



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Pedagogická fakulta
Katedra pedagogiky a psychologie

Bakalářská práce

Deprese z pohledu blízké osoby

Vypracoval: Karolína Pilná
Vedoucí práce: PhDr. Yvona Mazehová, PhD.

České Budějovice 2016

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě - v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Pedagogickou fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce.

Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

Datum

podpis

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá depresivním onemocněním a tím, jak nemoc vnímají a prožívají blízké osoby depresivního jedince.

Teoretická část shrnuje dosavadní poznatky o depresi samotné. Popisovat bude rovněž soužití s člověkem zasaženým depresí v roli partnera a rodinného příslušníka. Část se zaměřuje i na přístup k jedinci s diagnostikovanou depresí.

Praktická část bude obsahovat kvalitativní výzkum, jenž bude proveden formou polostrukturovaných hloubkových rozhovorů. Hloubkové rozhovory budou poskytovat osoby, které se nacházejí v blízkém vztahu s depresivním člověkem. Výzkum bude zaměřen na to, zda a do jaké míry byl jejich život ovlivněn soužitím s takovým člověkem a nemocí samotnou.

Klíčová slova: deprese, blízká osoba, interpersonální vztahy, péče o nemocného, rodina, partner, kvalitativní výzkum

Abstract

This thesis deals with depression and how illness perceive and experience a close person of people with depression.

The theoretical part summarizes current knowledge about depression itself. It will also describe coexistence with people suffering from depression from perspective of partner or family member. One section focuses on access to person diagnosed with depression.

The practical part will include qualitative research, which will be conducted through semi-structured in-depth interviews . Depth discussions will provide persons who are in close relationship with depressive person. Research will focus on whether and how are their lives affected by living in such a situation.

Keywords: depression, close person, interpersonal relationships, patient care, family, partner, qualitative research

*Moje poděkování patří především vedoucí mé práce, paní doktorce Yvoně
Mazehóové za její čas, rady a podněty k přemýšlení, bez kterých by tato práce nevznikla.
Za podporu a trpělivost děkuji rovněž i své rodině a přátelům.*

Obsah

| | |
|---|----|
| 1. Úvod | 7 |
| 2. Pojem deprese..... | 9 |
| 3. Dopad deprese | 11 |
| 3.1 Depresivní pacienti a okolí | 11 |
| 3.2 Snížený výkon..... | 11 |
| 3.3 Sexualita..... | 11 |
| 3.4 Bludy a halucinace | 12 |
| 3.5 Sebevražda | 12 |
| 3.1 Nadužívání termínu | 14 |
| 3.3 Dobrovolné neléčení deprese | 14 |
| 4. Příznaky deprese..... | 15 |
| 4.1 Tělesné příznaky | 15 |
| 4.2 Psychické příznaky | 15 |
| 5. Definice blízké osoby..... | 17 |
| 6. Nemocný a jeho okolí..... | 18 |
| 6.1 Rodič osoby trpící depresí..... | 20 |
| 6.2 Potomek osoby trpící depresí..... | 23 |
| 6.3 Souzrozenec osoby trpící depresí..... | 26 |
| 6.4 Partner osoby trpící depresí..... | 28 |
| 7. Doporučené chování k jedinci s depresí | 31 |
| 8. Pomoc pro blízké osob s depresí | 33 |
| 8.1 Terapie | 33 |
| 8.2 Podpůrné skupiny..... | 33 |
| 8.3 Podporované vzdělávání | 33 |
| 9. Výzkumný cíl práce..... | 36 |

| | | |
|------|--|----|
| 9.1 | Výzkumné otázky | 37 |
| 10. | Metodologie | 38 |
| 10.1 | Zvolený typ výzkumu | 38 |
| 10.2 | Metoda získávání dat a jejich analýza..... | 38 |
| 10.3 | Výzkumný soubor | 39 |
| 11. | Etické problémy a způsob jejich řešení | 40 |
| 12. | Kategorie kódů..... | 41 |
| 13. | Výsledky kódování | 42 |
| 14. | Analýza výsledků..... | 43 |
| 14.1 | Eva | 43 |
| 14.2 | Lucie..... | 48 |
| 14.3 | Dita..... | 50 |
| 14.4 | Jana..... | 52 |
| 14.5 | Petra | 54 |
| 15. | Zodpovězení výzkumných otázek | 57 |
| 16. | Závěr | 61 |
| 17. | Souhrn | 62 |

1. Úvod

Téma depresivity mě zajímalo již dříve. Už během studia na střední škole jsem často přemýšlela nad tím, jak člověk trpící depresí nemoc prožívá a o jak závažnou diagnózu se ve skutečnosti jedná.

Myslím, že důvod, proč jsem se tímto tématem zaobírala byl, že jsem se s termínem "deprese" setkávala velmi často. Termíny z psychologie a psychiatrie jsou velmi často přejímány do slangového jazyka a nadužívány, a v důsledku toho jsou pak nemoci samotné podhodnocovány. Termín deprese je toho zářným příkladem.

Když jsem na vysoké škole začala opravdu chápat, jak vážné deprese je, že se jedná duševní afektivní poruchu, a že její stopu lze najít v celém životě nemocného, chtěla jsem se dozvědět více. Od toho byl jen krůček ke zvolení si předmětu své bakalářské práce.

V teoretické části shrnuji poznatky a důležitá fakta, jež byla o depresi zaznamenána. Konkrétně se věnuji například výskytu deprese, její diagnostice, jejím příčinám, příznakům a dopadům.

Čím více jsem četla odbornou literaturu, potřebnou k vypracování těchto témat, tím častěji mě napadala myšlenka, jak se s celou situací vyrovnávají partneři, rodina či přátelé nemocného.

Člověk zasažený depresí má, mimo jiných příznaků, obvykle velice málo energie a nízkou úroveň funkčnosti v každodenním životě, což musí být jistě zátěž nejen pro něj, ale také pro všechny blízké okolo. Tomu jsem také věnovala závěrečnou kapitulu své teoretické části a celý svůj výzkum. Ten jsem se rozhodla provést kvalitativním způsobem a to hloubkovými polostrukturovanými rozhovory. Jako výzkumný soubor jsem zvolila šest blízkých osob lidí, jež trpí depresí. V analýze výsledků se pak snažím zmapovat jejich pocity, životní změny a prožitky, které byly zapříčiněny depresí jejich milovaného.

Teoretická část

2. Pojem deprese

Je nutné vymezit rozdíl mezi krátkodobou depresivní náladou, tedy smutnou náladou, a depresí. Krátkodobá depresivní nálada je normální reakce na ztrátu či zklamání. Například žal po ztrátě blízké osoby trvá zhruba dva měsíce. Krátkodobá depresivní nálada se po čase upraví bez léčby, většinou spontánně. (Kezba, Paclt 1999)

Deprese je závažná, dlouhotrvající psychická porucha, jež se projevuje snížením až neschopností prožívat radost, pokleslými náladami jedince a patologickým smutkem. (Honzák, 1999), (McKenzie, 2001)

Slovo “deprese“ se skládá z latinského deprimere, což je složenina slov de (dolů) a primere (tlačit). Doslovný překlad je uváděn jako utlačovat, umlčovat.

V obecné terminologii je deprese chápána jako pokles, či prohlubeň (požívá se například v ekonomice).

Mezinárodní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů publikovaná Světovou zdravotní organizací, řadí depresivní onemocnění do nemocí duševních a do poruch chování, konkrétně do afektivních poruch. Afektivní poruchy, známé také jako poruchy nálady, se projevují změněnou náladou, jež nekoresponduje s reálnou životní situací postiženého a narušuje jeho prožívání a chování, včetně tělesných funkcí. Následkem afektivních poruch jsou poruchy přizpůsobení a sociální selhávání.

Do afektivních poruch se spolu s depresí řadí manická porucha a bipolární porucha.

Ačkoliv se deprese řadí do psychických poruch, zasahuje též do fyzického stavu nemocného.

Deprese ovlivňuje duševní schopnosti, náladu, cítění lidí, postoje a vnímání věcí, jiných lidí a především sebe samých. Narušuje rodinné, pracovní i sociální funkce. Pacient s depresí trpí mentálně, citově i fyzicky. Nejhorším možným důsledkem deprese je pokus o sebevraždu, či sebevražda samotná. (Kezba, Paclt, 1999)

Průběh nemoci je různý. Zatímco u některých pacientů nemoc nenarušuje život celé roky, jiným četnost depresivních epizod roste s věkem. Neléčené depresivní epizody trvají od 6 do 24 měsíců. (Kezba, Paclt, 1999)

Tato choroba je u většiny lidí léčitelná (Praško, Pašková, Prašková, 2001).

I když moderní medicína již shromáždila velký počet informací o depresi, je podstatné mít na paměti, že průběh a prožívání deprese je do jisté míry individuální a každý depresí zasažený jedinec bude více i méně výrazné příznaky prožívat individuálně. (Praško, Pašková, Prašková, . 2001)

3. Dopad deprese

Pokud člověka postihne deprese, je jisté, že nemoc negativně ovlivní celý jeho život. V určitých oblastech jsou její dopady neopominutelné.

3.1 Depresivní pacienti a okolí

Okolí pacientů (a někdy i pacienti samotní) vidí depresi jako "charakterový defekt" či nedostatek vůle k dobré náladě. Depresivní pacient se tak ještě musí vyrovnávat s nepochopením od okolí. Je na něj nahlíženo jako na slabocha. Není překvapením, že deprese je často diagnostikována jedincům, kteří ve svém životě necítí dostatečnou sociální oporu. I z těchto důvodů u dvou třetin lidí trpící depresí není nemoc odhalena. Kvůli obavám z reakce okolí se nesvěří do lékařské či psychologické péče. (Kezba, Paclt 1999)

3.2 Snížený výkon

McKenzie popisuje člověka trpícího depresí jako "stroj, který je pod zatížením". Deprese a její příznaky, jako je nespavost či ztráta chuti k jídlu okrádají nemocného o energii, jež by jinak využíval k zastání svých každodenních povinností. Jedinec trpí neustálou únavou, každý úkon pro něj představuje obrovskou námahu a do jeho splnění vynakládá spousty úsilí. Při těžké depresivní poruše může být běžná věc, třeba vstát z postele, pro pacienta nemožným úkolem.

Nemocný je většinu času svého bdělého stavu pronásledován depresivními myšlenkami, a tak je pro něj náročné soustředit se na jakoukoliv jinou věc. Jelikož správné zapamatování vyžaduje soustředění se na danou informaci, jedinec má narušenou i tuto oblast kognitivních funkcí. Malá soustředěnost vede taktéž k zmatenosti a častým chybám. Oblast výkonu u některých jedinců bývá narušená tak fatálně, až budí zdání, že dotyční trpí demencí.

Úbytek energie, společně s faktem, že nemocný má problémy se soustředěním a pamětí, téměř nevyhnutelně vedou ke zhoršenému výkonu ve všech oblastech života. (McKenzie, 2001)

3.3 Sexualita

Lidé trpící depresí pociťují silný pokles libida a přestávají sexuálně žít. Tento fakt je blízce provázaný s pojmem "citová vyprahlost", což je stav, který popisuje mnoho

nemocných. Tvrdí, že mají pocit úplné ztráty emocí. Krom toho, že nemocný přichází o formu vyjadřování emocí (například popisuje, že už nemůže plakat, jelikož mu nezbyly slzy), citová vyprahlost ovlivňuje i mezilidské vztahy. Jedinec trpící depresí pociťuje určitou propast mezi sebou a svými blízkými, ztrácí k nim náklonost a necítí se schopen naplňovat milostný vztah.

Další faktor, který ovlivňuje sexualitu nemocného je ten, že nemocný prožívá tak hluboce negativní pocity, pro které se nedokáže uvolnit dostatečně k sexuálním aktivitám.

Toto přináší jak mezilidské problémy (neshody s partnerem), tak problémy tělesného rázu (potíže s erekcí, nevznikání sekrece). (McKenzie, 2001)

3.4 Bludy a halucinace

Ačkoliv k tomu dochází ve výjimečných případech, není nemožné narazit v psychiatrické praxi na pacienta, jež při trpí bludy či halucinacemi, zapříčiněné právě depresí.

Pokud jedince postihne těžká depresivní epizoda, je jeho myšlení deformováno na tolik, že ztrácí kontakt se skutečností. Bludy a halucinace reflektují a posilují depresivní náladu.

Bludy, které nemocní prožívají, je často nutí k paranoidním obavám. Jedinec s bludy se například bojí, že se ho jeho příbuzní pokoušejí zbavit, protože je tak neschopný, nebo že je stíhán policií pro nějakou drobnou chybu, které se dopustil v minulosti.

Halucinace, jež nemocný zažívá, bývají zpravidla sluchové. Nejčastěji ve formě hlasů, které jedince neustále kritizují a pomlouvají. Jsou známy i případy čichových halucinací.

Člověk trpící depresivní epizodou s psychotickými příznaky, je bohužel nebezpečný pro sebe i pro své okolí. (McKenzie, 2001)

3.5 Sebevražda

Vědomé ukončení života je největší nebezpečí deprese. Onemocnění duševní poruchou je nejčastější příčinou sebevraždy. Duševně nemocní jsou sebevraždou ohroženi dvakrát až třikrát více než u zbytku populace, jedinci trpící depresí jsou v nebezpečím

největším, jelikož právě toto onemocnění je nejčastější příčinou sebevraždy. 15% lidí s diagnostikovanou afektivní poruchou ukončí život tímto způsobem.

Nemocný podléhá představě, že jeho život, naplněn neúspěchy a chybami, nemá cenu dále žít. Rozhodne se jej vědomě ukončit (V minulosti ale také došlo k případům, kdy jedinci s těžkou formou deprese pod vlivem psychotických příznaků ukončili své žití.). Zde je velmi důležité, aby došlo k okamžitému zásahu ze strany odborníka. Rozhodně neplatí pravidlo, že ten, co o sebevraždě jen mluví, stojí pouze o pozornost a sebevraždy by se nedopustil.

Naopak, sebevražedné myšlenky a tendence k tomuto aktu je jedna z prvních věcí, jež zjišťují lékaři. Ti mohou k přesnějšímu určení závěru využít například sebehodnotící dotazníky. Je důležité, aby lékař dokázal odložit sociální tabu a správně se zeptat na přítomnost sebevražedných úmyslů.

Pokud dojde ke zjištění přítomnosti těchto tendencí, je doporučeno, aby lékař uzavřel s nemocným takzvaný "antisuicidální kontrakt". Jedná se o dohodu, kdy odborník nabízí nemocnému veškerou svou pomoc, výměnou za ní však požaduje po nemocném slib, že se v budoucí (jasně stanovené) době nepokusí o sebevraždu. Je zde velmi podstatná správná a přesná volba slov. Jistě je žádoucí vyvarovat se slovních spojení typu "pokusím se" či "budu se snažit", která z nemocného snímají zodpovědnost za budoucí možné jednání.

Pokud lékař s touto formou řešení problému neuspěje, je nezbytné, aby si od pacienta nechal stvrdit podpisem "negativní reverz". Tento dokument potvrzuje, že dotyčný odmítá léčbu i přes doporučení lékařem.

Poté lékař rozhoduje, zda bude nemocný poslán do psychiatrického zařízení a zda je způsobilý k právním úkonům. (McKenzie, 2001, Praško, Pašková, Prašková, 2001).

3. Druhotné problémy vázající se k depresi

3.1 Nadužívání termínu

Problémem je, že je termín "deprese" je užíván příliš benevolentně. Tento termín je často požíván k popisu smutné či podrážděné nálady, což negativně ovlivňuje vnímání a chápání depresivních onemocnění ve společnosti. Diagnóza deprese však značí vážnou duševní nemoc, ne přechodné zhoršení nálady. (*Deprese: příznaky, příčiny, diagnostika, léčba*, 1996)

3.2 Antidepressiva a společnost

Léčba deprese léky je nejvíce provázená nepochopením a odsuzováním okolí. Kromě toho, že tento postoj staví pacienta do nepříjemné pozice, následky mohou být horší. Z důvodů názorů okolí není výjimkou, že depresivní jedinec odmítne farmaka brát, což ale vede k přetváření deprese či jejímu zbytečnému návratu. (Praško, Buliková, Sigmundová, 2010)

S předepsáním léků na psychickou nemoc se váže pověra, že dotyčný je blázen, když musí brát léky. Než aby někteří pacienti tento fakt přijali, či dokonce museli přiznat svým blízkým, že jim byla nasazena antidepressiva, raději si léčbu sami přerušují (Praško a spol. 1997).

