

Kazuistika

Depresia ? Kto si ?

E. Hertelová

Depression ? What is it ?

Súhrn

Cieľom tejto práce je priblížiť problematiku ochorenia depresie. Rôzne názory či predsudky laikov poukazujú na to, že toto ochorenie nepoznajú a nechápu pacienta. Horšie je však, ak ide o podceňovanie tejto choroby zdravotníkmi. Článok sa zameriava na definovanie depresie ako zdravotníckeho problému. Oboznamuje s prejavmi ochorenia, faktormi, ktoré vplyvajú na vznik a rizikové faktory depresie. Prácu som obohatila o veľavravnú kazuistiku. Týmto by som sa chcela pripojiť k aktivitám organizácie Ligy za duševné zdravie (lit. 14).

Kľúčové slová: depresia, prejavy ochorenia, rizikové faktory, psychické problémy, duševné zdravie, psychiatrické ošetrovatelstvo, predsudky

Summary

The main aim of this paper is advance affection of depression. Different thought whether prention stranger allocate at it, that thist affection unwitting and misunderstand patient. Worse is indeed, on the proviso that is concerned misprision this illnesses medico. Link myself slant on definition melancholy look like sanitarian problem. Inform with manifestation affection, input, which exercise an influence on genesis and danger factors of depression. Labor I am enrich at garrulous case reports. Herewith I would myself volition annex to movement organization Liga za duševné zdravie (Ref. 14).

Key words: depression, manifestation affection, danger factors, mental problems, sanae mentis, psychiatric nursing, prention

Úvod

Úloha sestry je pomáhať jednotlivcovi v zdraví alebo chorobe, vykonávať činnosti prispievajúce k zdraviu alebo dosiahnutiu pokojnej smrti, ktoré by vykonával bez pomoci, ak by na to mal potrebnú silu, vôľu a vedomosti. Sestra to robí tak, aby mu pomohla získať čo najskôr nezávislosť.

Podľa Hendersonovej filozofie ošetrovatelstva ak sa na túto úlohu pozeráme ako na službu určenú na uspokojovanie ľudských potrieb, je všade rovnaká, pretože všetci ľudia majú rovnaké potreby. Má však nesmierne veľa podôb, lebo neexistujú dvaja ľudia, ktorí by svoje potreby interpretovali rovnakým spôsobom. Pohľad ošetrovatelstva na každého klienta – pacienta je teda holistický. Súčasne sa zameriava na

biologickú, psychologickú a sociálnu stránku osobnosti človeka. Spomenutá charakteristika ošetrovatelstva má klientovi – pacientovi zabezpečovať právo na komplexnú starostlivosť, ktorú sprostredkúva zdravotnícky personál. Jeho úlohou je realizovať primárnu, sekundárnu a terciárnu prevenciu – teda rozvíjať a udržiavať zdravie, pôsobiť proti vzniku choroby, liečiť už vzniknutý zdravotný problém, eliminovať komplikácie, pomáhať vyrovnávať sa so vzniknutým stavom a dosiahnuť pokojnú smrť. Pod pojmom zdravotný problém si asi väčšina zdravotníkov predstaví somatické ochorenie – úraz hlavy pri autonehode, zlomenina stehnej kosti alebo peritonitída. To sú stavy, ktoré si vyžadujú zo strany lekárskej starostlivosti rýchly a správny postup liečby. No existujú aj ochorenia, ktoré nám na prvý pohľad pripadajú ako neškodné. Výnimku tvorí asi len skupina zdravotníckych pracovníkov, ktorí ošetrojú psychicky chorých pacientov. Tí, ak

Lekárska fakulta UPJŠ v Košiciach

Adresa: Mgr. Eva Hertelová, Lúčna 208, 076 12 Kuzmice, Slovensko

sa to vôbec dá porovnať, hovoria o depresii ako o ochorení, ktoré spôsobuje pacientovi prinajmenšom také muky ako rakovina, či iné závažné ochorenie. A tiež úspešnosť liečby nie je u každého pacienta zaručená. V mnohých prípadoch je to smrteľné ochorenie. Niekedy je nebezpečnou komplikáciou iného základného ochorenia. Často chce byť ešte záhadnejšou a zahaluje sa pod rúškom somatických ťažkostí, až sa nakoniec po dlhom procese neúspešnej diagnostiky pacient dostane do psychiatrickej ambulancie. Aj preto som sa ako sestra začala viacej venovať tejto chorobe. Počula som na toto ochorenie prirôvanie, že je ako „smrť zažíva“. Ako vo všetkom v živote, aj tu platí, že kto ho neprežil na vlastnej koži, nevie to úplne pochopiť. Z praxe na strednej a vysokej škole som si odniesla jedno veľké poznanie, a to, že rutina v sociálnych vzťahoch a pohľade na klienta – pacienta znamená prirodzene automatický úpadok povolania danej sestry. Nebezpečná je neinformovanosť. Je ťažké osobne si predstaviť rolu klienta – pacienta, ktorý sa zverí sestre so svojím vnútorným trýznením a diplomovaná sestra reaguje otázkou: „Ale ako je možné, že máte depresiu, máte problém?“

Definovanie depresie

„Zvládnutie depresie je jeden z najväčších životných úspechov,“ povedal Earnie Larsen (12). Depresia je duševná porucha tak nevysvetliteľne bolestná a prchavá, že človeku – jeho mysliacemu intelektu – sa zdá, že ju hádam ani nie je možné vyjadriť slovami. Preto je takmer nepochopiteľná pre tých, ktorí ju osobne nezažili v jej najextrémnejšej podobe. Ľudí sa občas zmocňujú ťažkosti každodenného života, a preto majú možnosť získať približnú predstavu o tejto chorobe v jej katastrofickej podobe (12).

