

Univerzita Palackého v Olomouci  
Filozofická fakulta  
Katedra psychologie

# VÝVOJ COPINGOVÝCH STRATEGIÍ U JEDINCŮ S DEPRESIVNÍ PORUCHOU



Magisterská diplomová práce

Autor: **Bc. Adéla Strakošová**

Vedoucí práce: **doc. PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D.**

Olomouc

**2020**

### Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „Vývoj copingových strategií u jedinců s depresivní poruchou“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 4.12.2020

Podpis .....

#### Poděkování:

Touto cestou bych ráda poděkovala především panu doc. PhDr. Mgr. Romanu Procházkovi, Ph.D. za odborné vedení práce. Další velké díky patří Domu duševního zdraví za umožnění přístupu do stacionáře a kontaktování místních pacientů a také paní Mgr. et Mgr. Evě Kovářové za pomoc při získávání respondentů do výzkumu. V neposlední řadě patří velké díky mé rodině, partnerovi a nejbližším přátelům za jejich ochotu pomoc a podporu.

# Obsah

<b>OBSAH</b> .....	<b>4</b>
<b>ÚVOD</b> .....	<b>6</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>8</b>
<b>1 Coping</b> .....	<b>9</b>
1.1 Copingové strategie.....	12
1.2 Přístupy ke copingu.....	14
1.3 Druhy copingových strategií .....	15
1.4 Copingové strategie u jedinců s depresivní poruchou.....	18
<b>2 Depresivní porucha</b> .....	<b>21</b>
2.1 Klinický obraz a symptomatologie .....	22
2.2 Etiopatogeneze a patofyziologie.....	24
2.3 Epidemiologie a prevalence.....	28
2.4 Klasifikace depresivních poruch podle MKN - 10 .....	30
2.5 Možnosti léčby deprese .....	33
<b>VÝZKUMNÁ ČÁST</b> .....	<b>39</b>
<b>3 Výzkumný problém, Cíl a Výzkumné otázky</b> .....	<b>40</b>
3.1 Výzkumné cíle .....	42
3.2 Výzkumné otázky .....	42
<b>4 Metodologický rámec výzkumu</b> .....	<b>43</b>
4.1 Výzkumný soubor.....	43
4.1.1 Metody výběru respondentů .....	44
4.1.2 Charakteristika, popis a průběh získávání respondentů .....	44
4.2 Typ výzkumu .....	46
4.2.1 Aplikovaná metodika a průběh získávání dat.....	47
4.2.2 Metoda zpracování a analýza dat.....	48
4.2.3 Reflexe výzkumníka v návaznosti na zkoumanou problematiku ....	49
<b>5 Etické úskalí výzkumu a způsob jejich řešení</b> .....	<b>51</b>
<b>6 Výsledky</b> .....	<b>52</b>
6.1 Respondent David.....	52
6.2 Respondentka Alena.....	60
6.3 Respondent Tomáš.....	64
6.4 Respondent Petr .....	69
6.5 Respondentka Monika.....	73
6.6 Respondentka Helena.....	78
6.7 Respondentka Lenka .....	83

<b>7</b>	<b>Shrnutí výsledků tématické analýzy .....</b>	<b>90</b>
7.1	Rodinné prostředí.....	90
7.2	Stresující / konfliktní prostředí, dlouhodobá zátěž .....	92
7.3	Citlivost na podněty .....	95
7.4	Opakující se způsoby zvládnání .....	96
7.5	Touha po návratu, zlepšení odolnosti.....	97
<b>8</b>	<b>Shrnutí výsledků výzkumné části práce .....</b>	<b>100</b>
	<b>DISKUZE .....</b>	<b>102</b>
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>109</b>
	<b>SOUHRN .....</b>	<b>111</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY .....</b>	<b>117</b>
	<b>ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE .....</b>	<b>125</b>
	<b>ABSTRACT OF THESIS.....</b>	<b>126</b>
	<b>PŘÍLOHY .....</b>	<b>127</b>

# Úvod

V dnešní uspěchané době je součástí denní rutiny každého člověka určitá forma stresu či zátěžové situace. Pokud se jedná o běžnou intenzitu, která se dá bez větších problémů zvládnout, jedinec ji v mnoha případech ani nezaregistruje nebo se nad ní příliš nepozastaví, protože ji bere jako součást života. Pokud se však nahromadí velké množství stresu v krátkém čase nebo jedinec konstantně po delší dobu žije v prostředí s vysokou psychickou zátěží a případná stresující situace je tak silná, že překračuje absorpční limity, kterými disponuje daný jedinec, je třeba zvážit a následně aplikovat určité mechanismy, které člověku pomohou danou zátěž zvládnout. Tyto mechanismy se nazývají copingové strategie a tato práce se jim bude z velké části věnovat.

To, že nepřiměřená zátěž nebo stresující prostředí může u některých jedinců podpořit nebo přímo vyvolat psychické potíže není novinkou. Proto jsme se zamýšleli nad souvislostí mezi určitým mechanismem zvládnání zátěže a specifickou psychickou poruchou, přičemž máme na mysli depresivní poruchu. Dle aktuálních dat světové zdravotnické organizace za rok 2020 se depresivní porucha drží na předních příčkách celosvětové prevalence, která je aktuálně cca 20 %. Depresivní porucha se řadí mezi nejčastější příčiny krátkodobé i dlouhodobé pracovní neschopnosti či následné invalidity. Depresivní porucha sebou nese široké spektrum symptomů, nejčastějšími bývá pokleslá nálada, ztráta zájmu, úzkost, vnitřní napětí, snížení kognitivních procesů, především paměti, pozornosti a koncentrace, časté bývají také problémy se spánkem. Především proto nám přijde důležité se této problematice věnovat a podpořit ji novými poznatky.

Motivace pro zkoumání zrovna těchto dvou témat byla poháněna přesvědčením o velké souvislosti výše uvedených psychologických fenoménů. Následné uvažování vedlo k otázkám, jaké strategie a jakým způsobem depresivní pacienti zvládají řešit konflikty různě náročného charakteru? Dochází k nějakým změnám při volbě copingových strategií v návaznosti na odlišné období psychického rozpoložení této specifické skupiny lidí? Je možné nalézt jistou podobnost, případně společná témata zátěžových situací skrze příběhy depresivních pacientů? Nad tímto vším se v diplomové práci zamýšlíme, zkoumáme a objasňujeme.

Domníváme se, že díky detailním rozhovorům uvedeným ve výzkumné části je práce obohacena o jedinečné a pestré prožívání, zkušenosti a způsoby zvládnání několika depresivních pacientů, kteří svou ochotou pomohli přispět k hlubšímu pochopení

mechanismů jejich voleb při snaze řešit určité situace. Věříme, že tato práce bude přínosná především pro odbornou veřejnost na poli klinické praxe nebo pro studenty pomáhajících profesí, pro získání komplexnějšího obrazu o této problematice.

# TEORETICKÁ ČÁST



# 1 COPING

Při rešerši literatury zabývající se problematikou zvládnání zátěže nenacházíme jednoznačné definice těchto pojmů a to proto, že jednotliví autoři vycházejí z rozličných teoretických východisek, na jejichž základě stanovují své definice. Pro ujasnění základních pojmů, kterým se tato diplomová práce bude věnovat, jsme zvolili na začátek každé kapitoly zařadit krátké terminologické okénko, které bude objasňovat jednotlivá témata, jimiž se tato práce zabývá.

Samotné slovo coping pochází z anglického „to cope“, což ve volném překladu znamená něco zvládat, vyrovnávat se s něčím, vědět si rady, či umět se vypořádat (Baštecká, 2005). U autorů, jejichž knihy jsou poněkud staršího data, můžeme nalézt rozmanité názory na definici copingu, jako například schopnost zvládnout situaci, která přesahuje síly jedince a míru adaptačních schopností, dále také jako srovnání se situacemi, které nejsou pro jedince běžně zvládnutelné, či neustále se měnící behaviorální a kognitivní tendenci překonávat interní i externí problematické situace. Poměrně originální pohled na coping má Uzel (2008), který jej definuje jako proces ovládnání vnitřních a vnějších faktorů, jež považuje za ohrožující.

Při studiu literatury také narážíme na rozdíl mezi copingem, jako takovým a adaptací. Rozdíl mezi nimi srozumitelně definuje ve své knize Křivohlavý (1994), kdy podle něj lze coping využít za předpokladu mimořádně obtížné situace, oproti tomu adaptace je dle něho vyrovnávání se se situacemi s běžnou zátěží. Podobně na rozdíl mezi copingem a adaptací nahlíží Baumgartnera (2001), který tvrdí, že být adaptován znamená něco jako „být dobře připravený na to, co mě čeká“, jinými slovy adaptaci chápe jako vyrovnávání se se zátěží, která je člověkem hodnocena jako běžná, v normálních mezích a zvládnutelná.

Oproti tomu coping, chápe jako tzv. „zvládnání nadlimitní či nepřiměřené zátěže.“ Co si každý pod nepřiměřenou zátěží představíme a co především tak vnímáme, je zcela subjektivní a na to bychom při posuzování jakékoliv situace neměli zapomínat. Co pro jednoho člověka je banální záležitost, pro druhého může být velice obtížné a od toho se

odvíjí postup, jak se tyto situace daný člověk rozhodne řešit a jak je zvládne. Jak již víme z obecné psychologie a psychologie osobnosti, existují určité předpoklady a genetické faktory, které jsou jedinečné v každé lidské bytosti a dávají nám jisté signály, jak různé situace asi budeme zvládat. Na těchto faktorech se především podílí citlivost, dynamická stránka osobnosti, vzrušivost, věk, pohlaví, aktuální zdravotní stav, ale i prodělané nemoci. Dále také hraje velkou roli výchova, vzdělání a prostředí, ve kterém se jedinec vyvíjel a učil způsoby, jak jednat a chovat se v různých situacích.

Z tohoto hlediska, když posuzujeme konkrétní chování jedince z venku můžeme hovořit o adaptivním či maladaptivním jednání. Důležité si je uvědomit, že jedinec, který se s náročnou situací vypořádává, dělá většinou to, co může a na co má zdroje. Subjektivní chování, které člověk volí jako způsob vyrovnání se se stresem, tak může nést mnoho objektivních rizikových prvků, jako např. negativní vlivy na psychosomatické zdraví jedince. Ten ale i přesto může cítit úlevu, protože se mu podaří snížit úzkost, kterou by pociťoval, kdyby se situaci alespoň nějak dostupnými prostředky nepokusil vyřešit. Proto je coping v podstatě úsilí člověka, které vede ke kontrole, zmírnění či přivyknutí si na ohrožení, které způsobuje stres (Balašíková & Blatný, 2003).

K tomuto se váže pojem malcoping, jehož význam tkví v nebezpečném, riskantním zvládání strategií stresu. Je asi pochopitelné, že stres s negativními dopady je pro člověka nepříjemný a těžko zvladatelný, kdy první, co se daný jedinec snaží dělat, je se jej co nejrychleji zbavit nebo si alespoň od něj ulevit. Způsoby, jakými se lidé snaží nepříjemné situace eliminovat, přivádí na světlo světa metody, které nejsou pro zvládání stresové situace vhodné a jsou označovány zmiňovaným termínem malcoping (Vašina & Strnadová, 2009). Praktickým příkladem je například kouření cigaret, konzumace alkoholu či užívání psychoaktivních látek, které však člověku v konečném důsledku poskytnou jen chvilkové uvolnění. Co ale zůstává reálným dopadem tohoto počínání, je vysoká zdravotní rizikovitost (Kohoutek, 2006).

K tématu strategie zvládání se také vážou obranné mechanismy, které popsala A. Freudová, kterou známe nejen proto, že byla dcerou známého psychoanalytika S. Freuda, ale především díky jejímu přínosu pro psychologii. Obranné mechanismy mají za úkol udržovat rovnováhu lidského vnitřku. Na rozdíl od copingu, potažmo copingových strategií, to jsou procesy, které jsou nevědomé a pomáhají jedinci vyrovnávat se se stresujícími událostmi (Paulík, 2017). Obranné mechanismy se spouští automaticky a nevědomě ve chvíli, kdy jedinec již nemá sílu bojovat s vnitřním konfliktem, či situace

už je pro ego jedince neúnosná. Obranné mechanismy v tu chvíli mají jednoznačný úkol, a to zkreslit nebo alespoň zlehčit realitu. V literatuře jsou ovšem často kritizovány za svou neměnnost a rigiditu a z dlouhodobého hlediska nevhodnost užívání. Už Freud ve svých dílech popsal devět druhů obranných mechanismů, které si nyní představíme:

1. Represe
2. Regrese
3. Sebeobviňující chování
4. Reaktivní výtvor
5. Odčinění chyb
6. Projekce
7. Introjekce
8. Sociální izolace
9. Formování opačných postojů

Anna Freudová následně k výčtu ještě přidala:

10. Identifikaci s agresorem
11. Altruistické sebepodání (sublimace)
12. Popírání (přesun)
13. Intelektualizace (racionalizace)

Momentálně je známo přibližně 40 druhů obranných mechanismů ega (Vašina & Strnadová, 2009). Jiné rozdělení obranných mechanismů nabízí 5 kategorií, které jsou následující:

- Skupina první obsahuje nepřiměřené, přehnaně agresivní až hostilní reakce: Zde například najdeme i identifikaci s agresorem a tyto obranné mechanismy mají tendenci vyvolávat falešný pocit moci, či dominance.
- Skupina druhá obsahuje sebeobviňující reakce, kdy má jedinec tendenci obviňovat vlastní osobu, aby se vyhnul ponižování a kritice vlastní osoby od ostatních.
- Třetí skupina obsahuje projekci a také externalizaci, kdy má jedinec tendenci vinu podsouvat druhým.
- Čtvrtá skupina obsahuje vytěsnění a popírání, kdy má jedinec tendence negativní vlivy do svého vědomí nepustit či zcela eliminovat.

- Pátá skupina obsahuje intelektualizaci a racionalizaci, zde má jedinec tendenci skutečnost prezentovat jinak a odvádět pozornost od konkrétního k obecnému (Chandiramani, 2015)

Předtím, než se přesuneme k další kapitole, což jsou copingové strategie, jež jsou pro tuto práci stěžejní, měli bychom si dovysvětlit pojem copingový styl, který lze chápat jako ustálený vzorec chování a prožívání v situaci, kterou jedinec vyhodnotí jako stresovou či zátěžovou (Lazarus & Folkman, 1984). V užším kontextu jde o směřování jedince reagovat a hodnotit situaci určitým způsobem. Nejčastější dělení copingových stylů je na pasivní a aktivní a jsou určovány spíše osobnostními vlastnostmi a dispozicemi (Paulík, 2017).

## 1.1 Copingové strategie

Každá lidská bytost se rodí s určitým osobnostním vybavením. Je mu dána určitá konstituce, způsob objevování, vnímání světa a temperament. Jedinec rozdílně reaguje na dané situace, například stresové, přičemž někdo se bude bát více a někdo méně, někdo bude bojovat a někdo rovnou uteče. Právě ony způsoby, jak se s těmito situacemi vyrovnávat, se nazývají copingové strategie. Pokaždé, kdy člověk užije copingové strategie v zátěžové situaci si uvědomí, zda daná strategie, kterou použil, byla úspěšná, nebo nikoli (Baštecká, 2005).

V literatuře jsou copingové strategie popisovány jako dílčí možné postupy řešení, které jednotlivci využívají při zvládnutí svých osobních a interpersonálních problémů. Také jim umožňují zvládat nebo minimalizovat emoce, které ze vzniklých problémů pro ně vyplývají (Cummings, Greene & Karraker, 2004). Další autor, který u teoretického nástínu problematiky copingu nesmí chybět, a kterému se budeme detailněji věnovat v následujících kapitolách této práce, byl psycholog R. S. Lazarus, který popsal jednotlivé copingové strategie, jež budou rozvedeny níže. Tyto strategie jsou z jeho pohledu vysvětleny jako možnosti, které jsou uskutečňovány prostřednictvím vnitřních psychických procesů, jež vědomě nebo nevědomě jedinec užívá ke zmírnění nebo odstranění stresu (Janke & Erdmann, 2003). Zvolení zvládacích strategií je dle Křivohlavého (1994) složitý myšlenkový proces, kde hrají majoritní roli vlastnosti jedince, jeho pohled na svět a individuální zhodnocení účinnosti zvolené strategie. Selekcce dané copingové strategie je komplexní proces, na který má vliv celá řada faktorů. Mezi ně patří také kognitivní,

emocionální a volní faktory. Do kognitivního faktoru řadíme zejména myšlení, v tomto kontextu subjektivní zhodnocení situace, rozmyšlení nad možnostmi, plánování a rozhodnutí. V emocionální složce je obsaženo emoční vyrovnání se se situací a ve volním faktoru jakékoliv jednání jedince.

Druhé stěžejní téma této práce, kterému se budeme věnovat v druhé polovině teoretické části je depresivní porucha. Abychom tyto dvě témata na sebe navázali a zjistili vzájemnou spojitost, nabízí se zmínit, že depresivní porucha ovlivňuje právě tři výše zmíněné faktory (kognitivní, emocionální a volní). Z psychopatologie víme, že deprese, mimo jiné symptomy, napadá člověka také formou snížené pozornosti, vnímání i myšlení. Emoce jsou neadekvátní situacím a zasažené jednání člověka tuto nemoc už jenom podtrhuje. Dalo by se tedy usuzovat, že copingové strategie u těchto lidí budou specifické, vzhledem k jejich změněnému subjektivnímu vnímání situace, ovšem to ukáže až výzkumná část.

Co je v rámci depresivní poruchy a copingových strategií významné zmínit, tak fakt, že tito jedinci především zápolí díky tomuto onemocnění s nerozhodností, kdy nad věcmi až příliš dlouho přemýšlí a rozjímají, což při vyvíjeném stresu a tlaku určitou situaci nějak rozřešit, je pro ně mnohdy nadlimitní a často v takovýchto situacích selhávají, což jim už tak na sníženém sebevědomí a sebedůvěře nepřidá. Odborníci, jak z řad lékařů (psychiatrů), tak psychologů, se shodli na tom, že v přístupu, jak s depresí zacházet ve smyslu práce s nerozhodností, je klíč v dobře zvolené strategii, která po malých krůčcích a postupech umožňuje danému jedinci si ji pomalu osvojit, až dojde v ideálním případě k úplné automatizaci. Tyto kroky mohou být například ve stanovení programu dne, pokud jedince čeká větší rozhodování, tak je vhodné si předložit možnosti, alternativní řešení, jejich klady, ale také zápory. Jedinci s depresivní poruchou také často zápolí s nevykonností a nečinností. Aby se tomuto postavili čelem, je vhodnou metodou stanovování si krátkodobých cílů, které na konci dne vždy zhodnotí. Co se týče dlouhodobých cílů, tak ty by si měl jedinec stanovovat tak, aby věděl, že jsou pro něj dosažitelné a budou jej pozitivně motivovat. To samé platí u oblíbených aktivit a práce na sobě, kterou by měl mít jedinec také připravenou v případě, že pocítí, že jej přepadávají depresivní myšlenky (Vašina & Strnadová, 2009).

## 1.2 Přístupy ke copingu

Za dlouhá léta výzkumu copingu se postupem času vykrytalizovaly dva základní přístupy pro chování jedince ve stresové situaci. Jsou to dispoziční a situační přístup. Nyní si je trochu přiblížíme.

- **Dispoziční přístup**

Tento přístup dominoval na začátku 20. století, kdy byl spojován s psychoanalýzou a osobnostními dispozicemi. Vzhledem k tomu, že vychází z předpokladu konstantní preference volby zvládacích strategií, jež jsou voleny na základě osobnostních rysů každého jedince, ovlivňují chování tak, že se projeví jako reakce na stres a jsou nezávislé na čase (Výrost & Slaměnik, 2001).

Na základě psychodynamické interpretace bylo zvládání zátěže spojováno s ego – obrannými mechanismy, které jsme si přiblížili výše (Balaščíková & Blatný, 2003). Zvládání v rámci tohoto přístupu je bráno jako stabilní sklon reagovat na stres určitým způsobem a dále se také předpokládá stálost ve volení strategií zvládání i přesto, že tyto preference se u každého člověka liší. Sice se dle Johna Locka rodíme jako tabula rasa, ovšem co se týče copingových strategií, tak určitou sadou jsme vybaveni odjakživa, záleží jen na tom, kdy se poprvé spustí (Baumgartner, 2001). Na základě výše uvedených informací je pochopitelné, že zkoumání souvislostí mezi osobností a copingem má v psychologii velký výzkumný prostor. První studie například potvrdily vztah mezi vyšší mírou sebeúcty a zvolení strategie zaměřené na problém (Holahan & Moos, 1987) nebo vztah mezi mírou neuroticismu a zvolením strategií zaměřených na emoce (Carver, Scheier & Weintraub, 1989).

- **Transakční (situační) přístup**

Tento přístup na druhou stranu přináší jiný úhel pohledu na to, z čeho pramení chování ve stresové situaci. Jinými slovy, zde se do popředí dostává daná situace, která určuje příčinu jednání. McCrae uvádí 3 typy stresových situací, jejichž spouštěčem může být ohrožení, výzva anebo ztráta, přičemž v tomto případě je minimalizován vliv individuality jedince. (Výrost & Slaměnik, 2001). Pro transakční přístup je stěžejním konceptem transakční teorie Lazaruse a Folkmanové (1986), která zahrnuje i individualitu jedince, a to prostřednictvím kognitivního zhodnocení situace, což ovlivňuje, jakou formu copingové strategie jedinec

v konečném důsledku uplatní. Teorie rozlišuje dva základní typy strategií, které si nyní představíme:

- **Strategie zaměřené na emoce**

Ty si jedinec volí, pokud mu daná situace připadá neřešitelná, bezvýchodná nebo nad jeho možnosti zvládnutí.

- **Strategie zaměřené na řešení problému**

Ty si jedinec volí, pokud je situace vyhodnocena jako zvládnutelná.

### 1.3 Druhy copingových strategií

Při rešerši literatury zjišťujeme, že druhů copingových strategií je několikero a je poněkud matoucí se v nich vyznat. My se v této práci budeme především zaměřovat na ty strategie a jejich dělení, se kterými přišli Lazarus a Folkmanová, ale uvedeme si blíže i jiné druhy zvládacích strategií.

Lazarus (1966) při prvopočátcích zkoumáních rozdělil copingové strategie do několika skupin, které nazval: **strategie vyhnutí se působení podnětu, strategie zaměřená na napadení objektu nebo podnětu, strategie apatie, strategie posilování vlastních zdrojů**. Ve stejném roce ještě popsal další zvládací způsoby, jakými byly **žádost druhých lidí o pomoc nebo radu, vyhledávání informací o dané situaci, přímá akce nebo její zbrzdění a intrapsychické procesy**. Poté své výzkumné síly spojil s Folkmanovou a vznikla jejich první společná studie.

Lazarus a Folkmanová se svou studií přišli v roce 1986 při terapeutické práci s manželskými páry, na jejímž základě objevili 8 faktorů, které mají svou platnost dodnes a využíváme je k překonání stresových situací. Z jejich studie vzešel mimo jiné dotazník Ways of coping questionnaire, který zjišťuje oněch 8 faktorů copingu, jimiž jsou **konfrontační coping, distancování se, sebekontrola, hledání sociální opory, přijímání odpovědnosti, útek, plánování řešení problému a pozitivní přehodnocení**. Z těchto původních faktorů později vplynuly dvě základní kategorie copingových strategií Lazarusovy a Folkmanové studie, které známe a využíváme dodnes. Nyní si je trochu podrobněji přiblížíme.

- **Strategie zaměřené na řešení problém**

Ty spočívají ve snaze změnit nebo vyloučit zdroj stresu tím, že se člověk snaží zvratit nebo alespoň obměnit stresovou situaci prostřednictvím hledání alternativního řešení. Tato snaha nespočívá pouze ve změně externího prostředí, tudíž vnějších podmínek, ale jedinec se snaží zároveň pracovat i s vlastním vnitřním nastavením, jehož změnu je možno pozorovat v chování či očekávání. (Cummings, Greene & Karraker, 2014). Pod touto skupinou strategií najdeme např. hledání informací, převzetí kontroly a zvažování pro a proti. Autoři Janke a Erdman (2003) tvrdí, že u strategií zaměřených na problém se jedinec musí naučit dovednosti jako diferenciacce a generalizace, které vnímají jako velmi důležité pro využití jak v této oblasti, tak zvládnutí dalších různých strategií, protože tvrdí, že si během života osvojujeme celý repertoár copingových strategií. S tímto tvrzením, že lidé užívají více strategií, pracují i výše uvedení autoři Cummings, Greene a Karraker (2014), kteří tvrdí, že zpravidla je užíváno početnější množství strategií, což závisí na věku a zkušenostech.

- **Strategie zaměřené na emoce**

Dle Contrada a Bauma (2011), tkví v práci s emocemi, kdy jde o minimalizaci nebo úplnou redukci negativních emocí, které jsou vyvolávány vnějšími stresory. Podobně vnímá tyto strategie Křivohlavý (2001), který vidí podstatu v řízení nebo změně emocionální odpovědi na stresovou situaci. Zmiňovaná práce s emocemi může mít jak přímý, tak nepřímý charakter, kdy u nepřímé je součástí zpětná změna zhodnocení významu na jedince působeným stresorem, což tvrdí Atkinsonová (1995, in Křivohlavý 2001). U těchto strategií jde především o změnu negativních emocí na úroveň snesitelnou pro daného jedince. Tato skupina strategií je brána jako tzv. pasivní a nalezneme zde např. pozitivní přehodnocení, přijetí viny nebo zodpovědnosti, cvičení sebeovládání, distancování se, vyhýbání se, přerámování stresoru do pozitivního světla (Contrada & Baum, 2011). Další dělení, které v rámci této skupiny strategií přináší Křivohlavý (2001), je na ruminační, rozptylující a vyhýbavé. Pod ruminačními strategiemi nalezneme např. uzavření se do sebe, pod rozptylujícími nalezneme aktivity, které jedinec vykonává proto, že mu jsou příjemné a netýkají se stresové situace, což dává jedinci příjemný pocit, že má vše ve svých rukou. Pod vyhýbavými strategiemi nalezneme zařazená taková chování, které vyvolávají v jedinci příjemné pocity, ovšem v některých aspektech života se tato chování mohou projevovat jako riziková, např. při užívání alkoholu, experimentování s drogami apod. K těmto dvěma skupinám copingových strategií,



se později přiřadila třetí, která začala pracovat s tím, že člověk není jediný, kdo může někoho nebo něco ovlivňovat, popřípadě naopak být sám ovlivňován. Vychází z předpokladu, že vyrůstáme v sociálním prostředí, kde na nás působí nespočet vlivů, a i my se vůči prostředí nějak projevujeme, což má zpětně na něj dopad. Zjednodušeně tedy lze říct, že se do problematiky copingových strategií zařadila nová proměnná, a to sociální vztah.

- **Copingové strategie zaměřené na vztah**

V rámci těchto copingových strategií je jedincovým cílem v období, kdy je vystaven stresu, udržet si vztahy s lidmi jemu blízkými (Coyne & Smith, 1991). Další dělení, se kterým se v této kategorii můžeme setkat je od Contrada a Bauma (2011), kteří přišli s dělením copingových strategií na kognitivní strategie zaměřené na náboženství, kdy se člověk snaží nalézt pomoc v nějaké větší transcendentní síle a kognitivní strategii přerámování, kdy se daný člověk snaží dívat na problém z jiného úhlu pohledu. Na výše uvedené dělení navázalo několik dalších autorů. Jejich vybrané copingové strategie si ještě níže představíme proto větší pochopení a komplexnost celé problematiky strategií zvládnání stresu.

Z teoretických východisek multidimenzionálního modelu rozdělení strategií, byl později vytvořen dotazník COPE, který pracuje s 15 copingovými strategiemi, rozřazenými do 3 skupin, jimiž jsou již výše uvedené strategie zaměřené na emoce, na problém a na maladaptivní.

Jedno z posledních rozdělení, které si v této práci představíme je dle Janke a Erdmann (2003), kteří jej uvádějí následovně:

- **Copingové strategie na základě druhu:** Autoři je dále rozlišují na *akční* a *intrapsychické* způsoby. Pod akčními způsoby můžeme nalézt nečinnost, útek, útok, sociální neotevřenost potažmo izolaci, ale i další komplexní činnosti a jednání, která by měla vést k odstranění zátěže. Do intrapsychických strategiích bylo autory zahrnuto podceňování, odklon, popírání, popřípadě přerámování situace nebo stresového podnětu, ale najdeme zde i kognitivní procesy, kam patří vnímání, myšlení, představy i motivační stavy včetně emočních stavů.
- **Copingové strategie z hlediska, na které se jedinec zaměřuje:** Zde jde především o to, zda se jedinec zaměřuje na *reakci samotnou* nebo na *situaci*. Pokud

se jedná o zaměření se na situaci, týkají se jej reakce jen nepřímo, a proto lze se také setkat s označením jako „zaměřené na stres“ a „zaměřené na stresor“.

Autoři Janke a Erdmann (2003) také tvrdí, že si jedinec osvojuje copingové strategie do určité míry učením, což má pak dopad na zvolení dané zvládací strategie.

V literatuře se také často setkáváme s asi nejjobecnějším rozdělením copingových strategií na tzv. pozitivní a negativní. Mezi pozitivními strategiemi bychom mohli nalézt: podhodnocování, odmítání viny, odklon, náhradní uspokojení, kontrola situace, kontrola reakcí a pozitivní sebeinstrukce. Do negativních strategiích jsou zařazeny únikové tendence, perseverace, rezignace a sebeobviňování. Dvě strategie jsou nezařazené a jedná se o vyhledávání sociální opory a vyhýbání se.

Pro ucelení souboru výše uvedené literatury, které jsme se věnovali na několika předchozích stránkách a stručného ujasnění si rozdílů mezi obrannými reakcemi a copingovými strategiemi uvádím následující tabulku:

Tabulka č. 1: Rozdíly mezi obrannou reakcí a copingovými strategiemi.

Obranné reakce	Zvládací reakce (Copingové strategie)
Obsahují implicitní operace.	Obsahují explicitní operace.
Aktivovány intrapsychicky.	Aktivovány prostředím, okolnostmi.
Obtížněji pozorovatelné.	Snadněji pozorovatelné.
Jedinec si je uvědomuje.	Jedinec je ovládá vůlí.
Determinovány osobnostními rysy.	Determinovány jak osobnostně, tak situačně.
Základem je instinktivní chování.	Základem jsou kognitivní procesy.
Nepředchází zhodnocení situace.	Předchází zhodnocení situace i vlastních možností.
Výsledkem je automatické chování.	Výsledkem je promyšlené chování.

Zdroj: (Paulík, 2010).

## 1.4 Copingové strategie u jedinců s depresivní poruchou

V této kapitole si představíme několik aktuálních výzkumů, jenž se věnují těmto dvěma psychologickým fenoménům a přicházejí s novými poznatky. Výzkumy jsem vybírala především na základě toho, aby byly co nejaktuálnější a věnovaly se podobným výzkumným záměrům, jako tato práce.

První z výzkumů, na který jsem narazila je od Holubové a Praška (2019), kteří uskutečnili průřezovou studii, jež byla zaměřena na zjištění vztahu mezi copingovými strategiemi, závažností poruchy a self-stigmatem u pacientů s depresivním onemocněním,

kteří se léčili ambulantně. Studie obsahovala 81 pacientů s touto poruchou, kteří splnili kritéria ICD-10. Použitými výzkumnými metodami byly SVF-78, ISMI a CGI. Při výzkumu byly zjištěny významné souvislosti mezi copingovými strategiemi a self-stigmatem u této skupiny pacientů, především v tom, že nadužívali negativních copingových strategií, z nichž největší zastoupení měly rezignace a úniková tendence. Pozitivní strategie byly užívány v průměrné frekvenci. Strategie sebeobviňování a rezignace, jenž spadají pod negativní spektrum, zvyšovaly úroveň self – stigma. Pozitivní strategie, především kontrola reakce, podceňování a pozitivní sebeinstrukce měly kladný efekt na snížení úrovně self – stigma. Self – stigma, jako taková vyšla ze studie jako pozitivně korelující s celkovým skóre úrovně závažnosti depresivních symptomů.

Další výzkumnou studií, kterou bych zde ráda zmínila, se zaměřovala na ženy, které trpěly endometriózou. Šlo o španělskou studii, které se zúčastnilo 171 žen. Jako výzkumné metody byly použity dotazníky Brief COPE Depressioninventory, Lipp's Stress Symptom Inventory for Adults a Visual Analogue Scale. Průměrný věk žen byl uveden 35,9 let a 78,8 % z těchto pacientek měly vážné následky tohoto onemocnění, především trpěly velkými bolestmi, neplodností a chronickou bolestí pánve. Co mě v této studii asi nejvíce překvapilo, byl fakt, že 87,1 % žen nikdy neabsolvovalo žádné psychologické vyšetření, či jinou psychologickou pomoc. (González et al., 2018). Cílem studie bylo zjistit, zda zvolené strategie vyrovnávání ovlivňují míru stresu, bolesti a deprese. Větší míra depresivní symptomatologie byla shledána u pacientek, které využívaly jednu nebo více maladaptivních copingových strategií. U těch, kde byla naměřena menší míra stresu se objevovaly copingové strategie zaměřené na problém. Jinými slovy, pokud pacientky využívaly pozitivní copingové strategie, tak se snáze adaptovaly na stres a trpěly menší nebo žádnou mírou depresivní symptomatiky (González et al., 2018).

Japonská průřezová studie, které se zúčastnilo 2559 dospělých jedinců, zjišťovala souvislost mezi stresujícími událostmi a depresivními symptomy. Stresové události byly dopředu zadány a demonstrovány na základě předchozích výzkumů, jenž se zabývaly depresivním onemocněním. Výzkumníci se dotazovali pomocí rozhovoru na prožité stresové události za poslední měsíc a sledovali odpovědi, které byly dopředu stanoveny a respondenti si z uvedených odpovědí vybírali, což nám naznačuje, že se jednalo o strukturovaný rozhovor. Využitá metoda, která zjišťovala míru depresivních symptomů, byla škála Center for Epidemologic Studies Depression scale (Masahiro et al., 2018). Studie měla za cíl zjistit, jak depresivní události a copingové strategie korelují s mírou

depresivních symptomů. Podle očekávání se potvrdil vztah mezi některými zjišťovanými stresovými událostmi a užíváním určitých copingových strategií. Z tohoto zjištění nám plynou poznatky do praxe, a to takové, že je důležité se zaměřovat na prožité stresové situace a způsoby, jakými se je jedinec snaží zvládnout. Mezi příklady stěžejních stresových událostí, které mohou mít silný vztah k depresivním symptomům, patří problémy se sebou samým, onemocnění, manželské problémy, popřípadě rozvod a široké spektrum problémů s interpersonálními vztahy, především neshodami se členy rodiny. Významný vliv se také potvrdil u vyhýbající se strategie, pod kterou patří např. kouření, vyhýbání se akcím aj. Celkově bychom mohli říct, že studie potvrdila, že chování nezaměřené na řešení problémů byly v úzkém vztahu s výskytem depresivních symptomů. Co se týče jednoho z posledních poznatků, tak nebyl potvrzen významný vztah mezi vícenásobně prožitými stresovými událostmi a zvýšenou mírou depresivní symptomatologie. (Masahiro et al., 2018).

Otázkou, zda odlišnost pohlaví v užívání copingových strategií může být prediktorem úzkosti a depresivních symptomů se zabýval výzkum, který si nyní přiblížíme (Kelly et al., 2008).

Výzkum tvořilo 107 probandů, ve věku 18–65 let, kteří splňovali podmínky věku, absolvování klinického rozhovoru kvůli zjištění míry deprese a úzkosti a byli doptáváni na užívání psychofarmak. Ze studie byli vyloučeni respondenti, kteří se současně léčili s jiným klinickým onemocněním a ti, kteří užívali psychofarmaka. Během výzkumu bylo uskutečněno 46 rozhovorů a dalšími využitými metodami byly dotazníky Brief COPE, Inventory of Depressive symptomatology a dotazník úzkosti a úzkostlivosti (STAI) (Kelly et al., 2008). Co se týče výsledků, které tato studie přinesla, tak odlišnosti v pohlaví byly významně spojeny s rozdílností v užívání copingových strategií. Na emoce zaměřené strategie převládaly u žen, u nichž byl také větší výskyt depresivity než u mužů. Významné poznatky byly u mužů zjištěny u strategie pozitivního přerámování, které u nich nebylo ve vztahu k depresi signifikantní. Obdobný výsledek se výzkumníkům projevil u strategie sebeobviňování, což také nekorelovalo s úzkostnou symptomatikou (Kelly et al., 2008).

## 2 DEPRESIVNÍ PORUCHA

Jak už bylo uvedeno, u každé kapitoly se ze začátku věnujeme krátkému terminologickému okénku pro ujasnění základních pojmů, kterým se budou následující odstavce věnovat.

Slovo deprese jako takové je odvozeno od latinského názvu *deprimere*, což ve volném překladu znamená něco jako interní stlačenosť, skleslosť, apatie, sklíčenosť nebo otupělosť. Množství synonym, která se od primárního názvu odvodila, je celá řada, nicméně je na každém z nás, která si osvojíme a dopomohou nám tak k pochopení toho, jakým deprese je onemocněním (Křivohlavý, 2013).

Nyní si nastíníme několik definicí deprese:

Jak uvádí Anders a jeho kolegové (2005), deprese narušuje nejen kvalitu života jedince, ale bezesporu zhoršuje prognózu u somatických onemocnění, není limitována určitým věkem a její četnosť výskytu bohužel stále stoupá.

To, že deprese je komplexní onemocnění potvrzují i následující autoři svými definicemi:

Nákonečný (2003, s. 429) uvádí, že *deprese je stav hluboké sklíčenosti, smutku, pasivity, skleslosti, ztráty zájmu a rezignace a je psychickou poruchou různého původu.*

Praško a jeho kolegové (2015) doplňují, že se jedná o nemoc celého organismu, a ne pouze nálady člověka.

Vágnerová (2012) celý fenomén deprese komplexně shrnuje na několika řádcích následující definice, která říká, že deprese je často se vyskytující psychické onemocnění, které je typické následujícími symptomy: smutnou náladou, ztrátou zájmu o příjemné, předtím oblíbené a často vyhledávané činnosti, pocity viny doprovázené sníženým sebehodnocením, poruchami spánku, nechutenstvím, problémy s pamětí, koncentrací a soustředěním. Dochází k neschopnosti se vyrovnávat s denními stresory. V nejhorším případě toto onemocnění může eskalovat až k sebevraždě.

## 2.1 Klinický obraz a symptomatologie

Nyní si přiblížíme, jak taková deprese ve své podstatě vypadá, čeho si v praxi odborníci všimají a co je pro toto onemocnění v globálním slova smyslu typické.

Jak už bylo popsáno výše v několika definicích, deprese je onemocnění, které napadá podstatnou část funkčního aparátu člověka od emocí až po osobnost. Jednotlivé oblasti si nyní detailněji přiblížíme, abychom měli lepší informace o tom, co se v dané sféře děje.

- **Emoce:**

Poznávacím znakem je dlouhodobá, patologicky skleslá nálada, která je neadekvátní k aktuální životní situaci daného jedince (Laňková & Raboch, 2013). Z dlouhodobého hlediska se málo kdy mění, ale lze pozorovat jemné nuance během dne, kdy u jedné skupiny pacientů se spíše objevuje tzv. „ranní pesima“ během níž dochází k intenzivním úzkostem, obavám a pocitům selhání ze dne, který ještě pro jedince v podstatě ani nezačal. Druhá skupina pacientů prožívá zhoršení stavu spíše večer, přičemž je zde společným jmenovatelem často ztráta blízké osoby (Hoschl, 2004).

Regulační funkce emocí jsou přinejmenším v disharmonii, popř. jsou různě silně narušeny, od čehož se odvíjí samotná závažnost a akutnost jednotlivých epizod. Jedinec nestandardně reaguje na zátěž, stresové situace a celkové prožívání událostí je pozměněno. Doprovodnými symptomy bývá plačtivost, úzkostnost, podrážděnost a také anhedonie čili otupělost emocí, neschopnost se radovat a prožívat pozitivně laděné situace. Tento stav může dojít až do úplné apatie (McKenzie, 2001).

- **Kognitivní funkce:**

Časté bývá narušení myšlení z hlediska automatického negativního uvažování, neadekvátního zobecňování, pesimismus. Jedinec zaujímá negativní postoj vůči své minulosti, přítomnosti i budoucnosti. Utápí se v beznaději, katastrofálních scénářích, z nichž vyvozuje neadekvátní závěry. Myšlenkový tok bývá utlumený a zpomalený, to samé se dá pozorovat u verbálního projevu. Nejběžnějšími symptomy v rámci kognice jsou narušení pozornosti, koncentrace, neschopnost se učit, poruchy paměti a problémy v exekutivních funkcích, především ve schopnostech se rozhodovat (Raboch & Zvolský, 2001).

U těžkých forem deprese se mohou objevit psychotické příznaky, které jsou doprovázeny halucinacemi a bludy, jejichž obsah bývá naplněn pocity viny, hypochondrií, katastroficky laděnými představami apod. (Pidrman, 2004).