Je důležité, aby si pacient uvědomil, že jeho blízcí mu přejí brzké uzdravení, a neodsuzují žádné prostředky, kterými vyléčení dosáhne. A pokud snad mají příbuzní na antidepressiva zkreslený názor, psychiatr daného pacienta jistě neodmítne zvolenou medikaci probrat i s nimi. (Praško, Buliková, Sigmundová, 2010)

3.3 Dobrovolné neléčení deprese

Kromě důvodů, které jsem zmínila výše, se deprese často neléčí také proto, že není vůbec rozpoznána. (Kezb, Paclt 1999) Mnoho pacientů uvádí, že i když trpěli hlubokou depresí, jejich okolí příznaky přehlíželo či je vůbec nerozpoznalo (ačkoliv pacienti i jejich okolí zpětně uznávají, že alarmujících signálů bylo dost). (*Deprese: příznaky, příčiny, diagnostika, léčba*, 1996)

Toto může být zapříčeno také tím, že deprese se projevuje do určité míry individuálně a v minulosti byl problém najít specifické symptomy tohoto onemocnění. (Honzák, 1991)

4. Příznaky deprese

Hlavními a nejznámějšími příznaky depresivní poruchy jsou konstantní sklíčenost, pocit beznaděje, oslabení podnětů a schopnosti rozhodování, stejně jako ztráta zájmu o všechny věci života.

4.1 Tělesné příznaky

Depresivní onemocnění doprovází celá řada tělesných příznaků, jako je zanedbávání vzhledu, záchvaty pocení (úzkost), ztráta sexuálního vzrušení, poruchy spánku, záchvaty pláče, poruchy příjmu potravy, poruchy zahřívání, nadýmání, migrény, návaly tepla (*Deprese: příznaky, příčiny, diagnostika, léčba*, 1996) závratě, bolesti hlavy, bušení srdce, pocit nedostatečnosti dechu, poruchy menstruace (Praško, Buliková, Sigmundová, 2010). V sociálním kontaktu se deprese projevuje změnou projevu (Z hlasu se vytrácí vitalita, a celkový dojem působí "ochablé". Lidé také přestávají při řeči gestikulovat a nenavazují oční kontakt nezájmem o společenský život, ztrátou humoru a podrážděností. (*Deprese: příznaky, příčiny, diagnostika, léčba*, 1996).

4.2 Psychické příznaky

K nejobvyklejším duševním příznakům patří nedostatek sebedůvěry, sebevražedné myšlenky, noční můry, vyčerpání, otupělost, pocity marnosti a zoufalství, pocity bezmoci, pocity viny, znehodnocování sebe sama, ztráta pocitu vlastní ceny, ztráta soustředěnosti, poruchy paměti, nerozhodnost a úzkost. (Praško, Buliková, Sigmundová, 2010)

Lze konstatovat, že deprese negativně ovlivňuje tři základní oblasti lidských životů, a to *forii*, *dynamogenii*, a *hedonii*. *Forie*, jinými slovy nálada, je přesně to, co je u depresivního jedince zasaženo nejvíce. Jak již bylo zmíněno, jedinec nejčastěji prožívá smutek nebo úzkost. *Dynamogenie* označuje psychické tempo jedince. To bývá často zpomalené a utlumené. Chorobná apatie a neschopnost nemocného je až nepřehlédnutelná, stejně jako ochablé držení těla nemocného. Tento pojem zahrnuje i kognitivní funkce, které při depresi bývají pomalejší.

Může se stát, že se v určitých momentech deprese psychomotorické tempo zvýší, ale efektivita tohoto zrychlení je nulová, jelikož řada myšlenkových operací nemá užitečný výsledek.

Hedonie, tedy schopnost se těšit se a radovat, je taktéž při depresi ztlačena narušená. Nemocný není schopen těšit se na budoucnost, nejde ho ničím rozveselit. Sem

také spadá narušené sebevědomí, které deprese způsobuje. Narušené sebevědomí upevňuje postiženého v beznaději, jelikož mu brání v rozvíjení aktivit a radosti. Spolu s pocity bezmoci dávají žít sebevražedným myšlenkám. (Honzák, 1999)

5. Definice blízké osoby

Občanský zákoník definuje tento pojem následovně. *Osoba blízká je příbuzný v řadě přímé, sourozenec a manžel nebo partner podle jiného zákona upravujícího registrované partnerství (dále jen „partner“); jiné osoby v poměru rodinném nebo obdobném se pokládají za osoby sobě navzájem blízké, pokud by újmu, kterou utrpěla jedna z nich, druhá důvodně pociťovala jako újmu vlastní. Má se za to, že osobami blízkými jsou i osoby sešvagřené nebo osoby, které spolu trvale žijí.*

(—§ 22 odst. 1 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník 2014)

V psychologii je tento pojem poněkud hůře vymezitelný. Definicí a funkcí blízkých interpersálních vztahů se zabíralo mnoha autorů ze sociální psychologie. Obecně by se dalo říci, že sociální vztah mezi dvěma lidmi nastává tehdy, když existence, nebo aktivita jednoho ovlivňuje jednání a duševní stav druhého (H.Kelly, 1982).

Koncept blízkých sociálních vztahů je mnohostranný a zahrnuje různorodý soubor mezilidských vztahů a výměn, které lidé vyhledávají. Kahn a Antonucci (1980) tvrdí, že blízké vtahy zahrnují tři typy podpory: vliv, pomoc a přijetí. Lidé od blízkých očekávají a vyžadují individuální náklonnost, úctu a přijetí, pocit sounáležitosti a bezpečí (Kaplan, Cassel, Gore, 1977). Blízká osoba je také označena tímto pojmem, pokud jedinec ve vztahu s ní pociťuje, že je o něj postaráno a že je milován, že je ceněn a že jedinec cítí, že patří do sítě komunikace a vzájemného závazku (Cobb, 1976). Bandura, (1986) tvrdí, že sociální vztahy jsou efektivní, protože pomáhají lidem rozvíjet pocit způsobilosti a osobní účinnosti.

Dle této definice a pro účely výzkumu jsem se rozhodla blízkou osobu pojmut jako člena rodiny a partnera. Tato defice se shoduje jak s občanským zákoníkem, tak s nalezenými psychologickými definicemi.

Role životního přítele je jistě nezanedbatelná, pro ve své práci se jí však zabývat nebudu, jelikož není ani v mém výzkumném vzorku.

6. Nemocný a jeho okolí

„Depresivní porucha představuje enormní zátěž nejen pro trpící, ale také pro jejich blízké. Současné poznatky ukazují, že trápení partnerů se téměř vyrovná utrpení depresivních jedinců, zvláště při chronickém průběhu této poruchy. Deprese je totiž cosi, co je označováno za „neinfekční nákazu“, plíživě působí i na okolí a vyvolává pocit marnosti, bezmoci a beznaděje. Tak jako u jiných závažných onemocnění, ani při depresi není nijak vzácné, že partner, partnerka či rodina tento stres neunesou a odchází.“

RADKIN HONZÁK

Lidé, kteří jsou osamělí, opuštění a pocítují nedostatek sociálního kontaktu a lásky, jsou k depresi náchylnější. Ačkoliv statistiky dokazují, že je přibližně 10 % jedinců, kteří preferují samostatné žití bez životního partnera a svoji energii dávají buď členům širší rodiny, do služeb pro druhé lidi (například knězi), či nadosobním cílům (umělci, vědci) s vědomím, že by se partnerovi nemohli přiměřeně věnovat, převážná většina populace touží po životě v páru, potažmo v rodině. (Honzák)

Depresivní jedinci nejsou v tomto ohledu výjimkou. Ovšem soužití s nimi je náročné. (Ráda bych však uvedla, že deprese si nevybírá. I když jsou v riziku více opuštění jedinci, není nemožné, že i úspěšní lidé touto chorobou trpí. Psychiatr Cyril Höschl říká, že k němu do ambulance přicházejí hluboce nešťastní jedinci s depresivním onemocněním, jímž jejich okolí závidí, protože se domnívá, jak skvěle se jim daří.) (MF Dnes 2007)

Jedinec s nemocí má špatné působení na blízké lidi okolo sebe, jelikož svou patologickou náladu přenáší. Jak jsem již uváděla v předchozí kapitole, nemocný hodnotí realitu velmi negativně, a nevynechává ani mezilidské vztahy. Má problémy projevovat emoce a někdy je vůbec i pocítovat, tudíž dochází k minimálním či žádným zpětným vazbám, které jsou ve vztazích podstatné. (Vágnerová, 1999)

Vztahy s lidmi mimo rodinu či s blízkými přáteli, které na nemocného nezanevřeli, se obvykle přerušují. Jedinec s depresí nemá energii na udržení vztahu, a jelikož nedokáže vnímat nic jiného, než vlastní utrpení, druhá strana kontakt přerušuje kvůli nedostatku zájmu. Tím se zvyšuje a zároveň zintenzivňuje tísnivé působení na blízké osoby, které se s nemocným stále stýkají.

Nemocný má obvykle velmi sníženou aktivitu, což nezasvěcenému blízkému může připadat jako lenost či neochota. Toto nepochopení vede ke konfliktům ve vztahu. Lze lehko pochopit rozhořčení manžela, jež přišel z práce, očekávajíc oběd či uklizené bydlení a svou manželku najde nepracující, ležící na gauči či spící v posteli. Jedinec s depresí navíc obtížně popisuje pocity při dané nemoci, a tvrzení „Jsem prostě unavený.“, či „Necítím se na to.“ jistě jako vysvětlení většině blízkým osob nestačí.

Někdy je nemocný tak vyčerpaný, že jsou narušeny jeho exekutivní funkce. Jedinec se nedokáže rozhodovat a to ani v základních věcech každodenního žití. Předává tak veškeré rozhodování o chodu domácnosti na ostatní. Při hluboké depresi jsou nabourány i verbální funkce. Pro nemocného je náročné mluvit, což působí na okolí otráveně a může to vzbuzovat pocit, že tazatel nemocného nesmírně obtěžuje. (Žiju s depresí, 2010)

Někdy nastává situace, kdy se nemocný nezdráhá využívat svojí diagnózy k manipulaci. Být jakkoliv nemocný sebou nese i určité úlevy od každodenních povinností. Nemocný může po okolí chtít určité výhody a klást na něj určité požadavky, které by ve svém normálním stavu nikdy nepožadoval. Například věta: „Přece neodejdeš, když víš, jak je mi zle!“ slouží k citové manipulaci a snášet toto pro blízkého je obtížné a ne vždy snesitelné. (Honzák)

K nepříznivé situaci dopomáhá i realita, že se při depresi nemocnému většinou nevyhnuou sebeobviňující myšlenky. Výše uvedeno, jedinec trpí myšlenkami, že nic nezvládá, k ničemu není a nanic se nehodí. Tento faktor znemožňuje žádoucí dopad kritických komentářů a výtek. Kritika, ať už konstruktivní či dobře myšlená, nemocného jen utvrzuje o jeho vlastní neschopnosti. I když by tomu tak za zdravého stavu jedince vůbec nebylo, s onemocněním se obvykle jakákoliv diskuze, jejíž cílem je změna v jeho chování, končí sebemrskáčským monologem (popřípadě nezájmem). (Žiju s depresí, 2010)

6.1 Rodič osoby trpící depresí

Téměř každý rodič je šťastný, pokud vidí svého potomka prosívat a růst bez obtíží. Rodičovství je role, jež trvá celý život a přináší pocit jednoho z nejsilnějších pout na světě. Největší vliv na utváření osobnosti dítěte mají právě oni. Na nich záleží, jaký člověk z potomka bude, jakou roli ve společnosti bude hrát a jaké zvyky a chování bude aplikovat při svém vlastním dospělém životě.

Je v obecném povědomí, že rodiče mají největší vliv právě v dětství dítěte. Během dospívání se tento vliv snižuje a nahrazuje jej vrstevnické skupiny. Vliv rodiny se tak oproti dřívější době snižuje. Tento předpoklad však je odborníky diskutován. Některé studie ukazují, že rodiče a rodinná atmosféra má i nadále důležitý vliv na emoční pohodu jedince, ať už v dospívání, či v úplné dospělosti. (Desha, Nicholson, Ziviani, 2011)

Psychické onemocnění představuje zátěž, jež rodiče zpravidla neočekávají. S nemocí dítěte jdou ruku v ruce pocity selhání v rodičovské roli a viny, které cítí rodič. Přesvědčení, že nějakým způsobem zavinil nemoc dítěte vede ke ztrátě sebedůvěry a k pocitům méněcennosti.

Rodiče depresi u svých potomků často nerozeznají. Přibližně 60% až 80% dětem, jež trpí depresí se nedostává patřičné léčby. Pro převážnou většinu dospívajících je fatálně důležitá rodičovská podpora a motivace v léčbě, a pokud se jí dítěti nedostává, je velice nepravděpodobné, že se s nemocí vypořádá samo. Většina lékařů se shoduje, že cíle léčby jsou do značné míry nedosažitelné bez rodičovské pomoci. Není však výjimkou, že se dětem této pomoci od rodičů nedostává. Důvodů může být mnoho. Studie ukazují, že nejčastějšími důvody k přehlížení deprese u potomka jsou nežádané stigma duševní nemoci, přesvědčení o nedostatečné závažnosti stavu dítěte, víra, že jde o vývojovou fázi, která přejde, nedostatek informovanosti a negativní postoj k péči o duševní zdraví (nedostatek důvěry, špatné zkušenosti s lékaři). (Kelleher, 2015).

V sociálně znevýhodněných rodinách je situace rizikovější. Rodina je namáhána životní situací, soustřeďuje se spíše na socioekonomické otázky a osobní problémy. K odhalení nemoci u potomka tak není prostor. (Kelleher, 2015)

V situaci kdy potomek trpí depresí je nejvhodnější pozvat a motivovat rodiče, aby se připojili k terapii dítěte, a dosáhli tak rychlejší a účinnější léčby. Účinná je dynamická terapie, jež provází rodiče několika klíčovými kroky: Pochopení a přijetí diagnózy dítěte, kritická reflexe sebe a své situace a zhodnocení svých silných stránek,

možností a zdrojů, vytrvalost, partnerství a komunikace s dítětem a vytrvat v jejich úsilí, jak jen bude potřeba. (Kelleher, 2015).

Studie, ze které jsem převážně čerpala do této kapitoly navrhovala zajímavé řešení. Autorům se zdá nejefektivnější, když lékaři či psychologové dochází do rodinného prostředí nemocného. Snáze se tak dosáhne toho, aby rodičové nebyli považováni za protivníky, ale za partnery a stali se tak součástí terapeutického procesu.

Odborníci diskutují, zda a do jaké míry má způsob rodičovství reálný efekt na depresi. Není totiž nezvyklé, že se deprese projeví poprvé ještě při soužití jedince s rodiči. Za předpokladu, že upustíme od extrémních odchylek od normy (zneužívání dítěte rodičem, smrt rodiče v dětství jedince, zanedbávání dítěte rodičem), deprese většinou postihuje ty děti, které se necítí rodiči přijímané. Odmítnutí, projevené nedostatkem ocenění, opory a chladem ze strany rodiče dostává dítě bližší k sebekritickým a depresivním myšlenkám.

Drake a Ginsburg (2012) určují ještě jeden vzorec napomáhající k dětské depresi. Dle nich existují dva typy rodičovské kontroly. Psychologická a behaviorální. Rodiče, jež volí psychickou, se snaží dítě formovat skrz jeho myšlení, názory a emoce. Rodiče, jež aplikují přístup behaviorální, dítě ovlivňují skrz následky jeho chování, tvorění pravidel a lpění na jejich dodržování. Děti, jež jsou vychovávány behaviorální formou, jsou pod větším rizikem deprese než děti rodičů s psychologickým přístupem.

