

---

# Rodinné koreláty depresivity v adolescenci

---

Krch F. D.<sup>1,2</sup>, Csémy L.<sup>2</sup>

Psychiatrická klinika 1. LF UK A VFN, Praha,  
přednosta prof. MUDr. J. Raboch, DrSc.<sup>1</sup>  
Psychiatrické centrum Praha,  
přednosta prof. MUDr. C. Höschl, DrSc.<sup>2</sup>

---

## Souhrn

Autoři referují o výsledcích dotazníkového šetření mezi 3172 studenty náhodně vybraných středních a učňovských škol v České republice (response rate 94,7, průměrný věk 15,9 roku). 21 % sledovaných adolescentů uvedlo, že v posledním týdnu pociťovali výraznější depresivní příznaky. Počet depresivních děvčat 2,6krát převyšoval počet depresivních chlapců. 45,3 % dospívajících uvedlo, že někdy v životě mělo myšlenky na sebevraždu, pokus o sebevraždu uvedlo 8,8 % děvčat a 4,4 % chlapců.

Jako jednoznačně nejvýraznější stresový rodinný faktor byly respondenty vnímány konflikty a napětí v rodině, ve které adolescenti vyrůstali. Depresivní dívky a chlapci uváděli, že v jejich rodinách to není v pořádku a že tam nepanuje ovzduší důvěry a pochopení. S přibývajícimi depresivními příznaky se zejména u dívek snižovala rodinná koheze. U chlapců nebyl zjištěn statisticky významný vztah mezi úplností rodiny a výskytem depresivních příznaků. Děvčata, která vyrůstala bez sourozenců, uváděla více depresivních příznaků. Nebyl zjištěn významný vztah mezi výskytem depresivních příznaků a přítomností (nepřítomností) prarodičů v rodině, ani mezi depresí adolescentů a vzděláním rodičů. Studie potvrdila vztah mezi hodnocením materiální situace rodiny a výskytem depresivních příznaků.

Výsledky studie naznačují, že život v neúplné rodině nemusí být vždy stresujícím faktorem a že vulnerability vůči depresi se výrazněji zvyšuje především v závislosti na bezprostředních problémech v základní rodině dospívajícího a atmosféře, která v ní panuje. Studie potvrdila významné gender rozdíly jak ve vnímání a hodnocení vlastních prožitků, tak rodinného kontextu. Děvčata jinak a citlivěji než chlapci reagovala na enviromentální podněty a sociální kontext.

**Klíčová slova:** depresivní příznaky, adolescence, rodina, gender.

## Summary

Krch F. D., Csémy L.: Family Correlates of Depression

The authors refer to the results of a questionnaire screening among 3,172 students of randomly chosen secondary and vocational schools in the Czech Republic (response rate 94.7; average age 15.9 years). 21 per cent of the adolescents questioned stated that in the past week they had rather significant symptoms of depression. The number of depressive girls was 2.6 times higher than the number of depressive boys. 45.3 per cent of the adolescents stated that they contemplated suicide sometime during their lives. 8.8 per cent of girls and 4.4 per cent of boys stated attempted suicide.

The respondents perceived conflicts and tension in the family in which they were growing up, as the single most significant stressing family factor. The depressive girls and boys stated that their families were not in order and that there was no atmosphere of trust and understanding. With increasing symptoms of depression especially in the girls, there was a decrease in family cohesion. In the boys no statistically important correlation between a complete family and occurrence of depressive symptoms was found. Girls growing up without siblings stated more depressive symptoms. No significant relation between the occurrence of depressive symptoms and the presence (or absence) of grandparents in the family was found, or between the depression of adolescents and the level of education of their parents. The study confirmed relation between assessment of the material status of the family and the occurrence of depressive symptoms.

The results of the study suggest that life in an incomplete family does not always have to be a stressing factor and that vulnerability towards depression is significantly increasing especially in relation to immediate problems in the basic family of the adolescent and to the atmosphere in the family. The study confirmed significant gender differences both in perception and assessment of one's own experiences and the family context. The girls were responding in a different and more sensitive way to environmental stimuli and to social context.

**Key words:** depressive symptoms, adolescence, family, gender

*Čes. a slov. Psychiat., 102, 2006, No. 3, pp. 130–136.*

---

---

## ÚVOD

---

Rodina představuje nejdůležitější sociální kontext psychosociálního vývoje dítěte a dospívajícího [17]. Je to rovněž nejdůležitější rámec, ve kterém se utváří emocionální vztahy [20]. Rodinná zkušenost spoluurčuje hranice emoční reaktivity, míru subjektivní citlivosti dítěte na běžný životní kontext, ale i standardní emocionální odezvu. Představuje konkrétní vzor, podle kterého jedinec reaguje na různé životní situace a problémy, interpretuje svoje prožitky a zohledňuje je, když hodnotí sebe i okolní svět. Vlivy rodinného prostředí se vzájemně potencují s dalšími sociálními vlivy a samozřejmě i s genetickými faktory. Výraznější vliv dědičnosti se předpokládá zejména pokud jde o projev negativních emocí [12, 15].

