

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Katedra psychologie

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Student s depresí: perspektiva blízké osoby
Student with depression: the perspective of a close person

Bc. Helena Švecová

Vedoucí práce: Mgr. Jana Adámková
Studijní program: Psychologie
Studijní obor: N PSYCH

Odevzdáním této diplomové práce na téma Student s depresí: perspektiva blízké osoby potvrzuji, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 7.7.2022

Na tomto místě bych chtěla poděkovat všem respondentům a jejich blízkým, kteří se mnou byli ochotni sdílet část svých životů, díky čemuž mohla vzniknout tato práce. Diplomovou práci jsem dokončovala s nadějí, že v ní možná naleznete vzájemnou inspiraci nebo alespoň útěchu, že v tom nejste sami a existují i další lidé zažívající podobné situace a pocity. Velký dík patří také vedoucí této diplomové práce, Mgr. Janě Adámkové, díky jejíž obrovské ochotě a vstřícnosti jsem v kritických momentech nepropadala panice. Stejně tak jsem vděčná za poskytnutí prostoru ke zkoumání vlastního tématu (a vlastním tempem).

ABSTRAKT

Tato diplomová práce se zabývá studenty s depresí a jejich blízkými osobami. Cílem této diplomové práce je zmapovat různé aspekty soužití se studentem trpícím depresí. Využitá je přitom perspektiva blízkých osob, jejichž podpora bývá pro studenty s depresí klíčová.

Teoretická část se zabývá vymezením pojmu deprese za využití historické perspektivy a a perspektivy diagnostických manuálů. Dále se věnuje různým aspektům depresivních onemocnění, včetně jejich dopadů na život jedince. Poslední kapitola teoretické části se pak věnuje copingu a copingovým strategiím. Empirická část práce snaží zmapovat různé strategie podpory studenta s depresí, které volí blízké osoby. U deprese, jakožto velmi závažného onemocnění, se také dá předpokládat ovlivnění psychického stavu těchto pečujících blízkých osob. V návaznosti na tento předpoklad se práce rovněž snaží zmapovat copingové strategie, které blízké osoby využívají pro podporu vlastního duševního zdraví. Pro naplnění výzkumných cílů byla zvolena kvalitativní metodologie. K získání dat byla využita metoda polostrukturovaného rozhovoru a následná analýza textu byla provedena za využití otevřeného kódování.

Analýza rozhovorů poukázala na subjektivně nejobtížnější aspekty soužití se studentem trpícím depresí, kterými byly vlastní prožívání pocitů bezmoci, a na straně člověka trpícího depresí pak podrážděnost, výkyvy nálad, intenzivnější emoční odezva a snížené sebevědomí. Výzkum poukázal na nutnost individuálního přístupu k podpoře blízkého trpícího depresí. Z výzkumu také vyplývá nutnost uvědomění si, že také podporující osoby si musí hlídat vlastní zdraví a v případě potřeby mají nárok na vyhledání podpory.

KLÍČOVÁ SLOVA

afektivní poruchy, depresivní poruchy, student, blízká osoba, copingové strategie, podpora, kvalitativní metodologie

ABSTRACT

This thesis focuses on students with depression and their close persons. The aim of this thesis is to map various aspects of coexistence with a student suffering from depression. It uses the perspective of these close persons, whose support of students with depression is essential. The theoretical part deals with defining the concept of depression using a historical perspective and the perspective of diagnostic manuals. It also focuses on various aspects of depressive illnesses, including their impact on life of the individual. The last chapter of the theoretical part then deals with coping and coping strategies. The empirical part of this paper tries to map different strategies of support for a student with depression, which close people tend to choose. In the case of depression, as a very serious illness, it can also be assumed that the psychological state of these close ones will be affected. Following this assumption, this work also tries to map the coping strategies that close persons use to support their own mental health. A qualitative methodology was chosen to attain the research objectives. A semi-structured interview method was used to obtain data and the subsequent analysis of the text was carried out using open coding.

The analysis of the interviews pointed to the subjectively most difficult aspects of living with a student suffering from depression, which were the very own experience of helplessness and then irritability, mood swings, over-intense emotional response and reduced self-confidence of the person suffering from depression. Research has pointed to the need for an individualised approach to the support. The research also shows the need of realization that supporting people must care of their own health too and have the right to seek support in the case of need.

KEYWORDS

affective disorders, depressive disorders, student, close person, coping strategies, support, qualitative methodology

Obsah

Úvod	8
TEORETICKÁ ČÁST	9
1 Vymezení pojmu deprese	9
1.1 Deprese v historii a v současnosti	9
1.1.1 Starověk	10
1.1.2 Středověk	10
1.1.3 Novověk	11
1.1.4 Historický základ pro současné pojetí	12
1.1.5 Alternativní náhled: melancholie jako dar	13
1.2 Deprese v mezinárodních diagnostických manuálech	13
1.2.1 MKN-10	15
1.2.2 MKN-11	16
1.2.3 DSM-5	18
2 Prevalence, etiologie, symptomatologie, průběh a diagnostika depresivních poruch .	21
2.1 Prevalence	21
2.2 Etiologie	22
2.2.1 Genetické faktory	22
2.2.2 Biologické faktory	22
2.2.3 Psychosociální faktory	23
2.3 Vznik a průběh	24
2.4 Symptomatologie	24
2.4.1 Diagnostická kritéria	25
2.4.2 Diferenciální diagnostika	27
2.4.3 Suicidialita	29

2.4.4	Diagnostika.....	29
3	Možnosti léčby	30
4	Specifika pro různé věkové kategorie	32
4.1	Dětství.....	32
4.2	Puberta a adolescence	33
4.3	Mladá dospělost	35
4.4	Dospělost, stáří.....	36
5	Život s depresí	37
5.1	Důsledky pro život jedince	37
5.2	Sociální kontext	40
5.2.1	Partnerský vztah	41
5.3	Podpora člověka s depresí.....	42
6	Coping	42
6.1	Copingové strategie	44
6.1.1	Copingové strategie lidí s depresí.....	44
6.1.2	Copingové strategie blízkých osob.....	45
	EMPIRICKÁ ČÁST	47
7	Cíl výzkumu	47
8	Metodologie.....	47
8.1	Metody	48
8.2	Výzkumný vzorek.....	49
8.3	Sběr dat	49
8.4	Zpracování a analýza dat	50
9	Rozhovory	50
9.1	Michal	50

9.2	Maria	51
9.3	Štěpán.....	52
9.4	Eda	52
9.5	Patrik.....	52
10	Analýza rozhovorů	53
10.1	Symptomy a jejich subjektivně prožívaná náročnost.....	53
10.1.1	Nejnáročnější aspekty soužití	54
10.2	Strategie podpory	58
10.2.1	Behaviorální podpora	58
10.2.2	Psychická podpora, přístupy.....	58
10.2.3	Nejvíce oceňované strategie podpory.....	60
10.2.4	Neefektivní strategie podpory	62
10.2.5	Doporučované přístupy	63
10.3	Coping	64
10.3.1	Coping využívaný studentem s depresí	64
10.3.2	Coping blízké osoby	66
10.4	Další závěry.....	68
10.5	Souhrn zjištění.....	69
11	Diskuse	72
	Závěr.....	77
	Seznam použitých informačních zdrojů	79
	Literární zdroje	79
	Webové zdroje.....	84
	Seznam příloh.....	85

Úvod

„Je fakt těžký, když člověk vidí, že se kamarád tak trápí. Zvláště když nemůžeš dělat nic jiného než „stát při něm“. Chtěl bych mu pomoci, aby se netrápil, ale nemůžu. Tak ho prostě doprovázím, kdykoliv mi chce ukázat svůj svět.“

(Ten, kdo stojí v koutě)

Výskyt pacientů trpících depresivním onemocněním celosvětově narůstá. Také odborníci věnují depresi stále více pozornosti, jelikož má mimo jiné významné ekonomické dopady. Dle údajů Světové zdravotnické organizace se v roce 2017 jednalo o nejdůležitější příčinu celosvětové invalidity postihující zhruba 322 milionů lidí (*Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates, 2017*). Se zvyšujícím se povědomím o tomto onemocnění dochází k jeho častější diagnostice a narůstajícímu počtu pacientů.

V odborné literatuře je často zmiňována odborná péče o pacienty trpící depresí, rozvíjí se možnosti farmakologické i nefarmakologické léčby. Přitom však bývá často opomíjena oblast neoborné péče. Přitom většinu času s nemocným netráví odborníci, ale právě jeho nejbližší, rodina či partneři. Jak deprese zasahuje do života jejímu nositeli a jeho nejbližšímu okolí? A jak se s ní tyto osoby vypořádávají?

Cílem této diplomové práce je zmapovat různé aspekty soužití s mladým člověkem trpícím depresí. Využitá je přitom perspektiva blízkých osob, jejichž podpora bývá pro studenta s depresí klíčová. V teoretické části práce je přiblížen pojem deprese z historického a diagnostického pohledu a následně jsou rozebrány různé aspekty depresivních onemocnění, včetně jejich dopadů na život jedince. Závěrečná část teoretické části se pak věnuje copingu a copingovým strategiím. Empirická část této práce využívá kvalitativní metodologii a vychází z analýzy pěti rozhovorů s lidmi, jejichž blízcí trpí depresí. Cílem této analýzy je zmapovat různé strategie podpory studenta s depresí, které blízké osoby volí. U deprese, jakožto velmi závažného onemocnění, se také dá předpokládat ovlivnění psychického stavu těchto pečujících blízkých osob. Tato práce se rovněž snaží zmapovat copingové strategie, které blízké osoby využívají pro podporu vlastního duševního zdraví.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Vymezení pojmu deprese

Pojem deprese je laickou veřejností často nadužíván. Běžně se můžeme setkat například s hovorovým obratem „mám depku“. Mluvíci touto frází zpravidla označuje smutek, nechut' či nedostatek energie, stručně řečeno špatnou náladu. Takováto neradostná nálada však obvykle mívá kratší trvání a jedinec se s ní dokáže svépomocí vypořádat. Mezi laickým pojetím deprese a depresí jakožto odborným termínem existují určité rozdíly, ať už kvalitativního či kvantitativního charakteru.

Přenos odborné terminologie do běžného, hovorového jazyka, souvisí i s posunem významů. Pojmy se poté rozostřují a dochází k jejich devalvaci. S tím souvisí i snižování vážnosti, s níž laická veřejnost k diagnóze deprese přistupuje (Ptáček et al., 2016).

Odborný pohled pak pojímá depresi coby syndrom, který může být součástí některých dalších onemocnění, např. poruchy přizpůsobení nebo alkoholové závislosti. V užším slova smyslu je deprese pojímána jako soubor symptomů definujících specifické duševní onemocnění. Deprese je tradičně řazena mezi afektivní poruchy, tedy duševní poruchy, které zahrnují změny nálady ve smyslu jejího zvýšení nebo snížení doprovázené adekvátní změnou úrovně celkové aktivity. Tradičně je deprese vysvětlována v kontrastu s další afektivní poruchou, maníí. Zatímco manie se vyznačuje zvýšenou náladou s odpovídajícím vzrůstem energie a aktivity, deprese se projevuje poklesem nálady, úbytkem energie a aktivity a sníženou schopností radovat se ze života.

Následující odstavce se pokusí přiblížit odborné pojetí deprese za využití dvou různých perspektiv. První část se zabývá depresí z hlediska historického vývoje tohoto pojmu a druhá část pak navazuje s rozbořem pojetí deprese jakožto diagnostické kategorie.

1.1 Deprese v historii a v současnosti

Duševní onemocnění se v populaci zřejmě vyskytují již od pradávna. Ačkoliv výklad poruch a způsoby jejich léčby se různily v závislosti na úrovni poznání a aktuální ideové orientaci společnosti, popis symptomů se od moderního pojetí v zásadě neliší. Následující část práce se zaměřuje na historický vývoj pojetí afektivních poruch s důrazem na poruchy

z depresivního okruhu. Stručný pohled do historie afektivních poruch může osvětlit některé aspekty dnešního náhledu na tento typ duševního onemocnění.

1.1.1 Starověk

Afektivní poruchy se objevují napříč nejrůznějšími historickými záznamy, Vágnerová (2014) například uvádí Homérovu Illiadu nebo starozákonní příběh o králi Saulovi. Jak ukazují nejen Homérova díla, ve starověku byla nejprve deprese, stejně jako další duševní onemocnění, vysvětlována pomocí působení démonických sil (Glas, 2003). Postupně se řeční učenci začali od podobných vysvětlení odklánět a soustředili se na klinické pozorování a uvažování o dané problematice. Pojmy mánie a melancholie použil již v 5. století před naším letopočtem Hippokratés ve spisu Corpus Hippocraticum. Hippokratés ve své, tzv. humorální, teorii popsal čtyři temperamentové typy, každý na základě dominance jedné ze čtyř tělesných tekutin: krve, černé žluči, žluté žluči a hlenu. Pojem melancholie pochází z řeckých slov *melaina cholé*, tedy černá žluč, která měla údajně v těle melancholika převažovat. Důležité je však zmínit, že dle této teorie se nemusí u každého jedince s melancholickým temperamentovým typem nutně rozvinout melancholie ve smyslu duševního onemocnění (Akiskal & Akiskal, 2007). Jakékoliv duševní onemocnění pak dle této teorie vzniká v důsledku disbalance v poměru výše zmíněných tělesných tekutin. Bázi pro vznik melancholie měly dle Hippokrata tvořit především smutek a strach, přičemž za přídatné symptomy byly označovány nechut' k jídlu, sklíčenost, nespavost, podrážděnost nebo neklid (Jackson, 2008). Již v této době byla jako důležitý ukazatel výskytu melancholie uváděna chronicita, tedy prolongace výskytu uvedených příznaků.

Ve 2. století našeho letopočtu pak Hippokratovy úvahy dále rozpracoval Galén (Raboch & Zvolský, 2001). Rovněž se domníval, že melancholie se konstituuje na základě prolongovaného strachu a smutku. Inspirovaný prací Rufuse z Efesu pak Galén přispěl k poznání melancholie popisem melancholických bludů a pojmenováním tří forem melancholie: formy postihující primárně mozek, hypochondrické formy a formy zasahující krevní řečiště (Jackson, 2003).

1.1.2 Středověk

Velmi rozdílný přístup k afektivním poruchám, a duševním onemocněním obecně, přinesl středověk, kdy dominantní výkladové paradigma udávala náboženství. Právě

v židovské a později i křesťanské tradici pak byla melancholie považována za Boží trest pro hříšníky (Vágnerová, 2014). Daný jedinec ani jeho okolí si přitom žádného hříchu nemuseli být vědomi, avšak samotný projev příznaků onemocnění byl považován za důkaz existence hříchu. Melancholické symptomy byly konkrétně spojovány s leností, jakožto jedním ze sedmi smrtelných hříchů (Jackson, 1981). Tento fakt ovlivňoval nejen postoje a chování společnosti k nemocnému, ale i jeho vlastní sebepojetí. U nemocného se pak mohly výrazně prohlubovat pocity viny či autoakuzace související s onemocněním.

Vybraní učenci z evropských a zejména arabských zemí, například Avicenna, přejali a rozvíjeli starověkou humorální teorii (Davison, 2006). Odborné poznání na poli afektivních poruch se nicméně v průběhu středověku posunulo pouze minimálně (Glas, 2003).

1.1.3 Novověk

V 16. století se proti dosavadním teoriím o vzniku melancholie postavil Paracelsus, který se vymezil vůči přesvědčením o její příčině v metafyzické sféře i k humorální teorii (Davison, 2006). Další významnější změny v pojetí melancholie v průběhu 16. a 17. století shrnuje například Jackson (2008). Prvním důležitým posunem je poznání, že smutek a strach u melancholie přicházejí bez zjevné příčiny. Ačkoliv se tento názor historicky objevoval již dříve, až během 16. století se stal obecně přijímaným. Dalším důležitým poznatkem byl popis viny, explicitní či implicitní, jakožto jednoho ze symptomů melancholie. Poslední důležitý poznatek, existenci melancholických bludů, formuloval již dříve Rufus z Efesu, ale až nyní začal být všeobecně přijímán. V tomto období si odborníci dále ve spojitosti s bludy povšimli, že s výjimkou bludných témat melancholictví jedinci dokáží uvažovat racionálně. Tato částečná nepřičetnost se později stala jedním z klíčových aspektů definice melancholie.

V průběhu 19. století se pak bludy i částečná nepřičetnost staly při popisu symptomů melancholie spíše marginálními charakteristikami. Při diagnostice melancholie začal být kladen důraz na poruchu afektivity, konkrétně stav sklíčenosti a zoufalství, jakožto jádrovou součást klinického obrazu, přičemž za důležité přídatné symptomy byly považovány zpomalení myšlení a fyzické aktivity (Jackson, 2008). Vznik a charakter melancholických bludů také začal být odvozován od primárního symptomu, tedy pokleslé nálady.

V návaznosti na starověkou teorii vzniku duševních onemocnění včetně melancholie v důsledku nerovnováhy poměru tělesných tekutin se odborníci postupně dostávali i k jiným

tělesným příčinám psychických onemocnění. Jednalo se především o různé tělesné tekutiny a jejich cirkulaci v těle. Nicméně v průběhu 19. století se víceméně ustálilo přesvědčení, že zdrojem duševních onemocnění je mozek (Jackson, 2008).

1.1.4 Historický základ pro současné pojetí

Jak uvádí Davison (2006), na začátku 19. století začala narůstat nespokojenost s termínem „melancholie“, protože se využíval pro popis běžných i patologických stavů. Objevilo se několik pokusů o zavedení nového odborného termínu (např. tristimánie, lypemánie nebo afektivní nepřičetnost) a na konci 19. století byla dosavadní melancholie nahrazena pojmem „mentální deprese“.

Bohužel dosud neexistovala žádná ucelená klasifikace duševních onemocnění, což mělo za následek tendence odborníků přicházet při diagnostice s vlastními kategoriemi a variantami (Davidson, 2006). Na tento problém zareagoval Emil Kraepelin, který vedle sebe postavil melancholii a manii a popsal tato onemocnění ve vzájemném kontrastu pomocí triády kritérií. Manii charakterizoval myšlenkovým tryskem, exaltovanou náladou a zvýšenou aktivitou, zatímco melancholii naopak přisuzoval inhibici myšlení, depresivní pocity a psychomotorickou inhibici (Jackson, 2008). Následně vypracoval klasifikační systém, v němž zvlášť vyčlenil melancholii, manii, periodické (melancholie nebo manie) a cirkulární (kombinace) šílenství. Kraepelin klasifikaci několikrát revidoval, přičemž definitivní podoba afektivních poruch je formulována v jejím 6. vydání z roku 1899. Toto vydání uvádí kategorii maniodepresivních psychóz, do které spadají manické, depresivní a smíšené stavy. Kraepelin také v rámci klasifikace popsal symptomy, kterými se melancholie vyznačuje: nespavost, ztráta chuti k jídlu, váhový úbytek, zácpa, ztráta sexuálního zájmu, neklid, podrážděnost, úzkost, sebeponižující obavy, suicidální sklony a bludy. Dle Höschla et al. (2002) postavil právě Kraepelin svou klasifikaci základy, na nichž stojí dnešní psychiatrické klasifikace.

Z psychologického hlediska se vznikem a vývojem deprese zabýval například Freud ve svém díle Truchlení a melancholie. Jak napovídá název díla, Freud vysvětloval vznik deprese jako odchylku v procesu truchlení. Tento mechanismus objasňuje Peřich (2019): „Milovaný objekt je skrze narcistickou identifikaci zvnitřněn, a navíc umístěn do nevědomí,

takže si člověk souvislosti svého zoufalství se ztrátou často ani není vědom. Při smutku je tedy ztráta umístěna do vnějšího světa, u melancholie do světa vnitřního.“

1.1.5 Alternativní náhled: melancholie jako dar

Kromě pojetí melancholie jako patologie se v historii rozvíjel také alternativní diskurz, který vnímá melancholii kladně, jako dar či obohacení. Vývoj tohoto náhledu v historii popisuje podrobně například Glas (2003), který zde jako hlavní představitele zmiňuje Platóna, Aristotela nebo později Roberta Burtona a Williama Jamese.

Již Aristoteles přisuzoval melancholickým jedincům dispozice pro výjimečné úspěchy a kreativitu v oblasti filozofie, v politice, poezii nebo umění (Akiskal & Akiskal, 2007). Po období středověku, kdy byla melancholie pojímána jako boží trest, se k teorii melancholie jako obdarování učenci opět vrátili v období renesance. V návaznosti na rozvoj astrologie byla od starověku melancholie často spojována s planetou Saturn. Saturn byl ve starověku chápán jako symbol zasmušilosti, opuštěnosti, úpadku a stáří, v období renesance se pak stal symbolem ambivalence intelektuálního a uměleckého života (Glas, 2003). Teorii vlivu Saturnu na lidskou psychiku v renesanci rozpracoval podrobně Marsilio Ficino (Nijhuis, 2020). Lidi narozené ve znamení Saturnu považoval za nesmírně citlivé a přemýšlivé a tím pádem velmi talentované na poli umění a kreativity, nicméně také náchylné k propuknutí melancholie. Vnímал tedy melancholii jako stav, který se pojí s vysokým intelektem jako jeho důsledek. Ficino dokonce na základě tohoto přesvědčení sepsal rady pro jedince narozené v Saturnu, jak prostřednictvím změny životního stylu nepropadnout své náchylnosti k melancholii. Tyto rady byly opět astrologicky laděny, Ficino například doporučoval „provádět fyzické cvičení v den a hodinu Jupitera a když Jupiter vládne“ (Ficino in Nijhuis, 2020, str. 10). Umělecky Ficinovy myšlenky ztvárnil Albrecht Dürer na proslulé mědirytině Melancholie I (Sullivan, 2008).

1.2 Deprese v mezinárodních diagnostických manuálech

Rozvoj medicínského poznání vedl odborníky k potřebě vytvořit ucelenou klasifikaci dosavadních poznatků za účelem sjednocení odborného jazyka, snadnější léčby či zkoumání příčin konkrétních diagnostických kategorií. V oblasti kodifikace duševního zdraví vznikly v průběhu historie dva rozdílné systémy, konkrétně evropská Mezinárodní klasifikace

nemocí a americký Diagnostický a statistický manuál. Oba systémy byly od svého vzniku průběžně revidovány a následující odstavce se budou věnovat jejich nejnovějším verzím.

Mezinárodní klasifikace nemocí je „publikace Světové zdravotnické organizace (WHO), která kodifikuje systém označování a klasifikace lidských onemocnění, poruch, zdravotních problémů a dalších příznaků, situací či okolností“ (11. revize *Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11)*). Původně vznikla tato klasifikace za účelem porovnávání mezinárodních záznamů o příčinách úmrtí. V roce 1948 za klasifikaci převzala zodpovědnost WHO a zahájila její přerod v univerzální kodifikaci diagnóz. Od té doby je klasifikace stále obměňována a aktualizována a její revize vychází zhruba každých 10 let.

Mezinárodní klasifikace nemocí v 10. revizi (dále jen MKN-10) je v České republice platná od roku 1994, přičemž od svého vydání byla tato verze pravidelně aktualizována, naposledy v roce 2020. Na začátku roku 2022 vstoupila v platnost 11. revize *Mezinárodní klasifikace nemocí* (dále jen MKN-11) a to s pětiletým přechodným obdobím. V době psaní této diplomové práce probíhá překlad MKN-11 do českého jazyka a přípravy na její implementaci do českého systému zdravotní péče. Z důvodu momentální souběžné existence obou revizí jsem se rozhodla v této diplomové práci postihnout klasifikaci deprese jak v MKN-10, tak i v novější MKN-11.

Diagnostický a statistický manuál je klasifikací Americké psychiatrické asociace (APA). Narozdíl od *Mezinárodní klasifikace nemocí*, která postihuje všechny oblasti zdraví člověka od infekčních nemocí přes nemoci trávicí soustavy až po těhotenské potíže, se Diagnostický a statistický manuál soustřeďuje výhradně na oblast duševního zdraví. Měl by sloužit jako „praktický, funkční a flexibilní návod pro organizaci informací, které mohou přispět k přesné diagnóze a léčbě duševních poruch“ (Raboch et al., 2015, str. 51). Jeho historie sahá do roku 1844, kdy byla vydána statistická klasifikace hospitalizovaných pacientů s psychiatrickým onemocněním. Aktuální verzí je 5. revize (dále jen DSM-5) vydaná v roce 2013. Za účelem snazšího propojení evropské a americké klasifikace uvádí DSM-5 u jednotlivých diagnóz jejich číselné kódy dle kódování aktuálně využívaných verzí MKN, tedy MKN-9 a MKN-10. Níže uvedené kódování je z MKN-10 a pokud se kód nevyskytuje, jedná se o novou kategorii, která dosud v rámci MKN nebyla zavedena.

