

Západočeská univerzita v Plzni

Fakulta filozofická

Bakalářská práce

Deprese: Antropologická studie

Eva Opletalová

Plzeň 2012

Západočeská univerzita v Plzni

Fakulta filozofická

Katedra antropologie

Studijní program Antropologie

Studijní obor Sociální a kulturní antropologie

Bakalářská práce

Deprese: Antropologická studie

Eva Opletalová

Vedoucí práce:

PhDr. Michal Tošner, Ph.D.

Katedra antropologie

Fakulta filozofická Západočeské univerzity v Plzni

Plzeň 2012

Prohlašuji, že jsem práci zpracovala samostatně a použila jen uvedených pramenů a literatury.

Plzeň, duben 2012

.....

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala PhDr. Michalu Tošnerovi, PhD. za ochotu a trpělivost, se kterou se mnou konzultoval tuto práci. Veliké díky patří Psychiatrické ambulanci, kde mi poskytli potřebné zázemí, informace a rady ohledně mé problematiky, zejména pak MUDr. Eriku Hermanovi, PhD. Nemalé díky patří i mé rodině (hlavně Jirkovi) a přátelům.

OBSAH

1. ÚVOD.....	1
2. DEPRESE.....	2
2.1. Vymezení pojmu.....	2
2.2. Příznaky deprese.....	7
2.3. Co lze považovat za depresi, stanovování diagnóz.....	8
3. METODIKA VÝZKUMU	12
3.1. Negativní životní události předcházející vzniku depresivní poruchy	13
3.1.1. Důvody v primární rodině	13
3.1.2. Partnerské a manželské důvody	14
3.1.3. Studijní důvody.....	17
3.1.4. Finanční důvody	19
3.1.5. Zdravotní důvody	21
3.1.6. Nemoc či úmrtí blízké osoby	22
3.1.7. Změna prostředí	23
3.2. Rozdělení na ženy a muže	23
4. VÝSLEDKY VÝZKUMU.....	26
4.1. Rok 2007	26
4.2. Rok 2008	27
4.3. Rok 2009	27
4.4. Rok 2010	28

4.5. Sumarizace	29
5. DISKUZE	30
5.1. Sebevraždy	35
6. ZHODNOCENÍ VÝZKUMU	37
7. DALŠÍ MOŽNÉ KULTURNÍ FAKTORY DEPRESÍ	39
7.1. Snížený pocit identity	39
7.2. Deprese a náboženství	39
7.3. Zaměstnání	40
8. ZÁVĚR.....	42
9. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ	44
10. RESUMÉ	48
11. PŘÍLOHY	49

1. ÚVOD

Podle současného stavu poznání v oblasti psychických poruch je deprese způsobena primárně biologickými faktory. Aktuálně platné teorie popisují změny v dostupnosti serotoninu v určitých oblastech mozku. U části pacientů je předpokládán primárně biologický původ. Současně je však zřejmé, že u většiny depresivních osob je nemoc spuštěna vnějšími nepříznivými faktory. V této bakalářské práci se tedy budu ptát po sociálních a kulturních spouštěcích depresí. Cílem bude prokázat nebo vyvrátit korelaci mezi množstvím depresivních pacientů v psychiatrické ambulanci a aktuální společenskou situací. Zdrojem pro hledání sociálních a kulturních spouštěčů budou anamnézy pacientů. V bakalářské práci se věnuji sociálním a kulturním tématům, která souvisejí s depresí. Za současné a nejvýznamnější témata považuji rodinné a partnerské problémy, finanční potíže a studijní potíže. V bakalářské práci se zabývám sebevraždou, která je považována za nejtragičtější následek deprese. Práce je doplněna o téma depresí na základě rozdílu pohlaví (viz. Rozdělení na muže a ženy). Nejpodstatnější část bakalářské práce je výzkum a diskuze nad výsledky.

2. DEPRESE

Pojem deprese se stal součástí běžného hovorového jazyka při označování smutné nálady. Chorobný smutek (deprese) se však od běžného smutku liší: je intenzivnější, trvá delší dobu a brání adaptaci na běžnou životní zátěž. Základním projevem depresivní poruchy je změna nálady, obvykle jako hluboký déletrvajících smutek nebo ztráta zájmu a radosti z obvyklých věcí. Narušení je značné, relativně stálé a spojené s dalšími symptomy depresivního syndromu, jako jsou pesimistické myšlenky, pokles energie a psychomotorická zpomalenost nebo agitace. Deprese je nemoc. Nikoliv lenost, nedostatek vůle nebo slabošství. Jedná se o biologicky podmíněnou poruchu, která vede k vážnému životnímu utrpení.

Deprese je nemoc, kterou můžeme nalézt napříč všemi lidskými populacemi. Téměř každý někdy během svého života prožívá období, kde je smutný, nemá o nic zájem a má pocity úzkosti. Ve většině případů jde ovšem o normální reakci na stres klasifikovanou jako mírnou depresi.

2.1. Vymezení pojmu

To, že se někdo cítí smutný, nemůže být považováno za depresi. Označí-li se někdo za depresivního, míní tím pouze to, že má smutnou či zhoršenou náladu. Často se dnes hovoří o depresivním počasí, kdy chce člověk pouze vyjádřit, že není právě slunečné počasí nabuzující energií a chutí do života. Dalším příkladem špatného použití termínu deprese může být konstatování ženy v obchodě, že má depresi, protože už v desátém obchodě nemůže sehnat to, co hledá. Předpokládejme, že čas od času konstatuje každý člověk, že má depresi, ale míní tím pouze to, že se necítí dobře a šťastně jako obvykle [Deprese 2002: 7].

Uvádím zde čtyři odborné definice deprese, tak jak jí vidí lékaři a jak je deprese ve skutečnosti ustanovena. V další podkapitole jsou vyjmenována kritéria deprese, která musí být naplněna, aby mohl pacient být formálně považován za depresivně nemocného. Český psychiatr Jan Praško píše: *„(d)eprese je nemoc podobná jiným nemocem, jako např. vysoký krevní tlak, žaludeční vředy nebo cukrovka. Není to špatná nálada, ale nemoc celého organismu. V žádném případě to není nedostatek vůle nebo sebekázně. Deprese také není jenom reakce na nepříznivé události v životě, i když často na ně navazuje. Deprese je u většiny lidí léčitelné onemocnění. Pokud není deprese léčena, vede ke ztrátě výkonnosti, k izolaci, ztrátě radosti v životě a výrazně zhoršuje celkový zdravotní stav člověka – snižuje obranyschopnost organismu“* [Praško et kol. 2003: 26].

Psychiatr Jan Poněšický chápe depresi jako zásadní problém člověka prožívat emoce. Podle něj deprese není intenzivním smutkem nýbrž stavem neschopnosti city, zvláště pak smutek a agrese, prožívat. U některých pacientů lze depresi chápat jako pokus z posledních sil přinutit okolí, aby poskytlo lásku, ochranu, jistotu i odpuštění za tento vlastně nenásilný čin [Poněšický 2004: 46]. Depresivní pacient žije v neustálém konfliktu mezi nutností se přizpůsobit a nemožností protestovat proti nedostatečným projevům lásky a zájmu okolí, neboť se obává, že si tím okolí ještě více zneprátní. Aby se vyhnul konfliktu, akceptuje plně chování druhých, identifikuje se s nimi, čímž je i přijme do sebe (inkorporuje) – což je akt agrese a harmonie zároveň [Poněšický 2004: 199].

Podle psychiatra Vladimíra Vondráčka je deprese „onemocnění pocitu štěstí či onemocnění životní motivace“. Měli bychom mu věnovat zvýšenou pozornost z několika důvodů:

- A. Deprese je fenomén současné doby a postihuje velké procento obyvatelstva
- B. Má sociální důsledky
- C. V diagnóze se chybuje. Somatizující deprese jsou léčeny jako vnitřní a jiné nemoci
- D. Etiopatogeneze a zákonitosti vzniku a průběhu jsou stále neznámy
- E. Terapie, ačkoli udělala značné pokroky, dosud stále neuspokojuje
- F. Deprese je jedna z nejhorších nemocí, neboť mění schéma hodnot, dokonce zdraví, život a jáství ztrácí svou hodnotu. [Vondráček 1975: 221,222]

Existují typy událostí, které prožívá většina lidí jako stres. Pro tento stres hraje nejvýznamnější roli psychika člověka. Existují individuální rozdíly mezi tím, jak lidé na stres reagují. Za stresové události většina lidí považuje traumatické události mimo rozsah běžné lidské zkušenosti, neovlivnitelnost a nepředvídatelnost. Dlouhodobý stres se stává frustrací. *„Nejčastější reakcí na frustraci je aktivní agrese, opačnou, ale rovněž běžnou reakcí je uzavření se do sebe a apatie. Jestliže stresové podmínky (frustrace - pozn. autora) trvají a jedinec je nezvládá, apatie může přerůst v depresi“* [Herman, Doubek 2008: 9-12].

Položme si tedy otázku, do jaké míry je deprese sama o sobě kulturní kategorií založenou na západní intelektuální tradici a tradici medicíny. Psychiatrické kategorie a teorie nejsou o nic méně kulturní než ostatní aspekty našeho pohledu na věc. ¹ [Kleinman, Good 1985: 3].

¹ Přeloženo z anglického originálu „Psychiatric categories and theories are cultural, no less than other aspects of our world view. It seems reasonable, therefore, to ask what extent depression

2.2 Kritéria deprese

Aby mohla být diagnostikována u dané osoby deprese, musí z formálního hlediska naplňovat kritéria pro depresivní poruchu. Aktuálně je platná Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize. (1996) – Kritéria pro depresivní poruchu:

A. Depresivní příznaky musí trvat alespoň 2 týdny

B. Musí být přítomny alespoň 2 z následujících 3 příznaků:

1. depresivní nálada je takového stupně, že je pro jedince naprosto nenormální, musí být přítomna většinu dne a téměř každý den po dobu alespoň 2 týdnů, přičemž není ovlivněna okolnostmi
2. ztráta zájmu a radosti z aktivit, které obvykle jedince těší
3. snížená energie nebo zvýšená únavnost

C. Měl by být přítomen další příznak nebo příznaky z následujícího seznamu, aby byly přítomny celkem nejméně 4 příznaky:

1. ztráta sebedůvěry nebo sebeúcty
2. neoprávněné sebevýtčty nebo pocity viny
3. vracející se myšlenky na smrt či sebevraždu, nebo jakékoli sebevražedné jednání
4. snížená schopnost myslet nebo se soustředit
5. změna psychomotorické aktivity s agitovaností nebo retardací
6. poruchy spánku jakéhokoli druhu

itself is a cultural category, grounded both in a long Western intellectual tradition and a specific medical tradition.“

7. změna chuti k jídlu [MKN-10 1996: 179]

2.3 Škála negativních životních událostí

Holmes a Rahe (1967) publikovali *Škálu životních událostí* (Tabulka 1.), ve kterých je hodnocena míra ovlivnění běžného života způsobená určitou životní událostí. Skór součtu jednotlivých životních událostí nad 300 bodů představuje riziko vzniku psychické poruchy, nejčastěji deprese. Skóre mezi 150-299 body vyjadřuje středně vysoké riziko vzniku psychické poruchy. Skóre 150 představuje mírné riziko vzniku nemoci. Tato škála je běžně používaná při kvalifikaci a kvantifikaci negativních životních událostí, které daná osoba udává.

Tabulka 1. Škála životních událostí [Holmes, Rahe 1967]

Škála životních událostí (Holme, Rahe 1967)		Body
1	Smrt partnera	100
2	Rozvod	73
3	Rozchod manželů nebo druhů	65
4	Výkon trestu	63
5	Smrt blízkého příbuzného	63
6	Vlastní zranění nebo nemoc	53
7	Sňatek	50
8	Výpověď z práce	47
9	Neshody nebo smíření manželů	45
10	Odchod do penze	45
11	Onemocnění rodinného příslušníka	44
12	Těhotenství	40
13	Sexuální potíže	39
14	Přírůstek nového člena do rodiny	39
15	Změna nebo problémy v zaměstnání	39
16	Změna finanční situace	38
17	Smrt blízkého přítele	37
18	Změna pracovního zaměření	36
19	Zabavení zastaveného majetku	30
20	Změna zodpovědnosti v zaměstnání	29

21	Odchod syna nebo dcery z domu	29
22	Problémy s příbuznými	29
23	Vynikající osobní úspěch	28
24	Manželka začala nebo přestala pracovat	26
25	Zahájení nebo ukončení studia	26
26	Změna životních podmínek	25
27	Změna osobních zvyků	24
28	Problémy s nadřízeným	23
29	Změna bydliště	20
30	Změna školy	20
31	Změna rekreace	19
32	Změna náboženských aktivit	19
33	Změna společenských aktivit	18
34	Změna spánkových návyků	16
35	Změna stravovacích návyků	15
36	Dovolená	13
37	Vánoce	12
38	Drobné porušení zákona	11 ²

2.2. Příznaky deprese

Hlavními emočními symptomy jsou u deprese smutek a sklíčenost. Jedinci se cítí nešťastní, často pláčou a někteří jedinci přemýšlejí o sebevraždě. Výrazným rysem je u deprese ztráta radosti nebo potěšení ze života. Činnosti přinášející člověku pocit uspokojení se náhle zdají hloupé a nepřinášejí mu žádnou radost ani uspokojení. Deprese se projevuje ztrátou zájmu téměř o cokoliv, nezájem o rodinu, přátele, koníčky a podobně. Depresivní jedinci mají nízké sebevědomí, trpí pocity pesimismu, beznaděje a bezmoci. Motivace je u depresivních pacientů utlumená. Fyziologické symptomy deprese zahrnují ztrátu chuti k jídlu, pokles energie, nadměrnou únavou i po nepatrné fyzické nebo psychické námaze, nespavost v noci a naproti tomu ospalost a spavost během dne. Jedinec se cítí celkově oslabený [Atkinson et kol. 2003: 539-540].

² Překlad [Herman, Doubek 2008: 38-39]

Existují různé prahy vstupů do odborných zařízení. Nejnižší jsou praktičtí lékaři a poradny, poté psychologové. Do psychiatrické ambulance přijdou pacienti až se závažnými potížemi nebo primárně s biologicky podmíněnou psychickou poruchou. Můžeme sledovat prezentaci pacienta u praktického lékaře (Příloha 1.). Pouze na tělesné příznaky si stěžuje 69 procent depresivních pacientů. Na mnohačetné nevysvětlitelné tělesné příznaky si stěžuje 50 procent pacientů. Jakýkoliv psychiatrický výklad popírá 11 procent pacientů. Vzhledem ke zpracování dat z psychiatrické ambulance nemůžou být data považována za komplexní. Mnoho pacientů s reaktivní psychickou poruchou se na psychiatrické vyšetření nedostane díky včasnému podchycení u praktického lékaře, v poradně či u psychologa.

2.3. Co lze považovat za depresi, stanovování diagnóz

Psychiatr, sociolog nebo právník hledí na nemoc různě. Sociologie chápe nemoc jako úchylku. Důvodem je společenská nežádoucnost nemoc a odchýlení se nemocného od chování, která od něj společnost očekává. Nemoc je odchylkou v plnění obvyklých společenských úloh a rolí. Nemoc má však mezi ostatními společenskými deviacemi zvláštní postavení, neboť není následována negativními sankcemi. Lidé nemocného nejen neobviňují, ale mají mu projevovat sympatie a poskytovat sociální podporu. Důvodem tohoto zvláštního postavení duševní nemoci mezi společenskými deviacemi je její předpokládaná nemotivovanost. Kritérium osobní odpovědnosti je tedy hlavním dělícím bodem mezi nemocí a všemi ostatními deviacemi [Baštecký 1997: 18-19].