- **Chování (jednání):**

Nejobávanější komplikace a rapidní zhoršení stavu je u přítomnosti suicidálních tendencí. Pokud se u daného jedince projeví, je to okamžitý pokyn k hospitalizaci. Jedinec v ten moment vnímá sebevraždu jako jediné řešení své situace a bere ji jako vysvobození z utrpení. Tomu bychom se měli snažit předcházet cílenou léčbou, psychoterapií nebo výše zmíněnou hospitalizací v akutních fázích. Mezi další symptomy, které mají dopad na chování člověka je celkově snížená aktivita, přítomny jsou poruchy spánku různorodého charakteru, ať už insomnie jako taková nebo chronická hyposomie (nespavost) nebo hypersomie (přílišná spavost), mohou být přítomny poruchy volní aktivity, snížení libida, agitovanost, nechutenství aj. (Hosák et al., 2015).

- **Osobnost:**

Jak už bylo několikrát zmíněno, depresivní porucha je komplexní onemocnění, které má dopad na valnou většinu oblastí jedincova života. Osobnost není výjimkou, vzhledem k pestrosti symptomatologie, která se do ní promítá. Nejčastěji se jedinec potýká se sníženým sebepojetím a sebehodnocením, tendencemi k sociální izolaci, jenž mají dopad jak na soukromý, tak veřejný život člověka a na nich závislé vztahy. Člověk se může ocitnout v tzv. existenciální frustraci, kdy má pocit totální ztráty životního smyslu a životní energie. (Vágnerová, 2012).

## 2.2 Etiopatogeneze a patofyziologie

Z patofyziologie víme, že deprese je závislá na snížení dostupnosti serotoninu, popřípadě nonadrenalinu v mozku. Nyní si zmíněné neurotransmitery více přiblížíme.

- **Serotonin:**

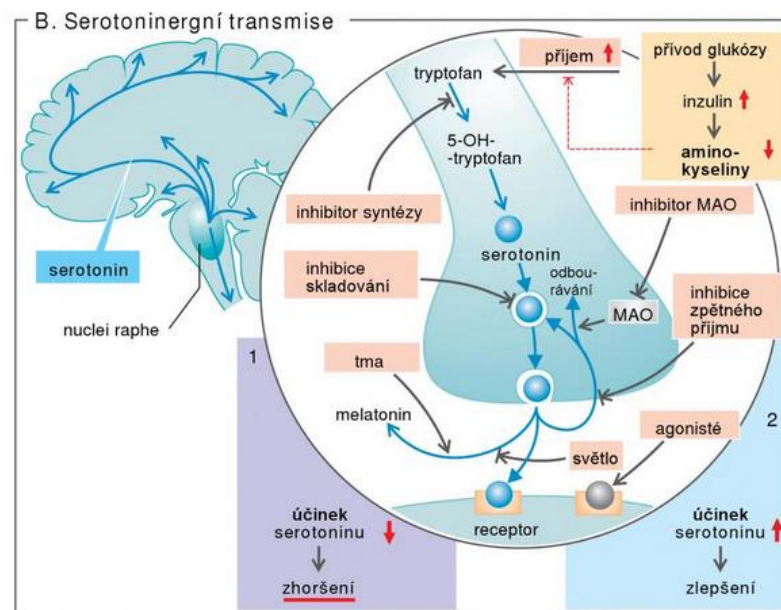
*Je tvořen v neuronech nuclei raphe, jež se projikují do páteřní míchy, mozečku, talamu, hypotalamu, bazálních ganglií, limbického systému a mozkové kůry. Pokud dojde ke snížení jednoho nebo obou neurotransmiterů, usnadňuje to vývoj deprese, a to několika možnými způsoby, k nimž může docházet následovně:*

1. *Geneticky podmíněnou genovou variantou transporteru serotoninu.*
2. *Inhibicí jeho syntézy z tryptofanu.*
3. *Inhibicí vychytávání v presynaptických skladištích.*
4. *Zvýšeným využitím serotoninu přes tvorbu neadekvátního melatoninu (Silbernagl & Lang, 2012, s. 372)*

Naopak antidepressivní účinky má zvýšená (nad)produkce serotoninu, kdy díky stimulaci serotoninových receptorů dochází k těmto účinkům:

5. *Dostupnost tryptofanu může být zvýšena přívodem glukózy.*
6. *Inhibitory monoaminoxidázy (MAO-A) zvyšují dostupnost serotoninu, tak že tlumí jeho odbourávání.*
7. *Světlo tlumí přeměnu serotoninu na melatonin*

Viz. Obrázek č. 1: Mechanismus účinku serotoninu v mozku



Zdroj: Silbernagl & Lang, 2012, s. 372



- **Nonadrenalin:**

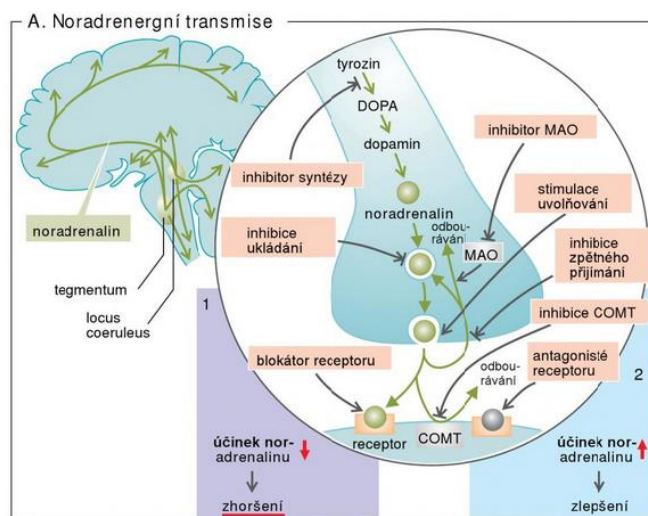
*Se vytváří v neuronech locus coeruleus a tegmenta. Axony z tegmenta směřují především k hypothalamu, přednímu laloku hypofýzy, mozkovému kmeni a míše. Vlákná z locus coeruleus se projikují do páteřní míchy, hypothalamu, talamu, limbického systému a mozkové kůry. Uvolňování a účinek nonadrenalinu na nervových zakončeních mohou být u depresivních jedinců sníženy v důsledku nižšího počtu neuronů v locus coeruleus.*

1. *Syntéza nonadrenalinu z tyrozinu může být snížena inhibitory enzymů.*
2. *Příjem nonadrenalinu v presynaptických zásobárnách může být zablokován.*
3. *Nonadrenalin může být vytěsněn z postsynaptických receptorů.*  
(Silbernagl & Lang, 2012, s. 372)

Stejně jako tomu je u předešlého neurotransmiteru, i u nonadrenalinu může dojít ke zvýšení nasycení, s čím se většinou pracuje při medikamentózní léčbě deprese. Docílit toho můžeme několika způsoby:

4. *Inhibitory monoaminoxidázy A(MAO-A), jež jsou specifické pro nonadrenalin a serotonin, mohou zpomalit odbourávání nonadrenalinu v presynaptických zakončeních, a tím tak zajistit zvýšení dostupnosti.*
5. *Inhibitory katechol-orto-metyl-transferázy (COMT) zpomalují odbourávání nonadrenalinu.*
6. *Amfetaminy zvyšují koncentraci nonadrenalinu, dopaminu a serotoninu inhibicí jejich transportu*

Viz. Obrázek č. 2: Mechanismus účinku nonadrenalinu v mozku



Pro ujasnění a přehlednost si uvedeme tabulku, za co přesně a jak nonadrenalin a serotonin z fyziologického a taky z psychologického hlediska zodpovídají a účinkují.

Tabulka č.2: Účinky neurotransmiterů v mozku

<b>Nonadrenalin:</b>	<b>Nonadrenalin &amp; Serotonin</b>	<b>Serotonin</b>
motivace	nálada	impulzivita
energie	spánek	sexuální aktivita
zájem	úzkost	chuť k jídlu
koncentrace	stres/adaptace	
	bolest	

Zdroj: (Vlček & Fialová, 2010)

Výše jsme si detailně vysvětlili procesy, které probíhají na fyziologické rovině možného mechanismu vzniku depresivního onemocnění, především vlivem dvou nejvíce spojovaných neurotransmiterů s rozvojem depresivního onemocnění. Nesmíme ale opomenout i další neurotransmitery, které hrají významnou roli.

- **Dopamin:**

Jeho roli potvrdilo několik studií na depresivních pacientech, u nichž bylo zjištěno, že v mozkomíšním moku je snížen obsah kyseliny homovanilové (HVA), jenž je hlavním metabolitem dopaminu v CNS. K dalším zjištěním došlo prostřednictvím neurozobrazovacích technik, kdy se potvrdilo, že ligand se méně váže na dopaminový transporter a tímto deficientem synaptického dopaminu nahrává nevyvratitelné roli v depresivním onemocnění (Robinson, 2007).

Hladinu a jejich vliv v případě snížení či zvýšení hlídáme také u acetylcholinu a kyseliny gamaaminomáselné (GABA). Abnormality v neuroendokrinním systému mimo jiné spatřujeme ve zvýšeném vylučování kortizolu v nadledvinkách (Smolík, 2002). Mezi další biologicky významné činitele spadá genetický faktor, jenž potvrzuje dvakrát až třikrát větší riziko propuknutí depresivní poruchy u příbuzných prvního stupně, pokud již v rodinně tímto onemocněním někdo trpí. Zajímavé poznatky byly zjištěny taky díky elektroencefalografii (EEG), kdy u depresivních pacientů, byla potvrzena kratší latence REM fáze (Vlček & Fialová, 2010)

Deprese se často objevuje jako komorbidita u somatických onemocnění. Zde je výčet těch nejčastějších:

- Kardiovaskulární onemocnění
- Chronická angina pectoris

- Onkologické onemocnění, případně jeho recidiva
- Roztroušená skleróza
- Degenerativní neurologické onemocnění (Alzheimerova, Parkinsonova, Huntingtonova choroba)
- Chronická onemocnění a bolesti s nimi spjaté
- Epilepsie
- Cévní mozková příhoda
- Polyneuropatie, akutní, chronické infekce nervového systému
- Migrény a samozřejmě řada dalších  
(Štětkářová & Horáček, 2016)

Abychom však pozornost nevěnovali pouze biologickým mechanismům příčin vzniku deprese, na následujících několika řádcích přesměrujeme naši pozornost také k psychologickým vlivům, míněno temperamentové vlastnosti, rysy a charakter jedince, sociálním vlivům, prostředí a predispozicím (Štětkářová & Horáček, 2016)

Hypersenzitivita a vulnerabilita, jsou jedny z predispozic, jenž mají na rozvoj depresivní poruchy markantní vliv. Pokud jedinec prochází nějakým složitým životním obdobím krátkodobého či dlouhodobého a zároveň velmi stresujícího charakteru a disponuje těmito predispozicemi, může pro něj zvládnání těchto situací být náročnější. Zmíněnými situacemi je zde myšleno:

- Ovdovění nebo jakákoliv ztráta blízké, milované osoby
- Rozvod, popř. jiná forma rozpadu rodiny
- Fyzické týrání a sexuální zneužívání
- Významně nepříznivé životní události různorodého charakteru
- Zneužívání návykových látek
- Sociální izolace
- Poporodní období a menopauza
- Stresující nebo jinak vyhrocená náplň práce, škola,
- Živelné a jiné katastrofy  
(Vlček & Fialová, 2010)

## 2.3 Epidemiologie a prevalence

Mám „depku“ nebo „jsem v depresi“, ať už od sebe samých nebo okolí slycháváme celkem často a člověk tak lehce nabude dojmu, že tzv. „depku“ má každý druhý člověk. Rádi bychom v této práci uvedli, že tomu tak není, ale oficiální čísla se bohužel až tak od tohoto běžného tvrzení neliší.

Depresivní porucha je jednou z nejčastěji se vyskytujících onemocnění v dospělé populaci, jenž významně zvyšuje morbiditu a mortalitu, a je také jednou z nejčastěji diagnostikovaných duševních poruch, které postihují 5–20 % populace, tedy téměř její pětinu. (Maříková, 2013). Co se týče celoživotní prevalence z hlediska pohlaví, tak u žen se pohybuje mezi 10–25 %, u mužů je procentuální zastoupení poněkud nižší, a to mezi 5–12 %. U psychosomatických pacientů je výskyt deprese ještě o něco frekventovanější, přičemž pacientů s těžkou formou deprese, u kterých je riziko suicidality nejvyšší, je v populaci přes 10 % (Raudenská & Javůrková, 2011). Z hlediska nejruznějších somatických chorob a jejich inklinaci ke komorbiditě s depresivní poruchou, stojí za zmínku především kardiovaskulární a cerebrovaskulární onemocnění, jež mají prevalenci mezi 14–27 %, u Alzheimerovy choroby je tomu mezi 30–50 %. Obézní lidé trpí depresemi až z 20–30 %, a jinak tomu není ani u chronických bolestí, kde se depresivní onemocnění objevuje až z 30–54 % (Raboch, 2006).

Obecnými tvrzeními, napříč nejruznějšími zdroji, jsou z hlediska epidemiologie a prevalence fakta taková, že ženy trpí depresivním onemocněním častěji než muži, vyšší sklon a predispozici mají lidé s genetickou zátěží, především, pokud je to potvrzeno v anamnéze primární rodiny, u příbuzných prvního řádu. Každoročně světová zdravotnická organizace (World Health Organization) zveřejňuje aktualizovaná fakta a data o depresivním onemocnění, které momentálně patří mezi nejčastější důvody krátkodobé či dlouhodobé invalidity a zdravotní indispozice, jako takové. Poslední zveřejněná čísla uvádějí 264 milionů lidí celosvětově, kteří tímto onemocněním trpí a 800 tisíc z nich po rozhodnutí spáchat sebevraždu zemře. Světová zdravotnická organizace (World Health Organization, 2020), také neúnavně informuje o tom, že od roku 2005 výskyt depresivního onemocnění exponenciálně roste a apeluje tím tak jak na laickou, tak i odbornou veřejnost, aby toto onemocnění nebrala na lehkou váhu a v případě nutnosti vyhledala kvalifikovanou odbornou pomoc, a ta, aby se výzkumu tohoto onemocnění důkladněji věnovala a přinášela tak nové poznatky.

Henzlerová (2017), uvádí, že Evropané tvoří až 12 % z celosvětové populace, jenž trpí depresemi, přičemž v České republice je takto diagnostikován každý 20. obyvatel. Další cenné informace o tom, jak si naše republika vedla z hlediska psychiatrické péče za rok 2018, nám poskytl sborník výkazů Ústavu zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS, 2019). Celkový počet provedených ambulantních vyšetření a ošetření na odděleních a pracovištích psychiatrie v roce 2018 činil 2 969 tisíc, což bylo o necelé 2 % více, než v předešlém roce 2017. Ke shodě s uplynulými roky došlo především v četnosti návštěvy a potřeby vyhledat psychiatrickou či psychologickou pomoc u žen, kdy jejich podíl se dlouhodobě pohybuje okolo 60 %. Co se týče procentuálního zastoupení jednotlivých diagnostikovaných poruch, tak se oproti minulým létům nic moc nezměnilo a na první pozici se opět dostaly neurotické poruchy s 40 % a afektivní poruchy s 18 %. Z porovnání počtu pacientů z hlediska pohlaví jasně vidíme, že ženy se s neurotickými, afektivními a organickými duševními poruchami potýkají častěji než muži, a to až z 68 %, resp. 63 % z celkového počtu pacientů (ÚZIS, 2019).

Z hlediska nutnosti hospitalizace se neurotické, stresové a somatoforní poruchy pohybovaly okolo 17 %, tj. 9747 hospitalizací z celkového počtu a po propuštění trvalou ambulantní péči potřebovalo 64 % pacientů s tímto druhem diagnózy. Kraj s největším počtem psychiatricky hospitalizovaných pacientů na 100 tisíc obyvatel, byl pro rok 2018 kraj Moravskoslezský s 642 případy, za ním se umístila Praha s 639 případy a v neposlední řadě kraj Olomoucký s 618 případy (ÚZIS, 2019).

Nově přiznaných invalidních důchodů 1. až 3. stupně bylo celkem 2793 (1.stupně), kdy nejčastější diagnózy u žen byly F30-39 (afektivní poruchy) a F40-48, F50-59 (neurotické poruchy) tvořily víc jak tři čtvrtiny všech invalidních důchodů. U mužů nejčastěji diagnostikovanými poruchami byly diagnózy z řad F70-79 (mentální retardace) a F20-29 (schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy). Invalidní důchody druhého stupně byly početně zastoupeny 757 případy, přičemž u obou pohlaví byly nejčetnějšími diagnostickými skupinami F20-29 a F30-39. Poslední z invalidních důchodů, jenž se u nás přiznává, je tzv. 3. stupeň, který byl nově uznán 1233 osobám s psychiatrickou diagnózou F00-99, nicméně skupiny, které se opět nejčastěji opakovaly byly už nám dobře známé F20-29 a F30-39 (ÚZIS, 2019).

## 2.4 Klasifikace depresivních poruch podle MKN - 10

Vzhledem k tomu, že se tato diplomová práce zaměřuje na pacienty s diagnózou depresivní poruchy, přišlo nám vhodné pro ujasnění a přehlednost nezahlcovat tuto práci veškerou psychiatrickou klasifikací, která je zahrnuta ve skupinách (F30-F39), které se zabývají **afektivními poruchami**, ale vybrat jen ty, které mají společného jmenovatele, a tím je depresivní symptomatika. Pro účely a zaměření této práce se omezíme pouze na kategorie v rámci 10. revize mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10), které se týkají naší oblasti zájmu, potažmo korespondují s diagnózami pacientů zařazených ve výzkumném souboru.

Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN), vznikla již v 19. století z tzv. mezinárodního seznamu příčin smrti. Postupem času se jeho název změnil až do podoby, kterou nese nyní. Tento dokument měl a má za cíl shromažďovat informace o nemocích a třídit je do různých kategorií podle určitých kritérií. Nejnovější desátá revize mezinárodní klasifikace nemocí (dále pouze MKN-10) je dílem a spoluprací několika odborníků, mezinárodních konferencí a odborných komisí, které zaštiťuje světová zdravotnická organizace (World Health Organization, 2020)

- **Depresivní fáze**

Jak už bylo zmíněno výše, depresivní fáze spadá pod afektivní poruchy a v této kategorii ji nalezneme pod identifikačním číslem (F32). Aby bylo jedinci toto onemocnění diagnostikováno, musí být splněna následující diagnostická kritéria. U nemocného je patrná zhoršená nálada, úbytek energie a celkové aktivity. Osobní zájmy nebo společenská zábava již pro jedince není atraktivní a schopnost koncentrace je také ochromena. Co se týče tělesné výdrže a aktivity, tak je patrné, že se i po sebemenší fyzické aktivitě dostavuje únava, objevují se poruchy spánku a nechutenství. Dopad této nemoci se však netýká pouze fyzických symptomů, ale i těch psychických. Jedincovo sebehodnocení a sebedůvěra rapidně klesá, přítomny jsou často pocity viny a beznaděje. Pokleslá nálada se v čase nemění a je konstantní minimálně 14 dní. Somatické projevy deprese jsou nejhorší ráno, člověk je psychomotoricky zpomalený i několik hodin. Symptom ztráty chuti k jídlu se na venek projevuje poměrně rychle, vzhledem k viditelnému úbytku hmotnosti, propadlým tvářím a nezdravé barvě. Mohou se objevit problémy i v intimním životě, v důsledku ztráty libida (World Health Organization, 2020)

Podtypy depresivní fáze dělíme podle její závažnosti na **lehkou depresivní fázi** (F32.0), **středně těžkou** (F32.1), **těžkou depresivní fázi bez psychotických příznaků** (F32.2) a **také s nimi** (F32.3). A ještě zde řadíme i **jiné depresivní fáze** (F32.8) a **depresivní fáze NS** (F32.9) (ÚZIS, 2020).

- **Periodická (rekurentní) depresivní porucha**

Tento druh depresivní poruchy řadíme do stejné kategorie, jako výše uvedenou, pod identifikační číslo (F33) a je diagnostikována v případě, že dochází k opakovaným depresivním epizodám, bez přítomnosti samostatných fází mánie. Kdyby totiž byla v anamnéze obsažena, jednalo by se o bipolární poruchu (F31) a muselo by dojít ke korekci diagnózy. K subjektivnímu pocitu zlepšení nálady může dojít pouze ve formě lehce zvýšené nálady a aktivity (hypománie), většinou bezprostředně po depresivní fázi, ke které dochází vlivem nasazení antidepresiv. Těžší formy periodické depresivní poruchy mají poměrně hodně společného s konceptem maniodepresivity, melancholie a endogenní deprese. Rekurentní depresivní porucha není limitována věkem a může mít jak náhlý, tak pozvolný nástup. Trvání se pohybuje od několika týdnů až do X měsíců (World Health Organization, 2020)

Podtypy periodické (rekurentní) depresivní poruchy jsou následující. **Periodická depresivní porucha, současná fáze lehká** (F33.0), **středně těžká** (F33.1), **těžká bez psychotických symptomů** (F33.2) a **s psychotickými symptomy** (F33.3), a dále zde patří taky **periodická depresivní porucha, v současné době v remisi** (F33.4), **jiné** (F33.8) a **NS rekurentní depresivní poruchy** (F33.9) (ÚZIS, 2020).

- **Perzistentní afektivní poruchy (poruchy nálady)**

Tyto poruchy jsou typické kolísajícími náladami, které však nejeví klinicky tak těžký průběh, aby u nich mohlo dojít k označení hypomanické nebo lehké depresivní fáze.

Máme tím na mysli především tzv. **Cyklotymii** (F34.0), u které jsou přítomny, jak fáze deprese, tak lehké mánie, ale ani jedno období není natolik závažné, aby mohla být diagnostikována buď bipolární afektivní porucha nebo periodická depresivní porucha. Největší predispozici k této poruše nálady mají lidé s rodinnou zátěží bipolární poruchy v anamnéze. **Dystymie** (F34.1) musí splňovat podmínky dlouhodobé až chronicky zhoršené nálady, která může přetrvávat až několik let, nicméně její průběh není až tak

těžký, aby splňovala kritéria pro určení periodické depresivní poruchy, jako adekvátní diagnózy (ÚZIS, 2020).

- **Ostatní poruchy s depresivní symptomatikou**

Zde si pro dokreslení a doplnění informací o tom, jaké další poruchy mají depresivní symptomatiku, uvedeme několik z nich.

V rámci stejné kategorie afektivních poruch stojí za zmínku podkategorie s identifikačním číslem (F38) tzv. jiné afektivní poruchy, které nemohou být zařazeny do skupin (F30-F34), vzhledem k nedostatečnosti některých kritérií, která musí být splněna. Řeč je především o **smíšené afektivní poruše** (F38.0) a o **periodicky krátké depresivní fázi** (F38.1).

Z kategorie (F20-F29) schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy nás zajímá především **postschizofrenní deprese** (F20.4), kdy depresivní stav, který má tendenci přetrvávat, se objevuje jako dozvuk schizofrenie a je u něj větší riziko sebevražedného chování. Dále v této kategorii nesmíme opomenout **schizoafektivní poruchu depresivního typu** (F25.1), při které jsou oba symptomy výrazné, čímž znemožňují se přiklonit pouze k jedné nebo druhé diagnóze.

V kategorii neurotických, stresových a somatoformních poruchách (F40-48) je ve středu zájmu **smíšená úzkostná a depresivní porucha** (F41.2), která je podobná ve svém průběhu schizoafektivní poruše v tom, že jsou přítomny oba symptomy úzkosti i depresivity víceméně ve stejné míře.

Co se týče **poruch chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a v dospívání** (F90-F98), zajímá nás **smíšená porucha chování a emocí, depresivní porucha chování** (F92.0), která se vyznačuje kombinací poruch chování a trvale poměrně výraznou depresí.

V neposlední řadě nám chybí uvést kategorii nesoucí název **syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory** (F50-F59), podkategorie **lehké duševní poruchy a poruchy chování v souvislosti s šestinedělním nezařazené jinde** (F53.0), jmenovitě **postnatální deprese** a **poporodní deprese** (WHO, 2018).

Deprese se může objevit i jako vedlejší účinek a komplikace u **farmakologické léčby**. Většinou jde o vliv na metabolismus některého z mediátorů v centrálním nervovém



systemu (CNS), čímž máme na mysli především nonadrenalin a serotonin. Některé léčiva mají vysoké procento depresogenního účinku, jako je tomu například u antihypertenziv, kardiovaskulárních léčiv, hormonálních kontraceptiv, kortikostereoidů, analgetik, benzodiazepinů, protinádorové léčby, některých antibiotik, antiparkinsonik a antiulcerózních látek (Krombholz, 2008). Co se týče spojitosti deprese a farmakologické léčby, hodí se zde ještě uvést tzv. **rezistentní depresivní poruchu**. Tím je míněn fakt, že nedošlo k odpovědi na léčbu, i když byly nasazeny dva adekvátní druhy antidepresiv z různých skupin. Rezistenci dělíme do pěti skupin, podle toho na kolik a na jaké antidepresiva jedinec nereaguje (Češková, 2006).

Doprovodné depresivní stavy má i mnoho organických poruch, jako například **organická (afektivní) porucha nálady (F06.3)**, jenž se řadí mezi organické duševní poruchy včetně symptomatických (F00-F09), kdy je prokazatelné morfologickými změnami poškození mozku, jako je tomu u zánětu CNS, atrofie nebo hypoxie vlivem sekundárního poškození mozku. Lze zde zařadit i tzv. neurčenou demenci senilního typu, respektive depresivního podtypu (F03) (ÚZIS, 2020).

Komorbiditu s depresivními stavy můžeme očekávat u velkého množství somatických onemocnění a závažných diagnóz, ať už jako reakce a doprovodný stav na nepříznivé oznámení o zdravotním stavu nebo se může rozvinout během náročné, dlouhotrvající léčby, popřípadě jako prohlubující se psychický stav a aktuální rozpoložení při negativní prognóze, či terminálním stadiu.

## 2.5 Možnosti léčby deprese

Správné léčbě depresivního onemocnění předchází důkladné psychiatrické a/nebo psychologické vyšetření, které odhalí typ a závažnost dané poruchy, v našem případě deprese. Většinou tomu je však tak, že s depresivním pacientem se nejprve setkává v ordinaci praktický lékař, který by měl rozpoznat příznaky a pokud uzná za vhodné, že jeho vyšetřovací metody jsou dostačující, může napsat farmakologickou léčbu sám. Pokud si ovšem diagnózou není jistý, měl by vypsát pacientovi žádanku nebo mu doporučit vyšetření buď u psychiatra nebo klinického psychologa, kde se pacient dovyšetří a jeho diagnóza se buď potvrdí nebo vyvrátí (Laňková & Raboch, 2013)

V diferenciální diagnostice nám napomáhá mezinárodní klasifikace nemocí MKN – 10, kde jsou přítomny kritéria, která musí být u depresivního onemocnění splněna dvěma

hlavními a dvěma vedlejšími symptomy. Těmto kritériím jsme se již v této práci věnovali, především v kapitole klasifikace deprese podle MKN-10. Další důležitá diagnostická informace je uložena v délce trvání těchto symptomů, kdy je pro nás alarmující období 14 dní a více. Důležitá je také detekce somatických a psychotických příznaků, suicidálních tendencí, přítomností mánie a zjištění či vyloučení jiných somatických onemocnění, kde deprese může být přítomna jako komorbidita, nebo jako důsledek jiných psychiatrických diagnóz (Laňková & Raboch, 2013).

Při léčbě jako takové bychom se v první řadě měli snažit navázat s pacientem kontakt, ulevit mu od příznaků a snížit riziko suicidality. Poté ho vhodnými léčebnými prostředky přivést do stabilizovaného stavu, ve kterém se ho snažíme udržet až do fáze, kdy je opět schopný návratu jak do pracovního, tak osobního života. Cílem léčby je jedince udržet ve stabilizovaném stavu bez propadů do relapsů a recidiv. Za úspěšnou léčbu můžeme považovat, pokud je pacient v tzv. remisi (Pidrman, 2004). Naším cílem jako odborníků by mělo být zvýšení úspěšnosti léčby, čehož dosáhneme kombinací biologické léčby a psychoterapie, protože ta má z dlouhodobého hlediska nejlepší výsledky. Aby však došlo opravdu k adekvátní volbě, musí být diferenciální diagnostika provedena opravdu precizně tak, abychom pacientovi mohli poskytnout v ideálním případě tzv. léčbu na míru a maximalizovali tak naději na úspěch (Bouček et al., 2006).

K úspěšné léčbě máme k dispozici celou řadu posuzovacích stupnic, které můžeme využít pro dokreslení anamnestických údajů. I když tato práce nevyužívá kvantitativních metod a vzhledem k tomu, že výzkumná část je postavena na kvalitativním sběru dat, uvedeme zde několik metod, jenž se při diagnostice depresivní poruchy používají. Jsou jimi například Beckova stupnice deprese (BDI), Hamiltonova posuzovací stupnice deprese (HAM-D) nebo Zungova stupnice deprese (SDS). U starších osob se hojně využívá Geriatrická škála deprese (GDS) a u dětské klientely zase posuzovací škála dětské depresivity (CDI). Co se týče osobnostních inventářů, často odborníci sahají po Minnesotském multifázovém osobnostním inventáři (MMPI) (Svoboda, 2013). Jádro a podstatnou většinu anamnézy ale shromažďujeme pomocí rozhovoru a pozorování. Daný odborník, jenž vyšetřuje pacienta se ptá na informace mapující náladu, výkonnost jedince, schopnost koncentrace, změny v oblasti spánku, chuti k jídlu či sexuální apetence. Zjišťuje přítomnost jiných psychiatrických onemocnění v rodině a celkově rodinnou anamnézu důkladně prošetřuje. Jedna z projektivních metod, která dominuje při diagnostice depresivní poruchy je Rorschachův test (Laňková & Raboch, 2013).

Při léčbě deprese jako takové se odborníci nejčastěji přiklánějí ke kombinaci biologické léčby a psychoterapie. Při lehkých formách deprese je adekvátní léčebnou metodou psychoterapie, ovšem pokud máme před sebou pacienta s těžší nebo těžkou formou deprese, je třeba k psychoterapii přidat léčbu biologickou, čímž myslíme nejčastěji farmakoterapii ve formě antidepresiv. Vzhledem k tomu, že každý pacient reaguje na léčbu rozdílně, může se stát, že odezva na psychoterapii i na antidepresiva nebude předpokládána. V takovém případě, pokud pacient nereaguje adekvátně na dvě rozdílná, za sebou aplikovaná antidepresiva a psychoterapie mu přihorší, mluvíme o tzv. rezistentní depresivní poruše. K této komplikaci dochází častěji u pacientů, kteří mají zkušenosti s vícero epizodami těžšího charakteru a suicidálními pokusy (Kautzky et al., 2018). V takovém případě se snažíme pacientovi nabídnout jinou alternativu léčby a hledáme možnosti jak jedinci pomoc.

- **Biologická léčba**

Biologickou léčbou míníme především farmakoterapii, která je při snaze pomoci depresivním pacientům volbou lékařů číslo jedna, potažmo dva. Valná většina léčiv, která se na léčbu deprese používají, se nazývají antidepresiva. Je to souhrnný pojem pro široké spektrum farmak, jejichž druhy si nastíníme níže. Obecně o antidepresivech platí, že cílí a ovlivňují patologicky smutnou náladu. Na fyziologické úrovni působí na neurotransmitery v mozku, především tedy serotonin, dopamin a nonadrenalin. Obrazně řečeno mají za cíl nastolit neurohormonální rovnováhu tam, kde je disbalance. Dále v obecné rovině o antidepresivech platí, že je důležitá jejich správná volba, dávkování a délka podávání (Anders, 2005).

Průběh léčby antidepresivy lze rozdělit do pomyslných tří fází, přičemž první fáze je akutní, která se pohybuje okolo 6-12 týdnů a cílí na vymizení symptomů. V druhé fázi, jde o systematické pokračování v léčbě s cílem minimalizovat relapsy v časovém horizontu 4–9 měsíců. Ve třetí, závěrečné fázi nám jde především o udržení pacienta ve stabilizovaném stavu po dobu, pokud možno co nejdelší, aby se zamezilo recidivám a pacient zůstal v remisi. Tato profylaktická fáze se pohybuje v horizontu několika let, možná však je i celoživotní léčba (Praško & Prašková, 2006).

Antidepresiva rozlišujeme podle několika aspektů, jimiž je pořadí generace, chemická struktura a mechanismus účinku. Díky tomuto širokému spektru výběru má psychiatr možnost naordinovat pacientovi lék, který mu bude opravdu vyhovovat,

s minimem vedlejších účinků a s pozitivní odpovědí na psychický stav jedince (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015).

V rámci medikace depresivních poruch se hojně využívá antidepresiv ze skupiny SSRI neboli také selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu, které nalezneme ve skupině třetí generace. Jejich funkce tkví v tom, že účinkují na dysfunkční serotoninergní neurotransmitterový systém a blokují tak zpětné vychytávání serotoninu ze synaptických štěrbin. Poslední dobou se však rozmáhá i preskripce antidepresiv SNRI ze čtvrté generace, což jsou inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a nonadrenalinu, které působí jak na dysfunkční serotoninergní, ale zároveň i noradrenergní neurotransmitterový systém. Na vyšší účinnost této skupiny léčiv a propojenost obou systémů ukazuje i několik studií (Fujáková & Kopeček, 2012). Pokud jsou u pacienta přítomny i jiné symptomy, které vyžadují zaléčení, je možno přistoupit k medikamentům jako jsou anxiolytika, antipsychotika, hypnotika a další.

V rámci léčby depresivních poruch více či méně invazivními metodami se u nás využívá elektrokonvulzivní terapie (ECT, pro veřejnost známá jako tzv. „elektrošoky“), dále zde stojí za zmínku repetitivní transkraniální magnetická stimulace (rTMS), která využívá magnetického pole ke stimulaci nervových buněk v mozku tím, že v něm indukuje proudy, jenž zvyšují aktivitu neuronů pod cívkou (Ustohal, 2010). Dalšími metodami jsou například spánková deprivace, léčba jasným světlem, hluboká mozková stimulace a mezi nejinvazivnější se stále řadí psychochirurgie (Albrecht, 2014).

- **Psychoterapie**

Psychoterapie jako taková a její dílčí metody by se v přístupech, jak léčit depresivní poruchu měly objevovat mezi možnostmi první volby, stejně jako tomu je u farmakoterapie. Z praxe je znám fakt, že některé formy depresivního onemocnění, především ty méně závažné až mírné, preferují a dobře reagují na aplikaci psychoterapie, jako adekvátní léčebné metody. To, zda je psychoterapie u daného pacienta účinná si odpovědný odborník může kontrolovat pomyslnými milníky, kdy po uběhlé době 6-8 týdnů nebo nemožnosti dosažení remise je na zvážení, zda nepřišel čas přistoupit i k medikaci antidepresivy. Psychoterapie jako taková zastává důležitou úlohu jak v léčbě depresivního onemocnění, tak i jiných psychických poruch, nicméně studie z posledních let potvrzují, že nejlepších výsledků je u depresí dosahováno především právě kombinací farmakoterapie a psychoterapie (Praško, Bulíková & Sigmundová, 2009).

Bazické rozdělení psychoterapie je na podpůrnou a specifickou. Podpůrná terapie se pacientovi dostává v případě základních a aktuálních potíží, kdy psycholog nebo i ošetřující lékař cílí na zmobilizování aktuálních zdrojů a počáteční orientaci v možnostech řešení dané situace. Ošetřující odborník se pacientovi snaží empaticky naslouchat, projevit porozumění a laskavost v tíživé situaci, ale také neopomenout a nasměrovat jej k informacím o jeho onemocnění a léčbě s tím spojené. V případě přejití na specifický typ psychoterapie se pacientovi dostává již cílená léčba, která se pohybuje ve standardním rozsahu dvanácti až šestnácti týdnů a funguje na principu krátkodobějších, více či méně systematicky strukturovaných postupech. Specifické druhy psychoterapie může pacientovi poskytnout pouze klinický psycholog, psychiatr či vyškolený lékař nebo psychoterapeut v určitém, jasně zaměřeném druhu terapie. Nejčastěji užívané metody psychoterapie při léčbě deprese jsou kognitivně behaviorální terapie (KBT), psychodynamická terapie nebo interpersonální terapie. Forma psychoterapie může být individuální, skupinová, manželská nebo rodinná. (Raboch & Červený, 2018)

Jak už bylo zmíněno výše, jednou z nejvyužívanějších a nejvíce účinných psychoterapeutických metod v rámci léčby deprese je kognitivně behaviorální terapie, známá také jako tzv. KBT. Tento způsob cílí na pacientovo maladaptivní myšlení, jenž je důvodem jedincova negativního uvažování, sebeponižování, nízkého sebevědomí, sebedoceňování a sebehodnocení. Snaha terapeuta spočívá v tom, že se snaží jedince nasměrovat na pozitivní myšlení různými technikami identifikace problému a negativních myšlenek a cílí tak na jejich změnu. Selfmonitoring má za cíl u pacienta vzbudit zodpovědnost za pozorování své nálady a zaznamenávat případný progres směrem k pozitivnější náladě ovlivněné různými aktivitami, které pacientovi dělají radost. KBT přístup se zaměřuje spíše na práci se symptomy, nejde příliš do hloubky pacientovy psychiky. Za úspěšnou kognitivně behaviorální terapii se považuje stav, kdy dojde k nápravě tzv. kognitivní triády, čímž je myšleno negativní myšlení, maladaptivní vzorce jak k samotné jedincově osobě, tak okolnímu světu a budoucnu. Jedinec tak v ideálním případě odchází s poklesem nebo téměř vymizelými depresivními příznaky, vyšším sebedůvěrou, která mu dodává sílu a sebejistotu, že přítomné nebo případně nově nastalé situace jsou řešitelné a zvládnutelné (Mor & Haran, 2009).

Psychodynamická terapie má v léčbě deprese také své místo. Zaměřuje se na hloubkový důvod pacientova onemocnění, který hledá především v dětství. V terapii jde tudíž především o uvědomění si hluboko uložených frustrací a konfliktů, které je potřeba

zpracovat k dosažení zlepšení nebo rovnou vyřešení opakujících se nepříznivých situací, kterých je pacient středobodem. Směřuje k dosažení nadhledu a uvědomění si svého podílu na problematické situaci, ve které se jedinec ocitá a je důvodem nebo přihoršuje jeho psychický stav. V psychodynamice se využívá metod jako přenos a protipřenos, identifikace obranných mechanismů, prožití emoční zkušenosti a další (Bouček, 2006).

V rámci interpersonální psychoterapie se do popředí zájmu dostává pacientův aktuální sociální život, ve kterém jsou patrné jisté problematické sekce. Během terapie se však dostáváme i do náročných pasáží jedincova dětství a v něm problematických interpersonálních vztahů, které mohou přispívat k aktuální nepohodě a těžkostem pacienta. Terapeut je pozorný vůči změnám rolí nebo sociální izolaci, kterou jedinec může vyhledávat, přičemž technikami, jakými jsou diskuse o změnách, nácvik komunikačních dovedností, hraní rolí, edukace nebo emocionální abreakce se snaží docílit tíženého léčebného efektu, kterým je především zlepšení jedince v jeho interpersonálním fungování (Weissman & Klerman, 2015).

# VÝZKUMNÁ ČÁST

### 3 VÝZKUMNÝ PROBLÉM, CÍL A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Hlavním tématem této diplomové práce je vývoj copingových strategií u jedinců s depresivní poruchou. Jak už jsme si předestřeli v teoretické části, tato dvě psychologická témata spolu velmi úzce souvisí. V kapitole copingových strategií jsme si blíže uvedli, že těmito způsoby zvládnání disponuje každý z nás, ovšem velmi různorodě. Výběr copingových strategií je složitý myšlenkový proces, který je podmíněn několika faktory, jež konečný samotný výběr velmi ovlivňují. To, aby daný jedinec nějakou zátěžovou situací uměl nebo se alespoň pokusil vhodnými strategiemi vyřešit, jde v ruku v ruce s jeho celkovým osobnostním nastavením, psychickým stavem a predispozicemi. To, jak výběr copingových strategií funguje, je poměrně detailně popsáno v příslušných kapitolách této práce. Co nás však zajímá a je podstatné si připomenout, je fakt, že druhé významné téma této práce je depresivní porucha. Ta ve své nejjednodušší podobě ovlivňuje kognitivní, emocionální a volní chování jedince, jenž tímto onemocněním trpí. Tato informace byla pro nás jednou z nejzákladnějších, proč jsme se rozhodli toto téma zvolit a zkoumat. Zahltili nás otázky typu: Proč pacientů s depresivní poruchou přibývá, mají nebo nemají tyto pacienti něco společného, jaké jsou nejčastější oblasti, kde selhávají, proč si v jistých situacích nedokážou poradit nebo pomoc a upadají do negativních myšlenek, tam kde by si ostatní jedinci věděli rady, mají depresivní symptomy u této specifické skupiny pacientů něco společného, dá se z toho něco vyvodit?

V návaznosti na vnitřní monolog, týkající se fascinace těmito psychologickými fenomény a motivací jim více porozumět, se zrodila myšlenka prozkoumat tyto sféry prostřednictvím diplomové práce na několika depresivních pacientech.