Prečo je depresia problém?

„Veď je to choroba, ktorá nebolí, neštípe, neumiera sa na ňu.“

„Každý sa môže cítiť depresívne, keď musí prekonávať vážne problémy.“

„Depresia sa dá zvládnuť silou vôle, sebazaprením a prácou.“

„Stačí, ak človek prestane myslieť na „čierne myšlienky“.“

Tieto názory laikov poukazujú na to, že depresiu nepoznajú a nechápu pacienta v podobe príbuzného, kamaráta, kolegu, či známeho. Horšie je, ak ide o podceňovanie tejto choroby zdravotníkmi. Jeden z mnohých životných príbehov poukáže na nepravdivosť spomenutých názorov. Alebo predsudkov?

Kazuistika

Nikdy som si nemyslel, že sa vo svojom živote niekedy stretnem so skutočným psychiatrom. Vždy som ich považoval tak trochu za hrdinov televíznych komédií, ktorí sú natoľko pomätení, že si za ženu zoberú ešte pomätenejšie dievča. A vôbec, nikdy som si nemyslel, že by som ja sám mohol

potrebovať niekedy psychiatriu. Vyše 50 rokov som žil normálny život, ako sa hovorí „držal som sa pri zemi“, nepúšťal som sa na tenký ľad, žil som celkom šťastne.

Nikdy som nefajčil, vypil som si iba pri skutočne sviatočných príležitostiach, o drogách som počúval iba z rádia a televízie. Vždy som bol poctivý, či v rodine alebo v práci, nemal som žiadne zásadnejšie problémy. V minulom režime som bol „trpený odborník“, po roku 1990 sa mi po rodičoch vrátil nejaký majetok a začal som podnikáť. Celkom sa mi darilo, založil som si firmu, ktorá prosperovala, po čase som bol schopný zamestnať niekoľko ľudí z okresu. Montovali sme televízne antény a mali sme slušnú prácu i zárobok.

Minulej jari sa mi akosi prestalo dariť – nie finančne, ale osobne. Práce i zákaziek bolo stále viacej, takže firma prosperovala. Len ja som si prestával veriť, že to zvládnem. Večer som chodil spať so starosťami, v noci som sa prebúdzal a v hlave som si neustále premieľal všetky možné problémy, neúspechy a katastrofy. Napríklad som vymýšľal, čo by mohli nájsť kontroly vo výkazoch, že by sa mohol niektorý pracovník zraniť, či dokonca zabiť pádom zo strechy, že som rodine na príťaž, lebo stále iba pracujem, nevenujem sa dost' manželke, deťom a vnúčatám, dostal som strach, že mám rakovinu (pobolieval ma žalúdok) a vôbec, premýšľal som o samých neradostných veciach. Potom som zaspával, ten spánok už nestál za nič a ráno som vstával ako dolámaný.

Stále ma však držal zmysel pre povinnosť a keď som sa dal do práce, nikto na mne nič nepozoroval. Pracovalo sa mi stále horšie, musel som na bežné veci vynakladať stále viacej námahy, ale firma išla stále dopredu. To bolo skôr horšie ako lepšie, lebo práce pribúdalo a mne síl ubúdalo. Žalúdok ma bolel stále viac, preto som navštívil našu obvodnú lekárku. Chcela ma poslať niekam na ďalšie vyšetrenia, na to som však nemal čas, ale tiež som sa bál – dnes už priznávam – čo mi asi mohli zistiť. Povedal som jej, že si prajem, aby ma liečila ona sama, že si myslím, že sú to žalúdočné vredy, ktoré sú v našej rodine, a že jej verím. Dala mi nejaké prášky, odporučila diétu a životosprávu a hovorila, že mám hlavne veľa odpočívať a spať. Nemohol som jej povedať, že už tri mesiace poriadne nespím. Potom by sa vypytovala, ako som na tom celkovo, a ja som o tom rozhodne nechcel nikomu rozprávať. Hovoril som si, že to musím prekonať silou vôle. Vďaka diéte som začal priberať a to ma viedlo k ďalšej pohodlnosti. Keď som mohol v sobotu a nedeľu spať o niečo dlhšie a dohnať tak nedostatok spánku z celého týždňa, využíval som to, a predsa ma to neosviežilo. Vstával som pred obedom, ale mal som dojem, že zo všetkého najradšej by som zaliezol naspäť do postele a utiekol pred celým svetom. Najprv som mal záujem o šport, tiež o politiku, sledoval som, čo sa u nás a vo svete deje, teraz som sa k tomu nedostal ani cez víkend. Prestal ma baviť svet.

Prestal ma baviť život. Začal som premýšľať o tom, že nielen mne, ale tiež ostatným by bolo lepšie, keby som sa z tohto sveta vytratil. Na samovraždu som nepomýšľal, ale nechcelo sa mi žiť. Keby to bolo možné zariadiť nejakou nehodou, súhlasil by som s takým riešením. Čo to bol za život?! Ráno bolo stále ťažšie vstávať, dopoludnia čím ďalej

nemožnejšie predstierať, že pracujem, len preto, že nemôžem zlyhať, že musím ukázať vôľu, ale načo?

Leto bolo horúce, takže unavení boli všetci. Napriek tomu som mal dojem, že ostatní sú unavení inak ako ja. Dokonca som si všimol, že sa mi vyhýbajú, že ich nezaujímam. Potom raz prišiel kamarát, s ktorým som začínal, a pozval ma na pivo. Bolo mi to jedno, skôr ma to unavovalo, ale šiel som s ním. Opili sme sa, nikdy som to takto predtým neurobil a myslel som si, že by mi to mohlo osožiť. Ale ráno som vedel, že už pre mňa riešenie nie je, že sa z toho stavu nedostanem, že som k ničomu a ešte kazím život ľuďom okolo.

