

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

RIGORÓZNÍ PRÁCE

Mgr. Klára Vraná

**Subjektivně vnímaná depresivní symptomatika u dospělé české populace
–využití Beckova inventáře deprese (BDI-II)**

**Subjectively Perceived Symptomatology of Depression at Czech Adult
Population - Usage of Beck Depression Inventory (BDI-II)**

Konzultant: doc. PhDr. Marek Preiss, Ph.D.

2012

Za podnětné připomínky a konzultace k tématu této rigorózní práce děkuji doc. PhDr.
Marku Preissovi, Ph.D.

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

V Perštejnci dne.....

Mgr. Klára Vraná.....

Abstrakt

Určitá hladina depresivních příznaků se vyskytuje také u zdravých osob a jejich seskupení nebo charakter ještě nevytvářejí o depresivním onemocnění. Tato rigorózní práce se zabývá co nejpodrobnějším zmapováním subjektivně pocíťovaných příznaků deprese u neklinické části dospělé české populace s použitím nejnovější verze Beckova inventáře deprese BDI-II. Sebeuposuzovací dotazník BDI-II nabízí několik možností zkoumání depresivních symptomů, které jsou v této práci všechny využity a analyzovány vzhledem k pohlaví a věku respondentů. Výzkumný soubor sestává z osob ve věku od 20 do 84 let a je dále rozdělen na 5 podskupin, které představují vývojové etapy od mladé dospělosti po pravé stáří, věkově ohraničené dle Příhody (1971). Cílem je zde nejen zjištění celkové úrovně hladiny depresivní symptomatiky u zkoumaných osob, ale také intenzity, typu a charakteristického zastoupení jednotlivých příznaků deprese dle BDI-II ve výzkumném souboru, včetně porovnání rozdílů mezi muži a ženami a věkovými podskupinami z těchto výše uvedených hledisek navzájem. Práce si neklade za cíl vysvětlení zjištěných jevů, neboť výskyt či rozvoj určitých příznaků deprese nebo prožitků psychické nepohody v populaci je ovlivněn mnoha faktory. Její součástí je však porovnání výsledků s teoretickými poznatky z oblasti vývojové psychologie a některých existujících studií, které se zabývají vztahem mezi depresivní symptomatikou, věkem a pohlavím zkoumaných osob. Výsledky výzkumné části této práce mohou být užitečné nejen pro klinické, ale také pro výzkumné pracovníky, například pro porovnávání typického obrazu depresivních příznaků u zdravých a psychicky či jinak nemocných skupin osob, nebo pro sledování depresivní symptomatiky u neklinické části dospělé české populace v čase. Většina dosavadních studií podobného typu je jen velmi úzce zaměřena (například pouze na zjištění hladiny depresivních symptomů pomocí celkového skóru v Beckově inventáři deprese) a jen málo z nich se zabývá neklinickou populací. Využívají přitom častěji starší verzi Beckova inventáře deprese (BDI-IA). Tato rigorózní práce tak může zároveň přispět k bližšímu seznámení s nejnovější verzí (BDI-II), která v české praxi zatím nebyla příliš využívána, neboť zde také doposud nebyla standardizována. Částečně odkrývá i některé nedostatky a nevýhody této poslední zmiňované verze Beckova inventáře deprese, které jsou diskutovány v jejím závěru.

Abstract

A certain level of depressive symptoms also occurs at healthy individuals and their groups still not tell the nature of depressive illness. This thesis deals with the most detailed mapping of subjectively perceived symptoms of depression in a non-clinical part of the Czech adult population using the latest version of the Beck Depression Inventory BDI-II. Selfassessment/referral questionnaire BDI-II offers several options for exploring of depressive symptoms which in this work are all used and analyzed in a view of the sex and age of the respondents. Research set consists of persons aged 20 to 84 years and is further divided into 5 subgroups that represent developmental stages from young adulthood to the right age-elderness bounded according Příhoda (1971). The aim here is not only to determine the overall level of depressive symptoms at examined people but also the intensity, type and characteristic representation of the symptoms of depression according to BDI-II in the research file, including a comparison of the differences between men and women and age subgroups of the above mentioned aspects together. The work does not attempt to explain observed phenomena, because the presence or development of certain symptoms of depression or mental discomfort experiences in the population is influenced by many factors. It includes, however, comparing the results with theoretical knowledge in the field of developmental psychology and some of the existing studies that deal with the relationship between depressive symptoms, age and gender of people surveyed. Research results of this work may be useful not only for clinical workers but also for researchers, for example, comparing a typical image of depressive symptoms in healthy and mentally ill groups or groups with other illnesses or for monitoring depressive symptoms at nonclinical part of adult Czech population during the time. Most of the historic studies of this type is very narrowly focused (for example, only to determine the level of depressive symptoms measured by total scores on Beck Depression Inventory) and only a few of them deal with non-clinical populations. They exploit more older version of Beck Depression Inventory (BDI-IA). This thesis can also contribute to closer acquaintance with the latest version (BDI-II), which has not been too used in Czech practice yet, because it also has not been standardized there yet. Work partially uncovers some shortcomings and disadvantages of this last mentioned version of Beck Depression Inventory, which are discussed in the conclusion.

Obsah:

| | |
|------|---|
| Úvod | 7 |
|------|---|

Teoretická část

| | | |
|-----|--|----|
| 1 | Beckův inventář deprese | 10 |
| 1.1 | Historie Beckova inventáře deprese | 10 |
| 1.2 | Beckův inventář deprese – BDI-II | 11 |
| 1.3 | Využití a psychometrické zhodnocení Beckova inventáře deprese | 17 |
| 2 | Depresivní onemocnění | 20 |
| 2.1 | Deprese – vymezení termínu | 20 |
| 2.2 | Diagnostická kritéria deprese | 23 |
| 2.3 | Diferenciální diagnostika deprese | 26 |
| 3 | Depresivní porucha dle Aarona T. Becka | 30 |
| 4 | Dospělost a stáří z pohledu vývojové psychologie | 42 |
| 4.1 | Vymezení vývojových období v dospělosti a stáří | 42 |
| 4.2 | Dospělost a stáří – vývojové úkoly a mezníky | 45 |
| 5 | Symptomy deprese ve vztahu k věku a pohlaví zkoumaných osob – přehled některých současných studií | 57 |

Výzkumná část

| | | |
|--------|--|----|
| 6 | Cíle výzkumné části rigorózní práce | 67 |
| 7 | Výzkumný záměr | 71 |
| 8 | Metody | 74 |
| 9 | Výzkumný soubor | 77 |
| 9.1 | Deskriptivní statistika výzkumného souboru | 78 |
| 10 | Analýza dat a výsledky | 82 |
| 10.1 | Hladina subjektivně vnímaných příznaků deprese – celkový skóre v BDI-II | 83 |
| 10.1.2 | Celkový skóre v dotazníku BDI-II – rozdíly mezi muži a ženami | 86 |
| 10.2 | Kognitivně-afektivní a somaticko-výkonnostní příznaky deprese BDI-II | 88 |

| | | |
|--------|---|-----|
| 10.2.1 | Kognitivně-afektivní a somaticko-výkonnostní příznaky deprese BDI-II u mužů a žen | 90 |
| 10.3 | Četnost výskytu jednotlivých symptomů deprese BDI-II včetně klinicky významných položek | 91 |
| 10.4 | Subjektivně vnímaná intenzita symptomů deprese BDI-II | 101 |
| 10.4.1 | Subjektivně vnímaná intenzita symptomů deprese BDI-II u mužů a žen | 103 |
| 10.5 | Porovnání výsledků s poznatky uvedenými v teoretické části | 111 |
| 11 | Diskuze | 119 |
| 12 | Závěr | 125 |
| | Seznam použité literatury a internetových zdrojů | 129 |

Přílohy

| | | |
|--|---|----|
| | Screeningový dotazník – předvýběr | 1 |
| | Demografický dotazník | 2 |
| | Beckův inventář deprese BDI-II – záznamový arch | 3 |
| | Celkový skóre v BDI-II (hladina příznaků deprese u dospělých českých osob) - přehled výsledků | 5 |
| | Kognitivně-afektivní a somaticko-výkonnostní symptomy deprese u dospělých českých osob – přehled výsledků | 6 |
| | Přehled výsledků nejčastěji pocíťovaných symptomů deprese dle BDI-II u dospělých českých osob | 7 |
| | Přehled výsledků nejméně často pocíťovaných symptomů deprese dle BDI-II u dospělých českých osob | 8 |
| | Grafické znázornění subjektivně vnímané intenzity symptomů deprese dle BDI-II u dospělých českých osob | 9 |
| | Přehledová tabulka č. 1 ke kapitole 9 | 10 |
| | Přehledová tabulka č. 2 ke kapitole 9 | 11 |

Úvod

Vývoj individua lze dle teorií ontogenetické psychologie členit do několika samostatných vývojových fází (etap), které jsou charakteristické určitými specifickými mezníky, úkoly či zátěžovými situacemi. Zvládání každodenních nároků života spojených s vývojovou fází, v níž se právě jedinec nachází, může být doprovázeno zvýšenou psychickou zátěží, stresem nebo pocitem určitého psychického dyskomfortu. U některých osob se mohou rozvíjet také příznaky deprese, aniž by jejich soubor nebo závažnost značily přítomnost depresivního onemocnění.

Skutečností, že i u zdravých osob se vyskytuje určitá hladina depresivních symptomů si povšiml již Beck (1961), autor sebeposuzovacího dotazníku BDI-II (Beck Depression Inventory - II).

Tento Beckův poznatek mě inspiroval k výběru tématu rigorózní práce. Zajímalo mě například, jakou úroveň subjektivně pociťované depresivní symptomatologie vykazuje neklinická část dospělé populace v České republice. Podobná studie, na jejíž publikaci jsem se částečně podílela, probíhala v roce 2004 a 2005 (Preiss, Vraná, Kuchařová, 2010). Ta však byla zaměřena pouze na zjištění celkového skóru dosaženého v BDI-II výzkumným souborem vzhledem k věku respondentů, a nesplňovala zcela kritéria pro neklinickou populaci. Původní sběr dat byl navíc zacílen na jinou problematiku.

Ve své práci jsem se rozhodla učinit výrazněji rozšiřující výzkum, který by u české dospělé neklinické populace zmapoval depresivní příznaky co nejpodrobněji s využitím všech možností zkoumání, jenž Beckův inventář deprese (BDI-II) umožňuje a to vzhledem k pohlaví a věku respondentů obecně a především ve vztahu k vývojové etapě, ve které se nacházejí.

Výzkumný soubor sestávající z 387 osob je z tohoto důvodu rozdělen na pět podskupin, které reprezentují jednotlivé vývojové fáze od mladé dospělosti po pravé stáří s věkovým ohraničením vymezeným dle Příhody (1971). Pro sběr dat k výzkumné části této práce jsem využila výzkumného záměru Psychiatrického centra Praha (MZČR0PCP2005), který probíhal v letech 2005 – 2011 a v jehož rámci byl testovaným osobám vybraným z neklinické části dospělé české populace zadáván mimo jiné také dotazník BDI-II.

Tento dotazník, sestávající z 21 položek, umožňuje několik přístupů ke zmapování subjektivně pociťované depresivní symptomatiky u vyšetřovaného jedince. Pomocí výše zmíněné metody lze zjistit: 1. závažnost depresivních příznaků (celkový součet bodů, kterého jedinec v dotazníku dosáhl) 2. zastoupení jednotlivých příznaků v celkovém obraze subjektivně pociťované depresivní symptomatologie (tzn. které z 21 příznaků deprese se u daného jedince vyskytují a které nikoliv) 3. intenzitu jednotlivých symptomů (tzn. v jaké míře u sebe zkoumaná osoba daný příznak pociťuje) nebo 4. zda u vyšetřované osoby převažuje afektivní či somatická komponenta deprese.

Mezi cíle výzkumné části této rigorózní práce tak patří například zmapování, která z pěti výše uvedených věkových podskupin je v české populaci ohrožena výskytem depresivní symptomatiky nejvíce, které z 21 symptomů se v daném vývojovém období vyskytují nejčastěji a které nejméně často, zda u sebe dospělé české ženy pociťují vyšší míru depresivní symptomatiky než muži, zda v neklinické populaci převažují příznaky deprese somaticko-výkonnostní oproti kognitivně-afektivním, apod.

Cílem práce není vysvětlení příčin zjištěných jevů, neboť výskyt symptomů deprese v populaci je ovlivněn mnoha faktory, jejichž zachycení rozsah této práce nedovoluje a zkoumání by bylo rovněž velmi metodologicky náročné. Její součástí je však propojení zjištěných výsledků s poznatky z oblasti vývojové psychologie a také se závěry některých existujících studií, které se zabývají vztahem mezi věkem a pohlavím zkoumaných osob a depresivní symptomatikou.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Beckův inventář deprese

V úvodu této rigorózní práce představuji diagnostickou metodu s názvem Beckův inventář deprese. Stručně je zde uvedena historie vzniku tohoto sebeposuzovacího dotazníku, jeho výhody a nevýhody včetně možností využití a psychometrického zhodnocení. Podrobněji je zde popsána nejnovější verze této metody – Beckův inventář deprese s označením BDI-II, která je v této rigorózní práci stěžejní pro sběr a analýzu dat ve výzkumné části.

1.1 Historie Beckova inventáře deprese

Původní verze Beckova inventáře deprese s označením BDI byla vytvořena v roce 1961 Aaronem Beckem a jeho spolupracovníky (Ward, Mendelson, Mock a Erbaugh) z důvodu „nedostatku vhodných klinických a výzkumných nástrojů pro diagnostiku hloubky deprese“, se kterým se odborníci ve své praxi setkávali (Beck, Steer, Brown, 1996 in Preiss, Vacíř, 1999, s. 6). V období vzniku Beckova inventáře deprese sice pro odhalování depresivního onemocnění existoval například Jaspersův dotazník depresivity z roku 1930, ten se však v praxi příliš neujal (Beck, Steer, Brown, 1996 in Preiss, Vacíř, 1999).

Cílem Becka a jeho spolupracovníků bylo vytvořit takový inventář, pomocí kterého by bylo možno nejen identifikovat osoby s depresivní poruchou, ale také takový, který by dokázal průběžně posuzovat hloubku depresivní symptomatologie u vyšetřovaných osob například v průběhu jejich léčby (Lambert, Stephenson, 2000).

První výše zmíněná verze Beckova inventáře deprese, vytvořená v roce 1961, byla součástí diagnostického rozhovoru mezi pacientem a terapeutem, kdy zkušený examinátor pacientovi jednotlivé položky předčítal a sám odpovědi zaznamenával. Teprve později autoři vytvořili také tištěnou verzi dotazníku, kterou již pacienti vyplňovali sami. Poprvé byl inventář BDI klinicky používán v Centru pro kognitivní terapii na Lékařské fakultě Pensylvánské univerzity (Lambert, Stephenson, 2000). Jeho vývoj probíhal na pozadí psychoanalytické psychoterapie pacientů s depresí (Beck, Steer, Brown, 1996 in Preiss, Vacíř, 1999).

V roce 1972 byl inventář BDI vydán a postupem času se stal nejpoužívanějším nástrojem pro hodnocení závažnosti depresivní symptomatologie u dospělých a adolescentů (Lambert, Stephenson, 2000). Již v této době sestával inventář z 21 položek a každá z nich

byla stanovena dle teoretických základů symptomatologie depresivního onemocnění a dle diferenciálně diagnostických kritérií (Dozois, Dobson, Ahnberg, 1998). Beckův inventář deprese odrážel v této verzi 6 z 9 diagnostických kritérií deprese dle Diagnosticko-statistického manuálu duševních poruch Americké psychiatrické asociace z roku 1980 (Lambert, Stephenson, 2000).

V roce 1972 vytvořili Beck a spol. také zkrácenou verzi svého inventáře, která obsahovala pouze 13 položek. Tato verze se však v klinické praxi neosvědčila a nebyla nadále mnoho využívána (Lambert, Stephenson, 2000).

První revize testu BDI byla provedena v roce 1978 a byla vydána pod označením BDI-IA (Beck, Steer, Brown, 1996 in Preiss, Vacíř, 1999). Od vydání BDI-IA, které bylo vytvořeno v souladu s tehdejším odborným konsensem o definici deprese, však uplynulo mnoho let a také tyto definice doznaly postupem času řadu úprav. Bylo tedy doporučeno, aby se také BDI-IA stal více kompatibilním s kritérii deprese dle aktualizované DSM-IV (Dozois, Dobson, Ahnberg, 1998). To bylo impulsem k druhé revizi dotazníku, která se uskutečnila v roce 1996. Vznikl tak Beckův inventář deprese se zkratkou BDI-II. Tato verze již koresponduje s kritérii deprese dle DSM-IV (Beck, Steer, Brown, 1996 in Preiss, Vacíř, 1999).

Mezi změny, které druhá revize testu přinesla, patří například skutečnost, že každá položka nyní obsahuje nadpis, který označuje symptom deprese jako takový (smutek, plačtivost, apod.). Byly zde vynechány 4 z příznaků deprese - například změna vnímání vlastního tělesného schématu (Body Change Image) nebo ztráta hmotnosti (Weight Loss) a nahrazeny jinými - agitovanost, pocit bezcennosti, koncentrace, ztráta energie. Narozdíl od BDI-IA, který byl pacientům předkládán k vyplnění 1x týdně, se BDI-II administruje 1x za 14 dní (Beck, Steer, Brown, 1996 in Preiss, Vacíř, 1999).

1.2 Beckův inventář deprese - BDI-II

Beckův inventář deprese BDI-II, obsahuje stejně jako jeho předchozí verze BDI-IA celkem 21 položek, které představují jednotlivé příznaky a negativní myšlenky vyskytující se v různé míře u jedinců s depresí (Beck, Steer, Brown, 1996 in Preiss, Vacíř, 1999).

Jedná se o následující položky:

1. Smutek
2. Pesimismus
3. Minulá selhání
4. Ztráta radosti
5. Pocity viny
6. Pocit potrestání
7. Znechucení sám ze sebe
8. Sebekritika
9. Sebevražedné myšlenky nebo přání
10. Plačtivost
11. Agitovanost
12. Ztráta zájmu
13. Nerozhodnost
14. Pocit bezcennosti
15. Ztráta energie
16. Změna spánku
17. Podrážděnost
19. Změny v chuti k jídlu
19. Koncentrace
20. Únava
21. Ztráta zájmu o sex

Každá z těchto položek obsahuje 4 možné výroky zaměřené na intenzitu daného příznaku se skórováním v rozmezí 0 - 3 bodu. Vyšetřovaný jedinec má označit (zakroužkovat) číslo před výrokem, který nejvíce vystihuje jeho pocity za posledních 14 dní. Hodnota 0 značí nepřítomnost symptomu, 1 bod znamená, že symptom je u daného jedince přítomen v malé míře, 2 body představují závažnější intenzitu symptomu a 3 body pak jeho nejvyšší hladinu. Dosažené bodové hodnoty se poté sčítají. Nejvyšší možný skór, kterého lze v dotazníku dosáhnout, je 63 bodů. Minimální pak v hodnotě 0.

U položek s názvem Změna chuti k jídlu a Změna spánku existují dvě alternativy odpovědi. Jedná se o tzv. „klinicky významné položky“. Na celkový skór v BDI-II nemají vliv (hodnotí

se stejně 0,1,2 nebo 3 body), avšak tyto odpovědi je důležité sledovat, neboť mají klinický význam (Beck, Steer, Brown, 1996 in Preiss, Vacíř, 1999). Jedná se o příznaky deprese, které se mohou vyskytnout v kladné nebo záporné míře. Například u poruch spánku může jedinec trpět insomnií nebo hypersomnií. Podobně je tomu v chuti k jídlu, neboť u osob s depresí se může vyskytovat jak přejídání se, tak i nechutenství. U těchto dvou klinicky významných položek existuje následující možnost hodnocení:

- 0 - symptom nepřítomen (žádné změny ve stravovacích návycích nebo v potřebě spánku)
- 1a - větší potřeba spánku, snížený příjem potravy
- 1b - menší potřeba spánku, zvýšená chuť k jídlu
- 2a - mnohem větší potřeba spánku, mnohem menší příjem potravin
- 2b - mnohem menší potřeba spánku, mnohem větší chuť k jídlu
- 3a - spánek po většinu dne, žádná chuť k jídlu
- 3b - časně probouzení s nemožností znovu usnout, neustálá potřeba konzumace potravin

Původní Beckův inventář deprese, včetně jeho první revidované verze, neuvažoval u symptomů změna spánku a změny v chuti k jídlu tyto dvě možné alternativy. Dotazoval se pouze na snížení chuti k jídlu a nižší množství spánku. Teprve BDI-II obsahuje výběr odpovědí zaměřených také na zvýšenou míru těchto příznaků (vyšší chuť k jídlu, větší potřeba spánku), neboť se rovněž jedná o ukazatele deprese, avšak pouze v opačném směru (Dozois, Dobson, Ahnberg, 1998).

Jak již bylo uvedeno, Beck se svými spolupracovníky vytvořili tento inventář deprese především proto, že v praxi tehdejší doby chyběl vhodný nástroj k posouzení hloubky a závažnosti deprese. Z tohoto důvodu také Beck a spol. stanovili tzv. „cut-off“ skóry vycházející z celkového součtu bodů dosažených v tomto dotazníku. Skór do 10 bodů původně považoval Beck za známku mírné dysforie a 10-15 bodů za ukazatel mírné deprese. Součet v rozmezí 16-23 bodů již naznačoval u vyšetřované osoby přítomnost středně těžké fáze deprese. 24-63 bodů pak podle Becka dosahovali pacienti s těžkou depresí (Beck, Steer, 1987).

V současné době se dle manuálu z roku 1999 pro administraci BDI-II doporučují následující cut-off skóry a kategorie z hlediska závažnosti deprese (Beck, Steer, Brown, 1996 in Preiss, Vacíř, 1999):

Tab.č.1: Závažnost deprese dle celkového skóru v BDI-II

| Celkový skór (cut-off) | Závažnost deprese |
|------------------------|-------------------|
| 0 – 13 | minimální |
| 14 – 19 | mírná |
| 20 – 28 | střední |
| 29 – 63 | těžká |

Cut-off skór v rozmezí 0-13 bodů lze dle manuálu poslední revize dotazníku BDI-II považovat za nepatologický ve smyslu přítomnosti depresivní poruchy nebo její fáze. Tato minimální míra depresivní symptomatiky se vyskytuje dle Becka a spoluautorů také ve zdravé (neklínické) populaci. Pokud však jedinec dosáhne celkového součtu 13 bodů a výše, měl by být doporučen k podrobnějšímu psychiatrickému vyšetření, neboť je pravděpodobné, že trpí mírnou, střední nebo těžkou depresivní poruchou (Beck, Steer, Brown, 1996 in Preiss, Vacíř, 1999).

Domnívám se však, že odborník, který s touto metodou pracuje, by se neměl striktně řídit pouze celkovým součtem bodů, kterého jedinec v dotazníku dosáhl, ale měl by pozorně sledovat především položky, ve kterých skóroval. Pokud by vyšetřovaná osoba u sebe uvedla například přítomnost symptomů sebevražedné myšlenky, smutek nebo změny v chuti k jídlu (nechutenství) a vybrala u nich odpovědi s nejvyššími hodnotami (3 body), neváhala bych s okamžitým doporučením k jejímu podrobnějšímu vyšetření. V celkovém součtu by sice dosáhla pouze 9 bodů, avšak v jedněch z nejzávažnějších symptomů depresivní poruchy.

Položky dotazníku BDI-II lze rozdělit do dvou základních komponent depresivní symptomatologie: kognitivně-afektivní a somaticko-výkonnostní. 13 položek (smutek, ztráta radosti, plačtivost, agitovanost, ztráta zájmu, nerozhodnost, ztráta energie, změna spánku, podrážděnost, změny v chuti k jídlu, koncentrace, únava a ztráta zájmu o sex) s možným bodovým součtem 0-39 je ukazatelem kognitivně-afektivní složky deprese a zbývajících 8 položek (pesimismus, minulá selhání, pocit viny, pocit potrestání, znechucení sám ze sebe, sebekritika, sebevražedné myšlenky nebo přání a pocit bezcennosti) s rozsahem

0-24 bodů vypovídá o somaticko-výkonnostních příznacích deprese (Goldberg, Breckenridge, Sheikh, 2003; Beck Depression Inventory, 2009).

Rozlišení na kognitivně-afektivní a somaticko-výkonnostní komponenty deprese může být významné nejen v diagnostice závažnosti, intenzity nebo chronicity depresivního onemocnění, ale také při stanovení jeho prognózy a léčby. Nápomocné může být rovněž v odhalení druhu deprese – endogenní nebo reaktivní⁽¹⁾ (Ender, Rutherford, Denisoff, 1999). Elkin (1985) a spoluautoři se domnívají, že jedinci s vysokým skórem v kognitivně afektivní složce a s minimálním nebo nulovým skórem v komponentě fyziologické (somatické), mohou lépe reagovat na kognitivní terapii a naopak méně na farmakoterapii (Elkin, et al., 1985).

Administrace Beckova inventáře deprese (BDI-II) je písemná a obvykle trvá i s vyhodnocením 5-10 minut. Instrukce vyzývá testovaného, aby zakroužkoval vždy jen jednu odpověď podle toho, která ho nejvíce vystihuje za posledních 14 dní včetně dne, ve kterém dotazník vyplňuje. V případě, že jeho současnému stavu odpovídá několik tvrzení, měl by vybrat vždy to s vyšším bodovým ohodnocením. Pokud testovaný není schopen číst nebo psát, je možné, aby jednotlivé položky přečetl a zaznamenal examinátor. Zde však nelze vyloučit vliv zapamatování, kdy nejlépe si pamatujeme první a poslední části přečteného textu. Může tak dojít ke zkreslení celkového skóru tím, že testovaný vybere první nebo poslední výrok, který zaslechl, aniž by ho skutečně v aktuální době vystihoval. Tendenci k výběru nejvýraznějších nebo naopak nejméně výrazných odpovědí by měl odborník také věnovat zvýšenou pozornost, neboť tento efekt se často vyskytuje u pacientů s těžkou depresí. Dotazník BDI-II lze aplikovat u osob od 13 let věku. Beckův inventář deprese nezjišťuje depresivitu jako rys osobnosti, ale pouze aktuální stav (Beck, Steer, Brown, 1996 in Preiss, Vacíř, 1999).

(1) Pozn.: V současné době se již nerozlišuje mezi těmito dvěma typy deprese.

Beckův inventář deprese je v oboru psychiatrie široce používaným nástrojem pro hodnocení závažnosti depresivního onemocnění a slouží také ke zjišťování přítomnosti depresivních symptomů (screening). Od vytvoření první verze tohoto dotazníku byla uskutečněna řada studií, která jej využívá. Jen do roku 1998 jich bylo uskutečněno více než 2000. V mnoha částech světa (také ve východních kulturách) je metoda BDI (bez ohledu na to, zda se jedná o první či druhou revidovanou verzi) považována za citlivou, validní a osvědčenou nejen ve výzkumu, ale také v klinické praxi (Beck, Steer, Brown, 1996 in Preiss, Vacíř, 1999).

Beckův inventář deprese od svého vzniku prošel, jak již bylo uvedeno, dvěma revizemi a v současné době koresponduje s diagnosticko-statistickým manuálem DSM-IV. Nenalezla jsem však žádnou studii, která by ověřovala do jaké míry je kompatibilní také s Mezinárodní klasifikací nemocí MKN-10, používanou především v evropských zemích.

V průběhu své dosavadní praxe jsem si všimla, že na některých psychiatrických a psychologických pracovištích v České republice se častěji používají předchozí verze Beckova inventáře deprese (BDI, BDI-IA). Jedním z důvodů je možná skutečnost, že druhá revidovaná verze s označením BDI-II zde nebyla doposud standardizována. Tato práce by tak mohla alespoň částečně přispět k seznámení se s touto nejnovější verzí inventáře deprese BDI-II a k jejímu snadnějšímu uvedení do praxe v našich podmínkách.

1.3 Využití a psychometrické zhodnocení Beckova inventáře deprese

Beckova sebesuzovací škála deprese byla primárně určena k měření hloubky deprese (Beck, Steer, Brown, 1996 in Preiss, Vacíř, 1999). Přesto je často využívána také jako screening, například pro zachycení symptomů deprese v populaci. Studie z roku 1986 vytvořená Sterem, Beckem, Riskindem a Brownem zaměřená na diskriminační validitu inventáře ukazuje, že původní verze testu (BDI) dokáže psychiatrické pacienty s depresí, od běžné (psychiatricky neléčené) populace, dobře odlišit (Lambert, Stephenson, 2000).

Otázkou, zda je Beckův sebesuzovací dotazník vhodný pro screening přítomnosti depresivní epizody, se zabýval například kolektiv autorů Viinamäki, Tanskansen a další (2003). Tito autoři se domnívají, že depresivní onemocnění nebývá vždy správně diagnostikováno, nejen v ordinacích praktických lékařů, ale často i psychiatrů, a sebesouzení pacienta považují v těchto případech za nepostradatelné. Některé somatické příznaky deprese jako jsou bolesti hlavy, ztráta chuti k jídlu, chronická únava apod., mohou být často zaměňovány za projev jiného somatického onemocnění. Výzkumnou studii provedli na souboru ambulantně léčených pacientů v ordinacích praktických lékařů a dospěli k závěru, že dotazník BDI (původní verze z roku 1961) je vhodný nejen pro měření hloubky deprese, ale také k její správné diagnostice. Dle jejich výsledků je z hlediska identifikace současné fáze depresivní epizody metoda BDI vysoce reliabilní. Ukázalo se přitom, že Beckův inventář deprese je schopen nejlépe rozlišit aktuální epizodu depresivní poruchy u ambulantních pacientů na hranici 14/15 bodu celkového skóru⁽²⁾. Autoři této studie proto doporučují používat k rozlišení mezi osobami s depresí a bez deprese toto bodové rozmezí (Viinamäki, Tanskansen, Honkalampi, et al., 2003).

(2) Pozn.: Beck, et al. ve svém manuálu pro BDI-II z roku 1996 doporučuje hraniční skór mezi depresí a normou o jeden bod nižší: cut-off 13 (Beck, Steer, Brown, 1996 in Preiss, Vacíř, 1999).

Metoda BDI je jednoduchá, stručná a konzistentní s klinicko-psychiatrickým hodnocením deprese. Výhodou je také její nezávislost na stupni dosaženého vzdělání zkoumané osoby. V praxi je užitečná nejen ke zjištění přítomnosti příznaků a hloubky deprese, ale také k zachycení případných suicidálních úvah daného pacienta. Položky inventáře pomáhají terapeutovi zaměřit se na jednotlivé symptomy deprese a zároveň poskytují informace o negativních pacientových myšlenkách a náladách. Jedná se o metodu, která je dobře využitelná v průběhu farmakoterapeutické a psychoterapeutické intervence a jako nástroj pro hodnocení efektivity léčby depresivních symptomů (Lambert, Stephenson, 2000).

Přestože Beckův inventář deprese není jediným nástrojem k posuzování depresivního onemocnění, je výjimečný tím, že dokáže dobře rozlišit závažnost deprese. Pomocí dosaženého skóru v dotazníku a stanovených limitů (cut-off) může klinik posoudit aktuální závažnost deprese daného pacienta a také vývoj tohoto onemocnění u téhož jedince v průběhu času (například od započetí léčby apod.) a volit tak adekvátní léčebný postup – intenzivnější, méně intenzivní, alternativní, případně rozhodnout o ukončení terapie (Lambert, Stephenson, 2000).

Psychometrickým zhodnocením nejnovější revidované verze Beckova inventáře deprese BDI-II se zabývali například Dozois, Dobson, et al. v roce 1998 a zjistili, že BDI-II disponuje vysokou mírou vnitřní konzistence (0,91) a vysokou reliabilitou. Reliabilita celého testu dosáhla hodnoty 0,86, kognitivně-afektivní subškály 0,85 a somatické komponenty deprese pak 0,65. Závažnost deprese (minimální, mírnou, střední, těžkou) dokáže tato metoda stanovit správně v 88% případech. Senzitivita testu je podle výsledků těchto autorů 71%. Dozois se spolupracovníky rovněž korelovali původní verzi Beckova inventáře deprese (BDI) s nejnovější (BDI-II) a zjistili, že korelace mezi těmito dvěma nástroji dosahuje hodnoty 0,93 (Dozois, Dobson, Ahnberg, 1998).

Beckův inventář deprese přináší do klinické praxe i výzkumu mnoho výhod a je mnohostranně využitelný. Lze mu však vytknout také některé nedostatky. Například to, že je pro zkoumané osoby příliš transparentní a může tak docházet k ovlivnění celkového výsledku samotným pacientem, který se tak chce prezentovat v příznivějším nebo méně příznivém světle (Lambert, Stephenson, 2000). Další nevýhodou je například to, že koreluje nejen se symptomy deprese, ale také s jinými negativními emocionálními stavy, které provázejí i jiné duševní onemocnění než jen depresi, například úzkost. Zdá se, že neměří jen

přítomnost deprese, ale také přítomnost a stupeň negativních emočních stavů, které nemusí s depresí vždy přímo souviset (Lambert, Stephenson, 2000).

Studie Malečkové z roku 1996 provedená na souboru psychiatricky léčených pacientů a kontrolní (neléčené) skupině osob ukázala, že BDI (není známo, zda se jedná o původní, či první revidovanou verzi) je sice užitečným nástrojem pro diagnostiku deprese (přestože tento inventář není k diagnostikování primárně určen), avšak není vhodný k diferenciální diagnostice. Podle výsledků Malečkové tato metoda nerozlišovala správně mezi skupinou pacientů s depresí a skupinami pacientů s jinými psychickými poruchami, které mají s depresivním onemocněním společné prvky (Malečková, 1996).

2 Depresivní onemocnění

Přestože je tato rigorózní práce zaměřena na subjektivně vnímanou depresivní symptomatiku u neklinické části české dospělé populace, považuji za důležité uvedení některých definic termínu deprese ve smyslu psychického onemocnění včetně jeho diagnostických kritérií. To je důležité především pro rozlišení mezi běžnou (normální) úrovní depresivní symptomatiky, která bude analyzována u vyšetřovaných osob ve výzkumné části této práce a příznaky, které již signalizují depresivní poruchu ve smyslu patologie. Přechod mezi normální hladinou depresivní symptomatologie a psychickou poruchou přitom může být velmi plynulý.

První část této kapitoly se zabývá definicí termínu deprese a také výskytem této poruchy v populaci. Druhá část sestává z diagnostických kritérií pro toto onemocnění dle Mezinárodní klasifikace nemocí MKN 10 včetně diferenciální diagnostiky.

2.1 Deprese – vymezení termínu

Termín deprese pochází z latinského slova *deprimere*, které znamená utlačovat nebo umlčovat. Označuje obecně jakýkoliv pokles (Deprese, 2009). V případě duševní poruchy deprese se jedná především o jeden z typických symptomů - pokles nálady. Dříve se deprese označovala pojmem *melancholie*, který znamená trdomyslnost, těžkomyslnost nebo zádumčivost (Slovník cizích slov, 2005).

Termín deprese je často používán nesprávně. Lidé jím hodnotí svůj psychický stav například tehdy, pokud se jim v daný den něco nedaří nebo se aktuálně necítí psychicky zcela dobře. V těchto případech se však jedná spíše o depresivní rozladu, která nemá s depresí jako duševní poruchou mnoho společného.

Depresivní poruchu je nutné oddělit také od běžného (normálního) smutku, jako je například truchlení po úmrtí blízké osoby. Smutek na rozdíl od deprese trvá přiměřeně dlouho a člověka s jeho okolím spíše sblíží. Patří k životu a je přirozený. Zatímco chorobná nálada – deprese, přesahuje běžnou zkušenost trpícího člověka. Nemá pro ostatní

srozumitelný důvod a také její trvání a hloubka přesahuje normální smutnou náladu. Trpícího jedince od okolí spíše izoluje (Honzák, 1999).

Deprese je duševní onemocnění, které se řadí do skupiny afektivních poruch (poruch nálady). Jedná se o častou psychickou poruchu, „*kteřá je spojená s dlouhým trváním epizody, vysokou chronicitou, častými relapsy a rekurencí, psychosociálním a tělesným narušením a vysokou suicidalitou*“ (Raboch, Zvolský, 2001, s. 259).

Mezi základní příznaky deprese patří smutná nálada, subjektivně i objektivně pozorovaná, která trvá minimálně dva týdny, dále pesimismus nebo pocity zoufalství a beznaděje. Typická je ztráta zájmů a schopnosti prožívat radost, pokles energie a zvýšená únavnost. Časté jsou rovněž pocity viny, sebeobviňování (autoakuzace), ztráta sebedůvěry, nerozhodnost a potíže s koncentrací. Co se týká psychomotorické aktivity, může se vyskytovat jak agitovanost (zvláště pokud je přítomna také úzkostná komponenta u daného jedince), tak i celková zpomalenost v chování a myšlení. K dalším příznakům patří poruchy spánku (hypersomnie nebo insomnie), změny chuti k jídlu a snížení sexuální apetence (Raboch, Zvolský, 2001).

Onemocnění depresí postihuje značné procento populace. Daňková (Demografický informační portál) uvádí, že dle posledních výsledků šetření v 27 zemích se deprese vyskytuje u 8 až 12% obyvatel. Srovnáním s ostatními státy se ukázalo, že v České republice se výskyt deprese pohybuje spíše pod průměrnou hodnotu – 7,8 % obyvatel. Nejvyšší výskyt deprese byl zaznamenán v USA a Nizozemsku, nejnižší například v Japonsku. Tato data pocházejí z výběrového šetření. Demografický informační portál připouští, že data mohou být zkreslena ochotou jedinců zahrnutých do šetření o svých potížích mluvit nebo si je připustit (Daňková, 2005).

Klinická forma deprese postihuje až 5% české populace. Depresí jsou přitom více ohroženy ženy. Některou formu unipolární deprese prodělá v životě kolem 20% žen oproti 10% mužů, neboť ženy jsou k depresi geneticky náchylnější. 3-5 % populace trpí dystimií (mírnější depresivní nálada s delším trváním). Deprese postihuje také děti a adolescenty, depresivní poruchou jich trpí kolem 4% (Cikrt, 2000).

Jak uvádějí starší prameny, například Vondráček (1975), na území České republiky (tehdejšího Československa) bylo v letech 1959 – 1961 v psychiatrických zařízeních hospitalizováno 8% pacientů s depresí (Vondráček, 1975). Procento výskytu deprese v České populaci se tedy v průběhu let příliš nezměnilo (nutno však přihlídnout ke skutečnosti, že Vondráček uvádí data sesbíraná v psychiatrických léčebnách, zatímco například Demografický informační portál provedl selektivní šetření v celé populaci).

Přestože v životě může člověk prodělat pouze jednu depresivní epizodu, riziko rekurence je vysoké. Uvádí se, že po první epizodě je riziko znovuobjevení se symptomů až 50% a po čtvrté epizodě dokonce až 90%. Depresivní onemocnění může až u 50% nemocných odeznít do 6 měsíců spontánně, avšak jedná se o poruchu, která často vyžaduje psychoterapeutický nebo farmakoterapeutický zásah - zvláště proto, že se jedná o onemocnění s vysokým rizikem sebevraždnosti a narušuje výrazně pracovní i sociální fungování postiženého člověka (Raboch, Zvolský, 2001).

Depresivní onemocnění může být klasifikováno podle intenzity jednotlivých příznaků. Rozlišuje se tak mezi lehkou, středně těžkou nebo těžkou depresí (bez psychotických příznaků nebo s psychotickými příznaky). Podle toho, zda se u jedince vyskytla v životě jen jedna epizoda nebo více, pak rozlišujeme mezi depresivní epizodou nebo rekurentní (opakující se) depresivní poruchou (Raboch, Zvolský, 2001).

Deprese má tři základní komponenty - somatickou, výkonnostní a afektivní. Mezi somatické příznaky patří takové projevy jako jsou poruchy spánku, změny chuti k jídlu nebo poruchy sexuální apetence. Mezi afektivní komponenty řadíme takové symptomy, které vyjadřují poruchy nálady. Výkonnostní komponentou souboru symptomů deprese jsou příznaky týkající se například změn psychomotorického tempa, zvýšené únavnosti nebo ztráty energie (Raboch, Zvolský, 2001).

Dříve se rozlišovalo mezi endogenní a reaktivní depresí. V současnosti se však termín endogenní deprese, který symbolizoval biologickou podmíněnost této poruchy, příliš nepoužívá, neboť se k depresi přistupuje spíše z hlediska multikauzality. Přesná etiopatogeneze není doposud známa, avšak někteří odborníci soudí, že za vznik deprese (včetně reaktivní) je odpovědno více faktorů – genetická dispozice, přítomnost stresoru nebo-li spouštějící události, psychosociální stres apod. Termín reaktivní deprese označuje chorobně

zvýšenou reakci na aktuální ztrátu – například úmrtí blízkého člověka. Avšak stejný podnět nemusí u každého jedince vyvolat depresivní onemocnění (Vondráček, 1975).

Deprese se může vyskytovat také spolu s jinou psychiatrickou poruchou. Nejčastější je patrně komorbidita s úzkostnými poruchami. Přítomna však může být také u schizofrenie nebo po jejím залечení (postschizofrenní deprese), organických poruch apod. (Raboch, Zvolský, 2001).

V souladu s Vondráčkem se domnívám, že deprese je jedna z nejzávažnějších psychických poruch. Narušuje totiž výrazně základní motivační složku života – schopnost prožívat radost. Deprese je „*onemocnění schopnosti být šťasten, je to eliminace radosti ze života*“ (Vondráček, 1975, s.218).

2.2 Diagnostická kritéria deprese

Tato kapitola je zaměřena na jednotlivé příznaky deprese (hlavní, somatické apod.) a diagnostická kritéria pro onemocnění depresivní poruchou dle Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize – MKN 10.

V mezinárodní klasifikaci nemocí zaujímá deprese místo pod kódy F32 a F33. Rozlišuje se zde depresivní fáze (kód F32) a periodická, neboli rekurentní (opakující se) depresivní porucha (F33) (Smolík, 2002).

Pro diagnostiku depresivního onemocnění bez ohledu na jeho závažnost je důležitá přítomnost následujících příznaků. Jedná se o **hlavní symptomy deprese**:

Skleslá nálada

Ztráta zájmu a radosti (pokles schopnosti radovat se)

Zvýšená unavitelnost (snížená energie a aktivita)

Klinický obraz deprese dále dotvářejí další typické symptomy tzv. **ostatní příznaky deprese**:

Pokles zájmů

Unavitelnost i po nepatrné námaze

Zhoršené soustředění a pozornost

Snížené sebevědomí a sebedůvěra

Pocity viny a bezcennosti

Smutný a pesimistický pohled do budoucnosti

Myšlenky na sebepoškození a sebevraždu

Poruchy spánku

Snížená chuť k jídlu (Mezinárodní klasifikace nemocí, 2006).

Jak již bylo uvedeno v předchozím textu, deprese má tři základní komponenty. Afektivní, somatickou a výkonnostní. Soubor somatických příznaků bývá označován jako „somatický syndrom“. Jedná se o termín, který je v Mezinárodní klasifikaci nemocí vyhrazen pro zvláště těžké, klinicky významné příznaky deprese, které jsou většinou také objektivně pozorovatelné (Laňková, Siblíková, 2004).

Somatický syndrom, který může být přítomen v jakékoliv fázi deprese, včetně opakované (rekurentní), zahrnuje následující příznaky:

Ztráta zájmu nebo potěšení při aktivitách, které jsou normálně příjemné

Nedostatek emočních reakcí na události nebo aktivity, které normálně vyvolávají emoční odpověď

Ranní probouzení dvě nebo více hodin před obvyklou dobou

Deprese je těžší ráno

Objektivní důkaz výrazné psychomotorické retardace nebo agitovanosti

Výrazná ztráta chuti k jídlu

Úbytek hmotnosti (o 5 nebo více kg za poslední měsíc)

Zřetelná ztráta libida (Smolík, 2002)

Podle intenzity depresivních příznaků se rozlišuje mezi mírnou, střední až těžkou depresí. MKN – 10 uvádí následující kritéria pro mírnou depresivní fázi: musí být přítomny alespoň

dva z nejtypičtějších hlavních příznaků deprese (skleslá nálada, ztráta zájmu a radosti, zvýšená únavnost) plus alespoň jakékoliv dva další z hlavních příznaků deprese. Žádný z těchto symptomů by neměl být intenzivní. Jediné symptomy obtěžují, ale nezabraňují mu zcela ve vykonávání běžných sociálních nebo pracovních aktivit (Mezinárodní klasifikace nemocí, 2006).