Jak už bylo naznačeno, zaměření a cíl práce se zabývá vývojem copingových strategií u jedinců s depresivní poruchou v remisi. Objektem našeho zájmu jsou tedy depresivní pacienti, jejich subjektivní pohled na to, jak zvládali, zvládají a zvládat budou více či méně zátěžové situace, kterým každý z nich čelil, čelí a čelit bude. Oblasti našeho zájmu jsou jak náročnější situace delšího časového charakteru, tak výzvy, překážky,



povinnosti či běžné situace, které se vynořují na denní bázi v životě každého z nás. Fundamentálním cílem, stanoveným pro tuto diplomovou práci bylo retrospektivně odhalit a zmapovat změnu jedincových copingových strategií v průběhu času. Čili jsme se snažili prostřednictvím rozhovorů, které jsme s respondenty absolvovali zjistit, na základě výše uvedených oblastí zájmu, jak na jednotlivé oblasti nahlíželi před reálným propuknutím nemoci, během aktivní léčby a nyní ve stabilizovaném stavu. Zda jsou si vědomi toho, jak fungovali předtím a nyní? Zda subjektivně vnímají nějaké změny či nikoliv.

Vzhledem k velmi rozmanitému a individuálnímu pojetí každé zkušenosti jednotlivého respondenta a z toho plynoucí neadekvátnosti je zobecňovat na větší populaci, jsme se rozhodli na základě definování výzkumného problému zvolit, jako způsob zpracování dat kvalitativní druh výzkumu. Zaměření výzkumné části kvalitativním směrem nám oblasti subjektivních zkušeností pacientů s depresivní poruchou umožnilo prozkoumat z celistvějšího a hloubkového pohledu. Za velmi stěžejní také považujeme možnost se s probandy osobně setkat a samotné rozhovory obohatit o pozorování a interakci. Během samotných rozhovorů se autorka práce snažila zaměřit na individuální zkušenost, náhled a názor každého respondenta na jeho způsoby zvládání určitých situací. Cílem práce není tyto způsoby, popř. copingové strategie hodnotit, nýbrž je zmapovat a prostřednictvím subjektivního pohledu každého respondenta odhalit, popsat a pojmenovat (případně zařadit do výše uvedené klasifikace v teoretické části práce).

### 3.1 Výzkumné cíle

- Prozkoumat, jaké strategie a jakým způsobem respondenti zvládají řešit konflikty a situace různě náročného charakteru.
- Prozkoumat příběhy respondentů z hlediska potenciaálně udaných změn v oblasti volby copingových strategií v návaznosti na různá období psychického stavu jedince - (před rozvojem deprese, během léčby a nyní ve stabilizovaném stavu).
- Prozkoumat možnou souvislost mezi specifickými copingovými strategiemi a depresivní poruchou.
- Identifikovat společná témata respondentů.

### 3.2 Výzkumné otázky

V návaznosti na popis výzkumného problému a definování výzkumných cílů, jsme se pokusili formulovat výzkumné otázky, které oblast zájmu a zkoumaných fenoménů ještě více přibližují a jádro rozhovoru lépe objasňují.

#### **Výzkumné otázky jsou následující:**

- Jaké copingové strategie pacienti s depresivní poruchou používají?
- Je pravda, že u jedinců s depresivní poruchou převládá výběr tzv. negativních strategií a strategií zaměřených na emoce?
- Vnímají pacienti s depresivní poruchou rozdíl mezi svým způsobem zvládnání určité zátěžové situace a jinými lidmi (zde je myšleno zdravé jedince v jejich okolí)?
- Vnímají respondenti souvislost mezi vývojem, případně změnou svého způsobu zvládnání situací a u nich rozvinutou depresivní poruchou?
- Došlo ke změně copingových strategií s ohledem na různá přelomová období (před rozvojem, během léčby a nyní ve stabilizovaném stavu) v příběhu jedince?

## 4 METODOLOGICKÝ RÁMEC VÝZKUMU

Vzhledem k výběru tématu a s ohledem na jeho náročnost a obsáhlost, byl zvolen **kvalitativní přístup**, jenž výzkumníkovi umožňuje se každému respondentovi delší dobu věnovat a proniknout tak do zkoumaných témat v hlubším a širším kontextu (Miovský, 2009).

Zvolení tohoto druhu přístupu umožnilo detailně prodiskutovat respondentův pohled na věc, jeho zkušenost, názor na daná témata, zamyšlení nad vlastní sebereflexí a díky několika předem připraveným otázkám, jedince navést k jádru zkoumaného fenoménu a vyburcovat v něm, tak potřebu prozkoumat vlastní způsoby a interpretovat své zkušenosti. Proto, že spojení těchto dvou témat se jeví, jako na první pohled složitý konstrukt, aby nedocházelo k příliš obšírnému rozhovoru a odklonu od témat, muselo docházet k poměrně velkému doptávání a rozvíjení načatých témat, tudíž se kvalitativní přístup se svými možnostmi projevil, jako nejlepší volba. Stěžejní výhodou, kterou kvalitativní typ výzkumu přináší, je především možnost zkoumat daný fenomén v přirozeném prostředí s ohledem na kontext. To dává dostatečný prostor, nejen respondentovi se obšírně vyjádřit o daných tématech, ale také výzkumníkovi porozumět a poznat, v co nejcelistvějším kontextu respondentovu zkušenost.

### 4.1 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvořili z obecného hlediska pacienti s depresivní poruchou, kteří splňovali následující kritéria:

- Byla jim diagnostikována depresivní porucha
- Byli ve stabilizovaném stavu (v remisi), případně docházeli ambulantně
- Pohybovali se ve věkovém rozmezí od 18-65 let
- Nedisponovali žádnou jinou duální diagnózou, především psychotického spektra

Vzhledem k tomu, že v tomto výzkumu jde hlavně o porozumění a odhalení specifických způsobů zvládnání zátěžových situací jedinců s depresivní poruchou, došlo ke stanovení aspoň několika kritérií, díky kterým byl výzkumný soubor vymezený určitými mantinely a mohlo tak dojít k určité primární selekci. Mezi nejdůležitější výše uvedená kritéria by se dala považovat především nepřítomnost psychotických projevů a stabilizovaný stav pacienta, a to především proto, že výzkum byl postavený na poměrně časově náročných rozhovorech, kde bylo vyžadováno plné zapojení a přítomnost pacienta, na což bychom se u psychotických jedinců spolehnout nemohli.

#### **4.1.1 Metody výběru respondentů**

V diplomové práci bylo využito nepravděpodobnostních metod výběru výzkumného souboru, což jde v ruku v ruce s celkovým zaměřením této práce kvalitativním směrem, jenž s těmito metodami výběru pracuje. Nepravděpodobnostní metody výběru nejsou až tak striktně definovány a jsou typické tím, že hranice mezi jednotlivými metodami se mnohdy i prolínají nebo jsou velmi úzké spjaty (Miovský, 2006). **Metoda záměrného výběru** byla v této práci zvolena především proto, že umožnila cílené vyhledávání respondentů do výzkumu na základě nějaké vlastnosti a **metoda záměrného výzkumu přes instituci** čas, potřebný pro nalezení adekvátního výzkumného vzorku ještě více zpřístupnila, vzhledem k tomu, že požadovaná skupina respondentů je poměrně specifická a větší pravděpodobnost výskytu těchto lidí je např. v nemocnicích, ambulancích, poliklinikách aj. Ke kontaktování a získání dostatečného počtu námi požadovaných respondentů se v rámci této práce využilo také **metody samovýběru**, která funguje na principu samostatného aktivního zájmu ze strany daného jedince zúčastnit se výzkumu. Potencionální respondent se výzkumníkovi ozve na základě inzerátu nebo prostřednictvím jiné platformy, kde jej předtím zaregistroval, a kterou výzkumník zvolí k vystavení nebo vyvěšení své žádosti (Šucha, Charvát & Řehan).

#### **4.1.2 Charakteristika, popis a průběh získávání respondentů**

Za účelem prvotního kontaktu s potencionálními zájemci o účast ve výzkumu, byl vytvořen „leták“ se základními informacemi o výzkumu, nutných kritériích pro možnost vstupu a kontaktní údaje na výzkumníka, viz příloha č. 2 Tyto letáky byly vytištěny do několika desítek kopií a systematicky ponechávány v prostorech nemocnic, ambulancí lékařů a klinických psychologů v Moravskoslezském kraji, především tedy na Ostravsku.

Tato zvolená strategie hledání potencionálních respondentů koresponduje jak s metodou záměrného výzkumu přes instituci, tak s metodu samovýběru. Vzhledem k časové náročnosti, nejistému výsledku a úspěchu z hlediska počtu respondentů, kteří by se potencionálně mohli do výzkumu přihlásit, jsme se rozhodli přistoupit k cílenému obvolávání vybraných ordinací klinických psychologů a psychiatrických denních stacionářů, kde buď na základě ponechání potřebných informací jsme měli příslibenou spolupráci a kontakt od vhodných pacientů, kterým by tuto informaci o našem probíhajícím výzkumu předal sám ošetřující lékař nebo psycholog a pacient by podle svého uvážení do výzkumu buď vstoupil anebo ne. Tato výše uvedená anabáze probíhala od října do ledna (2019/2020). Co se týče kontaktování psychiatrických denních stacionářů, největší odezva a příslib slibné spolupráce přišel od denního stacionáře provozovaným pod záštitou Domu duševního zdraví v Ostravě – Porubě, kdy po telefonickém rozhovoru s vrchní sestrou pí. Hlinovskou, jsme se domluvily nejenom na možnost ponechání „informačních a náborových letáků“ do výzkumu v prostorech domu duševního zdraví, ale i na možnosti přímého kontaktování pacientů během jedné z jejich dopoledních aktivit ve stacionáři. Tuto velkorysou nabídku jsme si samozřejmě nemohli nechat ujít, tudíž po doladění termínu došlo k navštívení stacionáře a přímého kontaktování pacientů během ranní rozcvičky.

Nábor pacientů probíhal tak, že autorka práce před pacienty během jejich ranní rozcvičky předstoupila, představila se, podala základní údaje o výzkumu, které však již předtím mohli obdržet a s výzkumem se alespoň minimálně seznámit díky ponechání „náborových letáků“ ve stacionáři. Nicméně dodatečné otázky a detailnější informace, co výzkum obnáší a jak bude probíhat, jež pacienty zajímalo, zodpověděla. Následně byl ponechán čas na rozmyšlenou, kdy pacienti obdrželi kontakt na autorku práce a v případě zájmu o účast ve výzkumu se měli jak a komu ozvat. K našemu překvapení se již několik pacientů dobrovolně přihlásilo a mělo o vstup do výzkumu zájem hned během naší návštěvy ve stacionáři. Od těchto pacientů si autorka práce vzala kontakt a v následujících týdnech došlo buď k telefonické nebo e-mailové komunikaci a poté domluvě, doladění místa a času zrealizování rozhovoru s daným pacientem. Tento způsob získávání respondentů byl velmi efektivní vzhledem k tomu, že jeho prostřednictvím bylo získáno **sedm účastníků**.

Několik respondentů se nám podařilo získat, respektive nás sami kontaktovali prostřednictvím informace o našem probíhajícím výzkumu, které jim podal/a jejich

ošetřující lékař/ka (psychiatr/ička) nebo klinický/á psycholog/žka, ke které/mu v té době docházeli. S těmito lidmi došlo k prvnímu kontaktu během hovoru přes mobilní telefon, kdy došlo k seznámení, ujasnění základních informací a zodpovězení otázek, které respondenti potřebovali znát dříve, než se definitivně rozhodli našeho výzkumu zúčastnit. Tento způsob získávání respondentů nebyl tak efektivní, jako výše uvedená metoda záměrného výzkumu přes instituci, nicméně i tak se nám potencionální zájemci ozvali, přičemž došlo k navázání kontaktu s 3 potencionálními zájemci a účastníky výzkumu.

„Náborový leták“ byl umístěn také na několika internetových platformách – Facebook, Instagram, nicméně tato metoda pro nás nebyla směrodatná, vzhledem k tomu, že se nám na jejím základě žádní respondenti neozvali.

Dohromady se nám podařilo navázat kontakt s 10 potencionálními zájemci, nicméně finální počet respondentů, kteří nejenom souhlasili se vstupem do výzkumu, ale i se jej aktivně zúčastnili a poskytli rozhovor, bylo nakonec **sedm**. Těmto osobám byl poskytnut a předám informovaný souhlas, viz. příloha č. 1, kde měli veškeré nutné informace o průběhu výzkumu ve stručnosti uvedeny, ujištění, že výzkum je anonymní a mohou se z něj kdykoliv i bez udání důvodu odhlásit, což souvisí s nástinem informací o jejich právech. Informovaný souhlas tak pokud s ním souhlasili, podepsali a tento dokument byl u každého respondenta archivován.

Drtivá většina respondentů zakomponovaná do výzkumu pocházela, jak již bylo uvedeno výše z denního stacionáře – Domu duševního zdraví a jeden respondent pocházel z ambulance klinického psychologa z nemocnice Agel – Ostrava Vítkovice. Samotné rozhovory probíhaly během ledna a února 2020.

## 4.2 Typ výzkumu

Jak jsme již krátce uvedli výše, pro tuto diplomovou práci vzhledem ke zkoumaným fenoménům a snaze zachytit tíženou informaci v co nejširším kontextu, jsme se rozhodli pro kvalitativní typ výzkumu. Pod tímto typem výzkumu nalezneme další druhy a metody, které lze pro daný výzkum realizovaný v rámci diplomové práce zvolit a je třeba se zamyslet nad jeho adekvátností a dle dostupných informací vybrat ten správný pro danou práci. V našem případě byla zvolena interpretativní fenomenologická analýza, známá také pod zkratkou IPA. Tuto metodu jsme zvolili především pro její velký potenciál porozumět žité zkušenosti respondenta. Umožňuje proniknout do subjektivní zkušenosti

daného člověka a lépe tak pochopit hloubku jejich významu, kterou pro něj mohou mít. Dalším významným bodem při volbě metody IPA byl fakt, že vychází z fenomenologie a podněcuje idiografický přístup, v němž jsou výzkumníkovy poznatky, zkušenosti i domněnky hodnotnými zdroji pro pozdější interpretaci získaných dat. Nesmíme však opomenout, že musí být jasně znatelné, co je sdílená zkušenost respondenta a co již interpretace výzkumníka (Čermák et al., 2013). IPA je považována za velmi kreativní přístup, který poskytuje dostatečný prostor pro svobodný výzkumný proces, jež je vhodnou platformou pro popsání a interpretování respondentovy zkušenosti, která je středem naší pozornosti, z níž se snažíme pochopit význam, který jí je přisuzován. (Smith, 2011). Jádrem fenomenologického přístupu, respektive metodu IPA dobře popsal na následujících několika řádcích Smith (2004, in Čermák, 2013, s.10) „*Výzkumník v perspektivě IPA tedy fenomenologicky prozkoumává zkušenost konkrétního člověka z jeho perspektivy a zároveň si uvědomuje, že v tomto porozumění hraje ústřední roli také výzkumníkova zkušenost a jeho pohled na svět, stejně jako interakce mezi ním a participantem. Otevřeně tak přiznává, že jeho osobní přesvědčení, postoje a interpretace jsou nezbytné k tomu, aby vůbec mohl porozumět žité zkušenosti jiného člověka.*“

Poslední výše uvedenou větou plynule navazujeme na fakt, že vzhledem k mé osobní zkušenosti s tématem si zde dovolím konstatovat, že mi může pomoci lépe proniknout a pochopit respondentovu sdílenou zkušenost a její význam, který pro něj představuje.

IPA, jako taková umožňuje, pokud jsou získaná data velmi bohatá a obšírná prezentovat je formou tzv. **případové studie**. Díky této formě, tak nejsou data ochuzena o detailní informace, které mohou nést stěžejní informaci v poznání daného fenoménu (Smith, 2004). V návaznosti na sesbíraná data se v této práci přikloníme k jejich interpretaci, právě onou formou případových studií.

#### **4.2.1 Aplikovaná metodika a průběh získávání dat**

Pro získání kvalitativních dat byl využit polostrukturovaný rozhovor. Tento typ je dle Miovského (2006) jeden z nejrozšířenějších a nejčastěji využívaných podob interview především proto, že s ním není spojeno tolik dilemat a nedostatků, jako je tomu u strukturovaného či naopak nestrukturovaného rozhovoru. Zásadní je vytvoření určitého schématu průběhu rozhovoru, v němž figuruje základní baterie otázek, kterou si výzkumník pro respondenty přichystal. Tyto otázky se však mohou libovolně měnit,

nemusí být jejich pořadí striktně dodržováno, z čehož vyplývá, že rozhovor se přizpůsobuje respondentovi tak, aby získané informace byly co nejvíce srozumitelné, obsáhlé a smysluplné. Výzkumník má navíc dovoleno klást mimo jiné i doplňující a ujišťující se otázky, aby sdílené informace dokázal postihnout v co nejcelistvější formě, což je pro porozumění něčí individuální zkušeností klíčové.

Během telefonické komunikace bylo respondentům nabídnuto místo možného zrealizování rozhovorů, popřípadě si místo konání volili sami a bylo jim v tomto ohledu vyhověno. Pět účastníků výzkumu využilo nabízené možnosti, což byly zajištěné prostory v jedné z budov Filozofické fakulty, Ostravské univerzity. Díky této velkorysé nabídce průběh rozhovorů nebyl ničím a nikým rušen, neutrální prostředí, diskrétnost, anonymita a zároveň příjemné prostředí tímto bylo respondentům poskytnuto. Zbývající dva respondenti upřednostnili místo setkání na základě vlastních preferencí a časových či flexibilních možností. Jeden rozhovor se uskutečnil v místě bydliště a druhý v kavárně.

Časová náročnost rozhovorů byla individuální, nicméně v průměru se pohybovaly okolo hodiny až hodiny a půl. Nejkratší rozhovor trval dle záznamu 53 minut, nejdelší 129 minut. Na začátku každého rozhovoru byl položen dotaz, zda souhlasí s tím, že by byly rozhovory zaznamenávány na diktafon v telefonu, důvody byly uvedeny na pravou míru a s tím i ujištění, jak s nahranými soubory bude dále nakládáno. Opět byla připomenuta anonymita po celou dobu výzkumu a také jejich právo kdykoliv odstoupit. Všichni účastníci výzkumu byli ujištěni, že pokud jim některé otázky budou nepříjemné nebo z jakýchkoliv důvodů na ně nebudou chtít odpovídat, je to v pořádku. Než se samotný rozhovor dostal k jádru věci, pro navození příjemné atmosféry jsme se zpočátku snažili vytvořit bezpečné prostředí a navázaný kontakt upevnit přirozenou lidskou konverzací, během které se respondenti měli možnost uvolnit. Poté, se ve vhodný okamžik konverzace nasměrovala určitým směrem, aby vedla k tíženým tématům a nezodpovězeným informacím. Na závěr rozhovoru jsme každému účastníkovi poděkovali za jeho zájem, čas a ochotu sdílet jeho příběh. Předali jsme malou pozornost, popřáli jim do budoucna jen to nejlepší a rozloučili se.

#### **4.2.2 Metoda zpracování a analýza dat**

Postup práce byl takový, že nahrané rozhovory na diktafon byly doslovně přepsány. Poté několikrát pročitány, byla provedena selekce prvního řádu, což znamenalo odstranit různé přeroky, pauzy apod., čehož se respondenti dopouštěli. Dále byly přepsané



rozhovory pročitány znovu, text byl doplněn o poznámky s myšlenkami, které se vynořovaly zkoumáním a čtením textu. Následně byl text podroben analýze a došlo k otevřenému kódování na základě společných fenoménů, zkušeností respondentů a informací uložených v příslušných větách a výrocích respondentů. K těm jsme přiřadili určitý název, kategorii, kód. V textu jsou tyto pasáže označeny **tučným písmem**. V neposlední řadě došlo k opětovnému kódování, ovšem v tomto případě jsme spojovali témata vzešlá z analýzy textu do tematických celků zachycujících zkušenosti a prožívání našich respondentů. Získaná data jsme podrobili analýze a výsledky prezentovali pomocí jednotlivých případových studií. Ty jsou rozděleny do několika tematických okruhů a na závěr je uvedena i krátká interpretace výzkumníka.

### **4.2.3 Reflexe výzkumníka v návaznosti na zkoumanou problematiku**

Problematika deprese je velmi aktuální a všude přítomný fenomén, jak z hlediska věkového rozložení společnosti, tak úrovně vzdělanosti napříč jakýmkoliv oborem. V dnešní uspěchané, výkonově orientované době, kdy se pracovní nasazení člověka začíná výrazně podobat naprogramovanému stroji a hodnota lidského zdraví, jak fyzického, tak psychického je podceňovaná, není se čemu divit, že statistické údaje chrlí data s informacemi o vzrůstající depresivní symptomatice, psychických problémech širokého spektra, suicidálních pokusech, pracovní neschopnosti, zvyšující se poptávce a potřebě po specializované odborné zdravotní péči aj. O to víc mě nenechává klidnou fakt, o kolika případech se odborná veřejnost a příslušné organizace ani nedozví a lidé procházející akutní depresivní fází či s depresivní symptomatikou bojují sami již nějakou dobu a pro nedostatek informací, strachu, či nedostatečnou kapacitu odborné péče jim není poskytnuta či se o ní nedozví včas. I s takovýmito informacemi se naše společnost potýká a výsledek tohoto bludného kruhu je nespočet závažných neléčených depresivních stavů končících bohužel dokončeným suicidem, které již nejde vzít zpět...

Problematika deprese je mé osobě poměrně blízká, a proto jsem se jí chtěla blíže věnovat prostřednictvím této diplomové práce. V návaznosti na mou budoucí odbornou profilaci jsou depresivní poruchy či neurotické poruchy obecně něco, čemu bych se ráda věnovala, a proto jsem v rámci studia využívala možností odborných klinických praxí na nejrozličnějších somatických či přímo psychiatrických odděleních zdravotnických zařízení.

V práci s touto specifickou skupinou pacientů vidím smysl a obecně mi je klinický směr psychologie nejbliže.

Spojení depresivní problematiky s copingovými strategiemi mi přijde jako dobrá volba především z hlediska preventivního potenciálu a zakomponování do jinak zajetých léčebných kolejí. Během akutní fáze deprese je postiženo několik oblastí lidské psychiky tzv. depresivní triáda. Pokud bychom systematictější práci poznali jedincovy zvládací mechanismy a upevňovali jejich sílu a stabilitu, minimálně z hlediska snížené budoucí citlivosti na stresory, větší odolnosti vůči zátěži a samotné snížené predispozici k recidivě, bychom jistě přispěli.

I přes neutichající nárůst depresivních poruch je toto onemocnění stále podceňováno, symptomy bagatelizovány a lidé trpící tímto onemocněním mnohdy bráni za přecitlivělé, líné a slabé jedince... Chtěla bych prostřednictvím této práce uvést dezinformace na pravou míru, že je tomu právě naopak. Lidé trpící tímto onemocněním, jež si uvědomí, že potřebují pomoc a také ji vyhledají, tak projeví sílu proti tomuto zákeřnému neviditelnému onemocnění bojovat, a i když jsou jim v prvotních akutních fázích zcela paralyzováni, zaujmou zodpovědný postoj vůči vlastnímu zdraví a využijí maximum nabízené pomoci.

Z tohoto ohledu je práce s depresivními pacienty neskutečně zajímavá, motivující, obohacující a s trochou nadsázky šokující vzhledem k tomu, že síla a potenciál lidského ducha je opravdu nepředvídatelný.

## 5 ETICKÉ ÚSKALÍ VÝZKUMU A ZPŮSOB JEJICH ŘEŠENÍ

Etické úskalí kvalitativního výzkumu jsme se rozhodli ošetřit informovaným souhlasem, podaným každému účastníkovi našeho výzkumu, který s jeho výroky souhlasil tak, že jej svou vlastnoruční parafou podepsal a projevil tak souhlas s uvedenými informacemi a potvrdil tím účast ve výzkumu. Informovaný souhlas obsahoval základní informace, jak o samotném výzkumu, tak kontaktní údaje na autora a zároveň výzkumníka práce. Tyto kontaktní údaje mohli respondenti využít při potřebě kontaktovat a dodat výzkumníkovi dodatečně nějaké informace, či projevíli zájem o zaslání hotové verze diplomové práce. Dále obsahoval nezbytné informace o průběhu výzkumu, znovu jsme uvedli, že výzkum je zcela dobrovolný a respondent se může kdykoliv, bez udání důvodu rozhodnout z výzkumu odstoupit a my to budeme respektovat. Na pokládané otázky respondent také odpovídá dle svého uvážení, a pokud bychom se dotazovali na něco nepříjemného či zavádějícího, má plné právo se k věci nevyjadřovat. Informace získané během rozhovorů jsou důvěrné a podléhají mlčenlivosti. Také jsme účastníky ujistili, že výzkum je zcela anonymní a případné údaje pro lepší orientaci a rekonstrukci v kapitole výsledků, výzkumné části práce, budou změněny.

V rámci informovaného souhlasu jsme účastníkům představili možnost nahrávání rozhovorů na diktafon. S touto pomůckou nikdo z respondentů neprojevil nesouhlas, naopak všichni zúčastnění vyjádřili podporu.

Plné znění informovaného souhlasu předkládaného účastníkům výzkumu je uvedeno v příloze č. 1

## 6 VÝSLEDKY

Výsledky výzkumné části práce budou nejprve prezentovány po jednotlivých respondentech čili formou případových studií. Abychom se v příběhu lépe zorientovali a sdělované informace dávaly smysl a měly celostní charakter, obsah rozhovoru jsme rozčlenili do několika oddílů, které na sebe logicky navazují. První okruh se týká individuální zkušenosti každého respondenta s depresivním onemocněním, druhý okruh se týká demonstrováných situací a jejich zvládnání, třetí okruh se týká zaznamenané změny a respondentovy sebereflexe obecně, čtvrtý a poslední okruh je věnovaný krátké interpretaci a reflexi výzkumníka k jednotlivým případům. V každém okruhu jsou významné kódy, které se nám vynořily z analýzy textu zvýrazněny **tučně**.

V další části jsou výsledky prezentovány na základě společných a významných témat, které vzešly z analýzy, a které jsme vyhodnotili a také zaznamenali, jako společný jmenovatel a také stěžejní oblast skrze všechny uvedené příběhy.

Také jména respondentů a určité velmi výrazné znaky, které by mohly narušit případnou anonymitu daného jedince byly pozměněny.

Jednotlivé okruhy zmiňované v analýze jsou tedy:

1. Deprese: osobní příběh
2. Situace a jejich zvládnání
3. Zaznamenané změny a sebereflexe respondenta
4. Krátká interpretace výzkumníka

### 6.1 Respondent David

#### Deprese: osobní příběh

Davidova zkušenost s depresivním onemocněním začíná **poměrně nenápadně** mírnými symptomy, jako **úbytek energie**, **zvýšená únava**, nedostatečný a **nekvalitní spánek**, který se postupem času změnil na nemožnost usnout až úplnou **insomnií**, kdy respondent uvádí, že pociťoval nemožnost usnout celých 14 dní. Do toho Davida čekala

**velká životní událost** – svatba. Před tou se však udála jistá **emočně vypjatá a stresující situace**, která byla **spouštěčem** depresivního ladění a následného **propadu** respondenta, jak se posléze z příběhu dozvídáme. Vzhledem k **náročnému zaměstnání**, které David ve zdravotnictví vykonává, se jeho nevyspání rychle projevilo a **vyčerpání organismu** na sebe nenechalo dlouho čekat. První velké zhroucení přišlo zanedlouho. „...*I když pracuji ve zdravotnictví, tak jsem vůbec nevěděl, co to je, co se semnou děje. Pak jsem začal tušit, že to nebude nic fyzického ve smyslu somatické diagnózy, ale nějaké depresivní projevy až úzkosti spíše.*“ David i přes své znalosti a dostatečnou škálu symptomů, které se u něj v té době objevovaly z **počátku** svoje problémy **bagatelizoval** a **nechtěl** tomu **věřit**, nicméně tím, že se situace nelepšila, ale spíše zhoršovala, začal vyhledávat informace, aby tomu, co se s ním děje přišel na kloub, i když od lékařů neměl nic potvrzené. Problémy se spánkem se však **stupňovaly** a došly až do stádia, kdy se David **zhroutil** v práci a tento okamžik popisuje takto: „*Už jsem cítil na sobě, že se složím v práci...a fakt jsem se složil...protože jsem nemohl spát*“. „*to bylo nejhorší nemohl jsem spát*“... „*spal*“ *jsem jen tak povrchně ne v tom hlubokém spánku. Nepomáhaly ani prášky na spaní, které jsem si pak už ke konci, před tím zhroucením v práci musel brát, ty vůbec... Tehdy jsi uvědomil, že potřebuji pomoci.*“ Po tomto **pracovním incidentu** už David na nic nečekal a objednal se k **psychiatrovi** a započala u něj léčba. Byla nasazena adekvátní **medikace** a po sléze začal docházet i na **psychoterapie**, kam chodí doposud. Nejhorší byly pro Davida **začátky** především, když začal **brát léky**, to se subjektivně cítil ještě **hůře**, než když nic nebral. Byl v tu dobu sice na **nemocenské**, takže nejhorší stavy **protrpěl** doma, jenže než začaly léky **pomalou účinkovat**, tak uběhlo několik týdnů. David byl nemocí zpočátku zcela **paralyzován**, ovlivňovalo mu to **myšlení, intelekt**, měl problémy s **pamětí a pozorností**. „*Nejhorší bylo, když jsem začal ty antidepressiva vůbec brát – to bylo ještě horší ten můj stav, to jsem se ještě zhoršil. První měsíc – hrůza, až potom to začalo být o něco snesitelnější. Byl jsem však na nemocenské pač jsem nemohl fungovat – nemůžete spát, nemůžete myslet – v hlavě vám to ovlivňuje intelekt a myšlení a připadáte s úplně dementní. Nedokážete se soustředit úplně na banální věci. Byl jsem z toho hrozně frustrovaný a bál jsem se, aby se to ještě někdy vrátilo do normálu*“. Davida naštěstí ani v nejakutnějších fázích nepřepadávaly **suicidální myšlenky**... „*Mě osobně nepřepadaly myšlenky se zabít to ne, ale bylo to takové divné... těžko popsateľné...Vím, však jistě, že i kdybych byl, kdo ví jak v háji, tak vím, že bych to neudělal, to fakt ne. Já je sice chápu nebo se o to snažím, ale podle mě jsou to „slabčáci“ ... podle mě se dá většina z toho řešit, ale oni rezignují a ten zlý je naprosto vnitřně sežere.*“ Davida neúprosně dráždily a braly

jeho veškerou zbývající energii a pozornost **tíživé myšlenky**, které jej zaplavily **výčitkami, nejistotou a pochybami**. *„Měl jsem nějaké myšlenky, že jsem asi něco udělal špatně, zaplavily mě pocity viny, že jsem něco udělal špatně, a hlavně já jsem věděl, že jsem to udělal špatně, že se to nemá“*. **Pocity viny**, neutichající myšlenky a výčitky Davida velmi dlouho **sžíraly**, nemohl myslet na nic jiného a pořád se mu projektovaly v kontrastu dvě, pro něj velmi důležité události. *„Před svatbou mě myšlenky na tu událost tolik neotravovaly, nemyslel jsem na to tak intenzivně. Až po té svatbě to nešlo zastavit...dva měsíce před svatbou se ta událost odehrála a po svatbě to začalo...“* V tu dobu, než došlo ke zlepšení stavu jej zahlcovaly především myšlenky **negativního charakteru**, které ho chtěly udržet na pomyslném **dně**, co nejdéle. *„Hodně mě zachvacovaly myšlenky negativní typu, nechod' do práce, dej výpověď v práci a úplně se zlikviduj...“* David se také během léčby potýkal s **obměnou medikace** z hlediska dávkování, když bral silnější dávky tak se u něj spustil syndrom tzv. „neklidných nohou“ tento fenomén řešil s psychiatrem, došlo k úpravě medikace a nohy se zklidnily, nicméně **změny** v medikaci **prožíval** poměrně **intenzivně**: *„Když jsem bral silnější dávku, tak mi utíkaly nohy – „syndrom neklidných nohou“, nemohl jsem z toho spát, měl jsem pocit, že mi ty nohy utečou... Tak jsem to řešil s psychiatrem, když mi to snížil, tak ten sešup byl hrozný, ale dal jsem to tím, že jsem byl doma, tak jsem měl klid a možnost odpočívat.“* David byl na **nemocenské** cca rok, během tohoto roku na sobě pracoval, měl motivaci se z toho, co nejdříve dostat, bral léky, docházel na terapii a **pomalými krůčky** depresivní symptomatika ustupovala, čím více času uplynulo dostával se díky **intenzivní léčbě** dál a dál, až do bodu, kdy mu medikace byla postupně **snížovaná**, až se dostal na pouze **udržovací** medikaci a jak dle informací od psychiatra, tak psychologa je jeho stav považován za **stabilizovaný**. David na celou tuto zkušenost s odstupem času nahlíží více s nadhledem a dobře popisuje, jak celý proces prožíval a co u něj byly stěžejní body a emoce. Je přesvědčen, jak několikrát zdůrazňoval během rozhovoru, že vše je v **hlavě**, jak samotná nemoc, tak vůle se jí postavit, i když trvá, než ji v sobě člověk opět najde... *„To dno je nejhorší, tam i když chcete tak nic nepomáhá a musíte si říct o pomoc, začít brát léky nebo něco, abyste se aspoň někam posunuli a pak odtamtud už začali nějak fungovat. Ono je pravda, že i když jste na tom dně, tak trochu chtít musíte např. začít brát ty léky, vzpomenout si na ně, že je máte brát apod. pač se chcete vyléčit! Nejhorší jsou ty prvotní týdny, když už to berete, ale nezabírá to ještě to je hrozná bezmoc... když jsem byl na tom dně, tak jsem se cítil jako prázdná sklenice, cítil jsem se prázdný.“* David nejvíce zasáhly symptomy jako únava, problémy se spánkem, **emocionální oploštělost**, až **apatie**, **celkové vyčerpání organismu** a **nulová vůle**

a **motivace** k jakýmkoliv **činnostem**. „*Předtím jsem necítil žádnou radost, neměl jsem z ničeho požitek prostě NIC. Problémy s hygienou jsem neměl, úplný základ jsem zvládal, ale jinak jsem byl naprosto vycucaný a prázdný – neměl jsem chuť na nic, na jídlo, na sex, byl jsem totálně dementní, člověku se nic nechce ani přemýšlet, jen sedíte a čumíte do prázdna a nic...*“ Během rozhovoru David několikrát depresivní poruchu přirovnává k boji mezi dvěma entitami – dobrem a zlem... „*Je to něco nepopsatelného v hlavě takové zlo a dobro, a to zlo, když mě ta nemoc zachvátila převyšovalo hrozně...*“

### **Situace a jejich zvládnání**

Abychom příběhu Davida ještě více porozuměli, zaměříme se nyní na **stěžejní situace** a jejich následné **zvládnání**, tak jak se k nim David dle jeho slov postavil. Vypíchnutí těchto situací lépe vykreslí **mechanismy** a **způsoby zvládnání**, které se v ten moment David rozhodl zvolit a používá případně doteď v přístupu řešení určitých situací. V dějové linii příběhu Davida jsou na pomyslném stropu významnosti dvě zásadní situace a to **událost**, která se odehrála krátce **před svatbou** a poté samotná **svatba**, přičemž tyto dvě situace si v zásadě **odporují**, což samo od sebe vyvolává **konflikt**, stres, specifické způsoby řešení, zmatenost, nejistotu, přehodnocování situace a samotné přemýšlení nad situací a vyhodnocování, jaký způsob řešení bude ideální. Celou touto anabází si David prošel „...*Cítil jsem to poté události, co se stala, až po svatbě. Svatba byla vyvolávající činitel... Okolo tohoto rituálu jsem si začal říkat, že se semnou něco děje, že jsem tu situaci nezvládl a měl se zachovat jinak.*“ Situace Davida však nelítostně dohnala a on v prvních chvílích **tápal**, jak ji zvládnout a jak se vůbec **zachovat**. Nakonec se rozhodl vyhledat lékařskou pomoc, která mu v ten moment přišla, jako nejadekvátnejší řešení „...*Nevěděl jsem si rady, tak jsem tam šel do nemocnice. Tam jsem se jim pokusil situaci přiblížit, jaký mám problém. Vždycky mi pomohlo, když jsem se z toho vymluvil, vykecal, to ze mě spadla úplně ta tíha, ale pak to zase znova naběhlo, třeba za půl dne a je to tam, kde to bylo, zase šrotuje v hlavě od znova...*“ I když si David v hlavě pořád situace přehrával, tu zásadní, kterou byla svatba musel nějak **zvládnout**, vzhledem k tomu, že si snoubenku chtěl vzít a z tohoto úhlu pohledu neměl pochybnosti. Když jsem se jej ptala, jak **dokázal** svatbu **ustát** i přes jeho vnitřní boj a psychické rozpoložení, situaci mi přiblížil takto: „*Já jsem na to prostě nemyslel, měl jsem jinou činnost, těšil jsem se. Pozornost se mi upnula jinam a nemusel jsem řešit to, co se stalo předtím...neměl jsem čas vůbec přemýšlet nad jinými věcmi než těmi, co se týkaly svatby. Sem tam mi to, jak by střelilo, ale hned to přešlo tím, že jsem šel něco dělat, zařídit něco jiného co bylo potřeba...*“ Asi právě díky tomuto způsobu

řešení David svatbu ustál, oženil se, avšak to zdaleka neznamená, že měl vyhráno a od situace klid. „*Díky tomu jsem tu svatbu překlenul a zvládl, ale potom až bylo po ní se to vrátilo, respektive teprve tvrdě udeřilo. Jak byl ten klid, na nic už jsem nemusel myslet ohledně svatby, zařizování atd tak to dolehlo...*“ Když jsme s Davidem během rozhovoru řešili i **jiné situace** a jeho způsob jejich řešení a zvládání, hodně využíval a vyhovovalo mu je demonstrovat na práci, kterou vykonává ve zdravotnictví. Nejčastěji se David ve své práci setkává s konflikty, když dochází k předávání pacientů v nemocnicích. Konflikty jsou **různorodé**, od neadekvátního chování ze strany jiných kolegů či nadřízených, kritika a neustálé komentáře k vhodnosti ošetření, které bylo u daného pacienta uděláno až po nesrovnalosti v mezilidských vztazích. To vše se snaží David na denní bázi **ustát**, nicméně občas jsou situace velmi **vyhrocené**. „*A když ho pak předáváte oni vás znemožní, že to je takhle, měl jste udělat tohle a při nejlepším to a to... se pak dostáváte do myšlenkového pochodu, zda jste to udělal opravdu dobře nebo špatně atd. a už to jede, šrotuje to...*“ V drtivé většině **těžké situace** v práci David **zvládl**, vzhledem k tomu, že se tím žíví a kdyby se za ty roky **neobrnil**, jak sám říká, nemohl by to dělat... „*V práci jsem to dokázal pač mě to žíví a není možné, aby mě to takhle dohánělo. To bych nemohl dělat nic, kdybych si v práci všechno bral. Vždycky jsem si zpětně projel, co jsem měl a co jsem udělal a když jsem za sebe vyhodnotil, že jsem žádné pochybení neudělal, tak jsem to hodil za hlavu... Když taková situace proběhla, tak jsem si šel dělat např. něco na počítači a když byl jiný výjezd, tak už jsem na to zapomněl.*“ Když se občas David dostal do situace, kdy měl delší čas přemýšlet, jak situaci zvládne nebo byla naopak tak vyhrocená a rychlá, že musel reagovat ihned, mnohdy pod **nátlakem** a na **hraně**, vždy mu přišla určitá forma zpětné vazby. „*Někdy vnímám, že si říkám... jo tak uděláš to tak a tak, ale přitom slyším takový vnitřní hlas, který mi našeptává a usměrňuje mě, ale udělej to raději tak a tak. A když to neudělám a udělám to „po svém“ tak mi ta situace pak dá po prstech... A pak si uvědomím aha... no měl jsem to udělat, tak jak se to má! A tím pádem mě to poučí...tím si pak už dávám většího pozor, naučím se to a pak už se mi to nestane a udělám to správně. Ale aspoň pak mám na svoji obranu ten fakt, že jsem to udělal, tak jak se to má a nemůže mi nikdo nic říct.*“ Během rozhovoru David zmiňuje, že když se v práci řídí určitými doporučeními a pravidly a má je na svou případnou obranu a **konfrontaci** v ruce, je si sebou i svými postupy jistý. V opačném případě, když je v práci nucen **riskovat**, už začíná jeho mysl pracovat s jinými **mechanismy**. „*Když mě někdo konfrontuje, tak se snažím v první řadě obhájit.*“ *Ale už bych asi měl nějaké pochybnosti, už bych i nebyl tak jistý a zvažoval bych, přehrával bych si to znovu, zda jsem udělal vše v pořádku a nebo tam je*



