

Univerzita Palackého v Olomouci
Katedra psychologie Filozofické fakulty

DEPRESE A ZÁVISLOST NA ALKOHOLU
DEPRESSION AND ALCOHOL DEPENDENCE



Diplomová práce

Autor: Bc. Lenka Čarnická
Vedoucí práce: Doc. PhDr. Zdeněk Vtípil, CSc.

Olomouc

2010

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně a že jsem všechny použité informační zdroje uvedla v seznamu literatury.

V Olomouci 6.3. 2010.

.....

Ráda bych poděkovala vedoucímu práce doc. PhDr. Zdeňkovi Vtípilovi, CSc., za podnětné připomínky a rady. Za pomoc a velkou vstřícnost děkuji primárce a dalším zaměstnancům psychiatrické léčebny, za jejichž přispění mohl výzkum probíhat. V neposlední řadě děkuji všem pacientům, kteří se jej účastili.

OBSAH

1 ÚVOD.....	7
2 TEORETICKÁ ČÁST.....	10
2.1 K některým současným poznatkům a problémům užívání drog	11
2.1.1 Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek....	12
2.1.2 Aktuální stav v oblasti užívání drog v ČR.....	14
2.1.3 Modely závislosti a přístupy v pomoci uživatelům drog.....	18
2.1.4 Genderová perspektiva v léčbě závislostí	20
2.2 Závislost na alkoholu.....	23
2.2.1 Vymezení závislosti na alkohol	23
2.2.2 Diagnostika závislosti na alkoholu.....	24
2.2.3 Účinky alkoholu na organismus	25
2.2.4 Neurobiologie závislosti.....	26
2.2.5 Somatické komplikace závislosti na alkoholu	27
2.2.6 Psychické komplikace závislosti na alkoholu.....	28
2.2.7 Etiologie závislosti na alkoholu - Bio-psycho-socio-spirituální model závislosti	28
2.2.8 Výskyt závislosti na alkoholu	33
2.2.9 Teorie vzniku závislosti na alkoholu.....	36
2.2.10 Léčba závislosti na alkoholu.....	41
2.2.11 Alkoholismus jako „mužská nemoc“.....	42
2.3 Deprese.....	51
2.3.1 Vymezení diagnózy deprese.....	51
2.3.2 Diagnostika deprese.....	51
2.3.3 Etiologie deprese.....	53
2.3.4 Výskyt deprese.....	58
2.3.5 Klinický obraz deprese.....	61
2.3.6 Epidemiologie deprese	62
2.3.7 Průběh deprese.....	63
2.3.8 Teoretické modely deprese.....	64
2.3.9 Léčba deprese	67
2.4. Sebevražda	70
2.4.1 Výskyt sebevražd.....	70
2.4.2 Rizikové faktory sebevraždy	73

2.5 Duální diagnóza alkoholismu a deprese.....	76
2.5.1 Vymezení duální diagnózy	76
2.5.2 Diagnostika komobirdity.....	78
2.5.3 Výskyt duálních diagnóz.....	79
2.5.4 Léčba duální diagnózy	80
2.5.5 Deprese a závislost na alkoholu jako duální diagnóza	81
2.5.6 Specifika léčby duální diagnózy závislosti na alkoholu a deprese.....	85
2.5.7 Vyšší výskyt duální diagnózy alkoholismu a deprese u žen.....	85
2.6 Hledání odborné pomoci při depresi.....	86
2.6.1 Vnímání potřeby odborné péče u osob se suicidálním chováním.....	87
2.6.2 Hledání psychiatrické pomoci - Teorie plánovaného chování.....	87
2.6.3 Deprese jako stigma.....	88
2.6.4 Vliv komobirdity na hledání odborné pomoci	90
2.7 Teoretická východiska vysvětlující vyšší míru depresivity u žen	91
2.7.1 Psychologické faktory.....	91
2.7.2 Sociální faktory	97
2.7.3 Biologické faktory.....	105
2.7.4 Artefakt měření - rozdíly v komunikaci symptomů a hledání pomoci	107
2.7.5 Teoretická východiska pro výzkumnou část.....	115
3 VÝZKUMNÁ ČÁST.....	119
3.1 Výzkumná fáze I.....	119
3.1.1 Cíl výzkumu a formulace hypotéz.....	119
3.1.2 Výzkumný soubor č. 1.....	119
3.1.3 Metoda sběru dat.....	120
3.1.4 Způsob zpracování dat.....	121
3.1.5 Výsledky.....	122
3.1.6 Dodatečná zjištění.....	125
3.2 Výzkumná fáze II.....	130
3.2.1 Cíl výzkumu a formulace hypotéz.....	130
3.2.2 Výzkumný soubor č. 2.....	131
3.2.3 Metoda sběru dat	132
3.2.4 Způsob zpracování dat.....	133
3.2.5 Výsledky.....	133
3.2.6 Dodatečná zjištění.....	138

3.3 DISKUSE.....	144
3.3.1 Interní validita výzkumu.....	144
3.3.2 Externí validita výzkumu a návrhy pro další výzkum.....	146
3.3.3 Diskuse výsledků.....	147
4. ZÁVĚR.....	155
5. SOUHRN.....	156
6. LITERATURA.....	159
7. PŘÍLOHY.....	175

1 ÚVOD

Práce se zabývá vztahem mezi mírou depresivity u osob s diagnózou závislosti na alkoholu a jejich pohlavím. Deprese je podle WHO nejvíce zátěžová nemoc mezi dospělými ve středním věku na celém světě (Murray, Lopez, cit. dle Manos et al., 2009). V průmyslově vyspělých zemích tvoří lidé se závislostí na alkoholu 30-40 % celkového počtu pacientů psychiatrických lůžkových zařízení. (Popov, 2003)

Výzkumy prokázaly, že současný výskyt deprese a závislosti na alkoholu převyšuje náhodný výskyt těchto onemocnění v populaci, pouze zanedbatelná část komorbidity mezi depresí a závislostí na alkoholu může být způsobena zkreslením v důsledku současně prožívané deprese. (Lynskey, Agrawal, 2008) Odhaduje se, že 30-50 % psychiatrických pacientů v Evropě současně trpí duševním onemocněním a užívá návykové látky, zejména alkohol, sedativa a konopné látky (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addictions, 2004, cit. dle Miovská, Miovský, Kalina, 2008) Depresivní symptomatologie je obvykle spojena s relapsem následujícím po absolvování protialkoholní léčby a závislost na alkoholu patří mezi hlavní rizikové faktory neuzdravení se z depresivní epizody. Osoby trpící současným výskytem závislosti na alkoholu a depresivní poruchy jsou ve vysoké míře ohroženy sebevražednými symptomy, které však často zůstávají neodhalené, nedostatečně diagnostikovány bývá také „duální diagnóza“ alkoholismu a deprese.

Sebevraždu lze považovat za nejzávažnější následek depresivní poruchy. (Hercher et al., 2009) Každým rokem zemře na následky dokonané sebevraždy více než 58 tisíc lidí v EU, podle dat WHO je sebevražda jednou z deseti hlavních příčin smrti pro všechny věkové kategorie. (The World Health Report, WHO, 2003, cit. dle Hegerl, Wittenburg, 2009) Většina suicidálních aktů se objevuje v kontextu psychických nemocí, nejčastěji právě deprese, proto by snahy redukovat sebevražednost měly být zaměřeny především na osoby trpící depresí jako hlavní rizikovou skupinu. (Lönqvist, Koskenvuo, cit. dle Hegerl, Wittenburg, 2009).

Navzdory snížené kvalitě života a četným omezením významný podíl jedinců trpících psychickými nemocemi nevyhledává odbornou pomoc. (např. Kessler et al. nebo Sareen, cit. dle Pagura, et al., 2009), neléčené psychické nemoci jsou bohužel celosvětovým fenoménem.

Podle jednoho z aktuálních výzkumů až 48 % osob se sebevražednými myšlenkami a 24 % osob po sebevražedném pokusu nehledalo odbornou pomoc ani nevnímalo potřebu pomoci. (Pagura, et al., 2009)

Mnohé zahraniční výzkumy prokázaly, že souvislost mezi závislostí na alkoholu a současným výskytem deprese je vyšší u žen než u mužů. Na základě údajů ze zdravotnických statistik lze rovněž konstatovat, že ženy jsou obecně více náchylné k depresi než muži, zatímco muži častěji než ženy trpí alkoholovou závislostí. V České republice se v roce 2008 léčilo pro afektivní poruchy 27.906 mužů a 61.617 žen (Zdravotnická ročenka ČR, 2008). Je odhadováno, že alkohol v ČR nadměrně konzumuje asi jedna čtvrtina všech mužů a jedna desetina žen všech žen. (Minařík, 2008). Podle aktuálních údajů muži v současné době tvoří přibližně dvě třetiny klientů ve všech typech zařízení pro léčbu závislostí (Mravčík et al., 2009). V roce 2008 byl poměr léčených mužů oproti ženám pro poruchy vyvolané alkoholem přibližně dvojnásobný, pro diagnózu F-10 se léčilo 16.710 mužů a 8.637 žen. (Zdravotnická ročenka ČR, 1992, 2008). I když v dlouhodobé perspektivě dochází k postupnému sblížování počtu léčených mužů a žen pro poruchy vyvolané alkoholem (v roce 1992 byl poměr léčených mužů oproti ženám s diagnózou F10 ještě téměř čtyřnásobný), bývá „alkoholismus“ často všeobecně považován za typicky „mužský problém“, podobně jako je deprese vnímána jako typicky „ženská nemoc“.

Objevují se však výzkumy a teorie, které zpochybňují obecně větší náchylnost žen k depresivitě. Psychiatrická morbidita žen se podle nich nezakládá na skutečnosti - depresivní ženy jsou především schopné si lépe než muži vlastní pocity smutku uvědomovat a vyjadřovat je. Problematické emocionální stavy mužů zůstávají často skryty za jejich většími problémy s návykovými látkami. Někteří autoři zpochybňují vyšší míru deprese u žen právě údaji o vyšší míře sebevražednosti mužů – muži se se svými depresivními pocity méně svěřují a neléčená deprese pak u nich vede k vyššímu ohrožení suicidálními symptomy. V České republice na úmyslné sebepoškození v roce 2008 zemřelo 1.123 mužů a 256 žen, počet mužů, kteří spáchali dokonanou sebevraždu, byl více než čtyřnásobný oproti takto zemřelým ženám. (Zdravotnická ročenka ČR, 2008). V kontrastu s dřívějšími výzkumy Wu, Kouzis a Leaf (1999) nenašli rozdíly ve využití odborné pomoci ve zdravotnickém zařízení mezi muži a ženami, a to jak ve skupině osob s komorbiditou psychické nemoci a závislosti na alkoholu, tak ve skupině osob pouze s psychickou nemocí a bez psychiatrické diagnózy. V jednom

z nedávných výzkumů Lynskey a Agrawal (2008) prokázali podobně silnou souvislost mezi výskytem depresivní poruchy a závislostí na alkoholu u mužů i u žen.

Následující práce si klade za cíl odpovědět na tři základní výzkumné otázky: 1) Liší se míra depresivity mezi muži a ženami s diagnózou závislosti na alkoholu? 2) Liší se mezi muži a ženami s diagnózou závislosti na alkoholu míra deklarované expresivity¹ depresivních příznaků vůči osobám ze sociální sítě? 3) Liší se mezi muži a ženami s diagnózou závislosti na alkoholu míra deklarované ochoty vyhledat odbornou pomoc? Obecně se tedy práce zabývá hledáním existence souvislosti mezi nezávislou proměnnou, za kterou je považováno pohlaví, a třemi závislými proměnnými, kterými jsou míra depresivních symptomů, deklarovaná ochota svěřovat se s nimi osobám ze sociální sítě a deklarovaná ochota vyhledat při nich odbornou pomoc, a to u mužů a žen s diagnózou závislosti na alkoholu.

V teoretické části práce budou nejdříve vymezena psychická onemocnění klasifikovaná jako duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek, závislost na alkoholu, depresivní epizoda a duální diagnóza alkoholismu a deprese. Dále bude zmapován jejich výskyt, jak na základě údajů čerpaných z lékařských statistik, tak z provedených výzkumů. Nastíněna bude také jejich etiologie, léčba, a některé teoretické modely vzniku závislosti a deprese. V souvislosti se zaměřením na depresivní poruchu budou uvedeny také aktuální údaje o sebevražednosti a některá nová zjištění o faktorech ovlivňujících vyhledávání pomoci při prožívání depresivní symptomatologie. Další část bude zaměřena na teoretická východiska, která se pokoušejí vysvětlit vyšší míru depresivity žen, dokládanou převážnou většinou dostupných zdrojů. Bude předložen stručný přehled několika teoretických perspektiv, které vycházejí z vlivu psychologických, sociálních a biologických faktorů. Větší pozornost bude soustředěna na ta vysvětlení, podle kterých jsou rozdíly v depresivitě mezi muži a ženami pouze „artefaktem měření“. Z této pozice bude nastíněno několik odlišných hypotéz - hypotéza o větší expresivitě žen, o odlišné schopnosti mužů a žen rozpoznat příznaky psychického onemocnění, o rozdílech v procesu hledání pomoci při psychických problémech, o vlivu přístupu lékařů a způsobu diagnostiky deprese.

Původním cílem výzkumu bylo ověřit, zda skutečně existuje statisticky významný rozdíl mezi mírou výskytu depresivních příznaků (měřených Zungovou sebeposuzovací škálou deprese) mezi muži a ženami s diagnózou závislosti na alkoholu, léčených na lůžkovém oddělení psychiatrické léčebny od října 2006 do září 2007 (výzkumný vzorek č. 1). Byla

¹ Pojem *expresivita* je zde používán ve smyslu otevřenosti vyjadřování emocí, svěřování se se svými pocity druhým lidem. Tak jej používají např. Mirowsky a Ross (1995). V kontextu této práce se jedná především o tendenci člověka svěřovat se se svými psychickými problémy, ať už blízkým lidem nebo lékaři. Pojem *deklarovaná expresivita* je zde používán proto, že je zjišťováno nikoliv uskutečněné expresivní jednání, ale pouze postoje zkoumaných osob k případnému svěřování se s depresivními symptomy druhým lidem.

navržena hypotéza č. 1 o tom, že se míra depresivity u osob s diagnózou závislosti na alkoholu statisticky významně neliší dle pohlaví.

Vzhledem ke skutečnosti, že na základě získaných dat opravdu nebyl nalezen signifikantní rozdíl mezi mírou depresivity mužů a žen výzkumného vzorku č. 1, bylo rozhodnuto o začlenění druhé fáze výzkumu, která by se tato zjištění pokusila vysvětlit pomocí konceptu „odlišné expresivity“. Cílem druhé výzkumné fáze tedy bude ověřit, zda se statisticky významně liší míra deklarované expresivity jednotlivých depresivních příznaků (měřených Zungovou sebesposuzovací škálou deprese) u mužů a žen z výzkumného vzorku č. 2, který budou tvořit pacienti s diagnózou závislosti na alkoholu, léčení na oddělení psychiatrické léčebny v průběhu období od září do listopadu roku 2007.

V rámci druhé výzkumné fáze bude provedeno jak srovnání míry deklarované expresivity mezi muži a ženami ve vztahu k osobám ze sociální sítě pacientů závislých na alkoholu, tak porovnání jejich deklarované ochoty vyhledat odbornou pomoc při depresivních symptomech (zde se jedná o pomoc lékaře, psychologa nebo psychiatra). Bude testována hypotéza č. 2 o tom, že deklarovaná míra expresivity depresivních příznaků u osob s diagnózou závislosti na alkoholu ve vztahu k osobám ze sociální sítě je statisticky významně vyšší u žen než u mužů, což znamená, že ženy jsou ochotné svěřit se se svými depresivními symptomy většímu počtu osob. Dále bude testována hypotéza č. 3 o tom, že deklarovaná ochota vyhledat odbornou pomoc při depresivních symptomech u osob s diagnózou závislosti na alkoholu je statisticky významně vyšší u žen než u mužů.

2 TEORETICKÁ ČÁST

Kontext výzkumu bude přiblížen vymezením psychických onemocnění klasifikovaných jako duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek, závislost na alkoholu, depresivní epizoda a duální diagnóza alkoholismu a deprese. Budou uvedeny údaje o jejich výskytu na základě údajů čerpaných jak z lékařských statistik, tak z provedených výzkumů. Pozornost bude věnována jejich etiologii a léčbě, dále budou přiblíženy některé teoretické modely, které se pokoušejí vysvětlovat vznik závislosti a deprese z různých perspektiv. V rámci hlubšího zaměření se na depresivní poruchu budou uvedeny také údaje o sebevražednosti a některá aktuální výzkumná zjištění, týkající se vyhledávání odborné pomoci při prožívání depresivní symptomatologie.

Do jaké míry je však možné považovat údaje z lékařských statistik za věrný odraz skutečnosti? Údaje o výskytu psychických onemocnění v populaci mohou být považovány za

pouhý „vrcholek ledovce“, neboť zviditelňují pouze ty osoby, které trpí psychickými problémy, a zároveň se rozhodnou vyhledat odbornou pomoc.

Mnohé výzkumy potvrzují, že značně velké množství mužů i žen trpících závislostí na alkoholu se neléčí ani nevnímají potřebu se léčit. Na základě The National Comorbidity Survey (Mojtabai, Offson, Mechanic, cit. dle Wu, Ringwalt, 2004) bylo zjištěno, že jen 14 % osob závislých na alkoholu vnímá potřebu léčby. Ačkoliv je dosažitelná efektivní léčba deprese, pouze 29-52 % lidí trpících depresí v západních vyspělých zemích hledá pomoc během prvního roku nemoci, mnozí pomoc vyhledají až po mnoha letech „otálení“. (Wang et al., cit. dle Schomerus, Matschinger, Angermeyer, 2009). V nedávném výzkumu Pagura s kolegy (2009) zjistil, že až 59 % osob se sebevražednými pokusy v minulosti a 76 % osob se sebevražednými myšlenkami nevnímalo žádnou potřebu léčby, což u nich prokazatelně komplikuje využití potřebné odborné pomoci. Ke zkreslení skutečného stavu v morbiditě psychických nemocí mohou také výrazně přispívat individuální rozdíly v ochotě svěřovat se se svými psychickými problémy a v ochotě vyhledat při nich odbornou pomoc.

Již na tomto místě je důležité zdůraznit, že ačkoliv většina dostupných zdrojů udává vyšší výskyt deprese u žen, cílem následujícího výzkumu nebude přispět k dalšímu potvrzení všeobecně přijímané teze o vyšší náchylnosti žen k depresi. Výzkumná část bude vycházet spíše z těch výzkumů, které vyšší hladinu depresivity u žen zpochybňují. Bude navazovat na poměrně nepočetná, avšak o to zajímavější zjištění, která vybízejí k hlubšímu zamyšlení nad platností přetrvávajícího vnímání deprese jako typicky „ženské nemoci“.

Jsou ženy opravdu více depresivní než muži? Nejedná se spíše o jeden z „gender“ stereotypů, založený na skutečnosti, že u mužů je deprese „méně viditelná“, protože muži se se svými depresivními pocity méně svěřují svému okolí a více než ženy odmítají vyhledat v případě deprese odbornou pomoc?

2. 1 K některým současným poznatkům a problémům užívání drog

„Za toxikomanickými návyky se tedy skrývá v deformované podobě tragédie lidského sebeselhání. Skutečnost, že žádná z dosavadních společností se nedovedla uspokojujícím způsobem vyrovnat s jevy, jako je abúzus a závislost na alkoholu, ukazuje, jak soudobý svět zůstává ještě mnoho dlužen svým základním cílům přes všechny hmotné, technické a jiné vymoženosti“. (Skála, 1988, str. 5)

Droga je látka se dvěma základními vlastnostmi: 1. psychotropní efekt (modifikuje prožívání, mění způsob vidění a prožívání světa), 2. potenciál závislosti (dlouhodobé, pravidelné požívání může vyvolat závislost). Nejznámější je rozdělení drog podle míry rizika spojeného s užíváním, a to jak v oblasti tělesné, tak duševní i sociální. Jako „měkké“ drogy jsou označovány látky s nižší mírou rizika (prakticky bez rizika - čaj, káva, relativně malá míra rizika- marihuana, hašiš, kokový čaj), jako „tvrdé“ drogy látky s vyšší mírou rizika (střední míra rizika - alkohol, lysohlávky, extáze, efedrin, kodein, vysoká až střední míra rizika - kokain, pervitin, LSD, vysoká míra rizika - toluen, heroin, morfin, durman, crack). (Minařík, 2008)

Rozdělení drog podle účinku na psychiku bere v úvahu hlavní účinek látky v běžně zneužívaných dávkách. Tlumivé látky - narkotika zpomalují psychomotorické tempo, menší dávky zklidní, vyšší navodí spánek, kóma, až zástavu životních funkcí. Psychomotorická stimulancia zbavují únavy, zrychlují myšlenkové tempo, aktivují motoriku. Halucinogeny vyvolávají změny vnímání od pouhého zostření až po stavy podobné schizofrenii. (Minařík, 2008)

2.1.1 Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek

Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek se podle MKN-10 označují kódem F10 - F19, a to podle druhu návykové látky, přičemž poruchu je dále možné blíže specifikovat. Jak uvádí Nešpor (2002), v MKN-10 není pojem psychoaktivní látka přímo definován, ale je vymezen taxativně následujícím způsobem:

F10.x Poruchy vyvolané účinkem alkoholu

F11.x Poruchy vyvolané účinkem opioidů

F12.x Poruchy vyvolané účinkem kanabinoidů

F13.x Poruchy vyvolané účinkem sedativ nebo hypnotik

F14.x Poruchy vyvolané účinkem kokainu

F15.x Poruchy vyvolané účinkem jiných stimulancií

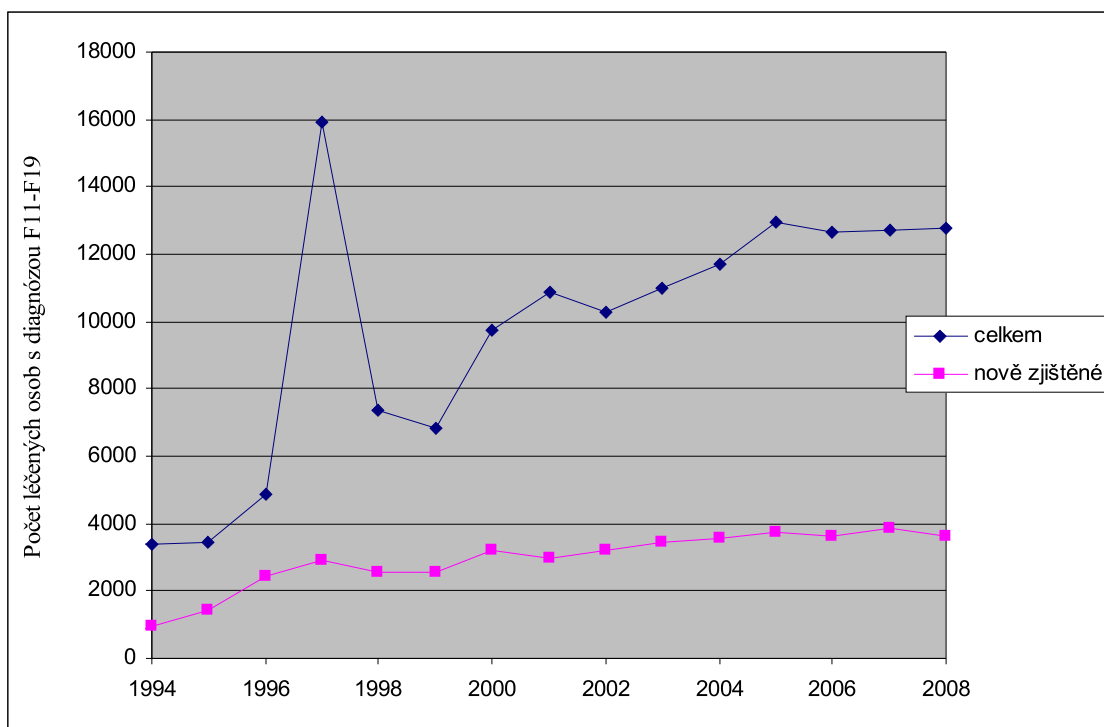
F16.x Poruchy vyvolané účinkem halucinogenů

F17.x Poruchy vyvolané účinkem tabáku

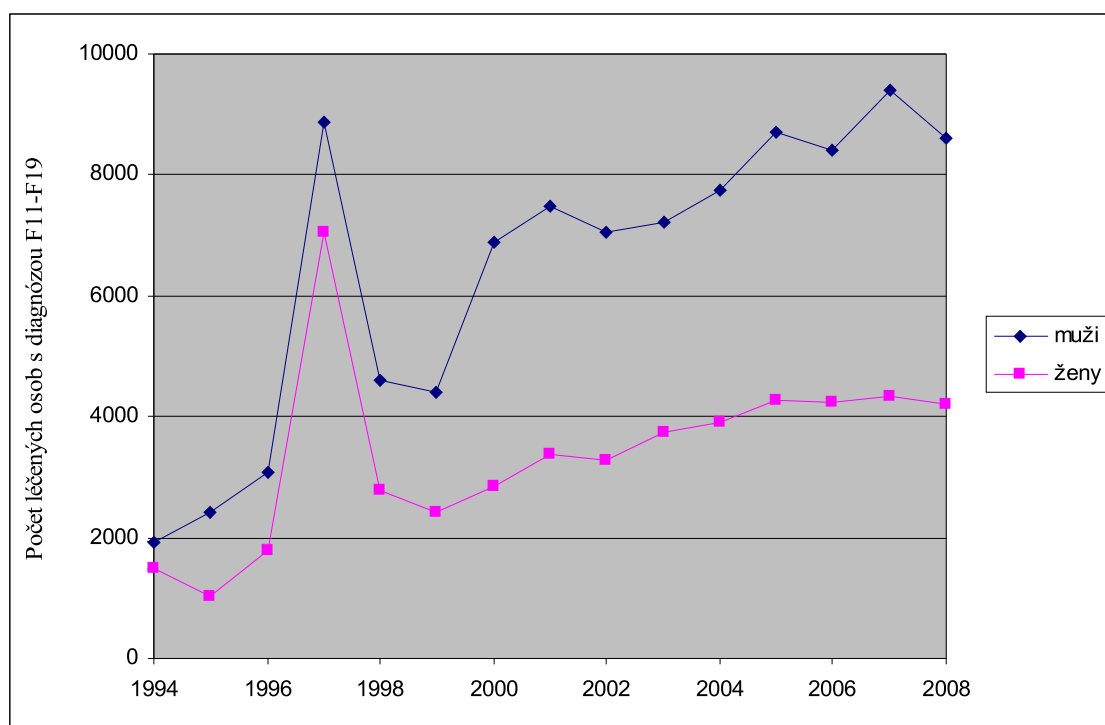
F18.x Poruchy vyvolané účinkem organických rozpouštědel

F19.x Poruchy vyvolané účinkem několika látek nebo jiných psychoaktivních látek

Jaký je trend užívání psychoaktivních látek v České republice? Při srovnání statistických údajů o počtu léčených osob s diagnózou F11-F19 zveřejněných ve Zdravotnických ročenkách ČR v letech 1992 až 2008 lze konstatovat, že v České republice dochází po větších výkyvech zaznamenaných v letech 1992-1997 od roku 1998 k postupnému zvyšování počtu poruch vyvolaných psychoaktivními látkami F11-F19, a to jak u mužů, tak u žen. Od roku 1998 je poměr léčených mužů oproti léčeným ženám přibližně dvojnásobný. Zatímco v roce 1992 byl počet léčených mužů s diagnózou F11-F19 1.863 a žen 859, v roce 2000 již byl počet léčených mužů 6.886 a žen 2.834, což je více než trojnásobný nárůst léčených osob v průběhu 8 let. V roce 1997 byl zaznamenán v rámci sledovaného období nejvyšší počet léčených žen - 7.047, v roce 2007 byl zaznamenán nejvyšší počet léčených mužů - 9.409. V roce 2008 dochází jak u žen, tak u mužů k mírnému poklesu (počet mužů 8.598, počet žen 4.202). (Zdravotnická ročenka ČR, 1992, 1997, 1998 2007, 2008).



Obr. 1. Počet léčených osob s diagnózou F11-F19 v České republice v letech 1994-2008 dle údajů ÚZIS ČR.



Obr. 2. Počet léčených osob s diagnózou F11-F19 v České republice v letech 1994-2008 dle údajů ÚZIS ČR.

2.1.2 Aktuální stav v oblasti užívání drog v ČR

Aktuální informace o stavu v oblasti užívání drog a jeho následků, v oblasti legislativy, protidrogové politiky, intervencí, drogové kriminality a drogových trhů v České republice podává „Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR za rok 2008“, vydaná v roce 2009 Úřadem vlády České republiky. (Mravčík et al., 2009).

Odpovědnost za tvorbu a naplňování národní protidrogové politiky má vláda ČR, jejím hlavním poradním orgánem je Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky. V současné době je v platnosti Národní strategie protidrogové politiky na období 2005 až 2009 a Akční plán realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2007 až 2009, všechny kraje mají vypracovány Krajské strategické dokumenty protidrogové politiky. Významné změny ve vztahu k primární drogové kriminalitě přinesl v některých oblastech nový trestní zákoník, který nabyl účinnosti 1. ledna 2010. (Mravčík et al., 2009).

„V r. 2008 dosáhly účelové výdaje z veřejných rozpočtů na protidrogovou politiku 597,3 mil. Kč, z toho ze státního rozpočtu bylo vydáno 371,9 mil. Kč, kraje a obce přispěly částkou 162,9, resp. 62,5 mil. Kč. Oproti r. 2007 došlo k nárůstu souhrnných výdajů na všech třech úrovních o 7 %; k poklesu došlo na centrální úrovni u všech sledovaných resortů a

centrálních institucí kromě ministerstev obrany, práce a sociálních věcí a Národní protidrogové centrály Policie ČR. Na krajské úrovni došlo souhrnně k meziročnímu nominálnímu nárůstu výdajů přibližně o třetinu, k poklesu výdajů došlo ve Zlínském kraji a kraji Vysočina. Z celkem 597,3 mil. Kč bylo 152,1 mil. Kč (25,5 %) vydáno na prosazování práva, 184,5 mil. Kč (30,9 %) na léčbu, 159,4 mil. Kč (26,7 %) na harm reduction, 58,4 mil. Kč (9,8 %) na primární prevenci a 24,9 mil. Kč (4,2 %) na následnou péči“. (Mravčík et al., 2009, str. 4)

Česká republika patří mezi evropské země s vysokou prevalencí užívání většiny drog ve školní populaci, u konopných drog má ČR zdaleka nejvyšší prevalenci, a to i přesto, že došlo ke stabilizaci míry užívání konopných látek mezi 16 letými. Mezi hlavní trendy v roce 2008 patří nárůst užívání drog v dospělé populaci, přičemž nejvyšší míru vykazuje užívání konopných drog, zvláště ve skupině mladých mužů. Zvyšuje se dlouhodobě průměrný věk uživatelů drog v kontaktu a v léčbě. Mírně se meziročně zvýšila střední hodnota odhadovaného počtu problémových uživatelů opiátů a pervitinu, stále však v mezích intervalu spolehlivosti minulých let.

V r. 2008 proběhly v ČR dva průzkumy v dospělé populaci – celopopulační šetření zaměřené výhradně na užívání nelegálních drog a šetření zaměřené obecně na zdraví obyvatel. Vzhledem k metodologické odlišnosti poskytly rozdílné výsledky:

„Podle první z nich (na vzorku respondentů ve věku 15–64 let) má alespoň jednu zkušenost s některou ze sledovaných nelegálních drog 37 % populace, s konopnými látkami 34 % a zkušenost s jinou drogou než marihuanou 17 % populace. V posledním roce konopné látky užilo 15 % respondentů, v posledním měsíci 9 %. Podle druhé studie (na vzorku respondentů ve věku 15 a více let) užilo jakoukoliv nelegální drogu alespoň jednou v životě 15 %, konopné látky také 15 % a jinou drogu než konopnou 4 % respondentů“. (Mravčík et al., 2009, str.20)

Výsledky obou studií naznačují, že podíl osob, které mají zkušenost s návykovými látkami, v populaci roste, největší nárůst se týká konopných drog. Zatímco v letech 2002 a 2004 uváděla alespoň jednu zkušenost s konopnými látkami pětina dospělých respondentů, v roce 2008 ve studii zaměřené na užívání nelegálních drog to byla třetina. K nárůstu došlo také v časové řadě studií zaměřených obecně na zdravotní stav obyvatel. Z respondentů, kteří ve studii cílené na užívání nelegálních drog uvedli užití konopné látky v posledním měsíci, jich 9 % užívalo konopnou látku denně nebo téměř denně, po extrapolaci na populaci ČR ve věku 15–64 let lze počet denních nebo téměř denních uživatelů konopných drog odhadnout na přibližně 57 tis. osob (0,8 % populace ve věku 15 až 64 let). Zjišťována byla také míra rizikového užívání konopných látek- střední riziko pro 26 % a vysoké riziko pro 12 % respondentů, kteří jej užili v posledním roce, přičemž nejohroženějšími skupinami jsou muži a

osoby ve věku 25–34 let. Po extrapolaci na celou českou populaci je počet uživatelů konopných látek s významným rizikem závislosti odhadován na přibližně 150 tis. osob, cca dvě třetiny z nich jsou ve věku 15–29 let.

Na základě mezinárodního srovnání školní studie ESPAD lze konstatovat, že ČR patří v Evropě mezi země s nejvyššími prevalencemi užívání většiny sledovaných drog s výjimkou těkavých látek. U konopných drog dosahuje ČR nejvyšších prevalencí v Evropě, alespoň jednu zkušenost s užitím konopné látky má 45 % českých 16letých. V prostředí noční zábavy jsou nadále nejpopulárnějšími nealkoholovými drogami konopné látky a extáze, v současné době rostou zkušenosti s užíváním pervitinu a kokainu.

Podle dostupných dat stárne v ČR také populace uživatelů drog, zvyšuje se průměrný věk osob v kontaktu s nízkoprahovými zařízeními pro uživatele drog, roste počet starších léčených uživatelů drog. Ve věku nad 40 let je ve srovnání s mladšími uživateli drog více nezaměstnaných a osob bez domova, častěji jsou to uživatelé s vyšším vzděláním. Česká protidrogová politika dosud nicméně na stárnutí populace uživatelů drog nereaguje, v ČR funguje pouze jedno zařízení specializované na starší uživatele nealkoholových drog.

„Odhadovaný počet problémových uživatelů drog se v r. 2008 zvýšil na cca 32,5 tis., na nichž se podílí cca 21,2 tis. uživatelů pervitinu a cca 11,3 tis. uživatelů opiátů. Injekčně drogy užívá cca 31,2 tis. osob, tedy většina uživatelů opiátů i pervitinu. Oproti r. 2007 se v r. 2008 zvýšil počet problémových uživatelů všech typů drog. Odhad počtu problémových uživatelů drog je nejvyšší v Hl. m. Praze (11,5 tis.) a Ústeckém kraji (4,2 tis.), v těchto krajích je rovněž nejvyšší odhadovaný počet problémových uživatelů opiátů.“ (Mravčík et al., 2009, str.20)

V současné době přetrvává relativně nízký počet smrtelných předávkování drogami (v roce 2008 15 případů smrtelného předávkování opiáty, 19 pervitinem a 10 těkavými látkami), což je o 4 více než v r. 2007; u opiátů došlo k mírnému nárůstu, u pervitinu k výraznějšímu nárůstu a počet smrtelných předávkování těkavými látkami klesl. Nebylo evidováno žádné úmrtí na předávkování kokainem, extází, halucinogeny ani THC. Dochází však k nárůstu počtu úmrtí za přítomnosti drog (zejména pervitinu a konopných látek) z jiných příčin- zejména nehod, úrazů a sebevražd. Došlo k výraznému meziročnímu nárůstu podílu pozitivních nálezů pervitinu a konopných drog u osob, které zemřely při dopravních nehodách nebo na jejich následky (na tyto látky bylo pozitivních 9,2 %, resp. 6,2 % zemřelých řidičů). Je patrný nárůst případů hospitalizací pro předávkování u pervitinu, dochází k poklesu počtu nefatálních předávkování heroinem. (Mravčík et al., 2009).

„ V ČR se odhaduje cca 20 tis. problémových uživatelů pervitinu, což jsou 2/3 všech odhadovaných problémových uživatelů drog v ČR; 80–90 % z nich jsou injekční uživatelé. V obecné populaci je míra užívání pervitinu dlouhodobě velmi nízká, dochází však k jejímu zvýšení v prostředí noční zábavy. Uživatelé pervitinu představují hlavní skupinu všech uživatelů drog v léčbě – tvoří dlouhodobě přibližně 60 % všech případů. Pervitin se často užívá v kombinaci s jinými drogami, nejčastěji se jedná o konopné látky, opiáty a alkohol. S dlouhodobým užíváním pervitinu je spojena psychiatrická komorbidita, zejména toxické psychózy“. (Mravčík et al., 2009, str.3)

V současné době přetrvává vysoký podíl problémových uživatelů drog, kteří jsou v kontaktu s nízkoprahovými programy, dlouhodobě se zvyšuje počet distribuovaných jehel a stříkaček. Výskyt HIV mezi injekčními uživateli drog je relativně nízký, i když došlo k nárůstu počtu nových případů HIV mezi injekčními uživateli drog v posledních dvou letech. Došlo k nárůstu počtu odhalených výroben pervitinu, pěstíren konopí a zachycených rostlin konopí, u počtu drogových trestných činů nedošlo k výraznějším změnám. (Mravčík et al., 2009).

Pomoc uživatelům drog a závislým je v ČR poskytována službami různých typů s poměrně širokým spektrem a dobrou dostupností, nedošlo k výraznějším změnám v síti pomáhajících zařízení. V r. 2008 došlo k zakotvení profese adiktologa v zákoně o nelékařských zdravotnických povoláních a k vymezení odborné způsobilosti k jeho výkonu.

„ Muži převažují nad ženami ve všech typech léčebných zařízení, tvoří přibližně dvě třetiny klientů. Podíl žen je vyšší v mladších věkových skupinách. Průměrný věk uživatelů drog v léčbě dlouhodobě roste a tento trend je patrný napříč různými zdroji dat. Nejpočetnější skupinu léčených uživatelů drog v ČR tvoří uživatelé pervitinu (metamfetaminu), následují uživatelé opiátů/opioidů (heroin a Subutex®) a konopných látek. Polyvalentní užívání drog (užívání více drog současně) je častý jev. Injekční užívání je nejčastější formou aplikace pervitinu a opiátů u uživatelů v léčbě“. (Mravčík et al., 2009, str.3)

Dlouhodobě dochází k poklesu počtu ambulantních zdravotnických zařízení oboru psychiatrie vykazujících poskytování péče uživatelům drog, počet jejich pacientů zůstal v r. 2008 přibližně stejný jako v r. 2007. Počet a regionální dostupnost AT poraden, tj. ambulantních zdravotnických zařízení specializovaných na léčbu závislostí, a jejich využití uživateli drog nejsou přesně známy; poskytování specializované AT péče deklaruje 124 ambulancí. V r. 2008 došlo k poklesu počtu hospitalizovaných v psychiatrických lůžkových zařízeních, zvláště v souvislosti s poklesem hospitalizací na psychiatrických odděleních nemocnic. Počet hospitalizací v psychiatrických léčebnách se mírně zvýšil, stejně jako počet registrovaných pacientů v substituční léčbě.

2.1.3 Modely závislosti a přístupy v pomoci uživatelům drog

„Na etiologii drogové závislosti je v současné době řada různých názorů a shoda panuje pouze v obecné rovině s tím, že se jedná o velmi složitý jev kombinované bio-psycho-socio-spirituální povahy“. (Jeřábek, 2006, str. 494)

Biomedicínský model

Biomedicínský model dominoval v oblasti přístupu k závislosti na návykových látkách po dlouhá desetiletí. Závislost je chápána jako nemoc v lékařském slova smyslu (chorobná porucha mozkových funkcí, částečně s dědičnými dispozicemi), která je chronická, obtížně léčitelná, s častými recidivami (podobně jako cukrovka). Není úplně vyléčitelná, ale může dojít k úpravě stavu za podmínky trvalé abstinence. Další užití drogy je vždy recidivou nemoci, tomuto pojetí odpovídaly i převládající léčebné metody- ústavní izolace, detoxikace, léčba prací. Ambulantní léčení individuální psychoterapií bylo velmi výlučné.

Biomedicínský model je modelem značně redukcionistickým, ale ve své době znamenal převrat v euroatlantické kultuře. *„Odmítnul tradiční pojetí duševní choroby jako škodlivé sociální deviace, která v sobě slučuje rysy neloajálnosti, posedlosti, morálního selhání a zločinu a nazval tyto projevy nemocí“.* (Kalina, 2003, str. 78)

Závislosti byly do biomedicínského modelu zahrnuty později než např. psychózy, v posledních desetiletích stále dochází k zařazování problémů psychosociální patologie do lékařských diagnostických kategorií (gambling, kriminalita). Lze polemizovat o tom, zda a do jaké míry je trend medicinalizace psychosociálních problémů a sociálních jevů zdravý a prospěšný. V současné době je biomedicínský přístup částečně překryt přístupem bio-psycho-sociálním. (Kalina, 2003)

Bio-psycho-sociální model

Rozmach modelu začal v 60. letech, v době, kdy se drogy staly celospolečenským problémem. Není přístupem tradičně lékařským, ale vždy byl a zůstává v zásadě zdravotnickým, pracuje se zdravotnickými pojmy individuální diagnózy, prevence, léčení a rehabilitace, s klinickým myšlením a opírá se o široký koncept zdraví prosazovaný WHO. Integruje poznatky přírodních, psychologických i společenských věd a rozvíjí spolupráci mezioborových týmů. (Kalina, 2003)

V rámci bio-psycho-sociálního modelu se rozšiřuje model biomedicinský o rozměr psychických funkcí a mezilidských vztahů. Závislost vzniká v průběhu vývoje osobnosti ve vzájemné interakci biologických, psychologických a vztahových faktorů. Podstatnými pojmy jsou dispozice (genetické, biologické, psychologické) a spouštěče (např. životní události nebo nároky vývojového období), které vedou k manifestaci poruchy. Léčení závislosti musí zahrnout všechny faktory bio-psycho-sociálního modelu. Tomu odpovídají vedle detoxikace a farmakoterapie také psychosociální terapie. Patří k nim různé metody individuální, skupinové a rodinné psychoterapie, včetně terapie v léčebném společenství - tzv. terapeutická komunita. (Kalina, 2003)

Bio-psycho-sociální model prolomil hluboce zakořeněnou tezi o trvalé a nevyléčitelné závislosti. Za příznivých vnitřních a vnějších podmínek může člověk svoji závislost „přerůst“, vlastně se tedy uzdravit a být nadále zdravým člověkem, nikoliv pouze abstinujícím alkoholikem či toxikomanem. Mnozí odborníci však možnost přerůst závislost popírají, a jistě tato perspektiva neplatí pro každého. (Kalina, 2003)

Přístup ochrany veřejného zdraví (public health)

Vychází z epidemiologie, sociologie a veřejné politiky. Ve své čisté podobě nesleduje zájem individuálního klienta, ale ochranu populace, především před přenosem závažných infekčních chorob. Může vést k zanedbání individuálních potřeb a perspektiv problémového uživatele, k rezignaci na léčení a sociální opatření. (Kalina, 2003)

Přístup minimalizace poškození (harm reduction)

I když se v rámci přístupu „harm reduction“ využívá některých metod, které zároveň slouží ochraně veřejného zdraví, jde o přístup především individuální, zaměřený na individuální potřeby a perspektivy klienta. Neklade si za cíl abstinenci klienta od drog. Nevylučuje tuto perspektivu, ale nepokládá za nutné a účelné její okamžité, prvořadé a výlučné prosazování. Akceptuje, že klient v dané době užívá drogy a nechce či nemůže přestat (nemá třeba dostatečnou motivaci k tomu, aby o to usiloval a nastoupil léčbu) a snaží se zachovat klienta při životě a maximálně možném zdraví v bio-psycho-sociálním smyslu. (Kalina, 2003)

Sociální a sociálně-pedagogický přístup

V modelu drogové závislosti tyto přístupy zdůrazňují vnější faktory- nepříznivé sociální prostředí, nevhodnou výchovu, chybění či ztrátu sociálních dovedností, schopností a možností integrovat se do komunity. Používanými metodami jsou zejména sociální a výchovné

poradenství, vedení intervence a asistence, resocializace, reedukace, rekvalifikace. (Kalina, 2003)

Přístupy morální a spirituální

Pojetí drogové závislosti jako morálního debaklu je ve společnosti stále značně rozšířené. Tento koncept využívají zastánci represe, ale může tvořit i východisko pomoci uživatelům a závislým. V praxi aplikuje sociální a sociálně pedagogické postupy, spojené s křesťanskou morálkou, často navazuje na misijní působení ve velkoměstských komunitách postižených sociálními problémy a kriminalitou. (Kalina, 2003)

Přístup spirituální za jedinou cestu z drogové závislosti pokládá náboženské obrácení, oddanost víře a život a práci v úzkém společenství podobně věřících pod trvalým duchovním vedením. Často má sektářský charakter, až na vzácné výjimky nedůvěřuje odborníkům a odborným postupům, často od nich odrazují klienty. Pokud však pomineme extrém, mají morální a spirituální přístupy k problematice závislosti a léčbě závislých stále co dodat (hnutí AA).(Kalina, 2003)

Holistický-celostní model

Holistický či celostní přístup je charakterizován „vykročením“ z bio-psycho-sociálního modelu do oblasti alternativních terapií (akupunktura, akupresura, aromaterapie). Holistickým modelem je vlastně i model, který se nazývá model bio-psycho-socio-spirituální. Potřeba morálky a spirituálního rozměru člověka patří k normálnímu životu, k překonávání krize a uzdravování z nemoci, tedy i k léčbě drogových závislostí. (Kalina, 2003)

2.1.4 Genderová perspektiva v léčbě závislostí

Statistická data i zkušenosti z praxe potvrzují, že rozdíly mezi problematikou drog u žen a u mužů jsou významné, a proto mnohdy obě skupiny vyžadují odlišný přístup. Většinou jsou však jako specifická cílová skupina pojímány pouze ženy. Podle Preslové (cit. dle Kalina, 2008) to může být způsobeno snahou vyhovět proklamované potřebě věnovat se tzv. „ženské otázce“. (Kalina, 2008) Podle publikace UNODC (United Nation Office on Drugs and Crime, cit. dle Kalina, 2008) tvoří ženy asi 40 % uživatelů drog v USA a vyspělé Evropě, 20 % v bývalém Sovětském svazu a v Latinské Americe a asi 10 % v Asii. Ke specifickým charakteristikám žen s návykovými problémy patří větší stigmatizace a kulturní tabuizace. Problémy s užíváním návykových látek si často nepřipouštějí ani ženy samy a neuvědomují si

je ani jejich rodiny a pomáhající odborníci. Systémové, strukturální, kulturní a osobní bariéry zabraňují ženám užívajícím drogy v přístupu ke službám, což vede k tomu, že jsou v nich méně zastoupeny než muži.

Vobořil (2003) uvádí řadu studií, podle kterých stávající poměr žen a mužů 1:3 ve využívání protidrogových služeb neodpovídá skutečnosti drogové scény, kde je poměr žen a mužů spíše 1:2. Za sociologickou podstatu této genderové odlišnosti je pokládán fenomén „dvojitá deviance“, žena užívající drogy je deviantní nejen pro samotné užívání, ale zároveň zklamává ve své ženské roli, především těhotné ženy a mladé matky užívající drogy jsou společností silně odsuzovány. Společenské klima tak vyvíjí tlak, který brání ženám vystoupit z anonymity. Podle Hellera a Pecinovské (cit.dle Kalina, 2008) se v poslední době zvýšila společenská tolerance k užívání návykových látek ženami, avšak odmítavé postoje k závislým ženám se změnilly velmi málo. Podle genderově specifického pojetí ženské závislosti na návykových látkách jsou za její determinanty považovány více než osobnostní faktory mnohem více faktory sociální, které souvisejí s mužskou kulturou, společností a chováním mužů. Ženy bývají častěji uvedeny do užívání návykových látek a udržovány v abúzu svými mužskými partnery, prožívají traumata z fyzického násilí a emočního a sexuálního zneužívání od svých mužských partnerů, a následně užívají drogy, aby se s tím vyrovnaly. Ženy mnohem častěji než muži trpí závislostí na lécích ze skupiny sedativ, hypnotik a tzv. malých trankvilizérů či anxiolytik, často jde o tzv. iatrogenní závislost způsobenou lékaři. Podle Hellera a Pecinovské sociální, iatrogenní a psychologické komplikace závislosti u žen spolu s odkládáním léčby kvůli obavám ze stigmatizace vytvářejí velmi vážné, život ohrožující vztahy. (cit. dle Kalina, 2008)

Kalina uvádí, že genderovým charakteristikám mužů trpících závislostí je věnována mnohem menší pozornost než ženám, i když i oni by měli být považováni za genderově specifickou cílovou skupinu. U závislých mužů se méně často vyskytují přídatné problémy s duševním zdravím a psychologická traumatizace (např. Yates a Wilson, cit. dle Kalina, 2008) zatímco např. Galanter a Kleber u nich udávají vyšší sklon k sebevraždám, častější kriminální anamnézu a poruchy osobnosti disociálního typu (cit. dle Kalina, 2008). Podle Buehringera a Platta (cit. dle Kalina, 2008) je u mužů v léčbě méně intenzivně vyjádřena depresivní symptomatika, ale ke zlepšení u nich dochází obtížněji a pomaleji než u žen. Muži častěji než ženy nastupují do léčby, déle se v ní udrží a častěji ji dokončí, což může souviset s tím, že u nich do léčby méně zasahují rodinné či partnerské vlivy, ale po léčbě se častěji vracejí k závislostnímu chování (De Leon, cit. dle Kalina, 2008). U závislých mužů

v terapeutických komunitách byl zjištěn typický psychologický profil, pro nějž je charakteristická tendence skrývat nejistotu, strach z intimity a sexuality vyplývající z chybění pozitivních mužských vzorů, neschopnost zdravého vztahu mezi mužem a ženou, obtíže s emočním vyjádřením a s odkrytím osobní zranitelnosti, neochota připouštět sexuální zneužívání a hovořit o něm, rigidní vzorce chování typu „macho (dominantnost, agresivita, soupeřivost). Podle Kaliny tyto charakteristiky odpovídají Casrielovu konceptu „*toxikomana jako člověka se zamrzlými emocemi*“. (Kalina, 2008, str. 270) Podle Kaliny se v poslední době objevuje zvláště u dospívajících a mladých dospělých trpících závislostí stále více rysů, které souvisejí s nezvládnutými vývojovými úkoly adolescence a osobnostní zranitelností (osamělost a nízká schopnost zdravých mezilidských vztahů, poruchy identity a identifikace s vlastním tělem a sexuální rolí, emoční závislost na původní rodině, povrchní sociální adaptace, úniky do fantazie).

„Tito klienti neodpovídají tradičnímu genderovému stereotypu muže, sdíleného spoluklientkami i členkami terapeutického týmu, ženy v terapeutickém prostředí k nim přistupují spíše s despektem nebo k nim zauímají mateřské postoje, což jejich problémy s mužskou identitou spíše prohlubuje. (Kalina, 2008, str. 270)

Tato situace je výstižnou ilustrací některých filosofických a sociologických teorií postmoderny (Giddens nebo Habermas, cit. dle Kalina, 2008) podle kterých je tzv. „ženská otázka“ v soudobé společnosti mnohem více spíše „mužskou otázkou“. Za ústřední genderový problém současnosti je považována „*krize maskulinity*“. (Kalina, 2008, str. 270)

Jak uvádí Kalina, od zdůrazňování ženských odlišností a specifického přístupu k ženám lze dospět k novému pojetí společné léčby s genderovou citlivostí vůči ženám i mužům. Tento pohled prosazuje i Naya Arbiterová (cit. dle Kalina, 2008), která nesouhlasí s pojetím žen jako specifické cílové skupiny v terapeutické komunitě a navrhuje, aby se komunity otevřely „*informovanému svědectví o zkušenosti žen i mužů*“:

„ Jestliže ideál, o který usilujeme v našich terapeutických komunitách, je výchova celé osoby, pak musíme transformovat hněv do soucitu s naší zkušeností i se zkušeností kohokoli druhého a vytvořit dialog pro porozumění utrpení kohokoli druhého. Genderově vstřícné léčení není exkluzivní pro ženy“. (Arbiter, cit. dle Kalina, 2008, str. 271)

2.2 Závislost na alkoholu

„Spotřeba alkoholu se v ČR pohybuje kolem 10 litrů čistého alkoholu na obyvatele. Ve spotřebě piva zaujímáme přední místo ve světě. Nadměrně konzumuje alkohol asi 1/4 všech mužů v ČR a asi 1/10 žen“. (Minařík, 2008, str. 341).

Jak uvádí Nešpor (2002), podle odhadu Světové zdravotnické organizace a Světové banky je v postsocialistických zemích alkohol příčinou 11,9 % ze všech let ztracených v důsledku nemoci nebo smrti, přičemž tento údaj zahrnuje jak závislost na alkoholu, tak předčasná úmrtí v důsledku otrav alkoholem, úrazů a nemocí souvisejících s alkoholem.

2.2.1 Vymezení závislosti na alkohol

„Alkohol je nejčastěji užívaná psychoaktivní látka duševně zdravými i duševně nemocnými jedinci. Působí útlum a intoxikaci centrálního nervového systému. Rozlišení mezi rekreačním (sociálním) pitím a abúzem je často dosti obtížné“. (Smolík, 2002, str.127)

Jak uvádí Smolík (2002, s.127), pojem „alkoholismus“ neoznačuje blíže specifikovanou duševní poruchu, bývá definován jako „*nadměrné požívání nápojů obsahujících alkohol*“. S alkoholismem spojené poruchy, které jsou podle Mezinárodní klasifikace duševních poruch (MKN-10) kódovány jako F 10 „*Poruchy vyvolané užíváním alkoholu*“, lze obecně rozdělit do dvou kategorií: „*poruchy související s přímým účinkem alkoholu na centrální nervový systém*“ (např. alkoholová intoxikace, halucinóza, odvykací stav, amnestický syndrom, demence...), a dále na „*poruchy související s chováním, které je spojeno s užíváním alkoholu*“ (syndrom závislosti, abúzus alkoholu).

Jedinec trpící závislostí na alkoholu bývá obvykle postižen ve spojitosti s jeho užíváním alespoň v jedné z těchto oblastí: zdraví, práce (škola), vztahy v rodině, sociální fungování, právní problémy. Vývoj alkoholové závislosti lze podle Jellineka rozdělit na následující stadia:

„I. stadium (počáteční, prealkoholické) zachycuje údobí, kdy si piják uvědomuje, že pije jinak než druzí, že mu alkohol přináší úlevu v jeho problémech, a proto zvyšuje frekvenci pití a jeho dávky. Ve druhém stadiu (prodromálním, varovném) se zvyšuje tolerance, piják se za pití stydí, objevují se okénka. Toto stadium zhruba odpovídá termínu „škodlivé užívání“, resp. „abúzus“ alkoholu. Ve třetím stadiu (rozhodném, krucálním) stále stoupá tolerance, v důsledku častého pití narůstají konflikty (i se zákonem), rozpadají se interpersonální vztahy. Čtvrté stadium se nazývá konečné, terminální - odpovídá nejspíše syndromu závislosti

s poklesem tolerance, společenskou degradací a úpadkem tělesného a duševního zdraví“. (cit. dle Raboch, Pavlovský, 1999, s. 58)

Jak uvádí Popov (2003), závislost na alkoholu lze tedy charakterizovat jako chronické recidivující onemocnění, postihující pacienta kromě oblasti zdravotní postupně také v dalších důležitých oblastech jeho života. Bez adekvátní léčby má onemocnění sklon k progresi, v terminálním stadiu často dochází až k deprivaci s nutností trvalého umístění v psychiatrickém zařízení. Abstinence je v současné době považována za základní podmínku léčby závislosti na alkoholu, neboť při ní dochází k nevratné ztrátě schopnosti kontrolovaně pít alkohol, narozdíl od závislosti na jiných návykových látkách, při kterých je možná substituční léčba. Podle Popova bývá zdrojem „terapeutického nihilismu“ a chybného dojmu, že léčba závislosti na alkoholu je všeobecně neúspěšná, především ta skutečnost, že u velké části léčených pacientů nedochází k trvalé „doživotní abstinenci“ po první léčbě. Popov uvádí, že skutečností je naopak minimálně jednorroční plná abstinence u 50-70 % absolventů odvykací léčby, po třech letech plně abstinuje 30-40 % pacientů. (Popov, 2003)

2.2.2 Diagnostika závislosti na alkoholu

Diagnostická kritéria Mezinárodní klasifikace duševních poruch MKN-10 pro F10.2 „Závislost na alkoholu“ nebyla specifikována. Jsou používána obecná kritéria stanovená pro diagnózu F1x.2 „Syndrom závislosti“, který je podle MKN-10 definován jako:

„Seskupení behaviorálních, kognitivních a fyziologických fenoménů, které se vyvinou po opakovaném užívání psychoaktivní látky. V typickém případě zahrnují silnou touhu získat látku, obtíže s kontrolou jejího užívání, trvalé užívání i přes nebezpečné konsekvence a dávání značné přednosti užívání látky před jinými aktivitami a povinnostmi, zvýšená tolerance a někdy somatický odvykací stav.“ (cit. dle Smolík, 2002, s.121)

Podle MKN-10 se diagnostikuje „Syndrom závislosti“ (F1x.2), pokud se vyskytují po dobu alespoň jednoho měsíce (nebo opakovaně v kratších obdobích v průběhu dvanácti měsíců) společně minimálně tři z následujících projevů: 1) silná touha nebo pocit nutkání získat látku, 2) zhoršená schopnost sebeovládání ve vztahu k užívané látce, týkající se začátku užívání, jeho trvání nebo velikosti dávek - časté užívání ve velkých množstvích nebo po období delší, než bylo zamýšleno, neúspěšné pokusy redukce (regulace) užívání látky 3) patofyziologické projevy odvykacího stavu (viz F1x.3 a F1x.4), jestliže je užívání látky redukováno nebo je vysazena, (užívání stejné nebo příbuzné látky za účelem oslabení nebo vyhnutí se odvykacím příznakům) 4) průkaz tolerance k účinku látky, kdy k dosažení intoxikace nebo žádoucího

účinku je zapotřebí prokazatelně většího množství, nebo zřetelně snížený účinek při trvalém užívání stejného množství látky 5) zaujetí užíváním látky, projevující se opuštěním nebo zredukováním jiných důležitých zálib nebo zájmů v důsledku užívání látky, nebo je většina času věnována činnostem nezbytným k obstarávání, užívání nebo zotavování se z účinků látky, 6) trvalé užívání látky navzdory jasnému důkazu škodlivých následků (viz F1x.1). (cit. dle Smolík, 2002, s. 121)

Jellinekova typologie z roku 1940 rozlišuje 5 typů abusu alkoholu (cit. dle Popov, 2003):

Typ alfa- „problémové pití“, abusus alkoholu jako sebemedikace k odstranění dysforie, potlačení tenze, úzkosti, depresivních pocitů, časté je pití o samotě.

Typ beta- „společenské pití“, příležitostný abusus, výrazně charakterizovaný sociokulturně, častým pitím ve společnosti, typickým následkem je somatické poškození.

Typ gama- „anglosaský typ“, s preferencí piva a destilátů, závislost na alkoholu, dochází k poruše kontroly pití, postupnému zvyšování tolerance k alkoholu, s typickou progresí konzumace, následovanou somatickým a psychickým poškozením, výrazněji bývá vyjádřena psychická závislost.

Typ delta- „románský typ“, s preferencí vína, typická je chronická, denní konzumace alkoholu, trvalé udržování „hladinky“, bez výraznějších projevů opilosti a ztráty kontroly, výrazněji bývá vyjádřena somatická závislost s tělesným poškozením.

