

Karel Balcar: Rozměry deprese

Přednáška na 4. dni logoterapie a existenciální analýzy - Praha 12. dubna 2003.

Pro velkou většinu přítomných v této posluchárně jsou základní skutečnosti o depresivním onemocnění samozřejmé. Víme či aspoň kvalifikovaně tušíme, že syndrom deprese je nejčastěji se vyskytujícím psychopatologickým úkazem – hrubý odhad říká, že mezi 10 a 20% lidí jím někdy v životě trpí. Hrubý je tento odhad zvláště proto, že četné mírnější deprese procházejí lidským životem a obvykle i ordinací lékařů první linie nerozpoznány, popřípadě pod jiným jménem – zpravidla skryty za obrazem jiných tělesných nebo duševních příznaků, které depresi provázejí. Víme, že je o něco čtenější u žen než u mužů a u obyvatel měst než u venkovanů. Jelikož se však deprese stává z lékařského pojmu výrazem zlidovělým již i mezi školními dětmi, začínáme se setkávat i s opačným úkazem – s laickým „diagnostikováním“ deprese tam, kde je ve skutečnosti přítomno jiné selhání tělesné, duševní, nebo existenciální povahy. Počítáme i s tím, že deprese se často vyskytuje ve spojení s dalšími příznaky nebo jejich skupinami – třeba s úzkostnými poruchami, s chronickou bolestí, s užíváním návykových látek, popřípadě s výraznými funkčními nebo organickými poruchami tělesných ústrojí. U „bipolární afektivní poruchy“ pak střídavě i s jejím psychofyziologickým protějškem – mánií.

Není ani zvláštní problém s popisem afektivních, kognitivních, motivačních a konativních jevů, jejichž příznačný vzorec pro přítomnost právě „depresivního syndromu“ svědčí. Četné psychodiagnostické postupy – od diagnostického rozhovoru a pozorování vnějších projevů pacienta až po standardizované subjektivní a projektivní zkoušky – pomáhají nejen depresi odlišit od jiných syndromů, ale i kvantifikovat její míru – přinejmenším jako mírnou, střední, nebo těžkou. Údaje o jejím trvání či opakovaném výskytu zas umožňují zařadit diagnostikovanou depresi do statisticky odlišených tříd tohoto onemocnění; a doklady pro převládající druh příčin vzniku depresivních stavů vedou ke známému rozlišení na deprese symptomatické, endogenní, psychogenní, noogenní, popřípadě „larvované“. A známa jsou i hlavní rizika – vznik „bludných okruhů“ depresivních nálad a citů (smutku, úzkosti, provinilosti, tísně a podrážděnosti, anhedonie), depresivních myšlenek (špatnosti a marnosti všeho včetně sebe), depresivního ztlumu, občas střídaného agitovaností, ve výraze (nezvladatelným pláčem) a instrumentálním chování (ztrátou výkonnosti), v oblasti motivace (ztrátou zájmu a snažení vůči vnějšímu světu a vnějším činnostem), útlumu či kompenzačního nadbytku v oblasti tělesných funkcí (poruch v režimu spánku, příjmu potravy, sexuality a dalších) a existenciálního vyprázdnění v oblastech duchovních schopností, motivací a postojů i hodnotového zakotvení). Převažující pasivizace člověka v rozsáhlém souboru jeho tělesných, duševních, duchovních a sociálních funkcí bývá občas narušena obvykle nepředvídanými krátkodobými energickými „vzmachy“ k tomu, aby se člověk jakoby „z posledních sil“ pokusil svůj aktivní vůli nepřekonatelny depresivní úděl přece jen nějak zlomit, anebo k tomu, aby svůj vnitřní „prostor životní bolesti“ opustil sebevraždou.

Spoléhám tedy na to, že klinická problematika depresí, jejich třídění, diagnostikování a terapie bude pro potřeby tohoto shromáždění dotčena v jiných příspěvcích. Předmět dnešního rokování je složitý a zajímavý, stále znovu provokující a jistě i intelektuálně uspokojující, pokud ovšem přítom člověk sám depresivní poruchou zrovna netrpí. V takové případě může získat příchut' tragické osudové ironie, v níž se jinak pro ostatní lidi zajímavé rozpravy stávají tvář v tvář realitě deprese marností a nicotou stejně, jako vše ostatní.

Nepokusím se ani podrobněji rozpracovat vlastní oblast zájmu – depresi v pohledu existenciálního přístupu – jsem rád, že toto již bylo předchozím příspěvkem předznamenáno lépe, než bych to dovedl já. Co chci – ve shodě s názvem svého příspěvku – nabídnout k úvaze, popřípadě k debatě, je pokus o „dimenzionální“ mapu problematiky deprese či depresí; právě k tomu mě ostatně Jana Božuková v počátcích přípravy programu pro dnešní setkání vybídla. Pro stručnost se pokusím takovou „mapu“ z několika pohledů předložit pomocí nákrešů, které vám pro usnadnění sledování zároveň dávám k dispozici.

