházejí měchýřky s molekulami příslušného neurotransmiteru, a ten je vyslán k dalšímu neuronu (postsynaptické zakončení), kde doputuje ke specifickému receptoru. Receptor pak funguje jako jakýsi spínač, který po kontaktu s neurotransmiterem vysílá signál dále prostřednictvím tzv. druhých poslů. Ti šíří signál dále, ovlivňují metabolické pochody atd.

Při depresi pak dochází k tomu, že napětí na synapsi poklesne. Děje se to zřejmě v důsledku snížené tvorby serotoninů, dopaminových a noradrenalinových neurotransmiterů. Postsynaptický neuron na tuto skutečnost reaguje, a tak se stává stále „nervóznějším“.

Honzák 67 – 68.

⁷⁵ Viz. Praško. *Deprese a jak ji zvládat*, s. 80.

⁷⁶ Praško. *Deprese a jak ji zvládat*, s. 80 – 81.

- 3) **RIMA (reverzní inhibitory monoaminoxydázy)** patří k antidepresivům podobných skupině IMAO, ale není nutné držet dietu. K pozitivům moclomebidu patří to, že je takřka bez vedlejších příznaků.
- 4) **SSRI (inhibitory zpětného vychytávání serotoninu)** jsou nejužívanějšími antidepresivy. Účinkují na všechny formy depresí i na úzkostné poruchy. Nežádoucí účinky jsou minimální, většinou se jedná o problémy v oblasti zažívacího traktu na počátku léčby, při dlouhodobějším užívání se může vyskytnout snížení libida. Sem patří například fluoxetin, sertralin, paroxetin, citalopram atd.
- 5) Skupinu uzavírají **nejnovější antidepresiva** se specifickými mechanismy působení na neurotransmitery. K nejnovějším antidepresivům patří venlafaxin, milnacipran, reboxetin a další.

7. Psychoterapie deprese

Co se rozumí psychoterapií? Není snadné na tuto otázku odpovědět, protože množství psychoterapeutických směrů a systémů definuje tento léčebný proces dle svých specifických nároků vyplývajících z jejich teoretické koncepce. Jedním z možných vysvětlení může být definice, že psychoterapie je „léčebné působení psychologickými prostředky (rozhovor, slova, sugesce, neverbální chování, interakce a vztahy ve skupině aj.) na nemoc, poruchu nebo anomálii pod vedením kvalifikované osoby za účelem odstranění, zmírnění potíže a podle možnosti i odstranění jejich příčiny, přičemž dochází ke změnám v prožívání a chování pacienta.“⁷⁷

V psychoterapii nalezneme dělení na základě mnoha hledisek, ale úkolem této části kapitoly není popsat všechny její možné druhy, typy, formy. Například podle Praška⁷⁸ se rozlišuje terapie individuální, skupinová a rodinná. Honzák zase uvádí, že „podle rozsahu a intenzity působení rozlišujeme psychoterapeutický přístup, podpůrnou psychoterapii a nakonec systematickou terapii.“⁷⁹ Kratochvíl zase podává informace o tom, že některá dělení jsou dichotomická, jiná podle příslušnosti k základním směrům či z hlediska požadavků na kvalifikaci psychoterapeuta. Nakonec psychoterapii rozděluje na racionální, sugestivní, empatickou, abreaktivní, tréninkovou, psychoanalytickou a interpersonální.⁸⁰

I přesto, že je psychoterapie u velmi hlubokých depresí málo účinná, může v období odeznívání nemoci hodně pomoci. Ale i v případě hlubokých depresí není tento způsob terapie zavržen. Dnes je již jasné, že „psychoterapie v kombinaci s léky zvyšuje jejich účinnost.“⁸¹ Léky se zaměřují na zvládání příznaků a psychoterapie zase má člověku pomoci pochopit, co se v něm odehrává, jak porozumět svým příznakům a jak zacházet s problémy v životě. Také člověka trénuje k schopnosti v budoucnu bojovat s přicházejícími příznaky deprese.⁸²

⁷⁷ Kratochvíl 13.

⁷⁸ Praško. *Deprese a jak ji zvládat*, s. 86.

⁷⁹ Honzák 88.

⁸⁰ Kratochvíl 15 – 16.

⁸¹ Svoboda 219.

⁸² Viz. Praško. *Deprese a jak ji zvládat*, s.

7.1 Osobnost psychoterapeuta

Role psychoterapeuta v léčbě deprese není jednoduchá. Neměl by být brán jako přítel, společník, „spiklenec“ či rodič. Je to především odborník, který by měl brát ohled na to, co a jak se v člověku s depresí odehrává, a také by měl být schopen reflektovat, co a jak se děje v něm samotném. Měl by umět využít své odborné znalosti k tomu, aby pacient mohl porozumět sám sobě i svým problémům, a aby člověk uměl na budoucí potíže reagovat bez rozvoje deprese. Praško je toho názoru⁸³, že úkolem psychoterapeuta není člověka vyléčit, ale doprovázet ho při léčbě. Být jeho průvodcem k tomu, aby byl schopen se sám změnit. Nejde to však v případě, když je člověk jen pasivním příjemcem. Aby mohla být spolupráce mezi psychoterapeutem a pacientem plodná, předpokládá se, že daný člověk bude velmi aktivní.

V Původních standardech k depresivní poruše lze nalézt pokyny k tomu, jaká je v léčebném působení role psychoterapeuta na klienta s depresí. Uvádí se zde⁸⁴, že by psychoterapeut měl být schopen přijímat klientovi vyjádřené emoce (např. pláč, vztek apod.), aniž by ho nutil je potlačovat nebo ovládat. To v terapeutovi může vyvolat určité pocity (např. zloba, nuda, vyčerpání) a je tedy nezbytné, aby se s nimi dokázal adekvátně vypořádat. Také by se neměl bát řešit citlivá témata jakým můžou být klientovi suicidální úvahy aj. Otevření citlivých témat může alespoň na krátkou dobu přinést klientovi úlevu a upevnit vztah k psychoterapeutovi. Důležité také je, aby si klient pomocí terapeuta uměl stanovit reálné, zvládnutelné cíle. Pak je také vhodné, klienta za sebemenší úspěch ocenit. Standardy upozorňují na to, že je důležité, aby ho psychoterapeut „v závislosti na tíži pacientovi deprese k ničemu netlačil, nechtěl předčasně překonávat jeho oslabenou vůli a neschopnost k činnosti.“⁸⁵ Lidé s depresí se často upínají na nerealistické plány a pak jsou zklamáni, když se jejich zdravotní stav k lepšímu vyvíjí pomalu. Proto je důležité, je vést trpělivě a k trpělivosti.

Tuto část kapitoly uzavírá shrnutí toho, k čemu psychoterapeut svého klienta podle Praška vede:⁸⁶ Vede ho k tomu:

- aby porozuměl tomu, co se s ním děje;

⁸³ Praško. *Deprese a jak ji zvládat*, s. 87.

⁸⁴ *Původní standardy k depresivní poruše* z <http://www.psychoterapeuti.cz/standardy>, s. 3 – 4.

⁸⁵ *Původní standardy k depresivní poruše* z <http://www.psychoterapeuti.cz/standardy>, s. 4.

⁸⁶ Praško. *Deprese a jak ji zvládat*, s. 86.

- aby dokázal oddělit zdravé prožívání od nemocného;
- aby se omezily, ohraničily a zmírnily nebo odstranily jeho patologické prožitky;
- aby znovuobnovil svůj žebříček hodnot;
- že se rozvine a podpoří vše zdravé;
- že opět nalezne přiměřenou a přirozenou důvěru v sebe i ve svět kolem;
- vytvořit si pocit bezpečí, samozřejmosti a přirozené kontroly nad svým životem;
- aby si našel cesty, jak překonat současné problémy.

7.2 Kognitivně-behaviorální terapie deprese

Nejčastější terapií, která se používá v léčbě mírné a středně těžké deprese, je kognitivně-behaviorální terapie.⁸⁷ Je to také důvod, proč je jí v této práci věnováno tolik pozornosti.⁸⁸ Tato kapitola bude uvedena ohlédnutím za vývojem KBT a poté budou následovat kapitoly o hlavních rysech KBT a jejích jednotlivých krocích.

7.2.1 Historický vývoj kognitivně-behaviorální terapie

KBT jako taková nesahá hluboko do minulosti; začala se vytvářet na začátku osmdesátých let minulého století a za její zakladatele jsou považováni Mahoney a Meichenbaum. Jak již název napovídá, její zásady se vyvinuly syntézou kognitivního a behaviorálního přístupu. Bylo by tedy namístě oba tyto směry na dalších řádcích krátce přiblížit.

