

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

DEPRESE ADOLESCENTŮ V KONTEXTU RODINY

The depression of adolescents in family context



Magisterská diplomová práce

Autor: Bc. Eliška Kufková

Vedoucí: doc. PhDr. Irena Sobotková, CSc.

Olomouc

2018

Ráda bych tímto poděkovala především doc. PhDr. Ireně Sobotkové, CSc., za její ochotu, pomoc, veškeré konzultace, cenné připomínky a rady, při vedení této práce.

Nemalý díky patří všem psychologům pedopsychiatrických oddělení, kteří mi nad rámec svých pracovních povinností vyšli vstříc, a pomáhali mi zajišťovat respondenty. Bez jejich pomoci by tato práce nevznikla. Chci také poděkovat všem respondentům, za jejich otevřenost a možnost nahlédnout do jejich životů, velký dík patří také jejich rodičům, kteří s výzkumem souhlasili.

V neposlední řadě chci také poděkovat své rodině a blízkým, za veškerou jejich podporu, nejen při vzniku této práce, ale po celou dobu studia.

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „Deprese adolescentů v kontextu rodiny“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V.....dne.....

Podpis.....

OBSAH

ÚVOD	7
1 DEPRESE U DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH	8
1.1 Definice psychické poruchy	8
1.1.1 Psychické poruchy dětí a dospívajících	9
1.2 Historické hledisko dětské a adolescentní deprese	10
1.3 Definice a specifika deprese u dětí a dospívajících	12
1.4 Prevalence a komorbidita	16
1.5 Deprese napříč vývojovými obdobími	19
1.6 Suicidální chování u depresivních dětí a adolescentů	22
1.7 Teoretické modely	23
1.8 Léčba	26
1.8.1 Psychoterapie	26
1.8.2 Farmakoterapie	28
2 RODINA	31
2.1 Definice a funkce rodiny	31
2.2 Formy a typologie rodin	32
2.3 Rodinné fungování	33
2.4 Rodina a stres	39
2.5 Rodinná resilience	42
2.5.1 Systém přesvědčení	45
2.5.2 Komunikace a řešení problémů	46
3 RODINA A ADOLESCENT S DEPRESÍ	48
3.1 Dopad deprese na rodinný systém	48
3.2 Stigmatizace	49
3.3 Možné rodinné souvislosti u dětí a adolescentů s depresí	53
3.4 Léčba zahrnující rodinu	56
Výzkumná část	
4 VÝZKUMNÝ PROBLÉM, CÍLE A OTÁZKY	59
5 METODOLOGICKÝ RÁMEC VÝZKUMU	60
5.1 Populace a kritéria výběru výzkumného souboru	60
5.1.1 Výběr výzkumného souboru	62
5.1.2 Charakteristika výzkumného souboru	62

5.2	Metody získávání a průběh sběru dat.....	67
5.2.1	Nahlédnutí do zdravotnické dokumentace.....	67
5.2.2	Test rodinného systému FAST (Family system test).....	67
5.2.3	Polostrukturované interview	68
5.3	Metody zpracování a analýzy dat.....	69
5.4	Způsob kontroly validity výzkumu	71
6	ETICKÉ ASPEKTY VÝZKUMU	73
7	VÝSLEDKY.....	75
7.1	Zkušenosti jednotlivých respondentů s depresí.....	75
7.2	Výsledky Testu rodinného systému FAST (Family system test).....	82
7.2.1	Typická reprezentace	82
7.2.2	Ideální reprezentace	86
7.2.3	Konfliktní reprezentace.....	88
7.3	Témata vzešlá z rozhovorů.....	91
7.3.1	Prvotní impuls a postupné zhoršování obtíží.....	91
7.3.2	Ve škole pociťuji tlak, nezapadám do kolektivu	93
7.3.3	Nevědomost rodičů až do okamžiku volání o pomoc.....	94
7.3.4	Nechci být hospitalizován/a, časem objevuji i světlé stránky hospitalice....	96
7.3.5	Absence rodinné atmosféry	98
7.3.6	To, o čem doma nemluví.....	99
7.3.7	Moje problémy nás dávají dohromady	100
7.3.8	Co pomáhá mým rodičům.....	101
7.4	Odpovědi na výzkumné otázky.....	101
8	DISKUZE	106
8.1	Diskuze k výběru výzkumného souboru	106
8.2	Diskuze k výzkumnému souboru	106
8.3	Diskuze ke sběru dat	108
8.4	Diskuze k výsledkům výzkumu	109
9	ZÁVĚRY	118
	SOUHRN	121
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	124
	Seznam tabulek	
	Seznam příloh	
	Přílohy	

ÚVOD

Tato práce pojednává o depresi adolescentů v kontextu rodiny. O depresi u dospělých se hovoří velmi často, naproti tomu existence deprese u dětí a adolescentů byla v minulosti vyvracena a zpochybňována. Jedním z důvodů, proč jsme se rozhodli tímto tématem zabývat, je přístup k psychické poruše ne jako k izolovanému jevu, který se týká pouze dotyčného jedince s touto poruchou, ale celé jeho rodiny. Věříme, že takto závažný stresor se dotýká veškerého rodinného fungování a vyvolává v rodině změny. Domníváme se, že právě rodina a rodinné prostředí mohou svým způsobem potencovat vznik a rozvoj psychických poruch u dětí a adolescentů, zároveň zde dochází k jejich korekci. Rodina a rodinné prostředí tedy může pro děti a adolescenty představovat rizikový, ale i protektivní faktor. Cílem této práce je tedy popsat a interpretovat rodinný kontext a některé psychologické aspekty adolescentů s depresí z jejich pohledu.

Teoretická část seznamuje čtenáře s vysvětlením pojmu psychická porucha, vymezujeme zde její odlišnosti u dětí a dospívajících. Zabýváme se historickým hlediskem, definicí a specifiky deprese u mladistvých, její prevalencí a komorbiditou. Důležitá část se týká deprese napříč vývojovými obdobími, suicidálního chování a léčby deprese.

V další kapitole se věnujeme rodině, její definici a funkcím, jednotlivým formám a typologií rodin. Podstatnou částí je podkapitola zaměřující se na rodinné fungování a stres v rodině. V poslední části propojujeme poznatky předcházejících dvou kapitol. Prostor je věnován dopadu deprese na rodinný systém, možným rodinným souvislostem u dětí s depresí, v neposlední řadě také léčbě zahrnující rodinu.

1 DEPRESE U DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH

V této kapitole si klademe za cíl nejprve vysvětlit a definovat pojem psychická porucha, dále vymezit pojem deprese u dětí a dospívajících, a případně odhalit možné rozdíly oproti dospělé populaci. Prostor bude věnován historickému hledisku dětské deprese, budeme se zabývat její prevalencí, komorbiditou a také jednotlivými modely, které se pokouší vysvětlit, proč a jak dochází ke vzniku a rozvoji deprese u dětí a adolescentů. V závěru se poté zaměříme na možnosti léčby těchto stavů u mladistvých pacientů.

1.1 Definice psychické poruchy

Samotná definice psychické poruchy se v průběhu času vyvíjela. Jak totiž uvádí Hosák a kol. (2015), v minulosti byly odlišovány dva pojmy, a to duševní nemoci a duševní poruchy, jež byly klasifikovány jako trvalé vady. Naopak pod duševní nemoci patřily psychózy a neurózy. Hartl a Hartlová (2015, 346) vymezují v Psychologickém slovníku pojem duševní nemoc, která je definována jako „*choroba, jejíž podstatou je porucha duševních funkcí, ve smyslu hyper-, hypo-, dysfunkce nebo úplné ztráty funkce*“.

Mezinárodní klasifikace nemocí, její 10. revize (2000, 20), změnila původní označení **duševní nemoc** a nahradila jej výrazem **duševní porucha**. Tento dokument užívá v celé své klasifikaci termín **porucha**, který je definován jako „*označení existence klinicky rozpoznatelného souboru příznaků nebo chování, který je ve většině případů spojený s pocitem tísně a narušením funkce*“.

Praško a kol. (2011, 11) uvádí, že „*psychická porucha představuje organicky nebo funkčně podmíněnou poruchu činnosti centrální nervové soustavy, která se projeví v poruše adaptace postiženého jedince v prostředí, ve kterém žije*.“ Dále tento pojem neztotožňuje s pojmem duševní porucha, neboť jak uvádí, v případě duševní poruchy se jedná o nadřazený termín, který v sobě zahrnuje všechny etapy psychických poruch, nemocí, stavů, reakcí, anomálií a úchylek. Z uvedených definic je patrná variabilita a lze říci, že přestože je pojem psychická porucha hojně užíván, názory autorů na jeho podstatu se liší. Někteří ztotožňují

psychickou poruchu s poruchou duševní, jiní naopak vidí mezi těmito termíny jasné hranice, z historického kontextu lze také pozorovat proměny definic a označení v čase.

1.1.1 Psychické poruchy dětí a dospívajících

Psychické poruchy u dětí a dospívajících se mohou mnohdy významně lišit oproti dospělé populaci, nejen proto, že je dítě považováno samo o sobě za rizikového a křehkého jedince, ale zejména kvůli zohlednění vývojového období, ve kterém se daný jedinec právě nachází.

Říčan a kol. (2006, 497) uvádí, že „*menší vývojová diferencovanost dítěte vede k tomu, že i poruchové vlivy tělesné, duševní nebo sociální povahy svými účinky mnohem snáze zasahují (přelévají se) do dalších oblastí, než tomu bývá u dospělých*“. Podobný názor zastává také Malá (2008), podle které se jednotlivé psychické složky vzájemně ovlivňují a prolínají, porucha jedné kvality se pak projeví v celé psychice. Jednotlivé osobnostní funkce dětí, jako je citění, poznání, snažení, ještě nejsou plně osamostatněny, což vede k tomu, že děti prožívají různé životní události s menším citovým či rozumovým odstupem, což se projevuje v jejich prožívání a jednání, reagují také komplexněji, mnohdy psychosomaticky, tedy u dětí pozorujeme častější **somatizaci**, při níž své duševní problémy vyjadřují tělesnými příznaky. Autoři (Říčan a kol., 2006) také dále nabádají k zohlednění vývojové úrovně dítěte, je potřeba dbát na stupeň rozvinutí jednotlivých složek osobnosti a integrace, neboť co je pro jedno vývojové období zdravé a normální, může v jiném představovat patologii. Malá (2008) dodává, že jsou duševní poruchy u dětí a adolescentů způsobovány složitým souhrnem vzájemně se prolínajících vlivů.

Další odlišností, kterou dle Říčana a kol. (2006) musíme u dětí a adolescentů zohlednit, je **objektivní závažnost**. Dětský organismus se totiž neustále vyvíjí, je tvárný, a proto i u aktuální poruchy, poškození či narušení zdravých funkcí můžeme předpokládat dobrou prognózu, může dojít až k celkovému uzdravení. Objevu či vymizení těchto poruchových příznaků bývá obvykle přikládán menší význam, protože dítě velmi snadno reaguje tělesnými a duševními příznaky na rozporné požadavky okolí, což mu často pomáhá s jejich vyrovnáním se. Poruchové příznaky mohou být také pozorovatelné na počátku nového vývojového stupně, jenž na dítě klade nové a náročnější požadavky než stupeň předchozí. Takové projevy jsou nejčastěji hodnoceny jako „psychosomatické“ nebo „neurotické“. S postupem času a vhodným přístupem dochází k jejich samovolnému vymizení. Tyto příznaky týkající se nových vývojových proměn však nepředstavují reálné poškození dítěte, jejich funkce je pouze varovná. S přihlédnutím k vývojovému hledisku lze říci, že nejvíce

bývá aktuálně ohrožena poruchou ta oblast, která v daném období prochází zásadní vývojovou proměnou.

Do jaké míry považuje dítě své postižení za závažné, se odráží v jeho **subjektivním hodnocení**. Děti subjektivně trpí zejména silnou úzkostí či aktuální bolestí, v mladším věku se toto hodnocení odráží v odezvě okolí na příznaky, která brání naplňování jeho tužeb. To znamená, že samotné omezení pro něj nepředstavuje příznak jako takový, ale z něho vyplývající omezení. Mladší děti v porovnání s dospělými trpí svým onemocněním méně, lépe se na něj adaptují, rychleji se jej naučí využívat ve svůj prospěch, ke svému užitku, dá se tedy hovořit o sekundárním zisku z nemoci. Hůře snáší nepříznivé reakce okolí na onemocnění. Pro koho však onemocnění představuje utrpení, jsou děti starší, tedy ty prepubertální a pubertální, ale skutečnou závažnost svého onemocnění si uvědomují až dospělí (Říčan a kol., 2006). Říčan a kol. (2006, 499) podotýká, že „*stupeň subjektivního utrpení říká málo o závažnosti onemocnění*“, u dětí je potřeba hledat nedostatky ve vztazích s jeho blízkými osobami, s čímž souhlasí i Malá (2008), která uvádí, že nepříznivé situace utváří pro dítě především dospělí. Takové situace, kdy dítě nemá pocit jistoty a bezpečí, pak provokují zvláštní chování dítěte.

Je patrné, že se psychické poruchy dětí a dospívajících významně liší od poruch dospělého věku, neboť se tito jedinci stále vyvíjí a dochází u nich k mnohým vývojovým změnám. Tyto změny je potřeba vždy zohlednit, neboť co je pro jedno vývojové období normální, může pro jiné představovat už patologii. Důležitou roli v životě dítěte představuje rodinné prostředí. V nadcházející kapitole se budeme zabývat historickým kontextem dětské deprese.

1.2 Historické hledisko dětské a adolescentní deprese

Z historického hlediska byla deprese u dětských pacientů dlouhou dobu zpochybňována. Přestože lze první zmínky o depresi u dětí (zejména chlapců) nalézt například již ve starověkém Řecku či Indii 1400 př. Kr. (Hort a kol., 2008), mnozí autoři (Paclt, Florian & Malá, 1997; Rie, 1966) se shodují na tom, že byl výskyt depresivních poruch u dětí ještě v letech 1960–1965 vyvracen. Na druhou stranu Malá (2008) uvádí, že se již od roku 1960 začala používat k léčbě depresí u dětí a adolescentů antidepresiva a Bomba (2010) dodává, že se během 60. let minulého století stala deprese u dětí a adolescentů předmětem zájmu pedopsychiatrů.

Z psychoanalytického hlediska byla na konci **60. let 20. století** předpokladem afektivní poruchy jistá psychická vyzrálost, která ovšem prepubertálním dětem scházela. Psychoanalytici si tak depresi spojovali spíše s hněvem, agresivitou a dalšími emocemi zaměřenými vůči vlastnímu já (Čermák, Klimusová & Vízdalová, 2005; Goetz, 2005; Paclt, Florian a kol., 1998). Rozvoj deprese byl podmíněn vznikem superega, k jehož formování dochází v pozdní adolescenci až rané dospělosti, neboť jak psychoanalytici uvádí, je deprese „*podmíněna přítomností nenarušeného superega jako instance reprezentující zvnitřněnou morálku a jako zdroj pocitů viny*“, což výskyt deprese u dětských pacientů popíralo (Čermák a kol., 2005, 223).

Konečně až **70. léta** byla počátkem prvních klinických studií dětské deprese u dětí s chronickým somatickým onemocněním. Přelom nastává roku 1970, v době konání čtvrtého kongresu Unie evropských pedopsychiatrů ve Stockholmu. Významným datem je i rok 1975, kdy byla pořádána americká konference National Institute of Mental Health o depresi v dětství a adolescenci. Tyto konference daly podnět k diskuzi o problémech diagnostiky afektivních poruch v dětském a adolescentním věku a přinesly shodný výsledek, a sice že lze pro tyto poruchy užívat diagnostická kritéria dospělých. Za další z významných milníků 70. let lze považovat text „*Depression in childhood*“ od Raskina, publikovaný roku 1977 (Goetz, 2005; Raboch a kol., 2001; Wiener, 1997 in Hrdlička, 2004). Této problematice byl věnován prostor i v **80. letech**, kdy byla publikována nejznámější americká učebnice psychiatrie, v níž se pod vedením autorů Kaplana, Friedmana a Sadocka objevuje samostatná kapitola zaměřující se na afektivní poruchy u dětí, tedy mimo jiné i na depresi (Goetz, 2005).

V současnosti se jedná o dávno překonané a zastaralé názory, přičemž se autoři shodují, že se v případě deprese u dětí jedná o duševní onemocnění s jasnými vývojovými vzory od dětství až po pozdní dospívání (Hankin, 2015; Hort a kol., 2008; Hrdlička & Dudová, 2015). V této podkapitole jsme se zaměřili na historický kontext deprese u dětí a adolescentů. Zjistili jsme, že byla její existence dlouhou dobu vyvracována a k obratu došlo až v 70. letech minulého století. Následující podkapitola je zaměřena na definici deprese a její specifika u dětí a adolescentů, klinické příznaky a rizikové faktory.

1.3 Definice a specifika deprese u dětí a dospívajících

Depresi rozumíme poruchu nálady, při které dochází k trvalejšímu zhoršení emočního stavu, s ním se pojí negativní ovlivnění dalších psychických funkcí, například motivace, soustředění, myšlení, paměti, ale také funkcí somatických (Goetz, 2005).

Mezinárodní klasifikace nemocí (2000) řadí depresi pod **poruchy nálady** (afektivní poruchy) s kódy F30–F39, depresivní poruchy jsou řazeny v rozmezí F32–F34. Pod depresivní reakcí jsou zde uváděny různé příznaky, jako je skleslá nálada, snížená energie a aktivita, zhoršení schopnosti radovat se, pokles zájmů, zhoršená koncentrace a značná unavitelnost i po nepatrné námaze. „*Jiné obvyklé příznaky jsou: (a) zhoršené soustředění a pozornost, (b) snížené sebevědomí a sebedůvěra, (c) pocity viny a bezcennosti (i při atace mírného typu), (d) smutný a pesimistický pohled do budoucnosti, (e) myšlenky na sebepoškození a sebevraždu, (f) poruchy spánku, (g) snížená chuť k jídlu*“ (MKN-10, 2000, 124–125). K depresivním poruchám dle MKN-10 (2000) se řadí:

- F32.0 Mírná depresivní fáze;
- F32.1 Středně těžká depresivní fáze;
- F32.2 Těžká depresivní fáze bez psychotických příznaků;
- F32.3 Těžká depresivní fáze s psychotickými příznaky;
- F32.8 Jiné depresivní fáze;
- F32.9 Depresivní fáze nespecifikovaná;
- F33.0 Periodická (rekurentní) depresivní porucha, současná fáze mírná;
- F33.1 Periodická (rekurentní) depresivní porucha, současná fáze středně těžká;
- F33.2 Periodická (rekurentní) depresivní porucha, současná fáze těžká bez psychotických příznaků;
- F33.3 Periodická (rekurentní) depresivní porucha, současná fáze těžká s psychotickými příznaky;
- F33.4 Periodická (rekurentní) depresivní porucha, současně v remisi;
- F33.8 Jiné periodické (rekurentní) depresivní poruchy;
- F33.9 Periodická (rekurentní) depresivní porucha nespecifikovaná.

U poruch zařazených pod kódy F32.0, F32.1, F32.2, F32.3, F33 a F33.4 musí být doba jejich trvání nejméně 2 týdny (MKN-10, 2000).

Symptomy deprese nalezneme také v rámci depresivního syndromu, který je u dětí a adolescentů různě intenzivně vyjádřen u těchto duševních poruch (MKN-10, 2000):

- F43.2 Poruchy přizpůsobení;
- F43.20 Krátkodobá depresivní reakce;
- F43.21 Protrahovaná depresivní reakce;
- F43.22 Smíšená úzkostná a depresivní reakce;
- F92.0 Depresivní porucha chování;
- F41.2 Smíšená úzkostně-depresivní porucha;
- F1x.54 (55) Psychotická porucha s převahou depresivních (manických) příznaků při poruše vyvolané účinkem psychoaktivních látek;
- F1x.72 Reziduální afektivní porucha vyvolaná účinkem psychoaktivních látek.

Řada autorů se shoduje, že jsou příznaky deprese v dětském věku podobné těm u dospělých, ale mají i svá specifika (Brent & Weersing, 2008; Krejčířová, 2001; Malá, 2008). Na rozdíl od dospělé populace je deprese v dětství asociována s poruchami chování, agresivitou a somatickými steskami (Malá, 2008). Paclt (2001) také uvádí, že dalšími odlišnostmi, které se vyskytují u dětí, jsou hyperaktivita, nebo naopak nápadný útlum, negativismus, zhoršené výsledky v učení a chování, somatické příznaky typu bolesti hlavy, ranní zvracení, noční pomočování, únavnost a bolesti na hrudníku. Dalšími příznaky jsou úzkostnost (fobie, separační úzkost), poruchy chování, převládající zejména u dětí, méně často se vyskytují u adolescentů a zřídka u dospělé populace.

Shrnutí odlišností depresivní poruchy u dětí a dospívajících nám nabízí Lewis (1996 in Hrdlička, 2004), který se shoduje s výše zmíněnými autory Malou (2008) a Pacltem (2001), a uvádí, že depresi u dětí často provází depresivní vzhled, somatizace, agitace, separační anxieta a fobie. U adolescentů pozorujeme anhedonii, hypersomnii, beznaděj, změny váhy, abusus drog, poruchy chování a diurnální kolísání nálady.

Jelikož jsou příznaky různé v závislosti na věku, liší se často klinický obraz od symptomů popisovaných u dospělých, což znesnadňuje samotnou diagnostiku depresivních poruch u dětí (Raboch a kol., 2001). Mnohé z příznaků jsou však totožné jako u dospělých a mezi autory panuje všeobecná shoda, že u dětí ve věku 8 až 16 let můžeme nalézt kritéria deprese z oblasti dospělé psychiatrie (Borchardt & Meller, 1996; Carlson & Cantwell, 1979, 1980a, 1980b; Carlson & Kashani, 1988; Kovacs, 1996).

Nyní se zaměříme na **klinické příznaky** deprese. Napříč věkovými obdobími – dětstvím, dospíváním a dospělostí – jsou pro depresi charakteristické symptomy z oblasti **emoční, afektivní, kognitivní, motorické, sociální a somatické**. Základní symptomy deprese jsou podobné, ale objevují se v různé míře a odpovídají vývojové úrovni daného jedince. Příznaky lze tedy rozdělit dle toho, zda se vyskytují u všech věkových skupin, nebo jsou-li věkově vázané. K příznakům, které jsou shodné pro všechny věkové skupiny, řadíme depresivní náladu, poruchu koncentrace, nespavost a suicidální myšlenky. V rámci rozdělení příznaků do jednotlivých oblastí uvádíme některé příklady (Hrdlička & Dudová, 2015; Malá, 2008):

- **Emoční:** sklíčenost, nejistota, labilita, beznaděj, pocity nudy.
- **Afektivní:** iritabilita, záchvaty pláče, afektivní výbuchy, poruchy sebehodnocení, suicidální úvahy.
- **Kognitivní:** snížená výkonnost, zvýšená hloubavost, nesoustředivost, ztráta zvědavosti, porucha koncentrace pozornosti.
- **Motorické:** neklid, agitovanost, psychomotorický útlum, agresivita, hyperaktivita.
- **Sociální:** špatný kontakt až izolace od vrtevníků, snížená komunikace.
- **Somatické:** nechutenství, zažívací potíže, poruchy spánku, bolesti hlavy, změny v hmotnosti.

Vzhledem k tomu, že jsou příznaky deprese vázané na věk, budeme se jejich specifikům v jednotlivých vývojových obdobích zabývat později v samostatné podkapitole. Nyní se zaměříme na příznaky, které jsou charakteristické pro depresivní poruchu nezávisle na věku. Příznaky bývají různě intenzivně vyjádřeny, řadíme k nim změny nálady a aktivity, neschopnost radovat se, zhoršené soustředění a pozornost, pokles zájmů, snížené sebevědomí a sebedůvěru, anhedonii, smutný a pesimistický pohled do budoucnosti, pocity viny, bezcennosti a beznaděje, sebeobviňování, poruchy spánku, sníženou chuť k jídlu a jeden z nejzávažnějších příznaků, myšlenky na sebepoškozování a sebevraždu (Malá, 2008; Paclt, 2001). Stejně jako u dospělých bývají u dětí v rámci deprese přítomny poruchy myšlení, bludy a poruchy vnímání, halucinace, tedy psychotické příznaky, které ovšem na rozdíl od dospělých nekorelují s tíží deprese. Jejich výskyt je přítomen až u 40 % adolescentů, ale nalezneme je už také u školních dětí. Bludy bývají méně časté, převažuje spíše paranoidní percepce. Pokud se bludy vyskytnou, jsou zaměřeny na změnu identity, kdy

se děti mění v jiné osoby, objekty či zvířata. Halucinace převažují sluchové, jejich výskyt postihuje zhruba třetinu dětí a často mívají formu imperativu. Mezi depresivní symptomy neovlivněné věkem dále řadíme poruchy spánku, depresivní ladění nebo poruchy chování a poruchy koncentrace pozornosti (Goetz, 2005; Malá, 2008).

Délka trvání deprese je vázaná na věk. Například u dětí a adolescentů se průměrná délka depresivní fáze pohybuje v rozmezí 7–9 měsíců (Park & Goodyer, 2000), novější výzkumy uvádí čísla vyšší, konkrétně 15–18 měsíců (Birmaher et al., 2004). Devadesát procent depresivních epizod se po 1,5 až 2 letech spontánně upraví, 10 % je protrahovaných, u 40 % dětí a adolescentů se další depresivní fáze objeví do 2 let, u 70 % do 5 let (Pacit, 2001).

Příčiny deprese u dětské a adolescentní populace jsou velmi různé stejně jako u jiných psychických poruch, a nelze jednoznačně říci, co předchází samotnému vzniku a rozvoji onemocnění. Mnozí autoři jsou však jednotní v názoru, že afektivní poruchy vznikají interakcí vnějších a vnitřních, genetických faktorů (Malá, 2008; Pacit, Florian & Zvolský, 1998).

Bylo prokázáno, že vyšší výskyt tohoto onemocnění je zapříčiněn **hereditou**, při níž má jedinec určité predispozice k této poruše a je vulnerabilní, což vede ke změnám funkce centrální nervové soustavy (Malá, 2008). Studie Thapara a McGuffina (1994) zaměřená na jednovaječná dvojčata (411 párů) dospěla k závěru, že heritabilita pro depresi je 0,79. Uvádí, že riziko výskytu deprese u dětí, jejichž rodiče mají afektivní poruchu, se pohybuje okolo 9 až 47 %, průměr stanovují na 25 %. Pro kontrolní skupinu, tedy děti zdravých rodičů, je to 0–24 %, průměr je 7 %. Weissmanová, Warner, Wickramaratne a Prusoff (1988) ve svém výzkumu dospěli k závěru, že dětem a adolescentům ve věku 6–23 let, kteří se narodili rodičům s počátkem choroby před 20. rokem, hrozí až 1,5–1,7krát vyšší riziko deprese oproti dětem depresivních rodičů s pozdějším nástupem choroby, a až 14krát zvýšené riziko nástupu deprese v prepubertálním období. Někteří autoři (Claudia et al., 2012; Sandman, Buss, Head & Davis, 2015) uvádějí, že mohou být děti ohroženy už v prenatálním období, kdy se na vzniku deprese v pozdějším období mohou podílet vývojové kaskády, jako jsou například mateřský emoční distres a fyziologický stres, předpovídající mnoho vývojových prekurzorů, které přispívají ke zranitelnosti a případnému zvýšenému riziku internalizace problémů později v dětství a dospívání. Kobak a Sceery (1988) jsou zastánci názoru, že temperament dítěte je dědičný, což se projevuje například v útlumu

chování, úrovni aktivity a ve vyjadřování negativních emocí, projevy pozitivních emocí jsou dle nich více podmíněny okolím. Z těchto výzkumů tedy vyplývá, že heredita hraje v riziku deprese významnou roli.

Dalším důležitým faktorem je **věk**. S narůstajícím věkem je riziko výskytu deprese vyšší (Fleming & Offord, 1990; Malá, 2008), někteří autoři uvádí, že se míra deprese zvyšuje po pubertálním přechodu (Conley, Rudolph & Bryant, 2012; Mendle, 2014).

Dalším rizikovým faktorem jsou **nežádoucí životní události**, které hrají roli až v 50 % depresivních epizod dětí a mladých lidí a jsou pro ně stresující (Goodyer, Germany, Gowrusankur & Altham 1991; Malá, 2008). Neméně důležitým faktorem, který není zanedbatelný, je **rodinné prostředí** a rodina jako taková, neboť jak zmiňuje například Malá (2008), rodinná dysfunkce se řadí mezi faktory asociované s depresí, které mohou přispívat k jejímu behaviorálnímu vyjádření. Možné rodinné souvislosti u dětí a adolescentů s depresí a výzkumy z této oblasti budou prezentovány ve třetí kapitole.

1.4 Prevalence a komorbidita

Nyní se zaměříme na prevalenci depresivní poruchy u dětí a adolescentů, konkrétně na jednotlivá procentuální zastoupení v populaci uváděná některými autory. Raboch a kol. (2001) uvádí, že výskyt depresivní poruchy se u prepubertálních dětí pohybuje kolem 2 %, zvyšuje se na 10 % v období dospívání, přičemž po skončení puberty je porucha častější u dívek. Podobné statistiky uvádí i autoři Lewinsohn, Rohde a Seely (1998) a Reinherz et al. (1993), kteří výskyt depresivní poruchy u prepubertálních dětí stanovují okolo 1–2 % a v době adolescence na 3–8 %.

Lewinsohn, Duncan, Stanton a Hautzinger (1986) ve svém dřívějším výzkumu uvádí, že se depresivní poruchy u dětí vyskytují v zastoupení 1–2 %, u adolescentů toto číslo vzrůstá na 3–4 %, lze tedy pozorovat, že se tato čísla příliš neliší od novějšího výzkumu. Podobná čísla uvádí i Fleming a Offord (1990), kteří udávají, že se výskyt deprese u dětí pohybuje v rozmezí 2–4 % (konkrétně v poměru 1 : 1 u chlapců a dívek), přičemž toto číslo narůstá s věkem a v adolescenci dosahuje hodnot 4–8 %, výskyt u dívek je poté dvakrát vyšší než u chlapců. Dle Malé (2008), je výskyt depresivní poruchy u dětí do 10 let 0,4–2,5 %, u adolescentů ve věku 10–18 let je to pak 0,4–8,3 %, celkově výskyt deprese u dětí a adolescentů zobecňuje na 1–8 %. Vágnerová (2014) podle současných odhadů stanovuje

prevalenci depresivní poruchy u prepubertálních dětí na 1–2 % a okolo 3–8 % u adolescentů. Dle jejího názoru je zastoupení u dívek a chlapců do puberty rovnoměrné, přičemž v dospívání touto poruchou častěji trpí dívky (v poměru 2 : 1) a později je tento rozdíl ještě výraznější.

Jak můžeme vidět, jednotliví autoři se v otázce prevalence značně liší. Výskyt depresivní poruchy u dětí variuje v rozmezí 0,4–4 % u mladších dětí, v dospívání dochází k nárůstu a prevalence dosahuje hodnot okolo 0,4–10 %.¹ Zarážejícím číslem je 70 %, tedy procentuální zastoupení depresivních poruch dětského a adolescentního věku, které dle Paclta (2001) přecházejí do dospělosti. V čem se ovšem autoři (Fleming & Offord, 1990; Graber, Seeley, Brooks-Gunn & Lewinsohn 2004; Krch & Csémy, 2006; Lewinsohn et al., 1986; Lewinsohn, Hops, Roberts, Secley, & Andrews, 1993; Malá, 2008; Raboch a kol., 2001) shodují, je skutečnost, že s věkem prevalence depresivních poruch narůstá a výskyt depresivní poruchy je častější u dívek, což lze dle některých autorů (Cyranowski, Frank, Youn & Shear, 2000; Hankin et al., 1998; Rose & Rudolph, 2006) vysvětlit skutečností, že jsou v dospívání více orientované na vztahy a vykazují vyšší potřebu afiliace. Adolescentní dívky dle autorů ve srovnání s chlapci také zažívají signifikantně vyšší stres ze strany vrstevníků (Hankin, Mermelstein & Roesch, 2007; Rudolph, 2002; Shih, Eberhart, Hammen & Brennan, 2006).

Deprese se stejně jako jiné psychické poruchy v mnoha případech nevyskytuje izolovaně, ale jsou k ní také často přidruženy i jiné poruchy. To je také jeden z důvodů, proč nemusí být deprese u dětí a dospívajících odhalena, neboť jak uvádí Kovacsová, Gatsonis, Paulauskas a Richards (1989) ve shodě s Pacltem (2001), mohou být příznaky depresivní poruchy překryty jinou poruchou vyskytující se spolu s ní. Kolvin et al. (1991 in Paclt, 2001) dokonce připouští, že se samotná deprese objevuje u pouhých 11 % depresivních pacientů.

Převážná většina autorů (Brady & Kendall, 1992; Cummings, Caporino & Kendall, 2014; Garber & Weersing, 2010; Malá, 2008; Paclt, 2001; Seligman & Ollendick, 1998) se shoduje na tom, že se deprese nejčastěji vyskytuje spolu s **anxiózní poruchou**. Paclt (2001) uvádí, že ke komorbiditě těchto dvou poruch dochází ve 40 % případů, Brady a Kendall (1992) uvádějí číslo v rozmezí 15,9 % až 61,9 %. Kendall, Kortlander, Chansky a Brady (1992) poznamenávají, že se toto číslo liší v závislosti na různých studiích, což podporují

¹ Dle statistiky z Psychiatrické nemocnice z Opavy, získané v roce 2015 primářkou Dětského a dorostového oddělení MUDr. Danou Trávníčkovou, dosahoval výskyt deprese na tomto oddělení 2,72 % z veškerých případů.

i jiní výzkumníci, kteří udávají, že toto číslo variuje v rozmezí 15 až 75 % (Angold, Costello & Erkanli, 1999; Avenevoli, Stolar, Dierker & Merikangas, 2001; Yorbik, Birmaher, Axelson, Williamson & Ryan, 2004). U obou těchto poruch nalezneme negativní afektivitu, což přispívá k jejich vysoké vzájemné korelaci (Kendall et al., 1992). Někteří vědci, zabývající se těmito poruchami dospěli k závěru, že úzkost předchází depresi (Dobson, 1985 in Kendall et al., 1992; Kendall & Ingram, 1987 in Kendall et al., 1992), jiní (Stavrakaki & Vargo, 1986) jsou toho názoru, že se neléčené úzkostné stavy mohou transformovat v ty depresivní. Dle výzkumů (Hershberg, Carlson, Cantwell & Strober 1982; Stavrakaki, Vargo, Boodoosingh & Roberts 1987) jsou děti s komorbidními úzkostnými a depresivními poruchami starší než pouze úzkostní nebo depresivní jedinci. Symptomy jsou u těchto dětí také nápadnější a symptomy úzkosti u nich obvykle předcházejí depresivním symptomům. Děti s komorbidní depresí a úzkostí jsou obvykle vážněji postiženy než děti s poruchou samotnou (Nottelman & Jensen, 1994 in Seligman & Ollendick, 1998).

Deprese jako komorbidní porucha je dále popisována u **ADHD, obsedantně-kompulzivní poruchy, poruchy přizpůsobení, somatoformní poruchy, poruch příjmu potravy, poruchy chování, dystymie a schizofrenie** (Malá, 2008; Paclt, 2001). Malá (2008) uvádí, že spolu s „velkou depresí“ u školních dětí se setkáváme s obsedantně-kompulzivními a úzkostnými poruchami, poruchami chování, hyperkinetickými poruchami chování, poruchami opozičního vzdoru, dystymií, zmíněné jevy se vyskytují taktéž u adolescentů s „dvojitou depresí“. Konstatuje také, že se v rámci těchto komorbidit setkáváme s dvacetkrát vyšší psychiatrickou morbiditou. U deprese a ADHD je pozorovatelná výrazná depresivní symptomatika (zvýšené procentuální zastoupení afektivních poruch u příbuzných), část přechází do „velké deprese“ formou mánie, děti s diagnózou ADHD/poruch chování mají v pubertě zvýšené riziko vzniku „velké deprese“ a děti depresivních rodičů mají zvýšené riziko vzniku ADHD/poruch chování či toxikomanie.

Depresivní poruchy se často vyskytují v komorbiditě s jinými poruchami, nejčastěji úzkostnými. Někteří autoři jsou toho názoru, že právě kvůli symptomům jiné poruchy mohou být symptomy deprese přehlédnuty. Pokud se depresivní poruchy u dětí vyskytují současně s jinými poruchami, může mít jejich dopad větší vliv než u poruchy izolované, často je také ovlivněn jejich průběh, který je kvůli komorbiditě variabilnější.

1.5 Deprese napříč vývojovými obdobími

V rámci této podkapitoly se budeme zabývat depresí a jejími proměnami napříč vývojem dítěte. Jak už bylo řečeno, je podoba depresivní poruchy u dětí a adolescentů proměnlivá v závislosti na věku, přičemž můžeme pozorovat určité charakteristické prvky a projevy daného vývojového období. Ačkoli byla existence deprese u dětí v historii napadána, můžeme nyní pozorovat, že lze její počátky nalézt už i u kojenců a batolat.

K **depresi u kojenců a batolat** se váží dvě významná jména, a sice René Spitz a John Bowlby. Spitz u kojenců uvádí pojem **anaklitická deprese**, která je charakterizována **separační reakcí** Bowlbyho (Malá, 2008).

Anaklitická deprese je popisována jako psychiatrická porucha v dětství, která je výsledkem mateřské deprivace v druhé polovině prvního roku života dítěte. Původní definice říká, že pokud ošetřovatelka hlásí náhlý rozvoj odlišného chování dítěte bez prokazatelného organického onemocnění, a pokud toto chování může souviset s odloučením matky („klíčové“ osoby) od dítěte nebo s jejími náhradami, bude naše podezření na přítomnost anaklitické deprese potvrzeno (Spitz & Wolf, 1946). Bowlby (1961), popisuje u dětí ve věku od 12 měsíců do 4 let reakce, které nastávají při odloučení od matky. Popisuje tři typy odpovědí na takovou situaci, a sice separační úzkost, zármutek, truchlení a obranu.

Odloučení od osoby, v níž má dítě základní důvěru, způsobí to, že dítě začne křičet, zažívá pocity zoufalství a strachu a chová se agresivně. Pokud odloučení trvá, dochází u dítěte ke zklidnění až apatii, je narušeno jeho přijímání potravy a režim spánku, objevují se regrese ve vývoji, zejména v oblastech vývoje řeči a v sociálním kontaktu s lidmi (Bowlby, 2010, 2012). Malá (2008) dále doplňuje charakteristiky typické pro batolecí, a také předškolní věk, které zahrnují dysforicko-depresivní ladění, ztrátu zvědavosti, iniciativy, pocity nejistoty, dochází k celkové sociální a intelektové inhibici.

První zmínky o depresi či směřování vývoje k ní **u dětí mladších 6 let** byly spojeny s výzkumy potomků matek s depresivní epizodou, kdy byly zjištěny jak psychické, tak i biologické varovné příznaky (Field, Fox, Pickens & Nawrocki 1995; Luby et al., 2003).

Raboch a kol. (2001) a Malá (2008) popisují u deprese **předškolních dětí** zvýšenou afektivní dráždivost (záchvaty pláče a křiku), snížení aktivit a zájmů (odmítání hry), ztrátu zvědavosti, nechutenství, poruchy spánku, nesoustředěnost a snížený zájem o interpersonální kontakt s vrstevníky. Malá (2008) dále uvádí **somatické** příznaky, ke kterým řadí manipulaci

s genitálem, dále **sociální** příznaky, jako jsou mutismus či navazování kontaktů, které jsou přechodné a nemají dlouhodobé trvání, a **motorické** – neklid, stereotypní pohyby, agresivita, hyperaktivita střídaná s apatií. Stejné symptomy uvádějí i další autoři (Bufferd, Dougherty, Carlson & Klein, 2011; Luby et al. 2003; Luby, Tillman & Belden, 2014; Mrakotsky, Heffelfinger, Brown & Spitznagel, 2004). Nálada předškolních dětí s depresí je podrážděná, smutná a velmi proměnlivá, podráždění se může projevit opozičním, neutišitelným pláčem či rozbíjením hraček. Nejspecifičtějším symptomem je anhedonie, která se projevuje při hře, (pro předškoláky typická), o níž dítě ztrácí zájem, rychle ji ukončuje a neprojevuje zájem například ani o nové hračky. Vše vrcholí naprostým nezájmem o kolektiv dětí, dítě je považováno za samotářské a plaché. Oproti dospělým zde není vyžadováno diagnostické kritérium trvání těchto symptomů po dobu dvou týdnů (Goetz, 2005; Malá, 2008).

Malá (2008) udává, že hlavním znakem deprese **mladších školáků** je porucha interpersonální komunikace s vrstevníky a dospělými, za další a pro tento věk typické příznaky považuje psychosomatické příznaky. Typickým projevem je střídání agrese a útlu. Autoři (Kovacs, Feinberg, Crouse-Novak, Paulauskas & Finkelstein, 1984; Malá, 2008) jako další ze symptomů uvádí změny v afektivitě, dítě je zvýšeně náladové, podrážděné, jeho emotivita velmi kolísá, od smutku, zamlklosti až k podrážděnému chování se záchvaty pláče či smíchu. Potíže se objevují i ve škole, dítě je nesoustředěné, má odpor k učení, což vede ke zhoršení prospěchu, podrážděná nálada může vést ke konfliktu s rodiči a učiteli. V sociální oblasti se dítě straní interpersonálním kontaktům, nebo naopak může dychtit po objektech (a subjektech), kvůli podrážděnosti však u dítěte dochází k jejich ztrátě.

Malá (2008) také uvádí somatické příznaky, jako jsou enuréza, enkopréza, pavor nocturnus, onychofagie a manipulace s genitálem, somatické stížnosti (hlava, břicho), které přechází v anxieta a úzkost. Dále hovoří o tom, že až u třetiny mladších školáků lze nalézt náznaky paranoidní percepce a sluchové halucinace (imperativní), které ovšem nekorelují s tíží deprese. Goetz (2005) zmiňuje velmi varovný příznak, suicidální úvahy, už u takto malých dětí se objevují bilanční úvahy nad smyslem života.

Podobně jako u mladších školáků pozorujeme u **starších školáků** s depresivním syndromem nesoustředěnost, zvýšenou hloubavost, sníženou výkonnost, která se projevuje neschopností mít ve škole úspěch. V důsledku tohoto se u těchto dětí objevuje **performační anxieta**, která se projevuje při zkoušení a při předvedení výkonu a je pozorovatelná při zadání úkolů, projevuje se nesrozumitelným zlobením v situacích, pro které je takový

kontext nepřiléhavý. Základním znakem je somatizace, která se projevuje bolestmi hlavy, zažívacími potížemi. Dalšími znaky jsou sluchové halucinace, nárůst anxiety a fobií, výskyt bludů, především paranoidních (Malá, 2008). Obtíže jsou pozorovány v oblasti sociální, v níž jsou tyto děti brány za outsidersy, izolují se od ostatních, mají pocit, že je nikdo nechápe, svou podrážděností od sebe mohou případné kamarády odpudit, mohou být agresivní až disociální. Typickými příznaky jsou kolísání nálady, sklíčenost, pocity viny, poruchy sebehodnocení, objevují se suicidální tendence odpovídající depresivnímu syndromu u dospělých (Kovacsová et al., 1984; Malá, 2008).

U **adolescentů** se již setkáváme s obdobnými příznaky, jaké jsou pozorovatelné u dospělých. Patří mezi ně například stabilnější depresivní nálada, u některých jedinců také jasněji vyjádřené symptomy deprese, jež mohou doprovázet psychotické či somatické symptomy. Nálada je horší ráno, dochází k předčasnému rannímu probouzení, nedá se odklonit vnějšími událostmi. Na druhou stranu má nálada tendenci kolísat, objevují se pocity beznaděje, zoufalství, adolescenti jsou více podráždění a impulzivní. Těmto klinicky významným příznakům deprese dříve odpovídal termín endogenní deprese, dnes je v souladu s MKN-10 užíván pojem **somatický syndrom** (Borchardt & Meller, 1996; Malá, 2008). Somatický syndrom je považován za klinicky velmi významný příznak deprese a nelze jej zaměňovat za somatizaci příznaků nebo za somatické příznaky, které jsou pro depresi typické. V adolescenci jsou pro něj charakteristické poruchy spánku či nadměrná spavost, ztráta chuti k jídlu s úbytkem hmotnosti, někdy také ztráta libida, střídání psychomotorického útlumu a neklidu. V rámci somatického syndromu dochází také ke ztrátě zájmů či potěšení z aktivit, které jedince před onemocněním naplňovaly. Projevuje se také anhedonií, pocity nudy, beznaděje, nedostatečnými emočními reakcemi či naopak rychlým a prudkým kolísáním nálad (Malá, 2008).

Se zvýšenou impulzivitou souvisí suicidální pokusy, které mohou být řešením bezvýchodnosti aktuální situace. Jsou přítomny zejména u adolescentů s pocity viny, beznaděje a ztráty smyslu života, roli hraje také snížené sebehodnocení (Koutek & Kocourková, 2003; Malá, 2008). Malá (2008) dodává, že neschopnost zvládat odpovídajícím způsobem stres vede k antisociálním aktivitám, které depresi jen prohlubují, podporují sebeobviňování a bezvýchodnost, dospívající se tak dostává do „začarovaného kruhu“ a sebevražda je jediným východiskem.

Deprese se projevuje i ve školní oblasti, v níž studenti selhávají, dalšími symptomy jsou ztráta zájmů a komunikace, sociální stažení až fobie, která se projevuje strachem z lidí, ale zároveň neschopností být sám, únava, zvýšená spavost, nuda, anhedonie, beznaděj, zoufalství, anxieta, lze pozorovat i změny tělesné vzhledu. Ve vztazích pozorujeme ambivalentní tendence, střídá se lhostejnost a apatie s mnohmluvností a rychlým navazováním nových kontaktů, ovšem bez odpovídající citové vazby (Malá, 2008).

1.6 Suicidální chování u depresivních dětí a adolescentů

Sebevražda či pokus o ni se řadí k jednomu z nejzávažnějších znaků psychických poruch. Říčan a kol. (2006, 238) suicidium definuje jako „*vědomé a úmyslné ukončení vlastního života. Širším pojmem je suicidální chování, zahrnující vedle dokonaných suicidií i suicidální pokusy a projevy svědčící o suicidálních myšlenkách a záměrech. Řada osob, které se pokusí o suicidium, má ambivalentní postoj k životu: chce zároveň žít i zemřít.*“ Depresivní poruchy mají úzkou souvislost se suicidálními myšlenkami, bilančními úvahami, které mohou vést až k sebevražděným pokusům, v nejzávažnějších případech až k samotné sebevraždě.

Malá (2008) uvádí, že riziko sebevraždy u dětí a adolescentů s depresí je až dvacetkrát vyšší než v běžné populaci. Paclt, Florian a kol. (1998 in Paclt, 2001) toto riziko u depresivních jedinců shledává až třicetkrát vyšší než u běžné populace. Paclt (2001) dále konstatuje, že se sebevražedné pokusy vyskytují u 7,1 % depresivních adolescentů. Drtílková (2005) ve shodě s Hosákem a kol. (2015) uvádí, že právě sebevražda je třetí příčinou smrti populace ve věku 10 až 19 let. Koutek a Kocourková (2004), kteří se touto problematikou zabývají, dle svých poznatků považují depresi jakožto primární psychiatrickou poruchu za jeden z nejvýznamnějších faktorů, který představuje rizikovou okolnost suicidálního chování. Jako predisponující faktor k sebevraždě uvádí depresi také Lewinsohn a And (1994) a Gould et al. (1998), vyšší riziko suicida u dětí s juvenilní depresí shledávají také Hosák a kol. (2015).

Déletrvající depresivní patologii pak řadí Lewinsohn a And (1994) k dlouhodobým rizikovým faktorům, což je také úzce spjata s pocitem bezmocnosti a beznaděje, které jsou považovány za další z rizikových faktorů. Paclt (2001) přidává k rizikovým faktorům zvyšující suicidální chování komorbiditu deprese spolu s poruchami chování a impulzivitou. Dle Horta a kol. (2008) se odhaduje, že se deprese ze 70–80 % podílí na všech dokonaných

sebevraždách. Koutek (2008) uvádí, že neočekávaný sebevražedný pokus může být často prvním očividným příznakem závažné afektivní poruchy a je na něj potřeba brát zřetel.

1.7 Teoretické modely

K porozumění vzniku a rozvoje deprese nám slouží teoretické modely, které budou představeny v nadcházejících odstavcích. Jak uvádí Malá (2008), slouží nám tyto modely k pochopení a vysvětlení depresivní poruchy, a přestože každý z nich klade větší či menší důraz na jednu nebo druhou stránku, jsou všechny platné.

U **behaviorálního modelu** hraje roli zejména pozitivní zpevnování, a to hlavně při jeho nedostatku v případě deprese. Nezanedbatelnou součástí v psychosociální dimenzi je podpora versus odmítání (Malá, 2008).

