

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



Bakalářská práce

Expresivní psaní u depresivních pacientů – narativní analýza

Expressive writing in depressed patients – narrative analysis

Autor: Daniel Říha

Vedoucí práce: Mgr. Ing. Eva Dubovská

Praha 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval samostatně, že jsem řádně citoval všechny použité prameny a literaturu, a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely

V Praze dne 29.4.2018

podpis

Poděkování

Touto cestou bych rád poděkoval paní Mgr. Ing. Evě Dubovské za odborné vedení práce.

Abstrakt:

Ve své práci se snažím zachytit a popsat prožívání hospitalizovaných pacientů s diagnostikovanou depresivní poruchou v prvních pěti týdnech hospitalizace. Výzkum proběhl v Národním ústavu duševního zdraví v letech 2017 a 2018. V práci analyzuji texty expresivního psaní jakožto spontánní produkt bez jakékoliv intervence výzkumníka za pomoci narativní analýzy. Touto metodou se snažím odhalit, jak pacienti vyprávějí o svém životě, jak pojmají sami sebe i druhé, jaká je jejich akceschopnost, reflexivita a jaká hlavní témata a hodnoty je při začátku hospitalizace provázejí. Text je doprovázen teoretickou částí, kde popisují depresivní poruchu, její možnou etiologii a možnosti léčby.

Klíčová slova: deprese, ruminace, psychoterapie, téma, hodnoty, aktérství, reflexe a hledisko, obraz sebe a druhých.

Abstract:

In my work I am trying to capture and describe the inner experience of hospitalized patients with diagnosed major depressive disorder in the first five weeks of hospitalization. Research took place at National Institute of Mental Health in the years of 2017 and 2018. In my paper I am analyzing expressive writings as spontaneous products without any interference by a researcher using narrative analysis. By this method, I am trying to discover how patients recount about their lives, how they perceive themselves and others, what status is their agency, reflexivity and what the main themes and values are accompanying them at the beginning of hospitalization. The text is accompanied by a theoretical part describing the depressive disorder, its possible etiology and treatment options.

Key words: depression, rumination, psychotherapy, themes, values, agency, reflection and point of view self-image and image of others.

Obsah

Úvod.....	8
1. Depresivní porucha	10
1.1 Popis depresivní poruchy	10
1.1.1 Prevalence deprese ve světě a v ČR.....	10
1.1.2 Psychické příznaky deprese	10
1.1.3 Somatické příznaky deprese	12
1.1.4 Diagnostika deprese	13
1.1.5 Příčiny a teorie deprese	14
2. Léčba deprese	23
2.1. Farmakologická léčba deprese	23
2.1.1 Antidepressiva	23
2.1.2 Anxiolytika.....	25
2.1.3 Atypická antipsychotika.....	26
2.2 Nefarmakologická biologická léčba deprese	26
2.2.1 Elektrokonvulzivní terapie.....	26
2.2.2 Transkraniální magnetická stimulace.....	27
2.2 Deprese a psychoterapie	27
2.2.3 Kognitivní a kognitivně-behaviorální terapie deprese.....	27
2.2.4 Metakognitivní terapie deprese.....	30
2.2.5 Rogersovská psychoterapie.....	34
2.2.6 Psychoanalytická psychoterapie	36
2.2.7 Interpersonální psychoterapie	38
2.2.8 Skupinová psychoterapie	39
3. Výzkumná část.....	43
3.1 Cíle výzkumu.....	43
3.2 Narativní analýza jakožto výzkumná metoda.....	43

3.3 Výzkumný vzorek, sběr dat a jejich analýza	44
3.3.1 Výzkumný vzorek.....	44
3.3.2 Sběr dat a jejich analýza	45
3.4 Výsledky výzkumu	46
3.4.1 Témata.....	47
3.4.2 Aktérství.....	50
3.4.3 Hodnoty a přesvědčení.....	54
3.4.4 Obraz sebe a druhých.....	56
3.4.5 Reflexe a hledisko.....	58
3.4.6 Diskuze	59
Závěr	62
Seznam použitých zdrojů a literatury	64
Přílohy:.....	69
Příloha č. 1	70
Příloha č. 2:	83
Bibliografické údaje.....	86

Úvod

Depresivní porucha patří mezi nejčastěji diagnostikovaná psychická onemocnění. Světová zdravotnická organizace upozorňuje, že v roce 2017 byla deprese diagnostikována celkem 12% světové populace; v České republice se jedná o třetí nejčastěji diagnostikovanou poruchu. Tomu odpovídá i míra výzkumu, který se této problematice věnuje.

Mnoho pacientů se (i přes dobrou ambulantní psychiatrickou a i psychoterapeutickou pomoc) dostává do léčebných institucí, kde se svou nemocí bojují. Jaká jsou témata, která mohou pacienty v tomto novém prostředí sužovat? Jak prožívají svůj často nově nabytý status těžce nemocných a často také práce a běžného života neschopných členů společnosti?

Většina výzkumů se dává cestou kvantitativního výzkumu, a tak se získává poměrně mnoho dat o tom, jak účinné jsou jednotlivé terapie vůči jiným, či jestli má smysl u depresivních pacientů pouze farmakologická léčba, nebo je lepší k ní přidružit i léčbu psychoterapií. Zkoumá se také míra faktorů zlepšujících duševní stav hospitalizovaných, různé jiné druhy terapií a léčebných metod.

Oproti tomu kvalitativně zaměřených výzkumů o prožívání pacientů s diagnostikovanou depresivní poruchou v počátku hospitalizace se mnoho nekoná. Proto byla také zvolena metoda narativní analýzy textů expresivního psaní (tedy 20 minut trvajících psaní, ve kterém si pacient sám volí, o čem bude psát) bez jakékoliv intervence výzkumníka, aby nebyl narušován spontánní myšlenkový tok účastníka.

Celkově práci dělím do tří kapitol.

První kapitola Depresivní porucha se zabývá popisem depresivní poruchy, jejích psychických i somatických příznaků a rovněž její možnou etiologií, do které zahrnuji vlivné současné teoretické modely deprese.

Druhá kapitola Léčba deprese pojednává o možnostech léčby této afektivní poruchy farmakologickými i nefarmakologickými postupy. Dále obsahuje popis v současnosti užívané psychoterapie, která je v případě depresivních poruch indikována.

Závěrečná část představuje výzkumný celek této práce, ve které narativně analyzuji texty

sepsané celkem 10 pacienty 2. oddělení afektivních poruch v Národním ústavu duševního zdraví. Texty jsou interpretovány do pěti základních narativních kategorií: témata, aktérství, hodnoty a přesvědčení, obraz sebe a druhých, reflexe a hledisko.

Práce je zakončena diskuzí, ve které se snažím o propojení získaných dat s některými východisky popsanými v teoretické části.

1. Depresivní porucha

Deprese patří mezi nejčastější duševní onemocnění naší doby. V následující kapitole se věnuji depresi z hlediska jejích příznaků, diagnostiky a teoretických modelů deprese.

1.1 Popis depresivní poruchy

Podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (2002 dále MKN 10) se deprese určuje jako afektivní porucha s kódem F32. Dle četnosti a závažnosti symptomů ji lze dělit na lehkou, středně závažnou a těžkou, tu lze pak oddělit dle přítomnosti psychotických příznaků.

U Orla (2016, 180) lze nalézt výstižnou definici depresivní poruchy: „*Základním znakem DEPŘESE – DEPRESIVNÍ FÁZE (F32) je depresivní nálada charakterizovaná smutkem, ztrátou zájmů, potěšení a spontánní motivace po dobu alespoň dvou týdnů.*“

1.1.1 Prevalence deprese ve světě a v ČR

Podle výroční zprávy Světové zdravotnické organizace (WHO, 2017) je ve světě přes 332 milionů lidí trpících depresí, přičemž v Evropském regionu je to 12 % populace (to značí 40,27 milionu obyvatel).

V České republice jsou afektivní poruchy třetí nejčastěji diagnostikovanou poruchou (Vavrušová, 2008), přičemž v roce 2002 v prevalenci převažovaly ženy (16,2 %) oproti mužům (9,3 %), celoživotní prevalence afektivních poruch v ČR byla stanovena na 12,8 %.

1.1.2 Psychické příznaky deprese

Je nutno si uvědomit, že deprese nemá jednotnou symptomatiku, některé příznaky mohou u jedné skupiny pacientů zcela chybět a u jiné naprosto převažovat. Příznaky mohou být následující (Svoboda (Ed.), 2015; Orel, 2016):

- **Depresivní nálada, posmutnělost** – stavy přetrvávajícího smutku, melancholie, která je pro jedince abnormní

- **Vnitřní napětí** – Těžko definované nepohodlí, úzkosti stupňované až do paniky
- **Abulie** – ztráta vůle začínat aktivitu, pacient je schopen ji i naplánovat, není ale schopen ji realizovat, od pracovních povinností až po každodenní činnosti, jako úklid, hygiena, nákup a jiné.
- **Anhedonie (ztráta schopnosti zažívat radost)** – aktivity dříve prožívané jako pozitivní a radostné již nepřinášejí žádné potěšení, a tak je pacient nevyhledává.
- **Ztráta zájmu, emoční oploštělost** – kromě anhedonie také může dojít ke ztrátě schopnosti prožívat emoce, adekvátně emočně reagovat na situace a jiné osoby.
- činnosti a osoby, které dříve byly důležité či zajímavé se jeví jako prázdné, nedůležité
- **Snížení energie, zvýšená únavnost, malátnost**- veškeré činnosti vyžadují mnohem více volního úsilí než dříve, i jednoduché úkoly jsou fyzicky i psychicky velmi namáhavé, v souvislosti s abulií se tak činnostem vyhýbá a tak se brání před vyčerpáním již tak omezeného energického rezervoáru. Motorika je zpomalená, pacient má často pocit, jako by mu vlastní tělo kladlo odpor.
- **Poruchy spánku** – kratší a méně hluboký spánek než na jaký byl pacient zvyklý, bývá přítomná velká spavost během dne, často jsou problémy s usínáním, doba spánku může být výrazně zkrácena, neklidný spánek, dochází k ranému probouzení bez schopnosti znovu usnout.
- **Snížená či zvýšená chuť k jídlu** - často dochází i ke ztrátě chuti k jídlu, pacient se k němu musí nutit, jí jen velmi malé porce. Naopak se také může záchvatovitě přejídat.
- **Potíže s koncentrací** – problémy s utříděním myšlenek, může dojít až k totální ztrátě koncentrace, dotyčný není schopen číst, dívat se na televizi či sledovat rozhovor.
- **Pesimistické myšlenky** – myšlenky o silné vině, vlastní méněcennosti až bezcennosti, a lítosti.
- **Sebeobviňování** – neustálé myšlenky o vlastní odpovědnosti za propuknutí nemoci, za obtíže způsobenému okolí, pocity hříšnosti.
- **Suicidální myšlenky** – pocity, kdy život již nemá cenu a smrt je přijatelnou možností úniku, přemýšlení o sebevraždě i její plánování. V souvislosti s abulií a ztrátou energie ji však mnozí pacienti nejsou schopni realizovat.

- **Pocity beznaděje** – na rozdíl od přechodné depresivní rozlady, kterou zažívá většina populace, se depresivní porucha odlišuje v absenci naděje na jakoukoliv změnu, výhled do budoucnosti, která neskýtá žádnou úlevu ani útěk (Dušek & Večeřová-Procházková, 2010).

1.1.3 Somatické příznaky deprese

Vychází-li se z celostního pojetí člověka (Orel, 2016), je nutno počítat nejen s psychickými příznaky, ale i se somatickými. Ty se mohou jevit bolestivě i nebolestivě (Vavrušová, 2008) v oblastech motoriky, smyslových poruch, ve váze a dalších částech klinického obrazu:

- **Pocity slabosti, těžkosti, psychomotorické napětí** – celková motorika je zpomalená, může se objevit zvýšené svalové napětí, pocity tíhy na šíji, napjaté svaly na spodních či dolních končetinách.
- **Skleslé držení těla** – pacient se často hrbí, ruce drží volně podél těla či zakleslé v sobě, hlavu má svěšenou.
- **Xerostomie** – pocity sucha v ústech (Hartl & Hartlová, 2010).
- **Obstipace** – zácpa (Hartl & Hartlová, 2010).
- **Snížení/zvýšení hmotnosti** – závislé na ztrátě chuti k jídlu, či jejímu zvýšení.
- **Bolesti celého těla i jeho částí** – bolesti svalstva, obličeje, zubů, hlavy, zad.
- **Parestezie** – vjemy jako brnění, svědění či pálení.
- **Bolesti a nepříjemné vjemy v oblasti hrudníku** – dechová nedostačivost, bušení srdce, pocity velké tíhy na hrudníku.
- **Poruchy urogenitálního traktu** - nadměrné močení, poruchy menstruace, potíže s močením.
- **Jiné vegetativní a neurologické příznaky** – pocity nevolnosti, závratě, pocit, že dotyčný může každou chvíli omdlít, lehkost v hlavě, otupělost, ospalost.

Podle Kroenkeho (1997, cit. Vavrušová, 2008) se u pacientů s vícečetnými somatickými symptomy (takovými, které nelze z medicinského hlediska vysvětlit) vyskytuje riziko afektivních či anxiózních poruch dvoj až trojnásobné. U pacientů s jednou či dvěma obtížemi bylo riziko malé, ale u těch, kteří hlásili devět a více symptomů, se výskyt poruch

nálady zvýšil na 60 % (z celkového počtu 500 probandů).

V odborné literatuře se rovněž vyskytuje tzv. „larvovaná deprese“ (Vavrušová, 2008; Orel, 2016), kdy pacient přichází k lékaři řešit své tělesné obtíže, identifikuje je jako příčinu svých obtíží, avšak příznaky se jeví jako manifestační symptomy deprese. Pokud se k případu přistupuje stejně jako k depresivní symptomatice konvenční léčbou, příznaky obvykle zmizí. Dle Orla (2016) pak může larvovaná deprese představovat až polovinu případů neuspokojivě léčených somatických příznaků, kdy se trpící opakovaně vrací k lékaři se stížnostmi na neúčinnost somatické léčby a přetrvávání příznaků.

Stojí za připomenutí, že v případech depresí v dětství somatické příznaky zcela dominují (Pugnerová & Kvintová, 2016), dítě zažívá bolesti břicha, hlavy, stavy apatie, skleslosti či ospalosti.

1.1.4 Diagnostika deprese

Diagnostika deprese by měla primárně vycházet z rozhovoru, pozorování a anamnézy (Baštecká & kol., 2003). Již při příchodu pacienta pozorujeme jeho vzhled (upravenost, držení těla, pohled), v průběhu anamnézy je důležité sociální pozadí, historie depresivní a úzkostné symptomatiky v rodině, současný bio-psycho-sociálně-spirituální statut pacienta a primárně jeho zakázka, v jejíž formulaci může napomoci například zpráva psychiatra či praktického lékaře.

Pokud pacient vykazuje spíše dlouhodobé známky sníženého sebevědomí a smutku, ale nejsou významnou měrou zastoupeny příznaky z kapitol 1.1.2 a 1.1.3 (kvalitou i kvantitou) a trvají přinejmenším dva roky, tedy nesplňují nároky ani lehce depresivní poruchy, je na místě diagnostikovat **dysthymii** (Dušek & Večeřová-Procházková, 2010).

Lehká depresivní fáze je obvykle diagnostikována, pokud pacient vykazuje alespoň dva či tři výše uvedené příznaky včetně pokleslé nálady, ale je nadále schopen vykonávat každodenní aktivity (MKN 10, 2002).

Při **středně těžké depresivní poruše** již musí pacient trpět minimálně čtyřmi uvedenými příznaky s tím, že je již přítomna velká námaha při zvládnání každodenních činností, včetně zásadních pochyb ohledně budoucnosti. Již se objevují i suicidální myšlenky či dokonce plány (Dušek & Večeřová-Procházková, 2010).

Těžká depresivní fáze se vyznačuje hlubokou skleslostí, abulií, pocity beznaděje,

frekventovanými suicidálními myšlenkami, velmi regulovaným spánkem, ztrátou chutě k jídlu, anhedonií, pocity těžké provinilosti, sebeobviňováním a pocity izolovanosti (Dušek & Večeřová-Procházková, 2010). Při těžké depresi je riziko psychotických příznaků, kdy jsou přítomny bludy a halucinace, které však nemusí korespondovat s uvedenou náladou (MKN 10, 2002).

Pro klinického psychologa jsou dostupné subjektivní dotazníky, jako BDI (Svoboda & kol., 2013), či objektivní dotazníky jako MADRS, který je při zhodnocení tíže deprese vhodnější, neboť se může vyšetřující doptávat a rovněž posuzuje chování a vzhled pacienta při vyšetření.

1.1.5 Příčiny a teorie deprese

Tato subkapitola představuje souhrn poznatků o etiopatogenezi deprese a teoretická pozadí, se kterými člověk zabývající se afektivními poruchami přichází do styku, zároveň poskytuje přehled několika nových výzkumů týkajících se deprese.

1.1.5.1 Biologické a genetické příčiny deprese

Biologické teorie dříve pracovaly s teoriemi nedostatku neurotransmiterů v synapsích, již od první monoaminové hypotézy deprese před čtyřiceti lety, rozvoj neurověd pochopitelně přináší nové a podstatně komplexnější náhledy na fungování neurotransmiterů v mozku, stejně jako funkce jeho částí a teorie se tak stávají složitějšími. Středem pozornosti se stává amygdala, hypotalamo-hypofyzární komplex, hipokamus, frontální kortex a bazální ganglia. Monoaminová hypotéza tak vysvětluje jen malou část navzájem propojeného systému, kde dochází k dysfunkcím jednotlivých mozkových okruhů, až ke specifickým způsobům přenosu postsynaptických signálů na molekulární úrovni (Svoboda (ed.), 2015).

Genetika hraje významnou roli hlavně u bipolární poruchy, avšak vliv genetiky byl dokázán i u depresivní poruchy na četných studiích týkajících se rodiny a vztahovosti (Svoboda (ed.), 2015).

1.1.5.2 Psychoanalytická teorie

Podle Poněšického (2012, 45) představuje deprese „*kolaps určité intrapsychické a zároveň i interpersonální rovnováhy u jakékoliv osobnostní struktury... Svým způsobem jde vždy o specifickou, depresivní reakci na ztrátu – jak něčeho uvnitř sebe, co si člověk zvláště cení či ke své duševní rovnováze potřebuje, např. sebeúctu, sebeovládání apod., tak i něčeho mimo sebe, co tyto potřeba a přání uspokojuje.*“

Psychoanalytická teorie pracuje primárně s úzkostí ze ztráty intra i interpersonální. Pochopitelně počítá s nevědomými procesy a strukturami podle psychoanalytických teorií vědomí i nevědomí (Poněšický, 2012).

Předpokládá depresivní osobnostní strukturu formovanou již od dětství, u které je nutné zmínit práci Johna Bowlbyho a teorii attachmentu (Bowlby, 2012). Podle ní vzniká v útlém dětství silná emoční vazba na matku, která má fatální důsledky pro následný vývoj osobnosti.

Dítě potřebuje bezpečnou a přítomnou emoční vazbu ze strany matky, potvrzení své pohlavní diferenciaci, adekvátní práci s agresí a podporu ve snaze o osamostatnění a také v redukci frustrací (Poněšický, 2012), a pokud ta se nedostává, a nebo naopak je péče příliš, nastává problém. V případě nedostatku péče si je dítě nejisté ve vztazích a neustále se potřebuje utvrzovat ve vlastní hodnotě ze strany druhých, při nadbytku péče pak „*dítě nebude mít v budoucnu lásky nikdy dost. Že bude stále hledat tuto mateřskou všeobjímající lásku, a tím bude docházet k opakovaným zklamáním*“ (Poněšický, 2012, 47).

Nadbytek či nedostatek péče pak nedá prostor k vytvoření jakési realistické míry pro naplnění intrapersonální i interpersonální pohody. Člověk, který jako malý zažil příliš málo péče, je sám v sobě velmi nejistý a neustále potřebuje ujištění od druhých. Tím se na nich stává vlastně zcela závislý a při zažívaných zklamáních se uzavírá sám do sebe, neboť za své konání dobra nedostává žádný vděk a cítí se být nedoceněný. Opět se uzavírá kruh, kdy si sám sobě neumí ocenění dát.

Vzhledem k narušené realistické míře (Poněšický, 2012) mají zkreslené představy o mezilidských vztazích a při prvních náznacích problémů je často opouští, neboť nejsou s to čelit zklamáním a jakékoli agresi ze strany druhého.

V nevědomí mezitím přibývá velkou měrou frustrace a narůstá agrese, která o to více tlačí na vědomé struktury nemocného. Dochází k ambivalentní vazbě, kdy depresivní pacient

druhého potřebuje jako zdroj ukojení svých frustrací, ale zároveň mu závidí vše dobré a má pocit, že se s ním o to dobré nikterak nedělí, čímž vzniká ještě větší intrapsychický chaos. Postupem času tak vzrůstá vnitřní agrese, která však zůstává nevyslovena a tak se dále kumuluje a následně se obrací proti samotnému člověku, útočí i na poslední, byť labilní, pilíř, totiž sebehodnocení, který tak upadá do stavu těžké prázdnoty (Poněšický, 2012). Celková nedostačivost je pak posílena i chátráním tělesna, zesláblý pacient tak zůstává jen se svým „*nadjá*“, trestajícím a neúnavným.

Vedle české psychoanalytické školy je dobré zmínit i americkou: Leuzinger-Bohleber (2015) kompletuje současné psychoanalytické poznatky o depresi do několika sfér. Za ústřední příčinu deprese považuje trauma, které vykládá jako ústřední téma současné psychoanalýzy, neboť se domnívá, že bylo v psychoanalytické literatuře značně zanedbáváno. To podporují výsledky nedávné studie deprese LAC, kde je zjištěna silná korelace traumat z dětství a způsobu uvažování v dospělosti.

Následkem velkého traumatu je dotyčná osoba vytržena z reality. Dochází k disociaci způsobující pocity izolace, odtrženosti od okolí a tím k osamělosti. Pacient pak má pocit, že nikdy není plně přítomen a vzdaluje se tak všemu ostatnímu. Leuzinger-Bohleber (2015) uznává, že trauma samo o sobě nemusí nutně vést k depresivní symptomatice, avšak pravděpodobnost je podle ní velká.

Velkou roli hrají i nevědomé procesy (jak je popsáno výše); mezi nimi agrese a zloba způsobená ztrátou milovaného/blízkého objektu, touha po zdravém stavu, která není naplněna, a následná pasivita, která vede k depresi.

Zmiňuje Bleichmara (Leuzinger-Bohleber, 2015) a podporuje ho v myšlence, že vina, agrese a deprese jsou spolu silně svázány, neboť dlouhotrvající nepohoda vysvětlená již u Poněšického (2012) má za následek pocity viny a následné agrese vůči sobě, bezmoci a následný pád do deprese jako neexistence jakožto obranného mechanismu před zničením ega.

Krom traumatu (ztráty milovaného objektu, zneužívání a zanedbávání – fyzické, psychické, sexuální) předkládá i další možné varianty propadu do deprese od různých psychoanalytických autorů. Za možné bezprostřední příčiny považují narcistickou poruchu osobnosti následovanou depresí, dále identifikaci s depresivními rodiči, masochistické tendence, různé nekompenzované fobie, přehnanou vinu posílenou agresí směřovanou proti sobě.

1.1.5.3 Behaviorální teorie deprese

Behaviorální teorie deprese postuluje (Carvalho & Hopko, 2010), že jisté změny prostředí a také vyhýbavé chování připravují jedince o pozitivní posílení a zkušenosti zvenčí, a tak podporují a následně způsobují depresivní symptomy. Behaviorální teorie jako taková vychází z teorie operantního podmiňování Burrhuse Skinnera (Eysenck, 2008), která tvrdí, že pravděpodobnost určitého chování se mění na základě jeho důsledků, tzn. trestu či odměny. V případě odměny se jedná o pozitivní zpevnění, dále se mluví o negativním zpevnění (tedy absenci odměny) a je také možné učení za pomoci trestu.