Role nemocného má čtyři základní charakteristické rysy:

1. Nemocný je považován za nezodpovědného za vznik svého stavu a za neschopného odstranit ho svou vůlí
2. Nemocný je zproštěn svých dosavadních povinností

3. Nemocný je povinen dávat najevo vědomí nežádoucnosti svého stavu a jeho přechodnosti
4. Nemocný je povinen vyhledat odborníky a spolupracovat s nimi, nedojde-li ke spontánní úpravě stavu [Baštecký 1997: 18-19].

Deprese je považována za vůlí neovlivnitelnou, pacienti s depresí mají nárok na pracovní neschopnost, při chronickém průběhu i na invalidní důchod (Příloha 2.) a jsou zproštěni řady běžných povinností. Na obrázku v Příloze 2. sledujeme vývoj počtu případů na 100 000 nemocensky pojištěných osob podle jednotlivých kapitol MKN-10. Duševní poruchy a poruchy chování nejsou nijak významně zastoupeny, nicméně důležité je upozornit na jejich existenci.

Pokud pacient trpí klinicky zřejmou depresivní poruchou, měl by být léčen psychiatrem. V současné době je léčba deprese představována především podáváním psychofarmak – antidepresiv, případně léčbou pomocí psychoterapie. Depresivní pacient se má léčit jako každý jiný nemocný, nemá se za svůj stav stydět [Deprese 2002].

Ne vždy je jednoduché stanovit správnou diagnózu. Na tomto místě je potřeba zmínit relativnost posouzení lékaře, které je postaveno na jeho vlastním subjektivním poznání a cítění a na rozhodující komunikaci s pacientem. Psychiatr se rozhoduje většinou na základě pozorování a rozhovoru s pacientem, velkou roli hraje zkušenost a předchozí vzdělání psychiatra. Mnoho psychiatrických posouzení je proto navíc ještě doplňováno škálami pro určení vážnosti depresivní epizody. Mezi nejznámější škály patří *Hamiltonova stupnice pro depresi*³ (HAM-D), tato

³ The Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD), also known as the Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) or abbreviated to HAM-D. (http://en.wikipedia.org/wiki/Hamilton_Rating_Scale_for_Depression)

škála je považována za jednu z prvních, Max Hamilton ji poprvé publikoval v roce 1960 a do roku 1980 byla mnohokrát revidována. Tato škála hodnotí závažnost deprese u pacientů, kteří jsou již diagnostikováni jako depresivní [Filip 1997]. Z vlastní zkušenosti z psychiatrického prostředí jako nejvíce užívanou škálu považují *Stupnici Montgomeryho a Åsbergové pro posuzování deprese (MADRS)*⁴. MADRS z roku 1979 má deset otázek posuzujících patrný smutek, hlášený smutek, vnitřní napětí, poruchy spánku, sníženou chuť k jídlu (nechutenství), potíže se soustředěním, abulie – ztráta iniciativy, neschopnost citové odezvy, pesimistické myšlenky (pesimismus) a sebevražedné myšlenky (Příloha 3.). Výše zmíněné škály a mnoho podobných dalších hodnotí psychiatr. Existují i sebehodnotící škály jako například *Zungova Sebeposuzující škála deprese (SDS)*⁵ (Příloha 4.) Jde o 20 otázek zjišťujících subjektivní hodnocení depresivního jedince [Filip 1997].

Kromě subjektivnosti posuzování psychiatra může být problémem i vzájemné jazykové nepochopení mezi pacientem a psychiatrem. Pacient nemusí být schopen správně popsat své pocity a situaci, ve které se nachází⁶. Omezené jazykové kódy brání určité skupině uspět ve škole. Tato komunikační nedorozumění mohou vzniknout i v ordinaci psychiatrického lékaře. Pacient a psychiatr mohou ovládat různé jazykové kódy, kterými označují konkrétní pocit, stav nebo určitou situaci. Vybavenost těmito odlišnými kódy získáváme v rámci sociálních skupin,

⁴ The Montgomery–Åsberg Depression Rating Scale (abbreviated MADRS). http://en.wikipedia.org/wiki/Montgomery%E2%80%93%C3%85sberg_Depression_Rating_Scale

⁵ Zung Self-Rating Depression Scale. http://en.wikipedia.org/wiki/Zung_Self-Rating_Depression_Scale

⁶ Viz. *Studijní důvody*, kde tuto problematiku více rozebírám z pohledu studijní problematiky – omezené jazykové kódy

ve kterých se pohybujeme, a určuje je také náš ekonomický statut či vzdělání.

Od 60. let 20. století řada kritiků psychiatrie odsuzovala termín duševní nemoc. Argumentovali zejména nesrovnalostí podkladů, na nichž se stavějí závěry v somatické medicíně a psychiatrii. Do psychiatrické diagnózy se podle kritiků rozhodujícím způsobem promítají hodnotová stanoviska pozorovatele (psychiatra). Z této pozice se pak duševní nemoc hodnotila jako metafora, jež má význam pro stabilizaci společnosti na úkor jedinců, na něž je aplikována. Nemoc je sociální kategorie určená k označení stavu jedince, o kterém daná společnost předpokládá, že znemožňuje nositeli plnění obvyklých rolí, a které nemůže odstranit pouhým chtěním. Z tohoto hlediska je místo duševních nemocí v Mezinárodní klasifikaci nemocí oprávněné. V československých právních textech se pojmu duševní nemoc téměř neužívá a je nahrazen širším pojmem duševní porucha [Baštecký 1997: 20-21].

Charakteristickým rysem společnosti je podle Bašteckého existence rozdílných přístupů psychiatra k nemocnému. Vyplývá to z různých psychiatrických škol a aplikace různých modelů duševních poruch. Modely představují abstrakci konkrétních teorií a hypotéz, jež se v psychiatrii uplatňují (uplatňovali). Nejznámější modely aplikované v psychiatrii jsou morální, lékařský (biomedicíncký), psychoanalytický, defektový a rodinný interakční [Baštecký 1997: 24-28].

3. METODIKA VÝZKUMU

Výzkum byl prováděn na Psychiatrické ambulanci v Praze. Pracují zde dva psychiatři na plný úvazek. Ve své práci jsem hodnotila zdravotní karty (chorobopisy) pacientů, kteří se v letech 2007-2010 dostavili do uvedené psychiatrické ambulance k prvnímu psychiatrickému vyšetření ve svém životě. Důvodem byl nepříznivý psychický stav, který byl psychiatrem diagnostikován jako depresivní porucha. Zaměřila jsem se na pacienty ve věku od 18-33 let. Spodní interval je určen formálním věkem vstupu do dospělosti, horní interval ukončením období střední dospělosti dle Eriksona (1999).

V letech 2007-2010 se do uvedené psychiatrické ambulance dostavilo 335 osob ve věku 18-33 let, u kterých byla diagnostikována poprvé v jejich životě depresivní porucha. Z tohoto počtu bylo vyloučeno 107 pacientů, u kterých byla depresivní porucha způsobena organickými faktory (stav po cévní mozkové příhodě, nádor mozku, úraz mozku) a vlivem návykových látek (alkohol, marihuana, psychoaktivní látky vyvolávající dočasné zlepšení duševních nebo tělesných funkcí). Zbývajících 248 pacientů (159 žen a 89 mužů) naplňovalo kritéria pro depresivní poruchu. U těchto pacientů jsem sledovala negativní životní události, které předcházely vzniku deprese. Při zpracování a vyhodnocování dat kvantitativního výzkumu jsem vycházela z knihy *Statistical methods for the social sciences* [Agresi, Finlay 1997]. Při zpracování a vyhodnocování dat kvalitativního výzkumu jsem vycházela z knihy *Jako robiť kvalitatívny výskum* [Silverman 2005].

3.1. Negativní životní události předcházející vzniku depresivní poruchy

Negativní životní událost obsahuje definici v sobě samotné. Jedná se o objektivní životní událost hodnocenou jako negativní. Jedinec ji může i nemusí považovat za negativní, jedná se o subjektivní cítění jedince. Z hlediska četnosti se negativní události, přecházející vzniku depresivní poruchy vyskytovaly v tomto pořadí:

partnerské a manželské problémy, vztahové problémy v primární rodině, studijní problémy, finanční problémy, pracovní problematika, zdravotní problémy, nemoc nebo úmrtí blízké osoby, změna prostředí.

Typy událostí, které prožívá většina lidí jako stres, považují lidé za traumatické události mimo rozsah běžné lidské zkušenosti, neovlivnitelnost a nepředvídatelnost. Dlouhodobý stres se stává frustrací. Roli hraje psychika a individuální vnímání člověka [Herman, Doubek 2008: 9].

3.1.1. Důvody v primární rodině

„Rodina je pro člověka sice zázemím a útočištěm, ale je to také aréna, v níž bojující gladiátoři možná utrpí mnohem bolestivější a nezahojitelnější rány, než jsou ty, které jim ušetří okolní svět.“ [Murphy 2006: 87].

Důvody pramenící v problémech v primární rodině, byly nejčastěji tyto: vztahové problémy rodičů, rozvod nebo rozvodové období rodičů, odstěhování jednoho z rodičů, nesoulad se sourozencem (sourozenci), nesoulad s jedním nebo oběma rodiči. V tabulkách 2.;3;4.;5. jsou důvody v primární rodině označeny jako *Prim. rodina*.

Kultura předepíše dělu práce mezi manžely, stejně jako určuje, kdo bude o děti pečovat a vychovávat je. Ve většině společností stejně jako v naší západní je hlavním pečovatelem matka a otec plní roli autority. Problém nastává, je-li nejasně předepsána děla práce a péče o děti, a to může vyvolávat konflikty mezi manžely [Murphy 2006: 86].

Na *Škále životních událostí* (Tabulka 1.) jsou za stresující situace týkající se primární rodiny považovány č. 2 Rozvod, č. 3 Rozchod manželů nebo druhů, č. 7 Sňatek, č. 9 Neshody nebo smíření manželů, 14. Přírůstek nového člena do rodiny, č. 21 Odchod syna nebo dcery z domu, č. 22 Problémy s příbuznými, č. 24 Manželka začala nebo přestala pracovat. Lze tvrdit, že většina životních událostí se v určitém momentu může týkat primární rodiny a vytvářet stres. Příkladem může být matka, která se trápí, protože její dcera dostala výpověď z práce (č. 8), anebo proto, že otěhotněla s neznámým mužem (č. 12).

3.1.2. Partnerské a manželské důvody

„Láska je fyziologická záležitost, která má zákony svého vývoje, která se nějak rozvíjí, trvá, a dokonce i zaniká, která dokonce svádí na scesti a hubí.“ [Uzel 1967: 11]

Partnerské a manželské důvody představují nejčastější důvod udávaný před vznikem depresivní poruchy ve sledovaném souboru pacientů. Jsou představovány nejčastěji: nedorozuměním mezi partnery, nevěrou jednoho z partnerů, rozvodovým obdobím, alkoholismem partnera, nezaměstnaností partnera, odklonem partnera k jeho primární rodině, těhotenstvím, sexuálními potížemi, sňatkem. V tabulkách 2.;3;4.;5. jsou partnerské a manželské důvody označeny jako *Partnerské*.

Postavení ženy ve společnosti se velmi změnilo. Proměnil se přístup k sexualitě, manželství a promiskuitě a zároveň normy a sankce za porušování. Výrazným ovlivněním byla nově nabytá práva žen

a antikoncepce, která oddělila sex, reprodukci a lásku. Na přelomu 18. a 19. století vzniká koncept romantické lásky. Jde o představu stojící u zrodu skoro všech současných manželství, svého manžela si vybíráme sami na základě silného emočního pouta [Giddens 2005: 156-161].

Za společenské poslání manželství považujeme vytvoření rodiny - zplazením potomků a péčí o ně. Sériové monogamii, která je jevem současného moderního světa, předcházely (a ve světě se na mnoha místech stále vyskytují) jiné formy manželství. Existovaly formy manželství, ve kterých měl muž neomezené právo na sexuální styk se všemi sestrami své ženy, a žena měla právo na sexuální styk se všemi bratry svého muže. Dá se tedy říci, že sexuální a rodinná oblast (tak jak ji vidíme dnes) byli odděleny. Rodina je dnes považována na základ státu. Dříve rodina neměla tolik společenský význam jako *Kmen* nebo *Rod*. Neexistovala žárlivost, protože neexistovala nevěra. Dnes stojí žárlivost na pozadí mnoha rozvádějících se manželství či rozchodů. Významný mezník pro změny v chápání manželství přinesla třídní společnost. Vznikla přísně střežená párová rodina, v níž kontrolována byla především žena. Cílem muže bylo zplodit pokrevního dědice pro svůj majetek. Pro ženu byla tato situace ohrožující - pokud by totiž přišla o muže, přišla by zároveň i o majetek (např. věno, které přinesla její rodina do manželství). Sexuální nevěra začala být trestána smrtí nebo jiným hanlivým způsobem a postupně se z ní konstitovala ilegální záležitost. Více ilegální byla dříve stanovená nevěra ze strany ženy. Mužova sexuální nevěra mohla být častokrát tolerována (nevěry vysoce postavených mužů). Později dochází k částečnému zrovnoprávnění žen a tedy i k zrovnoprávnění sexuální nevěry. Volba partnera byla záležitost rozhodnutí rodičů. V kapitalistické společnosti bylo potřeba manželství pevně spojit především z ekonomických důvodů. Mýtus manželské lásky vyhovoval potřebám rodiny a především společnosti [Uzel 1967: 8-11]. Manželé jsou

ve zvláštní instituci manželství, kterou můžeme považovat za pochybnou výhodu vytvořenou společnostmi [Murphy 2006: 73].

„V předmoderní Evropě se manželství uzavíralo obvykle z majetkových důvodů, pak se týkalo především výchovy dětí a končilo láskou. Lidé se většinou nebrali z lásky, ale mnohdy se mezi nimi láska časem vyvinula s tím, jak vedli společnou domácnost, vychovávali potomstvo a sdíleli životní zkušenosti...Naproti tomu v dnešním západním světě začíná manželství láskou, pokračuje výchovou dětí (jsou-li jaké) a končí – nezřídka – majetkovými spory v době, kdy je láska už dávno zapomenuta.“ [Boswell citován in Giddens 2005: 158]

Rozvodovost v české republice (Příloha 5.) i ve světě stoupá. Na pozadí mnohačetných rozvodů bychom mohli najít výše zmíněnou změnu ve vnímání instituce manželství. Nejčastější uváděné důvody rozvodů jsou kategorie "rozdílnost povah, názorů a zájmů" a "ostatní" (Příloha 6.). Tyto dvě kategorie zahrnovali v roce 89 procent případů u mužů i žen a z toho tři čtvrtiny připadly na zmíněnou kategorii "rozdílnost povah, názorů a zájmů". V roce 1991 byl počet těchto udávaných důvodů 41 procent [ČSÚ 2010]. Dovolím si tedy konstatovat, že se lidé stále více rozvádějí proto, že do manželství vstupují v opojení lásky, která se v určité době transformuje do něčeho, co partneři označí jako "rozdílnost povah, názorů a zájmů". Troufám si tvrdit, že není reálné během pěti let změnit povahu, názory a zájmy člověka takovým způsobem, že se soužití manželů stane nemožné. Přesto bylo v roce 2010 rozvedeno 4343 manželství s udáním právě tohoto důvodu. V období roku 2010 bez ohledu na délku manželství bylo 21 821 manželství rozvedeno s udáním důvodu "rozdílnost povah, názorů a zájmů" (Příloha 6.).