V případě **kognitivně-behaviorálního modelu** výzkumy naznačují, že jsou kognitivní vzorce depresivních dětí podobné vzorcům depresivních dospělých (Kaslow, Rehm, Pollack & Siegel, 1988; Kaslow, Rehm & Siegel 1984). V souladu s kognitivně-behaviorálními modely deprese u dospělých vykazují depresivní děti nižší sebevědomí a vnímanou kompetenci, kognitivní zkreslení, zažívají pocity beznaděje ohledně své budoucnosti, mají depresivní atribuční styl a deficity v sebehodnocení a sebepozorování. Dochází také k narušení jejich skutečného nebo vnímaného akademického výkonu. V afektivní oblasti verbalizují depresivní děti smutek, zlost, na sebe zaměřenou hostilitu a hanbu podobnou dospělým jedincům (Izard & Schwartz, 1986 in Kaslow & Racusin, 1990).

Depresivní atribuční styl zahrnuje negativní pohled na sebe, na svět a na budoucnost, což bývá nazýváno také jako Beckovo trias. Patří zde kognitivní omyly, negativní úsudky a hodnocení, generalizace negace, zkreslený výběr negativních faktorů, který probíhá pod vlivem emocí, pocitů viny a vztahovačnosti, „černobílé“ myšlení, bagatelizace úspěchů a odmítání pozitivního (Malá, 2008).

Interpersonálně jsou depresivní školáci ve srovnání se svými nedeprativními protějšky hodnoceni jako méně sympatičtí a atraktivní, vyzařují méně pozitivního chování, jsou méně spokojeni a schopni řešit interpersonální problémy (Peterson, Mullins & Ridley-Johnson, 1985). Depresivní děti mají deficity v sociálním fungování s vrstevníky, rodiči a sourozenci a některé z těchto deficitů dokonce přetrvávají i po skončení afektivní epizody (Puig-Antich et al., 1985).

Dalším modelem je **model naučené bezmocnosti**, který poukazuje na nedostatek vzájemného vztahu mezi chováním a jeho důležitými důsledky (pozitivní a negativní události). Tento model predikuje, že depresivní osoby by měly mít tendenci vnímat posílení jako nezávislé na odezvě jejich dovedností. Depresivní subjekty vnímají zkresleně výsledky dovedností, stejně jako jsou nezávislé na odezvě, a za určitých podmínek mohou vykazovat nedostatky při učení se důsledkům odpovědí. Jde o deficit na všech úrovních vývoje (emoční, behaviorální, kognitivní, sociální, motivační, spirituální) a socializace (Malá, 2008; Miller, Seligman & Kurlander, 1975).

Jak již bylo výše uvedeno, jedná se v rámci **analytického modelu** o syndrom anaklitické deprese, která vzniká ztrátou milovaného objektu, v případě malých dětí jde o časně odtržení od rodičů či pečující blízké osoby (Spitz & Wolf, 1946). Tato deprese se rozvíjí již u dětí od jejich šesti měsíců, nejvyšší citlivost na separaci lze pozorovat u dětí ve věku osmi až devíti měsíců, zde separační anxieta dosahuje vrcholu. Po překlenutí tohoto období je dítě schopno krátkého odloučení od matky bez výrazných symptomů úzkosti. Důležitý je první rok života, během něhož se v mezilidských vztazích vytváří pocit bezpečí a jistoty, který v dítěti navozuje pocit, že jsou lidé a okolní svět dobrý a neohrožující. V případě odloučení se od pečující osoby, která poskytuje dítěti pocit bezpečí, dochází k přerušení citové saturace, což vede u zranitelnějších kojenců ke vzniku anaklitické deprese. Depresivní reakce se objevuje měsíc po separaci. Z aktivního kojence se stává apatické a plačtivé dítě, odmítající pohyb, potravu, komunikaci. V poslední fázi, v takzvaném coma vigile, dítě pouze leží s otevřenými očima a vnímá pouze silné, bolestivé podněty. Takový stav může být nevratný a může vést až ke smrti dítěte. Pokud se však péče ujme náhradní blízké osoby, není depresivní reakce tak výrazná, trauma je zvládnuto, a u dítěte pozorujeme již pouze neprospívání, apatii, tedy nediferencovanou reakci psychosomatického typu (Malá, 2008).

Stresový model považuje za příčinu vzniku deprese hromadění mnoha negativních životních událostí a je uplatnitelný zejména u dětí a adolescentů. Negativní životní události, jako jsou například rozvod, úmrtí, neúměrné fyzické trestání, sexuální zneužívání, konflikty v rodině, subdeprivace a deprivace, předcházejí rozvoji deprese (Malá, 2008).

Podobným modelem tomu stresovému je **model sociologický**. Vznik deprese je v něm vysvětlován na základě nedostatku sociální podpory a ocenění, nemožnosti zhodit se rolí,

o které daný jedinec usiluje a které chce, což vede k pocitu neúspěšnosti, ztroskotání a sociálního selhání (Malá, 2008).

Vznik a rozvoj deprese je dle **genetického modelu** podmíněn genetickými faktory, temperamentem, vnějšími podmínkami, včetně nevhodného sociálního zázemí. Role dědičnosti již byla vysvětlena v předcházejících podkapitolách. Závěry, ve kterých bylo výzkumy podloženo, že děti depresivních rodičů mají vyšší výskyt deprese oproti kontrolním skupinám, doplňme o zjištění, že i adoptivní děti biologicky depresivních rodičů mají také vyšší výskyt depresivních poruch (Malá, 2008).

Biochemický model je dle Malé (2008) stále otázkou výzkumů. U afektivních poruch byly zjištěny změny v serotoninovém a katecholaminovém systému. Výskyt depresivní poruchy u dětí narůstá s věkem a souvisí s hormonálními změnami, u dětí i dospělých byla prokázána zvýšená sekrece kortizolu. U depresivních prepubertálních dětí byla přítomna snížená sekrece růstového hormonu v odpovědi na hypoglykémii vyvolanou inzulinem. Depresivní děti mají také sníženou produkci katecholaminů.

Neuroanatomický model vychází ze zjištění při vyšetření MRI. Byla zjištěna redukce mozkového objemu a hypoplazie temporálního laloku. Většina autorů našla při polysomnografických studiích u dětí a mladistvých prodloužení REM fáze a zkrácení REM latence (Malá, 2008).

Dle autorů Kaslowové a Racusina (1990) čelí depresivní děti překážkám při rozvoji přiměřenému zvládnutí schopností adaptivního chování v komunikaci, každodenním životě a socializaci. Tato zjištění jsou v souladu s **teorií objektních vztahů**, která tvrdí, že původ dětské deprese může spočívat v subfázi procesu separace-individuace. Konkrétně rodičovský trest a nedostatek příjemné podpory očekávaného průzkumného a mistrovského chování dítěte, způsobují sníženou úroveň těchto činností, které jsou potřebné k vývoji přizpůsobivého chování podle věku a kladného smyslu pro sebehodnocení. Teorie objektních vztahů hlásá, že jsou významné právě vztahy, tedy zejména ty s rodinnými příslušníky, jež jsou nezbytné pro naši lidskou podstatu a jsou základem našeho společenského života (Pine, 1988).

1.8 Léčba

Podobně jako u jiných psychických onemocnění jsou součástí léčby deprese dva druhy léčby, farmakoterapie a psychoterapie. Varley (2006) došel k závěru, že se jako nejúčinnější jeví kombinace obojího, tedy léčby pomocí medikace a psychoterapie, s důrazem na to, že je u dětí a dospívajících potřeba pečlivě sledovat bezpečnost přípravků. Existující důkazy o přínosu antidepresiv u dětí a dospívajících však převažují nad bezpečnostními riziky. Terapii depresivních, ale i jiných psychických poruch lze rozčlenit do fází léčby akutního stavu, na kterou navazuje léčba stabilizační a završena je léčbou udržovací (Malá, 2008). V léčbě psychických poruch dětí a adolescentů představuje velmi důležitý aspekt rodina. Léčbě zahrnující rodinu se budeme věnovat ve třetí kapitole.

1.8.1 Psychoterapie

V posledních letech dochází k nárůstu výzkumů psychosociálních intervencí v léčbě velké deprese u dětí a dospívajících. Existuje však jen velmi malý počet kontrolovaných studií. Literatura pokrývá celou řadu psychoterapeutických intervencí, ale velmi skepticky se vyjadřuje o psychodynamické terapii, u které existují pouze nepodložené důkazy o její účinnosti, a dále se vyjadřuje také v neprospěch podpůrné skupinové léčby. Většina studií se naopak zaměřuje na interpersonální terapii a rozsáhleji na KBT (Bemporad, 1988; Varley, 2006).

S tím, že se jako velmi účinná terapie jeví právě **kognitivně-behaviorální**, souhlasí i Malá (2008), která uvádí, že má celosvětovou prioritu, neboť v krátkém období zde dochází ke zlepšení depresivní symptomatiky a nácviku sociálních dovedností. Ztotožňuje se i s indikací **interpersonální terapie**, která je dle ní vhodná zejména v adolescenci. U všech, tedy dětí až adolescentů, dále doporučuje **rodinnou terapii**. S čím ovšem na rozdíl od autorů Bemporada (1988) a Varleyho (2006) nesouhlasí, je nevhodnost dynamické terapie, dle jejího názoru se řadí naopak mezi ty žádoucí. Zdůrazňuje, že nehledě na typ terapie, je potřeba se u depresivních poruch zaměřit na poruchy sebehodnocení, pocity viny, nácvik sociálních dovedností, zlepšování schopnosti adaptace, což vede k utváření pozitivního myšlení, naděje a vidinu otevřené budoucnosti.

Kognitivně-behaviorální terapie vychází z předpokladu, že jsou určité situace předpokladem aktivování skrytých myšlenek, domněnek a zpracování informací. Myšlenkové vzorce tak přímo ovlivňují emoční reakce a chování v řetězci souvisejících

zážitků (Sander & McCarty, 2005). Dle Becka (1995 in Sander & McCarty, 2005) si depresivní osoby udržují svá negativní schémata o sobě samých a vyhledávají informace z tohoto zkresleného pohledu ve svém okolí a ve svých interakcích. Předpojatost při zpracování těchto informací jim naopak slouží k odfiltrování schématu konzistentních informací. Stark, Humphrey, Laurent, Livingston a Christopher (1993) uvádějí, že rodiče sdělují negativní zprávy dítěti o něm samotném, světu a budoucnosti nepatrnými způsoby, prostřednictvím interakcí a komentářů, které předurčují dítě, aby tyto názory přijalo za své.

Interpersonální psychoterapie pro dospívající, vyvinutá Mufsonem, Moreauem, Weissmanem a Klermanem (1993 in Sander & McCarty, 2005), vychází z předpokladu, že je deprese udržována v prostředí charakterizovaném obtížemi v interpersonálním a sociálním fungování. Tato psychoterapie se nedomnívá, že vztahy nebo jiné specifické riziko zapříčiňuje depresi u mládeže, ale že může být zotavení facilitováno, jakmile jsou interpersonální vztahy rekonstruovány tak, aby poskytovaly lepší sociální podporu. Důraz je kladen na obnovu vztahů a řešení mezilidských konfliktů, a proto se terapie zaměřuje zejména na rozvíjení schopností, které pomáhají depresivním dospívajícím znovu získat smysl blízkého vztahu a zlepšovat kvalitu sociálních vztahů. Cole a Rehm (1986) dále uvádějí, že depresivní děti jsou méně často odměňovány a jejich matky mají vyšší standardy pro udělování pochvaly než u nedeprativních dětí. Lewinsohnův program kognitivně-behaviorální terapie pro depresivní mládež „Coping with Depression“, zahrnuje behaviorální aspekty příjemných událostí a jejich posilování, a zároveň se věnuje deficitům interpersonálních dovedností (Lewinsohn, Clarke, Hops & Andrews, 1990).

Koncepty tradičně kognitivně-behaviorálních přístupů byly začleněny do **kognitivně-behaviorální rodinné terapie**. V této terapii by měla rodinná schémata obsahovat informace o interakci rodičů a dětí, které se vztahují k původní rodině rodičů a jejich zkušenostem. Tato rodinná schémata totiž ovlivňují, jak rodiče vnímají a interagují s dětmi a rodinou, čímž postupně utvářejí rodinná schémata svých dětí. Kognitivně-behaviorální rodinná terapie tedy na rozdíl od tradiční kognitivně-behaviorální terapie, zaměřující se na jednotlivá schémata, řeší maladaptivní rodinná schémata (Dattilio, 2001).

Psychoterapie dle Vágnerové (2014) také podporuje úpravu životního stylu, což má preventivní význam, a obecně hovoří o tom, že je psychoterapie zaměřena na pacientovo porozumění vlastní situaci, pochopení onemocnění a utváření lepšího vztahu k sobě a okolí. Při léčbě deprese doporučuje taktéž psychoterapii **skupinovou**.

1.8.2 Farmakoterapie

Jak uvádí Hrdlička (2004), neliší se postupy léčby depresivní poruchy v základních obrysech od postupů léčby u dospělých. U unipolární deprese jsou užívána antidepresiva, jejich užívání má však pro dětskou a adolescentní populaci svá specifika. Zkušenosti a poznatky o užívání antidepresiv jsou získané právě při léčbě unipolární deprese. Paclt, Florian a kol. (1998) uvádí, že ve srovnání s dospělými reagují děti a dospívající na medikaci odlišným způsobem, jelikož hlavní neurotransmiterové systémy procházejí vývojovými změnami a v působení farmak na centrální nervovou soustavu je nutné přihlédnout k danému období. Tvrzením, které v pediatrické psychofarmakologii po léta platí, je, že nelze na děti a dospívající nahlížet jako na „malé dospělé“, neboť na farmaka reagují určitými odlišnými způsoby (Popper, 1987 in Paclt, Florian a kol., 1998).

Jednotlivé studie prokázaly, že se depresivní porucha v dětství a adolescenci odlišuje nejen z hlediska symptomů a průběhu od té v dospělosti, ale pozorujeme také odlišnosti v reakcích na léčbu. Dvojitě slepé studie tricyklických antidepresiv (TCA) v pedopsychiatrii (konkrétně imipramin, amitriptylin, nortriptylin a desipramin) neprokázaly významně lepší výsledek než placebo (Birhamer, 1998; Drtílková, 1999 in Hrdlička, 2004).

Lepší účinky byly očekávány od novějších preparátů, zejména ze skupiny selektivních inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu (SSRI), což bylo podporováno i teoreticky. Vyšší účinnost SSRI oproti TCA bylo zdůvodněno tím, že serotoninergní systém během vývoje nepodléhá přílišným změnám, naproti tomu noradrenergní systém se plně vyvíjí až v časně dospělosti, což svědčí ku prospěchu preparátů ze skupiny SSRI (Hrdlička, 2004). Pro větší vhodnost preparátů ze skupiny SSRI oproti TCA svědčí i výsledky metaanalýzy 63 randomizovaných kontrolovaných pokusů, které srovnávaly jejich účinnost a nežádoucí účinky u dospělých a došly k závěru, že neexistuje statisticky významný rozdíl v tom, jak jejich organismus tyto preparáty přijímá. Účinnost byla hodnocena jako podobná, ovšem SSRI vykazovala nižší toxicitu a nižší výskyt nežádoucích účinků (i v případě předávkování; Fujian et al., 1993; Mann, Goodwin, O'Brien & Robinson, 1993).

Toto teoretické zázemí bylo také podpořeno mnohými výzkumy účinnosti SSRI. Roku 1997 byl učiněn průlom v léčbě časně deprese v Emslieho studii s fluoxetinem. Tato studie prokázala, že lze dětskou depresi léčit účinně za pomoci antidepresiv a byla prokázána významná účinnost fluoxetinu oproti placebo (56 % respondentů na fluoxetinu versus 33 % na placebo, průměrný věk 12 let; Emslie et al., 1997). Pro kladný účinek SSRI antidepresiv

svědčí i jiné kontrolované studie oproti placebo, například Kellerova studie s paroxetinem či studie Wagnerové s citalopramem, přičemž průměrné dávky podávané dětem v těchto studiích byly shodné s dávkami pro dospělé. Také další otevřené nekontrolované studie (fluoxetin, fluvoxamin, sertralin, paroxetin) prokázaly zlepšení depresivních fází v rozsahu 64–100 % (Keller et al., 2001; McClellan & Werry, 2003; Wagner et al., 2003).

V roce 2003 se však objevilo protikladné stanovisko ze strany amerického Úřadu pro potraviny a léky (FDA), který poukázal na nová existující data, upozorňující na zvýšené riziko sebevražedných myšlenek a sebevražedných pokusů u dětí a adolescentů užívajících paroxetin. Úřad pro potraviny a léky doložil toto tvrzení výsledky tří kontrolních studií s paroxetinem, které ovšem nebyly publikovány, a jejich výsledky neprokázaly významnou účinnost oproti placebo (Connor, 2004). U starších školáků a adolescentů je možné zkoušet veškerá dostupná antidepresiva, ovšem na vlastní odpovědnost lékaře a bez ručení farmaceutických firem a zmiňovaného Úřadu pro potraviny a léky (FDA). Pro ambulantní praxi jsou doporučována ta, která se jeví jako vhodná dle publikovaných studií s větším počtem pacientů. Výběr antidepresiva u dětí a adolescentů je ovlivněn typem deprese, vývojovým a věkovým obdobím dítěte a fází léčby (akutní či udržovací). V angloamerické literatuře se setkáváme se slovním spojením „**start low go slow**“, přičemž je doporučováno začít nízkými dávkami a pomalu je zvyšovat (Malá, 2008).

Antidepresiva III. generace (SSRI, NARI, DSA), která působí na jeden neuromediátor a směřují k minimální toxicitě a dobré snášenlivosti, nahrazují antidepresiva IV. generace. Skupina těchto antidepresiv (SNRI, NaSSA) se označuje také jako „duální antidepresiva“, jelikož působí na více neuromediátorů, což způsobuje větší antidepresivní účinek (Hrdlička, 2008).

Na druhou stranu, Malá (2008) uvádí, existuje mnoho studií (především otevřených, ale i kazuistických) dokládajících výrazné zlepšení až vymizení depresivních symptomů po nasazení antidepresiv u dětských pacientů. Vždy je však potřeba zohlednit, za jakých podmínek je možné medikaci nasadit. Indikace antidepresiv je možná při zhoršování školních výsledků, při ztrátě komunikace s vrstevníky a rodinou, při kompenzačním rizikovém chování (zde zejména v adolescenci), při selhávání psychoterapeutického ovlivnění a samozřejmě nejzávažnějším důvodem k medikaci je riziko suicidálního jednání. Kromě antidepresiv se autorka také zmiňuje o tom, že se od 90. let 20. století začínají i u dětí používat k augmentaci neuroleptika typu SDA (Leponex, Risperdal, Seroquel, Zyprexa)

a antiepileptika III. generace (Lamictal, Neurontin, Topamax), která se setkávají s dobrým výsledkem. Účinkem farmakoterapie u depresivní poruchy se nálada normalizuje, míra smutku klesá, dochází k obnovení aktivity ve škole, zlepšují se sociální funkce a celkově stoupá zájem o věci (Paclt, Florian a kol., 1998).

Antidepressivní účinky u dětí podporují mizení depresivní symptomatiky, například úpravou chuti k jídlu a spánku, mizením bolestí a předrážděností, zklidňováním, lepší sociální adaptací; u mladších školáků dochází ke zlepšování koncentrace pozornosti a zvyšování motivace ke školní práci. Účinkem farmakoterapie u depresivní poruchy se nálada normalizuje, míra smutku klesá, dochází k obnovení aktivity ve škole, zlepšují se sociální funkce a celkově stoupá zájem o věci (Malá, 2008; Paclt, Florian a kol., 1998).

2 RODINA

Obsahem této kapitoly bude vymezení pojmu rodina a budeme se zabývat jejími funkcemi v současnosti. Dále se zaměříme na jednotlivé formy a typologie rodin, budeme se také zabývat rodinným fungováním, jaké je zdravé rodinné fungování a v poslední části se budeme zabírat rodinnou resiliencí, co činí rodinu resilientní, ale hlavně se budeme věnovat rodině a stresu.

2.1 Definice a funkce rodiny

Rodina je základní jednotkou každé lidské společnosti, představuje pro člověka významnou instituci a je nejdůležitějším sociálním kontextem psychosociálního vývoje dítěte a dospívajícího (Matoušek, 2003; Pedersen, Granado Alcón, Rodrigues & Smith, 2004 in Krch & Csémy, 2006). Dle Dunovského a kol. (1999, 92) „*Rodina představuje biosociální systém, který neustále hledá a nachází své místo ve společnosti, a přitom společností je znovu a znovu ovlivňován a formován.*“

Jednotná definice rodiny však neexistuje, neboť vývoj rodiny zaznamenal a zaznamenává v posledních letech změny, které odráží odklon od jejího tradičního pojetí. Kramer (1980 in Sobotková, 2007, 24) definuje rodinu takto: „*Rodina je skupina lidí se společnou historií, současnou realitou a budoucím očekáváním vzájemně propojených transakčních vztahů. Členové jsou často (ale ne nutně) vázáni hereditou, legálními manželskými svazky, adopcí nebo společným uspořádáním života v určitém úseku jejich životní cesty. Kdykoli mezi blízkými lidmi existují intenzivní a kontinuální psychologické a emocionální vazby, může být užíván pojem rodina, i když jde o nesezdaný pár, o náhradní rodinu atd.*“

Rodina jako sociální systém plní důležitou funkci pro své členy a společnost, jako je například **členství** v ní (pocit sounáležitosti, pocit osobní a sociální identity, poskytuje smysl a směr života), **ekonomická podpora** (zajišťuje základní potřeby, jako jsou jídlo, domov, oblečení a jiné), **výživa, vzdělání a socializace** (vstípení sociálních hodnot a norem, zajišťuje fyzický, psychologický, sociální a spirituální vývoj dětí) a **ochrana zranitelných členů** (ochrana a péče pro mladé, nemocné, postižené a jinak zranitelné členy; Patterson, 2002a, 2002b). Dunovský a kol. (1999) dále vymezují tyto funkce rodiny: **biologicko-reprodukční**, též označovaná jako **sexuální**, se týká početí a porození nového člena,

a zabezpečení potřebných podmínek života a jeho dalšího vývoje; funkce **ekonomicko-zabezpečovací**, vztahující se na všechny členy rodiny, v současné době je zdůrazňována zejména její spotřební funkce; funkce **emocionální**, která má zejména kohezivní charakter a je jednou z nejdůležitějších podmínek nebo příčin, ale také následků společenské existence; a v neposlední řadě funkce **socializačně-výchovná**, pro kterou je těžištěm prosazování nejlepšího zájmu dítěte, jeho ochrana, uspokojování jeho potřeb a rozvíjení jeho schopností. Lze tedy říci, že v rodině probíhá společenská adaptace dítěte a jeho začleňování do společnosti, jejím prostřednictvím si uvědomuje své místo a svou roli ve společnosti a rodina také určuje jeho sociální status. Minuchin (2013) říká, že některé funkce rodiny, které byly její doménou v minulosti, již převzaly instituce. Za nejdůležitější z rodinných funkcí v současnosti považuje **psychosociální** funkci, tedy podporu jednotlivých členů rodiny.

Dunovský a kol. (1999) dále vymezují také poruchy rodiny, které jsou definovány jako selhání člena či členů rodiny, což se projeví v některé nebo dokonce všech rodinných funkcích. Při hodnocení rodiny a její funkčnosti vychází ze samotného složení rodiny, její stability, sociálně ekonomické situace, osobnosti rodičů a sourozenců a ze zájmu o dítě a péče o něj. Na základě těchto kritérií, je rodina hodnocena jako **funkční** (dobrý vývoj dítěte a jeho prospěch), **problémová** (závažnější poruchy některých nebo všech rodinných funkcí, které ale neohrožují rodinný systém nebo vývoj dítěte), **dysfunkční** (vážné poruchy některých nebo všech rodinných funkcí, které rodinu jako celek bezprostředně ohrožují nebo poškozují, a ohrožují a poškozují také vývoj a prospěch dítěte, přičemž tyto poruchy či dysfunkce není rodina schopna sama zvládnout) a **afunkční** (poruchy jsou tak velkého rozsahu, že rodina neplní svůj základní úkol, dítě je závažně poškozováno či je ohrožena jeho samotná existence). Tímto tématem se zabýval také Beavers (1982 in Sobotková, 2012), který rozlišil rodiny **optimální**, **adekvátní**, **průměrné** a **dysfunkční**. Rodina má mnoho důležitých funkcí, které může plnit lépe nebo hůře. Dle toho lze posuzovat její funkčnost, ale nelze říci, že je funkční rodina úplná a nefunkčnost se týká rodin neúplných (Sobotková, 2012).

2.2 Formy a typologie rodin

Dle strukturálních a strategických vzorců rozlišujeme různé typy rodin. Jednotlivé typologie jsou velmi redukcionistické a nelze jejím prostřednictvím obsáhnout unikátnost rodinného

systému. Některé rodiny jsou **nevyhraněné, přechodové** či **smíšené** (Sobotková, 2012). Kantor a Lehr (1975 in Sobotková, 2012) rozlišují 3 základní typy rodin: **uzavřený rodinný systém**, který má pevnou strukturu (rigidní prostor, stálá energie a pravidelný čas); **otevřený rodinný systém**, kde změna a řád pochází ze vzájemného působení relativně pevných rodinných struktur, které se vyvíjí (pohyblivý prostor, pružná energie a proměnlivý čas) a posledním typem je **náhodný (nepravidelný) rodinný systém**, kde jsou všechny struktury neustálené (rozptýlený prostor, fluktuující energie a nepravidelný čas).

Dříve uznávanými formy rodiny byly rodina nukleární a rodina vícegenerační. V dnešní společnosti není ovšem pojetí rodiny konstruováno biologicky, ale sociálně a hovoříme tedy i o jiných rodinných formách. Setkáváme se tedy s **neúplnou rodinou** (rodina s jedním rodičem), **rozšířenou/doplňnou rodinou** (další sňatek nebo partnerství rodiče přináší do rodiny nového člena), **třígenerační rodinou** (prarodiče jsou zde v rodičovských rolích, rodiny sdílí společnou domácnost), **bezdětnou rodinou**, **adoptivní rodinou** či další **sociálně tvořenou rodinou** a podobně (Gjuričová & Kubička, 2009).

Walshová (2002) uvádí, že jedním stále přetrvávajícím mýtem v oblasti forem rodiny je, že existuje pouze jedna jediná správná forma rodiny, která je nezbytná pro zdravý vývoj dítěte, a tou je ideál z 50. let minulého století, kterou představuje nedotčená nukleární rodina, v čele s otcem jakožto živitelem rodiny, který je podporován matkou, hospodyní. Tento mýtus vede ke stigmatizaci jiných rodinných forem a způsobuje to, že jsou společností vnímány jako „nenormální“. Podotýká, že se s rodinnou rozmanitostí setkáváme napříč historií a různými kulturami, a celé řady výzkumů potvrdily, že jsou dobře fungující rodiny a zdravě se vyvíjející děti v různých formálních i neformálních příbuzenských vztazích. Kromě toho, mají rodinné typologie tendenci být statické a akontextuální, pokud se nezabývají vypořádáváním se problémy rodiny v čase a v sociálním kontextu. Na čem podle autorky záleží nejvíc, jsou rodinné procesy, které zahrnují kvalitní péči a pevné vztahy. Těmto procesům se budeme více věnovat v nadcházejících podkapitolách.

2.3 Rodinné fungování

Rodinné fungování je multidimenzionální, s několika procesy charakterizujícími rodinnou jednotku jako celek, jako je soudržnost, flexibilita, afektivní a instrumentální komunikace, kontrola chování a tak dále. Pokud si pokládáme otázku „**Jaká je resilientní rodina?**“,

zajímáme se primárně právě o deskripci těchto složek rodinného fungování (Patterson, 2002a).

Minuchin (2013) hovoří o rodinné struktuře, která je tvořena neviditelným souborem funkčních požadavků, které organizují způsob, jakým se jednotliví členové rodiny chovají. Walshová (1998), která se dlouhodobě zabývala resiliencí jedinců, ale svůj zájem přesunula k resilienci rodiny, vymezuje rodinné fungování k popisu jednotlivých vztahových procesů v rodině. Rodinné fungování je velmi složitým jevem, přičemž jeho nosné prvky tvoří dle mnoha autorů **koheze**, **adaptabilita** a **kommunikace**, tedy jevy, kterými se budeme v nadcházejících odstavcích zabývat (Sobotková, 2012).

Rodinnou dynamiku tvoří systém mezi dvěma nebo více členy rodiny (Halstead, Pavkov, Hecker & Seliner, 2014). Olson a jeho kolegové (Olson, Gorall & Tiesel, 2006 in Halstead et al., 2014; Olson, Sprenkle & Russell, 1979) kategorizovali rodinnou dynamiku na dvě kontinua – rodinnou „kohezi“ a „flexibilitu“.

Kohezi neboli také **soudržnost** rodiny tvoří takové síly, které udržují vztahy pohromadě. Z větší části jsou tyto síly pozitivní než negativní. Tento pojem je také často ztotožňován s pojmy, jako jsou věrnost, oddanost (zde z anglického „commitment“) a vyjadřují určitý stupeň intimity v interpersonální oblasti (Sauber et al., 1993 in Sobotková, 2012). Koheze tedy představuje jakési emocionální pouto mezi jednotlivými členy rodiny, představuje vyváženost mezi její pospolitostí (tedy být jejím členem) a možností být mimo rodinu (Walsh, 2003b). Pattersonová (2002), zdůrazňuje, že jsou pro jedince důležité oba tyto aspekty, tedy být členem, příslušníkem nějaké skupiny, tak i zážitek sebe jako jednotlivce. Kohezi lze vymezovat dle spojitého kontinua, v jehož rámci v rodinách pozorujeme velmi **nízkou kohezi** (rodina je rozvolněná, nezúčastněná), **vyváženou kohezi** (rodina je vyvážená) a **velmi vysokou kohezi** (propletená rodina; Halstead et al., 2014). Walshová (2003b), stejně jako výše zmíněná Pattersonová (2002), považuje za vyváženou míru koheze v rodině to, když mají její jednotliví členové své zájmy uskutečňující se mimo rodinu, ale zároveň dělají některé věci dohromady. Walshová (2003a) uvádí, že je potřeba respektovat odlišnosti jednotlivců a jejich možnost separace od rodiny. Adekvátně vyváženou kohezi shrnuje Plaňava (2000, 75): „*Soužití v rodině, je-li fungující, umožňuje rozvíjet osobní autonomii všech členů a současně prožívat intimitu.*“ Pro větší přehlednost zde uvádíme tabulku různých úrovní koheze.

Úroveň koheze	Charakteristika
Rozpojená (nezúčastněná)	Extrémní emocionální separace, nedostatek rodinné loajality, velmi nízká angažovanost nebo interakce, nepříliš častá afektivní reakce. Manželský vztah: vysoká emoční separace, omezená blízkost. Vztah rodič–dítě: malá blízkost, rigidní generační hranice. Zřídka kdy společně trávěný čas, převažují osobní zájmy a kamarádi.
Trochu propojená	Emocionální separace, limitovaná blízkost, přijatelné angažování, příležitostná rodinná loajalita, preferovaný osobní odstup, občasné afektivní reakce. Manželský vztah: emocionální separace, občasné blízkost. Vztah rodič–dítě: občasné blízkost, relativně jasné generační hranice. Aktivita a zájmy individuální, občasné trávení společného času s převahou a preferencí individuálního trávení času.
Propojená	Emocionální blízkost, občasné separace, dobrá rodinná loajalita a angažovanost, občasné osobní odstup, dobrá afektivní reakce. Manželský vztah: emocionální blízkost, občasné separace. Vztah rodič–dítě: vzájemná blízkost, obvykle jasné generační hranice. Individuální kamarádi sdílení s rodinou, rovnováha mezi časem tráveným společně a individuálně.
Velmi propojená	Vysoká emocionální blízkost, občasné separace, vysoká rodinná loajalita, důrazná angažovanost, přípustný osobní odstup, efektivní interakce povzbuzovány a preferovány. Manželský vztah: vysoká emocionální blízkost, nízká separace. Vztah rodič–dítě: vysoká míra blízkosti, jasné generační hranice. Většina času trávená společně (preferováno před individuálními aktivitami), individuální kamarádi často sdílení s rodinou.
Příliš propojená (propletená)	Extrémní emocionální blízkost, velmi malá separace, loajalita je vyžadována, velmi vysoká angažovanost, fúze, nadměrná závislost, vysoká schopnost reagovat a kontrolovat. Manželský vztah: extrémní blízkost, fúze, omezená separace. Vztah rodič–dítě: nadměrná blízkost, nedostatečné generační hranice. Individuální aktivity považovány za neloajální, preference společně tráveného času a společných přátel.

Tabulka 1: Úrovně rodinné koheze (Walsh, 2003b)

Další složkou rodinné dynamiky je **flexibilita** neboli také **pružnost** či **adaptabilita**, která je definována jako schopnost rodiny přizpůsobit se změnám či jako schopnost nalezení rovnováhy mezi stabilitou a změnou (Fishman, 1993 in Halstead et al., 2014; Walsh, 2003b). Podobně jako u koheze, rozlišujeme různé stupně flexibility, které tvoří spojitě kontinuum. Velmi malá flexibilita mezi rodinnými pravidly a sdílením moci je považována za rigidní, zatímco příliš velká flexibilita v rodinných interakcích a pravidlech je považována za chaotickou. Optimální množství flexibility v rodinných interakcích je zdravé a vyvážené, extrémy v kontinuu koheze a flexibility reprezentují rodinné interakce, které jsou dysfunkční a vedou k individuální patologii (Fishman, 1993 in Halstead et al., 2014).

Součástí pružnosti jsou například pravidla, role a rutina v rodině, podle kterých hodnotíme různé úrovně flexibility (viz tabulka) (Walsh, 1998, 2003b). V tom, jaká je

optimální úroveň flexibility, se autoři příliš neshodují. Pro některé je ideálem střední míra flexibility, jiní jsou zastánci názoru, že čím je rodina flexibilnější, tím lepší je rodinné fungování. Zde je třeba brát ohled na ideální poměr mezi stabilitou a změnou, tak aby si rodina zachovala a udržela určitou integritu a kontinuitu (Patterson, 2002; Sobotková, 2012). Vedle flexibility rutina utváří organizovanost rodinného soužití, které dodává jednotlivým členům rodiny pocit bezpečí. Pro Walshovou (2003) je flexibilita klíčovým procesem rodinné resilience.

Úroveň flexibility	Charakteristika
Nepružná (rigidní)	Autoritativní vedení. Disciplína: autokratické „právo a pořádek“, striktní a přísné důsledky, žádná shovívavost. Omezené vyjednávání, rozhodnutí jsou v rukou rodičů. Role: limitovaný repertoár, striktně definované role, nemění se rutina. Neměnná pravidla, striktně prosazována a vymáhána.
Trochu flexibilní	Primárně autoritativní, ale někdy rovnostářské vedení. Disciplína: trochu demokratická, předvídatelné důsledky, lehká shovívavost. Strukturované vyjednávání, rozhodnutí v rukou rodičů. Role: stabilní, ale mohou být sdílené, několik změn v rolích, rutina se mění zřídka. Několik pravidel se může měnit, jsou však pevně prosazována.
Flexibilní	Obvykle rovnostářské vedení. Disciplína: často demokratická, poněkud shovívavá. Flexibilní vyjednávání, obecně dohodnutá rozhodnutí. Role: sdílené, některé změny v rolích, rutina se občas mění. Některá pravidla se mohou měnit, jsou obvykle prosazována.
Velmi flexibilní	Rovnostářské vedení s proměnlivými změnami. Disciplína: obvykle demokratická, obvykle vyjednáváná rozhodnutí, obecně mírná. Flexibilní vyjednávání, obecně dohodnutá rozhodnutí. Role: sdílené a vytvářené, proměnlivé změny, rutina se mnohdy mění. Pravidla jsou často měněna, prosazována flexibilně.
Příliš flexibilní (chaotická)	Limitované a/nebo nepředvídatelné vedení. Disciplína: nedbalá a neefektivní, nekonzistentní důsledky, velmi shovívavá. Nekonečné vyjednávání, impulzivní rozhodnutí. Role: nejasné, malá rutina. Časté změny pravidel, nekonzistentně prosazována.

Tabulka 2: Úrovně rodinné flexibility (Walsh, 1998, 2003b)

S rodinou kohezí a flexibilitou úzce souvisí **hranice** v rodině. Hranice jsou dle Minuchina (2013) tvořeny pravidly, která určují, kdo se do čeho a jak zapojuje, jejich účelem je chránit rozlišení v systému. Rodinný systém je tvořen subsystemy, přičemž každý subsystem má určité úkoly, ze kterých vyplývají požadavky pro jednotlivé členy těchto subsystemů. To je v souladu s Plaňavou (2000), který říká, že lze strukturu rodiny vyzorovat z práv a povinností jejich jednotlivých členů a běžných činností, které se týkají chodu rodiny. Minuchin (2013) dále dodává, že pokud má rodina správně fungovat, je nutné, aby byly hranice subsystemů naprosto zřetelné. Dle hranic a stupně jejich vymezení můžeme

posuzovat rodinné fungování. Sobotková (2012) popisuje hranice jako neviditelné linie, které oddělují jednotlivé subsystémy. Dle jejího názoru by měla mít funkční rodina jasně vymezené hranice, které jednotliví členové respektují, zároveň je však nutná komunikace mezi jednotlivými subsystémy (například subsystém rodičů a subsystém dětí). Hranice musí být tedy do určité míry permeabilní, a to i směrem k okolí, ne však do takové míry, aby byla rodina vůči okolí až přehnaně otevřená.

Existují rodiny, které se obracejí samy do sebe, lze u nich pozorovat zvýšený zájem o komunikaci mezi rodinnými příslušníky. Vzdálenost je menší a hranice jsou smazány, rozlišení se rozptýlí v rodinném systému. V systému může dojít k přetížení v důsledku nedostatečných prostředků, k přizpůsobení se a ke změně. U jiných rodin lze pozorovat rigidní hranice, kde je naopak komunikace mezi jednotlivými subsystémy velmi nízká, a rodinné ochranné funkce jsou oslabeny. Tyto dvě podoby hranic v rodinných systémech nazývá Minuchin (2013) jako **propletené** a **rozvolněné** a obě představují krajní podoby fungování hranic. Minuchin (2013, 58) dále vymezuje propletené a rozvolněné hranice takto: „*Propletená rodina reaguje na jakoukoli odchylku od obvyklé rutiny s nepřiměřenou rychlostí a intenzitou. Rozvolněná rodina většinou nereaguje tam, kde je reakce zapotřebí.*“ Zde je nutné uvést, že je však potřeba dbát vývojového hlediska rodiny, neboť například v určitém období je zcela normální a běžné, že je matka propletená s malým dítětem.

To, jak jsou hranice zřetelné či méně jasné, lze vyjádřit kontinuem, kde existují plynulé přechody, to znamená, že hranice mohou být až příliš pevné (rigidní), akceptované všemi (jasné) nebo nejasné, tedy difúzní a velmi slabé. Jejich proměnlivost je závislá na typu rodinného systému, vývojové fázi a konkrétní situaci, ve které se rodina nachází. Rodinný systém a jeho organizovanost přímo úměrně ovlivňuje míru propustnosti hranic. Silná organizace tedy značí nepropustnost (extrémem je izolovanost rodiny), zatímco slabá organizace rodiny bývá velmi permeabilní (téměř vždy rodinná dysfunkce, rodina je dezorganizovaná), optimální je střední míra otevřenosti (Sobotková, 2012).

Jak už bylo výše zmíněno, vyplývají hranice z práv a povinností jednotlivých členů rodiny. Satirová (1994) uvádí, že se lidé ve svém cítění a konání řídí pravidly, která se nakonec vyvinou v rodinný systém. Dle jejího názoru by měla být tato pravidla pružná, humánní, přiměřená a změnitelná; v narušených rodinách vyznívala pravidla přísná, nelidská, nediskutovatelná. Pravidla nemusí být vždy všem srozumitelná a některé informace mohou být pro jiné členy zavádějící, v takových situacích dochází

k nedorozuměním. Je důležité vědět, že v rodině existují i pravidla nevyslovená, která i přesto ovlivňují chod rodiny. Jak uvádí Matoušek (2003), můžeme rodinná pravidla vyčíst také z každodenních stereotypů rodinné komunikace, ovšem vyplývá zde otázka, zda tyto stereotypy komunikaci usnadňují, nebo znesnadňují.

Dalším jevem, vyskytujícím se v rodinném fungování, jsou **koalice**, tedy spojení mezi určitými členy rodiny, které může být funkční, ale i nefunkční (Sobotková, 2012). Langmeier, Balcar a Špitz (2000) vymezují rozdíl mezi aliancí a koalicí. Zatímco aliance je spojenectvím, které sleduje společný cíl, představuje koalice spojení lidí, jejichž sdílený zájem je namířen proti zájmu jiných členů.

Za funkční a zdravou koalici je považována manželská koalice, která by měla tvořit nejsilnější článek v rodině a zároveň být otevřená jiným vazbám, které jsou pro každého člena rovnoměrné. Mezi dysfunkční schémata se řadí **schizmatická koalice**, v níž nalezneme spojení napříč generacemi a mezi odlišnými či stejnými pohlavími (tedy rodič–dítě), zatímco manželská koalice je velmi slabá nebo úplně chybí. V případě **asymetrické koalice** se členové rodiny spojí proti jednomu členu rodiny, který je izolován. **Generační koalici** tvoří spojení rodičů a spojení dětí, mezi těmito koalicemi (rodiče–děti) nalezneme velmi slabý vztah, extrémem je generační propast. V rodinách, které nemají jasné a zřetelné hranice, nacházíme **totální koalice**, v nichž jsou vazby jednotlivých členů tak těsné, že jednání a pocity jednoho člena přímo ovlivní jiné členy rodiny. Posledním typem je **pseudodemokratická koalice**, ve které mají všechny vazby přibližně stejný význam, ale manželské a rodičovské role nejsou příliš dobře odlišeny (Sobotková, 2012).

Dalším důležitým prvkem v rodinném fungování jsou **rodinné rituály**, tedy specifické a pro rodinu typické ustálené průběhy některých činností (Sobotková, 2012). Rosenthal a Marshall (1988) považují rodinné rituály za komplexní behaviorální praktiky, které se provádějí systematicky v průběhu času. Sobotková (2012) uvádí, že mohou mít podobu každodenních rutinních činností, ale patří zde také slavnostní příležitosti (oslavy narozenin, slavení svátků atd.). Rosenthal a Marshall (1988) toto dělení dále rozvíjí v tom smyslu, že rozdělují rituály do třech obecných kategorií: **nevšední** (například dovolená či přechodové rituály), **tradiční** (oslavy narozenin a výročí) a **denní rutiny** (společné jídlo). Rituály rodinám pomáhají zvládat nároky, jejich funkce je ochranná, pomocná, stabilizační (formují rodinnou identitu v dobách její inovace) a kohezivní. Ačkoli jsou rodinné rituály univerzální,

můžeme pozorovat značnou rozmanitost a změny v jejich praktikování v průběhu času (Rosenthal & Marshall, 1988; Sobotková, 2012). Kiser, Bennett, Heston a Paavola (2005) jsou zastánci toho názoru, že vykonávání rituálů má zdravé důsledky pro rodiny, a to zvláště pro děti. Ve svém výzkumu, kde se zaměřili na rituály 21 rodin, jejichž adolescenti byli v psychiatrické péči, a 21 rodin, jejichž dospívající v psychiatrické péči nebyli, dospěli k závěru, že jsou rituály pomocníkem při řešení rodinných problémů. V tomto výzkumu se ukázalo, že rodiny s adolescenty, kteří nebyli v psychiatrické péči, praktikovali více rodinných rituálů a míra rituálů v rodině také souvisela s problémy dospívajících.

2.4 Rodina a stres

Duševní onemocnění dítěte představuje pro rodinu určitou zátěž, která je spojena se stresem. Rodina by měla představovat nedílnou součást léčby dětí a adolescentů. Jak uvádí Sobotková (2012), dochází v rodinách, kde představuje nemocné či postižené dítě největší stresor ke dvojí reakci – se rodina buď semkne dohromady a její fungování je v pořádku, nebo zde dochází ke hroucení partnerského vztahu.

Rodinný stres je vnímán jako nespecifický požadavek na adaptační chování rodiny, jeho úroveň se odvíjí od závažnosti a síly stresoru a záleží na tom, jak jej rodina chápe a klasifikuje, na jejích zdrojích a možnostech tento stresor zvládnout a na individuální fyzické a psychické kondici jednotlivých členů rodiny. Důležité jsou i jiné prvky rodinného fungování (Sobotková, 2012).

Rodinný distres představuje negativní stav, který v rodině vyvolává nerovnováhu a disharmonii, může být důsledkem neúspěšných pokusů vypořádat se se zdrcující situací. Symptomy mohou být vyvolány krizovou událostí, hromaděním vnitřních a vnějších stresorů může rodinu přemoci a zvýšit riziko následných problémů (Boss, 2001 in Walsh, 2002; McCubbin & Patterson, 1983 in Walsh, 2002; Sobotková, 2012).

Rodinný stres úzce souvisí s resiliencí rodiny. Byly vytvořeny modely, které popisují, jakým způsobem rodina reaguje na stres a co jí pomáhá zvládat zátěžové situace. V této práci se budeme zabývat modelem **FAAR** (Family Adjustment and Adaptation Response), který popisuje, jakým způsobem se rodina vypořádává s nároky a požadavky stresové situace a jaké jsou její možnosti při zvládnutí těchto nároků, tedy zdůrazňuje vazbu mezi teorií rodinného stresu a perspektivou rodinné resilience (Patterson, 2002; Sobotková, 2012).

Tento model rodinné resilience rozlišuje dvě podstatné fáze – **adjustaci** a **adaptaci**. Přestože je jejich význam při přeložení z anglického do českého jazyka totožný (přizpůsobení), nelze mezi tyto pojmy vkládat rovnítko. Rodina při reakci na stres totiž nejprve podstupuje fázi adjustace, což lze chápat jako prvotní a bezprostřední reakci na nové nároky, kdežto k adaptaci dochází až poté, co rodina ve fázi adjustace selhala a dostala se do krizové situace (Sobotková, 2012).

V adjustační fázi tedy dochází ke střetávání nároků, tedy rizikových faktorů, které rodinu ohrožují, a protektivních faktorů, tedy možností, kterými rodina disponuje. Ve FAAR modelu jsou zdůrazněny čtyři ústřední koncepty: rodiny jsou součástí aktivních procesů, které vyvažují nároky rodiny a schopnosti rodiny, které interagují s rodinnými významy, aby nastala adjustace či adaptace (Patterson 1988, 1993 in Patterson 2002; Patterson, 2002).

Rodinné požadavky nebo také rizikové faktory jsou tvořeny normativními a nenormativními stresory probíhajícími rodinným napětím (nevyřešené záležitosti) a každodenními obtížemi (drobné narušení každodenního života). Rodinné možnosti, tedy faktory protektivní, zahrnují hmotné a psychosociální zdroje (co rodina má) a copingové strategie (co rodina dělá). Nároky a možnosti rodiny mohou pocházet ze tří úrovní ekosystému: jednotlivých rodinných příslušníků (diagnóza dítěte), rodinné jednotky (manželský konflikt ohledně zvládnutí diagnózy dítěte) a z různých společenských kontextů (společenské stigma týkající se diagnózy dítěte; Patterson, 2002; Sobotková, 2012).

Boss (2001 in Patterson 2002) zdůrazňuje souvislosti rodinného stresu a potřebu zohlednit společenské a kulturní kontexty, ve kterých se rodina nachází, v rámci pochopení, proč a jak jsou rodiny ve stresu, a také pro pochopení, proč a jak na stres reagují. Rodina tedy ve fázi adjustace hodnotí závažnost stresoru (do jaké míry ovlivňuje její stabilitu a jak velké riziko představuje vzhledem k možnostem rodiny), do jaké míry je zranitelná (vulnerabilita se odvíjí zejména od organizace rodiny a interpersonálních vztahů) versus to, jaké jsou její možnosti. Možnosti rodiny jsou hmotné a psychosociální, a dále se dělí na vnější a vnitřní. Mezi **vnější zdroje** patří zejména sociální podpůrná síť, kulturní úroveň rodiny a její socioekonomická stabilita. Zde zdůrazněme, že je zejména sociální opora rodiny vyzdvihována při konfrontaci rodiny se zátěžovou událostí a je považována za „narázník“ či mediátor mezi stresem a potenciální rodinnou krizí. Dle Břicháčka (2002) pomáhá účinná sociální síť či podpora v okolí snižovat riziko zranitelnosti rodiny, zejména při řešení obtížných situací.