Studie ukazují, že ve srovnání s dětmi z rodin, jejichž rodiče jsou ve vztahu děti z neúplných domácností, zejména ty, jež žijí jen s matkou, jsou vystaveni vyššímu riziku chudoby, nepříznivých životních událostí a nižší úrovně vnímané sociální podpory od přátel, což v některých případech vede k rozvinutí deprese a úzkosti. Je to způsobeno tím, že rodiče, jež nežijí s partnerem, prožívají vyšší míru stresu a psychopatologie, než ti, kteří jsou v páru. To má negativní dopad na dítě, které současně pociťuje absenci druhého člověka, jež by jej vychovával a podporoval. (Teel, Verdelli, Vousoura, et al, 2016)

Role matky je jistě v životě každého dítěte nenahraditelná. Nesprávná výchova však může na dítěti nechat následky. Pokud dítě nepociťuje dostatečné množství mateřského přijetí a ocenění, rizika následků v podobě depresivních stavů jsou zde značná.

Matky častěji než otcové volí "úzkost zvyšující" rodičovské chování. Takové chování se projevuje přehnanou péčí, ochranným přístupem a neposkytnutím dítěti dostatečný prostor. Takový přístup matky také může u potomka rozvinout stavy úzkosti,

která může vést až k depresivním myšlenkám, jelikož toto rodičovské chování často budí v děti přesvědčení, že svět je nepřátelské a nebezpečné místo. (Scanlon, Epkins, 2015).

Přítomnost otce v životě dítěte má nemalý vliv na rozvoj psychických poruch u dítěte. Dítě, které vyrůstá bez otcovského vlivu má téměř pětkrát větší šanci na rozvinutí některé z afektivních poruch. (Teel, Verdeli, Vousoura, et al. 2016)

Je podstatné, aby dítě cítilo přijetí a podporu i ze strany otce, která mnohdy ve srovnání s matčnou podporou není tolik vidět. Otcové mají větší tendenci k behaviorálnímu způsobu výchovy, který je sice efektivní, nicméně se hůře projevuje na psychice dítěte. (Drake, Ginsburg, 2012)

Rodiče, jejichž děti trpí depresí, se vlivem této situace dostávají do silnějšího rodičovského stresu, než způsobuje obvyklá rodinná situace se zdravým dítětem. Vědomí, že dítě trpí depresí, zapříčinuje matkám i otcům úzkost, stres a pocity zodpovědnosti a bezmoci, které se v extrémním případě mohou rozvinout až ve stav, kdy samotný rodič potřebuje léčbu. (Scanlon, Epkins, 2015).

Dospívající, kteří strávili více času s rodiči a vnímají své rodiče jako vřelé a podporující, vykazují méně příznaků deprese. U dívek bylo prokázáno, že více času stráveného s rodiči snižuje jejich úzkostnost. Odborníci tvrdí, že je spíše rozhodující kvalitní a vysoká míra podpory, než trávení času s dítětem. (Desha, Nicholson, Ziviani, 2011)

6.2 Potomek osoby trpící depresí

Je nezpochybnitelné, že rodiče mají nezměrný a nenahraditelný vliv na své dítě. Fyzické, sociální, emocionální a vzdělávací návyky jsou u jedince vysoce závislé na zkušenostech v rámci jeho rodiny. Pokud rodič trpí depresí, má to nezřídka ničivý dopad na rodinný život, na dětské sociální přizpůsobení a duševní zdraví dítěte.

Dětské pocity a emocionální reakce na fyzické i duševní změny jsou často opomíjeny v důsledku projevů deprese u rodiče. Dětem tak schází potřebná pozornost a péče. (Giannakopoulos, Tzavara, Kolaitis, 2015)

Zejména pro mladší děti je často obtížné pochopit příčiny náhlé změny v chování rodiče a v rodinných vztazích. Je od nich očekáváno, že se vyrovnají s rodinným nesouladem a jinou atmosférou. Také jsou na ně kladeny větší nároky, spojené s přijmutím některých povinností rodiče a vyžadována nová role uvnitř rodiny. Tyto všechny faktory dostávají dítě do stresu. (Kaimal, Beardslee, Kolaitis, 2010)

Děti, jejichž rodiče trpí depresí, cítí nedostatek podpory a opory rodiče. Při vnímání podpory je totiž právě rodičovský přístup určující prvek v pocitech dítěte. Konflikty, jež mají děti (nejčastěji v adolescentním věku) s rodiči, se týkají právě těchto témat. (Kim, 2015)

Děti, jež mají od depresivních rodičů nedostatek podpory a vřelosti, mohou začít sami pociťovat depresi. Studie, jež měřila psychické stavy dětí ve věku adolescence s depresivními rodiči objevila, že u dětí s deficitem rodičovské role se po 18 měsících prohloubily pocity deprese a beznaděje. I jiné studie se shodují na tom, že i děti vyrůstající s depresí rodičů mají tendenci mít častější a závažnější depresivní epizody než ty, které jsou vychovány duševně zdravými rodiči. (Dingfelder, 2005)

Tyto děti také mají, v porovnání s dětmi se zdravými rodiči, větší tendence k rizikovému chování. Pojem rizikové chování označuje takové chování, v jehož důsledku dochází k prokazatelnému zvýšení zdravotních, sociálních, výchovných a dalších rizik pro jedince nebo společnost (sexuálně rizikové chování, záškoláctví, projevy agrese a zneužívání návykových látek). (Kim, 2015)

Mateřská deprese má celkově větší vliv na duševní zdraví dětí, ale otcovská deprese také hraje roli. (Dingfelder, 2005)

Veliké téma, vztahující se k depresi u matek je postnatální deprese a její dopad na dítě.

Přibližně 19% žen má zkušenosti s menší či větší depresí v prvních třech měsících po porodu. Deprese má, krom devastujícího dopadu na ní samotnou, negativní vliv i na psychický vývoj dítěte. Odborníci zjistili, že v depresi matky vykazují podstatně větší negativní chování vůči svým dětem srovnání s nedepresivních matek. Důkazem toho je skutečnost, že depresivní matky se dotýkají svých dětí méně a méně vřelým způsobem. U těchto matek je také zaznamenán menší počet vokální a vizuální komunikace, úsměvy, interakce tváří v tvář nebo vyprávění a mluvení na dítě. Podle Bowlbyho attachment teorie má novorozenec instinktivní potřebu hledat blízkost a kontakt podle úsměvů nebo pláče. Pokud rodiče reagují na tyto signály, bude dítě rozvinut pocit bezpečí. Pokud je tato časná interakce narušena poporodní depresí matky, může způsobit problémy s chováním v budoucnosti a ovlivnit kognitivní funkce. (Brummelte, Galea, 2016)

Dítě se tak může opozdit s rozvojem kognitivních dovedností, mít menší slovní zásobu a celkově být hůře připraven pro nástup do školky či školy. (Ikeda, Hayashi, Kamibeppu, 2015)

Ačkoliv název naznačuje jinak, není neobvyklé, že ženy trpící poporodní depresí tuto nemoc pocítují až několik let po porodu. Ať už se jedná o depresi postnatální, či depresi způsobenou jinými vlivy, dopad matčiny nemoci na dítě je nezanedbatelný v kterémkoliv věku dítěte. (Brummelte, Galea, 2016)

Overbeek, a Vermulst (2010) prokázali, že matčina deprese má vliv v pozdějších partnerských vztazích. Jedinci, depresivních matek pocítují obecně větší úzkost, které se projevuje ve schopnosti užít si a udržet partnerský vztah. Výchova depresivní matky je také byl rizikový faktor v oblasti přátelství navázaného dítětem, společenského života a studijních výsledků.

Ačkoliv otcovská figura nebývá předmětem zkoumání tak často, jsou výzkumy, jež se zabývají dopadem deprese na dítě, když jí trpí otec.

Je nutno podotknout, že ani otcům se nevyhýbá poporodní deprese. Otcové i matky, kteří měli v depresi již v předešlé době jsou náchylnější k postporodní depresi. Pokud trpí matka postnatální depresí, je větší riziko, že tato choroba postihne i otce.

Otcovská deprese během postnatálním období je spojeno s emocionálními poruchami a poruchami chování u dětí později v dětství. Děti depresivních otců jsou vystaveni zvýšenému riziku emocionální újmy. Chlapci se zdají být otcovskou depresí více

ovlivnění než dívky, zejména během raného vývoje. (Hammarlund, Andersson, Tenenbaum, et al, 2015)

Otcovská deprese má negativní dopad na vztah s dítětem, stejně jako na vývoj dítěte. Nemoc a její projevy mohou ve výsledku způsobit problémy s chováním a deprese u dítěte. Depresivní otcové jsou zvláště důležitým rizikovým faktorem pro sebevražedné myšlenky a pokusy. (Dingfelder, 2005)

Teenagerům jež trpí depresí a měli otce, jež tou byl tou samou nemocí také postižen, hrozí sedmkrát větší pravděpodobnost, že se v dospělém věku pokusí o sebevraždu, než u dospívajících s depresí, ale s otcem bez depresivního onemocnění. (Dingfelder, 2005)

Ačkoliv tyto fakta neznějí příliš pozitivně pro vývoj dítěte, studie dokazují, že pokud je rodič pečující a vřelý, i když trpí depresivním onemocněním, minimalizuje tak dopad nemoci na dítě a následky jsou menší, než když dítě žije s psychicky zdravým rodičem, který tuto náklonost neprokazuje. (Kim, 2015)

6.3 Sourozenec osoby trpící depresí

Sourozenci společně tráví nejvíce času ze všech členů rodiny. Sdílejí hodně intimity, která je nezaměnitelná. Je tedy samozřejmé, že je mezi nimi že se mezi nimi vyvine specifické pouto. Dalším důvodem, proč je sourozenecký vztah postatný, je trénink různých způsobů sociálního chování. Děti se učí přizpůsobovat se jedno druhému, a zvyky z této doby pak aplikují v reálných sociálních situacích. Tento sociální trénink je nenahraditelný. (Vančurová-Fragmentová, 1966)

Pokud je tento vztah zatížen depresí jednoho ze sourozenců, následky nemoci se nemusejí vyhnout ani druhému z nich.

Bylo prokázáno, že psychické zdraví sourozence a jeho styl života ovlivňuje jedincův spánek, fyzický stav a sklony k depresi. (Sawyer, Fisher, Llewellyn, 2015). Diagnóza sourozence může vést k emocionálním problémům a problémům v chování. Zdravý sourozenec se cítí izolovaný, popřípadně může pociťovat osobní ztrátu, pokud zažil sourozence ve zdravém stavu bez deprese. Nedostatečná péče rodičů, jež věnují více pozornosti sourozenci nemocnému, může mít za následky rizikové chování a předčasnou dospělost zdravého dítěte. Také se může mít nežádoucí projev v pozdějším věku dítěte, například v partnerském vztahu. (Desha, Nicholson, Ziviani, 2011)

Svojí roli hraje i skutečnost, zda je zdravý sourozenec mladší či starší. Starší sourozenec je obvykle ochráncem svého mladšího sourozence. Pokud je deprese hlubká, pomáhá s péčí o něj nemocného. Tím, že pomáhá v péči o svého postiženého sourozence však ztrácí rychleji své dětství.

Když je zdravý sourozenec mladší, nese situaci hůře, jelikož nemůže pomáhat tolik, jak by si přál. Jelikož je převážná většina pozornosti věnována nemocnému dítěti, u zdravého dítěte může nastávat touha po pozornosti, jež bude projevoována vyvoláváním konfliktů. Zdravý sourozenec také může mít k nemocnému negativní vztah, jelikož on a jeho nemoc je důvodem, proč se mu nedostává péče. (Sanders, Szymanski, Fiori, 2014)

Při své práci jsem narazila na autora, jež roděluje sourozence dětí s psychickými problémy do čtyř kategorií. Verdiano (1987) popisuje "dítě hrdinu", "ztracené dítě" "vzpurňé dítě" a "maskota". Dítě hrdina dokáže ze situace vytěžit maximum, je úspěšné a bezproblémové. Ztracené dítě má nejsilnější negativní emoce. Vzpurňé dítě má tendence k vysoce rizikovému chování a má časté konflikty s rodiči. Maskota autor popisuje jako baviče rodiny, jež vnáší do rodinné situace dobrou náladu.

Sourozenci by měli být informováni o depresi, aby pochopili, co čím jejich bratr či sestra prochází a důvodech, proč má takto nemoc tak významný dopad na rodinné klima, která se projevuje zejména snížením rodičovské dostupnosti a péče o zdravého sourozence. Toto vysvětlení však mnohdy není dětem dopřáno, většinou proto, že je veškerá péče vyčerpána na nemocného sourozence, či rodiče nechtějí malé dítě konfrontovat s tak složitou záležitostí. (Desha, Nicholson, Ziviani, 2011)

Pokud je sourozenecký vztah kvalitní, může ve velké míře přispívat na snížení symptomů deprese a na celkovém vyléčení nemoci. Studie, stejně jako u rodičů prokázaly, že není ani tolik podstatné množství času, které spolu sourozenci tráví, jako pevnost, vřelost a podpora, jež cítí nemocný od sourozence. (Desha, Nicholson, Ziviani, 2011)

6.4 Partner osoby trpící depresí

Až na několik specifických vyjímečků, každý člověk touží po partnerském vztahu, ve kterém by byl milován a lásku sám dával. Partner je člověku oporou, v časech, jež jsou pro něj náročné.

Ve zdravém partnerství si dva lidé vzájemně důvěřují, podporují se a respektují. Sdílejí společně strávený čas a prožitky. Každý vztah je jedinečný, faktem však zůstává, že pro převážnou většinu lidí v dospělém věku je právě tento vztah hlavním zdrojem energie, pochopení a ocěnění.

Pokud však do partnerského vztahu, jakokoliv kvalitního, zasáhne nemoc, dostávají se oba dva partneři do těžké situace. Psychické nemoci jsou na první pohled neviditelné, hůře rozeznatelné a proto je náročné se naučit s partnerovou nemocí žít a své chování přizpůsobit tak, aby milovanému nebylo ubližováno.

V porovnání s ostatními blízkými je v právě životní partner nejčastěji v nejjátěžovější situaci.

Studie, jež se zabývají rodinnou a partnerskou spokojeností párů, ve kterých jeden z partnerů trpí psychickou poruchou, dospěla k výsledkům, že nemoc má za následek nižší pocit uspokojení ze vztahu u obou partnerů. Partneři, jež byli zdraví, měli v rámci studie za úkol porovnávat předešlé vztahy a vztahy s depresivní osobou. Převážná většina respondentů dospěla k závěru, že se v předešlém vztahu cítili spokojenější. (Beach, 2001)

Je obvyklé, že dva lidé, jež jsou společně v páru, spolu sdílejí aktivní sexuální život. Dospělí napadení depresí jsou však často sexuálně dysfunkční. Uspokojení sexuálních potřeb je důležité a přispívá ke kvalitě života, duševnímu zdraví a vztahové stabilitě. Partner, který se rozhodne neventilovat své sexuální potřeby mimo vztah tak často pociťuje sexuální frustraci. Studie, jež zkoumali sexuální oblast depresivních párů dokazují, že zdravý partner pociťuje nedostatek sexuální spokojenosti, což má negativní dopad na kvalitu vztahu. (Dunlop, Hill, Johnson, 2015)

Kromě pocitů nedostatečné vřelosti, náklonosti a obecné nedostatku spokojenosti ve vztahu se partneři (i někteří rodinní příslušníci) potýkají se stigmatem toho, jž jejich partner trpí afektivní poruchou. Bylo zjištěno, že 43 až 92% z partnerů lidí s psychiatrickými poruchami zprávu toto stigma pociťuje – cítí se ve společnosti diskriminováni či odzováni za svoje rozhodnutí žít s psychicky nemocným člověkem.

To negativně ovlivňuje jejich vlastní kvalitu života a snižuje jejich schopnost poskytovat rozhodující podporu pro své blízké (Mak a Cheung, 2012).