3.1.3. Studijní důvody

Nejčastějším důvodem jsou studijní potíže, selhání u zkoušek, obavy z budoucího studijního selhání, zahájení nebo ukončení studia. V tabulkách 2.;3.;4.;5. jsou studijní důvody označeny jako *Studijní*.

Až do začátku průmyslové éry bylo školní vzdělání dostupné pouze malé skupině lidí, kteří disponovali volným časem a prostředky na studium. Poptávku po vzdělání zvyšoval proces industrializace a růst měst. Až do počátku 19. století neměla většina populace evropských zemí a Spojených států žádné formální vzdělání. Protože v moderní společnosti se lidé neobejdou bez schopnosti číst, psát a počítat stejně jako potřebují mít určité znalosti o fyzickém, sociálním a ekonomickém prostředí, vzniká povinná školní docházka. Škola se stává důležitou institucí. V neposlední řadě musejí lidé získat schopnost se učit, aby mohli zvládat příjem nových forem informací, často technického rázu. Diplomy z vysoké školy jsou dnes všeobecně považovány za prestižní a cenné. Podle Basila Bernstaina (1975) si děti osvojují specifický kód řeči, který vede k úspěchu nebo neúspěchu ve škole, jedná se o jejich specifickou formu komunikace. Děti z nižších vrstev komunikují omezeným jazykovým kódem, který je spjatý s jejich kulturním prostředím. Tyto omezené jazykové kódy spočívají na nevyslovených předpokladech, jejichž znalost je považována za samozřejmou. Komunikace se sice orientuje na skupinové normy, ale málokdo dokáže přesně vysvětlit, proč se jejich chování právě těmito normami řídí. Tyto omezené kódy jsou daleko vhodnější pro sdělování praktických zkušeností, než k probírání abstraktních pojmů, procesů, nebo vztahů. Druhou formou komunikace jsou rozvinuté jazykové kódy, typické pro střední třídu. Pouze na těchto rozvinutých jazykových kódech jsou „postavené“ školy. Pravidla školy jsou formulována abstraktně [Bernstain citován in Giddens 2005: 392-410].

Francouzský sociolog a antropolog Pierre Bourdieu ve své koncepci kulturní reprodukce tvrdí, že studijní úspěchy či neúspěchy jsou spjaty s kulturním kapitálem. Škola podle něj umožňuje šanci na úspěch určitých skupin a naopak určité skupiny znevýhodňuje. Pierre Bourdieu zmiňuje, že existuje kulturní kapitál ve 3 formách: vtělený, objektivizovaný a institucionalizovaný. Pod kulturním kapitálem vtěleným jsou zahrnuty intelektuální a tělesné dispozice člověka, které získává v průběhu socializace. Jako objektivizovaný kulturní kapitál míní Bourdieu kulturní artefakty, což jsou například různé formy umění, jako obrazy, sochy, knihy a také nástroje, které se používají v domácnosti. Poslední institucionalizovaný kulturní kapitál zahrnuje akademické tituly a vědecké hodnosti. Existuje vzájemný vztah mezi rozdíly ve vzdělanosti a rozdíly sociálními. Kulturní kapitál je důvodem reprodukce sociální struktury, tedy i reprodukce nerovnosti ve vzdělanosti [Bourdieu citován in Katrňák 2004: 41-43].

Profesní ambice a ctižádost můžeme chápat jako reakci na socioekonomickou strukturu společnosti, kdy společnost jedinci něco nabízí. Jedinci vnímají různě možnost společenského úspěchu. Přijímají, nebo odmítají ideologii úspěchu, formulují velikost svých profesních aspirací, a tak do jisté míry ovlivňují, jaké vzdělání získají a v jakém zaměstnání skončí. Jedinec má určité ambice a očekávání, která ovlivňují jeho úspěch ve společnosti. Konkrétní ambice a očekávání jsou filtrována skrze kulturní prostředí, ve kterém jedinci vyrůstali [MacLeaod citován in Katrňák 2004: 48-51].

Člověk, který má vzdělání s ním obdrží zároveň status, na který se může spolehnout a o který se může opřít. Vysokoškoláci chápou vzdělání jako nedílnou součást své životní dráhy. Poté přichází na řadu peníze. Vzdělání stojí na počátku jako garantující status. Následuje odpovídající povolání a nakonec je na těchto základech přiměřený ekonomický příjem.

Vzdělání je status ulehčující člověku dosažení vyššího postavení ve společnosti a s ním spojený ekonomický příjem [Katrňák 2004: 128].

„Ve vyzdvihování rovnítka mezi vzděláním a společenským statusem hrají u vysokoškoláků významnou roli rodiče. Oni dětem zdůrazňují význam vzdělání v jejich životě, neustále jim opakují, že když se budou nyní dobře učit, tak v budoucnu budou sklízet ovoce svého jednání v lepším společenském postavení. To, že děti ve škole některé předměty nebaví, není podle vysokoškolsky vzdělaných rodičů důvodem, aby se do nich nepřipravovaly. Právě naopak. Ve škole by dítě mělo prospívat dobře, i když se mu tam příliš nelíbí, protože jinak by mohlo skončit v učebním oboru, tedy pro rodiče v neadekvátním společenském postavení.“ [Katrňák 2004: 129]. V anamnézách depresivních pacientů se často uvádí, že pociťují silný nátlak ze strany rodičů na své vzdělání. Studijní potíže těchto pacientů mohou mít souvislost s dlouhodobým stresem, který na ně vyvíjí jejich rodiče ve formě nátlaku. Kromě nátlaku ze strany rodičů mohou pociťovat i nátlak ze strany společnosti. Selže-li jedinec u zkoušky, může to být pro něj jakási poslední kapka a objeví se u něj deprese.

3.1.4. Finanční důvody

Nejčastějším důvodem v této oblasti je ztráta zaměstnání, finanční nouze, exekuce, neschopnost splácet půjčky, neschopnost hradit náklady na bydlení, změna finanční situace, zabavení majetku. V tabulkách 2.;3;4.;5. jsou finanční důvody označené jako *Finanční*.

Bohatství a moc jsou spojovány s vyšším postavením. Mnoho lidí v moderní společnosti je přesvědčeno, že tohoto vyššího postavení mohou dosáhnout tvrdou a vytrvalou prací. Nicméně se toto reálně podaří málokomu. Důvodem je omezený počet vyšších společenských postů, v socioekonomickém uspořádání tvaru pyramidy. Počet míst, na špičce

této pyramidě zaručujících moc, status či bohatství, je omezen [Giddens 2005: 278].

Finanční problémy často souvisí s nezaměstnaností. Nezaměstnanost nelze snadno definovat. Nezaměstnaný je ten, kdo je „bez práce“, čímž se ovšem rozumí placené zaměstnání. Pro ty, kdo si zvykli na stabilní zaměstnání, může být náhlá nezaměstnanost velice nepříjemná. Prvním důsledkem je samozřejmě ztráta příjmu. Pro nezaměstnaného člověka poté hraje velkou roli výše podpory v nezaměstnanosti, a tedy do jaké míry se tato skutečnost promítne do životní úrovně. V posledních dvou desetiletích začala nezaměstnanost v mnoha zemích narůstat [Giddens 2005: 326-327]. Na grafu zaznamenávajícím uchazeče o zaměstnání (Příloha 7.) Českého statistického úřadu (ČSÚ) sledujeme stoupající počet nezaměstnaných (lidí, kteří se ucházejí o práci). V roce 2007 a 2008 nezaměstnanost výrazně klesla, ubyl počet lidí hledajících práci. Na příloze 7. můžeme sledovat kontinuální pokles před rokem 2007. Za významný společenský problém považují *Hypoteční krizi*. Tato krize měla dlouhý vývoj. Finanční krize - *Hypoteční krize* vznikla kvůli kombinaci celé řady faktorů. Není mým cílem ani schopností rozebírat hlouběji vznik a průběh této krize. Pro tuto práci postačí vědět, že *Hypoteční krize* vznikla ve Spojených státech boomem na realitním trhu. Propojením světů nejen přes internet došlo k ovlivnění finanční situace v Evropě. Ve Spojených státech můžeme viditelný počátek krize sledovat od roku 2005 až 2006, v Evropě o rok až dva později, tedy rok 2007 a 2008 a pravděpodobně i později. V roce 2009 oproti roku 2008 stoupl v České republice počet nezaměstnaných o 53,0 procent (Příloha 7.). V roce 2009 připadá na jedno volné pracovní místo 17,4 uchazečů o zaměstnání (Příloha 8.). Nemůžeme se divit, jsou-li lidé ve stresu, protože nemohou sehnat pracovní místo. V dalších letech se nezaměstnanost drží nad hodnotou 500 000 nezaměstnaných (uchazečů o zaměstnání).

3.1.5. Zdravotní důvody

Nejčastějším důvodem je úraz, projevy náhle vzniklé nemoci, zhoršení příznaků dlouhodobě přítomné nemoci, změna v dosavadní léčbě přítomné nemoci. V tabulkách 2.;3;4.;5. jsou zdravotní důvody označeny jako *Zdravotní*.

Zdraví je definováno jako objekt sociálního a politického zájmu. Zdraví je stav kompletního fyzického, psychického a sociálního pocitu zdraví. Využívání nejlepšího možného zdravotnického standardu je jedním ze základních (zásadních) práv každé lidské bytosti bez rozdílu rasy, náboženství, politického vyznání a ekonomické či sociální situace. Zdraví všech lidí je zásadní pro dosažení míru a bezpečnosti a závisí na maximální spolupráci mezi jednotlivci i státy⁷ [WHO 1948: 1]. Jedná se o příliš idylický pohled, protože takového stavu dosáhne, podle mého názoru, jen málokdo.

Každá kultura má své pojetí fyzického zdraví a nemoci, ale převážná část toho, co dnes obvykle rozumíme pod pojmem „medicína“, vznikla v průběhu vývoje západní společnosti za poslední tři staletí. V průmyslových zemích náleží dnes k hlavním příčinám smrti neinfekční choroby, jako zhoubné nádory a ischemická choroba srdeční (ICHS). Zatímco v předmoderních dobách umírali nejčastěji kojenci a malé děti. Dnes stoupá úmrtnost s věkem. Asi 70 procent úmrtí v západních zemích připadá na 4 hlavní skupiny chorob: zhoubné nádory (rakovinu), ICHS,

⁷ Přeloženo autorkou z anglického originálu „*Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity. The enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, religion, political belief, economic or social condition. The health of all peoples is fundamental to the attainment of peace and security and is dependent upon the fullest co-operation of individuals and States.*“ (WHO 1948: 1)

cévní mozkové příhody a chronické choroby plic. Ve zkoumání jejich příčin bylo sice dosaženo určitého pokroku, ale léčba sama je nadále neuspokojivá. Medicína může do jisté míry omezit jejich projevy, ale nedokáže je skutečně vyléčit [Giddens 2005: 143-144].

3.1.6. Nemoc či úmrtí blízké osoby

Úmrtí ať již náhlé či očekávané blízké osoby patří k nejvýraznějším stresorům, jakož i její náhlé onemocnění či zhoršení dlouhodobé nemoci. V tabulkách 2.;3.;4.;5. jsou nemoc či úmrtí blízké osoby označeny jako *Nemoc, úmrtí*.

Ve středověké Evropě byla smrt daleko viditelnější než dnes. V moderní, světě většina lidí umírá v uzavřeném prostředí nemocnic, mimo kontakt s příbuznými nebo přáteli. Smrt je mnoha lidmi v dnešním západním světě vnímána jako konec života jedinečného „já“, ale ne jako součást procesu obnovy generací. Náš postoj ke smrti se změnil také v důsledku oslabení náboženské víry. Smrt se stává tématem, o kterém se nemluví. Považujeme za samozřejmé, že se lidé smrti bojí; lékaři a příbuzní se proto před smrtelně nemocnou osobou běžně snaží utajit, že zanedlouho zemře [Giddens 2005: 57]. Podle Elizabeth Kübler-Rossové je proces přijímání nevyhnutelnosti blízké smrti zhuštěným procesem socializace, který má několik fází: *„(p)rvní je popírání – jedinec odmítá přijmout co se děje. Druhým stádiem je hněv – kdy především u těch, kteří umírají poměrně mladí a intenzivně si uvědomují, že jim nebylo dopřáno prožít plný život. Následuje stádium vyjednávání, kdy jedinec uzavírá dohodu s osudem nebo božstvem, že klidně zemře, jen když se dožije nějaké významné události, například sňatku v rodině nebo narozenin. Poté jedinec často propadá depresi. Nakonec, podaří-li se tento stav překonat, může přejít do fáze přijetí, kdy se s nadcházející smrtí smiřuje.“* [Kübler-Rossová citovaná in Giddens: 57].

V tradičních kulturách, v nichž děti, rodiče a prarodiče často žijí ve stejné domácnosti, si lidé obvykle zřetelně uvědomují souvislost mezi smrtí a střídáním generací. Jedinci se cítí být součástí rodiny a komunity, jež trvá dále, i když jedinec zaniká. Za takových okolností lze možná smrt vnímat méně úzkostně, než za rychle se měnících, individualistických společenských podmínek průmyslového světa [Giddens 2005: 58].

3.1.7. Změna prostředí

Změna prostředí (stěhování, změna práce, změna koníčků, známých) může mít jako negativní vliv na psychickou stabilitu jedince, tak i vliv pozitivní. V tabulkách 2.;3;4.;5. je změna prostředí označena jako *Prostředí*.

Ke kulturnímu šoku dochází tehdy, když je osoba odloučena od svého vlastního systému kulturních a jazykových významů a nalezne se v situaci nebo ve světě, v němž jsou významy slov a činů buď zvláštní, nebo zcela cizí. Ke kulturnímu šoku může dojít i v běžném životě, například tehdy, když člověk změní zaměstnání, nebo cestuje do jiné části země. Hlavním symptomem kulturního šoku je deprese, stažení se do sebe a *anómie*, což je stav definovaný Émilem Durkheimem jako situace bez vlastních norem a odcizení se od norem. Deprese je úplně normální reakce, která se dá očekávat v situaci, kdy lidé nejsou schopni pochopit, co se kolem nich děje. Zejména vědí-li, že jsou předmětem hovorů, jimž nerozumí [Murphy 2006: 215-216].

3.2. Rozdělení na ženy a muže

Deprese žen je podmíněna celou řadou objektivních vlivů. Ženy trpí depresí dvakrát častěji než muži. Žena je rizikový subjekt deprese. Působí na ni sociální vlivy (tradiční a novodobé - ekonomické). Biologické vlivy působící na ženu jsou spojeny s pohlavními hormony (menstruačním

cyklem, změny nebo poruchy menstruačního cyklu). Žena je vystavována rizikovým faktorům, které mohou mít vliv na depresi. Rizikovými faktory jsou nepřítomnost blízké osoby (rovnocenného partnera), výchova malých dětí ve společné domácnosti, nestabilní manželství, nižší než středoškolské vzdělání, nedostatek aktivit či zálib mimo domov, pocity bezmocnosti, přítomnost úzkosti [Pidrman 2006: 33-34].

