

Vezměte, prosíme, na vědomí, že text článku odpovídá platné právní úpravě ke dni publikace.

Čokoláda na depresi nestačí

Deprese je onemocnění celého organismu. Na jejím rozvoji se podílí jak psychická, tak i biologická zátěž.

Vzhledem k biologickým změnám v nervovém systému se v těžších případech nelze spoléhat pouze na psychoterapii.

Jediné, na co mohu dnešní ráno myslet, je zavřít oči. Minulou noc jsem chtěl zavolat svému bratrovi. Zrovna spal a vzal to otec, což mi připomnělo můj předchozí rodinný život. Neříkal nic urážlivého, ale postupně jsem začal cítit, jak se ve mně hromadí odpor, nakonec jsem s ním přestal mluvit a bylo mi jasné, že se cítím mizerně. Celý předchozí den jsem se cítil vcelku dobře, a přestože jsem neměl žádný důvod být unaven, začalo se mi najednou chtít strašně spát. Dnes ráno jsem chtěl pracovat na svém projektu, který jsem kvůli depresi nedokončil. Sedím tu k smrti unavený. Cítím se příšerně a vůbec mi to nemyslí. Nechce se mi dělat vůbec nic. Chce se mi doplazit se do díry a navždycky vymizet z tohoto světa. Nenávidím se. Kdy projekt dokončím? Co bude? Na začátku týdne se mi zdálo, že mi modlitba pomáhá, ale dnes ne. Prokletý Bůh se svým ledovým srdcem mě opustil. Nejspíš by nakonec asi bylo nejlepší, kdybych se nebyl narodil.

Myšlenky, které se honí hlavou člověku postiženému depresí, pozná ve svém životě alespoň jednou každý z nás. V určité formě postihuje deprese na celém světě přibližně 20 % žen, 10 % mužů a kolem 5 % dospívajících. Zhruba polovina z nich zažívá depresivní epizody vícekrát než jednou. Každoročně postihuje okolo 17,6 milionu lidí, a tak patří k nejčastějším psychologickým problémům současnosti.

Ročně spáchá sebevraždu kolem 15 % z trpících depresí nebo bipolární poruchou. Ve Spojených státech je sebevražda následkem deprese na devátém místě příčin úmrtí. Většina psychologů a psychiatrů se navíc domnívá, že tato čísla ještě zdaleka nevystihují skutečné rozšíření deprese v lidské populaci. V řadě případů totiž lidé trpící depresí lékaře nebo psychologa nevyhledají, snaží se pomoci si sami, nezřídka alkoholem nebo jinými povzbuzujícími nebo návykovými látkami, a jejich trápení tak zůstává okolí do značné míry skryté.

Bezmoc a strach

Podle Stuarta Yudolfského z oddělení psychiatrie v Baylor College of Medicine v Houstonu zatím nikdo přesně neví, co depresi spouští, přestože se podařilo již několik faktorů doprovázejících vznik depresivního onemocnění identifikovat. Na jeho rozvoji se může podílet biologická zátěž, jako jsou některá tělesná onemocnění nebo porod, psychická zátěž, například při ztrátě blízké osoby nebo při dlouhodobém stresu, genetické vloh, nebo určité okolnosti vývoje osobnosti. V řadě případů ovlivňuje vznik a rozvoj deprese několik faktorů zároveň.

Deprese se liší od běžného smutku, mnohdy ani nemá žádnou zjevnou příčinu, může se objevit prakticky kdykoliv a postihnout kohokoliv. „Zkoušeli jsme například zjistit, zda může mít na rozvoj deprese u dětí vliv prožitá posttraumatická stresová porucha,“ říká Marek Preiss, psycholog z Psychiatrického centra Praha. „Měřili jsme subjektivní depresivitu u dětí z Bosny, které posttraumatickou stresovou poruchu vlivem válečných i civilních událostí zažily. Předpokládali jsme, že se u nich setkáme s vyšší hladinou depresivity než u dětí, které válečný konflikt nezažily. Naše hypotéza

se ale nepotvrdila. Dnes si to vysvětlují tím, že v lidské psychice existuje určitá rovnováha, a přestože má člověk podstatně horší životní podmínky, nemůže zůstat hladina subjektivní nepohody zvýšená dlouhodobě. U některých dětí se dokonce ukázalo, že jejich subjektivní hladina depresivity souvisela s něčím úplně jiným než s posttraumatickou stresovou poruchou.“