Koncepce „*vyhýbání se*“ je pro behaviorální teorie velmi významná, míní se jí vyhýbání se všem možným impulzům, které mohou být potenciálně nepříjemné, to značí jak v přítomnosti, tak v jejich anticipaci. Oněmi impulzy se může stát v podstatě cokoliv, mohou jimi být sociální situace, prostředí, vztahy, sny, myšlenky na budoucnost, plány a jiné (Carvalho & Hopko, 2010).

V behaviorální teorii takové neustálé vyhýbání znamená nedostatek přísunu externích pozitivních stimulů pro další fungování, a tak se prohlubuje depresivní symptomatika. Hlavním mediátorem je nedostatek onoho pozitivního zpevnění (tím se míní kladná zpětná vazba), který způsobuje opak žádoucího chování (Eysenck, 2008). Pozitivní zpevnění tak předpokládá další opakování adaptivnějšího a zdravějšího chování. Pokud se pozitivního zpevnění nedostává, přibývá depresivní symptomatika, je zde tedy pevná korelace.

Dle studie Carvalha a Hopka (2010) vycházejí ženy více vyhýbavými než muži, u mužů se oproti tomu předpokládá větší úbytek externích odměn/zpevnění.

Lze tedy říci, že behaviorální model deprese počítá s vyhýbavým chováním i vyhýbavou kognicí, což omezuje přísun až nulifikaci externích pozitivních impulzů a tím pádem propuknutí deprese. Autoři (Carvalho & Hopko, 2010) tak dávají najevo své přesvědčení, že právě behaviorální terapie a cílově zaměřená terapie jsou tou správnou metodou, která deprese předejít, či ji napravit.

1.1.5.4 Kognitivní teorie Aarona Becka

Aaron Beck, 96letý americký psychiatr a psychoterapeut, který je považován za

zakladatele kognitivní terapie, se i ve svém úctyhodném věku pokouší stmelit kognitivní teorii s čím dál více se prosazujícími neurovědami (Beck, 2008). Následující teorie je rozvinutím teorie tzv. kognitivní triády (Beck, 2005, 69): „*negativní pojetí sebe, negativní interpretace životních zážitků a beznadějný pohled na budoucnost.*“, ta pak postihuje lidskou celistvost a převádí člověka do úlohy „*ztroskotance*“ (Beck, 2005, 84). Ve svém „*Cross-sectional*“ modelu deprese rozděluje depresivní rozpoložení do vrstev (Beck, 2008):

1. **Povrch** – dobře viditelná negativita pacienta skrze jeho sebepojetí, sny, interpretaci vlastních zkušeností, únavu, ztrátu motivace, pokleslé nálady
2. **Pod povrchem** následuje *systematický kognitivní bias*, který je zodpovědný za selekci negativních pohledů na věc, výběr záporných zkušeností a efektivní blokaci pozitivních impulzů a vzpomínek

Beck (2008) na základě svých poznatků usuzuje, že depresivní pacienti mají velmi silné *dysfunkční myšlení/schéματα*, která jsou zodpovědná za onen selektivní transfer primárně negativních zkušeností. Vzhledem k tomu, že tato schémata mají významný podíl na kognitivních strukturách osobnosti, Beck se domnívá, že schémata sama musí mít nějakou vlastní strukturu a náboj (jehož síla závisí na intenzitě emočního prožitku).

I zde hrají svou roli prožitky z dětství; Beckův tým jasně dokázal, že ti, kteří prožijí významnou ztrátu v dětství, podléhají ve velkém množství případů depresi při ztrátě obdobného charakteru v pozdějším věku (tedy dojde k aktivaci již existujícího schématu), vytváří se tedy *kognitivní zranitelnost*. Jak se později ukázalo, k této zranitelnosti vedou i události slabší intenzity, než je tomu u ztráty blízké osoby.

Beck předpokládá i *kognitivní reaktivitu*, tedy způsob, jakým sami sebe reflektujeme v obraze našich každodenních činností. Existují postuláty (Beck, 2008), že právě tato reaktivita je naprosto zásadní pro budoucí rozvoj deprese.

Kognitivní teorie dále předpokládá tzv. „*mod*“, což je „*síť kognitivních, afektivních, motivačních, behaviorálních a psychologických schémat zodpovědná za hlubokou retardaci, anhedonii, poruchy spánku a nechutenství a stejně tak kognitivní odchylky*“ (Beck, 2008, 971). Tato síť se pak posiluje zapadáním jednotlivých schémat do sebe na základě negativní kognitivní reaktivity. Ve chvíli, kdy jsou tato schémata propojena, stávají se primárními procesory informací, které procházejí jakýmsi filtrem, který z informací odebírá jejich pozitivní hodnotu, což následně vede k depresi. Čím dříve jsou tato

schémata přítomna a čím častěji posilována, tím je častější dysfunkční myšlení, a tudíž je možno předpokládat velké predispozice pro příchod deprese.

Kognitivní teorie rozvíjí také o genetické koreláty:

Výzkumy naznačují (Beck, 2008), že velkou roli hrají alely (tzn. dvě různé formy téhož genu) serotoninu 5HTTLPR. Zatímco u jedinců s krátkou formou serotoninu je dokázána určitá tendence upadat do negativně pozornostního a vybavovacího zkreslení (biasu), u dlouhé formy tomu tak není. Je to způsobené tím, že u pacientů s krátkou alelou dochází k větší sekreci kortizolu, zvýšenému kognitivnímu zkreslení a většímu dráždění amygdaly, respektive její hypersenzitivitě vůči stresovým událostem, což vede k aktivaci hypotalamo-hypofyzárního systému a následně další sekreci kortizolu – přijatí pacienti s depresivní symptomatikou mají zvýšené hladiny kortizolu v těle. Předpokládaná dráha vede v hypotetickém sledu:

- I. Stres
- II. Zkreslené hodnocení (tedy veliký význam kognitivních procesů) – obvykle nadhodnocení stresoru a jeho nesprávné zpracování
- III. Aktivace hypotalamo-hypofyzárního systému
- IV. Opětovné posílení zkresleného hodnocení
- V. Sekrece kortizolu
- VI. Opětovné špatné hodnocení situace
- VII. Dostavují se depresivní symptomy

Beck (2008) uznává, že je v tomto modelu stále mnoho neznámých, včetně faktorů sociální podpory a jiných nápomocných genů a hormonů. Sám uvádí, že tento model je ve své podstatě spekulativní, ale do budoucna nabízí nová hlediska pro další výzkumy v oblasti kognitivních neurověd.

1.1.5.5 Metakognitivní teorie deprese

Metakognitivní teorie deprese vychází z předpokladu, že metakognice (čili poznávání toho, jak člověk poznává, uvažuje o vlastních myšlenkách): „... vytváří specifický vzorec reagování na vnitřní zkušenost, který drží sílu emocí na stejné úrovni a posiluje negativní

myšlenky. Zmíněný vzorec je nazýván cognitive attentional syndrom¹ (CAS), který se skládá z obav, ruminace, zacílené pozornosti, a kontraproduktivních seberegulačních či copingových strategií“ (Wells, 2010, 1-2).

Princip metakognitivní teorie a terapie (MCT) se zakládá na metakognici, která je ústřední ve způsobu nazírání vlastních kognitivních procesů – jejich fungování a produkce naší vědomé zkušenosti, kterou vnímáme sami sebe a svět (Wells, 2009). Je vlastně tím, co určuje podněty vcházející do našeho vědomí, čemu věnujeme pozornost. V ohledu dysfunkčního myšlení se MCT velmi podobá výše zmíněné KBT, avšak liší se ve stylech uvažování a přesvědčení. Středem pozornosti je pak CAS, neboť MCT se nezaměřuje na uvažování o našich náhledech jednotlivých fenoménů jako je lidské tělo, prostředí a celkově svět, nýbrž na to, jak vůbec uvažujeme o našich myšlenkových procesech.

Zaměření se pak, na rozdíl od KBT, mění od přeformulování dysfunkčního myšlení/přesvědčení na narušení samotného metakognitivního uvažování (tedy jak vyhodnocujeme vlastní myšlenky). Dysfunkční myšlení tedy není objektem zájmu, neboť jen odráží samotnou metakognici, ta by právě měla být napravena (Wells, 2009).

V případě deprese je to právě metakognice, která rozhoduje; podle teoretiků MCT totiž jen samotný pocit bezcennosti u mnohých deprese nevyvolá (Wells, 2009).

V MCT hraje ústřední roli ruminace, neodbytné opakující se myšlení a otázky vyskytující se u depresivních stavů (Wells, 2009). MCT vidí ruminaci a obavy (dva zásadní faktory při depresi) jako volní copingové strategie reagující na ohrožení a emoční rozlad. Ruminace se zabývá dotazováním se na příčiny aktuálního stavu, kdežto obavy jsou mířeny do budoucna (Wells & Papageorgiou, 2004). V MCT nejsou, na rozdíl od KBT, tak důležité automatické negativní myšlenky, ale středem pozornosti jsou právě ruminace a obavy, které jsou vyššího řádu než automatické myšlenky.

Wells (2009) hovoří o pozitivní metakognici, která vytváří ochrannou bariéru před destruktivními emocemi. Za ty je odpovědný spouštěč, který pozitivní metakognici aktivuje, ta se projeví ruminací (analýzou) spouštěče – ruminace monitoruje danou osobu kvůli symptomům ohrožení, v tomto případě deprese. Pokud ruminace nenalézá řešení, pozitivní metakognice posiluje (pacient ruminuje ještě více), a tím přibývají depresivní symptomy (obavy, rozlada, smutek). Po dosažení určité depresivní úrovně se pozitivní metakognice mění v negativní a jádro myšlení je maladaptivní, fatalistické. Veškeré

¹ Syndrom kognitivní pozornosti, překl. autora

depresivní příznaky jako smutná nálada, pocity bezcennosti a beznaděje ruminaci posilují. Pacienti se následně více izolují, stahují se ze společenského života a omezují své aktivity proto, aby měli na ruminaci více času. Ta je tak opět posílena, stejně tak je posílena i negativní metakognice formou sebehodnocení „jsem k ničemu“ (Wells, 2009).

Ve výsledku chybné přesvědčení o tom, že ruminace a vyhýbavé chování jsou klíčem k řešení problému, vede k opakování problému, neboť pacient ruminaci ignoruje a nepracuje s ní, ač je korovou součástí CAS a tedy metakognice.

1.1.5.6 Analyticko-ruminační hypotéza deprese

Velmi zajímavým a zkoumaným jevem je již výše zmíněná depresivní ruminace (Wells & Papageorgiou, 2004), tedy soustavné, neodbytné kognitivní úsilí směřující k vyřešení aktuálních problémů pacienta. Otázky mohou mít podobu „*Proč jsem takový smolař?*“ či „*Proč se mi v ničem nedaří?*“ (Wells & Papageorgiou, 2004, 3). Ruminace se může zdát jako neproduktivní myšlení (viz předchozí kapitola), avšak mnohé výzkumy jim přisuzují možnou funkčnost, neboť se ruminace vyskytují primárně u náhlých poklesů nálady a u depresivních poruch.

Tým Andrewse a Thompsona (2009) přichází s hypotézou, že deprese vzniká jako funkční adaptace, aby mohla dát plný průchod ruminaci, a tím pádem řešení komplexních problémů s minimem možných interferencí jiných kognitivních struktur. Tím by se vysvětloval útlum všech ostatních funkcí právě na úkor ruminace, bylo by to tedy „něco za něco“. Kramer (2005, cit. Andrews & Thompson, 2008) namítá, že je sice pravda, že v depresi je významně posílena ruminace, avšak může být zcela neproduktivní, pokud si pacient osvojí vyhýbací strategii v řešení problémů.

Autoři přirovnávají stav deprese k chřipce, která v rámci patřičného fungování imunitního systému utlumuje některé tělesné funkce, aby se mohl organismus sám vypořádat s chorobou. Pokládají depresi za mechanismus práce se stresem, který (Andrews & Thompson, 2008, 5):

1. Je aktivován analýzou zásadního problému, který ohrožuje samotnou salutogenezi člověka

2. Koordinuje tělesné změny tak, aby byla ruminace dostatečně vyživována a byl tak dán prostor dané analýze (tedy depresivní ruminaci)
3. Pomáhá analyzovat a hledat řešení onoho prvotního a zásadního problému
4. Vytváří takové prostředí, kde ruminace zaujímá první místo a ostatní funkce ochabují (proto jsou pak depresivní pacienti v laboratorních testech ve většině zkoušek podprůměrní).

Deprese ve své podstatě upravuje kognitivní cesty tak, aby ruminace nemohla být rušena anhedonií, psychomotorickým neklidem, je to způsobeno nadměrnou aktivací ventrolaterálního prefrontálního kortexu (dále VLPFC), který onu analýzu problému posiluje. Tento proces je rezistentní vůči většině rušivého působení, to je posíleno větší sekrecí serotoninu a výživou VLPFC.

Stejně tak je serotoninem poháněna výměna glutamátu a glutaminu (glutamát je odstraňován ze synapse), čímž je ztráta neuronální tkáně minimalizována (Andrews & Thompson, 2008). Těmito procesy autoři dokládají, že depresivní ruminace jako taková nemůže být nahodilým jevem, ale je neurologicky zcela zamýšleným a koordinovaným dějem.

ARH deprese tím jde proti dosavadně populárním a používaným hypotézám deprese. Ať už proti Beckovi a kognitivní triádě (Beck, 2008) či Seligmanově teorii naučené bezmocnosti (Andrews & Thompson, 2008), a to následujícím způsobem (Andrews & Thompson, 2008, 40): *„Zaprvé, deprese posiluje analýzu, která je obvykle považována za neproduktivní. Zadruhé, deprese může lidem pomoci analyzovat onen spouštěcí problém jejich deprese... A konečně, pokud by bylo depresivní myšlení celkově neproduktivní, tak by narušení depresivní ruminace mělo vykazovat dobré či lepší výsledky, zatím však můžeme říci, že opak se ukazuje být pravdou... Pokud by budoucí výzkum prokázal platnost naší teorie, tyto hypotézy by pozbyly platnosti.“* Hypotéza by pak zpochybňovala i výše zmíněnou metakognitivní teorii deprese.

V současnosti probíhá velký výzkum ARH v Kanadě a rovněž v České republice, kde ho zpracovává tým doc. Marka Preisse v Národním ústavu duševního zdraví. Výzkum začal v roce 2017, v roce 2019 bude ukončen sběr dat a hypotéza bude podrobena zkoušce v českém prostředí.

2. Léčba deprese

Následující kapitola si klade za cíl učinit základní přehled možných forem léčby deprese, tedy farmakologické léčby a psychoterapie

2.1. Farmakologická léčba deprese

V současné době je deprese léčena primárně antidepresivy a sekundárně podpůrnými léčivy jako jsou antipsychotika a anxiolytika (Dušek & Večeřová-Procházková, 2010).

2.1.1 Antidepresiva

Antidepresiva bývají nasazována ve chvíli, kdy pacient diagnosticky spadá do středně těžké a těžší deprese, jejich hlavním přínosem je zmírnění až odstranění smutné nálady, apatie a abulie. Pracují na principu zvyšování množství neurotransmiterů v synapsích, avšak ukazuje se, že efekt jejich působení je podstatně širší (Dušek & Večeřová-Procházková, 2010). Antidepresiva se nyní dělí do následujících skupin:

1) Antidepresiva I. generace

První generaci představují tzv. tricyklická antidepresiva, které mají antidepresivní a analgetické účinky (Dušek & Večeřová-Procházková, 2010). Analgetický účinek přichází po prvním týdnu nasazení léčby a antidepresivní průměrně tři až čtyři týdny po začátku. Tricyklika se užívají v celém spektru afektivních a úzkostných poruch, avšak ze všech typů antidepresiv mají nejvíce nežádoucích účinků jako sucho v ústech, ortostatickou hypotenzi, zácpu, poruchy akomodace, snížení libida až ztrátu zájmu o sex, erektilní poruchy u mužů, přibírání na váze, srdeční komplikace (ty především při předávkování). Tyto komplikace nejvíce doléhají na pacienty vyššího věku, navíc jsou tricyklika závažně toxická, a tak při delším užívání mohou způsobit další zdravotní komplikace. Mezi nejznámější patří Klomipramin, Amitriptylin, Nortriptylin, Dosulepin a Dibenzepin (Dušek & Večeřová-Procházková, 2010).

2) Antidepresiva II. generace

Druhá generace tzv. tetracyklických antidepresiv přinesla stejný účinek jako tricyklika s tím rozdílem, že nemají tolik nežádoucích účinků a tím mnohem méně kontraindikací. Přesto se však již tolik nepoužívají díky lepší efektivitě ostatních generací a přeražení několika z nich do jiných skupin antidepresiv. Znamé stále užívané tetracyklikum je

Maoprotilin, který však není příliš efektivní v redukci suicidálního chování (Dušek & Večeřová-Procházková, 2010).

3) Antidepresiva III. generace

Třetí generace se vyznačuje selektivní blokadou selektivního vychytávání (tzv. reuptake) serotoninu, noradrenalinu, či dopaminu, čímž se jejich koncentrace v synapsích zvyšuje (Orel, 2016). Každý ze jmenovaných monoaminů tím udává název a mechanismus této skupiny:

- **SSRI – specifické inhibitory zpětného vychytávání serotoninu**

Jejich úkolem je zvýšení serotoninu v synapsích bez jakéhokoliv dalšího ovlivnění jiných mediátorových systémů, to pak má za následek snížení možných nežádoucích účinků, proto jsou často antidepresiva první volby, negativní účinky se objevují nejčastěji při okamžitém vysazení (Orel, 2016). Mezi hlavní účinné látky patří citalopram, escitalopram, fluoxetin, paroxetin, sertralin a paroxetin.

- **SARI – inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a serotoninoví antagonisté**

Jejich účinek je rovněž antidepresivní, v Čechách se prodávají pod jménem Trittico, užívají se obvykle na noc, mají sedativní a hypnotický účinek, místy se vyskytují obtíže jako útlum ospalost, ovlivnění srdeční činnosti. Účinnou látkou je trazodon.

- **NARI – selektivní inhibitory zpětného vychytávání noradrenalinu**

Oproti předchozím typům antidepresiva vychytávající noradrenalin nepůsobí sedativně, hrozí u nich však přechod z depresivní fáze do fáze manické, popřípadě hrozí riziko epileptických záchvatů (Orel, 2016).

4) Antidepresiva IV. generace

Čtvrtá generace představuje nejnovější formu antidepresiv působících na dva mediátorové systémy současně a slibují potenciálně lepší účinek, než je tomu u antidepresiv generace předchozí, často se tak předepisují, pokud III. generace selže.

- **SNRI – selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu**

SNRI působí antidepressivně a zároveň anxiolyticky, jsou vysoce účinná, jejich novější formy rovněž zvyšují produkci a uvolňování serotoninu i noradrenalinu (Orel, 2016). Účinnými látkami jsou venlafaxin, milnacipram a duloxetin.

- **NDRI – inhibitory zpětného vychytávání noradrenalinu a dopaminu**

NDRI patří mezi stimulační antidepressiva a mohou působit více agitačně na psychomotoriku, srdeční činnost, způsobovat nespavost a nervozitu. Jejich výhodou je absence vedlejších účinků v oblasti sexuality. Účinnou látkou je například buopron (Orel, 2016).

5) IMAO – Inhibitory monoaminoxidázy

IMAO jsou určeny především těm pacientům, kteří nereagují na klasickou antidepressivní léčbu, tedy jsou farmakorezistentní. Dále jsou indikovány pro případy atypických depresí. Oproti předchozím skupinám nepůsobí na úrovni receptorů, ale proti degradaci neurotransmiterů přímo uvnitř buněk. Vzhledem k nepříznivým vedlejším účinkům jsou užívány jako léky druhé volby, je to například agitovanost, nespavost, ortostatická hypotenze, zmatenost, poruchy sexuality a přibývání na váze, což je komplikující faktor zejména u starších pacientů (Dušek & Večeřová-Procházková, 2010).

2.1.2 Anxiolytika

Pro případy akutní krize nejsou antidepressiva vhodná, neboť nástup jejich účinku trvá obvykle tři až čtyři týdny, anxiolytika oproti tomu mají účinek téměř okamžitý. Účinkují proti napětí, svalové hypertenzi, psychomotorické tenzi, strachu, fobiím a trémě. Byť jsou primárně určena ke krátkodobé léčbě úzkostných poruch, vzhledem k vysoké komorbiditě depresí s úzkostmi je indikována i pro pacienty s primárně depresivní symptomatikou (Dušek & Večeřová-Procházková, 2010).

Krátkodobost léčby je dána vysokou možností vytvoření závislosti či abusu. Nejvíce užívanými (a zároveň zneužívanými) anxiolytiky jsou benzodiazepiny (BZD), které jsou doporučovány pro stavy akutní úzkosti, nikoliv pro dlouhodobé užívání. Pokud jsou užívány z důvodu neúčinnosti primárních léčiv (v tomto případě antidepressiv), je vhodné každé tři týdny benzodiazepinovou léčbu revidovat, aby se předešlo vzniku závislosti a

případně je nahradit byť méně účinnými, avšak nenávykovými látkami jakými jsou například ataraktika (Dušek & Večeřová-Procházková, 2010).

2.1.3 Atypická antipsychotika

U zhruba 50 % depresivních pacientů nemá antidepressivní terapie žádaný účinek (Seifertová & kol., 2006). Léčba antidepressivy však může být augmentována (posílena) právě atypickými antipsychotiky (dále AAP), které mohou kromě působení na psychotické deprese pomoci i urychlení nástupu účinku antidepressiv, a tedy i zefektivnění celkové terapie. Některá AAP, jako je například amisulprid, jsou indikována i pro léčbu dystymie, tedy dlouhodobě pokleslé nálady a sebevědomí (Seifertová & kol., 2006). Doporučují se obvykle nízké dávky. Mezi často užívaná AAP patří například Clozapin, Quetiapin, Amisulprid, Olanzapin či Risperidon.

2.2 Nefarmakologická biologická léčba deprese

Biologická léčba deprese nemusí jít vždy nutně farmaceutickou cestou, u rezistentních forem deprese či v případě možných kontraindikací (biologických, psychologických) jsou další možnosti, kterak somaticky terapeutizovat pacienta.

2.2.1 Elektrokonvulzivní terapie

Elektrokonvulzivní terapie (ECT) nebo lidově „elektrošoky“ je metodou užívanou v psychiatrii od dvacátého století, naproti obecnému přesvědčení, že se jí již neužívá, je tomu naopak. Elektrokonvulze se jeví jako velmi efektivní a zároveň bezpečná, jsou-li přijata dostatečná preventivní opatření formou důkladné lékařské prohlídky, která má zabránit četným kontraindikacím léčby, jako závažnějším zraněním hlavy, plicním či srdečním komplikacím, terapie probíhá v celkové anestezii (Orel, 2016). Zdálo by se, že tím budou vyřazeni pacienti vyššího věku díky častým zdravotním obtížím, avšak jsou studie, které napovídají, že i u starších pacientů se somatickou polymorbiditou může dojít bezpečným způsobem ke zlepšení depresivních příznaků (Kucia, Stepanczak & Tredzbor, 2009 in Hosák, 2010).

Elektrokonvulze významně pomáhá při nedostatečné odpovědi na farmakologickou léčbu (tedy u farmakorezistentních pacientů), v případě pacientů s těžkou depresí schizofrenií či

manickou fází přináší významná zlepšení (Hosák, 2010). Pochopitelně i tato léčba může mít vedlejší negativní účinky jako pocity zmatení, poruchy paměti, zeslábnost (Orel, 2016).

2.2.2 Transkraniální magnetická stimulace

TMS je rovněž používanou metodou v psychiatrii, oproti ECT využívá zesíleného magnetického pole, které svým působením vede ke vzniku elektrických potenciálů v neuronální síti, čímž je mozek stimulován. Kontraindikací jsou kovové předměty v lebce (implantáty, rovnátka), srdeční onemocnění či poranění hlavy. TMS se projevila jako efektivní při léčbě těžkých nepsychotických depresí. Vedlejšími účinky mohou být lokální bolesti hlavy (Orel, 2016).