V této části diplomové práce se zaměřím na diagnostické vymezení pojmu deprese. Využiji při tom především manuál Mezinárodní klasifikace nemocí a jeho 10. revizi. Zde získané informace pak porovnáám s pojetím deprese v 11. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí a také s pojetím v rámci 5. revize Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch.

1.2.1 MKN-10

Mezinárodní klasifikace nemocí v 10. revizi řadí poruchy depresivního okruhu především do oddílu F30-F39 Afektivní poruchy (poruchy nálady). Ačkoliv depresivní poruchy se v MKN-10 vyskytují i v jiných souvislostech (např. postschizofrenní deprese nebo poporodní deprese), budu se nadále zabývat poruchami zařazenými v části Afektivní poruchy. Tato diagnostická kategorie je charakterizována poruchou afektivity nebo nálady směrem k depresi nebo k euforii, která je obvykle doprovázena změnou celkové aktivity (*10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10)*). Oddíl Afektivní poruchy je dále rozdělen na následující kategorie: F30 Manická fáze, F31 Bipolární afektivní porucha, F32 Depresivní fáze, F33 Periodická depresivní porucha, F34 Perzistentní afektivní poruchy (poruchy nálady), F38 Jiné afektivní poruchy (poruchy nálady) a F39 Neurčená afektivní porucha (porucha nálady).

Depresivní symptomatika je přítomna ve většině částí oddílu Afektivní poruchy, nicméně samostatně, tedy bez manické symptomatiky, se vyskytuje v kapitolách F32 Depresivní fáze, F33 Periodická depresivní porucha a F34 Perzistentní afektivní poruchy (poruchy nálady).

MKN-10 uvádí jako příznaky depresivní fáze zhoršení nálady, které je poměrně stabilní (trvá minimálně 14 dní, téměř každý den po většinu dne) a nereaguje na okolní změny, snížení energie (únava už po minimální námaze) a aktivity. Dalším příznakem deprese jsou změny spánku, kdy se nemocný budí o několik hodin dříve před obvyklou hodinou. Deprese také bývá ráno těžší a v průběhu dne se stav zlepšuje. Vyskytuje se rovněž zhoršení chuti k jídlu a z ní pramenící hubnutí, případně ztráta libida. Mezi další příznaky patří také narušení osobních zájmů, smyslu pro zábavu, koncentrace, sebehodnocení a sebedůvěry, výskyt pocitů viny a beznaděje.

MKN-10 dělí dle množství a intenzity výše zmíněných symptomů depresivní fázi na lehkou, středně těžkou a těžkou, přičemž poslední jmenovaná se dále dělí dle přítomnosti či nepřítomnosti psychotických příznaků. Při lehké a středně těžké depresivní fázi bývá člověk s většími či menšími obtížemi schopen běžného denního fungování. Těžká depresivní fáze často znamená přítomnost suicidálních myšlenek i pokusů, somatických příznaků, ztrátu sebehodnocení, pocity beznaděje a viny. Varianta s psychotickými příznaky pak navíc zahrnuje symptomy jako jsou halucinace a bludy (které mohou, ale nemusí odpovídat momentální náladě), psychomotorická retardace, stupor, ale i přímé ohrožení života pramenící z možných sebevražedných pokusů, hladovění a žíznění. Člověka trpícího těžkou depresivní fází s psychotickými příznaky označuje MKN-10 za neschopného účastnit se běžných sociálních aktivit.

Periodická depresivní porucha (F33) je pak vymezena jako opakování depresivních fází bez výskytu samostatných fází zvýšené energie a nálady, tedy manie – v případě výskytu manické fáze by měla dle klasifikace být diagnóza změněna na bipolární afektivní poruchu (F31). Periodická depresivní porucha se dále dělí dle intenzity současné fáze (lehká, středně těžká, těžká s nebo bez psychotických symptomů, v remisi).

Perzistentní afektivní poruchy (F34) jsou přetrvávající a kolísavé poruchy nálady slabší intenzity (nesplňující kritéria pro hypomanickou nebo lehkou depresivní fázi) trávající po mnoho let nebo i po většinu života. Spadají sem především cyklotymie, tedy perzistentně nestabilní nálada s obdobími deprese nebo lehké manie, a dystymie, tedy chronické zhoršení nálady trávající alespoň několik let.

Bipolární afektivní porucha (F31) je charakterizována střídavým výskytem epizod manie či hypomanie a deprese. Musí se vyskytnout dvě nebo více fází, kdy je nálada a úroveň aktivity pacienta významně narušena.

1.2.2 MKN-11

Mezinárodní klasifikace nemocí v 11. revizi přináší oproti předchozí verzi klasifikace významné změny obsahového i technického charakteru. MKN-11 je označovaná jako polyhierarchický systém, jehož předností je možnost kódovat nejen onemocnění jako celek, ale také jeho jednotlivé projevy, příčiny, míru závažnosti apod. Takto kódované položky mohou mít také vlastní definici, popis, kritéria a mohou být kombinovány s tzv.

rozšiřujícími kódy „za účelem vyššího klinického detailu a komplexnosti kódované informace“ (11. revize *Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11)*).

V 11. revizi jsou depresivní poruchy zařazeny do oddílu Poruchy nálady (Mood disorders)¹, stejně jako tomu bylo v předchozí verzi této klasifikace. Vnitřní struktura oddílu Poruchy nálady je však mírně pozměněna. Zahrnuje oddíly Bipolární nebo příbuzné poruchy (Bipolar or related disorders), Depresivní poruchy (Depressive disorders), Symptomatické projevy epizod v rámci poruch nálady (Symptomatic and course presentations for mood episodes in mood disorders), Látkově vyvolané poruchy nálady (Substance-induced mood disorders), Syndrom postihující sekundárně náladu (Secondary mood syndrome) a kategorie zahrnující jiné a nspecifické poruchy nálady. Oproti MKN-10 se v této klasifikaci projevuje snaha držet příbuzné kategorie co nejvíce pohromadě. K tomu má dopomáhat i doplňková kategorie Symptomatické projevy epizod v rámci poruch nálady, která neslouží jako primární kategorie kódování poruch, ale má za úkol popisovat charakteristické projevy jednotlivých epizod nálady za účelem komplexnější diagnostiky. Patří sem například dodatky „s význačnými symptomy úzkosti“ nebo „s panickými atakami“.

Jednotlivé diagnózy s převažující depresivní symptomatikou jsou nyní na rozdíl od MKN-10 shromážděny v jedné kategorii, Depresivní poruchy. Ty jsou pak charakterizovány depresivní náladou (smutek, prázdnota, podrážděnost) nebo ztrátou potěšení doprovázenou dalšími kognitivními, behaviorálními nebo neurovegetativními symptomy, které významně ovlivňují funkčnost člověka. Tato diagnóza by neměla být využívána v případě, kdy jedinec v minulosti prožil manickou, smíšenou nebo hypomanickou epizodu, což by odkazovalo k přítomnosti bipolární poruchy. Kategorie Depresivní poruchy zahrnuje Jednoepizodovou depresivní poruchu (6A70; Single episode depressive disorder), Rekurentní depresivní poruchu (6A71; Recurrent depressive disorder), Dystymickou poruchu (6A72; Dysthymic disorder), Smíšenou depresivní a úzkostnou poruchu (6A73; Mixed depressive and anxiety disorder) a další specifické či nspecifické depresivní poruchy (6A7Y; 6A7Z).

Kategorie Jednoepizodová a Rekurentní depresivní porucha jsou v rámci MKN-11 z hlediska popisu projevů sloučeny s odůvodněním, že kromě předchozího výskytu

¹ V době psaní této diplomové práce neexistuje k MKN-11 oficiální český překlad. V práci proto uvádím vlastní překlady diagnostických kategorií společně s původními anglickými termíny v závorce.

depresivní epizody zahrnují v akutní fázi obě kategorie shodné symptomy. Obdobně jako tomu bylo v případě MKN-10, i zde jsou obě kategorie vnitřně členěny dle intenzity a přítomnosti či nepřítomnosti psychotických symptomů, přičemž v této klasifikaci je na základě přítomnosti psychotických příznaků rozlišena již i středně těžká depresivní porucha. Kromě toho zde jsou oproti MKN-10 rozlišeny ještě varianty poruchy v částečné nebo úplné remisi.

Dystymická porucha je popsána jako depresivní nálada přetrvávající alespoň 2 roky, přítomná po většinu dní během větší části dne. Počet a trvání symptomů přitom nesmí splňovat diagnostická kritéria pro Depresivní epizodu.

Smíšenou depresivní a úzkostnou poruchu MKN-11 charakterizuje přítomností depresivních i úzkostných symptomů po většinu času v trvání alespoň 2 týdnů. Žádný z těchto symptomů se nevyskytuje v takové závažnosti, četnosti nebo trvalosti, aby mohla být diagnostikována jiná depresivní, úzkostná nebo obavná (fobická) porucha.

V tomto oddílu je uvedena také Premenstruační dysforická porucha (GA34.41; Premenstrual dysphoric disorder), ačkoliv systémově je v rámci MKN-11 zařazena do kategorie Onemocnění ženské pohlavní soustavy (Diseases of the female genital system). Jedná se o poruchu charakterizovanou změnou nálady (skleslá nálada, podrážděnost), somatickými symptomy (letargie, bolest kloubů, přejídání) nebo kognitivními symptomy (obtěže s koncentrací pozornosti, zapomětivost) přítomnými v průběhu většiny menstruačních cyklů uplynulého roku. Výše jmenované symptomy by měly být tak silné, že způsobují značnou nepohodu nebo narušují běžné fungování. Tyto příznaky se vážou na období před začátkem menstruace a po jejím nástupu odeznívají.

1.2.3 DSM-5

Klasifikace DSM-5 vyčleňuje pro depresivní poruchy samostatný stejnojmenný oddíl. Do kategorie Depresivní poruchy spadají: Disruptivní dysregulativní porucha nálady (F34.8), Velká depresivní porucha, Perzistentní depresivní porucha (Dystymie; F34.1), Premenstruační dysforická porucha (N94.3), Depresivní porucha vyvolaná užíváním látek/léků, Depresivní porucha způsobená jiným somatickým onemocněním a další specifikované či nspecifikované depresivní poruchy (F32.8; F32.9).

Ačkoliv se většinou jedná o kategorie obdobné těm uvedeným v MKN-11, z hlediska systému uspořádání kategorií se obě klasifikace liší. Oddíl Depresivní poruchy v rámci DSM-5 sdružuje větší množství onemocnění, než shodně pojmenovaný oddíl MKN-11. Za pozornost stojí zejména diagnózy Depresivní porucha vyvolaná užíváním látek/léků a Depresivní porucha způsobená jiným somatickým onemocněním, které DSM-5 řadí do Depresivních poruch, zatímco MKN-11 řadí jejich obdoby Syndrom postihující sekundárně náladu a Látkově vyvolané poruchy nálady do obecnější kategorie Poruchy nálady. Manicky laděné poruchy vyvolané látkově nebo somatickým onemocněním pak DSM-5 zahrnuje do kategorie Bipolární a související poruchy. Na rozdíl od MKN-11 tedy upřednostňuje při klasifikaci charakter symptomů před příčinou vzniku onemocnění. Obdobná situace nastává i v případě premenstruační dysforické poruchy, kterou DSM-5 řadí do kategorie Depresivní poruchy, zatímco MKN-11 do kategorie Onemocnění ženské pohlavní soustavy.

Depresivní poruchy charakterizuje dle DSM-5 „přítomnost pocitu smutku, prázdnoty nebo přítomnost podrážděné nálady doprovázené somatickými a kognitivními změnami, které významně ovlivňují jedincovy funkční schopnosti“ (Raboch et al., 2015, str. 163).

Z hlediska diagnostických kritérií je nejtypičtějším zástupcem depresivních poruch Velká depresivní porucha. Vyznačuje se epizodami se změnou nálady, kognice a neurovegetativních funkcí trvajících po většinu dne v průběhu alespoň 2 týdnů. Konkrétními symptomy mohou být: depresivní nálada, zřetelné snížení zájmu nebo radosti, významný úbytek nebo přírůstek na váze, téměř každodenní nespavost nebo zvýšená spavost, psychomotorická agitovanost nebo zpomalení, únava nebo ztráta energie, pocity marnosti či viny, snížená schopnost myšlení a koncentrace a opakující se myšlenky na smrt nebo sebevražedné myšlenky či pokusy. Symptomy u jedince vyvolávají silnou nepohodu a narušují jeho funkčnost. Zároveň by se v minulosti neměla vyskytnout manická či hypomanická epizoda a aktuální stav jedince by neměl být způsobený fyziologickými účinky látek nebo jiným onemocněním, somatickým či duševním.

Kategorie Velká depresivní porucha se dále kóduje v závislosti na závažnosti průběhu (mírná, středně těžká, těžká), na opakovaném výskytu (ojedinělá či rekurentní epizoda), na přítomnosti psychotických znaků (s nebo bez) a přítomnosti remise (v částečné či plné remisi). Navíc může být takto kódovaná diagnostika pro zpřesnění doplněna o další, v DSM-

5 uvedené, specififikátory bez kódů, např. „s psychotickými znaky neodpovídajícími náladě“ nebo „s katatonními znaky“. Manuál zdůrazňuje nutnost důsledného rozlišování mezi nepatologickým smutkem či truchlením a patologickým stavem, nicméně nevylučuje ani souběžný výskyt truchlení a depresivní epizody.

Disruptivní dysregulativní porucha nálady se projevuje trvalou podrážděností a opakujícími se silnými a věku dítěte neodpovídajícími záchvaty vzteku. Tato kategorie byla v DSM-5 nově zavedena pro děti mezi 6 a 18 lety za účelem omezit nadužívání diagnózy bipolární afektivní porucha v této věkové kategorii. Chronická podrážděnost v dětském věku totiž později často přechází v rozvoj depresivních nebo úzkostných poruch a jen zřídka v bipolární afektivní poruchu. V rámci oddílu Depresivní poruchy klasifikace MKN-11 se podobná kategorie nevyskytuje.

Perzistentní depresivní porucha (Dystymie) se v popisu symptomů a diagnostických kritérií shoduje s dystymickou poruchou uvedenou v MKN-11 a popsanou výše.

Stejně tak i premenstruační dysforická porucha se v diagnostických kritériích shoduje s kategorií stejného názvu uvedenou v MKN-11.

Depresivní porucha vyvolaná užitím látek/léků zahrnuje situace, kdy jsou depresivní symptomy vyvolané působením látek nebo léků a „přetrvávají po delší dobu, než je fyziologické působení látky, odvykací stav nebo intoxikace“ (Raboch et al., 2015, str. 187), přičemž se nejedná výhradně o součást deliria. Po přerušení užívání by depresivní symptomy měly postupně nejpozději do 4 týdnů odeznít.

V případě depresivní poruchy způsobené jiným somatickým onemocněním je depresivní symptomatika přímým a průkazným patofyziologickým důsledkem existence tělesného onemocnění. K prokázání souvislosti etiologie depresivní symptomatiky a tělesného onemocnění uvádí manuál pomocná vodítka: časová spojitost vývoje tělesného onemocnění a poruchy nálady a přítomnost atypických vlastností primární poruchy nálady, tedy atypický věk začátku poruchy, její atypický průběh nebo nepřítomnost onemocnění v rodinné anamnéze. Jako tělesná onemocnění, na která mohou navazovat depresivní symptomy, jsou uvedeny cévní mozkové příhody, Huntingtonova a Parkinsonova choroba,

traumata mozkové tkáně, Cushingova choroba, hypotyreóza nebo například roztroušená skleróza.

2 Prevalence, etiologie, symptomatologie, průběh a diagnostika depresivních poruch

Tato část diplomové práce se zaměřuje na známé mechanismy vzniku depresivních poruch, běžné i méně časté symptomy, vývoj a průběh onemocnění a způsoby diagnostiky.

2.1 Prevalence

Hosák et al. (2015) udávají celoživotní prevalenci depresivní poruchy 5-20 %, přičemž by se mělo jednat o nejčastěji se vyskytující duševní poruchu vůbec.

Raboch a Laňková v roce 2008 ve své publikaci zaměřené na depresi uvedli následující předpověď: „na základě současných epidemiologických dat a projekcí je odhadováno, že v roce 2020 se deprese stane druhým nejvíce invalidizujícím onemocněním na světě, hned po kardiovaskulárních chorobách“ (str. 1). Tuto domněnku lze ověřit s využitím práce Moreno-Agostino et al. (2021), kteří provedli metaanalýzu globálních trendů v oblasti prevalence a incidence deprese. Tato metaanalýza poukazuje na fakt, že v průběhu let se zvyšuje výskyt depresivních onemocnění v populaci. Jak ale posléze dodávají, je obtížné zjistit, do jaké míry jsou statistická data ovlivněna vývojem a zvyšující se kvalitou porozumění, diagnostiky a léčby tohoto onemocnění a do jaké míry jsou odrazem skutečného nárůstu výskytu deprese v populaci. Zpráva WHO z roku 2017 navzdory téměř 10 let starým předpokladům uvedla depresi jako nejdůležitější příčinu celosvětové invalidity postihující zhruba 322 milionů lidí a zodpovědnou za 7,5 % případů invalidity (*Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates, 2017*).

Kromě trendu zvyšování výskytu depresivních poruch v celé populaci se také v posledních letech vyskytuje vyšší počet dětských pacientů, což však může být do značné míry opět způsobeno postupným zvyšováním zájmu o výskyt deprese i v této věkové skupině (Höschl et al., 2002; Řičan & Krejčířová, 2006; Svoboda et al., 2021).

2.2 Etiologie

Vznik deprese bývá podmíněn několika faktory a jejich vzájemným působením u konkrétního jedince. Raboch a Laňková (2008) rozdělují tyto faktory do tří hlavních oblastí: genetické, biologické a psychosociální.

2.2.1 Genetické faktory

V souvislosti s genetickými predispozicemi udává Vágnerová (2014) relativně vysokou heritabilitu, 65 %. Dodává však, že není zatím objasněn přesný způsob, jakým genetické predispozice vyvolávají vznik onemocnění. Höschl et al. (2002) uvádí studii zkoumající konkordanci afektivních poruch u jednovaječných (68 %) a dvojvaječných dvojčat (23 %). Upozorňují na to, že v případě jednovaječných dvojčat není souběžný výskyt onemocnění ve 100 % případů, tudíž musí mít na vznik afektivních onemocnění vliv ještě další faktory.

Významnou roli při výskytu symptomů hraje pohlaví. Odborné zdroje se shodují, že častěji depresí trpí ženy, dle Hosáka et al. (2015) až dvakrát častěji než muži. Ptáček et al. (2016) provedli výzkum výskytu deprese v české populaci se závěrem, že ženy trpí větší mírou depresivních symptomů téměř v každé věkové kategorii. Dle Vágnerové (2014) nelze vyšší výskyt deprese u žen přikládat pouze biologickým faktorům, ale musíme vzít v úvahu také faktory psychosociální, zejména vyšší tlak společnosti na přizpůsobení.

2.2.2 Biologické faktory

Z biologických faktorů se jedná především o změnu hladiny některých neurotransmiterů v mozku, přičemž nejvýznamnější změnou je pokles hladiny noradrenalinu, dopaminu a serotoninu (Hosák et al., 2015; Höschl et al., 2002; Raboch & Laňková, 2008; Vágnerová, 2014). Vágnerová dodává, že výkyvy hladin neurotransmiterových systémů „mohou vést k narušení regulace adaptivních funkcí, např. k desynchronaci biologických rytmů, s níž souvisí i nerovnováha emočního ladění“ (2014, str. 354).

Do biologických faktorů by se dále řadila jakákoliv somatická onemocnění, která mohou vznik depresivní poruchy provázet. Hosák et al. (2015) uvádí následovné konstelace souběžného výskytu somatického onemocnění a depresivní poruchy: komorbidita,

symptomatická deprese (deprese je jedním z příznaků tělesného onemocnění), deprese jako komplikace vzniklá nevhodnou léčbou somatického onemocnění (např. důsledkem podávání některých farmak) a deprese jako adaptační porucha v reakci na somatické onemocnění a jeho důsledky (např. stres, bolest, sociální důsledky).

2.2.3 Psychosociální faktory

Genetické i biologické faktory hrají při vzniku deprese důležitou roli a někdy může deprese přijít bez psychologicky srozumitelného spouštěče. Vrozené predispozice však fungují v interakci s vnějšími vlivy, přičemž právě tato souhra pak determinuje interpretaci a zpracování zkušeností. Vnější vlivy tedy mohou být také významným rizikovým faktorem pro vznik depresivních onemocnění (Hosák et al., 2015; Vágnerová, 2014).

Nejčastěji zmiňovanými vnějšími vlivy jsou obtížné životní události v dětství (patologické rodinné prostředí, například fyzické a sexuální zneužívání v rodině) i v dospělosti. Obtíže mohou vyplývat z nároků dospělého života a zvládání rolí, které člověk získává (profesní, partnerská role), dále rozvod, ovdovění, zneužívání návykových látek a další (Hosák et al., 2015; Raboch et al., 2015; Vágnerová, 2014). Dle Vágnerové přitom nezáleží tolik na charakteru obtížné situace jako na způsobech jejího zpracování.

V neposlední řadě hrají při vzniku depresivních poruch roli také osobnostní rysy jedince. Höschl et al. (2002) uvádí jako náchylnější ke vzniku deprese tzv. melancholický temperamentový typ, a kromě něj i konkrétní osobnostní rysy jako jsou rigidita, obsedantnost, existence zábran, hloubavost a dominance. DSM-5 jako rizikovou zmiňuje zvýšenou míru neuroticismu či negativní afektivity (Raboch et al., 2015).

Dále vznik depresivních poruch ovlivňuje pohlaví. Uvádí se, že ženy jsou ke vzniku depresivních poruch náchylnější než muži, a to v poměru 2:1 (např. Hosák et al., 2015).

Depresivní symptomatika se neobjevuje rovnoměrně ve všech věkových kategoriích. Existují období v životě člověka, kdy je pravděpodobnost vzniku afektivních onemocnění vyšší, u žen se dle Hosáka et al. (2015) jedná o poporodní období a menopauzu. Tématu specifik pro různé věkové kategorie bude v této práci věnována samostatná kapitola.

Vágnerová (2014) poukazuje také na vliv klimatu, zejména v souvislosti s cyklickými změnami ročních období a cyklem dne a noci. V zemích s chladnějším podnebím a

nedostatkem světla bývá výskyt depresivních poruch častější. Na tomto podkladě pak může vzniknout tzv. sezónní deprese nebo sezónní afektivní porucha (Štětkářová, 2021).

2.3 Vznik a průběh

Premorbidní osobnosti pacientů trpících depresivní poruchou se věnuje např. Vágnerová (2014), podle níž tento typ onemocnění častěji vzniká u určitého osobnostního typu. Jedná se o některé nápadnosti v reagování zahrnující „sklon reagovat negativními emocemi, pesimisticky, nepříznivým očekáváním, které může být spojeno s pocity vlastní bezmocnosti, nejistoty, se sklonem k rezignaci a s určitou ulpívavostí, resp. menší flexibilitou“ (str. 367).

Podobná osobnostní dispozice sama o sobě k vypuknutí depresivní poruchy nevede. Typicky se vnitřní dispozice přehoupnou ve vznik onemocnění až ve chvíli, kdy se jedinec setká s vnějším spouštěčem. Tím může být prakticky jakákoliv subjektivně zatěžující situace nebo ztráta. Vágnerová (2014) uvádí, že podobný spouštěč pak bývá často považován za příčinu onemocnění, ale jedinec, u kterého onemocnění vznikne, má přitom vždy také určité predispozice.

Po vypuknutí onemocnění si pak jedinec většinou všimne změny, ale má tendenci ji v souladu se sníženým sebehodnocením přičítat vlastnímu selhání, což mohou dle Vágnerové (2014) podporovat i postoje blízkých osob typu „vzchop se“. Rychlost nástupu, intenzita a charakter obtíží přitom bývá velmi individuální. Raboch et al. (2015) uvádí, že „u dvou z pěti jedinců trpících velkou depresivní poruchou dochází k uzdravení typicky během 3 měsíců od jejího počátku, u čtyř z pěti jedinců je to v rámci 1 roku“ (str. 174). Roli při rychlosti ústupu symptomů hrají především rychlost záchytu a začátku léčby a vhodnost zvolených léčebných postupů, případně odpověď organismu na nasazená psychofarmaka (Štětkářová, 2021).