Studie, jež po deset let zkoumala stabilitu a souržnost párů, ve kterých jeden partner trpěl depresí, potvrdila pokles manželské spokojenosti, za předpokladu, že partnera deprese nikdy zcela neopustila. (Kronmüller, Backenstrass, Victor, 2011)

Partnerky nemocných mužů pocítují nedostatek pozitivní zpětné vazby a ocenění a celkově nízkou spokojenost ve vztahu . Spokojenost ve vztahu je definována jako co největší přiblížení představám o ideálních vlastnostech partnera a jeho reálných vlastnostech. Také vztah pocít'ovaly jako zátěž. (Borowiecka-Karpiuk, Dudek, Siwek, et al. 2014)

Mužské pohled na depresi partnerky či manželky byl taktéž zkoumán. Odbroníci, jež se tímto tématem zaobírali, porovnávali skupiny mužů, jejich manželky byly pro těžkou depresi hospitalizovány a muže, jejichž manželky docházely s depresivním onemocněním ambulantně k lékaři. (Coyne, Thompson, Palmer, 2002)

Muži, jejichž manželky byly hospitalizovány, pocít'ovali větší partnerzkou úzkost. Také přiznali, že mají problémy hledat konstruktivní řešení v hádkách a konflikty tak často končí destruktivně. Muži z této skupiny byli v minulosti jednou či vícekrát ženatí a ve výsledcích studie naznačovali lítost nad tím, že se oženili se současnou depresivní partnerkou.

Skupina s manželkami, jež se léčili ambulantně taktéž prokazovala partnerskou úzkost, ne však v takovém měřítku. Obě skupiny manželů depresivních žen cítili nedostatečné projevy náklonosti ze strany manželky. (Coyne, Thompson, Palmer, 2002)

Partneři, jež mají často hádky a vyhledávají konflikty, mohou sami svým milovaným zapříčinit takovýmto chováním silnější depresi. Prokázalo se, že časté manželské konflikty a nepřímou vedly k nárůstu depresí. (Choi, Marks, 2008).

Zdá se, že v léčení párů, ve kterém jeden nebo oba partneři trpí depresí se nejvíce osvědčuje kognitivně-behaviorální přístup. Terapie se zaměřuje na prohloubení budování vztahu a pozměnění vzorců chování (chování se ovlivňuje snázejí než emoce samotná). (Beach, 2001)

Terapie je žádoucí hlavně z toho důvodu, že je vzájemná souvislost mezi depresí jednoho z páru a vztahových problémů. Deprese může být vyvolána vztahovými problémy

a problémy ve vztazích se často zhoršuje deprese. Páry s depresí si většinou neposkytují velkou podporu navzájem, čímž se zhoršují jak problémy ve vztahu, tak deprese jednoho z nich.(Beach, 2001)

Vybudování silnějšího vztahu pomocí terapie je dobré ze dvou důvodů. Zvyšuje se tak spokojenost zdravého partnera ve vztahu a výzkum ukazuje, že silnější vztahy mohou zmírnit a velmi pozitivně přispět v léčbě deprese nemocného partnera. (Beach, 2001)

7. Doporučené chování k jedinci s depresí

Ačkoliv je soužití s jedincem, jež trpí depresí jistě náročné, je velmi podstatné, aby jedinec s nemocí cítil od blízkých podporu, ochranu a pochopení, jinak by mohl nabýt pocitu,

že nemá pro co a koho žít.

Pokud člověk prožívá smutek v jakékoliv formě, pomáhá lidská spoluúčasť a soudržnost. (Honzák)

První věc, jež je podstatná, je informovanost blízkých osob. Pokud příbuzní či partner neví o projevech a dopadech nemoci (či že se vlastně jedná o nemoc), nemůže se přizpůsobit. Žádoucí pomoc tedy vyžaduje spolupráci odborníka nejen s nemocným jedincem, ale i s blízkými jedince. Ti, se tak dozví jak pomáhat, nebo přinejmenším neškodit. (McKenzie, 2001)

Soužití s jedincem vyžaduje značnou dávku trpělivosti a tolerance. Nelze na něj klást ty samé požadavky, jaké byly kladeny, když byl zdravý, a nedá se očekávat, že bude například o něčem rozhodovat. Je tedy potřeba zreorganizovat domácnost, která kvůli nemoci pravděpodobně přestala být funkční (Žiju s depresí, 2010).

Ačkoliv se tak blízké osoby snaží dosáhnout změny, výčitky nemocného stav ještě zhorší. Rozhodně nepomůže jeho stav zlehčovat, říkat mu, ať se pochlapí, či ho obviňovat z lenosti či jiných charakterových vad. Jedince s depresí to přivádí k sebeobviňování, kterým již sám od sebe trpí přes míru.

Je nutno pochopit, že deprese je nemoc, a není tedy primárně ovládána vůlí. Vůle je zasažena nemocí, člověk se s ní sám těžko potýká, i když by chtěl. Nemocný není líný, nechce se vyhnout povinností, ani nám nedělá naschvál. Jako u každé nemoci je nutno kontaktovat lékaře. Pojmu-li podezření, že mého blízkého zasáhla deprese, je žádoucí mu zajistit odbornou péči, a to i tehdy, když nebude mít zájem, či bude léčbu zprvu odmítat. Zde je důležité vyrvat. Nemocný jedinec se totiž často stydí a mají pocit, že depresi mohou zvládnout sami. Podpora rozhodnutí o lékařské pomoci je zde na místě (Praško, Pašková, Prašková, 2001).

Možná se zdá, že odlehčit situaci, například větou „Vždyť to není tak zlé.“ či „Brzy bude lépe.“, je vhodné, opak je však pravdou. Nelze popírat projevy nemoci a přesvědčovat nemocného, že už je to lepší a brzy mu bude dobře. Trpícím jedinci lépe

není, tudíž takové zlehčování odmítá. Fakt, že ho blízcí neberou vážně, i když se reálně cítí zle, je pro nemocného stresující. Je třeba se vyvarovat znevažování pocitů nemocného, pochyb o jeho prožívání a o tom, co sděluje, či přesvědčování, že tomu tak není. Jedinci s těžkou depresí taktéž nemá smysl vyvracet bludy, například o tom že jek ničemu, nebo že něco hrozného zavinil. Tyto symptomy s léčbou postupně mizí. Je spíše podstatné jedince trpělivě vyslechnout (McKenzie, 2001).

Blízcí by se měli naučit klást „zpochybnující otázky“. Tyto otázky pomáhají rozbít bludný kruh depresivního stereotypu, například dotaz „Skutečně jsi tak bezmocná, že nezvládneš vůbec nic? A co ten uvařený oběd?“ může jedinci s nemocí pomoci. Je dobré se radovat i z malých úkolů, které nemocný splnil, a pochválit jej za ně. Psychiatr Ján Praško doporučuje nemocné nenutit k činnostem, ale pouze je k nim zvát (Praško, Pašková, Prašková, 2001).

Během léčby je dobré, když blízcí v léčbě nemocného podporují a povzbuzují. Léčba deprese je dlouhá a náročná, a nemocný často ztrácí naději a vůli. Zde je pak na blízkém, aby mu dodal kuráž.

Mnoho odborníků varuje před různými léčiteli a alternativní léčbou. Zatím nebyla prokázán úspěch v tomto směru a výrazně se tedy nedoporučuje. I když se ro blízkým zdá jako dobrý nápad, či mají sami s alternativní léčbou dobré zkušenosti, tento aspekt je lepší přenechat v rukou lékařů. (Praško, Pašková, Prašková, 2001)

Jedna z nejdůležitějších věcí, na kterou by si blízké okolí mělo dávat pozor, jsou zmínky o sebevražedných úvahách či tendencích. Riziko sebevraždy u depresí je velké, a výrok, že ten, kdo o tom mluví, čin nespáchá je mylný. Při jakékoliv zmínce o sebevraždě u depresivně nemocného je třeba neprodleně informovat lékaře.

Ráda bych v tomto kontextu uvedla zajímavý výzkum, na který jsem při psaní této práce narazila. Ačkoliv všechny knihy a odborné příručky doporučují, aby jedinec s depresí o svých pocitech mluvil (a blízký aby naslouchal), podle psychologičky Amanda Rose, PhD, může přílišné probírání problému situaci zhoršit. Tuto teorii prokazuje na svém výzkumu, jež publikuje v roce 2007. Rose zjistila, že přátelství, které příliš zaměřené na diskutování o problémech může ve skutečnosti zvýšit deprese.

Je tedy nutné, aby se blízká osoba jedince s depresí nepokoušela léčit dotyčného sama (například povídáním nebo nějakou laickou formou terapie) a vyhledala lékaře, jež je kompetentní k takovým formám pomoci.

8. Pomoc pro blízké osob s depresí

Dostupnou pomoc pro blízké osoby depresivních osob jsem hledala primárně v místě svého bydliště a z místa, jež pochází většina respondentů v mém výzkumu. Instituce a osoby poskytující pomoc jsem hledala na internetu, popřípadně jsem se v případě nejasností informovala telefonicky.

8.1 Terapie

Téměř veškerá literatura, kterou jsem v rámci přípravy a zpracování své bakalářské práce četla, doporučovala blízkým osobám, aby se s nemocným jedincem účastnily rodinné či párové terapie.

Psychologa, jež na svých webových stránkách inzeruje přímo specializaci na deprese jsem nenašla, jsem však přesvědčená, že specialista na párové či rodinné terapie by pomoc neodmítl.

8.2 Podpůrné skupiny

Podpůrná skupina je skupina lidí, kteří se pravidelně setkávají po určitou dobu, aby diskutovali o problému, které je spojují.

Podpůrné skupiny mají efektivní dopad, jelikož poskytují emocionální podporu pro lidi, kteří se nalézají v těžké situaci. Tyto skupiny umožňují lidem sdílet informace a otevřeně diskutovat o svých problémech bez odizolování, zpracovávat své pocity a slyšet ostatní mluvit o jejich dojmech. Nejsilnější hojivý efekt, které podpůrné skupiny poskytují, je pocit, že daný jedinec není v situaci sám.

V Plzni ani v jejím okolí jsem žádnou podpůrnou skupinu zaměřující se na sychickou péči o blízké depresivních osob nenalezla, v Praze však nabízí své služby občanské sdružení Totum. Tato organizace se celkově zaměřuje na lidi, jež se angažují v pomáhajících profesích a osoby pečující o své blízké.

Toto sdružení nabízí skupinové terapie pro blízké psychicky nemocných osob. Tato služba je placená.

8.3 Podporované vzdělávání

Podporované vzdělávání je služba pro lidi jež trpí psychickými problémy či duševním onemocněním, jejich blízké a pedagogické pracovníky, která je poskytována prostřednictvím podpůrné sítě zdravotnických, sociálních a pedagogických institucí.

V Plzni tuto službu pro lidi, jež trpí depresí a pro jejich blízké poskytuje sdružení Ledovec. Tato organizace zahrnuje do svých služeb poradenství, individuální konzultace i individuální podpůrný program. Veškerou pomoc nabízejí bezplatně.

Praktická část

9. Výzkumný cíl práce

Je samozřejmé, že žít v blízkém vztahu s osobou postiženou jakoukoliv nemocí bývá náročné, ať už je nemoc psychická či fyzická. Soužití s osobou stíženou depresí je jedna z těchto situací. V této části mé bakalářské práce se budu zabývat tím, jak blízké osoby depresivního jedince prožívají svou životní situaci a zda jí prožívají podobně.

Pomocí svého výzkumu bych ráda přiblížila pocity blízkých osob depresivního člověka a jejich náhled na samotný vztah.

Cíl mého výzkumu je zachytit, jak blízká osoba vnímá svého depresivního příbuzného, či partnera a jaké vnímá komplikace s jeho diagnózou.

Pokusím se pochopit, co blízké osoby cítí, jak moc vnímají změnu (pokud jejich blízký onemocněl v průběhu jejich vztahu), jak se změnilo jejich každodenní žití v souvislosti s nemocí či jak jim tato situace celkově ovlivňuje život.

Touto prací se snažím přispět k rozšíření obecného povědomí o lidech trpících s depresí, ale hlavně o jejich příbuzných a partnerech, jejichž život je touto nemocí také nepřímo zasažen. Většina literatury a internetových zdrojů týkajících se deprese je zaměřena přímo na jedince depresí trpící, ale informace pro blízké osoby již nejsou dostupné v takové míře. Výzkum proto může být přínosný právě pro ně.

9.1 Výzkumné otázky

Pro potřeby výzkumu bylo třeba stanovit výzkumné otázky. Tyto otázky vycházejí z výzkumného cíle mé práce. Od těchto otázek se pak odvíjejí dotazy kladené při samotném výzkumu.

VO1: Jaké změny přinesla deprese do vztahu blízké osoby a osoby trpící depresí?

VO2: Jak soužití s osobou trpící depresí ovlivňuje život blízké osoby?

VO3: Jaké pocity prožívají blízké osoby vzhledem k nemoci partnera/příbuzného?

10. Metodologie

10.1 Zvolený typ výzkumu

Pro svůj účel jsem se rozhodla použít metodu kvalitativního výzkumu. Kvalitativní metoda zkoumá jevy a problémy ve věrném prostředí s cílem získat celistvý obraz těchto jevů (Šafaříček, Šed'ová 2014). Výhoda tohoto přístupu spočívá v hloubkovém poznání problematiky daného tématu a osobnější přístup výzkumníka k respondentovi. Nevýhodou je to, že výsledky výzkumu platí pouze pro vybraný výzkumný soubor a není je tak možno zobecnit.

10.2 Metoda získávání dat a jejich analýza

Jako výzkumnou metodu pro svou práci jsem zvolila hloubkový prolostrukturovaný rozhovor. Rozhovory byly nahrávány na diktafon a trvaly v rozmezí 35 až 50 minut. Poté byly zvukové záznamy přepsány a v psané podobě pak podrobeny otevřenému kódování. Po okódování textu jsem vytvořila kategorie, do kterých jsem kódy rozřadila. Tyto kategorie následně deskribuji a porovnávám ve výsledcích analýzy dat. Ačkoliv je standardní, že text prochází kódováním otevřeným, axiálním a selektivním, pro mé účely postačí pouze kódování otevřené.

Tuto metodu jsem jsi vybrala, protože jí vidím jako nejideálnější pro navázání osobního kontaktu a citlivého přístupu s respondentem, což je pro rozhovor o náročné životní informaci podstatné. Výhodu polustrukturovaného rozhovoru shledávám v připravenosti struktury rozhovoru, která však nemusí být raketicky dodržována. Je zde možnost detailně probrat témata, která jsou pro svůj výzkum podstatná, či přispůsobení otázek tématům novým. Připravená struktura rozhovoru však nedovolí výzkumníkovi vzdálit se příliš od cíle výzkumu, což by jej mohlo zmást a rozhovor provést nedostatečně.

Nevýhodu této metody shledávám v tom, že bylo někdy obtížné udržet respondenty u témat, které jsem zkoumala. Nejčastěji začali mluvit a popisovat výhradně osobu s depresí a do odpovědi již nezahrnovali sebe a své prožívání. Tuto situaci jsem se však po několika zkušenostech naučila do jisté míry ošetřit dotazováním se na stejné informace jinak formulovanými otázkami.

Rozhovor byl složen z osmi stálých otázek, které jsem položila každému respondentovi. Dle jeho reakce jsem dále přizpůsobovala otázky další, pokud to bylo

potřeba. Stálé otázky jsou přiloženy v příloze č. 1, celé rozhovory s jednotlivými respondenty jsou pak uvedeny v příloze č. 2.

Než došlo k samotnému rozhovoru, respondenty jsem obvykle kontaktovala telefonicky či pomocí internetu. Místo samotného rozhovoru jsem pak nechala vybrat respondenty, aby si mohli sami zvolit to nejpříjemnější prostředí. S respondentem jsem stávila hodinu a půl či dvě hodiny. Nejprve jsem se snažila navázat důvěru a navodit uvolněnou atmosféru úvodním rozhovorem o obecnostech. Pak přišel na řadu rozhovor a poté finální fáze, kdy jsme nechávali doznít pocity.

Paralelně s rozhovorem jsem si dělala field notes – zápisky neverbální komunikace respondenta, mých vlastních pocitů a detailů, které diktafon nemohl zachytit. Těmito zápisky jsem v případě potřeby pak doplňovala analýzu dat.

10.3 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor byl tvoren pomocí prostého záměrného výběru. Kritéria pro výběr respondentů byla blízký vztah s osobou stíženou depresí a dosažení dospělosti. Výzkumný soubor se skládá z pěti respondentů. Mým cílem nebylo postihnout u každé dvojice respondentů stejný vztah, nýbrž jsem se snažila o co největší rozličnost. Zde uvádím tabulku respondentů, jejich věk a vztah s depresivní osobou.