Typ epsilon- epizodický abusus (kvartální pijáctví, dipsomanie) s obdobími delší, občas úplné abstinence, nepřilíš častá varianta závislosti, provázející někdy afektivní poruchy. (Popov, 2003)

2.2.3 Účinky alkoholu na organismus

„Neurobiologický substrát vlivu alkoholu na psychické funkce je dán změnami, ke kterým dochází v metabolismu neurotransmiterů v CNS, zejména dopaminu a noradrenalinu. Při alkoholismu dochází k útlumu dopaminergní, serotonergní a taurinergní aktivity. Zároveň dochází k potlačení inhibičního účinku kyseliny gama aminomáselné (GABA). Naopak dochází ke zvýraznění aktivity glutamátu, zvyšuje se aktivita kalciových kanálů v neuronech a počet NMDA receptorů, dochází k hyperstimulaci cholinergního, noradrenergního a opiodiového systému. Podkladem somatického poškození organismu při alkoholismu je především tkáňová aktivita acetaldehydu, který vzniká při biodegradaci etylalkoholu.“ (Popov, 2003, str. 152)

Psychoaktivní účinky alkoholu na lidský organismus závisí především na množství, formě a způsobu požití alkoholického nápoje. Výsledný efekt je ovlivněn nejen faktory

biologickými (jako jsou osobní dispozice, zdravotní stav) a psychologickými (např. anticipace účinku) ale i sociálními vlivy (působení prostředí). (Popov, 2003)

Akutní intoxikace CNS alkoholem se projevuje většinou jako prostá opilost (ebrieta). Na začátku konzumace a při nižších dávkách má alkohol vliv stimulační, dochází k psychomotorické excitaci s elací nálady, zvýšenému sebevědomí, mnohmluvností. Později dochází ke snížení sebekritičnosti, zábran, zvýšení agresivity. Bylo například zjištěno, že muži, kteří konzumují alkohol, s větší pravděpodobností interpretují chování druhých jako agresivní a agresivně na druhé reagují (např. Ogle, Miller v roce 2004, cit. dle Keller et al., 2008) Při rychlé konzumaci vyšších dávek alkoholu nebo při déletrvajícím nepřerušované konzumaci dochází k útlumu CNS (objevuje se únava, somnolence, spánek, případně bezvědomí až smrt). (Popov, 2003)

2.2.4 Neurobiologie závislosti

Závislost má rysy obsedantně kompulsivního chování, kdy nutkavost nemusí být vždy odměněna pocitem libosti. Rys nutkavosti provázející závislost opět svědčí pro důležitost serotoninu při rozvoji a udržování této poruchy, protože právě serotonin hraje v řadě obsedantních syndromů důležitou úlohu. Droga posiluje chování vedoucí k odměně. Nejznámějším dokladem jsou testy autostimulace určitých oblastí mozku, mozkových struktur nazývaných „centra radosti“- např. ventrální tegmentální oblast, nucleus accumbens, thalamus. V odměňovacích mechanismech hraje prokazatelně důležitou roli dopamin a je tedy zřejmé, že dopamin zaujímá důležité místo i v mechanismech navození závislosti. (Fišerová, 2003, str. 97)

Při akutním i opakovaném podání drog se některé účinky podobají účinkům antidepresiv a naopak při abstinčním syndromu dochází ke změnám podobným depresivním stavům. Některé hypotézy popisují užívání drog jako samoléčení lidí, které jsou v určitém smyslu depresivní (Markou et al., cit. dle Fišerová, 2003) Jedním z nejdůležitějších markerů deprese je vysoká kortisolémie. Není vyloučeno, že posedlost vyhledáváním nového je spojena s chronickým stresem, což tyto lidi činí náchylnými ke vzniku deprese, kterou léčí drogami. Proto se v léčbě drogových závislostí často dobře uplatní serotonergní antidepresiva. (Fišerová, 2003)

Zajímavé výsledky přinesl nedávný výzkum Wrase a kolegů, zaměřený na vztah mezi objemem oblastí mozku, které jsou spojeny s centry odměny (reward-related), bažením po alkoholu a rizikem relapsu u osob závislých na alkoholu. U osob se závislostí na alkoholu

bylo zjištěno zmenšení objemu amygdaly, hipokampu a ventrálního striata a udávali silnější bažení po alkoholu v porovnání s kontrolní skupinou osob bez závislosti na alkoholu. Avšak pouze objem amygdaly a míra bažení po alkoholu odlišovaly ve skupině osob závislých na alkoholu osoby abstinující od těch, u kterých došlo k relapsu. Statisticky významné zmenšení objemu amygdaly u osob se závislostí na alkoholu bylo spojeno se zvýšeným bažením po alkoholu před použitím zobrazovacích metod a zvýšeným příjmem alkoholu během následujícího období 6 měsíců. Byla tedy potvrzena existence vztahu mezi zmenšením objemu amygdaly, bažením po alkoholu a budoucím relapsem v konzumaci alkoholu. (Wrase et al., 2008)

2.2.5 Somatické komplikace závislosti na alkoholu

Jak uvádí Popov (2003), somatická poškození způsobená nadměrnou konzumací alkoholu mohou zasahovat všechny systémy lidského těla. Patří mezi ně především chronické potíže gastrointestinálního traktu (dysfagie, gastritidy, jícnové varixy, hepatopatie), avitaminózy, poruchy krvetvorby, hemokoagulace a anémie. Může docházet ke zvýšení rizika vzniku jaterní cirhózy a karcinomu jater, rakoviny jícnu, žaludku a tenkého střeva (u konzumentů piva je vyšší výskyt rakoviny rektu), k narušení endokrinního systému (pseudo Cushingův syndrom), k poškození pankreatu, poruše sekrece inzulinu, k funkčnímu a následně i k orgánovému poškození oběhového systému (systémová arteriální hypertenze, kardiomyopatie), nervového systému (alkoholická polyneuropatie, mozková atrofie, alkoholická epilepsie, syndrom deficitu thiaminu). Chronický nedostatek vitamínu B1 u alkoholiků může vyústit v život ohrožující neurologický syndrom (Wernickeova encefalopatie). Dýchací systém bývá často poškozen v důsledku celkového oslabení imunitního systému a chronického dráždění tabákovým kouřem, častý je výskyt bronchitid, bronchogenního karcinomu, nádorů v dutině ústní, močového měchýře a prostaty. U mužů může docházet ke snížené sekreci testosteronu, poruchám sexuální funkce a k impotenci. U žen alkoholiček, které otěhotní, hrozí riziko poškození plodu, které se označuje jako fetální alkoholový syndrom (FAS). Projevuje se poškozením CNS dítěte, jeho růstovou retardací a kraniofaciální dysmorfii (mikrocefalie, oční anomálie, krátké palpebrální štěrby, plochý kořen nosu, vymizelé filtrum, tenký horní ret, nízko položené uši). Pokud jsou přítomny pouze poruchy chování a intelektu bez jiných známek poškození, užívá se termín fetální alkoholový efekt (FAE). (Popov, 2003)

2.2.6 Psychické komplikace závislosti na alkoholu

Následkem dlouholetého chronického abusu alkoholu může docházet až k rozvoji psychotických poruch- tzv. alkoholických psychóz, mezi které patří alkoholická halucinóza, alkoholická paranoidní psychóza a alkoholická demence. Dříve byly mezi alkoholické psychózy zařazovány také patická ebrieta, delirium tremens, Korsakova psychóza, alkoholická epilepsie a Wernickeova encefalopatie. (Popov, 2003)

Jako patická ebrieta je označována patologická intoxikace alkoholem, ke které dochází po požití relativně malého množství alkoholu. Projevuje se kvalitativní poruchou vědomí a myšlení (časté jsou paranoidně perzekuční bludy), poruchou emocí (strach, úzkost) a vnímání (zrakové a sluchové halucinace). Bývá přítomna agresivita vůči okolí, nekontrolovatelné výbuchy vzteku (trvání poruchy od několika minut po několik hodin, většinou končí terminálním spánkem, po kterém bývá úplná nebo ostrůvkovitá amnézie). (Popov, 2003)

Alkoholická halucinóza se projevuje trvalou přítomností halucinací (většinou sluchových a vizuálních), které se objevují po snížení množství konzumovaného alkoholu u osob dlouhodobě závislých, může přecházet do chronické formy, která připomíná schizofrenii. Její výskyt je čtyřikrát častější u mužů než u žen. Amnestický syndrom je sdružený s chronickým výrazným zhoršením krátkodobé paměti, při zachování bezprostřední paměti. (Popov, 2003)

2.2.7 Etiologie závislosti na alkoholu - Bio-psycho-socio-spirituální model závislosti

„...nikdo není předurčen k tomu, aby se stal závislým na alkoholu, ale nikdo také nemá předem jistotu, že se jím nestane....Závislími na alkoholu se stávají lidé rozdílných povah a rozdílných typů či variant osobnosti, ale nakonec si jsou v posledních fázích závislosti a alkoholu všichni podobní. Je to výsledek účinku alkoholu na jejich mozkové buňky, tj. na psychiku a jejich zvyky, i účinek společnosti, který je při pití obklopuje.“ (Skála, 1988, str.39)

Ke vzniku a vývoji závislosti dochází na základě komplexního působení biologických a psychosociálních faktorů. Četné výzkumy potvrzují význam dědičných vlivů při rozvoji závislosti, nebyla však prokázána existence specifické osobnosti struktury, která by byla determinující pro vývoj závislosti na alkoholu. U někoho se závislost rozvíjí na základě excesivního pití pro psychologické problémy, jinde převažují genetické, vrozené dispozice nebo sociokulturní vazby na alkohol a rituály spojené s požíváním alkoholu nebo jiných návykových látek. Nejčastěji jde o kombinaci řady faktorů. Vznik závislosti má svůj odraz ve specifických reakcích a změnách na úrovni neurobiologie člověka. Návykové zneužívání

alkoholu nebo drog vede k vytváření psychofyziologických stavů, které jsou ve své podstatě nevědomé, nedobrovolné a mají sebesilující charakter vytvářejícího se bludného kruhu. (Kudrle, 2003)

Popov popisuje vznik závislosti na alkoholu „*dispozičně-expozičním modelem*“. (2003, str. 152): čím výraznější vliv mají dispoziční faktory (biologické, genetické dispozice, osobnostní výbavy, zdravotního stavu, komorbidity), tím menší podíl expozice (dostupnost alkoholu, míra konzumace, frekvence, koncentrace alkoholických nápojů) je nutný- a naopak, čím větší je expozice, tím menší dispozice stačí k rozvoji závislosti. (Popov, 2003)

Biologická úroveň

Za biologické faktory etiopatogeneze závislosti lze považovat problematické okolnosti za těhotenství matky, především pokud se plod setkává s účinky návykových látek (např. matka závislá na alkoholu nebo drogách). Neurobiologii jedince a celý psychomotorický vývoj jedince ovlivňují také okolnosti porodu (psychotropní látky v době porodního stresu), přítomnost traumatických faktorů a nemocí v poporodním období. Byla prokázána vrozená vyšší tolerance vůči alkoholu u potomků rodičů alkoholiků, která se projevuje tolerancí většího množství alkoholu od prvních zkušeností s jeho konzumací, která bývá mylně interpretována jako pozitivní faktor (lepší snášenlivost, není problematická kocovina). Později se však vyvíjí ve faktor rizikový (je nutná konzumace většího množství alkoholu pro dosažení stejného vlivu). (Kudrle, 2003)

U osob závislých na alkoholu byla prokázána odlišná hormonální sekrece adrenálních žláz. Játra jsou méně schopná ukládat cukr a plynule jej využívat, což má za následek extrémní změny hodnot krevního cukru. Odlišná je i jaterní enzymatická aktivita, například jsou spíše využívány katalázy než alkoholdehydrogenáza (ADH), nebo existuje abnormální ADH. Jak uvádí Kudrle, nejdůležitější se zdají být interakce alkoholu v mozku s vrozenými psychoaktivními substancemi, jako je dopamin a serotonin a ovlivnění center slasti v limbickém systému (u alkoholiků některé nervové tkáně preferují alkohol před cukrem v metabolickém procesu). (Kudrle, 2003)

Většina studií předpokládá, že genetické faktory, které ovlivňují zátěž alkoholismu u mužů a u žen, jsou pokud ne identické, tak přinejmenším částečně korelované. V meta-analýze studií zaměřených na dědičný přenos z otce na potomky v nenarušených rodinách Pollock et al. zjistil, že korelace závislosti na alkoholu mezi otcem a dcerou je signifikantně vyšší než korelace přenosu z matky na dceru. (cit. dle Kendler, 1994) Kendler na základě svého

výzkumu dvojčat předpokládá dědičnost náchylnosti k závislosti na alkoholu z otců na dcery od 52 % do 59 %, je tedy podle něj převážně založená geneticky. (Kendler, 1994)

Některé výzkumy však prokázaly, že počet abstinentů se zvyšuje právě u potomků těžce pijících rodičů. Jedinci s vysokým genetickým rizikem pro alkoholovou závislost vidí příznaky zpuštění u rodičů a chtějí se vyvarovat vlastnímu riziku a vědomě se rozhodnou abstinovat, aby eliminovali riziko závislosti. (Harburg, Davis, Caplan nebo Harburg et al., cit. dle Kendler, 2008) Kendler v této souvislosti hovoří o tzv. obráceném kulturním přenosu - „reverse cultural transmise“. (Kendler, 2008)

Psychologická úroveň

Psychogenní faktory můžeme najít již v období nitroděložního vývoje a období porodu, kdy jde především o psychické prožívání toho, co mohlo způsobit biologické poškození. Pokud žena prožívá těhotenství jako stresovou záležitost a začne užívat na tlumení stresu tlumivé látky, přeneše se i tato informace na plod a vytváří jakýsi kód o efektu tlumivě působících látek při prožívání stresu, který bude čekat na své oživení v období postnatálním. Po aplikaci stejně působící látky v pozdějším období zažije dítě nový, ale zároveň již dávno poznáný efekt, přičemž pozitivní zpětná vazba může rychle posilovat vznik návyku. Významný vliv má dále úroveň postnatální péče o dítě, o jeho harmonický vývoj a diferenciaci jeho potřeb, péče o jejich přiměřené uspokojování s respektem k hranicím. Důležitá je podpora v době dospívání při hledání identity a adekvátní pomoc v případě objevující se patologie (deprese, úzkost, psychotické onemocnění). *„Pokud není k dispozici adekvátní pomoc, bývá to právě počáteční sebemedikace, která vede později k rozvoji abusu a vzniku závislosti.“* (Kudrle, 2003, str. 92)

Řada psychických faktorů vzniká jako důsledek abusu, posiluje ho a může ho směřovat k závislosti. Alkohol má anxiolytický a antidepresivní účinek na počátku užívání, později se však sám stává příčinou depresivních a úzkostných stavů, které stimulují další pití. V prvních týdnech ústavní léčby bývají pacienti depresivní a úzkostní, obvykle od 4. týdne tyto symptomy mizí. Jiným příkladem může být aktivizace paranoidních stavů u chronického abusu stimulancií, poruchy identity při abusu halucinogenů apod. (Kudrle, 2003, str. 92)

Jak uvádí Cohen, i když některé výzkumy předpokládaly mezi osobami závislými na alkoholu zvýšený výskyt poruch osobnosti (např. Samuels et al., cit. dle Cohen, 2000), a to zvláště hraniční poruchy osobnosti, dle výsledků longitudinálních studií může být se závislostí na alkoholu spojována pouze antisociální porucha osobnosti (např. Schuckit et al.

v roce 1994, cit. dle Cohen, 2000). Například Young, Sweeting a West v roce 2008 ve svém výzkumu prokázali, že antisociální chování je důležitým prediktorem abúzu alkoholu a s ním spojených problémů, zatímco abúzus alkoholu ovlivňuje pouze mírně a krátkodobě antisociální chování.(Young, Sweeting, West, 2008)

Vrozená vulnerabilita jedince

Některé teoretické modely považují za rozhodující pro rozvoj závislosti na alkoholu vliv temperamentu. Podle Cloningera (cit. dle Jeřábek, 2006) lze na základě biologicky daných osobnostních znaků rozlišit dva typy závislosti na alkoholu- nízké vyhledávání nového, vysoké vyhýbání se ohrožení, vysoká závislost na odměně- oproti opačným charakteristikám. Podobně Masse a Tremblay v roce 1997 prokázali, že vysoká míra vyhledávání nového a nízká míra vyhýbání se ohrožení v 6 letech věku predikovala časný výskyt abúzu alkoholu a drog v adolescenci (cit. dle Jeřábek, 2006). Podle Tartera et al. (cit. dle Jeřábek, 2006) souvisí se zvýšeným rizikem rozvoje alkoholické problematiky nízká kapacita pozornosti, nízká sociabilita, vysoká emocionalita. Jiní autoři považují za klíčový pro abúzus psychoaktivních látek tzv. těžko vychovatelný temperament, pro který je typické sociální stažení, nestabilita nálad, nízká orientace na úkoly, nízká flexibilita, vysoká úroveň aktivity (např. Ohannesian, Hesselbrock nebo Lerner, Vicary, cit. dle Jeřábek, 2006). Wills et al. předpokládají v rámci teorie zvládání stresu za rizikové faktory abúzu psychoaktivních látek především nízkou odolnost vůči zátěži, negativní afekty, užívání psychoaktivních látek vrstevníky. (cit. dle Jeřábek, 2006)

Windle předpokládá na základě svého výzkumu vzájemnou korelaci mezi různými druhy externalizovaného chování mezi adolescenty (jako jsou poruchy chování a pozornosti, porucha opozičního vzdoru, hyperaktivita) a závažností problémů spojených s alkoholem v dospělosti (cit. dle Jeřábek, 2006). Hesselbrock zjistil, že problémové chování souvisí se závislostí na alkoholu spojenou s antisociální poruchou osobnosti (cit. dle Jeřábek, 2006).

Jeřábek nabízí hypotézu dynamické osobnostní toxikomanické dispozice, která podle něj zahrnuje kromě bazální konstituční vulnerability následující osobnostní charakteristiky: interpersonální senzitivita, nižší schopnost integrace emocí včetně jejich prožívání, nižší úroveň defenzivní organizace, nízká integrace sebepojetí, sebeúčinnosti a superega, distorze percepčně kognitivního zpracování reality. Navrhuje abúzus psychoaktivních látek chápat jako součást dlouhodobé defenzivní nebo (pseudo) autosanační strategie. Terapeutický proces

pak chápe jako interakci specifických léčebných prostředků s především nevědomými intrapsychickými konflikty pacienta. (Jeřábek, 2006)

Sociální úroveň

Zaměřuje se na vliv vztahů s okolím, které formují zrání jedince, jako je kvalita rodinných vztahů, společenský status rodiny, úroveň sociální zajištěnosti atd. Specifická situace nastává, pokud dítě v rodině vyrůstá v těsné blízkosti závislých osob a je konfrontováno s pitím alkoholu jako s normou. Obvykle jeho způsob adaptace na spolužití vykazuje patologii, vytváří vazby kodependence (závislosti na druhém): „...často se pak kodependent dostává sám k abusu, jako ke způsobu pseudoadaptace a zároveň možnosti, jak dočasně mírnit své utrpení“. (Kudrle, 2003, str. 92)

Četnými výzkumy bylo prokázáno, že děti rodičů, kteří mají problémy s alkoholem, jsou více ohroženy užíváním psychoaktivních látek (např. výzkumy, které provedli v roce 2000 Jacob a Windle, v roce 1997 Colder et al., cit. dle Keller et al., 2008), emocionálními a behaviorálními problémy (např. výzkumy, které provedli v roce 2006 Chen, Weitzman, v roce 2001 DeLucia, Belz, Chasin, cit. dle Keller et al., 2008), a školními problémy (např. výzkumy, které provedli v roce 2002 Casa-Gil, Navarro-Guzman, v roce 1999 Mc Grath, Watson, Chassin, cit. dle Keller et al.) Bylo rovněž prokázáno, že problémy spojené s přizpůsobením těchto dětí mají tendenci přetrvávat dokonce po uzdravení rodičů z jejich závislosti (DeLucia et al., cit. dle Keller et al., 2008) Avšak ne všechny děti zažívají tyto těžkosti a některé se s nepříjemnostmi vyrovnávají velmi dobře. (např. West, Prinz v roce 1987, cit. dle Keller et al., 2008) Roosa, Dumka a Tein na základě svého výzkumu zjistili, že vztah mezi problémy rodičů spojenými s jejich alkoholovou závislostí a negativními životními událostmi, které vedou u jejich dětí k rozvoji deprese je významně ovlivněn mírou rodinné koheze. (Roosa, Dumka, Tein, 1996)

Piowsky a jeho kolegové ve svém nedávném výzkumu prokázali, že zvýšeným rizikem rozvoje životní závislosti na alkoholu jsou ohroženi jedinci, kteří v dětství prožili dvě a více nepříznivé události (jako je smrt rodiče před 18 rokem věku, rozvod rodičů, problémy s alkoholem v rodině, časné užívání alkoholu před 15 rokem věku) (Piowsky et al., 2009) Výzkum rovněž prokázal, že s alkoholovou závislostí byl zvláště spojen rozvod rodičů, jeho vliv byl silnější než u ostatních sledovaných nepříznivých událostí v dětství. Podobně Kessler et al. (cit. dle Piowsky et al., 2009) zjistil, že rozvod rodičů byl významnějším prediktorem psychiatrických nemocí než ostatní prožitky ztráty. (Piowsky et al., 2009)

Kelly, Halford, Young se ve svém výzkumu zaměřili na ženy se závislostí na alkoholu, které trpí současně problémy v manželském vztahu. Byl prokázán pozitivní efekt krátkodobé intervence zaměřené na zvládání závislosti, který vedl nejen ke snížení konzumace alkoholu a depresivních symptomů, ale i ke zlepšení jejich manželské spokojenosti. (Kelly, Halford, Young, 2000)

Spirituální úroveň

„...čím větší je potenciál drogy pro naplnění rychlého uspokojení a tím i pro závislost, tím nižší je její potenciál spirituální“. (Kudrle, 2003, str. 94)

Jak uvádí Kudrle, časté dilema v léčebných programech lze vyjádřit slovy „*jsem strážlivý, kdy budu šťastný*“. Témata ztráty smyslu bytí a existenciální deprese mohou zůstat aktuální, i když již pacient stabilizoval svoji abstinenci. Například podle Grofové je závislost především duchovní krizí, žízni po celistvosti. Proto je důležité pamatovat na přístupy, které se dotýkají této roviny potřeb. Kudrle zdůrazňuje nutnost zabývat se spirituálními potřebami nejen v terapii závislých, ale i v programech primární prevence. (cit. dle Kudrle, 2003)

Zajímavým přínosem byl v tomto směru výzkum Tumpachové (2005) provedený na výzkumném vzorku osob závislých na alkoholu a nelegálních návykových látkách, který nepotvrdil Franklův předpoklad existenciální frustrace osob závislých na návykových látkách (jejich skóry dle Logo testu E. Lukasové se signifikantně nelišily od kontrolního souboru), i když byly potvrzeny statisticky významné změny v pozitivnějším prožívání smysluplnosti života v průběhu jejich léčby. Tumpachová předpokládá, že spíše dočasná ztráta smyslu života se mohla stát spouštěčem pro užívání psychoaktivních látek. (Tumpachová, 2005)

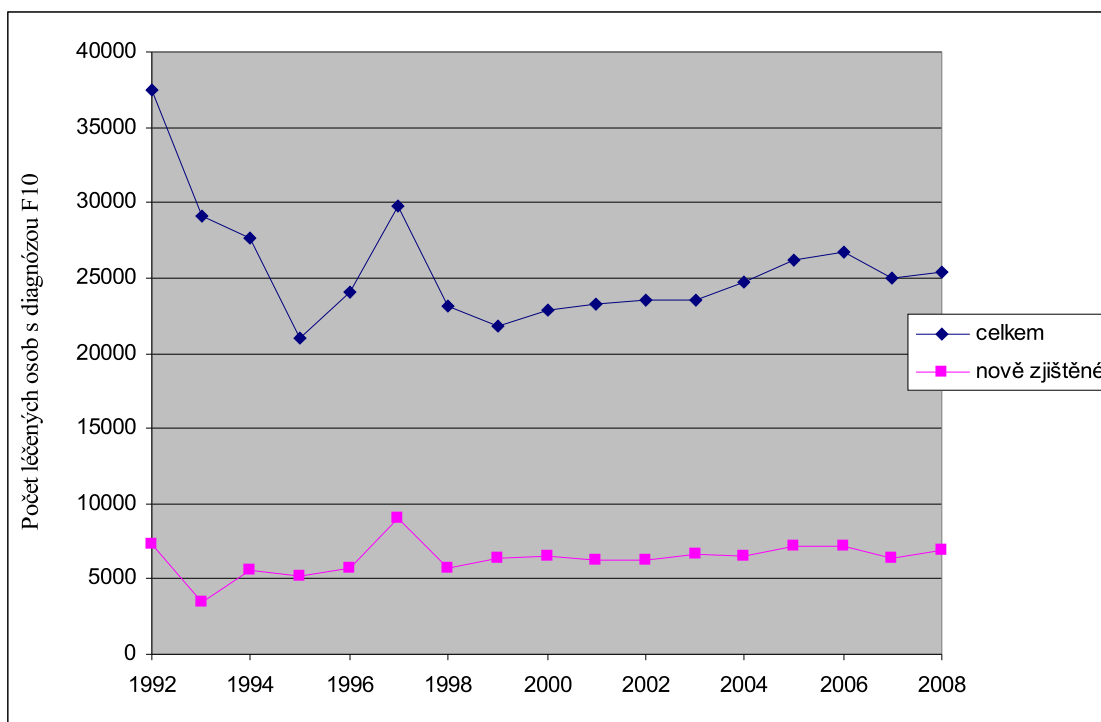
2.2.8 Výskyt závislosti na alkoholu

„Nadměrná pravidelná konzumace alkoholických nápojů se u nás týká přibližně 25 % dospělých mužů a 5 % žen, přičemž již konzumace dávek vyšších než 18 g u žen a 20 g u mužů znamená riziko vzniku návyku a následné závislosti. V průmyslově vyspělých zemích představují lidé trpící závislostí na alkoholu 30-40 % celkového počtu pacientů psychiatrických lůžkových zařízení“. (Popov, 2003, str.151)

Meta-analýzou mezinárodního longitudinálního výzkumu (Fillmore et al., cit. dle Wilsnack, Wilsnack, 2002) bylo zjištěno, že konzistentně napříč kulturami muži pijí alkohol více než ženy, přičemž sňatek a stárnutí snižuje riziko alkoholismu jak u mužů, tak u žen. Studie ECA

udává prevalenci celoživotního alkoholismu v běžné populaci 23,8 % pro muže a 4,6 % pro ženy. (Robins a Regier, cit. dle Frye et al., 2003)

Jaký je výskyt závislosti na alkoholu v České republice? Při srovnání statistických údajů o počtu léčených osob s diagnózou F10 - poruchy vyvolané alkoholem, zveřejněných ve Zdravotnických ročenkách ČR v letech 1992 až 2008, lze konstatovat, že v České republice dochází po větších výkyvech zaznamenaných v letech 1992-1997 od roku 1998 k postupnému zvyšování počtu poruch vyvolaných alkoholem u žen, zatímco u mužů se začal jejich počet výrazněji zvyšovat od roku 2004.

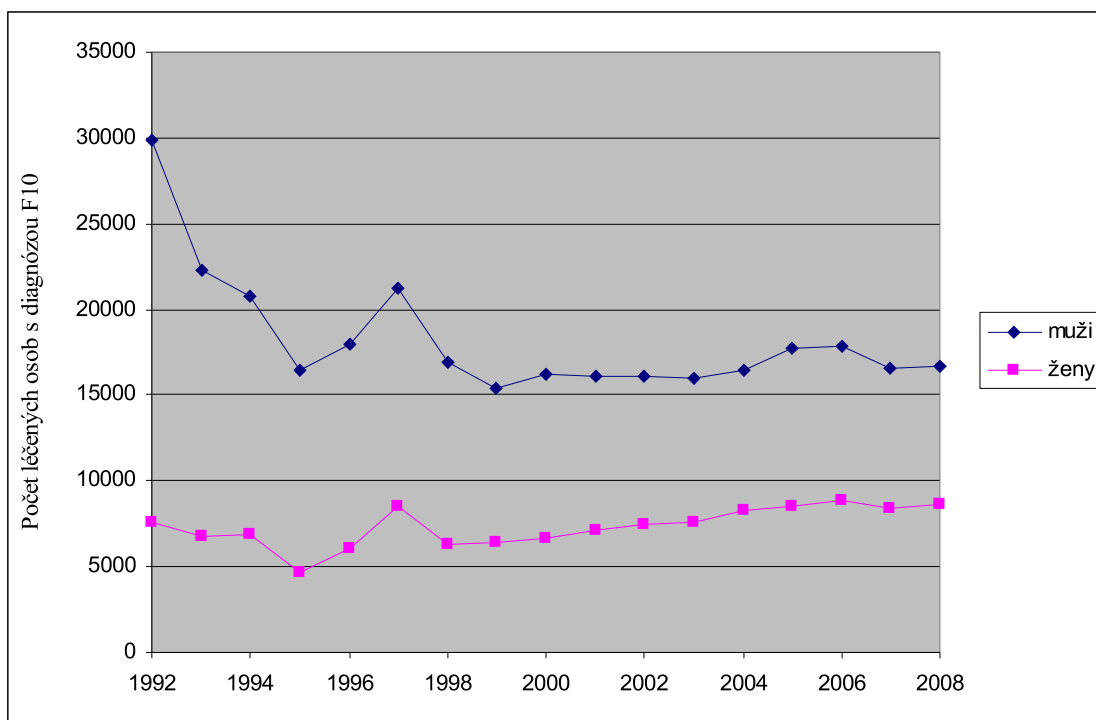


Obr. 3 Léčená onemocnění -poruchy vyvolané alkoholem F10 v České republice letech 1992 až 2008 dle údajů ÚZIS ČR.

Pro poruchy vyvolané alkoholem (diagnóza F10) bylo v roce 1992 léčeno 29.841 mužů a 7.588 žen, počet léčených mužů byl v rámci sledovaného období (1992-2008) nejvyšší právě v tomto roce a byl téměř čtyřnásobný oproti počtu léčených žen. Nejnižší počet léčených žen byl zaznamenán v roce 1995, a to 4.638 (počet léčených mužů v roce 1995 byl 16.414), nejnižší počet léčených mužů byl zaznamenán v roce 1999, a to 15.379 (počet léčených žen v roce 1999 byl 6.438). V roce 2006 byl zaznamenán ze sledovaného období zatím nejvyšší počet léčených žen - 8.834, mužů se v tomto roce léčilo 17.829. V dalších letech dochází k mírnému poklesu, takže v roce 2008 se léčilo pro diagnózu F10 16.710 mužů a 8.637 žen.

Při srovnání s údaji z roku 1992 lze konstatovat, že dochází k postupnému sblížování počtu léčených mužů a žen, oproti téměř čtyřnásobnému počtu léčených mužů oproti ženám v roce 1992 byl v roce 2008 poměr léčených mužů oproti ženám již pouze přibližně dvojnásobný. (Zdravotnická ročenka ČR, 1992, 1995, 1999, 1998, 2006, 2008). V dalších letech dochází k mírnému poklesu, takže v roce 2008 se léčilo pro diagnózu F10 16.710 mužů a 8.637 žen.

Následující graf na obr. 4 dokládá rovněž výraznou převahu výskytu poruch vyvolaných alkoholem u mužů oproti ženám, i když z něj je patrný naznačený trend postupného sblížování počtu léčených žen a mužů.



Obr. 4 Léčená onemocnění -poruchy vyvolané alkoholem F10 v České republice v letech 1992 až 2008 dle údajů ÚZIS ČR.

Údaje o nadměrné konzumaci alkoholu v ČR poskytují výsledky šetření „HIS CR 1993, 1996, 1999, 2002“ (Health Interview Survey): „*Nadměrná konzumace alkoholu u žen byla v roce 1993 1,8 %, v roce 2002 již 2,8 %. Nadměrná konzumace alkoholu u mužů byla v roce 1993 15,7 %, v roce 2002 došlo ke snížení na 12,3 %*“ (Brožová a kol., 2003, s. 46)

Na základě statistických údajů shromážděných Ústavem zdravotnických informací a statistiky České republiky (ÚZIS ČR) v roce 2003 lze dále konstatovat, že nadměrnou konzumací alkoholu jsou ohroženi především nezaměstnaní muži středního věku, ale také

vysokoškolsky vzdělané ženy s vyšším příjmem, přičemž nejvyšší podíl osob s nadměrnou konzumací alkoholu je u mužů i žen ve věkové skupině 35 - 44 let. Z hlediska rodinného stavu byla nejvyšší spotřeba zjištěna u rozvedených a ovdovělých mužů a svobodných žen, z hlediska ekonomické aktivity byly nalezeny signifikantní rozdíly pouze mezi zaměstnanými a nezaměstnanými muži (nezaměstnaní muži vykazovali vyšší spotřebu alkoholu). (Brožová a kol., 2003, str. 47)

Jak dále uvádějí Brožová a kol. (2003), v roce 2002 bylo na ambulantních AT pracovištích (pracoviště pro léčbu alkoholismu a toxikomanie), nebo psychiatrických oddělení léčeno nejvíce pacientů z důvodů poruch vyvolaných alkoholem (61,7 % tj. 25 400 osob), přičemž počet léčených mužů byl více než 2,5 krát větší než počet žen. „Vzhledem k výsledkům šetření HIS CR 2002, podle kterého 12,3 % mužů a 2,8 % žen konzumovalo alkohol v nadměrném množství, je aktivně léčen jen malý zlomek těchto problémových uživatelů (přesně 3,9 % mužů a 6,8 % žen pijících alkohol v nadměrném množství)“. (Brožová a kol., 2003, str. 21)

2.2.9 Teorie vzniku závislosti na alkoholu

V psychoterapii závislostí můžeme vymezit čtyři hlavní teoretické a praktické přístupy: 1. psychodynamický přístup 2. behaviorální přístup 3. spirituální přístup 4. přístup rodinné terapie. Vyvíjely se v souvislosti s terapeutickou praxí, jen málo z nich vychází z výsledků výzkumů. Navzájem se odlišují pojetím poruchy ve vztahu k droze i abstinenci a způsobem léčby. (Frouzová, 2003, 126)

Psychodynamický přístup

Užívání návykových látek je v rámci psychoanalytické koncepce obvykle považováno za symptom, který je reakcí na vnitřní konflikt. Vývoj teorie léčby užívání návykových látek zrcadlí změny v psychoanalýze jako celku. Psychoanalytici zpočátku nerozlišovali mezi typy závislostí a považovali je všechny za „orální“ jevy, které mají podobné nevědomé významy. Později se snažili zformulovat různé typologie závislosti, a to podle zneužívané látky a vnitřního stavu závislého. Leeds a Morgenstern uvádějí schéma Blatta, podle kterého se dělí psychoanalytické teorie motivace vzniku závislosti do tří kategorií: 1. vytvoření symbiotického stavu uspokojujícího potřeby 2. obrana proti kritickému, necitlivému a dysforickému

sebehodnocení 3.obrana proti potenciální psychotické dezintegraci. (Leeds, Morgenstern, 1999)

Podle Leedse a Morgensterna narozdíl od mnoha jiných poruch psychoanalýza ve studiu chápání užívání návykových látek příliš nepokročila, přesto následující psychoanalytici značně přispěli k výkladu užívání návykových látek. Všichni čtyři představují celou škálu současných psychoanalytických teorií: pudovou teorii (Leon Wurmser), teorii objektních vztahů (Henry Krystal), self- psychologii (Edward Khantzian) a teorii psychosomatických poruch (Joyce McDougall). (Leeds, Morgenstern, 1999).

Podle Leona Wurmsera osoby užívající návykové látky mají kruté superego, které hrozí, že je zaplaví zuřivostí a strachem, pokusem uniknout těmto nebezpečným afektům je právě užívání návykových látek. Domnívá se, že takový stav je následkem skutečných traumat z raného dětství (reálné vystavení násilí, sexuálnímu zneužití, krutému opouštění apod.), které způsobují krutost vnitřní autority a pochybnosti o vlastní hodnotě. Návykové látky alespoň dočasně vyřazují ohrožující vnitřní autoritu, neutralizují ohrožující pochybnosti a úzkost. Drogy však neomezují jen nechtěné funkce super ega, ale vážně omezí i zbývající, které zahrnují vnitřní stabilitu nálad a afektu, „ego-ideál“, sebepozorování, chápání hranic vnější reality a vztah k sobě. Užívání návykových látek chápe jako archaický a onipotentní způsob, jak se vyhnout pocitům a impulsům, které přinášejí bolest, úzkost a stud, které tak uživatele drog ohrožují. Wurmserova psychoanalytická léčba je zaměřena na analýzu superega. Moralistický postoj k chování závislých je podle něj kontraproduktivní, problém je v tom, že mají příliš mnoho superega. (Leeds, Morgenstern, 1999)

Podle Edwarda Khantziana jsou podstatou problému závislých osob spíše slabé stránky a nedostatky ega nebo self než konflikty mezi psychickými instancemi, které vedou k tomu, že závislý vyhledává určitý účinek drogy, který kompenzuje daný deficit. Khantzian přikládá velkou důležitost specifické droze, kterou narkoman preferuje (např. závislí na opiátech vyhledávají jejich antiagresivní účinek). (Leeds, Morgenstern, 1999)

Henry Krystal nabízí dvě teorie závislosti na návykových látkách, obě předpokládají vážné narušení v raném vývoji. (Leeds, Morgenstern, 1999) Podle jedné z nich závislá osoba prožívá k droze symbolický vztah jako k primárnímu mateřskému objektu, touží po tom, aby se sjednotila se svým ideálním objektem, zároveň se toho však hrozí. To je varianta hraniční patologie. Vztah drogově závislého ke konzumované droze představuje člověka, který si v dospělosti odehrává primitivní a infantilní fantazie. Druhá teorie se soustřeďuje na narušené

afektivní funkce závislých, který je označován jako alexithimie. (Leeds, Morgenstern, 1999) Krystal se domnívá, že závislé osoby nedokáží rozeznat kognitivní aspekty emočních vztahů, místo prožívání diferencovaných pocitů jako smutek, zlost, štěstí prožívají globální fyziologické stavy a napětí, což jim znemožňuje nechat se vést emocemi při chápání sebe samého, nedokáží rozpoznat smysl jednotlivých vyvolaných stavů vzrušení. Jejich samotná existence se pro ně stává zdrojem úzkosti, kterou se snaží eliminovat uklidněním nebo uvolněním prostřednictvím návykových látek. (Leeds, Morgenstern, 1999)

Mc Dougall chápe užívání návykových látek jako jednu z variant závislého chování, mezi které patří poruchy příjmu potravy, nutkavé sexuální chování a závislé vztahy. Považuje všechny za psychosomatické. Pocity a prožitky, které by jinak byly vnitřně prožívány jako bolestivé nebo nebezpečné, jsou považovány za nepodstatné. Psychosomaticko-závislé řešení je obranný manévr proti nevědomým emocím a strachům. Podle Mc Dougall je jejich základní povaha podobná psychotické. Závislí se snaží vyhnout vnitřnímu pocitu pustoty a prázdnoty. Užívání návykových látek je součástí falešného self, které si osoba vytvoří, aby odvrátila tyto bolestivé a nebezpečné pocity. Mc Dougall je optimističtější než mnozí ostatní analytici, i když připouští, že rozsáhlá obrana proti vnitřnímu životu činí z léčby závislých obtížný a zdoluhavý proces. (Leeds, Morgenstern, 1999)

Psychoanalytické teorie zneužívání návykových látek zahrnují nevědomý konflikt, deficity a deformace intrapsychických struktur a interních objektních vztahů. Vycházejí buď z koncepce pudů a jejich zvládání, nebo ze vztahů s ostatními lidmi. Braní drog je jakýmsi produktem konfliktu mezi potlačenou myšlenkou a obranou vůči ní a léčba vychází z představy, že zvědomíme-li opět to, co jsme potlačili na určitém stupni vývoje, můžeme si dnes ve svém vědomí s problémem či zážitkem poradit lépe. (Frouzová, 2003, 126)

Kaufmann (1994) upozorňoval na důležitost nezralých objektních vztahů k droze, v nichž se současně či střídavě uplatňuje adorace a nenávist či hněv. Ve fázi pokročilé rekonvalescence prožívá pacient truchlení nad ztrátou drogy. Psychodynamická terapie, indikovaná zejména v této fázi, by se těmito vztahy a jejich zvědoměním měla zabývat. (Frouzová, 2003)

Behaviorální přístup

Podle behaviorálního modelu je závislost chápána jako naučené chování, podmíněné navíc chemicky. Cílem terapie je přeučení těchto maladaptivních vzorců především pomocí odměn a trestů. V souvislosti s obohacováním behaviorálního modelu kognitivně-emocionálním přístupem, došlo i k rozšíření behaviorální teorie vzniku a udržování závislosti. Důraz začal být kladen na vliv informací (zvědomění nevědomého i prosté dodání informace jako návodu, cesty k abstinenci) i emocionální a existenciální dimenzi psychoterapeutického vztahu. (Frouzová, 2003)

Spirituální přístup

Nejznámějším příkladem spirituálního přístupu k závislostem je hnutí anonymních alkoholiků. „*Spirituální dimenze, s kterou jedinci ztratili spojení, se pro ně otevírá připuštěním vlastní bezmoci a přijetím poznání své závislosti*“. (Frouzová, 2003, 126) Zaměřuje se na pocity odcizení a ztráty smyslu života. Cílem hnutí AA je pomocí důkladné revize sebe sama dosáhnout zvýšeného sebeuvědomění, které podporuje převzetí přiměřené odpovědnosti za sebe sama a spolupráci s vyšší mocí, kterou může symbolizovat i společenství těch, kteří jsou ve stejné situaci. Vytvářením podpůrné sítě dosahují abstinence jakožto prostředku k uzdravě.

Přístup rodinné terapie

Tento koncept vychází především z teorie systémů, kde symptomový člen ukazuje na poruchu celého systému a jako takového je ho třeba léčit. Může jít o druh vztahů, vzájemných podpor patologických vzorců chování a výchovy dětí, či komplementárních obran nedovolujících změnu. (Frouzová, 2003) V současné rodinné terapii závislosti převažují tři přístupy - model nemoci rodiny, model rodinného systému a behaviorální přístup. (McCrady, Epstein, 1999)

Podle modelu nemoci rodiny jsou ostatní členové rodiny nemocní stejně jako člen závislý na alkoholu. Trpí tzv. kodependencí, která je chápána jako specifický vzorec osobnostních rysů. Podle Cermaka (cit. dle McCrady, Epstein, 1999) patří mezi příznaky kodependence obětování sebeúcty ve prospěch kontroly sebe i druhých, přebírání odpovědnosti za uspokojení potřeb ostatních před vlastními, prožívání úzkosti a zkreslování hranic, které

souvisí s problémy separace a intimacy, vztahy se závislými lidmi nebo lidmi s poruchami osobnosti, používání strategie popření, stažení emocionality, nadměrná ostražitost, úzkostnost a depresivita atd. Kodependence se projevuje chováním, které umožňuje drogovou závislost, a to buď usnadněním užívání, poskytováním pozitivních reakcí na užívání drog, vyhýbáním se negativním reakcím a stanovení hranic.

Modely rodinného systému začaly ovlivňovat léčbu alkoholismu v 70. letech. Například Steinglass provedl se svými kolegy sérii výzkumů, které vedly k hypotéze o pozitivní funkci alkoholu v rodině, kterou označil jako tzv. adaptivní důsledky alkoholismu. Alkohol umožňuje vyjádření afektu, zvyšuje intimitu mezi jednotlivými členy rodiny, umožňuje komunikaci o problémech, kterým by se za střízliva rodina vyhýbala (Davis, Berenson, Steinglass, Davis cit. dle McCrady, Epstein, 1999). Model rodinného systému předpokládá, že pokud rodina s alkoholikem funguje jako stabilní rodinná jednotka, abstinence by mohla narušit homeostázu a ohrozit systém.

Při vytváření behaviorálních modelů se výzkumy zaměřily například na interakce mezi závislými na alkoholu a jejich partnery. Frankenstein, Hay a Natthan například v roce 1985 zjistili, že páry vykazují pozitivnější verbální chování při pití než setkání za střízliva, objektivní pozorovatelé a páry samy hodnotili závislou osobu jako více dominantní, když pila alkohol než za střízliva. Jacob, Ritchey, Cvitkovic a Blane v roce 1981 identifikovali dva subtypy závislých na alkoholu- těch, kteří pijí doma a těch, kteří pijí mimo domov. Konzumace alkoholu byla spojena s pozitivními důsledky pro rodinu pouze u prvního typu. Změny v rodinné interakci související s požíváním alkoholu mohou tedy dále povzbuzovat a udržovat závislé chování. (McCrady, Epstein, 1999).

Integrované přístupy

Integrované přístupy obvykle spojují psychodynamický model s behaviorálním a nebo systemickým. Upozorňují méně na faktory, které k závislosti vedly, a více na faktory, které ji udržují, brání změně nebo naopak mohou změnu vyvolat či usnadnit. Tím umožňují řešení zdánlivě neřešitelných problémů. (Frouzová, 2003)

2.2.10 Léčba závislosti na alkoholu

V případě abúzu alkoholu bývá efektivní aplikace tzv. „krátké intervence“, jejímž smyslem je upozornit na zdravotní rizika škodlivého užívání v době, kdy je jedinec ještě schopen přerušit nebo omezit pití alkoholu. Nedošlo u něj ke ztrátě kontroly užívání, typické pro syndrom závislosti. Cílem je omezení škodlivého pití, případně abstinence do dosažení stabilizace zdravotního stavu. (Popov, 2003, str. 155)

Zásadní roli v terapii závislosti na alkoholu má psychoterapie. Jedním z hlavních cílů odvykací léčby je získání náhledu pacienta na vlastní závislost, vývoj od náhledu verbálního k náhledu produktivnímu, kdy je pacient schopen realizovat důležité změny životního stylu a s tím související rozhodnutí pro abstinenci. Většinou je využívána skupinová, dynamická psychoterapie, terapeutický program lůžkových oddělení je obvykle založen na principech terapeutické komunity. U ostatních klinických stavů a poruch vyvolaných užíváním alkoholu má klíčovou roli farmakoterapie, psychoterapie má však podpůrný význam. (Popov, 2003)

V první fázi abstinence („nucená abstinence“) se uplatňuje především behaviorální terapie, ve druhé fázi („podmíněná abstinence“) se využívají psychodynamické teorie, především při zvědomování uchovávání a obrany potlačeného konceptu užívání návykové látky. Ve třetí fázi abstinence („abstinence nespolehlivá“) jsou efektivní přístupy kognitivně behaviorální. V poslední fázi („abstinence relativně spolehlivá“), ke které dochází obvykle mezi 2-5 rokem abstinence, je vhodné využít psychodynamickou terapii, zaměřenou na rekonstrukci intimity a autonomie jedince. (Frouzová, 2003)

Detoxifikace je symptomatickou léčbou poruch metabolického stavu. Specifická farmakoterapie je založena na aplikaci látek na základě zkřížené tolerance. V lehčích stádiích benzodiazepiny (oxazepam) nebo neuroleptikum tiaprid, v těžších clomethiazol (Heminervin), při křečích MgSO₄, případně karbamazepin, významné je podávání multivitaminových preparátů, thiaminu, kyseliny listové. Při abstinenci pomáhá v rámci senzitivizační terapie disulfiram (Antabus), který blokuje degradaci alkoholu, požití alkoholu pak vede k prudké reakci (může však vést až k ohrožení na životě). Při úzkostně-depresivních stavech jsou vhodná antidepresiva ze skupiny SSRI (mohou pozitivně ovlivnit craving). Ke zvládnutí bažení se využívá acamprosat a naltrexon, nutné je dlouhodobé užívání. (Minařík, 2008)

2.2.11 Alkoholismus jako „mužská nemoc“

„Mezi těžkými alkoholiky je více mužů než žen, nehledě na rasovou či etnickou příslušnost. Obecně mají muži třikrát větší sklon stát se těžkými alkoholiky než ženy.“ (Robert Wood Johnson Foundation, 1993 ; cit. dle Renzetti, Curran, 2003, str. 506)

V této části práce bude na závislost na alkoholu nahlíženo v kontextu existujících „gender norem“. Podle mnohých autorů byl alkoholismus v historii chápán jako typická „mužská nemoc“, všechna kritéria pro diagnózu a léčbu byla založena na charakteristice mužů (Vannicelli, cit. dle Walde et al., 2002; viz také Ettore nebo Walitzer a Connors, cit. dle Renzetti, Curran, 2003) Bylo prokázáno, že muži pijí na veřejnosti více než ženy, také se více účastní „flámů“ nebo nárazového pití (viz Ettore nebo Wechsler et al., cit. dle Renzetti, Curran, 2003). Výše uvedené statistické údaje o výrazně vyšším výskytu závislosti na alkoholu v ČR u mužů oproti ženám mohou stereotypní obrázek „muže-alkoholika“ také částečně podporovat. Podle Walde et al. (2002) se ženy liší od mužů jak v etiologii závislosti na alkoholu, tak v jejích příčinách i následcích, ať už je podstata těchto odlišností biologická, sociální nebo psychologická.

Výskyt závislosti na alkoholu u žen

Jaké ženy jsou ohroženy závislostí na alkoholu? Brienza ve své přehledové studii uvádí výzkumná zjištění o tom, že více jsou závislostí na alkoholu ohroženy ženy bezdětné a rozvedené než ženy vdané. Ženy, které nejsou vdané, ale žijí s partnerem, jsou ohroženy o 50 % více těžkým alkoholismem než vdané ženy. Ženy ve věku mezi 30 až 60 lety jsou nejvíce závislostí na alkoholu ohroženy, pokud jsou rozvedené nebo ovdovělé, nezaměstnané, a pokud nemají děti, které by s nimi žily v domácnosti. (Richman, Rospenda nebo Piazza, Vrbka, cit. dle Brienza, Stein, 2002) Lesbické ženy jsou více ohroženy alkoholismem než ženy heterosexuálně orientované. Ale jak uvádějí Heller a Pecinovská, k rozvoj abúzu alkoholu dochází u žen častěji po vstupu do manželství. Kombinace abúzu alkoholu a léků je u žen daleko častější než u mužů. (Heller, Pecinovská, 1996)

Většina studií předpokládá, že genetické faktory, které ovlivňují zátěž alkoholismu u mužů a u žen, jsou pokud ne identické, tak přinejmenším částečně korelované. V meta-analýze studií zaměřených na přenos závislosti z otce na potomky v nenarušených rodinách Pollock et al. zjistil, že korelace závislosti na alkoholu mezi otcem a dcerou je vyšší než

korelace přenosu z matky na dceru. (cit. dle Kendler, 1994) Ve výzkumu dvojčat byla prokázána odhadovaná dědičnost náchylnosti k alkoholismu z otce na dceru od 52 % do 59 %, transmise náchylnosti k závislosti na alkoholu z otců na dcery je podle Kendlera založena převážně nebo výhradně na genetických faktorech. (Kendler, 1994)

Konvergentní hypotéza

Podle tzv. „konvergentní hypotézy“ povede obecný trend směřující k ženské rovnoprávnosti k rozrušení tradičních genderových norem ohledně konzumace alkoholu a bude mnohé ženy motivovat k tomu, aby pily více (tj. aby se chovaly více jako muži), větší stres v zaměstnání je povede také ke zvýšené spotřebě alkoholu. (Morrissey, cit. dle Renzetti, Curran, 2003). Výzkumy prokázaly, že ženy v méně „tradičních“ rolích jsou více ohroženy alkoholovou závislostí - vdané ženy, které pracují, pijí více než ženy v domácnosti, ženy s vyšším vzděláním pijí více než ženy méně vzdělané. (viz Johnson nebo Parker et.al., cit. dle Robbins, 1989) Bylo také zjištěno, že adolescentní dívky, které odmítají „tradiční ženskost“, pijí alkohol výrazně více a s horšími následky než dívky s tradičními ženskými postoji. (Robbins, 1989)

Podle Bienera však menší pravděpodobnost úplné abstinence u zaměstnaných žen neznamená, že pijí více v souvislosti se stresem. Mohou mít pouze více příležitostí ke společenskému pití a být alkoholu více vystaveny. (cit. dle Renzetti, Curran, 2003) Podle některých výzkumů je u žen orientovaných na úspěch menší pravděpodobnost, že budou nadbytečně užívat návykové látky jako reakci na stres (viz Blum a Roman nebo Snell et al., cit. dle Renzetti, Curran, 2003) Jak uvedl již v roce 1980 Sandmair, nárůst alkoholismu u žen není zřejmě způsoben tím, že by došlo k osvobození žen, ale spíše tím, že k němu zatím ještě nedošlo. (cit. dle Renzetti, Curran, 2003)

Styl konzumace alkoholu a jeho následky

Ženy, které mají problémy s alkoholem, se liší zvyklostmi při jeho konzumaci a také společenskými následky závislosti na alkoholu. Výzkumy uvádějí, že ženy se začínají obvykle opíjet v pozdějším věku než muži a častěji pijí o samotě doma. Častěji než muži zdůvodňují pití alkoholu prožívaným stresem nebo svými traumatickými zážitky a pohlíží na něj jako na „self-medikaci“. (Brienza, Stein, 2002) Některé výzkumy dokazují, že pití alkoholu je u žen ve zvýšené míře ovlivněno jejich vrstevníky nebo blízkými (Hughes, Wilsnack nebo Lex, cit.

dle Walde et al., 2002). Studie u adolescentů prokázaly, že ženy více než muži pijí proto, aby se přizpůsobily svým vrstevníkům, zatímco pití u chlapců je více spojeno s jejich individualitou. (Gomberg nebo Wilsnack et al., cit. dle Walde et al., 2002). Muži častěji pijí alkohol mimo svůj domov, častěji řídí pod vlivem alkoholu. (Lex, cit. dle Brienza, Stein, 2002) U mužů je alkoholismus častěji spojen se ztrátou práce, nehodami, násilím a uvězněním. (Gomberg, Knupfer, cit. dle Robbins, Martin, 1993) Robbins a Martin (1993) se ve svém výzkumu zabývali gender rozdíly ve stylu pití alkoholu a frekvencí intoxikace a jejími následky. Dle jejich zjištění je u žen nižší četnost intoxikace, ženy také méně často ztrácejí osobní kontrolu při intoxikaci (která je spojena s výpadky paměti, agresí nebo rychlým opíjením). Tyto gender rozdíly v chování jsou však méně výrazné u adolescentů než u dospělých osob.

Vliv diagnostiky

Jak uvádějí Brienza a Stein (2002), ačkoliv prevalence chorob spojených se závislostí na alkoholu je vyšší u mužů než u žen, ženy, které jimi trpí, častěji vyhledávají pomoc, ale méně pravděpodobně jsou diagnostikovány svými lékaři. Často jsou diagnostikovány chybně a jsou jim předepisovány léky proti bolesti nebo sedativa.

Objevují se však i některé výzkumy, které varují před přílišným zevšeobecňováním statistických údajů. Vzhledem k větší stigmatizaci konzumace alkoholu u žen, související s porušováním tradičních genderových norem, mohou být odhady poškození způsobených u žen alkoholem vážně podhodnoceny (Wilsnack, Wilsnack, 2002). Velké mezinárodní rozdíly zjištěné na základě výzkumu konzumace alkoholu dle rodové příslušnosti dokazují, že rozdíly mezi muži a ženami nelze vysvětlovat pouze biologickými faktory. Například při porovnání měsíční frekvence pití alkoholu bylo zjištěno, že v Nizozemí muži pijí 1,43 krát častěji než ženy, zatímco v Izraeli muži pijí 3,24 krát častěji než ženy (Wilsnack et. al., 2000; cit. dle Wilsnack, Wilsnack, 2002) K podhodnocení počtu žen závislých na alkoholu může přispívat také výzkumy potvrzená menší ochota žen zapojovat se do léčebných programů (oproti mužům), což bývá zdůvodňováno obavou žen z následků získání „veřejné nálepky alkoholičky“, především strachem ze ztráty opatrovnického práva na děti. (viz Blume nebo Ettore, cit. dle Renzetti, Curran, 2003)

Závislost na alkoholu u žen a využití odborné pomoci

Mnohé výzkumy potvrzují, že značně velké množství mužů i žen trpících závislostí na

alkoholu se neléčí ani nevnímají potřebu se léčit. Na základě The National Comorbidity Survey (Mojtabai, Offson, Mechanic v roce 2002, cit. dle Wu, Ringwalt, 2004) bylo zjištěno, že pouze 14 % osob závislých na alkoholu vnímá potřebu léčby. To podporuje předešlá zjištění o dlouhé době mezi objevením se problémů s alkoholem a prvním kontaktem s poskytovatelem léčby (trvá přibližně 10 let). Mnozí lidé nehledají pomoc dokud jejich závislost nemá za následek závažné problémy v jejich životech (např. Bucholz, Homan, Helzer v roce 1992, cit. dle Wu, Ringwalt, 2004) Mnoho osob závislých na alkoholu nehledá léčbu, protože nevnímají své pití jako problém nebo dávají přednost vyrovnávat se s tímto problémem sami (např. Grant nebo Cunningham, cit. dle Wu, Ringwalt, 2004). Využití léčby je determinováno závažností alkoholové závislosti a jejími následky (komorbidní emoční a zdravotní problémy spojené s alkoholem). (Wu, Ringwalt, 2004)

Ženy s problémy s alkoholem méně často než muži mají podporu v rodině a přátelích pro vstup na léčbu (Beckman, Amaro, cit. dle Wu, Ringwalt, 2004) a častěji hledají pomoc v jiných léčebných zařízeních. (Weisner, Schmidt, nebo Schober, Annis, cit. dle Wu, Ringwalt, 2004) Bylo prokázáno, že pro obě pohlaví je věk signifikantním faktorem pro využití léčby a vnímání potřeby léčby. Mladí dospělí častěji trpí závislostí na alkoholu (Kessler et al., 1994, cit. dle Wu, Ringwalt, 2004), ale bohužel méně často se léčí a méně často potřebu léčby vnímají. Těžké pití u mladých dospělých je více tolerováno jejich vrstevníky a považováno za přechodný stav před vstupem do dospělé zodpovědnosti. Jejich problémové pití má kratší trvání a oni více věří, že své pití zvládnou bez léčby. (Hajema et al. 1999, cit. dle Wu, Ringwalt, 2004)

Mladé ženy ve věku mezi 18-25 lety trpí častěji závislostí na alkoholu, ale méně často vnímají potřebu léčby a méně ji využívají. Mezi ženami trpícími závislostí na alkoholu, které se neléčí a méně často vnímají potřebu léčby jsou ženy s vyššími příjmy, ženy se dvěma nebo více dětmi, a ženy, které nejsou závislé na psychiatrické medikaci. Závislé ženy s vysokými příjmy, které nehledají léčbu, mohou popírat své alkoholové problémy ze strachu ze stigmatu a jiných sociálních ztrát, ale mohou hledat pomoc v jiných zdravotních zařízeních. Závislé afroameričanky častěji než bělošky využívají odbornou léčbu. Afroameričanky a ženy s nižšími příjmy však méně často léčbu dokončí (Green, Polen 2002, cit. dle Wu, Ringwalt, 2004). Wu a Ringwalt zjistili, že ženy, které byly komorbidně závislé na medikaci, 7 krát častěji vnímaly potřebu léčby. U mužů závislých na alkoholu, kteří se neléčili, byla vnímaná potřeba léčby závislá především na věku, nikoliv na jiných charakteristikách. (Wu, Ringwalt, 2004)

Výzkum Wu a Ringwalt však neodhalil žádný signifikantní rozdíl ve vnímané potřebě léčby a využití léčby v odborných zařízeních mezi muži a ženami. Weisner a Matzger v roce 2002 také nenašli žádný gender rozdíl ve vstupu na alkoholovou nebo protidrogovou léčbu. Tato zjištění mohou odrážet aktuální změny v přístupu žen k protialkoholní léčbě, pravděpodobně díky redukci stigma, zvýšené pozornosti věnované problematice závislosti na alkoholu, nebo zlepšení nabídky léčebných programů zaměřených na ženy (Weisner, Schmidt nebo Green et al. 2002, cit. dle Wu, Ringwalt, 2004)

Biologické rozdíly

„U žen dochází k vyšší hladině alkoholu v krvi při požití stejného množství alkoholu na 1 kg tělesné hmotnosti. Příčinou je nižší obsah vody a vyšší obsah tuku v těle ženy (alkohol je rozpustný ve vodě), nižší aktivita alkoholdehydrogenázy v žaludeční sliznici, menší játra, která jsou navíc zaměstnávána metabolismem hormonů. Ženy také reagují na alkohol silněji a méně předvídatelně.“ (Nešpor, 2002, str.572)

Podle Randalla et al. (cit. dle Brienza, Stein, 2002) biologické rozdíly v metabolismu mezi muži a ženami mohou vést k fenoménu, který je nazýván jako „telescoping“. Jedná se o zrychlený rozvoj závislosti na alkoholu u žen oproti mužům, ke kterému dochází při srovnatelné intenzitě a trvání jejich „alkoholové kariéry“. Ženy závislé na alkoholu jsou častěji postiženy poškozením jater, a to i po kratším a méně intenzivním pití alkoholu ve srovnání s muži, ženy rovněž ve větší míře umírají na cirhózu jater. (Fuchs et al. nebo Becker et al., cit. dle Brienza, Stein, 2002). Ženy závislé na alkoholu jsou vystaveny vyššímu riziku poruch menstruačního cyklu, zvýšeným výskytem neplodnosti a spontánních potratů a ve zvýšené míře rizikem úmrtí na rakovinu prsu, oproti ženám, které závislostí netrpí. (např. Grodstein, Goldman, Cramer nebo Bahamondes et al., cit. dle Brienza, Stein, 2002) Závislé ženy jsou častěji postiženy poruchami kognitivních funkcí, a to už při dosahování nižších hladin alkoholu v krvi. (Acker nebo Mann et. al, cit. dle Brienza, Stein, 2002) Úmrtnost žen závislých na alkoholu je vyšší než u závislých mužů, a to na následky všech chorob spojených s alkoholismem, což bylo prokázáno na základě metaanalýzy populačních studií. (Holman et al., cit. dle Brienza, Stein, 2002) Byla prokázána souvislost mezi menstruačním cyklem a konzumem alkoholu, přičemž období před menstruací je rizikovější. (Nešpor, 2000)

Komobirdita

Ženy závislé na alkoholu trpí významně vyšší prevalencí afektivních poruch ve srovnání se závislými muži. (např. Hesselbrock, Meyer, Keener nebo Cornelius, Jarret, Thase, cit. dle Brienza, Stein, 2002) Bylo rovněž prokázáno, že výskyt psychických poruch předchází výskytu závislosti na alkoholu častěji u žen než u mužů. (např. Schuckit et al., cit. dle Brienza, Stein, 2002) Byla prokázána vyšší četnost suicidálních pokusů u žen závislých na alkoholu proti závislým mužům. Rovněž byla zjištěna čtyřikrát vyšší četnost sebevražedných pokusů u žen se závislostí na alkoholu, oproti ženám, které závislostí netrpí. Průřezové studie žen s poruchami příjmu potravy, které zahrnovaly jak ženy s bulimií, tak mentální anorexií, prokázaly, že prevalence alkoholismu je u těchto žen mnohem vyšší než v běžné populaci. (Kasett et al., cit. dle Brienza, Stein, 2002) Zároveň ženy se závislostí na alkoholu udávají ve vyšší míře poruchy příjmu potravy. (Stein, Cyr, cit. dle Brienza, Stein, 2002)

Mnoho žen závislých na alkoholu s psychiatrickou komobirditou však zůstává nediodnostikováno a neléčeno především pro afektivní poruchy, což je významnou překážkou pro zachování abstinence (Gomberg, cit. dle Brienza, Stein, 2002). Snow a Anderson (cit. dle Brienza, Stein, 2002) zkoumali faktory ovlivňující relaps u žen po léčbě závislosti na alkoholu. Zjistili, že mezi hlavní faktory patřil současný výskyt deprese, závislost na další psychoaktivní látce a také násilí v partnerském vztahu.

