

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

Magisterské kombinované studium

2009 – 2012

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Zdeňka Matasová

Duševní onemocnění jejich projevy a možnosti léčby

Praha 2012

Vedoucí diplomové práce:

PhDr. Milan Demjanenko

COMENIUS UNIVERSITY PRAGUE

Master Combined Studies

2009 – 2012

DIPLOMA THESIS

Zdeňka Matasová

Mental illness of their symptoms and treatment options

Prague 2012

The diplome thesis work supervisor:

PhDr. Milan Demjanenko

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená diplomová práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 29. března 2012

.....

Zdeňka Matasová

Poděkování

Ráda bych vyjádřila svou vděčnost a poděkování vedoucímu mé diplomové práce PhDr. Milanu Demjanenkovi, za čas a úsilí, které mi věnoval při zadání a v průběhu vypracování této práce a zejména za jeho velmi cenné rady a připomínky.

Anotace

Tato diplomová práce na téma: „*Duševní onemocnění jejich projevy a možnosti léčby*“ se zabývá depresivním onemocněním a jeho propojení s andragogikou. Je rozdělena na dvě hlavní části, praktickou a teoretickou. V teoretické části je charakteristicky vymezen pojem deprese, jeho druhy, příznaky, hodnocení, léčba a v neposlední řadě exkurze do významu sociální andragogiky pro možnosti jejího využití při léčbě depresí. Praktická část je zaměřena na kazuistiku skutečných životních případů a jejich vzájemná komparace.

Klíčové pojmy

Deprese, farmakoterapie, kazuistika, náladovost, nespavost, psychoterapie, únava, volnočasové aktivity.

Annotation

This diploma thesis: „*Mental illness of their symptoms and treatment options*,“ deals with depression and its links with Adult Education. It is divided into two main parts, the practical and theoretical. The theoretical part is characteristically defined the concept of depression, its types, symptoms, evaluation, treatment and ultimately excursion into the social significance of adult education opportunities for its use in treating depression. The practical part is focused on real life case study of cases and their mutual comparison.

Key words

Depression, drug therapy, case report, moodiness, insomnia, psychotherapy, fatigue, leisure activities.

OBSAH

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST.....	11
TEORETICKÁ ČÁST.....	11
<u>1. Deprese.....</u>	<u>12</u>
1.1 Smutek.....	12
1.2 Deprese jako nemoc.....	12
1.3 Druhy deprese.....	13
<u>2. Příznaky deprese.....</u>	<u>15</u>
2.1 Změna nálady.....	15
2.2 Depresivní myšlenky.....	16
2.3 Depresivní chování.....	16
2.4 Typické chování.....	16
2.5 Depresivní tělesné příznaky.....	17
<u>3. Hodnocení deprese.....</u>	<u>19</u>
<u>4. Typy deprese.....</u>	<u>20</u>
4.1 Depresivní epizoda.....	20
4.2 Rekurentní depresivní porucha.....	20
4.3 Dystymie.....	21
4.4 Bipolární porucha.....	22
4.5 Sezónní afektivní porucha.....	22
4.6 Reaktivní porucha nálady.....	22
4.7 Poporodní deprese.....	23
4.8 Deprese ve vyšším věku.....	23
<u>5. Léčba.....</u>	<u>25</u>
5.1 Obecné terapeutické možnosti.....	25
5.2 Psychoterapie.....	25
5.3 Farmakoterapie.....	26
<u>6. Sociální andragogika.....</u>	<u>27</u>
PRAKTICKÁ ČÁST.....	29
PRAKTICKÁ ČÁST.....	29

<u>7. Kazuistika</u>	<u>30</u>
7.1Cíl 31	
7.2Metody výzkumu.....	30
7.3Charakteristika respondentů.....	30
7.4Studie č. 1 – paní Milena.....	30
7.5Studie č. 2 – paní Lenka.....	38
7.6Studie č. 3 – pan Lukáš.....	46
7.7Komparace případových studií.....	54
.....	54
ZÁVĚR.....	55
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ	56

ÚVOD

Cílem této diplomové práce na téma: „*Duševní onemocnění jejich projevy a možnosti léčby*“ je vymezení depresivního onemocnění a jeho propojení s andragogikou. Práce je rozdělena na dvě hlavní části, praktickou a teoretickou. V teoretické části je charakteristicky vymezen pojem deprese, jeho druhy, příznaky, hodnocení, léčba a v neposlední řadě exkurz do významu sociální andragogiky pro možností jejího využití při léčbě depresí. Praktická část je zaměřena na kazuistiku skutečných životních případů a jejich vzájemná komparace.

Deprese je onemocnění, které je lidstvu dlouhodobě známo. Již ve 4. století před naším letopočtem označil Hippokrates melancholii jako duševní chorobu, při které je v mozku nadměrná koncentrace černé žluči. Poruchami nálady trpělo mnoho známých osobností, jako byli spisovatelé Edgar Allan Poe, Mark Twain, Tennessee Williams, malíř Vincent van Gogh či hudební skladatelé Gustav Mahler, Robert Schuman a mnozí další.

Paradigma deprese a její léčby se v průběhu posledních desetiletí velmi výrazně měnilo. Na počátku tohoto století se deprese považovala za dlouhodobou chorobu, která si vyžaduje celoživotní léčení. Například Emil Kraepelin byl přesvědčen, že trvání deprese přesahuje mnoho měsíců a dokonce let. Většina vyléčení se udála během 9 měsíců, avšak u jedné třetiny trvalo onemocnění déle než jeden rok. Tento názor se tradoval po většinu první poloviny 20. století.

V 60. a 70. letech došlo k zásadním změnám. Pro psychiatrii byla objevena klasická antidepresiva, která během několika týdnů vedla k úlevě obtíží depresivních pacientů. Stejně tak byly popsány moderní krátkodobé psychoterapeutické postupy, jako např. Beckova kognitivní behaviorální terapie nebo krátkodobá interpersonální psychoterapie podle Klermana a Weismanové. Tyto významné pokroky v léčbě depresivních stavů způsobily změnu postojů odborníků k dané problematice. Deprese tehdy byla považována stejně jako banální infekce za krátkodobou a dobře léčitelnou chorobu. Tyto nové názory byly v 80. letech testovány v dlouhodobých prospektivních studiích.

Bohužel se prokázalo, že předchozí optimismus není oprávněný a že pravdu měl spíše Kraepelin. Tedy, že depresivní porucha je většinou dlouhodobé onemocnění s tendencí k recidivám a chronicitě (Raboch, 2000).

TEORETICKÁ ČÁST

1. DEPRESE

Deprese je nemoc podobná jiným nemocím, jako je např. vysoký krevní tlak, vředová choroba nebo cukrovka. Není to jen špatná nálada, ale nemoc celého organismu. V žádném případě to není nedostatek vůle nebo sebekázně. Deprese není jenom reakce na nepříznivé události v životě, i když často na ně navazuje. U většiny lidí je toto onemocnění léčitelné. Neléčená deprese vede ke ztrátě výkonnosti, izolaci, radosti ze života a dochází k výraznému zhoršení celkového zdravotního stavu člověka – zpravidla snížením obranyschopnosti organismu.

1.1 Smutek

Poklesy nálady i smutek patří k životu. Kolísání nálady lze zažít každodenně. Je to úplně normální. Nálada odráží to, co člověk právě dělá, a je spjatá s určitým hodnocením sebe a okolnostmi. Tyto poklesy však záhy odezní, zřídka trvají hodiny. Smutkem reagujeme na ztrátu, zejména pokud je nevratná. Ztráta člověka, kterého milujeme, vede přirozeně k hlubokému smutku. Smutek může trvat měsíce, nicméně člověk je zpravidla schopen chodit do práce a fungovat v rodině. Proto nelze hovořit o depresi. Deprese může na smutek navazovat. Člověka ochromí, takže jeho fungování je výrazně oslabeno. Smutek je více o tom druhém, kterého jsme ztratili, deprese je více o nás, o tom, že se s tím nejsme schopni vyrovnat (Praško, Buliková, Sigmundová, 2009).

1.2 Deprese jako nemoc

U některých lidí se smutek může prohloubit v depresi. Při depresi však nejde jen o intenzitu smutku, ale zejména o hluboký zásah do každodenního života. Tedy každý smutek neznamena depresi. I když lidé někdy mluví o tom, že ji mají. Tento pojem však zachycuje spíše to, že jsou nespokojení se svým životem. Nebo při běžném smutku říkají, že jsou „depressivní“. Odborně je pojem deprese užší. Od běžného smutku nebo rozladěnosti se liší zejména v tom, že deprese je intenzivnější a hlubší než smutek. Trvá podstatně déle a narušuje každodenní fungování člověka. Deprese je jedním z nejčastějších problémů, který lidé v životě zažijí.

U každého pátého člověka se alespoň jednou za život objeví klinicky významná deprese. Klinickou depresí onemocní každý rok 5 % obyvatelstva nezávisle na věku (Praško, Buliková, Sigmundová, 2009).

Ženy onemocní dvakrát častěji než muži. Objevuje se i u dětí, častější je však u dospělých. Vrchol pro obě pohlaví je v období od 25 do 44 let. Častá je u žen v období klimakteria, dále je ve stáří, kde obvykle navazuje na smutek po ovdovění nebo na odchod do důchodu. S vysokým rizikem deprese je u žen spojeno šestinedělí a mateřská dovolená, kdy žena tráví dlouhý čas v relativní izolaci. K dalším rizikovým faktorům patří osamělost, chudoba, příslušnost k různé minoritě. Všechna tato období jsou do určité míry spojena se ztrátou. Je třeba říci, že deprese se nevyhýbá nikomu, žádnému věku, povolání, rase či inteligenci (Praško, Buliková, Sigmundová, 2009).

1.3 Druhy deprese

Dnešní medicína rozděluje deprese do tří skupin:

První skupina je v odborné literatuře nazývána jako mírná deprese, kdy postižený je schopen chodit do práce. Funguje v každodenním životě, jen mu všechno jde hůře a pomaleji. Věci ho přestávají těšit, vyhýbá se přátelům a uzavírá se do sebe. Léčba je zde zpravidla ambulantní a postižený může chodit do práce.