Behaviorální terapie je historicky starší; vznikla v šedesátých letech v Anglii a ve Spojených státech. Její pohled je zaměřen na „zkoumání procesu učení se určitému chování u člověka a zákonitostí, jak je možné tento proces systematicky použít v léčbě.“⁸⁹

⁸⁷ Svoboda 221, Honzák 90.

⁸⁸ Často je také zmiňováno, že první přístup (ale zcela odlišný od KBT) k depresi vychází z psychoanalýzy Sigmunda Freuda. Freud se v případě vzniku deprese opíral o tvrzení, že deprese je zlost, kterou daný člověk „nevyventiloval“. Neprojevila se, protože ji dotyčný silou vůle zadržel. Tak došlo k tomu, že se zlost obrátila dovnitř, do jeho duše. Toto napětí nebylo v dětství či v mládí uspokojivě vyřešeno a trvá až do dospělosti. Psychoanalytické léčení je dost zdlouhavé; pacient může na sezení docházet denně i několik let. Terapeut u něj hledá neodreagovaná vnitřní napětí, frustrace, konflikty z mládí a usiluje o jejich odreagování. Křivohlavý 105 – 106, Honzák 89.

⁸⁹ Praško, Kosová. *Kognitivně-behaviorální terapie úzkostných stavů a depresí*, s. 7.

Významný je pro ní předpoklad, že maladaptivní chování, kterému se člověk během života naučil, lze pomocí několika kroků „přeúčit“ na adaptivnější chování.

Kognitivní terapie je známa od sedmdesátých let ze Spojených států. Pro tento směr je typická analýza a změna myšlení. Snaží se „modifikovat klientovo chování tak, aby byl schopen rozpoznat své neadaptivní postoje, názory a způsoby myšlení a nahradit je myšlením funkčním a adaptivním.“⁹⁰

7.2.2 Hlavní rysy kognitivně-behaviorální terapie deprese

KBT lze chápat jako teorii, která poskytuje člověku strategie vedoucí k řešení jeho problémů. Tomu, aby se jich zbavil, mu brání depresivní myšlení, depresivní chování a depresivní emoce. Kognitivně-behaviorální terapie je prostředkem k vypořádání se s depresivním myšlením a chováním, ovšem cílem terapie je „nalezení řešení pacientových problémů pomocí kognitivně-behaviorálních přístupů.“⁹¹ Do budoucna to znamená, aby si člověk s depresí osvojil tyto kognitivně-behaviorální techniky, aplikoval je na řešení problémů v běžném životě a byl tak schopen předcházet nebo alespoň minimalizovat riziko vzniku dalších depresivních epizod.

Hlavními vlastnostmi kognitivně-behaviorální terapie je **krátkost a časová omezenost**. Doba léčení je stanovena na patnáct až dvacet sezení; pouze ve výjimečných případech se sezení prodlužují na třicet a více. S klientem se na sezeních reflektují reakce a výsledky ze sezení předchozích, připravuje se konkrétní plán léčby, který by měl postupně klienta dovést ke zmírnění obtíží s depresí, ke stanovení specifických úkolů a k hodnocení domácích úkolů. Nosným vztahem mezi terapeutem a klientem je otevřená aktivní spolupráce.

To, co je pro KBT typické, je „**logická analýza a experimentální zkoušení** (například shromažďování dat, formulování hypotéz, induktivní otázky, predikace aj.), automatických způsobů, kterými depresivní pacient vnímá a odpovídá na svět kolem sebe.“⁹² Tehdy, když se objeví negativní automatické myšlenky, jsou vyzdvihnuty a zpracovány do základní charakteristiky. Na základě této charakteristiky je sestavena hypotéza toho, jak tyto negativní automatické myšlenky ovlivňují každodenní chování.

⁹⁰ Praško, Kosová 7.

⁹¹ Praško, Kosová 125.

⁹² Praško, Kosová 125 – 126.

Důležitým momentem KBT je **sestavení** klientova vlastního **sebehodnocení** a následné **vypracování plánu**. Většinou se jedná o týdenní schéma povinností a příjemných aktivit, které jsou označeny stupni obtížnosti a příjemnosti. Terapeut se v tomto okamžiku může potýkat s tím, že většina depresivních klientů je dost pasivních. Přesto by se tím neměl nechat odradit a přistoupit k naplánování více produktivních aktivit s možností kontroly jejich chování.⁹³

Z behaviorálních přístupů, jako je asertivní trénink, hraní rolí, imaginace a dramatizace a modelování, lze převzít a **naučit se specifický scénář**. Ten slouží jako předloha pro reálný život. Kognitivní přístup pak má pomoci vysvětlit **vztah mezi depresí a myšlením, emocemi a chováním**. K objasnění tohoto vztahu má dojít pomocí zjišťování automatických myšlenek, jejich testováním s cílem odmítnout je, identifikace maladaptivních postojů vyplývajících z automatických myšlenek a testování přiměřenosti těchto postojů.⁹⁴

Dalším důležitým rysem KBT je to, že se opírá o **teorii učení**. Pacient je předem seznámen s plánem léčby, připravuje si domácí úkoly a učí se specifickým dovednostem. Učení postupuje od toho jednoduššího k tomu obtížnějšímu. Podobně jako ve škole. Člověk s depresí je v této terapii jak pozitivně posilován (pochvala, odměna za nedeprativní projev), tak i negativně (únik před depresivními myšlenkami pomocí relaxace). Je to proto, aby se upevnilo jeho nedeprativní chování. Napodobování nedeprativního chování či diskriminace, což je „reagování na různé situace různými přiměřenějšími způsoby než depresí.“⁹⁵, jsou další účinné prvky, které kognitivně-behaviorální terapie používá.

Plán léčby se připravuje s každým klientem trpícím depresí. Na základě hypotéz, které zmapovaly negativní automatické myšlenky ovlivňující každodenní chování, je hledáno takové myšlení a chování, které směřuje k redukci deprese. Plán léčby a řešení problému bude podrobněji popsáno v následující kapitole.

Všechny tyto kroky mají směřovat k soběstačnosti klienta až k tomu bodu, že bude spokojený s dosaženými cíly a program ukončí. V případě, že se opět objeví nebo zhorší problematické chování, má klient svůj plán k plně k dispozici.

⁹³ Viz. Praško, Kosová 126.

⁹⁴ Praško, Kosová 126.

⁹⁵ Praško, Kosová 126.

7.2.3 Jednotlivé kroky kognitivně-behaviorální terapie deprese

V této kapitole budou blíže specifikovány aspekty jednotlivých kroků KBT.

7.2.3.1 Úvodní rozhovor

V úvodním rozhovoru (viz. Příloha č. 2a, 2b) je důležité, aby terapeut na budoucího klienta udělal „dobrý dojem“. Tento aspekt se stává nosným pro jejich následující terapeutický vztah. Pod „dobrým dojmem“ si lze například představit to, že má terapeut „na klienta dost času, telefon je vypnutý, prostředí je klidné a příjemné, klient nemusel na terapeuta dlouho čekat v čekárně atd. či od první chvíle mu terapeut dává najevo respekt a zájem, empaticky naslouchá, klade otevřené otázky atd.“⁹⁶ Role terapeuta je také důležitá v tom, že se k jeho profesionalitě v odborném přístupu a k onomu „dobrému dojmu“ vztahuje naděje klienta na vyléčení.

V úvodním rozhovoru by měl terapeut klientovi vysvětlit model deprese (tzv. bludný kruh deprese) na jeho vlastních příznacích, které předtím popsal. To v klientovi může vzbudit dojem, že terapeut dané problematice rozumí. Poté by mělo následovat podrobné vysvětlení, jak může pomoci léčba. Terapeut by neměl opomenout zdůraznit možnost, že pokud klient trpí těžkou či hlubokou depresí, bude jeho léčba podpořena antidepresivy, a kde a jakým způsobem budou přispívat ke zlepšení jeho stavu.

Dalším bodem úvodního rozhovoru by se mělo stát dohodnutí struktury dalších setkání. Klient by měl být informován o tom, že sezení budou na začátku v intervalech dvakrát týdně, v průběhu deprese jednou za týden a poté by se setkání měla odehrávat jednou za čtrnáct dní po dobu pětadvaceti minut. Po ukončení tohoto programu se může klient s terapeutem setkat navíc po třech či šesti měsících za účelem kontroly klientova stavu.⁹⁷

Již při prvním setkání je vhodné s klientem pracovat tak, aby se už od počátku učil spolupráci. První úkol volíme na základě orientačního vyšetření, ale měl by být jednoduchý a krátký. Vhodné je také klienta pochválit minimálně za to, že pochopil některé aspekty svého onemocnění. Praško pak tyto úkoly shrnuje do tří alternativ:⁹⁸

- 1) práce s aktivitou (např. u klientů polehávajících v posteli apod.);

⁹⁶ Praško, Kosová 129.