U žen je běžné, že se cítí úzkostnější a depresivnější během menstruace. Otázkou je, kolik z toho můžeme přisoudit hormonálním změnám a kolik psychologickým a kulturním faktorům. Hormonální změny se samozřejmě objevují a působí tak, že ženy jsou během menstruace ve větším napětí a je možné je lehce vyvést z klidu. Přesto se zdá, že stupeň emočního napětí, který se objevuje, je často podmíněn psychologickými a kulturními faktory [Meier, Minirth 1994: 177].

Deprese je jako možný nežádoucí účinek uváděna v příbalových letácích antikoncepce Qlaira, YAZ, Gravistat, Yadine, Cilest, Merciolon a mnoha dalších⁸. Otázkou je zda je možné nalézt souvislost mezi běžným (častým) užíváním hormonální antikoncepce a vysokým počtem depresivních žen. Z výzkumného vzorku 159 žen (ženy ve věku 18-33 let) užívá hormonální antikoncepci 92 žen. U těchto žen nelze prokázat, zda by mohla mít deprese souvislost s užíváním antikoncepce. Nemůžeme však tuto hypotézu ani vyvrátit.

Více jak polovina žen ve věku 15-49 let užívá hormonální nebo nitroděložní antikoncepci. V roce 2010 byl evidován 1 358 000 žen užívající lékařem řízenou hormonální nebo nitroděložní antikoncepci

⁸ <http://www.lekarna.cz/leky-na-predpis-hormonalni-antikoncepce/>

(v roce 2009 to bylo 1 358 000 – počet žen užívající hormonální nebo nitroděložní antikoncepci se tedy snižuje), což je 53,1 procent žen fertilmního věku. Nejrozšířenější je užívání těchto forem antikoncepce mezi ženami v Olomouckém kraji, kde se jedná o více než dvě třetiny žen a v Hlavním městě Praha, kde se jedná o 62 procent žen. Nejnížší je užívání ve Středočeském kraji - 42 procent žen, odkud ale ženy často dojíždějí za lékařem do Hlavního msta Prahy. Převažuje antikoncepce hormonální nad nitroděložní. Nevyšší je převaha v Ústeckém a ve Středočeském kraji, kde hormonální antikoncepce tvoří 90 procent lékařem řízené antikoncepce. Nejnížší je v Královéhradeckém kraji, kde představuje hormonální antikoncepce 84 procent lékařem řízené antikoncepce. Vývoj užívání antikoncepce (Příloha 9.) demonstruje výrazný vzestup v užívání antikoncepce od roku 1995. Současné tendence signalizují lehký pokles v užívání hormonální antikoncepci [ÚZIS 2010: 1-3].

4. VÝSLEDKY VÝZKUMU

Vztahové problémy představovaly u sledované skupiny pacientů nejčastější negativní životní událost (celkem u 57 procent osob), která předcházela vzniku deprese. Jednalo se o partnerské a manželské problémy a problémy v primární rodině. (Tabulky 2.;3;4.;5.)

Ze statistik Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR vyplývá zhruba stejný výsledek a to přes 60 procent depresivních pacientů s primárními důvody deprese rodinnými a partnerskými problémy, rozchody, atd. Z výsledků se dá sledovat například vliv finanční krize na depresi pacientů. Snažím se najít i další sociálně kulturní podněty, které by mohly na depresi mít vliv. Přestože celkově výsledky nenaplnily mé očekávání, vypovídají mnoho o společnosti jako takové. Myslím, že se dnešní společnost a kultura považuje za velmi otevřenou a liberální. Mluví se otevřeně o sexu, máme možnost registrovaného partnerství, nevěra je někdy považována za oživení vztahu, a podobně. Na základě svých výsledků tvrdím, že i přes „zkaženost“ naší společnosti a kultury dáváme rodině či partnerovi nejvyšší a nejdůležitější pozici v současné společenské hierarchii.

4.1. Rok 2007

Tabulka 2. Negativní životní události předcházející diagnóze deprese dle typu. Souhrnné výsledky pro rok 2007

	Muži (n=19)		Ženy (n=35)	
	n	Relativní četnost	n	Relativní četnost
Prim. rodina	5	0,263	10	0,286
Partnerské	7	0,368	13	0,371
Studijní	4	0,211	2	0,057

Finanční	1	0,053	2	0,057
Zdravotní	1	0,053	4	0,114
Nemoc, úmrtí	1	0,053	2	0,057
Prostředí	0	0	2	0,057

4.2. Rok 2008

Tabulka 3. Negativní životní události předcházející diagnose deprese dle typu. Souhrnné výsledky pro rok 2008

	Muži (n=24)		Ženy (n=37)	
	n	Relativní četnost	n	Relativní četnost
Prim. rodina	4	0,167	11	0,297
Partnerské	8	0,333	13	0,351
Studijní	3	0,125	4	0,108
Finanční	4	0,167	3	0,081
Zdravotní	3	0,125	3	0,081
Nemoc, úmrtí	1	0,042	2	0,054
Prostředí	1	0,042	1	0,027

4.3. Rok 2009

Tabulka 4. Negativní životní události předcházející diagnose deprese dle typu. Souhrnné výsledky pro rok 2009

	Muži (n=22)		Ženy (n=45)	
	n	Relativní četnost	n	Relativní četnost
Prim. rodina	5	0,227	9	0,200
Partnerské	5	0,227	17	0,378
Studijní	6	0,273	6	0,133
Finanční	4	0,182	4	0,089
Zdravotní	1	0,045	2	0,044

Nemoc, úmrtí	1	0,045	4	0,089
Prostředí	0	0	3	0,067

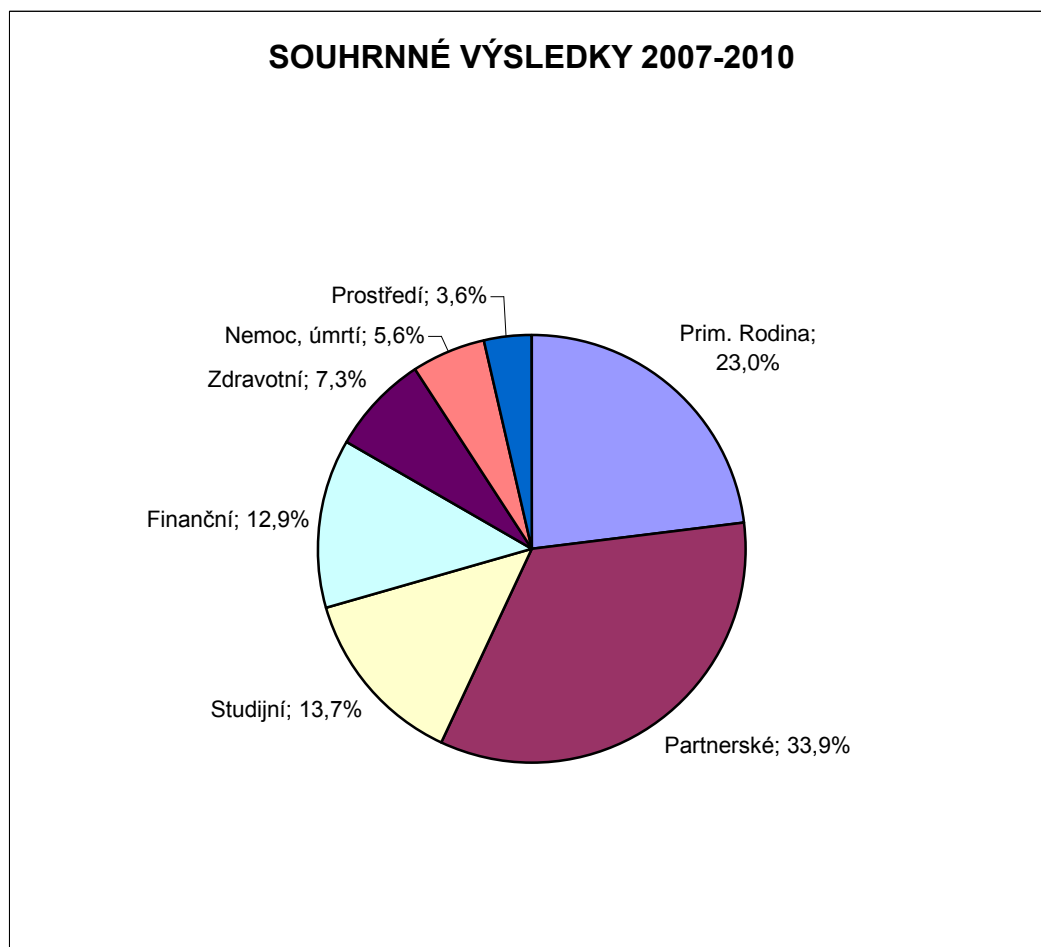
4.4. Rok 2010

Tabulka 5. Negativní životní události předcházející diagnose deprese dle typu. Souhrnné výsledky pro rok 2010

	Muži (n=24)		Ženy (n=42)	
	n	Relativní četnost	N	Relativní četnost
Prim. rodina	2	0,083	11	0,262
Partnerské	7	0,292	14	0,333
Studijní	4	0,167	5	0,119
Finanční	7	0,292	7	0,167
Zdravotní	2	0,083	2	0,048
Nemoc, úmrtí	1	0,042	2	0,048
Prostředí	1	0,042	1	0,024

4.5. Sumarizace

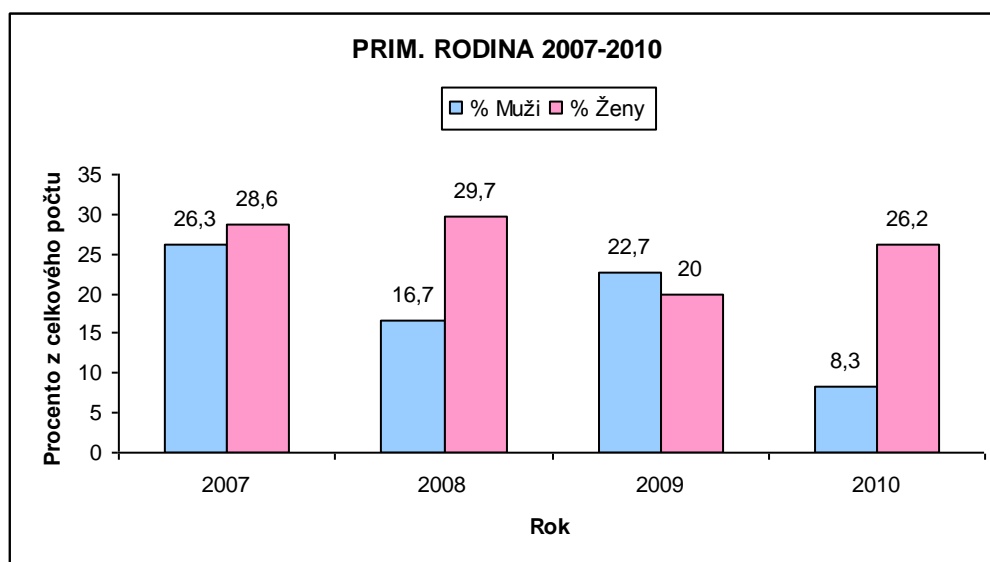
Graf 1. Negativní životní události předcházející diagnóze deprese dle typu. Souhrnné výsledky 2007-2010



5. DISKUZE

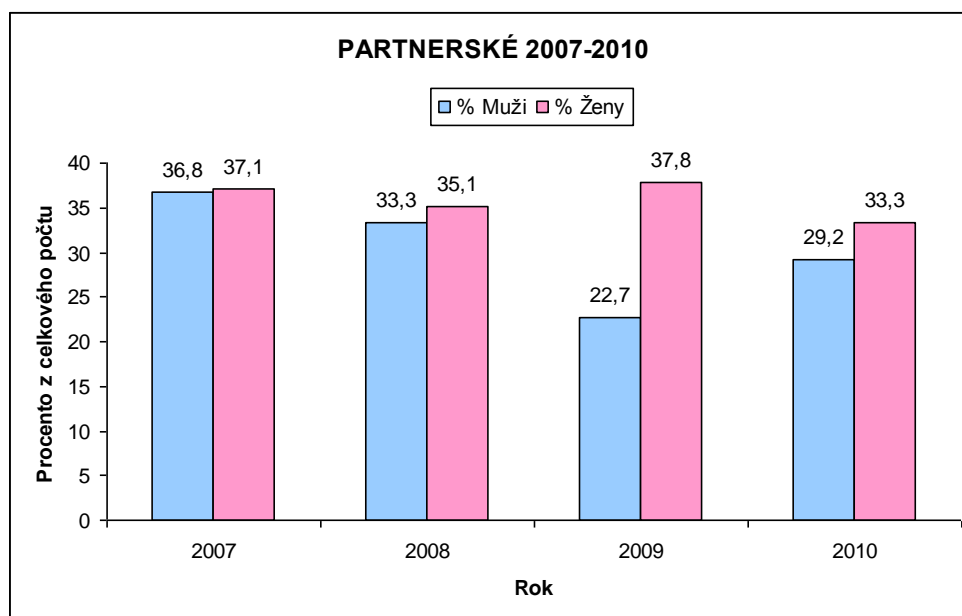
V Grafu 1. vidíme přepočtenou relativní četnost důvodů depresí na procenta. Nejčastější udávanou negativní životní událostí předcházející diagnóze depresivní poruchy byly partnerské problémy (33,9 procent), druhou nejčastější byly problémy v primární rodině (23,0 procent), třetí nejčastější byly studijní problémy (13,7 procent), čtvrtým důvodem byly finanční problémy (12,9 procent), pátým důvodem byly zdravotní důvody (7,3 procent), šestým důvodem byla nemoc nebo úmrtí blízké osoby (5,6 procent), posledním důvodem byla změna prostředí (3,6 procent). Ze získaných údajů je zřejmé, že problémy vztahové jak v aktuální rodině, tak v primární rodině ve svém souhrnu dominovaly a celkem představovaly 56,9 procent udávaných negativních událostí předcházejících vzniku deprese.