Druhou skupinu nazvali odborníci jako středně těžkou depresi, kdy zpravidla už není možné pracovat a i domácí práce jdou nemocné osobě velmi těžce. Většinu času je postižený nešťastný, zpomalený nebo nadměrně napjatý. Nedokáže se už soustředit na noviny ani na televizi, ztrácí zájem o sexuální život, a začíná se izolovat od společnosti. Cítí nedostatek energie a zpravidla se za vše obviňuje. Léčba probíhá v pracovní neschopnosti, vhodná je docházka do denního sanatoria, v případě sebevražedných myšlenek je vhodná hospitalizace.

Poslední *třetí skupina* je nazývána jako těžká deprese, kdy postižený není schopen se starat ani sám o sebe, má tendenci ležet v posteli a veškerý čas tráví v sebevýchýtkách. Je buď výrazně zpomalený v pohybech, řeči i myšlení, nebo naopak výrazně agitovaný, plný neklidu, který ho popohání z místa na místo. Porucha nálady je hluboká, téměř neovlivnitelná vnějšími impulsy.

Praktickou činnost již pacient nevykonává, nemá na ni energii a ztratil pocit smysluplnosti jakékoliv aktivity. Často myslí na sebevraždu, ale to může i při mírné nebo střední depresi. Léčba těžké deprese probíhá vždy za hospitalizace (Praško, Buliková, Sigmundová, 2009).

2. PŘÍZNAKY DEPRESE

2.1 Změna nálady

Hlavním příznakem deprese je porucha nálady. Ovšem kromě nálady je zasaženo také myšlení, chování i tělesné fungování. Deprese je onemocnění celého těla i duše viz Tab. 1. Většina lidí v depresi cítí únavu, tíhu, malátnost, vyčerpanost. Pocit ztráty energie může dojít do takového stupně, že člověk je schopen jen ležet. Intenzita obtíží může kolísat v průběhu dne. Někomu bývá nejhůře ráno, jinému naopak večer. Pocity nedostatečnosti a méněcennosti vedou k vyhýbání se lidem. Psychické tempo se snižuje, myšlení zpomaluje. Ne každý, kdo je depresivní, má všechny uvedené příznaky. Někteří lidé zažívají jen několik příznaků, jiní jich mají mnoho. Také závažnost jednotlivých příznaků je u různých osob různá (Praško, Buliková, Sigmundová, 2009).

Tab. 1: Přehled příznaků

Somatické	Psychické
Nespavost, předčasné ranní probuzení, nebo naopak nadměrná ospalost a spavost i během dne.	Přetrvávající smutek, úzkostná nálada.
Ztráta chuti k jídlu, výrazné snížení váhy, nebo naopak přejídání a přibývání na váze.	Pocity beznaděje, pesimismus.
Pokles energie, únava, ospalost, malátnost- jednoduché činnosti vyžadují nadměrnou námahu.	Pocit viny, bezmoci, ztráty smyslu života.
Nadměrné polehávání nebo posedávání, nemožnost se přinutit k činnosti, odkládání činností.	Ztráta zájmů nebo radosti z koníčků a činností, které, vás těšily.
Neklid, nervozita, nadměrná podrážděnost, výbušnost, potíže se soustředěním a zapamatováním, problémy s rozhodováním.	Ztráta zájmu o sexuální život.
Přetrvávající bolesti hlavy, poruchy trávení, zácpa, dlouhodobé bolesti.	Myšlenky na smrt nebo sebevraždu, pokusy a sebevraždu.
Tíha na hrudi, ztuhlost tělesného svalstva, snadná únavnost.	Nadměrná ustaranost, časté pocity napětí.

Zdroj: Praško, Buliková, Sigmundová- Depresivní porucha a jak ji překonat, 2009.

2.2 Depresivní myšlenky

Pro depresi jsou charakteristické depresivní automatické myšlenky. Člověku přicházejí na mysl a on nad nimi dále nehloubá. Automatické myšlenky máme prakticky neustále, většinou jim ani nevěnujeme pozornost.

Typické depresivní automatické myšlenky dle Praška, Bulikové a Sigmundové zahrnují **negativní hodnocení**

sama sebe → nejsem k ničemu
okolností → nikdo o mě nestojí
budoucnosti → nic pěkného mě nečeká

2.3 Depresivní chování

Depresivní lidé jsou méně aktivní, bez iniciativy, rezignovaní. Překážky jsou pro ně nepřekonatelné. Psychické tempo je obvykle sníženo. Soustředění na aktivitu je zhoršené, když ji začnou, nevydrží u ní. Pociťují nadměrnou únavu a tíži. Přestávají se zabývat tím, co je zajímalo a těšilo, vykonávají jen to nejnnutnější.

Depresivní chování zahrnuje celou řadu projevů

- pláč;
- odkládání činností;
- nesoustředěnost a roztěkanost;
- netrpělivost;
- uzavírání se do sebe, vyhýbání se kontaktům až po monotónní depresivní řeči;
- často je to také naříkavost, neustálé stěžování si a sebevražedné pokusy.

Takové chování je reakcí na depresi, která postiženého zaskočila a ohrožuje jej.

2.4 Typické chování

Mezi typické chování lze počítat velmi nízkou úroveň aktivity, odkládání činností a vyhýbavé chování. Často jde o zanedbávání příjemných a rekreačních aktivit, postupně to vede k izolaci až k sebevražednému jednání (Praško, Buliková, Sigmundová, 2009).

2.5 Depresivní tělesné příznaky

Biologické pochody v organismu jsou velmi úzce spjaty s naší náladou. Centra v mozku, která jsou odpovědná za prožívání nálady, jsou spojena s centry pro regulaci hormonů a vegetativního systému. Proto při změnách nálady dochází často k pestrému obrazu tělesných potíží.

Může se objevit

- únava, napětí nebo slabost ve svalech;
- bolesti hlavy, páteře, břicha;
- nespavost;
- snížená nebo zvýšená chuť k jídlu;
- hubnutí;
- pocení;
- zácpa;
- bolesti žaludku;
- zhoršená schopnost zapamatování si i porucha paměti;
- závratě;
- bušení srdce;
- tlak v hlavě;
- třes končetin;
- poruchy menstruace;
- nechůť k sexu apod.

Častým příznakem je bolestivý tlak na hrudi, pocit sevření, jako by se člověk nemohl ani nadechnout. Tělesné příznaky mohou být zdrojem automatických myšlenek, přesvědčení, že jde o vážnou tělesnou nemoc, a mohou vyvolat výrazný strach o zdraví. Všechny tyto příznaky však ustupují po odeznění deprese.

Typickým projevem deprese je nespavost. Po ulehnutí do postele se člověk převaluje, probírá všechny nedostatky dne, připomíná si, v čem neuspěl, obviňuje se. Obtížné je zejména předčasné ranní probouzení a nemožnost již dále usnout. Depresivní člověk zůstává ležet na lůžku a honí se mu hlavou nejčernější myšlenky. Dalším typem je večerní nespavost. Časté je i opakované probouzení během noci. Spánek je mělký a nemocný má pocit, že nespal vůbec.

Někdy se probouzí díky hrozivým snům, jindy si sny nepamatuje. S noční nespavostí je často spojena denní nadměrná ospalost a únavnost. Méně často je deprese spojena s nadměrnou spavostí jak během noci, tak i během dne. Člověk jako by chtěl zaspát všechno trápení a sebevčítky.

Je pochopitelné, že tělesné příznaky deprese mohou vést k častějšímu zabývání se vlastním zdravím. Zejména u starších lidí, kteří trpívají tělesnými nemocemi častěji než mladí. V depresi však lidé mívají sklony vidět i banální tělesné nemoci tragicky. Nadměrně se soustřeďují i na minimální příznaky, které si vykládají jako hrozící smrtelnou nemoc (Praško, Buliková, Sigmundová, 2009).

3. HODNOCENÍ DEPRESE

Pro hodnocení deprese konkrétního jedince je nutné odpovědět na několik následujících otázek, které mohou být pro každého jedince velmi užitečné.

1. Cítíte, že je obtížné nebo nemožné prožívat radost a těšit se z čehokoliv, i z věcí které jste rádi dělali?
2. Ztratili jste zájem o koníčky, sport, svoje zaměstnání, rekreační aktivity, které jste předtím měli v oblibě
3. Změnila se vaše chuť k jídlu a ztratili jste nebo znatelně přibrali na váze v posledních měsících, bez toho, že byste se o to snažili?
4. Máte potíže se spánkem, nemůžete usnout, nebo se předčasně budíte nebo jste ospalí ve dne po většinu času?
5. Jste fyzicky natolik zpomalení, že je to pro vaše okolí patrné, nebo naopak jste zjistili, že nejste schopni nic dělat kvůli vnitřnímu rozpoložení?
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 sebevraždu?

Pokud jste odpověděli „*ano*“ na většinu otázek, velmi pravděpodobně prožíváte depresi. Pokud je tomu tak a dosud jste nemluvili s odborníkem, je vhodné promluvit si o tom s někým, komu důvěřujete, a vyhledat odbornou pomoc (Praško, Buliková, Sigmundová, 2009).

4. TYPY DEPRESE

4.1 Depresivní epizoda

Může se objevit během života pouze jednou nebo opakovaně. Vzniku epizody může předcházet stresující životní období nebo životní událost, může se však také objevit bez zjevné vnější příčiny. Je dvakrát častější u žen než u mužů.

Příznaky depresivní epizody jsou

- depresivní nálada, ztráta zájmu o záliby;
- poruchy chuti k jídlu nebo změny k hmotnosti;
- poruchy spánku;
- neklid, agitace nebo tělesné zpomalení;
- únava a ztráta energie;
- pocity bezcennosti nebo viny;
- neschopnost se soustředit nebo dělat rozhodnutí;
- myšlenky na smrt nebo sebevraždu.

