

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

DEPRESE V KONTEXTU ŽIVOTNÍHO PŘÍBĚHU A RODINNÝCH VZTAHŮ

DEPRESSION IN THE CONTEXT OF LIFE STORY AND FAMILY RELATIONSHIPS



Magisterská diplomová práce

Autor: Bc. Kateřina Nejedlá
Vedoucí práce: doc. PhDr. Martin Lečbych, Ph.D.

Olomouc

2017

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma „*Deprese v kontextu životního příběhu a rodinných vztahů*“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 31. 10. 2017

.....

Bc. Kateřina Nejedlá

Poděkování

Moje největší poděkování patří panu doc. PhDr. Martinovi Lečbychovi, Ph.D. V první řadě a úplně nejvíc Vám děkuji, že jste vymyslel tak krásné téma diplomky a uvolil jste se mi ji vést. Děkuji Vám za laskavé vedení, čas věnovaný konzultacím a všechny ty milé, uklidňující a povzbudivé věci, které jste mi kdy řekl nebo napsal, stejně jako za cenné poznámky k přepracování a doplnění. Děkuji za Vaši neuvěřitelnou, obdivuhodnou trpělivost s mými maily. Nikdy jste ji neztratil a toho si nesmírně cením. Takže ještě jednou strašně moc děkuji za všechno.

Dále tisíckrát děkuji paní Mgr. Haně Navrátilové – za to, že jste se mě ujala jako supervizor na Vašem oddělení a pomohla jste mi najít tolik respondentů. Jsem Vám nesmírně vděčná – také za Vaše pohotové e-maily a za mnoho naděje do budoucna. Děkuji také paní PhDr. Karolíně Malé, že jste se za mě přimluvila u vedení, když se moje žádosti ztrácely. Rovněž za pomoc s nalezením respondentů děkuji Mgr. Ireně Lichnovské a PhDr. Soně Rothanzlové.

Děkuji samozřejmě všem respondentům! Znovu, stejně vděčně a pořád dokola. Přeji Vám hodně štěstí. Opravdu hlubokého štěstí, které se už neztratí ani nepůjde zapomenout. Stejně jako podporu od Vašich rodin a dalších drahých lidí. Ať Vaše příběhy pokračují nadějně.

Speciální poděkování patří Sysi – bez Tebe bych s výzkumem asi nezačala.

A také nejvíc děkuji Martínkovi – bez Tebe bych tohle nezvládla dokončit, nebo bych asi skončila.

Dále děkuji všem přátelům za obrovskou podporu – Anse, Mio, Kačí, Tome, Lucko a Markétko.

Srdečně děkuji za podporu nebo inspiraci Peteru Tavelovi, Jakubovi H., V. E. Franklovi a Adamovi S.

Chtěla bych poděkovat také Preisnerovi, Chopinovi, Vivaldimu, Čajkovskému, Rachmaninovi, Dvořákovi, Mozartovi, Beethovenovi, Orffovi a Einaudimu a skupinám Within Temptation, Epica, Pink Floyd a mnoha dalším za stovky hodin hudby doprovázející mě při psaní.

Nekonkrétně děkuji každému v mém okolí, kdo byl ochotný se mnou mluvit o organizaci osobnosti.

Mým rodičům děkuji za esenciální pomoc s formátováním; za trpělivost, podporu a za existenci v jakémkoli slova smyslu. A děkuji Adélce. I Péťovi a jeho nové rodince. Jsem Vám nekonečně vděčná.

Si valetis, bene est, ego valeo.

Obsah

Úvod.....	5
TEORETICKÁ ČÁST	6
1 SYNDROM DEPRESE	6
1.1 Vymezení deprese	7
1.2 Odkaz na biologické pojetí.....	8
1.3 Reaktivní deprese	9
1.4 Deprese z evoluční perspektivy	10
2 SOUVISLOSTI DEPRESE	13
2.1 Struktura osobnosti	13
2.2 Raný emocionální vývoj, organizace osobnosti a její význam při terapii deprese	14
2.3 Některé fenomény vztahující se k reaktivní depresi	17
2.3.1 Truchlení a komplikované truchlení.....	17
2.3.2 Psychosomatické symptomy	18
2.3.3 Bezmocnost.....	19
2.3.4 Syndrom vyhoření	20
2.3.5 Životní smysl a bezesmyslnost v životě	21
2.3.6 Suicidium	22
2.3.7 Sekundární zisk.....	23
2.3.8 Zátěž a odolnost.....	23
2.3.9 Vývojové vlivy a deprese v dětském věku	25
2.4 Životní události	28
2.4.1 Životní události ve vztahu k suicidiu.....	29
3 RODINA V PSYCHOLOGII A PSYCHOTERAPII.....	30
3.1 Rodina	30
3.1.1 Zdravá rodina	31
3.2 Bowenova teorie rodinných systémů	32
3.3 Vymezení rodinné terapie	35
3.4 Systémy.....	35
3.5 Důležité jevy v kontextu rodinné psychoterapie	36
3.5.1 Přechodová situace	36
3.5.2 Cirkulární kauzalita	37
3.5.3 Komunikace a jazyk	38
3.6 Strukturální přístup.....	39

3.7 Systemický směr	39
3.8 Onemocnění v rodinném systému	40
3.8.1 Rozvoj symptomu v kontextu rodiny	41
3.8.2 Vliv deprese na zdravého partnera.....	42
3.8.3 Role rodiny při zvládnání deprese	42
3.9 Narativní psychoterapie	43
3.10 Práce s genealogií a rodinným příběhem.....	44
VÝZKUMNÁ ČÁST	48
4 VÝZKUMNÝ PROBLÉM.....	48
4.1 Cíle práce.....	48
4.2 Výzkumné otázky.....	48
5 METODOLOGICKÝ RÁMEC	49
5.1 Metody získávání dat	49
5.2 Výběrový soubor	50
5.3 Zpracování a analýza dat.....	52
5.4 Etická stránka výzkumu	54
6 VÝSLEDKY	55
6.1 Příběhy respondentů.....	55
6.1.1 Vít.....	56
6.1.2 Květa	58
6.1.3 Jiří.....	61
6.1.4 Nela.....	64
6.1.5 Petr	68
6.1.6 Sára	71
6.1.7 Eva.....	75
6.1.8 David	77
6.1.9 Zlata	80
6.1.10 Mirek.....	83
6.1.11 Libor	86
6.1.12 Dita.....	89
6.1.13 Dan.....	93
6.2 Společné faktory nalezené v životním příběhu	96
6.2.1 Obecné poznatky o zátěžových událostech.....	96
6.2.2 Úmrtí blízkých	96
6.2.3 Pracovní přetížení, pomáhající profese a smysl života	97

6.2.4 Sebepojetí	98
6.2.5 Psychoaktivní látky, psychofarmaka	99
6.3 Společné faktory přítomné v rodinách participantů.....	99
6.3.1 Vztah k otci.....	99
6.3.2 Matka	100
6.3.3 Další faktory v rodinném prostředí	101
6.4 Interpretace výsledků	102
6.5 Zodpovězení výzkumných otázek	105
7 DISKUSE.....	107
7.1 Limity studie.....	107
7.2 Výsledky v kontextu stávajících psychologických teorií.....	110
7.3 Možnosti dalšího výzkumu	111
8 ZÁVĚRY.....	112
Souhrn	113
Seznam použitých zdrojů a literatury	116
PŘÍLOHY.....	120
Seznam příloh.....	120

Úvod

„Osudy depresivních lidí jsou si v mnohém podobné.“

Ján Praško: *Deprese a jak ji zvládat*

Obvyklým trendem ve výzkumu syndromu deprese je zaměřovat se především na biologické faktory vzniku a rozvoje tohoto onemocnění. Psychosociální a jiné nebiologické faktory pak mohou být často přehlíženy, což ovšem není vhodným přístupem při terapii deprese. Zde je nutné hlubší porozumění širšímu kontextu pacientova onemocnění, tedy zejména jeho rodinnému zázemí a možným souvisejícím faktorům v jeho anamnéze.

Ve své magisterské diplomové práci jsem se chtěla zaměřit právě na tyto nebiologické faktory – na životní příběh pacientů a rodinný systém; na to, jakou roli mohou hrát tyto faktory v obraze onemocnění. Už při psaní teoretické části této práce, víc než kdy dřív, jsem se přesvědčila o tom, jak *úplně a moc* všechno souvisí se vším. Depresi proto není vhodné vnímat jen jako izolovanou poruchu. Cílem bylo tedy explarovat, zda a jaké lze nalézt souvislosti mezi symptomy deprese, rodinným systémem a životním příběhem osob s touto diagnózou. Mým záměrem je deskripce těchto nebiologických faktorů na vybraném vzorku 13 dospělých respondentů léčících se s depresí, jejichž případové studie bych v ohledu těchto faktorů ráda porovnála. K tomu jsem využila narativní analýzy a dalších kvalitativních metod.

Nyní už zde má místo snad jen více eufemická formulace motivace k porozumění jakožto důvodu pro volbu tohoto tématu:

„...(Symptomy) se stávají skutečně srozumitelnými teprve na pozadí individuálního životního příběhu.“

Gerhard Danzer: *Psychosomatika*

TEORETICKÁ ČÁST

1 SYNDROM DEPRESE

„Deprese sice patří k běžné lidské zkušenosti, současně však představuje jedno z nejhorších utrpení, s jakým se v životě můžeme setkat.“

(Radkin Honzák: *Deprese*)

Téma deprese je v dnešní době velmi aktuální v ohledu kvality života, ekonomiky, zdravotnictví a prevence suicidií. Aktuální proto, že se deprese ukazuje být nejrozšířenější psychickou poruchou, kterou trpí až 10 % populace (Honzák, 1999); syndromem, s nímž se každý člověk během života setká alespoň jednou; a také proto, že suicidium je druhou nejčastější příčinou úmrtí dospívajících. Bezesporu je tedy nutné co nejhlubší porozumění depresi a díky němu co nejspolehlivější možnost její diagnostiky, prevence a terapie.

V kontextu etiologie i terapie deprese jsou zohledňovány především její biologické souvislosti. Lze ovšem očekávat, že při významných zátěžových životních událostech a/nebo v případech dysfunkčních rodinných vztahů může být deprese přítomna ve smyslu reakce na zátěž. *„Je pravděpodobné, že se na konstrukci fenoménu deprese i na možnosti jeho zvládnutí či řešení podílí několik dalších faktorů,“* napsala E. Jonesová (2004, str. 112). Tyto faktory se nabízejí k úvaze.

Přestože zřejmá příčina poruch nálady není známa, předpokládá současná psychiatrie existenci mnoha faktorů, jež přispívají k jejich vzniku (Svoboda, Češková & Kučerová, 2006; Praško, Buliková & Sigmundová, 2012). Tyto faktory lze rozdělit na *biologické, genetické a psychosociální* (Svoboda et al., 2006). Psychosociálními faktory míní Jonesová (2004) především gender, chudobu, rasovou diskriminaci a zneužití. *„Sdílím (...) přesvědčení, že deprese je sociálně utvářený fenomén,“* shrnuje její kolega E. Asen (2004, str. 115).

Tato diplomová práce si klade za cíl pojednat o oné třetí skupině faktorů přispívajících k rozvoji afektivních poruch, tedy o psychosociálních faktorech, a o deskripci možných souvislostí těchto faktorů s depresivním onemocněním. Vzhledem k převážnému zaměření současné vědy na biologické faktory deprese odkazují čtenáře na příslušnou literaturu pouze v kapitole 1.2 a zde nyní popíšu syndrom deprese jen obecně.

1.1 Vymezení deprese

Deprese je afektivní porucha vyznačující se výrazně zhoršenou náladou, anhedonií, snížením aktivity, zájmu, zvýšenou unavitelností a ztrátou energie, která trvá alespoň 2 týdny (Svoboda et al., 2006). Podle Honzáka (1999) není vhodné používat v souvislosti s depresí pojem *nemoc*, neboť na rozdíl od jasně definovaných nemocí nejsou příčiny vzniku deprese jasné, stejně jako je variabilní její klinický obraz. Korektní je tedy podle něj výraz *porucha*. Jako taková se může vyskytnout v podobě jediné epizody za celý život (F32), opakovaně jakožto periodická (rekurentní) depresivní porucha (F33) či v rámci bipolární afektivní poruchy jako depresivní fáze (F31). V rámci trvalých poruch nálady (F34) se lze setkat s cyklothymií, u které je subdeprese střídána hypomanií, a s dystymií, projevující se opakovanými či permanentními depresivními náladami s rovněž nižší závažností (Svoboda et al., 2006).

MKN-10 rozlišuje lehkou, střední a těžkou fázi deprese (WHO, 2014). Pocity smutku, beznaděje a viny se objevují i u lehčích forem a úroveň nálady nezávisí na okolních změnách; u těžších forem se mohou vyskytovat suicidální myšlenky i tendence a v těžké fázi také možné psychotické příznaky. Jiní autoři také upozorňují, že nemusí jít o intenzivní smutek, nýbrž o úplnou nemožnost prožívat city (např. Poněšický, 1999); cítit se *nijak*.

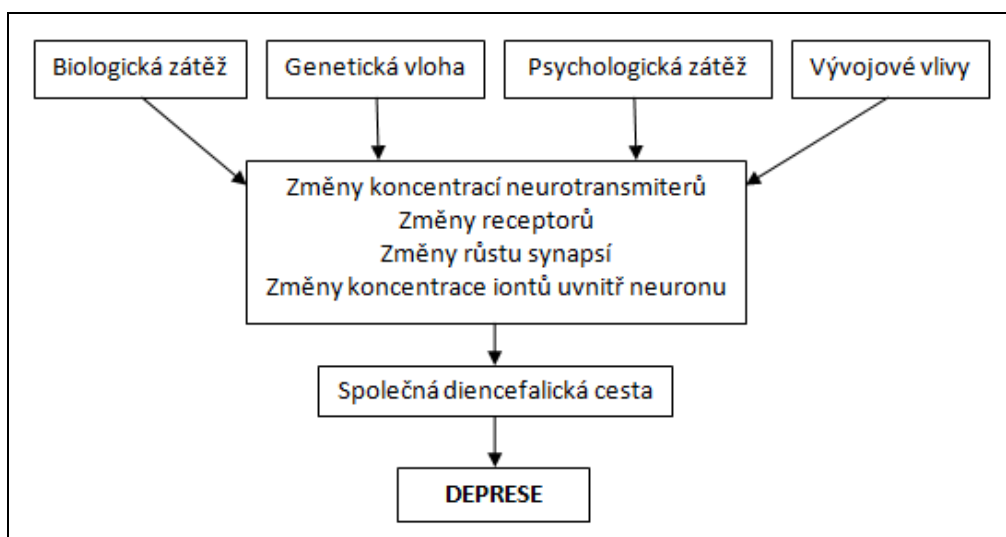
Dalšími příznaky jsou obvykle poruchy spánku a chuti k jídlu, zhoršení koncentrace pozornosti a rozhodování. I běžné denní aktivity jsou pro osoby s depresí vyčerpávající, je narušeno soustředění, typické je zhoršené sebehodnocení. Vyskytovat se mohou mnohé další somatické příznaky; u některých forem depresí dokonce dominují (somatizace namísto zhoršení nálady se označuje jako tzv. **larvovaná deprese**), a proto je diferenciální diagnostika značně obtížná. Tělesná symptomatika je zde natolik výrazná, až překryje depresi samotnou, příp. je v popředí symptomů právě únava (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015). Deprese je také někdy přítomna v klinickém obraze různých závažnějších somatických onemocnění (Praško et al., 2012).

Objevit se může také poporodní deprese, která navazuje na prudký pokles hladiny estrogenů a progesteronů (Praško et al., 2012), a to spíše u žen, jež mají v anamnéze také premenstruální tenzi. Tu rovněž k depresi řadí DSM-5 (APA, 2015).

Dle MKN-10 má většina afektivních poruch tendenci k recidivám (WHO, 2014). Kromě toho každá epizoda deprese významně zvyšuje výskyt dalších epizod v budoucnu, což je velkým rizikem zejména u neléčených nebo nedostatečně léčených osob (Svoboda et al., 2006). Dle MKN-10 je „začátek individuální fáze často vyvolán stresovou událostí nebo situací“ (WHO, 2014). O těchto událostech bude pojednáno v kapitole 2.4.

1.2 Odkaz na biologické pojetí

V předcházející MKN-9 (WHO, 1977) bychom našli koncepci tzv. *endogenní deprese*. Jedná se o depresi způsobenou změnou citlivosti nervových receptorů na dané neuromediátory (Höschl, Libiger & Švestka, 2002). Také je u osob s depresí hladina některých neuromediátorů snížena – jedná se především o serotonin, dopamin a noradrenalin, které ovlivňují náladu (Praško et al., 2012). Později bylo od kategorie endogenní deprese ve smyslu etiologie upuštěno vzhledem ke skutečnosti, že biochemické změny v mozku probíhají u všech lidí trpících depresí obdobně, ať už se deprese rozvíjí na jakémkoli podkladě. „Tzv. *reaktivní deprese (chorobně zvýšená reakce na aktuální ztrátu) může být totiž stejně hluboká a stejně klinicky závažná jako deprese tzv. endogenní*“ (Honzák, 1999, str. 18). Zde je pro lepší představu uveden model vlivů na rozvoj depresivní poruchy:



Obr. 1.1 – Schéma znázorňující vlivy přispívající k rozvoji deprese dle Honzáka (1999, str. 29)

Proto se také ukazuje být relativně¹ efektivní farmakologická léčba deprese, jež stojí dnes v popředí způsobů léčby; farmakodynamika antidepresiv je založena na regulaci hladin příslušných neuromediátorů. Honzák poukazuje, že lze léčebně působit v ohledu všech těchto vlivů, avšak právě biologickým vlivům i terapii je obecně přikládáno nejvíce pozornosti. Ovšem vzhledem ke komplexnosti psychosociálních faktorů by bylo prosté podání antidepresiv pouze odstraňováním symptomů, pokud bychom se v léčbě nezaměřili i na změnu kontextu pacientova života, zejména je-li tento kontext značně neuspokojivý a pro rozvoj deprese případně nepřilíh překvapující.

¹ Píši *relativně* efektivní, neboť Bartošková, Preiss, Mikoláš, Ševčíková a Uhmánová (2015) uvádějí, že pro nízkou účinnost léčby deprese mnoho autorů kritizuje pojetí deprese jakožto biologické dysfunkce.

Se značnou kritikou redukcionistického biologického přístupu k depresi se můžeme setkat u Schmidbauera (2015). Podle něj je „mýtus“ o příčině deprese v geneticky podmíněném narušeném metabolismu mozku vědeckým krokem zpátky. „Pro mnohé pacienty jsou antidepresiva dobrodiním, ale kdo je pacientům předepisuje a prodává, a přitom se nezabývá individuálními příčinami, ten dělá příliš málo a nezářka dělá chybu,“ upozorňuje (str. 21).

Jelikož není biologické pojetí etiologie deprese v popředí zájmu této práce, odkážu nyní zájemce jen na příslušnou literaturu a dále se budu věnovat nebiologickým faktorům.

Vhodné dělení depresivních poruch nabízí učebnice *Psychiatrie* (Höschl et al., 2002). Přehledně popsanou symptomatologii lze nalézt v publikaci Duška a Večeřové-Procházkové (2015). Naopak spíše populárně-naučný, prakticky ucelený pohled na depresi obecně poskytují např. Praškovi (2005) nebo Praško et al. (2012). Pro další hlubší zájem o diferenciální diagnostiku a kategorizaci depresivních poruch doporučuji také DSM-5 (APA, 2015).

1.3 Reaktivní deprese

Když bychom však od endogenního pohledu na depresi upustili a zaměřili se naopak na všechny ostatní případy deprese, u mnoha z nich bychom našli souvislosti s vnějšími zátěžovými událostmi v životech pacientů. Užívá se označení **reaktivní deprese**, o jejichž souvislostech bude nejvíce pojednáno v kapitole 2.3 a 2.4.

Vágnerová hovoří o tzv. psychogenní depresi jakožto o reakci na subjektivně příliš velkou zátěž vyplývající z určité změny situace (1999). Podle ní by mohla spadat do kategorie neurotických poruch. To možná vychází z někdejšího dělení depresí dle MKN-9 (WHO, 1977). Z dnešního pohledu můžeme připomenout dvě související kategorie – F41.2 – smíšená úzkostná a depresivní porucha; a F43 – reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení (WHO, 2013).

Dušek a Večeřová-Procházková uvádějí (2015), že rozlišení mezi psychologicky vysvětlitelnou, tedy reaktivní depresí a nemotivovanou depresí má značný význam pro diagnostiku. Nejen však pro diagnostiku, nýbrž i zejména pro psychoterapii je kontext deprese rozhodující. A právě proto je důležité při práci s pacienty správně zhodnotit, jaké souvislosti s depresí (tedy psychosociální faktory) můžeme nalézat v jejich životě.

Pro reaktivní deprese tedy není výhradně biologický pohled vhodný. Naproti tomu zaměření na pacientovo rodinné zázemí a co nejširší kontext jeho života vnese do celého problému více světla, jakož i do otázky po efektivní terapii.

1.4 Deprese z evoluční perspektivy

Nyní se zaměřím na otázku, zda by bylo možné na depresi pohlížet jinak než jako na poruchu, tedy otázku, kterou se zabývá evoluční perspektiva.

Wakefield (in Adriaens & De Block, 2011) poukazuje na problém, že mnoho spíše filosoficky orientovaných akademiků, např. profesionálů zabývajících se duševním zdravím či psychickými poruchami, ale i psychiatrů vykazuje tendenci upouštět ve smýšlení o biologických funkcích a jejich poruchách od Darwinovy interpretace. Přitom je ovšem důležité, abychom kategorie *funkce*, *dysfunkce* a *poruchy* neustále vnímali jako výsledek přirozeného výběru; Darwin nabídl dosud nejlepší porozumění původu života. Jinak řečeno, v rámci evoluční psychologie se můžeme setkat s vysvětlením daných fenoménů z evolučního pohledu, jenž však není zcela kompatibilní s evoluční teorií samotnou a s přírodními vědami. Např. termín *adaptace* označuje v biologii takové znaky, které umožňují organismu buď přežít, nebo se rozmnožit (Knotek, osobní sdělení 2. července 2017), zatímco v kontextu psychologie je tento pojem širší, jak je vidět i v této práci. Možná právě zde je vhodné upozornit na to, že *adaptace* v kontextu psychologie znamená jakékoli přizpůsobení se v životě obecně, a je to tedy pojem mnohem volnějším. Přitom kdybychom měli pohlížet na problém z evoluční perspektivy přísně biologicky, nelze v ní některé fenomény chápat stejně volně. Je třeba zde tedy pamatovat, že se dané teorie nacházejí spíše na pomezí psychologie a biologie, než aby se beze zbytku překrývaly s evoluční teorií, a tak některé pojmy mohou být vykládány volněji, což může způsobovat nepřesnosti. Pro lepší porozumění evoluci doporučuji začít u Darwinovy legendární publikace *O vzniku druhů přírodním výběrem* (2007).

Evoluční teoretikové zkoumají předpoklad, že je deprese ve skutečnosti adaptivní (zde ve smyslu výhodnou) reakcí organismu, a vysvětlují jej vhodnými teoriemi, jež se snaží empiricky podložit (Bartošková et al., 2015). Evoluční pohled na depresi by mohl být podle některých autorů (tamtéž) vhodný proto, že ji v komplexnosti jejích faktorů vysvětluje více jako heterogenní syndrom. Evoluční teorie deprese předpokládají, že se smutek a negativní nálada vyvinuly jako benefity a odpovědi na nepříznivé životní podmínky, zatímco depresivní porucha je dysfunkční smutek (Hagen, 2011). Hranice mezi funkčností některých případů deprese a dysfunkčními depresemi je stále nejasná a diskutovaná pro nejednotnost názorů evolučních teoretiků. Autoři vysvětlují argumenty, proč by deprese mohla být adaptací (Bartošková et al., 2015). Jednak má celosvětově neobyčejně vysokou prevalenci nezávisle na kultuře², což vede k předpokladu, že

² V kontrastu k tomu Schmidbauer (2015) uvádí, že u přírodních národů výskyt deprese tak vysoký není. Kromě toho tvrdí, že genetický výzkum deprese je odsouzen skončit ve slepé uličce, protože patrně nemůže existovat vložka k depresím vzhledem ke skutečnosti, že deprese snižuje schopnost rozmnožování, a tím pádem by již byla vymýcena.

kdyby byla pouze dysfunkční, nebyl by její výskyt tak vysoký. Jednak existují i jiné subjektivně velmi nepříjemné stavy, jež jsou ovšem biologicky žádoucí a normální (např. zvracení po požití něčeho toxického; horečka při infekci), a tak by depresi bylo možné vnímat jako obranu, neboť její nesnesitelnost podporuje únikovou reakci a vyhýbání se situacím, v nichž může dojít ke zhoršení stavu (Bartošková et al., 2015).

Wakefield (in Adriaens & De Block, 2011) vysvětluje, podle jakých kritérií vnímáme určitý znak jako poruchu. Tvrdí, že lidé mají obecné povědomí o funkci biologických znaků organismu, stejně jako je tomu v případě horečky či zvracení, jež se jeví být dysfunkční, ale jsou pro organismus záhodné. Avšak v případě psychických funkcí, o jejichž důvodech toho stále moc nevíme (a tím spíš neví veřejnost), to neplatí. Na rozdíl od horečky tedy nemůžeme intuitivně říci, zda je deprese jako dysfunkce škodlivá, či není. Wakefield předkládá *analýzu škodlivé dysfunkce*. Má dvě složky – biologickou (uvažuje o znacích z hlediska funkcionality organismu; o dysfunkci jde tehdy, pokud znak selhává ve své funkci vyvinuté evolučně) a hodnotovou. Zdůrazňuje, že atypické reakce organismu mohou být součástí biologického plánu, a přesto je nehodnotíme jako poruchy, neboť jsou v určitých případech žádoucí – právě jako zvracení a horečka.

Existuje několik teorií deprese jako adaptace. Podle Bowlbyho (1980, in Bartošková et al., 2015) se deprese rozvíjí jako reakce na odloučení od primárního objektu (obvykle matky); účelem úzkosti a smutku je pak obnovení fyzické blízkosti s objektem vztahové vazby (*attachment*; podrobněji v kapitole 2.2). Deprese v dospělosti pak souvisí s problematickou vazbou v dětství. Jiní autoři vnímají projevy smutku jako volání o pomoc (Lewis, 1934, in Bartošková et al., 2015), ačkoli ve formě, jakou se mohou vyskytovat (např. sebepoškozování, suicidium), jsou patologické; Watson a Andrews si také povšimli situace, kdy člověk s depresí svým špatným stavem neúmyslně citově vydírá své okolí (2002, in Bartošková et al., 2015). Hagen však upozorňuje (2011, in Bartošková et al., 2015), že taková reakce může být efektivní jen u vzájemné závislosti v nejbližších vztazích, zatímco pro ostatní osoby jsou depresivní symptomy spíše odrazující, než aby pomoc poskytly. Depresivní volání o pomoc může být vyslyšeno pouze tehdy, kdy poškození jednoho jedince znamená ohrožení druhého, a proto tento stav stimuluje partnery k pomoci.

Podle Klingerovy teorie (1975) slouží smutek k vyrovnání se s příliš velkou překážkou, jež člověku brání v dosažení cíle. Smutek má pomoci k ukončení cyklu pokusů a neúspěchů v tomto snažení a k opuštění závazku. Deprese je ovšem protražovanou a dysfunkční formou takového smutku, kdy jedinec nechce a není schopen se cíle vzdát, zatímco smutek sám by byl adaptivní.

Z perspektivy etologie pak někteří autoři (in Bartošková et al., 2015) vnímají depresivní symptomy jako reakci, jež se rozvíjí u zvířat, která ztratila žádoucí sociální status. Deprese jakožto nedobrovolné podřízení je zde jak prevencí snažení o opětovné získání dominance, jež by nutně selhalo, tak zároveň projevem submise vůči nově nadřazeným jedincům.

Podle týmu Bartoškové (2015) je v současnosti nejlépe podložená tzv. *analytická ruminační hypotéza* (ARH), která předpokládá, že deprese je vývojově daná odpověď na komplexní problémy, v průběhu níž dochází ke zvýšení analytického způsobu zpracování informací, jenž je

potřebný ke zvládnání daných závažných osobních problémů (Andrews & Thomson, 2009). Osoby s depresí vypovídají o ruminaci myšlenek velmi často – takovými problémy mohou být právě stresory sociální povahy, které dle jiných autorů (in Andrews & Thomson, 2009) k rozvoji deprese přispívají. Andrews s Thomsonem si povšimli, že ruminující myšlenky mají analytickou funkci a často akcentují právě komplexní sociální problémy (2009). Funkcí depresivních symptomů je podle autorů minimalizovat rušivé elementy zvenčí a šetřit energií na tento kognitivně a časově náročný mentální proces. Zanedbání činností kvůli anhedonii nebo nemožnost věnovat se jiným důležitým činnostem (práce) kvůli nedostatku energie a obtížím s koncentrací je pak nutnou výměnou – je třeba se něčeho vzdát, aby mohl být náročnému analytickému procesu věnován dostatečný prostor.

Představit zde více teorií evoluční perspektivy by přesahovalo rámec této studie. Komplexnější přehled dalších teorií poskytují např. práce Pírka (2011) a Vagenknechta (2014).

V následující kapitole se budu věnovat souvislostem depresivní poruchy.

2 SOUVISLOSTI DEPRESE

V této kapitole se pokusím komplexně pojednat o bio-psycho-sociálně-spirituálních souvislostech depresivních poruch, neboť žádný z kontextů nelze pominout. Půjde zde tedy jak o zátěžové životní události spojené s reaktivní depresí, tak o jiné psychologické fenomény související s depresivní symptomatikou nebo také o kontext teorií osobnosti využívaných v klinické psychologii.

2.1 Struktura osobnosti

Pod označením *struktura osobnosti* rozumíme základy způsobů, jak daný jedinec prožívá (Kast, 2010). Osobnostních struktur existuje několik, ale obvykle vykazují lidé znaky každé z těchto struktur; pouze v případě, že jsou nějaké z nich nápadně v popředí, lze mluvit spíše o dané struktuře osobnosti. Riemann (2013) je toho názoru, že pokud jsou určité prvky výrazněji jednostranně akcentované, jde o důsledky poruch vývoje v raném dětství. Právě **depresivní struktura osobnosti** vede dle Kast (2010) k tomu, že člověk s touto strukturou při prožití ztráty bude reagovat *nejspíše depresivně*. Poněšický (1999) shodně s ní poukazuje, že velká část pacientů s depresivní poruchou jsou právě lidé s depresivní strukturou osobnosti. Riemann nabízí v rámci svého pojetí výklad 4 osobnostních struktur z pohledu jejich hlavních motivů a strachů (2013). Hlavním motivem osobnosti s depresivní strukturou je podle něj láska; jejím strachem je strach stát se autonomním já. „Z toho už vyplývá závislost a v tom spočívá hlavní problém lidí, které chceme označit jako depresivní; jsou více než druzí odkázáni na partnera“ (Riemann, 2013, str. 60).

Jádrem depresivní struktury je více či méně uvědomovaný strach ze ztráty, obvykle blízkých osob, jenž souvisí s nejistotou ohledně vlastní hodnoty a obavami z nepřijetí nebo odmítnutí okolím (Poněšický, 1999). Typický je pro tyto osoby nekonfliktní přístup k jiným lidem, potřeba harmonických vztahů, přijetí, pocitu prospěšnosti jiným, stejně jako vysoká přizpůsobivost ostatním, obětavost, pasivita, potlačení agresivních tendencí a upozadění sebe a vlastních potřeb. Podle Kast (2010) depresivní struktura a ztrácení svého já ze zřetele znamená, že takový člověk v podstatě nemá vlastní ego; podle Riemanna se jej vzdává a bojí se jeho uskutečnění (2013). Poněšický upozorňuje, že taková struktura osobnosti může ve vztazích přispívat k neschopnosti osamostatnit se, rozloučit se, rozejít se a prosadit se (1999).

Můžeme se setkat se specifickou konstelací vlastností nazývanou jako **syndrom pomocníka** (Schmidbauer, 2015). Součástí osobnostní struktury pomocníka se stala neschopnost projevit vlastní city a potřeby. I zde je patrná snaha o blaho především ostatních. Autor zastává názor, že lidé s vlastnostmi odpovídajícími syndromu pomocníka typicky vyhledávají pomáhající profese a práci v oblasti sociálních služeb, kde je pomáhání nenapadnutelné. Záleží však

na motivaci, jež k výběru profese vedla. Dynamiku pomáhání je nutno vnímat jako obranu: „*Bezmocný pomocník svým přehnaným pracovním nasazením kompenzuje pocity vnitřní prázdnoty a bezcennosti, které vznikají z nemožnosti vyjadřovat emoce a z nedostatku emocionální komunikace s druhými*“ (Schmidbauer, 2015, str. 20). Uvádí pozoruhodné výzkumy, které ukazují, že mezi lékaři je více psychiatrických pacientů než v nelékařské populaci a obdobně je tomu s různými typy závislostí. Tato zjištění jsou výzkumníky vysvětlována tím, že jde o tzv. **orální osobnost**, tedy z psychoanalýzy vypůjčený konstrukt popisující intenzivní potřebu náklonnosti a láskyplných citů, jež nebyly uspokojovány přiměřeně. Neuspokojení se také upevňuje lpěním na roli pomocníka, jež propůjčuje autoritu, avšak jeho potřeby zůstávají stranou. Pomocníkovy potřeby a závislost jsou navíc spojené s pocity studu a vytěšňování; sám si nechce přiznat vlastní slabost a je pro něj těžké přijmout pomoc.

2.2 Raný emocionální vývoj, organizace osobnosti a její význam při terapii deprese

Dle mého názoru je zcela nejdůležitějším a zásadním fenoménem v psychice jedince **organizace osobnosti**,³ neboť s tímto determinujícím faktorem souvisejí další kvality vztahující se k psychosociálnímu životu daného jedince, interpersonálnímu fungování a prožívání vlastní identity a emocí. Pokusím se nyní objasnit, jak se osobnost v raném vývoji organizuje, a následně popsat význam organizace osobnosti pro terapii deprese.

Rozhodující vliv na organizaci osobnosti mají vztahy s pečujícími osobami v raném dětství, obvykle s matkou. Otto Kernberg (1968) tyto vztahy v rámci své velmi smysluplné teorie, ovlivněné psychoanalytickým zázemím, nazývá *objektními vztahy*. Ve funkčním, zdravém vztahu matky a dítěte si dítě na samém počátku psychického vývoje vytváří a zvnitřňuje (internalizuje) mentální reprezentace rodičů (objektů) či jiných důležitých pečujících osob (*significant others*) i sebe sama – tedy reprezentaci self, druhých a afektu, doprovázejícího jejich interakci (Clarkin, Yeomans & Kernberg, 2006). K tomu přispívá skutečnost, že **matka mu svým zrcadlením potvrzuje jeho prožitky** a je schopná mu pomoci v jeho bolesti, nepohodě, úzkosti a dalších negativních emocích, přičemž potřeby a afekty dítěte pojmenovává a stvrzuje (Grotstein, 1985, in Plháková, 1998). Dítě se jim tak učí rozumět.

Při rané interakci dítěte s rodičem má velkou váhu obličejová exprese a jiné neverbální projevy, jež si dítě také na základě zrcadlení rodiče osvojuje mj. ke komunikaci i jako kompetenci k její iniciaci. Cohn a Tronick navrhli tzv. **Still Face Experiment** (1983), v rámci něž studovali 3-4měsíční děti v interakci s matkou. V experimentální skupině matky po tříminutové hře s dítětem odvrátily tvář, a když se otočily zpět, 3 minuty **simulovaly projevy deprese**: S „tichým obličejem“ pozorovaly dítě, vážně a beze změny exprese nehledíce na jeho protest. Dítě okamžitě reagovalo na změnu, snažilo se upoutat pozornost matky a přimět ji zpět ke vzájemné interakci; následoval pláč. Děti vykazovaly

³ Pozn.: Někteří autoři ((in) Riegel, Preiss & Harsa, 2015) nazývají někdy organizaci osobnosti také *strukturou* osobnosti. Toto označení budu pro vyšší srozumitelnost používat jen pro nazývání *struktury osobnosti* tak, jak byla popsána v předchozí kapitole, aby nedošlo k záměně těchto dvou termínů, a organizaci osobnosti budu vždy nazývat pouze *organizace osobnosti*.

v přítomnosti „depresivních“ matek nápadnou negativitu, jež přetrvávala i chvíli po návratu matky k normální interakci. Je zde patrné, jak nezbytné je pro dítě zrcadlení rodičem a zdravá komunikace – a tudíž i do jaké nejistoty, zmatku a negativního prožívání může dítě uvrhnout skutečnost, že jeden z jeho rodičů **trpí depresí, kvůli které komunikuje s dítětem omezeně**. S tím souvisí možnost vzniku tzv. **nejisté vztahové vazby**. Bowlbyho teorie vztahové vazby (1969, in Brisch, 2011) popisuje rané vlivy na emocionální vývoj dětí a vysvětluje vznik i změny vazeb mezi lidmi napříč životem, přičemž vztahová vazba (*attachment*) je užší kategorií než vztah samotný – je vlastně komponentou komplexního systému vztahu. V bezpečném vztahu se rozvíjí **jistá vztahová vazba** na základě bazální důvěry k pečující osobě, k níž se dítě může vracet, prožívá-li strach či pocit nebezpečí, aby získalo ujištění (Lečbych & Pospíšilíková, 2012). Byly popsány tři typy vztahové vazby – **bezpečná, úzkostná a vyhýbavá**. Některé děti nebylo možné do těchto kategorií zařadit – hovoří se o **dezorganizovaných nejistých vztahových vazbách** (Main & Solomon, 1986, in Brisch, 2011). Tyto děti později vykazovaly zvláštnosti v chování, které bylo nejisté a dezorganizované, a to se týkalo až 80 % dětí, jež prožily trauma. Dezorganizace je prediktorem duševní poruchy v dospělosti (Lečbych & Pospíšilíková, 2012). Naopak pro duševní zdraví je nezbytným základem bezpečná vazba – pokud pečující osoba opakovaně poskytuje dítěti bezpečí, dítě si jej internalizuje a bude následně schopno prožitků bezpečí v intimních vztazích obecně. **Nejistý attachment má velký vliv na vznik mnoha klinických problémů a negativních emocí včetně depresivních symptomů** (Rholes & Simpson, 2004, in Mak, Bond, Simpson & Rholes, 2010); depresivní symptomy **se častěji rozvíjejí u osob bez jisté vztahové vazby**. U jedinců s úzkostným typem vazby pak mohou být vztahové problémy **primárním zdrojem depresivních symptomů** (Mak et al., 2010), což nás vrací ke koncepci depresivní struktury osobnosti.

Internalizace, probíhající u dítěte, má přitom zásadní vliv na diferenciaci psychického aparátu (Plháková, 1998) – vnitřňují se jak interakce s objekty, tak příslušný emoční doprovod. Na základě těchto interakcí začíná totiž dítě **chápat význam svých emocí a rozumět kontextům, v nichž emoce vznikají**. Tento proces je rozhodující pro způsob, jakým bude jedinec ve svém životě přistupovat k sobě samému a k ostatním lidem i vztahům s nimi (Riegel, Preiss & Harsa, 2015). Je-li totiž jeho vývoj zdravý, je u dítěte výsledkem tzv. **mentalizace**.

Tento koncept vychází z *theory of mind*, což je soubor přesvědčení a motivů vztahujících se k vysvětlení chování jiných lidí (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2004). *Theory of mind* je vlastně (myšleno především u dětí) uvědomování si, že ostatní lidé si rovněž uvědomují a myslí; uvažování o tom, jak uvažují. Zatímco tato teorie vychází spíše z filosofie a setkáme se s ní v populární psychologii a v souvislosti s poruchami autistického spektra, koncept mentalizace rozvinuli Fonagy s kolegy specifitěji pro potřeby klinické psychologie a psychoterapie u poruch osobnosti.

Mentalizace je schopnost rozpoznávat a interpretovat emoce – své i cizí – ve vztahu k jednání, a tedy rozumět emocím, motivům a myšlením druhých (Fonagy et al., 2004). Vztahová vazba úzce souvisí s vývojem kapacity předjímat mentální stavy sebe i druhých a mentalizace je klíčovou determinantou organizace osobnosti, přičemž se tato schopnost vyvíjí v kontextu raných vztahů dítěte. Zrcadlení vnitřních stavů dítěte pečujícími osobami totiž podporuje rozvoj kapacity mentalizovat, a tudíž i chápat jednání jiných lidí. Fonagy a jeho spolupracovníci předpokládají, že narušení tohoto procesu vede k vážným formám psychopatologie v dospělosti.

Kernberg rozlišil **neurotickou, hraniční** (jež se dále dělí na vyšší a nižší úroveň) a **psychotickou** organizaci osobnosti, přičemž neurotická organizace představuje nejvyšší stupeň osobnostní organizace (nejzdravější) a psychotická nejnižší (in Clarkin et al., 2006). Předpokládá (1968), že

většina lidí s poruchami osobnosti je organizována hraničně – tedy „na hranici“ mezi neurotickou a psychotickou organizací. Nižší stupně organizace se liší od zdravě organizované osobnosti především mírou integrace identity, spektrem afektivních prožitků a schopností jejich modulace a integrací zvnitřněných hodnot (Clarkin et al., 2006).

Ke schopnosti emoční regulace odkazuje proměnná *afektivní styl* (Hofmann & Kashdan, 2010). Tito autoři dotazníku afektivního stylu našli 3 obecné způsoby regulace emocí, jaké lidé používají, jimiž jsou *vyrovnávání*, *skrývání* a *tolerování* emocí.

Další významnou funkcí, v jejímž rozsahu se lidé v závislosti na organizaci osobnosti liší, je kapacita pro testování reality. Kernberg také popsal (1968) jako nespecifické projevy slabšího ega u hraniční organizace osobnosti nedostatek kontroly impulzů i tolerance vůči úzkosti a nedostatečně vyvinutý kanál pro sublimaci. Na organizaci osobnosti závisí úroveň obranných mechanismů – u nižších úrovní organizace osobnosti převládají primitivnější. Deficit v integraci reprezentací sebe a *significant others* vede k problémům s fungováním osobnosti v oblasti identity, interpersonálních vztahů, morálních hodnot, agrese a copingových strategií (Doering et al., 2013, in Riegel et al., 2015).

Osobnost se organizuje natrvalo; organizace osobnosti je tedy neměnná a psychoterapie pouze pomáhá v rámci dané osobnostní organizace dekompenzovaným pacientům do stavu kompenzovaného fungování (Pernička, osobní sdělení 27. října 2016). A právě organizace osobnosti je v psychoterapii rozhodujícím faktorem, podle něhož bychom měli k pacientům přistupovat a volit vhodné cíle i prostředky.

Je značný rozdíl, zda se jedná o depresi jakožto dekompenzaci stavu u neurotické organizace osobnosti, nebo u hraniční organizace osobnosti. U hraničně organizovaných pacientů se může deprese vyskytovat jako chronický symptom, související např. s nejistotou ohledně vlastní identity, neporozuměním vlastním neúnosným emocím či s labilními nebo povrchními interpersonálními vztahy, jejichž neuspokojivé fungování je jen dalším zdrojem zoufalství. Kromě deprese se navíc mohou rozvíjet i jiné problémy; porucha osobnosti byla „první z duálních diagnóz“ a jakýmsi základem, z něhož může vyplývat jak depresivní prožívání, tak např. rizikové chování – abúzus drog, sexuální promiskuita, sebepoškozování, suicidální pokusy nebo kriminální chování aj.

Zatímco při léčbě reaktivní deprese bude pravděpodobně jednodušší vést neuroticky organizovaného pacienta k zaměření se na emoční prožívání, stejně jako spolupracovat na objevování dalších souvislostí deprese a jejích zdrojů, přičemž pacient může mít výhodu vzhledu i kvalitní sociální podpůrné sítě, u popsaného příkladu deprese a hraniční organizace osobnosti je třeba vzhled na komplexní problematiku, vyplývající z defektní mentalizace a dezintegrace *já*, vůbec vytvořit, což je také těžší s vyšší obtížností navázání důvěrného terapeutického vztahu

s takovým klientem. Vidíme zde, že na depresi nelze pohlížet jako na izolovaný problém ani léčit jen její symptomy – vždy záleží na tom, o jakého pacienta se jedná.

2.3 Některé fenomény vztahující se k reaktivní depresi

V této kapitole bych ráda popsala několik fenoménů, jež mohou souviset s rozvojem deprese z pohledu nebiologických faktorů.

2.3.1 Truchlení a komplikované truchlení

Truchlení lze chápat jako „*způsob zpracování takové ztráty, s níž se člověk musí vyrovnat, aby ji mohl přijmout*“ (Vágnerová, 1999, str. 68) či specificky jako „*přirozenou reakci na úmrtí blízké osoby*“ (Kubičková, 2011, str. 30). Mezi zármutkem prožívaným při truchlení a depresivní poruchou je značný rozdíl:

„Smutek (truchlení) má srozumitelný původ, trvá přiměřeně dlouho a spíše člověka sblíží s okolím než naopak. Deprese (chorobná nálada) nemá pro ostatní srozumitelný důvod (nebo její trvání a hloubka přesahuje běžnou zkušeností přijímané důvody) a trpícího spíše od okolí izoluje“ (Honzák, 1999, str. 7).

Pohlížet na truchlení jako na depresivní syndrom není vhodné, bohužel se však lze v praxi s tímto přístupem setkat. Psychologie na poli truchlení hledá hranici mezi „normálním“ truchlením jakožto reakcí na ztrátu milovaného objektu a mezi depresí coby patologickou formou zármutku; dále se zaměřuje na efektivní a vhodnou pomoc truchlícím. Dle Kubičkové (2011) přetrvávající tabuizace smrti ve společnosti a nedostatek rituálů spojených s rozloučením přispívají k tomu, že je pozůstalý svým prožitkem zármutku znepokojen; může jej vnímat až jako nemoc, a proto jej potlačuje a skrývá jakožto slabost.

Yalom (2006) zdůrazňuje, že distance kultury od tématu smrti navozuje vyšší úzkost v okamžiku, kdy se smrt objeví, neboť v kulturách, kde jsou děti od malička zapojeny do rituálů spojených se smrtí, je toto téma jakožto běžná součást života mnohem menší zátěží a úzkost se zde nevyskytuje. Nedostatek zkušenosti se smrtí i nedostatek její normalizace a pochopení přirozeného místa smrti v životě však způsobují úzkost u dospělých ve chvíli ztráty blízké osoby, a tak se i děti vlivem jejich úzkosti od malička učí vnímat úmrtí také v tomto úzkostném kontextu. Souvisí to i s faktem, že v naší současné kultuře neexistuje konvence, jež by učila, jakým způsobem mají být děti o smrti edukovány.

Jakákoli obrana před přirozeným prožitím zármutku a jeho „nedovolení si“ může vést k tomu, že se potlačené symptomy a nezpracovaný zármutek projeví jinou formou, tedy např. jako psychosomatická onemocnění (Gorer, 1987, in Kubičková, 2011), která popíšu v následující podkapitole. V kontextu komplikovaného truchlení (též abnormální / patologický zármutek) můžeme nacházet u pozůstalých buď absenci truchlení, anebo patologické reakce na ztrátu –

např. reakce chronické, opožděné či larvované (Kubíčková, 2011). Právě larvované reakce na ztrátu se mohou projevat psychosomatickými či psychiatrickými symptomy (příp. poruchami chování), tedy i depresí (Parkes, 1996, in Kubíčková, 2011). Pozůstalý může také projevat vůči okolnímu světu silný vztek (Praško et al., 2012).