Graf 2. Negativní životní události předcházející diagnóze depresivní poruchy – dle důvodu v Primární rodině (Procentuální zastoupení mužů a žen z celkového počtu v jednotlivých letech)



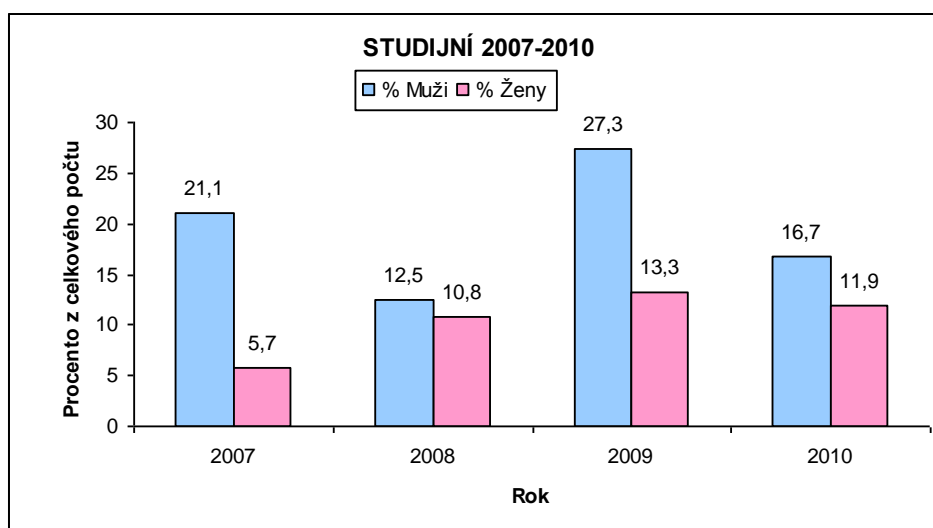
Z Grafu 2. vyplývá, že procentuální zastoupení žen vůči mužům v jednotlivých letech roste. Relativní procento u mužů spíše klesá a relativní procento u žen zůstává přibližně stejné. Odpovídá to dále diskutované změně u mužů, kdy v postupujících letech se stávají dominantní především finanční důvody, zatímco u žen vztahová problematika zůstává na stejné úrovni.

Graf 3. Negativní životní události předcházející diagnóze depresivní poruchy – dle důvodů Partnerských a rodinných (Procentuální zastoupení mužů a žen z celkového počtu v jednotlivých letech).



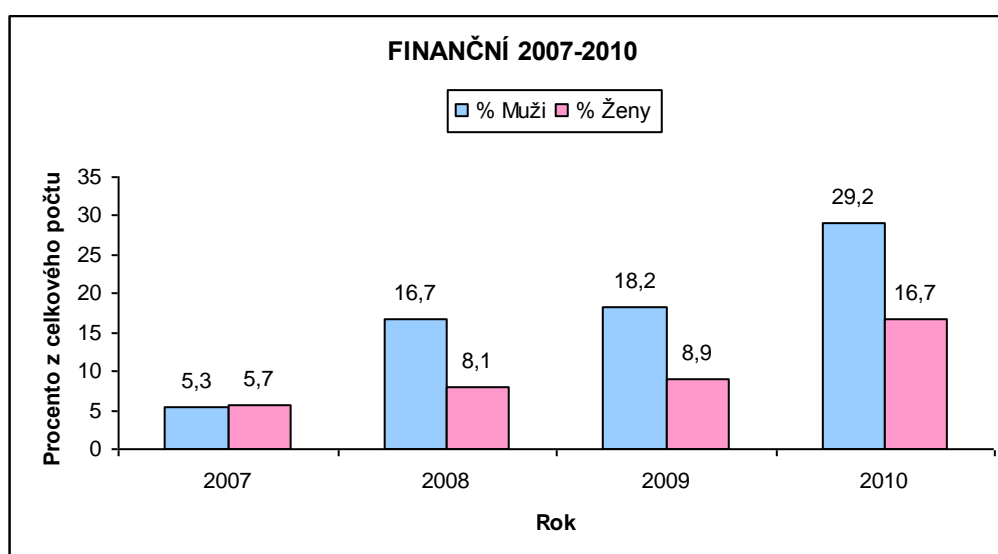
V oblasti partnerských a rodinných důvodů předcházejících diagnóze deprese sledujeme podobný profil jako v oblasti problémů v primární rodině (Graf 2.). Podíl mužů relativně klesá (kdy v průběhu let dominují spíše finanční důvody), u žen zůstává relativně neměnný. Uvedené nálezy dokládají, že jak u mužů, tak i u žen jsou vztahové problémy nejčastějším udávaným důvodem před diagnózou deprese, přičemž u žen tyto důvody jsou stabilnější a dominující. Tato data dokládají vyšší významnost vztahů pro ženy a jejich větší závislost na vztahové rodinné pohodě.

Graf 4. Negativní životní události předcházející diagnóze depresivní poruchy – dle důvodů Studijních (Procentuální zastoupení mužů a žen z celkového počtu v jednotlivých letech)



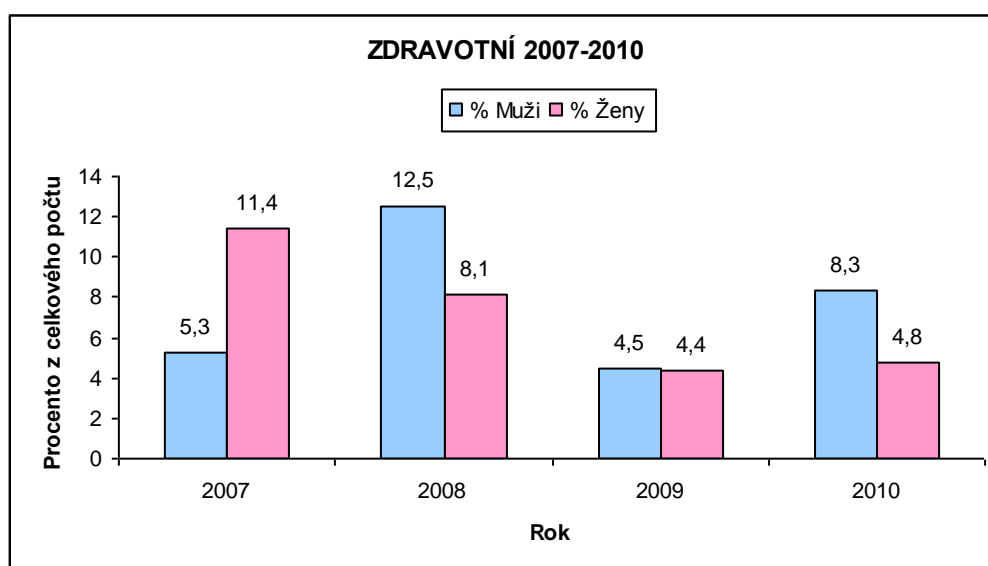
Negativní životní události spadající do okruhu studijních problémů jsou četnější u mužů ve všech letech. Tyto nálezy patrně odpovídají většímu výkonovému nastavení mužské populace a větší citlivosti vůči studijnímu selhávání u mužů.

Graf 5. Negativní životní události předcházející diagnóze depresivní poruchy – dle důvodů Finančních (Procentuální zastoupení mužů a žen z celkového počtu v jednotlivých letech)



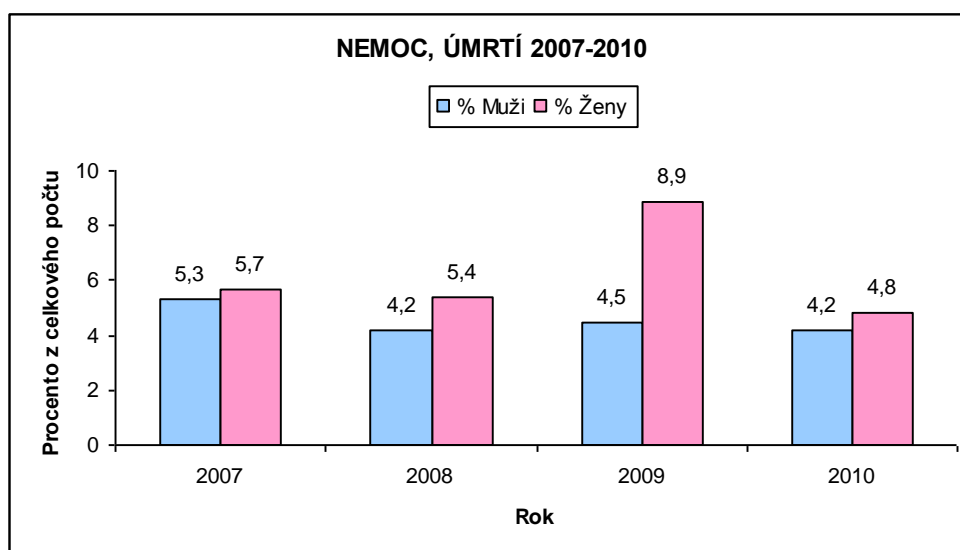
Jak u mužů, tak u žen v letech 2007-2010 stoupají finanční důvody jako negativní životní události předcházející diagnóze deprese. U mužů je tento trend ještě výraznější. Tyto nálezy odpovídají horšící se ekonomické situaci ve společnosti, případně i rostoucímu důrazu na finanční a ekonomickou úspěšnost a prosperitu jedinců. Při neúspěchu či selhávání v této oblasti jedinci prožívají depresivní příznaky, kdy finanční selhávání muži prožívají zřejmě výrazněji než ženy.

Graf 6. Negativní životní události předcházející diagnóze depresivní poruchy – dle důvodů Zdravotních (Procentuální zastoupení mužů a žen z celkového počtu v jednotlivých letech)



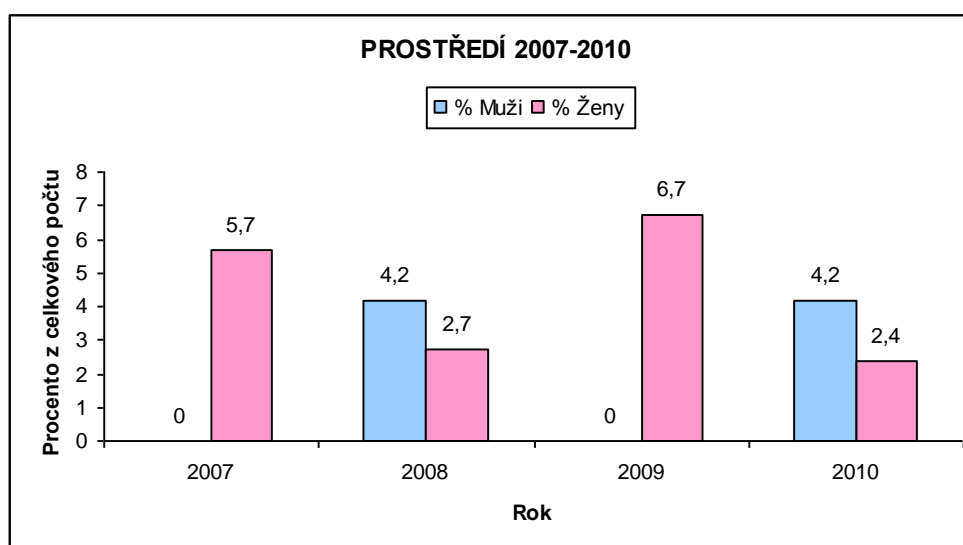
Zdravotní důvody představují závažnou změnu v dosavadní životní stabilitě jedince a představují přibližně stejně významný stresor jak u mužů, tak i u žen. Relativní četnost těchto důvodů v letech 2007-2010 mírně klesá s dominujícími spíše finančními důvody. Tento trend je však pouze relativní, zdravotní důvody jsou spíše v těchto letech konstantní veličinou, nezávislou na společenském vývoji.

Graf 7. Negativní životní události předcházející diagnóze depresivní poruchy – dle důvodů Nemoci či úmrtí (Procentuální zastoupení mužů a žen z celkového počtu v jednotlivých letech)



Nemoc či úmrtí blízkých osob představuje rovněž relativní stálou veličinu ovlivňující psychický stav sledovaných pacientů. Náhlé změny ve vztazích, způsobené nemocí či úmrtím blízkých osob, představují zásadní stresor, který je rovněž relativně nezávislý na společenském vývoji.

Graf 8. Negativní životní události předcházející diagnóze depresivní poruchy – dle důvodů Prostředí (Procentuální zastoupení mužů a žen z celkového počtu v jednotlivých letech)



V oblasti změny prostředí jsou data nejvíce roztříštěná a představují různé důvody pro stres před diagnózu depresivní poruchy (stěhování, změna zaměstnání, změna životního stylu, změna školy nebo zaměstnání, dovolená)

5.1. Sebevraždy

Nejčastějšími motivy objasněných sebevražd (Příloha 10.) jsou duševní onemocnění (9,8 procent), zdravotní problémy (9,3 procent), rodinné problémy (7,1 procent). U více než poloviny sebevražd (54,4 procent) zůstává motiv neobjasněn [Baudiš 2006: 17]. Sebevražda je nejtragičtějším následkem deprese. V USA ukončí svůj život každoročně kolem 30 000 až 50 000 lidí a většina z nich trpí depresí. V České republice v roce 2000 ukončilo dobrovolně svůj život 1649 osob. V České republice bylo v roce 2010 neobjasněno 61 procent sebevražd mužů a 56 procent sebevražd žen (Příloha 11.). Americké zdroje odhadují počet neúspěšných pokusů o sebevraždu na dvojnásobek až osminásobek [Atkinson et al. 2003: 542]. Baudiš odhaduje počet sebevražedných pokusů asi na desetnásobek dokonaných sebevražd [Baudiš 2006: 17]. Lidé, kteří nedokonalí sebevraždu, uvádějí pro pokus o sebevraždu nejčastější motivy deprese, osamění, nemoc, manželské problémy, finanční potíže a problémy v práci [Atkinson et al. 2003: 542].

Zajímavý je pohled křesťanských psychiatrů, kteří napsali knihu *Od deprese ke štěstí*. Kniha, jak tvrdí autoři, je pomocníkem misionářů na celém světě, především tam kde není dostupná psychiatrická péče (z křesťanského pohledu – pozn. autora). Autoři vychází ze statistik, že u každého dvacátého Američana je diagnostikována deprese, která je zároveň nejčastější příčinou sebevraždy. Podle uváděných statistik je sebevražda (kniha je z roku 1994 – pozn. autora) desátou hlavní příčinou úmrtí v Americe a je druhou hlavní příčinou úmrtí mezi univerzitními studenty (první příčinou jsou

nehody – pozn. autora). Právě sebevražednost mezi studenty považují z hlediska vlastního výzkumu za relevantní ve vztahu k výsledkům práce [Meier, Minirth 1994: 16-18].

Sebevražedné jednání je neoddělitelnou součástí depresivních poruch. U hospitalizovaných pacientů bývá v době přijetí v 80 procentech případů více či méně projevena sebevražedná aktivita, ať se jedná pouze o myšlenky, rozvahy nebo tendence. U pacientů trpících depresí spáchá sebevraždu 15 procent, muži dvakrát častěji než ženy. Automobilová nehodovost, která je příčinou úmrtí, je např. ve Vídni dvakrát častější u mužů než u žen, a to bez věkových rozdílů a při přepočtu na pohlaví. Nehodovost je možno z psychiatricko-sociálního pohledu brát jako důsledek zvýšeného sklonu k riziku ve smyslu presuicidálního jednání, a tedy vidět i možnou souvislost mezi nehodovostí a depresí [Pidrman 2006: 32-33]. Tato Pidrmanova hypotéza je poněkud „divoká“, předpokládá, že při nehodách umírají jen ti, kdo za volantem riskují. Daleko častěji ale podle mého názoru umírají oběti takovýchto řidičů.

