Univerzita Karlova v Praze

1.lékařská fakulta

Specializace ve zdravotnictví

Adiktologie

Bc. Eliška Křepelková, DiS

Kouření u klientů, kteří vyhledali léčbu deprese a nebo neurotických poruch.

Smoking among clients seeking treatment for depression or neurotic disorders.

Diplomová práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Lenka Reichelová

Praha, 2013

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 9.5.2013

Identifikační záznam:

KŘEPELKOVÁ, Eliška. Kouření u klientů, kteří vyhledali léčbu deprese a nebo neurotických poruch. [Smoking among clients seeking treatment for depression or neurotic disorders]. Praha, 2013. 84 s., 1 příl. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova v Praze, 1. Lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí práce Reichelová, Lenka.

1. Obsah

2. Abstrakt 8
3. Úvod do problematiky 9
4. Afektivní poruchy 11
1. Úvod 11
2. Co je to deprese 11
3. Epidemiologie (Rozšíření) 12
4. Etiologie: 14
5. Dědičnost 15
6. Příznaky 15
7. Tíže deprese: 17
8. Příčiny: 18
9. Léčba deprese 20
1. Psychoterapie deprese 20
2. Farmakoterapie deprese 21
10. Typy deprese: 22
3. Depresivní epizoda: 22
4. Rekurentní depresivní porucha: 23
5. Dystimie: 23
6. Bipolární (maniodepresivní porucha) 23
7. Sezonní afektivní porucha 24
8. Reaktivní porucha nálady (reaktivní deprese) 24
9. Smíšená úzkostně depresivní porucha 24
10. Larvovaná deprese 25
11. Situační deprese 25
12. Cyklotymie 25
Některé další typy depresí 25

5. Neurotické poruchy 26
11. Úvod 26
12. Úzkost a strach 27
13. Epidemiologie 28
14. Tělesné a duševní příznaky: 28
15. Příčiny/přístupy 29
13. Biologický přístup: 29
14. Psychoanalytický přístup: 30
15. Kognitivně-behaviorální přístup: 31
16. Psychosociální faktory: 31
17. Vývoj 32
18. Neuróza a osobnost: 33
19. Základní struktura neuróz – dynamický přístup: 33
16. Obrana 34
20. Léčba 35
21. Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy 36
17. Fobické úzkostné poruchy: 37
18. Jiné úzkostné poruchy 37
19. Obsedantně kompulzivní porucha 38
20. Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení 38
21. Dissociativní (konverzní) poruchy 38
22. Somatoformní poruchy 39
23. Jiné neurotické poruchy 39
6. Kouření 40
22. Úvod: 40
23. Sociální aspekty kouření 41
24. Historie a formy tabáku: 41

25. Působení nikotinu v lidském organismu: 42
26. Akutní intoxikace nikotinem: 43
27. Závislost na tabáku: 43
28. Určení stupeň závislosti: 44
29. Odvykací stav: 45
30. Následky závislosti 46
31. Léčba závislosti na tabáku: 46
32. Substituční léčba závislosti na nikotinu: 47
24. Náhradní nikotinová terapie 47
Bupropion 47
Vareniklin 48
33. Alternativní přístupy k odvykání kouření 48
34. Krátká intervence lékaře k pacientovi o kouření (5P, 5A) 49
7. Kouření, deprese a úzkost 50
35. Úvod 50
36. Kouření a deprese 51
25. Sebemedikace depresí kouřením 53
37. Kouření, úzkosti a deprese 55
26. Závislost na nikotinu 55
27. Věk 55
28. Souvislost kouření a úzkostně-depresivní poruchy 56
8. Výsledky 58
38. Výzkumný cíl 58
39. Výzkumné otázky 58
40. Materiál a metodika 58
41. Nástroje 58
42. Shrnutí výsledků 60

9. Diskuse 71
10. Závěry 75
11. Literatura a použité zdroje: 76
12. Přílohy 79
43. Příloha č. 1 79

2. Abstrakt

Ve své práci se zabývám kouřením u klientů, kteří vyhledali léčbu deprese a nebo neurotických poruch. Cílem mé práce je zkoumat vzájemný vztah mezi depresí, úzkostí a závislostí na nikotinu.

Výzkum jsem realizovala prostřednictvím dotazníkového šetření mezi klienty denních stacionářů a psychiatrického oddělení. Celkově se do výzkumu zapojilo 32 respondentů, z toho 20 žen a 12 mužů. Průměrný věk respondentů byl 39 let. 22 respondentů se při vyplňování dotazníku označilo jako pravidelní kuřáci, 2 jako příležitostní, 3 jako bývalí kuřáci a 5 respondentů jako nekuřáci. Výzkum probíhal od prosince 2012 do dubna 2013.

Zjistila jsem, že respondenti kouří stejně, pokud se cítí po psychické stránce dobře. Pokud je jim po psychické stránce špatně, kouří více. Během hospitalizace či docházení do stacionáře kouří stejně nebo více. Depresivní a úzkostné myšlenky u respondentů téměř vždy vedou k chuti si zapálit. Vzájemný vztah mezi kouřením a depresivitou se mi podařilo prokázat pouze ve skupině kuřáků.

Klíčová slova: deprese, úzkost, kouření, závislost, nikotin.

In my work I deal with smoking among clients seeking treatment for depression or neurotic disorders. The aim of my work is to examine the relationship between depression, anxiety and addiction to nicotine.The research was conducted through a questionnaire survey among clients of day care centres and psychiatric department. Overall, participated in the research was 32 respondents, including 20 women and 12 men. The average age of respondents was 39 years. 22 respondents completing the questionnaire identified yourself as regular smokers, 2 as occasional, 3 as ex-smokers and 5 respondents as nonsmokers. The research was conducted from December 2012 to April 2013. I found that respondents smoke as well, if they feel mentally well. If they are mentally ill, smoke more. During hospitalization or visits to day care centres smoke as much or more. Depressed and anxious thoughts of the respondents almost always leads to a light taste. The relationship between smoking and depression I was able to prove only in the group of smokers.

Key words: depression, anxiety, smoking, addiction, nicotine.

3. Úvod do problematiky

Statistická souvislost mezi depresivní, úzkostnou symptomatickou, úzkostně-depresivní symtomatikou a kouřením byla opakovaně prokázána. Není však zřejmé, zda kouření a potažmo závislost na nikotinu, může vést k rozvoji depresivní, úzkostné, úzkostně-depresivní symptomatiky nebo zda deprese a/nebo úzkost může zapříčinit vznik kuřáckého návyku a dále i závislosti na nikotinu.

Byl objeven významný vztah mezi mírnou závislostí na nikotinu, depresí, obsedantně kompulzivní poruchou, fobii a úzkostnými poruchami (Dionysus.psych.wisc.edu).

U psychiatrických pacientů je kouření spojeno s vyšší závažností depresivních a úzkostných příznaků a s pomalejším zotavením, ale pouze tehdy, když jsou kuřáci na nikotinu závislí (Ncbi.nlm.nih.gov 2).

Epidemiologické studie jasně dokazují, že kuřáci mají vyšší riziko výskytu deprese. Čím více kouří, tím je riziko vyšší (Nedley, 2007).

Jedinci se skrytými nebo běžnými depresivními symptomy jsou více náchylní ke změnám nálady, pokud se pokusí přestat kouřit. Navíc se zdá, že kouření může maskovat skrytou depresi u některých kuřáků (Psychcentral.com).

Souvislost mezi střední závislostí na nikotinu a úzkostnou poruchou byla statisticky prokázána (Dionysus.psych.wisc.edu).

Kouření je spojeno s úzkostně-depresivní poruchou, stejně tak jako s úzkostí samotnou. Lidé, kteří jsou depresivní, ale ne úzkostní, kouří stejně jako ostatní kuřáci. Tyto závěry pocházejí ze společné studie norského institutu veřejného zdraví (NIPH), univerzity Bergen a King´s College v Londýně (Medicalnewstoday.com).

Na základě těchto faktů jsem se rozhodla zpracovávat svou diplomovou práci. V rámci této práce se chci zabývat kouřením u klientů, kteří vyhledali léčbu deprese a/nebo vybraných neurotických poruch.

Výzkumným cílem mé práce je zkoumat vzájemný vztah mezi depresí, úzkostí a závislostí na nikotinu.

Formulovala jsem tyto výzkumné otázky:

- Existuje vzájemný vztah mezi mírou úzkosti a závislostí na nikotinu?

- Existuje vzájemný vztah mezi mírou depresí a závislostí na nikotinu?
- Popsat vzorce kouření v populaci lidí, kteří vyhledali léčbu depresí a nebo úzkostí

Jedná se o kvantitativní průzkum, probíhající formou dotazníků. Respondenty budou klienti programů denních stacionářů a psychiatrických oddělení zaměřených na léčbu deprese a neurotické onemocnění. Dotazníkové šetření bude zahrnovat následující dotazníky: BDI, STAI, Fagerströmův test závislosti na nikotinu a mnou vytvořený obecný dotazník o kouření.

4. Afektivní poruchy

1. Úvod

Deprese olupuje člověka o jeho identitu – krade mu z mozku tvořivost, výkonnost, spontánnost i radost. Deprese však nemusí znamenat konec života (str. 17), (Nedley, 2007).

Patologické změny nálady byly lékařům známy již například ve starém Řecku. Hippokrates ve 4. Stol. Př. N. l. popsal melancholii a mánii jako chorobné stavy související s abnormálními hladinami černé a žluté žluči v mozku postiženého. Touto chorobou trpěla celá řada významných osobností, jako například E. Hemingway, E. Munch nebo W. Churchill (Raboch, 2012).

„Depresivní porucha se obvykle definuje jako patologická porucha nálady neodpovídající okolnostem. Základní charakteristika zahrnuje skleslou náladu, sníženou energii a snížení aktivity (Roth, 1999, Str. 5)".

Podle Vymětala (2003) slovo deprese vychází z latinského depressus, což znamená „stlačený, nízký".

Deprese není podle Kurzové (2003) jen změna nálady (a to navíc chorobná změna), ale celkový proces, který postihuje pacienta od základních biologických pochodů (imunita, vegetativní systém, cirkadiánní rytmy) až po psychické funkce a sociální vztahy.

Afektivní problematika je MKN 10 definována kódem F30 až F39. Depresivní epizoda je Mezinárodní klasifikací nemocí definována kódem F32 (Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, 2009).

2. Co je to deprese

Deprese není jen špatná nálada, ale nemoc celého organismu (str. 26). V žádném případě to není nedostatek vůle nebo sebekázně. Deprese také není jen reakcí na nepříznivé životní události, i když na ně často navazuje (Praško, 2003, 1).

Výraz „biochemická nerovnováha v mozku" se v posledních letech často používal k ospravedlnění či odmítnutí medikamentózní léčby. Ne všichni, kdo ho používají, vědí, že každá duševní porucha nutně představuje „ biochemickou nerovnováhu v mozku" – i když se nedá odstranit pomocí léků. „*Biologie a psychologie, mozek a duše, nejsou nic jiného než dvě části jednoho celku, na nějž lze působit z obou stran." (str. 29), (Yovell, 2005).*

Lidé trpící depresí jsou též náchylní i k ostatním drogám. Nejedná se jen o drogy nelegální nebo léky, ale patří sem i kouření nebo káva. Často zapomínáme jak „silnou“ drogou je kofein. Může vést k úzkosti, panice a třesu, narušuje spánek, koncentraci i myšlení (Praško, 2003).

3. Epidemiologie (Rozšíření)

V současné době deprese postihuje nejčastěji lidi v produktivním věku, tj. v době, kdy pečují o rodinu a kdy nejvýrazněji využívají svých schopností a možností (Křivohlavý, 2003).

Zhruba 20% až 25% lidí u nás prožívá v dané chvíli určité příznaky deprese. Toto zjištění platí „napříč všemi hranicemi“ – ras, států a kontinentů. Ukázalo se však, že ženy jsou na tom podstatně hůře – ženy jsou obvykle až o 100% depresivnější než muži (Křivohlavý, 2003).

Deprese byla považována za onemocnění žen. Tato představa se v poslední době radikálně mění. Ukazuje se, že například dvakrát méně mužů nežli žen navštíví lékaře či psychologa, když mají relativně stejné depresivní obtíže (Křivohlavý, 2003).

Výskyt deprese je daleko větší u lidí rozvedených a rozloučených, u lidí z disharmonických rodin a manželství nežli u lidí z rodin či manželství, které se nepotýkají s problémy a lidí svobodných. Ukazuje se zároveň, že deprese se vyskytuje častěji u lidí spíše chudších (z nižších sociokulturních poměrů), (Křivohlavý, 2003).

Deprese je jednou z nejčastějších, nejnebezpečnějších a zároveň nejobávanějších duševních poruch. Počet lidí trpících depresí od roku 1915 vzrostl. Toto onemocnění se projevuje už v mladším věku. Těžké depresivní příhody se objevují kolem pětadvacátého roku života. Riziko vzniku deprese má vzestupnou tendenci. Deprese ovlivňuje 200 milionů lidí na celém světě. V současné době je postiženo více než devatenáct miliónů Američanů. Je pozoruhodné, že největší deprese se stále častěji vyskytují ve věku kolem pětadvaceti let, zatímco dříve byl věkový průměr čtyřicet let (tzv. krize středního věku). Také riziko, že jedinec onemocní depresí, se postupem času zvyšuje (Nedley, 2007).

Poruchy nálady patří mezi nejčastější duševní poruchy a postihují z hlediska celoživotního téměř pětinu populace. Jednoměsíční prevalence afektivních poruch se přitom pohybuje mezi 5-7%. Ekonomické důsledky tohoto onemocnění jsou enormní.

Ve vyspělých státech současného světa představují deprese nejčastější příčinu ztráty pracovní schopnosti (Raboch, 2012).

Forma deprese, nazývaná také velká nebo těžká, je druhou nejběžnější psychickou poruchou obyvatel USA. Na prvním místě jsou jednoduché fobie, jako je například strach z davu nebo uzavřených prostor (Nedley, 2007).

Depresivní porucha má 17% celoživotní prevalenci, ale v 90 % není diagnostikováno, a tedy ani odpovídajícím způsobem léčeno (Kurzová, 2003).

Rahn (2000) udává, že s věkem ubývá pravděpodobnost onemocnění depresí. Mezi léčenými depresivními nemocnými je více než dvojnásobek žen než mužů.

Raboch (2001) též uvádí, že životní prevalence je 17% a je vyšší u žen než u mužů

Podle Kurzové (2003), ale deprese postihuje populaci každého věku, její průběh může být cyklický, depresivní epizody se mohou objevovat nepravidelně, může směřovat do chronicity, ale může se také objevit jen jednou v životě.

Jak uvádí Dörner (1999), cyklothymní (fyzické, afektivní, maniodepresivní) psychózy se v Evropě vyskytují zhruba u 0,4 až u 1 % populace, v USA u 0,3 až 4% obyvatelstva. Rozdíly závisejí ve zvyklostech ve vnímání u psychiatrických výzkumných pracovníků. Deprese se vyskytují u žen a u mužů v poměru 7:3, manie 1:1. V sociální příslušnosti nejsou žádné významné rozdíly. S přibývajícími roky se nejdříve stáváme schizofrenními, potom manickými, teprve počínaje třetím desetiletí našeho života jsme „zralí na depresi“ (se projevuje většinou deprese). Proto se v dětství výrazné deprese skoro nevyskytují.

Deprese je jedním z nejčastějších problémů, které lidé v životě zažijí. U každého pátého člověka se alespoň jednou za život objeví klinicky významná deprese. Klinickou depresí onemocní každý rok 5% obyvatelstva nezávisle na věku. Ženy onemocní dvakrát častěji než muži. Objevuje se i u dětí, častěji je však u dospělých. Vrchol pro obě pohlaví je od 25 do 44let. Častá je též u žen v období klimakteria, dále ve stáří, kde často navazuje na smutek po ovdovění nebo na odchod do důchodu. S vysokým rizikem deprese je u žen spojeno šestinedělí a mateřská dovolená, kdy žena tráví dlouhý čas v relativní izolaci. K dalším rizikovým faktorům patří osamělost, chudoba nebo příslušnost k minoritě. S vyšším rizikem deprese se pojí ta životní období, kdy dochází k zásadním změnám, jako je například puberta, narození dítěte, menopauza, odchod do důchodu apod. všechna tato období jsou určitým způsobem spojena se ztrátou. Je však nutné zdůraznit,

že deprese se nevyhýbá nikomu, žádnému povolání, věku, rase či inteligenci (Praško, 2003, 1).

4. Etiologie:

Příčiny vzniku afektivních poruch jsou jak biologické, tak psychosociální. Dřívější dělení na čistě reaktivní a čistě biologické („endogenní“) neodpovídá realitě. Nejčastěji se jedná o smíšenou etiopatogenezi. Asi jedna pětina příbuzných s depresivní poruchou trpí nějakou formou afektivní poruchy, zatímco u kontrolních osob je to pouze 7%. Shoda deprese je u jednovaječných dvojčat 0,50, u dvojvaječných 0,20. Jsou nalézány genetické markery dispozice pro depresi, jako je třeba exprese genů serotoninového přenašeče nebo serotoninových a glutamátových receptorů. Ale představa, že by byl nalezen jeden gen nebo skupina genů, které by odpovídaly za vznik afektivních poruch je nepravděpodobná. Spíše to vypadá, že genetická dispozice odpovídá za schopnost jedince se vyrovnávat se stresovými faktory než přímo za vznik afektivní poruchy (Raboch, 2012).

V anamnéze pacientů zjišťujeme zvýšený výskyt stresových a negativních životních událostí. Bylo prokázáno, že se genetické dispozice projeví především u těch jedinců, kteří během svého vývoje prodělali opakované a intenzivní stresové situace (Raboch, 2012).

Některé typy osobnosti nebo charakterové vlastnosti též zvyšují riziko vzniku afektivních obtíží. Jedná se například o rigiditu, obsedantnost, dominanci nebo závislost. Byl popsán takzvaný melancholický typ osobnosti, kdy bývá zaznamenán zvýšený smysl pro pořádek, pro výkonnost a je rozvinuta závislost na blízkých osobách (Raboch, 2012).

Sociologická teorie rolí říká, že postižený se stává depresivním, když se mění jeho navyklý vzorec rolí a postižený byl se svou rolí natolik spjat, že ztrácí kus sebe sama a není schopen přijmout novou roli, či se jejímu přijmutí brání (Dörner, 1999).

Pozdní deprese jsou především podmíněny psychosociálně. Převaha depresivních žen se vysvětluje jejich méně uspokojivou a méně oceňovanou rolí. Ve skutečnosti je nejčastějším typem deprese „deprese žen v domácnosti“ (Dörner, 1999).

Podle kognitivně-behaviorální terapie popisuje teorie učení vznik deprese jako to, že určitý dosud odměňovaný vzorec chování přestane být odměňován (Dörner, 1999).

Psychoanalýza uvádí, že každá část přítomnosti je ovlivňována patoplastickým působením v dětství (Dörner, 1999).

5. Dědičnost

Pravděpodobně existují určité charakteristiky genů, které mají jistou souvislost s depresí. Příkladem mohou být studie jednovaječných dvojčat. Když se u jednoho takového dvojčete objevila deprese, pak se u druhého dvojčete objevila rovněž. Bylo tomu tak v 65% případů, kde šlo o jednovaječná dvojčata. Tam, kde šlo o dvojvaječná dvojčata, tato pravděpodobnost dosahovala jen 14%. Stejný směr vývoje je možno pozorovat i u výskytu deprese u rodičů a dětí. U vzdálenějších příbuzných je však toto procento nižší. Je dobré si uvědomit, že člověk dědí jen určitý podklad – tzv. zranitelnost – ne víc. K tomu, aby se deprese rozvinula, je zapotřebí spoluúčasti více činitelů (faktorů), (Křivohlavý, 2003).

Vedle tzv. fyzické dědičnosti existuje také psychická a sociální dědičnost. Při této dědičnosti nejde o geny, ale o sociální kontakt, o „nákazu“ při styku člověka v depresi s jinými lidmi. Ukázalo se, že děti častokrát přejímají způsoby vidění světa a chápání příčin kladných i záporných zážitků od svých rodičů, případně od jiných lidí ze svého okolí (spolužáků, kamarádů, spolupracovníků, nadřízených atp.). Zdá se, že tato „psychická a sociální dědičnost“ má na svědomí větší počet depresí nežli dědičnost fyzická (Křivohlavý, 2003).