4.2 Rekurentní depresivní porucha

Porucha je charakterizována opakovanými epizodami deprese, bez samostatných epizod mánie, ale nevylučují se krátké epizody zvýšené aktivity, které následují bezprostředně po depresivní epizodě. Mánie je duševní porucha, která je charakterizována expanzivní a často iritabilní náladou. Diagnosticky se objevuje jako manická epizoda. Nejčastěji je spojená s depresí (www.naposledy.blog.cz).

Jednotlivé fáze trvají od 3 do 12 měsíců. I když uzdravení mezi fázemi je většinou úplné, může se u menší části lidí s rekurentní depresí rozvinout trvalá deprese. Jednotlivé fáze jsou často spouštěny stresovými životními událostmi. Obvykle více postihuje ženy než muže. Při rekurentní depresivní poruše jsou antidepressiva účinná a vzhledem k tendenci k opakování je vhodné dlouhodobé, často doživotní užívání (Praško, Buliková, Sigmundová, 2009).

4.3 Dystymie

Jde o málo závažný typ deprese. Příznaky trvají většinu dlouhou dobu i léta. Obvykle začíná pozvolně až plíživě. Před rozvinutím příznaků je postižený často vystaven většímu stresu nebo životní události. Kolísání mezi lehkou depresí a obdobím poměrně normální nálady je velmi variabilní. Většinu času se pacienti cítí unavení a depresivní. Jakákoliv činnost vyžaduje úsilí a z ničeho nemají radost. Špatně spí a necítí se dobře, nicméně obvykle stačí na základní požadavky každodenního života. Dystymie obvykle začíná v rané dospělosti a trvá nejméně několik roků, někdy celý život. Když začne později, je často následkem mírné depresivní epizody. Dystymie neznescopňuje natolik jako depresivní porucha, její vliv je však dlouhodobý. Omezuje fungování a prožívání příjemných činností. Někdy lidé trpící dystymií zažijí také epizody depresivní poruchy. Pak mluvíme o dvojité depresi (Praško, Buliková, Sigmundová, 2009).

Do obrazu dystymie patří následující příznaky, které trvají alespoň dva roky. Jedná se o chronickou lehkou depresi, dále epizody běžné nálady a následně nemožnost fungovat podle svých nejlepších možností.

V průběhu některého období deprese by měly být přítomny **alespoň 3** z následujících příznaků

- pokles energie nebo aktivity;
- nespavost;
- ztráta sebedůvěry nebo pocity nepřiměřenosti;
- obtíže s koncentrací;
- častá plačtivost;
- ztráta zájmu o sexuální a jiné příjemné aktivity nebo ztráta potěšení z nich;
- pocit beznaděje nebo zoufalství;
- pocit neschopnosti vyrovnat se s běžnou zodpovědností v každodenním životě;
- pesimistický pohled do budoucna nebo přemýšlení o minulosti;
- sociální stažení, menší hovornost.

4.4 Bipolární porucha

Bipolární porucha je méně častá než jiné formy depresivní poruchy. Objevuje se asi u 10 % lidí trpících depresí. Onemocní jí 1–2 lidé ze 100. U této poruchy se objevují jak cykly deprese, tak cykly mánie. Někdy dochází ke zvratu v náladě náhle a velmi rychle, ale častěji jsou přechody postupné. Během manické epizody má postižený nadnesenou náladu, většinou subjektivní pocit zvýšené výkonnosti, nižší potřebu spánku, bývá mnohmluvný, lehkomyšlný. Mívá tendenci se chlubit, chce realizovat spousty povrchních nápadů, většinou však nic nedokončí, přechází od jedné aktivity ke druhé. Rád utrácí peníze za nedůležité věci. Pokud mu někdo odporuje, snadno sklouzne do agresivity. Mánie zasahuje myšlení, rozhodování, chování a náladu způsobem, který vede k vážným problémům a někdy i ostudám. To nositeli v dané chvíli nevadí, naopak je s takovým chováním velmi spokojený. Může to být utrácení peněz, ukvapená pracovní a společenská rozhodnutí, sexuální dobrodružství apod. (Praško, Buliková, Sigmundová, 2009)

4.5 Sezónní afektivní porucha

U některých lidí se objevují depresivní nálady s úbytkem energie, zhoršením výkonnosti a nadměrnou únavností pravidelně každý rok v podzimních a zimních měsících. Tyto sezónní poruchy nálady bývají často spojeny s nadměrnou chutí na uhlohydráty, s přibíráním na váze a s nadměrnou spavostí. Začátek potíží bývá nejčastěji na počátku zimy a vymizí obvykle na jaře. Sezónní afektivní porucha se velmi účinně léčí fototerapií – aplikací jasného intenzivního světla v ranních hodinách.

4.6 Reaktivní porucha nálady

Je to následek akutního těžkého stresu nebo traumatu. Zátěž je spouštěcím faktorem, bez jeho působení by nevznikla. Deprese začíná ihned po výskytu stresující změny. Nejčastěji je spojena se ztrátou blízkého člověka.

Zármutek je běžnou reakcí na ztrátu. Pro zármutek je velmi důležité, aby postižený mohl co nejdříve mluvit o ztrátě s člověkem nebo lidmi, kteří ho vyslechnou a podpoří.

Doporučujeme nejbližší přátele a blízké, a pokud nejsou, tak nikdy není ostudou vyhledat profesionálního psychologa nebo psychiatra, když cítíte, že nemůžete ztrátu unést. Včasné svěřením se a mluvením o svých pocitech může zabránit rozvoji deprese.

4.7 Poporodní deprese

Bohužel ještě v dnešní době není veřejnost dostatečně informována, o tom že se v poporodním období vyskytuje u žen zhoršená nálada. A 50- 70% žen prožívá 3. - 4. den po porodu prožívá zhoršení nálady. Projevující se podrážděností, kolísání nálad, pláčem.

Odborníci tento stav znají pod názvem „*baby blues*“. Změna nálady je způsobena poklesem estrogenů a progesteronů. V podstatě je neškodná a postupně odezní. Délétrvajícím zhoršení nálady různého stupně a trvání postihuje 10–15 % žen po porodu. Obvykle se poporodní deprese objevuje asi za 2 týdny po porodu, ale může se objevit až do půl roku po něm. Projevuje se především nadměrnou únavou a vyčerpaností, podrážděností, sebevýchitkami, úzkostí, pocitu nejistoty a strachu. Schopnost postarat se o dítě značně klesá. Postižená maminka se odsuzuje za to, že k dítěti nic necítí, je přesvědčená, že jako matka selhala. Vyhýbá se kontaktu s lidmi, trpí nechutenstvím, nespavostí.

Většinou zůstává deprese na mírné nebo středně hluboké depresi. Při středně těžké nebo těžké depresi je důležité zastavit kojení a nasadit antidepressivní léčbu. Vítaná je pomoc okolí matky nebo partnera, kteří hlavně pomohou s dítětem a starostí o domácnost. Jen výjimečně se objevuje psychotická deprese, kdy čerstvá maminka ztrácí kontakt s realitou. Pak je nutná urgentní hospitalizace, neboť matka i dítě jsou v ohrožení života (Praško, Buliková, Sigmundová, 2009).

4.8 Deprese ve vyšším věku

Deprese v pozdním věku se objevuje často, bývá zpravidla přehlédnuta, protože je maskovaná tělesnými příznaky nebo navazuje na zjevnou tělesnou nemoc. Průběh deprese pozdního věku bývá podobný jako u mladších nemocných, příznaky rovněž.

Současné onemocnění depresí zvyšuje pravděpodobnost úmrtí na tělesná onemocnění. Ohroženy jsou zejména ženy, především ovdovělé, a lidé, kteří žijí v pečovatelských zařízeních. Nejčastějšími stresujícími faktory, na které deprese navazuje, jsou ztráty, konflikty ve vztazích, učení se nové roli v životě a sociální izolace. Dále se u starších lidí deprese často objevuje souběžně s tělesným onemocněním. Vede k tomu, že tělesné onemocnění se hůře léčí a i po vyléčení vážně rehabilitace. Naštěstí nová antidepressiva bývají ve starším věku ještě účinnější než ve středním (Praško, Buliková, Sigmundová, 2009).

5. LÉČBA

5.1 Obecné terapeutické možnosti

Mezi základní metody léčby patří především farmakoterapie antidepresivními preparáty, psychoterapie, elektrokonvulzivní terapie a nověji i repetitivní transkraniální magnetická stimulace. U sezónních typů poruch lze použít léčbu jasným světlem, kterou lze případně kombinovat s psychofarmaky. Také spánková deprivace často dovede prolomit monotónnost závažné deprese v době latence nástupu účinku antidepresiv. Tím lze částečně přesvědčit nemocného, že z jeho utrpení je východisko. V léčbě farmakorezistentní deprese je prokázán efekt stimulace nervus vagus a tento způsob léčby je také v současnosti zaváděn v ČR.

Současná léčba deprese spočívá v kombinaci psychoterapie a farmakoterapie. Předpis každého léku se musí odehrávat v psychoterapeutickém rámci, v němž vztah lékař – pacient hraje dominantní úlohu. Spolupráce nemocného a jeho rodiny je podmínkou pro úspěšné ambulantní léčení (Anders, Skopová, 2006).

5.2 Psychoterapie

V současné době existuje asi 200 různých druhů psychoterapie, jejichž prostřednictvím se lidé učí zvládat obtíže a znovu nabývat sebevědomí. Rozlišujeme podpůrnou a specifickou psychoterapii. Podpůrná psychoterapie se dostává téměř každému léčenému pacientovi. Pomáhá vyznat se a porozumět tomu, co se s člověkem při depresi děje. Lékař používá umění naslouchat, vcítit se, podpořit, vede pacienta a podává mu informace a vysvětlení.