Dle Cobba (1976) poskytuje širší sociální okolí rodině emoční podporu, která s sebou nese pocit, že jsou členové rodiny milováni a je o ně pečováno, je podporováno jejich sebevědomí (tedy pocit, že jsou ceněni a respektováni), a takzvanou „sít'ovou podporu“, což znamená, že se rodina má na koho obrátit, má u koho nalézt pocit vzájemného pochopení, podpory, má se s kým poradit. Sobotková (2012) dodává, že sociální opora podporuje zmírnění subjektivní tíže daného problému, chrání jednotlivce i celou rodinu a usnadňuje zvládání životních a každodenních těžkostí.

House (1981 in Sobotková) a později také další autoři, vymezil čtyři důležité složky sociální opory, kterými jsou: **emocionální pomoc** (empatie, porozumění, láska), **instrumentální** neboli **praktická pomoc** (zahrnuje v sobě různé druhy pomoci, například finanční, hmotnou, pomoc při různých činnostech atd.), **informační pomoc**, pomoc při **hodnocení situace** (posílení sebehodnocení, poskytnutí naděje v obtížné situaci, pozitivní náhled).

Mezi **vnitřní zdroje** řadíme ty osobní (individuální) a rodinné (systémové). Mezi individuální zdroje se řadí například znalosti, dovednosti, inteligence, fyzické a psychické zdraví, smysl pro humor a další, mezi ony rodinné vnitřní zdroje náleží rodinné tradice, organizace a pravidla, koheze a flexibilita, jasná komunikace a sdílená duchovní orientace. Ke copingovým strategiím jen poznamenáme, že jsou přímo úměrně odpovídající funkčnosti rodiny v aktuálním čase.

Pokud je tedy rodina schopna čelit nárokům a vyváží je svými možnostmi, dochází při setkání se stresem k dobré adaptaci, při které v rodině mohou nastat malé změny (například v rodinném fungování či rodinném systému), rodina je v rovnováze, harmonii. Pokud však nároky převýší rodinné možnosti a rodina není schopna dosáhnout stability, dochází k rodinné krizi, která je počátkem fáze adaptační. Rodinná krize je chápána jako období významné nerovnováhy a dezorganizace rodinného fungování, neznamená to však, že by byla rodina dysfunkční. Krize často pro rodinu představuje zlom, což vede ke změnám v její struktuře, interakčních vzorcích či obojímu (Patterson, 2002; Sobotková, 2012).

K překonání krize už nestačí pouze malé změny v rodinném fungování, ale účinnější a nové vzorce fungování, které přinášejí změnu do rodinné dynamiky, což vede k překonání stresu a nároků dané situace. Pokud jsou nové vzorce fungování účinné, jsou mobilizovány zdroje rodiny a její copingové strategie jsou účinné, dochází tak k adaptaci rodiny. V opačném případě dochází k prohlubování krize a nárůstu vulnerability rodiny. Ta se ocitá

ve stavu **maladaptace**, ve kterém se opětovně pokouší o změnu fungování a nastolení harmonie. Pokud je tento proces neúspěšný, stává se rodina dysfunkční (Sobotková, 2012).

2.5 Rodinná resilience

Se zdravým rodinným fungováním, ale i rodinným stresem úzce souvisí rodinná resilience. Pattersonová (2002b) je zastánkyní toho názoru, že většina výzkumníků vidí resilienci jako proces, při němž dochází ke vzájemné interakci mezi rizikovými a protektivními faktory, které se vztahují ke konkrétním výsledkům. Také Břicháček (2002) chápe pod odolností rodiny proměnlivý proces, při němž se rodina vyrovnává a přizpůsobuje změnám ve svém vývoji, ale také změnám ve vnějším prostředí (ve světě). Walshová (1998) hovoří o tom, že se rodinná resilience týká copingových a adaptačních procesů v rodině jako její funkční jednotky. Přístup rodinné resilience se zakládá na rozvoji posílení rodinné kapacity zvládat nepříznivé události (Walsh 1996, 1998).

Základním předpokladem tohoto přístupu je skutečnost, že stresové krize a přetrvávající výzvy ovlivňují celou rodinu, a naopak klíčové rodinné procesy zprostředkovávají zotavení a resilienci zranitelných členů i rodinné jednotky (Walsh, 2002). Sobotková (2012) dále uvádí, že v sobě tento pojem také zahrnuje potenciál pro rozvoj a růst osobnosti členů rodiny, může dojít také k přehodnocení hodnotového žebříčku v rodině, jednotliví členové v sobě mohou objevit ve stresovém období nové schopnosti. Stejně jako výše zmínění autoři i ona chápe rodinnou resilienci ne jako stabilní rys, ale zdůrazňuje její dynamický aspekt.

Břicháček (2002, 10) vymezuje odolnost rodiny takto: „*Odolností rodiny se rozumí dynamická rovnováha mezi: a) udržením funkcí rodiny při různých zátěžích a tensích; b) kapacitou jednotlivých členů vzájemně se podporovat, komunikovat a vyrovnávat se s obtížemi. Předpokladem bývá vytvoření identity rodiny, stylu života, pohledu na svět a pochopení vývojových fází rodiny.*“ Autor hovoří o rizicích, která mohou být pro rodinu zátěžová. V první řadě to jsou neočekávané traumatizující události, ke kterým řadí například nemoci, úrazy, přírodní a jiné katastrofy. Na druhou stranu považuje za nezanedbatelná i běžná, všednodenní rizika, která dle jeho názoru mohou být ve svém důsledku pro rodinu obtížnější zvládnutelná než velmi negativní jednorázová událost.

V protikladu k rizikovým faktorům vymezuje Břicháček (2002) faktory protektivní, posilující odolnost rodiny:

- Zralé osobnosti vstupující do manželství. Tito lidé by měli být odpovědní, autentičtí, empatičtí a vzájemně se respektující.
- Schopnost se vzájemně přizpůsobovat, být flexibilní a vzájemně se posilovat v životních nesnázích.
- Přijímat informace od druhých, společně se rozhodovat, racionálně řešit problémy a přijímat nové zkušenosti.
- V komunikaci převládá vzájemné naslouchání se snahou pochopit protistranu, otevřeně vyjadřovat emoce. Ve vztazích je důležitým prvkem smysl pro humor.
- Vztahy jsou založené na lásce, důvěře, dialogu, zájmu o druhého.
- Každý člen rodiny má práva, ale i povinnosti a respektuje práva a povinnosti druhých. Členové se navzájem respektují a jsou si vzájemnou oporou.
- Rodina jako systém má svá pravidla, ale i prostor pro změnu, ke které dochází pod vlivem vnitřních i vnějších okolností.
- Rodina má své širší zázemí, které je propojené pozitivními vztahy a častými interakcemi.

Pro větší přehlednost uvádíme na následující straně tabulku dle Walshové (1998, 2002, 2003a, 2003b), která se rodinnou resiliencí dlouhodobě zabývá. Walshová (1996, 1998) nám poskytuje rámec, který vychází z výzkumů z oblasti společenských věd a klinické praxe a jehož cílem je pochopit klíčové proměnné, přispívající k individuální resilienci a dobře fungujícím rodinám. Tento rámec poskytuje koncepční plán pro identifikaci a zaměření klíčových rodinných procesů v rámci tří domén rodinného fungování: **systém přesvědčení, organizační struktury a komunikační procesy**. Tyto procesy umožňují rodině ustát dlouhodobou zátěž či stres nebo překonat krizové situace. V tabulce uvádíme klíčové procesy rodinné resilience, jejich jednotlivé složky a popis. Dále se budeme věnovat těmto jednotlivým složkám v samostatných podkapitolách.

Klíčové procesy v rodinné resilienci	Jednotlivé složky a jejich popis
systém přesvědčení	- Utváření smyslu v nesnázích - Sense of coherence: krize jako smysluplná, srozumitelná, zvládnutelná výzva; - Normalizace, kontextualizace a zhodnocení nesnází a distresu, zotavení; - Kauzální atribuce.
	- Pozitivní pohled - Aktivní iniciativa a vytrvalost, Neutuchající naděje, optimistický pohled; - Odvaha a povzbuzení, soustředění se na sílu a potenciál; - Zvládnutí možného, přijetí toho, co nelze změnit.
	- Transcendence a spiritualita - Vyšší hodnota, účel; - Spiritualita: víra, církevní podpora, hojivé rituály; - Inspirace: představa nových možností, tvůrčí vyjádření, sociální akce; - Transformace: učení, změna a růst z nesnází.
organizační struktury	- Flexibilita - Kapacita/otevřenost změně: reorganizace, adaptace, které odpovídají novým výzvám; - Stabilita skrze narušení: kontinuita, spolehlivost, dokončení; - Silné autoritativní vedení: výživa, ochrana, vedení - Rozmanité rodinné formy: kooperativní rodičovství/týmy poskytující péče; - Partnerské/rodičovské vztahy: rovnocenní partneři.
	- Spojitosť/koheze - Vzájemná podpora, spolupráce a závazek; - Respektování potřeb jednotlivce, rozdílností a hranic; - Úsilí o opětovné propojení, usmíření zraněných vztahů.
	- Sociální a ekonomické zdroje - Mobilizace příbuzenských, sociálních a komunitních sítí; - Budování finančního zabezpečení: rovnováha mezi pracovní/rodinnou zátěží.
komunikace/řešení problémů	- Jasná komunikace - Jasně a konzistentní zprávy (slova a činy); - Vyjasnění nejednoznačných informací, domáhání se pravdy/hovoření pravdy.
	- Otevřené vyjadřování emocí - Sdílení pocitů (radost, bolest, naděje a obavy); - Vzájemná empatie: tolerance pro odlišnost; - Přijetí odpovědnosti za vlastní pocity a chování; vyvarovat se obviňování; - Příjemné interakce; humor.
	- Společné řešení problémů - Kreativní brainstorming; vynalézavost; chopení se příležitostí; - Sdílené rozhodování; řešení konfliktů: vyjednávání, spravedlnost, reciprocita; - Zaměření se na cíle; přijmout konkrétní kroky; stavět na úspěchu; poučit se z chyb; - Proaktivní postoj: prevence problémů; odvrácení krize, připravit se na budoucí výzvy.

Tabulka 3: Klíčové procesy rodinné resilience (Walsh 1998, 2002, 2003a, 2003b)

2.5.1 Systém přesvědčení

Rodinná resilience je podporována sdílenými přesvědčeními, která pomáhají členům rodiny utvářet smysl v krizových situacích, zajišťují pozitivní, nadějný postoj a poskytují transcendentní nebo spirituální hodnoty či smysl (Walsh, 2002). Rodinám lze pomoci získat **sense of coherence** (Antonovsky & Sourani, 1988) přepracováním krizových situací ve společnou výzvu, která je srozumitelná, zvládnutelná a smysluplná. Normalizace a kontextualizace distresu členů jakožto přirozené a pochopitelné věci v jejich krizové situaci může zmírnit jejich reakce a redukovat pocity hanby a viny.

Rodinný systém přesvědčení silně ovlivňuje, jak rodina nazírá na krize, utrpení a své možnosti, ale také to, jak se s těmito událostmi vyrovnává (Walsh, 2006). Sdílené konstrukce reality se objevují prostřednictvím rodinných a sociálních transakcí, systémy přesvědčení organizují rodinné procesy a přístup ke krizovým situacím a mohou být zásadně pozměněny takovou zkušeností. Resilience je podporována sdílenými usnadňujícími přesvědčeními, která zvyšují možnosti řešení problémů, uzdravení a růstu. Pomáhají jednotlivým členům utvářet smysl krizových situací, poskytují nadějně pozitivní vyhlídky a nabízí transcendentní či spirituální spojení (Walsh, 2003b).

Jedním z důležitých prvků systému přesvědčení je pozitivní pohled a naděje. Významné množství výzkumů prokázalo silný efekt pozitivního pohledu na vyrovnávání se se stresem, zotavování se z krizí a překonávání překážek vedoucích k úspěchu (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Naděje je do budoucna orientované přesvědčení, které nám poskytuje ujištění, že nehledě na to, jak pochmurná je naše současná situace, můžeme si představovat lepší budoucnost. Pozitivní pohled a naděje umožňují vidět nové možnosti, využít potencionální zdroje a snažit se překonat překážky (Walsh, 2003b). Bylo prokázáno, že vysoko-funkční rodiny disponují více optimistickým pohledem na život (Beavers & Hampson, 1990 in Walsh, 2003b). Dalším důležitým konceptem je Seligmanův (1990 in Walsh, 2003b) naučený optimismus. Autor usuzuje, že může být optimismus naučen prostřednictvím zkušeností úspěšného zvládnutí a budováním důvěry, že úsilí člověka může vést ke změně.

Dalšími důležitými prvky v systému přesvědčení jsou transcendence a spiritualita. Spiritualita v sobě obsahuje různé praktiky a přesvědčení související s transcendencí a spiritualitou, zatímco náboženství bývá obvykle institucionalizované a organizované (Walsh, 1998, 2003b). Mnoho rodin nachází sílu, útěchu a vedení v nesnázích

prostřednictvím spojení s jejich kulturními a náboženskými tradicemi. Spirituální zdroje, přes hlubokou víru, rituály, ceremonie a praktiky, jako jsou modlení a meditace, náboženská/kongregační příslušnost, jsou považovány za významné prameny resilience. Mnoho lidí také nachází spirituální „potravu“ mimo formální náboženství, například v osobním hlubokém spojení se s přírodou, muzikou nebo „vyšší mocí“ (Walsh, 2003b).

2.5.2 Komunikace a řešení problémů

Satirová (1994) považuje komunikaci za způsoby, kterými se lidé vzájemně dorozumívají. Dle jejího názoru je komunikace jedním z nejdůležitějších faktorů toho, jaké jsou naše vztahy, anebo jaký dáváme životu smysl. Walshová (2003b) považuje komunikaci za výměnu informací.

Dle Walshové (2003b) komunikační proces podporuje resilienci objasňováním krizových situací, povzbuzuje expresi emocí a podporuje spolupráci při řešení problémů. Sobotková (2012) považuje rodinnou komunikaci za jednu z klíčových proměnných, která se řadí ke komponentám zdravého rodinného fungování. S tím souhlasí také Walshová (2003b), která dodává, že jasná a kongruentní sdělení usnadňují efektivní rodinné fungování. Matoušek (2003, 77) dodává: *„rodina je prostředím, kde si lidé k sobě nutně musejí vytvářet vztahy a nutně musejí komunikovat. Všechno, co říkají a dělají, dostává komunikační význam. I absence akce je akcí.“*

Komunikace má dvojí význam a dle toho se také dělí na **instrumentální** a **afektivní**. Afektivní komunikace se týká emocí a jejich vyjadřování, instrumentální je prostředkem, pomocí kterého dosahujeme určitého cíle (například se týká řešení rodiny, jak co udělat, nastavení rodinných pravidel atd.; Patterson, 2002; Walsh, 2003b). Ujasňování a sdílení zásadních informací v rodině týkajících se krize či budoucích očekávání usnadňuje utváření smyslu těchto situací, vytváří autentické vztahy a informované rozhodování, zatímco nejednoznačnost nebo utajování mohou blokovat porozumění, blízkost a zvládnutí situace (Boss, 1999 in Walsh, 2003b).

Otevřená komunikace, která je podporována vzájemnou důvěrou, empatií a tolerancí pro odlišnosti, umožňuje členům rodiny sdílet širokou škálu pocitů, které mohou být podníceny krizovými událostmi či chronickým stresem. Pokud jsou emoce intenzivní, může dojít k propuknutí konfliktu. Pokud se členové rodiny začnou cítit v krizových situacích mimo kontrolu, mohou se pokusit navzájem ovládat. Pokud nemohou být silné emoce

sdíleny s našimi milovanými, narůstá riziko zneužívání návykových látek a může dojít k propuknutí symptomů deprese, sebepoškozujícího chování, vztahovým konfliktům nebo k odcizení. Povzbuzování párů a rodin ve sdílení pocitů je příznivým faktorem pro zvýšení resilience. Nalezení potěšení a humorných momentů uprostřed bolesti nabízí oddech, úlevu a pozvednutí na duchu (Walsh, 2003b).

Další z podstatných stránek komunikace je řešení problémů. Společné řešení problémů a konfliktů je nezbytnou stránkou rodinné resilience. Kreativní brainstorming otevírá nové možnosti pro překonání nepřízně a pro léčbu a růst vyplývající z neštěstí. Společné rozhodování a řešení konfliktů zahrnuje spravedlivé vyjednávání o rozdílech a reciprocitu napříč časem, tak aby se jednotliví členové rodiny dokázali sobě vzájemně přizpůsobit. Resilientní rodiny si stanoví jasné cíle a priority a podniknou konkrétní kroky k jejich dosažení. Vše budují na malých úspěších a selhání pro ně představuje zážitek, ze kterého se mohou poučit (Walsh, 2003b).

Úroveň komunikace	Charakteristika
Nízká	Vzácné diskuze o sobě, pocitech a vztazích, rozpor mezi verbálním a neverbálním sdělením, nekonzistentní či nejasné verbální sdělení, časté a nevhodné změny témat, nedostatek respektu vůči pocitům a sdělením ostatních, nerespektující a znevažující postoj.
Střední (usnadňující)	Občasná diskuze o sobě, pocitech a vztazích, určité stupně jasné komunikace, ale nekonzistentní a nerespektující v průběhu času a mezi jednotlivými členy, občasná nekongruentní sdělení, určité rozpory v neverbální složce, nepřiměřené změny témat.
Vysoká	Otevřená diskuze o sobě, pocitech a vztazích, jasná verbální sdělení, kongruentní zprávy, návazná komunikace, pouze drobné rozpory v neverbální složce, vhodná změna témat, respektování pocitů a sdělení ostatních.

Tabulka 4: Úrovně rodinné komunikace (Walsh, 2003b)

3 RODINA A ADOLESCENT S DEPRESÍ

Obsahem této kapitoly je rodina a adolescent s depresí a měla by shrnout a propojit poznatky předcházejících dvou kapitol. Náplní nadcházejících podkapitol tedy budou rodinní příslušníci duševně nemocných osob, jejich vyrovnávání se s diagnózou psychické poruchy a změny rodinné dynamiky. Budeme se zde také zabývat možnými rodinnými souvislostmi u dětí a dospívajících s depresí, zaměříme se na rodinné vzorce a faktory, které se dle výzkumných šetření vyskytují v těchto rodinách. Prostor bude věnován také stigmatizaci dětí a dospívajících s depresí, ale také přidružené stigmatizaci členů rodiny.

3.1 Dopad deprese na rodinný systém

Jakékoli onemocnění v rodině, ať už se jedná o diagnózu somatického, či psychického onemocnění, představuje pro rodinu enormní zátěž. Již přes více než 60 let si odborníci na duševní zdraví začali uvědomovat skutečnost, že duševní onemocnění není pouze lokalizovaný jev, týkající se člověka s tímto onemocněním, ale je jevem, který ovlivňuje psychosociální dynamiku a adaptaci mezi celou rodinou jako celkem (Friedmann et al., 1997).

Nejenom rodiče, ale i jednotliví členové rodiny, tedy rodiny dítěte s duševním onemocněním, zažívají značnou ztrátu, na kterou reagují žalem. Takový smutek negativně ovlivňuje fyzické a psychické zdraví rodinných členů a také vztahy mezi příbuznými. Tato ztráta je líčena jako „nehmotná, ale skutečná“ a k jejím příznakům patří nejenom smutek, ale i vtíravé myšlenky, emoce, posedlost duševní nemocí příbuzného a obtíže při přijímání podmínek této situace. Pocity rodinných příslušníků mohou být ambivalentní, vůči nemocnému pociťují hněv, ale současně pocity viny a zahanbení ohledně těchto pocitů vůči milovanému jedinci, který je obětí nemoci. Vedle hněvu a viny se také objevují pozitivní emoce, například láska a obětavost (Richardson, Cobham, McDermott & Murray, 2012).

Mnoho autorů (Angold et al., 1998; Baker & McCal 1995; Bouma & Schweitzer 1990; Brannan, Heflinger & Bickman, 1997; Corliss, Lawrence & Nelson, 2008; Farmer, Burns, Angold & Costello, 1997; Hillege, Beale & McMaster, 2006; Johnston & Mash 2001; Yatchmenoff, Koren, Friesen, Gordon & Kinney 1998) se shoduje na tom, že rodiče a rodinní příslušníci mohou čelit při onemocnění dítěte psychickým onemocněním také dalším obtížím, jako jsou finanční těžkosti, vztahové problémy, sociální izolace, škodlivé

postoje druhých, narušení běžné rutiny, stres, frustrace a vyčerpání. Rodiče se také obávají vlivu symptomů psychicky nemocného dítěte na jeho zdravé sourozence (Richardson et al., 2012). Autoři (Aguglia et al., 2004; Jungbauer & Angermeyer 2002; Martens & Addington 2001; Winefield & Harvey 1993) se také shodují, že péče o příbuzného s duševním onemocněním vystavuje celou rodinu většímu riziku zhoršení psychického a fyzického zdraví.

Angold et al. (1998) se ve svém výzkumu zaměřil na zátěž rodičů, kterou pro ně psychické onemocnění dítěte představuje. Došel k závěru, že významnými prediktory vnímané zátěže jsou úroveň dětské symptomatologie, míra postižení a roli hraje také psychické onemocnění rodičů. Z tohoto výzkumu vyplynulo, že depresivní a úzkostná porucha představovala pro rodiče menší stupeň zátěže než ostatní psychiatrické diagnózy.

Podobným směrem se vydali také Corliss, Lawrence a Nelson (2008), kteří se zabývali rodinami s dětmi s vážnými emocionálními poruchami. Do této skupiny zařadili také rodiny dětí s poruchami nálady. Ve svém šetření použili metodu *Family Inventory of Resources and Stressors* (FIRST), která hodnotí zdroje a stresory rodiny. Z výzkumu vyplynulo, že rodiny dětí s vážnými emocionálními poruchami měly vyšší celkové skóre stresu oproti rodinám dětí bez emocionálních poruch. Dále bylo také odhaleno, že rodiče dětí s emocionálními poruchami mohou mít vyšší riziko emočního napětí, které může mít formu úzkosti nebo deprese. Překvapivým zjištěním však bylo, že obě skupiny, tedy jak rodiny dětí s emocionálními poruchami, tak i rodiny dětí bez těchto poruch, vykazovaly podobné úrovně zdrojů. V nadcházející kapitole se budeme více zabývat stigmatizací, tedy zjednodušeně řečeno škodlivými postoji druhých, které zažívají nejenom nemocní, ale i jejich rodinní příslušníci.

3.2 Stigmatizace

Slovo stigmatizace je původem z řečtiny, ve které původně označovalo cejch vypálený antickým otrokům v tasálských dolech a vymezovalo je tak od svobodných občanů. V historii se setkáváme se stigmatizací zejména u pacientů s rakovinou, pohlavními nemocemi, tuberkulózou, malomocenstvím a duševními nemocemi. V našem pojetí se budeme stigmatizací zabývat ve spojení s duševní nemocí a dále také stigmatizací u duševně nemocných dětí a dospívajících (Hosák a kol., 2015).

Stigma se zakládá na negativním stereotypu duševně nemocného, což vede k odmítnutí, diskriminaci a k izolaci lidí s duševním onemocněním a taktéž to vede k utváření pokrouceného obrazu duševní nemoci a psychiatrických pacientů (Link & Phelan, 2001). Veškeré individuální projevy nemocného jsou vykládány v souvislosti se stereotypem, jsou považovány za chorobné a člověk s duševním onemocněním se tak jeví ostatním jako člověk s vadami povahy, jako slabý, hloupý, nebezpečný, nekontrolovatelný, neschopný a nespolehlivý. Onemocnění duše je často mylně pokládáno za důsledek slabosti, morálního či duševního selhání. Pro mnohé lidi není jednoduché se ztotožnit s názorem, že je původ tohoto onemocnění odlišný a že jde často o důsledek odlišné činnosti mozku. Samotná míra stigmatizace jednotlivých duševních poruch souvisí s tím, na kolik jsou nám známy příčiny těchto onemocnění a na schopnosti jejich léčby (Hosák a kol., 2015).

Stigmatizace může být podporována výchovou, danou kulturou, médií či poznámkami v běžné mluvě nebo i ustálenými slovními obraty v řeči, dále také tím, že se nerozlišuje mezi jednotlivými případy duševně nemocných. Síla stigmatu je nesmírná a bylo zjištěno, že stigma samotné může zhoršit až devastovat kvalitu života. Stigma se může podílet na nezaměstnanosti a může zhoršovat sebeúctu duševně nemocných, negativní dopad má také na rodinu nemocného. To často vede buď k váhání svěřit se s problémem do péče odborníků, nebo až k samotnému popírání tohoto problému, což se projevuje tím, že rodina nepodporuje nemocného v psychiatrické léčbě, nebo tuto léčbu odmítá (Hosák et al., 2015).

V rámci pojmu stigma rozlišujeme **heterostereotypy** a **autostereotypy**. Pod pojmem **heterostereotypy (public stigma)** rozumíme předsudky, které si o duševně nemocných utvářejí ostatní lidé. Tyto předsudky bývají rigidní a pasivně přijímané. Pro termín **autostereotypy (self stigma)** jsou charakteristické představy a mínění, které mají příslušníci určité skupiny o sobě samých, a platí zde úměra, že čím více pacient s duševním onemocněním přijímá názory společnosti na lidi s psychickým onemocněním, tím snadněji tyto postoje internalizuje. Stereotypy hodnotí jednotlivé skupiny a jejich příslušníky iracionálně a zjednodušeně, a naopak potírají individualitu a odlišnosti jednotlivce (Hosák a kol., 2015).

Protikladem stigmatizace je **destigmatizace**, tedy redukování a odstraňování negativních postojů společnosti vůči některým jednotlivcům či skupinám, akceptace odlišností a uznání individuality jedince. Jednou ze strategií, jak předejít stigmatizaci, je její prevence. Řadíme zde pečlivou diagnostiku (stanovení diagnózy na základě odborné

správnosti), nenadužívání diagnóz, vyvarování se nevhodných označení, nesoucích pejorativní význam, respektování odlišností, dodržování mlčenlivosti ve věci duševní poruchy pacienta, odstraňování sebestigmatizace pacientů, nácvik sociálních dovedností pacientů, podporování svépomocných skupin nemocných a jejich příbuzných, uplatňování rodinné terapie a edukace rodin duševně nemocných (Hosák a kol., 2015).

Nyní se budeme věnovat stigmatizaci dětí a dospívajících s duševním onemocněním. V literatuře nalezneme jen nepatrné zmínky o stigmatizaci duševně nemocných dětí a dospívajících. Tomuto tématu se například ve svém článku věnovali Mukolo, Heflinger & Wallston (2010), kteří provedli metaanalýzu 222 článků týkajících se stigma dětí s duševním onemocněním a výsledků publikovaných v empirických studiích. Autoři došli k závěrům, že jsou děti ve srovnání s dospělými vystaveny jedinečným stigmatizujícím kontextům, které nebyly doposud dostatečně studovány. Pokládají za důležité, aby byl v této oblasti vytvořen koncepční rámec, který se přiblíží stigmatizujícím zkušenostem, které jsou kauzálně propojeny s tím, jak se rodiče/opatrovníci vyrovnávají s dětskými emocionálními a behaviorálními problémy, jako je například hledání odborné pomoci. Dále autoři podotýkají, že je důležité se v souladu s tématem stigma u dětí a dospívajících zaměřit na jeho tři cíle – self/dítě, rodina, instituce/služby.

Retrospektivní kvalitativní studie (McKeague, Hennessy, O'Driscoll & Heary, 2015) sebestigmatizace u dětí s ADHD nebo depresí, se zaměřila především na zkušenosti se stigmatizací, reakce na stigma a jejich změny v průběhu času. V rámci tohoto šetření byly provedeny rozhovory s 16 lidmi ve věku 18 až 30 let, kterým bylo diagnostikováno před dovršením 18. roku ADHD (6 participantů) nebo deprese (10 participantů). V rámci výsledků byla objevena tři hlavní témata, která se týkají self stigmatizace – být odlišný, stigmatizace ze strany vrstevníků a přidružená self stigmatizace, selektivní odhalení a posun k větší otevřenosti, dále participanti pociťovali osobní distres, negativní sebehodnocení, které bylo u některých z nich spojeno se sebeobviňováním. Ne všichni však zažívali takovéto pocity a někteří naopak pociťovali hněv vůči těm, kteří je stigmatizovali.

Být odlišný či samotná odlišnost je v rámci self stigmatu klíčová (Kranke, Floersch, Kranke & Munson, 2011), jelikož mnoho mladých lidí s duševním onemocněním bojuje se vztahy mezi vrstevníky, a proto mohou být náchylní k internalizaci stigma, které v těchto skupinách zažívají. Výzkumníci (McKeague et al., 2015) došli k závěru, že je self stigma v dětství a dospívání charakterizováno pocity odlišnosti od vrstevníků a negativním

sebehodnocením jako důsledek tohoto rozdílu. Takové zjištění u dospívajících je v souladu s tímto vývojovým obdobím, pro které je typický intenzivní zájem o skupinovou příslušnost (Newman & Newman, 2001) a Kroger (2007 in McKeague et al., 2015) také zdůrazňuje význam vrstevníků a přátel v testování „dovedností, souvisejících s identitou“. Lze říci, že první dvě témata – pocit odlišnosti a stigmatizace ze strany vrstevníků a přidružená self stigmatizace mají úzkou souvislost. Poslední téma, selektivní odhalení a posun k větší otevřenosti, se vztahovalo k významu času, kdy se účastníci výzkumu vyjadřovali ve smyslu, že s postupem času jsou ve věci své diagnózy otevřenější a nemají problém se s ní svěřit svému okolí.

Podobnou studii publikovali O'Driscoll, Heary, Hennessy a McKeague (2012), kteří se zabývali explicitním a implicitním stigmatem vůči vrstevníkům s duševním onemocněním v dětství a dospívání. Stejně jako předcházející výzkum se zaměřili na děti a dospívající s diagnózou ADHD nebo deprese, výzkum byl kvantitativní a zapojilo se do něj 385 dětí a adolescentů. Metodou zjišťování dat byl jednak dotazník Implicit Association Test (IAT) zjišťující implicitní postoje, a jednak dotazník zaměřující se na explicitní stigma, v nichž jsou posuzovány děti s depresí či ADHD oproti vrstevníkům stejného pohlaví, kteří mají „normální problémy“ (tyto problémy byly uvedeny v krátkém shrnutí). Výsledky naznačily, že jsou děti a dospívající s ADHD explicitně vnímáni negativněji než děti a dospívající s depresí ve všech rozměrech stigmatu, s výjimkou vnímané nebezpečnosti a strachu. Naopak zjištění z IAT naznačují, že měli někteří participantů více negativních názorů ohledně vrstevníků s depresí než s ADHD. Konkrétně dospívající muži vykazovali ve srovnání s mladšími muži a dospívajícími ženami výrazně silnější negativní implicitní hodnocení deprese. Výzkumníci tedy došli k závěru, že míra stigmatizace je ovlivněna pohlavím a věkem.

Je nutné podotknout, že se stigma netýká pouze samotných lidí s duševním onemocněním, ale potýkají se s ním také jednotliví členové rodiny. Dle výzkumu Sandena, Bose, Stutterheima, Pryora a Koka (2015) jsou nejbližší rodinní příslušníci také vystaveni **přidružené stigmatizaci (SBA = stigma by association)**. Členové rodiny lidí s duševním onemocněním hovoří o odmítnutí, vině, vyhýbání se ostatním, kteří v nich vyvolávají pocity urážky, zklamání a hanby. Rodiny se z vlastních zkušeností naučí „umění selektivního odhalení“, tedy co, kdy, jak a s kým sdílet informace. Copingové strategie pro zvládnutí stigmatu jsou vyvíjeny na základě dané situace, potřeb rodinných příslušníků a osobních zdrojů, které se liší napříč rodinami a časem (Karnieli-Miller et al., 2013).

3.3 Možné rodinné souvislosti u dětí a adolescentů s depresí

Paclt, Florian a kol. (1998) uvádí, že není nezbytně řečeno, že je nevhodné chování rodičů k dítěti příčinou nemoci dítěte, neboť dítě a rodina se navzájem ovlivňují a interagují spolu. Existuje totiž mnoho individuálních, rodinných a environmentálních faktorů, které mají vliv na nástup depresivních poruch v mládí (Stark, Banneyer, Wang & Arora, 2012). Paclt (2001, 5) však dodává, že „*depresivní porucha u dětí a adolescentů souvisí s depresivní patologií v rodině a s rodinným prostředím vůbec*“, proto se také zde budeme věnovat jednotlivým složkám rodinného fungování v rodinách dětí a adolescentů s depresí. S touto myšlenkou se ztotožňuje i Matoušek (2003), který uvádí, že samotný původ duševních nemocí není zcela objasněn, na jejich vzniku se podílejí jak faktory dědičné, tak vlivy prostředí. Jedním z vlivů prostředí je rodina, ve které pacient žije. Souvislost mezi psychickými poruchami a rodinnými vztahy považuje za velmi těsnou.

Jak uvádí autoři Kaslowová a Racusin (1990), existují určité rodinné interakční vzorce charakteristické pro rodiny depresivních dětí. Autoři zdůrazňují, že rostoucí literatura o zvýšené incidenci psychopatologie a dysfunkce v rodinách depresivních dětí byla jedním z podnětů, aby se zaměřili právě na zhodnocení a léčbu rodin depresivních dětí. Tento přístup v sobě zahrnuje zhodnocení dítěte jako individuality, ostatních rodinných členů a jejich reciproční interakce. Autoři věnují zvláštní pozornost přítomnosti pečovatelského, teplého a milujícího citu mezi členy rodiny a schopnosti členů vyjadřovat a přijímat tyto pocity. Dále kladou důraz na to, aby kliničtí psychologové, ale i výzkumníci pracující s těmito rodinami zjišťovali přítomnost deprese, ale i jiné psychopatologie v celé jaderné, ale i rozšířené rodině. Za nezbytné pak považují vyhodnotit povahu fungování rodinných příslušníků ve stejných oblastech, které jsou posuzovány u dětí s depresí. Důvod pro toto hodnocení vychází z několika proměnných, které potenciálně přispívají k depresi v dětství, včetně vzoru depresivního chování člena rodiny a fungování depresivního rodinného stylu, který se projevuje v problematické regulaci afektů a sklonů členů rodiny k posílení a udržování deprese dítěte. Kaslowová a Racusin (1990) se opírají o teorii objektních vztahů, kterou jsme zde nastínili již dříve, a vyvozují z ní, že rodina dítěte hraje významnou roli při vývoji a udržování deprese dítěte, a proto by měla být považována za důležitou oblast, ve které by mělo dojít také ke zmírnění deprese. Depresivní symptomy dětí podle nich mohou reflektovat rodinnou dysfunkci, rodinnou depresi a/nebo manželský nesoulad. Tato zjištění mají přesah v praxi, autoři totiž doporučují, aby sezení probíhala nejen s dětmi samotnými, ale také aby sezení alespoň jednou proběhlo se všemi členy domácnosti a dalšími osobami,

kteře jsou považovány za klinicky významné. Dle autorů Cummingse, Kellera a Daviese (2005) souvisí manželský konflikt také se zvýšenou závažností deprese u dětí a adolescentů.

To je v souladu s výzkumnými zjištěními Handforda, Mattisona, Humphreyho a McLaughlina (1986) a Kazdina, Mosera, Colbuse a Bella (1985), kdy se prokázalo, že u depresivních dětí nalezneme vážnou rodinnou dysfunkci a negativní události rodinného života, včetně konfliktu rodič–dítě, předčasně úmrtí rodičů, rozvod a odloučení, týrání dítěte nebo jeho fyzické zneužívání. Ke konfliktu rodič–dítě doplňuje Sanford et al. (1995) zjištění, že zejména konflikt mezi otcem a dítětem souvisí s přetrvávajícími depresivními symptomy. Dále v těchto rodinách nalezneme problematický rodičovský styl charakterizovaný střídáním odmítnutí a nadměrné angažovanosti (Hanford et al., 1986; Kazdin et al., 1985). Malá (2008), ve spojitosti komorbidit deprese a ADHD u dětských a adolescentních jedinců uvádí, že existuje spojení mezi zvýšenou psychiatrickou morbiditou a afektivními poruchami v rodině. Autorka považuje rodinnou dysfunkci za jeden z faktorů, který může přispívat k behaviorální expresi deprese, dalšími rizikovými faktory pro vznik afektivní poruchy řadí rodinné konfliktní prostředí a rodičovskou psychopatologii.

Problematiku rodičovského stylu dále rozvíjí Weissman a Paykel (1974 in Kaslow & Racusin, 1990), kteří dodávají, že má tento problémový rodičovský styl svou specifickou formu v případech, v nichž je rodičem depresivní matka. Tyto ženy jsou méně emocionálně zúčastněné nebo vřelé, vykazují větší komunikační obtíže a vyšší míru hostility. Matky hrají velmi podstatnou roli, Bretherton (1985 in Babaee & Jain, 2009) je dokonce zastáncem toho názoru, že přestože je dítě doma a v rodinném prostředí ve styku s různými lidskými faktory, je nejdůležitějším a nejzákladnějším z těchto faktorů právě matka. Negativní chování rodičů k dítěti vede dle Kobaka & Sceeryho (1988) k tomu, že se dítě začne vyhýbat vyjadřování svých potřeb.

Orvaschel, Weissman a Kidd (1980) ve svém výzkumu dospěli k závěru, že u dětí depresivních rodičů můžeme evidovat vyšší frekvenci deprese a jiné psychopatologie. Tito rodiče poskytují dětem nepříznivé, hostilní a odmítavé prostředí. Taková atmosféra byla popsána i u dětí s depresí či u jedinců, kteří začali být depresivní až jako dospělí. Autoři také zjistili u dětí s depresí vysoký výskyt afektivních poruch a alkoholismu v širší rodině, což potvrzují také jiné studie, které zjistily vyšší míru alkoholismu v rodinách dětí s „velkou depresí“ oproti rodinám dětí s nedepresivními emočními poruchami (Livingston, Nugent, Rader & Smith, 1985; Puig-Antich & Rabinovich, 1986 in Kendall et al., 1992).

V jedné z raných studií deprese rodičů a dětí, v níž Fendrich, Warner a Weissman (1990) studovali děti a dospívající s depresivními rodiči nebo bez nich, dospěli k závěru, že se v rámci různých psychosociálních faktorů, jeví deprese rodičů jako nejdůležitější rizikový faktor pro několik typů psychopatologie mládeže, a to včetně deprese. Ve výzkumu došli k závěru, že je deprese rodičů důležitější než rodinné neshody, nízká koheze či tzv. „bezafektivní kontrola“ (tedy vysoká hyperprotektivita v kombinaci s nízkou vřelostí). Obdobné faktory, vedoucí k rizikům deprese u dětí však za důležité považuje Dietzová (2017), která mezi ně řadí vysokou úroveň rodinných konfliktů, nízkou úroveň rodinné soudržnosti, špatné rodičovské strategie a maladaptivní komunikaci a řešení problémů mezi rodičem a dítětem. Dále bylo zjištěno, že u mládeže s depresí byl pozorován větší rodinný stres a nižší sociální kompetence (McCauley et al., 1993).

Z historického hlediska byly za primární rizikové faktory deprese u mládeže považovány negativní interakce mezi matkou a dítětem a přítomnost deprese u matky (Kane & Garber, 2004). Nová šetření (Miller, Warner, Wickramaratne & Weissman, 1999), v nichž byly v rámci 10 let sledovány depresivní a nedeprativní matky a jejich děti, však dospěla k závěru, že samotná mateřská deprese neohrožuje děti pro depresi jako takovou. Riziko deprese u dětí souviselo s kombinací faktorů, včetně deprese matky, nízké emoční dostupnosti matek a vysoké mateřské kontroly spolu s nízkou sebeúctou u dětí. Tato studie tak přispěla zejména k podpoření multidimenzionálního přístupu k porozumění rodičovské deprese jako rizikového faktoru u depresivních dětí. Hammen, Shih, Altman a Brennan (2003) podotýkají, že historie mateřské deprese se týká především výraznějších symptomů deprese a chudšího adaptivního interpersonálního fungování v adolescenci.

V českém prostředí se výzkumem depresivity v adolescenci a rodinnými korelátů zabývali Krch a Csémy (2006). Své dotazníkové šetření provedli na 3172 studentech středních a učňovských škol, s průměrným věkem dotazovaných 15,9 roku. Autoři ve svých závěrech uvádí, že byly jako jednoznačně nejvýraznější stresové rodinné faktory vnímány napětí a konflikty v rodině. Depresivní adolescenti (dívký i chlapci) uváděli, že v jejich rodinách nepocitují atmosféru důvěry a pochopení. S vyšším množstvím depresivních příznaků klesala zejména u dívek rodinná koheze. Statisticky významný vztah mezi úplností rodiny a výskytem depresivních příznaků nebyl nalezen u chlapců. Studie tedy potvrdila, že vulnerabilita vůči depresi se zvyšuje v závislosti na bezprostředních problémech v základní rodině dospívajících a ovzduší, které v ní panuje. Byly shledány rozdíly mezi chlapci a děvčaty, děvčata reagovala citlivěji na podněty prostředí a sociální kontext.

V této podkapitole jsme se zaměřili na důležitost role v rozvoji a vzniku deprese u dětí a adolescentů v okolnostech rodiny a rodinného prostředí jako takového. To stejné však platí i při její léčbě. Zejména autoři Kaslowová a Racusin (1990) považují při práci s depresivními jedinci za nezbytné pracovat také s rodinami těchto dětí. Více se tímto tématem zabýváme v následující podkapitole.

3.4 Léčba zahrnující rodinu

Vzhledem k závažnosti depresivní poruchy a její možné život ohrožující povaze je kladen důraz na vytvoření maximálně efektivní léčby. Pro zlepšení účinnosti psychosociálních intervencí začali někteří klinici a výzkumníci začleňovat do léčby depresivní mládeže rodinu. Taková léčba se může zásadně lišit ve své náplni, to znamená, že se může jednat o psychoedukaci až po školení rodičů, rodinnou terapii nebo o některou z kombinací těchto intervencí. Může se lišit také v počtu setkání jednotlivých členů rodiny a ve formátu léčby (Stark, Banneyer, Wang & Arora, 2012).

Začlenění rodiny do léčby depresivní mládeže je založeno na výzkumných zjištěních, která signalizují, že narušení rodiny a způsob zvládání změn a stresových událostí v rodině, mohou přispívat k rozvoji a udržování depresivních poruch, byly také popsány určité rodinné faktory, které mohou přispívat k rozvoji deprese v dětství (Stark et al., 2012). Výzkumníci se shodují na tom, že rodinné faktory mohou ovlivňovat depresivní symptomy a depresivní jedinec může zároveň ovlivňovat celý rodinný systém. Strategie rodinné léčby mají také potenciál snížit riziko depresivních epizod u více členů rodiny (Asarnow, Jaycox & Thompson, 2001). Deprese u mládeže bývají také často komorbidní s jinými obtížemi, zvláště úzkostí a poruchami chování (Birmaher et al., 1996), a rodinné léčebné postupy celkově zlepšují fungování rodiny a zvyšují její schopnost zvládat a řešit řadu problémů, které děti mají (Asarnow, Jaycox & Thompson, 2001).

Autoři Kaslowová a Racusin (1990) se při léčbě dětské deprese zaměřují zejména na práci nejen s jednotlivcem, ale také s celou rodinou. Při léčbě obecně se doporučuje soustředit se na zlepšení psychologické symptomatologie, zlepšení kvality rodinných interakcí a posílení fungování v kognitivní, afektivní, interpersonální oblasti a v oblasti adaptivního chování. Proto se také při svých intervencích nezaměřují pouze na symptom samotný, ale uvědomují si, že k redukci symptomů dochází při zaměření se na rodinné problémy. Při intervencích se zaměřují nejen na dítě samotné, ale i na rodinu a její edukaci,

a věří, že pokud je deprese prozkoumána z širší rodinné perspektivy, rodině je objasněno vývojové hledisko a dysfunkce rodinného systému, dojde pravděpodobně ke zmírnění depresivní symptomatologie. Rodiče jsou podporováni v poskytování konzistentnější emocionální péče o dítě, v pozitivním posilování úspěchů dítěte a získávání vývojově vhodného adaptivního chování. Dítě je podporováno ve schopnosti reagování na rozdíly v chování rodičů tak, aby odměňovalo rodiče za jejich zvýšenou podporu a odhodlání. Autoři se dále zaměřují na pozorovatelné interakční chování a snaží se v myšlení dítěte o integrovanější a vývojově vhodné interní reprezentace rodičů. Jejich cílem je také zvýšit schopnost dítěte udržet vazbu k rodičům i navzdory periodickým rodičovským projevům negativních vlivů, aby se zvýšila pravděpodobnost, že bude dítě schopno rozpoznat a přijmout výchovu a pozitivní posilování pocházející od rodiče.

Někteří autoři (Kaslow & Racusin 1990; Kaslow & Rehm, 1983, 1985 in Kaslow & Racusin) si depresi u dětí spojují s kognitivními deficity a soustředí se na jejich zmírnění a volbu vhodné léčby a intervence. Mezi těmito autory nacházíme rostoucí uznání významu práce s rodinami, při provádění těchto intervencí. Na jedné úrovni zahrnuje taková práce edukaci všech členů rodiny o iracionálních přesvědčeních, kognitivních zkresleních a depresivních atribucích, které jsou asociovány s dětskou depresí. Pokud jde o to, kdo udržuje kognitivní zkreslení, považují autoři za nutné vyzkoušet a měnit tyto deformace všude tam, kde se v rodině vyskytují pro zmírnění depresivních zkušeností, a také proto, aby se změnila postupy rodičů k výchově dětí, které mohou posilovat a udržovat depresi dítěte.

Vzhledem k tomu, že jsou děti zakotveny v rodinném kontextu a závislé na rodičích a jejich výživě, podpoře a pomoci, je zapojení rodičů do léčby dítěte kritickým vývojovým problémem (Dietz, 2017). Některé studie také prokázaly potenciál intervencí založených na rodinné bázi pro úspěšné léčení depresivních poruch u dětí a mladistvých. Například výzkum Thompsonové, Langerové, Sugarové a Asarnowové (2017), tedy největší randomizovaná kontrolovaná studie dyadické léčby pro preadolescentní a dospívající děti s depresí se zaměřila na 134 mladistvých a došla k závěru, že lepší výsledky jednoznačně vykazovala intervence, do které byla zahrnuta i rodina. Výzkumníci mladistvé náhodně rozdělili do dvou skupin, přičemž první skupina podstupovala terapii zaměřenou na rodinu (FFT-CD), na intervenci rodič–dítě pomocí kognitivně-behaviorálních strategií a přístupů, k posílení pozitivních rodinných vztahů. Druhá skupina podstupovala individuální psychoterapii (IP), intervenci založenou na principech podpůrné terapie. Po uplynutí 15 týdnů Thompsonová et al. (2017) došli k závěru, že drtivá většina mládeže (78 %), která podstupovala intervenci

zaměřenou na rodinu (FFT-CD), prokázala 50% snížení depresivních symptomů, což bylo signifikantně vyšší procento než u mladých lidí, kteří byli vedeni v individuální psychoterapii (60 %). Úroveň remise byla také lepší u FFT-CD (54 %) oproti IP (36 %). Rodiče, kteří byli zapojeni do léčby pomocí FFT-CD, hovořili o větším porozumění zvládání deprese dítěte a děti v této léčbě také referovaly o pozitivním vlivu této intervence na jejich rodinné vztahy oproti rodičům a dětem ve skupině s IP.

V jiné studii byla srovnávána systemická-behaviorální rodinná terapie, individuální KBT terapie a nedirektivní podpůrná terapie u dospívajících se závažnými depresemi. Rodinná terapie využívala zejména metodu přerámování, zaměřila se na komunikaci a nácvik dovedností při řešení problémů s cílem úpravy rodinných interakčních vzorců. Výsledky ukázaly, že rodinná terapie byla signifikantně méně účinná než KBT terapie a srovnatelná z hlediska účinnosti s nedirektivní podpůrnou terapií. Je ovšem důležité poznamenat, že všem těmto skupinám dospívajících v této studii byla poskytnuta krátká rodinná psychoedukační intervence (Brent et al., 1997 in Asarnow, Jaycox & Tompson, 2001).

Další z výzkumů (Clarke, Rohde, Lewinsohn, Hops & Seeley, 1999; Lewinsohn, Clarke, Hops & Andrews, 1990) porovnával depresivní adolescenty, u kterých byla indikována KBT terapie, s depresivními adolescenty, kteří podstupovali KBT terapii paralelně se svými rodiči, kteří byli v rodičovské KBT skupině. Přidání této rodičovské skupiny nepřineslo jasnou výhodu ve srovnání se skupinou, která podstupovala KBT bez rodičů. Opět je však nutné dodat, že se i skupina adolescentů podstupující KBT terapii bez rodičů soustředila na rodinné interakce tím, že se zaměřovali na komunikaci, vyjednávání a nácvik dovedností při řešení konfliktů s rodiči a vrstevníky, což zahrnovalo i domácí úkoly, ve kterých cvičili tyto dovednosti s rodiči.