6. Příznaky

Vymětal (2003) také dále uvádí, že k depresi, na rozdíl od truchlení, patří pocit ztráty času a někdy i pocit ztráty prožívání jako takového. Deprese bývá mnohdy provázena pocity viny a úzkostí, jež dokáží energetizovat, a jejichž klinický obraz proto může být značně pestrý (agitovanost-neklid apod.) Často se vyskytuje i nespavost (méně často nadměrná spavost), nechutenství a rychlý váhový úbytek (nebo vzácněji zvýšená konzumace potravy) atd. Postiženého přestává těšit, co mu dříve přinášelo potěšení, včetně sexuálního života. Deprese jako syndrom duševního onemocnění či poruchy se nedá zvládnout vůlí a vyžaduje léčbu. Apel na pacientovu vůli jeho depresi zhoršuje.

Při depresi však nejde jen o intenzitu smutku, ale o hluboký zásah do každodenního života. Od běžného smutku nebo rozladěnosti se deprese liší zejména tím, že je intenzivnější a hlubší než smutek, trvá déle a narušuje každodenní fungování (Praško, 2003, 1.).

Tělesné příznaky deprese nepatří k těm nejtypičtějším a nejvýraznějším projevům deprese. Obvykle nejsou rozhodující pro správné diagnostikování deprese (Křivohlavý, 2003).

- Bolesti hlavy.
- Bušení srdce.
- Bolesti žaludku (pocity tlaku v žaludku, nadýmání, zácpa, průjem atd.).
- Časté nucení na močení.
- Narušená sexuální funkce (nezájem o sex, frigidita).
- Svírání u srdce (bolest v srdeční krajině).
- Poruchy srdečního rytmu.
- Pocity tlaku na prsou.
- Svírání hrdla.
- Celková slabost.
- Ztráta životního elánu (energie k životu).
- Sucho v ústech.
- Pocity závrati.

Nejpodstatnější znaky deprese:

- Depresivní nálada.
- Snížený zájem o život.
- Snížená chuť k jídlu.
- Myšlenky na sebevraždu.
- Snížená schopnost soustředění.
- Podstatně nižší životní energie.
- Nespavost nebo naopak zvýšená spavost.
- Snížené sebevědomí.
- Snížená pohyblivost.

Depresivní příznaky (symptomy) – mohou být například průvodním jevem něčeho jiného – například vážného onemocnění nebo chřipky atd. Depresivní reakce – depresivní příznaky mohou být odpovědí na těžký životní zážitek (ztráta zaměstnání, úmrtí milované osoby, rozvod atd.). Deprese jako relativně samostatné onemocnění (nemoc), (Křivohlavý, 2003). Diagnóza velké deprese se stanovuje podle devíti příznaků (DSM – IV), (Nedley, 2007):

- Hluboký smutek nebo prázdnota
- Apatie (lhostejnost)
- Rozrušenost nebo neklid
- Poruchy spánku
- Poruchy příjmu potravy a změny hmotnosti
- Ztráta schopnosti se soustředit
- Pocity přílišného sebeobviňování či zbytečnosti
- Chorobné myšlenky na smrt
- Stálá únava

Pokud nebyl zaznamenán žádný traumatizující zážitek, může být diagnóza deprese postavena na základě několika z uvedených příznaků, kterými pacient trpí. Pacient, který prožívá nejméně pět z devíti příznaků nejméně dva týdny, má objektivně stanovenou velkou depresi. Ten, kdo prožívá dva až čtyři příznaky nejméně dva týdny, má objektivně stanovenou mírnou formu deprese, tzv. subsyndromální depresi. Každopádně člověk s velkou depresí bude zřídka kdy prožívat všech devět příznaků najednou, ale mohou se takové případy vyskytnout. Lidé s mírnou formou deprese, tzv. subsyndromální depresí, nemusí trpět sníženou kvalitou života. Ale neměla by se podceňovat, protože může přerůst do velké deprese. Velkou depresi nemají ti, u kterých se nevyskytuje ani první, ani druhý příznak (apatie), a to bez ohledu na to, kolik dalších příznaků se u nich projevuje (Nedley, 2007).

7. Tíže deprese:

- **Mírná deprese:** postižený je schopen chodit do práce a fungovat v každodenním životě, ale vše mu jde hůř a pomaleji, věci ho přestávají těšit, vyhýbá se přátelům a uzavírá se do sebe. Léčba je zpravidla ambulantní (Praško, 2003, 1).
- **Středně těžká deprese:** Práce již zpravidla není možná, domácí práce jdou ztěžka. Postižený je nešťastný, zpomalený nebo nadměrně napjatý, nedokáže se soustředit na četbu ani na sledování televize, ztrácí zájem o sexuální život, izoluje se od lidí. Léčba probíhá v pracovní neschopnosti, vhodná je docházka do denního sanatoria, v případě sebevražedných myšlenek je vhodná hospitalizace (Praško, 2003, 1).

- **Těžká deprese:** Postižený již není schopen sebeobsluhy, má tendenci ležet v posteli a veškerý čas tráví sebeobviňováním. Buď je výrazně zpomalený v pohybech, mluvě i myšlení, nebo naopak hodně agitovaný, plný neklidu, který ho pohání z místa na místo. Porucha nálady je hluboká, téměř neovlivnitelná vnějšími impulsy. Praktickou činnost již postižený nevykonává, nemá na ni energii a ztratil pocit smysluplnosti jakékoliv aktivity. Často myslí na sebevraždu, ale tyto myšlenky se objevují i při mírné a střední depresi. Léčba probíhá vždy v rámci hospitalizace. Nejvážnější formou těžké deprese je **melancholie**. Celý den postiženého je zahalen hluboce pronikajícím smutkem, úplnou beznadějí, zoufalstvím. Někdy k tomu přistupuje nevýslovná úzkost nebo strach. Může se prohloubit do vzácnější psychotické varianty, která se projevuje bludy (nevývratná nepravdivá přesvědčení), (Praško, 2003, 1).

8. Příčiny:

Faktory, které mohou být příčinou deprese nebo zvýšit riziko jejího vzniku (Nedley, 2007):

- Neovlivnitelné faktory (genetika, věk, pohlaví, etnické rozdíly, výskyt deprese v období puberty, výskyt deprese v rodině).
- Faktory spojené se stravovacími návyky.
- Sociální faktory
- Životní styl.
- Zdravotní stav.
- Nevyváženost mozkové elektrické aktivity.
- Zvláštní příčiny deprese.
- Nedokázané příčiny deprese.

Další faktory zvyšující riziko deprese (Nedley, 2007):

- Nedostatek pohybu.
- Narušený denní rytmus (narušený biorytmus – například práce na směny, změna ročního období)
- Drogy (legální – tabák, kofein, alkohol, nelegální)
- Úraz hlavy

Příčiny deprese, které spočívají v narušeném životním stylu (Křivohlavý, 2003)**:**

- Nedostatek spánku.
- Nedostatek pravidelného a dostatečného pohybu (práce, cvičení).
- Přepracování a vyčerpání nadměrnou prací.

Onemocnění a stavy, které mohou způsobit depresi (Nedley, 2007):

- Mozková mrtvice.
- Nemoci srdce.
- Rakovina či nevyléčitelné nemoci.
- AIDS.
- Parkinsonova nemoc.
- Diabetes.
- Stav po porodu.
- Premenstruační syndrom.
- Poruchy spánku.
- Onemocnění štítné žlázy.
- Onemocnění nadledvinek.
- Onemocnění příštítných tělísek.
- Lupus.

Léky, které mohou vyvolat depresi (Nedley, 2007):

- Léky na srdce a krevní tlak.
- Hormonální léky (perorální kontraceptiva, kortizon a podobné léky, anabolické steroidy).
- Léky používané k léčbě psychického zdraví (léky proti úzkosti ze skupiny benzodiazepinů).
- Protizánětlivé léky.
- Protiinfekční léky.
- Léky používané při léčbě střevních problémů.

Méně známé příčiny deprese (Nedley, 2007):

- „Syndrom nemocného domu“ – budovy, kde není čerství vzduch, mohou přispívat ke vzniku deprese.
- Metabolické příčiny.
- Infekce (priony, vir Borna, infekce u těhotných žen).

Další příčiny (Křivohlavý, 2003)**:**

- Poporodní deprese (vyskytuje se u jedné desetiny matek).
- Vliv změny počasí (tzv. změn tlaku – SAD- Seasonal Affective Disorders, sezonní emociální obtíže); tyto obtíže se vyskytují u 5-6% obyvatel.
- Zážitek nemoci vlastní nebo člověka, který je nám blízký.
- Vyšší citová zranitelnost
- Zážitek selhání a hříchu
- Obtížné životní zkoušky
- Osamění
- Existenční prázdnota
- Špatné mezilidské vztahy
- Širší sociálně-kulturní faktory

9. Léčba deprese

Anders (2000) mezi základní metody léčby deprese uvádí farmakoterapii (antidepresivy), psychoterapii a elektrokonvulzivní terapii, přičemž dodává, že současná léčba deprese kombinuje psychoterapii s farmakoterapií.

1. Psychoterapie deprese

Při psychoterapii jde o použití psychických prostředků v řešení (léčení) té či oné pro daného člověka těžké situace (nemoci). Psychickými prostředky se rozumí například sociální kontakt, vztah mezi lidmi, sociální komunikace (sdělování a sdílení ve styku člověka s člověkem – například rozhovor), neverbální komunikace (Křivohlavý, 2003).

V psychoterapii deprese se setkáváme se dvěma dosti odlišnými odbornými přístupy a postupy léčení. První (starší) vychází z učení Sigmunda Freuda, jde o psychoanalýzu, dynamickou hlubinou psychoterapii. Druhá forma psychoterapie deprese vychází z výsledků kognitivních (myšlenkových) procesů a sociální interakce. Jde o kognitivní, případně kognitivně behaviorální psychoterapii (Křivohlavý, 2003).

Podpůrná psychoterapie

Jde například o psychoterapii založenou na učení Karla Rogerse, tedy o nedirektivní rozhovorovou psychoterapii (Křivohlavý, 2003).

Skupinová psychoterapie

Je jí možno využít při depresivních stavech a při propadávání se do depresivních stavů (Křivohlavý, 2003).

Další metody

Integrativní psychoterapie, existenciální psychoterapie – logoterapie v pojetí V. E. Frankla, poradenská psychologická péče nebo duchovní péče (Křivohlavý, 2003).

2. Farmakoterapie deprese

Pro mnohé je farmakoterapie nejznámější metodou léčby deprese, antidepresiva se staly běžně známou záležitostí (Křivohlavý, 2003).

Vývoj spotřeby antidepresiv od května 2008 do letošního května (2012) stoupl o 20%, konkrétně Cipralx stoupl (jeho spotřeba stoupla) o 22%, Zoloft o 45% Asentra o 53%. Během posledních čtyř let v Česku vzrostl prodej antidepresiv o dvacet procent, některé z těchto léků zvýšily svůj odbyt o více než polovinu (M. F. Dnes, 2012).

Tricyklická antidepresiva

První z nich – imipramin byl poprvé použit v roce 1957. Dnes je na trhu léků tohoto druhu celá řada – například amitriptylin, nortriptylin, klomipramin. Tyto léky se podávají tak, že se začíná s minimálními dávkami a množství se postupně zvyšuje. Zůstane se u toho dávkování, které se zdá být v daném případě vyhovující. Nejde o návykové látky (Křivohlavý, 2003). Tricyklická antidepresiva – umožňují hromadění noradrenalinu, v některých případech také serotoninu (Nedley, 2007).

MAO – inhibitory monokinové oxidázy

U léků typu MAO jde o enzym, který pomáhá ovlivňovat neurotransmitery, keré hrají důležitou roli při řízení emocí a dalších fyziologických funkcí, s nimiž se setkáváme při depresi. Příkladem může být fenelzin a tranylcypromin. Tyto léky se dnes nepředepisují tak často jako bicyklická antidepresiva. Jsou však vhodné tam, kde je při depresi zvýšený výskyt úzkosti a vnitřního napětí. I tyto léky je třeba brát denně po dobu několika týdnů. Nesnáší se však s řadou potravin a jiných léků. Mohou také nebezpečně zvýšit krevní tlak (Křivohlavý, 2003). Inhibitory monoaminooxidázy (IMAO) – zvyšují koncentraci serotoninu a adrenalinu v centrální nervové soustavě (Nedley, 2007).

Inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI)

Selektivně umožňují hromadění serotoninu ve spojeních mezi neurony v mozku (synapsy), kde ho lze využít dříve, než se rozloží (Nedley, 2007).

Wellbutrin (bupropion)

Strukturou se podobá amfetaminu a ukázalo se, že je účinný i při léčbě velké deprese. Blokuje zpětné vychytávání dopaminu a noradrenalinu a je považován za vhodný v případě, že SSRI nejsou účinné nebo je pacient špatně snáší. Na rozdíl od ostatních antidepresiv Wellbutrin nezpůsobuje útlum, naopak, zvyšuje čilost. Může pomoci lidem, kteří se rozhodli přestat kouřit. Pod názvem Zyban (forma bupropionu) se pro tento účinek nabízí kuřákům. Bupropion je také účinný při léčbě dospělých i dětí s poruchou pozornosti a hyperaktivitou (ADHD). Bupropion by neměli užívat pacienti s nervovým nechutenstvím či bulimií, ale i pacienti se zvýšeným rizikem epileptických záchvatů. Kromě neslučitelnosti s IMAO nejsou známy dlší interakce s léky. Výhodou také je, že nepůsobí sexuální disfunkci – některým pacientům dokonce užívání zvýšilo libido a sexuální funkci (Nedley, 2007).

Lithium

Od roku 1960 se používá při léčení deprese. Je tomu tak zvláště u bipolárních depresí. Lithium se často kombinuje s jinými antidepresivy. Musí se brát pravidelně, každodenně. Lithium není návykovou látkou, má však nepříznivé vedlejší účinky (Křivohlavý, 2003).

Elektrokonvulzivní terapie (ECT)

Pro pacienty, kterým nezabírají žádné léky, je léčba šoky poslední možností. Používá se u lidí s těžkou depresí, kde „selhala“ antidepresiva i psychologické poradenství. Při léčbě šoky se na hlavu pacienta připevní elektrody, které vysílají silné elektrické impulsy. Léčba se provádí v celkové anestezii. Zabírá asi na 90%. Výsledky naznačují, že léčba šoky funguje díky tomu, že mění funkci důležité nefrontální mozkové kůry (Nedley, 2007).

10. Typy deprese:

3. Depresivní epizoda:

Projevuje se depresivní náladou, depresivním myšlením, snížením aktivity a tělesnými příznaky. Výrazně postihuje schopnost pracovat, spát, jíst a těšit se z příjemných činností. Depresivní epizody se mohou objevit v životě jednou nebo opakovaně. Rozvoji depresivní epizody může předcházet stresující životní období nebo životní

událost, může se však také objevit bez zjevné vnější příčiny. Depresivní epizoda se objevuje dvakrát častěji u žen než u mužů (Praško, 2003).

4. Rekurentní depresivní porucha:

Porucha je charakterizována opakovanými epizodami deprese bez samostatných epizod mánie, ale nevylučují se krátké epizody hypomanie, povznesené nálady a zvýšené aktivity, které následují bezprostředně po depresivní epizodě. Průměrným věkem výskytu bývá pátá dekáda. Jednotlivé fáze trvají od 3 do 12 měsíců (průměrně kolem 6 měsíců). I když uzdravení mezi fázemi je většinou úplné, může se u menší části lidí postižených rekurentní depresivní poruchou rozvinout trvalá deprese (zvláště ve stáří). Jednotlivé epizody mohou být spouštěny stresujícími životními událostmi. Obvykle se objevuje dvakrát častěji u žen než u mužů (Praško, 2003).

5. Dystimie:

Jde o méně závažný typ deprese. Příznaky dystymie však trvají většinou dlouhou dobu, často léta. Obvykle začíná pozvolně, plíživě. Před začátkem rozvoje je postižený často vystaven většímu stresu nebo životní události. Kolísání mezi lehkou depresí a obdobím relativně normální nálady je velmi variabilní. Většinu času se pacienti cítí unaveni a depresivní. Jakákoliv činnost vyžaduje úsilí a z ničeho nemají radost. Stále si stěžují, špatně spí a cítí se nepřiměřeně, ale obvykle stačí na základní požadavky každodenního života. Dystymie je pojem společný s pojmy depresivní neuróza a neurotická deprese. Obvykle začíná v rané dospělosti a trvá nejméně několik roků, někdy celý život. Když začne později, je často následkem mírné depresivní fáze a souvisí se zármutkem a stresem. Jednou z hlavních charakteristik této poruchy je neschopnost „cítit skutečnou radost“, nedostatek energie potřebné k překonání nesnází a překážek každodenního života, rezignace na vyhledávání a prožívání příjemných aktivit (sexualita, humor, společenské radosti, úspěch apod.). Příznaky dystymie trvají většinou dlouhou dobu, často léta. Dystymie nečiní člověka neschopným natolik jako depresivní porucha, její vliv je však dlouhodobý. Omezuje fungování a prožívání příjemných činností. Někdy lidé trpící dystymií zažijí také epizody velké depresivní poruchy. Pak mluvíme o dvojité depresi (double depression), (Praško, 2003).

6. Bipolární (maniodepresivní porucha)

Bipolární porucha je méně častá než jiné formy poruch nálady. Objevuje se asi u 10% lidí trpících depresí. Onemocní jí 1-2 lidé ze sta. U této poruchy se objevují jak cykly

deprese, tak cykly mánie nebo povznesené nálady. V depresivní fázi jsou přítomny příznaky velké depresivní poruchy, v manické fázi příznaky mánie. Někdy dochází ke zvratu v náladě náhle a velmi rychle (např. přes noc), ale častěji jsou přechody postupné (Praško, 2003).

7. Sezonní afektivní porucha

U některých lidí se objevují depresivní nálady s úbytkem energie, zhoršením výkonnosti a nadměrnou únavností pravidelně každý rok v podzimních a zimních měsících. Tyto sezonní poruchy nálady nebo také „zimní deprese“ často bývají spojeny s nadměrnou chutí na uhlohydráty, s přibíráním na váze a nadměrnou spavostí. Začátek potíží bývá zpravidla na začátku zimy a vymizí obvykle na jaře. Sezonní afektivní porucha se velmi účinně léčí fototerapií – aplikací jasného intenzivního světla v ranních hodinách. Svými příznaky trochu připomíná zimní spánek některých savců, například medvědů (Praško, 2003).

8. Reaktivní porucha nálady (reaktivní deprese)

Reaktivní deprese je přímým následkem akutního těžkého stresu nebo pokračujícího traumatu. Zátěžová událost nebo trvající nepříznivé okolnosti jsou vyvolávajícím faktorem, k poruše by nedošlo bez jeho působení. Reaktivní deprese začíná ihned (nebo do jednoho měsíce) od výskytu stresující události nebo životní změny. Nejčastěji navazuje na stresovou událost, která byla spojena se ztrátou, nejtypičtější ztrátou, na kterou navazuje reaktivní deprese, je úmrtí blízkého člověka (partnera, dítěte, rodiče, dobrého přítele). Jako ztrátu však prožíváme i jiné události, při kterých například ztrácíme vztah, práci, majetek, hodnot, vzdáváme se určitých plánů, ideálů apod., (Praško, 2003).

9. Smíšená úzkostně depresivní porucha

U smíšené úzkostně-depresivní poruchy se mísí příznaky úzkosti s příznaky deprese, ale ani příznaků deprese, ani příznaků úzkosti není tolik, aby umožnily diagnózu depresivní poruchy či některé z úzkostných poruch. Vzhledem k tomu, že příznaky deprese jsou méně hluboké než u depresivní poruchy a příznaky úzkosti méně výrazné než u úzkostných poruch, často bývá tato porucha okolím podceňována, bohužel někdy také odborníky (Praško, 2003).

10. Larvovaná deprese

Hlavním projevem poruchy jsou tělesné příznaky a porucha nálady je v pozadí, někdy velmi málo patrná nebo vůbec není přítomná (deprese bez deprese). Deprese se v tomto případě projevuje „orgánovou řečí“. Je zde jasně vyjádřený tělesný příznak, který imituje tělesné onemocnění (např. pískání v uchu, závratě, bolesti hlavy, žaludku, břicha, páteře, končetin, celková slabost, poruchy zažívání, močového ústrojí, hybnosti). Vždy je však nutné vyloučit tělesnou příčinu obtíží (Praško, 2003).

11. Situační deprese

Depresivní pocity se objevují jako následek traumatického zážitku nebo jako následek jiných situací (například – ztráta zaměstnání, rozvod, smrt milované osoby, zklamání v lásce). Jde o normální reakce a časem odezní (Nedley, 2007).

