

# Bakalářská práce

2008

Monika Mašterová

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Teologická fakulta  
Katedra praktické teologie

Bakalářská práce

DEPRESE VE STÁŘÍ

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Motlová

Autor práce: Monika Mašterová

Studijní obor: Sociální a charitativní práce, P

Ročník: 4. ročník

2008

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

23. dubna 2008

Děkuji vedoucí bakalářské práce Mgr. Lence Motlové  
za cenné rady, připomínky a metodické vedení práce.

# OBSAH

|                                       |          |
|---------------------------------------|----------|
| ÚVOD.....                             | 7        |
| <b>1 DEPRESE.....</b>                 | <b>9</b> |
| 1.1 Deprese či normální emoce.....    | 10       |
| 1.2 Výskyt deprese.....               | 12       |
| 1.3 Historie deprese.....             | 14       |
| 1.4 Mýty o depresi.....               | 15       |
| 1.5 Příčiny.....                      | 16       |
| 1.5.1 Příčiny známé.....              | 16       |
| 1.5.2 Příčiny neznámé.....            | 17       |
| 1.5.3 Nedostatek látek v mozku.....   | 18       |
| 1.6 Příznaky.....                     | 19       |
| 1.7 Typy.....                         | 20       |
| 1.7.1 Dělení podle závažnosti.....    | 20       |
| 1.7.2 Dělení podle druhu.....         | 21       |
| 1.8 Léčba.....                        | 23       |
| 1.8.1 Antidepresiva.....              | 23       |
| 1.8.2 Psychoterapie.....              | 24       |
| 1.8.3 Jiné možnosti léčby.....        | 24       |
| 1.9 Následky depresí.....             | 25       |
| 1.9.1 Sebevražda a její prevence..... | 26       |

|          |  |    |
|----------|--|----|
| <b>2</b> | <b>STÁŘÍ</b> .....                       | 28 |
| 2.1      | Stáří a stárnutí.....                    | 29 |
| 2.2      | Změny ve stáří.....                      | 30 |
|          | 2.2.1 Fyzické změny.....                 | 30 |
|          | 2.2.2 Psychické změny.....               | 31 |
|          | 2.2.3 Sociální změny.....                | 32 |
| <b>3</b> | <b>DEPRESE VE STÁŘÍ</b> .....            | 34 |
| 3.1      | Formy deprese.....                       | 34 |
| 3.2      | Výskyt deprese.....                      | 35 |
| 3.3      | Deprese nebo demence.....                | 36 |
| 3.4      | Příčiny deprese.....                     | 37 |
| 3.5      | Příznaky deprese.....                    | 38 |
| 3.6      | Léčba deprese.....                       | 38 |
| 3.7      | Prevence deprese.....                    | 39 |
|          | 3.7.1 Duševní životospráva ve stáří..... | 40 |
|          | 3.7.2 Psychoterapie jako prevence.....   | 40 |
|          | 3.7.3 Víra jako prevence.....            | 41 |
| <b>4</b> | <b>PŘÍBĚHY LIDÍ S DEPRESEMI</b> .....    | 42 |
| 4.1      | Vincent van Gogh.....                    | 42 |
| 4.2      | Příběh Gwyneth Lewisové.....             | 43 |
| 4.3      | Z deníčku ošetřovatelky.....             | 44 |
| 4.4      | Deprese ve starším věku.....             | 45 |
| 4.5      | Příběh Marie.....                        | 46 |

|                        |    |
|------------------------|----|
| ZÁVĚR.....             | 47 |
| Seznam literatury..... | 48 |
| Seznam příloh.....     | 52 |
| Přílohy.....           | 53 |
| Příloha I.....         | 53 |
| Příloha II.....        | 55 |
| Příloha III.....       | 56 |
| Příloha IV.....        | 57 |
| Příloha V.....         | 58 |
| Příloha VI.....        | 58 |
| Příloha VII.....       | 59 |
| Příloha VIII.....      | 59 |
| Příloha IX.....        | 60 |
| Příloha X.....         | 60 |
| Příloha XI.....        | 61 |
| Příloha XII.....       | 62 |
| Abstrakt.....          | 63 |
| Abstract.....          | 64 |

## ÚVOD

Téma bakalářské práce jsem si zvolila hlavně z toho důvodu, že mě velmi zajímá stáří a vše, co se jej týká. A právě deprese je často s tímto životním obdobím spojována. Dalším důvodem je, že bych v blízké budoucnosti chtěla pracovat v některém zařízení pro seniory a myslím, že je důležité tuto problematiku znát.

Deprese ve stáří je častý problém, ale zároveň hodně opomíjený. V tomto věku bývá snadno přehlédnuta, a to z důvodu, že jsou její příznaky pokládány za součást normálních změn stárnutí nebo jsou maskovány jinými tělesnými příznaky. Ve společnosti se také často traduje mýtus, že deprese ke stáří patří a málokdo jí pak jako skutečný problém bere. Zvláště sami senioři si něco takového nepřipouští. Deprese je vůbec v jakémkoli věku často podceňovaná. Její název se používá každodenně, ale je jen málo lidí, kteří vědí, jak vlastně ta skutečná deprese vypadá.

Cílem bakalářské práce je popsat obecně depresi, od charakteristiky přes výskyt, příčiny atd. až po následky. Dále to, co se týká stáří, jak vypadá, jaké změny s sebou přináší v oblasti fyzické, psychické či sociální. V neposlední řadě popsat přímo depresi ve stáří a všechno, co s ní souvisí. A nakonec uvést příběhy, s cílem který má poukázat, jak taková deprese vypadá v praxi.

Bakalářská práce je teoretického charakteru a skládá se ze čtyř kapitol. V první se zabývám charakteristikou deprese; metodami pro její zjišťování; výskytem a to zvláště u žen a mužů; historií; tradovanými mýty; příčinami; příznaky; různými typy; léčbou a následky.

Druhá kapitola je o stáří a stárnutí a jejich doprovázejících změnách, fyzických, psychických a sociálních.

Stěžejní částí práce je kapitola třetí, kde se zabývám přímo depresí ve stáří. Na začátku uvádím její charakteristiku. Dále formy, v kterých se může objevit; výskyt; rozdíly mezi často zaměňovanou demencí a depresí; časté příčiny; příznaky; léčbu. Závěr kapitoly tvoří prevence, kde jsem se zabývala zvláště těmito oblastmi: duševní životospráva ve stáří, psychoterapie jako prevence a víra.



Čtvrtá kapitola představuje příběhy lidí trpících depresemi. Je zde pět příběhů, z nichž první je o Vincentu van Goghovi, který trpěl depresemi celý život až nakonec spáchal ve 37 letech sebevraždu. Druhý je o současné anglické básnířce Gwyneth Lewisové, pro kterou je deprese celoživotní boj. Třetí příběh je o 80-leté ženě, která je postižena demencí a deprese je tu pouze jako přidružená choroba. Ve čtvrtém a pátém příběhu je přímo znázorněna deprese ve stáří. V prvním případě jde o muže, u kterého stály na počátku tělesné potíže a v druhém případě o ženu, u které vše začalo po ztrátě manžela.

Bakalářská práce obsahuje také dvanáct příloh, kterými jsou převážně texty používaných dotazníků. Dále se jedná o graf, krátkou bajku a dvě jiné pomocné tabulky.

V první části práce jsem používala především literaturu od Praška et al., Honzáka, Mckenzieho a Křivohlavého. Pro část, kde se zabývám stářím, byly stěžejní knihy od Kalvacha, Gregora a Haškovcové. U deprese ve stáří jsem nejvíce využívala od Kalvacha et al. knihu Geriatrie a gerontologie a od Webera (a kol.) Minimum z klinické gerontologie. Příběhy jsem uváděla z knih od Lamače, Lewisové, Benešové, Honzáka a Praška et al. Přílohy pak od Praška et al., Křivohlavého, Anderse, Cohena, Abeln a Knera, Mckenzieho, Honzáka a Webera.

# 1 DEPRESE

Slovo deprese je latinského původu. Pochází ze slovesa *septimo, deprimero, depresi* či *depressus* a znamená *stlačit* nebo také stisknout, stísnit, oslabit, deprimovat. Deprimovaný značí: postižený krizí, zbídačelý, propadlý něčemu. Deprese sama pak znamená: pokles, stísněnost, sklíčenost, krize, netečnost, otupělost, lhostejnost atd. Z cizích termínů se užívá: melancholie, letargie, apatie, indolence, malaise či dystymie.<sup>1</sup>

Mnozí lidé mají tendenci o depresi hovořit vždy, když je něco rozčílí nebo zklame. Tak to ale samozřejmě není. Stále málokdo dnes ví, že deprese je stav mnohem obtížnější, který nelze ovládnout či zahnat tabulkou čokolády. Jde o stav patologický, nikoliv jen o pokleslou náladu.<sup>2</sup>

Deprese má mnoho definic, protože se o ní spousta autorů vyjadřuje různými způsoby. Jedním z nich je tento: „Deprese je psychická porucha.“<sup>3</sup> Honzák dále uvádí, proč se nejedná o nemoc. Nemoc totiž v současném lékařském slovníku představuje jasně definovanou chorobnou jednotku se známou příčinou a patogenezi, jasnými příznaky, prokazatelnými objektivními nálezy, známým průběhem a prognózou. Na rozdíl od toho „porucha“ představuje obecnější a méně specifický termín, který v sobě zahrnuje často různé hypotézy o příčinách, nemusí se shodovat vývoj a průběh u téže choroby a rovněž pestrý může být klinický obraz a další osud postiženého.<sup>4</sup>

Přesto jiní autoři používají definice jako: „Deprese je onemocnění, a to onemocnění celého organismu.“<sup>5</sup> Nebo: „Deprese je nemoc, nikoliv lenost, nedostatek vůle nebo slabošství. Je to nemoc, která vede k vážnému životnímu utrpení.“<sup>6</sup>

Ať už je deprese označována jakýmkoli pojmem, zůstává tu fakt, že nejde o nic příjemného. Danému člověku způsobuje nesmírnou trýzeň a dokonce, jak říkají

---

<sup>1</sup> KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat depresi – 2. rozšířené vydání*, s. 22.

<sup>2</sup> Srov. GROSMANOVÁ, M. Deprese není špatná nálada, ale opravdu vážná nemoc [online].

<sup>3</sup> HONZÁK, R. *Deprese – depresivní nemocný v nepsychiatrické ordinaci*, s. 17.

<sup>4</sup> Srov. Tamtéž, s. 17.

<sup>5</sup> HORÁČEK, J. Když smutek bolí. In *Deprese. com - Nenechte radost odejít* [online].

<sup>6</sup> PRAŠKO, J. et al. *Bolestně smutná nálada aneb co je to deprese a jak se léčí*, s. 7.

lékaři i sami postižení, doslova bolí. Tato bolest může vést s trochou nadsázky až k označení „trpět jako zvíře“, jak uvádí spisovatel Ota Pavel ve svých dopisech bratrovi Hugovi: „Nemohu tvrdit, že jsem zkoušel jako zvíře, protože nevím, jak strašně trpí zvíře. Ale zkoušel jsem strašně...“.<sup>7</sup>

## 1.1 Deprese či normální emoce

Někdy je velmi těžké rozeznat smutek, špatnou náladu, úzkost nebo strach od stavu deprese.

„*Smutek*, či jak se dříve říkalo žal, patří k životu a je přirozený. Má srozumitelný důvod, trvá přiměřeně dlouho a spíše člověka sblíží s okolím, než naopak.“<sup>8</sup> Smutkem reagujeme na ztrátu, a to zejména na nevratnou. Trvat může i měsíce, ale člověk je zpravidla schopen chodit do práce a fungovat v rodině. Smutek je více o tom druhém, kterého jsme ztratili, zatímco deprese je více o nás, o tom, že se s tím nejsme schopni vyrovnat. Ve zkratce by se dalo říct, že se ***od běžného smutku liší zejména v tom, že:***

- a) deprese je intenzivnější a hlubší než smutek
- b) trvá déle
- c) narušuje každodenní fungování<sup>9</sup>

*Špatnou náladu* někdy zažije každý člověk. „Stálé kolísání nálady je jednou z hlavních vlastností lidské psychiky. Dovoluje nám těšit se, že bude lépe, že horší pocity budou vystřídány příjemnými.“<sup>10</sup> V depresi je však špatná nálada mnohem intenzivnější než v případech, kdy člověka něco znechutí nebo má něčeho už dost. Jde o trvalý pocit prázdnoty a ztracenosti. Někdo říká, že to je jako žít pod černým mrakem, zatímco okolo svítí slunce a žádná naděje, že se to jednou změní. Špatnou náladu v depresi doprovází také sklon častěji si naříkat, a to nejen při nejmenších příležitostech, ale dokonce i když taková příležitost chybí.<sup>11</sup>

---

<sup>7</sup> Srov. GROSMANOVÁ, M. Deprese není špatná nálada, ale opravdu vážná nemoc [online].

<sup>8</sup> HONZÁK, R. *Deprese – depresivní nemocný v nepsychiatrické ordinaci*, s. 7.

<sup>9</sup> Srov. PRAŠKO, J. et al. *Deprese a jak ji zvládat*, s. 27.

<sup>10</sup> Srov. HORÁČEK, J. Když smutek bolí. In *Deprese. com - Nenechte radost odejít* [online].

<sup>11</sup> Srov. MCKENZIE, K. Informace a rady lékaře – deprese, s. 10-12.

Úzkost je běžný stav organismu a normální reakce na nebezpečí nebo na stres. Problémy působí člověku jen tehdy, když je nepřiměřeně silná vzhledem k vyvolávající situaci nebo trvá příliš dlouho, protože pak už je tu nebezpečí v podobě deprese. Podobně je to u *strachu*. Úzkost a strach jsou tedy adaptivní emoce.<sup>12</sup> „Úzkost slouží k přípravě na možnou nebezpečnou situaci, strach pak k okamžité reakci organismu ve chvíli, kdy se nebezpečí objeví.“<sup>13</sup>

Pro zjišťování, jestli daný člověk trpí depresí, existují dotazníky. V současné době se jich nabízí velké množství. Relativně nejčastěji používaným je *Beckův dotazník (příloha I.)*, který dává možnost určit, zda jde o depresi a popřípadě o jak intenzivní.<sup>14</sup> Dalším, který se uvádí, je tzv. *CES-D (příloha II.)*. Neuvádí míru deprese, jen naznačuje úroveň depresivních obtíží v posledním týdnu.<sup>15</sup> Dobrou orientaci o závažnosti deprese poskytuje *Zungův dotazník (příloha III.)*<sup>16</sup>. Dala by se jmenovat celá řada dalších, jako *Hamiltonův HAMD*, *Bachův BRMES*, *Montgomeraho a Asbergové MADRS*, *dotazník DLS* apod.

Pro vlastní účel se dá využít také jednoduchých testových otázek, které nabízí ve své knize např. Anders (*příloha IV.*)<sup>17</sup> nebo Praško, J. et al. (*příloha V.*)<sup>18</sup>.

Je však nutné ještě podotknout, že přes veškeré vlastní výsledky a dohady, depresi stanoví vždy až příslušný lékař. Praktický lékař má nejen dostatek zkušeností, jak zacházet s depresí, ale také poskytuje kontakty na další odborníky (psychiatr, psychoterapeut, klinický psycholog atd.), poradny nebo třeba relaxační střediska.<sup>19</sup>

---

<sup>12</sup> Srov. PRAŠKO, J. et al. *Úzkost a obavy*, s. 11.

<sup>13</sup> Tamtéž, s. 11.

<sup>14</sup> PRAŠKO, J. et al. *Deprese a jak ji zvládat*, s. 73-76.

<sup>15</sup> KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat depresi – 2. rozšířené vydání*, s. 24-26.

<sup>16</sup> HONZÁK, R. *Deprese – depresivní nemocný v nepsychiatrické ordinaci*, s. 35.

<sup>17</sup> ANDERS, M. *Deprese*, bez stránky.

<sup>18</sup> PRAŠKO, J. et al. *Deprese a jak ji zvládat*, s. 73.

<sup>19</sup> Srov. MCKENZIE, K. *Informace a rady lékaře – deprese*, s. 7-8.