U truchlení se lze setkat s tzv. **výroční reakcí**. V původním výzkumu Hilgardové a Newmanové šlo o silnou korelaci mezi věkem pacienta, jemuž v dětství zemřel jeden z rodičů, v době psychiatrické hospitalizace a věkem jeho rodiče při úmrtí (1961, in Yalom, 2006). Zároveň existuje souvislost mezi pacientovým věkem při úmrtí rodiče a věkem jeho vlastního dítěte v době pacientovy hospitalizace. Výroční reakcí se začali zabývat i další, především psychoanalyticky a psychosomaticky orientovaní autoři (Baštecká, Mach a kol., 2015). Můžeme ji obecně chápat jako zhoršení stavu i u pozůstalého již vyrovnaného se ztrátou, které se objevuje v periodicky se opakující dobu v roce (Kupka, 2014), tedy v určitá emočně obsazená data (den úmrtí, narozenin zemřelého, výročí svatby), kde hraje roli subjektivní vnímání času a jeho významu (Baštecká, Mach a kol., 2015). Paulík (2010) uvádí, že výroční reakce se vyskytuje i ve smyslu výročí jiných událostí než jen spojených se zemřelým, např. u výročí traumat. Jedná se o různé prožitky dyskomfortu i dysforie, tedy jak psychické, tak fyzické obtíže, případně o obtíže identifikačního charakteru – dotyčný může prožívat obdobné bolesti, jakými trpěl jeho blízký, a obává se, že se u něj rozvinula stejná choroba. Tento typ výroční reakce se nazývá *Nemesidin komplex* – tj. nevědomé přesvědčení pozůstalého, že ho čeká stejný osud a onemocní nebo zemře ve stejném věku či ve stejnou dobu v roce jako jeho blízký (Chapman, 1959, in Baštecká, Mach a kol., 2015). Nemesidin komplex se nejčastěji vyskytuje u pozůstalých s hlubokými pocity viny (po smrti rodiče, za kterou se cítí zodpovědní) či *viny za přežití* (ztráta partnera). Jednorázovou reakcí je také *age-correspondence reaction* (Birtchnell, 1981, in Baštecká, Mach a kol., 2015) – rozvoj symptomů ve stejném věku, v jakém zemřel rodič stejného pohlaví pozůstalého.

Poněšický (1999) zdůrazňuje, že zatímco obvykle jsou lidé schopni rozloučit se se zemřelým blízkým relativně povolně, člověk s depresivní strukturou osobnosti často ani to ne. Proto se právě u těchto osob můžeme setkávat s protrahovanými reakcemi a komplikovaným truchlením.

2.3.2 Psychosomatické symptomy

„Patrně neexistuje choroba, která by svým smyslem nezapadala do příběhu člověka.“
(Ludmila Trapková & Vladislav Chvála: *Rodinná terapie psychosomatických poruch*)

Psychosomatiku lze definovat jako „*vnitřně složitě propojení biologického a psychosociálního pohledu na člověka ve zdraví a nemoci*“ (Pelcák, 2013, str. 11). Dle Bašteckého (1993, in Pelcák, 2013) je psychosomatika v nejširším pojetí pohled na člověka jako na jednotu psychického a somatického se svým prostředím; v užším pojetí stojí v popředí zájmu všechny somatické choroby, v jejichž etiologii lze nalézt podíl psychosociálních faktorů; v nejužším pojetí jde přímo o konkrétní onemocnění, pro něž jsou psychosociální faktory typické či zásadní.⁴ Danzer je přesvědčen, že integrativní psychosomatika má své místo při léčbě jakéhokoli onemocnění (tedy v souladu s užším pojetím) a že na každou chorobu lze nahlížet i ji léčit v „*biomedicínském*,

⁴ V tradičním pojetí Alexandera (1950, in Danzer, 2010) se jedná o hypertenzi, migrény, diabetes mellitus, astma, artritidu a tyreotoxikózu.

psychosociální a duchovní dimenzi, aniž by se tím rozhodovalo o „psycho-“ nebo „sociogenezi“ somatóz (a obráceně)” (2010, str. 16). Trapková a Chvála (2004) jednoduše shrnují, že psychosomatické jsou takové choroby, jež se projevují jako tělesné, ale zásadní vliv na ně má psychika nemocného. Přitom se může jednat o „*chápaní souvislostí prakticky všech nemocí včetně nemocí infekčních, úrazů, onemocnění srdce a krevního oběhu, nemocí látkové výměny, autoimunitních chorob, malignity nevyjímaje*“ (Weakland, 1997, in Chvála & Trapková, 2004, str. 32). Poněšický (2014) zdůrazňuje problém, že psychosomatické poruchy nejsou léčeny kauzálně, nýbrž symptomaticky, což nevede k žádoucím výsledkům. Avšak jako takové nelze tyto obtíže vyléčit běžnými postupy, jichž somatičtí lékaři užívají. „*Existuje výrazná souvislost mezi úzkostí, psychosomatickými poruchami a depresivním zhroucením*“ (Poněšický, 2014, str. 21). Právě zde má tedy psychoterapie největší prostor a naději (Trapková & Chvála, 2004). Psychosomatické symptomy mají velkou váhu v obraze dětské deprese a často plní určitou funkci v rodinném systému (kap. 2.3.9. a 3.8.1).

2.3.3 Bezmocnost

Z pohledu klinické psychologie může jít i o **beznaděj a bezmoc**, které souvisejí s rozvojem depresivního onemocnění (Baštecká, Mach a kol., 2015). Ty jsou často spojené se **ztrátou**, ať už jakoukoli (úmrtím blízkého, ztrátou zaměstnání, sociálního statusu, zdraví, funkce určitého orgánu...), ve vzorci většiny depresivních stavů (Praško et al., 2012); podle Poněšického (1999) jde *vždy* o specifickou reakci na ztrátu. Na druhou stranu lze dle mého názoru *jakoukoli* událost přerámovat jako ztrátu.

V rámci interpersonální terapie deprese jsou rozlišovány 4 obvyklé interpersonální problémy, jež souvisejí s nástupem depresivní poruchy (Klerman, Weissman, Rounsaville & Chevron, 1994). Jsou jimi *truchlení nad ztrátou, spory, změna sociální role a nedostatek interpersonálních dovedností*. Stejně jako je možné vše přerámovat coby ztrátu, je také možné v každém z těchto interpersonálních problémů – stejně jako u mnoha jiných problémů, např. v ohledu katastrofických životních událostí a krizových situací – najít prvek bezmoci.

Baštecká (2015) uvádí souvislost vlastního prožívaného pocitu bezmoci, ale i anticipované bezmocnosti (obojí v rámci Seligmanovy teorie naučené bezmocnosti – např. Peterson, Maier & Seligman, 1993) s rozvojem deprese. Honzák (1999) to vysvětluje tak, že nadlimitní stres, během něhož se pocit bezmoci objeví, poškozují vícero funkčních mozkových systémů, přičemž se bezmocná reakce ukládá do paměti pro budoucnost jako jediná použitelná. Podle Vágnerové (1999) se může bezmoc a navazující beznaděj objevit v okamžiku relapsu, což vede k apatii a rezignaci na boj proti chorobě.

Dalším faktorem se ukazuje být atribuční styl, kdy lidé přičítají aktuální neúspěch svým trvalým charakteristikám (neschopnost, hloupost aj.) a zanedbají při tomto hodnocení vnější faktory, jež

nemohli změnit – atribuce je přisouzením si vlastní nedostatečné kvality či osobní nekompetence zvládnout situaci (Baštecká, Mach a kol., 2015). Tento prvek ve smyslu sociálních kompetencí popisují i Allen a Baddock – kromě nízké vlastní vnímané sociální hodnoty může být podle nich deprese spojena i s citlivější reakcí na sociální hrozby, zvýšeným očekáváním selhání a naopak sníženým očekáváním úspěchu (2003, in Bartošková et al., 2015). Subjektivní pocit vlastní insuficience lze nalézt i ve výše popsanych teoriích z etologie – u zvířat se rozvíjí depresivní reakce vlivem ztráty sociálního statusu v hierarchii skupiny (Price et al., 2004, in Bartošková et al., 2015).

Ve většině těchto případů by tedy k depresi přispěla v podstatě soustava kognitivních chyb. Baštecká (2015) však upozorňuje, že tento pohled bývá kritizován. Neměli bychom se jím tudíž opět zabývat jen izolovaně vzhledem k tomu, jak multifaktoriálním jevem deprese je.

Bezmoc se však zdá být důležitým faktorem i v pojetí jiných autorů. Jonesová například píše: „Zastávám názor, podle kterého **je zkušenost bezmoci klíčovým prvkem fenoménu nazývaného deprese**“ (2004, str. 81). Některé další souvislosti snad naznačí její následující citace (str. 112):

*Přístup, který se pyšní zaměřením na kontext, se nemůže na jednu stranu snažit řešit problematiku deprese a na druhou stranu pokračovat v ignorování faktorů gender, chudoby, nespravedlnosti a moci. (...) Je pravděpodobné, že se na konstrukci fenoménu deprese i na možnosti jeho zvládnání či řešení podílí několik dalších faktorů. Některé z nich se vztahují k problematice gender, chudoby, rasismu, zneužití a dalších okolností **podporujících vznik stavu bezmoci**. Zejména vliv posledně jmenovaných faktorů je dle mého názoru pro výklad a chápání deprese nejpodstatnější.*

Podle Jonesové (2004), která oním přístupem míní systemickou rodinnou terapii (kap. 3.7), může výskyt mnoha nepříznivých okolností, vůči nimž je člověk bezmocný, způsobit jeho vyšší zranitelnost, čímž se zvyšuje riziko rozvoje deprese. V terapii je proto vhodné mít tuto skutečnost na paměti a explarovat prožívanou bezmocnost v životě klientů i faktory, které se k ní vztahují.

2.3.4 Syndrom vyhoření

Takzvaný *burn out* syndrom či syndrom vyhaslosti (Vymětal, 1994) je specifická emoční vyčerpanost projevující se dlouhodobým subdepresivním prožíváním a podrážděností. V současně užívané MKN-10 jej můžeme najít pod kódem Z73.0 – Vyhasnutí (vyhoření), definované jako „*Stav životního vyčerpání*“, a to v kategorii „*Problémy spojené s obtížemi při vedení života*“ (WHO, 2014, str. 831). Nespadá tedy pod diagnózu deprese, avšak deprese z něj může vyplývat, a to i v hlubokých formách (Vymětal, 1994).

Podle Vymětala vzniká syndrom vyhoření zejména v pomáhajících profesích, kde panuje nepoměr mezi emočním „dáváním a braním“. Schmidbauer tvrdí, že rizikovým faktorem je

syndrom pomocníka (2015). Člověk se v pomáhání vyčerpá psychicky i fyzicky, pokud nerozpozná varovné signály a nevěnuje se dostatečně i rekreačním aktivitám. Jeho práce pro něj často ztrácí smysl. Rizikovým faktorem je podle Kupky orientace na výkon (2014); protektivně působí např. supervize.

2.3.5 Životní smysl a bezsmyslnost v životě

Watzlawick, Bavelasová a Jackson (2010) upozorňují na neschopnost člověka přežít ve světě, který pro něho nemá **smysl**. Ten je podle nich třeba vždy chápat existenciálně, nikoli sémanticky. Poukazují, že souvislost s patologií můžeme nacházet v nesmyslnosti podmínek okolního světa. Jedním z jevů, který přispívá k bezsmyslnosti, je nemožnost změnit okolnosti dané zvnějšku – nesmyslnost tedy může výrazně souviset opět s bezmocností.

K otázce smyslu života přispěl v psychologii největší měrou V. E. Frankl. Podle něj je 20 % neuróz způsobeno pocitem bezsmyslnosti – pro tyto stavy razil pojem *existenciální vakuum* (Frankl, 2005). Dále užíval spojení *existenciální frustrace*, při níž lidé pochybují o smyslu života nebo žádný nenacházejí. A právě chybějící životní smysl byl hlavním motivem u 85 % z 60 vysokoškolských studentů, kteří se pokusili o sebevraždu (Frankl, 2016).

Otázka po smyslu života je přitom specificky lidská a nejedná se o žádnou patologii ve chvíli, kdy si ji člověk položí, nýbrž naopak. Smysl života je podle Frankla elementární lidskou potřebou (1979, in Tavel, 2007) či snahou člověka o naplnění svého života (1971, in Tavel, 2007). Podle Tavela lze vůli ke smyslu, touhu po smyslu či potřebu smyslu chápat jako „*lidskou tendenci najít a vytvořit si smysl života (...) a tendenci, která člověka pobízí k realizaci*“ (2007, str. 18).

V opozici k výše uvedenému, že bezmocnost změnit životní podmínky vede k absolutní ztrátě smyslu, postuloval Frankl existenci 3 typů hodnot: *Tvůrčí, zážitkové a postojové*. Hodnoty můžeme chápat jako zdroje smyslu – životní cíle, aktivity, ideály a přesvědčení (Tavel, 2007). A zatímco tvůrčí a zážitkové hodnoty se vztahují k situacím, kdy si člověk může svobodně volit být produktivním či vyhledávat zážitky (ve smyslu prožívání interpersonálních vztahů, docenění krásy přírody, umění atp.), hodnoty postojové se vztahují k okamžikům utrpení, kdy jsou možnosti člověka definitivně zúženy a tyto příležitosti nemá (Frankl, 2005). Přesto může být takový život smysluplný v závislosti na tom, jaký postoj k němu člověk zaujme. V takto ochuzeném životě je podle Frankla vlastně nejvyšší možnost realizovat hodnoty tím, jak se k omezenosti svého života a nepřekonatelnosti překážek člověk staví. Hovoří zde o důstojnosti, statečnosti v utrpení. Zdůrazňuje, že ať má člověk jakkoli omezené možnosti, je realizace postojových hodnot možná neustále: „*Jakmile jsme však zahrnuli postojové hodnoty do oblasti možných hodnotových kategorií, ukazuje se, že lidská existence nemůže být nikdy opravdu bezsmyslná*“ (Frankl, 2005, str. 62). Existují okolnosti, za kterých člověk smyslu nemusí rozumět (Tavel, 2007); přesto má lidský život v souladu s postojovými hodnotami smysl vždy a za všech okolností.

Vymětal míní (1994), že pokud má člověk subjektivní pocit, že jeho utrpení má smysl a že existuje naděje na změnu k lepšímu, pak je pro něj o něco lehčí toto utrpení překonat. „*Ten, kdo má v životě Proč, snese téměř každé Jak*“ (Nietzsche, nedat., in Watzlawick et al., 2010, str. 261), či „*smysl dělá mnohé věci snesitelnými – možná všechny*“ (Jung, nedat., in Yalom, 2006, str. 436).

„Otázky po smyslu života se rozvíjejí typickým způsobem (...), děje se to občas také osudově, třeba nějakým otřesným zážitkem,“ napsal Frankl (2005, str. 45). Takové zážitky označujeme jako *probouzející* a právě zde asi tušíme souvislost se závažnými událostmi, jež se mohly odehrát v životě osob s depresí. Franklova logoterapie je také psychoterapeutickým směrem, jenž nejvíce pracuje s utrpením a pomáhá jej integrovat do života (Kupka, osobní sdělení 22. března 2017).

Yalom (2006) považuje absenci smyslu v životě (spolu se smrtí, svobodou a osamělostí) za jednu ze 4 základních podmínek existence, tedy danost stejnou pro všechny lidi na Zemi, která je ovšem také zdrojem **silné úzkosti**. Vzhledem k tomu, že ve vesmíru žádný smysl neexistuje a lidský život se zdá vzhledem ke své pomíjivosti bezsmyslný také, musí si člověk svůj vlastní smysl vytvořit. A právě zde je pak každý konfrontován s otázkou, zda smysl jím přiřknutý vlastnímu životu vůbec stačí na to, aby obstál ve všem, co člověka v životě potká. Takový smysl se totiž může ukázat křehký; může se rozplynout. A na úzkosti vyplývající z existenciálních podmínek je podle Yaloma pozoruhodné právě to, že ji lze – být stojící mimo vědomí – vysledovat **za každou psychopatologii**. Jak by tedy mohl být smysl ponechán nepovšimnutý v případě depresí?

Právě u pacientů s depresivní poruchou, v jejichž anamnéze nalézáme velmi těžké životní události, tedy má smysl zaměřovat se na otázku po smyslu a na výše uvedené hodnoty.

2.3.6 Suicidium

„Zdraví nechápou vyprázdněné a zlomené.“
(Davida Mitchell: *Atlas mraků*, postava Robert Frobisher)

S depresivním syndromem je bohužel velmi úzce spjato suicidální chování, a přestože lze sebevraždy typově rozdělit na bilanční (tj. jeví se racionální v dané situaci, např. v případě závažného neléčitelného onemocnění) a patické (vycházející z psychopatologie), oněch patických případů sebevražd či suicidálních pokusů je kvůli vysokému výskytu (nejen) deprese v populaci obrovské množství. Frankl (2016) upozornil, že dokonaná sebevražda je druhá nejčastější příčina úmrtí vysokoškolských studentů, ale přitom *tentamen suicidii* (TS) se u nich vyskytuje ještě patnáctkrát častěji.

Ringel popsal specifický psychický stav, v němž aktuálně hrozí riziko sebevražděného jednání – jde o tzv. **presuicidální syndrom** (1958, in Ringel, 1976). Má tři aspekty:

1. **Zužování:** Jedinec vnímá neustálé zužování svých možností, prožívání citů a interpersonálních vztahů vedoucí až k izolaci. Zužuje se i jeho smysl pro hodnoty.
2. **Inhibice agrese:** Agrese, jež není uvolňována ven, je namířena proti jedinci samému – takový člověk se podceňuje, obviňuje, devaluje, nenávidí. Častá je potřeba potrestat autoagresí své okolí.

3. *Suicidální fantazie*: Objevují se myšlenky, jaké by to bylo zemřít, na něž často navazují suicidální tendence – konkrétní plán sebevraždy a její možná příprava.

Nesmíme zapomínat na skutečnost, že TS v anamnéze zvyšuje pravděpodobnost dalšího pokusu o sebevraždu v budoucnu (Honzák, 1999).

2.3.7 Sekundární zisk

Dalším fenoménem poněkud jiného charakteru, který bych nerada opomněla, jsou *sekundární zisky* z nemoci. Jedná se o situace, kdy onemocnění přináší danému jedinci zároveň určité výhody. Ty mohou v některých případech být tak značné, až nejenže působí jako udržovací faktor nemoci, ale mohou dokonce i převažovat to, o co daná choroba jedince připravila.

Příkladem, který se zde nabízí, je invalidní důchod u těžších forem deprese. Ten se může stát motivem pro simulaci u osob, které ve skutečnosti depresí netrpí, nebo pro přehánění symptomů, jen aby takového zisku pacient dosáhl. V některých zdravotnických zařízeních je nesprávná diagnóza umožňující pobírat invalidní důchod bohužel rozšířeným a špatně podchyceným problémem, jenž by si zasloužil větší pozornost i pečlivější diagnostiku.

Samozřejmě však nejde jen o materiální zisky – sekundárním ziskem z nemoci může být cokoli. Např. „dokud budu smutná, můj partner mi bude věnovat více pozornosti, starat se o mě a připravovat mi jídlo“. (Připomeňme si volání o pomoc z kap. 1.4.) Pokud v daném vztahu funguje toto nastavení, je jisté, že deprese zde bude mít své místo – jednak může být depresivní epizoda partnerovou pozorností protahována; jednak se symptom stává něčím více než pouhým projevem nemoci: Určitým nástrojem. Depresi lze přehodnotit jako formu komunikace či manipulace, na což narazíme ještě v kapitole 3.

2.3.8 Zátěž a odolnost

„Moudrost souvisí se (špatnými) zkušenostmi a nadhledem nad nimi.“
(Baštecká, Mach a kol.: *Klinická psychologie*)

Výčet fenoménů souvisejících s reaktivní depresí by nebyl úplný, kdybych se v něm stručně nevěnovala stresu, krizi a traumatu. Tyto pojmy jsou spolu úzce spojené. Kromě nich se zaměřím na kapacitu pro jejich zvládnání.

Stres je fyziologická reakce organismu při zvýšení nároků na adaptaci ve smyslu ohrožujících a obtížných situací, kdy dochází k významným hormonálním, imunologickým a kardiovaskulárním změnám (Paulík, 2010). Podle Paulíka stres představuje specifický případ zátěže, kdy její míra přesahuje únosnou mez ve smyslu možnosti adaptace organismu v daných podmínkách. Podnět, který působí jako zátěž, se pak nazývá stresor, přičemž jeho závažnost záleží vždy na kapacitě

zvládání, jíž daný jedinec disponuje. Často se setkáme s rozdělením na eustres a distres, kdy škodlivý je pouze distres, zatímco eustres naopak může člověk vítat jakožto optimální hladinu stimulace – určitá míra zátěže je nutná, jinak by člověk degeneroval (Hučín, osobní sdělení 28. března 2017). Rozlišujeme-li stres podle trvání na akutní, chronický a intermitentní (přerušovaný chronický), z hlediska zdravotního rizika je patrně nejzávažnější intermitentní stres – který je právě pro nároky života v současné době typický.

V úzké souvislosti s transakční teorií stresu (Lazarus, 1993, in Baštecká, Mach a kol., 2015) a psychickou odolností je pojem **coping** – strategie zvládání negativních emocí, zátěže a ohrožení, a také **vulnerabilita**, tj. zvýšená zranitelnost či citlivost na nepříznivé vlivy (Paulík, 2010), oproti **resilienci** (odolnosti). Pozoruhodné je, že vulnerabilita je nejen příčinou snížení adaptace v životě, ale i jejím důsledkem. Kromě skutečnosti, že zhoršený zdravotní stav snižuje odolnost vůči zátěži, je také možné, že snížená odolnost vůči zátěži a intenzivnější prožitky stresu mohou negativně ovlivňovat zdravotní stav. Právě psychická resilience a vulnerabilita jsou faktory, jež se utvářejí v průběhu vývoje, mimo jiné na základě kvality péče rodičů. U dětí deprivovaných a subdeprivovaných se tak může vyvíjet nižší kapacita pro zvládání zátěže; mohou mít nedostatek zdrojů nebo jim chybějí vhodné copingové strategie, jež by se naučily efektivně používat a které by jim mohly pomoci v případě přetížení, a místo nich mohou využívat maladaptivních řešení.

Krise je „normální reakce na nenormální situaci“ (Špatenková a kol., 2004, str. 15). Za kritické jsou považovány takové situace, kdy intenzita zátěže dosahuje extrémních hodnot, jejichž překročení ohrožuje život nebo existenci jedince (Paulík, 2010). Dochází k nim kombinací snížené odolnosti vůči stresu či zátěži s možnými precipitujícími faktory (spouštěči), jakými mohou být právě silně negativní životní události, některé popsány v následující kapitole. V těchto situacích se organismus dostává do tak silného psychického vypětí, že jsou typické také extrémní reakce emoční, behaviorální i kognitivní.

Ještě více zátěžovým případem krizové události je **trauma**, tedy „reakce na situaci vzniklou v důsledku události, jež má výjimečně nebezpečný nebo katastrofický charakter a vyvolala by hluboké rozrušení téměř u kohokoli“ (Baštecká, Mach a kol., 2015, str. 594); časté či obvyklé je spojení traumatu se smrtelným nebezpečím, usmrčením, vážným úrazem a ohrožením fyzické integrity své i druhých. Traumatická událost zásadně naruší sebepojetí člověka i jeho pohled na svět (Kupka, 2014); je nutné tyto změny integrovat do své identity. V případě prožití krize či traumatu jde vždy o obrovskou zátěž, avšak setkáváme se s fenoménem významného osobního rozvoje u některých osob, jež prožily a dokázaly takové události zpracovat a integrovat (tzv. **posttraumatický růst**). Může se zvýšit kvalita jejich interpersonálních vztahů a intenzita uvědomování si a prožívání v situaci tady a teď – žijí plněji. Yalom (2006) hovoří o **probouzejících**

zážitcích právě v souvislosti s blízkostí smrti, např. při obdržení závažné diagnózy. Nutno dodat, že „*posttraumatický růst neznamená přestat dopadem události trpět*“ (Baštecká, 2015, str. 693).

2.3.9 Vývojové vlivy a deprese v dětském věku

Přestože se ve výzkumné části nebudu věnovat dětem, považuji za vhodné alespoň uvést, že s depresí se lze setkat i v dětském věku, kdy se její specifika poněkud liší od diagnostických kritérií deprese u dospělých. Představím proto několik fenoménů, jež můžeme u dětí v souvislosti s afektivními poruchami pozorovat.

Výše jsem uvedla, že Honzák vnímá (1999) jakožto významné při rozvoji deprese také vlivy vývojové. Podle něj je mozek dítěte sice plastičtější, ale také vykazuje **nížší odolnost vůči stresové zátěži** a rovněž v ohledu nedostatečného naplnění určitých základních potřeb. Zde bych ráda Honzáka přímo citovala (1999, str. 27):

Dítě potřebuje láskyplné prostředí, které mu dodává pocit bezpečí, jistoty a uznání. Jestliže matka nemůže tyto potřeby zajistit, např. proto, že sama trpí depresí, může vytvořený deficit být jednou z příčin pozdější depresivní poruchy. Tento mechanismus napomáhá předávání depresivní štafety v mnoha rodinách.

Jak lze vidět, znovu se v této souvislosti navracíme k otázce raného vývoje a kvality vztahové vazby, neboť osobnost rodičů hraje zásadní roli nejen v kontextu deprese u dítěte, ale i v ohledu vývoje jeho resilience a možnosti pozdějšího rozvoje deprese v dospělém věku. Kromě toho zde autor vlastně naznačil možnost dědičnosti deprese nikoli ve smyslu biologickém, ale právě také ve smyslu **předávání depresivní poruchy jakožto transgenerační záležitosti**. Transgeneračními fenomény se budu dále zabývat v kapitole 3.2.

Spitz a Wolf (1964) popsali na základě pozorování 123 kojenců tzv. **anaklitickou depresi**, která je důsledkem emoční deprivace při separaci děťátka od matky. Tyto děti jsou zprvu výrazně plačtivé – v kontrastu k jejich předchozím radostným projevům, než byly od matek separovány – snaží se na sebe upoutat pozornost a vyvolat fyzický kontakt s jakoukoli potenciální pečující osobou v okolí. Posléze se naopak stáhnou z interakce, projevují výraznou apatii a nezájem o vnější podněty a všeobecně neprospívají – ubývají na hmotnosti, mohou trpět nespavostí nebo se u nich vyskytují ekzémy. Vývoj se u těchto dětí zastavuje – „*vzdaly to, nemají se pro koho vyvíjet*“ (Šašková, osobní sdělení 12. března 2016). S anaklitickou depresí se můžeme setkat v kojeneckých ústavech, kde se rozvíjí v důsledku chybějící vztahové vazby k pečující osobě.

Dalším důležitým pojmem v této souvislosti je **hospitalismus**, tedy soubor somatických i duševních příznaků, kdy pacient (zejména dítě) nepříznivě reaguje na (zejména dlouhodobý) pobyt v nemocnici nebo jiné instituci poskytující ústavní léčbu (Ondriová & Magurová, 2016).

V rámci takového pobytu se pacient nedokázal adaptovat na prostředí a vznikají u něj obtíže v emočních vazbách – hospitalismus typicky souvisí se ztrátou úzkého citového svazku dítěte s rodiči. K hospitalismu dochází v důsledku nucené separace od matky, přestože matka a dítě ještě nejsou vzájemně nasyceni jeden druhého (Trapková & Chvála, 2004), především ve velmi útlém věku dítěte. Psychické projevy hospitalismu jsou mimo jiné negativismus, agrese, deprese a pláč.

S afektivními poruchami se můžeme setkat v jakémkoli věku dítěte. Podle Honzáka (1999) se u dětí častěji vyskytují **psychosomatické symptomy**, jakými jsou rozvrat fyziologických funkcí (spánek, příjem potravy) či bolesti. Autor také uvádí, že diagnózu deprese lze s jistotou stanovit až po 14. roce dítěte.

Dlouho existovaly pochybnosti o tom, zda se deprese může objevit před adolescencí, avšak ve skutečnosti u mnoha dětí s poruchami chování či učení byla deprese primární poruchou; jejich stav se často zlepšil na základě podání antidepressiv (Weinberg, Rutman, Sullivan, Penick, & Dietz, 1973). Weinberg a jeho spolupracovníci proto sestavili následující kritéria pro diagnózu dětské deprese:

- A. Přítomnost dysforie a zároveň smýšlení znevažujícího sebe sama;
- B. Dva a více z následujících symptomů:
 - 1. Agresivní chování (neklid)
 - 2. Poruchy spánku
 - 3. Změna školního výkonu
 - 4. Snížená socializace
 - 5. Změna postoje vůči škole
 - 6. Somatické stesky
 - 7. Úbytek obvyklé energie
 - 8. Neobvyklé změny chuti k jídlu a/nebo hmotnosti
- C. Tyto symptomy znamenají změnu v obvyklém chování dítěte a byly přítomné více než 1 měsíc.

Základními symptomy deprese u dětí jsou stejně jako u dospělých smutná nálada, poruchy spánku a stravování, ztráta zájmu a energie, ztráta pocitu vlastní hodnoty či nepřiměřené pocity viny, nižší soustředění a suicidální myšlenky (Říčan, Krejčířová a kol., 2006). Autoři přitom specifikují pravděpodobný obraz deprese v jednotlivých vývojových obdobích: Po anaklitické depresi následuje v předškolním období deprese s převážně somatickými symptomy, nejčastěji jsou přítomny bolesti hlavy a břicha. Dítě ztrácí zájem o hru a radost z ní, stává se apatičtější a vyhýbá se vrstevníkům. Může se vyskytnout agresivita.

Ve školním věku převládá snížené sebehodnocení, autoakuzace, bezmocnost (tamtéž). Ve hře i fantaziích dítěte se manifestují depresivní témata – kritika a odmítnutí, zranění, opuštění blízkou osobou či její ztráta. Právě ve školním věku může nastat nápadné zhoršení prospěchu, ztráta motivace k učení a obtíže se soustředěním jako první dominantní projevy. Objevuje se úbytek pohybu, ale i naopak agitovanost a hyperaktivita. Už tehdy je třeba uvědomovat si riziko suicidia.

V pubertě a adolescenci je třeba rozlišit patologickou depresi od běžného dysforického prožívání dospívajících. Zejména v tomto věku hrozí největší nebezpečí suicidií; období dospívání je spojeno s nejvyšší vulnerabilitou. Podle autorů je již klinický obraz deprese shodný s obrazem u dospělých; taktéž mohou děti jako úlevové strategie volit psychoaktivní látky. Nápadné zhoršení

prospěchu či chování musí být vždy podnětem k vyšetření stejně jako výskyt určitých somatických obtíží, jež se vztahují ke skutečnosti, že dospívající málo sdělují okolí své pocity (tamtéž).

U dětí bývají rozlišovány 2 syndromy:

- **Kognitivní deprese** – charakteristickým projevem je tzv. **kognitivní triáda** – negativní pohled na sebe, na svou situaci a na budoucnost. Převažují pocity beznaděje, bezmoci, vlastní zbytečnosti a viny, odmítání okolí; vyskytuje se smutek a suicidální fantazie.
- **Inhibiční (endogenní) deprese** – dominuje zde útlum, anhedonie a depresivní nálada.

Autoři upozorňují, že endogenní deprese u dětí nemá nic společného s tím, jak ji chápeme u dospělých, a podotýkají, že u dětských reaktivních depresí nedochází k tak značnému poklesu psychomotorického tempa a nevyskytuje se tolik somatických symptomů jako u dětské endogenní deprese. Mohou se střídát chvíle útlumu s neklidem, kvůli nimž dítě působí spíše jako zlostné a vzdorovité, což je typickou obtíží při diagnostice, pro kterou zůstává deprese často přehlédnuta. Selhávání ve škole a kritika ze strany dospělých při poklesu výkonu jsou pro dítě opět zátěží.

Dětská deprese se podle Šaškové nevyskytuje příliš často sama o sobě, nýbrž je spíše symptomem souvisejícím s jinými komplikacemi v rodinném systému (osobní sdělení 16. dubna 2016), o čemž bude pojednáno v kapitole 3. Může jít např. o reakci dítěte na nedostatek kontaktu či na ztrátu – ta bývá považována za nejčastější příčinu (Říčan, Krejčířová a kol., 2006).

Honzák poukázal (1999), že rizikovým faktorem ve vývoji dítěte, souvisejícím i s pozdějším rozvojem poruchy, je časná ztráta matky, na kterou jsme narazili již v souvislosti s anaklitickou depresí. Dle Bowlbyho se v situaci **úmrť rodiče** jedná o separační úzkost, kdy ztráta objektu vzbuzuje u dítěte úzkost z odloučení (1973, in Yalom, 2006) – a v návaznosti na Bowlbyho se psychodynamické teorie zabývají strachem z odloučení a separační úzkostí jakožto úzkostí fundamentální. Podle Yaloma (2006) je ovšem i přes nedostatek výzkumů zaměřených na postoje dětí ke smrti zcela zřejmé, že zde hraje roli i **úzkost dítěte z vědomí smrti a vlastní smrtelnosti**.

Ačkoli dlouhou dobu v psychologii převládal názor, že dítě do určitého věku smrt ještě nechápe, a tak ji neprožívá jako zátěž plnohodnotně, Yalom (2006) zdůrazňuje mylnost těchto domněnek: Děti se již od velmi útlého věku zabývají myšlenkami na smrt a tyto myšlenky v nich vzbuzují velmi silnou úzkost. Ztráta matky má tedy zásadní vliv v jakémkoli věku dítěte. Úmrť rodiče je pro dítě největší katastrofou nejen kvůli odloučení a zásadní emoční ztrátě, ale také kvůli vyvolané **obavě z vlastního zániku**. Reakce dítěte na úmrť rodičů se liší v závislosti na několika faktorech. Jedním z nich je kvalita vztahu se zemřelým rodičem – kromě utrpení ze ztráty prožívají děti intenzivní pocity viny, neboť si vyčítají své agresivní chování či fantazie vůči rodiči, protože jsou přesvědčené, že tato agrese mohla ke smrti rodiče přispět (Furman, 1964, in Yalom, 2006). Všechny tyto faktory jsou pro dítě obrovskou zátěží. Podle Yaloma bychom mezi nimi neměli

přehlížet obavy dítěte z vlastní smrti – cituje zde Maurera (nedat., in Yalom, 2006, str. 115): „*Spíše obrovská obava o vlastní život než žárlivé přivlastňování ztraceného milovaného objektu je etiologií tísně při separační úzkosti*“.

Yalom poukazuje (2006), že v anamnéze psychiatrických pacientů je ztráta rodiče častější než u zdravé populace. Protože přítomnost mateřské osoby okamžitě snižuje úzkost, je zřejmé, že **dítě, jehož matka zemřela, bude zranitelnější v případě jakéhokoli stresu, se kterým se musí vyrovnat**. Jsou zde tedy přítomny 2 faktory zároveň – jak úzkost pramenící z vědomí vlastní smrtelnosti, tak úzkost vyplývající z mnoha jiných stresorů, k jejichž zvládnutí má dítě, jež ztratilo rodiče, mnohem méně zdrojů. Dítě je tedy nuceno vytvářet si mnohé neurotické obrany, které se na sebe vrství tak dlouho, že úzkost ze smrti je pohřbena v nejhlubších vrstvách. A takto podle Yaloma souvisí zkušenost se smrtí s rozvojem patologie.

2.4 Životní události

„Ty nejtěžší chvíle našich životů nás mění víc než jakýkoli cíl, kterého bychom mohli dosáhnout.“
(Amy Green, TEDex)

Životní události v kontextu psychologie můžeme chápat jako „*skutečnosti, jež se mohou v životě jedince vyskytnout nezávisle na jeho vůli a které přitom závažně a dlouhodobě ovlivní navyklé činnosti či celý životní styl*“ (Hanzlíček, nedat., in Baštecká, Mach a kol., 2015, str. 618). Také „*životní problémy jsou trvalé jevy prožívané jako narušující nebo způsobující utrpení, které dotyční hodnotí jako problém, tzn. domnívají se, že je třeba je změnit a že je možné je změnit*“ (Ludewig, 2011, str. 80).

Již několik desetiletí je známo, že rozvoji onemocnění jakéhokoli charakteru často předcházejí takové události, které pro člověka znamenají změnu sociálního statusu (Graham & Stevenson, 1963, in Rahe, Meyer, Smith, Kjaer & Holmes, 1964). Z předchozích výzkumů lze usuzovat, že lidský organismus může reagovat na přílišnou zátěž různými symptomy od kardiovaskulárních obtíží přes oslabení imunitního systému a rozvoj infekčních onemocnění až po rakovinné procesy (in Rahe et al., 1964). Rahe se svým týmem se systematicky zabývali studií vztahů mezi psychosociálními faktory a rozvojem určitých symptomů. Položíme-li si otázku, jak je tomu v případě deprese, patrně i při rozvoji afektivních poruch mají životní události viditelný podíl, především v iniciální fázi onemocnění (Svoboda et al., 2006). V možných dalších epizodách už však není podle těchto autorů podíl událostí tak významný. Jedná se přitom o poměrně různé události – kromě změny nebo ztráty určité sociální role může jít i o ztráty jiného charakteru, ale také o relativně drobné, každodenní starosti. Honzák míní, že za **nejzávažnější druh zátěže je obecně**

pokládána ztráta milované osoby, přičemž připomíná, že deprese bývá ztotožňována s přirozeným zármutkem, jenž při úmrtí blízkého následuje (1999).

Právě autoři Holmes a Rahe vytvořili (1967) nástroj k měření zátěžových životních událostí, když zkoumali četnost a charakter událostí v anamnéze lidí, u nichž došlo k rozvoji onemocnění. Jedná se o dotazník zvaný *Social Readjustment Rating Scale* (SRRS), obsahující seznam 43 položek od zcela katastrofických událostí až po běžný druh zátěže, v němž je každé položce na základě výzkumů přiřazen počet bodů. Může jít o takové události, jako je úmrtí partnera (100), rozvod (73), úraz či vážné onemocnění (53), ztráta zaměstnání (47), sexuální dysfunkce (39), zvýšené nehody s partnerem (35), ale i Vánoce (12), změna bydliště (20), nástup na školu či ukončení studia (26), těhotenství (40) nebo sňatek (50) – povšimněme si, že i události, jež je možné hodnotit zcela pozitivně, jsou zároveň pro organismus zátěžové: Přestože je může člověk prožívat radostně, stále jsou to stresory aktivující sympatikus organismu. Pokud je na základě událostí prožitých za poslední rok výsledný skóre v SRRS 250 a více bodů, lze očekávat tělesné onemocnění či psychické selhání, neboť příliš mnoho změn v krátkém časovém sledu snižuje fyzickou i psychickou odolnost organismu (Praško et al., 2012), a zejména ve vyšším věku pak může dojít k rozvoji onemocnění i při nižší míře zátěže. Větší počet drobnějších událostí může přispět k výskytu automatických negativních myšlenek, jež buď souvisejí s nástupem depresivní epizody, nebo ji mohou udržovat.

Pochopitelně výčet zátěžových událostí v SRRS není vyčerpávající. Životní příběhy jsou nesmírně variabilní a je třeba věnovat pozornost kontextu událostí každého pacienta, stejně jako způsobu jeho prožívání dané události, neboť zvládnutí téže zátěže dvěma různými osobami může být stejně variabilní jako příběh sám.

2.4.1 Životní události ve vztahu k suicidii

Podle výzkumu využití SRRS při odhadu rizika *tentamen suicidii* (Blasco-Fontecilla et al., 2012) se ukázalo, že událostmi, které se nejvíce vyskytují v životě osob, jež se pokusily o sebevraždu, jsou častější nehody s partnerem, separace v manželství a úrazy či závažná onemocnění.

Zhang a Ma (2012) popisují, že v mnoha nalezených případech osob, které suicidovaly, se závažné události nahromadily v období 3 měsíců před sebevraždou. Zkoumaly na vzorku čínské venkovské populace mladých lidí především charakter událostí, které se vyskytly v posledním roce života. Ukázalo se, že u 92 % osob se objevil nejméně jeden typ těchto událostí; nejčastěji se tyto změny týkaly kategorií Rodina/Domov (60,7 %), Zdraví/Hospitalizace (53,8 %) a Manželství/Láska (51,3 %).

V další kapitole se budu věnovat tématu rodiny v psychologii a psychoterapeutických směrech.

3 RODINA V PSYCHOLOGII A PSYCHOTERAPII

V této kapitole bych nejprve ráda vymezila konstrukt rodiny samotný, poté představila psychoterapeutické přístupy, které pracují s rodinnými systémy, a naznačila způsob chápání biopsychosociálních problémů rodin, pohled na rozvoj onemocnění i možnosti přístupu k léčbě. Souvislosti deprese s rodinným zázemím snad budou patrné v některých podkapitolách, kde se pokusím vysvětlit, jakým způsobem mohou vzorce fungování v rodinách přispívat k rozvoji onemocnění.

„Když je manželství rodičů v nepořádku, jsou děti tlačeny jak energií celého systému, tak svým vlastním pudem sebezáchovy k tomu, aby obnovily rodinnou harmonii. Aby ji zachovaly, zajdou až k obětování svého vlastního psychického nebo fyzického zdraví“, napsal Bradshaw (1995, in Tóthová, 2011, str. 86). Tato citace výstižně naznačuje jádro problematiky pochopení symptomů v kontextu rodinných psychoterapeutických směrů, podstatu rozvoje onemocnění v rodinném systému a vlastně celou tuto kapitolu.

3.1 Rodina

Přestože každý intuitivně rozumí pojmu *rodina*, jde o výraz těžko definovatelný konvenčně. Sobotková míní, že *„Rodina je primárním kontextem lidské zkušenosti od kolébky až po hrob“* (2001, str. 9). Poukazuje, že to, co rozumíme pod pojmem *rodina*, je velmi variabilní a že se chápání i označení rodiny v historii značně posunulo. Definujeme-li rodinu jako *„skupinu lidí se společnou historií, současnou realitou a budoucím očekáváním vzájemně propojených transakčních vztahů, kde členové jsou často (ale ne nutně) vázáni hereditou, legálními manželskými svazky, adopcí nebo společným uspořádáním života (...)“* (Kramer, 1980, in Sobotková, 2001, str. 22), cítíme z této definice výraznou svobodu i nejednoznačnost, jak lze rodinu subjektivně prožívat: Blízké emocionální vazby mezi dvěma partnery, ať heterosexuálními či homosexuálními, už dnes samy o sobě stačí k tomu, aby definovaly rodinu, a tak již nemusí jít pouze o jednotku sestávající z rodičů, alespoň jednoho dítěte a jejich vztahů. Podle Barkera (2012) je úplných původních nukleárních rodin (tj. rodiče a vlastní dítě / děti) v populaci čím dál méně; naopak přibývá jiných rodinných uspořádání – svobodných matek bez partnera, rozvodů a dalších manželství, nevlastních dětí, sourozenců, rodičů, nesezdaných soužití apod. Význam v utváření a chápání rodiny má i kultura, jazyk, tradice a rituály a nespočet dalších faktorů.

3.1.1 Zdravá rodina

Kromě popisu patologií, kterého bude v této kapitole ještě dostatek, by bylo dle mého mínění vhodné uvést i model toho, jak by vypadala hypotetická rodina v ideálním případě, tedy v situaci, kdy se žádné patologie nevyskytují a rodinný systém funguje zdravě a normálně. Už jen tyto dva pojmy naznačují další obtíže s definicí a možné zjištění, že žádná normální rodina neexistuje. „Ve skutečnosti se rodiny zřídka kdy vyvíjejí bezproblémově a předvídatelně“, upozorňuje Barker (2012, str. 39).

Froma Walshová rozlišila 4 přístupy k normalitě rodiny:

1. *Normalita jako zdraví a absence patologie* – rodina je normální, pokud žádný její člen nevykazuje žádné symptomy;

2. *Normalita jako ideál* – v humanistických pojetích jde o takové rodiny, jež fungují optimálně a umožňují svým členům sebeaktualizaci v závislosti na kulturních normách (na opačném pólu hypotetického kontinua jsou dysfunkční rodiny);

3. *Normalita jako průměr* – odpovídá obvyklosti, jež je v kontextu sociologie statisticky definována;

4. *Normalita jako transakční proces* – přístup vycházející ze systémové teorie, kdy je na rodinu pohlíženo jako na entitu vyvíjející se v čase, se všemi nutnými procesy probíhajícími v rodinném systému a s důrazem na sociální kontext, vztahy a vlivy. Zde se normalita procesů liší v závislosti na požadavcích rodiny a okolí rodiny, jimž je rodina nucena se přizpůsobovat. To připouští značnou variabilitu toho, co je normální (1995, in Sobotková, 2001).

Zde je vidět, že některá z těchto pojetí mohou být v určitém kontextu problematická či ne zcela vyhovující.

Barker uvádí, že kritériem pro posouzení funkčnosti rodiny je míra, do jaké rodina naplňuje materiální, emocionální a duchovní potřeby svých členů (2012).

Kirschner a Kirschnerová (1986, in Barker, 2012) vytvořili koncept optimálního fungování rodiny. Jeho základem je podle nich kvalitní (manželský) vztah, shoda ve výchově dětí a nezávislé jednání a aktivity členů mimo rodinu. Každý z těchto faktorů podrobně popisují tak, jak by měl v optimálním případě fungovat. Barker však poukazuje, že toto pojetí je jednak poněkud zjednodušující a jednak nebere příliš v úvahu ani variabilitu dnešní podoby rodin, ani etnické odlišnosti rodin (2012).

Podobně, jako je zdraví ideálně definováno jako více než jen absence nemoci, tedy spíše celkový „stav, kdy je člověku naprosto dobře, a to jak fyzicky, tak psychicky i sociálně“ (WHO, 1946, in Křivohlavý, 2009), jde podle Barkera (2012) ve vymezení zdravě fungující rodiny nejen o absenci problémů, ale i o naplnění potřeb partnerů a dětí tak, jak to jen jde – též emocionálních

i psychologických – a úspěšné plnění úkolu přípravy potomků na autonomní fungování ve světě a vlastním životě.

3.2 Bowenova teorie rodinných systémů

Dál se však musíme nutně zaměřit na fungování rodin, ve kterých jeden či více členů trpí určitým onemocněním. Na tomto místě je nutné vysvětlit, že mnoho výzkumníků a psychologů, stojících u zrodu rodinné psychoterapie, pracovalo s rodinami, v nichž jeden člen trpěl schizofrenií. Můžu jmenovat např. G. Batesona, J. Weaklanda, L. Wynnea, P. Watzlawicka či M. Bowena (Barker, 2012). Schizofrenii se zde věnovat nebudu, avšak ráda bych zdůraznila, že jimi nalezené principy jsou obecně platné pro rodinné systémy napříč spektrem nemocí i zdraví. Pokusím se proto nyní vysvětlit teorii rodinných systémů dle amerického psychiatra Murrayho Bowena, neboť právě jeho práce má na tomto poli velkou váhu.

V roce 1954 se Bowen začal věnovat pětiletému výzkumu rodin, jenž přerostl ve značně rozsáhlou studii a komplexně postavenou teorii. Bowen napsal (2004), že pokud je onemocnění produktem vztahu, v němž figurují problémy v osobnosti matky, jak se tehdy předpokládalo, počítá se zde zároveň se silami, jež udržují ve vztahu matky a dítěte rovnováhu. Na tento prvek poukazuje jako na koncepci toho, co dnes psychologie chápe pod pojmem *systém* (více v kap. 3.4); zvláště pak uvědomíme-li si, že vztah mezi matkou a dítětem je jen malá část reálné rodinné situace, ke které je třeba ještě přičíst minimálně význam otce a sourozenců dítěte.

Dále Bowen užil dva klíčové pojmy – *fúze* (splývání) a **diferenciace**. Podle Bowena je diferenciace self zásadním vývojovým procesem a je třeba ji chápat na dvou úrovních – jednak jako schopnost rozlišovat mezi psychickými procesy *prožívání* a *myšlení*; jednak jako diferenciaci *já* od druhých. Při přílišném splývání cítění a myšlení je narušeno fungování člověka. „*Lidé s nejvyšší schopností rozlišovat mezi cítěním a myšlením, nebo kteří vykazují nejvyšší diferenciaci self, jsou nejvíce flexibilní a adaptabilní ve zvládání životního stresu, a tím více svobodní od problémů všeho druhu*“ (Bowen, 2004, str. 59). Úlohou jedince ve vývoji v kontextu rodinného systému je dosáhnout co nejvyššího stupně diferenciace, aby se nakonec mohl diferencovat od rodiny a v rámci přechodového procesu (více v podkapitole 3.5.1) se osamostatnit.

