



Depresja a życie rodzinne

AGNIESZKA WIELGUS

Szkoła Wyższa im. Pawła Włodkowica w Płocku

Rodzina jest wielką wartością, o czym wielokrotnie przypominał nam nasz wielki rodak i przewodnik – św. Jan Paweł II. Temat znaczenia rodziny w życiu każdego człowieka jest też bardzo bliski papieżowi Franciszkowi, co widać nie tylko w jego przemówieniach i homiliach, ale w wydanej adhortacji *O miłości w rodzinie*¹. Niestety, każda rodzina przeżywa też trudne chwile, będące wielką próbą dla wszystkich jej członków. Taką egzystencjalną sytuacją jest każda poważna choroba, która razem z cierpieniem może być prawdziwą szkołą życia, jak przypomina w audiencji z 10 VI 2015 r. papież Franciszek².

Podjmując w tym opracowaniu temat choroby w rodzinie, skoncentrowałam się na depresji, na którą cierpi aż 350 mln osób na świecie³, średnio co dziesiąty mieszkaniec naszego globu. Według szacunków WHO, już w 2020 r. depresja może się stać drugim, najpoważniejszym problemem zdrowotnym na świecie (zaraz po chorobach układu krążenia). Podjmując temat tego poważnego i przybierającego coraz większy zasięg schorzenia, zamierzam przedstawić, jak depresja dotyka nie tylko konkretnego człowieka, ale również cały jego system rodzinny.

Prześledzimy wspólnie, czym jest depresja, zobaczymy jej podstawowe odmiany i objawy. Przeanalizujemy rodzinne uwarunkowania depresji. Najwięcej czasu będzie wymagała lektura dotycząca wpływu depresji na

¹ „Posynodalna Adhortacja Apostolska Amoris Laetitia Ojca Świętego Franciszka do biskupów, kapłanów i diakonów, do osób konsekrowanych, do małżonków chrześcijańskich i do wszystkich wiernych świeckich o miłości w rodzinie”, papa-francesco_esortazione-ap_20160319_amoris-laetitia_pl.pdf

² Franciszek, „Choroba i cierpienie mogą być dla rodziny szkołą życia”, <https://ekai.pl/wydarzenia/x89876/franciszek-choroba-i-cierpienie-moga-byc-dla-rodziny-szkola-zycia/>

³ World Health Organisation, „Depression”, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>

funkcjonowanie rodziny. Przyjrzymy się, jak depresja wpływa na relacje między małżonkami, na kontakt z dziećmi, na aktywność, emocje, finanse i relacje społeczne rodziny. Ostatnia część opracowania zostanie poświęcona opisowi sposobów radzenia sobie z chorobą i strategii stosowanych przez zdrowych małżonków. Pisząc o osobach depresyjnych w rodzinie i nie chcąc zwiększać objętości tego opracowania, skoncentrowałam się tylko na małżonkach i rodzicach a prezentując sposoby radzenia sobie z depresją wybrałam tylko te, którymi dysponuje sama rodzina.

1. Rozumienie i klasyfikacje

Pojęcia „depresja” używamy często w języku potocznym do określenia złego samopoczucia, obniżonej aktywności lub trwającego długo smutku czy przygnębienia. Nie są to wystarczające warunki do użycia wspomnianego pojęcia na gruncie medycyny czy psychologii. Sięgając do wstępu jednego z podręczników, adresowanego do terapeutów i podejmującego temat depresji, przeczytamy, że „depresja kliniczna (niekiedy zwana także dużą depresją) jest stanem, w którym uporczywy obniżony nastrój lub utrata zainteresowań występują razem z innymi wiarygodnymi oznakami somatycznymi i psychicznymi, takimi jak trudności ze snem, słaby apetyt, upośledzona koncentracja, poczucie beznadziejności i bezwartościowości”⁴. Depresja kliniczna jest diagnozowana na podstawie określonych objawów, stopnia ich nasilenia oraz czasu trwania. Kryteria diagnostyczne są bardzo precyzyjnie określone w klasyfikacjach ICD-10 (Światowej Organizacji Zdrowia) oraz DSM-5 (Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego), jakimi posługują się klinicyści. W dalszej części zostaną krótko przedstawione najważniejsze symptomy depresji.

2. Główne objawy depresji

Wyróżniamy trzy główne objawy oraz całą grupę objawów dodatkowych⁵. W tej depresyjnej triadzie znajdują się takie symptomy jak obniżenie nastroju, utrata zadowolenia (czy anhedonia oznaczająca niemożność odczuwania przyjemności) i utrata zainteresowań oraz zmniejszenie aktywności lub zwiększenie męczliwości. Oprócz tego osoby borykające

⁴ Zindel V. Segal, J. Mark G. Williams, John D. Teasdale, *Terapia poznawcza depresji oparta na uważności*, tłum. Robert Andruszko (Kraków: Wydawnictwo UJ, 2009), 9.

⁵ Dominika Dudek, *Depresja. Poradnik dla pacjentów i ich rodzin* (Kraków: Klinika Psychiatrii Dorosłych CMUJ), http://dczp.wroclaw.pl/PDF/BSBP/Depresja_poradnik1.pdf

się z depresją doświadczają wielu objawów dodatkowych. Wśród nich najczęściej wymienia się takie jak wyrzuty sumienia, myśli samobójcze, upośledzoną zdolność koncentracji, negatywną samoocenę, spadek lub wzrost łaknienia⁶, zniekształcony obraz siebie i świata, gniew, niepokój, izolację społeczną i wyobcowanie⁷.

Analizując dane epidemiologiczne dotyczące depresji, można postawić pytanie o powód, dla którego średnio co dziesiąta osoba rocznie zachoruje na depresję a 9 innych nadal cieszy się dobrym zdrowiem. W tym przypadku, podobnie jak i przy innych chorobach czy zaburzeniach psychicznych, nie ma mowy o jednej przyczynie. Najczęściej jest to cały splot niekorzystnych okoliczności. W związku z przedmiotem tego opracowania, którym jest zależność między depresją i środowiskiem rodzinnym, dalsze rozważania będą dotyczyły jedynie rodzinnych uwarunkowań depresji.

3. Rodzinne przyczyny depresji w świetle różnych badań

Jak wiemy, każda rodzina przechodzi przez fazy rozwojowe wyznaczone przez takie ważne momenty jak ślub, narodziny pierwszego i kolejnych dzieci, wychowanie małych dzieci, okres dojrzewania potomstwa, przygotowanie dorosłych dzieci do samodzielności i wreszcie syndrom pustego gniazda⁸. W dalszej części opracowania zobaczymy, w której z tych faz możemy spodziewać się pierwszych źródeł depresji.

3.1. Nieprzystosowanie, sytuacje konfliktowe, kryzysowe i brak zaufania w związku

W literaturze przedmiotu można się spotkać z wieloma badaniami, których celem było znalezienie rodzinnych przyczyn depresji. Pierwszej grupy tych czynników należy poszukiwać już na samym początku związku małżeńskiego w tzw. fazie zerowej i pierwszej⁹. Faza zerowa występuje na samym początku związku, który później staje się małżeństwem i rodziną. Tutaj partnerzy budują wzajemną, intymną więź, uniezależniając się od rodziców i osiągając dojrzałość własnego „Ja”. W kolejnej – fazie pierwszej – mamy do czynienia z młodymi małżonkami włączającymi partnerów w swoje systemy rodzinne (rodzin pochodzenia), budującymi, własny i nie-

⁶ Tamże.