*něco diskutabilního, že jsme to možná dělat neměl, zda mi to za to stálo, jestli to bylo nutné a už by to jelo asi...“ David popisuje, že se mnohdy musí hodně **držet** a **ovládat**, aby určité situace a konflikty vůbec ustál, vzhledem k tomu, že lidé, se kterými přijde do kontaktu jsou různorodí, nemají stejné **způsoby zvládnání** a stejný **přístup**, což jej někdy dostává do **nepříjemných** situací, které se však snaží **rozumově vyřešit**... „Někdy jsou ty situace tak vypjaté, že bych tomu danému zdravotnímu personálu tak nadal prostě a poslal je kdo ví kam, ale to bych jim udělal radost a to já nechci, takže se mi osvědčilo být fakt v klidu, nevyprovokovat se a kdyžtak jim vstoupit do osobní zóny a říct ok ta si to běžte zkusit... většinou pak už mlčí...Ale někdy se to ve mně tak mele, že bych nejraději vybuchl, ale neudělám jim tu radost.“ Během rozhovoru hodně zaznívá problematika **potlačovaného hněvu a agrese**. David však zmiňuje, že byl vychovaný tak, aby vše řešil s klidnou hlavou, rozumově, nenechal se impulzivně vyprovokovat a vždy si byl **vědom** svého **jednání** a jeho **dopadu**, nenechal se příliš ovládat negativnímu emocemi a na jeho chování a reakce se dalo spolehnout. „Snažím se zklidnit, a rozumově se přemlouvám –bud’ inteligentní, řekni si, kde jsi, že musíš nějak vystupovat myslím na maminku, která mě vychovala spíše stylem ať raději se zklidním, bud’ spravedlivý, nejdu do toho sporu i radši ustoupím, což zas úplně dělat nechci... Snažím se zachovat se správně, adekvátně, asertivně a inteligentně. Říkám si pak, že když to takhle zvládneš nebudou na tebe nic mít, ale je to brutální boj... když vás někdo úplně vytočí, ale vy to musíte ustát... To je silný boj ve mně.“ Právě proto zmiňovaná situace Davida tak **vykolejila**, protože **vybočil** ze zajetých kolejí a zachoval se neočekávaně oproti normálu, čímž nejvíce překvapil sám sebe. „Proto, když jsem udělal něco špatného viz. ta situace před svatbou, tak mě to naprosto položilo... Měl jsem to nějak nalajnované, jak se mám chovat co je dobře a co špatně a teď najednou jsem vybočil...“ Když se pak blížilo období **návratu** do práce tohoto okamžiku se velmi **obával**, měl **smíšené pocity** nicméně mu nezbývalo nic jiného než se situaci **postavit čelem**. „Upřímně ten návrat byl brutální, mě se tak nechtělo... to snad bylo horší než to, co se mi stalo. To bylo, jak kdybych šel proti zdi, která nešla prorazit, ale musel jsem ji prorazit...“ David popisuje pár formulek, které si v duchu přeříkával, když boji během návratu do práce čelil. „Pomyslně jsem se chytil těch futer a říkal jsem si, že musím jít do té práce, i když tělo couvalo zpátky, nesmíš tomu podlehnout, musíš to překonat no až se mi to jednou povedlo, tak od té doby nemám problém...“*

### **Zaznamenané změny a sebereflexe respondenta**

David ke konci rozhovoru **rekapituluje**, co mu tato zkušenost dala, jak z hlediska cesty depresivním onemocněním, tak náhledu na určité situace po uplynutí potřebného času. David, když jsem s ním hovořila, byl již dlouhodobě zaléčený, stabilizovaný a aktuální situace co se týče prognózy byla na dobré cestě **snižování** medikace, na jejímž konci možná čeká i **úplné vysazení**. David byl **rád**, že momentálně je tam kde je a těšil se, že má **motivaci** se ještě **posouvat** a medikace se v ideálním případě jednou na dobro zbavit. Hovořil o svém aktuálním rozpoložení velmi **pozitivně**, spíš jako lehkou **podporu** až placebo efekt, avšak mu stále pomáhají usnout a navodit ten pocit, že mu stále něco pomáhá být v pohodě. Zmiňuje, že je velmi **vděčný** za to, že se **rozhodl vyhledat pomoc** v hodný okamžik, našel v sobě sílu opět začít fungovat, i když trochu jinak než předtím, protože tak silná zkušenost člověka posune o kus dál, jinam, „*ale musí člověk chtít*“. *Nemůže házet flintu do žita a vzdávat se. „Pokud nejde opravdu o život, tak nejde o nic. Nicméně musím říct, že jsem rád že jsem se odhodlal jít léčit, pač teď jsem v pohodě jako by mi nic nebylo...ale změni to člověka celkově v přístupu k životu, pač ta situace vás tak paralizuje a změni, ocitnete se na místech, o kterých jste nevěděl, že existují...“* David také během rozhovoru hodně reflektuje svoje **způsoby řešení**, které v různých situacích učinil a jak na ně **nahlíží nyní**. Především si uvědomil, že některé **mechanismy** měl v sobě zakódované již dlouho, ne-li od dětství vštěpované do něj skrze výchovu a také si více **uvědomil** své funkční mechanismy, podle kterých fungoval a funguje do dneška v práci, nicméně se mu začali projevovat i v běžném životě, kdy, jak si David uvědomil, nebylo vždy ideální. „*To, jak uvažuji v práci, tak podobně uvažuji a funguji i ve svém soukromém životě, a proto jsem se v tom si tak pitval... fungoval jsem stejnými myšlenkovými pochody, jako v práci čili dopodrobna nad tím člověkem uvažovat, v mém případě problémem, tou situací, co se mi stala jsem přemýšlel a pitval se v tom.*“ David si je svých chyb do jisté míry vědom, nicméně bude trvat než si nové **strategie** a mechanismy ukotví a zautomatizuje. „*Nyní se spíše učím být více flegmatictější, neřešit tak věci a ukotvit se*“, *ale je to těžké, už to máte v sobě... za ty roky, přijít věcem na kloub, kor když se tím daný člověk živí... já jsem ten typ, který nad tou věcí chce a je naučený přemýšlet, rýpat se v ní a přijít ji na kloub, jak to je...*“ Zmiňuje však, že se snaží svoje návyky a zacyklené reakce **měnit** nebo se inspirovat u ostatních, když vidí jak ostatní **reagují** vůči různým situacím, či si nechá vyloženě poradit nebo inspirovat. David tvrdí, že někdy mu to pomohlo, ale ne vždy. Přibližuje, co se mu **osvědčilo změnit** a **praktikovat**, především se jedná o **nastavení mysli**, když cítí, že se jej negativní myšlenky zase chtějí zmocnit, snaží se myslet na něco jiné, zabavit mysl prací či nějakou aktivitou, i když vnímá, že ona situace je

stále svým způsobem s ním, tak se snaží nebýt stažený onou okolností, zpátky. „*Snažím se zaměstnávat mysl něčím jiným, jinými starostmi (než tou událostí, která mě položila předtím). Zaměstnávat tu mysl je hlavní, i aktivity, které dělám s rodinou malým apod. chodíme na hory, na túry, jak všichni tři, tak jenom s ženou nějaké partnerské aktivity se snažíme dělat a dopřávat si.*“ Zajímavou **sebereflexi** o sobě David uvádí, že si **uvědomil**, že jak v práci, tak soukromém životě zažil mnohem **náročnější** situace, a přitom žádná ho tak nepovalila na kolena, jako ta jeho a v tom je ten háček, že právě proto, že byla tak osobní, intimní a týkala se Davidovy osobnosti, soukromého života, tak bylo jádro problému a měla na jeho uvažování, postoj a přístup takový vliv. Další z reflexí, kterou David uváděl je fakt, že je rád, jak se svojí situace **zhostil** a **postavil se** k ní zodpovědně – myšleno začal ji řešit, léčit se... „*Musel jsem se ale naučit tady ten mechanismus, že když přijde problém, tak se tomu musím postavit čelem a řešit ho, a ne se hroutit...*“ Další změny, které na sobě David cítí jsou především v **transformaci smýšlení** o různých věcech, lidech a situacích. Zaměřil se na životní hodnoty, férové jednání, prosociální chování a formu osvěty, co s týče zkušenosti s psychickým onemocněním.

### **Krátká interpretace výzkumníka**

V příběhu Davida je pocíťovaná jeho vnitřní síla a motivace dostat se z kolotoče negativních myšlenek, které mu veškerý jeho dosavadní život a rozhodnutí začaly znejišťovat, až se jim tak poddal, že sám sebe dostal do vše-zpochybňující situace. Byl zvyklý řešit situace a přistupovat k nim dle zacykleného, transparentního mechanismu, který mu byl dobře znám a do jisté míry i všem v jeho okolí, proto, když se zachoval nepředvídatelně a nestandardně na své poměry, veškeré copingové strategie do té doby funkční do jisté míry rezignovaly, protože se do té doby s takovou situací od Davida nesetkaly, a tak adekvátní řešení selhalo, respektive nepřišlo. David si sice prošel depresivní epizodou, avšak se k ní postavil zodpovědně a díky adekvátní léčbě a péči a odvedené práci mohl zapojit do normálního fungování, opět nastoupit do práce a čelit strastem každodenního života. Jak již bylo uvedeno v části zaznamenaných změn a reflexe ze strany respondenta, David během své léčebné procedury pozměnil způsoby řešení a přístup vůči určitým věcem, aby především předcházel špatným rozhodnutím a případnému návratu depresivního zacykleného smýšlení a neadekvátně zmobilizovaných způsobů zvládnání. V jeho příběhu a z demonstrováných situací si můžeme povšimnout copingových strategií, které David využíval v popředí jsou především **strategie zaměřené na řešení problému** jako **hledání informací, převzetí kontroly, posílení vlastních**

zdrojů, přijímání zodpovědnosti, plánování řešení problémů, ale i copingové strategie zaměřené na vztah.

## 6.2 Respondentka Alena

### Deprese: osobní příběh

Zkušenost respondentky Aleny s depresivním onemocněním je výsledek jejího **celoživotního nastavení**, dlouhodobé **zátěže**, **stresu** a jistých **predispozic**, které pacientka vykazovala skrze její dosavadní život především v **přecitlivělosti**, nedostatečné **odolnosti** vůči **dlouhotrvajícímu** stresujícímu období. Alena začala pociťovat velkou **únavu**, **neschopnost** zastat již tolik práce co předtím, začala na sobě pociťovat potřebu se **izolovat**, **stahovat** do sebe, cítila se nepříjemně ve větším davu lidí, přepadaly jí **negativní**, a především **vyčítavé myšlenky**. Z počátku svým problémům nepřikládala moc velkou **pozornost**, nicméně symptomů přibývalo a Alenu limitovaly více a více. Nakonec musela požádat o **dlouhodobou pracovní neschopnost**, vyhledat **pomoc** a začít se **léčit**. Nejintenzivněji Alena prožívala vyčítavé myšlenky, které ji **ochromovaly** pokaždé, když **nezvládla** tolik, co měla nebo co si nastavila. Během rozhovoru a návštěvy u ní doma mi ukazuje tzv. „formulky“, které má různě po bytě rozvěšené a pomáhají jí ke každodenní motivaci do různých povinností a aktivit. *„Když ten den chci mít lepší a nemít večer výčitky, tak se musím těmito formulkami namotivovat, protože když pak večer sedím a přemítám, co jsem za ten den udělala nemám takové velké množství výčitek, když se fakt k něčemu ty lepší dny dokopu.“* I když byl pocit jistoty a bezpečí zpočátku velmi lákavý, pořád doma Alena zůstat nemohla, výše uvedené formulky ji pomáhaly namotivovat a čelit **sociální izolaci**, která se u ní velmi rozvinula, jakmile se jí však povedlo samu sebe přesvědčit, že když půjde ven udělá se jí lépe, dostavený efekt pocítila... *„Než jsem se vypravila z bytu, tak jsem se hodně přemlouvala „běž, obleč se, je tam hezky běž ven“ když jsem to udělala a fakt se ven dokopala, tak mi pak bylo hned lépe a byla jsem ráda, že jsem šla. Užívám si to, když je hezky, tak se projdu i delší okruh, po cestě si nakoupím, co je třeba a pak, jak dojdu domů, tak mám lepší pocit.“* Alena během své pracovní kariéry vystřídala několik prací, nicméně nejdéle vykonávala pozici ošetřovatelky. Tato práce je sama od sebe hodně **psychicky** i **fyzicky náročná**, a jak Alena sama zmiňuje určitě měla také svůj **podíl** na tom, že se u ní depresivní porucha projevila. Práce jí sice do určité doby dost dávala, ale čím byla starší také dost **vyčerpávala** a z dlouhodobého hlediska spíše brala sílu a energii. Tyto změny na sobě začala pociťovat především v **emocionálně**

**vypjatých** a celkově **psychicky náročných** situacích především, když došlo k úmrtí některého z klientů, o které se starala... „*když si někoho oblíbíte a ten Vám potom umřel, tak to bylo občas těžké a s postupem času jsem to holt snášela hůře a hůře. U této práce ta naděje na uzdravení není oproti nemocnici např. To na psychiku je dost náročné.*“ Ta péče o někoho Alenu provázela v podstatě celý život nejen v tom pracovním, ale i soukromém. Tím, že byla samoživitelka, sestru měla v zahraničí, která přijížděla pouze v nutných a neodkladných případech, byla zde na vše svým způsobem **sama**, jak výchovu a péči o dceru, tak postupem času i na starost o rodiče. Alena zmiňuje, že tehdy na to měla energii, takže si **nepřipouštěla**, že toho může mít na bedrech hodně a fungovala, protože **musela**. Jakmile však nutná potřeba opadla, **nestačila** si některé věci ani prožít a už se objevily nové, a tak to fungovalo určitou dobu. „*Když se nad tím zamyslím, tak jsem toho měla hodně na bedrech, ale nebrala jsem to tak, zvládala jsem to v pohodě, i když je třeba říct, že to bylo o 10 let dříve... a byla jsem na všechno sama, takže to bylo takové náročnější období, ale život takový je...někdo se s tím vypořádá celkem slušně, ale já jsem se potom, až to všechno opadlo dost z toho hroutila. Myslím si, že to je hlavní důvod, proč jsem dopadla, tak jak jsem dopadla, respektive se toho nabalilo více, to mě zlomilo...*“

**Velké téma** a jeden z důvodů depresivních propadů Aleny byl vztah s její dcerou, která měla divokou pubertu, a v tomto období začaly vztahy mezi nimi hodně **skřípat**. Alena to **těžce nesla** a k již existující **emocionální labilitě** se přidaly **vážné spory** s nejbližší osobou, což Aleně nepřidalo. Po několika eskapádách se dcera nakonec odstěhovala, nějakou dobu spolu dokonce nemluvily, což na Alenu **padlo** a **dohnalo** již úplně vše. Proto taky tehdy vyhledala pomoc a začala svou situaci řešit. Nyní jsou si s dcerou opět blízké, se sestrou teď taky tráví více času, za což je ráda, nicméně uvádí, že kdyby na **psychoterapii** nedocházela, spousta věcí ji nedojde a dodnes by určité věci nevěděla, nepřišla si na ně a kdo ví, jak by vypadaly jednotlivé vztahy, které tímto **prozřením** dostaly druhou šanci. „*Já vlastně zjišťuji, co je špatně nebo bylo a mělo vliv na ten můj stav až teď co chodím na terapie, předtím jsem to nevěděla nebo mi to nedocházelo. Víím, že se dost patlám v minulosti, ale kdybych měla sama zjistit co mi vlastně ublížilo a dovedlo tam, kde jsem byla (ještě stále občas jsem), tak bych se toho nedopátrala - pomáhá mi, že to rozebíráme a přicházím si na to takhle postupně pomalu, protože spousta věcí, co mi především dcera, ale i sestra nebo moje maminka říkaly a svým způsobem vyčítaly nebo já jsem to tak brala, tak jsem vůbec nevnímala... ale tohle jsem si uvědomila až teď nějakou dobu, že jsem taková byla...a asi to taky semnou nebylo úplně lehké...*“

## Situace a jejich zvládnání

Alena během rozhovoru **demonstruje** několik **situací**, které se jí přihodily nebo jim byla svědkem. Uvádí několik příkladů, jak byla **zvyklá reagovat**, když ještě normálně fungovala a neměla zkušenosti s tímto druhem onemocnění. Z rozhovoru bylo znát, že jí záleží hodně na tom, jak se k sobě a k ní samotné lidi chovají. Když se dostala do situace či **sporů**, kde vyhodnotila, že se dotyčný **nechová adekvátně**, neměla problém jej **konfrontovat**, ozvat se a nějak mu jeho neadekvátnost vrátit. *„Byly doby, kdy jsem se vůči takovým lidem opravdu ohradila a řekla jim něco ve smyslu „když vás ta práce nebaví, tak běžte péct housky do pekárny“. Nebo jsem i psala maily, kde jsem si stěžovala. Tím, že jsem se do něj vypsal a projevila tam ten svůj názor, tak se mi ulevilo a pak už jsem na to nějak nemyslela.“* Ale uvádí, že se v tomto období **nechávala** ještě hodně věcmi **vyvést z míry**, které ji **vyprovokovaly** a ona pak musela nějak **zareagovat**, aby vyventilovala agresi, většinou pak došlo k úlevě. Argumentovala tím, že než měla dceru, tak hodně cestovala a měla tím pádem to **porovnání** z ostatních zemí, jak se tam k sobě a zákazníkům chovají, což zdejší poměry nesplňovaly. Velkou nespokojenost Alena uváděla v situacích související se službami, např. autobusová doprava, kdy se jí stalo hodně **nepříjemností**, kterých se musela **chopit** a nějak **vyřešit**, nicméně ne vždy byla s výsledkem spokojená. *„Něco nebo někdo ho pak naštvě, chápu je to těžké povolání, ale nelíbí se mi, když si to vylívá na cestujících, když si to povolání jednou vybral...já za to platím, je to normální služba. On má za to taky zapláceno já se k němu jako hulvát nechovám, tak by on taky neměl... Spouště situací jde předcházet (bud člověka pustím na poslední chvíli, a nebo ne, ale když se rozhodnu pro ano, tak už to nějak nekomentuju nebo mu to nevyčítám a neřvu na něj, což se stává běžně takové situace...“* Důvod, proč takové jednání Alenu často **vyvádělo z míry** si vykládala tak, že když pracovala jako ošetřovatelka musela se hodně **ovládat** a i když ji spousta věcí nebylo příjemných, nicméně byla u někoho cizího doma, měla tam pracovní povinnosti, tak se podle toho musela zařídit a vyjít klientům maximálně vstříc. Jistou formu úlevy si mohla dovolit až někde v externím prostředí, či doma. *„To by neexistovalo, abych se vůči klienta mohla takhle ohradit, co si kolikrát různí řidiči a prodavači dovolí, pak se asi není čemu divit, že mě to tak namíchne a mnohdy jim něco řeknu. Já musela počkat, až budu někde mimo a ulevit si sama pro sebe, když mě za ten den něco štvalo, jinak jsem to dusila v sobě.“* Alena však uvádí, že měla poměrně štěstí celou dobu, co ošetřovala na lidi, se kterými si vzájemně sedli a měli se rádi. Aby Alena práci psychicky zvládala **dopřávala** si očistu ve

formě různých **volnočasových aktivit**, což mělo **pozitivní benefity** na její psychické rozpoložení během pracovního procesu. Tento elán respondentce bohužel nevydržel věčně a když se postupně **nabalovaly** i jiné situace co musela zvládnout, někde během této cesty si uvědomila, že už na spoustu věcí nestačí, dnes ještě stále má rezervy, a i když je ve stabilizovaném stavu, není výkonově tam, kde byla... „*Když si na to vzpomenu, tak nechápu, jak jsem to zvládala – dneska bych padla za 2 dny.*“ Během hovoru o určitých situacích a daných **způsobů řešení**, které Alena zvolila, jde hodně znát, že si je i přes efektivní formu řešení **vyčítá, přehodnocuje a uvažuje** nad tím. Především bylo znát, že si určité **neadekvátní chování** Alena hodně bere a obviňuje za to, že vůbec dovolila, aby k ní někdo takto choval, respektive si říkala, že si za to může sama, že se do té situace vůbec dostala. Ale přiznává, že si chce za všech okolností **poradit sama** a pomoc si volá opravdu jen v krajních případech, většinou když se jedná o nějaké opravdu typicky mužské práce v domácnosti. Alena vzpomíná na několik situací s dcerou, za které je ráda, že je **vyřešila** a **ustála**, jak ustála, především ji zarezonovala jedna, když byla dcera ještě hodně malá... „*Když do pokoje dcery vletěl velký čmelák, tak se hodně lekla a přiletěla za mnou, tak jsem se jí snažila uklidnit tím, že jsem jí řekla, že to jsou čmeláci z té pohádky, kterou sleduje, tím se uklidila a vypustili jsme ho pak. To jsem byla ráda, jak jsem zvládla tu situace, že jsem zachovala chladnou hlavu a něco jsem si vymyslela, protože kdybych zpanikařila taky, tak ta vylétí úplně, ale díky tomu se to dobře a v klidu vyřešilo.*“

### **Zaznamenané změny a reflexe respondenta**

Alena zmiňuje, že je nyní již ve **stabilizovaném stavu**, ale na terapii dochází ještě stále pravidelně ambulantně. Největší **změnu**, co se týče depresivního onemocnění za tu dobu na sobě cítí v **redukci** vyčítavých myšlenek a větší **aktivitě**. „*Nyní jak je mi už o něco lépe, tak těch dní, kdy neudělám vůbec nic je méně, za což jsem ráda. Snažím se být lepší ne tak pasivní, jak jsem bývala, celkem se mi to daří.*“ Alena je aktuálně v rozpoložení **nechat být** staré věci z minulosti a udělat za nimi **tlustou čáru**, z většiny se jí to **daří**, ale občas ji ještě určité věci doženou. „*Někdy je fajn udělat tlustou čáru za něčím, ale někdy to nejde.*“ Aleniny vize do budoucna jsou především ve snaze získat invalidní důchod, protože i přes aktivní léčbu a nyní podpůrnou ambulantní terapii se stále necítí zapojit do pracovního procesu a ráda by pro sebe našla nějakou **alternativu**, ideálně v malém kolektivu. „*Přála bych si, abych dostala alespoň částečný invalidní důchod, kdyby mi to vyšlo, to bych byla ráda... nedokážu si představit se vrátit do plného pracovního procesu to už ne. Ale třeba na pár hodin např. 4 h uklízet nějaké prostory, to*

*by mi vůbec nevadilo.*“ Největší změnu, co se týče způsobu zvládnání určitých situací Alena vidí v tom, že takových situací a příležitostí již **není tolik**, vzhledem k jejímu většímu **sociálnímu stažení** a pracovní pauzy. Nicméně tvrdí, že když nastanou, tak se snaží konfliktům spíše **vyhýbat** a **nejít** do nich. Cítí se **jistější, bezpečnější** a **ušetří** ji to **hodně nervů**, jak sama tvrdí. Když, tak si spíše něco pomyslí, ale už nic **neventiluje** ven, jako v minulosti. Především se nyní snaží **pracovat** na vztahu s dcerou a sestrou, aby **fungoval**, eliminovaly nesmyslné nedorozumění, aby spolu **kooperovaly**, co možná nejladčeji. Alena uvedla, že konfliktů a sporů za svůj život již měla hodně a nyní chce především **klid**.

### **Krátká interpretace výzkumníka**

V Alenině příběhu jde cítit, že je celý její život doprovázen velkou snahou se postarat o sebe o své nejbližší a případně i o ty, kteří se o sebe postarat nemohou. To do určité doby Alenu velmi nabíjelo a viděla smysl ve svém počínání, nicméně odvrácená strana na sebe nenechala dlouho čekat a Alenu poměrně brzo začala vysávat. Původní zdroje přestaly dávat potřebnou energii a u Aleny se začaly projevovat prvotní náznaky depresivní symptomatologie. Jak problémy v práci, tak v soukromém životě Alenu hodně vysilovaly, až musela vyhledat odbornou pomoc. Jak se dozvídáme z příběhu, Alena na sobě pocítuje změnu, je na tom lépe, než předtím nicméně určité věci stále zůstávají na místě a Alena se obává, zda se vůbec někdy změní. Vůči své situaci zaujala z počátku **zodpovědný přístup** – rozhodla se jít léčit, nicméně nyní jsou u Aleny přítomné spíše **strategie zaměřené na emoce**, které se řadí k **pasivním strategiím**. V popředí je především **distancování, vyhýbání** a do jisté míry **přijetí viny**. Také vnímáme přítomnost **ruminačních strategií**, zejména **uzavření do sebe**. Přítomny jsou však i **strategie zaměřené na vztah**.

## **6.3 Respondent Tomáš**

### **Deprese: osobní příběh**

Zkušenost respondenta Tomáše s **depresivním onemocněním** se datuje již od doby, kdy docházel na **střední školu**, která se pro něj stala velmi **negativním místem**, zažíval zde **krušné chvíle**, potýkal se s **šikanou** a celkově na toto období nerad vzpomíná. Díky uvedeným problémům v tomto období tedy poprvé navštívil **odbornou pomoc** – **psychologa** a posléze také **psychiatra**, vzhledem k propuknutí **psychosomatiky**. „*Dostal jsem se na psychiatrii, především kvůli škole, která pro mě byla těžko zvládnutelná,*



*stresující, frustrující a nevím co všechno – měl jsem problémy se školou...asi se mi tam rozjela i psychosomatika, vzhledem k tomu, že jsem měl i problémy s močením.*“ Tomáš si **psychologickou péči** velmi pochvaloval, tvrdí, že mu v té době velmi pomohla. Vědomí, že má někde **externí podporu**, možnost se **vymluvit** o všem co jej **trápí** a aktuálně řeší bylo pro něj velmi benefitní. Nějakou dobu měl pauzu, potřeba odborné pomoci nebyla aktuální, nicméně když se Tomáš pokoušel studovat **vysokou školu**, problémy na sebe nenechaly dlouho čekat a potřeba vyhledat psychologa se pro Tomáše stala opět akutní. Paralelně s problémy se školou se ještě přidaly **neshody s otcem**, které byly přítomny již delší dobu nicméně především během Tomášových vysokoškolských studií nabraly na intenzitě. *„V té době byl na mě dělán nátlak hlavně ze strany otce, ať si najdu práci, i když byla krize a moc pracovních míst nebylo, navíc jsem stále studoval, ale otec to nepodporoval, tak jsem byl věčně pod tlakem a v neshodě sním...“* Docházení na psychiatrii a psychologii Tomášovi za ta léta systematicky pomáhalo se udržovat v určité stabilizované rovině, co se týče **medikace** tak se žádné závratné změny neděly po celou dobu léčby, léky sedly od začátku a nyní i přes víceméně stabilizovaný stav dochází pravidelně na **podpůrnou, udržovací terapii**. Obsahem terapií zůstávají problémy a neshody s otcem, které mají dlouhého trvání především proto, že Tomáš **stále** i přes svůj již pokročilejší věk **bydlí** s rodiči, takže veškeré témata týkající se **rodinného soužití** jsou pro Tomáše stále aktuální. *„my jsme loni věnovali hodně času tématu, že bych se osamostatnil, ale nakonec jsem od toho upustil prozatím. Uvědomil jsem si, že je to pro mě velký krok, na který se necítím. Zatím jsem u rodičů, měl bych sice finančně na to se odstěhovat, ale...“* Tomáš zmiňuje během rozhovoru i **vztah s matkou**, který je lepší nicméně její **irituje** její přehnaná péče a mateřské projevy, které v jeho věku považuje za **neadekvátní**. *„S matkou mám lepší vztah je rozhodně empatičtější, je mateřská, ale někdy až moc, což mě zas irituje občas mě napomíná jak malého kluka, zda jsem si čistil zuby nebo se umyl, já si totiž občas myji, když třeba nejdu nikam nebo nemám náročný den jenom obličej, vlasy, oholím se apod. takže v tomhle tom jdou občas rodiče do extrému i v mých letech.“* Když jsem se Tomáše ptala na jeho postoj a prožívání doma, tvrdil mi, že je mu doma nejlépe, když jsou v létě rodiče  **pryč** a má dům celý pro sebe. V návaznosti na tuto jeho odpověď jsem se ho ptala, zda pro sebe vidí možnost odstěhování nějak reálně, když ví, že je pro něj rodinné prostředí víceméně dost **dvojsměrné**. Po tomto uvědomění došlo do jisté míry k **dekompenzaci** Tomáše, doprovázeno velkým prozřením, které popisoval jako na jednu stranu dobré a byl rád, že jsme ono téma během rozhovoru nějak nově pojmenovali, nicméně bylo znát, že není stále schopen čelit tomuto kroku, vyvolává

to v něm velký stres, apatii až do jisté míry paralyzování v jistém slova smyslu. „*No cítím to tak, že bych odtamtud měl opravdu už vypadnout... Asi jste uhodila na citlivou notu... nazvala jste to pravým jménem, a to je pro mě teďka těžké, až nemožné zpracovat. Měl bych to dotáhnout a uvědomit si, že to rodinné prostředí je pro mě frustrující.*“ Tomáš tvrdil, že toho téma bude dále otevírat na jeho pravidelných sezeních.

### **Situace a jejich zvládání**

Během rozhovoru Tomáš demonstroval nebo jsme narazili na několik situací, ke kterým musel respondent **zaujmout určitý postoj, způsob zvládání** a nějak **situace**, popřípadě **konflikty** vyřešit. Jedno z témat, které jsme během rozhovoru nakousli, byla **práce**, ve které se člověk obecně setkává s rozličnou škálou situací. Tomáš, co by člověk, který pracuje jako ostraha se dostal během své praxe do různých situací, nyní si pár z nich zmíníme. Tomáš svou práci popisuje jako **stresující** v návaznosti na množství zaměstnanců v dané budově a na množství podnětů, které musí sledovat, kontrolovat a hlídat. I když se původně hlásil a usilovat o směny noční, nakonec z dlouhodobého hlediska vykonává směny denní. Z počátku s touto změnou sice **spokojený nebyl**, nicméně po zrušení nočních směn ani neměl na výběr než vzít ty, které vykonává dodnes a už se s nimi za tu dobu nějak sžil a **zvykl** jsi. „*Hlásil jsem se původně na noční směny, ale to mi nevyšlo nebylo by to ani vhodné v návaznosti na tu mou medikaci a brýle, které nosím bohužel... mrzelo mě to, ale nahlásil jsem to tam, pač mi to ani paní doktorka nepovolila, tak jsem se snažil to ustát a nedělat scény a byli vstřícní.*“ Poté volně hovoří o svých typických dnech v práci a situacích, se kterými se setkává. Zmiňuje několik striktních pravidel, které zaměstnanci v dané firmě mají a Tomášovi z toho vyplývají určité povinnosti. Jedna z nich je, že má povinnost je kontrolovat, co do budovy vnášíjí, a i když by se neměli nějak verbálně ohrazovat či případně být nějak vulgární, občas vzejdou **nedorozumění**, tak jak tak. Ty se Tomáš snaží **řešit v klidu**, spoustu věcí, které jsou akceptovatelné, tak **přejde** a **konfrontace nevyhledává**. „*Takové situace řeším tak, že je musím zastavit, mají zakázané se nějak vzepřít, či ohrazovat čili to většinou probíhá bez větších konfrontací, nicméně zastavím je, požádám, aby mi to ukázali, ti slušnější třeba sami přímo přijdou a už mi to ukazují co tam mají. Prozkoumám je, ale většinou je to v pořádku, už jsou ty možnosti benevolentnější.*“ S pár nepříjemnými lidmi Tomáš měl to dočinění, nicméně to řešil spíše **přehlížením** těchto osob, aby se konfrontaci a případnému konfliktu **vyhnul**. „*Já se stresu snažím vyhýbat, toho pána jsem si pak už nevyšimal, když jsem věděl, jaký je...*“ Také se Tomáš svěřil, že se mu často stává v práci, že ženy,

u kterých má jistá omezení, co se týče kontroly, využívají situace a nosí sukně, aby k té kontrole nemuselo docházet tak často nebo vůbec. „*Nicméně jednou za čas jsem ji musel zkontrolovat a když se tak stalo, tak se tak ohradila, že ode mě úplně vyskočila a šla pryč, dostala z toho šok, že jsem ji chtěl zkontrolovat, protože věděla a sázela na to, že ji vzít nemůžu, když nemá sukni s kapsami, tak se ohradila...*“ Mimo práci se s konflikty setkává Tomáš v **domácím prostředí**, vzhledem k tomu, že stále **žije s rodiči**, jak jsme si uvedli výše. Tomáš doma **názorově naráží** na otce, se kterým je věčně v **rozporu**, respektive otec s ním a na svou matku, která je místy až moc pečující a její extrémní starost a péče Tomáše **irituje**. „*Nicméně se v tomhle nedovedu moc vymezit a ohradit a je to problém. Hlavně z tohoto důvodu jsem zvažoval loni to odstěhování, ale když jsem viděl, co všechno to obnáší, tak mi to bylo hodně proti srsti. Sice to vypadalo, že to udělám, ale nakonec jsem to prozatím přehodnotil a vycouval...*“ **Střety** doma s rodiči mají různý charakter od **běžných neshod**, kdo nezhasl světlo, přes příliš hlasité chození po schodech, po **závažnější neshody** o způsobu života a přístupu k určitým věcem. Tomáš se vůči většině konfliktů doma staví tak, že se snaží si **udržovat distanc** a pokud to nejde, vymyslel si pro sebe metodu špuntů do uší, které mu tížený distanc dopřejí v podstatě kdekoliv a kdykoliv. I díky tomuto se doma dostává do sporu s otcem, který má vůči této metodě **výhrady**. Tomáš mu však v **zásadě neodporuje** spíše si již **zvykl**, že má pořád nějaké **narážky** a **komentáře**. Při poslední rodinné sešlosti Tomášovi jeho otec **vyčetl**, že ani nepomyslel na svého synovce a nekoupil mu nějakou pozornost. Tomáše to **zarazilo**, donedávna byl moc malý na to, aby mu byly kupovány nějaké pochutiny apod. Situaci si objasnil u svého bratra a během rozhovoru tvrdil, že do příště synovci již něco pořídí. Ačkoliv bylo znát a tuto skutečnost sám Tomáš potvrdil i během rozhovoru, že mu dítě – synovec **nic neříká**. Vztah k němu má chladný, spíše neutrální. Zbytek rodiny je samozřejmě nadšený a projevuje se vůči němu typicky, Tomáš je od něj **distancovaný**, i když jeho chování ostatní členové rodiny registrují, zatím jej prý nějak **nekonfrontovali**, proč to tak má, za což je Tomáš rád, vzhledem k tomu, že by asi nevěděl, jak odpovědět.

### **Zaznamenané změny a reflexe respondenta**

Tomášův příběh je do jisté míry specifický v tom, že během rozhovoru ani následné analýzy nejsme svědky velkých změn, ale spíše kontinuálně sledujeme podmíněnou potřebu vyhledávat a docházet k psychiatrovi a psychologovi, když se naskytne **náročnější období**, které Tomáš potřebuje probírat s nezaujatou stranou. Sám na sobě zmiňoval pouze pár změn, které zaregistroval a nyní si je uvedeme. První se týká **medikace**, jako takové,

u které pozoroval především **zklidnění emocionálních propadů** a disharmonie. „*Já jsem od začátku pocíval, že jsem opravdu méně přecitlivělý, tolik jsem věci neprožíval.*“ Co se týče ostatních aspektů života, tak se snažil změnit svůj přístup, z hlediska nezávislosti na zaměstnání, aby byl v budoucnu co nejvíce nezávislý a pasivně vydělávající člověk. To se mu daří pravidelným investováním a je to jakýsi **pomyslný cíl**, který si dal, aby se mohl **odstěhovat** od rodičů, pokud dosáhne určitého finančního stropu, který si pro sebe nastavil. Ve výše uvedeném okruhu situací jsme narazili na stále **nezpracované téma** problémů a konfliktů doma a nenaplněnou snahou a cíl se od rodičů odstěhovat. **Uvědomění**, které měl šanci Tomáš během rozhovoru zažít, jej **přivedlo na myšlenku** toto pro něj velké téma otevřít na sezeních s psychologkou, jelikož se mu zatím nějak zvlášť nevěnovali. Tomáš si uvědomil, jak a v čem je pro něj rodinné prostředí frustrující a úzkostné, avšak neví, jak tomu zatím čelit a co proto udělat. „*Moc to s psychologkou neřešíme, ale spíše to je tím, že témata, o čem mluvíme nechává na mě. Takže jí to ani nemám za vinu. Každopádně s tím, kam jsme dneska došli mám pro ni nové téma, co chci řešit.... Je to teď těžké, ale jsem za to vlastně vděčný.*“

### **Krátká interpretace výzkumníka**

V Tomášově příběhu je zřejmá dlouhodobá potřeba docházet na pravidelné sezení k odborníkům, především proto, že z nich čerpá jisté benefity a udržují jej ve stabilizovaném stavu víceméně od střední školy až do dnešních dní. Velkých změn však nejsme svědky ani z hlediska prognózy depresivního onemocnění ani ve způsobu zvládnutí určitých situací, míněno především kvůli stálému bydlení s rodiči, které je pro Tomáše zdroj konfliktů a problémů především s otcem, kterým se však neumí bránit, a proto je víceméně trpí. Našel si svůj způsob určitého odstupu, který vyhledává nejen v situacích doma při soužití s rodiči, ale i v situacích, které nastanou v práci a víceméně celkově vůči jakémukoliv konfliktu a překážce, jež čelí. Tomášovy způsoby zvládnutí výše uvedených situací jsou z jeho pohledu především vyhýbání se stresu a konfrontacím obecně, dodržování distance a nezainteresovanost. Vůči kritice, jež je směřovaná přímo na jeho osobu se staví spíše submisivně, až apaticky. I za ta léta docházení na psychologické konzultace nedošlo ke korekci či podpoření efektivnějších copingových strategií či nácviku asertivnějšího chování. Tomáš je sice z hlediska depresivní symptomatologie a případných propadů stabilizovaný, nicméně v jeho osobnosti a způsobech zvládnutí určitých situací vnímáme depresivní nastavení. **Copingové strategie**, které jsme skrze demonstrování situace u Tomáše rozpoznali jsou: **strategie vyhnutí se působení podnětu, strategie**

apatie, distancování se, útek, dále řada **strategií zaměřených na emoce**, jako **distancování se, vyhýbání se** a také **ruminační strategie, jako uzavření se do sebe**.