Středně těžká fáze deprese je definována následovně: stejně jako u mírné depresivní fáze by měly být přítomny alespoň 2 ze tří hlavních příznaků deprese plus 3 nebo 4 ostatní příznaky. Pacient v této fázi je obvykle schopen účastnit se společenských, pracovních a domácích aktivit, avšak jen se značnými obtížemi (Mezinárodní klasifikace nemocí, 2006).

U těžké formy deprese se rozlišuje fáze s psychotickými příznaky a bez psychotických příznaků. Diagnostická kritéria jsou následující: přítomny by měly být všechny tři hlavní příznaky deprese uvedené u mírné a středně těžké fáze, plus 3 nebo více dalších hlavních příznaků, z nichž některé by měly být závažné. V této fázi pacienti obvykle nejsou schopni pokračovat ve společenských, pracovních nebo domácích aktivitách vůbec, nebo jen velmi omezeně. Těžká depresivní fáze s psychotickými příznaky zahrnuje všechna diagnostická kritéria jako předchozí, navíc jsou však přítomny bludy, halucinace nebo depresivní stupor (těžká psychomotorická retardace). Bludy obvykle obsahují myšlenky na potrestání nebo hrozící katastrofu, za kterou se pacient cítí být zodpovědný. Pokud se vyskytnou sluchové halucinace, obvykle jsou pomlouvačného a obviňujícího rázu. Časté jsou čichové halucinace, kdy postižený má dojem pachu špíny nebo rozkládajícího se vlastního těla (Mezinárodní klasifikace nemocí, 2006).

Všechny čtyři výše uvedené fáze musí trvat nejméně dva týdny, u posledních dvou však lze stanovit diagnózu i dříve, neboť příznaky zde obvykle bývají velmi výrazné. Pro rekurentní depresivní poruchu platí stejná diagnostická kritéria jako pro depresivní fáze. Musí se však jednat minimálně o druhou depresivní epizodu v životě pacienta s minimálním časovým odstupem od první nebo předchozí fáze dva měsíce. V průběhu onemocnění rekurentní depresí se mohou u téhož jedince vyskytovat různě intenzivní fáze (Mezinárodní klasifikace nemocí, 2006).

2.3 Diferenciální diagnostika deprese

Pro stanovení správné diagnózy deprese je nutné vyloučit jiné psychické poruchy. Tato kapitola je věnována některým nejdůležitějším psychickým poruchám, které mohou depresi připomínat. Výjimečná však není také komorbidita deprese s jiným typem psychické poruchy (Vágnerová, 2008).

Dystymie

Z hlediska délky trvání depresivních příznaků je nutné odlišit depresi od trvalé afektivní poruchy – dystymie. Podstatným rysem dystymie je velmi dlouho trvající pokles nálady. Příznaky sice jsou v mnohém podobné depresi, avšak nejsou dostatečně vážné, aby splňovaly kritéria pro některou depresivní fázi nebo rekurentní depresivní poruchu. Dystymie obvykle začíná v rané dospělosti a trvá nejméně dva roky. Někdy se jedná o celoživotní poruchu (Raboch, Zvolský, 2001; Höschl, Libiger, 2004; Smolík, 2002; Mezinárodní klasifikace nemocí, 2006).

Organické duševní poruchy a poruchy vyvolané užíváním psychoaktivních látek

Deprese může připomínat některé organicky podmíněné duševní poruchy (například demenci) především snížením psychomotorického tempa a někdy více či méně přechodným kognitivním deficitem, který je často způsoben pouze nedostatečnou koncentrací pozornosti a celkovou zpomaleností myšlení u osob s depresí (Raboch, Zvolský, 2001; Höschl, Libiger, 2004; Mezinárodní klasifikace nemocí, 2006). Na základě analýzy řady studií byl sice u osob s depresí shledán kognitivní deficit i v období remise, avšak oproti skutečné demenci nebo jiné organické poruše je velmi subtilní a při běžném kontaktu s pacientem ani nemusí být rozpoznán. Častější jsou stesky na pocit snížené duševní výkonnosti samotným pacientem, než na první pohled zaregistrovatelné změny, které jsou většinou prokázány až užitím citlivé diagnostické metody (Preiss, 2008).

Například právě zmiňované poruchy z oblasti demencí mohou připomínat stav deprese také změnami spánku. U některých typů demencí je však typický převrácený spánkový režim, kdy pacient přes den spí a v noci je aktivní, zatímco pro deprese je typické spíše časně nebo

časté probouzení, nedostatečný (pouze lehký) spánek, nebo potíže při usínání (Raboch, Zvolský, 2001; Höschl, Libiger, 2004).

Poruchy afektivity mohou být způsobeny také užíváním psychoaktivních látek. Dysforická nálada připomínající depresi se může vyskytovat například při odvykacích stavech. Pokud nasedají symptomy deprese na poruchy vyvolané účinkem psychoaktivních látek, doporučuje MKN – 10 diagnostikovat například Reziduální afektivní poruchy, nebo Depresivní syndrom navozený psychoaktivními látkami a léky (Raboch, Zvolský, 2001; Höschl, Libiger, 2004; Smolík, 2002; Mezinárodní klasifikace nemocí, 2006).

Bipolární afektivní porucha

Pokud se u jedince trpícího depresí jen jedinkrát v životě vyskytne fáze manická nebo hypomanická, nelze již diagnostikovat depresivní poruchu. Jedná se potom o bipolární afektivní poruchu. Období deprese se při tomto onemocnění s obdobím chorobně zvýšené aktivity a nálady mohou střídát. Stává se, že se manická fáze se vyskytne také u pacienta, který trpí rekurentní depresí a prožil zatím vždy pouze depresivní epizodu (Raboch, Zvolský, 2001; Höschl, Libiger, 2004; Smolík, 2002; Mezinárodní klasifikace nemocí, 2006).

Úzkostné poruchy a smíšená úzkostně depresivní porucha

Kombinace deprese a úzkosti je velmi časté psychické onemocnění. Při diferenciální diagnostice mezi úzkostí a depresí je nutné zmapovat především důvody patologického chování a projevů, například důvody vyhýbavého chování. Úzkostný člověk se různým situacím nebo podnětům vyhýbá vlivem neurčitého strachu, zatímco u jedince s depresí je toto chování způsobeno spíše konkrétním strachem ze selhání a z nekompetentnosti vlivem sníženého sebevědomí nebo proto, že se cítí být příliš unavený a vyčerpaný. U deprese i úzkostných poruch se často vyskytují rozličné somatické (vegetativní) příznaky (Raboch, Zvolský, 2001; Höschl, Libiger, 2004; Vágnerová, 2008).

Diagnostická kategorie s názvem Smíšená úzkostně depresivní porucha zahrnuje takovou afektivní poruchu, u které jsou přítomny jak příznaky deprese, tak některé symptomy úzkostné poruchy v přibližně stejném zastoupení a nelze se tedy rozhodnout ani pro jednu z nich (Mezinárodní klasifikace nemocí, 2006).

Fyziologický smutek

Příznaky deprese se přechodně mohou vyskytnout například u truchlících osob, kterým zemřel někdo velmi blízký. Na rozdíl od deprese je však fyziologický (normální) smutek méně intenzivní, nebrání adaptaci na běžnou životní zátěž, má zjevnou příčinu a spontánně by měl odeznít nejdéle po třech měsících (Laňková, Siblíková, 2004).

Deprese u psychotického onemocnění

Depresivní fáze se může vyskytnout například po atace schizofrenie. Jedná se potom o tzv. postschyzofrenní depresi. Přestože příznaky splňují kritéria pro depresi, jsou přítomny také některé schyzofrenní příznaky, ale v klinickém obraze již nepřevládají. Příznaky deprese jsou zde jen zřídka dostatečně vážné, aby splňovaly kritéria pro těžkou depresivní fázi F32.2 nebo F32.3. Deprese se vyskytuje také u schizoafektivních poruch. Pro diferenciální diagnostiku je pak podstatné, že se u pacienta vyskytují jak poruchy nálady, tak i hlavní nebo vedlejší příznaky schizofrenie (Mezinárodní klasifikace nemocí, 2006).

Poruchy nálady při somatickém onemocnění

Symptomy deprese mohou být vyvolány také somatickými činiteli. Například endokrinními poruchami, nitrolebními infekcemi, poškozením CNS, tumory, látkami podávanými při léčbě somatických onemocnění (narkotika, antikonvulziva, cytostatika apod.), ale také nedostatkem některých pro život potřebných látek, například vitamínů (Smolík, 2006).

Porucha přizpůsobení

Dle MKN – 10 mohou i méně závažné psychosociální události vyvolat začátek nebo přispět k obrazu širokého spektra poruch (deprese apod.). Jejich důležitost v etiologii těchto poruch však stále není jasná. Pokud však existuje zjevná časová souslednost výskytu příznaků deprese s prožitím stresové životní situace nebo životní změnou, navrhuje MKN – 10 diagnostiku nikoliv depresivního onemocnění dle kódů F32-39, ale Poruchy přizpůsobení (F43.2). Dominující vlastností poruchy přizpůsobení bývá krátká nebo prolongovaná depresivní reakce nebo porucha jiných emocí a chování (Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10, 2009).

Správná diagnostika včetně diferenciální diagnostiky je v praxi velmi důležitá, neboť na jejím základě je rozhodováno o optimálním léčebném postupu (vhodné medikaci, terapii, apod). Domnívám se však, že v některých ohledech jsou diagnostická kritéria dle MKN-10 poněkud nepřesná. Například pro stanovení závažnosti depresivní fáze je zde definován rozdíl mezi mírnou depresí a střední depresí pouze skutečností, že u první zmiňované jsou příznaky intenzivní méně, zatímco u druhé jsou intenzivní více a zůstává tak, domnívám se, spíše na subjektivním rozhodnutí odborníka, ke kterému stupni deprese se v diagnostice pacienta přikloní. V tomto ohledu poskytuje Beckův inventář deprese pomocí hraničních součtů bodů (cut-off) podle mého názoru přesnější rozlišení mezi jednotlivými stupni intenzity fáze depresivní poruchy. Zároveň se domnívám, že je zde nepostradatelné právě subjektivní posouzení přímo pacientem, které tento dotazník umožňuje, neboť ten zná nejlépe svůj stav před onemocněním nebo jeho případným zhoršením a může ho tak porovnávat se stavem aktuálním, například z hlediska zvládnání každodenních činností, schopnosti radovat se apod. Na základě diagnostických manuálů a jiné odborné literatury je z mého pohledu často také problematické odlišit správně například dystymii od chronické deprese.

3 Depresivní porucha dle Aarona T. Becka

Předchozí kapitola se zabývala vymezením termínu deprese a jejími diagnostickými kritérii dle Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10. V této kapitole jsou stručně nastíněny některé Beckovy poznatky, které se této psychické poruchy týkají, a také jeho zkušenosti s pacienty trpícími depresí. Beck své vědomosti a poznatky o depresi částečně využil také při tvorbě dotazníku BDI (Beck Depression Inventory).

Beck se ve své dlouholeté praxi věnoval především depresivnímu onemocnění. K teoretickému i prakticky využitelnému modelu deprese přispěl zejména tím, že podrobně popsal její jednotlivé fáze z hlediska závažnosti. Svě poznatky a závěry zakládal většinou na přímé práci s pacienty, které měl v odborné péči. Z počátku své praxe byl ovlivněn psychoanalytickou teorií. Psychoanalýza o depresi soudila, že „*je výsledkem potlačeného nepřátelství, jež se obrátí proti člověku samému a bere na sebe podobu potřeby trpět*“ (Hunt, 2000, s.553). Člověk pak tuto potřebu uspokojuje tím, že se chová takovým způsobem, který ve druhých vyvolává odmítání a odsuzování (Hunt, 2000).

Také Beck zpočátku tuto hypotézu uznával a snažil se ji empiricky ověřit shromažďováním klinických dat. Avšak při svém pozorování a analýze si všiml, že tato hypotéza se nezakládá na skutečnosti, že lidé s depresí naopak ve svém chování a jednání, ať už více či méně vědomě, velmi usilují o přijetí a souhlas druhých. (Hunt, 1999). Dále upozoroval, že lidé v depresi mají „*celkový negativní pohled na sebe, na okolní svět a na budoucnost*“ (Beck, 1976 in Hunt, 1999, s. 554). Vnímal u svých pacientů značný rozpor mezi jejich přehnaně negativním sebehodnocením a objektivní skutečností, která o nich vypovídá jinak (Beck, 1972). Zjistil, že osoby s depresí vykazují typické vzorce myšlení a představ, které se týkají tří hlavních témat. Domníval se přitom, že se jedná dokonce o pravidla ve způsobu myšlení, která se vyskytují u osob s depresivní poruchou vždy (Beck, 1970). Tyto typické vzorce myšlení pacientů trpících depresí označil jako „*kognitivní triádu*“, která se skládá z následujících charakteristik (tvrzení): 1) lidé v depresi interpretují veškeré události ve svém životě jako převážně negativní, 2) nemají se rádi a 3) svou budoucnost vnímají rovněž negativně.

Tento negativní způsob hodnocení sebe i okolního světa (kognitivní triáda) pak dle Becka spouští u jedinců s depresí další vnitřní maladaptivní, automatické formulace a představy,

kteřé je potřeba zjistit v průběhu terapie a pomoci je pacientovi přehodnotit logickým a empirickým testováním - tzv. „kognitivní restrukturalizací“ (Beck, 1970).

Kromě této „kognitivní triády“, která se typicky projevuje v myšlení pacientů s depresí, identifikoval u nich Beck pravidelně také přítomnost některých dysfunkčních postojů, o kterých se domnívá, že jsou hlavním zdrojem depresivních pocitů. Nazývá je „kognitivními omyly“ (Prochaska, Norcross, 1999), kterými jsou například:

Přílišné zobecňování. Lidé s depresí se domnívají, že negativní zkušenost z jedné situace se bude opakovat i v dalších, jen vzdáleně podobných.

Selektivní zkreslování. Nezdařené jsou jedincem zapamatovány na úkor pozitivních a úspěšných jednání a stávají se tak jediným měřítkem sebe sama.

Přílišná zodpovědnost. Jedinec se domnívá, že je zodpovědný za všechny špatné věci, neúspěchy a negativní události ve svém životě.

Vztahovačnost. Pacienti s depresí jsou přesvědčeni, že jsou zdrojem pozornosti především tehdy, když se jim něco nedaří.

Dichotomie myšlení. Osoby s depresí mají tendenci vnímat okolní dění, i sebe sama, v extrémních polohách – vše je dobré nebo je vše špatné (Prochaska, Norcross, 1999).

Beck si dále všiml, že lidé často vypovídají o tom, že jsou v depresi, přestože pozorují pouze přechodně malou změnu ve svém běžném naladění, a že termín deprese se tak používá někdy i tam, kde změny nálady ještě nereprezentují psychiatrickou diagnózu. Podle Becka však deprese zahrnuje více specifických komponent, než je tomu u běžných odchylek nálady. Na základě vlastního bádání a shrnutím některých konceptů deprese předchozích autorů, uvedl následující atributy, které jsou pro depresivní onemocnění typické a které jej vymezují od běžných depresivních rozlad:

specifické změny nálady: smutek, apatie, pocit osamělosti

negativní sebepojetí: sebeobviňování a sebevyčítání

regresivní přání a represivní sebehodnocení: jedinec touží

uniknout, skrýt se nebo dokonce zemřít

vegetativní změny: nechutenství, nespavost, ztráta sexuální apetence

změny v hladině aktivity: zpomalení nebo naopak agitovanost (Beck, 1972)

Jak již bylo uvedeno výše, deprese může být konceptualizována také dle intenzity (závažnosti) příznaků - od mírné po těžkou. Jak však uvedl Beck, zůstává otevřenou otázkou, zda pouhé změny nálady, které občas pozorují i zdraví jedinci, mohou již souviset s abnormálním stavem – například mírnou hladinou deprese (Beck, 1972). Právě snaha o nalezení odpovědi na tuto nevyřešenou otázku byla pro Becka jedním z impulsů pro vytvoření sebesouzovacího dotazníku - Beckova inventáře deprese, který je zaměřen na posouzení jednotlivých symptomů deprese z hlediska jejich intenzity a hloubky. Zhodnocení závažnosti fáze deprese považoval Beck za stěžejní nejen pro přesnější diagnostiku, ale také pro volbu adekvátního způsobu terapie (léčby). Z hlediska intenzity příznaků rozlišuje Beck následující tři kategorie (fáze) deprese (Beck, 1972): **mírná deprese, střední deprese, těžká deprese**

Beckův popis typických příznaků u pacientů s depresí, nacházejících se v různých stadiích tohoto onemocnění - mírné, střední a těžké depresi, uvádím v textu níže. Jedná se o následující symptomy deprese, které Beck popsal ve své publikaci s názvem Depression – Causes and treatment (1972):

Smutná nálada, Snížení potěšení, Ztráta emočních vazeb, Oslabení vůle, Vyhýbání se, Únik, Snížení touhy, Zvýšená závislost, Únava, Plačtivost, Negativní pocity vůči sobě, Snížené sebehodnocení, Negativní očekávání, Sebekritika, Pocit viny, Nerozhodnost, Zkreslení obrazu vlastního těla, Suicidální přání, Ztráta apetitu, Narušení spánku, Ztráta libida (Beck, 1972).

Vzhledem k tomu, že některé z příznaků deprese, které Beck (1972) v jednotlivých fázích závažnosti deprese (od mírné po těžkou) popisuje, spolu úzce souvisejí a některým z nich věnuje méně pozornosti než jiným, občas jsem v následujícím textu sjednotila více symptomů deprese v jednom odstavci. Názvy symptomů jsou zde zároveň upraveny tak, aby co nejvíce korespondovaly s českým překladem manuálu pro nejnovější verzi dotazníku BDI-II dle Preisse a Vacíře (1999), která je využita ve výzkumné části této rigorózní práce. Symptom s názvem Smutná nálada je zde proto uveden pod označením Smutek, Suicidální

přání pak jako Sebevražedné myšlenky nebo přání, Ztráta apetitu jako Změny v chuti k jídlu apod.

Mírná deprese:

Smutek, Ztráta radosti

Jedinec v této fázi deprese vypovídá, že se cítí smutný, avšak tento pocit není trvalého charakteru a kolísá během dne. Zažívá také chvíle, kdy se dokáže radovat a být veselý. Dysforická nálada takového jedince je odklonitelná určitými podněty (například vyslovením vtipu, anekdoty nebo vyprávěním nějaké oblíbené události). Pacient v mírné depresi však zároveň obvykle uvádí, že jakékoliv vtipné historky v něm nevyvolávají takový stupeň uspokojení jako dříve. Lidé v mírné depresi si stěžují, že z jejich života vyprchalo mnoho radosti (ze zaměstnání, z rodiny nebo z kontaktu s přáteli), kterou dříve dokázali prožívat (Beck, 1972).

Ztráta zájmu, Ztráta energie, Únava

Pacienti v mírné depresi ztrácejí spontaneitu v činnostech, které je dříve zajímaly a přinášely jim uspokojení. Obvykle vypovídají, že veškerou činnost vykonávají pouze mechanicky, aniž by přitom pociťovali nějaké emoce. V této úrovni deprese se u pacientů vyskytuje silná inklinace k vyhýbání se a odkládání úkolů, které jsou pro ně nezajímavé nebo vyžadující větší úsilí a odpovědnost. Dříve vůdčí a nezávislé osobnosti touží v této fázi deprese spíše po vedení a podpoře od okolí, neboť se cítí být insuficientní. Odpovědnost, povinnosti a jiná snažení je přestávají uspokojovat. Často ztrácí radost také z relaxace nebo rekreace. Dříve velmi aktivní pacienti, kteří se necítili být vyčerpaní ani po mnoha hodinách práce, se nyní cítí být prací unaveni i po krátkém časovém úseku. Krátký odpočinek sice obvykle jejich vitalitu obnoví, ale pouze na přechodný okamžik (Beck, 1972).

Plačtivost

Pacienti jsou více náchylní k plačtivosti nebo křiku. Události, které je dříve nedojímaly u nich náhle mohou vyvolat slzy. Zvýšená plačtivost je typická především u žen trpících mírnou depresí než u mužů, neboť pro muže je patrně vlivem přijetí maskulinních norem plakat méně obvyklé (Beck, 1972).

Znechucení sám ze sebe, Minulá selhání, Pesimismus,

Pocit bezcennosti, Sebekritika, Pocit viny

V mírné depresi bývá člověk přehnaně citlivý na své omyly a chyby. Nepřesnosti, kterých se dopustí, vnímá jako odraz vlastní neschopnosti. Srovnává se neustále s ostatními lidmi a dospívá k názoru, že je méně dobrý. Jedinec v této fázi onemocnění očekává negativní výsledek například v nejasně strukturované nebo dvojsmyslné situaci. Objevují se zde pocity viny a sebekritika i tehdy, pokud nebylo dosaženo perfekcionistického standardu nebo kdy došlo jen k malému pochybení či pomalému řešení problému. Pacienti v této fázi se často cítí být zklamáni sami sebou. Tento pocit je často doprovázen myšlenkami, že nemá smysl se o cokoliv pokoušet (Beck, 1972).

Nerozhodnost

Pacienti v mírné depresi se hůře rozhodují. Jestliže dříve docházeli k rozhodnutí snadno a bez zbytečného přemýšlení, nyní zvažují i málo pravděpodobné a bezvýznamné alternativy, které by mohly nastat. Pokud mají učinit rozhodnutí, pocítují strach a také navenek působí velmi nejistě. Potřebují a vyžadují většinou potvrzení správnosti svého úsudku a jednání od jiné osoby (Beck, 1972).

Zkreslení obrazu vlastního těla (v BDI – II je tento symptom vynechán)

Lidé trpící mírnou formou deprese se začínají excesivně koncentrovat na svůj tělesný vzhled (zejména na jeho případné nedostatky a nedokonalosti). Zvláště ženy se přehnaně pozorují v zrcadle a často se začínají také neadekvátně zaobírat svou váhou. (Beck, 1972).

Sebevražedné myšlenky nebo přání

Sebevražedná přání referovalo v Beckově výzkumném souboru až 31% procent mírně depresivních pacientů. Zaznamenány zde však byly spíše ideatorní představy, které nesměřovaly ke konkrétnímu sebevražednému činu. Postoj ke smrti u osob s mírnou fází deprese je většinou ambivalentní. Přejí si občas zemřít, ale zároveň se smrti obávají. (Beck, 1972).

Změny chuti k jídlu

Pacienti v mírné depresi si často stěžují, že konzumace potravin jim nyní nepřináší takový užitek jako dříve. Nechutenství se týká i potravin dříve oblíbených (Beck, 1972).

Změna spánku

V oblasti kvality a množství spánku pacienti obvykle referují, že se nyní probouzejí o několik minut až půl hodiny dříve než byli zvyklí, nebo předtím než jim zazvoní budík. Výjimečná zde však není ani zvýšená potřeba spánku oproti dřívějšímu stavu (Beck, 1972).

Ztráta zájmu o sex

Mírně depresivní pacienti ztrácejí spontánní sexuální touhu a také schopnost reagovat na sexuální podněty. V některých případech však může být sexuální touha naopak zvýšená (Beck, 1972).

Střední deprese:

Smutek, Ztráta radosti

Dysforická nálada u osob trpících středně závažnou fází deprese je trvalejšího a výraznějšího charakteru. Odklonit náladu takového jedince je obtížnější a pokud se to podaří, radostná nálada u něj obvykle vydrží jen přechodný okamžik. Přestože se po zaslechnutí vtipné anekdoty občas zasměje, obvykle se necítí být pobavený. Má tendenci brát její pointu vážně a nedokáže její smysl odlehčit. Dysforie zde bývá výraznější především v ranních hodinách a v průběhu dne má tendenci k mírnému zlepšení. Pacienti vykazující střední hladinu deprese se cítí většinu času jakoby znudění. I když se pokoušejí radovat ze svých dříve oblíbených aktivit, cítí jen emocionální plochost. Dočasně někdy dosáhnou úlevy po změně aktivity, například během dovolené, ale pocit znuděnosti a prázdnoty se vrací, jakmile se navrátí ke svým obvyklým činnostem (Beck, 1972).

Ztráta zájmu, Ztráta energie, Únava

Ztráta zájmů a pozitivních pocitů postupně přivádí pacienty se středně závažnou depresí až k celkové lhostejnosti. Mnoho z nich popisuje pocit pomyslné zdi mezi nimi a okolím. Rodinní příslušníci obvykle začínají být chováni takto nemocného jedince znepokojeni a nedokáží pochopit, co se s ním děje. Není výjimečné, že pacient v této fázi deprese přestává zvládat například péči o své děti tak jako dříve. Ženy většinou začínají také zanedbávat svůj vzhled. Ztráta spontaneity při vykonávání činnosti se v této úrovni depresivního onemocnění rozšiřuje již i na obvyklé činnosti. Aktivita se zde přesouvá spíše na promyšlení způsobů, jak se činností a povinnostem vyhnout. Objevuje se zde inklinace spíše k pasivním činnostem jako je sledování televize nebo konzumace alkoholu. V kontrastu s těžkou fází deprese však tito pacienti referují, že mají ještě sílu něco udělat. Jsou schopni reagovat na tlak okolí, aby určitou činnost vykonali, avšak nevyvíjejí příliš vlastní iniciativy k zahájení jakékoliv činnosti. Unavení se však cítí být již ráno po probuzení. Odpočinek nebo relaxace většinou nemají v obnovení sil úspěch a pocit vyčerpání ještě zhoršují. Pomoc a podporu okolí někdy potřebují i při řešení triviálních problémů. Obsahem denního snění těchto pacientů bývá například myšlenka odpočinku na pustém ostrově. Sociální vztahy a komunikace jsou pro ně příliš náročné a vyčerpávající. Pokud se zde objeví touha po sociálním kontaktu, je zde nebezpečí druhého extrému – závislosti na konkrétní osobě. (Beck, 1972).

Plačtivost

Pláč pacientů ve střední fázi deprese je často patrný již v prvním kontaktu s odborníkem při psychiatrickém vyšetření a většinou je zcela bezdůvodný. Dokonce i muži, kteří uvádějí, že od svého dětství neplakali, vypovídají, že si nyní nemohou pomoci a nedokáží pláč zastavit. Po vyplakání se cítí pacienti ve střední depresi sice občas úlevu, ale častěji je to přivádí spíše do ještě větší dysforie (Beck, 1972).

Znechucení sám ze sebe, Minulá selhání, Pesimismus,

Pocit bezcennosti, Sebekritika, Pocit viny

Obsahem myšlení depresivních pacientů v této fázi je především pocit vlastní nedokonalosti a nedostatečnosti. I neutrální situace v nich vyvolávají přesvědčení, že jsou neschopní. Pokud se ohlédnou zpět do minulosti, vidí samá selhání a chyby a své úspěchy

v porovnání s nimi jako slabé. Stěžují si, že ztratili pocit sebedůvěry a pokud mají zahájit některou činnost, předem reaguji slovy, že to nedokáží. Realistické smýšlení o sobě sama je spíše přechodného charakteru, převažuje podceňování se. Pokud jde o budoucnost, očekávají, že není nic, na co by se mohli těšit a domnívají se, že je nečeká nic dobrého. Krutě se odsuzují za všechny aspekty své osobnosti nebo chování, o kterých soudí, že jsou nestandardní. Kritizují se i za nehody, které se zjevně nestaly jejich vinou (Beck, 1972).

Nerozhodnost:

Obtíže při rozhodování zde prostupují již do všech každodenních aktivit. Pacienti jsou nyní váhaví například i v tom, co si ráno obléknout. Jejich váhavost a neschopnost učinit rozhodnutí mívá následky i v drobných praktických záležitostech života (Beck, 1972).

Zkreslení obrazu vlastního těla

Koncentrace na fyzický vzhled je u těchto pacientů ještě výraznější. Domnívají se, že jejich tělo doznalo negativních změn, přestože neexistuje žádný objektivní důkaz této jejich představy. Cítí se být oškliví. Na své tváři neadekvátně pozorují nárůst vrásek a často mají pocit, že jejich tvář vyžaduje zásah v podobě plastické chirurgie. V praxi je často zaznamenán dojem pacienta, že přibírá na váze, zatímco objektivní měření ukazuje opak (Beck, 1972).

Sebevražedné myšlenky nebo přání

Suicidální myšlenky u středně depresivních pacientů nabývají konkrétnějšího rázu a jsou více přesvědčivé a frekventovanější. Je zde velké riziko, že dojde k náhlému impulzivnímu suicidálnímu jednání. Pacienti si často přejí, aby se ráno neprobudili, a domnívají se, že jejich rodině a všem ostatním lidem by bylo lépe, kdyby zemřeli. Představy, týkající se sebevraždy, jsou zde však stále spíše pasivního charakteru. Často si například přejí, aby zemřeli nešťastnou náhodou. Aktivně však zvyšují pravděpodobnost, že by se něco takového mohlo stát, například rychlou jízdou při řízení automobilu (Beck, 1972).

Změny chuti k jídlu

Chuť k jídlu je u jedinců trpících střední fází deprese minimální a vyúsťuje ve značné snížení nebo až k odmítání příjmu potravy (Beck, 1972).

Změna spánku

Spánek těchto pacientů je narušen mnohem výrazněji než u osob v mírné depresi. Probouzí se většinou o jednu až dvě hodiny dříve než obvykle. Časté je zde také probouzení se po třech až čtyřech hodinách spánku s opětovným usnutím. Pacienti ve střední depresi si obvykle stěžují, že se spánkem necítí být vůbec osvěženi. Mají pocit, že většinu času spí pouze lehce a povrchně. V některých případech však naopak vykazují excesivní potřebu spánku a prospí až dvacet hodin denně (Beck, 1972).

Ztráta zájmu o sex

Sexuální touha středně depresivních pacientů je výrazně snížena a probouzí se většinou pouze na základě výraznější stimulace (Beck, 1972).

Těžká deprese:

Smutek, Ztráta radosti

V těžké fázi deprese vypovídá až 70% pacientů, že se cítí trvale smutně a prožívá značné pocity beznaděje. Smutek pociťují velmi výrazně a často se obávají, že v tomto stavu nebudou schopni dlouho vydržet. Vůči aktivitám, které je dříve upoutávaly, cítí nyní přímo averzi. Projevy lásky nebo přátelství jim nepřinášejí žádný stupeň uspokojení. Téměř uniformně si stěžují, že jim uspokojení nepřinášejí už vůbec nic. Jejich rozlada ze života může progredovat až do celkové apatie. V této fázi deprese není jedinec schopen odpovídat adekvátně na vtipné příběhy jako ostatní lidé. Je zde velká pravděpodobnost, že na agresivní nebo hostilní obsah anekdoty bude reagovat znechucením, nebo se bude dokonce cítit dotčen a zraněn (Beck, 1972).

Ztráta zájmu, Ztráta energie, Únava

V těžké úrovni deprese se pacienti cítí natolik unavení, že jsou až paralyzováni pro jakoukoliv aktivitu. Nemají dostatek energie ani k vykonávání takových činností, které jsou v každodenním životě nutné (umýt se, obléknout se, apod.). Působí jakoby nepohyblivě. Častá je u nich neschopnost vstát z postele v průběhu celého dne. Nemají dostatek sil o kohokoliv nebo cokoliv se starat a občas pocítují dokonce averzi vůči svým blízkým, kteří se jim snaží pomoci, což bývá zpětně doprovázeno výčitkami svědomí. V extrémních případech se tito pacienti stávají netečnými vůči jakékoliv komunikaci. Zůstávají zcela v pasivitě a potřebují péči druhých. V této fázi deprese je velké nebezpečí, že pacient zvolí jako formu úniku ze své nesnesitelné a neřešitelné situace sebevraždu. (Beck, 1972).

Plačtivost

V těžké depresi pacienti často referují, že přestože se cítí velmi smutní, nedokáží plakat. Pokud u nich k pláči dojde, stává se, že nebývá doprovázen přirozenou fyziologickou reakcí - slzami (Beck, 1972).

Znechucení sám ze sebe, Minulá selhání, Pesimismus,

Pocit bezcennosti, Sebekritika, Pocit viny

Sebekritika v těžké fázi depresivního onemocnění nabývá extrémních podob. Někteří pacienti se dokonce domnívají, že jsou zodpovědní za všechno násilí a utrpení ve světě a že jejich současné problémy jsou jen trestem za minulé hříchy. Sebehodnocení těžce depresivních pacientů je na velmi nízké úrovni. Velmi drasticky podceňují své osobnostní schopnosti, své postavení v roli rodiče, partnera, zaměstnance apod. Připadají si jako bezcenní, nešikovní a celkově selhávající. Cítí se na světě jako přítěž a bývají přesvědčeni, že by bylo všem lépe, pokud by zemřeli nebo se nikdy nenarodili. Jakékoliv pokusy korigovat pacientovy chybné představy o vlastní neschopnosti jsou většinou marné. Budoucnost vidí černě a beznadějně. Lidé v těžké depresi se domnívají, že jejich potíže nemohou nikdy skončit a že už nikdy nebude lépe. Jejich pocity často vyúsťují až v sebenenávist. Považují se za celkově špatné a opovržením hodné (Beck, 1972).

Nerozhodnost

V těžké fázi deprese se o sobě obvykle pacienti domnívají, že nejsou schopni učinit žádné rozhodnutí a proto se takovým pokusům zcela vyhýbají. Často pochybují o všem co dělají a co říkají (Beck, 1972).

Zkreslení obrazu vlastního těla

Představa o neatraktivitě vlastního těla se u osob v těžké depresi prohlubuje a stává se také více zafixovanou. Pacienti v této fázi se někdy považují dokonce za zcela odpuzující a jsou přesvědčeni, že ostatní lidé se od nich odvrací hnusem (Beck, 1972).

Sebevražedné myšlenky nebo přání

Pacienti trpící těžkou depresí nezůstávají pouze u pasivních představ ohledně myšlenek na vlastní smrt. Časté je, že se o sebevraždu již pokusili nebo je zde velká pravděpodobnost, že se o to budou chtít pokusit. Přání zemřít je u nich velmi intenzivní a ještě výrazněji může směřovat k sebevražedné aktivitě (Beck, 1972).

Změny chuti k jídlu

Lidé s těžkou depresivní fází mohou trpět úplnou averzí k příjmu potravy. Pokud něco snědí, bývá to spíše na nátlak okolí. V praxi jsou u těchto osob zaznamenávány výrazné ztráty hmotnosti (Beck, 1972).

Změna spánku

Spánek pacientů v těžké depresi trvá obvykle jen čtyři až pět hodin denně a poté co se probudí již většinou nejsou schopni znovu usnout. Často referují, že nespali po celou noc a že si její průběh dobře pamatují (Beck, 1972).

Ztráta zájmu o sex

Schopnost odpovídat na sexuální podněty se u těžce depresivních pacientů zcela vytrácí a výjimečná u nich nebývá také úplná averze k sexuálním aktivitám (Beck, 1972).

Výše uvedené Beckovy poznatky, které se týkají prožívání a pocitů pacientů v různých fázích deprese z hlediska její intenzity, považuji za velmi podnětné. Tento autor uvažoval u svých pacientů nejen o jejich stavu po onemocnění depresí, ale také o jejich dřívější subjektivní normě. V souladu s Beckem se domnívám, že při posuzování závažnosti deprese je nutné zvážit pacientův stav před atakou deprese - například také jeho temperament. V průběhu své dosavadní praxe jsem si všimla, že zvláště u více temperamentních osob jsou některé z příznaků deprese velmi obtížně objektivně pozorovatelné. Také v těžké fázi deprese mohou podle mého pozorování působit, v porovnání s ostatními (méně temperamentními) osobami trpícími těžkou depresí, stále velmi energicky a mohou také přijatelněji zvládat nároky života. V jejich výrazu někdy nebývají patrné ani známky skleslosti nebo staženosti typické pro tzv. „facies depressiva“. Dříve temperamentní a energický jedinec tak může být, domnívám se, v praxi nesprávně označen za simulanta nebo diagnostikován například pouze pro lehkou depresivní epizodu, bez ohledu na závažnost jeho stížností, se kterými odborníka navštívil. Subjektivní posouzení přímo pacientem, který zná svůj minulý stav nejlépe, považuji nejen v těchto případech za nepostradatelné, neboť umožňuje předejít chybné diagnostice a tím napomáhá k volbě adekvátního léčebného postupu.

4 Dospělost a stáří z pohledu vývojové psychologie

Výzkumný soubor v této rigorózní práci sestává z dospělých osob ve věku 20-84 let, zahrnuje tedy jedince v období dospělosti a stáří. Následující kapitola se proto zabývá dospělostí a senií z pohledu vývojové psychologie. První její část (podkapitola) je zaměřena na věkové vymezení jednotlivých vývojových období v dospělosti a stáří, které bude nadále využíváno pro rozdělení výzkumného souboru ve výzkumné části této práce. Druhá podkapitola se zabývá vývojem individua v dospělosti a stáří s ohledem na nejdůležitější vývojové úkoly a mezníky, kterými od dosažení dospělosti prochází, neboť četné studie poukazují na souvislost mezi zátěžovými situacemi, životními událostmi a rozvojem depresivní symptomatiky. Každé vývojové období sebou přitom přináší specifické nároky, které jsou na jedince kladeny a v této části kapitoly budou popsány.

4.1 Vymezení vývojových období v dospělosti a stáří

Období dospělosti a stáří lze podle teorií vývojové psychologie členit na několik samostatných fází. V literatuře se nejčastěji uvádí tři vývojové etapy pro dospělý věk – mladá dospělost (někdy též časná), střední dospělost a starší dospělost neboli presenium. Pokročilejší věk – stáří, pak bývá dále členěn na rané (časné) stáří a pravé stáří.

Věkové ohraničení těchto výše uvedených fází vývoje individua se však v literatuře poněkud různí. Někteří autoři uvádějí datování mladé dospělosti v rozmezí 20-40 let, střední dospělosti 40-50 let a starší dospělosti 50-60 let, raného stáří 60-75 let a pravého stáří 75 let a více (například Vágnerová, 2007). Jiní uvádějí začátek mladé dospělosti také kolem 20 let, ale jeho přibližné ukončení (přechod do další vývojové etapy) dříve - kolem 30. roku života jedince (například Langmeier, Krejčířová, 2006). Časná neboli mladá dospělost je podle Langmeiera a Krejčířové přechodným obdobím mezi adolescencí a úplnou dospělostí. Tito autoři dále doporučují věkové vymezení střední dospělosti od 30 do 45 let, starší dospělosti od 45 do 60 let a stáří dosažením 60. roku a více (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Zahraniční literatura, například některé výzkumné studie, které cituji v následující kapitole, pak uvádí sice obdobné věkové vymezení těchto etap, avšak s posunem několika let. Například Teichman, Siedlecki, Magee (2007) zkoumají skupiny osob mladých dospělých ve věkovém rozmezí 18-39 let, středně dospělých s věkovým ohraničením 40-59 let a skupinu

osob starších dospělých ve věku 60 let a více. Ahrens a Hoeksema (2002) pak uvádějí ještě jiné vymezení mladé, střední a starší dospělosti. Výzkumný soubor v jejich studii sestává z mladých dospělých (young adult) ve věkovém pásmu 25-35 let, středně dospělých (middle age) 45-55 let a starších dospělých (older adult) v rozmezí 65-75 let. V českém prostředí vývojové psychologie pak například Říčan (2004) popisuje vývoj individua v desetiletých intervalech (20-30 let, 30-40 let atd.).

Tuto obecnou neshodu v datování jednotlivých fází vývoje individua je nutno respektovat s přihlédnutím ke skutečnosti, že přechod z jedné vývojové etapy do další je z hlediska dosaženého věku interindividuálně variabilní. Například i podle Příhody je k fyzickému věku individua nutno přihlížet pouze orientačně, neboť chronologický věk je jen zřídka spolehlivým ukazatelem fyzického a duševního vývoje. Jakákoliv periodizace je podle Příhody pouze schematická a k jejímu vymezení je nutné přihlížet s rozptylem kolem plus minus pět let. Příhoda dále uvádí, že záleží více na individuálních fyziologických, psychologických a biologických proměnných, které jsou podmíněny například dědičností nebo interakcí jedince s prostředím (Příhoda, 1977).

Příhoda (1971) vymezuje vývoj jedince nejčastěji 15letými intervaly, což má podle něj hluboký smysl, který se projevuje například sociálně ve výměně generací. Podle tohoto autora se mnohaletým zkoumáním ukázalo, že biologický i psychologický vývoj se projevuje pravidelnou cykličností právě v patnáctiletých obdobích. Rozlišuje tak v dospělosti a stáří 5 různých vývojových etap, které nazývá: mecitma (20-30 let), období životní stabilizace a vyvrcholení (30-45 let), intraevum (45-60), stáří (60-75) a kmetství (75 let a více).

Věkové vymezení jednotlivých vývojových fází individua podle Příhody (1971) jsem se rozhodla využívat také ve výzkumné části této rigorózní práce. Jeho terminologie pro těchto 5 vývojových fází sice může působit poněkud zastarale, avšak jeho věkové ohraničení těchto etap je i v současnosti akceptované – pro srovnání shoduje se například s datováním, které uvádí Langmeier a Krejčířová (2006), avšak Příhoda (1971) se ještě podrobněji zabývá věkem po 60. roce věku – stářím a vymezuje pro toto období dvě samostatná pásma – stáří (60-75 let) a kmetství (75 let a více).

Souborné Příhodovo dílo s názvem Ontogenetická psychologie I-IV, které se zabývá vývojem individua od narození až do terminálního stadia (smrti), mě velmi zaujalo svou

propracovaností a zastoupením mnoha úhlů pohledu na danou problematiku. Příhoda zmiňuje v každé vývojové fázi hledisko sociální, psychologické, biologické i filozofické. Jednotlivé věkové hranice, kterými začíná a končí dané vývojové období, logicky a systematicky odůvodňuje. V datování jednotlivých etap vývoje individua vychází například z díla Bühlerové, Halla, Williamse a dalších.

Domnívám se, že Václav Příhoda patří mezi významné osobnosti české ontogenetické teorie i praxe a jeho dílo by nemělo být v budoucnu zapomenuto. Tato rigorózní práce tak alespoň částečně jeho tvorbu připomíná. Další z důvodů, které mě vedly k rozhodnutí používat zde nadále věkové vymezení dle Příhody, je zároveň zohlednění počtu respondentů v mém výzkumném souboru. Toto hledisko je diskutováno podrobněji v závěru rigorózní práce.

Přestože v této práci zachovávám věkové vymezení jednotlivých fází vývoje individua dle Příhody (1971), odkláním se zde od jeho původních, v současnosti již neakceptovaných, názvů. Jeho terminologii (například *mecítma*, *intraaevum* apod.) zde nahrazuji terminologií novější, která více koresponduje se současnou českou (například Vágnerová, 2007) i zahraniční literaturou (mladá dospělost, starší dospělost, atd.). Shrnutí věkových ohraničení a názvů jednotlivých vývojových fází od dospělosti do stáří, které bude nadále využíváno ve výzkumné části této rigorózní práce pro analýzu dat, uvádí následující přehledová tabulka. Pro ilustraci je v ní uvedena také starší Příhodova terminologie, která však nadále používána nebude.

Tab.č.2: Vývojové fáze v dospělosti a stáří - vymezení včetně terminologie

| Název vývojového období - v současnosti akceptovaný | Věkové ohraničení dle Příhody | Původní terminologie Příhody |
|--|----------------------------------|--|
| Mladá dospělost | 20 – 30 let | <i>mecítma</i> |
| Střední dospělost | 30 – 45 let | období životní stabilizace a vyvrcholení |
| Starší dospělost | 45 – 60 let | <i>intraaevum</i> |
| Rané stáří | 60 – 75 let | <i>stáří</i> |
| Pravé stáří | 75 let a více | <i>kmetství</i> |

4.2 Dospělost a stáří – vývojové úkoly a mezníky

Jak již bylo uvedeno výše, každé vývojové období v životě člověka s sebou přináší specifické nároky a zátěžové situace, které mohou přispívat k rozvoji depresivní symptomatiky (bez ohledu na skutečnost, zda se symptomy deprese projeví ještě v rozmezí normy nebo už depresivní poruchou). Tato podkapitola se zabývá popisem jednotlivých vývojových etap individua, které byly vymezeny v předchozím textu, z hlediska nejdůležitějších vývojových mezníků, úkolů nebo nároků a zátěžových okamžiků, které jsou v nich na jedince kladeny, z pohledu vývojové psychologie.