Mezi další metody biologického ovlivnění můžeme jmenovat **fototerapii** (terapii světlem), či bylinnou léčbu, **fytoterapii** (Orel, 2016). Fototerapie se dobře osvědčuje u sezónních depresí, fytotherapie je pak doporučována jako vhodná doprovodná léčba při farmakologické, nebo v případech subdepresivního ladění.

2.2 Deprese a psychoterapie

Vedle léčby biologické, která je obvykle určena pro případy těžších forem onemocnění, je v současnosti kladen velký důraz na to, aby pacient o svých problémech hovořil. Velký psychologický slovník (Hartl & Hartlová, 2010, 477) definuje psychoterapii jako „*léčení duševních poruch a hraničních stavů psychologickými prostředky, k nimž patří: slovo, gesto, mimika, mlčení, případně úprava prostředí*“. V této kapitole jsou nastíněny v současnosti užívané formy psychoterapie deprese, některé směry jsou vynechány z důvodů menšího zastoupení. Velkou pozornost věnuji metakognitivní terapii deprese, která se v západních zemích, a hlavně v USA (Wells, 2009), začíná užívat ve velkém, ale v českém klinickém prostředí zatím není příliš známá.

2.2.3 Kognitivní a kognitivně-behaviorální terapie deprese

Kognitivní teorie deprese byla představena v kapitole 1.1.5.4, je tedy známo teoretické

pozadí, se kterým tato terapie pracuje. Beck (2005, 190) tvrdí, že: *“...vysoce strukturovaný na problém orientovaný přístup vedl k daleko rychlejším výsledkům než jiné metody. Zjistil jsem, že neúčinněji dokázaly ovlivnit náladu a chování pacientů určité kognitivní a behaviorální metody.”*

Jak je to s účinností KBT v oblasti depresivních poruch? Cuijpers a kolektiv (2013, 384) ve svých metaanalýzách přicházejí s tím, že KBT je rozhodně efektivnější při terapii v kombinaci s farmakologickou léčbou než u farmakologické léčby samotné, ovšem při léčbě deprese se ukázalo, že *„KBT v porovnání s jinými psychoterapiemi včetně non-direktivních podpůrných přístupů, BA, psychochodynamických, IPT a PST... není ani více ani méně efektivní.”* Tato zjištění jdou v souladu s výsledky metaanalýz produkovaných o rok dříve Hofmannem a jeho kolegy (2012).

Kognitivní terapie zastává ten postup, že je potřeba změnit pacientova kognitivní schémata sebereflexe z poraženeckého modu do modu „vítěze“ (Beck, 2005). Syndrom deprese je zde chápán jako dysfunkce jednotlivých, avšak propojených systémů chování, emocí, kognice, motivace a těla.

Kognitivní terapeut při úvodním sezení mapuje stav pacienta a dělí si jeho příběh do jednotlivých výše zmíněných složek, rozkládá problém na jednotlivé části. Vzhledem k zaměřenosti terapie na určitý problém, stanovuje si s pacientem určitý plán v podobě problému, na který by se chtěl léčený zaměřit. Kognitivní teorie počítá s tím, že pokud se v rámci provázanosti systémů jeden zlepší, bude konsekventně následovat pozitivní změna i u ostatních, tyto plány se tak zaměřují na takzvané „cílové oblasti“ (Beck, 2005).

Beck (2005) dále uvádí, že samotné behaviorální metody zaměřené na aktivaci pacienta se mohou zdát přínosnými, jejich účinek může být krátkodobý, ba dokonce klamný, neboť se deprese zdá díky zvýšené aktivitě a zvládnání úkolů ve stádiu zlepšení, ale ve skutečnosti může být depresivní jádro zcela nedotčené: *„Klíčové je uvědomit si, že jen tím, že pacienta přimějeme, aby jednal méně depresivně, ještě nezpůsobíme, aby byl méně depresivní“* (Beck, 2005, 193).

Principem této terapie je zpochybnit ona již zpochybňující přesvědčení o vlastní nemohoucnosti a postupně takřka Sokratovsky ukazovat, jak mylná ona dysfunkční přesvědčení jsou. Tato diskuse tak postupně odkrývá, odkud jednotlivá přesvědčení pacienta pramení, proč jim tak zatvrzele věří a poskytuje tak materiál pro jejich vyvracení v nalezení protimluvů a čirých nepravd.

Praško (2015) dodává, že je třeba nalézt racionální odpověď, která by více odpovídala skutečnému stavu věcí a dala tak nahlédnout mylným přesvědčením a automatismu negativních emočních odpovědí na čtené situace. Uvádí, že se depresivní pacienti často dopouštějí „omylů v myšlení“, jako je přehánění a katastrofizování, nadměrné zevšeobecňování, selektivní abstrakce (tedy výběrové hledání izolovaných faktů v širších celcích), negativní věštby, vztahovačnost, diskriminace pozitivního, argumentace emocemi a dále „bychy“ a „musy“ (tedy zacyklené myšlení, kdy by pacient měl neustále něco dělat, popřípadě něco dělat musí).

Podstatou KB a KBT je tedy apel jednak na kognitivní styl, tak i na chování s tím spojené, upozornění pacienta na tuto spojitost a následná práce s nimi. Beck (2005) uvádí několik specifických metod práce s depresivními:

- **Plánování činností s pacientem**

Základem je východisko, že pacient sám sebe považuje za neschopného a nemožného, je tedy na místě, aby terapeut jeho výkony naopak vyzvedával, pobízel ho k aktivitě a ukazoval mu, že po navýšení jeho každodenní činnosti se jeho obtíže zmírní vzhledem k výše uvedenému cyklu myšlení a chování.

- **Odstupňované plnění úkolů**

„Terapie úspěchem“ spočívá v postupném zvládnutí úkolů. Terapeut nejdříve zadává pacientovi jednoduše zvládnutelné úkoly, které by neměly být nad jeho síly, po jejich úspěšném splnění ho pochválí a ukáže, že to nebylo tak těžké a postupně úkoly ztěžuje, až dojde k plnění i poměrně komplexních úkolů, které dříve byly pro pacienta nemožné.

- **Terapie zaměřená na úspěch a potěšení**

Tato metoda ukazuje pacientovi, že ne všechny denní úkoly jsou nezvládnutelné a nepřinášejí potěšení. Léčený si vede záznam denních činností a u každé ohodnotí její „Ú“ tedy úspěšnost a „P“ tedy míru potěšení, kterou mu její plnění přineslo.

- **Kognitivní přehodnocení**

Kognice, tedy myšlení, je v terapii kritická – pacient s terapeutem neustále přezkoumávají postoje takřka ke všemu, jejich automatismy, spojitosti emocí a činností, reakce na okolí a chování ve vztazích a hodnotí jejich validitu, pravdivost a adekvátnost vůči skutečnosti.

Praško (2015) upozorňuje na důležitost edukace pacienta ve smyslu jeho onemocnění,

akcentuje vědomosti týkající se „bludného kruhu deprese“. Depresivní pacient dostává i za úkol třeba několikrát denně myslet na věci, které jsou identifikovány jako ty, které přinášejí potěšení, KBT se tedy tím pohybuje jednou nohou v psychoterapii a druhou v koučinku, neboť terapeut je zde pobízivý, aktivní a může být přiměřeně direktivní.

Rovněž doporučuje relaxaci, neboť odstraňuje stres, napomáhá psychomotorickému uvolnění, je prospěšná pro dobrý spánek, umožňuje uvolnění se před stresovou situací či v jejím průběhu, zlepšuje křivku učení v nových situacích, harmonizuje psychiku a tělo a v neposlední řadě napomáhá zvyšovat pocit sebedůvěry a sebevědomí. Relaxační techniky pacient nacvičuje s terapeutem, který ho provází ve chvílích, kdy se uvolnění nedostavuje, nebo v tom například brání myšlenky či představy.

2.2.4 Metakognitivní terapie deprese

Metakognitivní terapie (MCT) pracuje na obdobných principech jako KBT, jedná se však o metodu novější a pracující primárně nikoliv s kognicí problematiky jako takovou, ale s metakognicí – čili poznáváním toho, jak člověk poznává, uvažuje o vlastních myšlenkách (Hartl & Hartlová, 2010). Využívá techniky tréninku pozornosti² (ATT), které zlepšují meta-pozornost, posilují flexibilní sebekontrolu a pomáhají odstraňovat depresivní styly myšlení. V současnosti trend využití této terapie stoupá (Normann & kol., 2014), stejně tak je k dispozici evidence o její vysoké účinnosti v léčbě deprese (Wells, 2009; Normann & kol., 2014), proto je jí zde věnována značná pozornost.

MCT se uplatňuje celkem v osmi krocích (Wells, 2009):

1) Formulace případu

MCT počítá se strukturovanými sezeními – pěti až deseti (Wells, 2009), které využívá jak rozhovoru, tak dotazníkových metod. MCT terapeuti pak mají i speciální plán léčby, kde mohou kontrolovat jednotlivé faktory splněných položek při každém sezení (Wells, 2009, 280).

Terapeut na prvním sezení obvykle nasadí diagnostický test, Škálu velké depresivní epizody (MDD-S), která určí závažnost případu, prozkoumá pozitivní a negativní metakognitivní přesvědčení a posuzuje je. Je možné využít i Škálu ruminační odezvy

² Attention training technique

(Ruminative Response Scale, RRS) či BDI (Beck Depression Inventory).

Obvykle se probírá nedávná depresivní epizoda, období těžké ruminace či spouštěcí událost a jejich emoční odezva. Vyhledává se konkrétní automatická negativní odpověď na událost či problém (emoce, myšlenka...) a ve chvíli, kdy je tato odpověď nalezena, terapeut se doptává právě na myšlenky, které se následně objevovaly (tzn. na ruminaci) a na to, jaké emoce pacient po následné ruminaci zaznamenal. Většina zaznamenaných myšlenek a emocí je obvykle negativního rázu (Wells, 2009).

2) Socializace

V socializační fázi se využívá či prohlubuje pacientovo vědomí o vlastních ruminacích. MCT využívá hojně edukace a tato fáze edukuje především o negativním efektu některých myšlenkových procesů. Neustále se upozorňuje na škodlivost ruminace jakožto prvku sloužícího k prohloubení deprese. Zajímavé je, že je v této fázi kladen důraz spíše na teorii než na skutečné problémy: *„Je důležité, aby si pacient začal budovat model důležitosti myšlenkového procesu, než aby se zaměřoval na realitu či jakýkoliv jiný potenciálně depresivní obsah“* Wells, 2009, 208).

V této fázi jde také o zvýšení motivace pacienta k léčbě, demonstrativně mu ukázat, že negativní myšlenky a ruminace v zásadě uzavírají jakoukoliv další možnost úspěšné léčby. Důležitá je kooperace terapeuta a pacienta, při které společně nacházejí způsoby, jak strukturovaně odpovídat na negativní emoce spíše kontrolovanou než ruminací odpovědí. Terapie v této fázi pracuje hlavně s negativní metakognicí ve formě víry, že deprese je nezměnitelná (a často zděděná) nemoc a nelze ji nikterak léčit.

3) Techniky tréninku pozornosti (ATT) a jejího odvádění

Jak je ukázáno výše, ruminace je středem pozornosti této terapie. Právě ATT mají pomoci s flexibilnější kontrolou ruminace a zvyšují pacientovu vnímavost při situacích, kdy ruminace přichází (Wells, 2009). K ruminaci se zde staví jako k šumu, který brání v jasném myšlení, v myšlení na sebe sama. MCT terapeuti administrují pacientům škálu ATT, ve které se pacienti posuzují od naprosté zaměřenosti na okolí po naprostou zaměřenost na sebe.

V ATT prezentuje terapeut pacientovi postupně devět zvuků na různých místech, během nichž se pacient musí dívat například na tečku na zdi a vyžaduje, aby na každý z těchto zvuků pacient přenášel svou pozornost. Zvuky se pak různě střídají a pozornost se přenáší

od jednoho k druhému, následuje instrukce, aby se pozornost co nejvíce prohloubila a bylo možno sledovat všech devět zvuků simultánně. Toto cvičení je zásadní domácí úlohou, kterou má pacient procvičovat každý den po celou dobu terapie.

Současně s ATT se pacient učí i technikám odvádění pozornosti (DM³), které se aplikují mezi jednotlivými cvičeními ATT. Pacient je vyzván, aby si zvědomil některou negativní myšlenku a díval se na ní jakoby z dálky a sám sebe s ní nespojoval, nahlížel na ni, ale nenechal ji rozvíjet se. Následně je pacient požádán, aby nechal ruminaci průběh, po určité době je opět vyzván k zastavení se a pak má za úkol se na proběhlé myšlenky dívat z odstupu. Tento postup se pak několikrát opakuje a je rovněž implementován v terapii jako domácí úkol (Wells, 2009).

Touto metodou se systematicky zabraňuje ruminacím a následnému prohlubování depresivních myšlenek, techniky navíc posilují schopnost zaměřování pozornosti na sebe sama. Podle Normannové a kol. (2014) MCT v ohledu vymizení těchto symptomů deprese vykazala vysokou efektivitu oproti kontrolním skupinám s klasickou KBT.

4) Modifikace negativních metakognitivních přesvědčení

Tento proces má za úkol změnu přesvědčení, že ruminaci nelze kontrolovat, probíhá postupně ve třech fázích (Wells, 2009).

V první fázi se s pacientem primárně hovoří o ruminaci, kdy terapeut upozorňuje, že za pomoci technik odváděné pozornosti lze ruminace modifikovat, a tak vyvrací pacientovo přesvědčení, že nad ruminacemi nelze mít žádnou kontrolu.

Ve druhé fázi experimentuje terapeut s pacientem přímo s ruminacemi. Pacient je vyzván, aby se ponořil do některé ze svých ruminací a po určité době ho terapeut požádá, aby ruminaci zastavil a uvedl svou mysl do klidného stavu. Toto úsilí terapeut známkuje a ukazuje, že se s ruminacemi dá pracovat.

5) Modifikace pozitivních metakognitivních přesvědčení

Jak bylo řečeno, při pozitivní metakognici naše myšlení produkuje to, co považujeme za přínosné. V případě depresivních pacientů pozitivní metakognice považuje ruminaci za přínosnou a toto přesvědčení je nutno modifikovat. Kromě narušení tohoto přesvědčení je

³ Detached Mindfulness

důležité posilovat ta přesvědčení vedoucí k alternativním plánům (aby tak postupně byla ruminace nahrazena konkrétními plány). Je možno tak činit několika strategiemi (Wells, 2009). Mezi ně patří pacientovo posuzování toho, co samotná ruminace pacientovi dává a bere, což je proces, na jehož konci pacient obvykle zhodnotí ruminaci jako neproduktivní. Terapeut také opět zpochybňuje pacientova tvrzení ohledně prospěšnosti ruminace (například se pacienta táže, kdy za pomoci ruminace vůbec něčeho dosáhl). Dále se experimentuje s ruminací, pacient má za úkol jeden den ruminovat a druhý den nikoliv, pak má porovnávat produktivitu obou dnů.

6) Odstranění přebytečných návyků a monitoring potenciálního ohrožení

V případech, kdy se pacient příliš sleduje a vyhledává ohrožení i tam, kde žádné ve skutečnosti není, je nutné pacientovi pomáhat v oslabení takových návyků. Když pacient na sobě například zpozoruje úbytek energie, ihned se dostavuje přesvědčení, že je třeba si lehnout a nedělat nic. Terapeut mu pomáhá si uvědomit, že takovéto poddávání se nadměrnému sebezpozorování je prospěšné jen k prohlubování deprese. S tím souvisí právě i odstranění již zautomatizovaného chování. Jde o to, aby přesvědčení o bezmoci a slabosti bylo překonáno například tím, že terapeut vyzve pacienta, aby zkusil v tu chvíli svou aktivitu o něco zvýšit, a tak se postavil oněm zažitým depresivním návykům, neboť v tom většinou uspěje (Wells, 2009).

7) Nové plány zpracování

Pokud pacient dosáhl v předchozích úrovních dobrých výsledků, nastává fáze, kdy si sepisuje jednotlivé spouštěče negativních myšlenek, které vedou k ruminaci a depresivním stavům. Dále píše o jeho starých a nových formách zvládnání těchto situací, aby viděl rozdíly mezi jeho bývalým a aktualizovaným způsobem uvažování. Na onen nový způsob uvažování by měl klást důraz a měl by vyvíjet snahu ho aplikovat v dalším životě, aby předešel návratu deprese (Wells, 2009).

8) Prevence relapsu

Jako prevence se v posledních sezeních dělá rekapitulace terapie, kdy si pacient sepisuje, co do terapie přinesl. Odnáší si sepsané všechny předchozí absolvované terapeutické kroky. Plán do budoucna by měl hlavně obsahovat nově získané strategie kterak reagovat

na známé situace. Pacient by měl odcházet s přesvědčením, že každá situace se stává výzvou pro jeho nové fungování. Obvykle pak po třech až šesti měsících přichází na kontrolu toho, jak se mu doposud dařilo implementovat nové fungování do života (Wells, 2009).

Lze tedy shrnout, že MCT cvičí pacienta v tom, aby věnoval pozornost ruminaci, rozpoznal ohrožující situace a jeho následné reakce, postavil se svým metakognitivním přesvědčením o smysluplnosti depresivního myšlení a také pozitivním metakognitivním přesvědčením o ruminaci jakožto copingové strategii (Wells & kol., 2007).

2.2.5 Rogersovská psychoterapie

Vedle předchozích přístupů, které jsou zaměřené primárně na direktivnější vedení pacienta vstříc zdraví, existují i přístupy, které více pracují se samotným vztahem pacienta a terapeuta a léčí právě oním vztahem, nemají tedy žádný vypracovaný postup pro jednotlivé patologie. Nejvýraznějším zástupcem tohoto proudu je Terapie zaměřená na člověka neboli Rogersovská psychoterapie (Šiffelová, 2010).

Její zakladatel Carl R. Rogers (2014, 120) její princip popisuje následovně: *„Jedinci disponují ve svém nitru obrovským potenciálem k sebeporozumění a proměně vlastního sebepojetí, základních postojů a jednání zaměřeného na vlastní já. Tento potenciál je možno využít v případě, že je k dispozici atmosféra facilitujících psychologických postojů.“* Tím se myslí, že každá lidská bytost má vrozenou schopnost sama si rozumět a vyvíjet se, proměňovat se, pokud je jí dán prostor. Tento prostor v případě patologických podmínek tvoří právě psychoterapeut, který pacienta doslova léčí vztahem.

Rogers stanovuje tzv. nevyhnutelné a dostačující podmínky pro potenciální osobnostní růst (Rogers, 1957). Nevyhnutelnost těchto podmínek spočívá v tom, že pokud minimálně jedna z nich není přítomná, osobnostní růst klienta není možný. Pokud jsou všechny podmínky přítomné, jsou tak zcela dostačující pro práci na klientově osobnosti a není potřeba do psychoterapie nic jiného přinášet. Podmínky jsou následující (Rogers, 1957, 95, 96):

1) Dvě osoby jsou v psychologickém kontaktu

Vztah, jak připomíná Šiffelová (2010), je v psychologii obecně uznáván jako velmi důležitý ve vývoji člověka. Rogers upozorňuje na to, že právě konsenzuální a vzájemný

vztah, ve kterém se klient může před terapeutem otevřít a je přijímán, což naplňuje právě potřebu přijetí a je tak možno se dále vyvíjet. Tento vývoj je zprostředkován právě onou „smysluplnou přítomností“, kterou klient zažívá v důvěrném vztahu se svým terapeutem (Šiffelová, 2010).

2) Klientova inkongruence

Inkongruentní klient je takový, který si je vědom svého špatného stavu a aktivně hledá pomoc, jak tento stav překonat. Jak připomíná Šiffelová (2010), terapie zaměřená na člověka nemá za cíl měnit klienta proti jeho vůli, právě motivace a akce ze strany nemocného je zásadní. Motivovaný klient je ve vztahu přijímán a pracuje se jen s informacemi, které on sám poskytne, aby terapeutův pohled na jeho osobu nebyl ovlivněn psychodiagnostickými konstrukty. Terapeut inkongruenci klienta přijímá a nechá ho, aby byl hybatelem dalšího dění, nikterak neurčuje průběh terapie, protože věří, že klient, ve své vlastní aspiraci po zdravém a šťastném životě ví, co je pro něj nejlepší.

3) Terapeutova kongruence

Co se míní kongruencí? Tento pojem se často vykládá jako autenticita, otevřenost, opravdovost (Šiffelová, 2010). Šiffelová (2010, 56) ho definuje takto: *„Kongruence znamená, že terapeut je ochotný být tím, kým je, setkává se s klientem tváří v tvář, respektuje ho jako samostatného člověka a vstupuje s ním do vztahu jako s rovnocenným partnerem. Je to snaha být maximálně otevřený svým zážitkům, nepopírat je a nezkrášlovat a tomto smyslu být, jak jen možno, plně přítomen pro druhého.“* Terapeut by tedy měl být otevřený vůči vlastnímu prožívání, tedy například pochybám o efektivitě vlastní práce, naplněnosti svou prací aj., neznamená to, že tyto pocity musí odstranit, ale měl by si jich být vědom a také s nimi pracovat. Měl by také přijmout svůj vlastní styl terapie, přistupovat k ní sám za sebe a nepodléhat měřítkům a normám jiných (ale stále v etických mezích v rámci Rogersovské terapie). Stejně tak by měl mít schopnost sám sebe přijmout takového, jaký je, být autonomní a zodpovědný za své chování (Šiffelová, 2010).

4) Terapeut klienta bezpodmínečně pozitivně přijímá

Tato podmínka patří mezi nejdůležitější vůbec, neboť Rogers (2014) předpokládá velkou touhu člověka být přijímán. V psychoterapii to vypadá tak, že terapeut bezpodmínečně přijímá pacienta takového, jaký je, se všemi jeho dobrými i špatnými stránkami. Toto přijetí není vedeno skrze mód mít rád/nemít rád, ale je vedeno právě skrze nehodnocení,

vřelost a otevřenost. A právě toto přijetí by klient měl s terapeutem zažívat, cítit tak jeho kvalitu (Šiffelová, 2010), být v bezpečí a postupně se tak může otevírat více a více. Tento proces by pak měl přejít teoreticky i na klienta, jenž by se měl v průběhu takového vztahu stávat čím dál otevřenějším, vřelejším a méně hodnotícím vůči sobě.

5) Empatie

Vztah terapeuta a klienta by měl být velmi empatický. Jde o to, aby se terapeut dokázal do klienta vcítit, rozuměl tomu, co říká, co cítí a mohl se tak pohybovat v klientově životě téměř tak, jak činí klient sám. Jinak řečeno, že ho chápe. Právě empatické porozumění hraje jednu z klíčových úloh v terapii, neboť klient není nadále osamocen, ale souzní s další osobou, jež mu rozumí a soucítí s ním. Tento soucit je rozhovorem, nejde jen o základní zrcadlení pocitů, ale o hlubší a komplexnější porozumění myšlenkám, pocitům a postojům klienta. Takové vzájemné otevření pak posiluje důvěru a nárokuje si jak pacienta, tak terapeuta, neboť právě skrze tento vztah se oba dva postupem terapie poznávají a ovlivňují se (Šiffelová, 2010).

6) Klientovo vnímání terapeuta

Poslední nedílnou podmínkou úspěšné terapie je klientovo vnímání terapeuta jako opravdu empatického a bezpodmínečně přijímajícího. Otevřenost terapeutického vztahu umožňuje komunikaci o tomto vnímání. Pokud klient takto terapeuta nevnímá, celá terapie nemá dle Rogerse (1957) smysl.

2.2.6 Psychoanalytická psychoterapie

Psychoanalytická teorie deprese byla představena v kapitole 1.1.5.2. Psychoanalytická škola nicméně nemá jednotný postup, kterak léčit depresi, neboť se její etiologie individuálně liší, avšak Poněšický (2003) nabízí několik přístupů, jak s pacientem v analytické psychoterapii pracovat.