2.4 Symptomatologie

U psychických onemocnění obecně hovoříme vždy o skupině symptomů, které dané onemocnění definují. Je však důležité si uvědomit, že tyto symptomy se vždy rozvíjejí na podkladě individuálních zkušeností a osobnosti konkrétního jedince. Jinými slovy, žádní dva

lidé se stejnou diagnózou nebudou vykazovat zcela shodné symptomy. Ačkoliv tedy následující část práce uvádí výčet symptomů typických pro depresivní poruchy, klinický obraz i potřeba podpory pacientů se v praxi napříč jednotlivými případy mohou velmi lišit.

2.4.1 Diagnostická kritéria

MKN-11 charakterizuje depresivní poruchy „depresivní náladou (např. smutek, podrážděnost, prázdnota) nebo ztrátou potěšení doprovázenou dalšími kognitivními, behaviorálními nebo neurovegetativními symptomy, které významně ovlivňují jednotlivcovu funkčnost“ (11. revize *Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11)*). Také dodává, že pro diagnostikování depresivní poruchy musí být u jedince vyloučen jakýkoliv předchozí výskyt manické, smíšené či hypomanické epizody. Takovému jedinci by pak měla být diagnostikována bipolární porucha namísto depresivní.

Diagnostické manuály MKN-11 i DSM-5 uvádí výčet konkrétních diagnostických kritérií, která musí nemocný vykazovat, aby mu byla diagnostikována depresivní porucha.

V následující části budou rozebrána a porovnána kritéria uvedená v obou manuálech. Podrobněji bude popsán přístup k diagnostice depresivní poruchy v MKN-11, a to ze dvou důvodů. Především se jedná o manuál, jehož pojetí momentálně převažuje (nebo spíše v následujících letech bude převažovat) na našem území. Dalším důvodem pak je, že zatímco DSM-5 nepopisuje obecná diagnostická kritéria pro depresivní poruchy a namísto toho uvádí kritéria pro každou z poruch zvlášť, MKN-11 udává obecnější diagnostická kritéria pro depresivní epizodu, od nichž pak následně odvozuje kritéria pro dílčí depresivní poruchy. Pro srovnání pak budou z DSM-5 využita diagnostická kritéria pro velkou depresivní poruchu, která dle samotného manuálu „reprezentuje typická diagnostická kritéria této skupiny poruch“ (Raboch et al., 2015, str. 163).

Depresivní epizodu v MKN-11 charakterizuje souběžný výskyt alespoň 5 z níže uvedených symptomů, přičemž se objevuje alespoň 1 symptom z afektivního klastru (Raboch et al., 2015). Tyto symptomy se musí vyskytovat po většinu dne téměř každý den alespoň po dobu 2 týdnů. Přítomnost či nepřítomnost symptomů by se pak měla posuzovat vzhledem k běžnému fungování člověka.

Diagnostická kritéria dělí MKN-11 do tří klastrů:

- a) **Afektivní klastr.** Afektivní klastr zahrnuje především depresivní či pokleslou náladu, o které buďto referuje sám jedinec nebo je u něj pozorována. U dětí a dospívajících se může projevit jako podrážděnost. Dalším kritériem je významný pokles zájmu nebo potěšení z činností, které jedinec dříve hodnotil jako příjemné, včetně možného poklesu sexuální touhy.
- b) **Kognitivně-behaviorální klastr.** Do tohoto klastru patří oslabení schopnosti se koncentrovat a udržet pozornost nebo výrazná nerozhodnost. Dále sem spadají přesvědčení o nízké vlastní hodnotě nebo nadměrná a nepřiměřená vina, která může být zjevně bludná. Tato přesvědčení by se měla vztahovat i na jiné oblasti jedinceva života mimo samotnou depresi. Jako další kritérium je uvedena beznaděj vzhledem k budoucnosti. Posledním kritériem tohoto klastru jsou pak opakující se myšlenky na smrt (ne pouze v souvislosti se strachem ze smrti), sebevražedné myšlenky nebo prokazatelná existence suicidálního pokusu.
- c) **Neurovegetativní klastr.** Prvním kritériem z této skupiny je významné narušení spánku, tedy problém s usínáním, časté probouzení se během noci nebo brzké ranní probouzení anebo nadměrný spánek. Dále významné snížení či zvýšení chuti k jídlu anebo významný úbytek či přírůstek hmotnosti. Dále do tohoto klastru spadá psychomotorická agitovanost či retardace, které musí být pozorovatelné okolím, nejen subjektivně pociťované. Posledním uvedeným kritériem je snížená energie, únava nebo výrazné vyčerpání po jen minimální námaze.

Kromě těchto základních diagnostických kritérií formuluje MKN-11 navíc tzv. doplňková kritéria. Mezi ta spojená s afektivitou patří prožívání podrážděnosti nebo absence emočního prožitku, tzv. prázdnota, pokud se jedná o změnu oproti běžnému fungování jedince. Dalším doplňkovým kritériem, vyskytujícím se zejména u jedinců prožívajících těžkou depresivní epizodu, je neochota referovat o některých symptomech nebo neschopnost je detailně popsat. Dalším vodítkem při diagnostice může být nadužívání alkoholu či jiných látek a dále zhoršení již existujících psychických i fyzických onemocnění.

Diagnostická kritéria DSM-5, ačkoliv nejsou rozdělena do jednotlivých klastrů, se s kritérii uvedenými v MKN-11 téměř dokonale shodují, včetně častých shodných formulací. DSM-5 oproti výše jmenovaným kritériím navíc zmiňuje, že „symptomy vyvolávají klinicky významnou nepohodu nebo funkční narušení v sociální, pracovní nebo jiných důležitých oblastech“ (Raboch et al., 2015). MKN-11 toto tvrzení upřesňuje tak, že jedinec může zůstat v těchto oblastech funkční, ale za cenu značně zvýšeného úsilí (*11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11)*).

Během depresivní epizody se mohou vyskytovat také psychotické příznaky, které bývají zmiňovány zejména v případě těžších epizod. Z těchto příznaků se nejčastěji objevují bludy (perzekuční, somatické, nihilistické aj.) a halucinace (zejména sluchové, ale mohou se vyskytovat i zrakové nebo čichové).

2.4.2 Diferenciální diagnostika

Dle klasifikací MKN-11 i DSM-5 (*11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11)*; Raboch et al., 2015) by depresivní porucha neměla být diagnostikována, pokud je stav vyvolaný fyziologickým účinkem látek či léků, jiným somatickým onemocněním (např. mozkový nádor), nebo je důsledkem jiného psychického onemocnění (např. schizofrenie nebo jiná psychotická porucha). Zároveň by depresivní porucha neměla být zaměňována za prostou reakci člověka na významnou ztrátu. Depresivní porucha se v tomto porovnání vyznačuje především větší závažností, rozsahem a délkou trvání. Nicméně pokud jsou i přes závažnou ztrátu jakožto vyvolávací příčinu stavu naplněna diagnostická kritéria depresivní poruchy, měla by být při diagnostice rovněž zvažována. Záleží pak především na odborníkovi a jeho klinických zkušenostech, jak dokáže depresivní epizodu odlišit od truchlení.

Depresivní epizoda může být zaměněna za jinou z afektivních poruch, a sice za smíšenou epizodu nebo manickou epizodu doprovázenou podrážděností. Pro smíšenou epizodu jsou dle MKN-11 specifické současné nebo rychle se střídající manické symptomy, například myšlenkový trysk, mnohomluvnost a zvýšená aktivita.

Dalším onemocněním zaměnitelným s depresivní epizodou je porucha pozornosti s hyperaktivitou, zejména kvůli zhoršené koncentraci a nízké frustrační toleranci. MKN-11 uvádí jako hlavní rozdíl ten, že porucha pozornosti s hyperaktivitou se nevyskytuje

v epizodách, ale je přítomna stabilně. Pokud však daný jedinec splňuje diagnostická kritéria obou poruch, mohou být diagnostikovány současně. DSM-5 však v tomto případě varuje před nadužíváním diagnózy depresivní epizoda u dětí, které jsou spíše podrážděné, než smutné a bez zájmu.

V neposlední řadě je nutné uvést také schizofrenii, kde MKN-11 uvádí depresivní náladu jako jeden ze specifikátorů tohoto onemocnění. V případě schizofrenie se však projevují pouze depresivní nálady, a nikoliv další symptomy depresivní epizody, jako jsou například narušení spánku, anhedonie nebo změny chuti k jídlu (*11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11)*).

Depresivní epizoda může být rovněž zaměňována s počínající demencí, a to zejména na základě symptomů oslabujících kognitivní funkce. Pokud nemocný trpí obtížemi v oblasti soustředění, zapamatování si nových informací, výbavnosti z dlouhodobé paměti, zpracování informací či rozhodování, bývá takový stav označen jako tzv. pseudodemence (Hosák et al., 2015). Obě zmíněná onemocnění se mohou vyskytnout i současně, typicky pokud se u člověka trpícího demencí sekundárně rozvine také depresivní porucha.

Depresivní symptomatika se objevuje také v případě reakcí na těžký stres jako jsou porucha přizpůsobení, posttraumatická stresová porucha nebo prolongovaný zármutek (Prolonged grief disorder), který zmiňuje MKN-11. Ve všech těchto případech se však jedná o poruchy spojené s adaptací na významnou životní změnu. Symptomy prolongovaného zármutku se pak váží primárně ke ztrátě blízké osoby, zatímco v případě depresivní epizody typicky myšlenky a emoční reakce zasahují několik oblastí života. Posttraumatická stresová porucha zahrnuje znovuprožívání traumatizujících vzpomínek, kdežto v případě depresivní epizody zůstávají vzpomínky v minulosti a v přítomnosti se k nim mohou vázat ruminace. Nicméně depresivní epizoda a posttraumatická stresová porucha se dle MKN-11 mohou vyskytovat také současně (*11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11)*).

Na závěr se hodí připomenout, že za depresivní epizodu může být rovněž považováno prosté truchlení nebo zármutek. Hosák et al. (2015) uvádí jako hlavní rozdíl ten, že v případě zármutku se jedná o poměrně rychle odeznívající pokles nálady probíhající ve vlnách, přičemž ke stupňování dochází ve chvílích připomenutí si ztráty. Při zármutku také bývá zachována schopnost realistického sebehodnocení jedince, zatímco pro depresi jsou typické

sebekritické pesimistické ruminace. Höschl et al. (2002) dodávají, že na rozdíl od deprese v případě zármutku výrazně pomáhá ujišťování a sociální kontakt.

2.4.3 Suicidialita

Do depresivní symptomatiky jsou často řazeny sebevražedné myšlenky a jednání. Látalová et al. (2015) upozorňují, že „suicidální chování není normální odezvou na stres zažívaný v běžném životě ani není přirozeným důsledkem vážných psychických onemocnění“ (str. 58). Z toho vyplývá, že se jedná v každém případě o patologický typ chování.

Suicidální myšlenky a riziko suicidálního pokusu se objevují již u dětí a adolescentů. MKN-11 (*11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11)*) uvádí, že v raném věku se tyto tendence „mohou projevovat jako pasivní prohlášení (např. ‚už tady nechci být‘) nebo jako témata smrti ve hře“. V období adolescence se pak začínají objevovat otevřenější prohlášení jejich touhy zemřít.

Z hlediska rizika provedení úspěšného suicidálního pokusu se jako významný rizikový faktor uvádí předchozí suicidální pokus. Jako další rizikové faktory pak DSM-5 uvádí mužské pohlaví, život bez partnerky nebo osaměle a dominanci pocitů beznaděje v prožívání (Raboch et al., 2015). Látalová et al. (2015) seznam rizikových faktorů dále rozšiřují o aktuální těžkou depresi (pocity beznaděje, viny), hospitalizaci nebo nedávné propuštění z nemocnice, smíšenou depresi (současně se vyskytují alespoň tři hypomanické příznaky), cyklotymní osobnost, komorbidní úzkost, zneužívání psychoaktivních látek a závažné somatické onemocnění. Kromě předchozího suicidálního pokusu jako nejvýznamnější prekursor udávají aktuální suicidální rozvahy a přání zemřít či plánování suicidia.

Jelikož se jedná o velmi závažný stav, z něhož jedinci plyne přímé ohrožení na životě, Štětkářová (2021) apeluje na důsledné přezkoumávání přítomnosti suicidálních myšlenek a rizika sebevraždy při každé kontrole pacienta s depresí u odborníka.

2.4.4 Diagnostika

Raboch a Laňková (2008) uvádí, že léčba je nejefektivnější v raných stádiích onemocnění, proto je kladen důraz na včasný záchyt pacientů a začátek léčby. Toho lze docílit například prováděním screeningu v případě ohrožených skupin, tedy osob

s predispozicí pro vznik depresivních poruch. Raboch a Laňková pro tento účel doporučují dvoupoložkový dotazník PRIME MD2 zaměřený na pokles nálady a ztrátu zájmů, jakožto dva nejvýznamnější symptomy deprese. Pokud pacient odpoví alespoň na jednu položku kladně, má lékař pokračovat v diagnostice deprese. V případě praktického lékaře Raboch a Laňková doporučují zaměřit se na oficiální diagnostická kritéria formou důkladného rozhovoru s pacientem. Variantou, která bývá doménou psychologů, je pak využití specializovaných diagnostických metod, kterými jsou například Beckova sebesuzovací škála pro dospělé (BDI-II) nebo Hamiltonova škála pro hodnocení deprese (HAM-D). Raboch a Zvolský (2001) zdůrazňují, že „spolehlivá diagnóza vyžaduje aktuální i retrospektivní zhodnocení“ (str. 253). Právě retrospektivní složku a tím pádem i komplexnější pohled při vyšetření zajistí odebrání anamnézy. Raboch a Zvolský doporučují kromě pacienta mluvit také s lidmi z jeho blízkého okolí, kteří jsou schopni popsat nastalou změnu a její časový průběh. Takový přístup „snižuje závislost lékaře na průřezovém pohledu a zvyšuje spolehlivost diagnózy“ (Raboch & Zvolský, 2001, str. 253).

3 Možnosti léčby

V Hippokratových dobách se psychické poruchy léčily pouštěním žilou za účelem odstranění škodlivých tekutin způsobujících onemocnění ven z těla (Davison, 2006). Postupem času však byly s rozvojem medicíny a psychologie vyvinuty sofistikovanější (a také účinnější) způsoby, jak přistupovat k léčbě afektivních poruch.

Hosák et al. (2015) formulují v případě depresivní poruchy 3 základní cíle léčby: „zmírnit a odstranit příznaky depresivní poruchy; navrátit nemocnému jeho původní sociální a pracovní schopnosti; zabránit relapsu nebo recidivě poruchy a zabránit zhoršování a komplikacím onemocnění, které mohou vést až k suicidálním pokusům“ (str. 230). Z takto formulovaných cílů lze odvodit, že pro jejich dosažení je třeba využít jak farmakologickou léčbu, tak i psychoterapii zajišťující sociální a pracovní rehabilitaci. Tato úvaha pak koresponduje s obvyklým dělením možností léčby deprese na farmakologickou a nefarmakologickou.

Farmakologická léčba může být rozdělena do tří fází. První z nich se zaměřuje na léčbu akutní fáze onemocnění a trvá obvykle 1-2 měsíce. Další fáze spočívá v pokračování léčby

i přes odeznění akutních symptomů s cílem „udržet pozitivní trendy akutní léčby a preventivně bránit vzniku relapsu“ (Štětkářová, 2021, str. 496). Poslední fází je profylaktická neboli udržovací léčba, která se snaží zabránit opětovnému výskytu symptomů a nástupu nové depresivní epizody (Hosák et al., 2015; Raboch & Červený, 2018). Za dobrou odpověď na léčbu je považováno alespoň 50% snížení počtu symptomů deprese oproti stavu před začátkem léčby, přičemž jako maximální doba léčení jedním typem farmak bez dosažení alespoň částečné odpovědi se udává 6-8 týdnů (Štětkářová, 2021). Štětkářová uvádí jako v současnosti nejvíce využívaná psychofarmaka pro léčbu deprese antidepressiva typu SSRI (selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu), TCA (tricyklická antidepressiva) a SNRI (serotoninoví antagonisté a parciální inhibitory jeho zpětného vychytávání).

Do nefarmakologické léčby spadá především psychoterapie, která by měla v ideálním případě začít u pacienta co nejdříve po odeznění akutních symptomů. Farmakologická léčba dle Vybírala a Roubala (2010) „pacientovi umožňuje psychoterapii zahájit, těžit z ní a rozumět svým pocitům (...) a mobilizuje psychické zdroje pro terapeutický proces“ (str. 496). Z psychoterapeutických přístupů se nejčastěji využívají přístupy kognitivně-behaviorální, interpersonální, rodinné a krátká psychodynamická psychoterapie (Štětkářová, 2021). Jako jediná forma léčby může být psychoterapie zvolena v případě lehké depresivní epizody, kde dle Höschla et al. (2002) dokonce vykazuje stejnou účinnost jako farmakoterapie. V kombinaci s farmakoterapií je pak vhodná zejména v případech, kdy pacient zažívá značné obtíže v psychosociální oblasti. Kromě prosté kombinace obou metod se také objevují snahy vytvořit hybridní metodu, kde typickým příkladem může být ketaminem asistovaná psychoterapie (KAP) využívající rychlé antidepressivní účinky ketaminu, které jsou pak prodlouženy pomocí asistované psychoterapie (*Ketaminem asistovaná psychoterapie*). Podpůrnou psychoterapii zahrnující empatický přístup, naslouchání, porozumění, podporu a povzbuzování či orientaci na realistické cíle pak dle Hosáka et al. (2015) mají využívat i lékaři bez psychoterapeutického výcviku. Stejně tak by měl lékař provést psychoedukaci pacienta a jeho nejbližších. Höschl et al. (2002) shrnuje její výhody následovně: „zdůrazňuje, že deprese je onemocnění (oponuje pocitům viny za neschopnost), je častá (oponuje stigma) a je léčitelná (oponuje beznaději)“ (str. 448).

Kromě psychoterapie se do nefarmakologických metod dále řadí elektrokonvulzivní léčba, zejména u farmakorezistentních forem deprese. Také spánková deprivace, využívaná

u jedinců s farmakorezistentní formou, může krátkodobě zlepšit náladu, a proto bývá využívána jako podpůrná metoda při začátku léčby (Hosák et al., 2015). Štětkářová (2021) kromě toho uvádí úpravu životního stylu. Zmiňuje zde pozitivní efekt fyzické aktivity, zejména aerobního cvičení, zdravé stravy tzv. středomořského typu, redukci stresu, cílené snižování pocitu bezmoci a kvalitní sociální podporu.

Pokud z jakéhokoliv důvodu nedojde k léčbě depresivní epizody, je pravděpodobné její spontánní odeznění v horizontu 6-12 měsíců, nebo naopak může dojít k přechodu do chronické formy (Hosák et al., 2015; Raboch & Laňková, 2008). S nižší pravděpodobností úzdravy se pak dle DSM-5 pojí „psychotické příznaky, nápadná úzkost, porucha osobnosti a závažnost akutních symptomů“ (Raboch et al., 2015). Dále DSM-5 uvádí snižování rizika recidivy souběžně s postupujícím trváním remise, přičemž pravděpodobnost recidivy je naopak vyšší „u jedinců, jejichž předchozí epizoda byla těžká, u mladších jedinců a u jedinců, u nichž v minulosti proběhlo několik epizod“ (Raboch et al., 2015, str. 174).

4 Specifika pro různé věkové kategorie

Riziko výskytu depresivních onemocnění není ve všech věkových kategoriích stejné. Dle Vágnerové (2014) „nějaká afektivní porucha, obvykle deprese, postihne alespoň jednou za život asi 25 % populace“ (str. 352). I přesto existují v rámci ontologického vývoje určitá období, kdy je výskyt depresivních poruch pravděpodobnější. Raboch a Laňková uvádí častější výskyt deprese „v období šestinedělí a perimenopauzy, v období dospívání a u seniorů“ (2008, str. 3). Výjimkou však není ani výskyt u dětí. Specifickým znakům výskytu depresivních poruch v jednotlivých věkových skupinách se věnují další subkapitoly.

4.1 Dětství

MKN-11 (*11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11)*) uvádí, že v dětském věku je výskyt depresivní epizody spíše vzácný a rovnoměrný u obou pohlaví. Jelikož mají děti v raném věku jen omezenou schopnost introspekce, při diagnostice je v tomto období klíčové pozorování a popis symptomů ze strany dalších osob, obvykle rodičů. V takovém případě by rodiče kromě výskytu symptomů měli být také schopni uvést, do jaké míry se jedná o změnu oproti běžnému fungování dítěte. Symptomy depresivní epizody

charakteristické pro dětský věk a adolescenci se velmi podobají symptomům dospělých (Říčan & Krejčířová, 2006).

Co se týká afektivního klastru symptomů, je třeba dodat, že depresivní nálada jakožto významné diagnostické kritérium se v dětském věku může manifestovat jako podrážděnost nebo rozmrzelost (*11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11)*; Raboch et al., 2015). Mimo to se depresivní nálada může projevovat prostřednictvím somatických obtíží (např. bolesti hlavy, břicha), zvýšenou separační úzkostí nebo nadměrnou plačtivostí. Z kognitivně-behaviorálních symptomů je v dětství dle MKN-11 nejmarkantnější snížená schopnost koncentrace pozornosti, která se může odrážet v oblasti studijních výsledků. Konkrétně se může prodloužit doba potřebná k vypracování úkolu nebo se dítě stává úplně neschopným úkol dokončit. Dále se může objevit sebepoškozování bez úmyslu zemřít (např. bouchání hlavou, škrábání se, u adolescentů pak řezání nebo pálení se). MKN-11 uvádí, že pokud tyto symptomy nejsou zachyceny, mají tendenci zvyšovat svou frekvenci a intenzitu. V předškolním věku je pak důležitým ukazatelem ztráta zvědavosti a zájmu o hru, s čímž se pojí také nižší kontakt s vrstevníky až izolace (Svoboda et al., 2021). Odlišnosti neurovegetativních symptomů u dětí a adolescentů oproti dospělým se dle MKN-11 týkají zejména zvýšené spavosti a potřeby jíst. Poruchy chuti k jídlu se pak častěji než úbytkem na váze projevují absencí očekávaného váhového přírůstku vzhledem k věku a vývoji dítěte.

Formou specifickou pro rané dětství je tzv. anaklitická deprese. Vzniká jako reakce na separaci od matky či jiné blízké osoby, s níž byl vytvořen specifický vztah. Dítě se nejprve snaží matku přivolat, poté však ztrácí naději, přestává plakat a začíná se projevovat apaticky a odmítavě vůči okolí, snahám o interakci, odmítá hru i jídlo, objevují se poruchy spánku či regres ve vývoji (Říčan & Krejčířová, 2006; Svoboda et al., 2021). Svoboda et al. uvádí, že „pokud tento stav trvá dlouhodobě, může vést k těžké vývojové retardaci, ale i k těžkým zdravotním poruchám“ (2021, str. 604).

4.2 Puberta a adolescence

V období puberty jsou obvyklé změny chování a prožívání, nápadnější či méně nápadné, které mohou zahrnovat právě i pokles nálady a úbytek energie. Rozlišení normy a patologie a diagnostika depresivních poruch mohou být v tomto období obzvláště náročné.

Deprese se u dospívajících vyskytuje častěji než u dětí, což Svoboda et al. (2021) přikládají především zvýšené zranitelnosti spojené s tímto obdobím. Rovnoměrný výskyt deprese u obou pohlaví uvádí MKN-11 (*11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11)*) až do období puberty, kdy se u dívek začíná vyskytovat asi dvakrát častěji než u chlapců, přičemž tento poměr přetrvává i do dospělosti.

Klinický obraz depresivních poruch v dospívání se již podstatněji neliší od deprese v dospělosti. Od běžných změn spojených s dospíváním Svoboda et al. (2021) depresi odlišují následovně: „oproti normálnímu kolísání nálad jsou projevy deprese u dospívajících intenzivnější a dlouhodobější, častá je i podrážděnost a tendence k izolaci, snížená energie, únava“ (str. 606). Svoboda et al. poukazují také na adaptivní význam deprese u dospívajících. V tomto ohledu může mít deprese komunikační význam, jakožto určitá forma volání o pomoc. Může být ale také řešením konfliktu, kdy se jedinec v důsledku apatie vzdává nedosažitelných cílů, nebo formou regulace chování, kdy deprese vede k potlačení potenciálně ohrožujících projevů nebo akcí dospívajícího.