Seznámíme se nyní s osmi koncepty Bowenovy teorie (2004), které popisují procesy probíhající v dysfunkčních rodinách, kde se u jednoho nebo více členů vyskytuje závažnější choroba:

1. **Diferenciace self**: Tento koncept byl už podrobně vysvětlen, jde o jádro Bowenovy teorie. Diferenciaci self oproti fúzi je vhodné si představit jakožto opačné extrémy na kontinuu, kde lidé různě variují mezi těmito dvěma póly. The Bowen Center uvádí (nedat.), že úroveň diferenciace

self může ovlivnit zdraví, délku života, stabilitu manželství, reprodukci a školní i pracovní úspěchy v životě jedince.

2. **Triangulace:** Základním stabilním kamenem jakéhokoli emocionálního systému je konfigurace tří osob. Nejprve existující dyáda je totiž stabilní pouze v klidových podmínkách. Jakmile však roste napětí, stres či úzkost, je do vztahu zahrnuta třetí, nejvíce vulnerabilní osoba, proti níž je tvořena koalice; nejmenší stabilní vztahové jednotky jsou tedy trojúhelníky. S příchodem dalších osob vznikají jen nové vzájemně propojené trojúhelníky. Rodinný systém za vzrůstající tenze vyhledává trojúhelníky tvořené i osobami vně rodiny.

3. **Emocionální systém nukleární rodiny:** Jedná se o vzorce emocionálního fungování rodiny v rámci jedné generace. Vzorce, přítomné v rodině nyní, jsou ve skutečnosti vzorci opakujícími se již po celé generace předtím a rovněž budou následovat v generacích příštích. V rodinách, kde se vyskytují problémy, našel Bowen 4 obvyklé dysfunkční vzorce, jimiž jsou manželský konflikt, dysfunkce jednoho z partnerů, zhoršení stavu jednoho či více dětí a emocionální odstup (2004).

4. **Proces rodinné projekce:** Tento koncept popisuje, jakým způsobem přenášejí rodiče své emocionální problémy na dítě. Ve vztahovém trojúhelníku otec-matka-dítě s nižším stupněm diferenciací rodičů probíhá projektivní proces, v rámci kterého dojde ke zhoršení stavu jednoho nebo více dětí. Při vyšší intenzitě rodinné projekce se u dítěte vyvine ještě silnější vztahová senzitivita, než jaká převládá u rodičů, spojená s mnoha maladaptivními fenomény, jako jsou např. nízká tolerance k úzkosti a impulzivita, tendence obviňovat druhé a mít od nich příliš mnoho očekávání nebo vyšší potřeba pozornosti a ocenění (The Bowen Center, nedat.). Naproti tomu u ostatních dětí, kterým je věnováno méně rodičovské pozornosti a jež jsou méně zahrnuty do procesu rodinné projekce, se vyvíjejí dospělejší a reálnější interpersonální vztahy, a také u nich dojde k vyšší míře diferenciací než u rodičů.

Projekce spočívá v následujícím: Rodič pojme podezření, že s dítětem je něco špatně; následně interpretuje jeho chování tak, aby potvrdzovalo jeho obavy, a nakonec se snaží dítě léčit a přistupuje k němu, jako by vskutku nebylo v pořádku. Určitý symptom se tak u dítěte může skutečně objevit coby sebezplňující se proroctví – rodiče hledají symptom tak dlouho, až ho naleznou, neboť dítě začne tento symptom opravdu vykazovat. Tento symptom už plní určitou důležitou funkci v rodinném systému. Velmi odstrašující a extrémní příklad takového rozvoje onemocnění až do ochrnutí nabízejí např. Trapková a Chvála ve své knize (2004; str. 53-55).

5. **Multigenerační transmisivní proces:** Jak proces rodinné projekce pokračuje, u jednoho z dětí se vyvíjí nižší stupeň diferenciací; naopak u ostatních dětí dojde k diferenciací vyšší (Bowen, 2004). Tento vzorec se pak zesiluje v dalších generacích a Bowen vypočítává, po kolika generacích můžeme v takových rodinách očekávat rozvoj závažného onemocnění. Podstatou multigenerační

transmise je poznatek, jak původně nepatrné rozdíly v míře diferenciaci u dítěte oproti rodičům vedou v průběhu generací k zásadně velkým nedostatkům v míře diferenciaci (The Bowen Center, nedat.). Klíčové zde je si uvědomit, že v případech rozvoje závažného onemocnění sahají jeho kořeny již celé generace nazpátek – a stejně tak je tomu u původu vysokého stupně diferenciaci. Krom toho k výsledným rozdílům v míře diferenciaci přispívá skutečnost, že lidé si vybírají partnery s podobnou mírou diferenciaci, jakou sami disponují. Proto dva více diferencovaní rodiče vychovávají tím spíše diferencovaného potomka oproti rodičům z linie potomků naopak méně diferencovaného jedince.

6. **Emocionální odříznutí:** Čím nižší je stupeň diferenciaci self jedince, tím více existuje nevyřešených emocionálních vazeb či konfliktů s rodiči (a jinými členy rodiny). V mnoha těchto případech lidé usilují o redukcii emocionálního kontaktu s primární rodinou, např. méně častým či pouze výjimečným kontaktem, který se vyznačuje vyhýbáním se citlivým, emocionálním tématům, anebo se od ní zcela odříznou a přerušují veškeré kontakty. Bowen upozorňuje, že čím více člověk utíká od vyřešení těchto témat, tím vyšší je pravděpodobnost, že v jeho sekundární rodinně budou i jeho děti reagovat intenzivnějším emocionálním odříznutím.

7. **Sourozenecká pozice:** Již více psychologů vytvořilo teorie (vývoje) osobnosti založené na pozici v sourozeneckém subsystému, které vysvětlují, jak s pozicí dítěte v rodině souvisí jeho budoucí charakterové vlastnosti a sociální role. Bowen vychází z práce Tomana (1961, in Bowen, 2004), podle něhož pořadí narození sourozence souvisí s mírou pravděpodobnosti jeho rozvodu v budoucím manželství, neboť vlastnosti sourozenců jsou k sobě komplementární (The Bowen Center, nedat.). Je tedy pro manželství vhodnější, když jedinec z dané sourozenecké pozice uzavře sňatek s partnerem, který je z takové sourozenecké pozice, jež je k té jeho komplementární, a takové manželství je pokládáno za potenciálně stabilnější.

8. **Emocionální proces společnosti (emocionální regrese společnosti):** Bowen upozorňuje (2004), že emocionální proces ve společnosti odpovídá emocionálnímu procesu v rodině, což vysvětluje následovně (str. 88):

Je-li rodina vystavena chronické, soustavné úzkosti, začíná ztrácet kontakt se svými intelektuálně determinovanými principy a uchýlovat se čím dál více k emocionálně determinovaným rozhodnutím, aby zmírnila úzkost v daném okamžiku. Výsledkem tohoto procesu jsou symptomy a eventuálně regrese k nižší úrovni fungování. Koncept společnosti postuluje, že tentýž proces se rozvíjí ve společnosti; že se nacházíme v období vzrůstající chronické sociální anxiety; že společnost na to odpovídá emocionálně determinovanými volbami, aby zmírnila úzkost v daném momentu.

Ale protože takové volby vedou k dalšímu zvýšení úzkosti daného systému, ať již společenského, nebo rodinného, udržuje se tím systém v kruhu. V kontextu rodiny tento kruh nazývá Bowen *emocionální nemoc* (2004).

Bohužel v tomto dlouhém, přestože velmi zestručněném výkladu Bowenovy teorie nebyla problematika transgeneračního přístupu k rodinám ani zdaleka vyčerpána. Pro hlubší porozumění těmto fenoménům a vhodný vhled do přenosu patologie (násilí a traumat) napříč generacemi doporučuji knihu *Úvod do transgenerační psychologie rodiny* (Tóthová, 2011).

3.3 Vymezení rodinné terapie

Věnovali jsme se nejprve zdravým rodinám a potom principům, které se objevují v rodinách s nemocným členem. Je zřejmé, že ne vždy se rodiny potýkají s problémy úspěšně. U jednoho nebo více členů se mohou vyskytnout (nejen psychické) obtíže natolik závažné, že rodina vyhledá psychoterapeutickou pomoc. V této práci se budeme samozřejmě zabývat takovými psychoterapeutickými směry, které pracují, nebo alespoň počítají s celou rodinou.

Kratochvíl (2006) přehledně uvádí tři zásadní prvky, které jsou charakteristické pro rodinnou psychoterapii:

1. Zabývá se rodinnými problémy a snaží se je překonat k dosažení funkčnosti rodiny;
2. Pracuje v rámci terapeutického sezení s celou rodinou;
3. Nahlíží na klienta jakožto na člena rodiny, jenž je tímto systémem zásadně ovlivňován, a snaží se nalézt v jeho problému souvislost se současným způsobem fungování jeho rodiny.

Alespoň jeden z těchto prvků musí být v rodinných směrech terapie přítomný – existuje totiž i možnost rodinné terapie bez účasti všech členů rodiny. Přesto v rámci rodinné terapie nemůže být klient vytržen ze svého kontextu a je vnímán jako člen této dynamické jednotky.

3.4 Systémy

Pojem *systém*, který zde bude často užíván, vychází z kybernetického modelu systémů. Jedná se o teorii, jejímž autorem je Karl Ludwig von Bertalanffy (1968, in Kratochvíl, 2009), a jakožto obecná teorie systémů má využití v matematice, v psychosociálních oblastech či v biologii.

Psychoterapie si v tomto modelu povšimla dynamičnosti, komplexnosti a vnitřní organizace systémů, jejich neustálé komunikace s okolním světem i vnitřních interakcí jednotlivých subsystémů a tendence k udržení homeostázy. Fungování rodin může být charakterizováno tímtéž

způsobem, a proto si rodinná terapie tento model vypůjčila jako klíčový. Přímo z pojmu samotného pak vychází systemický psychoterapeutický směr, o kterém pojednám v kap. 3.7.

3.5 Důležité jevy v kontextu rodinné psychoterapie

V následujících podkapitolách považuji za vhodné představit nutné pojmy, konstrukty nebo typické fenomény, s nimiž se v těchto směrech setkáme a jež zde zauímají důležité místo. Řeč je o cirkulární kauzalitě, přechodových situacích, komunikaci a jazyce. Pozornost těmto fenoménům věnuje více rodinných psychoterapeutických směrů, a proto uvedu nejprve tyto fenomény a pak teprve pojednám o rodinných přístupech v terapii.

3.5.1 Přechodová situace

Podle Barkera (2012) je třeba věnovat při vstupu rodiny do terapie pozornost tomu, v jaké vývojové fázi se rodina nachází. Klinické obtíže totiž často vznikají nejen v důsledku vnější zátěže, ale také právě v přechodových situacích, tedy v období přechodu rodiny z jedné vývojové fáze do další. Ne vždy si rodiny souvislost mezi zdravotními symptomy a probíhajícími změnami nutně uvědomují (Gjuričová & Kubička, 2009).

Existuje koncepce devíti přechodových okamžiků, jež jsou rodiny nuceny zvládnout (Barnhill & Longo, 1978, in Barker, 2012). Jsou jimi:

1. Přijetí závazku ze strany obou partnerů;
2. Přijetí nové osoby s narozením dítěte;
3. Naplňování rodičovské role s příchodem potomka;
4. Uvedení dítěte do institucí vně rodiny;
5. Přijetí dospívání potomka a změn charakteru rolí;
6. Umožnění dítěti experimentovat s nezávislostí;
7. Příprava na odchod dítěte z primární rodiny;
8. Opuštění dítětem a konfrontace partnerů jen spolu navzájem;
9. Vyrovnání se s odchodem do důchodu a smíření s rolí seniora a nutnými změnami.

U tohoto modelu je ovšem nutné zohledňovat velkou variabilitu podoby rodiny (rozvedené rodiny, partnerská soužití bez dětí apod.), protože samozřejmě ne každá rodina projde všemi těmito přechodovými situacemi – a naopak, mohou se v jejich vývoji vyskytnout i jiné přechodové okamžiky, mnohdy vázané na závažné životní události.

Během vývoje rodiny může dojít k fixaci v určité fázi, a tak se zdravý přechod neuskuteční a naopak se objeví komplikace. Právě s těmi mohou rodiny přicházet do terapie, ve které terapeut

zvažuje, jak by mohl vývojový proces podpořit a uvolnit rodinu ze stagnace v dané fázi (Barker, 2012).

V českém prostředí vyvinuli Vladislav Chvála a Ludmila Trapková (2004) konstrukt tzv. **sociální dělohy**: Rodina je jakousi sociální dělohou, v níž dítě roste a dospívá, a když se má osamostatnit a vystoupit z rodiny, metaforou pro tento vývojový úkol je „sociální porod“. Výhodou tohoto konstruktu je jeho vysoká použitelnost a snadné pochopení rodinami pro sdílení obecně lidské zkušenosti těhotenství a porodu. Autoři poukazují, že mnohé rodiny se sociálnímu porodu dítěte jakožto zásadnímu vývojovému kroku a velké změně v systému brání, a to právě rozvojem určitých symptomů u jednoho či více členů rodiny. Tyto symptomy mohou být psychosomatické i psychiatrické.

3.5.2 Cirkulární kauzalita

V kontextu systemického myšlení je důležitým pojetím reality tzv. *cirkulární kauzalita*, tedy skutečnost, že způsoby jednání jednoho člena rodiny ovlivňují vzorce jednání ostatních členů a ty zpětně i jeho jednání. Jonesová a Asen to popisují následovně: *„Můžeme lidské chování pochopit nejlépe tak, že považujeme určité projevy chování za následky předcházejících projevů a zároveň jako příčiny dalšího chování“* (2004, str. 43). Změna u jednoho člena vyvolá odezvu v celém systému a všichni na sebe vzájemně působí. Lineární kauzalita se vůbec neukazuje být pro pochopení reality systémů použitelná – *„(...) právě takováto chybná logika se stále používá v mezilidských vztazích tehdy, když jak osoba A, tak osoba B tvrdí, že pouze reaguji na chování druhého, aniž si uvědomují, že touto svou reakcí ovlivňují druhého stejně tak jako on je“* (Watzlawick et al., 2010, str. 49). Každý systém je tak provázaný, že nelze pohlížet na problémy jednotlivců jakožto na lineárně vzniklé symptomy; naopak tento přístup klade důraz na uvědomění si vlivu následků svého chování na původní děje (Kratochvíl, 2009).

Při terapeutickém odstranění nežádoucího symptomu je třeba mít na paměti nutnost znovu zajistit rovnováhu v celém systému, jinak by tato změna nebyla trvalá nebo by se mohl vzápětí objevit jiný problém u jiného člena rodiny. Právě reflektování opětovné dekompenzace pacienta po návratu do rodinného systému ostatně vedl pomáhající pracovníky k tomu, aby se věnovali celé rodině zároveň (Ludewig, 2011). Systém tak není možné nechat dál fungovat s nastavenou změnou bez dalších intervencí; je třeba po dosažené změně nastavit celkovou rovnováhu „seřizením“ a regulací celého systému (Kratochvíl, 2009).

Ve snaze o udržení homeostázy v rodinném systému mohou členové rodiny zahrnovat do svých vzorců maladaptivní prvky. Každý člen rodiny používá takové vzorce jednání, na které je zvyklý, přestože vedou ke stejnému – neúspěšnému – řešení situace. Hovoříme o tom, že při eskalaci situací se toto jednání zesiluje tím, že členové rodiny používají „více téhož“, tedy zesilují ty způsoby jednání, kterým jsou naučeni, protože jiné neovládají – a tedy ty způsoby, které opět jen prohloubí problém. Zde je třeba vysvětlit, že **symptom** je v kontextu rodinné terapie považován za **způsob řešení určitého problému**. Deprese může být přerámována jako „výhodná strategie“

(Asen, 2004). V návaznosti na toto pojetí symptomů a na nutnost komplexní práce s celým systémem považují za vhodné uvést příklad, který ve své knize popsal Minuchin (2013) – velmi konkrétně ilustruje možné škody vznikající při zanedbání jiných subsystémů a vztahů mezi nimi:

Matka žije se třemi dětmi – starší dcerou (25), synem (18) a mladší dcerou (10); otec zemřel před 6 lety. V době, kdy se starší dcera zasnoubí, vyvine se u mladší dcery vyhubavé chování vůči škole. Je proto hospitalizována v léčebně, kde zůstává půl roku a navštěvuje zde ústavní školu. Mezitím však vznikají čím dál vyhrcořenější konflikty mezi matkou a synem, který touží po nezávislosti, již mu matka neumožňuje. – Podle Minuchina je zde chybou přehlížení vývojového procesu rodiny a izolovaná práce s každým členem systému bez ohledu na jeho vztahy k dalším členům. Explanace zní, že po smrti otce vytvořila starší dcera s matkou podpůrný systém, zařadila se do výkonného subsystému (který předtím tvořili oba rodiče). Ve chvíli, kdy se však z rodiny vzdaluje kvůli svým zasnubám, cítí se matka znovu osaměle, a proto si vytvoří silný vztah k mladší dceři. Ta jí chce být nablízku, a tak se u ní vyvine fobie ze školy; zůstává doma. Pokud je ale mladší dcera vytržena z rodinného prostředí do ústavního, vnímá to matka jako velkou ztrátu již potřeťi během krátké doby a potřebuje se upnout na syna, který je však ve věku, kdy se chce také osamostatnit a matčiny potřeby blízkosti jej zatěžují. V případě psychotherapeutické práce s celým rodinným systémem mohla situace skončit jinak.

3.5.3 Komunikace a jazyk

Komunikací a jejími paradoxy, jež souvisejí s patologií, se zabýval se svým týmem zejména Paul Watzlawick. V knize *Pragmatika lidské komunikace* (2010) s kolegy analyzuje různé problematické komunikační jevy, jako je nemožnost nekomunikovat, paradoxní komunikace, dvojná vazba, komplementarita, rozpory mezi digitální a analogovou komunikací, eskalace. Popisuje, že paradoxní způsob komunikace, zejména tzv. dvojná vazba (tj. rozporuplnost sdělení nebo imperativů, často rozpor mezi verbálním a neverbálním sdělením), vede k nemožnosti adaptace jedince na požadavky dané situace, což přispívá např. k rozvoji schizofrenie. V takovýchto rodinách lze vysledovat stopy zvláštních způsobů komunikace již o generace dříve. Rovněž je zde zdůrazněno kruhové uspořádání kauzality. Je absurdní určit, zda jsou způsoby komunikace určité rodiny patologické proto, že její člen je psychotický, anebo naopak jestli je onen člen psychotický kvůli tomu, že je patologický způsob komunikace rodiny (Watzlawick et al., 2010).

Svým způsobem je také rodina definována určitými jazykovými specifiky, která používá. Mohou být založena jak na společné zkušenosti, sdílené napříč rodinnou historií, tak společnými zájmy. Míra, do které rodina tento interní jazyk používá, může být velmi variabilní. V uzavřeném systému by pak pro jedince, který se nachází mimo tento systém, byl rodinou používaný jazyk obtížně pochopitelný nebo až nepřístupný.

Jazyk je nesmírně mocným prostředkem, pomocí kterého si lidé konstruují realitu. V narativní psychoterapii (kap. 3.9) je tento fenomén plně zohledněn; hovoří se o tzv. *jazykování*, tedy existenci v kontextu daném jazykem (Trapková & Chvála, 2004). Není divu, vzpomeňme si na obecnou psychologii a uvědomme si, že řeč je zásadní podmínkou pro vývoj myšlení (Vygotskij, 1970, in Plhánková, 2005). Člověk se učí myslet nejprve pomocí dialogu – do velké míry jej proto

v raném věku ovlivňuje právě jeho rodina. Slova jsou přitom tak důležitým nástrojem, že do velké míry utvářejí lidskou psychiku.

Nyní se již zaměřím na několik rodinných psychoterapeutických směrů a určitých specifik, která mohou být pro téma deprese významná.

3.6 Strukturální přístup

Klíčovou osobností strukturálního přístupu je právě americký psychoterapeut Salvador Minuchin. Rodina je v tomto pojetí taktéž chápána jako neustále se proměňující a přizpůsobující entita. Podle Minuchina (2013) není vhodné pojímat problém, který se v rodině vyskytl, jako patologii; spíše je nutné na takový jev pohlížet jako na snahu rodiny o přizpůsobení se novým podmínkám. Minuchin zdůrazňuje fázi přechodu rodiny; proměnu, kdy se rodí něco nového. Tak je rodina vnímána jako běžné rodiny, jež se nacházejí v přechodových situacích a vytvářejí určité způsoby, jak se s danou situací vyrovnat. Za patologickou by byla považována taková rodina, která se změně brání a místo přizpůsobení a snahy o adaptaci posiluje v dané zátěži rigidní vzorce jednání a hranice. Při práci s běžnou rodinou spoléhá terapeut na její zdroje a zdravou motivaci; pro patologickou rodinu se stává členem vstupujícím do systému zvnějšku, aby jej vychýlil z rovnováhy a zavedl jinou formu homeostázy.

Psychické problémy jsou považovány za důsledek rodinných komunikačních vzorců, které jsou v rozporu se strukturálními zákonitostmi zdravé rodiny. Tyto poruchy ustávají teprve tehdy, když se rodinná struktura zase normalizuje, to znamená, pokud se mimo jiné hierarchické poměry a průběh generační hranice vrátí k dané normě (Ludewig, 2011, str. 56-57).

3.7 Systemický směr

Systemická rodinná terapie má svůj původ v italském Milánu u psychoanalytičky Mary Selvini Palazzoliové, která zároveň vycházela mj. z Minuchinovy práce (Ludewig, 2011). Směr se pak dále vyvíjel na základě některých jiných intervencí – jednou z takových změn byl podnět k opuštění konceptu homeostázy.

V systemické psychoterapii je klient chápán jako expert na vlastní život, zatímco terapeut jako expert na realizaci terapeutických dialogů. Cílem v terapii je dosáhnout komunikační situace, jež může být klientům užitečná při pokusu začít aplikovat určité změny, k jejichž realizaci se dosud neodhodlali (Ludewig, 2011). Autor zdůrazňuje, že psychické a sociální systémy „*nejsou přístupné kauzálním intervencím*“ (str. 85), a tedy nemůže být psychoterapie nikdy kauzálním opatřením,

nýbrž je vždy jakousi pomocí ke svépomoci. Rovněž je zde zásadní důvěrný a kvalitní terapeutický vztah. Užívá se slovního spojení „označený pacient“, čímž je míněn jeden z klientů, tedy člen rodiny, který přichází do terapie s daným symptomem (Jonesová & Asen, 2004). Označen mohl být ze strany rodiny či lékaře, anebo se za pacienta mohl na základě symptomů označit sám; přesto je tento pacient v rámci terapie opět vnímán jako součást systému, tedy v různých kontextech a sociálních rolích.

Dalšími psychoterapeuty, zabývajícími se tzv. transakční rodinnou terapií a pracujícími se všemi členy rodinného systému, byli Carl Whitaker (in Neill & Kniskern, 1982) nebo Virginia Satirová (česky např. 1994). V návaznosti na kapitolu 2.1, popisující depresivní strukturu osobnosti, je vhodné poukázat na podobnost poznatků s pojetím Satirové: Podle ní je klíčovým faktorem způsobu jednání člověka jeho **sebeúcta**, která se utváří v kontextu rodiny. V dětství jsou to rodiče, kdo určují, jak se bude sebeúcta dítěte vyvíjet, neboť jakékoli jejich projevy – pochvaly i výčitky – jsou pro dítě zpětnou vazbou ovlivňující jeho sebehodnocení. V případě příliš nízké sebeúcty potom jedinci záleží na jeho hodnocení ostatními; očekává ocenění od okolí a sám sebe není schopen pozitivně hodnotit. Pro takové osoby jsou podle Satirové příznačné 4 různé komunikační vzorce sledující motiv získat potvrzení okolím.

Pozoruhodná je londýnská srovnávací studie léčby deprese (LDIT), kterou popisuje publikace *Systemická párová terapie a deprese* (Jonesová & Asen, 2004). V ní se autoři, oba systemičtí rodinní terapeuti, zapojili do léčby párů, v nichž jedna osoba trpěla depresí, a tyto páry byly srovnávány s páry, v nichž se depresivní pacient léčil pouze psychofarmaky (srovnání s KBT nebylo možné z důvodu vyřazení mnoha subjektů). Systemická psychoterapie se zde ukázala být účinnější než antidepressiva (pacienti vykazovali výsledné nižší skóre v Beckově škále) a v dlouhodobém horizontu také méně nákladná. Čtenáře bych zde ráda odkázala na tuto knihu především proto, že autoři uvedli části kazuistik některých párů. V nich představili určité prvky systemického přístupu, vlastní specifické intervence v situacích při práci s některými páry a evaluace daných postupů.

Integrativním přístupem k rodinné terapii v českém prostředí je metafora **ostrov rodiny**, pojetí Zdeňka Riegera a Hany Vyhnákové (1996). Metafora ostrova vznikla na základě spolupráce s klienty, označuje rodinný systém a zdůrazňuje (spolu)utváření ostrova všemi členy rodiny. Ostrov rodiny spojuje strukturální a systemický přístup s poznatky o dynamice rodiny a s poznatky z vývojové psychologie a biosyntézy, přičemž se inspirovala filosofií a obaluje to vše hravým jazykem se sklony až k uměleckosti. Autoři tvrdí, že jazyk užívaný v tomto pojetí díky integrovaným přístupům syntetizuje digitální a analogové myšlení.

3.8 Onemocnění v rodinném systému

V této kapitole bych ráda popsala nejprve pohled na rozvoj deprese a psychosomatických symptomů v kontextu rodiny, dále pojednám o vlivu deprese na partnera a o roli rodiny při zvládnání deprese.

3.8.1 Rozvoj symptomu v kontextu rodiny

Na člověka může kdykoli během života působit určitý druh zátěže. Na tu lze reagovat buď adaptací, anebo maladaptivně. V našem případě znamená maladaptace depresivní symptomy, jež se zároveň stávají stresorem jak pro jejich nositele, tak pro jeho rodinu. Ta může reagovat celou škálou vzorců, ovšem některé z nich mohou depresivní příznaky o to víc prohlubovat. Např. snaží-li se partner nemocného rozptýlit a přivést ho k pozitivním činnostem, partner s depresí se cítí nepochopený a odcizený a příznaky se mohou zhoršovat (Jonesová & Asen, 2004).

Jonesová (2004) v rámci rodinné terapie považuje za vhodný pohled na vznik deprese vnímat symptom jako **reakci na prožitek bezmoci**, která se mohla v životě označeného pacienta vyskytovat již v dětství, anebo až v současné rodině.

Systemický směr nahlíží na příznaky v kontextu současných i minulých vztahů jedince s rodinnými příslušníky. V rámci terapie je pak kladen důraz na nalézání jiných významů příkládaných depresivnímu chování. Jonesová a Asen uvádějí příklad terapeutova výroku: „*Depresivní jedinci se ostatním mohou zdát mocní. Důvěrně známá jistota v podobě nepohody depresivního jedince by mohla pro někoho představovat značné uklidnění. (...) Dobře známé strádání může být přijatelnější než obávané důsledky změny*“ (2004, str. 54). Tyto důležité možné významy symptomů mají své místo ve střední fázi terapie v rámci *přerámování*. Partneři jsou vedeni k tomu, aby si uvědomili možné zisky pramenící z deprese a pokusili se chápat dané chování jako **vzorec, který je nezbytný pro zachování rodinného nebo partnerského systému**. Je třeba v rámci terapie identifikovat vzorce, které vedly ke vzniku depresivní epizody, a zaměřit se na prevenci do budoucna.

Mám-li nyní popsat rozvoj psychosomatických obtíží, bude se tento popis v mnohém podobat již výše uvedeným poznatkům: Podle Trapkové a Chvály (2004) se rodinní členové jednotlivě i společně v období vývojových krizí rodiny vyrovnávají různými způsoby s nově vzniklou situací, což může vést k rozvoji symptomu – ať už se jedná o zvýšený výskyt onemocnění, anebo i závažnější symptomy. Rodina může na obtíže jednotlivce přehnaně zaměřovat pozornost, čímž se tyto symptomy zesilují. Autoři zdůrazňují, že při ignorování kontextu přechodové situace a pouhém zaměření se na příznak, jenž má za cíl oddalovat nutný vývojový krok v rámci rodiny, může nastat stagnace či chronifikace onemocnění. Somatizace se zde stává komunikačním vzorcem a mívá vztah k nerozpoznání citových potřeb, příp. k jejich neuznávání rodinou (Gjuričová & Kubička, 2009). Opět je zde symptom snahou o řešení problému: Po signálu v podobě somatických potíží dítěte následuje často nabídnutí podpory ze strany rodičů. V následujícím příkladu je komunikace v podobě symptomu snadno srozumitelná:

Vezměme si příklad čtyřletého Honzíka, trpícího atopickým ekzémem, jehož rodiče jsou příliš zaměstnaní a jemu samému se věnují 2 chůvy. Matka se vrací domů pozdě, není zvyklá se s Honzíkem mazlit ani mu číst pohádky; otec synova nemoc nezajímá. O všechny Honzíkovy potřeby vč. dermatologické péče se starají chůvy. V rámci psychoterapie matka pochopila psychosomatický kontext i význam Honzíkových symptomů. Snížila svůj úvazek v práci, začala se o Honzíka starat sama a k tomu přiměla i svého muže. Honzíkoví se v bližším kontaktu s rodiči dostávalo i více doteků, najednou bylo v rodině hlazení a mazlení samozřejmým zvykem. Užívání mastí následovalo čtení pohádky v posteli a během 4 měsíců začaly projevy ekzému mizet. Po 6 měsících Honzík žádné symptomy nevykazoval; po 3 letech byl stále zdravý (Klímová & Fialová, 2015).

3.8.2 Vliv deprese na zdravého partnera

Podařilo se mi dohledat jen málo zdrojů zabývajících se depresí a rodinným systémem zároveň. Většinou jde pouze o studie deprese v kontextu určitého vývojového období (u žen v mladém dospělosti aj.), kde se autoři v rámci případových studií a popsaného životního příběhu zmiňují i o rodině, avšak výsledky nepojednávají dostatečně o souvislostech deprese s rodinou. Výjimkou je práce Macanové (2013) o zkušenostech mužů, jejichž partnerka trpí depresí, jakožto reakce na existující studii Kostínkové o pohledu žen na partnera s depresí (2009, in Macanová, 2013).

Macanová (2009) zde vysledovala shodně s prací Kostínkové (2009, in Macanová, 2013) některé kategorie, jež se týkají specifík vztahu, kde partner trpí depresí. Jsou to snaha zdravého partnera vyhnout se konfliktu s nemocným, zmatenost ohledně příčiny deprese a snaha jí porozumět, potřeba kontroly nad situací, výčitky svědomí, upřednostnění potřeb nemocného na úkor vlastních potřeb, přístup k pomoci z vnějšku systému a přijetí partnerovy / partnerčiny deprese.

3.8.3 Role rodiny při zvládnání deprese

Při podpoře nemocného je přítomnost rodiny zásadní. Během depresivní epizody se člověk mnohdy cítí hluboce osaměle, aniž by si dokázal představit, že mu kdy může být lépe, a právě v těchto situacích potřebuje citovou podporu od svých blízkých (Praško et al., 2012). Příbuzní by měli být připraveni nemocného přesvědčit, že jim na něm záleží, neboť on sám v tu chvíli není schopný si to uvědomit a může si připadat nehodnotný. Nejdůležitější je snaha o pochopení nemocného, ochota poslouchat jej, i když mluví sebevíc negativisticky, a nenechat ho v izolaci a o samotě, přestože si to zřejmě přeje. Klíčové je nepřestat nemocného podporovat, avšak citlivou a nenásilnou formou, a ne snažit se jej nutit k činnostem (Praško et al., 2012).

Bohužel si to však ne vždy rodina uvědomuje, protože depresivní jedinec si sám většinou neumí říci o pomoc. V souladu s tím Skřečková zjistila, že deprese negativně ovlivňuje příbuzenské i jiné vztahy (2011). Jednak pacient vyhledává kontakt co nejméně a jednak se rodinná setkání nesou často v tichu (pacient nechce být nepříjemný a kazit náladu i svému okolí) či v napjaté

atmosféře (objevují se konflikty s příbuznými). Druhá část respondentů z jejího výzkumu se naopak snažila při setkáních s rodinou nedávat depresi najevo nebo se příbuzným úplně vyhýbat. Osoby z tohoto souboru nepřikládaly rodině v ohledu zvládnání deprese žádný význam a raději si přály trávit čas o samotě a bez příbuzných.

Kromě studií uvedených v těchto dvou podkapitolách se mi nepodařilo nalézt žádné aktuální výzkumy deprese související s rodinným systémem. Uvědomuji si, že zmínky o jiných současných výzkumech na podobné téma jsou jen velmi chudé. Deprese však bývá zkoumána především ve vztahu k jiným specifikům, než je rodinný systém nemocných.

V následujících kapitolách se zaměřím na několik dalších terapeutických možností či prvků, kterých rodinné směry využívají a které budou více souviset s výzkumnou částí této práce.

3.9 Narativní psychoterapie

„Příběh je jednotkou srozumitelnosti ve většině našich mozků.“
(Stuart Brown, TEDex)

Pro narativní přístupy je ústředním motivem psychoterapie *„vyprávění životního příběhu a jeho přeuvyprávění“* (Gjuričová & Kubička, 2009, str. 31). Vycházejí ze skutečnosti, že příběh byl vždy úsilím člověka o pochopení reality, a dokonce ještě víc: Příběhem člověk nejen reprodukuje určité události; vyprávění má konstruktivní povahu. Narativní přístupy považují za těžiště terapie klientem subjektivně vnímanou realitu se všemi jím přikládanými významy a osobními interpretacemi událostí, na základě nichž se vytvářejí celky – příběhy (White & Epston, 1990, in Zatloukal, 2013). Emoční zkušenosti jsou pro člověka při těchto interpretacích zcela zásadní (Gjuričová & Kubička, 2009). Představy člověka o sobě samém i o jeho interpersonálních vztazích tedy nejsou nic objeveného, nýbrž něčím konstruovaným – člověk si neustále vytváří představy o sobě i o druhých a podle těchto představ jedná.

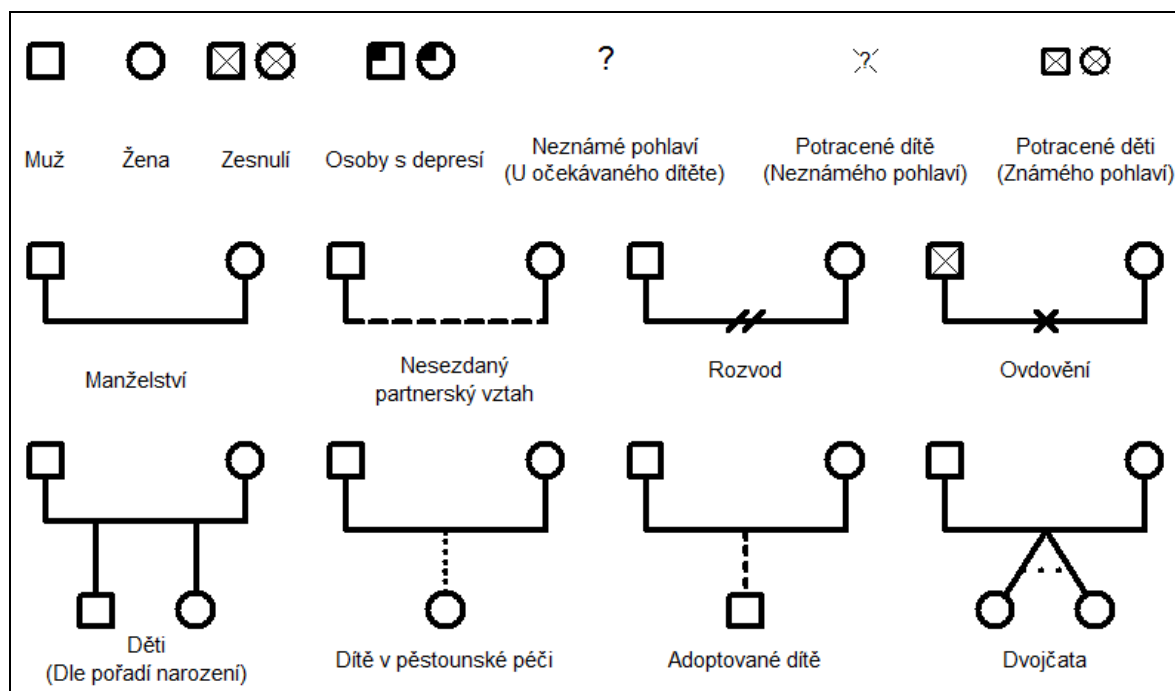
Narativní psychoterapie vychází ze sociálního konstrukcionismu, filosofického směru, podle něhož je realita sociálně konstruována, vytvářena prostřednictvím jazyka a strukturována a udržována prostřednictvím vyprávění příběhu, přičemž neexistují žádné základní, neměnné pravdy (Freedman & Combs, 2009). Jazyk je pro terapii velmi důležitý, protože až ve chvíli, kdy člověk užije vlastní slova k vyjádření jiné možné podoby reality a kontextu svého života, jaký by si představoval, může začít být možné jej takto uskutečnit (Gjuričová & Kubička, 2009), neboli *„představovat si budoucnost znamená začít ji žít ve své mysli. Teprve pak takové představy začínají být uskutečnitelné“* (Jonesová, 2004, str. 123).

Terapie je pak konstrukcionistickou praxí, kde místo aby bylo na klienta pohlíženo jako na „objevovaného“, stává se „konstruovaným“ (Gjuričová & Kubička, 2009), a proto je zájem obrácen k významům událostí místo k nesporné pravdě o nich. V případě rodinné terapie se tyto vyprávěné příběhy ustálí na určité konsenzuální podobě (Carr, 2000, in Zatloukal, 2013), ačkoli se podle Whitea příběh zároveň rozvíjí v čase (nedat., in Freedman & Combs, 2009).

Chvála s Trapkovou (2004) poukazují, že rodina do terapie vždy přináší tzv. *dominantní příběh*, na jehož podobě se všichni členové shodli. Dominantní příběh ovšem vede vždy ke stejnému, maladaptivnímu řešení problému. Úkolem terapeutů je pak nabízení nových pohledů, nových významů událostí klientům – jde o *alternativní příběhy*.

3.10 Práce s genealogií a rodinným příběhem

Podobně jako rodokmen či „strom života“ začaly být v rodinných psychoterapeutických směrech využívány **genogramy** pro usnadnění terapeutovy orientace v komplexních sítích rodinných vztahů klientů. Genogram je schéma zaznamenání rodinné struktury, tedy příbuzenských, popř. jiných důležitých vztahů podobným způsobem jako v rámci klasického rodokmenu. V genealogickém schématu, jež se často využívá především pro lékařské účely, ovšem na rozdíl od klasických rodokmenů najdeme více grafických symbolů, které mají informativní charakter. Obecně užívané symboly, ale také některé symboly, které se vyskytnou ve výzkumné části této práce, jsou uvedeny na obrázku 3.1:



Obr. 3.1 – Nejčastěji užívané genealogické symboly a symboly užívané v této studii

manžel (Tatínek) kvůli nové Partnerce, a po ztrátě obou rodičů; přitom si vzpomíná, že se s depresí léčil také Bratr Dědečka. Dále se vyskytla deprese u Starší dcery poté, co její mladší dcera tragicky zemřela, což znamenalo také její vztah s manželem, a Nejmladší syn má v anamnéze TS v dospívání spolu s četnými konflikty s matkou, jež neschvalovala jeho orientaci. Syn Mladší dcery pravděpodobně somatizuje. Depresí nejspíš také trpěla Tetička, na kterou si rodina příliš nevzpomíná. Doufám, že shoda s žádnou skutečnou rodinou neexistuje.

Genogramy se řídí několika dalšími pravidly – muži jsou v partnerském vztahu uváděni vlevo a ženy vpravo; starší děti jsou zakresleny vlevo oproti mladším potomkům. Vhodné je také pod každý znak uvádět jméno a datum narození daného jedince, stejně jako data sňatků, rozvodů či ovdovění. Pro sestavení genogramu stačí znát jen minimum symbolů, ale také je možné ponořit se do této problematiky velmi hluboko a naznačovat jakékoli uspořádání nejen partnerských vztahů (od zasnoubení přes legální soužití, milostný poměr nebo vztah na jednu noc až po znásilnění) či veškeré nuance existujících emocionálních vztahů mezi dvěma jedinci (různé druhy čar označující vše od lhostejnosti přes odcizení, nenávisť, přátelství, zamilovanost, lásku, závislý vztah, nedůvěru, nepřátelství, týrání, zanedbávání, ovládání a žárlivost až po touhu či vztah ctitele).

Strom života a práce s ním má pro jedince transcendentální význam a také umožňuje částečně explarovat předchozí generace a rodinné tradice a hodnoty (Gjuričová & Kubička, 2009). Příbuzenské vztahy a náležení do řetězce předků a potomků tvoří podstatnou část identity; bez povědomí o svých předcích může člověk pociťovat ve své identitě jakousi prázdnotu.

Ke genealogickým údajům lze přistupovat jako ke kontinuu mezi „tvrdými“ fakty, tedy objektivními daty, a vlastním příběhem a vzpomínkami klienta – tyto údaje nemusejí být vždy v rozporu, ale mohou se vhodně doplňovat. Narativní přístup dokáže terapeuticky využívat nejednoznačnosti podoby genealogie – minulost tak můžeme ponechat otevřenou a doplňovat časem další skutečnosti a významy do kontextu rodinného života (Gjuričová & Kubička, 2009). V rámci terapie se zabýváme konstrukty, jež si klienti vytvořili – jde o jejich představy, přesvědčení a způsoby, jimiž si vysvětlují realitu. Přesvědčení o rodině a shoda na rodinném příběhu je totiž pro klienty významnější než odborné genetické vysvětlení reálných faktorů. Zde hraje roli přesvědčení klientů, co a jakým způsobem se v rodině předává či dědí; jak vnímají podobnost mezi příbuznými. Vnímání podobnosti má charakter interpretace, a stejně tak její popírání či přehlížení.

Váhu má však nejen to, co se v rodině předává, nýbrž i to, o čem se naopak nikdy nemluví – **rodinná tajemství** a tabu (Baštecká, Mach a kol., 2015). Bývají často spojena s velkou vinou a strachem, který zasahuje do energie a rovnováhy systému, a tak má tajemství silnou moc. Právě v souvislosti s takovým tabu se může v rodinném kontextu rozvíjet nemoc. O některých tajemstvích se nejen nemluví, ale i lže, což je následně překážkou pro rodinnou terapii – terapeut

by měl zvážit, zda prolomení těchto bariér nepovede k rozpadu celého systému (Šašková, osobní sdělení 16. dubna 2016).

Dalším konstruktem je vnímané opakování vztahových vzorců (Gjuričová & Kubička, 2009). Opakuje se v rodině např. určitý konfliktní vztah nebo maladaptivní řešení situace po několik generací? Členové rodiny mohou přenášet vzorce chování k určitému příbuznému – tuto skutečnost označuje rodinná psychoterapie jako **transgenerační vzorce**. To se týká i symptomů ve více generacích. Vnímáme-li vývoj rodiny jako životní cyklus, můžeme nacházet podobnosti mezi významnými událostmi členů rodiny a událostmi v předchozích generacích.

Sestavování osobní a rodinné historie je nevšední příležitostí pro klienty i jejich terapeuty; osobní příběh prožívá člověk jako otevřený a rodinná historie se utváří a proměňuje spolu s vývojem rodiny a předáváním příběhů o předcích. Rodinné příběhy jsou důležitou součástí života a klienti v nich můžou nalézt poselství pro sebe samé.

V předchozích kapitolách jsem se snažila nastínit nezbytné teoretické základy mé diplomové práce. V její následující části bych ráda obeznámila čtenáře s výzkumným problémem a výzkumnými otázkami, zvolenými metodami mého výzkumu, s výsledky a jejich interpretací.

VÝZKUMNÁ ČÁST

4 VÝZKUMNÝ PROBLÉM

Chceme-li na syndrom deprese pohlížet oproti nejčastěji akcentovanému biologickému pojetí naopak v kontextu převážně psychosociálním, tedy v kontextu rodinného systému, závažných životních událostí a životního příběhu pacientů, lze očekávat velmi široké možné souvislosti. Jak si uvědomuji, není možné odhalit či postihnout v rámci tak nepatrného výzkumu všechny relevantní souvislosti, jež zde existují. Budu se snažit o deskripci faktorů nalezených u každého respondenta, jejich možnou interpretaci a porovnání s faktory v životech ostatních participantů. Ráda bych zachytila, jak může vypadat klinický obraz deprese v několika případech, a nálezy interpretovala.

4.1 Cíle práce

Protože se pohybujeme na úrovni deskripce, mým záměrem v této diplomové práci bylo zkoumat, zda a jaké existují souvislosti mezi depresivním onemocněním, zázemím v primární i sekundární rodině a životními událostmi pacientů léčících se s diagnózou deprese. Hlavním cílem mého výzkumu je tedy explarovat a popsat možné faktory související s depresivní poruchou u vybraného vzorku respondentů. Následně bych ráda jednotlivé případy srovnala pro nalezení možných souvislostí či rozdílů v ohledu těchto faktorů. Tyto fenomény budu zkoumat kvalitativně.

Vedlejším cílem této diplomové práce by pak mohlo být znovu poukázat na nutnost v léčbě deprese či i jen v přístupu k pacientům přihlížet zcela ke všem kontextům v životě daného pacienta a také považovat celostní způsob přístupu za samozřejmý, stejně jako zprostředkovat pochopení celostního přístupu i této nutné samozřejmosti pacientům samotným.

4.2 Výzkumné otázky

Byly stanoveny tři výzkumné otázky:

- 1. Jaké jsou souvislosti mezi depresivní symptomatikou a životními událostmi z pohledu participantů?*
- 2. Jaké dle respondentů existují souvislosti mezi depresivní symptomatikou a historií rodiny, rodinnou strukturou a vztahy v rodině?*
- 3. Dají se tyto souvislosti smysluplně kategorizovat s ohledem na potřeby klinické praxe?*

5 METODOLOGICKÝ RÁMEC

Protože jsem chtěla problematiku depresivních souvislostí v klinickém obraze zkoumat a popsat pokud možno do hloubky, jevil se jako vhodný kvalitativní design výzkumu s využitím případových studií. V této kapitole popíšu jeho specifika.

5.1 Metody získávání dat

Hlavní metodou tvorby dat byl zvolen polostrukturovaný rozhovor, doplněný dále o informace z dotazníku BDI-II (Beck, Steer & Brown, 1996), kresbou čáry života a využitím genogramu. Studie záznamů psychologických vyšetření daného oddělení nebyla součástí výzkumu, ačkoli zpětně jsem si vědoma, že by to mohlo být vhodně doplňující; ne však nejdůležitější.

S každým respondentem jsem se osobně setkala dvakrát. Časový odstup mezi setkáními byl 1-6 dnů, přičemž naprostá většina dat k tomuto výzkumu byla získána během prvního setkání. Druhé setkání proběhlo za účelem administrace Rorschachova testu inkoustových skvrn, kterému se nebudu věnovat v této diplomové práci, nýbrž v navazující rigorózní práci. V některém případě tedy mohly být určité informace, relevantní pro tuto práci, doplněny i během druhého setkání, avšak ve většině případů tomu tak nebylo.

Polostrukturovaný rozhovor byl zvolen proto, aby bylo možné v průběhu tvorby dat flexibilně dle potřeb situace přistupovat ke každému z participantů a zařazovat do rozhovoru i otázky *ad hoc*, jevící se v tu chvíli důležitými, případně kvůli možnosti v průběhu práce některé otázky změnit, upravit či doplnit podle nutnosti. Nakonec se ukázalo, že otázky změněny být nemusejí. Většiny důležitých témat jsme se však drželi – návrh rozhovoru obsahoval 7 otázek (+ 2 podotázky), kterými jsme se zabývali s každým respondentem bez ohledu na jejich pořadí. Vyhovovala mi zde možnost ponechat účastníkům výzkumu dostatek prostoru na to, aby sdíleli svůj životní příběh, pojali ho svobodně podle toho, co jim subjektivně připadalo důležité, a nechala jsem je mluvit o těchto tématech více méně bez přerušování, spíše jsem se jen doptávala pro ujasnění některých informací. Vzniklo tak nesmírně rozsáhlé množství materiálu.