Rodina není statická a uzavřená jednotka, ale komplexní a dynamicky se vyvíjející systém, který citlivě reaguje jak na sociální, kulturní a historický vývoj, tak na individuální změny v samotné rodině [14]. Jednou z takových, pro rodinu významných změn, je dospívání a separace dítěte, kdy se rodinný systém adaptuje na sociální, fyzické a mentální dospívání dítěte. Pro dospívajícího však rodina stále zůstává významným emocionálním zdrojem [19].

Problémy rodiny se snadno odrazí i v osobním a sociálním životě dítěte. Hrají významnou roli při rozvoji nejrůznější psychopatologie a poruch sociální adaptace [6]. V souvislosti s výskytem duševních poruch v dětství a v dospívání je často poukázáno na výskyt emoční poruchy u některého z rodičů, případně na skutečnost, že se otec nebo matka léčí na psychiatrii [11, 12]. Riziko depresivních poruch u dětí rodičů s afektivní poruchou se pohybuje mezi 9 až 47 % a ve srovnání s kontrolní skupinou mívají tyto děti také relativně vyšší výskyt neafektivních duševních poruch [15]. Někteří autoři předpokládají [4, 6], že spíše než k určité specifické psychopatologii (jako je například závislost na psychoaktivních látkách nebo porucha příjmu potravy) má duševní porucha v rodině afinitu k disharmonickému vývoji osobnosti a snížené schopnosti přiměřeně se vypořádávat s různými životními problémy.

Přestože existuje řada klinických studií [11] poukazujících na roli rodiny při rozvoji deprese, není mnoho studií, které by umožnily posoudit tuto problematiku na širším normativním vzorku s ohledem na věk, případně širší sociálně kulturní kontext. Z těchto důvodů jsme se rozhodli využít výsledky studie ESPAD (The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs), iniciované Radou Evropy (Pompidou Group), The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs a European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, která byla realizována v roce 2003 v 35 různých evropských zemích [10].

Naše práce je zaměřena na některé rodinné charakteristiky a faktory s cílem posoudit jejich vztah s určitou depresivní symptomatologií.

Vzhledem k tomu, že se depresivní příznaky častěji vyskytují u dospívajících dívek než u chlapců [14] a že dívky mohou jinak interpretovat jak svoje prožitky, tak rodinný kontext, jsou výsledky studie prezentovány s ohledem na pohlaví respondentů. Na zvýšené riziko deprese u žen svorně poukazují různé klinické i epidemiologické studie [10]. Jak ale připomínají Weissman a Klerman [20], není to jenom tím, že ženy mají tendenci více mluvit o svých problémech a snadněji požadují podporu a pomoc než muži. Podle naší zkušenosti děvčata snadněji mluví o svých problémech a jinak než chlapci reagují na některé položky v dotaznících.

---

## METODA

---

Dotazník užitý při studii v roce 2003 vycházel z mezinárodní anglické verze dotazníku, která byla vypracována koordinační skupinou projektu ESPAD. Poprvé byla studie realizována v roce 1995, od té doby probíhá pravidelně se čtyřletou periodicitou (1999 a 2003). Po obsahové stránce pokrývá dotazník několik tematicky odlišných domén. Vedle základních sociodemografických ukazatelů to jsou specifické oblasti chování, které mají významný vztah především k užívání psychoaktivních látek, ale i celkově k duševnímu zdraví mládeže. Užitá škála deprese má šest položek a vychází ze škály CES-DC (The Center for Epidemiological Studies Depression Scale for Children) [5, 22]. Prezentovaná práce je založena na datovém souboru získaném v roce 2003.

Dotazníkové šetření bylo anonymní a proběhlo v prvních ročnících 180 náhodně vybraných středních škol v celé ČR. Výběr škol a nábor dat byl připraven tak, aby v souladu s kritérii, která stanovila mezinárodní koordinační rada projektu, byly ve vzorku proporčně zastoupeni žáci z gymnázií, středních odborných škol a škol učňovských. Z celkového počtu 5048 studentů zapsaných ve sledovaných třídách vyplnilo dotazník 4780 osob (respondence 94,7 %). Předmětem mezinárodního výzkumu byla kohorta dospívajících narozená v roce 1987. Osob narozených v tomto roce bylo v souboru dotázaných 3172. Všechny analýzy v tomto článku se týkají právě této kohorty. Chlapci tvořili 46 % dotázaných (1462), dívek bylo ve vzorku 1710. Průměrný věk souboru byl 15,9 let (s.o. 0,2).