Pocity bezmoci a beznaděje pak mohou adolescenta vést ke zkratkovitým řešením, například užívání návykových látek. Svoboda et al. (2021) také uvádí různé postoje k sexuálnímu chování, kdy většina dospívajících s depresí projevuje o tuto oblast jen malý zájem, nicméně může se objevit i využívání sexu jako náhradní či únikové aktivity, tzv. sexuální acting-out. Dalšími známkami vznikající deprese může být náhlé zhoršení prospěchu nebo náhlý vznik poruch chování, jako jsou krádeže nebo záškoláctví (Říčan & Krejčířová, 2006; Svoboda et al., 2021).

Specifikem pro období dospívání je výrazně zvýšené riziko sebevražedného chování. Jedná se o časté téma spojené s tímto vývojovým obdobím, Svoboda et al. (2021) udávají v běžné dospívající populaci 60% výskyt občasných či přechodných suicidálních myšlenek. Říčan a Krejčířová (2006) uvádí, že v tomto věku je suicidální chování motivováno spíše touhou po pozornosti a pomoci než skutečným přáním zemřít, zároveň však apelují na včasný záchyt a okamžitou léčbu.

4.3 Mladá dospělost

Mladou dospělost vymezuje Thorová (2015) jako dynamické období mezi 20 a 35 lety, v němž se jedinec mění z nezralé ve zralou osobnost. Jeffrey Jensen Arnett v rámci mladé dospělosti vyčlenil další svébytné období, tzv. vynořující se dospělost, kterou ohraničil věkem 18-25 let (Arnett in Thorová, 2015) a později ji prodloužil až do věku 29 let (Tanner et al., 2009). Pro popis tohoto období Arnett sestavil několik charakteristik: jedná se o věk nestability, orientace na sebe sama, pocitu nacházení se mezi dětstvím a dospělostí, hledání identity, optimistických plánů a vysokých aspirací (Tanner et al., 2009). Jako svébytná vývojová etapa je vynořující se dospělost vnímána především ve vyspělých společnostech v souvislosti s vysokoškolskými studenty, kterým prodloužená školní docházka prodlužuje období dětství a oddaluje jejich přechod do dospělosti. Ačkoliv jedinec se v tomto věku může ocitát na vrcholu svých fyzických i psychických sil, Kuwabara et al. (2007) popisují jistý paradox spočívající v tom, že toto období s sebou přináší také zvýšené riziko pro vznik depresivních a behaviorálních poruch, stejně jako vývojovou a sociální zranitelnost. „Vynořující se dospělost (...) má nejvyšší incidenci a kumulativní prevalenci deprese ze všech věkových skupin (25 % vynořujících se dospělých)“ (Kuwabara et al., 2007, str. 317). Vynořující se dospělost klade na jedince mnoho nároků, například ustavení identity, vznik intimních partnerských vztahů, popřípadě založení rodiny, osamostatnění se od rodičů nebo volbu a dosažení pracovního uplatnění, v našich podmínkách často skrze studium na vysoké škole (Kuwabara et al., 2007; Thorová, 2015).

Samotné vysokoškolské studium pak s sebou přináší vysoké nároky na adaptaci, které plynou z nového prostředí a kolektivu, ale především z obtížnosti studia (např. Moir et al., 2018). Existují obory, mezi nimi zejména medicína, jejichž studium je pro studenty výjimečně psychicky náročné, stresující a může způsobit trvalé zdravotní komplikace (Ulrichová, 2012). Steiner-Hofbauerová a Holzingerová (2020) dokonce uvádí, že až 90 % studentů medicíny pocítuje stres, přičemž se při studiu často setkávají s tématy smrti a truchlení, což jsou faktory vedoucí ke vzniku deprese. Zhruba o rok novější výzkum českých studentů medicíny přišel s ještě vyšším procentem studentů zažívajících stres, celkem 94,8 % (Palička et al., 2022). V tomto šetření také velké množství studentů medicíny uvádělo

v souvislosti se stresem plynoucím ze studia somatické obtíže (70,3 %), užívání alkoholu (29,7 %) nebo užívání anxiolytik či antidepresiv (17,9 %).

Kuwabara et. al (2007) charakterizují depresivní poruchy v období vynořující se dospělosti „kolísavostí, diskontinuitou a nejistotou v náladě, identitě, vývojových procesech a sociálních vztazích“ (str. 323).

S obdobím mladé dospělosti je také spojován výskyt tzv. čtvrtživotní krize. Thorová (2015) popisuje její vznik v souvislosti se situací, kdy po přechodu do světa dospělých ve střetu s realitou dochází u jedince ke zklamání. Blatný toto období spojuje „s pocitem nadměrného množství příležitostí nebo s dalekosáhlými životními rozhodnutími, které nejsou přiměřené subjektivnímu pocitu osobní zralosti“ (2016, str. 133). Thorová popisuje jedince prožívající tuto krizi jako „nejisté a často depresivní“ (2015, str. 439).

Jedná se celkově o křehké období plné vývojových milníků. Dochází zde zpravidla k ujasňování životních plánů a cílů (Blatný, 2016), kdy vychýlení psychické rovnováhy jedince způsobené depresivní poruchou může s sebou nést značné důsledky pro jeho budoucnost.

4.4 Dospělost, stáří

V dospělosti bývá vyšší výskyt afektivních poruch uváděn v souvislosti s některými obdobími ženského reprodukčního života. Specifickou kategorií je tzv. poporodní deprese. Hosák et al. (2015) uvádí její výskyt v období 6-12 týdnů po porodu u 12-16 % matek. Poporodní deprese přitom nemá vliv pouze na ženu samotnou, ale především na její vztah s dítětem, případně na celý rodinný systém. Šebela et al. (2018) uvádí v souvislosti s poporodní depresí významné narušení mateřské role v důsledku nižší míry interakce, pozitivních emocí a tělesného kontaktu s dítětem, ale také potíží s krmením, což pak může dítě dlouhodobě ovlivnit. V období těhotenství a laktace nastává problém s vhodným zvolením léčby deprese kvůli bezpečnosti zvolených farmak pro plod a později skrze mateřské mléko pro novorozence (Raboch & Červený, 2018). Dalším obdobím se zvýšeným rizikem vzniku depresivních poruch je menopauza (Hosák et al., 2015).

U seniorů, považovaná za demenci nebo třeba i z důvodu častých polymorbidit, depresivní porucha často nebývá diagnostikovaná ani léčená. Deprese má však tendenci

zhoršovat průběh dalších somatických onemocnění (Štětkářová, 2021) a její přehlížení zpravidla zhoršuje celkový zdravotní stav. Ondrušová a Dragomirecká (2012) zkoumaly depresi v populaci českých seniorů a došly ke zjištění, že s přítomností depresivních příznaků ve stáří koreluje míra vnímané smysluplnosti vlastního života. Z poznání souvislosti těchto proměnných vyplývá potřeba podporovat smysluplnost života seniorů za účelem prevence vzniku deprese.

5 Život s depresí

Po výše uvedeném výčtu symptomů deprese zřejmě není překvapivé, že toto onemocnění velmi silně ovlivňuje kvalitu života jeho nositele. Následující kapitola se věnuje životu s depresivní poruchou a jejím psychosociálním důsledkům.

5.1 Důsledky pro život jedince

Důsledky depresivní poruchy pro život jedince přímo vyplývají z konkrétních symptomů, které tento jedinec prožívá. „Narušení funkčních schopností může být tak mírné, že okolí nemocného depresivní symptomy ani nevnímá. Avšak narušení může být natolik významné, že se o sebe depresivní jedinec není schopen postarat, je němý nebo katatonní“ (Raboch et al., 2015, str. 176). Pojďme si proto možné důsledky jednotlivých symptomů přiblížit.

Depresivní, pokleslá nálada obvykle nemívá identifikovatelnou příčinu a neodpovídá životní situaci jedince. Vágnerová (2014) uvádí také zvláštnosti v emočních reakcích lidí s depresí, které bývají často lhostejné i vůči významnému dění. Tato lhostejnost v reakcích se pak projevuje také ve vztahu k dalšími lidem, což může mít za následek narušení vzájemných vztahů. V některých případech se lhostejnost projevuje až formou tzv. afektivního stuporu, tedy ztrátou schopnosti emočně prožívat, přičemž prožitky jsou nahrazeny pocitem prázdnoty (Vágnerová, 2014). Depresivní prožívání nebývá v průběhu dne stabilní, typická je tzv. ranní pesima, tedy výraznější depresivní prožívání v ranních hodinách, které se pak v průběhu dne zlepšuje. Pro nemocného z tohoto symptomu plynou velké obtíže spojené s ranním vstáváním a začátkem dne (Buijssen, 2021).

Depresivní náladu může doprovázet také podrážděnost či vznětlivost. Člověk s depresí je schopný se rozčítit i na základě drobných podnětů, což mohou doprovázet také kritické nebo cynické poznámky. Pokud je vztek dominantním symptomem, hovoří se o tzv. agitované (neklidné) depresi. Dle Buijssena (2021) se tato forma vzhledem ke své specifčnosti typicky rozpozná pozdě nebo se nerozpozná vůbec. Existuje u ní zvýšené riziko násilí a sebevraždy. Také se pojí s vyšším výskytem rozvodovosti.

K depresivním pocitům se často přidávají také pocity beznaděje, zoufalství, bezmoci a méněcennosti. Buijssen (2021) popisuje v souvislosti s těmito pocity sklony snižovat význam a hodnotu sebe sama, vidět se v nejhorším světle, což se může týkat vlastností, vzhledu, úspěchů nebo například kariéry, přičemž někdy takové pocity nabývají až bludného charakteru (Höschl et al., 2002). S tím souvisí také tendence připisovat neúspěch vlastním schopnostem a úspěch náhodě. Poslední zmíněné symptomy se už odchyľují od oblasti depresivní nálady a spíše spadají do oblasti kognice.

Další významný handicap způsobuje osobám trpícím depresí deficit kognitivních funkcí. „Nemocní uvažují podle určitých kognitivních schémat, mají tendenci k dichotomickému, černobílému hodnocení, ke koncentraci na negativní dění, selektivnímu přeceňování vlastních chyb, k neadekvátní generalizaci nepříznivých závěrů a ke katastrofickému vidění světa“ (Vágnerová, 2014, str. 358). Kromě automatického negativního myšlení se nemocní potýkají také s narušením exekutivních funkcí, mají tedy potíže s plánováním činností, volbou adekvátních strategií řešení a vytrváním v činnosti. To může u nemocného zasahovat do vykonávání běžných každodenních úkonů a mít dopad na míru jeho samostatnosti. Hosák et al. (2015) v souvislosti se sebeobsluhou uvádí u pacientů trpících depresí často nápadně zanedbaný vzhled. Buijssen (2021) také jako častý symptom uvádí nerozhodnost. Schopnost se rozhodovat totiž vyžaduje spolehnutí se na vlastní hodnoty a sebevědomí, které je u lidí s depresí oslabeno. Neméně závažnými symptomy jsou porucha koncentrace pozornosti a poruchy paměťových funkcí (Hosák et al., 2015). Vágnerová (2014) navíc zmiňuje snížení flexibility myšlení, které se stává stereotypním, ulpívavým a nevybavným. Kvůli nim má pak nemocný narušený kontakt s okolním světem a blízcí ho mohou považovat za zapomnětlivého, případně trpícího demencí (Buijssen, 2021). Na druhou stranu se může jednat o nápadnější symptomy pro okolí, tudíž je zde vyšší

pravděpodobnost, že při jejich výskytu dojde k brzkému vyhledání odborné péče. U mladších pacientů pak mohou oslabené kognitivní funkce výrazně zasahovat do jejich vzdělávání. Objevují se tzv. ruminace, tedy časté ulpívání na vlastních problémech a jejich opakované přemýšlení (Vágnerová, 2014). Ruminace se pak pojí se sníženým sebehodnocením, autoakuzacemi a pocity viny. Člověk trpící depresí se pak v důsledku řetězení svých myšlenek, pocitů a chování může dostat do bludného kruhu.

Významným symptomem deprese je úbytek energie a s ním související snížení psychomotorického tempa. Únava přichází už po minimální nebo žádné námaze, některé činnosti jsou přitom tak náročné, že se v momentálním stavu zdají být neproveditelnými. Připojuje se také narušení vůle. Rychlá unavitelnost pak přirozeně nemocného vede k omezení aktivity. „V krajním případě může inhibovanost přerůst až do depresivního stuporu, který se projevuje nehybností a mutismem, nemocný na nic nereaguje a jeho vědomí může být zastřeno“ (Vágnerová, 2014, str. 361). V některých případech se namísto únavy projeví psychomotorická agitovanost. Jedná se zejména o pacienty potýkající se s úzkostí, kteří se pomocí aktivity snaží úzkosti zbavit.

Buijssen jako velký zdroj vyčerpání člověka trpícího depresí uvádí také sociální kontakty: „může pro něj být nezvladatelné zvednout telefon nebo reagovat na zvonění u dveří, o tom, že by se sám ujal iniciativy a někoho kontaktoval, ani nemluvě“ (2021, str. 25). Když pak k sociálnímu kontaktu dojde, může se v konverzaci projevit zpomalení psychomotorického tempa. Buijssen (2021) uvádí, že sám pacient ani jeho nejbližší okolí si v případě plíživého nástupu onemocnění nemusí změny všimnout, nápadná však bude pro člověka, který se s ním delší dobu neviděl. Řeč člověka trpícího depresí bude pomalejší a monotónnější než dříve.

Poslední velkou oblastí symptomů jsou somatické projevy deprese. Do těch by se řadila insomnie, typicky s časným ranním probouzením, nebo vzácněji hypersomnie (Hosák et al., 2015). Krátký spánek může souviset se zvýšenou unavitelností a nedostatkem energie. Zvýšená spavost může pro jedince fungovat jako únik z reality, depresivních pocitů a myšlenek. Stejně tak častější konzumace jídla nebo přejídání může pro některé lidi s depresí fungovat jako zaplnění pocíťované prázdnoty (Buijssen, 2021). Častější však bývá úbytek

apetitu, jehož důsledkem je také úbytek váhy. Do somatických obtíží se rovněž řadí ztráta libida, která pak může výrazně zasahovat do partnerského vztahu.

V souvislosti se somatickými příznaky bývá často uváděna tzv. larvovaná deprese, u níž dochází k transformaci depresivní nálady do tělesných symptomů, např. bolestí, tlaku na hrudi, palpitací nebo trávicích obtíží (Hosák et al., 2015). Člověk se pak považuje za somaticky nemocného a opomíjí psychické příčiny svého stavu.

5.2 Sociální kontext

Soužití s osobou trpící depresí s sebou přináší svá specifika. Ačkoliv některá z nich již byla zmíněna v předchozí kapitole, tato kapitola se jimi zabývá podrobněji.

Pro okolí stejně jako pro nemocného nemusí být snadné zpočátku propuknutí deprese odhalit, jelikož se jedná o onemocnění s plíživým nástupem (Buijssen, 2021). Často se v počátcích jedná pouze o neurčitý pocit, že se něco změnilo, který přirozeně vede k hledání příčin a vysvětlení těchto změn, a může se na straně blízké osoby pojit s autoakuzacemi.

Jak již bylo zmíněno, jedním z nejobtížnějších symptomů depresivních onemocnění je depresivní nálada, případně podrážděnost. Vágnerová (2014) popisuje, že člověk s depresí výrazně narušuje celkovou atmosféru domácnosti, jelikož emoční ladění má tendenci se lehko přenášet i na další osoby v těsném kontaktu.

Dalším symptomem ovlivňujícím vztahy s blízkými osobami je hypoaktivita jedince. Dle Vágnerové (2014) se může u dalších členů domácnosti objevit podrážděnost z důvodu nízké aktivity a častých stesků nemocného. Zjištění, že se nejedná o somatické onemocnění, pak může v laicích vyvolat přesvědčení, že daný člověk je pouze líný a vymýšlí si. Stejně tak se u osob, které nepřičítají chování jedince onemocnění, může objevit požadavek na adekvátnější chování. Člověk trpící depresí nemusí být schopný tomuto požadavku vyhovět, což pak vede na jeho straně k pocitům viny a k narušení jejich vzájemného vztahu. „Deformace vztahů v rodině bývá spojena s nepochopením příčiny problémů, s hledáním zavinění na straně nemocného i v jednání ostatních“ (Vágnerová, 2014, str. 373).

S úbytkem energie a snížením psychomotorického tempa souvisí také omezení potřeby mezilidského kontaktu, který je pro člověka trpícího depresí příliš vysilující. To před blízké osoby staví další výzvu v podobě možného odmítání jejich společnosti. Navíc Vágnerová

uvádí, že „jakkoli je pro nemocné podpora blízkých osob důležitá, jimi samotnými je bez ohledu na skutečnost často prožívána jako nedostatečná“ (2014, str. 373). Pro blízké osoby může být takový stav velmi frustrující.

Ze somatických symptomů je pro blízké osoby dle Buijssena (2021) nejobtížnější insomnie, případně hypersomnie. Krátký a neklidný spánek může narušovat spánek blízké osoby a způsobovat také její únavu a podrážděnost. Přílišná spavost zase může ve druhém vzbuzovat pocity vzteku, že člověk s depresí většinu času spí a z toho důvodu například nemůže tolik pomoci s chodem domácnosti, což znamená o to více nároků na pečující osobu.

5.2.1 Partnerský vztah

Deprese jednoho (nebo případně obou) z partnerů zásadně mění dynamiku vztahu a klade na oba členy páru nové nároky. Vágnerová (2014) spojuje s depresí jednoho z partnerů růst asymetrie ve vztahu.

Symptodem, který může výrazněji zasáhnout do dynamiky partnerského vztahu, je ztráta chuti na sex. Michael a O'Keane (2000) uvádí narušení kvality sexuálních vztahů až u 75 % pacientů trpících depresí. V některých provedených studiích dokonce respondenti trpící depresí hodnotili ztrátu sexuálního zájmu jako subjektivně nejnáročnější z prožívaných symptomů deprese (Michael & O'Keane, 2000; Phillips & Slaughter, 2000). Celkově se sexuální dysfunkce odráží ve snížené kvalitě života, zasahuje do mezilidských vztahů a sebevědomí nemocného. Některá antidepresiva mají také neblahý vliv na sexuální život jedinců, což poté často vede ke snížení ochoty pacienta podstupovat farmakologickou léčbu (Michael & O'Keane, 2000). Na straně nemocného může ztráta libida vyvolávat pocity viny, protože pociťuje omezení vlastní schopnosti naplňovat partnerovy potřeby v sexuální oblasti. Naopak u partnera, pokud není o onemocnění informován, se mohou objevit obavy a nejistoty ohledně toho, proč s ním jeho blízký nechce sdílet fyzickou intimitu.

Soužití s člověkem trpícím depresí bývá velmi náročné. Dle Vágnerové (2014) se tato zátěž může projevit depresivními rozladami i u partnerů, a to „často v době, kdy se pacient zlepšil“ (str. 372). Zvýšené „nakažlivosti“ depresivní symptomatiky mezi partnery nasvědčuje také metaanalýza zahraničních studií na toto téma, kterou provedli Joiner a Katzová (2006).

5.3 Podpora člověka s depresí

Výše uvedené dopady na život jedince trpícího depresivní poruchou se přímo odráží v nárocích, které jsou pak kladeny na jeho nejbližší. Možnosti podpory jim však významně ztěžuje skutečnost, že bez vlastního prožitku depresivní epizody je velmi náročné, až téměř nemožné, se do svého blízkého vcítit a pojmout komplexně celou šíři toho, jak ho onemocnění zasahuje. Protože u každého jednotlivce se klinický obraz deprese liší, nelze nikde vyčíst univerzální návod na to, jak člověka trpícího depresí podpořit. Tím pádem blízkým nezbyvá než zkusit různé varianty pomoci a dle reakce nemocného (která může být zejména v průběhu depresivní epizody také značně zkreslená, viz výše) je pak modifikovat či měnit, dokud nenaleznou efektivnější způsoby podpory.

Přístup a podpora nejbližšího okolí je velmi důležitým faktorem determinujícím průběh depresivního onemocnění, což dokazují i některé výzkumy (např. Scardera et al., 2020). Zejména u těžších depresivních epizod, kdy jedinec nemusí být schopný uspokojovat některé základní životní potřeby (typicky jíst), se musí okolí snažit jedinci tyto základní potřeby zabezpečit. Mimo tyto více zjevné způsoby podpory má však zásadní význam také psychická podpora poskytovaná blízkými. Buijssen (2021) uvádí, že přístup okolí k člověku s depresí má vliv na jeho léčbu – podpora přispívá k uzdravení a špatná reakce může naopak zotavení zpomalit. Buijssen ohledně podpory dodává, že „abyste se mohli ke svému blízkému správně chovat, musíte jeho nemoc přijmout“ (2021, str. 47).

6 Coping

Mnoho definic pojmu coping vyžaduje předchozí objasnění pojmu stres, s nímž velmi úzce souvisí. Krohne (2002) pojmem stres rozumí „tělesné procesy vytvářené okolnostmi kladoucími na jedince fyzické nebo psychologické nároky“. Stručný psychologický slovník (Hartl, 2004) stres popisuje jako „nadměrnou zátěž neúnikového druhu, vedoucí k trvalé stresové reakci“. Dle slovníku psychiatrických termínů pak stres „označuje střídavě různé záporné podněty nadměrné intenzity, subjektivní, fyziologické a behaviorální odpovědi na ně; setkání jednotlivce se stresujícími podněty nebo vše výše uvedené jako systém“ (2004,

str. 89). Lazarus pak vnímá stres jako vztah či transakci mezi jedincem a jeho prostředím (in Krohne, 2002). V návaznosti na to Lazarus formuloval dva faktory, které tuto transakci zprostředkovávají, kognitivní zhodnocení a coping. Většina výzkumů copingu staví na teorii Folkmanové a Lazaruse, kteří pojmem coping rozumí „kognitivní a behaviorální úsilí vynaložené ke zvládnutí, tolerování nebo snížení externích a interních požadavků a konfliktů mezi nimi“ (1980, str. 223). Krohne (2002) popisuje coping jako snahy jedince, myšlenkové nebo činnostní, zaměřené na zvládnání specifických nároků. Dle Hartla (2004) je coping „schopnost člověka přiměřeně se vyrovnat s nároky, které jsou na něj kladeny, případně zvládat nadhraniční zátěže; může jít také o změnu vnímání situace nebo změnu postoje“ (str. 307). Panicker a Ramesh (2019) uvádí jako hlavní funkce copingu zvládnání problému (problem-focused coping), regulaci emocí (emotion-focused coping) a snahu oprostít se mentálně či fyzicky od problémové situace (avoidance-focused coping).

Kognitivní zhodnocení vysvětlují Folkmanová a Lazarus (1980) jako „kognitivní proces, jehož prostřednictvím je událost vyhodnocena s ohledem na to, co je v sázce (primární zhodnocení) a které copingové zdroje a možnosti jsou k dispozici (sekundární zhodnocení)“ (str. 223). Popisují tři základní typy kognitivního zhodnocení: *ublížení-ztráta* odkazuje k minulému poškození jedince, *ohrožení* se vztahuje k očekávané události, která se však ještě neuskutečnila, a *výzva* se pojí s očekáváním příležitosti ke zvládnutí nebo zisku. Míra stresu pramenícího z dané události je dle této teorie závislá na tom, jak jedinec danou událost zhodnotí, tedy jakou významnost a možné důsledky jí přisuzuje. Na základě kognitivního zhodnocení a subjektivní míry stresu vyvolaného konkrétní situací pak jedinec využívá konkrétní copingové zdroje a možnosti (Krohne, 2002).

Lazarus vymezuje dva různé pohledy na coping, buďto jako na dispoziční charakteristiku jedince vycházející z jeho individuálních rysů osobnosti nebo na situační charakteristiku, která se utváří na základě adaptivního kontextu a opomíjí individuální kontext jedince. Krohne (2002) doplňuje dělení copingových strategií na mikroanalytické, mapující větší množství specifických strategií, a makroanalytické, které pracují s vyšší mírou abstrakce a zaměřují se na základnější konstrukty.