Léčba a spontánní údrava

Gender odlišnosti se projevují jak v průběhu léčby závislosti, tak doléčování. Na začátku léčby spolupracuje podstatně méně žen než mužů, v jejím průběhu však vytvořením náhledu přijme nutnost abstinence více žen než mužů. Ženy více spolupracují v individuálních formách psychoterapie než muži, více žen je schopno a ochotno investovat své úsilí do doléčovacích programů, výsledky léčby jsou pak stabilnější. (Heller, Pecinovská, 1996) Někteří autoři zdůrazňují nutnost zaměření větší pozornosti právě na ženy se závislostí na alkoholu (např. Copeland, Hall, cit. dle Walde, 2002), mnoha výzkumy již bylo prokázáno, že pro ženy je nejvíce prospěšná gender specifická léčba závislosti na alkoholu. (Hodgins et al. nebo Walitzer, Connors, cit. dle Walde, 2002) Psychoterapie v čistě ženské skupině může být pro ženu velmi důležitá a může jí pomoci překonat traumatizující problémy, se kterými by se jinak těžko svěřovala. (Nešpor, 2000)

Jak uvádí Copeland, většina osob se vyléčí z abúzu a závislosti na alkoholu a jiných psychoaktivních látkách bez formální léčby. Tento fenomén se objevuje častěji u žen než u mužů. Copeland uvádí na základě výzkumů Nathana z roku 1989, Roizena a Cahalan z roku 1978 odhady poměru léčených a neléčených závislých na alkoholu od 3:1 ke 13:1. (Copeland, 1998) Proces behaviorální změny bez formální léčby byl diskutován řadou autorů, kteří jej označují různými termíny, jako např. „spontaneous remission“ – spontánní remise (Anthony, Helzer, cit. dle Copeland, 1998) , „spontaneous recovery“ - spontánní úzdava (Ludwig, cit. dle Copeland, 1998), „de-addiction“ (Klingemann, cit. dle Copeland, 1998)

Biernacki v roce 1986 (cit. dle Copeland, 1998) popsal čtyři fáze „natural recovery“, vyléčení ze závislosti bez odborné pomoci. V první fázi dochází k rozhodnutí s pitím alkoholu skončit, často je spojeno s osobním prožitkem dosažení „dna“ nebo existenciální krizí, jedinec se odmítá identifikovat s „nálepkou alkoholika“. Ve druhém stupni dochází k přerušení závislosti a ke změně životního stylu (často změnou bydlení, přátel a sociálních kontaktů). Ve třetí fázi pokračuje abstinence, zahrnující prevenci relapsu a boj s cravingem. Ve čtvrtém stadiu probíhají dlouhodobé změny identity a zapojení se z deviantní subkultury do konvenční společnosti .

Copeland na základě svého kvalitativního výzkumu zjistil, že proces spontánní úzdavy má četné gender specifické aspekty. Týkají se například motivačních faktorů, jako je těhotenství, kojení, náchylnosti k sexuální viktimizaci a rizikovému sexuálnímu chování, ke kterému dochází během intoxikace. Významnou roli hrála u žen se stabilním partnerem právě jeho podpora a povzbuzení, u žen s nepodporujícím sexuálním partnerem bylo klíčové distancování se od něj a využití pozitivní sociální podpory. Významnou změnou identity bylo u žen právě mateřství, které mělo silný vliv na vnímání zodpovědnosti a jejich budoucí životní styl. (Copeland, 1998)

Rodinné faktory

Ženy závislé na alkoholu jsou častěji než muži opouštěny svými partnery, zvláště v době, kdy nastupují na protialkoholní léčbu. Právě strach ze ztráty partnera a také obava z nechtěného zbavení péče o děti představují u závislých žen hledajících pomoc závažné sociální bariéry proti vstupu na protialkoholní léčbu.

Bylo prokázáno, že ženy pijí častěji než muži jako odpověď na manželské konflikty (Olenick, Chalmers v roce 1991, cit. dle Kelly, Halford, Young, 2000) Psychosociální stres byl prokázán jako prediktor neúspěšnosti protialkoholní léčby a za stresor s vysokou

prevalencí je považován manželský distres, který je u žen s problémovým pitím častý. (Blankfield, Maritz, 1990, cit. dle Kelly, Halford, Young, 2000) Vysoká míra konfliktů v rodině a nízký stupeň rodinné koheze a podpory zvyšuje pravděpodobnost relapsu u těch žen, které absolvovaly déletrvající protialkoholní léčbu. (např. výzkumy, které provedli v roce 1991 Finney a Moos nebo v roce 1994, Schutte, Brennan, Moos, cit. dle Kelly, Halford, Young, 2000)

Podle teorie rodinných systémů však někdy může rodina reagovat na těžké pití přizpůsobením rodinné dynamiky, která ji stabilizuje, a rodinný konflikt se může zhoršovat právě v době, kdy dochází k řešení alkoholového abúzu (např. Steinglass, cit. dle Kelly, Halford, Young, 2000) Výzkumy bylo také zjištěno, že manželská interakce se může zlepšovat s prodlužující se délkou opilosti v párech, kde je muž závislý na alkoholu. (Roberts et al., cit. dle Kelly, Halford, Young, 2000)

Sexuální zneužívání

Početné studie dokazují souvislost mezi abúzem alkoholu v dospělosti a sexuálním zneužíváním v dětství. Zucker a Landry (2007) uvádějí v této souvislosti následující studie: Moran, Vuchinich, Hall v roce 2004, Nelson et al. v roce 2002, Thompson et al. v roce 2002. Tracey se svými kolegy prokázal, že ženy s historií sexuálního zneužívání v dětství měly časnější věk první intoxikace a vzniku závislosti na alkoholu, ale nebyla prokázána souvislost mezi sexuálním zneužíváním a závažností pozdější závislosti. (Tracey et al., 1998). Ženy závislé na alkoholu jsou častěji zároveň i partnerkami závislých mužů a stávají se často oběťmi jejich agrese, jsou více ohroženy domácím násilím. (Kyriacou et al., cit. dle Brienza, Stein, 2002)

Osobnostní faktory

Některé výzkumy však přinášejí méně jednoznačné závěry, co se týká rozdílů mezi muži a ženami závislými na alkoholu. Weijers et. al. se zaměřili na souvislost mezi vlastnostmi osobnosti a gender u osob závislých na alkoholu. Chtěli zjistit, jaké rozdíly v osobnosti jsou mezi muži a ženami závislými na alkoholu a zda existuje souvislost mezi osobnostními rozdíly a podobou alkoholové závislosti. Pokud byl vzat do úvahy vliv věku a vzdělání, nebyly zjištěny výrazné rozdíly mezi muži a ženami závislými na alkoholu a nebyly zjištěny ani závažné rozdíly v podobě alkoholové závislosti. Ženy závislé na alkoholu dosahovaly

vyšších skóre u neuroticismu a vyhýbání se nebezpečí („harm-avoidance“), muži dosahovali vyšší skóre u odvahy („venturesomeness“) a vyhledávání nových zážitků („sensation-seeking“), což odpovídá gender rozdílu zjištěným u běžné populace. Významný vztah mezi mírou neuroticismu a klinickými charakteristikami alkoholové závislosti byl nalezen pouze u žen se závislostí na alkoholu, narozdíl od závislých mužů. (Weijers et. al., 2003)

Vyšší korelace mezi časným antisociálním chováním a pozdější závislostí byla prokázána u mužů (Windle v roce 1990, cit. dle Young, Sweeting, West, 2008). U žen byl prokázán silnější vztah mezi konzumací alkoholu a agresivitou (Wells et al. v roce 2005, cit. dle Young, Sweeting, West, 2008), což je vysvětlováno jako efekt snadnější intoxikace žen, deviance spojené s těžkým pitím nebo samotnou podstatou agrese. Jiné studie však dokazují, že agrese je očekávána jako primární následek pití alkoholu především u mužů (Crawford v roce 1984, cit. dle Young, Sweeting, West, 2008). Je možné, že nárůst konzumace alkoholu mezi mladými ženami v poslední době může zvyšovat jejich toleranci a měnit sociální očekávání. (Young, Sweeting, West, 2008)

Vliv reakcí okolí

Některé výzkumy naopak nepotvrzují všeobecné předpoklady, týkající se chápání alkoholismu jako „mužské nemoci“. V kontrastu s všeobecným přesvědčením o tom, že ženy, které pijí ve zvýšené míře alkohol, jsou svým okolím více odmítány než muži, zjistili Robbins a Martin ve svém výzkumu, že intoxikace u žen je tolerována a dokonce i podporována jejich blízkými lidmi nejméně do té doby, dokud jejich intoxikace nezačne být spojována s agresivitou nebo nezřízeným, neženským chováním. Dokonce takové nekontrolované pití vede pouze k nepřímé kritice od blízkých osob. (Robbins, Martin, 1993) Částečně jako následek odlišných stylů konzumace alkoholu nejsou ženy a dívky kritizovány častěji než muži a chlapci. Hypotéza o větší psychologické náchylnosti k depresi jako o následku pití nebo kritiky pití alkoholu blízkými lidmi byla podpořena pouze u adolescentů (12 -17 let), nikoliv u dospělých. (Robbins, Martin, 1993) Také Riddlon (1988) ve svém výzkumu zjistil, že ženy v protialkoholní léčbě neudávaly častěji než muži, že by byly odmítány svými příbuznými, partnery nebo přáteli. Podle výzkumů se *„větší společenský odpor k ženám, které porušují normy, týká „hypotetické ženy“, a může být těžší rozpoznat nebo konfrontovat aktuální problém s alkoholem u reálné ženy, zvláště když neodpovídá kulturnímu stereotypu nepečující, nestarostlivé nebo nemravné“*. (Robbins, Martin, 1993, s. 307)

2.3 Deprese

2.3.1 Vymezení diagnózy deprese

Deprese je podle WHO nejvíce zátěžová nemoc mezi dospělými ve středním věku na celém světě (Murray, Lopez 1996, cit. dle Manos et al., 2009). V mezinárodní klasifikaci nemocí tzv. 10. revize (MKN- 10) patří deprese do kategorie tzv. „Poruch nálad (afektivních poruch)“, které jsou kódovány jako F30-39. Podle MKN-10 i DSM-IV jsou základním projevem depresivních poruch depresivní epizody, přičemž pro diagnózu depresivní poruchy stačí jediná zřetelně vyjádřená a časově ohraničená depresivní epizoda. (cit. dle Smolík, 2002)

„Depresivní epizoda“ je podle MKN-10 definována jako chorobný stav, který se projevuje depresivními rysy, měl by trvat nejméně dva týdny. Depresivní epizody jsou vymezeny příznakovým okruhem a mohou být specifikovány několika definovanými charakteristikami, přičemž manuál DSM-IV vykazuje takových charakteristik více než MKN-10. Podle množství příznaků a intenzity lze depresi specifikovat jako mírnou, střední nebo těžkou. Dále se posuzuje přítomnost somatického syndromu, u těžké formy také přítomnost psychotických příznaků, které odpovídají nebo neodpovídají náladě. Pokud se depresivní epizody opakují, klasifikuje se „Rekurentní depresivní porucha“. Manuál DSM-IV průběh rekurentních epizod ještě více specifikuje (s remisí nebo bez úplné remise mezi epizodami, se sezónními rysy, s rychlými cykly), a mezi depresivní poruchy řadí také „Dystymní poruchu“. (cit. dle Smolík, 2002)

2.3.2 Diagnostika deprese

Podle DSM-IV se diagnostikuje „Velká depresivní epizoda“, pokud je v průběhu dvoutýdenní periody přítomno minimálně pět z níže uvedených příznaků, které znamenají změnu předcházejícího způsobu chování, a to každý den, nebo téměř každý den, (přičemž jedním z příznaků musí být buď depresivní nálada, ztráta zájmů nebo pohody): 1) depresivní nálada po většinu dne (jak vyplývá ze subjektivního sdělení nebo z pozorování), 2) zřetelné snížení zájmu nebo pohody při všech, nebo téměř všech činnostech v průběhu dne, 3) signifikantní ztráta hmotnosti i bez redukční diety, nebo přírůstek hmotnosti (o více než 5 % za měsíc), nebo snížená či zvýšená chuť k jídlu, 4) insomnie nebo hypersomnie, 5) psychomotorická agitovanost nebo retardace, pozorované také jinými osobami, 6) únava nebo

ztráta energie, 7) pocity vlastní bezcennosti, nadměrné či neodpovídající viny (mohou být bludné), 8) snížená schopnost myslet, koncentrovat se, nebo nerozhodnost (dle subjektivního hodnocení nebo pozorování jiných osob), 9) opakované myšlenky na smrt (ne pouze strach ze smrti), opakované suicidální představy (bez konkrétního plánu) nebo suicidální pokus, případně konkrétní plán provedení sebevraždy. (cit. dle Smolík, 2002)

Výše uvedené příznaky vyvolávají klinicky významnou nepohodu nebo zhoršení ve výkonu sociálních, pracovních nebo jiných důležitých funkcí, přičemž nejsou způsobeny přímým účinkem substancí nebo somatickým onemocněním, nelze je ani vysvětlit „patologickým zármutkem“ (tj. smutkem po ztrátě blízké osoby, kdy příznaky přetrvávají déle než 2 měsíce). (cit. dle Smolík, 2002)

K hodnocení psychopatologie rozvinutého depresivního syndromu slouží speciální psychometrické nástroje- posuzovací stupnice, jako je Hamiltonova stupnice pro deprese HAMD, stupnice Beckova, Zungova škála deprese, Vinařova stupnice FKD, analogová stupnice Aitkenova, stupnice Montgomeryho a Åsbergové a další. (Höschl, 2002). Křivohlavý (1997) dále uvádí: BRMS- Bachův dotazník deprese, VVIECK- Výkonová škála deprese, GDS- Geriatric Depression Scale- dotazník určený starším lidem (Yesage J. A. et al.), PTD- screeningový dotazník Mezinárodní komise pro profylaxi a terapii deprese, CES- dotazník deprese, DLS Depressive Living Syndrom, Dotazník typu hodnocení situací lidí v depresi (Larsen, Macken, 1996).

V základní baterii testů lze depresivitu u psychiatricky nemocných posuzovat také pomocí některých projekčních metod. Depresi a pocity viny může odhalit TAT- tematický apercipční test nebo SCT- Sentence Completion (Test doplňování vět). Rorschachův test ROR může odhalit přítomnost kompenzačních mechanismů, které depresi překrývají. Časově limitované testy mohou prokázat zpomalené psychomotorické tempo (např. WAIS). Minnesotský dotazník MMPI zahrnuje 60 položek vztahujících se k obavám, sklíčenosti a sebevědomí (D-scale). Jak uvádí Höschl, uvedený screening spíše přispívá k zachycení dystymních rysů. K zachytu deprese v obecné populaci lze využít také mezinárodně používaný nástroj CIDI Composit International Diagnostic Interview. (Höschl, 2002).

2.3.3 Etiologie deprese

„Příčiny vzniku afektivních poruch jsou jak biologické, tak psychosociální. Dřívější dělení na čistě reaktivní a čistě biologické poruchy se neukázalo jako plauzibilní. Nejčastěji se jedná o etiopatogenezi smíšenou. Biologická zátěž bývá nalézána častěji u forem bipolárních. 25 % příbuzných pacienta s maniodepresivitou trpí nějakou formou afektivní poruchy, u unipolární deprese je to jen 20 % a u kontrolních osob pouze 7 %...Bylo opakovaně prokázáno, že v mozku depresivních nemocných je nedostatek jednoho nebo více biogenních aminů (noradrenalin, serotonin, dopamin). Naopak mánie je spojena s jejich relativním přebytkem“. (Raboch, Pavlovský, 1999, s. 87-88)

Genetické faktory

Rodinná anamnéza může odhalit genetickou dispozici k depresivnímu onemocnění. Jak uvádí Höschl (2002), heritabilita afektivních poruch je z klinického hlediska prokazatelná, ale způsob genetického přenosu se dosud nepodařilo odhalit. U příbuzných prvního stupně se prevalence afektivní poruchy odhaduje na 10-15 % ve srovnání s 1-2 % v obecné populaci (např. Mahmood et al., cit. dle Cohen, 2002, 2002). Výzkumy afektivních poruch u jednovaječných (MZ) a dvojvaječných (DZ) dvojčat došly mezi MZ a DZ k poměrům 12:0 (Essen-Moller, cit. dle Cohen, 2002) a 58:17 (Bertelsen, cit. dle Cohen, 2002).

Höschl uvádí, že bylo prokázáno riziko pro rodiče probanda přes 10%, pro děti probanda téměř 13 %. V genealogických studiích rizika afektivní poruchy značně kolísala, lze odhadnout na 7-8 % pro rodiče probanda, téměř 9 % pro sourozence a přes 11 % pro děti. Pro příbuzné druhého stupně je riziko 1,4 % pro nevlastní sourozence, 4 % pro tety a strýce, 1,3 % pro neteře a synovce, 2,3 % pro vnuky. Pro děti obou rodičů s afektivní poruchou je riziko maniodepresivního onemocnění asi 40 %. (Höschl, 2002)

Monopolární nemocní mají v příbuzenstvu více než 13 x častější výskyt monopolární deprese, oproti bipolární, zatímco v rodinách bipolárních probandů se vyskytovala bipolární forma asi 17-19 x častěji než unipolární. Hypotézu dichotomie unipolární a bipolární afektivní poruchy podporují také studie dvojčat. Podle Angsta et al. (cit. dle Höschl, 2002). monopolární mánie neexistuje. Morbidita celého spektra psychických poruch je vyšší mezi příbuznými bipolárních než unipolárních probandů, jejich riziko pro bipolární poruchu je 19 x vyšší než u příbuzných unipolárních probandů. (Höschl, 2002).

Malá uvádí (2008), že u monozygotních dvojčat se deprese vyskytuje v 76 %, u dizygotních v 19 %. Periodická depresivní porucha a těžká depresivní fáze s časným začátkem u rodičů je spojena s vyšším výskytem deprese u potomků až v 52 % proti 12 % u kontrolních subjektů. Tyto děti jsou také rizikovou skupinou pro výskyt externalizovaných poruch (poruchy chování, hyperkinetické poruchy a zneužívání návykových látek). Relativní riziko pro dvojče, jehož dvojče trpí unipolární depresí, je 2,4 (konkordance u monozygotních dvojčat je 43%, u dizygotních dosahuje 18 %) riziko pro bipolární afektivní poruchu je 1,8, (konkordance 11% pro monozygotní dvojčata a 6% pro dizygotní). Adoptivní děti biologicky depresivních rodičů mají vyšší výskyt depresivních poruch. Děti agresivní, anxiózní a depresivní mají častěji depresivní matky. (Malá, 2008).

Podle Winokura (cit. dle Höschl, 2002) lze depresi rozdělit na 3 familiální podtypy: 1. čistou depresi, kdy se v rodině také deprese vyskytují 2. sporadické depresivní onemocnění, kdy nemocný nemá hereditu 1. stupně a 3. onemocnění depresivního spektra, kdy se u příbuzného 1. řádu vyskytne alkoholismus nebo antisociální chování. Jiní autoři rozdělují pacienty na dvě skupiny dle výskytu maniodepresivní poruchy v rodině, pro skupinu s výskytem je typický časnější nástup onemocnění a lepší účinnost tymoprofylaxe lithiem. Höschl uvádí, že riziko onemocnění by mohlo být pohlavně závislé, nejvyšší výskyt je u ženských příbuzných probandek. Často pozorovaný genetický přenos bipolárního onemocnění z otce na syna také vylučuje podstatnější účast vazby na X chromozom. Mají-li bipolární osoby adoptivní rodiče, pak signifikantně vyšší výskyt psychopatologie se zjistí u jejich rodičů biologických. (Höschl, 2002).

Jak uvádí Höschl, nebylo dosud prokázáno, zda jedna genetická predispozice je na pozadí různých duševních poruch, nebo různé heterogenní predispozice vedou k jednomu typu onemocnění, popřípadě zda existuje obojí vztah. Tzv. multifaktoriální model předpokládá kontinuum unipolární-bipolární-schizoafektivní, schizoafektivní probandi podle něj mají mezi příbuznými nejvyšší celkové riziko morbidit pro afektivní poruchy i pro schizofrenii. (Höschl, 2002).

Vliv osobní anamnézy

Bylo prokázáno, že ke vzniku deprese podstatně přispívá jak genetická dispozice, tak sdílené rodinné prostředí (např. Mc Guffin et al., cit. dle Cohen, 2002). S depresí souvisí ztráta matky v časném věku (např. Brown et al., cit. dle Cohen, 2002). Bylo zjištěno, že děti depresivních rodičů se častěji jeví jako klinicky depresivní než děti rodičů, kteří depresi

netrpí, přičemž tato juvenilní forma deprese může pokračovat do dospělosti (např. Faraone, Biederman, cit. dle Cohen, 2002). Osoby, které v dětství trpěly unipolární nebo bipolární depresí, mají v dospělosti vyšší prevalenci deprese a poruch vyvolaných užíváním alkoholu a psychoaktivních látek. Alkoholismus u biologického rodiče může předznamenávat depresi u dcery, na rozdíl od situace, kdy žena vyrůstala v prostředí s alkoholickým adoptivním rodičem (Cadoret et al., cit. dle Cohen, 2002). U depresí s časným začátkem hrají velkou roli jak genetické a biologické faktory, tak faktory psychosociální. Mezi rizikové faktory pro vznik afektivní poruchy tedy patří rodičovská psychopatologie, rodinné konfliktní prostředí, nedostatečné sociální dovednosti a způsoby zvládání stresu, chudé nebo žádné přátelské, vrstevnické vztahy. (Malá, 2008) Výzkumy prokázali, že adolescenti prožívají více negativních životních událostí než jejich mladší spolužáci, což může vysvětlovat, proč narůstá výskyt deprese v adolescenci. (Larson, Ham, v roce 1993, cit. dle Bearman, Stice, 2008) Výzkum Bearmana a Stice však prokázal, že deficity v podpoře mezi vrstevníky nepredikovaly nástup deprese pro dívky ani pro chlapce, což je konzistentní s výzkumy Lewinsohn et al., který zjistil, že signifikantním prediktorem deprese pro adolescenty nejsou nedostatky podpory mezi vrstevníky, ale deficity v podpoře rodičů. (Bearman, Stice, 2008)

„Podstatou onemocnění je dědičná dispozice nebo vulnerabilita vedoucí ke změnám funkce CNS, psychickým, vegetativním a endokrinním poruchám. Afektivní poruchy vznikají interakcí genetických a zevních faktorů, na kterých se podílejí exhausce, kumulace negativních životních událostí, psychická traumata, rodinná patologie, temperamentové charakteristiky, roční období (např. jarní a podzimní deprese...“. (Malá, 2008, str. 190).

Jak uvádějí také Raboch a Pavlovský (1999), s výskytem deprese je spojen zvýšený výskyt různých negativních životních událostí, jako jsou např. ztráta blízkého člověka, ztráta zaměstnání nebo závažné změny v sociálním statusu, přičemž sociální podpora postiženého a pozitivní události působí v opačném směru.

Mnohé výzkumy potvrzují vztah mezi depresivní poruchou a statusem spojeným se zaměstnáním. Patten s kolegy na základě longitudinálních dat z the National Population Health Survey zjistil, že depresivní porucha je spojena se zvýšeným rizikem přechodu ze zaměstnání do nezaměstnanosti, přičemž bylo zjištěno více než dvojnásobné riziko pro osoby ve věku 26 až 45 let. Uvádějí však, že se nemusí jednat o kauzální souvislost směřující od nezaměstnanosti k depresi. (Patten et al., 2009) Dle klinických studií deprese je prediktorem nové nezaměstnanosti. (Lerner et al. v roce 2004, cit dle Patten et al., 2009)

Somatické faktory

Deprese je často spojena s tělesným onemocněním - metabolickým a endokrinním (Addisonova, anémie, Cushingův syndrom, diabetes mellitus, hypertyreóza, hypotyreóza, hypokalcemie, Korsakovova choroba, jaterní poruchy, porfyrie, uremie, Willsonova nemoc, encefalitida, endokarditida, hepatitida, mononukleóza, syfilis, tuberkulóza), degenerativním (Alzheimerova demence, Huntingtonova nemoc, roztroušená skleróza, Parkinsonova nemoc) a dalšími poruchami (Menierův syndrom, postkontuzní syndrom, lupus erythema, karcinomy). V těchto případech jde však buď o komorbiditu nebo o symptomatickou depresi. (Höschl, 2002).

Depresivní nálada může být jedním ze symptomů a může dokonce indikovat přítomnost vážné somatické choroby (Cushingův syndrom, pankreatický karcinom, hypotyreóza, anémie) (Cohen, 2002). Některé somatické nemoci mohou vyvolat depresivní poruchu (roztroušená skleróza). U některých poruch mohou depresivní změnu nálady vyvolat léky podávané k léčbě příslušné poruchy (např. reserpin, prednisolon, antikoncepce, haloperidol, antagonisté H₂). Bylo prokázáno, že depresivní porucha může vyvolat somatickou nemoc, například kardiovaskulární onemocnění jako infarkt myokardu (Musselman et al. nebo Hippisley-Cox et al., cit. dle Cohen, 2002). V populaci pacientů trpících nějakou somatickou nemocí se klinické symptomy deprese vyvinou až v 50 % případů ve srovnání s 6 % prevalencí v obecné populaci (v USA).

Bylo prokázáno, že depresivní poruchu lze diagnostikovat u 50 % pacientů s pravohemisférovou mrtvicí. Poynter s kolegy se zaměřil na gender rozdíly ve výskytu deprese po mozkové příhodě, která bývá silně poddiagnostikována, na základě systematického přehledu provedených výzkumů zjistil, že prevalence deprese po mozkové příhodě byla vyšší pro ženy než pro muže v 78 % zahrnutých studií. (Poynter et al., 2009)

Dále bylo prokázáno, že depresivní poruchu lze diagnostikovat u 20 % pacientů postižených infarktem myokardu (např. Lamberg v roce 1996, cit. dle Cohen, 2002) a u 24 % pacientů s rakovinou (Mc Daniel et al. v roce 1995, cit. dle Cohen, 2002). Zvýšená incidence deprese byla prokázána také u pacientů s diabetem mellitus 1. typu ve srovnání s obecnou populací (Popkin et al. v roce 1995, cit. dle Cohen, 2002). Depresivní porucha výrazně zvyšuje riziko následné pracovní neschopnosti (např. zjištění z World Health Organization Collaborative Study nebo studie Armenian et al., cit dle Patten et al., 2009).

Osobnostní faktory

„Některé typy osobnosti nebo charakterové vlastnosti též zvyšují riziko vzniku afektivních obtíží. Jedná se např. o rigiditu, obsedantnost, dominanci nebo závislost. Byl popsán tzv. melancholický typ osobnosti, kdy bývá zaznamenán zvýšený smysl pro pořádek, pro výkonnost a je rozvinuta závislost na blízkých osobách“. (Raboch, Pavlovský, 1999, str. 88)

Bylo prokázáno, že validním prediktorem deprese je určitý premorbidní profil osobnosti- autonomní labilita, tzn. zvýšená míra neuroticismu, časté stížnosti na somatické potíže, zvýšená interpersonální senzitivita a rigidita (Lauer et al. v roce 1997, cit. dle Cohen, 2002) Podobně Höschl uvádí, že k depresi jsou disponibilní cyklotymní a dystymní osobnosti, melancholické typy. Deprese je podle něj také spojena s osobnostními rysy rigidity, obsese, zábran, hloubavosti a dominance. (Höschl, 2002).

Pacienti s časným počátkem klinické deprese trpěli předtím s větší pravděpodobností vyhybavou, histriónskou, narcistickou a hraniční poruchou osobnosti než pacienti s pozdním začátkem deprese (Fava et al, cit. dle Cohen, 2002). Pacienti s depresivní poruchou, kteří trpí poruchou osobnosti, hůře fungují v sociální oblasti než pacienti bez poruchy osobnosti a také u nich s významně vyšší pravděpodobností přetrvávají reziduální symptomy deprese. (Shea et al., cit. dle Cohen, 2002)

Neuroanatomie deprese

Jak uvádí Höschl, studium patogeneze afektivních poruch na neuroanatomické úrovni je zatím stále v počátcích. Bylo však již dostatečně prokázáno, že neuroanatomický podklad patofyziologie deprese zahrnuje prefrontální kůru, bazální ganglia, komplex amygdala-hipokampus, talamus a spoje mezi těmito strukturami, přičemž se však nenachází celková atrofie. Opakovaně bylo zjištěno vyšší zastoupení bílé hmoty a vyšší periventrikulární denzita. Některé studie potvrzují u monopórní deprese menší čelní lalok, mozeček, kaudatum a putamen, u bipolárních depresí se ojediněle zjistilo rozšíření třetí komory, menší mozeček a temporální lalok. (Soares, Mann v roce 1997, cit. dle Höschl, 2002) Je však nutné brát v úvahu, že změny výše uvedených struktur, které se účastní v patogenezi poruch nálady, mohou souviset jak s věkem, tak s cévními a jinými poruchami. (Höschl, 2002)

Bylo prokázáno, že u depresivních pacientů je narušen profil spánku. Mají inverzní organizaci REM fází spánku, které jsou delší na počátku spánku, místo ke konci, přicházejí brzy po usnutí (tzv. zkrácená REM latence), NREM stadia jsou labilní, často se v průběhu

noční mění, mají krátké trvání, je redukován pomalovlnný spánek (3. a 4. stadium NREM). Probouzení přichází brzy, je spojeno s ranními pesimy. Höschl konstatuje, že „*zvýšení REM koreluje s depresí, že zkrácení REM latence je markerem deprese a že REM-deprivace má do značné míry antidepressivní účinky*“. (Höschl, 2002, str. 414)

2.3.4 Výskyt deprese

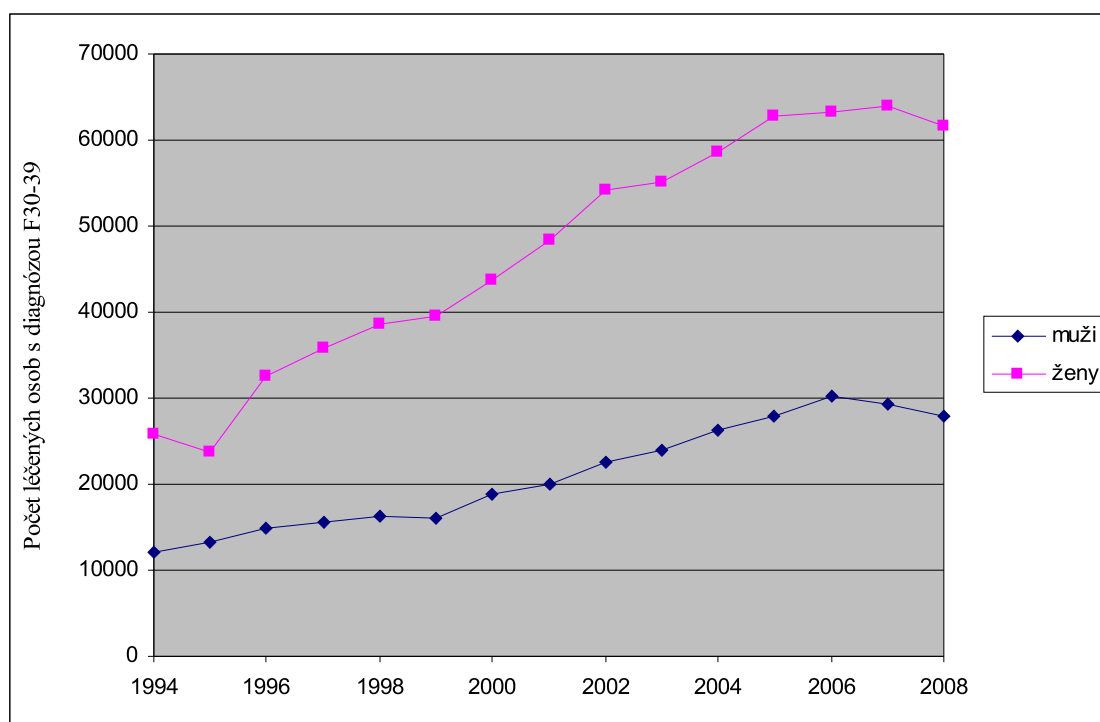
Jak uvádí Smolík (2002), prevalenci depresivních poruch je obtížné určit, především vzhledem k rozdílným způsobům diagnostiky a jejich kritériím:

„Prevalence depresivní poruchy u dospělých osob je odhadována na 5-9 % u žen a 2-3 % u mužů. Existují ale také studie prokazující celkovou prevalenci od 9 do 20 %. Celoživotní riziko vzniku depresivní poruchy je u žen 10-25 %, u mužů 5-12 %... Výskyt depresivní poruchy je zhruba dvojnásobný u adolescentních a dospělých žen než u adolescentních a dospělých mužů. Ve vztahu k věku je nejvíce mužů i žen postiženo v rozmezí věku 25 - 44, podstatně nižší procento depresí vzniká ve věku nad 65 let. Těžká depresivní epizoda je spojena s vysokou mortalitou. Až 15 % umírá sebevraždou. Ve věku nad 55 let umírá 4 krát více jedinců s depresivní poruchou než v ostatní populaci“. (Smolík, 2002, s. 232)

Jak uvádí Křivohlavý, deprese byla dříve považována za onemocnění starých lidí, v současné době však postihuje nejčastěji osoby v produktivním věku. Buie (cit. dle Křivohlavý, 1997) zjistil, že zatímco lidé narození v roce 1930 měli první depresivní epizodu ve věku 30-35 let, lidé narození v roce 1950 měli první depresivní epizodu již ve věku 20-25 let (Křivohlavý, 1997). Hasin et al. uvádí celoživotní prevalenci depresivní poruchy na 17,1% u žen a 9,01 % u mužů (Hasin et al., cit dle. Lynskey, Agrawal, 2008). Höschl (2002) uvádí, že depresí ve světě stále přibývá, přičemž jejich výskyt se přesouvá do mladšího věku:

„Podle DSM-III-R se u 9-26 % žen a 5-12 % mužů (USA a Evropa) vyskytla někdy v životě velká deprese, splňující kritéria podobná DSM-III-R. Prevalence takové poruchy je nyní podle těchto údajů 4,5-9,3 % u žen a 2,3-3,2 % u mužů. Prevalence bipolární poruchy je něco přes 1 % populace. Poměr mužů a žen trpících unipolární depresí je zhruba 1:2. Bipolární porucha nevykazuje pohlavní rozdíl.“ (Höschl, 2002 , str. 433)

Jaký je výskyt deprese v ČR? Při srovnání statistických údajů shromážděných Ústavem zdravotnických informací a statistiky České republiky (ÚZIS ČR) v letech 1994 až 2008 lze konstatovat, že v ČR docházelo od roku 1994 až do roku 2006 k postupnému zvyšování počtu afektivních poruch u mužů i u žen, přičemž je však stále zachováván přibližně dvojnásobný výskyt afektivních poruch u žen oproti mužům.



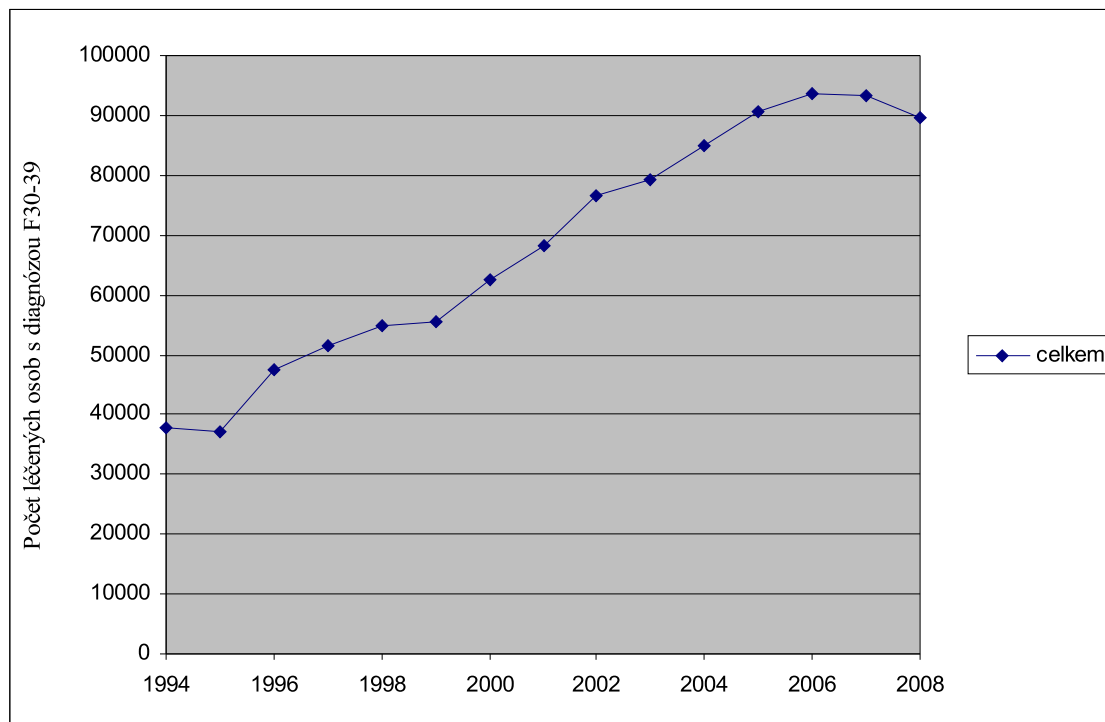
Obr. 5 Léčená onemocnění-afektivní poruchy F30-F39 v České republice v letech 1994-2008 dle údajů ÚZIS ČR.

Pro afektivní poruchy (diagnóza F 30- F39) bylo v roce 1994 léčeno 11.992 mužů a 25.923 žen, v roce 2000 léčeno 18.754 mužů a 43.778 žen. Zatím nejvyšší počet léčených osob byl zaznamenán v roce 2006, kdy bylo léčeno 30.338 mužů a 63.298 žen, v dalších letech dochází k mírnému poklesu, takže v roce 2008 se léčilo pro afektivní poruchy 27.906 mužů a 61.617 žen (Zdravotnická ročenka ČR, 1994, 2000, 2006, 2008).

O zvýšené psychiatrické morbiditě žen svědčí také údaje Ústavu zdravotnických informací a statistiky z roku 2003, přímo zaměřené na srovnání zdravotnických statistik u mužů a žen:

„ Z porovnání počtu vyšetření podle pohlaví vyplývá, že na psychiatrických odděleních bylo vyšetřeno zhruba o 50 % více žen než mužů. Nejčastějšími příčinami vyšetření byly neurotické a afektivní poruchy, kde měly ženy významně (zhruba dvojnásobně) vyšší zastoupení.... Zdá se, že ženy jsou z hlediska emočního labilnější než muži, kteří se s problémovými situacemi vyrovnávají lépe, nebo si je vůbec nepřipouští“. (Brožová a kol., 2003, str.14)

Podle výše uvedeného zdroje mají ženy pro afektivní a neurotické poruchy také čtyřikrát častější pracovní neschopnost než muži a jsou častěji hospitalizovány. Vzhledem k tomu, že ženy častěji vyhledávají pomoc psychiatra, jsou pravděpodobně také více než muži schopné odvrátit fatální řešení svých problémů, neboť dle statistických údajů řeší muži své problémy sebevraždou až pětikrát častěji než ženy. (Brožová a kol., 2003)



Obr. 6 Léčená onemocnění-afektivní poruchy F30-F39 v České republice v letech 1994-2008 dle údajů ÚZIS ČR.

Do jaké míry však odpovídají údaje z lékařských statistik skutečnému výskytu deprese u mužů a žen? Jak uvádějí Raboch, Pavlovský, míra výskytu deprese v populaci může být značně podhodnocena (1999, s.89):

„...až polovina postižených s depresí, kteří jsou v péči lékaře první linie, nejsou správně diagnostikováni. Je to především proto, že jak pacient, tak lékař obvykle nediskutují psychickou problematiku, ale soustřeďují se na relativně přístupnější somatické obtíže. Přitom depresivní pacient má sklon zvýrazňovat své tělesné stesky. Ve vyhraněném případě tzv. maskované deprese jsou tělesné symptomy zcela v popředí.“

Někteří autoři upozorňují na to, že současná diagnostická kritéria deprese mohou být kulturně ovlivněna a způsob prožívání depresivní symptomatologie může být také ovlivněn sociálními a kulturními vlivy. Data od Robinse a Reigera dokazují, že 15 % afroameričanů udává somatické symptomy deprese oproti 9 % u bělochů. Deprese je u afroameričanů významně více stigmatizována, je vnímána jako osobní slabost, jsou také chybně diagnostikováni lékaři, protože si u svých praktických lékařů stěžují více na fyzické nepříjemnosti. (Bailey, Blackmon, Stevens, 2009)

Kovess-Masfety, Briffault a Sapinho na základě svého výzkumu provedeného ve Francii v letech 1991 až 2005 tvrdí, že všeobecný trend nárůstu depresivní symptomatologie nekoresponduje s nárůstem výskytu skutečné depresivní poruchy. (Kovess-Masfety, Briffault, Sapinho, 2009) I když se celková prevalence deprese v době 1991 do 2005 pouze mírně zvýšila, v kontrastu k tomu tendence lidí prohlašovat, že se cítí být depresivní, dramaticky vzrostla. Zjistili rovněž, že ve sledované době se nezměnil počet lidí, kteří navštívili psychiatra pro depresi. Významně méně osob konzultovalo své depresivní symptomy s praktickými lékaři, zatímco konzultace s psychology se třikrát zvýšila. Změnila se riziková populace, staří lidé již nejsou nejvíce riziková skupina, zvýšilo se riziko pro osaměle žijící osoby a nezaměstnané, a to zvláště mezi vysoce kvalifikovanými lidmi. Kovess-Masfety, Briffault a Sapinho konstatují, že zatímco role psychiatrů v souvislosti s hledáním pomoci při depresivních symptomech zůstala nezměněna, praktičtí lékaři hrají menší roli a role psychologů ve zvládání psychiatrických nemocí z roku 1991 do 2005 dramaticky vzrostla, zvláště pro méně vzdělané a závažně depresivní lidi. Tyto trendy mohou být částečně vysvětleny také změnou v nabídce poskytovatelů zdravotní péče. (Kovess-Masfety, Briffault, Sapinho, 2009)

2.3.5 Klinický obraz deprese

Základním rysem depresivní poruchy je patická nálada- smutná, beznadějná, bezradná, sklíčená, pacienti ztrácejí většinou schopnost prožívat radost. Chuť k jídlu je většinou snižena, někdy také zvýšená, což v obojím případě vede ke změně hmotnosti. Ztráta zájmů vede k sociálnímu stažení, zanedbávání zdrojů potěšení. K dalším příznakům patří buď psychomotorická agitovanost nebo naopak inhibice (zpomalená řeč, hypomimie), která může vést až ke stuporu, omezení verbálního projevu až mutismu. Z poruch spánku je častější insomnie, která zahrnuje poruchu usínání i buzení v noci a k ránu. Objevuje se pláč, strach, úzkost, podrážděnost, hypochondrie. (Höschl, 2002).

Pacienti s depresí si stěžují na ztížené soustředění, nerozhodnost, poruchy paměti, někdy je nutné tyto symptomy odlišit od skutečné demence. (Höschl, 2002). Bylo zjištěno, že některé kognitivní deficity způsobené depresivní poruchou mohou někdy přetrvávat i po klinické úpravě z deprese. (např. výzkum kteří provedli Smith et al. nebo Airaksinen et al., cit dle Castaneda, 2010) Léčba deprese byla spojena se zlepšením verbální paměti a exekutivních

funkcí. Castaneda ve svém výzkumu zjistil, že depresivní pacienti, kteří pociťují výraznější zhoršení ve svých kognitivních schopnostech, také pravděpodobně více vyhledávají odbornou pomoc, což může být spojeno také s prožíváním vyšší míry distresu. S depresí spojené kognitivní deficity mohou být zároveň manifestací klinické závažnosti choroby. Časnější věk nástupu deprese znamená větší poškození exekutivních funkcí. (Castaneda, 2010)

K dalším symptomům deprese patří pocity méněcennosti a viny, přičemž autoakuzace mohou nabýt až charakteru bludu. Objevují se myšlenky na smrt, obavy ze smrti, sebevražedné myšlenky, sebevražedné pokusy. Pokud se vyskytují psychotické příznaky, jsou sekundární a kongruentní, někdy paranoidní (např. nemoc je trestem za hříchy). (Höschl, 2002). Lidé s depresí jsou více emocionálně reaktivní vůči interpersonálním stresorům. (Hooley, Gotlib v roce 2000, cit. dle Cuellar, Johnson, 2009) Cuellar a Johnson ve svém výzkumu v roce 2009 prokázali, že současná diagnóza deprese predikuje více negativní reakce na kritiku, zatímco nepredikuje méně pozitivní afektivní reakce na pochvalu. (Cuellar, Johnson, 2009)

Bylo prokázáno, že osoby náchylné k depresi reagují na prožitky dysforie způsoby, které brání „natural recovery“, přirozené úzdavě z epizody smutku. Kovacs, Rottenberg a George (2009) zjistili u osoby s dřívější nebo současnou depresivní poruchou řadu kognitivních a nekognitivních maladaptivních reakcí na jejich vlastní prožitky smutku, které ještě více zhoršují jejich náladu, což predikuje zhoršení průběhu depresivní poruchy, nárůst depresivní symptomatologie a zvýšení pravděpodobnosti rekurentní depresivní epizody. Bylo však zjištěno, že i tito jedinci disponují některými adaptivními strategiemi, takže historie deprese nemusí být nutně spojená s absolutním nedostatkem adaptivních reakcí. (Kovacs, Rottenberg, George, 2009)

2.3.6 Epidemiologie deprese

Unipolární deprese se může objevit v kterémkoliv životním období. (Höschl, 2002). Prevalence depresivní poruchy je 0,4 – 2,5 % u dětí do 10 let, 0,4 - 8,3 % u adolescentů od 10 do 18 let a 15 - 20 % u dospělých. Deprese se vyskytuje u 1 - 8 % dětí a adolescentů (Malá, 2008). U 14-16 letých nezletilých depresivních adolescentů je poměr výskytu depresivní epizody u chlapců oproti dívkám 1:5, později 2:5. Prevalence pro depresivní poruchu je jak u chlapců, tak u dívek 4 %, pro dystymii 5 %. Incidence afektivních poruch je

transkulturně udávána v rozmezí 0,6- 13 % u 14-16 letých. Často se u těchto poruch vyskytuje zvýšená incidence akutních začátků onemocnění, méně osobnostních premorbidních abnormalit a zvýšená hereditární zátěž (afektivní poruchy u příbuzných I. a II. stupně) (Malá, 2008) Prevalence deprese u adolescentů v psychiatrické péči je 18-27 %, tj. až 7 krát vyšší než v běžné populaci. Riziko suicidia u depresivních nezletilých je až 20 krát vyšší než v běžné populaci, u dětí školního věku je suicidium často považováno za smrt při nehodě. Posledních dvacet let se zkoumaly skupiny dětí a adolescentů s diagnózou deprese, aby se našly důkazy podporující kontinuitu dětské a dospělé deprese. (Malá, 2008)

První fáze bipolární afektivní poruchy se obvykle rozvine v průměru okolo 21. roku života, s prvními nástupy mezi 15- 19 lety (Höschl, 2002), přičemž přibližně 3 % bipolární afektivní poruchy má první ataku před 15 rokem věku, většinou však až po 9 roku věku. (Malá, 2008) Další období čtenějších nástupů onemocnění je mezi 20-24 lety. (Höschl, 2002). Bipolární afektivní porucha s časným začátkem a dystymie jsou poruchy s rodinným výskytem, spojené s ostatními psychiatrickými poruchami, hlavně s anxiétou a poruchami chování, přičemž u obou se v hereditární anamnéze zvýšeně objevují suicidia, antisociální chování, zneužívání alkoholu a drog. (Malá, 2008)

2.3.7 Průběh deprese

U tzv. „velkých“ (major) afektivních poruch je průběh epizodický, s výjimkou ojedinělé epizody unipolární deprese. U bipolární poruchy se přitom střídají manické a depresivní fáze v různém poměru. Za průměrnou dobu trvání depresivní fáze je považováno 4-6 měsíců, (pokud je neléčená 6-12 měsíců), ale variabilita může být značná. V období mezi fázemi pacienti dosahují obvykle plných remisí, které mohou trvat měsíce i roky. Depresivní fáze se rozvíjejí dny až týdny. Objevují se prodromální příznaky, jako je úzkost, nespavost, nerozhodnost, únava. Až 50 % pacientů, kteří se dostanou do depresivní fáze, časem relabuje. Závažným problémem je chronifikace velké deprese, dochází k ní asi u 20 % pacientů. Počátek manických fází je obvykle náhlý, s rychlou eskalací příznaků během několika dní nebo i hodin, trvají dny až týdny, méně často měsíce, odeznívají rázněji než deprese. U bipolární poruchy bývá úvodní fáze často manická, periody mají vyšší frekvence než při unipolární depresi. Určitou periodicitu vykazují také cyklotymní poruchy a atypické bipolární poruchy. U ostatních poruch bývá rozvoj pozvolný a průběh undulující.

Höschl uvádí, že depresivní fáze bývá často spuštěna psychogenní zátěží (ztrátou milované bytosti, odloučením) a její „nejvážnější komplikací je sebevražda“. (Höschl, 2002, str. 433). Manická fáze bývá často spuštěna psychogenní zátěží, účinky antidepresiv, elektrokonvulzemi, porodem, některými druhy psychoterapií, přičemž závažnou komplikací mánie je abúzus psychoaktivních látek a následky nezodpovědného chování (např. trestné činy). U pacientů v remisi je rizikem relapsu pasivita, nízké skóre emoční stability a personální fixace. (Höschl, 2002).

2.3.8 Teoretické modely deprese

K pochopení a vysvětlení deprese byly vytvořeny teoretické modely, každý z nich zdůrazňuje jinou stránku tohoto komplexního děje. (Malá, 2008).

1. V rámci analytického modelu je deprese chápána jako reakce na ztrátu milovaného objektu. (Malá, 2008). Podle Freuda patří sebeobviňování, kterým depresivní jedinci sami sebe trýzní, vlastně jiné osobě, a to sexuálnímu objektu, o který přišli, nebo který pro ně vlastní vinou ztratil cenu. Melancholik svoje libido stáhl z tohoto objektu zpět, ale tzv. procesem narcistické identifikace byl tento objekt instalován v Já. K vlastnímu Já je zaujímán postoj jako k opuštěnému objektu a musí vytrpět agresivní a mstivé projevy. Já je souzeno Nadjá podle nejpřísnějších mravních měřítek. (Höschl, 2002).

U malých dětí může být deprese reakcí na časnou separaci od rodičů. Spitz v roce 1946 popsal syndrom tzv. anaklitické deprese, která se může rozvinout při odloučení dítěte od matky, přičemž zvláště citlivý na separaci je kojenec ve věku osmi až devíti měsíců. V prvním roce života se v interpersonálních vztazích vytváří pocit jistoty a bezpečí, vnímání okolního světa jako neohrožujícího. Při separaci od pečující osoby se u vulnerabilních kojenců může vyvinout anaklitická deprese - výrazná změna reaktivity, plačtivost, apatie dítěte (stav může být ireverzibilní, dítě pak umírá většinou na respirační infekci) (Malá, 2008).

Současní analytici se zabývají vztahem mezi časnou mateřskou deprivací a náchylností k depresi. Podle Jacobsona (cit. dle Höschl, 2002) může deziluze představy o rodičovské všemohoucnosti a následná devalvace rodičovského vzoru ovlivňovat utváření ega malého dítěte a vést ke zhroucení dětského sebevědomí, což dává vznik primární depresi, opakující se znovu kdykoliv v dospělosti, když je jedinec zklamán nebo zrazen. Další autoři, např. Fenichel nebo Kleinová (cit. dle Höschl, 2002) tuto hypotézu dále rozpracovávají. Prototypem

deprese je deprivace na infantilním já, deprivace jakýchkoliv vitálních narcistických potřeb, přičemž jejich poskytování ve formě lásky a péče je z hlediska budoucího vývoje v této fázi nejdůležitější.

2. V rámci behaviorálního modelu je deprese vnímána jako reakce na nedostatek pozitivního zpevňování v psychosociálním kontextu. (Malá, 2008).

3. Model naučené bezmocnosti se zaměřuje na nedostatek vzájemného vztahu mezi chováním a jeho důležitými důsledky, mezi pozitivními a negativními událostmi. Podle Seligmana jde o deficit na všech úrovních vývoje a socializace (kognitivní, emoční, behaviorální, motivační, sociální i spirituální). (Malá, 2008).

4. V rámci kognitivního modelu je deprese chápána jako důsledek negativního pohledu na sebe, na svět a na budoucnost (tzv. Beckovo trias), který je založený na negativních emočních myšlenkách a dysfunkčních schématech (negativní úsudky a hodnocení, kognitivní omyly, generalizace negace, bagatelizace úspěchů a odmítání pozitivního, černobílé myšlení, zkreslený výběr jen negativních faktorů pod vlivem emocí, vztahovačnosti a pocitů viny). (Malá, 2008).

5. Podle stresového modelu souvisí etiologii deprese s kumulací mnoha negativních životních událostí. Jak uvádí Malá, tato teorie je nosná zvláště u dětí a adolescentů, kumulace ztrát (rozvod, úmrtí, konflikty v rodině, nepřiměřené fyzické trestání, sexuální zneužívání, deprivace i subdeprivace) často předchází rozvoji deprese. (Malá, 2008).

6. Sociologický model zdůrazňuje nedostatek sociální podpory a sociálního ocenění, nemožnost zastávat role, o které jedinec usiluje, důsledkem čehož se objevují pocity sociálního selhání a neúspěšnosti. (Malá, 2008) Deprese je častější v oblastech s velkou migrací, která souvisí s frekvencí životních událostí a ztrátami důležitých objektů. (Höschl, 2002)

7. V rámci genetického modelu je etiologie deprese vysvětlována v souvislosti se specifickou vulnerabilitou jedince, danou jak genetickými faktory a temperamentovými charakteristikami, tak zevními podmínkami, včetně sociálních.

8. Biochemický model zůstává nadále předmětem výzkumu. Zaměřuje se na určení psychosyndromů a určitých funkčních mozkových celků definovaných specifickým neurotransmiterem. Bylo prokázáno, že u afektivních poruch jsou přítomny změny v systému katecholaminovém a serotoninovém. Výskyt deprese souvisí s hormonálními změnami. U depresivních dospělých, ale i u dětí, je přítomna zvýšená sekrece kortizolu, časný únik kortizolemie ze suprese vyvolané dexametozonem. Celkem 84 % depresivních prepubertálních dětí má sníženou sekreci růstového hormonu v odpovědi na hypoglykémii vyvolanou inzulinem. Jde o neuroregulační abnormality v oblasti limbicko- hypotalamické, které mohou být odrazem predispozice k opakovaným epizodám. Syndrom nízké hladiny melatoninu má vztah k noradrenergní hypoaktivitě u depresí. Depresivní děti vylučují signifikantně méně katecholaminů. (Malá, 2008).

9. V rámci neuroanatomického modelu je při vyšetření MRI zjišťována redukce mozkového objemu a hypoplazie temporálního lobu (hippocampus, amygdala). Polysomnografické studie mají nejednotné výsledky, ale většina autorů našla prodloužení REM fáze a zkrácení REM latence. (Malá, 2008).

10. Sociobiologický pohled na fylogenezi depresivního syndromu podává Price (1967, cit. dle Höschl, 2002). V jeho rámci má deprese svůj evoluční význam pro ochranu jednotlivce. Zranění, nemoc, stáří a ztráta blízkého jedince jsou stavy doprovázené depresí. Oslabený, zraněný, nemocný jedinec by byl zabit, pokud by bojoval o svou příčku v hierarchii dominance, ztratí-li o svůj osud zájem a má depresivní příznaky, nebojuje a zůstane spíše naživu, což je výhodné z hlediska přenosu jeho genů. Řeší-li se přesuny v hierarchii dominance bez boje za dobrovolného odchodu depresivních jedinců, nevyčerpává se skupina energeticky a personálně náročnými vnitřními boji o každou příčku. Chorobná deprese by mohla být patologickou fixací tohoto mechanismu, jindy výhodného. Deprese při úmrtí blízké osoby je reliktem nebo spíše variantou ztráty aliance. Perimenstruální rozlady u žen jsou pak reliktem anebo obdobou depresí provázejících periodický pokles v hierarchii dominance u samic v období jejich sexuální nepoužitelnosti (periodická ztráta aliance). (Höschl, 2002).

11. Podle sociologické perspektivy sociální okolí depresivního člověka poprvé označuje jako psychicky nemocného („labeling“) a formuje tak první stupeň diagnózy, která je v dalších stupních (lékařem, psychiatrem) potvrzována, nebo korigována. V naší sociokulturní oblasti je okolí tolerantnější k depresi a někdy i suicidu, než k mánii (maniak je obtížný, pravý

šílenec) Postoje veřejnosti jsou modifikovány tradicí, kulturou a osvětou, na afektivní poruchy je nazíráno jako na „stres“. Bipolární porucha nálady se od ostatních psychických poruch odlišuje také z hlediska sociální role nemocného- v jiné roli je pacient v mánii, v depresi a v remisi, pro okolí bývá náročné vyrovnat se s touto trojí rolí, což zpětně zhoršuje situaci pacienta. (Höschl, 2002)

2.3.9 Léčba deprese

„Cílem léčby je odstranit příznaky onemocnění, obnovit pracovní a společenské uplatnění a odvrátit možnost relapsu choroby. K tomu slouží především psychofarmaka, psychotherapie a elektrokonvulze (EKT). Protože poruchy nálady mají převážně periodický průběh, léčba probíhá ve třech stupních jako akutní, udržovací a profylaktická“. (Höschl, 2002, str. 441)

Předností farmakoterapie jsou relativně malé nároky na pacientův a lékařův čas. Za nevýhody farmakoterapie je možné považovat někdy nutnost častějších změn (titrace dávky, nežádoucí účinky), možnost interakcí s jinými léky a alergické reakce, nutnost kázně užívání bez ohledu na její finální efekt. Bylo zjištěno, že u nemocných se středně těžkou až těžkou depresí jsou antidepresiva účinnější než placebo nebo psychotherapie, zatímco u velmi mírných depresí nebyl klinický účinek léků jasně prokázán.

„Antidepresiva jsou účinná i při současném působení stresu nebo komorbidity s tělesným onemocněním, jsou léčbou první volby u těžší a těžké monopolární deprese, bipolární deprese a dystymie. Z celkového metaanalytického pohledu nejsou mezi jednotlivými antidepresivy významné rozdíly co do účinnosti, až na to, že tricyklická a duální antidepresiva jsou v mnoha studiích o něco účinnější než SSRI.“ (Höschl, 2002, str. 442)

Mezi přednosti psychotherapie deprese patří nižší výskyt nežádoucích účinků, její výsledek je však zase velmi závislý na osobnostech všech zúčastněných a na kvalitě, s jakou je provozována. Psychotherapie je náročná na čas, může být pro pacienta subjektivně i dost nepříjemná, přibližně třetina pacientů psychoterapii nedokončí. Specifické situace vyžadují specifický přístup, např. rodinnou terapii při matřimoniálních problémech. Höschl uvádí, že údajů, které by v kontrolovaných podmínkách prokazovaly účinnost psychotherapie, je oproti farmakoterapii málo. Kombinovaná léčba farmaky a psychoterapií sdílí výhody i nevýhody obou přístupů.