---

## VÝSLEDKY

---

Subjektivní míra deprese byla respondenty hodnocena na čtyřpoložkové škále v rámci šesti pro-

měnných, respektive příznaků deprese, které se kromě pocitu smutku týkaly aktivity (pocitu skleslosti), chuti k jídlu, koncentrace pozornosti, míry úsilí (přemáhání) a pracovní výkonnosti. Možné výsledné hodnoty se pohybují v rozmezí 6 až 24 bodů. Respondent měl posoudit svoje pocity za posledních 7 dnů. V tabulce 1 jsou uvedeny průměrné hodnoty diferencované s ohledem na pohlaví. Ve druhé části tabulky je uveden počet a proporce (v %) respondentů se zvýšeným skóre deprese – tj. vyšším než je průměr + 1 SD ( $=, > 14$ ).

**Tab. 1.** Úroveň deprese (poslední týden) v závislosti na pohlaví.

Chlapci		Dívky		Celkem		Významnost
Prům.	SD	Prům.	SD	Prům.	SD	
10,85	3,57	13,29	4,05	12,2	4,02	,000
Počet depresivních respondentů (skóre deprese je 14 nebo vyšší)						
n	%	n	%	n	%	
152	11,2	481	29,1	633	21,0	,000

Děvčata uváděla v průměru významně více depresivních příznaků než chlapci. Téměř třicet procent děvčat mělo zvýšené skóre deprese, což bylo 2,6krát více než u chlapců.

Z jednotlivých depresivních příznaků si chlapci nejčastěji stěžovali na poruchy soustředění, děvčata na celkový pocit skleslosti a na pocity smutku. Pokud jde o proporce s jakou bylo celkové skóre deprese „syceno“ jednotlivými položkami, „depresivní“ chlapci a dívky se příliš nelišili pokud jde o většinu depresivních příznaků (nechutenství, poruchy soustředění, apatie a abulie), kromě subjektivního hodnocení pocitu smutku kde byl mezi chlapci a dívkami statisticky signifikantní ( $p < 0,00$ ) rozdíl. 21 % chlapců (11,7 % dívek) s vysokým depresivním skóre uvedlo, že v posledním týdnu nemělo výraznější pocity smutku. Na druhé straně 55,1 % depresivních děvčat, ale jen 34,2 % depresivních chlapců uvedlo, že měli časté pocity smutku.

Kromě škály deprese obsahoval dotazník další otázky zaměřené na závažné projevy deprese v minulosti: „Stalo se vám někdy: 1. že vás napadlo, že si něco uděláte; 2. že jste úplně ztratil/a chuť žít; 3. že jste se pokusil/a o sebevraždu? V tabulce 2 je uvedena životní prevalence těchto depresivních příznaků diferencovaná s ohledem na skóre deprese ( $=, < 14$ ) a pohlaví respondentů.

Mezi skupinou respondentů s vyšším a nižším skóre deprese byl statisticky významný rozdíl ( $p < 0,00$ ) v životní prevalenci závažných depresivních příznaků jako je ztráta chuti k životu, sebevražedné sklony nebo sebevražedný pokus v minulosti; nejmarkantnější (zejména u chlapců) byl tento rozdíl v případech ztráty chuti žít. Tento rozdíl (depresivní vs. ostatní respondenti) potvrzuje validitu užité škály deprese. Statisticky významný rozdíl ( $p < 0,00$ ) ve frekvenci výskytu sledované depresivní symptomatiky jsme zjistili i mezi skupinou chlapců a dívek. „Depresivní“ respondentky i děvčata s nižším skóre deprese častěji než chlapci uváděly ztrátu chutě k životu, myšlenky na sebevraždu i sebevražedné pokusy. Téměř třetina všech dotázaných adolescentů uvedla, že někdy v životě se jim stalo, že úplně ztratili chuť žít, 45 %, že je už v minulosti napadlo, že si něco udělají a 6,8 % respondentů uvedlo, že se už někdy pokusili o sebevraždu.

Pokud jde o formální charakteristiky rodiny, respondenti odpovídali na otázku jestli byli do 15 let vychováni oběma vlastními rodiči (úplná x neúplná rodina), kdo s rodinou žije ve společné domácnosti (sourozenci, prarodiče) a jaké je vzdělání otce a matky (tab. 3).

Celkem 726 respondentů (24,1 %) uvedlo, že vyrostli v neúplné nebo restrukturované rodině (jeden vlastní a jeden nevlastní rodič). Zatímco mezi chlapci, kteří byli a nebyli vychováni oběma rodiči nebyl v úrovni deprese signifikantní rozdíl, děvčata, která vyrůstala v neúplné rodině byla významně depresivnější. 416 respondentů (13,8 %) uvedlo, že žijí ve společné domácnosti s prarodiči

**Tab. 2.** Životní prevalence závažných depresivních příznaků (výsledky v %).

Depresivní příznak	Chlapci			Dívky			Celkem
	Depresivní	Ostatní	Celkem	Depresivní	Ostatní	Celkem	
Ztráta chuti žít	52,3	18,1	22,0	67,4	30,7	41,4	32,7
Chtít si něco udělat	59,6	30,4	33,7	75,5	46,2	54,8	45,3
Pokus o sebevraždu	12,6	3,4	4,4	16,9	5,4	8,8	6,8