6.1 Copingové strategie

Způsoby, jak se lidé vyrovnávají se stresovými situacemi se stresovými situacemi, se označují jako copingové strategie (Baštecká, 2005). Tradičně se copingové strategie dělí na ty zaměřené na zvládnání emocí (*emotion-focused coping*) a ty zaměřené na zvládnání problému (*problem-focused coping*) (Lazarus in Ďurašková et. al, 2016). Folkmanová a Lazarus (1980) ještě upřesňují, že strategie zaměřené na zvládnání problému se soustřeďují na stres vznikající ve vztahu jedince a prostředí, zatímco strategie zaměřené na zvládnání emocí mají za cíl regulovat stresující emoce jedince. Jemnější rozdělení copingových strategií pak nabízí například Steiner-Hofbauerová a Holzingerová (2020), které v základu dělí strategie na funkční a dysfunkční. Do funkčních řadí mentální přístupy, aktivní coping a fyzickou aktivitu. Mezi mentální přístupy řadí pozitivní myšlení (přerámování, humor nebo optimismus), sociální podporu (podpora přijímaná od druhých, emoční nebo instrumentální) a obrat k náboženství. Aktivní coping pak zahrnuje aktivity, které zabraňují zvýšení úrovně stresu, například plánování nebo strategický přístup k práci. Fyzická aktivita se dle Steiner-Hofbauerové a Holzingerové ukazuje být klíčem k psychickému zdraví, přičemž u úzkosti a deprese doporučují především využívání relaxačních technik. Kromě toho stresu mohou zabraňovat i další aktivity, jako například hudba, tvoření, venkovní aktivity, setkávání se s přáteli nebo spánek. Mezi nefunkční copingové strategie by patřilo pití alkoholu nebo konzumace dalších návykových látek.

6.1.1 Copingové strategie lidí s depresí

Křivohlavý (2013) uvádí jako subjektivně nejnáročnější symptomy pro lidi trpící depresí tyto symptomy: nečinnost, sebekritičnost, sebeobviňování, upadající sebevědomí, nerozhodnost, beznadějnost. Následně uvádí několik doporučení toho, jak se s výše uvedenými symptomy vypořádat. Křivohlavý doporučuje proti nečinnosti sestavit si denní program odvozený od stanovených krátkodobých i dlouhodobých cílů. Plnění takového plánu by pak každý večer mělo být vyhodnocováno. Dále nabádá naučit se vysledovat situace či myšlenky, které vedou ke vzniku depresivních nálad. Poté při jejich výskytu změnit činnost, aby člověk depresivní náladě předešel. Také v tomto okamžiku může využít zařazení oblíbené činnosti, která přináší radost. Jako poslední doporučuje Křivohlavý pracovat sami na sobě a věnovat se „nejen zvládnání nečinnosti, ale i tomu, co vede

k nadměrnému sebeobviňování, ke zveličené sebekritice, k uvádání našeho zdravého sebevědomí, k naší velké nerozhodnosti a beznaději“ (Křivohlavý, 2013, str. 89).

Steiner-Hofbauerová a Holzingerová (2020) při rakouském výzkumu copingu u studentů medicíny došli k závěru, že nižší hladina stresu se pojila především s pozitivním myšlením a aktivním copingem, přičemž pozitivní myšlení bylo také vyhodnoceno jako protektivní faktor vzniku depresivní symptomatiky.

6.1.2 Copingové strategie blízkých osob

Folkmanová a Moskowitzová (2000) formulovaly na základě studia pečujících osob 3 typy copingových mechanismů: pozitivní přehodnocení, coping zaměřený na problém a vytváření pozitivních událostí. Pozitivní přehodnocení popsaly jako kognitivní proces, při němž dochází k zaměření se na pozitivní aspekty problémové situace, například zjištění příležitosti pro osobní růst, dosažení tohoto růstu nebo uvědomění si přínosů vlastního úsilí pro druhé. Coping zaměřený na problém zahrnuje myšlenky či chování zaměřené na odstranění příčiny potíží. Tento copingový mechanismus bývá častěji užíván v situacích, kdy má jedinec nad situací určitou míru kontroly, v opačném případě je maladaptivní. Vytváření pozitivních událostí pak dle autorek spočívá ve vytvoření pozitivního okamžiku prostřednictvím obohacení obyčejných událostí o pozitivní význam, například když se člověk pozastaví nad krásným západem slunce nebo když je negativní zkušenost obohacena humorem. Tento způsob často slouží ke krátkodobému ulevení si od probíhajícího stresu.

Buijssen (2021) shrnuje konkrétní doporučení pro pečující osoby, jak pomoci blízkému zvládat obtíže spojené s depresivní poruchou. Jako první doporučení Buijssen uvádí postarat se v první řadě o sebe, aby následně mohla být blízkému poskytnuta kvalitní podpora: „svému blízkému můžete pomoci nejlépe tak, že povedete i svůj vlastní život a rezervy své energie vyplníte koníčky a jinými oblíbenými volnočasovými aktivitami. Nemějte kvůli tomu pocity viny!“ (Buijssen, 2021, str. 158). S tím souvisí také pěstování dalších sociálních kontaktů. Dalším doporučením pro pečující osobu je nebýt v podpoře příliš aktivní, dát najevo lásku a podporu, ale zároveň si udržovat odstup. Tento přístup pomáhá nejen nemocnému, ale též pečovateli, který s jeho pomocí předchází propuknutí deprese také u sebe. Proto je důležité sledovat svůj stav a naučit se identifikovat, pokud něco není v pořádku. Buijssen také radí nepotlačovat své pocity a namísto toho si je přiznat,

ideálně je sdílet přímo s člověkem trpící depresí nebo případně s kýmkoliv dalším, kdo je vyslechne. Další radou je přijmout, že každý dělá chyby, a tyto chyby si odpouštět. S tím souvisí také doporučení soustředit se na problémy, které z pozice blízké osoby mohou změnit. Pečovatelé by také měli žít co nejvíce v přítomnosti, čímž redukuje stres a obavy spojené s budoucností nebo výčitky ohledně minulosti. Na závěr Buijssen radí věřícím pečovateli, aby se obrátili s prosbou o pomoc k Bohu: „Proste o to, aby se váš blízký dostal z deprese posílený a vzal si z ní ponaučení. Prostě o totéž pro sebe. Proste o to, aby vás tato krize vzájemně sblížila“ (2021, str. 176).

EMPIRICKÁ ČÁST

Praktická část této diplomové práce se zaměřuje na studenty trpící depresí za využití perspektivy jejich blízkých osob. Hlavní důraz je přitom kladen na způsoby podpory blízké osoby a způsoby podpory vlastního duševního zdraví. Tato témata byla zjišťována prostřednictvím kvalitativní metodologie za využití rozhovorů a jejich následné analýzy.

7 Cíl výzkumu

Hlavním cílem tohoto výzkumu je zmapovat psychologické aspekty soužití se studentem trpícím depresivní poruchou. Dalším cílem je zmapovat strategie, které blízké osoby využívají k podpoře studentů trpících depresí. Posledním cílem je zjistit, jaké strategie tyto blízké osoby volí pro podporu vlastního duševního zdraví.

Na základě zvolených cílů výzkumu byly posléze formulovány následující výzkumné otázky:

1. Jaké jsou nejobtížnější aspekty soužití se studentem trpícím depresivní poruchou?
2. Jaké strategie volí blízké osoby pro podporu studentů trpících depresivní poruchou?
3. Jaké strategie podpory blízké osoby se ukázaly jako neefektivní?
4. Jaké strategie podpory blízké osoby se ukázaly jako efektivní?
5. Jaké strategie volí blízké osoby studentů trpících depresivní poruchou pro podporu vlastního duševního zdraví?

8 Metodologie

Pro potřeby zmapování různých aspektů soužití se studentem trpícím depresí byl zvolen kvalitativní výzkumný design. Výzkum proběhl s využitím polostrukturovaného rozhovoru (viz Příloha 3), jehož hlavní otázky byly sestaveny na základě výše uvedených výzkumných otázek. Témata, která se vynořila v průběhu rozhovorů, byla dále prozkoumávána prostřednictvím přidání doplňujících otázek.

Rozhovory byly následně přepsány do formy textu, aby mohla proběhnout jejich kvalitativní analýza. V rámci ní byla vyhledávána a podrobně zkoumána důležitá témata,

kteřá se v rozhovorech objevila. Na základě důkladné analýzy témat a porovnávání informací od jednotlivých respondentů byla následně sestavena vlastní teorie vysvětlující různé aspekty života se studentem trpícím depresivní poruchou.

8.1 Metody

V úvodu každého rozhovoru došlo k odebrání anamnézy. Účelem anamnestického rozhovoru bylo zmapovat základní informace o respondentovi, jeho vztahu s člověkem trpícím depresí a jeho zkušenostech s depresivní epizodou blízkého člověka. Anamnestické otázky byly předem připraveny tak, aby se tematicky vztahovaly k následujícímu rozhovoru. Anamnestický rozhovor sloužil také k navázání kontaktu s respondentem.

K samotnému sběru dat byla využita metoda polostrukturovaného rozhovoru. Otázky byly sestaveny s ohledem na cíle výzkumu. Pokud v rozhovoru ze strany respondenta zazněla zajímavá myšlenka či téma, došlo k jejich hlubšímu prozkoumání formou doplňujících otázek. Připravené otázky byly otevřené, aby měli respondenti možnost podrobně vysvětlit vlastní perspektivu. V případě doplňujících dotazů, zejména pokud bylo třeba si některé informace ujasnit, zazněly také uzavřené otázky.

Pro následný rozbor přepsaných rozhovorů byla zvolena metoda kvalitativní analýzy. „(...) při kvalitativní analýze jde o systematické nenumerné organizování dat s cílem odhalit témata, pravidelnosti, kvality a vztahy“ (Hendl in Švaříček a Šeďová, 2007, str. 207). Přepsané rozhovory bylo tedy nutné organizovat a analyzovat, které tematické celky vztahující se k výzkumným otázkám se napříč rozhovory vyskytují. K tomuto účelu byla zvolena technika tzv. otevřeného kódování. Otevřené kódování popisují Švaříček a Šeďová jako proces, při němž je „text jako sekvence rozbit na jednotky, těmto jednotkám jsou přidělena jména a s takto nově pojmenovanými (označenými) fragmenty textu potom výzkumník dále pracuje“ (2007, str. 211). V průběhu kódování došlo k přidělení slovních kódů jednotlivým tematickým jednotkám (např. vymezení hranic, seberegulace). Kódy pak byly průběžně revidovány a upravovány do finální podoby. Následně došlo ke kategorizaci jednotek označených kódy do systému, jejich interpretaci a vytvoření vlastní teorie.

8.2 Výzkumný vzorek

Výzkumný vzorek tvoří blízké osoby vysokoškolských studentů, kteří vykazují nebo v minulosti vykazovali depresivní symptomatiku. Ve všech případech byla existence depresivních symptomů potvrzena odborníkem a pacientovi byla nasazena léčba. Celkem se podařilo uskutečnit rozhovor s 5 blízkými osobami, z nichž 4 byli muži a 1 žena. Ve 4 případech se jednalo o blízkou osobu v partnerském vztahu ke studentovi trpícímu depresí a v 1 případě se jednalo o sourozence. Mezi studenty s depresí, jejichž podpora byla s blízkými osobami diskutována, byli 2 muži a 3 ženy.

8.3 Sběr dat

Sběr dat proběhl v období od 22.3. do 27.6. 2022. Oslovování respondentů proběhlo ve zprostředkování přes samotné studenty trpící depresí. Studenti byli osloveni buď osobně nebo formou krátké zprávy obsahující nástin průběhu a záměr výzkumu. Důvod pro prvotní oslovení samotných studentů byl zejména etický. Šlo o jejich informování o záměrech práce a plánovaných tématech rozhovoru, který se jich má bezprostředně týkat, aby následně mohli udělit či neudělit souhlas s jeho uskutečněním. Druhý důvod byl čistě praktický, kdy studenti dle uvážení vybrali svoji blízkou osobu a předali na ni kontakt.

Blízké osoby byly při prvním kontaktu ve všech případech již studenty informovány. Proběhlo jejich informování o dalších detailech (očekávaná délka rozhovoru, pořízení audiozáznamu) a po souhlasu k účasti došlo k domluvě termínu schůzky. Rozhovory proběhly formou osobního setkání až na jednu výjimku, kdy z důvodu vzdálenosti byla zvolena forma videohovoru.

Při setkání byl každému z respondentů nejdříve předložen k podpisu informovaný souhlas s účastí ve výzkumu. Tento informovaný souhlas je součástí přílohy diplomové práce (viz Příloha 1). Poté proběhlo vyplnění krátkého anamnestického dotazníku (viz Příloha 2) a následoval samotný rozhovor. Všichni respondenti souhlasili s pořízením audiozáznamu rozhovoru, takže v žádném z případů nemuselo dojít k přepisu rozhovoru při jeho průběhu. Navíc díky tomu mohly být výpovědi zaznamenány přesně doslova a nedošlo ke ztrátě cenných informací. Dále byli respondenti srozuměni s anonymizací pořízených dat, přičemž dostali nabídku vybrat si pseudonym, pod nímž budou v rozhovoru uvedeni. Následně proběhly samotné rozhovory, jejichž délka se pohybovala od 29 do 58 minut.

8.4 Zpracování a analýza dat

Audiozáznamy rozhovorů byly posléze přepsány do textové podoby. Za účelem lepší čitelnosti a srozumitelnosti textu došlo při přepisu k redukci prvků obecné češtiny. Ze stejných důvodů došlo také k odstranění velké části výplňkových slov (jako, prostě, jakoby apod.) nebo opravám některých přeřeknutí. Zároveň však byly v textu ponechány některé výrazy, zejména silně expresivně zabarvené, v původní formě, aby byla textu zachována autenticita. Také byla ponechána některá zaváhání či pauzy pro zdůraznění toho, že pro respondenta se jednalo o obtížný moment. Dále všechna jména blízkých osob, která během rozhovoru zazněla, byla při přepisu nahrazena výrazy označujícími vzájemný vztah osob (např. partnerka, manželka).

Informace pořízené v rámci anamnestického dotazníku byly pořízeny pro dotvoření kontextu a za účelem možnosti se k nim během rozhovoru odkázat. Anamnestický rozhovor také posloužil k navázání kontaktu s respondentem a vzájemnému vyladění se na projev toho druhého. Přepis anamnézy nebo její části do textové podoby proběhl pouze v případě, že v rámci anamnézy zazněla důležitá informace ovlivňující další průběh rozhovoru.

V průběhu přepisu rozhovorů byly postupně utvářeny kódy označující tematické okruhy, které se napříč rozhovory opakovaly. Při opakovaném čtení rozhovorů a přepisu rozhovorů nových docházelo k propracování systému kódů, tedy k jejich revizím a k vytváření nových kódů.

9 Rozhovory

Tato kapitola přibližuje jednotlivé rozhovory. Popisuje respondenty, specifika jednotlivých rozhovorů a základní témata, která z těchto rozhovorů vzešla.

9.1 Michal

Rozhovor s Michalem byl zamýšlen jako pilotní rozhovor, tedy sloužící k ověření funkčnosti sestavené struktury pro rozhovor, relevance zvolených témat a vhodnosti konkrétních formulací. Tento respondent byl vybrán pro pilotní rozhovor i z důvodu určité specifčnosti oproti ostatním. Stejně jako jeho bratr, na jehož podporu jsme se ve společném

rozhovoru chtěli zaměřovat, také Michal trpí depresivní poruchou. V průběhu rozhovoru se z tohoto důvodu otázky začaly zdát velmi málo relevantní. Sám Michal naznačoval, že ve chvílích, kdy se potýká s vlastními symptomy, nemá příliš velkou kapacitu pro podporu bratra. Po tomto zjištění byla struktura rozhovoru pozměněna tak, aby se zaměřoval na Michalovy vlastní prožitky a poznatky spojené s prožíváním depresivních epizod. Zároveň s tím přišlo rozhodnutí, že z důvodu odchýlení se od připravené struktury nebude rozhovor považován za validní, a tudíž může posloužit pouze jako pilot, přičemž jeho obsah a informace z něj nebudou použity. Při zkusem okódování rozhovoru a jeho porovnání s dalšími rozhovory se však ukázalo, že i přes referování zkušenosti s vlastní depresí namísto popisu zkušeností s depresí u blízké osoby vzešlo z tohoto rozhovoru množství zajímavých myšlenek, které nejsou v dalších rozhovorech zmíněny. Stejně dobře zafungovalo pro tento rozhovor i využití sestaveného systému kódů. Z těchto důvodů došlo k přehodnocení původních záměrů a využití rozhovoru s Michalem jakožto cenného doplnění výpovědí dalších respondentů o jeho úhel pohledu. Zároveň bude při odkazech na tento rozhovor vždy označeno, že se nejedná o perspektivu blízké osoby, ale o pohled na vlastní onemocnění.

Michal se v rozhovoru zaměřoval na svého bratra a posléze i na sebe sama. Jako hlavní témata se z rozhovoru vynořily způsoby zvládnání vlastní afektivní poruchy a stavů s ní spojenými, funkční a ceněné způsoby externí formy pomoci a některé faktory vzniku poruchy. Důležitým tématem se ukázala být zejména sounáležitost a pochopení mezi bratry, kteří oba mají s depresí zkušenost, tudíž se dokáží vžít do pocitů a stavů toho druhého. Dále Michal zmiňuje obtížnost zaměření se na stav a podporu bratra ve chvílích, kdy se jeho vlastní stav zhoršuje. Nakonec popisuje vlastní prožitky spojené s propuknutím deprese a jejími symptomy. Ze způsobů podpory, které při vlastních obtížích hodnotí jako užitečné, jmenuje pravidelný režim (například sport s kamarádem nebo docházka do školy) a porozumění příčinám a vlivům, které měly na propuknutí deprese podíl.

9.2 Maria

Maria se v rozhovoru zaměřovala na podporu svého snoubence trpícího depresivní poruchou. Sama uvádí, že její zkušenosti s partnerovým onemocněním jsou poněkud omezené, jelikož jeho depresivní epizodu sama nezažila. I proto byla jedním z ústředních témat rozhovoru nejistota ohledně budoucnosti a obavy z nástupu další epizody. Kromě

způsobů podpory duševního zdraví partnera se pak objevilo i téma víry v Boha jako způsobu copingu.

9.3 Štěpán

Rozhovor se Štěpánem se zaměřoval na jeho partnerku, která se potýká s úzkostnou a depresivní poruchou. Popisuje rozvoj a dynamiku onemocnění partnerky, stejně jako funkční a nefunkční způsoby její podpory. Důležitým tématem rozhovoru byl popis současného výskytu depresivní a úzkostné poruchy, kdy dle Štěpána deprese tvoří nějakou stálější psychickou bázi, na níž pak nasedají výrazné a nápadnější úzkostné ataky. Dále respondent popisuje, že spatřuje výrazný spouštěč psychických obtíží partnerky ve stresu pramenícím ze studia medicíny. Co se týká podpory, opakovalo se zde téma pocitů bezmoci a utvoření si vlastního náhledu na partnerčino onemocnění.

9.4 Eda

Eda v rozhovoru mluvil o zážitku své manželky s depresivní epizodou a její podpoře. Při prvotním oslovení nejprve jeho manželka a následně i Eda zmínili nejistotu, jestli bude jejich příspěvek k tomuto výzkumu vhodný. Jednalo totiž o jedinou epizodu, která proběhla již před dvěma lety, a navíc v období partnerské krize. Tím pádem depresivní epizodu manželky Eda tehdy vnímal pouze jako dílčí součást komplexnější problémové situace a při rozhovoru měl občas problém deprese z této situace vydělit a izolovat ji od dalších jevů. Nicméně tento rozhovor přinesl další důležitá témata, která ostatní respondenti nezmínili. Konkrétně se zde jako dominantní ukázalo téma spouštěče depresivní epizody v aktualizaci traumatizující vzpomínky z dětství a dále velký důraz na léčbu prostřednictvím psychoterapie.

9.5 Patrik

Rozhovor s Patrikem byl specifický ze dvou důvodů. Prvním z nich bylo využití videohovoru z důvodu přílišné vzdálenosti obou účastníků rozhovoru. Díky této změně mohl být namísto audiozáznamu pořízen videozáznam setkání, což znamená jistou výhodu, především díky možnosti znovu si přehrát nejen hlas, ale i neverbální doprovod sdělení, který v některých případech dokázal lépe dokreslit význam. Tato změna si vyžádala i úpravu formy informovaného souhlasu. Namísto podepsání vytištěné formy souhlasu jako u dalších

respondentů došlo v tomto případě k přečtení informovaného souhlasu nahlas a jeho následnému potvrzení respondentem, přičemž celý proces byl nahráván. Dalším specifikem tohoto rozhovoru byl odlišný mateřský jazyk respondenta, slovenština. Kvůli obtížím spojeným se správným gramatickým přepisem slovenštiny byl tento rozhovor přeložen a přepsán v češtině. Překlad některých obtížnějších částí byl kvůli ověření správnosti překladu a zachování významu konzultován se samotným respondentem.

Patrik v rozhovoru mluvil o své přítelkyni, která trpí depresivní poruchou. Jeden z partnerů studuje v Česku a druhý na Slovensku, proto je intenzita jejich fyzického kontaktu závislá na průběhu školního roku, přičemž Patrik se v rozhovoru dotkl situací fyzické blízkosti, ale také odloučení. Tématy byly především popis symptomů deprese u partnerky a formy podpory. Zároveň v tomto rozhovoru zazněla také důležitost fyzické blízkosti pro podporu partnerky a omezení této podpory ve chvílích, kdy partneři nejsou fyzicky spolu.

10 Analýza rozhovorů

Po vypracování kvalitního systému kódů a okódování všech prepisů rozhovorů se začala vynořovat některá důležitá témata, které se napříč rozhovory opakovala. Tato témata budou v následující části podrobněji rozebrána za využití perspektiv různých respondentů. Následující část práce obsahuje za účelem hlubšího porozumění perspektivám respondentů vybrané citace z provedených rozhovorů. Některé citace byly pro lepší srozumitelnost upraveny vypuštěním nadbytečných výplňkových slov (jakoby, prostě apod.). Citace jsou v následujícím textu vizuálně odlišeny využitím kurzívy.

10.1 Symptomy a jejich subjektivně prožívaná náročnost

Všichni respondenti popisovali nejvýraznější symptomy deprese svého blízkého. Ve všech případech respondenti zmínili symptomy z oblasti emočních změn. Téměř ve všech případech byl zmíněn pokles nálady („*je smutná prostě*“), respondent s vlastní zkušeností s depresí popisuje až apatii („*to jsem začal pociťovat... jako vyloženě nějakou apatii k čemukoliv*“). Dále se ve většině případů objevily neúměrné emoční reakce, podrážděnost a výkyvy nálad („*kvůli něčemu na mě úplně zbytečně vystartuje*“; „*najednou je takový smutný až... až brečí*“). Někteří respondenti také zmínili pesimismus („*nemyslí, že by byl*

někdy šťastnější, než je teď“; „protože se vlastně nemá na co těšit, tak se vlastně na nic netěší“) nebo pocity viny, které opět popisuje respondent trpící depresí (*„hodně prokrastinuju poslední dobou a nemám z toho dobrý pocit“*).

Často se respondenti shodovali také na kognitivních změnách svých blízkých. Nejčastěji byla zmiňována ztráta motivace, případně chuti do života (*„začíná to ráno, kdy se mi těžko vstává, hodně těžko vstává“; „chut' jít dělat věci, ztráta nějaké jakoby dobré nálady, ztráta toho, že se jakoby těší na věci“*). Dále se často objevovaly myšlenky o vlastní méněcennosti, popřípadě nedostatek sebevědomí (*„bere to tak, že je takový jako k ničemu“; „jsem sám sebe jako tím pádem shazoval (...) z nějakých daných kvalit, se kterými se člověk třeba narodí“*). Častý byl také pesimistický náhled na život a jeho další směřování, případně ztráta naděje (*„už prostě nemá věci, na které se může těšit“; „nemyslí si, že by někdy byl šťastnější, než je teď“*). Respondenti také uvedli výskyt ruminací (*„hrozně jede overthinking a prostě přemýšlí všechny nejhorší scénáře, co se můžou stát“*) a nerozhodnost. Ve dvou případech byly zmíněny suicidální myšlenky (*„říkala, že to prostě nemá cenu a že v takovémhle stavu ona prostě být nechce a že už jí zbývá jenom se jít zabít“*) a jednou suicidální pokus.