⁷ Leslie S. Greenberg, Jeanne C. Watson, *Terapia depresji skoncentrowana na emocjach*, tłum. Anna Sawicka-Chrapkiewicz (Gdańsk: Harmonia Universalis, 2012), 9

⁸ Waldemar Świętochowski, „Rodzina w ujęciu systemowym”, w *Psychologia rodziny*, red. Iwona Janicka, Hanna Liberska (Warszawa: PWN, 2015), 42-44.

⁹ Tamże, 42.

powtarzalny system rodzinny. Prospektywne badania prowadzone przez O’Harę rzucają światło na to, jak znaczące dla powstawania depresji u kobiet mają doświadczenia z początku małżeństwa. Szczególnie źle wpływają na panie sytuacje konfliktowe, utrudniające im przystosowanie się do nowych, życiowych, małżeńskich ról¹⁰.

Ważnym czynnikiem sprzyjającym wystąpieniu depresji u małżonków jest również, jak wskazują wyniki badań Browna i Harrisa, brak intymnego i opartego na zaufaniu związku z partnerem¹¹. Tym, co najczęściej pozbawia małżonków poczucia bliskości, jak również bezpieczeństwa i wsparcia, są sytuacje konfliktowe. Są one jednym z bardziej stresogennych czynników, które również zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia depresji w rodzinie. Potwierdzają to liczne badania, zarówno zagraniczne, między innymi Barnetta i Gotliba, jak i polskie – autorstwa Zięby¹².

Depresja może też mieć swoje źródło w kryzysie związku dwojga ludzi. Píše o tym m.in. Jeannette Bishopf¹³. Szczególnie groźne sytuacje, które mogą się zakończyć w przyszłości epizodem depresyjnym, to takie, w których:

- małżonkowie oceniają swój związek jako niepewny, dający niewystarczające poczucie bezpieczeństwa,
- w przeszłości doszło (dochodziło) do zdrady (zdrad),
- występują poważne problemy komunikacyjne,
- zdrowy partner odbiera objawy depresji jako zarzut lub atak przeciwko niemu.

Nie tylko sytuacje kryzysowe i trudne momenty w związku, skutkujące utratą zaufania i konfliktami, mogą się przyczynić do powstania lub zaostrzenia objawów depresji. W kolejnej części opracowania zobaczymy, jakie typy związków zwiększają ryzyko depresji u partnerów.

3.2. Typy rodzin predysponowanych do wystąpienia depresji i podtrzymujących jej objawy

W literaturze przedmiotu możemy znaleźć opis dwóch typów związków, które przyczyniają się do wystąpienia depresji u partnerów. Są to małżeństwa nadmiernie „zorientowane na sukces” i małżeństwa „symbiotyczne”¹⁴.

¹⁰ Cyt. za: Marian Ledwoch, *Egzystencjalne aspekty depresji. Badania empiryczne* (Lublin: TN KUL, 2005), 55

¹¹ Tamże.

¹² Tamże.

¹³ Jeannette Bishopf, *Jak żyć z osobami cierpiącymi na depresję* (Kraków: WAM, 2006), 35-36.

¹⁴ Cyt. za: Ledwoch, *Egzystencjalne aspekty*, 55-56.

Małżeństwa nadmiernie zorientowane na sukces są w dużym stopniu skoncentrowane na osiągnięciu wysokiej pozycji społecznej i zawodowej. Możemy mówić tu o dwóch podtypach. Cechą pierwszego z nich jest silny nacisk wywierany na mężczyzn przez ich żony. Kobiety realizują w tym przypadku swoje potrzeby dzięki sukcesom i pozycji społecznej mężów. Prowadzi to do coraz większego lęku i poczucia zagrożenia u panów. Mężczyźni odczuwają lęk przed porażką i utratą pozycji zawodowej, upatrując w tym zagrożenie dla relacji małżeńskiej. Obawiając się utraty miłości żony i wycofania kobiety ze związku, mogą przeżywać objawy depresyjne. Ten podtyp stanowi więc źródło zaburzeń depresyjnych głównie u panów.

Drugim podtypem małżeństw nadmiernie zorientowanych na sukces są związki o charakterze symetrycznym, z otwartą rywalizacją małżonków o pozycję społeczną i sukces zawodowy. Takie małżeństwa mogą sprzyjać wystąpieniu depresji u kobiet, które bardzo starają się godzić role zawodowe z małżeńskimi i macierzyńskimi. Nadmierne zaangażowanie w pracę i dążenie do zrealizowania planów zawodowych i wysokich aspiracji oraz rywalizowanie na tym polu z mężem mogą prowadzić do poczucia winy i niespełnienia się w roli matki. Z kolei zaangażowanie w życie małżeńskie i wychowanie dzieci prowadzi takie kobiety do poczucia frustracji i niespełnienia się w rolach zawodowych. Nierozwiązany i nieradko wzmacniany przez rywalizującego męża wewnętrzny konflikt może prowadzić do objawów depresji u żony.

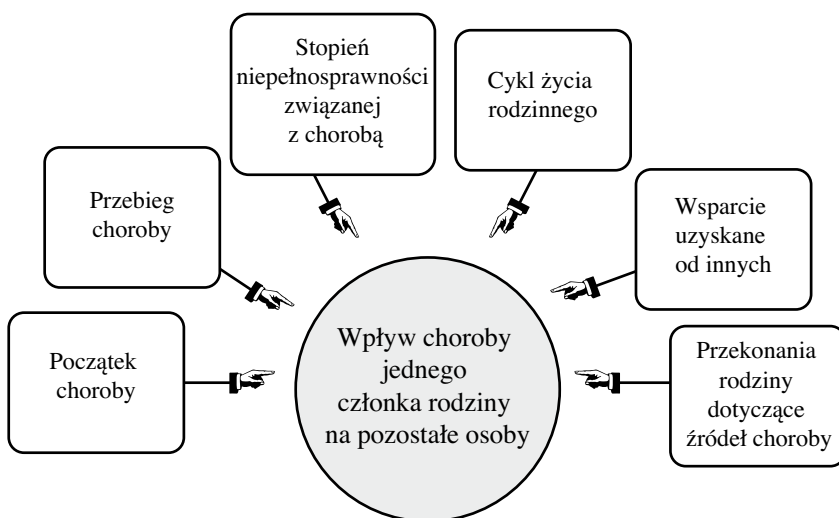
Małżeństwa symbiotyczne to ostatni typ małżeństw, które zostały opisane w literaturze przedmiotu jako te, które łączą się z ryzykiem depresji u małżonków. Takie związki są oparte na czymś w rodzaju równowagi neurotycznej. Partnerzy wiążą się ze sobą, widząc u drugiej osoby dopełnienie własnego „Ja” – cechy, który są ważne dla nich, których sami nie mają. Niestety, niekoniecznie takie cechy są faktycznie posiadane przez małżonka lub są tymi, które ten chce mieć. Możemy to prześledzić na przykładzie kobiety szukającej w mężu osoby bardzo opiekuńczej, wspierającej i rekompensującej brak dobrych doświadczeń z ojcem. Podkreślając swoją bezradność, zależność i potrzebę wsparcia, wzmacnia u męża cechy, których sama potrzebuje. Jednocześnie mężczyzna chcący realizować się jako ktoś silny i opiekuńczy potrzebuje relacji z kobietą gratyfikującą te potrzeby. Takie osoby mogą się doskonale uzupełniać i być szczęśliwe do momentu, gdy jedna ze stron próbuje wyjść ze stanu równowagi neurotycznej. Dla przykładu, wspomniana wcześniej kobieta potrzebuje większej niezależności a mniejszego wsparcia, albo mężczyzna jest zmęczony czy sfrustrowany rolą, jaką pełnił przez lata. W takiej sytuacji możemy się spodziewać depresji u małżonka, który nie akceptuje wyjścia partnera z równowagi neurotycznej.