V nedeľu dopoludnia ma chytila strašná bolesť na hrudi. Veril som, že konečne nastal koniec, že už to mám všetko za sebou. Ale niečo vo mne chcelo žiť. Chcel som zavolať manželku, ale bál som sa, že ju budem obťažovať, mal by som rád niekoho pri sebe, ale na druhej strane som cítil, že to nejde, že som sám, že je to všetko moja vina a že musím trpieť. Bolo mi zle, snažil som sa dostať na záchod, ale cestou som na chvíľu stratil vedomie. Rodina sa okolo mňa zbehla, a aj keď som im to chcel vyhovoriť, zavolali sanitku. Odviezli ma do nemocnice a tam mi povedali, že mám infarkt. Ležal som na koronárnej jednotke a cítil som, že čo som mohol skaziť, som v živote skazil. Záchvev túžby po živote ma opustil hneď, ako mi bolo lepšie. Počul som, ako pri preberaní služby hovorí jeden lekár druhému, že som pacient, ktorý zle spolupracuje. Tak ku mne zavolali psychiatra.

Prišiel vo štvrtok podvečer – pamätám sa na to úplne presne, dokonca môžem povedať, kde v tej chvíli svietilo slnko. Na to, že sa má zaoberať mojou dušou mi pripadal hrozne mladý – mohol byť tak vo veku môjho syna. Povedal som mu: „Vážený doktor, šetríte si svoj čas, ja nie som žiadny blázon. Mám infarkt a neviem, prečo by ste ma mali vyšetrovať. Chodte za svojimi pacientmi, ja vás nepotrebujem.“ Trochu ma prekvapilo, že sa ani v náznakoch neurazil. Sadol si na stoličku vedľa postele a začal mi vysvetľovať, že na vzniku infarktu sa môžu podieľať i trápenia v živote. Čakal som, kedy sa ma opýta, či je ťažšie kilo železa alebo kilo peria, a tak ma prekvapila jeho otázka. Opýtal sa ma, ako spím. O tom som hovoril nerád. Bol to prvý lekár, ktorý sa o to zaujímal. Zaujímal sa o moje sny. Boli vždy o tom, ako som na niečo nestačil, ako ma zaplavuje podivná vlna, ako sa snažím vykopať tunel z väzenia tvrdou skalou, ktorá odoláva môjmu úsiliu a ešte sa mi vysmieva, ako chodím po točitých schodoch bludiska, z ktorého nie je východ, ako ma priviedli niekam, aby som urobil ktovie čo, a ja tam sedím a premýšľam, ako im vysvetliť, že to neviem. Radšej som mu povedal, že žiadne sny nemám. „Asi máte pravdu,“ odpovedal, „radšej na ne zabudnúť.“ Bolo to divné. Ako by toho o mne vedel viac – ale kto by mu to povedal? Alebo sú psychiatri ľudia, ktorí skutočne vidia ľuďom do duše?

Požiadaval som ho, aby išiel preč, že o jeho vyšetrenie nestojím, že až sa vrátim vyliečený domov, budem zase žiť normálne ako doteraz, a nepotrebujem, aby mi niekto predhadzoval, že som psychiatrický pacient. Jeho otázka, či sa mi v posledných mesiacoch žilo naozaj dobre, ma zaskočila. Bol som v nemocnici, akoby niekde inde ako doma a v práci, ale teraz som sa rozpomenul na svoj mizerný život a naraz

mi – je to hanba – vyhrkli slzy. Ten človek v bielom plášti povedal vetu, na ktorú snáď nezabudnem: „Zaplať páňboh, že ste si konečne dovolili dať najavo svoje pocity, nechcete mi o nich niečo povedať?“ A ja som naraz chcel.

Rozprávali sme sa. Rozprávali sme sa skoro hodinu. Keď sme sa lúčili, mal som chuť mu povedať, aby ešte chvíľu zostal, lebo som mu nestihol presne vysvetliť niektoré okolnosti. Bol najmenej o dvadsať rokov mladší ako ja, ale aj napriek tomu mi záležalo na tom, čo si o mne myslí. Jeho rozlúčenie bolo – v porovnaní s inými lekármi – rovnako podivuhodné ako jeho vstup. Nepovedal ani „hmhmm“, ani „možno sa uvidíme,“ iba sa tak trochu škrobene zavrtil a povedal: „Pane, môžem vám povedať, čo napíšem do vášho chorobopisu?“ Odpovedal som mu, že ma to samozrejme veľmi zaujíma. On si zavolať sestru, zobral si moje papiere, a ako do nich zapisoval, hovoril veci, ktorým som väčšinou nerozumel. Tak ako jeho vstup si pamätám aj jeho oficiálny záver. Ten znel: „Píšem, že trpíte depresívnu poruchu – to je tiež choroba, viete? Odporúčim vám liek, ktorý by vám mal za krátku dobu pomôcť. Budete zatiaľ užívať jednu tabletu večer, potom uvidíme. A keby ste v noci nemohli spať, tak žiadajte prášok, ktorý vám tiež odporúčim, ale len v prípade potreby. Rád by som sa s vami zase videl, najneskôr za týždeň.“ „Počkejte, pán doktor, vy si teda skutočne myslíte, že som cvok?“ „Ako sa to vezme,“ povedal celkom pokojne, „keď si predstavujete, že každý človek, ktorý potrebuje pomoc psychiatra, je cvok, tak ste cvok, lebo patríte medzi ľudí, ktorým by som mohol pomôcť. Záležá na vás, či chcete moju pomoc prijať. Teraz nehovorím len o psychiatrii, teraz hovorím predovšetkým o pomoci. I tá sa niekedy prijíma neprijemne. Ale na druhej strane, ak sa vám pre spoluprácu nebudem zdať z akýchkoľvek dôvodov dost vhodný, môžem vás zoznámiť s niektorým mojím kolegom. Avšak teraz bezprostredne vám navrhujem tento postup: ne snažte sa premáhať svoje predstavy, teraz je vaša jedinou úlohou to nejakú dobu vydržať! Môže sa vám to zdať málo, ale uvedomte si, že máte v súčasnosti málo síl na to, aby ste sa so svojím trápením popasovali. Nechajte si čas na to, aby ste nabrali síl. Nemláťte okolo seba ako človek, ktorý sa topí a stiahne so sebou ešte aj svojich záchrancov. Uvedomte si, že odpočívať a naberať energiu je tiež kumšt. Hovorili ste, že ste sa vždy spoliehali na svoju silnú vôľu, tak ju teraz využite k tomu, že budete zo všetkých síl regenerovať.“ Netížil som ho vymeniť za niektorého z jeho kolegov, bol mi sympatický. Počas môjho pobytu v nemocnici za mnou prišiel ešte dvakrát. Môj celkový stav sa začal zlepšovať, pristihol som sa, že sa mi chvíľami vracia elán i dobrá nálada. Potom ma prepustili. Myslím, že by som mal byť vďačný za to, že ma infarkt celkom paradoxne zoznámil s psychiatrami, ktorí mi pomohli. Sám by som sa za nimi nikdy nevybral.