„Léky účinněji odstraňují příznaky, psychoterapie odstraňuje problémy, které z dlouhodobého pohledu depresi sytí a snižují rizikový práh pro rekurenci“. (Höschl, 2002, str. 441)

Výhodou elektrokonvulzní léčby (EKT) je rychlé a efektní působení, zvláště u velmi těžkých depresí s melancholií, u poruchy nálady s psychotickými rysy, nevládnutelných stavech s neklidem a masivním suicidálním chováním. Není dostatečně odůvodněná u mírnějších forem deprese, má definované kontraindikace. EKT většinou probíhá při hospitalizaci, při opakování může někdy působit retrográdní a anterográdní amnézii, rizikem je i celková anestezie. Elektrokonvulzní léčba je také spojena s negativním společenským postojem- stigmatem, ke zvládnutí chronobiologie onemocnění rovněž nestačí a musí se kombinovat s profylaxí. (Höschl, 2002)

K překlenutí doby nástupu účinku antidepresiv bývá využívána fototerapie- léčba jasným bílým světlem o intenzitě alespoň 5000 luxů, aplikovaná nejčastěji v časných ranních hodinách. U některých pacientů působí velmi rychle, je relativně levná, její komplikace jsou minimální, účinek je však pouze dočasný. (Höschl, 2002)

Psychoterapie deprese

„Psychoterapie má před léky přednost pouze je-li deprese mírná, nemá známky endogenity respektive melancholie a v anamnéze jsou psychogenní příčinné faktory. Nedojde-li k výraznému zlepšení do 12 týdnů, je třeba tak jako tak podat antidepresiva“. (Höschl, 2002, str. 448)

Nejčastěji používané krátkodobé strukturované formy psychoterapie jsou kognitivně-behaviorální, manželská terapie, krátká dynamická psychoterapie, rogersovská psychoterapie. Cílem kognitivně behaviorální psychoterapie je odstranění depresivních příznaků tím, že identifikuje a opravuje chybné, katatymně zkreslené, negativně zaujaté myšlenky. Jsou využívány techniky založené na teorii učení, jde o nácvik dovedností a zdatností (např. řešení problémů, asertivity, sebeovládání), který využívá posilování pozitivního, trestání negativního a otužování ve smyslu přizpůsobení se nárokům (desenzibilace) nebo vystavení se zátěži (expozice). *„Pojmenováním a úpravou patologických přesudků, schémat a osobních přesvědčení se snaží předejít relapsu a rekurenci onemocnění“.* (Höschl, 2002, str. 448)

Cílem interpersonální psychoterapie deprese je objasnění a vyřešení mezilidských problémů pacienta (např. jeho sociální izolace, protražovaného zármutku), přičemž interpersonální problém může být vnímán nejen jako příčina, ale i jako pouze průvodní jev, který depresi nezpůsobil, ale napomáhá jejímu udržování a brání jejímu odeznění. (Höschl, 2002)

Manželská psychoterapie je u deprese indikována poměrně často, neboť matrimonální konflikty bývají jako stresogenní vlivy na pozadí deprese, vzhledem k tomu, že mohou přetrvávat i po odeznění depresivní fáze, mohou se podílet na rekurenci poruchy. (Höschl, 2002)

Cílem krátké dynamické psychoterapie je odhalení a řešení konfliktů založených na minulosti dotyčného, na situacích ve kterých se ocitl. Tato technika není pro léčbu deprese specifická, ale sekundárně může ke zlepšení deprese přispívat. U pacientů s depresí lze aplikovat také rogersovskou psychoterapii, založenou na důvěrném vztahu terapeuta a klienta. (Höschl, 2002)

K léčbě afektivních poruch patří rovněž psychoedukace pacienta a jeho rodiny, založená na poskytování informací, objasňování povahy onemocnění a principů jeho léčby („deprese je onemocnění, které je časté a léčitelné“). Jejím cílem je identifikace rizika sebevraždy, vybudování důvěry, zmírnění nepřiměřené sebekritičnosti a pesimismu, objasnění vztahu duševních a tělesných onemocnění. (Höschl, 2002) Pokud rodina považuje pacienta s depresivní poruchou zodpovědného za behaviorální symptomy deprese, mohou na něj reagovat kritikou s cílem redukovat manifestaci jeho nemoci, což vede k dalšímu zhoršení depresivní symptomatologie. Pokud jsou jim poskytnuty dostatečné informace depresi, mohou přizpůsobit své atribuce a vnímat chování pacienta jako projev nemoci. Proto je důležité zaměřit intervenci na redukci kritiky pacienta a na akceptaci nové rodinné situace, s cílem zabránit rozvoji anxiózních vzorců. (Alvarez-Jiménez et al., 2010)

I když účinnost psychoterapie potvrzuje zatím jen málo kontrolovaných studií, bylo zjištěno, že u mírnějších a středně těžkých depresí je cílená psychoterapie přibližně stejně účinná jako antidepressiva. Například Lynch, Laws, McKenna zjistili na základě metaanalýzy studií účinnosti kognitivně behaviorální terapie při léčbě deprese, že je efektivní nejen pro léčbu akutních symptomů deprese, ale i jako prevence relapsů depresivní epizody, a to narozdíl od léčby bipolární poruchy a schizofrenie. (Lynch, Laws, McKenna, 2010). Účinnost psychoterapie může snižovat současně přítomná porucha osobnosti nebo manželské

problémy. U těžkých, zvláště psychotických depresí je farmakoterapie účinnější (např. Elkin et al., cit. dle Höschl, 2002).

V praxi se osvědčuje kombinace farmakoterapie a psychoterapie, zvláště pokud každý přístup samostatně nepřináší uspokojivé výsledky. (Höschl, 2002) Například v rámci studie TADS (Treatment for adolescents with depression study) bylo prokázáno, že pro léčbu těžké deprese u adolescentů je nejvhodnější kombinace kognitivně behaviorální terapie a podávání fluoxetinu, přičemž průměrná adekvátní délka léčby byla od 6 do 9 měsíců. Právě přidání kognitivně behaviorální terapie minimalizuje riziko suicidality, která může být medikací antidepressiv indukována. Snižuje riziko realizace případných sebevražedných myšlenek, pomáhá ke zvládnutí psychické zátěže, snižuje rodinné konflikty, zlepšuje schopnosti řešení rodinných problémů, vybavuje dovednostmi ke zvládnutí negativních afektů. Tato léčba maximalizuje zisky a minimalizuje možná poškození. (March, Vitiello, 2009)

2.4. Sebevražda

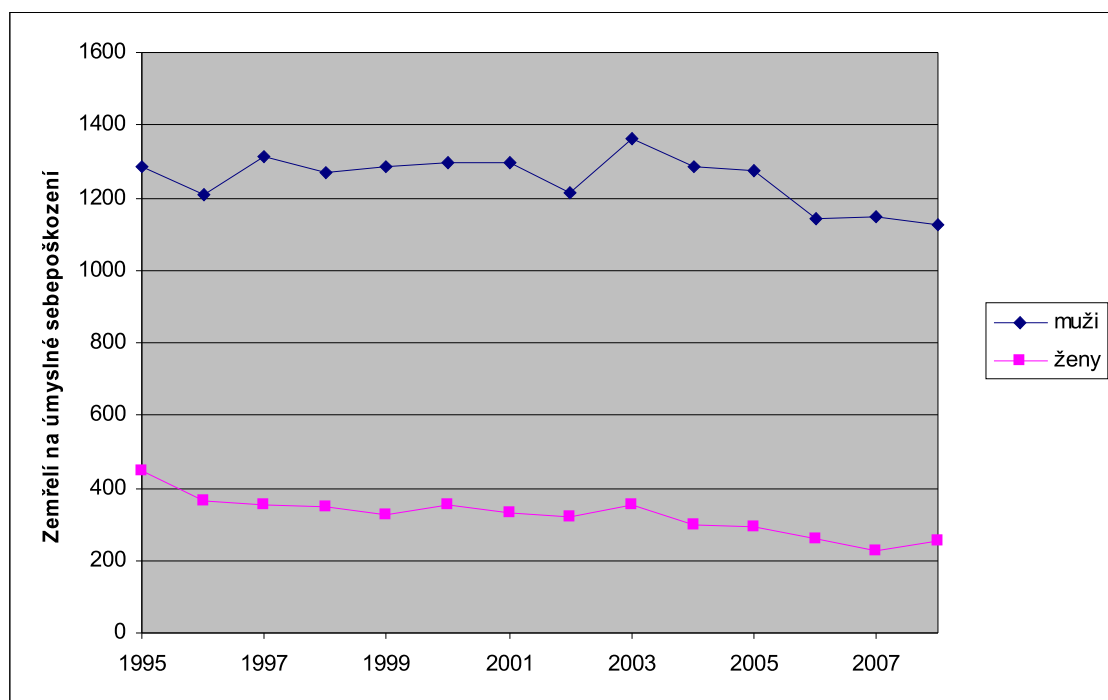
„Sebevražda je nejzávažnější následek depresivní poruchy“. (Hercher et al., 2009)

Výskyt sebevražd je závažným celospolečenským a zdravotním problémem, který odráží a zároveň vytváří závažné lidské utrpení. Každým rokem zemře na následky dokonané sebevraždy více než 58 tisíc lidí v EU. Podle dat WHO je sebevražda mezi deseti hlavními příčinami smrti pro všechny věkové kategorie. (The World Health Report, WHO, 2003, cit. dle Hegerl, Wittenburg, 2009) V roce 1998 představovaly sebevraždy 1,8 % úmrtnosti, v roce 2020 je očekáván jejich nárůst na 2,4 % (Bertolote, Fleischmann v roce 2005, cit. dle Hegerl, Wittenburg, 2009). Počet sebevražedných pokusů, které neskončí smrtí, je odhadován 10 krát až 20 krát vyšší než počet dokončených sebevražd. Ačkoliv neexistuje jediná příčina sebevraždy, většina suicidálních aktů se objevuje v kontextu psychických nemocí, nejčastěji deprese (Lönnqvist, Koskenvuo, 1998, cit. dle Hegerl, Wittenburg, 2009). Snahy redukovat sebevražednost by měly být zaměřeny především na osoby trpící depresí jako hlavní rizikovou skupinu.

2.4.1 Výskyt sebevražd

Jaký je výskyt sebevražd ČR? Při srovnání statistických údajů shromážděných Ústavem zdravotnických informací a statistiky České republiky (ÚZIS ČR) v letech 1995 až 2008 lze

konstatovat, že dochází ke změně poměru mezi muži a ženami, kteří zemřeli ve výše uvedených letech na úmyslné sebepoškození. Zatímco v roce 1995 byl počet mužů zemřelých na úmyslné sebepoškození 2,85 krát vyšší než počet takto zemřelých žen, v roce 2007 byl počet mužů zemřelých na úmyslné sebepoškození již přibližně 5 krát vyšší než počet takto zemřelých žen. Nejvyšší počet žen zemřelých na úmyslné sebepoškození byl v rámci sledovaného období zaznamenán v roce 1995, a to 449 žen, mužů zemřelo v tomto roce 1.284. Nejvyšší počet mužů zemřelých na úmyslné sebepoškození byl v rámci sledovaného období zaznamenán v roce 2003, a to 1.365 mužů, žen takto zemřelo 354. Lze konstatovat, že u žen má sebevraždnost s mírnými výkyvy spíše klesající tendenci od roku 1995, přičemž v roce 2007 zemřelo v rámci sledovaného období na úmyslné sebepoškození nejméně žen, a to 228 (v roce 2008 to bylo 256 žen). U mužů jsou výkyvy v sebevraždnosti poněkud výraznější, ale i u nich lze konstatovat postupné snižování počtu zemřelých na úmyslné sebepoškození, především od roku 2003. V roce 2008 byl zaznamenán v rámci sledovaného období nejnižší počet mužů zemřelých na úmyslné sebepoškození, a to 1123 mužů. (Zdravotnická ročenka ČR, 1995, 2003, 2007, 2008).



Obr. 7 Zemřelí na úmyslné sebepoškození v České republice v letech 1995 -2008 dle údajů ÚZIS ČR.

Jak uvádí Höschl, přibližně ke 10-25 % sebevražd u nás dochází v důsledku velké afektivní poruchy. Podle retrospektivních psychiatrických autopsií však lze předpokládat, že afektivní porucha je ve skutečnosti na pozadí 70-80 % dokonaných sebevražd. Přibližně 40 % sebevrahů u nás má určenu nějakou psychiatrickou diagnózu, pouze u necelých 4 % sebevrahů bylo pozitivně určeno, že neměli psychickou poruchu. Asi 15-20 % nemocných s diagnózou bipolární poruchy spáchá sebevraždu, což znamená přibližně 30 krát vyšší výskyt suicidia než v obecné populaci. Ke značné části zbývajících sebevražd pravděpodobně dochází v důsledku ostatních duševních poruch. (Höschl, 2002).

Mezi státy s vysokou sebevražděností (počet sebevražd na 100000 obyvatel –P je větší než 25) patří Skandinávie, Švýcarsko, NSR, Rakousko, Maďarsko, Rumunsko (tzv. suicidální pásmo) a Japonsko. Naopak ve Španělsku, Itálii a Holandsku je P menší než 10 (Höschl, 2002). Na základě údajů zveřejněných WHO v roce 2010 lze konstatovat, že u nás sebevražděnost klesá, od roku 1970 z P 28,80 na P 20,38 v roce 1985, v roce 1995 bylo P 16,6, od roku 2000 klesla z P 14,76 na P 11,79 v roce 2008 (WHO, 2010). Průměrná sebevražděnost v evropských státech v roce 2008 byla P 13,89, nejnižší sebevražděnost byla v roce 2008 zaznamenána v Řecku P 2,85 a Maltě P 3,10. Na sebevražděnosti se podílejí kulturní, religiózní, zdravotní, klimatické a jiné vlivy.

Ženy u nás páchají sebevraždu nejčastěji v odpoledne, muži spíše v noci. Sebevražděné pokusy mají největší četnost u žen ve věkové skupině 15-19 let (95 pokusů na 100000 žen) u mužů ve skupině 20-29 let. (Höschl, 2002). V období puberty a mládí jsou sebevražděnými sklony děvčata ohrožena silněji než chlapci- ve všech pozdějších skupinách převažují muži. (Karsten, 2006) Nejčastější sebevražděnost je ve věkové skupině nad 70 let. Nejčastějším způsobem dokonané sebevraždy je oběšení, uškrcení či udušení (60%), k 15 % dochází pod vlivem alkoholu. Nejčastějším způsobem provedení sebevražděného pokusu je otrava pevnou nebo tekutou látkou (73 %) a dále poranění řezným nebo bodným nástrojem. (Höschl, 2002, str. 434)

Bylo zjištěno, že poměr mužů a žen u dokonaných sebevražd je 3:1, u sebevražděných pokusů je přibližně obrácený. (Höschl, 2002) Některé výzkumy však velké rozdíly mezi muži a ženami ve výskytu sebevražděného chování plně nepodporují. Například Bebbington s kolegy (2009) ve svém nedávném výzkumu zjistil, že ačkoliv ženy signifikantně častěji udávají sebevražděný pokus v životě nebo sebevražděné myšlenky (muži 12 %, ženy 17 %), při srovnání sebevražděného chování za poslední rok nebyly mezi pohlavími zjištěny signifikantní rozdíly.

V souvislosti s výskytem suicidality u adolescentů seznamují Vitiello a Pearson (2010) se zjištěními vyplývajícími z The National Youth Risk Behavior Survey z roku 2005- 8,4 % vysokoškoláků udávalo sebevražedný pokus v uplynulých 12 měsících, pouze 2,3 % vysokoškoláků udávalo, že po jejich sebevražedném pokusu následovala léčba. Výskyt suicidálních myšlenek byl častější, 17 % vysokoškoláků udávalo sebevražednou ideaci během předcházejících 12 měsíců, bylo rovněž zjištěno, že frekvence ideace roste s přítomností rizikového chování, jako je konzumace alkoholu a účast ve rvačkách. (Swahn, Bossarte, cit. dle Vitiello, Pearson, 2010).

2.4.2 Rizikové faktory sebevražednosti

Závažnost deprese spojené se zdravotním stavem by nikdy neměla být podceňována. Mezi stavy, u kterých bylo prokázáno zvýšené riziko suicidia, patří renální hemodialýza, nádory hlava a krku, AIDS/ HIV, systémový lupus erythematoses, transplantace ledviny, poranění míchy, roztroušená skleróza, peptidický vřed a maligní nádory. (Harris, Barraclough v roce 1997, cit. dle Cohen, 2002).

Nejsilnějším prediktorem suicidálního chování je přítomnost suicidálních pokusů v anamnéze a beznaděj. Hodnotový žebříček a motivace k životu (zodpovědnost za rodinu, světový názor, náboženství, vztah k životu) do značné míry kompenzují beznaděj, chrání před suicidem a korelují s jeho výskytem daleko těsněji, než hloubka deprese. (Malone et al., cit. dle Höschl, 2002). Byla prokázána souvislost výskytu suicidálního chování s abúzem rodičů a v dětství, časným nástupem poruch nálady a rodinnou zátěží pro afektivní poruchy (Mann et al, 2005, cit.dle Brent, 2009).

Mít za sebou pokus o sebevraždu významně zvyšuje jak riziko dalších pokusů, tak riziko dokonané sebevraždy. Odhaduje se o 30 % vyšší riziko po roce po sebevražedném pokusu a ještě vyšší v době několik měsíců po pokusu (např. Brent et al. nebo Goldston et al., cit. dle Vitiello, Pearson, 2010) Bridge a Goldstein však uvádějí, že většina osob, co se pokusí o sebevraždu, na ni nezemře, a naopak většina osob, co na ni zemrou, nemají za sebou sebevražedný pokus. (Bridge, Goldstein, cit. dle Vitiello, Pearson, 2010)

Jak uvádějí Vitiello a Pearson (2010), bylo prokázáno, že suicidální chování u adolescentů je spojeno s kombinací deprese a tendence reagovat s impulsivní agresí na stres a frustraci. Alkohol a zneužívání drog přispívají významně k riziku suicidia právě prostřednictvím nárůstu impulsivity. Impulsivní agrese může být prekuzorem deprese, nebo může predisponovat k životním událostem, které častěji přinášejí depresi. Naopak, časný nástup afektivních poruch může narušit vývoj adekvátních regulačních strategií, které jsou nutné pro zabránění agresivním impulsivním tendencím. (Brent, 2009)

Riziko suicidia také zvyšují psychózy, poruchy příjmu potravy, úzkostné poruchy. U adolescentů byly jako rizikové faktory identifikovány: sebevražedný pokus v minulosti, výskyt suicidálních myšlenek, výskyt antisociálního a rizikového chování, rodinná historie suicidálního chování, rodinné konflikty a neshody, pro chlapce špatná komunikace s otcem, šikana, kognitivní rigidita, neuroticismus, problémy s genderovou identitou, prožitá ztráta nebo odmítání, problémy se zákonem, studijní problémy, vystavení vlivu suicidia v komunitě nebo médiích. Jako protektivní faktory byly identifikovány: nenarušená rodina, dobré vztahy s rodiči, pocit integrace s vrstevníky a komunitou, kulturní a náboženské hodnoty. (Gould et al., 2003, cit. dle Vitiello, Pearson, 2010)

Neurobiologické výzkumy se zaměřují na neurochemické změny v mozku osob, které spáchaly sebevraždu, a to zvláště na serotoninový přenos. Některé z nich potvrzují nižší obsah serotoninu v mozcích osob, které suicidovaly. V poslední době se zaměřují na nižší vazebnou kapacitu serotoninového transportéru v prefrontální kůře, která pravděpodobně odráží nižší dodávku serotoninu do této oblasti, nižší vstup serotoninu zde může souviset s tendencí k suicidálnímu chování (Mann et al, cit. dle Höschl, 2002) Byla prokázána souvislost přítomnosti impulzivní a beznaděje se suicidálním chováním, ale podoba adrenergního přenosu není dosud jasná. (Höschl, 2002)

V jednom z nedávných výzkumů se Hercher s kolegy zaměřil na možnou roli ventrálního cingulátového kortexu (BA 24), neboť již dříve byla prokázány změny této mozkové oblasti v souvislosti s etiologií deprese. Nepotvrdil se předpoklad o tom, že se změny v buněčné hustotě ve výše uvedené mozkové oblasti se objevují u depresivních jedinců, kteří spáchali sebevraždu, sekundární analýzou však bylo zjištěno signifikantní a robustní zvýšení gliální hustoty v oblasti BA 24 u těch depresivních sebevrahů, kteří byli zároveň závislí na alkoholu, ve srovnání se sebevrahy kteří nebyli závislí na alkoholu a kontrolní vzorkem. (Hercher et al., 2009)

V posledních letech bylo mnoha výzkumy potvrzeno zvýšené riziko suicidálního chování spojeného s léčbou antidepresivy bylo (např. Gunnell, Ashby 2004, Lenzer, 2004 cit. dle Cougnard et al., 2009) Domněnka, že antidepresiva mohou spouštět sebevražedné chování, zvláště u mladých pacientů, byla převážně založena na zjištěních v randomizovaných kontrolovaných experimentech. Metaanalýzou Federal Drug Administration FDA v roce 2006 bylo prokázáno, že dětští pacienti a mladí dospělí léčení antidepresivy dvakrát častěji vykazovali suicidální chování než léčení placebem. Ale vliv na dospělé byl uváděn jako neutrální a dokonce jako protektivní u starších lidí (např. Zimmerman et al, 2005, Rihmer, Akiskal, 2006, cit. dle Cougnard et al., 2009) Podobně bylo zvýšené riziko suicidality při léčbě antidepresivy zjištěno u mladých dospělých do 24 let, žádný nárůst po věku 24 a redukovaný risk pro pacienty nad 65 let věku a starším (US Food and Drug Administration, 2007, cit. dle Vitiello, Pearson, 2010)

Gunnellem et al. 2005 uvádí, že žádná metaanalýza neprokázala zvýšené riziko sebevraždy v souvislosti s léčbou antidepresivy, zatímco Klein v roce 2006 udával zvýšené riziko sebevražedného chování, převážně zahrnujícího sebevražedné myšlenky. (cit. dle Cougnard et al., 2009) Podobně Hammad, Laughren a Racoosin v roce 2006 prokázali u adolescentů zvýšený vliv antidepresiv na riziko suicidálních myšlenek a pokusů, nikoliv však sebevražd. (Hammad, Laughren, Racoosin, 2006, cit. dle Vitiello, Pearson, 2010). Jak uvádějí Vitiello a Pearson, předpokládá se, že zvýšená serotonergní transmise indukuje u některých jedinců behaviorální aktivaci, způsobuje dráždivost, agitaci a impulsivitu. (Goodman, Murphy, Storch, 2007, cit. dle Vitiello, Pearson, 2010)

Jick s kolegy na základě studií ukazujících vrchol incidence sebevražd v prvních týdnech léčby antidepresivy předpokládají, že jedinci léčení krátkou dobu mají značně zvýšený risk sebevražedného chování ve srovnání s jedinci z populace a že i jedinci s adekvátním trváním léčby byly ve vyšším riziku sebevraždy ve srovnání s populací (Jick et al., cit. dle Cougnard et al., 2009). Podle Cougnarda et al. by předeepsání antidepresiv všem pacientům s diagnostikovanou depresí mohlo zabránit jednomu ze tří suicidií ve srovnání se strategií bez antidepresiv, a to bez ohledu na věk, gender, nebo sebevražedný pokus v minulosti. Ačkoliv antidepresiva mohou vyvolávat suicidium u náchylných skupin, měly by být pečlivě zhodnoceny možné důsledky publikování informací o nepříznivém efektu léčby antidepresiv, který by mohl následně vést k redukci této léčby. (Cougnard et al., 2009)

Gaudiano, Andover a Miller se zaměřili na výskyt suicidálních myšlenek u depresivních pacientů po absolvování hospitalizace, závěry jejich výzkumu potvrzují vyšší výskyt suicidální ideace než v dřívějších výzkumech. Pacienti s depresí bez suicidálních myšlenek po propuštění z léčby byli sledováni po 6 měsících během ambulantní léčby. Zjistili, že 55 % pacientů udávalo výskyt suicidálních myšlenek v době po propuštění, přičemž 79 % mělo tyto myšlenky v době prvních 2 měsíců po propuštění. 17 % osob se závažnou suicidalitou před hospitalizací udávalo znovuobjevení suicidálních myšlenek po propuštění. Ale 29 % osob bez signifikantní suicidality později udávalo sebevražedné myšlenky v době ambulantní léčby. Rychlejší objevení suicidálních myšlenek souviselo se závažnější suicidální ideací před hospitalizací a závažnější depresí při hospitalizaci. (Gaudiano, Andover, Miller, 2008)

Jak uvádí Bebbington et al. (2009), na základě dat z The 2000 British Psychiatric Morbidity Survey lze konstatovat, že sexuální zneužívání je významný antecedent suicidálního chování, bylo silně spojeno jak s historií sebevražedných pokusů, tak se suicidálními myšlenkami a bylo častější u žen. Bylo zjištěno, že rizikovou populaci představuje 28 % žen a 7 % mužů, což je konzistentní s prevalencí vystavení sexuálnímu zneužívání u žen. Při identifikaci sebevražedného chování je proto vždy důležité uvažovat o možnosti sexuálního zneužívání. (Bebbington et al., 2009)

2.5 Duální diagnóza alkoholismu a deprese

2.5.1 Vymezení duální diagnózy

„Návykový problém může zastírat jinou duševní poruchu nebo měnit její klinický obraz a komplikovat tak její rozpoznání. Návykový problém a jiná duševní porucha mohou být přítomny zároveň a navzájem se potencovat. Rizikové chování vztahu k návykovým látkám může být spouštěcím mechanismem jiného duševního onemocnění. Duševní porucha a utrpení s ní spojené mohou vést ke hledání úniku v návykové látce a vést k rychlému rozvoji závislosti“. (Nešpor, 2002, str. 569)

Pojmem „duální diagnóza“ („dual diagnosis“) jsou označovány případy, kdy kromě diagnózy návykové nemoci je určena i diagnóza jiné duševní poruchy, přičemž jejich vztah může být různého charakteru. Často jsou vzájemně zaměňovány pojmy duální diagnóza a komobirdita, vymezení pojmu psychiatrická komobirdita není napříč odbornou literaturou jednotné. Jako psychiatrická komobirdita je označován výskyt dvou a více symptomů nebo

psychických poruch u jednoho jedince (Williams a Cohen, cit. dle Miovská, Miovský, Kalina, 2008), někdy je tento pojem chápán jako společný výskyt dvou diagnostikovatelných psychických poruch spojených s užíváním drog (více diagnóz ze skupiny F.10 až F.18- tzv. polymorfní užívání). Termín duální diagnózy je pak v literatuře většinou užíván k identifikaci užšího vztahu mezi dvěma onemocněními a vyjadřuje tak určitou etiologickou souvislost daných onemocnění či poruch (Williams a Cohen, cit. dle Miovská, Miovský, Kalina, 2008).

Podle Jeřábka by jedinec závislý na psychoaktivní látce, který by kromě syndromu závislosti jinak splňoval definici duševního zdraví dle WHO měl být považován za „klinickou raritu“. Navrhuje v adiktologické praxi odlišovat:

„1. látkově závislé jedince postižené psychopatologickou komplikací, a to až psychotické hloubky - důležitým diferenciálně diagnostickým kritériem je zde průběhová charakteristika, především ústup symptomů po zastavení přísunu látky 2. pacienty různého diagnostického spektra (zvláště F.2 nebo F.3), kteří užívají návykovou látku většinou proto, že jim přechodně poskytne subjektivní symptomatickou úlevu - u těchto se někdy může rozvinout syndrom závislosti a pojem duální diagnóza by měl být vyhrazen hlavně jim.“ (Jeřábek, 2008, str. 70)

Jak uvádějí Miovská, Miovský a Kalina (2008), psychiatrická komobirdita je jedním z velmi náročných témat adiktologie, které klade značné požadavky na zkušenosti a znalosti psychiatrické a psychologické diagnostiky. I když se tomuto tématu věnuje v poslední době celosvětově značná pozornost a přizpůsobuje se mu celý diagnostický systém (například zavedením víceosého systému), situace je stále neuspokojivá. Je nutné zdůraznit, že práce s fenoménem psychiatrické komobirdity je klíčová pro stanovení léčebného plánu pacienta a efektivitu celé léčby.

„...zanedbaná diagnostika, např. v podobě chybně diagnostikovaného či vůbec nediodagnostikovaného onemocnění či poruchy, které se přidávají k základní diagnóze závislosti, může rapidně snížit efekt celého léčebného procesu. Při chybném určení etiologie (např. pokud není rozpoznáno, že na první depresivní neléčenou poruchu teprve nasedá závislost na alkoholu a nikoliv opačně), může být celý léčebný plán chybně nastaven a vést k neúspěchu a ztrátě motivace pacienta, případně i k jeho poškození.“ (Miovska, Miovsky, Kalina, 2008, str. 75)

S užíváním návykových látek je spojena také závažná somatická komobirdita, tj. společný výskyt problémů spojených s užíváním návykových látek a somatickým onemocněním. Užívání návykových látek může vést ke vzniku somatické komplikace, nebo naopak může určité somatické onemocnění vést ke vzniku závislosti nebo jiných problémů způsobených návykovými látkami (např. k rozvoji iatrogenní závislosti na návykových léčivech může vést nevhodně zvolená medikace při zvládání bolestivých stavů). (Miovska, Miovsky, Kalina, 2008)

2.5.2 Diagnostika komobirdity

Diagnostika komobirdity je obtížná. Problémy mohou být způsobené podobností některých stavů a možností jejich snadné záměny, obvykle je nutné provádět opakovaná diagnostická vyšetření, aby bylo možné některé stavy od sebe odlišit, může však docházet také ke skrývání nebo úmyslnému zkreslování některých symptomů ze strany pacienta. Disimulace bývá častá a v některých případech může být pro pacienta značně nebezpečná (například stavy v iniciálním stadiu deliria nemusí být lékařem včas rozpoznány, následné propuknutí delirantních stavů mimo zdravotnické zařízení může vést až k ohrožení života). (Miovská, Miovský, Kalina, 2008) Není možné stanovit přesnou diagnózu jediným vyšetřením. Například při stanovení diagnózy deprese u závislých osob je doporučeno provádět ji alespoň po měsíční abstinenci, depresivní stavy mohou být vyvolány odvykacím stavem, tělesnými komplikacemi závislosti nebo se závislostí souvisejícím psychosociálním stresem. (Nešpor, 2003)

Nešpor (2003) upozorňuje na nutnost zaměřit se při diagnostice také na genderové rozdíly. Ženy se za problémy s návykovými látkami obvykle stydí více než muži, mohou prezentovat pouze své duševní potíže, aniž by přiznaly abúzus návykových látek (například v klinické praxi časté případy žen, závislých na tlumivých lécích, které byly dříve neúspěšně léčeny pro deprese, aniž by přiznaly návykový problém). Jedním z motivů, proč tajit návykový problém a zdůrazňovat psychické obtíže může být snaha závislých získat léky, které je možné zneužít nebo prodat. (Nešpor, 2003) Vlivem sociální stigmatizace je pro mnoho pacientů přijatelnější jiná psychiatrická diagnóza než diagnóza závislosti. *„V praxi se také často můžeme setkat s tím, že část lékařů přistupuje na tuto „sociální hru“ a vedou pacienta pod jinou diagnózou nebo uvedou pouze jednu ze zjištěných diagnóz“.* (Miovská, Miovský, Kalina, 2008, str. 80)

Provedení kvalitní diferenciální diagnostiky a zhodnocení komobirdity je časově a finančně náročné, ale bez něj není možné zahájit efektivní léčbu. (Miovská, Miovský, Kalina, 2008) Pro stanovení léčebného plánu je klíčové kvalitně provedené komplexní psychologické vyšetření (zaměřené na osobnost i výkonové schopnosti pacienta), které je možné opakovat i s určitým časovým odstupem a zajištění důkladného vyšetření tělesného stavu pacienta (toxikologického, biochemického a dalších vyšetření). Důležité je sociální zhodnocení stavu a situace pacienta (zjištění míry vlivu jeho sociální a rodinné situace), detailní znalost anamnestických údajů (individuální a rodinné anamnéza, průběh onemocnění), seznámení s předchozí zdravotnickou dokumentací pacienta. Nezbytné jsou kontrolované podmínky pro

vyšetření z hlediska požití návykových látek (kontroly doby abstinence), přehled o časovém odstupu např. od poslední intoxikace. Toto kritérium bývá podceňováno, ale například u diagnostiky toxických psychóz může být téměř jediným validním kritériem pro diferenciální diagnostiku. Nutné je pro spolupráci získat pacienta, bez něj není možné mnohé z nutných údajů přesně zjistit. (Miovská, Miovský, Kalina, 2008)

2.5.3 Výskyt duálních diagnóz

Mezi duševní poruchy, které zvyšují riziko problémů s návykovými látkami a komplikují jejich prevenci i léčbu patří poruchy příjmu potravy (anorexie, bulimie) a závislost na alkoholu nebo drogách (častější u žen), deprese a úzkostné stavy a závislost na alkoholu nebo tlumivých lécích (častěji u žen), disociální porucha osobnosti a závislost na alkoholu nebo drogách (mnohem častěji u mužů), narcistická porucha a patologické hráčství (nebezpečná je kombinace patologického hráčství a závislosti na pervitinu), opakované dekompenzace psychotických onemocnění související se zneužíváním alkoholu, konopí, pervitinu nebo halucinogenních drog. (Nešpor, 2003)

V oblasti nemocí způsobených návykovými látkami je problematika duálních diagnóz pravděpodobně nejčastější. Stávající rozsáhlé mapování udává 76 % mužů s poruchou způsobenou návykovou látkou a další psychiatrickou diagnózou, u žen se tato situace vyskytuje v 65 % (Kaplan et al., cit. dle Bayer, 2003). V případě závislosti na alkoholu je nejčastější diagnostickou skupinou u mužů porucha osobnosti, u žen neurotické a afektivní poruchy. Podle Janovičové je tento fakt pravděpodobně ovlivněn poměrem sociogenních a psychogenních faktorů u mužů a žen při vzniku závislosti na alkoholu, u mužů převažují sociogenní až v 80 %, u žen se jedná o psychogenní faktory v 68 %. (Janovičová, cit. dle Bayer, 2003). Bayer uvádí, že k podobným závěrům došli např. Skála v roce 1987, Pokorná v roce 1992, Kunda v roce 1998. (Bayer, 2003)

Rieger et al. v roce 1990 zjistil, že 22,3 % celoživotně psychiatrických nemocných jedinců uvedlo celoživotní užívání alkoholu a závislost na něm a 14,7 % z nich uvedlo užívání dalších drog a drogovou závislost, podle tohoto průzkumu má 38 % uživatelů drog ještě další psychiatrické onemocnění. (Rieger et al., cit. dle Miovská, Miovský, Kalina, 2008) Podle výzkumu Kesslera a jeho kolegů z roku 1996 je celoživotní prevalence psychiatrické

komobirdity mezi uživateli drog v USA 51%, v Evropě se odhaduje, že 30-50 % psychiatrických pacientů současně trpí duševním onemocněním a užívá návykové látky, zejména alkohol, sedativa a konopné látky. (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addictions, 2004, cit. dle Miovská, Miovský, Kalina, 2008) Grant s kolegy na základě epidemiologické studie v roce 2004 zjistil, že 28,6 % současných uživatelů alkoholu trpí poruchou osobnosti podle kritérií DSM- IV. (Miovská, Miovský, Kalina, 2008) Jednu z mála studií v ČR provedl v letech 2001-2002 Kalina na klientech léčebných zařízení o.s. SANANIM a zjistil celkovou míru psychiatrické komobirdity 35,5 % . (Mravčík et al., cit. dle Miovská, Miovský, Kalina, 2008)

Psychické nemoci mají kauzální vliv na pozdější rozvoj závislosti, prevence nebo včasná léčba psychické nemoci může redukovat následnou závislost (Glantz, Leshner, 2000, White et al, 2001, Kendal, Kessler 2002, cit. dle Glantz, 2009). Vliv je největší u mladých osob, neboť risk těžké sekundární závislosti je nejvyšší, když psychická nemoc začíná v dětství a adolescenci (Kessler et al., 2001, cit. dle Glantz, 2009)

2.5.4 Léčba duální diagnózy

Duální diagnóza obvykle komplikuje zapojení pacienta do léčby v zařízení pro léčbu závislostí, snižuje její efektivitu a jeho schopnost v léčbě vytrvat, obtíže z přídatné poruchy jsou častým spouštěčem relapsu. (Kalina, 2003, b) Dle Nešpora neexistuje v ČR zařízení specializované na léčbu pacientů s duální diagnózou, i když řada psychiatrických zařízení musí brát vysoký podíl pacientů s duální diagnózou v úvahu. Uvádí, že léčba duální diagnózy může být souběžná (současně v zařízení pro léčbu návykových problémů a zároveň v jiném psychiatrickém zařízení), následná (nejdříve v jednom zařízení pro návykový problém, poté v jiném pro duševní poruchu), za nejlepší však považuje léčbu integrovanou (v jednom zařízení s jedním terapeutickým týmem schopným léčit oba problémy). (Nešpor, 2003)

Podle Kaliny je tradiční léčba v terapeutických komunitách nastavena na osoby, které trpí pouze závislostí na drogách, ale jinak jsou „normální“. Na základě provedených studií však konstatuje, že v průměru jen asi 30 % pacientů má pouze diagnózu drogové závislosti, značná část klientů trpí depresí, úzkostí, psychosexuálními poruchami, fobiemi a především poruchami osobnosti. Každý druhý až třetí klient by potřeboval ještě jiné léčení, než to, které mu standardní program TK může nabídnout, nebo alespoň specifickou pozornost svým specifickým obtížím. Podle Kaliny tento stav však neznamená zhoršování

psychopatologického profilu klientů léčených pro závislost v posledních 20 letech, spíše dříve tato skutečnost unikala pozornosti a upozornily na ní až analýzy léčebných výsledků. (Kalina, 2003, b)

Výskyt návykových nemocí je u pacientů s jinou duševní chorobou vyšší, než odpovídá běžné populaci, průběh duševních poruch u pacientů, kteří mají návykový problém bývá obtížnější. Jak uvádí Nešpor léčba pacientů s dvojí diagnózou vyžaduje mnohem individuálnější přístup, než u nemocných pouze se závislostí, a to jak z hlediska farmakologie (velmi nebezpečné jsou např. interakce mezi alkoholem a tricyklickými antidepresivy nebo benzodiazepiny) nebo i z hlediska používání tzv. „odkrývacích“ psychoterapeutických technik (riziko dekompenzace závislosti), konfrontační postupy bývají u těchto pacientů většinou kontraindikované (2002). Při psychoterapii je důležitá citlivost a opatrnost, ze strany terapeutů je nutný pružný a trpělivý přístup, zvýšená pozornost musí být věnována prevenci sebevražedného jednání a jednání ohrožujícího okolí klienta (někdy bývá nutná i nedobrovolná ústavní léčba) Léčba osob s duální diagnózou je většinou dlouhodobá, je nutné předpokládat kolísání stavu, zhoršení, recidivy návykového chování a tomu také přizpůsobovat léčbu (na recidivu by mělo být připraveno i okolí pacienta). Přínosná je podpůrná psychoterapie, posilování motivace, některé kognitivně behaviorální techniky. Psychoterapeut by měl dobře pracovat s neverbální složkou své komunikace, měl by být více tolerantní, i když i zde by měla být základní pravidla spolupráce jasně vymezena. Jedinec s duální diagnózou je závažným problémem pro další členy rodiny, sami pak často potřebují psychologickou pomoc v důsledku prožívané zátěže (mnohdy sami trpí vlastním návykovým problémem nebo jinou duševní poruchou), takže může být indikována nejen rodinná terapie, ale i individuální psychologická nebo psychiatrická péče. Nešpor zdůrazňuje, že léčba duální diagnózy vyžaduje interdisciplinární spolupráci. (Nešpor, 2003)

2.5.5 Deprese a závislost na alkoholu jako duální diagnóza

Deprese a závislost na alkoholu jsou psychické nemoci s nejvyšší prevalencí a jsou často komorbidní. Četné výzkumy prokázaly, že současný výskyt deprese a alkoholismu převyšuje náhodný výskyt těchto onemocnění v populaci. (např. Helzer a Pryzbeck nebo Regier et al., také Grant a Harford; cit. dle Dixit, Crum, 2000) Například Grant s kolegy v roce 2004 zjistil, že výskyt diagnózy deprese v předchozím roce je spojen s 2,3 krát vyšší pravděpodobností vzniku závislosti na alkoholu.

Jak uvádí Schuckit (1996), alkohol působí na mozek jako typický depresant, jeho vysoké dávky způsobují během opilosti pocity smutku, deprese, vedoucí k pocitům nervozity, úzkosti během následné kocoviny. Čím větší množství alkoholu je požíváno a čím pravidelnější je jeho příjem, tím pravděpodobněji se bude u člověka rozvíjet dočasná úzkost a depresivní příznaky. Bylo zjištěno, že více než každý třetí alkoholik prožije epizodu intenzivní deprese nebo závažné úzkosti (viz Cox et al. nebo Wilson, cit. dle Schuckit, 1996)

Schuckit (1997) s kolegy ve svém výzkumu prokázal, že 41,6 % žen a mužů závislých na alkoholu mělo v době trvání jejich alkoholismu depresivní příznaky natolik vážné, že odpovídaly diagnóze depresivní epizody. Navíc bylo zjištěno, že depresivní symptomatologie u léčených alkoholiků a alkoholiček je spojena s relapsem následujícím po absolvování léčby (viz Curran, Booth, cit. dle Kirchner, et al. 2002). Závislost na alkoholu patří mezi hlavní rizikové faktory neuzdravení se z depresivní epizody.

Mueller se svými kolegy prokázal na základě desetiletého longitudinálního výzkumu, že jedinci s depresí, kteří nikdy nebyli závislí na alkoholu a rovněž osoby, které na alkoholu v minulosti byly závislé, ale v době léčby deprese nejsou, mají dvakrát vyšší pravděpodobnost uzdravy z depresivní poruchy než osoby s depresí a zároveň závislé na alkoholu. Výsledky výzkumu dokazují nepříznivý vliv současné závislosti na alkoholu na pravděpodobnost uzdravení se z depresivní poruchy a rovněž skutečnost, že alkoholová závislost prožitá dříve v životě nepředikuje horší pravděpodobnost vyléčení deprese. (Mueller et al., 1994)

Kombinace alkoholismu s depresivní poruchou představuje zvláště vysoké riziko nízkého sebehodnocení, sebevraždných symptomů (např. Cornelius et al., cit. dle Cohen, 2002) a dokonané sebevraždy (např. Lesage et al., cit. dle Cohen, 2002). U osob závislých na alkoholu je odhadováno více než 10 % riziko sebevraždy, akutní nejvíce během depresivních stavů. (Schuckit, 1996) .

Vztah mezi alkoholem a symptomy deprese je často nejasný - je možné rozlišit souběžné onemocnění depresí a alkoholovou závislostí, od deprese způsobené alkoholem. (viz Schuckit et al., cit. dle Cohen, 2002) *„Nezávislé epizody deprese často začínají před vznikem alkoholismu a může se zde vyskytovat rodinné zatížení depresí. Také existuje důkaz, že depresivní nálada, kterou způsobilo nadměrné užívání alkoholu, odezní po přerušení požívání alkoholu (většinou během tří týdnů), narozdíl od depresivní poruchy, která existuje paralelně s abúzem alkoholu“*. (viz Brown et al., cit. dle Cohen, 2002, str. 31) U osob, které v dětství

trpěly depresí, byla v dospělosti prokázána vyšší prevalence deprese a poruch vyvolaných užíváním alkoholu. (viz Kovacs et al., cit. dle Cohen, 2002)

Dawson a Grant v roce 1998 zjistili, že výskyt psychiatrické poruchy v rodinné anamnéze je silným prediktorem výskytu komobirdní deprese a závislosti na alkoholu (cit dle Lynskey, Agrawal, 2008). Početné studie dvojčat, adoptivních dětí a rozšířených rodin potvrzují genetický vztah mezi depresivní poruchou a závislostí na alkoholu (např. Cloninger et al. v roce 1979, Prescott et al. v roce 2000, cit dle Lynskey, Agrawal, 2008). Jiné výzkumy však tuto korelaci nepotvrzují, například výzkum, který provedl Goodwin s kolegy v roce 1973 nebo Gershon s kolegy v roce 1982. (cit dle Lynskey, Agrawal, 2008).

Později bylo předpokládáno, že genetická korelace mezi depresivní poruchou a závislostí na alkoholu může být vysvětlena sdíleným genetickým vlivem antisociální poruchy osobnosti. (Fu et al. v roce 2002, cit dle Lynskey, Agrawal, 2008). Jiná vysvětlení pro pozorovanou komobirditu deprese a závislosti na alkoholu předpokládají, že závislost na alkoholu může indukovat depresivní poruchu, Lynskey a Agrawal v této souvislosti uvádějí následující výzkumy: Brown, Schuckit v roce 1988, Brook et al. v roce 2002, Ramsey et al. v roce 2004, Schuckit v roce 2006 (cit dle Lynskey, Agrawal, 2008). Depresivní porucha může naopak indukovat vznik závislosti na alkoholu prostřednictvím procesu sebemedikace (např. Deykin et al. nebo Khantzian či Kuo et al, cit dle Lynskey, Agrawal, 2008).

V této souvislosti Schuckit rozlišuje mezi tzv. „primárním“ a „sekundárním“ alkoholismem. Při primárním alkoholismu je základním problémem závislost, která vede k dalším duševním poruchám, sekundární alkoholismus je symptomem jiných základních onemocnění (Schuckit, cit. dle Bayer, 2003). Diagnostika primární poruchy je obtížná. Bylo zjištěno, že u primárního alkoholismu je vyšší výskyt téhož v rodině a má oproti sekundárnímu těžší formu. (Cook et al., cit. dle Bayer, 2003) Gillin s kolegy (1990) zjistil, že osoby primárně závislé na alkoholu se sekundární depresí mají významně kratší REM latenci a méně synchronního spánku (non-REM) než osoby závislé na alkoholu bez jiné psychiatrické diagnózy. Je to konzistentní právě se zjištěním Schuckit (cit dle. Gillin et al., 1990), který zdůrazňuje, že pacienti s primárním a sekundárním alkoholismem mají odlišnou prognózu.

Na základě průřezové studie faktorů spojených s komorbidní depresí ve vzorku populace s alkoholovou závislostí bylo zjištěno, že současný výskyt komorbidní depresivní poruchy mezi lidmi závislými na alkoholu je spojen se zhoršením závislosti, závažnějšími příznaky a následky alkoholismu. Deprese prožitá v minulosti však se závažným zhoršením závislosti na

alkoholu nebyla spojena (Kirchner et al., 2002). Jedinci s diagnózou závislosti na alkoholu, kteří v minulosti depresi prožili, jsou však více ohroženi rozvojem následné epizody deprese. (např. Mueller et al., cit. dle Kirchner et al., 2002)

Podle Regiera a jeho kolegů (cit. dle Dixit, Crum 2000) lze vliv deprese na nadměrné užívání alkoholu vysvětlit mechanismem „self-medikace“. Pacienti s duální diagnózou alkoholismu a deprese věří, že jim alkohol poskytne úlevu od depresivních příznaků, takže jej používají ke zbavení se stavů dysforie (viz Pihl a Smith, cit. dle Dixit, Crum 2000), ačkoliv bylo dokázáno, že konzumace alkoholu může ulevit od dysforie pouze na krátkou dobu. (viz Schuckit, cit. dle Dixit, Crum 2000)

Beck s kolegy se zaměřil na to, jak je sociální kontext konzumace alkoholu u vysokoškolských studentů spojený s alkoholovou závislostí, dalšími problémy spojenými s alkoholem a depresí. Pití alkoholu pro sociální facilitaci bylo spojeno s řízením pod vlivem alkoholu a porušováním pořádku. Pití v kontextu s emocionální bolestí bylo spojeno s klinickou depresí. (Beck et al., 2008) Emocionálně depresivní studenti méně pili v kontextu sociální facilitace, ale častěji pro ovlivnění negativních emočních symptomů a úlevu. Studenti závislí na alkoholu byli častěji depresivní než neproblémoví konzumenti alkoholu. Pití alkoholu v kontextu emocionální bolesti může být prostředkem pro zvládání stresu, tenze a starostí prostřednictvím strategie sebe-medikace, která může být vnímána jako efektivní do té doby, dokud se neobjevují negativní následky. (Beck et al., 2008)

Podle Carona a Ruttera (cit dle. Lynskey, Agrawal, 2008) je však nutné rozlišovat mezi „pravou komobirditou“ a „artefaktem komobirdity“, jehož vznik může být způsoben různými procesy a kontaminován skutečností, že podobné nebo stejné symptomy tvoří základ diagnózy různých psychických nemocí. Prožívání jedné choroby může změnit sdělování symptomů jiné. Depresivní symptomatologie může zhoršovat nebo nadhodnocovat sdělování symptomů závislosti na alkoholu, zvláště těch, které jsou spojené s interpersonálním fungováním. Lynskey a Agrawal (2008) ve svém výzkumu zjistili, že pouze zanedbatelná část komobirdity mezi depresí a závislostí na alkoholu může být způsobena zkreslením v důsledku současně prožívané deprese.

2.5.6 Specifika léčby duální diagnózy závislosti na alkoholu a deprese

Terapeuticky je nutné řešit depresi i závislost na alkoholu, a tu buď buď současně, nebo se přednostně řeší aktuálně závažnější z obou poruch. Pokud je pacient léčen pro závislost, aniž by byla léčena depresivní porucha, může to být hlavní příčinou jeho rozhodnutí pro předčasné ukončení odvykací léčby a relapsu, následujícího vzápětí po propuštění z léčebného zařízení. Naopak, je-li pacient závislý na alkoholu léčen v psychiatrickém zařízení pro depresi, bývá jeho opakované porušování abstinence důvodem pro předčasné ukončení léčby (může vážně narušovat léčebný režim a klima zařízení, bývá nemožné zajištění účinné a bezpečné farmakoterapie při současné konzumaci alkoholu). Vzhledem k riziku recidivy pití nejsou vhodné preparáty, u kterých hrozí nebezpečné interakce s alkoholem, např. tricyklická antidepresiva, neměly by být podávány preparáty, na které může mít pacient zkříženou toleranci (mohly by účinkovat jako spouštěč recidivy, hrozí vyšší riziko vzniku závislosti na tyto preparáty). V případě nutnosti podávání rizikových preparátů je nutné zkrátit dobu podávání na nezbytné minimum. Nevhodné je podávání benzodiazepinů, opioidů, barbiturátů, ale snaha vyhnout se u pacientů závislých na alkoholu jakékoliv psychofarmakoterapii je často kontraproduktivní. Antidepresivní léčba (např. antidepresivy typů SSRI) může mít navíc u depresivních pacientů podpurný „anticravingový efekt“. (Popov, 2003)

2.5.7 Vyšší výskyt duální diagnózy alkoholismu a deprese u žen

„Depresivní symptomy mohou vést k větší nedbalosti nebo sebeohrožujícímu chování ve formě excesivního pití.... Žena s mnoha depresivními příznaky je však pravděpodobně méně citlivá ke společenským normám nebo může zjistit, že není schopná se jim podřídít. Pocity bezmoci mohou přispět ke ztrátě kontroly nad pitím.“ (Dixit, Crum, 2000, str. 755-756)

Mnohé výzkumy prokázaly, že asociace mezi depresí a alkoholismem je vyšší u žen než u mužů (např. Helzer a Pryzbeck, Grant a Harford, nebo Kessler et al., cit. dle Dixit, Crum 2000), u žen závislých na alkoholu byl zjištěn vyšší stupeň depresivity než u mužů s podobnými problémy (např. Benishek et al. nebo Brennan, Moss a Kim, cit. dle Brienza, Stein, 2002) Robbins (1989) prokázal zvýšenou náchylnost žen k depresivním příznakům po konzumaci alkoholu, která podle něj vychází z internalizovaných „gender“ norem spíše než z efektu alkoholu na psychiku. Tento výsledek je konzistentní s experimentálním zjištěním,

že ženy zažívají po společenském pití pokles sebevědomí, zatímco muži jeho zvýšení (viz Konovsky a Wilsnack, cit. dle Robbins, 1989).

„Na základě výsledků studie COGA („The Collaborative Study on the Genetics of Alcoholism“) byl prokázán významný gender efekt - u mužů se rozvíjí alkoholová závislost před začátkem afektivní poruchy, zatímco u žen je tomu naopak“. (Nurnberg, 2002, str. 237) Také Helzer a Pryzbeck zjistili, že vážná deprese obvykle předchází nástupu alkoholismu u žen, zatímco u mužů je tomu naopak (1988; cit. dle Dixit a Crum 2000), což podporují i výsledky meta-analýzy mezinárodního longitudinálního výzkumu (viz Fillmore et al., cit. dle Wilsnack a Wilsnack, 2002). Hesselbrock s kolegy (cit. dle Dixit a Crum, 2000) zjistil, že deprese předcházela alkoholismu u 65 % žen, které se léčí z alkoholové závislosti. Wilsnack v roce 1981 prokázal, že ženy, které v minulosti prožily depresivní poruchu, mají 2,6 krát větší pravděpodobnost rozvoje následného těžkého alkoholismu, než ženy bez této historie. (cit. dle Dixit, Crum 2000)

Naopak Lynskey a Agrawal ve svém výzkumu prokázali, že souvislost mezi výskytem depresivní poruchy a závislostí na alkoholu je podobně silná u mužů i u žen, což je konzistentní například s výzkumy Granta a jeho kolegů z roku 2004, Kesslera a jeho kolegů z roku 1996, Spanera a jeho kolegů z roku 1994 (cit dle Lynskey, Agrawal, 2008). Bylo však prokázáno, že muži s depresí se méně často účastní hazardních situací, zatímco depresivní ženy častěji udávají interpersonální a emocionální problémy.

2.6 Hledání odborné pomoci při depresi

Navzdory snížené kvalitě života a četným omezením významný podíl jedinců trpících psychickými nemocemi nevyhledává odbornou pomoc. (například výzkumy které provedli Kessler et al. nebo Sareen, cit. dle Pagura, et al., 2009) Neléčené psychické nemoci jsou bohužel celosvětovým fenoménem. Využití odborné pomoci je zvláště důležité u osob se suicidálními představami a sebevražednými pokusy v minulosti, bez poskytnutí potřebné léčby se u nich může významně zvyšovat pravděpodobnost dokonané sebevraždy. (Pagura, et al., 2009)

2.6.1 Vnímání potřeba odborné péče u osob se suicidálním chováním

Pagura s kolegy v roce 2009 srovnával hledání pomoci, vnímanou potřebu pomoci a bariéry před vstupem na léčbu u tří skupin osob: s psychickou nemocí bez suicidálního chování, se suicidálními představami s psychickou nemocí nebo bez ní, se sebevražedným pokusem v minulosti s psychickou nemocí nebo bez ní. (Pagura et al., 2009)

Bylo zjištěno, že osoby se suicidálními představami a ty se suicidálními pokusy častěji než osoby s psychickou nemocí bez suicidálního chování hledají pomoc a vnímají potřebu péče. Avšak 48 % osob se sebevražednými myšlenkami a 24 % osob po sebevražedném pokusu nehledalo odbornou pomoc ani nevnímalo potřebu pomoci v posledním roce. (Pagura, et al., 2009) Bylo také zjištěno, že 59 % osob se sebevražednými pokusy a 76 % se sebevražednými myšlenkami nevnímá žádnou potřebu léčby. To u nich jasně komplikuje využití odborné pomoci. Osoby se suicidálním chováním, které využívali zdravotní péči, nejčastěji navštěvovali praktické lékaře. Vzhledem k nedostatku vnímané potřeby odborné pomoci u osob se suicidálním chováním je nutné, aby praktičtí lékaři byli u pacientů schopni rozpoznat jejich mentální chorobu a identifikovat případné suicidální chování, mohou hrát zásadní roli v informování o možných zdrojích pomoci a nasměrovat pacienty na další odborníky. (Pagura, J. et al., 2009)

2.6.2 Hledání psychiatrické pomoci - Teorie plánovaného chování

Ačkoliv je dosažitelná efektivní léčba, jenom 29-52 % lidí trpících depresí v západních vyspělých zemích hledá pomoc během prvního roku nemoci, mnozí pomoc vyhledají až po mnoha letech „otálení“. (Wang et al., cit. dle Schomerus, Matschinger, Angermeyer, 2009). Pro zlepšení využití odborné pomoci je nutné pochopení postojů a přesvědčení, které hledání pomoci podporují nebo mu brání. (Schomerus, Matschinger, Angermeyer, 2009)

Schomerus, Matschinger a Angermeyer (2009) se ve svém výzkumu zaměřili na postoje, které podporují nebo brání v hledání pomoci při depresi pomocí socio-psychologického modelu Teorie plánovaného chování -Theory of planned behaviour (TPB- Ajzen, 1985, 1991, cit. dle Schomerus, Matschinger, Angermeyer, 2009), přičemž srovnávali respondenty s depresivní symptomatologií a bez ní. Bylo zjištěno, že snaha hledat psychiatrickou pomoc při depresi může být ve značné míře vysvětlena souborem postojů a přesvědčení, konceptualizovaných v rámci modelu TPB.

Podle TPB modelu je chování nejvíce determinováno záměrem chování, který lze předpovědět na základě tří druhů přesvědčení: o pravděpodobnosti následků chování („behavioural beliefs“), o normativních očekáváníích jiných lidí („normative beliefs“) a o přítomnosti faktorů, které mohou chování podpořit nebo mu bránit, tzv. vnímaná kontrola chování (control beliefs). Další faktory jako věk, gender, vzdělání, hodnoty a stereotypy dle modelu TPB ovlivňují chování prostřednictvím změny výše uvedených přesvědčení. V rámci modelu TPB souvisí záměr navštívit psychiatra s postoji k tomuto chování (zda je návštěva psychiatra při těchto problémech subjektivní normou), s vnímáním normativních očekávání (zda důležití lidé považují za nutné navštívit s tímto problémem psychiatra a zda jsou jejich postoje vnímané jako důležité), s vnímáním vlastní možnosti ovlivnit chování (vnímaná self-efficacy a možnost volby chování). (Schomerus, Matschinger, Angermeyer, 2009)

Byla zjištěna podobnost vztahu mezi postoji a záměrem u depresivních a nedeprativních, zkušenost aktuální deprese tedy nemění zásadně postoje k psychiatrické pomoci. Změny postojů u zdravých lidí by tedy mohly následně zlepšit i přístup k hledání pomoci v případě prožívané deprese. Lze předpokládat, že obecné změny postojů ve společnosti k mentálním nemocem, směřující k redukci jejich stigmatu, velmi pravděpodobně ovlivní hledání pomoci při prožívání depresivních symptomů. (Schomerus, Matschinger, Angermeyer, 2009)

2.6.3 Deprese jako stigma

Byla prokázána spojitost mezi závažností deprese a vyhýbavým chováním. (Ottenbreit, Dobson, cit. dle Manos et al., 2009) Vyhýbavý způsob zvládání zátěže a vyhýbavý způsob řešení problémů predikuje depresivní náladu (např. Blalock, Joiner nebo Londahl, Tverskoy a DŽurilla, cit. dle Manos et al., 2009), rozvoj depresivní epizody (např. Kuyken a Brewin, cit. dle Manos et al., 2009) a přetrvávání depresivní epizody (např. Holahan a Moos, cit. dle Manos et al., 2009).

Podle Corrigan přispívá ke snížené míře hledání léčby, sníženému sebevědomí a sníženému vědomí sebeúčinnosti (self-efficacy) u nemocí jako je schizofrenie, bipolární porucha a deprese tzv. „self-stigma“, které definuje jako soubor negativních postojů o psychické nemoci a její léčbě, které má jedinec ve stigmatizujících podmínkách. (Corrigan, cit. dle Manos et al., 2009)

Kanter, Busch a Rusch nabízejí pro porozumění vztahu mezi self-stigma a depresí model založený na tzv. behaviorálně-aktivační teorii deprese. (Kanter, Busch, Rusch, 2009, cit. dle

Manos et al., 2009) Podle této teorie negativní životní události (rozvod, ztráta zaměstnání) vyvolávají počáteční prožitky depresivních symptomů, které nejsou chorobné samy o sobě, ale stávají se problematickými až když evokují široký rozsah vyhýbavého chování (vyhýbání se chození do zaměstnání, sociální interakci, zvýšenému užívání alkoholu nebo drog). Vyhýbavé chování je negativně zpevňováno krátkodobým zmírněním nepříjemných emočních prožitků, přetrvávající negativní události a vyhýbavé chování však mohou následně vést k dalším negativním zkušenostem, což vytváří cyklus negativních událostí, afektu a vyhýbání se, jež směřuje spirálou do deprese. (Manos et al., 2009)

Kanter, Rusch a Brondino (cit. dle Manos et al., 2009) identifikovali několik konstruktů specifických pro „self- stigma“ u deprese. Jako „public stigma“ identifikovali soubor negativních postojů a přesvědčení o jiných lidech s depresí, které mají jedinci (např. druzí lidí s depresí jsou morálně slabí). Dále identifikovali proces internalizace těchto obecných postojů do tzv. „general self-stigma“. Zahrnuje soubor negativních postojů a přesvědčení o depresi, které zahrnují také negativní stigmatizující postoje, jež vnímají depresivní jedinci, jako že je mají druzí (např. ostatní mě vidí jako morálně slabého, protože mám depresi), stejně jako postoje, které sami depresivní jedinci internalizovali (např. postoje lidí o depresi jsou příčinou, že se sám cítím hůře). Dále identifikovali s tím spojený, ale zároveň odlišný soubor negativních postojů a přesvědčení, zvláště o přijímání léčby - tzv. „treatment stigma“. Rovněž identifikovali soubor minulých zkušeností, ve kterých se depresivní jedinci cítili stigmatizováni vzhledem k prožívání deprese, tzv. „stigmatizing experiences“. Dále odhalili rozšířenou tendenci depresivních jedinců ukrýt svou depresi před ostatními různými způsoby, kterou označili jako „secrecy“. Kanter s kolegy zjistil, že tyto konstrukty jsou spolu signifikantně spojené.

Manos se svými kolegy navrhl model stigma jako mediátoru vztahu mezi depresí a vyhýbáním se dle behaviorálně-aktivační teorie deprese. Pokud jedinec začíná prožívat depresivní symptomy, může se objevit proces sebe- stigmatizace, ve kterém mohou být internalizovány negativní všeobecné stereotypy o depresi (public stigma), o její léčbě (treatment stigma). Negativní reakce okolí, pokud depresivní jedinec hledá léčbu mohou proces sebe-stigmatizace ještě zhoršit (stigmatizing experiences). Výsledkem je, že jedinec může utajovat svoji depresi a reagovat vyhýbavě v různých situacích ve snaze ukrýt před ostatními své depresivní prožitky a vyhnout se následkům stigmatu, tj. být označován jako nepředvídatelný, závislý, neinteligentní, nespolehlivý, zodpovědný za svoji nemoc. (Manos et al., 2009) Následkem toho se jedinci vyhýbají hledání léčby a sociální podpory (Corrigan,

Matthews, 2003, Corrigan, Wassel, 2008, Vogel, Wade, Hackler 2007, cit. dle Manos et al., 2009). Utajování a vyhýbání se může přispívat k těžkostem v zaměstnání, manželským problémům, zhoršení zdravotního stavu, zhoršením závažnosti deprese, chronicitě deprese a sebevraždě (např. Corrigan, 2002, Coryell et al., 1995, cit. dle Manos et al., 2009)

Manos se tedy se svými kolegy zaměřil na porozumění „self-stigmatu deprese“ a jeho role jako překážky při hledání léčby a zhoršení závažnosti a chronicity deprese. Ve výzkum prováděném na populačním vzorku potvrdil model, podle kterého jedinec prožívá depresivní symptomy, které vedou ke stigmatizující zkušenosti a zvýšení významu stigmatizujících postojů o depresi, které následně vedou k dalšímu vyhýbání se. Tzv. „self-stigma deprese“ hraje důležitou roli ve zhoršení vyhýbavého chování v kontextu depresivních symptomů. (Manos et al., 2009)

Self-stigma může zhoršovat depresivní symptomy, dělat je více nepříjemnými a tím také také způsobovat více vyhýbání, protože se jedinci mohou cítit více zahanbení a oslabení při prožívání depresivních symptomů. Výsledky podporují model, ve kterém jedinec zažívá depresivní symptomy, které vedou ke zvýšení významnosti stigmatizujících postojů o depresi a negativní následky jako výsledek odhalení statusu deprese, které dále vede k vyhýbavému chování. Behaviorální vyhýbání se sociálním kontaktům může vyplývat ze snahy ukryt symptomy deprese před ostatními a vyhnout se sociálnímu odhalení stigmatu. Zvýšené vyhýbání se (nepříjemným myšlenkám a pocitům, stažení se ze sociálních kontaktů) může zhoršovat nebo prodlužovat depresivní epizodu (Nolen-Hoeksema, 2000 nebo Joiner, Coyne, 1999, cit. dle Manos et al., 2009) Některé depresivní symptomy, jako je snížení energie a únava, mohou facilitovat vyhýbání se a pasivitu.