**Tab. 3.** Úroveň deprese v závislosti na formálních charakteristikách rodiny.

	Chlapci		Dívky		Celkem	
	Prům.	SD	Prům.	SD	Prům.	SD
Úplná rodina	10,8	3,50	13,0	3,99	12,0	3,93
Neúplná rodina	11,0	3,78	14,0	4,14*	12,8	4,26*
Žil/a se sourozenci	10,8	3,53	13,1	3,97	12,1	3,96
Nežil/ se sourozenci	11,0	3,70	13,9	4,29*	12,5	4,20
Žije s prarodiči	11,1	3,81	13,3	4,07	12,3	4,07
Nežije s prarodiči	10,9	3,50	13,3	4,04	12,2	4,02

\* statisticky významný rozdíl ( $p < 0,05$ ) s ohledem na danou charakteristiku rodiny

**Tab. 4.** Úroveň deprese v závislosti na materiální úrovni rodiny.

	Chlapci*		Dívky**		Celkem***	
	Prům.	SD	Prům.	SD	Prům.	SD
Bohatá rodina	11,4	4,30	12,7	4,51	12,0	4,43
Průměrná	10,7	3,47	13,2	3,99	12,1	3,96
Chudá	12,1	3,91	14,2	4,23	13,4	4,22

\* statisticky významný rozdíl ( $p < 0,00$ ) mezi průměrnou a chudou rodinou, ostatní n.s.

\*\* statisticky významný rozdíl ( $p < 0,05$ ) mezi bohatou a chudou rodinou, ostatní n.s.

\*\*\* statisticky významný rozdíl ( $p < 0,00$ ) mezi bohatou a chudou a průměrnou a chudou ( $p < 0,05$ ) rodinou, mezi bohatou a průměrnou rozdíl není statisticky významný

**Tab. 5.** Úroveň deprese v závislosti na situaci a vzájemných vztazích v rodině.

	Chlapci		Dívky		Celkem	
	Prům.	SD	Prům.	SD	Prům.	SD
Hodnocení rodiny:						
<b>V rodině je:</b>						
vše v pořádku	9,8	3,28	11,8	3,61	10,8	3,58
někdy ano, někdy ne	10,8	3,34	12,9	3,76	11,9	3,72
není to v pořádku	12,3	3,75**	16,3	4,05**	15,2	4,37**
<b>Vzájemná pouta v rodině:</b>						
jsou silná	10,7	3,52	12,9	3,87	11,9	3,86
jsou slabá	11,8	3,87*	15,7	4,21**	14,3	4,50**
<b>V rodině panuje ovzduší:</b>						
důvěry a pochopení	10,5	3,40	12,4	3,71	11,5	3,69
někdy ano, někdy ne	11,8	3,76	14,7	4,01	13,4	4,17
není tomu tak	12,4	3,93**	15,8	4,19**	14,8	4,39**

\* statisticky významný rozdíl ( $p < 0,05$ ) s ohledem na danou charakteristiku rodiny

\*\* statisticky významný rozdíl ( $p < 0,00$ ) s ohledem na danou charakteristiku rodiny

a 2400 (79,7 %), že žijí společně s jedním nebo s více sourozenci. Děvčata s vyšším skórem deprese vyrůstala v průměru relativně častěji bez sourozenců, u chlapců nebyl v tomto směru zjištěn žádný významný rozdíl. Zda rodina žila nebo nežila s prarodiči nemělo na depresivitu respondentů signifikantní vliv.

45,5 % respondentů mělo otce a 36,1 % matku se základním vzděláním (základní vzdělání nebo učební obor bez maturity), 28,2 % otce a 43,2 % matku se středoškolským vzděláním a 26,3 % respondentů mělo otce a 20,7 % matku s vysokoškolským vzděláním. Ve frekvenci a intenzitě depresivních příznaků nebyl s ohledem na úroveň vzdělání rodičů respondentů zjištěn statisticky významný rozdíl.

Respondenti měli možnost hodnotit materiální úroveň rodiny ve srovnání s rodinami vrstevníků. V tabulce 4 jsou uvedeny průměrné hodnoty deprese respondentů, kteří hodnotili svoji rodinu jako dosti nebo velmi bohatou, průměrnou nebo spíše až velmi chudou.

Jak chlapci tak dívky a celá skupina respondentů, kteří hodnotili po materiální stránce svoji rodinu jako chudou (10,4 % všech respondentů) měli signifikantně vyšší skóre deprese. Zatímco u dívek bylo hodnocení materiální úrovně rodiny nepřímo závislé na míře depresivních příznaků (méně deprese = vyšší hodnocení materiální úrovně), nebyl u chlapců tento vztah jednoznačný (v úrovni příznaků deprese nebyl signifikantní rozdíl mezi „bohatými“ a „chudými“ chlapci).

V tabulce 5 je uvedeno hodnocení rodiny a vzájemných vztahů uvnitř rodiny v závislosti na výskytu depresivních příznaků.