První je metoda volných asociací, kdy pacient postupně odhaluje prožitky vytlačené do nevědomí, které pacienta tíží, aniž by o tom tušil. Touto metodou se tak postupně znovuvytvoří pacientův vnitřní svět s tím rozdílem, že se postupně rozpouští nevědomé

obranu a reakce, které se dostavovaly na dříve neznámé impulzy z nevědomí. Za pomoci interpretace oněch nevědomých zážitků, které vypluly na povrch se dosáhne toho, že pacient bude oproti dřívějšímu v problematických situacích více autonomní (Poněšický, 2003).

Další formou terapeutického postupu je metoda řešení konfliktu, která počítá s tím, že za vznikem deprese stojí právě konflikt a symptomy jsou jen obranným produktem já. Po tomto konfliktu se v komplexní analýze pátrá a hledají se psychické i somatické souvislosti se zážitky z dětství a dospívání. Právě častý konflikt mezi id a nadjá (Poněšický, 2012) v podobě otcovských či mateřských konfliktů může krystalizovat v neschopnost řešení konfliktů současných. Terapeut si takových postojů všímá a snaží se dostat pacienta do situací, kdy konflikt začne řešit a tím se stane schopným a autonomním (Poněšický, 2003).

Možností terapeutického řešení je i posílení „jáských“ funkcí, tedy aktivity, a především adaptace na špatné podmínky včetně realistického posouzení vlastní situace v nich, zaměřit se na jáskou flexibilitu a narušení dříve toporných struktur (Poněšický, 2003).

Další možnou cestou je analýza charakteru pacienta, kdy se pečlivou analýzou hledají takové části osobnosti, které nedostačují současným podmínkám, jsou zastaralé a kryjí tak cestu k autentičtějšimu prožívání „já“. Jedná se o odstraňování strachu a úzkosti z toho být opravdu sám sebou (Poněšický, 2003).

V některých směrech psychoanalýzy je možné i větší zapojení terapeuta, čímž se začíná lehce podobat spíš humanistickým směrům, a to sice podle Kohutových teorií (Poněšický, 2003) se pacientovi od terapeuta dostává toho, co mu chybí – nahrazení těch nedostatečných a negativních pozitivními obrazy a představami, doplnění života o smysl, humor, lásku a štěstí.

Konečným možným přístupem je analýza přenosů pacienta vůči terapeutovi a postupné obrábění tak, aby mohl nový aktualizovaný systém zvítězit nad oním starým, jde o to, aby mohl pacient hodnotit své vztahy a vystupování v nich více realisticky, a ne obtížen přenosy z minulých životních událostí. Pacient si musí uvědomit diferencii mezi onou tíživou minulostí, která prosakuje do přítomnosti, a potenciální budoucností, ke které může směřovat (Poněšický, 2003).

2.2.7 Interpersonální psychoterapie

Interpersonální terapie je časově omezená psychoterapie (12-16 týdnů) zaměřená, jak vyplývá z názvu, hlavně na mezilidské vztahy a pracuje primárně s jejich dynamikou, je z jisté části inspirována psychodynamickými teoriemi (Markowitz & Weissman, 2004).

V úvodu se terapie zaměřuje na depresi jakožto „nemoc“ a nikoliv jako pacientův nedostatek – terapeut tento postoj posiluje diagnostickým vyšetřením, kterým dokazuje pacientovi, že je opravdu nemocen, jsou-li výsledky odpovídající depresivní náladě (Markowitz & Weissman, 2004). Pozorně se zkoumají minulé a současné vztahy pacienta, ať už s širším okolím či důležitými blízkými.

Celkově se zaměřuje na čtyři hlavní okruhy interpersonálních problémů způsobujících depresi (Markowitz & Weissman, 2004) – ztrátu blízké osoby (komplikovaný zármutek), komplikovaný vztah s blízkou osobou (rozpor role), jakákoliv zásadní životní změna (přechod role) a interpersonální deficit.

Terapie se dělí na 3 fáze (Markowitz & Weissman, 2004):

- 1) V úvodním sezení terapeut předloží svou vizi problému, tedy že se pacient potýká s jedním z uvedených problémů a že je ochoten mu s tímto interpersonálním problémem pomoci (opět se akcentuje, že problém se neztotožňuje s pacientem) a tím dojde ke zlepšení nálady a tím i deprese.
- 2) Ve střední fázi se terapie zaměřuje na jeden z uvedených problémů a terapeut se snaží zvyšovat kompetence pacienta v dané oblasti, to znamená smíření se s vlastními pocity ztráty, s těžkou mezilidskou situací, ve které se pacient nachází, či posílení autonomních kompetencí v rámci problematického vztahu. Také je cílem terapie podpořit pacientovu oprávněnost cítit vůči někomu hněv díky dané situaci, celkově je terapeut jakýmsi pacientovým obhájcem, je vždy na jeho straně. Pokud pacient v některé interpersonální situaci obstojí, dostane pochvalu a pokud ne, dostane pochopení a přijetí s povzbuzením, že příště bude určitě dosaženo úspěchu.
- 3) V konečné fázi terapie se mluví o jejím ukončení, o dosažení pacientových úspěchů v jeho snažení a o tom, že život po ukončení terapie bude mít jistě své

dobré i špatné stránky. Celkově by měl v této fázi pacient končit jakožto více nezávislý, smířený a pevnější ve svých postojích.

2.2.8 Skupinová psychoterapie

V léčebných zařízeních se pacientům kromě individuálních terapií dostává i terapií skupinových, kdy nesetrvávají jen v bezpečném vztahu terapeut – pacient, ale jsou vydáni i do vztahů se svými spolupacienty a zažívají zcela jiný styl terapeutické dynamiky (Kratochvíl, 2005).

2.2.8.1 Cíle skupinové psychoterapie

Podle Kratochvíla (2005, 15) jsou kladeny cíle skupinové psychoterapie následovně:

- „1) dosáhnout vzhledu do problematiky jedinců a pomoci jim pochopit a změnit nesprávné postoje;*
- 2) změnit maladaptivní vzorce chování ve směru přiměřené sociální adaptace;*
- 3) zprostředkovat poznatky o zákonitostech interpersonálních a skupinových procesů jako podklad k efektivnějšímu a harmoničtějšímu jednání s lidmi;*
- 4) podpořit zrání osobnosti ve smyslu rozvinutí vlastního potenciálu a dosažení optimální výkonnosti i pocitu štěstí;*
- 5) odstranit chorobné příznaky, ať přímým nácvikem a přecvičováním, nebo nepřímou vyřešením interpersonálních či intrapsychických konfliktů, které je vyvolaly nebo udržovaly.“*

Skupinová psychoterapie tedy funguje jako jakési zrcadlo, neboť postoj každého pacienta je potenciálně reflektován každým členem skupiny včetně terapeutického personálu. Vzhledem k častému opakování maladaptivních vzorců chování mají pacienti s jednotlivými diagnózami možnost učit se od sebe navzájem.

Právě společenství či komunita zde hraje zásadní roli, neboť kromě observačního učení je zde možno čerpat zkušenosti z příběhů a poznatků ostatních účastníků. Tím, že ve skupinové terapii platí vztah mezi jednotlivými členy, nacvičují se tak samotné

interpersonální kompetence s tím rozdílem, že od běžného života se konají v bezpečném prostředí (Kratochvíl, 2005).

Sociální faktor v léčbě neurotických a afektivních poruch je neustále zkoumaným jevem a četné studie ukazují, že právě společenský prvek se může stát velmi dobrým prvkem nejen léčby, ale i budoucí prevence relapsu, vzhledem k tomu, že si pacient z léčby odnáší často i lepší kompetence k fungování ve vztazích (Praško & kol., 1998).

Každá skupinová psychoterapie je modelována terapeutem a jeho výchozím vzděláním, formou terapeutického výcviku a zkušenostmi. Neexistuje tak jednotný postup v léčbě deprese ve skupinové psychoterapii. Jsou také směry psychoterapie, jež nevyužívají tolik dynamiky skupiny a pojmají skupinovou terapii jako další formu edukace a ovlivnění pacientů (Praško, 1998). Některá zařízení jako například terapeutické oddělení v psychiatrické léčebně v Kroměříži (Kratochvíl, 2005) mohou fungovat jako komunitní, jiná mohou mít skupinovou psychoterapii a sociální aspekt pacientů jen jako doplněk celé léčby.

V následujících subkapitolách jsou ukázány příklady forem skupinově-terapeutické práce s depresí, se kterými se lze setkat, některé terapie svým zaměřením na tuto symptomatiku vyhraněně necílí, a tak zde nejsou zmíněny.

2.2.8.2 Kognitivně behaviorální skupinová psychoterapie

KBT prováděná formou skupiny je stejně jako terapie individuální velmi strukturovaná a postavená na edukaci a nácvicích. Jak říká Praško (1998, 75): „*Při vedení skupiny si terapeut počíná jako laskavý učitel.*“ Úkolem KBT terapeuta je přednést látku, která by měla pacientům pomoci. Pozice učitele je zde dána jeho vzděláním a také autoritou, neboť kromě vedení skupiny a vedení přednášky rovněž zadává domácí úkoly na jednotlivá témata týkající se léčby.

Kromě samotných edukačních manuálů je pro pacienty důležitá názornost ze strany terapeuta, ten při skupinové terapii využívá rozličné pomůcky, projektor, prezentace a jiné další nástroje umožňující co nejbarvitější a nejnázornější prezentaci (Praško, 1998). Terapeut musí rovněž dbát na pozitivní zpětnou vazbu, na kterou depresivní pacienti nejsou zvyklí a užívat ji co nejčastěji, aby si její přijetí mohli účastníci osvojit.

KB skupinová terapie má pevný časový a strukturovaný harmonogram, který je dodržován

za všech okolností, od představení programu dané skupiny, přes komunitní shrnutí zážitků a splněných domácích úkolů až po hlavní téma dne, kterým může být například depresivní styl myšlení a jeho omyly, řešení problémů, plánování aktivit nebo edukace o onemocnění samotném. Důležitou součástí programu je i relaxace, po které program končí shrnutím toho, co si účastníci ze sezení odnášejí (Praško, 1998).

Zásadní je také motivace pro tato sezení, metaanalýzy (Thimm & Antonsen, 2014) uvádějí, že odpadne zhruba 17 % pacientů. Praško (1998) uvádí, že často se jedná o pacienty příliš depresivní na možnou spolupráci, neboť buď nemají sílu se programu dále účastnit, či se nechtějí otevírat a spoléhat na cizí pomoc, protože mají pocit, že své problémy musí zvládat sami.

Výhodou skupinových sezení KBT je, že je často mohou provádět i zdravotní sestry (Thimm & Antonsen, 2014) a psychologové/psychiatři tedy nejsou tak vytíženi. Zároveň s tím je ale dobré poznamenat, že i to může přispívat k odcházení pacientů ze skupin, neboť není zázemí tak kompetentně organizováno.

2.2.8.3 Skupinově - analytická psychoterapie deprese

Podle Behra a Herstové (2007) je v pozadí deprese primárně vztek. V analytické skupinové terapii je právě interpersonální kontext zdrojem pomoci. Z analytické perspektivy je chování vzteku vůči druhým pro mnohé nepředstavitelné, a tak ho nevědomě přenášejí sami na sebe. Právě skupinová terapie má za pomoci ostatních pacientů identifikovat tyto pocity, přeměrovat je a ukázat tak depresivnímu jeho „*přehnaný pocit viny a všemocnou odpovědnost jako naprosto nerealistické a sebeničivé*“ (Behr & Herstová, 2007, 107).

Práce s hněvem se pak stává ve skupině často ústřední, neboť depresivní pacient slyší od svého okolí, že i takoví lidé v jeho životě, kteří mu způsobovali určitá příkoří s dobrým úmyslem, mohou být právoplatně nenáviděni, ba dokonce i po smrti (Behr & Herstová, 2007). Oproti KB terapeutovi je zde analytik v pozici průvodce, snaží se hledat významy jednotlivých symptomů a vede skupinu tak, aby byli všichni ošetřeni. Dle analytiků (Behr & Herstová, 2007) je depresivní pacient často terčem hněvu ostatních členů skupiny kvůli svému často až narcistickému ladění, a tak terapeut musí zachovávat dobré naladění i navzdory špatné náladě ve skupině.

Výsledkem takové skupinové terapie je pak hledání onoho pravého za hněvem skrytého smutku, objevení vzpomínek tak, jak se staly. Depresivní pacient často přemýšlí

v grandiózních modech a idealizuje si postavy a události ve své minulosti a analýza právě hledá východiska z tohoto zkreslení a přístup k věcem a pocitům takovým, které jsou v souhlasu s pacientem a jeho prožíváním (Poněšický, 2012).

3. Výzkumná část

Ve výzkumné části popisují cíle a teoretické pozadí výzkumu, výzkumný vzorek, postup sběru a zpracování dat a ve výsledné části popisují vzniklé kategorie.

3.1 Cíle výzkumu

Výzkum si klade za cíl narativně rekonstruovat a kategorizovat prožívané příběhy hospitalizovaných participantů s diagnostikovanou depresivní poruchou. Má za cíl přiblížit způsob prožívání participantů během prvního měsíce pobytu na uzavřeném oddělení. Výzkumnou otázkou tedy je: Jaké jsou narativní charakteristiky expresivního psaní u participantů s depresivní poruchou?

3.2 Narativní analýza jakožto výzkumná metoda

Zvolené texty v této práci nahlížím z narativní perspektivy, tedy dle Chrze (2009) z perspektivy jakési metafory vyprávění či příběhu. „*Tato perspektiva umožňuje vidět, že souvislost, směřování a celkový tvar prožívaného života jsou tvořeny figurami a zápletkami příběhů, které žijeme či které vyprávíme*“ (Chr, 2009, 1). Narativní analýza se soustředí na autobiografickou zkušenost, tedy na příběh té či oné lidské bytosti. Pokouší se neredukovat vyprávění lidí mechanickým způsobem jako cosi univerzálně platného, zobecnitelného a doslova „reálného“, ale přijmout je tak, jak je lidé vypráví, přijmout vyprávění jakou určitou a hodnotnou perspektivu vyprávějícího a nahlédnout jeho unikátní způsob existence.

Narativní analýza tedy přistupuje k příběhu jako ke konstrukci žité reality, nelze ho tedy ztotožňovat se zkušeností samotnou. Ovšem právě onen příběh je to, co je ve výzkumu k dispozici, a je tedy nutno v tomto výzkumu důvěřovat, že vyprávění specifickým způsobem odráží žitou skutečnost v určitém kontextu. Kontext je pro tuto práci důležitý v tom ohledu, že nazírání vlastní „příběhovosti“ z perspektivy depresivního participanta může být velmi specifické. A právě tuto specifčnost má tato práce za úkol postihnout. Právě analýza významu, který vyprávějící vyprávění dává, je zde ústřední.

Výzkum v této podobě má tedy za úkol naraci narace, respektive interpretaci interpretace vyprávějícího. Tato interpretace by měla opět dát dohromady příběh, tentokrát však

konstruovaný narativní perspektivou, úhel pohledu, který ho již více „mechanicky“ třídí a kategorizuje, avšak neubírá nic z vyprávěného, neredukuje ho. Zvolená perspektiva zkoumá ty kategorie, které by měl obsahovat „dobrý příběh“ (Chrz, 2009). Tyto kategorie popisují v podkapitole o analýze dat.

3.3 Výzkumný vzorek, sběr dat a jejich analýza

V této podkapitole popisují pozadí výzkumu, výzkumný vzorek, postup sběru dat a jejich analýzu.

3.3.1 Výzkumný vzorek

Výzkum proběhl v letech 2017 a 2018 na půdě Národního ústavu duševního zdraví. Probíhal v rámci většího projektu – výzkumu analyticko-ruminační hypotézy deprese pod vedením doc. Marka Preisse, který spolupracuje s kanadskými vědci na potvrzení analyticko-ruminační hypotézy deprese. Zvolené texty jsou součástí širšího vyšetření, které probíhalo a stále probíhá v rámci 2. oddělení afektivních poruch. Veškeré materiály a vyšetření v rámci výzkumu určeného pro tuto bakalářskou práci si autor provedl samostatně.

Zúčastnilo se ho 10 participantů s diagnostikovanou depresivní poruchou s vyloučenou komorbiditou ve formě psychotických onemocnění, závislosti či abusu drog a alkoholu, aby se vyloučila témata nesouvisející s depresivní symptomatikou. To bylo zajištěno vyšetřením za pomoci dotazníku M.I.N.I.

Vstupní podmínkou, kromě absence zmíněných diagnóz, byl minimální skóre 20 v diagnostickém testu MADRS (Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale). Ten byl zvolen z důvodů vyhodnocení depresivity výzkumníkem, nikoli subjektivním hodnocením participanta například za pomoci BDI (Beck Depression Inventory). Z celkových 10 participantů bylo 7 žen a 3 muži, což odráží genderový poměr na oddělení.

Pro zachycení kontinuity prožitků participantů s depresivní symptomatikou byly zvoleny texty z prvního a pátého týdne pobytu. Volba proběhla nejen z důvodu kontinuity, ale i pro

zajištění větší rozmanitosti materiálu ke zpracování. Celkově byli participanti v rámci výzkumu ARH vyšetřováni čtyřikrát. První vyšetření bylo diagnostické a další tři byly provedeny v odstupu 1, 5 a 16 týdnů od data diagnostického vyšetření.

3.3.2 Sběr dat a jejich analýza

Celý výzkum byl proveden díky schválení etickou komisí v rámci Národního ústavu duševního zdraví, participanti podepsali informovaný souhlas se zpracováním získaných dat.

Expresivní psaní (dále EW – Expressive writing) bylo zadáno první a pátý týden hospitalizace. Každé EW trvalo 20 minut bez jakékoliv intervence výzkumníka. Data byla následně přepsána do počítačové podoby a tištěna pro potřeby dalšího kódování. Instrukce EW byla následující:

Chtěli bychom Vás poprosit, abyste nyní po dobu 20 minut psal/a o svých nejhlubších myšlenkách a pocitech týkajících se jakýchkoliv obtížných nebo emočně znepokojujících událostí, které prožíváte ve svém životě v poslední době. Téma, o němž budete psát, můžete spojit s jakýmikoli stresujícími nebo traumatickými zážitky v minulosti. Chtěli bychom, abyste svému psaní nechal/a volný průběh, byl/a co nejotevřenější a prozkoumal/a své nejhlubší emoce a myšlenky do co největšího detailu. Téma, o němž budete psát, může souviset se vztahy s jinými lidmi, včetně rodičů, partnerů, přátel, nebo příbuzných. Budete-li chtít, můžete své zážitky propojit se svou minulostí, přítomností, nebo budoucností, nebo s tím, kým jste v minulosti byl/a, kým byste chtěl/a být, či kým jste nyní. Ve dnech, kdy budete psát, můžete psát o stejných obecných problémech nebo zážitcích nebo můžete psát každý den o jiném zážitku. Nedělejte si starosti s gramatikou ani pravopisem, to není důležité. Všechno, co napíšete, bude naprosto důvěrné.

Prvním krokem byla analýza otevřeným kódováním, k odpovídající větě či části textu byla přiřazena určitá kategorie. Druhým krokem práce s daty byla analýza a spojování jednotlivých kódů do nadřazených kategorií odpovídajících narativní analýze. Posledním krokem byla detailní analýza a popis získaných 6 kategorií.

Jedná se konkrétně o 6 následujících kategorií:

1) Témata: Základní látka příběhu, která jednotlivé prvky spojuje. Jedná se o to, „oč běží“, jaké ústřední myšlenky participanti v textu řeší, jaká témata vyplývají z vyprávění jako

středobod. Témata jsou dobře nalezitelná a definovatelná, jsou tedy prvním logickým krokem k rekonstrukci vyprávění.

2) Aktérství: Jedná se o ztvárnění „pohybu“ či směřování aktérů, způsob pohybu k nějaké činnosti pocházející od aktéra samého, jedná se o svobodný akt vycházející z určitého záměru. Aktérství obsahuje znalost cíle pohybu, ke kterému vyprávějíci směřuje, jedná se o životní pohyb ze sebe, nikoliv o pasivní přístup ke skutečnostem ve smyslu nechat pohybovat sám sebou ve víru událostí. Tato kategorie je rovněž charakterizována i možnou absencí aktérství, neboť absence může být velmi příznačná a je možno nahlédnout, co vyprávějíciho zneschopňuje v tom, aby svůj životní pohyb vykonal.

3) Hodnoty a přesvědčení: Umožňují vyprávějícím se osobně konstituovat a zrcadlit v prožitém příběhu, ukazují jakousi „životní filosofii“, „co v životě stojí za to“, ideál, ke kterému je možno směřovat, či který drží danou osobu pevně ve svém postavení.

4) Sebeobraz a obraz druhých: Jak vyprávějíci vnímá sama sebe a zároveň postavy kolem něj? Co pro něj druzí znamenají a co on pro ně? V narativní perspektivě jsou tyto dva pohledy velmi úzce svázané. Ukazuje, vůči čemu či komu se může vyprávějíci vymezit, či s kým je možno se ztotožnit.

5) Reflexe a hledisko: Způsob, jak vyprávějíci vědomě reflektuje své chování a postoje, jaké zaujímá hledisko k prožité skutečnosti. Jak říká Bruner (1996), reflexe a hledisko jsou tvořeny dvěma „krajinami“: „Krajina jednání“ popisuje události tak, jak se dějí, nikterak je nehodnotí, ale nahlíží je z úhlu jakéhosi nezaujatého vypravěče. „Krajina vědomí“ oproti tomu je právě oním hlediskem, které události prožívá a hodnotí, je v nich účastna, u každého z lidí v různé míře. Kategorie tedy hledá situace/prožitky/události a zároveň náhledy na ně.

3.4 Výsledky výzkumu

Participantů s diagnostikovanou depresivní poruchou se ukázali jako velmi specifictí ve všech zmíněných kategoriích. Zatímco v některých se objevilo velké množství hledaných aspektů (témata, hodnoty, obraz sebe a druhých), v jiných (například v aktérství) se ukázala jejich minimální přítomnost. V následné části popisují, jak zapadly příběhy participantů do jednotlivých kategorií a pokouším se o jejich nejširší znázornění.

3.4.1 Témata

Témata jsou velmi bohatou a dobře definovatelnou kategorií. Vzhledem k depresivnímu ladění participantů se témata točila nejvíce kolem modů nezávislosti, onemocnění, budoucnosti, vztahů a viny.

Nezávislost se jako téma projevuje ve všech popsanych textech. Participant si velmi často stěžují na vlastní závislost na svém okolí – na rodině, partnerovi, sociálním systému, léčbě.

Texty velmi často popisují nedostatek soběstačnosti, způsobeném depresivním onemocněním a kvůli tomu se participant cítí odkázáni na druhé. Je typické, že tato závislost začíná denním fungováním, jako je pomoc s každodenními činnostmi od oblékání přes chod domácnosti až do oblasti ekonomického fungování. Kvůli neschopnosti vykonávat pracovní činnost se participant často obviňují, že nejsou schopni žít sami za sebe a parazitují na jejich okolí. Jakékoliv vlastní snahy o změnu stavu jsou však rychle mařeny depresivním laděním a nedostatkem vůle a energie. V aspiraci po nezávislosti každý neúspěch vrhá participanta opět do depresivního ladění a ten svůj osud často přijímá.

Paní P. píše:

„Momentálně nemám vlastní příjem, díky tomu si připadám jako student, který dostává kapesné. Zároveň v protipólu s tímto pocitem jsem v takové depresi, že nevládám jít si shánět zaměstnání. Zároveň jsem si jistá, že pokud bych se o to pokusila, zaměstnání bych už měla a mohla bych se cítit nezávislá... Částečné řešení pro mne byla žádost o invalidní důchod, který mi však nebyl přiznán. Tato skutečnost mne opět uvrhla do deprese a úzkosti z toho, co bude v budoucnosti.“

Onemocnění ve smyslu deprese se objevuje jako velmi častý motiv. Participant o sobě referují velice často jako o nemocných a mluví o svém onemocnění jako o jakési zdi mezi nimi a možností normálního produktivního života. Napříč texty je mnoho referencí o nemožnosti zvládnání denních úkolů jakéhokoliv druhu, o naprosté ztrátě energie, bezmoci, nedostatku rozhodnosti. Participant často vnímají svou nemoc jako určitý životní mezník, který je oddělil od jejich minulosti a uvrhl do stavu, který je těžko reflektovatelný a neznámý.