Podle Clarka, Becka a Aforda (cit. dle Manos et al., 2009) však negativní kognitivní kontext, jako jsou self-stigmatizující postoje, může být produktem deprese, nikoliv jeho příčinou, jak předpokládá klasický kognitivní model. Manos s kolegy odhalil zvýšený vliv závažnosti stigmatizujících prožitků a získaného stigma léčby deprese na vyhýbání se odborné léčbě, zdá se, že předešlá zkušenost léčby senzitivizuje jedince na vnímání stigma léčby a stigmatizujících prožitků. (Manos et al., 2009).

2.6.4 Vliv komorbidity na hledání odborné pomoci

Wu, Kouzis a Leaf v roce 1999 zjistili, že komobirdita psychiatrické nemoci a závislosti silně ovlivňuje pravděpodobnost využití odborné psychiatrické péče a zařízení na léčbu závislostí. V kontrastu s dřívějšími výzkumy (např. Goering et al. nebo Wells et al., cit dle. Wu, Kouzis, Leaf, 1999) nenašli rozdíly ve využití odborné pomoci ve zdravotnickém zařízení mezi muži a ženami, a to jak ve skupině osob s komobirditou psychické nemoci a závislosti na alkoholu, tak ve skupině osob pouze s psychickou nemocí, tak bez psychiatrické diagnózy. Dále zjistili, že využití odborné pomoci u osob s komobirditou psychické nemoci a závislosti na alkoholu je významně ovlivněné počtem symptomů alkoholové závislosti. Osoby s psychickou nemocí a minimálně třemi symptomy alkoholové závislosti vyhledávají odbornou pomoc významně častěji než osoby pouze s psychickou nemocí nebo jen závislostí na alkoholu. Překvapivé bylo zjištění, že osoby s psychickou nemocí a jedním až dvěma symptomy alkoholové závislosti využívají odbornou pomoc třikrát méně, než osoby bez symptomů alkoholové závislosti, což je vysvětlováno možnou strategií sebemedikace psychiatrických symptomů užíváním alkoholu. (např. Grant, Harford nebo O'Sullivan, cit dle. Wu, Kouzis, Leaf, 1999)

2.7 Teoretická východiska vysvětlující vyšší míru depresivity u žen

„Jednou možností je, že ženy skutečně trpí větším distresem než muži.... Jinou možností je, že ženy jednoduše vyjadřují své emoce snáze než muži a proto se zdá, že trpí větším distresem. Anebo ženy mohou odpovídat na stresory jinými emocemi než muži.“ (Mirowsky, Ross, 1995, str. 449)

Následující část práce je zaměřena na teoretická východiska, která se pokoušejí vysvětlit zjištění o vyšší míře depresivity u žen. Většina výzkumů gender rozdílů v depresivitě byla zaměřena na dvě hypotézy: podle první hypotézy jsou ženy vystaveny ve vyšší míře než muži sociálnímu stresu („different exposure“), podle druhé hypotézy jsou ženy více než muži náchylné reagovat na stres depresí („different vulnerability“).(Turner a Turner, 1999, str. 361)

V souvislosti s výzkumným záměrem diplomové práce budou představeny jak teoretické perspektivy vycházející z vlivu sociálních a biologických faktorů, tak vysvětlení, podle kterých jsou rozdíly v depresivitě mezi muži a ženami pouze „artefaktem měření“.

2.7.1 Psychologické faktory

Odlišná náchylnost k depresi: „Different vulnerability“

Jaká je příčina přibližně dvojnásobného výskytu deprese u žen oproti mužům? Někteří autoři se tuto skutečnost pokoušejí vysvětlit pomocí „gender“ kategorií a jejich sociálního vnímání. Tradiční gender ideologie definuje muže jako asertivní, soutěživé, fyzicky a psychicky silné. Naopak ženy jako pasivní, závislé, fyzicky a psychicky slabé. (např. Burke a Tully nebo Deaux a Major, dále Jackman, cit. dle De Coster, 2005) Podle některých autorů ženy mnohem častěji než muži odpovídají na stres depresí, což je reakce konzistentní s očekáváním pasivity, závislosti a emocionální slabosti. (viz De Coster nebo Horwitz a White, cit. dle De Coster, 2005) Jak uvádí Rosenfield (1980, str. 35): *„Menší diferenciace mezi maskulinní a feminní rolí, méně tradiční gender role - budou znamenat menší rozdíly mezi pohlavími v depresivní symptomatologii, nebo dokonce převrácení rozdílů“.*

Vliv negativního kognitivního stylu a ruminace

Cox, Clara a Murray se ve svém výzkumu v roce 2009 zaměřili na roli sebekritičnosti a negativních aspektů perfekcionismu na predikci výskytu těch stresujících životních událostí, které mohou být ovlivněny jedinci (nebyly zahrnuty takové události, které nemůže jedinec sám ovlivnit, jako je například smrt blízké osoby) a následně mohou zvyšovat výskyt depresivní symptomatologie. (Cox, Clara, Murray, 2009) Byla prokázána destruktivní roli sebekritičnosti jako extrémní formy maladaptivního perfekcionismu na psychické zdraví, jež může mít přímý i nepřímý vliv na depresivní symptomatologii. Podle Zuroffa se může na základě sebekritičnosti vyplňovat „negativní self-schéma“ které vyvolává depresi (cit dle Cox, Clara, Murray, 2009) Byly zjištěny gender rozdíly, u žen nebyl vztah mezi sebekritičností a depresí ovlivněn prostřednictvím stresujících životních událostí, ale vztah mezi perfekcionismem a depresí byl ovlivněn prostřednictvím stresujících životních událostí. U mužů byla deprese ovlivněna pouze částečně sebekritičností, zatímco perfekcionismus neměl signifikantní efekt. Byla prokázána prediktivní role negativního kognitivního stylu na následný výskyt stresujících životních událostí závislých na jedinci, a to zvláště u žen. (např. Safford et al v roce 2007, cit dle Cox, Clara, Murray, 2009) Byla prokázána spojitost sebekritičnosti s životní diagnózou deprese a suicidálním chováním (např. Cox et al. v roce 2004, cit dle Cox, Clara, Murray, 2009).

McBride a Bagby (2006) se ve svém výzkumu soustředili na dva konstrukty spojené s gender rozdíly ve výskytu deprese. Prvním z nich je ruminativní kognitivní styl, který chápou jako tendenci reagovat na depresivní a dysforickou náladu opakovaným myšlením a chováním, které zaměřuje pozornost na význam a následky depresivní nálady (viz Nolen-Hoeksema v roce 1991, cit. dle McBride, Bagby, 2006). Druhým konstruktem je interpersonální závislost, která odráží investici do vztahů a jejich sdílení. Navrhli teorii, podle které tyto konstrukty významně zvyšují náchylnost žen k rozvoji deprese. (McBride, Bagby, 2006)

Podobně se Erdur-Baker (2009) zaměřil ve svém výzkumu na vztah mezi ruminací, viktimizací a schopností řešit problémy a depresivními symptomy u adolescentů. Bylo zjištěno, že ruminace má signifikantní vliv na depresivní symptomy jak u chlapců, tak u dívek. Viktimizace přispívá významně k depresivní symptomatologii pouze u chlapců. Nebyly zjištěny rozdíly v depresivní symptomatologii a ruminaci u dívek a u chlapců (věk od 13-18 let), ale dívky vykazovali nižší stupeň řešení problémů, chlapci vykazovali vyšší míru viktimizace. (Erdur-Baker, 2009)

Jose a Brown (2008) ověřovali hypotézu „response-style teorie“ Nolen-Hoeksemy (cit. dle Jose, Brown, 2008) o tom, že narůstající hladina stresu a ruminace v časně adolescenci (ve věku 10-17 let) predikuje nástup gender rozdílů v depresivitě, ženy udávají vyšší hladinu stresu, deprese a ruminace než muži. Na základě jejich výzkumu byla teorie „response-style“ potvrzena. Zjistili, že se gender rozdíly v depresivitě a stresu objevují ve věku 13 let, a u ruminace ve věku od 12 let. Signifikantně od 13 let ruminace vysvětluje gender rozdíly v depresivitě, bylo prokázáno, že ovlivňuje efekt gender na depresi. Gender ovlivňuje vztah mezi ruminací a depresivitou - byl silnější pro dívky než pro chlapce. (Jose, Brown, 2008)

Vliv socializace: orientace na gender role u adolescentů („Gender Role Orientations“)

Různé predispozice mužů a žen k depresivitě bývají vysvětlovány také odlišnou socializací. Výzkumy preadolescentních dětí nezjistily konzistentní gender rozdíly, nebo bylo prokázáno, že se vyskytuje deprese více u chlapců. (viz Nolen-Hoeksema a Girgus, cit. dle Aube, 2002) Na základě výzkumu depresivních symptomů u adolescentů bylo zjištěno, že až od věku 13 let začínají dívky vykazovat více depresivních symptomů než chlapci, u starších adolescentů se tyto rozdíly ještě více zvyrazňují. Tato zjištění jsou vysvětlována jako důsledek intenzivního formování do tradičních gender rolí v adolescenci. V průběhu adolescence se chlapci a dívky začínají lišit ve vývoji vlastností, které jsou spojené s gender- zejména

v nadměrné péči o ostatní a v obtížnosti se prosazovat. Právě tyto vlastnosti bývají spojené s depresivními symptomy, a to nejen u dívek, ale i u chlapců. V pozdní adolescenci chlapci vykazují méně „feminních charakteristik“, což jim poskytuje menší náchylnost k prožívání depresivních symptomů. (Aube, 2002)

Zajímavá zjištění přinesl také výzkum Horwitze a White (1987), vycházející z předpokladu o tom, že maskulinní a feminní charakteristiky mohou existovat u jedinců obou pohlaví. Podle Bema (cit. dle Karsten, 2006) lze rozlišit čtyři osobnostní typy nezávislé na biologickém pohlaví: maskulinní typy (s převahou maskulinních vlastností), androgynní (s nadprůměrně vysokým podílem maskulinních i feminních vlastností), feminní typy (převaha feminních vlastností) a nediferencované typy (s podprůměrně nízkým podílem maskulinních a feminních vlastností). Podle Horwitze a White (1987) lze očekávat, že muži s více feminní identitou budou rozvíjet spíše internalizované reakce na stres, zatímco ženy s maskulinní identitou spíše externalizované. Bylo zjištěno, že tradičně „feminní“ ženy s nízkými skóry maskulinity, vyjadřovaly více distresu než „maskulinní“ a „androgynní“ ženy, a že vysoká míra distresu je spojená spíše s absencí maskulinity než s přítomností feminity. (Horwitz, White, 1987) Podle Horwitze a White (1987) vzrůstá vliv „gender identity“ na styly patologie v průběhu adolescence a mladé dospělosti. (cit. dle Horwitz, White, 1991) Bylo například zjištěno, že manželský konflikt je spojený s problémovým pitím u mužů a depresí u žen, muži se obrací pro podporu na své přátele, se kterými nadměrně pijí, zatímco vdané ženy odmítají tuto možnost a jsou více depresivní.

Na vliv odlišné socializace se zaměřuje také teorie „genderově odlišných odpovědí“ („gendered-responses“), podle které se výrazně liší mužské a ženské emocionální reakce na stres. Na základě početných epidemiologických studií bylo prokázáno, že u žen převažuje vyjadřování symptomů deprese, úzkosti a jiných neuróz, zatímco muži vykazují více poruch osobnosti a problémů s alkoholem a drogami (viz Dohrenwend et al., cit. dle Horwitz, White, 1987) Podle Dohrenwenda mohou být odlišné styly vyjadřování psychické nemoci u mužů a žen funkčně ekvivalentní. (cit. dle Horwitz, White, 1987) Zastánci této pozice upozorňují na skutečnost, že pokud populační výzkumy zahrnují široký rozsah psychických nemocí, rozdíly mezi muži a ženami v jejich celkovém poměru mizí. (Robins et al., cit. dle Horwitz, White, 1987)

Některé výzkumy ale „gendered-responses“ hypotézu nepotvrzují. Například Mirowsky a Ross (1995) nezjistili, že by ženy a muži trpěly stejnou frustrací, ale transformovanou do

různých emocí. Prokázali, že ženy jsou nejen více úzkostné, také vykazují vyšší hladinu hněvu než muži, pokud jsou obě pohlaví stejně depresivní: „... *ženy se stávají rozzlobené stejně jako depresivní. Deprese je společník hněvu - ne jeho náhrada*“.(Mirowsky, Ross, 1995, str. 465)

Rozdíly v agresivitě

Odborníci na socializaci poukazují při vysvětlování vyššího poměru depresivních žen na procesy výchovy a učení. Ženy si již v průběhu dětství a mládí vytvářejí postoje, které jim mj. nedovolují hledat příčiny vlastních neúspěchů u druhých, jak to dělají mnozí muži. Místo toho reagují sebeobviňováním, pocitem bezmoci, iracionálními interpretacemi. Jejich horizont pozitivních očekávání je ze všech stran stlačován, protože se od samého počátku musí učit potlačovat své motivy a spontánní impulzy. S tradiční mužskou rolí jsou zcela v souladu poruchy chování, spočívající v navenek zaměřené agresivitě, zatímco ženy tradičně zaměřují agresivitu samy proti sobě, což je proces, který může být příčinou deprese. (Karsten, 2006) Mezi ženami a muži neexistuje pohlavně specifický rozdíl co do agresivního chování. Rozdíl je v tom, že výchova a role přikázaná společností naučila ženy potlačovat svou agresivitu nebo ji usměrňovat tak, aby se nemusely obávat sankcí a nesouhlasných reakcí. Jejich agresivní chování je proto méně impulzivní, nebývá navenek tak zřetelné, často se stahuje do nitra, kde útočí proti jedinci samotnému. Důsledkem mohou být depresivní stavy i sebevražedné sklony. (Karsten, 2006)

Hypotéza „naučené bezmocnosti“: „Learned-helplessness“

Podle hypotézy „naučené bezmocnosti“ vede ženy odlišná socializace k pasivním reakcím na stresové situace a proto jsou více ohroženy depresí, zatímco muži jsou více asertivní, mají větší tendenci reagovat na stresovou situaci nějakým činem (Renzetti, Curran, 2002) Jak již bylo uvedeno výše, podle některých teoretiků se během socializace učí ženy kontrolovat své agresivní pocity více než muži, „gender“ normy brání více ženám než mužům otevřeně vyjádřovat svůj hněv nebo hostilitu. (např. Bardwick, viz dále Bloch nebo Chesler, cit. dle Rosenfield, 1980) Proto ženy svůj hněv nebo konflikty spíše introjikuji, např. ve formě sebekritických postojů, což je charakteristické pro depresivní reakce. (Rosenfield, 1980) Ke zvýšenému riziku klinické deprese u žen může přispívat také jejich větší fyzická a sexuální zranitelnost. Nechas a Foley zjistili, že se výskyt deprese mezi muži a ženami se vyrovnává,

pokud se u žen trpících depresí sleduje také výskyt fyzického a sexuálního násilí. (cit. dle Renzetti, Curran, 2002)

Podle Davies a jeho kolegů však hypotéza „naučené bezmocnosti“ přehlíží skutečnost, že většina žen reaguje na zdroj své deprese konkrétním činem, i když je jejich úsilí často z důvodu omezených možností neúspěšné. (cit. dle Renzetti, Curran, 2003) Jak uvádí Weissman, ženy mohou často považovat svoji situaci za depresivní, protože jim přímou akci nebo sebeprosazení ztěžuje skutečná společenská diskriminace, nikoliv špatná socializace, což ještě více přispívá k jejich psychickému vyčerpání“. (cit. dle Renzetti, Curran, 2003, viz také Miller a Kirsch, 1987, cit. dle Renzetti, Curran)

Percepce genderového kontextu deprese adolescenty

Wisdom s kolegy se zaměřil na to, jak adolescenti pohlíží na vztah mezi depresí a genderovými rolemi mužů a žen. Zjistili, že si adolescenti dobře uvědomují odlišná sociální a kulturní očekávání pro muže a ženy týkající se deprese. Společnost podporuje u dívek expresi pocitů, zatímco u chlapců odmítání nebo skrývání pocitů, což u nich může inhibovat jak hledání potřebné pomoci při depresi, tak jiné interpersonální vztahy. Adolescenti také předpokládají, že fyzické změny během puberty přispívají k depresi pouze u dívek, zatímco osamělost a odmítání je spojené s depresí jak u dívek, tak u chlapců. Hypotéza gender-intenzifikace (např. Hill, Lynch, cit. dle Wisdom et al., 2007) předpokládá, že mnoho dívek zažívá tlak ke konformitě dle genderových očekávání, když dosahují puberty a začínají se měnit tělesně. (např. Culbertson nebo Moreau, cit. dle Wisdom et al., 2007) Tento tlak, kombinován s kontextuálními faktory a personálními charakteristikami, je empiricky spojen s výskytem deprese u dívek v adolescenci. (např. Barret, White nebo Sands, cit. dle Wisdom et al., 2007) Pro adolescentní dívky je těžké rozhodovat se, jak interpretovat smíšené sociální očekávání týkající se gender. (např. Barret, White, cit. dle Wisdom et al., 2007) U dívek není očekáváno ani podporováno osvojení instrumentálních charakteristik, které jsou typicky spojovány s maskulinní gender rolí a nižším stupněm deprese, a dívky které vzdorují své gender roli jsou častěji odmítány vrstevníky a jsou ve větším riziku prožívání významných psychických problémů (např. Nolen-Hoeksema a Girgus, cit. dle Wisdom et al., 2007) Sociální preskripce odmítání feminity může vést u chlapců k potlačování emocionálního uvědomování a exprese a může přispívat k depresi nebo maskování deprese. (např. O Neil, cit. dle Wisdom et al., 2007)

2.7. 2 Sociální faktory

Vliv sociální integrace

Falci a McNeely (2009) se zaměřili na vztah mezi sociální integrací (počtem osob v sociální síti), kohezí sociální sítě a percepcí sociálních vztahů a depresivními symptomy u adolescentů. Bylo zjištěno, že adolescenti jak s příliš malou, tak příliš velkou sociální sítí mají vyšší hladinu deprese. Byly zjištěny gender rozdíly. U dívek se negativní efekt velkého počtu členů sociální sítě projevoval pouze při nízkém stupni koheze. Naproti tomu u chlapců se negativní efekt velkého počtu členů sociální sítě projevoval při vysokém stupni koheze. (Falci, McNeely, 2009) Negativní vliv malého počtu přátel byl potvrzen jak u chlapců, tak u dívek, adolescenti potřebují více přátelství, aby mohly být jejich potřeby uspokojeny (např. Crosnoe, Needham, cit. dle Falci, McNeely, 2009), chlapci stejně jako dívky touží po blízkých vztazích s vrstevníky (Chu, cit. dle Falci, McNeely, 2009) Adolescenti, kteří vnímají vyšší stupeň náklonnosti a akceptace od svých vrstevníků, udávají méně depresivních symptomů. (např. Beam et al. nebo Formoso, Gonzales, Aiken, cit dle Falci, McNeely, 2009) Vztah depresivních symptomů a sociální integrace má dle Durkeima tvar písmene U- mít příliš málo přátel („under-integration“) nebo příliš mnoho přátel („over-integration“) je škodlivé pro mentální zdraví (Falci, McNeely, 2009)

Bylo zjištěno, že adolescentní chlapci a dívky prožívají přátelství s vrstevníky různým způsobem. Adolescentní chlapci jsou podle některých autorů pod větším tlakem být konformní s maskulinní rolí než dívky s feminní (např. Zucker, Wilson-Smith, Stern nebo Fagot, cit. dle Falci, McNeely, 2009) a pokud nejsou konformní s normou maskulinity, může to ústít ve výsměch od přátel (např. Messerschmidt nebo Chu, cit. dle Falci, McNeely, 2009). Adolescentní dívky se častěji zapojují do vzájemně podporujících se interakcí s přáteli, sociální interakce chlapců jsou více rozděleny do různých sociálních aktivit. (např. Frydenberg a Lewis , cit. dle Falci, McNeely, 2009) Adolescentní dívky udávají vyšší počet stresorů spojených s vrstevníky než chlapci (např. Green, cit. dle Falci, McNeely, 2009), což má silnější vliv na jejich mentální zdraví (např. Joyner, Urdy, cit. dle Falci, McNeely, 2009) Výzkumy dospělých prokázaly, že ženy i muži udávají více podpory z přátelství se ženou než s mužem (např. House et al., cit. dle Falci, McNeely, 2009) Dívky častěji než chlapci upřednostňují potřeby druhých před svými (např. Rosenfield, Lennon, White, cit. dle Falci, McNeely, 2009)

Některé výzkumy však odlišné působení sociálních vlivů na depresivní symptomatologii u chlapců a dívek nepotvrzují. Bylo zjištěno, že umístění adolescentních chlapců a dívek v hierarchii vrstevnické skupiny přispívá významně k predikci jejich deprese a self-esteem. (Fournier, 2009)

Zimmer- Gembeck, Hunter a Pronk ve svém výzkumu ověřovali model, podle kterého predikuje depresivní symptomatologii u dětí jejich sociální chování (fyzická agrese, vztahová agrese, prosociální chování, vyhýbání se), neoblíbenost mezi vrstevníky, a jejich vlastní percepce sociální akceptace. Nezjistili žádné gender rozdíly v depresivní symptomatologii mezi chlapci a dívkami ve věku 9-13 let. Vztah mezi oblíbeností u vrstevníků, percepce sociální akceptace a depresivní symptomatologií byl podobný pro chlapce i dívky. Percepce sociální akceptace přímo souvisela s mírou depresivních symptomů. Děti, které vnímaly nižší přijetí vrstevníky nebo jej podceňovaly, byly více depresivní. Percepce přijetí více než aktuální přijetí byla více spojena s depresivními symptomy (Zimmer- Gembeck, Hunter, Pronk, 2007)

Vieno s kolegy se zaměřil ve svém výzkumu na vztah mezi depresivními symptomy a antisociálním chováním u adolescentů. Výsledky výzkumu byly podobné u dívek i chlapců. (Vieno et al., 2008) Bylo zjištěno, že depresivní symptomy predikují nárůst antisociálního chování, ale antisociální chování nepredikuje změny v depresi, což je konzistentní s předešlými studiemi (např. Beyers, Loeber v roce 2003 nebo Curran, Bollen v roce 2001, cit. dle Vieno et al., 2008). Nepřímý vztah mezi depresivními symptomy a antisociálním chováním podporuje „acting out perspective“ (např. Carlson, Cantwell v roce 1980, cit. dle Vieno et al., 2008), podle které jsou problémy chování vyjádřením internalizovaného problému. Depresivní pocity adolescentů mohou být maskovány rušivým chováním a jinými symptomy, které odpovídají externalizovanému chování. Internalizované problémy předcházejí a predikují antisociální chování (např. Gold, Mattlin, Osgood v roce 1989, cit. dle Vieno et al., 2008)

Teorie „genderových“ typů : „Gender type-scripts“

Mnohé výzkumy se zaměřily na zkoumání vlivu „gender“ norem“ na sociální toleranci mužů a žen s psychickými problémy. Opakovaně bylo prokázáno, že sociální tolerance vůči osobě s psychickými problémy je vyšší, pokud její symptomy nejsou deviantní vzhledem k její tradiční genderové roli. Například Schnittker (2000) uvádí následující výzkumy: Busfield, 1996; Rosenfield, 1982; Rushing, 1979; Waisberg a Page, 1988; Zeldow, 1984.

Podle teorie „gender type-scripts“ ženy více tolerují chování, které odpovídá jejich tradiční genderové roli (jako je pasivita, subordinace, emocionalita), zatímco muži pravděpodobně více tolerují chování odpovídající maskulinním rolovým očekáváním (jako je agresivita a hostilita). V této souvislosti Schnittker (2000) uvádí řadu výzkumů, které prokázaly, že ženy více než muži tolerují chování odpovídající symptomům deprese: Busfield, 1996; Duncombe, Marsden, 1993; Farrell, Rosenberg, 1981; Kessler et al., 1981; Rosenfield, 1980; Warren, 1983. Naopak muži více tolerují problémy spojené s „maskulinním“ chováním, jako je závislost na alkoholu. Podle teorie „genderových typů“ jsou také ženy závislé na alkoholu tolerovány méně než muži s alkoholovou závislostí. (viz Rosenfield nebo Rushing, cit. dle Schnittker, 2000)

Vyšší sociální toleranci alkoholismu mužů potvrdila řada výzkumů. Bylo zjištěno, že muži vykazující příznaky přehnané maskulinity jsou výrazně více ohroženi závislostí na návykových látkách, především na alkoholu a drogách. (např. Mosher a Sirkin, cit. dle Renzetti, Curran, 2003). Podle Waldrona (cit. dle Renzetti, Curran, 2003) je mužům při pití alkoholu poskytována větší nepřímá společenská podpora. Bylo prokázáno, že rodiče sledují přísněji chování dcer a synové mají více příležitostí pít alkohol. (viz Barnes et al., cit. dle Renzetti, Curran, 2003) Výzkumy rovněž potvrdily, že manželky více tolerují pití svých manželů: „*přibližně 90 % manželek zůstává s manžely alkoholiky, zatímco s manželkami alkoholičkami zůstává jen 10 % manželu*“.(American Psychological Association, 1985; cit. dle Renzetti, Curran, 2003, str. 506) Ženský alkoholismus je dodnes spojován s „*absencí ženskosti, sexuální zneužíváním a rodičovským zanedbáváním*“. (Walde et al., 2002) Alkoholičky jsou považovány za „*sexuálně promiskuitní, zanedbávající své blízké a své děti*“. (viz Carter, cit. dle Walde et al., 2002)

Vzhledem k větší sociální stigmatizaci ženy více popírají své problémy s alkoholem, chápou jej jako mechanismus pro vyrovnání se s krizí, nebo se soustředí na fyzické symptomy (např. Beckman, cit. dle Walde et al., 2002) Mnoho lékařů a terapeutů má vzhledem k mýtům o ženách a alkoholu sklon chybně diagnostikovat a předepisovat jim léky k ošetření psychologických symptomů spíše než alkoholové závislosti. Podle Bluma (cit. dle Walde et al., 2002) čím méně se na alkoholu závislá žena podobá mýtu „nemorální ženy“, tím pravděpodobněji bude nesprávně diagnostikována.

Vliv citové závislosti: „Emotional reliance“

Řada výzkumů prokázala, že s depresivitou je signifikantně spojená citová závislost na druhých lidech. U žen byla zjištěna vyšší citová závislost než u mužů, a to nezávisle na faktorech sociálního statusu (rodinný status, vzdělání, příjem a pracovní prestiž). Ačkoliv bylo také zjištěno, že pozitivní asociace mezi emocionální závislostí a depresivitou je pro ženy vyšší, byly odhaleny ty faktory sociálního statusu, které citovou závislost u žen redukuje (vzdělání a prestiž v zaměstnání). Naopak sňatek přispívá ke zvýšení emocionální závislosti, což platí především pro muže. (Turner, Turner, 1999)

Podle některých autorů hledají ženy pocit „spojení s druhými“ především ve svých intimních vztazích, zatímco muži se orientují na širší sociální kontext. (viz Baumeister, Sommer, cit. dle Rein, Moretti, Wiebe, 1998) Podle Jacka se při konstruování své identity ženy více než muži přizpůsobují vnímaným očekáváním signifikantních druhých (cit. dle Rein, Moretti, Wiebe, 1998) a jsou výrazně více než muži závislé na druhých lidech při vytváření pozitivního sebeobrazu, což také může přispívat k jejich vyšší depresivitě. (viz Bart nebo Henry, cit. dle Rosenfield, 1980; viz také Gore a Colten, cit. dle Turner, Turner, 1999)

Výzkumy potvrzují, že již během adolescence se dívky soustřeďují spíše na to, aby byly oblíbené a ostatní je měli rádi, zatímco chlapečci se více soustřeďují na své školní a sportovní úspěchy. (viz Bush a Simmons nebo Rosenberg a Simmons, cit. dle Turner, Turner, 1999) Bylo prokázáno, že vnímaná diskrepance mezi skutečností a ideálem druhých je u žen spojená se signifikantně větším rozvojem dysforie než u mužů. (Rein, Moretti, Wiebe, 1998)

S vyšší emocionální závislostí souvisí také zjištění Kesslera a jeho kolegů o tom, že muži zůstávají v porovnání se ženami relativně nezasazeni událostmi, které se nepříhodily jim osobně. Ženy udávají větší počet negativních životních událostí, které prožívají společně se svými partnery, dětmi a přáteli a samy pak prožívají více depresivních symptomů. (cit. dle Turner, Turner, 1999)

Odlišné vystavení stresu: „Different exposure“

Odlišnou perspektivu v uvažování o sociálních faktorech, které by mohly ovlivňovat vyšší míru depresivity u žen, přináší koncept „odlišného vystavení stresu“, „different exposure“.

Jeho zastánci jsou přesvědčeni o tom, že ženy nevykazují větší psychickou senzitivitu než muži v souvislosti s kvalitou jejich vztahů a životními okolnostmi, nejsou tedy samy o sobě více „náchylné“ být depresivní než muži. Naopak tvrdí, že ženy jsou vzhledem ke svému postavení ve společnosti pouze více než muži vystaveny stresujícím vlivům.

Gove, jeden ze zástanců této teoretické pozice, upozorňuje na rozdíly v sociálních rolích mužů a žen - role žen je více frustrující a stresující, což vede k vyšší psychiatrické morbiditě žen. (Gove a Tudor, cit. dle Horwitz, White, 1987) Bylo prokázáno, že ženy všeobecně zažívají více stresujících životních událostí než muži (viz Turner, Wheaton a Lloyd, cit. dle Turner a Turner, 1999) Například Newman (1984) ve svém výzkumu zjistil, že ženy udávají významně vyšší míru reakcí zármutku („grief reaction“) než muži, což vysvětluje větším ohrožením žen mezilidskými ztrátami v důsledku úmrtí jejich blízkých (také vzhledem k delší průměrné délce života žen).

Podle zastánců tohoto teoretického východiska by neměly existovat významné „gender rozdíly“ v poměru mentálních chorob, pokud by „gender“ role představovaly podobnou míru prožitků stresu pro muže a ženy, jako je tomu například u adolescentů (viz Gove a Herb, cit. dle Horwitz, White, 1987) nebo u u jedinců, kteří nežijí v manželství (viz Gove, cit. dle Horwitz, White, 1987).

Větší náchylnost žen k depresivitě zpochybnila dále například Skaiff se svými kolegy (1999), podle které jsou rozdíly v reakcích mužů a žen na stresory prostředí spíše individuální, odlišnosti jdou napříč genderovými kategoriemi. Zjistili, že muži a ženy se v depresivitě neliší, pokud je zároveň brán v úvahu vliv stresorů a dostupných zdrojů. Podle Umberson et al. (1996) podobná sociální pozice způsobuje podobné psychologické reakce u mužů i žen; pokud žijí v podobných vztazích, je jimi podobně také ovlivňována míra jejich deprese a požívání alkoholu. Tato zjištění podporují i postoj strukturalistů, kteří tvrdí, že podobné sociální podmínky vyvolávají u různých lidí podobné psychologické reakce.

Hypotéza „společenského statusu“: „The Societal Status“

„Vyšší riziko klinické deprese způsobují společenské a ekonomické podmínky, ve kterých daná skupina žen žije, nikoli vnitřně dané či naučené feminní vlastnosti“. (Renzetti, Curran, 2003, s. 502)

Podle hypotézy „společenského statusu“ byly tradiční „gender role“ přidělovány ženám

(např. role matky, tvůrkyně domova) vždy omezeným zdrojem osobního uspokojení ve srovnání s možnostmi pracovního uplatnění mužů. (např. Doyal nebo World Health Organization, cit. dle Renzetti, Curran, 2003) Také tradiční role manželů a otců kladou na muže menší požadavky, ti navíc mohou požadavky rodiny více usměrňovat podle svých potřeb. Ženy prožívají více stresových situací vzhledem ke kombinaci vysokých nároků a snížené možnosti svobodného rozhodování, což přispívá ke zvýšení jejich depresivity (viz Barnett a Baruch nebo Doyal, dále World Health Organization, 1996, cit. dle Renzetti, Curran, 2003). Větší zodpovědnost v rodině ženy více emocionálně poškozuje a omezuje, jejich role je často v konfliktu se zaměstnáním na plnou pracovní dobu. (např. Kessler a McLeod, viz také Mc Lanahan a Adams, 1987, cit. dle Mirowsky, 1996)

Hypotéza rolového „přetížení“ žen: „The Role Overload Perspective“

Sociologové a sociální psychologové dávají při vysvětlování přednost teorii rolí. Ženy podle nich reagují negativním sebehodnocením a depresivními rozladami na nevýhody, které mají oproti mužům (několikanásobné zatížení povoláním, domácností a rodinou) (Karsten, 2006)

„Protože ženy jsou častěji v pozici s nižší mocí, pokud jsou v domácnosti a v pozici s vyššími požadavky, když jsou zaměstnány, trpí vyšší mírou úzkosti a deprese než muži“.
(Rosenfield, 1989, str. 87)

Gómez se zaměřil na gender rozdíly v tom, jak vnímaná kvalita prožívaných rolí spojených se zaměstnáním, manželstvím a rodičovstvím ovlivňuje symptomy deprese, úzkosti, distresu, kardiovaskulární riziko a self-esteem. (Gómez, 2006) Byly zjištěno, že u žen může být deprese ve významně vyšší míře predikována vnímanou kvalitou prožívaných rolí, percepce nezvládnutí více rolí najednou je pro ně důležitější než pro muže, nebo mají tendenci více reagovat na rolový stres depresí. U mužů je vnímaná kvalita rolí spojena silněji se self-esteem a anxiitou. (např. Burín et al. v roce 1991, cit dle Gómez, 2006)

Mnohé výzkumy se pokoušely vysvětlit vyšší míru depresivity u žen z perspektivy „přetížení“, nadměrných rolových požadavků kladených na ženy. Bylo zjištěno, že zaměstnané ženy, které se zároveň starají o děti, vykazují vyšší míru depresivních symptomů než ženy bez dětí. (např. Kessler a Mc Rae nebo Radloff, dále Ross et al., cit. dle Rosenfield, 1989) Výzkumem bylo také prokázáno, že nejvýraznější rozdíly v depresivitě mezi muži a

ženami jsou v manželských párech, kde jsou ženy zaměstnány a zodpovědné za péči o děti a domácnost. Pokud však manželé dostatečně sdílí s manželkami péči o děti a zodpovědnost za ně, depresivita mužů a žen se výrazně neliší. (viz Ross, Mirowsky, cit. dle Rosenfield, 1989)

Někteří výzkumníci se zaměřili na zkoumání vlivu rozdělení práce v domácnosti na mužskou a ženskou depresivitu. Bylo opakovaně prokázáno, že ve srovnání se zaměstnáním je práce v domácnosti spojená s nižší stupněm pocitu kontroly („sense of control“) a vyšší hladinou distresu (např. Bird a Ross, nebo Brown a Harris, a dále Thoits, cit. dle Bird, 1999). Míra depresivity variuje podle množství času stráveného prací v domácnosti (viz Glass a Fujimoto, cit. dle Bird, 1999). Bird (1999) ve svém výzkumu potvrdil, že nižší podíl mužů na práci v domácnosti částečně přispívá ke „gender“ rozdílům v depresivitě, přičemž vnímaná nerovnost v rozdělení práce má větší vliv na míru prožívaného stresu než její množství. Bylo prokázáno, že vnímání spravedlnosti ovlivňují i sociální podmínky jedinců. Ženy, které mají méně alternativ pro sňatek a méně ekonomických zdrojů mohou vnímat určité rozdělení práce v domácnosti jako více spravedlivé, než by je vnímaly ženy s více alternativami. (viz Lennon a Rosenfield, cit. dle Bird, 1999)

V manželstvích s „gender“ netradičním rozdělením práce v rodině byla zjištěna vyšší hladina depresivních symptomů u mužů než u žen (Rosenfield, 1980), a to zvláště vyšší míra psychosomatických symptomů, příznaků imobilizace a pocitů smutku (vyšší míra depresivních příznaků u žen byla zjištěna pouze u pocitů úzkosti). Bylo však prokázáno, že tento zjištěný rozdíl (vzhledem k manželstvím s tradičním rozdělením práce) je způsoben zvýšením skóre depresivity u mužů, nikoliv snížením depresivity u žen. (Rosenfield, 1980)

Další výzkumy potvrzují domněnku, že se depresivita u žen bude snižovat, pokud se bude jejich postavení v zaměstnání a rodině přibližovat postavení mužů. Například Mirowsky (1996) uvádí v této souvislosti následující přehled výzkumných studií: Gore a Mangione, 1983; Gove a Geerkin 1977; Lennon a Rosenfield, 1992; Rosenfield, 1989; Ross, Mirowsky, a Huber, 1983; Ross a Mirowsky, 1988.

Vliv sexuální diskriminace

V řadě studií byl prokázán silná vztah mezi diskriminací dle pohlaví prožívanou ženami a psychologickým distresem. Někteří vědci předpokládají, že nejméně dvakrát vyšší výskyt deprese u žen souvisí s větším vystavením žen diskriminaci dle pohlaví. (Klonoff, Landrina,

Campbell v roce 2000, Swin et al. v roce 2001, cit dle Zucker, Landry, 2007) Výzkum, který provedli Zucker a Landry, potvrdil, že zkušenost se sexuální diskriminací je významným prediktorem gender rozdílů v psychologickém distresu. (Zucker, Landry, 2007)

Vliv nezaměstnanosti a odlišného vnímání pracovního stresu

Mnohé studie potvrzují vztah mezi znevýhodněným socioekonomickým statusem a symptomy deprese. Mossakowski se ve svém výzkumu zaměřil na zjištění rozdílů mezi muži a ženami ve vztahu k depresivní symptomatologii, a to u osob, které jsou nezaměstnané a hledají práci a u těch, kteří ji nehledají. Nezaměstnanost byla signifikantně spojena s depresivními symptomy nejvíce u věkové kategorie 29-37 let a tento vztah byl signifikantně silnější u mužů. Je předpokládáno, že pro ženy je být bez zaměstnání méně stigmatizující a psychologicky stresující ve srovnání s muži. Vliv délky trvání nezaměstnanosti na depresivní symptomatologii se u mužů a žen nelišil. (Mossakowski, 2009)

Robertson Blackmore s kolegy zjistil odlišnosti mezi muži a ženami ve vztahu mezi depresí a specifickými komponenty pracovního stresu. Vysoký pracovní stres, nízký stupeň sociální podpory v zaměstnání, nízká jistota práce a narůstající pracovní nároky souvisí s depresivní poruchou u mužů. U žen s depresivní poruchou souvisel především nízký stupeň sociální podpory v zaměstnání a nedostatek rozhodovací pravomoci. Zajímavé bylo zjištění, že nižší nároky na schopnosti byly naopak spojeny s depresí u žen. (Robertson Blackmore et al., 2007)

Vztah věku a depresivity: „Age and the Gender Gap in Depression“

Jak se mění depresivita mužů a žen v průběhu jejich života? Výzkumy zaměřené na adolescenty prokázaly, že rozdíl v depresivitě mezi chlapci a dívkami existuje již ve věku 18 let, a to jako výsledek socializace do nerovných rolí a statusů dospělých. Například Mirowsky (1996) uvádí následující výzkumy: Avison a McAlpine, 1992; Gore, Aseltine, a Colton, 1992; Kessler et al., 1993; Nolen-Hoeksema a Girgus, 1994. Podle Mirowského se zvyšující se rozdíly v míře depresivity mezi muži a ženami v dospělosti neobjevují jako důsledek sexuální diference, ať už biologické nebo sociální, ale jako důsledek vynořující se „gender stratifikace“, která pramení z narůstající nerovnosti požadavků a možností mezi muži a ženami. (1996)

Mirowsky (1996) ve svém výzkumu zjistil, že vztah deprese a věku má pro obě pohlaví tvar písmene „U“. Rozdíly mezi muži a ženami narůstají monotónně s věkem, relativně malé rozdíly ve věku kolem 20 let se od třicátých let zvyšují stále významněji, přičemž rozdíl v depresivitě mezi muži a ženami vrcholí ve věku kolem 60 let. Rozdíly mezi muži a ženami mohou přetrvávat ještě dlouho po odchodu do důchodu, částečně jako důsledek ekonomických nerovností mezi muži a ženami. (např. Keith nebo Umberson et al., cit. dle Mirowsky, 1996)

2.7.3 Biologické faktory

Mnozí teoretici podporují biochemická a fyziologická vysvětlení vyšší depresivity u žen. Podle zastánců biologické teorie depresivity nebudou mít změny v „gender“ rolích vliv na změny v prevalenci depresivity mezi muži a ženami. Své teze dokládají četnými výzkumy, při kterých byla zjištěna vyšší míra depresivity u žen jak napříč kulturami, tak při historickém srovnání, mezi různými věkovými skupinami, ve městě i na venkově. Weissman a Klerman (1977) například uvádějí ve své přehledové studii výzkumy E. Slater, V. Cowie, E.H. Uhlenhuth a E.S. Paykell. (cit. dle Rosenfield, 1980)

Biologická vysvětlení vyšší depresivity žen se soustřeďují především na hormonální rozdíly mezi pohlavími. Podle Stoppardové (cit. dle Manová, 2004) souvisí vyšší počty žen v psychiatrických statistikách s těhotenstvím a porodem. Nejméně 10 % žen trpí například poporodní depresí, pro psychické poruchy jsou ženy až 22 krát častěji přijímány do psychiatrických zařízení v prvním měsíci po porodu než v jiných obdobích života. Dochází také k medikalizaci reprodukčních procesů žen, při kterém jsou patologizovány přirozené procesy v životním cyklu žen (premenstruační syndrom, menopauzální výkyvy nálad...) a biologicky orientovaní psychiatři se podílí na zvýšené medikaci žen psychotropními léčivy či hormonálními substituty. (Manová, 2004)

Jak uvádějí Renzetti a Curran (2002), biologická vysvětlení nejsou podporována výzkumy zcela jednoznačně. Ačkoliv bylo prokázáno, že existuje silná vazba mezi poporodními hormonálními změnami a depresí, lze tím vysvětlit jen malou část rozdílu ve výskytu deprese mezi pohlavími, nevysvětluje to ani rozdíl ve výskytu deprese mezi bělošskými ženami a ženami jiné barvy pleti. (Renzetti, Curran, 2002)

Jiné výzkumy se zaměřily na zkoumání vlivu hormonálních změn v období menopauzy na míru depresivity u žen (McKinlay, McKinlay, Brambilla, 1987), výsledky však nepotvrdily hypotézu o „deficitu estrogenu“, který by způsoboval nárůst depresivity. Bylo zjištěno, že deprese je spojená s menopauzou zapříčiněnou chirurgickým zásahem (a může být u těchto žen spíše příčinou než následkem operace). Nebyla potvrzena souvislost mezi výskytem deprese a přirozenými změnami v organismu ženy souvisejícími s menopauzou. Podle autorů této studie je nárůst depresivity u žen v době menopauzy spojen spíše se sociálními okolnostmi, kterými prochází ženy ve věku kolem 50 let (zahrnující zaměstnání, adolescentní děti, zdravotní problémy manželů a stárnoucích rodičů). (McKinlay, McKinlay, Brambilla, 1987)

Akceptace vlastního těla a jeho změn: The role of body image

Feministická perspektiva předpokládá, že dívky jsou socializovány pocítovat jako negativní normální změny těla v době dospívání. (Freedman v roce 1986, cit. dle Vogt Yuan, 2007) Bylo zjištěno, že nespokojenost se svým tělem je významným prediktorem deprese pro adolescentní dívky, ale nikoliv pro adolescentní chlapce. (Bearman, Stice, 2008) Internalizace ideálu štíhlosti, jehož nedosahování je sociálně sankcionováno, může u dívek vést k nespokojenosti s vlastním tělem a depresivní symptomatologii. Během tělesného vývoje v pubertě se u dívek zpravidla zvyšuje tělesná váha a vytváří se diskrepance mezi jejich vlastním tělem a ideálem. Vzhledem k tomu, že je obtížné dosáhnout ideálu štíhlosti, adolescentní dívky mohou prožívat frustraci ve snaze měnit své tělo dietami. Jejich opakované porušování může přispívat k rozvoji depresivní symptomatologie a k pocitům ztráty kontroly nad vlastním chováním. Bulimické symptomy také predikují nárůst symptomů deprese v budoucnosti. (viz Stice et al. , cit. dle Bearman, Stice, 2008)

Chlapci jsou při nespokojenosti se svým tělem méně restriktivní, snaží se spíše zvyšovat svoji svalovou hmotu prostřednictvím cvičení, u kterého byl dostatečně prokázán pozitivní vliv na náladu (McCabe, Ricciardelli, cit. dle Bearman, Stice, 2008), zatímco neúspěšné diety souvisí s větší náchylností pro depresi u dívek. Bylo však zjištěno, že bulimické symptomy predikují budoucí nástup deprese jak u dívek, tak u chlapců. I když dívky zažívají bulimické symptomy častěji než chlapci. (McCabe, Ricciardelli, cit. dle Bearman, Stice, 2008).

Výzkum Vogt Yuan (2007) byl také zaměřen na gender rozdíly ve vztahu mezi depresivní symptomatologií u adolescentů, jejich vývojovými tělesnými změnami a percepcí těchto změn. Bylo zjištěno, že chlapci a dívky reagují různě na vývojové tělesné změny v období puberty. V průběhu puberty mají chlapci vyšší symptomy deprese než post-pubertální chlapci v souvislosti s tím, že se vnímají jako méně tělesně vyspělí jako jejich vrstevníci. Pre-pubertální chlapci a post-pubertální chlapci se nelišily ve stupni depresivní symptomatologie. Post-pubertální dívky měly vyšší depresivní symptomatologii než prepubertální, v souvislosti s tím, že se vnímají více fyzicky vyspělé a s vyšší váhou než mají vrstevnice. Tělesné změny v pubertě jsou vnímány negativně dívkami a pozitivně chlapci, protože jsou konzistentní s tělesným ideálem pro chlapce a protikladné dívčímu ideálu. (Vogt Yuan, 2007)

2.7. 4 Artefakt měření - rozdíly v komunikaci symptomů a hledání pomoci

Zcela odlišný pohled na vyšší zastoupení žen v psychiatrických statistikách přináší teorie, podle kterých je tento rozdíl pouhým statistickým výtvozem, „artefaktem měření“, zakládajícím se na faktu, že ženy vyhledávají odbornou pomoc více než muži. Zastánci těchto teorií se domnívají, že se psychiatrická morbidita žen nezakládá na skutečnosti - ženy jsou pouze více ochotné si připustit psychickou nepohodu, komunikují snáze o svých psychických problémech a lépe spolupracují při jejich řešení (viz Pilgrim a Rogers, cit. dle Manová, 2004)

Některé retrospektivní výzkumy se zaměřily na odhalení sociálních faktorů, které by mohly hrát roli ve větším počtu psychiatricky léčených žen. (např. Hammer nebo Kadushin, a dále Horwitz, cit. dle Kessler, Brown, Broman, 1981) Také tyto výzkumy vycházely z předpokladu, že vlivem odlišné socializace jsou ženy více než muži ochotné si připustit, že potřebují pomoc. Bylo např. zjištěno, že sociální role ženy je více konzistentní s rolí nemocného než role muže (Mechanic, cit. dle Kessler, Brown, Broman, 1981), že ženy se učí přemýšlet o sobě jako o bezmocných (Radloff, Monroe, cit. dle Kessler, Brown, Broman, 1981) a ženy také považují lékařskou intervenci za účinnější než muži (Nathanson, cit. dle Kessler, Brown, Broman, 1981).

Větší expresivita žen: hypotéza „response bias“

Souvisí vyšší míra depresivity u žen s jejich větší expresivitou? Podle „response-bias“ hypotézy se ženy a muži liší v pravděpodobnosti vyjádření emocí a pocitů druhým lidem.

Mirowsky a Ross (1995) uvádějí následující výzkumy, které tento předpoklad dokládají: Phillips a Segal, 1969; Ritchey, La Gory a Mullis, 1993; Seiler, 1975. Ženy se v průběhu vývoje lidského rodu specializovaly na emocionálně podporující a expresivní činnosti, proto jim sdělování emocí druhým lidem přináší pocity „spojení“ s blízkými bytostmi. Muži se při svém historickém vývoji specializovali spíše na soupeřivé činnosti, vyjadřování vlastních emocí pro ně znamená odhalování slabosti. Proto ženy vyjadřují emoce výrazněji snáze než muži, kteří se je snaží udržovat skryté, dokonce před sebou samými. Podle „response-bias“ hypotézy tedy *„zdánlivě vyšší distress u žen vyplývá především z rozdílu v jeho vyjadřování, nikoliv v jeho prožívání“*. (Mirowsky, Ross, 1995, s. 450)

Zastánci této hypotézy dokládají své teze dvěma typy výzkumů. Bylo zjištěno, že ačkoliv vyjadřují ženy navenek více pocitů psychického distresu než muži, nevyjadřují méně pocitů štěstí než muži, někdy jich dokonce vyjadřují více. (např. Bradburn, viz také Gove nebo Gurin, Veroff a Feld, cit. dle Mirowsky, Ross, 1995) Také Mirowsky a Ross (1995) na základě svého výzkumu potvrzují zvýšenou expresivitu žen oproti mužům, která se týká nejen pocitů smutku, úzkosti, neklidu nebo bolesti, které jsou obvykle s ženským pohlavím spojovány, ale také pocitů hněvu a hostility. (Mirowsky, Ross, 1995)

„Response-bias“ hypotézu podporují rovněž zjištění o tom, že ženy nevyjadřují více než muži pouze psychické pocity, ale udávají také mnohem více svých fyzických symptomů, více akutních příznaků onemocnění, více chronických onemocnění, více návštěv u lékařů a pobytů v nemocnici - přestože žijí statisticky déle než muži a jsou také méně ohroženy nejvážnějšími nemocemi. (Verbrugge, cit. dle Mirowsky, Ross, 1995)

Podle Křivohlavého se představa o depresi jako typickém onemocnění žen v poslední době radikálně mění, neboť se ukazuje, že až dvakrát méně mužů než žen navštíví lékaře či psychologa při relativně stejných depresivních symptomech. (Křivohlavý, 1997) Ženy jsou si více vědomy své tělesnosti a obvykle jsou k lékaři, jakmile pocítí bolesti. Naproti tomu muži odsouvají návštěvu lékaře tak dlouho na později, až nemoc ustoupí natolik, že je neléčitelná. Zejména muži vyznávající tradiční stereotypy pohlavních rolí mají sklon k ignorování tělesných signálů („správný muž zatne zuby a nepřiznává se k bolesti“) (Klotz, cit. dle Karsten, 2006)

Podle Padgetta (cit. dle Nelsen, 2002) jsou depresivní ženy více vnímavé k pocitům smutku a jsou schopné je lépe vyjadřovat než depresivní muži, kteří se spíše soustřeďují na prožívání obtíží při plnění svých pracovních a jiných povinností. Podle Phillipse a Segala (cit. dle

Gove, Tudor, 1973) se vyšší míra psychických poruch u žen nezakládá na skutečných rozdílech jejich výskytu v populaci. Souvisí spíše s větší neochotou mužů připouštět si určité nepříjemné pocity a vjemy, které neodpovídají jejich představě „mužnosti“. Kulturně je více přijatelné, když se ženy vyjadřují o svých problémech. Také další výzkumy prokázaly, že muži nejsou často ochotni vyhledat v případě deprese odbornou pomoc, neboť takové chování je považováno za „nemužné“. (Real, cit. dle Renzetti, Curran, 2002)

Podle Johnsona mohou být také naše individuální přesvědčení o příčinách mentálních poruch významně ovlivněna prostřednictvím „gender“. Bylo prokázáno, že muži mají tendenci pohlížet na příznaky duševního onemocnění u členů rodiny jako na nedostatek jejich motivace, zatímco ženy více akceptují biologická vysvětlení. (cit. dle Nelsen, 2002). Podle Padgetta (1997) mají ženy v mnoha kulturách tendenci se za příznaky psychické poruchy stydět, u mužů je pravděpodobnější tendence příznaky odmítat a popírat. Bylo jasně prokázáno, že ženy jsou schopné přijmout léčbu s větší pravděpodobností než muži, pokud mají podobné příznaky deprese nebo úzkosti. (cit. dle Nelsen, 2002)

Hledání psychiatrické pomoci - „Psychiatric Help-Seeking“

Liší se nějak cesty mužů a žen, vedoucí k psychiatrické léčbě? Řada autorů se zaměřila na odlišnosti v procesu hledání odborné pomoci, a to jak na rozdíly v uvědomování si psychických problémů nebo ochotě svěřit se s nimi, tak na rozdílný přístup společnosti při označování mužů a žen „psychiatrickou nálepkou“.

Podle Kadushina (cit. dle Kessler, Brown, Broman, 1981) prochází jedinec hledající psychiatrickou pomoc třemi na sebe navazujícími stadii. Prvním z nich je rozpoznání psychického problému, druhým je uvědomění si potřeby profesionální pomoci, posledním stadiem je kontakt s psychiatrem nebo psychologem, přičemž tato stadia mohou být u mužů a žen různá. Mnozí autoři předpokládají, že ženy jsou více než muži připraveny rozpoznat sebe jako člověka, který má problém (např. Mechanic, viz také Horwitz nebo Nathanson, cit. dle Kessler, Brown, Broman, 1981). Pokud už došlo k uvědomění si existence psychického problému, je důležité, aby jedinec skutečně věřil, že potřebuje profesionální pomoc, jinak je nepravděpodobné, že by sám dál pokračoval v procesu hledání pomoci (viz Landy nebo Rosenstock, cit. dle Kessler, Brown, Broman, 1981).

Kessler, Brown a Broman (1981) se zaměřili při analýze gender rozdílů v hledání odborné pomoci na vztah mezi subjektivně vyjadřovanou psychiatrickou morbiditou a léčbou. Zjistili, že ženy nejenže udávají více psychických problémů než muži, ale mají také konzistentní tendenci hledat psychiatrickou pomoc ve větší míře než muži se srovnatelnými problémy. Na základě dekompozice procesu hledání pomoci do jednotlivých stádií Kessler, Brown a Broman (1981) dále prokázali, že pro ženy jsou jejich emocionální problémy více „čitelné“ než pro muže. Ženy mají větší tendenci „překládat“ své neurčité a nespecifikované pocity distresu, vědomě je přijímají a rozpoznávají jako problém. Bylo však prokázáno, že ženy a muži se liší konzistentně pouze v prvním stadiu procesu hledání pomoci, tj. že ženy signifikantně více než muži (o 33 % až 82 %) udávají, že mají psychické problémy. Pokud si jedinec už jednou uvědomí existenci problému, nebyl nalezen vztah mezi hladinou depresivity a dalšími stádii procesu hledání pomoci.

Bylo zjištěno, že ženy častěji než muži interpretují symptomy spojené s depresí a nižším všeobecným pocitem spokojenosti jako známky emocionálních problémů. Důsledkem toho je skutečnost, že muži významně méně než ženy hledají dobrovolně psychiatrickou pomoc při problémech, které měří CES-D a GWB škály (tj. „The Center for Epidemiologic Studies Depression scale“ a „General Well-Being scale“). Rozdíly mezi muži a ženami v míře vyhledávání profesionální pomoci jsou největší, pokud mají psychické problémy středně závažné. Pokud je psychický problém více akutní a vážný, subjektivní překážky jsou překonávány častěji a vyhledání pomoci je srovnatelné v různých skupinách populace. (Kessler, Brown, Broman, 1981)

Kessler, Brown a Broman (1981) na základě svého výzkumu prohlašují, že mezi 10 % až 28 % zvýšené psychiatrické morbidity žen (jak je udávají lékařské statistiky) by mohlo být vysvětleno rozdíly v uvědomění si existence problému („problem recognition“) mezi muži a ženami, což je konzistentní s výsledky dalších výzkumů (viz Gurin nebo Veroff et al., cit. dle Kessler, Brown, Broman, 1981) Podle těchto autorů proto relativní poměr mužů a žen hledajících pomoc odráží relativní poměr mužů a žen v populaci, kteří prožívají své psychické problémy a také si je uvědomují. Proto by se měla intervence zaměřit na rozpoznání problému. (Kessler, Brown, Broman, 1981)

Proces vedoucí k psychiatrické léčbě : „The Pathways into Psychiatric Treatment“

Odlišný přístup mužů a žen k hledání pomoci při problémech s psychickým zdravím potvrdil také výzkum Horwitze (1977). Zjistil, že ženy jsou schopné lépe než muži rozpoznat, že pro své psychické problémy potřebují odbornou pomoc - více než dvakrát častěji než muži označují samy své problémy jako „psychiatrické“. Ženy o svých psychických problémech více diskutují s jinými lidmi:

„Zatímco muži mluví jenom s jedním člověkem mimo nukleární rodinu, ženy mluví přibližně s 4,5 osobami mimo rodinu... Muži mají nejen menší sociální síť, ale také méně využívají vztahy které mají... Zatímco muži nesdělují problémy ostatním kromě svých partnerů, ženy aktivně hledají pomoc příbuzných, přátel, spolupracovníků, stejně jako partnerů, pro pomoc při řešení jejich problémů. Největší rozdíl mezi pohlavími je ve využití přátel. 82 % procent žen mluvilo o svém problému se svými přáteli, zatímco pouze 27 % mužů žádalo o pomoc nebo radu své přátele.“ (Horwitz, 1977, str. 172)

Ženy dvakrát častěji než muži nastupují dobrovolně na psychiatrickou léčbu a jsou více ochotné přijmout roli psychiatrického pacienta:

„Pro ženy psychiatrická léčba nabízí příslib řešení pro konflikty s partnery a jiných interpersonálních problémů a naději na překonání deprese, úzkosti a rolových konfliktů. Pro muže, vstup na psychiatrickou léčbu obvykle přichází poté, co nemohou déle skrývat své symptomy ani odporovat „psychiatric label“. Muži nehledají doporučení pro léčbu ani si je nepřejí akceptovat, pokud k nim došlo. Místo toho muži, kteří nastupují na psychiatrickou léčbu jsou častěji v oslabené pozici, která umožní druhým donutit je ke vstupu na léčbu.“ (Horwitz, 1977, str.175)

Perspektiva sociální reakce : „The societal reaction perspective“

Podle Horwitze (1977) jsou psychické problémy žen častěji definovány jako „psychiatrické“ také jejich přáteli, příbuznými a odbornými lékaři, možná proto, že s nimi častěji o svých problémech diskutují, což je dělá viditelnější. V těchto případech se psychiatrická označení problémů, jejich „label“, objevují v diskusi s ostatními, mají proto navrhovanou, spíše než donucovací povahu. Proto ženy dobrovolně akceptují návrh a vstupují na léčbu. *„Ženy vstupují na léčbu dvěma cestami- jednak definují svůj problém jako psychiatrický a hledají doporučení pro léčbu od členů okolí a profesionálů a nebo diskutují své problémy s ostatními a akceptují psychiatrické definice problému, které jsou jim předkládány“.* (Horwitz, 1977, str. 174)

Podle Horwitze je „labeling proces“ pro muže odlišný, muži méně často žádají ostatní o pomoc a jejich problémy jsou méně viditelné pro jejich okolí. Vzhledem ke každodenní interakci s rodinou a pracovištěm se však v určitou dobu jejich problémy stanou viditelné i pro ostatní, což vede k zesílení vnějšího tlaku na muže ze strany partnerů, rodiny a spolupracovníků (s cílem přimět muže k řešení psychických problémů). Bylo zjištěno, že psychické problémy mužů jsou označovány jako „psychiatrické“ dvakrát častěji jejich partnery, než muži samotnými. (Horwitz, 1977) Také další výzkumy potvrzují, že muži bývají častěji než ženy označováni („labeled“) jako mentálně nemocní a bývají nedobrovolně léčeni. (viz Tudor et al. nebo Rushing, cit. dle Kessler, Brown, Broman, 1981) Tyto okolnosti mohou odrážet fakt, že ženy pravděpodobně častěji než muži získávají pomoc pro své psychické problémy ještě před tím, než dojde k takovému stupni psychického narušení, které vyvolá zásah společnosti.

Podle perspektivy „sociální reakce“ („the societal reaction perspective“) se člověk stává psychicky nemocný primárně proto, že ho ostatní vnímají jako psychicky nemocného a podle toho se k němu chovají. Například Gove prokázal, že psychotičtí muži jsou hospitalizováni v dřívějším věku než ženy (cit. dle Gove a Tudor, 1973) což je podle Raskina a Goloba (cit. dle Gove a Tudor, 1973) způsobeno rychlejší reakcí společnosti k jejich psychotickým symptomům, nikoliv jejich časnější manifestací. Podle Phillipse (cit. dle Gove, Tudor, 1973) jsou muži odmítáni silněji než ženy, pokud projevují obdobné chování odpovídající psychické nemoci. Podle této perspektivy by měly být ženy ve vyšší míře léčeny jako mentálně nemocné, ale tato predikce není správná, ženy mají vyšší míru psychických nemocí. (Gove, Tudor, 1973)

Volba mezi praktickým a odborným lékařem : „Use of Mental Health-Related Services“

Leaf a Bruce (1987) se při svém výzkumu zaměřili na poslední stadium procesu hledání odborné pomoci při problémech s psychickým zdravím, ve kterém podle Kadushina (cit. dle Kessler, Brown, Broman, 1981) dochází ke kontaktování lékaře. Zkoumali odlišný přístup mužů a žen s psychickými problémy k využití praktických lékařů a odborných specialistů na duševní zdraví (tj. psychiatrů, psychologů, psychoterapeutů).