Některé americké výzkumy vedené Americkou psychologickou asociací ovšem naznačují, že u některých žen postižených depresivní poruchou hraje úlohu závažné emocionální trauma v dětství. Podle nich bylo až 37 % žen trpících depresí do svého 21. roku závažně postiženo tělesným nebo sexuálním zneužitím. U těchto žen potom nadále přetrvává pocit viny, nízké sebehodnocení či sebezraňující chování.

V populaci je podle Marka Preisse možné vytipovat typy osobností, které budou s vyšší pravděpodobností k depresi náchylné. Výsledky zahraničních výzkumů docházejí k zajímavým závěrům. U mnoha pacientů trpících poruchou nálady, jako je deprese, je velmi výrazně zvýšena jedna z temperamentových dimenzí, která se nazývá harm avoidance a která člověka vede ke snaze vyhnout se poškození ze strany svého okolí. Nadměrné zdůraznění tohoto osobnostního rysu vede s velkou pravděpodobností k rozvoji úzkostné nebo depresivní poruchy. „Literatura popisuje, že zvýšenou dimenzi harm avoidance nacházíme nejen u lidí ve stadiu akutní deprese, ale i poté, kdy deprese ustoupí a kdy jsou třeba už propuštěni z léčby. V jejich případě jde tedy o celkovou psychickou orientaci na obavy z možného poškození,“ říká Marek Preiss.

U pacientů trpících opakovanou depresí se můžeme setkat také s dalšími typickými osobnostními rysy. Patří mezi ně nižší zvědavost, menší schopnost reagovat na podněty z okolí a nižší aktivita. Jsou zaměřeni více na sebe, mají menší schopnost sebetranscendence, což může u těch, kteří zároveň trpí poruchou osobnosti, souviset s určitou osobní nezralostí. „Ačkoli jsou hodně zaměřeni na sebe, jen málo se orientují na řízení svého vlastního života a více se nechávají vléci okolnostmi,“ říká Marek Preiss. „Člověk by měl být pokud možno aktivní, neměl by trčet v pasivitě, měl by se snažit se svou situací něco dělat, to je také dobrá prevence proti depresi,“ souhlasí Lucie Motlová, která pracuje jako psychiatr na stejném pracovišti. Podle ní jsou depresí ohroženi zejména lidé v trvale podřízeném postavení bez možnosti jej jakkoli ovlivnit. „Depresí například neonemocní manažer, jak bychom na základě jeho vytiženosti a stresu čekali, ale spíše jeho podřízený, který nemá ve svém postavení takový vliv.“

Biologické dispozice k depresi

Možná ještě větší význam než psychické příčiny mají příčiny na tělesné nebo přímo genetické úrovni. Deprese může být vyvolána některými léky nebo závažnými onemocněními. Výrazným rizikovým faktorem rozvoje deprese je například infarkt myokardu, cévní mozková příhoda nebo onemocnění štítné žlázy. „Jednou z příčin deprese může být nedostatečné prokrvení mozkové tkáně a nedostatek kyslíku. Téměř každý druhý pacient, který prodělal cévní mozkovou příhodu, onemocní depresí,“ říká Lucie Motlová. „Pacienti, kteří jsou po infarktu myokardu depresivní, jsou přitom ohroženi úmrtím během následujícího roku dva až čtyřikrát častěji než pacienti, kteří přežijí infarkt myokardu bez následné deprese.“ Některé studie nacházejí souvislost mezi rozvojem deprese v dospělosti a komplikacemi během těhotenství, zejména v případě dětí narozených s nízkou porodní hmotností a u dětí s nedostatečnou výživou mozku v plodovém období. Zvýšenou měrou jsou takto ohroženy například děti kuřaček nebo žen zneužívajících alkohol či jiné návykové látky. Stojí za to dodat, že tyto souvislosti neplatí pouze u deprese, ale i u jiných duševních onemocnění, jako je například schizofrenie. Zdá se však, že lze jen velmi těžko přesně říci, jaké patofyziologické procesy na biologické úrovni k depresivnímu projevu vedou. Současné vědecké metody zkoumání jsou stále ještě příliš nedostatečné.