K tvorbě dat došlo vždy při osobním setkání na základě předchozí domluvy – v jednom případě mimo instituce, ve dvanácti případech v rámci institucí a s pomocí psycholožky působící na daném oddělení, jež kontakt zprostředkovala. Všechna setkání se uskutečnila v lednu – květnu 2017. Většina z nich trvala zhruba hodinu, některá 45 minut a některá nanejvýš 90 minut. Při prvním setkání byly respondentům poskytnuty informace o tomto výzkumu (představení mé práce, obsahu, průběhu setkání a výzkumu, etické zásady a anonymita). Každý z respondentů měl možnost

položít další otázky ohledně potřebných informací, rozhodnout se o své dobrovolné účasti a následně podepsat informovaný souhlas (ve dvou kopiích). Účastníci mohli kdykoli během výzkumu odstoupit.

Poté byl respondentům nejprve předložen dotazník BDI-II pro zhodnocení aktuálních příznaků deprese. Dále byl veden nahrávaný rozhovor, který trval obvykle zhruba 40-60 minut (nejkratší 25 minut, nejdelší hodinu a 14 minut); ve dvou případech byl rozhovor přerušen kvůli odchodu respondenta na oběd, a tak vznikly nahrávky dvě.

Všem respondentům jsem poděkovala za účast a nabídla možnost mě kontaktovat kvůli dalším informacím. V kopii informovaného souhlasu, kterou si respondenti ponechali, jsem proto v případě zájmu uvedla kontaktní e-mail. Také jsme se domluvili na času druhého setkání.

5.2 Výběrový soubor

Původním záměrem bylo nalézt 20 respondentů a kritériem pro přijetí do výzkumu byly 2 podmínky – věk minimálně 18 let a diagnostikovaná deprese (v jakékoli formě – jedna depresivní epizoda, rekurentní deprese, bipolární afektivní porucha, smíšená úzkostná a depresivní porucha). Mělo jít o 10 ambulantně se léčících a 10 hospitalizovaných pacientů, eventuálně pokud možno několik již vyléčených osob. Nejdůležitější podmínkou nalezení respondentů tedy měla být spolupráce s psychiatrickými nemocnicemi, psychiatrickým oddělením v somatických nemocnicích a s podobnými klinickými institucemi, tedy metoda výběru přes instituce.

Právě nalezení respondentů bylo nakonec největším kamenem úrazu a důvodem, proč bylo nutné odevzdání diplomové práce odložit o semestr: Když jsem v listopadu 2016 kontaktovala v první vlně (telefonicky i e-mailem) zhruba 20 psychologů i psychiatrů z několika různých krajů, abych je poprosila o možnost spolupráce a výzkumu s pacienty s depresí na jejich oddělení, větší část z nich neodpověděla a u zbývajících šlo většinou o odmítavé reakce. Při dalších pokusech byl výsledek podobně neúspěšný. Teprve když jsem si uvědomila, že celý časový plán mé diplomové práce se neuvěřitelně posune kvůli zpoždění nalezení respondentů o několik měsíců, bylo jasné, že mé představy byly značně zkreslené a že jsem měla s jejich hledáním začít už o rok dřív, pokud bych měla stihnout získat a zpracovat data do standardního termínu odevzdání. Reálné možnosti vůbec neodpovídaly možnostem stanoveným v časovém harmonogramu, který se najednou jevil být příliš idealistický (tzn. mít nasbíraná a zpracovaná data od několika respondentů během listopadu a prosince 2016). Nečekala jsem, že bude nalezení respondentů či získání povolení k tak

nepatrnému výzkumu tolik problematické, zejména když výskyt deprese je oproti jiným duševním chorobám tak častý.

V té době jsem tedy rozšířila metody výběru také o metodu sněhové koule a metodu samovýběru na základě inzerátu. Tyto dvě metody se však neukázaly být až na jeden případ sněhové koule vůbec efektivní. V rámci samovýběru se totiž mohou do výzkumu přihlásit i osoby, které nesplňují zcela podmínky výzkumu v tom smyslu, že si mohly depresi „diagnostikovat samy“, což jsem pro potřeby svého výzkumu neshledávala být vhodným; spolupráce s institucemi s možností ověření klinických informací např. díky objektivní anamnéze byla zcela zjevně přesnější i důvěryhodnější. Na základě inzerátů (tištěných, rozmístěných v Olomouckém kraji a v Praze převážně v nemocničních zařízeních) se navíc přihlásily jen dvě osoby, z nichž druhá mě kontaktovala až o půl roku později, kdy už bylo získávání dat uzavřeno. Během listopadu – ledna se navíc mé žádosti (ke schválení ředitelem psychiatrické nemocnice) opakovaně ztrácely a nebylo možné ho telefonicky kontaktovat, čímž se začátek výzkumu ještě víc opozdil. Během prosince jsem se proto rozhodla prodloužit si studium o jeden semestr a nesla jsem s povděkem tuto možnost, protože mi záleželo na odevzdání kvalitní práce a svému výzkumu jsem chtěla věnovat tolik pozornosti, kolik by potřeboval.

Nakonec se tedy ukázalo, že jediné psychologky, které byly ochotné mi pomoci s nalezením respondentů, byly tři školitelky, u kterých jsem buď v minulosti byla na praxi, anebo jsem se k nim na praxi chystala v budoucnu (pro potřeby kurzu Psycholog ve zdravotnictví). Tyto psychologky dle dané diagnózy nejprve vybraly možné vhodné pacienty, kterých se otázaly, zda by se chtěli zúčastnit tohoto výzkumu, a když pacienti souhlasili, mohla jsem s nimi spolupracovat.

Získávání dat tedy ve výsledku proběhlo převážně na půdě jedné psychiatrické nemocnice a dále na psychiatrických odděleních dvou nemocnic, tedy ve třech různých krajích; v jednom případě metody sněhové koule pak také v Praze mimo prostředí klinické instituce, tedy nakonec jsem našla respondenty ve 4 krajích České republiky.

Požadavky na nalezení respondentů se také značně posunuly, když jsem zjistila, že by bylo skoro nemožné spolupracovat s ambulantně se léčícími pacienty, kteří by neměli čas ani motivaci se zúčastnit dvou tak dlouhých setkání, a proto jsme upustili od ambice nalézt 10 ambulantních a 10 hospitalizovaných pacientů. Místo toho jsem našla 13 respondentů, z nichž 12 se léčilo v rámci hospitalizace, a setkání s nimi probíhala od ledna do května 2017.

V tabulce 5.1 na následující straně je možné vidět charakteristiky jednotlivých účastníků tohoto výzkumu.

Krycí jméno	Pohlaví	Věk	Rodinný stav	Vzdělání	Zaměstnání / status	Deprese dle BDI-II v době výzkumu
Vít	M	64	Ženatý	SŠ	Jednatel	Střední
Květa	Ž	70	Vdaná	SŠ	V důchodu	Minimální
Jiří	M	66	Ženatý	VŠ	Lékař	Minimální
Nela	Ž	39	Vdaná	SŠ s maturitou	Zdravotní sestra	Minimální
Petr	M	41	Ženatý	ZŠ	Údržbář	Minimální
Sára	Ž	41	Vdaná	ZŠ	(Neprobíraly jsme)	Střední
Eva	Ž	55	Vdaná	SŠ	Kuchařka	Mírná
David	M	20	Svobodný	SŠ s maturitou	Student + OSVČ	Těžká ⁵
Zlata	Ž	61	Rozvedená	SŠ s maturitou	V důchodu	Minimální ⁶
Mirek	M	20	Svobodný	ZŠ	Student	Minimální
Libor	M	50	Rozvedený	SŠ	Pracovník v oblasti IT	Minimální
Díta	Ž	52	Rozvedená	SŠ	Pečovatelka	Těžká
Dan	M	44	Zasnoubený	SŠ	Pečovatel	Mírná

Tab. 5.1 – Seznam participantů v této studii

5.3 Zpracování a analýza dat

Zvukové záznamy pořízené během rozhovorů byly transkribovány do textového dokumentu v počítači; nahrávky byly ihned po přepisu smazány. Každý z těchto přepisů byl označen kódem, podle kterého již nelze určit totožnost dané osoby (uvedeno v tabulce výše). Tyto přepisy dosahovaly až 33,5 normostran; obvykle šlo ovšem o 25-30 normostran a jen v některých případech méně. V transkribovaných rozhovorech pak bylo možno pro potřeby narativní analýzy označovat určité kategorie, podstatné pro příběh či pro zjednodušení jeho vyprávění, různými barvami, např. červená – symptomy a rizikové chování; žlutá – pracovní zkušenosti; světle zelená – adaptivní copingové strategie a léčba; tyrkysová – rodinné vztahy.

Data získaná od jednotlivých respondentů byla nejprve pro první část výsledků zpracována narativní analýzou (např. Miovský, 2006), kde každý účastník dostal náhodné křestní jméno. Transkripce rozhovorů i genogramy zde tedy slouží jako narativní materiál, přičemž v narativní analýze je důraz kladen na interpretaci životních okolností vypravěčem (zde participantem) samotným. Jak již bylo vysvětleno v kap. 3.9, při vyprávění příběhu nejde o jedinou univerzální pravdu ani objektivní přesnost informací, nýbrž člověk konstruuje a chápe realitu v každém okamžiku jedinečným způsobem, jenž se vyvíjí v čase. Důležité je právě vnímání času a významy přikládané událostem v životě; jejich hodnocení. Pro narativní přístup jsou příznačnými prvky pluralismus, subjektivismus a relativismus. Chrz (2004, in Miovský, 2006) je přesvědčen, že narativní perspektiva je vhodnější pro pochopení sociální reality, než když ji výzkumník odlišuje

⁵ Jak později v kazuistice popíšu, myslím, že v tomto případě nešlo o těžkou depresi, nýbrž o artefakt.

⁶ Podobně jako v předchozí poznámce upřesním v kazuistice.

příliš mechanickým přístupem. Životní příběh je podle Čermáka (2002, in Miovský, 2006) nestabilním hypotetickým konstruktem, který není možné ve výzkumu nikdy zpřístupnit úplně. Poukazuje proto na skutečnost, že data sebraná v určitý okamžik jaksi zmrazují situaci respondenta v čase, což je veskrze umělý stav, neboť jeho život neustále plyne a on se vyvíjí – z dynamického jevu děláme ve výzkumu statický. Všechny živé jevy fixujeme do podoby statického narativního materiálu, což také nutně zkreslí interpretaci, ze které je pohyb a vývoj již vynechán. Pro narativní přístup je proto příznačná snaha porozumět životním okolnostem účastníků výzkumu v celém kontextu jejich života, a přitom pořád máme na paměti, že jde o pohled na dílčí a unikátní zkušenost. Podle Miovského (2006) je tak narativní výzkum další interpretací již interpretovaného neboli vlastně *převyprávěním vyprávění*. V rámci něj je kladen důraz na snahu pochopit významy, které svému příběhu přikládá participant.

V jednotlivých podkapitolách proto představím životní příběhy jednotlivých respondentů s krátkým popisem jejich hodnocení rodinného systému, stejně jako se pokusím zaměřit se na příznaky onemocnění a určité osobnostní charakteristiky. Ráda bych tak podala jako základ 13 ucelených obrazů, se kterými budu nadále komparativně pracovat.

Čáry života v této práci neuvádím, neboť vznikly spíše pro přehlednost a mou orientaci v příběhu respondentů, ale v kontextu této práce pro ně neshledávám opodstatnění – šlo by o podání téže informace podruhé.

Dále jsem využila dotazník BDI-II, jenž jsem vyhodnotila kvantitativně a uvedla dle něj (v tabulce 5.1 výše) pásma míry deprese, do kterých respondenti spadali v době setkání. Lze se i kvalitativně dívat na jednotlivé obrazy deprese u různých respondentů – např. dominují-li potíže se spánkem, pokles nálady nebo aktivity. K tomu se přiblížím v jednotlivých případových studiích.

K vytvoření genogramů byl použit program GenoPro, který je volně ke stažení na internetu a bez registračního klíče pro např. studijní účely jej lze používat také v základní verzi, tj. do počtu 25 členů v 1 rodokmenu (lze vytvořit i více osob, ale není pak možné s nimi genogram uložit). Práce s GenoPro je jednoduchá a je z něj patrná předpokládaná využitelnost pro lékařské účely. Ukázala se zde pro mě však nižší přehlednost při křížení vztahů, se kterým čistě lékařské genogramy možná nepočítají, pokud jde o pouhou dědičnost syndromů mezi předky a potomky. V případě nákresů pro potřeby psychologie může však genogram ztrácet na přehlednosti; dále je komplikací moje nejasnost ohledně použití vhodného znaku pro člena po změně pohlaví, absence znaku pro potracené dítě (zde tedy používám škrtnutý otazník) a stejná totožnost biologického dítěte jedněch rodičů osvojeného jinými rodiči.

Pro potřeby druhé části kapitoly pojednávající o výsledcích jsem data následně analyzovala metodou prostého výčtu, metodou kontrastů a srovnávání a metodou zachycení vzorců neboli

gestaltů dle Miovského (2006). Tyto strategie umožňují srovnat podobnosti a rozdíly mezi faktory nalezenými v životních kontextech jednotlivých účastníků studie. Lze je vysvětlit následovně:

Pomocí metody prostého výčtu můžeme popsat četnost určitého jevu. Tato metoda stojí v podstatě na pomezí kvalitativních a kvantitativních technik. V kontextu výsledků této studie jsem ji využila např. k tak jednoduché informaci, jako u kolika respondentů hraje v životním příběhu podstatnou roli smrt blízké osoby.

Metoda kontrastů a srovnávání umožňuje zohlednit, čím se dvě podobné identifikované kategorie liší. Takové kategorie zde můžeme najít v souvislosti s rozvodem v životním příběhu několika žen, avšak liší se případy, kdy byl rozvod interpretován jako zcela negativní životní událost, od případu, kdy šlo v podstatě o vysvobození z velmi špatných životních podmínek.

Metoda zachycení vzorců (gestaltů) umožňuje seskupit takové vzorce, které se v získaných datech objevují opakovaně. Může se jednat o vysvětlení daného fenoménu pomocí podobného příběhu, přičemž je patrná skutečnost, že se tento vzorec opakuje. U této studie šlo např. o zjištění, že se v životních příbězích více respondentů vyskytl prvek otce užívajícího alkohol v takové míře, že to respondentům vadilo – vzorec samotný můžeme pozorovat v tom, že několik z nich se o odporu k otcově potenciálnímu alkoholismu vyjádřilo velmi podobně a také shodně uvedli, že tato skutečnost na ně měla velký vliv.

5.4 Etická stránka výzkumu

Již v souladu s informovaným souhlasem byli participanti ujištěni, že účast ve výzkumu je anonymní a dobrovolná. Každému respondentovi byl v rámci studie přidělen kód, jímž byly označeny materiály získané z rozhovoru s ním (BDI-II, čára života, genogram), a tento kód byl přidělen také transkripci daného rozhovoru. Zvukové záznamy rozhovorů byly smazány bezprostředně po dokončení transkripce. Všechna jména osob, míst či institucí, uvedena v rozhovorech, byla v transkripci změněna – u participantů a jejich příbuzných šlo o křestní jméno; u míst, institucí či příjmení o náhodné písmeno z abecedy. Materiály, pořízené během výzkumu, tedy dokumenty s čarami života, genogramy a BDI-II, budou po dokončení výzkumu skartovány.

Uvědomuji si potenciální citlivost některých otázek v polostrukturovaném rozhovoru, avšak všichni respondenti odpovídali dobrovolně – pokud by někdo z respondentů chtěl o citlivých tématech mluvit z vlastní iniciativy, mohl by, ale zároveň k tomu nebyl nijak nucen a vždy měl možnost neodpovídat, pokud nechtěl.

V následující kapitole pojednám o výsledcích výzkumu.

6 VÝSLEDKY

V této kapitole se pokusím analyzovat data získaná z rozhovorů a dotazníků. V kap. 6.1 bych ráda čtenáře stručně seznámila s životními příběhy respondentů, v dalších kapitolách pak srovnala nalezené fenomény, pokusila se o jejich interpretaci a odpověděla na výzkumné otázky. Text jednotlivých případových studií bych chtěla prokládat ukázkami z výpovědí respondentů, protože dle mého názoru do narativní analýzy patří tím přirozeněji, čím více se chceme porozumění kontextu života daného člověka přiblížit; číst příběhy s původní autentičností je pak ještě živější než číst pouhé moje převyprávění.

6.1 Příběhy respondentů

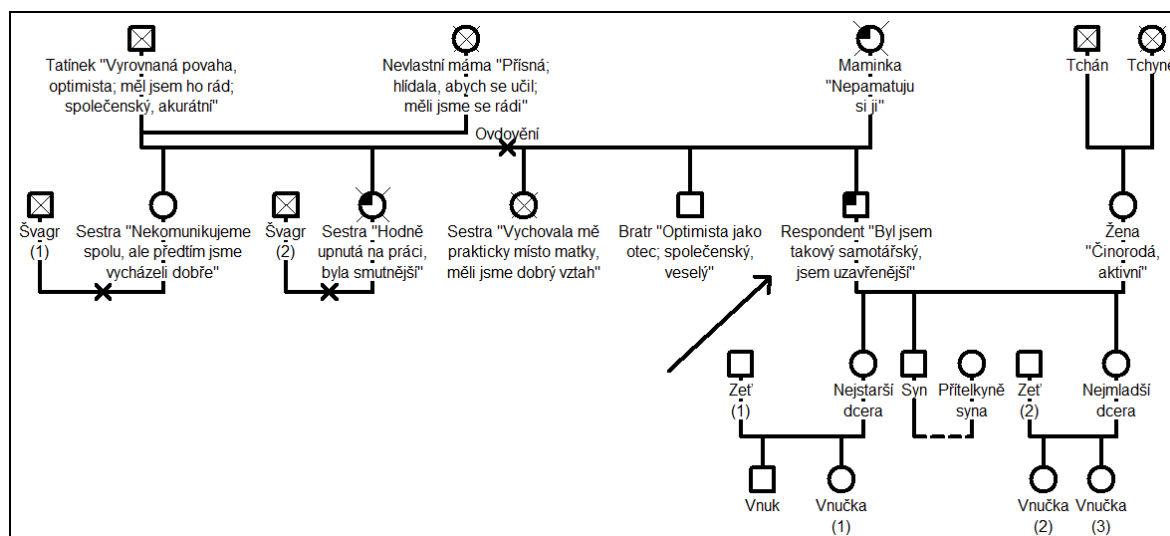
V následujících třinácti podkapitolách představím každého z účastníků výzkumu.

Na úvod vždy předkládám genogram s případnou stručnou výpovědí participanta k danému příbuznému či k sobě samému. Každý respondent je v genogramu pro snad rychlejší orientaci označen šipkou. V genogramech bývají obvykle popsáni jen ti členové rodiny, které respondent považuje za důležité, ačkoli jich genogram zahrnuje více, tj. obvykle všechny osoby, o kterých participant mluvil. Drobné nepřesnosti se zde mohou vyskytovat v označení osob s depresí, protože participant některé příbuzné označili jako osoby s depresí, avšak v některých případech si sami nebyli jisti, zda má onen člověk vskutku diagnózu deprese. (K této problematice se vrátím v diskusi.)

Dále následuje životní příběh participanta, kde bývají rodinné vztahy obvykle zmíněny již v průběhu vyprávění, podrobněji pak popsány na konci. Snažila jsem se dát prostor také deskripci obrazu onemocnění, pokud možno v souvislosti s osobností daného respondenta tam, kde jsme se tomuto tématu věnovali, aby byl alespoň naznačen kontext života participantů.

6.1.1 Vít

„Tak si myslím, že jsem asi zdědil tu depresi po tej mamince. Že tam něco takového zůstalo potom pro mě.“



Obr. 6.1 – Vítova rodina

Čtyřiašedesátiletý Vít se s rekurentní depresí léčí opakovaně na stejné klinice.

Když byl malý, jeho rodina bydlela na samotě, kde neměl mnoho kamarádů. V dětství trávil většinu času sám v přírodě, hodně se zajímal o zvířata. Měl tři starší sestry a staršího bratra, od kterého byl vzdálen 12 let. Když mu bylo 5 let, jeho maminka se oběsila; Vít si ji nepamatuje. Vypověděl, že ho jaksi místo ní vychovávala starší sestra, ale samozřejmě také jeho tatínek, stejně jako jeho druhá žena, Vítova nevlastní matka. Navštěvoval jednotřídní základní školu nedaleko bydliště a později i druhou základní školu, kde už si našel více kamarádů; potom nastoupil na střední zemědělsko-technickou školu. V té době se začal hodně věnovat sportu, v létě především běhu a v zimě běžkování; sport zaplňoval většinu jeho volného času. Po škole sloužil několik měsíců jako zemědělský technik, než nastoupil na dva roky na vojnu, kde se jako instruktor věnoval přípravě budoucích velitelů.

Po vojně se vrátil do zaměstnání v zemědělství, pracoval převážně v rostlinné výrobě a také s mechanizací. V práci se seznámil se svojí ženou – vzali se a mají dvě dcery a syna. Dcerám je nyní 40 a 31 let a synovi 33. Život mu vždy připadal pestrý a veselý; především když sportoval, byl hodně vytížený, a i v jiných oblastech byl dost aktivní.

Obtíže s depresí se objevily poprvé v roce 2006. Vít jejich nástup spojuje se smrtí sestry, která pro něj byla velmi významná:

„No v té době mně zemřela sestra, což jsme potom jako zjistili asi, že byla ta příčina, příčina té, té deprese, a první příčina, a na tu sestru jsem byl jako vázaný, poněvadž mě tam vychovávala

taky jednu dobu (...) takže jsem k ní měl jako takový, takový vřelý vztah. Ale když ta sestra zemřela, tak asi to byl možná počátek toho, té deprese, co se, co se jako asi odehrálo nebo co, co mně, co mně tu depresi nabudilo (...) začalo to právě v tehle době, tak jsme se po tomto s psychiatrickou, taky jsme se potom dopátrali toho, že to byl asi ten... Ten, hmmm, prvopočátek.“

Za nejvlivnější životní události považuje dětství strávené převážně o samotě, sportovní aktivity, nástup do zaměstnání, založení rodiny a rozvoj depresivní poruchy. První čtyři události se tedy k depresím nijak nevztahují.

Ve Vítově rodině se deprese vyskytla také u jeho sestry, nejspíše poněkud nečekaně – oběsila se na stejném místě jako kdysi jejich matka. Podle Víta se ani matka ani jeho sestra neléčily. Jeho samotného se rodina snaží podporovat a zajistit, aby si nepřipadal osamoceně; během hospitalizace jej pravidelně navštěvují. Při rozvoji symptomů u Víta hraje roli sociální izolace:

„(...) Stahuju se do sebe, zavírám se před, hmmm, kolektivem, před ostatníma lidma, málo komunikuju, no, jsem zat-, jsem jako neklidný, přestává mě bavit jakákoliv činnost, ztrácím takovou tu životní energii, aktivitu, až se propadnu prostě a, a... Vyhledávám potom tady pomoc. No, tady se, během 3 měsíců většinou se tady srovnám do, do normálu... No, pak třeba zase doma f-, rok funguju, nebo pár měsíců funguju dobře, a zase to na mě přijde.“

V BDI-II vykazuje Vít zvýšenou míru všech symptomů kromě plačtivosti a hodnocení životních událostí jako trestu; vyskytují se i sebevražedné myšlenky. Manželka je prý na Vítův stav zvyklá, a tak spolu v průběhu jeho depresivních fází komunikují méně; i po 40 letech manželství spolu vycházejí dobře, stejně jako Vít vycházel s jejími rodiči. Vnímá svou ženu jako velmi čínorodou.

Se sourozenci mají hezký vztah kromě nejstarší sestry, se kterou již není v kontaktu, protože se neshodli ohledně dědictví po otci. Vít si myslí, že na ni měl vliv její manžel, který byl citlivý na majetek, a přestože předtím se sestrou vycházeli dobře, pak se přestali stýkat. Zbývající dvě Vítovy sestry tedy již nežijí – k nim měl lepší vztah. S bratrem je stále v kontaktu, často jej s rodinou navštěvuje a podle něj je to stejný optimista, jako býval jejich otec. Otce i nevlastní matku měl rád; podle něj byl otec vyrovnaný, společenský a udržoval rodinu pohromadě. Měl k němu vřelý vztah a myslí si, že jej otec vychoval nejlépe, jak mohl.

Sestra, která spáchala sebevraždu, byla prý značně fixovaná na práci. Když z ní odešla, začala se více uzavírat do sebe – sourozenci to přičítali skutečnosti, že jí práce nejspíš chybí – a byla smutnější, a i když se přestěhovala k mladší sestře, aby nebyla tak sama, proti depresi to nepomohlo.

Své děti popisuje Vít jako veselé a společenské; nevnímá u nich žádné problémy. Podobně vnímá i vnoučata jako bezstarostná.

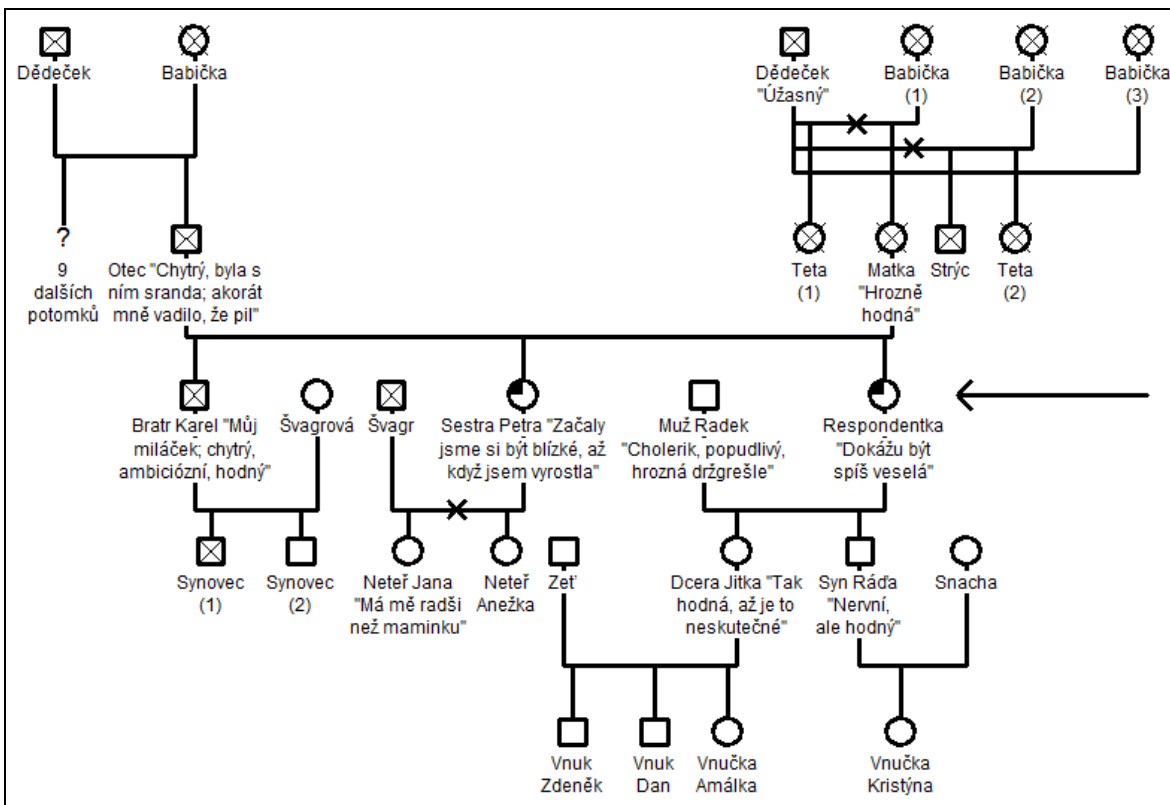
Vypověděl, že si neuvědomuje, že by nástup depresivních epizod byl spojen s jakoukoli událostí či zátěží:

„Začnu bejt míň aktivní, jo, jde to taky do tý, do tý pasivity, do takovýho útlumu a š-, jako tam, těžko tam hledám nějakou ten, tu příčinu; kdybych ji věděl, o tej příčině, tak se tomu nějak možná budu snažit vyhnout nebo ně-, něco s tím udělat a ne-, nemůžu tomu, nemůžu to jako, prostě t-, to nějak nazvat nebo popsat, popsat, co to způsobuje, kde je ten začátek.“

Spiše tedy vnímá depresi jako záležitost zděděnou po matce a nesouvisející s ničím vnějším.

6.1.2 Květa

„Mně se to střídalo jako pořád jako; já jsem měla 4 týdny depresi, 4 týdny mánie. 4 týdny depresi, jako 4 týdny mánie.“



Obr. 6.2 – Rodina Květy

Sedmdesátiletá Květa mluvila o své rodině se zájmem a nadšením, byla v dobré náladě a vtipkovala. Setkala jsem se s ní během její druhé hospitalizace v tomtéž nemocničním zařízení.

Narodila se do úplné rodiny jako třetí dítě a své dětství popsala jako šťastné a bezstarostné. Protože sestra byla o 9 let starší a bratr dokonce o 12, vyrůstala po jejich odchodu spíše jako jedináček. K bratrovi velmi tíhla a milovala ho, ale moc si jej v dětství neužila, protože už když byla velmi malá, odstěhoval se do jiného města kvůli budoucí práci. Zato se sestrou příliš nevycházela,

což se změnilo až v dospělosti. Velký vliv na ni mělo, že její rodiče byli v té době již starší, než jak tenkrát obvykle rodiče bývali; občas např. někdo považoval její matku za její babičku. K rodičům měla vřelý vztah a k prarodičům také, ale vždy jí vadilo, že otec poněkud pil – nikdy nepřišel z práce rovnou domů a vždy se nejprve zastavil v hospodě.

V 16 letech se seznámila se svým životním partnerem, a když se vrátil z vojny, uzavřeli roku 1969 sňatek. Za 2 roky se jim narodila dcera a dostali byt v jiném městě; přestěhování bylo pro Květu významnou životní událostí. Za dalších 6 let následoval syn a o 5 let později si s rodinou postavili chatu, což rovněž hodnotí jako důležitý okamžik. Květa na svém životě v té době neshledává nic abnormálního. Afektivní poruchy se u ní u ní objevily až dlouho po tom všem, kdy již měli s manželem i vnučata, a to v září 2009:

„My když jsme se probudili na téj chatě, a já říkám m-, jako manželovi, ,Ty, Radku, já jsem se asi zbláznila; já nevím, co si mám obléct‘. Já jsem měla, já nevím, buď šok, nebo něco jsem prostě měla; já jsem se probudila a já jsem nevěděla, co mám dělat. (...) Je fakt, že v té době během 2 měsíců zemřeli 3 mně drazí lidé, tak jestli to třeba nastartovalo i tady toto, protože rodiče, ti zemřeli, to jsem měla přes 30, takže ten bratr byl pro mě taková, takový strom, jo, v té rodině; no a vlastně v tom roce dva devět zemřel i on... Tak se to mohlo i podepsat.“

V té době také prožívala několik stresujících událostí najednou, např. hrozbu značné finanční pokuty od stavebního úřadu kvůli chybné výšce zídky, kterou si postavili, a také to, že její vnučka ve škole chytila vši, což byla pro Květu údajně poslední kapka.

Když poprvé měla dojem, že jsou deprese neúnosné, navštívila obvodní lékařku, která jí předepsala Asentru. Poté, co antidepresiva začala působit a Květa se cítila dobře, je však z nepoučenosti bohužel vysadila, a tak se deprese vrátily. Následně se obraz změnil – Květa si myslela, že jde o bipolární afektivní poruchu, protože čtyřtýdenní depresivní fáze byly střídány čtyřtýdenními manickými. Vypověděla, že její manžel se vždy už předem děsil, kdy začne mánie, jejíž nástup byla Květa schopná přesně odhadnout, protože pro něj byly mánie nesnesitelné; pro Květu byly nesnesitelné deprese:

„Nevycházím z domu, sedím, nejsem schopná vůbec nic dělat... Jo, prostě sedím doma, nanejvýš ještě teda luštím sudoku nebo takového něco; nechodím nakupovat, protože st-, jako říkám, ,Ježišmarja, vypadám, přece nemůžu jít mezi lidi!‘, jo? Že se mně zdá, že vypadám hrozně – no to se mně nezdá, jo, to vypadám, jo? No ale... Potom třeba první den téj mánie se podívám do zrcadla, se učešu, namaluju, říkám, ,Krucíš, šak to není tak špatné,‘ a jdu, jo? (...) Já se, hm, sesypu, když bych měla mít nějaký úkol. Já se bojím jít na poštu d-, hm, jako vybrat prachy. Já

třeba mu řeknu: ,Ty, Radku, a půjdeš se mnou? (...) Já se bojím jít sama ven.‘ (...) Vůbec si nevěřím, jako v té době. Jako v těch depresích.“

V loňském roce náhodou potkala člověka, který se z bipolární afektivní poruchy vyléčil, a tak jí doporučil stejnou nemocnici. Tam nastoupila v červnu 2016 a dostala diagnózu cyklothymie, přičemž jí bylo vysvětleno, že u bipolární afektivní poruchy by nebyly změny nálad tak bezchybně pravidelné. Květa popisovala, jak zde byla hospitalizována během období mánie, a při vyprávění se rozplývala nad krásou tehdy kvetoucí přírody v okolí budovy psychiatrie. V rámci oné hospitalizace se podařilo zvolit vhodnou medikaci ke zmírnění mánií, takže nyní jsou podle Květy pro okolí únosnější. Kromě toho se střídání nálad protáhlo ze 4 týdnů na 5.

K současné hospitalizaci se záměrně objednala tak, aby byla přijata v době deprese, protože chtěla zjistit, zda tento stav v nemocnici pomine rychleji než v domácím prostředí. Byla hospitalizována nejspíše i s cílem další úpravy medikace.

Vztah k rodičům a prarodičům v dětství popisovala jako velmi hezký. Hodnotí, že její rodiče možná uzavřeli sňatek jen kvůli tomu, že čekali dítě, neboť její bratr se narodil 7 měsíců po svatbě. Přesto shledala rodinu jako harmonickou. Matku popsala jako velmi hodnou a stejně tak svou dceru, jež jako by tuto vlastnost v ještě extrémnější míře zdělila po ní. Otce popsala následovně:

„Jó, jako s ním byla sranda, všechno; mně akorát u něj vadilo, že prostě – říkám, šel z práce, že si -, šel jako do hospody, dal si pivo, štamprli a šel dom, jo? (...) Já nevím, třeba jestli bylo víc těch štamprlí, že to prostě přijde – a i d-, jsem to na něm poznala, i já, jo? A to mi strašně vadilo. Jo? Jinak si myslím, že on byl na úrovni, on byl chytrý, s ním byla sranda, jo? Jako byl bezvadný. Ale toto mi hrozně vadilo. No a Petra byla jako jeho miláček, jako sestra, no a maminka zas měla Karla a mě“ (smích).

Bratra si více užila až v důchodovém věku, kdy za ním pravidelně dojížděla. Sestru má nyní ráda, ačkoli vnímá jejich značné charakterové odlišnosti, ale je pro ni důležitá, protože je jediná, kdo z její původní rodiny ještě žije. U sestry se taktéž rozvinuly deprese, a to poté, co ovdověla. Květa vnímá velký rozdíl ve způsobu vyrovnávání se s onemocněním, jaký používá její sestra oproti ní: Sestra zůstala sama a byla nucena postarat se o svou dceru, která tehdy studovala, a tak se i přes své obtíže snažila maximálně zajistit rodinu a plnit každodenní povinnosti. Květa naproti tomu ví, že všechno potřebné místo ní zařídí její manžel, který se v období jejich depresivních fází stará o domácnost, nakupuje, nosí domů jídlo nebo sám vaří, a ačkoli Květa připustila, že je jím možná „rozmazlována“, uzavírá, že v té době sama fungovat není schopna.

Dceři bylo matčiny deprese spíše líto, zatímco syn ji s větším nadhledem více podporoval a staral se o ni, nabízel se zařizovat jí věci. Nejhuř její poruchu snáší manžel, ač Květa

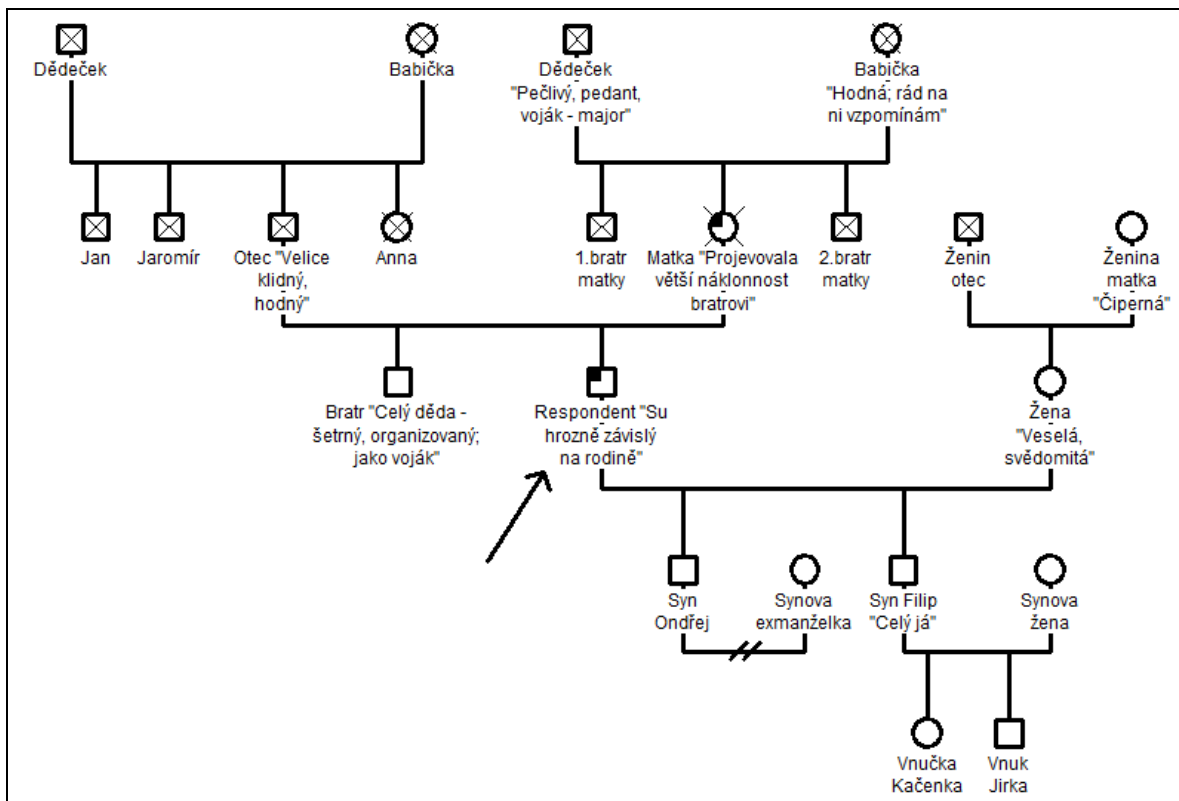
nespecifikovala jak. Bylo pro ni obtížné, když byl manžel přesvědčen, že si depresivní fáze způsobuje sama:

„A on právě mně říkal, ‚To je v hlavě. Jako to – přece je v hlavě‘. A když jsem to říkala svojí psychiatři, tak říkala, ať ho dovedu, a ona ři-, ona mu říkala, ‚Jako pane inženýre, ale to není v hlavě. Vaše paní je nemocná‘. Jo? Prže on si myslel, že to je v hlavě a že za to můžu já. A kdybych prostě nechtěla, tak žádnou depresi nemám, jo?“

Květa vylíčila, že v období, kdy se cítí dobře, je naopak velmi aktivní, vystudovala 2 obory univerzity třetího věku a věnuje se mnoha zájmovým činnostem, jako jsou např. country tance či jóga. Sebe vnímá jako veselou a po bližším seznámení s lidmi i společenskou a otevřenou.

6.1.3 Jiří

„Su takový člověk, který je hrozně závislý na rodině.“



Obr. 6.3 – Rodina Jiřího

Šestašedesátiletý lékař vyprávěl svůj životní příběh způsobem, jako by šlo o nestrukturovaný formální životopis – vyjmenovával data, ale většina údajů se týkala vzdělání, pracovních zkušeností, změn bydliště a počtu členů rodiny. Příběh byl velice stručný a téměř v něm chyběly zkušenosti, které by ovlivnily jeho duševní život; popisoval převážně fakta a na vše ostatní jsem se jej následně doptávala. Působil tak dojmem intelektuála orientovaného spíše na výkon.

Vyrůstal s rodiči a starším bratrem, na dětství vzpomíná rád a hodnotí je jako pěkné. Po 10 letech se přestěhovali do města, kde Jiří také vystudoval vysokou školu. V té době byl přijat ke studiu medicíny ve dvou městech zároveň, ale jeho otec rozhodl, aby zůstal studovat ve městě, kde rodina žila, což byla dle Jiřího událost, která na něj měla velký vliv. V průběhu 3. ročníku studia jej velmi zasáhla zkušenost, kdy přijel domů a našel otce mrtvého; otec už dříve během Jiřího mládí prodělal infarkt.

Za další důležitou událost pokládá seznámení se svou ženou roku 1968, se kterou uzavřel sňatek během 5. ročníku studia (1973) a odstěhovali se do rodinného domku v jiném městě; žijí spolu doposud. Pracoval jako sekundární lékař a manželka jako učitelka na základní škole; práce jej po celý život velmi naplňovala. O rok později se jim narodil syn Ondřej. Významnou životní událostí pro Jiřího byla doba strávená na vojně (1975-76), neboť v té době měl již ročního synka a nemohl být s rodinou, jak chtěl – to podle svých slov snášel velmi těžce. Uvedl, že vždy se mu stýskalo po rodině, na které je značně závislý, byl-li nucen déle pobývat v jiném prostředí – ať již šlo o dětské tábory, anebo právě o pobyt na vojně. Čtyři roky po prvorozeném Ondřeji se narodil syn Filip. V dětství s nimi hodně sportoval. Z domova se synové odstěhovali v 18 a 19 letech za studiem. Roku 1988 nastoupil Jiří na pozici hygienika a ředitele hygienické stanice. Po revoluci pracoval 3 roky jako závodní lékař, než si zřídil soukromou praxi.

Symptomy Jiřího onemocnění pozvolna nastoupily v letech 1989-1992:

„Nedovedl jsem se radovat z maličkostí, nedovedl jsem se radovat z práce a... Nikomu bych to nepřál, tadyty stavy. Těch takzvaných manických, těch bylo hrozně málo. A ty člověk naopak prožíval daleko lépe, protože si řekl, ‚Všechno zvládnou, všechno je v pohodě, cítím se dobře,‘ ale jak říkám, těch manických, hypomanie, bylo hrozně málo.“

Převládaly depresivní fáze a jen po konzumaci benzodiazepinů a alkoholu se dostavila mánie. Jiří má tedy od roku 1992, kdy se začal léčit, diagnózu bipolární afektivní porucha. Nevybavuje si, co v době před nástupem onemocnění prožíval. Pouze popsal, za jakých okolností pozoroval zvýšený výskyt příznaků:

„Takže já ve svých 44 letech jsem musel dělat třetí atestaci v životě (...) No a ty začátky byly pěkné, až na to, že potom začaly srovnávat pojišťovny hospodaření, zprůměrované na jednotlivého lékaře, po celé republice. A samozřejmě, že lékař někde na poliklinice ve velkém městě, kde jsou všechny odborné ambulance, nemá takové náklady jak já na maloměstě, kde do nejbližších odborných je minimálně 30, 35 km, takže tím, že jsem jim předepisoval léky nebo zajišťoval odběry nebo sanitku, tak tím jsem si prostě za-, – zavinil situaci, jaká byla, že už těch peněz nebylo tolik, že sotva stačilo na pokrytí platu sestry, provozních nákladů a... A tak. Takže to byl asi nejtěžší takový

moment.“ – „Takže v téhle době se vyskytly třeba ty depresivní příznaky, že t-?“ – „Ano. No ty jako vyhro-, byly vyhoceny, no. Ty první příznaky, že jako něco s tou duší není v pořádku, byly tak už od toho roku 1992, kdy jsem ještě neměl privátní praxi, ale připravoval jsem se na ni.“

V roce 2004 byl proto nucen provoz soukromé praxe ze zdravotních důvodů ukončit a přešel do invalidního důchodu, následně pak do starobního. Od roku 2010 si přivydělává u záchranné služby a od srpna 2016 pracuje jako praktický lékař.

V Jiřího rodině se deprese vyskytla také u matky. Vypověděl, že byla plačtivější a hůře snášela zátěž; několikrát byla hospitalizována. Vztah k rodičům popsal jako pěkný; pouze naznačil, že matka preferovala jeho bratra:

„Já jsem více lnul k tatínkovi na rozdíl od bratra, který k mamince – jako během dětství. (...) Ona mu projevovala podle mého jako větší náklonnost, než by si třeba zasloužil, takže to je... Jestli mi rozumíte...“ – „Myslíte to tak, že jste měl pocit, že matka se třeba věnuje víc jemu než vám?“ – „Jo, jo, jo.“

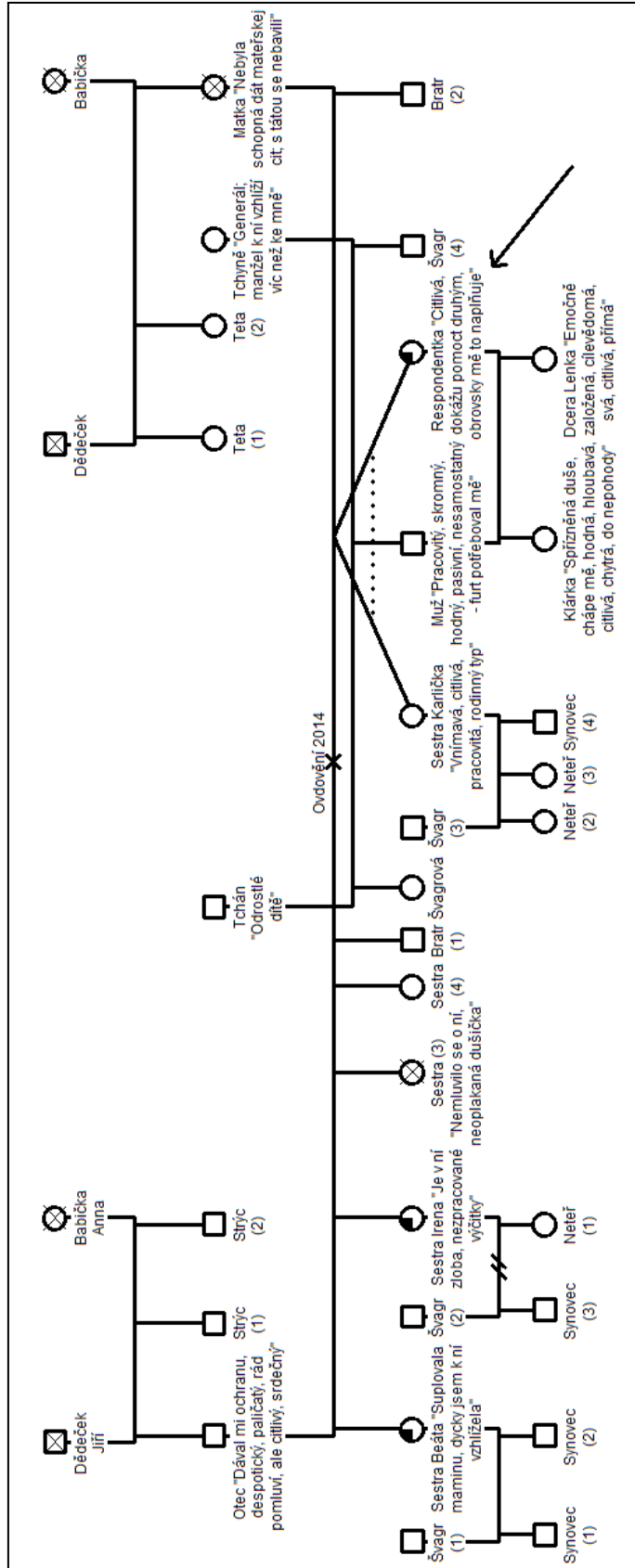
V kontextu nynější rodiny je s jeho nemocí konfrontována spíše jen žena. Synové, se kterými se Jiří nesetkává příliš často, o jeho diagnóze vědí; zdá se, že ji rodina považuje za úděl zděděný po jeho matce. Starší syn Ondřej se odstěhoval na jiný kontinent za prací; jako jediný z rodiny je rozvedený, pročež ho Jiří označil jako „černou ovci“ rodiny. Všechny vztahy v rodině považuje jinak Jiří za harmonické. Od mladšího syna Filipa má 2 vnoučata, ze kterých je znatelně nadšený; když jsem se ho však ptala na povahu členů rodiny, mluvil spíše o jejich práci a zájmech, např. že děti jsou vedeny ke sportu a nemají problémy ve škole. Kromě synů je v kontaktu také s bratrem, se kterým měl vždy dobrý vztah; podle něj je bratr povahou po dědečkovi z matčiny strany, který byl voják; mluvil o jejich pečlivosti a organizovanosti. Manželka je pro něj velkou podporou:

„Táhne tu káru se mnou. Ta to všechno jako... Jako respektuje, chápe to; každá druhá by mě opustila, toho si su vědom. Že to bylo velmi nepříjemné a samozřejmě s pobyty, dlouhodobými pobyty tady v různých zdravotnických zařízeních. (...) Upozorňuje na každé příznaky. Třeba změny chování (...) Řekla mi, že budeme na to oba a že to, že to zvládneme.“

Důvod hospitalizace v době setkání byla dlouhodobá nespavost, která se rozvinula po období zvýšené pracovní zátěže (Jiří pracoval pro 2 zdravotnická zařízení zároveň včetně víkendů), kde se zároveň vyskytly personální problémy a k tomu se přidaly somatické obtíže. Po vyčerpání dovolené, kdy se spánek nesrovnal, přešel do pracovní neschopnosti. Hospitalizován byl nyní po 8 letech remise. V době rozhovoru již obtíže odezněly, v BDI-II udává jen zvýšenou unavitelnost a možná nepatrně snížené sebehodnocení v ohledu minulých selhání.