Bylo zjištěno, že ženy udávaly dvakrát častěji než muži nějaký kontakt s lékařem, který se týkal jejich psychického zdraví (11,3 % proti 6,6 %) a tyto rozdíly jsou výraznější pro využití praktických lékařů (8,3 % proti 4,4 %). Nebyl prokázán signifikantní rozdíl mezi

muži a ženami ve využití specialistů na psychické zdraví (3,6 % u žen a 2,8 % u mužů). Vztah mezi gender a využitím všeobecného zdravotnictví pro problémy psychického zdraví variuje také podle psychiatrického statusu a podle postojů, které mají muži a ženy k psychiatrickým zařízením, přičemž bylo zjištěno, že pravděpodobnost využití péče je nejvyšší pro ženy s pozitivními postoji a muže s negativními. (Leaf, Bruce, 1987) Mnoho výzkumů potvrdilo, že čím jsou psychické problémy méně závažné, tím více ovlivňují sociální a postoje faktory rozhodnutí hledat pomoc. (viz Kessler et al., cit. dle Leaf, Bruce, 1987)

Vliv lékařů a způsobu diagnostiky

Podle četných lékařských statistik ženy ve vyspělých západních společnostech častěji trpí psychickými chorobami, častěji využívají pomoci psychoterapeutů, častěji dostávají psychofarmaka, častěji se dostávají do psychiatrických ústavů a úhrnem trpí jinými psychickými poruchami než muži (Schepank, cit. dle Karsten 2006). Podle Karsten (2006) však není možné na základě těchto údajů předpokládat, že muži mají pevnější psychické zdraví než ženy. Průzkumy prokázaly, že osoby s vlastnostmi, které je možno z hlediska stereotypu pohlavních rolí označit za maskulinní, jsou považovány za psychicky zdravější, než osoby se spíše feminními vlastnostmi. „*To, že psychickému zdraví prospívají spíše mužské vlastnosti, souvisí s patriarchální organizací kultury*“. (Karsten, 2006, str. 144) V posledních letech se však řada pohlavních rozdílů stírá, například i když se ženy samy stále popisují v průměru jako depresivnější, odstup od průměru mužů se výrazně zmenšuje. (Beckmann et al., cit. dle Karsten, 2006).

Feministické hnutí vnímá zdravotnictví jako tzv. „maskulinní prototyp“. Řada studií upozorňující na disproporce předepisování léků ženské a mužské populaci (zejména na uklidnění, na spaní), například benzodiazepiny jsou ženám předepisovány třikrát až čtyřikrát častěji než mužům, zdravotnictví pak vytváří velký počet závislých žen na těchto lécích. (Vobořil, 2003) Podle Janečkové je problémem obtížnější diagnostika žen. Ženy jsou podle ní více vztahově orientované, hůře verbalizují organické symptomy, více se soustředí na psychické prožívání nemoci, méně na její objektivní příznaky, a diagnostická nejistota vede k tomu, že je jim předepisováno více uklidňujících léků než mužům. (Janečková, cit. dle Vobořil, 2003) Feministické hnutí kritizuje pohled maskulinní části lékařů na roli ženy, která by měla být především funkční v domácnosti, a z toho vyplývající rozdíly farmaceutických intervencí. Podle Ettore právě vztah žen ke třem „D“- „doktoři, drahoušci a dealaři“ tvoří ten největší předpoklad pro vznik závislosti (Ettore, cit. dle Vobořil, 2003)

Karsten uvádí, že lékařky častěji než lékaři inklinují k předpokladu psychogenních příčin při posuzování ženských pacientek. Lékařky např. diagnostikovaly bolest hlavy u mužů jako psychogenní v 8 % a u ženských pacientek v 36 %, lékaři nečinili rozdíl mezi ženskými a mužskými pacienty. (Karsten, 2006)

Některé další výzkumy se zaměřily na odhalení možného vlivu lékařů na pozorované gender rozdíly v psychiatrické morbiditě. Bylo prokázáno, že rodinní lékaři vnímají jako přijatelnější ptát se na pocity a emoce spíše žen než mužů. (např. Mant, Broom a Duncan-Jones, nebo Verbrugge, cit. dle Leaf, Bruce, 1987). Lékaři mohou interpretovat negativní postoje mužů k lékařské péči o psychické zdraví jako symptomatické, související s jejich problémy – muži s negativními postoji mohou být dotazováni častěji na jejich psychické zdraví než ti s pozitivními postoji. (Leaf, Bruce, 1987) Bylo také prokázáno, že někteří psychiatři přistupují k diagnostikování deprese u žen značně předpojatě (Loring, Powell, cit. dle Renzetti, Curran). V českém prostředí se zaměřila na výzkum reflexe genderových odlišností u psychiatrů Manová (2004): *„ženy se svými rozvinutými komunikačními schopnostmi mohou detailněji popsat své symptomy a tím zavdat více příčin k medikaci“*. (Manová, 2004, str.15)

Podle Newmanna (1984) konvenční měření depresivních symptomů pravděpodobně produkují zkreslené odhady rozdílnosti pohlaví v symptomech deprese, protože chybují v kontrole mírnějších forem distresu (které jsou označovány jako dysforická nálada), což nepřiměřeně zvyšuje škálové skóre žen a může přispívat k „iluzi“ o větší náchylnosti žen k depresivitě. Newmann prokázal, že vyšší míra depresivity žen, zjištěná na základě sumovaných škálových skóre, většinou vychází z vyšší hladiny smutku u žen. Použití konvenčních sumovaných škál zakrývá rozdíly mužů a žen v jiných formách distresu, zvláště pocitů viny a provinění, které jsou častěji uváděny muži. (Newmann, 1984) Podle Natta (cit. dle Newmann, 1984) se syndromem deprese více souvisí délka trvání depresivních symptomů, než jejich frekvence nebo intenzita. Příčinou běžně zjišťované vyšší míry depresivity u žen může být často přechodný stav depresivní nálady. Newmann (1984) odhalil existenci malého rozdílu mezi muži a ženami pro ty nejvážnější symptomy deprese, neurčité rozdíly pro středně závažné symptomy a výrazné rozdíly pouze pro ty symptomy, které kliničtí lékaři považují jako nejméně indikativní pro špatné duševní zdraví, např. pocity smutku.

Somatizační hypotéza- odlišné prožívání somatických symptomů

Mnohé výzkumy uvádějí, že mohou být systematické rozdíly v tom, jak různé demografické skupiny prožívají depresivní symptomy, zvláště somatické. Na základě sekundární analýzy dat z The National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) však bylo zjištěno, že jsou udávány podobné symptomy odpovídající diagnóze depresivní poruchy a to napříč gender a napříč etnickými skupinami v USA. (cit. dle Uebelacker, et al., 2009)

Některé výzkumy předpokládají, že ženy častěji než muži udávají somatické symptomy, možná z důvodu biologických nebo hormonálních rozdílů (např. Wenzel et al., 2005, cit. dle Uebelacker, et al., 2009) nebo rozdíly v sociálních rolích a kulturních normách (Silverstein, Lynch, 1998, cit. dle Uebelacker, et al., 2009) Epidemiologická data (Silverstein, 1999, 2002, cit. dle Uebelacker, et al., 2009) předpokládají, že ženy ve srovnání s muži mají vyšší prevalenci „somatické deprese“. U klinické populace s depresí ženy častěji než muži udávají somatické symptomy deprese. (Young et al., 1990, Wenzel et al. 2005, cit. dle Uebelacker, et al., 2009)

Avšak některé výzkumy konzistentní gender rozdíly v somatických symptomech neobjevili (Santor et al. nebo Salokangas et al., podobně jako Khan et al., cit. dle Uebelacker, et al., 2009). Uebelacker s kolegy (2009) zjistil pouze malé rozdíly, které byly limitovány somatickými symptomy, a to zvláště týkající se změny chuti do jídla a změny váhy. Ženy, které zvýšeně udávají depresivní symptomy spojené se změnou chuti do jídla a se změnami tělesné váhy nemusí být ve skutečnosti tak depresivní, jako kdyby tyto symptomy udávali muži. Ženy mohou pouze věnovat více pozornosti změnám váhy a chuti do jídla i při nižších stupních deprese. Uebelacker tedy ve svém výzkumu nepotvrdil platnost tzv. somatizační hypotézy. (Uebelacker, et al., 2009)

2.7. 5 Teoretická východiska pro výzkumnou část

Ve studiích, které byly představeny výše, autoři nabízejí různá vysvětlení pro vyšší míru deprese u žen ve srovnání s muži, udávanou jak lékařskými statistikami, tak četnými populačními výzkumy. V souvislosti s popularizací těchto vědeckých zjištění a vzhledem k rozšířeným genderově odlišným postojům vůči depresivním příznakům bývá deprese často

všeobecně vnímána jako typicky „ženská nemoc“, podobně jako je alkoholismus považován za typicky „mužský problém“.

Genderově stereotypní obraz depresivní ženy a muže závislého na alkoholu se však začíná jevit méně jasný, pokud jsou brány do úvahy i rozporuplné závěry některých výzkumů. Například nebyly nalezeny „gender rozdíly“ v míře depresivity při výzkumu vzorků studentů vysokých škol (viz Hammen a Padesky nebo Stangler a Printz, cit. dle Rein, Moretti, Wiebe, 1998), v manželstvích s „gender“ netradičním rozdělením práce v rodině byla zjištěna vyšší hladina depresivních symptomů u mužů než u žen (Rosenfield, 1980). Větší náchylnost žen k depresivitě zpochybňují např. Skaff et al. (1999) nebo Umberson et al. (1996), podle kterých se muži a ženy se v depresivitě neliší, pokud je brán v úvahu vliv stresorů a dostupných zdrojů. Podle Newmanna (1984) jsou tvrzení o vyšší míře depresivity žen zpochybňována nejen opakovanými zjištěními vyšší míře sebevražednosti mužů, ale také vyšším výskytem alkoholismu u mužů, neboť předpokládá jejich kauzální spojení s depresí. (např. de Catanzaro, nebo Klerman a Weismann, a dále Tyndell, cit. dle Newmann, 1984) Lynskey a Agrawal (2008) ve svém výzkumu prokázali, že souvislost mezi výskytem depresivní poruchy a závislostí na alkoholu je podobně silná u mužů i u žen, což je konzistentní například s výzkumy Granta a jeho kolegů z roku 2004, Kesslera a jeho kolegů z roku 1996, Spanera a jeho kolegů z roku 1994 (cit dle Lynskey, Agrawal, 2008).

Výzkum, který bude v následující části představen, bude navazovat právě na teoretické úvahy a výzkumná zjištění, zpochybňující zvýšený výskyt deprese u žen oproti mužům. Ještě přesněji se bude odvíjet z teoretického východiska, jehož zastánci chápou rozdíl v depresivitě mezi muži a ženami jako pouhý statistický výtvar, „artefakt měření“. Podle zastánců tohoto názoru se zvýšená psychiatrická morbidita žen nezakládá na skutečnosti - ženy jsou pouze více ochotné si připustit psychickou nepohodu, komunikují snáze o svých psychických problémech a lépe spolupracují při jejich řešení. (Pilgrim a Rogers, cit. dle Manová, 2004)

Jak již bylo uvedeno v úvodu práce, výzkum bude rozdělen do dvou navazujících výzkumných fází. Oba výzkumné vzorky budou tvořit osoby, které se léčí s diagnózou závislosti na alkoholu. První fáze bude zaměřena na srovnání míry depresivity u mužů a žen závislých na alkoholu, druhá fáze na srovnání míry expresivity depresivních symptomů. Společným cílem obou výzkumných fází bude pokus o další zpochybnění všeobecně přijímané teze o vyšší náchylnosti žen k depresi a poodkrytí společenské nálepky deprese jako „ženské nemoci“.

Vzhledem k tomu, že četné výzkumy opakovaně potvrdily zvýšený výskyt deprese u osob závislých na alkoholu v porovnání s běžnou populací, lze předpokládat, že také u mužů a žen z obou výzkumných vzorků bude zjištěna vyšší míra depresivity, což by mělo přispět ke zvýšení efektivity výzkumu. Jak uvádí Smolík (2002), prevalence depresivní poruchy u dospělých osob je odhadována na 5-9 % u žen a 2-3 % u mužů, zatímco například Schuckit (1997) s kolegy ve svém výzkumu prokázal, že 41,6 % žen a mužů závislých na alkoholu mělo v době trvání jejich alkoholismu depresivní příznaky natolik vážné, že odpovídaly diagnóze depresivní epizody.

V první fázi výzkumu bude pro sběr dat o depresivitě mužů a žen použita Zungova sebeposuzovací stupnice deprese. Na základě výše uvedených výzkumů, zpochybňujících vyšší výskyt deprese u žen, bude předpokládáno, že ani u výzkumného vzorku č. 1 nebude nalezen signifikantní rozdíl mezi mírou depresivních symptomů mezi muži a ženami s diagnózou závislosti na alkoholu. Pro potřeby následné analýzy budou ze Zungovy stupnice vybrány ty položky, které se zaměřují na emocionální, somatické a výkonové symptomy deprese.

Pokud by si skutečně vlivem genderových stereotypů muži více než ženy odmítali přiznat své negativní emoce, které jsou běžně považovány za příznaky deprese (jako je např. déletrvající pocit smutku), mohl by být pomocí tohoto měrného nástroje u mužů odhalen výskyt výkonových a somatických symptomů deprese (osoby z výzkumného vzorku by je nemusely přímo za depresivní symptomy považovat). Na základě výzkumů uvedených v teoretické části lze také předpokládat, že se bude signifikantně lišit míra emocionálních, somatických a výkonových symptomů deprese mezi muži a ženami z výzkumného vzorku č.1. Například podle Padgetta (cit. dle Nelsen, 2002) jsou depresivní ženy více vnímavé k pocitům smutku a lépe je vyjadřují, zatímco depresivní muži se spíše soustředí na prožívání obtíží při plnění svých povinností. U mužů z výzkumného vzorku č. 1 by tedy bylo možné předpokládat vyšší míru výkonových symptomů deprese než u žen, u žen vyšší míru emocionálních symptomů než u mužů. Co se týká somatických symptomů deprese, bylo by možné vyslovit předpoklad o vyšší míře výskytu somatických symptomů deprese u žen, pokud by vycházel například ze zjištění Verbrugge (cit. dle Mirowsky, Ross, 1995) o tom, že ženy obecně udávají více fyzických symptomů při onemocnění než muži, přestože žijí statisticky déle než muži. (Na druhou stranu by však bylo možné předpokládat, že depresivní muži by se mohli na somatické symptomy deprese zaměřovat více než na symptomy

emocionální, neboť by je nemuseli vnímat jako spojené s genderovými stereotypy, dokonce ani se samotnou depresí) V této souvislosti bude vysloven předpoklad o tom, že míra udávaných somatických symptomů deprese bude signifikantně vyšší u žen z výzkumného vzorku č.1, oproti mužům.

Druhá fáze výzkumu bude zaměřena na srovnání míry deklarované expresivity depresivních symptomů mužů a žen z výzkumného vzorku č. 2 vůči osobám z jejich sociální sítě a vůči odborníkům (lékař, psychiatr, psycholog). Například Horwitz (1977) zjistil, že ženy více než dvakrát častěji než muži označují samy své problémy jako „psychiatrické“ a ochotněji přijímají roli psychiatrického pacienta. Ženy o svých psychických problémech častěji diskutují s jinými lidmi, hledají pomoc příbuzných, přátel, spolupracovníků - narozdíl od mužů, kteří většinou nesdělují problémy ostatním kromě svých partnerů. Také např. Kessler, Brown a Broman (1981) zjistili, že ženy mají také konzistentní tendenci hledat psychiatrickou pomoc ve větší míře než muži se srovnatelnými problémy.

Na základě výše uvedených zjištění lze vyslovit předpoklad, že u žen z výzkumného vzorku č. 2 bude nalezena signifikantně vyšší míra deklarované expresivity depresivních příznaků než u mužů, a to jak vzhledem k osobám z jejich sociální sítě, tak vzhledem k odborníkům.

Výzkum, který bude následně představen, se tedy zaměřuje na hledání možných rozdílů a podobností ve vnímání a expresivitě depresivních symptomů mezi muži a ženami s diagnózou závislosti na alkoholu, a to v souvislosti s přetrvávajícím genderově odlišným vnímáním deprese jako „ženské nemoci“. Z klinického hlediska by však mohlo být přínosné i samotné zjištění o míře výskytu „duální diagnózy“ alkoholismu a deprese u osob se závislostí na alkoholu v českém prostředí, neboť byla prokázána významná souvislost deprese s relapsem následujícím po absolvování protialkoholní léčby (viz Curran a Booth, cit. dle Kirchner et al., 2002), a dokonce se zvýšeným rizikem sebevraždy (např. Schuckit, 1996).

3 VÝZKUMNÁ ČÁST

3.1 Výzkumná fáze I.

3.1.1 Cíl výzkumu a formulace hypotéz

Cílem první fáze výzkumu je srovnání rozdílů mezi mírou depresivity u mužů a žen s diagnózou závislosti na alkoholu (výzkumný vzorek č. 1.) Tímto způsobem bude zjišťována existence vztahu mezi nezávislou proměnnou, za kterou je považováno v tomto výzkumu pohlaví zkoumaných osob a závislou proměnnou, kterou je míra depresivity.

Jak již bylo řečeno v úvodu práce, původním cílem celého výzkumu bylo ověřit, zda skutečně existuje statisticky významný rozdíl mezi mírou výskytu depresivních příznaků (měřených Zungovou sebesposuzovací škálou deprese) mezi muži a ženami s diagnózou závislosti na alkoholu, léčených na lůžkovém oddělení psychiatrické léčebny v průběhu jednoho roku. Na základě výzkumných zjištění uvedených v rámci teoretické části práce byla formulována hypotéza č.1.

Hypotéza 1

Míra depresivity u osob s diagnózou závislosti na alkoholu se statisticky významně neliší dle pohlaví.

Bude testována hypotéza č. 1 o tom, že se míra depresivity u osob s diagnózou závislosti na alkoholu neliší dle pohlaví.

Na základě výzkumných zjištění uvedených v rámci teoretické části práce a také na základě průběžných zjištění vlastního výzkumu byly dodatečně formulovány v rámci další explorační získaných dat ještě tři návazné hypotézy (a,b,c), které však budou uvedeny v rámci Dodatečných zjištění výzkumu.

3.1.2 Výzkumný soubor č. 1

Výzkumný soubor č.1 tvořilo 108 pacientů, kteří se léčili v průběhu období od října 2006 do září 2007 s diagnózou závislosti na alkoholu na protialkoholním oddělení psychiatrické

léčebny v Jemnici. Ve výzkumném souboru bylo 47 žen a 61 mužů, věkový průměr byl 42,5 let, nejmladší osoba měla 20 let, nejstarší 60 let.

Dotazníky byly zkoumaným osobám předkládány průběžně prostřednictvím primářky psychiatrické léčebny, a to tak, aby od doby nástupu osoby na léčbu vždy uplynula doba jednoho měsíce. Tímto postupem by se měla minimalizovat možnost zachycení existence přechodných depresivních symptomů, které jsou často přímo spojené s právě probíhající detoxikací (abstinenčním syndromem) a po jejím absolvování odeznívají.

Obvyklá délka odvykací protialkoholní léčby na tomto oddělení je 3 měsíce, následně pacienti pokračují v léčbě ambulantní. Při přijetí do léčby psychiatr posuzuje dle aktuálního stavu pacienta nutnost absolvování detoxikace, jejíž obvyklá délka je jeden týden. Poté pacienti nastupují na odvykací léčbu. Součástí režimu protialkoholní léčby je komunitní a skupinová psychoterapie, individuální psychoterapie, muzikoterapie, arteterapie, relaxace biblioterapie, ergoterapie a projektivní metody psychoterapie.

3.1.3 Metoda sběru dat

Jako metoda sběru dat bylo zvoleno standardizované dotazníkové šetření za použití uzavřených otázek. Depresivitu můžeme měřit mnoha způsoby. Lze například použít Beckův dotazník depresivity BDI nebo dotazník SCL-90 (Derogatis-Lipman-Covi, 1973). Vzhledem k možnostem provedení výzkumu bylo zvoleno použití validizované škály tzv. „Zungovy sebesuzovací stupnice deprese“ (zpracována podle W.W.K. Zung, 1965, 1974, 1989, 1991). Jedná se o dotazník o 20 položkách, s možností čtyř odpovědí na Likertově škále, jehož český překlad je běžně používán v psychiatrických ordinacích. Podle Honzáka (1999) poskytuje dobrou orientaci o závažnosti depresivní symptomatologie (je doporučováno jeho administrování v rutinní psychiatrické praxi).

Operacionalizace proměnných

Proměnná „*Míra depresivity*“ je stanovená SDS indexem, který vznikl konverzí hrubého skóru odpovědí na Zungovu sebesuzovací stupnici deprese. Je tvořena 20 otázkami s možností volby ze čtyř odpovědí: „Nikdy nebo zřídka“, „Někdy“, „Dost často“, „Velmi

často nebo stále“. Otázky jsou orientovány dvěma směry, čím více výrok vypovídá o vyšší depresivitě, tím vyšší hodnotu má na škále (hodnoty proměnných jsou od 1 do 4).

Dle dosažené hodnoty SDS indexu je stanoveno hodnocení pro závažnost onemocnění depresí takto: pro SDS index méně než 50 - „Normální, nejeví známky deprese“, pro SDS index od 50 do 60 „Přítomny známky minimální, nebo lehké deprese“, pro SDS index od 60 do 69 – „Přítomna středně silná až zcela zřetelně vyjádřená deprese“, pro SDS index od 70 a více – „Přítomna těžká až extrémně těžká deprese“.

3.1.4 Způsob zpracování dat

Získaná data byla zpracována v programu SPSS for Windows, verze 13. Pro testování hypotézy č. 1 byla vytvořena proměnná „celková míry depresivity“, která je určena dosaženou hodnotou SDS indexu.

Pro ověření platnosti hypotézy č. 1 byl použit t-test pro nezávislé výběry. Ty umožňují porovnávat jednu proměnnou v závislosti na druhé proměnné, která nabývá pouze dvou hodnot. Zároveň byl použit i Levenův test shodnosti rozptylů, který udával, zda použít modifikaci t-testu pro nestejné rozptyly či nikoliv. K výsledkům t-testů byla v případě zjištěné statistické významnosti vždy dopočítána hodnota Cohenova d, udávající velikost efektu v jednotkách standardní odchylky. Všechny hodnoty byly zaokrouhleny na dvě desetinná místa.

Pro potřeby další explorační analýzy byly vytvořeny další proměnné. Zungova sebeposuzovací stupnice deprese byla rozdělena na položky měřící emocionální, somatické a výkonové symptomy deprese (dvě položky byly vynechány). Konkrétní rozdělení položek do tří kategorií je blíže popsáno v části práce Dodatečná zjištění. Pro další analýzu byly vytvořeny hrubé skóre emocionálních, somatických a výkonových symptomů deprese. Pro vzájemné srovnání těchto kategorií byly spočítány také jejich průměrné hodnoty. (Tyto proměnné jsou aritmetickými průměry sečtených odpovědí na všechny položky, které je měří. Jejich hodnoty se pohybují v rozsahu hodnot původní škály Zungovy sebeposuzovací stupnice deprese, tedy od 1 do 4, s tím, že hodnota 4 udává nejvyšší míru depresivity u jednotlivých položek).

3.1.5 Výsledky

Deskripce zkoumaných proměnných

Na začátku analýzy, před vlastním srovnáním mužů a žen, jsou v tabulce 1 uvedeny průměrné hodnoty zkoumaných proměnných v celém výzkumném souboru č. 1.

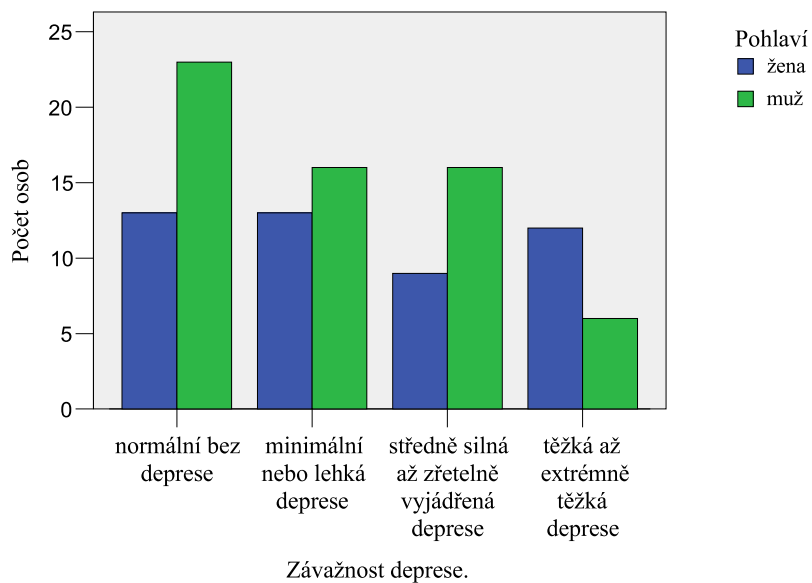
Tab. 1 Deskripce hodnot zkoumaných proměnných ve výzkumném souboru č. 1

		Minimum	Maximum	Průměr	Směrodatná odchylka
Věk		20	60	42,52	9,08
SDS index		26	92	55,35	14,76
Skóry depresivních symptomů	emocionální	8,00	32,00	18,40	5,56
	somatické	7,00	24,00	13,62	3,61
	výkonové	3,00	12,00	7,33	2,38
Průměrné hodnoty depresivních symptomů	emocionální	1,00	4,00	2,30	0,70
	somatické	1,00	3,43	1,95	0,52
	výkonové	1,00	4,00	2,44	0,79

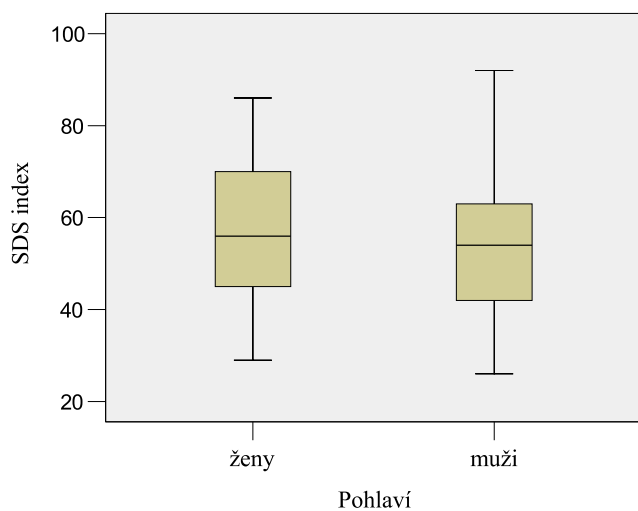
Názornou informaci o výskytu depresivních příznaků ve výzkumném souboru č. 1 poskytují tabulky č. 2 a 3 a následující graf na obr. 3. Z rozložení proměnné závažnost deprese je zřejmé, že ve výzkumném vzorku byl zjištěn poměrně velký výskyt depresivních symptomů. U 21 žen a 22 mužů, tj. celkem u 43 osob z celkového počtu 108 (39,8 %), byly zjištěny depresivní symptomy, které podle Zungovy sebeposuzovací stupnice deprese odpovídají středně těžké až těžké depresi.

Tab. 2 Rozložení proměnné závažnost deprese dle pohlaví ve výzkumném vzorku č.1 (N=108).

		Pohlaví		Celkem osob v kategoriích	%
		ženy	muži		
Závažnost deprese.	normální bez deprese	13	23	36	33,3
	minimální nebo lehká deprese	13	16	29	26,9
	středně silná až zřetelně vyjádřená deprese	9	16	25	23,1
	těžká až extrémně těžká deprese	12	6	18	16,7
Celkem		47	61	108	100



Obr. 8 Závažnost deprese u mužů a žen s diagnózou závislosti na alkoholu z výzkumného vzorku č. 1 (N =108).



Obr. 9 Boxplot - Průměrné hodnoty SDS indexu u mužů a žen výzkumného vzorku č. 1 (N =108).

Tab. 3 Průměrné hodnoty proměnné SDS index u mužů a žen výzkumného vzorku č. 1 (N =108).

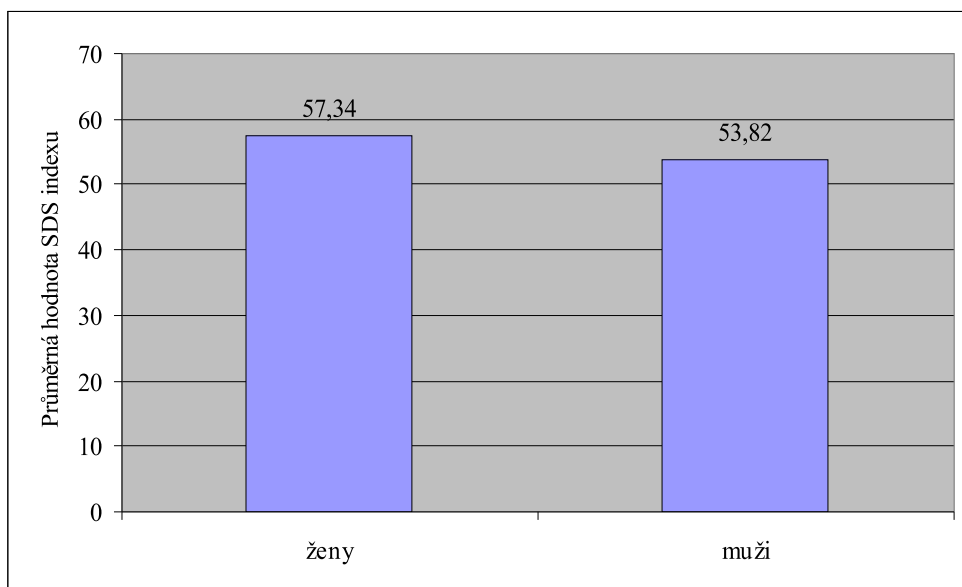
	Pohlaví	N	Průměr	Směrodatná odchylka	Směrodatná chyba průměru
SDS index	ženy	47	57,34	15,52	2,26
	muži	61	53,82	14,08	1,80

Testování hypotézy č.1

Míra depresivity u osob s diagnózou závislosti na alkoholu se statisticky významně neliší dle pohlaví.

Pro prokázání této hypotézy by bylo třeba statisticky významného rozdílu v průměrné hodnotě proměnné SDS index, na základě které je určována závažnost deprese. Předcházejí graf na obr. 4 a následující graf na obr. 5 ukazují, jakých průměrných hodnot muži a ženy z výzkumného vzorku č. 1 dosáhli, přičemž graf na obr. 4 poskytuje navíc informaci o interkvartilovém rozpětí proměnné SDS index.

Jak již bylo vidět v tabulce 3, průměrná míra depresivity měřená SDS indexem u mužů s diagnózou závislosti na alkoholu je **53,82** (SD =15,52), průměrná hodnota depresivity u žen s diagnózou závislosti na alkoholu je **57,34** (SD =14,08).



Obr. 10 Průměrné hodnoty SDS indexu u mužů a žen výzkumného vzorku č. 1 (N =108).

Tabulka č. 4 podává výsledky t-testů odlišnosti průměrných hodnot proměnné SDS index mezi muži a ženami výzkumného vzorku 2. Průměrný rozdíl **3,52** zjištěný v proměnné SDS index se vzhledem k tomu, že proměnná SDS index má možný rozsah od 25 do 100, nejeví jako velký, dle hodnoty Cohenova d má rozdíl mezi muži a ženami poměrně slabý efekt (**d = 0,24**). Zjištěný rozdíl v proměnné SDS index mezi muži a ženami z výzkumného vzorku však není statisticky významný na 5 % hladině významnosti (**p = 0,22**). Hypotéza č. 1 tedy nebyla vyvrácena.

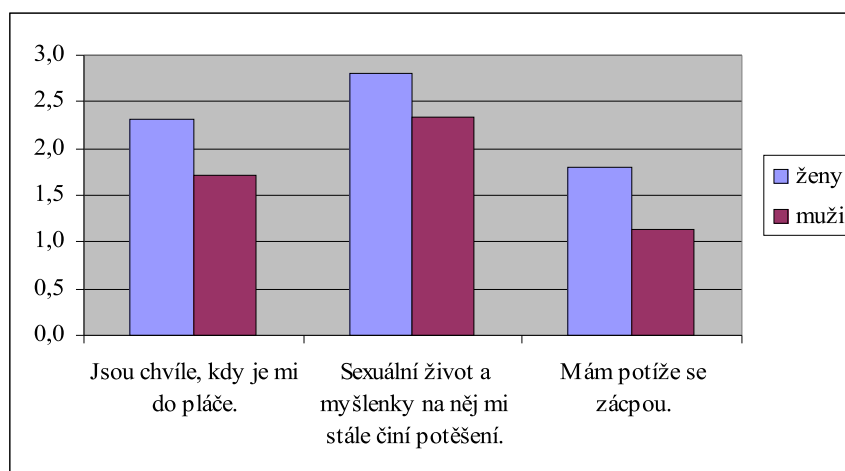
Tab. 4 Výsledky t-testu odlišnosti průměrného rozdílu v hodnotě SDS indexu mezi muži a ženami z výzkumného vzorku č. 1 (N=108).

	t	df	Sig. (2-stranná)	Průměrný rozdílu	Std. chyba rozdílu	95% Interval spolehlivosti rozdílu		Cohenovo d
SDS index	1,23	106,00	0,22	3,52	2,86	-2,15	9,19	0,24

3.1.6 Dodatečná zjištění

Analýza položek Zungovy sebesuzovací stupnice deprese

V rámci další explorační analýzy získaných dat byla provedena analýza rozdílů v odpovědích mužů a žen výzkumného vzorku na jednotlivé položky otázky Zungovy sebesuzovací stupnice deprese. Výsledky provedených t-testů průměrných hodnot jednotlivých položek jsou vzhledem k obsáhlosti zařazeny v příloze č. 3 práce. U většiny položek Zungovy sebesuzovací stupnice deprese nebyly zjištěny takové rozdíly mezi muži a ženami z výzkumného vzorku č. 1, které by byly statisticky významné na 5 % hladině významnosti.



Obr. 11 Průměrné hodnoty odpovědí mužů a žen z výzkumného vzorku na 3 položky Zungovy sebesuzovací stupnice deprese, ve kterých byl nalezen signifikantní rozdíl mezi muži a ženami.

Statisticky významné rozdíly na 5 % hladině významnosti mezi muži a ženami byly zjištěny pouze u tří položek, které ženy udávaly signifikantně častěji než muži. Graf na obr. 6 ukazuje průměrné rozdíly mezi muži a ženami v těchto položkách. Jedná se o následující položky: 3. „Jsou chvíle, kdy je mi do pláče.“, ($p = 0,00$, $d = 0,75$) 6. „Sexuální život a myšlenky na něj mi stále činí potěšení“ (tato položka je opačně orientována, její vyšší hodnota

u žen znamená, že jim nečiní sexuální život potěšení), ($p = 0,01$, $d = 0,49$) 8. „Mám potíže se zácpou.“, ($p = 0,00$, $d = 1,09$), přičemž u položek 3. a 8. má rozdíl mezi muži a ženami výraznější efekt (viz hodnoty Cohenova d). Vzhledem k celkovému počtu položek 20 je však další interpretace zjištěných rozdílů v těchto položkách sporná.

Míra emocionálních, somatických a výkonových symptomů

Další explorace dat byla zaměřena na porovnání míry udávaných emocionálních, somatických a výkonových symptomů deprese u mužů a žen z výzkumného vzorku. Pro potřeby další analýzy získaných dat byly jednotlivé položky Zungovy sebeposuzovací stupnice deprese ad hoc rozděleny do tří kategorií dle zaměření na symptomy emocionální, somatické a dále na symptomy, které ovlivňují běžný „výkon“ člověka, které si může uvědomovat spíše jako potíže při vykonávání práce a dalších povinností. Byly tak vytvořeny tři nové proměnné, jejichž deskripce byla uvedena již v tabulce č.1.

„*Emocionální symptomy deprese*“ byly pro potřeby další explorace dat operacionalizovány jako odpovědi na následující otázky Zungovu sebeposuzovací stupnici deprese: 1. „Jsem smutný/á/, skleslý/á/ a zkroušený/á/“, 3. „Jsou chvíle, kdy je mi do pláče.“, 14. „Jsem plný/á/ naděje do budoucna“, 15. „Jsem podrážděný/á/ více než obvykle.“, 17. „Cítím, že jsem užitečný/á/ a potřebný/á/“, 18. „Žiji plným životem.“, 19. „Cítím, že by pro ostatní bylo lépe, kdybych zemřel /a/“, 20. „Těší mě stejné věci co dříve.“.

„*Somatické symptomy deprese*“ jsou zde operacionalizovány jako odpovědi na následující otázky Zungovu sebeposuzovací stupnici deprese: 4. „V noci mám potíže se spaním.“, 5. „Jím stejné množství jídla jako dříve.“, 6. „Sexuální život a myšlenky na něj mi stále činí potěšení.“, 7. „Všiml/a/ jsem si, že ubývám na váze.“, 8. „Mám potíže se zácpou.“, 9. „Srdce mi buší rychleji než obvykle.“, 10. „Unavím se a i bez příčiny.“.

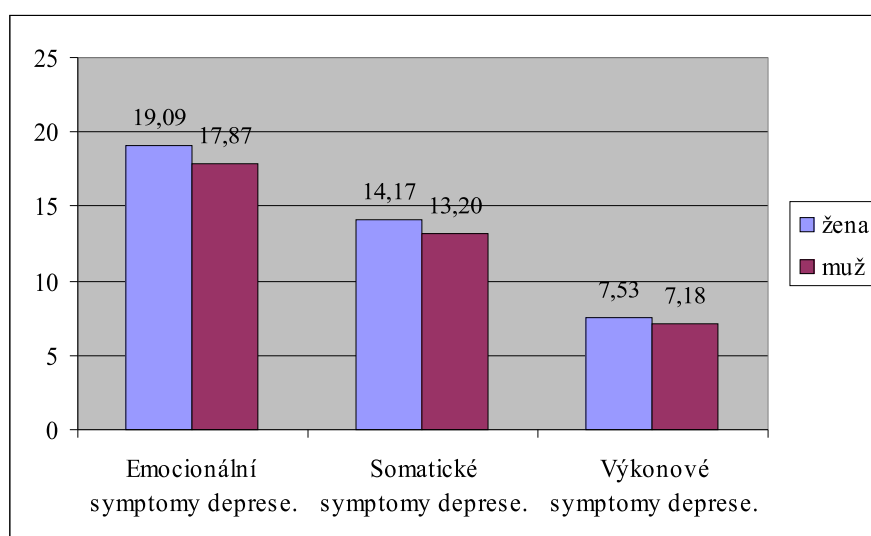
„*Výkonové symptomy deprese*“ jsou zde operacionalizovány jako odpovědi na následující otázky Zungovu sebeposuzovací stupnici deprese: 11. „Mám v hlavě jasno jako obvykle.“, 12. „Snadno zvládnou totéž co dřív.“, 16. „Snadno se rozhoduji.“

Zbývající položky č. 2 „Ráno se cítím nejlépe“ a 13. „Cítím nepokoj a nevydržím v klidu“ nebyly do následné analýzy zahrnuty, neboť je nebylo možné jednoznačně zařadit do některé z předcházejících tří kategorií depresivních symptomů. Výše uvedené rozdělení položek Zungovy sebeposuzovací stupnice deprese na symptomy emocionální, somatické a výkonové bylo použito i v rámci výzkumné fáze č. 2 při další exploraci dat.

Na základě výzkumných zjištění, která již byla uvedena v teoretických východiscích pro výzkum (Padgett, cit. dle Nelsen, 2002; Verbrugge, cit. dle Mirowsky, Ross, 1995), byly po otestování hypotézy č. 1 ještě dodatečně navrženy dílčí hypotézy a, b, c, o tom, že se míra udávaných emocionálních, somatických a výkonových symptomů deprese (zde měřených vybranými položkami Zungovy sebeposuzovací stupnice deprese) u osob s diagnózou závislosti na alkoholu statisticky významně liší dle pohlaví.

- a) *Míra udávaných emocionálních symptomů deprese u osob s diagnózou závislosti na alkoholu je statisticky významně vyšší u žen než u mužů.*
- b) *Míra udávaných výkonových symptomů deprese u osob s diagnózou závislosti na alkoholu je statisticky významně vyšší u mužů než u žen.*
- c) *Míra udávaných somatických symptomů deprese u osob s diagnózou závislosti na alkoholu je statisticky významně vyšší u žen než u mužů.*

Pro prokázání tří výše uvedených hypotéz by bylo třeba statisticky významného rozdílu v průměrné hodnotě odpovědí na otázky měřící emocionální, somatické a výkonové symptomy deprese mezi muži a ženami výzkumného souboru č. 1. Je důležité poznamenat, že emocionální symptomy deprese měří 8 položek Zungovy sebeposuzovací stupnice deprese, somatické symptomy deprese 7 položek a výkonové symptomy 3 položky, váha jednotlivých kategorií depresivních symptomů se proto liší podle počtu položek. Následující graf na obr. 7 ukazuje, jakých průměrných hodnot muži a ženy dosáhli. Průměrné rozdíly mezi muži a ženami se dle grafického zobrazení nejeví jako výrazné.



Obr. 12 Průměrné skóry emocionálních, somatických a výkonových symptomů deprese u mužů a žen výzkumného vzorku č. 1 (N =108).

Tabulka č. 5 podává výsledky t-testů průměrných skóre emocionálních, somatických a výkonových symptomů deprese mezi muži a ženami s diagnózou závislosti na alkoholu. Dle hodnot Cohenova d mají zjištěné rozdíly mezi muži a ženami poměrně slabý efekt. Zjištěný rozdíl mezi muži a ženami v průměrném skóre emocionálních symptomů není statisticky významný na 5 % hladině významnosti ($p = 0,8$), podobně jako nebyl na této hladině zjištěn statisticky významný rozdíl v průměrném skóre somatických symptomů ($p = 0,17$) a výkonových symptomů ($p = 0,45$). Ani jedna z dílčích hypotéz a), b) a c) tedy nebyla získanými daty potvrzena.

Tab. 5 Výsledky t-testů odlišností průměrných skóre emocionálních, somatických a výkonových symptomů deprese mezi muži a ženami výzkumného vzorku č. 1 (N =108).

	t	df	Sig. (2-stranná)	Sig. (1-stranná)	Průměrný rozdíl	Std. chyba rozdílu	95% Interval spolehlivosti rozdílu		Cohenovo d
Skór emocionálních symptomů. a)	1,09	85,73	0,28	0,14	1,22	1,11	-0,99	3,43	0,22
Skór somatických symptomů.	1,40	106,00	0,17	0,09	0,97	0,70	-0,41	2,36	0,27
Skór výkonových symptomů.	0,76	106,00	0,45	0,23	0,35	0,46	-0,56	1,27	0,04

Pozn. Úprava t- testu pro nestejně rozptýly.

a) Levenův test $F = 4,89$ $p = 0,03$.

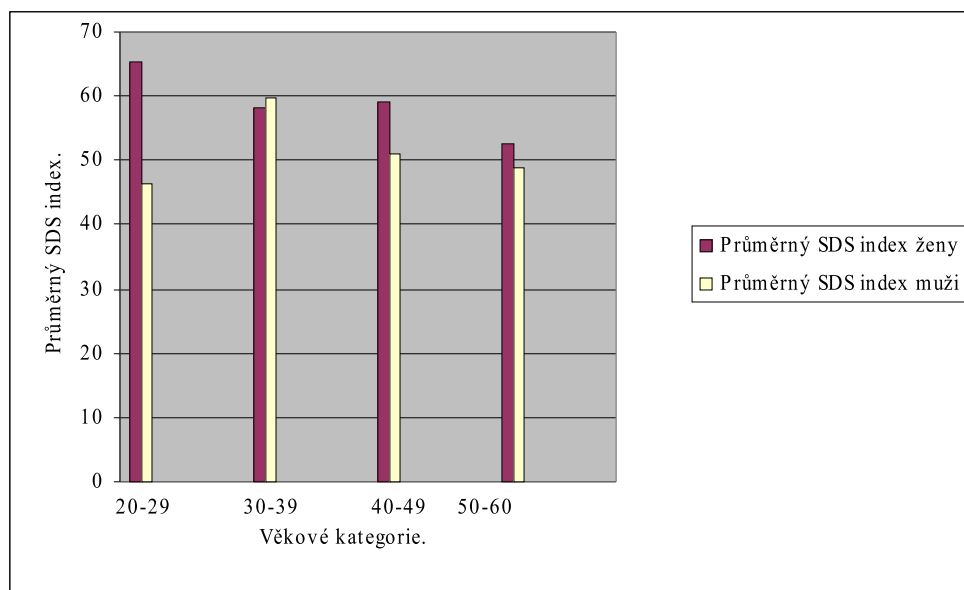
Věkové kategorie

Dodatečně byla provedena analýza zaměřená na odhalení vlivu věku jako intervenující proměnné, která by mohla ovlivňovat vztah mezi pohlavím a mírou depresivity. Bylo provedeno srovnání míry depresivity mezi muži a ženami dle jednotlivých věkových kategorií.

Tabulka č. 6 udává průměrné hodnoty SDS indexu u mužů a žen v jednotlivých věkových kategoriích, následný graf na obr. 8 ukazuje ještě názorněji, jakých průměrných hodnot muži a ženy dosáhli. Průměrné rozdíly mezi muži a ženami dle věkových kategorií se na grafickém zobrazení nejeví jako výrazné, je však patrné, že největší rozdíl v hodnotě SDS indexu mezi muži a ženami byl zjištěn v první věkové kategorii, tj. od 20-29 let.

Tab. 6 Průměrné hodnoty SDS indexu dle věkových kategorií u mužů a žen výzkumného vzorku č.1 (N =108).

Věk kategorizovaný.	Pohlaví	Mean	Počet osob v kategoriích	Směrodatná odchylka	Cohenovo d
20-29	ženy	65,20	5,00	16,27	1,28
	muži	46,50	2,00	10,61	
	Celkem	59,86	7,00	16,69	
30-39	ženy	58,30	10,00	15,89	0,10
	muži	59,65	23,00	11,97	
	Celkem	59,24	33,00	13,03	
40-49	ženy	59,06	16,00	16,10	0,84
	muži	51,15	26,00	15,22	
	Celkem	54,17	42,00	15,85	
50-60	ženy	52,56	16,00	14,45	0,27
	muži	48,80	10,00	12,99	
	Total	51,12	26,00	13,77	
Celkem	ženy	57,34	47,00	15,52	0,24
	muži	53,82	61,00	14,08	
	Celkem	55,35	108,00	14,76	



Obr. 13 Průměrné hodnoty SDS indexu dle věkových kategorií u mužů a žen výzkumného vzorku č. 1 (N =108).

Bylo provedeno testování odlišnosti průměrných rozdílů v hodnotě SDS indexu mezi muži a ženami v jednotlivých věkových kategoriích. Největší průměrný rozdíl (**8,74**) byl zjištěn ve věkové kategorii od 20 do 29 let, na základě hodnot Cohenova d lze konstatovat, že rozdíl mezi muži a ženami zde má i největší efekt (**d = 1,28**), velký efekt byl zjištěn ještě ve věkové

kategorii 40-49 let ($d = 0,84$). V ostatních věkových kategoriích mají rozdíly mezi muži a ženami efekt nízký. Je však nutné poznamenat, že ve věkové kategorii 20-29 let bylo pouze 5 žen a 2 muži, proto by bylo sporné z tohoto zjištění vyvozovat další závěry a provádět další analýzy. Na základě t-testů, jejichž výsledky jsou v tabulce 7, lze také konstatovat, že žádný ze zjištěných rozdílů mezi muži a ženami v jednotlivých věkových kategoriích nebyl statisticky signifikantní na 5 % hladině významnosti.

Tab. 7 Výsledky t-testu odlišností průměrného rozdílu v hodnotě SDS indexu mezi muži a ženami dle jednotlivých věkových kategorií výzkumného vzorku č. 1 (N =108).

Věkové kategorie	t	df	Sig. (2-stranná)	Průměrný rozdíl	Std. chyba rozdílu	95% Interval spolehlivosti rozdílu	
20-29	1,46	5,00	0,20	18,70	12,81	-14,22	51,62
30-39	-0,27	31,00	0,79	-1,35	5,01	-11,57	8,87
40-49	1,60	40,00	0,12	7,91	4,94	-2,08	17,90
50-59	0,67	24,00	0,51	3,76	5,61	-7,82	15,35

Také na základě analýzy možné korelace věku a proměnné SDS index bylo zjištěno, že tyto dvě proměnné spolu výrazně nekorelují. (Pearsonův koeficient $r = -0,146$, $p = 0,131$; Spearmanův koeficient $\rho = -0,141$, $p = 0,145$; Kendallův koeficient tau $b = -0,097$, $p = 0,145$). Výsledky testování tedy naznačují, že míra depresivity mezi muži a ženami u osob výzkumného vzorku č. 1 pravděpodobně nebyla významně ovlivněna rozdílnou mírou depresivity mezi muži a ženami v jednotlivých věkových kategoriích.

3.2 Výzkumná fáze II.

3.2.1 Cíl výzkumu a formulace hypotéz

Vzhledem ke skutečnosti, že na základě získaných dat opravdu nebyl nalezen signifikantní rozdíl mezi mírou depresivity mužů a žen výzkumného vzorku č. 1, bylo rozhodnuto o začlenění druhé fáze výzkumu, která by se tato zjištění pokusila vysvětlit pomocí konceptu „odlišné expresivity“. Jak již bylo řečeno v úvodu, pojem *expresivita* je zde používán ve smyslu tendence svěřovat se se svými pocity druhým lidem, vyjadřovat své emoce navenek – tak jej používají např. Mirowsky a Ross (1995). V kontextu této práce se jedná především o tendenci svěřovat se druhým lidem se svými pociťovanými psychickými problémy, ať už blízkým lidem nebo lékaři.

Cílem druhé výzkumné fáze bylo ověřit, zda se liší deklarovaná míra expresivity jednotlivých depresivních příznaků (měřených Zungovou sebesuzovací škálou deprese) u mužů a žen výzkumného vzorku č. 2, který tvořili pacienti s diagnózou závislosti na alkoholu, léčení na oddělení psychiatrické léčebny v průběhu období od září do listopadu roku 2007. V rámci druhé výzkumné fáze bylo provedeno jak srovnání míry expresivity mezi muži a ženami ve vztahu k osobám ze sociální sítě pacientů závislých na alkoholu, tak porovnání jejich ochoty vyhledat odbornou pomoc v případě pocíťovaných depresivních symptomů (zde se jedná o pomoc lékaře, psychologa nebo psychiatra). V obou případech se jedná o zjišťování *deklarované* expresivity, jak ji udávaly osoby z výzkumného vzorku č. 2, nikoliv o zkoumání skutečného stavu (např. počtu lidí, kterým se osoba skutečně svěřila).

Hypotéza 2

Míra deklarované expresivity depresivních symptomů u osob s diagnózou závislosti na alkohol k osobám z jejich sociální sítě je statisticky významně vyšší u žen než u mužů.

Byla navržena hypotéza č. 3 o tom, že míra deklarované expresivity depresivních příznaků u osob s diagnózou závislosti na alkoholu k osobám ze sociální sítě je signifikantně vyšší u žen než u mužů, což znamená, že ženy jsou ochotné svěřit se se svými depresivními symptomy většímu počtu osob.

Hypotéza 3

Deklarovaná míra ochoty vyhledat odbornou pomoc při depresivních symptomech u osob s diagnózou závislosti na alkohol je statisticky významně vyšší u žen než u mužů.

Dále byla navržena hypotéza č. 3 o tom, že ženy s diagnózou závislosti na alkoholu signifikantně více než muži udávají svoji ochotu vyhledat odbornou pomoc při případném pocíťování depresivních příznaků.

3.2.2 Výzkumný soubor č. 2

Výzkumný soubor č. 2 tvořilo 52 pacientů, kteří se léčili v průběhu období od září do listopadu 2007 s diagnózou závislosti na alkoholu na protialkoholním oddělení psychiatrické léčebny v Jemnici. Ve výzkumném souboru bylo 29 žen a 23 mužů, věkový průměr byl 41,8 let, nejmladší osoba měla 20 let, nejstarší 67 let.

Stejně jako osobám z výzkumného vzorku č. 1 byly osobám z výzkumného vzorku č. 1 předkládány dotazníky č. 2 průběžně prostřednictvím primářky psychiatrické léčebny, tak, aby od doby nástupu na léčbu vždy uplynula doba jednoho měsíce. Cílem tohoto postupu bylo snížení vlivu možné intervenující proměnné, kterou by mohl být zvýšený výskyt existence přechodných depresivních symptomů, spojených detoxikací absolvovanou na počátku protialkoholní léčby (abstinenčním syndromem). Tato proměnná by mohla přispět ke zkreslení výpovědi osob výzkumného vzorku č. 2.

3.2.3 Metoda sběru dat

Jako metoda sběru dat bylo zvoleno standardizované dotazníkové šetření za použití uzavřených otázek. Pro potřeby druhé výzkumné fáze byl vytvořen dotazník č. 2., který přímo vychází z validizované škály tzv. „Zungovy sebesposuzovací stupnice deprese“ (zpracována podle W.W.K. Zung, 1965, 1974, 1989, 1991). Jedná se o dotazník o 20 položkách, který se jednak zaměřuje na zjištění míry deklarované expresivity depresivních symptomů, které měří Zungova sebesposuzovací stupnice deprese, a jednak na zjištění deklarované ochoty vyhledat při nich odbornou pomoc.

„Deklarovaná expresivita symptomů deprese vůči osobám ze sociální sítě“ je zde operacionalizována jako odpovědi na otázku: „Vyberte prosím z nabízených možností, komu by jste se pravděpodobně svěřil/a s následujícími problémy“, která je pokládána ve vztahu k jednotlivým symptomům deprese, jak je měří jednotlivé položky Zungovy sebesposuzovací stupnici deprese (jednotlivé položky byly mírně upraveny z hlediska jazykové formulace a obsahového významu). Je nabízena škála odpovědí o 4 položkách: „nikomu“ „jen nejbližšímu člověku“ „také několika přátelům, kolegům nebo známým“, „i širšímu okolí...“ (s hodnotami od 0-3). Škála byla sestavena tak, aby možné volby zachycovaly vzestupně množství osob (s předpokladem, že např. volba odpovědi „také několika přátelům...“ v sobě zahrnuje i možnost svěřením se „nejbližšímu člověku“, tedy volbu na nižší úrovni).

Při úpravě dotazníku č. 2 byla diskutována srozumitelnost položek a vhodnost škál odpovědí. „Celková expresivita symptomů deprese vůči osobám ze sociální sítě“ je zde operacionalizována jako hrubý skór vzniklý nasčítáním hodnot všech 20 položek dotazníku č. 2.

„Deklarovaná ochota vyhledat odbornou pomoc při depresivních symptomech“ je zde operacionalizována jako hrubý skór vzniklý nasčítáním kladných odpovědí v jednotlivých 20

položkách dotazníku č. 2, je nabízena volba odpovědi „vyhledal bych odbornou pomoc“ a „nevyhledal bych odbornou pomoc“. (jednotlivé položky jsou dichotomické proměnné, s hodnotou 0 pokud dotazovaná osoba nezvolí tuto možnost odpovědi, s hodnotou 1, pokud dotazovaná osoba tuto možnost zvolí).

3.2.4 Způsob zpracování dat

Získaná data byla zpracována v programu SPSS for Windows, verze 13. Byly vytvořeny nové proměnné: ukazatel celkové deklarované expresivity depresivních symptomů k osobám ze sociální sítě a ukazatel deklarované ochoty vyhledat odbornou pomoc při pocíťování depresivních příznaků (jako příklad je uvedena pomoc lékaře, psychologa, nebo psychiatra....), jedná se tedy o „deklarovanou expresivitu“ depresivních symptomů vůči odborníkům (lékařům, psychologům, psychiatrům). Tyto proměnné byly vytvořeny jako hrubé skóry vzniklé součtem hodnot všech položek, které je měří.

Pro potřeby další explorační dat byly podobně jako ve výzkumné fázi č. 1 vytvořeny jako další proměnné: deklarovaná expresivita pro emocionální, somatické a výkonové symptomy deprese, deklarovaná ochota vyhledat pomoc pro emocionální, somatické a výkonové symptomy deprese. Byly spočítány jak hrubé skóry těchto proměnných, tak pro vzájemné srovnání také jejich průměrné hodnoty (tj. získané hrubé skóry vydělené počtem položek, které je měří. Jejich hodnoty se pohybují v rozsahu hodnot od 0 do 3 pro expresivitu a od 0 do 1 pro ochotu vyhledat odbornou pomoc). Depresivní symptomy byly do výše uvedených tří kategorií rozděleny stejným způsobem jako ve výzkumné fázi č. 1.

Pro ověření platnosti hypotéz byly použity t-testy pro nezávislé výběry. Zároveň byl použit i Levenův test shodnosti rozptylů, který udával, zda použít modifikaci t-testu pro nestejné rozptyly či nikoliv. Všechny získané hodnoty byly zaokrouhleny na dvě desetinná místa.

3.2.5 Výsledky

Deskripce zkoumaných proměnných

Na začátku analýzy, před vlastním srovnáním mužů a žen, jsou v tabulce č. 8 a, b, c, uvedeny průměrné hodnoty zkoumaných proměnných v celém výzkumném souboru č. 2. Průměrné hodnoty emocionálních, somatických a výkonových symptomů v tabulce č. 8 c) naznačují, že lidé mají větší sklon vyhledat odbornou pomoc při somatických symptomech,

než emocionálních nebo výkonových, zatímco blízkým lidem se svěřují více s emocionálními a výkonovými symptomy deprese. Rozdíly v průměrných hodnotách se však nejeví jako výrazné.

Tab. 8 Deskripce zkoumaných proměnných ve výzkumném vzorku č. 2 (N =52).

8 a)

	Minimum	Maximum	Průměr	Směrodatná odchylka
Věk	20	67	41,79	11,85
Expresivita depresivních symptomů k osobám ze sociální sítě.	0	49	12,35	9,37
Ochota vyhledat odbornou pomoc při depresivních symptomech.	0	20	6,94	5,63

8 b)

			Minimum	Maximum	Průměr	Směrodatná odchylka
Hrubé skóry	Expresivita depresivních symptomů	emocionální symptomy	0	16	5,35	3,78
		somatické symptomy	0	19	3,65	4,05
		výkonové symptomy	0	9	2,02	1,94
	Ochota vyhledat odbornou pomoc	emocionální symptomy	0	8	2,19	2,54
		somatické symptomy	0	7	3,06	2,44
		výkonové symptomy	0	3	0,94	1,16

8 c)

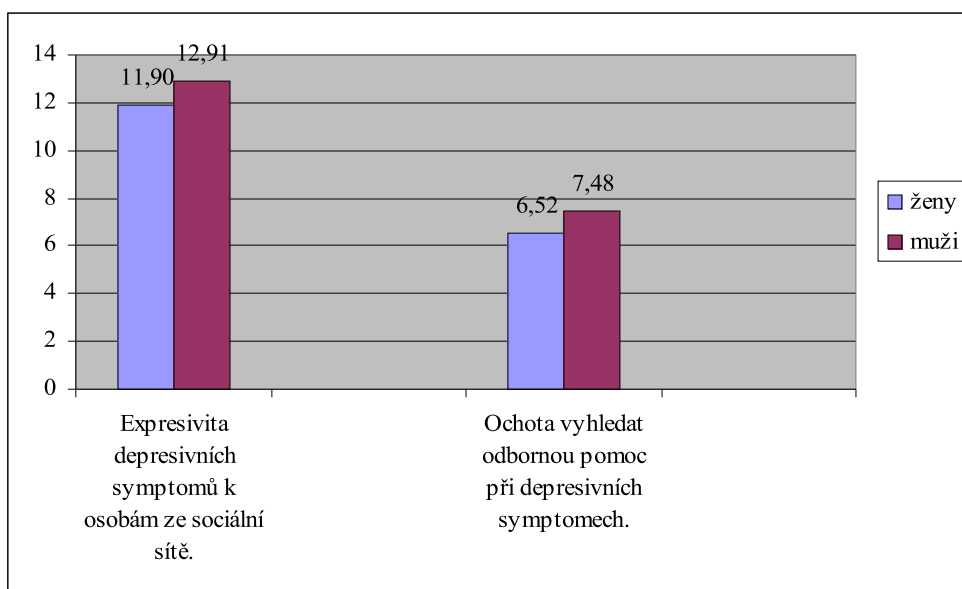
			Minimum	Maximum	Průměr	Směrodatná odchylka
Průměrné hodnoty	Expresivita depresivních symptomů	emocionální symptomy	0	2	0,67	0,47
		somatické symptomy	0	3	0,52	0,58
		výkonové symptomy	0	3	0,67	0,65
	Ochota vyhledat odbornou pomoc	emocionální symptomy	0	1	0,27	0,32
		somatické symptomy	0	1	0,44	0,35
		výkonové symptomy	0	1	0,31	0,39

Testování hypotéz

Hypotéza č. 2

Míra deklarované expresivity depresivních příznaků u osob s diagnózou závislosti na alkoholu ve vztahu k osobám z jejich sociální sítě je statisticky významně vyšší u žen než u mužů.