12. Cyklotymie

Při této poruše je typická trvalá nestálost nálady. Střídají se období mírné deprese a mírně nadnesené nálady, přičemž porucha nálady není tak závažná jako při depresivní nebo manické epizodě (Praško, 2003, 1.).

Některé další typy depresí (Praško, 2003)**:**

- Krátká rekurentní depresivní porucha
- Poporodní deprese
- Deprese v menopauze
- Deprese v pozdním věku, deprese při těl. onemocnění

5. Neurotické poruchy

11. Úvod

„Úzkostné poruchy jsou charakteristické chronickou nepřiměřenou úzkostí, která se může projevovat vyhrocenými akutními atakami nebo iracionálním a vystupňovaným strachem. Nemocní nejsou schopni své pocity a z nich vyplývající jednání ovládat (str. 399)“ (Vágnerová, 2004).

Neurotické příznaky prožívá občas v lehčí formě každý člověk – obavy, strach, nejasný neklid, úzkost, smutek, vegetativní příznaky, pocit životní nespokojenosti. Příznak nebo příznaky jsou pro jedince obtěžující, jsou jím vnímány jako nepřijatelné a cizí. Kontakt s realitou je zachován, chování neporušuje základní sociální normy (Raboch, 2012).

Právě svou iracionalitou představuje úzkost implicitní výstrahu, že něco v nás se vykolejilo – je to tedy výzva něco opravit (str. 33), (Horney, 2007).

Úzkost je definována jako nepříjemný citový stav, v němž převažují pocity napětí a obav **neurčitého obsahu.** Za normálních okolností funguje jako signál potencionálního a dosud nejasného nebezpečí, které člověk ještě nedokáže přesně vymezit. Umožňuje mu, aby účelným způsobem reagoval na budoucí nebezpečí, které zatím nemá konkrétní podobu. Adaptivní úzkost vyvolává přiměřené fyziologické i psychologické změny, které zlepšují připravenost reagovat. K vyvolání úzkosti stačí pouhá představa nějakého ohrožení. Sklon reagovat úzkostnými prožitky je vrozený, ale mohou ho posilovat různé negativní zkušenosti (Vágnerová, 2004).

Nejprve byla tato onemocnění z velké části zahrnována pod pojem „neurózy“, ale používaly se také výrazy jako „larvovaná deprese“, „neurastenie“, „depresivní neuróza“ pro specifické formy. Dnes je již jasné, že také pro tuto skupinu poruch je třeba přijmout multifaktoriální etiologický model (Rahn, 2000).

Diagnózu neurózy dostane člověk tehdy, když trpí tělesnými nebo duševními obtížemi, pro které při lékařském vyšetření nebyl zjištěn organický podklad, tj. prokazatelné poškození tělesných orgánů nebo mozku (str. 11), (Kratochvíl, 2000).

V psychiatrii a psychiatrické péči byly tyto nemoci dlouho podceňovány. Je to kvůli tomu, že vzácně vyžadují nutnost hospitalizace a že nemocný často vyhledá psychiatrickou péči pozdě. Epidemiologická šetření však ukazují, že tyto poruchy jsou značně rozšířeny, a velký počet nemocných s těmito poruchami trpí značnými

zdravotními, sociálními a pracovními handicapy. Navíc mnoho nemocných si vyžádá jinou pomoc – neurotickými poruchami trpí vysoké procento pacientů somatických klinik, všeobecných lékařských praxí atd. Nejenže je tato pomoc neefektivní, ale také vznikají vysoké ekonomické náklady (Rahn, 2000).

Své obtíže si člověk uvědomuje a stěžuje si na ně – tj. nejedná se o duševní chorobu, při které by jeho chování bylo nesrozumitelné okolí a při níž by byla podstatně porušena jeho soudnost. Potíže mají někdy zřetelnou, jindy ne zcela jasnou souvislost s duševními stavy a problémy ve vztazích v rodině, v práci a vůbec mezi lidmi. Pramení ze závažných konfliktů vnějších nebo vnitřních, někdy velmi silných, jindy spíše dlouhodobých, které často souvisejí i s vývojem, postoji a osobnostními vlastnostmi jedince (Kratochvíl, 2000).

Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy jsou spojeny do jedné velké skupiny vzhledem ke své historické souvislosti s pojmem „neuróza“ (který se již v klasifikaci neužívá), ale hlavně proto, že vznikají působením psychosociálních vlivů, jejichž nepříznivý dopad se do jisté míry doplňuje se zranitelností osobnosti jedince. Jedná se o poruchu adaptace vůči prostředí i sobě samému (Raboch, 2012).

Dynamika působící při vzniku neuróz – je zde podstatný jeden činitel společný všem neurózám. Je to úzkost a obrany postavené proti ní. Ať je struktura neurózy sebesložitější, úzkost je tím motorem, který rozbíhá neurotický proces a udržuje jej v chodu. Úzkost či strach jsou všudypřítomné. Nejsme dosud schopni podat ucelenou definici neurózy, ale můžeme podat popis: neuróza je duševní porucha způsobená strachem a obranami proti tomuto strachu a snahou najít kompromisní řešení pro konfliktní tendence. Z praktického hlediska je rozumné nazývat tuto poruchu neurózou pouze tehdy, pokud se odchyluje od vzorce běžného v dané kultuře (Horney, 2007).

12. Úzkost a strach

Emoce mají také autoregulační funkci, mohou naši aktivitu stimulovat či tlumit. Většina emocí může z tohoto hlediska působit různě – například úzkost a strach navozuje jednání, směřující k obraně či úniku před ohrožující událostí, ale stejně tak může vést k celkové inhibici, k ochromení a neschopnosti cokoliv dělat (Vágnerová, 2004).

Úzkost a strach

Z časového hlediska lze rozlišit úzkost a úzkostnost (Vágnerová, 2004):

- **Pocit úzkosti** je signálem možného ohrožení. Aktivizuje konkrétního jedince, aby byl schopen se bránit něčemu, co je zatím nejasné a neurčité, ale co by ho mohlo poškodit.
- **Úzkostnost** je trvalejší osobnostní rys, je to stabilně zvýšená pohotovost pociťovat nejistotu a reagovat úzkostnými prožitky (Vágnerová, 2004).

Strach lze chápat jako konkretizaci úzkosti, jako prožitek obav z něčeho konkrétního. Navození úzkosti a strachu je komplexní proces, emoční prožitek je spojen s vegetativními projevy a určitými kognitivními reakcemi. Silnější, respektive intenzivnější pocity strachu mohou výrazným způsobem ovlivnit fyziologické reakce a projeví se také specifickým vnímáním dané situace, ovlivní hodnocení a nakonec i chování (Vágnerová, 2004).

Pokud je pohotovost k úzkostnému jednání z nějakého důvodu nadměrně zvýšena, tedy pokud je člověk zatížen větším množstvím negativních podnětů a z toho vyplývajících zkušeností, přestává tento specifický informační systém dobře fungovat a jedince spíše zatěžuje, protože očekává nebezpečí i tam, kde žádné není. Úzkost se stane maladaptivní a bude navozovat neúčelné jednání. Za těchto okolností reagují lidé i na běžné situace jako na ohrožení. Aktivizace se stává nepřiměřenou a zbytečnou. Tento způsob reagování, kdy jsou pocity úzkosti tak intenzivní, že člověku způsobují utrpení a narušují jeho fungování, patří už do kategorie poruch (Vágnerová, 2004).

13. Epidemiologie

Neurózy patří mezi nejčastější poruchy zdraví. Různé prameny udávají, že až 20% jedinců v populaci trpí v některém období života výraznými neurotickými příznaky. Podstatně větší procento osob však trpí neurotickými příznaky v mírnější chronicky nebo přechodně při zátěži (Raboch, 2012).

Úzkostnou poruchou trpí v určitém období svého života přibližně 10% populace. Pravděpodobnost vzniku určité poruchy není stejná, generalizovaná úzkostná porucha se vyskytuje častěji než ostatní varianty – tato porucha se nejčastěji rozvíjí v rané dospělosti. Ženy trpí úzkostnými potížemi přibližně dvakrát častěji než muži (Vágnerová, 2004).

14. Tělesné a duševní příznaky:

K **tělesným potížím**, které mohou být neurotického původu, patří například: bolesti hlavy, závratě, tlak či píchání u srdce, bušení srdce, tlak či bolest žaludku, říhání,

nechutenství, zvracení, průjmy, třes rukou nebo chvění či záchvaty křečí celého těla, poruchy chůze či pohyblivosti končetin, ztráta hlasu, nadměrné pocení, pocity mravenčení brnění či svědění, některé poruchy zraku a sluchu a bolesti v nejrůznějších částech těla (Kratochvíl, 2000).

K neurotickým potížím duševního rázu patří například stavy napětí a podrážděnosti, pocity vyčerpanosti a nepřiměřené únavy, deprese s převládáním myšlenek, že život nestojí za nic, všechno je škaredé, nikdo není dobrý a nic nemá cenu. Jiným příznakem jsou úzkosti: člověk má strach a neví z čeho. Někdy přichází úzkost v záchvatech: najednou ho to přepadne, až se mu srdce rozbuší a zpotí se, dostane obavu, že zemře. Jiné potíže mají ráz nutkavých myšlenek: člověku se vnucují určité představy, napadá ho, že má něco udělat, a když to neudělá, něco zlého se stane; napadá ho, že nezamkl dveře, nezhasl světlo či plyn, a musí se opakovaně chodit přesvědčovat. Nebo má nutkavé strachy, například z ostrého předmětu, z otevřeného prostranství nebo naopak z uzavřené místnosti, z dopravních prostředků, z hloubky aj (Kratochvíl, 2000).

Mohou se vyskytovat poruchy spánku, pocity vnitřního chvění a pocity slabosti vůle. Člověk si nedovede poručit, podléhá stavům zlosti a vzteku. Jindy se nedovede dobře soustředit na práci a myšlenky mu utíkají jinam (Kratochvíl, 2000).

Někdo se podceňuje, trpí pocity méněcennosti, napadá ho, že k ničemu není, že všechno, co dělá je špatné. Jiný má pocit velké důležitosti a potřebuje na sebe upozorňovat, jiný si myslí, že mu všichni křivdí (Kratochvíl, 2000).

Dalším příznakem je nadměrné přemýšlení o věcech, neschopnost se rozhodnout, nejistota ve vztazích k lidem nebo nadměrná závislost na druhých a malá samostatnost (Kratochvíl, 2000).

S neurózou souvisí i tendence řešit vlastní problémy nikoli rozumnou klidnou cestou, ale nepřiměřenými výbuchy, kterými si člověk svou situaci ještě zhoršuje. Nebo je řešit útěkem do nemoci nebo pomocí alkoholu a léků. Zvláštním neurotickým příznakem je obava z nemoci, přehnané obavy o vlastní zdraví a vztahování různých chorobných příznaků druhých lidí na sebe (Kratochvíl, 2000).

15. Příčiny/přístupy

13. Biologický přístup:

Detekované abnormality svědčí o deregulaci v noradrenergním systému, serotoninergním systému i v dopaminergním systému (Raboch, 2012).

Úzkost je také vždy spojována s tělesnými fenomény, obzvláště u paniky se jedná o kognitivní interpretaci vnitřního stavu. K tomu může přispívat vegetativní labilita (jako somatická dispozice), (Rahn, 2000).

Lze očekávat, že existují také biologické příčiny úzkosti. Záchvaty paniky mohou být považovány za spontánní a nepředvídatelně se objevující fyziologické události. Možnost vyprovokování záchvatů paniky a změny na PET (pozitronová emisní tomografie) a magnetické rezonanci svědčí pro biologické změny u úzkostných nemocných. Biologické modely se odvozují mimo jiné z pozorování noradrenergní hyperfunkce, antipatickému efektu serotonergně působících látek a vyšší citlivosti k oxidu uhličitému u pacientů s panickými stavy. Určitě jsou také narušeny hormonální systémy, např. regulace růstového hormonu *(*Rahn, 2000).

Biologické faktory:

- Dědičnost (dispozice k nadměrné pohotovosti reagovat úzkostnými projevy).
- Změny mozkových funkcí
- Poruchy regulace různých neurotransmiterových systémů (Vágnerová, 2004).

14. Psychoanalytický přístup:

Zdůrazňuje význam nevědomých duševních konfliktů, které obvykle vznikají již v raném dětství a používání obranných duševních mechanismů ke zvládání úzkosti (Raboch, 2012).

Úzkostné nemoci jsou jedním z ústředních témat psychoanalytického učení o neurózách. Motorem úzkostně neurotického vývoje je podle tohoto pojetí nevědomý konflikt mezi přáním na jedné straně a pocitem viny a ohrožení na straně druhé. Z tohoto pohledu se postižený neustále pohybuje sem a tam mezi přiblížením a vyhýbáním se. Ústřední problém je tedy *ambivalence.* Onemocnění propuká, když aktuální intenzivní stresový podnět připomene strukturálně podmínky vzniku tohoto nevědomého konfliktu a potom nemůže odeznít ve smyslu zklidnění postiženého *(*Rahn, 2000).

Úzkost může být plně vysvětlena aktuální konfliktní situací. Avšak u charakterové neurózy se musíme vrátit do dětství – základním zlem je v každém případě nedostatek opravdové vřelosti a citu. Dále vede ke vzniku úzkosti vytěsnění hostility (Horney, 2007).

V *genetickém modelu* psychoanalýzy je spojován vznik úzkosti s takzvanou oidipovskou fází, protože přání a zákazy v této fázi, která je vývojově psychologicky významná, přímo vybízejí k ambivalentním konfliktům. Chování rodičů může takové konflikty podporovat. Těsná vazba na blízkou osobu (třeba matku) tak může vést k potížím při autonomním vývoji *(*Rahn, 2000).

15. Kognitivně-behaviorální přístup:

Založený na teorii učení, předpokládá, že maladaptivní chování je naučený nevhodný způsob zvládání stresu, jde o vědomý duševní proces chybného hodnocení a zvládání stresové situace, který lze doporučenými postupy ovlivnit a změnit (Raboch, 2012).

Bez ohledu na jistě existující genetické dispozice poukazuje rodinný výskyt úzkostných obtíží na determinující roli překonávání úzkostí uvnitř rodiny. Teoreticky může být nepřiměřené zvládání vnějších a vnitřních úzkostných stavů získáno také ve smyslu *modelového učení (*Rahn, 2000).

Kognitivně psychologický přístup poukazuje na význam kognitivních reakčních vzorců ve smyslu nepřiměřené vazby *(*Rahn, 2000).

Behaviorální přístupy poukazovaly na význam stupňujících se cirkulárních vazeb podnět – reakce. Tato eskalace je však patrně možná jen v rámci chybně vedeného afektologického spojení *(*Rahn, 2000).

Existují tedy různé přístupy ke vzniku úzkosti – dispoziční (také genetické) faktory, dlouhodobě působící vývojově psychologické momenty a aktuální zátěžové faktory. Onemocnění úzkostí je tak chápáno *multifaktoriálně (*Rahn, 2000).

Příčiny vzniku úzkostné poruchy jsou tedy podmíněny **multifaktoriálně** – jde o soubor dědičných dispozic, vývojově podmíněných změn i různých aktuálních zátěžových faktorů (které mohou být biologického i psychosociálního charakteru), (Vágnerová, 2004).

16. Psychosociální faktory:

Aktuálně působící zátěže je vždy nutné posuzovat v kontextu dříve získaných zkušeností, v rámci důležitých životních událostí a standardů sociokulturního prostředí. Sociokulturní podmíněnost se může projevit rozdílností příznaků. Sklon k úzkostnému reagování, resp. ke způsobu, jakým se člověk s úzkostí vyrovnává je ovlivnitelný učením. Etiologicky významným faktorem je nepříznivá zkušenost z dětství – například

týrání nebo odmítání. Tyto pocity se mohou zafixovat a generalizovat (Vágnerová, 2004).

Hlavní příčinou neuróz bývají různé zážitky duševního rázu, které jedinec nedokáže dobře zvládnout. Mohou to být velmi silné zážitky jednorázové, prožití nějakého duševního otřesu, například závažné dopravní katastrofy nebo ztráta nejbližšího člověka či jiné hodnoty, pro kterou doposud žil. V takových případech vzniká tzv. neurotická reakce. Pokud se nekomplikuje konfliktovými situacemi a jde-li o jedince s normálně přizpůsobivou osobností, postupně se síla záporného citu otupí, napětí opadne, člověk se přizpůsobí, potíže vymizí. Přetrvávají-li stále nějaké příznaky, dají se obvykle dobře odnaučit, přecvičit (Kratochvíl, 2000).

Úzkostné a fóbické poruchy jsou, stejně jako afektivní poruchy spojené s narušením emočního prožívání. Emoce slouží člověku jako základ subjektivního hodnocení situace, které ovlivňuje jak míra akutního uspokojení, tak minulé situace. Je jiné, než hodnocení rozumové. Je ontogeneticky i fylogeneticky starší, a proto i relativně málo přizpůsobivé, více závislé na vrozených mechanismech a méně ovlivnitelné učením (Vágnerová, 2004).

Veškeré úzkostné poruchy lze chápat jako maladaptivní způsoby reagování, které neodpovídají realitě a vycházejí ze subjektivně pociťovaného ohrožení. Takto postižený člověk se nedovede se svou úzkostí vyrovnat, nedovede ji přijmout a správně interpretovat. Jeho reakce jsou neadekvátní a vedou k dalšímu zafixování a zhoršování potíží. Nemocný trpí a obrané reakce, které používá, paradoxně přispívají k dalšímu omezování jeho života (Vágnerová, 2004).

17. Vývoj

Lze rozlišit neurotické reakce, které jsou převážně důsledkem vnější situace, a neurotický vývoj, který se dotýká osobnosti a sahá hlouběji do minulosti. Primární neurotický vývoj vzniká již v raném dětství, sekundární vývoj ze zážitků pozdějších. Podstatné je, že nějaký závažný zážitek není adekvátně zpracován a přenáší se do dalších situací. Jedinec si nové traumatizující situace vlastně spoluvytváří, a tak se znovu traumatizuje. Tento složitý a významný mechanismus vede zejména ke vzniku chronických neurotických potíží (Kratochvíl, 2000).

Někdy se neuróza zafixuje mechanismem, který nazýváme sekundární zisk z nemoci. Potíže totiž mohou někdy usnadnit vyhnutí se nepříjemné situaci. Neuróza je tedy způsobena nejen určitými příčinami, ale její příznaky mohou za určitých okolností

nabýt cílového zaměření. Přestože jsou nepříjemné, přinášejí některé výhody. Mohou získat své místo v životním plánu. Chce-li se za takových okolností pacient obtíží skutečně zbavit, musí najít jiné, „neneurotické“ formy řešení své situace. Musí získat jiné formy uspokojování svých významných potřeb (Kratochvíl, 2000).

Někdy trpí pacient jen jedním neurotickým příznakem, zpravidla je však příznaků více spojují se v určité celky – tzv. syndromy, které pak představují základní druh neurotických poruch. Některé z nich zde uvedeme podrobněji (Kratochvíl, 2000).

18. Neuróza a osobnost:

Některé typy osobnosti mají k neuróze větší náchylnost než druhé. Například melancholik a cholerik mají větší sklony k neuróze než sangvinik a flegmatik.

Mezi neurózou a vlastnostmi osobnosti nacházíme i opačný druh vztahu. Vlastnosti osobnosti mohou být nejen podmínkou neurózy ale i jejím projevem. Mohou být následkem neurotičce, zejména ve významných vztazích v dětství a dospívání. Mohli bychom je přímo označit jako neurotické rysy osobnosti. Nejde již jen o neurotické obtíže, ale přímo o neurotické formy reagování, o neurotické postoje a neurotické chování (Kratochvíl, 2000).

Situační neurózy se vyskytují se u lidí, jejichž osobnost je jinak nedotčená a nenarušená. Tyto neurózy vznikají jakožto reakce na vnější situaci, která je zaplněná konflikty. Odhalují chvilkovou absenci adaptace na konkrétní obtížnou situaci (Horney, 2007).

Když hovoříme o neurózách, máme na mysli charakterové neurózy, tedy takové stavy, u nichž hlavní porucha spočívá v deformaci charakteru – přestože symptomatický obraz může být zcela stejný jako u situačních neuróz (Horney, 2007).