Nemocnému by měl poskytovat reálný pohled na situaci nekonfrontační formou a bez kritických poznámek. Specifická psychoterapie pomáhá nejen hlouběji pochopit podstatu deprese, ale také učí, jak zacházet s příznaky a problémy v životě. Měla by též poskytnout trénink dovedností, které mohou v budoucnosti zabránit opakování choroby. Nejčastěji užívanou terapií deprese v dnešní době je kognitivně behaviorální terapie (KBT), která je zaměřena na změnu negativního myšlení a postupně učí pacienta smysluplně plánovat.

Ten pak po malých krocích narušuje depresivní kolotoč: negativní myšlenky – depresivní nálada – depresivní chování – depresivní myšlenky, atd. Provádění KBT a dalších psychoterapeutických metod patří do rukou odborníka – psychiatra nebo psychologa (Anders, Skopová, 2006).

5.3 Farmakoterapie

Léčba depresivních poruch psychofarmaky vychází z předpokládaných patofyziologických mechanismů deprese, tj., že prožitek deprese je spojen s určitými biochemickými změnami v mozku. V dnešní době se jako nejčastější hypotéza udává porucha přenosu na neuronálním zakončení, který je zprostředkován mediátory a to serotoninem, noradrenalinem a dopaminem. Jako nejdůležitější se zdůrazňuje nízká koncentrace serotoninu v interneuronální štěrbině, buď v důsledku snížené produkce v presynaptickém zakončení neuronu, nebo zvýšeném zpětném vychytávání serotoninu ze synapse.

Léčba depresivní epizody se může rozdělit na tři fáze. Jedná se o akutní léčbu, dále pokračovací léčbu a následně udržovací. Akutní léčba (6–12 týdnů) je zaměřena na remisi – úpravu symptomů. Částečná reakce (neúplná remise) je spojována s horší prognózou. Pokračovací léčba (6–9 měsíců) je zaměřena na prevenci relapsů.

Medikace se aplikuje v plné dávce, někteří pacienti se navíc podrobují psychoterapii. Udržovací léčba je zaměřena na prevenci recidiv. Udržovací terapie recidivám často zabrání či alespoň odsune případnou další depresivní epizodu (Anders, Skopová, 2006).

6. SOCIÁLNÍ ANDRAGOGIKA

Většina sociálních činností se týká péče o člověka, pomoc člověku, jeho vedení, usměrňování, výchovu a vzdělání. Tedy v podstatě andragogické disciplíny a disciplíny personální andragogiky.

Sociální andragogika je vědní disciplinou, do které se promítají poznatky celé řady disciplin příbuzného charakteru například: sociální pedagogika, sociologie, sociální psychologie atd.

Předmětem *sociální andragogiky* je vzdělávání, výchova a pomoc dospělému při jeho průběžné integraci do života. Pomoc při změnách, jejich řešení je mimo možnosti dospělého- pomoc člověku v nouzi (Palán – Základy Andragogiky, 2002).

Cílem sociální andragogiky je výchova

- ke zkvalitňování vztahů dané společnosti;
- ke schopnosti vytvářet adekvátní interpersonální vztahy;
- vzdělávání k očekávanému plnění sociálních rolí;
- ke zlepšování sociálních vztahů prohlubování komunikačních schopností;
- k překonávání egoistického pragmatismu;
- k respektování sociálních norem.

Sociální andragogika má své místo i v sociálních aktivitách státu a různých institucích jako jsou ministerstva nebo soukromoprávní instituce zisková eventuálně nezisková, včetně občanských sdružení, církví, nadací a jiných nestátních organizací.

Dělení sociální andragogiky

- *funkcionální aktivity* - patří sem sociální učení - výchova, formování a utváření dospělého člověka;
- *intencionální aktivity* - realizují se především institucionálně a realizují se k sociálnímu statusu. Radíme mezi ně poradenskou činnost, rekvalifikační výchovu například jsou to -motivační kurzy, job kluby.

Dále jsou to ústavy sociální péče (domovy důchodců, penziony pro seniory) podnikové vzdělávací útvary. Nesmí se opomenout činnost institucí sociální péče, práce humanitárních a sociálních organizací a aktivity sociálních kurátorů (sociálních pracovníků) (Palán, 2002).

Propojení sociální práce a andragogiky

Tyto dvě odvětví lze propojit těmito činnostmi. Poskytováním sociálně-právní poradenství, sociální diagnostikou, vzděláváním. Provozování sociální analýzy, výzkumem a následným vyhodnocením potřeb (Palán, 2002).

PRAKTICKÁ ČÁST

7. KAZUISTIKA

7.1 Cíl

Cílem praktické části je popis a výklad tří životních příběhů, jejich komparace a exkurze do významu sociální andragogiky z důvodu možností jejího využití při léčbě depresí.

7.2 Metody výzkumu

- rozhovor;
- kazuistika.

7.3 Charakteristika respondentů

Respondenti byli vybráni na základě jejich dobrovolnosti a ochotě podělit se o své životní příběhy spojené s depresí. Jsou to lidé z nedalekého okolí a pro zajištění jejich anonymity budou jejich jména smyšlená.

7.4 Studie č. 1 – paní Milena

ANAMNÉZA

1. osobní

žena 45 let, rozvedená
středoškolské vzdělání
kuřačka, pije kávu, alkohol příležitostně

2. sociální

bydlí v rodinném domku s dvěma dospívajícími dětmi, dcera 18 a syn 17 let

3. pracovní

zaměstnaná jako zdravotní sestra v krajské nemocnici na jednotce intenzivní péče

4. rodinná

otec již nežije, zemřel při autonehodě před 5 lety

matka 70 let se léčí s Alzheimerovou chorobou

sourozence nemá

5. lékařská

přidružená onemocnění:

arteriální hypertenze, obezita, diabetes mellitus 2. typu, 2 porody

6. psychiatrická

Paní M. si začala potíže uvědomovat asi tak před 5 lety. Spouštěcím mechanismem bylo rozpad manželství, kdy probíhal rozvod a následně jí zemřel otec. Po rozvodu a úmrtí otce sama nadále vychovávala 2 děti.

Paní M. byla na veškeré povinnosti sama. Musela se starat o děti, nemocnou matku a chod celé domácnosti. Jelikož tyto věci nezvládla, začal se u ní projevovat stres. Veškeré problémy se začaly projevovat i v zaměstnání, kde dělala hrubé nedostatky, kterých si všimli i její nadřízení.

Paní M. měla opakovaně rozhovor se svojí nadřízenou, kde následně došly ke společnému řešení. Nadřízená domluvila sezení s psychologem. Paní M. začala chodit na sezení dvakrát týdně, až se postupně interval návštěv začal prodlužovat na jednu za měsíc.

Psycholog během rozhovoru, a následném vyplnění několika testů stanovil diagnózu F32.1 - Středně těžká depresivní fáze (MKN-10). Poradil klientce jak trávit volný čas. Dále se zaměřil na posílení její psychiky a doporučil jí odejít úplně ze zdravotnictví nebo přestoupit na klidnější oddělení. Ještě ji odeslal k psychiatrovi, aby její zlepšení stavu podpořil farmakoterapií. Psychiatr s paní M. pohovořil, vyhodnotil testy, a kresby co spolu vytvořili a předepsal antidepresiva (Citalec 1-0-0, Lexaurin 1,5 0-0-1).

SOUČASNÝ STAV

Paní M. změnila zaměstnání. V rámci nemocnice přestoupila na klidnější místo. Momentálně pracuje na ambulanci, kde má pravidelný režim a následně i biorytmus. Stále chodí jednou měsíčně na konzultace k psychologovi, ale teď už se tam vyloženě těší. Popovídat si co je nového a jak se cítí a co se jí za ten minulý měsíc povedlo.

Návštěvy u psychiatra se též upravily, chodí jednou za 3 měsíce. Průběžně vyplňované psychotesty, měly lepší výsledky. Již nepotřebuje léky na spaní. Cítí se po probuzení odpočatá, a nemá problémy s usínáním, ani buzením během noci. Zůstal jen Citalec se stejným dávkováním.

Začala pravidelně cvičit a tím si vylepšila jak fyzičku, tak i postavu. Obnovila kontakty na kamarádky a vyráží pravidelně na výlety po krásách naší země, nebo jen na kávu, či kino.

VYPLNĚNÉ DOTAZNÍKY PŘI SOUČASNÉM STAVU

Psychologický test ke zhodnocení závažnosti příznaků deprese

1. Často mě přepadají pocity viny
 - a) souhlasím
 - b) spíše souhlasím
 - c) spíše nesouhlasím
 - d) **nesouhlasím**

2. Pozoruji u sebe nezáměr o okolní dění
 - a) souhlasím
 - b) spíše souhlasím
 - c) **spíše nesouhlasím**
 - d) nesouhlasím

3. Rád se setkávám s lidmi
 - a) souhlasím
 - b) **spíše souhlasím**
 - c) spíše nesouhlasím
 - d) nesouhlasím

4. Nejhorší náladu mívám ráno
 - a) souhlasím
 - b) spíše souhlasím
 - c) **spíše nesouhlasím**
 - d) nesouhlasím

5. Napadají mě myšlenky na sebevraždu.
- a) souhlasím
 - b) spíše souhlasím
 - c) spíše nesouhlasím
 - d) **nesouhlasím**
6. Plánování aktivit a rozhodování v pohodě zvládám
- a) **souhlasím**
 - b) spíše souhlasím
 - c) spíše nesouhlasím
 - d) nesouhlasím
7. Dělat běžné činnosti mě vyčerpává
- a) souhlasím
 - b) spíše souhlasím
 - c) spíše nesouhlasím
 - d) **nesouhlasím**
8. Mám standardní chuť na sex
- a) **souhlasím**
 - b) spíše souhlasím
 - c) spíše nesouhlasím
 - d) nesouhlasím
9. Pořád si něco vyčítám
- a) souhlasím
 - b) spíše souhlasím
 - c) **spíše nesouhlasím**
 - d) nesouhlasím
10. Budoucnost vidím optimisticky
- a) **souhlasím**
 - b) spíše souhlasím
 - c) spíše nesouhlasím
 - d) nesouhlasím

11. Můj spánek je kvalitní
- a) **souhlasím**
 - b) spíše souhlasím
 - c) spíše nesouhlasím
 - d) nesouhlasím
12. Často mě přepadá vztek nebo lítost
- a) souhlasím
 - b) spíše souhlasím
 - c) **spíše nesouhlasím**
 - d) nesouhlasím
13. Mám strach, že si sáhnu na život
- a) souhlasím
 - b) spíše souhlasím
 - c) spíše nesouhlasím
 - d) **nesouhlasím**
14. Jím mnohem méně nebo více, než dříve
- a) souhlasím
 - b) spíše souhlasím
 - c) spíše nesouhlasím
 - d) **nesouhlasím**
15. Stále pocítuji únavu a vyčerpání
- a) souhlasím
 - b) spíše souhlasím
 - c) **spíše nesouhlasím**
 - d) nesouhlasím
16. Jsem normálně aktivní a výkonná
- a) **souhlasím**
 - b) spíše souhlasím
 - c) spíše nesouhlasím
 - d) nesouhlasím

Výsledek - Depresí netrpíte (www.deprese.psychoweb.cz).