⁹⁷ Viz. Praško, Kosová 132.

⁹⁸ Praško, Kosová 132.

- 2) práce s automatickými myšlenkami (u aktivních klientů, kteří však mají starosti, sebevýčitky atd.);
- 3) kombinovaná práce s aktivitou a automatickými myšlenkami (u většiny klientů).

Na závěr úvodního sezení klient dostane jako domácí úkol záznam aktivity a formulář pro graf na denní zaznamenávání nálady.

7.2.3.2 Zvyšování aktivity

V každé KBT se klienti setkají se strategií zaměřenou na postupné zvyšování jejich aktivity.

Od prvního sezení se začíná se záznamem aktivit, které klient v určitou dobu dělá a k nim také připojuje záznamy svých nálad. Na základě těchto záznamů pak terapeut klientovi ukazuje a podporuje ho, aby se ještě více podílel na aktivitách zlepšujících jeho náladu. „Učí ho připravovat si radostnější zážitky a vybalancovat příjemné aktivity a povinnosti.“⁹⁹

Ke zvyšování aktivity přispívá to, že zpočátku terapeut klientovi zadává úkoly, které mu nedělají problémy nebo pouze minimální. Po jejich zvládnutí lze postupovat ke stále složitějším úkolům. Ty mohou obsahovat řadu dílčích úkolů, jejichž dosažení je odměněno. S tím souvisí důležitá strategie učit klienta sebeodměňování za každý zvládnutý úkol. Seznam odměn si klient na počátku terapie vytváří sám a postupně ho doplňuje. Klient se tedy „musí“ za zvládnutý úkol odměnit a zaznamenat si to.

7.2.3.3 Kognitivní rekonstrukce

Tato část terapie v sobě zahrnuje několik prvků a je pro klienty s depresí nesmírně důležitá. Pomůže klientovi nahlédnout na to, jak se deprese projevuje, co se děje v případě zhoršování stavu apod. Také se zabývá testováním automatických myšlenek a v pozdější fázi terapie se zaměřuje na interpersonální situace a problémy související s depresí.

Jedním z prvků je **trénink kognitivních funkcí**, který především zahrnuje učení se tzv. stop – techniky. Ta spočívá v tom, že si klient „vybaví nechtěnou, opakující se myšlenku, poté terapeut náhle hlasitě zakřičí „stop“. Klient to po něm opakuje v situaci,

⁹⁹ Praško, Kosová 134.

kdy se mu myšlenka vybavuje, nakonec si „stop“ říká už jen v duchu se stejným účinkem.¹⁰⁰

Nejjednodušší metoda k zachycení automatických myšlenek je **denní záznam dysfunkčních myšlenek** do diáře, který by měl mít klient stále u sebe.

Užitečné také je, naučit klienta hledat si **alternativní interpretace** událostí. Tato nová vysvětlení by měla negativní automatické myšlenky změnit na myšlenky bližší realitě. Tyto interpretace by si měl klient vytvářet sám.

Dalším funkčním prvkem je **distancování**, čili pohled na problém z odstupů bez emocí, z více perspektiv. Přehrání je užitečnou metodou, jak se od problému distancovat. To, že terapeut hraje klienta a klient je zase v roli nějakého svého dobrého přítele, může směřovat k vidění problému z jiného úhlu pohledu. Svou užitečnou roli hraje i denní záznam dysfunkčních myšlenek. Pomůže terapeutovi, aby společně s klientem identifikovali i jiná možná řešení situace, která měla na klienta emoční dopad.

„**Automatická myšlenka** je brána jako hypotéza, jejíž pravdivost **se testuje**.“¹⁰¹
K tomuto testování lze podle Praška využít dva přístupy:¹⁰²

- 1) Testování pro a proti je přístup, ve kterém klient shromažďuje důkazy hovořící pro nebo proti automatické myšlence;
- 2) Uspořádání experimentu, pro který je stěžejní, že klient předvídá, jak daná situace dopadne. Experiment proběhne a poté se hodnotí, nakolik byly klientovi předpovědi blízko k realitě.

Induktivní otázky pomáhají klientovi zamyslet se nad nelogickými chybami ve vlastním postoji. Aby terapeut lépe přiblížil tyto chyby, může klientovi pokládat otázky vycházející z jeho vlastní praxe. Například: „Většina mých pacientů říká, že se už nikdy nebudou cítit lépe, a skoro všichni se výrazně zlepšili. Myslíte si, že jste jiný než oni?“¹⁰³
Snahou je dovést klienta k tomu, aby si uměl položit otázky směřující k racionálním odpovědím.

Operacionalizace negativního konstruktů znamená to, že terapeut od klienta vyžaduje, aby konkrétně popsal nějaký termín či slovo, které během sezení zaznělo. Dané

¹⁰⁰ Praško, Kosová 135.

¹⁰¹ Praško, Kosová 136.

¹⁰² Praško, Kosová 136.

¹⁰³ Praško, Kosová 136.

slovo pak terapeut s klientem podrobně rozebere a poté testují události v minulosti, které daly tomuto slovu takový význam.

Fáze kognitivní terapie nazývaní se **úprava depresivních postojů**, pracuje s klientovými postoji, které vyplývají z automatických myšlenek. V této fázi se vychází z přesvědčení, že tyto postoje jsou jakási schémata, vnitřní pravidla, podle kterých klient reaguje na určité situace. Snahou terapeuta je tato schémata změnit. Díky testování situací v průběhu terapie, terapeut rozhodne jaká schémata to budou. Také je důležité s klientem objevit a vyzdvihnout opakující se témata v automatických myšlenkách a určit v jakých situacích se nejčastěji vynořují. Na základě toho se vytvoří pravidlo zobecňující příčinu takového reagování. Poté nastává zjevně nejzásadnější moment, kdy klient sám hledá důkazy proti svým depresivním postojům. Praško jako příklad uvádí¹⁰⁴, že si klient může vytvořit seznam výhod a nevýhod, krátkodobých a dlouhodobých důsledků daného postoje.

V kognitivně-behaviorální terapii je hojně využíváno techniky tzv. expozice. Nejvhodnější bude, si tuto techniku demonstrovat na příkladu. Například **řízené truchlení** je zaměřené na redukci nadměrného smutku. Probíhá tak, že terapeut klienta opakovaně „vystavuje dlouhodobému kontaktu s podněty, které v klientovi vyvolávají vzpomínky v představách nebo ve skutečnosti.“¹⁰⁵ Z toho je patrné, že se tato technika nehodí na všechny klienty KBT, ale jen na ty, co se neumějí vyrovnat se smutkem ze ztráty milované osoby. Zaplavení, systematická desenzitizace, uvolnění představ, kterým se klient vyhýbá, příprava na expozici ve skutečnosti jsou dalšími druhy expozice. Nejčastěji se užívají v případě, že klient trpí úzkostí, panickým strachem z něčeho či nevyřešeným traumatem.

7.2.3.4 Řešení problémů (plán léčby)

Řešení obtíží v jakékoliv životní situaci není pro nikoho jednoduché a mnohdy ani příjemné. To platí i v terapeutickém vztahu. Klient očekává, že ho terapeut dovede k vyřešení jeho problému, jinak by ho pravděpodobně nevyhledal.

V kognitivně-behaviorální terapii se řešení problémů vztahuje na ty oblasti, které terapeut společně s klientem označil jako problematické. Jako obecná strategie má několik formalizovaných kroků, které pomáhají dosáhnout řešení.¹⁰⁶

¹⁰⁴ Praško, Kosová 137.

¹⁰⁵ Praško, Kosová 137.

¹⁰⁶ Praško, Kosová 100.

- I. stupeň – posouzení a identifikace problému;
- II. stupeň – plánování a organizování strategií, které pomohou řešit problém;
- III. stupeň – uskutečnění těchto strategií;
- IV. stupeň – zhodnocení účinků vybraných strategií.

Praško zdůrazňuje¹⁰⁷, že řešení problému je dovednost, kterou si lze postupem času osvojit. Pro člověka to však znamená, že k získání této dovednosti bude muset vynaložit určité úsilí, mít znalosti a pravidelně cvičit a neočekávat, že se „něco“ změní ihned. Také upozorňuje na to, že nestačí jen porozumět a chápat to, co klient od terapeuta vyžaduje, ale vyřešení problému závisí na vypracování přiměřeného a uskutečnitelného plánu. Z toho důvodu jsou další řádky věnovány podrobnějšímu pohledu na jeho náležitosti.