6. ZHODNOCENÍ VÝZKUMU

Ze získaných dat (Tabulka 2.;3.;4.;5.;6.;7.) jsem zjistila relativní četnost udávaných negativních událostí, předcházejících diagnóze deprese u mužů a žen v letech 2007-2010. Zjištěné nálezy jsou v souladu s publikovanými daty jiných výzkumů. Jsou představovány především zásadní závislostí sledovaných osob, u kterých byla diagnostikována depresivní porucha na blízkých vztazích a to jak u mužů tak žen. Při narušení stability těchto vztahů (manželských, partnerských či vztahů v primární rodině) dochází ke zhoršení psychického stavu jedinců s vysokou pravděpodobností vzniku depresivní poruchy. Celkem tyto důvody byly přítomny u 56,9 procent sledovaných jedinců (248 pacientů v psychiatrické ambulanci). Relativní četnost těchto vztahových potíží byla výraznější u žen než u mužů, což odpovídá skutečnosti, že ženy přikládají větší váhu pozitivním rodinným a vztahovým hodnotám. Ženy se rovněž obecně častěji svěřují lékaři na rozdíl od mužů, kteří nemají takovou potřebu se svěřovat.

Dalším zásadním nálezem u sledovaného souboru byla významně rostoucí četnost finančních problémů předcházejících vzniku deprese (zadluženost, neschopnost splácet půjčky, ztráta zaměstnání, exekuce, neschopnost hradit náklady na bydlení, velmi špatná finanční situace a podobně). Tyto důvody odpovídají celospolečenské krizi. V posledních letech ovlivnila *hypoteční krize* (finanční krize) nárůst počtu depresivních pacientů. Tyto důvody odpovídají rovněž přílišnému důrazu na prosperitu a finanční zázemí ve společnosti. Tuto situaci nesli muži hůře než ženy, což odpovídá výkonovému nastavení mužů.

Zdravotní problémy (jak u daného jedince nebo u jemu blízkých osob) zůstávají relativně konstantním důvodem pro vznik deprese úmrtí, nemoc, úraz, projevy náhle vzniklé nemoci, zhoršení příznaků

dlouhodobě přítomné nemoci či změna v dosavadní léčbě přítomné nemoci. Tyto důvody jsou relativně nezávislé na společenském vývoji. Stejně jako zdravotní problémy je i změna prostředí konstantním důvodem pro vznik deprese. Změna prostředí má marginální zastoupení v souhrnu důvodů pro depresi.

7. DALŠÍ MOŽNÉ KULTURNÍ FAKTORY DEPRESÍ

Depresivní porucha představuje celospolečenský problém s rostoucí významností pro společnost. Ve světě trpí duševní poruchou 460 miliónů osob a z nich 200 miliónů má depresi nebo úzkost (Příloha 12.). Pokusila jsem se nalézt další sociálně-kulturní faktory, které mají vliv na počet depresivních pacientů. Mezi tyto další sociálně-kulturní faktory patří tři: snížený pocit identity, náboženství a zaměstnání.

7.1. Snížený pocit identity

Kořenem problémů téměř všech depresí je potlačený hněv buď vůči nám samotným (pravý nebo falešný pocit viny), nebo vůči druhým (zadržování hněvu). Tento hněv je nevědomý, protože se bojíme nebo stydíme to přiznat. Autoři Meier a Minirth (1994) si myslí, že existují tři primární zdroje duševní bolesti vedoucí k depresi. Prvním je nedostatečné vědomí vlastní hodnoty (nízké sebehodnocení). Druhým zdrojem je nedostatek blízkého vztahu s druhými lidmi nebo osamělost. Třetím hlavním zdrojem duševní nemoci je nedostatek blízkého vztahu s Bohem. Všechny tyto zdroje mohou vést člověka k hromadění hněvu, který může vést ke klinické depresi [Meier, Minirth 1994: 37].

7.2. Deprese a náboženství

Většina lidských depresí je důsledkem vlastního neodpovědného chování – našeho neodpovědného zacházení s hněvem a pocity viny. Podle nich je deprese ničivou nemocí zasahující celého člověka a to fyzicky, citově a duchovně. Naše neodpovědné chování – zadržování hněvu – přináší většinu depresí [Meier, Minirth 1994: 17,37].

Podle Práška je jedním z mýtů o depresi přesvědčení, že deprese je „Boží trest“ Praško tvrdí: *„Ať jste věřící, nebo nikoliv, toto je velmi*

nebezpečný předsudek. Nikdo není perfektní a žádný člověk nemůže určit, co je Boží trest a co není. Nikdo nemá právo druhého soudit (viz bible).“ [Praško et kol. 2003: 30].

Deprese je vágní termín. Laici ho používají k popsání širokého spektra chování-čehokoliv od nepříliš silných výkyvů nálad po psychózu. Všichni se do toho spektra někam vejdem a poměr deprese oproti radosti do určité míry se den ze dne a z hodiny na hodinu mění. Jako psychiatři léčíme lidi, kteří trpí „klinickými depresemi“ – tedy takovými depresemi, které mají fyziologické příznaky [Meier, Minirth 1994: 17-18]. Ještě v roce 1994 tvrdí psychiatr Paul Meier a Frank Minirth, že deprese způsobená biologickými příčinami není léčitelná ale pouze zvládnutelná za pomoci léků a duchovní poradenské pomoci [Meier, Minirth 1994: 17].

7.3. Zaměstnání

Zaměstnání je definováno jako práce, která se děje výměnou za pravidelnou mzdu či plat. Práce je všech kulturách základem ekonomiky [Giddens 2005: 309]. Zaměstnání je zároveň klíčové v životě člověka. Pro své budoucí zaměstnání se člověk vzdělává, v zaměstnání se člověk nachází a často se v něm i rozvíjí. Pro člověka je zaměstnání zdrojem obživy, identity, spokojenosti, seberealizace, zařazení do společnosti a dalších hodnot. V moderní společnosti je zaměstnání kritizováno jako zdroj odcizení a enormního stresu. U lidí s psychiatrickými nesnázemi je situace tristní. Trh práce těmto lidem nenabízí uplatnění a výsledkem je masivní nezaměstnanost, často dosahující 85 procent [Winkler 2012: 23]. Na *Škále životních událostí* (Tabulka 1.) jsou za stresující situace týkající se zaměstnání považovány č.8 výpověď z práce, č.15 změna nebo problémy v zaměstnání, č.16 změna finanční situace (v kontextu, kdy člověk zaměstnání ztratí a dostane se do finančních potíží), č.18 změna pracovního zaměření, č.20 změna odpovědnosti v zaměstnání

[Holmes, Rahe 1967]. Je tedy zřejmé, že existuje vztah mezi zaměstnáním a psychiatrickou nemocí.

8. ZÁVĚR

V předkládané práci popisují výsledky sledování pacientů ve věku 18- 33 let v psychiatrické ambulanci, kteří byli v letech 2007-2010 vyšetřeni poprvé pro diagnózu deprese. U uvedeného souboru pacientů byly sledovány důvody, které předcházely propuknutí depresivní poruchy, a které pacienti popisovali jako možné spouštěče vzniku deprese. Tyto důvody byly představovány negativními životními událostmi, jejichž kvalita i kvantita byly opakovaně v odborné literatuře popisovány (Holmes, Rahe). Potvrdila jsem předpoklad, že vzniku depresivní poruchy předchází nepříznivý vnější faktor, který vede ke ztrátě psychické stability a ke vzniku psychické poruchy. Zjistila jsem, že nečastějším a nejvýznamnějším negativním zážitkem, který předcházel vzniku deprese, bylo narušení vztahové stability pacientů (celkem u 56,9 procent pacientů). Nejčastějším udávaným negativním zážitkem bylo narušení partnerských a manželských vztahů (33,9 procent), druhým nejčastějším důvodem bylo narušení vztahů v primární rodině (23,0 procent). Významným zjištěným faktorem v této relativně mladé skupině pacientů byly studijní problémy (13,7 procent). Velmi významným nálezem je v letech 2007-2010 postupně se zvyšující relativní poměr osob, kteří jako důvod pro vznik deprese udávali finanční těžkosti (19,9 procent). Relativně konstantním důvodem byly problémy osobního zdraví (7,3 procent), zdraví rodinných příslušníků (5,6 procent) a změna prostředí (3,6 procent.) Zjištěné nálezy jsou zcela v souladu s údaji uváděnými v literatuře. Nejvýraznější negativní stresory spadají do okruhu vztahů s blízkými osobami. Jedná se především o úmrtí a nemoc blízkých osob, narušení vztahů s rodiči, zhoršení vztahů manželských a partnerských. Tyto negativní životní události mají nejvíce negativní vliv na psychickou stabilitu, a pokud je jedinec zažije, může se u něj rozvinout depresivní porucha. Jsem si vědoma, že ne všechny osoby, které zažijí

negativní životní událost tohoto typu s následným vznikem psychických potíží, se obrací na psychiatra. Popisovaná skupina subjektů je představována osobami, u kterých již propukla klinická deprese, která vyžadovala psychiatrickou léčbu.

Domnívám se, že těžiště práce je v potvrzení, že nejčastější udávanou negativní životní událostí, předcházející vzniku depresivní poruchy, je problém ve vztahu s blízkými osobami. Tento náález podtrhuje zásadní významnost začlenění jedince do vztahové a sociální sítě, kdy při jejím narušení dochází ke ztrátě psychické stability. Množství pacientů s depresivní poruchou v psychiatrické ambulanci koreluje s aktuální společenskou situací. V anamnézách pacientů jsem našla sociální a kulturní spouštěče.

9. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ

Agresi, Alan.; Barbara Finlay. 1997. *Statistical methods for the social sciences*. New Persey: Prentice Hall.

Atkinson, Rita.; et kol. 2003. *Psychologie*. Praha: Portál.

Baštecký, Jaroslav. 1997. *Psychiatrie, právo, společnost*. Praha: Galén.

Baudiš, Pavel. 2006. *Psychiatrie v číslech*. Praha: Psychiatrické centrum Praha.

Bernstain, Basil. 1975. *Class, Codes and Control*. Citován in Antony Giddens. 2005. *Sociologie*. Argo: Praha.

Boswell, John. 1995. *The Marriage of Likeness: Same – Sex Unions in Pre-Modern Europe*. Citován in Antony Giddens. 2005. *Sociologie*. Argo: Praha.

Bourdieu, Pierre. *The Forms of Capital*. 241-258. Citován in Tomáš Katrňák. 2004. *Odsouzení k manuální práci: Vzdělanostní reprodukce v dělnické rodině*. Praha: Sociologické nakladatelství.

Bourdieu, Pierre. Jean-Claude Passeron. 1977. *Les hérities: les étudiants et la culture*. Citován in Tomáš Katrňák. 2004. *Odsouzení k manuální práci: Vzdělanostní reprodukce v dělnické rodině*. Praha: Sociologické nakladatelství.

Český statistický úřad. 2012. *Uchazeči o zaměstnání 2002-2011, ČR a kraje*
staženo 4.4.2012
http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/animovane_grafy_prace_a_mzdy

Český statistický úřad. 2010. *Demografická ročenka ČR 2010. Rozvody podle příčiny rozvratu manželství*. Staženo 4.4.2012
Dostupné:
[http://czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/t/28003FC405/\\$File/401911rc10.pdf](http://czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/t/28003FC405/$File/401911rc10.pdf)

Deprese. 2002. Přeloženo z anglického originálu *Understanding Depression*. překlad Štěpán Kovařík. Havlíčkův Brod: Fragment.

Erikson, Milton. 1999. *Životní cyklus rozšířený a dokončený*. Praha: Lidové noviny.

Filip, Václav. 1997. *Praktický manuál psychiatrických posuzovacích stupnic*. Praha: Psychiatrické centrum Praha.

Giddens, Anthony. 2005. *Sociologie*. Argo: Praha.

Herman, Erik.; Pavel Doubek. 2008. *Deprese a stres: vliv nepříznivé životní události na rozvoj psychické poruchy*. Praha: Maxdorf.

Holme, Thomas.; Richard Rahe. 1967. *The social adjustment rating scale*. Washington: Journal of Psychosomatic Research.

Katrňák, Tomáš. 2004. *Odsouzení k manuální práci: Vzdělanostní reprodukce v dělnické rodině*. Praha: Sociologické nakladatelství.

Kleinman, Arthur.; Byron Good. 1985. *Culture and Depression : Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder*. Berkeley and Los Angeles, California: University of California Press.

Küblerr-Rossová, Elizabeth. 1987. *Living with Dead and Dying*. Citován in Antony Giddens. 2005. *Sociologie*. Argo: Praha.

Meier, Paul.; Frank Minirth. 1998. *Od deprese ke štěstí? Příznaky, příčiny a léčení depresí*. Praha: Návrat domů.

MacLeod, Jay. 1995. *Ain't No Making' It: Aspiration & Attainment in a Low-Income Neighborhood*. Citován in Tomáš Katrňák. 2004. *Odsouzení k manuální práci: Vzdělanostní reprodukce v dělnické rodině*. Praha: Sociologické nakladatelství.

Mezinárodní klasifikace nemocí. 10 revize. 1996. *Duševní poruchy a poruchy chování. Diagnostická kritéria pro výzkum*. Praha: Psychiatrické centrum.

Murphy, Robert. 2006. *Úvod do kulturní a sociální antropologie*. Přeloženo z anglického originálu *Cultural and Social Antropology*. Praha: Sociologické nakladatelství.

Pidrman, Vladimír. 2006. *Deprese u žen. Deprese z různých úhlů pohledu*. Praha: Galén.

Poněšický, Jan. 2004. *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie*. Praha: Triton.

Praško, Jan.; et. kol. 2003. *Stop traumatickým vzpomínkám*. Praha: Portál.

- Silverman, David. 2005. *Jako robiť kvalitatívny výskum*. Bratislava: Ikar.
- Uzel, Radim. 1967. *První pomoc při nehodách manželských*. Praha: Mladá Fronta.
- Vondráček, Vladimír. 1975. *Úvahy psychologicko-psychiatrické*. Praha: Avicenum.
- World Health Organization. 1948. Staženo dne 21.3.2012 Dostupné z http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
- Winkler, Petr. 2012. *Co víme o vztahu pracovního života a psychiatrické nemocnosti*. *Psychiatrie* 16(1):23-28.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *Zdravotní statistika. Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz 2010*. 2011. Praha. www.uzis.cz. Staženo 12. 12. 2011.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *Činnost oboru gynekologie a péče o ženy v roce 2010 a 2011, aktuální informace 32*. Praha. www.uzis.cz. Staženo 12. 12. 2011.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *Zdravotní statistika. Sebevraždy 2000*. 2001. Praha. www.uzis.cz. Staženo 12. 12. 2011.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *Zdravotnická statistika. Psychiatrická péče 2010*. 2011. Praha. www.uzis.cz. Staženo 12. 12. 2011.

INTERNETOVÉ ZDROJE:

<http://www.lekarna.cz/leky-na-predpis-hormonalni-antikoncepce/>

navštíveno 21.3.2012

http://en.wikipedia.org/wiki/Hamilton_Rating_Scale_for_Depression

navštíveno 5.2.2012

<http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/moznosti-lecby-deprese-338887> navštíveno 10.4.2012

<http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/rozvodovost> navštíveno 4.4.2012

10. RESUMÉ

We describe the results of study of subjects that were treated for the first time in their life for depressive disorder in out-patient office in years 2007-2010. We have evaluated the events that were presented by patients that were experienced before the onset of depression. These reasons were described like negative life events and were previously published in literature (Holmes, Rahe). We have proven the presumption, that the onset of depression in evaluated patients was preceded by negative life event that caused destabilisation of their psychic stability and led to the onset of depressive disorder. We found, that the most frequent negative life event, preceded to the onset of depression was: destabilisation in close relationship within family (56.9 percentages of patients). In younger patients frequent negative life event was related to the study problem. We have found an important trend in description of negative experience in depressive patients. In years 2007-2010 the patients described gradually increasing increase of financial problem that proceeded to the onset of depression. Relatively constant reason for developing depression was static problems in patients or in close person. Evaluated data are consistent to the information previously published in literature.