Beckova stupnice pro hodnocení deprese

1. a) *necítím se smutný*
 - b) cítím se posmutnělý, sklíčený
 - c) jsem stále smutný a smutku se nedokážu zbavit
 - d) jsem nešťastný, že to nemohu snést
2. a) *příliš se budoucnosti neobávám*
 - b) budoucnosti se obávám
 - c) vidím, že už se nemám na co těšit
 - d) vidím, že budoucnost je beznadějná, má situace se nemůže zlepšit
3. a) *nemám pocit nějakého životního neúspěchu nebo smůly*
 - b) v životě jsem měl více smůly a neúspěchu než obvykle mají jiní lidé
 - c) vidím, že můj dosavadní život byl jen řadou neúspěchů
 - d) vidím, že jsem jako člověk (matka, manželka) plně selhala, a zklamala
4. a) *nejsem nijak zvlášť nespokojený*
 - b) věci mě už netěší jako dříve
 - c) nic mě již nepřináší uspokojení
 - d) ať dělám cokoli, nevzbudí to ve mně potěšení
5. a) *netrpím pocity viny*
 - b) často mívám pocity viny
 - c) hodně mívám pocity viny
 - d) stále trpím pocity viny
6. a) *nemám pocit, že budu za něco potrestán*
 - b) mám pocit, že bych mohl být potrestán
 - c) očekávám, že budu nějak potrestán
 - d) vím, že budu nějak potrestán
7. a) *necítím se příliš zklamán sám sebou*
 - b) zklamal jsem se v sobě
 - c) jsem dosti znechucen sám sebou
 - d) nenávidím sám sebe

8. a) ***necítím se horší než kdokoli jiný***
b) mám spoustu nedostatků a dělám hodně chyb
c) stále si vyčítám všechny chyby
d) za vše špatné mohu já
9. a) ***nepřemýšlím o sebevraždě***
b) někdy pomýšlím na sebevraždu
c) často přemýšlím o sebevraždě
d) kdybych měla příležitost tak bych si vzala život
10. a) ***nepláču více než obvykle***
b) pláču nyní častěji než předtím
c) pláču nyní stále, nedokážu přestat
d) předtím jsem mohl plakat, nyní to nejde, i kdybych chtěl
11. a) ***nejsem nyní podrážděný více než obvykle***
b) jsem podrážděný a rozladěný
c) jsem stále podrážděný a rozladěný
d) nemohu se již rozčlít nad věcmi, které mě dříve obvykle rozčilovaly
12. a) ***neztratil jsem zájem o ostatní lidi***
b) mám menší zájem o ostatní lidi
c) ztratil jsem většinu zájmu o ostatní lidi
d) ztratil jsem všechnen zájem o ostatní lidi
13. a) dokážu se většinou rozhodnout v běžných situacích
b) ***odkládám svá rozhodnutí častěji než dříve***
c) mám značné potíže v rozhodování
d) vůbec se nedokážu rozhodnout
14. a) ***nemám větší starosti se vzhledem než dříve***
b) mám starosti, že vyhlížím už dost staře a neatraktivně
c) mám dojem, že se můj zevnějšek značně zhoršil, takže vypadám dosti nepěkně
d) mám pocit, že vypadám hnusně a odpudivě

15. a) práce mi jde jako dřív
b) *musím se nutit, když chci začít něco dělat*
c) dá mi velké přemáhání, abych cokoliv udělal
d) nejsem schopen jakékoli práce
16. a) *spím stejně dobře jako dříve*
b) nespím tak dobře jako dříve
c) probouzím se o 1-2 hodiny dříve než obvykle a nemohu spát
d) denně se probouzím předčasně a nedokážu spát více než 5 hodin
17. a) *necítím se více unaven než obvykle*
b) unavím se snáze než dříve
c) téměř vše mě unavuje
d) únava mi zabraňuje cokoliv dělat
18. a) *mám obvyklou chuť k jídlu*
b) nemám takovou chuť k jídlu
c) mám mnohem menší chuť k jídlu
d) zcela jsem ztratila chuť k jídlu
19. a) *v poslední době jsem nezhubnul*
b) ztratil jsem v poslední době více než 2,5 kg
c) ztratil jsem v poslední době více než 5 kg
d) ztratil jsem v poslední době více než 7,5 kg
20. a) *nestarám se o své zdraví více než obvykle*
b) dělají mi nyní starosti různé bolesti v těle, mám citlivý žaludek, trpím zácpou, bušením srdce apod.
c) velice často myslím na své tělesné obtíže
d) moje bolesti a těžkosti mě plně vyčerpávají
21. a) *nepozoruji snížení zájmu o sex*
b) mám menší zájem o sex než dříve
c) mám o hodně menší zájem o sex než dříve
d) ztratil jsem úplně zájem o sex

Výsledek: zdravý člověk, (www.help24.cz).

7.5 Studie č. 2 – paní Lenka

ANAMNEZA

1. osobní

žena 57 let, vdaná
středoškolské vzdělání
nekuřačka, pije kávu a alkohol příležitostně

2. sociální

bydlí v rodinném domku s manželem a dvěma dospělými dětmi,
syn 23, dcera 26 let

3. pracovní

yní v invalidním důchodu, dříve zaměstnána jako uklízečka

4. rodinná

otec ani matka již nežijí, oba zemřeli před mnoha lety,
bratr již také nežije, zemřel po těžké nemoci před 2 lety

5. lékařská

přidružená onemocnění
arteriální hypertenze, prodělaná operace bederní páteře a pravého ramene

6. psychiatrická

Paní Lenka si začala potíže uvědomovat asi tak před 8 lety. Spouštěcím mechanismem byla zhoršující se pohyblivost a bolestivost páteře, která následně vyústila k operaci.

I když operace byla nevyhnutelná, paní L. přišlo na mysl mnoho otázek. Budu opět chodit? Ucítím nohy? Zmizí bolesti? Zlepší se hybnost?

Operace dopadla dobře, a zdravotní stav se zlepšil. I přes toto zlepšení nebyl reálný návrat do zaměstnání. Paní L. zůstala sama doma. Z dobré vůle si vzala na ošetřování tetu, které v té době i přes svůj věk 82 let byla velmi vitální. Bohužel o několik měsíců později dostala mozkovou příhodu. A stala se z ní, jen ležící bytost. Paní L. si chtěla tetu ponechat v péči, ale vzala si toho na sebe moc.

I když se rodina snažila pomáhat tak se paní L. uzavírala sama do sebe. Pocit, že je na někom závislá a nezvládá běžné věci, které dříve zvládala bez problémů jí moc nepřidalo. Byla unavená, bledá a smutná. Po několika týdnech beze změn, se rozhodla po rozhovoru s manželem navštívit praktického lékaře.

Ten ihned rozpoznal, že se pravděpodobně rozvíjí depresivní onemocnění. A doporučil jí návštěvu psychiatra. Psychiatr po důkladném rozhovoru usoudil, že se jedná o F32.1 Středně těžkou depresivní fázi (MKN-10)¹. Předepsal jí antidepresiva (APO-citalopram 1-1/2-0, Stilnox 1/2- 1 na noc).

Odeslal jí k psychologovi, aby jí doporučil volnočasové aktivity, úpravu životního stylu, a také navrhl vyzkoušení autogenního tréninku. Ten by jí mohl pomoci se zklidněním, uvolněním a zvládáním stresových situací. Zpočátku by ho řídil psycholog, a až by si tuto techniku paní L. osvojila, mohla relaxovat samostatně doma.

Psycholog navrhl umístit tetu do pečovatelského ústavu, anebo zapojit více rodinu. Paní L. odmítla tetu dát do pečovatelského ústavu, a zkusí více zapojit rodinu. Dále psycholog navrhl, aby paní L. chodila více mezi lidi, vyčistit si hlavu a odpočinout si od problémů a starostí, které na ni čekají doma. S tím už paní L. souhlasila. Zpočátku chodila k psychologovi každý týden, a k psychiatrovi jednou za 2 měsíce. I autogenní trénink přinášel své plody.

Autogenní trénink - se používá již desítky let. Jeho otcem je německý lékař J.H. Schulz. Ve standardní formě se postupně člověk učí navodit si pocit tíhy a tepla v těle, klidnou srdeční a dechovou činnost, pocit příjemného tepla v oblasti břicha a chladného čela. Autogenní trénink je možné provozovat vleže nebo vsedě.

Když dotyčný zvládne tuto základní formu, může přistoupit k dalšímu stupni a zařadit si do relaxace vlastní formule zaměřené na to, co konkrétně potřebuje. Dále lze navázat autogenní meditací. Zde se pracuje s určitými představami a je určená těm, kteří usilují o hlubší poznání a rozvoj sama sebe. Nejde o uvažování tak, jak ho známe v bdělém stavu, ale spíše o nadhození tématu a sledování, jaké představy se v souvislosti vynoří (www.jinamedicina.cz).