Podle Lucie Motlové jsou mechanismy vzniku depresivních poruch i některých ostatních duševních nemocí velmi podobné – změna reaktivity mozku či změna plasticity nervových sítí. Za těmito procesy stojí s velkou pravděpodobností mimo jiné genetické vlohy. Rodokmenové studie uvádějí nejvyšší procento dědičnosti u bipolární poruchy, kde je u dítěte 25% pravděpodobnost onemocnění v případě, že je nemocný jeden z rodičů. Pokud jsou nemocní oba rodiče, je tato pravděpodobnost 50–70 %. U jednovaječného dvojčete je v případě výskytu onemocnění u druhého pravděpodobnost kolem 40–70 %, u dvojvaječných 20 %. U unipolární depresivní poruchy je procento dědičnosti nižší. Při postižení jednoho z rodičů je u dítěte pravděpodobnost výskytu kolem 10–13 %.

Učinit zodpovědné za depresivní poruchy jednoznačně genetické vlohy je ovšem také těžké. „Z klinické praxe víme o lidech, kteří mají deprese v rodinné anamnéze, známe ale také řadu pacientů, u kterých široko daleko v rodině nikdo depresí neonemocněl,“ říká Lucie Motlová. Je ovšem možné, že se genetické dispozice projevují různým způsobem, nebo že je rozvoj této poruchy závislý na více genech malého účinku. „Přesvědčivějších výsledků se při pátrání po chromozomech zodpovědných za depresivní poruchu podařilo dosáhnout u bipolární poruchy, kde se v současnosti pátrá hlavně na chromozómech 4, 18, 21 a X,“ říká Lucie Motlová. „U unipolárních depresí a u periodické depresivní poruchy je ale situace složitější a zdaleka ne tak jasná.“

Psychologické i biologické dispozice vedou bezprostředně k neurochemickým změnám v organismu, které člověk na psychické úrovni vnímá jako pokles nálady a následnou depresi. Jistou roli při depresi mohou také hrát abnormální hladiny některých stresových hormonů v mozku. Nejdůležitější změny probíhají na ose regulující výdej hormonů nadledvin, což je osa limbický systém, hypotalamus, hypofýza, kůra nadledvin, která může být v některých případech u pacientů trpících depresí značně rozladěná. Na zakončeních nervových buněk se snižuje množství nervových přenašečů, zejména serotoninu a noradrenalinu, které jsou zodpovědné za přenos nervového vzruchu mezi nervovými buňkami. U pacientů také může docházet ke změnám v nervových zapojeních, vytváří se tak mapa deprese, kterou je nutné odstranit léčbou.

Kombinace léků a psychoterapie

Právě na změnu hladiny neuropřenašečů se orientuje farmakoterapie depresí. „Naprostá většina depresivních pacientů má dobrou odezvu na antidepresiva. Díky nim se také podařilo zjistit, které neuropřenašečové systémy jsou u deprese v nerovnováze. Antidepresiva dokážou korigovat nedostatek těchto neuropřenašečů na synapsích mezi neurony,“ říká Lucie Motlová. „Antidepresiva ale nelze používat bez rozmyslu, v případě bipolární poruchy by dokonce mohla vést k přesmyknutí do manické fáze. Proto se při léčbě bipolárních poruch používají spíše léky udržující dlouhodobě náladu na stejné úrovni. Příkladem může být lithium, které má celou řadu mimořádných účinků a ani novými léky nebylo dosud překonáno. Naopak u unipolárních depresivních poruch se lithium používá spíše v mimořádných případech, pokud antidepresiva nezabírají.“