Zatiaľ čo srdcovo-cievne ochorenia, bolesti v krížoch alebo vysoký krvný tlak sú frekvencovanými konverzačnými námetmi kdekolvek, nie iba v čakárni lekárov, psychiatrické ťažkosti s výnimkou poruchy spánku, patria medzi utajované, ba až tabuizované. Prečo je to tak? Ešte stále je človek v spoločnosti rozdelený na telo a dušu. Pritom výskumy uvádzajú, že depresívnu poruchou trpí okolo 10% popu-

lácie, každý z nás počas života zažije aspoň raz depresívnu epizódu takej závažnosti, že by si vyžadovala liečenie. Je spojená s vážnymi zdravotnými, osobnými, rodinnými i pracovnými problémami. Depresívne prejavy sú nesprávne rozpoznané a teda aj liečené v 90 % prípadov (5). Čo je teda v skutočnosti depresia? Je to smútok, sklúčenosť, rozladenie, strata energie, nedostatok vôle, sebaspochybnovanie, pocity bezcennosti, zúfalstva, strata akéhokoľvek zmyslu často sprevádzaná úzkosťou, nepokojom, nechutenstvom, stratou hmotnosti, stratou libida, poruchou spánku, bolesťou, problémami s koncentráciou, suicidálnymi myšlienkami. Je teda namieste výrok Sue Atkinsonovej, ktorá povedala: „ Stáť tvárou v tvár depresii je jednou z najťažších vecí na svete“ (9). Je dôležité povedať, že každý človek v určitej životnej situácii pozná a prežíva podobné pocity. Pokiaľ neprekračujú určitú intenzitu a dĺžku trvania, sú normálnymi a zdravými reakciami na skúsenosti, napr.: zo straty, neúspechu, sklamaní alebo vyčerpania.

Odchýlky nálady a afektov sú všeobecnými reakciami na straty, zmeny a rozličné životné zvraty. Tieto odchýlky môžu prebiehať v podobe dočasných stavov zármutku alebo radosti, až po extrémne depresie a mánie, ktoré znižujú kvalitu života a narušajú vnímanie reality. Emócie smútku a radosti sú prirodzenou súčasťou života a treba ich odlišovať od pretrvávajúcich porúch nálady. Strata je nezvratná skúsenosť, ktorej musí čeliť každý človek. Stratou môže byť smrť milovanej osoby, poškodenie zdravia, alebo prežívanie neúspechu či sklamaní v medziľudských vzťahoch, v zamestnaní. Hoci je strata vždy bolestná, predstavuje novú skúsenosť a väčšina ľudí sa s ňou cez prežitý smútok a žiaľ napokon vyrovná. Aktívny smútok je bolestivý, ale potrebná reakcia na stratu. Žiaľ je reakcia na stratu, smútok je vnútorný subjektívny pocit. Teda smútok a žiaľ pomáhajú prekonať zážitok straty, a preto majú adaptačný charakter správania. Na druhej strane môže smútok vyústiť do depresie. Prechodné depresie sú bežné i u väčšiny ľudí, sú reakciou na pocit bezmocnosti alebo beznádeje a vymiznú v relatívne krátkom čase. Ak však depresia neustupuje, ale naopak prehĺbuje sa, hovoríme o nedostatočne prispôsobivej reakcii – maladaptácii. Smútok (trúchlenie) má zrozumiteľný dôvod, trvá primerane dlho, človeka skôr zblízuje s okolím, ako naopak.

Depresia (chorobná nálada) nemá pre okolie zrozumiteľný dôvod (alebo jej trvanie a hĺbka sú neadekvátne) a chorého od okolia izoluje. Depresia patrí medzi najčastejšie psychiatrické ochorenia označované ako afektívna porucha.

Prejavy ochorenia

Základné symptómy ochorenia delíme do kategórií:

Správanie (motorika) výzor:

- držanie tela: vysilené, sklonené, bez pružnosti, spomalenie pohybu, agitovanosť, nervozita, nepokoj, neustále trenie rúk,

- výraz tváre: smutný, plačlivý, ustarostený, stiahnuté kútiky úst, prehĺbené vrásky, maskovito strnulá tvár, niekedy aj nervózna alebo napätá mimika,
- reč: tichá, monotónna, pomalá,
- všeobecné zníženie aktivity až na úroveň stuporu, jednotvárnosť, problémy s praktickým zvládaním každodenných požiadaviek.