Přestože nejsou výsledky jednotlivých studií jednoznačné, lze říci, že zapojení rodiny v léčbě deprese u dětí a adolescentů je velmi důležité. V předcházející podkapitole, zabývající se rodinnými souvislostmi, můžeme zaznamenat, že se mnozí autoři v názorech shodují. Mnohé rodinné okolnosti mohou povzbuzovat či udržovat depresi u dětí a adolescentů, a je proto potřeba vždy do léčby zapojit i rodinu.

Výzkumná část

4 VÝZKUMNÝ PROBLÉM, CÍLE A OTÁZKY

V teoretické části již byly zmíněny výzkumy, které odhalily mnohá zjištění a souvislosti u rodin depresivních dětí a adolescentů. V rámci toho, že tato zjištění nejsou příliš komplexní, poskytují nám pouze částečné informace, neboť autoři neuvádějí, co se podle zkoumaných adolescentů v rámci rodiny odehrává, a jelikož je většina výzkumů na toto téma kvantitativních a neumožňují nám tak proniknout do hlubší podstaty zkoumaného jevu, rozhodli jsme se zabývat depresí adolescentů a více porozumět tomuto jevu v souvislostech rodiny, neboť mnozí autoři hovoří o důležitosti práce s rodinou u těchto adolescentů.

Výzkumným problémem této diplomové práce je tedy popsat a interpretovat rodinný kontext a některé psychologické aspekty adolescentů s depresivní poruchou či depresivním syndromem z jejich pohledu, přičemž pro oba tyto jevy budeme používat souhrnné označení deprese. Z tohoto problému vyplývají následující **výzkumné cíle**:

1. Popsat vznik a rozvoj deprese u těchto adolescentů prostřednictvím jejich vlastního nahlížení na psychickou poruchu.
2. Zmapovat rodinnou situaci a charakterizovat zejména komunikaci a emoční klima, ale i jiné aspekty rodinného fungování z perspektivy adolescentů s depresí.
3. Prozkoumat školní prostředí a přátelské vztahy těchto adolescentů z jejich pohledu.
4. Vylicít roli blízkého a širšího sociálního okolí pro adolescenty s depresí a jejich rodiny z jejich vlastního úhlu pohledu.

V souladu s výzkumným problémem a výzkumnými cíli byly formulovány tyto **výzkumné otázky**:

1. Jak adolescenti rozumí své zkušenosti s depresí?
2. Jak vnímají adolescenti s depresí rodinnou situaci a charakterizují jednotlivé složky rodinného fungování z vlastního pohledu?
3. Jak chápou adolescenti s depresí školní situaci a kamarádské vztahy ze svého pohledu?
4. Jakou roli představuje pro tyto adolescenty a jejich rodiny blízké i širší sociální okolí z jejich úhlu pohledu?

5 METODOLOGICKÝ RÁMEC VÝZKUMU

S ohledem na výzkumné cíle a otázky, se nám jevil jako nejvhodnější **kvalitativní přístup**, s jehož pomocí získáváme podrobný vhled při zkoumání jedinců, skupin či fenoménů, což nám umožňuje pronikat do hloubky a podstaty těchto jevů (Hendl, 2016).

Podobně o kvalitativním přístupu uvažují i autoři Švaříček a Šedová (2014), kteří podotýkají, že jsou lidé zkoumáni v přirozeném prostředí, je zde odhalováno a interpretováno to, jak chápou, prožívají a utvářejí sociální realitu. Strauss a Corbinová (1999) dodávají, že se kvalitativní výzkum zaměřuje na život lidí, jejich příběhy a chování, kdy se pomocí těchto jedinců seznamujeme s daným jevem a snažíme se proniknout do jeho podstaty. Kvalitativní přístup je dle Miovského (2006) jedinečný, neopakovatelný, kontextuální, zásadní význam zde představuje dynamika a procesuálnost, neboť fenomény, na které se zaměřujeme, nějakým způsobem vznikají, vyvíjejí se, ale také zanikají.

Zvoleným **typem výzkumu** je fenomenologické zkoumání, jehož hlavním cílem je především popsat a analyzovat prožitou zkušenost jedinců s daným fenoménem. Výzkumníkovým úkolem je tedy proniknout do vnitřního světa jedince, aby se snažil porozumět významům, které daní jedinci přikládají svým sděleným prožitkům, a poskytl tak vhled těm, kteří tyto prožitky nemají (Miovský, 2006).

5.1 Populace a kritéria výběru výzkumného souboru

Populací, kterou jsme se rozhodli v našem výzkumu zabývat, byli dospívající s depresivní poruchou či depresivním syndromem, jejichž maximální věk dosahoval 18 let. Termín adolescence je v tuzemské i zahraniční literatuře užíván nejednoznačně. Někteří autoři pojem adolescence ztotožňují s dospíváním, u jiných je za adolescenci považována druhá polovina dospívání. Například Vágnerová (2012) dělí adolescenci na ranou (od 10 let) a pozdní (od 15 let). Macek (2003) dělí adolescenci ještě podrobněji na časnou (10 let), střední (cca 13 let) a pozdní (cca 16 let). Dle Thorové (2015) začíná adolescence ve 12 až 13 letech. Langmeier a Krejčířová (2006) a Říčan (2014) dospívání dělí na pubescenci a adolescenci, a za počátek adolescence považují až pozdější věk, tedy dosažení 15 let. Vzhledem k tomu, že se názory na počátek adolescence různí, byla spodní hranice pro zařazení do výzkumného souboru stanovena na 13 let. Horní hranice je již zmíněný věk 18 let, tedy věk, do kterého jsou adolescenti přijímáni na pedopsychiatrická oddělení.

Vzhledem k časové náročnosti výzkumu jsme se rozhodli zaměřit na adolescenty, kteří jsou hospitalizováni na pedopsychiatrických odděleních. Toto kritérium se jeví jako výhodné nejen v oblasti časové náročnosti, ale také vzhledem k vhodnému místu setkání, které poskytovalo soukromí (což by v ambulancích nebylo možné uskutečnit). Dětská oddělení byla zvolena také kvůli tomu, že jsou zde děti a dospívající nějakou dobu hospitalizováni, a je tak možné výzkum v těchto podmínkách provádět.

Na adolescenty jsme se zaměřili zejména z toho důvodu, neboť se prevalence deprese zvyšuje s narůstajícím věkem a předpokládali jsme tudíž, že právě v této věkové skupině nalezneme více vhodných potencionálních účastníků výzkumu. Pro podpoření našeho rozhodnutí zde zmiňujeme údaje prezentované v teoretické části, kde se výskyt deprese pohybuje v rozmezí 0,4-4 % u mladších dětí a 0,4-10 % u dospívajících (Lewinsohn et al., 1998; Malá, 2008; Raboch a kol., 2001; Reinherz et al., 1993). Dále jsme usuzovali, že ve výzkumném souboru budou převažovat dívky, neboť s vyšším věkem je výskyt deprese častější právě u dívek (Fleming & Offord, 1990; Raboch a kol., 2001). Někteří autoři, například Fleming & Offord (1990) uvádí, že se deprese u dětí vyskytuje v poměru 1 : 1 u chlapců a dívek, v adolescenci je výskyt deprese dvakrát častější u dívek.

Na základě těchto úvah, byla stanovena následující kritéria výběru výzkumného souboru:

- Dospívající ve věku 13 až 18 let.
- Hospitalizován/a na dětském psychiatrickém oddělení.
- Dospívajícímu byla diagnostikována některá z depresivních poruch (tzn. F32–F34) či duševní porucha s depresivním syndromem (F43.2-F41.2, pozn.: zde jsme vyřadili poruchy vyvolané účinkem psychoaktivních látek, tedy F1x.54 (55) a F1x.72).
- Dospívající stále žije ve své nukleární rodině (nebo alespoň s jedním biologickým rodičem) případně v náhradní rodinné péči, kdy má kontakt s některým z rodičů.
- Dospívající i jeho rodiče souhlasili s účastí dospívajícího ve výzkumu.
- Dospívající byl v době výzkumu v takovém stavu, který mu umožňoval se tohoto výzkumu účastnit, aniž by jej tento výzkum jakkoli poškodil (toto kritérium vždy posuzoval příslušný psycholog na daném oddělení).

Velikost výzkumného souboru byla předem stanovena v rozsahu 6-10 respondentů, neboť dle některých autorů (Smith, Flowers & Larkin, 2009; Smith & Osborn, 2003) je rozsah výzkumného souboru u interpretativní fenomenologické analýzy okolo 3–6 respondentů, dle Creswella (2007) je toto číslo vyšší, uvádí 10 až 15 lidí.

5.1.1 Výběr výzkumného souboru

Z časových a dispozičních důvodů jsme se rozhodli realizovat výzkum na pedopsychiatrických odděleních. Výzkumný soubor byl tedy získán záměrným neboli účelovým výběrem přes instituce, tedy tím, že jsme oslovili námi zvolené instituce, v nichž se nachází cílová skupina vhodná pro náš výzkum (Miovský, 2006).

Osloveny byly 4 instituce, Psychiatrická léčebna Šternberk, Psychiatrická nemocnice v Opavě a Kroměříži a Oddělení dětské a dorostové psychiatrie Fakultní nemocnice Brno. Tyto instituce byly nejprve osloveny prostřednictvím primářů daných oddělení kontaktováním přes oficiální email, ve kterém jsme se představili a zaslali informace týkající se výzkumu a požádali je o pomoc, s tím, koho máme případně dále kontaktovat. Následně jsme tedy byli odkázáni na příslušné orgány těchto institucí, které mají na starost schvalování výzkumů. Výzkum musel být vždy schválen etickou komisí dané instituce, etické komisi byl předložen výzkumný záměr, po případě i jiným osobám (například přednosta kliniky). Všechny 4 instituce výzkum umožnily. Poté nebo již paralelně byl osloven příslušný psycholog daného oddělení, který byl srozuměn s výzkumným záměrem, přičemž tito psychologové obdrželi informační dopis pro rodiče, který obsahoval informace týkající se výzkumu spolu s informovaným souhlasem. Pokud se na oddělení vyskytl někdo vhodný pro tento výzkum, kdo odpovídal výše uvedeným kritériím, oslovili psychologové nejprve samotného dospívajícího, zda by s výzkumem souhlasil, a poté jeho rodiče. Pokud rodiče s výzkumem souhlasili, podepsali informovaný souhlas.

5.1.2 Charakteristika výzkumného souboru

Nejvyšší počet respondentů byl získán prostřednictvím Psychiatrické léčebny Šternberk, 5 respondentů, 3 respondenti byli hospitalizováni v Psychiatrické nemocnici Opava a zbylí 2 respondenti pocházeli z Fakultní nemocnice v Brně. Přestože byl výzkum v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži schválen, nebyl za celou dobu výzkumu poskytnut žádným rodičem informovaný souhlas, a proto odsud nepocházel ani jeden z respondentů. Výzkumu se zúčastnilo 8 děvčat a 2 chlapci, celkově jsme tedy pracovali s 10 participanty. Nejmladší respondentka měla 13 let a 1 měsíc, nejstarší respondentka byla ve věku 16 let a 8 měsíců, průměrný věk byl zhruba 14 let a 9 měsíců.

Co se týká rodinného prostředí, nejčastěji pocházeli respondenti z neúplné rodiny, kdy se rodiče buď rozvedli nebo ke sňatku nikdy nedošlo a pouze se rozešli. Jednalo se o

7 respondentů. Čtyři účastníci byli v péči matky, 1 respondentka v péči otce, 1 respondentka byla ve střídavé péči, která však nevyhovuje žádné ze stran (to znamená ani respondentce samotné ani jejím rodičům), poslední respondentka je již od útlého věku v péči pěstounů, kteří jsou dobrými rodinnými známými rodičů. Přestože se rodiče jedné respondentky rozvedli a formálně již nejsou spolu, počítáme ji k respondentům z úplné rodiny, jelikož rodiče spolu i po rozvodu nadále žijí jako partneři. Spolu s touto respondentkou žili v úplné rodině celkově 3 respondenti.

V době rozhovoru byli respondenti v průměru hospitalizováni na daném oddělení 39. den, nejméně hospitalizovaných dnů u respondentů činilo 8 dnů a nejvíce 80. Co se týče diagnózy, byli respondenti v největším zastoupení hospitalizováni s diagnózou F41.2 Smíšená úzkostně-depresivní porucha (celkově 5 účastníků výzkumu), dále s diagnózou F32.1 Středně těžká depresivní fáze (4 respondenti) a jedna respondentka měla diagnostikován depresivní syndrom v rámci diagnózy F43.2 Reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení. Všichni respondenti užívali medikaci.

Vzhledem k tomu, že výběr potencionálních účastníků probíhal prostřednictvím institucí, nemáme bohužel úplný přehled o tom, kolik dospívajících se výzkumu nezúčastnilo. Výběr výzkumného souboru byl zejména v rukou psychologů daných oddělení, není nám znám přesný počet možných participantů. Víme však, že se jednalo o děti, jejichž rodiče neudělili souhlas k výzkumu; děti, které přišly o jednoho z rodičů (po smrti) a vztah s druhým rodičem byl komplikovaný, přičemž rodič o dítě nejevil zájem; dále se jednalo o děti, za které jednal kurátor a v neposlední řadě se jednalo o děti, kterým zemřel rodič a aktuální stav jim neumožňoval se výzkumu zúčastnit. Z větší části se jednalo o děti, které měly komplikovaný vztah s rodiči a byly v péči někoho jiného a nebylo tak možné udělit souhlas k výzkumu.

Jméno	Věk	Diagnóza	Den hospitalizace v době rozhovoru	Suicidální tendence	Suicidální pokus	Dřívější odborná péče	Jiné
Vlasta	16,8	F32.1 Středně těžká depresivní fáze	52. den	ANO	ANO (předávkování léky)	1 rok v péči pro úzkostně-fobickou symptomatologii (psychoterapie), 1 rok rodinné psychoterapie	Dandy-Walker syndrom (také otec), občas cigarety, sebepoškozování
Renáta	14,9	F32.1 Středně těžká depresivní fáze	8. den	ANO	ANO (předávkování léky, pořezání tepny)		Sebepoškozování zkoušela alkohol (chutná jí)
Tamara	15	F41. 2 Smíšená úzkostně-depresivní porucha	80. den	ANO	NE	Psycholog (2 návštěvy)	Neurogení tetanie, sebepoškozování
Lenka	14,11	F41.2 Smíšená úzkostně-depresivní porucha	68. den	ANO	ANO (předávkování léky)	Psychiatrie (deprese, úzkostné stavy), psycholog	
Erika	13,3	F41.2 Smíšená úzkostně-depresivní porucha	22. den	ANO	NE		Sebepoškozování restrikce potravy
Beáta	15,3	F43.2 Reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení, depresivní syndrom	35. den	ANO	ANO (předávkování léky)	Návštěva psychologa z důvodu rozvodu rodičů	
Martina	16,4	F32.1 Středně těžká depresivní fáze	23.den	ANO	NE	V rámci nemocnice byla vyšetřena psychologem	Sebepoškozování, restrikce potravy, cigarety od 14 let, zkušenosti alkohol a marihuana
Daniela	13,1	F41.2 Smíšená úzkostně-depresivní porucha	32.den	ANO	ANO (předávkování léky)	V péči psychiatra, léčena pro depresi	
Ladislav	14,8	F41.2 Smíšená úzkostně-depresivní porucha	42. den	ANO	NE	Školní psycholog, psychiatr	
Martin	15,5	F32.1 Středně těžká depresivní fáze	25. den	ANO	ANO (skok pod vlak)		

Tabulka 5: Charakteristika výzkumného souboru

Jméno	Statut rodiny	Věk v době rozpadu rodiny	Nový partner	Sourozenci	Rodič, se kterým nežije	Další osoby v domácnosti	Psychiatrická zátěž
Vlasta	úplná	-	-	1 starší a 2 mladší bratři (nejmladší postižený)	-	Babička a děda (Rodinný dvougenerační dům)	Matka i otec užívají antidepressiva
Renáta	Neúplná: rozchod, v péči pěstounů od 1 roku	Cca 1 rok	-	4 vlastní děti pěstounů, 3 děti otce	Otec, kontakt každý víkend; matka, kontakt 1-3x ročně	-	Matka hospitalizace na psychiatrii (alkoholismus)
Tamara	Neúplná: rozvod, žije s otcem	5 let	-	Starší bratr (aktuálně ve vazbě)	Matka, kontakt od roku 2013 pouze telefonický (1-2x za měsíc)	-	Matka OCD, úzkosti
Lenka	Neúplná: rozchod, žije s matkou	3-4 roky	Ano (matka)	Mamčiny bývalé přítelkyně dcera je považována za sestru	Otec, kontakt od roku 2007 pouze telefonický/internet	-	Matka deprese, babička z matčiny strany alkoholismus
Erika	Neúplná: rozchod, žije s matkou	3 roky	Ano (matka)	1 mladší vlastní sestra, dále 3 polovlastní (odlišný otec): 2 mladší sestry, 1 mladší bratr	Otec, kontakt návštěvy celý víkend co 14 dní	Děda (otec matky) (byť 4+1)	

Tabulka 6a: Rodinná situace respondentů

Jméno	Statut rodiny	Věk v době rozpadu rodiny	Nový partner	Sourozenci	Rodič, se kterým nežije	Další osoby v domácnosti	Psychiatrická zátěž
Beáta	Formálně neúplná: rozvod, ovšem rodiče spolu žijí jako partneři	13 let	-	Mladší sestra	Rodiče ve vazbě	Aktuálně střídavě teta (setra matky) či babička (matka matky)	-
Martina	Neúplná: rozvod, střídavá péče	9 let	Ano (matka)	Starší bratr	Střídavá péče co 14 dnů	Přítel matky	Otec matky deprese, alkoholik, spáchal sebevraždu; bratr matky se léčil na psychiatrii; sestra matky otec schizofrenie, otec hospitalizován na psychiatrii (údajné problémy s komunikací)
Daniela	Neúplná: rozvod, v péči matky	5-6 let	Ano (otec má novou manželku)	Starší bratr a mladší polovlastní bratr ze strany otce	U otce co 2 týdny tráví víkend	-	Matka matky hospitalizována pro poporodní deprese
Ladislav	Úplná	-	-	Mladší bratr	-	Děda (Rodinný dvougenerační dům)	Matka otce deprese, 2 její sestry TS (jedna suicidum dokonala)
Martin	Neúplná: rozchod, žije s matkou	13 let	Ano (matka)	Mladší sestra a nevlastní starší bratr (syn přítele matky)	Žádný kontakt	Přítel matky	Matka otce údajně léčba na psychiatrii, bratr otce léčba na psychiatrii (alkoholismus), mladší sestra v péči psychiatra (prudké výkyvy nálad), otec abúzus alkoholu

Tabulka 6b: Rodinná situace respondentů

5.2 Metody získávání a průběh sběru dat

Jak uvádí Švaříček a Šedová (2014) v souladu se Straussem a Corbinovou (1999), jsou považována v rámci kvalitativního přístupu za relevantní zejména tyto data: z rozhovorů, pozorování a dokumentů, pracuje se tedy především se slovy a textem. Data jsme získávali prostřednictvím nahlédnutí do zdravotnické dokumentace, z níž jsme zjišťovali předem dané informace, na úvod byl použit Test rodinného systému FAST a hlavní metodou sběru dat bylo polostrukturované interview. Můžeme říci, že pozorování bylo doplňkovou metodou, neboť jsme měli možnost zachytit bezprostřední reakce respondentů při administraci testu a také při samotném rozhovoru.

5.2.1 Nahlédnutí do zdravotnické dokumentace

Před administrací testu a samotným rozhovorem jsme měli vždy možnost nahlédnout do zdravotnické dokumentace jednotlivých respondentů. Předem jsme si určili, jaká data z dokumentace pro nás budou podstatná. Zajímal nás především věk dospívajícího, jeho diagnóza, medikace (zda nějakou užívá či ne), výskyt psychického onemocnění v rodině, délka a pořadí hospitalizace v době rozhovoru a to, zda už byl dospívající někdy dříve v jiné odborné péči. Pokud se nám zdálo ještě něco přínosné, snažili jsme se tyto další informace z dokumentace zaznamenat. Při rozhovoru jsme měli možnost tyto informace ověřit, anebo nenápadně některé věci nastínit, pokud nebyly z jakéhokoliv důvodu samotným respondentem uvedeny.

5.2.2 Test rodinného systému FAST (Family system test)

Vždy před samotným rozhovorem byl administrován Test rodinného systému FAST, který sloužil jako doplňková metoda. Jedná se o metodu herního charakteru, která je založena na figurální technice, kdy respondenti rozmisťující figurky představující jednotlivé členy rodiny na šachovnicové pole (9x9 čtverců). Figurky jsou rozděleny na ženské a mužské, k dispozici se také nabízí jejich barevné varianty, dalším příslušenstvím jsou podstavce různé velikosti (1,5 cm; 3 cm a 4,5 cm). Tato metoda velmi dobře posloužila k navázání kontaktu, uvolnění napětí, navození příjemné atmosféry a pocitu důvěry mezi výzkumníkem a respondentem. Samotný test nám také poskytl cenné informace týkající se rodinné struktury a vztahů v rodinách respondentů a umožnil snadněji hovořit o rodině v následujícím rozhovoru.

Test rodinného systému švýcarského psychologa Thomase Gehringa vychází poprvé v Německu roku 1993 pod názvem „*Familiensystemtest*“. Tato nestandardizovaná metoda, vycházející ze systémového přístupu k rodině, slouží nejen k diagnostickým účelům, plánování intervence a hodnocení účinnosti terapie, ale je také využívána ve výzkumu, klinické i poradenské praxi a je použitelná pro děti od 6 let (Gehring, Debry & Smith, 2001 in Gehring, 2005).

FAST je možno administrovat jak individuálně, tak skupinově (v rámci celé rodiny). V našem případě byl test použit individuálně (respondent). Samotný test slouží především k vyhodnocení koheze, hierarchie a flexibility rodiny. První měřená dimenze koheze je vyjádřena pomocí vzdálenosti mezi figurkami, hierarchie v rodině je udávána dle velikosti postavců pod figurkami. Barevné figurky, představující daného člena rodiny, mohou znamenat určité osobnostní vlastnosti nebo jiné, pro respondenta důležité informace. Respondenti si pro výběr barev určují svá vlastní kritéria a jejich význam je subjektivní. Z testu lze také vyhodnotit mezigenerační koalice, tedy vyšší kohezi mezi rodičem a dítětem, než je koheze v rodičovském vztahu a převrácenou hierarchii, kdy je některá z dětských figurek vyšší než figurka rodičovská. Za pomoci koheze a hierarchie lze určit typ vztahové struktury, která může být vyvážená, labilně vyvážená či nevyvážená (Gehring, 2005). Dospívající měl tedy za úkol nejprve znázornit typickou situaci v rodině, po níž následoval rozhovor k této situaci, dále situaci ideální, a nakonec reprezentaci konfliktů.

5.2.3 Polostrukturované interview

Poslední a hlavní metodou získávání dat bylo polostrukturované interview, které bylo použito zejména kvůli tomu, že řeší nevýhody nestrukturovaného a plně strukturovaného interview. Bylo tedy vytvořeno závazné schéma otázek neboli jádro interview, na které jsme se vždy jednotlivých respondentů tázali. Zároveň jsme se volně doptávali pro upřesnění a vysvětlení jednotlivých odpovědí, abychom správně pochopili a interpretovali, jak jedinec danou věc myslí (Miovský, 2006). Polostrukturovaný rozhovor je také nejčastější metodou sběru dat v interpretativní fenomenologické analýze, která byla zvolena k následné analýze dat (Smith, 2004). V každém rozhovoru jsme pokládali otázky z jednotlivých okruhů:

- **Adolescent a deprese:** Zde jsme se zaměřili především na vznik a rozvoj onemocnění a ukotvení těchto událostí v čase, popis projevů onemocnění, jeho případné vysvětlení a věci, které by mohly depresi zlepšovat nebo zhoršovat.

- **Rodinná situace:** V tomto okruhu jsme navázali na FAST, který byl administrován před samotným rozhovorem. Zaměřili jsme se na statut rodiny, proběhlé změny v rodině a to, jak je adolescenti vnímali, zabývali jsme se také novými partnery rodičů. Dále jsme se věnovali trávení volného času v rodině, pomáhání si a tomu, v čem si dospívající myslí, že je jejich rodina dobrá a v čem by se naopak mohla změnit.
- **Emoce:** V tomto oddíle jsme věnovali prostor vyjadřování a zacházení s emocemi v rodině, zda adolescenti mluví o svých pocitech s rodiči, svěřují se s nimi a zda sdílí jednotliví členové rodiny své pocity.
- **Komunikace:** Oddíl zaměřený na komunikaci v rodině, týkající se běžné komunikace, ale i svěřování se s problémy, obtížemi, vnímání vřelých projevů, vyjadřování kladných emocí, ale naopak okruh týkající se i hádek a jejich průběhu.
- **Škola:** Zde jsme se zaměřili především na to, zda se deprese projevila nějakým způsobem ve školním prostředí, případně jak. Věnovali jsme se také třídnímu kolektivu a situacím, které mohly onemocnění zhoršovat.
- **Kamarádi:** V tomto okruhu jsme se jen velmi povrchně zabývali kamarádskými vztahy respondentů, zaměřili jsme se na trávení volného času s nimi a to, zda se někomu z nich svěřili se svými obtížemi.

Rozpětí trvání rozhovoru se pohybovalo mezi 23 až 75 minutami, průměrná délka rozhovoru byla 43 minut. Před započítáním vlastního rozhovoru byli všichni účastníci srozuměni s tím, že bude celý průběh rozhovoru nahráván na diktafon, a veškeré jimi takto poskytnuté údaje a informace budou zpracovány pouze v rámci této diplomové práce. Poté následoval samotný rozhovor. Sběr dat proběhl v měsících listopad 2017 až únor roku 2018.

5.3 Metody zpracování a analýzy dat

Jedním ze způsobů zpracování dat byla analýza dokumentů, kdy jsme pracovali s anamnestickými údaji z dokumentace, která byla vedena v rámci pedopsychiatrických oddělení příslušných institucí. Jak podotýká Miovský (2006), představuje lékařské, psychologické, psychiatrické či jiné vyšetření bohatý a cenný zdroj dat pro psychologický

výzkum, je však důležité zachovat anonymitu člověka, kterého se tyto informace týkají. To jsme se spolu s etickými pravidly snažili respektovat, proto zde nejsou uváděna reálná jména respondentů ani bližší informace, dle kterých by je bylo možné identifikovat.

Dalším ze způsobů byl záznamový arch, který jsme používali při administraci testu FAST. V nadcházejícím kroku jsme pomocí manuálu takto získaná data vyhodnotili a převedli do počítačové podoby ve formě tabulek, které jsou součástí tohoto dokumentu v kapitole Výsledky.

Rozhovory s účastníky výzkumu byly s jejich souhlasem fixovány do podoby audiozáznamů pomocí diktafonu. Následně byla provedena doslovná transkripce těchto rozhovorů, což dle Hendla (2016) znamená, že je mluvené slovo převedeno do písemné podoby. Každý z rozhovorů byl tedy doslovně přepsán do textového editoru Microsoft Office Word, zůstala zde i nespisovná slova, dialekt či nedokončené věty. Poté, co byl celý text po přepisu znovu zkontrolován, zda je shodný se svou zvukovou podobou, byla provedena redukce prvního řádu. Z textu jsme tedy odstranili především slovní vatu a pauzy, čímž se stal text o něco plynulejší a lépe uchopitelnější (Miovský, 2006). Objem analyzovaného textu činil celkově 80 stran, nejkratší z rozhovorů dosahoval po transkripci délky 4 stran a nejdelší 12 stran. Průměrná délka textu činila 8 stran.

V souladu s typem výzkumu, a především také proto, že jsme se snažili porozumět subjektivní žité lidské zkušenosti a jejímu významu, byla jako metoda analýzy dat zvolena **interpretativní fenomenologická analýza**, zkráceně IPA (Smith et al., 2009). Jak uvádí Koutná Kostínková a Čermák (2013), je IPA vhodná především tehdy, pokud chceme popsat a vysvětlit způsob, jakým respondent, jehož se týká daný fenomén, tomuto jevu přisuzuje význam a co pro něj tato zkušenost znamená. Tento přístup však není založen na čisté fenomenologii, ale také na výzkumníkových postojích, přesvědčeních a na jeho způsobu interpretace, což znamená, že je zkušenost tvořena jako společné sdílení účastníka výzkumu a výzkumníka a obě tyto perspektivy by měly být zřetelné. Smith a Osborn (2003, 51) doslova uvádí, že „*účastník se snaží pochopit svoji zkušenost, zatímco výzkumník se snaží pochopit, jak účastník chápe svoji zkušenost.*“

V rámci analýzy textu jsme tedy nejprve podstoupili **opakované čtení textů**, tedy přepisů, a snažili se proniknout do vnitřního světa respondenta. Vedle přepisů textu jsou v této i dalších fázích užitečné také samotné nahrávky rozhovoru, které nám poskytují emoční zabarvení a obohacují nás o významné pomlky, jsou z nich zřetelné i jiné emoční

projevy jako například smích či pláč. V dalším kroku jsme si k textu dělali **poznámky a komentáře**, kdy jsme se zaměřili na to, co nám v textu připadalo důležité, zajímavé a významné (Koutná Kostínková & Čermák, 2013). Dle Smitha a Osborna (2003) mohou být tyto poznámky zárodky budoucích interpretací. Součástí této fáze bylo také vyhledávání a barevné podtrhávání a vyznačování vztahů. Dále jsme více pracovali s poznámkami a komentáři, a snažili se zachytit jednotlivá **rodící se témata**, kdy jsme začali organizovat a vysvětlovat data a snažili se zachytit respondentovu patrnou zkušenost a základní témata. V nadcházejícím stádiu jsme se pokusili **napříč témata hledat souvislosti**, to znamená, že jsme témata vzájemně propojovali, hledali jsme, co mají společného. Na tomto místě jsme také vyčlenili témata hlavní, nadřazená a podtémata, která se shlukují do nebo okolo hlavních témat, to znamená, že jsme uplatnili metodu trsů (Koutná Kostínková & Čermák, 2013; Miovský, 2006). Pokračovali jsme tím, že jsme **analyzovali další případy**, u kterých jsme aplikovali obdobně všechny čtyři výše uvedené fáze. V posledním kroku jsme **vyhledávali vzorce napříč případy** a propojili jsme tak jednotlivé analýzy, kdy jsme si kladli za cíl najít souvislosti mezi zkušenostmi jednotlivých respondentů a nalézt napříč případy významná témata (Koutná Kostínková & Čermák, 2013).

Při prezentaci výsledků interpretativní fenomenologické analýzy jsou velmi důležité přímé citace respondentů, které dle Smitha et al. (2009) podporují věrohodnost výzkumníkových interpretací. Kvalitní interpretativní analýza by dle Koutné Kostínkové a Čermáka (2013) měla kombinovat dvě důležité perspektivy, a to obecná témata vzešlá z analýz a zároveň pohled konkrétního respondenta, který nám zprostředkoval svou zkušenost. To se odráží v prezentaci našich výsledků vzešlých z rozhovorů, kdy jsou nejprve představeni jednotliví respondenti a jejich esence osobních zkušeností, a poté jsou prezentována témata obecná, která jsou u respondentů společná, a zachytili jsme je napříč jednotlivými rozhovory.

5.4 Způsob kontroly validity výzkumu

Pro zajištění validity výzkumu byly použity různé metody kontroly a zvyšování validity. První z nich byla **triangulace metod získávání a zdrojů dat**. V rámci tohoto výzkumu jsme použili různé metody – polostrukturovaný rozhovor, dokument, pozorování a byť se nejedná vyloženě o kvalitativní metodu, uvádíme zde i použitý FAST, který se hodnotí nejen kvantitativně, ale také kvalitativně a jehož administrace nám poskytla velké množství

bohatých dat (Hendl, 2016; Miovský, 2006). Tím, že byly kombinovány různé formy získávání a sběru dat, můžeme říci, že došlo k objektivizaci a triangulaci dat.

Validitu jsme se snažili podpořit také vhodným **settingem**, neboť údaje, na které jsme se dotazovali, byly osobního až intimního charakteru. Pokud to bylo jen trochu možné, požadovali jsme od příslušného personálu, který zajišťoval kontakt výzkumníka s adolescentem, aby mohl výzkum probíhat v tiché, nikým nerušené místnosti. Tyto podmínky se nám bohužel nepodařilo v některých případech dodržet. Jednou se tak stalo vlivem hluku na oddělení, který mohl působit rušivě, v druhém případě se jednalo o skoro až šokový moment, kdy byl rozhovor přerušen křikem personálu z chodby, kvůli vzniklému incidentu na oddělení. Jelikož se jednalo o silný zážitek, byl zde respondentovi poskytnut prostor na uklidnění a vstřebání celé záležitosti a možnost oddychu. Dále byl rozhovor přerušován návštěvou personálu místnosti, ve které rozhovor probíhal (Miovský, 2006).

Hlavním zdrojem získávání dat byly rozhovory s depresivními adolescenty. Pomocí těchto rozhovorů byla získána **autentická, bohatá, podrobná a úplná data**, která nebyla nijak upravovaná a nabývají tedy velké výpovědní hodnoty. Tato data obsahovala hustý popis událostí a významů, které pro respondenty představují (Miovský, 2006).

V neposlední řadě jsme se snažili o zajištění kontroly validity ze **strany výzkumníka**. Čermák a Štěpaníková (1997) zastávají názor, že by měl badatel být nějakou dobu na místě výzkumu přítomen a seznámit se s prostředím, ve kterém bude výzkum probíhat. Výzkumník byl seznámen s prostředím dvou institucí. V rámci výuky předmětu na pedopsychiatrickém oddělení v Psychiatrické léčebně ve Šterbnerku byl srozuměn s chodem oddělení. Dále byl také obeznámen s prostředím v Psychiatrické nemocnici v Opavě, jelikož zde byla absolvována týdenní stáž, kde byl výzkumník také srozuměn s chodem oddělení. V případě poslední instituce, Fakultní nemocnice Brno probíhala návštěva pouze za účelem výzkumu.

Výzkumník se dále snažil o **cílenou reflexi**, tak aby nebyla ovlivněna jeho výzkumná práce, a také byla dodržována empatická neutralita, kdy otázky, které byly kladeny na jednotlivé respondenty neobsahovaly hodnotící soudy a výzkumník se snažil ke zjištěným skutečnostem přistupovat neutrálně. Výzkumníkovou snahou bylo také ve všech případech přistupovat k respondentům bez jakýchkoli předsudků (Miovský, 2006).

6 ETICKÉ ASPEKTY VÝZKUMU

Výzkum probíhal prostřednictvím institucí, muselo nejprve dojít k jeho **schválení příslušnými orgány**. Ve všech institucích se jednalo o primáře daného oddělení, vrchního psychologa (pokud v instituci figuruje) a etické komise. Etické komisi byl předložen výzkumný záměr, který byl ve všech oslovených institucích povolen, výzkum byl schválen.

Před započítím samotného výzkumu, byli vždy adolescenti příslušným psychologem dotázáni, zda se chtějí výzkumu zúčastnit a co tento výzkum obnáší. Pokud souhlasili, byli dále osloveni jejich rodiče případně pěstouni nebo ti, u kterých byli aktuálně v péči (v jednom z případů tedy teta, jelikož rodiče byli v době výzkumu ve vazbě). Všichni tito lidé, kterým byli dospívající svěřeni do péče, museli před samotným výzkumem podepsat **informovaný souhlas**, vzhledem k tomu, že je náš výzkumný soubor tvořen adolescenty mladšími 18 let. Rodiče obdrželi v rámci návštěvy na oddělení od psychologa průvodní dopis, který je seznámil s cílem výzkumu, čeho se výzkum týká a jak bude probíhat. Součástí průvodního dopisu byl také informovaný souhlas (viz přílohy), který musel být schválen, tedy podepsán, aby mohl být příslušný dospívající zařazen do výzkumu. V průvodním dopise byl také uveden kontakt na výzkumníka (emailová adresa), pro případ, že by měli rodiče jakékoli otázky, týkající se výzkumu.

Samotní respondenti byli před rozhovorem upozorněni na jeho nahrávání na diktafon, na který byl také zaznamenán jejich ústní souhlas s účastí ve výzkumu. Všichni účastníci výzkumu byli před započítím výzkumu seznámeni s tím, co je čeká, měli možnost se na cokoli ohledně výzkumu zeptat, možnost na cokoli neodpovědět a kdykoli z výzkumu odstoupit. Jejich účast na výzkumu byla dobrovolná a nebyla ničím motivována. Někteří z respondentů využili možnosti neodpovědět na otázku. Respektována byla zásada anonymity, jména všech účastníků byla pozměněna a neuvádíme, z jakých institucí konkrétní dospívající jsou, ani jiné údaje, pomocí kterých by byli identifikovatelní. Informace týkající se zejména rodinných příslušníků, které byly získány z dokumentace, jsou zde uvedeny vzhledem k přínosu pro tento výzkum, nikde však neuvádíme konkrétní jména a jiné údaje. Vzhledem k citlivé povaze výzkumu jsme se snažili dodržet **ochranu soukromí a osobních údajů** účastníků výzkumu (Miovský, 2006).

Usilovali jsme také o to, aby **nedošlo k jakémukoli poškození či újmě** účastníků výzkumu, což bylo ošetřeno možností neodpovědět na nějakou otázku nebo možností z výzkumu odstoupit, pokud by byl pro dospívajícího jakkoli nevyhovující či nepříjemný. Tomuto jsme se také snažili předejít tím, že jsme předem v podmínkách pro zařazení do

výzkumu uvedli, že musí být dospívající v době výzkumu v takovém stavu, který umožňuje se tohoto výzkumu účastnit, aniž by jej tento výzkum jakkoli poškodil. To bylo vždy na posouzení příslušným psychologem, u kterého byl respondent v péči. Pokud nebyl dospívající v dobrém stavu nebo mu jeho současný stav neumožňoval se výzkumu účastnit, nebyl do výzkumu vůbec zařazen (Miovský, 2006).

Kladli jsme si také za cíl **ochránit soukromí výzkumníka**. Při seznamování s dospívajícími tedy výzkumník uváděl pouze křestní jméno, maximálně byl respondent srozuměn se skutečností, že se jedná o studenta Univerzity Palackého oboru psychologie, jiné osobní údaje, týkající se výzkumníka, uváděny nebyly. Výzkumník dbal také na **dodržování hranic výzkumného vztahu** mezi ním a účastníky výzkumu (Miovský, 2006).

7 VÝSLEDKY

V té podkapitole se nejprve zaměříme na zkušenosti jednotlivých respondentů s depresí, dále výsledky vyplývající z Testu rodinného systému, a poté se budeme věnovat výsledkům vzniklých z rozhovorů. Nakonec budou prezentována témata vzniklá z interpretativní fenomenologické analýzy, v závěru se zaměříme na zodpovězení výzkumných otázek.

7.1 Zkušenosti jednotlivých respondentů s depresí

VLASTA, studentka 1. ročníku střední školy, měla v době rozhovoru 16 let a 8 měsíců. Její obtíže se začaly projevovat před 3 lety. Zprvu měly zejména fyzický charakter, měla narušený spánek, nedokázala spát a zvracela. V té době došlo v rodině Vlasty k velké zátěži, když se rodičům narodil postižený syn. Přestože zde byly již varovné signály v těhotenství, bratr se měl narodit jako retardovaný, a rodičům byl doporučován potrat, zákrok odmítli, protože jsou věřící. *„Jakože byly problémy, že se myslelo, že bude retardovaný, že nemá propojenou tu pravou a levou mozkovou část, ale to se nakonec vyvrátilo, že tam nějaké to propojení má. Prostě rodičům furt říkali, že jestli nechcou jít na potrat. Rodiče říkali, že ne, protože oni jsou věřící, takže jako oni nechtěli jít na potrat.“* To, že by se měl narodit postižený bylo však později vyvráceno, vědělo se ale, že tam nějaké komplikace jsou. Přes pozitivní očekávání se bratr narodil postižený, nedokázal jíst a neustále zvracel, a lékaři nebyli schopni určit, co mu je. V té době tedy rodiče jezdili s nejmladším bratrem po nemocnicích a doktorech, o mladšího bratra se musela postarat Vlasta. Vlasta se musela starat o mladšího sourozence, chodila do kroužku a musela zvládat nároky ve škole, cítila se zatěžována (zejména ze strany otce), bylo toho na ní moc, nezvládala to unést a obtíže se začaly zhoršovat. Začaly jí trápit úzkosti a deprese, nedokázal jíst a měla velký problém spát někde jinde mimo domov. V tomto okamžiku, zhruba půl roku po prvních příznacích, na svůj stav upozornila rodiče, a ti jí objednali jí k psychologovi: *„...to vyvrcholilo o půl roku později, kdy jsem začala mít stavy, kdy jsem nemohla ani jíst a tak. Jako chtěla jsem jet na tábor, ze kterého jsem furt odjížděla prostě, že mě tam bylo špatně prostě, úplně hrozné, jako nikomu bych to nepřála takový mučivý pocit vevnitř.“* Psychologem jí byla diagnostikována deprese, musela také začít brát léky, což brala velmi špatně. Její stav se nezlepšoval, a tak se po roce a půl přetrvávajících obtížích objevila možnost hospitalizace na psychiatrii, což nesla velmi špatně. *„Bylo mi ze začátku vyhrožováno, že jako možná půjdu na psychiatrii. To bylo před rokem a půl v září, a jako já jsem nechtěla vůbec nikde, jako na psychiatrii, pak mi*

stačilo, že už jsem jako brala léky že.“ Přetrvávající obtíže, které se nijak nezlepšovaly, neschopnost plnit školní povinnosti či až občasné absence ve škole, svírající neodklonitelný pocit a myšlenky na sebevraždu dovedly Vlastu až k samotnému pokusu o ni. „A potom prostě, z nátlaku okolí a všeho jsem se chtěla zabít, od října tohoto roku jsem se začala chtít zabít, že už jsem nechtěla dál bojovat, nechtěla jsem se s tím potýkat.“ Jednoho dne se tedy předávkovala léky, a rozhodla se zavolat své tetě, tuto informaci jí sdělit, jelikož rodičům se svěřit bála. Na základě těchto událostí byla tedy hospitalizována na psychiatrii. Hospitalizace pro ni představovala šok, vytržení z reálného života, odtržení od její největší opory – rodiny. Rodina pro ni představuje velkou oporu, povzbuzení, což se neslo celým rozhovorem. Přesto všechno však našla v hospitalizaci také kladné stránky, když se začala nad sebou v novém prostředí zamýšlet: „...už tak od třetího týdne jsem se nechtěla zabít, protože tady to člověka donutí přemýšlet. Tady je to fakt jako, že mi to pomohlo v jisté míře, že přemýšlím jinak.“

RENÁTA, studentka posledního ročníku základní školy měla v době rozhovoru 14 let a 9 měsíců. Renáta od útlého věku (1 rok) žije v pěstounské rodině, s otcem je v kontaktu skoro každý víkend, s matkou se vidá nanejvýš 1x až 3x ročně. Její obtíže začaly před 8 měsíci, kdy se pohádala se svojí pěstounskou matkou. V hádce se také projevilo velké téma Renáty, to, že se nejedná o její vlastní rodinu, a že vlastně nikam úplně nepatří. „*Ta hádka se týkala toho, že nejsem dobrá ve škole, že nejsem jejich krve, a že se u mě projevují ty geny moje.*“ Tehdy se poprvé pořezala, což jí přineslo úlevu a zjistila, že jí sebepoškozování celkově pomáhá při špatné náladě. Od té doby se vždy při takových chvílích sebepoškodila. Kromě tohoto začala trpět nespavostí, vidět a slyšet stíny, které jí nakazovaly různé věci a tvrdily jí, že je pro ostatní přítěží, působily na ní negativně. To, že má Renáta nějaké obtíže, zaregistrovali pěstouni po zhruba půl roce, kdy si pěstounka všimla pořezaných kloubů na ruku. Nejprve pořezání považovali za pubertální projev, nebyli schopni pochopit motivaci, proč to Renáta dělá. Vzhledem k tomu, že se situace nezlepšovala, Renáta nekomunikovala s okolím a více se do sebe uzavírala, rozhodli se zakročit. „*Ze začátku, že se nic neděje, že to teďka mají skoro všichni, ale potom, jak jsem nepřestávala, a pořád víc a víc se uzavírala do sebe, tak začala (pěstounka) mít o mě strach a rozhodla se to řešit nebo spíš, že když s tím nepřestanu a přijdu pořezaná, tak okamžitě jedu do Kroměříže, do blázince.*“ Tato domluva však neměla žádný efekt a Renáta pokračovala dále v sebepoškozování, s tím, že se snažila známky sebepoškozování zakrývat a předstírat, že má dobrou náladu. Pod náporu tlaku ze strany pěstounů a školy na dobré známky a výsledky v posledním ročníku, se však obtíže zhoršovaly, bludy a halucinace nabývaly na intenzitě, začaly se objevovat sebevražedné

myšlenky, které vykulminovaly pokusem o sebevraždu. V té době toho na ni už bylo moc, a tak se rozhodla pomocí kamarádky svou situaci řešit. Společně tedy zavolaly do jedné organizace, kde se snažily domluvit termín s psychologem, ale čekací doba byla několik měsíců. Nakonec se rozhodla situaci řešit s pěstounkou, navštívily psycholožku, která ihned navrhla hospitalizaci. „*Předcházela tomu návštěva psycholožky, kterou vyděsilo, že jsem jí řekla, že když na mě začnou útočit (stíny), tak jsem v takovém transu, že ani nevím, co dělám, a že se bála, že si něco udělám, protože už dvakrát jsem se málem připravila o život.*“ Hospitalizována být nechtěla, zejména kvůli poslednímu ročníku ve škole, ve kterém se nachází, ale uvědomila si, že pro nemocnici představuje bezpečné prostředí, kde se jí nemůže nic stát, a zároveň zde nepocítuje tak obrovský tlak ze školy.

TAMARA, studentka posledního ročníku základní školy měla v době rozhovoru 15 let. Po rozvodu rodičů, žije od svých 8 let se svým otcem, s matkou udržuje od svých 10 let pouze telefonický kontakt. První obtíže se dostavily před rokem a půl, když neměla příliš kamarádů ve škole a nevládala učení, zároveň začalo docházet k hádkám mezi jejím otcem a jeho přítelkyní, kterou brala jako svou matku. „*No nejdřív to začalo trochu ve škole, protože jsem tam neměla moc kamarádů, s nikým jsem se tam nebavila a začala jsem mít problém v té škole, začala jsem mít problém v učení, neuměla jsem se soustředit. Nešlo se mi učit, a potom, když se hádali moji rodiče (myšleno otec a jeho přítelkyně), a když ta přítelkyně odešla, tak to bylo nejhorší úplně.*“ Nejprve měla narušený spánek, ztratila chuť k jídlu, později byla schopná proležet celý den v posteli, jelikož nedokázala nic dělat, smutné nálady časem přešly až k myšlenkám na sebevraždu. Vše se zhoršilo i tím, že se otec s přítelkyní rozešel a ona se tak neměla komu svěřovat, a navíc byla často doma sama: „*...byl pořád v práci a nebyla tam už ani ta přítelkyně, takže jsem byla úplně pořád sama doma, a to to hodně zhoršovalo a neměla jsem se ani komu moc svěřit, protože s ní (přítelkyní) už jsem nebyla tolik v kontaktu a chtěla jsem jí to všechno svěřit osobně...*“. Vše vyvrcholilo tím, když přestala chodit do školy a chtěla se zabít, k pokusu nedošlo. Tehdy se rozhodla se se vším svěřit otcově přítelkyni, a ta jí domluvila schůzku u psycholožky, která následně celou situaci osvětlila i otci Tamary. Přestože docházela k psycholožce a užívala léky, situace se příliš nezlepšovala, a tak došlo i na hospitalizaci. Z té byla nejprve špatná, ale později zjistila, že má hospitalizace i své světlé stránky: „*...rychle jsem se zapojila do kolektivu, já jsem se fakt rychle začala bavit, zjistila jsem, že tu jsou strašně fajn lidi, že mě ty děcka vlastně chápou víc než jiný děcka, protože si třeba prochází podobnými věcmi...*“.