Mezi účinné medicínské metody, o kterých stále panuje zkreslená představa, patří i elektrokonvulzivní léčba elektrošoky. Dávno se nejedná o drastickou léčbu. Dnes se jí pacient podrobuje v celkové anestezii a i přes občasné vedlejší účinky, jako jsou výpadky paměti, nedochází k poškození mozku a je tedy relativně šetrná. Mechanismus jejího působení není ještě zcela objasněný, její nepopíratelnou výhodou je ovšem podstatně rychlejší působení, než je tomu v případě antidepresiv. Jinou slibnou metodou je transkraniální magnetická stimulace. U sezonních afektivních poruch nemůžeme pominout ani populární léčbu světlem. Ne vždy je ale možné, anebo dobré sáhnout po lécích nebo po léčení elektrickým proudem. V některých situacích může být vhodnější použití psychoterapie. Pro psychoterapii hovoří také dlouhodobější výsledky po ukončení léčby. „Při rozhodování o formě léčby bych se řídila v první řadě závažností onemocnění,“ říká Lucie Motlová.

„Psychoterapii samu o sobě bych zvolila u mírných nebo maximálně u středně těžkých depresí. Rozhodně bych ji nedoporučovala u těžších depresí.“ „Pokud bychom psychoterapii chtěli použít u pacienta s těžkou depresí, měla by sloužit jen jako podpůrná forma léčby,“ souhlasí Marek Preiss.

Ani s volbou psychoterapeutické metody to podle Lucie Motlové není tak jednoznačné. „Ověřené v kontrolovaných studiích jsou především dvě, a to je kognitivně-behaviorální a interpersonální terapie,“ říká. „Při porovnávání těchto psychoterapeutických metod s účinky farmakoterapie dopadly tyto dvě metody poměrně dobře. Obě dvě metody totiž velmi dobře zapadají do modelu deprese – buď pracují s černými myšlenkami depresivního pacienta a pokoušejí se přerámovat jeho negativní vnímání světa, anebo pracují se vztahy a rolemi, které pacient prožívá. Při léčbě depresí můžeme samozřejmě používat i jiné typy psychoterapií, jako je krátká dynamická nebo rogersovská terapie, ty ale nejsou prověřené a mohou se použít jako doplněk.“

S tímto názorem se ale úplně neztotožňuje Marek Preiss. „Nejsem si jistý, zda se dá říci, že by při léčbě deprese byla interpersonální psychoterapie úspěšnější než třeba psychodynamická. V praxi to také tak nefunguje. Při volbě psychoterapeutické metody bych se řídil pacientem. Některým spíše technicky zaměřeným pacientům spíše vyhovuje kognitivně-behaviorální terapie. U pacientů s problematickou rodinnou anamnézou by možná byl účinnější náhled získaný psychodynamickou psychoterapií. A u inteligentních pacientů, kteří jsou schopni dobré introspekce bych se nebál ani psychoanalýzy.“

Při prevenci depresivního onemocnění anebo při jeho lehčích formách můžeme sáhnout i k „přirozeným“ metodám. Jednou z nejúčinnějších metod je sportování. Během fyzické námahy dochází v organismu k celé řadě pozitivních procesů, které jednak umožňují vyplavení endorfinů, jednak svalovou relaxaci a vedou k celkovému vnitřnímu uklidnění a navození pocitu pohody. Některá pracoviště proto cvičení a sport zařazují s úspěchem do svého programu.

Řada diskuzí se vede také kolem vlivu stravování na rozvoj deprese. Některé studie se snaží dokázat, že je možné náladu člověka ovlivnit složením potravy, zejména pokud do ní zařadíme potraviny bohaté na tryptofan, z něhož v těle vzniká nervový přenašeč serotonin. Vzniká tak řada doporučovaných jídelníčků, které se opírají zejména o konzumaci tropického ovoce obsahujícího tryptofan ve větší míře. „Je ale otázka, zda náš mozek dokáže tryptofan z takové potravy využít,“ pochybuje Lucie Motlová. „Mluví se třeba o čokoládě. S její pomocí lze překonávat nešťastnou lásku. Ale člověk nemocný depresí většinou trpí nechutenstvím, takže mu čokoládou stejně nepomůžete,“ dodává.

Zdroj: www.rodina.cz