Emočné symptómy

- pocity sklúčenosti, bezmocnosti, smútku, beznádeje, straty, opustenosti, osamelosti, vnútornej prázdnoty, nespokojnosti, viny, nenávisť, strachu a starosti, pocit straty citov k okoliu a odstupu od neho.

Fyziologicko-vegetatívne symptómy

- vnútorný nepokoj, rozrušenie, napätie, precitlivenosť, plač, únava, slabosť, poruchy spánku, kolísanie stavu počas dňa, sezónne kolísanie stavu, meteosenzitivnosť, zníženie chuti do jedla a chudnutie, úbytok libida, všeobecné vegetatívne ťažkosti (problémy s trávením, žalúdočné ťažkosti, tlak v hlave),
- pozornosť pri diagnóze treba venovať krvnému tlaku, hladine cukru v krvi, nedostatku kalcia, hodnotám železa, nedostatku resp. nadbytku serotonínu/adrenalinu.

Imaginatívno-kognitívne symptómy

- negatívny postoj voči sebe samému (ako osobe, vlastným schopnostiam a vlastnému výzoru) a k budúcnosti (napr.: imaginácia slepej uličky, čiernej diery), pesimizmus, permanentná sebakritika, sebazneisťovanie, hypochondria, myšlienková chudoba, namáhavé myslenie, problémy s koncentráciou, očakávanie trestov či katastrofických situácií, bludné predstavy – nihilistické idey bezvýchodiskovosti a zbytočnosti vlastného života, suicidálne myšlienky.

Motivačné symptómy

- sústredenosť na neúspech, ústupčivosť, vyhýbavosť, únik a vyhnutie sa zodpovednosti, prežívanie straty kontroly, bezmocnosti, strata záujmov, aktivity, nedostatok vôle, neschopnosť rozhodnúť sa, pocit preťaženia, stiahnutie sa až k suicidu alebo závislosti na druhých,

Závažnosť depresie sa definuje podľa výskytu nasledujúcich symptómov v období aspoň 2 týždňov:

- depresívne nálada, strata záujmov,
- výrazne znížený záujem alebo neschopnosť tešiť sa,
- úbytok hmotnosti viac ako 5 % za posledný mesiac/prírastok,
- strata apetítu,
- nepokoj, inhibícia, spomalenie,
- únava, strata energie,
- pocity bezcennosti, viny,

- problémy s koncentráciou,
- suicidálne myšlienky, želanie smrti,
- vnútorná prázdnota,
- úzkosť,
- insomnia, hypersomnia.

Za miernu fázu sa považuje depresia s prítomnosťou 4–5 symptómov, za stredne ťažkú depresiu považujeme prítomnosť 6–7 symptómov, za ťažkú depresiu považujeme prítomnosť 8 a viac symptómov. Depresia je v niektorých prípadoch viazaná na ročné obdobie (zimná depresia, resp. sezónna depresia) a výskyt v úzkej časovej spojitosti s narodením dieťaťa („popôrodná depresia“). Za chronický priebeh depresie sa považuje trvanie depresie viac ako dva roky. Afektívne poruchy delíme na unipolárne a bipolárne poruchy. Unipolárna porucha znamená, že ochorenie prebieha len ako depresia alebo mánia. Bipolárna porucha je zase taká, pri ktorej sa striedajú fázy depresie s fázami mánie. Preto sa označuje ako manicko-depresívny syndróm. Počas jednej epizódy sa vyskytne depresia aj mánia. Niekedy mánia nie je výrazná a hovoríme o hypománii. Pojem mánia vyjadruje horúčkovitú aktivitu, prival energie, nadmerné nadšenie a vzrušenie, veselú náladu, zrýchlené myslenie a zrýchlenú psychomotoriku. Môžeme sa stretnúť s aj s manickým stuporom, keď má chorý pocit blaženosti, je veselý, spokojný, ale nehybne leží. Inokedy sa naopak vyskytuje nepokoj, priebeh je búrlivý, chorí sú agresívni. Hovoríme o agitovanej forme. Depresia ako unipolárna porucha sa vyskytuje oveľa častejšie ako mánia.

Faktory vplývajúce na vznik ochorenia

Na vznik tohto ochorenia vplýva množstvo faktorov. Je zrejme nepravdepodobné, aby na prepuknutie choroby vplýval len jeden faktor. Medzi dominujúcimi faktormi, ktoré ovplyvňujú vznik a priebeh ochorenia, sú *životné udalosti* a *sociálne faktory*. Touto otázkou sa zaoberala aj jedna štúdia, kde sa na reprezentatívnej populačnej vzorke sledoval vplyv životných udalostí a sociálnych faktorov na rozvoj depresívnej poruchy. Zistil sa úzky vzťah medzi prítomnosťou udalostí a začiatkom depresie. Hlavne v mesiaci pred vznikom ochorenia bol v porovnaní s kontrolnou skupinou dokázateľne trojnásobne vyšší počet negatívnych životných udalostí. Životné udalosti sa označujú ako spúšťacie alebo provokujúce faktory, teda dávajú podnet na vznik ochorenia. Spúšťacie faktory rozhodujú, kedy depresia nastúpi, faktory vulnerability rozhodujú, či sa tieto udalosti môžu depresogénne rozvinúť. To predpokladá určitý stupeň vulnerability – náchylnosti. Ako faktory vulnerability sa pre depresiu uvádzajú: ženské pohlavie, nedostatok emocionálneho pozitívneho a podporujúceho sociálneho vzťahu, väčší počet malých detí v domácnosti, deficit záujmových činností a zručností, strata matky v detstve, nezamestnanosť, nízke sebahodnotenie. Ďalším významným faktorom je *aspekt osobnosti*. V tomto prípade sa osobnosť chápe ako nadmerne perfekcionistická, neurotická s výrazným podielom sociálnej závislosti označované ako sociotropia. Predstavuje silnú potrebu

