

DEPRESIE BY SME NEMALI KAMUFLOVAŤ

Mgr. DENISA POVAŽANOVÁ

S profesorom Cyrilom Höschlom sme sa rozprávali o mechanizme a dôvodoch vzniku depresí, o prevencii samovražednosti a o syndróme vyhorenia.

Cyrl Höschl je český psychiater, popularizátor vedy a univerzitný učiteľ. Po zamatovej revolúcii bol prvým slobodne zvoleným dekanom 3. lekárskej fakulty na Karlovej univerzite (1990 – 1997). V rokoch 1990 – 2021 bol riaditeľom Pražského psychiatrického centra, ktoré sa v roku 2015 zmenilo na Národný ústav duševného zdravia v Klecanoch. V rokoch 1990 – 2020 bol vedúcim kliniky psychiatrie a lekárskej psychológie 3. lekárskej fakulty Karlovej univerzity, ktorej je profesorom. V rokoch 2007 – 2008 bol prezidentom Európskej psychiatrickej asociácie a v období rokov 2008 – 2009 predsedom Európskej federácie lekárskech akadémií. V rokoch 2004 až 2011 bol predsedom Českej lekárskej akadémie. Je tiež nositeľom ocenenia Česká hlava.

Prešli sme neľahkým obdobím pandémie, nestačili sme si ani vydýchnuť a prišla vojna na Ukrajine. K tomu sa momentálne pridala obrovská inflácia a energetická kríza. Ako sa toto prejavilo na duševnom zdraví obyvateľov?

Veľmi významne a sú o tom solídne štúdie. Ja som z Národného ústavu duševného zdravia, kde kolegovia v roku 2017 založili epidemiologickú štúdiu, ktorá skúmala výskyt duševných porúch v populácii. To je niečo iné ako ísť do zdravotníckych štatistík alebo ísť do Ústavu pre zdravotnícke informácie a štatistiky, pretože tam sa každý, kto má duševnú poruchu, nedostane. Ak chcem vedieť, ako sú zastúpené duševné poruchy v populácii, tak musím ísť do terénu, do populácie nepsiatrickej s nejakým diagnostickým skríninovým nástrojom a tam to zisťovať. To kolegovia urobili, nevedeli, samozrejme, čo príde, ale je to akoby Pán Boh vedel, že príde COVID-19 v 2019 a 2020 a vnukol im túto

myšlienku, kde druhý zber dát naplánovali na jar 2020. Výsledky z prvého zberu údajov publikovali v európskych časopisoch, medzitým prišiel COVID-19 a ten druhý zber túto štúdiu posunul na úplne inú hladinu, pretože odpovedal na otázku, čo COVID-19 urobil s výskytom hlavných duševných porúch. Rovnakou metodikou, súbor bol 3306 ľudí, to celé zopakovali v dobe, keď vrcholili protipandemické opatrenia. Ukázalo sa, že v porovnaní s dobou pred COVID-19 bol nárast akejkolvek duševnej poruchy o tretinu vyšší. Ja viem, že sa to zdá veľa, ale to je preto, že sú detekovaní aj tí, ktorí nie sú liečení na psychiatrii a pritom majú už klinické problémy. Nárast depresívnej poruchy, ktorá je rozšírenou duševnou chorobou, bol trojnásobný. Na dvojnásobok narástol počet úzkostných porúch a na trojnásobok narástol výskyt samovražedných myšlienok, napočudovanie nie dokonaných samovrážd, pretože to má oneskorenie, to budeme vedieť tento alebo

budúci rok. Čiže u hlavných duševných porúch bol nárast mimoriadny, dvoj- až trojnásobný. U psychóz sa to tak neprejavilo, pretože schizofrenickí pacienti sú voči tomu, čo sa aktuálne deje, pomerne odolní, pretože práve v tom, mimo iného, spočíva táto porucha – v nedostatočnom kontakte s realitou. A to sa v momente, keď je celá spoločnosť v strese, ukazuje ako relatívna výhoda. No ale depresie, zdroj mnohých problémov, vrátane prezentizmu – keď je človek v práci, ale je nevýkonný, či absentizmu, teda práceneschopnosti z rôznych dôvodov, má samozrejme rozsiahle socioekonomické dôsledky. To je obsiahla odpoveď na vašu stručnú otázku.

