

LUBOMÍR VAŠINA — VOJTĚCH ČERNÝ

DEPRESE

VSTUP DO PROBLEMATIKY

Člověk v závěru XX. století, v období VTR, je vystaven zvýšeným nárokům na své adaptační mechanismy, které se rychle opotřebovávají, pokud není již od dětství posilována jeho biopsychická odolnost vůči stresorům. Zejména se jedná o psychofyzické „otužování“ jedince věku přiměřenou psychickou a fyzickou zátěží. Například zcela nežádoucí je v některých rodinách negativní tendence ušetřit děti i drobných nezdarů či obtíží, což má svůj dopad v nedostatečném rozvinutí biopsychických bariér vůči stresu, v maladaptivních vzorcích chování atd.

Stresorem může být za určitých okolností vše, co vyvolává a mobilizuje takové adaptační mechanismy, které mají konkrétní projev v nadhraničních stresových reakcích. Důležité je označení nadhraniční stresové reakce, protože určitá hladina stresových reakcí je dokonce nutná, neboť udržuje organismus v potřebné psychické a fyzické kondici. To znamená, že stresové reakce jsou součástí základních adaptačních mechanismů organismu, neboť stresory jsou všudypřítomné. Jde pouze o to minimalizovat jejich nežádoucí důsledky a získat vůči nim biopsychickou odolnost.

Stresorem může být skoro vše — od fyzické námahy, přes infekce, úrazy, silné emociogenní podněty až po psychickou námahu. Důležité je, že to, co je pro někoho již stresorem vyvolávajícím stresové reakce až onemocnění, může být pro druhého člověka téměř běžnou zátěžovou situací. U někoho každodenní nepříjemné maličkosti v zaměstnání (např. zbytečná administrativa — tzv. papírování) mohou vyvolat po určité době stres dříve než nějaká zásadní změna v jeho životě. U jiného člověka to samozřejmě může být naopak. Ovšem jsou životní události, které téměř u každého člověka mobilizují nadhraniční adaptační mechanismy, vyvolávají stresové reakce a ohrožují jeho duševní zdraví. Patří sem úmrtí manželského partnera, rozvod, ale i takové příjemné životní události, jako je nečekané prvenství sportovce na významných soutěžích, těhotenství apod. Samozřejmě zde bude rozdíl ve stupni stresovanosti jedince.

Stresové reakce může vyvolat nadměrný hluk, rychlé životní tempo, patologický informační tlak vyvěrající z patologické mezilidské komunikace v důsledku narušených partnerských vztahů apod. Také změny v ži-

votním stylu muže či ženy, které neprobíhají synchronně, mohou vyvolat stresové reakce. Týká se to např. i změny postoje k sexu u stálého partnera, a to dokonce i při změně ve směru k pozitivnímu pólu, nejen ve směru k negativnímu pólu.

Nevyčerpatelným zdrojem stresorů jsou i situace, kdy si člověk není schopný vytvořit časovou rezervu pro splnění úkolu a dohání zmeškané ve chvílích určených k odpočinku a oddechu. V tomto kontextu je nepříznivá i ta skutečnost, kdy si člověk vytvoří pseudopotřebu neustále nových a nových informací, přičemž stávající, již dříve získané informace zůstávají nahromaděny a jedincem nezpracovány v podobě nahromaděné literatury k určitému problému apod. Tato skutečnost tedy nemá nic společného s intelektuální zvidavostí.

Pokud stresory vyvolávají stále intenzivnější stresové reakce, prohlubuje se stupeň stresovanosti, stupeň opotřebovanosti organismu. Stresové reakce, například v pracovním zatížení, nemají tak intenzivní průběh u těch lidí, kteří ve svém povolání spolupřizpůsobují o své práci a do určité míry si mohou určovat tempo a styl pracovní činnosti. Naopak velmi nepříznivě působí kombinace vysokých nároků a nemožnost žádným způsobem zasáhnout do některých charakteristik určité pracovní činnosti. To se může po určité době jako rizikový faktor spolupodílet i na rozvoji duševního onemocnění (od neurozy, deprese až po psychosomatické onemocnění).