byť chápaný, emočne podporovaný, očakáva pomoc od druhých, vyhľadáva úzke väzby a intímnosti, má zvýšený strach z odmietnutia, odlúčenia a strát v sociálnej oblasti. *Nedostatok pozitívneho posilňovania a negatívne interakcie* pôsobia ako spúšťacie depresie. Výskumy v tejto oblasti potvrdzujú, že u depresívnych pacientov je miera posilovania nižšia ako u nedepratívnych jedincov, a že s postupom klinického zlepšovania pribúda aj pozitívne posilovanie. Depresívni pacienti vyvolávajú u svojich partnerov negatívne, odmietavé rozpoloženie a postoje. Takéto správanie je plné výčitiek, negatív a trvá často nepriaznivo dlho. Z ďalších faktorov je to *strata kontroly a bezmocnosť*. Časté opakovanie straty kontroly nad životnými udalosťami, podmienkami, okolím vyvoláva pasivitu, apatiu, rezignáciu, niekedy až stratu chuti do jedla, úbytok hmotnosti, ťažkosti s učením, prenášanie rezignácie i na nové a budúce situácie, endokrinné, imunologické vegetatívne ťažkosti. Rozhodujúca je subjektívne prežívaná bezmocnosť aj v takom prípade, keď je v novej situácii kontrola zachovaná. *Dysfunkčné kognitívne schémy* považujú za základ depresie kognitívnu poruchu. Hlavným znakom takýchto depresívnych procesov je negatívne videnie sveta, vlastnej osoby a budúcnosti. V takomto myslení sa objavujú: svojvoľné závery, zosobňovanie, prehnané a časté generalizovanie, prikladanie veľkého významu negatívnym skúsenostiam, nedostatok pozitívnych skúseností a úspechov, nedostatok pozitívneho myslenia, morálno-absolutistického myslenia – veľký dôraz kladie na morálne normy a má strach z ich porušenia, neurčité definovanie problémov. Formálne sú kognície nedobrovoľné, automatické, perseveračné. *Genetické faktory* sú založené na rodinných štúdiách, štúdiách dvojčiat. Stredné hodnoty možného vzniku ochorenia pre monozygotné dvojčatá je 60 %, pre dizygotné dvojčatá je 14 %, vznik ochorenia u príbuzných depresívnych pacientov je od 4 do 30 % podľa príbuzenského vzťahu. Príbuzní pacientov s bipolárnou afektívnou poruchou majú výrazne zvýšené riziko pre manicko-depresívnu poruchu a pre všetky ostatné formy afektívnych ochorení, pričom príbuzní unipolárne depresívnych pacientov vykazujú len malé riziko pre unipolárnu depresiu. Predpokladá sa, že na prenos depresie má vplyv polygenetický prenos (1).

Porušená neurotransmisia

- Katecholaminová hypotéza predpokladá nedostatok noradrenalínu ako neurotransmitera v centrálnom nervovom systéme, porucha citlivosti pre- a postsynaptických receptorov, porucha komplexného regulačného mechanizmu noradrenergických synaps. Chybná alebo znížená funkcia buniek locus coeruleus v mozgu vedie ku chybnej syntéze noradrenalínu, poruche v spracovaní vzruchov centrálného nervového systému, najmä v oblasti hypotalamu, hipokampu a kôry mozgu.
- Sérotonínová-indolaminová hypotéza zase predpokladá nedostatok sérotonínu, sérotonérgických buniek mozgového kmeňa hlavne v nucleus raphe.

- Noradrenergicko-cholínergická nerovnováha predpokladá poruchu rovnováhy v prospech cholínergického pôsobenia. Taktiež sa predpokladá, že deficit, či narušená rovnováha regulácie v hospodárení s aminmi nie sú nevyhnutným predpokladom afektívnej poruchy, rovnako ako zmeny receptorov nemusia bezpodmienečne vyvolať depresiu.

Neuroendokrínologické poruchy ovplyvňujú depresiu v podobe pohlavných, rastových hormónov, os hypotalamus – hypofýza – nadobličky, os hypotalamus – hypofýza – štítina žľaza. Noradrenalin pôsobí utlmujúco a sérotonín s acetylcholínom pôsobia stimulačne. Spojovací článok medzi týmito neurotransmitermi a endokrinným systémom je neuropeptid „Corticotrope Releasing Hormon“. Faktory, ktoré vo významnej miere pôsobia na tento systém sú stres – záťaž a aktivácia, cirkadiálny rytmus, individuálne nastavenie CNS, riadiace regulačné a protiregulačné deje. *Multifaktoriálny model* predpokladá kognitívne, interakčné, behaviorálne, genetické, neuroendokrinné, sociálne a protektívne (opora, oddychové činnosti) faktory, dispozičné faktory, spomienky na zažité situácie a okolnosti, ktoré sa v rôznej miere podieľajú na spustení, vzniku a priebehu ochorenia. Multifaktoriálny psychologický model depresie pozostáva z nasledujúcich veľčín:

- predchádzajúce udalosti, ktoré môžu rozvíjať depresiu, alebo zvyšujú riziko opätovného vzniku depresie. Hovoríme hlavne o životných udalostiach, chronickej záťaži hlavne v sociálnej oblasti,
- provokačné spúšťače podmienky narušajú automatizované postupy a produkujú spontánne afektívne reakcie, ktoré navyše aktivujú pamäťové stopy vyvolávajúce dodatočné ťaživé spomienky,
- zmeny emočného rozpoloženia podnecujú sebazpozorovanie, zaujatie svojím stavom a sebakritické pohľady na vlastnú osobu, aktuálnu situáciu a možnosti konania,
- zintenzívňujú sa emócie takeého typu, ktoré brzdia konanie zamerané na aktiváciu adaptačných mechanizmov. Výsledkom je stiahnutie sa, úbytok príjemných zážitkov a pribúdanie záťažových aspektov, čo prehľbuje vnútorné rozladenie,
- pri pretrvávaní vzrastajúcej orientácie na svoj stav, ktorý sa zvyrazňuje sebakritikou, nedostatkom pozitívnych skúseností, stiahnutím sa do seba, stav vyúsťuje do kognitívnych, motivačných, emočných, somatických, interakčných a motorických symptómov depresie,
- pri určitej vulnerabilite (náchylnosti) ako sú – predchádzajúca depresívna epizóda, trauma, vyšší vek, ženské pohlavie, závislá a emočne labilná osobnosť, nedostatok zručností, familiárne vplyvy, dysfunkčné postoje, môžu vznik a priebeh ochorenia urýchliť a zintenzívniť. Rovnako môžu imunizačné predpoklady ako stratégie zvládania, schopnosť riešenia problémov, pozitívne aktivity depresii zabrániť.

Depresie sú časté psychické poruchy, ktorých v posledných desaťročiach neustále pribúda. Postihujú stále nižšie vekové

skupiny. Preto je dôležité sledovať, ktoré rizikové faktory môžu vplývať na vznik ochorenia.

Rizikové faktory ochorenia

Pohlavie je významný rizikový faktor. Takmer vo všetkých prieskumoch vykazujú ženy minimálne dvakrát vyššie riziko pre unipolárnu depresiu v porovnaní s mužmi. Novšie štúdie poukazujú na to, že riziko vzniku ochorenia začína pre dievčatá a mladé ženy včasnšie a okrem toho je v adolescencii a ranej dospelosti na vzostupe, na rozdiel od chlapcov a mladých mužov. U dospelých žien sa riziko depresie odhaduje na 30–40 %, u mužov je toto riziko polovičné 15–30 % (7). Údaje môžu byť do určitej miery skreslené, lebo vyhľadávanie pomoci je prijateľnejšie u žien. Okrem toho je často depresia u mužov maskovaná užívaním alkoholu a agresívnym správaním. K vyššej prevalencii u žien prispieva aj ten fakt, že ženy častejšie trpia na poruchu štítnej žľazy, užívajú hormonálnu antikoncepciu, a tiež ich celkový stav ovplyvňuje premenštruačná a popôrodná endokrinná nerovnováha. Tieto pohlavné rozdiely sa v strednom a vyššom veku zmierňujú, takže sa početnosť depresií pre obe pohlavia pozvoľna vyrovnáva. V prípade bipolárnej afektívnej poruchy je riziko ochorenia u oboch pohlaví takmer rovnaké.

Vek je ďalším rizikovým faktorom. Depresia sa vyskytuje v každom veku. Zatiaľ čo predchádzajúce výskumy definovali začiatok depresie hlavne medzi 30. a 40. rokom, novšie štúdie poukazujú na posun tejto vekovej hranice smerom nižšie, a to medzi 18. a 25. rokom. Typickým vekom vzniku ochorenia na bipolárnu afektívnu poruchu je obdobie včasnej dospelosti (16–26 rokov). U malých detí, ktoré ešte nevedia verbalizovať svoje pocity, je vyjadrená zväčša fyziologicky. Ak dieťa trpí depriváciou zo strany mamy, je utiahnuté, má menšie požiadavky. V mladšom školskom veku sa depresia môže prejaviť kožnými erupciami, gastrointestinálnymi poruchami, bolesťami hlavy. Pri posudzovaní depresie v detstve sa zameriavame na tieto základné oblasti:

Jedenie – dieťa chudne, nepriberá, stráca záujem o jedenie, alebo nezvyčajne pribralo.

Spánok – dieťa je často unavené, ráno ťažko vstáva, alebo v noci nespí.

Aktivita – dieťa je apatické, letargické, nezaujima sa o aktivity, ktoré ho predtým tešili, alebo je hyperaktívne a nevládnuteľné, alebo si vytvára zlozvyky (zajakavosť, žmolenie vlasov, neprimerané vykrikovanie, šepkanie).

Psychické funkcie – dieťa má problémy s koncentráciou, jeho myslenie je spomalené, ťažko sa rozhoduje, alebo je vystrašené, úzkostné, obáva sa o svoje zdravie.

Sebaúcta – dieťa vyjadruje pochybnosti o svojich schopnostiach, výkonnosť v škole i doma je v porovnaní s jeho schopnosťami veľmi nízka, ale netrápi ho to, je zriedkavo spontánne a chýba mu entuziazmus, zdá sa mu, že ho rodina ani spoližiaci nemajú radi.

Vývinové vzorce – dieťa školského veku sa nechce oddeliť od rodičov, odmieta navštevovať školu, adolescenti sa zapájajú do antisociálnych aktivít, bývajú agresívni, násilní, zneužívajú drogy, unikajú z domu, alebo sa uťahujú do vlastného sveta. Akákoľvek dlhodobá, alebo náhla zmena v postoji či správaní môže prameniť z depresie.

U adolescentov sa manifestuje hostilným – utiahnutým či rebelantským správaním. Hyperaktívne dieťa, adolescent odporujúci škole alebo úzkostne snaživé dieťa môžu svojím správaním vyjadrovať depresiu. Z pohľadu laikov je u adolescentov depresia často zamieňaná za záškoláctvo, školskú fóbiu, poruchy spánku, bolesti hlavy. Varovným znakom je zistenie, že suicidálne správanie je v tomto veku druhou najčastejšou príčinou smrti (6).