Psychiatri hovoria, že narastá počet depresí, neuróz a závislostí. Čo je podkladom vzniku depresí? Ak dvaja ľudia zažijú tú istú situáciu, nemusia to zvládnuť rovnako. Čím to je?

Je to dobrá otázka a odpoveďou je asi jednogodinová prednáška



Prof. MUDr. CYRIL HÖSCHL DrSc. FRCPsych., ZDROJ: dvojka.rozhlas.cz

o vzťahu vrodeneho a naučeneho v správaní. Depresia je fenomén, na ktorom sa podieľa vrodená dispozícia, to znamená genetická vložka, ktorá nás činí zraniteľnými voči stresu, voči tomu, ako nám ide život. Neexistujú gény pre depresiu, ale existujú gény na to, ako „čítame“ skutočnosť, teda to, čo sa nám deje. My môžeme tú istú udalosť pre seba vnímať pozitívne alebo negatívne. Na to je veľa príkladov, jeden z nich uvádza Paul Salkovskis, jeden z otcov zakladateľov kognitívno-behaviorálnej terapie: Beží človek na autobus, aby stihol prísť načas do práce a šliapne do psieho výkalu pred domom. Keď ho ovládajú negatívne kognitívne schémy, tak si povie: „To je smola, to som celý ja. Takýto budem mať celý deň, čo celý deň... celý život takýto mám. Že ja som sa vôbec narodil.“ Keď je to človek, ktorého ovládajú úzkostné kognitívne schémy, tak si povie: „No tak teraz sa vrátim, aby som si to očistil, medzitým mi ujde autobus. Prídem neskoro do práce, šéf ma vyhodí,

aj tak ma už chcel vyhodit'. Ak si to neočistím, prídem včas do práce, šéf si privonia, povie, že mám problémy s hygienou.“ A už ho to valcuje. Ak je to človek, ktorého ovládajú paranoidné kognitívne schémy, tak v tej istej situácii povie: „Samozrejme, to urobil pes tej našej susedky. Treba na neho vziať brokovnicu alebo zavolať policajtov.“ Štvrtá možnosť je terapeut, ktorý sa na to pozrie a povie si: „No nie je to dnes práma deň, že som si nezabudol zobrať topánky?“ Rozdiel je v tom, že ten prvý je v rovnakej situácii, v rovnakom kontexte z toho na mašľu, že čo sa mu to stalo, a ten posledný je pripravený otvoriť šampanské, že aký je to práma deň, že má topánky. Sú v rovnakej situácii, stalo sa im to isté a čítajú to o 180° obrátene. V tom, ako sa líšime, je základ toho, ako reagujeme na neblahé životné udalosti. Ten prvý má nepochybne sklon k depresii, zatiaľ čo ten posledný je voči depresii imúnny. Odborne sa to nazýva atribučné kognitívne štýly. Ak sa nám niečo zlé stane,

napríklad zlyháme pri skúške, dostaneme päťku z písomky, a podobne, tak sa naše ego chráni tým, že vymýšľa dôvody, ktoré to vysvetľujú. Napríklad, ten matematikár si na mňa zasadol, práve na mňa niečo liezlo (choroba) alebo bol piatok trinásteho, mal som najťažšiu variantu toho testu, nemám hlavu na matematiku, ja som proste hlúpy... Tie odpovede sa delia do dvoch kategórií. Prvá je pesimistický atribučný štýl – ja som hlupák, nie som na matiku, a tam je to nebezpečenstvo vzniku depresií vysoké, pretože príčina je vnútorná, teda chyba je vo mne, je globálna – teda nemôžem byť napoly na matiku a napoly nie, a tiež stabilná – teda nemôžem byť v pondelok a štvrtok šikovná na matiku a ostatné dni nie. Teda problém je vo mne a riziko depresie je veľké. Ak je to optimistický atribučný štýl – napríklad vtedy bol piatok trinásteho a nabudúce bude iný dátum, takže chyba nie je vo mne, vtedy som mal smolu a nabudúce budem mať šťastie. Tí,