Tabulka č.1:

| Výzkumný soubor | | |
|------------------|------------|--------------------------------|
| <i>Pseudonym</i> | <i>Věk</i> | <i>Vztah s depresí</i> |
| Eva | 21 | dcera osoby trpící depresí |
| Jiří | 25 | partner osoby trpící depresí |
| Lucie | 29 | sestra osoby trpící depresí |
| Petra | 38 | partnerka osoby trpící depresí |
| Jana | 49 | matka osoby trpící depresí |
| Dita | 52 | matka osoby trpící depresí |

11. Etické problémy a způsob jejich řešení

Respondenti byli před samotným výzkumným rozhovorem obeznámeni s tématem bakalářské práce a tématem otázek, které jim budou pokládány, jelikož se jedná o citlivé téma a otázky by je mohli zaskočit. Taktéž jim bylo sděleno, že pokud jim bude jakákoliv otázka nepříjemná, nemusejí odpovídat a mohou kdykoliv celý rozhovor prerušit a odejít. Tato situace však v průběhu sběru dat nenastala ani jednou.

Účastníci výzkumu byli ujištěni, že informace od nich získané budou používat pouze k účelům, se kterými byli seznámeni. Taktéž jim byla zaručena anonymita a proto ve své práci používám pseudonymy. Respondetům byl opakovaně položen dotaz, zda souhlasí s nahráváním svých odpovědí. Poprvé před zapnutím nahrávacího zařízení, a podruhé po spuštění, aby byl souhlas zaznamenan na zvukovém nosiči.

12. Kategorie kódů

Tři hlavní kategorie, které jsem v analýze dat objevila, jsou **pocity**, **změna** a **omezení**. Jelikož se mi zdály vytvořené kategorie příliš obšírné a nedostatečně konkrétní, vytvořila jsem ke každé subkategorie. Tyto subkategorie zde nyní pro lepší pochopení analýzy rozvádím. Není pravidlem, že se každá subkategorie nachází ve všech rozhovorech.

Pocity

- Vina - Blízká osoba si přikládá zodpovědnost za nemoc milovaného, či za komplikace s tou nemocí spojené.
- Strach - Blízká osoba pociťuje obavy o život či pohodlí milovaného s depresí
- Smutek – Blízká osoba cítí lítost nad sebou, nemocným či nad situací, do které se společně dostali.
- Vztek – Blízká osoba pociťuje zlost na situací, sebou, nemocným či jinými lidmi a okolnostmi vzhledem ke své situaci.
- Překvapení – Nečekaná situace, jež blízký člověk prožil, vážoucí se k milovanému s depresí.

Změna

- Změna soužití – Změna ve společném (každodenním) žití, kterou blízká osoba přikládá depresivnímu onemocnění a jeho následkům.
- Změna chování – Změna chování blízké osoby k nemocnému.
- Zisk – Vlastní obohacení, které blízká osoba přikládá depresivnímu onemocnění a jeho následkům.

Omezení

- Únava – Vyčerpání, které blízká osoba pociťuje vzhledem k péči o nemocného či k soužití s ním.
- Sociální kontakt – Blízká osoba cítí v důsledků nemoci přílišnou fixovanost na svou osobu ze stran nemocného.
- Nedostatek vztahové reciprocity – Blízká osoba nepociťuje dostatek (pozitivní) zpětné vazby, kterou shledává ve vztahu příjemnou a žádoucí.

13. Výsledky kódování

Tabulka č.2:

| Výsledky kódování | | | | | | | |
|-------------------|---------------------------------------|-----|------|-------|------|------|-------|
| | | Eva | Jiří | Lucie | Dita | Jana | Petra |
| Pocity | vina | X | 3 | 1 | 1 | 1 | 3 |
| | strach | 4 | 4 | 2 | 4 | 6 | 7 |
| | smutek | 2 | 5 | 2 | 5 | X | 15 |
| | vztek | 4 | 7 | X | X | 6 | 8 |
| | překvapení | 2 | 1 | 2 | 5 | X | 5 |
| Změna | zisk | 2 | 7 | X | X | 1 | 3 |
| | změna soužití | 3 | 5 | X | 2 | 1 | 2 |
| | změna chování | 1 | 1 | 4 | X | 1 | X |
| Omezení | únava | 4 | 9 | X | 2 | 8 | 10 |
| | sociální zátěž | 1 | 3 | 1 | X | 1 | X |
| | Nedostatek vztahové reciprocity | 4 | 1 | X | 1 | 1 | X |

14. Analýza výsledků

Při analýze výsledků jsem se nejprve snažila o rozdělení výroků z každého rozhovoru dle hlavních kategorií. Jelikož se ale témata často prolínají, text působil nekompaktně a zmateně. Proto jsem se rozhodla vyznačit pouze subkategorie daných kódů.

14.1 Eva

Eva je studentkou vysoké školy. Její matka trpí depresí. S matkou vyrůstala, momentálně s ní již nežije. Jsou však kontaktu. Eva je jedináček. Matce byla deprese diagnostikována před jejím narozením. Nyní užívá nasazené antidepresiva a nepravidelně se účastní terapií.

Eva nejsilněji pociťuje **strach** o svou matku. Matka před ní několikrát zmínila sebevraždu a Eva cítí silnou obavu, aby si ve dnech, kdy je její stav horší, opravdu nesáhla na život....*to prostě nechceš slyšet od své mámy, že uvažuje na nad koncem svého života, a hlavně nad ukončení toho života vlastní rukou. Z mého pohledu bylo tohle to nejhorší období...* Zdá se, že matka zmínku o sebevraždě používá jako prostředek, jak získat Evinu pozornost. Eva si tento fakt patrně uvědomuje, ale věří, že to není pouze prostředek k manipulaci, ale reálná hrozba.

Strach také prožívá ve chvíli, kdy má matka nepředvídatelné chování a když jsi uvědomí, že matky příjemné vystupování je do jisté míry ovlivněno prášky. Bojí se, co bude poté, až prášky vysadí.

K tématu sebevraždy se váže i **smutek** a **překvapení**. Eva lituje toho, že se matka dostala do žiotní fáze, kde vidí jako jediné řešení sebevraždu. Svou matku vidí jako silnou osobnost, která je pracovitá a v životě toho mnoho dokázala a překvapuje jí, že někdo takový může onemocnět depresí.

Kategorie **vztek** a **nedostatek vztahové reciprocity** se v Evy interview často prolínají. Eva cítí na matku veliký vztek proto, že nebyla na blízku ve fázích života, když potřebovala matky péči a oporu. Popisuje zážitek z nedávné doby, kdy se dostala do nepříjemné životní situace. *To je takový stav, kdy člověk potřebuje oporu od všech lidí o kolo sebe a v podstatě jí očekává. A nejvíce jí očekává od rodiny.* Matka jí však žádanou oporu neposkytla, nýbrž jí přidělala starosti. Ve chvíli, kdy Eva potřebovala pozornost a péči pro sebe, matka požadovala totéž. *Já jsem v tu chvíli potřebovala její oporu, a ona to i tak podávala, že se za mnou staví a pomůže mi, ale přijela a zkroutla se mi tady.* Řekla

mi, že má pocit, že její život nemá žádný smysl, že neví jak dál, a že by bylo lepší, kdyby na tom světě nebyla. Já jsem v sobě v tu chvíli našla poslední síly, abych jí dokázala podpořit...

Zpětně se pak vrací k průběhu svého života, kde nalézá různé momenty, kdy v jejím životě byla potřebná role matky, kterou však neměl kdo plnit. Vzpomíná, že jí často neříkala nepříjemné pocity, protože se bála, že je matka kvůli své nemoci neunes. Raději je přestala ventilovat. *Vždycky tam nastoupil ten pocit, že jí to nemůžu říct, protože ona je ta slabá a ta máma, kterou mám chránit.* Tento nedostatek opory pociťuje Eva během celého jejich vztahu a matce to vyčítá. Je si vědomá matčiny diagnózy, avšak myslí si, že by matka měla být matkou, když se rozhodla pro tuto životní roli.

Eva k matce cítí vztek i proto, že se jí matka nahrazovala mateřskou roli rolí kamarádkou. O tento vztah však Eva nestála a vnitřně odmítala nabízenou roli naplno přijmout. Ze obavy, že matku zraní a ublíží jí však naplňovala její očekávání. *Mám pocit, že to vždycky bylo tak nastavený, že...a ona mi to mamka i hodně často říkala, že chce, abychom byly kamarádky. A chce, abych jí tak vnímala. A mě to bylo odmalička proti srsti. Ale zase jsem se dostala k tomu "Nojo, ale ono to tý mamce udělá dobře, tak bych jí asi měla být tou kamarádkou." Takže se spoustou věcí ze svého života jsem se jí svěřovala, ale s těmi hlavními ne.* To se však podepsalo na jejich vztahu negativně, Eva do teď cítí na matku zlost a viní jí za to, že v životě byla sama v situacích, kdy ostatní okolo ní měli mateřskou podporu.

Eva se vzhledem k nedostatku vztahové reciprocitě cítí i **únavu**, jelikož shledává zodpovědnost, která přešla z matky na ní, jako vyčerpávající. Nedostačující funkce mateřského kontaktu Eva řešila vypořádáváním se se svými problémy sama, což vnímala jako náročnou situaci.

Matka získává energii a potěšení v sociálních vztazích. Dle Evy jich však nemá dostatek, myslí si, že hlavními zdroji matčiny energie je ona a matčín partner. Je znát, že by uvítala větší rozložení matčiny pozornosti, tudíž pociťuje jistou **sociální zátěž**.

Jelikož matce byla diagnostikována deprese před Evy narozením, Eva nemůže plně popsat **změnu soužití**, zapříčiněnou chorobou. Matku během dětství vnímala sice vnímala jako nestálou, rozkolísanou a nevyrovnanou, nicméně jí nebylo vysvětleno, že je matka nemocná. Matky chování a léčbu tudíž vnímala jako normu. *Pamatuji si, že když jsem byla předškolák, tak jsem si myslela, že to tak chodí běžně. Že až budu dospělá, taky budu*

takové prášky brát. Až v pubertálním věku, kdy začala svou situaci porovnávat s vrtsevnický a nahlížela na rodiče kritičtěji, si uvědomila, že je její matka nemocná.

V rozhovoru také popisuje, jak nemoci své matky přizpůsobovala své chování, tudíž mluví o **změně svého chování** v důsledku deprese blízké osoby. Hlavním motivem pro to byl strach, aby matku nerozrušila. *Vzpomínám si, když jsem s ní ještě žila, že docela pozdě vstávala a já jsem každé ráno trnula, s jak špatnou náladou se probudí....Vždy se musím hodně přizpůsobit, těm jejím potřebám. (Zde si lze povšimnout klasického projevu deprese – pro nemocného je obížná ranní aktivita.)* Eva se tedy rozhodla být flexibilní a neoznamovat matce nepříjemné události., což je vzorec, který si patrně přenesla z dětství.

Zisk nabytý matčinou depresí shledává Eva hlavně v znalostech o této nemoci a přesvědčení, že se jí takto lépe vyvaruje. Díky svému vztahu s osobou stíženou depresí si lépe uvědomuje, jak je důležitá psychogiena.

Jiří

Jiří má dokončené střední vzdělání v elektrotechnickém oboru a momentálně pracuje v dopravních službách. Byl v ročním vztahu s dívkou, jež trpěla depresí. Partnerka znala diagnózu před tím, než spolu začali mít vztah. Aktivně se léčila, brala antidepresiva a ambulantně docházela

k psychiatrovi. Vztah ukončila ona v dubnu 2015.

Z Jiřího odpovědí je nejsilnější znát pocit **změny soužití** (tímto označuji nestandardní situace vztahu v důsledku nemoci), **sociální zátěže** a **únavy**. Tyto tři subkategorie se často prolínají. Jiří vidí jako velký nedostatek bývalého vztahu přílišnou fixovanost přítelkyně na svojí osobu. V důsledku její choroby přítelkyně postupně ztrácela přátelské vztahy a nenavazovala nové. Veškerou svojí pozornost tedy zaměřovala právě na Jiřího. Tomu tento stav nevyhovoval. *Tak na mě visela na můj vkus až moc, že nebyla soběstačná jednotka, a já jsem potřeboval nějakou svobodu, nějaký věci dělat sám, jako třeba sportovat, bejt s kamarádama, chodit do práce a tak, a to byl s ní dost velkej problém, protože se mnou chtěla trávit dost času a já jsem měl pocit, že na mě dost visí.*

Ačkoliv Jiřímu chování přítelkyně nevyhovovalo, rozhodl se své chování přizpůsobit a raději vyhověl přání přítelkyně, aby nepřihoršil jejímu vztahu. *Jo, párkrát se stalo... že, přišla a během půl hodiny si začla stěžovat...několikát se stalo, že mi takhle v podstatě odtáhla od lidí, se kterejma jsem chtěl bejt a trávit čas, ale nemohl jsem protože jí to tam*

bylo nepříjemný, v té společnosti, v té místnosti. Docházelo tedy k **změně chování** na straně blízké osoby.

V jejich vztahu byl Jiří frustrovaný nedostatkem sexuální aktivity. Není si však jistý, zda přítelkyně měla nízké libido kvůli své nemoci, či z jiných důvodů. Popisoval, že k sexuálnímu styku docházelo pouze z jeho iniciativy a že jediným motivem partnerky bylo Jiřího uspokojení, což ho odrazovalo, protože ke konci vztahu k sexuálnímu kontaktu nedocházelo. (Za předpokladu, že byla partnerky nízký sexuální drive způsobený depresí, lze vidět další klasický projev této nemoci – nízká sexuální aktivita)

Velký problém, související s nestabilním psychickým stavem své přítelkyně viděl Jiří ve společném plánování jak krátkodobé, tak dlouhodobé budoucnosti. *Dost často stávalo, že jsme se domluvili, že se ten den uvidíme a ona třeba hodinu před tím napsala, že nepřijede, že nechce nikoho vidět. Že prostě chce být doma sama... To se stávalo jednou dvakrát za čtrnáct dní.*

Jiří věří, že jeho přítelkyně měla i jiné, somatické problémy, způsobené právě její psychickou nemocí. Ačkoliv mu jistě nescházelo pochopení, v této oblasti jejich vztahu cítil silná omezení. *Takže spoustu věcí jsme nemohli dělat, což mě dost jakoby omezovalo. Co se týče sportu, tak vůbec, já rád sportuju, to jsme nemohli, co s týče nějakýho chození do přírody, to vůbec.*

Únava, kterou Jiří pociťoval se vázala k neustálému úsilí partnerce zvednout náladu a celkové péči o ní. *Když jí bylo smutno a byla zrovna doma, tak jsem prostě sednul na vlak a jel jsem tam za ní...* Toto jednání volil, i když partnerka neměla o jeho přítomnost zájem. Říká však, že mu následně byla vděčná, že se jí věnoval. Jiří však popisuje, že ho to stálo značnou část energie. *Potom jsem j šel čerpat tu energii za svejma kamarádama a tak. Já jsem s nima chodil do hospody, byl jsem tam vždycky úplně vyřízenej a zase od nich jsem nějakým způsobem nasával tu energii, kterou jsem pak předával do ní. Myslím, že v tomhle to bylo enegeticky úplně neuvěřitelně náročný.*

Markantní nedostatek vidí Jiří v nemožnosti se na nemocného spolehnout. Jelikož nálady a stavy přítelkyně nebyly vždy stálé, vyjadřoval určitou obavu, co se týče životní opory, kterou by měla partnerka poskytovat. Sám sebe viděl ve vztahu jako silnějšího a stabilnějšího, a bál se, že až jednou v této roli selže, partnerka na to nebude připravena a vztah se zhroutí. Přál si, aby partnerka přispívala více ke stavbě vztahu v krizových momentech a pociťoval tedy **nedostatek reciproční vazby**.