Depresiu v strednom veku zase vyvolávajú zmeny. Končí sa vychovávacia funkcia rodičov, vzniká problém „prázdneho hniezda,“ to, čo sa im v živote nepodarilo dosiahnuť, považujú za stratené, uvedomujú si blížiaci odchod do dôchodku, čo pre nich znamená stratu mladosti a negatívny postoj k starnutiu. Depresie starších ľudí vyplývajú z pocitov nepotrebnosti a neúčinnosti, z prežívania strát, z redukcie rolí, zo straty a nedostatku sociálnych väzieb a z postupného úbytku energie. Sociálno-ekonomické faktory zohrávajú určitú úlohu pri manifestácii bipolárnej poruchy, avšak ďalšie epizódy ochorenia sú už skôr autonómne podmienené. Významné sú nepriaznivé rodinné pomery, chýbanie dôverného osobného vzťahu, rozvedení jedinci, chýbanie dôvernej vzťahovej osoby, nedostatočná sociálna podpora, nedostatočné vyjadrovanie pocitov, zdravotné problémy v rodine, smrť, odchod do dôchodku, sociálna izolácia, sťahovanie, neistota v zamestnaní, nezamestnanosť, ťažké pracovné podmienky, zmena zamestnania, nehody medzi susedmi, bezdomovstvo, strata príjmu, nedostatok financií, dlžoby, zatknutie, väzba, rôzne živelné katastrofy, vojny, emigrácia, globalizácia, znečisťovanie životného prostredia a iné. Podľa americkej štúdie vykazujú zosobašení ľudia s vyšším vzdelaním a stabilným pracovným postavením a ľudia bývajúcí a žijúci vo vidieckom prostredí najnižší výskyt depresí. Nemôžeme to ale zovšeobecňovať, lebo na vznik niektorých depresí nemusia vplývať žiadne spomínané životné problémy.

Stres v podobe záťažových životných udalostí sa na vzniku a spustení depresie podieľa vo veľkej miere. Platí to pre udalosti od samotného jedinca závislé i nezávislé – neprirodzené chorobou alebo pacientom samotným. Kritickým sa javí najmä sled ťaživých situácií v časových intervaloch, v ktorých nestihne nastúpiť zotavenie z predchádzajúcej záťaže. Najčastejšie využívaným systémom na meranie záťaže zo strany životných udalostí je Inventár životných udalostí – sledovanie sociálnej readjustácie. Súčet dosiahnutých bodov z prežitých životných udalostí za posledný rok predstavuje mieru záťaže. Pokiaľ prekročí hodnotu 300 bodov, je to významný stres, ktorý sa u 86 % ľudí môže podieľať na vzniku telesného a psychického ochorenia. Ak dosahuje hodnota skóre sociálnej readjustácie 150–300 bodov, u 48 % ľudí môže vyvolať zdravotné problémy. Každá z uvedených životných udalostí má svoj počet bodov. Najvyšší počet bodov

majú udalosti, ktoré súvisia so stratou životného partnera, stratou významnej sociálnej väzby, odlúčenie.

Záver

Cieľom tohto článku bolo priblížiť problematiku ochorenia depresie. No poznanie nestačí. Je tu i prirodzený skutočný záujem o klienta – pacienta. Skôr či neskôr si vo svojom povolani uvedomí každá sestra, že chorý znesie skôr nešikovné ruky (a tie sestry nemajú), ako chladné – nevšímavé srdce. Na toto si musí odpovedať každý zdravotník sám. Nemali by sme zabúdať, že byť človekom znamená byť hrdinom. A ja hrdinov poznám aj v podobe pacientov trpiacich ochorením, známym ako depresia.

„Céder, dub a palma vyrastajú v búrkach – a človek tiež, lebo skutočne veľké utrpenie neláme a neničí – ale dvíha až tam...“

Literatúra

- Hautzinger M.:** Depresia. Bratislava: Vydavateľstvo F, 1998, s. 12-72.
- Hašto J.:** Terapie depresí. Praha: Grada, 1997 s. 26-66.
- Heretik A., sen., Heretik A., jun., Novotný V., Pečeňák J., Rítomský A.:** Epidemiológia depresie na Slovensku. Nové Zámky: Psychoprof, 2003, 200 s.
- Hertelová K., Kovaničová M.:** Depresia ako biologický, psychologický a sociálny problém v ošetrovatelstve, Diplomová práca, LF UPJŠ, Košice, 2004, 91 s.
- Honzák R.:** Deprese. Praha: Galén, 1999, s. 14-66.
- Janosíková E.H., Daviesová J.L.:** Psychiatrická ošetrovateľská starostlivosť. Martin: Osveta, 1999, 551 s.
- Kořínková V., Novotný V.:** Depresia u žien a mužov. Nové Zámky: Psychoprof, 2001, s. 7-42.
- Kratochvíl S.:** Základy psychoterapie. Praha: Portál, 1997, 392 s.
- Křivohlavý J.:** Jak zvládat depresi. Praha: Grada Publishing, 1997, s. 17.
- Maloney M., Kranzová R.:** O úzkosti a depresi. Praha: Lidové noviny, 1996.
- Praško J., Pašková B., Horáček J., Fremund F.:** Somatomorfní poruchy. Praha: Galén, 2002.
- Styron W.:** Viditeľná temnota. Bratislava: Vydavateľstvo INA, 1994, s. 13.
- Velický V.:** Niekoľko odpovedí na otázky o depresii. Bratislava: Lundbeck, 2001.
- Vinař O., Praško J.:** Depresia nie je slabosť! Depresia je choroba, ktorá sa dá liečiť! Praha: ELLI LILLY 2000.

Do redakcie došlo 12.1.2005.