¹MKN-10 *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10*

SOUČASNÝ STAV

Psychický stav paní L. se upravil. Rodinu více zapojila a ošetřovali tetu společně. Nechali si ji doma do samotného konce.

Paní L. těšil dobrý pocit, že vše zvládli a umožnili milované osobě dožít v rodinném kruhu. Hybnost a bolesti se o trošku vylepšili a čím byla pohyblivější a samostatnější a mělo to vliv na její náladu a pozitivní naladění. Psychologovi nyní chodí jednou za měsíc, a k psychiatrovi jednou za 3 měsíce. Farmakoterapie je upravena. Stilnox jen při potřebě, a APO-Citalopram jen liché dny.

VYPLNĚNÉ DOTAZNÍKY PŘI SOUČASNÉM STAVU

Psychologický test ke zhodnocení závažnosti příznaků deprese

1. Často mě přepadají pocity viny
 - a) souhlasím
 - b) spíše souhlasím
 - c) spíše nesouhlasím
 - d) **nesouhlasím**

2. Pozoruji u sebe nezáměr o okolní dění
 - a) souhlasím
 - b) spíše souhlasím
 - c) **spíše nesouhlasím**
 - d) nesouhlasím

3. Rád se setkávám s lidmi
 - a) souhlasím
 - b) **spíše souhlasím**
 - c) spíše nesouhlasím
 - d) nesouhlasím

4. Nejhorší náladu mívám ráno
 - a) souhlasím
 - b) **spíše souhlasím**
 - c) spíše nesouhlasím
 - d) nesouhlasím

5. Napadají mě myšlenky na sebevraždu.
- a) souhlasím
 - b) spíše souhlasím
 - c) spíše nesouhlasím
 - d) **nesouhlasím**
6. Plánování aktivit a rozhodování v pohodě zvládám
- a) **souhlasím**
 - b) spíše souhlasím
 - c) spíše nesouhlasím
 - d) nesouhlasím
7. Dělat běžné činnosti mě vyčerpává
- a) souhlasím
 - b) spíše souhlasím
 - c) spíše nesouhlasím
 - d) **nesouhlasím**
8. Mám standardní chuť na sex
- a) **souhlasím**
 - b) spíše souhlasím
 - c) spíše nesouhlasím
 - d) nesouhlasím
9. Pořád si něco vyčítám
- a) souhlasím
 - b) spíše souhlasím
 - c) **spíše nesouhlasím**
 - d) nesouhlasím
10. Budoucnost vidím optimisticky
- a) **souhlasím**
 - b) spíše souhlasím
 - c) spíše nesouhlasím
 - d) nesouhlasím

11. Můj spánek je kvalitní
- a) **souhlasím**
 - b) spíše souhlasím
 - c) spíše nesouhlasím
 - d) nesouhlasím
12. Často mě přepadá vztek nebo lítost
- a) souhlasím
 - b) spíše souhlasím
 - c) **spíše nesouhlasím**
 - d) nesouhlasím
13. Mám strach, že si sáhnu na život
- a) souhlasím
 - b) spíše souhlasím
 - c) spíše nesouhlasím
 - d) **nesouhlasím**
14. Jím mnohem méně nebo více, než dříve
- a) souhlasím
 - b) spíše souhlasím
 - c) spíše nesouhlasím
 - d) **nesouhlasím**
15. Stále pocítuji únavu a vyčerpání
- a) souhlasím
 - b) spíše souhlasím
 - c) **spíše nesouhlasím**
 - d) nesouhlasím
16. Jsem normálně aktivní a výkonná
- a) **souhlasím**
 - b) spíše souhlasím
 - c) spíše nesouhlasím
 - d) nesouhlasím

Výsledek - Depresí netrpíte (www.deprese.psychoweb.cz).

Beckova stupnice pro hodnocení deprese

1. a) ***necítím se smutný***
 - b) cítím se posmutnělý, sklíčený
 - c) jsem stále smutný a smutku se nedokážu zbavit
 - d) jsem nešťastný, že to nemohu snést
2. a) ***příliš se budoucnosti neobávám***
 - b) budoucnosti se obávám
 - c) vidím, že už se nemám na co těšit
 - d) vidím, že budoucnost je beznadějná, má situace se nemůže zlepšit
3. a) ***nemám pocit nějakého životního neúspěchu nebo smůly***
 - b) v životě jsem měl více smůly a neúspěchu než obvykle mají jiní lidé
 - c) vidím, že můj dosavadní život byl jen řadou neúspěchů
 - d) vidím, že jsem jako člověk (matka, manželka) plně selhala, a zklamala
4. a) ***nejsem nijak zvlášť nespokojený***
 - b) věci mě už netěší jako dříve
 - c) nic mě již nepřináší uspokojení
 - d) ať dělám cokoliv, nevzbudí to ve mně potěšení
5. a) ***netrpím pocity viny***
 - b) často mívám pocity viny
 - c) hodně mívám pocity viny
 - d) stále trpím pocity viny
6. a) ***nemám pocit, že budu za něco potrestán***
 - b) mám pocit, že bych mohl být potrestán
 - c) očekávám, že budu nějak potrestán
 - d) vím, že budu nějak potrestán
7. a) ***necítím se příliš zklamán sám sebou***
 - b) zklamal jsem se v sobě
 - c) jsem dosti znechucen sám sebou
 - d) nenávidím sám sebe

8. a) ***necítím se horší než kdokoli jiný***
b) mám spoustu nedostatků a dělám hodně chyb
c) stále si vyčítám všechny chyby
d) za vše špatné mohu já
9. a) ***nepřemýšlím o sebevraždě***
b) někdy pomýšlím na sebevraždu
c) často přemýšlím o sebevraždě
d) kdybych měla příležitost tak bych si vzala život
10. a) ***nepláču více než obvykle***
b) pláču nyní častěji než předtím
c) pláču nyní stále, nedokážu přestat
d) předtím jsem mohl plakat, nyní to nejde, i kdybych chtěl
11. a) ***nejsem nyní podrážděný více než obvykle***
b) jsem podrážděný a rozladěný
c) jsem stále podrážděný a rozladěný
d) nemohu se již rozčlít nad věcmi, které mě dříve obvykle rozčilovaly
12. a) ***neztratil jsem zájem o ostatní lidi***
b) mám menší zájem o ostatní lidi
c) ztratil jsem většinu zájmu o ostatní lidi
d) ztratil jsem všechn zájem o ostatní lidi
13. a) dokážu se většinou rozhodnout v běžných situacích
b) ***odkládám svá rozhodnutí častěji než dříve***
c) mám značné potíže v rozhodování
d) vůbec se nedokážu rozhodnout
14. a) ***nemám větší starosti se vzhledem než dříve***
b) mám starosti, že vyhlížím už dost staře a neatraktivně
c) mám dojem, že se můj zevnějšek značně zhoršil, takže vypadám dosti nepěkně
d) mám pocit, že vypadám hnusně a odpudivě

15. a) práce mi jde jako dřív
b) *musím se nutit, když chci začít něco dělat*
c) dá mi velké přemáhání, abych cokoliv udělal
d) nejsem schopen jakékoli práce
16. a) *spím stejně dobře jako dříve*
b) nespím tak dobře jako dříve
c) probouzím se o 1-2 hodiny dříve než obvykle a nemohu spát
d) denně se probouzím předčasně a nedokážu spát více než 5 hodin
17. a) *necítím se více unaven než obvykle*
b) unavím se snáze než dříve
c) téměř vše mě unavuje
d) únava mi zabraňuje cokoliv dělat
18. a) *mám obvyklou chuť k jídlu*
b) nemám takovou chuť k jídlu
c) mám mnohem menší chuť k jídlu
d) zcela jsem ztratila chuť k jídlu
19. a) *v poslední době jsem nezhubnul*
b) ztratil jsem v poslední době více než 2,5 kg
c) ztratil jsem v poslední době více než 5 kg
d) ztratil jsem v poslední době více než 7,5 kg
20. a) *nestarám se o své zdraví více než obvykle*
b) dělají mi nyní starosti různé bolesti v těle, mám citlivý žaludek, trpím zácpou, bušením srdce apod.
c) velice často myslím na své tělesné obtíže
d) moje bolesti a těžkosti mě plně vyčerpávají
21. a) *nepozoruji snížení zájmu o sex*
b) mám menší zájem o sex než dříve
c) mám o hodně menší zájem o sex než dříve
d) ztratil jsem úplně zájem o sex

Výsledek: zdravý člověk, (www.help24.cz).

7.6 Studie č. 3 – pan Lukáš

ANAMNEZA

1. osobní

muž 83 let, vdovec

vyučen

nekuřák

pije kávu, a příležitostně alkohol

2. sociální

bydlí sám v rodinném domku

3. pracovní

nyní důchodce, dříve pracoval v uzenářství

4. rodinná

otec ani matka již nežijí, sourozence také již nemá

manželka zemřela před 4 lety

má 2 děti, které s ním nebydlí a 4 dospělá vnoučata

5. lékařská

přidružená onemocnění

arteriální hypertenze, diabetes mellitus 2.typu, osteoporóza,

zvětšená prostata

6. psychiatrická

Pan L. si začal uvědomovat potíže asi tak před 4 lety. Spouštěcím mechanismem bylo úmrtí manželky, a osiření ve společné domácnosti. Zpočátku si to neuvědomoval, ale postupem času a při různých příležitostech mu došlo, že jeho milovaná manželka už nepřijde. Nebude si s ní moci promluvit o běžných věcech, jako to bývalo dříve. A že je na vše sám. Má sice děti, ale ty už mají své rodiny, zájmy a svůj život. Nerad by jim přidělával starosti. I když jezdí pravidelně na návštěvy a snaží se pomoci, tak o to ani moc nestojí.

Jeho přátele postupně umírají, už nemá s kým si jít popovídat, nebo s kým jít na procházku. Nejčastější výlet mezi lidmi, je návštěva hřbitova.