LENKA, studentka posledního ročníku základní školy, měla v době rozhovoru 14 let a 11 měsíců. Rodiče spolu nežijí, Lenka žije s matkou a s otcem udržuje od svých zhruba 4 let pouze telefonický kontakt. Prvotní obtíže u ní začaly zhruba před 4 až 5 lety, když ještě spolu s matkou bydlely v jiném městě. Z počátku byla spíše úzkostná, bála se chodit ven mezi lidi a navštěvovat školu. Poté, co se matka rozešla se svojí přítelkyní, se obě přestěhovaly do jiného města. V nové škole se nedokázala příliš dobře adoptovat, měla problémy se spolužáky a obtíže se začaly zhoršovat. „*Já jsem furt měla pocit, že nic nemá smysl. Pak jsem si začala říkat, že jsem zbytečná, že zatěžu jenom svoji mamku, že jsem měla problém chodit mezi ty lidi, a že už je to stejně všechno jedno, a že už jsem měla takový ty myšlenky, jakože by bylo lepší se zabít a tak.*“ Situace ve třídě se nezlepšovala, spolužáci se jí posmívali, občas jí podkopli nohy, a tak myšlenky na sebevraždu neustupovaly, až se rozhodla sama si říci o pomoc. „*Musela jsem sama říci, že chci jít k nějaké psychologce nebo tak, protože mamka si toho vůbec nevšimla prvně. Ona si všimla až po 2-3 letech, že jsem se strašně zhoršila ve škole...*“. Problémy se však nezlepšovaly, Lenka opět nechodila do školy a její matka chtěla nějak zasáhnout, načež začala opět chodit do školy. Změna k lepšímu byla však jen naoko, neboť poté se předávkovala a skončila hospitalizovaná na psychiatrii. Nejprve k hospitalizaci přistupovala velmi laxně, bylo jí to vlastně jedno, hlavně když nemusí být ve škole. Stále plánovala, že po propuštění spáchá sebevraždu, na oddělení nechtěla spolupracovat. Po incidentu, kdy se doma na propustce pořezala, a byly jí odejmuty některé výsady za to, že porušila režim, si však uvědomila, že jí hospitalizace může být ku prospěchu: „*...uvědomila jsem si, že mi tady fakt můžou pomoci, když sama budu chtít, a od té doby se tak nějak sama snažím.*“

ERIKA měla v době rozhovoru 13 let a 3 měsíce. Její rodiče se rozešli v jejích 3 letech, od té doby měla matka ještě jiné partnery, se kterými má 3 další děti. Vše u ní začalo přibližně před 8 měsíci, když si v baletu všimla, že je oproti jiným slečnám poněkud vyspělejší. Rozhodla se proto držet dietu a omezovat potravu. Aby nad sebou udržela kontrolu, dala si kolem ruky gumičku, aby neměla nutkání jíst. To jí však nepomáhalo, proto se začala škrábat, což později přešlo až v řezání, a i jiné sebepoškozování. Jíst naopak začala po velmi krátké době opět normálně, protože si škrábanců a omezování jídla všimla matka, která si spolu se svým přítelem s Erikou o všem promluvila. Ke všemu se ale začaly přidávat chmurné nálady, veškeré špatné věci, které se v jejím okolí a rodině odehrály, si začala vztahovat k sobě a vše si brala osobně. Dostavily se i jiné obtíže: „*...nebo si pamatuju, že jsem si sedla a brečela a v hlavě se mi honila spousta myšlenek, jak jsem špatný člověk.*“

V noci jsem se budila, protože jsem měla pořád dokola jeden a ten špatný sen, a i z toho snu jsem se začala škrábat, protože jsem neměla nic ostrého po ruce.“ Sebepoškozování tedy neustávalo, Erika zjišťovala, že čím větší bolest si způsobuje, tím větší úlevu jí to přináší, před matkou a jejím přítelem se snažila vše tajit. Zhoršení zaznamenala i ve svém třídním kolektivu, kdy si známek sebepoškozování začali všimnout i spolužáci, kteří se jí za to vysmívali. Nakonec však opět matka přišla na to, že se dále poškozuje, a Erika se dostala do nemocnice. V nemocnici byla vyšetřena psycholožkou a psychiatrem a bylo rozhodnuto, že bude hospitalizována na psychiatrii. *„S psycholožkou jsem si promluvila, a ona se taky ptala na tu rodinu, a pak mě dali k psychiatričce, a ta už rozhodla, že to pro mě bude nejlepší, protože já jsem měla problémy v té škole a změna prostředí by mi prospěla, a že doma na mě toho bylo taky hodně. Takže mě pak převezli tady.“* Hospitalizována z počátku být nechtěla, bála se zejména toho, co si o ní po návratu pomyslí ve škole, v tomto přesvědčení ji příliš nepomáhali ani někteří členové její rodiny. Poté, co bylo sděleno jejímu otci, že má nějaké problémy, tak jí řekl, že se za ní stydí, podobně to vnímala i u své babičky. *„Babička řekla, že už se nemá za mě, jak chlubit, že jsem skončila v nemocnici. Že jsem byla vždycky taková ta vnučka, že babička šla za kamarádkou, a řekla jí, jak má super vnučku, a že teď už ne. Hrozně mě to mrzelo.“*

BEÁTA, studentka gymnázia, měla v době rozhovoru 15 let a 3 měsíce. Její rodiče se v jejich 13 letech rozvedli, nadále však žijí spolu jako partneři. V době rozhovoru byli oba rodiče ve vazbě, Beáta spolu se sestrou byly v péči tety a babičky. Její obtíže začaly už před rokem a 8 měsíci, když se její rodiče rozváděli a do toho měnila školu. Popisuje, že zažívala velký nátlak, myslela, že ho neunes a chtěla si něco udělat. Smutné nálady, které neměly vysvětlení, stranění se kamarádů a problémy se spánkem doprovázely i suicidální úvahy, které začaly nabývat i reálných rozměrů, když si začala schovávat prášky: *„...ten den, co jsem se chtěla předávkovat, a měla jsem to schované asi 2 týdny dopředu, a zrovna v ten den to mamka našla, tak si pak o tom se mnou promluvila, a tak jsem si pak nic neudělala.“* V ten den rodiče zjistili, že na tom Beáta není nejlépe, snažili si o všem s ní promluvit a začala také navštěvovat psycholožku. Poté byl nějakou dobu klid, ovšem stejné problémy se objevili v momentě, když rodiče minulé léto odešli do vězení. Nároky se začaly vršit, Beáta se musela starat o domácnost, zvládat školu a unést celou situaci s rodiči. Začala být velmi smutná, nekomunikovala, byla vyčerpaná. Situace pro ni byla nadále neúnosná, a tak si po půl roce po hádce s tetou sáhla na život a dostala se do nemocnice. Z nemocnice poté byla převezena na psychiatrii. Samotné hospitalizace se bála, nedokázala si představit, co jí čeká

a s jakými lidmi se na oddělení setká. Realita však v pozitivním slova smyslu předčila její očekávání.

MARTINA, studentka 1. ročníku střední školy měla v době rozhovoru 16 let a 4 měsíce. Od svých 8 let, kdy se její rodiče rozvedli, žije ve střídavé péči, kdy 14 dní bydlí s jedním rodičem a dalších 14 dní je u toho dalšího. U matky žije společně s jejím přítelem. Střídavá péče začala nevyhovovat oběma stranám, jak Martině, tak i rodičům, poté, co zjistili, že se potýká s určitými problémy. Projevy deprese u ní začaly před rokem a půl, kdy se pohádala s kamarády v partě, a taky se více hádala se svojí matkou: „...*začala jsem mít takové pocity, že už mě nikdo nemá rád...Měla jsem pocity méněcennosti, neměla jsem žádné sebevědomí. Pak, jak to bylo čím dál tím horší, tak jsem si chtěla nějak ublížit a zmizet, abych nemusela nic poslouchat, abych se nemusela s nikým hádat, abych nemusela poslouchat žádný pomlvy, že už jsem na to neměla prostě.*“ Obtíže se začaly nabalovat, Martina zažívala depresivní nálady, nebyla schopna chodit do školy, což se projevilo na jejích studijních výsledcích, začala také trpět nechutenstvím, jednou se pořezala a také se sebepoškozovala jinými způsoby (například jedla více různých prášků či pila čisticí prostředky). Po zhruba roce a dvou měsících se Martina se svými problémy svěřila rodičům. Protože měla i nějaké zdravotní komplikace, byla odeslána na vyšetření do nemocnice, kde přišla do styku s psychologkou, která jí diagnostikovala depresi. Po konzultaci bylo rozhodnuto, že se stávající situace musí nějakým způsobem řešit, a Martina si mohla vybrat, zda se bude léčit ambulantně nebo bude hospitalizována na psychiatrii. „*Já jsem měla na výběr, jestli půjdu sem nebo budu jezdit za psychologkou, a já jsem si vybrala, že budu radši tady, protože jsem věděla, že když budu doma s mámou, tak si ty věci neuvědomím, které bych měla, protože by byly tady furt se mnou.*“ Přestože její matka z hospitalizace nadšená nebyla a přikláněla se spíše k ambulantní péči, rozhodly se nakonec pro hospitalizaci. Ze začátku si musela Martina na nové prostředí zvykat, ale považuje za velkou výhodu, že se ocitla v úplně odlišném prostředí, kde se může zabývat sama sebou.

DANIELA měla v době rozhovoru 13 let a 1 měsíc. Od rozvodu, který proběhl v jejich 5 až 6 letech je v péči matky, co dva týdny bývá na víkend u otce. Otec je podruhé ženatý a s novou manželkou má také dítě. Její obtíže začaly zhruba před 5 až 6 měsíci, kdy začala pociťovat velký stres ze školy, z toho, že jí nezvládá, což se nelíbilo rodičům, kteří na ni kvůli tomu křičeli, což jí také nepomáhalo. Začala mít sebevražedné myšlenky, které se projevovaly také tím, že kreslila obrázky, na kterých vyobrazovala, jak by se připravila o život: „...*měla jsem myšlenky, že se zabiju, že by bylo nejlepší, kdybych zmizela ze světa a*

nikdo by po mě furt neřval, nekřičel a neměla bych stres ze školy. To mě trápilo. Začala jsem malovat obrázky nebo plány, jak to udělat.“ Hospitalizaci předcházela událost ve škole, když na Danielu začal učitel křičet. „Chtěla jsem toho učitele uhodit, aby na mě přestal řvát, protože to bylo nepříjemný. Místo toho, abych ho praštila, abych na něj taky začala řvát, tak jsem o přestávce snědla prášky. Potom to nepomáhalo, tak jsem si brala víc a víc, a pak jsem si všimla, že jsou prostě 2 ty plata pryč, a že mi to vůbec nepomohlo.“ Bylo jí velmi špatně, zvracela, až učitelka kontaktovala matku. Poté se dostala do nemocnice, kde se rozhodlo, že bude hospitalizována na psychiatrii. Sama Daniela však tento čin nepovažuje za pokus o sebevraždu, nic takového si nepřipouští, jejím záměrem prý bylo pouze se uklidnit ve stresové situaci. Z počátku hospitalizace si nedokázala představit, že by měla strávit 3 měsíce bez rodiny, hodně jí také vadilo, že je v jiném prostředí spousta věcí, na které je zvyklá, zakázaných a nepovolených.

LADISLAV měl v době rozhovoru 14 let a 8 měsíců. Jeho problémy začaly na začátku tohoto školního roku v září, tedy zhruba před půl rokem a byly převážně fyzického charakteru. Před odchodem do školy ho bolelo břicho, motalo se mu v hlavě. Tyto pocity byly nejhorší vždy z rána. Ve škole mu bývalo taktéž špatně, měl pocity na omdlení, chtělo se mu zvracet, celkově pociťoval velkou slabost. Začal mít také problémy s močením. Ve škole bylo ředitelem potlačováno chození na záchod mimo přestávky, a někteří učitelé se snažili toto nařízení striktně dodržovat. Ladislav však míval pocity, kdy se jednu chvíli cítil v pořádku, ale pak měl akutní nucení na močení a začal se bát, že ho učitelé nepustí na toaletu. Zhruba v říjnu či listopadu se rozhodl své obavy sdílet se školním psychologem. Bylo domluveno, že bude volně pouštěn na toaletu, kdykoli ucítí potřebu, obtíže se však i přes to nezlepšovaly, naopak se zhoršovaly. Ladislav nebyl schopen ve škole fungovat a ani domácí prostředí plné hádek mu v jeho stavu nepřidávalo. „*Začal jsem chodit ke školní psychologce, tam mně to trošku pomohlo, takže jsem ještě nějak zvládal tu školu, a po nějaké době se to ještě víc zhoršilo. To už školní psychologka řekla, že už s tím nic neudělá. Že by se mělo přistoupit, jít k nějakým psychologům, kteří řeší přímo tu věc.*“ Do té doby své obtíže před rodiči skrýval, pak se jim ovšem svěřil a domluvili se na hospitalizaci. Zprvu ho trápilo, že vypadne ze školního prostředí, ale jeho nálada se však každým dnem zlepšovala, což ho v pobytu povzbuzovalo.

MARTIN, student prvního ročníku střední školy měl v době rozhovoru 15 let a 5 měsíců. Poté, co se jeho rodiče před 2 lety rozešli, žije ve společné domácnosti s matkou a jejím přítelem. Dle jeho slov o něj a sestru otec nejeví zájem, stejné je to i z jeho strany.

Úplně prvotní obtíže se u něj objevily před 4 lety, když se mu oběsil velmi dobrý kamarád. Situaci nezlehčovalo ani to, že bych na základní škole šikanován, což bohužel pokračovalo i při přechodu na střední školu. Už od začátku letošního školního roku začal pociťovat vyšší stres a šikana se rozvíjela hned od počátku. „*Občas mě mlátili, schovávali mi věci, občas mi vdechli kouř z cigaret do obličeje.*“ Martin se začal uzavírat do sebe, vše se mu znechutilo, nedokázal být veselý, neměl žádnou energii. Situace se zhoršovala, nedokázal jezdit dopravními prostředky, ve kterých mu bylo fyzicky špatně. Začal také často simulovat nemoc, aby nemusel chodit do školy. Zhruba po 2 až 3 měsících si všimla matka, že je něco v nepořádku, že se Martin vůbec neusmívá. Tehdy se jí rozhodl svěřit se šikanou, a zmínil se také o tom, že se chtěl zabít. „*Mamka se mi snažila pomoci, objednala mě k psychiatrovi, snažila se dělat nějaká řešení, dala mě na jinou školu.*“ S psychiatrem se Martin dohodl na hospitalizaci. Z počátku nebyl nadšený, že bude muset být hospitalizován na takovou dobu, velmi rychle se však adaptoval v kolektivu, celkově se mu zlepšila nálada a začal mít také plány do budoucna.

7.2 Výsledky Testu rodinného systému FAST (Family system test)

Před samotným rozhovorem byl vždy každému respondentovi nejprve administrován Test rodinného systému, který sloužil zejména k uvolnění a navození pocitu důvěry. Z testu jsme se však také hned na začátku dozvěděli některé přínosné informace, které nám umožnili je dále rozvést při samotném rozhovoru. Po úvodních instrukcích k testu měl vždy účastník výzkumů za úkol nejprve znázornit typickou situaci v rodině.

7.2.1 Typická reprezentace

Při vyhodnocování jsme se nejprve zaměřili na **kohezi rodiny**. Ta byla v 8 z 10 případů nízká, u zbylých 2 respondentů naopak vysoká. V případě Vlasty by koheze byla vysoká, pokud bychom nebrali v potaz nejstaršího bratra. Domníváme se, že zde byla vzdálenost tohoto člena od rodiny velká, protože se nedávno odstěhoval mimo domov kvůli studiu, což může představovat změnu pro celou rodinu, která byla až do té doby zvyklá, že žijí pohromadě. Vyšší vzdálenost zde tedy nutně nemusí představovat emoční vzdálenost.

U Renáty převládal největší počet figurek, vzhledem k tomu, že při administraci vyobrazila na šachovnici jak svou biologickou, tak i pěstounskou rodinu. Posouzení koheze zde bylo méně snadné než u ostatních účastníků. Vyčnívala figurka biologické matky, která

byla ostatním nejvíce vzdálená, což odpovídá i situaci reálné. Dívka se se svou matkou stýká velmi sporadicky, 1–3× ročně. Citová vzdálenost zde nebyla vyobrazena pouze na šachovnici, při administraci bylo také možné postřehnout dívčino oslovování biologické matky jako „nevlastní“. Sama také v následném rozhovoru hovořila o biologické matce jako o „cizí paní, kterou jako kdybych potkala na ulici a znala ji jen od vidění, protože sice je biologická, ale to je všechno, co mezi náma je“. Podobným případem byla i Tamara, která žije s otcem, a se svou matkou se od roku 2013 vůbec nestýká. Stejně jako u Renáty i zde byla figurka matky vždy nejvzdálenější těm ostatním, a pokud bychom ji nezahrnuly do hodnocení koheze ve všech 3 případech (typická, ideální a konfliktní situace), byla by koheze vždy hodnocena jako vysoká. Vysokou kohezi ve všech případech naopak můžeme spatřit u Lenky, která figurku otce nezahrnula ani do jedné z reprezentací, a koheze je tak ve všech případech vysoká. Je možné, že by figurka otce kohezi pozměnila tak jako u Tamary, jelikož se Lenka se svým otcem už 11 let neviděla (bydlí v zahraničí). Na těchto případech je viditelné, že figurka představující rodiče, se kterým se dítě nestýká, byla vždy umístěna nejdál od dalších figurek a mohla tak zásadně pozměnit výši koheze. Pokud bychom se podívali na ostatní respondenty, kteří sice nežijí s oběma rodiči, ale s tím, s kterým nežijí, jsou v určitém pravidelném kontaktu, není vzdálenost od ostatních figurek již tak razantní jako u rodičů dětí, kteří s nimi nejsou skoro v žádném kontaktu. Tyto odlišnosti byly u rodiče, se kterým dítě nežije, a to, zda s ním je či není v kontaktu, patrné i v rozhovoru.

Kohezě rodičovského subsystému byla nejčastěji hodnocena jako nízká (4), dále jako střední (2) a vysoká (2). Ve 2 případech nebylo možné kohezi rodičovského subsystému zhodnotit, jelikož nebyla v případě Lenky vůbec použita figurka otce (v žádné z reprezentací) a podobně tomu bylo u Martina, který figurku otce použil až při znázornění konfliktní reprezentace. Jak jsme se již výše zmínili, pro Lenku nepředstavovala figurka otce něco podstatného vzhledem k faktu, že s ním již 11 let není v osobním kontaktu. Přestože se rodiče Martina rozešli před 2 lety, nejeví otec o něj a sestru zájem, a ani Martin se s ním nechce vídat, nepředstavovala figurka otce při zobrazení typické a ideální situace někoho důležitého. V tabulce dále uvádíme i posouzení koheze subsystému rodičů s novým partnerem či v případě Renáty kohezi pěstounů. Ve všech 4 případech je koheze vysoká. Při zaměření na **kohezi sourozeneckého subsystému** lze vypožorovat, že je ve 4 případech koheze nízká, ve 3 vysoká a v 1 střední (zde jsme posuzovali kohezi mezi Renátou a dětmi pěstounů, které považuje za své sourozence). **Mezigenerační koalice** byly zaznamenány ve čtyřech případech, a to u Vlasty, u které měl otec vyšší kohezi s Vlastou a také jejím mladším

bratrem než spolu s manželkou. Ta měla vyšší kohezi s nejmladším bratrem. Dále jsme mezigenerační koalici pozorovali u Tamary spolu s otcem, u Martiny a její matky a u Martiny a otce, a u Daniely s matkou a u jejího bratra a matky. V těchto třech případech se jedná o pochopitelný jev, vzhledem k tomu, že jsou rodiče těchto dětí již nějakou dobu od sebe a nežijí společně.

Dále jsme hodnotili **hierarchii rodiny**, která byla především střední (6), nízká (4), vysoká hierarchie v rodině se nevyskytovala ani v jednom z případů. **Hierarchie rodičovského subsystému** byla převážně střední (5), nízká (2) a vysoká (1). **Hierarchie sourozeneckého subsystému** byla nízká (4), střední (3) a vysoká (1). **Převrácenou hierarchii** jsme vypožorovali pouze u Tamary. Při otázce, zda se jedná o nějakou konkrétní situaci, odpověděli 4 respondenti kladně, přičemž ve 2 případech se jednalo o situaci, kdy začali mít respondenti psychické obtíže. V 6 případech nebyla vyobrazena nějaká konkrétní situace, ve třech z těchto případech se dle slov respondentů jednalo o „stav v rodině“.

Oční kontakt neměl v případě 2 respondentů žádný význam, ve zbylých 8 případech však nabýval různých významů. Představoval vyjádření citů mezi danými lidmi, vztah mezi nimi, vztahovou blízkost, zájem o dané osoby, starostlivost, péči, možnost komunikace a také zájem o problémy dospívajícího.

V typické reprezentaci byly použity **barevné figurky** pouze u Renáty a Eriky. Renáta použila u své a otcovy figurky zelenou barvu, která dle jejích slov představovala „*největší a zároveň krevní pouto, které mezi nimi je*“. Oranžovou figurku použila pro svou biologickou matku, protože „*budí pozornost, nepatří mezi ostatní*“. Erika použila oranžovou barvu u matky, zelenou u jejího přítele a fialovou u svého dědy. Dle jejího názoru tyto barvy nepředstavují konkrétní osobnostní vlastnosti těchto osob, ale barvami označila první lidi, „*kterí za ní šli a začali řešit její problémy*“. Barevné figurky použila taktéž Renáta i u jiných členů, ale vzhledem k tomu, že už neměla dostatek nebarevných, tak byla nucena použít barevné, nepřikládáme těmto barvám žádný význam i vzhledem k následnému rozhovoru.

Jméno	Použité figurky	Koheze rodiny	Koheze rodičovský subsystém	Koheze sourozenecký subsystém	Mezi-generační koalice	Hierarchie rodiny	Hierarchie rodičovský subsystém	Hierarchie sourozenecký subsystém	Převrácená hierarchie
Vlasta	O, M, D1, D2 , D3, D4	Nízká	Střední	Nízká	ANO (O+ D2 , O+D3, M+D4)	Střední	Nízká	Střední	NE
Renáta	O1+M1 (pěstouni): D1+D2+D3+D4, O2+M2 (rodiče): D5 ; D5+D6+D7 (děti O2)	Nízká	Nízká (biologičtí rodiče) Vysoká (pěstouni)	Střední (D5 a D1, D2, D3, D4)	NE	Nízká (biolog. rodina) Střední (pěst. rodina)	Vysoká (biolog. rodiče) Střední (pěstouni)	Nízká (D5 a D1, D2, D3, D4)	NE
Tamara	O, M, D1 , P (přítelkyně O)	Nízká	Nízká	-	ANO (D1 a O)	Střední	Střední	-	ANO (D1 a M)
Lenka	M, D1 , P (přítelkyně M)	Vysoká (M a P)	Není použita figurka otce Vysoká (M a P)	-	NE	Střední	Není použita figurka otce Střední (M a P)	-	NE
Erika	O, M, D (děda), P (přítel M), D1 , D2; D3+D4 (děti M)	Nízká	Nízká (rodiče) Vysoká (M a P)	Nízká	NE	Nízká Střední (M a P)	Střední (M a O, tak i u M a P)	Nízká	NE
Beáta	O, M, D1 , D2	Vysoká	Vysoká	Vysoká	NE	Střední	Střední	Nízká	NE
Martina	O, M, D1, D2 , P (přítel M)	Nízká	Střední	Vysoká	ANO (M a D2 ; O a D2)	Nízká	Střední	Vysoká	NE
Daniela	O, M, D1, D2	Nízká	Nízká	Vysoká	ANO (D2 a M; D1 a M)	Střední	Nízká	Střední	NE
Ladislav	O, M, D1 , D2	Nízká	Vysoká	Nízká	NE	Střední	Střední	Střední	NE
Martin	M, D1 , D2, P (přítel M)	Nízká	Není použita figurka otce Vysoká (M a P)	Nízká	NE	Nízká	Není použita figurka otce Nízká (M a P)	Nízká	NE

Tabulka 7: Typická reprezentace

7.2.2 Ideální reprezentace

Koheze rodiny byla nejčastěji vysoká (5), dále nízká (4) a střední (1). **Koheze rodičovského subsystému** byla podobně jako koheze rodiny nejčastěji vysoká (5), nízká (2) a střední (1). Ve 2 případech nebyla použita figurka otce a koheze tedy nebyla hodnocena. **Koheze sourozeneckého subsystému** byla v 5 případech vysoká, u 2 respondentů střední a jednou nízká. **Mezigenerační koalice** byla pozorována u Tamary (Tamara a otec) a u Martiny (Martina a matka, Martina a otec).

Hierarchie rodiny byla především střední (6) a nízká (4), vysoká se vůbec mezi respondenty nevyskytovala. **Hierarchie rodičovského subsystému** byla nízká (4), střední (3) a vysoká (2). **Hierarchie sourozeneckého subsystému** byla u 3 respondentů nízká, u 3 střední a u 2 vysoká. **Převrácenou hierarchii** jsme zaznamenali pouze v jediném případě, u Tamary, stejně jako v rámci typické reprezentace.

V 5 případech znázornění ideální reprezentace nepředstavovalo konkrétní situaci, v dalších 5 ano. **Oční kontakt**, který spolu figurky navázaly, představoval v této reprezentaci pouze kladné věci. U dvou respondentek shodně zaznělo, že oční kontakt znamená, že jsou všichni spolu a povídají si, rozumí si a mohou si všechno říci. Podobně se vyjadřoval i jiný respondent, pro kterého oční kontakt představoval, že spolu vycházejí jako rodina. U jedné respondentky navázání očního kontaktu znamenalo zastání a podporu její osoby.

Barvy v tomto případě nehrály zásadní roli. Barevné figurky shodně s typickou reprezentací použila Erika, která jejich subjektivní význam popsala ve shodě s touto reprezentací, a také Renáta, opět kvůli nedostatku nebarevných figurek. Zajímavé je, že u Beáty se ideální situace naprosto shodovala se situací typickou a v reprezentaci se nic nezměnilo.

Jméno	Použité figurky	Koheze rodiny	Koheze rodičovský subsystém	Koheze sourozenecký subsystém	Mezi-generační koalice	Hierarchie rodiny	Hierarchie rodičovský subsystém	Hierarchie sourozenecký subsystém	Převrácená hierarchie
Vlasta	O, M, D1, D2 , D3, D4	Vysoká	Vysoká	Střední	NE	Střední	Nízká	Vysoká	NE
Renáta	O1+M1 (pěstouni): D1+D2+D3+D4, O2+M2 (rodiče): D5 ; D5+D6+D7 (děti O2), P (bývalá přítelkyně O2)	Nízká	Vysoká	Střední (D5 a D1, D2, D3, D4)	NE	Nízká (biolog. rodina) Nízká (pěstounská rodina)	Střední (biolog. rodina) Nízká (pěst. rodina)	Nízká (D5 a D1, D2, D3, D4)	NE
Tamara	O, M, D1 , P (přítelkyně O)	Nízká	Nízká	-	ANO (D1 a O)	Střední	Vysoká	-	ANO (D1 a M)
Lenka	M, D1 , P (přítelkyně M)	Střední	Není použita figurka otce	-	-	Nízká	-	-	NE
Erika	O, M, D (děda), P (přítel M), D1 , D2; D3+D4 (děti M)	Nízká	Nízká (rodiče) Vysoká (M a P)	Nízká	NE	Nízká Střední (M a P)	Vysoká (rodiče) Střední (M a P)	Střední	NE
Beáta	O, M, D1 , D2	Vysoká	Vysoká	Vysoká	NE	Střední	Střední	Nízká	NE
Martina	O, M, P (přítel M), D1, D2	Vysoká	Střední	Vysoká	ANO (M a D2 ; O a D2)	Střední	Nízká	Vysoká	NE
Daniela	O, M, D1, D2	Vysoká	Vysoká	Vysoká	NE	Střední	Nízká	Střední	NE
Ladislav	O, M, D1, D2	Vysoká	Vysoká	Vysoká	NE	Střední	Střední	Střední	NE
Martin	M, P (přítel M), D1 , D2	Nízká	Není použita figurka otce	Vysoká	NE	Nízká	Nízká	Nízká	NE

Tabulka 8: Ideální reprezentace

7.2.3 Konfliktní reprezentace

Na začátku je potřeba zmínit, že se konfliktní reprezentace ze všech třech vyobrazení nejvíce týkala nějaké konkrétní situace, kterou respondenti popisovali. **Koheze rodiny** rodiny byla při konfliktní reprezentaci nejčastěji hodnocena jako nízká (7), dále jako vysoká (2) a v jediném případě také jako střední. **Koheze rodičovského subsystému** byla opět nejčastěji zhodnocena jako nízká (6), střední (2) a v jediném případě byla vysoká. Lenka opět jako ve výše uvedených případech nepoužila figurku otce, proto jsme zde kohezi rodičovského subsystému nehodnotili. **Koheze sourozeneckého subsystému** byla především nízká (5), pouze u jediného respondenta jsme pozorovali kohezi vysokou. **Mezigenerační koalice** byla pozorována stejně jako v případě typické a ideální reprezentace u Tamary (Tamara a otec). Dále jsme se s ní setkali u Martiny (Martina a matka), mezigenerační koalice se objevila také v rodině Vlasty, kde ji utvářela matka spolu s nejstarším synem a otec taktéž s nejstarším synem, a v neposlední řadě u Ladislava, který mezigenerační koalici utvářel spolu se svojí matkou. Na příkladu Ladislava u mezigenerační koalice bylo krásně vidět, jak se metoda FAST doplňovala s následným rozhovorem. Při otázce na to, zda se v rodině hádají, totiž vyplynulo, že má otec v rodině největší slovo, přičemž matka se snaží Ladislavovi co nejvíce pomoci a stát za ním, i když se tento konflikt může přenést do jejího partnerského vztahu s Ladislavovým otcem: „*No taťka řekne, tak to bude a nikdo jinej s tím nic nenadělá.*“, „...*snaží se (matka) pro mě udělat úplně všechno, i když sama, i když jí to nějak ublíží, tak se mi snaží pomoci. Snaží se do toho nějak zasáhnout, jenže pak se hádají i mamka s taťkou.*“

Hierarchie rodiny byla především střední (6) a nízká (3), vysokou jsme pozorovali pouze v jediném případě. **Hierarchie rodičovského subsystému** byla střední (6), nízká (3) a vysoká (1). **Hierarchie sourozeneckého subsystému** byla u 3 respondentů nízká, u 2 vysoká a u jednoho nízká. **Převrácenou hierarchii** jsme pozorovali ve dvou případech, u Tamary, stejně jako u typické a ideální reprezentace, a u Martiny.

V rámci této reprezentace jsme se snažili analyzovat, koho se konflikt týkal. V 6 uvedených případech byli do konfliktu zapojeni **rodiče** či **rodič a dítě**, tedy příslušný respondent. Ve 3 z těchto 6 případů se přitom jednalo o konflikt, týkající se psychických problémů respondentů a nejčastěji se objevil na samotném prvním počátku jejich potíží a vyskytoval se v různých frekvencích až do hospitalizace. Ve zbylých 3 případech se jednalo o běžné věci, které rodina řeší. Dalším typem konfliktů byly konflikty mezi **rodiči**

či **rodičem a partnerem**. Tento typ konfliktu se vyskytoval v popisech 4 respondentů. Zajímavé je, že v případě Martina se otcova figurka vyskytuje až v této reprezentaci (v typické a ideální se figurka otce nevyskytuje), kdy je vyobrazena v konfliktní situaci s matkou.

Oční kontakt nebo v tomto případě spíš směr, kterým se figurky dívaly, představoval jak kladné, tak i záporné charakteristiky. Pokud figurka směřovala pohledem k jiné figurce, znamenalo to, že hovoří k dané osobě; daný člen rodiny nechce, aby byl jiný člen smutný a shodně se u dvou respondentů také objevilo to, že tento pohled znamená obhajobu či podporu toho člena, který je do tohoto konfliktu zapojen. Naopak odvrácenost figurky pohledem jinam znamenalo nejčastěji vztek a naštvanost, dále také to, že se lidé, zapojení do konfliktu snaží mezi sebou komunikovat, ale nejde jim to; nebaví se nebo nemají o tuto situaci vůbec žádný zájem.

Barevné figurky se v rámci této reprezentace objevily pouze u Eriky, která je použila už dříve. Dle Eriky, která použila fialovou barvu u figurek představující svého dědu a vlastní sestru, pro ni tato barva znamenala označení lidí, kteří se jí jako první snažili pomoci, vyslechli jí a sdělili pak její obtíže dále matce a jejímu příteli. U figurky svého nejmladšího bratra, který byl původně reprezentován oranžovou figurku, již Erika v této reprezentaci barevnou figurku nepoužila, protože dle ní už za bratrem nechodila, nesvěřovala se mu, protože jí bylo už vše jedno.

Jméno	Použité figurky	Koheze rodiny	Koheze rodičovský subsystém	Koheze sourozenecký subsystém	Mezi-generační koalice	Hierarchie rodiny	Hierarchie rodičovský subsystém	Hierarchie sourozenecký subsystém	Převrácená hierarchie
Vlasta	O, M, D1, D2, D3, D4	Nízká	Střední	Nízká	ANO (M+D1, O+D1)	Střední	Nízká	Nízká	NE
Renáta	O1+M1 (pěstouni), O2+M2 (rodiče), D5	Střední	Vysoká	-	NE	Nízká (biolog. rodina) Nízká (pěst. rodina)	Střední (biolog. rodina) Vysoká (pěst. rodina)	-	NE
Tamara	O, M, D1, P (přítelkyně O)	Nízká	Nízká	-	ANO (D1 a O)	Střední	Vysoká	-	Ano (D1 a M)
Lenka	M, D1, P (přítelkyně M)	Vysoká	Není použita figurka otce	-	-	Střední (M a P)	-	-	NE
Erika	O, M, D (děda), P (přítel M), D1, D2; D3+D4 (děti M)	Nízká	Nízká (rodiče) Vysoká (M a P)	Nízká	NE	Střední Střední (M a P)	Vysoká Nízká (M a P)	Střední	NE
Beáta	O, M, D1, D2	Nízká	Nízká	Nízká	NE	Nízká	Nízká	Nízká	NE
Martina	O, M, D1, D2	Nízká	Nízká	Vysoká	ANO (M a D2)	Vysoká	Střední	Vysoká	ANO (D2 a M i O)
Daniela	O, M, D1, D2	Vysoká	Střední	Nízká	NE	Střední	Střední	Vysoká	NE
Ladislav	O, M, D1, D2	Nízká	Nízká	Nízká	ANO (D1 a M)	Střední	Vysoká	Nízká	NE
Martin	M, O	Nízká	Nízká	-	-	Nízká	Střední	-	-

Tabulka 9: Konfliktní reprezentace

7.3 Témata vzešlá z rozhovorů

7.3.1 Prvotní impuls a postupné zhoršování obtíží

Samotnému propuknutí obtíží vždy předcházela událost, či kumulace více událostí, které při seskupení vytvářely jakýsi prvotní impuls pro vznik a rozvoj symptomů. Respondenti uváděli, že mají začátek propuknutí depresivních příznaků spjat právě s konkrétní událostí. U 6 respondentů se jednalo o buď velkou **hádku**, nebo **kupení hádek** a rozbrojů, které v rodině po nějakou dobu přetrvávaly. Z toho shodně 2 respondentky udávají hádky rodičů s jejich partnery (matka a její přítelkyně, otec a jeho přítelkyně), kdy věděly, že vztahy směřují k rozchodu, což jim bylo velmi nepříjemné, jelikož si s partnery rodičů vytvořily takové pouto, kdy je braly jako své rodiče. To bylo také patrné z oslovení partnerů. Tamara: „...*ta deprese pár měsíců před tím, než ta nevlastní máma od nás úplně odešla, a potom úplně, když úplně odešla. Když od nás ta nevlastní máma odešla, tak se to úplně zhoršilo...*“. Zbylí 4 respondenti zažili hádky či období hádek, které pro ně byly nějakým způsobem klíčové či přispěly k jejich celkové osobní nepohodě. V jednom z případů se jednalo o hádku s kamarády v partě a také neustálé probíhající hádky s matkou, ve druhém se jednalo o neustálé hádky s otcem, další představovala rozbroje s rodiči, které se týkaly školního prospěchu, v posledním šlo o hádku s pěstounkou. Renáta: „...*to jsem se pohádala s mamkou, a měla jsem celkově špatný den, a to jsem se poprvé pořezala.*“. Dále byly hádky považovány 3 respondenty za podstatné při zhoršování jejich obtíží, jelikož respondenti uvádějí, že si začali brát hádky velmi osobně, vztahovat si věci ke své osobě, že za vše můžou a začali se obviňovat. Beáta: „...*nebo hodně když jsem se s někým pohádala, tak jsem to předtím nebrala, jakože tak vážně, a teďkom jsem to brala strašně, strašně jsem to prožívala.*“. Čtyři respondenti považovali za podstatné **školní prostředí**, ať už se jednalo o narůstající stres ve škole, který zažívali, až po šikanu, která se v ní odehrávala. Důležitým faktorem byl také přestup na jinou školu v rámci stěhování nebo přechodu na střední školu, což mohlo samo o sobě sehrát roli. Zhoršování prospěchu, nezvládání chození do školy a nepříjemné reakce ze strany třídního kolektivu také dle 3 respondentů jejich problémy zhoršovaly. Daniela: „...*to jsem měla stres ze školy, z toho, že nestíhám. Pak na mě naši řvali, a já jsem myslela, že by bylo nejlepší kdyby...*“. Dle 2 respondentek byla původcem všeho **náročná rodinná situace**, která v rodině nastala a byla pro celou rodinu šokující a zatěžující, kdy musela celá rodina čelit nárokům nové situace. V rodině jedné respondentky se narodil velmi postižený bratr, v rodině druhé respondentky šli rodiče do vězení, přestože

to nikdo do té doby netušil. Tato respondentka také uvedla, že už si něčím podobným (deprese) prošla při rozvodu rodičů. Po čase a návštěvách psychologa se však situace zlepšila, také kvůli toho, že se rodiče již v samotném rozvodovém řízení dali opět dohromady. Ve světle nových událostí se obtíže opět vrátily nazpět. Beáta: „*objevilo se to až teďkom v létě, když ti rodiče odešli (do vězení). Ze začátku to byl takový šok, vůbec jsem totiž neměla tušení, co se tam děje...*“. Pouze jediná respondentka uvedla, že se začala **srovnávat s ostatními děvčaty** v baletním kroužku, začala si připadat tlustá, a tak vše začalo. Erika: „*No začalo to tím, když jsem nechtěla jíst, tím, že jsem si myslela, že jsem tlustá. Dělal jsem balet a vypadala jsem vyspěleji oproti ostatním holkám, takže jsem chtěla držet diety a přestala jsem jíst.*“ Pět respondentů považuje tyto události za původce jejich obtíží a samotnou depresi si tímto vysvětlují, zbylých 5 hovořilo o tom, že neví, jakým způsobem si depresi vysvětlit.

Postupem času začali respondenti pociťovat, že jim nároky, které jsou na ně kladeny, přerůstají přes hlavu, cítili se jimi přehlčení. Vlasta: „*Že toho na mě bylo strašně moc. Prostě bylo toho jako moc všeho, takže jsem to moc nezvládala unést jako to všechno jako co na mě bylo kladeno.*“ Docházelo tedy ke zhoršování a rozvoji nových obtíží. Ke zpočátku fyzickým příznakům se postupně nabalovaly i ty psychické. To byl také jeden z důvodů, proč si někteří původně mysleli, že se nejedná o něco psychického, jelikož primární obtíže byly zejména fyzického charakteru. Respondenti z počátku mysleli, že budou schopni vše zvládnout sami, že se jedná jen o špatné období, které překonají nebo se jejich problémy sami nějakým způsobem vyřeší. Sami si ale pomoci nedokázali. Tamara: „*Nejdřív to bylo v pohodě, že jsem si říkala, že se to nějak vyřeší, pak jsem si říkala, že se to asi nevyřeší, že to bude prostě pořád asi takový blbý...*“. Lenka: „*...většinou se snažím si pomoci sama. Nějak se zabavit, dělat něco jiného, abych na to nemyslela. Nepomáhá to.*“ **Samota** byla také podtématem, které vyplynulo u 2 respondentů jako faktor, který jejich problémy zhoršoval. Pokud jsme se zaměřili na to, zda bylo něco, co respondentům v těchto chvílích pomáhalo, zjistili jsme, že u 6 respondentů se jednalo o **kamarády**. Jelikož se nesvěřovali rodičům, představovali pro ně kamarádi osoby, kterým se můžou svěřit, pomáhalo jim také, že s nimi mohou trávit čas, považovali je za psychickou podporu, někteří respondenti od kamarádů obdrželi rady, které jim více či méně pomáhali v situacích, kdy jim bylo špatně. Svěřování však probíhalo pouze v náznacích a z toho důvodu, že si kamarádi všimli, že se s respondenty něco děje. Někteří se s celou pravdou svěřili až v době hospitalizace. Tamara: „*kamarádi mi hodně pomáhali. Tím, že se mnou hlavně trávili čas, že nedělali nic jiného, co dělali vždycky, ale*

že se mnou trávili čas... s kamarádama jsem o tom začala mluvit, až co jsme šla sem, když jsem jim to všechno řekla a vlastně už nějakou dobu jsme mluvila o tom, ale to bylo takové až fakt předtím, než jsem sem šla, jinak jsme jim o tom vůbec neříkala.“ Pět respondentů také uvedlo, že jim pomáhalo trávit čas rodinou, zde považujeme ve dvou případech za rodinu taktéž nevlastního bratra a „nevlastní“ matku (otcova přítelkyně). U dvou respondentek se také objevily nevhodné sebepoškozovací strategie, které však obě uznaly za nepřínosné, neboť jedna uvedla, že způsob řešení problémů měl vždy pouze krátkodobý efekt, druhá obdobně uvedla, že sebepoškozování vedlo pouze k dalším výčitkám, což vedlo opět k sebepoškozování a utváření bludného kruhu. Renáta: *„Vždycky když jsem se pořezala nebo si něco udělala, ale to jenom na chvíli (došlo k úlevě).“*

7.3.2 Ve škole pociťuji tlak, nezapadám do kolektivu

Toto téma bylo velmi důležité u všech respondentů, jelikož všichni shodně uváděli, že se jejich obtíže projeví ve škole, a některé školní situace jim také nepomáhaly v boji s nimi. Jak již bylo uvedeno v předcházejícím tématu, u některých bylo právě školní prostředí považováno za iniciátora rozvoje depresivních příznaků. Někteří z respondentů byli také v posledním ročníku základní školy, pociťovali tedy vyšší tlak na dobrý výkon a studijní výsledky, což bylo podněcováno také rodiči. Renáta: *„Tak nejdřív ze začátku, že na mě byl nějaký velký tlak, který jsem nedokázala unést, jak ze školy, tak ze strany rodičů...Ten větší tlak, protože budu přecházet na jinou školu.“* Jak však respondenti vypověděli, pociťovali ve škole především nesoustředěnost, vlivem narušeného spánkového cyklu také vyšší spavost (někteří z nich v hodinách až usínali), celkově se cítili duchem nepřítomni. Kromě Beáty a Eriky shodně zbylých 8 respondentů uvedlo, že se jejich problémy odrazily na školní úspěšnosti a studijních výsledcích. Martina: *„Nedokázala jsem se soustředit, hlavně na učení, neuměla jsem dávat pozor. Co bylo asi nejdůležitější, tak jsem nedokázala vydržet u ničeho, takže jsem si nedokázala nic zapamatovat, a tím se vlastně zhoršoval i můj průměr.“* Vlasta: *„Mělo to dopad určitě hodně velký, protože jsem tam nějaké věci nezvládala, celkově ve studiu, a tak celkově, nestíhala jsem se připravovat.“* To, že se zhoršoval školní prospěch, vedlo samozřejmě k nespokojenosti rodičů, čímž opět děti pociťovaly vyšší tlak a obtíže se tak nezlepšovaly, což vedlo k utváření začarovaného kruhu.

Silné téma, které se při analýze vynořilo, se vztahovalo ke **třídnímu kolektivu a spolužákům**. Kromě Beáty a Daniely referovalo zbytek respondentů, tedy 8 o tom, že do svého třídního kolektivu nezapadají a necítí se v něm dobře. Jednomyslně zaznívaly jedny

a ty samé charakteristiky. V kolektivu se cítím špatně, snažím se nijak nevyčínat, cítím se jako bych tam nepatřil/a. Do našeho kolektivu nezapadám, jsem tam podivín, moje pozice je na okraji, je nejnižší, ve třídě nejsem rád/a. Účastníci také hovořili o tom, že se pod vlivem deprese začali uzavírat a stahovat do sebe, volný čas – přestávky, tedy začali trávit zejména tak, že s nikým nekomunikovali, polehávali na lavici nebo se snažili být mimo zbylý kolektiv. Martina: „...já už se teď ve třídě nezdržuji. Když jsem tam byla, tak jsem šla vlastně na chodbu, abych tam nemusela být s nimi, abych je nemusela poslouchat, když měli nějaké narážky na mě. V kolektivu se cítím špatně. Jsem tam jako někdo, z koho si celá třída dělá srandu, myslím, že mě už nikdo nebere vážně, že se tam už nikdo se mnou nebaví.“ Někteří také začali pod vlivem svých obtíží vnímat i posměšky a negativní reakce na svoji adresu ze stran spolužáků, právě kvůli tomu, že se začali do sebe uzavírat. Někteří kvůli tomu, ale i kvůli svým obtížím museli ze školy odcházet nebo do ní přestali chodit úplně, doma simulovali nemoc nebo se pod vlivem nějaké lsti snažili škole vyhnout. Lenka: „Já se tam cítím hodně špatně, a radši bych tam nebyla. Když už tam jsem, tak je mi tam úplně hrozně, a občas jsem i musela odejít ze školy, že mi bylo vážně hodně špatně...nebo se mi chtělo zvracet, někdy jsem i zvracela, strašně mě bolela hlava, pískalo mi v uších...většinou jsem teda odcházela ze školy, že je mi hrozně špatně.“ Extrémním případem byl Ladislav, který zažil ve škole šikanu, a bývalo mu špatně už ze samotných dopravních prostředků, kterými se do školy dopravoval. Ladislav: „Většinu času jsem byl doma, protože mě jízdy v autobusu nedělaly dobře, a taky jsem hodně času simuloval nemoc.“

7.3.3 Nevědomost rodičů až do okamžiku volání o pomoc

Jak již bylo zmíněno, mysleli si respondenti, že se jejich problémy nějak vyřeší, nebo že si je vyřeší sami bez jakéhokoliv zásahu a pomoci od někoho jiného. Všichni se tedy snažili své obtíže tajit, zastírat, někteří dokonce lhali nebo **předstírali, že je vše v pořádku**, tak aby si rodiče mysleli, že se nic neděje. Snažili se, aby na nich nebylo nic znát, že je s nimi něco v nepořádku a začali se více uzavírat do sebe. Renáta: „...samozřejmě jsem to nevydržela a byla jsem hodně pořezaná, ale tajila jsem to před ní (pěstounkou), a potom teda jsem se snažila s ní mluvit pozitivně, aby si ničeho nevšimla, ale nešlo to.“ Martina: „No já jsem se snažila, aby to nikdo nezjistil, takže moje máma ani táta nevěděli, že mám ty problémy. A když jsem měla nějaké ty problémy, že jsem třeba měla špatnou náladu, tak jsem se zavřela do pokoje a máma o tom nevěděla.“ Jelikož však situace byla neudržitelná, dospěla až do kritického okamžiku, kdy rodiče zjistili, že není s dítětem vše v pořádku. Nejčastěji, konkrétně v 5 případech dospěli samotní respondenti do kritického bodu, ve kterém si

uvědomili, že už jsou jejich problémy dále neúnosné a musí je začít řešit za pomoci jiné osoby, že se tedy musí **svěřit některému z rodičů**. Nutno dodat, že rozhodnutí vyzpovídat se ze všeho rodičům, bylo často motivováno uvědoměním si závažnosti situace, kdy měli respondenti časté myšlenky na sebevraždu a začali plánovat, jak ji uskutečnit. Tamara: „*Toho si nevšimnul vůbec nikdo, až jsem se pak na začátku října chtěla zabít, tak jsem řekla nevlastní mámě (přítelkyně otce), ať mi domluví psycholožku...*“. V dalších 4 případech se všiml samotný rodič, že není s dítětem něco v pořádku a objevil nějaký **varovný signál**. Ve dvou z těchto 4 případů se přitom jednalo o povšimnutí si známek sebepoškozování. Erika: „*Když mamka poprvé zjistila o mých škrábancích, tak si se mnou sedla a snažila se to se mnou nějak vyřešit, hlavně po té psychické stránce, sedla si se mnou a proč to dělám.*“ V dalších případech matka přímo objevila obrázky a plány způsobů, jakým by se Daniela chtěla zabít. Daniela: „*Potom mamka ty obrázky našla a řekla, že půjdeme k paní psychiatrice.*“ U Martina si matka povšimla, že není v poslední době ve své kůži, není veselý a vůbec se neusmívá. Martin: „*Já jsem neměl žádnou energii na to, abych se usmíval. To bylo asi dva měsíce před tím, než jsem se snažil zabít.*“ Pouze v jediném případě si nikdo nepovšimnul, že se děje něco divného. To, že se s dítětem něco děje, bylo zjištěno na základě jeho **suicidálního pokusu**. Beáta: „*...prostě jsem byla smutná a pohádala jsem se s tetou, a já už si nepamatuju jak z těch léků, ale pohádala jsem se s tetou a hodně. Já jsem se potom začala nějak třepat, nevím, co to bylo. Šla jsem do pokoje, vůbec jsem nepřemýšlela, co se mi stane, vzala jsem si ty léky, co jsem tam měla. Až když jsem to požila, tak jsem vlastně ležela na posteli, všechno se miotalo, a pak už si nic nepamatuju, až jak jsem se probudila v nemocnici další den.*“ V té době už byli její rodiče ve vazbě a byla v péči tety. V prvním případě, když u ní propukly depresivní obtíže, zachytila matka varovné příznaky a našla u ní prášky, kterými se chtěla předávkovat.