Paní D., která trpí depresí od nedávné doby a nikdy předtím ničím podobným neprošla, píše:

„Nedokážu se vyrovnat se svou situací, přijmout ji a skutečně řešit. Proměnil se mi celý život i povaha a jsem z toho ve velkém zmatku. Vnitřním zmatku, který mě vede k úzkosti.“

Onemocnění se objevuje v kontrastu s dřívějším stavem zdraví a štěstí, participanti se často podivují nad tím, že dřív byly věci snadné a ruminují nad cestou ven, jako například pan P.:

„Byl jsem silný, pohotový a dokázal jsem většinu problémů vyřešit hned jak se objevily...Nebyl jsem vždy takhle vězněný ve vlastním těle. Vstával jsem ráno s radostí, ne se sténáním a bolestí. Cvičení, pohyb, práce, ale i čtení, učení mi přinášely příjemnou a hlavně zaslouženou únavu. Dnes je únava ubíjející a všudypřítomná. Co se stalo? Kde je problém? A hlavně, jak to vyřešit?“

Budoucnost a obavy z ní jsou zastoupeny v každém dostupném textu. Vzhledem ke svému onemocnění mají participanti pocity beznaděje, jako by je nemoc již nikdy neměla nikdy opustit a oni by zůstali ve svém současném stavu navždy. I přesto, že nad svou situací soustavně ruminují, nejsou schopni najít řešení a cestu ven. Pokud mají konkrétní plány ohledně budoucnosti, mají z nich velké obavy, neboť si nejsou jisti, zda dostojí svým a cizím nárokům. Sama budoucnost si je nárokuje způsobem, který je pro ně těžko představitelný, jako například u pana Br.:

„Jak žít dál, nemám síli řešit všechny nastřádané problémy. Dluhy, závazky, vztahy, práci, bojím se všeho a pociťuji z budoucnosti velkou obavu a úzkost. Nedovedu si představit svůj budoucí život – běžné situace jako je každodenní chození do práce, starání se o domácnost, ale i o sebe.“

Zdá se, jako by každíčkový úkol v budoucnosti byl nezvládnutelný a u většiny participantů se ukazuje, že mnohost daných problémů je zcela paralyzuje a značně zúzkostňuje. Často se objevuje anticipace nebezpečí a katastrof, která dále posiluje veliký strach z toho, co se stane. Nevědí, co s nimi bude, jak se postarají o sebe a o druhé.

Další významnou tematickou položkou jsou **vztahy** a jejich kvalita. Depresivní participanti se v textech často odkazují na nevyřešené, nenaplněné a neuspokojivé vztahy s jejich blízkými, referují o nich jako o škodlivých a destruktivních a někteří je vnímají až traumaticky jako pan B.:

„Pociťuji v mém vztahu s otcem jeho velmi negativní vliv na mě. To, jak se nedokázal srovnat s tím, jaký jsem, jak mě neustále psychicky tlačil a jaký peklo jsem takhle zažil v těch šesti-sedmi letech.“ Špatný vztah z minulosti stále trápí i paní Z.: *„To co mne z minulosti stále dohání a sklíčuje je špatný vztah s jedním člověkem, který skončil před*

rokem, ale myslím, že to mám stále v sobě a stále se s tím vyrovnávám.“

Participantů zároveň pociťují velkou odpovědnost za stav zmíněných vztahů a neschopnost je řešit. V kontrastu se zmíněným rovněž cítí od okolí podporu, kterou nedokáží vždy využít jako paní P.:

„Jsem nezaměstnaná a připadám si zbytečná, navzdory tomu, že manžel mne přesvědčuje o opaku.“

Reflexe partnerských vztahů se objevuje často a v textech se objevují zmínky o tom, jak těžké je pro účastníky ve vztazích setrvat a jak jejich situace zatěžuje je i jejich okolí.

Nápadný je všudypřítomný **strach** nejen z budoucnosti, ale i o své blízké, včetně možnosti jejich ztráty, odchodu. Dále strach ze samoty a z opuštění ze strany přátel, partnera, strach ze selhání a z negativního hodnocení druhých.

Paní K. pociťuje strach o sebe i o své okolí, ze ztráty a zároveň i z toho, že zůstane opuštěná a neocenená:

„Strach z toho, že pocity úzkosti typické pro předchozí dlouhé období přetrvají. Strach z toho, že zase nezvládnou svoji úlohu a selžou. Že si nikdo nevšimne, jak moc se snažím a necení to. Strach o děti, co se s nimi stane, jak nejsem schopna jim zajistit klidnější budoucnost... strach z toho, že i odejde dcera, ačkoliv vím, že je šťastná a spokojená ... strach, že se syn zase vybourá na motorce.“

Paní Z. má veliký strach ze samoty a opuštění:

„Všechny vztahy jakoby zhasly nebo zhasínaly. Mám strach ze samoty.“

Strach ze ztráty je přítomný v mnohých textech, účastníci se často bojí, že je jejich partneři či blízcí opustí, neboť nebudou dlouhodobě zvládat špatný stav hospitalizovaných partnerů. Tyto obavy jsou všudypřítomné a doprovázejí účastníky neustále:

„V noci mi všechny tyhle problémy těkají před očima a já nemůžu spát. Myslím na to i přes den, buší mi srdce a svírá se mi na hrudi.“

Vina se také objevuje jako časté téma. Účastníci mají časté sebeakuzace, či viní ostatní ze svého stavu. Viní se za neštěstí, která se stala jejich blízkým či přátelům, neboť kdyby se zachovali jinak, události by se jistě nedaly tak špatným a tragickým směrem, jako by tomu údajně bylo i u paní H.:

„Obviňuji se, že jsem se měla zachovat jinak. Kdybych udělala věci jiným způsobem, mohl

třeba ještě žít... měla jsem se za ním vydat hned. Požádat sousedku o hlídání dcery. Nasednout do auta a jet rovnou k němu domů. To jsem neudělala a on zemřel ... cítím se zodpovědná za jeho smrt. Vinu, která mě tíží na duši. “

Tato vina se často zdá být velmi nepřiměřená okolnostem, depresivní participantů si však nedokážou odpustit a ve své vině setrvávají.

Vzhledem ke své nemocnosti často pocítují vinu, že dostávají své okolí do nemožné situace a jsou tak za něj i odpovědní a velmi si to vyčítají, neboť ostatní tak na ně doplácují. Paní R. píše:

„Je mi ze mě zle, protože jsem se dodnes nepoučila ze svých chyb a nyní stojím na rozcestí a přemýšlím, zda opustit rodinu (2 děti a manžela) ...“

Je zřejmé, že témata jsou u depresivních participantů silně zastoupena a prostupují i dalšími kategoriemi, které budou popsány. Vzhledem k přítomnosti středně těžké a těžké deprese byla zastoupena témata chybění, nedokonalosti a celkové nedostačivosti, nízkého sebevědomí a pokleslé nálady.

V prvním i druhém týdnu vyšetření se témata objevovala poměrně konzistentně, jedinou výjimkou proměny témat byli pan Br. a paní Z., kteří v rámci pátého týdne léčby témata změnili z negativního a fatalistického postoje na postoj obrácený, tedy se začala více objevovat témata nezávislosti, odpuštění, překonání strachu z budoucnosti a minimalizovala se míra, se kterou by o sobě referovali jako o nemocných.

3.4.2 Aktérství

Kategorie aktérství je u depresivních participantů zastoupena velmi unikátně a to sice značnou absencí akce, akceschopnosti a realizace vlastní iniciativy. Proto tuto kategorii dělím do dvou oddělených celků, zaprvé na náhled možných příčin neschopnosti konat a zadruhé na popis aktérství, které se v textu vyskytuje.

Absence aktérství se vyznačuje silnými pocity vlastní nedostačivosti v běžném životě. Projevuje se to v několika modech vztahování:

Vzhledem k tomu, že se mnozí participantů v textu jeví značně abulicky, popisují svou neschopnost být tvůrci vlastního života, pro nedostatek energie a vůle již v zárodku zamítají jakoukoliv možnost činu. Pan Br. píše:

„Mám pocit absolutního selhání ve všem co jsem dosud činil. Nic jsem nedokázal dotáhnout do konce. O nic jsem neusiloval dostatečně dlouho. Do všeho se vrhám bezhlavě s velkou energií, kterou ale brzy ztrácím. Jak žít dál, nemám sílu řešit všechny nastřádané problémy ... nedokážu si nic dlouhodobě udržet, protože to vyžaduje pevnou vůli a vynakládání úsilí ... nejde mi číst, učit se nové věci.“

Je zjevné, že pocit nedostatku vitality je zde decimující, neboť jakýkoliv výhled na konanou činnost je okamžitě zamítnut s tím, že to nejde, nedostává se síla. Pokud už participant s nějakou aktivitou začnou, rychle se unaví a opět se utvrdí v přesvědčení, že to nelze.

Kromě nedostatku energie je zde nutno vzít v potaz i to, že depresivní participant mají pocit, že jsou zahlceni problémy, což v kombinaci s abulickou symptomatikou vede až k naprosté ztrátě jakéhokoliv životního pohybu jako u paní C., která popisuje, která musí při své nemoci pečovat i o těžce nemocnou matku:

„Já z toho mám obrovskou úzkost, až mě to paralyzuje a třeba celý den nejsem schopná nic dělat... Takhle se nedá žít. Těžké je už samo o sobě nemoc kvůli únavě ráno vstát z postele, nebýt někdy schopná ani uklidit kuchyňskou linku za celé dopoledne.“

Vzhledem k tomu, že participant mají takové problémy se zvládním byt' základních denních potřeb, které považují už tak za velmi obtížné, nejsou s to je ustát, je nepravděpodobné, že by byli kromě nich schopni vůbec plánovat a realizovat jakoukoliv vlastní činnost.

Dalším důležitým aspektem absence aktérství je velká nerozhodnost k jakémukoliv činu. Zaprvé nejsou často schopni či ochotni jakékoliv plány spřádat, jako by budoucnost byla tak nemožná a plná obav, že je lepší do ní vůbec nezasahovat. Zadruhé pokud nějaké plány jsou, v rozhodnutí jim často brání možnost neúspěchu, zhoršení vlastního sebehodnocení či hodnocení druhých. Paní K. má problémy v rodině, dcera odchází z domova, syn se dle ní chová nezodpovědně a není schopna řešit svůj problematický vztah s otcem:

„Strach z toho, že svoji úlohu nezvládnou a selžou... Bojím se za ním jít, aby nekřičel, nenadával, neřikal mi, co všechno jsem v životě zkazila, nedokázala, jak jsem k ničemu.“

Dále předem odsuzuje svou budoucnost zpochybňováním její smysluplnosti, což ji opět paralyzuje:

„Bojím se, že si nenajdu nové zaměstnání, kde budu mít pocit, že moje práce k něčemu

směřuje.“

Celkově se zdá, jako by absence aktérství byla způsobena pocitem, že participanti jsou ve vleku špatných událostí, nemoci, zajatci ve vlastním životě, a tak nejsou schopni a bojí se nárokovat si jakoukoliv činnost, která by je ještě více ohrozila a deprimovala. Paní D. má velké problémy v rodině, hlavně se svým mužem. Rovněž popisuje svou pozici jako by byla v toku nemohoucnosti:

„Hledání souznění, které bylo mezi mnou a mým mužem, ale moje neschopnost radosti a vůle se prosakují do každodenního života, dá se říci, že ho paralyzují... Cítím podivné prázdno a jakousi plochost. Je to i v myšlení i v cítění, Nedokážu se vrovnat se svou situací, přijmout ji a skutečně řešit.“

Z hlediska absence aktérství se jeví v textech ještě jeden zajímavý fenomén a to sice, že participanti často nastíní možnou pozitivní akci či přání, které by k akci mohlo vést, ale vzápětí ho znegují negativním přesvědčením o jeho nemožnosti, nesplnitelnosti či nedosažitelnosti. Nachází příčinu, proč daný způsob akce není možný. Paní R., která se snaží vyřešit dilema setrvání v rodině, či odchodu s milencem takovýchto rozporů napsala hned několik, která není schopna se vydat kteroukoliv cestou, ač se zdá, že se jí už podařilo zachytit směr:

„Ráda bych tento vztah ukončila, ale neumím v současné situaci jinak naplnit potřebu přijímání, kterou mi tento člověk dává... Manžela mám velmi ráda, vážím si ho, obdivuji, ale stále mi u něj chybí ten pocit absolutní blízkosti a důvěry, který dostávám jinde. Na vědomé úrovni jsem manželovi jeho nevěry, které mě za náš vztah, odpustila, ale možná jsem vůči němu stále uzavřená a nemohu důvěru znovu obnovit.“

Jako by vydání se kteroukoliv cestou znamenalo riziko a nebylo by již cesty zpět.

Paní K., která trpí těžkou depresí, není s to spontánně jednat, neboť sotva k takové reakci dojde, automaticky jí v hlavě vyskočí, že okolí bude její jednání hodnotit:

„Když se rozesměju, okamžitě mi hlavou proběhne, jestli se nesměju moc a hloupě.“

Pan Br. při své ruminaci o kterékoliv akci z minulosti okamžitě dodává, že sama postrádala smysl, neboť nikdy neskončila dobře, ač sám uznává, že byla úspěšná:

„Měl jsem v životě období, kdy se mi dařilo dobře a zažil jsem i pocit úspěchu, ale pak vždy následoval pád dolů.“

Je až zajímavé, jak magickou sílu zde má spojka „ale“, která jako by mazala veškeré

pozitivní, které bylo před ní zmíněno.

Aktérství samo se objevilo u dvou textů z pátého týdne hospitalizace. U participantů, kteří byli schopni vzít iniciativu do vlastních rukou, poklesla depresivní nálada a ač u nich stále zůstávají pochybnosti, jsou s to být architekty vlastního života ve smyslu plánování, uskutečňování, socializace a je u nich i náznak zvýšené sebedůvěry. V textech se zdají, jako by našli sami sebe a opět nahlédli, kým jsou a co mohou vlastně dělat. Paní Z., která v prvním týdnu mluvila o chronické únavě, abulii a bezcennosti, popisuje svůj pátý týden po návratu z volného týdne následovně:

„Myslím, že jsem našla zpátky samu sebe. Dokázala jsem se radovat ze života. Našla jsem si přátele a jela k moři. Pokud jsem se cítila sklíčeně mělo to vždy nějakou příčinu ... Myslím ale, že už jsem odpustila sama sobě a opět se začínám mít ráda... Myslím, že nacházím cestu sama k sobě a momentálně na konci problikává světýlko ... Vím už, jaké chyby nedělat ... Zatím jsem vždy po pádu vstala a šla dál, tak proč ne teď.“

Je zřejmé, že opadla nejen depresivní rozlada, ale i onen depresivní fatalismus, kdy vše může skončit jen špatně a ještě hůře, problikává světélko. Je tedy evidentní perspektiva naděje a přijetí možných chyb v životě bez fatálních, nezměnitelných důsledků, schopnost akceptovat pád.

Pan Br., který byl rovněž velmi skleslý a nevěřil ve vlastní budoucnost a jednání, píše v pátém týdnu mnohem více v duchu víry ve své činy a o rozvoji vlastní adaptability vůči nepříznivým podmínkám:

„Moje myšlenky se zaměřují na přivyknutí novému způsobu práce, protože jsem změnil zaměstnání. Učím se spoustu nových věcí a poznávám nové lidi. Buduji s nimi vztahy. Moje práce je pro mě velmi důležitá. Chci v ní být dobrý... Pokud budu fungovat po psychické stránce jako v posledních týdnech po hospitalizaci, tak se toho nebojím. Zatím si věřím.“

Oproti předchozímu stavu je znatelný posun v plánování a směřování. Oproti Paní Z. zde ještě není evidentní tak detailní konání, avšak je vidět, že již koná sám za sebe, přizpůsobuje se novým podmínkám a má cíle vlastního směřování.

3.4.3 Hodnoty a přesvědčení

Oblast hodnot se v textech především zrcadlí na tématech participantů. Celkově se dají rozdělit do tří hlavních oblastí, které jsou pak rozvíjeny podtématy, po kterých však participanti touží, věří v ně, či se v ně snaží navzdory náročné situaci věřit. Jsou jimi: zdraví, komunita a nezávislost.

Zdravím se zde myslí šťastný, spokojený a dobrý život, ve kterém panuje rovnováha, smysluplnost a nevyskytuje se v něm zničující nemoc. Přestože se zdá, že jsou participanti depresí těžce zkoušeni, opakují, že chtějí být zdraví a mít onen šťastný a zdravý život, jaký mají ostatní, či jaký oni sami měli dříve před depresivním propadem. Paní Z., která se po pěti týdnech hospitalizace zlepšila, píše:

„Vím už, že se chci cítit dobře nezůstávat v trápení, nemučit se. Musím cítit jistotu a smysl. Ve všech ohledech.“

Touha po zdraví jako vysoké hodnotě je napříč texty dobře viditelná právě v akcentu na nemocnost, kterou vnímají velmi negativně.

Paní C., která po zdravém životě touží, v něj například nechová naději, ale i tak je zřejmé, že je to hodnota, která si ji neustále nárokuje:

„Myslím na to, že už možná nikdy nebudu zdravá, bez deprese a úzkostí.“

Zdraví je v textech hodnota prvořadého významu, ale participanti, jak je naznačeno v citaci, jsou jako by mimo z jejího dosahu. Značí ideál, kterého by rádi docílili, a jeho absence v jejich životech má dle nich devastující vliv na jejich prožívání.

Komunitou se myslí hodnoty spojené s jinými lidmi, dobré vztahy s nimi, s rodinou, péče, přátelství, ocenění a pochopení. Jak je možno nahlédnout u paní P., nejlépe se cítí, když je se svými vnuky, kteří ji „nabíjejí energií a optimismem“. Je pro ni nadmíru důležité, aby se všichni v rodině měli dobře a žili v dostatku. Mluví o tom, že jen kvůli nim zůstává ještě naživu, neboť rodina má držet pospolu. Nejen u ní se v takových případech objevuje prvek jakéhosi uklidnění, utišení, že alespoň druzí se mají dobře.

Paní R. rozvažuje, zda zůstat s rodinou, či následovat milenecký vztah, který dokáže lépe naplnit její niterné a partnerské potřeby, ale váhá nad tím, neboť si sama říká, že opustit rodinu se rovná velkému prohřešku. I přes své dilema považuje rodinu stále za velmi hodnotnou součást vlastního života:

„Stále se ale o kontakt s rodinou snažím a rozhodně to nevzdám. Jsou to nejlepší, co mám. A velmi si toho vážím, že mě v tomto stavu podporují.“

Dobré vztahy jsou pro všech deset participantů velmi významné, především právě ty rodinné, vztahy s partnerem, jak píše o situaci, kdyby ho měla ztratit jako o ztrátě jistoty:

„Bojím se o Jirku s jeho alergií a astmatem, kdykoliv ho slyším v noc ivedle sebe kašlat. Ztratila bych životní kotku a jistotu.“

Paní Z., která se tolik projevila po pátém týdnu hospitalizace v kategorii aktérství, hovoří o tom, jak moc důležité pro ni bylo přátelství, které ji tolik drželo nad vodou a pomohlo jí překonat těžké chvíle jejího života:

„Moc mi pomáhá mít kamarádky, vědět, že nejsem sama.“

Participantů píše o komunitě, ať už přátelích či rodině, jako o něčem, co jim pomáhá nebýt v životě sám, velmi si cení podpory svého okolí, již netrpí takovým strachem této pomoci využít k vlastnímu uzdravení a ani se kvůli přijetí pomoci neodsuzují.

Nezávislost představuje bytí sám za sebe, bez závislosti na druhých; mít vlastní příjem, schopnost se samostatně rozhodovat, mít v sobě jistotu a nenechávat za sebou žádné dluhy. Znamená také produktivitu, schopnost pracovat.

Práce se v textech jeví jako zásadní z hlediska nezávislosti. Ztráta produktivity skrz nemoc je pro participanty často velmi skličující až paralyzující. Představa, kterou již bylo možno číst například u paní P., která se cítila jako „student, který dostává kapesné“, je pro většinu participantů velmi nestravitelná, neboť většinu svých dosavadních životů strávili produktivně a považovali svou míru závislosti na ostatních za přijatelnou. Finanční závislost na partnerovi či rodině je však pro většinu z nich (právě skrz absenci modu práce) nepřijatelná a ohrožující ve formě dluhů a závazků. Pan Br. píše:

„Nezvládám pracovat, nezvládám se věnovat soustavně pravidelně ani jednoduché práci. Nevydělám peníze, nebudu mít možnost platit své závazky.“

Pan B. se děsí závislosti na otci, se kterým má velmi komplikovaný vztah:

„O budoucnosti vůbec nepřemýšlím, pře se ve mně pocit beznaděje a nemožnosti, z výše uvedených důvodů, že nedokážu normálně žít a budu navždy odkázaný na něj... což je to nejhorší, co by pro mě mohlo být...“

Participantů vyjadřují přání být sami sebou, nebýt ve vleku ostatních, nebýt jim na obtíž a žít opět sami za sebe. Přání jako takové tu je, ale zároveň dodávají jeho nemožnost, jak bylo zmíněno výše. Nezávislost, kterou ve své nemoci ztratili, je pro ně velmi zásadní hodnotou.

V definici hodnot a přesvědčení bylo naznačeno, že jsou typické tím, co drží vyprávějího pohromadě. V případě depresivních participantů je zřejmé, že právě jejich vnitřní soudržnost svádí boj. Velmi výrazně totiž přehodnocují svůj vlastní smysl života, nevidí v něm smysl, stejně jako nevidí smysl nemoci samé. V textech je možno číst úvahy o vlastní hodnotě často podobnou formou jako u paní C.:

„Doma jsem stejně k ničemu. Ani manželovi nejsem schopná uvařit oběd či uklidit byt. Jestli má takový život cenu? Podle Bible je cenný každý život. I takový prázdný. Netvořím žádnou přidanou hodnotu, jsem k ničemu.“

U většiny participantů dochází ke zpochybnování vlastní hodnoty a také k popírání smyslu vlastního života. Zdálo by se, že celkovým ustálením životního pohybu a absencí pozitivní vize budoucnosti nejsou participanté schopni zachytit vlastní smysl. Z výše uvedených hodnot je zřejmé, že o to své, „co je drží pohromadě“ urputně bojují.

3.4.4 Obraz sebe a druhých

Výše se práce věnovala tomu, že participanté s depresí se vnímají jako nemožní, neschopní, bez energie, nešťastní a ve vleku událostí. Jak to ale mají vůči svému okolí a svým blízkým?

Své okolí depresivní participant často vnímá jako ty, „kteří nemají problém“. Popisuje ho jako šťastné, bezproblémové, kterého se netýkají stejné problémy jako participanta. Paní P. k tomu píše následující:

„Zároveň nedokážu přijímat pomoc od druhých, mám pocit, že rady jiných mi nemohou pomoci, protože neprožívají to, co já a nemají s touto situací zkušenost. Tyto rady zaznamenávám pouze jako teorii, kterou já neumím převést do praxe.“

Pan Br. píše v podobném duchu:

„V ostatních lidech vidím úspěch, a že každý z nich má místo ve svém životě. Já ho nemám. Nezasloužím si ho, protože vše co dělám je špatně.“

Pan B., kterého jeho otec v mládí psychicky týral, trpí pocity, že ostatní nepostihlo v životě takové neštěstí jako jeho samého:

„... jenom se ve mně probouzí myšlenka a pocit, že jsem zažil to nejhorší a nejtěžší v životě, oproti ostatním a za tak krátkou dobu.“

Paní C., která se snaží postarat o svou těžce nemocnou matku, se vůči svému okolí cítí zneuznaně a nepochopeně, že s ní není zacházeno jako s nemocnou, v současné době nemohoucí:

„... četla jsem, že člověk musí být nejprve sám silný, aby mohl pomáhat svým bližním. Jenže nikdo z jejích bratrů a příbuzných nebere moji nemoc vážně, nevědí, že jsem v tom až po uši.“

Je evidentní, že v naraci depresivních participantů je okolí jakýmsi protipólem jich samých a utvrzuje je ve vlastní nekompetenci, akcentuje jejich vlastní nemoc a nemohoucnost. Kdokoli jiný je úspěšný, šťastný, normální, nebo minimálně nemá takové problémy jako participant, a tak nedokáže chápat, co prožívají, a oni tak zůstávají sami, izolovaní ve své nemoci.