I. stupeň – posouzení a identifikace problému

Klient a terapeut tvoří tým, který řešení klientových problémů hledá ve vzájemné spolupráci. Proto se jednotlivé kroky domlouvají společně a v průběhu terapie se o nich diskutuje. Výchozím bodem k řešení se stává **určení problémů**. Může jich být i více, ale volí se ten, který klienta aktuálně sužuje.

Poté, co dojde k určení problému, se terapeut s klientem zaměřují na jeho identifikaci, jasnou formulaci a oddělení složitějších problémů od těch dílčích, kterým se můžou věnovat později. Jen sběr co nejvíce informací, může vést k detailnějšímu pohledu na klientův problém a jeho řešení. Terapeut se nespolehá pouze na jedinou metodu hledání; různé problémy vyžadují různé způsoby sbírání dat (např. rozhovor, pozorování, sebepozorování, testy a dotazníky, experiment a další).

Po shromáždění dostatečného množství informací, může přijít na řadu behaviorální analýza. Za prvé terapeutovi objasní, zda „je nutný zásah, zda je problém přítomný a předvídatelný, zda je řešitelný a zda je schopen najít rationale pro léčbu.“¹⁰⁸ Za druhé může terapeut provést funkční a detailní analýzu. V detailní analýze terapeut zhodnocuje, co nastává před a po problémovém chování, jak vypadá apod. Ve funkční analýze řeší jaký dopad má problém na klientův život (např. jaký má vliv na fungování klienta v domácnosti, zaměstnání, ve vztazích s druhými lidmi aj.). Poté klient svůj problém

¹⁰⁷ Praško, Kosová 100.

¹⁰⁸ Praško, Kosová 100.

konkretizuje (např. emoce, okolnosti, spouštěče, fyziologické projevy atd.) a konkretizace pokračuje během sledování v čase.

Pro ukončení tohoto stupně plánování je nezbytné, aby byl problém jasně definovaný a měřitelný. Po týdnu až dvou klientova sebesledování se přistoupí k naplňování druhého stupně plánu.

II. stupeň – plánování a organizování strategií, které pomohou řešit problém

V tomto kroku se terapeut a klient zabývají jednotlivými postupy řešení problému. Jde nejen o formální zorganizování a určení způsobů hodnocení, ale také o použití adekvátní strategie vztahující se přímo „na tělo“ klienta a vycházející z terapeutových zkušeností.¹⁰⁹

Důležité je definovat možná řešení; nevylučují se ani klientovi fantazie a nereálné nápady. Následuje výběr nejúčelnější reálné strategie. Praško obecně naznačuje strategie, z nichž může terapeut vybrat tu nejvhodnější:¹¹⁰

- **Strategie měnící okolnosti.** Často se podaří zmírnit či vyřešit problém, pokud dojde ke změně okolností, které nějak souvisejí s klientovým stresem. Například se může jednat o řešení praktických záležitostí jako je nedostatečný odpočinek, nuda apod.
- **Strategie kontrolující spouštěče.** Jedná se o kontrolu spouštěčů – stresorů, které se opakovaně dostávají a jsou zdrojem stresu. Kontrolu lze provést například předchozí přípravou, změnou jejich způsobu hodnocení a reagování.
- **Strategie měnící problémové chování, myšlení, emoce či tělesné reakce přímo.** Například nácvikem asertivního chování se řeší problémy v oblasti chování, kontrola emocí formou relaxace apod.
- **Strategie, která kontroluje modifikující proměnné.** Je užitečná ke stanovení, kdy je stres vnímám jako zesilující nebo zeslabující. Podle toho pak klient může nejtěžší úkoly provádět v době, kdy se cítí nejlépe atd.

¹⁰⁹ Viz. Praško, Kosová 101.

¹¹⁰ Praško, Kosová 101.

- **Strategie kontrolující důsledky.** Tato kontrola se týká zabránění krátkodobým pozitivním důsledkům, protože dlouhodobé vyhýbavé chování vede k nahromadění stresu.

Po výběru metody je důležité se s klientem zaměřit na jednotlivé kroky, jak problém vyřešit. První cíle mohou být opravdu skromné, jinak by případný neúspěch mohl klienta odradit. Terapeut by měl zohlednit to, že úkol, který pro zdravého člověka nepředstavuje nic složitého, může být pro člověka s depresí nepřekonatelný.

Důležité je, aby terapeut také zvolil jaký dotazník, test nebo pozorování bude nejefektivnější způsob hodnocení. Samotná organizace, tzn. příprava pomůcek, časový plán léčby atd., nastává bezprostředně po volbě strategie.

III. stupeň – uskutečnění těchto strategií

Popřípadě volba nových, pokud dané strategie nefungují.

IV. stupeň – zhodnocení účinku vybraných strategií

Terapeut s klientem neustále hodnotí účinek právě probíhajících strategií. Podle Praška¹¹¹ terapeut hodnocení získává díky zpětné vazbě od klienta, srovnáváním základní úrovně problému se současným stavem či testováním dosažitelnosti cíle. Pokud se objeví nový problém, lze začít nový proces řešení problému. Nicméně pokud je klient s výsledkem spokojen, můžou přistoupit k formálnímu ukončení terapie.

Neopomenutelnou součástí procesu řešení problému je pravidelné (v týdenních intervalech) hodnocení pokroků a odměňování za ně. Hodnocení slouží především k reflexi efektivity zvolené strategie a ocenění klienta podporuje v jeho úsilí. Odměny by měli být různorodé; nejde jen o odměnu za výsledek, ale i za snahu. Klient se za své úspěchy odměňuje sám, tzv. sebeodměňování. „Dosažení podstatného cíle má být spojeno s velkou odměnou, kterou si klient stanoví na počátku, když problém začíná řešit.“¹¹²

V případě dosažení cíle je důležité ukončit řešení určitého problému, popřípadě terapie. Sice se mohou objevovat stále další a další problémy, ale po KBT by je měl být klient schopen vyřešit sám. Pokud klient vyžaduje řešení nově vzniklých situací, pravděpodobně nebyla KBT adekvátní.

¹¹¹ Viz. Praško, Kosová 101.

7.2.3.5 Rehabilitace a prevence

Podle Praška se oblast rehabilitace a prevence u člověka s depresí zaměřuje na nácvik sociálních dovedností, relaxaci a již výše zmíněné řešení problémů. Jako užitečné strategie uvádí:¹¹³

- 1) **Využití nezdarů.** Během terapie se může vyskytnout kolísání klientova stavu či neúspěchy. Je tedy na místě, aby terapeut klientovi ukázal, že se i v běžném životě lidé potýkají s nezdary a učí se z nich. Pro klienta to znamená, že může nezdary využít k například dalšímu nácviku či k ověření efektivity v podmínkách, které jsou zdrojem klientovi deprese.
- 2) **Příprava na budoucnost z pohledu KBT.** Pro ukončení KBT není směrodatné to, zda se zmírnily klientovi příznaky deprese, ale předejít jejímu znovunavrácení. Klient je během terapie seznamován s problémy, které ho v životě mohou potkat (např. rozchod s partnerem, ztráta zaměstnání aj.). Terapeut klientovi nezaručuje, že se problémy určitě objeví, ale na tuto možnost ho připravuje. Zkouší klienta, jak by takovým situacím čelil. Například tak, že ho terapeut požádá, aby sepsal seznam toho, co se klient naučil, a podle něj vypracoval plán řešení problematických situací. „KBT model předpokládá, že jednou z hlavních příčin relapsů je nedostatečné využití informací, které mluví proti negativním myšlenkám. Proto je nutno klást hlavní důraz na to, aby klient skutečně věřil svým racionálním vysvětlením.“¹¹⁴ Na konci terapie se terapeut může setkat s tím, že se klient obává přerušování jejich profesionálního vztahu; bojí se své samostatnosti. S tím si samozřejmě musí terapeut poradit a přesvědčit klienta, aby se nestrachoval.

Jak dále připravit klienta na budoucnost? Jak bylo výše zmíněno, je skutečně možné, že se některé specifické situace povedou k recidivě deprese (např. ztráta práce, úmrtí blízkého člověka), a proto je vhodné s klientem sestavit tzv. „balíček první pomoci“. Podle Praška¹¹⁵ by součástí tohoto balíčku měla být připravenost na návrat některých depresivních příznaků a také konkrétní techniky, které pacient

¹¹² Praško, Kosová 102.

¹¹³ Praško, Kosová 108.

¹¹⁴ Praško, Kosová 109.

¹¹⁵ Praško, Kosová 109.

úspěšně proti nim použil v minulosti (např. tolerance vůči sobě a další). Tento balíček by měl být rychle a snadno použitelný.