6.1.4 Nela

„To bylo taky hrozně těžký období.“



Obr. 6.4 – Rodina Nely

Devětatřicetiletá Nela pochází z osmi dětí. Ještě než se narodila, předurčila její dětství tragická smrt sestry, což patrně zlomilo matku, která si dceřino úmrtí vyčítala a izolovala se, a tak z pohledu Nely již nebyla schopná projevovat dětem lásku. Nela proto preferovala vztah s otcem a místo matky spíše vzhlížela k nejstarší sestře Beátě. Nejbliže měla ke svému dvojčeti Karličce, s níž si většinu dětství hrála; společnost sestry jí moc pomáhala. Rodiče spolu podle ní obvykle nemluvili, anebo mezi nimi přímo vznikaly konflikty, v rámci nichž utvářeli koalice s dětmi proti druhému rodiči. Smrt sestry byla rodinným tabu, které ale ovlivňovalo všechny členy systému:

„My jsme jezdili jenom na, na hřbitov prostě zapalovat svíčky a, a to, ale nikdy se o tom – bylo to takový tabu jako, jo? Holt to tam, to tam furt viselo (...), ona jako kdyby byla přeskočená (...) Prostě ta dušička její nebyla taková jako oplakaná a... Jako nemluvílo se prostě nikdy o ní, bylo to tak bolavý... Táta to mamině vlastně vyčítal, pže ona ji nějak pustila prostě jít ven, čtyřletou, a ona spadla do vody a utopila se, jo? Takže tam bylo obrovský vyčítání toho, že, že to prostě dovolila.“

V sedmnácti letech se Nela seznámila s životním partnerem a následně se potýkala a z vlastní iniciativy léčila s mentální bulimií. Byla to pro ni těžká doba, kdy prožívala zklamání, když se po dlouhém období zvládnutí opět přejedla. Bulimie podle ní odezněla částečně sama během 21. roku, kdy otěhotněla a porodila dceru Klárku, kterou tři roky poté následovala dcera Lenka.

Narození obou dcer bylo pro Nelu nejvýznamnější životní událostí. Během té doby manžel začal podnikat a Nela mu s prací před narozením Lenky i během mateřské a rodičovské dovolené pomáhala. Obtížné pro ni bylo, že stále ještě bydleli v domě, který sousedil s domem manželových rodičů, kde si nemohli zcela prosadit svou. Tchyni vnímala jako direktivní a vadila jí manželova nedostatečná odpoutanost od ní a možná nesamostatnost – dle jejích slov je tchán „odrostlé dítě“, což do jisté míry u svého muže pozoruje také. Připadalo jí, že mnoho věcí zařizuje sama místo něj, že sám by to bez ní nezvládl a že je spíše pasivní. Má pocit, že její pomoc pořád potřeboval ke většině věcí, které dělal.

Další velkou změnou byl nástup do nové práce na pozici zdravotní sestry na endoskopii a konečně také přestěhování rodiny v roce 2007, které ovšem bylo spojené s hypotékou a tedy značným dluhem. Muž však trávil doma příliš málo času kvůli velké vzdálenosti od zaměstnání, kde zůstával. To bylo pro Nelu velmi náročné – musela se spíše sama starat o obě dcery, zároveň podporovala manžela a navíc sama pracovala. V roce 2014 následovaly dvě zdravotní komplikace – operace žlučníku a zjištění autoimunitního zánětu štítné žlázy. Ještě větší přetížení pak Nela udává od srpna 2014, kdy její matka velmi náhle onemocněla Creutzfeldt-Jacobovou chorobou, její stav se rychle zhoršoval a během měsíce zemřela. Nela pomáhala ovdovělému otci jako jedna z mála ze sedmi sourozenců. K tomu jí připadalo, že většinu povinností v domácnosti manžel nechává na ní. Během necelých dvou let pak 4x změnila práci – s opuštěním endoskopie přišla

zároveň o velkou sociální oporu kolegů, ve druhé práci se setkala s personálními problémy a ve třetí byly náročné noční směny. Na jaře 2016 manžela upozorňovala na to, že je unavená a že to dál nezvládá, ale dle jejích slov nebyl schopný to nějak řešit. K výkyvům energie nepřispívaly ani celoroční problémy v manželství – očekávání od vztahu ze strany obou se pravděpodobně nesesetkávala:

„Houpavej vztah v manželství, kdy mně manžel prostě c-, celej ten rok jakoby... Vyčítal, že, že mu nedůvěřuju, že furt hledám něco, co on mi asi nebyl – já nevím, jestli jsem u něj nehledala nějakou tu, takovou nějakou jako lásku, ale jestli to nebylo v souvislosti s tou maminou; já teda nedokážu říct, že jsem po něm chtěla něco, co on mi nebyl schopnej dát, nevím; prostě se to tam docela tříštilo.“

Celkově v syndromu Nely dominuje přetížení, vyčerpání a behaviorální problémy, přičemž je zřetelná její vyšší citlivost. Nastupující symptomy, které se začaly objevovat v posledních 2-3 letech, měly úzkostný a depresivní charakter, kde se důvodem pro vyhledání pomoci v listopadu 2016 stala silná nespavost:

„Že ale cejtla jsem se už loni... Někdy v tom únoru strašně jako unavená, vyčerpaná. Že už ten rok se tahnul, byl takovej – i jsem měla takový, občas se mi stalo, že jsem se úplně takhle roztřásla, jakoby nervově, a třeba půl hodiny trvalo, než mi to přešlo. (...) Mám pocit, že ty úzkosti byly hlavně z toho, že prostě najednou nespím, najednou nefunguju a furt, furt to nebylo dobrý.“

V době rozhovoru Nela již 6. týdnem pobývala ve druhém nemocničním zařízení. Zde jí byly vysazeny benzodiazepiny a nyní obtíže se spánkem již odezněly.

V její rodině se deprese vyskytla také u nejstarší sestry Beáty a pravděpodobně u druhorozené Ireny. Podle Nely to u Beáty hodně souvisí se skutečností, že má syna s Aspergerovým syndromem, který významně zasahuje do jeho fungování, což klade na Beátu pravděpodobně velké nároky a bylo to pro ni příliš vyčerpávající; vyskytly se u ní i sebevražedné myšlenky, což Nela sama u sebe nenachází. V případě Ireny šlo o období, kdy od ní odešel syn a přestěhoval se k otci, s nímž byla rozvedená; tehdy brala antidepressiva a situace pro ni byla nějakým způsobem náročná. Nela vypověděla, že u Ireny je patrná spíše jakási neodžitá zloba; často něco vyčítala jejich otci. K Beátě měla Nela vždy velmi dobrý vztah, ale nejdůležitější ze sourozenců je pro ni její dvojče Karlička. Ta ji prý velmi podporovala během nástupu Neliných úzkostných a depresivních obtíží. Nela vysvětlila, že jí pomohla sestřina víra v ní a v to, že vše dopadne dobře, protože ve velmi špatném stavu Nela sama nebyla schopná vidět možnost, že by se kdy mohlo něco v jejím životě zlepšit.

Vztahy k rodičům, popsané výše, prý Nela několikrát řešila nebo si zpracovávala pomocí rodinných konstelací. Otce přijímá takového, jaký je, a matce nejspíš vnitřně odpustila – ví, že děti měla ráda, jen to neuměla projevovat. Připadá jí však, že její truchlení po matčině smrti pravděpodobně nebylo dostatečné. Všechny členy rodiny hodnotí jako více méně citlivé lidi, nikdo podle ní není vyloženě špatný člověk, jen je podle ní každý z primární rodiny něčím zatížený. I když se setkávají spíše výjimečně a je nejvíce v kontaktu se zmíněnými dvěma sestrami, hodnotí, že ve vztazích v rodině neshledává žádné problémy.

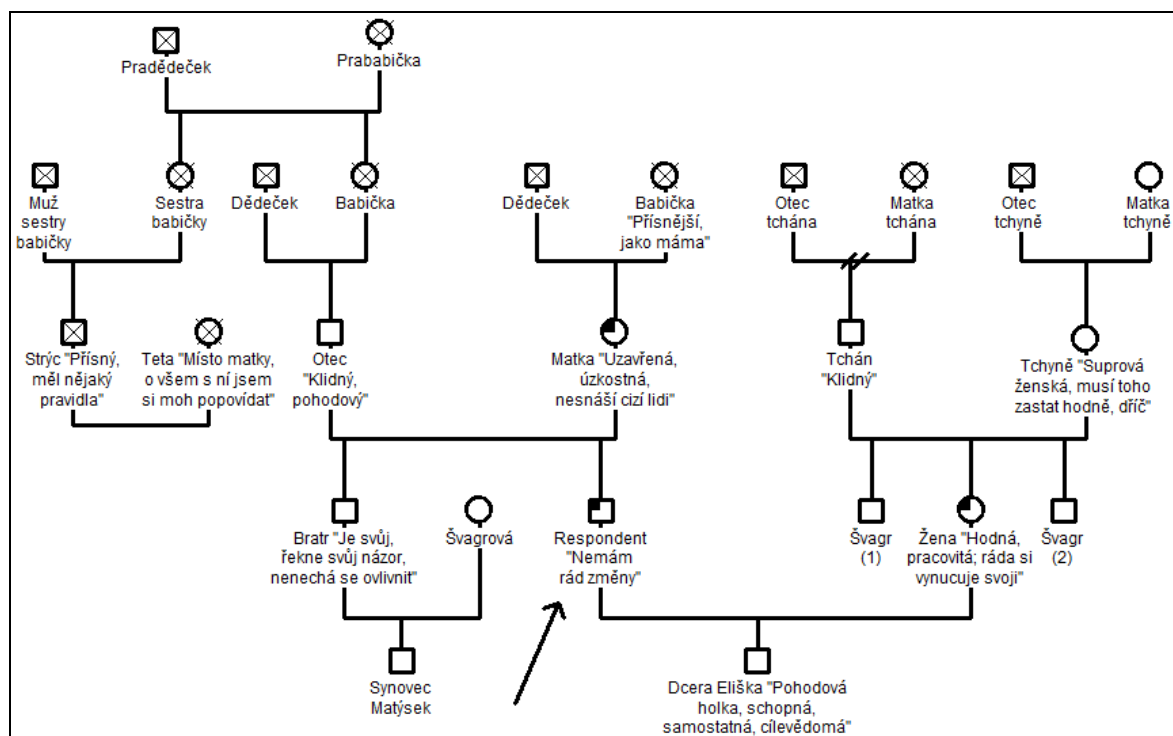
Na členy její současné rodiny působily její příznaky pravděpodobně tak, že se vůči nim cítili bezradně. Nela popsala svou tendenci se při velkých úzkostech chovat naříkavě a nejspíš bylo pro manžela a dcery těžké zvládat na to reagovat. Je také možné, že má Nela vysoké nároky na to, jak by k její nemoci měli přistupovat, číst o ní a pomáhat jí. Nejvíce opory vnímá ze strany prvorozené dcery Klárky, která je její „spřízněná duše“, zatímco od manžela a Lenky by ocenila více pochopení. Z vyprávění mi připadalo, že je schopná podrobně popsat charakterové vlastnosti svých příbuzných a že je opravdu dobře zná. Má dojem, že mladší dcera Lenka jí možná trochu zazlívá, co se stalo a jak situaci nezvládla. Když popisovala, že od manžela by čekala větší oporu, narazila na skutečnost, že on ji neuměl poskytovat vlastně ani předtím. Interpretuje to jako jeho nezáměr.

Samu sebe hodnotí jako citlivou, pečující, na rodinu zaměřenou ženu, jejímž posláním je pomáhat druhým. Co se týče úzkostně-depresivní poruchy, Nela vypověděla, že bylo opravdu těžké dovolit si zastavit se a odpočinout si, ale po nějaké době si svým způsobem zvykla na tuto situaci, kdy nemůže pracovat a potřebuje naopak regeneraci:

„Ale trvalo to skoro 5 měsíců, jo? Ono to není úplně tak jako jednoduchý, že člověk – každej mi říká, ‚No musíš vypnout, musíš se úplně odevzdat a bejt odevzdaná těm‘, hm... To je hrozně těžký. To jako udělat, když žijete jako dítě s tím, že vlastně tam nemáte tu ochranu těch rodičů a musíte si sama na sebe dávat pozor. A bejt prostě funkční neustále, protože jinak opravdu, hm, jako by člověk skoro nepřežil nebo... Jo, jestli mi rozumíte, že to tam mám takhle jako silně z toho dětství jako zakořeněný.“

6.1.5 Petr

„Prostě nemám rád tydlety změny.“



Obr. 6.5 – Petrova rodina

Jednačtyřicetiletý Petr začíná vyprávět svůj životní příběh velmi nejistě, několikrát jsem jej v průběhu uklidňovala. Popisoval dětství jako dobré, ale zlom nastal v jeho 18 letech, kdy se za nepřítomnosti rodičů pohádal a popral s o dva roky starším bratrem a odešel z domova. Konflikt vnímá jako příkoří vůči němu – rodiče oběma nakázali uklízet po zabíjačce, a když jeho bratr nechtěl a on se ho snažil přesvědčit, že sám uklízet nebude, strhla se hádka. Petr vypověděl, že rodičům příčinu konfliktu vysvětloval jen bratr, takže neví, zda či jak informace zkreslil. Avšak ani po letech, kdy se po návratu z vojny Petr snažil se s rodiči znovu spojit, nebylo už možné s nimi navázat stejně dobrý vztah jako předtím a výrazně upřednostňovali jeho bratra, ač v kontaktu jsou. (Vztah s bratrem už je přítom dobrý.) Vnímá ve vztahu s rodiči určitou nedůvěru. Označil se za černou ovci rodiny a cítí, že nesplňuje očekávání rodičů; je ze vzájemných vztahů zklamaný, ale pravděpodobně si s rodiči dodatečně přesně nevyjasnil celý důvod konfliktu:

„Já už jsem se k tomu ani nechtěl nějak vrátet, protože stejně st-, by to asi nemělo smysl, protože stejně, že jo, nevím, co brácha řek a to, takže jako to už by bylo jakoby pozdě na to řešit.“

Mezitím žil u své partnerky, která bydlela u rodičů s dvěma dalšími bratry. Za velmi důležité blízké osoby ve svém životě považoval tetu a strýce (příbuzensky sice vzdálenější, ale takto je oslovoval), kteří, sami bezdětní, mu prakticky citově i péčí vynahrazovali biologické rodiče

a ke kterým měl i mnohem hlubší vztah. Dlouhá léta pracoval ve stavební firmě jako strojník u bagru se směnami každý druhý týden, kdy si v týdny volna se ženou postavili domek. Když však chtěli založit rodinu, vyskytly se u ženy potíže s otěhotněním; Petr mluvil o pocitech beznaděje. Vyhledali tedy služby asistované reprodukce a po druhém pokusu se v roce 2000 narodila dcera Eliška. Petr poznamenává, že i po narození Elišky upřednostňovali jeho rodiče svého prvního vnuka a o ni příliš nejevili zájem. Eliška toto brzy sama vycítila a bylo jí to líto:

„Bratr, hmmm, že byl starší, tak vlastně se mu i narodil jakoby syn dřív, jo, takže vlastně i z tý jakoby strany rodičů, hmmm, furt měli vlastně toho Matýska, todleto, jo, a furt mně to jakoby předhazovali, jo, jelikož věděli, že my nemůžeme mít děti, jo, tak ještě jakoby mě tím... Hmmm... Tejrali a todleto.“

Před třemi lety zemřel strýc a rok po něm teta. Její úmrtí Petra velmi zasáhlo a z rozhovoru byly patrné tendence k částečnému sebeobviňování. Se smrtí tety se nedokázal vyrovnat a kromě toho v prosinci 2015 nastoupil do nového zaměstnání jako údržbář, což pro něj bylo stresující. U stavební firmy působil 19 let, neboť udává, že se hůř přizpůsobuje změnám, které jsou pro něj vždy velkou zátěží:

„Když vlastně se měnily ty party nebo takhle to, tak mně to vlastně furt jakoby... Vadilo, že jo, nebo omezovalo – já jsem prostě zvyklej nastoupit na jedno místo a furt dělat jedno a to samý, jo? Nechtěl jsem se jakoby učit nový věci a nový – nebo bejt mezi novejma a novejma lidma (...) Já těžko snáším ty nástupy, jo, než se člověk zaučí, teď nový věci, nový lidi a prostě mě to jakoby stresovalo, jo, že prostě si zvykat na ty nový věci, že tajdle když už dělám x let na tom, takže mě to i jako těší, že se člověk zdokonaluje.“

Mnoho pracovních požadavků pro něj bylo nových a možná dosud mimo jeho kompetence, ale připouští, že oceňoval možnost říci si o pomoc od zkušenějších kolegů. Jako zátěžové hodnotí rovněž vztahy v rodině manželky s jejími bratry – svými dvěma švagry – často Petrovi dávali najevo, že do záležitostí rodiny nemá co mluvit, a kritizovali jeho ženu i jeho samého. Zatímco on se ženy zastával, ona jeho ne, což pro něj bylo těžké, ale předpokládal, že by situaci stejně nemohla nijak zlepšit. Když se před 3 lety odstěhovali do nově postaveného domku na parcele, kterou jim přenechal manželčin otec, švagrové začali otci vytýkat, že pozemek na Petrovu rodinu nechal převést, když šlo o majetek jejich rodiny. Podle Petra byly konflikty se švagry jednou z nejvíce ovlivňujících životních událostí, protože měl kvůli nim pocit, že nikam nepatří, a cítil se zbytečně. Během posledních 3 let, kdy už u manželčiny rodiny nežijí, se vztahy se švagry poněkud uklidnily. Zatímco staršího švagra hodnotí Petr jako náladového a chovajícího se vzdorovitě

dokonce i vůči jeho otci, o mladším švagrovi řekl, že se jejich vztah trochu zlepšil a je k nim vstřícnější. Rodiče jeho ženy jej ovšem přijímají jako vlastního syna a toho si váží; má v nich oporu:

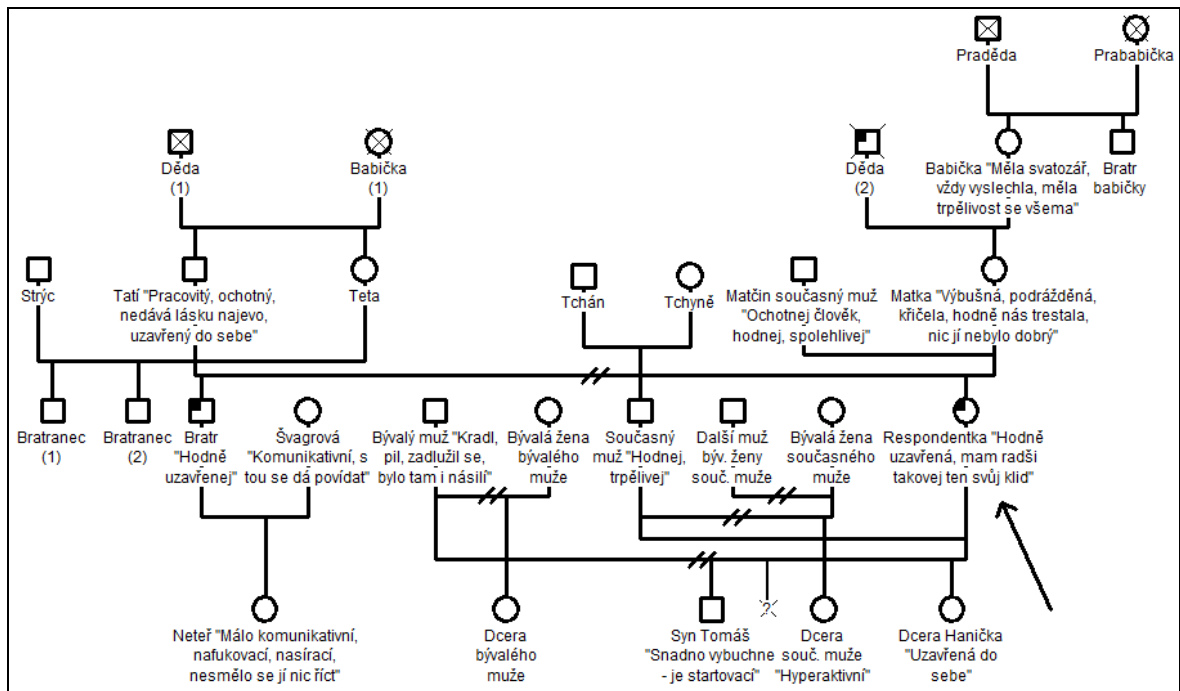
„Protože manželka mně pak říkala, že jako mě maj jakoby za vlastního, že ty syni se k nim chovaj jakoby hrubě, jo, takže já že jsem takovej citlivej, nebo jim vyjdu vstříc nebo prostě cokoli pro ně udělám, takže jako mě berou jakoby za vlastního.“

Velmi dobrý vztah mají s jeho dcerou Eliškou, které je nyní 16 a studuje střední školu v jiném městě, ale jsou s ní v intenzivním kontaktu i přesto, a proto je Petr hodnotí jako velmi hodné a opravdové prarodiče, na rozdíl od jeho rodičů, kteří Elišku opomíjejí.

Za osoby s depresí ve své rodině označil také svou matku a manželku, a tak jsem je tak zakreslila, ač si nejsem jistá, zda mají tutéž diagnózu, anebo je tak hodnotí jen sám Petr popisem příznaků. Charakter jeho deprese je reaktivní a sám hovořil o nahromadění zátěže. Během života prožíval podobné situace víckrát, ale vždy mu pomáhala teta, které se mohl svěřit. Nejvíce problém eskaloval v posledních letech, kdy se zátěže vyskytlo dosud nejvíc – jednak byl Petr údajně vyčerpaný z podporování manželky a tety, než zemřela, a jednak byl nucen snášet hodně stresu z nové práce. Udává, že je v práci snaživý, ale při vyšším množství práce je o to těžší každému vyhovět hned. V posledním půlroce byl i výbušný v domácím prostředí a hádal se s rodinou. Od podzimu 2016 byl v psychiatrické péči a užíval antidepresiva, ale dle jeho slov mu příliš nepomohla. Od listopadu do ledna zažíval čím dál těžší stavy, kdy nebyl schopný nic dělat a jen celé hodiny seděl, plakal a třásl se a také mnohdy nemohl několik dní spát, až se v polovině ledna pokusil o sebevraždu předávkováním se asi 4 druhy léků. Tchán ho však přijel zkontrolovat, protože manželka se Petrovi nemohla dovolat, a tak jej našel a zavolał záchranou službu. Od té doby byl Petr hospitalizován v nemocnici. V době rozhovoru Petr svého pokusu litoval a doplnil, že nyní mu velmi záleží na tom, aby se postaral o dceru a podpořil ji, aby dostudovala. Zpětně si uvědomuje, že se práci věnoval víc než sobě a vlastní rekreaci, dokonce ani nejezdili s rodinou na dovolenou, a uzavírá, že měli i málo přátel nebo kamarádů, a tak život byl téměř jen o práci. Po jeho pokusu o sebevraždu však vnímá větší podporu ze strany svých rodičů, jako kdyby tato událost jeho matku zasáhla. Petr si není jistý, zda je zájem z její strany upřímný; zda třeba matka prožívá výčitky a chce napravit to, co celá léta napravit nemohli. Vnímá velkou podporu ze strany bratra, který ho inspiruje k tomu, aby při velké zátěži „vypnul“ a odcestoval či se věnoval vlastním zájmům, zkrátka aby byl přímočařejší.

6.1.6 Sára

„Aby nedopadli jako já, že furt jsem se jakoby stranila, byla jsem ticho a nechala jsem si všechno líbit.“



Obr. 6.6 – Sářina rodina

Jednačtyřicetiletá Sára vnímá jako svůj ústřední problém osobnost matky, jež k ní a jejímu staršímu bratru byla velmi tvrdá, kritická a trestající, což ovlivnilo celý Sářin život. Obvykle s ní byla doma sama, otec a bratr trávili víc času mimo domov. Vzpomíná i na příjemné chvíle v dětství, strávené u prababičky mezi zvířaty a jinými dětmi či na chalupě prarodičů, kde s nimi dědeček pořádal táboráky. Když jí bylo 16 let, matčino chování podle ní ještě „gradovalo“, a protože i pro otce bylo těžké je snášet, nakonec se rozvedli. Matka v době Sářina dospívání trávila ještě před rozvodem čas s jinými partnery; jeden dlouhodobý milenec se nakonec stal jejím druhým mužem. To Sára velmi těžko snášela, neměla se komu svěřit. Hodnotí, že její problémy začaly právě během střední školy, kdy si připadala osaměle, a sice ráda trávila čas s kamarádkami, u nichž se cítila lépe než doma, ale nevnímá sama sebe jako společenskou, uzavírala se. To je patrně jedna z výrazných komponent obrazu jejího onemocnění. Tehdy navštěvovala bez vědomí rodičů školní výchovnou poradkyni, ale postupně přestala docházet z nejistoty, zda je to nutné.

Nebylo jí umožněno přistoupit k maturitní zkoušce, a tak školu nedokončila. V té době se seznámila s o 9 let starším partnerem, což shledává být jednou z událostí, jež ji nejvíce ovlivnily. Přestěhovala se k němu, a když zjistila, že partner krade, opustila jej a vrátila se k rodičům. Jenže v té době již byla těhotná. Později jej z nějakého důvodu přijala zpátky a žil pod jednou střechou s její rodinou a synem Tomáškem, narozeným roku 1995. Ač se Sára chtěla odstěhovat, jemu bylo

pohodlnější zůstat u nich, a tak bydleli stále společně. Když byly Tomáškovy 2 roky, uzavřela s partnerem sňatek. Popisuje celé jejich manželství jako neobyčejně sužující, velmi nespokojené – je znát, že v něm trpěla. Přišla o všechny přátele. Nikdy, podle ní na rozdíl od normálních rodin, nejezdili na společné výlety či dovolené, netrávili spolu čas nijak hezky. Neměla ale žádné srovnání, a tak jí tehdy připadalo, že je to normální způsob života a nepozastavovala se nad tím. Její muž hodně pil a hrál automaty; také měl paralelně několik jiných žen, což tenkrát Sára nevěděla. Když bylo Tomáškovy 8 let, Sárina matka odešla z domova, což Sára považuje za významnou událost. Někdy v té době potratila. Manžel u sebe o víkendech míval dceru z prvního manželství, což Sáru těšilo, neboť to byla moc hodná dívka, tehdy asi patnáctiletá, s níž si rozuměla. Když měla Sára znovu nastoupit do práce, muž ji začal kontrolovat – nelíbilo se mu, když šla ven, a prohledával jí telefon. Cítila se pod tlakem. Později znovu otěhotněla a v roce 2005 se jim narodila Hanička. Narození obou dětí pro ni bylo nejvýznamnější pozitivní událostí.

Tenkrát Sára zjistila, že se manžel hodně zadlužil. Z toho se poprvé psychicky zhroutila, když byl Haničce rok; byla jí diagnostikována deprese a od té doby je v psychiatrické péči. V manželství se cítila čím dál hůř a často uvažovala o rozvodu, ale nebyla si jistá. V době finanční krize přišla o práci; ani její muž žádnou neměl, neboť kvůli problémům s alkoholem ho všude brzy propustili.

„V tej době už jsem se rozhodla, že prostě... Že už asi – nevěděla jsem kdy, ale že ten rozvod asi skutečným; vlastně tatí nám sehnal u něho na chalupě v hospodě brigádu, takže jsme dělali tam... No, to už šlo úplně pryč; to už, prostě už bylo hodně špatný. To už potom tam bylo i násilí a toto, takže jsem se rozhodla, že se vopravdu rozvedu. (...) Jenže tam byly ty dluhy a furt ten psychické nátlak, takže jsem ty dluhy vzala na sebe, a – aby mi podepsal rozvod, aby prostě odešel, prte jsem věděla, že ty dluhy budou, porostou dál, a prostě by mi to úplně zničilo... No takže zaplatit pámbů se bez problémů vodstěhoval.“

Rozhodnutí padlo v roce 2009. Tenkrát Sára poznala svého současného muže, s nímž začala žít. Bývalý muž o děti téměř nejevil zájem, ani si je moc nebral k sobě, a když už ano, skončilo to na Vánoce 2010 jeho naprostou nezodpovědností, kdy v opilosti odešel, nechal je doma a Sára si je stejně musela vyzvednout. Od té doby s ním děti nebyly v kontaktu. Tomáš nastoupil na střední školu, ale během 3. ročníku tam přestával chodit. Zprostředkovali mu brigádu a až dodatečně Sára ke svému obrovskému vzteku zjistila, že bývalý muž na něj vyvíjel nátlak, aby přestal studovat, aby nemusel platit výživné. Tomáš však studium dokončuje, osamostatnil se a bydlí s kamarádem.

V době rozhovoru žila Sára s Haničkou, druhým mužem a jeho dcerou z prvního sňatku. Problém byl v manželově bývalé ženě a jejím novém muži, jež mu dceru nechtěli svěřovat do péče, neboť kvůli jejímu Aspergerovu syndromu vznikaly rozepře a přehnané požadavky na manžela, na něž musel přistoupit, aby ji vůbec mohl vidět. To byla pro Sáru největší zátěž – na podzim 2016

to nevydržela a v afektu prohlásila, že s tím manžel buď musí něco udělat, anebo se rozvede, protože už dál nemá sílu. Manžel, který se cítil pod tlakem z obou stran, se psychicky zhroutil a téměř se pokusil o sebevraždu, a tak strávil 2 měsíce na psychiatrii. Sára se z toho obviňuje. Myslí si, že svou léčbu neměla nikdy přerušovat – kdyby stále docházela ke své lékařce, nemusela být tolik vyčerpána stresem a nemuselo to zajít tak daleko. Tehdy doufala v podporu od matky, ale byla silně zklamána.

Po návratu byla manželovi nabídnuta nová pracovní pozice, kde je spokojený. Jako svůj hlavní problém, kvůli němuž nyní sama potřebovala léčbu, shledává přetížení a vyčerpání:

„Bylo toho prostě v tej době, ten poslední rok, toho bylo hodně. (...) Vlastně jakoby jsme si to vyříkali mezi sebou, dáváme si ten život dohromady. No, on mi sám nabízel, jestli teď si nechci nějak odpočinout, že to pro mě bylo náročný ten podzim a všechno; já jsem myslela, že to zvládnou; cvičila jsem, relaxovala jsem, i když jsem se moc soustředila jako nemohla na to. Jo? Tak, hm, nakonec mi vlastně paní doktorka nabídla, C, vlastně hospitalizaci tady. Jo? Nejdřív jsem teda nechtěla, že nemůžu jakoby z práce, z domova, ale fakt jsem ušla pár kroků a říkala jsem prostě, že musím. Že musím kvůli sobě, se sebou něco udělat, prote jsem si připadala prostě úplně, hm, fakt na dně.“ – „A v čem to spočívalo?“ – „Hmmm, to na dně spíš bylo takový to strašný psychický vyčerpání, jo? (...) Já jsem neměla sílu ani vl-, vlastně jakoby ráno vstát do práce.“

Nakonec se tedy Sára nechala hospitalizovat. Jak říjnový propad, tak hospitalizaci samotnou považuje za klíčové události. Oproti předchozím událostem, jež ji vždy „srážely ještě níž“, nyní věří, že to konečně zlomila, a chce se především dát do pořádku. Při depresivních stavech Sáře obvykle nejvíc pomáhalo pokračovat v práci a v normálním fungování, protože se bála, že kdyby zůstala doma, zastavila by se a nezvládla by to; nutný režim pro ni byl oporou. Dřív ji také hnal tlak, že musí splatit dluhy bývalého manžela, a proto nesmí přestat vydělávat. Nyní je ráda, že byla nucena konečně se svou situací něco udělat, a má pocit, že získává více kontroly nad svým životem, poznává sama sebe a objevuje své preference. Připouští, že bývalý muž má stále moc jí ubližovat, a to prostřednictvím dětí – nezáleží mu na nich, naopak jsou mu na obtíž a chová se, jako by vůči němu měly děti nějaké závazky, což by podle ní mělo být naopak. Podala exekuci na výživné – dle ní první věc, kterou učinila proti němu.

Rodina byla k jejím příznakům tolerantní – manžela vnímá jako velmi hodného a trpělivého, v ničem na ni nenaléhal, když se uzavírala do sebe a odcházela spát. Všechny vztahy v rodině kromě vztahu s matkou hodnotí jako dobré.

V rodině se vyskytla deprese u dědečka z matčiny strany, jenž se neléčil, a u bratra – podle ní se loni zhroutil z přetížení v práci. Ten na rozdíl od ní v těžších stavech zůstává doma a nic nedělá, spíše se pokouší o léčbu a umí více odpočívat. Sára hodnotí jejich problém následovně:

„Von se taky snažil s tím něco děl-, hle-, hledal, začal hledat, že jo, jakoby ty problémy v dětství; bavili jsme se vo tom a já jsem říkala, no, dyť já vim, dyť jsem v tom vlastně celou dobu byla. Jo, že máme vlastně úplně jakoby podobný... Vlastně b-, jakoby deficit tý mámy, no. Tý mateřský lásky potom, co vlastně bysme potřebovali voba dva, takže nemáme vlastně ani jeden. Že jsme to vlastně, tu oporu poznali v tom svém partnerovi, jak on v své ženě, tak já ve svém muži, a vlastně v těch jejich rodinách, jo?“

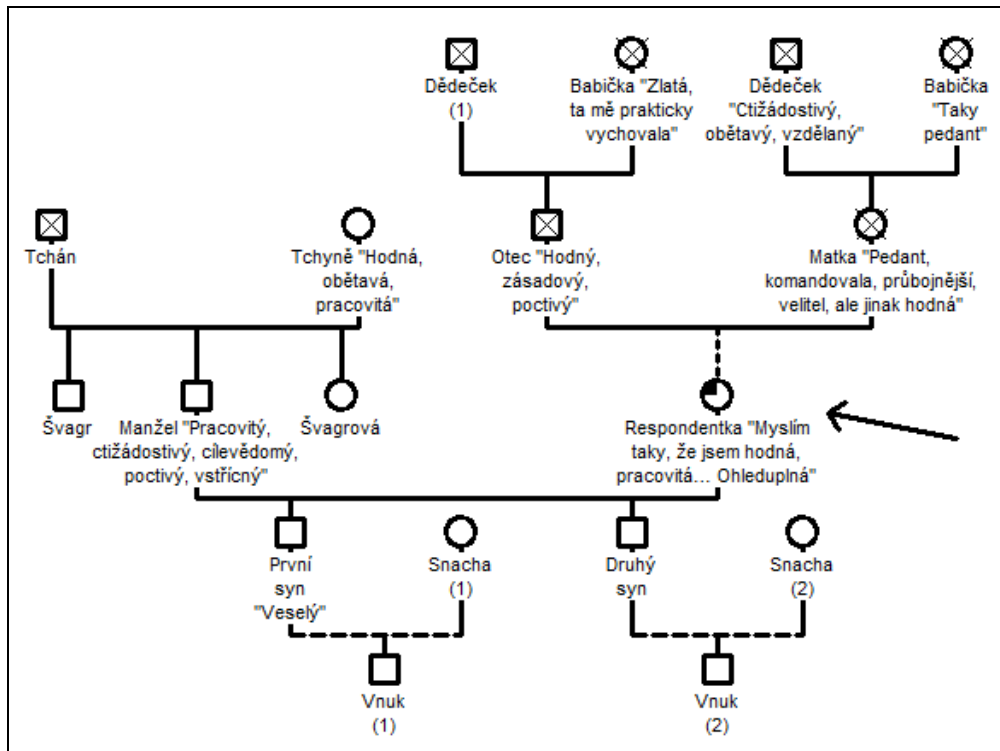
Vztah s matkou je tedy pro Sáru i jejího bratra hluboce nedostatečný; matka ji jen inspiruje k tomu, jaká sama nikdy být nechce – chladná a bez zájmu o své děti. Definitivní zklamání zažila, když si během své léčby při náhodném setkání s matkou uvědomila, že o ni matka vskutku zájem nikdy mít nebude:

„Já jsem přišla k babičce, vona vodcházela, vlastně votočila se ,na patě‘ a šla pryč, jo? Takže... Mně se vlastně utvrdilo, že vlastně jakoby pro ni vůbec nic... Že tak, jak jsem furt jakoby vnitřně cítila, že jsem jí na obtíž, jo, i když jsem se jakoby tak jako furt vnucovala, volala jsem jí, kontaktovala, tak vlastně teď se utvrdilo.“

Proto již ztrácí motivaci vztah s matkou spravovat, ač dosud celý život tuto iniciativu vyvíjela a zajímala se o ni. Otce vnímá alespoň jako oporu, i když svým způsobem pasivního a příliš neprojevujícího city, ale jinak jí pomáhá na materiální úrovni. Svě děti se především snaží vést k tomu, aby se uměly prosadit, stát si za svým a aby nebyly tak pasivní jako ona, aby se nedostaly do podobně bezmocné pozice, která byla v jejím vlastním životě jakýmsi vždy přítomným vzorcem. Také je připravuje na možnost, že i oni prožijí depresi, aby věděly, že to není nic neřešitelného a že se můžou vyléčit.

6.1.7 Eva

„Prostě ta psychika už byla jako, hmmm, jako nabouraná.“



Obr. 6.7 – Rodina Evy

Pětapadesátiletá Eva svůj životní příběh nejprve chtěla zredukovat pouze na události v poslední době, které souvisejí s jejími psychickými problémy, pro které byla v dané nemocnici hospitalizována. Když jsem ji poprosila, aby začala od dětství, vyprávěla velmi stručně. Její kazuistika je nejméně podrobná ze všech participantů.

Vyrůstala v úplné rodině adoptivních rodičů jako jedináček. Vypověděla, že na vztah s rodiči si nemůže nijak stěžovat – starali se o ni nejspíš nejlépe, jak dovedli, a poznávala díky nim přírodu a cizí země, protože společně hodně cestovali.

Na základní škole jí prý učení příliš nešlo, byla trojkačka, a když se rozhodovala pro učební obor střední školy, chtěla jít na cukrářku. Tenkrát ale byly přijaty jen 2 uchazečky a ona byla třetí. Místo toho se dostala na obor kuchař – této práci se již věnovala celoživotně. Během té doby poznala svého nynějšího muže a po dokončení školy v roce 1980 uzavřeli sňatek. Vztah k manželovi popisuje tak, že se mají rádi a je „v pohodě“. Mají dva syny – prvorozenému je nyní 36 let a druhorozenému 32. Od každého ze synů mají jednoho vnoučka – desetiletého a ročního. Sňatek i narození synů považuje za nejvýznamnější životní události, díky kterým byla spokojená. Další takovou vlivnou událostí pak bylo narození vnuků.

25 let pracovala Eva ve školní jídelně. Protože si udělala také pedagogické minimum, mohla sama obor kuchaře vyučovat. S manželem pracovali oba u stejné společnosti, přičemž se jí nelíbil

přístup jejich zaměstnavatele, který je dle jejích slov jen využíval. V té době, v roce 2009, se již necítila dobře a začala užívat antidepresiva. Manžel začal pracovat na jiném místě, kde se jí později taková příležitost naskytla také, neboť tamní kuchařka odcházela do důchodu, a tak převzala její místo. Tam pracovala od roku 2013 do roku 2016.

„Už mi to jako nedělalo dobře, protože já jsem vlastně dělala dvanáctky, takže dycky týden jsem dělala, týden jsem měla volno a byla jsem vlastně doma; já jsem A-ská, takže vlastně na B zůstal vlastně manžel a já jsem zůstala vlastně v A sama. A vlastně ta samota prostě nějak jako... Vyvrcholila v tom, že vlastně jsem musela brát silnější ty antidepresiva a bylo to čím dál tím jako horší a prostě, hmmm, ohledně té samoty. Jako. Nic jako fyzickýho.“

V lednu 2017 Eva zažádala o hospitalizaci na psychiatrickém oddělení. Druhá hospitalizace následovala hned poté a právě během ní jsem se s Evou setkala.

V primární rodině popisuje matku jako dominantní oproti otci. Vztahy v celé rodině hodnotí jako bez problémů, kladné a hezké. Obtížné pro mě bylo, když pro popis charakteru všech příbuzných používala Eva stejné přívlastky; podle ní mají oba její synové stejnou veselou povahu a i všichni ostatní jsou stejní – hodní a pracovití, popřípadě někdo je také ohleduplný, zásadový, cílevědomý... Nedokázala příliš popsat ani sama sebe:

„A jak byste se třeba charakterizovala vy sama?“ – „No tak to je těžký... Tak já si myslím taky, že jsem hodná, pracovitá... Ohleduplná...“ (Mlčí ještě déle než obvykle.) „No, to je asi všechno.“

V obraze jejího onemocnění je totiž pravděpodobně přítomen také prvek organického poškození, o kterém jsem ale nezjistila nic bližšího. Z Evina způsobu komunikace může být patrná určitá chudost projevu; stejně tak na mě působila jakási chudost vnitřního života, jež mi právě pro depresivní syndrom připadala významně riziková, ale nic dalšího o jejích obtížích nevím a nic konkrétnějšího než klinický dojem nemám nyní bohužel k dispozici.

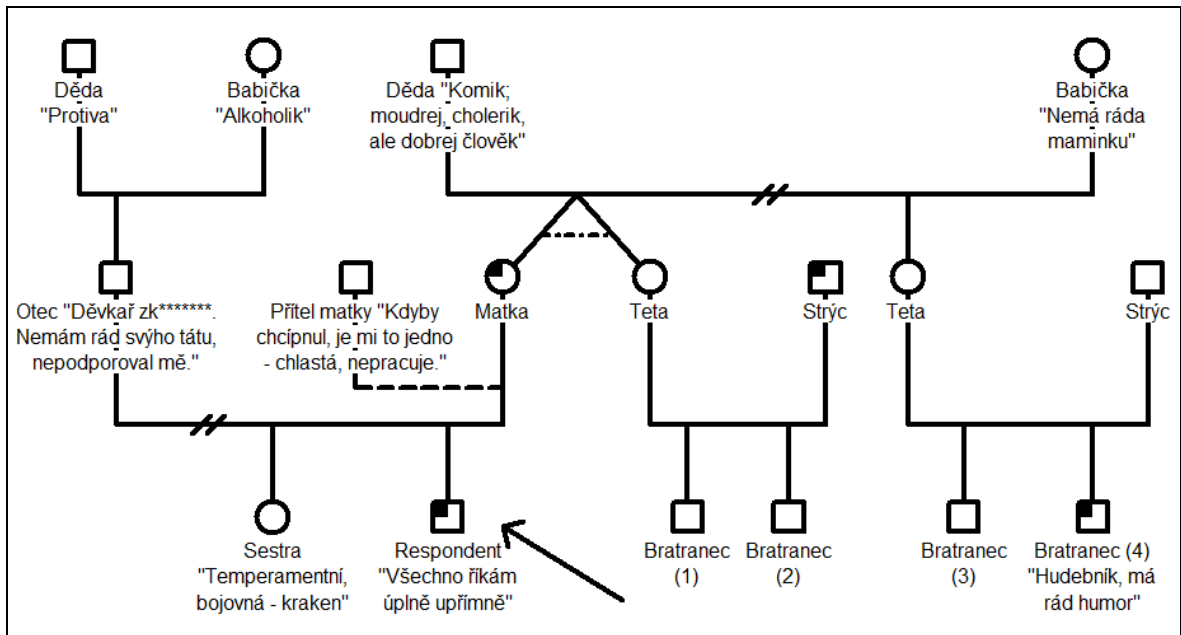
Patrně hraje v obraze Eviny deprese opravdu značnou roli pocit osamělosti či samota. O ní se zmínila během rozhovoru přinejmenším dvakrát – zde při srovnání určitých dvou terapeutických oddělení v ohledu možností odpoledních vycházek:

„Takže jsem mohla do města, prostě mezi lidi, abych nebyla prostě sama, že na pokoji jsme byly jenom dvě. No a... Hmmm, no, takže to bylo takový jako deprimující tady na tom oddělení.“

Popis vztahů v rodině, příbuzných a celkového životního kontextu byl ale natolik informačně chudý a více se mi od Evy zjistit nepodařilo (latence odpovědí byly opravdu dlouhé), že žádný další rozhodující faktor přítomný v její kazuistice nejsem schopná popsat.

6.1.8 David

„V sedmi letech jsem poprvý uvažoval o sebevraždě.“



Obr. 6.8 – Davidova rodina

Dvacetiletý David udává výskyt svých depresivních stavů již od dětství. Rodiče se rozvedli krátce po jeho narození, vyrůstal s matkou a starší sestrou, se kterou se vzájemně nesnášeli, a všichni se často hádali. Pečující matka se mu snažila vynahradit absenci otce. Charakteristické byly pro Davida autoakuzantní tendence – rozvod rodičů si vyčítal. Podle jeho názoru byl klíčovou událostí, která ovlivnila jeho život. V centru depresivních symptomů pak stálo přesvědčení o tom, že nemá vůbec žádnou hodnotu, které se stalo podkladem sebevražedných myšlenek:

„Jsem neschopnej, jako že prostě nedokážu nic - nic vyřešit prostě, a jak můžu bejt úspěšnej v životě, když ani nedokážu pomoct svému nejbližšímu člověku v té době. Takže jsem prostě si říkal (...), že bude prostě na světě líp beze mě. A věřil jsem tomu.“

Sám sebe v dětství hodnotí David jako spíše introvertního, z výpovědi se jeví málo zájmových činností v daném věku a možná i zdrojů zvládnání či sociální opory. Patrná je zároveň Davidova snaha bavit lidi kolem sebe, což považuje za kompenzaci svého smutku. Smyslem pro humor si připadá užitečný ostatním:

„Vždycky jsem měl prostě fakt smysl pro humor, že vždycky jsem se snažil každého rozesmát. A bylo to podle mě taky z toho důvodu, že sám jsem se sebou nebyl spokojenej a chtěl jsem trochu předávat radost dál. Jako že aspoň když už tady nějak existuju, tak jako ať to aspoň k něčemu je.“

Rekurentní těžce depresivní stavy, spojené s nedostatkem energie a anhedonií, nebyly po dlouhou dobu nijak léčeny. Matku sice synovy plačtivé nálady a sebeobviňování znepokojily

a nechala jej vyšetřit v dětském krizovém centru, psycholog však věnoval pozornost zjištěnému Davidovu nadprůměrnému intelektu, zatímco afektivní poruchy zůstaly bez povšimnutí. Poprvé vyvrcholily v 11 letech, kdy David neměl sílu ani vstát z postele. V pubertě žil s přesvědčením, že jeho nálady jsou v tomto věku normální; že každý dospívající se občas chce zabít a je to v pořádku. Nástup těchto nálad nikdy neshledal být spojený s nějakou vnější zátěží.