## 6.4 Respondent Petr

### Deprese: osobní příběh

Zkušenost respondenta Petra s depresivním onemocněním **se táhne** již **několik let**, jak se dozvídáme z rozhovoru. Dlouhá léta dochází k psychiatrovi, je **zamedikován**, ovšem spíše z hlediska udržení **dlouhodobého stabilizovaného stavu** než aktuální potřeby. Co se týče **psychologické péče**, tak Petr uvádí, že jednu dobu k psychologovi na sezení **docházel**, nicméně po určité době došli do fáze, kdy konzultace Petrovi již **nic nedávaly**, a tak **přestal** chodit. Nového psychologa od té doby již **nevyhledával**. V rozhovoru uvedl, že k psychiatrice, ke které dochází, tak je u ní již přes 10 let a formu terapie mu poskytne i ona na pravidelné kontrole, vzhledem k tomu, že na to má kompetence, což Petrovi vyhovuje. „*Já jsem vystřídal několik psychologů, cca tři a k té poslední jsem docházel, ale už mi to pak přišlo beze smyslu, začali jsme přešlapovat na místě, takže jsem to pak ukončil a od té doby psychologa nemám, ale psychiatricku ano. Beru léky, a navíc k té paní psychiatrice, ke které chodím tak ona je i terapeutka, takže v tomhle to má 2vl a vyhovuje mi, chodím k ní už tak 10 let.*“ Dvě **velké rány**, které Petr utrpěl a řešil s psychiatrickou v té době intenzivněji byly, když **v práci**, ve které byl přes 30 let dostal **výpověď** z hodiny na hodinu. Tuto událost popisuje jako **šokující**, vůbec to tehdy **nečekal** a absolutně **nemohl zpracovat**. Prvotní reakce byly velmi **impulzivní**, kdy mi sdělil, že měl **chuť skoncovat se životem**, nicméně to po chvíli **vydýchal** a nic se naštěstí nestalo. V té době však došlo k **depresivnímu propadu**, a tak mu ošetřující psychiatricka doporučila na nějakou dobu docházet do **stacionáře**, kde měl šanci si věci pomalu odžít a postupně zpracovat. Vzhledem k Petrově pokročilejšímu věku pro něj pak už bylo náročné si najít práci v původním oboru, a tak žádal o **invalidní důchod**, ten mu byl uznán a aktuálně pracuje v **chráněné dílně**. Druhá velká rána přišla, když se **nahromadilo** dle informací Petra **více věcí najednou**, měli před sebou v rodině velké změny, vzhledem k tomu, že se rozhodli stavět dům společně s mladším synem, bohužel z toho však sešlo, což přineslo **komplikace** a určité ztráty, které na každého zainteresovaného člena mělo jiný **dopad**. „*Ten problém nebyl jenom v tom, že ten náš syn z toho vycouval nakupilo se toho více, i manželka v tu dobu byla chladnější... ona obecně nikdy zas tak moc nekomunikovala je spíše klidnější, ale v tom období to byl extrém přišla*

*domů z práce a mlčela... navalily se na ní také psychické problém ... manželka také chodí k psychiatrovi.“ Petr toto období popisuje jako poměrně náročné, nicméně díky medikaci, docházení do stacionáře a pravidelným kontrolám u psychiatricky to překlenul. V době rozhovoru se cítil dobře, byl stabilizovaný, s manželkou se vztahy urovnaly a usadily. Petr akorát stále dochází jednou za čas k ošetřující psychiatrice na pravidelné kontroly a udržovací podpůrnou terapii, jinak funguje bez problému.*

### **Situace a jejich zvládnání**

I u Petra jsme během rozhovoru rozebírali několik situací, které buď samy z povídání spontánně vyplynuly nebo je Petr v rámci kontextu sám uvedl. Podstatná část rozhovoru se týkala vztahů v rodině Petra, které sám hodnotí jako harmonické, nikdy v rodině velké konflikty nezažili. Posledních pár let má však neshody s nejstarším synem, který se rozvedl a odstěhoval na druhý konec republiky za novou přítelkyní, se kterou se seznámil v lázních. Jeho aktuální partnerka je tělesně indisponovaná, z čehož vyplývá jeho nutná celodenní péče o ni. Zanechal tady však syna, a to je důvod neshod, které Petr se svým synem vede, vzhledem k tomu, že uvedl, že mu jde především o blaho vnuka, kterému se jeho syn adekvátně nevěnuje. To jej mrzí, nesouzní s jeho novým životem a především přístupem ke svému synovi, Petrovu vnuku. Petr uvádí, že se snaží s manželkou být vždy, když dojde k nějaké konfrontaci se synem za jedno. Uvádí, že konflikty se synem jej trápí, avšak není jiné cesty, vzhledem k tomu, že vidí, jaký dopad to má na vnuka, což přejít s manželkou nemohou. Tvrdí, že zastávají stále stejný názor, o kterém syn ví, nicméně on si také stojí za svým a k nějakému schůdnému konsenzu nedošli. „s tím nejstarším synem tam to skřípe dost...Je to hlavně z důvodu jeho chování k synovi (mému vnukovi) to nás štve s manželkou a kvůli toho jsou neshody... i s bývalou ženou jaké má vztahy to nás mrzí.“ Vzhledem k tomu, že vnuk měl až psychosomatické projevy, když měl jet za tatínkem na návštěvu, jenže má nejspíše strach z té jeho přítelkyně, tak se to snažíme jako rodina s manželkou a snachou nějak vyřešit, ale jsou z toho akorát rozbroje... syn si vůbec nedá říct a jede si svoje, což my nemůžeme akceptovat, když to odnese malý...“ Petr během celého rozhovoru neopomínal fakt, že se vše snaží v rodině řešit spolu a po vzájemné dohodě, konflikty nevyhledává, nikdy je v rodině nemívali a celkově se snaží mít harmonické, poklidné vztahy. „Tak my jsme konflikty v rodině až tak moc nezažili vlastně. S manželkou se v podstatě nehádáme vůbec a když třeba s tím synem mluvím, tak je to po vzájemné domluvě ... abychom měli stejný názor, byly v tom v konsenzu a mohl mluvit za oba a já hlavně když jsem plný zlosti tak abych zbytečně

nevybouchl...tak tam zavolá manželka řekne mu to ona. Řešíme je většinou spolu. I manželka teď na toho syna dokáže hodně přitlačit.“ Pár **náročnějších situací**, které se mu staly uvedl Petr i z **pracovního prostředí**. Především, když popisoval chvíle po obdržení výpovědi... „No v prvních chvílích jsem reagoval tak, že jak byla ta rozestavěná Rudná, tak to rozjedu autem a napálím do těch betonů... fakt! Mě slzy tekly byl jsem naprosto v šoku, říkal jsem si co bude žena dělat, nejmladší dcera ještě na škole... prořval jsem to, ale po chvíli mě to pak přešlo ten nápad, ale ten šok byl šílený.“ Nicméně, když Petr ještě pracoval tak uvádí, že v práci ostatně i jako v jiných oblastech svého života **přístupoval** k situacím a různým konfliktům s **klidem a rozvahou**. Zmiňuje, že pokud **občas vybuchl**, tak to už muselo něco být a pak všichni kolegové byli překvapení, kde se to v něm bere. „Většinou jsem klidný, a tak to bylo jak v práci, tak mimo... někdy jsem se moc neuměl ozvat a když, tak až už toho bylo fakt hodně! A šéf se pak divil, co jsme si to dovolil takhle vylétnout, neznal to ode mě.“ Petr mi demonstroval svoje největší **nedorozumění**, které se mu během kariéry stalo. Byl v něm ovšem nevině, protože dle informací byla chyba na straně předešlé směny, i přesto se k tomu nikdo z nich nepřiznal. Petr dostal pokárání a proto, že nakonec vyšly najevo určité důkazy vyřešil situaci na svůj vkus **poměrně razantně**... „hájl jsem se a ozval jsem se, že zato fakt nemůžu! tak si mě ředitel pozval i toho kolegu, který přebíral směnu, sice on zrovna docela zatloukal, což já neumím, ale vyšly najevo nějaké důkazy, tak se to nakonec vyjasnilo v můj prospěch, ale to byla výjimka, kdy jsem se tak ozval. Nijak jsem to moc pak už neřešil, já mám rád spíše klid, tak jsem to už nechal... Obhájl jsem se nebylo to na mě, takže další rozbroje neměly cenu, to nějak rozmazávat.“ Jednu z paradoxních situací, o kterou se Petr podělil měla spojitost s jeho manželstvím a nevydařeným projektem stavby rodinného domu, kvůli kterému se na určitý čas ocitli v **hodně rozdílných místech** s manželkou. Poprvé v tomto případě Petr uvedl, že **nedokázali situaci pojmout** a nějak vyřešit **společně**, což vedlo až k rozvodu. Petr zmínil, že v tomto případě asi nebyla jiná možnost, i když si za rok uvědomili, že to byla hloupost a znovu se vzali. „No to bylo takové blbé období, že jsme se rozvedli... Najednou toho bylo hrozně moc a my jsme to nějak nedokázali zpracovat spolu.... Nedokázali jsme ten problém řešit, tak jsme se tehdy rozvedli, ale pak jsme si uvědomili, že to byla blbost tak jsme se za rok zase vzali. Já už jsem to nebyl schopný vydržet doma ... Tak jsem si našel podnájem, všechno na mě padalo... tak jsem to tehdy tak vyřešil, ale potom uplynulém čase se to nějak rozhrěšilo... od toho návratu je vše v pořádku a lepší mezi námi. Asi to tak mělo být.“

### Zaznamenané změny a reflexe respondenta

Petr byl v čase rozhovoru krátce po **operaci** čili v tu dobu byl aktuálně na **nemocenské**. Jeho aktivity během dne byly na vrub tohoto zákroku **omezeny**, především byl cíl se zotavit. Dle informací z rozhovoru mu tato událost nijak zvlášť **nerozhodila psychické rozpoložení**, operace dopadla dobře, uvedl, že čas strávený v nemocnici **prožil dobře**, takže z tohoto ohledu i přes invazivnější zákrok v nedávné době na sobě **nepocítoval zhoršení** depresivních symptomů. Během zotavování Petrovi vyhovuje klidový režim, pravidelné procházky se psem a mírná fyzická aktivita. Co se týče zaznamenané změny, kterou na sobě Petr pocítuje, tak je v především ještě větším **zklidnění** a celkovém **zpomalení**, jež bylo **dlouhodobě vyhledáváno**. Petr i přes prvotní šok si na novou práci v chráněné dílně zvykl a nyní již tvrdí, že je tam opravdu rád, **nemusí se nějak stresovat** co se týče povinností a zodpovědnosti, což je pro něj nový velice **osvobozující pocit**. V návaznosti na způsob zvládnání různých situací Petr uvádí, že **neprošel** za dobu léčení nějakou **dramatickou změnou**, vždy přistupoval k těmto věcem s rozvahou, snažil se **konflikty řešit v klidu**, nejlépe v kolektivu, případně společně v rodině, nicméně uvádí, že se nikdy neuměl moc ozvat, či chovat asertivně. Vždy se snažil v případě nějaké situace působit jako spíše asistující jedinec, než že by vzal situaci do vlastních rukou. V návaznosti na několik témat a náročnějších období v rodině sděluje, že si z nich vzal v první řadě uvědomění, že bylo třeba, aby si určitými věcmi prošli. *„Asi nás to sblížilo paradoxně ten odstup od sebe asi to bylo třeba. Nelituji toho, že jsme se rozvedli vnímám to tak, že nám to pomohlo, ten rok byl intenzivní, ale nakonec všechno zlé bylo k něčemu dobré, jak se říká. U nás to teda platilo 100 %. Všichni jsme si to nějak ujasnili v hlavě a pak se k sobě vrátili... myslím si, že jsme si to museli fakt každý ujasnit, srovnat v těch palicích sám za sebe každý tentokrát...“*

### Krátká interpretace výzkumníka

V příběhu Petra je znatelná celoživotní prevalence submisivity a depresivních osobnostních rysů. S psychickými problémy depresivního charakter se léčí již delší dobu, jak jsme se dozvěděli z příběhu. Je však stabilizován a pouze dochází pravidelnou kontrolu k ošetřující psychiatrice pro dlouhodobou medikaci a občasnou udržovací terapii, jinak je zapojen do víceméně normálně fungujícího života, dochází do zaměstnání, i když už pouze na pár hodin, vzhledem k pokročilejšímu věku a částečnému invalidnímu důchodu. Co se týče způsobu zvládnání určitých situací tak jsme nebyli svědky dramatického vývoje, či velkých změn během léčby ani během hlavní linky životního příběhu a situací z něj. Petr



preferuje klid a harmonické prostředí, pokud možno většinou byl zvyklý řešit určité situace buď v kolektivu v práci jako součást celku, případě v rodinném kruhu ať už širším či pouze společně s manželkou. V demonstrováných situacích většinu času reagoval s odstupem a rozmyslem, nicméně určité náznaky výbušnosti a občasnou impulzivitu ve velmi vyhrocených situacích jsme také zaznamenali. Z **copingových strategií** jsme skrze sdílené a demonstrované situace odhalili v drtivé většině **strategie zaměřené na vztah**, dále **strategie vyhnutí se působení podnětu, hledání sociální opory, plánování řešení problému, cvičení sebeovládání, distancování se nebo vyhýbání se**.

## 6.5 Respondentka Monika

### Deprese: osobní příběh

Zkušenost respondentky Moniky s **depresivním onemocněním** je poměrně **složitá**, jak se dozvídáme z rozhovoru. První náznaky Monika zaregistrovala, když začala mít **somatické potíže** různorodého charakteru, nicméně to byli v centru dění především všelijaké vyšetření, testy, konzultace a kontroly u různých specialistů a oborů medicíny. V té době přitom ještě stále vykonávala **manažerskou pozici** v jedné firmě, kde podle sdělených informací byla zvyklá **podávat výkon** na 150 %. Po určité době, kterou Monika věnovala především snaze se vyléčit a přijít svým tělesným problémům na kloub, přišel moment, kdy ji lékaři doporučili návštěvu **psychiatra**, vzhledem k tomu, že Moničiny problémy nebyly vysvětlené kauzálně, nabízel se psychický (**psychosomatický**) původ. Moničiny prvotní reakce na možnost a souvislost jejich somatických projevů s psychikou **nebyla** vůbec **akceptována**. Byla přesvědčená, že jí opravdu něco je, jen odpověď zatím nenašli. Z tohoto přesvědčení se začala rodit **velká nejistota, strach až paranoia**, čímž propadala do hlubší **depresivní symptomatologie**. Po vyčerpání víceméně všech somatických možností, jak situaci objasnit, se Monika objednala k psychiatrovi, byla ji **nasazena** adekvátní **medikace** a doporučena kontinuální **psychologická péče**. Monika uvádí, že chvíli docházela na **individuální terapii**, poté začala chodit do **stacionáře**, kde byla spokojená na spoustu věcí si zde přišla, především díky skupinovým terapiím, ale i ty vnímala dvojsečně. *„Mě šlo hlavně o to, že nejsem doma změním prostředí, jsem mezi lidmi. Sice někteří těmi svými náladami tahají člověka dolů, a to dělá s tou vaší diagnózou občas divy. Takže ve mně to osobně vzbuzuje soucit, vracím se tím do svých vzpomínek, ale někdy i pociťuji zlobu. Člověk musí, i když to nejde a musí něco opravdu dělat a když vidím, že on se točí v tom kruhu a nevidí, neumí se z toho zatím vymanit – občas mě to*

*hrozně štve a je to frustrující to vidět z druhé strany. Občas mě to zvedá i ze židle.“* Možná právě kvůli těmto pocitům občas jako na horské dráze poslední dobou Monika pociťovala potřebu opět něčeho individuálního, kde by jí péče byla tzv. ušitá na míru a měla by větší prostor se vyjádřit než ve stacionáři. Monika během rozhovoru několikrát zmiňovala, že je nyní sice považovaná za víceméně **stabilní**, nicméně pořád má v sobě **nevyřešených spoustu věcí**, které ji omezují v návratu do alespoň pomyslného normálního života. Monika se svěruje s tím, že si stále **není jistá** v práci s **negativními myšlenkami, emocemi a situacemi**, které ji občas **zahltí**, především za poslední dobu se Monice několik z nich vrátilo a nakupilo. To otevřelo některé staré, avšak stále nezpracované emoce. Během rozhovoru se svěřila, že se cítí mírně frustrovaná jakýmsi návratem by se dalo říci na její cestě za uzdravením. *„Dělalo mi to problém jít do obchodu, ale teď to mám tak, že i když mi je špatně tak jdu, nesnažím se ničemu vyhýbat. Bylo období, kdy jsem si myslela, že jsem na tom už dobře, ale pak zas přišly nějak negativní situace... ono takhle... postupně se posouvám, ale jde to hodně pomaličku, což na mě jako na osobnost, která předtím byla vždy taková „hrrr“ je to dost těžké neztratit víru a motivaci, když nevidím výsledky hned. Nedávno se zase nakupilo několik věcí dost podobných tomu, co se mi dělo v práci a v životě a ono, kdyby to přišlo po částech tak to ještě nějak zvládnou a vidím ten pokrok, ale nyní to je tak, že jsem se hrozně vrátila zpátky tam kde jsem byla si myslím, ale možná, že to je jenom můj pocit.“* Kromě těchto stesků u Moniky během rozhovoru není znatelná hlubší depresivní symptomatologie. Vzpomíná **kvalitní a benefiční zázemí**, které ji poskytuje manžel, dcery a přátelé. Nicméně **největší rány**, které si s sebou Monika nese a přispěly poměrně zásadně k propuknutí depresivního onemocnění bylo dlouhodobé **problematické soužití** s Moničinou **matkou**, jejichž vztah je **narušen** již od samotného **dětství** a Monika je do jisté míry **emočně deprivovaná** a tímto nefunkčním vztahem **poznámenaná**. I přes **nehostinné prostředí** a vztah s matkou s ní zůstala bydlet, toto rozhodnutí si vybralo dost velkou **daň**, nicméně Monika tvrdí, že teď už je na nějak radikální řešení pozdě. Další velká rána a komplikace pro Moniku byla, když se v jejím životě objevil mladší muž z práce, do kterého se **platonicky zamilovala**, emoce však zůstaly nenaplněny a nevybouřeny, i když daný muž Moničinu náklonost a slabost oplácel, místy až inicioval, Monika byla vždy ta, která to nikam neposunula a řekla **dost v pravý okamžik**, aniž by někde pokročili a ohrozila tak své manželství, i když si uvědomila, že tímto „platonickým románkem“ jej **ohrozila a odsunula** na vedlejší kolej, tak jak tak. Čili jsme byli svědky poměrně **závažných a dlouhotrvajících problémů**, se kterými se

Monika potýkala a dodnes i po dokončení akutní léčby, nyní ve víceméně stabilizovaném stavu stále potýká.

### **Situace a jejich zvládnutí**

I během rozhovoru s Monikou jsme se snažili zkoumat její **způsob zvládnutí** různých situací, kterými si buď prošla nebo byla svědky a měla možnost zareagovat určitým způsobem. V tomto okruhu analýzy si pár těchto situací uvedeme a rozebereme. Když jsme se tematicky v rozhovoru dotýkali prostředí stacionáře, kam Monika docházela sama uvedla pár situací, kterým zde čelila. Vzhledem k tomu, že už je na své cestě trošičku dál, pokud se stalo, že do stacionáře dorazil nějaký nový pacient a ostatní si mohli připomenout tvář v tvář, jaké to je být zase na začátku to v Monice **vyvolávalo všelijaké emoce**, nicméně občas do sdíleného příběhu **přímo zasáhla** svou reakcí, když jí přišlo, že se daný jedinec pořád točí v kole a potřebuje jiný úhel pohledu, i když jej možná v ten daný okamžik nechtěl nebo není připravený slyšet. *„Ano konfrontuji ho, řeknu mu to. No buď reakce nepřijde žádná, že to ten daný člověk přejde nebo si jede pořád to svoje. Ani ten člověk pak třeba nepřijde zamnou nebo to neotevře znovu... není tam ta snaha.* Monika v rozhovoru často zmiňovala **dobu před nemocí** a demonstrovala, jak se tehdy chovala v kontrastu s tím, jak se chová a **zvládá situace nyní**. Skrze celý rozhovor je **znatelná silná potřeba návratu** Moničina „starého já“, které postrádá. *„Řekla bych, že předtím jsem byla opravdu silná osobnost, když se někomu něco dělo, tak jsem se zastávala jiných apod. Nechci, aby se tak lidi chovali, natož ke mně... kdysi bych dokázala, když jsem třeba viděla nějaké bezpráví, tak jsem reagovala bez ohledu na to, že by mě osobně hrozilo nějaké nebezpečí. No jenže pak se to stalo mně a já jsem nedokázala si pomoct a doteď, když mě do toho někdo vtáhne, tak se neumím bránit. Jsem chudáček zahnaný do kouta, to už by muselo být jooo nějaké haló, abych se do toho nějak angažovala.“* Monika během rozhovoru také zmiňovala několik běžných situací, jak zvládá například návštěvu nákupního centra nebo jiných více otevřených a veřejných prostor. Pokud by musela tyto prostory a situace podstoupit, nyní by se jim už tak **nebránila** v porovnání s rokem, případně několika měsíci zpátky nicméně to není aktivita a situace, které by vyhledávala a chtěla podstupovat dobrovolně. Rozdýchá to, zvládne se ukotvit, aniž by musela utéct. Monika v případě zhodnocení situace jako pro ni **nezvládnutelná** v daný okamžik nebo **nad limitní**, usoudila že **potřebuje pomoc druhých**, tak se nebála o ni říct. *„Někdy jsem musela dokonce zastavit auto na krajnici a počkat až pro mě někdo dojede. Odstavila jsem auto a bud čekala až to přejde nebo jsem si zavolala pomoc a musel pro mě někdo přijet.“*

Když ještě Monika pracovala jako manažerka a během tohoto období se v jejím životě objevil nový mladý muž, situace sama o sobě byla poměrně **komplikovaná**, nicméně všechny situace a okamžiky, které s dotyčným zažila vždy zvládla způsobem takovým, že z ní **utekla** nebo ji **zastavila ve vhodný okamžik**, aby se neměla kam dále vyvíjet. Monika se však během rozhovoru svěřila, že dotyčný nebyl pouze platonický románek, ale měl v té době **funkci útěku z reality**, kterou potřebovala vzhledem ke všem povinnostem a nárokům, které byly na její osobu nakládány. *„Úplně jsem to vytěsnila... já jsem tam nechtěla ani být. Nemohla jsem v té době s manželem trávit chvíle... pořád jsem utíkala, buď jsem byla v práci, ve škole nebo s kamarády, případně kolegy z práce a pařila jsem.“* Když jsem s Monikou hovořila, tak aktuálně manželství nechávala volný průběh, protože si uvědomila, že mu v podstatě zatím nedali šanci. V první fázi si veškerou pozornost a dominanci uzurpovala svým tehdejšími fungováními Monika, poté vztah zazdila díky platonické lásce ke kolegovi, následně řešila a řeší víceméně doteď svůj zdravotní stav, při kterém si uvědomila, že manžel stál při ní u všech těžkých situací a během období zotavování se dostavily situace, kdy si začala uvědomovat, že by svému manželství mohli dát konečně šanci. K **situacím se staví** prozatím **rezervovaně**, nechce nic uspěchat, nicméně tehdy sdělila, že se cítí dobře. Situace, která Moniku dlouhodobě frustruje je nefunkční vztah s matkou a nehostinné prostředí, kterému **musí čelit** i u sebe doma, vzhledem k tomu, že s matkou bydlí. Monika se během rozhovoru svěřila, že se ji matka projektovala i do vztahu s její nadřízenou, což sebou neslo Moničin **nevědomý boj** s touto osobou a **pracovní konflikty**. *„Já jsem si to tehdy neuvědomovala, ale jak jsem si postupně na různé věci přicházela, tak mi došlo, že ty vyhrocené situace v práci byly podmíněné mojí projekcí matky do mé tehdejší šéfové. Takhle, ona jí byla fakt podobná především chováním, takže proto se mi to asi stalo, nebylo to vyloženo iracionálně z mé strany, v něčem se chovaly fakt jak přes kopírák... já jsem tím byla úplně odzbrojená a nemohla jsem vůči ní nic, stejně jako to nedokážu u své matky, i když mi vždy dělala hnusárny a dělá doteď, já jsem vůči nim oběma byla a jsem úplně marná.“*

### **Zaznamenané změny a reflexe respondenta**

Vzhledem k subjektivnímu dojmu Moniky, že nemá ještě zcela vyhráno a čeká ji stále poměrně dost práce, i když je v dlouhodobé péči odborníků a víceméně stabilizovaná, byla, co se týče na sobě vyzorovaných změn střídmější. Co se týče **zaregistrovaných změn** z hlediska depresivního onemocnění a jeho projevů, tak Monika se **naučila** s občasnými chmurnými myšlenkami **pracovat** stylem následujícím ... *„když vím, že na*

*mě jdou nějaké chmury a stavy, tak nesmím zůstat ležet, jdu se psem nebo sama. Prostě jdu ven a jdu to rozchodit. Chození, procházky, to mi pomáhá. Také mi většinou pomáhalo si říct, to přejde, uklidni se to rozdýcháš apod. Někdy jsem na sebe ale i zlá, pač si říkám, že stojím na místě a nemůžu se z toho vymanit... na druhou stranu, když si vzpomenu, co všechno mi bylo a čím jsem si prošla, tak si říkám prosím tě vzpamatuj se, buď ráda za to, kde jsi teď, protože věřím, že se to jednou zlepší, že to všechno utichne a budu zase v pořádku.“* Největší překážku, se kterou se Monika stále potýká je **nemožnost jet alespoň na nějaký výkon**, což ji velice frustruje a vrací občasné pokleslé nálady. *„Já, když to začnu valit a zase jedu na ten výkon, tak mě momentálně je fakt špatně a musím zpomalit. Ukotvím se, zastavím se a pak zas můžu něco dělat. Ale hrozně mě to omezuje, protože nemůžu nic dělat s vervou a spontánně. Nechci přemýšlet nad, jestli vyběhnu nebo půjdu něco udělat „wauuuu“ chci normálně háčkovat, abych se nezlekla toho, co dělám...já jsem ochotná chodit spát v 10 h, nepařit, nejít tak jak jsem jela na 150 %, ale chci být zase spontánní...mně to velmi chybí.“* Změnu Monika vnímá i ve svém **chování a způsobu zvládání** určitých **situací a zátěže**, protože jak jsme si mohli povšimnout během celého rozhovoru mezi Monikou **před propuknutím** onemocnění a **nyní je velký rozdíl** dle sdílených informací, především, co se týče **mentální odolnosti** čelit různým situacím a konfliktům, jak na úrovni interpersonální, tak intrapersonální. Všeřikající příklad Monika sama uvedla u způsobu zvládání konfrontací ze strany své matky, od nadřízené v práci a do toho svůj vnitřní boj, který se sebou vedla.

### **Krátká interpretace výzkumníka**

V příběhu Moniky je znatelná velká touha po návratu do pokud možno zcela normálního fungování. Celým příběhem je cítit velká snaha nabýt bývalé energie, houževnatosti, energičnosti až výbušnosti, jež Monika před propuknutím problémů oplývala. Monika velmi dobře popisuje a subjektivně interpretuje, jaké pocity prožívala během akutní fáze, po posléze v průběhu dlouhodobé odborné péče, tak i z hlediska své role v nejrůznějších situacích a konfliktech. Je si vědoma toho, že v této oblasti je změna asi nejmarkantnější. Je odhodlaná se však nevzdat a přiblížit se svému tzv. „bývalému já“ co to jde. Tento cíl, popřípadě motivace však může působit disharmonicky vůči dlouhodobému udržení stabilního psychického rozpoložení. Je zcela jasné, že práce s přijetím je u Moniky velké téma. Co se týče specifický způsobů zvládání tak jsme skrze sdílený příběh u Moniky zaregistrovali **copingové strategie** jako jsou **žádost druhých lidí o pomoc** nebo **radu, distancování se, sebekontrola, hledání sociální opory, útěk**, dále

několik strategií z kategorie **zaměřených na emoce**, myšleno zde především **distancování se, vyhýbání se, přerámování stresoru do pozitivního světla**, dále jsme rozpoznali strategie **rozptylující a vyhýbavé** a v neposlední řadě copingové strategie **zaměřené na vztah**. Na závěr interpretace zmíníme i několik strategií, které jsme u Moniky rozpoznali jejího fungování před propuknutím psychických problémů jako například **vyhledávání informací o dané situaci, přímá akce** nebo **konfrontační coping**.

## 6.6 Respondentka Helena

### Deprese: osobní příběh

Zkušenost respondentky Heleny s **depresivním onemocněním** se pojí především s **problémy** a údajnou **šikanou v práci**, kterou trpěla delší dobu. Jednu z prvních informací, kterou však o sobě Helena sdělila, že si za dobu docházení do stacionáře uvědomila, je fakt, že je **nechtěné dítě** a kolem této informace se točí poměrně velká část Helenina příběhu. Především zmiňuje svou **specifickou roli a místo v rodině**, v níž si se svou maminkou **nebyly moc blízké**, jak sama uvádí. S otcem si byla blíže a více si i rozuměli. Podstatnou informací byl také fakt, že je ze tří sester nejmladší, přičemž tvrdí, že nejstarší ji spíše **dělala mámu** a snažila se ji vychovávat, přitom o prostřední sestru **pečovala** Helena, z čehož usuzuje poměrně **velkou zodpovědnost** v mladém věku a **povinnost se o někoho starat**, která se poté samozřejmě přehoupla i vůči vlastním dětem a nyní v péči o manžela, když už jsou děti velké a z domu, z čehož však Helena není nadšená, protože popisuje velkou **únavu a vyčerpání**. „*Cítím, že už nemám energii, nechci se o někoho starat. Nechci už mít za nic zodpovědnost, asi jsem vyhořelá. Jako bych to s tou péčí o někoho vždycky vyžrala já.*“ Z titulu, že je nechtěná si vysvětluje spoustu jiných **souvisejících problémů**, které ji za život vstoupily do cesty. „*Řekla bych, že jsem bývala se sebou šťastná, ale nevím, co se změnilo, jestli je to opravdu všechno o tom, že jsem to nechtěné dítě, že si nerozumíme s kolegy, authority vůbec nedokážu nějak extra respektovat.*“ Helena se svěřila, že za ta létažití se sebou a poznávání sama sebe zaregistrovala, že je obecně ve společnosti **těžce přijímána, málo kde zapadá** a hodně lidí s její osobností má problém, což Helenu mrzí a za poslední roky se více **uzavřela do sebe, nevyhledává** tak častý **lidský kontakt** a omezila návštěvy i se svými dlouholetými kamarádkami. „*Celý život zjišťuji, že jsem pro ty lidi hodně nepřijatelná a málo kdo to chce vůbec pochopit, snažím se jít tou svojí vlastní cestou a je možné, že tohle provokuje ty lidi na mě nevím... jsem taková rozdivočená, hodně zrychlená, a to možná ty lidi ode mě*

odrazuje. Asi mě celoživotně lidi neberou moc vážně.“ **Silná** především **psychická zátěž** v práci dala možnost propuknutí **hlubší depresivní symptomatologie** skrze šikanu a **neustále neshody** a **konflikty** v práci především s jednou kolegyní, což trvalo dle sdílených informací Heleny cca 11 let. Helena je přesvědčená o tom, že tento **ustavičný dlouhodobý stresor** měl velký vliv na její tehdejší zhroucení a nemožnost dále pokračovat v pracovním procesu. „*Vždycky se nechám, aby si domě ti lidi hrábli. Je tam velký kolektiv, ale vždycky když někdo potřebuje, tak si přijde hrábnout do mě...já to vím...Vždycky se otevřu, i když tak zvláště... já mám nějakou zeď, kterou ty lidi nenechám překročit, takže asi těm lidem permanentně nevěřím v hloubi duše...nevím, já nedokážu nastavit hranice lidem, oni to vycítí a já si to pak vyčítám, že jsem je zase nechala.*“ Helena se také svěřila s poměrně osobní věcí, která měla silný vliv na rozvoj její depresivní poruchu, a to byla **nevěra** prvního manžela a následný **rozvod**. Někou dobu byla Helena s dětmi sama a poté si našla druhého manžela, se kterým je doted', zmiňuje, že vztah je dlouhodobě stabilní a harmonický, avšak **náročnější období** zažila i s druhým manželem, když ji **podvedl** během pobytu v lázních, nicméně tam šlo o jiný, pro Helenu akceptovatelný motiv čili, i když to byl **šok** a z počátku **rána**, po ujasnění to spolu zvládli. Prvotní rána od původního manžela Helena do jisté míry **nedokázala zpracovat**, a tak když přišla druhá nedokázala nynějšímu manželovi sdělit, jak moc ji jeho netaktní chování a činy zasáhli. „*Já jsem mu nedokázala vysvětlit, že mě to od toho bývalého manžela hrozně ranilo a vždy jsem mu říkala, že pokud on tohle udělá, tak mu všechno vyházím, takže věděl, jakou ránu by mi tím dal, a i přesto to udělal...to mě ranilo snad ještě víc než ta původní nevěra od bývalého.*“

### **Situace a jejich zvládání**

Během rozhovoru Helena bez problému **demonstruje** spoustu **situací** a **konfliktů**, které se jí staly a nějak se k nim musela **postavit** a **vypořádat**. Během rozhovoru ještě sporadicky docházela občas do stacionáře na terapii, především pak na arteterapii, které ji bavily. Helena tvrdí, že samu sebe dost často dostává do **vnitřního konfliktu**, když si umane, že něco **nezvládne**, co má před sebou nebo jí je zadáno. Pak místo toho, aby úkol alespoň zkusila, tak jej raději **vzdá**. „*Ted' na malování jsme měli něco udělat podle šablony, ale nedokázala jsem to pač jsem se bála, že to nezvládnou, takže to raději nechci dělat, protože si nevěřím, že to zvládnou. Podobně to mám i v práci. když je přede mnou věc, o které si myslím, že ji neudělám tak to ani nechci dělat...nakonec to udělám, ale stejně to dělám na půl procent, pač vím, že na plno to nedám, tak proč bych to měla vůbec zkoušet.*“ Když plynule přešla na situace, které zažívala v práci, kde zmiňovaný přístup hrál dost

významnou roli Helena uvedla, že se nikdy v pracovním kolektivu **nečila komfortně**, vždy měla pocit a bylo jí to mnohokrát naznačeno, že je pro některé spoluzaměstnance **těžce akceptovanou osobou**. „V kolektivu jsem měla asi vždycky problém...i když jsem to v minulosti tak nepociťovala tím, že asi ta tolerance byla tehdy ještě větší nevím...pořád se něco řešilo a nebyl tam nikdy klid.“ **Ustavičné konflikty** v práci Heleně ukázaly, že **problém** je poněkud **komplexnější**, a i ona si začala všimnout jistých podobností a fenoménů ve vlastním chování v průběhu různorodých střetů. „Zjistila jsem, že neumím vůbec řešit konflikty. Já buď brečím anebo někdy řvu, když mě někdo zažene úplně do toho kouta, tak někdy zakřičím. Já nevím, pořád mám nějaké střety, konflikty, i když jsem člověk, který z toho raději odejde. Nemám ráda dusno, nedělá mi to dobře. Neumím to vůbec přijmout, když mi v práci dělala ta kolegyně naschvály tak já jsem tam potom vůbec už nedokázala být, vnímat...“ Když Helena uváděla situace, které zažívala s kolegyní, v některých zastávala svůj obvyklý způsob zvládnutí uvedený výše, v jiných jsme však zaregistrovali do té doby ještě neobjevené. „Když byla v práci kolegyně očividně našťvaná, ale nedokázala to říct narovinu a místo toho pořád funěla a vzdychala, což tohle jsem vydržela poslouchat půl dne, ale pak jsem za ní stejně musela zajít a říct, ji že jestli je našťvaná, tak ať to raději řekne, než aby tam všechny dostávala pod dusnou atmosféru. To já bych v tom nemohla žít, takže za tím člověkem raději zajdu a udělám ten první krok, aby se ta atmosféra aspoň nějak rozhoupala.“ Několik vyhrcořenějších situací, které měla především nedávno s manželem Helena také uvedla. „Nedávno mi někam manžel schoval moje voňavky na místo, kde opravdu neměly být, tak jsem hrozně zuřila a byla našťvaná. Nemohla jsem tu situaci vůbec přijmout, hlavně mě to štve z toho úhlu pohledu, že mě ten druhý člověk vůbec nerespektuje a dává mi to tímto chováním najevo. Ví, že mi to bude strašně vadit, ale i přesto to udělá...to mě na tom asi nejvíce štve.“ Helena popsala svůj stav během situace, když mají s manželem domluvenou nějakou návštěvu. Vzhledem k tomu, že s tím **není vnitřně ztotožněna** a zapne se kolotoč **sebe-znejistňujících myšlenek**, tak samu sebe dostává do **nekomfortní pozice**, ve které většinou **zmatkuje** a neví si rady. „Třeba když má přijít návštěva a já mám něco udělat, tak to zaručeně zpackám, jako kdybych si tu chybu tam potřebovala udělat tím, že si od počátku nevěřím, že to udělám dobře, tak to sama bojkotuji.“ Helena se dokonce svěčila s jednou z nejvíce **vyhrcořených situací**, které s manželem zažila, když zjistila, že ji někam schoval a přetočil materiál, kde měla fotky s dětmi, na kterých jí velmi záleželo, když to zjistila, tak **nebyla schopná tu situaci přijmout**, natož přejít, takže se dostali s manželem do takové hádky, kdy manžel ujel a uhodil ji, nejspíše za účelem, aby se Helena zklidnila, protože **situace přerostla** všem



zúčastněním **přes hlavu**, samozřejmě by k takovým invazivním řešením ze strany manžela docházet nemělo, nicméně vzhledem k tomu, že to Helena uvedla jako příklad, kde si opět uvědomila, jak **není flexibilní** vůči jakýmkoliv scénářům, na které **není připravena**, tak jsme se rozhodli tento příklad uvést jako jeden z velmi demonstrativních příkladů specifického zvládnání různých situací. *„Když se stala ta událost s manželem, tak jsem si díky ní mimo jiné zjistila, že moc pružná nejsem, neumím ty věci přijímat, vyrovnat se s nimi a nevím co s tím mám dělat. Zůstala jsem asi na úrovni toho malého dítěte v něčem, a to je ten důvod proč lidi pak za mnou chodí, když se chtějí vybit tak já jsem pro tyto účely ideální obět', pač v těch konfliktech selhávám a oni ví, že vyhraji. A manžel tehdy zařval, snažil se usměrnit tu situaci... já jsem se z toho „amoku“ nějak probudila a pak už to bylo v pohodě.“*

### **Zaznamenané změny a reflexe respondenta**

Helena se na svůj příběh dívá z několika úhlů pohledu. Tomu, kterému se v období rozhovoru aktivně věnovala, byla její **alternativní práce** s tématem nechtěných dětí, se kterými se ztotožnila. Dává možnost alternativním způsobům práce s touto skupinou lidí, aby měla **možnost více pochopit sama sebe** a své specifické vzorce chování. *„Teď jsem se hodně zaměřila na tu esoteriku a její způsob práce s nechtěnými dětmi, akorát mám problém, že nevím, zda tomu úplně věřím, respektive dokážu se uvolnit natolik, abych si to dokázala odžít, tak jak bych měla.“* Jedno z **největších uvědomění**, které Helena během rozhovoru zmiňuje a zároveň s vlastní osobou prodiskutovává, je snaha se již **nevrátit do práce**. Helena tvrdí, že po zkušenostech z minulé práce, kde trpěla tolik let **neustále konflikty, pomluvy a konfrontace** by už ráda měla klid a šla do důchodu, protože při představě, že by se do stejného kolektivu musela vrátit, případně někde jinde narazila na stejné poměry to **nechce riskovat**, pokud nebude muset. *„Během poslední doby jsem si uvědomila, že už tu práci asi nebudu zvládat fyzicky, že bych šla nejradši do důchodu, chci klid a pořád ho nemám... Sama se sebou jsem aktuálně víceméně spokojená, ale představa, že bych se vrátila do nějakého pracovního kolektivu a zase tam budu divná...mám to tak celý život a asi ten pomyslný hrnec mé tolerantnosti a akceptovatelnosti přetekl a nerada bych samu sebe tomu zase vystavovala.“* Helena se dále svěřila, že jedna z věcí, kterou si **nylní uvědomila**, je za ní ráda, **snaží se na tom pracovat** a udržet si, je **blízký vztah s manželem**. *„Potřebuji s tím manželem mít hrozně blízký vztah. Do dneška si dáváme pusy, hrozně se spolu do dneška zasmějeme.“* Helena si také začala **uvědomovat sílu zdrojů** a jak **velký benefit** ji přinášejí, proto se snaží si dělat radost a udělat si čas na věci,

které ji baví. „*Za dobu rekonvalescence potom akutním léčením jsem si uvědomila pár věcí a zjistila jsem, že se konečně začínám „nadechnout“, že je dobré si udělat radost, něco si koupit, dopřát si něco apod.*“ Vzhledem k **práci na sebereflexi** během léčebných terapií, které Helena navštěvovala se v jejím vnímání sebe sama vůči okolí opravdu **něco začalo měnit**, protože během celého rozhovoru byla, co se týče verbálního projevu až nezastavitelná, nicméně pak prohlásila, že se jí stala... „*zajímavá situace na obědě, při které jsem zjistila, že když se dám s někým do řeči, tak pak to neumím ukončit, nevím kdy je ta správná chvíle. Já se rozjedu jak vlak a nejdu zastavit.*“ Z tohoto výroku vyplývá následující plán Heleny, která v době rozhovoru sice byla stabilizovaná, nicméně kromě pravidelných lékařských kontrol u psychiatra kvůli podpůrné a udržovací medikaci a stacionární arteterapii nedocházela nikam k psychologovi a poslední dobou přemýšlela o tom, že by ji individuální psychologická péče mohla něco přinést, protože cítila skrze výše uvedenou reflexi, že má stále na čem pracovat. „*Já jsem zatím došla k tomu, že jsem si na nějaké věci přišla, které jsem měla před očima, ale neviděla jsem je. Zaznamenala jsem, že při některých aktivitách ve stacionáři jsem se hrozně potila, takže něco to semnou ta práce dělala, to bylo pro mě nové. Potřebovala bych se však v sobě asi ještě více pošárat, tak možná zvážím ještě nějakou ambulantní individuální psychologickou péči.*“

### **Krátká interpretace výzkumníka**

V příběhu Heleny z hlediska depresivního onemocnění vnímáme vliv psychické dysbalance již od dětství. Vědomí, že je nechtěné dítě Heleně zcela jistě nepřidalo a komplikovaná, do jisté míry těžko akceptovatelná osobnost měla vše potřebné pro rozvoj. V celém příběhu je citelný problém s přizpůsobením, který si Helena nese a aplikuje ať už vědomě či nevědomě na nejrůznější mezilidské vztahy či situace, ve kterých se ocitne. Místy registrujeme velké pocity nespravedlnosti a nepochopení z úst Heleny. Během období rozhovoru byla Helena stabilizovaná a tím pádem nebyly přítomny hlubší depresivnější symptomy, nicméně pro zajištění alespoň nějak stabilní psychické pohody po delší dobu, by Helena svůj nápad s ambulantní individuální psychologickou konzultací měla zcela jistě zrealizovat. Co se týče specifických způsobů zvládnání určitých situací, tak celým Heleniným příběhem se víceméně nesou jedny a tytéž způsoby zvládnání bez markantnějších výkyvů a změn z hlediska přítomnosti psychického onemocnění či naopak jeho absenci předtím. Rozpoznány byly především **strategie vyhýbání, distancování se, strategie apatie, strategie vyhnutí se působení podnětu, útek** a více druhů strategií z kategorie **zaměřených na emoce**. Dále jsme rozpoznaly **ruminační, rozptylující**

a vyhýbavé strategie, kognitivní strategie přerámcování, několik druhů z negativních strategií či intrapsychické strategie.