Strach Jiří prožíval zejména o přítelkyni. Popisuje, že vzhledem k neobvyklému intenzivní vazbě, kterou mezi sebou z iniciativy přítelkyně měli, byli téměř neustále v kontaktu zkrz SMS a internetový chat. Když se stalo, že se partnerka Jiřímu určitý čas "neohlásila", pociťoval starost, jelikož nevěděl, co se s ní děje. Několikrát se kvůli tomu pohádali a Jiří zpětně uznává, že dával přítelkyni smíšené signály. Na jedné straně si přál více volnosti, na druhé straně chtěl mít neustálý přehled o životě přítelkyně, právě z důvodu, aby si neublížila. O to se nikdy nepokusila, ale Jiří se toho obával, jelikož znal její negativní postoje k životu.

V rozhovoru se Jiří zmiňuje i o tom, že během vztahu několikrát pociťoval **vinu**. Partnerka mu během sporů vyčítala, že jí v její nemoci přihoršuje, například tím, že s ní netráví dost času a že ona si nepřeje být o samotě, jelikož sama spíš pociťuje smutnou náladu. Zdá se, že její nemoc používala v hádkách k citové manipulaci. Jiří jejím slovům uvěřil, a v čase jejich vztahu trpěl výčitkami, když neposkytoval partnerce dost času, či když se rozhodl pro aktivitu, která nezahrnovala čas s ní. Když své chování hodnot zpětně, má pocit, že jeho chování nebylo tak problémové, jak jej shledávala partnerka.

Vztek je v Jiřího slovech v podobě jisté křivdy, která nezřídka doprovází ukončení vztahu, ať už s osobou trpící psychickou nemocí, či zdravým člověkem. Je z něj cítit silný pocit nedocenění za úsilí a energii, kterou do vztahu vložil. *Člověk se jí snažil neustále zvedat sebevědomí, a ve finále zjistil, že třeba za dvouhodinovej rozhovor k ničemu nedošel, a to je hrozně nevděčný. To je to slovo. Nevděčný. Bylo nevděčný bejt s ní kamarád, přítel, nebo tak něco.*

Smutek, který Jiří cítí se váže k faktu, že celý vztah skončil. Cítí jisté selhání ze své strany a míní, že "nevydržel" tlak ze strany přítelkyně, a má představu že by jiní tento tlak dokázali zpracovat a ve vztahu pokračovat. Také lituje svou přítelkyni, že jí životem provází deprese a znemožňuje jí to užívat si volnočasové aktivity.

Jiří vidí značný **zisk** v tom, že si bude více vážit zdraví své partnerky a obvyklých situací ve vztahu. Je vděčný za zkušenost, kterou mu vztah s depresivní partnerkou poskytl a díky němu přehodnotit svůj pohled na vztahy a partnerství. *Člověk potom ocení, v těch ostatních vztazích, věci který třeba jinejm lidem přijdou normální. Já už teď vim, že je budu oceňovat, protože prostě vim, že normální vlastně zas tak úplně nejsou. A že jako, ve chvíli, kdy přijdu domů, a ta vaše přítelkyně vám řekne „Hele, zlato, dneska jsem tady celej den prostě uklízela a naplánovala jsem nám tohle tohle tohle. Chce se ti?“, tak já se budu smát*

na celý kolo, protože to je prostě paráda, že ten člověk udělal něco sám.

Jiří také cítí obohaceni v příjemném pocitu, že cítil, jak moc jeho partnerka stojí o podporu.

14.2 Lucie

Lucie má dokončené střední vzdělání v uměleckém oboru a momentálně pracuje v IT službách. Depresí trpí její bratr Jakub. Diagnóza mu byla sdělena v roce 2015, poté co se pokusil spáchat sebevraždu předávkováním prášky. Pokus zdůvodnil rozchodem s dívkou. V této době užívá antidepresiva a dochází ambulantně k psychiatrice. Lucie je dcera Dity.

Tento rozhovor byl, co se týče analýzy výsledků, nanejvýš pregnantní. Ačkoliv jsem se snažila různými způsoby obměňovat, abych co nejvíce ošetřila, že mé dotazy nejsou správně cílené, v Luciiných odpovědi jsem některé stanovené kódy nenalezla.

Nejsilnější emoce, jež jsou v rozhovoru s Lucií cítit jsou **strach** a **smutek**. Po bratrově pokusu o sebevraždu plakala a cítila velikou lítost nad tím, že se bratr rozhodl opustit svět. Veliké obavy cítila, když bratrův stav při převozu do nemocnice ještě nebyl stabilizovaný a nebylo zřejmé, zda nebudou patrné nějaké stálé následky. Její strach pramení také pramení z představy, že by se bratrův pokus nepodařilo překazit a ona by žila bez něj. *Já jsem cítila strach. Strach, že bych o něj přišla. Bála jsem se, že tu zůstanu sama.*

Jelikož Lucie svého bratra vidí jako velice chytrého a uvědomělého člověka, velmi jí **překvapilo**, že se bratr o něco takového pokusil. *Mě spíš překvapilo, že najednou měl nějakéj zkrat...proto se pokusil zabít.* Před tím, než se bratr rozhodl pro tento čin, to Lucii nenapadlo. Věděla, že prožívá krizi v důsledku rozvodu s dívkou, nepřikládala však jeho trápení takovou váhu.

Psal mi, že je smutnej a že chlastá a pak se mi i ptal kolik je potřeba vypít vodky, aby dostal otravu alkoholem. To jsem zpozorněla, ale nenapadlo mě, že by to udělal.

Lucie v rozhovoru popisuje, že se bratra po prouštění z psychiatrického zařízení snažila přivést na jiné myšlenky a socializovat ho. Proto se ho rozhodla vzít na kulturní akci společně se svými přáteli. Bratr však k přátelům neprojevoval náklonost, kterou by si Lucie představovala. *Akorát se nebavil s mejma kamarádama, což bylo dost blbý, protože jsme u nich i spali a tak. A divná věc byla, že ještě po cestě tam v autě se všema vtipkoval, smál se, hýřil historkama a všechny bavil. A potom najednou asi už neměl chuť*

*a energii se s nima bavít. Tento výrok spadá do **sociální zátěže**. Ačkoliv si Lucie myslí, že bratr nechtěl komunikovat s jejími kamarády, protože jimi pohrdal a zdálo se mu hloupí, já to připisuji právě jeho diagnóze. Nemocný investuje svojí energii do chodu organismu a na sociální interakce mu mnohdy nezbyvá energie.*

Lucie několikrát v rozhovoru naráží na to, jak kvůli bratrově nemoci **změnila chování** k němu. Vidí jej jako více negativního a lehce podrážditelného. *Ovlivnilo mi to v tom, že...Musím se zamýšlet nad tím, jak se před ním chovat. Ta komunikace s ním je těžší. Protože on mě teď za všechno peskuje.* I když při otázce týkající se změn soužití odpovídá, že se žádné **změny soužití** neudály, v jiné části rozhovoru například popisuje, jak se doma změnila atmosféra a jak byly členové rodiny po bratrově pokusu o sebevraždu napjatí.

Zisk vidí Lucie v tom, že bratrova psychická krize stmelila rodinu. *Můj přítel tenkrát říkal, jak je hezký, že i když se u nás v rodině hádáme a pomlouváme, tak potom když se něco stane, tak se všichni semkneme a stmelíme. Jeli jsme za ním všichni, táta s mámou, i když měli těžkej rozvod, tak najednou úplně v pohodě.*

Je zajímavé, jak Lucie nahlíží na otázku **vin**. Až na jeden moment z dětství, kdy bratra lochtala tolik, že se rozbrečel, a zpětně se bojí, že by mu to mohlo způsobit nějaké neurologické změny, Lucie viny necítí a je v této oblasti velmi vyrovnaná. *Ráda bych řekla, že ti příbuzní by si měli uvědomit, že vina není na jejich straně. Ten člověk, v tu chvíli, co to udělá, tak na ně nemyslí. On je nevidí. Takže to není jejich chyba. Není to ani chyba toho člověka, který odstartoval smutné myšlenky a celou tu nemoc. Není to ničí chyba. V tu chvíli je to zatmění v mozku.* To je velice kontrastní s většinou ostatních respondentů.

14.3 Dita

Dita má dokončené střední vzdělání v humanitním oboru a momentálně pracuje v sociálních službách. V roce 1995 se pokusila spáchat sebevraždu. Motivem jí bylo neúspěšné manželství. Dita je matka Lucie, jež také poskytovala rozhovor a Jakuba, jež trpí depresí. Jak bylo již zmíněno v předchozí části textu, Jakub se pokusil v roce 2015 spáchat sebevraždu a motivem mu byl rozchod s tehdejší přítelkyní.

Smutek je nejsilnější emoce, která se objevuje v rozhovoru s Ditou. Dita cítí silnou lítost, když si vybaví, jak Jakuba viděla poprvé do jeho hospitalizace po pokusu o sebevraždu. *Pro mě bylo nejhorší přijít za ním do té nemocnice. On tam ležel, schoulenej do klubička, tekly mu slzy a nudle a plakal. A pořád jenom opakoval "Nedala mi šanci, mami. Ona mi nedala šanci". Řekl to asi tisíckrát. To bylo nejhorší. Vidět takovýho velkého kluka, v týhleto situaci bylo hrozný.*

Smutek, který Dita cítí, se také váže k pavlovo chování při návštěvách v psychiatrickém zařízení. Popisuje, že vůbec nepoznávala osobnost a charakter svého syna, a označuje jej za "zlého".

Jelikož byla Dita osoba, která našla Jakuba v bezvědomí po požití prášků, prožitky **strachu** se vážou k tomuto zážitku. *Třeba minule si vzal do práce jiný boty, a tyhle co nosí tady nechal. A můžu ti říct, že jsem vyběhla i na půdu. Prohledala jsem celej dům, volala jsem mu. Já jsem se bála. Pořád je to ve mě. Vím, že mi slíbil že už to nikdy neudělá. Ale já mám pořád strach.* Dita popisuje, že úzkost, způsobenou představou, že se Jakub o sebevraždu pokusí znovu, je vždy přítomná v silnější či slabší podobě, podle toho, jak dostačující přehled má o tom, kde se Jakub právě nachází a co dělá.

Obavu v ní také budila neznalost prostředí a klientely psychiatrického zařízení. Bála se, jací lidé budou sdílet dočasné bydliště s jejím synem.

V Ditiných odpovědích lze nalézt **překvapení**. Podobně jako její dcera, takovou eskalaci Jakubovi krize nepředokládala. Všimla si, že se synovo truchlení odchyluje od normálu, - *Ale když jsem potom viděla, že se o ní ani nesmím zmínit, tak už mi to přišlo divné.*- ale rozhodně nebyla připravená čelit takovéto radikální situaci. V rozhovoru popisuje, jaký šok to byl, když syna nalzela předávkovaného a jak se nedokázala chovat racionálně. Údiv také pociťuje nad tím, že sama sebe viděla jako silnou osobu, schopnou a zvyklou čelit krizovým situacím, ale synův pokus o sebevraždu jí tento konstrukt rozbil. *.Starala jsem se o babičku, o tetu, o vlastního otce... Myslela jsem, že umím tady v těch*

věcech pohybovat. Že budu nad věci a bydu se chovat nějak rozumně... Když jsem se o Kubu měla starat, tak jsem se nepoznávala.

Dita si přičítá určitý podíl **vin** za synovo stav. Myslí, že jí rozvod s jeho otcem, který následoval po jejím vlastním pokusu o sebevrahu, Jakuba zranil a mohl ovlivnit jeho současný psychický stav.

Vzhledem k tomu, že se sama pokusila svojí životní situaci řešit stejným způsobem, k synovi žádný **vztek** necítí. *Já přesně vím, co asi v tu chvíli cítil, protože přesně vím, co jsem cítila já, když jsem to udělala. A mě nezadrželi ani ty malé děti. Manžel byl pro mě pánbůh. A jestli on to cítil stejně s tou holkou...* Vyjadřuje pochopení pro jeho jednání.

Téma **únavy** je v Ditině rozhovoru spjato se **změnou soužití**. Od té doby, co se syn vrátil z psychiatrického zařízení, přestala na něj klást veškeré požadavky, které se týkali chodu domácnosti. Svě rozhodnutí zdůvodňuje tím, že syna nechce zatěžovat (já myslím, že má Jakub silně odmítavý postoj a výzvy k pomoci se starostí o dům vedou ke konfliktům). Tento postoj však neschvaluje Dity partner, který žije s ní a Jakubem. Partner je toho názoru, že by Jakub měl přispívat k chodu domácnosti a být celkově více aktivnější. Tyto protichůdné názory jsou často předmětem sporu. *Přítel na něj hodně nasazuje, a to mi vadí. Ale nemůžu s tím nic dělat. Já se Kubu furt zastávám, bráním ho. Víím, že dělám medvedí službu, že bych ho měla vést k něčemu jinému, ale nejde to. Přítel to nechápe a nepochopil to ani tenkrát, když se to stalo. On je jinej. Prostě to nechápe. Není tak empatickej.*

Nedostatek vztahové reciprocity cítí Dita ve chvílích, kdy se se synem pokouší o rozhovor, který je ale zpravidla z jeho strany negován. *Neustále je furt na počítači nebo spí, nebo v tu chvíli, co s ním potřebuju mluvit, nemá čas.*

Ačkoliv Dita odmítá, že by se její chování k synovi od času určení diagnózy nějakým způsobem změnilo, z jejího rozhovoru a z kontextu celé situace lze usodit, že její chování a jednání začalo být silně pečující a ochranné. To vede k častým konfliktům se synem, jež její kontrolu odmítá a sabotuje. *Já jsem se vždycky o něj bála a hlídala jsem ho, ale teď je to pro mě horší.*

...on mi to pak nebere, přitom vím, že s mobilem i spí. když pak nemám ani tušení, co se děje, tak mě to dost vykoledí. Já tady potom lítám jak lev v kleci. V těchto chvílích cítí Dita bezmoc a téma se vrací k pocitu strachu a obav o syna.

Sama Dita žádný **zisk** na své situaci nevidí. Já míním, že ji jistým způsobem teší, že má nad synem "dohled" a že tato situace utužila rodinné vztahy a alespoň dočasně byly urovnány její spory s bývalým manželem.

14.4 Jana

Jana má dokončené vysokošolské vzdělání a v současné době pracuje jako psychoterapeutka. Má dvě děti. Dceru, které je dvacet osm let a syna, kterému je dvacet čtyři let. Jejímu synovi byla v roce 2010 diagnostikovaná deprese. Momentálně již se synem nežije, jsou však v kontaktu. Syn se rozhodl ukončit léčbu.

Nejsilnější emocí, která protkává celé Janino interview je **strach**. Obavy protkáávají její vzpomínky, tak současnost. Jelikož má Jana psychoterapeutický výcvik, počátek deprese rozpoznala. *Já jsem cítila čirou hrůzu, protože jsem ty příznaky rozpoznávala a uvědomovala jsem si, že já mu nemůžu pomoci.*

Nejsilnější pocity strachu pociťovala Jana ve chvíli, kdy dosáhla synova nemoc nejhoršího stádia. *Nebyl schopnej cokoliv sníst a zeslábnul do toho stádia, kdy se nebyl schopný udžet na nohou. Kdybych ho tedy dostala z postele. A tam jsem fakt zažívala hrůzu, protože jsem si uvědomila, že ten jeho stav už přesáhl takovou tu běžnou míru deprese a začíná být v hluboký depresi, která je život ohrožující. Poté, co byla synovi nasazena léčba, Jana se doslova bála opouštět společné bydliště, jelikož syn zůstával sám.*

Stach, který Jana cítí v nynější době, se týká zhoršení synovo stavu a její bezmoci toto ovlivnit. Svůj stav popisuje jako neustálý neklid na duši. Přála by si, aby odevzdala zodpovědnost za synovy činný a jednání jemu samotnému, není toho však schopná. *Já se to hodne snažím odevzdat, nicméně mi to nejde, protože si uvědomuju tu hrozbu toho, že se syn může velice snadno znovu dostat do toho stavu a toho se bojím. Současně mě to štví, stresuje a vim, že mi to bere energii a že vlastně mě syn díky tomuhle zneužívá.* Zde se dostáváme k subakategorii **únava**, jejíž kódy v Janině odpovědích také často objevují.