Neurózy a poruchy osobnosti:

Neurózy chápeme jako onemocnění, která jako většina ostatních onemocnění mají svůj vznik, způsobený souhrou vnějších a vnitřních faktorů, svůj průběh a zpravidla též konec, tedy vyléčení nebo přechod do chronického stádia. U poruch osobnosti (psychopatií) nejde v tomto smyslu o chorobu, nýbrž spíše o odchylku. Problémy v sociálních vztazích vyplývají přímo z jejich poruchy osobnosti. Převážně se jedná o nadměrné zbujení některých vlastností osobnosti (Kratochvíl, 2000).

19. Základní struktura neuróz – dynamický přístup:

„Tento bludný kruh, vytvořený různými důsledky neurotické potřeby citové náklonnosti, můžeme načrtnout zhruba takto: úzkost; nadměrná potřeba citové náklonnosti včetně

požadavku výlučné a bezpodmínečné lásky; pocit odmítnutí, nejsou – li tyto požadavky splněny; reakce na odmítnutí ve formě intenzivní hostility; potřeba vytěsnit hostilis kvůli strachu ze ztráty citové náklonnosti; napětí a nejasný vztek; zvýšená úzkost; zvýšená potřeba uklidnění. Tedy ty samé prostředky, které slouží k uklidnění proti úzkosti, samy vytvářejí novou hostilis a novou úzkost" (Horney, 2007, str. 89).

Jsou výsledkem komplikovaného chronického procesu, který začíná v dětství a týká se větší či menší části osobnosti s větší či menší intenzitou. Při vnějším pohledu může i charakterová neuróza pramenit ze skutečného situačního konfliktu, avšak pečlivě sestavená kazuistika může ukázat, že problémové charakterové rysy zde byly přítomny již dlouho před vznikem obtížné situace, že současný úděl je do značné míry vázán na již dříve existující osobní obtíže, a dále, že člověk reaguje neuroticky na životní situaci, která pro průměrnou zdravou osobu nepřináší vůbec žádný konflikt. Situace pouze odhaluje přítomnost neurózy, která již nějakou dobu existovala (Horney, 2007).

16. Obrana

Čím nesnesitelnější je úzkost, tím lepší musí být obrané prostředky. V naší kultuře existují čtyři hlavní způsoby, kterými se člověk snaží vůči základní úzkosti ochránit (Horney, 2007).

- **Citová náklonnost**. Zajistit si libovolnou formu citové náklonnosti může sloužit jako mocná ochrana proti úzkosti. Podtextem je: Miluješ – li mne, neublížíš mi.
- **Submisivita.** Dělí se podle zaměření na konkrétní lidi nebo na instituce. Existuje například submise vůči ustáleným tradičním názorům, vůči náboženským rituálům nebo vůči požadavkům nějaké mocné osoby. Podtextem je: Pokud se podrobím, nikdo mi neublíží.
- **Moc.** Snaha zajistit si bezpečí tím, že člověk dosáhne faktické moci nebo úspěchu, majetku, obdivu nebo intelektové nadřazenosti. Při tomto způsobu ochrany je mottem: mám-li moc, nikdo mi nemůže ublížit.
- **Uzavřenost.** Znamená získat nezávislost na druhých, kteří ovlivňují buď mé vnitřní, nebo vnější potřeby. Liší se od předchozích způsobů ochrany před základní úzkostí, protože ty mají společnou ochotu zápasit se světem, potýkat se s ním tak či onak. Mottem je: Pokud se uzavřu, nic mi nemůže ublížit (Horney, 2007).

Příliš nás nezajímá symptomatický obraz neurózy, náš zájem se upíná především k charakterovým poruchám samotným. S hlubším poznáním neurotické struktury a

s myšlenkou, že léčba symptomu nutně neznamená léčbu neurózy, přesunuli psychologové obecně svůj zájem k deformacím charakteru a věnují jim více pozornosti než symptomům. *Obrazně můžeme říct, že neurotické symptomy nejsou samotnou sopkou, ale spíše jejími výlevy, zatímco patogenní konflikt je jako sopka skrytý hluboko v člověku a zůstává nepoznaný.(str. 22),* (Horney, 2007).

Volná kvalifikace pozorovaných postojů u neurotiků (jejich základní témata):

- Postoje ohledně dávání a přijímání emocí.
- Postoje ohledně hodnocení sebe samého.
- Postoje ohledně sebeprosazování.
- Agrese.
- Sexualita.

V naší kultuře existují čtyři hlavní způsoby, jak uniknou úzkosti:

- Racionalizovat ji.
- Popřít ji.
- Narkotizovat ji.
- Vyhýbat se myšlenkám, pocitům, podnětům a situacím, které by ji mohli vyvolat.

20. Léčba

Neurotické poruchy lze léčit psychoanalyticky orientovanou terapií, kognitivně behaviorální terapií a farmakoterapií (Rahn, 2000).

Úzkost hraje v psychoterapii ústřední a zřejmou úlohu. Jedinečné postavení úzkosti je zřejmé z tradiční psychiatrické nosologie, v níž se hlavní psychiatrické syndromy nazývají „reakce“ – psychotické reakce, neurotické reakce, psychofyziologické reakce. Považujeme tyto poruchy za *reakce na úzkost.* Jedná se o pokus, byť maladaptivní, poradit si s úzkostí. Psychoterapie je výslednicí úzkosti a individuálních obran na její potlačení, jak neurotických, tak charakterologických. Terapeuti obecně začínají s klientem pracovat tak, že se zaměří na manifestní úzkost, na ekvivalenty úzkosti, nebo na obranné mechanismy, které pacient zapojuje ve snaze se před úzkostí ochránit. *Přestože se terapeutická práce rozbíhá do mnoha směrů, terapeuti nadále používají úzkost jako maják nebo střelku kompasu: propracovávají se směrem k ní, odhalují její*

základní zdroje a snaží se jako svůj konečný cíl tyto zdroje vykořenit a odstranit.(str. 51) (Yalom, 2006).

Skutečnost, že úzkost se snaží stát strachem, ztěžuje snahy klinického psychologa identifikovat její primární zdroje (Yalom, 2006).

21. Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy

Jde o heterogenní skupinu psychických poruch, u kterých bývá dominantním fenoménem úzkost a její somatické projevy. U méně závažných forem těchto poruch jsou obvykle smíšené příznaky, takže jednotlivé poruchy mají významnou komorbiditu (Praško, 2003).

- **Fobické úzkostné poruchy (F40):** U skupiny těchto poruch je úzkost dominujícím příznakem, i když úzkost je obecně pokládána za jádro většiny neurotických poruch. Patří sem agorafobie, sociální fobie, specifické (izolované)fobie (Raboch, 2012). Fobická úzkostná porucha je vzácnější, vyskytuje se zhruba u 1% populace, častěji u mladších lidí, opět mezi nemocnými převažují ženy. Některé fobie nezávisejí na pohlaví, mohou se vyskytovat stejně častou mužů i u žen stejně často - například sociální fobie. Některé fóbie zase vznikají s určitou pravděpodobností v určité vývojové fázi (Vágnerová, 2004).
- **Jiné úzkostné poruchy (F41)**: jedná se o poruchy, u nichž jsou hlavními symptomy projevy úzkosti a které nejsou omezeny na žádnou specifickou spouštěcí situaci. Zahrnují panickou poruchu (epizodická paroxysmální úzkost), generalizovanou úzkostnou poruchu, smíšenou úzkostně depresivní poruchu (Raboch, 2012). Generalizovaná úzkostná porucha postihuje přibližně 5% populace, ženy dvakrát častěji než muže.

  Panická úzkostná porucha – postihuje 2-4 % populace a opět i v tomto případě platí, že ženy jsou ohroženy více než muži (Vágnerová, 2004).
- **Obsedantně-kompulzivní porucha (F42):** Obsedantně kompulzivní porucha patří mezi nejhůře léčitelné a nejčastěji invalidizující neurotické poruchy. Hlavním rysem jsou opakovaně se vyskytující myšlenky nebo nutkavé akty. Patří sem Převážně obsedantní myšlenky nebo ruminace, převážně nutkavé akty, míšené obsedantní myšlenky a jednání (Raboch, 2012). **Obsedantně-**

kompulzivní porucha patří mezi méně časté, trpí jí přibližně 2% populace, pokud bereme v úvahu obtíže trvající alespoň šest měsíců. Nezávisí na pohlaví, muže i ženy postihuje přibližně stejně často. Rozdíl je v tomto případě spíš v obsahu obsesí a typu nutkavého chování (Vágnerová, 2004).

- **Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení (F43)**: obsahuje poruchy, které lze identifikovat nejen na základě jejich symptomatologie a průběhu, ale i na základě příčinných vliv (stresující zážitek, významná životní změna mající za následek poruchu přizpůsobení). Zahrnuje Akutní reakci na stres, posttraumatickou stresovou poruchu, poruchu přizpůsobení (Raboch, 2012).
- **Disociační (konverzní) poruchy (F44)**: Společným rysem těchto poruch je částečná nebo úplná ztráta integrace mezi vzpomínkami na minulost, vědomím identity a bezprostředních pocitů a ovládáním pohybů těla. Obsahuje Disociační amnézii, disociační fugu, disociační stupor, trans a stavy posedlosti, disociační poruchy motoriky a citlivosti, disociační poruchy motoriky, disociační křeče, disociační porucha citlivosti a poruchy senzorické, jiné disociační (konverzní) poruchy (Raboch, 2012).
- **Jiné neurotické poruchy (F48)**: Neurastenie, depersonalizační a derealizační syndrom, jiné specifikované neurotické poruchy (Raboch, 2012).

17. Fobické úzkostné poruchy:

Úzkost má pro organismus adaptivní funkci. Problém začíná, když se úzkost či strach objevují *příliš často*, trvají *příliš dlouho* a jejich *intenzita* je vzhledem k situaci, která je spustila, *příliš velká* nebo když se objevují v *nepřiměřených situacích.* Úzkostné poruchy by se daly zjednodušeně definovat jako různé *kombinace tělesných a psychických projevů úzkosti, které nejsou vyvolány žádným reálným nebezpečím.* Úzkost se u těchto poruch může projevovat buď v náhlých záchvatech či typických situacích nebo jako trvalý kolísající stav. Míra příznaků je tak velká, že omezují pracovní život, rodinné soužití i trávení volného času. Zahrnuje: Agorafobie, sociální fobie, specifické fobie (Praško, 2003).

18. Jiné úzkostné poruchy

Panická porucha

Panická porucha je charakterizována *náhlými epizodami intenzivního strachu až hrůzy, které se objevují bez zjevné vnější příčiny* (Praško, 2003).

Generalizovaná úzkostná porucha

Objevuje se většinou u disponovaných osob po dlouhotrvajícím stresu. Příznaky se objevují pozvolna, nenápadně. Hlavním rysem je dělání si starostí, neustále zabývání se stresujícími myšlenkami. (Praško, 2003).

Smíšená úzkostně depresivní porucha

U této poruchy se mísí příznaky úzkosti s příznaky deprese, ale ani příznaků deprese ani příznaků úzkosti není tolik, aby splňovaly samostatnou diagnózu depresivní poruchy nebo některé z úzkostných poruch (Praško, 2003).

19. Obsedantně kompulzivní porucha

Při obsedantně kompulsivní poruše (OCD – obsessive compulsive disorder) postižení zažívají nutkavé nápady, myšlenky, představy nebo impulsy (obsese), které se znovu a znovu stereotypně vracejí do mysli. Člověk je pociťuje jako cizí, neodpovídají jeho skutečným zájmům a přáním. Týkají se zejména možného agresivního chování, kontaminace a „štítění se“, strachu, že něco důležitého nebylo uděláno nebo zkontrolováno a nepohody způsobené asymetrií a nepořádkem apod., (Praško, 2003).

20. Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení

Tyto poruchy navazují na mimořádně stresující životní zážitek, který vyvolal akutní stresovou reakci nebo vznikají v době významné životní změny vedoucí k trvale nepříjemným okolnostem a mající za následek poruchu přizpůsobení (Praško, 2003).

- Akutní reakce na stres
- Posttraumatická stresová porucha
- Poruchy přizpůsobení (adaptace), (Praško, 2003).

21. Dissociativní (konverzní) poruchy

Společným rysem poruch v této skupině je částečná nebo úplná ztráta normální integrace mezi vzpomínkami na minulost, vědomím identity a bezprostředních pocitů a ovládáním pohybů těla (Praško, 2003).

- Dissociativní amnézie
- Dissociativní fuga
- Dissociativní stupor
- Trans a stavy posedlosti

- Dissociativní poruchy motoriky
- Dissociativní křeče (pseudozáchvaty)
- Dissociativní porucha citlivosti a poruchy senzorické
- Jiné dissociativní poruchy
    a. Ganserův syndrom
    b. Mnohočetná porucha osobnosti (Praško, 2003).

22. Somatoformní poruchy

Somatoformní poruchy jsou charakteristické přítomností tělesných příznaků bez prokazatelných organických patologických změn. Projevují se opakovaným stěžováním na tělesné příznaky (například bolest, nauzea, vegetativní příznaky, únava) a žádostmi o lékařské vyšetření, přestože nálezy jsou opakovaně negativní a pacient je lékařem ujišťován, že příznaky nemají žádný tělesný podklad. Tyto tělesné příznaky a s nimi spojené obavy jsou pro pacienta natolik nepříjemné, že vedou k závažnému stresu a narušují schopnost fungování v sociálních a pracovních rolích. Tyto příznaky nejsou pod vědomou nebo volní kontrolou, pacient tedy nesimuluje ani nepodvádí (Praško, 2003).

- Somatizační porucha
- Hypochondrická porucha
- Somatoformní vegetativní dysfunkce
- Přetrvávající somatoformní bolestivá porucha (Praško, 2003).

23. Jiné neurotické poruchy

- Neurastenie
- Depersonalizační a derealizační syndrom (Praško, 2003)

6. Kouření

22. Úvod:

Mezi návykové nemoci (návykové poruchy, z angl. addictive disorder) jsou zahrnovány poruchy vyvolané zdraví škodlivými návyky. Jedná se zejména o poruchy působené alkoholem a jinými návykovými látkami („drogami“) a patologickým hráčstvím („gamblingem“). Podle 10. Revize mezinárodní klasifikace nemocí WHO (MKN-10) mezi duševní poruchy a poruchy chování vyvolané užíváním psychoaktivních látek (F10-F19) řadíme každou duševní nebo behaviorální poruchu, která vznikla jako důsledek užívání jedné nebo více psychoaktivních látek, bez ohledu na to, zda jsou, či nejsou předepsány lékařem (Raboch, 2012).

„Rahn (2000) říká, že nikotin má jeden z největších potencionálů závislosti. Králíková (2011) uvádí, že závislost na tabáku je prakticky nejčastější diagnóza. Po celém světě kouří kolem 1,2 miliardy lidí. Sovinová (n.d) dále uvádí, kuřáci tvoří asi jednu třetinu dospělé populace, zvyšuje se prevalence kouření v mladších věkových skupinách u obou pohlaví. A významně také roste počet kuřaček v mladších věkových skupinách.

Podle Vrány (2006), si během 20. století závislost na tabáku vyžádala přes 100 miliónů obětí, pro zajímavost je to více než bylo obětí obou světových válek dohromady. Podle odhadů v příštím století zabije tabák pravděpodobně více než miliardu lidí.

V ČR kouří asi 30% lidí ve věku nad 15 let, v původních zemích EU je podíl kuřáků podobný nebo nižší (Kalina, 2008).

Riziko kuřáctví spočívá především ve skutečnosti, že konzumace tabáku nepředstavuje pro člověka akutně nebezpečnou změnu psychického stavu. Cigareta je psychicky bezpečná, legální, dostupná a tolerovaná droga (Vrána, 2006).

Vrána (2006) dále uvádí, že závislost na tabáku je chronické, recidivující a smrtelné onemocnění, které má také svou diagnózu. Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a příčin smrti, kterou vydává Světová zdravotnická organizace (WHO) řadí závislost na tabáku pod číslem diagnózy F17.2 mezi poruchy způsobené užíváním psychoaktivních látek.

Proto se podle Králíkové (2011) stalo podstatným milníkem toto vydání 10. verze Mezinárodní klasifikace nemocí Světové zdravotnické organizace v roce 1992, kde je závislost na tabáku poprvé uznána jako samostatná nemoc – F17 (poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním tabáku).

23. Sociální aspekty kouření

Muži jsou častěji kuřáky než ženy, ale také kouří v průměru víc cigaret. Muži významně kouří více než 1 cigaretu denně a jsou častěji bývalými kuřáky. Ženy oproti tomu významně častěji uvádějí, že nikdy nekouřily (Sovinová, n.d.).

Nejvyšší podíl kuřáku, kteří kouří více jak jednu cigaretu denně, je ve věkové skupině 25 – 54 let. Z hlediska vztahu věku a kouření platí, že s přibývajícím věkem podíl kuřáků roste a vrcholí v době kolem 50 let (Sovinová, n.d.).

Z hlediska rodinného stavu, byl identifikován vyšší podíl pravidelných kuřáků, kouřících více jak jednu cigaretu denně u rozvedených, zatímco u ženatých (vdaných) a ovdovělých byl zjištěn významnější podíl bývalých kuřáků. Svobodní zase častěji uvádějí, že nikdy nekouřili – zde se jedná pravděpodobně o zprostředkovanou souvislost s věkem (Sovinová, n.d.).

V případě vazby kouření na stupeň dosaženého vzdělání, platí dlouhodobý trend, spočívající v tom, že vyšší podíl pravidelných kuřáků je mezi respondenty, kteří uvedli, že jsou vyučeni, zatímco mezi respondenty s maturitou a VŠ vzděláním bylo pravidelných kuřáků méně (Sovinová, n.d.).

Kouření mezi dospělou populací mírně klesá, je to dáno především poklesem kouření mezi dospělými muži. S určitostí však můžeme konstatovat nárůst kuřáctví u dospívající mládeže. Experimentování s kouřením začíná v dětství a dospívání, a to nejčastěji ve věku 10 až 14 let (Sovinová, n.d.).

Denní kuřáci jsou častěji konzumenty vyšších dávek alkoholu a podobně tomu je tomu i u užívání drog. Problém kuřáctví mezi adolescenty mladými dospělými je velmi znepokojující. (Sovinová, n.d.).

24. Historie a formy tabáku:

Raboch (2001) uvádí, že původně byl tabák využíván Indiány při náboženských obřadech jako obětina a také k léčebným účelům. Účinnou psychoaktivní látkou, vyvolávající závislost je alkaloid nikotin, pojmenovaný po Francouzi Jeanu Nicotovi, který přivezl tabák ze Španělska do Paříže a začal jej pěstovat. Podle Kaliny (2008) je domovem tabáku americký kontinent, tamní obyvatelé tabák rituálně užívali. Do Evropy byl přivezen v roce 1942. Jak uvádí Raboch (2001), od té doby se kouření tabáku rozšířilo po celém světě a lze konstatovat, že se jedná pravděpodobně o nejrozšířenější a nejčastěji užívanou psychoaktivní látku.

V České republice jsou podle Kaliny (2003), běžné následující formy tabáku – bezdýmý tabák nebo tabák, který hoří. Bezdýmý tabák můžeme rozdělit na šňupací (aplikace vdechnutím do nosní dutiny) a orální (aplikace do úst). Tabák, který hoří, je především ve formě dýmky, vodní dýmky, doutníku nebo cigarety.

25. Působení nikotinu v lidském organismu:

Podle Kaliny (2008) je tabák jednoletá, 1-2 metry vysoká bylina. Psychotropní složkou tabáku je alkaloid nikotin. *Sananim (2007) uvádí, že nikotin se váže na nikotinové receptory (normálně se na ně v těle váže acetylcholin) a dráždí je. Váže se na ně v centrálním, periferním i vegetativním nervovém systému (vegetativní nervový systém řídí vnitřní orgány) Nikotin je považován za příčinu závislosti na tabáku.* Nikotin, vázaný v tabáku na organické kyseliny, se při kouření teplem hořící cigarety uvolňuje a přechází do tabákového kouře. Do organismu se tak vdechováním z cigarety dostává nikotin, který stimuluje specifické receptory v CNS. Ačkoli je nikotin vysoce toxický, vyvíjí se na něj rychle tolerance s následnou fyzickou závislostí (Raboch, 2001). Rodu (2008) uvádí, že nikotin v mozku stimuluje specializované receptory, které vyvolávají jak euforické, tak sedativní účinky Drogová závislost na nikotinu vzniká zmnožením receptorů, citlivých na nikotin, v mozku (Kalina, 2003).

Kouření může způsobit snížení účinku řady léků, důsledkem je např. nutnost vyššího dávkování většiny běžných psychofarmak a některých analgetik, což s sebou nese jednak vyšší riziko projevu negativních vedlejších účinků těchto léků a následně též riziko vzniku závislosti na některé z těchto látek (Raboch, 2001).