Buď jde pozdravit svou milovanou ženu a říct jí co je nového. A nebo účast na pohřbech, je poslední dobou dost častá. Měl problémy se spánkem, budil se unavený, byl nervózní, plačtivý. Když už si jeho děti s ním nevěděly rady, a nevěděly jak mu pomoci. A jeho stav se nezlepšoval. Nechtěly se s mříť s tím, že jejich milovaný otec, kterého si pamatovaly jako humoristu a veselého člověka. Již navždy zůstane smutným a nešťastným jedincem. Domluvily mu návštěvu u praktického lékaře. Praktický lékař při zběžné prohlídce, a pohovoru doporučil návštěvu psychiatra.

Psychiatr po důkladném rozhovoru, a vyhodnocení dotazníků. Stanovil diagnózu F34.1 Dystymie (MKN-10). Předepsal antidepresiva (Rivotril gtt 5-5-5, Prothazin 0-0-1)a doporučil návštěvu psychologa.

Psycholog panu L.navrhl obnovení jeho koníčků, a doporučil mu neodmítat pomoc jeho rodiny. Zpočátku zvolil frekvenci sezení každý týden. A návštěva psychiatra jednou za 2 měsíce. Hned po týdnu se psycholog zajímal jak pan L. pokročil a zda už zkusil vylepšit trávení volného času.

Pan L. popravdě sdělil, že nikoliv, že ho už nic nezajímá. Jediné co ho baví je sledování televizoru. Děti pana L. se zajímaly jaké dělá jejich otec pokroky podle odborníka, jelikož vizuálně nebylo nic znát.

Psycholog i psychiatr si s jeho dětmi promluvili, a ani jeden nedával velkou šanci na rychlé zlepšení stavu. Ba právě naopak, je upozornili, že když se pan L. nezačne alespoň trochu snažit tak mu nemohou pomoci. Pan L. vše bojkotoval, uzavřel se do sebe.

SOUČASNÝ STAV

Psychický stav pana L. se moc nezlepšil. Stále má problémy s usínáním, únavou a nechutenstvím. S rodinou je stále v kontaktu, ale z jeho strany nejsou známky iniciativy že by se snažil uskutečnit setkání se svými dětmi a vnoučaty. Kamarády již žádné nemá. Stále žije sám v rodinném domku se zahradou, na kterou ani nevychází. Jediný jeho společník je televizor. Žádné domácí zvíře nechce.

K psychologovi již nechodí, jelikož mu stejně nepomůže. Jedině kam chodí celkem pravidelně je psychiatr. Psychiatr po nevytvoření stavu musel upravit medikaci (Rivotril gtt- 5-5-5, Citalopram 1-0-0, Prothazin 0-0-1, Stylnox 0-0-1).

VYPLNĚNÉ DOTAZNÍKY PŘI SOUČASNÉM STAVU

Psychologický test ke zhodnocení závažnosti příznaků deprese

1. Často mě přepadají pocity viny
 - a) *souhlasím*
 - b) spíše souhlasím
 - c) spíše nesouhlasím
 - d) nesouhlasím

2. Pozoruji u sebe nezáměr o okolní dění
 - a) *souhlasím*
 - b) spíše souhlasím
 - c) spíše nesouhlasím
 - d) nesouhlasím

3. Rád se setkávám s lidmi
 - a) souhlasím
 - b) spíše souhlasím
 - c) spíše nesouhlasím
 - d) *nesouhlasím*

4. Nejhorší náladu mívám ráno
 - a) souhlasím
 - b) *spíše souhlasím*
 - c) spíše nesouhlasím
 - d) nesouhlasím

5. Napadají mě myšlenky na sebevraždu.
 - a) souhlasím
 - b) spíše souhlasím
 - c) *spíše nesouhlasím*
 - d) nesouhlasím

6. Plánování aktivit a rozhodování v pohodě zvládám
 - a) souhlasím
 - b) spíše souhlasím

- c) spíše nesouhlasím
 - d) **nesouhlasím**
7. Dělat běžné činnosti mě vyčerpává
- a) souhlasím
 - b) **spíše souhlasím**
 - c) spíše nesouhlasím
 - d) nesouhlasím
8. Mám standardní chuť na sex
- a) souhlasím
 - b) spíše souhlasím
 - c) spíše nesouhlasím
 - d) **nesouhlasím**
9. Pořád si něco vyčítám
- a) souhlasím
 - b) **spíše souhlasím**
 - c) spíše nesouhlasím
 - d) nesouhlasím
10. Budoucnost vidím optimisticky
- a) souhlasím
 - b) spíše souhlasím
 - c) spíše nesouhlasím
 - d) **nesouhlasím**
11. Můj spánek je kvalitní
- a) souhlasím
 - b) spíše souhlasím
 - c) spíše nesouhlasím
 - d) **nesouhlasím**

12. Často mě přepadá vztek nebo lítost
- a) **souhlasím**
 - b) spíše souhlasím
 - c) spíše nesouhlasím
 - d) nesouhlasím
13. Mám strach, že si sáhnu na život
- a) souhlasím
 - b) spíše souhlasím
 - c) spíše nesouhlasím
 - d) **nesouhlasím**
14. Jím mnohem méně nebo více, než dříve
- a) souhlasím
 - b) **spíše souhlasím**
 - c) spíše nesouhlasím
 - d) nesouhlasím
15. Stále pociťuji únavu a vyčerpání
- a) souhlasím
 - b) **spíše souhlasím**
 - c) spíše nesouhlasím
 - d) nesouhlasím
16. Jsem normálně aktivní a výkonná
- a) souhlasím
 - b) spíše souhlasím
 - c) spíše nesouhlasím
 - d) **nesouhlasím**

Výsledek – Závažná deprese (www.deprese.psychoweb.cz).

Beckova stupnice pro hodnocení deprese

1. a) necítím se smutný
b) cítím se posmutnělý, sklíčený
c) ***jsem stále smutný a smutku se nedokážu zbavit***
d) jsem nešťastný, že to nemohu snést

2. a) příliš se budoucnosti neobávám
b) budoucnosti se obávám
c) ***vidím, že už se nemám na co těšit***
d) vidím, že budoucnost je beznadějná, má situace se nemůže zlepšit

3. a) nemám pocit nějakého životního neúspěchu nebo smůly
b) ***v životě jsem měl více smůly a neúspěchu než obvykle mají jiní lidé***
c) vidím, že můj dosavadní život byl jen řadou neúspěchů
d) vidím, že jsem jako člověk (matka, manželka) plně selhala, a zklamala

4. a) nejsem nijak zvlášť nespokojený
b) věci mě už netěší jako dříve
c) ***nic mě již nepřináší uspokojení***
d) ať dělám cokoliv, nevzbudí to ve mně potěšení

5. a) netrpím pocity viny
b) ***často mívám pocity viny***
c) hodně mívám pocity viny
d) stále trpím pocity viny

6. a) nemám pocit, že budu za něco potrestán
b) ***mám pocit, že bych mohl být potrestán***
c) očekávám, že budu nějak potrestán
d) vím, že budu nějak potrestán

7. a) necítím se příliš zklamán sám sebou
b) ***zklamal jsem se v sobě***
c) jsem dosti znechucen sám sebou
d) nenávidím sám sebe

8. a) necítím se horší než kdokoli jiný
b) **mám spoustu nedostatků a dělám hodně chyb**
c) stále si vyčítám všechny chyby
d) za vše špatné mohu já
9. a) nepřemýšlím o sebevraždě
b) **někdy pomyslím na sebevraždu**
c) často přemýšlím o sebevraždě
d) kdybych měla příležitost tak bych si vzala život
10. a) nepláču více než obvykle
b) pláču nyní častěji než předtím
c) pláču nyní stále, nedokážu přestat
d) **předtím jsem mohl plakat, nyní to nejde, i kdybych chtěl**
11. a) nejsem nyní podrážděný více než obvykle
b) **jsem podrážděný a rozladěný**
c) jsem stále podrážděný a rozladěný
d) nemohu se již rozčlít nad věcmi, které mě dříve obvykle rozčilovaly
12. a) neztratil jsem zájem o ostatní lidi
b) mám menší zájem o ostatní lidi
c) **ztratil jsem většinu zájmu o ostatní lidi**
d) ztratil jsem všechnen zájem o ostatní lidi
13. a) dokážu se většinou rozhodnout v běžných situacích
b) **odkládám svá rozhodnutí častěji než dříve**
c) mám značné potíže v rozhodování
d) vůbec se nedokážu rozhodnout
14. a) nemám větší starosti se vzhledem než dříve
b) mám starosti, že vyhlížím už dost staře a neatraktivně
c) **mám dojem, že se můj zevnějšek značně zhoršil, takže vypadám dosti nepěkně**
d) mám pocit, že vypadám hnusně a odpudivě

15. a) práce mi jde jako dřív
b) musím se nutit, když chci začít něco dělat
c) ***dá mi velké přemáhání, abych cokoliv udělal***
d) nejsem schopen jakékoli práce
16. a) spím stejně dobře jako dříve
b) nespím tak dobře jako dříve
c) probouzím se o 1-2 hodiny dříve než obvykle a nemohu spát
d) ***denně se probouzím předčasně a nedokážu spát více než 5 hodin***
17. a) necítím se více unaven než obvykle
b) unavím se snáze než dříve
c) ***téměř vše mě unavuje***
d) únava mi zabraňuje cokoliv dělat
18. a) mám obvyklou chuť k jídlu
b) nemám takovou chuť k jídlu
c) ***mám mnohem menší chuť k jídlu***
d) zcela jsem ztratila chuť k jídlu
19. a) ***v poslední době jsem nezhubnul***
b) ztratil jsem v poslední době více než 2,5 kg
c) ztratil jsem v poslední době více než 5 kg
d) ztratil jsem v poslední době více než 7,5 kg
20. a) nestarám se o své zdraví více než obvykle
b) dělají mi nyní starosti různé bolesti v těle, mám citlivý žaludek, trpím zácpou, bušením srdce apod.
c) ***velice často myslím na své tělesné obtíže***
d) moje bolesti a těžkosti mě plně vyčerpávají
21. a) nepozoruji snížení zájmu o sex
b) mám menší zájem o sex než dříve
c) mám o hodně menší zájem o sex než dříve
d) ***ztratil jsem úplně zájem o sex***

Výsledek: deprese středně těžká (www.help24.cz).