## 6.7 Respondentka Lenka

### Deprese: osobní příběh

Zkušenost respondentky Lenky s **depresivním onemocněním** se datuje již před delší dobou, kdy z důvodu několika **po sobě jdoucích psychicky náročných, stresujících a vyhocených obdobích**, které neměla prostor zpracovat, začala pociťovat bohatou škálu **depresivních symptomů**, přičemž v popředí byly především velké výkyvy nálady, podrážděnost, výbušnost, citlivost vůči různým podnětům, velká únava a poměrně znatelné výpadky paměti a pozornosti. „*Občas mám během dne výpadky, kdy si prostě ty věci nepamatuji. Myslím si, že jsem to měla spojené i s prací. Mám to spojené i teď běžně v tom životě, že se mi stane, že mi někdo něco říkal, ale já jsem ho vůbec nevnímala. Jako kdyby došlo k samovolnému vypnutí a prostě přestávám přemýšlet.*“ Proto ji byla doporučena konzultace u psychiatra, který ji **naordinoval** adekvátní **medikaci**, poté docházela na **pravidelné terapie**, nicméně vzhledem k tomu, že Lenka je samoživitelka a během akutní léčby nemohla pracovat, s péčí o dceru ji pomáhala její matka, se kterou bydlí společně všechny tři v jednom bytě. Lenka se svěřila i s **hospitalizací** na psychiatrickém oddělení, kde svého času, když toho měla hodně a přestala fungovat šla tzv. jak tomu sama říká „*poležet a dát se trochu do kupy*“. Poté zase začala docházet několikrát do týdne na pravidelné terapie do stacionáře. V době, kdy byl rozhovor pořízen tak ještě do stacionáře na občasné terapie zašla, ale vzhledem k tomu, že měla mimo dost jiných aktivit podle sdílených informací, tak již neměla takový prostor a ani to nebyla pro Lenku taková priorita, vzhledem k víceméně stabilizovanému stavu v té době. Nicméně **nedostatečná psychická harmonie**, velký počet **povinností, nároky, tlak** na vlastní osobu a několik neuzavřených **velkých ran** především spojených s autonehodami z minulosti Lenku stále občas trápí a přepadávají negativní myšlenky. „*Ono se to nezdá, ale kde máte mezitím čas na jídlo, odpočinek, na sebe, na to zpracovávat ty reakce, když se vám třeba nějaká nelíbí.*“ I přes několik těžkých životních situací, kterým Lenka v minulosti čelila samu sebe někdy přichytne dělat věci, které nejsou úplně v konsenzu s tím, čím si prošla, nicméně se tak děje. „*Mám za sebou, co mám, ale i tak... já se třeba nepásám. Tohle je pro mě prostě příkaz daný z hůry a já nesnáším, když mě někdo omezuje nebo tlačí do něčeho. V tu chvíli jsem nesvá. Takže já, když jsem připoutaná v autě, tak to musí být těsně před policajtama*

anebo třeba před mamkou anebo dcerou výjimečně. Jinak je to pro mě prostě spoutání, svázání, a to já nesnáším. Mě to prostě omezuje můj prostor volný.“ Lenka tyto svoje zvyklosti dále rozvíjí a my se dozvídáme, že tento problém je hlubší a souvisí s **nemožností akceptovat autority**. Lenka špatně snáší jakékoliv **nařízení z vyšších míst**, povinnosti, případné omezení či **kritiku**. Vnímá to jako formu omezení, **ukřivdění** a není nakloněna k nějaké formě akceptace. **Citlivost na** jakoukoliv formu **kritiky**, je Lenčino velké téma a s tím do terapie původně přišla a stále na tomto svém tématu pracuje. „*Já asi neumím přijmout kritiku. Snaží se ty věci dělat dobře, ale tím, že žiji v přesvědčení toho, že když dostanu zadanou práci, tak ji dělám od prvního dne stále se stejným výkonem až do toho posledního dne, tak pro mě je ta kritika tak nesnesitelná, že si myslím, že jsem chybovala a u mě to spouští ten kolotoč. Ten začarovaný kruh, že k ničemu nejsem, za nic nestojím, nepotřebujou mě tam, vyhodí mě, přijdu o práci, nebudu mít práci, tak jak uživím sebe a dceru. Automaticky tyhle myšlenky vyvstávají a stačí k tomu jen tahle sebemenší kritika.*“ Lenka si je však vědoma svých povinností, a tak i přes svoje **občasné pochmurné stavy** ví, že **musí fungovat** a do jisté míry ví, že v tomto jede na autopilota. „*Já tím, že mám vedle sebe tu dceru, nemám manžela, nemám přítele, nemám nikoho, kdo by to udělal kromě té mamky, tak prostě jsou věci, které dělám úplně automaticky a má je zautomatizované.*“ Tento mechanismus je však občas **vykoupený** tím, že se Lenka musí nějak zregenerovat, avšak když veškerou sílu, které už tak není moc dá na splnění nutných věcí, pak se ku příkladu na konci týdne cítí naprosto **vyčerpaná**. „*Já mám potom takové období, kdy prostě vím, že ta dcera tam není, že můžu ležet, že nemusím vstávat, nemusím to jít udělat. A já ty dva dny jsem vlastně úplně marná a k nepoužití. Nejradši bych se zahrabala do písku a dejte mi pokoj všichni. V tom je to jakoby nevyzpytatelné, protože někdy to na mě padne přes týden, někdy přes víkend a jak je to přes ten týden, tak je to strašně těžké na sobě furt nosit masku, že jste v pohodě. Já bych vlastně v podstatě, když ráno vstanu, měla říkat, že jsem unavená, protože když ráno vstanu, tak to tak je a cítím se tak.*“ Neuzavřená témata a pár stále bolavých míst Lenku občas potrápí, když si na ně vědomě vzpomene, co je však důležitější zmínit, je fakt, že mají na Lenku a její běžné fungování **vliv i na nevědomé úrovni** a demonstrují se tzv. **životních překážkách**, jak si je Lenka sama označila. „*Mi připadá, že u všeho mám nějakou překážku. To mě nebaví a demotivuje v tom, co dělat dál. Chybí mi životní síla, optimismus... nemám ho odkud brát, když se nad tím zamyslím. Začalo to už dávno, když mi chtěli dceru unést, respektive sebrat už v porodnici nebo to, že ji partner nechtěl a posílal mě na potrat. Když jsem měla prvního partnera, tak tam byla překážka v tom, že ho srazilo auto a zemřel. Když byl*

*druhý, se kterým jsem měla intimní vztah, tak ten mě znásilnil...takže zase překážka. Když byl další partner, tak byl ženatý. Měl dvě děti a ten vztah trval strašně dlouho a ten mě psychicky, sexuálně i fyzicky týral...zase nějaká překážka. Takže já jako, když se s někým pustím do kontaktu nebo do nějaké věci nebo do nějaké činnosti, vždycky je tam něco, co já musím překonat. Jak kdybych si neuměla vybírat nebo já nevím.“ I přesto, s čím vším se Lenka svěřila a co zažila se má **tendenci** za výše uvedené situace **sebeobviňovat**. „Je jedno, jestli je to vztažené vůči práci, rodině nebo partnerovi...cokoliv co se mi kdy stalo, vždycky jsem hledám tu vinu v sobě... asi jsem sebedestruktivní typ, to mi říká i můj psychiatr a terapeut. Tím, že já se prostě nemám ráda, okolí říká, že se podceňuji a není tam ta sebeláska, ta sebehodnota, tak nemám odkud čerpat, to je ten začarovaný kruh, ze kterého mi dělá do dneška problém se nějak vymanit.“*

### **Situace a jejich zvládnání**

Během rozhovoru jsme i s Lenkou narazili na několik **situací**, kterým **musela čelit**, nějak je **zvládnout** a zaujmout k nim určitý postoj. Demonstrováné situace se týkaly různých oblastí jejího života. V následujícím okruhu analýzy si několik z nich uvedeme. Ve stacionáři, kam Lenka ještě občas dochází měli den, kdy se zrovna loučila jedna z pacientek a donesla jako poděkování občerstvení pro všechny. Lenku, aniž by to čekala toto velkorysé gesto od dané pacientky poměrně dost zasáhlo a situaci si pak pro sebe vyřešila takto... „*Ta pacientka nás všechny chtěla potěšit a obdarovat, jelikož odcházela, což bylo super pozitivní překvapení, ale přitom vlastně uvědomění, že mě to nikdy nenapadlo za tu dobu, co jsem tam pravidelně chodila. Takže jsem si to začala vyčítat, že mě to nikdy nenapadlo a v duchu jsem se pokárala a byla na sebe naštvaná.*“ Velké množství **konfliktů**, ve kterých byla Lenka za poslední dobu zainteresovaná byly **spojeny** s její **matkou**. Lenka se svěřila, že spolu s její dcerou sdílí stejné obydlí, z čehož mnohdy samo od sebe vznikají nesrovnalosti. Hádky Lenky s její mamou však mají hlubší kořeny, vzhledem k tomu, že jak jsme si uvedli v okruhu deprese, Lenka je velmi citlivá na jakoukoliv kritiku. „*V určitých okamžicích už nejsem té mámě vůbec schopná odporovat. Takže ji nechávám mluvit a nic raději neříkám, protože kdybych zareagovala jakkoliv, tak je z toho automaticky konflikt.*“ Když Lenka nedávno chtěla mámu objednat na pedikúru, ale spletla si datum, které mohla, tak z tohoto **nedorozumění** byl také opět **konflikt**, vzhledem k tomu, že se nemohly shodnout na tom, zda byla chyba v komunikaci nebo Lenka opět něco přeslechla, s čímž mívá problémy a je jádro většiny konfrontací s její mámou. „*Objednala jsem jí na tu pedikúru a ona mě seřvala, že je prostě zbytečné na mě*

*mluvit, když ji vůbec nevnímám a že si to vůbec nepamatuji, co mi říkala a proč v tom datu nemohla.“ Podobný způsob zvládnání nějaké pro Lenku **nepříjemné situace** se projevuje i v prvotních sezeních na terapiích ve stacionáři, kam docházela. Tvrdí, že si z počátku na skupinových terapiích vyhradila místo pro sebe blízko dveřím a tam seděla podstatnou část léčby. „Já jsem to tak kdysi měla i na terapiích určitou dobu, že jsem měla určité místo, na kterém jsem sedávala a naše terapeutka mi vždycky říkala, že jsem si tak chystala únikovou cestu, abych mohla kdykoliv odejít, když by mi bylo ouzko. No v podstatě to možná byla pravda...“ To, že neschopnost přijímat kritiku je Lenčino velké téma sama několikrát zmínila. Sice během rozhovoru tvrdila, že se snaží nemít tak **extrémní reakce** a pracuje na nich, nicméně většinu času tyto **konfrontační chvíle** řeší následovně... „Většinu věcí si musím osahat sama a když mi pak někdo řekne nebo tlačí do něčeho, že to mám dělat tak a tak, tak já si to automaticky беру osobně, že to je moje chyba, kritika vůči tomu, jak to dělám a hned se stavím do obranné pozice, teda spíše útočné nebo já nevím...většinou až zpětně nad tím začnu uvažovat, zda ta kritika byla oprávněná nebo ne, ale vesměs se k takovým situacím vždy stavím tak, že jsem tu chybu neudělala. Ale nebylo tomu tak vždycky, předtím jsem spíše automaticky začala brečet a nebyla schopná, jak by na svoji obranu nic říct, takže tohle je pro mě docela pokrok určitým směrem, pokud to tak můžu nazvat.“ Lenka se svěřuje s tím, že **jádro** valné většiny **konfliktů**, kterým čelí, je z důvodu toho, že **něco neslyšela** nebo **nezaregistrovala** a na vrub zmíněného fenoménu vzniká většina nedorozumění, které Lenka s ostatními lidmi vede. „Když s někým mluvím nebo něco řešíme a oni mi pak tvrdí, že mi něco říkali, přitom já jsem přesvědčená, že ne, protože jsem to neslyšela...tak já pak nevím, jestli v tom je prostě nějaké automatické popírání z mé strany, ale dělá mi to neskutečné problémy vevnitř. V pracovních vztazích i v osobních asi, protože občas se stane, že někdo něco řekne a já jim tvrdím, že jsem nic takové neřekla nebo oni mě.“ Vzhledem k tomu, že Lenku tyto situace již přestaly bavit, tak si pro sebe **vymyslela způsob**, alespoň nějakého předcházení nedorozuměním, a proto si píše poznámky z rozhovorů s lidmi, aby důležité informace nepřeslechla. I přesto, že v minulé práci zažila **neadekvátní zacházení** až **šikanu** a tato zkušenost Lenku velmi zasáhla, **naložila** si toho na **bedra** v jednom období docela dost, vzhledem k tomu, že k práci uklízečky, kterou v tu dobu vykonávala se rozhodla ještě studovat vysokou školu. Skloubit studium a práci však bylo velmi náročné, především v období před bakalářskými státnicemi Lenka začala **pociťovat**, že se jí **situace vymyká kontrole**. „V té době jsem vlastně dodělávala bakalářku a tam mě topil vedoucí práce, takže to byl taky stres z téhle strany. Dodělávala jsem zkoušky, a přitom jsem se cítila psychicky na dně, takže já jsem na*

*každou jednu věc, kterou jsem dělala, škrábala z toho nitra...“ Lenka v době rozhovoru taky dost řešila otázku peněz, vzhledem k tomu, že se jí nepodařilo sehnat adekvátní zaměstnání čili měla **nestabilní příjem**. Po přečtení knihy od Radkina Honzáka – „Mikrouti“, v níž spojuje jídelní návyky s duševními poruchami se nad touto souvislostí Lenka pozastavovala a aplikovala tento příklad na sebe, protože se v této publikaci vzhlídlala a svěřila se se svými nepravidelnými jídelními návyky. „*Já nejsem schopna pravidelně jíst. Já x let po sobě jím jen tehdy, kdy pocítuji hlad a já ho vlastně si nedovolím mít. Já sama sebe přemluví k tomu, abych nemusela jíst. Někdy je to problém jenom s tou přípravou, jako přemluvit se na tu přípravu a druhá věc je, že když jsem třeba v situaci, kdy mám málo peněz, tak prostě jíst nechci. Já třeba za den sním dvě mrkve a vypiji kafe. Nebo dva koláče a vypiji vodu se šňávou nebo něco. Třeba takové rychlé cukry.*“*

### **Zaznamenané změny a reflexe respondenta**

Lenka si je vědoma určitých **změn** a **vývoje** na své cestě během léčení se z depresivního onemocnění. Je velmi ráda, že si našla **vlastní způsob zklidnění** se během vyhocených situací či jiných, jakkoliv pro Lenku stresujících chvil. Vzhledem k tomu, že velmi ráda řídí a řídí často, tak uvolnění a forma relaxu pro Lenku přichází právě při onom řízení. Další změnu, kterou na sobě Lenka zaregistrovala byla ta, že již **nelpí na stejném místě** k sezení během terapií, jako tomu bylo především na začátku. Už je připravená si sednout kdekoliv, kde na ní vyjde místo, nevadí jí to a je i ráda, vzhledem k tomu, že měla možnost během terapií sedět vedle nových lidí. „*Měním místa, nevadí mi to, zvykla jsem si sedět i s jinými lidmi. Jsem taková, že když mi něco vadí, tak to už i dokážu říct.*“ Lenka na sobě **začíná pocítovat potřebu** partnera, kterého by si ráda našla, avšak si je vědoma toho, že když má dceru aktuálně v pubertě a žije v bytě s matkou, tak to pro ni nebude zrovna jednoduché. „*Já jsem zrovna v období, kdy bych si i našla přítele, že bych chtěla. Ale začíná to skřípat. Za prvé, že dcera na mě žárlí, takže se jí musím přizpůsobovat a za druhé se musím přizpůsobovat i mamce. Nejde to si pozvat přítele, když tam žijete s mamkou, že...*“ Lenka je nadšená z **projektu**, do kterého **se zapojila**, především proto, že adekvátní práci pro sebe zatím nenašla, nicméně ji nabíjí a je ráda, že se může věnovat něčemu kreativnímu, co má sílu lidem z praxe něco předat a otevřít oči vůči tématům, na které se dívali třeba jen z určitého úhlu pohledu. Jedná se o projekt a pozici tzv. „Peer konzultanta“, což Lence umožňuje více přiblížit odborný svět a ten pacientův. „*Začala jsem minulý rok zpracovat celý svůj příběh, abych mohla udělat tzv. kurz "Recovery", aneb zotavení. Což znamená, že můžu pracovat jako "Peer Consultant" s lidmi s duševním*

onemocněním, což budou lidé, kteří budou zapojeni do pracovního týmu s psychiatrem, s psychologem a sociálním pracovníkem. Takže to je takový oslí můstek mezi pacientem a doktorem.“ Podobnému programu se věnuje i na vysoké škole, kam chodí přednášet svůj příběh a dává tak možnost budoucím studentům pomáhajících profesí nahlížet na danou nemoc z více úhlů pohledu. „*Nebojím se otevřít i o nepříjemných věcech, které se mi staly, tak nějak napříč všemi oblastmi mého života. I o dětství... Nedělá mi to už takový problém. Dalším důvodem je, že chci, aby lidé s duševním onemocněním, s úzkostmi, depresemi, s různými sociálními fóbiemi nebyli přehlíženi, protože jak se říká... zlomená noha je vidět, tak tu duši prostě nevidíte.*“ **Benefit** to přináší i samotné Lence, která **se snaží naučit** mít více věci pod kontrolou, o kterých ji není až tak příjemné mluvit nebo jim čelit, nicméně tento způsob Lence vyhovuje, protože po cca roce, kdy přednášky tohoto rázu fungují se **dost posunula**, jak sama vnímá. „*Většinou jde o pozitivní ohlasy ve stylu, že jsem silná, vytrvalá, že mě obdivují za to, co jsem zvládla. Je to fajn, když jste jakoby v úzkých, že můžu zalézt do šuplíku a vyndat si tu zpětnou vazbu, co mi píšou. Stačí si jich přečíst pár...já jich ani více nečtu najednou, protože bych ten příval radosti vlastně ani neuměla zpracovat...*“ Lenka si je však vědoma toho, že tyto projekty ji neuživí, protože jsou většinou na dobrovolné bázi a musí si najít dříve nebo později nějakou práci, protože nynější stav není dlouhodobě udržitelný, čímž se celá situace Lence moc neulehčuje. „*Představte si, že já jsem dva a půl měsíce bez příjmu a mám doma dítě. Dva a půl měsíce mě živí moje matka...ten člověk, se kterým já jsem v konfliktu...to je stresující jako prase. Takže vím, že mi nezůstane nic jiného než to vyřešit tak, že musím do práce.*“

### **Krátká interpretace výzkumníka**

V příběhu Lenky vnímáme silný dopad minulých zkušeností a zážitků na rozvoj depresivního onemocnění. K této zátěži se však Lenka postavila zodpovědně, když se dostavila na vyšetření k psychiatrovi a poté si vyhledala a začala docházet do stacionáře na především skupinové terapie. Docházení do tohoto typu zařízení Lence zcela jistě pomohlo a docílila tíženého víceméně stabilizovaného stavu. Díky nabídce a možnosti pomáhat jiným lidem s duševním onemocněním a přednášet svůj příběh na vysoké škole dostala šanci si svůj život, respektive příběh ještě více ujasnit, poučit se z něj a samotným převyprávěním dojít do té doby k neobjeveným možnostem řešení čili upevnění sebejistoty ve vlastním příběhu byla jen třešnička na dortu. Co se týče **specifických způsobů zvládnutí různých situací**, tak co jsme měli možnost prozkoumat skrze sdílené informace Lenky tak valnou většinu **copingových strategií**, které používala předtím a během akutní léčby byly



**negativního charakteru – sebeobviňování, dále útek, vyhýbání se, distancování se, postupně se začaly častěji objevovat strategie vyhledávání informací, konfrontační coping a cvičení sebeovládání. V době rozhovoru a víceméně stabilizovaném stavu byli nejčastěji zastoupené strategie přímá akce, přijímání zodpovědnosti, plánování řešení, hledání sociální opory. Dále jsme zaznamenali nějaké strategie z kategorie zaměřených na emoce-přijetí viny a zodpovědnosti, intrapsychické procesy. Zaregistrovali jsme také pozitivní přehodnocení, kognitivní přerámování a rozptylující strategie.**

# 7 SHRNU TÍ VÝSLEDKŮ TÉMATICKÉ ANALÝZY

## 7.1 Rodinné prostředí

Opakujícím se tématem u všech respondentů v této práci bylo rodinné prostředí, respektive jeho různorodá forma, která vyšla z analýzy jednotlivých rozhovorů našich respondentů. Pro každého toto téma znamenalo trochu něco jiného, ať už z hlediska významu, demonstrace nebo emocionálního zabarvení jedním či druhým směrem. Rodinné prostředí mělo velký vliv, jak na potencionální rozvoj depresivního onemocnění, tak mnohdy bylo spouštěčem, případně zdrojem velkého množství konfliktů, konfrontací, nesrovnalostí a nedorozumění v nejbližším respondentově kruhu. Rodinné prostředí však mělo v případě několika našich respondentů i přízniví, pozitivní a podporující charakter. Z hlediska spíše negativního, nepříznivého zázemí v rodinném kruhu, kdy v drtivé většině šlo o dlouhodobé spory, traumata, toxické vztahy, křivdy a jiné nevyřešené fenomény respondenti Tomáš, Alena, Monika a Lenka během rozhovoru zmiňované konflikty řešili. Ať už byly důvody k těmto neshodám jakékoliv, měly na každého z uvedených respondentů velký vliv a do jisté míry hrály zásadní roli v rozvoji a následného propuknutí depresivní poruchy. Souvislost s tímto negativním rodinným prostředím vidíme i v návaznosti na námi zkoumané copingové strategie, protože čím déle jedinec v tomto prostředí setrval a mnohdy se v daném prostředí stále ještě pohybuje, tím méně byl v konečných fázích, myšleno zde především před jakoukoliv formou zhroucení, nástupu na léčbu apod. schopen danému konfliktu či člověku zainteresovanému do problému čelit. U všech, námi uvedených respondentů se projevíly, respektive měli tendenci výše uvedené konflikty řešit negativními strategiemi, především distancováním se, vyhýbavými tendencemi, útekem, vyhnutím se působení podnětu až apatií v určitých případech. Například Tomáš v rozhovoru několikrát zmínit, že potencionální konfrontaci s otcem řeší tak, že se mu vyhne případně si nasadí špunty do uší, které mu tížený odstup a distanc zaručí. *„Já se konfliktům vyhýbám, takže než bych mu šel dobrovolně naproti, protože vím, že bych nevěděl, jak jej vyřešit, radši jsem u sebe, naštěstí máme velký dům... a mám ty*

*špunty, i když to není ideální, mě to vyhovuje... dopřává mi to ten distanc, který vyhledávám.*“ Moničin velký zdroj konfliktů byl především vztah s její matkou, jak jsme se dozvěděli a je podrobněji rozvedeno v jednotlivých případových studiích. O to víc však byla Monika zahrnuta do kouta, protože bydlela s rodinou v domě matky, která jim většinu věcí zakazovala a žádná iniciativa Moniky se nesešla s úspěchem. V jednu dobu by se dalo říct, že Monika došla až do apatie a lhostejnosti, protože věděla, že v jistém slova smyslu je situace bezvýchodná a toto uvědomění napomáhalo ještě větším depresivním propadům. *„Já jsem jednu dobu byla už tak zoufalá...věděla jsem, že mě to ničí, že od ní nikdy nedostanu to, po čem toužím...nemohli jsme tam bez jejího souhlasu přibít ani hřebík, ale i přesto všechno jsme tam zůstali a žijeme víceméně doted' v provizorních podmínkách, protože já prostě nemám na to se jí postavit a teď už je pozdě na nějaké radikální řešení.“* Jednu dobu neměla jednoduché rodinné prostředí ani Alena, která měla vážné konflikty s dcerou, kvůli kterým v první řadě vyhledala odbornou pomoc, když ses ukázaly jako velmi signifikantní pro její depresivní stav a došly až do stádia, kdy ani do té doby funkční copingové strategie, které Alena využívala si v dané situaci nevěděly rady. *„Už jsem si v některých situacích s ní fakt nevěděla rady, protože nic nezabíralo a připadalo mi, že cokoliv udělám tak jí ještě více ztrácím nebo naštvu a odeženu od sebe, což se taky stalo na určitou dobu.“* Lenka se s konflikty na denní bázi potýká díky bydlení v jednom bytě s matkou. Sice v rozhovoru uvedla, že není jejich vztah vyhrocený do takového extrému, dokážou se spolu bavit i na poměrně normální úrovni, nicméně podstatný vliv mají a jsou umocněné ještě více tím, že Lenka je na matce do jisté míry finančně závislá. *„Já už jsem jí nechávala vymluvit, protože cokoliv bych řekla, tak je z toho hned konflikt a tím, že mě ještě víc jak dva a půl měsíce živí, tak to je pro mě stres a zdroj konfliktů sám o sobě.“*

Abychom však nezůstávali pouze u negativního rodinného prostředí, pro několik respondentů z našeho výzkumu se to objevovalo v jejich příběhu jako naopak velmi radostné místo, plné podpory, zázemí a pozitivní energie, kterou především v době, kdy na tom byli hůře a depresivní porucha byla na vrcholu své síly, potřebovali. Rodinné prostředí, ve kterém se neprojevovaly významné konflikty jsme zaznamenali u Davida, Petra a Heleny. Všichni tyto respondenti ve svých příbězích uvedli, že mají štěstí na harmonické rodinné vztahy bez větších či závažných konfliktů, proto jsme v jejich případech společné téma rodinného prostředí považovali za významné především z hlediska benefitů, které jim přineslo vůči snaze a motivaci pracovat na zlepšení svého psychického stavu. Náš první respondent David podporu rodiny v jeho největších depresivních propadech nejednou

ocenil, ale i během celého tohoto náročného období nejen pro něj, ale i pro jeho okolí si vážil a zpětně vyzdvihoval, jako velmi stěžejní bod v jeho léčbě právě onu podporu, spjatost, loajálnost a emoční zázemí. *„Kdybych je neměl, tak upřímně nevím, jak dopadnu, bez nich bych to asi nedal...“* Především si cenil podpory a pomoci ze strany bratra, se kterým své emoční projevy, strachy a přístup k různým věcem a těžkostem v té době konzultoval. Bratr mu poskytl emocionální i verbální útočiště, nicméně zpětnou vazbou se mu snažil vše zracionalizovat a navést na adekvátní pohled. David potom sám začal pociťovat změnu, že již neměl potřebu tak často využívat vyhýbavé tendence a distancování, ale naopak začal využívat spíše copingové strategie zaměřené na problém a jiné více rozumové strategie. Petr své rodinné prostředí považoval za velmi pevnou a stabilní platformu, na kterou se mohl vždy obrátit. V rozhovoru zmiňoval, že když v rodině něco řešili, vždy s klidem, potřebným časem a racionálně. *„My jsme konflikty v rodině moc nezažili... samozřejmě o obyčejných hádkách sem tam nemluvíme, ale něco vážnějšího až teď s tím nejstarším synem max. a to vždy řešíme společně s manželkou a nemáme problém dojít ke stejnému závěru, jsme v tomhle za jedno.“* Heleniny vztahy v rodině byly zredukovány především na blízký vztah s manželem a poté dětmi. Stejně jako Petr s manželkou se občas doma chytanou kvůli blbosti, jak tvrdí, nicméně je ráda za blízkost, kterou i za léta vztahu s manželem mají, protože ji ukotvuje, uzemňuje a podává pomocnou ruku, když je třeba. *„Máme s manželem velmi blízký vztah i po těch letech, za což jsem ráda, on je takový racionální, takže když já mám ty svoje chaotické chvíle, vím, za kým zajít, abych se zklidnila.“*

## **7.2 Stresující / konfliktní prostředí, dlouhodobá zátěž**

Dalším, velmi často zmiňovaným tématem skrze všechny respondenty byla různorodá forma dlouhodobé zátěže – psychické, ať už jako samostatného fenoménu, či ve spojitosti v základu konfliktním, stresujícím prostředím. Proto jsme se pro účely výsledků analýzy a zachování smysluplnosti rozhodli spojit tyto dvě témata v jedno velké, vzhledem k tomu, jak úzce spolu souvisejí. Pod stresujícím, konfliktním prostředím v drtivé většině respondenti jmenovali práci. Pro některé z respondentů nebylo pracovní prostředí tak traumatizující jako pro zbylé, nicméně skrze všechny rozhovory jsme zaregistrovali proměnnou práci, jako jedno ze stěžejních a dominujících témat. Především pak pro Alenu, Moniku, Helenu a Lenku byla práce místo, kde zažívaly krušné chvíle, jak po psychické stránce, tak občas fyzické. Z dlouhodobého hlediska to na uvedené respondentky mělo

devastující účinek, ať už z hlediska tlaku, stresu a tíhy, kterou se jim nedařilo adekvátně ventilovat nebo špatně zvolené strategii, která poměry v práci a samotné konflikty jenom přiostrčila. V konečném důsledku se tato situace už jenom připsala na seznam bodů, které zavinily rozvoj depresivní symptomatiky u výše zmíněných, jak samy několikrát v jednotlivých rozhovorech uvedly. V několika případech jsme dokonce byli svědky velmi nestandardních a konfliktních vztahů na pracovišti, kde konfrontace, jak od kolegů, tak nadřízených probíhaly na denní bázi a v určitém bodě takto dlouhodobé, systematické zátěže a setrvávání v konfliktním prostředí si vybralo svou daň i na poměrně viditelné psychosomatice, některých našich respondentek, jmenovitě především u Moniky, Heleny a Lenky. Respondentky konfliktní prostředí na pracovišti většinou popisovaly tak, že nevěděly, komu mohou věřit, necítily se zde vítané a chtěné, na podporu od kohokoliv mohly zapomenout. Naopak jakýkoliv sebemenší důvod ke kritice a konfrontaci jim byl vyčten s dvojnásobnou váhou, což místy zavánělo šikanou či bossingem. Ať už jako primární důvod či několikátý, jež měl markantní vliv na rozvoj depresivní poruchy uvedené respondentky ze zaměstnání odešly, ať už ve formě výpovědi, či pauzy ve formě dlouhodobé pracovní neschopnosti. Všechny do jedné popisují bezradnost v konfliktech, kterým musely v práci čelit, a i za normálního stavu by v konfliktech selhávaly. Způsob zvládání jakékoliv zátěže nebyla jejich silná parketa, tak z důvodu projekce jiné osoby, se kterou výše uvedená respondentka měla například problém v soukromí, přičemž kolega, popřípadě nadřízený ji daného člověka tak připomínal, že byla v tomto směru odzbrojená, pokud vůči původní osobě byla nějak paralyzována a nebyla schopná využít adekvátních strategií. V tomto ohledu mluvíme jak o Monice, tak o Heleně. Monika uvedla, že se jí konflikty z rodinného prostředí s matkou, projektovaly do nadřízené, vůči které pak byla naprosto bezradná a nebyla schopná jakékoliv konfrontace s touto osobou. „*Ta moje šéfká, to bylo to samé jak přes kopírák moje matka... a když nad tím teď tak uvažuju, tak asi proto jsem se nebyla schopná ji nějak postavit, protože ten samý problém mám s máti, že jsem se vedle ní cítila jako ta malá holka co chce akorát její lásku, respekt a pozornost.*“ Heleně se stal obdobný problém, kdy kolegyně na pracovišti, se kterou vedla dlouhá léta spory byla v něčem dost podobná její nejstarší sestře, která, jak uvedla v rozhovoru fungovala spíše jako její matka a měla ve zvyku jí stále za něco kárat, radit a konfrontovat. Jak jsme se dozvěděli z úst Heleny, její kolegyně měla tendence dělat to samé, kdy při tak dlouhodobém docházení do stejného konfliktního prostředí již neměla sílu ji stále oponovat a obhajovat se. Na Helenu toto prostředí mělo o to dramatičtější dopad, protože jak sama zmínila se v konfliktech necítí dobře, nevyhledává je a selhává v nich. „*V té práci prostě*

*nikdy nebyl klid, furt se tam něco řešilo a nebyl den kdy by mi ta kolegyně něco nevyčetla, že jsem udělala blbě... já jsem byla ještě tak blbá, že jsem se vždycky přiznala, vzala to na sebe a šla to opravit, i když jsem věděla, že to stejně nebude podle jejich představ, protože na to jsem prostě neměla, abych to tak udělala...“* Lenka jakékoliv konfliktní prostředí zvládala špatně, protože si vše brala osobně, vinila se za to a přitom na venek působila konfrontačně, protože nesnesla tíhu sdělované kritiky a neuměla ji přijmout, jak uvádí v rozhovoru. *„V práci pochvalu nečekejte, to jsem se už poučila, když jsem za cokoliv dostala kapky, hned jsem to opravila... i tak to nestačilo, tak já už jsem to pak buď neřešila, prostě jsem rezignovala anebo jsem naopak po všech vyjžděla, protože jsem si to brala prostě osobě, zraňovalo mě to, ale já to nechtěla přiznat a dát jim to ještě na odiv.“* Naši respondenti mužského pokolení ve svých příbězích téma práce také měli, ale každý o stresujícím/konfliktním prostředí a dlouhodobé zátěži hovořili trochu z jiného úhlu pohledu. U Davida se toto téma objevilo vůči práci, jak z důvodu samotného zaměření, jež je zdravotnické, tak náplní jako takovou, která je velmi náročná a stresující. Subjektivně práci vnímal jako prostředí, kde se vystavuje a zažívá nejvíce zátěže, stresu, komplikací a konfrontací ať už se zdravotnickým personálem, či pacienty samotnými. *„Všichni z praxe se shodneme na tom, že předávání pacientů v nemocnici je to nejhorší... každý je vystresovaný, jde tam o čas, vyměníte si názory, někdo je protivný, něco se mu nepovedlo, a tak se rozhodne si to vylít zrovna na vás... to mě mnohdy hrozně štve, že bych jim to nejradši vrátil, ale od jisté doby si to neberu osobně a snažím se to právě řešit s nadhledem, úrovní a v klidu.“* Od Tomáše jsme se dozvěděli, že je pro něj v jistém ohledu jeho práce jako taková stresující, avšak je za ní rád a vyhovuje mu. Nejvíce se dostává do kontaktu s potencionálními konfrontacemi, když plní svoji povinnost, jako strážný a kontroluje zaměstnance, což jsme si dlouze rozváděli v samotné případové studii Tomáše. Co se týče Petra tak ten zažíval stresující situace v práci spíše ojediněle, když došlo na neshody mezi kolegy či se zákazníky, nicméně největší, kterou zažil byla, když jej z hodiny na hodinu vyhodili. O prvotních reakcích a emocích jsme se více rozepsali opět v samotné případové studii, nicméně můžeme toto téma shrnout slovy, že pracovní prostor byl a je pro každého z uvedených respondentů potencionálně největší zdroj konfliktů a konfrontací, který měli v životě zakomponovaný a jejich svědectví nám jen umožnilo vidět, jak velký dopad probírané téma má na rozvoj depresivní symptomatologie a jak velký vliv má zvolení adekvátní copingové strategie na výsledek dané situace.

## 7.3 Citlivost na podněty

Citlivost či naopak odolnost vůči všelijakým vlivům, ať už mluvíme o lidské interakci či vnějším vlivům různorodého charakteru bylo jedno z témat, které jsme u našich respondentů zaznamenali. Subjektivně si byl každý z nich vědom, kde má slabé místo a zda jej nějaký podnět či osoba dráždí natolik, že byli nuceni určitým způsobem zareagovat, aby dopad zmírnili nebo si naopak všimli, že na něj mají tendenci reagovat až příliš. Všichni respondenti uvedli, že než měli zkušenost s depresivním onemocněním nevnímali tak silně svou citlivost vůči různým podnětům, nicméně během depresivního onemocnění se tyto predispozice a citlivost většinou umocnily a respondenti je začali vnímat, jako poměrně obtěžující doprovodné symptomy. David uvedl, že jedno z největších prozření pro něj bylo, když si uvědomil, že právě myšlenkové nastavení vnímat každý detail, přemýšlet nad souvislostmi a neopomenout žádnou maličkost mu dopomohlo k tomu, že se své situaci tak hluboce ztratit a propadnout do depresivního zacykleného uvažování. Byl si sice vědom, že tento styl uvažování je mu velkou výhodou v práci, nicméně tím, že se začalo projektovat i do soukromého života v tom zpětně viděl velkou slabinu. „*Já jsem sám sebe tím uvažováním vlastně rozložil, pořád mi to šrotovalo v hlavě, stejně tak funguji v práci, to mě dostalo.*“ Alena ve svém příběhu zmiňovala více forem citlivosti na různé podněty, ať už to byly davy lidí, nevhodné chování nebo hluk. Tvrdila však, že taková byla vždycky, že si věci více brala k sobě a pak z nich byla emocionálně rozladěná, takže samotné depresivní onemocnění citlivost jen umocnilo a Alena situaci začala řešit tak, že se více izolovala. „*Ten progres jsem začala pociťovat po letech v práci, kdy na mě ty příběhy lidí začaly asi více padat a zakořeňovat ve mně, pak už jsem byla taková více citlivá a vztahovačná, na kdo ví, co a než bych tomu šla naproti, tak jsem se začala více vyhýbat takovým napráskaným prostorám...více jsem pobývala doma a nějak to ve mně zůstalo.*“ Tomáš, jak z jeho příběhu víme je velmi citlivý na jakékoliv silnější zvuky, jak doma, tak ve venkovních prostorech, a proto se uchýlil k řešení nosit špunty do uší, které mu opět umožňují dosáhnout klidu a odstupu, kdykoliv potřebuje. Monika je v tomto ohledu ojedinelá, vzhledem k tomu, že do doby než se u ní projeví první náznaky depresivních symptomů, žila poměrně bujarým, na výkon orientovaným životem, kdy měla ráda a vyhledávala vzrušení, takže co se týče nějaké citlivosti vůči podnětům se v jejím případě nedalo hovořit, nicméně vše změnila právě ona zkušenost s psychickým onemocněním, kdy Monika začala být extrémně náchylná na jakýkoliv intenzivnější projev a pocit čehokoliv, vyvolávalo to u Moniky poměrně silnou

psychosomatiku, což bylo o to více nepříjemné a situaci komplikující. „*Musela jsem nuceně zpomalit, hlídat se doteďka když začínám najíždět hodně na adrenalin a chci něco zažít, tak mi začíná být až fyzicky špatně, takže ta kontrola jakéhokoliv intenzivnějšího podnětu je u mě na prvním místě.*“ U Heleny můžeme hovořit o obecně křehčímu a náchylnějšímu osobnostnímu nastavení. V rozhovoru zmiňovala především velkou citlivost na jakoukoliv formu a intenzitu konfliktního prostředí a dusné atmosféry. „*Jakmile jsem došla do práce hned jsem cítila, jaká je tam atmosféra a zda se zas něco odehrálo, pokud bylo dusno, tak já jsem tam vůbec nemohla být a snášet to.*“ U Lenky jsme z rozhovoru detekovali velkou citlivost vůči jakékoliv kritice cílené proti její osobě, protože měla tendenci automaticky reagovala velmi přehnaně. „*Jakmile mi někdo něco vyčte tak jako já mám rudo před očima, pracuji na tom, abych ty reakce neměla ta výbušné, ale jako je to náročné, když se ve mě v jednu chvíli prostě pere sebelítost a agrese.*“

## **7.4 Opakující se způsoby zvládání**

Skrze všechny naše rozhovory jsme zaregistrovali trend nebo lépe řečeno opětovný styl volených copingových strategií. Díky demonstrováním situacím jsme mohli blíže poznat, jak jednotliví respondenti fungují a zda jsou si ve zvládání různých situací v něčem podobní. Na základě informací od jednotlivých respondentů jsme se mohli dozvědět, že před propuknutím David, Alena, Petr, Monika a Lenka čelili více či méně vyhoceným situacím adekvátně, bez větších problémů či začínající patologie. U Heleny a Tomáše jsme naopak zaregistrovali z jejich vyprávění, že distancovaný přístup a vyhýbavé tendence měli v podstatě odjakživa a propuknutím depresivního onemocnění se jenom více umocnily. Během rozvoje depresivní symptomatologie a v počátcích léčby se naši respondenti rozdělili do pomyslných dvou skupin, kdy David, Monika a Lenka chtěli věcem přijít na kloub, nechtěli tomu neznámu podlehnout a snažili se uplatňovat především racionální copingové strategie čili na problém zaměřené. David to popisoval následovně...*“Já jsem byl v prvních chvílích úplně mimo, protože jsem nevěřil tomu, že by to mohlo být vše způsobené psychikou, nicméně jsem si něco pro jistotu zjišťoval a čím mi to více dávalo smysl a pak došlo k tomu mému zhroucení, tak už jsem na nic nečekal a začal to řešit, protože jsem věděl, že tak to nechat nemůžu.*“ Monika a její silné projevy psychosomatiky ji cestu za finální diagnózou dost znesnadnily, nicméně čím více, do té doby neznámých symptomů přibývalo, tím více byla Monika odhodlaná zajít kamkoliv je třeba, aby věděla,



co se děje a mohla podniknout kroky. „*Než mi někdo vůbec řekl, že to může být vše způsobené psychikou, tak já jsme lítala po doktorech jak namydlený blesk, byla jsem přesvědčená, že je to něco vážného a musím okamžitě jednat, jinak bude zle, když to nechám tak.*“ V případě Aleny, Tomáše, Petra a Heleny jsme byli svědky toho, že se jejich přístup skrze období před, během a ve stabilizované fázi zas tak radikálně nezměnil a víceméně přistupovali k různým situacím dle svých dlouho zajetých kolejí. V určitém období však všichni účastníci výzkumu využívali stejné copingové strategie, jediný rozdíl byl v tom, že pro některé to byly nové a jen chvilkové způsoby zvládnání, někteří byli zvyklí takto řešit a volit odjakživa a u některých se tato strategie rozvinula během onemocnění, nicméně do teď s nimi zůstala a tito respondenti se k nim uchylují doposud, přičemž máme na mysli negativní strategie, rozptylující strategie, vyhýbavé tendence, distancování se, vyhnutí se působení podnětu, útek a místy až strategie apatie. Díky tomu, že rozhovory probíhali u všech respondentů v jejich stabilizovaném stavu, díky zaléčení a určitému odstupu času si svých voleb a způsobu řešení byli v drtivé většině vědomi a reflektovali je. Alena, u které se tyto strategie projevíly obzvlášť zřetelně tvrdila, že...*“Když jsem teď musela obíhat pár doktorů a viděla jsem, jak se někteří lidé chovají, normálně bych jim něco řekla a klidně je konfrontovala. Teď? Si něco pomyslím pro sebe a nejdu do toho, protože vím, že by mi to neudělalo dobře, buď bych toho litovala nebo si to vyčítala a zas by to u mě spustilo koloběh těch negativních myšlenek, takže se tomu raději vyhnu, to nemám zapotřebí.*“ Tomáš fungoval stylem, že se potencionálním konfliktům vyhýbal, jak v práci, tak v soukromém životě, co to šlo, aniž by to považoval za nestandardní situaci a způsob zvládnání zátěže. *„Když jsem měl zkontrolovat toho pána co byl na mě minule hrubý, tak jsem ho raději nechal jít a postupem času úplně ignoroval, než abych šel naproti potencionální konfrontaci, toto radši přejdu.*“