Poté, co rodiče zjistili, že je něco v nepořádku, vyhledali odbornou pomoc psychologa a psychiatra. Bylo tomu tak u 8 respondentů, vyjma Beáty, která se předávkovala v době, kdy ještě nebyla v ničí odborné péči a Ladislava, který odbornou pomoc vyhledal sám, kdy docházel za školní psycholožkou. Později byl na základě jejího doporučení předán do další odborné péče a hospitalizován. Ve 4 případech však tato forma pomoci respondentům příliš nepomáhala, po nějaké době se předávkovali, a po čase stráveném v nemocnici byli následně hospitalizováni na psychiatrii. Vlasta: „*No, že už prostě na mě bylo moc ten stav, už trval rok prostě a říkala jsem si, že jsem se nijak neposunula v tom svém psychickém stavu, a prostě mě to ubíjelo, že jsem s tím neměla chuť bojovat, takže jsem si vzala víc prášků...*“.

Ve zbylých 4 případech byli respondenti po nějakém čase, kdy se jejich stav nezlepšoval, hospitalizováni, ve dvou z těchto případů byli nejprve v nemocnici, primárně kvůli jiným zdravotním problémům. Zde byli vyšetřeni psychologem a psychiatrem, a na základě tohoto vyšetření odesláni k hospitalizaci. Martina: *„Jak jsem jim (rodičům) to v tom listopadu řekla, tak jsme se domluvili, že pojedou za psycholožkou a tam se uvidí. Ta mi dala dotazník na depresi a já jsem tam (v nemocnici) byla vlastně skrz toho, že nejím, a tam vlastně, co jsem to vyplnila, tak ona mi vlastně řekla, že mám depresi, středně vážnou až závažnou. Pak řekla, že je to buď na hospitalizaci, nebo že tam budu dojíždět a brát antidepresiva.“* Poté jsme se také zaměřili na to, zda ví rodič, se kterým dospívající nebydlí o tom, že má jeho dítě nějaké obtíže, že ho něco trápí. Celkově se tedy jednalo o 6 respondentů (zde jsme nezařadili Martinu, která je ve střídavé péči rodičů a Beátu, jejíž rodiče jsou sice formálně rozvedeni, žijí ale spolu jako partneři, u zbylých 2 respondentů žijí dospívající v úplné rodině). Když jsme se zaměřili na 4 rodiče, se kterými dospívající nejsou v osobním kontaktu nebo jen velmi zřídka, zjistili jsme, že ve 2 případech rodič neví ani o tom, že je dítě hospitalizováno a dítě si ani nepřeje, aby o tom bylo informováno. U dalších 2 účastníků o tom rodič ví, ale dítě to s rodičem nechce dále řešit, nechce to více rozebírat. Lenka: *„Víš, ale s ním (otec) jsem se o tom nebavila nikdy a nevím, jak se k tomu staví.“* U zbylých 2 respondentek, které jsou s rodiči v pravidelném kontaktu, rodiče o jejich obtížích ví, v jednom případě se však respondentka také více na toto téma s otcem nebaví, jelikož se za ní otec kvůli hospitalizaci stydí.

7.3.4 Nechci být hospitalizován/a, časem objevuji i světlé stránky hospitalizace

Nejprve se po zjištění, že mají být hospitalizováni, objevovali u respondentů především negativní pocity a reakce. Škála byl pestrá, od toho, že jim to bylo jedno, někdo zažíval smíšené pocity, spousta respondentů si nedokázala představit, že bude muset být mimo domov a svoji rodinu, někdo zažíval šok a jiní hospitalizaci až odmítali. Respondenti se také báli toho, v jakém prostředí se ocitnou a s kým se setkají. Beáta: *„Vůbec jsem neměla představu, jaké to tady bude, protože jsem předtím neznala nikoho, kdo tady byl. Měla jsem strašný strach, jak dlouho tady budu, jak to tady budu zvládat a podobně...“* Někteří si také pokládali otázku, co bude po propuštění, jak tuto skutečnost vezme a přijme jejich okolí, zda je nebudou považovat za „blázný“ či „cvoky“. Erika: *„...měla jsem takové smíšené pocity, že jsem věděla, že mi to tady pomůže, ale nechtěla jsem tu jít, protože jsem věděla, že až se vrátím domů, tak si mě spolužáci ve škole za to budou dobírat, že jsem cvok a takové.“* Tento jejich pocit či dojem mohl být oprávněný, neboť většina respondentů, tedy celkově 6 se po

čas svých obtíží ve svém okolí, ale i v rodině setkala s negativními reakcemi. Ve 3 případech pocházely negativní reakce od spolužáků. Respondenti si vyslechli různé negativní komentáře a narážky, děti ve škole se jim kvůli psychickým problémům posmívali. Lenka: „...*pár lidí ve škole, když se dozvěděli, že беру prášky, že mám deprese, tak měli takové blbé komentáře, že to věděli, že jsem blázen...*“. V 5 případech pocházelo ať už pouhé neporozumění či přímo negativní reakce ze strany rodiny, v mnohých případech dokonce od té nejbližší. Reakce byly různé, například že respondentka chtěla spáchat sebevraždu, protože jen „vymýšlí kraviny“, u jiné respondentky, že si ničím pokusem o sebevraždu nepomohla, což vnímala jako nepříjemné sdělení. Někdo zažil pohled skrz prsty, protože je hospitalizován, dále se jednalo o neporozumění a vysvětlení si psychických obtíží tím, že se jedná o pubertu, nejbližší rodina řekla respondentce, že se za ni stydí, z rodiny také vzešel názor, že se sebeпоškozuji pouze zoufalí lidé nebo ti, co jsou na dně. Vlasta: „*Že se na mě dívali takovýma těma pohledama, no vidíš, kdybys jako to, tak bys takhle nedopadla a tak. Že prostě to bylo takové nepříjemné prostě, takové rodinné setkání, že jako skrz prsty...*“.

Po čase začaly negativní pocity opadat a respondenti začali objevovat světlé stránky, které jim hospitalizace přináší. Martina: „...*tak už po pár dnech jsem tady byla ráda, a psala jsem domů dopis, že to tady mám jako třetí domov, že se tady o mě starají, a že se mi snaží pomoci. Neberu to tak, že je to tady hrozný, i když chci jet domů, ale kdybych tady nebyla, tak bych si neuvědomila nějaké věci ve svém chování, že je to aji ve mně.*“ Referovali o tom, že jim právě změna prostředí pomohla nastartovat změnu v myšlení, někteří hovořili, že jsou rádi, že se dostali do takového kolektivu, protože ostatní děti zde si prošly něčím podobným a mohou je tak lépe pochopit, některým vyhovovalo, že jsou v „chráněném“ prostředí, kde si nemohou nic udělat. Za přínosné považují také to, že se zde učí hovořit o svých emocích a svěřovat se s nimi. Vlasta: „*Ted'ka jsem o tom vůbec nemluvila, předtím, než jsem přijela tady, a ted'ka se to tady učím, mluvit o tom, jak mi je a tak.*“ Shodně také hovořili o tom, že právě zde začali konečně uvažovat a přemýšlet nad budoucností a začali mít plány do budoucna, což před hospitalizací neměli. Budoucnost však vyvolávala také pochybnosti. Myšlenky do budoucna se vztahovaly zejména ke škole, kdy buď chtějí zdárně současnou školu dokončit a poté začít na nové škole úplně znovu, nebo zdárně pokračovat v současném studiu. Tyto myšlenky v nich také vyvolávaly obavy, zda vše zvládnout. Další úvahy se týkaly rodinné situace, toho, co se jim doma nelíbí, co by chtěli změnit, ale třeba také toho, co by chtěli změnit na sobě, na čem by chtěli zapracovat a v čem by se měli zlepšit. Martina: „...*bližší vztah k té rodině hlavně a více komunikovat. To jsem právě říkala i tady, že bych*

chtěla zlepšit tu komunikaci.“ U těch, kteří se sebepoškozovali, se objevilo přání dále v těchto praktikách nepokračovat. To, co by měli na sobě zlepšit či změnit, se často týkalo jejich negativního sebehodnocení, kdy se buď vidí jako přecitlivělí (3 respondentky), s malým sebevědomím, špatní či jako ti, co za všechno můžou. Erika: „*Já se prostě nemám ráda, ale to se musí změnit. Tady se tomu snažíme nějak vyvarovat. Jinak bych se popsala, že jsem prostě špatný člověk, že za to všechno můžu já, za ty situace a tak.*“ Hovořili také o tom, že by chtěli začít být více pozitivní nebo být takoví jako před depresí. Někteří se však popsat vůbec nedokázali, byli si pouze vědomi toho, že by u sebe chtěli něco změnit.

7.3.5 Absence rodinné atmosféry

Absence rodinné atmosféry bylo jedno z dalších témat, téma obsáhlé, ke kterému se vztahují mnohá podtémata. Tři respondenti hovořili o tom, že se doma **necítí v pohodě a bezpečí**. Tento pocit pramenil především z konfliktní rodinné atmosféry, která doma panovala, vztahoval se také k samotě respondentů, kdy trávili čas osamoceně, a také k depresi samotné, kdy zažívali nepříjemné pocity s ní spojené. Ladislav: „*Poslední dobou to tak není. Kvůli tomu, jak jsme se pořád hádali, tak být v tom prostředí mě už nebylo příjemný.*“ Dále jsme se také v rámci rozhovorů zaměřili na rodinná pravidla a rituály. Ukázalo se, že většina respondentů, celkově tedy 7 z nich, neví a není si vědoma **žádných pravidel**, která by doma byla zavedena. Zbylí 3 hovořili o velmi volných pravidlech, která nebyla ani příliš zásadní a neměla žádný dopad na chod a fungování rodiny či domácnosti. Daniela: „*Maximálně, že u táty nesmíme chodit s botama nahoru.*“

Při zaměření se na rituály bylo zjištěno, že polovina respondentů, tedy 5, nemá v rodině žádné rituály, které by se v rodině dodržovaly. Ze zbylých 5 respondentů uvedli shodně 3 respondenti společný úklid, společné jídlo a jedna respondentka se zmínila o uvítacím rituálu, kdy se v rodině obejmou. Tyto rituály se řadily do kategorie běžné rutiny. Zbylí 2 respondenti však uvedli rituály, které nejsou praktikovány běžně, ale pouze výjimečně. V jednom z případů se jednalo o tradiční rituál – oslavu Vánoc, ve druhém se jednalo o rituál nevšední, kdy spolu rodina vyráží na společnou dovolenou. Ladislav: „*No jezdíme spolu na dovolený a tam vycházíme spolu celkem dobře. Jinak ne.*“ V rozhovorech zaznívalo také u 4 respondentů téma netrávení volného času společně jako rodina, což jim dost schází a přáli by si to změnit. Tamara: „*Schází mi doma taková ta rodinná atmosféra, to úplně nemáme. Schází mi úplná rodina anebo i s tátou nějaké ty výlety, a právě to trávení volného času spolu.*“ Ladislav: „*Volný čas netrávíme moc spolu, že většinou si každý dělá*

to svoje. Schází mi i takovej ten společnej čas, otec a syn.“ Dále jsme také zaznamenali u 4 respondentů chybění jakési rodinné identity či pospolitosti, kdy nebyli schopni říci, v čem je jejich rodina dobrá a spíše jmenovali, v čem vynikají jako jednotlivci nebo naopak zmínili negativum týkající se rodiny. Martin: *„Jenom to, že dokážeme vydržet hodně alkoholu.*“ Věnovali jsme se také komunikaci v rodině a vyjadřování emocí. Tři respondenti hovořili například o tom, že se doma společně nezasmějí, stejné počet, tedy 3 účastníci mluvili také o tom, že se u nich v rodině nesdílejí smutné chvíle. V jednom případě si v rodině nepovídali ani o běžných věcech, například co během dne zažili. U 3 respondentů jsme také zaznamenali, že jim rodiče neprojevují lásku. V 2 případech se jednalo o neprojevení lásky ze strany otce. Ladislav: *„Od tat'ka to nevidím vůbec. S mamkou se třeba i objímáme, s tat'kou vůbec.*“ Dalším prvkem, který mohl napomoci tomu, že se dítě doma necítilo dobře, byly opětovné negativní reakce a narážky ze strany rodičů. Ladislav: *„Že jsem k ničemu, že vůbec nic neumím, že nic nedokážu, a že ze mě vůbec nic nebude.*“ Dále se jednalo o Renátu, která projevy toho, že ji mají rádi, nepociťovala ani ze strany pěstounů, ani ze strany biologické rodiny. Polovina respondentů vyslovila přání, aby v jejich rodinné komunikaci došlo ke změně. Hovořili o tom, že by si přáli více spolu komunikovat, více se bavit, říkat si naprosto vše a být k sobě otevření, svěřovat se co je trápí, a aby si rodiče nejprve vyslechli, co je trápí a nereagovali hned, tedy aby jim více naslouchali.

7.3.6 To, o čem doma nemluví

Všichni respondenti se jednomyslně shodli, že se u nich v komunikaci nachází určitá konverzační tabu, se kterými se rodičům nesvěřují. To bylo patrné také ze třetího tématu, kde se ukázalo, že rodiče zjistili, že se s dětmi něco děje až velmi pozdě, a některé děti se jim svěřily, až když začaly mít samy pocit, že je situace vážná. Respondenti se nesvěřují se svými pocity, jak se cítí, když se cítí špatně, neventilují doma své problémy, nezmiňují se o depresi, neříkají, pokud mají suicidální myšlenky, a když se chtějí zabít. Dále také na toto téma padla odpověď, že si respondent nechává spoustu věcí pro sebe a objevily se i kategorie nesvěřují se, když se mi někdo líbí, doma se nebavím o klucích, kamarádech a o partě. Erika: *„To, když se cítím špatně, tak to neříkám, nechávám to v sobě a z venku vypadám v pohodě, ale večer, když jsou všichni pryč, tak si sednu a brečím. Smíšené myšlenky, vzpomínky anebo, když se mi něco špatného stane ve škole, třeba když se pohádám s tou kamarádkou nebo ti učitelé mě naštvou, tak si to nechávám pro sebe a nikomu to neříkám. Ani ty vzpomínky o tom jsem nikomu neřekla, jen tady paní psychologe.*“ Někteří uvedli, že si tyto pocity nechávají pouze pro sebe, jiní jsou schopni se s nimi svěřit kamarádům. Vlasta: *„Jako jsou pocity, o*

kterých jsem mluvila raději s kamarády než s rodiči.“ Důvody, proč se nesvěřovat, byly uváděny různé: strach svěřit se rodičům, jaká bude jejich reakce, některým respondentům to bylo nepříjemné, nechtěli to řešit s rodiči, nechtěli na sobě dát znát, že je s nimi něco v nepořádku. Jednou z příčin bylo také narušení či ztráta důvěry, kdy se respondent už v minulosti s něčím svěřil, ale rodič si tuto informaci nenechal pro sebe a poslal ji dál. Daniela: „...*třeba když něco řeknu mamce, tak to hned říká tetě, že jí to stejně bud' napíše, nebo řekne. Jakože někdy mamce věřím, ale prostě potom se cítím tak, že mamka nedodržela slib zase, že jsem jí řekla, ať to neřekne tetě, ať slibuje, tak ona řekne, že slibuje. Potom jdu třeba někam jinam, a pak se vrátím a ona hnedka zas tetě volá to, co jsem jí řekla.*“ Dalším z důvodů bylo také to, že rodiče zřejmě nereagovali prvotně tak, jak děti očekávaly, pokud se jim s něčím svěřily. To mohlo vést k tomu, že se rozhodly se příště se svými problémy nesvěřit vůbec. Zaznamenali jsme reakce obviňování, kdy rodič dítě obvinil, že si za své problémy může sám, dále že se jedná o pouhé pubertální projevy, anebo rodiče dítěti nevěřili, že mu opravdu není dobře. Tamara: „*Nejdřív mi táta říkal něco jako, že je to moje vina, že to moc nechápal...*“.

7.3.7 Moje problémy nás dávají dohromady

Psychické onemocnění dítěte představuje zátěž pro celou rodinu, je hybatelem a nosičem změn v rodinném fungování. Deprese dospívajících nastolila v rodině různé změny. Někteří respondenti například hovořili o prvotní negativní reakci rodičů na zjištění, že se s dítětem něco děje, rodiče nepřikládali obtížím dítěte takovou váhu, a často také projevy deprese považovali za pouhé pubertální projevy. Kvůli problémům respondentů také docházelo k častým hádkám. Renáta: „*Vysvětlují si to tím, že jsem v pubertě, mám návaly, hormony, že mě to za chvíli omrzí nebo tak.*“ Respondenti také očekávali od rodičů jinou reakci při zjištění, že mají nějaké problémy, což se mnohdy s jejich očekáváním minulo. Erika: „*Ona (matka) za mnou přišla, a já jsem čekala, od té rodiny podporu, ale ona přišla a řekla, že mám zakázané to a to. Už nevěděla, jak to má řešit, a já jsem se pak cítila ještě hůř a měla jsem ještě horší sklony, jak se nemám ráda...*“ Poté, co však byli respondenti hospitalizováni, začali pociťovat změny ze strany rodičů. Rodiče se začali snažit věci řešit jinak, respondenti také hovořili o zlepšení jejich vztahu s nimi. Vlasta: „*K tatkovu to bylo dřív trochu složitější, s tatkou jsem dřív nevycházela, furt jsme se hádali a tak. Teďka už je to o hodně lepší, ale furt je to takové těžké po tom, co jsme si prožili...*“ Tamara: „...*že budu doma s tátou a doufám, že ten náš vztah bude tak nějak lepší, protože teď je to mnohem lepší, než to bylo...*“ Respondenti se také uvědomili, že je důležité sdílet některé věci s rodiči

a začali se jim více otevírat a svěřovat, došlo u nich k nárůstu důvěry. Tamara: „*Všimla jsem si, že my s tátou máme mezi sebou důvěru od té doby, co jsem tady, že se mu fakt nebojím svěřovat různý věci...*“. To, že se můžou svěřit, bylo v závislosti na pocíťování psychické podpory z rodiny a uvědomění si, že přestože se jedná o nelehkou situaci, vnímají svou rodinu jako pospolitou.

7.3.8 Co pomáhá mým rodičům

V rozhovorech jsme se snažili zaměřit také na rodinu, zejména rodiče, a zda si dospívající myslí, že jim v této nelehké situaci něco pomáhá či pomohlo. Pokoušeli jsme se také zjistit, zda jim nějakým způsobem pomáhá blízké i širší sociální okolí. Z rozhovorů tedy vzešlo podstatné téma týkající se toho, co rodičům adolescentů s depresí pomáhá. Dospívající uváděli různé věci, které podle nich rodičům pomáhají: projevit emoce (vybrečet se, zanádat si), sport, ve 2 případech mít klid, u 2 respondentů probrat to s nimi (dětmi), a u 2 promluvit si o problému s partnerem. Je zajímavé, že 3 respondentky shodně uvedli, že se jejich otcové uzavírají do sebe a pokud je něco trápí, tak to skrývají. Tamara: „*Táta o tom moc nemluví, co ho trápí a není ten typ, co by se svěřoval kamarádům, nevím.*“ U třech respondentů v případě jejich rodičů figurovala **víra**. Dle výpovědí dětí, rodičům právě víra v nelehkých situacích napomáhá a obrací se na ni. Renáta: „*Mamce určitě, ta se na to upíná hodně, ale já ani ne. Snažím se taky chodit do kostela, modlit se, ale nijak mi to nepomáhá.*“ **Sociální okolí** bylo významné v pomoci rodičům u 4 respondentů. Dvě respondentky uvedly, že se jejich matky obracejí na své kamarádky, dále ve dvou případech byli jako lidé, na které se v těžkých časech rodina obrací s prosbou o pomoc či radu, uvedeni blízcí přátelé a známí. Pouze u jedné respondentky a její rodiny byla vyhledána už před hospitalizací odborná forma pomoci, kdy navštěvovali rodinné terapie. Dle jejich slov jim tyto terapie nepomáhaly, jelikož se nedostaly k samotnému jádru problému. Rodinné terapie začaly tedy absolvovat i v rámci její hospitalizace. Vlasta: „*No teďka máme rodinné terapie... no, jakože předtím jsme se vůbec nedostali k tomu jádru, ke kterému jsme se dostali tady.*“

7.4 Odpovědi na výzkumné otázky

Odpověď na otázku č. 1: Jak adolescenti rozumí své zkušenosti s depresí?

Všech 10 respondentů mělo spojený začátek svých obtíží s nějakou událostí či událostmi, které pro ně byly nějak významné. V 6 případech se jednalo o významnou hádku nebo

kupení hádek, ke kterému docházelo v rodině delší dobu. Respondenti zažívali pocity osobní nepohody, které mohly být prvotním impulsem v propuknutí jejich obtíží. U 2 respondentek se jednalo o hádku rodičů s jejich partnery, kdy věděly, že tyto vztahy směřují k rozchodu. To jim bylo nepříjemné, protože si s partnery rodičů vytvořily emocionální pouto a braly je jako své rodiče. Ve zbylých 4 případech se jednalo o hádku s rodiči, u jedné respondentky byla považována za důležitou hádku v rámci party. Důvody, proč docházelo k hádkám, byly různé. Pro 3 respondenty představovaly hádky a konfliktní prostředí jeden z faktorů, které jejich obtíže zhoršoval. Dále 4 respondenti uvedli za původce svých problémů školní prostředí. Roli mohl hrát narůstající tlak ze strany vyučujících, ale i rodičů vzhledem k poslednímu ročníku a následnému přestupu na jinou školu nebo to, že se respondenti ocitli na nové škole, jeden respondent se na nové škole setkal s šikanou. Tři respondenti také uvedli školní prostředí, jmenovitě zhoršování prospěchu, nezvládání chování do školy a nepříjemné reakce ze strany třídního kolektivu za činitele, které jejich stav zhoršovaly. Dvě respondentky uvedly, že se začátek rozvoje depresivní symptomatiky u nich pojí s náročnou rodinnou situací. U jedné z nich došlo v rodině k narození postiženého bratra, u druhé byli rodiče odebráni do vazby. Tyto situace představovaly pro obě rodiny šok, především proto, že byly neočekávané. Pouze jedna respondentka uvedla, že začala pociťovat příznaky deprese, když se v kroužku začala srovnávat s ostatními děvčaty a připadala si tlustá. Polovina respondentů považuje tyto události za příčinu, proč mají depresi, zbylá polovina neví, jak si depresi vysvětlit.

Před rodiči si snažili respondenti své problémy tajit, lhát a předstírat, že je vše v pořádku. Z počátku si totiž mysleli, že se vše nějakým způsobem vyřeší samo, nebo že si při řešení svých obtíží vystačí sami. To se ovšem nestalo a v kritickém okamžiku zjistili i rodiče, že se s dospívajícím něco děje. Polovina respondentů se rozhodla rodičům svěřit, toto rozhodnutí bylo často motivováno myšlenkami na sebevraždu a uvědoměním si závažnosti situace. U 4 respondentů si všimli samotní rodiče, že není něco v pořádku, ve dvou případech se jednalo o zpozorování známek sebepoškozování, u jedné respondentky matka objevila obrázky a plány, jak spáchat sebevraždu, v posledním případě matka u respondenta zaznamenala změnu, kdy se v poslední době vůbec neusmíval a nebyl veselý. U jedné respondentky bohužel došlo k suicidálnímu pokusu, v té době byli její rodiče ve vazbě a byla v péči tety. Při zaměření se na rodiče, se kterým dospívají, nežijí, tedy celkově 6 respondentů, jsme zjistili, že ve 2 případech o tom, že má dítě nějaké psychické problémy a je hospitalizováno vůbec neví a dítě si ani nepřeje, aby o tom rodič věděl. Dále rodiče 2

respondentů o této skutečnosti ví, dospívající to s nimi však dále nechtějí řešit. Tito respondenti nebyli se svými rodiči v osobním kontaktu nebo jen velmi zřídka. U zbývajících 2 respondentů měl rodič o problémech dítěte povědomí. U 8 respondentů poté došlo k vyhledání odborné péče (psycholog a psychiatr), pouze jeden z respondentů již sám docházel ke školnímu psychologovi, kdy byl následně doporučen k předání do další péče, tedy k hospitalizaci. U 4 respondentů se však situace nelepšila, po čase se pokusili o sebevraždu a skončili hospitalizováni na psychiatrii. U zbývajících 4 respondentů byla situace obdobná a po nezlepšování jejich stavu byli také hospitalizováni.

Nejprve vyvolávala hospitalizace v respondentech negativní reakce, smíšené pocity, nechtěli být mimo domov a rodinu, pociťovali šok, někdo hospitalizaci odmítal. Obavy měli také z cizího prostředí a lidí. Někteří se obávali reakce okolí po propuštění, což mohlo být oprávněné, jelikož 6 respondentů mělo předchozí zkušenosti s negativními reakcemi na své obtíže. Tři respondenti zaznamenali negativní reakce od spolužáků, 5 respondentů od své rodiny. Časem začali respondenti objevovat i světlé stránky hospitalizace. Hovořili o tom, že jim změna prostředí napomohla změnit způsob myšlení, za výhodné považovali „chráněné prostředí“, ve kterém se nachází a nemohou si tak nic udělat. Pozitivně byl brán kolektiv lidí, kteří si prošli něčím podobným a mohou je tak lépe pochopit. Dále bylo zmiňováno, že se v rámci hospitalizace učí mluvit o svých emocích, což považují za přínosné. Pozitivně bylo vnímáno to, že začali mít plány do budoucna, což před tím neměli. Plány se týkaly také toho, co by chtěli, aby se změnilo v jejich rodině, či co by chtěli změnit na sobě. Zde bylo zmiňováno především více komunikovat, svěřovat se rodičům, myslet pozitivně, dále se nesebepoškozovat. Myšlenky na budoucnost vyvolávaly i obavy, jak zvládnout školu. Hospitalizace přinesla také větší porozumění mezi respondenty a jejich rodiči, jejich vztah se zlepšil, dospívající se rodičům začali více otevírat a svěřovat.

Odpověď na otázku č. 2: Jak vnímají adolescenti s depresí rodinnou situaci a charakterizují jednotlivé složky rodinného fungování z vlastního pohledu?

V závislosti na vyhodnocení Testu rodinného systému byla koheze rodiny v typické situaci nejčastěji (8 respondentů) hodnocena jako nízká, ve zbylých 2 případech byla naopak vysoká. Hierarchie rodiny byla hodnocena jako střední u 6 respondentů, u 4 byla hodnocena jako nízká. Převládající nízká koheze se odrazila i v samotném rozhovoru, kdy polovina respondentů referovala o absenci rituálů v rodině. Ve druhé polovině, kde respondenti uvedli, že nějaké rituály v rodině zavedeny jsou, uvedli shodně 3 respondenti společné jídlo,

společný úklid a jedna respondentka uvítací rituál, založený na obejmutí. U zbylých 2 respondentů jeden uvedl, že se rituály týkají oslavy Vánoc, další respondent zmínil společnou dovolenou. U 4 respondentů jsme také zaznamenali, že v rámci rodiny spolu vůbec netráví čas společně, zaznělo i přání tento stav změnit. Převážná většina respondentů, tedy 7, nemělo ponětí o tom, že by byla doma zavedena nějaká pravidla. Zbylí 3 se zmínili o velmi volných, a ne příliš zásadních pravidlech, která ovšem neměla dopad na fungování rodiny. Zaměřili jsme se také na komunikaci a emoční klima v rodině. Tři respondenti uvedli, že se doma necítí v pohodě a bezpečí, jako důvody byly uvedeny dlouhodobá konfliktní rodinná situace, samota respondentů a samotná depresivní symptomatika. Shodný počet respondentů také uváděl, že jim rodiče neprojevují lásku, ve 2 případech se jednalo o otce, v jediném případě o pěstounskou i biologickou rodinu. Tři respondenti se vyjádřili ve smyslu, že se spolu doma nezasmějí, stejný počet respondentů spolu v rodině nesdílel smutné chvíle. Přáním poloviny respondentů byla změna v rodinné komunikaci. Přáli si více spolu komunikovat, říkat si naprosto vše a být k sobě otevření, svěřovat se, co je trápí, a aby jim rodiče více a lépe naslouchali. Taktéž u 4 účastníků jsme zaznamenali absenci rodinné identity či pospolitosti, kdy nebyli respondenti schopni říci, v čem jsou jako rodina dobří, a jmenovali pouze, v čem vynikají jako jednotlivci nebo uvedli negativum rodiny.

Odpověď na otázku č. 3: Jak chápou adolescenti s depresí školní situaci a kamarádské vztahy ze svého pohledu?

U všech respondentů se depresivní obtíže projevily ve škole a u většiny z nich, tedy 8 respondentů došlo také ke zhoršení studijních výsledků. Zhoršení studijních výsledků vedlo k utváření začarovaného kruhu, kdy byl u některých vyvíjen nejenom nátlak ze strany školy vzhledem k poslednímu ročníku, ale také ze strany rodičů, což jenom problémy dětí prohlubovalo. Obtíže se projevovaly zejména celkovou nesoustředěností, neschopností zapamatovat si učivo, kvůli narušenému spánku pociťovali ve škole také vyšší spavost a někteří z nich i usínali, celkově se cítili duchem nepřítomni. Stěžejním tématem byli také spolužáci a třídní kolektiv. Osm respondentů mělo pocit, že do třídního kolektivu nezapadá a necítí se v něm dobře. Hovořili, že se v kolektivu cítí špatně, snaží se z něj nijak nevyčínat, cítí se v něm jako podivín, nejsou ve třídě rádi, svoji pozici vnímají jako okrajovou či tu úplně nejnižší. Účastníci se také vlivem deprese začali do sebe více uzavírat, což vedlo ke stranění se kolektivu a trávení přestávek o samotě, s nikým nekomunikovali, snažili se pobývat mimo centrum dění na chodbách nebo polehávali na lavici. Negativně ve školním prostředí působili také posměšky ze stran spolužáků, 3 respondenti se setkali s negativními

reakcemi týkající se psychických problémů. Respondenti se začali škole vyhýbat, snažili se nějak obelstít rodiče, aby se do školy nedostavili, simulovali nemoc, někteří často i více dní ve škole nebyli. Jeden z respondentů se při přestupu na střední školu hned v prvním ročníku setkal s šikanou, se kterou měl zkušenosti již na základní škole. Tomuto respondentovi bylo zle už z pouhého dopravního prostředku, kterým do školy jezdil.

Kamarádi představovali pro 6 respondentů někoho, kdo jejich obtížnou situaci alespoň trochu ulehčoval. Vzhledem k tomu, že se většina respondentů nebyla schopna svěřit s tím, co je trápí svým rodičům, ztělesňovali kamarádi pro některé alespoň určitý prostředek, jak ventilovat některé své pocity. Svěřili se jim také proto, že byli kamarádi mnohdy těmi, kdo si jako první všiml, že se s respondentem něco děje. I přesto jim nesvěřili úplně vše, k celému odhalení došlo většinou až v průběhu hospitalizace. Dále dospívajícím pomáhalo, že mohou s kamarády trávit čas, byli pro ně psychickou oporou a dostali od nich také rady, co dělat či jak se zachovat v situacích, když jim bude špatně.

Odpověď na otázku č. 4: Jakou roli představuje pro adolescenty s depresí a jejich rodiny blízké i širší sociální okolí z pohledu těchto adolescentů?

Neformální sociální opora, kterou tvoří sociální podpůrná síť rodiny, představuje pro rodinu jeden z vnějších zdrojů rodiny. Sociální okolí dle výpovědi respondentů pomáhalo rodičům 4 respondentů. Ve 2 případech se jednalo o kamarádky matek, ve zbylých 2 případech se rodiče obraceli na své blízké přátele a známé. Rodina jedné respondentky také před samotnou hospitalizací vyhledala odbornou pomoc, kdy podstupovali rodinné terapie, které však dle respondentky nebyly účinné, jelikož se při nich nedostali až k samotnému jádru problému. Během hospitalizace respondentky se však rodina rozhodla absolvovat rodinné terapie na oddělení, které už byly účinné. Rodičům 3 respondentů napomáhala ve zvládání náročné situace víra, na kterou se obraceli. Dále respondenti uváděli různé věci, které podle nich jejich rodičům pomáhají. U 2 bylo přínosné popovídat si o problémech s partnerem, u 2 probrat to se samotnými dospívajícími, ve 2 případech mít klid, dále také projevit emoce anebo si jít zasportovat.

8 DISKUZE

V této magisterské diplomové práci jsme se zabývali adolescenty s depresí v kontextu rodiny. Vzhledem k povaze výzkumu, v němž jsme především chtěli porozumět danému fenoménu a zachytit a interpretovat lidskou zkušenost, se nám jevil jako nejvhodnější kvalitativní přístup.

8.1 Diskuze k výběru výzkumného souboru

Respondenti byli do výzkumného vzorku získáni metodou záměrného výběru přes instituce, což dle Miovského (2006) přináší jistá omezení. Takto vybraní lidé totiž představují pouze určitou část spektra z dané cílové skupiny. Nám se ovšem tento způsob jevil víc než vhodný vzhledem k časové náročnosti výzkumu. Veškeré námi oslovené instituce (Psychiatrická léčebna Šternberk, Psychiatrická nemocnice Opava, Psychiatrická nemocnice Kroměříž a Fakultní nemocnice Brno) výzkum umožnily, v Psychiatrické nemocnici Kroměříž však žádný rodič nedal souhlas k výzkumu, a proto odtud žádný respondent nepochází. Nejvíce účastníků, tj. celkem 5, bylo z Psychiatrické léčebny Šternberk, 3 pocházeli z Psychiatrické nemocnice Opava a poslední 2 byli z Fakultní nemocnice Brno. V průměru byli účastníci hospitalizováni 39. den, nejméně 8. den a nejdéle 80. den.

8.2 Diskuze k výzkumnému souboru

Do výzkumu se zapojilo 10 dospívajících, ve věku 13 až 16 let, průměrný věk byl přibližně 14 let a 9 měsíců, tudíž jsme předem splnili stanovené kritérium výběru vzorku, jehož požadovaným věkem bylo 13 až 18 let. Tento počet se jeví jako velmi vhodný vzhledem k povaze a typu výzkumu, kterým bylo fenomenologické zkoumání, přičemž jsme věděli, že v souladu s typem výzkumu a především se záměrem porozumět lidské zkušenosti a jejímu významu v životě jedince bude k analýze textu používána interpretativní fenomenologická analýza. Někteří autoři (Smith et al., 2009; Smith & Osborn, 2003), v rámci magisterských diplomových prací stanovují předpokládanou velikost výzkumného vzorku u této metody na rozsah 3–6 respondentů, dodávají však, že by měl výzkumný soubor především dobře reprezentovat zkoumanou oblast a měl by být homogenní, preferována je také bohatost dat před určitým počtem respondentů. Creswell (2007) stanovuje počet o něco vyšší, uvádí rozsah 10 až 15 lidí. Dle Hendla (2016) je důležitá především saturace dat, která nastává tehdy, nepřináší-li nám nová data již žádné nové informace. Vzhledem k uvedeným

poznatkům jsme si na začátku výzkumu stanovili počet 6–10 respondentů, což se nám s konečnými 10 účastníky podařilo dodržet a data byla satureována.

Výzkumný vzorek byl tvořen 8 děvčaty a 2 chlapci, zastoupení ženského a mužského pohlaví ve vzorku bylo tedy nerovnoměrné. Přes veškerou naši snahu se nám však nepodařilo získat do vzorku více chlapců. Zde je však nutné podotknout, že dle různých autorů (Fleming & Offord, 1990; Raboch a kol., 2001; Vágnerová, 2014) však není zastoupení pohlaví ani v základní populaci rovnoměrné. Tito autoři uvádějí, že po skončení puberty a s nadcházející adolescencí je depresivní porucha častější u dívek. Vágnerová (2014) podotýká, že v dospívání je prevalence deprese 2 : 1 v neprospěch dívek, a s přibývajícím věkem je tento rozdíl ještě markantnější. To je mnohými autory (Cyranowski et al., 2000; Hankin et al., 1998; Rose & Rudolph, 2006) vysvětlováno tím, že jsou dospívající dívky více orientovány na vztahy a vykazují vyšší potřebu afiliace. Jiní výzkumníci (Hankin et al., 2007; Rudolph, 2002; Shih et al., 2006) dodávají, že v porovnání s chlapci zažívají dívky také signifikantně vyšší stres ze strany vrstevníků. V tomto ohledu tedy spatřujeme první omezení výzkumu. Pro budoucí výzkum by bylo samozřejmě lepší, kdyby bylo zastoupení pohlaví ve vzorku rovnocenné.

Jedním z kritérií výběru vzorku byla diagnóza. Zaměřili jsme se na diagnózy z okruhu depresivních poruch (tzn. F32–F34) či duševní poruchy s depresivním syndromem (F43.2–F41.2, zde jsme vyřadili poruchy vyvolané účinkem psychoaktivních látek, tedy F1x.54 [55] a F1x.72). V největším zastoupení bylo 5 respondentů s diagnózou F41.2 Smíšená úzkostně-depresivní porucha, dále 4 s diagnózou F32.1 Středně těžká depresivní fáze a 1 respondentka měla diagnostikovaný depresivní syndrom v rámci diagnózy F43.2 Reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení. Výsledný výzkumný soubor nebyl tedy úplně homogenní, na druhou stranu však dobře reprezentuje námi zkoumaný fenomén. Také vzhledem ke komorbiditě deprese s jinými poruchami, odráží tento vzorek reálné prostředí, v jehož rámci se mnozí autoři (Brady & Kendall, 1992; Cummings et al., 2014; Garber & Weersing, 2010; Malá, 2008; Seligman & Ollendick, 1998; Paclt, 2001) shodují na tom, že se deprese vyskytuje nejčastěji v komorbiditě s anxiózní poruchou. Paclt (2001) uvádí, že ke komorbiditě těchto dvou poruch dochází ve 40 % případů, Brady a Kendall (1992) uvádějí číslo v rozmezí 15,9 % až 61,9 %. Kendall et al. (1992) poznamenává, že se toto číslo liší v závislosti na různých studiích, což podporují i jiní výzkumníci, kteří udávají, že toto číslo variuje v rozmezí 15 až 75 % (Angold et al., 1999; Avenevoli et al., 2001; Yorbik et al.,

2004). V našem případě by se jednalo o polovinu vzorku, což tedy odpovídá zmínovaným studiím.

Většina respondentů, tedy 7, žila v neúplné rodině. Čtyři účastníci byli v péči matky, o 1 respondentku pečoval otec, 1 respondentka byla ve střídavé péči obou rodičů a 1 respondentka žila od útlého věku s pěstouny. Zbylí 3 respondenti žili v úplné rodině, přičemž zde řadíme také respondentku, jejíž rodiče jsou sice formálně rozvedeni, nadále však spolu žijí jako partneři. Právě rodinné prostředí, potažmo rodinná dysfunkce, představuje dle Malé (2008) důležitý faktor, který může přispívat k behaviorálnímu vyjádření deprese. To je ve shodě i s jinými autory (Handford et al., 1986; Kazdin et al., 1985), kteří hovoří o tom, že u depresivních dětí nalezneme rodinnou dysfunkci či negativní události rodinného života.

U poloviny respondentů jsme pozorovali v blízké i širší rodině výskyt alkoholismu, někteří rodinní příslušníci byli s alkoholismem léčeni i na psychiatrii, u poloviny respondentů jsme našli depresivní obtíže v rodině. Dle Orvaschela et al. (1980) nalezneme právě u dětí s depresí vysoký výskyt afektivních poruch a alkoholismu v širší rodině. Studie jiných autorů (Livingston et al., 1985; Puig-Antich & Rabinovich, 1986 in Kendall et al., 1992) také zjistily vyšší míru alkoholismu v rodinách dětí s „velkou depresí“ oproti rodinám dětí s nedeprativními emočními poruchami. Fendrich et al. (1990) považuje dokonce depresi u rodičů za nejdůležitější rizikový faktor pro několik typů psychopatologie mládeže, a to včetně deprese. Dále jsme také u respondentů pozorovali výskyt i jiných psychických poruch v rodině, například schizofrenie, OCD, anxiózní poruchy nebo prudké výkyvy nálad. U 2 respondentů byla v rámci rodiny spáchána 2× dokonaná suicida.

8.3 Diskuze ke sběru dat

Pro sběr dat byly zvoleny tři metody. Nejprve jsme využili data ze zdravotnické dokumentace, prostřednictvím čehož nám takto získaná data umožnila případně se doptat respondenta a rozvést informace dále. Druhá metoda se zakládala na tom, že byl všem respondentům administrován Test rodinného systému FAST, který sloužil jako doplňková metoda. Přestože není tento test standardizován, lze jej vyhodnocovat také kvalitativně, což pro nás bylo velmi přínosné. Je také využíván právě k výzkumným účelům (Gehring et al., 2001 in Gehring, 2005). Nám také velmi dobře posloužil v nadcházejícím rozhovoru, při

němž byla během testu samovolně respondenty zmíněná určitá témata, na která jsme mohli v rámci rozhovoru navázat.

Nakonec jsme přešli k samotnému těžišti výzkumu, polostrukturovanému rozhovoru, kde jsme se věnovali především těmto tématům: adolescent a deprese, rodinná situace, emoce, komunikace, škola a kamarádi. Tyto uvedené metody považujeme vzhledem ke kvalitativnímu výzkumu za velmi vhodné, neboť jak uvádí Švaříček a Šedová (2014) v souladu se Straussem a Corbinovou (1999), jsou v tomto přístupu považována za relevantní zejména data z rozhovorů, pozorování a dokumentů. Výhodou více užitých metod byla triangulace dat, která mohla omezit případná zkreslení výzkumu. Jednotlivé metody se vzájemně doplňovaly, a vzhledem k tomu, že má právě výzkumník zásadní vliv na kvalitu získaných dat, mohl být tímto způsobem kontrolován i samotný výzkumník (Miovský, 2006). Jako velmi vhodné, považujeme zvolení polostrukturovaného interview, které je dle Smitha (2004) nejčastější volenou metodou při analýze dat pomocí interpretativní fenomenologické analýzy. Výhodou semistrukturovaného interview je podchycení nedostatků strukturovaného a nestrukturovaného interview, v němž byla vytvořena kostra otázek, a zároveň jsme se tak mohli jednotlivých respondentů doptávat takovým způsobem, abychom správně pochopili významy událostí a následně mohli interpretovat, jak jedinec danou věc chápe a co pro něj představuje (Miovský, 2006).

8.4 Diskuze k výsledkům výzkumu

Nyní přejdeme k prezentaci samotných výsledků výzkumu. Nejprve se zaměříme na Test rodinného systému. U typické reprezentace byla koheze rodiny vyhodnocena u 8 respondentů jako nízká, ve zbylých 2 případech naopak jako vysoká. Právě nízkou rodinnou soudržnost považuje Dietzová (2017) za rizikový činitel při vzniku deprese u dětí. Ve výzkumu realizovaném v českém prostředí, pozorovali Křeh a Csémy (2006) zejména u dívek s klesající rodinnou kohezí nárůst depresivních příznaků. Typická situace se u 2 respondentů vztahovala k jejich psychickým obtížím, u 3 se jednalo o „stav v rodině“. V případě ideální reprezentace byla koheze rodiny nejčastěji vysoká (5), nízká (4) a střední (1), u konfliktní reprezentace jsme pozorovali kohezi nízkou (7), vysokou (2) a jednou střední. Koheze rodičovského subsystému byla v typické situaci pevně nízká, u ideální situace naopak vysoká, u konfliktní nízká. Zobrazení ideální situace a vyhodnocení koheze odráží přání respondentů, které zaznívalo v rozhovorech, aby spolu trávili více času jako

rodina. Koheze sourozeneckého subsystému byla ve všech případech různorodá a odrážela vztahy respondentů s jejich sourozenci – k některým měli blízký vztah, což se projevilo na samotném vyobrazení.

Mezigenerační koalice, v níž je koheze rodiče a dítěte vyšší než koheze rodičů, jsme pozorovali ve všech 3 reprezentacích. Jednalo se o pochopitelný jev vzhledem k tomu, že jsou rodiče některých dětí již nějakou dobu od sebe a nežijí společně. U konfliktní reprezentace tato koalice znamenala, že se rodič zastává dítěte před druhým rodičem. Hierarchie rodiny, rodičovského a sourozeneckého subsystému byla v typické situaci zejména nízká a střední, podobně tomu bylo i u ideální a konfliktní reprezentace. Ve všech případech jsme ojediněle pozorovali převrácenou hierarchii, v níž mělo dítě vyšší vliv než rodič. Barevné figurky, jež byly součástí užitě metody, byly používány pouze výjimečně. Jejich barva měla rozličný význam a podobně tomu bylo i u očního kontaktu těchto figurek. Informace získané pomocí metody FAST se shodovaly s informacemi, získaných z rozhovorů. Tyto metody se vzájemně doplňovaly.

Domníváme se, že by bylo pro budoucí výzkum přínosné, aby administrace testu neprobíhala pouze individuálně u samotných respondentů, ale například i u jejich sourozenců či rodičů, abychom zachytili perspektivu celé rodiny, a mohli tak porovnat úhel pohledu jednotlivých členů. Zároveň jsme si vědomi toho, že by byla nejenom administrace, ale i vyhodnocování testu mnohem složitější a časově náročnější.

Nyní přejdeme k těžišti výzkumu, který spočíval v polostrukturovaných rozhovorech. Přepisy rozhovorů byly analyzovány pomocí interpretativní fenomenologické analýzy, která je dle Koutné Kostíkové a Čermáka (2013) vhodná zejména proto, že nám šlo o popis a vysvětlení způsobu, jakým respondent, jehož se daný fenomén týká, tomuto jevu přisuzuje význam, a co pro něj tato zkušenost znamená. Nejprve jsme se zaměřili na perspektivu konkrétního respondenta, v jejímž rámci jsme se snažili zachytit jeho zkušenost s depresí a poté jsme podrobně vylíčili jednotlivá témata, která z analýzy vzešla.

Celkově nám z rozhovorů vyplynulo následujících 8 témat: Prvotní impuls a postupné zhoršování obtíží; Ve škole pociťuji tlak, nezapadám do kolektivu; Nevědomost rodičů až do okamžiku volání o pomoc; Nechci být hospitalizován/a, časem objevuji i světlé stránky hospitalizace; Absence rodinné atmosféry; To, o čem doma nemluvíme; Moje problémy nás dávají dohromady; a poslední Co pomáhá mým rodičům.

První téma **Prvotní impuls a postupné zhoršování obtíží** se týkalo propuknutí deprese, které vždy předcházela událost či kumulace více událostí. Ty při seskupení vytvářely jakýsi prvotní impuls pro vznik a rozvoj symptomů. U 6 respondentů se jednalo o pro ně významnou hádku či hromadění několika hádek, které v rodině po nějakou dobu přetrvávaly a utvářely konfliktní situaci, jež vedla k nepohodlné situaci respondentů. Dle různých autorů (Dietz, 2017; Handford et al., 1986; Kazdin et al., 1985; Krch & Csémy, 2006) vede právě konfliktní rodinné prostředí k rozvoji depresivní symptomatiky u dětí. Zde je potřeba uvést, že jeden z respondentů měl špatný vztah s otcem a ke konfliktům tedy docházelo především s ním. K této skutečnosti uvádí Sanford et al. (1995) zjištění, že zejména konflikt mezi otcem a dítětem souvisí s přetrvávajícími depresivními symptomy. Hádky byly 3 respondenty považovány za podstatné při zhoršování jejich obtíží, často si věci v hádkách brali velmi osobně a vztahovali si je k sobě, přestože dřív je takto nebrali. U 4 respondentů sehrálo roli ve vzniku deprese školní prostředí, ať už se jednalo o narůstající stres ve škole, který zažívali, až po šikanu, která se v něm odehrávala. Důležitým faktorem zde byl také přestup na jinou školu v rámci stěhování nebo přechod na střední školu, což mohlo samo o sobě sehrát určitou roli. Zhoršování prospěchu, nezvládání chůze do školy a nepříjemné reakce ze strany třídního kolektivu také dle 3 respondentů jejich problémy zhoršovaly. Dále 2 respondentky považovaly za zdroj svých obtíží náročnou rodinnou situaci, která byla pro rodinu nečekaná a zatěžující, přičemž celá rodina musela čelit nárokům nové situace. V rodině jedné respondentky se narodil velmi postižený bratr, v rodině druhé respondentky šli rodiče do vězení, přestože to nikdo do té doby netušil. Dle výzkumů Handforda et al. (1986) a Kazdina et al. (1985) nalezneme u depresivních dětí negativní události rodinného života. Jedna respondentka začátek deprese datuje do období, kdy se v baletním kroužku začala srovnávat s ostatními děvčaty a připadala si tlustá. Polovina respondentů považuje tyto události za původce jejich obtíží a samotnou depresi si tímto vysvětlují, zbylých 5 hovořilo o tom, že neví, jakým způsobem si depresi vysvětlit.