7.7 Komparace případových studií

Ukázalo se, že každý z respondentů zvládl léčbu a návrat do běžného života jinak. Vliv na to měl jak jejich věk, pohlaví i odhodlanost s onemocněním nějak skončit.

Zjistilo se, že ženy jsou větší bojovnice a vize lepšího spokojenějšího života je pro ně zásadní. Tak jako se s touto nemocí popraly paní M. a paní L. Obě se více méně vrátily do plnohodnotného života. Obě dámy si užívají společně strávené chvíle v rodinném kruhu. Znovu objevenou chuť do života, si již snad nenechají nikým vzít.

Výlety, návštěvy kin a divadel a rodinné dovolené jistě stojí za to. Snad již mají všechny těžké chvíle za sebou.

Bohužel příběh pana L. v současné době nemá šťastný konec. Stále je z něho smutně naladěný člověk, který se pere se svým životem.

ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývá problematikou duševního onemocnění, tedy depresí. Klade si za cíl využít sociální andragogiku při práci s těmito nemocnými. Odpovědi byly hledány prostřednictvím teoretické části a praktické části. V teoretické části je charakteristicky vymezen pojem deprese, jeho druhy, příznaky, hodnocení, léčba a v neposlední řadě exkurze do významu sociální andragogiky pro možnosti jejího využití při léčbě depresí. Praktická část je zaměřena na kazuistiku skutečných životních případů a jejich vzájemná komparace.

Deprese je nemoc podobná jiným nemocím, jako je např. vysoký krevní tlak, vředová choroba nebo cukrovka. Není to jen špatná nálada, ale nemoc celého organismu. V žádném případě to není nedostatek vůle nebo sebekázně. Deprese není jenom reakce na nepříznivé události v životě, i když často na ně navazuje. U většiny lidí je toto onemocnění léčitelné. Neléčená deprese vede ke ztrátě výkonnosti, izolaci, radosti ze života a dochází k výraznému zhoršení celkového zdravotního stavu člověka – zpravidla snížením obranyschopnosti organismu.

A proto nesmíme zavírat oči, a dívat se kolem sebe. Není tak složité se zapojit v boji s touto nemocí, a pomoci svým nejbližším. Stačí jen chtít.

Výzkumný vzorek kazuistik byl malý, proto není možné zobecnit výsledky na všechny nemocné. Je důležité informovat veřejnost a překonat pasivní přístup k této nemoci.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ

ANDERS, Martin. Jaroslava Skopová. *Praktické otázky diagnostiky a léčby depresivních poruch*. 1. vyd. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-726-2396-6.

ANDERS, Martin. *Deprese z různých úhlů pohledu*. 1. vyd. Praha: Galén, 2006, 117s. ISBN 80-726-2421-0.

BÁRTLOVÁ, Sylva, Petr SADÍLEK a Valérie TÓTHOVÁ. *Výzkum a ošetrovatelství*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských oborů, 2008, 185 s. ISBN 978-80-7013-467-2.

BERAN, Jiří. *Lékařská psychologie v praxi*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-802-4711-256.

BOBEK, Milan a Petr PENÍŠKA. *Práce s lidmi*.

1. vyd. Brno: NC Publishing, 2008, 286 s. ISBN 978-80-90-3858-2-5.

BOUČEK, Jaroslav. A KOL. *Obecná psychiatrie*. 1.vydání. Olomouc: Lékařská fakulta, 2001, 216 s. ISBN 80-244-0240-8.

Další vzdělávání jako nástroj rozvoje jednotlivce i společnosti. Editor Michaela Tureckiová. Praha: Educa Service ve spolupráci s Českou andragogickou společností, 2008, 132 s. Česká a slovenská andragogika. ISBN 978-80-87306-00-0 .

FARKOVÁ, Marie. *Vybrané kapitoly z psychologie*. 2. vyd. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2008, 336 s. ISBN 80-86723-64-8.

HATÁR, Ctibor. *Sociálna pedagogika, sociálna andragogika a sociálna práca: teoretické, profesijné a vzťahové reflexie*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Česká andragogická společnost, 2009, 144 s. Česká a slovenská andragogika, sv. 2. ISBN 978-808-7306-017.

HERMAN, Erik a Pavel DOUBEK. *vliv nepříznivé životní události na rozvoj psychické poruchy*. Praha: Maxdorf, c2008, 94 s. Jessenius.

ISBN 978-80-7345-157-8

HONZÁK, Radkin. *Deprese: depresivní nemocný v nepsychiatrické ordinaci*. 1. vyd. Praha: Galén, 1999, 111 s. ISBN 80-85824-95-7.

HORNEYOVÁ, Karen. *Neuróza a lidský růst: zápas o seberealizaci*. 1. vyd. Praha: Triton, 2000, 343 s. ISBN 80-7254-080-7.

KLUGEROVÁ, Jarmila, Irena PRÁZOVÁ a Tereza VACÍNOVÁ. *Jak vypracovat bakalářskou, diplomovou, rigorózní a disertační práci*. 2., přeprac. vyd. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského. ISBN 978-80-86723-72-3 (BROŽ.).

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak zvládat depresi*. 2. vyd. Praha: Grada, 2003, 176 s. ISBN 80-247-0575-3.

MALÁ, Eva a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie: [učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese]*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2002, 143 s. ISBN 80-717-8700-0.

MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. A KOL. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2138-5.

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10 : desátá revize : aktualizovaná verze k 1. 1. 2009. 2., aktualiz. vyd. Praha: Bomton Agency, 2008, 860 s. ISBN 978-809-0425-903.

PALÁN, Zdeněk a Tomáš LANGER. *Základy andragogiky*. Vyd. 1. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2008, 184 s. ISBN 978-80-86723-58-7.

PRAŠKO, Ján a Hana PRAŠKOVÁ. *Co dělat s velkým vnitřním kritikem aneb jak krok za krokem bojovat s depresí: Pomůcka pro lidi, kteří trpí depresí*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 1995, 174 s. ISBN 80-85121-86-7.

PRAŠKO, Ján, Barbora BULIKOVÁ a Zuzana SIGMUNDOVÁ. *Depresivní porucha a jak ji překonat*. 1. vyd. Praha: Galén, 2010. ISBN 978-80-7262-656-4

PRAŠKO, Ján, Beata PAŠKOVÁ a Hana PRAŠKOVÁ. *Bolestně smutná nálada aneb co je deprese a jak se léčí*. 2. vyd. Psychiatrické centrum, 83 s. ISBN 80-85-121-68-9.

PREISS, Marek. *Deprese a výkon: Kognitivní výkonnost u depresivní poruchy v období remise*. 1.: Psychiatrické centrum, 2008, 191 s. ISBN 978-80-87142-02-8.

RABOCH, Jiří; ZRZAVECKÁ, Irena; UHROVÁ, Tereza. *Psychiatrie pro XXI. století*. 2000. Praha : Galén, 2000. 156 s. ISBN 80-86257-18-5.

RABOCH, Jiří; PAVLOVSKÝ, Pavel; JANOTOVÁ, Dana. *Psychiatrie minimum pro praxi*. 4. Praha : Triton, 2006. 211 s. ISBN 80-7254-746-1

RYBOLT, Richard. *Jak porazit depresi*. 1. vyd. Praha: Práh, 2009, 259 s. ISBN 978-80-7252-250-7.

SVITKO, Jelena. *Stres nespavost a deprese*. 1.: Bratislava: Eugenika, 2006, 152 s. ISBN 80-89227-35-X.

ŠEDIVEC, Vladislav. *Přehled dějin psychiatrie: přehled názorů na duševní nemoci od nejstarších dob až po současnost*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2008. ISBN 978-808-7142-004.

ŠERÁK, Michal a Miroslava DVOŘÁKOVÁ. *Kapitoly z teorie a praxe vzdělávání dospělých*. Vyd. 1. V Praze: Česká zemědělská univerzita, Institut vzdělávání a poradenství, 2009, 138 s. ISBN 978-80-213-2001-7 (BROŽ.) :

VETEŠKA, Jaroslav. *Nové paradigma v kurikulu vzdělávání dospělých*. 1. vyd. Praha: Educa Service, 2009, 344 s. ISBN 978-80-87306-04-8.

VETEŠKA, Jaroslav a Tereza VACÍNOVÁ. *Aktuální otázky vzdělávání dospělých: andragogika na prahu 21. století*. Vyd. 1. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského Praha, 2011, 208 s. ISBN 978-807-4520-129.

ZVOLSKÝ, Petr. *Speciální psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1996, 206 s. ISBN 80-718-4203-6.

ZVOLSKÝ, Petr a Jiří RABOCH. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Galén, c2001, 622 s. ISBN 80-246-0390-X.

Elektronické zdroje

Deprese: web z rodiny psychoweb.cz -inofornace o pomoc. PETERKOVÁ, Michaela. [online]. [cit. 2012-03-28].

Dostupné z: <http://www.deprese.psychoweb.cz/>

Psychologie duševního zdraví. HAUGE, Martin. [online]. [cit. 2012-03-28]. Dostupné z: <http://www.help24.cz/>

Jiná medicína. [online]. [cit. 2012-03-28].

Dostupné z: <http://www.jinamedicina.cz/psychoterapie/relaxacni-metody>

Deprese-stres-diskuse. [online]. [cit. 2012-03-28].

Dostupné z: <http://naposledy.blog.cz/>

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Zdeňka Matasová

Obor: Andragogika

Forma studia: kombinovaná

Název práce: Duševní onemocnění jejich projevy a možnosti léčby

Rok: 2012

Počet stran: 55

Celkový počet stran příloh: 0

Počet titulů použité literatury a pramenů: 32

Počet internetových zdrojů: 4

Vedoucí práce: PhDr. Milan Demjanenko