3) **Příjemné aktivity.** Tato strategie je důležitá v případě, že se člověk s depresí přestal zcela věnovat příjemným aktivitám. Ani nemusel propadnout do pasivity; jen se zabývá činnostmi, které dělat „musí“. Praško práci s aktivitami shrnuje do několika kroků:¹¹⁶

- Vysvětlení vztahu mezi příjemnými aktivitami a depresí pomocí
- vyplněného Lewinsohnova seznamu příjemných aktivit. Skládá se ze seznamu různorodých aktivit, které jsou většinou lidem příjemné. Každý člověk se sice od druhého odlišuje, a to i ve vnímání toho, co je a co není příjemná aktivita, ale obzvláště u lidí s depresí jsou některé aktivity důležité. Ve vztahu k lidem s depresí jsou vyzdviženy ty aktivity, které vytvářejí smysluplné interakce s jinými lidmi, pocitu zvýšení přiměřenosti a kompetence, účelnosti v jednání a umožňují emoční stavy protikladné stavům deprese. Vyplnění tohoto dotazníku klientům zabere asi dvě hodiny a poté si vypočítají „skóre frekvence příjemných aktivit za posledních třicet dnů a skóre příjemnosti.“¹¹⁷
- Klient si podle určitého klíče z dotazníku vybere sto aktivit. Tento seznam pak denně prochází a označuje kolika aktivitám se ten den věnoval. Součtem označených dat pak klient získává denní skóre. Mimo jiné také klient pozoruje svou náladu a boduje ji od -4 do +4 (Příloha č. 3). Monitorování příjemných aktivit a nálady by mělo probíhat minimálně po dobu dvou týdnů.
- Krok nazvaný konkretizace – „jak to s příjemnými aktivitami vypadá“ se týká toho, že ještě před sestavením plánu na rozšíření příjemných aktivit, terapeut společně s klientem pátrá po příčinách sníženého prožitku či zájmu o aktivity. Konkretizace se děje několika způsoby. Buď terapeut určí okolnosti a spouštěče, které s ambivalentním postojem k aktivitám souvisejí (např. tlak nepříjemných aktivit, ale klient má dojem, že je musí dělat nebo klient nechce investovat úsilí a další), nebo vyzdvihne myšlenky, emoce,

¹¹⁶ Praško, Kosová 110.

chování, fyziologické reakce, které brání příjemnému prožití aktivit, popřípadě terapeut určí krátkodobé pozitivní (např. úleva z vyhnutí se námaze) a dlouhodobé negativní důsledky (např. nechut', deprese).

- Poslední krok této části se nazývá plán na zvýšení úrovně příjemných aktivit. Hlavním úkolem plánu je docílit zvýšení počtu klientových příjemných aktivit. Relaxaci lze použít jako vedlejší prostředek k dosažení intenzivnějších prožitků. Klient si seznam příjemných aktivit vždy vytváří na týden dopředu, součástí plánu jsou i alternativní činnosti a řešení možných problémů. K cíli klient může dojít i po menších krocích; není důležitá rychlost, ale jeho úspěch. Samozřejmě součástí plánu je i systém odměňování, které by mělo posilovat žádoucí chování klienta.

Cílem tohoto postupu je změna klientova životního stylu tak, aby byl schopen vyvažovat práci odpočinkem a dokázal být rezistentní vůči stresu. V průběhu plnění plánu se může také stát, že klient bude dané činnosti provádět mechanicky bez subjektivního pocitu zlepšení. Podle Praška¹¹⁷ bývá příčinou to, že se klient nedokáže uvolnit, a nebo nedělá ty aktivity, které by ho uspokojovaly. Tuto skutečnost Praško odůvodňuje tím, že nejdříve je nutné změnit chování, tzn. příjemné aktivity dělat, a až později se dostaví změna prožívání.

- 4) **Plánování aktivit jako prevence stresu.** KBT pracuje s tím, že zvláště pro klienta s depresí je důležité, aby si své denní činnosti naplánoval na hodiny. Ovšem z hlediska prevence nemusí být úplně vhodný, protože jeho striktní dodržování může u klienta vést ke zvýšení zátěže.

Co tedy v tomto případě podle KBT dělat? Je dobré si ujasnit veškeré činnosti s ohledem na dlouhodobé a krátkodobé cíle. Tím se také může ukázat, co je v rámci hodnoty činností podstatné a co naopak není důležité. Klientovo hledání schůdného praktického plánu by se mělo odrážet od toho, jakou roli v životě by rád plnil (např. ve vztahu k partnerovi, rodině, širší společnosti atd.).

¹¹⁷ Praško, Kosová 110.

¹¹⁸ Viz. Praško, Kosová 112.

Podle KBT¹¹⁹ se role projevují v aktivitách, které člověk dělá, a aby tyto role dávaly smysl, tak to vyžaduje adekvátní plánování činnosti.

Obecně z rolí, které člověk v životě zaujme, pak vyplývají cíle, kterých chce dosáhnout pomocí naplňování těchto rolí. Krátkodobé a dlouhodobé cíle jsou navzájem provázané. Dlouhodobé cíle stanovují priority v oblasti cílů krátkodobých. Cíle se v případě člověka s depresí nemusí týkat jen oblasti interpersonálních vztahů, zájmů, ale mohou vést i k péči o tělo, například pravidelným cvičením.

Plánování Praško definuje „jako uvažování o tom, jak v dané době nejlépe naplnit svůj čas tak, aby s ním mohl být klient dlouhodobě spokojený.“¹²⁰ Pokud má člověk své role a cíle přesně dané, pomůže mu to naplánovat aktivity, kterým se bude určitý čas věnovat přednostně. Ovšem zpočátku se může potýkat s nerealizovatelností svého plánu. Chce rychle dosáhnout svých cílů, a tak si stanovuje neadekvátní úkoly. Postupem času se však organizovat čas naučí. V plánu je také dobré pamatovat na faktory, které ho mohou celý změnit.

Tři až šest větších úkolů za den je optimální rozsah aktivity a mezi plněním jednotlivých úkolů je dobré najít si čas i na odpočinek.¹²¹ K dobrému plánování podle KBT slouží rozlišení činností na důležité – nedůležité, naléhavé – nenaléhavé.¹²² Naléhavé činnosti na člověka tlačí k okamžitému řešení, ale z hlediska dlouhodobých cílů nejsou důležité. Často jsou lidé zavaleni množstvím nenaléhavých věcí, které vyžadují okamžitou reakci. Na ty důležité pak mají velmi málo času a ty nenaléhavé se postupem času stávají naléhavými. Kumulují se a v člověku vyvolávají stres. Od stresu pak uniká k zabývání se naprosto nedůležitými a dalšími nenaléhavými činnostmi. Ovšem dobře zorganizovaný čas umožní věnovat se právě důležitým a nenaléhavým aktivitám. Díky dostatku času je mohou řešit v klidu, a tak se dostatečně věnovat úkolům souvisejícím s dlouhodobým zaměřením.

Ale není jednoduché takřka ze dne na den přeměnit své naléhavé aktivity v činnosti nenaléhavé, ale důležité. K tomuto kroku lze dospět tehdy, je-li člověk

¹¹⁹ Viz. Praško, Kosová 112 – 113.

¹²⁰ Praško, Kosová 113.

¹²¹ Praško, Kosová 114.

schopen některým nedůležitým činnostem říct „ne“; využít asertivitu v adekvátních situacích

Na úplný závěr patří několik kognitivně-behaviorálních rad, podle nichž lze naplánovat svůj čas:¹²³

- Vnitřní soudržnost – koheze předpokládá, že jednotlivé konkrétní aktivity jsou v souladu s celkovým zaměřením, že jednotlivé aktivity nevyklučují jedna druhou a že jsou krátkodobé plány a cíle v souladu s dlouhodobými.
- Vnitřní vyváženost směřuje k harmonii v životě. Člověk potřebuje nejen práci, ale i dost času na rodinu, přátele, koníčky apod. To, co člověk dělá, by mělo být v souladu s jeho morálkou. Pokud vnitřní vyváženost chybí, může člověk mít pocity viny vždy v oblastech, které zanedbává. Z toho vyplývá prožitek stresu.
- Potřeba priorit v důležitých a nenaléhavých aktivitách. Tím se dá předcházet stresu, ke kterému vede zaplavení naléhavými aktivitami. Na plánování priorit nestačí běžný denní plán, potřebujeme se naučit plánovat nejméně na týden dopředu.
- Zájem o druhé lidi je vždy dlouhodobá investice. Pokud ho člověk nevnímá jako důležitý, ocitá se v izolaci.
- Pružnost je nutná pro organizaci plánu, aby člověk nebyl jeho otrokem. Potřebuje mít dost volného prostoru na eventuální situační změny, které umožní jen na základě vlastního rozhodnutí, nikoli pod tlakem druhých.
- Praktičnost je založena na jednoduchosti a dostupnosti. Čím jednodušší bude styl plánování a čím více bude dostupný (přenosný), tím spíše jej člověk využije.