Postupem času začali respondenti pociťovat, že jim nároky, které jsou na ně kladeny, přerůstají přes hlavu, cítili se jimi přehlcní. Docházelo tedy ke zhoršování a rozvoji nových obtíží. Ke zpočátku zejména fyzickým příznakům se postupně nabalovaly i ty psychické. To byl také jeden z důvodů, proč si někteří původně mysleli, že se nejedná o něco psychického, jelikož prvotní obtíže byly především fyzické. Respondenti si mysleli, že budou schopni vše zvládnout sami, že se jedná jen o špatné období, které překonají, nebo se jejich problémy samy vyřeší. Sami si ale pomoci nedokázali. Samota byla také u 2 respondentů považována

za faktor, který jejich problémy zhoršoval. Naopak 6 respondentům v nelehkých chvílích pomáhali jejich kamarádi, kterým se svěřovali, jelikož s rodiči své obavy a problémy nesdíleli. Pomáhalo jim také, že s nimi mohou trávit volný čas, brali je jako psychickou podporu, někteří od kamarádů obdrželi rady, jak se chovat a co dělat v situacích, ve kterých jim bývá špatně. Polovině respondentům pomáhalo trávení času s rodinou, 2 respondentky považovaly za úlevné sebepoškozování, které však poskytovalo pouze krátkodobý úlevný efekt.

Ve škole pociťuji tlak, nezapadám do kolektivu bylo tématem druhým a pro všechny respondenty velmi důležitým. Shodně uváděli, že se jejich obtíže projevily ve škole, v níž některé školní situace taktéž nepomáhaly v jejich boji s obtížemi. Jak bylo uvedeno u předcházejícího tématu, bylo u některých respondentů právě školní prostředí považováno za iniciátora rozvoje depresivních příznaků. Roli mohlo sehrát to, že byli někteří respondenti v posledním ročníku základní školy a pociťovali vyšší tlak na dobrý výkon jak ze strany školy, tak i ze strany rodičů. Někteří naopak na novou školu přestoupili a potřebovali se na ni adaptovat. Respondenti vypověděli, že ve škole pociťovali především nesoustředěnost, vyšší spavost, celkově se cítili duchem nepřítomni. Osm respondentů uvedlo, že se jejich problémy odrazily na studijních výsledcích, přičemž zhoršování školního prospěchu vedlo k nespokojenosti rodičů, a proto děti pociťovaly vyšší tlak i z jejich strany, obtíže se nezlepšovaly a vše vedlo k utváření začarovaného kruhu.

Silné téma, které se při analýze vynořilo, se vztahovalo ke třídnímu kolektivu a spolužákům. Osm respondentů mělo pocit, že do svého třídního kolektivu nezapadá a necítí se v něm dobře. Výzkumy různých autorů (Hankin et al., 2007; Rudolph, 2002; Shih et al., 2006) došly k závěru, že adolescentní dívky oproti chlapcům pociťují signifikantně vyšší stres ze strany vrstevníků. V našem výzkumu pociťovali stres ze strany vrstevníků také chlapci, ovšem musíme přihlédnout ke skutečnosti, že jich byla ve vzorku menšina. Účastníci také hovořili o tom, že se pod vlivem deprese začali uzavírat a stahovat do sebe, přestávky začali trávit zejména tak, že s nikým nekomunikovali, polehávali na lavici nebo se snažili být mimo kolektiv. Někteří začali pod vlivem svých obtíží vnímat i posměšky a negativní reakce na svoji adresu ze stran spolužáků. Respondenti museli i kvůli svým obtížím ze školy odcházet nebo do ní přestali chodit úplně, doma simulovali nemoc nebo se pod vlivem nějaké lsti snažili škole vyhnout. Jeden respondent zažil ve škole šikanu a bývalo mu dokonce špatně už ze samotných dopravních prostředků, kterými se do školy dopravoval.

Dalším z témat bylo **Nevědomost rodičů až do okamžiku volání o pomoc**. Z počátku si respondenti mysleli, že se jejich problémy nějak vyřeší nebo že si je vyřeší sami bez jakéhokoliv zásahu a pomoci od někoho jiného. Všichni se tedy snažili své obtíže tajit a zastírat, někteří dokonce lhali nebo předstírali, že je vše v pořádku, aby si rodiče mysleli, že se nic neděje, a tak se začali více uzavírat do sebe. Vzhledem k tomu, že ke zlepšení nedošlo a jejich stav se naopak horšil, dospěli až do kritického okamžiku, kdy i samotní rodiče zjistili, že je s dítětem něco v nepořádku. Polovině respondentů začaly problémy přerůstat přes hlavu, načež se pro ně stávající situace stala neúnosnou a museli ji řešit s někým jiným – většinou se rozhodli svěřit rodičům. Ve 4 případech si všiml samotný rodič, že není s dítětem vše v pořádku, přičemž ve 2 případech rodič zaznamenal známky sebepoškozování, u jedné respondentky matka objevila plány a obrázky, jak spáchat sebevraždu, u jednoho respondenta matka vyzorovala, že není v poslední době ve své kůži, vůbec se neusmívá a schází mu optimismus. V jediném případě si bohužel nikdo nepovšimnul ničeho nápadného a respondentka se pokusila zabít. Jak uvádí Koutek (2008), bývá právě neočekávaný suicidální pokus často prvním očividným příznakem závažné afektivní poruchy.

Po zjištění, že je s dětmi něco v nepořádku, vyhledali rodiče 8 respondentů odbornou pomoc psychologa a psychiatra (jeden respondent sám docházel ke školnímu psychologovi, který jej dále doporučil k další odborné péči). Ve 4 případech však tato forma pomoci respondentům příliš nepomáhala, po nějaké době se pokusili o sebevraždu a po čase stráveném v nemocnici byli následně hospitalizováni na psychiatrii. Ve zbylých 4 případech byli respondenti po nějakém čase, kdy se jejich stav nezlepšoval, také hospitalizováni. Šest rodičů, kteří s dětmi nebydlí, nebyli ve 2 případech vůbec informováni o tom, že má jejich dítě psychické obtíže, a proto je hospitalizováno, ve zbylých případech měli rodiče jen povědomí o hospitalizaci, ale samotné děti to s nimi nechtěly dále rozebírat.

Čtvrtým tématem, které vzešlo z analýzy, bylo téma **Nechci být hospitalizován/a, časem objevuji i světlé stránky hospitalizace**. Prvotní reakce na skutečnost, že má být respondent hospitalizován, byly zejména negativní – bylo jim to jedno, někdo měl smíšené pocity, nechtěli být mimo domov a svou rodinu, někdo prožíval šok a byli i tací, kteří hospitalizaci zcela odmítali. Hospitalizace vyvolávala obavy a strach z nového prostředí a lidí, se kterými se setkají. Pozorovali jsme také obavy týkající se návratu domů, jak bude na respondenta reagovat okolí a zda jej nebude považovat za „blázna“ nebo „cvoka“. Tyto pocity mohly být oprávněné, neboť víc než polovina, tedy 6 respondentů, se setkala ve svém

okolí i v rodině s negativními reakcemi na jejich psychický stav a hospitalizaci, u 3 ze strany spolužáků, v 5 případech pocházelo neporozumění až negativní reakce z rodin respondentů.

Po nějakém čase, kdy byly respondenti hospitalizováni, však začaly negativní pocity ustupovat a respondenti začali objevovat i světlé stránky hospitalizace. Kladně hodnotili změnu prostředí, která jim napomohla ve změně myšlení, kolektiv dětí, který si prošel podobnými věcmi a lépe jim tak rozumí, a pozitivně bylo hodnoceno učení se hovořit o svých emocích a svěřovat se s nimi. Shodně také referovali o tom, že právě v době hospitalizace začali poprvé uvažovat o vizích do budoucnosti, která dříve vyvolávala obavy, nebo se nad ní vůbec nezamýšleli. Myšlenky na budoucnost se týkaly i obav ze školy, zejména z toho, jak vše dokážou zvládnout. Další úvahy se týkaly rodinné situace, toho, co se jim doma nelíbí, co by chtěli změnit, ale také toho, co by chtěli změnit na sobě. Změna se často týkala jejich negativního sebehodnocení – buď se vidí jako přecitlivělí (3 respondentky) a s nízkým sebevědomím, nebo jako špatní či jako ti, co za všechno můžou. Hovořili také o tom, že by chtěli začít být více pozitivní nebo být takoví jako před depresí. Někteří se však popsat vůbec nedokázali, byli si pouze vědomi toho, že by u sebe chtěli něco změnit.

Pátým tématem bylo **Absence rodinné atmosféry**. Tři respondenti hovořili o tom, že se doma necítí v pohodě a bezpečí. Tento pocit pramenil především z konfliktní rodinné atmosféry a vztahoval se také k samotě respondentů, dále k depresi samotné, při níž zažívali respondenti nepříjemné pocity. Ukázalo se, že většina respondentů, celkově tedy 7 z nich, neví a není si vědoma žádných pravidel, která by doma byla zavedena. Zbylí 3 hovořili o velmi volných pravidlech, která nebyla ani příliš zásadní, a tedy neměla žádný dopad na chod a fungování rodiny či domácnosti. Při zaměření se na rituály bylo zjištěno, že polovina respondentů nemá v rodině žádné rituály, které by se dodržovaly. Ze zbylých 5 respondentů uvedli shodně 3 respondenti společný úklid, společné jídlo a jedna respondentka se zmínila o uvítacím rituálu, při němž se v rodině obejmou. Tyto rituály se řadily do kategorie běžné rutiny. Zbylí 2 respondenti však uvedli rituály, které nejsou praktikovány běžně, ale pouze výjimečně. V jednom z případů se jednalo o tradiční rituál – oslavu Vánoc, ve druhém se jednalo o rituál nevšední, při němž spolu rodina vyráží na společnou dovolenou. Právě rituály jsou v rodinném fungování považovány za velmi důležité. Kiser et al. (2005) ve svém šetření došel k závěru, že u rodin s adolescenty v psychiatrické péči ve srovnání s rodinami s adolescenty bez psychiatrické péče, nalezneme méně rodinných rituálů. Autoři jsou zastánci toho, že právě rituály mají zdravé důsledky pro fungování rodiny, zejména pro děti,

a jejich míra také souvisí s problémy dospívajících. V našem výzkumu se toto zjištění potvrdilo, neboť je pozorovatelné, že polovina respondentů je zcela bez rodinných rituálů, ve dvou případech jsou rituály dodržovány velmi sporadicky.

V rozhovorech zaznívalo také u 4 respondentů téma netrávení volného času společně jako rodina, což jim dost schází a přáli by si to změnit. Dále jsme také zaznamenali u 4 respondentů absenci jakési rodinné identity či pospolitosti, neboť respondenti nebyli schopni říci, v čem je jejich rodina dobrá. Jmenovali, v čem vynikají jako jednotlivci, nebo naopak zmínili negativum rodiny. Tři respondenti hovořili o tom, že se doma společně nezasmějí, stejný počet účastníků v rodině nesdílel smutné chvíle. V jednom případě si v rodině nepovídali ani o běžných věcech, například co během dne zažili. U 3 respondentů jsme také zaznamenali, že jim rodiče neprojevují lásku. Dalším prvkem, který mohl napomoci tomu, že se dítě doma necítilo dobře, byly časté negativní reakce a narážky ze strany rodičů. Polovina respondentů vyslovila přání, aby v jejich rodinné komunikaci došlo ke změně. Hovořili o tom, že by si přáli více spolu komunikovat, více se bavit, říkat si naprosto vše a být k sobě otevření, svěřovat se s tím, co je trápí, a přáli si, aby si rodiče nejprve vyslechli, co je trápí, a hned nereagovali, tedy aby jim více naslouchali.

Další téma, **To, o čem doma nemluvíme**, bylo shodné pro všechny respondenty, neboť u každého z nich se nacházela konverzační tabu, o kterých s rodiči nehovořili. Respondenti se nesvěřovali se svými pocity, neventilovali doma své problémy, nezmiňovali se o depresích, neříkali nic o tom, zdali mají suicidální myšlenky, ani o tom, že se chtějí zabít. Dále také na toto téma padla odpověď, že si respondent nechává spoustu věcí pro sebe a objevily se i kategorie „nesvěřuji se, když se mi někdo líbí, doma se nebavím o klucích, kamarádech a o partě“. Někteří uvedli, že si tyto pocity nechávají pouze pro sebe, jiní jsou schopni se s nimi svěřit kamarádům. Důvody, proč se nesvěřovat, byly uváděny různé: strach svěřit se rodičům, jaká bude jejich reakce, některým respondentům to bylo nepříjemné, nechtěli to řešit s rodiči, nechtěli na sobě dát znát, že je s nimi něco v nepořádku. Jednou z příčin bylo také narušení či ztráta důvěry, neboť se respondent už v minulosti s něčím svěřil, ale rodič si tuto informaci nenechal pro sebe a poslal ji dál. Dalším z důvodů bylo to, že rodiče zřejmě nereagovali prvotně tak, jak děti očekávaly, pokud se jim s něčím svěřily. To mohlo vést k tomu, že se rozhodly už příště se svými problémy nesvěřovat vůbec. Zaznamenali jsme reakce obviňování – rodič dítě obvinil, že si za své problémy může sám, dále že se jedná o pouhé pubertální projevy, anebo rodiče dítěti nevěřili, že mu opravdu není

dobře. Právě maladaptivní komunikace a špatné rodičovské strategie při řešení problémů dítěte jsou však dle Dietzové (2017) rizikovými faktory vedoucími k depresi u dětí.

Předposlední téma, **Moje problémy nás dávají dohromady**, se týkalo změn, které psychická porucha dětí v rodině vyvolala. Někteří respondenti například hovořili o prvotní negativní reakci rodičů na zjištění, že se s dítětem něco děje, rodiče také nepřikládali obtížím dítěte takovou váhu. Kvůli problémům respondentů také docházelo k častým hádkám. Respondenti často od rodičů očekávali úplně jinou reakci na jejich problémy, což se mnohdy s jejich očekáváním minulo. Avšak poté, co byli respondenti hospitalizováni, začali pociťovat změny ze strany rodičů. Rodiče se začali snažit věci řešit jinak, respondenti hovořili o zlepšení jejich vztahu s nimi. Uvědomili si také, že je důležité sdílet některé věci s rodiči, a začali se jim více otevírat a svěřovat se, došlo u nich k nárůstu důvěry. To, že se můžou svěřit, bylo v závislosti na pociťování psychické podpory z rodiny a uvědomění si, že přestože se jedná o nelehkou situaci, vnímají svou rodinu jako pospolitou, což je dle Sobotkové (2012) jedna z možných reakcí u rodiny, v níž představuje nemocné dítě závažný stresor.

Závěrečné téma neslo název **Co pomáhá mým rodičům**. Dospívající uváděli různé věci, které podle nich rodičům pomáhají: projevit emoce, sport, ve 2 případech mít klid, u 2 respondentů probrat to s nimi (s dětmi), a u 2 promluvit si o problému s partnerem. Tři respondentky shodně uvedly, že se jejich otcové uzavírají do sebe a pokud je něco trápí, tak to skrývají. Právě takovéto vzorce chování rodičů mohou podle Kaslowové a Racusina (1990) vést k podpoře a udržování depresivní symptomatiky u dětí, přičemž děti přebírají stejné chování a se svými emocemi se nesvěřují. U třech respondentů v případě jejich rodičů figurovala jako protektivní činitel víra, ve které dle Walshové (2003b) mnoho rodin nachází sílu, útěchu a vedení v nesnázích. Sociální okolí bylo významné v pomoci rodičům u 4 respondentů. Dle různých autorů (Břicháček, 2002; Walsh 1998, 2002, 2003a, 2003b) pomáhá účinná sociální síť či podpora v okolí snižovat riziko zranitelnosti rodiny, zejména při řešení obtížných situací. Pouze u jedné respondentky a její rodiny byla vyhledána už před hospitalizací odborná forma pomoci, a to navštěvování rodinné terapie. Dle jejich slov jim tyto terapie nepomáhaly, jelikož se nedostaly k samotnému jádru problému. Rodinné terapie začaly tedy absolvovat i v rámci hospitalizace respondentky.

Když se zamýšlíme nad dalšími možnostmi výzkumu tohoto tématu, jeví se nám v budoucnu jako přínosné realizovat výzkum podobného typu z pohledu rodičů či

sourozenců dětí s psychickou poruchou. Domníváme se, že by poznatky právě od těchto skupin mohly přinést nové informace a doplnit tak komplexní poznatky o tom, co se v rodinách při takto závažném stresoru odehrává. Odborná psychologická literatura se zabývá zejména rodinami s dětmi s různým postižením či somatickým onemocněním, nebo rodiči s duševním onemocněním v rámci celé rodiny, zatímco rodičům s psychicky nemocnými dětmi není věnována patřičná pozornost, a proto se zde nabízí prostor pro tento výzkum.

Přínos spatřujeme zejména v povaze výzkumu, v němž jsou data a poznatky z něj získaná velmi komplexní a bohatá oproti výzkumům, které byly orientovány zejména kvantitativně. Jsme si vědomi toho, že výsledky nelze zobecňovat na širší populaci, za důležité však pokládáme zjištění, že má rodina u adolescentů velmi významnou roli, a proto by se s ní mělo v rámci psychické poruchy pracovat. Rodinné prostředí představuje pro adolescenty jak rizikový, tak i protektivní faktor.

9 ZÁVĚRY

Tato kvalitativní studie se zaměřila na depresi adolescentů v kontextu rodiny. V souladu s typem výzkumu, kterým bylo fenomenologické zkoumání, a vzhledem k analýze textu za pomoci interpretativní fenomenologické analýzy, jsme došli k následujícím závěrům:

- Propuknutí deprese u všech adolescentů vždy předcházela nějaká pro ně významná událost či kumulace událostí. U 6 se jednalo o významnou hádku či hromadění hádek, pro 4 respondenty sehrálo roli školní prostředí, u 2 respondentek byla důležitá náročná rodinná situace, u 1 srovnávání se s ostatními děvčaty v zájmovém kroužku. Polovina respondentů si touto událostí či jejich kumulací vysvětlovala svou depresi, druhá polovina netušila, jak si psychické obtíže vysvětlit.
- Obtíže u 3 respondentů zhoršovaly hádky a konfliktní rodinné prostředí, u stejného počtu respondentů školní prostředí a u 2 respondentek se jednalo o samotu.
- Šesti respondentům pomáhali v nelehkých chvílích jejich kamarádi, polovině respondentů pomáhalo trávit čas s rodinou, 2 respondentky volily nevhodné strategie a sebepoškozovaly se, což přinášelo pouze krátkodobý úlevný efekt.
- Respondenti pociťovali ve škole tlak, u 8 z nich se psychické problémy odrazily na studijních výsledcích. Deprese se ve školním prostředí projevovala především nesoustředěností, vyšší spavostí způsobenou narušeným spánkovým cyklem a celkově se respondenti cítili duchem nepřítomni. Volný čas o přestávkách trávili zejména sami a nekomunikovali se spolužáky. Mnozí se začali škole vyhýbat, nechodit do ní a často simulovali nemoc. Osm respondentů také konstatovalo, že se ve svém třídním kolektivu cítí špatně, jako by do něj nepatřili.
- Postupné zhoršování obtíží vedlo k tomu, že i přestože je respondenti nejprve před rodiči zastírali, časem se polovina z nich rodičům s problémy svěřila, u 4 respondentů si všimli sami rodiče, že je s jejich dětmi něco v nepořádku, a 1 dívka se pokusila o sebevraždu.
- U 8 respondentů byla vyhledána odborná péče psychologa a psychiatra, 1 respondent již docházel ke školnímu psychologovi, který jej dále doporučil k další péči. U 4 respondentů však nedošlo ke zlepšení, pokusili se zabít a skončili

hospitalizováni na psychiatrii. U zbylých 4 taktéž nedošlo ke zlepšení, a tak byli po čase rovněž hospitalizováni. Rodiče, se kterým děti nežijí, neměli ve 2 případech žádné informace o tom, že se s dítětem něco děje, u 2 o tom rodiče věděli, ale dítě to nechťelo dále řešit. U zbylých 2 respondentek měl rodič pouze povědomí o hospitalizaci.

- Prvotní reakce na hospitalizaci byly zejména negativní. Šest respondentů se setkalo ve svém okolí i v rodině s negativními reakcemi na jejich psychický stav a hospitalizaci, u 3 ze stran spolužáků, v 5 případech pocházelo nepochopení až negativní reakce přímo z rodin respondentů.
- Po nějakém čase začali respondenti na hospitalizaci objevovat i její světlé stránky. Kladně hodnotili změnu prostředí, kolektiv dětí, který si prošel podobnými věcmi a lépe jim tak rozumí, začali také uvažovat o vizích do budoucnosti. Myšlenky na budoucnost se ovšem týkaly i obav, zejména ze školy. Další úvahy se týkaly rodinné situace – to, co se jim doma nelíbí, co by chtěli změnit, ale také toho, co by chtěli změnit na sobě, na čem by chtěli zapracovat a v čem by se měli zlepšit.
- Respondenti doma pociťovali absenci rodinné atmosféry. To pramenilo zejména z nulových rodinných rituálů (polovina respondentů), 3 respondenti se necítili doma v pohodě a bezpečí skrze konfliktní rodinné atmosféry a samoty. Sedm respondentů nemělo v rodině žádná pravidla, zbylí 3 pouze velmi volná a nepodstatná. Čtyři respondenti netrávili v rámci rodiny společně volný čas, 4 respondenti postrádali pocit rodinné identity.
- V oblasti komunikace a emocí se u 3 respondentů doma společně nezasmáli, stejný počet respondentů nesdílel smutné emoce. V jediném případě si doma nepovídali o běžných věcech, které během dne zažili. Tři respondenti neměli pocit, že by jim rodiče projevovali a vyjadřovali lásku.
- U všech respondentů bylo nalezeno konverzační tabu, o kterém s rodiči nehovořili. Jednalo se o jejich pocity – když se cítí špatně, nesvěřují se se svými problémy, depresí nebo když mají suicidální tendence. Někteří uvedli, že si tyto pocity nechávají pouze pro sebe, jiní jsou schopni se s nimi svěřit alespoň svým kamarádům. Důvody, proč se nesvěřovat, byly uváděny různé: strach svěřit se rodičům z důvodu jejich reakce, některým respondentům to bylo nepříjemné,

nechtěli to řešit s rodiči a nechtěli na sobě dát znát, že je s nimi něco v nepořádku. Jednou z příčin bylo také narušení či ztráta důvěry v rodiče.

- Psychická porucha dětí vyvolala v rodině změny. Rodiče se začali snažit věci řešit jiným způsobem, respondenti také hovořili o zlepšení jejich vztahu s nimi. Uvědomili si také, že je důležité sdílet některé věci s rodiči a začali se jim více otevírat a svěřovat a taktéž u nich došlo k nárůstu důvěry.
- Dospívající uváděli různé věci, které podle nich rodičům pomáhají: projevit emoce, sport, ve 2 případech mít klid, u 2 respondentů probrat to s nimi (s dětmi), a u 2 promluvit si o problému s partnerem. Je zajímavé, že 3 respondentky shodně uvedly, že se jejich otcové uzavírají do sebe a pokud je něco trápí, tak to skrývají. Rodičům 3 respondentů pomáhala víra.
- Sociální okolí bylo významné v pomoci rodičům u 4 respondentů. Dvě respondentky uvedly, že se jejich matky obracejí na své kamarádky, dále se ve dvou případech jednalo o blízké přátele a známé. Pouze u jedné respondentky a její rodiny byla vyhledána už před hospitalizací odborná forma pomoci – navštěvovali rodinné terapie, které ovšem rodině nepomáhaly. Rodinné terapie začaly tedy absolvovat i v rámci její hospitalizace.

SOUHRN

Tato magisterská práce se zabývá depresí adolescentů v kontextu rodiny. V teoretické části definujeme pojem psychická porucha, vymezujeme její specifika u dětí a dospívajících. Prostor je věnován historickému hledisku deprese, její definici a specifikům u mladistvých. Zaměřujeme se na klinické příznaky, rizikové faktory, prevalenci, komorbiditu, depresi napříč vývojovými obdobími, na suicidální chování, teoretické modely a léčbu. Věnujeme se definici a jednotlivým funkcím, které rodina má, zabýváme se formami a typologií rodin, rodinným fungováním, stresem a resiliencí. Zmiňujeme se o dopadu deprese na rodinný systém, o stigmatizaci, zabýváme se možnými rodinnými souvislostmi u dětí a adolescentů s depresí a léčbou, která zahrnuje rodinu.

Pro výzkum byl zvolen kvalitativní přístup a typem výzkumu bylo fenomenologické zkoumání. Výzkumný soubor byl vybrán prostřednictvím institucí (pedopsychiatrických oddělení). Výzkumu se zúčastnilo 10 respondentů, 8 děvčat a 2 chlapci, ve věku 13 až 16 let. Zde spatřujeme omezení výzkumu, neboť ve výzkumném vzorku nebylo rovnoměrné zastoupení pohlaví, na druhou stranu je však v adolescenci dle různých autorů (Fleming & Offord, 1990; Raboch a kol., 2001; Vágnerová, 2014) výskyt deprese častější právě u dívek.

V největším zastoupení bylo 5 respondentů s diagnózou F41.2 Smíšená úzkostně-depresivní porucha, což je v souladu se zjištěním autorů (Brady & Kendall, 1992; Cummings et al., 2014; Garber & Weersing, 2010; Malá, 2008; Seligman & Ollendick, 1998; Paclt, 2001), kteří uvádí, že se depresivní porucha vyskytuje nejčastěji v komorbiditě právě s anxiózní poruchou. Dále se jednalo o diagnózu F32.1 Středně těžká depresivní fáze (4 respondenti) a 1 respondentka měla diagnostikován depresivní syndrom v rámci diagnózy F43.2 Reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení.

Sedm respondentů žilo v neúplné rodině, zbylí 3 respondenti žili v rodině úplné. U poloviny respondentů jsme pozorovali v blízké i širší rodině výskyt alkoholismu, u poloviny jsme našli depresivní obtíže. Toto zjištění je v souladu s jinými výzkumy, v nichž byl nalezen, zejména ve studii Orvaschela et al. (1980), u dětí s depresí vysoký výskyt afektivních poruch a alkoholismu v širší rodině. Také studie jiných autorů (Livingston et al., 1985; Puig-Antich & Rabinovich, 1986 in Kendall et al., 1992) zjistily vyšší míru alkoholismu v rodinách dětí s „velkou depresí“ oproti rodinám dětí s nedepresivními emočními poruchami. Pozorovali jsme výskyt i jiných psychických poruch v rodině, u 2 respondentů byla v rámci rodiny spáchána 2× dokonaná suicida.

Metodou sběru dat byl polostrukturovaný rozhovor, doplňkovou metodou byl FAST. V typické reprezentaci ve FAST byla koheze rodiny u 8 respondentů nízká, ve zbylých 2 případech vysoká. Právě nízká rodinná koheze je dle Dietzové (2017) rizikovým faktorem při vzniku deprese u dětí. Ve výzkumu realizovaném u nás pozorovali Krch a Csémy (2006) zejména u dívek s klesající rodinnou kohezí nárůst depresivních příznaků.

Rozhovory byly analyzovány pomocí interpretativní fenomenologické analýzy, z čehož se vyplynulo 8 témat: Prvotní impuls a postupné zhoršování obtíží; Ve škole pociťuji tlak, nezapadám do kolektivu; Nevědomost rodičů až do okamžiku volání o pomoc; Nechci být hospitalizován/a, časem objevuji i světlé stránky hospitalizace; Absence rodinné atmosféry; To, o čem doma nemluví; Moje problémy nás dávají dohromady a poslední Co pomáhá mým rodičům.

Propuknutí deprese vždy předcházela událost či kumulace událostí. U 6 účastníků se jednalo o hádku či hromadění hádek, pro 4 respondenty sehrálo roli školní prostředí, u 2 respondentek náročná rodinná situace, kterou nalezneme také ve výzkumech Handforda et al. (1986) a Kazdina et al. (1985), u 1 respondentky srovnávání se s ostatními děvčaty. Polovina respondentů si těmito událostmi depresi vysvětlovala, druhá polovina netušila, jak si ji vyložit. Obtíže u 3 respondentů zhoršovaly hádky a konfliktní rodinné prostředí, u 3 respondentů školní prostředí, u 2 respondentek samota. Konfliktní rodinné prostředí vede dle autorů (Dietz, 2017; Handford et al., 1986; Kazdin et al., 1985; Krch & Csémy, 2006) k rozvoji depresivní symptomatiky. Šesti respondentům pomáhali kamarádi, 5 pomáhalo trávit čas s rodinou, 2 respondentky volily nevhodné strategie a sebepoškozovaly se.

Respondenti pociťovali ve škole tlak, u 8 z nich se psychické problémy odrazily na studijních výsledcích. Deprese se ve škole projevovala nesoustředěností, vyšší spavostí, přestávky trávili respondenti sami, stranili se spolužáků. Mnozí se začali škole vyhýbat a často simulovali nemoc. Osm respondentů konstatovalo, že se ve svém třídním kolektivu cítí špatně. Právě stres ze strany vrstevníků byl u depresivních adolescentů (zejména u dívek) prokázán i v jiných výzkumech (Hankin et al., 2007; Rudolph, 2002; Shih et al., 2006).

Postupné zhoršování obtíží vedlo u poloviny respondentů k svěření se rodičům, u 4 respondentů si všimli rodiče, že je něco v nepořádku, a 1 dívka se pokusila o sebevraždu. V zápětí byla u 8 respondentů vyhledána odborná péče psychologa a psychiatra, 1 respondent již docházel ke školnímu psychologovi. Čtyři respondenti se časem pokusili zabít a skončili hospitalizováni na psychiatrii. U zbylých 4 taktéž nedošlo ke zlepšení, a

proto byli po čase rovněž hospitalizováni. Rodiče, se kterými děti nežijí, neměli buď žádné informace o hospitalizaci a obtížích dítěte, nebo měli pouhé povědomí, neboť svůj stav s nimi děti nechtěly dále rozebírat.

Prvotní reakce na hospitalizaci byly negativní. Šest respondentů se ve svém okolí setkala s negativními reakcemi na jejich psychický stav a hospitalizaci, u 3 tyto reakce pocházely ze stran spolužáků, u 5 negativa pocházela přímo z rodiny. Po určitém čase začali respondenti na hospitalizaci objevovat i její klady. Pozitivně hodnotili změnu prostředí, kolektiv dětí, začali uvažovat o vizích do budoucnosti – ty se ovšem týkaly také obav ze školy. Další úvahy se vztahovaly k rodinné situaci, a to k tomu, co se respondentům doma nelíbí, co by chtěli změnit, ale i co by chtěli změnit sami na sobě.

Respondenti doma pociťovali absenci rodinné atmosféry. Tento pocit pramenil z nulových rodinných rituálů (5 účastníků), což je v souladu se zjištěním Kisera et al. (2005). Tři respondenti se necítili doma v pohodě a bezpečí skrze konfliktní rodinné atmosféry a samoty. Sedm respondentů nemělo v rodině žádná pravidla, zbylí 3 velmi nepodstatná. Čtyři respondenti netrávili v rodině společně volný čas a 4 postrádali pocit rodinné identity. V oblasti komunikace a vyjadřování emocí se u 3 respondentů doma společně nezasmáli, u 3 respondentů nesdíleli smutné emoce. V 1 případě si doma nepovídali o běžných věcech. Tři respondenti neměli pocit, že by jim rodiče projevovali a vyjadřovali lásku.

U všech respondentů bylo nalezeno konverzační tabu, o kterém s rodiči nehovořili. Jednalo se o jejich pocity, problémy nebo suicidální tendence. Někteří uvedli, že si tyto pocity nechávají pouze pro sebe, jiní se svěřili kamarádům. Důvody, proč se nesvěřovat, byly uváděny různé: strach, obavy z reakce rodičů, bylo jim to nepříjemné, chtěli zachovat dojem, že je vše v pořádku. Jednou z příčin bylo také narušení či ztráta důvěry v rodiče.

Deprese dětí vyvolala v rodině změny. Rodiče se začali snažit věci řešit jinak, respondenti hovořili o zlepšení jejich vztahu s nimi. Účastníci si uvědomili, že je důležité sdílet věci s rodiči, začali se jim více otevírat, došlo u nich k nárůstu důvěry. Rodičům respondentů pomáhali v této situaci různé věci, 3 pomáhala víra a pro 4 rodiče bylo významné sociální okolí. Přínos našeho výzkumu spatřujeme ve velmi bohatých a komplexních datech, což nemohou naplnit výzkumy kvantitativní. Přestože výsledky nelze aplikovat na širší populaci, pokládáme za důležité zjištění, že má rodina u adolescentů s depresí zásadní roli, a proto by se s ní mělo v rámci psychické poruchy dítěte či adolescenta pracovat.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- Aguglia, E., Onor, M. L., Trevisiol, M., Negro, C., Saina, M., & Maso, E. (2004). Stress in the caregivers of Alzheimer's patients: An experimental investigation in Italy. *American Journal Of Alzheimer's Disease And Other Dementias*, 19(4), 248-252. doi:10.1177/153331750401900403.
- Angold, A., Costello, E. J., & Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 57–87. doi:10.1111/1469-7610.00424.
- Angold, A., Messer, S. C., Stangl, D., Farmer, E. Z., Costello, E. J., & Burns, B. J. (1998). Perceived parental burden and service use for child and adolescent psychiatric disorders. *American Journal Of Public Health*, 88(1), 75-80.
- Antonovsky, A., & Sourani, T. (1988). Family Sense of Coherence and Family Adaptation. *Journal Of Marriage And Family*, 50(1), 79-92. doi:10.2307/352429.
- Asarnow, J. R., Jaycox, L. H., & Tompson, M. C. (2001). Depression in Youth: Psychosocial Interventions. *Journal Of Clinical Child Psychology*, 30(1), 33-47.
- Avenevoli, S., Stolar, M., Li, J., Dierker, L., & Ries Merikangas, K. (2001). Comorbidity of depression in children and adolescents: Models and evidence from a prospective high-risk family study. *Biological Psychiatry*, 49(12), 1071-1081. doi:10.1016/S0006-3223(01)01142-8.
- Babae, E., & Jain, S. (2009). Relation between Aspects of Mother's Personality and Children's Behavior Disorders. *Education*, 130(2), 212-225.
- Baker, D. B., & McCai, K. (1995). Parenting Stress in Parents of Children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder and Parents of Children with Learning Disabilities. *Journal Of Child & Family Studies*, 4(1), 57-68.
- Bemporad, J. R. (1988). Psychodynamic treatment of depressed adolescents. *The Journal Of Clinical Psychiatry*, 49(9, Suppl), 26-31.
- Birmaher, B. (1998). Should we use antidepressant medications for children and adolescents with depressive disorders? *Psychopharmacology Bulletin*, 34(1), 35-39.

- Birmaher, B., Ryan, N. D., Brent, D. A., Dahl, R. E., Kaufman, J., & Williamson, D. E. (1996). Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years, Part I. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1427–1439.
- Birmaher, B., Williamson, D. E., Dahl, R. E., Axelson, D. A., Kaufman, J., Dorn, L. D., & Ryan, N. D. (2004). Clinical presentation and course of depression in youth: Does onset in childhood differ from onset in adolescence? *Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(1), 63-70. doi:10.1097/00004583-200401000-00015.
- Bomba, J. (2010). Depression as seen from the psychotherapy perspective. *Archives Of Psychiatry & Psychotherapy*, 12(1), 25-30.
- Borchardt, C. M., & Meller, W. H. (1996). Symptoms of Affective Disorder in Pre-adolescent vs. Adolescent Inpatients. *Journal Of Adolescence*, 19(2), 155-61.
- Bouma, R., & Schweitzer, R. (1990). The impact of chronic childhood illness on family stress: a comparison between autism and cystic fibrosis. *Journal Of Clinical Psychology*, 46(6), 722-730.
- Bowlby, J. (1961). Separation anxiety: A critical review of the literature. *Journal Of Child Psychology & Psychiatry*, 1, 251-269. doi:10.1111/j.1469-7610.1960.tb01999.x.
- Bowlby, J. (2010). *Vazba*. Praha: Portál.
- Bowlby, J. (2012). *Odloučení*. Praha: Portál.
- Brady, E. U., & Kendall, P. C. (1992). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents. *Psychological Bulletin*, 111(2), 244-255. doi:10.1037/0033-2909.111.2.244.
- Brannan, A. M., Heflinger, C. A., & Bickman, L. (1997). The Caregiver Strain Questionnaire: Measuring the impact on the family of living with a child with serious emotional disturbance. *Journal Of Emotional And Behavioral Disorders*, 5(4), 212-222. doi:10.1177/106342669700500404.
- Brent, D., & Weersing, R. (2008). Depressive disorders in childhood and adolescence. In Rutter, M., Bishop, D. et al. (eds.). *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. Blackwell Publishing.

Břicháček, V. (2002). Odolnost rodiny. In Plaňava, I., & Pilát, M. (eds.). *Děti, mládež a rodiny v období transformace: sborník prezentací na sympoziu pořádaném ve dnech 19.- 21. září 2002 Fakultou sociálních studií Masarykovy univerzity Brno*. Brno: Barrister & Principal.

Bufferd, S. J., Dougherty, L. R., Carlson, G. A., & Klein, D. N. (2011). Parent-reported mental health in preschoolers: findings using a diagnostic interview. *Comprehensive Psychiatry*, 52(4), 359-369. doi:10.1016/j.comppsy.2010.08.006.

Carlson, G. A., & Cantwell, D. P. (1979). Scientific Papers: A Survey of Depressive Symptoms in a Child and Adolescent Psychiatric Population: Interview Data. *Journal Of The American Academy Of Child Psychiatry*, 18, 587-599. doi:10.1016/S0002-7138(09)62207-X.

Carlson, G. A., & Cantwell, D. P. (1980a). A survey of depressive symptoms, syndrome and disorder in a child psychiatric population. *Journal Of Child Psychology & Psychiatry*, 21(1), 19-25. doi:10.1111/j.1469-7610.1980.tb00012.x.

Carlson, G. A., & Cantwell, D. P. (1980b). Unmasking masked depression in children and adolescents. *The American Journal Of Psychiatry*, 137(4), 445-449. doi:10.1176/ajp.137.4.445.

Carlson, G., & Kashani, J. (1988). Phenomenology of major depression from childhood through adulthood: Analysis of three studies. *American Journal Of Psychiatry*, 145(10), 1222-1225.

Clarke, G. N., Rohde, P., Lewinsohn, P. M., Hops, H., & Seeley, J. R. (1999). Cognitive-behavioral treatment of adolescent depression: Efficacy of acute group treatment and booster sessions. *Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(3), 272-279. doi:10.1097/00004583-199903000-00014.

Claudia, B., Elysia Poggi, D., Babak, S., Jens C., P., Kevin, H., & Curt A., S. (2012). Maternal cortisol over the course of pregnancy and subsequent child amygdala and hippocampus volumes and affective problems. *Proceedings Of The National Academy Of Sciences Of The United States Of America*, 1312-1319.

Cobb, S. (1976). Social Support as a Moderator of Life Stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.

- Cole, D. A., & Rehm, L. P. (1986). Family interaction patterns and childhood depression. *Journal Of Abnormal Child Psychology*, 14(2), 297-314. doi:10.1007/BF00915448.
- Conley, C. S., Rudolph, K. D., & Bryant, F. B. (2012). Explaining the longitudinal association between puberty and depression: Sex differences in the mediating effects of peer stress. *Development And Psychopathology*, 24(2), 691-701. doi:10.1017/S0954579412000259.
- Connor, D. F. (2004). Paroxetine and the FDA. *Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(2), 127-130. doi:10.1097/00004583-200402000-00001.
- Corliss, B., Lawrence, E., & Nelson, M. (2008). Families of Children with Serious Emotional Disturbances: Parent Perceptions of Family Resources and Stressors. *Child & Adolescent Social Work Journal*, 25(4), 271-285. doi:10.1007/s10560-008-0126-0.
- Creswell, J. W. (2007). *Qualitative inquiry & research design: choosing among five approaches*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Cummings, C. M., Caporino, N. E., & Kendall, P. C. (2014). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents: 20 years after. *Psychological Bulletin*, 140(3), 816-845. doi:10.1037/a0034733.
- Cummings, M. E., Keller, P. S., & Davies, P. T. (2005). Towards a family process model of maternal and paternal depressive symptoms: exploring multiple relations with child and family functioning. *Journal Of Child Psychology & Psychiatry*, 46(5), 479-489. doi:10.1111/j.1469-7610.2004.00368.x.
- Cyranowski, J. M., Frank, E., Young, E., & Shear, M. K. (2000). Adolescent Onset of the Gender Difference in Lifetime Rates of Major Depression: A Theoretical Model. *Archives Of General Psychiatry*, 57(1), 21-27.
- Čermák, I., Klimusová, H. & Vízdalová, H. (2005). Deprese v dětství a její vztah k problémům v chování. *Československá psychologie*, 49(3), 223-236.
- Dattilio, F. M. (2001). Cognitive-Behavior Family Therapy: Contemporary Myths and Misconceptions. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 23(1), 3-18.
- Dietz, L. J. (2017). Family-based interventions for childhood depression. *Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(6), 464-465. doi:10.1016/j.jaac.2017.03.019.

- Dunovský, J., & Kovařík, J. (1999). Rodina. In Dunovský, J., Břicháček, V., Srb, V., Matějček, Z., Kučerová, M., Kovařík, J. ... Kukla, I. *Sociální pediatrie: vybrané kapitoly*. Praha: Grada Publishing.
- Emslie, G. J., Rush, J., Weinberg, W. A., Kowatch, R. A., Hughes, C. W., Carmody, T., & Rintelmann, J. (1997). A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of fluoxetine in children and adolescents with depression. *Archives Of General Psychiatry*, 54(11), 1031-1037. doi:10.1001/archpsyc.1997.01830230069010.
- Farmer, E. M. Z., Burns, B. J., Angold, A., & Costello, E. J. (1997). Impact of children's mental health problems on families: Relationship with service use. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 5(4), 230–238.
- Fendrich, M., Warner, V., & Weissman, M. M. (1990). Family risk factors, parental depression, and psychopathology in offspring. *Developmental Psychology*, 26(1), 40-50. doi:10.1037/0012-1649.26.1.40.
- Field, T., Fox, N. A., Pickens, J., & Nawrocki, T. (1995). Relative right frontal EEG activation in 3- to 6-month-old infants of 'depressed' mothers. *Developmental Psychology*, 31(3), 358-363. doi:10.1037/0012-1649.31.3.358.
- Fleming, J. E., & Offord, D. R. (1990). Epidemiology of childhood depressive disorders: A critical review. *Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry*, 29(4), 571-580. doi:10.1097/00004583-199007000-00010.
- Friedmann, M. S., McDermut, W. H., Solomon, D. A., Ryan, C. E., Keitner, G. I., & Miller, I. W. (1997). Family functioning and mental illness: A comparison of psychiatric and nonclinical families. *Family Process*, 36(4), 357–367. doi:10.1111/j.1545-5300.1997.00357.x.
- Fujian, S., Nick, F., Trevor A., S., Allan, H., Paul, W., Andrew, L., & James, M. (1993). Selective Serotonin Reuptake Inhibitors: Meta-Analysis Of Efficacy And Acceptability. *British Medical Journal*, 306, 683-687.
- Garber, J., & Weersing, V. R. (2010). Comorbidity of Anxiety and Depression in Youth: Implications for Treatment and Prevention. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 17(4), 293-306. doi:10.1111/j.1468-2850.2010.01221.x.
- Gehring, T. M. (2005). *Test rodinného systému – FAST*. Praha: Testcentrum.

- Gjuričová, Š., & Kubička, J. (2009). *Rodinná terapie: systemické a narativní přístupy 2., doplněné a přepracované vydání*. Praha: Grada Publishing.
- Goetz, M. (2005). Deprese u dětí a adolescentů. *Pediatric pro praxi*, 271-274.
- Goodyer, I.M., Germany E., Gowrusankur, J., & Altham, P. M. E. (1991): Social influences on the course of anxious and depressive disorders in course-age children. *British Journal of Psychiatry*, 158 (5), 676-684. doi: 10.1192/bjp.158.5.676.
- Halstead, R. O., Pavkov, T. W., Hecker, L. L., & Seliner, M. M. (2014). Family dynamics and self-injury behaviors: A correlation analysis. *Journal Of Marital And Family Therapy*, 40(2), 246-259. doi:10.1111/j.1752-0606.2012.00336.x.
- Gould, M. S., King, R., Greenwald, S., Fisher, P., Schwab-Stone, M., Kramer, R., & ... Shaffer, D. (1998). Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents. *Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry*, 37(9), 915-923. doi:10.1097/00004583-199809000-00011.
- Graber, J. A., Seeley, J. R., Brooks-Gunn, J., & Lewinsohn, P. M. (2004). Is Pubertal Timing Associated With Psychopathology in Young Adulthood? *Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry*, 43, 718-726. doi:10.1097/01.chi.0000120022.14101.11.
- Hammen, C., Shih, J., Altman, T., & Brennan, P. A. (2003). Interpersonal impairment and the prediction of depressive symptoms in adolescent children of depressed and nondepressed mothers. *Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(5), 571-577. doi:10.1097/01.CHI.0000046829.95464.E5.
- Handford, H. A., Mattison, R., Humphrey, I. J., & Mclaughlin, R. E. (1986). Depressive Syndrome in Children Entering a Residential School Subsequent to Parent Death, Divorce, or Separation. *Journal Of The American Academy Of Child Psychiatry*, 25,409-414. doi:10.1016/S0002-7138(09)60264-8.
- Hankin, B. L. (2015). Depression from childhood through adolescence: risk mechanisms across multiple systems and levels of analysis. *Current Opinion In Psychology*, 4,13-20. doi:10.1016/j.copsyc.2015.01.003.

- Hankin, B. L., Abramson, L. Y., Moffitt, T. E., Silva, P. A., McGee, R., & Angell, K. E. (1998). Development of depression from preadolescence to young adulthood: Emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *Journal Of Abnormal Psychology*, 107(1), 128-140. doi:10.1037/0021-843X.107.1.128.
- Hankin, B. L., Mermelstein, R., & Roesch, L. (2007). Sex Differences in Adolescent Depression: Stress Exposure and Reactivity Models. *Child Development*, 78(1), 279-295. doi:10.1111/j.1467-8624.2007.00997.x.
- Hankin, B. L., Young, J. F., Abela, J. Z., Smolen, A., Jenness, J. L., Gulley, L. D., & ... Oppenheimer, C. W. (2015). Depression from childhood into late adolescence: Influence of gender, development, genetic susceptibility, and peer stress. *Journal Of Abnormal Psychology*, 124(4), 803-816. doi:10.1037/abn0000089.
- Hartl, P., & Hartlová, H. (2015). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.
- Hendl, J. (2016). *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál.
- Hershberg, S. G., Carlson, G. A., Cantwell, D. P., & Strober, M. (1982). Anxiety and depressive disorders in psychiatrically disturbed children. *The Journal Of Clinical Psychiatry*, 43(9), 358-361.
- Hillege, S., Beale, B., & McMaster, R. (2006). Impact of eating disorders on family life: Individual parents' stories. *Journal Of Clinical Nursing*, 15(8), 1016-1022. doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01367.x.
- Hort, V., Hrdlička, M., Kocourková, J., Malá, E., Koutek, J., Krejčířová, D., & Nešpor, K. (2008). *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál.
- Hosák, L., Hrdlička, M., Libiger, J., Bažant, J., Bažantová, V., Bušková, J. & ... Žírková, I. (2015). *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Univerzita Karlova v Praze: Nakladatelství Karolinum.
- Hrdlička, M. (2004). Farmakoterapie afektivních poruch v dětství a adolescenci. *Psychiatrie pro praxi*. 51-54. Získáno 29. 9. 2017 z <https://www.lf2.cuni.cz/files/page/files/2016/af.pdf>.
- Hrdlička, M. (2008). Psychofarmaka a biologické léčebné metody. In Hort, V., Hrdlička, M., Kocourková, J., Malá, E., Koutek, J., Krejčířová, D., & Nešpor, K. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál.

Hrdlička, M., & Dudová, I. (2015). Deprese v dětství a adolescenci. In Hosák, L., Hrdlička, M., Libiger, J., Bažant, J., Bažantová, V., Bušková, J. & ... Žirková, I. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Univerzita Karlova v Praze: Nakladatelství Karolinum.

Johnston, C., & Mash, E. J. (2001). Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: review and recommendations for future research. *Clinical Child And Family Psychology Review*, 4(3), 183-207.

Jungbauer, J., & Angermeyer, M. C. (2002). Living with a schizophrenic patient: a comparative study of burden as it affects parents and spouses. *Psychiatry*, 65(2), 110-123.

Kane, P., & Garber, J. (2004). The relations among depression in fathers, children's psychopathology, and father-child conflict: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 24, 339-360. doi:10.1016/j.cpr.2004.03.004.

Karnieli-Miller, O., Perlick, D. A., Nelson, A., Mattias, K., Corrigan, P., & Roe, D. (2013). Family members' of persons living with a serious mental illness: Experiences and efforts to cope with stigma. *Journal Of Mental Health*, 22(3), 254-262. doi:10.3109/09638237.2013.779368.