Přestože výskytem depresivní symptomatiky nebo přímo depresivní poruchou může být jedinec ohrožen v jakémkoliv věku, tato práce je zaměřena na dospělou populaci, která také tvoří její výzkumný soubor. Zabývám se zde proto vývojem individua od období mladé dospělosti, tj. od dvaceti let věku, a vynechávám období dětství, pubescence a adolescence, i když také v těchto věkových obdobích může dojít k rozvoji deprese. Některé symptomy této poruchy jsou zjišťovány dokonce již u kojenců. Jedná se o tzv. „anaklytickou depresi“, kdy dítě reaguje na odloučení od matky smutkem a pláčem, který nakonec vystřídá celková apatie. Nelze také opomíjet skutečnost, že depresivní příznaky v pokročilejším věku mohou mít své prameny právě v dětském věku, ale tato problematika by vyžadovala větší rozsah než dovoluje tato práce a není ani jejím předmětem.

Mladá dospělost (20-30 let)

Období mladé dospělosti je dle vývojových psychologů charakteristické několika nejdůležitějšími vývojovými úkoly: upevněním sociální identity jedince, identifikací s rolí dospělého, upřesněním osobních cílů, zbavením se závislosti na rodičích, hledáním životního partnera, založením vlastní rodiny, předběžnou volbou povolání a postupným osvojováním si profesní i osobní odpovědnosti (Langmeier, Krejčířová, 1998).

V období mladé dospělosti dochází k postupné stabilizaci v profesní roli a v mezilidských vztazích. Jedinec zpravidla zakládá novou rodinu a je nyní nucen přejímat zodpovědnost nejen sám za sebe, jako tomu bylo v dřívějších etapách jeho života, ale také za svého partnera a za své děti (Příhoda, 1977).

Ve věku 20-30 let uzavírá nejvíce párů sňatek a zakládá rodinu. Dle Říčana zde však zároveň dochází také k největší rozvodovosti (Říčan, 2004). Rozvod je přitom jednou z nejstresovějších událostí v životě člověka, kterou uvádí například ve škále stresových životních událostí Holmes a Rahe (Holmes, Rahe, 1967). V manželství nastává přibližně po 4-6 letech soužití tzv. „první vývojová krize“, která „*se rodí ze zákonitého vývoje vztahu a značné procento rozvodů bývá zapříčiněno neschopností partnerů se s touto krizí vyrovnat a přijmout fakt, že manželství nelze stavět na romantické lásce, nýbrž na otevřeném soužití a toleranci*“ (Říčan, 2004, s.268).

Přestože období mladé až střední dospělosti je charakteristické nejvyšší schopností adaptace na nové zkušenosti a podněty, stabilitou z hlediska biologických změn a nejvyšší produktivitou (důležitým ontogenetickým znakem je zde schopnost vysoké pracovní, sexuální, sociální, fyzické i psychické výkonnosti, také inteligence a schopnost učení dosahují přibližně uprostřed tohoto období vrcholné výkonnosti), jedná se zároveň o období extrémně zátěžové. Právě v tomto nejproduktivnějším věku je na jedince kladen značný nárok na odpovědné plnění očekávání, který z této vývojově nejvyšší schopnosti produktivity vyplývá (Příhoda, 1977).

Od dospělého jedince se zpravidla očekává budování profesní kariéry případně ještě dosahování výkonů ve studiu, avšak zároveň také schopnost finanční samostatnosti. Dosažení těchto úkolů může být mnoha způsoby komplikováno (nevhodnou volbou studovaného nebo vystudovaného oboru, konfliktními vztahy na pracovišti, nezaměstnaností apod.). Ženy jsou zde oproti mužům navíc vystaveny volbě mezi profesní kariérou a mateřstvím a jsou často nuceny svou profesní kariéru odložit, případně se jí zcela vzdát (Říčan, 2004).

Na základě výše uvedeného lze konstatovat v souladu s Příhodou, že období přibližně mezi 20-30 lety je sice jedním z nejpłodnějších, avšak zároveň také nejintenzivnějších z hlediska psychické zátěže v životě člověka vůbec (Příhoda, 1977). Psychická zátěž pak může být významným zdrojem pro rozvoj depresivní a jiné symptomatologie.

Tuto hypotézu potvrzují nejen některá starší statistická data, podle kterých v mladé až střední dospělosti dochází k nejčastějšímu výskytu různých duševních poruch, zvláště afektivních a zejména deprese. Příhoda uvádí pro ilustraci závěr jedné studie z roku 1937, která zjistila největší počet hospitalizovaných osob v psychiatrických zařízeních ve věku od

25 do 44 let. Zde však není uvedeno, které psychiatrické poruchy u hospitalizovaných převažovaly (Příhoda, 1977). Některé novější zdroje uvádějí podobné a zároveň podrobnější závěry. Depresí podle nich poprvé nejčastěji onemocní jedinci ve věku od 25 do 35 let - tedy právě v mladé dospělosti nebo počátkem střední dospělosti (Laňková, Siblíková, 2004).

Střední dospělost (30-45 let)

Střední dospělost nazývá Příhoda (1971) věkem životní stabilizace a vyvrcholení. Říčan (2004) pak životním polednem. Jak vyplývá z Příhodovy terminologie, tato životní etapa je charakteristická především dosažením stability, ale také nejvyšším tvůrčím potenciálem v životě člověka. Střední dospělost Příhoda vymezuje dosažením 30. roku individua, neboť po 30. roce je zpravidla jedinec již plně tělesně i psychicky zralý. Také jeho emocionalita, sexuální chování i vzorce myšlení jsou nyní vyrovnanější a stabilizovanější (Příhoda, 1977).

Mezi nejdůležitější vývojové úkoly střední dospělosti patří: další upevnění identity, vrchol produktivity a aktivního vyhledávání životních cílů, posílení odpovědnosti v rolích dospělého (odpovědnost rodiče, partnera a vychovatele vlastních dětí), zřetelné směřování ke stanoveným cílům v povolání, zájmových činnostech apod. (Langmeier, Krejčířová, 1998).

Podle Ericsona je pro věk časný a ještě i střední dospělosti důležité, aby jedinec dosáhl kvalitních citových vazeb a sociálních vztahů a dokázal se svými blízkými lidmi sdílet své prožitky. Pokud se danému jedinci nepodaří tímto vývojovým úkolem zdárně projít, může u něj nastat extrémní izolovanost a osamělost. Také proto nazývá přibližně toto období konfliktem mezi intimitou a izolací (Ericsson, 1966).

Osamocení jako rizikovým faktorem pro vznik depresivní symptomatiky se zabývá jedna zahraniční studie, která probíhala 3 roky a byla učiněna na vzorku běžné populace formou telefonického dotazování. Její autoři dospěli k závěru, že vyšší úroveň osamělosti je spojena s větším výskytem depresivních příznaků a to bez rozdílů věku, pohlaví, vzdělání, finančního příjmu nebo rodinného stavu. Sledována byla časová souslednost osamocení a výskytu depresivních příznaků (Cacioppo, Hughes, Waite, et al., 2006).

Jestliže předchozí vývojová etapa (mladá dospělost) byla charakteristická velmi vysokou úrovní produktivity, dle Vágnerové dosahuje tato výkonnost počátkem střední dospělosti

svého vrcholu. Přibližně po třicátém roce věku života již v organismu nastávají involuční změny. Začíná klesat jeho funkční kapacita, snižuje se produkce hormonu testosteronu a tím také intenzita pohlavního života mužů (Vágnerová, 2007). Přestože muži i ženy stárnou přibližně stejným tempem, na ženách bývají důsledky stárnutí více patrné (Říčan, 2004).

Kritickým mezníkem v dospělosti je období přibližně mezi 35. a 45. rokem. Jedná se totiž o věk, kdy se jedinec nachází přibližně v polovině neboli středu svého života (Vágnerová, 2007). Vývojová psychologové nazývají tuto fázi příznačně „krizí středního věku“. Skutečnost, že přibližně polovina života již nenávratně uplynula, vyvolává v mnohých tendenci k bilancování svých dosavadních úspěchů a neúspěchů a zároveň k zamýšlení se nad tím, co je ještě možno splnit ze svých cílů a přání a co již přestává být reálné. Jedinec kriticky přezkoumává výsledky svého konání nebo správnost životních rozhodnutí a postojů (volba partnera, profese, výchova dětí) a zároveň zvažuje, co by ještě ve svém životě mohl změnit nebo dosáhnout. *„Vědomí ubíhajícího času naléhá stále více a dřívější dojem dlouhé budoucí perspektivy, trvalosti a stálosti se hroutí“* (Langmeier, Krejčířová, 1998, s.175).

Období bilancování je nesnadným vývojovým mezníkem a lidé se s ním vyrovnávají různě. Někteří skutečnost již nesplnitelných fantastických nadějí a plánů z mládí a omezenost svého dalšího směřování a cílů popírají, jiní se snaží o kompenzaci přehnanou angažovaností v různých aktivitách a činnostech. Jiní pak reagují vágním hněvem nebo rozvojem úzkostné a depresivní symptomatiky (Langmeier, Krejčířová, 1998). Potřeba nebo dokonce nezbytnost korekce dosavadního směřování člověka může být doprovázena pocitem tísně, nedostatkem energie, vyhaslostí, osamělostí, či dokonce deprese (Vágnerová, 2007). Langmeier a Krejčířová dodávají, že jen některým se podaří vyřešit krizi středního věku natolik zdárně, aby mohli bezkonfliktně postoupit do další fáze života. Období bilancování může přetrvávat ještě ve starší dospělosti, nebo se v ní teprve začne rozvíjet. Počátek vzniku krize středního věku je rovněž individuálně variabilní. Nejčastěji však vzniká, jak bylo uvedeno výše, mezi 35. – 45. rokem (Langmeier, Krejčířová, 1998).

Starší dospělost (45-60 let)

Období počínající přibližně 40-45 rokem života bývá podle vývojové psychologie charakteristické celkovým poklesem v dynamice chování (Příhoda, 1977; Říčan, 2004). Ubývá zde postupně schopnosti integrace na nové podněty. Jestliže po 30.roce věku začíná

v organismu proces involuce a s ním spojené tělesné i psychické změny, stávají se tyto změny ve starší dospělosti více zřetelnějšími a pro jedince citelnějšími, přestože ještě nedosahují takových rozměrů jako ve stáří. Z hlediska fyzické kondice dochází ve starší dospělosti k zvýšené unavitelnosti a organismus již vykazuje patrnější známky opotřebování (vypadávání vlasů, zvýšené ukládání tuků v některých tělesných partiích, snížená schopnost regenerace poranění, delší průběh zánětlivých onemocnění apod.). Jak uvádí Říčan, také obličejové rysy již zde často prozrazují životní únavu nebo dokonce rezignaci (Říčan, 2004). K uvědomění si postupného zhoršování vlastní tělesné i psychické kondice, ke kolísání aktuálního výkonu nebo k rozvoji kognitivní rigidity (odmítání nových postojů a postupů) pak dochází nejčastěji dosažením 50. roku života, který je také považován za skutečný mezník potvrzující počátek stárnutí. Jedinec si přibližně v tomto věku začíná rovněž uvědomovat, že tento proces je nezvratný a neodvolatelný (Vágnerová, 2007).

Možná proto bývá období střední dospělosti zároveň spojeno se zvýšeným strachem o vlastní zdraví. Lidé přibližně po 40. roce věku většinou začínají více dbát na správnou životosprávu a pozorují ostražitěji i sebemenší změny na svém těle. Také drobným zdravotním potížím věnují zvýšenou pozornost, než tomu bylo dříve. Podle Říčana se mezi 40-45 rokem života nejvíce projevuje strach ze smrti nebo z vážného onemocnění (Říčan, 2004).

Pracovní výkon u osob starších 40 let může přecházet v touhu po co nejrychlejší a úspěšné kariéře, neboť zde dochází k uvědomění, že možnost dokázat své pracovní a profesní kvality bude s postupujícím věkem stále více omezena. Někteří lidé tak reagují přehnanou snahou o co nejvyšší výkony a kariérní postup. V pozitivnějším případě se jedinec zaměří na umírněný výkon s trvalým a dlouhodobějším užitekem, který mu umožňuje věkem dosažená stabilita v emočním prožívání (Říčan, 2004).

Po dosažení 40. roku věku přichází podle Říčana mnoho jedinců k odborníkům (psychiatrům či psychologům) s pocity prázdnoty a méněcennosti. Většinou se pak jedná o jedince, kteří v předchozích vývojových obdobích nedokázali navázat plnohodnotné citové vztahy, neboť byli příliš zaujati sami sebou nebo svým zaměstnáním (Říčan, 2004).

Ericson nazývá přibližně toto období střetem mezi generativitou a stagnací. Generativitou Ericsson rozumí schopnost jedince zajímat se a pečovat o další mladou generaci a schopnost

tvořivosti a produktivity. Opakem je stagnace, která v jeho pojetí představuje sebestřednost typickou pro dřívější vývojová období (dětství nebo adolescenci), která by však neměla být dominujícím rysem ve zralém dospělém věku. Podle Ericsona je dosažení schopnosti generativity u některých jedinců opožděno především vlivem nepříznivých osobnostních rysů nebo časných zážitků z dětství (Ericsson, 1966).

Říčan uvádí další důležitý mezník v životě 40-50letého člověka, kterým je odrůstání potomků a jejich odchod z původní rodiny. Stává se, že tato skutečnost naruší vážně doposud fungující partnerský vztah, kdy pozornost byla rozptýlena směrem k dětem. Nyní spolu zůstávají partneři opět sami a zpravidla se musí naučit novému typu soužití. Podobně se starší dospělý jedinec musí vyrovnat s dalším kritickým okamžikem, kterým je úmrtí vlastních rodičů nebo jiných blízkých osob. Jedná se totiž o věkové období, kdy je takováto událost již mnohem více pravděpodobnější (Říčan, 2004). K pozitivním událostem v životě osob přibližně ve věku starší dospělosti však patří například narození vnoučat. „*Zde se naplňuje ještě jednou potřeba otevřené budoucnosti*“. Narození vnoučat a péče o ně potvrzuje pokračování rodu a „*tvořivého díla výchovy*“ (Říčan, 2004, s. 323).

U žen nastává v pokročilejší fázi starší dospělosti klimakterium. Jeho ekvivalentem u mužů je adropauza. Tento termín zahrnuje především pokles produkce testosteronu (Vágnerová, 2007). Zvláště u žen má však tento biologický proces, a s ním související změny, výraznější dopad na psychiku i fyzické zdraví. Pro některé ženy sice znamená menopauza „*vítanou úlevu*“ avšak pro jiné „*psychické trauma*“ (Říčan, 2004 s. 314).

Biologické změny související s poklesem produkce pohlavních hormonů (testosteronu u mužů a estrogenu u žen) nastávají přibližně mezi 45. až 55. rokem. Dochází zde nejen k výrazným hormonálním změnám, ale také k vyhasínání aktivity pohlavních orgánů. Žena přestává být plodnou a postupně u ní dochází k úplnému zastavení menstruačního cyklu. Klimakterium ženy bývá doprovázeno nejen vegetativními změnami (pocení, návaly, bušení srdce, trávicí obtíže), ale také změnami psychickými. Ženy procházející klimakteriem jsou často ohroženy onemocněním depresí nebo celkovou podrážděností (Vokurka, Hugo, et al., 2005). Jedná se však spíše o dočasné výkyvy v chování a prožívání, které by se postupně měly stabilizovat. Příznaky deprese, jako je například zhoršená koncentrace pozornosti, podrážděnost, únava, apod. mohou být v klimakteriu způsobeny právě poklesem produkce

estrogenu. Důležitou úlohu v prožívání menopauzy u žen však může mít také vliv převážně negativního sociálního hodnocení této biologické změny (Vágnerová, 2007).

Reprodukční schopnosti mužů bývají zachovány do pozdního věku, avšak přibližně od začátku průběhu andropauzy u nich dochází ke snížení tvorby spermií nebo obtížnějšímu vyvolání a udržení erekce. Tyto objektivní příznaky počínajícího stárnutí organismu vyvolávají také u mužů řadu negativních pocitů - ztrátu osobní hodnoty, beznaděj, pocity viny či dokonce sebeenávist (Langmeier, Krejčířová, 1998). Nebylo však prokázáno, že by celkově nižší hladina testosteronu měla vliv na mužskou sexuální apetenci. Nedostatek sexuální touhy je v období klimakteria častější u žen (Vágnerová, 2007). Andropauza je spíše plynulou a dlouhodobou proměnou, proto pro muže nepředstavuje takový mezník jako klimakterium pro ženu (Vágnerová, 2007).

Muži po 40. roce věku někdy pocítují potřebu potvrdit si svou sexuální výkonnost a svou apetenci k sexuálním aktivitám zvyšují únikem ze stereotypie pomocí mimomanželských styků. Zpravidla přitom usilují o partnerky mladší, než jsou oni sami. Koncem čtvrté dekády života se však většinou situace stabilizuje, neboť postupem času přestává sexualita obecně nabývat takového významu (Říčan, 2004).

Z hlediska psychické výkonnosti dochází přibližně po 50. roce života individua ke zhoršování paměti, postřehu a také smyslového vnímání. Jedinec stále patrněji pocítuje zvýšenou duševní i fyzickou unavitelnost. Někdy je také více citově zranitelnější než dříve. Snadno se dojíká, hůře snáší stres, psychické konflikty nebo hádky doma i na pracovišti (Říčan, 2004). Podle Příhody však zároveň množství předchozích zážitků a zkušeností způsobují otupění intenzity emocionálních reakcí a přibližně po 45. roce života by tak měl být jedinec vyrovnaněji, vážnější a klidnější, než tomu bylo dříve (Příhoda, 1977). Mezi silné stránky jedinců starších čtyřicet let zpravidla patří vytrvalost, trpělivost a houževnatost (Říčan, 2004).

Rané stáří (60-75 let)

K ještě výraznějším organickým, ale také intelektovým změnám (zhoršené schopnosti zapamatování nového, větší rigiditě v myšlení, otupění smyslového vnímání), dochází u člověka přibližně po 60. roce života. S postupujícím věkem se však mění zásadněji také

sociální zařazení jedince ve společnosti, jeho citové prožívání nebo osobnostní ladění. Tyto změny někdy souvisejí více s adaptačními schopnostmi a mechanismy daného jedince než se skutečností vlastního procesu stárnutí (Langmeier, Krejčířová, 1998).

V období raného stáří již jednoznačně převládají v organismu involuční změny nad evolučními. Vzrůstá zde pravděpodobnost vzniku nebo prohloubení se různých somatických onemocnění a potíží nebo dokonce úmrtí. Organismus i psychika člověka po 60. roce věku již začínají být mnohem méně flexibilní. Dochází zde k ukotvování zažitých zvyklostí a vzorců chování. Emoční reakce na podněty se vlivem častého opakování snižují a dochází k jejich oslabení. Tělesný vzhled stárnoucích osob vykazuje četné známky deteriorace (ztráta zubů, pružnosti kůže, apod.). Zároveň se však jedná o vývojovou fázi charakteristickou celkově větší vyrovnaností, vyvážeností v rozhodování a citech nebo prohloubením etického a mravního smýšlení (Příhoda, 1974).

Závažnou změnu v sociálních vztazích jedince po 60. roce věku představuje odchod do starobního důchodu. Reakce člověka na tuto událost mohou být velmi různorodé. Stává se, že jedinec si náhle připadá zbytečný a izolovaný (zvláště tehdy, pokud mu jeho povolání přinášelo pocit smysluplnosti a naplnění). Někteří však starobní důchod vítají s vědomím, že nyní budou mít více času na své záliby nebo rodinu (vnoučata). Ženy se podle některých zjištění vyrovnávají s událostí odchodu do důchodu snáze oproti mužům. Problémem však často zůstává finanční otázka spojená s ukončením pracovních aktivit, která je většinou složitější pro osamělé jedince (Říčan, 2004).

Ericson se domnívá, že pro úspěšné vyrovnání se s nastávajícím stářím a také s jeho zdárným průběhem je pro jedince důležité přijetí svého dosavadního života jako nezměnitelného, jedinečného a nezbytného běhu událostí. Tento vývojový úkol nazývá „integritou já“. Opakem je podle Ericsona zoufalství, kdy člověk neustále přemítá o tom, jak svůj život mohl prožít jinak, hodnotněji apod. Zoufalství je vyjádřením pocitu, že čas je nyní příliš krátký pro pokus začít znovu a vyzkoušet jiné životní cesty. K integritě vlastního „já“ patří podle Ericsona nevyhnutelně také schopnost zakomponovat do obrazu sebe sama skutečnost vlastní konečnosti (Ericson, 1966).

Existuje několik popsaných strategií, kterými se člověk snaží vyrovnat s faktem stárnutí obecně. Konstruktivní strategie spočívá ve schopnosti radovat se stále ze života a věřících

citových vztahů, z aktivity nebo rozvíjení zájmů, ale také z vědomí a přijetí skutečnosti omezenosti svých vlastních sil a výkonnosti včetně akceptace konečnosti života bez nadměrných obav a strachu. Mezi méně pozitivní patří strategie závislosti, sebenenávisti, hostility nebo strategie obranná. Závislá strategie se často vyskytuje u osob se sklony k pasivitě a s tendencí spoléhat se na druhé lidi více než na vlastní schopnosti a síly. Hostilní reakce (strategie) spočívá v obviňování okolí za vlastní dosavadní i přítomné nezdary a potíže. Oproti tomu strategie sebenenávistná představuje obrácení agrese a nepřátelství vůči sobě sama. Typická je zde nadměrná sebekritika spojená se zhodnocením vlastní minulosti jako naprostého selhání. Jedinci, u kterých převažuje tento typ reakce, často vypovídají o tom, že vlastní smrt by považovali za vysvobození z nesnesitelného trápení. Obranná strategie zpravidla spočívá v nadměrné kontrole vlastních emocí a lpění na zažitých zvycích a konvencích, jejichž řád jedinci dodává alespoň částečně pocit jistoty a smysluplnosti. Tito lidé často vyvíjejí různorodou aktivitu nebo myšlenkovou činnost, která má zahnat všechny starosti a myšlenky na vlastní obtíže a eventuální blízkost konce života (Langmeier, Krejčířová, 1998).

Mnoho z těchto výše popsaných negativních pocitů, které mohou člověka provázet při vyrovnávání se s vědomím vlastního stáří, velmi nápadně připomínají některé ze symptomů deprese, které popsal Beck u depresivních pacientů - například přání zemřít s cílem vysvobození z nesnesitelného trápení, zvýšená sebekritika, minulá selhání, apod. (viz. kapitola 3).

Přibližně po šedesátém roce věku individua dochází k další výrazné biologické změně. Vlivem tonizace pohlavních hormonů a změn v oblasti genitálií, které znesnadňují pohlavní styk (snížená lubrikace u žen, obtížnější dosažení erekce u mužů), dochází k postupnému vyhasínání nutkání k sexuální aktivitě. Podmínky k intimnímu styku se u obou pohlaví stávají postupně méně příznivými a sexuální akt se tak stává méně lákavým. Důležitou úlohu zde má také klimakterium, neboť sexualita přestává plnit svou nejdůležitější funkci – rozmnožování. U žen sice bývá v menopauze někdy pozorován paradoxně nárůst sexuální apetence, patrně vlivem ztráty obav z nechtěného otěhotnění. Avšak u mužů je v pokročilejším věku obtížnější dosažení erekce a má-li u nich být podnícena sexuální touha, potřebují často výraznějšího podnětu než tomu bylo dříve. Jak uvádí Příhoda, pokles libida může u některých jedinců vyvolávat pocity prázdnoty nebo sníženého sebevědomí. Mnoho seniorů však tento jev vnímá pozitivně, neboť se cítí být od nutkání k pohlavní aktivitě osvobození (Příhoda, 1974).

Podle závěrů některých starších studií, které uvádí Příhoda, hodnotili senioři svou aktuální vývojovou etapu jako nejméně šťastné období. Výraznější nespokojenost projevovaly ženy oproti mužům. Muži i ženy pak považovali za nešťastnější období svého života věk mezi 20 - 29 lety (Příhoda, 1974). Přestože stárnutí přináší mnoho strastí a ztrát, nemusí být jedincem i společností vnímáno pouze v negativních konotacích. Stárnutím člověk také mnoho získává - moudrost, zkušenosti, vnitřní vyrovnanost nebo vyšší mravní cítění (Langmeier, Krejčířová, 1998).

Pravé stáří (75 let a více)

Přestože přibližně po 75.roce života dochází k ještě výraznějším involučním změnám v organizmu, proces involuce zároveň začíná být méně patrný. Znaky stárnutí jsou již zpravidla plně vyvinuty a v dalším průběhu se mění již jen nenápadně a plynule. „*Pojmenování „starý“ samo již naznačuje, že jde o stav statický, který pak trvá čtvrt století, dožije-li se subjekt nejzazšího data*“ (Příhoda, 1974). V pravém stáří dochází k ještě rozsáhlejšímu funkčnímu úbytku schopnosti smyslových orgánů (zraku, sluchu). Život jedince v takto pokročilém věku je již omezen spíše na zvládání základních potřeb a snižuje se výrazně jak jeho tempo, tak i tendence k vyhledávání nových zážitků. Schopnost adaptace na nové prostředí, zkušenosti a podněty je rovněž omezena (Příhoda, 1974). Negativní prožívání změn patří mezi jeden z obecně uznávaných rysů pokročilejší etapy stáří. Pro seniora může být velmi traumatizující událostí například stěhování nebo jiná zásadnější životní změna. Do popředí se zde dostává především potřeba určitého zažitého řádu a rytmu (Říčan, 2004).

S postupujícím stárnutím se lidé stávají více neteční ke svému okolí. Dochází zde ke snížení zájmu o okolní dění, což patrně souvisí s méně intenzivním a emočně plošším prožíváním v důsledku ubývání výběžků mozkových buněk a řídnutí jejich propojení. U mnohých seniorů začínají převažovat negativní emoce jako je nespokojenost nebo mrzutost. Zároveň se zde však často vyskytuje přehodnocování minulých, tehdy negativně vnímaných událostí, v pozitivní (Langmeier, Krejčířová, 1998). Stárnoucí člověk obvykle ztrácí vztah k určitým hodnotám, zálibám, ideálům nebo osobním cílům. Tento proces lze chápat rovněž jako „*demontáž osobnosti*“, ve které se z rozvinuté a diferencované stává osobnost stále jednodušší (Říčan, 2004, s. 339).

Zvýšená citlivost, zranitelnost, nižší schopnost adaptace na stresové podněty a také relativní bezbrannost gerontů přispívají k výskytu rozličných afektivních, psychosomatických nebo úzkostných duševních poruch. „*S věkem přibývá depresí, tj. chorobných smutků, mučivých duševních bolestí, spojených případně s neklidem a úzkostí*“, které vznikají na podkladě biochemických poruch mozku, jiných somatických onemocnění nebo jako reakce na nějakou ztrátu (úmrtí životního partnera, přemístění do domova důchodců apod). Mezi nejtypičtější psychické poruchy ve stáří však patří demence (Říčan, 2004, s. 341).

Stárnoucí člověk se postupně stává více závislým na péči svého okolí, ať už vlivem tělesných nebo psychických obtíží, které mu samostatnost znesnadňují nebo přímo znemožňují. Říčan tuto skutečnost nazývá „*bezmocností stáří*“ nebo také „*zkouškou vzájemnosti*“ mezi stárnoucí a mladší generací. Dochází zde k výměně rolí, kdy rodiče jsou nyní více či méně závislí na svých dětech, zatímco v dřívějších vývojových etapách tomu bylo naopak. Mnohé z dětí dokáží svým rodičům jejich dosavadní lásku a péči oplatit, avšak existuje i mnoho případů týrání a hrubého zanedbávání gerontů (Říčan, 2004, s. 362).

S postupujícím věkem je jedinec nucen vyrovnat se s faktem vlastní konečnosti a toto uvědomění je často spojeno se strachem ze smrti nebo alespoň s přáním bezbolestného a rychlého úmrtí (Příhoda, 1974).

Proces stárnutí a zvláště pak pokročilé stáří vyvolává ve společnosti často negativní konotace. Mladší generace někdy vnímají starší osoby jako méně přínosné až obtěžující. Na této nepříznivé skutečnosti se patrně podílí i strach některých jedinců z vědomí vlastního stárnutí a obavy, že jednou nebudou soběstační nebo užiteční sami.

Příhoda však k této vývojové fázi, kterou nazývá kmetsvím, dodává, že teprve zde dochází k úplnému dozrání všech individuálních kvalit, krystalizaci a upevnění charakterových vlastností a jedinec se stává vyhraněnou osobností, která „*je nejvyšším vlastním i společenským statkem, kterého člověk může dosáhnout*“. Teprve ve stáří dochází u jedince k vyrovnanosti a harmonizaci všech povahových složek. „*Moudrá osobnost, jedinečný příspěvek stáří, znamená velkou hodnotu pro užší i celonárodní společnost*“ (Příhoda, 1974, s. 384).

Zátěžové situace, úkoly a nároky na jedince kladené jsou v průběhu jednotlivých etap vývoje různé. Z výše uvedeného je patrné, že v mladém a počátkem střední dospělosti je jedinec vystaven patrně nejvyšší fyzické i psychické zátěži, neboť se od něj také očekává nejvyšší výkonnost a produktivita. Ve střední až starší dospělosti pak může být významným zátěžovým faktorem zejména krize středního věku, která s sebou přináší uvědomění skutečnosti, že mnohé v životě již nelze změnit, dosáhnout nebo překonat. Ve starší dospělosti již dochází k zjevnějšímu úbytku psychické i fyzické flexibility, který se bude v dalších vývojových etapách ještě prohlubovat. Výrazným zdrojem negativních pocitů zde může být klimakterium u žen a andropauza u mužů. V raném stáří začíná plně převažovat proces involuce v organismu. Objevují se zde rozličné somatické obtíže nebo onemocnění. Člověk je zde nucen přijmout novou společenskou roli starého člověka, která je obvykle poprvé pocíťována při odchodu do starobního důchodu. V pravém stáří dochází k dalšímu prohlubování involučních změn, úbytku fyzického zdraví a ke snížení pružnosti psychických procesů. Jedinec se stává stále více závislým na péči svého okolí a naléhavěji je nucen vyrovnávat se s vědomím vlastní konečnosti.

5 Symptomy deprese ve vztahu k věku a pohlaví zkoumaných osob – přehled některých současných studií

Některé příznaky deprese mohou být v různé intenzitě a zastoupení přítomny také u psychicky zdravých jedinců. Jejich výskyt nebo rozvinutí může souviset například s prožitou negativní událostí, s biologickým procesem stárnutí nebo zvýšenou psychickou zátěží, která je na jedince kladena v různých životních etapách vývoje (viz. kapitola 4).

Také Beck uvádí, že určitá (minimální) míra depresivní symptomatiky se vyskytuje i ve zdravé (neklinické) populaci. Mnohaletým zkoumáním klinické i neklinické populace přitom se svými spoluautory zjistil, že tato minimální (běžná) úroveň depresivních příznaků u zdravého jedince by v dotazníku BDI-II neměla přesáhnout hranici 13 bodů celkového skóru (Beck, Steer, Brown, 1996 in Preiss, Vacíř, 1999).

V této části rigorózní práce je uvedena řada dostupných zahraničních i českých studií, které se zabývají vztahem mezi věkem a pohlavím zkoumaných osob a rozvojem depresivní symptomatiky se zaměřením právě na neklinickou populaci (tzn. osoby, které nejsou diagnostikovány nebo léčeny pro psychické onemocnění, zejména deprese). Některé z níže uvedených studií používaly ke svému výzkumu jak nejnovější, tak i starší verze Beckova inventáře deprese, jiné využívaly metodologii odlišnou. Jednotlivé studie včetně jejich výsledků a závěrů jsou za sebou v textu řazeny tak, aby pokud možno kopírovaly chronologicky vývojová období od mladé dospělosti až po pravé stáří. Ne vždy však bylo možné tuto chronologii důsledně dodržet, neboť níže uvedené studie pracovaly s různě věkově ohraničenými skupinami.

Analýzou souvislostí mezi subjektivně vnímanou depresivitou, úzkostí a věkem v jednotlivých vývojových fázích individua vymezených dle Příhody (1971), se zabývá jedna ze studií, na jejíž publikaci jsem se také částečně podílela. Vznikla v roce 2010 na základě sběru dat z období 2004 – 2005 na české populaci pomocí dotazníků BDI-II a BAI (Beck Anxiety Inventory). Výzkumný soubor tvořili muži a ženy ve věku 15 - 92 let. Na rozdíl od výzkumu v této rigorózní práci zde bylo stanoveno 6 věkových kategorií, neboť ve výzkumném souboru byli přítomni také respondenti ve věku 15 - 19 let. Tuto věkovou kategorii nazývá Příhoda (1971) postpubescencí. Dle výsledků byla u celého výzkumného souboru zjištěna

hladina subjektivně vnímané depresivity v hodnotě 10,6 bodů celkového průměrného skóru v BDI-II. Od období životní stabilizace (30 - 45 let) až po období kmetství (75 let a více) se depresivní symptomatika zvyšovala v průměru o 6,3 bodu. Nejvyšší hladina přitom byla zaznamenána v postpubescenti. U žen byl shledán nesignifikantně vyšší skór oproti mužům ($F = 1,63$; $p = 0,45$). Regresní analýza však neprokázala vliv věku a pohlaví na celkový skór v BDI-II obecně. Zjištěn byl pouze vliv nižšího vzdělání a rodinného stavu na hladinu subjektivně vnímané depresivní symptomatiky (ženatí a ovdovělí vykazovali vyšší hodnotu celkového skóru v BDI-II než rozvedení nebo žijící s druhem/družkou). Aktuální psychiatrická morbidita osob ve výzkumném souboru nebyla zkoumána, bylo pouze zaznamenáno, zda byl jedinec psychiatricky či psychologicky vyšetřen v minulosti (Preiss, Vraná, Kuchařová, 2010).

Zastoupením a závažností depresivních symptomů u mladých dospělých vysokoškolských studentů v České republice se s využitím původní verze Beckova inventáře deprese (BDI) zabývala například Kubcová. Výzkumný soubor její studie sestával z 208 převážně 21letých osob s různým studijním zaměřením. Kubcová zjistila přítomnost různě intenzivních příznaků deprese u 28,2% osob z výzkumného souboru. Na základě Beckova rozlišení závažnosti deprese pak zaznamenala u 7,2% osob lehkou depresi a u 0,5 % osob střední depresi. Těžkou depresi nevykazovala žádná z vyšetřovaných osob. Mezi nejfrekventovanějšími symptomy deprese u žen shledala Kubcová na základě výsledků dotazníku BDI například: pracovní omezení (dotazované referovaly, že jim nejde práce od ruky tak jako dříve a do nové činnosti se musí nutit), dále zvýšenou únavu nebo pocity viny. Muži, stejně jako ženy, nejčastěji skórovali v příznaku pracovní omezení. Druhým nejčastějším symptomem u mužů byla zhoršená schopnost rozhodování nebo znechucení vlastní osobou. Kubcová nezjistila statisticky významný rozdíl ve výši celkového skóru v BDI u mužů a žen. Nejvyšší míru příznaků zaznamenala u studentů (mužů) v prvním ročníku studia, který také bývá považován za nejrizikovější z hlediska intenzity stresu. U studentek byl zjištěn nejvyšší nárůst subjektivně vnímané hladiny deprese až na přelomu druhého a třetího ročníku. Jak uvádí Kubcová, výskyt depresivní symptomatiky u osob v této studii může souviset například právě se studijním stresem (Kubcová, 2007).

Gatzová a Hurwicová studovaly depresivní symptomatologii pomocí dotazníku CES-D (Center for Epidemiological Studies Depression Scale) u 4 věkových skupin ve věkovém

rozpětí: 20 - 39 let, 40 - 54 let, 55 - 69 let a 70 až 98 let. Jejich cílem bylo zjistit, zda starší lidé vykazují vyšší hladinu depresivity než mladší (Gatz, Hurwicz, 1990).

Podle výsledků dosáhla nejstarší věková skupina (70 - 98letých) statisticky významně vyššího skóru (12,11) v dotazníku CES-D než všechny ostatní věkové skupiny. Dále zde byl zjištěn statisticky významný rozdíl v průměrných skórech mezi 3. věkovou skupinou (55 - 69letých) s průměrným skórem 8,63 a 1. a 2. věkovou skupinou s průměrnými skóry (ve stejném pořadí) 10,85 a 10,36. Autorky však rovněž neprokázaly souvislost mezi vzrůstajícím věkem a nárůstem depresivní symptomatiky obecně, což je patrně ovlivněno poklesem průměrného součtu bodů v dotazníku u 2. a 3. věkové skupiny. Ženy skórovaly v CES-D signifikantně výše než muži, avšak nebylo zjištěno, že by starší ženy vykazovaly vyšší hladinu depresivity než ženy mladší (Gatz, Hurwicz, 1990).

Podobně zaměřenou studii, avšak s použitím odlišné metodologie, učinili v roce 2007 autoři Teichman, Siedlecki a Magee. U zkoumaných osob, vybraných z neklinické části populace, sledovali tři důležité komponenty deprese a úzkosti – negativní naladění, nízké pozitivní naladění a míru vzrušení. Zvláště faktor nízké pozitivní naladění je podle těchto autorů specifický pro depresi. Použili přitom metody: STAI (State and Trait Anxiety Inventory), PANAS (The Positive and Negative Affect Scale) a IPIP (International Personality Item Pool Questionnaire). Vzorek s celkovým počtem 335 osob rozdělili na skupinu mladých dospělých (18-39 let), středně dospělých (40-59let) a starších dospělých (60 - 93 let). Osoby ve věku mladé dospělosti přitom tvořily referenční skupinu. Nejstarší věková skupina (60 - 93let) dle výsledků vykazovala v porovnání s referenční skupinou mladých dospělých více pozitivního naladění. Mezi skupinou středně dospělých a mladých dospělých významné rozdíly autoři neshledali. Jak uvádí Teichman, Siedlecki a Magee, výsledky podporují závěry některých starších studií, například Carstensenové (1997), Issacowitz (2000) a dalších autorů, podle kterých s sebou vyšší věk přináší více duševního zdraví, je spojen s větší emocionální zralostí a tím také se snadnější adaptabilitou na psychickou zátěž (Teichman, Siedlecki, Magee, 2007).

Také například Flint Regier a další se domnívají, že nižší úroveň symptomů deprese ve starší populaci je odrazem celkově nižší míry psychopatologie u starších věkových skupin (Flint, 1994; Regier et al., 1988). Jak je patrné, tyto závěry a hypotézy jsou odlišné od výsledků předchozí, výše uvedené studie (Gatz, Hurwicz, 1990), která naopak shledala

u nejstarší věkové skupiny vyšší míru depresivity než u skupin mladších. Pro srovnání s psychiatrickou praxí je například podle Bašteckého, Kümpela, Vojtěchovského a dalších známo, že afektivní poruchy včetně deprese dominují z hlediska všech psychiatrických diagnóz u osob 45letých a starších, zatímco v pokročilejším věku - ve stáří, převažují poruchy kognitivní především demence (Baštecký, Kümpel, Vojtěchovský, et al., 1994). Také podle Smolíka je u osob starších 65 let evidován celkově nižší výskyt deprese než u osob mladších (Smolík, 2002).

Hoeksema a Ahrens (2002) zjišťovali vztah mezi výskytem depresivních symptomů podle dotazníku BDI a HRSD (Hamilton Rating Scale of Depression) a životními událostmi u tří skupin dospělých osob. První skupina dospělých sestávala z osob ve věku 25 - 35 let, druhá z 45 - 55letých a poslední z 65 - 75letých respondentů. Výzkumný soubor zahrnoval celkem 1132 osob. Autoři se zde zabývali takovými životními událostmi (proměnnými) jako je kvalita pracovního života (zaměstnanost/nezaměstnanost, jistota trvání pracovního poměru, uspokojení ze zaměstnání), kvalita sociálních a partnerských vztahů, nedávná ztráta (úmrtí blízké osoby apod.) a dále osamělost nebo rodičovství. Na základě dotazníku BDI zaznamenali u osob v nejmłodší věkové kategorii (25 - 35let) celkový průměrný skóre v hodnotě 3,94. U osob 45-55letých pak 4,07 a u nejstarší věkové skupiny (65 - 75letých) 3,81 bodů. Ve vztahu ke sledovaným proměnným zjistili, že lidé s kvalitnějším pracovním zázemím, uspokojivými partnerskými vztahy a méně osamělí vykazovali nižší hodnotu celkového skóre v BDI napříč všemi věkovými skupinami. Nezaměstnaní vykazovali podstatně vyšší hladinu depresivity než zaměstnaní a to opět ve všech třech věkových kategoriích. Nedávná ztráta blízké osoby v životě jedinice korelovala výrazně s vyšším skórem v BDI více u osob v období středního věku než u seniorů (u skupiny mladých dospělých nebyla událost úmrtí blízkého člověka zaznamenána). Podle Hoeksema a Ahrense je tento výsledek možné vysvětlit hypotézou, podle které jsou starší lidé vlivem nashromážděných životních zkušeností a prožitků více smířeni a připraveni na možnost úmrtí blízkých osob a reagují tak méně rozvojem depresivní symptomatiky než lidé mladší, které taková událost zasáhne spíše nečekaně. Další sledovaná proměnná – rodičovství, korelovala s nižším průměrným skórem v BDI, avšak pouze u osob 25 - 35letých. Tento jev autoři vysvětlují teorií vyšší spokojenosti v partnerském soužití v průběhu prvních let manželství obecně, která však s postupem času může klesat (Hoeksema, Ahrens, 2002).

Zastoupením kognitivně-afektivních a somaticko-výkonnostních symptomů u dvou skupin mužů (mladších 60 let a starších 60 let) s využitím Beckova inventáře deprese se zabývá například studie Goldberga, Breckenridge a Sheikha (2003). Tito autoři zjistili vyšší výskyt kognitivně-afektivních příznaků ve skupině mužů mladších 60 let v porovnání se starší věkovou skupinou (60 let a více). Rozdíly v zastoupení somaticko-výkonnostní komponenty deprese však mezi oběma skupinami shledány nebyly. Nesignifikantně vyšší hladina depresivity dle BDI obecně pak byla zaznamenána rovněž u respondentů mladších 60 let oproti starší věkové skupině. Goldberg, Breckenridge a Sheikh zároveň zjistili, že muži starší 60 let uváděli v dotazníku BDI častěji a výrazněji pokles sexuální apetence než muži mladší. Tento výsledek je, jak uvádějí, patrně ovlivněn přirozenými biologickými i psychickými změnami souvisejícími se stárnutím, kdy dochází přirozeně také k poklesu libida. Muži ve věku do 60 let pak u sebe nejčastěji pozorovali přítomnost symptomů: sebeobviňující myšlenky, plačtivost, podrážděnost, sociální staženost, zkreslení obrazu vlastního těla, pocity selhání a insuficience nebo pokles jakéhokoliv uspokojení. Výzkum Goldberga, Breckenridge a Sheikha však nebyl uskutečněn pouze na neklinické části populace. Výzkumný soubor tvořilo 178 mužů ve věku 21 – 83 let navštěvujících ambulantního lékaře a 5 - 10% z nich splňovalo diagnostická kritéria pro depresivní poruchu (Goldberg, Breckenridge, Sheikh, 2003).

Vztahem mezi věkem a hladinou depresivity se zabývala také longitudinální studie Nguyena a Zondermana publikovaná v roce 2006. Využívala přitom metodu CES-D (Center for Epidemiological Studies Depression Scale). Výzkumný soubor byl v této studii rozdělen na 6 kohort dle věku účastníků: do 50 let, 51 - 55 let, 56 - 60 let, 61 - 65 let, 66 - 70 let a 70 let a více. Právě tato nejstarší zmiňovaná kohorta osob starších 70 let vykazovala dle výsledků více depresivních symptomů (především somatických) než všech 5 mladších věkových skupin. Mezi těmito 5 mladšími kohortami přitom nebyly shledány výraznější rozdíly v míře depresivních příznaků (Nguyen, Zonderman, 2006). Vyšší nárůst depresivity v nejstarší věkové kohortě může souviset s tím, že stárnutí bývá doprovázeno různými ztrátami v sociální nebo ekonomické oblasti nebo ztrátou fyzického zdraví a výkonnosti (Lehmann, 1982). Ženy ve studii Nguyena a Zondermana skórovaly v CES-D výrazněji oproti mužům. Tento výsledek je, jak uvádí tito autoři, v souladu s teorií jiných autorů, například Kesslera (1993) nebo Weissmana a spolupracovníků (1996). podle které ženy vykazují vyšší úroveň depresivních příznaků než muži obecně (Nguyen, Zonderman, 2006).