Jak u chlapců tak u dívek v podstatě lineárně vzrůstal počet (intenzita) depresivních příznaků v souvislosti s výskytem problémů v rodině a se zhoršením rodinné atmosféry. Respondenti z rodin, kde panovalo ovzduší vzájemné důvěry, vstřícnosti a pochopení uváděli signifikantně méně depresivních příznaků. „Citlivost“ na situaci v rodině byla markantnější u dívek (vyšší skóre deprese v závislosti na hodnocení rodiny), což se projevilo zejména při hodnocení intenzity rodinných vztahů. Zatím co u chlapců se toto hodnocení („vzájemná pouta v rodině, kde vyrůstáte jsou silná x slabá“) v souvislosti s výskytem depresivních příznaků příliš neměnilo, „depresivní“ děvčata častěji uváděla, že vzájemná pouta v jejich rodině jsou slabá.

## DISKUSE

Depresivní příznaky jsou mezi adolescenty poměrně rozšířené, i když jde většinou o tranzitorní problém. Mnoho životních okolností, situací a změn může na dospívajícího působit depresivně, více než 60 % těchto depresivních stavů však odezní [9]. Zbývajících 40 % případů však může přejít v trvalejší depresivní poruchu nebo být spojeno s dalšími psychickými obtížemi. Ve sledovaném souboru tří tisíc náhodně vybraných adolescentů



11,2 % chlapců a 29,1 % děvčat (21 % všech respondentů) uvedlo, že v posledním týdnu pociťovali výraznější depresivní příznaky. Toto zjištění koresponduje s výsledky epidemiologických studií [11, 13]. Podle nich až dvě pětiny dospívajících uvádí, že v posledním půl roce trpělo různými depresivními příznaky. Podle Paclta a Floriána [15] se symptomy deprese mohou vyskytovat až u 50 % adolescentů ze škol II. stupně.

Dotazovaní adolescenti poměrně často uváděli, že někdy v životě měli tak závažné depresivní příznaky jakými je ztráta chuti žít, sebevražedné myšlenky nebo pokus o sebevraždu. Sebevražedný pokus uvedlo 8,8 % děvčat a 4,4 % chlapců sledovaného souboru. Toto zjištění odpovídá například odhadu Paclta a Floriána, že se sebevražedné pokusy vyskytují u 7,1 % adolescentů. Podobně i jiní autoři [11, 12] připomínají, že nejvyšší výskyt sebevražedných pokusů je právě v období dospívání. Myšlenky na sebevraždu měla někdy v životě třetina chlapců a více než polovina děvčat sledovaného souboru a 22 % chlapců a 41,4 % dívek připustilo, že se jim už někdy stalo, že úplně ztratili chuť žít. I když jsou v dospívání myšlenky na sebevraždu poměrně časté [3, 12], zjištěné výsledky vypovídají o současném sociálním standardu, který akceptuje přiznání závažných depresivních příznaků v běžném životním kontextu. Citlivá sebepercepce dospívajícího, který je vystaven zátěži mnoha životních změn a konfrontací, se tak může nebezpečně posunout až na hranice patologie. Nelze vyloučit, že tento zdánlivě sémantický problém může mít negativní důsledky jak v osobní, tak sociální rovině. Sebevražedné myšlenky a ztráta chuti k životu v minulosti vysoce korelovaly s aktuálními depresivními příznaky (se zvýšeným skórem deprese). „Depresivní“ děvčata však uváděla více intenzivnějších depresivních příznaků než chlapci, respektive ve srovnání s chlapci reagovala „citlivěji“ a více generalizovala svoje pocity i na jiné oblasti osobního života.

Gender je nejčastěji uváděným rizikovým faktorem u deprese [11, 21]. Poměr depresivních mužů a žen bývá v různých studiích uváděn 1 : 2 [12, 15]. Tomu odpovídá i naše zjištění. Sledovaná děvčata v průměru uváděla signifikantně více depresivních příznaků než chlapci. Počet děvčat se zvýšeným depresivním skórem 2,6krát převyšoval počet chlapců. V jednotlivých symptomech deprese se chlapci a děvčata nejvíce lišili v subjektivním hodnocení pocitu smutku. Zatímco děvčata, která uváděla různé kognitivní nebo behaviorální příznaky deprese snadno „přiznala“ i celkový pocit smutku, chlapci byli ve smyslu tohoto komplexního a velmi subjektivního příznaku rezervovanější. Často uváděli některý příznak deprese, aniž by současně připustili, že jsou smutní. Pokud jde o jednotlivé depresivní příznaky, sledovaní chlapci si relativně nejčastěji stěžovali na poruchy soustředění se. Děvčata si nejčastěji stěžovala na pocity skleslosti

a hypobulii. Ve všech depresivních příznacích však děvčata v průměru udávala až o třetinu častější výskyt příznaku než chlapci.