Jako nejvyčerpávající období svého soužití se synem vyhodnocuje Jana dobu, kdy se rozhodli pro léčbu. Jak ona, tak její syn jsou odpůrci farmacie, nicméně při této naléhavé situaci byli synovy předepsány antidepressiva. Jeho reakcí všako bylo "histerické" chování, a tak léčbu ukončil, co nejdříve to bylo možné. Poté Jana našla doktorku psychiatrie, která k léčbě používala homeopatika. Během celé této doby byl Janin syn v hluboké depresi. Byl tedy značně apatický a Jana musela vynaložit veliké úsilí na to, aby ho k doktorům dostala,

či aby s nimi mluvil. Syn následně začal brát homeopatika a jeho stav se začal zlepšovat. Jana byla však tak vyčerpaná, že se po promuvě s lékařkou rozhodla užívat podobný druh léčiv, jako její syn.

Během mluvení o léčbě dostává Jana **vztek**. I když byla homeopatika vysoce účinná, syn se je rozhodl používat pouze jednou. Od té doby je odmítá a všechny špatné stavy své nemoci prožívá bez léčby. Janu toto jednání velice rozčiluje. ... *tak můj pocit je do jistý míry vztek. Vztek z toho, že jsem udělala první poslední pro to, aby se cítil dobře a aby mohl fungovat. Že jsem mu pak ještě mnoho dalších let soustavně k dispozici a po boku, jak co se týkalo mých emocionálních a intelektuálních investic, tak co se týkalo úplně bazální péče, doporučení, zázemí v tom smyslu, že jsem mu ty homeopatika koupila, přinesla le on je přesto už nikdy neaplikoval. Já jsem našťvaná. Pernamentně, protože vím, že kdyby to užíval, taak můžeme bejt všichni někde jinde.*

Ačkoliv často pociťovala vztek při komunikaci se svým synem, rozhodla se vždy svůj pocit nejprve zpracovat a poté s ním mluvit. Tuto variantu volila i ve chvílích, kdy to pro ní bylo opravdu náročné a pro nikoho jiného by toto nedělala. Rozhodla se tedy pro **změnu chování** ke svému synovi v důsledku jeho onemocnění. Zpětně tento styl jednání hodnotí jako zbytečný a bez pozitivního výsledku.

Změna soužití se v Janině životě projevuje neustálou obavou o syna a zátěží s tím spojenou.

Do té doby, než syn onemocněl depresí, popisuje Jana jejich vztah jako kvalitní a funkční. V čase, kdy byl syn v hluboké depresi neměla jiný vztah, z kterého by čerpala. Pociťovala **nedostatek vztahové reciprocity**.

Jana zpětně vidí svou výchovu syna i dcery jako příliš benevolentní a zvažuje, za špatným stylem výchovy nenese vinu za synovu depresi. *Tím, že jsem měla velmi autoritativní matku se kterou nebyla možná žádná diskuze, tak jsem ten její přístup naprosto negovala a samozřejmě jsem to přehnala. Já jsem se ty děti snažila podporovat a rozvíjet a v podstatě jsem jim málo dala rámeček, přes který nejde přejít. Tam určitě v tom mám podíl, protože kdybych ho víc držela v reálu ...tak to taky mohlo být jinak.*

Jana nevidí jakýkoliv **zisk**, který by jí tato situace přinesla. Pouze konstatuje, že taková to zátěž člověka informuje o vnitřní síle jeho samého.

Sociální zátěž cítila Jana v době, kdy byl syn pohroužen v hluboké depresi a ona se nad ním snažila mít neustálý dohled. Do procesu hlídání byla zahrnuta i starší sestra,

která jej hlídala přes noc.

14.5 Petra

Petra má dokončené středoškolské vzdělání a momentálně pracuje v kosmetických službách. Ve svých dvaceti šesti potkala Dana. Po svatbě a prvním dítěti se Dan pokusil o sebevraždu skokem z mostu. Po převezení do psychiatrického zařízení mu lékaři diagnostikovali depresi. Dva roky poté se rozhodl pro léčbu v protialkoholní léčebně. Petra se nechtěných terapií účastnila společně s manželem. O další dva roky později Dan spáchal sebevraždu skokem z mostu.

Petra vzpomíná na **překvapení**, které cítila, když se u jejího muže začala projevovat deprese. *Jeli jsem v autě a on řekl, že má krizi středního věku. To jsem si říkala " Co blbneš? Chlap v plný síle, žádný starosti. Oba jsme měli práci, co jsme chtěli dělat, a vůbec nebyl důvod k žádným krizím. Ten moment mě strašně zarazil. A od tady toho momentu se to rozjíždělo hůř a hůř.* Velký šok prožívala, když se manžel pokusil poprvé o sebevraždu. Popisuje to jako nejhorší okamžik jejich soužití, horší než jeho sebevraždu saamotnou.

K času kdy se manžel pokusil o sebevraždu poprvé se v Petřiných vzpomínkách váže pocit viny. Předpokusem nebyl manželova deprese diagnostikovaná, a tak si Petra Danovo počínání kladla za vinu. *To si říkáš, jestli jsi tak strašnej partner... Říkala jsem si, co jsem to za zřůdu... Ty to chápeš jako útěk od tebe, že on je s tebou tak nešťastnej-to byl ten nejhorší okamžik.* Po vyslovení diagnózy se Petře velmi ulevilo. Byla ráda, že na vině je nemoc a ne její chování. Petra cítí veliký **smutek** a ztrátu, jelikož jí deprese vzala životního partnera. Vzpomíná na bezmoc, jež cítila, když viděla Dana v hluboké depresi a nemohla mu pomoci. *...protože ten člověk není schopnej dělat nic. Jenom ležet. A ty víš, jak je mu špatně. A to tě strašně bolí.* Pamatuje si také, že jí některé partnerova slova, jež volil v depresivních stavech velmi zraňovali. *Bolelo to strašně. Bolelo to na dvakrát. Že Ti to může udělat a že on sobě sám ubližuje.* Bylo mi líto, že on sám sebe zraňuje. Lítost cítí i ned vzpomínkou, kdy manžela poprvé viděla pod silnými antidepresivy. Byl to prý jiný člověk. Chápala jeho nevoli prášky brát, ale když se je rozhodl přestat užívat, soužití s ním bylo velmi vyčerpávající.

Únavu Petra cítila spíše souhrou všech životních okolností, než že by byla způsobená pouze manželovou chorobou. I přes Danovu diagnózu se rozhodli mít další dítě

a začít stavět dům. Petra doufala, že to Dana namotivuje a vrátí vůli žít, ale nestalo se tak. Ačkoliv se stále snažila manželovi zlepšovat náladu a sama působit optimisticky, nedařilo se. Naopak, při terapii Dan přiznal, že má na manželku vztek za to, že ona nemocí netrpí a že se jí dobře daří.

Vyčerpání cítila, když měl manžel stavy hluboké deprese. *...vidíš tady úplně složeného člověka. Ted' barák nedostavěnej, já byla v šestinedělí, další dítě na krku, zima byla a ty musíš jít štípat dřevo.* Velice únavné bylo období, kdy se manžel rozhodl neléčit a začal hodně pít. *Do toho nevyspalost, protože to bylo fakt denodenně. Přežít práci, doufat, že on nepřijde o práci, aby si něco neudělal, aby se mu nic nestalo, když je někde opilej.* V této větě se kromě únavy nachází i **strach**.

Ten Petra cítila právě ve chvílích, kdy se manžel vracel opilý domů. Nikdy nikomu neublížil, docházelo však k verbálním konfliktům. Když byl manžel opilý, snadno se rozčílil. *To byly stavy, kdy jsi fakt nevěděla, co udělá...To jsem musela hodně opatrně našlapovat, ale stejně z toho byla zase nějaká scéna.* Obává se také o genetický kód, který předal manžel dětem. Bojí se, aby nezdědili nemoc.

Při těchto hádkách Petra pociťovala vztek. Ten v nynější době k manželovi necítí. Uznává, že je není složité tuto emoci k partnerovi cítit - *Dovedu si představit svazky, který se kvůli tomu rozpadnout, protože ho začneš nenávidět.* -nicméně říká, že jí manžel roční propustkou z práce a intenzivní léčbou dokázal, že se velice snažil. Dan prý dělal co mohl, ale již neměl sílu bojovat.

Naštvanost se dostaví spíše při tématu manželových rodičů. Uvažuje, zda rodiče neměli příliš laxní přístup ke svému synovi a zda mu nedostatkem péče nezpůsobili úzkostné stavy.

Změnu chování na své straně Petra nevidí. Díky terapiím měli velice upřímný vztah a obrnila se myšlenkou, že je to zkrátka nemoc. A tak se snažila dělat vše jako před diagnózou, jen být chápavější a trpělivější.

Změna soužití byla jistě markantní. Deprese jí vzala manžela. Již zde bylo zmíněn strach a obavy, které Petra pociťovala při manželových špatných stavech. Vzpomíná také, že se manžel změnil i ve vzhedu. *On byl vždycky čistotnej chlap, oblečenej, oholenej, voňavej, v saku, a najednou tohle všechno nebylo.* Její hlavní prioritou bylo, aby tuto proměnu vnímali děti co nejméně.

Nedostatek vztahové reciprocity Petra nepociťovala. Sama sebe vidí jako

životního optimistu a i když to bylo náročné, vždy měla odkud čerpat energii pro podporu partnera a pro nabití sama sebe.

Zisk a životní obohacení vidí Petra především v dětech. Je vděčná za všechny chvíle s Danem a zkušenost by absolvovala bez zaváhání znovu. *V životě jsem si splnila všechno co jsem chtěla. Já jsem byla do Marka hrozně zamilovaná a chtěla jsem s ním mít rodinu. Splnil se mi sen a udělala bych to zase.*

Ačkoliv jsem nepřišla na korektní formulaci otázky a tudíž jsem se nezeptala, myslím, že Petra pocítuje jistou úlevu nad tím, že již nemusí po manželově boku bojovat. Byla si vědomá jeho utrpení a myslí, že mu na světě nebylo dobře. Zdá se, že si je velmi vědomá toho, že vychovávat potomky ve stínu této nemoci by bylo velice náročné.

15. Zodpovězení výzkumných otázek

Poznatky, zjištěné při výzkumu potvrzují odbornou literaturu, ze které jsem čerpala ve své teoretické části. Získané informace platí pouze pro konkrétní soubor.

VO1: Jaké změny přinesla deprese do vztahu blízké osoby a osoby trpící depresí?

Změny, které do vztahu vnesla deprese blízké osoby a osoby trpící depresí jsou převážně negativní.

Ačkoliv všichni respondenti, kteří měli možnost vztah vnímat před a po diagnóze zastávají názor, že se jejich vztah nezměnil, některé jejich věty sdělují opak. Nejlépe se tato změna dala vyzorovat na partnerském vztahu.

Respondenti, jejichž partneři trpěli depresí, uvedli, že pro ně ztráceli atraktivitu, což se pravděpodobně projevovalo na jejich společné sexuální aktivitě.

Blízké osoby po znalosti diagnózy a detailech o depresi jednali s nemocným s větší trpělivostí, než projevovali k jiným osobám v jejich životě. Jejich trpělivost byla živena racionálním vědomím, že je jejich blízký nemocný. Jejich přístup byl flexibilnější než obvykle.

Ti respondenti, kteří již nemají společné bydliště s depresivní osobou, mají v důsledku projevů deprese komplikovanější kontakt než před diagnózou. Když má nemocný horší stav, uzavírá se do sebe, záměrně neguje komunikaci (odmítání hovorů, neodepisování na zprávy) a nedává šanci blízkému poskytnout oporu. (Tuto informaci jsem nezaznamenala v nahrávaných rozhovorech, nýbrž při úvodním rozhovoru, kdy jsem zjišťovala, jak často jsou respondenti s blízkým v kontaktu.)

Po upozorování a uvědomění si určitých projevů deprese na svých blízkých, popisuje většina blízkých ztracení pocitu, že mají v milovaném oporu. Začali sami sebe vnímat jako silnějšího a hlavním zdrojem energie ve vztahu.

Pozitivní změna, kterou někteří účastníci výzkumu oceňovali, je ta, že v krizových situacích cítili podporu příbuzných. Krize tak utužila rodinné vztahy.

VO2: Jak soužití s osobou trpící depresí ovlivňuje život blízké osoby?

Všichni respondenti se shodují v tom, že soužití s osobou trpící depresí je náročné. Blízcí vynakládají jisté množství energie na občasné pokusy blízkému náladu zlepšit, málokdy však uspějí.

Nejčastější skór, jež se objevoval v odpovědích, je únava.

Nemocní nepřispívají k chodu domácnosti, ať pro neschopnost způsobenou nemocí, či pro verbální konflikty s tímto procesem spojené. Povinnosti, které by se ve vztahu nezatíženém nemocí pravděpodobně rozdělily, zastává blízký buď sám, či se o ně dělí s jinými členy rodiny.

Blízcí přizpůsobují jak svoje každodenní chování, tak své plánování do budoucna. Respondenti uvádějí, že byli svolní měnit plány, opomíjet volnočasové aktivity, které nemocnému nevyhovovali, trávit méně času s přáteli či potlačovat negativní emoce.

Blízký vztah s nemocným ovlivňuje i jiné vzahy. Někteří respondenti se dostávají do konfliktů se svými blízkými, jelikož se nedokáží dohodnout na jednotném přístupu k nemocnému a je toto téma častým předmětem hádek. Respondenti také uváděli, že byli (v důsledku svých vlastních rozhodnutí) vytrháváni z kolektivu přátel, aby nemocnému dodávali dostatečnou oporu.

Značný dopad deprese na svůj vlastní život pocítuje zejména respondentka, jejíž matka je depresivní. Popisuje celoživotní nenaplněnou touhu po mateřské opoře, na kterou však matka neměla pro nemoc energii a prostor. Tato respondentka uvádí, že toto nenaplnění podpůrné role způsobilo její časté pocity úzkosti.

Respondenti, jejichž blízcí se pokusili o sebevrahu či sebevraždu v minulosti zmiňovali, ztratili určité uvolnění. Nemoc jejich blízkých je dostává dos tresových stavů. Respondenti uvedli, že se tento stres projevuje na jejich každodenním žití (nedostžatek spánku, nechutenství).

Pozitivní dopad na životy blízkých osob vidím v tom, že jim vzrostla životní odolnost. Lépe se naučili pracovat se svou psychikou a trpělivostí.

VO3: Jaké pocity prožívají blízké osoby vzhledem k nemoci blízké osoby?

Po sečtení skóre z jednotlivých emocí je zřejmé, že nejčastější emoci, kterou příbuzní pociťují je smutek. V převážné většině vyjadřují lítost nad diagnózou milovaného a nad jeho utrpením. Mrzí je, že jsou blízcí nemocí omezeni a nemohou si užívat života jako oni samy. V případech, kdy se jejich blízký pokusil o sebevraždu, či sebevraždu dokonal, pak cítí smutek nad jeho případnou či reálnou ztrátou.

Emoce, která je o několik málo skóre na žebříčku druhá, je strach. Nejčastěji cítí silné obavy o to, aby se jejich blízký nepokusil o sebevraždu, či aby si jinak neublížil. Tento motiv ke strachu pociťovaly s porovnáním s ostatními nejčastěji matky depresivních jedinců. Hovořily o tom, jak je tento strach svazující a vyčerpávající, jelikož je stálepřítomný.

Strach však také pociťovali respondenti z možných negativních reakcí depresivního blízkého na jejich osobu, či na jejich chování.

Třetí nečastější emoci byl vztek. Vztek na nemoc samotnou, častěji ale na blízkého. Blízcí byli rozčileni, že nedostávají dostatečnou pozitivní zpětnou vazbu a dostatek opory, kterou by si přáli ve vztahu mít. Motivem k jejich vzteku byl často také neuspokojivé množství vděku, které jím nemocní za jejich výdej energie prokázali.

Další emoci, kterou blízké osoby cítily, bylo překvapení. Vyjma jedné respondentky, která měpa psychoterapeutický výcvik, se ostatní shodují, že neměli ani podezření, že by jejich milovaný mohl trpět něčím tak fatálním, jako je depresivní onemocnění. O něm se dozvěděli až po stanovení diagnózy. Šok popisují zejména ti respondenti, jejichž blízký se pokusil či dokonal sebezabití.