11. PŘÍLOHY

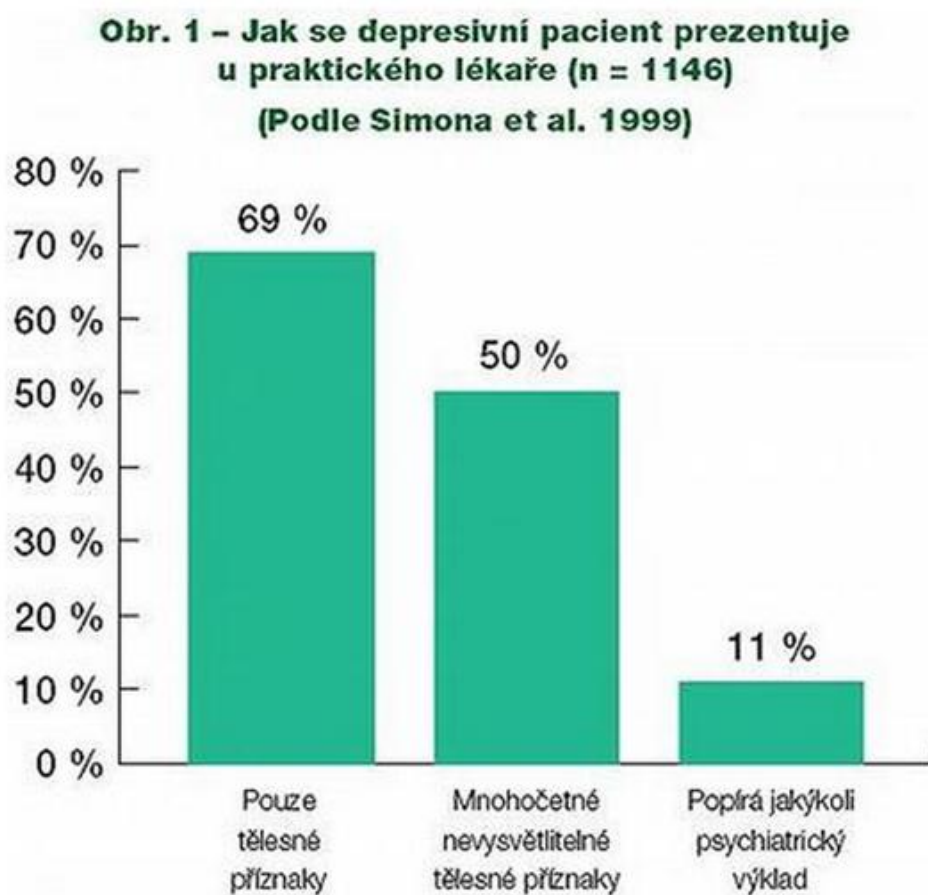
Tabulka 5. Souhrnné výsledky pro rok 2007-2010

	Muži (n=89)		Ženy (n=159)	
	n	Relativní četnost	n	Relativní četnost
Prim. Rodina	16	0,179	41	0,257
Partnerské	27	0,303	57	0,358
Studijní	17	0,191	17	0,106
Finanční	16	0,179	16	0,100
Zdravotní	7	0,078	11	0,069
Nemoc, úmrtí	4	0,044	10	0,062
Prostředí	2	0,022	7	0,044

Tabulka 6. Souhrnné výsledky 2007-2008 pro Graf 1.

	n	Relativní četnost
Prim. Rodina	57	0,230
Partnerské	84	0,339
Studijní	34	0,137
Finanční	32	0,129
Zdravotní	18	0,073
Nemoc, úmrtí	14	0,056
Prostředí	9	0,036
Celkem	248	1,000

Příloha 1. Jak se depresivní pacient prezentuje u praktického lékaře (www.znd.cz)



Příloha 2. Vývoj počtu případů s pracovní neschopností na 100 000 nemocensky pojištěných osob v letech 2005-2010 (ÚZIS 2011)

2. Vývoj počtu případů PN na 100 000 nemocensky pojištěných osob podle jednotlivých kapitol MKN-10

2005	2006	2007	2008	2009	2010	Kapitola MKN-10
1 772	1 537	1 647	1 526	930	927	Některé infekční a parazitární nemoci
743	665	697	731	598	565	Novotvary
50	43	45	52	40	37	Nemoci krve, krvetvorných orgánů a některé poruchy mech. imunity
253	226	236	271	209	192	Nemoci endokr., výž. a přeměny látek
1 049	1 008	1 056	1 202	847	772	Poruchy duševní a poruchy chování
713	655	689	732	528	487	Nemoci nervové soustavy
523	441	460	404	226	204	Nemoci oka a očních adnex
339	302	307	274	168	161	Nemoci ucha a bradavkového výběžku
1 983	1 791	1 794	1 803	1 293	1 155	Nemoci oběhové soustavy
34 691	22 276	25 297	19 973	11 498	10 085	Nemoci dýchací soustavy
4 392	3 934	4 028	3 811	2 218	2 183	Nemoci trávicí soustavy
1 157	1 042	1 052	976	553	499	Nemoci kůže a podkožního vaziva
12 223	11 345	11 295	10 940	6 816	6 201	Nem. sval. a kost. soustavy a poj. tkáně
2 657	2 357	2 433	2 330	1 514	1 401	Nemoci močové a pohlavní soustavy
680	640	707	707	565	534	Těhotenství, porod a šestinedělí
8	4	4	10	12	12	Vrozené vady, deformace a chromozomální abnormality
1 918	1 648	1 623	2 156	1 306	1 086	Příznaky, znaky a abnorm. klinické a laboratorní nálezy nezařazené jinde
7 541	6 924	6 737	6 641	4 505	4 132	Poranění, otravy aj. násl. vnějších příčin
880	833	950	1 136	1 048	1 020	Faktory ovlivňující zdravotní stav a kontakt se zdravotnickými službami
73 571	57 670	61 057	55 676	34 875	31 652	Celkem

Příloha 3. Stupnice Montgomeryho a Åsbergové pro posuzování deprese sloužící k hodnocení dospělé osoby s příznaky deprese za účelem sledování změn v průběhu terapie [Filip 1997].

Stupnice Montgomeryho a Åsbergové pro posuzování deprese

Upozornění: Lékař se může rozhodnout buď pro skóre definované škálou (0, 2, 4, 6,), a nebo pro nedefinované, ležící mezi nimi (1, 3, 5,).

01. SMUTEK-OBJEKTIVNĚ

Smutek, deprese, zoufalství znamenající více než jen přechodně posmutnělou a špatnou náladu, značí se v řeči, výrazu tváře a držení těla. Skórujte podle hloubky a podle toho, jak se nemocný „vyjasní“ vlivem podnětů.

- 0- žádný smutek
- 1- posmutnělý, ale schopen „vyjasnění“ nálady bez potíží
- 2- x
- 3- smutný a nešťastný po většinu dne
- 4- x
- 5- stále velmi smutný, extrémně depresivní

02. SMUTEK-SUBJEKTIVNĚ

Skóruje se příznak smutku podle subjektivních výpovědí, bez ohledu na vzezření nemocného. Zahrnuje smutek, depresi a pocity beznaděje. Skóruje se podle intenzity, přetrvávání v čase a potlačitelnosti zevními podněty.

- 0- občasná posmutnělost přiměřená životním okolnostem
- 1- x
- 2- smutná a skleslá nálada, z níž se však nemocný snadno dostane
- 3- x
- 4- smutek a deprese, které nemocného ovládají, nálada je však stále ovlivňována zevními podněty
- 5- x
- 6- trvale přetrvávající smutek, skleslost, pocity zoufalství

03. VNITŘNÍ NAPĚTÍ

Pocity těžko popsatelného vnitřního neklidu, nevěle, napětí, nervozity, stupňující se případně až do paniky, děsu nebo úzkostné trýzně.

- 0- klidný, jen prchavé stavy napětí přiměřené životním událostem
- 1- x
- 2- občasné stavy vnitřní tenze
- 3- x
- 4- přetrvávající nebo časté stavy vnitřní tenze až „paniky“ – případně úzkostné trýzně nebo hrůzy, jež nemocný zvládá jen s obtížemi
- 5- x
- 6- trvalé stavy vnitřního napětí a neklidu, nemocného ovládá panika

04. PORUCHY SPÁNKU

Zkrácený, mělký spánek v porovnání se spánkem zdravým.

- 0- spí jako normálně
- 1- x
- 2- lehké poruchy usínání nebo lehké snížení hloubky a doby trvání spánku, spánek je poněkud neklidný
- 3- x
- 4- spánek je zkrácen nebo je přerušen nejméně o dvě hodiny
- 5- x
- 6- spí méně než 2-3 hodiny

05. NECHUTENSTVÍ

Pokles chuti k jídlu ve srovnání s normálními poměry. Skóruje se podle toho, jak má na jídlo chuť nebo jak se musí do jídla nutit.

- 0- normální nebo zvýšená chuť k jídlu
- 1- x
- 2- lehce snížená chuť k jídlu
- 3- x
- 4- nechutenství, jídlo bez chuti
- 5- x
- 6- musí se nutit do jídla, přemlouvat aby se vůbec najedl

06. PORUCHY SOUSTŘEDĚNÍ

Poruchy soustředění, jež se mohou stupňovat až do invalidizujícího narušení myšlenkového procesu. Skóruje se podle intenzity, četnosti výskytu a stupněm narušení myšlenkového procesu.

- 0- žádný poruchy soustředění
- 1- x
- 2- občasné poruchy soustředění
- 3- x
- 4- poruchy soustředění a udržení myšlenkové nitě patrné při čtení a konverzaci
- 5- x
- 6- soustředění se na četbu nebo konverzaci jen s největšími obtížemi

07. ABULIE-ZTRÁTA INICIATIVY

Pokles životní energie, poruchy volní složky jednání na počátku nebo v průběhu běžné denní činnosti.

- 0- normální iniciativa
- 1- x
- 2- nevěle něco začít
- 3- x
- 4- potíže s přinucením se do běžné denní činnosti, vše vyžaduje zvýšenou námahu
- 5- x
- 6- úplná abulie a ztráta iniciativy - bez pomoci neudělá nic

08. NESCHOPNOST CITOVÉ ODEZVY

Snížené emoční reakce na zevní podněty, životní podnikání a lidi.

- 0- normální reaktivita
- 1- x
- 2- snížená emoční reakce na běžné životní podnikání
- 3- x
- 4- nemá citový zájem o okolí, o přátele a známé
- 5- x
- 6- emočně paralyzován, neschopen pocitů zlosti, smutku či radosti, úplná někdy bolestně pociťovaná ztráta přirozených kladných pocitů k příbuzným a známým

09. PESIMISMUS

Pocity až myšlenky provinilosti, méněcennosti, sebeobviňování, vlastní hříšnosti, zásluhy trestu, ruinační bludy.

- 0- žádné pesimistické myšlenky
- 1- x
- 2- občasné myšlenky o vlastní méněcennosti, sebevýčitky, přemýšlení o vlastních „chybách“
- 3- x
- 4- soustavné autoakuzace, myšlenky o vlastních „chybách“, proviněních a prohřešcích, jež však mají doposud určité racionální jádro, zvýšeně pesimistický názor na budoucnost
- 5- x
- 6- autoakuzací, pesimistické, ruinační a eternitní bludy, absurdní a nevyvratitelné

10. SUICIDIÁLNÍ MYŠLENKY

Život nestojí za to žít, myšlenky o vítanosti přirozené smrti, na sebevraždu, příprava sebevraždy. Fakticky provedené suicidiální pokusy neberte při skórování v úvahu.

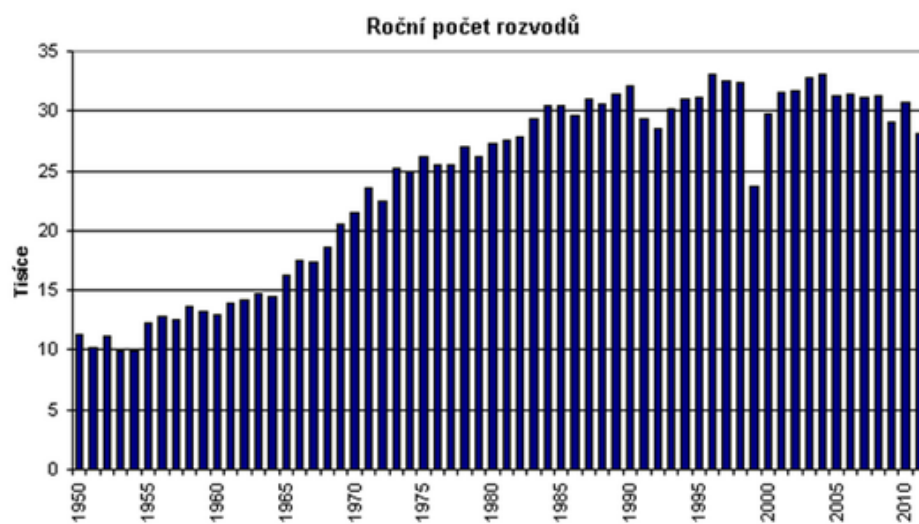
- 0- má zájem na životě nebo jej bere tak, jak je
- 1- x
- 2- otrávený životem, občasné úvahy o sebevraždě
- 3- x
- 4- raději by nežil, úvahy o sebevraždě časté, sebevražda by byla možným řešením situace, plány na sebevraždu však dosud nejsou konkrétní a promyšlené
- 5- x
- 6- konkrétní plány na sebevraždu, kdyby byla možnost, aktivní příprava sebevraždy

Příloha 4. Zungova sebeposuzovací stupnice deprese určená pro hodnocení dospělých osob s depresivním syndromem střední a lehčí intenzity. Hodnotí se změny v průběhu terapie [Filip 1997].

Zungova sebeposuzovací stupnice deprese		
Stupnice hodnocení: 0 - nikdy nebo zřídka; 1 - někdy; 2 - dosti často; 3 - velmi často nebo stále		
01.	Jsem skleslý a zkroušený.	
02.	Ráno se cítím nejlépe.	
03.	Jsou chvíle, kdy je mi do pláče.	
04.	Mám potíže se spaním.	
05.	Sním stejně jídla jako dříve.	
06.	Sexuální život mi stále činí potěšení.	
07.	Všiml jsem si, že ubývám na váze.	
08.	Mám potíže se zácpou.	
09.	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, nedovedu se udržet v klidu.	
14.	Jsem optimistický do budoucna.	
15.	Jsem dráždivější než obvykle	
16.	Snadno se rozhoduji.	
17.	Cítím, že jsem užitečný a potřebný.	
18.	Žiji plným životem.	
19.	Cítím, že by pro ostatní bylo lépe, kdybych zemřel.	
20.	Těší mě tytéž věci co dříve.	

Příloha 5. Roční počet rozvodů v České republice letech 1950-2010 [ČSÚ 2010].