Přítomnost druhých tak vyvstává jako zraňující, neboť participant svou nemoc vnímají o to více, a tak se radši stahují k sobě a se zdravými lidmi se nestýkají. Paní P., která cítí, že její nezávislost je významně narušena, nachází klid pouze u nejbližších členů rodiny, ale mezi přáteli se cítí trapně, nemohoucně a nechce čelit hodnotícím pohledům, a tak dává přednost samotě:

„Mám ráda procházky se psy- utřídím si během nich své myšlenky, najdu řešení některých problémů. Oproti tomu je i zde jedna podmínka – musím chodit někde, kde vím, že nikoho nepotkám.“

Neboť právě setkání pro ni nese prvek hodnocení a upozornění na její vlastní nedostačivost.

Pan B., týraný v mládí vlastním otcem, dodává, že je on sám pro své okolí ohrožující svou nemocí a neschopností:

„Štve mě, že se tohle výše zmíněné, promítá a ničí mi to můj život... je mi strašně líto a smutno, že to zasahuje do mého partnerského vztahu, respektive že to ona musí řešit a dělá jí to špatně, když mě vidí takhle a že se to takhle dostává i k jejím rodičům, kterým nechci přitěžovat...“

V odrazu partnerského vztahu, který by podle něj měl být pohodový a klidný, se vnímá jako ten, který přináší rozladu a neklid tam, kde by takové věci být neměly.

Paní C. se často zamýšlí, jak má její nemohoucnost vliv na fungování rodiny, především se bojí, že ji partner kvůli jejímu neměnnému stavu opustí. Velice se bojí opuštění všech blízkých, chce se o ně starat, ale nedokáže to, nemá na to sílu. Při popisu pohledu na svou rodinu, jak existuje bez ní, dodává:

„Jsem vlastně takový jalový člověk, bez radosti, bez zájmu a neumím dávat druhým nic ze sebe, zbytečná na tomto světě.“

3.4.5 Reflexe a hledisko

Z hlediska reflexe poskytují texty poměrně bohatý materiál. Depresivní participanti mají poměrně velkou míru reflexivity, co se týče příčin jejich obtíží pocházejících ze špatných vztahů a chybných rozhodnutí. Zároveň jsou často s to poměrně dobře reflektovat, co by jim mohlo v současné době pomoci ze stavu deprese, ale jak již bylo řečeno, nejsou schopni takovou akci začít, natož dokončit.

Paní Z. hovoří zevrubně o příčinách svého depresivního stavu, analýza je poměrně detailní, mluví o svých špatných rozhodnutích a vztazích:

„Vše mi přijde nesprávně. Vztahy v rodině nejsou takové, jako jsem si jako malá myslela, že jsou. Vztahy osobní nejsou buď žádné, anebo nevycházejí a ten poslední nevyšel v takové míře, že se mi i po roce ještě teď někdy o tom člověku, jakožto špatné volbě, zdá. Myslela jsem si, že ve vztahu mi bude lépe, nehleděla jsem na to, kdo je to vedle mne. Opak byl pravdou“

Následně popisuje, že po rozchodu a stále i nyní jí dochází, jak velkou chybu udělala, když více neposilovala přátelské vztahy, neboť by se jí jistě ulevilo.

Paní P. dochází k závěru ohledně své práce a snaží se s tou informací vyrovnat a najít z ní nějaké řešení:

„Stresujícím zážitkem pro mne v životě byl moment, kdy jsem si uvědomila, že práce kterou jsem vykonávala celý život, mne dovedla ke zhroucení a k pokusu o sebevraždu.“

I ona dokázala poměrně jasně lokalizovat údajnou příčinu svých problémů a propadu do deprese.

Paní K., která trpí velikou starostí o své blízké, velmi zevrubně analyzuje své chování a situaci. Velmi kriticky se obrací vůči sobě a svému vystupování a snaží se najít prostor k autentickému prožívání navzdory hodnocení ostatních, dodává:

„Nechtěla bych je ztratit a tuším, že cesta, kterou jdu, právě k tomu vede. Přesto bych tohle všechno moc ráda udělala.“

Paní H., která prošla v dětství velmi těžkým obdobím kvůli pedantské péči své matky, silně reflektuje stav svéhostavu vůči své dceři. Také ho podrobně analyzuje a srovnává s výchovou, kterou měla ona sama:

„Opak mé matky. Která mi nikdy neřekla, že mě má ráda, že jsem šikovná nebo mě pochválit. Nepodporovala mě v ničem. Ani ve škole ...Dobře jsem se učila a myslím si, že jsem zodpovědná a pracovitá (když je dobře). Což matka není, pracovat se jí nechce.“

Vidí příčiny svých obtíží v nedostatku pochvaly ze strany vlastní matky, nedostatku něhy.

Depresivní participanti dávají v textech najevo vysokou míru reflexivity, co se týče příčin vlastních obtíží a zároveň jsou s to zevrubně analyzovat svou pozici vůči ostatním. Dokážou si i představit, jak by jejich budoucnost mohla vypadat a co by pro lepší budoucnost mohli udělat. Exekutivní stránka této reflexe však zůstává v pasivitě, což koresponduje s již zmíněnou absencí aktérství.

3.4.6 Diskuze

Provedený výzkum ukázal, že hlavní témata, která participanti s diagnostikovanou depresí mohou v prvním měsíci prožívat, jsou hlavně nezávislost, nemocnost, deprese, smysl života, budoucnost, vztahy, strach a vina.

Hlavní témata se zdají být pro depresivní symptomatiku příhodná, obsahují prvky všech sfér, do kterých depresivní porucha obvykle zasahuje. Depresivní participanti témata vnímají primárně absencí toho, co by si přáli mít, či o co podle nich v životě přicházejí. To se odráží i v systému hodnot, kde se jako dominující hodnota ukazuje zdraví a také dobré vztahy s blízkými.

Vůči okolí zaujímají pravděpodobně z hlediska stigmatu vlastní nemohoucnosti a uzavřenosti velmi reflektivní přístup. Vnímají, že ostatní, kteří nemoc nemají, jsou zdraví, šťastní a normální, kdežto oni jsou těmi nemocnými, nepochopenými a popřípadě nechtěnými. Je zřetelné, že ale obraz já versus okolí není černobílý, neboť i ti, kteří se

například sami vůči okolí vymezovali vlastní nemohoucností, uznávali, že v přítomnosti oněch nejbližších cítili o něco lépe, jako paní P.

Obzvláště v pozici reflexivity se podle mého názoru ukazuje míra ruminace a možné zvážení analyticko-ruminační hypotézy (ač vzorek této studie je velmi malý) – participanti evidentně velmi silně ruminují nad svojí situací a jsou často schopni mluvit o příčinách a popřípadě řešeních svých obtíží velmi detailně, dokážou analyzovat problémovost svých vztahů a pozic ve světě, co jim však chybí je onen prvek akce a rozhodnosti. Zdálo by se tedy, že samotná ruminace k řešení problému nestačí, ovšem u těch participantů, kteří zaznamenali zlepšení (pan Br. a paní Z.), se ukazuje, že v případě polevení deprese mohou právě dřívější ruminace značně napomoci v budoucím řešení problémů a v připravenosti na ně. Ruminace se tedy dle mého názoru nedá označit za neproduktivní myšlení, neboť právě v závěrech jejich textů mluví o vyřešení oněch problémů, o kterých psali v textech ještě před zlepšením jejich stav.

Na straně druhé je ovšem třeba uznat, že depresivní myšlenky participantům v textu naskakují tak často (a to obzvláště u aktérství, při kterém bylo zdůrazněno, že při každé myšlence na pozitivní akci naskočila myšlenka ve formě popření předcházející pozitivní). Nelze popřít oprávněnost kognitivních a metakognitivních teorií o tak hluboce naučených formách přístupu k sobě a k životu ve formě automatických myšlenek a chybných přesvědčení. Je otázkou budoucího výzkumu, jak tyto teorie dále obstojí.

Stejně tak je možno postulovat hypotézu, že narativní aktérství může být přímo závislé na závažnosti deprese. U většiny vzorku bylo aktérství přítomno pouze minimálně a opět u zmíněných dvou, kteří popsali zlepšení depresivních příznaků, se aktérství plně projevilo, patrně díky získané síle, vůli a sebevědomí, které se jeví jako nutné k tomu, aby mohla lidská bytost konat sama za sebe a k něčemu směřovat skrze činnost. Pro budoucí výzkumníky ubírající se tímto směrem by bylo možným směřováním znázornění toho fenoménu skrze kombinovaný kvalitativní a kvantitativní výzkum a prozkoumat ho v pojetí míry depresivity a množství zachyceného aktérství, a to na podstatně větším vzorku než nabízí tato studie

Závěrem je nutno zmínit omezení, se kterými se tento výzkum potýká:

Zprv je to velikost vzorku – pro kvalitativní postup je vzorek adekvátně velký, avšak vypovídající hodnota je omezená, neboť je možné, že by se například našli participanti, kteří i přestože by prožívali středně nebo těžce depresivní fázi deprese, by disponovali

určitým aktérstvím a životním pohybem. Navíc by byla pravděpodobně i bohatší složka témat, neboť některá témata byla v textech ojedinělá a nebyla zmíněna. Domnívám se ale, že jsou jinak nedílnou součástí příběhu hospitalizovaných pacientů. Poměr žen a mužů byl zvolen adekvátně, ale bylo by jistě zajímavé více prozkoumat témata hospitalizovaných mužů, neboť vzhledem ke všeobecnému trendu, kdy se muži podvolují hospitalizaci méně než ženy, jejich příběhy tak zůstávají dále nevyřčené a blíže neprozkoumané.

Zadruhé je to zvolená metoda - expresivní psaní se ukázalo jako zajímavá metoda sběru dat (běžně se užívá jako terapeutická technika), avšak výměnou za jistou spontaneitu projevu je omezena právě v tom, že výzkumník již nemá možnost se doptat na určité aspekty psaného projevu. Tím přichází o možnost doptat se na některé aspekty vyprávění, které bystaly za rozšíření a hlubší prozkoumání. Například v případech absence aktérství by byl velký prostor doptávat se, jak si participant vůbec představuje životní pohyb, jestli u sebe nějaký vnímá a pokud ne, tak proč, jak percipuje okolnosti, které mu v tom zabraňují, jsou-li spíše externí povahy, či jsou ony bloky v něm samém. Stálo by to za to se doptat i na téma smyslu života, které se v práci projevovalo hlavně skrze práci a vztahy s blízkými, ale nevyznělo už tolik, nakolik participant považuje svou existenci tak, jak je, za smysluplnou, popřípadě co by ji mohlo do budoucna naplnit. Metoda expresivního psaní je sice ze strany participantů spontánní (nejsou rušeni výzkumníkem), ale je potenciálně málo bohatá na širší výzkum.

Závěr

Deprese je velmi závažné onemocnění a také velmi bohaté v rozmanitosti jednotlivých příznaků. Četnost a závažnost jejich zastoupení pak rozhoduje, o jak těžkou poruchu se jedná.

K teoriím deprese lze říci, že v současné době jsou četné teoretické přístupy rozvíjeny o neurobiologické koreláty, které podporují tvrzení jednotlivých teorií. Jednotlivé modely deprese nabízejí jednak teoretický náhled na vznik a průběh a často i její potenciální léčbu. Každý přístup si své místo hájí znalostmi z praxe a také četnými somatickými vyšetřeními a pozorováními, stejně tak jsou stanoviska jednotlivých tezí podporována četnými výzkumy v daných oblastech. Je však evidentní, že nelze nalézt monofaktoriální příčinu deprese a že se jedná o multifaktoriální a mnohdy těžko vysledovatelnou problematiku. Výzkum deprese pokračuje dále a další roky ukážou platnost těchto přístupů ve světle novějších poznatků a dalších výzkumů.

V současnosti je k dispozici velmi bohatý aparát v boji s depresivní poruchou jak ve farmakologické léčbě za pomoci rozmanitě zastoupených antidepressiv, anxiolytik a podpůrně působících antipsychotik, tak i v nefarmakologické léčbě v podobě elektrokonvulzivní terapie, transkraniální magnetické stimulace, fytotherapie a fototerapie.

V oblasti psychoterapie deprese je přítomno mnoho terapeutických směrů ať už z oblasti evidence-based psychoterapie (Kognitivně-behaviorální terapie, Kognitivní terapie, Metakognitivní terapie), humanisticky založené psychoterapie (Terapie zaměřená na člověka) či hlubinné psychoterapie (psychodynamická a interpersonální terapie), a to v podobě individuální či skupinové psychoterapie, které ukazují slibné výsledky a možnosti zlepšení depresivní symptomatiky.

Kvalitativně zaměřená praktická část práce ukazuje na bohaté zastoupené narativní kategorie v průběhu prvních pěti týdnů hospitalizace na oddělení afektivních poruch.

Tematicky jsou bohatě zastoupeny nezávislost, onemocnění, vztahy, budoucnost a vina.

V oblasti aktérství je příznačná jeho absence skrze nemožnost životního pohybu, fatalismus a celkovou nevíru v jakékoliv budoucí jednání, a to u všech respondentů kromě dvou, kteří v pátém týdnu píšou o zlepšení svého zdravotního stavu a vykazují i samostatně koordinovanou činnost a spění k vytyčeným cílům.

Hodnoty, které respondenty v jejich hospitalizaci provázejí, jsou: zdraví, komunita a nezávislost. Respondenti svou vlastní hodnotu často popírají či podrobují velmi detailní kritice a jejich přesvědčení o vlastní smysluplnosti tak čelí neúnavným atakám.

Respondenti vidí sami sebe jakožto nemocné, nepochopené a často trpící bytosti, kdežto jejich okolí je spatřováno jako šťastné, bezproblémové, takové, které není stíháno takovými problémy, jako právě respondenty. Rodina, blízcí a přátelé jsou spatřováni buď jako prvek podpory, povzbuzení a zdroj síly k boji s nemocí, či jsou vnímáni jako možná přítěž a komplikace podkopávající už tak špatný zdravotní stav respondentů. Blízcí jsou také vnímáni jako ti, již trpí těžkým stavem respondentů, za což se také respondenti cítí často odpovědní.

V oblasti reflexivity jsou respondenti s to podávat velmi detailně zpracované analýzy vlastního stavu včetně jeho příčin, ale vzhledem ke středně až těžce depresivnímu ladění nejsou schopni (opět na dvě výjimky, u kterých došlo v pátém týdnu hospitalizace ke zlepšení) těchto analýz nikterak využít k akci, a tak ani ke zlepšení jejich zdravotního stavu.

Práce tak dosáhla vytyčených cílů v oblasti zachycení narativních kategorií charakterizujících možné prožitky čerstvě hospitalizovaných pacientů s diagnostikovanou depresivní poruchou.

Seznam použitých zdrojů a literatury

- Andrews, P. W., & Thomson, J. A. (2009). *The bright side of being blue: Depression as an adaptation for analyzing complex problems*. Psychological Review, 116(3), 620–654. <http://doi.org/10.1037/a0016242>
- Baštecká, B. (2003). *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál.
- Beck, A. T. (2005). *Kognitivní terapie a emoční poruchy*. Praha: Portál.
- Beck, A. T. (2008) *The Evolution of the Cognitive Model of Depression and Its Neurobiological Correlates*. The American Journal of Psychiatry, 165(8), 969 – 977. <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08050721>
- Behr, H. & Hearstová, L. (2007). *Skupinově-analytická psychoterapie*. Praha: Triton.
- Bowlby, J. (2012). *Odloučení: kritické období raného vztahu mezi matkou a dítětem*. Praha: Portál.
- Bruner, J. S. (1996). *Culture of Education*. Cambridge: Harvard University Press.
- Carvalho, J., Hopko, D. (2010). *Behavioral theory of depression: reinforcement as a mediating variable between avoidance and depression*. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry. 2011 Jun;42(2):154-62. DOI: 10.1016/j.jbtep.2010.10.001.
- Cuijpers, P., Berking M., Andersson, G., Quigley, L., Kleiboer, A. & Dobson, K. (2013). *A Meta-Analysis of Cognitive-Behavioural Therapy for Adult Depression*,

Alone and in Comparison with other Treatments. The Canadian Journal of Psychiatry 58(7), 376-385. <https://doi.org/10.1177/070674371305800702>

- Češková, E., & Příkrylová Kučerová, H. (2006). *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Praha: Portál.
- Dušek, K., & Večeřová-Procházková, A. (2010). *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada Publishing.
- Eysenck, M. W., & Keane, M. T. (2008). *Kognitivní psychologie*. Praha: Academia.
- Hartl, P., & Hartlová, H. (2010). *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál.
- Hofmann, G., S., Asnaani, A., Vonk, I., Sawyer, T., A. & Fang, A. (2012). *The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Metaanalyses*. Cognitive Therapy and Research. 2012 October 1; 36(5): 427–440. doi:10.1007/s10608-012-9476-1.
- Hosák, L. (2010). *Novinky v elektrokonvulzivní terapii*. Psychiatrie pro Praxi 2010; 11(1): 22–24. Získáno 1. 2. 2018 z:
<https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2010/01/06.pdf>
- Chrz, V. (2009) *Výzkum jako narativní konstrukce*. Praha: Centrum Adiktologie 1. LF UK. Získáno 10. 6. 2017 z:
<http://narativniperspektiva.blogspot.cz/2009/10/vyzkum-jako-narativni-rekonstrukce-v.html>
- Kratochvíl, S. (2005). *Skupinová psychoterapie v praxi*. Praha: Galén.

- Leuzinger-Bohleber, M. (2015). *Finding the body in the mind: embodied memories, trauma, and depression* [online]. London, England: Karnac Books. Získáno 8. 3. 2018 z: <http://site.ebrary.com/lib/natl/Doc?id=11068142>.
- Markowitz, J. C., & Weissman, M. M. (2004). *Interpersonal psychotherapy: principles and applications*. World Psychiatry, 3(3), 136–139. Získáno 11. 4. 2018 z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1414693/>
- *Mezinárodní klasifikace nemocí: 10. revize : duševní poruchy a poruchy chování : popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka. (2000) (2. vyd.).* Praha: Psychiatrické centrum.
- Minaříková, V., Kyralová, I., Praško, J., & Prašková, H. (1998). *Skupinová kognitivně-behaviorální terapie depresí*. Praha: Psychiatrické centrum.
- Normann, N., van Emmerik, A., A. & Morina, N. (2014). *The efficacy of metacognitive therapy for anxiety and depression: a meta-analytic review*. Depression and anxiety 31:402–411. DOI: 10.1002/da.22273
- Orel, M. (2016). *Psychopatologie: nauka o nemocech duše (2., aktualizované a doplněné vydání)*. Praha: Grada.
- Poněšický, J. (2012). *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie (3. vyd.)*. V Praze: Triton
- Poněšický, J. (2003). *Úvod do moderní psychoanalýzy*. Praha: Triton.
- Praško, J., Prašková, H., & Prašková, J. (2015). *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději*. Praha: Portál.

- Pugnerová, M., & Kvintová, J. (2016). *Přehled poruch psychického vývoje: psychická deprivace, neurotické obtíže v dětském věku, poruchy chování a syndrom hyperaktivity, psychologie jedinců s různými typy postižení*. Praha: Grada.
- Rogers, C. R. (1957). *The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change*. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95-103. <http://dx.doi.org/10.1037/h0045357>
- Rogers, C. R. (2014). *Způsob bytí: klíčová témata humanistické psychologie z pohledu jejího zakladatele*. Praha: Portál.
- Seifertová, D., Bareš, M., Kopeček, M. (2005). *Antipsychotika v léčbě deprese*. *Psychiatrie pro Praxi*; 2006; 3: 122–125. Získáno 2. 3. 2018 z <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2006/03/03.pdf>
- Svoboda, M., Humpolíček, P., & Šnorek, V. (2013). *Psychodiagnostika dospělých*. Praha: Portál.
- Šiffelová, D. (2010). *Rogersovská psychoterapie pro 21. století: vybraná témata z historie a současnosti*. Praha: Grada Publishing.
- Thimm, C., J., Antonsen, L. (2014). Effectiveness of cognitive behavioral group therapy for depression in routine practice. *BMC Psychiatry* 2014 14:292 <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0292-x>
- Vavrušová, L. (2002). *Depresia*. Martin: Osveta.
- Wells, A. & Papageorgiou, C. (2004). *Depressive Rumination: nature, theory and treatment*. Chichester: Wiley.

- Wells, A. (2009). *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. New York: Guilford Press.
- Wells, A., Fisher, P., Myers, S., Wheatley, J., Patel, T. & Brewin, R., C. (2007). *Metacognitive Therapy in Recurrent and Persistent Depression: A Multiple-Baseline Study of a New Treatment*. *Cogn Ther Res* (2009) 33:291–300. DOI 10.1007/s10608-007-9178-2
- The World Health Organization (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders. Global Health Estimates*. Získáno 9. 1. 2018 z http://www.who.int/mental_health/management/depression/prevalence_global_health_estimates/en/

Přílohy:

- 1) Analyzované texty expresivního psaní,**
- 2) Ukázka analýzy textu**

Příloha č. 1

Pacient 1 Paní P. D001

Text 1

Mám těžce nemocného otce, kterého nemám sílu navštěvovat, ačkoli vím, že mu tím udělám radost. Probíhal rozvod mojí dcery, kdy jsem jí nedokázala být dostatečnou oporou – z toho vyvozují, že nejsem schopna fungovat jako platný článek v rodině. Nemám trpělivost na svého manžela, když si stěžuje na své problémy, přistihuju se, že jsem myšlenkami jinde, že vypínám a neposlouchám.

Jsem nezaměstnaná a připadám si zbytečná, navzdory tomu, že manžel mne přesvědčuje o opaku. Momentálně nemám vlastní příjem, díky tomu si připadám jako student, který od někoho dostává kapesné. Zároveň v protipólu s tímto pocitem jsem v takové depresi, že nevládám jít si shánět zaměstnání. Zároveň jsem si jistá, že pokud bych se o to pokusila, zaměstnání bych už měla a mohla bych se cítit nezávislá.

Že má můj život smysl mám pocit pouze ve chvílích, kdy trávím svůj čas se svými vnuky. Ti mne dokáží nabít energií a snad i optimismem. Už jenom kvůli nim neuvažuji o zopakování pokusu o sebevraždu, ačkoli mne tato možnost občas napadne.

Mám ráda procházky se psy – utřídím si během nich své myšlenky, najdu řešení některých problémů. Oproti tomu je i zde jedna podmínka – musím chodit někde, kde vím, že nikoho nepotkám.

Mám problém stýkat se s lidmi, ať už je to na procházce, nebo při nákupu v supermarketu. Nechci se stýkat ani s kamarádkami, třebaže si uvědomuji, že by to pro mne bylo třeba i prospěšné. Málo dokážu komunikovat i se synem i když mne jezdí navštěvovat domů i teď po dobu mé hospitalizace v NÚDZ. Nechávám na něm co mi vypráví a nedokážu se ho na něco zeptat, abych projevila můj zájem o něj. Stačí mi, že vidím, že se má dobře, je dostatečně zajištěný a spokojený v soukromém životě. Větší starost mám v současné době o dceru, která má komplikované těhotenství, takže moje myšlenky a starosti se ubírají tímto směrem.