Nikotin má vliv na zvýšení srdeční činnosti, na zvýšení krevního tlaku, zvýší se výdej krve ze srdce a dojde ke zúžení cév. Se stoupající hladinou nikotinu v krvi se v mozku uvolňují hormony endorfiny, které pozitivně ovlivňují náladu, ale také mohou mít vliv na krátkodobé zlepšení koncentrace *Nikotin v koncentracích, ve kterých se vyskytuje v cigaretách, působí jako mírné stimulans, zvyšuje krevní tlak a srdeční tep (Sananin, 2007).* Kalina (2008) uvádí, že nikotin zvyšuje bdělost, soustředivost a paměť. Potlačuje podrážděnost a agresivitu. Snižuje chuť k jídlu a brání přírůstku tělesné hmotnosti (Kalina, 2008). *Nikotin vyvolává zvýšenou aktivitu trávicího traktu (vzestup produkce slin, trávicích šťáv a vzestup aktivity hladké svaloviny). Stoupá také produkce potu a může dojít ke stažení zornic (Sananim, 2007).*

26. Akutní intoxikace nikotinem:

Akutní intoxikace nikotinem vyvolává nauzeu nebo zvracení, pocení, tachykardii a srdeční arytmii. Dochází k poruchám spánku (nejčastěji nespavost, eventuelně bizardní sny), objevuje se labilní nálada, pocity derealizace, neschopnost koncentrace na běžnou činnost (Raboch, 2001). Kalina (2003) uvádí, že akutní účinky nikotinu zahrnují lokální podráždění sliznic, nauzeu, bolest hlavy, průjem.

Kalina (2003) uvádí, že smrtelná dávka nikotinu je pro člověka kolem 80 mg nikotinu, rychle ale vzniká tolerance.

27. Závislost na tabáku:

Syndrom závislosti na nikotinu se vyvíjí velmi rychle, jeho vznik je výrazně ovlivněn prostředím (kouřením v rodině, ve skupině vrstevníků ve škole, v zaměstnání). Často se vyskytuje v kombinaci se závislostí na jiných drogách (alkohol, kanabinoidy, heroin), (Raboch, 2012).

Podle Králíkové (2001), čím více a čím rychleji se nikotin či obecně droga vstřebá a čím těsnější je vazba „dávka – účinek“, tím silnější závislost vzniká. V případě nikotinu je klíčové mohutné vyplavení dopaminu v nucleus accumbens. Nucleus accumbens je mozkové centrum pro pocity libosti, slasti, blaha, radosti, potěšení,,,odměny", euforie a to např. z jídla, eroticko-sexuální aktivity, z pohybu, z úspěchu v práci a životě, z nakupování (Kohoutek, n.d.).

Nikotin je vysoce návyková droga, většina uživatelů (přibližně 80%) se na něm v průběhu času stane závislými a splňuje kritéria pro diagnózu F17.X - poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním tabáku (Štěpánková, 2010). Raboch (2001) uvádí, že chronické užívání vyvolá závislost až u 85 % konzumentů, většinou nejpozději do dvou let od začátku kouření. Syndrom závislosti na nikotinu se vyvíjí velmi rychle, jeho vznik je výrazně ovlivněn prostředím (kouření v rodině, skupině vrstevníků, ve škole, v zaměstnání) a často se vyskytuje v kombinaci se závislostní na jiných drogách.

Somatickou závislost způsobuje jediná návyková látka mezi přibližně dalšími 5 000 složkami cigaretového kouře, a tou je rostlinný alkaloid nikotin. Chemická reakce v mozku a tvorba receptorů je podobná reakcím u jiných návykových látek, kterou je například heroin (Vrána, 2006).

Závislost na tabáku však nelze zredukovat pouze na fyzickou, drogovou závislost na nikotinu. Je potřeba vzít v úvahu i individuální zvyklosti, psychické charakteristiky a

sociální prostředí kuřáka, které jsou podkladem závislosti psychosociální. Psychosociální složka závislosti se vyvíjí postupně, tím jak si kuřák zvyká žít s cigaretou. Odtud pochází označení kouření jako návykové chování. Je zvyklý zapalovat si v pro něj typických situacích: ve společnosti, při relaxaci, ve stresu. Důležité jsou i vnitřní spouštěče, například stres, nuda, rozčilení (Štěpánková, 2010).

Užívání tabáku je charakterizováno pravidelností a nutkavostí a abstinence tabáku je obvykle provázena syndromem z odnětí. Farmakologické, psychologické a behaviorální procesy, určující závislost na tabáku, jsou podobné jako u drogové závislosti. Jde o naučené chování, které dříve či později u většiny kuřáků komplikuje fyzická závislost. Fyzická (drogová) závislost na nikotinu se vyvíjí po určité době a může být u různých osob značně odlišná. Většinou se objevuje závislost po dvou letech od zahájení kouření. U velmi malé skupiny kuřáků nemusí fyzická závislost vzniknout nikdy. Jsou to ti, kteří kouří celý život jen příležitostně, epizodicky a málo a to jak z hlediska časové frekvence, tak počtu vykouřených cigaret (Sovinová, n.d.).

Šimon (2002) uvádí definici kuřáctví podle Světové zdravotnické organizace:

- Kuřák – ten kdo v době vyšetření kouří.
- Pravidelný kuřák – kouří denně.
- Příležitostný kuřák – kouří, ale ne denně.
- Nekuřák – nekouří vůbec nebo vykouřil během svého života méně než 100 cigaret.
- Bývalý kuřák – dříve kouřil, nyní nekouří alespoň 1/2 roku.

28. Určení stupeň závislosti:

K základnímu stanovení fyzické závislosti lze využít dotazník Fagerströmova testu. Obecně je možné říci, že na nikotinu je závislý ten kuřák, který kouří nejméně 10-15 cigaret denně a první si zapaluje do hodiny po probuzení (Vrána, 2006).

Kalina (2003) uvádí, že závislost na tabáku se dá rozpoznat podle dvou věcí – kolik cigaret kuřák denně kouří a jak brzy po probuzení si musí zapálit svou první cigaretu. Patnáct a více vykouřených cigaret denně znamená závislost a kuřák závislý na nikotinu si obvykle zapaluje do 60 ti minut po probuzení.

29. Odvykací stav:

Sovinová (n.d.) uvádí, že hlavním nutkáním, proč kouřit, je snaha o udržení hladiny nikotinu v krvi. Když tato hladina klesne pod určitou hranici, je nutkání si zapálit velmi intenzivní (podrážděnost, nervozita).

Odvykací stav se podle Rabocha (2001) projevuje výrazným bažením po tabáku, malátností, slabostí, dysforií provázenou podrážděností a neklidem. Vyskytují se poruchy spánku a koncentrace. Odvykací stav nepředstavuje vážné zdravotní riziko, ale může trvat řadu týdnů.

Abstinenční příznaky se objevují řádově za několik hodin po poslední dávce (Kalina, 2003).

Odvykací stav zahrnuje podrážděnost, netrpělivost, poruchy soustředění, depresivní symptomatologie, úzkost a neklid. (Kalina, 2008).

Mezi abstinenční příznaky doprovázející odvykání kouření patří nezvladatelná touha po cigaretě (craving), deprese, špatná nálada, nespavost, podrážděnost, frustrace, zlost, úzkost, neschopnost soustředění nebo zvýšená chuť k jídlu (Vrána, 2006).

Dále podle Kaliny (2008), dlouhodobé nežádoucí účinky užívání nikotinu zahrnují poruchy soustředění, poruchy spánku a neklid.

Jak říká Gilman (2006) nikotin je silně návykovou drogou. Odvykání od nikotinu doprovázejí mírnější fyzické syndromy, ale psychické projevy jsou velice silné, zahrnují například depresivní nálady, popudlivosti, pocitů zoufalství, úzkosti, frustrace a neschopnosti se soustředit.

Abstinenční syndrom je tvořen kombinací příznaků, které se objevují při úplném nebo částečném vysazení látky, která byla dlouhodobě užívána. Pramení z narušení vnitřního prostředí organizmu, které je již na dané látce závislé. Podílí se na něm vysazení pravidelných dávek drogy, předchozí předávkování a vyčerpání rezerv organizmu. Nedostatek drogy je prožíván jako velmi nepříjemný stav. Intenzita, s jakou se abstinenční syndrom objevuje, je velmi individuální. V případě kuřáka mohou za nelibé pocity při vysazení cigaret „hladové nikotinové receptory“ v jeho mozku. Ty si v průběhu kouření zvykly na stálý přísun drogy – nikotinu –, a když jim jej odepřeme, bouří se a způsobují abstinenční příznaky. Nejtypičtějšími příznaky abstinenčního syndromu je:

- nezvladatelná chuť na cigaretu („craving“)
- špatná nálada, deprese

- úzkost
- nespavost
- neschopnost soustředění
- neschopnost odpočívat
- zvýšená chuť k jídlu
- podrážděnost, zlost, frustrace
- bolesti hlavy
- závratě
- pokles krevního tlaku a tepové frekvence
- pokles schopnosti zvládat stresové a jiné zátěžové situace

Abstinenční příznaky při vysazení nikotinu se objevují řádově po několika hodinách a nejhůře bývají pociťovány v průběhu prvních 3 týdnů. Celková doba jejich trvání se pohybuje v rozmezí 3 týdny až 3 měsíce, proto je velmi důležité dodržet předepsanou délku léčby – minimálně ony 3 měsíce (Odvykani-koureni.cz).

30. Následky závislosti

Polovina kuřáků zemře na následky kouření, a to v průměru o 15 let dřív, než kdyby nekouřili. Nejčastěji umírají na kardiovaskulární nemoci (infarkt, mozková mrtvice nebo uzavírání tepen na nohou), nádory a na chronické plicní nemoci. K poškození stačí jedna cigareta denně nebo i pasivní kouření. Také pes nebo kočka, kteří žijí v domácnosti kuřáků, mají kratší život, než by měli v nekuřácké domácnosti (Odvykani-koureni.cz).

Kouření může způsobit snížení účinku řady léků, důsledkem je například nutnost vyššího dávkování většiny běžných psychofarmak a některých analgetik, což s sebou nese jednak vyšší riziko projevu negativních vedlejších účinků těchto léků a následně též riziko vzniku závislosti na některé z těchto látek (Raboch, 2012).

31. Léčba závislosti na tabáku:

Podle Štěpánkové (2010) je v průběhu léčby závislosti na nikotinu nutné zacílit všechny její aspekty co nejdůsledněji:

- Fyzickou stránku závislosti, způsobenou zmnožení a senzitizací nikotinových receptorů a dalšími biologickými mechanismy prostřednictvím farmakoterapie.

- Psychosociální stránku závislosti prostřednictvím psychobehaviorální intervence.

Současně je nutná co nejlepší kompenzace případně přítomných psychických problémů a onemocnění. Duální diagnózy (souběžná onemocnění závislostí na tabáku či jiných drogách a psychických onemocnění), jsou totiž velmi časté. Pro kuřáky závislé na nikotinu, či obecně pro všechny, kdo mají problém přestat, je ideální kombinace psychobehaviorální intervence a farmakologické léčby.

Léčba odvykacího stavu a závislosti na nikotinu probíhá ambulantně, je zásadně orientovaná k úplné abstinenci a většinou je kombinací behaviorální psychoterapie (se zvláštním důrazem na motivační trénink) a substituční léčby, při které je možno použít nikotin ve formě náplastí a žvýkaček. Novinkou jsou preparáty snižující carving (vareniclin stimulující dopaminu a blokující nikotinové recepty a selektivní inhibitor kanabinoidních receptorů CB1 rimonabant), Raboch, 2012).

32. Substituční léčba závislosti na nikotinu:

24. Náhradní nikotinová terapie

První lék se objevil koncem 70. let, šlo o nikotinovou žvýkačku. Podnětem k jejímu vzniku byly abstinenční příznaky švédských námořníků, kteří nemohli kouřit v ponorce. V současné době náhradní nikotinová terapie existuje ve formě náplastí, žvýkaček, inhalátorů, mikrotablet, pastilek či nosního spreje. V České republice jsou na trhu dostupné první tři jmenované formy. Principem náhradní nikotinové terapie je dodání čistého nikotinu z jiného zdroje než z cigarety, což představuje vždy menší riziko než cigareta. Účinnost všech forem je srovnatelná a zhruba zdvojnásobují úspěšnost odvykání. (Králíková, 2011).

Bupropion

V 90. letech 20. století psychiatři v USA náhodně zaznamenali, že pacienti léčení pro depresi bupropionem (Wellbutrin) přestávají kouřit, což je u depresivních nemocných neobvyklé (kouří jich kolem 60 %). Ve studiích se pak ukázalo, že bupropion (blokátor zpětného vychytávání dopaminu a noradrenalinu) opravdu prakticky zdvojnásobuje úspěšnost abstinence od cigaret. Stejná tableta, 150 mg bupropionu, tedy byla registrována jako lék pro terapii závislosti na tabáku i u pacientů bez deprese (Zyban), (Králíková, 2011).

Vareniklin

V roce 2006 byl na trh uveden vareniklin (Champix), částečný agonista alfa-4/beta-2 acetylcholin nikotinových receptorů. To je jeden z mnoha typů receptorů, na něž se nikotin váže. Jde o variantu typickou pro silnější závislost, tedy právě pro ty, kdo mají problém odložit cigarety. Má agonistické i antagonistické účinky. Naváže se na receptory, takže se otevře iontový kanálek, ionty vstoupí do neuronu a signál způsobí vyplavení dopaminu v nucleus accumbens podobně jako po potažení z cigarety, ale bez peaku (vrcholu) – hladina dopaminu dosahuje kolem 60 % stavu po potažení z cigarety, nikoli však v řádu vteřin, ale hodin (Králíková, 2011).

Antagonistický vliv spočívá v tom, že pokud si pacient zapálí, nikotin z cigarety se na příslušný receptor nenaváže, protože ten je obsazen vareniklinem. Další dopamin se tedy nevyplaví a pocit odměny po potažení se nedostaví (Králíková, 2011).

33. Alternativní přístupy k odvykání kouření

Akupunktura a hypnoterapie jsou často doporučovány jako účinná pomoc při odvykání kouření. Je zvláštní, že praktičtí lékaři jsou často nadšenými podporovateli obou těchto přístupů, ačkoli dosud neexistují žádné důkazy, které by tyto přístupy podporovaly. Akupunktura je metoda tradiční čínské medicíny a je založena na užití jehel, které stimulují určité body v těle. Byla subjektem mnoha kontrolovaných studií a dvě metaanalýzy revidovaly jejich výsledky. Tyto metaanalýzy shledaly, že neexistují vědecké důkazy, že akupunktura či obdobné metody mohou zvýšit počet lidí, kteří dokáží přestat kouřit. Zvláště nebyl žádný rozdíl ve studiích, které srovnávaly účinnost aktivní a inaktivní akupunktury. Autoři metaanalýz konstatovali, že vzhledem k metodologickým problémům nelze vyvodit definitivní závěr a je třeba dalších studií v této oblasti. Celková úroveň těchto studií byla hodnocena posuzovateli jako slabá. Pravděpodobnost odvyknutí kouření (odds ratio) byla 1,29 po 6 měsících a 1,03 po 12 měsících. Existuje mnoho typů hypnoterapie (léčení pomocí hypnózy). Některé se pokoušejí oslabit přání kouřit, jiné posílit vůli přestat kouřit a další pomoci se koncentrovat na odvykací program. Ačkoli některé nekontrolované studie naznačovaly benefit, Cochrane systematic review uzavírá, že v kontrolovaných studiích hypnoterapie neprokázala větší efekt na míru úspěšnosti při odvykání kouření oproti stavu bez léčby (Slzt.cz).

34. Krátká intervence lékaře k pacientovi o kouření (5P, 5A)

Pro jasnou a srozumitelnou demonstraci pomoci kuřákům v ordinacích lékařů byla vytvořena krátká intervence 5 P (anglicky 5A). Má názorně umožnit v čase cca 3 – 5 minut každému i velmi přetíženému lékaři, aby se věnoval pacientovi kuřákovi a pomohl mu buď přestat kouřit, nebo alespoň posiloval přesvědčení o nutnosti kouřit přestat. Intervence 5P je velmi vhodná též pro zdravotní sestry (v praxi má ZS více času na pohovor s pacientem než lékař). Výrazem „5 P“ (v angličtině“5 A“) se míní Ptát se (Ask), Poradit (Advise), Posoudit ochotu přestat (Assess), Pomoci (Assist), Plánovat kontroly (Arrange follow–up) (Kurakovaplice.cz).

7. Kouření, deprese a úzkost

35. Úvod

„*Existuje vysoká míra komorbidity mezi řadou duševních poruch a kouřením, respektive závislostní na nikotinu*“ (Raboch, 2001. Str. 220)

Výzkumy ukázaly silný vztah mezi kouřením, depresí a úzkostnými poruchami, ale směr tohoto vztahu je nejistý. Většina výzkumů byla provedena pomocí vzorků z obecné populace. (Ncbi.nlm.nih.gov 2).

S rozšířením tabáku koreluje frekvence duševních poruch a somatických poškození, způsobených kouřením tabáku (Raboch, 2001). Podle Rabocha (2010), v dospělé populaci ČR kouří kolem 26%, mezi psychiatricky nemocnými však mnohem víc, psychiatrických pacientů s depresí kouří cca 60%. Kuřáci mají také vysokou psychiatrickou komorbiditu, cca kolem 30%. Maršálek (2008), říká, že ve zdravé populaci kouří přibližně 28% - 30% osob.

Úzkost a deprese jsou nejčastější u kuřáků (Medicalnewstoday.com)

Kouření zvyšuje riziko vzniku deprese, lidé s depresí častěji kouří (Nedley, 2007).

Prevalence kuřáctví cigaret je u psychiatrických pacientů celkově vyšší než u ostatní populace. Ve studii u ambulantních pacientů v USA bylo zjištěno, že cigarety kouří 88 % pacientů se schizofrenií, 70 % pacientů s manií a 49 % pacientů s depresí, zatímco prevalence kuřáctví v obecné populaci USA je asi 22 - 30 % (Kurakovaplice.cz. 1).

Jak uvádí Štěpánková (2010), psychiatricky nemocní kuřáci mají statisticky více psychiatrických symptomů i větší riziko závislosti na alkoholu a jiných drogách než nekuřáci se stejnou psychiatrickou diagnózou.

„*Mezi pacienty našeho centra (Referenční centrum léčby závislosti na tabáku III. interní kliniky1.LF UK a VFN, pozn. autora) je kolem 25 % těch, kteří mají nějakou psychiatrickou diagnózu*“ říká Králíková (2011).

Také Raboch (2010) uvádí, že psychicky nemocní kuřáci bývají silněji závislí na nikotinu a kouří v průměru více cigaret než kuřák bez tohoto onemocnění. U psychiatricky nemocných kouření zhoršuje prognózu jejich nemoci. Kouření zvyšuje také riziko psychiatrických onemocnění, například deprese, sebevraždy, agorafobie, bipolární poruchy a dalších.

Vzrůstající počet kuřáků byl zaznamenán mezi psychiatrickými pacienty, včetně těch s úzkostnými a depresivními poruchami (Dionysus.psych.wisc.edu).

Kouření může zhoršit některé příznaky duševních onemocnění, například zvyšuje riziko úzkosti a panické poruchy (Globalsmokefree.com). Osoby se závislostí na nikotinu měli vyšší výskyt depresí a úzkostných poruch. Kuřáci bez závislosti na nikotinu měli vyšší výskyt dalších látkových závislostí, ale ne závažné deprese nebo úzkostné poruchy (Archpsyc.jamanetwork.com).

Nikotin má podobné povzbuzující účinky na nervový systém jako kofein. Kouření má vliv na kvalitu spánku, schopnost uskutečňovat plány a dokonce snižuje šanci čelit stresu. Schopnost vykonávat složité duševní úkoly je u kuřáků nižší než u nekuřáků. Pokud kuřák přestane kouřit, jeho schopnosti se přechodně zhorší. Mnozí se proto k cigaretě vrací, protože se mylně domnívají, že jim kouření pomáhalo. Kromě krátkodobých duševních účinků si kouření vybírá i dlouhodobou daň, a to v podobě zhoršených mozkových funkcí. V porovnání s nekuřáky mají kuřáci výrazně vyšší riziko mozkových příhod, které poškozují mozek. Nikotin je jednou z hlavních příčin ztráty duševních funkcí a z dlouhodobého hlediska nemá na mozek žádný blahodárný vliv (Nedley, 2007).