Z neurovegetativních symptomů respondenti nejčastěji uváděli únavu a nedostatek energie (*„nemá chuť nebo ani sílu vstát půl dne z postele“; „nezvládla jít do práce“*). Dále bylo zmíněno narušení v oblasti komunikace, hypersomnie (*„zůstane doma místo školy, aby se učila, a místo toho celý den spí“*), sebepoškození, ztráta chuti k jídlu nebo váhový přírůstek vlivem medikace. V jednom případě byl zmíněn také deficit v oblasti péče o sebe sama (*„nestará se o sebe po fyzické stránce moc“*).

10.1.1 Nejnáročnější aspekty soužití

Jako pro blízké osoby velmi obtížný symptom bylo zmiňováno určité **zacyklení** člověka s depresí. Michal popisoval zacyklení svého bratra v některých životních návycích: *„(...) pro mě bylo docela těžké vidět ty nešťastné návyky nebo tyhle ty návyky ohledně životního stylu, které vytváří jako negativní úplně... které se můžou nešťastně prostě zacyklit. (...) a nikdy jsem nevěděl, jak mu to podat, slovně“*. Ještě komplexnější situaci zacyklení se uvádí Štěpán u své partnerky: *„Chtěla by cvičit a hubnout, ale nemá na to čas kvůli škole, nemá na to motivaci, protože prostě má depresi, takže zase má depresi z toho, že má prostě*

nadváhu a... takhle se to vlastně celé cyklí. A je to hodně zacyklené. (...) asi nejhorší je to, že je to takhle zacyklené a člověk neví, s čím by mohl něco dělat. A je to takový pocit jako bezmoci hodně“. Oba respondenti naznačují určitou bezvýchodnost situace zacyklení, jelikož je obtížné takový cyklus přerušit. Stejně tak u obou zaznívá pocit bezmoci vztahující se k zacyklení. Michal mluvil také o bezmoci ve vztahu k vlastnímu onemocnění: *„Vím, co se mnou v zásadě je. A vím, co by mi mohlo pomoci, a nemám dostatek síly na to se nějakým způsobem toho chopit“.* S tím koresponduje také výpověď Marii o jejím partnerovi: *„Ono je to takové těžké. Že on vlastně ví, jak by to mělo být a že on to má jako trošku jinak, tak on se s tím taky musí srovnat“.*

Pocit bezmoci ve vztahu k různým obtížným situacím a aspektům soužití s člověkem trpícím depresí byl pak v rámci rozhovorů zmiňován velmi často. Ačkoliv kontexty se lišily, uvedli prožívání pocitů bezmoci všichni respondenti. Maria například popisuje bezmoc ve vztahu k některým symptomům partnera: *„Já to všechno asi prožívám docela těžko, z hlediska, že já mu chci pomoci, ale nevím jak. Fakt prostě vůbec nevíš, jak mu to ulehčit, protože on to musí vyřešit sám se sebou“.* Patrik zmiňuje bezmoc v souvislosti se smutkem partnerky: *„Protože s tím v podstatě nevím, jak jí pomoci. Jako i když jí například rozesměju nebo něčím potěším, tak je to jen takové chvilkové a povrchové. Takže uvnitř stále je cítit, že není ok“.* V obou případech zaznívá nemožnost blízkému pomoci a uvědomění, že se jedná o závažný stav, s nímž se nemocný musí z velké části vyrovnat sám. Blízcí mohou zažívat také frustraci, jelikož nemohou v této oblasti druhého podpořit v takové míře, v jaké by třeba chtěli. Určitou míru bezmoci popisuje Patrik také v souvislosti s tím, že často bývá omezen na podporu partnerky na dálku: *„Tím, že my častokrát během toho, co ona má ty epizody, tak nejsme spolu, jenom takhle na dálku, je řekl bych o dost těžší jí dát najevo, že jsem v tom s ní a jsem tam pro ní“.*

Pocity bezmoci se v některých případech pojily s **obavami z budoucnosti**. Obavy z vlastního onemocnění popsal Michal následovně: *„nejsem schopný teď nějakým způsobem žít spořádaně tak, jak bych si přál (...) s tou vědomostí, že člověk je na vrcholu svých sil, zrovna je v letech, kde se nacházíme právě. Tak se bojím, že mě prostě to okrádá o budoucnost. Že promrhám nějakým způsobem drahocenný čas, který je teď. A bude se mi těžko vracet do jakéhokoliv režimu. Takže jako nebrání mi to v ničem konkrétním, ale*

zároveň mi to brání ve všem". Maria, která depresivní epizodu svého snoubence dosud nezažila, reflektuje obavy z jejího možného nástupu v budoucnosti: „*chápu, že každou chvíli se může z nějakého důvodu zhoršit a já, jak s tím nemám žádné zkušenosti, tak vůbec nevím, co budu dělat. Nebo jak jako... jak ho podpořit*". Zároveň zvažuje i další aspekty společné budoucnosti: „*když už se budeme brát, tak prostě tam budou i ty děti, takže kdyby on úplně vypadl, zhroutil se, tak já musím jakože... podpořit sama sebe, podpořit dítě, aby mělo maximálně normální život, aby prostě i chápalo, co se s partnerem děje a jak se k němu taky chovat. Ale taky partnera v tom nenechat nějak samotného (...)*". Téma společného života a dětí řešil také Eda, i když z trochu jiné perspektivy, protože v době propuknutí deprese u manželky zrovna řešili ve vztahu hlubší problémy: „*No, to jsme už byli manželé. (...) dřív by člověk jenom vyhrožoval tím, že se rozejde a nemusí nic řešit. Ale jakmile jsme byli manželé, tak už je to krapet složitější. Tím spíš s dětmi jako vůbec, to je úplně nesmysl*". Pro tento pár byl vlastně závazek v podobě manželství a dítěte motivací vztahové problémy intenzivněji řešit, což pak vedlo v jejich vztahu k velkému zlepšení a posunu. Přesto, že Patrik nezmiňuje takhle konkrétní budoucí plány, vyjadřuje vůči budoucnosti optimismus: „*Ještě nejsme spolu ani rok, takže si myslím, že hodně věcí se mám ještě co naučit o ní a o tom, jak ona se cítí. A možná ještě se naučím i jak jí v tom pomoci*". Z této formulace je patrné, že ačkoliv z respondentů zapojených do tohoto výzkumu má se vztahem ovlivněným depresí nejkratší zkušenost, přistupuje k tomuto onemocnění s pokorou a respektem.

Další velmi obtížnou oblastí je pro blízké osoby **sebepoškozování a suicidální myšlenky**. Marie její partner vyprávěl o suicidálních myšlenkách, které prožíval v minulosti: „*No s tím prostě taky musím počítat takhle do života, že něco... no... může nastat takový stav, kdy prostě se mu nebude chtít žít a zase neprošvihnout to nebo... No vůbec nevím, jak se k tomu postavit nebo... jako co dělat, aby on ty myšlenky neměl, takhle. Nebo vůbec aby ho to nenapadlo*". Rozpačitost nad sdělením se suicidálním obsahem reflektuje také Štěpán: „*A to bylo takové, že člověk jakoby neví, co na to má říct. (...) A prostě vymyslet nějakou odpověď, u které ví, že jí to nepotopí, ale aspoň by jí to malinko zvedlo, je prostě strašně... nemožný*". V případě obou respondentů se zde projevuje určitá bezradnost či bezmoc. Štěpán sdílel také svoji zkušenost s partnerčíným sebepoškováním: „*když měla před zkouškou, tak si rozdrápala jedno zápěstí, protože jí to dělalo líp prostě, ta fyzická bolest*".

Ve výpovědích respondentů se také opakovaně objevila jako náročnější symptom **podrážděnost či zesílené emoce**. Štěpán mluvil především o hádkách vyvolaných maličkostmi: *„ty momenty, kdy ona je v tom špatném stavu a pak se na mě naštve kvůli nějaké hrozně unrelated věci. A pak vedeme nějakou hádku kvůli něčemu, kvůli čemu já se nechci hádat, prostě... prostě nechci, že jo. A navíc dost třeba i věci přitažené za hlavu a tak“*. Podobnou zkušenost popisuje také Eda: *„(...) vygradovaly do stavu, kdy my jsme spolu vlastně nebyli schopni ani nějak komunikovat pořádně a... respektive cokoliv, co jsem řekl, tak manželka vnímala tak, že úplně startovala strašně“*.

Štěpán popsal jako nejnáročnější situace, kdy jsou **ve stresu oba partneři**, což pak vede ke konfliktům: *„největší problém je, když jsme ve stresu z něčeho oba. Jo, tam potom vznikají hrozné konflikty a dost často zbytečné“*. Stejně tak bylo pro něj náročné, když se deprese partnerky projevila v době, kdy se musel soustředit na školu: *„Pro mě to bylo dost náročné, protože já jsem měl svoje státnice a strávil jsem relativně dost času z těch státnic tím, že jsem jí vlastně... nebo jako čas, který jsem měl určený na to, abych se učil, jsem jí vlastně musel utěšovat“*.

Maria popisuje jako jeden ze symptomů svého partnera **snížené sebevědomí**, v jehož důsledku má partner na sebe přehnané nároky: *„hodně chce po sobě, že prostě musí všechno dělat hned, že musí vypadat dobře, nevím...“*. Tyto nároky však má i na ní samotnou: *„(...) já se toho trošku bojím, aby on mně tím neshodil to moje sebevědomí“*. Patrik zmínil také partnerčiny úvahy a obavy z toho, jestli kvůli některým symptomům, které prožívá, je dobrá přítelkyně: *„Protože partnerka má často když se cítí takhle zle takovou tendenci přemýšlet nad tím, že já s ní vlastně ani nebudu chtít být, když ona se takhle cítí, a že ona není dobrá přítelkyně kvůli tomu, že se takhle cítí“*.

V souvislosti se starostí o domácnost pak Štěpán zmínil **zvýšené nároky** ve chvílích, kdy partnerka nemá dostatek energie a celý den prospí: *„A pak prostě já jdu a musím pak ještě umýt nádobí, udělat nějaké věci doma, protože ona prostě... ona je není schopná udělat“*. Jako náročnější než samotnou starost o domácnost však Štěpán vnímá následné partnerčiny **pocity viny**, že kvůli spánku práci v domácnosti nezvládla.

10.2 Strategie podpory

Respondenti v rozhovorech zmiňovali širokou paletu možných způsobů, pomocí nichž se snaží své blízké trpící depresí podporovat.

10.2.1 Behaviorální podpora

Respondenti často, i když ne příliš podrobně, uváděli podporu prostřednictvím **fyzického kontaktu**. Maria zmínila objetí: *„Jenom tak občas obejmout a dát pusku a tak, jakože... občas to stačí“*. Totéž Štěpán zmiňuje v případě úzkosti: *„Když bych bral teda to s těmi úzkostmi, tak to je velký problém, protože v tu chvíli ona fakt občas potřebuje... nějak jakoby chytnout nebo utěšit“*. Fyzický kontakt zmiňuje také Patrik: *„A být při ní fyzicky, jako věnovat se jí. (...) i fyzicky dát najevo, že jsem tam a že jí miluju“*.

Kromě fyzického kontaktu se napříč rozhovory objevovalo také téma **materiální podpory**. Maria k tomuto tématu uvedla situaci, kdy její partner vysazoval farmakologickou léčbu: *„já jsem mu vlastně kupovala nějaké doplňky stravy, taky ho tím trochu podpořit“*. Pozitivní účinky dobrého jídla zmiňuje Štěpán: *„No a... co se oplatilo, tak občas nějaké sladkosti pomáhají. Dost jídlo, no“*. Patrik uvádí podporu prostřednictvím dárků: *„Potěšit jí... například květinami“*. Mimo to uvádí ještě nutnost zabezpečení základních životních potřeb: *„Postarat se aspoň o ty fyzické potřeby její. I když ona například nemá častokrát ani chuť jíst v takovýchto časech, alespoň to se snažit nějak zabezpečit, aby měla ideální podmínky na to. Aby se s tím co nejlépe a nejdřív vyrovnala“*.

Respondenti zmiňovali jako efektivní také **společný čas** nebo společné aktivity. Michal například ilustruje společné trávení času jako podporu bratra: *„Ale dokážeme si najít třeba společný čas na nějaký seriál nebo něco takového, to občas jo. Nebo si objednáme jídlo a na něco koukneme nebo tak“*. Také Štěpán uvádí, že situace se lepší, když na sebe partneři mají čas: *„Tak když máme oba dva volný čas, že jo (...) když jsme třeba někde byli na dovče nebo tak, tak to prostě bylo lepší“*.

10.2.2 Psychická podpora, přístupy

V různých životních situacích mají lidé přirozenou tendenci utvářet si postoje a stejně je tomu i v případě deprese partnera a hledání své vlastní role v tomto stavu. To potvrzují

také výpovědi respondentů, z nichž každý si vytvořil vlastní specifický náhled a přístup k onemocnění svého blízkého.

Napříč rozhovory se často objevovala podpora prostřednictvím **poskytnutí prostoru**. Zmiňuje ho Maria: „*vím, že většinou ho prostě musím nechat, on to zpracuje sám. (...) Ale taky se snažím ho pozorovat a opravdu vím, kdy fakt musím odejít a nechat ho v klidu*“. Maria zdůrazňuje cit pro situaci a správný odhad chvíle, kdy druhý potřebuje poskytnout prostor. Stejně tak prostor zdůrazňuje několikrát i Patrik: „*snažím se jí dát prostor, když potřebuje*“. Nabízí se také situace, kdy nemocný odmítne podporu nebo dokonce přítomnost blízké osoby. Takovou situaci uvádí Patrik: „*Ona například někdy mi poví, že chce být sama anebo že nechce, abych tam byl u ní nebo abych jí objímal nebo něco... tak někdy mám prostě takový pocit, že ten opak jí spíš pomůže. A byla i takováto situace a následně mi poděkovala, že jsem tam při ní i navzdory tomu zůstal a navzdory tomu byl s ní a neodešel, nehněval se na ní nebo něco*“. Tím Patrik vlastně potvrzuje Mariina slova o tom, že je nutné nejdříve citlivě vyhodnotit situaci a pak teprve na základě toho jednat.

V méně vypjatých situacích může dle respondentů být efektivní strategií podpory mluvit, **probrat problémovou situaci**. Tento způsob uvádí například Maria: „*Občas je to takové, že s ním můžu promluvit a taky mu to pomůže*“. Zároveň přiznává, že v krizovějších situacích se jí vyplácí spíše upozadit a mlčet, čekat, dokud se partner neuklidní: „*opravdu to potřebuje rozdýchat a pak jako přijde a třeba to i probereme nějak*“. Stejný přístup volí také Eda, který navíc připojuje poskytnutí prostoru: „*nabídnul jsem jí, že když si o tom bude chtít povídat, tak ať prostě... mi o tom samozřejmě kdykoliv může říct. (...) není to jako „ted' mi o tom povídej, ted' mi to řekni“, ale až prostě budeš chtít, tak já tady jsem*“.

Maria zmiňuje **podporu sebevědomí**: „*Asi jako každý den se ho snažím nějak jako pochválit za něco. Ale ne že bych mu lhala, jo... to jako opravdu tak myslím. Ale prostě v takových každodenních záležitostech nějak mu jako... jakože ho chválit víc. Ne nějak jako přehnaně, zase tam to nesmím nějak přehnat, protože on to ucítí. Takže tak nějak každodenně ho podporovat*“. Zdůrazňuje přitom upřímnost a opravdovost této podpory, jinak se stává nefunkční. Také Patrik podporuje sebevědomí své partnerky ujišťováním, že je dobrá přítelkyně.

Michal jako dobrou formu podpory uvádí to, že si s bratrem vzájemně **rozumí**. Za prvé kvůli tomu, že oba mají společnou minulost a formující vlivy, a za druhé proto, že oba trpí depresí, a proto vzájemně rozumí svým stavům: „(...) hlavně, že jsme vypadli od rodičů a že stojíme na stejné straně. /dlouhá pauza/ Jako že se dokážeme pochopit. To si myslím, že nás drží nějakým způsobem nad vodou“.

Další oblastí, kterou respondenti zmiňovali, je vytváření **bezpečného a přijímajícího prostředí**. Maria uvádí následující: „třeba bude cítit zase nějakou jistotu. Že on je takový, jaký je, a já ho tak přijímám. A může být šťastný /úsměv/... ještě víc šťastný /smích/“. Stejně tak i Štěpán uvádí, že se partnerce snaží vycházet vstříc.

Eda dále uvádí jako účinný přístup vůči podrážděnosti **nestupňovat konflikt**. Stejnou strategii volí také Patrik: „vyhýbat se nějakým konfliktům, hádkám, rozdílným názorům. Že jako i když s něčím nesouhlasím, tak v takovém případě jí to nedám najevo“.

Patrik zmiňuje také podporu partnerky při její nerozhodnosti: „když už byla úplně rozhodnutá, viděl jsem na ní, že vážně chce jet, a asi to i potřebovala, tak jsem se jí snažil podpořit v tom (...) A na druhé straně jsem jí chtěl vysvětlit ty možnosti a důsledky toho“. Nakonec Patrik uzavírá s myšlenkou, která zaznívá napříč všemi rozhovory. Podpora by měla být stavěna **na míru** konkrétnímu člověku i aktuální situaci: „Takže ono to je takové... hledat v mnoha věcech kompromis a vlastně i respektovat to, jak se ten člověk cítí, co v té dané době potřebuje“.

10.2.3 Nejvíce oceňované strategie podpory

Vzhledem k tomu, že respondenty v tomto výzkumu byly blízké osoby, jsou dále uvedena jejich subjektivní hodnocení toho, které strategie podpory jejich blízký pravděpodobně oceňuje. Výjimkou je Michal, který hovoří o vlastní zkušenosti s podporou druhých.

Michal popisuje z vlastní zkušenosti, že mu pomáhá mít jasně daný **režim**: „nejideálněji, když mám povinný program dopoledne a musím někde být. Hlavně když teda musím jít do školy, tak tam pak většinou jsem schopný zůstat až do večera“. Pevně dané termíny a deadlines však odmítá a upřesňuje: „nějaký program na pravidelné bázi spíš a disciplína prostě. Co si myslím, že by mi pomohlo, jakoby mít zafixovaný vyloženě nějaký

motorický program po tom, co člověk ráno vstane. (...) pravidelný program, který by měl jakoby smysl nějaký větší. Který by mě donutil třeba ráno vstávat“. Dále uvádí příklad toho, když s kamarádem trénovali na půlmaraton.

Implicitně Michal zmiňuje také přínos situací, které mu **dodávají sebevědomí** a potvrzují vlastní kompetence a dávají smysl: *„Mně osobně nejvíc pomohlo po gymplu být na vysoké škole, protože jsem objevil v sobě kapacitu na věci, o kterých jsem neměl zdání. Jakoby prostě prostor se učit, učit ostatní, to jsem taky nedělal předtím. A spousta možností, no. A smysluplných“.*

Ačkoliv se nejedná o pomoc poskytovanou jeho blízkými, oceňuje Michal léčbu formou **psychoterapie**. S tím souhlasí také Eda, který jako klíčovou formu podpory hodnotí účast na párové terapii: *„A to nás posunulo úplně nehorázným způsobem. Jako zaprvé nám to zachránilo vztah a za další teda celkově jsme si dost ujasnili priority. (...) A předtím jsme nikdy nebyli nějak extra spokojení, ale tím, jak už jsme měli dítě, tak jsme spolu nějak byli. Neříkám, že to bylo strašné celou dobu, ale kdoví jak úžasný vztah jsme neměli. To máme až teď, bych řekl. Fakt nikdy jsme podle mě na tom nebyli tak dobře, jako jsme na tom třeba teď nebo už nějakou delší dobu“.* Mimo to využila jeho manželka také individuální psychoterapii, kterou Eda rovněž hodnotí jako velmi přínosnou: *„jestli jí něco nejvíc pomohlo, tak jsem to podle mě nebyl já, ale psychoterapie“.* Také Maria, Štěpán i Patrik uvedli, že jejich partneři někdy v minulosti využili psychoterapeutickou léčbu.

Mariin snoubenec oceňuje z její podpory především to, že se na ní může **spolehnout**: *„on mi důvěřuje. On ví, že jsem na jeho straně. Já ho podpořím, prostě každopádně. (...) Takže nemá strach, že bych ho nějak podvedla nebo něco udělala jako... ne v jeho prospěch“.*

Často bylo také zmiňováno ocenění **snahy a vstřícnosti**. Například Maria uvádí: *„že se ho jako snažím pochopit. Že jsem taková empatická“.* Štěpán zde, mírně ironicky, dodává: *„že jí nezabiju, když má blbý kecy možná /smích/ a když je protivná a přepíčená strašně“.* Eda v případě své manželky uvádí ocenění: *„že vlastně se měla komu svěřit“.* Patrik uvádí u své partnerky ocenění nezištné pomoci: *„že jí to nikdy nevyčítám a nikdy nemám pocit, že ona mi něco dluží nebo něco podobného“.*

10.2.4 Neefektivní strategie podpory

Jako neefektivní způsob podpory se opakovaně ukázalo být to, když blízké osoby pomáhaly tím, **co by dle jejich uvážení pomohlo jim samým**. Příklad tohoto postupu uvádí Štěpán: „*Třeba co se týká toho hubnutí, tak já jsem se jí snažil motivovat nějakým způsobem tím, že bych jí dělal to, co funguje mně. Třeba na cvičení a na tyhle věci mi pomáhaly tabulky, že mám prostě tabulku, ve které si odškrťávám, co jsem splnil. A mám z toho radost, že jsem to splnil. Ale u ní to strašně nefungovalo, protože ona naopak byla špatná z toho, když to nesplnila. A měla třeba dobrý důvod to nesplnit, že třeba ten den nemohla nebo byla nemocná nebo prostě tohle... A ona potom se z toho hrozně dekompenzovala. Z toho, že má tabulku, ve které nemá vlastně nic namalovaného (...)*“. Podrobnější příklad využití něčeho, co by pomohlo jemu samotnému, uvádí také Patrik: „*A to je o tom, že partnerka například když se cítila jednou takhle zle, tak jsem jí prostě řekl, že „podívej, stále je hodně věcí, které v tom životě máš velmi dobré“. Že má střechu nad hlavou, má teplé jídlo, má postel... má hodně věcí, které prostě hodně lidí ve světě nemá, chybí jim to a ani nikdy v životě nebudou mít možnost v podstatě na takové úrovni žít jako my tady žijeme v Evropě. A to je vlastně věc, na kterou já se takhle dívám a kterou v podstatě sám sobě říkám a která mě samotnému pomáhá ve chvílích, kdy mám pocit, že mi chybí něco, co v tom životě vůbec není podstatné. Ale teď už vím, že například partnerce v té chvíli to absolutně nepomůže, protože ona potom má pocit asi, že... přesně, že já to zlehčuju a prostě to, jak ona se cítí, porovnávám s jinými lidmi a že prostě nerozumím tomu, jak se ona cítí*“.

V poslední uvedené situaci zaznělo jako možný důvod neúspěchu také **zlehčování**. Příklad situace, kdy zlehčení nefungovalo, uvedla v rozhovoru Maria: „*Protože já jako... taky jsem v tom blbá, že já se směju prostě té situaci. Ne jemu, ale té situaci. A na začátku jenom. Protože já bych se sama sobě smála*“. Zlehčování uvádí jako nefunkční přístup také Patrik: „*to asi nejhorší, co z mojí strany může padnout, i když to je s dobrým úmyslem, je věci a to, jak ona vnímá okolnosti, nějak zlehčovat a srovnávat to s životem někoho jiného*“.

Přístup opačný vzhledem ke zlehčování, avšak také nepříliš efektivní, uvádí Eda: „*(...) prostě hrocení těch situací. Prostě to jako vůbec nikam nevedlo*“. Z toho vyplývá, že správným přístupem by mohlo být zvolení správné míry vážnosti, kterou daná situace

vyžaduje. Možná také nepodléhat v krizových situacích emocím a snažit se příliš nerozdmýchávat konflikty.

Z pohledu člověka trpícího depresí uvádí Michal, že nepomáhají **povinnosti**, například pokud musí splnit nějaký úkol v pevně daném termínu: „*Není to tak, že by mi pomáhalo mít najednou deadline na všechno. To je jako spíš naopak. Ale jak to říct, no.... Když se mi blíží třeba něco povinného nebo nějaká hodina a já třeba nejsem připravený, tak se spíš uchýlím k tomu na ní nejít, než abych zamakal*“. Michal tuto situaci staví do kontrastu s nějakou pravidelnou činností či nastaveným režimem, který naopak hodnotí jako přínosný.