V 15 letech začalo pro Davida lepší životní období, když se s kamarádem přihlásili do dramatického kroužku. Ten mu pomohl více se socializovat mezi vrstevníky na základní škole. Gymnázium, na něž nastoupil poté, hodnotí velmi špatně a popisuje, že zde se opět seznamoval méně. Později rozšířil repertoár činností – např. o parkour, hru na klavír a první práci – udává, že podnikání ho naučilo efektivnějšímu plánování času, ač zároveň se školou bylo hodně povinností stresujících; zájmy mu zvýšily sebehodnocení. Kromě dramatického kroužku a pracovního života považuje za důležitou událost první rozchod, protože si uvědomil zneužitelnost své přívětivosti, což ho vedlo k asertivnějšímu přístupu k lidem:

„Hrozně mě využívala, tím, že jsem byl na ni moc hodnej. (...) Já jsem od té doby prostě zjistil, že jako – nemůžu se rozkrájet kvůli každé osobě.“

Dále popisoval zkušenosti z dospívání s užíváním návykových látek – pít alkohol ho baví a bez něj by prý nedokázal depresivní nálady potlačit. Na druhou stranu se v silnější opilosti objevovaly autoakuzace znovu, v několika případech i autoagrese v podobě sebepoškozování, ke kterému by se jako střízlivý neuchýlil. Ještě horší účinky pak měla marihuana, po které David zažíval stavy, jež označuje jako „paranoia“, kdy se objevoval strach z toho, co si o něm myslí ostatní nebo jestli někomu neškodil. Marihuanu proto začal užívat bez přátel, ale i tak jednou přispěla k rozvoji těžšího depresivního stavu, kdy se v prosinci 2015 začal více obviňovat a rozhodl se pro sebevraždu. To označil za další zásadní životní událost. Popisoval úlevu a pocit štěstí z tohoto definitivního rozhodnutí. Zachránila ho nakonec někdejší dohoda s kamarádem, jenž prožívá obdobné stavy: Když se jeden z nich rozhodne ukončit život, napíše druhému, aby se rozloučili. Kamarád ho zastavil tím, že ho zmanipuloval k aktivitě: David si měl jít uvařit kávu, jinak mu kamarád neřekne „největší tajemství“. Neochotně ho uposlechl, a jak vysvětluje, fyzická aktivita u něj podporuje psychický stav, takže v té chvíli začal o svém rozhodnutí pochybovat; následně ho kamarád přesvědčil. Nyní je mu vděčný a s marihuanou přestal.

Den poté však ve škole následoval psychomotorický útlum, na základě něhož byl 2 týdny hospitalizován pro upřesnění diagnózy. Poprvé tak byla zahájena léčba – od té doby užíval antidepressiva a docházel ambulantně do terapie. Během léta 2016 léky vysadil kvůli nespokojenosti s jejich účinkem a na podzim se deprese v závažné míře vrátily. Když si matka všimla jeho stavu, přiměla ho vrátit se k léčbě a byla mu předepsána jiná antidepressiva, se kterými

je nyní spokojen. Podzimní zhoršení poněkud zasáhlo do jeho studijních povinností a některé zkoušky z prvního semestru splní dodatečně.

V Davidově BDI-II jsou zvýšeny skoro všechny škály. Myslím, že v tomto případě nešlo ve chvíli setkání o těžkou depresi, nýbrž o nedorozumění – David patrně přeslechl při administraci pokyn k označení pouze těch příznaků, jež se vyskytly za poslední 2 týdny. Některé symptomy, jako je např. únava, byly bezpochyby stále aktuální, avšak David se celkovým psychomotorickým tempem nejevil být těžce depresivní – pravděpodobně popisoval příznaky, kterými trpěl v minulosti. V době setkání hodnotil svůj stav kladně – cítí se mnohem lépe, dokáže fungovat v běžném životě.

Co se týče přátel, většina z nich o jeho diagnóze nevěděla. Ze strany blízkých odmítá stigmatizaci:

„Nechci jako, aby mě nějak litoval prostě, nebo jako že jsem chudinka, že mám tohleto, a prostě a choval se ke mně jinak – ne, prostě dělej si ze mě srandu, úplně stejně jako předtím, jenom prostě přidej nějaký sebevražedný vtípky.“

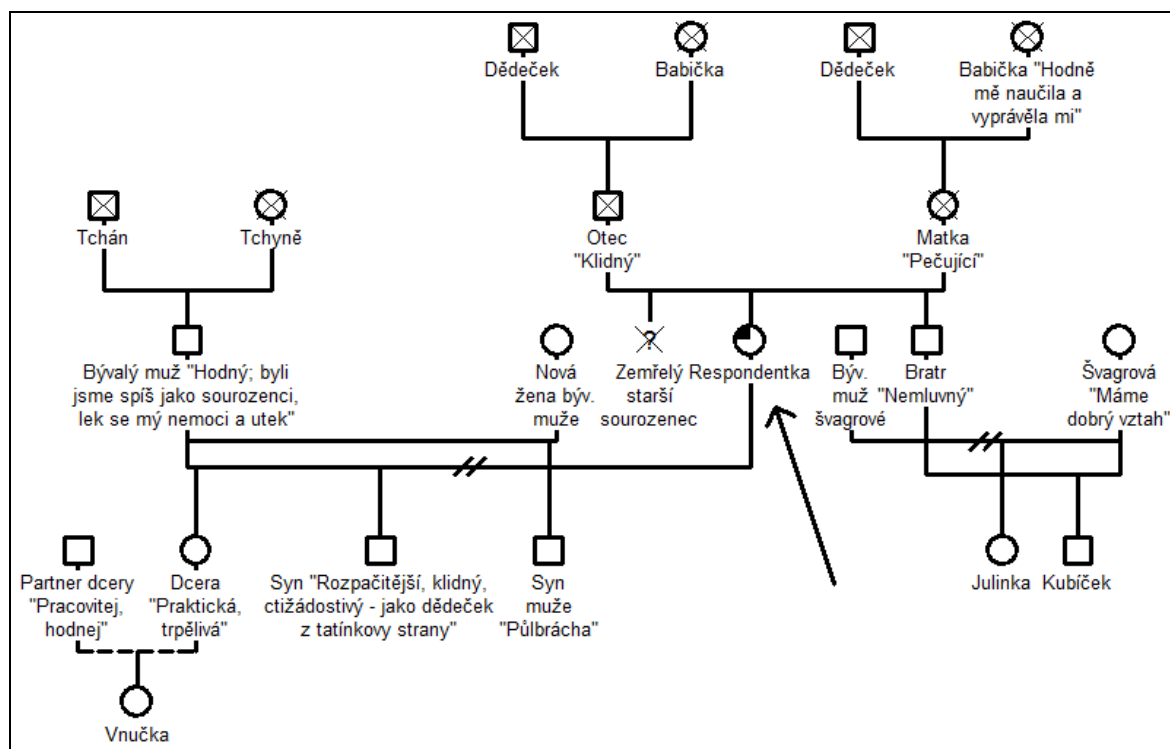
V Davidově rodině žije s diagnózou deprese také jeho bratranec. Dále uvažuje, že jeho matka zažívala také horší stavy, ale spíše úzkostného charakteru. Sestra je také v terapii, ale David neví, z jakého důvodu. Jejich vztah se výrazně zlepšil poté, co oba dospěli a sestra se odstěhovala – nyní mu připadá klidnější a setkává se s ní rád. Velký vliv na něj má dědeček, který se stejně jako bratranci velmi dobře postavil k Davidově diagnóze; naopak jej velmi znepokojuje, že matka se o něj bojí. David uvažuje, že zatímco druzí členové rodiny dle něj často pomlouvají ostatní, on s bratrancem se od tohoto trendu výrazně liší:

„Vždycky, když někam jdu, na rodinnou oslavu nebo něco, tak se vždycky řeší prostě někdo, kdo tam není, a já je vždycky musím zastavovat nebo prostě odcházet s tím, že nebudu tady sedět a pomlouvat někoho (...) Když už to říkáš, tak ne za zádama; řekni mu to do očí. Přesně to bych chtěl já. Když má se mnou někdo nějaký problém, tak ať mi to řekne do očí. (...) Hodně mi záleží na té upřímnosti – no a to je právě to debilní, protože tak globálně bych jako charakterizoval vztahy prostě v naší rodině. Se všichni pomlouvaj, jsou závistiví (...) Ten bratranec (...) to taky nesnáší, ale on se od toho hodně distancuje, že jako vůbec to neřeší jako s nima... A já naopak právě, když už se to řeší, tak do toho zasáhnu a jsem hnusnej občas i jako.“

Vztah s otcem, s nímž během dětství trávil každý druhý víkend, hodnotí jako špatný až čím dál horší. Nedostávalo se mu od něj žádné podpory v ohledu studia, práce ani ničeho jiného a spíše vnímá otce jako někoho, kdo jej shazuje, což je ovšem podle něj pokrytecké, neboť otec je podle Davida v podnikání i v životě neúspěšný. S matkou má David dobrý vztah, nerespektuje ovšem jejího dlouhodobého partnera a spíše ho pouze toleruje kvůli ní.

6.1.9 Zlata

„Po sedmi letech se mi ta rakovina vrátila a zase i ty deprese s tím, vždycky to bylo tak nějak jako pohromadě.“



Obr. 6.9 – Rodina Zlaty

Jednašedesátiletá Zlata je hospitalizovaná již poněkolikáté pro rekurentní deprese.

Vyrůstala dlouho jako jedináček, protože rodiče o první dítě přišli, a tak byla prý hýčkána. V dětství si možná připadala poněkud nejistě v kolektivu dětí ve škole, která pro ni byla velkou změnou, protože nechodila do mateřské školy, a tak se neuměla ve společnosti vrstevníků zpočátku dobře pohybovat a její role se různě měnila od situací, kdy se jí spolužáci vysmívali, až po takové, kdy byla sama třídním šaškem. Když jí bylo 9, narodil se jí bratr, což považuje za jednu ze zásadních událostí. Hlídkovala ho a vnímala se spíš jako někdo, kdo jej má kontrolovat; prostředník mezi ním a matkou. Podle ní mají s bratrem lepší vztah až od dospělosti. Období puberty hodnotí jakou bouřlivé – tehdy jí šlo velmi snadno učení, a tak dávala najevo vysoké mínění, jež o sobě měla, trochu k nelibosti rodičů. Po maturitě se vdala a ve dvaceti letech porodila dceru, dva roky poté syna; sňatek i narození dětí hodnotí rovněž jako události, které ji nejvíce ovlivnily. O děti měla větší zájem než o vztah s manželem.

Když bylo Zlatě 34 let, zjistili u ní rakovinu prsu, která musela být řešena chirurgicky. Symptomy deprese poprvé propukly ještě před operací. V dlouhodobém napětí a stresu z nároků péče o rodinu a práce zároveň, přičemž byla Zlata přesvědčená, že vše nezvládá, nechala svůj stav zajít až příliš daleko. Prodělala psychotickou ataku paranoidního charakteru s velmi rychlým nástupem

v rámci těžkého depresivního stavu – popisuje, že mluvila z cesty a nevěděla o sobě – a byla odvezena k hospitalizaci. Diagnózu tedy dostala v roce 1989 a od té doby je v psychiatrické péči.

„Těsně po tý operaci toho prsu, že mi vzali prs, tak jsem nějak tak... Připadala jsem si taková jako... Hmm... Že nejsem ženská nebo že mám malý děti a... Vlastně manžel už se tak nějak asi poohlížel jinde, takže, hmmm, jsem na ty děti byla sama, měla jsem z toho takovej pocit, že... Nevím, jestli to zvládnou.“

Kromě toho v té době byly děti již starší a samostatnější a cítila, že jí chybí větší životní naplnění. K dalšímu směřování ji inspirovala lékařka, se kterou se setkala během vlastní léčby a jež si chtěla otevřít soukromé gerontopsychiatrické sanatorium, kde Zlatě nabídla místo pečovatelky. Zlata byla nadšená z možnosti smysluplné práce v něm. Absolvovala zdravotní školu, což také považuje za významnou událost, a přestože se sanatorium nakonec neotevřelo pravděpodobně kvůli úmrtí lékařky, ve zdravotnictví již pokračovala a práci dělala velmi ráda. V roce 1994 se s ní manžel rozvedl. Takto popsala jejich vztah:

„My jsme byli spíš jako sourozenci asi – to možná byla chyba, my jsme si rozuměli, právě i ten humor a takový; já jsem moc... Kromě takovýho toho vzplanutí v tanečních, kromě tý bouřlivý puberty jsem nějak moc na kluky nebyla a spolu jsme nejdřív tak nějak jako kamarádili a pak jsem říkala, že mě vlastně ukecal“ (smích). „(...) Možná potom i tý nemoci, že se jako lek a utek, nevím, tak nějak mi to připadalo.“

Během rozvodu ji hodně podporoval otec. Jako události, které u ní možná rozvoj deprese podpořily, vnímá Zlata nádorové onemocnění, odchod manžela a osamostatnění dětí. Když jí bylo 41 let, rakovina se vrátila a symptomy deprese s ní. Zlata hodnotí svou práci jako faktor pomáhající ke zvládnání těchto událostí. Prodělala další operaci prsu. Na průběh deprese mělo podle ní vliv i úmrtí matky v roce 1997 a otce v roce 2003. Popsala, že jejich smrt nesla dost těžce, neboť na ně byla velmi vázána, zejména na tatínka.

V roce 1998 nastoupila k výkonu práce ošetřovatelky v hospici, kde byla velmi spokojená s kolektivem i smysluplností povolání, přestože bylo těžké. Práci v hospici hodnotí jako další událost, která měla v jejím životě velký vliv. Přesto jí toto duševně náročné povolání nevyčerpávalo, ale naopak jí prospívalo a naplňovalo ji; depresivní příznaky se vrátily až poté:

„A když jsem měla jít do starobního důchodu, tak se mi to tak nějak zase vrátilo, že ztráta smyslu života skoro, a... Tak jsem se nějak dostala znova na tu psychiatrii, na XY, to budou

dva roky a (?)⁷ teď... Vlastně dost krátký době, no to bylo v roce... Nevím, no, 2015. (...) No, teď nějak jak se blížil ten důchod, tak jsem si říkala, „A co bude potom?““

Z toho je vidět, že Zlata potřebovala v životě nějakou náplň, zásadní poslání, a když byla nucena s prací skončit, najednou je ve svém životě nenacházela a symptomy se objevily znovu. Po hospitalizaci a zhruba dvouleté remisi se příznaky vrátily navzdory medikaci. Zlata se cítila bez energie i vůle žít dál, už ji nic nenaplňovalo, a tak po konzultaci s lékařkou přistoupila na možnost další hospitalizace – té současné. Ta jí pomohla uvědomit si, že důchodem život ještě nekončí a může mít smysl i nadále. Zlata nejprve prožívala bezmoc nebo úzkost z blížícího se konce života, ve které jí hospitalizace pomohla nalézt klid a orientovat se na aktuální možnosti, jichž je přeci jen značné množství – např. péče o vnučku:

„Pak jsem si vynadala, jak jsem hloupá,“ (smích), „že mi to nedošlo; že jsem to jinejm dokázala nějak zprostředkovávat nebo říkat, aby se nebáli, a pak jsem se vlastně začala bát sama, komu zůstanu na krku anebo (?); manžel vlastně odešel před těma dvaceti lety, má novou rodinu a já bydlím se synem v tom bytě a dcera má teď roční holčičku, tak to byla taková nová naděje. (...) Mě tak nějak motivuje nebo mám z toho radost, že snad až trochu vyroste, tak že si třeba nechá povídat pohádky nebo se mnou může trošku blbnout.“

Podobnou radost zažívá Zlata ze setkání s dcerou švagrové i s jejím a bratrovým synem, kterého v podstatě bere jako vlastní vnuče. Se švagrovou udržuje vřelý vztah také a rozumí si s ní dokonce víc než s bratrem, který je podle ní spíše nemluvný; v dospělosti však již měli kladný vztah, ač se setkávali spíše u slavnostních příležitostí. Nenalézá v rodině žádnou disharmonii, dokonce i s bývalým mužem komunikují vyrovnaně, umožnila mu kdykoli přijít za dětmi. Její děti mají blízký vztah i k manželovu synovi, jež má s druhou ženou. Vztahy k rodičům i prarodičům (z obou stran) ve svém dětství hodnotí Zlata jako dobré, měli s ní trpělivost a byli klidní; babička z matčiny strany ji mnoho naučila a vyprávěla jí o matčině dětství.

U nikoho z příbuzných se deprese nevyskytla. Děti ji ve zvládnání deprese podporovaly, především dcera k její nemoci přistupovala s větším nadhledem, zatímco syna příznaky spíše znepokojily a vyrovnával se s matčíným onemocněním delší dobu. Rodina reagovala především na Zlatiny psychotické příznaky až ve chvíli rozvoje ataky.

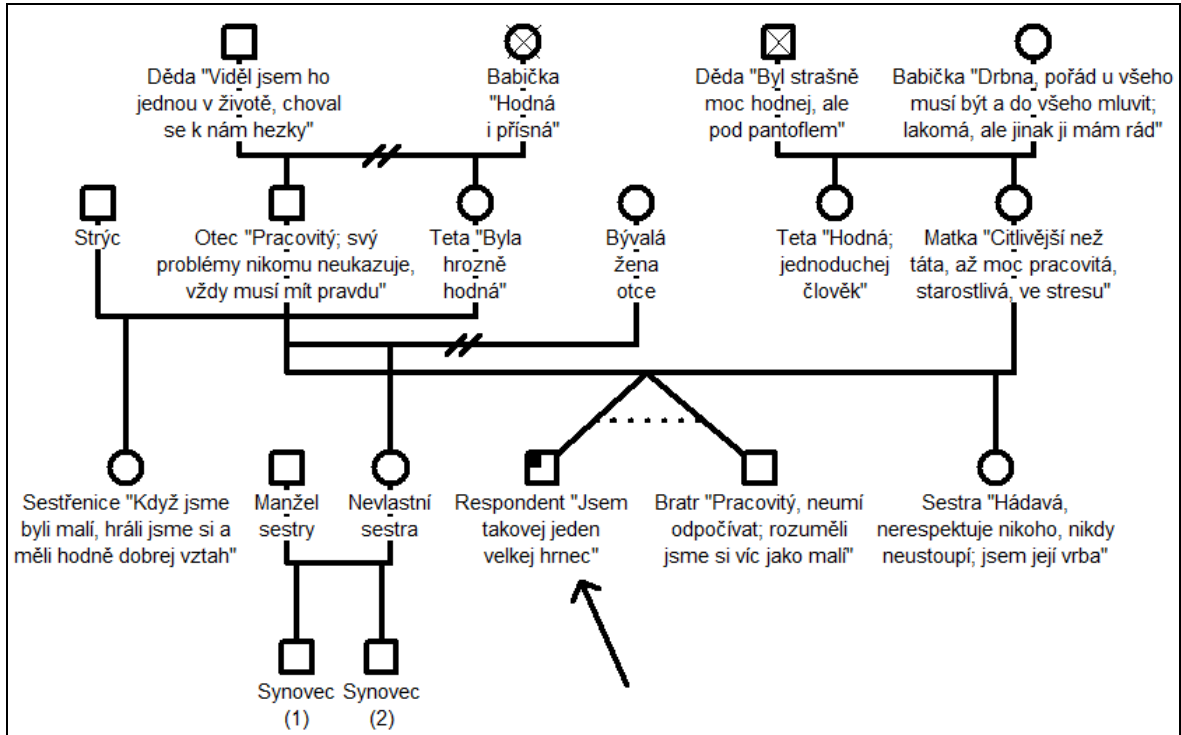
Případá mi, že v životním příběhu Zlaty hraje důležitou roli pečování o ostatní, v rodině i práci, bez kterého jí chybí pocit možnosti vést naplněný život. Podporující faktory jsou obvykle spojené s vědomím smysluplnosti. K současnému stavu Zlata uvedla, že v BDI-II vyplňovala spíše příznaky

⁷ Slověům na místě otazníků (?) jsem neporozuměla.

za minulý stav obecně, ale v současnosti by „byly skoro všude nuly“, tedy téměř žádné příznaky v posledních 14 dnech u sebe nenachází. Vrátil se jí smysl pro humor a cítí se opět zdravá.

6.1.10 Mirek

„Já mám v rodině jako takovej problém, že všichni jsou, jak bych to řek, hrozný materialisti, jo?“



Obr. 6.10 – Mirkova rodina

Dvacetiletý středoškolák procházel v době rozhovoru svou první hospitalizací.

Narodil se do úplné rodiny a vyrůstal se svým bratrem-dvojčetem, se kterým si v dětství velmi rozuměli a hráli. Vždy hodně respektoval otce, z nějž měl trochu strach. Otec hodně pije a to Mirkovi vždy vadilo:

„My jsme měli takovou, s bráchou takovou tvrdší výchovu, že jsme měli – jako, nebyli jsme jako šikanovaný, jako mlácený, ale za všechno z-, prostě abysme si to pamatovali, tak jsme za všechno dostali, no. No a potom (...) to bylo, že táta hodně pil a jako neuměl, neuměl to ovlá-; jako neřek bych, že byl, že byl alkoholik, ale když už se opil, tak se opil hodně a, hm, dělal bordel, řval, jo – ale jinak, jako když nebyl opilej, tak byl hodnej, jezdil s náma na dovolený, staral se o nás, chodil s náma ven, všechno, ale jinak jako taková jako maličkost (...), takový, no, nepříjemný, no.“

Během dětství a školního věku si Mirek našel nejvíc kamarádů, kteří pro něj jsou důležití i nadále. Rodina a přátelé jej hodně ovlivnili. Když mu bylo 7, narodila se mu sestra. Hrál fotbal a trávil s kamarády hodně času. Důležitým člověkem pro něj byl děda z matčiny strany, s nímž

rovněž trávil hodně času a který ho naučil hrát šachy, jimž se Mirek věnoval závodně do 15 let; v roce 2009 vyhrál okresní přebor, což pro něj také bylo významné. Babička z matčiny strany ho brávala na dovolené. Úmrtí dědečka v Mirkových 14 letech a smrt babičky před 3 lety jej hodně ovlivnily.

Mirkovy potíže začaly na střední škole. Jako obor si vybral střední průmyslovou školu strojní, kde se potýkal s problémem, že oproti předchozímu životu, kdy se mu dařilo být ve všem lepší než ostatní, mu již tyto ambice nevycházely. První ročník shledával být „soubojem o moc a dominanci“ mezi spolužáky. Kolektiv jej příliš nepřijal, což si Mirek vysvětluje odlišností svých zájmů. Ve 2. ročníku se popral se spolužákem, který jej urazil příliš, což považuje za událost, která měla v jeho životě velký vliv; tenkrát ještě neprožíval příznaky deprese, ale byl to počátek jakéhosi vzteku. Měl pocit, že situace byla uzavřena ze strany školy nespravedlivě vůči němu. Na základě tohoto incidentu jej třída již vyloučila úplně a připadalo mu, že i učitelé k němu přistupují jinak. Cítil se být obětí šikany. Poté se snažil se na škole ještě udržet i přes časté urážky od okolí, což díky velké opoře ve svých kamarádech vydržel dlouho, ale během 3. ročníku školu změnil. Tam začaly problémy se známkami, neboť předchozí škola byla jednodušší, zatímco nyní byl nucen se připravovat lépe a na konci 3. ročníku musel dělat reparát ze dvou předmětů. Ty zvládl, ale dalším těžkým momentem pro něj bylo zkoušení z fyziky krátce po začátku školního roku, pouhých několik týdnů po reparátu, kdy byl dotázán na tutéž látku, ale zjistil, že si z ní nic nepamatuje, což výrazně zhoršilo jeho sebehodnocení:

„Do té doby jsem to jako nějak zvládal jako eventuelně bych řek jako, sice každý člověk má stresy, že jo, je to – ale do té doby jsem to jako nějak zvládal, ale pak to šlo, pak to šlo prostě dolů, už to sebedoc-, sebedoceňování bylo jako na denním pořádku, jo, hmmm, snažil jsem se prostě, hmmm... Zaplnit tu hlavu čímkoliv jiným než prostě školou, jo, protože jakmile jsem se začal učit, tak hnedka mi naskočilo, to nezvládnou!, a tak, a tak dále. Tak to byl jako takovej ten zlomovej bod, kdy začalo to sebedoceňování a ta deprese a... Šlo to, šlo to rapidně dolů, no.“

Pro něj to byla poslední kapka, prohlubovaly se jeho pocity insuficience a sebedoceňování, jež bylo spojeno se strachem z maturity – když nezvládl toto zkoušení, tak jak může uspět tam? Začal se uzavírat před kamarády, nic ho nebavilo a vzdal spoustu činností. Náročné pro něj byly i domácí úkoly, nad kterými strávil mnoho času, ale vyučující mu je mohl vrátit celé k přepracování, což bylo pro Mirka demotivující a zároveň měl v tu dobu již mnoho jiných povinností do dalších předmětů. K tomu se přidaly problémy v rodinném prostředí. V té době začal na matčin podnět docházet do psychologické poradny, kterou hodnotí jako přínosnou zejména v tom, že se mohl někomu vypovídat, neboť v rodině ani mezi kamarády nechtěl své problémy otevřeně projevovat:

„Hlavně já jsem se potřeboval jako... Cha, jak bych to řek, vylejt srdíčko. Takhle se svejma problémama, protože, hmmm, jako doma se o tom bavít jako s rodinou – jako já s-, třeba s bráchou můžu bavit o čem-, o čemkoliv, ale, on, jak bych to řek... Já mu to můžu říct, ale on, on není, jak bych to řek, takovej, takovej citlivej člověk jako. Já mám v rodině jako takovej problém, že všichni jsou, jak bych to řek, hrozný materialisti, jo? Takže jako s nima se jako takhle někdy o něčem bavit, tak je to takový jako... Spíš jednostrannej rozhovor“ (smích), „no. (...) Nejsou citliví, (...) neříkám, že se mám blbě, ale jako po tý... Po tý psychický stránce, tak je to jako takový... Vachrlatý, no, doma, no, tak uvidíme no... Jestli to změní, nezmění, nebo jak to budu snášet.“

Toho roku maturitu odložil a našel si brigádu. Na podzim znovu nastoupil do 4. ročníku a vnímal na sobě velký tlak ze strany školy i rodičů, aby se v učení zlepšil. I přes doučování z matematiky pro něj bylo mnoho předmětů náročných. Školu proto také často vynechával. Ve chvíli, kdy na něj kvůli absencím ve škole udeřil otec, když to zjistil, měl Mirek zameškán i s vánočními prázdninami asi měsíc a půl. S otcem se hodně pohádali a tehdy začal přemýšlet o sebevraždě. Pomohlo mu nakonec promluvit si s bratrem, který jej vyslechl a pomohl mu uvědomit si, že suicidovat nechce. Bratr jej podpořil k tomu, aby s rodinou probral rozhodnutí nastoupit k hospitalizaci. S tím rodiče souhlasili; matce se značně ulevilo, že si nic neudělal. Mirek si vyčítá, že se dlouho snažil vše vyřešit sám, zatímco se zátěž jen hromadila, ačkoli už od doby, kdy začal navštěvovat poradnu, mohl problémy řešit cestou hospitalizace jako nyní mnohem efektivněji. Myslí si, že si neuvědomoval závažnost problému.

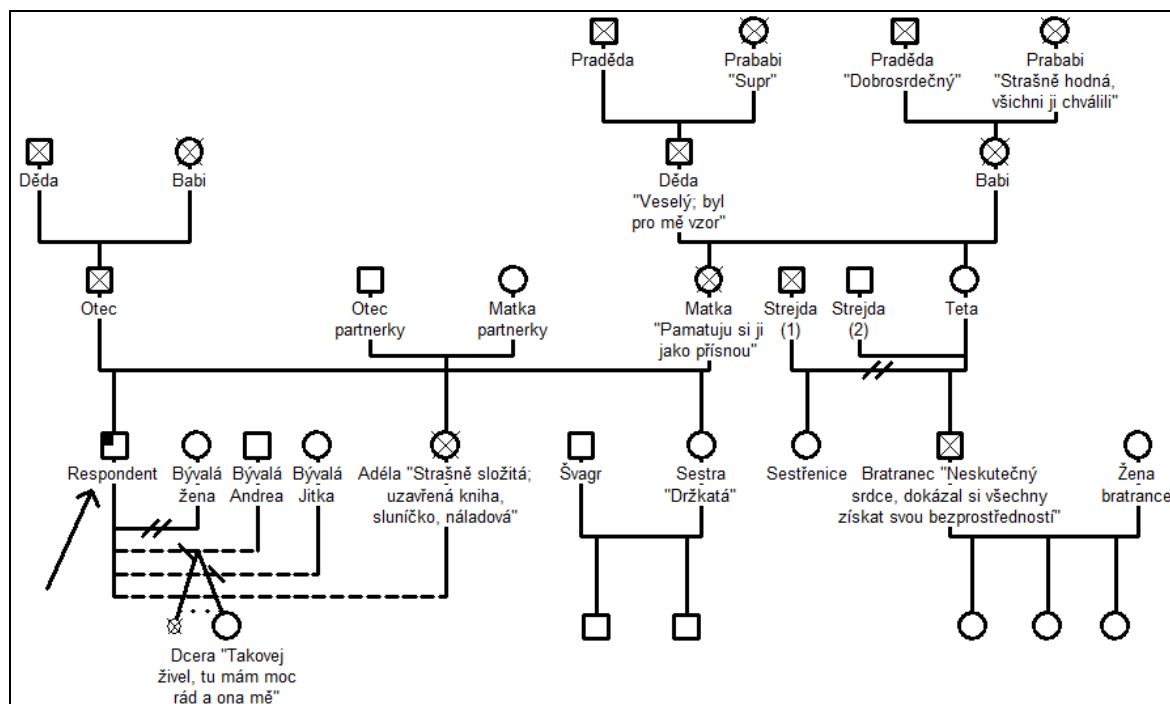
Rodina se k jeho depresivním příznakům stavěla napůl kriticky např. tím, že mu vyčítala neaktivitu, a napůl s obavami. V rozhodnutí pro hospitalizaci jej všichni podpořili. Sám sebe v rodinném systému vnímá Mirek patrně jako křehčího; má pocit, že všichni ostatní jsou razantnější a vždy si prosadí svou. Popisuje časté hádky, které obvykle nejsou zlé ani nepřátelské a po nichž následuje opět smíření. Připisuje to povaze příbuzných. Otce vnímá jako velmi schopného muže, který nedává otevřeně najevo své problémy (např. zklamání z podrazu ze strany tety, která mu nesplatila dluhy a po smrti jejich matky utekla se značným majetkem; její dcera je závislá na drogách), a Mirek si myslí, že otec pije pravděpodobně právě pro velké problémy bez možnosti jejich ventilace. Matka si podle něj na svá bedra přebírá nadměrné množství povinností. Jako příliš pracovitého vnímá i bratra. S ním si byli bližší v dětství, ale i tak v něm má oporu; sám se vnímá být oporou pro svou třináctiletou sestru. Vztah s otcem popsal následovně:

„Asi s ním ten vztah byl jako asi nejnapjatější, no, protože ode mě jako hodně očekával, no; (...) jak k němu já mám respekt už odmala, tak jsem to od něj bral jako nejvíc; jako že jsem v něm měl (...) hodně velkej vzor, no. Tak mě to jako hodně, hodně mrzelo, že se s ním hádám, no.“

Vztah s otcem zde vnímám jako klíčový. Mirkovo sebehodnocení se pravděpodobně do jisté míry odvíjí od toho, jakým způsobem k němu otec přistupuje, a z rozhovoru vyplývá, že Mirkovi klade za vinu některé věci neadekvátně.

6.1.11 Libor

„Až tady jsem prostě dostal léky na uklidnění – a tlak mi spadnul na nížkej.“



Obr. 6.11 – Liborova rodina

Klinický obraz onemocnění padesátiletého Libora se od ostatních kazuistik odlišuje tím, že jeho těžištěm jsou somatické symptomy; Libor svou larvovanou depresi patrně jako depresi ani nevnímal a několikrát se zmínil o tom, že si není jistý, zda jeho případ je to, co do své práce hledám. Ani se necítil patřit na dané psychoterapeutické oddělení a zapadat mezi ostatní. Jeho příběh mi připadá zajímavý, důležitý a jistě tu má své místo, neboť bez případu somatizace by studie zaměřená na depresi nebyla úplná. Proto si vážím, že jsem měla to štěstí setkat se i s ním.

Svůj životní příběh nevyprávěl nijak podrobně. Většinu života přeskočil a vyprávění velmi zkrátil pouze na několik důležitých faktů, které podle něj souvisely s jeho nynějším stavem. Dál jsem se ho na životní příběh již vlastně nedoptávala, protože jsme se v průběhu rozhovoru pozastavili u jiných věcí, ale vůbec mi to nepřipadá na škodu. Příběh má jinou strukturu než chronologickou, spíše jako by Libor vybíral některé jeho prvky zpětně podle potřeby a vrátil se k nim.

V šesti letech mu zemřela matka na rakovinu plic. Příliš si ji nepamatuje. První okolnost, kterou Libor zdůraznil, byl právě častý výskyt rakoviny v celé jeho rodině – objevila se u obou rodičů, dědečka a bratrance. Dědeček, kterého měl velmi rád, zemřel, když bylo Liborovi 15 let; o rok

později u Libora byla poprvé zjištěna hypertenze. Sám se vyjádřil, že v sobě takové věci dusí, a tak by to s tlakem možná mohlo souviset. O otce přišel ve svých 23 letech.

Smrt bratrance, s nímž vyrůstal a k němuž měl velmi úzký vztah, spíš jako k bratrovi a nejlepšímu příteli, prožíval intenzivně oproti smrti matky, již si prý jako dítě příliš neuvědomoval, nechápal její definitivnost. V souvislosti s bratrancovou diagnózou se objevily poruchy spánku:

„Když diagnostikovali tomu mému bratraci tu rakovinu – mně každou noc se zdál (...) sen: Seděl jsem u nás na chalupě (...), na tom kameni (...) Najednou se otevřely vrata, jak byly takhle za mnou, a, hmmm, tam je kopec (...), nahoře je horizont, hned, tam už není vidět potom, kam pokračuje ta silnice. A z tech vrat vyšel můj děda, držel toho Honzika za ruku jako malinkýho, já si ho pamatuju, jak byl malej, jo; tak vyšli ven, prošli kolem mě a šli po téj silnici nahoru a těsně, než zmizeli na-, za tím horizontem, tak se otočili a ten Honzík na mě mával. To bylo všechno jako – pro každýho jinýho asi by, hmmm, to byl nicneříkající sen; já jsem z toho měl trauma, jo? Já jsem se bál usnout, protože se mi – jsem si říkal, ‚Zase se mi to bude zdát!‘, jo? A to bylo furt, furt, furt.“

Se zvládnutím bratrancova úmrtí mu údajně pomohla dlouhodobá partnerka Adéla. Velmi ji miloval a byli spolu 8 let, když rakovinu diagnostikovali jemu. Adélu popisuje jako „akční“ – vyhledala mu léčitele v Thajsku, kam se společně na 3 měsíce přestěhovali. Léčba Liborovi vskutku pomohla, rakovina zmizela a on se do Thajska zcela zamiloval; přemlouval Adélu, aby tam zůstali. Ona však pro silný vztah k Česku nechtěla. Odjeli, pokračovali v zařizování společného bytu, ale 3 týdny po návratu, v květnu 2016, ji na kruhovém objezdu srazil kamion a zabil.

Na otázku zaměřenou na události, které ho v životě nejvíc ovlivnily, odpověděl Libor čtyřmi úmrtími blízkých osob (matka, děda, bratranec, Adéla) a svou vlastní diagnózou rakoviny. Smrt Adély jej velmi zasáhla a tehdy se u něj rozvinuly problémy s hypertenzí ještě silněji. Nyní byly hodnoty krevního tlaku již nebezpečné a zasahovaly do jeho života, často se mu dělalo špatně:

„Nicméně po smrti přítelkyně, tak mi vylít tlak na extrémní hodnoty, kolem 250/150 a podobně; léčili mi tady v Z nějaký kapacit jako profesor Y; převezli mi dokonce potom do X k profesoru W, což říkají tudy dva, že jsou evropský kapacit v tom tlaku krevním nebo kardiologové vůbec evropskýho formátu; vůbec nic... Dokonce to došlo tak daleko, že mi řekli v Z na kardiologii, že neberu léky“ (smích) „a že mi nemá kdo pomoci. (...) Dospělo to až k infarktu, k c-, dávali mi do srdce nějaký stanty, nebo jak tomu říkají...“

Celý poslední rok od úmrtí Adély po problémy s hypertenzí pro něj byl tak krizový, že přemýšlel o sebevraždě a nakonec si na internetu objednal kyanid. Popisuje, že není typ člověka, který by se chtěl zabít, protože má devítiletou dceru, na níž mu velmi záleží. Posléze se ale dostal k psychiatrice, jíž o kyanidu řekl, a tak jej okamžitě poslala do této psychiatrické nemocnice.

Pro Libora byl nepochopitelný způsob fungování systému psychiatrické péče a především to, že mu zde tlak po tolika neúspěšných pokusech o léčbu klesl na základě pouhého podání anxiolytik:

„...A tlak nic. Ten se, hmmm, ten mi snížili až tady, dostal jsem nějaký léky na uklidnění a najednou (...) Já jsem přišel prostě požádat o pomoc a že teda mám takovejdl problém, a on-, pomohli mi s tlakem, s kterým mi léčili po celěj republice, nikde mi nevyléčili; já jsem byl i v V v nemocnici s tým; nikde prostě se jim to nepovedlo mi ten tlak srazit, až tady. (...) To asi by profesoři Y i W koukali, jak se léčí vysokej tlak.“

Dodal, že všichni vždy řešili jen izolovaně jeho hypertenzi, ale nikdy se nezajímali o psychickou stránku. Kromě hypertenze se u něj larvovaná deprese projevuje přetrvávajícími potížemi se spánkem, které spočívají v předčasném probuzení a nemožnosti znovu usnout:

„Nemám přes den problém. Já nemám problém s komunikací s lidma, hmmm, nemám problém, že by na mě šly deprese nebo smutek – vůbec nemám ten problém. Hmmm, já mám problém, že se probudím třeba v jednu v noci, a pak, když jsem sám se sebou, tak prostě mám ty myšlenky v hlavě – ne na sebevraždu, ale prostě ta, hmmm, vtírá se mi do hlavy ta logika toho života, jo. Proč, když teda mi pomohla, jela se mnou do toho Thajska, miloval jsem ji, proč musela umřít, jo? Prostě jsou to takový otázky a-, na který se nedá odpovědět, a nedaj se vyhnat z hlavy.“

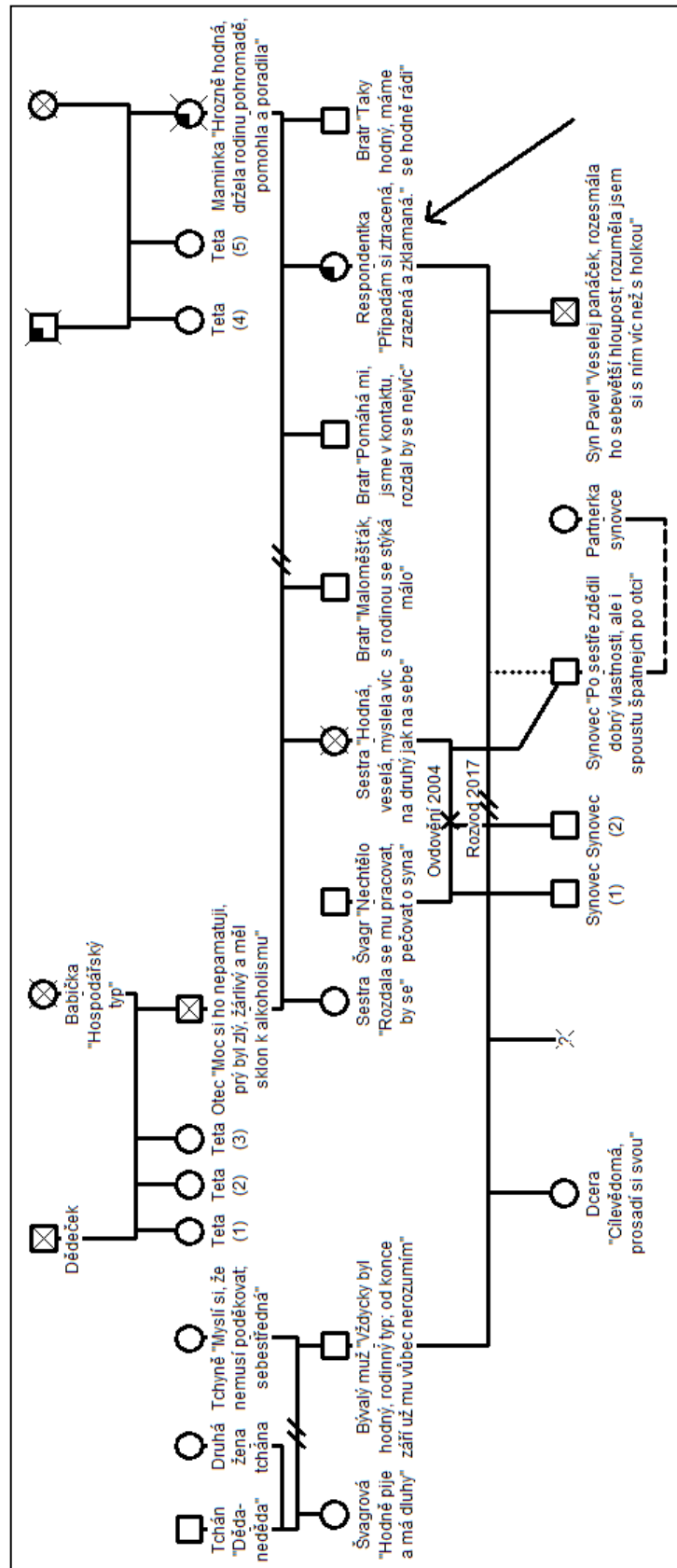
Vztah s Adélou popsal jako zcela výjimečný – byla pro něj víc než jen partnerkou, svěřovali se vzájemně s úplně vším a prý šlo o vztah abnormálně hluboký. Popsal ji jako složitou osobnost s tak krutými zkušenostmi, že v sobě měla obrovskou nedůvěru vůči celému světu. Z Liborova příběhu vyznělo, že vztah k Adéle pro něj byl mnohem důležitější než se všemi předchozími partnerkami – bývalou manželkou, dále matkou jeho dcery (o které řekl, že důležitá nebyla vůbec – „prostě se změnila v chlapa a nazdar“) i extrémně žárlivou Jitkou, s níž byl ve vztahu před Adélou. Udává, že všechny jeho partnerky byly podobně náladové; Jitka dokonce šílená.

Co se týče primární rodiny, hodnotí vztahy převážně jako harmonické s výjimkou prvního manželství jeho tety. Příliš si nerozumí se svou mladší sestrou, se kterou se v dětství prali a dále si dělali naschvály, což shledává jako normální sourozenecký vztah, ale ani nyní v dospělosti k sobě pravděpodobně nenašli cestu a jejich vztah není nijak zvlášť vřelý.

Vztah s dcerou popisoval velmi hezky, jsou na sebe oba dost fixovaní. Bylo znát, že z ní má radost, a popisoval ji jako nadanou a nesmírně energickou. Setkání Libor zakončil tím, že mi ukazoval její fotografie v telefonu a popisoval, jak moc je v Thajsku levné dopřát si luxusní život oproti Česku – jeho následujícím snem a cílem bude se do Thajska vrátit.

6.1.12 Dita

„Vlastně jsem byla furt zvyklá, že kolem mě bylo hrozně moc lidí. Měla jsem velkou rodinu...
A najednou jsem zůstala sama.“



Obr. 6.12 – Rodina Dity

Dvaapadesátiletá Dita vyprávěla příběh v podstatě o tom, jak přišla o všechno, co pro ni bylo v životě nejdůležitější.

Narodila se jako 5. z 6 dětí do zprvu úplné rodiny. Její rodiče se rozvedli, když chodila na základní školu. Sestry už byly starší, a tak v dětství, které hodnotí jako hezké, trávila většinu času se třemi bratry.

Po základní škole šla do učení. V 16 nebo 17 letech se pokusila o suicidium spolykáním léků z důvodu nešťastné zamilovanosti. Po škole pracovala u numerických obráběcích strojů, což ji bavilo, a tak to šlo až do revoluce. Pak se seznámila se svým mužem, v roce 1992 se vzali a přestěhovali se do nového bytu a o rok později se jim narodila dcera. Později během života Dita otěhotněla znovu, ale potratila, a i přes vzniklé komplikace se jí následně podařilo otěhotnět ještě jednou a v roce 1996 porodila syna. Po 4 letech mateřské a rodičovské dovolené pracovala 2 měsíce v kuchyni domova pro seniory; následně se přihlásila ke studiu zdravotní školy, jíž se věnovala 3 roky při zaměstnání ošetřovatelky. Po 10 letech pokračovala v podobné práci v rámci domácí péče. Tyto podmínky shledává pro klienty vhodnější – domácí prostředí jim podle ní znatelně prospívá, lépe ho snášejí.

V roce 2004 Dita zemřela sestra, která měla již dvě dospělé děti a desetiletého syna, o kterého se její ovdovělý manžel odmítl starat. Proto Dita po soudních procesech získala synovce do péče a s manželem se stali jeho opatrovníky. Synovec byl o 2 roky starší než její vlastní syn, a tak bratranci vyrůstali dál v podstatě jako bratři pod jednou střechou. Dcera Dity byla po gymnáziu přijata na vysokou školu v jiném městě, a tak žila mimo domov; syn šel také na gymnázium a Dita se během rozhovoru několikrát zmínila o tom, že neměla chtít, aby tam šel. Nejspíš si vyčítá, že na něj kladla příliš velké nároky, protože v dubnu 2014, když byl ve 3. ročníku a bylo mu necelých 18 let, ho Dita našla po příchodu domů v jeho pokoji oběšeného. Nikdy se nepodařilo objasnit motiv sebevraždy, syn nezanechal ani dopis na rozloučenou; Dita nepochopila proč a byla z jeho smrti zcela zoufalá. Tehdy začaly její potíže s nespavostí. Od června byla v ambulantní psychiatrické péči. Po 3 měsících strávených v pracovní neschopnosti se vrátila do práce a začala fungovat opět normálně. Vypověděla, že v té době bylo nutné, aby se postarala i o matku:

„Vlastně jsem se schovala před tím, tím smutkem do práce a starostí o rodinu, no a pak mi to vlastně všechno bylo vyčtený... Že vlastně po smrti syna jsem se změnila a prostě to, a... Já jsem neměla jako nějaký tohle, že bych prostě byla fňukavá nebo tak.“

S manželem se věnovali motorkářství a účastnili se různých sjezdů, což jí pomáhalo odpočinout si. Manžel odjel v roce 2015 pracovat do Varnsdorfu, vracel se jen na středy a víkendy, a dcera zůstala s Ditou doma, aby tam nebyla příliš sama. V roce 2016 ubytovala Dita svou matku na 3 měsíce u sebe, aby jí mohla pomáhat při nemoci, ale když se matka vrátila do domácího

prostředí, upadla a krátce na to v nemocnici během července 2016 zemřela. Po pohřbu dcera Dity odcestovala do zahraničí za prací. Na přelomu srpna a září jela Dita s manželem na dovolenou a vše se zdálo být v pořádku, než jí několik týdnů poté muž oznámil, že už spolu nemají o čem mluvit a že teď bude trávit čas raději se svými známými.