Pro prokázání této hypotézy by bylo třeba statisticky významného rozdílu v průměrné hodnotě proměnné expresivita depresivních symptomů, která měří míru ochoty svěřit se s depresivními symptomy osobám ze sociální sítě. Graf na obr. 9 a na boxplot na obr. 10 ukazují, jakých průměrných hodnot muži a ženy z výzkumného vzorku č. 2 dosáhli, přičemž graf na obr. poskytuje další informace o rozložení proměnné ve výzkumném souboru (navíc informaci o interkvartilovém rozpětí).

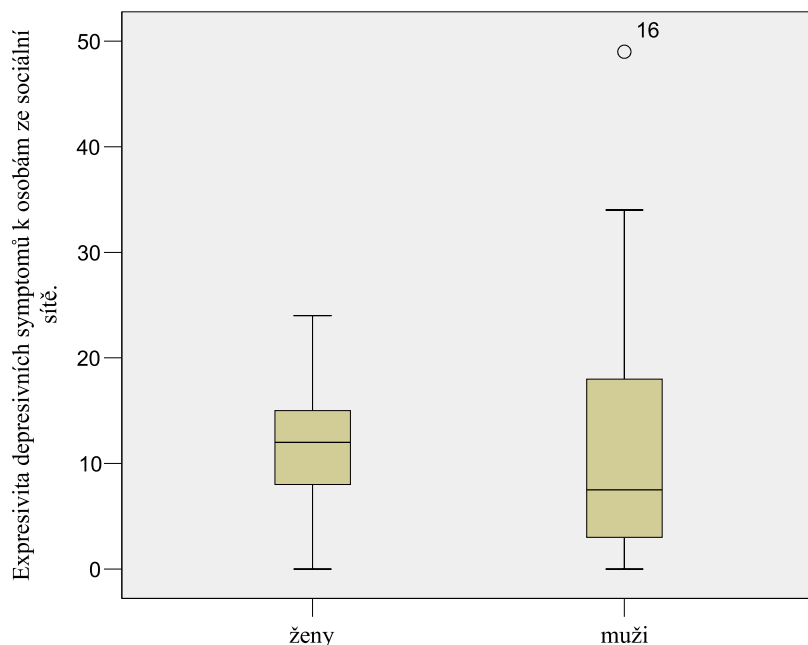


Obr. 14 Průměrné hodnoty deklarované expresivity depresivních symptomů k osobám ze sociální sítě a deklarované ochoty vyhledat odbornou pomoc u mužů a žen výzkumného vzorku č. 2 (N=52).

Průměrná hodnota expresivity u mužů s diagnózou závislosti na alkoholu je **12,91** (SD =12,41). Průměrná hodnota expresivity u žen s diagnózou závislosti na alkoholu je **11,90** (SD =6,20). Lze tedy konstatovat, že hypotéza č. 3 nebyla potvrzena, průměrná míra expresivity depresivních symptomů byla ve výzkumném vzorku č. 2 větší u mužů než u žen, rozdíl **1,01** bodu je však vzhledem k možnému rozsahu této proměnné (od 0 do 60) nepatrný.

Tabulka č. 9. podává výsledky t-testů. Dle hodnoty Cohena d lze konstatovat, že rozdíl 1,01 mezi muži a ženami má poměrně slabý efekt ($d = 0,11$). Zjištěný rozdíl mezi muži a

ženami v proměnné expresivita depresivních symptomů k osobám ze sociální sítě z výzkumného vzorku však nebyl ani statisticky významný na 5 % hladině významnosti ($p = 0,72$).



Obr. 15 Boxplot -průměrné hodnoty deklarované ochoty vyhledat odbornou pomoc u mužů a žen s diagnózou (N =52).

Tab. 9 Výsledky t-testů odlišností průměrných hodnot deklarované expresivity depresivních symptomů k osobám ze sociální sítě u mužů a žen výzkumného vzorku č. 2 (N =52).

	t	df	Sig. (2-stranná)	Průměrný rozdíl	Std. chyba rozdílu	95% Interval spolehlivosti rozdílu		Cohenovod
Expresivita depresivních symptomů k osobám ze sociální sítě. a)	-0,36	30,63	0,72	-1,02	2,83	-6,80	4,76	0,11

Pozn. Jedná se o t-test s úpravou pro nesejné rozptyly.

a) Levenův test: $F = 9,04$, $p = 0,00$.

Hypotéza č. 3

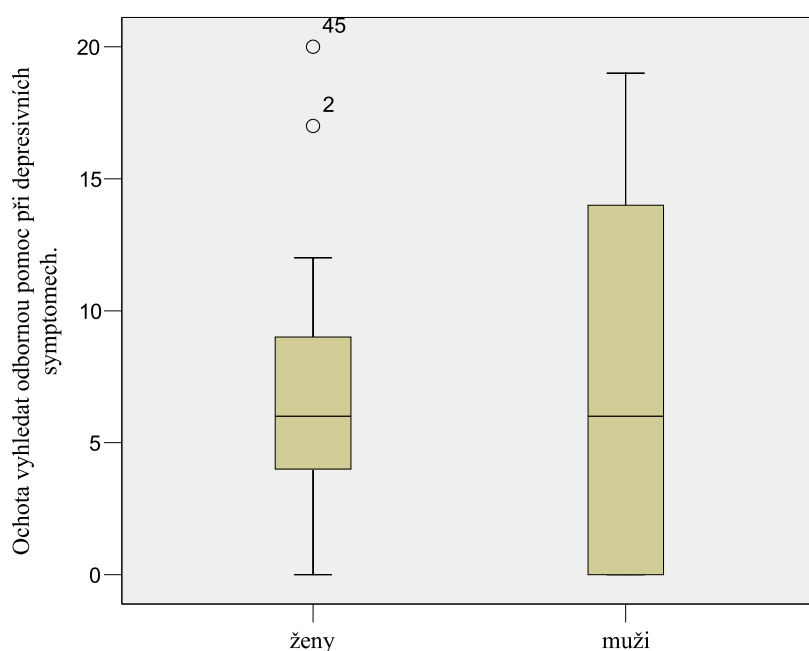
Míra deklarované ochoty vyhledat odbornou pomoc při depresivních symptomech u osob s diagnózou závislosti na alkoholu je statisticky významně vyšší u žen než u mužů.

Pro prokázání této hypotézy by bylo třeba statisticky významného rozdílu v průměrné hodnotě proměnné deklarovaná ochota vyhledat odbornou pomoc při depresivních symptomech, která měří míru ochoty svěřit se s depresivními symptomy odborníkům, tj. například lékařům, psychologovi nebo psychiatrovi. Graf na předchozí straně na obr. 9 a

následující graf na obr.11 ukazují, jakých průměrných hodnot muži a ženy z výzkumného vzorku č. 2 dosáhli, přičemž graf na obr.11 poskytuje další informace o rozložení proměnné ve výzkumném souboru (navíc informaci o interkvartilovém rozpětí).

Průměrná hodnota deklarované ochoty vyhledat odbornou pomoc při depresivních symptomech u mužů s diagnózou závislosti na alkoholu je **7,48** (SD =6,87). Průměrná hodnota expresivity u žen s diagnózou závislosti na alkoholu je **6,52** (SD =4,51). Lze tedy konstatovat, že získaná data nepotvrzují hypotézu č. 3, průměrná míra ochoty vyhledat odbornou pomoc při depresivních symptomech byla ve výzkumném vzorku č. 2 větší u mužů než u žen, rozdíl **0,96** bodu je však vzhledem k možnému rozsahu této proměnné (od 0 do 20) nepatrný.

Tabulka č. 10 podává výsledky t-testů. Dle hodnoty Cohenova d lze konstatovat, že rozdíl 0,96 mezi muži a ženami má poměrně slabý efekt (**d = 0,17**). Zjištěný rozdíl mezi muži a ženami v proměnné deklarovaná ochota vyhledat odbornou pomoc při depresivních symptomech deprese z výzkumného vzorku však ani nebyl statisticky významný na 5 % hladině významnosti (**p = 0,57**).



Obr. 16 Boxplot -Průměrné hodnoty deklarované ochoty vyhledat odbornou pomoc při depresivních symptomech u mužů a žen s diagnózou závislosti na alkoholu.

Tab. 10 Výsledky t-testů odlišností průměrných hodnot proměnné ochota vyhledat odbornou pomoc při depresivních symptomech u mužů a žen s diagnózou na alkoholu z výzkumného vzorku č. 2 (N =52).

	t	df	Sig. (2-stranná)	Průměrný rozdíl	Std. chyba rozdílu	95% Interval spolehlivosti rozdílu		Cohenovod
Ochota vyhledat odbornou pomoc při depresivních symptomech. a)	-0,58	36,28	0,57	-0,96	1,66	-4,32	2,40	0,17

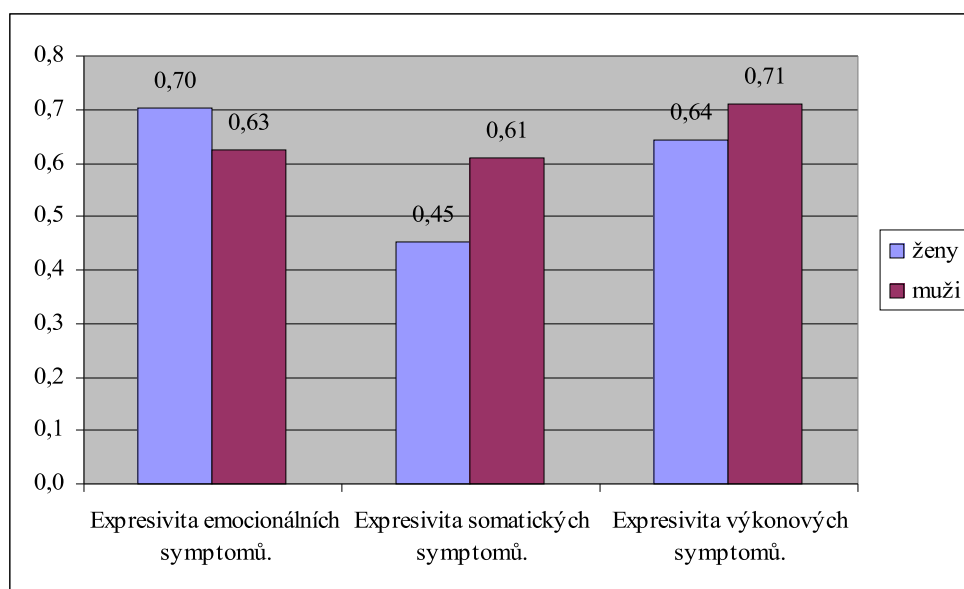
Pozn. Jedná se o t-test s úpravou pro nestejně rozptýly.

a) Levenův test: $F = 8,93$, $p = 0,00$.

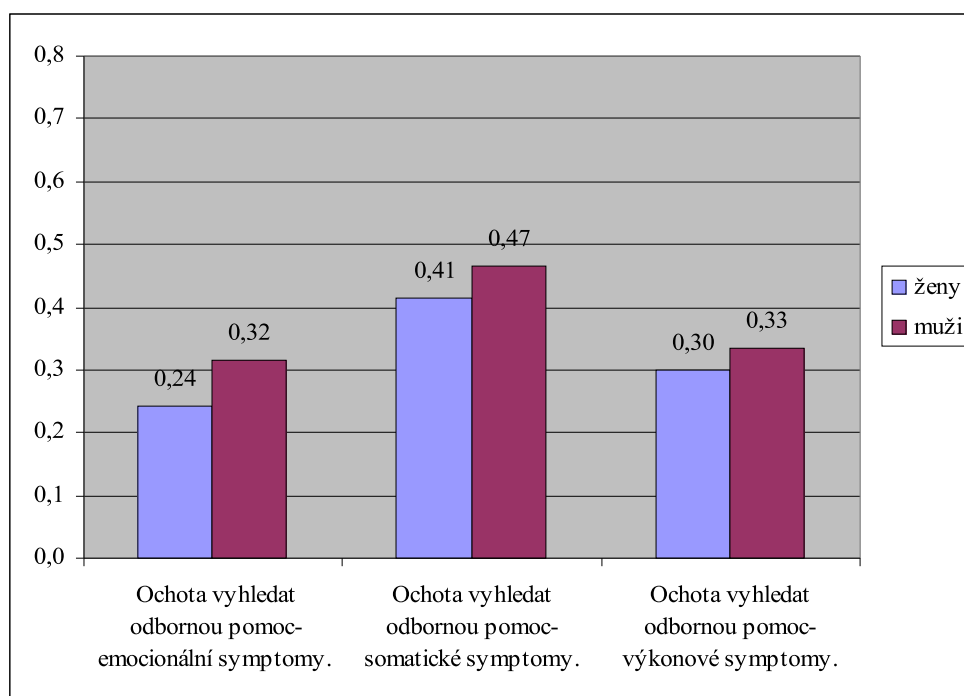
3.2.6 Dodatečná zjištění

Na základě testování možné korelace proměnné expresivita depresivních symptomů a proměnné ochota vyhledat odbornou pomoc bylo zjištěno, že tyto dvě proměnné spolu slabě kolerují. (Pearsonův koeficient $r = -0,305$, $p = 0,028$; Spearmanův koeficient $\rho = -0,297$, $p = 0,032$; Kendallův koeficient $\tau_b = -0,271$, $p = 0,030$).

Dodatečně byla provedena analýza zaměřená na odlišnosti mužů a žen v deklarované expresivitě depresivních symptomů a deklarované ochotě vyhledat odbornou pomoc u položek měřících emocionální, somatické a výkonové symptomy deprese. Názorně jsou tyto odlišnosti znázorněné v následujících grafech na obr. 12 a 13.



Obr. 17 Průměrné skóry deklarované expresivity emocionálních, somatických a výkonových depresivních symptomů k osobám ze sociální sítě u mužů a žen výzkumného vzorku č. 2 (N =52).



Obr. 18 Průměrné skóry deklarované ochoty vyhledat odbornou pomoc při emocionálních, somatických a výkonových depresivních symptomů u mužů a žen výzkumného vzorku č. 2 (N =52).

Tab. 11. Výsledky t-testů odlišností průměrných hodnot deklarované expresivity depresivních symptomů k osobám ze sociální sítě a deklarované ochoty vyhledat při nich odbornou pomoc u mužů a žen z výzkumného vzorku č. 2 (N =52) – emocionální, somatické a výkonové symptomy.

			t	df	Sig. (2-stranná)	Průměrný rozdíl	Std. chyba rozdílu	95% Interval spolehlivosti rozdílu		Cohenov d
Průměrné hodnoty	expresivita	emocionální symptomy	0,58	50,00	0,56	0,08	0,13	-0,19	0,34	0,16
		somatické symptomy a)	-0,91	33,08	0,37	-0,16	0,17	-0,50	0,19	0,27
		výkonové symptomy b)	-0,35	34,71	0,73	-0,07	0,19	-0,46	0,32	0,10
	ochota vyhledat odbornou pomoc	emocionální symptomy	-0,83	50,00	0,41	-0,07	0,09	-0,25	0,11	0,23
		somatické symptomy	-0,53	50,00	0,60	-0,05	0,10	-0,25	0,14	0,15
		výkonové symptomy	-0,32	50,00	0,75	-0,03	0,11	-0,25	0,18	0,08

Pozn. Jedná se o t-test s úpravou pro nesejné rozptyly.

a) Levenův test: $F= 5,05$, $p=0,03$.

b) Levenův test: $F= 5,45$, $p=0,02$.

Jak ukazuje tabulka 11, dle hodnot Cohenova d lze konstatovat, že zjištěné rozdíly mezi muži a ženami z výzkumného vzorku č. 2 v deklarované expresivitě a ochotě vyhledat pomoc

při emocionálních, somatických a výkonových symptomech deprese mají poměrně nízký efekt a nejsou statisticky významné na 5 % hladině významnosti.

Analýza jednotlivých položek dotazníku č. 2

Protože nebyly nalezeny signifikantní rozdíly mezi muži a ženami ve výše uvedených proměnných, byla dále provedena také analýza rozdílů v odpovědích mužů a žen výzkumného vzorku č. 2 na jednotlivé položky dotazníku č. 2.

Na základě provedených t-testů lze konstatovat, že v žádné položce dotazníku č. 2 nebyly nalezeny statisticky významné rozdíly na 5 % hladině významnosti mezi muži a ženami v proměnných deklarovaná expresivita depresivních symptomů k osobám ze sociální sítě a deklarovaná ochota vyhledat při nich odbornou pomoc. Vzhledem k rozsáhlosti této analýzy jsou uvedeny výsledky t-testů všech položek dotazníku č. 2 obou výše uvedených proměnných v příloze č. 4 a 5.

Věkové kategorie

Dodatečně byla provedena analýza zaměřená na odhalení vlivu intervenující proměnné, která by mohla ovlivňovat vztah mezi pohlavím a mírou expresivity depresivních symptomů k osobám ze sociální sítě a ochotě vyhledat při nich odbornou pomoc.

Na základě testování možné korelace věku a proměnné expresivita depresivních symptomů SDS index bylo zjištěno, že tyto dvě proměnné spolu slabě korelují. (Pearsonův koeficient $r = -0,285$, $p = 0,040$; Spearmanův koeficient $\rho = -0,291$, $p = 0,036$; Kendallův koeficient $\tau_b = -0,171$, $p = 0,083$). Na základě testování možné korelace věku a proměnné ochota vyhledat odbornou pomoc bylo zjištěno, že tyto dvě proměnné spolu nekorelují. Výsledky testování tedy naznačují, že zjištěná míra obou proměnných nebyla pravděpodobně významně ovlivněna věkem zkoumaných osob.

Bylo dále provedeno srovnání míry expresivity a ochoty vyhledat odbornou pomoc mezi muži a ženami dle jednotlivých věkových kategorií. Tabulka č. 12 udává průměrné hodnoty deklarované expresivity depresivních symptomů a tabulka č. 14 průměrné hodnoty deklarované ochoty vyhledat odbornou pomoc, u mužů a žen v jednotlivých věkových kategoriích, následné grafy na obr. 14 a 15 ukazují ještě názorněji, jakých průměrných hodnot muži a ženy dosáhli.

Tab. 12 Průměrné skóry deklarované expresivity depresivních symptomů k osobám ze sociální sítě dle věkových kategorií u mužů a žen výzkumného vzorku č. 2 (N = 52).

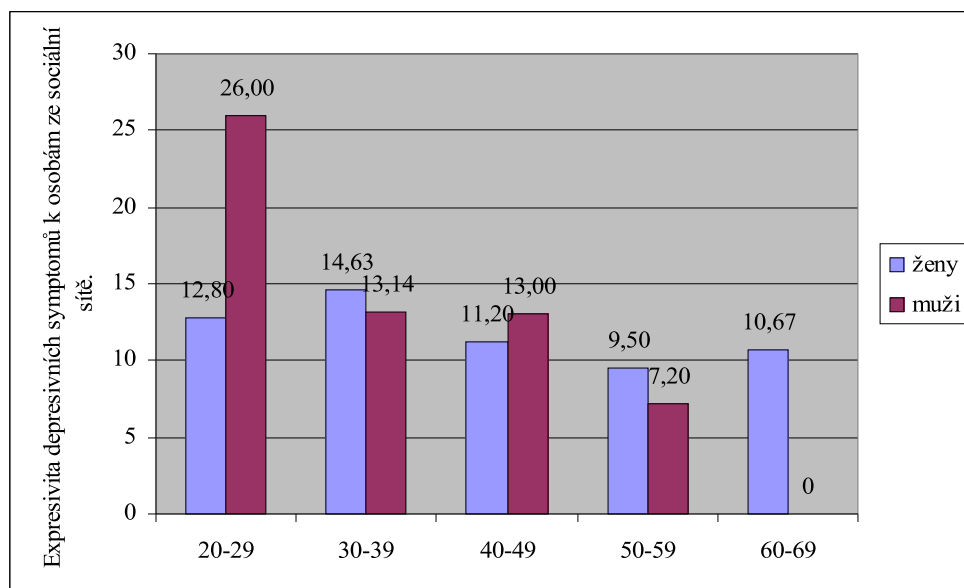
Věk kategorizovaný	Pohlaví	Průměr	Počet osob v kategoriích	Směrodatná odchylka	Cohenovo d
20-29	ženy	12,80	5	3,90	2,36
	muži	26,00	2	32,53	
	celkem	16,57	7	15,10	
30-39	ženy	14,63	8	7,25	0,19
	muži	13,14	7	8,32	
	celkem	13,93	15	7,52	
40-49	ženy	11,20	5	9,34	0,15
	muži	13,00	9	12,69	
	celkem	12,36	14	11,26	
50-59	ženy	9,50	8	4,63	0,46
	muži	7,20	5	5,50	
	celkem	8,62	13	4,89	
60-69	ženy	10,67	3	4,04	–
	celkem	10,67	3	4,04	
Celkem	ženy	11,90	29	6,20	0,11
	muži	12,91	23	12,41	
	celkem	12,35	52	9,37	

Tab. 13 Výsledky t-testů průměrných rozdílů v deklarované expresivitě depresivních symptomů mezi muži a ženami výzkumného vzorku č. 2 (N =52).

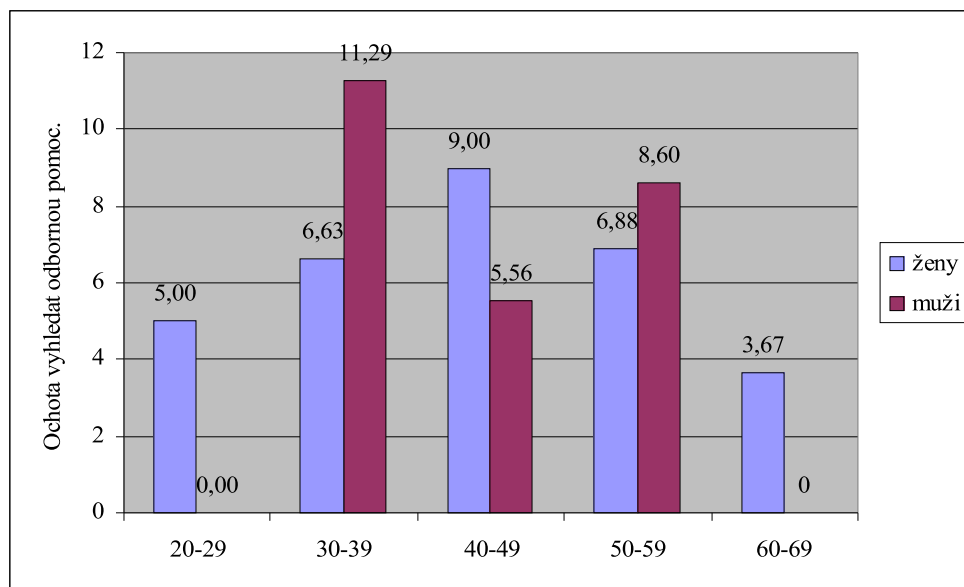
Věkové kategorie	t	df	Sig. (2-stranná)	Průměrný rozdíl	Std. chyba rozdílu	95% Interval spolehlivosti rozdílu	
20-29 a)	-0,63	1,03	0,64	-14,67	23,16	-290,53	261,19
30-39	0,37	13,00	0,72	1,48	4,02	-7,19	10,16
40-49	-0,28	12,00	0,79	-1,80	6,51	-15,99	12,39
50-59	0,81	11,00	0,43	2,30	2,83	-3,93	8,53

Z grafického zobrazení na obr. 14 je zřejmé, že v některých věkových kategoriích jsou expresivnější ženy (30-39 a 50-59), v některých muži (20-29 a 40-49), přičemž ve věkové kategorii 60-69 let byly už zastoupeny pouze ženy. Největší rozdíl v expresivitě depresivních symptomů mezi muži a ženami byl zjištěn v první věkové kategorii, tj. od 20-29 let, přičemž u mužů byla zjištěna vyšší míra expresivity než u žen o **13,2** (možný rozsah této proměnné je od 0 do 60). Na základě hodnot Cohenova d lze konstatovat, že rozdíly mezi muži a ženami mají největší efekt právě ve věkové kategorii od 20 do 29 let (**d = 2,36**), v ostatních věkových kategoriích mají rozdíly mezi muži a ženami efekt nízký nebo střední. Je však nutné poznamenat, že ve věkové kategorii 20-29 let bylo pouze 5 žen a 2 muži, proto by bylo sporné z tohoto zjištění vyvozovat další závěry a provádět další analýzy. Na základě t-testů lze dále konstatovat, že žádný ze zjištěných rozdílů mezi muži a ženami v jednotlivých věkových kategoriích nebyl statisticky signifikantní na 5 % hladině významnosti. Rozložení

proměnné dle věkových kategorií však nemůže poskytnout podporu pro hypotézu o všeobecně vyšší expresivitě depresivních symptomů u žen.



Obr. 19 Průměrné skóry deklarované expresivity depresivních symptomů k osobám ze sociální sítě dle věkových kategorií u mužů a žen výzkumného vzorku č. 2 (N =52).



Obr. 20 Průměrné skóry deklarované ochoty vyhledat odbornou pomoc při depresivních symptomech dle věkových kategorií u mužů a žen výzkumného vzorku č. 2 (N =52).

Následující tabulka č. 14 udává průměrné hodnoty ochoty vyhledat odbornou pomoc při depresivních symptomech u mužů a žen výzkumného vzorku č. 2 v jednotlivých věkových kategoriích, předchozí graf na obr. 15 ukazuje ještě názorněji, jakých průměrných hodnot muži a ženy dosáhli.

Tab. 14 Průměrné skóry deklarované ochoty vyhledat odbornou pomoc při depresivních symptomech dle věkových kategorií u mužů a žen výzkumného vzorku č. 2 (N =52).

Věk kategorizovaný	Pohlaví	Průměr	Počet osob v kategoriích	Směrodatná odchylka	Cohenovo d
20-29	ženy	5,00	5	3,39	2,07
	muži	0,00	2	0,00	
	celkem	3,57	7	3,69	
30-39	ženy	6,63	8	6,46	0,68
	muži	11,29	7	7,25	
	celkem	8,80	15	7,01	
40-49	ženy	9,00	5	4,85	0,6
	muži	5,56	9	6,17	
	celkem	6,79	14	5,79	
50-59	ženy	6,88	8	3,04	0,4
	muži	8,60	5	6,43	
	celkem	7,54	13	4,46	
60-69	ženy	3,67	3	1,53	–
	celkem	3,67	3	1,53	
Celkem	žena	6,52	29	4,51	0,17
	muž	7,48	23	6,87	
	celkem	6,94	52	5,63	

Z grafického zobrazení je zřejmé, že v některých věkových kategoriích jsou ochotnější vyhledat odbornou pomoc ženy (20-29 a 40-49), v některých muži (30-39 a 50-59), přičemž ve věkové kategorii 60-69 let byly už zastoupeny pouze ženy. Největší rozdíl v expresivitě depresivních symptomů mezi muži a ženami byl zjištěn v první věkové kategorii, tj. od 20-29 let, přičemž u žen byla zjištěna vyšší míra expresivity než u mužů o **5** (možný rozsah této proměnné je od 0 do 20). Na základě hodnot Cohenova d lze konstatovat, že rozdíly mezi muži a ženami mají největší efekt právě ve věkové kategorii od 20 do 29 let (**d = 2,07**), v ostatních věkových kategoriích mají rozdíly mezi muži a ženami efekt střední nebo nízký. Je však nutné poznamenat, že v této věkové kategorii bylo pouze 5 žen a 2 muži, proto by bylo sporné z tohoto zjištění vyvozovat další závěry a provádět další analýzy. Na základě t-testů, jejichž výsledky jsou uvedeny v tabulce 15, lze konstatovat, že žádný ze zjištěných rozdílů mezi muži a ženami v jednotlivých věkových kategoriích nebyl statisticky signifikantní na 5 % hladině významnosti. Rozložení proměnné dle věkových kategorií však

také nemůže poskytnout podporu pro hypotézu o všeobecně vyšší ochotě žen vyhledat odbornou pomoc při depresivních symptomech.

Tab. 15 Výsledky t-testů průměrných rozdílů v deklarované ochotě vyhledat odbornou pomoc při depresivních symptomech depresivních symptomů mezi muži a ženami v jednotlivých věkových kategoriích výzkumného vzorku č. 2 (N=52).

Věkové kategorie	t	df	Sig. (2-stranná)	Průměrný rozdíl	Std. chyba rozdílu	95% Interval spolehlivosti rozdílu	
20-29 a)	-0,63	1,03	0,64	-14,67	23,16	-290,53	261,19
30-39	0,37	13,00	0,72	1,48	4,02	-7,19	10,16
40-49	-0,28	12,00	0,79	-1,80	6,51	-15,99	12,39
50-59	0,81	11,00	0,43	2,30	2,83	-3,93	8,53

Pozn. Úprava t-testu pro nestejně rozptýly:

a) Levenův test: $F=201,92$, $p=0,00$.

3.3 DISKUSE

V následující části práce budou nastíněny některé faktory, které mohly výrazně ovlivnit vnitřní a vnější validitu provedeného výzkumu (i když obsáhlost jejich výčtu je limitována rozsahem práce).

3.3.1 Interní validita výzkumu

Vnitřní validita výzkumu mohla být ohrožena především faktorem neekvivalentnosti skupin. Vzhledem k nepravděpodobnostnímu výběru obou výzkumných vzorků a malému počtu zkoumaných osob nebylo možné zajistit, aby byly srovnávané skupiny (muži a ženy) ekvivalentní. U zkoumaných osob byl zjišťován pouze věk, jediným kritériem byla diagnóza závislosti na alkoholu (a stav po absolvování detoxikace). Validitu výzkumu by proto mohly ovlivňovat interindividuální osobnostní charakteristiky mužů a žen (agresivita, emoční labilita, neuroticismus a další), jejichž vliv by bylo možné omezit použitím náhodného výběru a většího výzkumného vzorku nebo zahrnutím těchto intervenujících proměnných do výzkumu.

Dalším významným faktorem ovlivňujícím vnitřní validitu výzkumu by mohla být chyba měrného nástroje, vzhledem k tomu, že dotazník č. 2 použitý ve druhé fázi výzkumu byl pro sběr dat o deklarované expresivitě depresivních symptomů použit poprvé (byl vytvořen až po provedení výzkumné fáze č. 1).

Výsledky výzkumu mohly být částečně ovlivněny také vztahem mezi věkem zkoumaných osob a depresí, především vzhledem k širokému věkovému rozmezí osob v obou výzkumných vzorcích. Proto byla u obou výzkumných fází provedena dodatečná analýza zkoumaných proměnných dle věkových kategorií.

Vzhledem k delšímu časovému období, ve kterém výzkumná fáze č. I probíhala (po dobu téměř jednoho roku), mohla vnitřní validitu ovlivnit také zvýšená míra výskytu deprese v určitých ročních obdobích, kterou dokládají také lékařské statistiky. (Jak uvádí Höschl (2002), tzv. sezonní afektivní porucha převažuje u žen asi v poměru 4:1, podle DSM-IV se diagnostikuje, pokud se depresivní fáze objevují na podzim až v zimě a mizí na jaře až v létě, alespoň v následujících dvou letech, a jsou splněna kritéria pro velkou depresi).

Vnitřní validita výzkumu by mohla být ohrožena také depresivními příznaky vyvolanými absolvovanou detoxikací (abstinenčním syndromem), které by mohly u některých osob přetrvávat i po období delší než je obvykle udávaná doba tří týdnů až jednoho měsíce a mohly by proto zkreslovat závažnost deprese i v době jejího měření (nejméně 1 měsíc od nástupu na protialkoholní léčbu). Depresivní stavy mohly být vyvolány nejen odvykacím stavem, ale také tělesnými komplikacemi závislosti nebo se závislostí souvisejícím psychosociálním stresem. (Nešpor, 2003)

Výsledky obou výzkumných fází by mohly být ohroženy také reaktivitou zkoumaných osob. Zungův dotazník i dotazník č. 2 předávala zkoumaným osobám primářka léčebny tak, jako by šlo o běžnou diagnostiku prováděnou v průběhu protialkoholní léčby. Tímto způsobem mohl být částečně omezen vliv výzkumníka a jeho očekávání, neboť předání dotazníku neproběhlo za přítomnosti cizí osoby a zkoumané osoby nebyly informovány o účelu výzkumu. Přesto mohly být výsledky výzkumu zkresleny mnoha dalšími faktory, souvisejícími s faktem, že výzkum nebyl vzhledem k vzájemné znalosti pacienta a jeho lékařky anonymní. Mezi tyto faktory patří například osobní postoje a zkušenosti zkoumaných osob vzhledem k primářce léčebny a prostředí léčby, nerovná role pacienta a lékaře, chápání dotazníku jako běžné diagnostiky, možnost podávání sociálně žádoucích odpovědí (např. ve vztahu k ochotě vyhledat odbornou pomoc) a celkově snaha o pozitivní sebe prezentaci (nebo negativní sebe prezentaci), tendence zlehčovat depresivní symptomy (nebo naopak snaha je záměrně nadhodnocovat).

3.3.2 Externí validita výzkumu a návrhy pro další výzkum

Externí validita obou výzkumných fází je významně omezena, neboť vzhledem k nízkému počtu osob relevantních výběrovému kritériu nebyl jako metoda výběru osob použit náhodný pravděpodobnostní výběr. Dalším faktorem je malý počet zkoumaných osob v obou výzkumných vzorcích. Nízká externí validita výzkumu neumožňuje zobecnění výsledků na celou zkoumanou populaci osob s diagnózou závislosti na alkoholu, ani na jiné prostředí či časové období.

Zjištěné výsledky by však mohly částečně přispět ke zmapování zkoumané problematiky v České republice. Ke větší externí validitě a reprezentativnosti by přispělo provedení výzkumu na větším výzkumném vzorku, který by byl vybrán metodou pravděpodobnostního výběru a do kterého by byli zahrnuti pacienti s diagnózou závislosti na alkoholu z psychiatrických léčen a AT ambulancí v celé ČR. Pro zvýšení možnosti zobecnění výsledků v delším časovém období by mohl být realizován longitudinální výzkum.

Další zajímavá zjištění o výskytu duální diagnózy mezi muži a ženami by mohl přinést výzkum prováděný na výzkumném vzorku pacientů s diagnózou deprese, u kterých by mohla být zjišťována zpětně míra konzumace alkoholu před vstupem na léčbu. K hlubšímu porozumění problematice vztahu mezi alkoholismem a depresí by určitě přispěl kvalitativně provedený výzkum, jehož cílem by bylo zmapovat souvislost mezi závislostí na alkoholu a depresí v širším kontextu (například zaměření na životní příběhy pacientů). Přínosem by bylo zaměření se na osobnostní faktory a interpersonální vztahy pacientů, přičemž výzkum by měl být založen na komplexním psychologickém vyšetření, které by bylo možné opakovat s určitým časovým odstupem. Zajímavá zjištění by mohl přinést také populační výzkum postojů, zaměřený na vnímání možných gender stereotypů, souvisejících se závislostí na alkoholu a depresí. V neposlední řadě by nové poznatky mohly přinést kvalitativní výzkumy, zaměřené na rozhodovací proces související se vstupem na psychiatrickou léčbu a také na samotné prožívání léčby deprese a závislosti na alkoholu pacienty, které někdy může vést k vytváření „stigma léčby“ – „treatment stigma“. Cílem by mělo být především identifikovat ty faktory, které vyhledávání odborné pomoci při prožívání symptomů psychické nemoci podporují a také bariéry, které mu mohou bránit.

3.3.3 Diskuse výsledků

V závěrečné části práce budou shrnuty a interpretovány získané výsledky z obou výzkumných fází. V první fázi výzkumu bylo na základě analýzy získaných dat zjištěno, že se muži a ženy s diagnózou závislosti na alkoholu z výzkumného vzorku č. 1 signifikantně neliší v celkové míře depresivity, což je konzistentní s výzkumy Skaff et al. (1999) nebo Umberson et al. (1996), podle kterých se muži a ženy v depresivitě neliší, pokud je brán v úvahu vliv stresorů a dostupných zdrojů. Také Lynskey a Agrawal (2008) prokázali v nedávném výzkumu podobně silnou souvislost mezi výskytem depresivní poruchy a závislostí na alkoholu u mužů i u žen, což je konzistentní dále například s výzkumy Granta a jeho kolegů z roku 2004, Kesslera a jeho kolegů z roku 1996, Spanera a jeho kolegů z roku 1994 (cit dle Lynskey, Agrawal, 2008).

Naopak toto zjištění není konzistentní s výzkumy, které prokázaly, že asociace mezi depresí a alkoholismem je vyšší u žen než u mužů, což byly například výzkumy Helzera a Pryzbecka nebo Granta a Harforda (cit. dle Dixit, Crum 2000), dále výzkum Brennan, Moss a Kim nebo Benishek a jeho kolegů (cit. dle Brienza, Stein, 2002).

Zjištění o nenalezení signifikantního rozdílu v míře depresivity u mužů a žen závislých na alkoholu by však měla být interpretována opatrně, neboť pro zjišťování míry depresivity byla použita pouze sebeposuzovací škála, kterou byl zachycen stav zkoumané osoby v jednom časovém okamžiku. Při objektivní diagnostice depresivní poruchy by měl být posouzen celkový zdravotní a psychický stav osoby v delším časovém období a tato diagnostika by měla být provedena zkušeným psychiatrem. Zjištění o závažnosti deprese, která poskytuje Zungova sebeposuzovací stupnice deprese, mohou být chápána pouze jako orientační vodítko momentálního psychického stavu pacienta. Jak uvádějí Miovská, Miovský a Kalina, diagnostika komorbidity je obtížná, problémy mohou být způsobené podobností některých stavů a možností jejich snadné záměny, obvykle je nutné provádět opakovaná diagnostická vyšetření, aby bylo možné některé stavy od sebe odlišit, může však docházet také ke skrývání nebo úmyslnému zkreslování některých symptomů ze strany pacienta. Klíčové je kvalitně provedené komplexní psychologické vyšetření (zaměřené na osobnost i výkonové schopnosti pacienta), které je možné opakovat i s určitým časovým odstupem a zajištění důkladného vyšetření tělesného stavu pacienta (toxikologického, biochemického a dalších vyšetření). Důležité je též sociální zhodnocení stavu a situace pacienta (zjištění míry vlivu jeho sociální a rodinné situace), detailní znalost anamnestických údajů (individuální a rodinné anamnéza, průběh onemocnění), seznámení s předchozí zdravotnickou dokumentací pacienta. Nezbytné

jsou kontrolované podmínky pro vyšetření z hlediska požití návykových látek (kontroly doby abstinence), přehled o časovém odstupu např. od poslední intoxikace. (Miovská, Miovský, Kalina, 2008) Depresivní stavy mohly být vyvolány přetrvávajícím odvykacím stavem, tělesnými komplikacemi závislosti nebo se závislostí souvisejícím psychosociálním stresem. (viz Nešpor, 2003)

Další analýza získaných dat naznačila, že se muži a ženy pravděpodobně signifikantně neliší ani v míře udávaných emocionálních, somatických a výkonových symptomů deprese (které jsou měřeny Zungovou sebesposuzovací stupnicí deprese). Tím nebyla potvrzena zjištění Padgetta (cit. dle Nelsen, 2002) podle kterého jsou depresivní ženy více vnímavé k pocitům smutku a lépe je vyjadřují, zatímco depresivní muži se spíše soustředí na prožívání obtíží při plnění svých povinností. Co se týká somatických symptomů deprese, nebyla potvrzena zjištění Verbrugge (cit. dle Mirowsky, Ross, 1995) o tom, že ženy obecně udávají více fyzických symptomů onemocnění než muži. Naopak jsou tyto výsledky konzistentní například se zjištěním Uebelackera a jeho kolegů, kteří ve svém výzkumu nepotvrdili platnost tzv. somatizační hypotézy (Uebelacker, et al., 2009), stejně jako nebyly potvrzeny konzistentní gender rozdíly v somatických symptomech ve výzkumech, které provedli Santor et al. nebo Salokangas et al., podobně jako Khan et al. (cit. dle Uebelacker, et al., 2009).

Statisticky významné rozdíly mezi muži a ženami byly zjištěny pouze u tří položek Zungovy sebesposuzovací stupnice deprese. Ženy z výzkumného vzorku č. 1 signifikantně častěji než muži udávaly, že prožívají chvíle, kdy je jim do pláče, že jim jejich sexuální život nečiní potěšení a že mají potíže se zácpou. Vzhledem k celkovému počtu dvaceti měřených položek se však jeví signifikantní rozdíl zjištěný pouze ve tří položkách jako poměrně nevýznamný a jejich další interpretace jako sporná. Částečně však tato zjištění mohou být chápána jako podpora všeobecně přijímané teze o větší „citlivosti žen“. Mohou však souviset i s genderově odlišnou tolerancí „ženského“ a „mužského“ pláče, s rozdílným prožíváním sexuálního života mužů a žen (založených na biologických odlišnostech) a možná i s častějším výskytem psychosomatických onemocnění u žen (jakým může být i zmíněná zácpa).

V druhé fázi výzkumu bylo na základě analýzy získaných dat zjištěno, že se muži a ženy s diagnózou závislosti na alkoholu z výzkumného vzorku č. 2 signifikantně neliší v míře

deklarované expresivity depresivních symptomů k osobám ze sociální sítě (tj. v míře ochoty svěřit se s nimi druhým lidem), ani v míře deklarované ochoty vyhledávat při depresivních symptomech odbornou pomoc (u lékaře, psychologa, psychiatra...). Získaná data tedy nepodporují zjištění Horwitze (1977), který prokázal, že se ženy svěřují se svými psychickými problémy před vstupem na psychiatrickou léčbu podstatně více lidem než muži (v jeho výzkumu ženy mluvily před vstupem na psychiatrickou léčbu přibližně s více než 4 osobami mimo nukleární rodinu, muži průměrně pouze s jedním člověkem). Získaná data nepodporují ani výzkumná zjištění o tom, že ženy mnohem ochotněji než muži přijímají roli psychiatrického pacienta a mají tendenci hledat psychiatrickou pomoc více než dvakrát častěji než muži se srovnatelnými problémy, což prokázali například Kessler, Brown a Broman (1981) nebo Real (cit. dle Renzetti, Curran, 2002).

Obecně tedy získaná data nepodporují ani hypotézu „response bias“ o všeobecně větší expresivitě žen. Ženy ve výzkumném vzorku č. 2 neudávaly ve srovnání s muži větší míru deklarované expresivity vzhledem k osobám ze sociálního okolí ani k odborníkům. Tato zjištění jsou nekonzistentní například s výzkumem Mirowského a Rosse (1995), který potvrdil zvýšenou expresivitu žen oproti mužům, která se týká nejen pocitů smutku, úzkosti, neklidu nebo bolesti, které jsou obvykle s ženským pohlavím spojovány, ale také pocitů hněvu a hostility.

Výše uvedená zjištění jsou však konzistentní například s výzkumem Wu, Kouzis a Leaf (1999), kteří nenašli rozdíly ve využití odborné pomoci ve zdravotnickém zařízení mezi muži a ženami, a to jak ve skupině osob s komorbidity psychické nemoci a závislosti na alkoholu, tak ve skupině osob pouze s psychickou nemocí, tak bez psychiatrické diagnózy.

Jak interpretovat výsledky provedeného výzkumu, který všeobecně neodhalil signifikantní rozdíly ve vnímání a expresivitě depresivních symptomů mezi muži a ženami s diagnózou závislosti na alkoholu? Interpretace získaných dat nemůže být jednoznačná. Provedený výzkum se totiž zabýval pouze rozdíly v *deklarované* expresivitě depresivních symptomů u mužů a u žen, nezachycoval tedy „skutečný stav“, na který se zkoumaných osob retrospektivně dotazovali ve svých výzkumech právě výše uvedení autoři. Nakolik odpovídá deklarovaná ochota navštívit psychiatra při nabytí depresivního pocitu „ostatním lidem by bylo lépe, kdybych zemřel“ skutečnému rozhodnutí psychiatra navštívit, zvláště když právě prožívaná deprese obvykle ochromuje postižené v jakékoliv aktivitě? Nakolik potom odpovídá skutečné návštěvě v psychiatrické ordinaci, která se posléze odráží v lékařských

statistikách? Ještě větší rozdíly mezi deklarovanou ochotou vyhledat pomoc a skutečnou návštěvou u psychiatra než při prožívání těchto téměř sebevražedných symptomů by však bylo možné očekávat u mírnějších symptomů deprese. Jak zjistili Kessler, Brown a Broman (1981), subjektivní bariéry pro vyhledání odborné pomoci se projevují nejvíce při méně závažných symptomech.

Vztah mezi pohlavím a deklarovanou ochotou vyhledat odbornou pomoc při depresivních symptomech může paradoxně zkreslovat u osob se závislostí na alkoholu právě výskyt duální diagnózy. Wu, Kouzis, Leaf v roce 1999 zjistili, že osoby s psychickou nemocí a minimálně třemi symptomy alkoholové závislosti vyhledávají odbornou pomoc významně častěji, než osoby pouze s psychickou nemocí nebo závislostí na alkoholu, zatímco osoby s psychickou nemocí a jedním až dvěma symptomy alkoholové závislosti využívají odbornou pomoc třikrát méně, než osoby bez symptomů alkoholové závislosti, což je vysvětlováno možnou strategií sebemedikace psychiatrických symptomů užíváním alkoholu. (Wu, Kouzis, Leaf, 1999)

Podobně nejednoznačně mohou být chápána výzkumná zjištění o nenalezení signifikantního rozdílu mezi muži a ženami v deklarované expresivitě vzhledem k osobám z jejich sociální sítě. Výše uvedený výzkum nezjišťoval ani konkrétní počet osob, kterým by byly osoby z výzkumného vzorku č. 2 ochotné se svěřit s depresivními symptomy, ani další informace o kvalitě jejich sociální sítě. Je důležité poznamenat, že samotná závislost na alkoholu významně zasahuje do struktury a dynamiky rodinných systémů. Například podle modelu nemoci rodiny jsou ostatní členové rodiny nemocní stejně jako člen závislý na alkoholu, trpí tzv. kodependencí. Podle Cermaka (cit. dle McCrady, Epstein, 1999) patří mezi příznaky kodependence obětování sebeúcty ve prospěch kontroly sebe i druhých, přebírání odpovědnosti za uspokojení potřeb ostatních před vlastními, prožívání úzkosti a zkreslování hranic, které souvisí s problémy separace a intimity, vztahy se závislými lidmi nebo lidmi s poruchami osobnosti, používání strategie popření, stažení emocionality, nadměrná ostražitost, úzkostnost a depresivita atd. Kodependence se projevuje chováním, které umožňuje závislost. Podle teorie rodinných systémů může rodina reagovat na těžké pití přizpůsobením rodinné dynamiky, která ji stabilizuje, a rodinný konflikt se může zhoršovat když dochází k řešení alkoholového abúzu (Steinglass v roce 1979, 1987, cit. dle Kelly, Halford, Young, 2000)

V souvislosti s nástupem na protialkoholní léčbu, často opakovaným, může docházet ještě k hlubším změnám v sociální síti pacientů, zvláště v podobě zvládání dosud zastávaných sociálních rolí. Může se měnit podoba vztahů jak partnerských, tak rodičovských nebo

přátelských, podobně jako mohou být poznamenány vztahy v zaměstnání. Deklarovaná expresivita vůči osobám ze sociální sítě při depresivní symptomatologii může být významně ovlivněna předešlými reakcemi sociálního okolí v souvislosti s nástupem na protialkoholní léčbu.

Bylo prokázáno, že ženy trpící problémy s alkoholem méně často než muži mají podporu v rodině a přátelích pro vstup na protialkoholní léčbu (Beckman, Amaro, cit. dle Wu, Ringwalt, 2004). Vnímaná podpora ze strany rodiny při nástupu na protialkoholní léčbu by však mohla právě u mužů následně pozitivně ovlivňovat jejich deklarovanou ochotu vyhledat pomoc i při depresivních symptomech, kterou by dříve za jiných okolností nepociťovali. Podobně pokud ženy při nástupu na protialkoholní léčbu prožívají odsouzení ze strany blízkých a uvědomují si bolestně, že získaly nálepku „alkoholičky“ a trpí zároveň pocity viny z neschopnosti postarat se o své děti, mohou být následně mnohem méně ochotné vyhledávat jakoukoliv odbornou pomoc i při prožívaných depresivních symptomech.

Oba výzkumné vzorky byly pravděpodobně proti běžné populaci značně specifické. Jejich postoje vůči psychiatrické léčbě a deklarovaná míra ochoty vyhledat odbornou pomoc jsou určitě ovlivněny tím, že se už v minulosti minimálně jednou sami rozhodli nebo byli donuceni svým okolím nastoupit na protialkoholní léčbu. Lidé, kteří se dosud nikdy neocitli v ordinaci psychiatra, nezávisle na tom, zda mají psychické problémy, pravděpodobně budou mít odlišné postoje k psychiatrické léčbě, než ti, kteří již někdy v minulosti léčbu absolvovali. Podobně však bude mít odlišné postoje k léčbě a bude jinak vnímat možné „stigma léčby“ člověk, který pln nadějí a víry nastupuje na protialkoholní léčbu poprvé, a zcela odlišně jej může vnímat člověk vstupující do bran protialkoholní léčebny znovu po patnácté neúspěšné léčbě. Pacienti z obou výzkumných vzorků měli již za sebou vlastní prožitek rozhodovacího procesu o nástupu na léčbu a čerstvé zkušenosti spojené jak s pobytem v psychiatrickém zařízení, tak s reakcemi sociálního okolí. To vše jsou faktory, které neumožňují zevšeobecňovat výzkumná zjištění o míře deklarované expresivity depresivních symptomů a ochoty vyhledat odbornou pomoc na populaci osob, které podobné životní zkušenosti nemají.

Expresivita mužů i žen v obou zkoumaných vzorcích mohla být ovlivněna také v důsledku „iatrogenního“ vlivu skupinové psychoterapie, kterou absolvují všichni pacienti zařazení na protialkoholní léčbu. Vnímání společného údělu, rozvíjející se dynamika v rámci terapeutické skupiny, podpora otevřeného projevování emocí, navázání vztahu důvěry s terapeuty i spolupacienty, to vše jsou faktory, které mohly pozitivně (či negativně, například v případě

nepříjemných konfrontačních zážitků v rámci skupiny) přispívat ke změně expresivity u obou pohlaví, která se mohla následně projevit i v rámci ochoty svěřovat se se svými depresivními symptomy osobám ze sociální sítě, či odborníkovi.

Je také možné, že muži a ženy trpící závislostí na alkoholu musí ve svém životě bojovat s podobnými stresory a disponují i srovnatelnou mírou sociální podpory. Jejich sociální okolí je neuchránilo od natolik závažného zneužívání psychoaktivní látky, které jim znemožňuje zvládat bez odborné pomoci povinnosti běžného života. Podle Umberson et al. (1996) podobná sociální pozice způsobuje podobné psychologické reakce u mužů i žen; pokud žijí v podobných vztazích, je jimi podobně také ovlivňována míra jejich deprese a požívání alkoholu. Tato zjištění podporují i postoj strukturalistů, kteří tvrdí, že podobné sociální podmínky vyvolávají u různých lidí podobné psychologické reakce.

Do vztahu mezi zkoumanými proměnnými mohly významně intervenovat také faktory spojené se zaměstnáním, případně prožívanou nezaměstnaností, nebo obavami ze ztráty zaměstnání. Mnohé studie potvrzují vztah mezi znevýhodněným socioekonomickým statutem a symptomy deprese. Například Mossakowski zjistil, že nezaměstnanost je signifikantně spojena s depresivními symptomy nejvíce u věkové kategorie 29-37 let a tento vztah je významně silnější u mužů, pro ženy je být bez zaměstnání pravděpodobně méně stigmatizující. (Mossakowski, 2009) Muži z obou zkoumaných vzorků mohli v průběhu protialkoholní léčby prožívat významně více depresivních symptomů v souvislosti s obavami ze ztráty zaměstnání, popřípadě si mohli jako abstinující začít hlouběji uvědomovat svoji nezaměstnanost.

Vztah mezi zkoumanými proměnnými mohl být také silně ovlivněn osobnostními faktory osob z obou výzkumných vzorků, které v rámci výzkumu nebyly zjišťovány, ale mohly by významně přispět k jeho hlubšímu porozumění. Muži a ženy z obou výzkumných vzorků si mohli být v některých osobnostních charakteristikách, jejichž souvislost s depresivitou byla prokázána již v dřívějších výzkumech, podobní více, než by odpovídalo normálnímu rozložení těchto vlastností u mužů a žen v populaci. Například podle Lauera a jeho kolegů je prediktorem deprese určitý premorbidní profil osobnosti - autonomní labilita, tzn. zvýšená míra neuroticismu, časté stížnosti na somatické potíže, zvýšená interpersonální senzitivita a rigidita (cit. dle Cohen, 2002) Podobně Höschl uvádí, že k depresi jsou disponibilní cyklotymní a dystymní osobnosti, melancholický typ. Deprese je podle něj také spojena

s osobnostními rysy rigidity, obsese, zábran, hloubavosti a dominance. (Höschl, 2002). Erdur-Baker prokázal signifikantní vliv ruminativního stylu na depresivní symptomy u obou pohlaví (Erdur-Baker, 2009). Byla prokázána spojitost sebekritičnosti s životní diagnózou deprese a suicidálním chováním (např. Cox et al. v roce 2004, cit dle. Cox, Clara, Murray, 2009). Fu et al. předpokládá, že genetická korelace mezi depresivní poruchou a závislostí na alkoholu může být vysvětlena sdíleným genetickým vlivem antisociální poruchy osobnosti. (cit dle Lynskey, Agrawal, 2008). Časný počátek klinické deprese je spojován s vyhubavou, histriónskou, narcistickou a hraniční poruchou osobnosti (Fava et al, cit. dle Cohen, 2002). Vzhledem k výše uvedeným skutečnostem by bylo nesporným přínosem zjištění osobnostních charakteristik osob v obou zkoumaných vzorcích.

U osob ze zkoumaného vzorku 1 nebyla zjišťována anamnéza týkající se počátku a průběhu rozvoje depresivních symptomů, tyto údaje by také přispěly k osvětlení vztahů mezi zkoumanými proměnnými. Mnohé výzkumy prokázaly, že deprese obvykle předchází nástupu alkoholismu u žen, zatímco u mužů se rozvíjí alkoholová závislost před začátkem afektivní poruchy. (např. COGA -The Collaborative Study on the Genetics of Alcoholism, cit. dle Nurnberg, 2002) Je možné, že zjištění o nerozdílnosti mužů a žen ze zkoumaného vzorku č. 1 v míře depresivních symptomů mohou také souviset se skutečností, že v důsledku dlouholetého trvání závislosti na alkoholu před nástupem na léčbu mohlo dojít zvláště u náchylných mužů k rozvoji sekundární deprese, která by se při včasném nástupu na protialkoholní léčbu nemusela rozvinout.

Oba výzkumné vzorky by však mohly být proti běžné populaci značně specifické i z genderového hlediska, neboť jak u mužů tak u žen byla diagnostikována závislost na alkoholu, všeobecně vnímaná spíše jako „mužská nemoc“. Lze tedy vyslovit předpoklad, že tito muži a ženy, trpící závislostí na stejné návykové látce, by si mohli být v některých interindividuálních charakteristikách „více podobní“. Ženy, které jejich neúspěšný boj s alkoholem přivedl až k dobrovolnému nástupu na protialkoholní léčbu v psychiatrické léčebně, mohou mít jak více srovnatelné životní zkušenosti, tak podobné povahové rysy a naučené způsoby reakce na stres jako muži, nastupující na protialkoholní léčbu. Tyto ženy by mohly být také svým okolím vnímány jako „jiné“, vymykající se přetrvávajícím genderovým stereotypům. K hlubšímu pochopení vztahu deprese a alkoholismu by tedy mohl přispět výzkum, který by byl zároveň zaměřen i na odhalení míry maskulinních a feminních rysů u

osob, které trpí jak alkoholismem (tj. podle genderových stereotypů „mužskou nemocí“) tak depresí (tj. „ženskou nemocí“).

I když byla v předcházející části práce uvedena řada faktorů, které by mohly významně ovlivňovat vnější a vnitřní validitu obou výzkumných fází, závěry výzkumu přesto vybízí k hlubšímu zamyšlení nad přetrvávajícími genderovými stereotypy. Nejedná se pouze o vnímání deprese jako typicky „ženské nemoci“, ale i o všeobecně přijímanou představu uzavřeného muže a mnohem expresivnější ženy, která mnohem snadněji vyjadřuje své pocity. Sblížily se snad v poslední době gender role mužů a žen do té míry, že už přetrvávající gender stereotypy vůbec neodráží realitu, v tomto případě psychiatrickou morbiditu? Lze skutečně za ústřední genderový problém současnosti považovat spíše „krizi maskulinity“? Mění se všeobecně psychologický profil mužů trpících závislostmi natolik, že již neodpovídají *„tradičnímu genderovému stereotypu muže, sdíleného spoluklientkami i členkami terapeutického týmu“*, ke kterým ženy v terapeutickém prostředí *„přistupují spíše s despektem nebo k nim zaujímají mateřské postoje, což jejich problémy s mužskou identitou spíše prohlubuje“*? (Kalina, 2008, str. 270) Potvrzuje se snad hypotéza Sarah Rosenfield, která již v roce 1980 vyslovila předpoklad, že menší diferenciací mezi maskulinní a feminní rolí povede ke zmenšení rozdílů v depresivní symptomatologii u mužů a u žen (nebo dokonce k převrácení rozdílů)?

V závěru interpretace výsledků výzkumu by měla být připomenuta zjištění, která poněkud zůstala ve stínu mnoha „překvapivých“ zjištění o „nerozdílnosti mužů a žen“. Výzkum, který byl proveden, především potvrdil zvýšený výskyt depresivních symptomů u osob s diagnózou závislosti na alkoholu oproti běžné populaci. Lze konstatovat, že téměř 40 % osob z výzkumného vzorku č. 1 (tj. 43 osob z celkového počtu 108) udávalo v době provádění výzkumu natolik závažné depresivní symptomy, že by jim podle Zungovy sebesposuzovací stupnice deprese byla diagnostikována středně silná až těžká deprese. To je konzistentní například se zjištěním Schuckit (1997) a jeho kolegů, který ve svém výzkumu prokázal, že 41,6 % žen a mužů závislých na alkoholu mělo v době trvání jejich alkoholismu depresivní příznaky natolik vážné, že odpovídaly diagnóze depresivní epizody.

Zjištění o míře výskytu „duální diagnózy“ alkoholismu a deprese v českém prostředí mohou být chápána z klinického hlediska jako velmi varovná. Nejedná se pouze o výzkumy opakovaně prokázanou významnou souvislost mezi výskytem deprese s relapsem

následujícím po absolvování protialkoholní léčby (např. výzkum Curran a Booth, cit. dle Kirchner et al., 2002). Jak uvádí Nešpor (2002), léčba pacientů s dvojí diagnózou vyžaduje mnohem individuálnější přístup, než u nemocných se závislostí, a to jak z hlediska farmakologie, tak používání psychoterapeutických technik (konfrontační postupy bývají kontraindikované). Alarmující je především skutečnost, že osoby trpící alkoholismem nejsou všeobecně a průběžně diagnostikovány v souvislosti s možným výskytem depresivních symptomů a tím u nich není dostatečně zajištěna prevence zvýšeného rizika suicidálních tendencí (které potvrdil např. Schuckit, 1996).

Prvním impulsem k napsání této práce byla skutečnost, že jen v první polovině loňského roku ukončily „dobrovolně“ svůj život tři osoby, které se léčily ve výše uvedené psychiatrické léčebně ze závislosti na alkoholu nebo pro depresivní poruchu. Ve všech třech případech by však mohl být při včasné diagnostice odhalen výskyt „duální diagnózy“. Na základě zjištění nedávného výzkumu, který provedli v roce 2009 Schomerus, Matschinger a Angermeyer, lze předpokládat, že ke zvýšení ochoty vyhledat odbornou pomoc při prožívání depresivních symptomů mohou přispět změny postojů k psychickým nemocem u zdravých lidí. Bylo zjištěno, že zkušenost aktuální deprese nemění u takto postižených osob zásadně jejich dřívější postoje k psychiatrické pomoci. Lze tedy vyslovit naději, že všeobecné změny postojů ve společnosti zaměřené na redukci „stigma deprese“ mohou velmi pozitivně ovlivnit také hledání odborné pomoci v době prožívání depresivních symptomů. (Schomerus, Matschinger, Angermeyer, 2009)

4. ZÁVĚR

Práce se zabývala vlivem pohlaví na míru depresivity u osob s diagnózou závislosti na alkoholu, na míru expresivity depresivních příznaků a míru ochoty vyhledat při nich odbornou pomoc. V první fázi výzkumu byla jako metoda sběru dat aplikována validizovaná škála „Zungova sebesuzovací stupnice deprese“ (dle W.W.K. Zung, 1965, 1974, 1989, 1991, ve druhé fázi standardizovaný dotazník č. 2 o 20 položkách, zaměřený na zjištění míry deklarované expresivity depresivních symptomů, které měří Zungova sebesuzovací stupnice deprese a deklarované ochoty vyhledat při nich odbornou pomoc.

Bylo dosaženo následujících významných zjištění:

1. U 39,8 % osob z celkového počtu 108 (tj. 21 žen a 22 mužů) byly zjištěny depresivní symptomy odpovídající středně těžké až těžké depresi (dle Zungovy stupnice).
2. Muži a ženy s diagnózou závislosti na alkoholu (výzkumný vzorek č. 1) nevykazovali signifikantní rozdíl v míře depresivních symptomů.
3. Muži a ženy s diagnózou závislosti na alkoholu (výzkumný vzorek č. 1) nevykazovali signifikantní rozdíl v průměrné míře udávaných emocionálních, somatických a výkonových symptomů deprese.
4. Muži a ženy s diagnózou závislosti na alkoholu (výzkumný vzorek č. 2) nevykazovali signifikantní rozdíl v míře deklarované ochoty svěřit se se svými depresivními symptomy osobám ze sociální sítě.
5. Muži a ženy s diagnózou závislosti na alkoholu (výzkumný vzorek č. 2) nevykazovali signifikantní rozdíl v míře deklarované ochoty vyhledat při depresivních symptomech odbornou pomoc.