Rada autorů [11, 16, 20] dává rozvoj závažných depresivních příznaků v dětství a dospívání do souvislosti s neúplnou rodinou (rozchod rodičů, nepřítomnost jednoho z rodičů). Rozchod rodičů nebo ztráta jednoho z rodičů, případně změna výchovného prostředí patří mezi nejvýznamnější negativní události spojené s dlouhodobým stresem. Neúplná rodina je rovněž spojována s nízkým ekonomickým a sociálním postavením rodiny, což je považováno za klíčový prediktor zdraví [17]. Spíše než za bezprostřední příčinu duševních poruch je ale neúplná rodina považována za obecně rizikový faktor v souvislosti s disharmonickým vývojem osobnosti a se sociální maladaptací. V této souvislosti je také pokládána za významný rizikový faktor z hlediska rozvoje deprese v dospělosti [8]. Podle Paclta a Floriána [15] zhruba 50 % depresivních epizod u dětí a mladých lidí souvisí s nežádoucími životními událostmi, mezi kterými zaujímají významné místo rodinné problémy. Zatímco u dospělých zvyšuje výrazně negativní vliv určité události skutečnost, zda je vnímána jako osobní selhání nebo ne, u dospívajících to nehraje takovou roli [2].

Rozdíl ve výskytu aktuálních depresivních příznaků mezi adolescenty z úplných a neúplných rodin nebyl v naší studii jednoznačný, respektive i v tomto směru převažovaly gender rozdíly. I když děvčata z neúplných rodin vykazovala vyšší skóre deprese, mezi chlapci z úplných a neúplných rodin nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl. Určitou roli zde pravděpodobně hrály sociální stereotypy sebe prezentace a hodnocení významu životních událostí. Skupina děvčat celkově citlivěji reagovala na environmentální podněty a uváděla více depresivních příznaků s vyšší intenzitou. Svoji roli jistě sehrála i skutečnost, že škála deprese měří intenzitu aktuálních příznaků, které více reflektují aktuální životní kontext, jako například napětí a konflikty v rodině. Další výsledky (hodnocení aktuální rodinné situace a koheze) naznačují, že konfliktní, napjaté vztahy s rodiči a manifestní problémy v rodině jsou adolescenty vnímány jako výraznější stresový rodinný faktor než neúplná rodina. Stejně tak můžeme předpokládat, že chlapci v průměru reagují méně citlivě (respektive jiným způsobem) na změnu rodinné struktury než dívky.

Blustein, Chan a Guanais [1] uvádějí, že péče prarodičů může být spojena se zvýšením rizika depresivních příznaků u dětí a dospívajících. V jejich studii však často šlo o péči prarodičů osamělých matek, které nezvládaly péči o dítě, tj. o rodiny, kde prarodiče nahrazovali rodiče. V našem souboru jsme nezjistili rozdíl ve výskytu depresivních příznaků u dětí vyrůstajících s prarodiči a bez nich. Neměli jsme ale možnost diferencovat jestli respondent žije sám s prarodiči nebo jest-

li prarodiče žijí společně s rodinou respondenta. Z dalších rodinných charakteristik jsme sledovali, zda respondent má nebo nemá sourozence (nebyli diferencováni vlastní a nevlastní sourozenci) a jaké je vzdělání rodičů. Děvčata s vyšším skóre deprese vyrůstala v průměru relativně častěji bez sourozenců, u chlapců nebyl v tomto směru zjištěn žádný významný rozdíl. Vzdělání rodičů bývá dobrým prediktorem vzdělání respondentů a nízké vzdělání bývá považováno za možný rizikový faktor dystymie a některých depresivních příznaků [9, 11]. Ve sledovaném souboru se však chlapci ani dívky s rodiči různého vzdělání (bylo rozlišeno vzdělání matky a otce) nelišili pokud jde výskyt a intenzitu různých depresivních příznaků.

Chudoba je jedním z dalších rodinných faktorů, které bývají zmiňovány v souvislosti s rozvojem deprese v dospívání [11, 18]. Většinou jde však o zprostředkovaný vliv více faktorů vyskytujících se v souvislosti s nízkým příjmem rodiny jako je neúplná rodina, konflikty v rodině, nízké vzdělání, depresivita nebo alkoholismus rodičů. V našem souboru jsme měli k dispozici jen subjektivní hodnocení finanční situace rodiny respondentem, které nelze považovat za jednoznačně objektivní kritérium ekonomické úrovně rodiny. Tento vztah může být navíc vzájemný, tj. negativní nálada může ovlivnit hodnocení finanční situace rodiny. Chlapci i dívky sledovaného souboru, kteří hodnotili svoji rodinu jako chudou, měli signifikantně nejvyšší skóre deprese. Potvrdilo se, že špatná ekonomická situace ať už jako bezprostřední nebo zprostředkovaný faktor (nízká socioekonomická úroveň rodiny) mění vulnerabilitu vůči depresi. U děvčat byl tento vztah v podstatě lineární – s vyšším hodnocením materiální situace rodiny se v průměru snižovala intenzita depresivních příznaků. U chlapců byl tento vztah nejednotný. Zvýšené skóre deprese vykazovali jak chlapci z „chudých“ tak z „bohatých“ rodin, respektive chlapci z obou extrémních poloh spektra hodnocení materiální situace rodiny. Na základě tohoto zjištění lze s určitou nadsázkou předpokládat, že u děvčat je hodnocení sebe i okolí homogennější (určitý aspekt