Conçalves a Albuquerque upozorňují, že k závěrům o vyšší míře depresivní symptomatologie ve stáří je nutno přistupovat zvláště opatrně. Příznaky deprese zde totiž mohou souviset často s funkční či somatickou komorbiditou, která se vyskytuje u starších věkových skupin častěji než u populace mladší (Conçalves, Albuquerque, 2009). Depresivní symptomatiku mohou napodobovat nebo dokonce způsobovat různá somatická onemocnění či jiné fyzické patologie (Hyer, et al., 2005). Starší lidé také trpí přirozeně častěji například nespavostí nebo sníženou chutí k jídlu, avšak tyto stesky by neměly být automaticky považovány za projev deprese (Delano-Wood, Abeles, 2005). Conçalves a Albuquerque proto navrhuje, aby především klinici zjišťovali u vyšetřovaných osob nejen přítomnost symptomů deprese, ale především souvislosti jejich rozvoje s jinými somatickými obtížemi nebo nemocemi. Považují zároveň za důležité věnovat zvýšenou pozornost životním událostem daného jedince (Conçalves, Albuquerque, 2009). Přestože negativní životní události se mohou vyskytnout v jakékoliv fázi života člověka, u starších věkových skupin je jejich výskyt více pravděpodobný. Čím je jedinec starší, tím více negativních zkušeností mohl v životě učinit (Molinari et al., 2003). S rostoucím věkem se navíc může zvyšovat jejich potenciální negativní dopad na fungování člověka (Fiske, Gatz, Pedersen, 2003). Rothermund a Brandtstadter (2003) však naproti tomu uvádějí, že právě vlivem množství prožitých zkušeností je stáří zároveň spojeno s větší schopností vyrovnávat se s prožitými ztrátami a negativními událostmi (Rothermund, Brandtstadter, 2003). Starší lidé mají k dispozici větší potenciál psychické odolnosti (Aldwin, et al., 1996).

Specifickým obrazem a zvláštnostmi deprese včetně jejich jednotlivých symptomů u seniorů se v české psychiatrické praxi zabývá podrobněji například Pidrman. Podle tohoto autora se v populaci starších věkových skupin vyskytují různé depresivní příznaky až u 15 - 25% jedinců, aniž by přitom splňovaly kritéria pro depresivní poruchu. Klinické symptomy deprese pak vykazuje 20 - 40% gerontologických pacientů v péči praktického lékaře a přibližně 1/3 z nich prožívá některou depresivní fázi. Deprese ve stáří má však podle Pidrmana (2005) komplexní a často komplikovanou etiologii a její projevy mohou být, v porovnání s mladšími věkovými skupinami, odlišné. Diagnostika i léčba zde proto nebývá vždy přesná a snadná. Obraz deprese u staršího jedince může být ovlivněn současně probíhajícím nebo začínajícím procesem některého typu demence, jinou psychickou poruchou (dystimií, úzkostí) nebo somatickým onemocněním. Modifikován může být rovněž obtížnější verbalizací pocitů starších nemocných osob. Senioři si lékařům častěji stěžují především na somatické příznaky, potíže s pamětí nebo koncentrací, zvýšenou úzkostnost, apatii nebo nižší

motivační úroveň, avšak méně často vyjadřují stížnosti, které se týkají smutku jako takového. Příznaky, které bývají společné jak pro depresi, tak pro jiná onemocnění nebo stavy (poruchy spánku, nechutenství, úbytek hmotnosti, strach, obavy, úzkost, bolest, imobilita), mohou depresi zakrývat a nemusí být odborníkem vždy správně rozpoznány. Deprese u seniorů tak bývá často podceňována. „*Ve vyšším věku dochází zákonitě k řadě omezení a ztrát. Člověk přichází o dlouholetého partnera, bývá nucen omezit některé zájmy a aktivity, objektivně se snižují jeho tělesné schopnosti. Nemocný je následně více soustředěn na tyto nové tělesné změny nebo obtíže. Smutná nálada se pak dává ne vždy správně do přímé souvislosti s těmito faktory*“ (Pidrman, 2005, s.46).

Baštecký, Kümpel a Vojtěchovský (1994) uvádějí, že symptomatologie deprese ve stáří je obecně lépe pochopitelná, než ve věkových obdobích dřívějších. Starší člověk totiž přirozeně neprožívá již tolik úspěchů ve své profesi, dostává se mu méně společenského uznání a stává se více izolovaný od sociálních vztahů. Postupně tak ztrácí řadu zdrojů radosti a uspokojení ze života. Objevují se zde rozličné somatické stesky a nemoci. Senior je nucen vyrovnat se s potenciálním či již nastalým úmrtím životního partnera nebo s omezením kontaktu s dětmi, které již založily vlastní rodiny. Všechny tyto události mohou přispívat k rozvoji depresivních příznaků. Deprese ve stáří bývá někdy považována za normální existenciální a fyziologický jev. Mezi charakteristické příznaky deprese u seniorů patří například: výkonu neadekvátní pocit únavy trvající většinu dne, poruchy spánku (zvláště časně probouzení a nadměrná ospalost přes den), podrážděnost, smutek nebo plačtivost bez zjevné příčiny, bolesti hlavy, zad, v oblasti břicha nebo kdekoliv jinde v těle (s negativními lékařskými nálezy), neschopnost soustředit se, rozhodovat se nebo se nadchnout pro aktivity, které dříve dokázaly zaujmout, problémy s trávením, nechutenství a hubnutí, ztráta zájmu o sexuální život, pocity viny a celkový dojem, že život nestojí za to žít. Výjimečné u seniorů nejsou ani myšlenky, že by bylo lépe zemřít, třeba i vlastním přičiněním (Baštecký, Kümpel, Vojtěchovský, et al., 1994).

Jedním z nejvíce konzistentních závěrů psychiatrických epidemiologických studií je zjištění, že deprese nebo některé její příznaky se vyskytují dvakrát častěji u žen než u mužů. Četné teorie, od biologických po psychosociální, se přiklánějí k tvrzení, že ženy jsou obecně vůči depresi zranitelnější (Magovcevic, Addis, 2008). K tomuto jevu patrně přispívá vyšší chronické napětí žen v každodenním životě, celkově vyšší psychická zátěž,

kteřá je na ženy ve společnosti kladena, biologické vlivy nebo styl vyrovnávání se se stresem (Nolen-Hoeksema, 2001).

Souvislostmi mezi věkem 287 žen a hladinou depresivity se zabývali například Newmann, Klein, et al. (1996). Tito autoři zjistili výrazný nárůst depresivní symptomatiky u žen starších 70 let. Jejich výsledky však zároveň ukázaly, že nárůst depresivních symptomů zde nesouvisí tolik s přibývajícím věkem jako spíše s přístupem k jejich měření. V závislosti na použité metodě (SCL-90-R, SADS – Schedule of Affective Disorders nebo standardizovaného klinického rozhovoru dle DSM-III a DSM-III–R) se výsledky projevíly velmi rozdílně. Dvě z použitých metod ukázaly klesající tendenci depresivní symptomatiky s přibývajícím věkem žen a pouze jedna z nich tendenci opačnou (Newmann, Klein, et al., 1996).

Příznakům deprese u mužů se podrobněji věnují například Magovcevic a Addis. Tito autoři dokonce vytvořili pro muže speciální dotazník s názvem Masculine Depression Scale (MDS), který je sestaven tak, aby více korespondoval s jejich typickými projevy depresivní symptomatologie, které mohou být od manifestace depresivních příznaků u žen velmi odlišné. Podle Magovcevice a Addise mají muži narozdíl od žen tendenci pocity spojené s depresí spíše popírat a svůj stav pak manifestují změnami v chování jako je například agrese, zneužívání drog a alkoholu nebo přílišným zaujetím prací (Magovcevic, Addis, 2008). Odlišné projevy deprese u mužů jsou patrně ovlivněny jejich zvnitřněním maskulinních norem, které získali v procesu generové socializace. Hammenová, Padeskyová (1977) a další zjistili, že zvláště muži, kteří striktně přijali maskulinní normy, zároveň častěji reagují somatickými symptomy deprese (Hammen, Padesky, 1977). Magovcevic a Addis ve své výzkumné studii založené na souboru 102 mužů ve věku 18 - 65 let zaznamenali, že muži skórují v dotazníku MDS vyšším bodovým součtem než v BDI (Beckově inventáři deprese), což vysvětluje právě skutečností, že MDS (Masculine Depression Scale) vystihuje projevy deprese u mužů lépe (Magovcevic, Addis, 2008).

Jak je patrné z výše uvedených výzkumných studií, jejich výsledky se v některých ohledech mezi sebou velmi různí. Některé z nich shledaly vyšší hladinu depresivity u starších věkových skupin (nejčastěji u osob nad 60 až 70 let věku) v porovnání se skupinami věkově mladšími. Jiné ukázaly spíše opačnou tendenci. Závěry jednotlivých studií mohou být odlišné například vlivem použité metodologie, původním výzkumným záměrem jejich autorů

nebo výběrem osob do výzkumných souborů z různých částí populace. Žádná z těchto studií však neprokázala vztah mezi přibývajícím věkem a nárůstem hladiny depresivity obecně.

V teoretické části rigorózní práce byl podrobněji popsán Beckův inventář deprese a vymezen termín depresivního onemocnění včetně jeho diagnostických kritérií. Zmapovány zde byly jednotlivé vývojové fáze v dospělosti a stáří s ohledem na nejdůležitější vývojové úkoly a mezníky a uvedena řada zahraničních i českých studií zabývajících se úrovní hladiny depresivity ve vztahu k věku a pohlaví zkoumaných osob. Výsledky těchto studií budou dále diskutovány v další části této práce. Následující výzkumná část je věnována základním informacím o záměru, v jehož rámci tato práce vznikla, deskriptivní statistice výzkumného souboru, použitým metodám a především analýze dat získaných pomocí sebeposuzovacího dotazníku Beckova inventáře deprese BDI-II.

VÝZKUMNÁ ČÁST

6 Cíle výzkumné části rigorózní práce

Rozmanité příznaky nebo prožitky deprese se vyskytují také u zdravých osob a jejich charakter nebo seskupení u daného jedince přitom nemusí vypovídat o depresivním onemocnění. Této skutečnosti si povšiml již Beck (1961), autor dotazníku BDI-II. Výskyt symptomů deprese v běžné (neklínické) populaci může být ovlivněn mnoha faktory, například aktuálně prožívanými stresovými či jinými negativními událostmi, zátěží a nároky, které vyplývají z běžného života, specifickými úkoly věkového období, v němž se jedinec aktuálně nachází, apod.

Cílem výzkumné části této práce je co nejpodrobnější zmapování výskytu depresivní symptomatiky u dospělé části neklínické české populace s využitím všech dostupných možností zkoumání, které nabízí sebeposuzovací dotazník s názvem Beckův inventář deprese (BDI-II). Jejím cílem není vysvětlení zjištěných jevů a jejich souvislostí, avšak velmi podrobně zkoumá, popisuje a porovnává rozdíly v subjektivně pociťované depresivní symptomatice mezi muži a ženami a především mezi jednotlivými věkovými podskupinami, jež svým ohraničením představují vývojové etapy od mladé dospělosti po pravé stáří a byly zde vymezeny podle významného českého vývojového psychologa Příhody (1971).

Hlavním smyslem je, jak již bylo uvedeno, deskripce, která se týká nejen aktuální hladiny, ale také intenzity nebo charakteru pociťovaných příznaků deprese v běžné (neklínické) populaci dle BDI-II a to s ohledem na pohlaví a věk zkoumaných osob. Výsledky jsou zde pak porovnávány s teoretickými i praktickými poznatky z oblasti vývojové psychologie a s již uskutečněnými českými i zahraničními studii zaměřenými na neklínickou i klínickou část populace.

Pomocí Beckova inventáře deprese (BDI-II) lze získat u vyšetřované osoby pro zhodnocení celkového obrazu depresivních příznaků následující informace (viz. Úvod a kapitola 1 této práce):

1. **posouzení závažnosti** (hladiny) subjektivně vnímaných depresivních příznaků dle celkového skóru dosaženého v dotazníku
2. porovnání hodnot výsledných skóre v **kognitivně-afektivních a somaticko-výkonnostních symptomech** deprese u daného jedince,

které je v klinické praxi nápomocné pro stanovení optimální léčby nebo prognózy případného depresivního onemocnění

3. **zastoupení jednotlivých symptomů deprese**, tzn. které subjektivně vnímané symptomy deprese se u daného jedince vyskytují a které nikoliv
4. **zjištění intenzity každého ze symptomů**, tzn. určení hladiny, ve které daný symptom jedince obtěžuje
5. **posouzení tzv. „klinicky významných položek“**, kterými jsou změna spánku a změny v chuti k jídlu z hlediska jejich zvýšené nebo snížené kvality či potřeby

Vzhledem k tomu, že jsem se ve své práci snažila o pouhý popis aktuálního stavu subjektivně pociťované hladiny depresivních příznaků u zkoumaného souboru, včetně jeho podskupin, neformulovala jsem předem statistické hypotézy, ale pouze otevřené výzkumné otázky, které vyčerpávají výše uvedené možnosti hodnocení subjektivně pociťované depresivní symptomatiky dle BDI-II a jejichž výčet je uveden v následujícím textu. Tyto otázky, domnívám se, vystihují zároveň nejlépe rozsah záměru této práce. Podle možností zkoumání informací získaných v BDI-II je také samotná analýza dat rozdělena do 4 různých tematických okruhů (posouzení klinicky významných položek bude součástí analýzy zastoupení jednotlivých symptomů ve výzkumném souboru).

Výzkumné otázky:

1. Jaká je hodnota celkového průměrného skóru dosaženého v dotazníku BDI-II celým souborem a jednotlivými věkovými podskupinami?
2. Která z věkových podskupin od mladé dospělosti po pravé stáří vykazuje největší / nejnižší hodnotu celkového průměrného skóru (tj. je ohrožena výskytem depresivní symptomatiky nejvíce / nejméně) ?
3. Skórují v dotazníku vyšším součtem bodů ženy nebo muži v dané věkové kategorii včetně souboru jako celku?
4. Dosáhl výzkumný soubor nebo některá z jeho věkových podskupin, celkového průměrného skóru 13 bodů a výše, který dle Becka poukazuje na zvýšenou depresivní symptomatiku ve smyslu patologie (mírné, střední až těžké deprese)?
5. Jak těsný je vztah (korelace) mezi věkem zkoumaných osob a hodnotou celkového skóre v BDI-II obecně?

Analýze těchto výše uvedených 5 otázek je věnována podkapitola 10.1.

6. Převažuje u souboru jako celku, včetně věkových podskupin od mladé dospělosti po pravé stáří, kognitivně-afektivní nebo somaticko-výkonnostní symptomatika deprese?
7. Který z těchto dvou typů depresivních příznaků se vyskytuje častěji u žen a který u mužů?

Otázky týkající se zastoupení kognitivně-afektivní a somaticko-výkonnostní komponenty deprese u zkoumaných osob budou analyzovány v podkapitole 10.2.

8. Které z 21 symptomů dotazníku BDI-II se vyskytují u celého souboru a jednotlivých věkových kategorií nejčastěji a lze je tak považovat pro dané věkové období za charakteristické?
9. Které z těchto symptomů se vyskytují častěji u žen a které u mužů?

Odpovědi na otázky 8 a 9 budou zodpovězeny v podkapitole 10.3.

10. V jaké intenzitě se příznaky deprese dle BDI-II u zkoumaných osob vyskytují?
11. Která z věkových podskupin vykazuje v dotazníku BDI-II vyšší intenzitu daných příznaků oproti ostatním?
12. Pociťují u sebe intenzivněji jednotlivé příznaky deprese dle BDI-II muži nebo ženy?

Těmto otázkám se věnuje poslední část analýzy dat a výsledků (10.4).

Domnívám se, že výsledky výzkumné části práce mohou být užitečné nejen pro klinické, ale také pro výzkumné pracovníky. Na základě informací získaných v běžné (neklinické) části populace mohou být porovnávány typické odpovědi v BDI-II u zdravých a duševně nemocných osob (například s depresivní poruchou) a s využitím podobné metodologie je také možné sledovat například vývoj subjektivně pociťované depresivní symptomatiky u dospělé části české populace v čase. V dostupné literatuře jsem našla jen velmi málo studií, které se zabývají depresivními příznaky v neklinické populaci s použitím dotazníku BDI-II a pokud existují, bývají pouze úzce zaměřené, například pouze na celkový skóre dosažený výzkumným souborem, nebo tvoří výzkumný soubor skupiny osob s některým specifickým onemocněním - například se zrakovým postižením apod. Tato práce je výjimečná právě tím, že u jednoho

výzkumného souboru vybraného z neklinické části populace využívá všech možností zkoumání, které Beckův inventář BDI-II nabízí. Většina dosavadních studií byla navíc koncipována s využitím starších verzí dotazníku (BDI, BDI-IA). Tato rigorózní práce tak může přispět rovněž k bližšímu seznámení s nejnovější verzí (BDI-II), která v české praxi zatím nebyla příliš využívána, neboť zde také doposud nebyla standardizována. Určitým jejím přínosem může být i odkrytí některých nedostatků a nevýhod, týkajících se jednotlivých položek BDI-II, které diskutuji v závěru.

7 Výzkumný záměr

Výzkumná část této rigorózní práce sestává z dat získaných v rámci výzkumného projektu s názvem „Testování neuropsychologické výkonnosti zdravých osob a vytvoření databáze osob, která by mohla sloužit jako komparativní pro české výzkumníky a kliniky“, který je od roku 2005 realizován Psychiatrickým centrem Praha. Projekt je řešen pod označením MZČR0PCP2005 a měl být ukončen v roce 2011. Jeho cílem je stanovení norem řady neuropsychologických zkoušek na neklinické dospělé české populaci. Současně s neuropsychologickými testy byl se stejným záměrem (standardizace na území České republiky) respondentům zadáván také Beckův inventář deprese BDI-II.

Podrobný výčet všech metod v pořadí, ve kterém byly v rámci testování respondentům zadávány, je uveden níže:

1. Screeningový dotazník
2. Informovaný souhlas
3. Beckův inventář deprese BDI-II
4. Zkrácená verze třetího vydání Wechslerovy paměťové škály (WMS-IIIa) – bezprostřední vybavení
5. Subtest Číselné řady Testu struktury inteligence (ISA)
6. Dotazník celkového zdraví (General Health Questionnaire – GHQ)
7. Zkrácená verze třetího vydání Wechslerovy paměťové škály (WMS-IIIa) – oddálené vybavení
8. Reyova-Osterriethova komplexní figura (ROCFT) – kopie
9. Demografický dotazník
10. Reyova-Osterriethova komplexní figura (ROCFT) – reprodukce po 3 minutách
11. Paměťový test učení AVLT – sady A a B, pokus IV
12. Verbální fluence (fonemická) – písmena N,K,P
13. Test cesty (TMT-A, TMT-B)
14. Londýnská věž (Tol)
15. Reyova-Osterriethova komplexní figura (ROCFT) – oddálené vybavení
16. Paměťový test učení AVLT – oddálené vybavení
17. Finger Taping Test
18. N-Back Test

19. Stroopův test (SCWT)
20. Test tvorby rodokmenu
21. Five-Point Test
22. National Adult Reading Test (NART)
23. 15-Item Memory Test (Malingering)
24. Verbal Trail Making

Pro účely zpracování dat v této rigorózní práci je důležitý pouze Screeningový dotazník (k vyřazení dobrovolníků nesplňujících podmínky výběru do výzkumného záměru), Demografický dotazník (k zaznamenání věku a pohlaví respondenta, případně také názvů léčiv, které v současné době užívá) a především dotazník BDI-II (k zachycení subjektivně vnímané depresivní symptomatiky u zkoumaných osob).

Jako autorka této rigorózní práce jsem se rovněž účastnila procesu testování a získala tak data od více než padesáti respondentů, většinou pocházejících z Kutné Hory a okolí. Sběr dat byl však prováděn v mnoha různých lokalitách v závislosti na možnostech examinátorů i dobrovolníků, kteří se do výzkumu přihlásili, nejčastěji však v Praze a Středočeském kraji. Zadání celé sady testů bylo poměrně časově náročné, kompletní vyšetření trvalo přibližně 2,5 – 3 hodiny. Pro dobrovolníky bylo testování také psychicky vyčerpávající, proto byly složitější metody prokládány snadnějšími a odpočinkovějšími. Po absolvování celého vyšetření byly testované osoby finančně odměněny. Pokud by však examinátor u respondenta zpozoroval, že se nesnaží dosáhnout v testování co nejlepších výsledků, ale usiluje pouze o co nejrychlejší dokončení zkoušek s cílem získat pouze finanční odměnu, mohl pohrozit snížením nebo odepřením této odměny. K tomuto však v průběhu sběru nebylo v žádném z případů nutno přistoupit.

Pro zachování co největší kvality administrace celé sady metod prováděly testování pouze osoby k tomuto účelu vyškolené, většinou studenti psychologie ve třetích a vyšších ročnících. Přesto však nebylo možné zaručit vždy zcela objektivní a standardní administraci, neboť některé zkoušky jsou ovlivněny například tempem předčítání examinátorem (Paměťový test učení AVLT, čtení příběhu u Wechslerovy paměťové škály WMS-IIIa, apod.).

Domnívám se, že v případě administrace dotazníku BDI-II podobné problémy nenastávaly, neboť byl zadáván v tištěné podobě. Vzhledem k tomu, že se nejedná o výkonnostní zkoušku,

měl každý z respondentů na jeho vyplnění tolik času, kolik potřeboval, a mohl si tak rozmyslet, která z odpovědí ho nejvíce vystihuje. Problematické zde však v některých případech bylo vyřazování uchazečů o výzkum nespĺňujících podmínky výběru, které probíhalo na základě výše uvedeného Screeningového dotazníku, kdy examinátor sám posuzoval sporné případy a mohl tak do souboru zařadit i nevyhovujícího uchazeče nebo naopak vyhovujícího odmítnout. Tento problém je podrobněji řešen v kapitole 9.

8 Metody

V této části rigorózní práce budou stručně popsány všechny metody, které byly pro účely daného tématu použity a pomocí nichž byla získávána data pro analýzu výsledků osob ve výzkumného souboru. Jedná se o následující tři metody dotazníkového typu:

Screeningový dotazník – předvýběr

Demografický dotazník

Beckův inventář deprese BDI-II

Screeningový dotazník – předvýběr

Screeningový dotazník byl vytvořen Psychiatrickým centrem Praha pro účely vyřazení osob nesplňujících podmínky výběru, které se přihlásily do výzkumného záměru, ještě před započítáním samotného testování. Jeho cílem je zaznamenat rozličná psychiatrická, neurologická či somatická onemocnění dobrovolníků – uchazečů o testování, neboť standardizace diagnostických metod v tomto výzkumném záměru je, jak již bylo uvedeno, podmíněna sběrem dat v psychicky a zvláště v neuropsychicky zdravé (neklinické) populaci.

Dotazník sestává celkem z 9 otázek, například: Byl jste Vy sám někdy psychiatricky léčen? Měl jste někdy problémy s nadměrným užíváním nebo závislostí na drogách? Byl jste někdy více než pět minut v bezvědomí?, apod. Odpovědi jsou většinou předtištěné a obsahují alternativu ANO / NE.

Všechny otázky zodpovídá a kroužkuje v záznamovém archu sám testovaný, avšak důležitou součástí je doptávání se a zjišťování podrobnějších informací, které respondenta ke kladné odpovědi vedly, ze strany examinatora. Tyto informace jsou rovněž poznamenávány.

Pokud respondent uvedl na jednu nebo více z otázek odpověď ANO, neměl být do výzkumného záměru zařazen. Výjimkou byla pouze kladná odpověď na otázku týkající se přítomnosti některého somatického onemocnění. Úkolem examinatora pak bylo posoudit, zda toto onemocnění může ovlivňovat neuropsychickou výkonnost. Pokud shledal, že tato možnost existuje, byl nucen dobrovolníka rovněž odmítnout. Sběr dat však postupem času začal být stále náročnější (zužoval se okruh osob, které by maximálně vyhovovaly

požadavkům) a zvýšila se tak tolerance ke kladným odpovědím. Důraz začal být kladen především na vyloučení osob, které přímo trpí některou psychickou poruchou nebo některým typem neuropsychického postižení (epilepsie, bezvědomí v minulosti, které trvalo déle než 5 minut, užívání léků, které ovlivňují psychickou výkonnost apod.). Pro účely zpracování tématu, kterým se tato rigorózní práce zabývá, však byly podmínky opět zpřísněny a mnoho osob tak bylo ze souboru vyřazeno dodatečně (viz. kapitola 9).

Demografický dotazník

Tato metoda byla rovněž vytvořena v Psychiatrickém centru Praha s cílem zmapování základních demografických údajů o vyšetřované osobě (pohlaví, věk, vzdělání, zaměstnání, rodinný stav, bydliště, materiální situace) a také některých fyziologických údajů, které by mohly ovlivňovat průběh testování (oční vady, latelarita, apod.). Součástí dotazníku jsou rovněž otázky týkající se aktuální schopnosti koncentrace testované osoby a její motivace k vyšetření, které se však zadávaly až na závěr celého vyšetření. Respondent zde hodnotil svou aktuální schopnost soustředění se a motivaci na pětibodové stupnici podobné školnímu známkování (stupeň 1 vypovídá o velmi dobré a stupeň 5 o velmi špatné koncentrovanosti, atd.). Odpovědi v tomto dotazníku zaznamenává testovaná osoba sama pomocí předem připravených kódů, například: svobodný/á – 1, ženatý/vdaná – 2, apod.

Výzkumný záměr probíhal po dobu několika let a tento dotazník postupem času změnil svou podobu. Vynechána tak byla například otázka týkající se prožité negativní události a jejího zásahu do života respondenta. V příloze je uvedena poslední verze tohoto dotazníku.

V této práci využívám z Demografického dotazníku pouze informace týkající se věku a pohlaví testovaných osob, neboť ty jsou pro její téma stěžejní, a okrajově také údaje o lécivech, jejichž užívání v současnosti respondent uvedl - tato informace je důležitá pro výběr osob, které budou z původního rozsáhlého výzkumného souboru zahrnuty do výzkumného souboru této práce (viz. kapitola 9).

Beckův inventář deprese BDI-II

Beckův inventář deprese (BDI-II), je podrobněji popsán v samostatné kapitole (1), proto zde uvádím jen základní informace pro připomenutí. Beckův inventář deprese je sebesposuzovací škála pro zjištění závažnosti deprese (případně někdy též jako screening k zachycení osob s depresivní poruchou), která se skládá z 21 položek (jedná se zároveň o jednotlivé symptomy deprese). Každý symptom (položka) je skórován v rozmezí 0-3 bodu, podle toho, v jaké intenzitě je u daného jedince přítomen.

Tento dotazník obsahuje 8 tzv. kognitivně-afektivních symptomů (položek) a 13 somaticko-výkonnostních. Porovnání skóru dosažených v kognitivně-afektivních a somaticko-výkonnostních položkách je významné zejména pro stanovení prognózy depresivního onemocnění a také pro navrhnutí optimálního léčebného postupu (psychoterapie, medikace apod.)

Podle celkového skóru (maximální hodnota je 63 bodů, minimální 0), kterého jedinec v dotazníku dosáhne, lze usuzovat na závažnost depresivních příznaků. Pro zvážení přítomnosti depresivní poruchy u testované osoby doporučuje Beck a spol. hranici 13 bodů a výše. Metoda pak dále umožňuje rozlišení mezi mírnou, střední a těžkou depresivní fází.

Metoda BDI-II je sebesposuzovací, nikoliv objektivní. Sebesposouzení vyšetřované osoby se týká posledních 14 dní (viz. instrukce). Využívána je zejména v psychiatrických léčebnách, neboť umožňuje posouzení aktuálního stavu a změn v průběhu léčby pacienta.

9 Výzkumný soubor

Po dokončení sběru dat v dospělé neklinické české populaci, který probíhal od roku 2005 do roku 2011 v rámci výzkumného záměru MZČR0PCP2005 Psychiatrického centra Praha, jehož cílem byla standardizace řady zejména neuropsychologických zkoušek, ale také dotazníku BDI-II, čítal výzkumný soubor celkem 505 osob.

Podrobnější analýzou odpovědí ve Screeningovém a Demografickém dotazníku (viz kapitola 8) jsem však dále přezkoumávala a ověřovala u každého respondenta, který u sebe v době, kdy byl sběr dat uskutečněn, uvedl přítomnost některého z psychických či somatických onemocnění, zda splňuje podmínky zahrnutí do výzkumného souboru vzhledem k zaměření a tématu rigorózní práce.

Některá onemocnění nebo užívání určitých léčiv totiž mohou ovlivňovat výskyt rozmanitých depresivních příznaků. Cílem této studie je přitom zmapování subjektivně vnímaných symptomů deprese dle dotazníku BDI-II u neklinické populace a zvýšená pozornost při výběru osob do výzkumného souboru tak musela být věnována zejména absenci takových onemocnění nebo poruch, které mohou depresivní příznaky připomínat, doprovázet nebo dokonce způsobovat.

Na základě závěrů několika odborných studií, které na tyto možné souvislosti poukazují, jsem tak z původního rozsáhlého souboru 505 osob dodatečně vyřadila 85 respondentů, konkrétně: 23 osob pro psychiatrickou anamnézu (v minulosti se pokusily o suicidium, léčily se s depresivní epizodou či úzkostnými poruchami nebo nadužívaly návykové látky). Rovněž 23 osob bylo vyloučeno pro psychiatrickou anamnézu nebo současně probíhající psychickou poruchu v jejich blízkém příbuzenstvu z důvodu možnosti genetické zátěže. Dále 20 respondentů s vysokým krevním tlakem nebo jinými kardiovaskulárními onemocněními, 9 osob, které jsou v současnosti léčeny s poruchami funkce štítné žlázy, 2 respondenti s onemocněním prostaty, 4 diabetici a 4 osoby aktuálně užívající medikaci s možnými vedlejšími účinky, které připomínají depresivní symptomy.

U dalších 9 osob jsem shledala nevyplnění jedné nebo více položek v dotazníku BDI-II, u 24 respondentů došlo patrně v průběhu sběru dat ke ztrátě jejich záznamových archů BDI-II a zůstal tak k dispozici pouze celkový skóre, kterého v dotazníku dosáhli, v elektronické

databázi. Data od těchto respondentů byla rovněž vyřazena. Celkem jsem tak z původního výzkumného souboru eliminovala 118 osob a zároveň identifikovala 9 různých kategorií představujících důvody pro jejich vyloučení.

Přehledová tabulka všech těchto kategorií včetně uvedení některých studií, na jejichž základě jsem se o vyřazení konkrétních skupin osob z mého výzkumného souboru rozhodovala, jsou součástí přílohy této rigorózní práce.

Domnívám se, že v úvodu kapitoly zabývající se výzkumným souborem bylo důležité zmínit, že původní soubor, se kterým jsem pracovala a který byl v průběhu několika let vybrán řadou examinátorů jako část neklinické populace byl mnohem rozsáhlejší. Zároveň se domnívám, že adekvátní je zde také informovat o důvodech, které mě k jeho poměrné výrazné redukci přiměly.

9.1 Deskriptivní statistika výzkumného souboru

Po vyloučení získaných dat od 118 respondentů, kteří nesplňovali podmínky výběru, bylo do výzkumného souboru této rigorózní práce zařazeno celkem 387 osob. Z toho 162 mužů a 225 žen. Průměrný věk celého souboru je 45,44 let s dolní věkovou hranicí 20 let. Nejstarší osoba ve výzkumném souboru je pak ve věku 84 let. Průměrný věk žen činí 47,34 let a mužů 42,78. Podrobnější informace o výzkumném souboru jako celku jsou uvedeny v následujících tabulkách.

Tab. č.1: Věk respondentů výzkumného souboru (v letech)

| n | Průměrný věk | Věk. minimum | Věk. maximum | SD |
|----------|---------------------|---------------------|---------------------|-----------|
| 387 | 45,44 | 20 | 84 | 16,36 |

Pozn. k tab. č.1: n - počet osob, SD – směrodatná odchylka (Standard deviation). Toto značení bude používáno ve všech dalších tabulkách i v textu.

Tab.č.2: Zastoupení a průměrný věk mužů a žen ve výzkumném souboru

| n - muži | n – ženy | Průměrný věk - muži | Průměrný věk - ženy | SD | t-test | p |
|----------|----------|---------------------|---------------------|-------|--------|--------|
| 162 | 225 | 42,78 | 47,35 | 16,84 | -2,72 | < 0,01 |

Pozn. k tab.č.2: Pro rozlišení statisticky významných výsledků je v této i ve všech následujících tabulkách výzkumné části práce užito na hladinách významnosti $p < 0,01$ a $p < 0,05$ tučného zvýraznění písma.

Výzkumný soubor je dále rozdělen do 5 věkových podskupin (vývojových fází) vymezených dle Příhody (1971). Názvy jednotlivých vývojových etap jsou zde však převzaty například od Vágnerové (2007), neboť Příhodova terminologie nekoresponduje se současnou českou i zahraniční odbornou literaturou (viz.kapitola 4.1). V následujícím textu je nejprve uveden přehled těchto věkových podskupin, další část je věnována jejich deskriptivní statistice.

1. skupina: **Mladá dospělost** (20-29 let)
2. skupina: **Střední dospělost** (30-44 let)
3. skupina: **Starší dospělost** (45-59 let)
4. skupina: **Rané stáří** (60-74 let)
5. skupina: **Pravé stáří** (75 let a více)

První skupinu dospělých osob (20-29letých) tvoří celkem 83 jedinců v průměrném věku 24,49 let. Ve skupině středně dospělých osob (30-44letých) je přítomno celkem 107 osob, jejichž průměrný věk je 36,22 let. Třetí skupina respondentů ve věku starší dospělosti (45-59letých) zahrnuje 108 osob s průměrným věkem 52,12 let. Věkovou kategorii nazývanou rané stáří (60-74let) reprezentuje celkem 76 osob v průměrném věku 66,22 let. Poslední věkovou skupinu osob 75letých a starších pak tvoří pouze 13 jedinců s průměrným věkem 77,92 let. Podrobnější údaje viz.tabulka č. 3.

Tab.č. 3.: Průměrný věk respondentů v jednotlivých věkových podskupinách

| Věková kategorie | n | Průměrný věk (v letech) | Věk.minimum | Věk.maximum | SD |
|---------------------|-----|-------------------------|-------------|-------------|------|
| 1.Mladá dospělost | 83 | 24,49 | 20 | 29 | 2,87 |
| 2.Střední dospělost | 107 | 36,22 | 30 | 44 | 4,33 |
| 3.Starší dospělost | 108 | 52,12 | 45 | 59 | 4,69 |
| 4.Rané stáří | 76 | 66,22 | 60 | 74 | 4,18 |
| 5.Pravé stáří | 13 | 77,92 | 76 | 84 | 2,28 |

V další části následuje deskriptivní statistika z hlediska zastoupení mužů a žen v těchto jednotlivých věkových podskupinách včetně jejich průměrného věku.

Skupinu osob ve věku mladé dospělosti reprezentuje celkem 36 mužů v průměrném věku 24,86 let a 47 žen s průměrným věkem 24,21 let. Pouze v kategorii středně dospělých osob je vyšší počet mužů oproti ženám a to v zastoupení 58 mužů / 49 žen. Průměrný věk mužů je zde 35,93 let a žen 36,57 let. Skupina osob středně dospělých zahrnuje 40 mužů v průměrném věku 51,57 let a 68 žen v průměrném věku 52,44 let. Pokročilejší věková kategorie s názvem rané stáří sestává z 25 mužů a 51 žen. Průměrný věk mužů je zde 66,35 let a žen 65,96 let. V poslední věkové podskupině osob starších 75 let (pravé stáří) jsou přítomni 3 muži a 10 žen. Průměrný věk mužů v pravém stáří je 77,3 let a žen 80 let. Podrobnější údaje jsou uvedeny v tabulce č. 4.

Tab.č.4.: Zastoupení mužů a žen v jednotlivých věkových kategoriích

| Kategorie | n muži | n ženy | Věk muži | Věk ženy | t-test: | p | SD věk muži | SD věk ženy |
|---------------------|--------|--------|----------|----------|---------|------|-------------|-------------|
| 1.Mladá dospělost | 36 | 47 | 24,86 | 24,21 | 1,02 | 0,31 | 2,7 | 2,99 |
| 2.Střední dospělost | 58 | 49 | 35,93 | 36,57 | -0,76 | 0,45 | 4,63 | 3,97 |
| 3.Starší dospělost | 40 | 68 | 51,57 | 52,44 | -0,92 | 0,36 | 4,76 | 4,66 |
| 4.Rané Stáří | 25 | 51 | 66,35 | 65,96 | 0,38 | 0,7 | 4,25 | 4,10 |
| 5.Pravé Stáří | 3 | 10 | 77,3 | 80 | - | - | 1,49 | 3,6 |

Pozn.k tab.č.4.: Soubor osob ve věku 75let a více sestává pouze ze 3 mužů a 10 žen, proto zde není uveden t-test, který na tak malou skupinu osob nemohl být použit.

Z deskriptivní statistiky výzkumného souboru je patrné, že s rostoucím věkem obsahuje soubor stále menší počet osob. Tato skutečnost by mohla být, domnívám se, způsobena například vzrůstajícími somatickými i neuropsychickými obtížemi u osob v pokročilejším věku, které pak do výzkumné studie nemohly být zařazeny, neboť již nesplňovaly kritéria neklinické populace. Zároveň však lze připustit, že s rostoucím věkem je člověk více unavitelný, méně ochotný experimentovat a podstoupit tak náročné testování ve výzkumném záměru (viz. kapitola 7), jehož součástí bylo zadávání dotazníku BDI-II. Určitý vliv by zde mohla mít i větší sociální izolovanost stárnoucího člověka, kterému se tak nedostalo informací o možnostech nechat se v tomto výzkumném záměru testovat.

10 Analýza dat a výsledky

Tato část rigorózní práce se zabývá analýzou symptomů deprese v neklinické části dospělé české populace získaných pomocí sebeposuzovacího dotazníku BDI-II ve vztahu k věku a pohlaví respondentů ve výzkumném souboru. V jejím úvodu považuji za důležité připomenout skutečnost, že Beckův inventář deprese je sebeposuzovací dotazník, proto nelze považovat následující výsledky za objektivní zhodnocení depresivní symptomatiky u zkoumaných osob. Jedná se zde vždy o skutečnost, jak se respondenti sami posuzují a vnímají.

Analýza dat sestává z následujících podkapitol, které jsou sestaveny podle možností zkoumání, které Beckův inventář BDI-II umožňuje a dále z podkapitoly, která porovnává zjištěné výsledky s výsledky a závěry dosavadních existujících českých i zahraničních studií a především s některými teoretickými poznatky z oblasti vývojové psychologie, které jsou uvedeny v teoretické části této práce:

Hladina subjektivně vnímaných příznaků deprese

– celkový skóre v BDI-II

Kognitivně-afektivní a somaticko-výkonnostní příznaky deprese BDI-II

Četnost výskytu jednotlivých symptomů deprese BDI-II

včetně klinicky významných položek

Subjektivně vnímaná intenzita symptomů BDI-II

Porovnání výsledků s poznatky uvedenými v teoretické části

Každá z těchto výše uvedených částí analýzy dat se zabývá vždy nejprve výzkumným souborem jako celkem (všech 387 osob) a dále jednotlivými věkovými podskupinami, které představují vývojové fáze od mladé dospělosti po pravé stáří, jejichž výčet včetně věkového ohraničení dle Příhody (1971) je následující:

1. **Mladá dospělost:** 20-29 let
2. **Střední dospělost:** 30-44 let
3. **Starší dospělost:** 45-59 let
4. **Rané stáří:** 60-74 let
5. **Pravé stáří:** 75 let a více

Jednotlivé části analýzy se vždy věnují také rozdílům v subjektivně pocíťované depresivní symptomatice u mužů a žen.

10.1 Hladina subjektivně vnímaných příznaků deprese – celkový skór v BDI-II

Tato podkapitola analýzy dat a výsledků se zabývá hledáním odpovědí na výzkumné otázky 1, 2, 4 a 5 (viz. kapitola 6). První její (následující) část se zabývá závažností subjektivně hodnocených depresivních příznaků u zkoumaných osob (dle Becka od minimální po těžkou depresi) pomocí celkového skóru v BDI-II. Cílem je zde zároveň zjištění, která z věkových podskupin od mladé dospělosti po pravé stáří, vykazuje nejvyšší / nejnižší hodnotu tohoto celkového skóru a vnímá tak u sebe nejvíce / nejméně příznaků deprese. Průměrné hodnoty celkových skórů v BDI-II dosažených jak celým výzkumným souborem tak jednotlivými věkovými podskupinami uvádí následující tabulka:

Tab.č. 5: Celkový průměrný skór v BDI-II – celý soubor včetně věkových podskupin 1-5

| Věkové podskupiny (kategorie) | n | Průměrný skór v BDI-II | SD |
|---------------------------------|-----|------------------------|-------|
| Celý soubor | 387 | 8,4 | 6,92 |
| 1.Mladá dospělost (20-29 let) | 83 | 7,3 | 6,2 |
| 2.Střední dospělost (30-44 let) | 107 | 7,93 | 6,97 |
| 3.Starší dospělost (45-59 let) | 108 | 8,98 | 7,03 |
| 4.Rané stáří (60-74 let) | 76 | 8,79 | 6,67 |
| 5.Pravé stáří (75 let a více) | 13 | 12,08 | 10,13 |

Výsledky uvedené v tabulce č. 5 ukazují, že nejnižší míru subjektivně vnímané depresivní symptomatiky vykazuje skupina respondentů ve vývojové etapě nazývané mladá dospělost (průměr. skór 7,3 bodů). Následuje skupina osob středně dospělých (7,93), dále skupina osob ve věku raného stáří (8,79) a starší dospělosti (8,98). Poslední podskupina osob ve věku pravého stáří vykazuje ze všech uvedených celkový průměrný skór nejvyšší - v hodnotě 12,08 bodu. Lze tedy konstatovat, že nejstarší věková podskupina (75 let a více) se zde posuzuje jako nejvíce depresivní. Tendence vzrůstající hladiny depresivity spolu s přibývajícím věkem

zkoumaných osob je patrná od vývojové fáze mladé dospělosti po rané stáří, ve kterém mírně klesá. V pravém stáří však opět stoupá a dosahuje ve srovnání s ostatními věkovými podskupinami vrcholu.

Podle Beckovy stupnice závažnosti deprese (viz. kapitola 1.2) je patrné, že ani jedna z věkových podskupin, včetně výzkumného souboru jako celku, nevykazuje zvýšenou hladinu depresivity ve smyslu posunu od normy (úrovně v běžné populaci). Pouze skupina osob starších 75 let (pravé stáří) dosáhla průměrného skóru v BDI-II v hodnotě 12,08 bodů, který se již hranici 13 bodů pro možnost zvažování diagnostiky mírné deprese blíží. Avšak tato hranice zde rovněž dosažena ani překročena nebyla.

Výše uvedené výsledky, které se týkají porovnání jednotlivých věkových podskupin z hlediska dosaženého celkového skóru v BDI-II (závažnosti subjektivně vnímané hladiny depresivity), však lze považovat pouze za popisné a orientační. Nelze je interpretovat jako statisticky významné. Pro ověření statistické významnosti zde byl použit Kruskal-Wallisův test, který byl vybrán s ohledem na nízký počet respondentů v poslední věkové kategorii (pravé stáří) sestávající pouze ze 13 osob (viz. tab.č.6).