Neuroedokrinální změny a následné patologické projevy může vyvolat i pouhé sugestivní sdělování nějakého jevu či události se silným emocionálním nábojem, bezprostředně se dotýkající člověka. A naopak, úspěšně lze využít tohoto mechanismu v psychotherapeutických postupech, kde s pomocí relaxací, sugescí a hypnózy lze posilovat adaptační mechanismy jedince a jeho biopsychickou odolnost vůči stresorům.

Jedním z klíčů k pochopení toho, proč jeden a týž podnět je pro někoho stresorem a pro jiného nespočívá v pochopení úlohy emocí a jejich hodnotící modalit, uplatňující se v permanentních subjekt-objektových vztazích. Dalšími klíči jsou: úroveň základního naladění autonomního vegetativního nervového systému (zda se u konkrétního jedince jedná o převahu sympatoadrenálního nebo vagoinzulárního subsystému), typ neurofyziologické reaktivity, převládající nálada, stav adaptačních bioenergetických výchozích zásob, hodnotový hierarchický systém, postoj k lidem, k sobě samému, k věcem, k jevům. Důležité je i dobré sociální zázemí, rodinné zázemí, schopnost „vnášet“ racionalizace do zátěžových situací atd. Experimenty ukázaly, že kognitivní kontrola zátěžové situace, volní úsilí a pocit dobrého rodinného zázemí umožňuje člověku v mnoha případech nereagovat na stresory Selyeho třetí fázi stresové reakce. Tito lidé si mj. nepřipustí „bez nadějnou“ situaci a jsou konstruktivně aktivní při jejím zvládnutí, v některých případech až po totální vyčerpaní organismu a jeho zánik (viz heroické činy v zájmu vlasti apod.).

Na stupeň stresovanosti má také vliv i osobnostní rovnice každého z nás. Příznivé jsou takové charakteristiky v dynamické osobnostní struktuře, jako je například konstruktivní sociálnost, zahrnující:

a) potřebu někomu pomoci, někoho potěšit, s někým se podělit o příjemný zážitek;

- b) potřebu společné aktivity (komunikace, spolupráce, soutěžení);
- c) altruismus;
- d) afiliaci.

Další charakteristikou ve struktuře osobnosti, která příznivě ovlivňuje míru opotřebenosti organismu v zátěžových situacích, je myšlenková pružnost, převládající optimismus atd. V podstatě se jedná o lidi, kteří dokáží poskytovat to, co se někdy označuje jako psychosociální podpora, o lidi s dobrými vztahy k rodičům, k vlastní rodině, k mikrosociálním a makrosociálním skupinám.

Experimentálně bylo prokázáno, že u těchto lidí působí stresory méně škodlivě, že stresové reakce mají menší intenzitu a tím i menší dopad na psychickou či psychosomatickou oblast, oproti lidem hostilným, lidem s převažujícím destruktivním sociálním chováním (ať již obrazně negativistickým či agresivním).

Lépe čelí stresu ti lidé, kteří jsou schopni prožít alespoň přechodné uspokojení z toho, čeho dosáhli, oproti lidem permanentně nespokojeným a v důsledku toho s emočním napětím.

Další osobnostní faktor, který prohlubuje nepříznivé důsledky dlouhodobě probíhajících stresových reakcí, se projevuje v tzv. chování typu A.