¹²² Praško, Kosová 114.

¹²³ Praško, Kosová 116.

Závěr

Tato bakalářská práce si kladla za cíl shrnout veškeré získané poznatky za účelem poukázat na některé problematické a sporné oblasti související s depresivním onemocněním. S tím pak úzce souviselo nastínění možností, jak depresi řešit nejen v kruhu blízkých osob, ale zejména pod odborným psychoterapeutickým vedením se zaměřením na kognitivně-behaviorální terapii.

K tomu, aby bylo možné poukázat na jednu z problematických oblastí, za kterou považují psychosociální rizika vyplývající z deprese, bylo nutné definovat některé skutečnosti. Za prvé se pozornost zaměřila na to, co depresi, abychom ji mohli pokládat za onemocnění, vymezuje od „normálních reakcí“ a jak se projevuje v oblasti myšlení, chování, emocí a ve fyziologické oblasti. Primárně jsem tedy vycházela z toho, že deprese je hlubší a intenzivnější než běžný smutek a každodenně zasahuje do života člověka ve vnímání nejen sebe sama, ale i svého okolí a budoucnosti. Mimo jiné jsem za důležité považovala zmínit, jaká jsou specifika deprese u různých věkových skupin a věnovat kapitola ohlédnutí za tím, jak byla deprese vnímána v historii lidstva. Psychosociální rizika pro člověka vyplývají především z toho, když svou depresi neléčí. Člověk se „motá“ v zajetí bludného kruhu deprese, a to se projevuje na kvalitě jeho života, nejen v oblasti sociálně-ekonomických vztahů. Člověk také inklinuje ke zneužívání drog, alkoholu a léků, aby si ulevil. Ale toto jednání většinou přináší jen krátkodobý účinek, a stavu pak spíše přitíží. Nejzásadnějším tématem se mezi psychosociálními riziky pro mne staly tendence depresivního člověka sáhnout si na život. Ne všichni lidé s depresí spáchají sebevraždu, ale „obecně se předpokládá“, že až padesát procent těch, kteří suicidují, trpělo depresí.

Pro tuto práci se stěžejní stala také kapitola řešící přístup rodiny a blízkých osob k člověku s depresí. K zahrnutí této kapitoly do mé bakalářské práce, mě vedl názor, že blízké okolí může člověku s depresí významně pomoci. Mohou ale také situaci značně zkomplikovat, pokud s dotyčným člověkem nejednají ohleduplně.

Název této práce také naznačuje, že nebudou opomenuty alternativy odborného přístupu k léčbě deprese. Hlavním úkolem bylo věnovat se řešení deprese formou psychoterapie, konkrétně za použití kognitivně-behaviorální terapie. Nicméně není opomenut fakt, že nejlepších výsledků v léčbě deprese se dosahuje v kombinaci s antidepresivy, pokud to stav daného člověka vyžaduje. Důležitou roli v psychoterapii

hraje nejen osobnost klienta, ale hlavně osobnost terapeuta. V psychoterapeutickém vztahu je to odborník, který by měl svého klienta dovést k tomu, aby byl schopen si se svými problémy poradit sám; aby byl schopen se sám změnit. Kognitivně-behaviorální terapie je přístup, který je v boji s depresí nejčastěji využíván. Především svými postupy mění depresivní chování a myšlení tak, aby je člověk uměl využít k řešení svých problémů v životě, a minimalizoval tak rizika znovuobjevení deprese. Jakým způsobem docílit tohoto efektu, se podrobně věnuji v kapitole o jednotlivých krocích kognitivně-behaviorální terapie. Aby došlo v terapii k úspěchu, má mít již od úvodního rozhovoru až k rehabilitaci a profylaxi, svou danou strukturu. Hlavním prvkem se stává to, že si klient vytvoří svůj osobní plán léčby, díky němuž pracuje na řešení problému, na zvyšování aktivity a na sebeohodnocení.

Účelem této části nebylo srovnat účinky KBT s jinými přístupy, nebo poukázat na výhody a nevýhody tohoto směru či podat kritickou reflexi. Snahou bylo blíže přiblížit jakými metodami dosahuje u klientů s depresí zlepšení stavu.

Ze všech výše zmíněných poznatků si odnáším dojem, že by se o depresi měli zajímat všichni lidé. Neměla by se týkat pouze těch, kteří jí trpí a těch, kteří se ji snaží léčit (např. psychoterapeuti, psychiatři, psychoanalytici a další). Každý člověk by měl začínat u sebe. Existuje totiž možnost, že se jednou bude sám s depresí potýkat a možná bude očekávat, že mu někdo pomůže. A kdo jiný by to měl být, než jeho nejbližší. Podpora od blízkých osob je jedna z cest k úspěchu. Pokud s osvětou začne u sebe, může ji předávat dál a upozorňovat na to, jak je deprese schopna hluboce zasáhnout do lidského života. Informovanost se netýká jen laiků. Zejména v ordinacích praktických lékařů se objevují lidé, které trápí určité (somatické) příznaky, nicméně jsou lékařem vyhodnoceny jako jiné onemocnění než deprese.

Nejdůležitější však je, že každý člověk má svůj život ve vlastních rukách a rozhoduje si sám, jak s ním naloží. Stejně tomu je i v případě, že trpí depresí.

Seznam použité literatury

Baštecká, Bohumila a kol. *Klinická psychologie v praxi*. 1. vyd. Praha : Portál, 2003. ISBN 80-7178-735-3

Černoušek, Michal. *Šílenství v zrcadle dějin*. Praha : Grada Avicenum, 1994. ISBN 80-7169-086-4

Foucault, Michel. *Dějiny šílenství*. Přel. V. Dvořáková. Praha : Nakladatelství Lidové noviny, 1994. ISBN 80-7106-085-2

Goldmann, Perušičová, Hořejší. *Depresivní stavy : depresivní nemocný v nepsychiatrických ordinacích : deprese a diabetes mellitus : výběr z přednášek odborného symposia konaného v květnu 2005 v Praze*. 1. vyd. Praha : Medical Tribune CZ, 2005. ISBN 80-239-6304-X

Hartl Pavel, Hartlová Helena. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha : Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X

Honzák, Radkin. *Deprese : depresivní nemocný v nepsychiatrické ordinaci*. 1. vyd. Praha : Galén, 1999. ISBN 80-85824-95-7

Koutek Jiří, Kocourková Jana. *Sebevražedné chování* 2. vyd. Praha : Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-349-9

Kratochvíl, Stanislav. *Základy psychoterapie*. 1. vyd. Praha : Portál, 1997. ISBN 80-7178-179-7

Kryl, Lukányová. *Psychoterapie depresivní poruchy. Původní standardy k depresivní poruše*. Dostupné z <http://www.psychoterapeuti.cz/standardy>

Křivohlavý, Jaro. *Jak zvládat depresi*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 1997. ISBN 80-7169-349-9

Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize : Duševní poruchy a poruchy chování. 2. vyd. Praha : Psychiatrické centrum Praha, 2000. ISBN 80-85121-44-1.

Praško Ján, Kyrálová Ivana, Minaříková Věra. *Co je to deprese a jak se léčí? : příručka pro nemocné*. 1. vyd. Praha : Psychiatrické centrum Praha, 1997. ISBN 80-85121-17-4

Praško Ján, Prašková Hana, Prašková Jana. *Deprese a jak ji zvládat : příručka pro postižené, jejich blízké a pomáhající profese*. 1. vyd. Praha : Portál, 2003. ISBN 80-7178-809-0

Praško Ján, Kosová Jiřina. *Kognitivně-behaviorální terapie úzkostných stavů a depresí*. Praha : Triton, 1998. ISBN 80-85875-46-2

Svoboda Mojmír, Češková Eva, Kučerová Hana. *Psychopatologie a psychiatrie*. 1. vyd. Praha : Portál, 2006. ISBN 80-7367-154-9

Říčan Pavel, Krejčířová Dana a kol. *Dětská klinická psychologie : 4. přepracované a doplněné vydání*. 4. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1049-8

Vencovský, Eugen. *Psychiatrie dávných věků : od Hippokrata k Pinelovi*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 1996. ISBN 80-7184-226-5