Tab.č. 6: Kruskal – Wallisův test: analýza statistické významnosti rozdílů v průměrných skórech v BDI-II mezi věkovými podskupinami 1 - 5

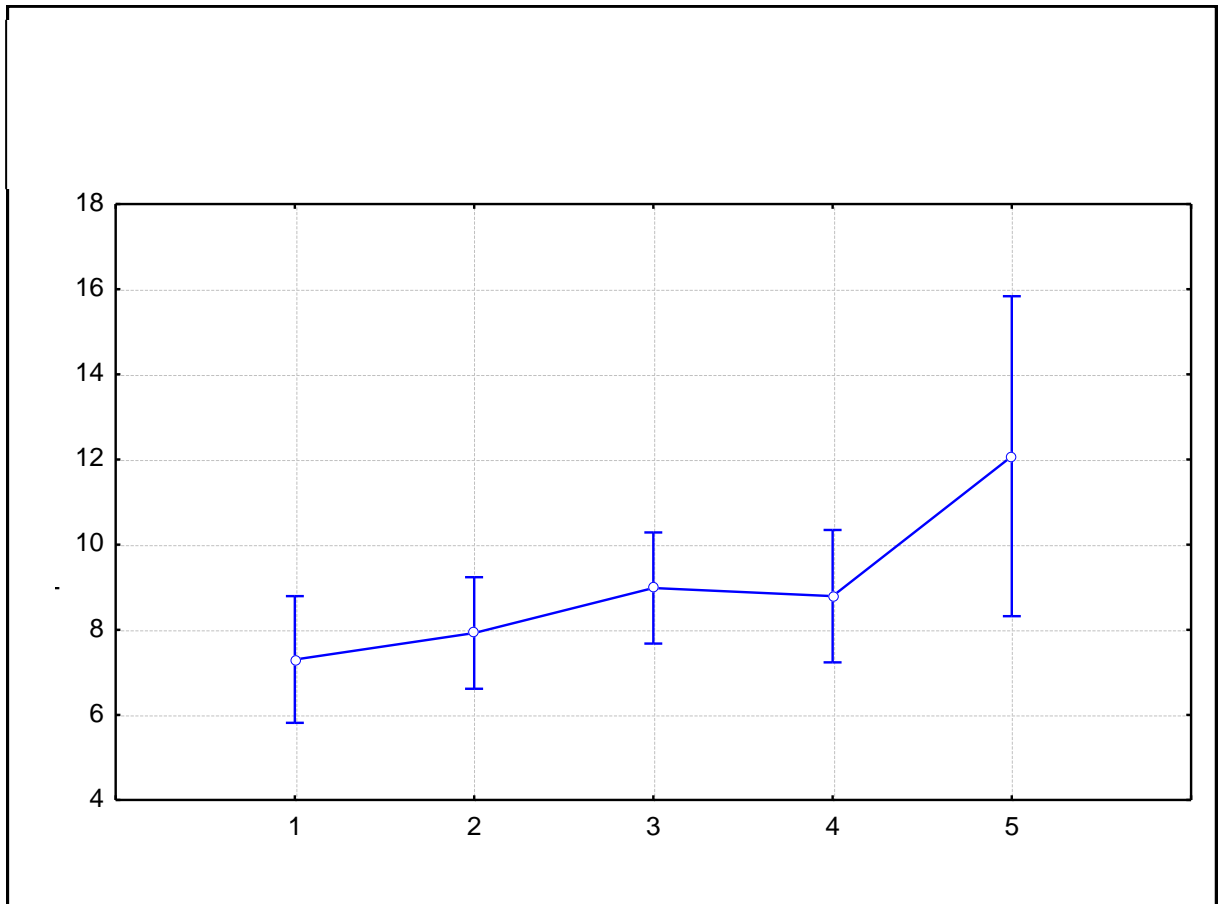
| Věk. kategorie | Součet pořadí průměr. skóre v BDI-II | n |
|---|--------------------------------------|-----|
| 1.Mladá dospělost | 14691 | 83 |
| 2.Střední dospělost | 19763 | 107 |
| 3.Starší dospělost | 22097 | 108 |
| 4.Rané stáří | 15491 | 76 |
| 5.Pravé stáří | 3036 | 13 |
| Kruskal-Wallisův test: $\alpha = 0,05$; $H(4, n=387)$; $X = 5,85$; $p = 0,21$ | | |

Statisticky významný rozdíl z hlediska dosaženého celkového skóru v BDI-II alespoň mezi dvěma ze sledovaných věkových podskupin tato metoda neprokázala, neboť hodnota testového kritéria $H(4, n=387)$ není větší než kritická hodnota $X(\alpha 0,05) = 5,85$ ($p=0,21$).

Z následujícího grafu je patrná také nízká predikce uvedených výsledků týkajících se celkového průměrného skóru v BDI-II pro skutečné hodnoty v populaci, která je způsobena

nedostatečným počtem osob v nejstarší věkové kategorii (v pravém stáří). Graf znázorňuje 95% interval spolehlivosti.

Graf č. 1: Celkové průměrné skóry v BDI-II – 95% interval spolehlivosti pro jednotlivé věkové podskupiny (1-5)



Vysvětlivky ke grafu č.1: svislá osa představuje hodnotu průměrného skóru v BDI-II, vodorovná pak věkové kategorie 1- 5 věkově ohraničené dle Příhody.

Otázkou, jak těsný je vztah mezi věkem zkoumaných osob v celém výzkumném souboru (n=387) a výší celkového průměrného skóru v BDI-II obecně, se zabývá další část analýzy. Korelací těchto dvou proměnných byly zjištěny následující výsledky viz. tabulka č.7.

Tabulka č.7: Korelace proměnné věku osob v celém výzkumném souboru (n=387) a průměrného skóru v BDI-II

| Celk. průměr. skór v BDI-II | Průměrný věk respondentů | n | r | R2 |
|-----------------------------|--------------------------|-----|------|------|
| 8,40 | 45,63 | 387 | 0,13 | 0,02 |

Pozn. k tab.č. 7: Korelace proměnných byla testována na hladině významnosti $p < 0,05$.

Přestože koeficient korelace ($r = 0,13$) ukazuje na signifikantní těsnost vztahu mezi věkem a skórem dosaženým v BDI-II, dle koeficientu determinace, jehož hodnota společné variability celkového skóru v BDI-II a věku je pouze 2%, nelze usuzovat na zásadní vztah mezi těmito proměnnými, neboť 98% variability je ovlivněno jinými proměnnými než věkem respondentů.

10.1.2 Celkový skór v dotazníku BDI-II – rozdíly mezi muži a ženami

Tato část analýzy je zaměřena na rozdíly v hodnotách celkového průměrného skóru v BDI -II dosažených mezi muži a ženami (viz.výzkumná otázka č.3 – kapitola 6). Zabývá se opět nejprve celým souborem a poté věkovými podskupinami 1-5 z tohoto hlediska. Pro porovnávání zde byla použita metoda t-testu, která však nemohla být využita u nejstarší věkové kategorie pro nízký počet osob, které ji zastupují. Výsledky v tabulce č 8. jsou u této věkové skupiny (75 let a více) uvedeny pouze pro přehlednost.

Tab. č. 8: Celkový průměrný skór v BDI-II u mužů a žen

| Věková kategorie | Muži | | | Ženy | | | t-test | P |
|-------------------------------|------|--------------|-------|------|--------------|------|--------|--------|
| | n | Průměr. skór | SD | n | Průměr. skór | SD | | |
| Celý soubor (20-84 let) | 162 | 7,25 | 6,32 | 225 | 9,22 | 7,23 | -2,78 | < 0,01 |
| Mladá dospělost (20-29 let) | 36 | 6,17 | 5,05 | 47 | 8,17 | 6,89 | -1,47 | 0,15 |
| Střední dospělost (30-44 let) | 58 | 7,59 | 6,99 | 49 | 8,33 | 6,99 | -0,55 | 0,59 |
| Starší dospělost (45-59 let) | 40 | 7,58 | 6,09 | 68 | 9,81 | 7,44 | -1,6 | 0,11 |
| Rané stáří (60-74 let) | 25 | 6,88 | 4,73 | 51 | 9,73 | 7,3 | 1,77 | 0,08 |
| Pravé stáří (75 let a více) | 3 | 12,67 | 17,79 | 10 | 11,09 | 8,14 | - | - |

Dle výsledků uvedených v tabulce č.8 je patrné, že od mladé dospělosti po rané stáří skórují v Beckově inventáři deprese (BDI-II) ženy více než muži. Výjimku tvoří pouze skupina osob 75letých a starších, ve které dosáhli vyššího celkového skóru oproti ženám naopak muži (celkový průměrný skór žen 11,09, mužů 12,67). Rozdíly v jednotlivých věkových skupinách mezi muži a ženami však nebyly shledány jako statisticky významné. Signifikantně vyšší skór v BDI-II u žen oproti mužům se zde projevil pouze ve výzkumném souboru jako celku.

Pro doplnění uvádím na závěr celé této části analýzy dat některé základní statistické údaje, které byly zjištěny ve výzkumném souboru, avšak nebyly přímo předmětem stanovených výzkumných otázek, neboť se jedná o výsledky jednotlivých případů, nikoliv výzkumného souboru jako celku nebo jeho věkově ohraničených podskupin.

Pouze 29 osob z celého výzkumného souboru ($n = 387$) u sebe zhodnotilo nepřítomnost jakéhokoliv ze symptomů deprese dle BDI-II. Jejich celkový skór v tomto dotazníku je nulový. Maximální součet 63 bodů, kterého je v BDI-II možné dosáhnout, nezískal ani jeden z respondentů. Nejvyšší celkový skór 33 bodů byl shledán u dvou respondentů. Nejčastěji se však ve výzkumném souboru vyskytovala hodnota 7 bodů celkového součtu (modus).

Dle Beckovy stupnice závažnosti deprese (viz. kapitola 1.2) dosáhlo 41 respondentů z celého výzkumného souboru (přibližně 11%) součtu, který odpovídá mírné depresi (průměrná hodnota skóru všech těchto osob 16,2 bodu). 33 osob (cca 9%) vykazuje střední depresi (23,2 bodů). U třech osob pak byl shledán bodový součet v BDI-II, který vypovídá o přítomnosti těžké depresivní fáze (průměrný skór těchto 3 jedinců v hodnotě 32 bodu).

Nejvíce osob, které dosáhly v BDI-II celkového součtu vyššího 13 bodů, bylo shledáno ve věku 75 let a více (33% z celého výzkumného souboru). Druhý nejčastější výskyt mírné, střední nebo těžké závažnosti deprese byl zaznamenán ve věku střední dospělosti (20%). Napříč všemi vývojovými fázemi (věkovými podskupinami) byl zároveň zjištěn častější výskyt skóru zvýšeného nad hranici 13 bodů u žen oproti mužům. Lze připustit, že některé z těchto osob mohou skutečně trpět depresivním onemocněním, avšak tato skutečnost nebyla zjištěna v průběhu předvýběru do výzkumného souboru a proto z něj nebyly vyřazeny.

10.2 Kognitivně-afektivní a somaticko-výkonnostní příznaky deprese BDI-II

Tato část analýzy se zabývá zastoupením kognitivně-afektivních a somaticko-výkonnostních symptomů u zkoumaných osob v Beckově inventáři deprese BDI-II. Cílem je zjistit, které z těchto dvou typů příznaků v daném věkovém období, včetně výzkumného souboru jako celku, převažují (viz. výzkumná otázka č.6, kapitola 6).

Beckův inventář deprese obsahuje 13 somaticko-výkonnostních a 8 kognitivně-afektivních položek, které představují zároveň jednotlivé symptomy deprese. Z důvodu tohoto nerovnoměrného rozložení (13/8), a neexistence populačních norem obou zmiňovaných typů položek, bylo nutné nejprve transformovat celkové skóre dosažené respondenty v obou těchto komponentách deprese na standardizovanou stupnici pomocí teoretického minima a maxima (tj. minimálního a maximálního počtu bodů, kterého lze v obou škálách dosáhnout). K tomuto účelu byl použit následující vzorec:

$$(X - \text{Min.}) / (\text{Max.} - \text{Min.})$$

neboli: (respondentem dosažený počet bodů v dané subškále – teoretické minimum) / (teoretické maximum – teoretické minimum).

V dotazníku BDI-II je hodnota teoretického minima vždy nulová, neboť 0 představuje zároveň nejnižší možné bodové ohodnocení každé z jeho 21 položek. Hodnota teoretického maxima je závislá na počtu kognitivně-afektivních a somaticko-výkonnostních symptomů v dotazníku. Jejich součet je poté násoben nejvyšším možným skórem každé z položek – v případě Beckova inventáře deprese hodnotou 3. Teoretické maximum pro kognitivně-afektivní komponentu deprese v BDI-II pak dosahuje hodnoty 24 bodů (8 položek x 3 body). U somaticko-výkonnostních položek je teoretické maximum 39 bodů (13 položek x 3 body).

S hodnotami upravenými pomocí výše uvedeného vzorce je již možné dále statisticky pracovat. Představují střední hodnoty (aritmetické průměry). Následující tabulka uvádí celkové průměrné skóre dosažené v kognitivně-afektivních a somaticko-výkonnostních položkách po této transformaci. Statistická významnost je ověřena t-testem pro závislé vzorky. U poslední věkové kategorie však nemohl být z důvodu malého počtu osob t-test použit, proto jsou výsledky u této skupiny pouze orientační.

Tab.č. 9: Hodnoty průměrných skóru v kognitivně-afektivních a somaticko-výkonnostních symptomech deprese

| Věková kategorie | n | Kognitivně-afektivní položky | Somaticko-výkonnostní položky | t-test | p |
|--------------------------------------|------------|------------------------------|-------------------------------|--------------|--------------------|
| Celý soubor (20-84 let) | 387 | 0,12 | 0,14 | -4,57 | < 0,0001 |
| Mladá dospělost (20-29 let) | 83 | 0,12 | 0,11 | 0,15 | 0,88 |
| Střední dospělost (30-44 let) | 107 | 0,11 | 0,13 | -2,04 | < 0,05 |
| Starší dospělost (45-59 let) | 108 | 0,13 | 0,15 | -1,24 | 0,22 |
| Rané stáří (60-74 let) | 76 | 0,09 | 0,16 | -6,23 | < 0,0001 |
| Pravé stáří (75 let a více) | 13 | 0,13 | 0,22 | - | - |

Dle výsledků, uvedených v tabulce č.9, skórují zkoumané osoby z celého výzkumného souboru statisticky významně vyššími hodnotami v somaticko-výkonnostní komponentě deprese (0,14) oproti kognitivně-afektivní (0,12). Konstatovat lze rovněž signifikantní převahu hodnot průměrného skóru v somaticko-výkonnostních příznacích u skupiny osob ve věku střední dospělosti a raného stáří. Nesignifikantní pak u věkové podskupiny starších dospělých a dále respondentů starších 75 let (pravé stáří). Výjimku napříč všemi věkovými kategoriemi tvoří skupina osob v období mladé dospělosti, kde výsledky ukazují vyšší průměrné hodnoty skóru v kognitivně-afektivních položkách. Rozdíl zde však není signifikantní.

10.2.1 Kognitivně-afektivní a somaticko-výkonnostní příznaky deprese BDI-II u mužů a žen

Následuje analýza rozdílů mezi muži a ženami ve výši průměrného skóru v kognitivně-afektivní a somaticko-výkonnostní komponentě deprese - viz. tabulka č. 10. Tato část analýzy dat a výsledků se zabývá odpovědí na výzkumnou otázku č.7 (viz. kapitola 6).

Tab.č.10: Hodnoty průměrných skóru v kognitivně-afektivních a somaticko-výkonnostních symptomech deprese u mužů a žen

| Věková kategorie | Kognitivně-afektivní položky | | | | Somaticko-výkonnostní položky | | | |
|---------------------|------------------------------|-------------|--------------|-------------|-------------------------------|-------------|-------------|------------------|
| | - muži | - ženy | t-test | p | - muži | - ženy | t-test | p |
| Celý soubor | 0,1 | 0,12 | -1,45 | 0,14 | 0,12 | 0,15 | -3,2 | < 0,01 |
| 1.Mladá dospělost | 0,09 | 0,13 | -1,25 | 0,21 | 0,08 | 0,12 | -1,33 | 0,19 |
| 2.Střední dospělost | 0,12 | 0,1 | 0,78 | 0,43 | 0,11 | 0,15 | -1,34 | 0,18 |
| 3.Starší dospělost | 0,11 | 0,14 | -1,25 | 0,21 | 0,12 | 0,16 | -1,59 | 0,11 |
| 4.Rané stáří | 0,06 | 0,11 | 1,81 | 0,07 | 0,13 | 0,17 | 1,51 | 0,13 |
| 5.Pravé stáří | 0,18 | 0,12 | - | - | 0,21 | 0,22 | - | - |

Pozn. k tab.č. 10: U skupiny osob ve věku pravého stáří nemohl být použit t-test (nízký počet osob).

Z výsledků uvedených v tabulce č. 10 je patrné, že muži z celého výzkumného souboru skórovali vyššími hodnotami v somaticko-výkonnostních symptomech deprese dotazníku BDI-II oproti kognitivně-afektivním (průměr.skóry ve stejném pořadí 0,12 a 0,1). Vyšší hodnoty v somaticko-výkonnostní komponentě depresivní symptomatiky jsou u mužů zaznamenány rovněž ve starší dospělosti a raném i pravém stáří. V mladé a střední dospělosti pak byla u mužů shledána převaha příznaků kognitivně-afektivních.

Ženy u sebe pak uváděly více somaticko-výkonnostních příznaků deprese ve všech věkových podskupinách, včetně souboru jako celku, kromě mladé dospělosti, kde u nich převažovala symptomatika kognitivně-afektivní.

Porovnáním výsledků průměrných hodnot skóru mezi muži a ženami v jednotlivých věkových podskupinách, včetně souboru jako celku, je dále patrné, že oproti mužům skórují ženy více v kognitivně-afektivní komponentě deprese ve věkových podskupinách 1, 3, a 4

(mladá dospělost, starší dospělost a rané stáří). Žádný z těchto výsledků však nedosáhl statistické významnosti. V somaticko-výkonnostních symptomech deprese pak skórují ženy vyššími průměrnými hodnotami oproti mužům ve všech věkových podskupinách. Pouze v analýze celého souboru (225 žen, 162 mužů) se však projevil tento rozdíl jako signifikantní.

10.3 Četnost výskytu jednotlivých symptomů deprese BDI-II včetně klinicky významných položek

Tato část analýzy se zabývá četností neboli frekvencí výskytu všech 21 symptomů deprese v celkovém obraze subjektivně vnímané depresivní symptomatiky u sledovaných osob dle BDI-II. Výše uvedená podkapitola si klade za cíl zjistit, které symptomy by mohly být považovány za charakteristické (typické) pro dané vývojové období od mladé dospělosti po pravé stáří (viz. výzkumné otázky č.8 a 9, kapitola 6). Za typický symptom deprese pro dané věkové období je zde považován ten, který se vyskytuje u nejvyššího procenta osob. Analýza je rovněž podrobněji zaměřena na klinicky významné položky, kterými jsou změna spánku a změny v chuti k jídlu. Tyto symptomy totiž obsahují vždy dvě alternativní možnosti hodnocení: méně spánku za posledních 14 dní (spánek -) / zvýšená potřeba spánku (spánek +), snížená chuť k jídlu (chuť k jídlu -) / zvýšená chuť k jídlu (chuť k jídlu +).

Vyšetřovaná osoba vybírá u každého z 21 symptomů dotazníku BDI-II jeden ze 4 výroků, který nejvíce vystihuje její pocity za posledních 14 dní. Každý z těchto výroků přitom představuje zároveň intenzitu nebo také závažnost daného příznaku. Skóruje se poté v rozmezí 0, 1, 2 nebo 3 body, kde 0 znamená nepřítomnost symptomu a 3 jeho nejvyšší subjektivně vnímanou intenzitu. Tato informace byla důležitá především pro analýzu v první podkapitole, která se zabývala hodnotami celkového skóru v BDI-II u sledovaných skupin osob a bude důležitá také v poslední části (podkapitole) celé analýzy dat.

Pro účely zmapování nejčastěji se vyskytujícího symptomu u osob v daném věkovém období jsem však od tohoto skórování upustila a zaměřila se pouze na skutečnost, zda je u daného jedince symptom přítomen či nikoliv bez ohledu na jeho intenzitu. Pokud respondent vybral u daného příznaku deprese v BDI-II odpověď s číselnou hodnotou 1, 2, nebo 3, je patrné, že daný symptom u něho přítomen je. Taková skutečnost pak byla zaznamenána (překódována) hodnotou 1. Pokud však vybral výrok s číselnou hodnotou 0, je zřejmé, že daný symptom u sebe v současnosti nepocítuje. Nulová hodnota značící nepřítomnost příznaku byla ponechána. Tyto dvě alternativní hodnoty poté byly u sledovaných věkových

podskupin, včetně souboru jako celku, sčítány a dále přepočteny na procentuální četnosti z důvodu zohlednění nerovnoměrného počtu osob v jednotlivých věkových podskupinách zastoupených.

V následující části textu bude uvedeno několik tabulek, které jsou přehledem vyhodnocených a sestupně seřazených symptomů deprese BDI-II podle výše procenta osob, u kterých byla zaznamenána jejich přítomnost. Tab.č. 11 uvádí nejprve výsledky u celého výzkumného souboru (n=387). Jak již bylo uvedeno, symptomy, které se vyskytují u nejvyššího procenta osob jsou u sledovaných skupin zároveň jedněmi z nejméně frekventovaných a s určitou nadsázkou je možné považovat je pro dané věkové období za typické. V této části analýzy je věnována pozornost rozdílům v zastoupení jednotlivých symptomů u mužů a žen zároveň.

Tab.č. 11: Symptomy deprese BDI-II dle procentuální četnosti výskytu – celý soubor (n=387)

| Symptom BDI-II | Četnost (%) | - muži | - ženy | t-test | p |
|----------------------------------|-------------|-----------|-----------|--------------|--------------------|
| Ztráta energie | 59 | 54 | 63 | -1,83 | 0,06 |
| Změna spánku | 56 | 51 | 60 | -1,8 | 0,07 |
| Únava | 47 | 38 | 54 | -3,13 | < 0,01 |
| Nerozhodnost | 42 | 37 | 46 | -1,8 | 0,07 |
| Minulá selhání | 38 | 40 | 37 | 0,47 | 0,64 |
| Sebekritika | 37 | 35 | 39 | -0,66 | 0,51 |
| Pocit viny | 37 | 34 | 40 | -1,08 | 0,28 |
| Pesimismus | 36 | 35 | 37 | -0,3 | 0,76 |
| Ztráta radosti | 33 | 33 | 33 | -0,09 | 0,93 |
| Agitovanost | 33 | 37 | 30 | 1,43 | 0,15 |
| Změny v chuti k jídlu | 32 | 29 | 34 | -0,95 | 0,34 |
| Koncentrace | 31 | 21 | 37 | -3,44 | < 0,0001 |
| Ztráta zájmu o sex | 29 | 19 | 36 | -3,69 | < 0,0001 |
| Ztráta zájmu | 25 | 32 | 20 | 2,51 | < 0,05 |
| Podrážděnost | 25 | 22 | 27 | -1,05 | 0,29 |
| Pocit potrestání | 23 | 23 | 22 | 0,18 | 0,85 |
| Pocit bezcennosti | 22 | 15 | 28 | -2,93 | < 0,01 |
| Smutek | 19 | 13 | 23 | -2,46 | < 0,05 |
| Plačtivost | 15 | 7 | 20 | -3,69 | < 0,0001 |
| Znechucení sám ze sebe | 11 | 7 | 15 | -2,32 | < 0,05 |
| Sebevražedné myšlenky nebo přání | 9 | 7 | 10 | -1,09 | 0,27 |

Z přehledové tabulky č.11 je patrné, že v celém výzkumném souboru se nejčastěji vyskytují takové příznaky jako je: ztráta energie, změna spánku (zde zatím bez ohledu na možné alternativy (+/-) těchto položek), únava a nerozhodnost. Všechny uvedené symptomy se zároveň objevují u vyššího procenta žen oproti mužům (pouze u příznaku únava

signifikantně). Mezi nejméně frekventovanými symptomy v celém výzkumném souboru jsou pak shledány sebevražedné myšlenky, znechucení sám ze sebe, plačtivost nebo smutek.

Tabulka č.12.: Klinicky významné položky – celý soubor (387 osob)

| Symptom BDI-II | Četnost symptomu (%) | | | t-test: muži, ženy | p | t-test: alternativa symptomu +/- | p |
|----------------------------|----------------------|------|------|-----------------------|------|--|-------------------|
| | celý soubor | muži | ženy | | | | |
| Změna spánku + | 19 | 16 | 21 | -1,14 | 0,25 | -5,53 | < 0,001 |
| Změna spánku - | 36 | 33 | 39 | -1,03 | 0,3 | | |
| Změny v chuti k jídlu + | 15 | 12 | 17 | -1,17 | 0,24 | - 0,39 | 0,69 |
| Změny v chuti k jídlu - | 16 | 16 | 16 | -0,22 | 0,83 | | |

Dle výsledků uvedených v tabulce č. 12 je patrné, že ve výzkumném souboru převládá statisticky významně změna spánku -. U žen pak byly zaznamenány obecně častější potíže se spánkem oproti mužům bez ohledu jeho sníženou nebo zvýšenou kvantitu. Symptom změny v chuti k jídlu se v celém souboru projevuje většinou v alternativě - (menší chuť k jídlu než obvykle), u žen pak opět výraznější než u mužů. Tyto výsledky však nejsou signifikantní.

Analýza četnosti výskytu jednotlivých symptomů u všech pěti věkových podskupin od mladé dospělosti po pravé stáří následuje v dalších přehledových tabulkách.

**Tab.č.13: Symptomy deprese BDI-II dle procentuální četnosti výskytu
– mladá dospělost**

| Symptom BDI-II | Četnost (%) | - muži | - ženy | t-test | p |
|----------------------------------|-------------|----------|-----------|--------------|------------------|
| Změna spánku | 51 | 44 | 57 | -1,17 | 0,24 |
| Ztráta energie | 45 | 36 | 53 | -1,55 | 0,12 |
| Minulá selhání | 43 | 44 | 42 | 0,17 | 0,86 |
| Pocit viny | 42 | 41 | 42 | -0,08 | 0,94 |
| Agitovanost | 42 | 50 | 36 | 1,26 | 0,21 |
| Změny v chuti k jídlu | 36 | 27 | 42 | -1,38 | 0,17 |
| Pesimismus | 36 | 27 | 42 | -1,38 | 0,17 |
| Únava | 32 | 22 | 40 | -1,76 | 0,08 |
| Nerozhodnost | 31 | 30 | 31 | -0,13 | 0,89 |
| Sebekritika | 30 | 33 | 27 | 0,55 | 0,58 |
| Pocit potrestání | 24 | 22 | 25 | -0,34 | 0,73 |
| Podrážděnost | 21 | 19 | 23 | -0,42 | 0,67 |
| Pocit bezcennosti | 21 | 5 | 34 | -3,28 | < 0,01 |
| Ztráta radosti | 21 | 22 | 21 | 0,1 | 0,92 |
| Koncentrace | 18 | 11 | 23 | -1,44 | 0,15 |
| Smutek | 18 | 8 | 25 | -2,04 | < 0,05 |
| Ztráta zájmu | 18 | 22 | 14 | 0,85 | 0,39 |
| Plačtivost | 15 | 11 | 19 | -0,99 | 0,32 |
| Sebevražedné myšlenky nebo přání | 13 | 13 | 12 | 0,14 | 0,88 |
| Ztráta zájmu o sex | 12 | 13 | 10 | 0,44 | 0,65 |
| Znechucení sám ze sebe | 12 | 2 | 19 | -2,32 | < 0,05 |

Výsledky u skupiny osob 20-29letých ukazují, že v mladém věku si respondenti nejčastěji stěžují na změny spánku (51%), ztrátu energie (45%), pocitu minulých selhání (43%), pocitu viny (42%) nebo agitovanost (42%). Nejméně často se v této věkové podskupině vyskytují poruchy sexuální apetence (ztráta zájmu o sex 12%), znechucení sám ze sebe (12%), sebevražedné myšlenky nebo přání (13%) a také plačtivost (15%). Většina ze všech 21 symptomů je zde frekventovanější u žen oproti mužům. Statisticky významně pak u příznaků: znechucení sám ze sebe, smutek nebo pocit bezcennosti.

Tab.č.14: Klinicky významné položky – mladá dospělost

| Symptom BDI-II | Četnost symptomu (%) | | | t-test: muži, ženy | p | t-test: alternativa symptomu +/- | p |
|-------------------------|----------------------|------|------|--------------------|------|----------------------------------|------|
| | celá skupina | muži | ženy | | | | |
| Změna spánku + | 21 | 19 | 23 | -0,43 | 0,67 | -1,24 | 0,22 |
| Změna spánku - | 30 | 25 | 34 | -0,88 | 0,38 | | |
| Změny v chuti k jídlu + | 16 | 16 | 17 | -0,04 | 0,97 | -0,4 | 0,68 |
| Změny v chuti k jídlu - | 19 | 11 | 25 | -1,65 | 0,1 | | |

Ve skupině mladých dospělých osob převládá alternativa sníženého množství spánku a také snížené chuti k jídlu nad zvýšenou, avšak nikoliv statisticky významně. Všechny klinicky významné položky včetně obou jejich alternativ jsou frekventovanějšími u žen avšak rovněž nesignifikantně.

Tab.č.15: Symptomy deprese BDI-II dle procentuální četnosti výskytu – střední dospělost

| Symptom BDI-II | Četnost (%) | - muži | - ženy | t-test | p |
|----------------------------------|-------------|-----------|-----------|--------------|------------------|
| Změna spánku | 58 | 56 | 59 | -0,06 | 0,95 |
| Ztráta energie | 57 | 55 | 61 | -0,63 | 0,53 |
| Agitovanost | 41 | 41 | 40 | 0,06 | 0,95 |
| Sebekritika | 40 | 37 | 42 | -0,51 | 0,61 |
| Minulá selhání | 39 | 41 | 36 | 0,48 | 0,62 |
| Nerozhodnost | 38 | 29 | 48 | -2,12 | < 0,05 |
| Ztráta radosti | 37 | 39 | 34 | 0,52 | 0,6 |
| Únava | 35 | 31 | 40 | -1,05 | 0,29 |
| Pocit viny | 34 | 32 | 36 | -0,43 | 0,67 |
| Změny v chuti k jídlu | 32 | 31 | 34 | -0,39 | 0,69 |
| Pesimismus | 31 | 31 | 32 | -0,17 | 0,86 |
| Ztráta zájmu | 31 | 39 | 22 | 1,91 | 0,05 |
| Podrážděnost | 28 | 24 | 32 | -0,97 | 0,33 |
| Koncentrace | 26 | 18 | 34 | -1,85 | 0,06 |
| Smutek | 21 | 17 | 26 | -1,16 | 0,24 |
| Pocit potrestání | 21 | 27 | 14 | 1,67 | 0,09 |
| Ztráta zájmu o sex | 18 | 12 | 26 | -1,92 | 0,05 |
| Pocit bezcennosti | 14 | 17 | 10 | 1,04 | 0,3 |
| Plačtivost | 12 | 8 | 16 | -1,21 | 0,22 |
| Znechucení sám ze sebe | 11 | 10 | 12 | -0,31 | 0,75 |
| Sebevražedné myšlenky nebo přání | 10 | 6 | 14 | -1,25 | 0,21 |

Podobně jako u předchozí skupiny osob ve věku mladé dospělosti, stěžují si jedinci v této věkové kategorii nejčastěji na změnu spánku a ztrátu energie. K dalším nejfrekventovanějším ze symptomů patří agitovanost nebo sebekritika. Sebevražedné myšlenky, znechucení sám ze sebe, plačtivost nebo pocit bezcennosti pak byly shledány mezi nejméně obvyklými symptomy deprese v této vývojové fázi. Všechny zmíněné příznaky, včetně těch nejméně frekventovaných, se zde objevují u většího procenta žen oproti mužům. Výjimku tvoří pouze symptomy agitovanost a pocit bezcennosti, které se naopak vyskytují častěji u mužů.

Tab.č. 16: Klinicky významné položky – střední dospělost

| Symptom BDI-II | Četnost symptomu (%) | | | t-test: muži, ženy | p | t-test: alternativa symptomu +/- | p |
|------------------------------------|----------------------|----------|-----------|-----------------------|------------------|--|------------------|
| | celá skupina | muži | ženy | | | | |
| Změna spánku + | 20 | 18 | 22 | -0,44 | 0,66 | -2,74 | < 0,01 |
| Změna spánku - | 37 | 37 | 36 | 0,126 | 0,89 | | |
| Změny v chuti k jídlu + | 14 | 8 | 22 | -2,02 | < 0,05 | -0,55 | 0,58 |
| Změny v chuti k jídlu - | 17 | 17 | 12 | 1,37 | 0,17 | | |

Ve skupině středně dospělých osob, bez ohledu na jejich pohlaví, převládá statisticky významně změna spánku – za posledních 14 dní nad jeho zvýšenou alternativou. Nesignifikantně pak rovněž snižená chuť k jídlu. U žen byla zaznamenána častější přítomnost symptomu změna spánku (snižovaná kvantita) a také změny v chuti k jídlu v obou alternativách (+/-) oproti mužům.

Tab.č. 17: Symptomy deprese BDI-II dle procentuální četnosti výskytu – starší dospělost

| Symptom BDI-II | Četnost (%) | - muži | - ženy | t-test | p |
|----------------------------------|-------------|-----------|-----------|--------------|------------------|
| Ztráta energie | 63 | 57 | 67 | -1,05 | 0,29 |
| Změna spánku | 56 | 45 | 63 | -1,85 | 0,06 |
| Únava | 55 | 45 | 61 | -1,7 | 0,09 |
| Nerozhodnost | 50 | 42 | 55 | -1,34 | 0,18 |
| Pesimismus | 47 | 57 | 41 | 1,64 | 0,10 |
| Minulá selhání | 42 | 45 | 41 | 0,38 | 0,70 |
| Pocit viny | 39 | 37 | 41 | -0,37 | 0,70 |
| Sebekritika | 38 | 35 | 41 | -0,63 | 0,52 |
| Ztráta radosti | 37 | 35 | 39 | -0,48 | 0,63 |
| Koncentrace | 33 | 22 | 39 | -1,84 | 0,06 |
| Ztráta zájmu o sex | 31 | 20 | 38 | -1,98 | < 0,05 |
| Pocit bezcennosti | 30 | 17 | 38 | -2,29 | < 0,05 |
| Ztráta zájmu | 29 | 32 | 27 | 0,49 | 0,62 |
| Agitovanost | 27 | 35 | 23 | 1,28 | 0,20 |
| Změny v chuti k jídlu | 27 | 30 | 26 | 0,39 | 0,69 |
| Pocit potrestání | 26 | 22 | 29 | -0,77 | 0,43 |
| Podrážděnost | 26 | 27 | 26 | 0,11 | 0,90 |
| Smutek | 24 | 17 | 27 | -1,22 | 0,22 |
| Znechucení sám ze sebe | 17 | 10 | 22 | -1,59 | 0,11 |
| Plačtivost | 13 | 5 | 19 | -2,07 | < 0,05 |
| Sebevražedné myšlenky nebo přání | 7 | 7 | 7 | 0,02 | 0,97 |

Výsledky v tabulce č.17 ukazují, že ve starší dospělosti vystupují do popředí symptomy: ztráta energie, změna spánku, únava nebo nerozhodnost. Sebevražedné myšlenky nebo přání, plačtivost, znechucení sám ze sebe nebo smutek se pak, podobně jako v předchozích věkových podskupinách, vyskytují u středně dospělých osob nejméně často. Většina ze všech 21 příznaků je zde opět výrazněji zastoupena u žen než u mužské části podskupiny, pouze u příznaků ztráta zájmu o sex, pocit bezcennosti a plačtivost však statisticky významně.

Tab.č. 18: Klinicky významné položky - starší dospělost

| Symptom BDI-II | Četnost symptomu (%) | | | t-test: muži, ženy | p | t-test: alternativa symptomu +/- | p |
|-------------------------|----------------------|------|------|--------------------|------|----------------------------------|--------------------|
| | celá skupina | muži | ženy | | | | |
| Změna spánku + | 17 | 10 | 22 | -1,59 | 0,11 | -3,56 | < 0,0001 |
| Změna spánku - | 38 | 35 | 41 | -0,63 | 0,52 | | |
| Změny v chuti k jídlu + | 13 | 15 | 13 | 0,25 | 0,8 | 0,19 | 0,84 |
| Změny v chuti k jídlu - | 12 | 12 | 13 | -0,11 | 0,91 | | |

Změna spánku ve smyslu jeho nižší kvantity v průběhu posledních 14 dní převládá nad její druhou alternativou (+) také u osob v období starší dospělosti. Zde se rozdíl projevil jako signifikantní. U osob v této věkové podskupině byla dále zaznamenána častěji zvýšená chuť k jídlu oproti snížené. Starší dospělé ženy uvádějí potíže se spánkem v obou alternativách jeho kvantity častěji než muži. Oproti ženám se zde u mužů projevil frekventovaněji pouze symptom změny v chuti k jídlu +, avšak nikoliv signifikantně.

Tab.č. 19: Symptomy deprese BDI-II dle procentuální četnosti výskytu – rané stáří

| Symptom BDI-II | Četnost (%) | - muži | - ženy | t-test | p |
|----------------------------------|-------------|-----------|----------|-------------|------------------|
| Ztráta energie | 71 | 68 | 76 | -0,65 | 0,51 |
| Únava | 64 | 64 | 64 | 0,05 | 0,95 |
| Změna spánku | 56 | 58 | 52 | 0,55 | 0,57 |
| Ztráta zájmu o sex | 53 | 60 | 40 | 1,71 | 0,08 |
| Nerozhodnost | 46 | 41 | 56 | -1,21 | 0,22 |
| Koncentrace | 44 | 49 | 36 | 1,06 | 0,28 |
| Sebekritika | 35 | 37 | 32 | 0,44 | 0,65 |
| Ztráta radosti | 34 | 35 | 32 | 0,28 | 0,77 |
| Změny v chuti k jídlu | 34 | 37 | 28 | 0,79 | 0,43 |
| Pocit viny | 32 | 37 | 24 | 1,15 | 0,25 |
| Minulá selhání | 30 | 33 | 24 | 0,82 | 0,41 |
| Pesimismus | 30 | 33 | 24 | 0,82 | 0,41 |
| Pocit bezcennosti | 26 | 29 | 20 | 0,86 | 0,38 |
| Agitovanost | 22 | 25 | 16 | 0,92 | 0,35 |
| Podrážděnost | 22 | 25 | 16 | 0,92 | 0,35 |
| Pocit potrestání | 19 | 21 | 16 | 0,56 | 0,57 |
| Plačtivost | 19 | 27 | 4 | 2,47 | < 0,05 |
| Ztráta zájmu | 19 | 15 | 28 | -1,26 | 0,21 |
| Smutek | 10 | 13 | 4 | 1,29 | 0,19 |
| Znechucení sám ze sebe | 6 | 7 | 4 | 0,62 | 0,53 |
| Sebevražedné myšlenky nebo přání | 6 | 9 | 0 | 1,62 | 0,11 |

V pokročilejším věku, u osob starších 60 let, jsou dle výsledků v popředí depresivní symptomatiky následující příznaky: ztráta energie (71%), únava (64%), změny spánku (56%), ztráta zájmu o sex (53%), nerozhodnost (46%) nebo zhoršená schopnost koncentrace (44%). V raném stáří si naopak respondenti stěžovali nejméně často na sebevražedné myšlenky, znechucení sám ze sebe, smutek a ztrátu zájmu. V tomto ohledu nejsou výsledky výrazně odlišné od výsledků předchozích věkových podskupin. Většina ze všech symptomů, které BDI-II obsahuje, se však poprvé v této vývojové fázi vyskytuje častěji u mužů oproti ženám. Symptom plačtivost dokonce statisticky významně (jeho přítomnost u sebe uvedlo 27% mužů oproti pouhým 4% žen).

Tab.č. 20: Klinicky významné položky – rané stáří

| Symptom BDI-II | Četnost symptomu (%) | | | t-test: muži, ženy | p | t-test: alternativa symptomu +/- | p |
|-------------------------|----------------------|------|------|--------------------|------|----------------------------------|------------------|
| | celá skupina | muži | ženy | | | | |
| Změna spánku + | 18 | 19 | 16 | 0,37 | 0,71 | -2,75 | < 0,01 |
| Změna spánku - | 38 | 39 | 36 | 0,26 | 0,78 | | |
| Změny v chuti k jídlu + | 17 | 17 | 16 | 0,17 | 0,86 | 0 | 1 |
| Změny v chuti k jídlu - | 17 | 19 | 12 | 0,82 | 0,41 | | |

Také v této věkové podskupině (rané stáří) bylo zaznamenáno signifikantně vyšší procento osob, které u sebe pocítují méně spánku za posledních 14 dní. Převládá zde tedy opět záporná alternativa tohoto symptomu. U skupiny mužů je zde frekvence (výskyt) všech klinicky významných příznaků výraznější oproti ženám, avšak nikoliv statisticky významně.

Tab.č.21: Symptomy deprese BDI-II dle procentuální četnosti výskytu – pravé stáří

| Symptom BDI-II | Četnost (%) | - muži | - ženy |
|----------------------------------|-------------|--------|--------|
| Únava | 76 | 80 | 66 |
| Ztráta zájmu o sex | 76 | 80 | 66 |
| Sebekritika | 69 | 70 | 66 |
| Změna spánku | 69 | 70 | 66 |
| Ztráta energie | 61 | 70 | 33 |
| Nerozhodnost | 53 | 60 | 33 |
| Koncentrace | 53 | 50 | 66 |
| Pocit viny | 46 | 50 | 33 |
| Ztráta radosti | 38 | 40 | 33 |
| Podrážděnost | 38 | 40 | 33 |
| Pesimismus | 30 | 30 | 33 |
| Agitovanost | 30 | 30 | 33 |
| Změny v chuti k jídlu | 30 | 30 | 33 |
| Smutek | 23 | 20 | 33 |
| Plačtivost | 23 | 30 | 0 |
| Ztráta zájmu | 23 | 20 | 33 |
| Minulá selhání | 23 | 20 | 33 |
| Pocit potrestání | 15 | 10 | 33 |
| Pocit bezcennosti | 15 | 10 | 33 |
| Sebevražedné myšlenky nebo přání | 7 | 10 | 0 |
| Znechucení sám ze sebe | 0 | 0 | 0 |

Respondenti starší 75 let vykazují ještě zřetelněji více únavy než jedinci v předchozím vývojovém období (raném stáří). U této skupiny osob je symptom únava nejfrekventovanějším ze všech, které dotazník BDI-II obsahuje (u věkové podskupiny s názvem rané stáří byl tento příznak deprese na druhém místě). Následuje ztráta zájmu o sex (2. místo z hlediska výše procenta výskytu), sebekritika, změna spánku a ztráta energie. Nikdo ze 13 testovaných jedinců starších 75 let v dotazníku neuvedl přítomnost symptomu s názvem znechucení sám ze sebe. Pouze 7 procent osob zde přiznalo sebevražedné myšlenky nebo přání. K dalším nejméně často se vyskytujícím příznakům deprese dle BDI-II v pravém stáří patří například pocit bezcennosti (15%) nebo pocit potrestání (rovněž 15%).

Podobně jako u předchozí věkové podskupiny je dle výsledků patrné, že u mužů se vyskytuje většina ze symptomů BDI-II častěji než u žen. Avšak v pravém stáří se tato převaha ukazuje ještě výrazněji. Pro srovnání například příznak ztráta energie u sebe vnímá 70% mužů oproti 33 % žen.

Tab.č. 22: Klinicky významné položky – pravé stáří

| Symptom BDI-II | Četnost symptomu (%) | | |
|-------------------------|----------------------|------|------|
| | celá skupina | Muži | ženy |
| Změna spánku + | 15 | 33 | 10 |
| Změna spánku - | 53 | 33 | 60 |
| Změny v chuti k jídlu + | 15 | 0 | 20 |
| Změny v chuti k jídlu - | 15 | 33 | 10 |

Pozn.k tab.č.21 a 22.: Pro malý počet osob v této věkové skupině nebyl použit t-test ke zjištění statistické významnosti rozdílů v procentuálním zastoupení symptomů mezi muži a ženami.

Osoby ve věku pravého stáří u sebe pociťují opět výrazněji méně spánku za posledních 14 dní oproti jeho zvýšené potřebě. Rovnoměrně pak vypovídají u symptomu změny v chuti k jídlu, kde byla u obou jeho alternativ (+/-) zaznamenána shodná procentuální četnost (15%). Muži vykazují častěji než ženy zvýšenou potřebu spánku a zároveň menší chuť k jídlu za posledních 14 dní.