Do tej pory koncentrowaliśmy się na depresji – jej odmianach, klasyfikacjach, objawach i rodzinnych uwarunkowaniach. Kolejną część niniejszego opracowania zostanie poświęcona temu, jak zaburzenia depresyjne wpływają na cały system rodzinny. Wprowadzeniem w tę tematykę będzie przedstawienie tzw. właściwości choroby, czyli elementów, od których zależy rodzaj zmian w rodzinie, będących efektem m.in. depresji.

4. Uwarunkowania wpływu choroby na rodzinę

W literaturze przedmiotu możemy znaleźć pojęcie „właściwości choroby”, od których zależy rodzaj i głębokość zmian zachodzących w systemie rodzinnym¹⁵. Opiswane czynniki zostały przedstawione na Schemacie 1 i będą krótko omówione w dalszej części opracowania.

Schemat 1. Czynniki modyfikujące wpływ choroby na rodzinę



Początek choroby – pierwszy z wymienionych czynników – może być nagły lub stopniowy. W pierwszym przypadku możemy się spodziewać bardziej dramatycznych skutków dla systemu rodzinnego. Stopniowy początek pozwala bliskim oswoić się z nową sytuacją i przygotować

¹⁵ Cyt. za: Joanna Dzierżanowska-Peszko, „Choroba w rodzinie. Empiryczna użyteczność wybranych modeli teoretycznych”, w *Człowiek chory w rodzinie. Analiza problemów i formy pomocy*, red. Alicja Kalus (Opole: RW Wydziału Teologicznego Uniwersytetu Opolskiego, 2010), 7-8.

się na nadchodzące i możliwe do przewidzenia zmiany. Podobnie wygląda sytuacja z depresją, której oznaki mogą się pojawiać długi czas przed jej ostrą fazą, ale bywa też tak, że epizod depresji, szczególnie w sytuacjach stresowych, pojawia się nagle i z dużą intensywnością, szokując tym całe nieprzygotowane otoczenie.

Przebieg choroby może być mniej lub bardziej dramatyczny. Przykładem chorób o bardzo dramatycznym przebiegu mogą być niektóre choroby układu krążenia, gdzie rodzina cały czas drży o przyszłość chorego, wielokrotnie reanimowanego i leżącego na sali intensywnej opieki medycznej. Depresja jest inną chorobą, ale jej przebieg też bywa bardzo dramatyczny. Pamiętajmy, że nieleczona depresja może prowadzić do śmierci, a jednym z najpoważniejszych zagrożeń jest ryzyko zamachu samobójczego. Rodzina może się bać kolejnej próby samobójczej, każdego pozostawienia chorego bez opieki, nawet wówczas, gdy już jest pozornie lepiej.

Stopień niepełnosprawności związanej z chorobą to kolejny czynnik modyfikujący wpływ choroby na rodzinę. Depresja prowadzi też do pewnej niepełnosprawności. Osoba chora często nie ma siły na wykonanie codziennych czynności, nawet ubrania się, wyjścia z łóżka czy drobnych czynności samoobsługowych. Najprostsze działania mogą przekraczać jej możliwości. Na potwierdzenie tych słów przeczytajmy krótki opis zamieszczony przez prof. Łukasza Świącickiego w poradniku adresowanym do pacjentów depresyjnych i ich rodzin: „Jedna z moich pacjentek usiłowała popełnić samobójstwo, ponieważ mąż przyniósł jej do kuchni kawałek mięsa z prośbą, żeby zrobiła obiad. Prowadząca od wielu lat domową kuchnię kobieta uświadomiła sobie w tym momencie, że nie wie, co należy zrobić z mięsem, a nawet gdyby wiedziała, nie byłaby do tego zdolna. Zadanie przerosło ją do tego stopnia, że doszła do wniosku, iż nie poradzi sobie z dalszym życiem i zapragnęła umrzeć”¹⁶.

O cyklu życia rodziny czy fazie rozwoju rodziny była mowa już wcześniej, na początku rozważań o rodzinnych źródłach depresji¹⁷. Rodzina w początkowych fazach rozwoju, mająca małe dzieci, będzie inaczej reagowała na chorobę małżonka niż taka, w której dzieci są już prawie samodzielne i nie wymagają takich jak „maluchy” oddziaływań wychowawczych.

Ostatnie dwa elementy przedstawione na Schemacie 1 to wsparcie ze strony otoczenia i przekonania rodziny na temat źródeł choroby. W przypadku każdej choroby nieoceniona jest pomoc bliskich i przyjaciół. Będzie jeszcze o tym mowa w końcowej

¹⁶ Łukasz Świącicki, „Depresja – poradnik dla pacjentów i ich rodzin”, https://www.lundbeck.com/upload/pl/files/pdf/Poradniki/Depresja_srodki_19_04_2012.pdf

¹⁷ Świątochowski, „Rodzina w ujęciu systemowym”, 42-44.

części tego opracowania. Natomiast wierzenia rodziny na temat przyczyn i charakteru choroby mogą być zarówno bardzo pomocne przy radzeniu sobie w tej trudnej sytuacji, jak i bardzo niebezpieczne. Realistyczne podejście do problemu, właściwa psychoedukacja, dobry kontakt z personelem medycznym dają podstawy do optymalnego wykorzystania zasobów rodziny. W przeciwnym przypadku możemy się spotkać z przekonaniami magicznymi lub pseudoreligijnymi, takimi jak „pech”, „kara Boża za...”, „przeznaczenie”. Takie opinie mogą, niestety, bardzo skutecznie blokować zabiegi lecznicze, przyczyniać się do izolacji rodziny oraz wzmacniać poczucie winy, gniew i bezradność.

5. Depresja a życie rodzinne

Każda poważna choroba, w tym również depresja, będąca przedmiotem tego opracowania, oddziałuje na funkcjonowanie rodziny. Ten wpływ jest wielopłaszczyznowy a choroba dotyka cały system rodzinny, wszystkich jej członków. Tym, co najbardziej opisuje rodzinę i na czym koncentrują się badacze, są struktura oraz funkcje rodziny. W dalszej części prześledzimy, w jaki sposób depresja z jej podstawowymi i dodatkowymi objawami zakłóca realizację najważniejszych funkcji rodziny.

5.1. Funkcje pełnione przez rodzinę z problemem depresji

Stan zdrowia członków rodziny jest jednym z wewnątrzrodzinnych uwarunkowań, które determinują pełnienie funkcji rodziny. W klasycznej lekturze z zakresu psychologii rodziny czytamy, że „stan zdrowia członków rodziny stanowi czynnik modyfikujący pełnienie funkcji rodzinnych i związane z nim oczekiwania. Pewne funkcje zyskują na znaczeniu, inne są redukowane, a pozostałe ulegają znacznemu poszerzeniu i charakteryzują się odmienną specyfiką niż w innych rodzinach”¹⁸.