## 1.2 Výskyt deprese

Je zcela běžné, že si lidé v každé době a věku myslí, že nežijí tak šťastně, jako se žilo dříve. V poslední době se však objevují doklady toho, že žijeme uprostřed epidemie deprese. Skupina významných vědců zpracovala údaje o 39 000 lidech soustředěné v devíti různých výzkumech provedených v pěti rozdílných oblastech světa a závěr byl takový, že mladí lidé, a to ve všech zemích, prožili vážnou depresi mnohem častěji než jejich starší spoluobčané.<sup>20</sup>

„Depresí trpí v poslední době stále mladší a mladší lidé. Například lidé narozeni v roce 1930 měli první depresivní epizodu, když jim bylo 30-35 let, kdežto lidé narozeni v roce 1950 měli první depresivní epizodu, když jim bylo 20-25 let.“<sup>21</sup>

V České republice přibývá každý rok kolem pěti tisíc osob s diagnózou primární depresivní porucha. V psychiatrických klinikách a léčebnách je pak ročně léčeno asi tisíc depresivních pacientů. Zároveň lze předpokládat, že dalších 50 % depresivních nemocných vůbec nejde k lékaři, anebo jsou chybně diagnostikovány.<sup>22</sup> Uvádí se dokonce vyšší číslo, okolo 80 % nemocných s depresemi.<sup>23</sup> Podobně se v rozhovoru vyjadřuje Vinař: „Depresivních nemocných je přibližně 6 % populace. Odhaduje se, že přibližně jen jedna třetina z nich je diagnostikována.“<sup>24</sup>

Upozorňuje se i na situaci v USA. A to, že v kterékoli chvíli asi 25 % tj. 62,5 milionu obyvatel USA prochází epizodou deprese, přinejmenším mírnou úrovní deprese. Těžkou depresí trpí v každém okamžiku zhruba 1,3 % obyvatel USA. Autor rovněž poukazuje na skutečnost ve světě, tedy že deprese postihuje ročně asi sto miliónů lidí.<sup>25</sup>

---

<sup>20</sup> Srov. NESSE, R. ; WILLIAMS, G. Jsou duševní poruchy nemocemi? In *O příčinách a vzniku nemocí*, s. 262.

<sup>21</sup> KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat depresi – 2. rozšířené vydání*, s. 140.

<sup>22</sup> Srov. ŠVESTKA, J. *Přirozený vývoj v léčbě deprese a úzkosti*, s. 4.

<sup>23</sup> Srov. ANDERS, M. Deprese. In *Ordinace.cz* [online].

<sup>24</sup> VINAŘ, O. Utrpení spojené s depresí se nezapomíná. In *Deprese.com – Nenechte radost odejít. Rozhovor měsíce. Archiv rozhovorů* [online].

<sup>25</sup> Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat depresi – 2. rozšířené vydání*, s. 139.

Deprese se tedy nevyhýbá nikomu, žádnému věku, povolání, rase, inteligenci či pohlaví.<sup>26</sup>

Zároveň se ukazuje, že výskyt depresí je daleko častější u lidí rozvedených a rozloučených, u lidí z disharmonických rodin a manželství nežli u lidí z dobrých rodin a lidí svobodných.<sup>27</sup> „Výzkum také prokázal, že u lidí žijících ve středu města je pravděpodobnost, že depresi propadnou, dvakrát větší než u lidí žijících na Hebridách.“<sup>28</sup>

A jaké jsou vyhlídky do budoucnosti? „Dnes patří deprese mezi deset nejčastějších onemocnění, kterými trpí lidé na této planetě. Z odhadů Světové zdravotnické organizace vyplývá, že v roce 2020 již bude druhou nejčastější nemocí hned po chorobách srdce a cév.“<sup>29</sup>

Pro zajímavost je dobré ještě uvést rozdíl mezi ženami a muži.

„Celoživotní riziko pro rozvoj deprese je u žen 20-25 % a u mužů 7-12 %. Před pubertou je poměr mužů a žen přibližně stejný, po pubertě se mění – u žen je 2-3x častější.“<sup>30</sup> Poukazuje se na nepopiratelný fakt tělesných rozdílů a především vyšší hladinu pohlavních hormonů u žen (progesteron, estrogen), která se mění během menstruačního cyklu, v těhotenství, porodem a menopauzou. Zároveň se však uvádí skutečnost, že ženy prostě navštěvují lékaře častěji než muži, takže lékaři mají větší příležitost u nich depresi diagnostikovat.<sup>31</sup>

Za zmínku také stojí, jak se shodují psychologové, že naše společnost nutí právě zejména ženy, aby skrývaly své pocity hněvu, agresivity a zájem o sebe sama. Také mívají často dojem, že musí být neustále milé, šťastné, usměvavé atd. Veškeré ukryvané emoce, o nichž jsou přesvědčeny, že nejsou hezké, se tak nakonec obrátí přímo proti nim – v podobě deprese.<sup>32</sup>

---

<sup>26</sup> Srov. PRAŠKO, J. et al. *Bolestně smutná nálada aneb co je to deprese a jak se léčí*, s. 10.

<sup>27</sup> Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat depresi – 2. rozšířené vydání*, s. 140.

<sup>28</sup> MCKENZIE, K. *Informace a rady lékaře – deprese*, s. 9.

<sup>29</sup> GROSMANOVÁ, M. Deprese není špatná nálada, ale opravdu vážná nemoc [online].

<sup>30</sup> ANDERS, M. *Deprese*, s. 3.

<sup>31</sup> Srov. MCKENZIE, K. *Informace a rady lékaře – deprese*, s. 73.

<sup>32</sup> Srov. MALONEY, M. ; KRANZOVA, R. *O úzkosti a depresi*, s. 87.

### 1.3 Historie deprese

Deprese nepochybně provází lidstvo převážnou část jeho historie. Depresi znal již starověk, neboť příznaky nemoci, popisované starými autory, se velmi podobají dnešním. Z historek lze rovněž odvodit, že ji v antickém Řecku měli na svědomí olympští bohové a u židů za ní stál trestající Jehova. Ve středověku za ni mohla dokonce posedlost démony.<sup>33</sup>

Význačný lékař Hippokrates byl první, kdo označil tuto duševní chorobu jako *melancholii*. „..., pocházející z představy, že důvodem nemoci je nadbytek jedné ze čtyř základních tělesných šťáv, černé žluči (mélán cholé).“<sup>34</sup> Lékaři na černou žluč věřili dalších dva tisíce let. Až teprve v roce 1621, kdy vyšlo v Anglii slavné dílo Richarda Burtona (*Anatomie melancholie*), se víra v tělesné šťávy začala opouštět. Až do konce 19. st. se však neobjevily žádné zásadní změny, které by nemocným s melancholií mohly nějakým způsobem pomoci.<sup>35</sup>

V prvních letech 20. st. pak psychiatr Adof Meyer nahradil melancholií výrazem *deprese*.<sup>36</sup>

Teprve ve 30. letech došlo k průlomů léčby. Byl to objev šokových terapií a mezi nimi zejména objev elektrošokové léčby. Téměř dalších dvacet let nebyla k dispozici jiná úspěšná léčba. Až v roce 1957 se objevilo první skutečné antidepresivum. („Lze říci, že prvním „antidepresivem“, které bylo užito lékaři v léčbě deprese bylo opium.“<sup>37</sup>) Šlo o lék, který příznivě působil především na neurotransmitér (chemický přenašeč nervových vzruchů) noradrenalin. Později se zjistilo, že neméně významný je i serotonin. Kromě tohoto zkoumání se začal rozvíjet i široký výzkum zjišťování nejrůznějších vlivů, které se mohou na depresi podílet.<sup>38</sup>

---

<sup>33</sup> Srov. ANDERS, M. Deprese. In *Ordinace.cz* [online].

<sup>34</sup> HONZÁK, R. *Deprese – depresivní nemocný v nepsychiatrické ordinaci*, s. 24.

<sup>35</sup> Srov. Tamtéž s. 24.

<sup>36</sup> Srov. BAŠTECKÁ, B. a kol. Oblasti praxe, na které nemáme dostatečnou citlivost. In *Klinická psychologie v praxi*, s. 143.

<sup>37</sup> ANDERS, M. Deprese. In *Ordinace.cz* [online].

<sup>38</sup> Srov. HONZÁK, R. *Deprese – depresivní nemocný v nepsychiatrické ordinaci*, s. 25-26.

## 1.4 Mýty o depresi

Mezi lidmi koluje mnoho falešných a často zraňujících předsudků o depresi. Uvádí se následující:

a) ***Postižený může zapnout vůli a „dát se dohromady nebo se vzchopit“.***

Většina lidí trpících depresí se o to opakovaně bezvýsledně pokouší. Není to možné. Příbuzní nebo přátelé, kteří takto naléhají na depresivního člověka, mu vyloženě škodí, protože v něm vyvolávají další pocity viny, kterých už má tak dost.

(„Depresi pomocí vůle překonat nejde, protože vůle sama je oslabená. Chtít po depresivním člověku, aby používal vůli, je podobné, jako chtít po člověku s nemocným srdcem, aby vystoupil na Eiffelovku. Nedokáže to. Ovšem, kdyby mohl každý den vyšlapat jen kousek, postupně by to dokázal.“<sup>39</sup>)

b) ***Diagnóza deprese znamená, že jste slabí, neschopní nebo mentálně méněcenní.*** To je hrubý omyl, značka, kterou si někdy dávají depresivní lidé sami, někdy jim ji přisoudí, zpravidla primitivní lidé z okolí. Deprese nevede k poklesu inteligence nebo rozumových schopností.

c) ***Depresi musel někdo zavinit.*** Někdy hledají v sobě vinu příbuzní a zpytují své svědomí. Je třeba jasně říci, že depresi nemůže nikdo zavinit. Stres ke kterému dochází při různých konfliktech, sám o době depresi zavinit nemůže, může být pouze spouštěčem toho, že u předem zranitelného jedince se deprese objeví.

d) ***Je to „boží trest“.*** Toto je velmi nebezpečný předsudek. Nikdo není perfektní a žádný člověk nemůže určit, co je boží trest a co není.<sup>40</sup>

---

<sup>39</sup> PRAŠKO, J. et al. *Bolestně smutná nálada aneb co je to deprese a jak se léčí*, s. 7.

<sup>40</sup> Srov. Tamtéž s. 11.



## 1.5 Příčiny

Jsou nemoci, které mají (řečeno velice zjednodušeně) jen jednu jedinou příčinu. Příkladem mohou být tzv. přenosné nemoci. Bohužel však těch, které vznikají z různých příčin, je více a patří k nim právě i deprese.<sup>41</sup>

### 1.5.1. Příčiny známé

U této příčiny se deprese označuje jako *sekundární* a to z důvodu, že je při základní chorobě druhotná. Bývá tedy vyvolána již rozpoznanou tělesnou chorobou, známým poškozením či onemocněním mozku nebo je způsobena některými léky, drogami či alkoholem.<sup>42</sup>

„Nejzávažnějšími neurologickými nemocemi spojenými s depresí jsou v současnosti cévní mozkové příhody, nádory mozku a míchy, skupina neurodegenerativních nemocí, epilepsie a roztroušená skleróza mozkomíšní.“<sup>43</sup> S depresí tedy bývá spojeno mnoho nemocí (**Příloha VI.**)<sup>44</sup>

Mezi léky, které mohou způsobit depresi se řadí kortikosteroidy, cytostatika, protizáchvatové léky, antikoncepce, antipsychotika, léky proti alergiím, léky pro léčbu zvýšeného krevního tlaku, hypnotika a další. Jako drogy jsou uváděny opioidy, sedativa, hypnotika, kokain nebo těkavé látky. Ohledně alkoholu je známé, že při delším užívání narušuje rovnováhu mezi jednotlivými nervovými působky ve štěrbinách mezi mozkovými buňkami. Deprese je také mezi závislými daleko častější než mezi ostatními.<sup>45</sup>

---

<sup>41</sup> Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat depresi – 2. rozšířené vydání*, s. 28.

<sup>42</sup> Srov. ŠVESTKA, J. *Přirozený vývoj v léčbě deprese a úzkosti*, s. 2.

<sup>43</sup> ROTH, J. Duševní nemoci mají své strukturální biochemické příčiny. In *Deprese.com – Nenechte radost odejít. Rozhovor měsíce. Archiv rozhovorů* [online].

<sup>44</sup> Srov. COHEN, R. Deprese. In *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*, s. 65.

<sup>45</sup> Srov. ANDERS, M. *Deprese*, s. 5.

### 1.5.2 Příčiny neznámé

„Jsme často schopni označit spouštěče depresivní nálady u jednotlivého člověka, ale protože stejné události u jiných lidí depresivní náladu nevyvolávají, nemůžeme říci, že spouštěč je jedinou příčinou.“<sup>46</sup>

Těchto „spouštěčů“ uvádějí autoři celou řadu. Patří sem zejména *faktory dědičnosti*. Největší riziko je u jednovaječných dvojčat. Pokud se deprese rozvine u jednoho, je tu až 70 % pravděpodobnost, že se rozvine i u druhého. Podobné je to i s nejbližšími příbuznými (sestra, bratr, matka, otec), kde je pak riziko 15 %. Co je však podstatné, že se dědí jen určitá vložka k tomuto onemocnění a nikoliv nemoc sama.<sup>47</sup>

Dále je často hledána příčina *v osobnosti člověka*. „Vyšším rizikům jsou vystaveni lidé s obsedantním, dogmatickým a rigorózním myšlením, kteří skrývají své city, stejně jako ti, kdo snadno propadají úzkostem.“<sup>48</sup>

*Modely myšlení* mohou být rovněž velmi důležité. Americký psychiatr Aaron Beck byl přesvědčen, že mnohem náchylnější k depresím jsou lidé, kteří o sobě přemýšlejí velmi negativně.<sup>49</sup> Situací, které spouštějí automatické negativní myšlenky je spousta. Mezi typické patří: kritika, potlačení vzteku, podceňování nebo přehlížení ze strany okolí, nedostatek uznání nebo ocenění, nedostatek projevů lásky, nespravedlnost nebo třeba porovnávání se s druhými lidmi.<sup>50</sup> (Poslední zmiňované je moc pěkně zachyceno v jedné krátké bajce o Stromu a ptáku od Helmuta Jaschkeho. – **Příloha VII.**<sup>51</sup>)

Dalšími příčinami mohou být také *sociální okolnosti*, jako špatné mezilidské vztahy, zvláště pokud jde o konflikty v rodinném životě a problémy v práci. Dále změna role, nedostatek vztahů nebo zármutek po ztrátě blízké osoby.<sup>52</sup>

---

<sup>46</sup> PRAŠKO, J. et al. *Bolestně smutná nálada aneb co je to deprese a jak se léčí*, s. 43.

<sup>47</sup> Srov. PRAŠKO, J. et al. *Deprese a jak ji zvládat*, s. 60.

<sup>48</sup> MCKENZIE, K. *Informace a rady lékaře – deprese*, s. 23.

<sup>49</sup> Srov. Tamtéž, s. 25.

<sup>50</sup> Srov. PRAŠKO, J. et al. *Bolestně smutná nálada aneb co je to deprese a jak se léčí*, s. 46.

<sup>51</sup> ABELN, R. ; KNER, A. *Jak se vyrovnám se stářím*, s. 34.

<sup>52</sup> Srov. PRAŠKO, J. et al. *Bolestně smutná nálada aneb co je to deprese a jak se léčí*, s. 48-49.

Mckenzie dále zmiňuje např. narušený životní styl (nedostatek spánku, pravidelného dostatečného pohybu...), obtížné životní zkoušky, existenční prázdnota, osamění nebo širší sociálně-kulturní faktory.<sup>53</sup> Nesse a Williams přičítají příčiny deprese také hromadným sdělovacím prostředkům a rozpadu malých společenství.<sup>54</sup>

Důležitou roli zde hraje také míra stresu, která se vypočítává z *tabulky životních událostí (Příloha VIII.)*. Tyto události se v průběhu roku sčítají. Na základě výzkumů byly událostem přiřazeny určité indexy závažnosti - body. Skór 250 bodů za rok se udává jako mezník ke zvládnutí zátěže u mladého organismu. Překročení těchto bodů pak bývá často následováno právě depresí. Ve stáří se tato hranice podstatně snižuje, i méně než na polovinu.<sup>55</sup> Honzák uvádí ve své knize, kromě těchto, i další možné životní události jako: rozvod, uvěznění, sňatek, těhotenství, splatnost půjčky, změna odpovědnosti v zaměstnání, problémy a konflikty se šéfem, změna školy, změna stravovacích zvyklostí, přešůpek a jeho provinění atd.<sup>56</sup>

### 1.5.3 Nedostatek látek v mozku

„Mechanismus, který spojuje různé příčiny deprese, je relativní nedostatek některých mozkových působků na nervových zakončeních.“<sup>57</sup>

Průzkumy totiž prokázaly, že lidé s depresemi současně trpí nedostatkem tří významných neurotransmiterů (chemické přenašeče nervových vzruchů), a to serotoninu, noradrenalinu a dopaminu. Jejich hladina je tak nízká, že vede k závadám v mozkové komunikaci. Nikdo však neví, co způsobuje pokles hladin těchto chemikálií. Neví se ani, zda nízké hladiny způsobují deprese, nebo zda tomu není naopak.<sup>58</sup>

---

<sup>53</sup> Srov. MCKENZIE, K. *Informace a rady lékaře – deprese*, s. 29-32.

<sup>54</sup> Srov. NESSE, R. ; WILLIAMS, G. Jsou duševní poruchy nemocí? In *O příčinách a vzniku nemocí*, s. 262-263.

<sup>55</sup> Srov. ANDERS, M. *Deprese*, s. 14-15.

<sup>56</sup> Srov. HONZÁK, R. *Deprese – depresivní nemocný v nepsychiatrické ordinaci*, s. 28.

<sup>57</sup> HORÁČEK, J. Když smutek bolí. In *Deprese. com - Nenechte radost odejít* [online].

<sup>58</sup> Srov. MCKENZIE, K. *Informace a rady lékaře – deprese*, s. 20.