Maria dále jako neefektivní uvádí **nátlak** na blízkého. V tom se s ní shoduje i Patrik: „*asi by nebylo úplně vhodné tlačit na takového člověka. (...) Nemít ji do ničeho, do čeho se takovému člověku nechce*“.

10.2.5 Doporučované přístupy

Respondenti byli v rozhovoru explicitně dotázáni na to, co by doporučili dalším lidem, jejichž blízké osobě byla diagnostikovaná deprese. Respondenti opakovaně zmiňovali, že se jedná o velmi individuální stav, a ne každému pacientovi s depresí pomůže totéž. Zároveň však každý z nich nějaká doporučení uvedl.

Často respondenti uváděli, že je dobré **být druhému nablízku** a ujišťovat ho, že při něm zůstanou. Nutnost být nablízku zdůrazňuje Maria: „*Jo, asi občas prostě jenom být. Třeba ty nejhorsí stavy, tak ho jenom nechat. Jako být s ním, ale zase aby tam toho nebylo moc, toho, že ty jsi s ním. Aby on tak jako sám si nastavil, jak tě tam potřebuje*“. Podobně i Patrik uvádí radu: „*dát jim stálý pocit, že v tom nejsou sami (...) A neopouštět je v těch těžkých chvílích*“.

Jako další rada zaznívalo **poslouchat**, co chce člověk trpící depresí sdělit, případně jaký typ podpory mu vyhovuje. Maria uvádí: „*No jako rozhodně víc toho člověka poslouchat. Ale poslouchat jako opravdu, že slyšíš, co on ti říká. (...) A prostě jenom poslechnout, co ho trápí, a on aspoň bude cítit, že ho někdo vyslechne, že není úplně sám*“. S Mariou se v tomto bodě shoduje také Štěpán: „*zeptat se toho člověka, co by mu nejvíc pomohlo. Protože on dost často si ten člověk není schopný říct hned, ale je si třeba schopný*“.

říct aspoň něco. (...) A minimálně je prostě aspoň vyslechnout, protože dost často se ti lidi cítí nepochopení“. Navíc je zde doporučení mít s člověkem trpělivost.

V rozhovorech taky bylo doporučeno, aby lidé své blízké trpící depresí **nestigmatizovali**. O tomto tématu mluvil Štěpán: *„aby se na toho člověka nedívali skrz prsty. Protože to si myslím, že těm lidem ubližuje nejvíc. Když se na ně někdo kouká, jako že jsou neschopní a že něco nezvládají nebo tak“.* Zaznívá zde tedy také nutnost nepodceňovat člověka s depresí a přiznat mu jeho kompetence.

Štěpán dále zdůrazňuje volbu **relevantní léčebné metody**. *„Nesnažit se těm lidem radit, ať chodí na sluníčko, ať víc sportují, ať neberou léky, protože léky jsou jedovaté, že mají jíst hlavně vitamíny. To těm lidem nepomůže. Já vám taky neradím, ať si na chřipku vezmete krystaly“.* V souvislosti s léčbou doporučuje Eda využití psychoterapie: *„Jako člověk sám se s tím třeba může poprat, ale zas je tam určitý risk, že se s tím popere špatně nebo se dostane někam, kam třeba ani nechtěl. A to jak vůči sobě, tak i vůči tomu druhému třeba. Takže opravdu bych to nenechával na náhodě a zkusil někoho takového sehnat“.*

Patrik dodává, že je třeba myslet na to, že vnímání, prožívání a jednání blízkého je **ovlivněno jeho onemocněním**: *„brát ohled na to, že některé jejich činy nebo slova jsou do značné míry ovlivněné tím, jak se ti lidé cítí. A nebrat si k všechno, co takový člověk řekne, úplně osobně“.* Odlišnost perspektiv zmiňuje také Maria: *„uvědomit si, že nikdy nepochopíš, co on teďka prožívá. Že my to každý vidíme jinak a prožíváme ty stejné situace jinak, a uvědomovat si to“.*

10.3 Coping

Co se týká copingu, u několika rozhovorů se opakovala myšlenka, že blízká osoba, tedy pečovatel, nepotřebuje nijak pomoci či podpořit. Veškerá pozornost a pomoc byla v tomto ohledu soustředěna na partnera trpícího depresí.

10.3.1 Coping využívaný studentem s depresí

Kromě způsobů podpory využívaných blízkými osobami často respondenti mluvili o podpoře, kterou vyhledávají nebo si zajišťují sami studenti trpící depresí.

Po dotazu na **cílené techniky zvládnání** uvedl Michal několik postupů, které v minulosti částečně sám vyzkoušel: *„cílené techniky je co si myslím, že stojí za to. Nejen*

pro... je to spíš jako preventivní, není to jen proti depresím. (...) Člověk by měl mít zautomatizované určité úkony každodenního života (...) aby o nich nemusel každý den přemýšlet znova a znova. A do nich bych měl ideálně zahrnout i pravidelný pohyb (...) A potom obecně rady pro zdravý životní styl. A to je jíst v určitém časovém úseku, v časovém okně (...) a spánkové návyky, navíc k tomu bych připsal“.

Někteří z respondentů také uváděli copingové strategie zahrnující **návykové látky**. Michal uvádí: *„Jsem závislý na kofeinu, hodně. To bude taky součástí problému, určité taky“*. Užívání alkoholu pak shodně uvádí Maria i Štěpán: *„vlastně měla jít na zkoušku a začala z toho mít právě úzkosti a začala nějak pít... víc“*.

S tím se pojí i schopnost **sebereflexe** a **seberegulace**, kterou Maria rovněž zmiňuje: *„On to opravdu nějak vyřeší sám se sebou a pak už je to lepší (...) Já si ani nedokážu představit, s čím on se tam jako pere, v hlavě. Je to samozřejmě hlavně jeho práce“*. Eda zde uvádí jako velký přínos individuální terapii, na kterou docházela jeho manželka: *„někdo jí odborně byl schopný říct, jak má pracovat s tou vzpomínkou, která se jí probudila, a i vlastně s tím svým stavem, jak má pracovat. (...) nějak jako... si to urovnala v té hlavě a nějak se s tím smířila, jestli se to tak dá nazvat“*. Tuto oblast zmiňuje také Patrik: *„má asi velmi dobrý nadhled nad tím svým onemocněním (...) stále byla ochotná to řešit i konzultovat s nějakým odborníkem, který se tomu věnuje“*.

Maria uvádí partnerovu schopnost **vymezit si hranice** v nepříjemné situaci: *„když už to hodně přeháním, tak on mi řekne, ať ho nechám“*. Stejně tak i schopnost říct si, co člověk zrovna potřebuje, může být dobrým předpokladem pro to, aby blízká osoba byla schopná poskytnout vhodnou pomoc.

Štěpán uvádí, že jeho partnerce na úzkosti pomáhá tzv. **zátěžová deka**: *„jí na úzkosti hodně pomáhá to, že se přikryje tou tlustou dekou (...) ona prostě pod tím leží a to jí pomáhá“*.

Michal uvádí způsob, jak **nahlížet na zvládnutí** vlastního onemocnění: *„Člověk s depresí si nějakým způsobem není schopný říct, že se s tím popere (...) možná to bylo tím, že byl jiný cíl. Nebyl definovaný jako „porazit depresi“, ale byl jiný cíl definovaný mimo to. A motivoval natolik, že to překonalo ty překážky, které plynou z deprese“*. Také mu pomohlo

porozumět příčinám a formujícím vlivům jeho života, které dle jeho názoru vedly ke vzniku deprese: „*Takže asi mi nějakým způsobem pomohlo, když jsem nad tím začal přemýšlet a začal jsem ohledně toho jakoby vstřebávat nějaké informace. Tak si uvědomit, co jsou ty patologické vzorce, které člověka ovlivňují. Snažit se z nich vymanit*“.

10.3.2 Coping blízké osoby

Stejně jako v případě copingových strategií využívaných studenty s depresí, také u blízkých osob byla velmi často uváděna **sebereflexe a seberegulace**. Maria uvádí: „*Občas musím sama sebe zastavit a už mu přestat něco radit a tak*“. Patrik uvádí seberegulaci jako odpověď na partnerčinu podrážděnost: „*A když má tu epizodu, tak prostě musím si začít dávat pozor na to, co povím a čím bych jí mohl urazit*“. Obdobně i Štěpán popisuje v této souvislosti zvládání krizových situací: „*Musím si dost dávat pozor na to, jakým způsobem formuluju věci (...) Když já jsem v pohodě, a když to řeknu úplně blbě, a беру to nějak racionálně, tak prostě se to snažím nějak jako managovat*“. Štěpán zmiňuje také vypjaté situace, kdy měl tendenci se zachovat určitým způsobem, ale po vyhodnocení pravděpodobné reakce partnerky svou reakci změnil: „*zároveň prostě jsem věděl, že když to udělám, tak ona se ještě pošle do dalších hlubších sraček, takže na tom bude ještě hůř. Takže jsem to prostě potom musel nějak zmanagovat*“. Sebereflexe zahrnuje také zvědomění si vlastních silných a slabých stránek a schopnost tuto vědomost pak využít. Štěpán například uvádí, že má nižší míru empatie, zatímco Eda vnímá empatii jako svou silnou stránku. Také Patrik uvádí vlastní silnou stránku spočívající v emoční odolnosti.

Z výpovědí respondentů vyplývá potřeba celou situaci nějak orámovat, **vysvětlit** a vytvořit pro ni kontext, v němž má pečující osoba vlastní místo a smysl. Maria uvádí následující přístup k depresi: „*řekněme, že on je v nějakém smyslu nemocný, ale není to nic, s čím by se nedalo žít, a žít šťastně v podstatě*“. Maria zasazuje svou zkušenost s depresí do kontextu náboženské víry: „*Já jsem věřící, takže já to tak prostě беру, (...) že mi přijde nějaká zkušenost, kterou já nemám, a já se něčemu naučím. (...) Já jsem byla nějakou dobu tak blbá, že jsem myslela, že tak jako udělám kohokoliv šťastného. /smích/ A přijde partner, který, ano... (...) A říkám si, dobře, když jako on, jako Bůh, chce, abych partnerovi nějak pomohla, tak mi prostě pomůže. Nebude to nějak jednoduché a hned. A třeba se to nezlepší tak, jak bych to já chtěla, ale tak, jak by to mělo být*“. Štěpán využívá medicínskou

perspektivu: „*Já se na to koukám jako na nemoc, která prostě je dlouhodobá, je problematická, přináší to potíže. Ale nějak se s tím člověk musí porvat, no. Protože ve chvíli, kdy se na to člověk začne koukat nějak jinak, tak je to problém, no*“. Štěpán se naučil depresi přirovnávat k dalším onemocněním, například k horečce: „*(...) Jenom prostě nemá horečku a nemá nic, co by se dalo změřit, nic, co by se dalo nahmatat nebo tak. Že je to v tom jakoby nejhorší a že pochopitelně by bylo hezčí vidět svého blízkého, že má zlomenou nohu, protože na to si aspoň můžeme ukázat (...) není to nemoc jako každá jiná, ale je to nemoc, která je schopná toho člověka úplně stejně omezovat, jo. Já jsem si tuhleto mentalitu na to vytvořil nedávno, ale myslím si, že mi to docela dost pomáhá, protože je to takové, že se do toho člověk asi nejlépe umí vžít*“. Podobné přirovnání zmiňuje také Patrik: „*duševní onemocnění jsou... jsou asi v tomhle těžká, že to není zlomená noha a (...) nepomůžu mu, když ho vezmu za traumatologem a ten mu dá sádru*“.

Zároveň se respondenti shodují, že i přes veškerou ochotu svým blízkým pomoci je třeba si **vymezit vlastní hranice**. Michal zmiňuje obrácení pozornosti k sobě samému v situaci, kdy není v pořádku: „*A... teď jsem zaměřený tedy sám na sebe s tím, že jakoby vidím na sobě, že se nemám úplně nejlépe. Tak se už nezaměřuju na bráchu*“. O hranicích mluví také Maria: „*občas o něčem začíná mluvit už tak často, že už ho musím zastavit. Prostě udělat si nějaké hranice. (...) Nechci se nutit někam jít, protože on mě chce mít vycvičenou. Já tam chci chodit, protože já to tak budu chtít. A já si to tak prostě musím nastavit. Takže občas takhle ty hranice mu musím označit*“. Štěpán zmiňuje nutnost obrany vlastního ega: „*(...) hlavně nesnažím se si to prostě nalehnout nějak na sebe*“. Podobnou věc zmiňuje také Patrik: „*nebrat to osobně*“.

Maria vyjadřuje **optimismus a naději**, že stav jejího partnera se v budoucnulepší se založením rodiny: „*A možná časem se podaří s ním založit takový vztah, se kterým on si bude opravdu jistý, že má podporu... má lidi, co ho milují, že za každých okolností budeme s ním, pak třeba se to ještě nějaklepší... nevím*“. Stejně tak i Štěpánovi pomáhá vidina zlepšení stavu partnerky: „*Já se vždycky snažím jakoby mít nějakou víru v něco, co by teoreticky mohlo v dlouhodobém horizontu pomoci*“.

Respondenti dále zmiňovali snahu **vcítit se** do blízkého a jeho obtíží, ale zároveň potřebu se smířit s tím, že bez vlastního prožitku deprese nebudou nikdy schopni zcela pochopit vše, co jejich blízký prožívá.

Na explicitní otázku ohledně strategií zvládnání projevila většina respondentů tendenci tuto oblast přehlížet či dokonce popírat, že by se sami měli s čímkoliv vyrovnávat. Eda například uvádí: „*Já sám jsem z toho nebyl nějak špatný, že ona má depresi. A nebylo to právě zase tak hrozné, aby mě to uvádělo do deprese*“. Patrik se k tomuto dotazu staví podobně: „*Nevím. Já nemám pocit, že bych se měl s něčím... nemám potřebu se v podstatě s něčím vyrovnávat*“. Také Štěpán při položení této otázky zprvu nechápal, proč by se měl se situací sám vyrovnávat. Otázkou je, do jaké míry je využívání copingových strategií podporujícími osobami vědomým či nevědomým.

10.4 Další závěry

Respondenti mimo jiné hovořili o vlastních reakcích na to, když jim blízký sdělil, že se potýká s depresí. Opakovaně zmiňovali, že tato diagnóza pro ně nebyla důvodem k ukončení vztahu, naopak ji přijali bez větších obtíží. Maria uvádí: „*(...) když se budeme mít rádi, tak to prostě nějak budeme řešit, až ten problém bude. Ted'ka jako všechno skončit, ten vztah, nebo prostě to nějak hrotit, tak to by bylo blbý asi. (...) deprese rozhodně není důvod, proč by ten člověk nemohl mít tu šanci na štěstí v osobním životě*“. Eda uvádí, že před propuknutím deprese u partnerky již měl z blízkého okolí zkušenost s duševním onemocněním: „*Takže jsem na to nějak nereagoval, naopak spíš jsem byl rád, že má nějakou medikaci, která jí ještě může víc pomoci*“. Podobně reagoval také Patrik: „*prostě je to něco, s čím je potřeba se obrátit na lékaře, a něco, s čím se dá bojovat. Vůbec jsem nemyslel na to, že mě to nějak bude omezovat anebo že by ten vztah ted' neměl takovou perspektivu jako předtím, než ona mi o tom pověděla*“. Z toho může vyplývat, že deprese nemá ve společnosti tak výrazné stigma.

Eda a Patrik zmínili také pozitivní aspekt deprese v dopadu na vztah s partnerkou. Patrik uvádí: „*myslím, že když si procházíme i něčím takovým těžším, tak někdy mám takový pocit, že jsme si i blíž, bych řekl. Že prostě ten vztah, když si prochází i těmi těžšími obdobími, tak v konečném důsledku bych řekl, že možná je i stabilnější*“. Eda zmínil pozitivní důsledky párové psychoterapie na vztah.

Respondenti také často hledali příčiny vzniku deprese u jejich blízkého. V této souvislosti zmiňovali opakovaně rodinné vlivy, ale také stres pramenící ze studia. V případě Edy byl spouštěč deprese jeho partnerky velmi specifický: *„Měla určitou traumatizující vzpomínku z dětství, kterou ona pak úplně vytěsnila, a vzpomněla si na to až teď nebo... ty dva roky zpátky. A z toho prostě pak měla ty myšlenky a nevěděla si s nimi asi moc rady, a tak prostě...“*.

Dalším tématem, které zaznělo v rámci každého z rozhovorů, byla farmakologická léčba. Respondenti ji hodnotí spíše pozitivně, dodávají však také některé její negativní aspekty. Například Štěpán a Eda uvádí, že jejich partnerky měly problém s váhovým přírůstkem způsobeným farmakou, který pak druhotně ovlivňoval jejich psychický stav.

10.5 Souhrn zjištění

Ukazuje se, že život s člověkem trpícím depresí obnáší mnoho aspektů. Ty mají tendenci shlukovat se do komplexních situací, z nichž není jednoduché vydělit jednotlivé problémy a jejich řešení.

Respondenti se shodovali, že jednou z nejnáročnějších součástí života s člověkem trpícím depresí je zažívání pocitu bezmoci. Tento pocit pramení především z omezení podpory, kterou jsou blízké osoby schopné nabídnout. I přes veškerou snahu a ochotu pomoci se podporující osoby střetávají s poznatkem, že existují oblasti onemocnění, do nichž nemohou zasáhnout, a kde je tudíž nemocný odkázaný pouze na své vnitřní zdroje. S pocitem bezmoci se dále pojí zacyklení v problému. Podporující osoby dokáží existenci patologického cyklu vyzorovat, ale následně si neví rady s tím, kde a jak mají cyklus přerušit. Symptomy, které také přispívají k pocitům bezmoci, jsou sebepoškozování a suicidální myšlenky. Při setkání s těmito myšlenkami a jednáním reflektují blízké osoby překvapení, obavy, nejistotu, ale především bezradnost. Ta se váže jak k volbě vhodné reakce v daném okamžiku, tak i k budoucnosti v kontextu těchto myšlenek a tendencí. V rozhovorech s respondenty nebyla explicitně zmíněna žádná rada, co dělat proti pocitům bezmoci. Dalo by se však uvažovat o tom, že s bezmocí by blízkým osobám mohly pomoci vlastní narativy či vysvětlení, která si ohledně deprese a života s ní utváří, a také optimistický přístup k vývoji onemocnění a naděje do budoucna. Stejně přístupy mohou pomoci i s dalším

obtížně prožívaným aspektem soužití s člověkem s depresí, kterým jsou obavy ohledně budoucnosti.

Jako obtížné uváděli respondenti také afektivní symptomy, především podrážděnost, výkyvy nálad a zesílenou emoční odezvu. V tomto ohledu podporující osoby nejčastěji zmiňovaly jako účinný přístup nestupňovat konflikt. Toho lze dosáhnout několika způsoby. Některé z nich se váží přímo ke zvládnutí vypjaté situace. Respondenti vyhodnocují jako efektivní poskytnutí prostoru pro to, aby jejich blízký měl možnost celou událost zpracovat. Naopak jako neefektivní se ukazuje rozdmýchávání konfliktu a nátlak, případně zlehčování. Následně může pomoci celou situaci společně probrat, případně navázat fyzický kontakt, například blízkého obejmout. Klíčovými schopnostmi při zvládnutí krizových situací se ukazují být sebereflexe a seberegulace. Za dobře zvládnuté hodnotí respondenti situace, při nichž dokázali z konfliktní situace ustoupit, nebrat si některá slova a činy druhého osobně, případně získat nad celou situací nadhled a být tím pádem schopni ji do určité míry koordinovat. V dlouhodobém horizontu pak pomáhá snaha o vcítění se do nemocného a o porozumění jeho stavu, pocitům a pohnutkám. S tím souvisí také uvědomění si vlivu onemocnění na život nemocného a zvědomění si toho, jak v krizových situacích může ovlivňovat jeho úsudek a chování. Respondenti zároveň reflektují, že jedním z nejvíce oceňovaných způsobů pomoci, kterou svým blízkým poskytují, je snaha a vstřícný přístup.

Dále jako náročnější respondenti oslovovali snížené sebevědomí jejich blízkého. K tomu se jim osvědčilo sebevědomí soustavně podporovat, ovšem nijak přehnaně. Důležité je, aby tato podpora byla upřímná, protože v opačném případě může být neupřímnost odhalena a mít spíše negativní důsledky. Na straně samotného člověka trpícího depresí pak může pomoci, pokud si sám vytvoří funkční náhled na vlastní onemocnění, který mu pomůže se s poklesem sebevědomí (nebo i s dalšími nepříjemnými symptomy) vyrovnávat. S tím souvisí také doporučení nemocné nestigmatizovat, neodsuzovat a neupírat jim jejich kompetence, což může v důsledku také významně zasáhnout jejich sebevědomí.

Dalším důležitým poznatkem vyplývajícím z rozhovorů je nezbytnost vytvářet podporu na míru každému individuálně dle jeho potřeb a aktuální situace. S tím koresponduje také respondenty často zmiňovaný neúspěch v případech, kdy se snažili volit podporu, kterou by ocenili oni sami. Je třeba pochopit, že člověk s depresí může mít naprosto odlišné potřeby,

než se může na první pohled zdát. Nejjednodušší způsob, jak se tyto potřeby dozvědět, je ptát se a také naslouchat tomu, co říká. Někdy nemusí být schopný přímo pojmenovat to, co potřebuje. V takovém případě může pomoci, pokud ho podporující osoba pouze vyslechne a projeví účast.

Co se týká strategií zvládání volených podporujícími osobami, vyplývá z rozhovorů zejména důležitost uvědomění si, že i pečující jedinec má nárok na vlastní podporu. Jakmile k tomuto uvědomění dojde, může si jedinec také dovolit zhodnotit vlastní psychický stav a vlastní zdroje, z nichž může při podpoře blízkého čerpat. Mimo to blízkým často pomáhá vytvořit si vlastní teorii či náhled napomáhající jim s vnímáním a pochopením stavu druhého a vlastní role v této situaci. Také je důležité zcela se nepoddávat onemocnění blízké osoby a zachovat si vlastní suverenitu, čehož může být dosaženo prostřednictvím vymezení vlastních hranic. Hranice také mohou pomoci s ochranou vlastních zdrojů, aby nedošlo k jejich vyčerpání a k neblahým následkům na pečovatele.

11 Diskuse

Praktická část této diplomové práce se soustřeďuje na různé aspekty soužití se studentem trpícím depresí. Tyto aspekty soužití se podařilo zmapovat, stejně jako různé strategie, které pečující osoby volí pro podporu blízkých, a strategie pomáhající jim podporovat vlastní duševní zdraví. Stanovený cíl výzkumu byl tedy naplněn.

Celkově se ukázalo jako velice obtížné dohledat výzkumy, které se zabývají copingem u osob žijících s lidmi trpícími depresí. Jako nejbližší oblast zájmu se v literatuře podařilo dohledat výzkum zaměřený na coping pečovatelů o osoby s postižením intelektu a psychiatrickým onemocněním (Panicker & Ramesh, 2019). Podobným tématem se zabývali také Hickey et al. (2005), jejichž výzkum se zabýval primárně obtížnými aspekty manželství s člověkem trpícím depresí či úzkostí.

Za zmínku stojí také výzkumy, které se věnují depresí u studentů a jejich vlastním copingem v nejrůznějších kontextech, například Mushquash & Grassia (2020) tuto problematiku zkoumají v souvislosti s pandemií COVID-19, zatímco Klausli & Caudill (2021) zkoumají náboženskou formu copingu. Výzkumy deprese se velmi často zaměřují na depresi v adolescenci (např. Kieling et al., 2019; Ren et al., 2018; Thapar et al., 2012). Výzkumy studentů s depresí se pak mnohdy věnují právě studentům medicíny (např. Mao et al., 2019; Moir et al., 2018), kteří byli silně zastoupeni i v rámci tohoto výzkumu. Z toho vyplývá jako potenciální návaznost na tuto práci zúžení výzkumného vzorku na studenty medicíny trpící depresí. Takový výzkum by korespondoval se závěry Paličky et al. (2022), že také v českém prostředí se ukazuje studium medicíny jako velmi náročné a stresující. Vnímám zde potřebu na to poukázat a dále zkoumat možnosti podpory těchto studentů.