Jedną z pierwszych badaczek, która zainteresowała się zagadnieniem funkcji rodziny była Maria Ziemska. Stworzyła ona klasyfikację, która od lat należy do kanonu psychologii rodziny i jest przedstawiana niemalże w każdym podręczniku z tego zakresu¹⁹. Wyróżniła ona funkcję prokreacyjną, ekonomiczną, opiekuńczo-wychowawczą, socjalizacyjną i psychohigieniczną. Przedstawiony w dalszej części opracowania opis wpływu depresji na życie rodziny będzie również próbą odpowiedzi, jak opisywana choroba zakłóca realizację podstawowych funkcji rodziny. Pierwszym opisanym elementem będą te, które dotyczą relacji z małżonkiem.

¹⁸ Katarzyna Wałęcka-Matyja, „Role i funkcje rodziny”, w *Psychologia rodziny*, red. Iwona Janicka, Hanna Liberska, 113.

¹⁹ Tamże, 105.

5.2. Wpływ depresji na relacje z małżonkiem

W literaturze możemy spotkać opis wielu badań na temat rodzinnych konsekwencji depresji. Syntetyczne ujęcie wyników tych badań znajdziemy w cytowanej już wcześniej pozycji autorstwa Mariana Ledwocha²⁰. Pierwszą osobą w rodzinie z depresyjnym rodzicem i małżonkiem, którą dotyczą konsekwencje choroby, jest współmałżonek. Problemy pojawiają się we wzajemnych relacjach, które noszą znamiona „dysfunkcyjnych wzorów wzajemnych interakcji”²¹. Zdecydowanie obniżają się zdolności komunikacyjne. Porównanie wyników z grupą kontrolną daje podstawy do twierdzenia, że małżonkowie w mniejszym stopniu okazują sobie wsparcie i otwartość oraz gorzej radzą sobie z rozwiązywaniem problemów²². W małżeńskiej komunikacji zauważono więcej, w porównaniu z grupą kontrolną, następujących reakcji²³: zwiększona ekspresja dysforii, emocjonalne wybuchy, negatywne środki używane do rozładowywania napięcia, częstsze niż w grupie kontrolnej przerywanie wypowiedzi, forsowanie rozwiązań przez zdrowego partnera, więcej niż w zdrowych rodzinach pretensji i tonu nakazowego, krytyka częściej niż u osób zdrowych wyrażana nie wprost.

Pacjent depresyjny jest skłonny do manipulowania symptomami depresji, co prowadzi do kontrmanipulacji²⁴. Częste konflikty małżeńskie są spowodowane brakiem zrozumienia ze strony zdrowego partnera, pretensjami i krytyką²⁵, co z kolei przyczynia się do zmniejszenia poczucia bliskości, akceptacji i bezpieczeństwa u osób chorych. Ten ostatni czynnik – poczucie bezpieczeństwa – doświadczane przede wszystkim w relacji z najbliższym otoczeniem, okazuje się bardzo znaczący dla jakości własnego życia osób chorujących na depresję²⁶. Mamy tu do czynienia z mechanizmem błędnego koła: objawy depresyjne wywołują problemy w relacjach, co powoduje krytykę i niezrozumienie, co z kolei prowadzi do wystąpienia depresji chronicznej lub nawrotu ostrej fazy. Dalszym etapem są kolejne trudności w komunikacji i pogorszenie już i tak trudnej sytuacji oraz poczucia jakości życia osoby chorej²⁷.

²⁰ Cyt. za: Ledwoch, *Egzystencjalne aspekty*, 56-57.

²¹ Tamże, 56.

²² Bishopf, *Jak żyć z osobami cierpiącymi na depresję*, 48.

²³ Tamże, 48-54; Ledwoch, *Egzystencjalne aspekty*, 56-57.

²⁴ Ledwoch, *Egzystencjalne aspekty*, 56.

²⁵ Tamże, 57.

²⁶ Katarzyna Nowak, Stanisława Steuden, „Psychologiczne aspekty jakości życia”, w *Jakość życia w chorobie*, red. Stanisława Steuden, Wiesława Okła (Lublin: Wydawnictwo KUL, 2007), 99.

²⁷ Bishopf, *Jak żyć*, 59.

Oczywiście, reakcje chorych małżonków też przyczyniają się do pogłębiania trudności. Weissman i Paykel, których wyniki przywołuje w swojej pracy M. Ledwoch, zauważyli, że depresyjne kobiety częściej inicjowały „konflikty w swoim małżeństwie, okazywały mniej czułości swoim partnerom, nie potrafiły prowadzić otwartej rozmowy o swoich uczuciach oraz ujawniały tendencje do zamykania się w sobie”. Osoba depresyjna była odbierana jak „ktoś będący za ścianą”, co z pewnością nie ułatwia wzajemnej komunikacji²⁸.

Podsumowując opis badań, Marian Ledwoch stwierdza, że „komunikacja depresyjnych par była więc negatywna i nierówna, jaskrawo zabarwiona protekcyjnością, a osoby biorące w niej udział sprawiały wrażenie wyraźnie zaniepokojonych tym procesem”²⁹.

Oprócz problemów komunikacyjnych opisanych powyżej pojawiają się też trudności seksualne wynikające z problemów relacyjnych, z samej natury depresji, poczucia bezradności osoby zdrowej, lęku przed zrobieniem zawodu choremu i stosowanej farmakoterapii³⁰. Wszystko to może prowadzić do negatywnej oceny związku małżeńskiego i rozstania małżonków. Wskaźnik rozwodów w związku z partnerem w przeszłości cierpiącym na depresję jest osiem razy wyższy niż ten w populacji ogólnej³¹.

Niestety, naturalną konsekwencją zaburzonych relacji osoby depresyjnej z jego małżonkiem jest to, co dzieje się na płaszczyźnie rodzic – dziecko. To zagadnienie zostanie przedstawione w kolejnej części opracowania.

5.3. Relacje z dziećmi

Wiele negatywnych konsekwencji depresji dla życia rodzinnego nie różni się od tych, jakie są spowodowane przez inne choroby przewlekłe. Wówczas, gdy jeden z rodziców jest poważnie chory, a taką chorobą jest też z pewnością depresja, cała rodzina „owija się wokół choroby”, co „polega głównie na rezygnowaniu przez członków rodziny z wielu osobistych celów, zadań i ról na rzecz chorego i zachowań medycznych”³². Jest to niebezpieczne szczególnie wobec dzieci, które ze swej natury wymagają więcej zainteresowania ze strony dorosłych i chcą być w centrum uwagi. Zamiast tego wymaga się od nich często rezygnacji z własnych potrzeb, bo „chory zajmuje

²⁸ Ledwoch, *Egzystencjalne aspekty*, 57.

²⁹ Tamże

³⁰ Bishopf, *Jak żyć*, 80-82.

³¹ Ledwoch, *Egzystencjalne aspekty*, 58.

³² Waldemar Świętochowski, „Choroba przewlekła w systemie rodziny”, w *Psychologia rodziny*, red. Iwona Janicka, Hanna Liberska, 396.

pozycję centralną w rodzinie, na nim skupia się uwaga pozostałych osób, przy jednoczesnym zmniejszeniu zainteresowania tym, co robią inni”³³.

Inaczej może wpływać na funkcjonowanie dzieci choroba matki, inaczej ojca. W pierwszym przypadku, dzieciom może brakować matczynej troski, dbałości o czynności pielęgnacyjne, ciepła, które wnosi kochająca matka do rodziny. Choroba ojca to przede wszystkim ryzyko zmniejszenia środków materialnych, którymi dysponuje rodzina³⁴. W bardzo wartościowym poradniku adresowanym do chorych na depresję mężczyzn i ich rodzin, w podrozdziale *Zdrowe ojcostwo* znajdujemy bardzo jednoznaczne stwierdzenie autora: „Oczywiście dla mnie najważniejsze w tej książce nie jest to, że ojcowie generalnie zaniedbują swoje dzieci, lecz to, że z całą pewnością zaniedbują swe dzieci ojcowie cierpiący na depresję”³⁵.