Koncepci chování typu A navrhli M. Friedman a R. H. Rosenman (1959). I když je řada jejich závěrů diskutabilní, některé aspekty této koncepce lze přijmout. Osobnost s typem chování A má výrazné tendence k dominantnímu chování projevujícím se mj. nadměrnou soutěživostí a snadnou akcelerační činností aktivit. Na druhé straně tito lidé nedokáží zpomalit životní tempo a relaxovat. Výrazná je u nich snaha po úspěchu. Mezi další charakteristiky v této souvislosti patří myšlenkový trysk, rychlý expresivní projev, což se někdy projevuje i v tendenci dokončit větu za druhého člověka v řečové komunikaci. Lidé s typem chování A projevují takové zaujetí pro práci, že to vede až k zúžení zájmů. Přitom mají permanentní pocit „boje“ s časem a mnohdy i s nepochopením ze strany blízkých lidí (ovšem to má v řadě případů i reálný podklad). Zvládnutí překážek na cestě k cíli je pro tyto lidi výzvou k jejich silovému překonávání. Mnohdy mají i bohatý sexuální život a tuto oblast často používají za prestižní.

Faktorovou analýzou dotazníku JAS (Jenkins, 1967) dospěli Jenkins a Zyzanski (1970) ke třem faktorům ve struktuře osobnosti člověka s A typem chování: jedná se o rychlost a netrpělivost, zaujetí pro práci a zvýšenou průbojnost. Tito lidé jsou ve stavu permanentního stresu a zvýšili se intenzita působících stresorů tak, že nastane selhání adaptačních mechanismů, projeví se to u nich mj. v nějaké formě kardiovaskulárního onemocnění.

Osobnost s typem chování B je polární typ osobnosti k člověku s typem chování A. V případě selhání adaptačních mechanismů se u těchto lidí mj. projeví nějaká forma gastrointestinálního onemocnění.

Několikrát jsme již uvedli pojem stresor, stres, stresová reakce, aniž bychom pregnantně objasnili jejich obsah. Pro naši potřebu pojmem — stresové reakce — označíme nadhraniční reakce adaptačních mechanismů na zátěžové faktory, pojmem — stresor — zátěžové faktory a pojmem —

stresovanost stupeň opotřebování adaptačních mechanismů a úroveň nadměrné spotřeby adaptační energie v důsledku probíhajících stresových reakcí. Stres je vlastně stav organismu v zátěži, stresové reakce jsou procesuální stránkou tohoto jevu.

V definici by výše uvedené vyznělo následujícím způsobem: stresory jsou faktory, které vedou ke statisticky významnému zvýšení hladiny zejména endorfinů a ACTH oproti normě a které vyvolávají takové emoční reakce a reakce s projevy neuroendokrinními, endokrinními, metabolickými, vegetativními a neuropsychickými, jež signalizují, že jsou nadhraničně mobilizovány adaptační mechanismy čelící zátěžové situaci. Tyto reakce narušují psychofyzickou integritu organismu a označujeme je jako stresové reakce, které vedou k různému stupni opotřebování organismu. Tento stav organismu označujeme jako stres a vyjadřujeme jej stupněm stresovanosti.

Zrekapitulujeme-li si, co bylo doposud uvedeno o stresorech, stresových reakcích a stupni stresovanosti organismu, je zřejmé, že v popředí jsou různé poruchy emocionality.

V psychice člověka, nacházejícího se v permanentních subjekt-objektových vztazích, je vždy obsažena složka emocionální a složka kognitivní. Ovšem podíl těchto složek na konkrétní předmětné činnosti jedince je případ od případu různý. Liší se také podle charakteru vykonávané činnosti; například při umělecké činnosti převažují emocionální charakteristiky, při vědecké činnosti kognitivní charakteristiky.

Tento dynamický vztah mezi oběma složkami se vlivem dlouhodobého působení stresorů narušuje. Emocionální charakteristiky se postupně proslazují na úkor kognitivních a mozková kůra začíná v ještě menší míře ovlivňovat podkoří, než je tomu u jedinců v relativní normě. Tenze se postupně stává chronickou a stále častěji ve vědomí dominují signální a energizující emoce strachu a úzkosti.