Jako jeden z nejnáročnějších aspektů soužití se studentem trpícím depresí byly v tomto výzkumu uváděny pocity bezmoci. Jako faktory, které se k nim vztahují, byly identifikovány omezené možnosti poskytování podpory člověku s depresí, jeho zacyklení se v problémové situaci, sebepoškozování a suicidální myšlenky. Tato zjištění korespondují s americkým výzkumem lidí pečujících o člena rodiny s duševním onemocněním (Rose et al., 2006), kde je zmiňována souvislost mezi ztrátou pocitu kontroly nad onemocněním s pocitem snížení pečovatelských kompetencí, což může vést k pocitu bezmoci. Přitom omezení poskytované podpory, zacyklení se i sebepoškozování a suicidální myšlenky by se daly označit jako

situace, nad nimiž může pečující osoba pociťovat nižší míru kontroly. Ohledně pocitů bezmoci se jako potenciálně užitečná copingová strategie pro pečující osoby ukázalo hledání způsobů, jak celou situaci pojmout a najít v ní svoji roli. Další uváděnou strategií byl optimistický přístup k vývoji onemocnění a naděje do budoucna. Obdobné formy copingu popsali Zucchella et al. (2012) u pečovatelů osob trpících Alzheimerovou nemocí nebo Bland a Darlington (2009), kteří zkoumali rodiny pečující o pacienta se závažným duševním onemocněním, kde coping rodin byl založen především na naději. V posledním zmíněném výzkumu se také projevíly v souvislosti s hledáním naděje různé narativy příbuzných, což souvisí se snahami o zasazení situace do smysluplného kontextu, které jako coping volili i respondenti v tomto výzkumu.

Podrážděnost, výkyvy nálad a zesílené emoční reakce také z výzkumu vyplynuly jako obtížné symptomy deprese. Výskyt a náročnost těchto symptomů potvrzují také Kasalová et al.: „lidé náchylní k depresi častěji vnímají běžný stres v partnerském vztahu nadměrně (prismatem vlastních negativních jádrových přesvědčení – např. když se s partnerem hádám, nemá mě rád, opustí mě (...))“ (2020, str. 91). V tomto výzkumu se jako vhodný přístup jednoznačně ukázalo nestupňovat konflikt. Existuje však několik různých přístupů, jak toho dosáhnout, přičemž by se tyto způsoby daly rozdělit na fungující momentálně ve vypjaté situaci a ty, které lze vyvíjet dlouhodobě. Účinným momentálním způsobem proti stupňování konfliktu se ukazuje být poskytnutí prostoru. Toto zjištění koresponduje s doporučením, které dává Buijssen: „když prožívá depresivní člověk stres, udělá pravděpodobně totéž, co byste udělali vy – stáhne se nebo se izoluje. Odejde do jiné místnosti anebo vyrazí na procházku. To je zdravý způsob, jak reagovat na stres“ (2021, str. 160-161). Následně může pomoci celou situaci spolu probrat, případně navázat fyzický kontakt, například blízkého obejmout. Velmi často byla v rámci výzkumu uváděna důležitost schopnosti sebereflexe a seberegulace, zejména v krizových okamžicích. V dlouhodobém horizontu se pak ukazují efektivní strategie jako snaha vcítit se do blízkého trpícího depresí a pochopit ho, ačkoliv toto vcítění a pochopení bude pravděpodobně pouze omezené: „(...) Podobně je tomu i s depresí. Ten, kdo ji sám zažil na vlastní kůži, chápe podstatně lépe toho, kdo se propadá do deprese. Vzdor tomu je možno se učit empaticky přistupovat k druhému člověku“ (Křivohlavý, 2013, str. 100). S tím se pojí také uvědomění si, že úsudek a reakce blízkého jsou ovlivněny jeho onemocněním. Zároveň pečovatelé

v tomto výzkumu vnímají, že blízcí jsou jim nejvíce vděční za jejich snahu a vstřícný přístup. Naopak jako neefektivní se ukazuje rozdmýchávání konfliktu a nátlak, případně zlehčování.

Jako další obtížný aspekt soužití z tohoto výzkumu vyplývá snížení sebevědomí. Možným přístupem je sebevědomí blízkého soustavně, upřímně podporovat. Kasalová et al. (2020) uvádí, že „zachování pozitivního sebepojetí u některých osobností vyžaduje nadměrné ujišťování a podporu, v případě jejich absence se objevuje depresivní symptomatologie“ (str. 92). Coyne et al. (1981) upozorňují, že poskytovaná materiální i psychická podpora je vlivem deprese nemocným subjektivně vnímána jako nižší. Pro pečující osoby se zde tedy nabízí možnost nabídnout větší míru podpory, aby byla nemocným vnímána jako dostatečná. Nicméně tento přístup může na pečovatele klást příliš velké energetické nároky a mít neblahé důsledky. Buijssen (2021) doporučuje nebýt v péči o druhého příliš aktivní, což může být z jeho strany negativně hodnoceno a také mít následky na stav pečující osoby. Další možnou formou podpory sebevědomí vyplývající z tohoto výzkumu je nemocné nestigmatizovat, neodsuzovat a neupírat jim jejich kompetence. Neodsuzování dále odůvodňuje Buijssen: „pokud to totiž budete dělat (pozn.: odsuzovat), bude se blízký cítit ještě opuštěnější, zatímco právě v tuto chvíli potřebuje pocit sounáležitosti víc než kdykoli dřív“ (2021, str. 50).

Klíčovým výstupem tohoto výzkumu je pak nutnost utvářet podporu každému člověku trpícímu depresí na míru na základě jeho osobnosti a aktuální situace. Zahraněční studie potvrzují vyšší efektivitu v případě individualizované péče o pacienty trpící depresí (např. Cheavens, 2012; Roet et al., 2020). Vhodným základem pro utváření individuální podpory je zeptat se blízkého člověka na jeho preference a těmi se následně řídit. Důležité je také naslouchat tomu, co chce člověk s depresí sdělit. Ne vždy je schopný přesně uvést, co od pečovatele potřebuje, často ale stačí si ho vyslechnout a dát najevo, že pečovatel je mu k dispozici. K obdobnému závěru dochází také Buijssen a dodává: „(...) Ale ani když se vám nedostane jasné odpovědi, už jste mu pomohli. Pomoc spočívá v tom, že jste se zeptali. Váš blízký pak ví a cítí, že není sám a že tu pro něj chcete být“ (2021, str. 60).

Ohledně copingu využívaného samotnými podporujícími osobami se ukazuje, že ne každý člověk žijící se studentem trpícím depresí si je vědom toho, že i jemu by mohla prospět nějaká forma podpory. Panicker a Ramesh (2019) však uvádí následující tezi: „všichni

jedinci mají vnitřní tendenci využívat několik copingových stylů, když čelí stresující situaci“ (str. 11). Pokud tuto tezi přijmeme, vyplývá z toho závěr, že pečující osoby zřejmě nevyužívají copingové mechanismy vědomě. S tím se může také pojit fakt, že v náročné situaci si nedokáží připustit vlastní zranitelnost. Psychická pohoda a dostatek psychických zdrojů pečující osoby jsou přitom faktory, které přímo ovlivňují kvalitu poskytované péče (Panicker & Ramesh, 2019). To znamená, že zajištění dostatečné kvality života pečující osoby také napomáhá efektivnější péči o člověka trpícího duševním onemocněním. Kromě rizika výskytu různých duševních i fyzických obtíží Kasalová et al. (2020) navíc uvádí zvýšené riziko výskytu deprese u lidí, jejichž partner depresí trpí. Gérain & Zech (2019) poukazují také na riziko vzniku syndromu vyhoření, který by se s méně oceňovaným poskytováním podpory mohlo pojit.

Mimo to blízkým často pomáhá vytvořit si vlastní teorii či náhled napomáhající jim s vnímáním a pochopením stavu druhého a vlastní role v této situaci. Další výzkumy copingu osob pečujících o pacienty trpící psychickým onemocněním uvádí v souladu se zjištěními tohoto výzkumu jako často využívané strategie pozitivní přerámování nebo vyhledání spirituální pomoci (např. Sari & Çetinkaya Duman, 2020; Walke et al., 2018). Různá stadia emočních změn v závislosti na rozvoji situace, v níž se pečující osoba a člověk s depresí nachází, popsali ve svém výzkumu Karp a Tanarugsachock (2000). Finální stadium formování náhledu na onemocnění popisují následovně: „nakonec někteří pečovatelé dojdou k závěru, že onemocnění druhého se nachází mimo jejich kontrolu“ (2000, str. 23). Autoři článku uvádí v návaznosti na toto zjištění pocit osvobození či ulehčení situace a možnost najít si více času pro sebe bez doprovodu pocitů viny. Z tohoto výzkumu dále vyplývá nutnost zcela se nepoddávat onemocnění blízké osoby a dokázat si vymezit vlastní hranice. Hranice také mohou pomoci s ochranou vlastních zdrojů, aby nedošlo k jejich vyčerpání a k neblahým následkům na pečovatele.

Mimo to se v rámci výzkumu ukázalo, že depresivní onemocnění partnera neznamenal pro respondenty ve vztahu výraznější překážku. Toto zjištění se neslučuje s některými dalšími výzkumy, které naopak zjistily negativní dopady deprese na interpersonální vztahy (Pettit & Joiner, 2006). To, že respondenti neměli s duševním onemocněním partnera výraznější obtíže, může také implikovat nižší míru stigmatizace spojené s depresí. Odborná

literatura však uvádí opačný závěr: „V ČR je oproti původním členským státům EU mimořádně vysoká stigmatizace, a to jak mezi veřejností, tak mezi specifickými subpopulacemi jako jsou zdravotníci“ (Winkler in *Národní akční plán pro duševní zdraví 2020 – 2030*, str. 44). Vysokou míru stigmatizace uvádí také americký výzkum zaměřený na pečovatele lidí s duševním onemocněním, kde 48 % respondentů uvedlo obtíže svěřit se se svými pocity někomu dalšímu právě z důvodu stigmatizace duševních onemocnění ve společnosti (National Alliance for Caregiving, 2015). Navzdory závěrům odborné literatury výsledky tohoto výzkumu naznačují nižší míru stigmatizace. Tento rozkol je pravděpodobně způsoben faktem, že zatímco oba výše uvedené výzkumy se zaměřují na celou společnost, respondenti v tomto výzkumu byli příbuzní či partneři lidí trpících depresí, jeden dokonce sám tímto onemocněním trpí, a byli tudíž do problematiky osobně zaangażováni.

Závěr

Tato diplomová práce se zabývá různými aspekty soužití se studentem trpícím depresí za využití perspektivy blízké osoby. V teoretické části byl s pomocí historického pohledu a diagnostických manuálů vymezen pojem deprese. Poté byla věnována pozornost přiblížení depresivních onemocnění z hlediska jejich prevalence, etiologie, symptomatologie a možností léčby. Následně byla uvedena specifika onemocnění pro různé věkové kategorie a posléze také důsledky deprese pro život nemocného i pro jeho sociální okolí. Závěr teoretické části se zaměřoval na vysvětlení pojmů coping a copingové strategie.

Praktická část této diplomové práce sestává z kvalitativního výzkumu mapujícího soužití se studentem trpícím depresí. Mimo to zmiňuje způsoby, které blízké osoby volí k podpoře nemocných, a jejich subjektivní hodnocení těchto způsobů jako více či méně efektivních. Nakonec výzkum popisuje copingové strategie, které blízké osoby nejčastěji volí k podpoře sebe sama.

Hlavní přínos této práce vnímám v upozornění na oblast, která dosud není v odborné literatuře příliš zmiňována, a sice život s člověkem trpícím depresí a coping využívaný blízkými osobami. Dalším přínosem je zmapování různých strategií podpory studenta s depresí. Důležitým poznatkem je, že tyto strategie by vždy měly být voleny individuálně s ohledem na příjemce podpory a aktuální situaci. Výzkum dále poukázal na to, že pečující osoby mohou v obtížných situacích přehlížet vlastní potřebu pomoci.

Limitem tohoto výzkumu je především malý vzorek respondentů. V ideálním případě by mohly být také zúženy podmínky výběru respondentů tak, aby byl výzkum více zaměřený. Velká část osob trpících depresí v tomto výzkumu byli studenti medicíny. Jejich blízcí často zmiňovali stres pramenící z jejich studia, který depresivní stavy může prohlubovat. Další výzkum by se tedy mohl věnovat přímo studentům medicíny trpícím depresí. Potenciál hlubšího zkoumání tématu vnímám také ve zjištění, že pečující osoby mohou mít tendenci přehlížet vlastní potřebu podpory. I v tomto směru by bylo zajímavé provést další výzkum zjišťující, do jaké míry jsou pečující osoby schopny reflektovat vlastní psychický stav, zdroje a potřebu podpory. U zjištěných způsobů podpory, které v rámci tohoto výzkumu zmiňovali respondenti jako efektivní, by bylo vhodné další zkoumání

okolností, za nichž fungují. Pak by mohla být sestavena obecnější teorie toho, jak párovat potřeby studentů trpících depresí s vhodnými formami podpory.

Seznam použitých informačních zdrojů

Literární zdroje

Akiskal, H. S., & Akiskal, K. K. (2007). In search of Aristotle: temperament, human nature, melancholia, creativity and eminence. *Journal of affective disorders*, 100(1-3), 1-6.

Baštecká, B. et al. (2005). *Terénní krizová práce*. Praha: Grada.

Bland, R., & Darlington, Y. (2009). *The Nature and Sources of Hope: Perspectives of Family Caregivers of People With Serious Mental Illness. Perspectives in Psychiatric Care*, 38(2), 61–68. doi:10.1111/j.1744-6163.2002.tb00658.x

Blatný, M. (2016). *Psychologie celoživotního vývoje*. Charles University in Prague, Karolinum Press.

Buijssen, H. (2021). *Deprese: jak pomoci a neztratit sám sebe: průvodce pro rodinu a přátele*. Grada.

Davison, K. (2006). *Historical aspects of mood disorders. Psychiatry*, 5(4), 115–118. doi:10.1383/psyt.2006.5.4.115

Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of health and social behavior*, 219-239.

Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2000). Stress, positive emotion, and coping. *Current directions in psychological science*, 9(4), 115-118.

Gérain, P., & Zech, E. (2019). Informal caregiver burnout? Development of a theoretical framework to understand the impact of caregiving. *Frontiers in Psychology*, 10, 1748.

Glas, G. (2003). A conceptual history of anxiety and depression. *Medical psychiatry*, 21, 1-48.

Hartl, P. (2004). *Stručný psychologický slovník*. Portál.

Hickey, D., Carr, A., Dooley, B., Guerin, S., Butler, E., & Fitzpatrick, L. (2005). Family and marital profiles of couples in which one partner has depression or anxiety. *Journal of Marital and Family therapy*, 31(2), 171-182.

- Hosák, L., Hrdlička, M., & Libiger, J. (2015). *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum.
- Höschl, C., Libiger, J., & Švestka, J. (2002). *Psychiatrie*. TIGIS, spol.
- Chbosky, S. (2012). *Ten, kdo stojí v koutě*. Brio.
- Cheavens, J. S., Strunk, D. R., Lazarus, S. A., & Goldstein, L. A. (2012). The compensation and capitalization models: A test of two approaches to individualizing the treatment of depression. *Behaviour research and therapy*, 50(11), 699-706.
- Jackson, S. W. (2008). *A History of Melancholia and Depression*. *History of Psychiatry and Medical Psychology*, 443–460. doi:10.1007/978-0-387-34708-0_14
- Jackson, S. W. (1981). Acedia the sin and its relationship to sorrow and melancholia in medieval times. *Bulletin of the History of Medicine*, 55(2), 172-185.
- Joiner, T. E., & Katz, J. (2006). *Contagion of Depressive Symptoms and Mood: Meta-analytic Review and Explanations From Cognitive, Behavioral, and Interpersonal Viewpoints*. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6(2), 149–164. doi:10.1093/clipsy.6.2.149
- Karp, D. A., & Tanarugsachock, V. (2000). *Mental Illness, Caregiving, and Emotion Management*. *Qualitative Health Research*, 10(1), 6–25. doi:10.1177/104973200129118219
- Kieling, C., Adewuya, A., Fisher, H. L., Karmacharya, R., Kohrt, B. A., Swartz, J. R., & Mondelli, V. (2019). Identifying depression early in adolescence. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 3(4), 211-213.
- Klausli, J. F., & Caudill, C. (2021). Discerning Student Depression: Religious Coping and Social Support Mediating Attachment. *Counseling and Values*, 66(2), 179-198.
- Krohne, H. W. (2002). Stress and coping theories. *Int Encyclopedia of the Social Behavioral Sceinces [cited 2021]*.
- Křivohlavý, J. (2013). *Jak zvládat depresi* (3., aktualiz. a rozš. vyd). Grada.

- Kuwabara, S. A., Van Voorhees, B. W., Gollan, J. K., & Alexander, G. C. (2007). A qualitative exploration of depression in emerging adulthood: disorder, development, and social context. *General hospital psychiatry*, 29(4), 317-324.
- Látalová, K., Končelíková, D., & Praško, J. (2015). *Suicidialita u psychických poruch*. Grada.
- Mao, Y., Zhang, N., Liu, J., Zhu, B., He, R., & Wang, X. (2019). A systematic review of depression and anxiety in medical students in China. *BMC medical education*, 19(1), 1-13.
- Marneros, A. (2009). Mood disorders: epidemiology and natural history. *Psychiatry*, 8(2), 52-55.
- Michael, A., & O'Keane, V. (2000). Sexual dysfunction in depression. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 15(5), 337-345.
- Moir, F., Yelder, J., Sanson, J., & Chen, Y. (2018). Depression in medical students: current insights. *Advances in medical education and practice*, 9, 323.
- Moreno-Agostino, D., Wu, Y. T., Daskalopoulou, C., Hasan, M. T., Huisman, M., & Prina, M. (2021). Global trends in the prevalence and incidence of depression: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 281, 235-243.
- National Alliance for Caregiving (NAC). (2015). *On pins and needles: Caregivers of adults with mental illness*. Research report of National Alliance for Caregiving and AARP Public Policy Institute. Washington, DC.
- Nijhuis, N. (2020). *Astrological Approaches to Melancholy: the Works of Marsilio Ficino and Robert Burton*. University of Amsterdam.
- Ondrušová, J., & Dragomirecká, E. (2012). Smysl života a deprese u českých seniorů. *Československá psychologie*, LVI(3), 193-205.
- Panicker, A. S., & Ramesh, S. (2019). Psychological status and coping styles of caregivers of individuals with intellectual disability and psychiatric illness. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 32(1), 1-14.
- Pettit, J. W., & Joiner, T. E. (2006). *Chronic depression: Interpersonal sources, therapeutic solutions*. American Psychological Association.

- Phillips Jr, R. L., & Slaughter, J. R. (2000). Depression and sexual desire. *American Family Physician*, 62(4), 782-786.
- Ptáček, R., Raboch, J., Vňuková, M., Hlinka, J., & Anders, M. (2016). *Beckova škála deprese bdi-ii-standardizace a využití v praxi*. Česká a Slovenská Psychiatrie, 112(6).
- Raboch, J., & Červený, R. (2018). *Deprese: doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře 2018*. Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP.
- Raboch, J., & Laňková, J. (2008). *Deprese: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře: [novelizace 2008]*. Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP.
- Raboch, J., & Zvolský, P. (2001). *Psychiatrie*. Galén
- Raboch, J., Hrdlička, M., Mohr, P., Pavlovský, P., & Ptáček, R. (Eds.). (2015). *DSM-V: Diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Hogrefe - Testcentrum.
- Ren, P., Qin, X., Zhang, Y., & Zhang, R. (2018). Is social support a cause or consequence of depression? A longitudinal study of adolescents. *Frontiers in psychology*, 9, 1634.
- Roet, M., Boonstra, J., Sahin, E., Mulders, A. E., Leentjens, A. F., & Jahanshahi, A. (2020). Deep brain stimulation for treatment-resistant depression: Towards a more personalized treatment approach. *Journal of Clinical Medicine*, 9(9), 2729.
- Rose, L. E., Mallinson, R. K., & Gerson, L. D. (2006). Mastery, burden, and areas of concern among family caregivers of mentally ill persons. *Archives of psychiatric nursing*, 20(1), 41-51.
- Říčan, P., & Krejčířová, D. (2006). *Dětská klinická psychologie* (4., přeprac. a dopl. vyd). Grada.
- Sari, A., & Çetinkaya Duman, Z. (2020). Strategies used by families to cope with chronic mental illnesses: Psychometric properties of the family crisis oriented personal evaluation scale. *Perspectives in Psychiatric Care*, 56(2), 462-473.
- Scardera, S., Perret, L. C., Ouellet-Morin, I., Gariépy, G., Juster, R. P., Boivin, M., ... & Geoffroy, M. C. (2020). Association of social support during adolescence with depression, anxiety, and suicidal ideation in young adults. *JAMA network open*, 3(12), e2027491-e2027491.

Slovník psychiatrických termínů. (2004) (2. české vyd). Psychiatrické centrum.

Steiner-Hofbauer, V., & Holzinger, A. (2020). How to cope with the challenges of medical education? Stress, depression, and coping in undergraduate medical students. *Academic psychiatry, 44*(4), 380-387.

Sullivan, E. (2008). *Melancholy, medicine, and the arts.* *The Lancet, 372*(9642), 884–885. doi:10.1016/s0140-6736(08)61385-9

Svoboda, M., Krejčířová, D., & Vágnerová, M. (2021). *Psychodiagnostika dětí a dospívajících* (Vydání čtvrté). Portál.

Šebela, A., Hanka, J., & Mohr, P. (2018). Diagnostika a moderní trendy v terapii poporodní deprese. *Česká Gynekologie, 83*(6), 474-478.

Štětkařová, I. (2021). *Moderní farmakoterapie v neurologii* (3. rozšířené vydání). Maxdorf.

Švaříček, R., & Šedřová, K. (2007). Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Portál.

Tanner, J. L., Arnett, J. J., & Leis, J. A. (2009). Emerging adulthood. *Handbook of research on adult learning and development, 34.*

Thorová, K. (2015). *Vývojová psychologie: Proměny lidské psychiky od početí po smrt.* Portál.

Ulrichová, M. (2012). Psychologické aspekty náročnosti u studentů medicíny. *General Practitioner/Praktický Lékař, 92*(9).

Vágnerová, M. (2014). *Současná psychopatologie pro pomáhající profese.* Portál.

Vybíral, Z., & Roubal, J. (Eds.). (2010). *Současná psychoterapie.* Portál.

Walke, S. C., Chandrasekaran, V., & Mayya, S. S. (2018). Caregiver burden among caregivers of mentally ill individuals and their coping mechanisms. *Journal of neurosciences in rural practice, 9*(02), 180-185.

Webové zdroje

11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11). Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Retrieved June 14, 2022, from <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--mezinarodni-klasifikace-nemoci-mkn-11>

10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10). Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Retrieved June 14, 2022, from <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--mezinarodni-klasifikace-nemoci-mkn-10>

Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. (2017). World Health Organization.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/W?sequence=1>

ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. (© 2022). <https://www.who.int/>. Retrieved June 14, 2022, from <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

Kasalová, P., Praško, J., Ocisková, M., Vaněk, J., Holubová, M., Grambal, A., Hodný, F., Bundárová, L., Nesnídal, V., Zmeškalová, D., & Kolek, A. (2020). Partnerský vztah a deprese. *Psychiatrie pro praxi*, 21(2), 90-95.
<https://www.psychiatriepropraxi.cz/savepdfs/psy/2020/02/06.pdf>

Ketaminem asistovaná psychoterapie. PSYON: Psychedelická klinika. Retrieved July 4, 2022, from <https://www.psyon.cz/ketaminem-asistovana-psychoterapie/>

Národní akční plán pro duševní zdraví 2020 – 2030. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Retrieved July 7, 2022, from <https://www.mzcr.cz/narodni-akcni-plan-pro-dusevni-zdravi-2020-2030/>

Palička, M., Mechúrová, B., Rybář, M., Sobelová, T., Paličková, N., & Pokorná, K. (2022). *Čeští medici v (ne)pohodě 2021.* Po medině. Retrieved July 2, 2022, from <https://www.pomedine.cz/vysledky-pruzkumu/>

Peřich, T. (2019). Deprese a narcismus. *Psychoanalýza dnes.*
<https://psychoanalyzadnes.cz/2019/01/14/deprese-a-narcismus/>

Seznam příloh

Příloha 1 – Informovaný souhlas

Příloha 2 – Anamnestický dotazník

Příloha 3 – Struktura rozhovoru

Příloha 4 – Rozhovory