Wśród statystyk przytaczanych przez Mariana Ledwocha znajdujemy odniesienie do badań Zięby i współpracowników, którzy zauważyli, że aż 70 % badanych rodzin z depresyjnym małżonkiem odnotowuje pogorszenie się relacji z dziećmi³⁶. Musimy pamiętać o tym, że chory na depresję rodzic w wielu momentach wygląda i zachowuje się inaczej niż ktoś cierpiący z powodu choroby somatycznej czy rekonwalescent po operacji. Jest sprawny fizycznie, ale nie może wstać z łóżka i zrobić obiadu. Bez powodu krzyczy na innych i jednym słowem można go doprowadzić do łez. Nie wiadomo, dlaczego nie odzywa się godzinami, nie potrafi się uśmiechnąć ani zainteresować tym, co się dzieje w szkole. To wszystko przekracza często możliwości zrozumienia przez osobę dorosłą, a cóż dopiero dziecko. Ono najczęściej nie rozumie zachowań chorego rodzica i może sobie przypisywać winę. O pozostałych reakcjach emocjonalnych dzieci i innych członków rodziny będzie jeszcze mowa w dalszej części opracowania. Teraz przyjrzymy się relacjom społecznym rodziny z depresyjnym członkiem.

5.4. Relacje rodziny z otoczeniem

Wróćmy jeszcze raz do głównych objawów depresji. Jednym z nich jest zamykanie się w sobie i izolowanie się osoby depresyjnej od otoczenia. Dotyczy to również najbliższego otoczenia chorego. W ten sposób postępuje izolacja społeczna cierpiącego na depresję człowieka. Nie jest więc dziwne to, co potwierdzają wyniki badań, że „osoby z rozpoznaniem depresji

³³ Tamże, 395.

³⁴ Tamże.

³⁵ Archibald D. Hart, *Męska depresja*, tłum. Aleksander Gomola (Poznań: W Drodze, 2004), 310-311.

³⁶ Ledwoch, *Egzystencjalne aspekty*, 57.

przejawiają wyższe nasilenie poczucia osamotnienia niż osoby zdrowe³⁷. W efekcie choroby pogarszają się relacje interpersonalne z otoczeniem, osoba depresyjna traci przyjaciół, zawęża się krąg znajomych, szczególnie wówczas, gdy chory nie ma pracy lub przebywa na długotrwałym zwolnieniu lekarskim³⁸. W wyniku tego wycofywania się osoby chorej możemy obserwować wzmocnienie granic rodziny³⁹. Przejawia się to w tym, że rodzina z problemem depresji sama zaczyna się izolować od otoczenia i gorzej komunikować z innymi. Jest to spowodowane wieloma czynnikami: nadmiarem obowiązków, nowym podziałem ról w rodzinie, powodującym duże obciążenie fizyczne i psychiczne, brakiem czasu, poczuciem bycia nierozumianym przez ludzi mających małą wiedzę o depresji. Nie bez znaczenia jest też zachowanie samej osoby depresyjnej – unikającej kontaktu, stroniącej od towarzystwa, ale też niekiedy zachowującej się agresywnie i niezrozumiale dla innych (bierność, smutek, niezrozumiałe reakcje emocjonalne, drażliwość itp.).

Granice rodziny stają się bardziej przepuszczalne, gdy zdrowi domownicy szukają pomocy i oparcia na zewnątrz. Jeśli jednak rodzina próbuje radzić sobie sama i coraz bardziej się zamyka na innych, to może doświadczyć kolejnego, wtórnego już, zranienia. Są nim negatywne postawy sąsiadów, znajomych, którzy, nie rozumiejąc co się dzieje albo opierając się tylko na szczątkowych informacjach (był w szpitalu psychiatrycznym, ma zwolnienie od psychiatry, zabrało go pogotowie), dopowiadają sobie resztę. Wciąż w naszym kraju (i nie tylko) są silne i bardzo krzywdzące stereotypy dotyczące osób chorych psychicznie. Taka stygmatyzacja pogłębia już zapoczątkowany proces izolacji rodziny z problemem depresji. Rodzina doświadcza poczucia bycia „odrzuconym, nierozumianym, napiętnowanym i krytykowanym”⁴⁰.

Z pewnością opisana powyżej sytuacja nie sprzyja procesowi zdrowienia. Osoba będąca w depresji potrzebuje obecności życzliwego i wspierającego otoczenia społecznego, choć często nie ma siły i chęci, aby zapewnić sobie to wsparcie. Wyniki wspomnianych już badań, prowadzonych przez zespół psychologów z KUL-u, potwierdzają, że „jakość życia osób chorych na depresję jest uwarunkowana poczuciem bliskości i bezpieczeństwa” – o czym była mowa wcześniej, ale również – „ogólnym zadowole-

³⁷ Stanisława Steuden, Joanna Sz wajgier-Stączek, „Poczucie osamotnienia a jakość życia”, w *Jakość życia w chorobie*, red. Stanisława Steuden, Wiesława Okła, 115.

³⁸ Cyt. za: Ledwoch, *Egzystencjalne aspekty*, 57.

³⁹ Bishopf, *Jak żyć*, 67- 69.

⁴⁰ Agnieszka Odrowąż-Pieniążek, „Sytuacja życiowa osób chorych psychicznie”, w *Jakość życia w chorobie*, red. Stanisława Steuden, Wiesława Okła, 161.

niem z życia i wykonywanej pracy, a także realizacją potrzeby kontaktu społecznego⁴¹. Dlatego też izolacja społeczna obniża poczucie własnej wartości i zadowolenie z życia osób depresyjnych, powodując jeszcze większe wycofanie osoby chorej i jej rodziny z życia społecznego.

Jak widzimy, depresja w bardzo dużym stopniu wpływa na życie rodziny. Do tej pory zatrzymaliśmy się w tych rozważaniach na relacjach społecznych i komunikacji – ze współmałżonkiem, dziećmi i otoczeniem społecznym. Kolejną, poruszaną w tym artykule kwestią jest zmiana aktywności i standardu materialnego rodziny.

5.5. Zmiana aktywności i standardu materialnego rodziny

Jest wiele przejawów zmian w aktywności rodziny. Osoba depresyjna bardzo koncentruje na sobie uwagę najbliższego otoczenia. Jeśli objawy depresji są bardzo nasilone, to często należy traktować chorego jak małe dziecko, zaspokajając jego najbardziej podstawowe potrzeby, zapewniając bezpieczeństwo, chroniąc przed zagrożeniami (np. zamachem samobójczym) i dając dużo czasu, troski i uwagi.

Choroba, jaką jest depresja, prowadzi do dużego obciążenia rodziny, które w konsekwencji często przeradza się w zespół wypalenia. Sprzyjają temu trzy czynniki: stres istniejący w środowisku rodzinnym, fakt wielu występujących dla domowników ograniczeń oraz ogólny wpływ emocjonalny na członków rodziny⁴². O pierwszym z wymienionych – stresie – pisze Luciano Sandrin: „Istnienie nieustannego stresu, który prowadzi do rzeczywistego i prawdziwego zespołu wypalenia. Wypalenie to jest spowodowane przez nadmiar pracy nie tylko w domu, ale i poza nim”⁴³.