Závěrem této části analýzy lze konstatovat, že skrze všechna vývojová období (od mladé dospělosti po rané stáří) se ve výzkumném souboru vyskytuje nejméně často jeden

z nejzávažnějších symptomů deprese – sebevražedné myšlenky nebo přání. Domnívám se, že tento výsledek je ovlivněn sběrem dat na neklinické populaci. Pokud by byl výzkum učiněn například na souboru osob psychiatricky léčených (zejména pro depresi), mohly by být zjištěny výsledky poněkud odlišné. Zároveň se zde ukazuje, že většina z nejméně frekventovaných symptomů deprese u jednotlivých věkových podskupin je v souladu s teoriemi z oblasti vývojové psychologie. S postupujícím věkem přibývá zvýšené unavitelnosti, vzrůstá pocit ztráty energie, mění se výrazněji potřeba množství spánku a postupně se vytrácí například sexuální apetence.

Z výsledků je dále patrné, že většina ze symptomů deprese dle BDI-II se vyskytuje častěji u žen než u mužů. Signifikantně pak například pocit bezcennosti, plačtivost, znechucení sám ze sebe, ztráta zájmu o sex, smutek, nerozhodnost nebo únava. Zajímavé je zjištění, podle kterého dochází v raném a pravém stáří k opačné tendenci, kdy u mužů je zaznamenávána vyšší procentuální četnost jednotlivých symptomů, které Beckův inventář deprese obsahuje, ve srovnání se ženami.

Analýza klinicky významných položek (symptomů) pak ukázala, že pro všechna vývojová období od mladé dospělosti po pravé stáří je charakterističtější snížená alternativa symptomu změna spánku ve srovnání se zvýšenou. Sledované osoby v dotazníku BDI-II přitom posuzují, zda za posledních 14 dní spí více nebo méně než je u nich obvyklé.

10.4 Subjektivně vnímaná intenzita symptomů deprese BDI-II

Předchozí část analýzy se zabývala četností (frekvencí) výskytu symptomů v Beckově inventáři deprese BDI-II u sledovaných věkových podskupin, včetně výzkumného souboru jako celku, bez ohledu na skórování každého z nich v rozmezí 0-3 body. Zjišťována zde byla skutečnost, zda je u daného jedince daný příznak deprese přítomen (1bod) či nikoliv (0 bodů). Tato podkapitola je zaměřena na subjektivně vnímanou **intenzitu** jednotlivých symptomů deprese dle BDI-II u zkoumaných osob. Zohledňována je zde hodnota dosaženého skóru u každého z nich (0, 1, 2 nebo 3 body). Cílem této části analýzy je zjištění, které ze symptomů jsou respondenty v daném věkovém období hodnoceny jako nejvíce intenzivní neboli nejvíce obtěžující, a která z věkových podskupin vykazuje v dotazníku BDI-II vyšší intenzitu jednotlivých příznaků oproti ostatním (viz. výzkumné otázky č. 10 a 11 v kapitole 6).

Následující tabulka uvádí přehled výsledků průměrných skóre každého z 21 symptomů deprese dle BDI-II v celém výzkumném souboru včetně všech pěti sledovaných věkových podskupin. Hodnoty blízké se 0 představují nízkou intenzitu daného symptomu. Hodnota 3 by pak znamenala nejvyšší hladinu intenzity.

Tab.č.24: Hladina subjektivně vnímané intenzity jednotlivých symptomů dle BDI-II – celý soubor včetně věkových podskupin 1-5

| Symptom BDI-II | Průměrný skóre symptomu | | | | | |
|----------------------------------|-------------------------|-------------------|---------------------|--------------------|--------------|---------------|
| | Celý soubor | 1.Mladá dospělost | 2.Střední dospělost | 3.Starší dospělost | 4.Rané Stáří | 5.Pravé Stáří |
| Smutek | 0,22 | 0,18 | 0,23 | 0,26 | 0,13 | 0,54** |
| Pesimismus | 0,41 | 0,39 | 0,33 | 0,53 | 0,36 | 0,54** |
| Minulá selhání | 0,53 | 0,61** | 0,56 | 0,54 | 0,41 | 0,38 |
| Ztráta radosti | 0,37 | 0,23 | 0,42 | 0,41 | 0,38 | 0,54** |
| Pocit viny | 0,41 | 0,48 | 0,36 | 0,44 | 0,34 | 0,54** |
| Pocit potrestání | 0,42 | 0,35 | 0,49** | 0,48 | 0,29 | 0,46 |
| Znechucení sám ze sebe | 0,18 | 0,17 | 0,16 | 0,27** | 0,11 | 0 |
| Sebekritika | 0,46 | 0,33 | 0,49 | 0,47 | 0,46 | 1,08** |
| Sebevražedné myšlenky nebo přání | 0,09 | 0,14** | 0,1 | 0,07 | 0,07 | 0,08 |
| Plačtivost | 0,23 | 0,25 | 0,15 | 0,26 | 0,24 | 0,46** |
| Agitovanost | 0,35 | 0,45** | 0,43 | 0,29 | 0,22 | 0,31 |
| Ztráta zájmu | 0,31 | 0,27 | 0,38** | 0,34 | 0,24 | 0,23 |
| Nerozhodnost | 0,52 | 0,39 | 0,49 | 0,59 | 0,55 | 0,62** |
| Pocit bezcennosti | 0,32 | 0,34 | 0,22 | 0,42** | 0,33 | 0,23 |
| Ztráta energie | 0,67 | 0,52 | 0,67 | 0,69 | 0,79** | 0,77 |
| Změny spánku | 0,76 | 0,67 | 0,68 | 0,78 | 0,86 | 1,31** |
| Podrážděnost | 0,28 | 0,28 | 0,29 | 0,28 | 0,25 | 0,38** |
| Změny v chuti k jídlu | 0,44 | 0,47 | 0,48 | 0,35 | 0,51** | 0,38 |
| Koncentrace | 0,35 | 0,24 | 0,32 | 0,36 | 0,49 | 0,54** |
| Únava | 0,55 | 0,39 | 0,44 | 0,63 | 0,69 | 0,92** |
| Ztráta zájmu o sex | 0,51 | 0,16 | 0,22 | 0,52 | 1,08 | 1,77** |

Pozn.k tab.č.24: Symbolem** je zde označena nejvyšší hodnota intenzity daného symptomu porovnáním všech pěti věkových podskupin (od mladé dospělosti po pravé stáří) navzájem. Modře pak nejvyšší intenzita symptomu uvnitř dané věkové podskupiny.

Z přehledové tabulky č. 24 je patrné, že u skupiny osob starších 75 let (pravé stáří) nabývá většina ze symptomů deprese nejvyšší intenzity ve srovnání s mladšími věkovými podskupinami. Konkrétně se jedná o tyto příznaky BDI-II: ztráta zájmu o sex (průměrný skór/položka 1,77), změna spánku (1,31), sebekritika (1,08), únava (0,92), nerozhodnost (0,62), smutek (0,54), pesimismus (0,54), ztráta radosti (0,54), pocit viny (0,54), koncentrace (0,54), plačtivost (0,46) a podrážděnost (0,38). Ztráta zájmu o sex, únava, nebo změna spánku se projevují výrazněji také v raném stáří. V této věkové podskupině však v porovnání s ostatními dosahují nejvyšší intenzity pouze symptomy ztráta energie (0,79) a změny v chuti k jídlu (0,51). Pocit bezcennosti s průměrným skórem 0,42 a znechucení sám ze sebe (0,27) je pak pocíťován nejintenzivněji u osob ve věku starší dospělosti. Ve střední dospělosti byly shledány mezi nejintenzivnějšími symptomy pocit potrestání (0,49) a ztráta zájmu (0,38). Minulá selhání (0,61), agitovanost (0,45) a sebevražedné myšlenky nebo přání dosahují nejvyšší subjektivně vnímané intenzity u osob ve věku 20-29 let (mladá dospělost).

Porovnáním výsledků uvnitř jednotlivých věkových podskupin je patrné, že v mladé, střední i starší dospělosti, včetně výzkumného souboru jako celku, patří k nejintenzivněji prožívaným příznakům deprese dle BDI-II změna spánku (ve stejném pořadí průměrné hodnoty skórů 0,67, 0,68, 0,78). U osob ve věku raného a pravého stáří pak byl shledán v nejvyšší intenzitě symptom ztrátu zájmu o sex (1,08 v raném stáří a 1,77 v pravém stáří).

V příloze této práce uvádím pro přehlednost a rychlejší orientaci v nejdůležitějších výsledcích grafické znázornění intenzity jednotlivých symptomů dle BDI-II u všech pěti sledovaných podskupin výzkumného souboru od mladé dospělosti pro pravé stáří.

Následující část této podkapitoly se zabývá subjektivně vnímanou intenzitou depresivních příznaků dle BDI-II u mužů a žen v jednotlivých věkových kategoriích od mladé dospělosti po pravé stáří.

10.4.1 Subjektivně vnímaná intenzita symptomů deprese BDI-II u mužů a žen

Výsledky rozdílů průměrných hodnot subjektivně vnímané intenzity všech 21 symptomů, které Beckův inventář deprese BDI-II obsahuje, u mužů a žen jsou uvedeny v následující přehledové tabulce. První část této analýzy je zaměřena na celý výzkumný soubor (n=387).

K ověření statistické významnosti je zde opět použita metoda t- testu. Tato část analýzy dat je zaměřena na poslední z výzkumných otázek (12) uvedených v kapitole 6.

Tab.č. 25: Hladina subjektivně vnímané intenzity symptomů BDI-II u mužů a žen – celý soubor

| Symptom BDI-II | Průměrný skór symptomu | | | | t-test | p |
|----------------------------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|--------------|--------------------|
| | muži | SD | ženy | SD | | |
| Smutek | 0,16 | 0,46 | 0,26 | 0,52 | -1,98 | < 0,05 |
| Pesimismus | 0,39 | 0,57 | 0,42 | 0,6 | -0,37 | 0,71 |
| Minulá selhání | 0,56 | 0,75 | 0,51 | 0,72 | 0,58 | 0,55 |
| Ztráta radosti | 0,37 | 0,57 | 0,37 | 0,55 | -0,05 | 0,95 |
| Pocit viny | 0,36 | 0,52 | 0,44 | 0,58 | -1,4 | 0,16 |
| Pocit potrestání | 0,45 | 0,95 | 0,39 | 0,85 | 0,64 | 0,51 |
| Znechucení sám ze sebe | 0,11 | 0,42 | 0,22 | 0,56 | -2,12 | < 0,05 |
| Sebekritika | 0,4 | 0,6 | 0,50 | 0,71 | -1,37 | 0,16 |
| Sebevražedné myšlenky nebo přání | 0,07 | 0,63 | 0,11 | 0,33 | -1,18 | 0,23 |
| Plačtivost | 0,12 | 0,51 | 0,31 | 0,69 | -2,87 | < 0,01 |
| Agitovanost | 0,39 | 0,54 | 0,32 | 0,49 | 1,41 | 0,15 |
| Ztráta zájmu | 0,39 | 0,65 | 0,26 | 0,56 | 2,11 | < 0,05 |
| Nerozhodnost | 0,41 | 0,58 | 0,59 | 0,75 | -2,52 | < 0,05 |
| Pocit bezcennosti | 0,19 | 0,49 | 0,41 | 0,72 | -3,31 | < 0,01 |
| Ztráta energie | 0,59 | 0,6 | 0,72 | 0,62 | -1,92 | 0,05 |
| Změna spánku | 0,65 | 0,76 | 0,84 | 0,86 | -2,32 | < 0,05 |
| Podrážděnost | 0,25 | 0,47 | 0,31 | 0,54 | -1,12 | 0,26 |
| Změny v chuti k jídlu | 0,42 | 0,77 | 0,46 | 0,77 | -0,53 | 0,59 |
| Koncentrace | 0,23 | 0,47 | 0,44 | 0,62 | -3,56 | < 0,0001 |
| Únava | 0,42 | 0,59 | 0,64 | 0,65 | -3,41 | < 0,0001 |
| Ztráta zájmu o sex | 0,28 | 0,64 | 0,68 | 1,02 | -4,41 | < 0,0001 |

Ve výzkumném souboru jako celku u sebe dle výsledků hodnotí ženy intenzivněji oproti mužům následující symptomy (zaznamenány zde byly signifikantní rozdíly): smutek, znechucení sám ze sebe, plačtivost, nerozhodnost, pocit bezcennosti, změny spánku, koncentrace, únava a ztráta zájmu o sex. Muži zde skórují statisticky významně vyššími hodnotami pouze u příznaku ztráta zájmu a nesignifikantně pak u symptomů: pocit potrestání, minulá selhání a agitovanost.

Uvnitř skupiny všech 225 žen celého výzkumného souboru byly zaznamenány mezi nejintenzivněji pocíťovanými příznaky: změna spánku (0,84), ztráta zájmu o sex (0,68), ztráta energie (0,72) nebo únava (0,64). Ve skupině 162 mužů pak byly shledány nejvyšší průměrné hodnoty subjektivně vnímané intenzity u těchto symptomů: změna spánku (0,5), ztráta energie (0,59), minulá selhání (0,56) nebo pocit potrestání (0,45).

Následující část analýzy je zaměřena na rozdíly v subjektivně vnímané intenzitě mezi muži a ženami v jednotlivých věkových podskupinách (mladá dospělost, střední dospělost, starší dospělost, rané stáří, pravé stáří). Výsledky jsou vždy uvedeny pomocí přehledových tabulek.

Tab.č. 26: Hladina subjektivně vnímané intenzity symptomů BDI-II u mužů a žen – mladá dospělost

| Symptom BDI-II | Průměrný skór symptomu | | | | t-test | p |
|----------------------------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|--------------|------------------|
| | muži | SD | ženy | SD | | |
| Smutek | 0,08 | 0,28 | 0,26 | 0,44 | -2,04 | < 0,05 |
| Pesimismus | 0,28 | 0,45 | 0,47 | 0,58 | -1,61 | 0,11 |
| Minulá selhání | 0,69 | 0,86 | 0,55 | 0,72 | 0,81 | 0,41 |
| Ztráta radosti | 0,22 | 0,42 | 0,23 | 0,48 | -0,11 | 0,91 |
| Pocit viny | 0,44 | 0,56 | 0,51 | 0,66 | -0,48 | 0,62 |
| Pocit potrestání | 0,36 | 0,79 | 0,34 | 0,7 | 0,12 | 0,9 |
| Znechucení sám ze sebe | 0,03 | 0,17 | 0,28 | 0,62 | -2,35 | < 0,05 |
| Sebekritika | 0,36 | 0,54 | 0,29 | 0,51 | 0,54 | 0,58 |
| Sebevražedné myšlenky nebo přání | 0,14 | 0,35 | 0,15 | 0,42 | -0,11 | 0,91 |
| Plačtivost | 0,22 | 0,72 | 0,28 | 0,65 | -0,36 | 0,71 |
| Agitovanost | 0,53 | 0,56 | 0,38 | 0,53 | 1,19 | 0,23 |
| Ztráta zájmu | 0,31 | 0,67 | 0,23 | 0,66 | 0,48 | 0,62 |
| Nerozhodnost | 0,36 | 0,59 | 0,43 | 0,71 | -0,43 | 0,66 |
| Pocit bezcennosti | 0,06 | 0,23 | 0,55 | 0,83 | -3,49 | < 0,01 |
| Ztráta energie | 0,39 | 0,55 | 0,62 | 0,64 | -1,7 | 0,09 |
| Změna spánku | 0,5 | 0,61 | 0,81 | 0,85 | -1,84 | 0,06 |
| Podrážděnost | 0,25 | 0,55 | 0,29 | 0,62 | -0,36 | 0,71 |
| Změny v chuti k jídlu | 0,42 | 0,8 | 0,51 | 0,72 | -0,56 | 0,57 |
| Koncentrace | 0,14 | 0,42 | 0,32 | 0,63 | -1,47 | 0,14 |
| Únava | 0,22 | 0,42 | 0,51 | 0,69 | -2,21 | < 0,05 |
| Ztráta zájmu o sex | 0,17 | 0,44 | 0,15 | 0,47 | 0,17 | 0,86 |

U mladých dospělých žen patří k nejintenzivněji prožívaným příznakům deprese dle BDI-II dle výsledků uvedených v tabulce č. 26 například: změna spánku (0,81), ztráta energie (0,62), pocit viny nebo změny v chuti k jídlu a únava (všechny tyto symptomy v hodnotě průměrného skóru 0,51). Muži v mladém věku pak u sebe posuzují jako nejvýraznější: minulá selhání (0,69), agitovanost (0,53) nebo změny spánku (0,5).

Ženy v této věkové podskupině vykazují signifikantně vyšší průměrný skór oproti mužům u těchto příznaků deprese dle BDI-II: smutek, znechucení sám ze sebe, pocit bezcennosti a únava. Nesignifikantně však dosaženými skóry v jednotlivých položkách převyšují mužskou část skupiny také ve většině z dalších 21 symptomů BDI-II. Muži oproti ženám vykazují vyšší subjektivně vnímanou intenzitu pouze u symptomů: minulá selhání, pocit potrestání, sebekritika, agitovanost, ztráta zájmu a ztráta zájmu o sex, avšak nikoliv statisticky významně.

Tab.č.27: Hladina subjektivně vnímané intenzity symptomů BDI-II u mužů a žen – střední dospělost

| Symptom BDI-II | Průměrný skór symptomu | | | | t-test | p |
|----------------------------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|--------------|------------------|
| | muži | SD | ženy | SD | | |
| Smutek | 0,17 | 0,38 | 0,31 | 0,58 | -1,42 | 0,15 |
| Pesimismus | 0,33 | 0,54 | 0,33 | 0,47 | 0,01 | 0,99 |
| Minulá selhání | 0,62 | 0,81 | 0,49 | 0,71 | 0,87 | 0,38 |
| Ztráta radosti | 0,45 | 0,59 | 0,39 | 0,57 | 0,53 | 0,59 |
| Pocit viny | 0,33 | 0,47 | 0,39 | 0,53 | -0,61 | 0,53 |
| Pocit potrestání | 0,69 | 1,22 | 0,24 | 0,69 | 2,26 | < 0,05 |
| Znechucení sám ze sebe | 0,16 | 0,49 | 0,16 | 0,47 | -0,08 | 0,93 |
| Sebekritika | 0,45 | 0,62 | 0,53 | 0,71 | -0,63 | 0,52 |
| Sebevražedné myšlenky nebo přání | 0,07 | 0,26 | 0,14 | 0,35 | -1,25 | 0,21 |
| Plačtivost | 0,12 | 0,46 | 0,18 | 0,44 | -0,71 | 0,47 |
| Agitovanost | 0,41 | 0,49 | 0,45 | 0,58 | -0,33 | 0,73 |
| Ztráta zájmu | 0,48 | 0,7 | 0,27 | 0,53 | 1,77 | 0,07 |
| Nerozhodnost | 0,33 | 0,54 | 0,69 | 0,89 | -2,6 | < 0,05 |
| Pocit bezcennosti | 0,28 | 0,64 | 0,16 | 0,51 | 0,98 | 0,32 |
| Ztráta energie | 0,62 | 0,64 | 0,73 | 0,7 | -0,87 | 0,38 |
| Změna spánku | 0,64 | 0,58 | 0,73 | 0,76 | -0,74 | 0,45 |
| Podrážděnost | 0,24 | 0,43 | 0,37 | 0,6 | -1,25 | 0,21 |
| Změny v chuti k jídlu | 0,43 | 0,77 | 0,53 | 0,89 | -0,61 | 0,53 |
| Koncentrace | 0,21 | 0,45 | 0,45 | 0,71 | -2,14 | < 0,05 |
| Únava | 0,41 | 0,73 | 0,47 | 0,62 | -0,42 | 0,67 |
| Ztráta zájmu o sex | 0,16 | 0,49 | 0,3 | 0,55 | -1,51 | 0,13 |

Ve střední dospělosti byly u skupiny žen, a stejně tak u skupiny mužů, shledány mezi nejintenzivnějšími symptomy ztráta energie (0,73 u žen, 0,62 u mužů) a změna spánku (rovněž 0,73 u žen, 0,64 u mužů). U žen se zde projevuje výrazněji také nerozhodnost (0,69) a u mužů minulá selhání (0,62).

Oproti mužům v této podskupině skórují ženy vyššími hodnotami ve většině z položek dotazníku BDI-II kromě pocitu bezcennosti, ztráty zájmu, pocitu potrestání, ztráty radosti, minulého selhání a pesimismu. Tyto zmíněné symptomy byly shledány výrazněji pociťovanými u mužů. Statisticky významné rozdíly však lze konstatovat pouze u položek: koncentrace, nerozhodnost a pocit potrestání. V prvních dvou zmíněných skórovaly výše ženy, v posledním z nich (pocit potrestání) pak muži.

Tab.č.28: Hladina subjektivně vnímané intenzity symptomů BDI-II u mužů a žen – starší dospělost

| Symptom BDI-II | Průměrný skór symptomu | | | | t-test | p |
|----------------------------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|--------------|------------------|
| | muži | SD | ženy | SD | | |
| Smutek | 0,18 | 0,38 | 0,31 | 0,55 | -1,34 | 0,18 |
| Pesimismus | 0,65 | 0,62 | 0,46 | 0,61 | 1,58 | 0,11 |
| Minulá selhání | 0,53 | 0,64 | 0,54 | 0,72 | -0,13 | 0,89 |
| Ztráta radosti | 0,35 | 0,48 | 0,44 | 0,58 | -0,83 | 0,41 |
| Pocit viny | 0,4 | 0,54 | 0,47 | 0,61 | -0,6 | 0,54 |
| Pocit potrestání | 0,33 | 0,73 | 0,57 | 1,04 | -1,32 | 0,18 |
| Znechucení sám ze sebe | 0,18 | 0,55 | 0,32 | 0,66 | -1,2 | 0,23 |
| Sebekritika | 0,35 | 0,48 | 0,54 | 0,74 | -1,47 | 0,14 |
| Sebevražedné myšlenky nebo přání | 0,08 | 0,27 | 0,07 | 0,26 | 0,02 | 0,97 |
| Plačtivost | 0,1 | 0,49 | 0,35 | 0,82 | -1,76 | 0,08 |
| Agitovanost | 0,4 | 0,63 | 0,24 | 0,42 | 1,61 | 0,11 |
| Ztráta zájmu | 0,4 | 0,67 | 0,31 | 0,55 | 0,76 | 0,44 |
| Nerozhodnost | 0,45 | 0,55 | 0,68 | 0,7 | -1,74 | 0,08 |
| Pocit bezcennosti | 0,2 | 0,46 | 0,54 | 0,76 | -2,58 | < 0,05 |
| Ztráta energie | 0,63 | 0,58 | 0,72 | 0,54 | -0,85 | 0,39 |
| Změna spánku | 0,68 | 0,92 | 0,84 | 0,8 | -0,96 | 0,33 |
| Podrážděnost | 0,28 | 0,45 | 0,28 | 0,48 | -0,04 | 0,96 |
| Změny v chuti k jídlu | 0,43 | 0,78 | 0,31 | 0,58 | 0,88 | 0,37 |
| Koncentrace | 0,25 | 0,49 | 0,43 | 0,55 | -1,66 | 0,09 |
| Únava | 0,45 | 0,5 | 0,74 | 0,66 | -2,35 | < 0,05 |
| Ztráta zájmu o sex | 0,3 | 0,69 | 0,65 | 0,97 | -1,98 | 0,05 |

Výraznější subjektivně vnímaná intenzita většiny ze symptomů deprese dle BDI-II u žen oproti mužům byla shledána také ve střední dospělosti. Muži zde skórují vyššími průměrnými hodnotami u symptomu: pesimismus, sebevražedné myšlenky nebo přání, agitovanost, ztráta zájmu a změny v chuti k jídlu. Signifikantní rozdíly však byly zjištěny pouze u příznaků únava (0,74) a pocit bezcennosti (0,54), ve kterých dosahují vyššího skóru ženy.

Uvnitř skupiny středně dospělých mužů se projevil nejintenzivněji například symptom změna spánku (0,68) nebo pesimismus (0,65). U žen v této vývojové etapě byl shledán nejvyšší průměrný skór u položek změna spánku (0,84), únava (0,74) a ztráta energie (0,72).

Tab.č.29: Hladina subjektivně vnímané intenzity symptomů BDI-II u mužů a žen – rané stáří

| Symptom BDI-II | Průměrný skór symptomu | | | | t-test | p |
|----------------------------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|------------------|
| | muži | SD | ženy | SD | | |
| Smutek | 0,12 | 0,6 | 0,14 | 0,35 | 0,15 | 0,87 |
| Pesimismus | 0,32 | 0,63 | 0,37 | 0,59 | 0,35 | 0,72 |
| Minulá selhání | 0,24 | 0,44 | 0,49 | 0,76 | 1,52 | 0,13 |
| Ztráta radosti | 0,36 | 0,57 | 0,39 | 0,57 | 0,23 | 0,81 |
| Pocit viny | 0,24 | 0,44 | 0,39 | 0,53 | 1,23 | 0,21 |
| Pocit potrestání | 0,16 | 0,37 | 0,35 | 0,79 | 1,14 | 0,25 |
| Znechucení sám ze sebe | 0,04 | 0,2 | 0,14 | 0,49 | 0,95 | 0,34 |
| Sebekritika | 0,36 | 0,57 | 0,51 | 0,76 | 0,87 | 0,38 |
| Sebevražedné myšlenky nebo přání | 0 | 0 | 0,09 | 0,3 | 1,62 | 0,11 |
| Plačtivost | 0,04 | 0,2 | 0,33 | 0,62 | 2,29 | < 0,05 |
| Agitovanost | 0,16 | 0,37 | 0,25 | 0,44 | 0,92 | 0,35 |
| Ztráta zájmu | 0,28 | 0,46 | 0,22 | 0,54 | -0,51 | 0,61 |
| Nerozhodnost | 0,6 | 0,58 | 0,53 | 0,73 | -0,42 | 0,67 |
| Pocit bezcennosti | 0,2 | 0,41 | 0,39 | 0,67 | 1,32 | 0,18 |
| Ztráta energie | 0,84 | 0,55 | 0,76 | 0,59 | -0,53 | 0,59 |
| Změna spánku | 0,76 | 0,93 | 0,9 | 0,94 | 0,62 | 0,53 |
| Podrážděnost | 0,2 | 0,5 | 0,27 | 0,49 | 0,61 | 0,53 |
| Změny v chuti k jídlu | 0,36 | 0,7 | 0,59 | 0,92 | 1,09 | 0,27 |
| Koncentrace | 0,36 | 0,49 | 0,55 | 0,61 | 1,34 | 0,18 |
| Únava | 0,64 | 0,49 | 0,73 | 0,6 | 0,61 | 0,53 |
| Ztráta zájmu o sex | 0,6 | 0,91 | 1,31 | 1,22 | 2,58 | < 0,05 |

V této věkové kategorii se objevuje opět intenzivnější symptomatika deprese u žen oproti mužům. Ženy zde pociťují výrazněji většinu ze všech 21 symptomů deprese BDI-II. Signifikantně vyšší hodnoty celkového průměrného skóru pak byly u žen shledány u příznaku plačtivost (0,33) a ztráta zájmu o sex (1,31). Muži zde vykazují vyšší hladinu subjektivně vnímané intenzity pouze u symptomu ztráta zájmu (0,28), nerozhodnost (0,6) a ztráta energie (0,84), avšak nikoliv statisticky významně.

Porovnáním výsledků uvnitř skupiny mužů ve věku 60-74 let lze konstatovat, že mezi muži patří mezi nejintenzivněji hodnocené symptomy například ztráta energie (0,84), změna spánku (0,76) nebo únava (0,64). Ženy v této věkové skupině u sebe pociťují jako nejvíce obtěžující (nejintenzivnější) ztrátu zájmu o sex (1,31) změnu spánku (0,9) nebo ztrátu energie (0,76).

Tab.č. 30: Hladina subjektivně vnímané intenzity symptomů BDI-II u mužů a žen – pravé stáří

| Symptom BDI-II | Průměrný skór symptomu | | | |
|----------------------------------|------------------------|------|------|------|
| | muži | SD | ženy | SD |
| Smutek | 1 | 1,73 | 0,4 | 0,97 |
| Pesimismus | 0,33 | 0,58 | 0,6 | 1,07 |
| Minulá selhání | 0,67 | 1,15 | 0,3 | 0,67 |
| Ztráta radosti | 1 | 1,73 | 0,4 | 0,52 |
| Pocit viny | 0,67 | 1,15 | 0,5 | 0,53 |
| Pocit potrestání | 1 | 1,73 | 0,3 | 0,95 |
| Znechucení sám ze sebe | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Sebekritika | 1,33 | 1,53 | 1 | 0,94 |
| Sebevražedné myšlenky nebo přání | 0 | 0 | 0,1 | 0,32 |
| Plačtivost | 0 | 0 | 0,6 | 1,07 |
| Agitovanost | 0,33 | 0,58 | 0,3 | 0,48 |
| Ztráta zájmu | 0,33 | 0,58 | 0,2 | 0,42 |
| Nerozhodnost | 0,67 | 1,15 | 0,6 | 0,52 |
| Pocit bezcennosti | 0,33 | 0,58 | 0,2 | 0,63 |
| Ztráta energie | 0,33 | 0,58 | 0,9 | 0,74 |
| Změna spánku | 1,33 | 1,53 | 1,3 | 1,25 |
| Podrážděnost | 0,33 | 0,58 | 0,4 | 0,52 |
| Změny v chuti k jídlu | 0,67 | 1,15 | 0,3 | 0,48 |
| Koncentrace | 0,67 | 0,58 | 0,5 | 0,53 |
| Únava | 0,67 | 0,58 | 1 | 0,67 |
| Ztráta zájmu o sex | 1 | 1 | 2 | 1,23 |

Pozn.k tab.č.30: t-test pro zjištění statistické významnosti rozdílů ve skórování daných položek mezi muži a ženami nemohl být použit (nízký počet n).

U skupiny osob pokročilejšího věku (75 let a více) uvádím výsledky pouze pro doplnění. Vzhledem k malému počtu respondentů v této věkové kategorii zde není ověřována statistická významnost. Lze však konstatovat, že v této věkové kategorii se poprvé ve srovnání s předchozími vyskytuje tendence vyšší subjektivně vnímané intenzity příznaků deprese u mužů oproti ženám. Muži zde vykazují vyšší hodnoty dosaženého skóru ve 13 ze všech 21 symptomů, které BDI-II obsahuje, oproti ženám, které dosáhly vyšších hodnot pouze v 7 z nich (pesimismus, sebevražedné myšlenky, plačtivost, ztráta energie, podrážděnost, únava a ztráta zájmu o sex). Symptom znechucení sám ze sebe se u žádné z osob v této vývojové fázi nevyskytl, hodnota jeho intenzity je zde nulová.

Podobně jako v předchozí věkové podskupině u sebe ženy ve věku pravého stáří zhodnotily jako nejvíce rozvinutý (nejintenzivnější) příznak ztráta zájmu o sex (celkový průměrný skór v hodnotě 2). Dále pak pociťují výrazněji únavu (1) nebo ztrátu energie (0,9). Uvnitř skupiny mužů ve věku 75 let a více pak byly shledány mezi nejintenzivnějšími

příznaky deprese například: sebekritika (1,33) změna spánku (1,33) ztráta zájmu o sex (1), ztráta radosti (1), pocit potrestání (1) nebo smutek (1).

Shrnutím této části analýzy lze konstatovat, že s přibývajícím věkem dochází k nárůstu subjektivně vnímané intenzity většiny z příznaku dle Beckova inventáře deprese BDI-II. Nejvýrazněji se toto zjištění projevuje u skupiny osob ve věku 75 let a více. Ženy u sebe přitom napříč všemi vývojovými etapami vnímají většinu jednotlivých příznaků BDI-II intenzivněji než muži. Výjimku tvoří pouze skupina osob ve věkové kategorii nazývané pravé stáří, kde byla shledána opačná tendence. Mezi nejvýrazněji prožívané příznaky deprese u mladých dospělých mužů patří například agitovanost nebo minulá selhání. Ve střední dospělosti pak ztráta energie a ve starší dospělosti pesimismus nebo opět změny spánku. V raném a pravém stáří u sebe muži zhodnotili jako nejvíce intenzivní například ztrátu energie, změny spánku a zvýšenou sebekritiku v průběhu posledních 14 dní. V celém výzkumném souboru všech 162 mužů se pak nejvýrazněji projeví symptomy změna spánku a ztráta energie.

U žen v mladé, střední i starší dospělosti byla shledána nejvyšší hladina subjektivně vnímané intenzity u symptomů změna spánku, ztráta energie nebo ztráta zájmu o sex. V raném a pravém stáří se k nejvýrazněji pocíťovaným symptomům u žen přidává například sebekritika nebo opět ztráta zájmu o sex. Ženy z celého výzkumného souboru (n=225) u sebe v dotazníku BDI-II posuzovaly jako nejvíce obtěžující takové příznaky deprese jako je změna spánku, ztráta energie a ztráta zájmu o sex. Symptomy ztráta zájmu o sex a ztráta energie přitom, na rozdíl od prvního zmiňovaného (změna spánku), nebyly u žen z celého výzkumného souboru v předchozí části analýzy shledány jako jedny z nejfrekventovanějších. Vyskytovaly se pouze u 36 a 20% z nich. Je tedy patrné, že příznaky deprese, které patří u sledovaných osob k nejvíce frekventovaným (nejčastěji se vyskytujícím), nemusí být zároveň nejintenzivněji pocíťovanými nebo rozvinutými.

10.5 Porovnání výsledků s poznatky uvedenými v teoretické části

V úvodu výzkumné části jsem uvedla, že práce si neklade za cíl vysvětlovat příčiny zjištěných jevů, ale že se jedná o pouhé zmapování a podrobný popis subjektivně prožívané depresivní symptomatiky dle BDI-II v neklinické části dospělé české populace. Zde se však pokusím alespoň částečně o propojení některých nejdůležitějších zjištěných výsledků s poznatky a teoriemi z oblasti vývojové psychologie a závěry jiných studií zabývajících se souvislostmi mezi věkem, pohlavím a symptomy deprese u různých skupin sledovaných osob, které jsou nastíněny v teoretické části.

V této rigorózní práci byla shledána subjektivně vnímaná hladina depresivity u celého souboru ($n = 387$) v hodnotě 8,4 bodů celkového průměrného skóru v BDI-II ($SD = 6,92$). U osob v mladé dospělosti pak v hodnotě 7,3 ($SD = 6,2$), ve střední dospělosti 7,93 ($SD = 6,97$), ve starší dospělosti 8,98 ($SD = 7,03$), v raném stáří 8,79 ($SD = 6,67$) a v pravém stáří 12,08 bodů ($SD = 18,13$).

Podobná studie autorů Preisse, Vrané a Kuchařové, zabývající se hladinou depresivity u několika skupin osob věkově ohraničených dle vymezení Příhody (1971), byla učiněna v letech 2004 - 2005 a publikována v roce 2010. Výzkumný soubor v ní dosáhl hodnoty celkového skóru v BDI-II 10,6 (Preiss, Vraná, Kuchařová, 2010), zatímco výzkumný soubor této rigorózní práce 8,4 bodů. Domnívám se, že rozdílnost výsledků může být ovlivněna tím, že starší ze studií nezjišťovala u zkoumaných osob aktuální psychiatrickou morbiditu, ale pouze skutečnost, zda byl respondent psychologicky či psychiatricky vyšetřen v minulosti. Do výzkumného souboru tak mohly být zahrnuty i osoby, které v současnosti trpí některým typem psychického onemocnění, což se mohlo zvýšeným skórem v BDI-II projevit.

V porovnání s celým výzkumným souborem včetně dalších 4 věkových podskupin vykazuje v tomto dotazníku skupina mladých dospělých osob nejnížší průměrný součet bodů (7,3; $SD = 6,2$). Období mladé dospělosti je přitom charakteristické nejvyšší schopností psychické adaptace na nové zkušenosti a podněty, stabilitou z hlediska biologických změn a nejvyšší produktivitou, přestože se zároveň jedná o nejzátěžovější etapu v životě člověka (Příhoda, 1977). Právě tato adaptační schopnost se může částečně podílet na skutečnosti, že mladé dospělé osoby v této studii vykazují nejnížší úroveň hladiny depresivních příznaků ze všech ostatních sledovaných.

Ve skupině středně dospělých osob byl sledován mírný nárůst celkového skóru oproti předchozí věkové podskupině (7,93; SD = 6,97). S postupujícím věkem dle vývojových psychologů (přibližně počátkem 30. roku života) dochází již k procesu involuce fyzických i psychických schopností, přestože jsou pro jedince v této fázi zatím méně uvědomované a patrné. Důležitým mezníkem je zde však tzv. „krize středního věku“, která je typická bilancováním dosavadního životního snažení a směřování. Skutečnost, že některé věci již nelze ovlivnit a změnit, zvláště tehdy, pokud jedinec není se svým dosavadním životním vývojem spokojený, může vyvolávat rozmanité depresivní prožitky (Vágnerová, 2007; Langmeier, Krejčířová, 1998; Příhoda, 1977).

Další nárůst celkového skóru byl sledován v podskupině starší dospělosti (8,98; SD = 7,03). V tomto vývojovém období dochází k ještě zřetelnějším involučním změnám, které si jedinec zpravidla začíná více uvědomovat a obvykle bývá více konfrontován s faktem svého stárnutí. Starší dospělý již v životě prožil více nejen pozitivních, ale také negativních událostí. Kritickými mezníky mohou být například odchod dětí ze společné domácnosti, které zakládají novou rodinu, případně také úmrtí vlastních rodičů. U žen navíc přichází klimakterium a s ním spojené psychické i fyziologické změny, ekvivalentem (andropauzou), procházejí i muži, přestože se u nich jedná o proces více plynulý (Vágnerová, 2007; Říčan, 2004). Ve starší dospělosti se i v obličejových rysech často zrcadlí životní únava nebo dokonce rezignace (Říčan, 2004). Individuálně v tomto období dochází ještě k doznívání „krize středního věku“. Všechny zmíněné vývojové mezníky mohou přispívat k nárůstu subjektivně pociťovaných příznaků deprese, který byl u této skupiny osob zaznamenán.

Výsledky ukazují, že k mírnému poklesu hladiny depresivních příznaků oproti všem věkovým podskupinám došlo pouze ve skupině osob ve věku raného stáří (8,79; SD = 6,67). V souladu s teorií vývojové psychologie, se lze domnívat, že nižší hladina subjektivně vnímané depresivní symptomatiky zde může odrážet pokles emoční reaktivity stárnoucího člověka obecně, k němuž s postupujícím věkem dochází (Příhoda, 1974). Tato vývojová fáze je charakteristická také dosažením věku odchodu do důchodu. V raném stáří se již většina rodičů raduje z vnoučat svých dětí a mohou jim vynahrazovat čas a péči, kterou nemohli při dosavadní pracovní i jiné vytíženosti věnovat svým dětem. Jedná se o etapu, pro níž je typická větší vyrovnanost a vyváženost v rozhodování i citech. Výše zmíněné faktory mohou přispívat k celkovému zklidnění psychického prožívání jedince, které se v této studii mohlo projevit poklesem hladiny prožitků depresivních symptomů.

Nejvyšší celkový skóre v BDI-II (12,08; SD = 18,13) byl (avšak nikoliv signifikantně) zaznamenán oproti všem ostatním věkovým podskupinám ve vývojové fázi označované jako pravé stáří, tedy u osob, které dosáhly věku 75 let a více. Jmenovaná fáze je dle vývojových psychologů charakteristická vyšší zranitelností na stresové podněty, celkově sníženou adaptační schopností na změny nebo ztráty, vyšší senzitivitou a velmi často také zhoršujícím se fyzickým i psychickým stavem jedince. Dochází zde k mnohem větší závislosti na pomoci nebo péči okolí (Příhoda, 1974; Říčan, 2004). Tyto průvodní jevy stárnutí se nejspíše odrazily i v této studii v podobě nejvyšší subjektivně vnímané hladině depresivních symptomů oproti všem ostatním sledovaným vývojovým podskupinám.

Výsledky, podle nichž vykazují nejnižší hladinu depresivních příznaků osoby ve věku mladé dospělosti, jsou v souladu se závěry některých starších studií, které uvádí Příhoda. Senioři v nich hodnotili svou aktuální vývojovou etapu jako nejméně šťastné období. Výraznější nespokojenost projevovaly ženy oproti mužům. Muži i ženy pak považovali za nešťastnější období svého života věk mezi 20 - 29 lety (Příhoda, 1974), tedy období mladé dospělosti.

K podobným výsledkům, přestože s využitím odlišné metodologie (Center for Epidemiological Studies Depression Scale, CES-D), dospěli například Nguyen a Zonderman (2006), podle kterých dosahují osoby starší 70 let v dotazníku CES-D vyššího skóre ve srovnání s 5 mladšími věkovými kohortami (do 50 let, 51 - 55 let, 56 - 60 let, 61 - 65 a 66 - 70 let). Přitom v celkovém skóre dosaženém v CES-D se jednotlivé kohorty, podobně jako v této rigorózní práci, která využívá BDI-II, příliš nelišily (Nguyen, Zonderman, 2006). Nejvyšší nárůst depresivní symptomatiky u osob ve věku nad 70 let zjistili také Gatzová a Hurwiczová. Podle jejich výsledků dosahují 70 - 98letí v dotazníku CES-D vyššího skóre (12,11 bodu) než všechny ostatní skupiny: 20 - 39 let, 40 - 54 let a 55 - 69 let (Gatz, Hurwicz, 1990).

Přestože koeficient korelace ($r = 0,13$) ukazuje dle mnou získaných výsledků na signifikantní těsnost vztahu mezi věkem zkoumaných osob a celkovým skórem, kterého v BDI-II dosáhly, koeficient determinace činí pouze 2%. Nelze tedy usuzovat na zásadní vztah mezi těmito proměnnými, neboť 98% variability je ovlivněno jinými proměnnými než věkem. Dané výsledky mohou být ovlivněny tím, že některé z příznaků deprese souvisejí s věkem více a některé méně. Vztah mezi rostoucím věkem a vyšší celkového skóre v BDI-II

neprokázali pomocí regresní analýzy ani Preiss, Vraná, Kuchařová (2010). Zjistili pouze nárůst celkového skóru v průměru o 6,3 bodu od období životní stabilizace (30 - 45 let) do období kmetství - 75 let a více (Preiss, Vraná, Kuchařová, 2010). Signifikantní souvislost nezaznamenaly ve své studii ani Gatzová a Hurwiczová (Gatz, Hurwicz, 1990).

První část analýzy výzkumné části této práce se zabývala hodnotami celkových skóre, kterých v dotazníku BDI-II sledované skupiny osob dosáhly, z několika hledisek. Jedním z nich bylo posouzení, zda soubor nevykazuje zvýšenou hladinu subjektivně vnímané depresivní symptomatiky ve smyslu posunu od normy k patologii. Shledáno přitom bylo, že výzkumný soubor jako celek, včetně jednotlivých věkových podskupin, nedosáhl v celkovém průměrném skóru 13 bodů a výše. Tuto hodnotu doporučuje Beck jako mezní pro zvážení možnosti přítomnosti depresivního onemocnění u vyšetřované osoby. Několik jedinců (77) z výzkumného souboru však hranici 13 bodů v BDI-II překročilo. U 41 z nich se projevil zvýšený skór vypovídající o mírné depresivní fázi, u dalších 33 pak byla shledána střední závažnost deprese a u 3 respondentů dokonce těžká deprese. U uvedených osob však nebylo na základě Screeningového dotazníku shledáno psychiatrické ani jiné onemocnění, které by mohlo mít na zvýšenou depresivní symptomatiku vliv, a nebyl tedy důvod k jejich vyřazení z této studie. Lze však připustit, že výše zmíněný počet 77 osob skutečně trpí současně probíhající fází deprese a že někteří z respondentů tuto skutečnost před započítáním testování zatajili nebo u nich doposud nebyla diagnostikována. Rovněž je možné, že dané osoby prožily v nedávné době některou negativní životní událost (rozvod, úmrtí blízké osoby, apod.) a jejich skór je zvýšený vlivem negativních prožitků, které v nich událost vyvolala. Z Demografického dotazníku, jenž byl zadáván jako součást předvýběru osob do výzkumného záměru, byla otázka zaměřená na prožitou negativní událost respondenta v průběhu sběru dat vyřazena. Domnívám se, že konkrétně v tomto případě by byla její přítomnost užitečná. Fyziologický smutek jako reakce na prožitou negativní událost není depresivním onemocněním, přestože se může projevovat velmi podobnými příznaky. Beckův inventář deprese navíc není považován za objektivní posuzovací metodou, a proto ani zvýšený skór v něm ještě není rozhodující pro diagnostiku deprese u daného jedince. Tudíž jsem uvedené respondenty v analýze dat ponechala.