Podle Štěpánkové (2010) má kouření cigaret a ostatních tabákových výrobků také řadu farmakologických interakcí, zejména s psychoaktivními látkami. Tento vliv je dán především zvýšením a zrychlením metabolismu psychofarmak (nikoli přímo vlivem nikotinu), a proto je u kuřáků často nutná jejich vyšší dávka, někdy až dvojnásobná v porovnání s nekuřáky. Naopak při odvykání kouření je možné (a někdy i nutné) dávku psychofarmak snížit.

Pacienti s psychiatrickým onemocněním kouří dvakrát až třikrát více než běžná populace. Kouří v průměru více cigaret denně, inhalují hlouběji a déle, mají v krvi vyšší hladiny metabolitů tabákového kouře a jsou závislejší na nikotinu. Z toho lze odvodit, že mentálně nemocní mají i vysokou prevalenci nemocí způsobených kouřením a vysokou mortalitu z těchto příčin (Štěpánková, 2010).

36. Kouření a deprese

Deprese je spojená se zvýšeným výskytem kouření. Závislí kuřáci jsou charakterističtí zabýváním se kouřením, nadměrnému přimknutí k cigaretě, a předpokládáním mozku, že dostane „odměnu“ od látek v cigaretovém kouři. Pokusy přestat kouřit často vedou

ke snížené úrovni radosti a nežádoucím výkyvům nálady. Takže, jakmile se mozek přizpůsobí na denní dávku drogy (respektive nikotinu), připadá mu nenormální, pokud se uživatel pokusí přestat (Psychcentral.com).

Štěpánková (2010) uvádí, že pacienti s depresí mají vyšší riziko vzniku závislosti na nikotinu, naopak kuřáci mají vyšší pravděpodobnost vzniku manifestní deprese a dále kouření i deprese mohou mít částečně společný genetický základ. Mezi depresivními pacienty je cca 60% kuřáků.

Dále Králíková (2011) uvádí, že nejčastější mezi pacienty již uvedeného centra je deprese – cigareta je její sebemedikací (vyplaví se dopamin), ale také příčinou (pokles dopaminu po „peaku“ - vrcholu - depresi vyvolává). Kouření dále zhruba dvakrát až třikrát více koreluje s rizikem sebevraždy.

Samo kouření má podle Štěpánkové (2010) negativní vliv i na psychické zdraví – obecně mají kuřáci až čtyřnásobně vyšší riziko sucidia ve srovnání s nekuřáky, ti psychiatricky nemocní mají více psychiatrických symptomů a v průměru častější hospitalizace pro relaps jejich základního onemocnění.

Pacienti s depresí odvykají obtížně a u některých psychiatrických diagnóz se dokonce bude zvažovat doporučení přestat kouřit (Kalina, 2003).

Kouření pravděpodobně zvyšuje riziko deprese (podobně jako kofein) tím, že zpomaluje krevní oběh v mozku. Někteří odborníci tvrdí, že kouření riziko vzniku deprese pravděpodobně nezvyšuje. Příčina společného výskytu nikotinu a depresí souvisí s tím, že lidé s depresí mají tendenci se léčit nikotinem. Nikotin totiž dočasně zvyšuje hladinu chemických látek v mozku, které zlepšují náladu. Diskuse stále probíhá, avšak faktem zůstává, že se odborníci shodují, že kouření a deprese spolu souvisejí a žádný lékař nedoporučuje nikotin jako legitimní lék na depresi (Nedley, 2007).

Jak nikotin ovlivňuje čelní lalok:

- Snižuje kvalitu spánku
- Snižuje schopnost vykonávat složité duševní úkoly
- Snižuje schopnost zvládnout stres
- Zvyšuje riziko mrtvice, která poškozuje mozek
- Poškozuje mozek plodu těhotných
- Souvisí s depresí (Nedley, 2007)

25. Sebemedikace depresí kouřením

Několik studií uvádí, že kouření a deprese spolu úzce souvisí. Obecně se deprese vyznačuje smutnou (depresivní) náladou, ztrátou zájmů, poruchami spánku, poklesem energie, sníženou sebedůvěrou, výčitkami vůči vlastní osobě, poruchami chuti k jídlu (v obou směrech). Podstatou deprese jsou poruchy neurotransmiterů v mozku (zejm. nedostatek noradrenalinu a serotoninu); antidepresiva tento nedostatek odstraňují (Kurakovaplice.cz, 2.).

Nový výzkum naznačuje, že cigaretový kouř může obsahovat látku, která má antidepresivní účinky, což vysvětluje, proč je kouření cigaret mnohem častější u pacientů s depresí. Šetření tří tisíc osob v St. Louis, potvrdilo, že celoživotní četnost deprese byla častější u kuřáků než nekuřáků (6,6% oproti 2,9%). Tato studie také ukázala, že kuřáci, kteří udávali alespoň jednu epizodu deprese, měli menší pravděpodobnost uspět v programech pro odvykání kouření, než kuřáci bez deprese (14% oproti 28%). Tyto závěry byly mnohokrát potvrzeny (Psychcentral.com).

V cigaretovém kouři se vyskytuje kromě nikotinu tisíce dalších chemických látek, z nichž jedna nebo několik může ovlivnit náladu v podstatě stejným způsobem jako skupina antidepresiv nazývaná inhibitory monoaminooxidázy nebo (IMAO). Tato skupina antidepresiv účinně zvyšuje hladinu specifických neurotransmiterů zapojených do regulace nálady. Kouření tedy může být způsob jak si depresivní jedinci sebemedikují depresivní příznaky. V důsledku toho by zdravotničtí pracovníci, kteří nabízejí programy pro odvykání kouření, měli nabízet vyšetření depresivity a měli by být připraveni na řešení zásadních poruch nálady jako na součást komplexního programu odvykání kouření (Psychcentral.com).

Tabákový kouř se skládá z několika tisíc látek a účinky mnoha z nich nejsou ještě prozkoumány. Látkou s významným psychotropním účinkem, která je také zodpovědná za rozvoj závislosti na tabáku, je nikotin. Existují důkazy o účinku nikotinu na náladu. Intravenózní aplikace nikotinu vyvolává pocit euforie, což je připisováno zvýšenému uvolňování dopaminu v nucleus accumbens v mozku. Na druhé straně odnětí nikotinu je spojeno s dysforií (rozladou, špatnou náladou), (Kurakovaplice.cz. 1.).

Z pokusů na zvířatech lze usoudit, že nikotin má dlouhodobé účinky podobné účinkům antidepresiv. Když bylo jako model deprese u laboratorních potkanů použito paradigma naučené bezmocnosti, chronické podávání nikotinu zmenšovalo naučenou bezmocnost

potkanů a tento účinek nikotinu se dal zrušit pomocí antagonisty nikotinových receptorů mecamylaminu. Potenciální antidepresivní působení nikotinu nemusí být zprostředkováno pouze zvýšením uvolňování dopaminu v nucleus accumbens, protože nikotin zvyšuje i uvolňování serotoninu a noradrenalinu, což jsou mediátory klíčové z hlediska patogeneze deprese (Kurakovaplice.cz. 1.).

Je velmi pravděpodobné, že nikotin není jedinou psychoaktivní látkou v tabákovém kouři. Bylo zjištěno, že u kuřáků dochází k inhibici enzymů MAO-A a MAO-B , přičemž samotný nikotin monoaminoxidázy neinhibuje. Inhibitory monoaminooxidáz jsou přitom užívány jako antidepresiva (tranylcypromin, fenelzin, moklobemid) nebo jako antiparkinsonika a kognitiva (selegilin), (Kurakovaplice.cz. 1.).

Pro společné biologické mechanismy při rozvoji deprese a závislosti na nikotinu může svědčit i to, že antidepresiva bupropion a nortriptylin jsou účinná v léčbě závislosti na nikotinu (Kurakovaplice.cz. 1.).

Kouření převažuje u pacientů, kteří mají problémy s depresemi a také zanechání kouření je u těchto pacientů méně úspěšné. Je tedy možné říci, že kouření má přechodné antidepresivní účinky. Vše souvisí s hladinou MAO, tedy monoaminooxidázy v mozku (Kurakovaplice.cz, 2.).

Bylo zjištěno, že látky, které inhibují MAO, mají antidepresivní vlastnosti. V jedné studii byla testována hypotéza, že kuřáci mají v mozku sníženou hladinu MAO A. Pomocí pozitronové emisní tomografie a clorgylinu (radioaktivní indikátor, který se váže ireverzibilně na MAO A) se srovnávala hladina MAO A v mozku 15 nekuřáků a 16 současných kuřáků. Čtyřem nekuřákům byl pro kontrolu podán tranylcypromin 53 (antidepresivum, inhibitor MAO), (Kurakovaplice.cz, 2.).

Ukázalo se, že u kuřáků byla hladina MAO A výrazně nižší než u nekuřáků (průměrně o 28 %). Redukce MAO A po ošetření tranylcyprominem byla průměrně 58 %. Výsledky tohoto testu tedy ukázaly spojitost mezi kouřením a sníženou hladinou MAO A v mozku (Kurakovaplice.cz, 2.).

Další studie se zabývala sníženou hladinou MAO B u kuřáků. Opět byla použita pozitronová emisní tomografie a pro srovnání také [11C]L-deprenyl-D2 (radioaktivní indikátor, který se váže ireverzibilně na MAO B – inhibitor MAO B). Ukázalo se, že kuřáci mají o 40 % sníženou hladinu MAO B oproti nekuřákům (Kurakovaplice.cz, 2.).

37. Kouření, úzkosti a deprese

Byl objeven významný vztah mezi mírnou závislostí na nikotinu, depresí, obsedantně kompulzivní poruchou, fobii a úzkostnými poruchami (Dionysus.psych.wisc.edu).

26. Závislost na nikotinu

Souvislost mezi střední závislostí na nikotinu a úzkostnou poruchou byla statisticky prokázána. Rozdíl v prevalenci deprese a úzkostné poruchy mezi mírnou a střední závislostí na nikotinu byl statisticky prokázán (Dionysus.psych.wisc.edu).

Pravděpodobnost vzniku deprese u lidí se střední nikotinovou závislostí byla skoro pětkrát vyšší, než u lidí bez závislosti na nikotinu. Rovněž existuje souvislost mezi mírnou závislostí na nikotinu a depresí (Dionysus.psych.wisc.edu).

Pravděpodobnost vzniku úzkostné poruchy u lidí se střední nikotinovou závislostí byla více jak čtyřikrát větší než u lidí bez závislosti na nikotinu. Ačkoliv u mírné nikotinové závislosti byl výskyt úzkostné poruchy nízký (nesignifikantní), (Dionysus.psych.wisc.edu).

Dospěli jsme k závěru, že nikotinová závislost má přídavné efekty v podobě pravděpodobnosti vzniku deprese a úzkostných poruch (Dionysus.psych.wisc.edu).

Souvislost nikotinové závislosti, deprese, úzkostných poruch byla prokazatelně vyšší u lidí středně závislých na nikotinu, než u lidí s mírnou závislostí na nikotinu. V porovnání s lidmi, kteří nikdy nekouřili, měli kuřáci bez závislosti na nikotinu prokazatelně větší sklon k ostatním látkovým závislostem, ale ne k depresím a úzkostným poruchám (Dionysus.psych.wisc.edu).

27. Věk

Kouření je známo jako rizikový ukazatel deprese a některých z úzkostných poruch. Nejsou dostupná data o úloze věku v začátku kouření a ve vývoji deprese a úzkostných poruch. Zkoumali jsme souvislost věku začátku kouření a věku propuknutí deprese a úzkostné poruchy (Ncbi.nlm.nih.gov 1).

Mezi dospívajícími kuřáky, kteří kouří „méně než jednou denně“, měly osoby s vysokou úrovní deprese a úzkostných symptomů zvýšené riziko závislosti na nikotinu v mladé dospělosti, ve srovnání s mladými dospělými, kteří měli v dospívání nízkou hladinu deprese a úzkostných symptomů (Ncbi.nlm.nih.gov.ezproxy.is.cuni.cz.3.).

Mezi dospívajícími denními kuřáky, měli osoby s vysokou úrovní deprese a úzkostných symptomů téměř dvojnásobný nárůst hlášení závislosti na nikotinu v mladé dospělosti ve srovnání s mladými dospělými s nízkou úrovní adolescentní deprese a úzkostných symptomů (Ncbi.nlm.nih.gov.ezproxy.is.cuni.cz. 3.).

Dospívající kuřáci s depresí a úzkostnými symptomy jsou tedy vystaveni zvýšenému riziku závislosti na nikotinu v mladé dospělosti (Ncbi.nlm.nih.gov.ezproxy.is.cuni.cz.3.).

28. Souvislost kouření a úzkostně-depresivní poruchy

Studie ukazuje, že kouření je spojeno s úzkostně-depresivní poruchou, stejně tak jako s úzkostí samotnou. Lidé, kteří jsou depresivní, ale ne úzkostní, kouří stejně jako ostatní kuřáci. Tyto závěry pocházejí ze společné studie norského institutu veřejného zdraví (NIPH), univerzity Bergen a King´s College v Londýně (Medicalnewstoday.com).

Souvislost mezi kouřením a úzkostí / depresí byla nejvíce patrná u žen a mladých lidí. Údaje byly získány z 60 000 účastníků „ zdravotnických studií“ v North-Troendelag v Norsku (Medicalnewstoday.com).

Údaje WHO ukazují, že 30% obyvatel západních zemí denně kouří. Dřívější studie prokázaly, že lidé s psychickými problémy jsou dvakrát náchylnější ke kouření, oproti zbytku populace. Je znám negativní vliv kouření na fyzické zdraví, je také známo, že kouření je spojeno s dalšími psychickými problémy. Úzkost a deprese jsou nejčastější stížnosti u kuřáků a jsou u nich také často přítomny (Medicalnewstoday.com).

Tato studie ukazuje nejsilnější korelaci s kouřením, když je subjekt jak úzkostný, tak depresivní, další nejsilnější korelace byla u úzkostných a okrajová korelace u pouze depresivních subjektů. Úzkost a deprese se nesnížily, v průběhu času po skončení kouření (Medicalnewstoday.com).

Doba mezi začátkem deprese a / nebo úzkostné poruchy a začátkem kouření byla o pět let kratší pro kuřáky, kteří začali kouřit dříve než pro kuřáky, kteří začali kouřit později. Navíc, větší procento kuřáků, s dřívějším začátkem kouření, než kuřáků, kteří začali kouřit později, mělo nástup psychických problémů dokonce do pěti let od začátku kouření. Věk začátku kouření predikoval věk nástupu psychických obtíží po kontrole vlivu pohlaví, vzdělání a traumat z dětství. Když byla udělána oddělená analýza pro úzkosti a depresivní poruchu, tento vzorec výsledků byl nalezen pouze u úzkostných poruch. Vyplívá z toho tedy, že nízký věk při začátku kouření je spojen s kratším časem

nástupu úzkostné poruchy. Tato studie s úzkostnými pacienty rozšiřuje dosavadní zjištění u vzorků z obecné populace, které ukazují spojitost mezi kouřením a úzkostnou poruchou a depresí (Ncbi.nlm.nih.gov 1).

Asociace s kouřením byla nejsilnější u úzkostně depresivních obtíží (úzkostně-depresivní porucha), dále u úzkostných a pouze okrajově u depresivních. Asociace byla také silná u žen a mladých účastníků. Úzkost a deprese byli nejsilnější u kuřáků, poté u bývalých kuřáků a nakonec u nekuřáků. Nebyl zaznamenán pokles úzkosti nebo deprese po zanechání kouření. Předchozí studie souvislosti mezi kouřením a depresí možná přecenili tuto souvislost, protože ignorovali úzkostnou komorbiditu (Mykletun, 2007).

Data pocházejí z nizozemské „Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA)“, zahrnují účastníky s aktuální diagnózou deprese a/ nebo úzkostné poruchy. Průběh kouření a příznaky deprese, generalizované úzkostné poruchy, sociální fobie a agorafobie byli měřeny na začátku, po jednom roce a po dvou letech. Věk, pohlaví, vzdělání, užívání alkoholu, fyzická aktivita a negativní životní události byli považovány za proměnné. Na počátku studie, byly příznaky deprese, generalizované úzkostné poruchy a agorafobie více závažné u kuřáků závislých na nikotinu oproti nekuřákům, příležitostným kuřáků a kuřákům bez závislosti na nikotinu. Tyto rozdíly zůstaly po úpravě proměnných. Menší rozdíly byly pozorovány u závažnosti sociální fobie, které už nebyly významné po kontrole proměnných. Po dvou letech sledování, bylo zlepšování depresivních a úzkostných příznaků pomalejší u kuřáků závislých na nikotinu než v jiných skupinách, a to i po kontrole proměnných. V průběhu času nebyly zjištěny žádné rozdíly mez skupinami sociální fobie a agorafobie v průběhu příznaků (Ncbi.nlm.nih.gov 2).

U psychiatrických pacientů je kouření spojeno s vyšší závažností depresivních a úzkostných příznaků a s pomalejším zotavením, ale pouze tehdy, když jsou kuřáci na nikotinu závislí (Ncbi.nlm.nih.gov 2).

8. Výsledky

38. Výzkumný cíl

Výzkumným cílem mé práce je zkoumat vzájemný vztah mezi depresí, úzkostí a závislostí na nikotinu.

39. Výzkumné otázky

- Existuje vzájemný vztah mezi mírou úzkosti a závislostí na nikotinu?
- Existuje vzájemný vztah mezi mírou depresí a závislostí na nikotinu?
- Popsat vzorce kouření v populaci lidí, kteří vyhledali léčbu depresí a nebo úzkostí?

40. Materiál a metodika

Tento výzkum realizuji formou kvantitativního výzkumu.

Výzkum jsem realizovala formou anonymních dotazníků, které jsem rozdala v níže uvedených zařízeních.

Respondenti byli informováni o účelech výzkumu a o zachování jejich anonymity.

Sběr dat probíhal v období od 6.12.2012 do 22.4.2013. Celkem jsem rozdala 58 dotazníků, 11 dotazníků se nevrátilo, 11 se vrátilo prázdných a 4 dotazníky byli nedovyplněné. Pracuji tedy se 32 dotazníky.

Celkově se dotazníkové šetření protáhlo, oproti mým původním předpokladům, kdy jsem si na něho v časovém plánu vyhradila měsíc, a to z důvodu neumožnění šetření ze strany několika mnou oslovených zařízení.

Dotazníky jsem rozdávala v následujících zařízeních: ESET-HELP, občanské sdružení, Vejvanovského 1610, 149 00 Praha 4; denní psychoterapeutické sanatorium Ondřejov, Klánova 62, Praha 4 – Hodkovičky, 140 00; Psychiatrické centrum Praha Ústavní 91, 181 03 Praha 8 – Bohnice; Krajská nemocnice Liberec, psychiatrické oddělení pro dospělé, Liberec, Staré Město, Husova 10, 460 63.

41. Nástroje

- Fagerströmův test závislosti na nikotinu (Fagerström, 1989).
- Beck Depression Inventory (BDI), (Beck 1988).
- State – Trait Anxiety Inventory for Adults (STAI Y), (Spielberg, 1983). Vlastní překlad z aj verze (reginfo.gov). Ve svém výzkumu jsem použila tzv. „trait“ část

dotazníku, jedná se o jeho druhou část, která zkoumá u respondenta úzkostnost jako rys jeho osobnosti.

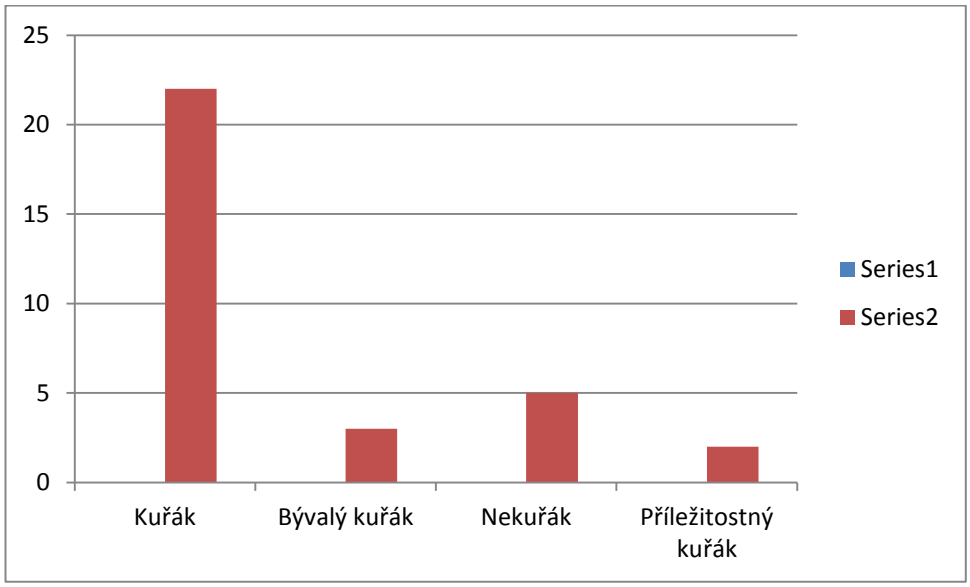
- Mnou vytvořený obecný dotazník týkající se kouření, kuřáckých návyků, kuřáckého chování a sociodemografických údajů (viz příloha č. 1.).