více souvisí s kontextem, děvčata více generalizují svoje pocity), případně že u děvčat nálada více ovlivňuje hodnocení okolního světa, nebo že citlivěji reagují na materiální podmínky rodiny. Rovněž se nabízí otázka „ceny“ za vysoký ekonomický standard rodiny a vlivu jaký to může mít na dospívajícího adolescenta.

Konflikty a napětí v základní rodině významně zvyšují riziko deprese, ale i dalších typů psychopatologie v adolescenci [7]. Hammen a Brennan [8] zjistili u depresivních adolescentů častější výskyt úzkostné poruchy, chudší sociální vztahy a více sociálních konfliktů. Podle autorek souvisí opakující se depresivní příznaky především se špatnou sociální adaptací a s absencí stabilních přátelských vztahů, přičemž rodinu připomínají jako základní prvek socializace dítěte. Podobně i ve sledovaném souboru vzrůstala intenzita depresivních příznaků v závislosti na problémech v rodině, ve které adolescenti vyrůstali. Chlapci a dívky, kteří uváděli, že v jejich rodině to není v pořádku a že v jejich rodině nepanuje ovzduší vstřícnosti, důvěry a porozumění, vykazovali i vyšší skóre deprese. Dospívající shodně uváděli problémy v rodině jako jednu z nejvýznamnějších nežádoucích životních situací, které ovlivňují jejich náladu. Velmi citlivě reagovali na atmosféru v rodině, která byla především chlapci hodnocena jako významnější faktor než intenzita vzájemných vztahů v základní rodině. Nedostatečná nebo neuspokojující rodinná koheze u děvčat vysoce pozitivně korelovala s depresivními příznaky. Depresivní chlapci sice rovněž v průměru hodnotili vzájemná pouta v rodině jako spíše slabá, tento vztah (vzájemná pouta v rodině – deprese) však nebyl u nich tolik zřetelný jako u děvčat nebo u jiných problémů v rodině. Lze předpokládat, že chlapci nepovažují rodinnou kohezi za tolik významný faktor jako dívky. Na škále deprese dívky v průměru citlivěji než chlapci reagovaly na všechny sledované charakteristiky rodiny (problémy a konflikty v rodině, atmosféra a rodinná koheze).

*Studie byla podporována projektem MZ ČR MZ0PCP2005.*

## LITERATURA

1. **Blustein, J., Chan, S., Guanais, F. C.:** Elevated depressive symptoms among caregiving grandparents. *Health Services Research*, 39, 2004, pp. 1671-1689.
2. **Brown, G. W., Adler, Z., Bifulco, A.:** Life events, difficulties and recovery from chronic depression. *British J. of Psychiatry*, 152, 1988; pp. 487-498.
3. **Černý, L.** Sebevražednost dětí a mládeže. Praha, Avicenum, 1970.
4. **Fairburn, C. G. et al.:** Risk factors for Bulimia Nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 54, 1997; pp. 509-517.
5. **Foxcroft, D. R., Lowe, G.:** Adolescent drinking, smoking, and other substance use involvement: links with perceived family life. *Journal of Adolescence*, 18, 1995; pp. 159-177.
6. **Faulstich, M. E., Carey, M. P., Ruggiero, L. et al.:** Assessment of depression in childhood and adolescence: An evaluation of the Center for Epidemiological Studies Depression Scale for Children (CES-DC). *American Journal of Psychiatry*, 143, 1986; pp. 1024-1027.
7. **Goodyer, M., Germany, E., Gowrusankur, J., Altham, P. M. E.:** Social influences on the course of anxious and depressive disorders in course-age children. *British J. of Psychiatry*, 158, 1991; pp. 676-684.
8. **Hammen, C., Brennan, P. A., Shih, J.:** Family discord and stress predictors of depression and other disorders in adolescent children of depressed and nondepressed