## 1.6 Příznaky

Příznaků je velké množství, neboť deprese postihuje celé tělo i duši. U některých lidí se jich objevuje jen několik, jiní jich mají mnoho. Rovněž závažnost jednotlivých příznaků je u různých lidí odlišná. Většina jich však cítí únavu, tíhu, malátnost a vyčerpanost. Tento pocit ztráty energie může dojít až do takového stádia, že je člověk schopen jen ležet.<sup>59</sup>

„Základním a vše pronikajícím příznakem je chorobně smutná (=depresivní) nálada, která je většinou neodklonitelná vnějšími událostmi.“<sup>60</sup>

Odborníci Papolos a Papolos uvádí jako *nejpodstatnější znaky deprese*: depresivní náladu, snížený zájem o život, sníženou chuť k jídlu, myšlenky na dobrovolný odchod ze života, sníženou schopnost se na něco soustředit, podstatně nižší životní energii, nespavost nebo naopak zvýšenou spavost, snížené sebevědomí a sníženou pohyblivost.<sup>61</sup>

***Obsáhlejší seznam příznaků deprese nabízí např. Praško et al.:***

- a) přetrvávající smutná, úzkostná nebo „prázdná nálada“;
- b) pocity beznaděje, pesimismu nebo bezmoci;
- c) pocity viny, ztráty smyslu života;
- d) ztráta zájmu nebo radosti z koníčků a činností, které dříve těšily;
- e) ztráta zájmu o sexuální život;
- f) nespavost, předčasné ranní probouzení, nebo naopak nadměrná ospalost a spavost i během dne;
- g) ztráta chuti k jídlu, výrazné snížení váhy, nebo naopak přejídání se a přibývání na váze;
- h) pokles energie, únava, ospalost, malátnost – jednoduché činnosti vyžadují nadměrnou námahu;
- i) nadměrné polehávání nebo posedávání, nemožnost se přinutit k činnosti, odkládání činností;

---

<sup>59</sup> Srov. PRAŠKO, J. et al. *Deprese a jak ji zvládat*, s. 45-46.

<sup>60</sup> ŠVESTKA, J. *Přírozený vývoj v léčbě deprese a úzkosti*, s. 5.

<sup>61</sup> Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat depresi – 2. rozšířené vydání*, s. 20.

- j) myšlenky na smrt nebo sebevraždu, pokusy o sebevraždu;
- k) neklid, nervozita, nadměrná podrážděnost, výbušnost;
- l) potíže se soustředěním se, zapamatováním si, rozpomínáním se a s pamětí vůbec a problémy (naštěstí přechodné), problémy s rozhodováním;
- m) přetrvávající tělesné příznaky, jako jsou bolest hlavy, poruchy trávení, zácpa, dlouhodobé bolesti;
- n) tíha na hrudi, ztuhlost tělesného svalstva, snadná únavnost;
- o) nadměrná ustaranost, časté pocity napětí.<sup>62</sup>

Často je upozorňováno na nebezpečí tělesných příznaků, které jsou mnohdy zaměňovány za jinou tělesnou nemoc.<sup>63</sup>

Mckenzie se zmiňuje také, mimo jiné, o bludech a halucinacích. K těm dochází při skutečně těžkých depresích, protože jsou myšlenky už natolik deformovány, že člověk ztrácí kontakt se skutečností.<sup>64</sup>

## 1.7 Typy

Rozlišuje se mnoho typů deprese podle jejich příčiny, příznaků a trvání. Není ale vždy snadné určit, o který ten typ se přesně jedná. Tak se může stát, že i lékaři se mohou mýlit. Jak podotýká Atkinsonová: „Všimla jsem si totiž, že když tatáž osoba navštíví různé lékaře, může se dočkat odlišných nálepek!“<sup>65</sup>

### 1.7.1 Dělení podle závažnosti

- a) **mírná (lehká) deprese** – postižený je schopen chodit do práce a fungovat v každodenním životě, jen mu všechno jde hůř a pomaleji, věci ho přestávají těšit, vyhýbá se přátelům a uzavírá se do sebe. Léčba je zpravidla ambulantní.

<sup>62</sup> Srov. PRAŠKO, J. et al. *Deprese a jak ji zvládat*, s. 45-46.

<sup>63</sup> Srov. Tamtéž, s. 55.

<sup>64</sup> Srov. MCKENZIE, K. *Informace a rady lékaře – deprese*, s. 15-16.

<sup>65</sup> ATKINSONOVÁ, S. *Jak zdotat skálu jménem deprese*, s. 22.

- b) *středně těžká deprese* – není možné pracovat a i domácí činnosti jdou těžce. Většinu času je postižený nešťastný, zpomalený nebo nadměrně napjatý. Léčba probíhá v pracovní neschopnosti, vhodná je docházka do denního sanatoria, v případě sebevražedných myšlenek je vhodná hospitalizace.
- c) *těžká deprese* – postižený už není schopen se starat ani sám o sebe, má tendenci ležet v posteli a veškerý čas trávit v sebevýčitkách. Tato léčba probíhá vždy za hospitalizace.<sup>66</sup>

### 1.7.2 Dělení podle druhu

Praško et al ve své knize uvádí tyto druhy:

- a) *Velká depresivní porucha* - u postiženého jsou přítomny některé z daných příznaků (primární – depresivní nálada, ztráta zájmu a potěšení; sekundární – poruchy chuti k jídlu, porucha spánku, únava atd.)
- b) *Rekurentní depresivní 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.
- c) *Dystymie* – méně závažný typ deprese. Příznaky však trvají většinou dlouhou dobu, často léta. Obvykle začíná pozvolna a plíživě.
- d) *Bipolární (maniodepresivní) porucha* – je méně častá. U této poruchy se objevují jak cykly deprese, tak cykly mánie nebo povznesené nálady.
- e) *Sezonní afektivní porucha* – u některých lidí se objevují depresivní nálady s úbytkem energie, zhoršením výkonnosti a nadměrnou únavností pravidelně každý rok na podzim nebo v zimě. S jarem obvykle mizí.

---

<sup>66</sup> Srov. PRAŠKO, J. et al. *Bolestně smutná nálada aneb co je to deprese a jak se léčí*, s. 11.

- f) **Reaktivní porucha nálady** – je přímým následkem akutního těžkého stresu nebo pokračujícího traumatu. Začíná ihned nebo do jednoho měsíce po výskytu stresující události nebo životní změny.
- g) **Smíšená úzkostně depresivní porucha** – mísí se příznaky úzkosti a deprese, ale ani příznaků deprese ani příznaků úzkosti není tolik, aby umožnily diagnózu depresivní poruchy či některé z úzkostných poruch.
- h) **Krátká rekurentní depresivní porucha** – je relativně vzácná a často ujde pozornosti odborníků. U této poruchy se depresivní epizody, trvající typicky 2-3 dny, objevují alespoň 1x za měsíc.
- i) **Poporodní deprese** – 50-80 % žen prožívá 3.-4. den po porodu krátkou epizodu zhoršené nálady (podrážděnost, kolísání nálady, epizody pláče).
- j) **Deprese v menopauze** – nejčastější období depresí u žen.
- k) **Larvovaná deprese** – hlavním projevem jsou tělesné příznaky. Porucha nálady je v pozadí, někdy velmi málo patrná a někdy není přítomna vůbec. Svými příznaky trochu připomíná zimní spánek např. medvědů.
- l) **Deprese v pozdním věku** (viz jako kapitola DEPRESE VE STÁŘÍ)
- m) **Deprese při tělesném onemocnění** – deprese je tu spojena se souběžným tělesným onemocněním.<sup>67</sup>

Mckenzie nabízí, mimo již některých výše uvedených, ještě následující druhy deprese: Endogenní; Neurotická; Psychotická; Monopolární; Zrychlená; Zpomalená; Dissimulovaná; Organická; Krátkodobá recidivující.<sup>68</sup>

<sup>67</sup> Srov. PRAŠKO, J. et al. *Deprese a jak ji zvládat*, s. 30-45.

<sup>68</sup> Srov. MCKENZIE, K. *Informace a rady lékaře – deprese*, s. 32-36.

## 1.8 Léčba

Deprese je jednou z nejlépe léčitelných psychických poruch. Léčba pomáhá naprosté většině postižených. Čím dříve se s ní začne, tím dříve deprese odezní. Lékem „první volby“ jsou antidepressiva, přičemž u lehké deprese může dostatečně pomoci samotná psychoterapie. Optimální je však kombinace obou přístupů.<sup>69</sup>

### 1.8.1 Antidepressiva

Antidepressiva fungují na principu, že upravují (zvyšují, ale nedodávají!) množství serotoninu, noradrenalinu a dopaminu na neuronových zakončeních v mozku.<sup>70</sup>

Antidepressivum nepůsobí okamžitě, jako např. léky proti bolesti, ale jeho účinek pozvolna roste a plně se projeví až po 3-6 týdnech. Důležité pak je, aby se po pociťované úlevě lék nevysadil, ale bral dál (nejméně 6 měsíců), protože obnova rovnováhy nervového systému trvá obvykle několik měsíců. Léky jsou bezpečné, nenávykové, nevyvolávají změny osobnosti, a proto je často zbytečná obava o možné negativní, škodlivé dopady.<sup>71</sup>

Antidepressiv je v současnosti celá řada. Např. trycyklická, tetracyklická, IMAO, SSRI, RIMA nebo Tianeptin. Účinnost je podobná, rozdíly se ale mohou objevit v četnosti a intenzitě nežádoucích účinků. Ty bývají většinou lehké a hlavně dočasné (1-2 týdny). Řadí se mezi ně: sucho v ústech, zácpa, obtížné močení, sexuální problémy, rozmazané vidění, závratě, únava a nesoustředěnost.<sup>72</sup>

Ne vždy, je také první zvolené antidepressivum účinné a pomoc přinese až druhé, většinou z jiné chemické skupiny.<sup>73</sup>

---

<sup>69</sup> Srov. HORÁČEK, J. Když smutek bolí. In *Deprese. com - Nenechte radost odejít* [online].

<sup>70</sup> Srov. PRAŠKO, J. et al. *Deprese a jak ji zvládat*, s. 80.

<sup>71</sup> Srov. SKOPOVÁ, J. *Moderní antidepressiva a jejich použití v léčbě nejčastějších psychických poruch a v ordinaci praktického lékaře*, s. 6-7.

<sup>72</sup> Srov. PRAŠKO, J. et al. *Deprese a jak ji zvládat*, s. 80-83.

<sup>73</sup> Srov. ŠVESTKA, J. *Přírozený vývoj v léčbě deprese a úzkosti*, s. 11.



### 1.8.2 Psychoterapie

U většinu depresivních nemocných, kteří trpí lehkou nebo středně těžkou formou deprese, je psychoterapie velmi účinnou metodou. Zkracuje dobu léčby, přičemž u těch lehkých forem je schopna pomoci i bez léků. Ovšem pro lidi trpící těžkou depresí je už málo účinná.<sup>74</sup>

V současné době je spousta užívaných terapií. Mezi takové nejznámější patří kognitivně-behaviorální a psychoanalytická. *Kognitivně-behaviorální* je zaměřena na změnu negativního myšlení (vidění sebe sama, okolí a budoucnost ve špatném světle) a pacient tak po malých krocích narušuje „depresivní kolotoč“ (negativní myšlenky – depresivní nálada – depresivní chování – depresivní myšlenky atd.). *Psychoanalýza* je na rozdíl od toho zaměřena na hledání a odkrytí nevědomých konfliktů, které by mohly mít nějakou souvislost s pacientovým depresivním stavem.<sup>75</sup>

### 1.8.3 Jiné možnosti léčby

Často využívanou léčbou je *fototerapie*, která je nejvhodnější pro lidi trpící sezónní poruchou nálady. Jde o každodenní ranní aplikaci intenzivního světla. Léčba trvá většinou 1-3 týdny.<sup>76</sup>

Jednou z nejproblematičtějších, ale zároveň nejrychlejších a nejspolehlivějších metod je *elektrokonvulzivní léčba* (lidově elektrošoky), která se provádí v narkóze. Používá se tam, kde nezabrala antidepressiva, případně u velmi těžkých depresí, které člověka ohrožují na životě (vůbec nejedí nebo nepijí).<sup>77</sup>

Mezi zkoušené alternativní metody se dá také zařadit: akupunktura, aromaterapie, hypnoterapie, masáž, muzikoterapie, pravidelné tělesné cvičení nebo homeopatie (extrakty z třezalky, kopřivový výtažek aj.).<sup>78</sup>

---

<sup>74</sup> Srov. PRAŠKO, J. et al. *Deprese a jak ji zvládat*, s. 86.

<sup>75</sup> Srov. ANDERS, M. *Deprese*, s. 26.

<sup>76</sup> Srov. PRAŠKO, J. et al. *Bolestně smutná nálada aneb co je to deprese a jak se léčí*, s. 64.

<sup>77</sup> Srov. MCKENZIE, K. *Informace a rady lékaře – deprese*, s. 69-71.

<sup>78</sup> Srov. ANDERS, M. *Deprese*, s. 29.

## 1.9 Následky depresí

Deprese způsobuje nesmírnou trýzeň a je pochopitelné, že se jí chce člověk co nejdříve zbavit. Někdy k tomu ale použije metody, které nejsou zrovna šťastným řešením a naopak přináší jen větší komplikace.

Patří sem zneužívání alkoholu, léků (proti bolesti, na uklidnění nebo na spaní) nebo drog. Člověk se potřebuje zbavit napětí, „přepít“ smutek, ulehčit bolestem, a proto sáhne většinou po tom, co nabízí okamžitý účinek. Člověk se ani nenaděje a problém v podobě závislosti je na světě. Užívání návykových látek však s sebou přináší také vážné nebezpečí v podobě: zhoršování probíhajících psychických obtíží, zvyšování agresivity nebo vytváření zcela nečekaných reakcí v kombinaci s léky. Další den po užití těchto látek zpravidla dochází i k výraznému zhoršení deprese.<sup>79</sup>

Pod vlivem deprese je výrazně ovlivněno *myšlení* člověka, a proto je potřeba se řídit ***určitými zásadami***:

- a) neklást si žádné náročné cíle a úkoly;
- b) nedělat žádná závažná rozhodnutí;
- c) nesrovnávat svojí aktivitu v nemoci s aktivitou ve zdraví;
- d) neříkat si, že se dá deprese zlomit vůlí;
- e) neočekávat od sebe příliš; nedůvěřovat svým negativním myšlenkám;
- f) nevěřit lidem, kteří říkají, že se musí člověk vzchopit;
- g) pokud se objeví myšlenky na sebevraždu, tak o nich někomu říct.<sup>80</sup>

Následků deprese je mnoho, od psychických (např. výše uvedená změna v myšlení), přes tělesné (např. nedostatek spánku) až po sociální. Mezi poslední uvedené se může řadit ztráta zaměstnání, pracovní neschopnost, ztráta různých zájmů, konflikty v rodině, problémy s partnerem až možný rozvod či vyhýbání se lidem a následná samota.

---

<sup>79</sup> Srov. PRAŠKO, J. et al. *Deprese a jak ji zvládat*, s. 166-169.

<sup>80</sup> Srov. Tamtéž, s. 91.

### 1.9.1 Sebevražda a její prevence

„Nejzávažnější komplikací je sebevražedný pokus, který provede až 20 % nemocných!“<sup>81</sup>

„Odhaduje se, že přibližně 95 % lidí, kteří zemřou sebevraždou, jsou lidé duševně nemocní, především trpící depresivní poruchou.“<sup>82</sup>

Mckenzie uvádí množství dokonaných sebevražd v některých státech (Příloha IX.). Jde o počet dokonaných sebevražd na 100 000 obyvatel. Nejvyšší sebevražednost má Finsko, nejnižší Řecko.<sup>83</sup>

#### *Zvýšené riziko sebevražd se častěji objevuje:*

- a) u mužů, zvláště pokud jde o dokonané sebevraždy;
- b) ve vyšším věku;
- c) u akutních (prudkých) změn životní situace;
- d) při stresu, který překračuje možnosti normálního zvládnání těžké životní situace;
- e) pokud má daná osoba plán, jak sebevraždu provést;
- f) tam, kde je nedobré rodinné zázemí a nedostatek dobrých přátel;
- g) tam, kde byl již v minulosti dané osoby realizován pokus o sebevraždu;
- h) tam, kde je přítomno chronické onemocnění, nemoc s neustále se zhoršujícím průběhem, případně nemoc ohrožující duševní funkce či osobnost daného člověka;
- i) tam, kde daná osoba nemá s kým by si mohla pohovořit.<sup>84</sup>

Ke zjišťování, jak velká je možnost, že daný člověk spáchá sebevraždu, může posloužit i dotazník, který nabízí např. ve své knize Honzák (Příloha X.). Jde

---

<sup>81</sup> ANDERS, M. *Deprese*, s. 8.

<sup>82</sup> VINAŘ, O. Utrpení spojené s depresí se nezapomíná. In *Deprese.com. – Nenechte radost odejít. Rozhovor měsíce. Archiv rozhovorů* [online].

<sup>83</sup> MCKENZIE, K. *Informace a rady lékaře – deprese*, s. 89.