Ostatní dílčí zjištění viz kapitola 3.1.6 Dodatečná zjištění.

5. SOUHRN

Práce se zabývala vlivem pohlaví na míru depresivity u osob s diagnózou závislosti na alkoholu, na míru expresivity depresivních příznaků a míru ochoty vyhledat při nich odbornou pomoc. Téma „duální diagnózy“ závislosti na alkoholu a deprese u mužů a žen bylo zkoumáno v kontextu existujících gender norem, podle kterých je deprese často všeobecně vnímána jako typicky „ženská nemoc“, zatímco alkoholismus je považován za převážně „mužský problém“.

Teoretická část byla zaměřena na vymezení psychických onemocnění klasifikovaných jako duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek, závislost na alkoholu, depresivní epizoda a duální diagnóza alkoholismu a deprese. Dále byl zmapován jejich výskyt, jak na základě údajů čerpaných z lékařských statistik, tak z provedených výzkumů. Byla přiblížena jejich etiologie, léčba, a některé teoretické modely vzniku závislosti a deprese. V souvislosti se zaměřením na depresivní poruchu byly uvedeny aktuální údaje o sebevražednosti a výzkumná zjištění o faktorech ovlivňujících vyhledávání pomoci při

prožívání depresivní symptomatologie. Další část byla zaměřena na teoretická východiska, která se pokoušejí vysvětlit vyšší míru depresivity žen, dokládanou převážnou většinou dostupných zdrojů. Byl předložen přehled několika teoretických perspektiv, které vycházejí z vlivu psychologických, sociálních a biologických faktorů. Na vliv sociálních faktorů byla zaměřená hypotéza o větší psychické náchylnosti žen k depresi a hypotéza o větším vystavení žen stresujícím zážitkům. Další výzkumy vycházely z psychologických a biologických teorií. Odlišný přístup přinesli teoretikové, podle kterých je rozdíl v míře depresivity mezi muži a ženami pouze artefaktem měření. Tato perspektiva byla představena podrobněji a v jejím rámci bylo přiblíženo několik odlišných hypotéz- hypotézu o větší expresivitě žen, o odlišné schopnosti mužů a žen rozpoznat příznaky psychického onemocnění, o rozdílech v procesu hledání pomoci při psychických problémech, o vlivu přístupu lékaře a způsobu diagnostiky deprese.

Na základě zjištění uvedených v teoretické části byly stanoveny cíle výzkumu a formulovány hypotézy. Výzkumná část navázala na ta výzkumná zjištění, která zpochybňují vyšší hladinu depresivity u žen a tím i platnost přetrvávajícího vnímání deprese jako typicky „ženské nemoci“. Dále se výzkum zaměřil na ověření teze o „menší viditelnosti“ deprese u mužů, vycházející z předpokladu že se muži se svými depresivními pocity méně svěřují svému okolí a více než ženy odmítají vyhledat v případě deprese odbornou pomoc.

Výzkum byl rozdělen do dvou navazujících fází. Cílem první fáze výzkumu (a zároveň původním cílem práce) bylo zjistit, zda se signifikantně liší míra výskytu depresivních příznaků (měřených Zungovou sebeposuzovací škálou deprese) mezi muži a ženami s diagnózou závislosti na alkoholu, kteří se léčili na lůžkovém oddělení psychiatrické léčebny v době od října 2006 do září 2007 (výzkumný vzorek č. 1.). Dále bylo provedeno porovnání míry udávaných emocionálních, somatických a výkonových symptomů deprese u mužů a žen z výzkumného vzorku č.1.

Na základě výsledků první fáze výzkumu lze konstatovat, že nebyl nalezen signifikantní rozdíl v míře depresivity mezi muži a ženami výzkumného vzorku č. 1. Bylo však zároveň zjištěno, že téměř 40 % osob výzkumného vzorku č. 1 trpělo v době výzkumu depresivními symptomy střední a těžké závažnosti (dle Zungovy sebeposuzovací škály deprese), což je možné chápat jako poměrně velké riziko onemocnění depresí pro osoby závislé na alkoholu. Výsledky dále naznačují, že nebyl nalezen signifikantní rozdíl mezi průměrnou mírou udávaných emocionálních, somatických a výkonových symptomů deprese u mužů a žen z výzkumného vzorku č.1.

Cílem druhé fáze výzkumu bylo zjistit, zda a jak se liší deklarovaná míra expresivity jednotlivých depresivních příznaků (měřených Zungovou sebesuzovací škálou deprese) u mužů a žen z výzkumného vzorku č. 2 (tvořeným pacienty s diagnózou závislosti na alkoholu, kteří se léčili na protialkoholním oddělení psychiatrické léčebny v průběhu období od září do listopadu roku 2007). Výzkum byl zaměřen jak na porovnání míry deklarované expresivity mužů a žen ve vztahu k osobám ze sociální sítě pacientů závislých na alkoholu, tak na porovnání jejich deklarované ochoty vyhledat odbornou pomoc (lékaře, psychologa, psychiatra...).

Na základě výsledků druhé fáze výzkumu lze konstatovat, že nebyl nalezen signifikantní rozdíl v průměrné míře deklarované expresivity depresivních příznaků mezi muži a ženami výzkumného vzorku č. 2. Nebyl nalezen ani signifikantní rozdíl v průměrné míře deklarované expresivity depresivních symptomů ve vztahu k osobám ze sociální sítě pacientů závislých na alkoholu, ani v deklarované míře jejich ochoty vyhledat při depresivních symptomech odbornou pomoc.

Výše uvedené závěry z obou výzkumných fází tedy nepotvrzují všeobecně přijímané teze o tom, že ženy jsou výrazně více depresivní než muži a že deprese je typická „ženská nemoc“. Nepotvrzují však ani teze o vyšší expresivitě žen a větší ochotě žen vyhledat odbornou pomoc při psychických problémech, kterými vysvětlují vyšší míru depresivních žen v lékařských statistikách někteří zastánci teorie „artefaktu měření“.

Je však velmi důležité zdůraznit, že tyto zjištěné výsledky nelze v žádném případě zobecňovat na celou populaci pacientů s diagnózou závislosti na alkoholu. Vzhledem k malým výzkumným vzorkům, které nebyly vybrány náhodným výběrem, mohla být výrazně snížena validita výsledků obou výzkumných fází. Provedený výzkum se zabýval pouze rozdíly v *deklarované* expresivitě depresivních symptomů u mužů a u žen, nezachycoval tedy „realitu“, která se posléze odráží v lékařských statistikách. Zjištěné závěry by se však mohly stát podnětem pro další výzkumy, zaměřené na odhalení možných zkreslení v morbiditě psychických nemocí vlivem přetrvávajících „gender norem“. Do jaké míry brání stávající gender normy mužům, aby přiznali svým blízkým, že trpí depresí, a vyhledali odbornou pomoc? Kolik žen skrývá dále svoji závislost na alkoholu z obavy získání nálepky „alkoholičky“? A kolik z těchto lidských bytostí by mohlo v budoucnosti bez správné diagnostiky a léčby ztratit vůli žít dál?

6. LITERATURA

Alvarez-Jiménez, M. et al. Differential predictors of critical comments and emotional over-involvement in first-episode psychosis. *Psychological Medicine*. 40, 2010, 63-72 . Staženo 25.1. 2010 z databáze ProQuest.

Aube, J. et al. Gender differences in adolescent depressive symptomatology: Towards an integrated social-developmental model. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19, 3, 2000, 297-313. Staženo 13.11.2009 z databáze ProQuest.

Bailey, R.K., Blackmon, H.L., Stevens F.L. Major depressive disorder in the African American population: Meeting the challenges of stigma, misdiagnosis, and treatment disparities. *Journal of The National Medical Association*. 101, 11, 2009, 1084-1089. Staženo 25.1. 2010 z databáze ProQuest.

Bayer, D. (2003). Farmakoterapie závislosti a psychopatologických komplikací a komorbidity. In Kalina, K. et al. *Drogy a drogové závislosti- mezioborový přístup* 2. str. 19-23. Praha: NMS/ Úřad vlády ČR.

Bearman, S.K., Stice, E. Testing a gender additive model: The role of body image in adolescent depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 36, 2008, 1251-1263. Staženo 25.1. 2010 z databáze ProQuest.

Bebbington, P.E., et al. Suicide attempts, gender and sexual abuse: A data from 2000 British Psychiatric morbidity survey. *The American Journal of Psychiatry*. 166, 10, 2009, 1135-1140. Staženo 25.1. 2010 z databáze ProQuest.

Beck, K.H. et al. Social context of drinking and alcohol problems among college students. *The American Journal of Health Behavior*. 32,4, 2008, 420-430. Staženo 25.1. 2010 z databáze ProQuest.

Bird, Ch. E. Gender, Household Labor, and Psychological Distress: The Impact of the Amount and Division of Housework. *Journal of Health and Social Behavior*. 40, 1, 1999, 32-45. Staženo 4.10.2009 z databáze JSTOR.

Brent, D. In search of endophenotypes for suicidal behavior. *The American Journal of Psychiatry*. 166, 10, 2009, 1087- 1089. Staženo 25.1. 2010 z databáze ProQuest.

Brienza, R.S., Stein, M.D. Alcohol Use Disorders in Primary Care. Do Gender-specific Differences Exist? *Journal of General Internal Medicine*. 17, May 2002, 387-397. Staženo 15.11.2009 z databáze ProQuest.

Brožová, J. a kol. (2003). *Ženy a muži v číslech zdravotnické statistiky*. Praha:ÚZIS ČR. Dostupné na www.uzis.cz.

Castaneda, A.E. The effect of psychiatric co-morbidity on cognitive functioning in a population-based sample of depressed young adults. *Psychological Medicine*. 40, 2010, 29-39. Staženo 25.1. 2010 z databáze ProQuest.

Cohen, R.M. (2002). *Nejčastější poruchy v klinické praxi*. 2002. Praha:Portál.

Copeland, J. A qualitative study of self-managed change in substance dependence among women. *Contemporary Drug Problems*. 25,2,1998, 321-345. Staženo 25.1. 2010 z databáze ProQuest.

Cougnard, A. et al. Impact of antidepressants on the risk of suicide in patients with depression in real-life conditions: a decision analysis model. *Psychological Medicine*. 39, 2009, 1307-1315. Staženo 25.1. 2010 z databáze ProQuest.

Cox B.J., Clara, I.P., Murray, W.E. Self-criticism, maladaptive perfectionism, and depression symptoms in a community sample: A longitudinal test of the mediating effects of person- dependent stressful life events. *The Journal of Cognitive Psychotherapy: An international Quarterly*. 23, 4, 2009, 336-349. Staženo 20.12. 2009 z databáze ProQuest.

Cuellar, A. K., Johnson, S. L., Depressive symptoms and affective reactivity to maternal praise and critics. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 28, 9, 2009, 1173-1194. 20.12. 2009 z databáze ProQuest.

De Coster, S. Depression and Law Violation: Gendered Responses to Gendered Stresses. *Sociological perspectives*. 48, 2, 2005 pg. 155-187. Staženo 15.11.2009 z databáze ProQuest.

Dixit, A.R., Crum R.M. Prospective Study of Depression and the Risk of Heavy Alcohol Use in Women. *The American Journal of Psychiatry*. 157,5, 2000, 751-758. Staženo 14.11.2009 z databáze ProQuest.

Erdur-Baker, Ö. Peer victimization, rumination, and problem solving as risk contributors to adolescents depressive symptoms. *The Journal of Psychology*. 143, 1, 2009, 78-90. Staženo 25.1. 2010 z databáze ProQuest.

Falci, Ch., McNeely, C. Too many friends: Social integration, network cohesion and adolescent depressive symptoms. *Social forces*. 87, 4, 2009, 2031 2062. Staženo 25.1. 2010 z databáze ProQuest.

Fišerová, M. (2003). Neurobiologie závislosti. str. 96-101 In Kalina, K. et al. *Drogy a drogové závislosti- mezioborový přístup 1*. Praha: NMS/ Úřad vlády ČR 2003.

Fournier, M.A. Adolescent hierarchy formation and the social competition of depression. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 28, 9, 2009, 1144-1172. Staženo 25.1. 2010 z databáze ProQuest.

Frouzová, M. (2003). Psychologické a psychosociální faktory vzniku a rozvoje závislosti. In Kalina, K. et al. *Drogy a drogové závislosti- mezioborový přístup 1*. str. 124-129. Praha: NMS/ Úřad vlády ČR.

Frye M.A. et al. Gender Differences in Prevalence, Risk and Clinical Correlates of Alcoholism Comorbidity in Bipolar Disorder. *The American Journal of Psychiatry*. 160, 5, 2003. 883-889. Staženo 14.11.2009 z databáze ProQuest.

Gaudiano, B.A., Andover, M.S., Miller, I.W. The emergence of suicidal ideation during the post-hospital treatment of depressed patients. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 38,5, 2008, 539-551. Staženo 25.1. 2010 z databáze ProQuest.

Gillin, J.Ch. et al. Short REM latency in primary alcoholic patients with secondary depression. *The American Journal of Psychiatry*. 147, 1, 1990, 106-109. Staženo 25.1. 2010 z databáze ProQuest.

Glantz, M.D. Mental disorders as risk factors for later substance dependence: estimate of optimal prevention and treatment benefits. *Psychological Medicine*. 39, 2009, 1365-1377. Staženo 25.1. 2010 z databáze ProQuest.

Gómez, V. Quality of family and work roles and its relationship with health indicators in men and women. *Sex roles*. 55, 2006, 787-799. Staženo 25.1. 2010 z databáze ProQuest.

Gove, W.R., Tudor J.F. Adult Sex Roles and Mental Illness. *The American Journal of Sociology*. 78,4, 1973, 812-835. Staženo 5.10.2009 z databáze JSTOR.

Hegerl, U., Wittenburg, M.S.W.. The European Alliance against depression: A multilevel approach to the prevention of suicidal behavior. *Psychiatric services*. 60,5, 2009, 596-599. Staženo 25.1. 2010 z databáze ProQuest.

Heller, J. Pecinovská, O. et al. (1996). *Závislost známá neznámá*. Grada: Praha.

Hercher, Ch. et al. Alcohol-dependence-related increase of glial cell density in the anterior cingulate cortex of suicide completers. *Journal Psychiatry Neurosci*. 34,4, 2009, 281-288. Staženo 25.1. 2010 z databáze ProQuest.

Honzák, R. (1999). *Deprese. Depresivní nemocný v nepsychiatrické ordinaci*. Praha: Galén.

Höschl, C. (2002). Poruchy nálady. In: Höschl, C., Libiger, J., Švestka, J. (Eds.). *Psychiatrie*. str. 410-454. Praha: Tigis.

Horwitz A. The Pathways into Psychiatric Treatment: Some Differences Between Men and Women. *Journal of Health and Social Behavior*. 18,2, 1977, 169-178. Staženo 5.10.2009 z databáze JSTOR.

Horwitz A.V., White H.R. Gender Role Orientations and Styles of Pathology Among Adolescents. *Journal of Health and Social Behavior*. 28,2, 1987, 158-170. Staženo 1.2.2009 z databáze JSTOR.

Horwitz A.V., White H.R. Becoming Married, Depression, and Alcohol Problems Among Young Adults. *Journal of Health and Social Behavior*. 32, 3, 1991, 221-237. Staženo 1.2.2009 z databáze JSTOR.

Jeřábek, P. (2006). Osobnostní dispozice k drogové závislosti: Klinický pohled. *Adiktologie*, 6,4, 492-505.

Jeřábek, P. (2008) Psychopatologie závislosti. str. 53-74 In Kalina, K. et al. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada.

Jose, P.E., Brown, I. When does the gender difference in rumination begin? Gender and age differences in the use of rumination by adolescents. *The Journal of Youth Adolescence*. 37, 2008, 180-192. Staženo 25.1. 2010 z databáze ProQuest.

Kalina, K. (2003a) Modely závislosti a přístupy v pomoci uživatelům drog. str. 78-82 In Kalina, K. et al. *Drogy a drogové závislosti- mezioborový přístup 1*. Praha: NMS/ Úřad vlády ČR.

Kalina, K. (2003b). Rozšiřování terapeutických možností. In Kalina, K. et al. *Drogy a drogové závislosti- mezioborový přístup 2*. str. 103 -107. Praha: NMS/ Úřad vlády ČR.

Kalina, K. (2008). Ženy a muži jako specifické cílové skupiny. str. 265-274 In Kalina, K. et al. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada.

Karsten H. (2006). *Ženy-muži. Genderové role, jejich původ a vývoj*. Praha: Portál.

Kelly, A.B., Halford, W.K., Young R.M. Maritally distressed women with alcohol problems: the impact of a short term alcohol-focused intervention on drinking behaviour and marital satisfaction. *Addiction*. 95,10,2000, 1537-1549. Staženo 20.12. 2009 z databáze ProQuest.

Kendler, K.S. A twin-family study of alcoholism in women. *The American Journal of Psychiatry*. 151,5, 1994, 707-715. Staženo 20.12. 2009 z databáze ProQuest.

Kendler, K.S. Explanatory models for psychiatric illness. *The American Journal of Psychiatry*. 165,6, 2008, 695-702. Staženo 20.12. 2009 z databáze ProQuest.

Keller, P.S. et al. Longitudinal relations between parental drinking problems, family functioning, and child adjustment. *Development and Psychopathology*. 20,2008, 195-212. Staženo 20.12. 2009 z databáze ProQuest.

Kessler, R.C., Brown R.L., Broman C.L. Sex Differences in Psychiatric Help Seeking: Evidence from Four Large-Scale Surveys. *Journal of Health and Social Behavior*. 22,1, 1981, 49-64. Staženo 1.2.2009 z databáze JSTOR.

Kirchner, J.E. et al. Depressive disorders and alcohol dependence in a community population. *Community Mental Health Journal*. 38,5,2002, 361-374. Staženo 25.10. 2009 z databáze ProQuest.

Kovacs, M., Rottenberg, J., George, C. Maladaptive mood repair response distinguish young adults with early-onset depressive disorders and predict future depression outcomes. *Psychological Medicine*. 39, 2009, 1841-1854. Staženo 20.12. 2009 z databáze ProQuest.

Kovess-Masfety, V., Briffault, X., Sapinho, D. Prevalence, risk factors, and use of health care in depression: A survey in a large region of France between 1991 and 2005. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 54,10, 2009, 701-709. Staženo 25.1. 2010 z databáze ProQuest.

Křivohlavý, J. (1997). *Jak zvládat depresi*. Praha: Grada.

Kudrle, S. (2003). Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. In Kalina, K. et al. *Drogy a drogové závislosti- mezioborový přístup 1*. str. 91-95 Praha: NMS/ Úřad vlády ČR 2003.

Kudrle, S. (2008). Bio-psycho-sociálně spirituální model závislosti jako východisko k primární, sekundární a terciární prevenci a kvalifikované pomoci. str. 17-23 In Kalina, K. et al. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada.

Leaf P. J., Bruce M. L. Gender Differences in the Use of Mental Health-Related Services: A Re-Examination. *Journal of Health and Social Behavior*. 28, 2, 1987, 171-183. Staženo 5.10.2009 z databáze JSTOR.

Leeds, J., Morgenstern J. (1999). Psychoanalytické teorie zneužívání návykových látek. str. 59- 71. In Rotgers, F. et al. *Léčba drogových závislostí*. Praha:Grada.

Lynch, D., Laws, K.R., McKenna, P.J. Cognitive behavioural therapy for major psychiatric disorder: does it really work? A meta- analytical review of well-controlled trials. *Psychological Medicine*. 40, 2010, 9-24 . Staženo 25.1. 2010 z databáze ProQuest.

Lynskey, M.T., Agrawal, A. Differential criterion functioning of alcohol use symptomatology in major depressive disorder. *Psychological Medicine*. 38, 2008, 441-449. Staženo 25.1. 2010 z databáze ProQuest.

Malá, E. (2008). Deprese. In Hort, V. et al. (2008). *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál. str. 189-210.

Manos, R.C., et al. Depression self-stigma as a mediator of the relationship between depression severity and avoidance. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 28, 9, 2009, 1128-1143. Staženo 25.1. 2010 z databáze ProQuest.

Manová, K. Čím trpí duše ženy, čím trpí duše muže. *Psychologie dnes*, 2004, 10, 10, 15-16. Praha: Portál s.r.o.

McKinlay, J.B., McKinlay, S.M., Brambilla D. The Relative Contribution of Endocrine Changes and Social Circumstances to Depression in Mid-Aged Women. *Journal of Health and Social Behavior*. 28, 4, 1987, 345-363. Staženo 5.10.2009 z databáze JSTOR.

Minařík, J. (2008). Přehled psychotropních látek a jejich účinků. str. 339-364 In Kalina, K. et al. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada.

Miovská, L., Miovský, M., Kalina, K. (2008). Psychiatrická komobirdita. str. 75-87 In Kalina, K. et al. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada.

Mirowsky, J. Age and the Gender Gap in Depression. *Journal of Health and Social Behavior*. 37, 4,1996, 362-380. Staženo 1.2.2009 z databáze JSTOR.

Mirowsky, J., Ross C.E. Sex Differences in Distress: Real or Artifact? *American Sociological Review*. 60,3,1995, 449-468. Staženo 1.2.2009 z databáze JSTOR.

Mravčík, V., et al. (2009). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2008*. Praha: Úřad vlády České republiky. Staženo 20.2. 2010 z [www. drogy.info.cz](http://www.drogy.info.cz).

Mueller, T.I., et al. Prognostic effect of the variable course of alcoholism on the 10-year course of depression. *The American Journal of Psychiatry*. 151, 5, 1994,701-706. Staženo 25.1. 2010 z databáze ProQuest.

Nelsen, J.C. Diversity an an influence on clients with anxiety and depressive disorders:What the responsible social worker should know. *Families in Society*. 83,1,2002, 45-54. Staženo 14.11.2009 z databáze ProQuest.

Nešpor, K. (2000). *Návykové chování a závislost: Současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál.

Nešpor, K. (2002). Návykové nemoci. In: Höschl, C., Libiger, J., Švestka, J. (Eds.). *Psychiatrie*. str. 556-576 Praha: Tigris.

Nešpor, K. (2003). Psychologická komobirdita a komplikace, „duální diagnózy“. In Kalina, K. et al. *Drogy a drogové závislosti- mezioborový přístup 1*. str. 233-235 Praha: NMS/ Úřad vlády ČR 2003.

March, J.S., Vitiello, B. Clinical messages from the Treatment for adolescents with depression study (TADS). *The American Journal of Psychiatry*. 166, 10, 2009, 1118-1123. Staženo 25.1. 2010 z databáze ProQuest.

McBride, C., Bagby, R.M. Rumination and interpersonal dependency: Explaining women's vulnerability to depression. *Canadian Psychology*. 47, 3, 2006, 184-194. Staženo 20.12. 2009 z databáze ProQuest.

Miller, E., Chung, H. A literature review of studies of depression and treatment outcomes among U.S. college students since 1990. *Psychiatric services*. 60, 9, 2009, 1257-1260. Staženo 25.1. 2010 z databáze ProQuest.

Mossakowski, K.N. The influence of past unemployment duration on symptoms of depression among young women and men in United States. *The American Journal of Public Health*. 99,10, 2009, 1826-1832. Staženo 20.1. 2010 z databáze ProQuest.

Newmann, J.P. Sex Differences in Symptoms of Depression: Clinical Disorder or Normal Distres? *Journal of Health and Social Behavior*. 25,2,1984,136-159. Staženo 1.2.2000 z databáze JSTOR.

Nurnberger, J.I. et al. Is There a Genetic Relationship between Alcoholism and Depression? *Alcohol Research and Health*. 26,3,2002, 233-240. Staženo 15.11.2009 z databáze ProQuest.

Pagura, J. et al. Help seeking and percieved need for mental health care among individuals in Canada with suicidal behaviors. *Psychiatric services*. 60,7, 2009, 943-949. Staženo 25.1. 2010 z databáze ProQuest.

Patten, S.B. et al. Prospective evaluation of the effect of major depression on working status in a population sample. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 54,12,2009, 841-845. Staženo 20.1. 2010 z databáze ProQuest.

Piowsky, D. J. et al. D. J. Adverse childhood events and lifetime alcohol dependence. *The American Journal of Public Health*. 99,2, 2009, 258-263. Staženo 20.1. 2010 z databáze ProQuest.

Popov, P. (2003). Rozdělení a účinky návykových látek In Kalina, K. et al. *Drogy a drogové závislosti- mezioborový přístup*. str. 151-157 Praha: NMS/ Úřad vlády ČR 2003.

Poynter, B. et al. Sex differences in the prevalence of post-stroke depression: A systematic review. *Psychosomatics*. 50, 6, 2009, 563-569. Staženo 20.1. 2010 z databáze ProQuest.

Raboch, J., Pavlovský. P. (1999) *Psychiatrie –minimum pro praxi*. Praha: Triton.

Rein, A.S., Moretti, M.M., Wiebe V.J. Relational self-regulation: gender differences in risk for dysphoria. *Canadian Journal of Behavioural Science*. 30,4,1998, 243-258. Staženo 14.11.2009 z databáze ProQuest.

Rhodes, R., Johnson, A. A feminist approach to treating alcohol and drug-addicted African-American Women. *Women & Therapy*. 20, 3, 1997, 23-37. Staženo 20.1. 2010 z databáze ProQuest.

Robbins, C. Sex Differences in Psychosocial Consequences of Alcohol and Drug Abuse. *Journal of Health and Social Behavior*. 30, 1, 1989, 117-130. Staženo 1.12.2009 z databáze JSTOR.

Robbins, C.A., Martin, S.S. Gender, Styles of Deviance and Drinking Problems. *Journal of Health and Social Behavior*. 34, 4, 1993, 302-321. Staženo 1.12.2009 z databáze JSTOR.

Robertson Blackmore, E. et al. Major depressive episodes and work stress: Results from a National Population Survey. *The American Journal of Public Health*. 97,11,2007, 2088-2093. Staženo 20.1. 2010 z databáze ProQuest.

Roosa, M.W., Dumka, L., Tein, J. Family characteristics as mediators of the influence of problem drinking and multiple risk status on child mental health. *The American Journal of Community Psychology*. 24, 5,1996, 607-624. Staženo 20.1. 2010 z databáze ProQuest.

Roberts, E., R., O'Keefe S. J. Depression Reexamined. *Journal of Health and Social Behavior*. 22, 4, 1981, 394-400. Staženo 5.10.2009 z databáze JSTOR.

Renzetti, C. M., Curran D. J. (2003). *Ženy, muži a společnost*. Praha: Karolinum.

Rosenfield, S. Sex Diferencies in Depression, Do Women Always Have Higher Rates? *Journal of Health and Social Behavior*. 21, 1, 1980, 33-42. Staženo 5.10.2009 z databáze JSTOR.

Rosenfield, S.,Vertefuille, J., Mcalpine D.D. Gender Stratification and Mental Health: An Exploration of Dimension of the Self. *Social Psychology Quarterly*. 63, 3, 2000, 208-223. Staženo 5.10.2009 z databáze JSTOR.

Rosenfield, S. The Effects of Women's Employment: Personal Control and Sex Differences in Mental Health. *Journal of Health and Social Behavior* . 30,1, 1989, Staženo 5.10.2009 z databáze JSTOR.

Rotgers, F. et al. (1999). *Léčba drogových závislostí*. Praha:Grada.

Schuckit, M.A. Alcohol, anxiety and depressive disorders. *Alcohol Health and Research World*. 20, 2,1996, 81-86. Staženo 6.11.2009 z databáze ProQuest.

Schuckit, M. A., Tipp , J.E., Bergman, M., Reich, W. et al. Comparsion of Induced and Independent Major Depressive Disorders in 2,945 Alcoholics. *The American Journal of Psychiatry*, 154,7,1997, 948-957. Staženo 14.11.2009 z databáze ProQuest.

Skaff, M.M., Finney J.W, Moos R. H. Gender Differencies in Problem Drinking and Depression: Different „Vulnerabilities?“ *American Journal of Community Psychology*. 27,1, 1999, 25-54. Staženo 15.11.2009 z databáze ProQuest.

Skála, J. (1988) ...až na dno? Fakta o alkoholu a jiných návykových látkách zneužívání a závislost. Praha: Avicenum.

Schnittker, J. Gender and Reactions to Psychological Problems: An Examination of Social Tolerance and Perceived Dangerousness. *Journal of Health and Social Behavior*. 41,2, 2000, 224-240. Staženo 1. 12. 2009 z databáze JSTOR.

Schomerus, G., Matschinger, H., Angermeyer, M.C. Attitudes that determine willingness to seek psychiatric help for depression: a representative population survey applying the Theory of planned behaviour. *Psychological Medicine*. 39, 2009, 1855-1865. Staženo 25.1. 2010 z databáze ProQuest.

Tracey, J. J. et al. Exploring the nature of the relationship between child sexual abuse and substance use among women. *Addiction*. 93,6,1998, 865-875. Staženo 20.1. 2010 z databáze ProQuest.

Tumpachová, N. N. (2005). Hodnocení smyslu života v průběhu psychoterapie osob závislých na návykových látkách. *Adiktologie*, 5, 4, 504-515.

Turner H.A., Turner R.J. Gender, Social Status, and Emotional Reliance. *Journal of Health and Social Behavior*. 40, 4, 1999, 360-373. Staženo 5.10. 2009 z databáze JSTOR.

Umberson D., Chen M.D., House J.S., Hopkins K., Slaten E. The Effect of Social Relationships on Psychological Well-Being: Are Men and Women Really So Different? *American Sociological Review*. 61,5,1996, 837-857. Staženo 1. 12. 2009 z databáze JSTOR.

Uebelacker, L.A. et al. Use of item response theory to understand differential functioning of DSM-IV major depression symptoms by race, ethnicity and gender. *Psychological Medicine*. 39, 2009, 591-601. Staženo 25.1. 2010 z databáze ProQuest.

Vieno, A. et al. Antisocial behavior and depressive symptoms: Longitudinal and concurrent relations. *Adolescence*. 43, 171, 2008, 649- 660. Staženo 25.1. 2010 z databáze ProQuest.

Vitiello, B., Pearson, J.L. A depressed adolescent at high risk of suicidal behavior. *The American Journal of Psychiatry*. 165, 3, 2008, 323-328. Staženo 25.1. 2010 z databáze ProQuest.

Vobořil J. (2003). Gender-ženy jako specifická skupina. In Kalina, K. et al. *Drogy a drogové závislosti- mezioborový přístup* 2. str. 238-242. Praha: NMS/ Úřad vlády ČR.

Vogt Yuan, A.S. Gender differences in the relationship of puberty with adolescents depressive symptoms: Do body perceptions matter? *Sex roles*. 57, 2007, 69-80. Staženo 25.1. 2010 z databáze ProQuest.

Walde, J. et al. Women and Alcoholism: A Biopsychosocial Perspective and Treatment Approaches. *Journal of Counseling and Development*, 2002, 80,2, 145- 153. Staženo 15. 11. 2009 z databáze ProQuest .

WHO. *Extract from health for all (HFA) database: Czech Republic*. Staženo 28.1.2010 z <http://www.euro.who.int/mentalhealth/ctryinfo/HFAExtracts?Country=CZH&CtryName=Czech%20Republic>.

Weijers, H.G. Gender and personality in alcoholism. *Archives of women's mental health*. 2003,6,245-252. Staženo 25.1. 2010 z databáze ProQuest.

Wilsnack, S.C., Wilsnack R.W. International Gender and Alcohol Research: Recent Findings and Future Directions. *Alcohol Research and Health*. 26,4, 2002, 245-250. Staženo 15. 11. 2009 z databáze ProQuest .

Wisdom, J.P. et al. Adolescents Perceptions of the gendered context of depression: „Tough“ boys and objectified girls. *Journal of Mental Health Counseling*. 29,2, 2007, 144- 162. Staženo 25.1. 2010 z databáze ProQuest.

Wrase, J. et al. Amygdala volume associated with alcohol abuse relapse and craving. *The American Journal of Psychiatry*. 165, 9, 2008, 1179-1184. Staženo dne 20.3.2009 z databáze Proquest 5000.

Wu, L., Kouzis, A.C., Leaf, P.J. Influence of comorbid alcohol and psychiatric disorders on utilization of mental health services in the National Comorbidity Survey. *The American Journal of Psychiatry*. 156, 8, 1999, 1230- 1236. Staženo 25.1. 2010 z databáze ProQuest.

Wu, L. T., Ringwalt, Ch. Alcohol dependence and use of treatment services among women in the community. *The American Journal of Psychiatry*. 161, 10, 2004, 1790-1797. Staženo 25.1. 2010 z databáze ProQuest.

Young, R., Sweeting, H., West, P. A longitudinal study of alcohol use and antisocial behaviour in young people. *Alcohol & Alcoholism*. 43, 2, 2008, 204-214. Staženo 20.1. 2010 z databáze ProQuest.

Zdravotnická ročenka České republiky 1992. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. Staženo 16.1.2010 z <http://www.uzis.cz/cz/dps/index.html>

Zdravotnická ročenka České republiky 1993. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. Staženo 16.1.2010 z <http://www.uzis.cz/cz/dps/index.html>

Zdravotnická ročenka České republiky 1994. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. Staženo 16.1.2010 z <http://www.uzis.cz/cz/dps/index.html>

Zdravotnická ročenka České republiky 1995. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. Staženo 16.1.2010 z <http://www.uzis.cz/cz/dps/index.html>

Zdravotnická ročenka České republiky 1996. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. Staženo 16.1.2010 z <http://www.uzis.cz/cz/dps/index.html>

Zdravotnická ročenka České republiky 1997. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. Staženo 16.1.2010 z <http://www.uzis.cz/cz/dps/index.html>

Zdravotnická ročenka České republiky 1998. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. Staženo 16.1.2010 z <http://www.uzis.cz/cz/dps/index.html>

Zdravotnická ročenka České republiky 1999. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. Staženo 16.1.2010 z <http://www.uzis.cz/cz/dps/index.html>

Zdravotnická ročenka České republiky 2000. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. Staženo 16.1.2010 z <http://www.uzis.cz/cz/dps/index.html>

Zdravotnická ročenka České republiky 2001. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. Staženo 16.1.2010 z <http://www.uzis.cz/cz/dps/index.html>

Zdravotnická ročenka České republiky 2002. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. Staženo 16.1.2010 z <http://www.uzis.cz/cz/dps/index.html>

Zdravotnická ročenka České republiky 2003. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. Staženo 16.1.2010 z <http://www.uzis.cz/cz/dps/index.html>

Zdravotnická ročenka České republiky 2004. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. Staženo 16.1.2010 z <http://www.uzis.cz/cz/dps/index.html>

Zdravotnická ročenka České republiky 2005. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. Staženo 16.1.2010 z <http://www.uzis.cz/cz/dps/index.html>

Zdravotnická ročenka České republiky 2006. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. Staženo 16.1.2010 z <http://www.uzis.cz/cz/dps/index.html>

Zdravotnická ročenka České republiky 2008. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. Staženo 16.1. 2010 z <http://www.uzis.cz/cz/dps/index.html>

Zimmer- Gembeck, M. J. , Hunter, T.A., Pronk, R. A model of behaviors, peer relations and depression: Percieved social acceptance as a mediator and the divergence of

perceptions. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 26, 3, 2007, 273-302. Staženo 25.1. 2010 z databáze ProQuest.

Zucker A.N. , Landry L.J. Embodied discrimination: The relation of sexism and distress to women's drinking and smoking behaviors. *Sex roles*. 56, 2007, 193-203. Staženo 25.1. 2010 z databáze ProQuest.

7. PŘÍLOHY

Příloha 1: Anotace česky

Příloha 2: Anotace anglicky

Příloha 3: Kopie zadání diplomové práce

Příloha 4: Zungova sebesuzovací stupnice deprese.

Příloha 5: Dotazník č. 2.

Příloha 6: Výsledky t-testů odlišností průměrných hodnot odpovědí mužů a žen z výzkumného vzorku č. 1 na jednotlivé položky Zungovy sebesuzovací stupnice deprese.

Příloha 7: Výsledky t-testů odlišností průměrných hodnot expresivity depresivních symptomů u položek dotazníku č.2 k osobám ze sociální sítě u mužů a žen z výzkumného vzorku č. 2.

Příloha 8: Výsledky t-testů odlišností průměrných hodnot ochoty vyhledat odbornou pomoc při depresivních symptomech u jednotlivých položek dotazníku č. 2 u mužů a žen z výzkumného vzorku č. 2.

Příloha 1:

Vysoká škola: **Univerzita Palackého Olomouc** Fakulta: **Filozofická**
Katedra: **Psychologie** Akademický rok: **2009/2010**

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Jméno: **Lenka Čarnická** Osobní číslo: **I08125**
Rok imatrikulace: **2008** Studijní obor: **N7701 - Psychologie**
Vedoucí práce: **doc. PhDr. Zdeněk Vtípil, CSc.**
Oponent:
Počet stran: **175** Počet příloh: **8 (11 stran)**
Počet titulů použité literatury: **140**

Název diplomové práce:

Deprese a závislost na alkoholu

Abstrakt:

Práce se zabývá tématem deprese mezi muži a ženami s diagnózou závislosti na alkoholu v kontextu přetrvávajících genderových stereotypů, podle kterých je deprese typická „ženská nemoc“. Statistiky mentálního zdraví a početné populační výzkumy i studie provedené na klinických vzorcích dokládají vyšší míru deprese u žen oproti mužům. Výzkumy byla prokázána vyšší míra deprese u osob, které jsou závislé na alkoholu, než v populaci osob, které alkoholovou závislostí netrpí. Byl prokázán silnější vztah mezi depresí a alkoholismem mezi ženami závislými na alkoholu oproti mužům závislým na alkoholu. Avšak na základě některých protikladných zjištění, jako je například vyšší míra sebevražd u mužů, je možné si položit otázku, zda zdravotní statistiky nepodhodnocují skutečný výskyt deprese u mužů oproti ženám.

V teoretické části práce byly vymezeny psychiatrické poruchy, které jsou diagnostikovány jako duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek, deprese, závislost na alkoholu a duální diagnóza alkoholismu a deprese. Dále byl popsán jejich výskyt na základě údajů ze zdravotních statistik a výzkumů. Poté byla přiblížena teoretická vysvětlení rozdílů mezi muži a ženami v depresivitě, založená na psychologických, sociálních

a biologických faktorech. Výzkumná část práce vycházela z těch vysvětlení, která považují vyšší míru depresivity u žen oproti mužům za „ artefakt měření“. Tento fakt se pokoušejí vysvětlit tvrzením, že ženy vyjadřují své depresivní symptomy častěji než muži. Tato vyšší expresivita žen může být spojena s genderovými stereotypy.

Výzkum byl založen na kvantitativní metodologii a byl rozdělen do dvou částí. V první výzkumné fázi byla testována hypotéza č. 1: Mezi muži a ženami s diagnózou závislosti na alkoholu z výzkumného vzorku č. 1 není signifikantní rozdíl v míře depresivity. V první části výzkumu byla předkládána Zungova sebesposuzovací stupnice deprese výzkumnému vzorku 108 pacientů, kteří se léčili na lůžkovém oddělení protialkoholní léčebny od října 2006 do září 2007 (výzkumný vzorek č. 1).

Ve druhé části výzkumu byly testovány dvě hypotézy. Hypotéza č. 2: Míra expresivity depresivních symptomů u osob s diagnózou závislosti na alkoholu z výzkumného vzorku č. 2 vůči osobám z jejich sociální sítě je vyšší u žen než u mužů. Hypotéza č. 3: Míra ochoty vyhledat odbornou pomoc (u lékaře, psychiatra, psychologa) při depresivních symptomech (které jsou měřeny Zungovou sebesposuzovací škálou deprese) u osob s diagnózou závislosti na alkoholu z výzkumného vzorku č. 2 je vyšší u žen než u mužů. Ve druhé části výzkumu byl předložen dotazník č. 2 o 20 položkách výzkumnému vzorku č. 2, který tvořilo 52 pacientů s diagnózou závislosti na alkoholu, kteří se podstoupili protialkoholní léčbu v době od září 2007 do listopadu 2007.

Hypotéza č. 1 nebyla vyvrácena, hypotézy č. 2 a 3 nebyly potvrzeny. Muži a ženy s diagnózou závislosti na alkoholu (výzkumný vzorek č. 1) nevykazují signifikantní rozdíl v míře depresivních symptomů. Nebyl prokázán ani signifikantní rozdíl mezi muži a ženami z výzkumného vzorku č. 2 v míře deklarované ochoty svěřit se se svými depresivními symptomy osobám ze sociální sítě a vyhledat při nich odbornou pomoc.

Tato zjištění však nemohou být zevšeobecněna na celou populaci vzhledem ke specifickému charakteru obou výzkumných vzorků. Muži a ženy s diagnózou závislosti na alkoholu v obou výzkumných vzorcích si byli pravděpodobně více podobní, než ženy a muži, kteří závislostí na alkoholu netrpí. Ani jeden z výzkumných vzorků nebyl vybrán náhodně. Přesto by zjištění výzkumu mohla přispět k přehodnocení všeobecného názoru o depresi jako typické ženské nemoci. Výzkum poskytl mnoho témat pro další výzkum gender rozdílů v psychiatrické morbiditě.

Klíčová slova: závislost na drogách, závislost na alkoholu, deprese, dualní diagnóza sebevraždy, gender, hledání psychiatrické pomoci

Příloha 2:

University: **Palacky University Olomouc** Faculty: **Philosophical**
Department: **Department of Psychology** Academic year: **2009/2010**

ABSTRACT OF THE DIPLOMA THESIS

Name: **Lenka Čarnická** Personal No: **I08125**
Year of matriculation: **2008** Branch: **N7701 - Psychology**
Supervisor: **doc. PhDr. Zdeněk Vtípil, CSc.**
Opponent:
Number of pages: 175 Number of appendices: 8 (12 pages)
Number of used references: 140

Title of the Diploma Thesis:

Depression and alcohol dependence

Abstract:

This study deals with the issue of depression among men and women with the diagnosis of alcoholism in the context of predominant gender stereotype viewing depression as “a typical female disorder”. Mental health statistics and numerous studies on both community and clinical samples have documented that women suffer from depression more than men. Studies have shown that the rate of depression in alcoholic population is higher than that of nonproblem-drinking population. Women alcoholics prove to have a stonger interrelation between alcohol and depression than men alcoholics. However, contradictory results such as higher rates of suicide among men raise the question of whether mental health statistics underestimate the true occurrence of depression among men and women.

The theoretical part of the study focuses on psychiatric disorders diagnosed as mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use, alcohol dependence, depression, and dual diagnosis of depression and alcohol dependence. Also their occurrence is described. This is done on the base of mental health statistics and studies. Further, theoretical explanations of differences between depressive behavior of men and women are analysed on the background of psychological, social and biological factors. The research follows only

those studies claiming that the higher rate of depression in women population is “a measurement artifact”. These studies explain this fact by claiming that women express the depressive symptoms more frequently than men. The expressivity might be related to gender stereotype.

The research is based on quantitative investigation and is divided into two parts. In the first part we test hypothesis No.1: Men and women with diagnosis of alcoholism (Sample No 1) do not show significantly different intensity of depression symptoms. In the first part “Zung self-reported depression scale” is applied to sample of 108 inpatients with diagnosis of alcoholism. These patients went through psychiatric treatment from October 2006 to September 2007.

In the second part of the research two hypotheses are tested. Hypothesis No.2 claims that: Women have stronger willingness to communicate symptoms of depression to members of their social network. Hypothesis No.3: Women have stronger willingness to look for professional help (by psychiatrist, psychologist, other medical doctor) when they exhibit symptoms of depression (measured by Zung self-reported depression scale). In the second part we work out a 20-item inventory questionnaire No.2 to Sample 2 of 52 inpatients with diagnosis of alcoholism, who were undergoing the psychiatric treatment from September 2007 to November 2007. Hypothesis 1 is confirmed, hypothesis 2 and 3 are not confirmed. Men and women with diagnosis of alcoholism (Sample No 1) do not show significantly different intensity of depression symptoms. Even a significant difference in the willingness to communicate their symptoms to their social environment and find professional help is not proved in the Sample 2.

However, these conclusions cannot be generally extrapolated to the whole population due to a very specific nature of the sample. The men and women in the samples are probably more similar than men and women in a nonproblematic sample. The two Samples were not made randomly. But this study provides support for reconsideration of the assumption that depression is a typical women disorder. This research provides for some topics open for further investigation of gender differences in psychiatric morbidity.

Key words: drug dependence, alcohol dependence, depression, dual diagnosis, suicide, gender, psychiatric help seeking

Filozofická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

Akademický rok: 2008/2009

ZADÁNÍ MAGISTERSKÉ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Katedra: **psychologie**

Příjmení, jméno: **Č a r n i c k á Lenka, Bc.**

Osobní číslo studenta: **I 08125**

Studijní obor: **psychologie, kombinované navazující magisterské
studium**

Zadané téma¹:

Deprese a závislost na alkoholu

Název práce v angličtině²:

Depression and alcohol dependence

¹Předpokládáný název práce, česky nebo v jazyce, v němž bude práce napsaná. Vypĺňuje se tiskacím písmem. Případné drobné změny na titulní straně práce při jejím odevzdání (včetně psaní velkých a malých písmen či jiných typografických atypičností) budou ve ŠTAgU opraveny dodatečně. Při zásadní změně názvu tématu musí posluchač podat nové zadání BDP se všemi náležitostmi.

²Anglický překlad předpokládaného názvu práce.

Rozsah práce³: Min. 60 stran

Zásady pro vypracování:

Spec.zaměření: K některým současným poznatkům a problémům užívání drog a jeho důsledkům(N), Teorie vzniku závislosti na alkohol (N), Diagnostika závislosti na alkoholu, Alkoholismus v populaci (Nčást.), Deprese(Nrozšíř.), Duální diagnóza alkoholismu a deprese, Deprese a intersexuální rozdíly(Nčást.). Cíle:a)rozdíly v depresivitě z intersex.hlediska při dg.závislosti na alkoholu, b) míra expresivity deprese,srovnání mezi muži a ženami. Metodika: Zung a modifikace. Zkoumaný soubor: Studia A cca 100, studie B cca 50 resp.Parametry práce: www.casp.upol.cz. Statistika: t-test, event.korelace.

Seznam odborné literatury⁴:

Kalina,K.et al.(2003). Drogy a drogové závislosti 1,2.Mezioborový přístup. Praha: Rada Vlády ČR pro koordinaci protidrogové politiky.
Höschl,C.,Libiger,J.,Švestka,J.(2002). Psychiatrie. Praha:TIGIS.
Kalina,K.(2008). Adiktologie. Praha: Grada.
Křivohlavý,J.(2008). Psychologie nemoci. Praha: Grada.
Časopisy: Adiktologie, medic. aj. Elektronické zdroje.

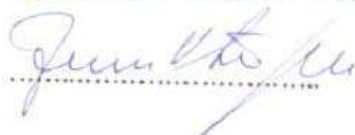
Termín zadání práce:

Listopad 2008

Termín odevzdání práce⁵:

Březen 2010

Vedoucí diplomové práce, titul (hůlkovým písmem):
doc.PhDr. Zdeněk Vtípil, CSc.



podpis vedoucího práce

10.11. 2008

datum

doc.PhDr.Vladimír Řehan

podpis vedoucího katedry

podpis děkana



3 Viz Prováděcí norma Studijního a zkušebního řádu UP v Olomouci na FF UP, článek 8 bod 5.

4 Uvádějí se pouze stěžejní prameny (asi 5 titulů).

5 Termín je zpravidla dán Harmonogramem FF na příslušný akademický rok. Součástí práce je desetirádková anotace vevázaná za stránkou s autorským prohlášením. Anotace obsahuje: cíle práce, způsob naplňování cílů, klíčová slova a resumé výsledků. U práce se předpokládají bibliografické údaje zpracované podle platné normy (nejlépe ISO). Práce se odevzdává na katedrách ve dvou tištěných verzích a na CD.

Příloha 4: Zungova sebespozuzovací stupnice deprese (verze pro muže)

Zaznamenejte, prosím, odpověď na každou z dvaceti položek	Nikdy nebo zřídka	Někdy	Dosti často	Velmi často nebo stále
1. Jsem smutný, skleslý a zkroušený.				
2. Ráno se cítím nejlépe.				
3. Jsou chvíle, kdy je mi do pláče.				
4. V noci mám potíže se spaním.				
5. Jím stejné množství jídla jako dříve.				
6. Sexuální život a myšlenky na něj mi stále činí potěšení.				
7. Všiml jsem si, že ubývám na váze.				
8. Mám potíže se zácpou.				
9. Srdce mi buší rychleji než obvykle.				
10. Unavím se a i bez příčiny.				
11. Mám v hlavě jasno jako obvykle.				
12. Snadno zvládnou totéž co dřív.				
13. Cítím nepokoj a nevydržím v klidu.				
14. Jsem plný naděje do budoucna.				
15. Jsem podrážděný více 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 stejné věci co dříve.				

Instrukce pro vyplnění:

Přečtěte si pečlivě každou větu. Pro každou položku zaškrtněte ve sloupcích ten, který nejlépe vyjadřuje, jak jste se cítil(a) v průběhu posledního týdne. Dodržujete-li dietu, u položek 5 a 7 odpovídejte, jako kdybyste na dietě nebyl.

Věk:

Datum:

Zpracováno podle W.W.K. Zung, 1965,1974,1989,1991

Příloha 5: Dotazník č. 2(verze pro muže)

	Vyberte prosím z nabízených možností, komu by jste se pravděpodobně svěřil s následujícími problémy, poté prosím uveďte, zda by jste při nich vyhledal nebo nevyhledal odbornou pomoc...	nikomu	jen nejbližšímu člověku	také několika blízkým lidem /příbuzným, přátelům.../	i většímu počtu lidí z širšího okolí (známým, kolegům..)	VYHLEDAL bych odbornou pomoc /lékaře, psychologa, psychiatra.../	NEVYHLEDAL bych odbornou pomoc /lékaře, psychologa, psychiatra.../
1.	Kdybych si všiml, že jsem často smutný, skleslý nebo zkroušený...						
2.	Kdybych si všiml, že se ráno obvykle cítím hůře než v jinou denní dobu...						
3.	Kdybych měl pocit, že je mi často do pláče...						
4.	Kdybych měl v noci potíže se spaním...						
5.	Kdybych si všiml, že nejím stejné množství jídla jako dříve...						
6.	Kdybych měl pocit, že mi sexuální život a myšlenky na něj už nečiní potěšení...						
7.	Kdybych si všiml, že ubývám na váze...						
8.	Kdybych měl potíže se zácpou...						
9.	Kdybych si všiml, že mi srdce buší rychleji než obvykle...						
10.	Kdybych si všiml, že se často unavím i bez příčiny...						
11.	Kdybych měl pocit, že nemám v hlavě jasno jako dříve...						
12.	Kdybych měl pocit, že nezvládnou totéž co dříve...						
13.	Kdybych si všiml, že často cítím nepokoj a nevydržím v klidu...						
14.	Kdybych měl pocit, že moje budoucnost je beznadějná...						
15.	Kdybych si všiml, že jsem více podrážděný než obvykle...						
16.	Kdybych měl pocit, že se obtížně rozhoduji...						
17.	Kdybych měl pocit, že jsem neužitečný a nepotřebný...						
18.	Kdybych měl pocit, že nežiji plným životem...						
19.	Kdybych měl pocit, že by pro ostatní bylo lépe, kdybych zemřel...						
20.	Kdybych si všiml, že mě netěší stejné věci jako dříve...						

Věk:

Datum:

Výsledky t-testů odlišností průměrných hodnot odpovědí mužů a žen z výzkumného vzorku č. 1 na jednotlivé položky Zungovy sebesopuzovací stupnice deprese.

	t	df	Sig. 2-stranná	Průměrný rozdíl	Std. chyba rozdílu	95% Interval spolehlivosti rozdílu		Cohenovo d
Jsem smutný/á/, skleslý/á/ a zkroušený/á/.	1,53	106,00	0,13	0,24	0,16	-0,07	0,56	-
Ráno se cítím nejlépe.	1,09	106,00	0,28	0,18	0,17	-0,15	0,52	-
Jsou chvíle, kdy je mi do pláče.	3,82	106,00	0,00	0,61	0,16	0,30	0,93	0,75
V noci mám potíže se spaním.	-0,32	106,00	0,75	-0,06	0,18	-0,42	0,30	-
Jím stejné množství jídla jako dříve.	0,19	106,00	0,85	0,04	0,21	-0,37	0,45	-
Sexuální život a myšlenky na něj mi stále činí potěšení.	2,54	106,00	0,01	0,48	0,19	0,11	0,86	0,49
Všiml/a/ jsem si, že ubývám na váze.	-0,65	106,00	0,52	-0,09	0,13	-0,35	0,18	-
Mám potíže se zácpou. a)	4,48	54,38	0,00	0,68	0,15	0,37	0,98	1,09
Srdce mi buší rychleji než obvykle.	0,57	106,00	0,57	0,09	0,15	-0,22	0,39	-
Unavím se a i bez příčiny.	-0,86	106,00	0,39	-0,17	0,19	-0,54	0,21	-
Mám v hlavě jasno jako obvykle.	0,45	106,00	0,65	0,08	0,18	-0,28	0,44	-
Snadno zvládnou totéž co dřív.	0,37	106,00	0,71	0,07	0,19	-0,30	0,44	-
Cítím nepokoj a nevydržím v klidu.	0,78	106,00	0,44	0,16	0,20	-0,24	0,55	-
Jsem plný/á/ naděje do budoucna.	-0,04	106,00	0,97	-0,01	0,21	-0,42	0,41	-
Jsem podrážděný/á/ více než obvykle.	0,45	106,00	0,65	0,09	0,19	-0,29	0,46	-
Snadno se rozhoduji.	1,12	106,00	0,26	0,20	0,18	-0,15	0,55	-
Cítím, že jsem užitečný/á/ a potřebný/á/. b)	-0,45	84,59	0,65	-0,09	0,19	-0,46	0,29	-
Žiji plným životem.	0,48	106,00	0,63	0,09	0,18	-0,26	0,43	-
Cítím, že by pro ostatní bylo lépe, kdybych zemřel /a/.	0,19	106,00	0,85	0,03	0,17	-0,30	0,36	-
Těší mě stejné věci co dříve.	1,25	106,00	0,22	0,25	0,20	-0,15	0,64	-

Pozn.

Úprava testu pro nestejné rozptyly.

a) Levenův test $F = 59,11$ $p = 0,00$

b) Levenův test $F = 6,96$ $p = 0,01$

Výsledky t-testů odlišností průměrných hodnot deklarované expresivity depresivních symptomů u jednotlivých položek dotazníku č. 2 k osobám ze sociální sítě u mužů a žen výzkumného vzorku č. 2

	t	df	Sig. (2-stranná)	Průměrný rozdíl	Std. chyba rozdílu	95%Interval spolehlivosti rozdílu	
Kdybych si všiml/a, že jsem často smutný/á, skleslý/á nebo zkroušený/á...	0,39	50,00	0,70	0,08	0,21	-0,34	0,49
Kdybych si všiml/a, že se ráno obvykle cítím hůře než v jinou denní dobu...	-0,85	50,00	0,40	-0,17	0,20	-0,57	0,23
Kdybych měl/a pocit, že je mi často do pláče...	1,52	50,00	0,14	0,27	0,18	-0,09	0,63
Kdybych měl/a v noci potíže se spaním...	-1,20	50,00	0,24	-0,31	0,26	-0,83	0,21
Kdybych si všiml/a, že nejím stejné množství jídla jako dříve...	-1,00	50,00	0,32	-0,27	0,27	-0,80	0,27
Kdybych měl/a pocit, že mi sexuální život a myšlenky na něj už nečiní potěšení...	0,51	50,00	0,61	0,08	0,15	-0,22	0,37
Kdybych si všiml/a, že ubývám na váze...	-1,15	50,00	0,26	-0,27	0,24	-0,75	0,20
Kdybych měl/a potíže se zácpou...	-0,84	50,00	0,41	-0,17	0,20	-0,57	0,24
Kdybych si všiml/a, že mi srdce buší rychleji než obvykle... a)	-1,13	34,02	0,27	-0,26	0,23	-0,72	0,21
Kdybych si všiml/a, že se často unavím i bez příčiny...	0,67	50,00	0,50	0,18	0,26	-0,35	0,71
Kdybych měl/a pocit, že nemám v hlavě jasno jako obvykle...	-0,24	50,00	0,81	-0,05	0,20	-0,44	0,35
Kdybych měl/a pocit, že nezvládnou totéž co dříve...b)	-1,03	34,99	0,31	-0,28	0,27	-0,82	0,27
Kdybych si všiml/a, že často cítím nepokoj a nevydržím v klidu... c)	-0,73	34,96	0,47	-0,18	0,24	-0,67	0,32
Kdybych měl/a pocit, že moje budoucnost je beznadějná...	-0,29	50,00	0,77	-0,06	0,20	-0,45	0,34
Kdybych si všiml/a, že jsem více podrážděný/á než obvykle...	-0,48	50,00	0,64	-0,11	0,23	-0,57	0,35
Kdybych měl/a pocit, že se obtížně rozhoduji....	0,62	50,00	0,54	0,12	0,20	-0,28	0,53
Kdybych měl/a pocit, že jsem neužitečný/á a nepotřebný/á...	0,21	50,00	0,84	0,04	0,18	-0,33	0,41
Kdybych měl/a pocit, že nežiji plným životem... d)	1,31	35,29	0,20	0,32	0,25	-0,18	0,82
Kdybych měl/a pocit, že by pro ostatní bylo lepší, kdybych zemřel/a...	0,38	50,00	0,71	0,06	0,15	-0,25	0,36
Kdybych si všiml/a, že mě netěší stejné věci jako dříve...e)	0,09	34,11	0,93	0,02	0,23	-0,44	0,48

Pozn. Úprava t- testu pro nestejné rozptyly.

- a) Levenův test $F = 4,70$ $p = 0,04$.
- b) Levenův test $F = 4,20$ $p = 0,05$.
- c) Levenův test $F = 5,99$ $p = 0,02$.
- d) Levenův test $F = 7,80$ $p = 0,01$.
- e) Levenův test $F = 7,80$ $p = 0,02$.

Výsledky t-testů odlišností průměrných hodnot deklarované ochoty vyhledat odbornou pomoc při depresivních symptomech u jednotlivých položek dotazníku č. 2 u mužů a žen výzkumného vzorku č. 2

	t	df	Sig. (2-stranná)	Průměrný rozdíl	Std. chyba rozdílu	95%Interval spolehlivosti rozdílu	
Kdybych si všiml/a, že jsem často smutný/á, skleslý/á nebo zkroušený/á...a)	-1,11	43,16	0,27	-0,14	0,13	-0,40	0,12
Kdybych si všiml/a, že se ráno obvykle cítím hůře než v jinou denní dobu...	-0,55	50,00	0,59	-0,07	0,13	-0,34	0,19
Kdybych měl/a pocit, že je mi často do pláče...	-0,09	50,00	0,93	-0,01	0,12	-0,24	0,22
Kdybych měl/a v noci potíže se spaním...	-0,10	50,00	0,92	-0,01	0,14	-0,30	0,27
Kdybych si všiml/a, že nejím stejné množství jídla jako dříve...	-0,55	50,00	0,59	-0,07	0,13	-0,34	0,19
Kdybych měl/a pocit, že mi sexuální život a myšlenky na něj už nečiní potěšení...b)	-1,75	42,05	0,09	-0,23	0,13	-0,49	0,04
Kdybych si všiml/a, že ubývám na váze...	0,48	50,00	0,64	0,07	0,14	-0,21	0,34
Kdybych měl/a potíže se zácpou...	-1,08	50,00	0,29	-0,15	0,14	-0,43	0,13
Kdybych si všiml/a, že mi srdce buší rychleji než obvykle...	0,52	50,00	0,61	0,07	0,14	-0,21	0,36
Kdybych si všiml/a, že se často unavím i bez příčiny...	-0,27	50,00	0,79	-0,04	0,14	-0,33	0,25
Kdybych měl/a pocit, že nemám v hlavě jasno jako obvykle...	0,65	50,00	0,52	0,09	0,14	-0,19	0,37
Kdybych měl/a pocit, že nezvládnou totéž co dříve...	-0,55	50,00	0,59	-0,07	0,13	-0,34	0,19
Kdybych si všiml/a, že často cítím nepokoj a nevydržím v klidu...	1,22	50,00	0,23	0,17	0,14	-0,11	0,45
Kdybych měl/a pocit, že moje budoucnost je beznadějná...	-0,46	50,00	0,65	-0,06	0,14	-0,35	0,22
Kdybych si všiml/a, že jsem více podrážděný/á než obvykle...	-0,83	50,00	0,41	-0,11	0,13	-0,36	0,15
Kdybych měl/a pocit, že se obtížně rozhoduji.... c)	-1,08	40,93	0,29	-0,12	0,11	-0,35	0,11
Kdybych měl/a pocit, že jsem neužitečný/á a nepotřebný/á...	-0,16	50,00	0,88	-0,02	0,12	-0,27	0,23
Kdybych měl/a pocit, že nežiji plným životem...d)	-1,11	43,16	0,27	-0,14	0,13	-0,40	0,12
Kdybych měl/a pocit, že by pro ostatní bylo lepší, kdybych zemřel/a...	-0,22	50,00	0,83	-0,03	0,13	-0,29	0,23
Kdybych si všiml/a, že mě netěší stejné věci jako dříve...	-0,74	50,00	0,46	-0,08	0,11	-0,30	0,14

Pozn. Úprava t- testu pro nesterélné rozptyly.

- a) Levenův test $F = 4,77$ $p = 0,03$.
- b) Levenův test $F = 9,88$ $p = 0,00$.
- c) Levenův test $F = 4,97$ $p = 0,03$.
- d) Levenův test $F = 4,77$ $p = 0,03$.