- women. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43, 2004; pp. 994-1002.
9. **Hammen, C., Kendall, P.:** Abnormal psychology. Houghton Mifflin, 1997.
  10. **Hibell, B., Anderson, B., Bjarnason, T., Ahlström, S., Balakireva, O., Kokkevi, O., Morgan, M.:** The ESPAD report 2003. CAN, Pompidou Group, Stockholm, 2004.
  11. **Horwath, E., Weissman, M.:** Epidemiology of depression and anxiety disorders. In: Tsuang, M.T., Tohen, M., Zahner, G. E. P.: Textbook in Psychiatric Epidemiology. New York: Wiley-Liss, 1995.
  12. **Höschl, C.:** Poruchy nálady (afektivní poruchy). In: Höschl, C., Libiger, J., Švestka, J.: Psychiatrie. Praha, Tigris, 2002, s. 409-454.
  13. **Merry, S., McDowell, Hetrick, S., Bir, J., Muller, N.:** Psychological and educational interventions for the prevention of depression in children and adolescents. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2004; 2(CD003380). pub.2.
  14. **Muuss, R., Porton, H.:** Adolescent behaviour and society. MacGraw-Hill, Boston, 1999.
  15. **Pactl, I., Florian, J.:** Vývojové aspekty deprese. In: Sikora, Fisar. Neurobiologie duševních poruch. Praha, Galén, 1999, s. 165-168.
  16. **Paykel, E. S. (Ed):** Handbook of affective disorders, 2. ed.. New York: Guilford Press, 1992.
  17. **Pedersen, M., Granado Alcón, M. C., Rodrigues, C. M., Smith, R.:** Family: In: Currie, C et al.: Young people's health in context: HBSC study: International report from the 2001/2002 survey, WHO Library, Copenhagen, 2004.
  18. **Rubio-Stipec, M., Fitzmaurice, G., Murphy, J., Walker, A.:** The use of multiple informants in identifying the risk factors of depressive and disruptive disorders – are they interchangeable? Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 38, 2003; pp. 51-58.
  19. **Steinberg, L.:** We know some things: adolescent-parent relationships in retrospect and prospect. Journal of Research on Adolescence, 11, 2001; 1-20.
  20. **Tinsley, B. J. et al.:** Health promotion for parents. In: Bornstein, M. H. (Ed): Handbook of parenting. practical issues in parenting. Vol. 5. Hillsdale, N. J., Laurence Erlbaum Associates, 2002, pp. 311-328.
  21. **Weissman, M. M., Klerman, G. L.:** Gender and depression. Trends Neurosci, 8, 1985, pp. 416-420.
  22. **Weissman, M. M., Orvaschel, H., Padian, N.:** Children's symptom and social functioning self-report scales: Comparison of mothers' and children's reports. Journal of Nervous Mental Disorders, 168, 1980; pp. 736-740.

*Dodáno redakci: 21. 11. 2005*

*Po skončení recenzního řízení: 24. 1. 2006*

*PhDr. František David Krah  
Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN  
Ke Karlovu 11  
128 00 Praha 2*

---

## RECENZE KNIHY

---

Anders M., Uhrová T., Roth J. a spol.. **Depresivní porucha v neurologické praxi**  
Galén, 2005, 280 stran.

Depresivní porucha byla intenzivně studována psychiatrií, ale setkávají se s ní i lékaři jiných zaměření. Nejčastěji to jsou právě neurologové. Proto bylo šťastné řešení propojit v publikaci znalosti psychiatrů i neurologů pokud jde o depresivní syndrom. Kniha nese název „Depresivní porucha v neurologické praxi“. Vhodnější by byl název Depresivní porucha v psychiatrické a neurologické praxi nebo Depresivní porucha v neuropsychiatrické praxi. Oba obory se na obsahu významně podílejí.

Autoři popisují výskyt poruchy, její průběh, klasifikace podle MKN-10, způsoby detekování poruchy pohovorem a depresivními škálami, zdůrazňují, kdy má být nemocný předán do psychiatrické péče i diagnostické omyly.

Etiologii hledají v deficitu neuromediátorů. Upozorňují na neuroanatomické a neurochemické hypotézy, genetické nálezy a imunoneuroendokrinní změny. Uvádějí rady k akutní a profylaktické léčbě. Antidepresiva jsou pojednávána v I.–V. generaci. Dále je popisována EKT léčba, repetitivní transkraniální magnetická stimulace, stimulace n. vagus, spánková deprivace s klad-

ným, ale přechodným účinkem, fototerapie s nejistými výsledky. Popsány jsou chyby v kontaktu s nemocným a důležitost různých forem psychoterapie.

Ve speciální části autoři uvádějí rozsáhlé a novější práce, upozorňující jednak na nerozpoznaná onemocnění, dále na špatnou léčbu nebo léčbu neúčinnou. Upozorňují na výskyt depresivní poruchy u následujících onemocnění: cévní mozkové příhody, roztroušená skleróza, mozkomíšní infekční onemocnění, epilepsie, syndrom demence, bazální ganglia a jejich poruchy funkce - Parkinsonovu nemoc, Huntingtovu chorobu, Wilsonovu chorobu. Dále na tiky, Touretovu chorobu, na depresivní poruchy při mozkových nádorech, chronických bolestivých stavech. Probírají i depresivní stavy u dětských pacientů a depresivní stavy indukované farmakologickou terapií.

Publikace přináší přehled novodobé terapie depresivní poruchy a depresivních stavů při závažných onemocněních v oblasti speciální neurologie.

*Prof. MUDr. Jan Mečíř, DrSc.*