<sup>84</sup> Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat depresi – 2. rozšířené vydání*, s. 107.

o otázky, na které se odpovídá Ano či Ne a podle nich se nakonec stanoví míra suicidálního rizika.<sup>85</sup>

Když k sebevraždě dojde, ovlivní to většinou spoustu dalších lidí. „Sebevražda za sebou zanechává pocit viny, hanby a beznadějného zmatku.“<sup>86</sup> Atkinsonová proto radí, aby se člověk zkusil alespoň chvíli zamyslet nad následujícím:

- a) Jestliže zemřete, skoro určitě se najdou lidé, kteří řeknou: „Přál bych si, abych věděl, jak se cítil. Rád bych mu pomohl.“ Možná se vám zdá, že by to neřekl nikdo. Pravděpodobně je to víc příznak nemoci než skutečnosti.
- b) Jestliže zemřete, budou, ačkoliv se vám to teď nezdá, někteří lidé zoufale, zoufale nešťastní. Navždycky to ovlivní jejich životy. (Jestli si teď myslíte: „Dobrá, tak jim aspoň ukážu,“ zkuste se zamyslet nad tím, jestli opravdu stojí za to obětovat život pro takovou pomstu.)<sup>87</sup>

Atkinsonová dále uvádí *různé návrhy, co dělat v době, kdy se smrt zdá poměrně příjemnou možností:*

- a) Připravte si seznam telefonních čísel lidí, kterým můžete zavolat. (Linka důvěry má provozní dobu dvacet čtyři hodin denně. Nikdy vás tam neodsoudí. Vždycky vás vyslechnou.)
- b) Pokud se necítíte na to, že byste někomu zavolali, někam jděte (já si většinou, když je vážně zle, uvědomuji, že nejsem ve formě na to, abych byla mezi dalšími lidmi). Udělejte cokoli, co vám pomůže přečkat nejhorší dobu, než ty nejstrašnější myšlenky trochu vyprchají.
- c) Uchylte se do své „jeskyně“. Najděte si místo, kde můžete jen „být“, kde vás nebude nikdo rušit.
- d) Ačkoliv se možná cítíte zase jako u paty útesu, možná jste tentokrát nespádli až dolů. To, co vypadá jako dno, může ve skutečnosti být pokaždé o kousek výš. Je tu neustálý postup.

---

<sup>85</sup> HONZÁK, R. *Deprese – depresivní nemocný v nepsychiatrické ordinaci*, s. 65.

<sup>86</sup> HILLMAN, J. *Duše a sebevražda*, s. 13.

<sup>87</sup> Srov. ATKINSONOVÁ, S. *Jak zdotat skálu jménem deprese*, s. 120-121.

- e) Plačte, ječte, zuřivě pište, hrajte hodně nahlas na nějaký hudební nástroj, kopejte do zdi – cokoliv, čím odvedete pocity ničivé a pustošivé deprese do něčeho jiného než sebeničivé sebevraždy.
- f) Zjistila jsem, že pokud mě takové pocity zavalí hodně brzy ráno, je to jenom horší, když zůstanu v posteli. Když vstanete a uvaříte si šálek čaje, je to o trochu lepší.
- g) Prostě nemůžete vědět, jaká je smrt. Možná to bude konec všeho našeho pachtění. Ale možná také ne.<sup>88</sup>

## 2 STÁŘÍ

Spousta lidí vidí stáří jako něco negativního. Jak říká Jarolímová a Holmerová: „Pro pesimistu je stáří závěrečným obdobím života, kdy lidský organismus ztrácí stále více své někdejší schopnosti.“<sup>89</sup> Mluví se o zhoršení, ztrátě, ubývání, poškození či poruše. „Ztráty a velké životní zvraty nejsou specifickým jevem stáří, protože každý jedinec během života získá zkušenost se ztrátou. Pro stáří je však charakteristické, že se ztráty a životní zvraty nahromadí a staří lidé se pak stávají slabší a zranitelnější.“<sup>90</sup>

Jsou tu však na světě i optimisté a ti připomínají, že stáří není pouze bilancováním ztrát, ale může být také korunou života.<sup>91</sup> Může přinášet ovoce, které má jména jako moudrost, shovívavost, humor, tichost, schopnost vidět věci a lidí do hloubky nebo nacházet smysl života a smrti.<sup>92</sup>

V pokročilejším věku se také více projevují různé poruchy a onemocnění. Ne vše se dá ovlivnit vlastním způsobem života, tím jak a kde člověk žije. Jsou tu také určité genetické předpoklady, které se zvláště u některých poruch nedají

<sup>88</sup> Srov. ATKINSONOVÁ, S. *Jak zdolat skálu jménem deprese*, s. 120.

<sup>89</sup> JAROLÍMOVÁ, E. ; HOLMEROVÁ, I. „Mrzoutství“, deprese a depresivní ladění ve stáří. In *Deprese.com – Nenechte radost odejít. Rozhovor měsíce. Archiv rozhovorů* [online].

<sup>90</sup> PICHAUD, C ; THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi*, s. 25.

<sup>91</sup> Srov. JAROLÍMOVÁ, E. ; HOLMEROVÁ, I. „Mrzoutství“, deprese a depresivní ladění ve stáří. In *Deprese.com – Nenechte radost odejít. Rozhovor měsíce. Archiv rozhovorů* [online].

<sup>92</sup> Srov. PICHAUD, C ; THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi*, s. 32.

opominout. Kalvach uvádí, že je proces stárnutí podmíněn asi z 25 % geneticky a těch ostatních 75 % způsobem života, kde hraje roli především prostředí, strava a pohybové aktivity.<sup>93</sup>

Ve společnosti stále převládá názor, že stáří se automaticky rovná nemoc nebo omezení. Je to však mylné tvrzení, vždyť podle uvedených průzkumů pocházejících z různých částí světa vyplývá, že zhruba 50-70 % lidí starších 65 let hodnotí svůj zdravotní stav jako uspokojivý.<sup>94</sup> Stáří je přirozený proces, který nikdo neovlivní. A pokud si někdo myslí, že je stárnutí nemoc, pak je nutné bohužel konstatovat, že nevléčitelná.<sup>95</sup>

O stáří se traduje spousta mýtů a v podvědomí lidí jsou bohužel velmi zakořeněné. Patří mezi ně třeba neužitečný čas (nicnedělání), přestože je spousta seniorů stále pracujících a naopak je slýcháváno, že mají stále nedostatek času. Nebo mýtus o arterioskleróze, kdy všem stárnoucím lidem přisuzujeme určitou formu demence, kterou zapříčiňuje právě arterioskleróza. Dále je to třeba, že každý starý člověk je závislý na okolí, je izolovaný, labilní či unavený apod.<sup>96</sup>

## 2.1 Stáří a stárnutí

„Stárnutí představuje neodvratitelný fyziologický děj, který je vlastně cestou do stáří, jež je poslední ontogenetickou periodou lidského života.“<sup>97</sup>

Stáří je relativní pojem. Je těžké uvést, kdy přesně začíná. Také je nutné rozlišovat věk kalendářní a funkční.

Kalendářní věk je dán počtem prožitých let. Podle Světové zdravotnické organizace se rozlišuje: 60-74 let – rané stáří

75-89 let – vlastní stáří

90 a více let – dlouhověkost.<sup>98</sup>

---

<sup>93</sup> Srov. KALVACH, Z. et al. *Geriatric a gerontologie*, s. 67.

<sup>94</sup> Srov. GREGOR, O. *Stárnout, to je kumšt*, s. 79.

<sup>95</sup> Srov. NESSE, R. ; WILLIAMS, G. Stárnutí jako pramen mládí. In *O příčinách a vzniku nemocí*, s. 134.

<sup>96</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*, s. 28.

<sup>97</sup> WEBER, P. a kol. *Minimum z klinické gerontologie*, s. 15.

<sup>98</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*, s. 22.

Funkční věk je individuální. U každého člověka je tempo stárnutí jednotlivých orgánů jiné, přičemž je nutné přihlídnout ke způsobu života, prodělaným chorobám, stresovým situacím nebo aktivitě či pasivitě tělesné, psychické a intelektuální.<sup>99</sup>

Dalo by se říci, že kalendářní věk je objektivní pohled na stáří a funkční věk je subjektivní pohled na stáří.

Často se také pokládá za počátek stáří odchod do důchodu, kdy je pak každý starobní důchodce považován za starého člověka. Ne vždy je to však správné označení. I zde závisí na individualitě každého člověka.<sup>100</sup>

Jak ale stáří přímo vypadá? Haškovcová uvádí, že má vyzrálé, jasné stáří své typické vnější poznávací znaky, které nelze zakrýt a ani přehlédnout. Vyzrálým stářím zde myslí kategorii 75-89 let. Lidé této věkové kategorie zpravidla již vykazují snížení fyzických a psychických sil. Jejich zevnějšek prodělal řadu změn a stáří se stalo jak čitelné ve tváři, tak v gestech i v chůzi. Involučního procesu nebyla ušetřena ani psychika.<sup>101</sup>

## **2.2 Změny ve stáří**

Změny ke stáří neoddelitelně patří. Jak po fyzické stránce, kdy organismus ztrácí síly, tak po psychické a samozřejmě po sociální, kdy může začít třeba více chodit za kulturou nebo se naopak stahovat mezi své blízké.

### **2.2.1 Fyzické změny**

„Základem fyzických změn ve stáří je opotřebenost orgánů, zpomalená látková přeměna a pokles práce biologických adaptačních mechanismů.“ (Gregor, s. 97)

Jak uvádí Gregor, starý člověk se pomalu a špatně přizpůsobuje teplotním změnám, a proto se mu hůře prokrvují ruce a nohy. Snižuje se pružnost a pohyblivost páteře a kloubů, dochází k pozvolnému řídnutí kostí. Snižuje se

<sup>99</sup> Srov. GREGOR, O. *Stárnout, to je kumšt*, s. 113-115.

<sup>100</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*, s. 21.

<sup>101</sup> Srov. Tamtéž, s. 21.

svalová síla a fyzická výkonnost, a to z důvodu ubývání aktivní tělesné hmoty a přibývání tuku a vaziva. Celkově se zpomalují reakce na vnější podněty.<sup>102</sup>

Významné jsou změny smyslového vnímání. U zraku dochází k horší adaptaci na změny světla, hlavně na tmu. Snižuje se barvocit, přičemž se hůře rozlišuje barva tmavočervená a tmavozelená, někdy i modrá a žlutá. U světlých barev je rozlišovací schopnost lepší. U sluchu dochází k tomu, že člověk hůře slyší zejména vyšší tóny a u hmatu ubývá koncentrace Meisnerových hmatových tělísek na konečcích prstů. Dále atrofují čichová vlákna i chuťové buňky.<sup>103</sup>

Kalvach et al. popisuje vnější vzhled, kdy dochází k prodlužování ušních lalůčků, poklesu tváří, poklesu horního víčka se zmenšením oční štěrbině a ke zvětšování špičky nosu. Zorničky jsou v průměru užší a objevuje se šedavý prstenec kolem duhovky. Ztráta zubů mění výraz ústa dolní části obličeje. Snižuje se dolní čelist, ztenčuje se horní ret a zkracuje se vzdálenost brady a nosu. Kůže je celkově méně napnutá a pevná, méně elastická a hebká. Tvoří se vrásky, oční vřásky a ochabuje kůže podbradku. Vlasy šedivějí a vypadávají.<sup>104</sup>

Také dochází ke změnám spánku. Snižuje se podíl REM fáze, tj. fáze hlubokého spánku, přičemž jde asi o 20 % oproti dospělosti. Také některým lidem déle trvá, než po ulehnutí usnou. Nemohou se často osvobodit od tíživých myšlenek, jsou napjatí a nedovedou se uvolnit. Rovněž se v noci často budí.<sup>105</sup>

### **2.2.2 Psychické změny**

Postupně klesá zásoba psychické adaptační energie. Staří lidé se pak hůře vyrovnávají se zátěžemi přicházejícími z vnějšího prostředí. Neradi se vzdávají starých návyků a neradi přijímají nové názory. Někteří lidé potřebují delší dobu na rozhodování i pro přípravu různých denních a obvyklých činností.<sup>106</sup>

---

<sup>102</sup> Srov. GREGOR, O. *Stárnout, to je kumšt*, s. 98-99.

<sup>103</sup> Srov. KALVACH, Z. et al. *Geriatric a gerontologie*, s. 101.

<sup>104</sup> Srov. Tamtéž, s. 101

<sup>105</sup> Srov. GREGOR, O. *Stárnout, to je kumšt*, s. 42-43.

<sup>106</sup> Srov. Tamtéž, s. 99



S přibývajícím věkem se zpomaluje i rychlost slovní reakce. Bývá obtížnější se vyjádřit a je zapotřebí více slov. Ve stáří se lidé stávají uzavřenějšími. Citový život je strnulejší a také jsou více zranitelnější. Často jsou, většinou ženy, plačtivější než dříve, protože je více věcí dojme.<sup>107</sup>

„Říká se, že stáří karikuje povahu. Typické vlastnosti člověka se ke stáru skutečně zvýrazňují. Kdo byl v mládí šetrný, bývá ve stáří lakomý nebo kdo vyhledával slovní šarvátky, dospívá ve stáří do podoby nesnášenlivého a vztahovačného kverulanta.“<sup>108</sup>

Také dochází k pravidelnému snížení vstřípivosti a vnímavosti, což jsou podstatné složky paměti. Logické myšlení a intelekt bývá většinou do vysokého věku zachován.

### 2.2.3 Sociální změny

Oblast sociálních změn postihuje proměnu sociálních rolí a potřeb, životního stylu i ekonomického zajištění. Problémy u starších lidí jsou zejména: maladaptace na penzionování, ztráta životního programu a společenské prestiže, osamělost, pokles životní úrovně, hrozba ztráty soběstačnosti, věková segregace a diskriminace.<sup>109</sup>

„Podle sociologických průzkumů snášejí přechod do důchodu nejhůře lidé s nízkou profesionální kvalifikací a lidé s velmi úzkým zaměřením v povolání a lidé žijící sami.“<sup>110</sup>

Jak uvádí Gregor, tak sociální izolace může vést až k psychickému osamocení a z toho vyplývajícím změnám v chování. Následuje pak smutek, pocity strachu, deprese, pocity méněcennosti, útek do minulosti až může dojít k celkové rezignaci.<sup>111</sup>

Starý člověk se postupně stává závislejším na svém okolí. V tuto chvíli by měla přijít na pomoc jeho rodina. Nebývá to však tak časté.

---

<sup>107</sup> Srov. GREGOR, O. *Stárnout, to je kumšt*, s. 100.

<sup>108</sup> HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*, s. 86-87.

<sup>109</sup> Srov. KALVACH, Z. et al. *Geriatric a gerontologie*, s. 47.

<sup>110</sup> GREGOR, O. *Stárnout, to je kumšt*, s. 101.

<sup>111</sup> Srov. Tamtéž, s. 101.

V dnešní době se podstatně rozšířil systém služeb poskytovaných starým lidem. Člověk si může vybrat ze skupin služeb podle toho, zda chce být v domácích podmínkách či umístěn v ústavním zařízení.

Novosad uvádí jako *sociální služby*:

- a) **Ústavy sociální péče** - poskytují klientům ucelenou péči. Jsou kolektivního rázu, jejíž funkce závisí na dodržování organizačního řádu. Klienti zde nemají žádoucí prostor pro své soukromí.
- b) **Domovy a penziony** - tyto pobytová zařízení jsou určena pro menší počet klientů a mají charakter rodinného typu. Klienti si sami rozhodují o zařízení svého pokoje aj.
- c) **Stacionáře** - jsou to zařízení pro denní pobyt sloužící handicapovaným, u starých lidí například s demencí.
- d) **Hospicová zařízení** - jejich úkolem je zmírnit strádání, utrpení a bolest, jež doléhá na velmi těžce či nevyléčitelně nemocné jedince.
- e) **Domácí péče** (Pečovatelská služba) - je poskytována v domácnostech těch jedinců, kteří takovou péči potřebují.
- f) **Osobní asistence** - cílem života s osobní asistencí je úsilí o nezávislost a samostatnost každého jedince. Náplň práce osobního asistenta záleží na klientovi a na tom, co zvládne a s čím potřebuje pomoci.
- g) **Respitní péče** - jde o krátkodobou podporu rodin, jejímž cílem je umožnit „na chvíli vydechnout“ těm, kteří celý rok pečují o svého blízkého. Pečující může být zastoupen asistentem nebo stacionářem, který přebírá péči o klienta na několik hodin či týdnů, podle toho, jaký druh sociálních služeb si zvolí.<sup>112</sup>

---

<sup>112</sup> NOVOSAD, L. *Základy speciálního poradenství*, s. 45-50.

### 3. DEPRESE VE STÁŘÍ

Deprese ve stáří je jedním z typů deprese, který může člověka v životě potkat.