Text 2

Momentálně už mám pocit smutku, bezcennosti. Obávám se budoucnosti, nevím jak řešit problém získání nové práce, nevím co bych vlastně chtěla dělat... Stresujícím zážitkem pro mne v životě byl moment, kdy jsem si uvědomila, že práce kterou jsem vykonávala celý život mne dovedla ke zhroucení, k pokusu o sebevraždu. Dala jsem výpověď aniž bych tušila, co budu v budoucnu dělat. Tento stav trvá už více než 2 roky a řešení stále nemám. Částečné řešení pro mne byla žádost o invalidní důchod, který mi však nebyl přiznán. Tato skutečnost mne opět uvrhla do deprese a úzkosti z toho, co bude v budoucnosti.

Radost mi momentálně v mé situaci přináší pouze má nejbližší rodina – tj. manžel, děti, vnoučata. Nemám energii ani náladu na to stýkat se s ostatními příbuznými nebo přáteli. Tento stav mne sice mrzí, ale v současné době nevím jak ho řešit.

Pokud jsem sama, zaobírám se myšlenkami na to, jak bude moje budoucnost vypadat a na důvody, proč vlastně být na světě. Náhled na moji budoucnost se mi momentálně jeví jako sled mnoha a mnoha problémů a mám pocit, že nemám sílu je řešit. Zároveň nedokážu přijímat pomoc od druhých, mám pocit, že jiných rady mi nemohou pomoci, protože neprožívají to, co já a nemají s touto situací zkušenost. Tyto rady zaznamenávám pouze jako teorii, kterou já neumím převést do praxe. Po svém propuštění z NUDZ mám v plánu dát si kratší oddychový čas domu, znovu požádat o invalidní důchod a potom si najít nějakou práci na zkrácený úvazek. V následujících nejbližších dnech se mi má narodit vnučka na kterou se těším a těším se i na to, že budu dceři pomáhat s ní i se staršími vnoučaty. Nějaký plán do budoucna tedy mám a doufám, že se mi podaří ho rozšířit a převést do skutečnosti. K minulosti se momentálně moc nevracím, snažím se ulpívat spíše k budoucnosti a snažit se své plány uskutečnit. V tomto snažení mi určitě pomůže moje nejbližší rodina a mám k tomu i pár dobrých přátel, kteří mi určitě pomůžou pokud je o to požádám.

Pacient 2 Paní H. D004

Text 1

Moc mě mrzí, že s dcerou nemám dobrý vztah. Přemýšlím kde jsem udělala chybu. Proč to tak je i když jsme měly hezký vztah. Proč jsem na ní tolik fixovaná a jak se odpoutat, aby mě to tolik netrápilo. A začla si užívat života i bez její přítomnosti a zájmu. Necítit se tolik odpovědná jak to dopadlo. Snažila jsem se jí vychovat „dobře“. Většinu věcí jsem dělala kvůli ní. Aby moc nestrádala. Mohla dělat nějaký koníček, sport. Snažila jsem se jí

podporovat. Chválit jí. Opak mé matky. Která mi nikdy neřekla, že mě má ráda, a jsem šikovná nebo mě pochválit. Nepodporovala mě v ničem. Ani ve škole. Raději mě přemlouvala, abych si nechala dítě (když jsem byla ve 3. ročníku těhotná) aby nemusela dál platit výdaje co byly spojeny se školou, s mým obtěžkáním atd. Několikrát mně a bráchům říkala, že nás měla dát raději do dětského domova. Já bych to nemohla ani vyslovit. Jsem ráda, že mám zdravou, hezkou chytrou dceru. Přála jsem si, aby věděla kdo je její otec a měla s ním dobrý vztah (to se naštěstí povedlo).

Má matka otce jen očerňovala, říkala jaký je špatný člověk. Nechtěla, abychom se stýkali. Tak nevím jaký byl člověk, pořádně jsem ho neznala. Náš vztah nebyl skoro žádný. Jen mám asi jeho povahu. Dobře jsem se učila a myslím si, že jsem zodpovědná a pracovitá (když je mi dobře) Což matka není, pracovat se jí nechce.

Text 2

Smrt mého bratra. Obviňuji se, že jsem se měla zachovat jinak. Kdybych udělala věci jiným způsobem mohl třeba ještě žít. Poslal mi SMS, kterou jsem si přečetla později. Měl jsem se za ním vydat hned. Požádat sousedku o hlídání dcery. Nasednout do auta a jet rovnou k němu domů. To jsem neudělala a on zemřel. Oběsil se, protože měl finanční problémy a pohádal se pravděpodobně s druhým bratrem a jeho manželkou. Co mezi nimi bylo dodnes nevím. Na druhou stranu ho chápu. Taky už se mi nechce žít a to nemám žádné dluhy. Deprese je těžká, když je člověk sám. Nedokázala jsem mu pomoci ani poradit. Neřekla bych, že jeho stav byl natolik vážný. Několikrát jsem ho slyšela říkat, že si to hodí. Nikdy bych nevěřila, že to udělá. Bohužel teď víme, že to bylo volání o pomoc. A já ho neslyšela. Nikdo ho neslyšel. Nebo nechtěl slyšet.

Cítím se zodpovědná za jeho smrt. Vinu, která mě tíží na duši. Bolest, protože byl moje rodina, blízký člověk, kterého jsem měla ráda. A já mu nedokázala pomoci. Nechala jsem ho umřít. Byl sám. Každý ho využíval. A nikdo mu nepomohl. Ani já ne.

Pacient 3 Paní R. D025

Text 1

Celý život od puberty se potýkám s tím kdo jsem a s vlastní sebehodnotou. Můj cíl byl mít vždy vše perfektní a tak, aby to ostatní obdivovali a přijímali mě a měli mě rádi. Zlom nastal když mě opustil můj první chlapec, měl jsem pocit, že vše končí, celý život a z romantické lásky jsem se nevzpamatovala dodnes. Ovlivnilo mě to natolik vlastní

sebehodnotu, že jsem se ve svém následujícím životě začala „věšet“ na své další partnery, snažila je ovládat a kontrolovat natolik, aby se mi už nic podobného, jako je ODMÍTNUTÍ a OPUŠTĚNÍ, nestalo. Šla jsem okamžitě do vztahu s každým, kdo alespoň trochu splňoval kritéria toho, že bude „vhodný“ manžel (peníze, vzhled, prestižní zaměstnání). Partnery jsem často ovládala a manipulovala prostřednictvím sexu a vyvolávání pocitů viny. Je mi ze mě zle, protože jsem se dodnes nepoučila ze svých chyb a nyní stojím na rozcestí a přemýšlím, zda opustit rodinu (2 děti a manžela) pro vztah, který je sice taková, jaký jsem si vždy přála (romantický, duševní souznění, krásná intimita), ale s obrovskou obavou o své bezpečí v následujícím životě když se pustím na tenký led znovuzarizování si „nového“ života. Rozum říká jasné NE, neopouštět fungující rodinu, děti a manžela, který ač mě v minulosti 2x podvedl, se stará o rodinu velmi dobře a podle mých představ. Ale pak je tam větší část, která je silně citově vyhladovělá, potřeby hodně s manželem mluvit být neustále středem pozornosti milované osoby, chtění a lpění na nikdy nekončícím krásném sexu. Jsem na sebe šíleně ROZZLOBENÁ, že jsem si zapříčinila situaci v které jsem, a že se neumím DOSPĚLE rozhodnout, přešlapuji na místě a čekám až to za mě udělá někdo jiný, abych se zbavila ZODPOVĚDNOSTI ZA SVÉ ROZHODNUTÍ, ať už bude z hlediska morálního jakékoliv.

Text 2

Nedaří se mi zvládat roli matky a manželky. Jsem dost citově založená, ráda mluvím o svých pocitech a to není s mým partnerem často možné a vznikají z toho mezi námi konflikty. Vedlo to k mému mimomanž.vztahu. Ten je stále neukončený, přestože jsem se několikrát o ukončení pokoušela. Často si telefonujeme a jen tak si povídáme a chybíme si. Často jsem pak myšlenkami mimo svou rodinu. Ráda bych tento vztah úplně ukončila, ale neumím v současné situaci jinak naplnit potřebu přijímání, kterou mi tento člověk dává. Chybí mi kamarádky, nejsem schopna s ženami navázat důvěrnější vztah, který mi chybí a který zažívám s tímto mužem. Ženy mě většinou zradily, nemohu jim důvěřovat. Manžela mám velmi ráda, vážím si ho, obdivuji, ale stále mi chybí u něj ten pocit absolutní blízkosti a důvěry, který dostávám jinde. NA vědomé úrovni jsem manželovi jeho nevěry, které měl za náš vztah odpustila, ale možná jsem vůči němu stále uzavřená a nemohu důvěru znovu obnovit. Mám pocit, že dětem nemohu být dobrým vzorem pro život, když sama jim nemohu v tomto stavu ukázat, že umím problémy, které život přináší řešit s nadhledem a stát si zodpovědně za svým rozhodnutím.

Stále se ale o kontakt s rodinou snažím a rozhodně to nevzdám. Jsou to nejlepší co mám. A

velmi si vážím toho, že mě v tomto stavu podporují. Ráda bych, aby se mi povedlo buď ukončit nebo výrazně omezit mé naplňování bezpodmínečného přijetí mým „kamarádem“, protože sama bych si nepřála, aby můj muž sdílel svoje nitro a pocity s někým jiným než se mnou.

Pacient 4 Paní K. D015

Text 1

Strach. Strach z toho, e pocity a úzkosti typické pro předchozí dlouhé období přetrvávají. Strach z toho, že zase nezvládnu svoji úlohu a selžu. Že si nikdo nevšimne, jak moc se snažím a neocení to. Strach o děti, co se s nimi stane, jak nejsem schopna zajistit jim klidnější budoucnost. Strach z toho, že neobstojím v zaměstnání, ačkoliv jsem si moc přála najít nové uplatnění.

Bojím se, že nenajdu odvalu urovnat vztahy se svým otcem, ačkoliv si říkám, že musím, abych si do konce života nevyčítala, že jsem pro to neudělala dost. Bojím se za ním jít, aby nekřičel, nenadával, neříkal mi, co jsem všechno v životě zkazila, nedokázala, jak jsem k ničemu. Bojím se, že nikdy nepřekonám pocity, že stejně nejsem dost chytrá, hezká, zajímavá.

Strach z toho, že mi odejde dcera, ačkoliv vím, že je šťastná a spokojená. Strach z toho, že se syn zase vybourá na motorce. Kdykoliv odjíždí on nebo dcera začnu mít ty nejhorší představy, co se může oběma stát. Vybavuje se mi donekonečna pohled, jak leží na silnici rozbitý, motorka je rozmetaná po silnici a já v odpoledním sluníčku k němu přijíždím. Vybavuju si pocity, které jsem při tom měla. Rok jsem křižovatkou nedokázala ani projet. Jakákoliv motorka, která rychle projede kolem ve mně vyvolává pocit, že nemůžu dýchat. Buší mi srdce.

Bojím se, že nezvládnu nic z toho, co bych tak ráda dělala co jsem dělávala běžně.

Bojím se i budoucnosti obecně. Sleduju zprávy, informace a většinou to ve mně vyvolává úzkost. Nevidím žádnou perspektivu, ale moc ráda bych ji přitom našla. Říkám si, že nemám všechno sledovat, analyzovat, prožívat a přitom to nedokážu.

Text 2

Stále se bojím, že neobstojím v dalším životě. Ačkoliv mě všichni kolem povzbuzují a pomáhají, nedokážu překonat pocit napětí a strachu, co bude dál. Jestli budu schopna fungovat tak, jak si představuji. Zda se konečně usmírím s tátou. Zda vnitřně odpustím

mámě její netečnost, nedostatek času pro mě a později pro vnoučata. Moc bych to potřebovala. Uvědomuju si, že jsou staří a kdyby odešli, nebudu schopna si odpustit, že jsem jim nedokázala říct, že přesto všechno je mám ráda.

Je mi smutno z Terezky, že odchází. Víím, že ten čas musí přijít pro každou mámu. Že jde za svým cílem, svým životem a dělá to dobře. Přesto je mi to moc líto, že moje holčička už není holčičkou. Že je to velká ženská, ve svém vlastním životě. Bojím se, že Tomáš se svojí povahou, kdy si nikdy nedá nic diktovat, po maturitě sbalí batoh a vykašle se na další školu. Tuším, že bude jednou litovat jako já, ale nedá si říct.

Bojím se každé další cesty na motorce Pořád ho vidím na silnici po nehodě. Nikdy na to nezapomenu. Dělá si ze mě vždycky legraci, že přeci přežil.

Bojím se, že si nenajdu nové zaměstnání, kde budu mít pocit, že moje práce k něčemu směřuje. Že budu přemísťovat excelovou tabulku z bodu A do bodu B a nebudu mít radost, že to co dělám k něčemu slouží.

Bojím se o Jirku s jeho alergií a astmatem, kdykoliv ho slyším v noci vedle sebe kašlat. Ztratila bych životní kotvu a jistotu.

Chtěla bych na sobě spoustu věcí změnit a nejsem stále schopna na všem zapracovat tak, jak si představuju. Mám moc často pocit selhání z toho všeho. Nevím, jestli si věci přespříliš připouštím k tělu, když kolem sebe vidím normální, usmívající se lidi a já si pořád připadám stažená a nervózní. Když se rozesměju, okamžitě mi hlavou proběhne, jestli se nesměju moc a hloupě. Neumím se uvolnit a jen tak si užívat života, bez myšlenky, jak to vezme okolí, co si pomyslí. Přitom bych strašně chtěla být v pohodě a klidu, protože cítím a víím, že všechny moje nervozity a stresy se promítají čím dál tím víc do mého života a hlavně života mých blízkých. Nechtěla bych je ztratit a tuším, že cesta kterou jdu, právě k tomu vede. Přesto bych tohle všechno moc ráda udělala.

Pacient 5 Paní Z. D028

Text 1

Nejtěžším a pro můj život nejvíce omezujícím problémem je má nemocnost resp. CFS – chronický únavový syndrom a z něj vyplývající deprese – nechť k životu, k denním činnostem, radostem, studiu, práci, sebevědomí klesá, pocit bezcennosti, žít bez smyslu, obavy z budoucnosti, ztracenost, obavy z výběru školy – oboru- co chci dělat, čím bych chtěla být, jestli se užívám, velká náročnost a nároky, které při tak četné nemocnosti nemohu splňovat a ani se z toho radovat. Začarovaný kruh. Snažím se najít cestu ven, ale někdy mi přijde všechno bez naděje. Necítím už jako dřív tu naději, že by mohlo být něco lepší. Vše mi přijde nesprávně. Že můj život nešel správným směrem. Vztahy v rodině nejsou takové jako jsem si jako malá myslela, že jsou. Vztahy osobní nejsou buď žádné a nebo nevycházejí, ten poslední nevyšel v takové míře, že se mi i po roce ještě teď někdy o tom člověku jakožto špatné volbě, zdá. Asi to mám stále v sobě. Bylo to to nejhorší, co jsem si mohl zvolit a úplně se tomu oddala. Myslela jsem že ve vztahu mi bude lépe, nehleděla jsem na to kdo je to vedle mne. Opak byl pravdou. Jenom mi to vše ještě zhoršilo. Rychle, radikálně, silně emotivně. Nevytvořila jsem si po gymplu žádné nové přátelské vazby, což mi po rozchodu došlo ještě více, jak mi chybí přátele. Všechny vztahy jakoby zhasly a nebo zhasínaly. Mám strach ze samoty. Zároveň mám pocit, že mi nikdo nerozumí. Jediná maminka. Vždy si říkám, kdyby jí nebylo, tak tu taky nejsem. Zároveň ale vidím její vyčerpání, únavu a chování mého otce k ní, ke mně, ke všem a to mě dostává dolů. Trápím se s ní a za ní. Další začarovaný kruh.

Text 2

Během posledních 14 dnů jsem neměla žádné těžké depresivní myšlenky. Naopak jsem se po návratu z hospitalizace cítila nejlépe za celý rok. Myslím, že jsem našla zpátky samu sebe. Dokázala jsem se radovat ze života. Našla jsem si přátele a jela k moři. Pokud jsem se cítila sklíčeně mělo to vždy nějakou příčinu. Jednou jsem plakala. To co mne stále z minulosti dohání a sklíčuje je špatný vztah s jedním člověkem, který skončil před rokem, ale myslím, že to mám stále v sobě a stále se s tím vyrovnávám. Myslím ale, že už jsem odpustila sama sobě a opět se začínám mít ráda. Za 14 dní jsem plakala jen jednou a důvod byl právě on. Jinak, co mne obecně znejišťuje je stále budoucnost. Jestli studovat a co, nebo jestli pracovat. Cítím nejistotu a nervozitu, ale už mne to tolik netíží jako dříve. Také nemám tolik živých snů a špatných snů o něm. Myslím, že nacházím cestu sama k sobě a

momentálně na konci problikává světýlko. Nevím sice, co bude a cítím obavy a strach, že se špatně rozhodnu. Ale myslím, že se znám teď lépe než před rokem. Polovina psych. problémů byla z něj. Vím už jaké chyby neudělat. Vím už, že se chci cítit dobře a nezůstávat v trápení a nemučit se. Musím cítit jistotu a smysl. Ve všech ohledech. Moc mi pomáhá mít kamarádky, vědět, že nejsem sama. Už se dokážu pochválit a vzít si z toho špatného ponaučení. Zatím jsem vždy po pádu vstala a šla dál, tak proč né teď. Nejde mít vždy vše nalajnované precizně, jak bych ráda. Myslím, že si dokážu užívat toho, co mi teď život přináší a cítím méně strachu. Myslím, že se postupně vracím zpátky, zpátky do života. Velké díky Nůdz, který mě vysekal z nejhoršího a našla jsem tu úžasné chápající lidi. Ten pocit si držím nadále a naději si nesu s sebou ven.

Pacient 6 Paní D. D039

Text 1

Znepokojuje mne velmi můj současný stav, nejsem schopna soustředit na modlitbu, máme podivný pocit vzdálenosti od Boha, neustále mě stresuje, že se nebudu moci vrátit do normálního života, stresuje mě nedostatek spánku, převládá emoce strachu, která mě dohnala do současného stavu, mám strach, že jsem kvůli své nemoci neschopna přijímat lidi jako dřív, nedokážu se otevřít. Mám hluboký, ale složitý vztah s matkou, i kterou se ale v poslední době bojím, trápí mne má neschopnost kvůli velké roztržitosti skutečně do hloubky přemýšlet jako by to byla ztráta sama sebe a tím i obrovské ohrožení vztahů s nejbližšími. Napadá mě, že jsem nedala dostatek lásky svému nejbližšímu okolí, v posledním roce jsem se uzavírala do sebe. Trápilo mne, že synové nedokončili školu – vysokou, že jsme je nevedli k většímu řádu a přesnosti, bylo to možná zbytečné, protože teď si vedou dobře, ale mě to stresovalo. "

Nebyla jsem schopna dopátrat se skutečných traumat, která mě přivedla do tohoto stavu

Text 2

V současné době prožívám těžké období s ohledem na budoucnost. Velmi mě znepokojuje stav mé paměti, bojím se, že nebudu schopna své původní profese. Je pro mne stresující i situace doma, kde očekávají, že se po současném pobytu vrátím takřka zdravá a schopná všech činností. Trápí mě vztah s mým mužem, který prožívá těžce situaci a myslím, že před něčím také zavírá oči. Nejsem mu teď rovnocenným partnerem a to narušuje rovnováhu mezi námi. Možná asi nejsem schopna přiznat hloubku problémů, které se na men mohou valit. Některé problémy, které jsou teď vyhocené, dříve, ještě před nemocí se

odehrávaly v malých verzích, Hledám radost, která jakoby se vytratila z mého života. Hledání souznění, které bylo mezi mnou a mým mužem, ale moje neschopnost radosti a vůle se prosakují do každodenního života, dá se říci, že ho paralyzují. Nejsem vlastně schopna vyslovit a vyjádřit ty nejhlubší city. Cítím podivné prázdno a jakousi plochost. Je to i v myšlení i v cítění. Nedokážu se stále vyrovnat se svou situací, přijmout ji a skutečně řešit. Proměnil se mi celý život i povaha a jsem z toho ve velkém zmatku. Vnitřním zmatku, které mě vede k úzkosti. Hloubky – schopnost hlubokého myšlení jako by se mi vzdálila a já žiju na podivném povrchu. Je to pro mě velmi těžká a bezútěšná situace, kterou v současnosti nevím jak řešit.

Pacient 7, Pan B. D040

Text 1

Při propadu do deprese přichází obrovská úzkost a strach. Člověk nemůže vydržet sám se sebou. Nejradši bych utekl od sebe, nebyl, neexistoval. Cítím obrovský neklid, něco se musí stát, potřebuji, aby se něco stalo, ale já nejsem schopen vymyslet co. Přijít na řešení. Mám pocit absolutního selhání ve všem co jsem dosud činil. Nic jsem nedokázal dotáhnout do konce. O nic jsem neusiloval dostatečně dlouho. Do všeho se vrhám bezhlavě s velkou energií, kterou ale brzy ztrácím. Jak žít dál, nemám sílu řešit všechny nastřádané problémy. Dluhy, závazky, vztahy, práci, bojím se všeho a pocit'uji z budoucnosti velkou obavu a úzkost. Nedovedu si představit svůj budoucí život – běžné situace jako je každodenní chození do práce, starání se o domácnost, ale i o sebe. Mám pocit, že nedokážu jít cokoli vyřídít na úřad, na poštu do obchodu.

Problém je rozhodování se a komunikace s ostatními lidmi. S blízkými i cizími. V ostatních lidech vidím úspěch a že každý z nich má místo ve svém životě. Já ho nemám. Nezasloužím si ho, protože vše co dělám je špatně. Nedokážu si nic dlouhodobě udržet, protože to vyžaduje pevnou vůli a vynakládání úsilí. K tomu ztratím brzy energii. Měl jsem v životě období, kdy se mi dařilo dobře a zažil jsem i pocit úspěchu, ale pak vždy následoval pád dolů. Mám problémy s pamětí a soustředěním. Nejde mi číst a učit se nové věci. Moje schopnosti i manuální zručnost se horší. Jsem často unavený a nemám dost síly ke zvládnání běžných činností. Obávám se plánování a organizování vlastního času, načež plánovat a organizovat něco v práci. Nevládám pracovat, nevládám se věnovat soustavně pravidelně ani jednoduché práci. Nevydělám peníze, nebudu mít možnost platit své závazky. Nejraději bych nežil, ale když se zabiji, jak se budou cítit mí synové, rodiče,

partnerka. Jak jim všem pak bude. Moje závazky pak budou muset řešit oni. To jim nemohu udělat. Moje smrt není řešení, ale jak z toho ven? Je to začarovaný kruh. V hlavě mám stále filmy všech mých chyb, všeho co jsem udělal špatně.

Text 2

Moje myšlenky se zaměřují na přivyknutí novému způsobu práce, protože jsem změnil zaměstnání. Učím se spoustu nových věcí a poznávám nové lidi. Buduji s nimi vztahy. Moje práce je pro mě velmi důležitá. Chci v ní být dobrý. Toužím po tom, aby mě práce bavila a měl jsem z ní dobrý pocit. Zároveň si ale uvědomuji, že je jí potřeba věnovat hodně času.. ten čas mi pak ale schází pro partnerku a rodinu. Moje partnerka a mí synové a rodiče jsou pro mě také hodně důležití. Hlavním úkolem je nyní hledání rovnováhy mezi profesí, rodinou a volným časem. Všechny tyto složky jsou důležité pro můj život stejně. Nechci dávat jedné přednost před druhou. Někdy je to těžké... Bude to celoživotní snaha.. Hledání této rovnováhy a při tom sebepoznávání. Pokud budu fungovat po psychické stránce jako v posledních týdnech po hospitalizaci, tak se toho nebojím. Dokážu se s těmi věcmi vyrovnat, ale vím, že moje profese stavbyvedoucího je někdy náročná a časem se mohou problémy nahromadit. Dokážu včas zabrzdít? Co mě také občas trápí je chování a povaha syna mé partnerky. Má diagnostikovanou ADHD a velmi komplikovanou osobnost. Je mu 12 let a ovlivňuje svým chováním život celé naší rodiny. Přemýšlím často, jak s ním komunikovat, aby naše soužití bylo příjemné pro všechny, aby nebylo v domácnosti dusno. Trápí svým chováním i partnerku. Přemýšlím o tom jak se bude chovat v průběhu dospívání a vím, že to s nebude jednoduché. Zatím se s tím dokážeme vyrovnat... Moje obava je z toho až se nakupí problémy v práci a k tomu budou problémy s výchovou dětí (syna), tak aby to mé nervy vydržely. Není to silná obava, jen taková bezpečnostní pojistka, že musí člověk v budoucnu počítat se vším. Zatím si věřím..