Każda przewlekła choroba, również depresja, wymaga wielu zmian w aktywności i rytmie dnia członków rodziny, którzy pracują, uczą się, mają własne hobby, zainteresowania i przyjaciół. Często domownicy muszą zrezygnować z wielu ważnych rzeczy, ograniczać swoje zaangażowanie zawodowe, społeczne i kontakty towarzyskie, bo priorytetem jest opieka nad chorym. Są to przejawy ograniczeń, o których pisał Sandrin, widząc w nich jedno z trzech źródeł zespołu wypalenia w rodzinie. Wcześniej, przy okazji wpływu depresji na relacje z dziećmi, była mowa o konieczności rezygnacji zdrowych członków rodziny z części ich potrzeb i celów. W efekcie, jak przypomina A. Odrowąż-Pieniążek, rodzina „może mieć trudności ze zna-

⁴¹ Nowak, Steuden, „Psychologiczne aspekty jakości życia”, 99.

⁴² Luciano Sandrin, *Jak się nie wypalić pomagając innym, Sposoby przetrwania zespołu wypalenia zawodowego*, tłum. Magdalena Dutkiewicz-Litwiniuk (Kielce: Jedność, 2006), 124-129.

⁴³ Tamże, 124-125.

leżeniem czasu na odpoczynek, realizację własnych zainteresowań, może zaniechać wysiłku dbania o własne zdrowie i rozwój³⁴⁴.

W rodzinach często następuje nowy podział obowiązków. Trzeba przejąć te, które były domeną osoby chorej i podjąć zupełnie nowe, wynikające z choroby. Taka sytuacja jest trudna i obciążająca dla rodziny, ale ma też szansę stać się rozwojową. Weźmy dla przykładu kobietę, która bardzo rzadko, mimo posiadanych uprawnień, siadała za kierownicą samochodu, bo do tej pory robił to mąż. Teraz, gdy dotknęła go depresja, żona przejęła, nie bez lęku na początku, ten jego obowiązek. Umożliwia to tej kobiecie rozwój umiejętności, którą posiadała, ale z której rzadko korzystała. Niekiedy nowy podział obowiązków w rodzinie przełamuje stereotypy i umożliwia rozwijanie dawno zapomnianych talentów⁴⁵.

Opieka nad osobą depresyjną może być bardzo niewdzięczna i obciążająca. Dlatego też nierzadko rodziny w takich sytuacjach wykazują zachowania ucieczkowe, takie jak angażowanie się w pracę, wykonywanie prac domowych, podejmowanie innych obowiązków, dające możliwość wyjścia z domu⁴⁶. W efekcie narasta tylko zmęczenie domowników i pojawiają się reakcje emocjonalne, kolejne źródło zespołu wypalenia.

Depresja powoduje też konsekwencje finansowe. Są to również ograniczenia dotyczące rodziny. Budżet domowy bywa uszczuplony o koszty wizyt lekarskich, zakupu leków oraz w mniejszym stopniu zasilany przez osobę chorą.

Dodatkowe obciążenia rodziny, ograniczenia będące efektem choroby, przejawy zespołu wypalenia – wszystko to, co było treścią tej części opracowania łączy się z emocjonalnymi konsekwencjami, jakie są udziałem członków rodziny.

5.6. Emocjonalne reakcje członków rodziny

Sytuacja choroby w rodzinie prowadzi do długotrwałego stresu a później nierzadko do procesu wypalenia, o czym przypomniał Sandrin. Depresja u małżonka czy rodzica rodzi wiele emocji u domowników. Zaczynajmy od opisu samego klimatu emocjonalnego, o którym pisze Bischof, porównując go do nastroju żałoby czy rodzinnej tragedii⁴⁷. Smutek osoby depresyjnej udziela się innym członkom rodziny. Ciągłe skargi i dolegliwości chorego wywołują u zdrowych osób poczucie bezradności i złości. Bliscy też sami zaczynają narzekać i unikać tego, co może urazić chorego lub pogłębić ten rodzinny nastrój tragedii. Jak czytamy w opisie sytuacji

⁴⁴ Odrowąż-Pieniążek, „Sytuacja życiowa”, 162.

⁴⁵ Bischof, *Jak żyć*, 75-77.

⁴⁶ Odrowąż-Pieniążek, „Sytuacja życiowa”, 162.

⁴⁷ Bischof, *Jak żyć*, 70-71.

rodzin osób psychicznie chorych, autorstwa J. Dzierżanowskiej-Peszko, „dom wcześniej spokojny i radosny, dający poczucie bezpieczeństwa, staje się miejscem męczącym, smutnym, pełnym niepokoju i niepewności”⁴⁸.

Inne reakcje emocjonalne domowników to „rozpacz, lęk o przyszłość bliskiej osoby, niekiedy bunt, poczucie winy i osamotnienie”⁴⁹. Zatrzymajmy się na chwilę przy przedostatnim z wymienionych. A. Hart pisze, że „pograżony w depresji mężczyzna często wzbudza w osobach z najbliższego otoczenia poczucie winy. Dochodzisz do wniosku, że skoro wszystkie twoje działania nie przynoszą rezultatu, problem najwidoczniej tkwi w tobie”⁵⁰. Smutek, poczucie winy i złość do samych siebie, wrażenie emocjonalnego zużycia i wyczerpania, właściwego dla zespołu wypalenia, to trudne emocje, które mogą przerodzić się w uczucie zazdrości, złości i pretensji do pracowników służby zdrowia a w dalszej konsekwencji złości i pretensji do samej osoby chorej⁵¹. Może to przyjąć postać zaniedbania czy nawet przemocy wobec chorego członka rodziny lub innych domowników.

Sytuacja obecności poważnej choroby w systemie rodzinnym, szczególnie takiej jak depresja, zawsze jest sytuacją bardzo stresującą, nawet kryzysową, i rodzi wiele trudnych emocji. Nie możemy jednak zapominać, że choroba może się stać źródłem emocji będących fundamentem większego zaufania, trwałości systemu, własnej satysfakcji z powodu poradzenia sobie w tej roli. Przypomina nam o tym Sandrin, pisząc: „Pielęgnacja partnera życiowego wpływa wówczas na pogłębienie więzi. Dużo zależy od dotychczasowego rodzaju relacji pomiędzy dwojgiem ludzi, od ich miłości, wzajemnego szacunku i okazywanego sobie uznania, kulturowanych także w dalszym ciągu, także w okresie choroby”⁵².

Do tej pory koncentrowaliśmy się na tym, jak depresja wpływa na funkcjonowanie rodziny. W dalszej części mamy szansę przeanalizować to, jak rodzina radzi sobie z zaistniałą sytuacją.

6. Reakcja rodziny na chorobę

W literaturze przedmiotu znajdziemy wiele podziałów i klasyfikacji dotyczących reakcji rodziny na chorobę. W jednej z nich, opisywanej przez

⁴⁸ Joanna Dzierżanowska-Peszko, „Współpraca z rodzinami osób psychicznie chorych”, w *Człowiek chory w rodzinie*, red. Alicja Kalus, 42.

⁴⁹ Odrowąż-Pieniążek, „Sytuacja życiowa”, 161.

⁵⁰ Hart, *Męska depresja*, 322.

⁵¹ Sandrin, *Jak się nie wypalić*, 127-128.

⁵² Tamże, 128.