ILUSTRÁČNÉ FOTO, ZDROJ: www.freepick.com

ktorí takto čítajú svoje neúspechy, majú riziko vzniku depresí malé. Snažím sa tým vysvetliť to, na čo ste sa pýtali. Keď dvaja zažijú to isté a jeden dostane depresiu a druhý nie, súvisí to práve s týmito atribučnými štýlmi. Tie sú čiastočne naučené a čiastočne vrodené. Súvisia s povahovým rysom, ktorému sa hovorí neuroticizmus a meria sa Eysenckovým dotazníkom neuroticizmu, ako vrodená vloha k negatívneému čítaniu. Prvý predpoklad k rozvoju depresie je, že máme vysokú mieru neuroticizmu a druhý predpoklad je, že sa nám deje niečo stresujúce, niečo negatívne, nejaké traumy, životné udalosti – niekto nám zomrie, vyhodia nás z práce, a to sa sčítava. Bud' sme veľmi zraniteľní a potom stačí málo, aby sa rozvinula depresia, alebo sme veľmi odolní, máme nízku mieru neuroticizmu a potom musia nastať veľké traumy a udalosti alebo musia byť kumulované, aby bol prekročený prah klinickej depresie.

Je možné s týmto terapeuticky pracovať?

Áno, dá sa s tým pracovať, ale postihnutí sú zvyčajne motivovaní vyhľadať liečbu až keď s tým majú problémy. To znamená, že až keď sa dostanú do situácií, kde sa nízka odolnosť objaví, a to sa môže prejavovať práve rozvinutou depresiou, pocitom vyhorenia alebo telesnými príznakmi, ako sú hypertenzia, arytmia, diabetes II. typu, žalúdočné vredy, čiže civilizačné choroby, ktoré vznikajú ako dôsledok stresu. Málo kto úplne zdravý sa dá otestovať Eysenckovým dotazníkom neuroticizmu a chce so sebou niečo robiť. To sú ojedinelé prípady ľudí, ktorí chcú na sebe pracovať. Metóda, ktorá môže pomôcť, je kognitívno-behaviorálna psychoterapia, ktorá okrem nácviku desenzibilizácie voči záťaži pracuje práve s negatívnymi myšlienkami, s tým začarovaným kruhom, s atribučnými štýlmi – ja som nemožný, ja som hlupák, všetko, čo som urobil, bolo zlé, keďže som nanič, tak všetko, čo ešte

urobím, bude zlé a podobne. Tento začarovaný kruh sa musí preťať, a to nejde urobiť jednoduchou radou, to sa musí trénovať najprv imagináciou (predstavovanie si), potom domácimi úlohami v nejakých písomných obrazoch a potom v realite ako reakcie na skutočné udalosti. Ale sú aj iné psychoterapeutické metódy, napríklad interpersonálna psychoterapia, Gestalt terapia a iné.

Spomínali ste vyhorenie. Ako môžeme rozlíšiť, či sa jedná o vyhorenie alebo o depresiu?

Ono sa to do značnej miery prelína, pretože je móda hovoriť o vyhorení, ktoré je menej stigmatizujúce než nálepka psychiatrického ochorenia. Vyhorenie neimplikuje automaticky psychiatriu, ale skôr takú manažérsku chorobu – mal toho veľa, tak sa zosypal. Akosi to ešte patrí k bontónu. Hoci je depresia oveľa menej stigmatizovaná ako v minulosti, predsa len je to už diagnóza, teda patrí do rúk psychiatra, a to je už kvalitatívny

predel – dostať sa do nemocnice s diagnózou depresia. Nikto nechce mať nálepku psychiatrického pacienta. Málokto sa vie nad to povzniesť. Preto sa mnohým začínajúcim depresiám alebo ľahším formám depresií hovorilo syndróm vyhorenia. Tak to písali praktickí lekári ako dôvod práceneschopnosti, tak o tom hovorili príbuzní a podobne. Rozdiel v skutočnosti spočíva v tom, že vyhorenie má určité fázy, ktorými prechádza, a sú skutočne viazané na rastúci výkon v zamestnaní, ktorý nie je sprevádzaný zodpovedajúcou odmenou, takže narastá pocit, že nie ste spravodlivo odmenení za to, čo sa po vás chce. Nároky stále stúpajú, pocit zadosťučinenia nenarastá, nožnice medzi tým sa otvárajú a dochádza až k akémusi „delíriu“ prezamestnanosti. Vaša práca je chaotická, nie ste schopní udržať veci pod kontrolou, začnete mať konflikty v práci, najmä s predmetom práce, to znamená zdravotníci a lekári s pacientmi, učitelia so žiakmi, začnete sa obrňovať cynizmom, učiteľky hovoria o deťoch ako o sopliakoch a zasranoch, lekári zasa o pacientoch ako simulantoch. Keď som praxoval na chirurgii, tak som počul, ako lekár hovoril zriadencovi, aby mu „hodil to mäso na sálu“. Syndróm vyhorenia postihuje najmä pomáhajúce profesie, ľudí v náročných situáciách, ktorí prichádzajú do styku s veľkým počtom klientov alebo zákazníkov. Poznáte to, keď prídete napríklad do zubnej ambulancie a zaklopete na dvere, tak z druhej strany počujete: „Koho to zas čerti nesú.“ To už sú prejavy vyhorenia. Profesionáli v pomáhajúcich funkciách začnú neznášať predmet svojej práce, začnú mať konflikty s kolegami, začnú si stres liečiť alkoholom a zvýšeným prísunom cigariet, čo je to najhoršie, čo môžu urobiť, pretože alkohol je dobrý sluha, ale zlý pán. On jednorázovo skutočne uľaví. Mám deň blbec, tak si dám pohárik a ono to zo mňa spadne.