Úvodem však připomenu zásadní rozlišení v celkovém přístupu k úkazu deprese, jež se netýká pouze jí, nýbrž všech „lidských věcí“, které se z nějakého důvodu stávají předmětem zájmu současného tzv. „vědeckého“ zkoumání. Všichni jsme se setkali s rituálním důrazem na objektivitu, empiričnost a kvantifikaci takového zkoumání, zpravidla provázenou snahou o rozbor pozorovaných jevů na prvky a o porozumění jejich skladbě formulováním pozorovaných, nebo vyvozovaných zákonitostí. To je postup příznačný pro objektivizující, „přírodovědný“ přístup k poznávání člověka a lidských věcí. – Proti přílišnému důrazu na tento přístup však především v oborech, zabývajících se lidskými záležitostmi, povstává jako alternativa přístup, který můžeme označit jako subjektivizující, „antropologický“, usilující o uchopení lidských věcí v poloze jejich vnitřní jevové podoby, tedy fenomenologie. Zatímco první, „přírodovědný“ přístup zdůrazňuje pasivitu předmětu svého poznání a pokouší se vysvětlit co nejméně toho, co se děje, vůči tomu prostorově a časově „vnějšími“ příčinami a zákonitostmi, přístup „antropologický“ hledá základ pro porozumění žitému životu a jeho událostem z hlediska jedince aktivně vstupujícího do proudu událostí a volícího si, jak se s nimi po svém vyrovná – byť i zde, v jeho „vnitřním pohybu“, také lze rozpoznat některé příznačné zákonité principy a vzorce. – Ukazuje se, že oba tyto přístupy – byť metodologicky neslučitelné – mají v péči o nemocné své praktické uplatnění a že je nejlepší užívat jich jako přístupů navzájem komplementárních.

Nyní už k nabídnutým „mapám“:

- 1) Pokus o vystižení „rozměrů deprese“ pochopitelně vyžaduje a předpokládá vystižení „rozměrů člověka“ vůbec. Připomínám zde tradiční franklovskou trojici „dimenzí“ – tělesné, duševní, duchovní. K tomu zde připojuji ještě rozměr praktické vnější činnosti – chování – a rozměr dění vůči člověku vnějšího, jeho okolí. – K jednotlivým „rozměrům“ se pokouším připojit jednak jejich co nejjobecnější hodnotové zacílení, jednak vždy dva (nebo aspoň jeden) příznačný znak, které se často vyskytují jako dílčí vodítka na cestě za naplněním uvedených přirozených tendencí člověka. (Zde se také pokouším poukázat i na kvalitativně rozdílná, v jednotlivých rozměrech či stránkách lidského života převažující, „kritéria“, která v oněch třech „vnitřních“ rozměrech slouží jako hlavní řídicí principy.) – Připouštím ovšem, že vytčené vůdčí hodnoty a vodítka či nástroje pro jejich naplnění lze zvolit i jiné, jistě však ne takové, aby zde nabídnutým „mapovým značkám“ protiřečila.
- 2) Zmapování deprese v prostoru zvolených rozměrů dává možnost odlišit zvláštní kvality, které jsou pro jednotlivé rozměry příznačné. Nabídnutý výčet většiny vnějškově a vnitřně patrných jevů a projevů depresivních syndromů obsahuje to, co je známo – snad jen pokus o rozlišení symptomů právě podle „rozměrů osoby“ může povzbudit k dalšímu promýšlení kvalitativních jevových odlišností mezi základními stránkami či „dimenzemi“ lidského života.

- 3) Další „mapa“ je podobná. Liší se jen posunem důrazu z příznaků deprese v jednotlivých rozměrech na vyvolávající, „přírodovědecky“ řečeno „příčinné“ činitele. Práce s tímto vyobrazením samotným, nebo ve spojení s předcházejícími, vybízí k promýšlení a k analytickému nebo fenomenologickému hledání „bludných okruhů“ depresivních onemocnění. Právě přítomnost zpětnovazebných interakčních smyček dodává, podle mého soudu, depresím jejich závažnost a při rozsáhlejším propojení těchto sebepodporujících okruhů (připomeňme si pojem „cirkulární kauzality“) může být zodpovědná za intenzitu a setrvalost mnoha, ač ne všech, depresivních poruch. Můžeme se pokusit některé takové „pozitivně zpětnovazebné“ interakce vytknout. V konkrétním případě zjišťované takové smyčky vzájemného působení by měly být součástí strukturované diagnostiky a podle svého postavení v průběhu depresivního onemocnění pak by měly být voleny jako terč terapie podle potřeby environmentálně, behaviorálně, somatologicky, psychologicky a existenciálně založené.
- 4) Konečně chci připomenout jednak hlavní rizika, která s sebou depresivní porucha přináší – zde ve snaze o maximální zjednodušení, a zároveň i skutečnost, která se v odborných pracích o depresi připomíná poměrně zřídka. Jde o to, že prožití deprese má nesporně mnoho z povahy přinejmenším duševní a duchovní krize; a společného s jinými vývojovými i situačními krizemi má, podle mé zkušenosti, i to, že kromě „příležitosti ke zmaru“ bývá i „příležitostí k prospěšné změně“. Mohu zde odkázat i na jeden výrok Viktora Frankla: „Utrpení činí svět průzračnějším a člověka jasozřivějším“. Depresivní utrpení tu nemusí být výjimkou. Leckdy právě prožití depresivního onemocnění umožní člověku lépe rozpoznávat utrpení a potřeby druhých lidí kolem a zbystří jeho schopnost rozlišovat, v čem jsou pravé hodnoty života a v čem jen zdánlivé. Také existenciálněanalytická, fenomenologická diagnostika může a má odkrývat nejen poruchy a rizika, nýbrž i zdravé, a v tomto případě především duchovní zdroje prospěšného vyrovnání s depresí a jejími složkami a dále konkrétní možnosti, jak i lidského neštěstí v podobě depresivního onemocnění smysluplně využít k následnému zlepšení kvality života pacienta (a možná i ostatních zúčastněných – svědků jeho duchovního zápasu s nemocí) v těch ohledech, kde to právě potřebuje.