Většina respondentů někdy cítila, či stále cítí částečnou zodpovědnost či pocity viny. Jsou přesvědčení, že mají jistý podíl na nemoci svého milovaného. Silný pocit úlevy a osvobození se dostavil poté, co jím byla sdělena diagnóza z úst odborníka. Pociť, že mají přičinění na špatných stavech blízkého oslábl.

Další emoce, které se v odpovědích objevovali, ne však v takovém zastoupení, abych pro ně vytvořila kategorii byl vděk, za společně prožité chvíle a za získanou zkušenost a potěšení respondentů nad tím, že jsou potřební.

Diskuze

Z odpovědí všech respondentů je jasné, že žít s psychicky nemocným je náročná a vyčerpávající situace. Blízké osoby depresivních jedinců prožívají mnoho negativních emocí, žijí v konstantním strachu o milovaného, pociťují vtek, vinu a smutek.

Soužití s depresivní osobou se projevuje v každodenním životě. Respondenti pociťují únavu, nedostatek ocenění, podpory a přijetí nemocným.

Deskripce všech změn a pocitů, které sebou přináší vztah s depresivní osobou, není lehkým úkolem. Prožívání každého jedince je individualní a mnohé dojmy zůstanou nevyřčeny a skryty. Blízké osoby jsou pod velikým společenským tlakem, jelikož při opuštění nemocného či přerušení kontaktů s ním dochází nezdědka k sociálnímu odsouzení. Je od nich očekávána stabilita a opora v každé chvíli.

Zpětně si pokládám otázku, zda by nebylo pregnantnější zvolit výzkumný soubor se stejným vztahem k depresivní osobě.

Nelze s určitostí říci, do jaké míry byli všichni respondenti otevření. Neměla jsem možnost se všemi účastníky navázat dostatečně bezpečný vztah. Po určité spolupráci by se mi jistě otevřeli více.

Princip tohoto typu výzkumu je založen na subjektivitě a tak je možné, že by respondenti některé své odpovědi inepretovali jiným způsobem.

Vliv na získané údaje může mít také fakt, že jsem studentka v ranných dvaceti letech a nemám dokončená studia.

Nabízí se zde téma podpůrných skupin či skupinových terapií pro blízké jejichž milovaní trpí depresí. Jedna z respondentek nedostatek takovýchto služeb zmínila v rozhovoru a já jsem těchto skupin také moc neobjevila. Chápající prostředí, kde by si blízcí mohli předat zkušenosti a odhalit své pocity beze strachu, by byl jistě přínosný. Stejně tak rodinné či párové terapie, kde by byl ponechán prostor jak nemocnému, tak i jeho blízké osobě, by byl prospěšný pro všechny účastníky vztahu. Zejména v oblasti vzteku a viny. Blízké osoby si stále racionalizují, že je milovaný nemocný, pomáhá jim to však jen do určité míry. Reálné vnitřní přijetí tohoto faktu by jim napomohlo od negativních pocitů a snížilo hladinu stresu.

Dostat se do kontaktu s touto tematikou mě jistě citově ovlivnilo a proto je interpretace získaných dat ovlivněna určitou mírou mé vlastní subjektivity.

16. Závěr

Můj výzkum se pokoušel zmapovat pocity blízké osoby, její prožitky a životní změny v souvislosti s milovanou osobou, jež trpí depresí. Ne všechny výpovědi respondentů se shodují. Některé depresivní onemocnění u jejich blízkých šokovalo, někteří jej viděli již v zárodku. U všech je však možné rozeznat velmi silné emoce. Nejčastěji je to strach, smutek a vztek.

Každý z respondentů cítí, že mu deprese, i když nepřímo, nějakým způsobem změnila život. Převážná většina z nich přehodnotila a změnila své vzorce chování v každodenní interakci s nemocným blízkým. Dopady vidí i na celkovém vnímání života a vztahu s depresivní osobou.

Životy všech dotazovaných jsou protknuty únavou a jistým pocitem úzkosti, jehož se nemůžou zbavit. Nezapomínají však, že setkání s touto nemocí nemá jen negativní následky, ale pozitivní. Respondenti jsou díky své životní situaci silnější, vděčnější vědomější si vlastních schopností.

Tato bakalářská práce může sloužit k inspiraci pro podrobnější výzkum dané tematiky. Také by mohla upoutat pozornost na osoby, jež milují a pečují o psychicky nemocné blízké. Péče se jim věru nedostává mnoho.

17. Souhrn

Výzkum v rámci mé bakalářské práce si kladl za cíl osvětlit, jakým způsobem ovlivňuje život soužití s osobou trpící depresí. Výsledky jsem zjišťovala následováním tří výzkumných otázek, jež byly rozloženy na určitý počet specifických dotazů, jež jsem kladla při hloubkových rozhovorech s blízkými osobami depresivních jedinců. Šest účastníků výzkumu poskytlo své zážitky, názory a dojmy o této tématice.

Výsledky výzkumu prokazují, že se soužití s depresivní osobou nezanedbatelně odráží na životě a prožívání blízké osoby. V důsledku nemoci se mění vztah blízké osoby s nemocným. Blízká osoba přizpůsobuje a mění své chování. Také prožívá silné emoce, jež se vtahují k její momentální životní situaci.

Ačkoliv bylo v odpovědích respondentů vždy možné najít určité obohacení, jež jim nemoc milovaného přinesla, změny a prožitky v životě blízkých osob jsou převážně negativní a v některých případech fatální.

Seznam zdrojů:

1. Bandura, A. (c1986). Social foundations of thought and action: a social cognitive theory. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
2. Beach, S. R. (c2001). Marital and family processes in depression: a scientific foundation for clinical practice (1st ed.). Washington, D.C.: American Psychological Association.
3. Borowiecka-Karpiuk, J., Dudek, D., Siwek, M., & Jaeschke, R. (2014). Spousal burden in partners of patients with major depressive disorder and bipolar disorder [Online]. *Psychiatria Polska*.
4. Bowlby, J. (2013). Ztráta: smutek a deprese (Vyd. 1.). Praha: Portál.
5. Brummelte, S., & Galea, L. A. (2016). Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care. *Hormones And Behavior*, 77(Parental Care), 153-166. doi:10.1016/j.yhbeh.2015.08.008
6. Cobb, S. (1976). Social Support as a Moderator of Life Stress [Online]. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314. <http://doi.org/10.1097/00006842-197609000-00003>
7. Coyne, J. C., Thompson, R., & Palmer, S. C. (2002). Marital quality, coping with conflict, marital complaints, and affection in couples with a depressed wife. *Journal of Family Psychology*, 16, 26–37.
8. Desha, L. N., Nicholson, J. M., & Ziviani, J. M. (2011). Adolescent Depression and Time Spent with Parents and Siblings. *Social Indicators Research*, 101(2), 233-238.
9. Deprese : příznaky, příčiny, diagnostika, léčba : psychické faktory, fyzické symptomy, druhy deprese, antidepressiva, alternativní přístupy. (1996). Havlíčkův Brod: Fragment.
10. Deprese a výkon: kognitivní výkonnost u depresivní poruchy v období remise (1. vyd.). Praha: Psychiatrické centrum.
11. Dingfelder. (2005). Parents' depression can intensify their children's depression [Online]. In *www.apa.org*. Retrieved from <http://www.apa.org/monitor/oct05/depression.aspx>
12. Drake, K. L., & Ginsburg, G. S. (2012). Family factors in the development, treatment, and prevention of childhood anxiety disorders. *Clinical Child and Family*

Psychology Review, 15, 144–162. doi:10.1007/s10567-011-0109-0

13. Dunlop, B. W., Hill, E., Johnson, B. N., Klein, D. N., Gelenberg, A. J., Rothbaum, B. O., & ... Kocsis, J. H. (2015). Mediators of Sexual Functioning and Marital Quality in Chronically Depressed Adults with and Without a History of Childhood Sexual Abuse. *Journal Of Sexual Medicine*, 12(3), 813-823. doi:10.1111/jsm.12727
14. Fuhrer, R., & Stansfeld, S. A. (2002). How gender affects patterns of social relations and their impact on health: a comparison of one or multiple sources of support from “close persons” [Online]. *Social Science*, 54(5), 811-825. [http://doi.org/10.1016/S0277-9536\(01\)00111-3](http://doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00111-3)
15. Georgotas, A., & Cancro, R. (c1988). Depression and mania: smutek a deprese (Vyd. 1.). New York: Elsevier.
16. Giannakopoulos, G., Tzavara, C., & Kolaitis, G. (2015). Preventing Psychosocial Problems and Promoting Health-Related Quality of Life in Children and Adolescents Struggling with Parental Depression [Online]. *Open Journal Of Depression*, 04(02), 24-29. <http://doi.org/10.4236/ojd.2015.42003>
17. Hammarlund, K., Andersson, E., Tenenbaum, H., & Sundler, A. J. (2015). We are also interested in how fathers feel: a qualitative exploration of child health center nurses' recognition of postnatal depression in fathers. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 151-7. doi:10.1186/s12884-015-0726-6
18. Harold H. Kelley. (1979). Personal relationships: their structures and processes. Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
19. Hendl, J. (2008). Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace (2., aktualiz. vyd.). Praha: Portál.
20. Herman, E., & Doubek, P. (c2008). Deprese a stres: vliv nepříznivé životní události na rozvoj psychické poruchy. Praha: Maxdorf.
21. Honzák, R. (1999). Deprese: depresivní nemocný v nepsychiatrické ordinaci (1. vyd.). Praha: Galén.
22. Honzák R. Interview s psychiatrickým odborníkem. Deprese.com
23. Höschl, C., Libiger, J., & Švestka, J. (Eds.). (2004). Psychiatrie: depresivní nemocný v nepsychiatrické ordinaci (2. dopl. a opr. vyd.). Praha: TIGIS.
24. Choi, H., & Marks, N. F. (2008). Marital Conflict, Depressive Symptoms, and Functional Impairment [Online]. *Journal Of Marriage And Family*, 70(2), 377-390.

<http://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2008.00488.x>

25. Ikeda, M., Hayashi, M., & Kamibeppu, K. (2015). The Experience of Postpartum Depression among Mothers with Withdrawn Attachment Style during Pregnancy and the First Postnatal Month [Online]. *Open Journal Of Depression*, 04(04), 61-68. <http://doi.org/10.4236/ojd.2015.44008>
26. Kahn R. L., Antonucci T. C. (1980). Convoys over the life course: Attachment, roles, and social support. In Baltes P. B., Brim O. (Eds.), *Life-span development and behavior* (Vol. 3, pp. 254–283). New York: Academic Press.
27. Kaplan, B. H., Cassel, J. C., & Gore, S. (1977). Social Support and Health. *Medical Care*, 15(Supplement), 47-58. <http://doi.org/10.1097/00005650-197705001-00006>
28. Kaimal, G., Beardslee, W. R., & Kolaitis, G. (2010). Emerging Adulthood and the Perception of Parental Depression [Online]. *Qualitative Health Research*, 20(9), 24-29. <http://doi.org/10.1177/1049732310371625>
29. Kebza, V., Paclt I. (1999). *Strukturovaný vyšetřovací a intervenční postup depresivních poruch v primární lékařské péči: detekce, diagnóza a léčba* (1. vyd.). Praha: Státní zdravotní ústav.
30. Kelleher KJ. (2015). Beyond Blame: Parents as Partners [Online]. *The Journal Of Pediatrics*, 167(4), 795-6. <http://doi.org/10.1016/j.jpeds.2015.07.039>
31. Kim, J. H. (2015). Trajectories of Parent–Adolescent Relationship Quality Among At-Risk Youth: Parental Depression and Adolescent Developmental Outcomes [Online]. *Archives Of Psychiatric Nursing*, 29(6), 434-440. <http://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.07.001>
32. Kronmüller, K., Backenstrass, M., Victor, D., Postelnicu, I., Schenkenbach, C., Joest, K., & ... Mundt, C. (2011). Research report: Quality of marital relationship and depression: Results of a 10-year prospective follow-up study. *Journal Of Affective Disorders*, 12864-71. doi:10.1016/j.jad.2010.06.026
33. Křivohlavý, J. (2001). *Optimismus, pesimismus a prevence deprese*. Praha: Grada Publishing,.
34. Mak, W. W. S., & Cheung, R. Y. M. (2012). Psychological Distress and Subjective Burden of Caregivers of People with Mental Illness: The Role of Affiliate Stigma and Face Concern [Online]. *Community Mental Health Journal*, 48(3), 270-274.

<http://doi.org/10.1007/s10597-011-9422-9>

35. McKenzie, K. (2001). *Deprese* (1. vyd.). Praha: Grada.
36. Neill, L. P. (2016). Anxiety and depression symptomatology in adult siblings of individuals with different developmental disability diagnoses [Online]. *Research In Developmental Disabilities*, 51-52, 116-125.
<http://doi.org/10.1016/j.ridd.2015.12.017>
37. Nový občanský zákoník 2014: rejstřík : redakční uzávěrka 26. 3. 2012. Nový občanský zákoník 2014: rejstřík : redakční uzávěrka 26. 3. 2012 [Online].
<http://doi.org/978-80-7208-920-8>
38. Praško, J., Pašková, B., & Prašková, H. (2001). *Bolestně smutná nálada, aneb, Co je to deprese a jak se léčí*, (2. vyd.). Praha: Psychiatrické centrum.
39. Praško, J., Buliková, B., & Sigmundová, Z. (2010). *Depresivní porucha a jak ji překonat* (1. vyd.). Praha: Galén.
40. Žiju s depresí. In: *Rodina a já* [Televizní dokument]. ČT1. 2.4. 2010 16:25
41. Röhr, H. -P., Pašková, B., & Prašková, H. (2013). *Nedostatečný pocit vlastní hodnoty: sebedestruktivní vnitřní programy a jejich překonávání* (Vyd. 1.). Praha: Portál.
42. Sanders, A., Szymanski, K., & Fiori, K. (2014). The family roles of siblings of people diagnosed with a mental disorder: Heroes and lost children. *International Journal Of Psychology*, 49(4), 257-262. doi:10.1002/ijop.12020
43. Sawyer, A., Fisher, A., Llewellyn, C., & Gregory, A. M. (2015). Self-reported sleep quality, weight status and depression in young adult twins and siblings [Online]. *Bmc Obesity*, 2(1), -. <http://doi.org/10.1186/s40608-015-0079-8>
44. Scanlon, N., & Epkins, C. (2015). Aspects of Mothers' Parenting: Independent and Specific Relations to Children's Depression, Anxiety, and Social Anxiety Symptoms. *Journal Of Child & Family Studies*, 24(2), 249-263.
doi:10.1007/s10826-013-9831-1

45. Seiffge-Krenke I, Overbeek G, Vermulst A. Parent-child relationship trajectories during adolescence: Longitudinal associations with romantic outcomes in emerging adulthood. *Journal of Adolescence*.2010;33:159–171.
46. Strauss, A. L., & Corbin, J. M. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie* (Vyd. 1.). Boskovice: Albert.
47. SVOBODA, Mojmir. *Psychologická diagnostika dospělých*. Vyd. 2. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-327-7.
48. Švaříček, R., Šedřová, K., & Prašková, H. (2007). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*(Vyd. 1.). Praha: Portál.
49. Vágnerová, M. (2004). *Základy psychologie* (1. vyd.). Praha: Karolinum.
50. Vančurová-Fragmentová, E. 1966. *Vztahy mezi sourozenci*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství. 111 s.
51. Verdiano, D. L. (1987). Family roles: An integration of theory, research, and practice. *Dissertation Abstracts International*, 47(10-B), 4132–4133.
52. Whisman, M. A., Uebelacker, L. A., & Weinstock, L. M. (2004). Psychopathology and Marital Satisfaction: The Importance of Evaluating Both Partners [Online]. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 72(5), 830-838.
<http://doi.org/10.1037/0022-006X.72.5.830>
53. Wickramaratne, P.), Talati, A.), Warner, V.), & Haroz, E.). (2016). Impact of a Father Figure's Presence in the Household on Children's Psychiatric Diagnoses and Functioning in Families at High Risk for Depression. *Journal Of Child And Family Studies*, 25(2), 588-597. doi:10.1007/s10826-015-0239-y