Určitý stupeň úzkosti a střední hladina strachu jsou normální běžnou reakcí člověka na každodenní působení stresorů. Ovšem převýší-li jejich intenzita střední stupeň, střední hladinu a zesílí-li jejich nepříjemné vegetativní doprovodné projevy, potom po určité době se stávají chronickými a jsou součástí stresových reakcí i na běžné zátěžové situace v každodenním životě takto postiženého člověka. Po určité době se stávají samy o sobě takovými stresory, které označujeme jako tzv. sekundární stresory. A právě tyto sekundární stresory a permanentní odezva adaptačních mechanismů na ně již jsou příčinou různých forem duševního onemocnění, ať již se jedná o neurózy, fobie, obsese, či deprese. Sekundární stresory také vytvářejí příznivý terén pro psychosomatická onemocnění, oslabují imunobiologický systém organismu a mohou se tak spolupodílet i na vzniku maligního onemocnění. Sekundární stresory jsou také jedním z faktorů, které vedou k suicidálním pokusům. Ale vraťme se k primárním stresorům. Závažnou skutečností je, že dlouhodobě působící primární stresory, zejména psychogenního původu (například patologický informační tlak, vyvěrající z neřešených konfliktů, psychotraumatizujících situací, z převahy negativních sociálních vztahů atd.), mají za následek nejen „napodmiňování“ patologických reakcí člověka i na běžné životní situace, vznik sekundárních stresorů, ale současně mají za následek i vznik pa-

tologických změn v neurobiologických pochodech. Týká se to zejména neurotransmiterů a neuropeptidů, přičemž tyto změny mají opět negativní dopad na psychiku.

V důsledku patologických pochodů, odehrávajících se v CNS a vyvolaných dlouhodobě působícími stresory, neurotransmitery nedostatečně přenášejí kódované nervové impulsy mezi neurony, uskutečňované prostřednictvím synapsí. Týká se to hlavně serotoninu a dopaminu, kdy schopnost příslušných receptorů neuronů reagovat na tyto neurotransmitery je porušena. Jindy dochází ke snížení syntézy neurotransmiterů a jejich nedostatek se projeví řetězcem poruch nejen v oblasti neurobiologické, ale i neuropsychické. V některých případech se člověk narodí již s určitou dispozicí k nižší produkci některých neurotransmiterů. Experimentálně bylo například zjištěno, že lidé trpící depresí mají v porovnání s kontrolní skupinou relativně zdravých lidí méně serotoninu v mozkomíšním moku. Proto v rámci farmakoterapie se začal u těžkých depresí podávat preparát obsahující serotonin.

S neuropeptidy je to ještě složitější. Enkefaliny a endorfiny se uplatňují ve složitých vztazích s hormony a neurohormony. Mají regulační vliv na neurotransmitery. U lidí existují individuální rozdíly v množství syntetizovaných endorfinů a v jejich fyziologických funkcích.

Existují lidé, kteří více méně záměrně vyhledávají stresory provokující stresové reakce a tím i zvýšení hladiny endorfinů. Je to určitá forma „návyku“ na vlastní endogenní morfin.

Tito lidé si například podvědomě navozují časovou tíseň (samozřejmě si to takto neverbalizují, ale uvádějí řadu racionalizací, proč nemohli přijít včas, proč nemohli začít zpracovávat nějaký problém s časovým předstihem atd.), i když objektivní zpětné rozborů jejich režimu práce a odpočinku ukazují na značné časové rezervy. Jiní lidé zase dávají přednost permanentnímu vzrušení před klidem, což mj. opět vede ke zvýšenému vyplavování endorfinů. Úroveň hladiny endorfinů lze také ovlivnit sugescemi a v hypnóze pomocí instrukcí se silným emocionálním nábojem. Tato skutečnost současně poukazuje na nebezpečí patologické komunikace vyplývající například z narušených sociálních vztahů, z nevyřešených konfliktů v rodinných vztazích atd., které jsou mohutným zdrojem stresorů. Je sice pravda, že v té fázi stresových reakcí, kdy odchází k vyplavování endorfinů, chrání tyto látky organismus před psychotraumatizujícím šokem tím, že modulují reaktivní a afektivní složku stresu, podporují nástup pozitivního emočního ladění a nástup alespoň krátkodobé, relativně příjemně prožívané lhostejnosti k příčině psychické zátěže (viz např. výrok: „Mně už je to všechno jedno.“), ovšem poměrně rychle se rozkládají a produkty těchto biochemických pochodů uvolňují ty mechanismy, které se projevují zcela opačným účinkem v oblasti emocionality.