Kaslow, N. J., & Racusin, G. R. (1990). Depressed Children and Their Families: An Integrationist Approach. In Kaslow F. W. *Voices in Family Psychology 2*. California: Sage Publications.

Kaslow, N. J., Rehm, L. P., & Siegel, A. W. (1984). Social-cognitive and cognitive correlates of depression in children. *Journal Of Abnormal Child Psychology*, 12(4), 605-620. doi:10.1007/BF00916853.

Kaslow, N. J., Rehm, L. P., Pollack, S. L., & Siegel, A. W. (1988). Attributional style and self-control behavior in depressed and nondepressed children and their parents. *Journal Of Abnormal Child Psychology*, 16(2), 163-175. doi:10.1007/BF00913592.

Kazdin, A. E., Moser, J., Colbus, D., & Bell, R. (1985). Depressive symptoms among physically abused and psychiatrically disturbed children. *Journal Of Abnormal Psychology*, 94(3), 298-307. doi:10.1037/0021-843X.94.3.298.

- Keller, M. B., Ryan, N. D., Strober, M., Klein, R. G., Kutcher, S. P., Birmaher, B., & ... McCafferty, J. P. (2001). Efficacy of paroxetine in the treatment of adolescent major depression: A randomized, controlled trial. *Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(7), 762-772. doi:10.1097/00004583-200107000-00010.
- Kendall, P. C., Kortlander, E., Chansky, T. E., & Brady, E. U. (1992). Comorbidity of anxiety and depression in youth: Treatment implications. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 60(6), 869-880. doi:10.1037/0022-006X.60.6.869.
- Kiser, L., Bennett, L., Heston, J., & Paavola, M. (2005). Family Ritual and Routine: Comparison of Clinical and Non-Clinical Families. *Journal Of Child & Family Studies*, 14(3), 357-372. doi:10.1007/s10826-005-6848-0.
- Koutek, & Kocourková. (2003). *Sebevražedné chování: Současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. Praha: Portál.
- Koutek, & Kocourková. (2004). Riziko suicidálního chování v dětském a adolescentním věku. *Pediatric pro praxi*. 6, 276-278. Získáno 8. 11. 2017 z <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2004/06/03.pdf>.
- Koutek. (2008). Suicidalita u adolescentů – rizikové faktory a prevence. *Pediatric pro praxi*. 9(5). 302-304. Získáno 28. 10. 2017 z <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2008/05/07.pdf>.
- Koutná Kostínková, J., & Čermák, I. (2013). Interpretativní fenomenologická analýza. In Říháček, T., Čermák, I., Hytych, R., Koutná Kostínková, J., Chalupníčková, L., Chrz, V. ... Petrjánošová, M. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita.
- Kovacs, M. (1996). Presentation and course of major depressive disorder during childhood and later years of the life span. *Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(6), 705-715. doi:10.1097/00004583-199606000-00010.
- Kovacs, M., Feinberg, T. L., Crouse-Novak, M. A., Paulauskas, S. L., & Finkelstein, R. (1984). Depressive Disorders in Childhood: I. A Longitudinal Prospective Study of Characteristics and Recovery. *Archives Of General Psychiatry*, 41(3), 229-237.

- Kovacs, M., Gatsonis, C., Paulauskas, S. L., & Richards, C. (1989). Depressive disorders in childhood: IV. A longitudinal study of comorbidity with and risk for anxiety disorders. *Archives Of General Psychiatry*, 46(9), 776-782. doi:10.1001/archpsyc.1989.01810090018003.
- Kranke, D. A., Floersch, J., Kranke, B. O., & Munson, M. R. (2011). A qualitative investigation of self-stigma among adolescents taking psychiatric medication. *Psychiatric Services*, 62(8), 893-899. doi:10.1176/appi.ps.62.8.893.
- Krejčířová, D. (2001). Deprese a bipolární porucha v dětství. In Svoboda, M., Krejčířová, D., & Vágnerová, M. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál.
- Krch, F., & Csémy, L. (2006). Rodinné koreláty depresivity v adolescenci. *Česká a slovenská Psychiatrie*. 102(3), 130-136. Získáno 15. 11. 2017 z http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2006_3_130_136.pdf.
- Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada publishing.
- Langmeier, J., Balcar, K., & Špitz, J. (2000). *Dětská psychoterapie*. Praha: Portál.
- Lewinsohn, P. M., & And, O. (1994). Psychosocial Risk Factors for Future Adolescent Suicide Attempts. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 62(2), 297-305.
- Lewinsohn, P. M., Clarke, G. N., Hops, H., & Andrews, J. A. (1990). Cognitive-behavioral treatment for depressed adolescents. *Behavior Therapy*, 21(4), 385-401. doi:10.1016/S0005-7894(05)80353-3.
- Lewinsohn, P. M., Duncan, E. M., Stanton, A. K., & Hautzinger, M. (1986). Age at first onset for nonbipolar depression. *Journal Of Abnormal Psychology*, 95(4), 378-383. doi:10.1037/0021-843X.95.4.378.
- Lewinsohn, P. M., Hops, H., Roberts, R. E., Secley J.R., & Andrews, L. A. (1993). Adolescent psychopathology I. Prevalence and incidence of depression and other DSM III-R disorders in high school students. *Journal of Abnormal Psychology*. 102, 133-144.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., & Seely, J. R. (1998). Major depressive disorder in older adolescents: Prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 18(7), 765-794. doi:10.1016/S0272-7358(98)00010-5.

- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review Of Sociology*, 27, 363-385.
- Livingston, R., Nugent, H., Rader, L., & Smith, G. R. (1985). Family histories of depressed and severely anxious children. *The American Journal Of Psychiatry*, 142(12), 1497-1499. doi:10.1176/ajp.142.12.1497.
- Luby, J. L., Gaffrey, M. S., Tillman, R., April, L. M., & Belden, A. C. (2014). Trajectories of Preschool Disorders to Full DSM Depression at School Age and Early Adolescence: Continuity of Preschool Depression. *American Journal Of Psychiatry*, 171(7), 768-776. doi:10.1176/appi.ajp.2014.13091198.
- Luby, J. L., Heffelfinger, A. K., Mrakotsky, C., Brown, K. M., Hessler, M. J., Wallis, J. M., & Spitznagel, E. L. (2003). The Clinical Picture of Depression in Preschool Children. *Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry*, 42,340-348. doi:10.1097/00004583-200303000-00015.
- Luby, J. L., Mrakotsky, C., Heffelfinger, A., Brown, K., & Spitznagel, E. (2004). Characteristics of depressed preschoolers with and without anhedonia: Evidence for a melancholic depressive subtype in young children. *The American Journal Of Psychiatry*, 161(11), 1998-2004. doi:10.1176/appi.ajp.161.11.1998.
- Macek, P. (2003). *Adolescence*. Praha: Portál.
- Malá, E. (2008). Deprese. In Hort, V., Hrdlička, M., Kocourková, J., Malá, E., Koutek, J., Krejčířová, D., & Nešpor, K. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál.
- Malá, E. (2008). Specifika dětské a dorostové psychiatrie. In Hort, V., Hrdlička, M., Kocourková, J., Malá, E., Koutek, J., Krejčířová, D., & Nešpor, K. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál
- Mann, J. J., Goodwin, F. R., O'Brien, C. P., & Robinson, D. S. (1993). Suicidal behavior and psychotropic medication. *Neuropsychopharmacology*, 8(2), 177-183. doi:10.1038/npp.1993.79.
- Martens, L., & Addington, J. (2001). The psychological well-being of family members of individuals with schizophrenia. *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*, 36(3), 128-133.

- Matoušek, O. (2003). *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON).
- McCauley, E., Myers, K., Mitchell, J., Calderon, R., Schloredt, K., & Treder, R. (1993). Depression in young people: Initial presentation and clinical course. *Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry*, 32(4), 714-722. doi:10.1097/00004583-199307000-00003.
- McClellan, J. M., & Werry, J. S. (2003). Evidence-Based Treatments in Child and Adolescent Psychiatry: An Inventory. *Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(12), 1388-1400. doi:10.1097/00004583-200312000-00005.
- McKeague, L., Hennessy, E., O'Driscoll, C., & Heary, C. (2015). Retrospective accounts of self-stigma experienced by young people with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) or depression. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 38(2), 158-163. doi:10.1037/prj0000121.
- Mendle, J. (2014). Why puberty matters for psychopathology. *Child Development Perspectives*, 8(4), 218-222. doi:10.1111/cdep.12092.
- Miller, L., Warner, V., Wickramaratne, P., & Weissman, M. (1999). Self-esteem and depression: Ten year follow-up of mothers and offspring. *Journal Of Affective Disorders*, 52(1-3), 41-49. doi:10.1016/S0165-0327(98)00042-1.
- Miller, W., Seligman, M., & Kurlander, H. (1975). Learned helplessness, depression, and anxiety. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 161(5), 347-357.
- Minuchin, S. (2013). *Rodina a rodinná terapie*. Praha: Portál.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- MKN-10. (2000). *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů*, 10. revize. Praha: Bomton Agency. Praha: Psychiatrické centrum Praha.
- Mukolo, A., Heflinger, C. A., & Wallston, K. A. (2010). Review: The Stigma of Childhood Mental Disorders: A Conceptual Framework. *Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry*, 49,92-103. doi:10.1016/j.jaac.2009.10.011.

- Newman, B. M., & Newman, P. R. (2001). Group identity and alienation: Giving the we its due. *Journal Of Youth And Adolescence*, 30(5), 515-538. doi:10.1023/A:1010480003929.
- O'Driscoll, C., Heary, C., Hennessy, E., & McKeague, L. (2012). Explicit and Implicit Stigma towards Peers with Mental Health Problems in Childhood and Adolescence. *Journal Of Child Psychology And Psychiatry*, 53(10), 1054-1062.
- Olson, D. H., Sprenkle, D. H., & Russell, C. S. (1979). Circumplex Model of Marital and Family Systems: I. Cohesion and Adaptability Dimensions, Family Types, and Clinical Applications. *Family Process*, 18(1), 3-28. doi:10.1111/j.1545-5300.1979.00003.x.
- Orvaschel, H., Weissman, M. M., & Kidd, K. K. (1980). Children and depression. The children of depressed parents; The childhood of depressed patients; Depression in children. *Journal Of Affective Disorders*, 2, 1-16. doi:10.1016/0165-0327(80)90017-8.
- Paclt, I., & Florian, J. a kol. (1998). *Psychofarmakoterapie dětského a dorostového věku*. Praha: Grada Publishing.
- Paclt, I., (2001). Specifické aspekty depresivních poruch v dětském a adolescentním věku. *Psychiatrie pro praxi*. 212-215. Získáno 15. 10. 2017 z <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2001/05/05.pdf>.
- Paclt, I., Florian, J., & Malá, E. (1997): Deprese v dětském a adolescentním věku, diagnostika a možnosti léčby. *Remedia*, 7, 213–223.
- Paclt, I., Florian, J., & Zvolský, P. (1998): Genetické aspekty poruch chování v dětském a adolescentním věku. *Česká a Slovenská pediatrie*. 53, 696–701.
- Park, R. J., & Goodyer, I. M. (2000). Clinical guidelines for depressive disorders in childhood and adolescence. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 9(3), 147-161. doi:10.1007/s007870070038.
- Patterson, J. M. (1988). Families experiencing stress: I. The Family Adjustment and Adaptation Response Model: II. Applying the FAAR Model to health-related issues for intervention and research. *Family Systems Medicine*, 6(2), 202-237. doi:10.1037/h0089739.
- Patterson, J. M. (2002a). Understanding Family Resilience. *Journal Of Clinical Psychology*, 58(3), 233-246.

- Patterson, J. M. (2002b). Integrating Family Resilience and Family Stress Theory. *Journal Of Marriage & Family*, 64(2), 349-360.
- Peterson, L., Mullins, L. L., & Ridley-Johnson, R. (1985). Childhood depression: Peer reactions to depression and life stress. *Journal Of Abnormal Child Psychology*, 13(4), 597-609. doi:10.1007/BF00923144.
- Pine, F. (1988). The four psychologies of psychoanalysis and their place in clinical work. *Journal Of The American Psychoanalytic Association*, 36(3), 571-596. doi:10.1177/000306518803600301.
- Plaňava, I. (2000). *Manželství a rodiny*. Brno: Doplněk.
- Praško, J., Buliková, B., Cakirpaloglu, S., Cinculová, A., Grambal, A., Hunková, M., & ... Vrbová, K. (2011). *Obecná psychiatrie*. Univerzita Palackého: Olomouc.
- Puig-Antich, J., Lukens, E., Davies, M., Goetz, D., Brennan-Quattrochio, J., & Todak, G. (1985). Psychosocial functioning in prepubertal major depressive disorders: I. Interpersonal relationships during the depressive episode. *Archives Of General Psychiatry*, 42(5), 500-507. doi:10.1001/archpsyc.1985.01790280082008.
- Raboch, J., Zvolský, P., Beran, J., Bouček, J., Češková, E., Drtílková, I., & ... Žukov, I. (2001). *Psychiatrie*. Praha: Galén. Univerzita Karlova v Praze: Karolinum.
- Reinherz, H. Z., Giaconia, R. M., Pakiz, B., Silverman, A. B., Frost, A. K., & Lefkowitz, E. S. (1993). Psychosocial risks for major depression in late adolescence: A longitudinal community study. *Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry*, 32(6), 1155-1163. doi:10.1097/00004583-199311000-00007.
- Rie, H. (1966). Depression in childhood: A Survey of Some Pertinent Contributions. *Journal Of The American Academy Of Child Psychiatry*, 5(4), 653-685. doi:10.1016/S0002-7138(09)61960-9.
- Richardson, M., Cobham, V., McDermott, B., & Murray, J. (2012). Youth Mental Illness and the Family: Parents' Loss and Grief. *Journal Of Child And Family Studies*, 22(5), 719-736.
- Rose, A. J., & Rudolph, K. D. (2006). A review of sex differences in peer relationship processes: Potential trade-offs for the emotional and behavioral development of girls and boys. *Psychological Bulletin*, 132(1), 98-131. doi:10.1037/0033-2909.132.1.98.

- Rosenthal, C. J., & Marshall, V. W. (1988). Generational Transmission of Family Ritual. *American Behavioral Scientist*, 31(6), 669-684.
- Rudolph, K. D. (2002). Gender differences in emotional responses to interpersonal stress during adolescence. *Journal of Adolescent Health*, 30, 3–13. doi:10.1016/S1054-139X(01)00383-4.
- Říčan, P. (2014). *Cesta životem: vývojová psychologie*. Praha: Portál.
- Říčan, P., Krejčířová, D., Balcar, K., Dittrichová, J., Kocourková, J., Nešpor, K., & ... Weiss, P. (2006). *Dětská klinická psychologie: 4., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Sanden, R. M., Bos, A. R., Stutterheim, S. E., Pryor, J. B., & Kok, G. (2015). Stigma by Association Among Family Members of People with a Mental Illness: A Qualitative Analysis. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 25(5), 400-417. doi:10.1002/casp.2221.
- Sander, J. B., & McCarty, C. A. (2005). Youth Depression in the Family Context: Familial Risk Factors and Models of Treatment. *Clinical Child And Family Psychology Review*, 8(3), 203-219.
- Sandman, C. A., Buss, C., Head, K., & Davis, E. P. (2015). Fetal exposure to maternal depressive symptoms is associated with cortical thickness in late childhood. *Biological Psychiatry*, 77(4), 324-334. doi:10.1016/j.biopsych.2014.06.025.
- Sanford, M., Szatmari, P., Spinner, M., Munroe-Blum, H., Jamieson, E., Walsh, C., & Jones, D. (1995). Predicting the one-year course of adolescent major depression. *Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(12), 1618-1628. doi:10.1097/00004583-199512000-00012.
- Satirová, V. (1994). *Kniha o rodině*. Praha: Práh.
- Seligman, L. D., & Ollendick, T. H. (1998). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents: An integrative review. *Clinical Child And Family Psychology Review*, 1(2), 125-144. doi:10.1023/A:1021887712873.
- Seligman, M. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14. doi:10.1037/0003-066X.55.1.5.

- Shih, J. H., Eberhart, N. K., Hammen, C. L., & Brennan, P. A. (2006). Differential exposure and reactivity to interpersonal stress predict sex differences in adolescent depression. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35, 103–115. doi:10.1207/s15374424jccp3501_9.
- Smith, J. A. (2004). Reflecting on the development of interpretative phenomenological analysis and its contribution to qualitative research in psychology. *Qualitative Research In Psychology*, 1(1), 39-54. doi:10.1191/1478088704qp004oa.
- Smith, J. A., Flowers, P., Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research*. London: Sage Publications.
- Smith, J. A., Osborn, M. (2003). Interpretative phenomenological analysis. In J. A. Smith (Ed.). *Qualitative psychology: A practical guide to research methods*. London: Sage.
- Sobotková, I. (2012). *Psychologie rodiny*. Praha: Portál.
- Spitz, R. A., & Wolf, K. M. (1946). Anaclitic depression; an inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood, II. *The Psychoanalytic Study Of The Child*, 2, 313-342.
- Stark, K. D., Banneyer, K. N., Wang, L. A., & Arora, P. (2012). Child and adolescent depression in the family. *Couple And Family Psychology: Research And Practice*, 1(3), 161-184. doi:10.1037/a0029916.
- Stark, K. D., Humphrey, L. L., Laurent, J., Livingston, R., & Christopher, J. (1993). Cognitive, behavioral, and family factors in the differentiation of depressive and anxiety disorders during childhood. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 61(5), 878-886. doi:10.1037/0022-006X.61.5.878.
- Stavrakaki, C., & Vargo, B. (1986). The relationship of anxiety and depression: A review of the literature. *British Journal of Psychiatry*, 14(9), 7-16.
- Stavrakaki, C., Vargo, B., Boodoosingh, L., & Roberts, N. (1987). The relationship between anxiety and depression in children: Rating scales and clinical variables. *The Canadian Journal Of Psychiatry*, 32(6), 433-439.
- Strauss, A. L., & Corbin, J. M. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Boskovice: Albert.

- Švaříček, R., & Šedová, K. (2014). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál.
- Thapar, A., & McGuffin, P. (1994). A twin study of depressive symptoms in childhood. *The British Journal Of Psychiatry*, 165(2), 259-265. doi:10.1192/bjp.165.2.259.
- Thorová, K. (2015). *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál.
- Tompson, M. C., Langer, D. A., Sugar, C. A., & Asarnow, J. R. (2017). A Randomized Clinical Trial Comparing Family-Focused Treatment and Individual Supportive Therapy for Depression in Childhood and Early Adolescence. *Journal Of The American Academy Of Child And Adolescent Psychiatry*, 56(6), 515-523.
- Trávníčková, D. (2015). *Problematika dětí a mladých lidí s duševním onemocněním. Aktuální stav v MSK, nejčastější řešené problémy a typy onemocnění*. PN Opava: Oddělení dětské a dorostové psychiatrie. Získáno 29. 11. 2017 z https://www.msk.cz/assets/socialni_oblast/priloha-c--1_problematika-deti-a-mladych-lidi-s-dusevnim-onemocnenim.pdf.
- Vágnerová, M. (2012). *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Praha: Karolinum.
- Vágnerová, M. (2014). *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- Varley, C. K. (2006). Treating depression in children and adolescents: what options now? *CNS Drugs*, 20(1), 1-13.
- Wagner, K. D., Ambrosini, P., Rynn, M., Wohlberg, C., Yang, R., Greenbaum, M. S., & ... Deas, D. (2003). Efficacy of Sertraline in the Treatment of Children and Adolescents With Major Depressive Disorder: Two Randomized Controlled Trials. *JAMA: Journal Of The American Medical Association*, 290(8), 1033-1041.
- Walsh, F. (1996). The concept of family resilience: Crisis and challenge. *Family Process*, 35(3), 261-281. doi:10.1111/j.1545-5300.1996.00261.x.
- Walsh, F. (1998). *Strengthening family resilience*. New York: Guilford Press.
- Walsh, F. (2002). A Family Resilience Framework: Innovative Practice Applications. *Family Relations*, 51(2), 130-137.

Walsh, F. (2003a). Family Resilience: A Framework for Clinical Practice. *Family Process*, 42(1), 1-18.

Walsh, F. (2003b). *Normal family processes: growing diversity and complexity*. New York: Guilford Press.

Walsh, F. (2006). *Strengthening family resilience: second edition*. New York: Guilford Press.

Weissman, M. M., Warner, V., Wickramaratne, P., & Prusoff, B. A. (1988). Early-onset major depression in parents and their children. *Journal Of Affective Disorders*, 15(3), 269-277. doi:10.1016/0165-0327(88)90024-9.

Winefield, H. R., & Harvey, E. J. (1993). Determinants of Psychological Distress in Relatives of People With Chronic Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 19(3), 619-625. doi:10.1093/schbul/19.3.619.

Yatchmenoff, D. K., Koren, P. E., Friesen, B. J., Gordon, L. J., & Kinney, R. F. (1998). Enrichment and Stress in Families Caring for a Child with a Serious Emotional Disorder. *Journal Of Child & Family Studies*, 7(2), 129-145.

Yorbik, O., Birmaher, B., Axelson, D., Williamson, D. E., & Ryan, N. D. (2004). Clinical Characteristics of Depressive Symptoms in Children and Adolescents With Major Depressive Disorder. *The Journal Of Clinical Psychiatry*, 65(12), 1654-1659. doi:10.4088/JCP.v65n1210.

Seznam tabulek:

Tabulka 1: Úrovně rodinné koheze

Tabulka 2: Úrovně rodinné flexibility

Tabulka 3: Klíčové procesy rodinné resilience

Tabulka 4: Úrovně rodinné komunikace

Tabulka 5: Charakteristika výzkumného souboru

Tabulka 6a,b: Rodinná situace respondentů

Tabulka 7: Typická reprezentace

Tabulka 8: Ideální reprezentace

Tabulka 9: Konfliktní reprezentace

Seznam příloh:

Příloha 1: Abstrakt diplomové práce

Příloha 2: Abstract of thesis

Příloha 3: Struktura polostrukturovaného interview

Příloha 4: Ukázka přepisu jednoho z rozhovorů

Příloha 5: Průvodní dopis a informovaný souhlas pro rodiče

Příloha 1: Abstrakt diplomové práce

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Deprese adolescentů v kontextu rodiny

Autor práce: Bc. Eliška Kufková

Vedoucí práce: doc. PhDr. Irena Sobotková, CSc.

Počet stran a znaků: 141, 322 555

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 184

Abstrakt: Tato magisterská diplomová práce se zabývá depresí adolescentů v kontextu rodiny. Výzkumným problémem bylo popsat a interpretovat rodinný kontext a některé psychologické aspekty adolescentů s depresivní poruchou či syndromem z jejich pohledu. Výzkumný soubor tvořilo 10 adolescentů, 8 dívek a 2 chlapci ve věku 13 až 16 let, jimž byla diagnostikována deprese. Byli vybráni záměrným výběrem přes instituce. Typem výzkumu bylo fenomenologické zkoumání. Jako metody sběru dat byly použity polostrukurovaný rozhovor, FAST a informace z dokumentace. Data z FAST byla vyhodnocena dle manuálu, rozhovor byl analyzován pomocí interpretativní fenomenologické analýzy, ze které vzešlo 8 témat. Propuknutí deprese adolescentů předcházela určitá událost či jejich kumulace, polovina respondentů si tímto depresí vysvětluje. Respondenti pocítovali tlak ve škole, 8 se zhoršily výsledky a 8 se necítilo dobře v kolektivu. Svěření rodičům proběhlo v kritickém okamžiku. U všech se situace nelepšila, někteří se pokusili o sebevraždu, všech 10 bylo hospitalizováno. Hospitalizace byla zprvu brána negativně, časem byly objeveny i její světlé stránky. Respondenti pocítovali absenci rodinné atmosféry.

Klíčová slova: deprese, adolescenti, rodinný kontext, rodinné fungování, kvalitativní výzkum

Přílohy 2: Abstract of thesis

ABSTRACT OF THESIS

Title: The depression of adolescents in family context

Author: Bc. Eliška Kufková

Supervisor: doc. PhDr. Irena Sobotková, CSc.

Number of pages and characters: 141, 322 555

Number of appendices: 5

Number of references: 184

Abstract: This master thesis was about depression of adolescents in family context. The research problem was to describe and interpret the family context and some psychological aspects of adolescents with depressive disorder or syndrome from their point of view. The research sample consists of 10 adolescents, 8 girls and 2 boys aged 13-16 who have been diagnosed with depression. They were chosen by intentional choice by institutions. The type of research was phenomenological research. Data collection method were semi-structured interview, FAST and information from documentary materials. The FAST data was evaluated according to the manual, the interview was analyzed by an interpretative phenomenological analysis, 8 themes emerged. The outbreak of adolescent' depression was preceded by an event or cumulation of events, half of respondents explained the depression by this event. Respondents felt the pressure at school, 8 of them had worse grades, and 8 did not feel well in the group of classmates. The confession to parents took place at a critical moment. In all, the situation has not improved, some participants have attempted suicide, all 10 have been hospitalized. Hospitalization was initially a negative one, and its bright side was discovered in time. Respondents felt the absence of a family atmosphere.

Key words: depression, adolescents, family context, family functioning, qualitative research

Příloha 3: Struktura polostrukturovaného interview

OTÁZKY K ROZHOVORU

Na začátku si řekneme, proč jsi tady. Budeme si spolu povídat, já se Tě budu ptát a po Tobě budu chtít, ať mi odpovídáš na otázky podle pravdy. Budeme se zaměřovat na depresi. Vše je myšleno ze Tvého pohledu. To znamená, jak to vnímáš Ty, jak to cítíš, jak si to myslíš. Žádná odpověď zde není špatná.

Veškeré věci, které tady zazní, zůstanou pouze mezi námi, nebudu to nikomu říkat, informace slouží pouze pro mou práci. Pokud bys z jakéhokoli důvodu nechtěl/a na něco odpovědět, tak nemusíš. Rozhovor si budu nahrávat, abych si zapamatovala, co jsi říkal/a.

Máš na mě nějakou otázku Ty? Rozumíš všemu? Pokud by ti něco nebylo jasné, klidně se v průběhu na cokoli zeptej.

ADOLESCENT A DEPRESE

- Kdy a jak se začaly projevovat tvé obtíže?
- Jak se tvé onemocnění vyvíjelo (průběh v čase)?
- V jakém okamžiku si všimli tví rodiče, že máš nějaké obtíže? Jak na to reagovali, co dělali?
- Myslíš, že je něco nebo nějaké situace, které tvé onemocnění ovlivňovaly nebo spouštěly?
- Vzpomeneš si na nějaké situace či něco, co by tvé obtíže zhoršovalo? Kdy ses cítil/a hůře?
- Byly naopak nějaké situace nebo něco, co by je zlepšovalo? Kdy ses cítil/a lépe?
- Byla nějaká událost/situace, která předcházela přijetí do léčebny/nemocnice? Domluvil/a ses s někým na hospitalizaci? Co to pro tebe představovalo?
- Jak si ty sám/sama vysvětluješ, že máš depresi, proč asi?
- Jak myslíš, že si tvé onemocnění vysvětlují tví rodiče?
- Jak ses cítil po přijetí zde (v léčebně/nemocnici)? Měnilo se to nějak (mám na mysli například tvé pocity, náladu, změny, výkyvy atd.)? Jaké to je při návštěvě rodičů/rodiny? Jaké je to při propustkách domů (pokud jsou)?
- Jak by ses sám/samu sebe popsal/a? Je něco, co bys chtěl/a na sobě změnit, kdyby to šlo?
- Jaké jsou tvé představy o budoucnosti až budeš doma? Jak bys chtěl/a aby to vypadalo?

RODINNÁ SITUACE (poznámka: zde jsme čerpali již informace z FAST)

- Statut rodiny
 - o Jak jsi vnímal/a změny v rodině? (např.: nový partner, rozvod rodičů atd.)
 - o Kolik ti bylo, když se tví rodiče rozešli/rozvedli?
 - o Jaký je tvůj vztah s partnerem rodiče?

- Jaká je vztah mezi tvými rodiči? Jak bys ho popsal/a?
- Jaký je tvůj vztah s mamkou? Jaký je tvůj vztah s tatškou?
 - o Jak často se vídáš s rodičem, se kterým nežiješ?
- Jaký je tvůj vztah k dalším osobám v domácnosti?
- Jak v rámci rodiny trávíte volný čas? Co děláte?
- Pomáháte si v rodině? V čem? Kdo komu pomáhá?
- Je něco, v čem je vaše rodina dobrá/v čem vyniká?
- Schází ti něco ze strany tvé rodiny? Co? Je něco, v čem by se vaše rodina mohla zlepšit, co by se v ní mělo změnit? Můžeš něčím přispět ty?
- Co očekáváš od svých rodičů?
- Jak bys charakterizoval/a svoji rodinu? Jakým slovem bys ji popsal/a?

ŠKOLA

- Projevovaly se nějak tvé obtíže v rámci školy? Měly nějaký dopad na tvé studijní výsledky či práci ve škole? Pozoroval/a jsi nějakou změnu?
- Myslíš, že mohly některé situace ve škole zhoršovat tvé obtíže?
- Jak reagují tví rodiče, když dostaneš špatnou známku nebo máš nějaké negativní zprávy ze školy?
- Jak se cítíš ve svém třídním kolektivu? Jaká je tvá pozice v něm?
- Ví se ve škole, že jsi tady? Ví někdo, z jakého důvodu jsi tady? Z jakého důvodu jste to ve škole neřekli?

KAMARÁDI

- Máš kamarády? Hodně nebo jen jednoho opravdového kamaráda?
- Jak spolu trávíte čas?
- Jsi součástí nějaké party?
- Ví někdo z kamarádů o tvých potížích? Svěřil/a ses s tím někomu? Co konkrétně jsi jim řekl/a?

EMOCE

- Mluvíš doma o tom, jak se cítíš?
- Jak na to tví rodiče reagují?
- Důvěřuješ svým rodičům? Svěřuješ se jim?
- Myslíš, že ti tví rodiče rozumí/že tě chápou?
- Jsou nějaké pocity, o kterých doma raději nemluvíš?
- Zasmějete se doma často? Čemu?
- Sdílíte spolu v rodině naopak i smutné chvíle?
- Cítíš se doma v pohodě a bezpečí?

KOMUNIKACE

- Povídáte si o doma o tom, co jste v průběhu dne zažili?
- Jak rodiče reagovali na to, když jsi jim sdělil/a nějaký svůj problém/obtíž? Mluví jednotliví členové tvé rodiny o svých problémech s ostatními členy rodiny?
- Chodíš za rodiči a svěřuješ se jim, pokud tě něco trápí? Jak často spolu mluvíte? O čem se nejčastěji bavíte?
- Jak ti rodiče projevují, že tě mají rádi? Říkáte si v rodině, že se máte rádi?
- Chválíte se v rodině?
- Je nějaké věta/sdělení, kterou ti rodiče říkají opravdu hodně často?
- Hádáte se doma? Kvůli jakým věcem u vás dochází k hádkám? Jak se pak taková hádka vyřeší?
- Je něco, o čem doma nemluvíš?
- Je něco, co bys změnil/a na tom, jak spolu doma mluvíte?

DALŠÍ OTÁZKY

- Co myslíš, že pomáhá tvým rodičům, když mají nějaké starosti?
- Máte doma nějaké rituály, které děláte společně? Je něco, co děláte společně (pravidelně)?
- Máte u Vás v rodině nějaké pravidla, co se smí a nesmí? Jaká?
- Shodnou se tvoji rodiče na různých věcech?
- Je něco, co je pro tvou rodinu opravdu důležité?
- Je Vaše rodina věřící? Pokud ano, jakým způsobem víru praktikujete? Myslíš, že Vám víra nějak pomáhá v nelehkých situacích?

BLÍZKÉ I ŠIRŠÍ SOCIÁLNÍ OKOLÍ

- Za kým jdeš, když potřebuješ pomoc nebo říci něco důležitého?
- Na koho ve svém okolí se můžeš nejvíce spolehnout? S kým si nejvíce rozumíš?
- Co ti pomáhá, když máš špatnou náladu?
- Vyhledal/a jsi nebo někdo v tvém okolí odbornou pomoc ještě před přijetím do léčebny/nemocnice?
- Vyhledáváš v situacích, ve kterých si nevíš rady, pomoc mimo svou rodinu?
- Existuje někdo, na koho se v rodině obrácíte/radíte se s ním/s nimi, když si nevíte rady?
- Obrácíte se na někoho mimo rodinu pro radu nebo pomoc?
- Reagoval někdo ve tvém okolí na tvé obtíže? Jak?

Je pro tebe ještě něco důležitého a podstatného, na co jsem se nezeptala a v čem bys mě chtěl/a doplnit?

Příloha 4: Ukázka přepisu jednoho z rozhovorů

Kdy a jak se začaly projevovat tvé obtíže? Prvně, když mi před 4 lety zemřel kámoš z ulice, a potom se to začalo zhoršovat po nástupu na střední školu. Bylo tam hodně stresu a stala se tam šikana. Ten přechod na střední byl teď v září. **Zasáhl tě i způsob jeho smrti?** No, on se oběsil. **Jak se projevovala ta šikana?** Občas mě mlátili, schovávali mi věci, občas mi vdechli kouř z cigaret do obličeje. **Jak se projevovaly ty obtíže?** Uzavíral jsem se a chtěl jsem se zabít. **A rozvíjelo se to postupně?** Už jsem se pokusil o to, o sebevraždu, asi měsíc, než jsem přestoupil na jinou školu, takže v prosinci. Chtěla jsem skočit pod vlak. **Ještě nějaké projevy?** Znechutila se mi škola a auta, protože my jsme chodili na automobilovou školu. A smutné nálady, ty jsem měl většinu času.

V jakém okamžiku si všimli tví rodiče/okolí, že máš nějaké obtíže? Jak na to reagovali, co dělali? Jak jsem neměl žádnou energii na to, abych se usmíval. To bylo asi 2 měsíce před tím, než jsem se snažil zabít (cca říjen). Mamka se mi snažila pomoci, objednala mě k psychiatrovi, snažila se dělat nějaká řešení, dala mě na jinou školu. **Ta jiná škola pomohla?** Ještě jsem tam nebyl.

Myslíš, že je něco nebo nějaké situace, které tvé onemocnění ovlivňovaly nebo spouštěly? Nevím, netuším.

Vzpomeneš si na nějaké situace či něco, co by tvé obtíže zhoršovalo? Kdy ses cítil/a hůře? V tom, když mě zmlátili.

Byly naopak nějaké situace nebo něco, co by je zlepšovalo? Kdy ses cítil/a lépe? Když jsem to řekl svému nevlastnímu bráchovi a když jsem poslouchal hudbu nebo sledoval anime. **A ten brácha ti nějak pomohl?** Tak ten má taky svoje problémy, takže nepomohl mi nijak, ale svěřit se jo.

Byla nějaká událost/situace, která předcházela přijetí do nemocnice? Já jsem tady šel dobrovolně. Začal jsem chodit k psychiatrovi a dohodli jsme se. **Co to pro tebe představovalo?** No, že bych tady byl nějaký ten měsíc, dva, a že by mi tady pomáhali a měl bych, byl bych tady v kontaktu s lidma. A ještě nějaký ty antidepressiva, který mi pomohly. **Jak ses cítil po přijetí zde?** Tak ze začátku jsem byl smutný, protože jsem zjistil, že tady musím být těch 6 týdnů nakonec a byl zákaz návštěv. Tak jsem byl docela zklamanej, ale pak přijeli další noví, tak jsem se začal bavit s nima, měl jsem lepší náladu. **Měnilo se to nějak (mám na mysli například tvé pocity, náladu, změny, výkyvy atd.)?** Tak pocity byly pořád stejné, to mám doteď a nálada je lepší. **Jaké to je při návštěvě rodičů/rodiny?** Ne. **Jaké je to při propustkách domů?** Dobré to je, všichni se ke mně začali chovat víc s respektem, ale pořád se bojím jít do školy.

Jak si ty sám/sama vysvětluješ, že máš depresi, proč asi? Ne. **Jak myslíš, že si tvé onemocnění vysvětlují tví rodiče?** **Jak myslíš, že tvému onemocnění rozumí tví rodiče?** Tak mamka si myslí, že je to s tou školou, brácha si myslí, že to hlavně začal ten kámoš, co se zabil. **A taťka o tom ví?** Taťka o tom neví.

Jak by ses sám/samu sebe popsal/a? Je něco, co bys chtěl/a na sobě změnit, kdyby to šlo? Já jenom, co bych na sobě chtěl změnit je vzhled, oblečení a ta lepší nálada. Popsat se nedokážu.

Jaké jsou tvé představy o budoucnosti až budeš doma? Jak bys chtěl/a aby to vypadalo? Začal jsem mít. Tak prvně asi začnu s brigádou a přestavět si pokoj. **A říkáš, že jsi začal mít, to znamená kdy?** Až tady, jak jsem začal být víc pozitivní.

Říkal jsi, že jsou vaši od sebe, jak jsi vnímal jejich rozchod? Byl jsem šťastný. **A stýkáš se s tatškou?** Ne, nechci a on nechce se mnou.

Jaká je vztah mezi tvými rodiči? Jak bys ho popsal/a? Mezi nima...Tatka mě nikdy neměl rád a pořád se kvůli mně hádali. Mamka byla vždycky na mé straně a tatka ne.

Jaký je tvůj vztah k mamce a tatškovi? Tak s mamkou mám hrozně dobrý vztah, té pomáhám i když se rozvedla. S tatškou jsem nikdy žádný dobrý vztah neměl, to spíš špatný.

A jaký vztah máš k mamčinému příteli? Tak je to hrozně dobrej týpek, rozumím si s ním. **A se ségrou?** Ten mám lepší, akorát mě provokuje. **A s nevlastním bráchou?** Ho vnímám tak, že je u mě z lidí asi nejvýš, mám ho nejradši.

Jak v rámci rodiny trávíte volný čas? Co děláte? Tak když je třeba ségra nemocná, tak jedeme s tím přítelem a mamkou na kole, když není nemocná, tak jdeme opíkat většinou. Oni jezdí do ZOO nebo takové věci, ale já nejezdím, protože mě to dělá špatně, ty jízdy.

Pomáháte si v rodině? Jo. V čem? Kdo komu pomáhá? Tak třeba když mě se něco rozbije, nějaký nábytek, tak mě to ten přítel opraví a já třeba dělám domácí práce mamce.

Je něco, v čem je vaše rodina dobrá/v čem vyniká? Ne. Jenom to, že dokážeme vydržet hodně alkoholu.

Schází ti něco ze strany tvé rodiny? Co? Ne. **Je něco, v čem by se vaše rodina mohla zlepšit, co by se v ní mělo změnit?** Ani ne. **Můžeš něčím přispět ty?** Tím, že se změním, a že začnu na sobě pracovat. Tak já jsem většinu času zavřený v pokoji a dívám se na to své anime a hraju hry. **A ta změna by měla proběhnout v čem?** Tím, že začnu víc jezdit na kole, mluvit víc s lidma, chodit ven, učit se.

Co očekáváš od svých rodičů? Podporu. A figuruje tam nějak i tatka? Ten ne. **Takže za rodiče už považuješ mamku a jejího přítele?** Jo.

Jak bys charakterizoval/a svoji rodinu? Jakým slovem bys ji popsal/a? Není. Nedokážu říct.

Projevovalo se tvé onemocnění nějak v rámci školy? Většinu času jsem byl doma, protože mě jízdy v autobusu nedělaly dobře, a taky jsem hodně času simuloval nemoc. Mělo nějaký dopad na tvé studijní výsledky či práci ve škole? Mám 7x nehodnoceno a zameškané hodiny. **Co znamená, že ti bylo špatně při těch jízdách?** Mě se dělalo nevolno z jízd, z auta, z autobusu a z vlaku. **A když jsi byl ve škole?** Byl jsem pořád v depresích a v hodinách jsem pořád jenom psal, protože jsem se nedokázal vyspat normálně, tak na to

jsem pak i dostal léky. **Jak reagují tví rodiče, když dostaneš špatnou známku nebo máš nějaké negativní zprávy ze školy?** Mamka jenom chce, ať aspoň dodělám tu školu. Jí je to jakoby...je nešťastná, ale chápe to. **A ten přítel tam hraje roli?** Ne, tomu je to jakoby jedno, taťka neví.

Jak se cítíš ve svém třídním kolektivu? Nezapadám. Tam jsem vždycky byl jakoby ten jedináček, co je jenom na počítači a stará se o svoje věci. **Jaká je tvá pozice v něm?** Nevím. Tak nejnižší. **Ví se ve škole, že jsi tady?** **Ví někdo, z jakého důvodu jsi tady?** Jo, ví se to. Ví to pár lidí, které znám. Svěřil jsem se, jeden kluk ze školy, kterému jsem to řekl, tak ten na to reagoval tak, že už to ví. On tady taky právě byl, tak mi popřál jenom hodně štěstí. **Podpořil tě nějak, pomohl ti?** Tak mu se taky občas vyzpovídám.

Máš kamarády? Hodně nebo jen jednoho opravdového kamaráda? Mám spíš lidi, kterým věřím. **Jak spolu trávíte čas?** Chodíme ven nebo hrajeme hry. **Jsi součástí nějaké party?** Byl jsem, to jsme hráli počítačové hry, měli jsme svůj vlastní tým. **Ví někdo z kamarádů o tvých potížích?** Svěřil/a ses s tím někomu? Ví to pár lidí. Řekl jsem jim, že mám ty deprese, že to nezvládám, nezvládám školu a takové věci. **Jak na to reagovali?** Ti jsou taky většinou v depresích, takže mě chápou. Podpořili mě, snažili se mi dát nějaké rady, jak ignorovat ty lidi na škole a tak. Některé ty rady zabraly.

Mluvíš doma o tom, jak se cítíš? Ne.

Důvěřuješ svým rodičům? Jo. **Svěřuješ se jim?** Málo kdy, říkám jim o problémech ve škole, ale ne s depresemi. **Myslíš, že ti tví rodiče rozumí/že tě chápou?** Jo, mamka taky byla šikanována ve škole právě. **A mamčin přítel, myslíš, že ti rozumí?** Jo, protože jeho syn byl právě taky šikanován, takže to chápe.

Jsou nějaké pocity, o kterých doma raději nemluvíš? Tak ty deprese a to, čeho bych já chtěl dosáhnout, mám takové svoje menší sny.

Zasmějete se doma často? Čemu? Jo. Třeba když mamčina ségra udělá nějakou pitomost. **A děláte si legraci i sami ze sebe?** Jo.

Sdílette spolu v rodině naopak i smutné chvíle? Jo. Když nám někdo zemře nebo když nám třeba nedávno zemřel křeček.

Cítíš se doma v pohodě a bezpečí? Jo.

Povídáte si o doma o tom, co jste v průběhu dne zažili? Já většinou ne.

Jak rodiče reagovali na to, když jsi jim sdělil/a nějaký svůj problém/obtíž? Tak mamka byla zklamaná, ale snažila se mi pomoci a ten její přítel taky. **Mluví jednotliví členové tvé rodiny o svých problémech s ostatními členy rodiny?** Jo.

Chodíš za rodiči a svěřuješ se jim, pokud tě něco trápí? Když už je toho moc, tak jo. **Co to znamená, že je toho moc?** Tak třeba ty deprese, když už jsme se snažil zabít. Mamka byla hrozně zklamaná, chvíli se mnou nemluvila. **Jak často spolu mluvíte?** Hodně často. Pokud nejsem na počítači a ona je třeba v práci. **O čem se nejčastěji bavíte?** O různých věcech, třeba jestli co chceme o výplatě koupit a takové.

Jak ti rodiče projevují, že tě mají rádi? Mamka mi šetří na takové věci, které já si dávám na zed', že prostě ona ví, že já to mám rád, tak mi to kupuje, kupuje mi různé dárky. **A nějaké projevy fyzické?** Jo, obejmeme mě vždycky zezadu. **Říkáte si v rodině, že se máte rádi?** Jo. **Chválíte se v rodině?** Jo, mamka mě chválí pořád. Chválí mě za to, že jsem šikovný, ale líný.

Je nějaké věta/sdělení, kterou ti rodiče říkají opravdu hodně často? Jsi šikovný, ale blbý. **Hádáte se doma?** Já se jenom občas pohádám se ségrou, když mě provokuje. Spíš se hádá mamka se sestrou. **Kvůli jakým věcem u vás dochází k hádkám?** Babička, která žije s tou její sestrou zřela záchod savem, teta se naštvála, začala po babičce rvát, mamka, jak to slyšela, tak začala taky rvát a hádaly se. **A jsou nějaké situace, kvůli kterých se hádáte hodně často nebo proč?** Ne, to není. **Jak se pak taková hádka vyřeší?** Většinou se nevyřeší, ale je málokdy nějaká taková velká hádka.

Je něco, o čem doma nemluvíš? No o těch depresích a o tom, co já mám rád. Se šikanou jsem se doma svěřil. **Je něco, co bys změnil/a na tom, jak spolu doma mluvíte?** No tak já bych chtěl mluvit o všem, ne jenom o té šikaně. Miluju hry a anime a Japonsko a tomu rodina nerozumí, jen bratr.

Co myslíš, že pomáhá tvým rodičům, když mají nějaké starosti? Nevím.

Máte doma nějaké rituály, které děláte společně? Jenom o Vánocích, ale to má pomalu každý jinak ne. **Máte u Vás v rodině nějaké pravidla, co se smí a nesmí? Jaká?** Ne.

Shodnou se tvoji rodiče na různých věcech? Tak taťka nás nevychovával nikdy, nás vychovávala většinou mamka. Taťkovi to bylo jedno. A ten přítel ten nás taky dobře vychovává, jak mamka. Mamka a přítel se shodnou.

Je něco, co je pro tvou rodinu opravdu důležité? Štěstí pro mě a ségru. Oni prostě, mamka s tím přítelem chtějí at' já, moje ségra a nevlastní bratr, chtějí at' máme štěstí v budoucnu.

Je Vaše rodina věřící? Ne.

Za kým jdeš, když potřebuješ pomoc nebo říci něco důležitého? Jestli potřebuju pomoct, tak buď za mamkou nebo za bratrem. **Na koho ve svém okolí se můžeš nejvíce spolehnout?** Bratr. **S kým si nejvíce rozumíš?** S bratrem, máme stejné zájmy.

Co ti pomáhá, když máš špatnou náladu? Sledovat anime.

Vyhledal/a jsi nebo někdo v tvém okolí odbornou pomoc ještě před přijetím do léčebny/nemocnice? Psychiatr. **Vyhledáváš v situacích, ve kterých si nevíš rady, pomoc mimo svou rodinu?** Ne. **Existuje někdo, na koho se v rodině obrácíte/radíte se s ním/s nimi, když si nevíte rady?** Blízcí přátelé.

Reagoval někdo ve tvém okolí na tvé obtíže? Jak? Ne. **A ve škole?** Někteří zjistili, že mám deprese, protože mi zemřel kámoš, tak ti přestali, a ti, co to nevěděli, tak pořád pokračovali.

Je pro tebe ještě něco důležitého a podstatného, na co jsem se nezeptala a v čem bys mě chtěl/a doplnit? Ne.

Příloha 5: Průvodní dopis a informovaný souhlas pro rodiče

Katedra psychologie

Filosofická fakulta Univerzita Palackého v Olomouci

Křížkovského 10

771 80 Olomouc



Vážení rodiče,

jsem studentkou 5. ročníku psychologie na Univerzitě Palackého v Olomouci a v rámci své magisterské diplomové práce se zabývám tématem deprese u adolescentů.

Ráda bych Vás tímto požádala o svolení, aby se Vaše dítě mohlo zúčastnit výzkumu na toto téma. Jedná se o jeden rozhovor, administraci testu a případné nahlédnutí do karty dítěte. Výzkum proběhne na oddělení v průběhu léčby dítěte, k ničemu Vás tedy dále nezavazuje a nebude pro Vás časovou zátěží. Všechny takto získané informace budou anonymní a budou použity pouze pro diplomovou práci. Dítě může v průběhu, pokud by z jakéhokoli důvodu nechtělo pokračovat, od výzkumu odstoupit a má také možnost neodpovědět na otázky, které jsou pro něj například nepříjemné. Dostane se mu co nejcitlivějšího a nejprofesionálnějšího přístupu. Pro rozhovor bude zvolen takový čas, aby vyhovoval průběhu léčby dítěte a chodu oddělení a nenarušoval tak léčbu. Věřím, že účast Vašeho dítěte ve výzkumu přispěje k lepšímu porozumění tohoto onemocnění u dětí. V případě jakýchkoli dotazů či nejasností mě neváhejte kontaktovat na Eliska.kufkova@seznam.cz. Děkuji Vám za ochotu a pomoc.

Se srdečným pozdravem

Bc. Eliška Kufková
vedoucí práce: doc. PhDr. Irena Sobotková

Souhlasím, aby se můj syn/moje dcera _____ zúčastnil/a tohoto výzkumu.

Datum: _____

.....

podpis