Přílohy

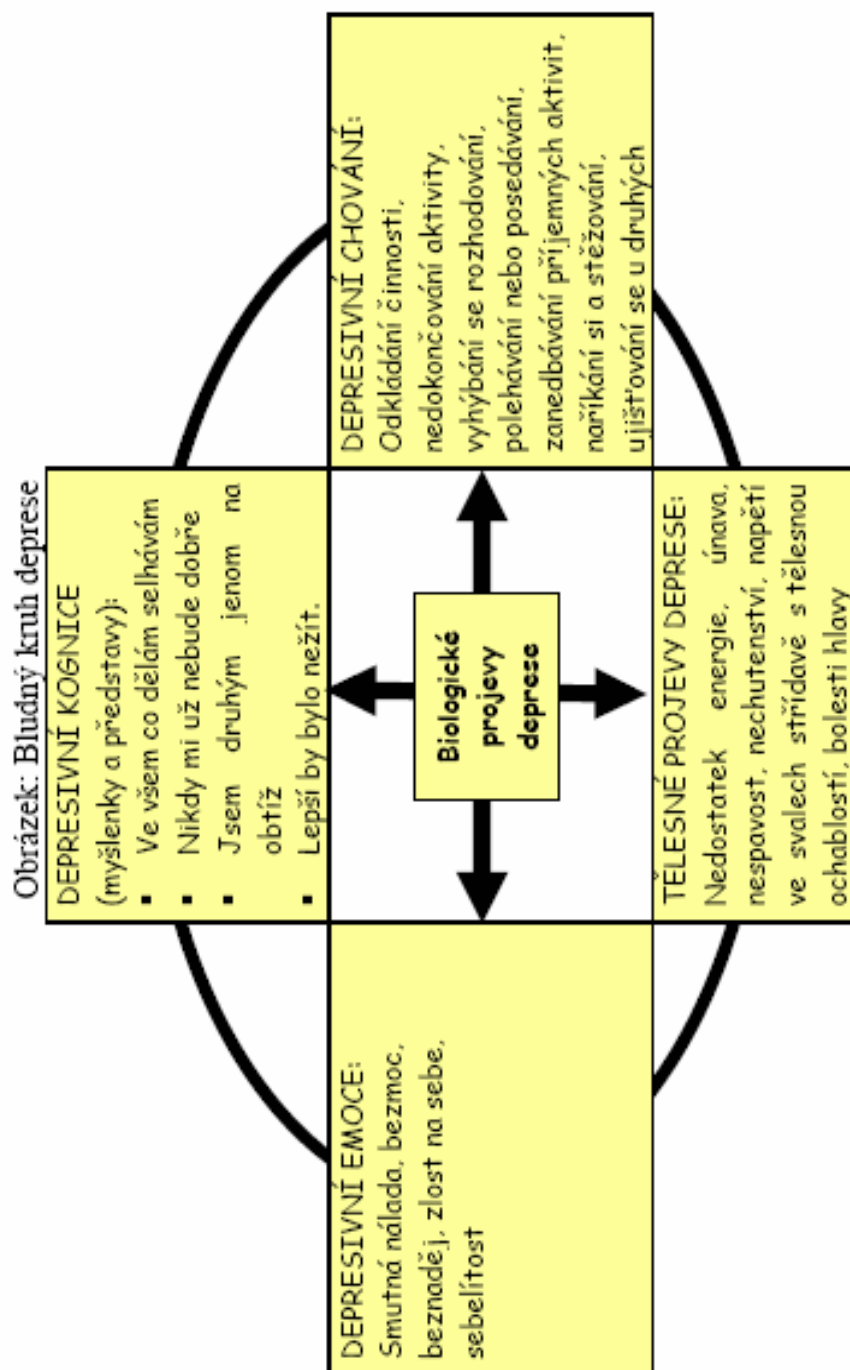
Seznam příloh

Příloha č. 1 – Grafické znázornění bludného kruhu deprese

Příloha č. 2a, 2b – Kognitivně-behaviorální rozhovor – deprese

Příloha č. 3 – Měřítka pro vlastní bodovací stupnici hodnocení nálady

Příloha č. 4a, 4b, 4c – Beckův inventář deprese



Nálada
<p>Jak jste se cítil v uplynulém týdnu? Jak jste se cítil ráno po probuzení? Kdy během dne jste se cítil nejlépe?</p> <p>Kdy během dne jste se cítil nejhůř? Měnila se vaše nálada den ze dne? Když jste se cítil depresivní, bylo něco, co vám dokázalo náladu aspoň trochu zvednout? Pokud ANO: A když jste se cítil dobře, co vám naopak dokázalo náladu pokazit? Máte dojem, že vaše nálada vůbec nezávisí na tom, co se kolem vás děje?</p> <p>Mohl byste mi popsat svou náladu, když se cítíte opravdu zle - jaké to je?</p>
Aktivita a potěšení
<p>Jak jste strávil poslední víkend? (Nechte si podrobně vylíčit, co pacient oba dva dny dělal) Je to obvyklý způsob, jak trávíte víkend? Pokud ne, v čem se to lišilo? Co byste raději dělal více (méně)? Proc?</p> <p>U zaměstnaných: Jaké máte povolání? Jak vás baví? Změnilo se to v poslední době? Proc? Jste schopni zvládnout stejné množství práce jako vždycky? Co děláte po práci?</p> <p>U nezaměstnaných: Co děláte přes den? Co jste např. dělal včera? Byl to typický den? V čem se lišil od typického dne?</p> <p>Co obvykle děláte večer? Přestal jste v poslední době dělat něco nebo omezil jste něco, co jste dříve dělával? Jaké potěšení vám působí to, co děláte? Co děláte nejraději? Jak často to děláte? Cítíte se v poslední době neobvykle unavený? Pokud ANO: Můžete mi o tom říci víc? Změnil se váš zájem o sex?</p>
Společenská aktivita
<p>Jak často chodíte do společnosti, scházíte se s přáteli? Kde se s nimi scházíte, co spolu děláte? Kolik času trávíte se svou rodinou? Uspokojuje vás to?</p> <p>Kteří lidé jsou pro vás nejdůležitější, kterým se svěřujete se svými problémy a pocity? S kým jste nejraději? Jak často se s ním (s ní) vidíte? Cítíte se dobře ve společnosti? Změnilo se to v poslední době? Jak často jste sám? Jak se cítíte, když jste sám?</p>
Sebehodnocení a další kognitivní aspekty
<p>Co si myslíte, že by o vás řekli druzí - jak by vás popsali? Jak byste popsal sám sebe? Jaké máte dobré vlastnosti? Je něco, v čem byste se rád změnil? V čem? Máte někdy pocit, že jste pro druhé lidi přítěží? V čem? Máte někdy pocity viny? Čeho se týkají? Jaké máte vyhlídky do budoucna?</p>
Sebevražedné tendence
<p>Cítil jste se někdy tak špatně, že jste uvažoval o tom, že si něco uděláte? ...že jste si přál být mrtvý? Uvažoval jste někdy o sebevraždě?</p> <p>Pokud ANO: Kdy to bylo naposledy? Bylo to i minulý týden? Uvažoval jste, jakým způsobem byste sebevraždu spáchal? Co vám bránilo, abyste to udělal? Už jste se někdy v minulosti pokusil o sebevraždu? Pokud ANO: Kdy to bylo? Co vás k tomu vedlo?</p>
Spánek
<p>Jak v poslední době spíte? Máte problém usnout? Jak dlouho vám obvykle trvá než usnete? Budíte se během noci?</p>

<p>V kolik hodin se ráno budíte? Kolik hodin v noci obvykle spíte? Jak se ráno obvykle cítíte? Jak dlouho zůstanete ještě v posteli než vstanete? Stalo se někdy, že jste vůbec nevstal? Jak často se to stává? Proč? Když vstanete, obléknete se hned nebo ještě nějakou chvíli zůstanete v pyžamu? Lehnete si někdy během dne do postele? Jak často? Proč? Na jak dlouho?</p>
Chuť k jídlu/váha
<p>Jakou máte v poslední době chuť k jídlu? Změnilo se to nějak? Přibral jste nebo zhubl během posledních několika týdnů?</p>
Minulost
<p>Jak dlouho už se cítíte tak jako teď? Trvá to celou tu dobu, nebo byla období kdy jste se cítil líp nebo hůř? Kdy jste si poprvé uvědomil, že jste víc depresivní? Zmizí někdy tyto depresivní pocity? Na jak dlouho - hodiny, dny, týdny? Jak se cítíte, když vaše deprese úplně zmizí? Jak vaše deprese začíná - náhle nebo spíš pozvolna narůstá? Objevuje se vaše deprese zcela z ničeho nic, nebo ji způsobují nějaké události? Jaké? Jak si svoji depresi vysvětlujete? Stalo se vám v poslední době něco důležitého, o čem byste mi chtěl říci? Bylo někdy období, kdy jste se cítil neobvykle dobře a byl jste hodně aktivní? Můžete mi o tom říci něco víc?</p>
Antecedenty
<p>Jsou nějaké události nebo situace, které způsobují, že se cítíte depresivní? Pokud ANO: Můžete mi o tom říci víc? Kdy během minulého týdne jste se cítil nejhůř? Co se tehdy stalo? Kdy během minulého týdne jste se cítil nejlépe? Co se tehdy stalo?</p>
Následky deprese
<p>Jak by se váš život změnil, kdybyste nebyl depresivní? Ví jiní lidé o vaší depresi? Kteří? Svěřujete se se svými depresivními pocity a myšlenkami druhým? Jak často? Co jim říkáte? Jak druzí lidé reagují na vaši depresi? O čem si obvykle povídáte, když jste s někým pohromadě?</p>
Životní události
<p>Zrekapitulujeme si teď, co jste prožil během posledního roku. Staly během této doby ve vašem životě nějaké důležité události a změny? Pokud ANO: Můžete mi o tom říci víc? Co bylo příčinou....? (popisované události) Jak jste na to reagoval/co jste dělal/jak jste to zvládl? Je vhodné projít tyto oblasti: problémy v práci, v rodině, nemoci a úmrtí v rodině či mezi přáteli, jiné problémy.</p>
Minulé a současné problémy
<p>Berete v současné době nějaké léky? Jaké? Kolik? Jak dlouho? Bral jste v minulosti nějaké léky na depresi? Jaké? Jaký měly na vás účinek? Léčil jste se nějak jinak kvůli depresi? Jak? Kdy? Jak dlouho? S jakým výsledkem?</p>