Tím se vlastně uzavírá patologický okruh a cirkulace psychických dějů v jeho obvodu vede k závažným psychickým i psychosomatickým onemocněním.

Nyní se ve stručnosti vraťme k jádrovému problému této studie, a to k problematice exogenních depresí.

Ve statistice faktorů vyvolávajících exogenní depresi na prvním místě figuruje patologická komunikace v narušených mezilidských vztazích,

nevyřešené konflikty v rodinných vztazích, které vedou k maladaptivním formám chování, k poruchám emocionality apod., přičemž tyto vzorce chování přenášejí děti v dospělosti do vlastních partnerských vztahů k opačnému pohlaví, do vlastní, nově založené rodiny. A právě citové pouto mezi manželi, mezi rodiči a dětmi je nesmírně důležité pro harmonii v konstelaci rodinných vztahů, pro pocit bezpečného zázemí, umožňujícího odolávat i silným stresorům.

Exogenní depresí, podle statistických údajů, onemocnělo dvakrát více žen než mužů a objevuje se spíše u lidí sociálně citlivých, se sklonem k altruismu, u lidí se zvýšenou pohotovostí k reakcím na emociogenní podněty, než u lidí avidních, či lidí, kteří preferují abstraktní, analytické a verbální formy vjemů, ale i prožitků a ve svém chování projevující malou emoční odezvu na vnější a vnitřní podněty (tzv. citově chladní intelektuálové). Řada autorů také uvádí, že depresivní onemocnění postihuje především ty lidi, kteří mají tendence ze všech konfliktů, které mají v mezilidských vztazích, obviňovat nejprve sebe, dále mají snahu zmenšovat svoje zásluhy, přeceňovat svoje chyby a celkově se podceňovat. U těchto lidí přetrvává dále pocit méněcennosti po každé jeho aktualizaci než u jiných lidí. To vše klade zvýšené nároky na adaptační mechanismy, které se ve zvýšené míře opotřebovávají i v nepřilíš náročných životních situacích. Tito lidé musejí vynaložit značné úsilí na udržení duševní rovnováhy jak v případě dílčího neúspěchu, tak i úspěchu, štěstí i neštěstí. Výsledkem je opotřebování organismu, poruchy emocionality, deprese, prolínání úzkosti a strachu do minulosti (mučivé vzpomínky, výčitky) se strachem a úzkostí do budoucnosti (obavy z toho, co člověk čeká). Postupně se rozvíjejí patologické depresivní reakce, mající konkrétní projev ve skleslosti, smutku, plačtivosti, trýznivém pocitu beznaděje, zbytečnosti a nesmyslnosti života.

Depresivními reakcemi na nezdary, konflikty, významné životní události reagují lidé i s určitými dispozicemi ve struktuře osobnosti. Jedná se o tzv. anomální osobnosti, dysthymní osobnosti, které jsou v pavlovovské psychofyziologii označovány jako extrémně slabý typ. V tomto případě je nesmírně důležité věas rozpoznat lidi s touto formou rozvíjející se dynamické struktury osobnosti a příslušně modifikovat podněty a v procesu socializace tak ovlivňovat konstituování jejich hierarchického hodnotového systému, formování určitých psychosociálních potřeb a s nimi souvisejících motivů i formování převažujícího stylu zaměření činnosti. Vždyť například jednu z dimenzí strachu lze vyjádřit jako strach o hodnoty, o jejich zachování, včetně zachování té nejvyšší hodnoty, hodnoty tvořivého života.