Podobné výsledky shledala ve své studii například Kubcová (2007), jejíž výzkumný soubor rovněž nesestával z klinické části populace, ale ze studentů vysokých škol. Podle výsledků Kubcové vykazovalo 7,2% osob výzkumného souboru v dotazníku BDI (původní

verze z roku 1961) mírnou depresi a 0,5% střední depresi. Těžkou depresi neshledala tato autorka u žádné z dotazovaných osob. Zjištěné výsledky, jak sama uvádí, mohou souviset se studijním stresem vyšetřovaných osob (Kubcová, 2007).

Analýza dat se dále zaměřuje na rozdíly v subjektivně vnímané depresivní symptomatice u mužů a žen. Bylo přitom zjištěno, že ženy dosahují vyšších hodnot celkového skóru v BDI-II oproti mužům nejen ve výzkumném souboru jako celku, ale také napříč všemi věkovými podskupinami. Statistická významnost v tomto ohledu však byla prokázána pouze v celém výzkumném souboru (n = 387). Výjimku tvoří pouze skupina osob ve věku pravého stáří (75 let a více), kde byl zaznamenán vyšší celkový průměrný skóre v BDI-II u mužů. Výsledky jsou v souladu například se zjištěním Nguyena a Zondemana, kteří shledali vyšší skóre u žen oproti mužům také v dotazníku CES-D (Nguyen, Zonderman, 2006). Četné teorie (od biologických po psychosociální) poukazují na skutečnost, že ženy jsou k rozvoji depresivní symptomatiky obecně zranitelnější než muži (Magovcevic, Addis, 2008). K tomuto jevu patrně přispívá chronické napětí žen v každodenním životě, celkově vyšší zátěž, která je na ně kladena, biologické vlivy nebo styl vyrovnávání se se stresem (Nolen-Hoeksema, 2001).

Vyšší hodnoty celkového skóru v BDI-II dosahovaly ženy oproti mužům také v již zmiňované studii Preisse a spoluautorů (2010), avšak rovněž nikoliv statisticky významně. Podobně Gatzová a Hurwiczová zjistily s využitím dotazníku CES-D, že ženy vykazují vyšší hladinu depresivity v porovnání s muži. Dle jejich závěrů se však neprokázalo, že by starší ženy skórovaly v CES-D více než ženy mladší (Gatz, Hurwicz, 1990).

Zajímavý pohled na problematiku přinášejí autoři Magovcevic a Addis, podle kterých muži vykazují nižší úroveň depresivních příznaků v Beckově inventáři deprese proto, že jejich manifestace symptomů deprese je od žen odlišná a v současnosti používané metody tuto odlišnost nezohledňují. Vyvinuli proto speciálně na muže zaměřený dotazník k posuzování hladiny depresivity s názvem Masculine Depression Scale (MDS). Magovcevic a Addis se s podporou jiných autorů a teorií domnívají, že muži mají tendenci -na rozdíl od žen - příznaky deprese spíše popírat. Svůj stav pak manifestují většinou změnami v chování, jako je například agrese, zneužívání drog a alkoholu nebo přílišným zaujetím prací. Odlišná symptomatika deprese u mužů je nejen podle těchto autorů způsobena jejich zvnitřněnými maskulinními normami, které získali v procesu genderové socializace. Své hypotézy dokládají výsledky studie učiněné na vzorku 102 respondentů ve věku 18 - 65 let, podle kterých muži skórují v dotazníku MDS vyšším počtem bodů než v Beckově inventáři deprese, což

vysvětlují právě skutečností, že MDS vystihuje jejich projevy deprese lépe (Magovcevic, Addis, 2008).

Druhá část analýzy se zabývá zastoupením kognitivně-afektivní a somaticko-výkonnostní symptomatiky deprese dle BDI-II u sledovaných osob. Zjištěna přitom byla převaha v somaticko-výkonnostní komponentě příznaků deprese v celém výzkumném souboru včetně jednotlivých věkových podskupin. Více kognitivně-afektivních symptomů oproti prvním zmiňovaným bylo nesignifikantně zaznamenáno pouze u osob ve věku mladé dospělosti (20 - 29 let). Goldberg, Breckenridge a Sheikh (2003) ve své studii zjistili, že více kognitivně-afektivních příznaků dle Beckova inventáře deprese (BDI) se vyskytuje u skupiny osob mladších (do 60 let věku) a somaticko-výkonnostních symptomů pak u skupiny osob starších 60 let. Studie výše uvedených autorů však pracovala pouze se dvěma věkovými skupinami: 21 - 60 let a 60 - 83 let, zatímco tato výzkumná práce je zaměřena na 5 věkových podskupin. Výzkumný soubor Goldberga, Breckenridge a Sheikha navíc sestával pouze z mužů, z nichž navíc 5 - 10% splňovalo diagnostická kritéria pro depresi (Goldberg, Breckenridge, Sheikh, 2003). Zaměřením pozornosti pouze na skupinu mužů ve výzkumném souboru této rigorózní práce jsou však výsledky se závěry těchto autorů podobné více, neboť v kognitivně-afektivní komponentě deprese muži skórovali výrazněji nejen v období mladé dospělosti, ale také ve střední dospělosti, celkově tedy ve věkovém rozpětí 20 - 44 let. Hammenová a Padeskyová (1977) uvádějí, že depresivní příznaky u mužů se častěji manifestují spíše somatickými symptomy, zvláště pak u těch, kteří striktně přijali v procesu socializace maskulinní normy (Hammen, Padesky, 1977). V mé studii však byl zjištěn nárůst somaticko-výkonnostní komponenty deprese u mužů až od 45 let věku.

V souladu se závěry odborníků z oblasti gerontopsychiatrie jsou výsledky, podle kterých v období raného i pravého stáří převažuje jak u mužů, tak u žen výrazněji symptomatika somaticko-výkonnostní oproti kognitivně-afektivní. V raném stáří byl v tomto ohledu zjištěn statisticky významný výsledek (střední hodnota 0,16 v somatické subškále oproti 0,09 v afektivní subškále). V pravém stáří (0,22 oproti 0,13) nemohla být pro nízký počet osob statistická významnost ověřena. Například Baštecký, Kämpel, Vojtěchovský et al. (1994) uvádí, že u osob v pokročilejším věku se manifestuje depresivita častěji právě somatickými symptomy. Je však někdy velmi složité rozpoznat, zda se jedná o projevy deprese nebo skutečného somatického onemocnění. Odhaduje se, že více než polovina osob s depresivní poruchou ve stáří trpí současně alespoň jednou tělesnou chorobou, která základní klinický obraz psychických obtíží modifikuje (Baštecký, Kämpel, Vojtěchovský et al., 1994). Nguyen

a Zonderman však upozorňují, že somatické příznaky deprese u seniorů by neměly být vždy považovány za projev jejich špatného fyzického zdraví. Ve svém výzkumu nezjistili významnou souvislost mezi zhoršeným fyzickým zdravím nebo přidruženým somatickým onemocněním u osob pokročilejšího věku a nárůstem somatických symptomů deprese (Nguyen, Zonderman, 2006).

Předposlední část analýzy je zaměřena na frekvencovanost výskytu jednotlivých symptomů BDI-II ve věkových obdobích (vývojových fázích) od mladé dospělosti po pravé stáří. Mezi nejfrekvencovanějšími z příznaků v mladé dospělosti (20 - 29 let) pak byly zjištěny například: změna spánku (přítomnost u 51% osob), ztráta energie (45%), minulá selhání (43%) nebo pocit viny (42%). Častěji je u sebe přítom pocítují ženy oproti mužům, kromě příznaku minulá selhání, který se projevil jako charakterističtější u mužů. Výsledky se částečně shodují se závěry Kubcové, která zjistila u českých vysokoškolských studentů a studentek (tedy u osob přibližně ve věku mladé dospělosti) jako nejčastěji se vyskytující symptomy rovněž pocit viny nebo únavu, pracovní omezení (tato položka je součástí původní verze Beckova inventáře deprese s označením BDI, který Kubcová použila) a dále například nerozhodnost nebo znechucení sám ze sebe. Poslední dva výše uvedené z příznaků pak zaznamenala častěji u mužů – studentů (Kubcová, 2007). Domnívám se, že například ztráta energie a únava nebo minulá selhání a znechucení sám ze sebe spolu mohou úzce souviset a někdy se dokonce překrývat. V tomto ohledu tedy považuji výsledky Kubcové a výsledky mé práce za podobné.

Zatímco v období mladé, střední i starší dospělosti patří dle výsledků v této výzkumné práci mezi nejméně frekvencované například příznak ztráta zájmu o sex, u osob nad 60 let věku se posouvá v celkovém zastoupení všech 21 symptomů BDI-II z hlediska procenta výskytu na přední místa. V mladé dospělosti byl zachycen u 12% osob, ve střední dospělosti u 18% a ve starší dospělosti u 31% dotazovaných. V raném stáří již u sebe pocítuje tento příznak 53% osob a v pravém stáří dokonce 76%.

Také Goldberg, Breckenridge a Sheikh zjistili ve své studii realizované s pomocí původní verze Beckova inventáře deprese (BDI) výraznější a častější pokles zájmu o sex u osob starších 60 let ve srovnání s jedinci mladšími. Ke svému závěru dodávají, že vyšší hodnoty skóru v tomto symptomu u starších osob patrně souvisejí s přirozenými změnami souvisejícími se stárnutím spíše než s projevem deprese (Goldberg, Breckenridge, Sheikh, 2003).

Dále jsem v rámci své práce zjistila, že v celkovém obraze subjektivně vnímané depresivní symptomatiky převažují u osob mladších 60 let (v mladé, střední a starší dospělosti) takové příznaky BDI-II jako je: změna spánku, ztráta energie, pocit viny, minulá selhání, agitovanost, sebekritika, únava nebo nerozhodnost. Goldberg, Breckenridge a Sheikh shledali u osob do 60 let věku mezi nejfrekventovanějšími: sebeobviňující myšlenky, plačtivost, podrážděnost, sociální staženost, zkreslení obrazu vlastního těla, pocity selhání a vlastní nedostačivosti a také pokles jakéhokoliv uspokojení (Goldberg, Breckenridge, Sheikh, 2003). Vzhledem k tomu, že citovaní autoři použili starší verzi Beckova inventáře deprese (BDI), nelze jejich výsledky porovnávat zcela s mími. Určitou podobnost však lze konstatovat mezi symptomy: minulá selhání - pocit selhání, agitovanost – podrážděnost nebo sebekritika – sebeobviňující myšlenky.

U osob starších 60 let (rané i pravé stáří) jsem pak mezi nejfrekventovanějšími z příznaků zaznamenala: únava, ztráta zájmu o sex, sebekritika, změna spánku nebo ztráta energie. Podobný výskyt typické depresivní symptomatiky u osob v seniorském věku uvádějí například Baštecký, Kümpel, Vojtěchovský a další. Podle těchto autorů jsou pro stáří charakteristické především následující příznaky deprese: pocity únavy trvající po většinu dne, poruchy spánku (zvláště časně probouzení s nemožností znovu usnout), podrážděnost, smutek bez zjevné příčiny, bezdůvodný pláč, špatná schopnost koncentrace nebo rozhodování se, problémy s trávením, nechutenství, ztráta zájmu o sexuální život, pocity viny nebo dojem, že nestojí za to žít. Výjimečné nejsou ani myšlenky na suicidium (Baštecký, Kümpel, Vojtěchovský, et al., 1994). V rámci svého pozorování jsem však nárůst četnosti výskytu symptomu sebevražedné myšlenky nebo přání u seniorů nezaznamenala. Skrze všechna vývojová období, od mladé dospělosti po pravé stáří, patří spíše k jednomu z nejméně frekventovaných.

Některé z výsledků, včetně limitů výzkumné části práce jsou dále diskutovány v následující kapitole.

11 Diskuze

Výše uvedené výsledky mohou být ovlivněny vstupem některých nežádoucích proměnných, které již však po ukončení sběru dat nebylo možné eliminovat. Jednou z takových proměnných by mohla být skutečnost, že výběr osob z neklinické části populace do výzkumného souboru probíhal pouze na základě krátkého Screeningového a Demografického dotazníku. Přestože podmínky pro zařazení do výzkumu, jehož součástí bylo také zadávání Beckova inventáře deprese BDI-II, byly přísné a Screeningový dotazník obsahoval důležité otázky týkající se fyzického i psychického zdraví uchazeče o testování v současnosti i v anamnéze, nemohlo zde být dále ověřeno, jak odpovědi jednotlivců korespondují se skutečností. Screeningový dotazník navíc neobsahuje například otázku, zda je testovaná osoba kuřák či nikoliv. Mnoho studií přitom poukazuje na skutečnost, že u kuřáků je výskyt depresivního onemocnění vyšší než u osob, které na tabákových výrobcích závislé nejsou - není dostatečně známo, zda samotné kouření způsobuje deprese, nebo jím již osoby s depresí pouze kompenzují svůj stav (Magazín zdraví, 2010). Tento drobný nedostatek při tvorbě Screeningového dotazníku mohl ovlivnit konečné výsledky této studie, neboť například kuřáci nebyli vyřazeni z mého výzkumného souboru.

Nevýhodou a limitujícím faktorem této studie je skutečnost, že sběr dat probíhal po dobu 6ti let. Osoby ve výzkumném souboru přitom vypovídaly o svém aktuálním stavu, tj. posuzovaly u sebe výskyt symptomů deprese dle instrukce BDI-II pouze za posledních 14 dní. Pokud by testovaná osoba vyplňovala stejný dotazník v počátcích a koncem výzkumného záměru, výsledky by mohly být výrazněji odlišné. U osob s depresivní poruchou, lze předpokládat, že po odeznění nebo v průběhu léčby depresivní fáze by se jejich odpovědi v dotazníku BDI-II měly změnit, například ve smyslu postupně snižující se intenzity i počtu jednotlivých symptomů. Také závažnější z příznaků by měly postupně vymizet. Otázkou však zůstává, k jakým změnám v odpovědích by došlo u osob zdravých. Možné je, že některé z příznaků, které BDI-II obsahuje, budou v čase trvalejší než jiné. Například symptomy znechucení sám ze sebe, minulá selhání, pesimismus nebo nerozhodnost mohou být u zkoumané osoby trvalejšími než únava nebo ztráta zájmu o sex. Vypovídají totiž částečně o charakteristice osobnosti. Přestože Beck uvádí, že BDI-II měří aktuální stav a nikoliv rys osobnosti, domnívám se, že u některých položek by tato skutečnost měla být přezkoumána.

Zajímavé by bylo zjištění, jak jednotlivé symptomy BDI-II korelují s depresí jako diagnostickou jednotkou. Podobně zaměřenou studii se mi v odborné literatuře nepodařilo dohledat. Pro srovnání uvádím alespoň studii autorů Bediho, Koopmana a Thompsona (2001), kteří se zabývali mimo jiné otázkou, jaké ze symptomů Beckova inventáře deprese BDI-II se vyskytují u osob s depresivní poruchou v nejvyšší intenzitě. Svou studii učinili na vzorku 390 žen ve věku 18 - 90 let diagnostikovaných pro depresivní onemocnění. Dospěli přitom k závěru, že ženy s depresí u sebe nejintenzivněji vnímají takové příznaky jako je: únava (průměrný skóre symptomu 1,75), ztráta energie (1,71), ztráta zájmu (1,69), změna spánku (1,69) nebo znechucení sám ze sebe (1,68). Posouzení subjektivně vnímané intenzity jednotlivých příznaků dle BDI-II bylo také předmětem poslední části analýzy mé práce. Podobně jako Bedi, et al., shledala jsem u žen z výzkumného souboru, který byl vybírán z neklinické části populace, jako nejintenzivnější z příznaků dle BDI-II: změna spánku (průměrný skóre symptomu 0,84), ztráta energie (0,72) nebo únava (0,68). Lze tedy konstatovat, že zdraví jedinci (v tomto případě ženy) u sebe hodnotí jako nejintenzivnější podobné příznaky jako lidé s depresivním onemocněním. Výsledky mé studie s výsledky Bediho, Koopmana a Thompsona se částečně shodují také v zastoupení subjektivně nejméně intenzivně pocíťovaných symptomů dle BDI-II. Stejně jako tyto autoři, shledala jsem u 162 žen svého výzkumného souboru mezi nejméně intenzivními příznaky například: sebevražedné myšlenky nebo přání (0,11) či agitovanost (0,32). Ve studii Bediho a spoluautorů dosáhla hladina intenzity v těchto příznacích u sledovaných žen hodnot 0,61 a 1,15 ve stejném pořadí (Bedi, et al., 2001). Dalo by se přitom očekávat, že výsledky získané u zdravé (neklinické) části populace budou v porovnání se souborem osob diagnostikovaných pro depresivní poruchu výrazněji odlišné a že u žen s depresí se projeví mezi nejvíce intenzivními některé ze závažnějších symptomů deprese (smutek, sebevražedné myšlenky, plačtivost, nechutenství, apod.). Je však patrné, že soubor žen diagnostikovaných pro depresivní poruchu Bediho, Koopmana a Thompsona zároveň vykazuje výrazně vyšší hodnoty subjektivně vnímané hladiny symptomů deprese oproti mému souboru 162 žen.

Dle Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10 patří k hlavním příznakům depresivního onemocnění skleslá nálada, ztráta zájmu a radosti a zvýšená unavitelnost. Zajímavé je, že jeden z těchto hlavních příznaků (zvýšená unavitelnost) jsem ve výzkumném souboru své práce shledala jako jeden z nejfrekventovanějších (zde v podobě dvou symptomů, které spolu mohou úzce souviset - ztráta energie a únava). Jmenované dva příznaky byly shledány v popředí celkového obrazu subjektivně vnímané depresivní symptomatiky dle BDI-II u všech sledovaných věkových podskupin včetně výzkumného souboru jako celku. Symptom

únava zaujímá, z hlediska výše procenta osob, které u sebe uvedly v dotazníku jeho přítomnost, od mladé dospělosti po pravé stáří v průměru 1. - 2. místo, a ztráta energie pak 5. místo ze všech 21 symptomů BDI-II. Avšak další dva z hlavních příznaků deprese, které uvádí MKN 10 – skleslá nálada, ztráta zájmů a radosti, byly v této studii shledány spíše v pozadí v rámci frekvence jejich výskytu u zkoumaných osob.

Téměř shodně se ve skupinách od mladé dospělosti po pravé stáří vyskytují nejčastěji pocity únavy, ztráty energie nebo změna spánku. Domnívám se, že jakékoliv pocity vyčerpanosti přitom mohou se změnou spánku úzce souviset a nelze tedy vyloučit, že se nejedná o izolovaně se vyskytující symptomy, ale spíše o soubor příznaků, které se vzájemně podmiňují. Položky únava a ztráta energie jsou si ve svém projevu navíc velmi podobné, avšak respondent skóruje v obou z nich. Podle mého názoru se jedná o jednu z nevýhod struktury Beckova inventáře deprese BDI-II, neboť tímto dochází ke zbytečnému nárůstu celkového skóru.

Problematickou shledávám rovněž tzv. „klinickou položku“ s názvem Změna spánku, jež se projevila ve výsledcích této studie jako jedna z nejfrekventovanějších napříč všemi věkovými podskupinami a vždy ve smyslu jeho sníženého množství za posledních 14 dní. Nedotazuje se totiž na skutečnost, zda jedinec spí v posledních dnech méně proto, že mu to okolnosti nedovolují (například vlivem péče o malé děti, pracovní vytížeností apod.), ale předpokládá, že se jedná o projev psychického napětí nebo dyskomfortu. Domnívám se, že zvláště u výsledků zjištěných v neklinické části populace je nutno přistupovat opatrně k závěru, že se jedná o příznak deprese v pravém slova smyslu

Určitý drobný nedostatek spatřuji rovněž v položce s názvem Agitovanost. Domnívám se, že termín agitovanost v sobě zahrnuje i zvýšenou aktivitu, avšak položka se dotazuje spíše na vnitřní napětí a neklid, jenž se nemusí projevovat v agitovaném chování. Pro depresi i úzkostné poruchy je typické právě spíše vnitřní napětí, které nemá s chováním příliš společného. Z tohoto důvodu bych pro položku zvolila jiný termín, například: Neurčitý neklid, Napětí, apod.

Diskutována by mohla být rovněž položka zaměřená na příznak deprese s názvem Ztráta zájmu o sex. Možnosti odpovědí jsou sice zaměřeny na zaznamenání poklesu sexuální aktivity (V současnosti jsem nezaznamenal/a změnu zájmu o sex, Mám menší zájem o sex

než obvykle, Mám nyní mnohem menší zájem o sex, Úplně jsem ztratil/a zájem o sex), avšak již se nedotazují na skutečnost, jak u sebe tento stav jedinec vnímá. Zvláště u osob v pokročilejším věku nemusí být tento jev pocíťovaný pouze v negativních konotacích a nemusí se jednat o příznak, který by jakkoliv souvisel s depresí, narušením kvality života nebo dysforickým laděním. Pokles sexuální aktivity je přirozeným biologickým procesem stárnutí, přestože může být velmi individuální. Jak uvádí například Příhoda, mnoho seniorů vnímá skutečnost nižší nebo i zcela vyhaslé sexuální apetence dokonce pozitivně, neboť se cítí být od nutkání k pohlavní aktivitě osvobozeni a sex pro ně již nemá takový význam jako tomu bylo v mládí (Příhoda, 1974). Také v průběhu testování a sběru dat s osobami vyššího věku jsem se často setkávala s doplňujícími odpověďmi na tuto otázku, které vyjadřovaly smíření s tímto faktem bez pocitů rozladění nebo nespokojenosti, přestože tyto osoby skórovaly v položce nejvyšší možnou hodnotou. Navrhovala bych proto pozměnění znění otázek v uvedené položce, například: S intenzitou svého zájmu o sex nejsem aktuálně nespokojený/á, Znepokojuje mě, že mám nyní trochu menší zájem o sex než obvykle, Mám nyní mnohem menší zájem o sex a trápí mě to, Velmi mě znepokojuje, že jsem o sex ztratil/a zájem úplně, apod.

Nad tímto i jinými drobnými nedostatky BDI-II si zároveň uvědomuji důležitost alespoň doplňujícího rozhovoru k jakékoliv dotazníkové metodě. Přestože považuji některé testy a dotazníky v psychodiagnostice za cenné, domnívám se, že rozhovor by měl být vždy na prvním místě.

V této rigorózní práci využívám věkové vymezení jednotlivých vývojových etap dle Příhody (1971), které může být v současnosti považováno za poněkud zastaralé. Z tohoto důvodu jsem zde upustila od Příhodovy starší terminologie pro jednotlivé fáze vývoje individua a nahradila jsem ji v současnosti v zahraniční i české odborné literatuře akceptovanými názvy. Například Příhodův původní termín *intraevum* je tak nahrazen názvem starší dospělost. Avšak věkové ohraničení jednotlivých vývojových etap v dospělosti a stáří, které Příhoda doporučuje, je v současnosti stále uznávané. Shoduje se například s datováním, které uvádí Langmeier a Krejčířová (2006). Příhoda však navíc podrobněji popisuje dvě samostatné fáze stáří. První jeho etapu vymezuje mezi 60. až 70. rokem věku individua a následující dosažením 75. roku a více. V tomto ohledu se shoduje například s jinou současnou autorkou z oblasti vývojové psychologie – Vágnerovou (2007). Domnívám se, že rozlišení těchto dvou fází ve stáří je především pro výzkumné účely důležité, neboť

přibližně po 75. roce věku dochází dle teorií vývojové psychologie k dalšímu výraznějšímu úbytku psychické i fyzické výkonnosti. Jednotný konsenzus ve věkovém vymezení (ohraničení) jednotlivých fází vývoje individua není v teorii ontogenetické psychologie patrný, neboť věkové mezníky určující přechod z jedné vývojové etapy do druhé jsou spíše individuálně variabilní. Také Příhoda ke svému datování dodává, že je k němu nutno přistupovat pouze orientačně s možným individuálním rozptylem plus mínus 5 let. Při úvaze o problému, které z věkových vymezení fází vývoje jedince doporučených různými autory využít, jsem zohlednila také velikost svého výzkumného souboru. Snahou přitom bylo zajistit co nejvyrovnanější počet respondentů v každé z jednotlivých věkových podskupin. Příhodovo věkové ohraničení mi k tomuto výrazně napomohlo. Jestliže bych se rozhodla pro věkové vymezení jednotlivých fází vývoje individua například dle Vágnerové (2007), která datuje období mladé dospělosti v rozmezí 20-40 let, první věková podskupina v mé studii by tak zahrnovala 158 osob, zatímco čtyři další (střední dospělost, starší dospělost, rané a pravé stáří) již jen 68, 71, 75 a 13 respondentů. Pokud bych použila věkové ohraničení pomocí dekád, které uvádí například Říčan (2004), došlo by k přílišnému rozmělnění výzkumného souboru do 8 věkových podskupin, přičemž poslední kategorie by se skládala pouze ze tří respondentů.

Přestože mou snahou bylo rozdělit výzkumný soubor do přibližně rovnoměrných skupin (od mladé dospělosti po pravé stáří) z hlediska počtu osob, u nejstarší věkové kategorie to nebylo zcela možné. Sběr dat u osob starších 75 let byl od počátku výzkumného záměru velmi problematickým. Právě výše zmiňovaná nejstarší kategorie tak zde sestává pouze ze 13 respondentů. Tato skutečnost může ovlivňovat některé výsledky v této studii, přestože byly vždy zvoleny statistické metody, které umožňují s tak malým vzorkem respondentů pracovat. Domnívám se však, že alespoň pro nastínění typického obrazu depresivní symptomatiky u osob starších 75 let, bylo vhodné tuto skupinu čítající pouze 13 osob ponechat v analýze dat samostatně. Pokud bych toto věkové pásmo sloučila s předchozí věkovou skupinou – s osobami ve věku 60-75 let - došlo by ke ztrátě cenných informací o subjektivně vnímané depresivní symptomatice osob v tak pokročilém věku, ačkoliv tyto informace nemohou být považovány za statisticky významné.

Symptom deprese nejspíše není v této studii, která je učiněna na souboru vybraném z neklinické části populace, nejvhodnějším termínem, neboť skutečnost, že se u sledovaných osob určité příznaky vyskytují ještě neznamená, že nutně souvisejí s duševním onemocněním – depresí. Možná by bylo vhodnější užívat termínů jako jsou prožitky akutální psychické

nepohody, dyskomfortu, apod. Vzhledem k tomu, že Beckův inventář však na symptomy deprese zaměřený je, zůstala jsem u původní terminologie.

Přes některé výše zmíněné nedostatky považuji metodu BDI-II za jednu z nejpropracovanějších v oblasti dotazníků zjišťujících aktuální úroveň depresivních příznaků, a proto jsem si ji ke zpracování tématu své rigorózní práce vybrala a využila aktuálně probíhajícího sběru dat v rámci výzkumného záměru Psychiatrického centra Praha, který probíhal od roku 2005 do roku 2011.

Domnívám se, že výsledky této práce mohou být užitečné nejen pro klinické, ale také pro výzkumné pracovníky. Je možné je porovnávat se skupinami osob z jiné (klinické) části populace nebo na jejich základě sledovat vývoj subjektivně pociťovaných symptomů deprese u dospělých českých osob v čase. Zajímavé by bylo například zjištění, zda v průběhu dalších let bude v dospělé české populaci přibývat sebevražedných úvah, zda bude stoupat intenzita pocitu ztráty energie, zda se bude celková hladina (skór) depresivních příznaků v BDI-II zvyšovat apod. Na jedince je ve společnosti, stále více orientované na výkon, kladeno postupně také více požadavků náročných především na psychické prožívání a zdraví. Z tohoto důvodu bych v budoucnosti očekávala spíše nárůst hladiny subjektivně pociťovaných symptomů deprese. Dalším zajímavým momentem by bylo ověření, zda lidé s depresivním onemocněním vykazují zcela odlišný obraz typických příznaků deprese od osob zdravých a v jakých konkrétních symptomech a jejich intenzitě dle BDI-II se odlišují.

12 Závěr

Ve výzkumné části byly zjištěny následující výsledky:

Výzkumný soubor všech 387 osob dosáhl v sebeposuzovacím dotazníku BDI-II celkového průměrného skóru v hodnotě 8,4 bodu ($SD = 6,92$). U skupiny respondentů ve věku mladé dospělosti byl zjištěn v hodnotě 7,3 ($SD = 6,2$), střední dospělosti 7,93 ($SD = 6,97$), starší dospělosti 8,98 ($SD = 7,03$), raného stáří 8,79 ($SD = 6,67$) a pravého stáří 12,08 bodů ($SD = 18,13$). Na základě těchto výsledků lze konstatovat, že nejvyšší hladina subjektivně vnímané depresivní symptomatiky byla zaznamenána u osob v nejstarší věkové kategorii (75 let a více). Nejnižší hladina pak byla shledána u respondentů ve věku odpovídajícímu mladé dospělosti (7,3). Rozdíly v dosaženém celkovém skóru v BDI-II mezi jednotlivými věkovými podskupinami se však testováním pomocí Kruskal–Wallisova testu neprojevíly jako signifikantní.

Zároveň nebyl prokázán vztah mezi zvyšujícím se věkem sledovaných osob a nárůstem celkového skóru v dotazníku BDI-II obecně. Přestože korelace proměnných věku a průměrného skóru v BDI-II dosáhla signifikantní hodnoty ($r = 0,13$), koeficient determinace ($R^2 = 0,02$) naznačuje, že 98% společné variability je ovlivněno jinými proměnnými než věkem respondentů.

Výzkumný soubor jako celek, včetně všech věkových podskupin od mladé dospělosti po pravé stáří, nedosáhl v BDI-II průměrného součtu 13 bodů celkového skóru a více. Beck doporučuje tento součet jako hraniční pro odlišení mezi běžnou (normální) úrovní depresivní symptomatiky a patologickou ve smyslu přítomnosti mírné, střední nebo těžké fáze deprese u vyšetřovaného jedince. Získané výsledky jsou, domnívám se, v souladu se skutečností, že výzkumný soubor sestává z neklinické (psychiatricky v současnosti ani minulosti neléčené) populace.

Další výsledky ukázaly, že napříč všemi věkovými podskupinami vykazují ženy vyšší úroveň depresivity než muži. Výjimku tvoří pouze skupina osob ve věku pravého stáří (75 let a více), kde byl zaznamenán vyšší celkový průměrný skór v BDI-II u mužů. Statisticky významné výsledky však lze konstatovat pouze u výzkumného souboru jako celku, kde v BDI-II skórovaly vyššími hodnotami rovněž ženy (9,22 bodů; $SD = 7,23$) oproti mužům (7,25 bodů; $SD = 6,32$).

Z hlediska kognitivně-afektivních a somaticko-výkonnostních příznaků deprese, jejichž výskyt u zkoumaných osob umožňuje BDI-II zmapovat a jejichž zhodnocení je důležité zejména v klinické praxi pro stanovení optimálního postupu léčby nebo prognózy deprese, bylo zpozorováno, že v celém výzkumném souboru a dále také u 4 věkových podskupin (střední dospělost, starší dospělost, rané stáří a pravé stáří) převažují symptomy somaticko-výkonnostní. Výjimku tvoří pouze skupina osob ve věku mladé dospělosti, kde byly naopak shledány vyšší střední hodnoty v položkách kognitivně-afektivních. Výsledky se však v tomto ohledu projevily jako signifikantní pouze u osob ve věku střední dospělosti. Ženy vykazují více somaticko-výkonnostních symptomů rovněž ve 4 zmiňovaných věkových podskupinách, avšak v mladé dospělosti u nich, stejně jako u mužů, převažuje symptomatika kognitivně-afektivní. Tato komponenta deprese je pak oproti somaticko-výkonnostní výraznější také u mužů ve střední dospělosti.

Další část analýzy se zabývá frekvencí (četností) výskytu jednotlivých symptomů BDI-II u zkoumaných osob. Zjištěno zde bylo, že mezi nejfrekventovanější příznaky deprese dle BDI-II patří z hlediska procenta osob, jež je u sebe aktuálně pociťují, v mladé, střední i starší dospělosti a také v raném a pravém stáří například změna spánku, ztráta energie nebo únava. Ve věkové podskupině mladé dospělosti se k těmto nečastěji se vyskytujícím přidávají například minulá selhání, ve střední dospělosti agitovanost a v raném i pravém stáří ztráta zájmu o sex. Ženy u sebe všechny výše uvedené příznaky, včetně většiny zbývajících 21, které BDI-II obsahuje, pociťují častěji oproti mužům. Symptom změna spánku je dle Becka tzv. klinicky významnou položkou, která obsahuje dvě možné alternativy – více nebo méně spánku za posledních 14 dní, než u sebe považuje daný jedinec za obvyklé. U všech věkových podskupin je pak výskyt tohoto příznaku shledáván v jeho snížené alternativě (kvantitě). Za nejméně frekventované symptomy BDI-II pak dle výsledků této části analýzy lze považovat (rovněž u všech věkových podskupin od mladé dospělosti po pravé stáří včetně výzkumného souboru jako celku) například sebevražedné myšlenky nebo přání, znechucení sám ze sebe, smutek nebo plačtivost. Domnívám se, že některé výsledky této části analýzy jsou v souladu s teoriemi vývojové psychologie. S postupujícím věkem přibývá u zkoumaných osob zvýšená unavitelnost spojená s pocitem ztráty energie, častěji se objevují potíže v oblasti spánku a postupně se vytrácí sexuální apetence. Výskyt pocitů únavy, ztráty energie nebo snížené kvantity spánku v mladším věku pak může souviset například s velkou pracovní vytížeností a celkově vyššími nároky, které jsou na jedince v produktivním věku kladeny.

Zároveň však nelze konstatovat, že by existovaly symptomy deprese typické pro určité věkové období. Od mladé dospělosti po pravé stáří se na předních místech z hlediska procentuálního zastoupení u sledovaných osob vyskytují projevy stejné nebo velmi podobné (únava, ztráta energie, změna spánku). Napříč jednotlivými věkovými podskupinami nebyly zjištěny ani výrazně odlišné symptomy, které patří naopak k nejméně frekventovaným. Výjimku tvoří pouze ztráta zájmu o sex, která se v mladé dospělosti vyskytuje u sledovaných osob jen velmi zřídka, zatímco v raném a pravém stáří již patří k nejčastěji se objevujícím příznakům deprese dle BDI-II.

Frekvenci (četnost) výskytu jednotlivých 21 příznaků BDI-II u zkoumaných osob nelze zaměňovat s intenzitou, s jakou je u sebe vyšetřované osoby pociťují. Subjektivně vnímané intenzitě příznaků deprese dle BDI-II jsem věnovala pozornost v poslední části analýzy své práce. Zde se ukázalo, že u skupiny osob starších 75 let (pravé stáří) dosahuje většina ze všech příznaků BDI-II nejvyšší subjektivně vnímané hladiny intenzity ve srovnání s mladšími věkovými podskupinami. Konkrétně se jedná o: ztráta zájmu o sex (celkový průměrný skóre položky 1,76), změna spánku (1,3), sebekritika (1), únava, (0,92), ztráta energie (0,76), nerozhodnost (0,61), koncentrace, smutek, pesimismus, ztráta radosti, pocit viny (všechny tyto příznaky v hodnotě průměrného skóre 0,53), plačtivost (0,46) a podrážděnost (0,38). V pravém stáří tedy respondenti vnímali oproti všem předchozím věkovým skupinám nejcitlivěji 13 z 21 symptomů dle BDI-II. Většina z nich pak patří k somaticko-výkonnostní komponentě depresivní symptomatiky dle BDI-II. U žen v mladé, střední i starší dospělosti a také v raném stáří byla zjištěna vyšší hladina subjektivně vnímané intenzity u většiny ze všech 21 příznaků BDI-II oproti mužům. Například ve starší dospělosti vnímají ženy intenzivněji než muži 17 z 21 příznaků BDI-II. Pouze v období pravého stáří se pak většina ze všech symptomů, které jsou součástí BDI-II, projevuje oproti ženám výrazněji u mužů.

V dostupné literatuře jsem našla jen velmi málo studií, které se zabývají depresivními příznaky v neklinické populaci s použitím dotazníku BDI-II, a pokud existují, bývají pouze úzce zaměřené, například pouze na celkový skóre dosažený zkoumaným souborem. V tomto ohledu by, domnívám se, mohla být tato práce, jež stav v neklinické dospělé české populaci mapuje velmi podrobně a využívá všech možností zkoumání subjektivně vnímané depresivní symptomatiky dle BDI-II, do budoucna přínosem. Projevy deprese, ať už jejich seskupení u daného jedince značí přítomnost nozologické jednotky - depresivního onemocnění nebo se vyskytují pouze izolovaně bez konkrétního psychopatologického nálezu - jsou vždy známkou určitého psychického dyskomfortu a jejich dopad na kvalitu života a prožívání jedince

je velmi individuální. Jejich rozvoj však nemusí být způsoben vždy počínajícím nebo již probíhajícím duševním onemocněním, ale může vyplívat z běžných i méně běžných nároků života, které jsou v každém vývojovém období jedince i společnosti odlišné. Domnívám se, že zmapování subjektivně vnímaných příznaků deprese v jednotlivých fázích vývoje jedince tak zasluhuje naši pozornost a další zkoumání. Tato práce by mohla být impulzem k navazujícím, porovnávacím a rozšiřujícím studiím.

Pro přehlednost a rychlejší orientaci uvádím v rámci příloh tabulky a jedno grafické znázornění shrnující nejdůležitější zjištěné výsledky .

Seznam použité literatury a internetových zdrojů (dle citační normy ČSN-ISO-690)

ALDWIN, C. M.; SUTTON, K. J.; CHIARA, G.; SPIRO, A. Age differences in stress, coping, and appraisal: Findings from the Normative Aging Study. *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 1996, 51, s. 179 - 188.

BAŠTECKÝ, J.; KÜMPEL, Q.; VOJTĚCHOVSKÝ, M.; et al. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Grada, 1994. 320 s. ISBN 80-7169-070-8.

BECK, A. T. The core problem in depression: The cognitive triad. In MASSERMAN, J. (Ed.) *Depression: Theories and therapies*. New York: Grune & Stratton, 1970.

BECK, A. T. *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1972. 370 s. ISBN 0-8122-1032-8.

BECK, A. T.; STEER, R. A. *Beck Depression Inventory: Manual*. San Antonio: Psychological Corporation, 1987.

BECK, A. T.; STEER, R. A.; BROWN, G. K. Manual for the Beck Depression Inventory-II. 1996. In PREISS, M.; VACÍŘ, K. (Eds.) *Beckova sebesposuzovací škála depresivity pro dospělé: BDI-II. Příručka*. 1. vyd. Brno: Psychodiagnostika, 1999. 22 s.

BECK, A. T.; WARD, C. H.; MENDELSON, M.; MOCK, J.; ERBAUGH, J. An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*. 1961, 4, 6, s. 561-571.

Beck Depression Inventory. In *Wikipedia : the free encyclopedia* [online]. St. Petersburg (Florida): Wikipedia Foundation, [cit. 2009-07-21]. Dostupné z WWW: <http://en.wikipedia.org/wiki/Beck_Depression_Inventory>.

BEDI, R. P.; KOOPMAN, R. F.; THOMPSON, J. M. The Dimensionality of the Beck Depression Inventory-II and its Relevance for Tailoring the Psychological Treatment of Women with Depression. *Psychotherapy*. 2001, 3, 38, s. 306-318.

CACIOPPO, J. T.; HUGHES, M. E.; WAITE, L. J.; HAWKLEY, L. C.; THISTED, R. A. Loneliness as a Specific Risk Faktor for Depressive Symptoms: Cross-Sectional and Longitudinal Analyse. *Psychology and Aging*. 2006, 21, 1, s. 140-151.

CIKRT, T. Pět procent populace trpí klinickou formou deprese. *Zdravotnické noviny*. 2000, 49, 44, s.1-2. ISSN 0044-1996.

CONÇALVES, D. C.; ALBUQUERQUE, P. B. Assessment of Depression in Aging Contexts: General Considerations When Working With Older Adults. *Professional Psychology*. 2009, 40, 6, s. 609-616.

DAŇKOVÁ, Š. *Demografie* [online]. 2005 [cit. 2009-07-22]. Co (ne) víme o duševním zdraví. Dostupné z WWW: <http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=164>.

DELANO-WOOD, L.; ABELES, N. Late-life depression: Detection, risk reduction, and somatic intervention. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2005, 12, s. 207-217.

Deprese.com [online]. [cit. 2010-04-20]. Deprese a metabolický syndrom. Dostupné z WWW: <<http://www.deprese.com/index.php?section=klicky&ion2=rozhovor10>>.

Deprese. In *Wikipedia : the free encyclopedia* [online]. St. Petersburg (Florida) : Wikipedia Foundation, [cit. 2009-07-22]. Dostupné z WWW: <<http://cs.wikipedia.org/wiki/Deprese>>.

Deprese souvisí s krevním tlakem. In *Zdravotnické noviny* [online]. Praha : Mladá Fronta, 2006 [cit. 2010-04-20]. Dostupné z WWW: <<http://www.zdn.cz/denni-zpravy/profesni-aktuality/deprese-souvisi-s-krevnim-tlakem-173886>>.

Diabetes a deprese. In *Zdravotnické noviny* [online]. Praha : Mladá fronta, 2006 [cit. 2010-04-21]. Dostupné z WWW: <<http://www.zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/diabetes-a-deprese-170176>>.

DOZOIS, D. J. A.; DOBSON, K. S.; AHNBERG, J. L. A Psychometric Evaluation of the Beck Depression Inventory – II. *Psychological Assessment*. 1998, 10, 2, s. 83-89.

Drogy-info.cz [online]. 2005 [cit. 2010-04-27]. Psychiatrická komorbidita pacientů léčených v souvislosti s užíváním návykových látek. Dostupné z WWW: <http://www.drogy-info.cz/index.php/o_nas/studie/psychiatricka_komorbidita_pacientu_lecenyh_v_souvislosti_s_uzivanim_navykovych_latek>.

ENDLER, N. S.; RUTHEFORD, A.; DENISOFF, E. Beck depression inventory: Exploring Its Dimensionality in a Nonclinical Population. *Journal of Clinical Psychology*. 1999, 55, 10, s. 1307-1312.

ELKIN, I.; PARLOFF, M. B.; HADLEY, S. W.; AUTRY, J. H. NIMH treatment of depression collaborative research program: Background and research plan. *Archives of General Psychiatry*. 1985, 42, s. 305-316.

Endokrinní systém [online]. [cit. 2010-04-26]. Snížená funkce štítné žlázy a deprese. Dostupné z WWW: <<http://www.ulekare.cz/clanek/snizena-funkce-stitne-zlazy-a-deprese-3561>>.

ERICSON, E. H. Eight Ages of Man. *Interantional Journal of Psychiatry*. 1966, 2, 3, s. 281-300.

FISKE, A.; GATZ, M.; PEDERSEN, N. L. Depressive symptoms and aging: The effects of illness and non-health-related events. *Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 2003, 58B, s. 320 - 328.

FLINT, A. J. Epidemiology and comorbidity of anxiety disorders in the elderly. *American Journal of Psychiatry*. 1994, 151, s. 640 - 649.

GATZ, M.; HURWICZ, M. L. Are Old People More Depressed? Cross-Sectional Data on Center for Epidemiological Studies Depression Scale Factors. *Psychology and Aging*. 1990, 5, 2, s. 284-290.

GOLDBERG, J. H.; BRECKENRIDGE, J. N.; SHEIKH, J. I. Age Differences in Symptoms of Depression and Anxiety: Examining Behavioral Medicine Outpatients. *Journal of Behavioral Medicine*. 2003, 26, 2, s. 119-132.