Přestože se deprese v pozdním věku objevuje často, bývá často přehlédnuta, protože je maskována tělesnými příznaky nebo navazuje na zjevnou tělesnou nemoc, kterou může být u starší populace srdeční příhoda, vysoký krevní tlak, mozková příhoda, Parkinsonova choroba, cukrovka, revmatismus a další. Deprese většinou výrazně zhoršuje jejich průběh.<sup>113</sup>

Nebo je také možné, že jsou symptomy deprese mnohdy pokládány za součást normálního stárnutí a nikoli za chorobný proces.<sup>114</sup> Rychlou a spolehlivou orientaci o přítomnosti deprese poskytne Geriatrická škála deprese podle Yesavageho a spol. (**Příloha XI**).<sup>115</sup>

Tvrzení, že se objevuje *často*, ale ještě neznamená, že její riziko ve stáří a vůbec s věkem stoupá. Dochází spíše k zestupu rizikových faktorů deprese než této psychické choroby samé.<sup>116</sup> Také obecně trvá déle než v mladším věku a bývají velmi časté provleklé fáze.<sup>117</sup>

#### 3.1 Formy deprese

Ve stáří se může deprese objevovat především v rámci následujících jednotek:

- a) ***Bipolární afektivní porucha*** ( různé střídání depresivních a manických fází) – většinou přechází ze středního věku pacienta
- b) ***Periodická (rekurentní) depresivní porucha*** – někdy přechází ze středního věku, jindy vzniká až v pokročilém věku.
- c) ***Depresivní fáze*** – deprese se vyskytla v životě poprvé, popř. opakovaně, ale s dlouhým časovým odstupem.

---

<sup>113</sup> Srov. ANDERS, M. *Deprese*, s. 13-14.

<sup>114</sup> Srov. KALVACH, Z. et al. *Geriatric a gerontologie*, s. 555.

<sup>115</sup> WEBER, P. a kol. *Minimum z klinické gerontologie*, s. 131.

<sup>116</sup> Srov. Tamtéž, s. 127.

<sup>117</sup> Srov. KALVACH, Z. et al. *Geriatric a gerontologie*, s. 556.

- d) *Dysthymní porucha* – trvalá porucha osobnosti, u které se vyskytují subdepresivní poruchy nálady, ale nikdy ne těžké deprese včetně psychotických depresivních poruch.
- e) *Organická afektivní porucha* – v rámci organických mozkových poruch.<sup>118</sup>

### 3.2 Výskyt deprese

Podle výzkumů ze západních zemí se depresivní příznaky vyskytují přibližně u 15 % starší populace, v pečovatelských zařízeních 15-25 %. Zároveň je doopravdy léčeno kolem 5-10 % takto postižených lidí.<sup>119</sup>

Větší výskyt deprese bývá tedy zjišťován u pacientů v ústavní péči a nebo pak u osaměle žijících lidí.<sup>120</sup>

Odhaduje se, že každý šestý senior přicházející do ordinace svého praktického lékaře trpí různým stupněm deprese. Velmi časté jsou lehké až střední.<sup>121</sup>

„Průběh deprese ve stáří spočívá asi u 40 % nemocných ve fázích s častými relapsy a ve 30 % má chronický charakter.“<sup>122</sup>

A jak je to s rozdíly mezi pohlavími? Ve středním věku jsou ženy postiženy depresí více než muži, avšak ve stáří je tento rozdíl méně nápadný. Ženy trpí také častěji lehčími formami deprese.<sup>123</sup>

A riziko sebevraždy? Ve stáří stoupá několikanásobně (7-až 10-krát) a výrazně se zvyšuje i počet dokonaných sebevražd (1 pokus na 1 až 3 dokonané), zatímco ve středním věku připadá 5 až 10 pokusů na 1 úmrtí.<sup>124</sup>

A jak uvádí Konrád: „Nejtypičtějším sebevrahem, který skutečně dokoná sebevraždu, je právě starý člověk, který žije sám, izolovaný, bez větší

---

<sup>118</sup> Srov. KALVACH, Z. et al. *Geriatric a gerontologie*, s. 555.

<sup>119</sup> Srov. ANDERS, M. *Deprese*, s. 13.

<sup>120</sup> Srov. KALVACH, Z. et al. *Geriatric a gerontologie*, s. 555.

<sup>121</sup> Srov. WEBER, P. a kol. *Minimum z klinické gerontologie*, s. 126-129.

<sup>122</sup> Tamtéž, s. 128.

<sup>123</sup> Srov. Tamtéž, s. 126.

<sup>124</sup> Srov. Tamtéž, s. 126.

psychosociální podpory, bez známých a příbuzných. Navíc trpí nějakou vážnou tělesnou chorobou a samozřejmě depresí.“<sup>125</sup>

### 3.3 Deprese nebo demence

Deprese ve stáří bývá často omylem diagnostikována jako demence (psychiatrie mluví o „pseudodemenci“). Vyplývá to logicky z útlumové symptomatologie i ze ztráty životních zájmů. Nicméně na rozdíl od Alzheimerovy demence lze ale depresi úspěšně léčit a zlepšit tak kvalitu života nemocných.<sup>126</sup>

Podle různých statistik se uvádí, že u Alzheimerovy choroby se vyskytují deprese v 10-50 % případů.<sup>127</sup>

„Demence je poruchou intelektu a poznávacích (kognitivních) funkcí, vznikající na základě organického poškození mozku. Je často nevratná a různě rychle postupuje k horšímu v závislosti na mnoha okolnostech.“ Zatímco „Deprese je porucha nálady, která je léčitelná a která po odeznění nezanechává výraznější stopy na psychických funkcích.“<sup>128</sup>

Depresivní nemocný si své obtíže uvědomuje, zatímco dementní o nich většinou neví a neuvažuje. Příkladem může být to, že si člověk v depresi nápadně často stěžuje na zhoršení paměti, které objektivně není výrazné. Na rozdíl od toho si člověk s demencí zpravidla žádných poruch paměti není vědom.<sup>129</sup>

K odlišení příznaků demence a deprese může posloužit jednoduchá metoda označená jako MINI-MENTAL-TEST podle Folsteina et al. (**Příloha XII.**). Spočívá v zadání řady úkolů, z nichž každý má svou bodovou hodnotu. Celkové skóre mluví srozumitelně o úrovni kognitivních funkcí.<sup>130</sup>

---

<sup>125</sup> KONRÁD, J. Stáří a deprese. In *Deprese.com – Nenechte radost odejít. Rozhovor měsíce. Archiv rozhovorů* [online].

<sup>126</sup> Srov. HONZÁK, R. *Deprese – depresivní nemocný v nepsychiatrické ordinaci*, s. 47.

<sup>127</sup> Srov. KALVACH, Z. et al. *Geriatric a gerontologie*, s. 555.

<sup>128</sup> HONZÁK, R. *Deprese – depresivní nemocný v nepsychiatrické ordinaci*, s. 13.

<sup>129</sup> Srov. KONRÁD, J. Stáří a deprese. In *Deprese.com – Nenechte radost odejít. Rozhovor měsíce. Archiv rozhovorů* [online].

<sup>130</sup> Srov. HONZÁK, R. *Deprese – depresivní nemocný v nepsychiatrické ordinaci*, s. 46.

### 3.4 Příčiny deprese

Bývají stejné jako u deprese všeobecně. Jsou tu příčiny známé, neznámé a samozřejmě nedostatek některých látek v mozku, jak uvádím již v kapitole 1.5 Příčiny.

Konrád píše, že z jednou z hlavních příčin deprese ve stáří je chronický stres, na jehož zvyšování mají vliv především chronická i akutní tělesná onemocnění a bolesti, sociální a finanční nouze, nepříznivá bytová situace aj.<sup>131</sup>

Praško a et al. uvádí, že mezi *nejčastější stresující faktory* ve stáří, na které deprese navazuje, patří ztráty (partnera, přátel, stálého kontaktu s potomky, tělesného zdraví, kariéry či soběstačnosti), konflikty ve vztazích (s nemocným partnerem, s potomky, s okolím), učení se nové roli v životě (odchod do důchodu, změna prostředí, domov důchodců) a sociální izolace.<sup>132</sup>

Weber uvádí, mimo jiných, *další rizikové faktory*, které mohou vést k depresi:

- a) výskyt deprese již v mladším věku a stále se vracející;
- b) demence;
- c) léky, především antihypertensiva, psychofarmaka, antiparkinsonika, steroidy. U starých lidí je nebezpečí právě v tom, že většinou užívají spoustu léků.<sup>133</sup>

Často se pokládá otázka: „Proč u starších párů vede častěji úmrtí jednoho z partnerů i ke smrti druhého, ke ztrátě vůle žít?“. Raboch odpovídá: „Ve stáří se po úmrtí partnera často rozvine deprese. A deprese je nemoc celého těla, zasáhne nejen psychiku, ale i kardiovaskulární systém, imunitu, cévní systém. To je naprosto prokázané.“<sup>134</sup>

---

<sup>131</sup> Srov. KONRÁD, J. Stáří a deprese. In *Deprese.com – Nenechte radost odejít. Rozhovor měsíce. Archiv rozhovorů* [online].

<sup>132</sup> Srov. PRAŠKO, J. et al. *Bolestně smutná nálada aneb co je to deprese a jak se léčí*, s. 42.

<sup>133</sup> Srov. WEBER, P. a kol. *Minimum z klinické gerontologie*, s. 127-128.

<sup>134</sup> Srov. RABOCH, J. Deprese a kritická životní období. In *Deprese.com – Nenechte radost odejít. Rozhovor měsíce. Archiv rozhovorů* [online].

### 3.5 Příznaky deprese

Bývají stejné jako u deprese všeobecně, jak uvádím již v kapitole 1.6 Příznaky.

Weber uvádí tento klinický obraz deprese ve stáří:

- a) *Nálada* – depresivní, vznětlivý nebo anxiózní, období pláče a smutku.
- b) *Doprovodné psychologické příznaky* – nedostatek sebedůvěry, špatná soustředivost a paměť, zmenšení pocitu radosti, nedostatek zájmu o běžné aktivity, nedostatek kooperace s okolím, sociální izolace, negativní očekávání, zvýšená závislost, bezmocnost, vracející se myšlenky na smrt, suicidální myšlenky.
- c) *Somatické projevy* – psychomotorická retardace, únava, agitovanost, nechutenství, hubnutí, insomnie.
- d) *Psychotické symptomy* – iluze méněcennosti, iluze o špatném zdraví, iluze o chorobě, depresivní halucinace – vizuální, auditivní, vzácně čichové.<sup>135</sup>

### 3.6 Léčba deprese

Udává se, že bez léčby odezní deprese spontánně až v 60 % případů starých nemocných, a to až po několika měsících či dokonce letech. Dříve to bývá u těch lidí, kteří mají lehčí formu deprese, dobrý somatický stav a příznivé sociální zázemí. Naopak později u těch, co mají špatný zdravotní a psychický stav a žijí v sociální izolaci.<sup>136</sup>

*Cílem léčby* deprese ve stáří je podle Webera:

- a) zmenšení až odstranění deprese,
- b) snížení rizika,
- c) zlepšení celkového zdravotního stavu,

---

<sup>135</sup> Srov. WEBER, P. a kol. *Minimum z klinické gerontologie*, s. 129.

<sup>136</sup> Srov. Tamtéž, s. 130.

- d) snížení mortality,
- e) zvýšení kvality života.<sup>137</sup>

Ve stáří se většinou přistupuje rovnou k léčbě antidepresivy. Nová antidepresiva bývají ve starším věku snad ještě účinnější než ve středním. Lékař však musí velmi pečlivě vybírat jaké zvolí, s ohledem na možná tělesná onemocnění.<sup>138</sup>

Nástup účinků je pomalejší než u mladších lidí, a to v důsledku přirozených změn ve stáří (změněná absorpce, distribuce, pomalejší metabolismus aj.).<sup>139</sup>

Mezi nejčastěji používaná u lidí vyššího věku patří antidepresiva 3. generace SSRI (Inhibitory zpětného vychytávání serotoninu). Naprosto nevhodná se v tomto věku jeví tricyklická antidepresiva 1. generace.<sup>140</sup>

V léčbě je tedy třeba se zaměřit na všechny rizikové faktory, které ji mohou vyvolat. Je třeba věnovat i pozornost léčbě somatické choroby, užívané medikaci a vedlejším účinkům.<sup>141</sup>

### 3.7 Prevence deprese

Velký problém dost často nastává, když zůstane člověk osamocený a izolován od ostatních lidí. Důležitá je tu prevence, tedy styk s lidmi a vytváření kontaktů už v dospělosti. „Styk, kontakt, zábava s druhými lidmi rozšiřují naše zájmy i naše znalosti, dávají životadárnou radost.“<sup>142</sup>

Člověk by měl mít rovněž stále nějaký program, možnost nových podnětů. Ten nabízí různé denní stacionáře, domovinky či kluby pro důchodce. Navíc zde není nikdy sám a nachází se v komunitě, kde je více starších jedinců.<sup>143</sup>

---

<sup>137</sup> Srov. WEBER, P. a kol. *Minimum z klinické gerontologie*, s. 130.

<sup>138</sup> Srov. PRAŠKO, J. et al. *Bolestně smutná nálada aneb co je to deprese a jak se léčí*, s. 42.

<sup>139</sup> Srov. WEBER, P. a kol. *Minimum z klinické gerontologie*, s. 132.

<sup>140</sup> Srov. KALVACH, Z. et al. *Geriatric a gerontologie*, s. 556.

<sup>141</sup> Srov. WEBER, P. a kol. *Minimum z klinické gerontologie*, s. 131.

<sup>142</sup> GREGOR, O. *Stárnout, to je kumšt*, s. 58.

<sup>143</sup> Srov. WEBER, P. a kol. *Minimum z klinické gerontologie*, s. 132.



Důležitou prevencí může být také to, aby se vůbec celá společnost začala chovat ke starým lidem více s úctou, aby je nepřehlížela, nezavrhovala, opustila od mýtů, které se tradují (např. „deprese přeci ke stáří patří“). A rovněž tak, co se týká příbuzných. Je nutné, aby utvářeli pro starého člověka smysluplné místo ve fungování rodiny.<sup>144</sup>

### 3.7.1 Psychoterapie jako prevence

Psychoterapie může být brána jako léčba, ale také i jako možná prevence. Pomáhá tedy nejenom člověku se z deprese dostat, ale rovněž udělat vše proto, aby se do ní vůbec nedostal.

Jde tu o situace, jako různé ztráty a změny, které člověka mohou snadno přivést k depresi. A tady nastoupí psychoterapie, která u smutku pomáhá zesílit proces smutnění za milovanou osobu a hledá nové smysluplné aktivity a vztahy, které tuto ztrátu alespoň částečně nahradí. Terapeut také pomáhá při hledání nové role v životě, učí jak ji přijmout, smířit se s ní a hledat na ni pozitiva. Kromě porozumění je tu významná i dlouhodobá lidská podpora.<sup>145</sup>

### 3.7.2 Duševní životospráva ve stáří

Neboli také zásady (pět „pé“) k udržení hodnotného způsobu života ve stáří:

- 1) **Životní perspektiva** – důležité je stále si udržovat výhled do budoucnosti, aby byl člověk připraven na životní změny (jako např. období stáří) a zároveň se vyrovnávat s minulostí.
- 2) **Pružnost** – člověk by si měl udržovat schopnost měnit, schopnost sebekritiky, nebát se nových zkušeností, bojovat proti strnulosti.
- 3) **Prozíravost** – je schopnost vidět dále než pouze v rozsahu dané situace, je to moudrost. Člověk by se měl učit neopakovat své omyly, umět organizovat si život, i když už věk přistřihuje křídla.

---

<sup>144</sup> Srov. PRAŠKO, J. et al. *Bolestně smutná nálada aneb co je to deprese a jak se léčí*, s. 42.

<sup>145</sup> Srov. Tamtéž, s. 42.

- 4) **Porozumění, pochopení pro druhé** – je důležité se učit leccos tolerovat, i když s tím člověk úplně nesouhlasí a přemáhat sklon opravovat chyby až v dobrém úmyslu (především mladším generacím).
- 5) **Potěšení** – Udržovat si zdroje vlastního potěšení a radosti, kterými mohou být: kontakt s lidmi, s živou i neživou přírodou, umění, knihy, sbírky, rukodělné činnosti, ale třeba i zvíře v bytě, nový oděv, zpestření jídelníčku, cestování atd.<sup>146</sup>

### 3.7.3 Víra jako prevence

Všeobecně platí, že jsou na tom lépe ti, kteří v něco věří. Může jít o víru v „lepší zítřky“, že všechno přebolí, že po každém dešti vysvitne slunce, že je tu vždy nějaká naděje. Víra je důležitá a ne nadarmo se říká: „Véra tvá tě uzdravila“.

Chtěla bych se ale zmínit také o víře náboženské, konkrétně křesťanské víry v Boha. V dnešní době už nemá takovou váhu, co měla dříve. Je především vídána u starších lidí, kteří v ní byli vychováváni. Člověk se může v těžkých chvílích utěšovat slovy z Bible, nebo si tam brát příklady z těch, kteří trpěli více a přesto to nevzdali. „Slovo žalmu nám může dodat odvahy být sám sebou. Poukáže na to, že nežijeme pouze před lidmi, nýbrž především před Bohem.“<sup>147</sup>

V určitém smyslu může být i prevencí před sebevražděnými myšlenkami. Křesťanství považuje sebevraždu za hřích. Člověk si život nedal, a tak si ho ani nemá právo brát.<sup>148</sup>

---

<sup>146</sup> Srov. KALVACH, Z. et al. *Geriatric a gerontologie*, s. 110-114.