Uznávam, že to funguje v mnohých prípadoch, ale keď to týmto spôsobom riešite často, tak si zvyšujete zraniteľnosť voči depresii, pretože alkohol dlhodobo je depresogén. Takže okrem poruchy pečene vám hrozí aj porucha nálady. Ten stres znášate potom čím ďalej tým ťažšie a čím ďalej tým viac alkohol potrebujete, čo vytvára začarovaný kruh. To je syndróm vyhorenia. Zatiaľ čo depresia má iný rozvoj, aj keď syndróm vyhorenia môže vyústiť do depresie. Najprv začnete strácať záujem o veci, stratíte motiváciu, máte smutnú alebo mrzutú náladu, pesimizmus, poruchy spánku, nechutenstvo alebo prejedanie, sebaobviňovanie, potom začnete premýšľať o tom, že život by bolo asi lepšie ani nežiť a to už sú suicidálne myšlienky a keď začnete premýšľať o realizácii, tak to už sú suicidálne tendencie. Stručne povedané, existujú diagnostické kritériá depresie, ktoré musia byť splnené, aby bolo možné určiť diagnózu. Medzi nami, syndróm vyhorenia je veľmi populárny koncept, ale nie je to diagnostická kategória, nenájdete v Medzinárodnej klasifikácii chorôb syndróm vyhorenia ako nozologickú jednotku, ktorú by hradila poisťovňa, to sa väčšinou skrýva pod nespavosťou, úzkostnými poruchami, depresiou ľahkou alebo strednou. Až keď je depresia stredná alebo ťažšia, tak diagnostické kritériá, ktoré sú ako kľúč k určovaniu rastlín, vám určia, že sa jedná o depresiú ako psychickú poruchu. Rozdiely sú v dynamike a subjektívnom prežívaní smútku, beznádeje, pesimizmu. Kým pri syndróme vyhorenia sú to skôr frustrácie z práce, medzilidské konflikty a pocit, že nič nezvládáte. To sa do určitej miery s depresiou prelína, ale inak trsy tých príznakov vyzerajú odlišne.

Neliečené depresie môžu viesť k samovraždám. Existuje nejaká prevencia samovražednosti?

Mnoho krajín v Európe na to

má zvláštne, štátom podporované programy prevencie samovražednosti, ktoré sú rôzne účinné, a keď ich kriticky študujete a hodnotíte ich efektivitu, tak sa to nakoniec zredukujú na niekoľko málo opatrení, o ktorých vieme, že skutočne fungujú. Jedným z nich je zníženie dostupnosti samovražedných nástrojov. Uvediem príklad: samovražednosť skokom z výšky v Prahe klesla, keď sa na Nuselskom moste, kde boli samovraždy dosť časté, urobil plot. Povedalo by sa: „To je nezmysel. Keď mi zabráni preliezť plot, tak pôjdem niekam na skalu a skočím. Tým tomu predsa nezabráni.“ Lenže, čuduj sa svete, to, že bezprostredne zabránite realizácii tohto impulzu, vedie k tomu, že sa medzitým v človeku niečo zmení. Cestou si to môže rozmyslieť, takže keby to šlo ľahko, tak by už bolo po ňom, ale vo chvíli, keď mu v tom zabránite, tak pôvodný impulz medzitým vyhasne, a on to druhýkrát možno neurobí. Takže to má predsa len efekt, aj keď je absolútne nezmyselné, že každá zábrana je definitívna, všetky sa dajú obísť. V Číne to je napríklad dostupnosť insekticídov v kuchyniach, pretože tam sú muchy, a všetky ženy majú v kuchyniach insekticídy, chemické jedy na ničenie hmyzu, čo je pre ne samovražedný nástroj. A uvažuje sa o obmedzení insekticídov alebo o nejakej netoxickéj látke na ničenie hmyzu. U nás napríklad, keď sa po sviatoplyne, ktorý bol častým samovražedným nástrojom, zaviedol zemný plyn, takmer vymizol tento typ samovražd, pretože nie je dostatočne jedovatý na to, aby to bolo spoľahlivé. Čiže týchto opatrení je celý rad. To mimochodom súvisí práve s programami prevencie samovražednosti, takže znížená dostupnosť tohto nástroja tiež viedla k zníženiu samovražednosti.