- HAMMEN, C. L.; PADESKY, CH. A. Sex Differences in the Expression of Depressive Responses on the Beck Depression Inventory. *Journal of Abnormal Psychology*. 1977, 86, 6, s. 605- 614.
- HERMAN, E.; PRAŠKO, J.; SEIFERTOVÁ, D. *Konziliární psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Medical Tribune, 2007. 604 s. ISBN 978-80-903708-9-0.
- HOLMES, T. H. - RAHE, R. H. The social readjustment scale. *Journal of Psychosomatic Research*. 1967, 11, s. 213-218.
- HONZÁK, R. *Deprese: depresivní nemocný v nepsychiatrické ordinaci*. 1. vyd. Praha: Galén, 1999. 111 s. ISBN 80-85824-95-7.
- HÖSCHL, C. *Neuroendokrinologie v psychiatrii*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1989. 231 s.
- HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA J. *Psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Tigris, 2004. 883 s. ISBN 80-900130-7-4.
- HRACHOVINOVÁ, T. Deprese a diabetes - psychosociální faktory. In *Institut rodinné terapie a psychosomatické medicíny* [online]. Liberec : Lirtaps, 2005 [cit. 2010-04-21]. Dostupné z WWW: <http://www.lirtaps.cz/psychosomatika/psomweb2006_4/konf_abst_hrachovin.htm>.
- HUNT, M. *Dějiny psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 712 s. ISBN 80-7367-175-1.
- HYER, L.; CARPENTER, B.; BISHMANN, D.; WU, H. S. Depression in long-term care. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2005, 12, s. 280 - 299.
- KUBCOVÁ, Š. *Míra depresivity vysokoškolských studentů*. Praha, 2007. 51 s. Bakalářská práce. Univerzita Karlova.
- LAMBERT, M. J.; STEPHENSON, A. Beck Depression Inventory. In KAZDIN, A. E. (Ed.) *Encyclopedia of psychology*. London: Oxford University Press, 2000. s. 375-377. ISBN 1-55798-650-9.
- LANGMEIER, J.; KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 3. vyd. Praha: Grada, 1998. 344 s. ISBN 80-7169-195-X.
- LANGMEIER, J.; KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 2.vyd. Praha: Grada, 2006. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
- LAŇKOVÁ, J.; SIBLÍKOVÁ, J. *Deprese: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2004. 16 s. ISBN 80-903573-1-8.
- LEHMANN, H. E. Affective disorders in the aged. *Psychiatric Clinics of North America*. 1982, 5, s. 27 - 44.
- LÍMANOVÁ, Z. *Trendy soudobé endokrinologie 2: štítná žláza*. 1. vyd. Praha: Galén, 2006. 371 s. ISBN 80-7262-400-8.

Magazín zdraví [online]. 2009 [cit. 2010-04-20]. Vysoký krevní tlak a deprese. Dostupné z WWW: <<http://www.magazinzdravi.cz/vysoky-krevni-tlak-a-deprese>>.

Magazín zdraví [online]. 2010 [cit. 2012-01-13]. Kuřáci mají vyšší riziko deprese. Dostupné z WWW: <<http://www.magazinzdravi.cz/kuraci-maji-vyssi-riziko-deprese>>.

MAGOVCEVIC, M.; ADDIS, M. E. The Masculine Depression Scale: Development and Psychometric Evaluation. *Psychology of Men & Masculinity*. 2008, 9, 3, s.117-132.

MALEČKOVÁ, L. *Klinické použití Beckovy sebesuzovací škály deprese*. Praha, 1996. 96 s. Diplomová práce. Univerzita Karlova.

Mezinárodní klasifikace nemocí: Duševní poruchy a poruchy chování. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2006. 251 s.

Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10 [online]. [cit. 2009-07-22]. Poruchy duševní a poruchy chování. Dostupné z WWW: <<http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>>.

MOHR, P.; ČERMÁK, J. Deprese u schizofrenie. *Psychiatrie pro praxi*. 2006, 7, 3, s. 133 - 136. ISSN 1213-0508.

MOLINARI, V.; KAREL, M. J.; JONES, S.; ZEISS, A.; COOLEY, S. G.; WRAY, L.; et al. Recommendations about the knowledge and skills required of psychologists working with older adults. *Professional Psychology: Research and Practice*. 2003, 34, s. 435 - 443.

NEWMANN, J. P.; KLEIN, M. H.; JENSEN, J. E.; ESSEX, M. J. Depressive Symptom Experiences Among Older Women: A Comparison of Alternative Measurement Approaches. *Psychology and Aging*. 1996, 2, 1, s. 112-126.

NGUYEN, H. T.; ZONDERMAN, A. B. Relationship Between Age and Aspects of Depression: Consistency and Reliability Across Two Longitudinal Studies. *Psychology and Aging*. 2006, 21, 1, s. 119-126.

NOLEN-HOEKSEMA, S. Gender differences in depression. *Current Directions in Psychological Science*. 2001, 10, s. 173 - 176.

NOLEN-HOEKSEMA, S.; AHRENS, CH. Age Differences and Similarities in the Correlates of Depressive Symptoms. *Psychology and Aging*. 2002, 17, 1, s. 116 - 124.

PIDRMAN, V. Deprese seniorů. *Česká geriatrická revue*. 2005, 3, 2, s. 45-52. ISSN 1214-0732.

PRAŠKO, J.; HERMAN, E.; HOVORKA, J.; et al. *Smišená úzkostně depresivní porucha: příručka pro klinickou praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2003. 39 s. ISBN 80-86257-34-7.

PREISS, M. *Deprese a výkon*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2008. 192 s. ISBN 978-80-87142-02-8.

PREISS, M.; VRANÁ, K.; KUCHAROVÁ, J. Depresivita a úzkost v průběhu života v návaznosti na pojetí Václava Příhody. *Československá psychologie*. 2010, 54, 4, s. 357-365.

- PŘÍHODA, V. *Ontogeneze lidské psychiky I.* 3. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1971. 461 s.
- PŘÍHODA, V. *Ontogeneze lidské psychiky II.* 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1967. 234 s.
- PŘÍHODA, V. *Ontogeneze lidské psychiky III.* 2. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1977. 307 s.
- PŘÍHODA, V. *Ontogeneze lidské psychiky IV.* 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1974. 495 s.
- RABOCH, J.; ZVOLSKÝ, P. ; et al. *Psychiatrie.* 1. vyd. Praha: Galén, 2001. 622 s. ISBN 80-7262-140-8.
- REGIER, D.; BOYD, J.; BURKE, J.; RAE, D.; MYERS, J.; KRAMER, M., et al. One month prevalence of mental disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry.* 1988, 45, s. 977 - 986.
- REUTER, H. J.; EPPLE, W.; REUTER, M. *Prostata a její onemocnění.* Vyd. 1. Praha: Victoria Publishing, 1989. 141s. ISBN: 80-85605-63-5.
- ROTHERMUND, K.; BRANDTSTADTER, J. Depression in later life: Cross-sequential patterns and possible determinants. *Psychology and Aging.* 2003, 18,s. 80 - 90.
- ŘÍČAN, P. *Cesta životem.* 2. vyd. Praha: Portál, 2004. 392 s. ISBN 80-7178-829-5.
- Slovník cizích slov* [online]. 2005 [cit. 2009-07-22]. Melancholie. Dostupné z WWW: <<http://www.slovník-cizich-slov.cz/melancholie.html>>.
- SMOLÍK, P. *Duševní a behaviorální poruchy.* 2. vyd. Praha: Maxdorf, 2002. 506 s. ISBN 80-85912-18-X.
- Státní ústav pro kontrolu léčiv* [online]. [cit. 2010-04-13]. Databáze léků. Dostupné z WWW: <<http://www.sukl.cz/modules/medication/detail.php?kod=0013849>>.
- SVOBODA, M.; ČEŠKOVÁ, E.; KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie.* 1. vyd. Praha: Portál, 2006. 320 s. ISBN 80-7367-154-9.
- ŠIMON, J.; et al. *Epidemiologie a prevence ischemické choroby srdeční.* 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. 264 s. ISBN 80-247-0085-9.
- TEICHMAN, B. A.; SIEDLECKI, K. L.; MAGEE, J. C. Aging and Symptoms of Anxiety and Depression: Structural Invariance of the Tripartite Model. *Psychology and Aging.* 2007, 22, 1, s. 160-170.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese.* 4. vyd. Praha: Portál, 2008. 872 s. ISBN 978-80-7367-414-4.
- VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří.* 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 528 s. ISBN 80-7178-308-0.

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II: dospělost a stáří*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007. 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.

VIINAMÄKI, H.; TANSKANEN, A.; HONKALAMPI, K.; KOIVUMAA-HONKANEN, H.; HAATAINEN, K.; KAUSTIO, O.; HINTIKKA, J. Is the Beck Depression Inventory suitable for screening major depression in different phases of the disease? *Nordic Journal of Psychiatry*. 2004, 58, 1, s. 49-53. ISSN 0803-9488.

VOKURKA, M.; HUGO, J.; et al. *Velký lékařský slovník*. 5. vyd. Praha: Maxdorf, 2005. 1001 s. ISBN 80-7345-058-5.

VONDRÁČEK, V. *Úvahy psychologicko-psychiatrické*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1975. 248 s.

Statistické zpracování dat:

STATISTICA 9 trial verze, www.statsoft.cz

PŘÍLOHY

Screeningový dotazník – předvýběr

Otázky pro screening před pozváním k vyšetření:

Kód:VZ

Jméno a příjmení:

Věk: Vzdělání: (ZŠ, OU, SŠ, VŠ)

Kontakt (mobilní, pevná linka, číslo domů):

E-mail:

Adresa (prosím, aspoň město):

Odpovězte, prosím, na níže uvedené otázky. Podle Vašich odpovědí se dohodneme na účasti v některém našem výzkumném projektu. Odpověď Ano nebo Ne, prosím zakroužkujte.

| | |
|--|----------|
| 1. Byl/a jste Vy sám/sama někdy psychiatricky léčen/a? Pokud ano, o jaké obtíže šlo/jde | ANO - NE |
| 2. Byli Váš vlastní otec, matka, bratr nebo sestra psychiatricky léčeni? | ANO - NE |
| 3. Měl/a jste někdy problémy s nadměrným užíváním nebo závislostí na alkoholu? | ANO - NE |
| 4. Měl/a jste někdy problémy s nadměrným užíváním nebo závislostí na drogách (např. marihuana, pervitin...)? | ANO - NE |
| 5. Nadužíval/a jste někdy v minulosti nebo v současnosti nějaké léky? Pokud ano, jaké? | ANO - NE |
| 6. Trpíte nějakou tělesnou chorobou? Pokud ano, jakou? | ANO - NE |
| 7. Berete v současnosti nějaké léky, které ovlivňují Vaši náladu, výkonnost? (léky na uklidnění, proti alergii, antidepresiva, léky na spaní atp.) | ANO - NE |
| 8. Měl/a jste někdy epileptický záchvat? | ANO - NE |
| 9. Byl/a jste někdy více než 5 minut v bezvědomí? Pokud ano, při jaké příležitosti | ANO - NE |

Výsledek (počet otázek označených jako ANO):

- Jste ochoten/ochotna nechat se zařadit do databáze osob, případně se v budoucnu nechat pozvat k účasti na dalších výzkumech Psychiatrického centra Praha?: ANO - NE

Podpis:

Demografický dotazník

| | | | |
|--|--------------------------|---|--------------------------|
| Jméno | | Kód :VZ | |
| Věk:ČÍSLO = VĚK V LETECH Pohlaví: žena (2) muž (1) | | Vyšetřil: | |
| Kontakt: Jak proběhl výběr: inzerát – zprostředkovaně | | Datum: | |
| Lateralita: pravák – levák – nevyhraněná | | | |
| Medikace (vč. antihistaminik, antikoncepce): | | | |
| Oční vady: krátkozrakost – dalekozrakost – šeroslepost - barvoslepost | | | |
| Vzdělání (celkem let): | | V současné době jste: | |
| Základní 1 | <input type="checkbox"/> | - student 1 | <input type="checkbox"/> |
| vyučení bez maturity 2 | <input type="checkbox"/> | - zaměstnanec 2 | <input type="checkbox"/> |
| střední odborné bez maturity ... 3 | <input type="checkbox"/> | - osoba samostatně výdělečně činná ... 3 | <input type="checkbox"/> |
| učební obory s maturitou 4 | <input type="checkbox"/> | - v pracovní neschopnosti; rehabilitace.. 4 | <input type="checkbox"/> |
| úplné střední všeobecné s maturitou 5 | <input type="checkbox"/> | - na mateřské dovolené 5 | <input type="checkbox"/> |
| úplné střední odborné s maturitou 6 | <input type="checkbox"/> | - v částečném invalidním důchodu 6 | <input type="checkbox"/> |
| nástavbové studium, absolvování dvou nebo více středních škol .. 7 | <input type="checkbox"/> | - v ČID + pracujete 7 | <input type="checkbox"/> |
| vyšší odborné vzdělání 8 | <input type="checkbox"/> | - v invalidním důchodu 8 | <input type="checkbox"/> |
| vysokoškolské bakalářské 9 | <input type="checkbox"/> | - ve starobním důchodu 9 | <input type="checkbox"/> |
| vysokoškolské vzdělání 10 | <input type="checkbox"/> | - v domácnosti 10 | <input type="checkbox"/> |
| vědecká příprava 11 | <input type="checkbox"/> | - pobíráte sociální podporu 11 | <input type="checkbox"/> |
| | | - jiné | <input type="checkbox"/> |

DEMOGRAFICKÉ ÚDAJE

- Rodinný stav:** svobodný/svobodná (1) - ženatý/vdaná (2) - rozvedený/rozvedená (3)- vdovec/vdova (4) – s druhem/družkou (5) - bez partnerského vztahu (6)
- Bydliště:** obec do 10.000 obyvatel (1) – obec 10-50.000 ob (2) – obec 50-100.000 ob (3) – obec nad 100.000 ob (4)
- V současné době, hodnotíte svou **materiální situaci** (majetek, příjem) jako: Velmi dobrou (1) – spíše dobrou (2) – něco mezi (3) – spíše špatnou (4) – špatnou (5)

Na závěr vyšetření:

Motivace:

Zkuste posoudit, jak jste se snažil/a plnit úkoly. Jednička znamená, že jste je dělal/a se zájmem a snažil/a jste se dosáhnout co nejlepšího výsledku, pětka, že Vás obtěžovaly a na výsledku Vám moc nezáleželo. 1 2 3 4 5

Koncentrace:

Zkuste zhodnotit, jak se Vám dnes pracovalo, zda jste se mohl/a dobře soustředit na zadané úkoly. Jednička znamená, že jste se soustředil/a výborně, pětka, že jste se vůbec nemohl/a soustředit. 1 2 3 4 5

Beckův inventář deprese BDI-II

V následující části dotazníku je 21 skupin různých tvrzení. Přečtěte si, prosím, každou skupinu pečlivě. Zakroužkujte v každé skupině **jeden výrok**, který nejlépe vystihuje, jak se cítíte během **posledních 14 dnů včetně dneška**. Pokud Vašemu stavu odpovídá několik tvrzení, vyberte si vždy tvrzení s nejvyšším číslem. Pokaždé vyberte ze skupiny pouze jeden výrok.

| | |
|---|---|
| <p>1. Smutek</p> <p>0 Nejsm smutný/á</p> <p>1 Většinou jsem smutný/á</p> <p>2 Pořád jsem smutný/á</p> <p>3 Jsem tak smutný/á, že se to nedá vydržet</p> | <p>7. Znechucení sám ze sebe</p> <p>0 Myslím si o sobě pořád to samé.</p> <p>1 Ztratil/a jsem důvěru sama v sebe.</p> <p>2 Jsem ze sebe zklamaný/á.</p> <p>3 Sám/sama sebou jsem znechucený/á.</p> |
| <p>2. Pesimismus</p> <p>0 O svou budoucnost nemám obavy.</p> <p>1 O svou budoucnost se obávám více než dříve.</p> <p>2 Myslím, že se mi nebude dařit.</p> <p>3 Moje budoucnost je beznadějná a bude ještě horší.</p> | <p>8. Sebekritika</p> <p>0 Nekritizuji nebo neobviňuji sám/sama sebe více než obvykle.</p> <p>1 Jsem sám/sama k sobě více kritický/á než dříve.</p> <p>2 Kritizuji se za všechny své chyby.</p> <p>3 Obviňuji se za všechno špatné, co se přihodí.</p> |
| <p>3. Minulá selhání</p> <p>0 Nemám dojem, že selhávám.</p> <p>1 Selhal/a jsem častěji, než bych měl/a.</p> <p>2 Když se dívám do minulosti, vidím spoustu selhání.</p> <p>3 Jako člověk jsem úplně selhal/a.</p> | <p>9. Sebevražedné myšlenky nebo přání</p> <p>0 Nepřemýšlím o tom, že bych se zabil/a.</p> <p>1 Mám myšlenky o sebevraždě, ale neudělal/a bych to.</p> <p>2 Chtěl/a bych se zabít.</p> <p>3 Kdybych měl/a možnost, tak bych se zabil/a.</p> |
| <p>4. Ztráta radosti</p> <p>0 Raduji se stejně jako dříve.</p> <p>1 Neraduji se stejně jako dříve.</p> <p>2 Téměř nemám potěšení z věcí, které jsem měl/a ráda.</p> <p>3 Vůbec nemám potěšení z věcí, které jsem měl/a ráda.</p> | <p>10. Plačtivost</p> <p>0 Nepláču více než dříve.</p> <p>1 Pláču více než dříve.</p> <p>2 Pláču kvůli každé maličkosti.</p> <p>3 Je mi do pláče, ale nejsem toho schopen/schopna.</p> |
| <p>5. Pocit viny</p> <p>0 Nemívám nijak zvlášť pocity viny.</p> <p>1 Cítím vinu za řadu věcí, které jsem udělal/a nebo měl/a udělat.</p> <p>2 Mívám často pocity viny.</p> <p>3 Pořád mám pocity viny.</p> | <p>11. Agitovanost</p> <p>0 Nejsem více neklidný/á nebo napjatý/á než obvykle.</p> <p>1 Cítím se více neklidný/á nebo napjatý/á než obvykle.</p> <p>2 Jsem tak neklidný/á nebo vzrušený/á, že je těžké to vydržet.</p> <p>3 Jsem tak neklidný/á nebo rozrušený/á, že nemohu zůstat v nečinnosti.</p> |
| <p>6. Pocit potrestání</p> <p>0 Nemyslím, že mě život trestá.</p> <p>1 Myslím, že by mě život mohl potrestat.</p> <p>2 Očekávám trest.</p> <p>3 Myslím, že jsem životem trestán/a.</p> | <p>12. Ztráta zájmu.</p> <p>0 O jiné lidi nebo věci jsem zájem neztratil/a.</p> <p>1 Méně se zajímám o jiné lidi nebo věci.</p> <p>2 Mnohem méně se zajímám o jiné lidi nebo věci.</p> <p>3 Je těžké se zajímat o cokoliv.</p> |

| | |
|---|--|
| <p>13. Nerozhodnost</p> <p>0 Rozhoduji se stejně dobře jako dříve.</p> <p>1 Rozhodovat se je obtížnější než obvykle.</p> <p>2 Rozhoduji se mnohem obtížněji než dříve.</p> <p>3 Mám problém udělat jakékoliv rozhodnutí.</p> | <p>18. Změny chuti k jídlu</p> <p>0 Necítím žádné změny v chuti k jídlu.</p> <p>1a Mám trochu menší chuť k jídlu než obvykle.</p> <p>1b Mám trochu větší chuť k jídlu než obvykle.</p> <p>2a Mám mnohem menší chuť k jídlu než obvykle.</p> <p>2b Mám mnohem větší chuť k jídlu než obvykle.</p> <p>3a Vůbec nemám chuť k jídlu.</p> <p>3b Jíst mohu pořád.</p> |
| <p>14. Pocit bezcennosti</p> <p>0 Necítím se bezcenný/á.</p> <p>1 Nemyslím, že mám pro lidi stejnou cenu jako jsem míval/a</p> <p>2 Ve srovnání s jinými lidmi se cítím více bezcenný/á.</p> <p>3 Cítím se úplně bezcenný/á.</p> | <p>19. Koncentrace</p> <p>0 Mohu se soustředit jako vždycky.</p> <p>1 Nejsem schopný/á se soustředit jako obvykle.</p> <p>2 Je těžké se na cokoliv delší dobu soustředit.</p> <p>3 Nejsem schopný/á se soustředit na nic.</p> |
| <p>15. Ztráta energie</p> <p>0 Mám stejně energie jako vždy.</p> <p>1 Mám méně energie, než jsem míval/a.</p> <p>2 Nemám dost energie, abych toho hodně udělal/a.</p> <p>3 Vůbec na nic nemám energii.</p> | <p>20. Únava</p> <p>0 Nejsem unavený/á více než obvykle.</p> <p>1 Unavím se snadněji než obvykle.</p> <p>2 Jsem příliš unavený/á, než abych dělal/a tolik věcí, jako jsem dělával/a.</p> <p>3 Jsem tak unavený/á, že nedokážu udělat skoro nic.</p> |
| <p>16. Změna spánku</p> <p>0 Nevšiml/a jsem si žádných změn u svého spánku.</p> <p>1a Spím trochu více než obvykle.</p> <p>1b Spím trochu méně než obvykle.</p> <p>2a Spím mnohem více než obvykle.</p> <p>2b Spím mnohem méně než obvykle.</p> <p>3a Většinu dne prospím.</p> <p>3b Probouzím se o 1-2 hodiny dříve a už nemohu usnout.</p> | <p>21. Ztráta zájmu o sex</p> <p>0 V současnosti jsem nezaznamenal/a změnu zájmu o sex.</p> <p>1 Mám menší zájem o sex než obvykle.</p> <p>2 Mám nyní mnohem menší zájem o sex.</p> <p>3 Úplně jsem ztratil/a zájem o sex.</p> |
| <p>17. Podrážděnost</p> <p>0 Nejsem podrážděný/á více než obvykle.</p> <p>1 Jsem více podrážděný/á než obvykle.</p> <p>2 Jsem mnohem více podrážděný/á než obvykle.</p> <p>3 Bývám pořád podrážděný/á.</p> | <p>Celkový skór</p> |

Celkový skór v BDI-II (hladina příznaků deprese u dospělých českých osob) - přehled výsledků

Průměrný skór v BDI-II u celého výzkumného souboru včetně věkových podskupin od mladé dospělosti po pravé stáří

| Věková kategorie | n | Průměrný skór | SD |
|---------------------------------|-----|---------------|-------|
| Celý soubor | 387 | 8,4 | 6,92 |
| 1.Mladá dospělost (20-29 let) | 83 | 7,3 | 6,2 |
| 2.Střední dospělost (30-44 let) | 107 | 7,93 | 6,97 |
| 3.Starší dospělost (45-59 let) | 108 | 8,98 | 7,03 |
| 4.Rané stáří (60-74 let) | 76 | 8,79 | 6,67 |
| 5.Pravé stáří (75 let a více) | 13 | 12,08 | 10,13 |

Průměrný skór v BDI-II u mužů a žen z celého výzkumného souboru včetně jednotlivých věkových podskupin od mladé dospělosti po pravé stáří

| Věk. kategorie | Muži | | | Ženy | | | t-test | p |
|--------------------------------|------------|--------------|-------------|------------|--------------|-------------|--------------|------------------|
| | n | Průměr. skór | SD | n | Průměr. skór | SD | | |
| Celý soubor (20-84 let) | 162 | 7,25 | 6,32 | 225 | 9,22 | 7,23 | -2,78 | < 0,01 |
| Mladá dospělost (20-29 let) | 36 | 6,17 | 5,05 | 47 | 8,17 | 6,89 | -1,47 | 0,15 |
| Střední dospělost (30-44 let) | 58 | 7,59 | 6,99 | 49 | 8,33 | 6,99 | -0,55 | 0,59 |
| Starší dospělost (45-59 let) | 40 | 7,58 | 6,09 | 68 | 9,81 | 7,44 | -1,61 | 0,11 |
| Rané stáří (60-74 let) | 25 | 6,88 | 4,73 | 51 | 9,73 | 7,3 | 1,77 | 0,08 |
| Pravé stáří (75 let a více) | 3 | 12,67 | 17,79 | 10 | 11,09 | 8,14 | - | - |

Kognitivně-afektivní a somaticko-výkonnostní symptomy deprese u dospělých českých osob – přehled výsledků

Hodnoty průměrných skóre v kognitivně-afektivních a somaticko-výkonnostních symptomech deprese u celého výzkumného souboru a podskupin od mladé dospělosti po pravé stáří

| Věková kategorie | n | Kognitivně-afektivní položky BDI-II | Somaticko-výkonnostní položky BDI-II | t-test | p |
|--------------------------------------|------------|-------------------------------------|--------------------------------------|--------------|--------------------|
| Celý soubor (20-84 let) | 387 | 0,12 | 0,14 | -4,57 | < 0,0001 |
| Mladá dospělost (20-29 let) | 83 | 0,12 | 0,11 | 0,15 | 0,88 |
| Střední dospělost (30-44 let) | 107 | 0,11 | 0,13 | -2,04 | < 0,05 |
| Starší dospělost (45-59 let) | 108 | 0,13 | 0,15 | -1,24 | 0,22 |
| Rané stáří (60-74 let) | 76 | 0,09 | 0,16 | -6,23 | < 0,0001 |
| Pravé stáří (75 let a více) | 13 | 0,13 | 0,22 | - | - |

Hodnoty průměrných skóre v kognitivně-afektivních a somaticko-výkonnostních symptomech deprese u mužů a žen z celého výzkumného souboru a věkových podskupin od mladé dospělosti po pravé stáří

| Věková kategorie | Kognitivně-afektivní položky | | | | Somaticko-výkonnostní položky | | | |
|---------------------|------------------------------|-------------|--------------|-------------|-------------------------------|-------------|-------------|------------------|
| | - muži | - ženy | t-test | p | - muži | - ženy | t-test | p |
| Celý soubor | 0,1 | 0,12 | -1,45 | 0,14 | 0,12 | 0,15 | -3,2 | < 0,01 |
| 1.Mladá dospělost | 0,09 | 0,13 | -1,25 | 0,21 | 0,08 | 0,12 | -1,33 | 0,19 |
| 2.Střední dospělost | 0,12 | 0,1 | 0,78 | 0,43 | 0,11 | 0,15 | -1,34 | 0,18 |
| 3.Starší dospělost | 0,11 | 0,14 | -1,25 | 0,21 | 0,12 | 0,16 | -1,59 | 0,11 |
| 4.Rané stáří | 0,06 | 0,11 | 1,81 | 0,07 | 0,13 | 0,17 | 1,51 | 0,13 |
| 5.Pravé stáří | 0,18 | 0,12 | - | - | 0,21 | 0,22 | - | - |

Přehled výsledků nejčastěji pocítovaných symptomů deprese dle BDI-II u dospělých českých osob

| Věková kategorie | Nejfrekventovanější symptomy deprese dle BDI-II | Výskyt symptomu v dané věkové skupině (%) | Výskyt symptomu u mužů (%) | Výskyt symptomu u žen (%) |
|--------------------------|---|---|----------------------------|---------------------------|
| Mladá dospělost | Změna spánku | 51 | 44 | 57 |
| | Ztráta energie | 45 | 36 | 53 |
| | Minulá selhání | 43 | 44 | 42 |
| | Pocit viny | 42 | 41 | 42 |
| | Agitovanost | 42 | 50 | 36 |
| Střední dospělost | Změna spánku | 58 | 56 | 59 |
| | Ztráta energie | 57 | 55 | 61 |
| | Agitovanost | 41 | 41 | 40 |
| | Sebekritika | 40 | 37 | 42 |
| | Minulá selhání | 39 | 41 | 36 |
| Starší dospělost | Ztráta energie | 63 | 57 | 67 |
| | Změna spánku | 56 | 45 | 63 |
| | Únava | 55 | 45 | 61 |
| | Nerozhodnost | 50 | 42 | 55 |
| | Pesimismus | 47 | 57 | 41 |
| Rané stáří | Ztráta energie | 71 | 68 | 76 |
| | Únava | 64 | 64 | 64 |
| | Změna spánku | 56 | 58 | 52 |
| | Ztráta zájmu o sex | 53 | 60 | 40 |
| | Nerozhodnost | 46 | 41 | 56 |
| Pravé stáří | Únava | 76 | 80 | 66 |
| | Ztráta zájmu o sex | 76 | 80 | 66 |
| | Sebekritika | 69 | 70 | 66 |
| | Změna spánku | 69 | 70 | 66 |
| | Ztráta energie | 61 | 70 | 33 |
| Celý soubor | Ztráta energie | 59 | 54 | 63 |
| | Změna spánku | 56 | 51 | 60 |
| | Únava | 47 | 38 | 54 |
| | Nerozhodnost | 42 | 37 | 46 |
| | Minulá selhání | 38 | 40 | 37 |

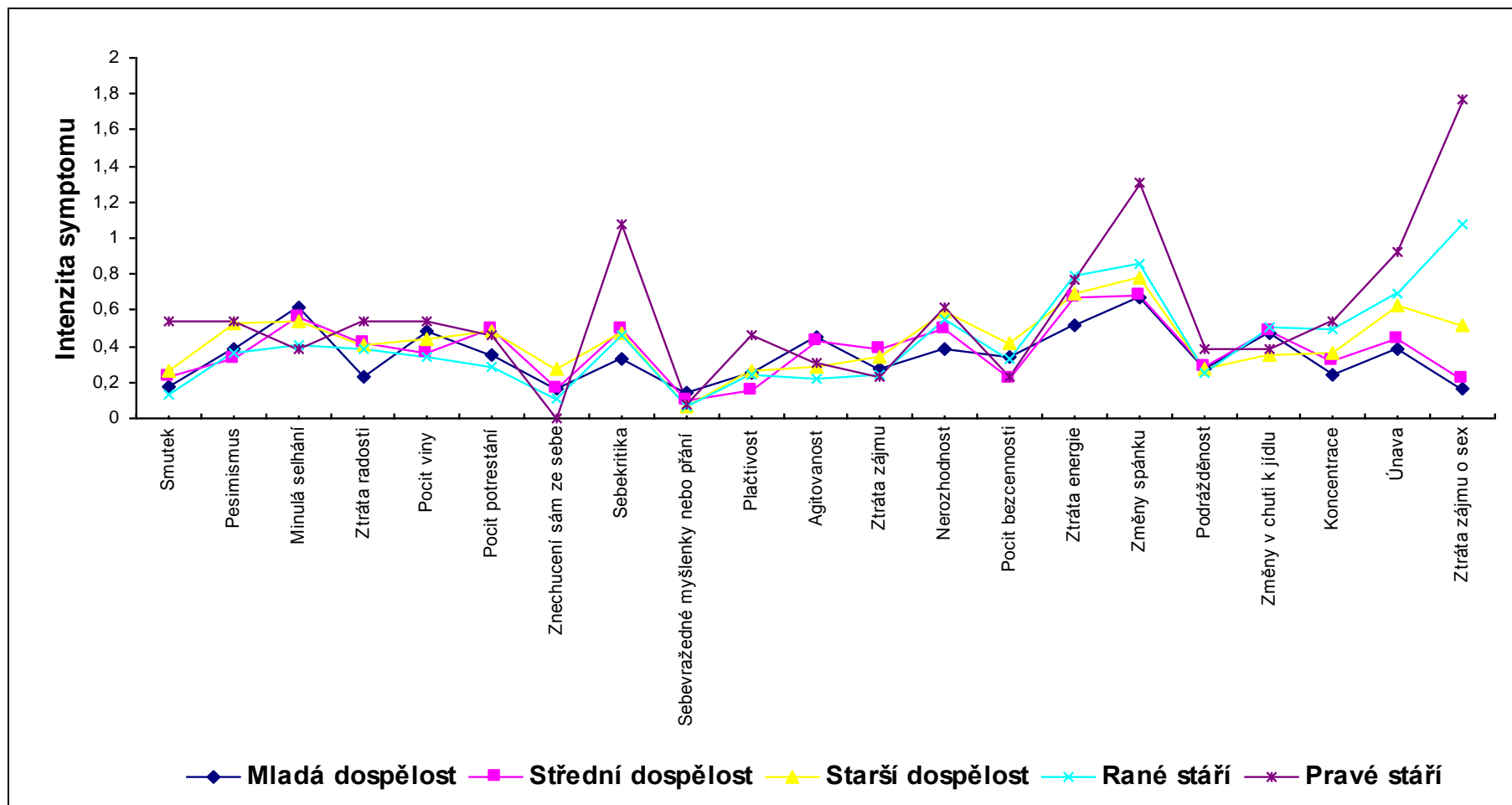
Pozn.: do přehledové tabulky bylo vybráno vždy prvních 5 nejfrekventovanějších symptomů BDI-II u sledovaných věkových skupin.

Přehled výsledků nejméně často pocítovaných symptomů deprese dle BDI-II u dospělých českých osob

| Věková kategorie | Nejméně frekventované symptomy deprese dle BDI-II | Výskyt symptomu v dané věkové skupině (%) | Výskyt symptomu u mužů (%) | Výskyt symptomu u žen (%) |
|--------------------------|---|---|----------------------------|---------------------------|
| Mladá dospělost | Ztráta zájmu | 18 | 22 | 14 |
| | Plačtivost | 15 | 11 | 19 |
| | Sebevražedné myšlenky nebo přání | 13 | 13 | 12 |
| | Ztráta zájmu o sex | 12 | 13 | 10 |
| | Znechucení sám ze sebe | 12 | 2 | 19 |
| Střední dospělost | Ztráta zájmu o sex | 18 | 12 | 26 |
| | Pocit bezcennosti | 14 | 17 | 10 |
| | Plačtivost | 12 | 8 | 16 |
| | Znechucení sám ze sebe | 11 | 10 | 12 |
| | Sebevražedné myšlenky nebo přání | 10 | 6 | 14 |
| Starší dospělost | Podrážděnost | 26 | 27 | 26 |
| | Smutek | 24 | 17 | 27 |
| | Znechucení sám ze sebe | 17 | 10 | 22 |
| | Plačtivost | 13 | 5 | 19 |
| | Sebevražedné myšlenky nebo přání | 7 | 7 | 7 |
| Rané stáří | Plačtivost | 19 | 27 | 4 |
| | Ztráta zájmu | 19 | 15 | 28 |
| | Smutek | 10 | 13 | 4 |
| | Znechucení sám ze sebe | 6 | 7 | 4 |
| | Sebevražedné myšlenky nebo přání | 6 | 9 | 0 |
| Pravé stáří | Minulá selhání | 23 | 20 | 33 |
| | Pocit potrestání | 15 | 10 | 33 |
| | Pocit bezcennosti | 15 | 10 | 33 |
| | Sebevražedné myšlenky nebo přání | 7 | 10 | 0 |
| | Znechucení sám ze sebe | 0 | 0 | 0 |
| Celý soubor | Pocit bezcennosti | 22 | 15 | 28 |
| | Smutek | 19 | 13 | 23 |
| | Plačtivost | 15 | 7 | 20 |
| | Znechucení sám ze sebe | 11 | 7 | 15 |
| | Sebevražedné myšlenky nebo přání | 9 | 7 | 10 |

Pozn.: do přehledové tabulky bylo vybráno vždy 5 nejméně frekventovaných symptomů BDI-II u sledovaných věkových skupin.

Grafické znázornění výsledků subjektivně vnímané intenzity jednotlivých symptomů deprese dle BDI-II u dospělých českých osob (věkové kategorie 1-5)



Přehledová tabulka č. 1 ke kapitole 9

Kategorie (důvody) k vyřazení respondentů z původního výzkumného souboru 505 osob nesplňujících podmínky pro zahrnutí do výzkumného souboru této rigorózní práce.

| Kategorie | Důvod k vyřazení respondenta | n | n muži/ženy | Celkový průměrný skór v BDI-II |
|-----------|--|------------|----------------|-----------------------------------|
| 1. | Psychiatrická diagnóza v anamnéze (včetně drog. závislosti nebo suicidálního pokusu) | 23 | 10 / 13 | 10,17 |
| 2. | Výskyt psychické poruchy v blízkém příbuzenstvu | 23 | 10 / 13 | 5,83 |
| 3. | Užívání léků, jejichž vedlejšími účinky mohou být depresivní příznaky (únava, podrážděnost, apod.) | 4 | 0 / 4 | 8,5 |
| 4. | Diabetes | 4 | 1 / 3 | 7,5 |
| 5. | Vysoký krevní tlak a jiná kardiovaskulární onemocnění | 20 | 5 / 15 | 11,95 |
| 6. | Poruchy funkce štítné žlázy | 9 | 1 / 8 | 9,22 |
| 7. | Onemocnění prostaty | 2 | 2 / 0 | 1,5 |
| | Celkem – kategorie 1-7: | 85 | 29 / 56 | 8,91 |
| 8. | Respondent nevyplnil jednu nebo více položek v dotazníku BDI-II | 9 | 2 / 7 | 9,11 |
| 9. | Ztráta vyplněných záznamových archů dotazníku BDI-II | 24 | 4 / 20 | 8,95 |
| | Celkem – kategorie 8 a 9: | 33 | 6 / 27 | 9,03 |
| | Celkem – kategorie 1-9: | 108 | 35 / 83 | 8,97 |

Pozn.: U některých osob se vyskytuje současně více typů nesplnění podmínek výběru do výzkumného souboru - např. porucha funkce štítné žlázy + suicidální pokus v minulosti apod. Pokud se vyskytla v souboru vyřazených osob jakákoliv takováto kombinace, byl jedinec vyřazen pouze z jednoho z důvodů, který byl shledán pro možné ovlivnění výskytu depresivních příznaků jako závažnější. V tomto případě tedy pro suicidální pokus v minulosti. Pro zajímavost jsou zde uvedeny hodnoty celkových průměrných skóre v BDI-II dosažených jednotlivými skupinami vyloučených osob. Přestože celkový průměrný skór u osob vyloučených v kategoriích 1-7 dosahuje hodnoty 8,91 bodů, neprojevil se tento výsledek narozdíl od mého očekávání zvýšený - jedná se zde pouze o minimální hladinu příznaků. Přesto považuji vyloučení této skupiny osob za oprávněné, její ponechání ve výzkumném souboru by mohlo zkreslit výsledky například v jiném uvažovaném směru analýzy dat – v subjektivně vnímané intenzitě jednotlivých příznaků deprese dle BDI-II apod. Dále je zde patrné, že zvláště lidé s kardiovaskulárními poruchami nebo s vysokým krevním tlakem, poruchami funkce štítné žlázy nebo psychiatrickou anamnézou vykazují vyšší skór než ostatní vyřazené skupiny. Pokud by byly ponechány ve výzkumném souboru například jen tyto tři uvedené skupiny, jejich průměrný celkový skór v BDI-II by byl již statisticky významně vyšší než celkový skór u souboru osob zahrnutých do této studie (10,44 a 8,4 bodu). U osob ve 3. kategorii bylo zjištěno užívání hormonální antikoncepce, antihisaminik nebo cytostatik (chemoterapeutika). V následující přehledové tabulce, která shrnuje výzkumné studie, na jejichž základě bylo rozhodnuto o vyřazení některých respondentů z mého výzkumného souboru, je proto v této kategorii věnována pozornost pouze těmto typům uvedených léčiv.

Přehledová tabulka č.2 ke kapitole 9

Některé studie poukazující na souvislost rozvoje depresivních příznaků a rozličných somatických či psychických onemocnění, na jejichž základě bylo rozhodnuto o vyloučení 85 respondentů v původního výzkumného souboru 505 osob:

| | |
|--|--|
| Vysoký krevní tlak | Existenci významné spojitosti mezi výskytem symptomů deprese a vysokým krevním tlakem (hypertenzí) uvádí například Kabir, et al. (Kabir, et al. in Deprese souvisí s krevním tlakem, 2006). Riziko onemocnění hypertenzí zvyšuje především kombinace deprese a úzkosti, která je velmi častá. Přestože existuje spousta jiných příčin hypertenze, ukazuje se, že deprese a stres jsou velmi jasné příčiny (Nedley in Magazin zdraví, 2009). Depresivní pacienti mívají často nedostatek pohybu spolu s přejídáním se nebo nechutenstvím. Právě tyto skutečnosti jsou možnou příčinou vzniku vysokého krevního tlaku a metabolických a hormonálních poruch (Hess in Deprese.com, 2009). |
| Užívání některých léčiv | Hormonální antikoncepce může přímo způsobovat organické depresivní poruchy. Depresivní symptomatika, jako častý nežádoucí účinek podávání hormonální antikoncepce, se vyskytuje cca u 7 - 34% žen (Rouchell et al., 2002 in Herman, Praško, Seifertová, 2007). Antihistaminika mohou způsobovat vedlejší účinky jako je únava, poruchy v chuti k jídlu nebo podrážděnost (Státní ústav pro kontrolu léčiv, 2010). Depresivní příznaky mohou vyvolávat rovněž chemoterapeutika indikovaná v onkologii – například vincristin, vinblastin apod. (Herman, Praško, Seifertová, 2007). |
| Onemocnění prostaty | Více než 70% pacientů s onemocněním prostaty si stěžuje na různé obtíže psychického původu - nevysvětlitelný vnitřní neklid, poruchy spánku, únavu, zhoršení nálady, zapomnětlivost nebo ztrátu koncentrace. Častá zde rovněž bývá ztráta energie, zvýšená potřeba spánku a plačtivost (Reuter, Epple, Reuter, 1989). |
| Kardiovaskulární onemocnění | Přítomnost deprese v anamnéze zvyšuje riziko fatálního infarktu myokardu u zkoumaných osob až v 50% případů (Šimon, et. al., 2001). U osob s projevy depresivní epizody je až 2,6x vyšší riziko infarktu myokardu než u respondentů bez deprese. U osob nad 55 let věku je pak riziko až 10x vyšší (Pratt, et. al. in Šimon, et. al, 2001). Prodělaný infarkt myokardu predikuje těžší a chroničtější průběh deprese, více depresivních epizod a příznaků u zkoumaných osob ve sledovaném období (Wells, et al., 1990 in Herman, Praško, Seifertová, 2007). |
| Diabetes | Prevalence psychosociálních problémů včetně deprese v souvislosti s diabetem je velmi vysoká. Téměř polovina sledovaných pacientů uvádí méně duševní pohody i fyzického zdraví. Až 20% pacientů trpí depresemi a 60% stresem nebo jinými psychickými problémy. Výsledky dále ukazují, že dopad diabetu na psychické prožívání je výraznější u žen (Hrachovinová, 2005). Riziko vzniku deprese u pacientů s diabetem je shledáváno až dvojnásobně vyšší oproti osobám zdravým. Vztah diabetu a deprese není náhodný, jedná se spíše o kauzální vztah (Diabetes a deprese, 2006). |
| Poruchy funkce štítné žlázy | Častý výskyt příznaků, které mohou simulovat depresivní onemocnění je shledáván zejména u hypofunkce nebo hyperfunkce štítné žlázy. Při syndromu hyperfunkce si pacienti stěžují zejména na celkovou psychickou nerovnováhu, podrážděnost, nervozitu, plačtivost a neschopnost soustředění se (Límanová, 2006). Depresivní porucha se vyskytuje asi u jedné třetiny nemocných (Herman, Praško, Seifertová, 2007). Depresivní a úzkostné poruchy však patří téměř k průvodním jevům především u snížené funkce štítné žlázy – hypothyreózy (Endokrinní systém, 2010). Hypothyreóza se projevuje depresemi nejčastěji (Höschl, 1989). Prevalence depresivní poruchy u osob s hypothyreózou je odhadována na 56% (Haggerty et. al, 1993 in Herman, Praško, Seifertová, 2007). |
| Komorbidita deprese a jiných psychických poruch | Depresivní příznaky se mohou překrývat se symptomy jiných psychických poruch nebo se mohou vyskytovat souběžně s nimi. Časté je zejména překrývání se příznaků deprese a úzkostných poruch (Praško, et al., 2003). Až 67% pacientů s diagnózou deprese splňuje také diagnostická kritéria pro generalizovanou úzkostnou poruchu. Výjimečná však není komorbidita deprese s jinými psychickými poruchami. Například prevalence depresivní poruchy u drogově závislých činí 67,6% (Weaver et al., 2002 in Drogy-info.cz, 2005). Častý je rovněž souběžný výskyt depresivních příznaků u schizofrenie. Některé studie odhadují incidenci těchto dvou poruch až v 65% případů (Mohr, Čermák, 2006). |

Pozn.: Depresivní poruchy u somatických onemocnění obecně mohou být rozděleny do dvou základních kategorií. Tělesná nemoc se může přímo podílet na patofyziologických změnách v mozku, jejichž následkem dochází k rozvoji deprese nebo prvotní somatické onemocnění nepůsobuje přímo tyto změny, ale přesto je zaznamenávána vysoká komorbidita s depresí (například diabetes mellitus, ischemická choroba srdeční). Deprese, která vzniká na podkladě somatického onemocnění bývá označována též jako „sekundární“ (Herman, Praško, Seifertová, 2007).