<sup>147</sup> ABELN, R. ; KNER, A. *Jak se vyrovnám se stářím*, s 12.

<sup>148</sup> Srov. ŠRAJER, J. et al. *Život z víry: Překlad 2. dílu katolického katechismu pro dospělé*. s. 206-208.

## 4. PŘÍBĚHY LIDÍ S DEPRESEMI

Každý člověk má svůj příběh, příběh života a někteří i bohužel, příběh deprese.

Deprese se nevyhýbá nikomu. Lidé známý a slavní jsou na tom stejně jako ostatní. Uvádí se jich celá řada. Např. Michelangelo, Darwin, Newton, van Gogh, Gauguin, Byron, Andersen, Styron, Tolstoj, Majakovskij, Poe, Whitman, Hemingway, Twain, Virginie Wolfová, Goethe, Schumann, Händel, Mahler, Beethoven, královna Viktorie, Abraham Lincoln, Churchill, Franc Kafka, Karel Svoboda, Miloš Kopecký, Ota Pavel nebo Vlastimil Brodský.

Jako první zde uvádím příběh právě jedné z těchto osobností. Jde o Vincenta van Gogha, slavného holandského malíře. Druhý příběh je také o známé osobnosti, o anglické básnířce Gwyneth Lewisové. Dále pak následují vyprávění těch, tzv. ostatních „obyčejných“ lidí.

Cílem příběhů je hlavně poukázat na to, jak taková deprese vypadá v praxi.

### 4.1 Vincent van Gogh

Je nejznámější postavou holandské historie. Během 10 let zhotovil zhruba 900 maleb a 1100 kreseb. Za svůj život však prodal jen jediný obraz. Slávy se mu dostalo až po smrti a dnes je známý po celém světě. Velmi důležitým byl po celý Vincentův život jeho bratr Theo, který mu také neustále finančně pomáhal.

Narodil se v Holandsku roku 1853. Nebyl prvním dítětem, přesně na den před rokem se jeho rodičům narodilo mrtvé dítě, kterému bylo dáno úplně stejné jméno. A tady je zajímavé, že kdykoli šel malý Vincent do kostela, tak míjel náhrobek, kde vlastně četl své jméno. Tato bezmála každodenní připomínka smrti, měla jistě vliv na formování jeho zvláštních povahových rysů.

V životě byl mnohokrát zamilovaný, ale dopadlo to vždy nešťastně. Vystřídal také hodně zaměstnání, dokonce se stal na chvíli kazatelem. Když mu bylo 27, tak začal vášnivě malovat. Učil se i od svého strýce, ale se svou hádavou povahou se s ním brzy rozešel. S rodinou moc nevycházela, protože ho považovala za ztroskotance. Nějaký čas pobýval v Paříži u bratra Thea. Protože jeho obrazy

neměly úspěch, začal pít a čím dál víc propadat melancholii. Začínalo u něj vzrůstat nervové napětí. Postupně to vyvrcholilo tím, že si v záchvatu sluchových halucinací uřízl ucho a skončil v nemocnici. Zanedlouho po propuštění u něj však přišel další záchvat. Trpěl představou, že ho chce někdo otrávit, celé dny mlčel, až mu následný záchvat vyčerpал všechny síly.

Rok se léčil v ústavu pro duševně nemocné, ale po celou dobu byl jen hluboce deprimován. Jedl jen polévku a chléb a stále se u něj dostavovaly záchvaty. Jednou chtěl pozřít i barvy jimiž maloval. Po té, co ústav opustil, se vrhl znovu do malování. Jeho zdravotní se pomalu horšil až nastal den, kdy si vzal revolver a postřelil se. Když za ním přijel bratr a chtěl mu pomoci, řekl mu Vincent, že není třeba a že: „Smutek bude stále trvat“. 29.7. 1890 se konal pohřeb.

Bratr Theo byl tak zdrcen bratrovou smrtí, že u něj vypukla duševní porucha a zanedlouho potom zemřel.<sup>149</sup>

## 4.2 Příběh Gwyneth Lewisové

Gwyneth Lewisová svůj celoživotní boj s depresí líčí ve své knize *Slunění v dešti*, kde navíc i radí, jak proti ní bojovat. Už od sedmi let psala poezii. V současné době, kromě ní, ještě pracuje v BBC.

Už v dětství ji negativně ovlivnilo, že její matka také trpěla depresemi. Kladla si za její chování vinu a až později pochopila, že za všechno mohla ona nemoc. Ve škole byla považována za „šprta“, nikdy moc nezapadla do party a tvořila si proto svůj vlastní svět. Díky svému spisovatelskému umění vyhrávala spoustu školních soutěží a strhávala tak na sebe pozornost. Odjela studovat na Harvard a později přešla na Columbia University v New Yorku do studijního programu tvůrčího psaní. Cítila se velmi osamoceně. Dokonce zažila přepadení, kdy měla ale štěstí. Po dostudování zůstala v New Yorku s tím, že se bude žít psaním poezie. Nedařilo se jí a postupně se propadala až na dno společnosti. Nakonec odjela do Oxfordu, kde psala doktorskou práci. Začala pít a pila hodně, aby zahнала deprese,

---

<sup>149</sup> Srov. LAMACĚ, M. *Vincent van Gogh*.

a to i když začala pracovat. Pak potkala Leightona, o mnoho let staršího loďmistra, kterého si nakonec vzala. Ten se o ní také vždy pečlivě staral, kdykoli jí nebylo dobře.

Na začátku knihy Gwyneth popisuje svůj poslední případ deprese, který začal jedno ráno v autě záchvatem pláče. Vrátila se domů s tím, že si jenom poupraví make-up, ale realita byla taková, že lehla do postele a dva týdny jenom spala. Jen stěží si uvědomovala, kde je, co jedla, co dělala před půl hodinou. Nesmírně ji vyčerpávalo už jen poslouchat rozhovor. Každé pohnutí ji stálo obrovské úsilí. První den, kdy dokázala vstát, ji sprchování a oblékání zabralo celé odpoledne a unavená si pak musela jít zase lehnout. Celkem zůstala doma 11 měsíců a trvalo 2 roky než se dostala opět do své kůže.

Jak píše, tak za 20 let už vyzorovala, že se ocitá v depresi pokaždé, když: „Nedělám to, co dobře vím, že bych měla, když jsem umíněná a ubližuji sama sobě.“<sup>150</sup>

### **4.3 Z deníčku ošetřovatelky**

Jde o příběh 80-leté ženy, která trpí demencí. Po celou dobu se o ní trpělivě stará její dcera, která rovněž zaznamenává různé příznaky a poruchy, které se při demenci mohou objevit. A jednou z těchto poruch je tu právě i deprese.

Vyprávění začíná dnem, kdy slavila paní Marie osmdesátiny. Byly to už třetí narozeniny, kdy nebyla zcela v pořádku. A postupně se to dále zhoršovalo. Nepoznávala lidi kolem sebe, trpěla poruchami spánku, utíkala z domova, byla dezorientovaná, neklidná a úzkostlivá. Postupně bylo nutné paní Marii zajistit celodenní hlídání a péči. Její dcera se tedy rozhodla zanechat práce a věnovat se jen jí. Bylo to ale, jak popisuje, velmi vyčerpávající. Když se u paní Marie začaly objevovat bludy a halucinace, rozhodla se, že navštíví psychiatra. O Vánocích se ke všemu přidaly deprese. Ztratila zájem o pečení cukroví, jídlo, pohádky, slavení svátků, o děti a jen pospávala v křesle. Další půlrok se paní Marie už nebyla

---

<sup>150</sup> Srov. LEWISOVÁ, G. *Slunění v dešti – veselá knížka o depresi*.

schopná starat ani o vlastní hygienu. Netrefila na záchod, nošené pleny sundávala, při koupání křičela a chovala se podrážděně, zlostně i agresivně.

Příběh končí tím, že v současné době je paní Marie již čtvrtý týden hospitalizovaná na gerontopsychiatrickém oddělení s diagnózou Alzheimerova demence s poruchami chování. Dcera ji pravidelně navštěvuje a zároveň sama překonává úzkostné a depresivní pocity vyvolané tělesnou i psychickou vyčerpaností.<sup>151</sup>

#### 4.4 Deprese ve starším věku

Toto je příběh muže (pan Karel), který začal trpět depresí až ve stáří. Vše začalo tím, že mu začali zažívací potíže, bolesti v žaludku a nechutenství. Specialisté ale nic neobjevili. Občasné zhoršení nálady pan Karel připisoval odchodu do důchodu a řešil je s paní doktorkou pomocí léků, které ale nezabíraly. Pomáhala za to vyšší tělesná činnost, avšak ubývalo mu fyzických sil. Zároveň mizela chuť do činností, které měl dříve rád a často nebyl spokojen sám se sebou, s dosahovanými výsledky. Stále byl v mírném stresu.

Objevovala se dušnost a bolest na hrudníku, a tak byl i opakovaně hospitalizován na kardiologii. Tam mu ošetřující lékař doporučil kontakt s psychiatrem. Po rozhovoru s ním se pan Karel uklidnil a začal brát antidepresiva. Jenže se cítil pořád špatně, ztrácel pocit jistoty a dostával nechuť k jakémukoli rozhodnutí. Účinek léku se pořád nedostavoval, stav se spíše horšil a jeho psychiatr byl na dovolené. Jeden den dokonce zjistil, že na chvíli ztratil svoje JÁ a nechtěl už dál žít. Pan Karel poznal, že je to jakýsi chorobný stav, který sice trval chvíli, ale cítil, že je nebezpečný, protože je neovladatelný. Rozhodl se proto navštívit svoji doktorku a to hned. Po rozhovoru souhlasil s jejím návrhem a nechal se hospitalizovat v psychiatrické léčebně.<sup>152</sup>

---

<sup>151</sup> Srov. BENEŠOVÁ, V. *Poruchy chování ve stáří, co s tím?*, s. 4-10.

<sup>152</sup> Srov. HONZÁK, R. *Deprese – depresivní nemocný v nepsychiatrické ordinaci*, 41-42.

## 4.5 Příběh paní Marie

U paní Marie se deprese projevila po ztrátě manžela. Ten zemřel po 3 letech těžké nemoci, kdy byl připoután na lůžko. Zemřel doma a Marie se o něj do poslední chvíle obětavě starala. Zpočátku jen těžce přijímala, že Karel doopravdy zemřel. Cítila v sobě prázdno, na pohřbu nedokázala plakat, jako by v ní veškerý cit vyschl. Vyčítala si to, ale kromě prázdna nedokázala nic cítit. Chodila dále do práce, všechno zvládala včas, ale nedokázala pocítit žádnou radost.

Asi po měsíci začala mít vztek na mrtvého manžela. Jak jí to jen mohl udělat? Mimoděk začala vzpomínat i na křivdy, které s ním zažila, jako když jí byl před 30 lety nevěrný. Zároveň se za vztek a nepříjemné vzpomínky styděla. Ale vzchopila se a vztek na mrtvého si zakázala. Kdykoliv na ni přišel, přerušila vzpomínky a věnovala se práci.

Pak se objevila deprese. Začala nenávidět sama sebe, za své pocity, za svoji neschopnost v životě, za to, že ji nikdo nemá rád. Byla přesvědčena, že o ni děti nestojí; když někdy přijdou, to jen ze soucitu, ale vlastně ji nemají rády. Přestala se soustředit na práci. Vzhledem k tomu, že pracovala při důchodu, rozhodla se ukončit pracovní poměr. Zůstala doma ležet, přestala se o sebe starat, uklízet. Cítila, že na to nemá sil.

Na psychiatrickou ambulanci přivedla Marii dcera. Psychiatr se znovu vrátil ke vzpomínkám na mrtvého a pomohl jí přijmout i vztek na něj jako pochopitelnou a legitimní reakci. Zároveň se začala léčit antidepresivy. Deprese během 6 týdnů odezněla. Marie se začala stýkat s přítelkyněmi, se kterými po smrti Karla přerušila kontakt. S jednou z nich, také vdovou, si opakovaně povídaly o svých manželech. Obě se i vyplakaly. Život se postupně vrátil do zdravých kolejí. Marie se nyní často věnuje vnoučatům, hodně cestuje společně s přítelkyní, je spokojena.<sup>153</sup>

---

<sup>153</sup> Srov. PRAŠKO, J. et al. *Bolestně smutná nálada aneb co je to deprese a jak se léčí*, s. 37-38.

## ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo popsat obecně depresi, od charakteristiky přes výskyt, příčiny atd. až po následky. Dále to, co se týká stáří, jak vypadá, jaké změny s sebou přináší v oblasti fyzické, psychické či sociální. V neposlední řadě popsat přímo depresi ve stáří a všechno, co s ní souvisí. A nakonec uvést příběhy, s cílem který má poukázat, jak taková deprese vypadá v praxi.

Domnívám se, že cíl byl splněn. Bakalářská práce uceleně popsala jak problematiku deprese tak hlavně deprese ve stáří.

Možné využití bakalářské práce, je její rozšíření na diplomovou práci. Moje práce je sice teoretického charakteru, ale v diplomové práci by mohl být proveden výzkum, který by se snažil ukázat, jaký je podíl depresivních mezi seniory. Rovněž může tato práce posloužit studentům nebo laické veřejnosti k seznámení se s depresí ve stáří.

Deprese představuje v dnešní době problém, který by rozhodně zasloužil větší pozornost, než je tomu doopravdy. O depresi se vlastně mluví neustále, v různých situacích, kde je většinou nazývána jako „depka“. Jenže málokdo ví, jaké to je, když už se z ní stane skutečná nemoc či porucha. To už pak člověk spíše mlčí, stydí se a snaží se si něco takového vůbec nepřipouštět. A kam takové zapírání, bez léčby vede? Mnoho depresí má smutné konce v podobě sebevražd.

Do budoucnosti považuji za hlavní, aby se deprese, obzvláště ve stáří, nepodceňovala, a aby se z podvědomí lidí odstranily nejrůznější mýty. Především ten, podle kterého deprese ke stáří prostě patří. Nebo pokud člověk začne depresí trpět, že to automaticky znamená, že není normální, že je „blázen“. Zvláště pokud zajde za psychiatrem a ten mu napíše příslušné antidepresivum. Mnozí si myslí, že jsou tyto léky jako sedativum, tedy na uklidnění, ale tak tomu není. Antidepresivum člověku pomůže upravit některé látky v mozku, aby zase vše fungovalo, jak má.

Je potřeba změnit myšlení celé společnosti a to není jednoduché. Považuji za důležité začít už od mládí, a to v podobě informovanosti. A těm starším trpělivě a nenásilně objasnit, co to deprese je a že je podstatné, že se dá léčit.



## Seznam literatury

### Monografie:

ABELN, R. ; KNER, A. *Jak se vyrovnám se stářím*. 1. vyd. Havlíčkův Brod : Kostelní Vydří, 1995. ISBN 80-7192-005-3.

ANDERS, M. *Deprese*. 1. vyd. Praha : JAN VAŠUT, 2001. ISBN 80-7236-195-3.

ATKINSONOVÁ, S. *Jak zdolat skálu jménem deprese*. 1. vyd. Praha : Albatros plus, 2005. ISBN 80-00-01544-7.

BAŠTECKÁ, B. a kol. Oblasti praxe, na které nemáme dostatečnou citlivost. In *Klinická psychologie v praxi*. 1. vyd. Praha : Portál, 2003. 119-183 s. ISBN 80-7178-735-3.

BENEŠOVÁ, V. *Poruchy chování ve stáří, co s tím?* 1 vyd. Praha : Galén, 2001. ISBN 80-86257-33-9.

COHEN, R. Deprese. In *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. 1. vyd. Praha : Portál, 2002. 58-73 s. ISBN 80-7178-497-4.

GREGOR, O. *Stárnout, to je kumšt*. 2.vyd. Praha : OLYMPIA, 1990. ISBN 80-7033-040-6.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1. vyd. Praha : PANORAMA, 1990. ISBN 80-7038-158-2.

HILLMAN, J. *Duše a sebevražda*. 1. vyd. Praha : Sagittarius, 1997. ISBN 80-901898-4-9.

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

KALVACH, Z. et al. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0548-6.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat depresi – 2. rozšířené vydání*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0575-3.

LAMAČ, M. *Vincent van Gogh*. 2. vyd. Praha : Odeon, 1983. ISBN neuvedeno.

LEWISOVÁ, G. *Slunění v dešti – veselá knížka o depresi*. 1. vyd. Brno : JOTA, 2006. ISBN 80-7217-435-5.

MALONEY, M. ; KRANZOVÁ, R. *O úzkosti a depresi*. 1. vyd. Praha : Lidové noviny, 1996. ISBN 80-7106-170-0.

MCKENZIE, K. *Informace a rady lékaře - deprese*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2001. ISBN 80-247-0093-X.

NESSE, R. ; WILLIAMS, G. Stárnutí jako pramen mládí. In *O příčinách a vzniku nemocí*. 1. vyd. Praha : Lidové noviny, 1996. 133-151 s. ISBN 80-7106-161-1.