Respondentů bylo dohromady 32, z toho 20 žen a 12 mužů.

Respondenti byli z řad klientů denních stacionářů a psychiatrického oddělení pro léčbu afektivních a neurotických poruch.

22 respondentů se při vyplňování dotazníku označilo jako pravidelní kuřáci, 2 jako příležitostní, 3 jako bývalí kuřáci a 5 respondentů jako nekuřáci.

V obecném dotazníku jsou kategorie užívání tabákových výrobků rozděleny takto: pravidelný kuřák kouří denně; příležitostný kuřák kouří, ale ne denně; bývalý kuřák dříve kouřil, nyní již šest měsíců nekouří; nekuřák nekouřil vůbec nebo vykouřil méně než 100 cigaret za život. Uživatelem jiných tabákových výrobků než cigaret se rozumí uživatel doutníku, dýmky, bezdýmého tabáku (žvýkací, šňupací).



Graf 1. : Kategorie užívání tabákových výrobků.

3 respondenti mají VŠ vzdělání, 2 respondenti mají VOŠ, 15 respondentů má SŠ s maturitou, 8 respondentů má SŠ bez maturity a 4 respondenti mají základní vzdělání.

Věkové rozpětí respondentů je 20 – 63 let, průměrný věk je 39 let.

10 respondentů je rozvedených, 14 svobodných, 7 vdaných a 1 respondent vdova/vdovec.

1 respondent uvedl, že je v domácnosti, 2 v důchodu, 6 v invalidním důchodu a 2 zaměstnaní – v invalidním důchodu (z toho 4 respondenti uvedli, že jsou v invalidním důchodu v důsledku svých psychických obtíží), 1 respondent uvedl, že zaměstnání nemá, 1 uvedl, že je nezaměstnaný, 1 uvedl, že je na pracovním úřadě. 2 respondenti se označili jako studenti, 5 jako OSVČ a 11 se označilo jako zaměstnanci.

Data jsem zpracovával pomocí programů Statistica (trial verze) a Microsoft Excel. Dotazníky jsem administrovala osobním sčítáním.

42. Shrnutí výsledků

Tabulka č. 1.

Variable	Fagerström	STAI T
Fagerström	1,000000	0,3718
STAI T	0,3718	1,000000

Tabulka č. 1. zobrazuje výsledky Spearmanova korelačního koeficientu (zpracováno v programu Statistica trial version, p<,05000), při hledání vzájemného vztahu mezi mírou úzkosti (STAI) a závislostí na nikotinu (Fagerström). Tato tabulka zobrazuje tento vztah pouze ve skupině kuřáků.

Mou výzkumnou otázkou bylo, zda existuje vzájemný vztah mezi mírou úzkosti a závislostí na nikotinu?

V tomto případě nebyl prokázán statisticky významný vztah mezi mírou úzkosti a závislostí na nikotinu ve skupině kuřáků.

Tabulka č. 2.

Variable	BDI	Fagerström
BDI	1,000000	0,48478
Fagerström	0,48478	1,000000

Tabulka č. 2. zobrazuje výsledky Spearmanova korelačního koeficientu (zpracováno v programu Statistica trial vision, p<,05000), při hledání vzájemného vztahu mezi mírou depresí (BDI) a závislostí na nikotinu (Fagerström). Tato tabulka zobrazuje tento vztah pouze ve skupině kuřáků.

Mou výzkumnou otázkou bylo, zda existuje vzájemný vztah mezi mírou depresí a závislostí na nikotinu?

V tomto případě byl prokázán statisticky významný vztah mezi mírou depresí a závislostí na nikotinu ve skupině kuřáků.

Tabulka č. 3.

Variable	Fagerström	STAI T
Fagerström	1,000000	0,223086
STAI T	0,223086	1,000000

Tabulka č. 3. zobrazuje výsledky Spearmanova korelačního koeficientu (zpracováno v programu Statistica trial vision, p<,05000), při hledání vzájemného vztahu mezi mírou

úzkosti (STAI) a závislostí na nikotinu (Fagerström). Tato tabulka zobrazuje tento vztah ve skupině všech respondentů.

Mou výzkumnou otázkou bylo, zda existuje vzájemný vztah mezi mírou úzkosti a závislostí na nikotinu?

V tomto případě nebyl prokázán statisticky významný vztah mezi mírou úzkosti a závislostí na nikotinu ve skupině všech respondentů.

Tabulka č. 4.

Variable	BDI	Fagerström
BDI	1,000000	0,2466
Fagerström	0,2466	1,000000

Tabulka č. 4. zobrazuje výsledky Spearmanova korelačního koeficientu (zpracováno v programu Statistica trial vision, p<,05000), při hledání vzájemného vztahu mezi mírou depresí (BDI) a závislostí na nikotinu (Fagerström). Tato tabulka zobrazuje tento vztah ve skupině všech respondentů.

Mou výzkumnou otázkou bylo, zda existuje vzájemný vztah mezi mírou depresí a závislostí na nikotinu?

V tomto případě nebyl prokázán statisticky významný vztah mezi mírou depresí a závislostí na nikotinu ve skupině všech respondentů.

Tabulka č. 5.

Když se cítíte dobře po psychické stránce, kouříte?	
Méně	**10**
Stejně	**12**
Více	**2**

V tabulce č. 5. je číselně znázorněn počet respondentů, kteří odpověděli na otázku, jak kouří, když se cítí dobře po psychické stránce.

10 respondentů uvedlo, že kouří méně, 12 kouří stejně a 2 respondenti kouří více, když se cítí dobře po psychické stránce.

Tabulka č. 6

Když je Vám po psychické stránce špatně, kouříte?	
Méně	**0**
Stejně	**4**
Více	**20**

V tabulce č. 6 je číselně znázorněn počet respondentů, kteří odpověděli na otázku, jak kouří, když je jim po psychické stránce špatně.

Žádný z respondentů neuvedl, že kouří méně, 4 respondenti kouří stejně a 20 kouří více, když je jim po psychické stránce špatně.

Tabulka č. 7.

Během hospitalizace (na psychiatrické klinice) či docházení do stacionáře kouříte?	Sloupec1
Méně	6
Stejně	7
Více	9

V tabulce č. 7 je číselně znázorněn počet respondentů, kteří odpověděli na otázku, jak kouří během hospitalizace či docházení do stacionáře. Na tuto otázku neodpověděli 2 z respondentů.

6 respondentů uvedlo, že kouří méně, 7 kouří stejně a 9 respondentů více, během hospitalizace či docházení do stacionáře.

Tabulka č. 8.

Když se cítíte dobře po psychické stránce, kouříte?	Pravidelní k.	Příležitostní k.
Méně	8	2
Stejně	8	4
Více	2	0

V tabulce č. 8 je číselně znázorněn počet respondentů, kteří odpověděli na otázku, jak kouří, když se cítí dobře po psychické stránce.

Respondenti jsou tentokrát rozděleni do dvou skupin na pravidelné a příležitostné kuřáky a to podle jejich skóre ve Fagerströmově testu závislosti na nikotinu. Respondenti, kteří v tomto testu dosáhli skóre 0 až 1 a mají tedy žádnou nebo velmi malou závislost na nikotinu, byli zařazeni do skupiny příležitostných kuřáků (6 respondentů po vyřazení nekuřáků a bývalých kuřáků). Respondenti, kteří ve Fagerströmově testu závislosti na nikotinu dosáhli skóre 2 až 10, mají střední (2 až 4 body) nebo vysokou závislost na nikotinu (5 až 10 bodů), byli zařazeni do skupiny pravidelných kuřáků (18 respondentů).

8 respondentů ze skupiny pravidelných kuřáků uvedlo, že kouří méně, když se cítí dobře po psychické stránce. 8 respondentů ze skupiny pravidelných kuřáků uvedlo, že kouří stejně, když se cítí dobře po psychické stránce a 2 respondenti ze skupiny pravidelných kuřáků uvedli, že kouří více, když se cítí dobře po psychické stránce.

2 respondenti ze skupiny příležitostných kuřáků uvedli, že kouří méně, když se cítí dobře po psychické stránce. 4 respondenti ze skupiny příležitostných kuřáků uvedli, že kouří stejně, když se cítí dobře po psychické stránce a žádný z respondentů ze skupiny příležitostných kuřáků neuvedl, že kouří více, když se cítí dobře po psychické stránce.

Tabulka č. 9.

Když je Vám po psychické stránce špatně, kouříte?	Pravidelní k.	Příleřitostní k.
Méně	0	0
Stejně	3	1
Více	15	5

V tabulce č. 9 je číselně znázorněn počet respondentů, kteří odpověděli na otázku, jak kouří, když je jim po psychické stránce špatně.

Respondenti jsou tentokrát rozděleni do dvou skupin na pravidelné a příležitostné kuřáky a to podle jejich skóre ve Fagerströmově testu závislosti na nikotinu. Respondenti, kteří v tomto testu dosáhli skóre 0 až 1 a mají tedy žádnou nebo velmi malou závislost na nikotinu, byli zařazeni do skupiny příležitostných kuřáků (6 respondentů po vyřazení nekuřáků a bývalých kuřáků). Respondenti, kteří ve Fagerströmově testu závislosti na nikotinu dosáhli skóre 2 až 10, mají střední (2 až 4 body) nebo vysokou závislost na nikotinu (5 až 10 bodů), byli zařazeni do skupiny pravidelných kuřáků (18 respondentů).

Žádný respondent ze skupiny pravidelných kuřáků neuvedl, že kouří méně, když se cítí po psychické stránce špatně. 3 respondenti ze skupiny pravidelných kuřáků uvedli, že kouří stejně, když se cítí po psychické stránce špatně. 15 respondentů uvedlo, že kouří více, když se cítí po psychické stránce špatně.

Žádný respondent ze skupiny příležitostných kuřáků neuvedl, že kouří méně, když se cítí po psychické stránce špatně. 1 z respondentů uvedl, že kouří stejně, když se cítí po psychické stránce špatně. 5 respondentů uvedlo, že kouří více, když se cítí po psychické stránce špatně.

Tabulka č. 10.

Během hospitalizace (na psychiatrické klinice) či docházení do stacionáře kouříte?	Pravidelní k.	Příležitostní k.
Méně	5	1
Stejně	6	1
Více	6	3

V tabulce č. 10 je číselně znázorněn počet respondentů, kteří odpověděli na otázku, jak kouří, během hospitalizace či docházení do stacionáře. Na tuto otázku neodpověděli 2 z respondentů.

Respondenti jsou tentokrát rozděleni do dvou skupin na pravidelné a příležitostné kuřáky a to podle jejich skóre ve Fagerströmově testu závislosti na nikotinu. Respondenti, kteří v tomto testu dosáhli skóre 0 až 1 a mají tedy žádnou nebo velmi malou závislost na nikotinu, byli zařazeni do skupiny příležitostných kuřáků (6 respondentů po vyřazení nekuřáků a bývalých kuřáků). Respondenti, kteří ve Fagerströmově testu závislosti na nikotinu dosáhli skóre 2 až 10, mají střední (2 až 4 body) nebo vysokou závislost na nikotinu (5 až 10 bodů), byli zařazeni do skupiny pravidelných kuřáků (18 respondentů).

5 respondentů ze skupiny pravidelných kuřáků uvedlo, že kouří méně během hospitalizace či docházení do stacionáře. 6 respondentů ze skupiny pravidelných kuřáků uvedlo, že kouří stejně během hospitalizace či docházení do stacionáře. 6 respondentů ze skupiny pravidelných kuřáků uvedlo, že kouří více během hospitalizace či docházení do stacionáře.

1 respondent ze skupiny příležitostných kuřáků uvedl, že kouří méně během hospitalizace či docházení do stacionáře. 1 respondent ze skupiny příležitostných kuřáků uvedl, že kouří stejně během hospitalizace či docházení do stacionáře. 3 respondenti ze skupiny příležitostných kuřáků uvedli, že kouří více během hospitalizace či docházení do stacionáře.

Tabulka č. 11.

Mám chuť si zapálit, když si připadám:	Sloupec1	Sloupec2	Sloupec3	Sloupec4
	Téměř nikdy	Někdy	Často	Téměř vždy
Napjatě	3	3	6	8
Vyděšeně	3	3	2	7
Nervózní	2	3	6	11
Neklidný	2	4	4	11
Obtěžující myšlenky	3	5	1	10

V tabulce č. 11 je číselně znázorněn počet respondentů, kteří na škále uvádějí, jak si připadají, když mají chuť si zapálit. Stavy v levém sloupci jsou úzkostného příznaky.

3 respondenti uvedli, že téměř nikdy nemají chuť si zapálit, když si připadají napjatě. 3 respondenti uvedli, že někdy mají chuť si zapálit, když si připadají napjatě. 6 respondentů uvedlo, že často mají chuť si zapálit, když si připadají napjatě. 8 respondentů uvedlo, že téměř vždy mají chuť si zapálit, když si připadají napjatě.

3 respondenti uvedli, že téměř nikdy nemají chuť si zapálit, když si připadají vyděšeně. 3 respondenti uvedli, že někdy mají chuť si zapálit, když si připadají vyděšeně. 2 respondenti uvedli, že často mají chuť si zapálit, když si připadají vyděšeně. 7 respondentů uvedlo, že téměř vždy mají chuť si zapálit, když si připadají vyděšeně.

2 respondenti uvedli, že téměř nikdy nemají chuť si zapálit, když si připadají nervózní. 3 respondenti uvedli, že někdy mají chuť si zapálit, když si připadají nervózní. 6 respondentů uvedlo, že často mají chuť si zapálit, když si připadají nervózní. 11 respondentů uvedlo, že téměř vždy mají chuť si zapálit, když si připadají nervózní.

2 respondenti uvedli, že téměř nikdy nemají chuť si zapálit, když si připadají neklidní. 4 respondenti uvedli, že někdy mají chuť si zapálit, když si připadají neklidní. 4 respondenti uvedli, že často mají chuť si zapálit, když si připadají neklidní. 11 respondentů uvedlo, že téměř vždy mají chuť si zapálit, když si připadají neklidní.

3 respondenti uvedli, že téměř nikdy nemají chuť si zapálit, když mají obtěžující myšlenky. 5 respondentů uvedlo, že někdy mají chuť si zapálit, pokud mají obtěžující myšlenky. 1 respondent uvedl, že často má chuť si zapálit, pokud má obtěžující myšlenky. 10 respondentů uvedlo, že téměř vždy mají chuť si zapálit, když mají obtěžující myšlenky.

Tabulka č. 12.

Mám chuť si zapálit, když si připadám:	Sloupec1	Sloupec2	Sloupec3	Sloupec4
	Téměř nikdy	Někdy	Často	Téměř vždy
Smutně, nešťastně	3	3	7	7
Rozčíleně	1	2	10	10
Zklamal v životě	2	6	3	9
Bezcenný	4	4	4	9
Zklamal blízký	3	3	4	12

V tabulce č. 12 je číselně znázorněn počet respondentů, kteří na škále uvádějí, jak si připadají, když mají chuť si zapálit. Stavy v levém sloupci jsou depresivní příznaky.

3 respondenti uvedli, že téměř nikdy neměli chuť si zapálit, když si připadali smutně, nešťastně. 3 respondenti uvedli, že někdy měli chuť si zapálit, když si připadali smutně, nešťastně. 7 respondentů uvedlo, že často měli chuť si zapálit, když si připadali smutně, nešťastně. 7 respondentů uvedlo, že téměř vždy měli chuť si zapálit, když si připadali smutně, nešťastně.

1 respondent uvedl, že téměř nikdy neměl chuť si zapálit, když si připadal rozčíleně. 2 respondenti uvedli, že někdy měli chuť si zapálit, když si připadali rozčíleně. 10 respondentů uvedlo, že často měli chuť si zapálit, když si připadali rozčíleně. 10 respondentů uvedlo, že téměř vždy měli chuť si zapálit, když si připadali rozčíleně.

2 respondenti uvedli, že téměř nikdy neměli chuť si zapálit, když si připadali, že zklamali v životě. 6 respondentů uvedlo, že někdy měli chuť si zapálit, když si připadali, že zklamali v životě. 3 respondenti uvedli, že často měli chuť si zapálit, když si připadali, že zklamali v životě. 9 respondentů uvedlo, že téměř vždy měli chuť si zapálit, když si připadali, že zklamali v životě.

4 respondenti uvedli, že téměř nikdy neměli chuť si zapálit, když si připadali bezcenní. 4 respondenti uvedli, že někdy měli chuť si zapálit, když si připadali bezcenní. 4 respondenti uvedli, že často měli chuť si zapálit, když si připadali bezcenní. 9 respondentů uvedlo, že téměř vždy měli chuť si zapálit, když si připadali bezcenní.

3 respondenti uvedli, že téměř nikdy neměli chuť si zapálit, když si připadali, že je zklamal někdo blízký. 3 respondenti uvedli, že někdy měli chuť si zapálit, když si připadali, že je zklamal někdo blízký. 4 respondenti uvedli, že často měli chuť si zapálit, když si připadali, že je zklamal někdo blízký. 12 respondentů uvedlo, že téměř vždy měli chuť si zapálit, když si připadali, že je zklamal někdo blízký.

9. Diskuse

Ve své diplomové práci jsem se zkoumala vzájemný vztah mezi depresí, úzkostí a závislostí na nikotinu.

Mou první výzkumnou otázkou bylo, zda existuje vzájemný vztah mezi mírou úzkosti a závislostí na nikotinu?

V rámci mého výzkumu se tento vzájemný vztah nepodařilo prokázat. A to jak ve skupině, která zahrnovala všechny respondenty, tak ve skupině, která zahrnovala pouze kuřáky.

Druhou výzkumnou otázkou bylo, zda existuje vzájemný vztah mezi mírou depresí a závislostí na nikotinu?

V rámci mého výzkumu se tento vzájemný vztah podařilo prokázat, ale pouze ve skupině kuřáku. U všech respondentů se vzájemný vztah prokázat nepodařilo.

Pro skupinu kuřáků v rámci mého výzkumu tedy platí, že čím vyšší je skóre úzkostí, tím vyšší je skóre závislosti na nikotinu

Ve své třetí výzkumné otázce chci popsat vzorce kouření v populaci lidí, kteří vyhledali léčbu depresí a nebo úzkostí.

Z mých výsledků vyplývá, že největší část respondentů kouří stejně, když se cítí dobře po psychické stránce.

Dále největší část respondentů kouří více, když je jim po psychické stránce špatně.

A největší část respondentů kouří více, během hospitalizace či docházení do stacionáře.

Z výsledků také vyplývá, že nejvíc respondentů ze skupiny pravidelných kuřáků kouří méně (8 respondentů) nebo stejně (8 respondentů), když se cítí po psychické stránce dobře.

Ze skupiny příležitostných kuřáků jich nejvíc kouří stejně, pokud se cítí po psychické stránce dobře.

Největší část respondentů ze skupiny pravidelných kuřáků uvedla, že kouří více, když je jim po psychické stránce špatně. To samé uvedla největší část ze skupiny příležitostných kuřáků.

Největší část ze skupiny pravidelných kuřáků uvedla, že kouří stejně nebo více během hospitalizace či docházení do stacionáře.

Největší část ze skupiny příležitostných kuřáků uvedla, že kouří více během hospitalizace či docházení do stacionáře.

Největší část respondentů uvedla, že mají téměř vždy chuť si zapálit, když si připadají napjatě, vyděšeně, nervózní, neklidní, že mají obtěžující myšlenky.

Největší část respondentů uvedla, že mají často a téměř vždy chuť si zapálit, když si připadají smutně nebo nešťastně, rozčíleně. Největší část respondentů uvedla, že mají téměř vždy chuť si zapálit, když si připadají, jako že v životě zklamali, zcela bezcenně, že je zklamal někdo blízký.

Z výše uvedeného vyplývá, že respondenti kouří stejně, pokud se cítí po psychické stránce dobře. Pokud je jim po psychické stránce špatně, kouří více. Během hospitalizace či docházení do stacionáře kouří stejně nebo více.