Přes všechna výše uvedená fakta nelze jednoznačně stanovit takový obecně platný profil osobnosti, který by umožnil se stoprocentní jistotou říci, že člověk s tímto profilem své osobnosti struktury onemocní depresí v případě nepříznivých životních okolností.

Co tedy způsobí, že jeden relativně duševně zdravý člověk v případě dlouhodobě působících stresorů onemocní depresí, jiný neurózou, dalšího téměř nepoznamenají?

Odpověď na tuto otázku zatím neznáme. Rozhodli jsme se řešit výše uvedený problém klinicko-psychologickým výzkumem. Zvolili jsme heu-

ristickou výzkumnou strategii, a proto neuvádíme hypotézy, ale předpokládáme, že adekvátním zdrojem hypotéz budou výsledky našeho výzkumu. Praktické využití výsledků výzkumu lze vidět v modifikaci současných psychotherapeutických postupů u pacientů s dg. exogenní deprese.

Tato studie je pouze dílčí teoretickou základnou neuropsychologického výzkumného úkolu, řešeného na katedře psychologie v Brně. V tomto kontextu je jejím cílem vytyčit ideový a technický plán pro jednu z řady výzkumných aktivit, konkrétně zaměřenou na depresi, a současně objasnit některé proměnné, podílející se na vzniku a rozvoji uvedeného onemocnění. Těmito proměnnými jsou strach, úzkost a obecně — stres. Pochopení mechanismů a zákonitostí, které se zde uplatňují, nám pomůže proniknout i do těch mechanismů a zákonitostí, které se uplatňují při rozvoji strachu, úzkosti a deprese u pacientů s různými formami postižení CNS, a to nejen v průběhu jejich hospitalizace, ale i po návratu do domácího ošetření, kdy často dochází k vážným střetům v mezilidských vztazích pacienta a jeho nejbližších. Takto postižený jedinec si je vědom svých omezených možností (např. komunikace) a reaguje na okolí zvýšenou dráždivostí a odmítáním sociálních kontaktů. Je třeba si uvědomit, že každé postižení CNS vede nejen k neuropsychickým obtížím, poruše mentální aktivity a výkonnosti, poruchám vyšších psychických funkcí, ale současně je i závažným stresorem, který vyvolává strach, úzkost a deprese.

Pochopení této skutečnosti nám umožňuje v praxi modifikovat psychotherapeutické postupy tak, abychom u těchto jedinců vybudovali biopsychické bariéry vůči faktu léze (který působí sám o sobě jako stresor), biopsychickou odolnost vůči dalším stresorům v každodenním běžném životě, který na tyto lidi bude klást zvýšené nároky.

Ovšem, vzhledem k jádrovému problému této studie (kterým je exogenní deprese) jsme si vytyčili následující dílčí výzkumné cíle:

Pomocí ověřených psychologických dg. metod a přístrojové techniky zjistit, které osobnostní proměnné souvisejí s tzv. disponovaností člověka k onemocnění exogenní depresí, neurózou a naopak s biopsychickou odolností vůči dlouhodobě působícím stresorům. Jakou úlohu při tom hraje styl zaměření a kognitivní styl činnosti? Jinak řečeno, ptáme se, zda ovlivňující instrukce terapeuta, projevující se ve změně stylu zaměření, se také projeví i ve změně významového kontextu dominantního sémantického pole pacienta. Zajímá nás úroveň souhry kůry a podkoří. Dalším výzkumným cílem je zjistit, jakou úlohu hraje při rozvoji depresivního onemocnění úroveň sebehodnocení a aspirační úroveň, míra reaktivity na emociogenní podněty a intenzita prožívání experimentálně navozených emočních stavů.

Na základě závěrů z výše uvedených experimentů, budeme modifikovat současné psychotherapeutické postupy a porovnáním výsledků, dosažených pomocí různých therapeutických technik, chceme dospět k takovým postupům, které by urychlily odeznívání depresivních symptomů.