NESSE, R. ; WILLIAMS, G. Jsou duševní poruchy nemocemi? In *O příčinách a vzniku nemocí*. 1. vyd. Praha : Lidové noviny, 1996. 247-278 s. ISBN 80-7106-161-1.

NOVOSAD, L. *Základy speciálního poradenství*. 1. vyd. Praha : Portál, s.r.o., 2000. ISBN 80-7178-197-5.

PICHAUD, C ; THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi*. 1. vyd. Praha : Portál, 1998. ISBN 80-7178-184-3.

PRAŠKO, J. et al. *Bolestně smutná nálada aneb co je to deprese a jak se léčí*. 2. vyd. Praha : Psychiatrické centrum, 2001. ISBN 80-85121-68-9.

PRAŠKO, J. et al. *Deprese a jak ji zvládat*. 1. vyd. Praha : Portál, 2003. ISBN 80-7178-809-0.

PRAŠKO, J. et al. *Úzkost a obavy*. 1. vyd. Praha : Portál, 2006. ISBN 80-7367-079-8.

SKOPOVÁ, J. *Moderní antidepresiva a jejich použití v léčbě nejčastějších psychických poruch a v ordinaci praktického lékaře*. 1. vyd. Praha : Jalna, 2006. ISBN neuváděno.

ŠVESTKA, J. *Přirozený vývoj v léčbě deprese a úzkosti*. 1. vyd. Praha : Galén, 2000. ISBN 80-86257-23-1.

WEBER, P. a kol. *Minimum z klinické gerontologie*. 1 vyd. Brno : IDV PZ, 2000. ISBN 80-7013-314-7.

ŠRAJER, J. et al. *Život z víry: Překlad 2. dílu katolického katechismu pro dospělé*. 2. vyd. České Budějovice: Teologická fakulta JU, 2005. ISBN 80-7040-809-X.

#### Elektronické dokumenty:

ANDERS, M. Deprese. In *Ordinace.cz* [online]. 2004 [cit. 12. 2. 2008]. Dostupné na WWW: <<http://www.ordinace.cz/clanek/deprese/>>.

GROSMANOVÁ, M. Deprese není špatná nálada, ale opravdu vážná nemoc. In *Hospodářské noviny* [online]. 22. 9. 2005 [cit. 15. 2. 2008]. Dostupné na WWW: <[http://cz.lundbeck.com/cz/pdf/deprese\\_neni\\_spatna\\_nalada\\_pdf](http://cz.lundbeck.com/cz/pdf/deprese_neni_spatna_nalada_pdf)>.

HORÁČEK, J. Když smutek bolí. In *Deprese. com - Nenechte radost odejít* [online]. 2004 [cit. 25. 3. 2008]. Dostupné na WWW: <<http://www.deprese.com/deprese.php>>.

ROTH, J. Duševní nemoci mají své strukturální biochemické příčiny. In *Deprese.com – Nenechte radost odejít. Rozhovor měsíce. Archiv rozhovorů* [online]. Leden 2007 [cit. 10. 3. 2008] Dostupné na WWW: <<http://www.deprese.com/rozhovor.php?&content=roth>>.

VINAŘ, O. Utrpení spojené s depresí se nezapomíná. In *Deprese.com – Nenechte radost odejít. Rozhovor měsíce. Archiv rozhovorů* [online] Březen 2007 [cit. 1. 3. 2008]. Dostupné na WWW: <<http://www.deprese.com/rozhovor.php?&content=vinar2>>.

RABOCH, J. Deprese a kritická životní období. In *Deprese.com– Nenechte radost odejít. Rozhovor měsíce. Archiv rozhovorů* [online]. Únor 2007 [cit. 10. 3. 2008]. Dostupné na WWW: <<http://www.deprese.com/rozhovor.php?&content=raboch>>.

KONRÁD, J. Stáří a deprese. In *Deprese.com – Nenechte radost odejít. Rozhovor měsíce. Archiv rozhovorů* [online]. Červen 2006 [cit. 10. 3. 2008]. Dostupné na WWW: <<http://www.deprese.com/rozhovor.php?&content=konrad>>.

JAROLÍMOVÁ, E. ; HOLMEROVÁ, I. „Mrzoutství“, deprese a depresivní ladění ve stáří. In *Deprese.com – Nenechte radost odejít. Rozhovor měsíce. Archiv rozhovorů* [online]. Listopad 2006 [cit. 8. 3. 2008]. Dostupné na WWW: <<http://www.deprese.com/rozhovor.php?&content=jarolimovaholmerova>>.

## Seznam příloh

|                   |   |
|-------------------|---|
| Příloha I.....    | Beckova škála depresí                         |
| Příloha II.....   | Dotazník CES-D                                |
| Příloha III.....  | Zungův dotazník                               |
| Příloha IV.....   | Hrozí Vám deprese?                            |
| Příloha V.....    | Jak můžete sami hodnotit svojí depresi?       |
| Příloha VI.....   | Somatické stavy spojené s depresivní poruchou |
| Příloha VII.....  | O stromu a ptáku                              |
| Příloha VIII..... | Tabulka nejčastějších životních událostí      |
| Příloha IX.....   | Množství sebevražd v některých státech        |
| Příloha X.....    | Stanovení míry suicidálního rizika            |
| Příloha XI.....   | Geriatrická škála deprese                     |
| Příloha XII.....  | MINI MENTAL TEST                              |

# Přílohy

## Příloha I.

### Beckova škála depresí

Máte před sebou dotazník obsahující skupiny tvrzení. Nejdříve přečtete všechna tvrzení v určité skupině a vyberte si to, které vás nejlépe charakterizuje v tento den. Pokud vám vyhovuje více tvrzen, zvolte to, které vás přece jenom charakterizuje nejlépe.

1. 0 Necítím se smutný(á).  
1 Cítím s posmutnělý(á), sklíčený(á).  
2 Jsem stále smutný(á) a smutku se nedokážu zbavit.  
3 Jsem tak nešťastný(á), že to nemohu snést.
2. 0 Příliš se budoucnosti neobávám..  
1 Budoucnosti se obávám.  
2 Vidím, že suž nemám na co těšit.  
3 Vidím, že budoucnost je beznadějná, má situace se nemůže zlepšit.
3. 0 Nemám pocit nějakého životního neúspěchu nebo smůly.  
1 V životě jsem měl(a) více smůly a neúspěchu, než obvykle mají jiní lidé.  
2 Vidím, že můj dosavadní život byl jen řadou neúspěchů.  
3 Vidím, že jsem jako člověk (otec, matka, manžel/ka) plně selhal, zklamal.
4. 0 Nejsem nijak zvlášť nespokojený(á).  
1 Věci mě už netěší tak jako dříve.  
2 Nic mi již nepřináší uspokojení.  
3 Ať dělám cokoliv, nevzbudí to ve mně sebemenší potěšení.
5. 0 Netrpím pocity viny.  
1 Často mívám pocity viny.  
2 Hodně často mívám pocity viny.  
3 Stále trpím pocity viny.
6. 0 Nemám pocit, že budu za něco trestán(a).  
1 Mám pocit, že bych mohl(a) být potrestán(a).  
2 Očekávám, že budu nějak potrestán(a)  
3 Víím, že budu potrestán(a).
7. 0 Necítím se příliš zklamán(a) sám (sama) sebou.  
1 Zklamal(a) jsem se v sobě.  
2 Jsem dosti znechucen(a) sám (sama) sebou.  
3 Nenávidím se.
8. 0 Necítím se horší než kdokoli jiný.  
1 Mám spoustu nedostatků a dělám hodně chyb.  
2 Stále si vyčítám všechny své chyby.  
3 Za všechno špatné mohu já.
9. 0 Nepřemýšlím o sebevraždě.  
1 Někdy pomýšlím na sebevraždu.  
2 Často pomýšlím na sebevraždu.  
3 Kdybych měl(a) příležitost, vzal(a) bych si život.
10. 0 Nepláču více než obvykle.  
1 Pláču nyní častěji než předtím.  
2 Pláču nyní stále, nedokážu přestat.  
3 Předtím jsem mohl(a) plakat, nyní to nejde i kdybych chtěl(a).

11. 0 Nejsem nyní podrážděný(á) více než obvykle.  
 1 Jsem často podrážděný(á) a rozladěný(á).  
 2 Jsem stále podrážděný(á) a rozladěný(á).  
 3 Nemohu se již rozčílit ani věcmi, které mě dříve obvykle rozčilovaly.
12. 0 Neztratil(a) jsem zájem o ostatní lidi.  
 1 Mám menší zájem o ostatní lidi.  
 2 Ztratil(a) jsem většinu zájmu o ostatní lidi.  
 3 Ztratil(a) jsem všechnen zájem o ostatní lidi.
13. 0 Dokážu se většinou rozhodnout v běžných situacích.  
 1 Odkládám svá rozhodnutí častěji než dříve.  
 2 Mám značné potíže v rozhodování.  
 3 Vůbec se nedokážu rozhodnout.
14. 0 Nemám větší starosti se vzhledem než dříve.  
 1 Mám starosti, že vypadám už dost staře a neatraktivně.  
 2 Mám dojem, že se můj zevnějšek značně zhoršil, takže vypadám dost nepěkně.  
 3 Mám pocit, že vypadám hnusně až odpudivě.
15. 0 Práce mi jde jako dříve.  
 1 Musím se nutit, když chci začít něco dělat.  
 2 Dá mi velké přemáhání, abych cokoliv udělal(a).  
 3 Nejsem schopen(na) jakékoli práce.
16. 0 Spím stejně dobře jako dříve.  
 1 Nespím již tak dobře jako dříve.  
 2 Probouzím se o hodinu až dvě dříve než obvykle a nemohu již spát.  
 3 Denně se probouzím předčasně a nedokážu spát více než pět hodin denně.
17. 0 Necítím se více unaven(a) než obvykle.  
 1 Unavím se snáze než dříve.  
 2 Téměř všechno mě unavuje.  
 3 Únava mi zabraňuje cokoli dělat.
18. 0 Mám svou obvyklou chuť k jídlu.  
 1 Nemám takovou chuť k jídlu, jakou jsem míval(a).  
 2 Mám mnohem menší chuť k jídlu.  
 3 Zcela jsem ztratil(a) chuť k jídlu.
19. 0 V poslední době jsem nezhubl(a).  
 1 Ztratil(a) jsem v poslední době více než 2,5 kg.  
 2 Ztratil(a) jsem v poslední době více než 5 kg.  
 3 Ztratil(a) jsem v poslední době více než 7,5 kg.
20. 0 Nestarám se o své zdraví více než obvykle.  
 1 Dělalí mi nyní starosti různé bolesti v těle, mám citlivý žaludek, trpím zácpou, bušením srdce apod.  
 2 Velice často myslím na své tělesné obtíže.  
 3 Moje bolesti a těžkosti mě plně vyčerpávají.
21. 0 Nepozoruji snížení zájmu o sex.  
 1 Mám menší zájem o sex než dříve.  
 2 Mám o hodně menší zájem o sex než dříve.  
 3 Ztratil(a) jsem úplně zájem o sex.

Pro vyhodnocení je třeba sečíst všechny body. Výsledkem tohoto součtu je číselný údaj, tedy celkové skóre. Tam, kde počet bodů přesáhne 20, je namísto vyhledat odbornou pomoc, kde 25, tam by se to mělo udělat okamžitě.

## Příloha II.

### Dotazník CES-D (Středisko epidemiologických studií Národního ústavu duševního zdraví – deprese)

U každé položky máte možnost uvést jednu ze čtyř variant reakcí na tvrzení o výskytu určitého druhu nálad a obtíží:

0. Vůbec ne nebo jen velice zřídka (méně nežli jeden den v týdnu).
1. Málo, ale přece jen občas (jeden až dva dny v týdnu).
2. Příležitostně, avšak ne příliš dlouho (tři až čtyři dny v týdnu).
3. Většinu času nebo po celou dobu (po pět až sedm dní během posledního týdne).

#### *Tvrzení:*

1. Trápily mne věci (myšlenky), které mne obvykle netrápí.
2. Nechtělo se mi jíst – neměl(a) jsem vůbec chuť na jídlo.
3. Měl(a) jsem pocit, že bych nemohl(a) odvrátit těžkou náladu ani kdyby mi v tom někdo pomáhal.
4. Měl(a) jsem pocit, že jsem nebyl(a) tak dobrý(á) jako jiní lidé.
5. Měl(a) jsem obtíže soustředit se na to, co jsem dělal(a).
6. Cítil(a) jsem se stísněn(a) (v depresi).
7. Cítil(a) jsem, že vše, co jsem dělal(a), jsem dělal(a) s námahou.
8. V pohledu do budoucna jsem se cítil(a) zcela bezmocně a zcela beznadějně.
9. Myslel(a) jsem na to, že můj život byl omyl.
10. Měl(a) jsem strach.
11. Můj spánek byl nepokojný.
12. Byl(a) jsem nešťastný(á).
13. Napovídal(a) jsem toho méně nežli obvykle.
14. Cítil(a) jsem se osaměle.
15. Lidé kolem mne se mi zdáli méně přátelští.
16. Neměl(a) jsem takovou radost ze života, jakou obvykle mívám.
17. Měl(a) jsem chvíle, kdy jsem plakal(a).
18. Byl(a) jsem smutný(á).
19. Cítil(a) jsem, že mne lidé nemají rádi.
20. Nemohl(a) jsem se rozhodnout, co dělat, a tak jsem skoro nic nedělal(a).

#### *Vyhodnocení:*

Pro stanovení výsledné hodnoty tohoto vyšetření je třeba sečíst všechna čísla u všech tvrzení.

Výsledný počet bodů, dávající úroveň depresivních obtíží:

|       |                         |
|-------|-------------------------|
| 0-9   | stav bez deprese        |
| 10-15 | stav mírně depresivní   |
| 16-24 | stav středně depresivní |
| 25-60 | stav výrazně depresivní |

V případě, že jste získali 25 nebo více bodů, bylo by dobré obrátit se okamžitě na odborníka.



### Příloha III.

#### Zungův dotazník

| Zungova škála  | nikdy | občas | často | stále |
|--|-------|-------|-------|-------|
| 1. Jsem skleslý/á a zkoušený/á   |       |       |       |       |
| 2. Ráno se cítím nejlépe   |       |       |       |       |
| 3. Jsou chvíle, kdy je mi do pláče   |       |       |       |       |
| 4. Mám potíže se spaním  |       |       |       |       |
| 5. Sním stejně jídla jako dříve  |       |       |       |       |
| 6. Sexuální život mi činí potěšení   |       |       |       |       |
| 7. Všiml/a jsem si, že ubývám na hmotnosti   |       |       |       |       |
| 8. Mám potíže se zácpou  |       |       |       |       |
| 9. Srdce mi buší rychleji než obvykle  |       |       |       |       |
| 10. Unavím se a nevím proč   |       |       |       |       |
| 11. Mám v hlavě jasno jako vždycky   |       |       |       |       |
| 12. Snadno zvládnou totéž, co dřív   |       |       |       |       |
| 13. Cítím nepokoj a neudržím se v klidu  |       |       |       |       |
| 14. Jsem optimistický/á do budoucnosti   |       |       |       |       |
| 15. Jsem dráždivější než obvykle   |       |       |       |       |
| 16. Snadno se rozhoduji  |       |       |       |       |
| 17. Cítím, že jsem užitečný/á a potřebný/á   |       |       |       |       |
| 18. Žiji plným životem   |       |       |       |       |
| 19. Cítím, že pro ostatní by bylo lépe, kdybych zemřel/a   |       |       |       |       |
| 20. Těší mě tytéž věci, jako dříve   |       |       |       |       |
| nikdy = 1; občas = 2; často = 3; stále = 4<br>reverzně (tzn. že v následujících otázkách se body počítají odzadu,<br>nikdy = 4; občas = 3; často = 2; stále = 1) :<br>položky 2, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20<br>Cut-off: 40-60 - středně závažná deprese<br>více než 60 - těžká deprese |       |       |       |       |

## Příloha IV.

### Hrozí vám deprese?

#### TEST 1.

Kladná odpověď alespoň na dvě ze tří následujících otázek:

1. Jste nadměrně a neobvykle smutný(á) po většinu dne a téměř každý den po dobu dvou posledních týdnů?
2. Ztratil(a) jste zájem a radost z věcí, které vás obvykle těšily?
3. cítíte se jakoby bez energie a nadměrně unavený(á)?

Kladná odpověď alespoň na jednu až dvě z následujících sedmi otázek, aby celkový počet byl čtyři kladné odpovědi na uvedených deset otázek:

1. Ztratil(a) jste obvyklou sebedůvěru nebo se cítíte méněcenný(á) vůči jiným lidem?
2. děláte si nadměrné výčitky z maličkostí nebo máte pocit těžké viny?
3. Vnucují se vám myšlenky na smrt nebo sebevraždu?
4. Ztratil(a) jste schopnost soustředění a rychlého rozhodování?
5. Máte zpomalené pohyby a reakce nebo jste nadměrně a nepřiměřeně neklidný(á)?
6. Trpíte nespavostí?
7. Trpíte nechutenstvím a váhovým úbytkem?

Hodnocení:

Pokud zodpovíte kladně alespoň čtyři z celkových deseti otázek a jsou-li z toho současně dvě z prvních tří kladné, je zde určité podezření na depresivní poruchu, vyhledejte proto psychiatra, který může toto podezření potvrdit nebo vyvrátit.