Měřítka pro vlastní bodovací stupnici hodnocení nálady

Hodnota nálady	Měřítka	Situace v mém životě, které odpovídají této náladě
+ 4	vynikající výjimečná nálada, (velký úspěch, zjištění, že ten, koho miluji, mi to opětuje, narození dítěte, apod.)	
+ 3	výborná nálada, pocit štěstí a pohody, všechno jde od ruky, úspěch	
+ 2	dobrá nálada, příjemné prožívání, pohoda	
+ 1	lehce nadprůměrná nálada, celkem příjemný den, ale zase nic extra	
0	běžná nálada, ani dobrá, ani špatná, „provozní nálada“	
- 1	lehce podprůměrná nálada, ještě ne vyloženě špatná, drobný neúspěch	
- 2	Podprůměrná nálada, začíná omezovat chování pro nechut', rozmrzelost, nerozhodnost, špatně se činnost začíná, těžší je soustředění	
- 3	Výrazná depresivní nálada, brání již hodně provozu, člověk se musí vyloženě nutit, je schopen být v činnosti minimum hodin denně, schází prožitky radosti	
- 4	Extrémně špatná nálada, „úplně na dne“, není již možná téměř žádná činnost, snížená schopnost až neschopnost se najíst, umýt, obléknout	

Příloha č. 4a
Beckův inventář deprese

Tento druh dotazníku se vyhodnocuje jednou za týden a ukazuje celkovou míru deprese. Člověk si sám může sledovat, jak se jeho deprese mění.

Instrukce: Dotazník obsahuje skupiny výroků, které je důležité pečlivě pročíst. Poté z každé skupiny člověk vyhledá jeden výrok, který nejlépe vystihuje to, jak se tento týden cítil. Zakroužkuje číslo zvoleného výroku. Pokud se danému člověku zdá, že se v jedné skupině nachází více výroků, které by se stejně hodily k popisu jeho stavu, může označit více čísel.

0 – necítím se smutný 1- cítím se posmutnělý, sklíčený 2 – jsem stále smutný, smutku se nedokážu zbavit 3 – jsem tak nešťastný, že to nemohu snést
0 – příliš se budoucnosti neobávám 1 – budoucnosti se neobávám 2 – vidím, že se už nemám na co těšit 3 – vidím, že budoucnost je beznadějná a má situace se nemůže zlepšit
0 – nemám pocit nějakého životního neúspěchu nebo smůly 1 – v životě jsem měl více smůly a neúspěchu než obvykle mají jiní lidé 2 – vidím, že můj dosavadní život byl jen řadou neúspěchů
0 – mohu vše užívat tak jako dříve 1 – nemohu věci užívat tak jako dříve 2- nemohu mít z ničeho pravé uspokojení 3 – jsem se vším nespokojen, vše mne nudí
0 – nemám žádný pocit viny 1 – mám pocit, že jsem snad něčím vinen 2 – mám téměř stále pocit viny 3 – mám stále pocit viny
0 – nemám pocit, že jsem trestán 1 – mám pocit, že jsem snad trestán 2 – čekám, že budu potrestán 3 – mám pocit, že mám být potrestán
0 – nejsem zklamán sám sebou 1 – jsem sám sebou zklamán 2 – jsem hrozný 3 – nenávidím sebe sama

<p>0 – nemám pocit, že bych měl být horší než druzí</p> <p>1 – kritizuji se za své slabosti a chyby</p> <p>2 – stále si dělám výčitky pro své nedostatky</p> <p>3 – dávám si vinu za vše, co se nedaří</p>
<p>0 – nemyslím na to, že bych si mohl něco udělat</p> <p>1 – mnohdy myslím na sebevraždu, ale neudělal bych to</p> <p>2 – nejraději bych se zabil</p> <p>3 – zabil bych se, kdybych to uměl</p>
<p>0 – nepláču častěji než dříve</p> <p>1 – nyní pláču víc než dříve</p> <p>2 – nyní pláču po celou dobu</p> <p>3 – dříve jsem mohl plakat, ale nyní to nedokážu, i kdybych si to přál</p>
<p>0 – nejsem podrážděnější než dříve</p> <p>1 – snadněji se nyní rozzlobím nebo podráždím než dříve</p> <p>2 – cítím se stále podrážděný</p> <p>3 – věci, které mne dříve dráždily, se mne nyní už nedotýkají</p>
<p>0 – neztratil jsem zájem o druhé lidi</p> <p>1 – nyní se zajímám o druhé lidi méně než dříve</p> <p>2 – ztratil jsem z větší části zájem o druhé lidi</p> <p>3 – ztratil jsem veškerý zájem o druhé lidi</p>
<p>0 – jsem tak rozhodný jako vždy</p> <p>1 – nyní odkládám rozhodnutí častěji než dříve</p> <p>2 – činit rozhodnutí je pro mne obtížnější než dříve</p> <p>3 – nemohu učinit vůbec žádná rozhodnutí</p>
<p>0 – nemám pocit, že bych vypadal hůře než dříve</p> <p>1 – dělám si starosti, že vypadám staře nebo neatraktivně</p> <p>2 – mám pocit, že se v mém vzhledu dostavily změny, které mne činí neatraktivním</p> <p>3 – jsem ošklivý</p>
<p>0 – mohu pracovat tak dobře, jako dříve</p> <p>1 – musím se rozhodnout, než se dám do práce</p> <p>2 – musím se do každé činnosti nutit</p> <p>3 – nejsem schopen pracovat</p>

0 – spím tak dobře jako vždy 1 – nespím tak dobře jako dříve 2 – probouzím se o 1 – 2 hodiny dříve než jindy a je mi zatěžko opět usnout 3 – probouzím se o více hodin dříve než jindy a nemohu více usnout
0 – neunavím se snadněji než dříve 1 – unavím se rychleji než dříve 2 – téměř vše mne unaví 3 – jsem příliš unaven, než abych něco udělal
0 – nemám horší chuť než dříve 1 – má chuť není tak dobrá jako dříve 2 – má chuť se mi silně zhoršila 3 – nemám už žádnou chuť
0 – v poslední době jsem sotva ubral na váze 1 – ubral jsem víc než dvě kila 2 – ubral jsem víc než pět kilo 3 – ubral jsem víc než osm kilo
0 – nedělám si žádnou větší starost o své zdraví 1 – tělesné problémy jako bolesti, žaludeční obtíže nebo zácpa mi působí starosti 2 – mám tak veliké starosti se svým zdravím, že mi připadá zatěžko myslet na něco jiného 3 – mám tak velké starosti o své zdraví, že na nic jiného nemyslím
0 – v poslední době jsem nepozoroval žádnou změnu ve svém zájmu o sex 1 – o sex se nyní zajímám méně než dříve 2 – o sex se nyní zajímám mnohem méně než dříve 3 – ztratil jsem zájem o sex

Vyhodnocení

Součet všech zakroužkovaných položek udává celkový skóre deprese. Tam, kde došlo k zakroužkování více odpovědí, se bere v potaz nejvyšší hodnota. Přibližně se uvádí tento výsledek:

- 0 – 11 žádná deprese
- 12 – 19 slabá deprese
- 20 – 26 mírná deprese
- 26 - 63 těžká (silná) forma deprese