Depresivní a úzkostné myšlenky u respondentů téměř vždy vedou k chuti si zapálit.

Vzájemný vztah mezi kouřením a depresivitou se mi podařilo prokázat pouze ve skupině kuřáků.

„Existuje vysoká míra komorbidity mezi řadou duševních poruch a kouřením, respektive závislostní na nikotinu“ (Raboch, 2001. Str. 220) S rozšířením tabáku koreluje frekvence duševních poruch a somatických poškození, způsobených kouřením tabáku (Raboch, 2001). Podle Rabocha (2010), v dospělé populaci ČR kouří kolem 26%, mezi psychiatricky nemocnými však mnohem víc, psychiatrických pacientů s depresí kouří cca 60%. Kuřáci mají také vysokou psychiatrickou komorbiditu, cca kolem 30%. Maršálek (2008), říká, že ve zdravé populaci kouří přibližně 28% - 30% osob.

Výzkumy ukázaly silný vztah mezi kouřením, depresí a úzkostnými poruchami, ale směr tohoto vztahu je nejistý. Většina výzkumů byla provedena pomocí vzorků z obecné populace. (Ncbi.nlm.nih.gov 2). Ačkoliv tedy některé studie poukazují na vzájemný vztah úzkostí a závislosti na nikotinu, v rámci mého výzkumu se toto prokázat nepodařilo.

Podařilo se mi prokázat vzájemný vztah mezi kouřením (závislostí na nikotinu) a depresivitou. Tedy čím větší míra depresivity tím větší míra závislosti na nikotinu. Podle Psychcentral.com nový výzkum naznačuje, že cigaretový kouř může obsahovat

látku, která má antidepresivní účinky, což vysvětluje, proč je kouření cigaret mnohem častější u pacientů s depresí. Šetření tří tisíc osob v St. Louis, potvrdilo, že celoživotní četnost deprese byla častější u kuřáků než nekuřáků (6,6% oproti 2,9%). Kurakovaplice.cz uvádí, že kouření převažuje u pacientů, kteří mají problémy s depresemi a také zanechání kouření je u těchto pacientů méně úspěšné. Je tedy možné říci, že kouření má přechodné antidepresivní účinky. Vše souvisí s hladinou MAO, tedy monoaminooxidázy v mozku.

Osoby se závislostí na nikotinu měli vyšší výskyt depresí a úzkostných poruch (Archpsyc.jamanetwork.com). Kouření může tedy souviset s negativními emočními stavy. Napadá mne, zda úzkostné a depresivní myšlenky nemohou působit jako spouštěče k zapálení cigarety, což dále způsobí začarovaný kruh kouření a duševních potíží?

Navíc dle Psychcentral.com kuřáci, kteří udávali alespoň jednu epizodu deprese, měli menší pravděpodobnost uspět v programech pro odvykání kouření, než kuřáci bez deprese (14% oproti 28%). V důsledku toho by zdravotničtí pracovníci, kteří nabízejí programy pro odvykání kouření, měli nabízet vyšetření depresivity a měli by být připraveni na řešení zásadních poruch nálady jako na součást komplexního programu odvykání kouření

Kouření je spojeno s úzkostně-depresivní poruchou, stejně tak jako s úzkostí samotnou. Lidé, kteří jsou depresivní, ale ne úzkostní, kouří stejně jako ostatní kuřáci. Tyto závěry pocházejí ze společné studie norského institutu veřejného zdraví (NIPH), univerzity Bergen a King´s College v Londýně (Medicalnewstoday.com). Napadá mne, nakolik je v rámci výzkumu, potažmo dotazníkového šetření, možné oddělit depresivitu a úzkostnost?

Také bych chtěla poukázat na to, že můj výzkumný vzorek je poměrně malý, s ohledem na to, že zahrnoval 32 respondentů. Bohužel se realizace výzkumného šetření v léčebných zařízeních ukázala být problematickou, protože většina mnou oslovených organizací nechtěla na výzkumu spolupracovat a dovolit mi v jejich zařízení provést dotazníkové šetření. Praktickou věcí také je, že délka dotazníku mohla vést k jeho nedovyplnění a tedy menšímu počtu použitelných dotazníků.

Můj výzkumný soubor zahrnoval 20 žen a 12 mužů, což mohlo mít též vliv na výsledek. Zajímavé je, že například Raboch (2001) uvádí, že prevalence depresivní symptomatiky

je vyšší u žen než u mužů. Podle Křivohlavého (2003) jsou ženy obvykle až o 100% depresivnější než muži a dvakrát méně mužů nežli žen navštíví lékaře či psychologa, když mají relativně stejné depresivní obtíže. A podle Medicalnewstoday.com souvislost mezi kouřením a úzkostí / depresí byla nejvíce patrná u žen a mladých lidí.

10. Závěry

Jak uvádí Nedley (2007), kouření zvyšuje riziko vzniku deprese, lidé s depresí častěji kouří. U psychiatrických pacientů je kouření spojeno s vyšší závažností depresivních a úzkostných příznaků (Ncbi.nlm.nih.gov 2).

Také Raboch (2010) uvádí, že psychicky nemocní kuřáci bývají silněji závislí na nikotinu a kouří v průměru více cigaret než kuřák bez tohoto onemocnění. U psychiatricky nemocných kouření zhoršuje prognózu jejich nemoci. Kouření zvyšuje také riziko psychiatrických onemocnění, například deprese, sebevraždy, agorafobie, bipolární poruchy a dalších.

Kouření je ve svém důsledku kontraindikací léčby duševních poruch a onemocnění. Podle Štěpánkové (2010) má kouření cigaret a ostatních tabákových výrobků řadu farmakologických interakcí, zejména s psychoaktivními látkami. Tento vliv je dán především zvýšením a zrychlením metabolismu psychofarmak (nikoli přímo vlivem nikotinu), a proto je u kuřáků často nutná jejich vyšší dávka, někdy až dvojnásobná v porovnání s nekuřáky. Naopak při odvykání kouření je možné (a někdy i nutné) dávku psychofarmak snížit.

Kouření může také zhoršit některé příznaky duševních onemocnění, například zvyšuje riziko úzkosti a panické poruchy (Globalsmokefree.com).

Proto by podle mého názoru bylo vhodné zaměřit se na motivaci k odvykání kouření během léčby klientů s duševními obtížemi, pokud je to možné, a dále také mapovat psychický stav klientů, kteří se snaží odvyknou kouření.

Také Kalina (2003) říká, že pacienti s depresí odvykají obtížně a u některých psychiatrických diagnóz se dokonce bude zvažovat doporučení přestat kouřit.

Myslím si, že problematika závislosti na nikotinu v dnešní době vyvolává stále více pozornosti, ale přesto nikotin pořád zůstává jednou z nejvíce rozšířených (a legálních drog). Navíc je podle mého názoru psychické zdraví a kouření méně spojované, než například kouření a fyzické zdraví

Jakékoliv mapování stavu je tedy vždy přínosné a může pomoci v argumentaci, proč či jak přestat kouřit.

11. Literatura a použité zdroje:

Anders, M., Roth, J. (2000). Deprese v neurologické praxi. Část druhá: obecné léčebné přístupy. Vydání: 1. Praha: Galén.

Beck A.T., Steer R.A., Garbin M.G. (1988): *Psychometric properties of the Beck Depression Inventory. 25 years of evaluation.* Clinical Psychology Review; 8:77-100

Dörner, K. & Plog, U. (1999). Bláznit je lidské: učebnice psychiatrie a psychoterapie. Praha: Grada. Přeloženo z německého originálu: Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychoterapie. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 1996.

Fagerström, K., O. & Schneider, N. G. (1989). *Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerström Tolerance Questionnaire*. Journal of Behavioral Medicine. 12.

Gilman, S. L. & Zhou, X. (2006). Příběh kouře – Člověk a kouření od úsvitu dějin až po současnost. Praha: Dybbuk. Smoking: A Cultural History, překlad Martin König

Horney K., (2007) Neurotická osobnost naší doby. Praha: Portál:
Kalina, K. a kol. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada

Kalina, K., & Radimecký, J. (Eds.). (2003). Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády ČR.

Kolektiv autorů Sananim (2007) Drogy: otázky a odpovědi. Praha: Portál

Kratochvíl, S. (2000). *Jak žít s neurózou*. Praha: Portál
Křivohlavý, J. (2003). Jak zvládat depresi. Praha: Grada Publishing. 2., rozšířené vydání.

Kurzová, H., Honzák, R., Krombholz J. (2003). *Psychiatrie v ordinaci praktického lékaře*. Praha: Karolinum.

Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize (MKN-10), Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka. (1992). Vydání: 1. Praha: Psychiatrické centrum Praha.

Mladá Fronta Dnes, článek, *Češi zneužívají „léky na štěstí". Stále víc.* Strana A1 – A2,napsala Lenka Petrášková, úterý 14.8.2012, XXIII/189.

Nedley, N. (2007). *Život bez deprese*. Advent-Orion, Praha. Vydání první.
Praško J. a kol.,(2003). Psychiatrie pro střední zdravotnické školy. Praha: Informatorium:

Praško, J., Prašková, H. & Prašková, J. (2003). *Deprese a jak ji zvládat*. Praha: Portál

Raboch, J. & Pavlovský, P. a kol. (2012). *Psychiatrie*. Praha: Karolinum. Popov, *Návykové nemoci*. Kapitola P. 2.5.

Raboch, J. & Zvolský, P. et al. (2001). *Psychiatrie*. Praha: Galén. Popov, P. *Návykové poruchy. Poruchy vyvolané užíváním tabáku.* Kapitola 5.8.

Raboch, J. & Zvolský, P. et al. (2001). *Psychiatrie*. Praha: Galén. Češková, E., *Afektivní poruchy. Depresivní epizody.* Kapitola 3.3.

Raboch, J., Pavlovský, P. a kol. (2012). *Psychiatrie*. Praha: Karolinum. Raboch, J. 2.8. Afektivní poruchy.

Raboch, J., Pavlovský, P. a kol. (2012). *Psychiatrie*. Praha: Karolinum. Hellerová, P. 2.9. Neurotické poruchy.

Rahn, E., Mahnkopf, A. (2000). Psychiatrie, učebnice pro studium i praxi. Praha: Grada. Přeloženo z německého originálu *Lehrbuch Für Studium und Beruf,* Bonn: Psychiatrie – Verlang, 1999.

Rodu, B. & Godshall, W. T. (2008). Minimalizace rizik spojených s užíváním tabáku: alternativní strategie pro odvykání kouření pro zapřísáhlé kuřáky. Adiktologie 8 (2)

Spielberg, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R. E., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). State Trait Anxiety Inventory manual, Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Štěpánková, L. & Králíková, E. (2010). *Léčba závislosti na tabáku u pacientů s psychiatrickou komorbiditou*. Psychiatrie pro praxi. 11 (1).

Vágnerová, M., (2004) Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha. Portál
Vymětal, J. (2003). *Lékařská psychologie*. Praha: Portál.

Yalom, Y. D., (2006) Existenciální psychoterapie. Praha: Portál.

Yovell, Y. (2005) *Nepřítel v mém pokoji*. Praha: Portál

http://www.globalsmokefree.com/gsp/ficheiro/128.pdf

http://www.ncbi.nlm.nih.gov.ezproxy.is.cuni.cz/pubmed/20707783 (3.)

http://www.kurakovaplice.cz/koureni_cigaret/zdravi/koureni-a-psychika-deprese-nalady/136-vliv-tabaku-a-koureni-na-deprese-a-nalady-kuraka.html (1) Zdroj: Česká

psychiatrická společnost JEP Autor textu: MUDr. Pavel Fridrich, Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN. (Kurakovaplice.cz. 1)

http://www.kurakovaplice.cz/koureni_cigaret/zdravi/koureni-a-psychika-deprese-nalady/308-koureni-deprese-a-monoaminooxidaza-mao.html (2).

http://dionysus.psych.wisc.edu/lit/articles/BreslauN1991a.pdf

Maršálek, M., (2008). *Schizofrenie a drogové závislosti* Psychiatrie pro praxi. 9 (6) http://www.solen.cz/artkey/psy-200806-0005.php. Pdf.

http://www.medicalnewstoday.com/releases/98344.php

http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=495583

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21543549 (1)

Mykletun, A., Overland, S., Aaro, L., Liabo H., & kol (2007*). Smoking in relation to anxietyand depression.* Pdf. Ke stažení: http://www.networknorth.org.nz/file/Smokefree/smoking-in-relation-to-anxiety-and-depression.-evidence-from-a-large-population-survey..pdf

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22633368 (2)

http://www.odvykani-koureni.cz/priznaky-zavislosti:

http://www.odvykani-koureni.cz/abstinencni-priznaky

http://www.kurakovaplice.cz/koureni_cigaret/ruzne/pro-lekare-a-zdravotni-sestry/340-kratka-intervence-lekare-k-pacientovi-o-koureni-5p-5a.html

http://www.slzt.cz/dokumenty/doporuceni_odvykani.pdf

http://psychcentral.com/library/depression_smoking.htm

Roth, J., Preiss, M. & Uhrová, T. (1999) Deprese v neurologické praxi. Praha: Galén. Elektronická verze. http://cz.lundbeck.com/cz/Professionals/what_we_do/depression/documents/neurologie01.pdf

Králíková, E. (2011). *Farmakoterapie závislosti na tabáku*. Zdravotnické noviny, 2/2011, internetový zdroj: http://www.zdn.cz/clanek/zdravotnicke-noviny/farmakoterapie-zavislosti-na-tabaku-457736

Sovinová, H. & Csémy, L. (n.d.). *Kouření cigaret a pití alkoholu v České republice*. Praha: Státní zdravotní ústav. Kapitoly: Sovinová, H., Csémy, L. & Sadílek, P. Kouření v České republice. Str. 4. Kernová, V. & Kebza, V. Str. 19.). Elektronická verze. http://www.szu.cz/uploads/documents/czzp/edice/plne_znani/brozury/Koureni_20a_20Alkohol.pdf

Vrána, K. (2006). *Analýza: závislost na tabáku se léčit vyplatí.* Demografický informační portál. On-line článek. 29.1.2006. http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=261

http://www.reginfo.gov/public/do/DownloadDocument?documentID=60884&version=1

12. Přílohy

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Lence Reichelové za pomoc při zpracování mé diplomové práce.

43. Příloha č. 1.

Mnou vytvořený obecný dotazník, týkající se kouření u respondentů.

Dobrý den,

Jmenuji se Eliška Křepelková, jsem studentkou druhého ročníku navazujícího magisterského studia adiktologie a v současné době pracuji na své diplomové práci.

Ve své diplomové práci se zabývám vztahem depresivní, úzkostné symptomatiky a kouření – proto bych Vás chtěla požádat o spolupráci a vyplnění následujícího dotazníku. Všechny dotazníky jsou anonymní. Předem Vám velice děkuji za spolupráci.

Zakroužkujte prosím odpověď (nebo odpovědi), se kterou souhlasíte nebo doplňte požadovaný údaj.

1. **Hodnotíte se jako (zakroužkujte vždy jednu z následujících možností a případně doplňte počet cigaret):**
   a) Pravidelný kuřák (kouříte denně ..... cigaret).
   b) Příležitostný kuřák (kouříte, ale ne denně).
   c) Nekuřák (nekouříte vůbec, nebo jste během svého života vykouřil méně než 100 cigaret).
   d) Bývalý kuřák (dříve kouřil, nyní nekouří alespoň půl roku).
   e) Uživatel jiných tabákových výrobků než cigaret – doutník, dýmka, bezdýmý tabák (žvýkací, šňupací).

2. **Vstanete v noci z postele, když se probudíte, abyste si mohl/a zakouřit?** ANO/NE

3. **Kolik cigaret takto (viz. předchozí otázka) v noci vykouříte (netýká se např. nočních směn nebo pokud jste vzhůru dlouho do noci)?**
   .....

4. **Trpíte nespavostí?** ANO/NE

5. **Kolik Vám bylo let, když jste si zapálil/a první cigaretu?**
   .....

6. **Kolik Vám bylo let, když jste začal/a pravidelně kouřit (nejméně jedna cigareta denně)?**
   ……
   ……..

7. **Pokoušel/a jste se s kouřením někdy přestat?** ANO/NE

8. **Kolikrát jste se pokoušel/a s kouřením přestat (napište, kolik bylo pokusů)?.....**

9. **Užíval/a jste někdy léky pro pomoc s odvykáním kouření?** ANO/NE

10. Pokud ano, jaké?

a) Nicorete (náplasti, žvýkačky).
b) Champix.
c) Zyban.
d) Jiné.

11. **Pokud jste užíval/a jiný/é lék/y pro pomoc s odvykání kouření, jaký/é to konkrétně byl/y?**.....

12. Předepsal Vám léky pro pomoc s odvykáním kouření lékař na předpis nebo jste si je koupil/a volně v lékárně?

a) Předepsal mi je lékař.
b) Koupil/a jsem je volně v lékárně.

13. **Absolvoval/a jste někdy poradenství pro pomoc s odvykáním kouření?** ANO/NE

14. **Pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a ano, kde to bylo?**
……

15. Vyhledal/a jste někdy alternativní léčbu odvykání kouření?

a) Akupunktura.
b) Biorezonance.
c) Léčitel/ka.
d) Ne, nevyhledala jsem alternativní léčbu.
e) Jiná alternativní léčba – jaká:
……..**.....**
....

16. **Pokud jste přestal/a kouřit, jak dlouho již nekouříte? (týdny, měsíce, roky – uveďte)**:
……
……

17. Jaká byla Vaše motivace k odvykání kouření?

a) Zdravotní problémy.
b) Psychické obtíže.
c) Partner/ka, rodina.
d) Finance.
e) Jiná –
jaká:……
……..

18. Kdo ve vaší rodině kouří (zakroužkujte i více možností)?

a) Rodiče.
b) Prarodiče.
c) Sourozenci.
d) Partner/ka, manžel/ka.
e) Děti.

19. **Kouříte nebo jste někdy kouřil/a elektronickou cigaretu?** ANO/NE

20. **Pokud jste odpověděl/a na předchozí otázku ano, kombinujete ji s cigaretami?** ANO/NE

21. **Pokud jste přestal/a s kouřením (alespoň na krátký čas), zlepšil se Váš psychický stav po odeznění abstinenčních příznaků?** ANO/NE

22. **Jak dlouhé bylo Vaše nejdelší období abstinence od cigaret?**.....

23. **Co nejvíce způsobilo, že jste po posledním období abstinence opět začal/a kouřit?**.....
.....

24. Když se cítíte dobře po psychické stránce, kouříte?

a) Méně.
b) Stejně.
c) Více.

25. Když je Vám po psychické stránce špatně, kouříte?

a) Méně.
b) Stejně.
c) Více.

26. Během hospitalizace (na psychiatrické klinice) či docházení do stacionáře kouříte?

a) Méně.
b) Stejně jako doma.
c) Více.

27.

Mám chuť si zapálit, když si připadám:	**Téměř nikdy.**	**Někdy.**	**Často.**	**Téměř vždy.**
Napjatě.				
Vyděšený/á.				
Nervózní.				
Neklidný/á.				
Že mám obtěžující myšlenky.				

Tabulka 1. Prosím zakřížkujte frekvenci Vašich chutí na cigaretu při výše uvedených pocitech

28.

Tabulka 2. Prosím zakřížkujte frekvenci Vašich chutí na cigaretu při výše uvedených pocitech.

29. **Váš věk?** ……

30. **Vaše pohlaví?** MUŽ/ŽENA

31. Vaše vzdělání?:

a) Základní.

Mám chuť si zapálit, když si připadám:	**Téměř nikdy.**	**Někdy.**	**Často.**	**Téměř vždy.**
Smutně nebo nešťastně.				
Rozčíleně.				
Jako že jste v životě zklamal/a.				
Zcela bezcenný/á.				
Že mne zklamal někdo blízký.				

b) Středoškolské bez maturity.
c) Středoškolské s maturitou.
d) Vyšší odborné.
e) Vysokoškolské.

32. Rodinný stav?:

a) Svobodný/á.
b) Vdaný/á.
c) Rozvedený/á.
d) Vdovec/Vdova.

33. Vaše zaměstnání?

a) Zaměstnanec.
b) Osoba samostatně výdělečně činná.
c) Student/ka.
d) Důchod.
e) Invalidní důchod.

34. **Pokud jste v invalidním důchodu, je to v důsledku Vašich psychických obtíží?**
ANO/NE

Ještě jednou Vám děkuji za váš čas a za vyplnění☺!