#### TEST 2.

1. Cítíte se smutní a připadá vám, že se váš život už nikdy nezlepší?
2. Ztratili jste chuť k jídlu nebo se naopak přejídáte?
3. Máte potíže se spánkem nebo se budíte o několik hodin dříve než obvykle?
4. jste nervózní nebo trpíte obavami bez zjevné příčiny?
5. Opadl váš zájem o věci, které vás dříve těšily (koníčky, práce)?
6. Rozčilují vás lidé nebo jste ztratili zájem o rodinu a přátele?
7. Máte menší chuť na sex než dříve?
8. Jste unavení a letargičtí a máte potíže s hledáním motivace k tomu, abyste cokoli dělali?
9. Zdá se vám, že jste naprostá nula, z neúspěchů obviňujete sami sebe nebo si vyčítáte své nedostatky?
10. Máte problémy přemýšlet jasně, soustředit se nebo se rozhodovat?
11. Reagujete přehnaně na menší bolesti a drobné zdravotní obtíže?
12. Přemýšlíte často o smrti nebo sebevraždě?

Sečtete své kladné odpovědi. Jestliže občas některý z uvedených příznaků zaznamenáte, jedná se o zcela normální životní projev, protože každý z nás je „jednou nahoře a jednou dole“. Čím vyšší ale počet kladných odpovědí bude, tím pravděpodobnější je, že trpíte depresí.

## Příloha V.

### Jak můžete sami hodnotit svoji depresi

- 1) Cítíte, že je obtížné nebo nemožné prožívat radost a těšit se z čehokoliv, i z věcí, které jste dříve rádi dělali?
- 2) Ztratili jste zájem o koníčky, sport, svoje zaměstnání, rekreační aktivity, které jste dříve měli rádi?
- 3) Změnila se vaše chuť k jídlu a ztratili jste nebo přibrali znatelně na váze v posledních měsících bez toho, že byste se o to snažili?
- 4) Máte potíže se spánkem, jako je obtížné usínání, předčasné probouzení v časných ranních hodinách, nebo jste ospalí ve dne většinu času?
- 5) Jste fyzicky natolik zpomalení, že je to patrné pro vaše okolí, nebo jste naopak zjistili, že nejste schopni nic udělat pro vnitřní napětí a neklid?
- 6) Cítíte se stále unavení?
- 7) Děláte si výčitky nebo cítíte vinu za minulé chyby a strávíte tím hodně času?
- 8) Máte problémy se soustředěním nebo s rozhodováním?
- 9) Objevují se u vás myšlenky na smrt nebo na sebevraždu?

Pokud jste odpověděli „ano“ na většinu těchto otázek, velmi pravděpodobně prožíváte depresi.

## Příloha VI.

### Somatické stavy spojené s depresivní poruchou

|  |  |   |
|--|--|---|
| <b>Kardiovaskulární</b><br>- po infarktu myokardu<br>- po cerebrovaskulární příhodě  | <b>Autoimunitní poruchy</b><br>- revmatoidní artritida<br>- systémový lupus erythematosus<br>- temporální arteritida | <b>Chirurgická</b><br>- transplantace ledviny<br>- transplantace koronárního arteriálního by-passu                        |
| <b>Endokrinní poruchy</b><br>- hypothyreóza<br>- diabetes mellitus<br>- Cushingův syndrom<br>- Addisonova nemoc<br>- hypopituitarismus<br>- akromegalie<br>- hypoparatyreóza<br>- hyperparatyreóza | <b>Infekce</b><br>- virové: chřipka<br>žlázová<br>herpes simplex<br>HIV<br>- neviróvé: brucelóza<br>tyfus            | <b>Nádorová onemocnění</b><br>- průdušek<br>- slinivky<br>- prsu<br>- tlustého střeva<br>- vaječníků<br>- po chemoterapii |
| <b>Metabolické</b><br>- chronické selhání ledvin -<br>samo od sebe nebo<br>následkem dialýzy   | <b>Dermatologické</b><br>- psoriáza<br>- ekzém   | <b>Gynekologické</b><br>- po hysterektomii<br>- puerperální deprese   |
| <b>Hematologické</b><br>- anémie<br>- perniciózní anémie<br>- nedostatek kyseliny listové  | <b>Neurologické poruchy</b><br>- Parkinsonova nemoc<br>- roztroušená skleróza<br>- epilepsie (zvláště temporální)    |   |

## Příloha VII.

### O stromu a ptáku

Jednou se přihodilo, že ze země vyrašila rostlinka. Tolik se těšila ze vzduchu a světla, že ze všech sil rozvíjela své ratolesti a byla stále větší a větší. Zanedlouho už tu stál stromek s jemnými větvičkami a nádherně zelenými lístky.

Jednoho dne však stromek své ratolístky smutně svěřil k zemi. Zpozoroval to pták, který v té krajině rád zpíval v korunách stromů. Vyletěl na jednu z větviček a ptal se mladého stromku, co se mu jen přihodilo.

- „Ach“, naříkal stromeček, „mně už se nechce dál růst. Když tak kolem sebe pozoruji všechny ty veliké, silné a krásné stromy, jak vypínají své mocné větve vzhůru k modrému nebi, vždycky si pomyslím: „Tohle ty nikdy nedokážeš!“

Pták se ještě chvíli pohupoval na ohebné větévce a přemýšlel. Nakonec řekl: - „Musíš mít trpělivost. Každý den dostáváš tolik sluníčka, deště a větru, kolik právě potřebuješ. Přijímej to a buď spokojený. To ostatní už přijde samo.“

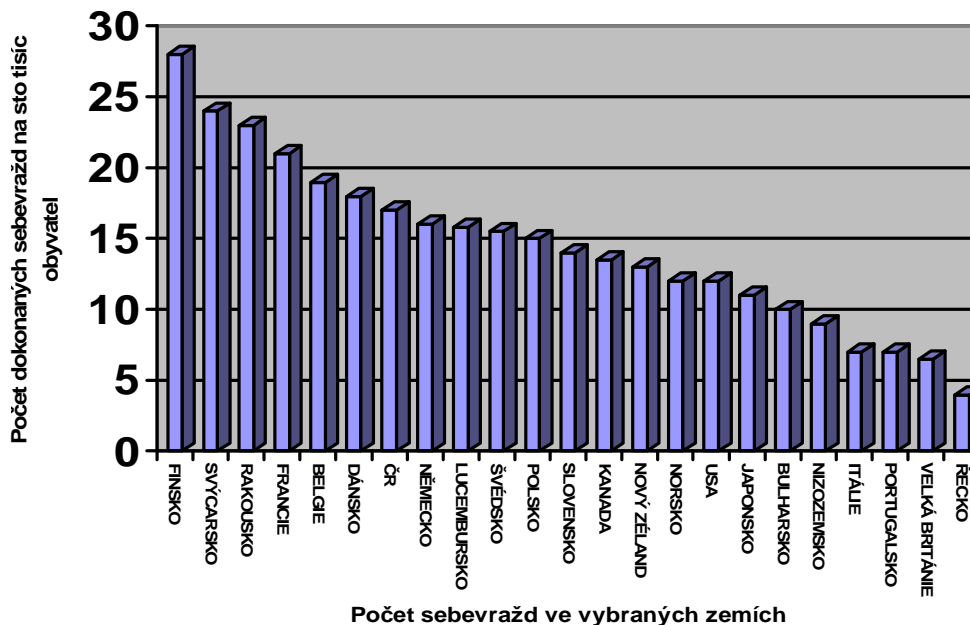
## Příloha VIII.

### Tabulka nejčastějších životních událostí

| <u>Událost</u>                         | <u>Body</u> |
|--|-------------|
| Úmrtí partnera (partnerky)             | 100         |
| Úmrtí blízkého člena rodiny            | 63          |
| Úraz nebo vážné onemocnění             | 53          |
| Ztráta zaměstnání                      | 47          |
| Odchod do důchodu                      | 45          |
| Změna zdravotního stavu člena rodiny   | 44          |
| Sexuální obtíže                        | 39          |
| Změna finančního stavu                 | 38          |
| Úmrtí blízkého přítele                 | 37          |
| Závažné neshody s partnerem            | 35          |
| Konflikty se zetěm (snachou)           | 29          |
| Manžel (manželka) končí se zaměstnáním | 26          |
| Změna životních podmínek               | 25          |
| Změna životních zvyklostí              | 24          |
| Změna bydliště                         | 20          |
| Změna rekreačních aktivit              | 19          |
| Změna sociálních aktivit               | 18          |
| Změna spánkových zvyklostí a režimu    | 16          |
| Změny v širší rodině (úmrtí, sňatky)   | 15          |
| Vánoce                                 | 12          |

## Příloha IX.

### Množství sebevražd v některých státech



## Příloha X.

### Stanovení míry suicidálního rizika

| Čím více otázek 1-11 je zodpovězeno ANO a čím více otázek 12-16 zodpovězeno NE, tím vyšší je suicidální riziko |     |    |
|--|-----|----|
| 1. Přemýšlel jste v současné době o možnosti sebevraždy?   | ANO | NE |
| 2. Přemýšlel jste o této možnosti často?   | ANO | NE |
| 3. Musíte o tom přemýšlet, přestože nechcete?<br>Vnucují se vám takové myšlenky samy?                          | ANO | NE |
| 4. Už jste uvažoval o způsobu sebevraždy?  | ANO | NE |
| 5. Udělal jste už nějaké přípravy k sebevraždě?  | ANO | NE |
| 6. Mluvil jste s někým o svých sebevražedných úmyslech?  | ANO | NE |
| 7. Už jste se někdy v minulosti pokusil o sebevraždu?  | ANO | NE |
| 8. Spáchal někdo z vašich příbuzných nebo přátel sebevraždu?   | ANO | NE |
| 9. cítíte, že vaše situace je strašná a beznadějná?  | ANO | NE |
| 10. Dělá vám potíže myslet na něco jiného než na vaše současné problémy?                                       | ANO | NE |
| 11. Máte nyní méně kontaktů se svými příbuznými a přáteli?   | ANO | NE |
| 12. Máte zájem o to, co se děje ve vašem okolí nebo ve vašem zaměstnání?<br>Baví vás vaše koníčky?             | ANO | NE |
| 13. Máte kolem sebe někoho, s kým byste volně a s důvěrou mohl<br>pohovořit o svých problémech?                | ANO | NE |
| 14. Žijete pohromadě s dalšími lidmi (rodina, přátelé)?  | ANO | NE |
| 15. Máte pocit výrazné zodpovědnosti k rodině, zaměstnání?   | ANO | NE |
| 16. Myslíte si, že jste v zásadě věřící člověk?  | ANO | NE |

## Příloha XI.

### Geriatrická škála deprese

| Na každou otázku vyberte odpověď ano nebo ne:   |               |
|---|---------------|
| 1. Jste v zásadě spokojen se svým životem?  | ano / ne      |
| 2. Vzdal jste se v poslední době mnoha činností a zájmů?  | ano / ne      |
| 3. Máte pocit, že Váš život je prázdný?   | ano / ne      |
| 4. Cítíte se často sklíčený a smutný?   | ano / ne      |
| 5. Máte vesměs dobrou náladu?   | ano / ne      |
| 6. Obáváte se, že se Vám přihodí něco zlého?  | ano / ne      |
| 7. Cítíte se převážně šťastný?  | ano / ne      |
| 8. Cítíte se často bezmocný?  | ano / ne      |
| 9. Vysedáváte raději doma, než byste šel mezi lidi a seznamoval se s novými věcmi?  | ano / ne      |
| 10. Myslíte si, že máte větší potíže s pamětí než Vaši vrstevníci?  | ano / ne      |
| 11. Myslíte si, že je krásné být ještě naživu?  | ano / ne      |
| 12. Napadá Vás někdy, že Váš život nestojí za nic?  | ano / ne      |
| 13. Cítíte se plný elánu a energie?   | ano / ne      |
| 14. Myslíte si, že Vaše situace je beznadějná?  | ano / ne      |
| 15. Myslíte si, že většina lidí je na tom lépe než Vy?  | ano / ne      |
| <p style="text-align: center;"><b>Hodnocení</b></p> <p>1 bod za tzv. depresivní odpověď – tj. ano u otázky 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 15<br/>a 1 bod za odpověď ne u zbývajících otázek – tj. 1, 5, 7, 11, 13.</p> <p>Norma:                    0 - 5 b.<br/>Mírná deprese:        5 - 10 b.<br/>Manifestní deprese:   nad 10 b.</p> | <b>Součet</b> |

## Příloha XII.

### MINI MENTAL TEST

|   | Bodové skóre   |
|---|----------------|
| <b>1. Orientace</b><br>Jaký je rok/ období/ měsíc/ den v týdnu/ datum<br>Kde nyní jste? Země/ oblast/ město / ulice/ číslo domu/ podlaží v budově/ číslo pokoje<br>(za každou správnou odpověď – 1 bod).  | 0 - 5<br>0 - 5 |
| <b>2. Opakování a paměť</b><br>Upozorněte nemocného, že budete vyšetřovat paměť. Pak jmenujte pomalu a zřetelně tři předměty (strom, okno, kniha) a vyzvěte ho, aby je opakoval.<br>Počet správných odpovědí = počet bodů. Pokud si pacient nepamatuje, opakujte (maximálně 5x) předměty, aby si je mohl zapamatovat. | 0 - 3          |
| <b>3. Pozornost a počítání</b><br>Vyzvěte pacienta, aby odečítal sedmičku od 100. Ukončete po pěti odpovědích<br>(za každou správnou 1 bod).  | 0 - 5          |
| <b>4. Krátkodobá paměť</b><br>Vyzvěte nemocného, aby si vybavil 3 dříve jmenované věci.   | 0 - 3          |
| <b>5. Poznání předmětů</b><br>Ukažte pacientovi 2 předměty (hodinky, tužku) a vyzvěte ho, aby je pojmenoval.  | 0 - 2          |
| <b>6. Opakování</b><br>Vyzvěte nemocného, aby po vás opakoval následující větu:<br>„Žádná ale, jestliže a kdyby“.   | 0 - 1          |
| <b>7. Třístupňový úkon</b><br>Požádejte pacienta, aby postupně provedl 3 úkony (např. Vezměte papír, přeložte jej na půl a položte na stůl), za každý správně provedený úkon 1 bod.   | 0 - 3          |
| <b>8. Reakce na psaný pokyn</b><br>Pacient dostane do ruky lístek s napsaným pokynem<br>(např. „zavřete oči“ – bod je započítán jen za zavření očí).  | 0 - 1          |
| <b>9. Psaní</b><br>Požádejte pacienta, aby na čistý papír napsal větu, která má podmět a přísudek.<br>Gramatické chyby jsou povoleny.   | 0 - 1          |
| <b>10. Malování podle předlohy</b><br>Požádejte nemocného, aby namaloval dva překřizující se mnohoúhelníky.<br>Pro započítání bodů musí být plný počet úhlů a dva musí být ve vzájemném překřížení.   | 0 - 1          |
| <b>Celkové skóre:</b>   | <b>30 bodů</b> |
| <i>Hodnocení:</i><br>0 – 10 těžká kognitivní porucha<br>11 – 20 kognitivní porucha středního stupně<br>21 – 23 lehká porucha<br>24 a více norma   |                |

## Abstrakt

MAŠTEROVÁ, M. *Deprese ve stáří*. České Budějovice 2008. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra praktické teologie. Vedoucí práce L. Motlová.

**Klíčové pojmy:** deprese, léčba, sebevražda, stáří, stárnutí, změny ve stáří, deprese ve stáří, deprese / demence, příběhy

Bakalářská práce je teoretická a zabývá se problematikou deprese, zvláště deprese ve stáří. Je rozdělena do čtyř kapitol. V první je uvedena charakteristika deprese. Je tu popis toho, co to deprese je a že existují dotazníky, které umožňují zjistit, zda jí je člověk ohrožen. Dále je tu uveden její výskyt, historie, mýty, příčiny, příznaky, typy, léčba a následky. Ve druhé kapitole se hovoří o stáří a stárnutí a jejich doprovázejících změnách fyzických, psychických a sociálních. Třetí kapitola je věnována charakteristice deprese ve stáří, jejímu výskytu, rozdílům mezi depresí a demencí, příčinám, příznakům, léčbě a prevenci. Čtvrtá pak představuje pět příběhů lidí, kteří trpí či trpěli depresemi.



## Abstract

### **Depression in old age**

Key words: depression, treatment, suicide, age, growing old, old age changes, depression in old age, depression / demence, stories

This thesis is theoretical and it engage in problems of the depression, in particular depression in old age. It divide in four chapters. In first chapter mentioned a characteristic depression. Here is a description, what is the depression and that exit some questionnaires, what make find, whether is a man it distress. Further here is mentioned it occurrence, history, mythes, causes, symptoms, types, treatment and consequences. In second chapter talk about age and growing old and their concomitant changes physical, mental and social. The third chapter devote a characteristic depression in old age, it occurrence, some differences between depression and demence, causes, symptoms, treatment and prevention. The fourth chapter present five stories of some people, who suffer from the depressions.