J. Dzierżanowską-Peszko, podejmującą zagadnienie współpracy z rodzinami osób psychicznie chorych, znajdziemy podział na 3 kategorie reakcji⁵³:

- **r o z w ó j i r ó ż n i c o w a n i e** – to najbardziej dojrzała reakcja rodziny prowadząca do pogłębienia relacji, większego poziomu empatii i wykorzystania choroby do lepszej integracji systemu, który może funkcjonować nawet lepiej niż przed chorobą;
- **p r z e j ś c i o w e z a ł a m a n i e** – to reakcja rodziny prowadząca do przejściowego pogorszenia funkcjonowania, bo choroba pozbawia członków rodziny energii i inicjatywy; rodzina może sprawiać wrażenie niezdolnej do zmiany o własnych siłach, członkowie mogą się czuć jak ofiary zaistniałej sytuacji; szukanie pomocy na zewnątrz i jej przyjęcie prowadzi do przezwyciężenia kryzysu;
- **p o s t ę p u j ą c a d e z i n t e g r a c j a r o d z i n y** – występuje wówczas, gdy rodzina dzieli się na koalicje i obozy izolujące się od siebie; główne reakcje dotyczą bezradności, beznadziejności i rozpacz; rodzina nie otrzymuje lub nie przyjmuje pomocy i nie potrafi sama wyjść z tej sytuacji, co wpływa na postępującą dezintegrację i rozpad rodziny.

Oczywiście najkorzystniejszą reakcją rodziny jest ta, która została opisana jako pierwsza. Możemy zadać sobie pytanie o czynniki, które sprzyjają tej dojrzałej reakcji domowników na fakt choroby. W literaturze przedmiotu opisuje się kilka takich zmiennych⁵⁴: pełna akceptacja osoby chorej przez członków rodziny, prawidłowe relacje małżeńskie (również pożycie seksualne), właściwa psychoedukacja członków rodziny w zakresie specyfiki choroby, pomyślne przechodzenie przez kolejne fazy radzenia sobie z chorobą, zadowolenie rodziny z zaangażowania chorego w proces leczenia, chęć współpracy rodziny z podobnymi systemami.

Tym, co najbardziej utrudnia radzenie sobie rodzinie z depresją, są trzy elementy opisane przez Bishopf: niedostatek informacji, brak pomocy z zewnątrz i stygmatyzacja rodziny w otoczeniu społecznym⁵⁵. Osobą, która niesie największy ciężar w rodzinie z chorującą na depresję osobą, jest jej małżonek. W dalszej kolejności prześledzimy opis czterech modeli radzenia sobie małżonka z depresją partnera, zamieszczony w książce autorstwa J. Bishopf⁵⁶.

„Mój małżonek jest depresyjny. Nic nie mogę zrobić” – „wspólna osobowość” albo ucieczka⁵⁷ – takimi słowami można określić pierwszy

⁵³ Dzierżanowska-Peszko, „Współpraca z rodzinami”, 35-36.

⁵⁴ Świętochowski, „Choroba przewlekła”, 404.

⁵⁵ Bishopf, *Jak żyć*, 125-130.

⁵⁶ Tamże, 119-130.

⁵⁷ Tamże, 119.

model. Jego cechy charakterystyczne to rezygnacja i utrata nadziei na przezwycięzenie kryzysu. Zdrowi małżonkowie mają poczucie niezrozumienia i obcości. Unikają rozmów o depresji, stającej się tematem tabu. Próbuja sobie poradzić z trudnymi emocjami, stosując mechanizm ucieczki – w pracę, hobby czy relacje ze znajomymi.

Drugi model można streścić w słowach: „Mój współmałżonek jest depresyjny. Powiem mu, co trzeba zrobić. Zwalczanie choroby”⁵⁸. W tym przypadku małżonek zachowuje się aktywnie i próbuje rozwiązać sytuację. Niestety, nie szuka pomocy na zewnątrz. Zwolnienie i hospitalizacja chorego są traktowane przez niego jako przejawy „nietwórczego czasu”. Kiedy osoba depresyjna nie potrafi być aktywna, traci na atrakcyjności w oczach zdrowego partnera.

„Przetrywamy to razem” jest streszczeniem trzeciego modelu⁵⁹. Współmałżonek jest traktowany jako jeszcze jedno dziecko. Następuje tu akceptacja depresji rozumianej jako choroba, a nie jako słabość czy nieaktywność. Tu rodzina przystosowuje się do choroby. Troska o depresyjną osobę wypełnia czas osób zdrowych. Widoczne jest ciągłe organizowanie życia choremu i wyłączenie go z wielu obowiązków. Zdrowy małżonek przenosi odpowiedzialność za zmianę na specjalistów.

„Wspólnie próbujemy znaleźć wyjście z sytuacji” – to alternatywny sposób funkcjonowania w związku właściwy dla ostatniego, czwartego modelu⁶⁰. W tym przypadku następuje zmiana dotychczasowych ról i sposobów funkcjonowania w związku. Małżonkowie rozmawiają ze sobą, zbliżają się do siebie i jednoczą w walce z depresją.

Opis sposobów radzenia sobie rodziny z depresją, dotyczącą całej ich system, był ostatnim zagadnieniem podejmowanym w tym opracowaniu. Zobaczyliśmy, że ta trudna i kryzysowa sytuacja może być nie tylko przezwyciężona przez rodzinę, ale nawet stać się źródłem większej integracji i rozwoju.

* * *

Depresja, która staje się coraz poważniejszym problemem zdrowotnym na świecie jest źródłem cierpienia nie tylko samych osób chorych, ale również rodzin i systemów społecznych, do których należą. Wszystkie objawy depresji doświadczanej przez członka rodziny dotyczą w mniejszym lub większym stopniu cały system rodzinny. Można mówić o wielu rodzinnych przyczynach depresji, wśród których dominują problemy komu-

⁵⁸ Tamże, 120-121.

⁵⁹ Tamże, 121-123.

⁶⁰ Tamże, 123-125.

nikacyjne, konflikty małżeńskie, brak poczucia bliskości, bezpieczeństwa i pewności w związku. Radzenie sobie rodziny z depresją zależy od wielu opisanych czynników i może zarówno doprowadzić do trwałej dezorganizacji systemu, jak i jego rozwoju.

Na zakończenie warto zatrzymać się jeszcze nad zagadnieniem pomocy z zewnątrz, której oczekuje rodzina z problemem depresji. Można tu mówić o trzech głównych formach wsparcia: społecznym, psychologicznym i pastoralnym.

Pomoc społeczna to przede wszystkim zaangażowanie najbliższego środowiska społecznego – bliskich, znajomych, przyjaciół, sąsiadów oraz pomocy instytucjonalnej: ośrodków pomocy społecznej czy centrum pomocy rodzinie. Otrzymując taką pomoc, rodzina może liczyć na odciążenie zdrowego małżonka w opiece nad dziećmi, na nieocenioną obecność życiowych i pełnych troski osób czy na pomoc rzeczową lub materialną.

Wsparcie psychologiczne jest świadczone przez specjalistów w ramach poradnictwa psychologicznego, terapii indywidualnej, małżeńskiej i rodzinnej. Bardzo ważnym elementem ułatwiającym rodzinie poradzenie sobie z problemem depresji jest też dobrze zaplanowana i prowadzona psychoedukacja oraz organizowanie różnego rodzaju grup wsparcia dla rodzin i samych chorych. Dzięki takim oddziaływaniom rodzina łatwiej przezwycięża istniejące trudności, wykorzystuje posiadane zasoby oraz poznaje specyfikę depresji i jej skutków.