Pacient 8 Paní C. D041

Text 1

Znepokojující myšlenka je, že moje matka je stará a nemůže chodit a všemi možnými způsoby včetně manipulace přes příbuzné se mě snaží dotlačit k tomu, abych se o ni starala. To znamená přebalování, nákupy, umývání a tak dále. Já z toho mám obrovskou úzkost, až mě to paralizuje a třeba celý den nejsem schopná nic dělat. Jsem věřící a tak bych se asi postarat měla. Jenže jsem kdysi četla knížku Hranice a tam píší, že člověk by měl být především sám v pořádku, aby mohl pomáhat druhým. Je mi z toho opravdu zle a

vůbec nevím, co mám dělat, když matka začne plakat, že nechce do LDN. Uteču od ní k sobě domů, tam se celá třesu, nemůžu dýchat a pláču. Musím si pak vzít prášek, aby se mi záchvat nerozjel. Strašně mě mrzí, jak je matka sobecká, že nevidí, jak jsem nemocná, že svoji domácnost vůbec neudržím v pořádku, nakupovat chodí můj manžel, protože já sama prostě nemůžu jít. Je mi z toho unikátně zle a nemůžu si s ní ani povídat ani se usmát na ni. Tak si pak stěžuje, že mě skoro nevidí a já mám opět obrovský smutek prosázený úzkostí. Takhle se nedá žít. Těžké je už samo o sobě nemoct kvůli únavě ráno vstát z postele, nebýt někdy schopná ani uklidit kuchyňskou linku za celé dopoledne. Sama se trápím tím, jak to manžel takhle dlouho vydrží. Bojím se, že odejde. V noci mi všechny takhle problémy těkají před očima a já nemůžu spát. Myslím na to i přes den, buší mi srdce a svírá se mi na hrudi. Třeba bych nebyla tak neschopná, dokázala bych doma uklidit, uvařit a postarat se o mamku. Jsem vlastně takový jalový člověk, bez radosti, bez zájmu a neumím dávat druhým nic ze sebe, Zbytečná na tomto světě.

Text 2

Myslím na to, že možná už nikdy nebudu zdravá, bez deprese a úzkostí. Bojím se, že záchvaty paniky budou častější a já nebudu mít sílu je zvládnout a jít dál. A že se pod vlivem těchto vysilujících případů zabiji. He to velmi vyčerpávající, vydržet takový záchvat. Ale deprese a úzkosti jsou také velmi vyčerpávající a v této chvíli nevidím východisko a žít takto je moc těžké. Moje matka se na mě přísála jako pijavice a když nyní, v 84 letech, přestala téměř chodit, trvá na tom, že já se o ni musím postarat. Jenže já to nemůžu zvládnout. Už několik měsíců, vlastně 2 roky, nejsem schopná postarat se o sebe ani o rodinu. Do domova s pečovatelskou službou v žádném případě jít nechce. Jenže Kdybych ji tam nakrásně dala, celá širší rodina mi to bude mít za zlé. V knize Hranice jsem četla, že člověk musí být nejprve sám silný, aby mohl pomáhat svým bližním. Jenže nikdo z jejích bratrů a příbuzných nebere moji nemoc vážně a nevědí, že jsem v tom až po uši. Mamka potřebuje přebalit, vylít obsah nočníku, najíst, umýt, pomáhat při chození – tréninku- po bytě, s vozítkem. A tak dále.. JE mi líto, ale tohle prostě nezvládnou. Mám z toho velký strach a úzkost. Všichni se na mě budou zlobit- nebo se zhroutím já.. to jsou jediné 2 možnosti. Bojím se, až něco z toho nastane. Doma jsem stejně k ničemu. Ani manželovi nejsem schopná uvařit oběd či uklidit byt, Jestli má takový život cenu? Podle Bible je cenný každý život. I takový prázdný. Netvořím žádnou přidanou hodnotu, jsem k ničemu. Mám strach, co bude dál.

Pacient 9 Pan B. D016

Text 1

Pocituji v mém vztahu s otcem jeho velký negativní vliv na mě. To, jak se nedokázal srovnat s tím, jaký jsem, jak mě neustále psychicky tlačil a jaký peklo jsem takhle zažil v těch šesti-sedmi letech. Když se nad tím zamyslím, tak z toho mám hrozné trauma.. ani se nedokážu vcítit do toho, jak jsem se cítil, jenom se ve mně probouzí myšlenka a pocit, že jsem zažil to nejhorší a nejtěžší v životě, oproti ostatním a za tak krátkou dobu. A nejhorší je, co fakt nesnáším, že on ani neví, co mi udělal a spoustu situací zapřísáhle odmítá, že se vůbec stali... a to m že to nikdy nepochopí..naopak.. já budu ten špatný, když na to, co jsem prožil, zareaguji adekvátně. Až pak odejdu, tak ho nikdy nechci vidět, chci aby mě takto ztratil a pochopil proč! I když nevěřím, že toho bude někdy schopný s jeho inteligencí.

Do morku kostí ho za to nesnáším a nikdy nepřestanu nesnášet.. chtěl bych prostě otce, který mě bude mít rád takovýho, jaký jsem a bude v pohodě a chápat mě bude.

Nedokážu kvůli tomuhle pracovat, protože mě on tím dovedl k tomu, že mě donutil pracovat s ním a tam mě psychicky zlomil, udělal to nejhorší, co někdo dokáže v životě spáchat a on si to ani neuvědomuje. Když jsem zkoušel pracovat a zamyslím se nad svou prací, tak cítím hroznou obrovskou úzkost a strach, nedokážu to překonat bez ohledu na to, že bych chtěl a pomohlo by mi to odpoutat se od něj a v životě ho už nevidět...

Text 2

O budoucnosti skoro vůbec nepřemýšlím, pře se ve mně pocit beznaděje a nemožnosti, z výše uvedených důvodů, že nedokážu normálně žít a budu navždy odkázaný na něj...Což je nejhorší, co by pro mě mohlo být.. a pak pocit, respektive naplánovaná budoucnost, kterou jsem měl ještě předtím, než mě zlomil a dostal takhle do depresí a málem mě dohnal i k sebevradě! – Tu budoucnost nevidím, i když není tak ztracená a hrozně bych jí chtěl, ale... nemám už tu sílu.. bere mi to ta deprese, která mě šírá na srdci a který se moná nedokážu zbavit..

Štve mě , že se tohle výše zmíněné, promítá a ničí mi to můj život.. je mi strašně líto a smutno, že to zasahuje do mého partnerského vztahu, respektive že to ona musí řešit a dělá jí to špatně, když mě vidí takhle a že se to takhle dostává i k jejím rodičům, kterým nechci přitěžovat...

Pacient 10 Pan P. D027

Text 1

Bývalo to jiné, býval jsem jiný. Byl jsem silný, pohotový a dokázal jsem většinu problémů vyřešit hned jak se objevily. Co se stalo? Co se změnilo? Uběhl rok, možná dva, už ani nevím, přijde mi to jako věčnost, ale stále se pamatuji, že to bývalo jiné. Nebyl jsem vždy takhle vězněný ve vlastním těle. Vstával jsem ráno s radostí, ne se sténáním a bolestí. Cvičení, pohyb, práce, ale i čtení, učení mi přinášely příjemnou a hlavně zaslouženou únavu. Dnes je únava ubíjející, všudypřítomná. Co se stalo? Kde je problém? A hlavně, jak to vyřešit? Nemůže to tak zůstat. Moje budoucnost nesmí být taková. Jsem kde jsem. Dělán vše proto, abych se nemusel bát toho co bude. Přesto se bojím. Chci založit rodinou s ženou, kterou miluji, chci pracovat a užívat si život tak jako dřív. Půjde to. Musí to jít, jiná možnost není. Jsem tady. A budu. Hlavně si musím udržet to co mám. Nesmím zničit vztahy, které mám, nesmím ztratit důvěru těch, kteří mi věří. Protože i když budu zdravý, jejich důvěru budu znovu získávat špatně. Už jsem toho ztratil dost, nemůžu si dovolit přijít o ten zbytek.

Text 2

Co bude? Dnes jedu domů- Musím vše zařídit, přizpůsobit si prostředí abych mohl dodržovat režim. Chci se trochu osamostatnit. Měl bych si zajistit příjem, přispět do domácnosti, nesmím polevit ve snaze se uzdravit. Chtěl bych studovat, nebude to snadné, ale chci se rozvíjet. Věřím, že bude líp. Musím si zařídit psychoterapii, ale vůbec netuším, co od toho čekat, jak mi to pomůže. Ale pomůže, jinak by mi to nedoporučovali. Už chci být zdravý, nebude to hned, ale když to vydržím, bude se to postupně zlepšovat, to mě nakopne a dodá mi to nové síly. Jsem unavený. Ještě nemám úplně zabaleno, ale ještě je čas. Rozloučím se s ostatními a vyrazím na cestu. Zajímavé je, že jsem sem jel v bundě, celý pobyt jsem ji nepotřeboval a tak visela ve skříni. Dnes jedu domů a ono lije jak z konve. Nakonec jsem rád, že jsem si ji neodvezl. Ještě mi zbývají nějaké zásoby, asi se podělím, nechce se mi to vozit domů. Jsem rád, že jsem se dostal do tohoto ústavu a jsem rád, že jsem tu poznal nové lidi, alespoň většinu z nich.

Příloha č. 2:

„kamarádem“, protože sama bych si nepřála, aby můj muž sdílel svoje nitro a pocity s někým jiným než se mnou.

Pacient 4 Paní K. D015

Text 1

Strach. Strach z toho, e pocity a úzkosti typické pro předchozí dlouhé období přetrvají. Strach z toho, že zase nezvládnou svoji úlohu a selžou. Že si nikdo nevíšimne, jak moc se snažím a neocením to. Strach o děti, co se s nimi stane, jak nejsem schopna zajistit jim klidnější budoucnost. Strach z toho, že neobstojím v zaměstnání, ačkoliv jsem si moc přála najít nové uplatnění.

Bojím se, že nenajdu odvahu urovnat vztahy se svým otcem, ačkoliv si říkám, že musím, abych si do konce života nevyčítala, že jsem pro to neudělala dost. Bojím se za ním jít, aby nekřičel, nenadával, neřikal mi, co jsem všechno v životě zkazila, nedokázala, jak jsem k ničemu. Bojím se, že nikdy nepřekonám pocity, že stejně nejsem dost chytrá, hezká, zajímavá.

Strach z toho, že mi odejde dcera, ačkoliv vím, že je šťastná a spokojená. Strach z toho, že se syn zase vybourá na motorce. Kdykoliv odjíždí on nebo dcera začnu mít ty nejhorší představy, co se může oběma stát. Vybavuje se mi donekonečna pohled, jak leží na silnici rozbitý, motorka je rozmetaná po silnici a já v odpoledním sluníčku k němu přijíždím. Vybavuju si pocity, které jsem při tom měla. Rok jsem křižovatkou nedokázala ani projet. Jakákoliv motorka, která rychle projede kolem ve mně vyvolává pocit, že nemůžu dýchat. Buší mi srdce.

Bojím se, že nezvládnou nic z toho, co bych tak ráda dělala co jsem dělávala běžně.

společně v. polích

zdraví

pocity neschopnosti

ocenění

neschopnost

dobrá vztahy, dává jako zdroj klidu

dává jako zdroj bolesti, nízko sebevědomí

upřesňování sami sebe

státní o rodinu a druhé

nejstokr odlehlá konání

strach z budoucnosti
ocenění dříve
strach o blízko
strach z neúspěchu

neví vztahy

strach sebehodnota

ztráta

strach, že to už bude špatně

Bojím se i budoucnosti obecně. Sleduju zprávy, informace a většinou to ve mně vyvolává úzkost. Nevidím žádnou perspektivu, ale moc ráda bych ji přitom našla. Říkám si, že nemám všechno sledovat, analyzovat, prožívat a přitom to nedokážu.

*Ute sebe jako nehybný, bezprospěšný
pocitů neschopnosti
Lemohoucnost*

*absence
perspektivy*

Text 2

Stále se bojím, že neobstojím v dalším životě. Ačkoliv mě všichni kolem povzbuzují a pomáhají, nedokážu překonat pocit napětí a strachu, co bude dál. Jestli budu schopna fungovat tak, jak si představuji. Zda se konečně usmírím s tátou. Zda vnitřně odpustím mámě její netečnost, nedostatek času pro mě a později pro vnoučata. Moc bych to potřebovala. Uvědomuju si, že jsou staří a kdyby odešli, nebudu schopna si odpustit, že jsem jim nedokázala říct, že přesto všechno je mám ráda.

*strach
b-donost*

*strach
ze ztráty*

Je mi smutno z Terezky, že odchází. Vím, že ten čas musí přijít pro každou mámu. Že jde za svým cílem, svým životem a dělá to dobře. Přesto je mi to moc líto, že moje holčička už není holčičkou. Že je to velká ženská, ve svém vlastním životě. Bojím se, že Tomáš se svojí povahou, kdy si nikdy nedá nic diktovat, po maturitě sbalí batoh a vykašle se na další školu. Tuším, že bude jednou litovat jako já, ale nedá si říct.

*mluvit s ostatními, dobud je čas
dobré vztahy s rodiči
ambulance*

*ztráta
t odhodlání*

Bojím se každé další cesty na motorce Pořád ho vidím na silnici po nehodě. Nikdy na to nezapomenu. Dělá si ze mě vždycky legraci, že přeci přežil.

Bojím se, že si nenajdu nové zaměstnání, kde budu mít pocit, že moje práce k něčemu směřuje. Že budu přemísťovat excelovou tabulku z bodu A do bodu B a nebudu mít radost, že to co dělám k něčemu slouží.

*smysluplnost
strach ze zbláznění
& zranění*

Bojím se o Jirku s jeho alergií a astmatem, kdykoliv ho slyším v noci vedle sebe kašlat. Ztratila bych životní kotvu a jistotu.

*strach o druhé
strach ze zranění
keřpici*

Chtěla bych na sobě spoustu věcí změnit a nejsem stále schopna na všem zapracovat tak, jak si představuji. Mám moc často pocit selhání z toho všeho. Nevím, jestli si věci přespříliš připouštím k tělu, když kolem sebe vidím normální, usmívající se lidi a já si

houba zničy, ale více ul. neschopnost

selhání

občas! jsou normální a šťastní, já ne
 pořád připadám stažená a nervózní. Když se rozesměju, okamžitě mi hlavou proběhne,
 jestli se nesměju moc a hloupě. Neumím se uvolnit a jen tak si užívat života, bez
 myšlenky, jak to vezme okolí, co si pomyslí. Přitom bych strašně chtěla být v pohodě a
 klidu, protože cítím a vím, že všechny moje nervozity a stresy se promítají čím dál tím
 víc do mého života a hlavně života mých blízkých. Nechtěla bych je ztratit a tuším, že
 cesta kterou jdu, právě k tomu vede. Přesto bych tohle všechno moc ráda udělala.

5 ta chvil život
automat. vstup regace
potravou, občerstvení
bez schůlků, obok, není radost
šťastný život
moje věcičky se přičinily na druhé
obava z budoucní
strach ze ztráty

Pacient 5 Paní Z. D028

Text 1

Nejtěžším a pro můj život nejvíce omezujícím problémem je má nemocnost resp. CFS –
 chronický únavový syndrom a z něj vyplývající deprese – nechut' k životu, k denním
 činnostem, radostem, studiu, práci, sebevědomí klesá, pocit bezcennosti, žít bez
 smyslu, obavy z budoucnosti, ztracenost, obavy z výběru školy – oboru- co chci dělat,
 čím bych chtěla být, jestli se užívám, velká náročnost a nároky, které při tak četné
 nemocnosti nemohu splňovat a ani se z toho radovat. Začarovaný kruh. Snažím se najít
 cestu ven, ale někdy mi přijde všechno bez naděje. Necítím už jako dřív tu naději, že by
 mohlo být něco lepší. Vše mi přijde nesprávně. Že můj život nešel správným směrem.
 Vztahy v rodině nejsou takové jako jsem si jako malá myslela, že jsou. Vztahy osobní
 nejsou buť žádné a nebo nevycházejí, ten poslední nevyšel v takové míře, že se mi i po
 roce ještě teď někdy o tom člověku jakožto špatné volbě, zdá. Asi to mám stále v sobě.
 Bylo to to nejhorší, co jsem si mohl zvolit a úplně se tomu oddala. Myslela jsem že ve
 vztahu mi bude lépe, nehleděla jsem na to kdo je to vedle mne. Opak byl pravdou. Jenom
 mi to vše ještě zhoršilo. Rychle, radikálně, silně emotivně. Nevytvořila jsem si po gymplu
 žádné nové přátelské vazby, což mi po rozchodu došlo ještě více, jak mi chybí přátele.
 Všechny vztahy jakoby zhasly a nebo zhasínaly. Mám strach ze samoty. Zároveň mám
 pocit, že mi nikdo nerozumí. Jediná maminka. Vždy si říkám, kdyby jí nebylo, tak tu taky

zdraví
le nemoc
nechut'
6 život
nechopnost, rozhodnutí
obava z budoucnosti
nemoc jako bariéra mezi mnou a radostí a možnostmi
ambice
bez naděje
špatná volba
dobré vztahy
zklamání ze vztahů
vztahy jako zdroj zklamání
cesta ven bez naděje
strach ze samoty
Samota
strach ze samoty
potřební
nikdo nerozumí můj vztah
strach
potřební
přítel

Bibliografické údaje

Jméno autora: Daniel Říha

Studijní program: Psychologie (Bc)

Název práce: Expresivní psaní u depresivních pacientů – narativní analýza

Rok dokončení práce: 2018

Počty znaků hlavního textu práce

Přímé citace: 12 733

Ostatní text: 109 169

Celkově počet znaků: 121 902

Názvy souborů umístěných na doprovodném CD

Text práce ve formátu PDF: RihaBP2018.pdf

Text práce ve formátu DOC: RihaBP2018.docx

Další soubory:

**Posudek vedoucího/opponenta bakalářské/diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta/-tky: Daniel Říha

Obor studia: Psychologie

Název práce: **Expresivní psaní u depresivních pacientů – narativní analýza**

Vedoucí/oponent-práce: Mgr. Ing. Eva Dubovská

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 68

Počet stránek příloh: 18

Počet titulů v seznamu literatury: 36

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Oborová přiléhavost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	x			
--	---	--	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

		x		
--	--	---	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	x			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	x			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

	x			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

	x			
--	---	--	--	--

Naplnění cílů práce

	x			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	x			
--	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	x			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

	x			
--	---	--	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

	x			
--	---	--	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Co bylo podle Vás ve Vaší analýze nejzajímavější zjištění?
Který z popsaných terapeutických přístupů k depresi je Vám osobně nejbližší a proč?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Teoretická část práce se věnuje problematice deprese, jejím příznakům, diagnostice a léčbě. Text je psán kultivovanou a čtivou formou, za využití dostatečného objemu odborné literatury. Autor extenzivně pracuje s původní literaturou v anglické jazyce, což je v některých částech možná na úkor srozumitelnosti a čtivosti, zejména v části o Metakognitivní terapii.

V praktické části se autor věnuje narativní analýze textů expresivního psaní od celkově 10 pacientů z různých období v průběhu kognitivně-behaviorální terapie. Analýza je čtivá, interpretace jsou zajímavé a transparentní (ukotveny v datech). V diskusi autor dává svoje výsledky do kontextu s odbornou literaturou.

Oceňuji originalitu práce a samostatný, pečlivý přístup autora.

Silné stránky:

- kvalitně zpracovaná teoretická část
- pečlivě provedená analýza
- samostatný a iniciativní přístup autora

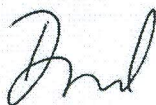
Slabé stránky:

- menší srozumitelnost kapitoly 2.2.4

Doporučení k obhajobě: doporučuji/~~nedoporučuji~~*

Navrhovaná klasifikace: VÝBORNÝ

Datum, podpis: 24.5.2018



*

nehodící se, škrtněte

**Posudek oponentky bakalářské práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Daniel Říha

Obor studia: Psychologie

Název práce: Expresivní psaní u depresivních pacientů -
narativní analýza

Oponentka práce: PhDr. Magdalena Koťová, Ph.D.

Vedoucí práce: Mgr. Ing. Eva Dubovská

Technické parametry práce:

Přímé citace: 12 733

Ostatní text: 109 169

Celkově počet znaků: 121 902

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	X			
--	---	--	--	--

Oborová příslušnost tématu

	X			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho
zpracování

	X			
--	---	--	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování
pravopisné normy,
stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	X	X		
--	---	---	--	--

Práce s odbornou literaturou a
prameny (citace,
parafráze, odkazy, dodržení norem
pro citace,
cizojazyčná literatura)

	X			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost
tématu, rozčlenění textu,
přívodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	X			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

	X			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických
metod

	X			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

	X			
--	---	--	--	--

** 0 - nehodnoceno; 1 - výborně; 2 - velmi dobře; 3 - dobře; 4 - neprospěl/a

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)	X				
Naplnění cílů práce		X			
Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu		X			
Návaznost kapitol a subkapitol		X			
Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi		X			
Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)	X				

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Autor v textu práce uvádí, že depresivní pacienti se ukázali jako specifičtí? - Jak to autor myslel? Specifičtí v jakém smyslu? (nejsou v rámci narativní perspektivy pohledu všechny příběhy specifické?)
Pokud autor tuto skupinu participantů s někým srovnával, s kým?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Autor se v bakalářské práci zabývá depresí a činí tak poměrně komplexně - od příznaků, diagnostiky až k nejrůznějším prostředkům léčby. Oceňuji, že autor se zabývá vybranými aktuálními teoriemi deprese a v současnosti rozšířenými (též vybranými) terapeutickými směry, elegantně se tak vyhne opakování známých informací. V rámci empirické části práce pak autor předkládá velmi zajímavou a pečlivě zpracovanou výzkumnou sondu, zaměřenou na narativní analýzu tzv. expresivního psaní pacientů.

Konkrétní poznámky k práci:

Bakalářská práce je psána kultivovaným jazykem, pouze místy se vyskytují překlepy či drobné stylistické nedostatky. Anglický text by si zasloužil mírnou revizi. Z formálního hlediska lze vytknout jistou nejednotnost v citacích či tečku za číslem kapitoly, podstatnější problémy však nenacházím.

K práci mám pouze několik ne zcela podstatných připomínek. Místy by se možná dalo s autorem polemizovat, lze si například

klást otázku, zda jsou v praxi antidepresiva předepisována skutečně lidem trpícím středně těžkou či těžkou depresí. Krom uváděných možností, jak na biologické úrovni ovlivnit onemocnění depresí lze uvést i možnost absolvovat lázeňský pobyt, pohyb, vodoléčbu atp.

Celou práci jsem přečetla se zájmem, mnohdy jsem se poučila o teoriích, které mi nejsou zcela známé. S enormním zájmem jsem přečetla výzkumnou sondu, na které si dal autor zjevně záležet. Domnívám se, že autor disponuje pokorou před textem participantů a schopností citlivě, empaticky a výstižně zachytit podstatné. Výzkumná sonda umožňuje zajímavý a inspirativní pohled do světa lidí trpících depresí. Uvítala bych pouze, kdyby se autor zabýval i reliabilitou a validitou studie.

Lze se domnívat, že práce přesahuje nároky kladené na bakalářské práci, proto s radostí doporučuji k obhajobě. Je vidět, že autorovi na vypracování kvalitního textu záleželo, přeji mu hodně zdaru.

Doporučení k obhajobě: doporučuji
Navrhované hodnocení: výborně

Datum, podpis: 21. 5. 2018

PhDr. Magdalena Koťová, Ph.D.