Dita měla tendenci se z krize jejich vztahu obviňovat sama – předpokládala, že důvodem byl její smutek po úmrtí matky a odchodu dcery z domova. Koncem října 2016 se svěřila psychologce, ke které docházela ambulantně, že už nechce žít. Ta jí navrhla hospitalizaci na psychiatrické klinice, kam Dita nastoupila v listopadu. Manžel ji dvakrát navštívil, ale při druhé návštěvě se choval divně a téhož večera jí telefonoval, že na základě doporučení kartáře se s ní chce rozvést, protože ho prý Dita stahuje dolů. Tehdy se její zdravotní stav ještě víc zhoršil – vypověděla, že už úplně ztratila smysl života. Připadalo jí, že se z manžela stal úplně cizí člověk. V prosinci byla převezena do této nemocnice a neustále myslela na sebevraždu; zůstala zde i přes Vánoce. Dvakrát ji navštívila dcera, se kterou kvůli problémům s telefonováním nemluvila asi 2 měsíce. Pak ovšem musela dcera opět odjet do zahraničí.

Dita vysvětlila, že špatně snáší dubnová výročí úmrtí syna – opět se v té době zaobírá pocity viny a úvahami, co mohla nebo měla v minulosti udělat jinak, aby tragédii předešla. Tou dobou se tedy zase o něco zhoršil její stav ve smyslu depresí a úzkostí. Cítila se osaměle, neboť po smrti matky neměla už s kým o těchto záležitostech mluvit, a kromě toho ji v té době značně stresovaly manželovy telefonáty, když jí volal kvůli záležitostem ohledně rozvodu, křičel na ni a vyčítal jí, že mu komplikuje situaci. Domluvili se, že dál bude manžel vyřizovat vše přes Ditina bratra, v němž má Dita v současné době největší oporu – například jí sehnal byt a přestěhoval věci tam, protože manžel potřeboval jejich byt co nejrychleji uvolnit a prodat, avšak ona sama během hospitalizace nemohla situaci řešit. Manžela prý začala hodně nenávidět.

V současné době Dita nepředpokládá, že by byla schopná pomáhat lidem v rámci své profese jako pečovatelka, protože v ní pořád zůstává příliš mnoho smutku a myšlenka práce s lidmi nebo představa chodit mezi lidmi jsou jí dosud nepřijemné. Proto si zažádala o částečný invalidní důchod.

„Zatím nevím, co si počnu se svým životem prostě, a... Připadám si už prostě na to... Úplně nově začínat... Někdy si připadám, že na to nemám sílu. Pak mě zase přepadne, že se mi do toho ani nechce. Jo? Jako... Protože... Holka si vybrala svůj život, jo? Vlastně vystudovala a vlastně šla do tý jiný země; manžel si našel nějakou novou sektu nebo co to je... A nějak mě do toho hodili.“

Jako zásadní události ve svém životě hodnotí narození obou dětí; dalšími událostmi, které ji ovlivnily, byly naopak už jen ztráty blízkých osob. S depresivními příznaky má zkušenost již od dospívání, ale v té době se nikde neléčila; v rodině trpěla podobnými příznaky také maminka a dědeček z matčiny strany. Dita to spojuje do souvislosti s reakcí na události v 50. letech

(zabavování majetku) a podle ní se ani jeden z nich spíše neléčil; matka jen dostala léky od obvodního lékaře, ale spíše takové stavy „přechodila prací“.

Dita sama nedávala smutek před příbuznými najevo a ventilovala jej jinde – u psychologa a psychiatra, aby rodinu nezatěžovala. Od smrti syna se snažila fungovat normálně a věnovat se s rodinou činnostem, které ji bavily. Přesto jí manžel i dcera řekli, že se změnila, ale nepopsali v čem – sama s tím nesouhlasí:

„Změnila jsem se, až když jsem byla takhle v léčebně, protože to už doopravdy jako bylo na mě hodně, že se to potom na mě všechno jako takhle hodilo a nikdo mi nevysvětlil proč. Jo, že vlastně, hmmm... Jo, najednou běží život, no dobře, ale jako proč nepochopí, že mě prostě do toho života jenom prostě dali a nechali mě v tom právě takhle vymáchat? Jo, jako... Protože jsem říkala, ‚Vy jste si vybrali, měli na výběr, ale prostě já jsem najednou zůstala stát sama... A nikde nikdo‘.“

Z ukázky je patrná Ditina vnímaná hluboká bezmocnost ve vlastním životě za jeho nových podmínek.

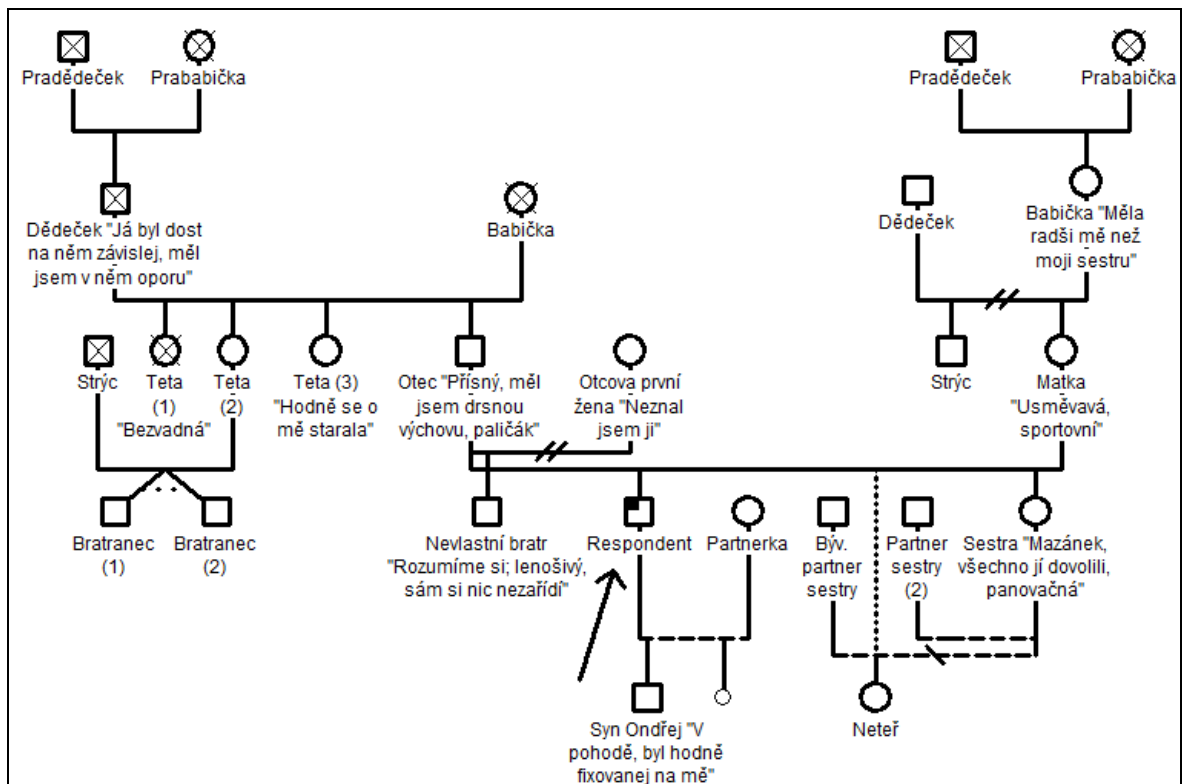
Zemřelého syna popisuje jako neuvěřitelně veselého, otevřeného vůči zkušenosti. Měla k němu blíž než k dceři, která se jí jeví jako cílevědomá a schopná prosadit si svou. U synovce nachází vlastnosti po své sestře, které hodnotí jako dobré, a naopak špatné po jejím muži. Manžela vždy vnímala jako hodného a orientovaného na rodinu, ale nyní již není schopná ho popsat, protože už ho od chvíle, kdy se tolik změnil, vůbec nezná. V jeho primární rodině vyzdvihuje problém se sestrou závislou na alkoholu, kterou v jejím pokročilém věku musí kvůli dluhům podporovat její matka (Ditina tchyně). Připadalo jí, že sama už se srovnává se všemi ztrátami, ale jakmile ji opustil ještě manžel, cítí se být zrazená, zklamaná a ztracená.

Se sourozenci jsou často v kontaktu; nejdůležitější z nich je pro ni starší bratr, který jí aktuálně nejvíc pomáhá a dle jejích slov „by se rozdal“. Všechny sourozence vnímá jako velmi rozdílné osobnosti, ale o většině z nich vypověděla, že byli moc hodní. Stejně tak její maminka, v níž vždy spatřovala velkou podporu. Otce si příliš nepamatuje, ale údajně byl žárlivý, zlý a léčil se ze závislosti na alkoholu. Po rozvodu se znovu oženil a měl další děti, ale Dita s ním už nebyla v kontaktu a setkali se jen jednou. Rodiče jejího bývalého muže jsou také rozvedeni a jeho otec si rovněž našel další partnerku, se kterou založil novou rodinu.

V dotazníku BDI-II zaznamenala Dita zvýšenou přítomnost úplně všech druhů symptomů.

6.1.13 Dan

„No, to už je na setkání do ‚Pošty pro tebe‘ pomalu, no.“



Obr. 6.13 – Danova rodina

Čtyřiačtyřicetiletý Dan byl v době rozhovoru 4. měsíc hospitalizován pro syndrom vyhoření. Jeho výpověď byla neobvykle rychlá a poněkud chaotická, zabíhal do nepodstatných detailů a ne vždy odpovídal v relacích. Také si v pozoruhodně velké míře pamatoval data.

Narodil se do úplné rodiny, v dětství často prodělával různá onemocnění a podstoupil jednu operaci. Pro matčiny zdravotní obtíže a absence kvůli hospitalizaci se o něj hodně starali prarodiče. Když mu bylo pět let, narodila se mu sestra. Otce vnímal jako přísného a náročného, maminka byla hodná a se sestrou se neměli rádi; vnímal možná jako křivdu, že k ní jakožto k mladšímu dítěti byli rodiče benevolentnější:

„Ta výchova byla taková dost zdr-, drsnou jsem měl výchovu, no. (?) Takže... Když sestra něco vyvedla, tak jsem to vodnes já, že jo, a to bylo vždycky. (...) Dost pevněj režim jsem měl doma, no, prže já jsem byl vlastně první, no. I když otec má nevlastního – jako vlastního z prvního manželství, že jo, to je můj nevlastní brácha, 18 let, ale takový to, no... Jsem to odnášel vždycky nějak všechno, no... Rozto. Já jsem si teda s otcem nerozuměl, vůbec. Spíš s maminkou, no.“

Za střední školu si vybral železniční odborné učiliště, během jehož studia proběhla revoluce, a přestože ji Dan považuje za jednu z událostí, které měly v jeho životě zásadní vliv, nepopsal v čem a jen udal, že mu toho nakonec moc dobrého nepřinesla. Školu absolvoval v roce 1991

a v prosinci nastoupil k výkonu práce průvodčího, ve které pokračoval i po vojně od roku 1993. V letech 1996-1997 působil jako výhybkář a tehdy mu v roce 1996 zemřel dědeček z otcovy strany, což považuje za jednu ze zásadních událostí ve svém životě, neboť dědeček pro něj byl velmi důležitou oporou a Dan byl na něj značně fixovaný. Hodnotí, že od té doby život za moc nestál. Poté se odstěhoval od rodičů a v letech 1997-2002 pracoval jako dělník v potravinářství. Po dvou rekvalifikačních kurzech se v roce 2002 stal pečovatelem. Většina událostí, které vybral v kontextu svého života jakožto významné, jsou něčí úmrtí: Další důležitou osobou pro něj byl jeden z kolegů a patrně nejlepší kamarád, u něhož a jeho matky bydlel a s nímž trávil mnoho času. Ten však tragicky zahynul v roce 2002; Dan se poté staral o jeho maminku. V roce 2005 se mu narodil syn, ale to mi ve svém životním příběhu nesdělil a o partnerce téměř nehovořil – k této zvláštní skutečnosti se ještě vrátím.

Depresivní příznaky se začínaly postupně objevovat od let 2007-2008, kdy sílily konflikty v Danově rodině, avšak naplno se rozvinuly až poté, co rodinu opustil; otázky zaměřené na přístup rodiny k jeho onemocnění tedy nejsou u Dana relevantní. Vztahy v rodině hodnotí jako velmi problematické:

„No, 2007/8 tam byly takový nějaký ty, prostě, protože tam jako... Protože předtím jsem je taky dlouho neviděl, že jo, a, a tam bylo jm-, konkrétně mezi bratřancema mejma prostě, protože oni zase, protože oni mě měli tam všichni jako rádi, z té druhý strany, co byla ta – to byla ještě sestra, prže můj otec pocházel ze 4 dětí, jo. Takže ty zase mě měli rádi, že jo, tak jí to tam vyčítali, mojí sestře, protože zase moje sestra, ta prostě byla schopná, jako (?) tam zjišťuju takovýdle, takže zase mi to tam, tam byly hrozný boje, že jo. (?) Já jsem se to dozvídal, že jo, takže se to tak rozjelo, tak prostě tam byly takový konflikty už mezi všema, že, protože každej něco řekne potom, že jo, a takový, takže jako bylo to takový, no a teď vůbec jako o nich nevím.“

Vysvětlil, že více depresivních příznaků se objevilo v roce 2009, kdy prodělal ulcerózní kolitidu a zápal plic a absolvoval mnoho vyšetření; jeho zdravotní stav výrazně zasáhl do jeho životosprávy. V tomto období také vyhledal psychiatra. Popisuje, že tenkrát mu byl předepsán nový lék s názvem Elicea, který prý jeho stav výrazně zhoršil.

V roce 2010 se s rodinou definitivně rozhádal a prohlásil, že teď nikoho z nich 10 let nechce vidět. Nepodal žádné ucelené a konkrétní vysvětlení, co se tenkrát v rodině stalo. Hovořil spíše o povaze příbuzných – otec je paličatý, všichni se pomlouvají, sestru vnímá jako panovačnou atp. Vysvětlil, že rodina již obdobnou situaci zažila, ale nakonec nešlo o 10 let odloučení, neboť nejspíš sestra iniciovala další kontakt za 8,5 roku. V roce 2010 se však rozhádali znovu s obdobným vyústěním. Dan je přesvědčený, že nyní se vskutku bude rodině 10 let vyhýbat, a necítí potřebu příbuzné vyhledávat ani nyní po 7 letech.

Kamarádova matka, o kterou pečoval, si na podzim 2016 už všímala výrazných změn v Danově chování v ohledu depresivních příznaků a upozorňovala jej na ně. Popisoval své četné rozlady a rozčilení. Varovné pro něho byly omyly, jichž se možná dopustil v práci při podávání léků svým svěřencům. Svůj tehdejší stav popsal takto:

„Protože já už jsem se pak nebyl schopnej ani umejt, výtorozto, nebo prostě vstát – večer jsem si lehnul brzo, jsem si říkal, „tak se vyspím a bude to ráno dobrý“ (...) Někdý jsem se nebyl schopnej ani voholit, vykoupat, nic, převlíct nebo to, prostě mi to bylo jedno všechno úplně. (...) Prostě jsem nebyl skoro nic schopnej, léky pacientům, dojit tam nebo takhle prostě, no. Oběd jim zajistit a takovýdle prostě. (...) I jsem se vyhýbal lidem, jo. Prostě měl jsem alergii na lidi.“

Problém se jeví být také v tom, že Dan dlouhou dobu užíval léky podle vlastního rozhodnutí, nikoli podle indikace:

„Jenomže pak mě to nějak přešlo, tak jsem úplně ty léky vysadil, už jsem ani nedocházel na to to, na kontrolu; pak jsem se zase vrátil k panu doktoru V nějaký čas, a to jsem zase úplně vynechal, no. Pak mě tam pani doktorka obvodní musela dokopat, takže... (?) Jsem si někde bral léky doma, co byly doma (...)“ – „Takže vy jste je bral tak nějak náhodně?“ – „Náhodně, no.“

Začátkem listopadu nastoupil Dan k hospitalizaci. V prosinci pak kamarádova matka zemřela, což byla poslední ze jmenovaných významných událostí. Vypověděl, že příští týden dokončí léčbu a v nejbližší době se pokusí sjednat si možnost rozvážet obědy pro své někdejší svěřence, neboť v současnosti není možné, aby o ně dál pečoval a měl přístup k jejich lékům.

Překvapivé pro mě bylo jeho vyprávění o blízkých rodinných vztazích, kdy při prvním setkání nechtěl do genogramu zahrnout svoji partnerku se synem, protože si „našla jinýho“, a tak se Dan v té době sblížoval s jinou pacientkou, přičemž opomněl uvést, že syn je jeho, a tak by bylo vhodné jej tam zakreslit. Při druhém setkání z jeho výpovědi vyplynulo, že partnerka ve skutečnosti není bývalá ani nežije s jiným mužem, neboť s Danem čekají dceru, a tak zrekonstruovali pokoj a Dan si zablokoval telefonní číslo oné pacientky. Symptomy deprese však nesouvisí s omezeným testováním reality a nedostatečným náhledem v blízkých vztazích u Danovy osobnosti a syndrom vyhoření byl úspěšně podchycen bez ohledu na tyto fenomény.

6.2 Společné faktory nalezené v životním příběhu

V této kapitole bych chtěla srovnat některé fenomény, jež se vyskytovaly v životním příběhu více respondentů a zároveň nejsou přímo záležitostí rodiny (jak pojednám v další kapitole).

6.2.1 Obecné poznatky o zátěžových událostech

Kdybychom se měli zaměřit na zátěž na nejobecnější úrovni tak, jak ji vnímají sami participanti, tak u 11 ze 13 z nich můžeme najít v životním příběhu určitou zátěž v období posledního roku před rozvojem (alespoň první) epizody syndromu deprese. Šlo tedy o událost, kterou sami považují za důležitou vzhledem k rozvoji svých příznaků. Většinou se však jednalo o zátěž ještě dlouhodobějšího charakteru, obvykle v období zhruba tří let, pokud šlo o více různých událostí. Původ i míra zátěže je přitom subjektivní, ale události lze pojmut do 4 obecnějších kategorií. Bylo by jimi *úmrť blízkyh osob* (u 6 respondentů), *problémy nebo konflikty různého charakteru v rodině* (6 respondentů), *závažnější zdravotní obtíže či vícero obtíží* (4 respondenti) a *přetížení v práci či ve smyslu povinností* (4 respondenti).

Jen v případě Zlaty je možné pojmenovat faktor, který mohl přispívat k rozvoji symptomů, na počátku úplně každé epizody; podobně se zdá, že u Libora se na základě výrazně zátěžových událostí (úmrť blízkyh a diagnóza rakoviny) objevují příznaky, jako je nástup či prohloubení hypertenze či více druhů poruch spánku, téměř pokaždé. U každého zhoršení příznaků a potřeby intenzivnější léčby můžeme vysledovat zátěž i v případě Sáry (dluhy, nátlak z rodiny bývalé partnerky manžela). Vít i Květa sami pro sebe vnímají jistou událost jako spouštěč první epizody, přestože v dalších fázích deprese už se nic takového nevyskytlo. Na některé z těchto druhů zátěže se zaměřím v dalších podkapitolách.

Naopak, dva respondenti nevedli nebo si nejsou vědomi žádné zátěžové události, která mohla stát na počátku jakékoli depresivní epizody. Další 3 účastníci nenacházejí žádný spouštějící faktor v naprosté většině případů rozvoje symptomů kromě jednoho jediného.

6.2.2 Úmrť blízkyh

Tento fenomén, na pomezí mezi životní událostí a záležitostí rodinného systému, byl v mém výzkumu nesmírně častý. O úmrť blízké osoby se ve svém životním příběhu zmínilo, i kdyby jen jako o okrajově důležitém, 10 účastníků ze 13.

Zde je třeba rozlišovat, jak velkou váhu této události participanti přikládali jednak v kontextu svého života a jednak dokonce v ohledu nástupu depresivní epizody. Z těchto 10 účastníků tedy 7 považuje úmrť blízkého za důležitou událost a další 2 respondenti se vyjádřili, že je smrt

příbuzných zasáhla nebo pro ně byla těžká. 4 z nich považují úmrtí příbuzných za jednu z událostí, jež měly v jejich životě největší vliv (Jiří, Libor, Dita a Dan).

Co je pro tento výzkum ještě podstatnější, 7 účastníků dokonce uvedlo smrt příbuzných či blízkých do souvislosti s nástupem příznaků nebo rozvojem depresivní poruchy: Vít a Květa podobně uvedli, že úmrtí příbuzného / blízkých mohlo být spouštěčem nástupu první depresivní epizody. Nela a Petr považují své truchlení po úmrtí příbuzné za stále ještě nedostatečné, její smrt nemají zcela zpracovanou a myslí si, že stála na počátku řady zátěžových událostí, ze kterých se příznaky deprese rozvinuly. Významným faktorem je, když jde o ztrátu více blízkých lidí krátce po sobě, jako tomu bylo v případě Květy a Dity. A v životech tří respondentů – Libora, Dity a Dana – má smrt opravdu rozhodující slovo, když s ní své depresivní obtíže spojují až s přesvědčením a interpretací jakési kauzality, a kromě toho jde o mnohem více úmrtí než jen jedno – tyto životní příběhy byly tématem smrti protkané.

6.2.3 Pracovní přetížení, pomáhající profese a smysl života

Příliš četné nároky na participanty v pracovním životě můžeme u rozvoje symptomů pozorovat ve 4 případech (Jiří, Nela, Petr, Sára) a v ohledu studijních povinností u Mirka. V obraze Nely a Sáry je patrné silné přesvědčení, že nesmějí přestat pracovat, musejí zvládat všechny povinnosti a nemůžou si dovolit žádný odpočinek, protože bez jejich fungování by se rodina ocitla v příliš velkých problémech, především v ohledu financí. Přetížení se vyskytlo i přesto, že respondenty práce bavila (Jiří, Nela), ale kvůli vyčerpání se u nich objevily poruchy spánku; ve 2 případech byly povinnosti vnímány jako nad jejich síly (Petr, Mirek). Příliš vysoké pracovní nároky mohly hrát roli i v případě rozvoje deprese u Evy, avšak popsala problematiku okolností v daném zaměstnání příliš vágně a spíše se jeví jako personální problémy než přetížení.

Nápadně velké množství účastníků této studie vykonává či vykonávalo před nástupem do starobního důchodu či odchodem do pracovní neschopnosti povolání podobného charakteru – zdravotní sestra (Nela), opatrovnice (Zlata, Dita) či pečovatel (Dan); lze také zohlednit Jiřího, jenž je lékařem. Přitom ovšem nejde o případy vyhoření, které se objevilo pouze u Dana. Nela a Zlata zdůraznily pocit naplnění z pečování o druhé lidi jako životní smysl nebo poslání.

Dita i Dan se vyjádřili, že v současném stavu ani nejsou schopni pomáhat jiným lidem. Lze tedy snad říci, že nároky přítomné v pečujících profesích jsou pravděpodobně depresí znemožněny zřetelněji, než nakolik deprese zasáhne do zaměstnání v jiných oblastech, kam spíše lze po skončení pracovní neschopnosti nastoupit znovu a pokračovat dál. U pomáhajících profesí to tak ovšem patrně nebývá.

Kdo však naopak dokázal pomáhat druhým i krátce poté, co se sám zvedl ze dna, byla Zlata, kterou práce spíše nabíjela energií. Kdybych měla uvažovat nad tím, jak tento rozdíl vznikl, napadá mě fakt, že Zlata tehdy – až po své léčbě – ve zdravotnictví teprve začínala a spatřovala v ošetřování nový smysl, tedy něco, co v jejím životě dosud nebylo přítomno v této formě – dříve získávala smysl z jiných věcí. Zatímco u Dana a Dity byl patrně spíše přítomný prvek ztráty smyslu s nástupem příznaků, Zlata se naopak vracela do psychiatrické nemocnice až ve chvílích, kdy nemohla tuto smysluplnou práci dál vykonávat. Je vidět, že v jejím příběhu je životní smysl zdůrazňován jako velmi důležitý faktor.

Zlata a Dita explicitně vyjádřily v souvislosti s hospitalizací v těžší fázi deprese pocit, že jejich život ztratil smysl. Nad smyslem, nebo spíš nesmyslností života přemítá také Libor, když se v nespavosti neustále vrací k otázce, proč museli jeho partnerka a bratranec zemřít.

6.2.4 Sebepojetí

V obraze onemocnění Mirka a Davida dominuje explicitně vyjádřený prvek sníženého až velmi negativního sebehodnocení. To bylo mírně naznačeno také ve výpovědi Zlaty v souvislosti s někdejšími pocitem nedostatečné ženskosti po odoperování prsu a s nejistotou ohledně své kompetence zvládnout situaci (postarat se o děti sama) po odchodu manžela, ale aktuálně sebepojetí snížené nebylo.

Pokud bych měla o sebepojetí uvažovat u všech účastníků studie, lze se vrátit k BDI-II a zaměřit se v něm na položky *minulá selhání*, *pocit viny*, *znechucení sám ze sebe*, *sebekritika* a *pocit bezcennosti* (příčemž *minulá selhání* mohou stát poněkud mimo tyto souvislosti, neboť jsou objektivnější a mohlo k nim reálně dojít, aniž by nutně souvisela se sebehodnocením). Protože tyto položky mohou nějakým způsobem souviset se sebepojetím a sebehodnocením, ale zároveň v této práci není prostor se jimi zabývat hlouběji (vhodný by byl jejich kvantitativní výzkum), snad postačí, když uvedu, že u většiny účastníků se objevily buď velmi nízké hodnoty u všech těchto položek, anebo byly u všech výrazně zvýšené; nikdy však nenastal případ, kdy by u většiny těchto položek byla hodnota 0 a u jedné nebo dvou z nich naopak 3. Nejvýše (tj. 13 bodů) v těchto položkách skórovali David a Dita – ta o svém sebehodnocení v rozhovoru explicitně příliš mnoho nevyjádřila. Střední hodnoty 6, 7 a 8 bodů se objevily u Dana, Víta a Sáry. BDI-II samozřejmě nemůže sloužit coby osobnostní dotazník, jen jsem se pokusila uvažovat nad tím, kde bych v něm náznak souvislosti se sebepojetím mohla hledat. Nakonec ovšem jediné, co se na BDI-II při zamyšlení nad sebehodnocením ukazuje, je skutečnost, že tyto položky byly nejzřetelněji zvýšené u osob, které skórovaly výš v BDI-II celkově a mají tedy těžší formy depresí.

6.2.5 Psychoaktivní látky, psychofarmaka

Dva respondenti uvedli jistou fázi onemocnění do vztahu k užití návykových látek. V případě Jiřího šlo o fázi mánie, pokud užil benzodiazepiny v kombinaci s alkoholem. U Davida sloužil alkohol v nejvíce případech k tomu, aby vůbec dokázal přes své depresivní symptomy fungovat, něčím je překryl. Užití marihuany pak u něj mělo za následek rozvoj ještě těžších stavů s paranoidními prvky; poslední užití vedlo k suicidálním tendencím. Lze tedy říci, že zatímco alkohol používali respondenti spíše coby látku tlumící negativní afekty, u marihuany se stal opak a afektivní porucha se jejím vlivem prohloubila.

Dan popisoval rozvoj závislosti na anxiolytikách, ale nepřikládal jim význam v ohledu tak významných změn své nálady – v obraze jeho onemocnění se jeví být problematická spíše nepravidelnost v užívání léků. V souvislosti s užíváním psychofarmak lze dodat, že jak u Květy, tak u Davida se vyskytly problémy (zhoršení příznaků) po jejich neindikovaném vysazení.

Stojí také za zmínku, že 6 participantů bylo s účinkem alespoň některých psychofarmak nespokojeno – připadal jim nedostatečný nebo nežádoucí.

6.3 Společné faktory přítomné v rodinách participantů

Následuje výčet několika fenoménů, jež se vyskytly v kontextu rodinného systému účastníků mé studie.

6.3.1 Vztah k otci

Prvním a nejnápadnějším faktorem, jenž se vyskytoval v rodinách více respondentů, je skutečnost, že otec ve vyšší míře pil alkohol. Toto se objevilo u 5 participantů – dva z nich vysloveně vyjádřili, že jim otcovo nadměrné pití alkoholu vadilo a že mělo na ně značný a neblahý vliv (Květa, Mirek). Dita uvedla otcův syndrom závislosti jako skutečnou okolnost oproti Mirkovi, který uvedl, že se sice otec často opíjí a chová nekontrolovatelně, avšak výpověď zmírňoval tím, že možná o závislost nejde a že otec nejspíš pije proto, aby se vyrovnal s problémy, jež jinak neprojevuje před okolím. Libor nevyprávěl o otcově vztahu k alkoholu nic příliš explicitního, ale uvedl, že pravděpodobně kvůli otci má on sám k alkoholu averzi. Rozdíl byl u Sáry, jež se zmínila o tom, že otec více pil alkohol v době, kdy je matka opustila, tedy když už byla sama dospělá; naznačila, že to pro ni bylo psychicky náročné, ale podrobněji tento problém nepopsala. Je však jisté, že otcova konzumace alkoholu nebývá respondentům lhostejná, a už vůbec příjemná.

Neznamená to ovšem, že všichni participanté, jejichž otec pije alkohol, mají k otci špatný vztah. Zřetelně negativní vztah k otci se ukázal jen u Davida a Dana; jakési zklamání z toho, jakým

způsobem se vztah s otcem postupně vyvinul do určitého nezájmu, ač předtím negativní nebyl, můžeme pozorovat u Petra. Mirek a Dan uvedli, že zažili tvrdou výchovu od otce. Ambivalentní vztah k otci se ukázal být u Mirka, který nejenže těžko snáší otcův abúzus alkoholu, ale zároveň má otce rád a vzhlíží k němu jakožto k vzoru, a přestože cítí silnou potřebu jeho uznání, místo jejího nasycení se mu dostává spíše shazování ze strany otce. Nedostatečné přijetí otcem – náznaky očekávání, zklamání a přílišná kritika – přispívá k výraznému snížení Mirkova sebehodnocení. Jakási devalvace otcem je přítomna v případě Mirka i Davida, avšak David si je vědom neoprávněnosti známek otcova pohrdání a reaguje na ně s nadhledem.

Dita uvedla při popisu otce jen negativní vlastnosti, ale prý si jej příliš nepamatuje a o vztahu k němu nemluvila. Větší část života s ním nebyla v kontaktu. U Davida naproti tomu otec chyběl v rodině, ale pravidelně se stýkali. V případě Libora a Jiřího došlo k úmrtí otce v období jejich mladé dospělosti, což Jiří hodnotí jako zásadní životní událost. Eva nikdy nepoznala svého biologického otce, avšak s adoptivním otcem měla podle všeho kladný vztah. Silně kladný vztah k otci, hodnocený v dětství jako velmi důležitý, uvedla Nela.

6.3.2 Matka

Dva účastníci svou matku téměř nezažili (Vít, Libor), neboť zemřela na počátku jejich školního věku, a tak si ji ani příliš nepamatují. Biologická matka rovněž chyběla u Evy, která ovšem vyrůstala v péči adoptivní matky. Zřetelnou zátěží byla pro Nelu a Sáru nedostatečná emoční blízkost matky, kde u Sáry šlo vyloženě o kritický a odmítavý postoj ze strany matky, který byl dán nejspíše matčinou osobností. U Nely naproti tomu matka spíše nasytit citové potřeby dětí nedokázala a fungovala jen na materiální úrovni; v jejím chování však pravděpodobně nebylo nic, čím by vyjadřovala odmítání záměrně – nedostatečné přijetí bylo spíš dáno její pasivitou, nikoli agresivitou. Pro obě respondentky se však jedná o faktor, jenž na ně má vliv i nyní v dospělosti – Nela uvedla, že matčinu smrt nezvládla dostatečně emočně zpracovat; Sára považuje vztah s matkou za svůj největší problém, který se celý život snažila vyřešit, ale nyní již cítí, že dál nechce, protože na matce nic změnit nejde.

Naopak pravděpodobně pečující maminku můžeme najít v případě Mirka, Davida a Dity. Květa a Jiří míní, že matka tíhla spíše k jiným dětem než k nim; Květa se cítila být vřeleji přijímána otcem.

Pozoruhodná je skutečnost, že 5 respondentů odpovědělo na otázku, zda se deprese vyskytla i u jiných členů rodiny, že tímto syndromem trpěla také jejich matka, zatímco u otce se deprese nevyskytla ani v jednom případě. Jiří a David uvedli v matčině onemocnění přítomnost úzkosti. V této souvislosti bych chtěla krátce vyzdvihnout kazuistiku Nely a popis její matky, jež na základě úmrtí sestry prožívala tíživou vinu a neposkytovala dětem dostatečně podpůrné citové prostředí.

Nela se nevyjádřila v tom smyslu, že by matka také trpěla depresí, ale přestože podle ní na materiální úrovni dokázala fungovat, Nela se zmínila o jejím hlubokém smutku. A když dceřina smrt změnila matku natolik, že nedokázala dětem dostatečně projevovat lásku, jde podle mého názoru o jednoznačně velký zásah události do osobnosti, fungování a života matky, a tak bych ponechala tuto možnost (komplikované truchlení) alespoň otevřenou k úvaze.

6.3.3 Další faktory v rodinném prostředí

Tři respondenti (David, Libor a Dita) vyrůstali již před svým 18. rokem v neúplné rodině ve smyslu fyzické absence jednoho z rodičů. O velké rodiny s mnoha sourozenci (4 a více) se jednalo v případě Víta, Nely a Dity. Všichni tyto participanti se narodili až později, kdy již mnoho jejich sourozenců bylo na světě, jako druzí nejmladší nebo úplně nejmladší děti, přičemž v rodině Nely i Víta se deprese vyskytla i u někoho ze starších sourozenců a (pravděpodobně) u matky; v případě Dity jen u matky. U Víta a Nely svým způsobem nahrazovala roli matky starší sestra, ke které měli o to kladnější vztah. 6 respondentů uvedlo, že v dětství se svým sourozencem nevycházeli příliš dobře, což se v průběhu života změnilo u všech kromě Libora a Dana, kteří si k sestře stále nenašli cestu.

U 4 respondentek se objevily problémy v manželství, jež ve 3 případech skončilo rozvodem, přičemž je zřetelné, že v případě Sáry měly problémy s manželem značný podíl na zhoršení její situace a rozvod jí velmi pomohl; naproti tomu u Dity byl náhlý rozvod proti její vůli spíše další velkou zátěží či poslední kapkou před závažnou dekompenzací; u Zlaty mohl odchod manžela být rovněž spíše faktorem vedoucím k pochybnostem o jejích kompetencích zvládnout situaci. Nela vyjadřuje své zklamání z manželovy nedostatečné pozornosti a podpory, s níž partnerský vztah zároveň možná poněkud ochladl, ale podle všeho nejde o nesmiřitelný konflikt, který by byl v ohledu symptomů nepřekonatelnou zátěží.

U zbývajících participantů převládá v partnerském vztahu tolerance partnera k jejich symptomům a podpora. Možná extrémněji se toto manifestuje v manželství Květy, místo níž manžel v období jejích depresivních fází vyřizuje všechny záležitosti, což může působit jako udržující faktor či sekundární zisky. U mnoha respondentů se v situaci rozvoje symptomů rodina ukazuje být protektivním faktorem, když – ať již partner, nebo rodič – vykazuje jistou všímavost k symptomům a vede příbuzného k tomu, aby podstoupil léčbu.

Tři respondenti (Květa, Petr a David) však vypověděli o problému, kdy jejich okolí nechápe, že deprese je nemoc a že úbytek energie, jímž se manifestuje, není dán jejich vlastní volbou ani leností. Buď uvedli zkušenost, kdy partnerovi či partnerce musel tuto skutečnost vysvětlit jejich psychiatr, anebo přání, aby to jejich okolí (i mimo rodinu; David dokonce zdůraznil, že sám měl

problém si přiznat, že onemocnění neovlivní vůlí) takto chápalo – že nejde o jejich vlastní rozhodnutí být neaktivní, nýbrž že vskutku nemají sílu.

U dvou respondentů (Petr, Dan) došlo k situaci, již Bowen nazýval *emotional cutoff* – odchod z domova a emoční „odříznutí se“ od rodiny. Ač se oba respondenti později vrátili ke kontaktu s rodinou (ovšem Dan se distancoval opakovaně), zřetelně popsali, že na emocionální úrovni jsou od rodiny stále vzdáleni; že citové vztahy k rodičům již nejsou tak kvalitní, jak bývaly. Ani v jednom z těchto případů ovšem nelze ještě vysledovat odříznutí coby transgenerační vzorec. Kromě toho na symptomech deprese mohlo mít podíl patrně jen v případě Dana.

Jak jsem uvedla výše, u 6 účastníků se před rozvojem symptomů vyskytla zátěž v podobě konfliktů či problémů v rodině. Toto velice obecné označení většinou mělo podobu partnerských obtíží – potíže v partnerském vztahu či odchod partnera; konflikt s rodiči pak ve dvou případech (Mirek, Dan); u Dana možná i s širší rodinou. Zkušenost Sárý je pak ještě specifičtější.

Na závěr mě napadá připomenout zátěž v podobě rodinného tajemství – u Nely šlo o tabu smrti starší sestry; u Sárý o matčinu nevěru v době dosud trvajících manželství s otcem.

6.4 Interpretace výsledků

V této kapitole bych se ráda pokusila interpretovat možnou souvislost nalezených faktorů se symptomy deprese, neboť se jeví být příliš vzdálená, případně se nejeví být vůbec.

Vrátím se nejprve k poznatkům z rodinného prostředí respondentů: S psychickou subdeprivací v důsledku fyzické či citové nepřítomnosti matky, s kritickým a odmítavým postojem otce, s jeho tendencemi k opíjení se a se strachem dítěte z něj i s dalšími podobnými faktory může souviset **organizace osobnosti**, která se v dětství vyvíjí na základě raných emocionálních zkušeností dítěte se *significant others*. Jako základ pro celý duševní život tak může při nedostatečném přijetí rodiči a nepřítomnosti ujišťujících vztahových interakcích, jež nedávají možnost pro rozvoj bezpečné **vztahové vazby**, vzniknout organizace nižšího stupně, na jejímž podkladě se pak onemocnění – tedy i deprese – může rozvíjet snadněji kvůli pravděpodobnější slabosti ega, nedostatku zdrojů pro zvládnutí zátěže, užívání nezralých obranných mechanismů, nižší kvalitě afektivních prožitků a interpersonálních vztahů, impulzivité a nižší frustrační toleranci a absenci strategií zvládnutí. Jako nepřítomnosti ujišťující interakce můžeme chápat i případy, kdy deprese trpěla také matka, v návaznosti na zjištění, která přinesl *Still Face Experiment*, v jehož rámci byli kojenci zmatení a nešťastní z matky simulující deprese, která nereagovala na jejich snahu zahrnout ji do vzájemné interakce. Chudost matčina neverbálního projevu, způsobená depresí, může přispívat k deficitům ve vývoji mentalizace i k nižší organizaci osobnosti dítěte. Fenomén organizace osobnosti zde považuji

za klíčový, neboť právě přístup rodičů některých respondentů zřetelně mohl mít pro organizování osobnosti neblahý vliv.

K častému výskytu abúzu alkoholu u otce, avšak ani jednomu případu syndromu deprese na straně otce, mě napadla úvaha o užívání alkoholu ke zvládnání negativních afektů. Problém alkoholismu překryje svými zřetelnými negativními důsledky problém afektivních poruch, a přitom právě ony mohly být důvodem, proč člověk závislý na alkoholu začal pít. Vzhledem k tomu, že **alkohol** je obecně u mužů nejrozšířenější způsob snahy o **zvládnání příznaků deprese**, mohlo se tedy v některém z případů otce závislého na alkoholu jednat ve skutečnosti i o depresi a tedy o duální problém? Ačkoli na tuto otázku nemůžu odpovědět a je opravdu možné, že nikdo z otců participantů v této studii netrpěl depresí a nepil alkohol kvůli ní, myslím, že bylo vhodné toto hledisko alespoň naznačit a připomenout.

Velkým tématem v tomto výzkumu byla **smrt**, která je s životními příběhy participantů neodmyslitelně spojená. Můžeme zde vnímat úmrtí blízkých osob právě jako ztrátu, kterou mnohá literatura popisuje jako výraznou souvislost s rozvojem deprese. V případě Libora se jednalo o úmrtí partnerky, což je událost v SRRS hodnocená jako nejvíce zátěžová, ačkoli v naší dnešní kultuře je považováno za ještě více zátěžové, když člověku zemře dítě, což je případ Dity. Výrazně zatěžující je úmrtí více blízkých osob v životním příběhu účastníků (Vít, Květa, Dita a Dan) a také nezpracovaná ztráta (Petr a Nela). V případě Nely můžeme uvažovat o důvodu problému se zpracováním matčina úmrtí v jejím ambivalentním vztahu k ní, neboť jí matka neposkytovala dostatek citové opory. U Petra a Dity se setkáváme s náznaky viny – Petr si vyčítá, že teta utrpěla úraz kvůli dojmu jeho příjezdu, kdy mu spěchala naproti; Dita několikrát řekla, že neměla syna vést ke studiu gymnázia, protože pro něj mohlo být příliš náročné a ubírat mu volný čas a bezstarostnost.

V této studii jsem uvedla pozoruhodný Liborův sen o **úzkosti ze smrti**, který jej pronásledoval v souvislosti s rakovinou jeho bratrance. Yalom tvrdí (2006), že úzkost ze smrti je počátek každé psychopatologie – v tomto případě je to vidět na symptomech poruch spánku, jež Libora od té doby pronásledovaly. Symptomy lze interpretovat jako důsledek oslabení obranných mechanismů popírajících smrtelnost ke zmírnění úzkosti tam, kde byli účastníci se smrtí konfrontováni několikanásobně: **Každá (další) zkušenost se smrtí v okolí**, která je konfrontuje s jejich vlastní smrtelností, **narušuje tyto obrany a navrácí k úzkosti, na základě níž psychopatologie vzniká**. Blízkost smrti je v podstatě bouráním cihel ve zdi, již jsme si kolem sebe vystavěli ze strachu, aby nás chránila, a bez ní jsme zranitelnější – tedy i ve smyslu rozvoje psychických poruch. Smrt blízkých dominovala mezi zátěžovými událostmi v životech participantů – a v kontextu tohoto

vysvětlení by dávalo smysl proč; dávalo by smysl, jak přesněji může ztráta blízké osoby souviset s depresí.

Kromě smrti uvádí Yalom (2006) jako hlavní existenciální záležitosti – jejichž aktuálnost, která nás sužuje, stojí na počátku každé patologie – také svobodu, osamělost a ztrátu smyslu života. Poslední dvě jmenované záležitosti můžeme jako poměrně zřetelné nalézt v kazuistice Evy a Zlaty; obě zároveň se pak výrazně manifestují v příběhu Dity.

Popsala jsem často se vyskytující inklinaci respondentů k pomáhajícím profesím, především pozici pečovatelů. V této souvislosti bychom mohli uvažovat o charakterových rysech typických pro **syndrom pomocníka** (Schmidbauer, 2015), tedy že si účastníci tuto práci pomáhající jiným lidem zvolili na základě osobnostní dynamiky, v níž se vyskytovala potřeba pomáhat coby kompenzace neuspokojených citových potřeb. Toto se nabízí k úvaze především v případě Dana, který se od rodiny oddělil, a Nely, jež explicitně zdůraznila citovou subdeprivaci ze strany matky a také hovořila o tom, že pomáhání druhým je jejím posláním, které ji velmi naplňuje. V životním příběhu Dity se nevyskytla před začátkem výkonu pomáhající profese jednoznačně vyjádřená citová deprivace, ale její otec odešel ještě před jejím dospíváním, v němž u dívek hraje otec zásadní roli (Trapková & Chvála, 2004), a podle jejího stručného popisu otce, vnímaného (pravděpodobně matkou) jako „zlého“, i tady je citová deprivace tedy možná. U Zlaty mohly být možná přítomny deficity v manželském životě. V otázce přetížení pomáháním na základě nedostatečného pozastavení se u vlastních potřeb bychom mohli uvažovat o příběhu Jiřího, Nely a Dana. V případě Zlaty lze přemýšlet o pomocníkově dekompenzaci ve chvíli, kdy je pomáhání dále znemožněno. Sice nelze jednoznačně určit, zda se u těchto účastníků o syndrom pomocníka vskutku jedná, ale nabízí se v úvahu v některých kontextech, zejména pokud respondenti uvedli, že bez možnosti péče o jiné se cítí prázdně. Kromě toho lze připomenout **orální osobnost**, kdy shledáváme přítomnost závislých potřeb (zde např. Jiřího závislost na rodině a užívání kombinace benzodiazepinů a alkoholu). V této souvislosti bych ráda připomněla také **depresivní strukturu osobnosti**, kde se rovněž manifestuje závislost na blízké osobě. Sice stejně jako v případě syndromu pomocníka nelze o depresivní struktuře u daných účastníků mluvit jednoznačně, ale je na místě ji zohlednit. Na základě přílišné péče o potřeby ostatních na úkor vlastních potřeb, zejména jde-li o depresivní strukturu osobnosti s tím pádem závislou dynamikou, může pravděpodobněji docházet k nadlimitnímu přetížení, v pracovním i osobním životě. Zlata například poukázala na paradox, kdy dokázala pomáhat mnoha jiným osobám na sklonku života a postarat se o jeho kvalitu, ale zapomněla toto stále trvajícím vědomím hodnoty života ve stáří zprostředkovat sama sobě.

Stručně jsem se zmínila také o rodinném **tajemství** nebo tabu u Nely a Sáry. Nejde pravděpodobně o souvislosti tak silné, aby k rozvoji příznaků deprese přispívaly výraznou měrou, avšak stále se jedná o skutečnosti, jež ovlivňují celý rodinný systém a jeho (ne)rovnováhu. V případě Nely stála matčina vina u zrodu její neschopnosti projevovat vřelé city k dětem, což ovlivnilo vývoj dětí a mohlo tak být významné při tvorbě jejich osobnosti – např. v ohledu organizování osobnosti, na základě kterého je pak člověk vybaven více či méně ke zvládnutí zátěže v různých ohledech. U Sáry toto tajemství mohlo stát faktorům přispívajícím k depresi blíž, protože ve chvíli, kdy neměla možnost se komukoli svěřit, se více izolovala – a právě osamělost (podobně jako v případě Evy či Víty) byla jednou ze základních komponent její symptomatiky.

6.5 Zodpovězení výzkumných otázek

1. *Jaké jsou souvislosti mezi depresivní symptomatikou a životními událostmi z pohledu participantů?*

V životním příběhu většiny účastníků výzkumu lze před rozvojem symptomů deprese alespoň u jedné epizody nalézt minimálně jednu významně zátěžovou událost v průběhu posledního roku; 2-4 takové události během posledních tří let. V nejčastějším případě šlo o úmrtí blízkého člověka či více lidí, jež respondenti často sami spojovali do souvislosti s nástupem depresivní epizody; dále o různé problémy v rodině, závažnější zdravotní obtíže a pracovní přetížení.

Úmrtí blízké osoby se v tomto výzkumu jeví jako nejvýznamnější událost, ať již byla participanty spojována s rozvojem příznaků, nebo ji považovali za první z řady zátěžových událostí, jež se postupně střídaly. V některých případech hraje smrt v životních příbězích účastníků tak významnou roli a opakovaně se vrací, že jim samotným připadá deprese s úmrtím blízkých vsutku jednoznačně spojena.

2. *Jaké dle respondentů existují souvislosti mezi depresivní symptomatikou a historií rodiny, rodinnou strukturou a vztahy v rodině?*

V této problematice nelze nalézt žádné příliš zobecňující kategorie. Mohu pouze odpovědět dílčími výsledky – u různých respondentů lze v anamnéze najít některé z těchto faktorů:

Úmrtí matky v útlém dětství, syndrom deprese přítomný i u biologické matky, chybějící otec či neúplná rodina již v dětském věku, nedostatečné emoční přijetí až hrubě odmítavý postoj ze strany matky, možná psychická subdeprivace, tvrdá výchova či kritika ze strany otce; v životě několika účastníků hrála roli velmi početná primární rodina s více než 3 staršími sourozenci; odloučení od primární rodiny pro značné konflikty a neznalost biologických rodičů. Participantů také udávali, že je negativně ovlivnil otcův abúzus alkoholu.