Ďalšia prevencia je liečiť depresie. Je zaujímavé, že keď sa pozriete po Európe, kde klesla samovražednosť takmer vo všet-



ILUSTRÁČNÉ FOTO, ZDROJ: www.freepick.com

kých štátoch Európy, myslím tým v posledných, povedzme, niekoľkých desaťročiach, tak môžeme vypozerovať, že v týchto krajinách (zistil to kolega Zoltán Rihmer z Maďarska, ktoré má vysokú samovražednosť), spotreba benzodiazepínov a barbiturátov klesá a spotreba antidepresív stúpa, čo sa všeobecne vie. A tento pomer, teda stúpajúci pomer antidepresív k anxiolytikám, alebo klesajúci pomer obrátený, ide ruka v ruku s klesajúcou samovražednosťou. V Maďarsku majú síce stále samovražednosť veľmi vysokú, ale teraz oveľa nižšiu než ju mali pred rokmi. Začínali po revolúcii zhruba na tridsiatich na sto tisíc obyvateľov na rok, a dnes sú niekde na dvadsiatich, to je tretinový pokles, obrovský pokles, aj keď je to stále veľa. Pritom v rovnakom čase narástla rozvodovosť, narástla spotreba alkoholu nameraná počtom cirhózy pečene, pre mnoho ľudí narástla ekonomická náročnosť a nezamestnanosť, napríklad. A to sú všetko javy, ktoré by mali pod-

porovať nárast, napriek tomu však išla samovražednosť dole. A jediné, čím sa to zatiaľ dá vysvetliť, je zvýšená preskripcia antidepresív.

Veľmi zaujímavá je takzvaná gotlandská štúdia. Gotland je pozoruhodný ostrov v Baltskom mori, hodinu letu zo Švédska, ktorý je dobrým epidemiologickým laboratóriom v Európe, pretože má pomerne uzavretú populáciu, s hlavným mestom Visby, s definovaným počtom praktických lekárov. Svojho času tam bol jediný psychiater, Wolfgang Rutz, môj kamarát, ktorý túto štúdiu založil. Rozhodol sa, že bude brániť vysokej samovražednosti na Gotlande, ktorá je paradoxná, pretože Gotland je údajne ostrov s najväčším počtom slnečných dní v Európe, čo by ste nepovedali, je to totiž na severe. Napriek tomu tam bola vysoká samovražednosť. Takže sa jej rozhodol brániť tým, že bude školiť praktických lekárov, ku ktorým každý chodí s bolesťami chrbta, s bolesťami hlavy, s nespavosťou... So všetkým sa tam chodí

za praktikom. Takže praktických lekárov preškolil v tom, ako rozpoznať depresiu a ako ju liečiť. Rok po tomto preškolení samovražednosť dramaticky klesla. Nechcem si vymýšľať, ale bolo to snád' na polovicu, ale iba u žien, zatiaľ čo u mužov len nepatrne. Prečo? Pretože ženy u doktora svoje problémy oveľa viac komunikujú, takže tam osвета zafungovala. Čiže prvé poučenie z tej štúdie bolo, že školenie lekárov je významným preventívnym nástrojom rozvoja samovražednosti. Druhým poučením bolo, že funguje iba tam, kde praktici môžu komunikovať s cieľovou populáciou, a to sú prevažne ženy, ktoré sa chodia k pani doktorke porozprávať, čo muži robia menej. A tretie poučenie bolo, že seba-vražednosť sa rýchlo vracala späť k pôvodnému trendu, takže bolo nutné také školenie opakovať. Takže školenie je významnou prevenciou, ale musí sa stále opakovať, je to nekonečná úloha a funguje zatiaľ hlavne u žien.