## **7.5 Touha po návratu, zlepšení odolnosti**

Jedno z posledních, dominujících témat, které se objevilo u všech našich respondentů byla jakási touha po návratu do normálního psychického stavu a snaha o nápravu slabých míst jedince, myšleno především z hlediska práce na odolnosti vůči vnitřním a vnějším vlivům, které měly a mají na daného jedince enormní dopad. Silnou touhu po návratu do psychické rovnováhy pociťoval David, Alena, Monika, Helena a Lenka. Ti ve svých příbězích nejednou zmínili, že je jejich psychické změny způsobené depresivním onemocněním mrzí, frustrují a touží po návratu do tzv. normálu, čímž mysleli

v drtivé většině svůj psychický stav před rozvojem poruchy. Monika v rozhovoru uvedla, že *“hrozně toužím potom být zase spontánní a trochu se přiblížit mému starému já, samozřejmě nemusíme vracet všechno, vím, že jsem dělala chyby, ale některé věci mi fakt chybí, a to mě hrozně štve.”* Alena ve svém příběhu hodně sdělovala a vkládala naděje do návratu a jakéhosi pomyslného normálu, protože si byla vědoma změn, které u ní proběhly a vnímala jejich dopad na její běžné denní fungování. *„Částečně mě mrzí, že jsem se tak uzavřela do sebe a izolovala, jenže když si nejsem sebou jistá a vím, že by mi něco mohlo zase ty stavy spustit, tak to nechci riskovat...ale toužím potom abych mohla normálně fungovat pro dceru a ségru, jinak ustrnu na místě.”* Lenka byla svým stavem velmi frustrovaná obzvláště do doby, než začala pociťovat, alespoň nějaké změny především v jejím zvládnutí komunikace s ostatními lidmi, nicméně stále si je vědoma svých rezerv a cesty, kterou musí ujit. *„Já jsem svým způsobem ráda, že už nějaký ten pokrok tam je především v té práci na přijímání kritiky, ale jinak mi přijde, že jsem na tom furt tak stejně, a to prostě nejde, když musím někam nastoupit do práce, tam si musím být jistá, že to zvládnu a ne, že se tam rozsypu jak domeček z karet, což prostě nevím...”*

Paralelním tématem, které s touhou po návratu adekvátního psychického stavu a jakousi jeho změnou k lepšímu souvisí je touha po lepší odolnosti. Tyto témata respondenti hodně propojovali a spojovali k sobě, proto jsme se rozhodli je uvést společně i my. Jemné nuance v chápání tohoto tématu jsme však skrze výpovědi respondentů zaznamenali. Určitá lepší forma odolnosti vůči vnitřním i vnějším vlivům naši respondenti chápali především v souvislosti s obrannými mechanismy a copingovými strategiemi. Hodně se objevovala touha potom, aby dokázali reagovat tak, jako někdo jiný, případně tak, aby byli s výsledkem situace spokojeni a měli ji plně pod kontrolou, v čem právě shledávali nejčastější pochybení by se dalo říct ve svých způsobech zvládnutí. To, kam je výše uvedená volba copingové strategie poté dostala často zmiňovali a pojmenovávali jako onen problém, který je pak dostal blíže k depresivní poruše. David svoje chápání přiblížil následujícím výrokem... *„kdybych uvažoval více kriticky a přistoupil k tomu problému racionálně již od počátku, tak se v tom nikdy nemám šanci tak hrabat a nikdy bych v podstatě sám sebe nedostal tam, kde jsem byl. Takže teď se snažím řešit různé situace více s nadhledem a klidem.”* U Tomáše o sobě toto téma dalo vědět následovným zamyšlením...*“Je pravda, že kdybych se otci pořád nesnažil záměrně vyhýbat a našel v sobě sílu mu odporovat, tak bych možná v sobě zlomil ten strach a byl bych schopný se odstěhovat. Když tak nad tím uvažuji, asi by mi to pomohlo i vůči některým těm situacím*

*v práci.“ Alena téma odolnosti u sebe odkryla především ve spojitosti s bývalou prací ošetrovatelky, kterou, než onemocněla podle jejich slov zvládala, práci si domů nebrala a situace, ať už byly jakékoliv, jež se v práci odehrály nechávala tam. „Prostě já, když si vzpomenu, co jsme v práci všechno zažili, jak emočně silné některé ty příběhy byly...samozřejmě jsem je cítila, ale dokázala jsem to tehdy nějak snadno odbourat a zvládala v pohodě, ale pak to už nějak nešlo jednoho dne a šlo to z kopce, nevím...“*

## 8 SHRNU TÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMNÉ ČÁSTI PRÁCE

Pro přehlednost si v této kapitole uvedeme nejdůležitější poznatky, které vplynuly z rozhovorů s našimi respondenty. Nebudeme zde však plně odpovídat na výzkumné otázky, které jsme si na začátku výzkumné části stanovili, ty budou obsáhle zodpovězeny a rozvedeny v kapitole diskuse. Jednotlivé rozhovory jsme si více sesumírovali a prezentovali formou případových studií, které se spontánně rozvrstvily do několika okruhů, jež obsahovali informace o depresivním příběhu, zvládání situací různorodého charakteru a zaznamenaných změnách, jak z hlediska depresivní poruchy, tak z ohledu specifických způsobů zvládání jednotlivých respondentů. Z těchto případových studií se vykristalizovali společná témata účastníků výzkumu, která jsme si vypíchl i a detailně rozebrali v kapitole shrnutí výsledků tematické analýzy. Témata, která byla velmi viditelná skrze všechny příběhy našich respondentů jmenovitě: rodinné prostředí, stresující/konfliktní prostředí, dlouhodobá zátěž, citlivost na podněty, opakující se způsoby zvládání a touha po návratu, zlepšení odolnosti. Tyto oblasti všechny naše respondenty nějak spojovaly, buď z hlediska toho, že je sami zmínili nebo jimi prošli či zrovna procházeli, zajímali se o ně z důvodu snahy o zlepšení slabého místa či strachu z toho, co mohou všechno obnášet, na co vše mít vliv či dopad.

Osobní příběh deprese každého jedince se nesl v duchu reflektování, popisování od psychického nastavení před propuknutím tohoto onemocnění, poté v prvotních chvílích, kdy většina našich respondentů nevěděla, co se nimi děje a snažila se buď v několika případech situaci přijít na kloub a podstoupit adekvátní léčbu co nejdříve nebo naopak delší dobu tápali, nedokázali situaci přijmout či adekvátně zareagovat a cestu k odborníkům a samotné léčbě si hledali delší dobu. O to déle pak samotné zotavení trvalo, až po jejich psychické rozpoložení v aktuálním čase. Vzhledem k tomu, že rozhovory byly vedeny s jedinci v jejich stabilizovaném stavu, i když někteří ještě dobrovolně docházeli na skupinové či individuální terapie a brali léky pro udržení dlouhodobě vybalancovaného stavu, tak nám to umožnilo získat víceméně věrohodná data, vypovídající o celkovém

subjektivním prožívání každého ze zúčastněných během tohoto, pro ně náročného období, o které se s potřebným odstupem času mohli lépe a snáze podělit.

Okruh situací a jejich zvládnání nám poskytl informace o tom, jaké jednotliví respondenti měli a mají tendence se chovat a řešit, ať už běžné situace na denní bázi, náročnější situace či velmi vyhocené a dlouhodobé konflikty a nestandartní situace. Pokládány otázkami či jejich samotným spontánním vyprávěním a demonstrováním nám přibližovali způsob jejich zvládnání. Jak bylo zmíněno v předešlé kapitole, u všech respondentů se objevily stejné copingové strategie především na emoce zaměřené a negativního charakteru, ať už máme na mysli distancování se, vyhýbání, sebeobviňování, přijetí viny, uzavírání se do sebe, rozptylování apod. Tyto copingové strategie jsme buď zaregistrovali jako hlavní způsob zvládnání skrze celý příběh jedince, čemuž tak bylo především u Tomáše, Aleny a Heleny nebo jako chvilkové volby především během vypjatého nejistého období, než se jedinci dostalo adekvátní péče či během akutní fáze léčby, kdy měli obzvláště jedinci jako David, Petr, Monika a Helena tendenci tápat a podléhat symptomů, místy panice až maladaptivnímu chování. Způsoby zvládnání různých situací pak buď zůstaly především u Aleny, Tomáše a Heleny stejné anebo se vyvíjely, případně měnily směrem ke strategiím zaměřeným na vztah a na řešení problému.

Zaznamenané změny a určitá snaha o reflexi uplynulých událostí z hlediska posunu či vývoje se až skoro nad naše očekávání respondentům dařila dobře a v několika případech nás síla sebereflexe jedince až překvapila. Každý z účastníků výzkumu reflektoval svou cestu, jak z hlediska zkušenosti s depresivním onemocněním, tak z hlediska případného zaznamenaného posunu ve způsobech zvládnání různých situací. Velmi citelnou změnu zaregistrovali čtyři z našich respondentů, kterými byli David, Alena, Monika a Lenka. Ať už onu změnu či vývoj subjektivně vnímali pozitivně nebo negativně, všichni se shodli na tom, že k této změně došlo v důsledku depresivního onemocnění, se kterým se vypořádávali. Zbývající respondenti Tomáš, Petr a Helena na sobě tak markantní změny nepocítili ani z hlediska depresivní poruchy ani ve způsobech zvládnání. Vývoj v jejich případech byl spíše menší, pomalejší na usazení a následnou rekognici, než se projevil.

## Diskuze

Hlavním cílem této diplomové práce bylo popsat a zmapovat vývoj copingových strategií u jedinců s depresivní poruchou. Dále jsme si stanovili, že prozkoumáme, jaké strategie a jakým způsobem respondenti zvládají řešit konflikty a situace různě náročného charakteru, snažili jsme se prozkoumat příběhy respondentů z hlediska potenciaálně udaných změn v oblasti volby copingových strategií v návaznosti na různá období psychického stavu jedince - (před rozvojem deprese, během léčby a nyní ve stabilizovaném stavu), předsevzali jsme si zmapovat možnou souvislost mezi specifickými copingovými strategiemi a depresivní poruchou a v neposlední řadě jsme si dali za cíl identifikovat společná témata respondentů.

Když mluvíme o respondentech, ty vzhledem k zaměření práce kvalitativním směrem jsme vybírali na základě záměrného výběru a výběru přes instituci, přičemž samotný výběr probíhal tak, že byl v různých specifických zařízeních ponechán leták viz. příloha č. 2 s nabídkou probíhajícího výzkumu a s kontaktem na autorku práce v případě zájmu. Další způsob byl zvolen tak, že výzkumnice kontaktovala několik soukromých klinických psychologů a psychiatrů s prosbou o kontakt vhodných adeptů do výzkumu. Poslední způsob byl zrealizován tak, že jsme kontaktovali denní stacionář a nabídku výzkumu zde prezentovali, přičemž doufali, že se potenciaální zájemci poté sami ozvou, jak se i stalo. Tento poslední způsob výběru se nám osvědčil nejvíce, vzhledem k největšímu počtu nahlášených zájemců, proto jej považujeme za vhodný a efektivní, nicméně jsme si vědomi možného limitu z toho ohledu, že je větší polovina našich respondentů z jednoho zařízení, což může házet jakýsi zkreslující dojem. Ovšem cíl práce je zaměřen na detekci copingových strategií, a ne na efektivitu léčebného procesu u depresivních pacientů ve zmiňovaném zařízení, takže tuto možnost nepředpokládáme. Finální počet respondentů, kteří se dobrovolně zúčastnili našeho výzkumu bylo nakonec sedm, což vzhledem k zaměření práce kvalitativním směrem je dle Mišoviče (2019) poměrně dostačující vzorek na malý kvalitativní výzkum. Pět ze sedmi rozhovorů proběhlo v propůjčených prostorech Ostravské univerzity, filozofické fakulty, aby byla zajištěna maximální anonymita, soukromí, dostatečné pohodlí a neutrální prostředí. Jedna respondentka preferovala, aby rozhovor proběhl pro ni v poklidném a bezpečném prostředí jejího domova a poslední respondentka zvolila místo schůzky externí prostředí kavárny. Jak jsme již nastínili ve specifikaci výzkumného souboru, do výzkumu jsme zařadili pouze pacienty, kteří splnili naše stanovená kritéria. Ta měla opodstatnění primárně k zajištění

určité selekce a také nastavení hranic a vymezení zkoumaného fenoménu skrze zapojené jedince. Věkovou škálu jsme se snažili ponechat, v co největším rozpětí, nicméně jsme stanovili, aby respondenti byli minimálně plnoletí a maximálně dosahovali věku 65. Horní věková hranice byla takto nastavena především pro zajištění plynulého chodu rozhovoru a dostačující kognitivní úroveň jedinců. Aby už tak náročný rozhovor, jak po psychické stránce, tak časové nebyl pro naše respondenty příliš emotivním zážitkem, dbali jsme na to, aby zúčastnění byli v době rozhovoru v rámci možností stabilizováni, aby se lépe dokázali nad svým příběhem povznést, uvažovat o něm kriticky a s určitým odstupem času. Toto kritérium bychom si dovolili konstatovat, podařilo dodržet víceméně, za což jsme rádi, protože našim cílem bylo především zajistit komfort a příjemnou atmosféru během rozhovoru a nevyvolat příliš citlivá, či stále nedostatečně nezahojená místa, případně abreakci nějakého zážitku či situace. V návaznosti na tento bod jsme se omezili pouze na pacienty čistě s diagnózou deprese, abychom eliminovali možnost zapojení lidí s psychotickým spektrem poruch, což by práci poměrně změnilo a zkomplikovalo, protože práce s psychotickými pacienty je výrazně jiná než s neurotickými, se kterými jsme se rozhodli pracovat my v této diplomové práci. Obecně řečeno se nám výše uvedená kritéria dařilo lépe splnit, když jsme oslovili příslušné a adekvátní odborné pracoviště. Během tohoto výzkumu jsme měli možnost pracovat s různými lidmi, což nás naučilo především jedné věci, a to přistupovat ke každému specificky, s respektem, úctou a individuálně. I když by se na první pohled mohlo zdát, že jsme získali stejná data, není tomu tak. Je samozřejmě pravda, že v něčem se respondenti a jejich výpovědi střetly a potkávaly, což si blíže objasníme při zodpovězení výzkumných otázek, ale také bylo zajímavé pozorovat variabilitu prožívaných emocí každého jedince, jejich zkušenosti, reakce apod. Více informací je uvedeno v kapitole metodologický rámec výzkumu, v podkapitolách výzkumný soubor a charakteristika, popis a průběh získávání respondentů.

V následujících odstavcích si uvedeme získaná data do kontrastu námi položenými výzkumnými otázkami a budeme se snažit na ně uspokojivě odpovědět a interpretovat je. Jedná z prvních výzkumných otázek, kterou jsme si položili a zajímala nás byla jaké copingové strategie pacienti s depresivní poruchou používají? Z výsledků nám vyplynulo velké množství copingových strategií, které jsme odhalily skrze jednotlivé rozhovory a následné případové studie, nicméně bychom se hned na začátek rádi vymezili v tom, že vzhledem k poměrně malému výzkumnému souboru, kteréhož jsme si vědomi a vnímáme jako možný limit práce, nejdou naše získaná data generalizovat na všechny depresivní

pacienty, případně celou klinickou oblast neurotických poruch, lze pouze předpokládat jistou pravděpodobnost výskytu daného fenoménu ve větší frekvenci u této specifické skupiny lidí. Když už však o této skupině mluvíme, než se zaměříme na jednotlivé copingové strategie našich respondentů, měli bychom si vymežit a objasnit, zda depresivní porucha je opravdu psychická nemoc, jako taková a v důsledku ní jedinec užívá hypoteticky jiných copingových strategií než zdravý jedinec, či nelze chápat depresivní poruchu jako jednu velkou copingovou strategii, tak jak tvrdí Lazarus, Horowitz nebo Kúbler-Rossová (in Paulík, 2010). Na základě chápání depresivní poruchy těmito autory by se pak dalo předpokládat, že depresi si může zvolit a projít ji, jako formou copingové strategie každý člověk, když si to zvládnutí určité situace vyžaduje. Co se týče samotných výsledků jednotlivých respondentů David byl jeden z mála, u kterého se mimo několika druhů strategií zaměřených na emoce, objevily v hojném počtu i zaměřené na řešení problému a na vztah. Dalším mužem, který hojně využíval na problém zaměřené strategie byl Petr, který ve svém příběhu je ještě propojoval hodně často se strategiemi zaměřenými na vztah. Ne tak často zastoupené strategie zaměřené na řešení problému se objevily také u dvou žen zakomponovaných do našeho výzkumu. Mluvíme zde především o Monice a Lence, které ve svých příbězích ne jednu situaci vyřešily právě volbou těchto strategií. Dále využívaly velkou škálu strategií zaměřených na emoce a u Moniky se také objevily volby strategií zaměřených na vztah, nicméně právě ony strategie zaměřené na řešení problému jsou u depresivních pacientů viděny zřídka, o to více nás jejich přítomnost překvapila a podporuje to i výzkum, ve kterém nepotvrdili statisticky významnou souvislost mezi tímto druhem strategií a depresivitou (Horwitz et al., 2011). Co se týče ostatních respondentů a jejich voleb u dalších dvou žen, Aleny a Heleny dominovaly strategie zaměřené na emoce a obecně spíše tzv. negativní formy zvládnání zátěže. Obdobně tomu bylo i u Tomáše, který se výrazně vymykal v hojnosti až by se dalo říct nadužíváním tzv. negativních strategií a zaměřených na emoce, jiné druhy v jeho příběhu hráli buď naprosto zanedbatelnou hodnotu nebo se neobjevovaly vůbec. Výsledné spektrum Tomášových strategií koresponduje se zjištěními již výše uvedeného výzkumníka Horwitze et al. (2011). On a jeho kolegové potvrdili velmi kladný vztah mezi maladaptivními strategiemi, popíráním a rezignací. Zjistili jsme tedy, že naši respondenti využívali široké spektrum copingových strategií, i když skrze všechny příběhy byla znát jistá prevalence negativních, na emoce zaměřených, maladaptivních strategií. Musíme však vypíchnout jednu zajímavou věc, které nám z mapování strategií respondentů vykryštovala. Jedinci, kteří měli větší tendence volit na problém zaměřené strategie se



projevovali více racionálně, odhodlaně a motivovaně, především v oblasti, která se týkala léčby a v drtivé většině na tom byli lépe a stabilizovaněji, co se depresivních symptomů týče než ostatní ve výzkumu zainteresovaní jedinci.

Tímto se plynule přesouváme k druhé výzkumné otázce, jež byla, zda je pravda, že u jedinců s depresivní poruchou převládají negativní a na emoce zaměřené strategie. K této otázce máme dost jednoznačnou odpověď a to takovou, že zda se z tohoto výzkumu, přesněji řečeno výsledků případových studií dá něco opravdu přesvědčivě uvést na světlo světa, tak je to právě ta informace, že u depresivních pacientů, respektive našich respondentů opravdu převládá výběr negativních, na emoce zaměřených strategií, což dokládáme výsledky našich respondentů v kapitole výsledků. Tyto naše zjištění si dovolueme podpořit několika výzkumy z nichž první je od Johnsona et al. (2008), který přinesl pozitivní korelace vyčerpanosti a vyhýbavých tendencí u chronických, neurotických pacientů. Pestrou škálu negativních, na emoce zaměřených strategií naši respondenti volili v situacích, kdy zátěž byla tak enormní a neuměli si snít počít, že raději zvolili strategii úniku, apatie, distancování se, vyhýbání se či různorodé formy rozptýlení. Respondenti často uváděli, že se jim alespoň na chvíli ulevilo, vyhnuli se dráždivému podnětu a získali tím pomíjivý odstup, aby nad problémem či situací nemuseli stále přemýšlet a trápit se jí, což podporuje i druhý výzkum, který jsme se rozhodli zde zařadit provedený na pacientech s afektivní poruchou, u kterých se potvrdila vyšší inklinace k maladaptivním strategiím, přesněji k tendenci přemítání o problému, čehož se mnozí naši respondenti dopouštěli poměrně často a ve většině případů to pro daného jedince nebyla dobrá volba, protože se do problému více a více zářoval, zamotával a místo toho, aby mu zmíněná strategie pomohla k vidění několika možností řešení spíše nevěděl kudy kam a negativní myšlenky a jejich kolotoč se nastartoval (Liu & Gentzler et al., 2009). Rozhovory s pacienty nám potvrdily, že velkým zdrojem jsou jak kontakty s blízkými lidmi a členy rodiny, ale také v práci a v podstatě kdekoliv v externím prostředí, kde jedinec čelí nějaké formě lidské interakce. Dost velkou roli v tomto ohledu pak hrají minulé zkušenosti jedince, jako základní platforma toho, jak se v budoucích situacích zachová. O této predispozici pojednává i Seligman (2000), který ze svých zjištění tvrdí, že když se daný člověk dlouho snaží nějakou situaci vyřešit, ale bez úspěchu, ukotvuje se v něm pocit bezmocnosti, pasivity a přesvědčení toho, že situace nezvládá. V tomto smýšlení se může jedinec zacyklit a poté již nevidět cestu ven. Obdobným způsobem fungovalo i několik našich respondentů, především tito dva – Tomáš a Helena, kteří se

konfliktům snažili buď mermomocí vyhýbat nebo se v nich ocitali, ale nezvládali, jak sami tvrdili.

Další, nad čím jsme se pozastavili a chtěli zjistit bylo, zda pacienti s depresivní poruchou jsou si vědomi rozdílu ve svém způsobu zvládání zátěže oproti jiným, zdravým jedincům v jejich okolí a odpověď jsme získali od několika našich respondentů, takovou, že rozdíl na sobě vnímali. Především čtyři z nich, David, Monika, Helena i Lenka jej vnímali silně a často na tento fakt poukazovali ve svých příbězích. Vnímali jsme určitou frustraci a zároveň touhu po tom, automaticky zareagovat jako ten někdo, koho uvedli jako příklad, protože jeho způsob vyřešení situace jim přišel lepší, adekvátnější a viděli výsledek situace přesně takový, jak chtěli, aby dopadl. Uvědomovali si však, že v tom okamžiku by se oni sami takto nerozhodli a začali svoje volby negovat, pochybovat o nich a být z nich frustrovaní, protože si byli vědomi jejich neadekvátnosti použití, což přineslo ve většině případů našim respondentům nepříjemný a nechtěný výsledek dané situace, či konfliktu. Jejich frustrace se pak odrážela bohužel i v jiných sférách a aspektech života, z čehož by se dalo usuzovat, že pokud by se jedinec zaměřil na přeorientování svých způsobů zvládání zátěže směrem k pozitivním copingovým strategiím, které většinou viděl u lidí, které zmiňoval a chtěl je také používat, mohl by jedinec potencionálně vykročit správným směrem k celkovému zlepšení svého fungování vůči všelijakým situacím a zátěži a tím tak podpořit celkovou spokojenost v životě. K podobným závěrům totiž také došli dva naši čeští autoři a výzkumníci Praško a Holubová (2017a), kteří potvrdili souvislost mezi pozitivními copingovými strategiemi a kvalitou života, dále vlivem na celkový duševní stav a léčbou deprese u ambulantních depresivních pacientů.

Zda respondenti vnímají souvislost mezi vývojem, případnou změnou svých způsobů zvládání situací a u nich rozvinutou depresivní poruchou, jsme si položili jako třetí výzkumnou otázku. Z výsledků nám vyplynulo, že čtyři z našich sedmi respondentů vnímali velké propojení mezi způsobem zvládání zátěže a depresivní poruchou. Jmenovitě David, Alena, Monika a Lenka konstatovali, že během období, kdy se depresivní symptomy zesílily a pocitově si připadali na samotném dně svých psychických sil, vše bylo černé, zaplavily je negativní myšlenky a všechny stěžejní symptomy deprese uvedeny v teoretické části, v kapitole depresivní porucha se projeví, respondenti neměli sílu, vůli ani energii s případnými nasedajícími konflikty a zátěží bojovat, tak se nejčastěji uchýlovali k jakémukoliv rozptýlení, vyhýbání či distancování se vůči danému stresoru, což pro drtivou většinu z nich byla nová forma zvládání. Buď na ni nebyli zvyklí anebo do

té doby nebyli nuceni k takovýmto volbám dojít. To nás vede k zamyšlení s ohledem na uvedené informace a výsledky našich respondentů, že dost záleží na tom, jaké stresové a jinak zátěžové situace a za jaké časové období se v životě jedince nakumulují. To jsou dvě poměrně zásadní proměnné, které dost silně ovlivňují jak rozvoj depresivní symptomatologie, tak volbu copingových strategií, jejich kontinuitu nebo naopak případnou změnu, pokud si to situace žádá. Že na těchto dvou proměnných opravdu záleží potvrzuje i výzkum, který zjistil souvislost mezi určitými stresujícími událostmi a některými copingovými strategiemi. Na základě tohoto výzkumu se dá konstatovat, že je důležité věnovat pozornost prožitým stresujícím událostem a způsobům jakými se je jedinec snaží zvládnout (Masahiro et al., 2018).

V závěrečné výzkumné otázce jsme se zabývali, zda došlo ke změně copingových strategií s ohledem na přelomová období, kterými jsme měli na mysli období před rozvojem deprese, během léčby a nyní ve stabilizovaném stavu v příběhu jedince. Dle výsledků nashromážděných z rozhovorů s našimi respondenty určitý pocit změny zaregistroval za zkoumané období každý zúčastněný, rozdíly byly pouze v intenzitě pocíťování těchto změn. Čtyři z našich respondentů uvedli, že rozdíl mezi těmito pomyslnými obdobími pocíťovali více intenzivněji proto, že k depresivní poruše přišli tak, že buď dlouhodobě ignorovali zátěžovou, stresující, nadlimitní situaci nebo řešili konflikty v práci, které se jim nedařilo adekvátně zvládat nebo se jednalo o rodinné případně soukromé záležitosti, které byli emočně velmi vypjaté. Společný jmenovatel byl však především v dlouhodobé zátěži různorodého charakteru. Z rozhovorů vyplynulo, že na začátku měli respondenti větší tendence volit na problém zaměřené strategie, ovšem pokud se situace horšila, gradovala nebo zůstala neměnná a možnosti řešení ubývaly, jedinci se postupně začali dostávat do frustrací a bludného kruhu negativních myšlenek. V tomto období začali více volit strategie maladaptivní, negativní a největší zastoupení vůbec měly strategie zaměřené na emoce, především vyhýbavé tendence, distancování, rozptylování, uzavření do sebe, sebeobviňování a další. V období po akutní léčbě, kdy jedinci byli na cestě za stabilizovaným stavem se strategie začaly různě mísit, ať už s opětovným častějším volením strategií zaměřených na řešení problému nebo zaměřených na vztah. Kladnou souvislost s lidskou interakcí, sociální podporou a snižováním depresivních symptomů prokázal výzkum Bambara et al. (2011). U dvou našich zbývajících respondentů se takový dramatický vývoj neudál, protože jednak co se týče respondenta Tomáše, ten vykazoval abnormality i z hlediska osobnostních rysů a po dobu rozhovoru se

víceméně všechny jeho způsoby zvládnání točily kolem negativních, na emoce zaměřených strategií, ze kterých v podstatě nevystoupil. V případě Petra jsme zaznamenali jemné nuance především v období, kdy se potýkal s náročnou stresovou situací v práci, která měla vliv i na jeho soukromý život. V tomto období Petr inklinoval více ke strategiím zaměřeným na emoce, jinak po celou dobu rozhovoru ve svém příběhu spíše volil a situace řešil strategiemi zaměřenými na řešení problému.

Závěrem bychom chtěli zmínit možné přínosy a limity práce. Z hlediska limitů se domníváme, že jdou shledat především v malém výzkumném souboru. Vzhledem k zaměření práce kvalitativním směrem se nedají získaná data příliš generalizovat, pouze odrážejí lidskou zkušenost účastníků výzkumu. Také je limit možný nalézt v samotných výpovědích respondentů, kdy musíme pracovat s možností falešných či jinak poupravených výpovědí a možným vlivem stylizace ze strany respondentů.

Přínos práce shledáváme především v síle předání lidské zkušenosti, ať už samotným pacientům, studentům pomáhajících profesí, či odborníkům. Možnost přímé práce s daným jedincem vnímáme jako velké plus, měli jsme šanci zažít spontánní emoce, reakce a celkové prožívání těchto lidí skrze jejich ochotu sdílet s námi jejich velký kus cesty a životního příběhu. Velký přínos také shledáváme v otevřené konverzaci o depresivní poruše a její souvislosti s copingovými strategiemi, kterou zcela jistě nemůžeme zazdíť po informacích a výsledcích získaných od našich respondentů. Co se týče přínosu pro klinickou psychologickou praxi, tak se domníváme, že práce na odolnosti, adekvátní emoční ventilaci a práci na ukotvení a volbě vhodných copingových strategiích může být cesta jak k efektivní léčbě již depresivních pacientů, tak snížení depresivních symptomů, či prevenci vůči rozvoji depresivní symptomatologie jako takové.

## Závěr

Výsledky výzkumu zaměřeného na vývoj copingových strategií u jedinců s depresivní poruchou jsme nejprve prezentovali formou jednotlivých případových studií, které měly všechny stejnou formu z hlediska tzv. sekcí, na které jsme dané informace z rozhovorů rozdělili. Tyto okruhy se týkaly depresivní poruchy osobního příběhu, situací a způsobů jejich zvládnání, zaznamenaných změn a reflexe respondentů.

Druhá část prezentování výsledků demonstrovala společná témata, která vzešla z analýzy textu. Jako společná témata jsme identifikovaly rodinné prostředí, stresující/konfliktní prostředí & dlouhodobá zátěž, citlivost na podněty, opakující se způsoby zvládnání, touha po návratu & zlepšení odolnosti. Všichni respondenti se shodli v tématu rodinného prostředí na tom, že konflikty v této oblasti jejich života jsou obzvláště emotivní, dlouhodobé a málo kdy dojde k úplné nápravě. Také je to oblast, díky které je do konfliktů a různých situací zainteresován největší počet lidí. Většinou se jedná o jedince z nejužšího kruhu, což přidává konfliktům na ještě větší komplikovanosti. Dále respondenti označili práci za téma s nejčastějšími konflikty a lidskou konfrontací společně s místy spjatými s potencionálně nutnou lidskou interakcí či komunikací (úřady, obchody apod.). Dlouhodobá zátěž je druhá strana mince tohoto tématu, protože respondenti frekventovaně zmiňovali určitou formu dlouhodobé zátěže, která dala zelenou rozvoji depresivních symptomů v kombinaci samozřejmě s již výše uvedeným. Respondenti ve svých příbězích identifikovali určitou formu slabosti, respektive citlivost na podněty, která je dráždila a pokud se zkombinovala s nepříjemnou konfrontací nebo v daném konfliktu figurovala, většinou vedla respondenty k volbě nevhodných strategií. Především v období, kdy se respondenti ocitli v kruhu negativních myšlenek a depresivní symptomy byly na vrcholu svých sil měli respondenti větší tendence volit strategie zaměřené na emoce, negativní či maladaptivní. Určitou formu touhy po dosažení opětovného pocitu psychické rovnováhy a dlouhodobé stability pocítily respondenti alespoň na chvíli v různých úsecích jejich příběhů. Psychickou odolnost jednoznačně všichni shledali jako základní kámen prevence proti rozvoji psychického onemocnění, ale také vůči jeho recidivě. Více, než kdy jindy ve svých životech si byli vědomi toho, že musí pracovat na své odolnosti vůči jak vnitřním, tak vnějším vlivům, aby především v budoucích konfliktech byli úspěšnější, a neselehávali tolik, což by mohlo opět odstartovat depresivní kaskádu.

Mimo výše uvedené poznatky jsme došli i k zjištěním uvedeným v diskuzi, kde se nad výsledky zamýšlíme z širšího úhlu pohledu a konfrontujeme s jinými výzkumy a studii, nicméně hlavními zjištěními bylo, že čtyři z našich respondentů měli větší sklon volit strategie zaměřené na problém oproti zbývajícím respondentům, kteří volili spíše strategie zaměřené na emoce a vztah. Všichni respondenti měli větší tendenci k volení vyhýbavých tendencí, distancování se, útěku či rozptýlení, když se ocitli ve velmi napjaté situaci, kterou vyhodnotili jako nadlimitní a dále k této volbě docházelo častěji, když se respondenti nacházeli na svém pomyslném dně a depresivní porucha byla ve svém největším rozkvětu. Období, které mělo společného jmenovatele ve smyslu stabilizování stavu a pokračování akorát v určité formě podpůrné terapie, mělo také u respondentů společnou cestu v častějším znovuzvolení strategií zaměřených na řešení problému anebo větší orientaci na sociální platformu respondentů čili volba strategií zaměřených na vztah.

## Souhrn

Tato diplomová práce se zabývala vývojem copingových strategií u jedinců s depresivní poruchou. Práce byla rozdělena na teoretickou a výzkumnou část. Teoretickou část jsme rozdělili na dvě hlavní kapitoly, které se věnovaly nejprve fenoménu copingových strategií a poté depresivní poruše. Teoretickou oblast copingových strategií jsme si rozdělili na několik kapitol, ve kterých jsme se postupně zabývali copingem jako takovým, jeho původem, vymezením a rozdělením. Dále jsem se věnovali obecnému vymezení copingových strategií a rozdílným přístupům. Následovala podkapitola druhá copingových strategií, kde jsme si uvedli jejich nejznámější rozdělení a druhy. Kapitulu copingu jsme uzavřeli podkapitolou, která se věnovala copingovým strategiím u depresivních pacientů, kde jsme si uvedli několik výzkumných studií a jejich zajímavé poznatky.

Druhá kapitola teoretické části se zabývala depresivní poruchou. Na začátku této kapitoly jsme si depresivní poruchu ze široka uvedli, dále jsme se snažili si jí přiblížit podle typické symptomatologie. Nevynechali jsme ani etiopatogenezi a patofyziologii, abychom depresivní poruše mohli porozumět i z fyziologického hlediska. Objasnili jsme si procentuální zastoupení depresivní poruchy v populaci z hlediska epidemiologie a prevalence a uvedli aktuální klasifikaci depresivních poruch dle MKN- 10. V závěru teoretické části jsme si uváděli diagnostiku a možnosti léčby deprese.

Dostáváme se k druhé velké části diplomové práce, a tou byla výzkumná část, na jejímž začátku jsme si stanovili výzkumný problém, cíle a otázky, následoval metodologický rámec, který nám přiblížil postup práce z hlediska zvoleného přístupu, uvedli jsme si kritéria k výzkumnému souboru, metodologii výběru respondentů, jejich charakteristiky a popis. Také jsme zmínili informace k typu výzkumu, formě zpracování dat a následnou prezentaci. Celou podkapitolu věnovanou informacím k výzkumu jsme obohatili o názor výzkumníka na danou problematiku a reflexi vůči zkoumaným tématům. Následuje vymezení etických úskalí výzkumu a poté již samotná prezentace výsledků formou případových studií. Veškerá data poté podrobujeme analýze, ze které nám vyplynula společná témata respondentů. Zařadili jsme i kapitolu, ve které všechna zjištění shrnujeme a poté se přesouváme k diskuzi. V závěru práce všechny významné zjištění ještě jednou stručně jmenujeme.

Na následujících pár stránkách bychom si pro oživení chtěli celou práci zrekapitulovat od jejího počátku až k závěrečným zjištěním.

Coping, jak je uvedeno v teoretické části několika autory, je definován jako mechanismus nebo snaha se s něčím vyrovnat, něco překonat, umět si poradit či se s něčím vypořádat (Baštecká, 2005). Rozdíl mezi adaptací a copingem je především v intenzitě prožívaného podnětu nebo situace, se kterou se jedinec potýká a má snahu se s ní vypořádat. Pokud se jedná o nestandardně obtížnou situaci, jde o coping a pokud jde o zátěž vyhodnocenou jako běžně zvládnutelnou, jde o adaptaci (Baumgartner, 2001). Když jedinec bojuje se zvládnutím této nadlimitní zátěže nevhodnými způsoby, označujeme to jako malcoping. Projevy můžeme hledat v užívání psychoaktivních látek, kouření cigaret, nadměrné konzumace alkoholu nebo v různých formách rizikového chování (Kohoutek, 2006). Je třeba si také vymežit rozdíl mezi copingem a obrannými mechanismy, které také pomáhají jedinci vyrovnat se se stresujícími událostmi, nicméně jejich funkce se odlišuje především v tom, že jsou nevědomé (Paulík, 2017).

Z hlediska volby příslušné copingové strategie jde o složitý komplexní myšlenkový proces, kde hrají roli vlastnosti jedince, jeho vnímání světa a subjektivní zhodnocení účinnosti copingové strategie. Do volby jsou zapojeny kognitivní, emocionální i volní faktory (Křivohlavý, 1994).

Z historického hlediska se přístup ke copingu různě měnil. Prvně se ve vědeckém a akademickém světě hovořilo o přístupu dispozičním, který dominoval především na začátku 20.století. Šlo o předpoklad, že volba dané copingové strategie souvisí s osobnostními rysy člověka a projevuje se stabilně a nezávisle na čase jako reakce na stres. Transakční neboli situační přístup ke copingu staví na dané situaci jako na rozhodující proměnné při volbě adekvátní strategie. Základnou pro tento přístup se stala práce Lazaruse a Folkmanové (Výrost & Slaměník, 2001).

Druhů copingových strategií je mnoho, nicméně my jsme se v této práci omezili především na klasifikaci, se kterou přišli Lazarus a Folkmanová. Jednotlivé druhy copingových strategií se dají kategorizovat do tří hlavních témat, na která se pak jednotlivé strategie zaměřují. Jsou jimi strategie zaměřené na řešení problému, jejichž hlavním úkolem je zajistit změnu nebo odstranění stresového podnětu či situace tím, že se najde alternativní řešení. Pod touto kategorií najdeme strategie jako vyhledávání informací, převzetí kontroly, zvažování pro a proti a jiné (Janke & Erdman, 2003). Strategie zaměřené



na emoce, jež jsou další kategorií, tkví v tom, že se snaží zredukovat negativní emoce pociťované jedincem vůči různorodému stresoru na snesitelnou úroveň. V této kategorii nalezneme takové strategie jako distancování se, vyhýbání se, cvičení sebeovládání, přerámcování stresoru do pozitivního světla, uzavření se do sebe nebo rozptýlení se (Contrada & Baum, 2011). V neposlední řadě jsou strategie zaměřené na vztah, které se k výše uvedeným kategoriím přidaly až později po integraci nové proměnné, která má na volbu strategií vliv, a tou byl sociální vztah. Funkcí těchto druhů strategií je udržení vztahu s blízkými lidmi během stresového období (Coyne & Smith, 1991). Druhů copingových strategií je velké množství, širší výčet je uveden v teoretické části v podkapitole: Druhy copingových strategií.

Závěrečná podkapitola tohoto velkého celku se věnovala copingovým strategiím u jedinců s depresivní poruchou. Uvedli jsme v ní aktuální výzkumy provedené na poli této problematiky. Nebudeme zde vzhledem k limitu stran pro souhrn uvádět vypsání studie v této podkapitole, nicméně obecnými zjištěními jsou především poznatky, že depresivní pacienti mají tendenci volit negativní, maladaptivní, na emoce zaměřené strategie. Především dominuje distancování se, vyhýbání se, rozptýlení, útek a jiné. Za situace, které mají na rozvoj depresivního onemocnění vliv, jsou vyhodnoceny především problémy se sebou samým, rodinné konflikty, partnerské neshody, traumatické zážitky, úmrtí, šokové situace různého charakteru a další (viz. jednotlivé výzkumy uvedené v této podkapitole).

Problematicke, které jsme se věnovali v druhé kapitole teoretické části byla depresivní porucha. Deprese je definovaná několika autory v teoretické části, nicméně si uvedeme alespoň jednu i zde. Deprese je stav hluboké sklíčenosti, smutku, pasivity, ztráty zájmu o různé aktivity či rezignace na podněty, o které jevíl jedinec předtím zájem (Nákonečný, 2003).