Většina souvislostí těchto skutečností se symptomy deprese se nezdála být výrazná a obvykle je ani neuvádělo větší množství participantů. Jen někteří z nich jednotlivě popsali pozoruhodné souvislosti z primární i sekundární rodiny, které buď s rozvojem příznaků spojovali a interpretovali jako zásadní (konflikt s primární rodinou, odchod manžela přispívající ke ztrátě smyslu života po úmrtí dvou jiných příbuzných, úmrtí partnerky na počátku nástupu symptomů, otcova kritika vedoucí k sebepodceňování či hádka s ním podněcující sebevražedné myšlenky), anebo jež mohly s rozvojem příznaků souviset velmi vzdáleně – spíše např. v ohledu vlivu na formování osobnosti, od které se pak odvíjí mj. kapacita pro zvládání zátěže, a tedy i průběh deprese.

3. Dají se tyto souvislosti smysluplně kategorizovat s ohledem na potřeby klinické praxe?

Data získaná v tomto výzkumu nenasvědčují, že by bylo možné vytvořit obecnější kategorie, natožpak ucelenou teorii, neboť jednotlivé zkušenosti z případových studií se jeví být příliš izolované a nesourodé. Spíše mne tyto poznatky navracejí k úvahám o již existujících teoriích, jimž jsem se věnovala v teoretické části této práce, neboť některé výsledky a závěry mé studie do nich uspokojivě zapadají a přispívají ke způsobu, jak chápu realitu na základě dřívějších klinických poznatků, jež mají význam v terapii.

V klinické praxi se tedy podle mého názoru nedají poznatky z této studie uplatnit novým způsobem, nýbrž spíše zrcadlí stávající teorie, jež se ukázaly být pro praxi podstatné. Mezi tyto poznatky patří osobnostní organizace, vznik a kvalita vztahové vazby, komponenta bezmoci v reakci na ztrátu, depresivní struktura osobnosti, syndrom pomocníka, model rozvoje psychosomatických symptomů, úzkost ze smrti jako počátek psychopatologie, výroční reakce a pocit absence smyslu života.

Kromě toho ovšem mohou být poznatky z tohoto výzkumu alespoň připomínkou: Jakožto případové studie znovu poukazují na nutnost přistupovat ke každému pacientovi se záměrem porozumět jeho životním okolnostem co možná nejkompaktněji.

7 DISKUSE

Nyní bych se ráda zaměřila nejprve na skutečnosti, jimiž mohl být výzkum omezen a výsledky zkresleny, dále na potenciální využití výsledků a jejich srovnání s jinými již existujícími poznatky a nakonec na podněty pro možnost dalšího výzkumu tohoto tématu.

7.1 Limity studie

Hlavní skutečností, jíž byla studie limitována, je výběr participantů, jenž nemohl být pravděpodobnostní ani náhodný. Jelikož výběr proběhl ve většině případů přes instituce, neobsahuje vzorek participantů osoby, které se již vyléčily a prožívají dlouhodobou remisi, ani ambulantně se léčící pacienti, jak bylo původně záměrem. Přihlédnout tedy ovšem musíme k tomu, že složení pacientů léčících se v rámci hospitalizace je nerovnoměrné např. ve smyslu organizace osobnosti; často se setkáme s výskytem duálních diagnóz, s poruchami osobnosti. Protože se v klinické praxi obvykle u žen s depresí setkáme s funkčnějším rodinným prostředím (Navrátilová, ústní sdělení 13. dubna 2017), a tedy pravděpodobněji spíše zvládají léčbu ambulantní formou, mohla už i tato skutečnost zkreslit výsledky v tom smyslu, že u respondentek v této studii mohlo být rodinné prostředí výrazně odlišné od normy v jakémkoli smyslu, což pak studii zaměřenou na rodinný systém značně posune; možná žádný z obrazů onemocnění u žen v takovém výzkumu neodpovídá obvyklejšímu obrazu deprese u žen. Ačkoli by se tedy 13 participantů mohlo jevit jako relativně velký vzorek v kontextu kvalitativního výzkumu, k nasycení dat pravděpodobně nemůže dojít vzhledem k výše uvedeným skutečnostem a ke specifikům daným prostředím, kde byli účastníci studie nalezeni.

Co se týče rozhovorů, především se mi jako problém jeví i přes snahu porozumět fenoménům do hloubky onen nepoměr mezi explorovanými kontexty životů jednotlivých participantů. Ačkoli byly v každém případě využity otázky polostrukturovaného rozhovoru a také jsem se doptávala na některé jevy, jež bylo v danou chvíli třeba rozvést a upřesnit, přesto zpětně zjišťuji, jak moc nedostatečně byl u některých respondentů daný jev popsán, případně byl úplně přehlédnut. Je to sice fenomén, který v průběhu výzkumu s dalšími setkáními možná klesal, jak jsem se naučila rozhovor lépe vést a neopomínat tolik, ale přesto byly některé skutečnosti až tristně zanedbané a dodatečně se na ně již doptat nelze. Pracovala jsem při zpracování dat se všemi informacemi, které jsem měla k dispozici (mnoho jich naopak zůstalo nevyužito a ve výsledcích se neobjevily, protože nebyl důvod), ale nad tímto problémem jsem se nikdy nepřestala pozastavovat. Je

paradoxní, jak neuvěřitelně velký objem dat v této studii vznikl, a přesto nejsou data nasycující např. pro potřeby uspokojivé deskripce rodinného kontextu.

S oběma právě zmíněnými limity souvisí následující problém – skutečnost dezinterpretace mé otázky participantem. Jsem přesvědčená, že riziko chybné interpretace otázky je tím vyšší, čím nižší by byl stupeň osobnostní organizace účastníka, neboť v případě otázek zaměřených na povahu příbuzných a vztahy v rodině, jež se více týkaly emocí než například jednoduše popsatečných životních událostí, se posléze v získaných datech ukázalo, že respondent vůbec neodpověděl na otázku, přestože vedl poměrně dlouhý monolog; adekvátní informace o rodinném systému z nich však již extrahovat nejde. Jak šel čas a setkávala jsem se s dalšími účastníky, uvědomovala jsem si pokaždé o něco víc, zda v odpovědi na mou otázku vlastně respondent odpověděl, či ne, a podle toho jsem mohla pružněji reagovat a doptávat se přesněji, případně se k členům rodiny navracet. Přesto však získaná data pravděpodobně nestačí k tomu, abych o rodinném systému mohla podat bližší či ucelenější informace a hledat tak obecnější kategorie. Vedlo mě to k úvahám, zda byl takový respondent vůbec *schopný* informaci poskytnout – zda nejen věděl, na co se ptám, ale i rozuměl onomu fenoménu, jehož se otázka týká. A myslím si, že v některých případech je kámen úrazu právě tady. Naopak velmi vzácné byly případy, kdy byla rodina popsána uspokojivě detailně. Když jsem pak trávila čas nad daty s dojmem, že z nich o rodinném systému nelze téměř nic odvodit, usoudila jsem, že by v případě některých účastníků bylo třeba postupovat při rozhovoru úplně jinak – zvolit mnohem víc otázek, doptávat se konkrétněji na každého příbuzného, upřesňovat použité výrazy a ověřovat si jejich porozumění – ale tak velkou kapacitu, především z hlediska času, jsme samozřejmě neměli k dispozici. I toto nedostatečné vypovídání o rodinném systému však patrně o něčem vypovídá.

Dále se vyskytla nejistota při tvorbě genogramů, zda příbuzný, označený respondentem, vskutku trpěl depresí také. Na jednu stranu dává narativní analýza prostor konstruktům a přesvědčením subjektů o pravdivosti interpretace jejich okolí a tím pádem jimi utvářené reality, aniž by se zabývala tím, zda je daná informace vskutku pravdivá, ale na druhou stranu se posunem v přesnosti informací mohou posunout také závěry výzkumu, když v tomto případě šlo o situace, kdy respondenti volně zaměňovali pojem deprese s jakoukoli duševní chorobou v širším kontextu. Jeden účastník tak označil za depresivní starší ženu, u níž popisoval spíše příznaky organického poškození či psychotické poruchy. Neznamená to, že tato žena depresí trpět nemohla, ale také nemusíme ve výsledku pracovat s daty, která by o syndromu deprese v rodinném prostředí vypovídala s určitou mírou spolehlivosti a věrohodnosti. Závěry z nich učiněné mohou být stejně tak moc volnou interpretací, jak moc volná byla interpretace participanty; pak ale nelze odpovědět na výzkumné otázky ohledně rodinného systému spolehlivě. Snažila jsem se tedy

k této problematice přistupovat tak, že jsem v genogramech vyznačila ty osoby, o nichž respondenti vypověděli, že trpěly depresí, i přesto, že často uvedli, že těmto osobám nebyla deprese nikdy diagnostikována (např. „jen si chodila pro léky k praktické doktorce“), a zároveň z výpovědi bylo zřetelné, že se u těchto osob o depresivní symptomy s velkou pravděpodobností spíše jednalo a nebyl důvod o depresi pochybovat. Nakonec šlo tedy spíše o otázku citlivosti, ale ve většině případů nebyla tato zjištění příliš důležitá, protože jsem v těchto datech nenalezla žádné častěji se vyskytující vzorce, a tak většina z nich nebyla použita. Jediný – a vlastně opačný – případ, který bych na tomto místě chtěla připomenout, je kazuistika Nely, která neoznačila matku za depresivní, jak jsem popsala výše.

Další relativně nevýznamnou záležitostí byla zkušenost, kdy jsem se během prvního rozhovoru zapoměla doptat na časové určení důležitých životních událostí, a tak jsem některé nemohla zasadit do kontextu čáry života. Po tomto prvním rozhovoru jsem však zachytila všechny nastalé chyby, o kterých jsem věděla, a pro příští setkání jsem se jich vyvarovala. Důsledek tohoto prvního opomenutí se mi nejevil být nijak závažný; opět jsem vycházela z toho, co jsem věděla s jistotou. Jsem přesvědčená, že zahrnout do designu výzkumu kvůli podchycení chyb na úvod pouze pilotní studii by byl v tomto případě přehnaný krok, neboť data vytvořená díky prvnímu respondentovi se mi nejeví o nic chudší, zkreslenější ani méně použitelná, než jsou data získaná od ostatních, a tak byly jakékoli chyby i v počátcích jen velmi drobné a nepodstatné.

Posledním faktorem, jenž mohl hrát roli v ohledu limitů studie, je osobnost výzkumníka. Pokud jsem na někoho působila nedůvěryhodně, například kvůli nepřilíh dospělému vzezření, projevu či jiným faktorům, pak samozřejmě mohl vypovídat méně otevřeně, než jak by tomu bylo u participantů, jež by tento problém nepociťovali. Mohly tak zůstat nevysvětleny některé souvislosti z rodinného systému nebo mohl participant záměrně zamlčet určité události ve svém životním příběhu. Také mohl naopak neuvést určité události nikoli z důvodu nedůvěry, ale ve snaze působit v lepším světle. Nejsem si vědoma, zda nějaká z těchto možností během výzkumu nastala. Co však hodnotím jako podstatnější, je moje vlastní osobnostní dynamika, kvůli níž se obvykle vyhýbám zatěžování druhých lidí. V kontextu této studie to mohlo znamenat skutečnost, že jsem nepokládala příliš soukromé a citlivé otázky. Sice nenastalo mnoho okamžiků, kdy by to bylo nutné (nevzpomínám si asi na žádný), ale přesto je možná toto důvod, proč nemůžu vysvětlit skutečnou příčinu Danových konfliktů s rodinou a jeho odloučení: Zkrátka jsem se jej na důvod nezeptala, protože mi připadalo, že taková otázka by byla příliš soukromá a možná by překračovala hranice. Fungovala jsem vždy v tom duchu, že pokud mi respondent danou okolnost sdělit chce, udělá to bez ohledu na moji otázku, a naopak – co o sobě říci nechce, to stejně nezjistím. Tento faktor tedy mohl být zkreslující.

7.2 Výsledky v kontextu stávajících psychologických teorií

Přestože tato studie nepřinesla žádné sjednocující kategorie v nalezených skutečnostech a ani jsem v ní příliš mnoho nezjistila, bylo by vhodné nyní porovnat získané poznatky s již existujícími teoriemi, které jsem uvedla v první části práce, a zasadit je do kontextu psychologických poznatků. Některé z nich jsem již uvedla v kapitole 6.4 interpretující výsledky.

Faktory přítomné v rodině respondentů, jako jsou odmítavý, kritický a nepřijímající postoj některého z rodičů, strach z jednoho z rodičů či přehnaná potřeba jeho uznání, insuficientní emoční přijetí rodičem, konflikty mezi rodiči nebo úplná absence jednoho z rodičů, se mi jeví jako související s osobnostní organizací, jak ji vymezil Kernberg (1968). Zkušenosti s ranými interakcemi s rodiči v útlém dětství vedou k určitému stupni osobnostní organizace, přičemž nižší stupně organizace pak mohou znamenat pro člověka nižší možnosti adaptace na nároky, jež se objeví v průběhu života, a tak při určitém základu může být pro něj i relativně snesitelná míra zátěže již příliš velká, protože nemá dostatek zdrojů k jejímu zvládnutí. To pak může spíše vést k rozvoji depresivní poruchy. Pohled osobnostní organizace se mi jeví ze všech zde vysvětlených teorií pro tyto výsledky nejdůležitější.

Několik účastníků si vysvětlovalo depresi jako záležitost dědičnosti a pravděpodobně genetickou danost, neboť se vyskytovala i u jejich matky. Druhým možným pohledem na rozvoj deprese i u nich je však faktor sociálního učení, kdy mohly být symptomy zahrnuty i do vzorců chování respondentů v dospělosti. Obdobně naučené mohly být strategie pro zvládnutí zátěže nebo pro vyrovnávání se s poruchou. Sociální učení také může souviset s afektivním stylem (Hofmann & Kashdan, 2010), jaký je účastníkům vlastní, neboť může odpovídat afektivnímu stylu rodiče. I tak je tedy možné zdědit maladaptivní vzorce rodičů jinou cestou než geneticky.

Dalším takovým vysvětlením výsledků a jejich spojením s teoretickými poznatky je významná role smrti blízkých mezi zátěžovými událostmi v životních příbězích respondentů. Yalom (2006) se zabývá smrtí jakožto základním zdrojem úzkosti, se kterou je člověk konfrontován neustále, a tato úzkost vede k neurózám a rozvoji psychopatologie. Aby se člověk úzkosti ubránil, vytváří si komplexní systémy obranných mechanismů, kde dominuje popření; v situacích, kdy někdo z blízkých zemře, je však se smrtelností konfrontován znovu. Každé úmrtí v okolí tedy tyto obrany narušuje, což může přispívat k rozvoji patologie, zejména pokud se tak děje v nadměrném, neúnosném množství. V příbězích účastníků studie se smrt někdy vyskytuje opakovaně, ve 3 případech jako jakési hlavní téma. Kromě toho se ve 2 případech rozvinuly příznaky deprese výrazně na základě této zkušenosti; smrt obvykle v kazuistikách stála na počátku řetězce zátěže, jež k rozvoji symptomů vedla. Když totiž smrt udeří blízko, jako tomu bylo v případě Libora u jeho partnerky a v případě Dity u syna a matky, jedná se pochopitelně o ještě více zátěžovou událost,

než je tomu v případě úmrtí vzdálenějších osob. To je také v souladu s poznatky z výzkumů Holmese a Raheho (1967), že smrt partnera je pro mnoho osob nejvíce zátěžovou událostí.

Tyto teoretické poznatky jsou dle mého názoru pro konceptualizaci výsledků nejpodstatnější. Srovnávání jiných výsledků s poznatky uvedenými v teoretické části práce už by bylo spíše roztržštěné a jednalo by se o jednotlivosti, jež se nezdají být tak důležité.

Výsledky této studie se mi nejeví být nikterak přínosné pro praxi. Tak malý výzkum by si nejspíš nic takového za cíl ani nekladl. Jediné, co bych zde ráda opět zdůraznila, je, že je bezpodmínečně nutné v léčbě deprese přihlížet zcela ke všem kontextům života daného pacienta, protože zaobírat se pouze biologickou stránkou nejen nestačí, ale také nemůže vést k úspěchu a uzdravení.

7.3 Možnosti dalšího výzkumu

Nemůžu se zbavit představy, že pokud bychom chtěli depresi v kontextu životního příběhu a rodinných vztahů zkoumat lépe, více, hlouběji a dál, bylo by vhodné využít longitudinálních studií, do nichž by byli zapojeni všichni žijící členové rodiny pacienta. Pokud chceme zkoumat kontext, jenž je vždy rozsáhlý, je nutné nastavit stejně rozsáhlý design takového výzkumu. Nároky longitudinálních studií jsou však nedožrnné, předpokládaly by větší tým výzkumníků, obrovskou databázi dotazníkových (i jiných, pokud by to šlo) metod a získaných dat i nutně nemalé financování, na které by vpravdě pro tytu účely nejspíš nikdo nechtěl přistoupit, ačkoli představa, že bychom byli v léčbě deprese – jejíž výskyt je tolik častý – úspěšnější, se zdá být lákavá. Přesto si však myslím, že pokud chceme lépe porozumět depresi a její roli v rodinném systému, stejně jako souvisejícím faktorům v životech těch, kdo tuto diagnózu nesou, bylo by vhodné do detailu prozkoumat životní příběh každého člena rodiny a zaměřit se na vztahy v rodině mnohem podrobněji, než jak tomu bylo zde, a to na mnohem rozsáhlejší vzorku. Teprve potom by se mohly snad ukázat nějaké podstatnější kategorie, ze kterých by mohla případná teorie vzniknout.

A pokud bych měla předestřít představy méně megalomanské, bylo by v designu i menšího výzkumu vhodné využít SRRS Holmese a Raheho (1967), když už bylo toto téma s životními událostmi tak úzce spojeno. Protože se někteří autoři zabývali evaluací, kritikou a případnou revizí SRRS (např. Hobson et al., 1998; Scully, Tosi & Banning, 2000), bylo by vhodné prostudovat jejich práci a čerpat z ní, tedy možná využít i jistých inovací trendu zkoumání životních událostí. Dále se mi jeví být vhodným, ač mírně tematicky vzdálenějším nástrojem Dotazník životních stresorů (LSC-R), jenž se zaměřuje na velmi extrémní situace, jako jsou katastrofy, závažná onemocnění, týrání a jiné traumatické zkušenosti (Wolfe, Kimerling, Brown, Chrestman & Levinn, 1996).

8 ZÁVĚRY

V této práci byly na vzorku 13 respondentů zjištěny následující skutečnosti:

- V obraze depresivního onemocnění většiny participantů byla přítomna alespoň jedna významná zátěžová událost v posledním roce před rozvojem příznaků a až 4 zátěžové události v období posledních 3 let před nástupem onemocnění.
- Nejzávažnější zátěžovou zkušeností je pro velkou část respondentů úmrtí blízkého člověka – partnerky, syna, jednoho z rodičů či prarodičů a jiných důležitých osob, a to i ve smyslu první z několika zátěžových událostí, nikoli pouze interpretované jako jednoznačný počátek depresivních obtíží.
- Dalšími zátěžovými událostmi, vyskytujícími se v období krátce před propuknutím příznaků epizody deprese, byly rodinné konflikty různého charakteru (především v partnerském vztahu, dále pak s rodiči), přetížení dané prací a jinými povinnostmi v nadměrném množství a závažné zdravotní obtíže (rakovina, chirurgické zákroky a jiné důvody k nutné hospitalizaci).
- Několik respondentů si vybralo práci v pomáhajících profesích ve smyslu ošetrovatelství, přičemž buď po epizodě těžké deprese nejsou schopni ji dál vykonávat a pomáhat jiným lidem, anebo je pro ně pečování o jiné osoby naopak životní náplní a protektivním faktorem, jenž jim dodává energii a právě *bez něhož* se deprese rozvíjí.
- V rodinném systému několika účastníků se vyskytla deprese také u matky, někdy i u sourozenců, avšak nikdo se nezmínil o tom, že by depresí trpěl otec.
- Více participantů uvedlo, že jejich otec užíval ve vyšší míře alkohol, což u nich téměř vždy vzbouzelo značnou nelibost a přikládají této skutečnosti velký vliv ve svém životě.
- Velká část respondentů udává nespokojenost s účinkem alespoň jednoho druhu medikamentů proti symptomům deprese či úzkosti v ohledu nežádoucího či nedostatečného působení.

Souhrn

Ve své diplomové práci jsem zkoumala souvislosti deprese s nebiologickými faktory, které přispívají k jejímu rozvoji – životní události a rodinné prostředí. Dosavadní literatura zaměřená na depresi se totiž zabývá především biologickými faktory jejího vzniku; výzkumů na téma psychosociálních souvislostí deprese je relativně málo. Přitom je syndrom deprese velmi aktuální pro svůj znepokojivě vysoký výskyt v populaci oproti jiným duševním chorobám.

V teoretické části byla v 1. kapitole popsána problematika syndromu deprese. Zde měly místo odkazy na biologické pojetí, vymezení fenoménu samotného a náhled do evolučních teorií významu deprese. Ve 2. kapitole, vyjmenovávající psychosociální souvislosti deprese, jsem se snažila představit pohled na depresi z jiného než biologického hlediska a možné faktory přispívající k rozvoji deprese. V souvislosti s osobností se jedná o depresivní strukturu osobnosti (Riemann, 2013), syndrom pomocníka (Schmidbauer, 2015) a o organizaci osobnosti (Kernberg, 1968). S touto souvisí raný emocionální vývoj, interakce s pečujícími osobami, objektní vztahy, internalizace introjektů, mentalizace, utváření vztahové vazby (Bowlby, 1969, in Brisch, 2011), kvalita interpersonálních vztahů a integrace funkcí ega. Snažila jsem se popsat význam organizace osobnosti pro psychoterapii. Většinu 2. kapitoly však tvořily fenomény, jako jsou bezmocnost, ztráta, (komplikované) truchlení (Kubičková, 2011), psychosomatické symptomy (Poněšický, 1999), syndrom vyhoření (vyhasnutí), smysl života a jeho ztráta (Frankl, 2005), suicidium (Ringel, 1976), sekundární zisky, stres, krize, trauma, zátěž a odolnost (Paulík, 2010), vývojové faktory a deprese v dětském věku (Říčan, Krejčířová a kol., 2006) a probouzející zážitky (Yalom, 2006). Velkou váhu zde má také teorie životních událostí (Holmes & Rahe, 1967). Ve 3. kapitole jsem představila téma rodiny v kontextu psychologie a psychoterapie spolu s několika vlivnými teoriemi, vycházejícími z některých rodinných terapeutických směrů. Zabývala jsem se modelem zdravé rodiny (Barker, 2012), Bowenovou teorií rodinných systémů (2004), pojmem systém, jevy důležitými v kontextu rodinné terapie (přechodová situace, cirkulární kauzalita a komunikace), strukturálním přístupem (Minuchin, 2013), systemickém směrem (Jonesová & Asen, 2004), narativní psychoterapií, využitím genealogie v terapii (Gjuričová & Kubička, 2009) a modelem rozvoje onemocnění v rodinném systému. S tím souvisí také problematika deprese v rodinném systému a role rodiny při jejím zvládnutí, jež byla bohužel popsána velmi stručně, neboť jsem našla příliš málo výzkumů zaměřujících se na souvislosti deprese a rodinného systému (Skřečková, 2011; Macanová, 2013).

Stanovila jsem si za cíl explorovat faktory v životním příběhu a rodinném prostředí dospělých osob s diagnózou deprese. Cílem byla deskripce těchto faktorů, jejich srovnání mezi jednotlivými

účastníky studie a interpretace těchto souvislostí a rozdílů. Proto jsem se rozhodla zkoumat depresi v kontextu životního příběhu a rodinných vztahů kvalitativně s využitím případových studií. Pro tyto účely byly stanoveny 3 výzkumné otázky. Participantů studie byli nalezeni převážně výběrem přes instituce – spolupracovala jsem se 3 psychologkami ve 3 nemocničních zařízeních. Respondentů jsem do studie zahrnula celkem 13. Jedná se o 7 mužů ve věku 20-66 let a 6 žen ve věku 39-70 let. Setkání proběhla dvě, avšak data potřebná k této diplomové práci byla téměř vždy získána během prvního setkání; druhé proběhlo za účelem sběru dat k rigorózní práci.

Ke tvorbě dat posloužil BDI-II (Beck, Steer & Brown, 1996) a polostrukturovaný rozhovor zaměřený na životní příběh a rodinné prostředí. Při interview byly využity čára života a genealogie. Rozhovory byly nahrávány, transkribovány do textových souborů a označeny kódy; materiály byly anonymizovány. Nahrávky byly smazány po transkripci. Jména osob, míst a institucí v transkripcích byla náhodně změněna. Všichni participantů s těmito podmínkami souhlasili, zúčastnili se výzkumu dobrovolně a nikdo z něj neodstoupil.

Využila jsem kvalitativních metod narativní analýzy při popisu kazuistik účastníků a dále metodu prostého výčtu, kontrastu a srovnávání a zachycení gestaltů dle Miovského (2006) ke komparaci faktorů nalezených u jednotlivých respondentů. Kapitola o výsledcích je tak nejdelší v diplomové práci, neboť jsem představila všech 13 životních příběhů. Využila jsem genogramů pro ilustraci rodinného systému. Také jsem se snažila interpretovat relevantní prvky v respondentově osobnosti, kde to bylo možné, a využít BDI-II při popisu obrazu jeho deprese. V dalších podkapitolách jsem se zabývala faktory nalezenými u více respondentů. V ohledu životních událostí to bylo úmrtí blízkých osob, přetížení v práci, pomáhající profese, snížené sebepojetí, užívání psychoaktivních látek a postoj k psychofarmakům. V souvislosti s rodinným systémem se v primární rodině ukázaly být společné některé faktory v osobnosti otce (abúzus alkoholu, tvrdá výchova, chybějící otec), v přístupu matky (subdeprivace, deprese u matky, výrazně pečující matka a rovněž absence či úmrtí matky); dále rozsáhlý sourozenecký subsystém, syndrom deprese i u dalších sourozenců, úmrtí nejbližších členů rodiny, různé konflikty v rodině, problémy v partnerském vztahu a rozvod. Tyto výsledky jsem se pokusila ještě dále interpretovat. Naznačila jsem možné souvislosti poznatků s existujícími popsány psychologickými teoriemi. Kromě vhodného zasazení výsledků do stávajících teorií se mi nejevilo být možné z výsledků vytvořit novou ucelenou teorii, neboť se jedná o příliš roztržité faktory. Poznatky z této studie se mi ani nejevilo být přínosné pro praxi. Jediná důležitá skutečnost, na kterou bych chtěla poukázat, je zdůraznění či další připomenutí nutnosti přistupovat k pacientům komplexně. Biologické hledisko není při léčbě deprese dostatečné a jako izolovaně použité ani vhodné. Tento výzkum možná ukazuje, že souvislosti můžeme nacházet v životech participantů v poměrně různých oblastech.

Limity této studie mohou být výběr přes instituce, kde se nachází specifická populace pacientů s depresí, jež proto nejsou reprezentativním vzorkem. Mezi další limity patří vesměs problémy v rozhovoru, jakými jsou nedostatečné dotázaní se na podrobnosti ohledně určitého dílčího tématu, opomenutí některého z témat, neporozumění participanta otázce či nedostatečná kapacita k odpovědi. V neposlední řadě může být výzkum zkreslen osobou výzkumníka.

Další možné zkoumání tohoto tématu by bylo vhodnější realizovat jakožto ještě mnohem podrobnější výzkum, nejlépe longitudinální a zahrnující celý rodinný systém. Při menších ambicích se jeví být vhodné použití i dalších metod, jako jsou např. dotazníky SRRS (Holmes & Rahe, 1967) či LSC-R (Wolfe, Kimerling, Brown, Chrestman & Levinn, 1996). V tomto smyslu na tento výzkum navázat nehodlám, ale ve své rigorózní práci se budu nadále zabývat obrazy deprese u těchž osob s využitím ROR.

Seznam použitých zdrojů a literatury

1. Adriaens, P. R. & De Block, A. (2011). *Maladapting Minds: Philosophy, psychiatry, and evolutionary theory*. Oxford: Oxford University Press.
2. American Psychiatric Association (2015). *Diagnostický a statistický manuál duševních poruch 5. revize*. Praha: Hogrefe.
3. Andrews, P. W. & Thomson, J. A. jr. (2009). The Bright Side of Being Blue: Depression as an Adaptation for Analyzing Complex Problems. *Psychological Review*, 116(3), 620-654.
4. Barker, P. (2012). *Rodinná terapie*. Praha: Triton.
5. Bartošková, M., Preiss, M., Mikoláš, P., Ševčíková, M. & Uhmánová, M. (2015). Deprese perspektivou evoluční teorie. *Psychiatrie*, 19(3), 147-152.
6. Baštecká, B., Mach, J. a kol. (2015). *Klinická psychologie*. Praha: Portál.
7. Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Beck depression inventory-II. *San Antonio*, 78(2), 490-498.
8. Blasco-Fontecilla, H., Delgado-Gomez, D., Legido-Gil, T., de Leon, J., Perez-Rodriguez, M. M. & Baca-Garcia, E. (2012). Can the Holmes-Rahe Social Readjustment Rating Scale (SRRS) Be Used as a Suicide Risk Scale? An Exploratory Study. *Archives of Suicide Research*, 16(1), 13-28.
9. Bowen, M. (2004). *Family Therapy in Clinical Practice*. Oxford: Jason Aronson.
10. Brisch, K. H. (2011). *Poruchy vztahové vazby*. Praha: Portál.
11. Clarkin, J. F., Yeomans, F. E. & Kernberg, O. F. (2006). *Psychotherapy for Borderline Personality: Focusing on Object Relations*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
12. Cohn, J. F., & Tronick, E. Z. (1983). Three-month-old infants' reaction to simulated maternal depression. *Child development*, 54(1), 185-193.
13. Danzer, G. (2010). *Psychosomatika*. Praha: Portál.
14. Darwin, Ch. (2007). *O vzniku druhů přírodním výběrem*. Praha: Academia.
15. Dušek, K. & Večeřová-Procházková, A. (2015). *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada.
16. Fonagy, P., Gergely, G., Jurist E. L. & Target, M. (2004). *Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self*. Londýn: Karnac.
17. Frankl, V. E. (2005). *Lékařská péče o duši*. Brno: Cesta.
18. Frankl, V. E. (2016). *Utrpení z nesmyslnosti života – psychoterapie pro dnešní dobu*. Praha: Portál.
19. Freedman, J. & Combs, G. (2009). *Narativní psychoterapie*. Praha: Portál.
20. *Genogram*. (nedat.). In Wikipedia. Získáno 13. ledna 2017 z <https://en.wikipedia.org/wiki/Genogram>.
21. Gjuričová, Š. & Kubička, J. (2009). *Rodinná terapie – Systemické a narativní přístupy*. Praha: Grada.

22. Hagen, E. H. (2011). Evolutionary Theories of Depression: A Critical Review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 56(12), 716-726.
23. Hobson, Ch. J., Kamen, J., Szostek, J., Nethercut, C. M., Tiedmann, J. W. & Wojnarowicz, S. (1998). Stressful Life Events: A Revision and Update of the Social Readjustment Rating Scale. *International Journal of Stress Management*, 5(1), 1-23.
24. Hofmann, S. G. & Kashdan, T. B. (2010). The affective style questionnaire: development and psychometric properties. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32(2), 255-263.
25. Holmes, T. H. & Rahe, R. H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of psychosomatic research*, 11(2), 213-218.
26. Honzák, R. (1999). *Deprese*. Praha: Galén.
27. Höschl, C., Libiger, J. & Švestka, J. (2002). *Psychiatrie*. Praha: Tigis.
28. Jonesová, E. & Asen, E. (2004). *Systemická párová terapie a deprese*. Hradec Králové: Konfrontace.
29. Kast, V. (2010). *Hněv a jeho smysl*. Praha: Portál.
30. Kernberg, O. F. (1968). The treatment of patients with borderline personality organization. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 40(600). Získáno 28. 6. 2017 z <http://search.proquest.com>.
31. Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rounsaville, B. J. & Chevron, E. S. (1994). *Interpersonal Psychotherapy of Depression: A brief, focused, specific strategy*. Oxford: Jason Aronson.
32. Klímová, J. & Fialová, M. (2015). *Proč (a jak) psychosomatika funguje?* Praha: Progressive consulting.
33. Klinger, E. (1975). Consequences of Commitment to and Disengagement from Incentives. *Psychological Review*, 82(1), 1-25.
34. Kratochvíl, S. (2006). *Základy psychoterapie*. Praha: Portál.
35. Kratochvíl, S. (2009). *Manželská a párová terapie*. Praha: Portál.
36. Křivohlavý, J. (2009). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
37. Kubíčková, N. (2011). *Zármutek a pomoc pozůstalým*. Praha: ISV.
38. Kupka, M. (2014). *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada.
39. Lečbych, M. & Pospíšilíková, K. (2012). Česká verze škály Experiences in Close Relationships (ECR): Pilotní studie posouzení vztahové vazby v dospělosti. *E-psychologie*, 6(3), 1-11.
40. Lieberman, S. (1979). Transgenerational analysis: the geneogram as a technique in family therapy. *Journal of Family Therapy*, 1(1), 51-64.
41. Ludewig, K. (2011). *Základy systemické terapie*. Praha: Grada.
42. Macanová, A. (2013). *Zkušenost muže v partnerství se ženou trpící depresí*. (Diplomová práce.) Získáno 17. ledna 2016 z https://is.muni.cz/th/321577/fss_m/?id=246093.

43. Mak, M., Bond, M., Simpson, J. A., & Rholes, W. (2010). Adult Attachment, Perceived Support, and Depressive Symptoms in Chinese and American Cultures. *Journal of Social & Clinical Psychology, 29*(2), 144-165.
44. Minuchin, S. (2013). *Rodina a rodinná terapie*. Praha: Portál.
45. Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
46. Neill, J. R. & Kniskern, D. P. (1982). *From Psyche to a System: The Evolving Therapy of Carl Whitaker*. New York: Guilford Press.
47. Ondriová, I. & Magurová, D. (2016). Špecifiká hospitalizmu u detského pacienta. *Praktický lékař, 96*(6), 272-274.
48. Paulík, K. (2010). *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada.
49. Pelcák, S. (2013). *Osobnostní nezdolnost a zdraví*. Hradec Králové: Gaudeamus.
50. Peterson, Ch., Maier, S. F. & Seligman, M. E. P. (1993). *Learned Helplessness: A Theory for the Age of Personal Control*. New York: Oxford University Press.
51. Pírko, M. (2011). *Pohled evoluční psychologie na depresivní poruchu*. (Diplomová práce.) Získáno 18. dubna 2017 z <https://theses.cz>.
52. Plháková, A. (1998). Pojem objekt v psychoanalýze. *Acta Universitatis Palackianae Olomucensis, Facultas Philosophica, 8*(32), 17-26.
53. Plháková, A. (2005). Teorie kognitivního vývoje. *Acta Universitatis Palackianae Olomucensis, Facultas Philosophica, 10*(34), 7-21.
54. Poněšický, J. (1999). *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie: Hlubinně-psychologický pohled na strukturu a dynamiku psychogenních poruch*. Praha: Triton.
55. Poněšický, J. (2014). *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky*. Praha: Triton.
56. Praško, J., Buliková, B. & Sigmundová, Z. (2012). *Depresivní porucha a jak ji překonat*. Praha: Galén.
57. Praško, J., Prašková H. & Prašková J. (2005). *Deprese a jak ji zvládat*. Praha: Portál.
58. Rahe, R. H., Meyer, M., Smith, M., Kjaer, G. & Holmes, T. H. (1964). Social Stress and Illness Onset. *Journal of Psychosomatic Research, 8*(1), 35-44.
59. Riegel, K., Preiss, M. & Harsa, P. (2015). Strukturované interview organizace osobnosti (STIPO): Představení metody v kontextu DSM-5. *Psychiatrie, 19*(1), 20-29.
60. Rieger, Z. & Vyhnálková, H. (1996). *Ostrov rodiny*. Hradec Králové: Konfrontace.
61. Riemann, F. (2013). *Základní formy strachu*. Praha: Portál.
62. Ringel, E. (1976). The presuicidal syndrome. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 6*(3), 131-149.
63. Říčan, P., Krejčířová, D. a kol. (2006). *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada.
64. Satirová, V. (1994). *Kniha o rodině*. Praha: Práh.
65. Scully, J. A., Tosi, H., & Banning, K. (2000). Life event checklists: Revisiting the social readjustment rating scale after 30 years. *Educational and psychological measurement, 60*(6), 864-876.

66. Schmidbauer, W. (2015). *Syndrom pomocníka*. Praha: Portál.
67. Skřečková, N. (2011). *Význam rodiny při zvládnání deprese*. (Bakalářská práce). Získáno 13. listopadu 2015 z <https://theses.cz>.
68. Sobotková, I. (2001). *Psychologie rodiny*. Praha: Portál.
69. Spitz, R. A., & Wolf, K. M. (1946). Anaclitic Depression: An Inquiry into the Genesis of Psychiatric Conditions in Early Childhood, II. *The psychoanalytic study of the child*, 2(1), 313-342.
70. Stagoll, B. & Lang, M. (1980). Climbing The Family Tree: Working with Genograms. *Australian & New Zeland Journal of Family Therapy*, 1(4), 161-170.
71. Svoboda, M., Češková, E. & Kučerová, H. (2006). *Psychopatologie a psychiatrie – pro psychology a speciální pedagogy*. Praha: Portál.
72. Špatenková, N. a kol. (2004). *Krizová intervence pro praxi*. Praha: Grada.
73. Tavel, P. (2007). *Smysl života podle Viktora Emanuela Frankla*. Praha: Triton.
74. The Bowen Center for the Study of the Family (nedat.). *Theory: Eight concepts*. Získáno z <http://thebowncenter.org/theory/eight-concepts/>.
75. Tóthová, J. (2011). *Úvod do transgenerační psychologie rodiny*. Praha: Portál.
76. Trapková, L. & Chvála, V. (2004). *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Praha: Portál.
77. Vagenknecht, V. (2014). *Deprese z evolučního pohledu*. (Bakalářská práce.) Získáno 18. dubna 2017 z <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/131227/>.
78. Vágnerová, M. (1999). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
79. Vymětal, J. (1994). *Základy lékařské psychologie*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství.
80. Watzlawick, P., Bavelasová, J. B. & Jackson, D. D. (2010). *Pragmatika lidské komunikace*. Brno: Newton Books.
81. Weinberg, W. A., Rutman, J., Sullivan, L., Penick, E. C. & Dietz, S. G. (1973). Depression in children educational diagnostic treatment. *Behavior Pediatrics*, 83(6), 1065-1072.
82. Wolfe, J., Kimerling, R., Brown, P. J., Chrestman, K. R., Levin, K. (1996). Psychometric review of the life stressor checklist-revised. *Measurement of stress, trauma, and adaptation*, 198-201.
83. World Health Organization (2014). *Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize*. Získáno 13. listopadu 2015 z <http://www.uzis.cz/zpravy/upravena-verze-mkn-10>.
84. World Health Organization (1977): *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí, úrazů a příčin smrti ve znění 9. decenální revize*. Praha: Avicenum.
85. Yalom, I. D. (2006). *Existenciální psychoterapie*. Praha: Portál.
86. Zatloukal, L. (2013). *Komunikace v rodinách z hlediska vybraných přístupů v poradenství a terapii*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
87. Zhang, J. & Ma, Z. (2012). Patterns of life events preceding the suicide in rural young Chinese: A case control study. *Journal of Affective Disorders*, 140(2), 161-167.

PŘÍLOHY

Seznam příloh

Příloha 1: Podklad pro zadání magisterské diplomové práce

Příloha 2: Abstrakt diplomové práce v českém a anglickém jazyce

Příloha 3: Formulář informovaného souhlasu

Příloha 4: Otázky k polostrukturovanému rozhovoru

Příloha 1: Podklad pro zadání diplomové práce

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Akademický rok: 2016/2017

Studijní program: Psychologie
Forma: Prezenční
Obor/komb.: Psychologie (PCHN)

Podklad pro zadání DIPLOMOVÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
Bc. NEJEDLÁ Kateřina	Dvořišská 1246, Praha - Kyje	F150447

TÉMA ČESKY:

Deprese v kontextu životního příběhu a rodinných vztahů

TÉMA ANGLICKY:

Depression in the context of life story and family relationship s

VEDOUcí PRÁCE:

doc. PhDr. Martin Lečbych, Ph.D. - PCH

ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

- 1) Seznámení se s manuálem pro psaní diplomových prací na Katedře psychologie FF UP v Olomouci a s citačními normami Americké psychologické asociace.
- 2) Studium literatury zabývající se psychologii rodiny, modelováním rodinných vztahů a depresivním onemocněním včetně biologických i nebiologických faktorů v jeho etiologii a klinickém obraze, studium psychodiagnostiky, klinické psychologie, metodologie kvalitativního výzkumu, transgenerační psychologie rodiny a Bowenovy teorie.
- 3) Zpracování teoretické části popisující možnou souvislost mezi zázemím v primární i sekundární rodině a depresivní symptomatologií, teorii životních událostí a multigenerační teorii. Předpokládaná rámcová kostra teoretické části práce je:
 - a. Syndrom deprese
 - b. Nebiologické souvislosti deprese
 - c. Životní události
 - d. Pojem rodiny v kontextu psychologie a psychoterapie
 - e. Rozvoj depresivních a psychosomatických onemocnění v kontextu rodiny
- 4) Výzkumná část práce:
 - a. Vypracování výzkumného plánu předpokladem je kvalitativní design výzkumu a narativní analýza rozhovorů s participanty
 - b. Pracovní výzkumné otázky jsou:
 - Jaké jsou souvislosti mezi depresivní symptomatikou a životními událostmi participantů?
 - Jaké jsou souvislosti mezi depresivní symptomatikou a historií rodiny participanta, rodinnou strukturou a vztahy v rodině?
 - Dají se tyto souvislosti smysluplně kategorizovat s ohledem na potřeby klinické praxe?
 - c. Příprava otázek k polostrukturovanému rozhovoru - důraz na analýzu životního příběhu (možné zvážit časovou osu), mapování rodinné struktury a vztahů v rodině (možné zvážit genealogii).
 - d. Získání dat od min. 8 dospělých osob s diagnózou deprese pomocí polostrukturovaného rozhovoru zaměřeného na životní příběh a vztahy v rodině.
- 5) Zpracování a interpretace získaných dat - v případě problematického hledání analogických kategorií bude preferována metodika případových studií, v případě nalezení sjednocujících kategorií bude preferována metodika zakotvené teorie.
- 6) Závěrečné zpracování diplomové práce, její diskuse, závěru a souhrnu, rozpracování tématu podnětů pro praxi.

SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

- Bowen, M. (2004). Family Therapy in Clinical Practice. Získáno 13. listopadu 2015 z Books Google.cz
- Gjuričová, Š. & Kubička, J. (2009). Rodinná terapie Systemické a narativní přístupy. Praha: Grada.
- Holmes, T. H. & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. Journal of Psychosomatic Research 11(2), 213-218.
- Jonesová, E. & Asen, E. (2004). Systemická párová terapie a deprese. Hradec Králové: Konfrontace.
- Minuchin, S. (2013). Rodina a rodinná terapie. Praha: Portál.
- Miovský, M. (2006). Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada.
- Poněšický, J. (2014). Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky. Praha: Triton.
- Sobotková, I. (2012). Psychologie rodiny. Praha: Portál.
- Trapková, L. & Chvála, V. (2004). Rodinná terapie psychosomatických poruch. Praha: Portál.
- World Health Organization (2014). Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize. Získáno 13. 11. 2015 z <http://www.uzis.cz/zpravy/upravena-verze-mkn-10>.

Příloha 2: Abstrakt magisterské diplomové práce v českém a anglickém jazyce

Abstrakt magisterské diplomové práce

Název práce: Deprese v kontextu životního příběhu a rodinných vztahů

Autor práce: Bc. Kateřina Nejedlá

Vedoucí práce: doc. PhDr. Martin Lečbych, Ph.D.

Počet stran a znaků: 120 stran, 291 184 znaků

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 87

Abstrakt: Ve výzkumu deprese je nebiologickým faktorům věnována jen malá pozornost. Cílem této diplomové práce bylo zaměřit se na psychosociální souvislosti syndromu deprese, popsat kontext životního příběhu a rodinného systému. Výzkumu se účastnilo 13 dospělých osob (7 mužů, 6 žen) ve věku 20-70 let léčících se s diagnózou deprese. Data byla získána na základě polostrukturovaného interview a dotazníku BDI-II a byla analyzována kvalitativními metodami. V životě respondentů se vyskytla alespoň 1 zátěžová událost v posledním roce a 2-4 zátěžové události do 3 let před nástupem onemocnění. Nejčastějším druhem zátěže bylo úmrtí blízké osoby, dále konflikty různého charakteru v rodině, zdravotní obtíže a pracovní přetížení. Úmrtí blízkých se zde jeví být nejzávažnější zátěží; někteří respondenti je přímo interpretují coby příčinu nástupu příznaků. Důležitým faktorem v rodinném prostředí je také nedostatečné přijetí či odmítání jedním z rodičů; často se vyskytl alkoholismus u otce. Výsledky této studie nepřinášejí pro klinickou praxi nic nového, pouze poskytují zajímavý vhled do možných obrazů syndromu deprese.

Klíčová slova: deprese, životní příběh, rodina, klinická psychologie

Abstract of thesis

Title: Depression in the context of life story and family relationships

Author: Bc. Kateřina Nejedlá

Supervisor: doc. PhDr. Martin Lečbych, Ph.D.

Number of pages and characters: 120 pages, 291 184 characters

Number of appendices: 4

Number of references: 87

Abstract: There is just a little attention paid to non-biological factors in the depression research. The goal of this thesis was to focus on the psychosocial factors of depression, to describe the context of life story and family system. 13 adult persons took part in this research (7 male, 6 female) between 20 and 70 years in treatment with the depression diagnosis. Data were acquired on the basis of semi-structured interviews and BDI-II questionnaires and were analyzed qualitatively. There were found at least 1 stressful event in the last year and 2-4 stressful events in 3 years before the illness onset. One of the most frequent events was death of a significant other, then various family conflicts, health problems and overloading work tasks. Death of close persons appears to be the most severe event; some respondents explicitly consider it to be the cause of the symptoms onset. Also an insufficient acceptance or refusal by one of the parents is an important factor of the family environment; there was often found alcoholism in father. The results of this study are not conducive for the clinical practice but offer an interesting view into some possible cases of depressive disorder.

Key words: depression, life story, family, clinical psychology

Příloha 3: Formulář informovaného souhlasu

Informovaný souhlas s účastí na výzkumu v rámci diplomové práce

Název práce: Deprese v kontextu životního příběhu a rodinných vztahů

Autor práce: Bc. Kateřina Nejedlá

Vedoucí práce: doc. PhDr. Martin Lečbych, Ph.D.

Termín realizace: 2016 - 2017

Místo realizace: Česká republika

Prohlašuji, že jsem byl(a) seznámen(a) s podmínkami účasti na výzkumu „Deprese v kontextu životního příběhu a rodinných vztahů“ a že se jej chci dobrovolně zúčastnit.

Beru na vědomí, že údaje poskytnuté pro účely tohoto výzkumu jsou anonymní a nebudou použity jinak než k interpretaci výsledku v rámci diplomové práce.

Rovněž beru na vědomí, že mohu z výzkumu kdykoli, podle svého vlastního uvážení, vystoupit.

Dne.....

Jméno a příjmení.....

Podpis.....

Příloha 4: Otázky k polostrukturovanému rozhovoru

Otázky k polostrukturovanému rozhovoru:

Deprese v kontextu životního příběhu a rodinných vztahů

První setkání – polostrukturovaný rozhovor (+ BDI-II, kreslení čáry života a genogramu):

(BDI-II na úvod)

1. Nyní máme zhruba 40 minut času – můžete mi, prosím, vyprávět váš životní příběh?
2. Zkuste mi popsat, co se dělo, když vám byla diagnostikována deprese.
3. Vyberte 5 událostí, které vás v životě podle vás nejvíce ovlivnily.
4. Jaký vliv měly tyto události na průběh vašich příznaků?
5. Vrátime se ještě ke členům vaší rodiny. Vyskytlo se stejné nebo podobné onemocnění i u někoho dalšího v rodině?
 - a. Pokud ano, jak se s ním kdo vyrovnával?
 - b. Jak působily jeho příznaky na ostatní členy?
6. Když zavzpomínáte na členy rodiny, jakou měli povahu?
7. Můžete, prosím, zhodnotit vztahy ve vaší rodině?

Druhé setkání – administrace Rorschachova testu inkoustových skvrn.