Dostupné z: (<http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/rozvodovost>)

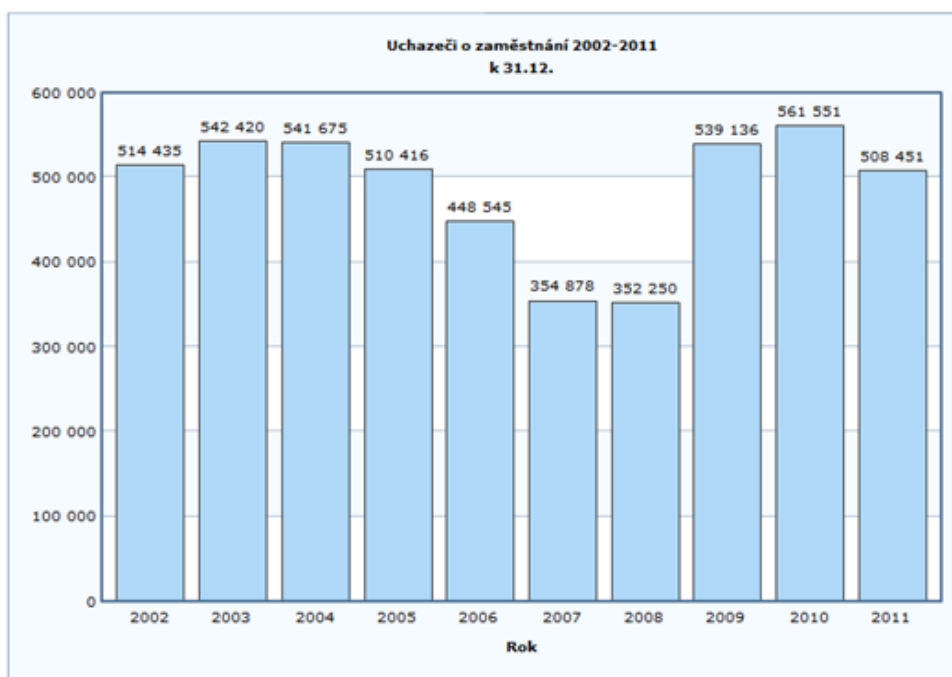


Příloha 6. Rozvody podle příčiny rozvratu manželství v roce 2010 [ČSÚ 2010].

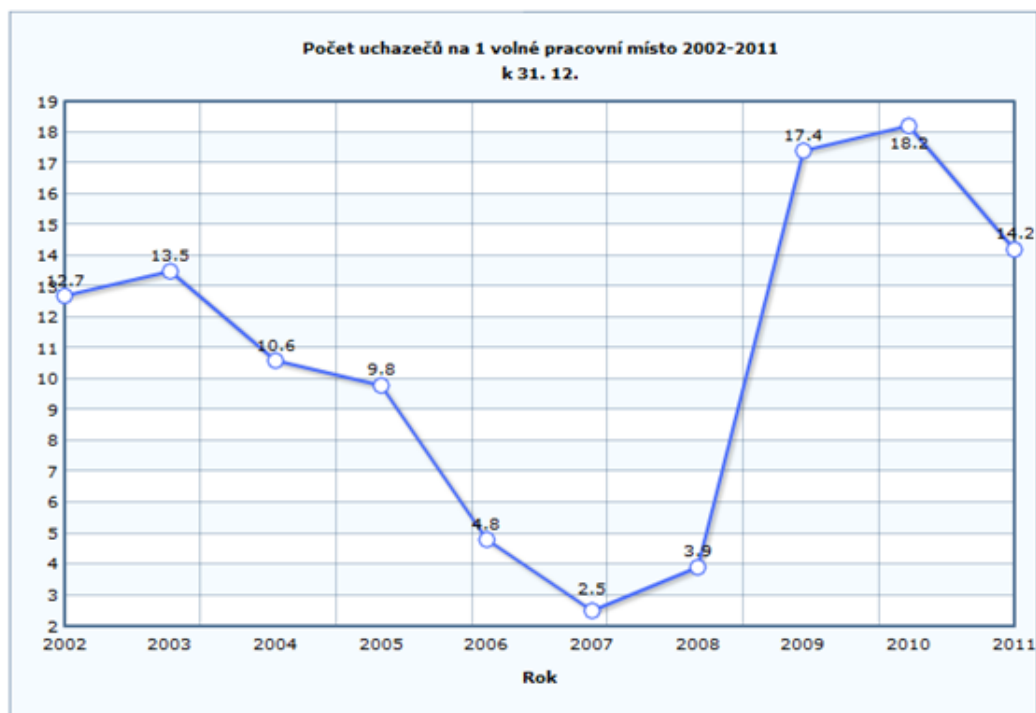
([http://czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/t/28003FC405/\\$File/401911rc10.pdf](http://czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/t/28003FC405/$File/401911rc10.pdf))

2010 C.10.01 Rozvody podle příčiny rozvratu manželství												
Divorces: by cause of marriage breakdown												
Kód - příčina rozvratu manželství na straně muže	Příčina rozvratu manželství na straně ženy (kód)											Cause of marriage breakdown on the part of male
	celkem Total	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	
Celkem	30783	138	270	895	365	72	21844	42	67	5375	1715	Total
1 neuvážený sňatek	120	100	-	1	4	-	6	-	1	6	2	Ill-considered marriage
2 alkoholismus	719	2	147	25	6	2	148	3	1	83	302	Alcoholism
3 nevěra	1284	2	12	356	14	4	229	2	5	170	490	Infidelity
4 nezáměr o rodinu, (vč. opuštění rod.)	588	8	5	16	161	-	164	1	-	60	173	Lack of interest in the family (incl. abandonment of family)
5 zlé nakládání, odsouzení pro tr. čin	189	2	2	8	2	33	34	2	-	18	88	Ill-treatment, criminal conviction
6 rozdíl povah, názorů a zájmů	21821	10	34	164	99	13	20993	8	5	221	274	Different characters, views and interests
7 zdravotní důvody	42	-	-	1	1	-	9	14	-	5	12	Health reasons
8 sexuální neshody	69	-	1	4	1	-	4	-	53	3	3	Sexual discord
9 ostatní příčiny	5323	7	33	128	27	17	99	6	1	4634	371	Other causes
0 soud nezjistil zavinění	628	7	36	192	50	3	158	6	1	175	-	Cause not given
Manželé ve věku do 30 let												Spouses under 30
celkem	1728	33	3	65	33	2	1200	1	5	303	83	Total
1 neuvážený sňatek	28	24	-	-	1	-	-	-	-	3	-	Ill-considered marriage
2 alkoholismus	13	1	1	-	-	-	5	-	-	4	2	Alcoholism
3 nevěra	65	1	-	21	1	-	8	-	-	11	23	Infidelity
4 nezáměr o rodinu, (vč. opuštění rod.)	36	-	-	3	14	-	7	-	-	4	8	Lack of interest in the family (incl. abandonment of family)
5 zlé nakládání, odsouzení pro tr. čin	8	1	-	-	1	-	1	-	-	1	4	Ill-treatment, criminal conviction
6 rozdíl povah, názorů a zájmů	1221	3	1	10	9	1	1168	1	-	9	19	Different characters, views and interests
7 zdravotní důvody	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Health reasons
8 sexuální neshody	7	-	-	1	-	-	-	-	5	-	1	Sexual discord
9 ostatní příčiny	312	1	1	12	2	1	7	-	-	262	26	Other causes
0 soud nezjistil zavinění	38	2	-	18	5	-	4	-	-	9	-	Cause not given
Rozvody do 5 let trvání manželství												Divorces under 5 years of duration of marriage
celkem	6029	92	39	169	82	21	4308	6	13	1025	274	Total
1 neuvážený sňatek	81	71	-	1	2	-	2	-	-	3	2	Ill-considered marriage
2 alkoholismus	86	2	26	2	-	-	17	1	-	10	28	Alcoholism
3 nevěra	198	-	1	68	1	1	31	-	-	30	66	Infidelity
4 nezáměr o rodinu, (vč. opuštění rod.)	115	4	-	2	39	-	26	-	-	14	30	Lack of interest in the family (incl. abandonment of family)
5 zlé nakládání, odsouzení pro tr. čin	36	2	-	1	2	9	6	1	-	2	13	Ill-treatment, criminal conviction
6 rozdíl povah, názorů a zájmů	4343	7	7	31	21	6	4170	2	1	37	61	Different characters, views and interests
7 zdravotní důvody	9	-	-	-	-	-	3	2	-	3	1	Health reasons
8 sexuální neshody	13	-	-	1	-	-	-	-	12	-	-	Sexual discord
9 ostatní příčiny	1025	2	3	25	5	3	20	-	-	894	73	Other causes
0 soud nezjistil zavinění	123	4	2	38	12	2	33	-	-	32	-	Cause not given

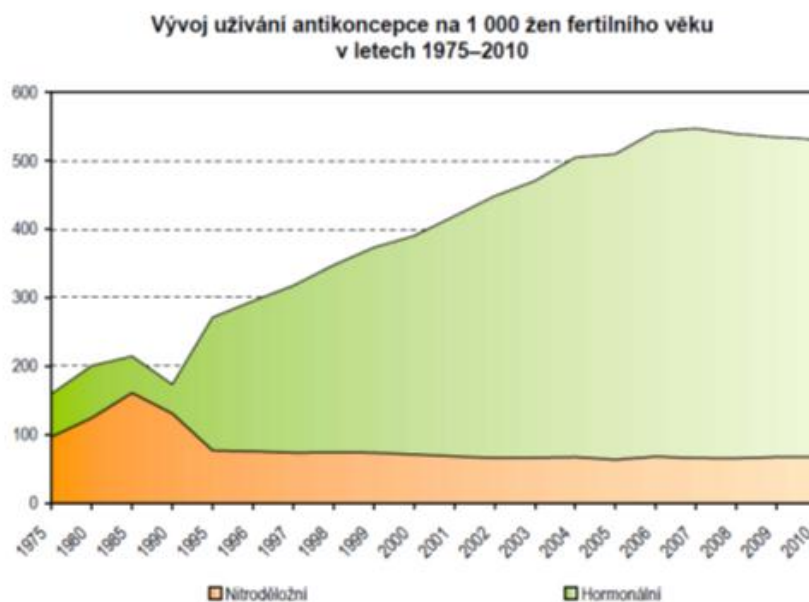
Příloha 7. Uchazeči o zaměstnání 2002-2011, ČR a kraje [ČSÚ 2012].



Příloha 8. Počet uchazečů na 1 volné pracovní místo 2002-2011, ČR a kraje [ČSÚ 2012].



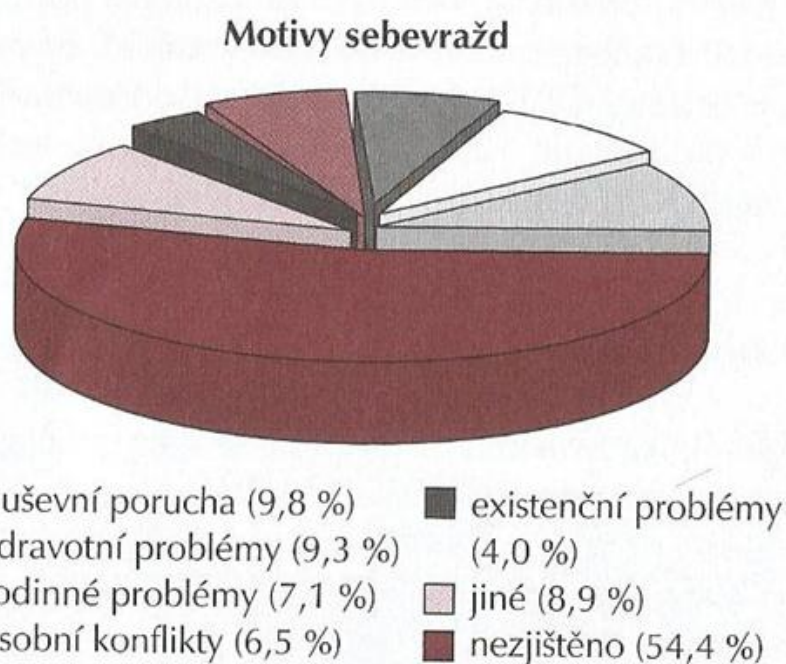
Příloha 9. Vývoj užívání antikoncepce na 1 000 žen fertilního věku v letech 1975-2010. [ÚZIS 2010].



ÚZIS ČR, Aktuální informace č. 32/2011

strana 7

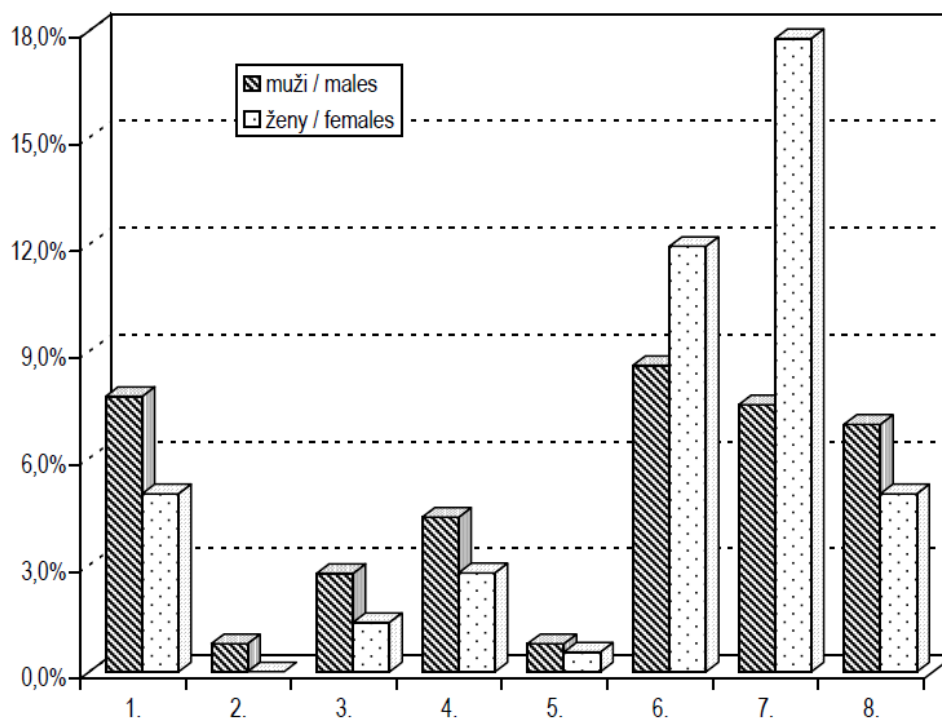
Příloha 10. Motivy sebevražd [Baudiš 2006: 17].



Příloha 11. Struktura sebevražd podle motivu a pohlaví [ÚZIS Sebevraždy 2000].

Sebevraždy 2000 / Suicides 2000

4. Struktura sebevražd podle motivu a pohlaví
Structure of suicides by motive and sex



1. problémy rodinné / *family problems*
2. problémy sexuální / *sexual problems*
3. problémy pracovní a školní / *problems at work or school*
4. problémy existenční / *economic problems*
5. problémy společenské / *social problems*
6. zdravotní problémy, tělesná vada / *health problems, handicap*
7. duševní onemocnění / *mental diseases*
8. jiné osobní problémy / *other personal problems*

9. motiv neurčen - muži 61 %, ženy 56 % / *unspecified motive - males 61 %, females 56 %*

Příloha 12. Duševní poruchy ve světě [Baudiš 2006: 11].