Depresivní porucha má široké spektrum symptomů, které se týkají jak oblasti emocí, kognitivních funkcí, chování, respektive jednání a osobnosti jedince. V emocích se depresivní symptomy projevují především patologicky skleslou náladou, která neodpovídá aktuální životní situaci člověka. Je to dlouhodobá, nejméně 14 dní vkuse pociťovaná moc se neměnicí nálada. Jedinec je zaplaven negativními myšlenkami, pochybami, je podrážděný, úzkostný, plačtivý apod. (Laňková & Raboch, 2013). Myšlenkový tok bývá většinou utlumený, tito lidé subjektivně pociťují, že se cítí tzv. „dementní“, časté jsou stížnosti na neadekvátní funkčnost paměti, zhoršuje se koncentrace, pozornost a snižuje se schopnost rozhodovat. Jedinec je obklopen ve své mysli strachy z minulosti, přítomnosti

i budoucnosti. Časté jsou výčitky, pocity viny, neschopnosti a poruchy spánku. U těžkých forem se mohou objevit i psychotické doprovodné příznaky a nejobávanější komplikací jsou suicidální tendence (Raboch & Zvolský, 2001). Vzhledem k tomu, že depresivní porucha je komplexní onemocnění postihující i osobnost, což se projevuje na sebepojetí a nízkém sebehodnocení jedince. Dochází k sociální izolaci a v určitých případech až existenciální frustraci (Vágnerová, 2012).

Z fyziologického hlediska během depresivního onemocnění dochází ke snížení hladiny serotoninu případně noradrenalinu v mozku a zmíněné neurotransmitery neplní svou funkci tak, jak mají. Ne tak významnou, ale znatelnou roli může hrát i snížení nebo úplná disfunkčnost transportu neurotransmiteru dopaminu (Robinson, 2007). Jako komorbiditu můžeme depresivní poruchu nalézt u četného počtu somatických onemocnění např. onkologických, degenerativních neurologických, chronických bolesti aj. (Štětkařová & Horáček, 2016). Vlivnou predispozicí k rozvoji depresivní poruchy může být z psychologického hlediska hypersenzitivita a vulnerabilita. Pokud jedinec disponuje oběma vlastnostmi a objeví se v krátkodobé či dlouhodobé stresující situaci různě náročného charakteru, pravděpodobnost propuknutí tohoto onemocnění se zvyšuje. Pro přiblížení, těmito stresujícími situacemi může být myšlen např. rozvod, ztráta blízké osoby, trauma, týrání, existenciální problémy, stresující či jinak frustrující prostředí školy, práce aj. (Vlček & Fialová, 2010).

Depresivní porucha se řadí mezi jednu z nejčastěji se vyskytujících a také diagnostikovaných onemocnění v populaci. Aktuální procentuální zastoupení na světě je mezi 5–20 %, přičemž ženy trpí depresemi častěji, uvádějí se hodnoty mezi 10-25 % u mužů pouze 5-12 % (Maříková, 2013).

Depresivní poruchu nalezneme v seznamu mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) v kategorii afektivních poruch pod identifikačním číslem (F32) jako Depresivní fázi, která se dělí na lehkou, středně těžkou, těžkou bez a s psychotickými příznaky. Dalším druhem je Depresivní porucha periodická jinak také rekurentní, nalezneme ji v seznamu pod identifikačním číslem (F33) a opět se dělí podle závažnosti na lehkou, středně těžkou, těžkou bez a s psychotickými symptomy. Následují Perzistentní afektivní poruchy, jinak také poruchy nálady, kde nalezneme Cyklotymii a Dystymii s identifikačním číslem (F34). Dále v pořadí jsou tzv. Ostatní poruchy s depresivní symptomatikou (F38) (ÚZIS, 2020).

Pokud jedinec disponuje výše uvedenými symptomy, následuje podrobné vyšetření u psychologa a psychiatra, kteří diagnózu buď potvrdí nebo vyvrátí. Deprese se v dnešní době léčí nejčastěji třetí generací antidepresiv skupiny SSRI, jejichž celý název je selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu nebo psychoterapií (Raboch & Červený, 2018).

Výzkumná část této diplomové práce se zabývala vývojem copingových strategií u jedinců s depresivní poruchou. Práce se zaměřovala na zkoumání strategií a způsobů, jakými respondenti řeší konflikty a různě náročné situace. Dále prozkoumávala potenciaální změny ve volbě copingových strategií v návaznosti na různá období psychického stavu jedince a možnou souvislost volby specifických copingových strategií s depresivní poruchou. Závěrem byla také identifikována společná témata respondentů.

Byl zvolen kvalitativní design, data byla zpracovávána formou interpretativní fenomenologické analýzy a případovými studii. Rozhovory byly vedeny formou polostrukturovaného rozhovoru, kdy se jednotlivé oblasti tématicky dotýkaly depresivní poruchy, konfliktů a způsobů jejich řešení a zaznamenanými změnami z hlediska depresivní poruchy a volby copingových strategií. Rozhovory s respondenty měly především uvolněnou atmosféru, byla zajištěna anonymita a dbalo se na dostatečný prostor pro každou informaci, která byla sdělena. Rozhovory byly nahrávány na diktafon, poté doslovně přepsány do podoby psaného textu, který byl následně analyzován a kódován do okruhů a společných kategorií. Data byla finálně analyzována a byla detekována společná témata respondentů. Na základě získaných dat byla vyvozena určitá zjištění, souvislosti a závěry a vše bylo dáno do kontrastu s dostupnými výzkumy.

Výzkumný soubor, se kterým diplomová práce pracovala, byl složen ze sedmi respondentů. Jednalo se tři muže a čtyři ženy. Všichni respondenti měli diagnostikovanou depresivní poruchu, aktuální stav byl však stabilizovaný, případně v remisi. Respondenti byli vybíráni metodou záměrného výběru, případně výběrem přes instituci, kdy autorka práce kontaktovala několik odborných pracovišť, soukromých psychologických ordinací a stacionářů. Etický aspekt výzkumu byl ošetřen informovaným souhlasem, který účastníci podepsali a vyjádřili tak souhlas s podmínkami výzkumu.

Prezentace výsledků formou případových studií měla vždy stejnou formu. Každý příběh byl rozčleněn do tematických částí, které obsahovaly osobní příběh deprese, situace a jejich zvládnání, zaznamenané změny a reflexi respondenta. Následovala prezentace

společných témat respondentů, jež vyplynuly z analýzy textu. Témata se týkala rodinného prostředí, stresujícího/konfliktního prostředí, dlouhodobé zátěže, citlivosti na podněty, opakujících se způsobů zvládnání a touhy po návratu a zlepšení odolnosti.

Výsledky této diplomové práce nepřinášejí zobecnitelné závěry, nicméně poskytují opravdu velmi detailní vhled do problematiky depresivních pacientů a jejich způsobů zvládnání zátěže. Zjištění, které jsme díky výpovědím respondentů odhalili, v drtivé většině korespondovaly s poznatky již existujících studií. Domníváme se však, že výzkum může být přínosem pro odbornou veřejnost i pacienty jako zdroj informací. Může být nastavením zrcadla či inspirací, jak jiní pacienti zvládali určité situace, se kterými se teď aktuálně mohou potýkat právě oni. Fakt, že depresivní porucha a specifické strategie zvládnání zátěže spolu souvisí, je jeden z největších poznatků této práce. Věříme, že včasná identifikace maladaptivních, negativních a na emoce zaměřených strategií může být výstražným znamením, že je třeba věnovat se psychickému rozpoložení daného jedince. V tomto případě přeorientování či cílená práce na volbě pozitivních, na problém zaměřených adekvátních strategií, může udržet psychickou stabilitu jedince a významně zmírnit potencionální rozvoj depresivní symptomatologie. Případové studie jsou plné autentického prožívání, názorů, postojů, přesvědčení, strategií zvládnání, zpětné vazby, pokroku, vývoje a změn.

## Seznam použitých zdrojů a literatury

- Albrecht, J. (2014). Biologická léčba nejen rezistentních stavů. *Postgraduální medicína* [online]. 6(16) [cit. 2020-09-30]. Dostupné z WWW: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/biologicka-lecba-nejen-rezistentnich-stavu-475778>
- Anders, M., et al. (2005) *Depresivní porucha v neurologické praxi*. Praha: Galén.
- Balaščíková, V., Kohoutek, T., & Blatný, M. (2003). Aspekty Já jako determinanty výběru copingových strategií. *Sociální procesy a osobnost*. 13-14, Brno: Psychologický ústav FF MU.
- Bambara, J. K., Turner, A. P., Williams, R. M., & Haselkorn, J. K. (2011). Perceived social support and depression among Veterans with multiple sclerosis. *Disability and Rehabilitation* [online]. 33 [cit. 2020-09-11]. Dostupné z WWW: <https://www.researchgate.net/publication/46123304> Perceived social support and depression among Veterans with multiple sclerosis.
- Baštecká, B. et al. (2005). *Terénní krizová práce*. Praha: Grada.
- Baumgartner, F. (2001). Zvládání stresu - coping. *Aplikovaná Sociální Psychologie II*. 191-208. Praha: Grada.
- Bouček, J. (2006) *Psychoterapie*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Bouček, J. et al. (2006). *Speciální psychiatrie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*. 56 (2). 267-283.
- Contrada, R., J., & Baum, A. (Eds.). (2011). *The Handbook of Stress Science: Biology, Psychology, and Health*. New York: Springer Publishing Company.
- Coyne, J. C., & Smith, D. A. F. (1991). Couples coping with a myocardial infarction: a contextual perspective on wives' distress. *Journal of Personality and Social Psychology*. 61 (3). 404–412.
- Cummings, E. M., Greene, A. L., & Karraker, K. H. (Eds.). (1991). *Life-span developmental psychology: Perspectives on stress and coping*. Hillsdale, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

- Cummings, E. M., Greene, A. L., & Karraker, K. H. (2004). *Life-span developmental psychology: Perspectives on stress and coping*. Hillsdale, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Čermák, I. et al. (2013). *Kvalitativní analýza textu: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita.
- Češková, E. (2006). Možnosti farmakoterapie deprese. *Praktické lékařství* [online]. 2(6) [cit. 2020-08-12]. Dostupné z WWW: <https://www.praktickelekarenstvi.cz/pdfs/lek/2006/06/04.pdf>.
- Dušek, K., & Večeřová-Procházková, A. (2015). *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2. vyd. Praha: Grada.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology* [online]. 54(3) [cit. 2020-10-02]. Dostupné z WWW: <https://psycnet.apa.org/record/1988-16864-001>.
- Fujáková, M., & Kopeček, M. (2012). Antidepressiva – od teorie ke klinické praxi. *Klinická farmakologie a farmacie* [online]. 26(1) [cit. 2020-10-02]. Dostupné z WWW: <https://www.klinickafarmakologie.cz/pdfs/far/2012/01/06.pdf>.
- Gonzáles-Echevarría, A.M., Rosario, E., Acevedo, S., & Flores, I. (2018) Impact of coping strategies on quality of life of adolescents and young women with endometriosis. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* [online]. 40 (2) [cit. 2020-08-24]. 138-145. Dostupné z WWW: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/0167482X.2018.1450384>.
- Henzlerová, E. (2017). Počet lidí s depresí stoupl o pětinu [online]. In *STATISTIKA&MY Magazín Českého statistického úřadu* [cit. 2020-08-22]. Dostupné z WWW: <https://www.statistikaamy.cz/2017/03/27/pocet-lidi-s-depresi-stoupl-o-petinu/>.
- Holahan, CH. J., & Moos, R. H. (1987). Personal and contextual determinants of coping strategies. *Journal of personality and social psychology*. 52 (5). 946-955.
- Holubová, M., & Praško, J. (2017). Connection between coping strategies and quality of life in outpatient with depression – cross-sectional study. *European Psychiatry* [online]. 41 [cit. 2020-10-14]. Dostupné z WWW: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0924933817322757>.
- Horwitz, A. G., Hill, R. M., & King, Ch. A. (2011). Specific coping behaviors in relation to adolescent depression and suicidal ideation. *Journal of Adolescence*

[online]. 34(5) [cit. 2020-10-12]. Dostupné z WWW:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0140197110001612>.

- Hosák, L., et al. (2015). *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum.
- Hoschl, C., Libiger, J., & Švestka, J. (2004). *Psychiatrie*. Praha: Tigis.
- Chandiramani, K. (2015). *Emotions and Stress: How to manage them*. Troubador Publishing.
- Janke, W., & Erdmann, H. (2003). *Strategie zvládnání stresu: příručka*. Praha: Testcentrum.
- Johnson, S. K., Gil-Rivas, V., & Schmalings, K. B. (2008). Coping strategies in chronic fatigue syndrome: outcomes over time. *Stress and Health* [online]. 24(4) [cit. 2020-09-28]. Dostupné z WWW: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/smi.1185>.
- Kautzky, A. et al. (2018). Clinical factors predicting treatment resistant depression: affirmativeresults from the European multicenter study [online]. In *Wiley Online Library* [cit. 2020-09-11]. Dostupné z WWW: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/acps.12959>.
- Kelly, M. et al. (2008). Sex differences in the use of coping strategies: Predictors of anxiety and depressive symptoms. *Depress Anxiety* [online]. 25 (10) [cit. 2020-08-22]. 839–846. Dostupné z WWW: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4469465/>.
- Kohoutek, R. (2006). *Úvod do psychologie: psychologie osobnosti a zdraví žáka*. Brno: Masarykova univerzita.
- Krombholz, R., (2008). Farmakologicky navozené deprese. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 9(5) [cit. 2020-08-14]. Dostupné z WWW: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2008/05/03.pdf>.
- Křivohlavý, J. (1994). *Jak zvládat stres*. Praha: Grada.
- Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
- Křivohlavý, J. (2013). *Jak zvládat depresi*. 3. vyd. Praha: Grada.
- Laňková, J., & Raboch, J. (2013). Deprese, doporučený postup pro všeobecné praktické lékaře [online]. In *Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP*. [cit. 2020-07-06]. Dostupné z WWW: [https://www.svl.cz/files/files/Doporucene-postupy-od-2013/Deprese\\_2013.pdf](https://www.svl.cz/files/files/Doporucene-postupy-od-2013/Deprese_2013.pdf).

- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological Stress and The Coping Process*. New York: Mc Graw Hill.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Pub. Co.
- Liu, X., Gentzler, A. L., George, Ch. J., & Kovacs, M. (2009). Responses to depressed mood and suicide attempt in young adults with a history of childhood-onset mood disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* [online]. 70(5) [cit. 2020-10-20]. Dostupné z WWW: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19552865/>.
- Maříková, M. (2013). Farmaceutická péče u pacientů s depresivní poruchou [online]. In *Klinická farmacie* [cit. 2020-09-02]. Dostupné z WWW: <https://adoc.pub/farmaceuticka-pee-u-pacient-s-depresivni-poruchou.html>.
- Masahiro, S., Furihata, R., Kaneita, Y., Uchiyama, M., & Konno, CH. (2018). Stressful events and coping strategies associated with symptoms of depression: a Japanese general population survey. *Journal of Affective Disorder* [online]. (238) [cit. 2020-08-24]. 482-488. Dostupné z WWW: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032718308176>.
- Mckenzie, K. (2001). *Deprese*. Praha: Grada Publishing
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- Mišovič, J. (2019). *Kvalitativní výzkum se zaměřením na polostrukturovaný rozhovor*. Praha: Sociologické nakladatelství slon.
- Mor, N., & Haran, D. (2009). Cognitive behavioral therapy for depression. *The Israel journal of psychiatry and related sciences* [online]. 46(4) [cit. 2020-08-19]. Dostupné z WWW: [https://www.researchgate.net/profile/Nilly\\_Mor/publication/45268330\\_Cognitive-Behavioral\\_Therapy\\_for\\_Depression/links/0c96052a87fc4246cf000000.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Nilly_Mor/publication/45268330_Cognitive-Behavioral_Therapy_for_Depression/links/0c96052a87fc4246cf000000.pdf).
- Nakonečný, M. (2003). *Úvod do psychologie*. Praha: Academia.
- Paulík, K. (2010). *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada Publishing.
- Paulík, K. (2017). *Psychologie lidské odolnosti*. 2. vyd. Praha: Grada.
- Pidrman, V. et al. (2004). *Deprese v interní medicíně*. Praha: Psychiatrické centrum
- Praško J., & Prašková H. (2006). Farmakoterapie deprese. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 5 [cit. 2020-08-14]. Dostupné z WWW: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2006/05/04.pdf>.



- Praško, J., Buliková, B., & Sigmundová, Z. (2009). *Depresivní porucha a jak ji překonat*. Praha: Galén.
- Praško, J., Prašková, H., & Prašková, J. (2015). *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději*. 3. vyd. Praha: Portál.
- Raboch, J. et al. (2001). *Psychiatrie*. Praha: Galén.
- Raboch, J. (2006). *Nemocná duše- nemocný mozek: klinická zkušenost a fakta*. Praha: Galén.
- Raboch, J., & Červený, R. (2018). Deprese: Doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře: novelizace 2018 [online]. In *Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP*. [cit. 2020-07-06]. Dostupné z WWW: <https://www.svl.cz/files/files/Doporucene-postupy/2017/DP-Deprese.pdf>
- Raudenská, J., & Javůrková, A. (2011). *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada.
- Robinson, S. D. (2007) *The Role of Dopamine and Norepinephrine in Depression* [online]. In *Research Gate*. [cit. 2020-07-14]. Dostupné z WWW : [https://www.researchgate.net/publication/292372856\\_The\\_role\\_of\\_dopamine\\_and\\_norepinephrine\\_in\\_depression](https://www.researchgate.net/publication/292372856_The_role_of_dopamine_and_norepinephrine_in_depression).
- Seligman, M. E. P. (2000). *The science of optimism and hope: Research Essays in Honor of Martin E. P. Seligman*. West Conshohocken: Templeton Foundation Press.
- Silbernagl, S., & Lang, F. (2012). *Atlas patofyziologie*. Praha: Grada.
- Smith, J. A. (2011). Evaluating the contribution of interpretative phenomenological analysis. *Health Psychology Review*. 5(1), 9–27.
- Smith, J. A. (2004). Reflecting on the development of interpretative phenomenological analysis and its contribution to qualitative research in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 1, 39–54.
- Smolík, P. (2002). *Duševní a behaviorální poruchy*. 2. vyd. Praha: Maxdorf.
- Svoboda, M. (2013). *Psychodiagnostika dospělých*. Praha: Portal.
- Štětkářová, I., & Horáček, J. (2016). Deprese u vybraných neurologických onemocnění [online]. In *Česká a Slovenská neurologie a neurochirurgie*. [cit. 2020-08-08]. Dostupné z WWW: <https://www.csnn.eu/casopisy/ceska-slovenska-neurologie/2016-6-4/deprese-u-vybranych-neurologickych-onemocneni-59451/download?hl=cs>.

- Šucha, M., Charvát, M., & Řehan, V. (2011). *Kvalitativní přístup a metody ve vědách o člověku X. Vybrané aspekty teorie a praxe. Sborník z konference.* Olomouc: Univerzita Palackého.
- Ustohal, L. (2010). Repetitivní transkraniální magnetická stimulace v léčbě deprese. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 11(3) [cit. 2020-08-14]. Dostupné z WWW: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2010/03/08.pdf>.
- Uzel, J. (2008). *Bezpečný podnik – prevence a zvládání stresu.* Praha: Výzkumný ústav bezpečnosti práce.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (2019). Psychiatrická péče 2018 [online]. In *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [cit. 2020-09-28]. Dostupné z WWW: <https://www.uzis.cz/res/f/008308/psych2018.pdf>.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (2020). Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10 [online]. In *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [cit. 2020-09-28]. Dostupné z WWW: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F30-F39>.
- Vašina, L., & Strnadová, V. (2009). *Psychologie osobnosti I.* 3. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus.
- Vágnerová, M. (2012). *Psychopatologie pro pomáhající profese.* Praha: Portál
- Vlček, J. et al. (2010). *Klinická farmacie I.* Praha: Grada publishing.
- Výrost, J., & Slaměnik, I. (2001). *Aplikovaná sociální psychologie.* Praha: Grada.
- World Health Organization (2020). Depression [online]. In *World Health Organization* [cit. 2020-07-26]. Dostupné z WWW: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
- Weissman, M., & Klerman, G. (2015). *Depressive disorders: Interpersonal psychotherapy for depression.* International psychotherapy institute e-book. Dostupné z WWW: [https://www.israpsych.org/wp-content/uploads/2018/12/interpersonal\\_psychotherapy\\_for\\_depression\\_-\\_myrna\\_m\\_weissman\\_phd.pdf](https://www.israpsych.org/wp-content/uploads/2018/12/interpersonal_psychotherapy_for_depression_-_myrna_m_weissman_phd.pdf).

## **Seznam obrázků**

Obrázek č. 1 Mechanismus účinku serotoninu v mozku.....	23
Obrázek č. 2 Mechanismus účinku nonadrenalinu v mozku.....	24

## **Seznam tabulek**

Tabulka č. 1 Rozdíly mezi obrannou reakcí a copingovými strategiemi.....	17
Tabulka č. 2 Účinky neurotransmiterů v mozku.....	25

# Abstrakt diplomové práce

**Název práce:** Vývoj copingových strategií u jedinců s depresivní poruchou

**Autor práce:** Bc. Adéla Strakošová

**Vedoucí práce:** doc. PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D.

**Počet stran a znaků:** 121 stran, 272 249 znaků

**Počet příloh:** 5

**Počet titulů použité literatury:** 75

## Abstrakt:

Cílem diplomové práce bylo prozkoumat vývoj copingových strategií u jedinců s depresivní poruchou. V teoretické části práce jsme se zabírali problematikou copingu, přesněji copingovými strategiemi, jejich druhy a spojitostí s depresivní poruchou, jež byla druhým probíraným tématem. V rámci depresivní poruchy byly podány základní informace ohledně etiopatogeneze, patofyziologie, epidemiologie a prevalence. Uvedli jsme si klasifikaci (MKN-10) a možnosti léčby depresivních poruch. Praktická část byla provedena kvalitativní formou, respondenti byli získáváni pomocí metody záměrného výběru a přes instituci. Jako metoda analýzy dat byla zvolena Interpretativní fenomenologická analýza (IPA), konkrétně případové studie. Výzkumný soubor tvořilo sedm respondentů, se kterými byly jednotlivě provedeny osobní polostrukturované rozhovory. Výsledky byly prezentovány formou případových studií a také jako tématickou analýzu společných témat. Výsledky ukázaly zvýšenou tendenci volby strategií zaměřených na emoce, pokud respondenti vyhodnotili situaci jako nadlimitní. Další nejčastěji využívané strategie byly zaměřené na vztah. Za prostředí s největším výskytem potencionálních konfliktů a náročných situací respondenti označili rodinné a pracovní prostředí.

**Klíčové slova:** *coping, copingové strategie, stres, konflikty, zátěžové situace, způsoby zvládnání, depresivní porucha*

# **Abstract of thesis**

**Title:** Development of coping strategies of individuals with depression

**Author:** Bc. Adéla Strakošová

**Supervisor:** doc. PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D.

**Number of pages and characters:** 121 pages, 272 249 characters

**Number of appendices:** 5

**Number of references:** 75

## **Abstract:**

The aim of this work was to investigate the development of coping strategies in individuals with depressive disorder. In the theoretical part of the work we dealt with the issue of coping, more specifically coping strategies, their types and connections with depressive disorder, which was the second topic discussed. In the context of depressive disorder, basic information was provided on the etiopathogenesis, pathophysiology, epidemiology and prevalence. We presented the classification (ICD-10) and treatment options for depressive disorders. The practical part was carried out in a qualitative form, the respondents were obtained using the method of intentional selection and through institutions. Interpretive phenomenological analysis (IPA), specifically case studies, was chosen as the method of data analysis. The research group consisted of seven respondents, with whom personal semi-structured interviews were conducted individually. The results were presented in the form of case studies and also as a thematic analysis of common topics. The results showed an increased tendency to choose strategies focused on emotions, if the respondents evaluated the situation as above the limit. The other most commonly used strategies were relationship strategies. Respondents identified the family and work environment as the environment with the highest incidence of potential conflicts and challenging situations.

**Key words:** Coping, coping strategies, stress, conflicts, stressful situations, ways of coping, depressive disorder.

# **Přílohy**

## **Seznam příloh:**

1. Informovaný souhlas
2. Leták
3. Ukázka osnovy rozhovoru
4. Ukázka doslovně přepsaných rozhovorů
5. Ukázka kódování textu

# Příloha č. 1: Informovaný souhlas



Filozofická  
fakulta

Univerzita Palackého  
v Olomouci

## Informovaný souhlas účastníka výzkumu:

**Vážená paní,**

v souladu se zásadami etické realizace výzkumu Vás žádám o vyjádření souhlasu s Vaší účastí ve výzkumném projektu, v rámci mé diplomové práce na téma: *Copingové strategie u jedinců s depresivní poruchou*. Níže jsou uvedeny nezbytné informace a průběh výzkumu. Pozorně si vše přečtěte a vyjádřete souhlas podpisem v uvedené kolonce.

**Kontaktní údaje na autorku práce:**

Bc. Adéla Strakošová, email: [ada.strakosova@seznam.cz](mailto:ada.strakosova@seznam.cz), tel: +420 731 896 171

**Název Univerzity a vedoucího práce:**

diplomová práce probíhá pod záštitou Univerzity Palackého v Olomouci, filozofické fakulty, katedry psychologie, vedoucí práce: Mgr. Zuzana Vaculčíková Sedláčková, Ph.D.

**Popis průběhu výzkumu:**

Výzkum je dobrovolný, účastník má možnost, kdykoliv bez udání důvodu odstoupit, informace získané během rozhovoru jsou důvěrné a budou sloužit pouze k anonymnímu zpracování, v rámci této diplomové práce a vše, co se během rozhovoru dozvím, podléhá mlčenlivosti.

**Využité pomůcky:**

diktafon, poznámkový blok, v případě potřeby notebook k rychlejšímu zapisování informací.

**Prohlášení a souhlas daného účastníka se zapojením do výzkumu:**

Prohlašuji a svým níže uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že dobrovolně souhlasím s účastí ve výše uvedeném projektu a že jsem měla možnost si řádně a v dostatečném čase zvážit všechny relevantní informace o výzkumu, zeptat se na vše podstatné týkající se účasti ve výzkumu a že jsem dostal jasné a srozumitelné odpovědi na své dotazy. Byla jsem poučena o právu odmítnout účast ve výzkumném projektu nebo svůj souhlas kdykoli odvolat.

Jméno a příjmení účastníka:

Datum:

Podpis:



## **Příloha č. 2: Leták**



# **Vývoj copingových strategií u jedinců s depresivní poruchou**

**Jste člověk léčící se s depresivní poruchou?  
Jste ve stabilizované stavu a docházíte  
ambulantně?  
Je Vám mezi 18 - 65 lety?**

**Zapojte se do výzkumu, který probíhá pod  
záštitou Katedry psychologie, FF UPOL**

**V případě zájmu či jakýchkoliv dotazů mě neváhejte  
kontaktovat na níže uvedeném e-mailu.  
Předem děkuji a budu se těšit na případnou  
spolupráci**

**Bc. Adéla Strakošová  
Katedra psychologie FF UPOL  
e-mail: [ada.strakosova@seznam.cz](mailto:ada.strakosova@seznam.cz)**

## **Příloha č. 3: Ukázka osnovy rozhovoru**

Hodně se doptávat, klást doplňující otázky a spontánně navazovat na to, co respondent sdílí.

- Jaké copingové strategie pacienti s depresivní poruchou používají?
- Je pravda, že u jedinců s depresivní poruchou převládá výběr tzv. negativních strategií a strategií zaměřených na emoce?
- Vnímají pacienti s depresivní poruchou rozdíl mezi svým způsobem zvládnání určité zátěžové situace a jinými lidmi (zde je myšleno zdravé jedince v jejich okolí)?
- Vnímají respondenti souvislost mezi vývojem, případně změnou svého způsobu zvládnání situací a u nich rozvinutou depresivní poruchou?
- Došlo ke změně copingových strategií s ohledem na různá přelomová období (před rozvojem, během léčby a nyní ve stabilizovaném stavu) v příběhu jedince?

Konkrétní otázky:

- Popište mi svůj běžný den, aktivity, které děláte a jak je zvládáte?
- Zkuste zapátrat v paměti a demonstrovat mi nějakou situaci, kterou jste musel/a nedávno zvládnout?
- Pokud máte v rodinném, pracovním či jiném prostředí konflikty zkuste mi popsat, jak se je snažíte řešit, zvládat?
- Jakým způsobem jste řešil/a konflikty a různé situace před rozvojem deprese?
- Domníváte se, že je nějaký rozdíl ve vašem způsobu zvládnání určitých situací a zátěže nyní, když jste stabilizován/á?

## **Příloha č. 4: Ukázka doslovně přepsaného rozhovoru**

**Autorka:** „*Jaké stresující situace vy osobně vnímáte jako ty, které nejspíše stojí za příčinou vzniku vašeho depresivního stavu (vzhledem k tomu, že se jich nahrnulo najednou hodně a neměl jste čas je zpracovat a pak to tzv. vybuchlo)?*“

**Repondent:** „*Svatba jako taková mi to spustila, a potom to uvědomění si co jsem to před tou svatbou udělal*“ *Svatba byla závazek a to mi to spustilo. Měl jsem nějaké myšlenky, že jsem asi něco udělal špatně i před svatbou ale neotravovaly mě tak, nemyslel jsem na to tak intenzivně. Až po té svatbě to nešlo zastavit. 2 měsíce před svatbou se ta událost odehrála a po svatbě to začlo protože jsem si uvědomil tu tíhu toho závazku a všechno to co jsem udělal předtím s tím nešlo dohromady to mě dohnalo...řikal jsem si, to jsem udělal špatně, to jsem udělal špatně v rámci vztahu – byl to vztahový problém.*“

„*Vzpomínal jsem si na to co jsme zažili na té svatbě a co jsem udělal předtím a to šlo hrozně do kontrastu... bylo se to ve mně a hlavně jsem hledal odpovědi na to co to bylo? Co si to udělal, a takové myšlenky mě začaly pronásledovat v tom kontrastu, že jsme měli přitom hezkou svatbu. Zaplavily mě pocity viny, že jsem něco udělal špatně a hlavně já jsem věděl že jsem to udělal špatně. Věděl jsem, že se to nemá, že se to nesluší, nedělá se to a přitom jsem to udělal a pak si někoho vzal a přitoupal jsem se takto k němu, to mě dorazilo...*“

„*Já jsem na to prostě nemyslel, měl jsem jinou činnost, těšil jsem se. Na tu událost jsem se těšil, co všechno je třeba ještě zařídit, a pozornost se mi upnula na tohle a nemusil jsem řešit to co se stalo předtím...neměl jsem čas vůbec přemýšlet nad jinými věcmi než těmi co se týkali svatby. Sem tam mi to jak by střelilo ale hned to přešlo tím, že jsem šel dělat něco zařídit něco jiného co bylo potřeba.*“

„*Ale třeba nedokázal jsem se soustředit na to co ten odávající na úřadě nám říkal. Jako by jsem to měl v mlze a byl myšlenkami někde jinde přitom nebyl a jak přišla otázka zda si dotyčnou беру, tak jsem řekl „Ano“ a ni jsem nad tím dlouho neuvažoval. ale nepamatuji si např. ty věty ve zdraví i nemoci, v dobrém i ve zlém atd. to si nepamatuju že říkal. Jak kdybych byl úplně mimo, mimo tu situaci. Sem tam mi myšlenky odbíhaly, ale jak se zeptal, zda si dotyčnou dobrovolně беру, tak ano, to jsem věděl a pamatuju si. Možná, že se mi vybavovala ta situace, co se stala, ale spíše povrchně, a když jsem se snažil přemýšlet nad něčím jiným, odbíhat myšlenkami od té situace - jinde a né na to. Díky tomu jsem tu svatbu překlenul a zvládl, ale potom, až bylo po ní, se to vrátilo, respektive teprve tvrdě udeřilo.*“

*Jak byl ten klid na nic už jsem nemusel mysle ohledně svatby, zařizování atd tak to dolehlo... ale jak!!! A od té doby to furt jelo a kontrast svatba co si udělal a furt dokola to jelo.“*

**Autorka:** *„Ptám se na jiné situace, u kterých jste podobný systém použil, zda byste mi mohl něco demonstrovat?“*

*Respondent: „Tím, že mám dost stresující povolání, pracuju ve zdravotnictví tak jak toho pacientka dovezete do nemocnice, tak tam už si ho převezmou a jsou chytrí, páč mají veškeré zobrazovací metody, já je v té záchrance nemám. A díky tomu, to mě štve že pak využívají té nadřazenosti, že to zjistili a ví to, co se člověkem děje když projde testy, a ukáže se a jak, v záchrance tak široká diagnostika logicky není možná. Sem tam se mi stane, tím, že toho daného člověka přivezu s nějakou pracovní diagnózou, ale nevím přesně co mu je když ty metody tam nemám. A když ho pak předáváte oni vás znemožní, že to je takhle, měl jste udělat to a to při nejlepším a to se pak dostáváte do myšlenkového pochodu, zda jste udělal to a to dobře, nebo špatně atd. a šrotuje to... V práci jsem to dokázal páč mě to živí a není možné, aby mě to takhle dohánělo. To bych nemohl dělat nic, kdybych si v práci všechno bral. Vždycky jsem si zpětně projel, co jsem měl a co jsem udělal a když jsem za sebe vyhodnotil, že jsem žádné pochybení neudělal, tak jsem to hodil za hlavu, páč to že ona (zdrav. sestra/lékařka) má problém to je o ní, je to její problém a né můj. Navíc když v práci s ní má problém více lidí, tak to není jen o mě a nemusím se tím trápit. Když taková situace proběhla, tak jsem si šel dělat např něco na PC a když byl jiný výjezd tak už jsem na to zapomněl. Takových situací ve zdravotnictví je spousta, především to předávání pacientů - to ale dělají jen hlupáci s prominutím aby vás shodili a seřvali, když tam přivezete pacienta v nějakém stavu to si mohou vždy odpustit a jít dělat co mají – nevím tak to prostě mám“. Kolegové mají stejný problém, předávání pacientů v nemocnici, tak se to většinou bez nějakých konfliktů neobejde. Ale na druhou stranu mě t práce baví, nabijí mě, není to stereotyp. Nemusím díky té akčnosti v práci přemýšlet nad tím, co mě potkalo. Soustředím se na úplně něco jiného, já nemám rád stereotyp, pořád musíte nad tím člověkem, kterého tam máte přemýšlet, co je pro něj nejlepší, jak mu můžete pomoci apod. a to jak uvažuju v práci, tak podobně uvažuju a funguju i ve svém soukromém životě, a proto jsem se v tom si tak pitval... fungoval jsem stejnými myšlenkovými pochody jako v práci čili dopodrobna nad tím (člověkem v mém případě problémem tou situací co se mi stala přemýšlel a pitval se v tom). Proto tohoto respondenta situace tak rozložila, respektive se rozložil on sám.“*

*„Nyní se spíše učím být více flegmatictější“, ale je to těžké, už to máte v sobě... za ty roky, přijít věcem na kloub, kor když se tím daný člověk živí... já jsem ten typ, který nad tou věcí chce a je naučený přemýšlet, rýpat se vní a přijít ji na kloub, jak to je... (což tohoto jedince, ale položilo na kolena tyto myšlenkové jeho vlastní pochody)...“*

*„Pokud jsem se setkal s někým kdo byl například v podobné situaci aniž bych se mu s tou svou svěřil, tak ano inspiruje mě to dívat na to popř. jinak, tak jak mě nenapadlo...“*

***Autorka: „Stala se Vám někdy situace, se kterou jste se svěřil někomu, i když jste věděl jak ji vyřešit podle sebe, nicméně jste se i tak zeptal kolegy, jak by to řešil on a vyložene jste použil jeho způsob, pokud ano, tak jak jste se pak cítil, zda jste vyhodnotil, že to bylo lepší, že jste zvolil jeho způsob řešení a nebo ne? Pokud je odpověď ano, tak jak jste vnímal změnu?“***

*Respondent: „Ano určitě takové situace byly, ale neřeknu vám konkrétně tu situaci danou, to už si nevybavím, nicméně ano stalo se mi to, že jsem si řekl, že to zkusím řešit jinak. „Že to např. zkusím řešit, tak, jako ten daný člověk“. Např. když jsem něco řešil s kolegou, který takový problém neměl tak jsem si vyslechl jak by to řešil, a někdy to pomohlo, že jsem se inspiroval a změnil způsob řešení a někdy ne... „*

*„Někdy vnímám, že si říkám jo tak uděláš to tak a tak, ale přitom slyším takový vnitřní hlas, který mi našeptává a usměrňuje mě, ale udělej to tak a tak. A když to neudělám a udělám to „po svém“ tak mi ta situace pak dá po prstech... A pak si uvědomím aha... no měl jsem to udělat, tak jak se to má! A tím pádem mě to poučí...tím si pak už dávám většího pozor, naučím se to a pak už se mi to nestane a udělám to správně. I když třeba v práci se najde vždycky někdo kdo by vám i tuhle verzi zkritizoval... Ale aspoň pak mám na svoji obratu ten fakt, že jsem to udělal, tak jak se to má. To se mi stává ale nejvíce doma, tak je těch konfliktů nejvíce ... Doma sem tam, např. při nějakých neshodách s rodičema, s ženou apod. Už se známe už víme co a jak od koho čekat, kdo jak reaguje.“*

## Příloha č. 5: Ukázka kódování textu

*depka*  
*symptom*  
Cítím, že už nemám energii, nechci se o někoho starat (*koment: asi spíše chce aby se jednou někdo staral o ni a projevil péči a lásku...*) Nechci už mít za nic zodpovědnost asi jsem vyhořelá. → *zahrnuje celou situaci*

**(Otázka): Zmiňovala jste že vás v tom životě provází hodně konfliktů, tak mohla byste mi více rozvést co se v té práci přesně dělo? Jak jste to zvládala, jak jste těm konfliktům čelila zda byste mi mohla přiblížit?**

*depka*  
Asi jsem to nezvládala nikdy... vždycky jsem si říkala svoje a at si o mě myslí kdo chce co chce. Když se někdo baví o mě tak já odcházím... já to nepotřebuju vědět zbytečně vás to trápí já to neovlivním... především co se týče toho konfliktu s kolegyní tak ona po mě chce to co já nedokážu splnit. → *zhrnuje!*

*depka*  
I v rodině vždycky děti více respektovali manžela a ne mě. Prostřední syn mi třeba říká Pavlo já jsem neměla ráda slovo mamka... tak mi od té doby říká Pavlo je mu teď přes 30 ale mě to nevádí, naopak mi to vyhovuje. Řešila jsem to ale i v domečku se social. pracovníci, že to asi není dobré - mají možnost mě děti poučovat... asi mě celoživotně lidi neberou moc vážně. → *zahrnuje!*

*depka*  
Jak byly aktuální ty problémy v práci tak jsem to často ventilovala ven kohokoliv jsem potkala a stávalo se mi, že už mě pak ostatní ani nechtěli potkávat tím, že jsem toho bylo pořád tak plná. → *zahrnuje!*

*depka*  
Když nevyjde nějaký důchod tak zkusím do té práce jít, když to nepůjde tak naštěstí mám manžela, takže bychom vyšli i když by mi ty peníze asi chyběli a nebo pracák ... celý život jsem pracovala tak když teď nebudu moc tak zkusím tohle. → *zahrnuje!*

*depka*  
Já jsem na to přišla až teď nedávno, že když ten konflikt přijde tak, zprv v tom neumím žít v té dusné atmosféře. Na druhou stranu když mi něco někdo vykládá a baví mě to tak tu pozornost dokážu udržet. Na druhou stranu když byla v práci kolegyně očividně naštvaná, tak ona to ale nedokázala říct narovinu a místo toho pořád funěla a vzdychala... což tohle jsem vydržela poslouchat půl dne, ale pak jsem za ní stejně musela zajít a říct, jí že jestli je nasraná, tak ať to raději řekne, než aby tam všechny dostávala pod dusnou atmosféru... to já bych v tom nemohla žít, takže za tím člověkem raději zajdu a udělám ten první krok aby se ta atmosféra aspoň nějak rozhoupala... → *zahrnuje!*

*depka*  
Problém u mě je ten, že já mám určití limity jak osobnostní tak v té práci a já vím, že třeba tu podlahu nebudu mít vypiglenou úplně na 100% ale já to přiznám... problém je že určitá skupina lidí co je v práci je manipulativní a konfliktní, takže když mají (a ani nemusí) mnohdy tak si mě vychutnají a to já nemám jak se bránit... já začnu brečet, já vždycky přiznám tu chybu, snažím se jim vyhovět, takže oni mají na vrch. Já konflikty prostě nemám ráda, manželovi třeba řeknu v hádce i běž do prdele, max. prásknu s dveřma a to je tak vše co dokážu - vrchol hádky a za 10 min jsem v pohodě... → *zahrnuje!*

*depka*  
Samozřejmě když je to vážnější, tak i když ta hádka přejde, tak si pak neodpustím sem tam, jedovaté poznámky, ale nic mstivého apod. já když se dostanu do úzkých tak končím, nevím co mám dělat. → *zahrnuje!*

*depka*  
Když mi nedávno někam manžel schoval moje voňavky na místo, kde opravdu neměli být, tak jsem hrozně zuřila a byla naštvaná... nemohla jsem tu situaci vůbec přijmout, hlavně mě to štve z toho úhlu pohledu, že mě ten druhý člověk vůbec nerespektuje a dává mi to tímto chováním najevo, ví, že mi to bude strašně vadit ale i přesto to udělá... to mě na tom asi nejvíce štve.

*depka*  
Když se bavíme s kamarádkami o našich rodičích již teď mnohdy zpětně kvůli pokročilému věku, ta všude bylo něco, takže jsem ráda, že mě naši respektovali a nelámali mě do něčeho co jsem nechtěla. → *zahrnuje!*