Trzecim ważnym obszarem wsparcia, jakiego oczekuje rodzina, jest pomoc pastoralna.

Zorientowany w problemach rodziny duszpasterz, okazujący swoją troskę i pomoc, poradnie rodzinne działające przy parafiach, specjaliści świadczący bezpłatną pomoc przy kościołach, zorganizowane przez duszpasterzy grupy wsparcia czy otaczające pomocą wspólnoty parafialne to tylko niektóre możliwe rodzaje zaangażowania na płaszczyźnie pastoralnej. Włączenie rodziny w taki system pomocy nie tylko daje jej członkom realne wsparcie, ale również jest prawdziwym świadectwem tego, jak parafia żyje Ewangelią i potrafi świadczyć uczynki miłosierdzia wobec najbardziej potrzebujących.

Dzięki zasobom posiadanym przez samą rodzinę, jak również w efekcie wielopłaszczyznowej pomocy udzielanej jej członkom, depresja może się stać nie tylko sytuacją kryzysową, ale również szansą rozwoju i integracji całego rodzinnego systemu.

Bibliografia:

Bishopf Jeannette. *Jak żyć z osobami cierpiącymi na depresję*. Kraków: WAM, 2006.

Dudek Dominika. „Depresja. Poradnik dla pacjentów i ich rodzin”. http://dczp.wroclaw.pl/PDF/BSBP/Depresja_poradnik1.pdf

Dzierżanowska-Peszko Joanna. „Choroba w rodzinie. Empiryczna użyteczność wybranych modeli teoretycznych”, W *Człowiek chory w rodzinie. Analiza problemów i formy pomocy*, redakcja Alicja Kalus, 7-17. Opole: RW Wydziału Teologicznego Uniwersytetu Opolskiego, 2010.

Dzierżanowska-Peszko Joanna. „Współpraca z rodzinami osób psychicznie chorych”. W *Człowiek chory w rodzinie. Analiza problemów i formy pomocy*, redakcja Alicja Kalus, 33-46. Opole: RW Wydziału Teologicznego Uniwersytetu Opolskiego, 2010.

Greenberg Leslie S., Watson Jeanne C. *Terapia depresji skoncentrowana na emocjach*. Tłumaczenie Anna Sawicka-Chrapkowicz. Gdańsk: Harmonia Universalis, 2012.

Hart Archibald D. *Męska depresja*. Tłumaczenie Aleksander Gomola. Poznań: W Drodze, 2004.

Ledwoch Marian. *Egzystencjalne aspekty depresji. Badania empiryczne*. Lublin: TN KUL, 2005.

Łojko Dorota, Suwalska Aleksandra, Rybakowski Janusz. „Dwubiegunowe zaburzenia nastroju i zaburzenia depresyjne w klasyfikacji DSM-5”. *Psychiatria Polska*, 48, nr 2 (2014): 245-260.

Nowak Katarzyna, Steuden Stanisława. „Psychologiczne aspekty jakości życia”. W *Jakość życia w chorobie*, redakcja Stanisława Steuden, Wiesława Okła, 85 – 101. Lublin: Wydawnictwo KUL, 2007.

Odrowąż - Pieniążek Agnieszka. „Sytuacja życiowa osób chorych psychicznie”. W *Jakość życia w chorobie*, redakcja Stanisława Steuden, Wiesława Okła, 153-175. Lublin: Wydawnictwo KUL, 2007.

„Posynodalna Adhortacja Apostolska Amoris Laetitia Ojca Świętego Franciszka do biskupów, kapłanów i diakonów, do osób konsekrowanych, do małżonków chrześcijańskich i do wszystkich wiernych świeckich o miłości w rodzinie”. papa-francesco_esortazione-ap_20160319_amoris-laetitia_pl.pdf

Sandrin Luciano. *Jak się nie wypalić pomagając innym, Sposoby przezwyciężania zespołu wypalenia zawodowego*. Tłumaczenie Magdalena Dutkiewicz-Litwiniuk. Kielce: Jedność, 2006.

Segal Zindel V., Williams J. Mark G., Teasdale John D. *Terapia poznawcza depresji oparta na uważności*. Tłumaczenie Robert Andruszko. Kraków: Wydawnictwo UJ, 2009.

Studen Stanisława, Szwajgier-Stączek Joanna, „Poczucie osamotnienia a jakość życia” W *Jakość życia w chorobie*, redakcja Stanisława Studen, Wiesława Okła, 103-118. Lublin: Wydawnictwo KUL, 2007.

Święćicki Łukasz. „Depresja – poradnik dla pacjentów i ich rodzin”. https://www.lundbeck.com/upload/pl/files/pdf/Poradniki/Depresja_srodki_19_04_2012.pdf

Świętochowski Waldemar, „Rodzina w ujęciu systemowym”. W *Psychologia rodziny*, redakcja Iwona Janicka, Hanna Liberska, 21-45. Warszawa: PWN, 2015.

Świętochowski Waldemar. „Choroba przewlekła w systemie rodziny”. W *Psychologia rodziny*, redakcja Iwona Janicka, Hanna Liberska, 387-409. Warszawa: PWN, 2015.

Walęcka-Matyja Katarzyna. „Role i funkcje rodziny”. W *Psychologia rodziny*, redakcja Iwona Janicka, Hanna Liberska, 95-114. Warszawa: PWN, 2015.

Depresja a życie rodzinne

STRESZCZENIE

Przedmiotem artykułu był problem depresji dotykającej cały system rodzinny. Autorka przedstawiła główne objawy tej choroby. Spośród nich omówiła te, które mają związek z funkcjonowaniem rodziny. Przypomniała główne fazy i funkcje rodziny, by lepiej prześledzić wpływ depresji na życie całej rodziny. Omówiła właściwości choroby, od których zależy rozmiar zmian wywołanych w rodzinie przez tę trudną sytuację. Najwięcej miejsca autorka poświęciła opisowi wpływu depresji na życie całej rodziny, z uwzględnieniem relacji małżeńskiej, kontaktu z dziećmi, kontaktów społecznych, zmiany aktywności i sytuacji materialnej rodziny oraz reakcji emocjonalnych członków rodziny. Ostatnia część opracowania została poświęcona przedstawieniu reakcji rodziny na chorobę. W zakończeniu, oprócz podsumowania całego opracowania, autorka zawarła syntetyczny opis najważniejszych form psychospołecznej i pastoralnej pomocy, jakiej oczekuje rodzina.

Słowa kluczowe: choroba, depresja, rodzina, radzenie sobie z depresją, skutki depresji w rodzinie

Depression and Family Life

SUMMARY

The subject of the article is depression and how it affects the entire family system. The author presents the main symptoms of depression. Among the causes of the disease she discusses those that are related to the functioning of the family. She recalls the main phases and functions of the family in order to better track the impact of depression on its entity. She discusses the characteristics of the disease on which depends the scope of the changes caused in the family by the above difficult situation. Most attention is devoted to the description of the impact depression has on the entire family including the marriage relationship, contacts with children, social contacts, changes in the activity and the financial situation of the family and the emotional reactions of family members.

The last part of the study is devoted to the presentation of the family reaction to the disease. In the conclusion, apart from a summary, the author gives a concise description of the most important forms of psycho-social and pastoral support that the family expects.

Keywords: disease, depression, family, dealing with depression, the effects of depression in the family

