

# Muž s dysthymii (převážně negativním hodnocením všeho prožitého) indukoval depresi u senzitivní blízké osoby

**Jeroným Klimeš<sup>1</sup>, Zdeněk Adam<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Soukromá psychologická ambulance, Praha 9 – Újezd nad Lesy

<sup>2</sup>Interní hematologická a onkologická klinika LF MU a FN Brno

Dlouhotrvající stavy s přítomnou mírnou depresí, pro které předchozí klasifikace používaly více termínů, byly mezinárodní klasifikací nemocí sloučeny do termínu „dysthymie“ či dysthymické poruchy. Tato kategorie duševních poruch zahrnuje značně pestré spektrum projevů. Nicméně používání této diagnostické jednotky umožní nasměřovat dysthymii trpící osoby, ale i jejich blízké, k cílené léčbě včetně psychoterapie. V textu popisujeme případ, kdy jsme pozorovali zhoršení zdravotního stavu našich pacientů, a nezjistili jsme jiný důvod než kontakt s blízkou osobou s velmi negativním viděním světa. Pokud je dysthymická osoba dominantní se sklonem k extrapunitivě, může u blízkých osob indukovat podobné dysthymické prožívání a dokonce chronický stres a psychická nepohoda, kterou dysthymik u svých blízkých vyvolává, může u senzitivní osoby způsobit nejen psychické problémy, ale i somatické nemoci.

**Klíčová slova:** dysthymie, anhedonie.

## A man with dysthymia (with negative evaluation of almost all through his live) induced depression in his sensitive spouse

Long lasting, low intensity depressive episodes have been diversely integrated according to the classifications types or the psychodynamic points of view. The concept of anxious persistent lasting depression, neurotic depressive states, neurotic depression have been unified into the dysthymic disorder category of the DSM classification. This concept unification have been a topic of dispute considering that dysthymic disorder was a restrictive, heterogeneous and extensively comorbid diagnosis. Nevertheless the definition of this category offers the opportunity to place the notions of temperament, personality, adjustment disorder. Including dysthymic disorders as a category inside of the mood disorders classification suggests the interest of using an antidepressive medication in presence of chronic depressive states not included in the major depressive disorder category. But the most important treatment is psychotherapy, because dysthymie is connected with pathologic cognition and interpretation of reality. This paper describes that dysthymia induced similar problems in the family members of dysthymic persons, and even induced somatic disorders in sensitive persons, as described in this paper.

**Key words:** dysthymia, anhedonia.

## Úvod

Já, Zdeněk Adam, již několik desetiletí pracuji jako lékař v oboru maligních krevních nemocí. V hematoonkologické ambulanci se s pacienty setkáváme opakovaně, při stanovení diagnózy zhoubné krevní nemoci, pak po celou dobu léčby a často i dlouho po ní v jedno- až tříměsíčních intervalech kontrol po mnoho let. Za tu dobu se

ve většině případů seznámíme důvěrně s životem nejen nemocného, ale i jeho rodiny. Lékař specializovaný na hematologické nemoci musí vnímat nejen laboratorní hodnoty, ale i psychické problémy, které generuje nemoc sama i její léčba.

Maligní onemocnění je těžkým zásahem do psychiky nemocného a lékař, který jej léčí, musí vnímat a reagovat i na psychické problémy

pacienta. Je dobré, když lékař (hematoonkolog) může probrat problémy nemocných s psychologem a s jeho pomocí reagovat, nebo nemocné nasměřovat k odborníkovi na nemoci duše. Z této naší spolupráce s psychologem Jeronýmem Klimešem vznikla kniha „*Maligní onemocnění, psychika a stres*“ (1), v níž jsme se snažili shrnout vše, co by lékař měl vědět o psychických pochodech, které maligní nemoc vyvolá. Dalším výsledkem naší spolupráce je tento článek na téma dystymie. V posledním půlroce jsem se setkal s přinejmenším půl tuctem pacientů, kdy jsme detekovali zdravotní problémy – tělesné i duševní a kdy se mi jevilo, že jsou způsobené blízkou osobou s prožíváním typu: „*vše je špatné*“. Všechny tyto příběhy měly jedno společné. Popisovaná stresující osoba viděla a hodnotila většinu prožitého negativně a měla černou vizi budoucnosti. Popis těchto šesti případů jsem poslal psychologovi PhDr. Mgr. Jeronýmovi Klimešovi s prosbou o pojmenování příčiny. Ten tyto případy shrnul pod diagnostické pojmenování „dystymie“. Pro účely tohoto článku uvedu jen jeden z těchto případů, aby zbylo dost prostoru pro komentář psychologa. Popisy dalších případů budou uvedené v naší připravované společné knize o dystymii. Všechny šest příběhů mělo jedno společné: osoba s výrazným chronickým negativním viděním světa s rysy extrapunitivity způsobila zdravotní problémy jak somatického, tak psychického charakteru. Ve dvou případech dovedla tyto nemocné do péče psychiatra, který tuto příčinu potvrdil. Ve dvou případech jsme pozorovali ústup somatických zdravotních potíží i zlepšení psychického stavu pacientů poté, co stresující osoba zemřela a zmizela tak z jejich života. Čili zcela opačná reakce, než když člověk přijde o pozitivně laděného životního partnera. Domníváme se, že o této ne zcela známé psychiatrické diagnóze – dystymii – by měli vědět i internisté.

## 2 Popis případu a komentář psychologa

### 2.1 Popis případu hematoonkologem

V tomto případně byly následky soužití s osobou s negativním viděním světa nejzávažnější a tento případ byl i hlavním motivem k sepsání tohoto textu. Osobou s negativním viděním světa byl náš pacient narozený 1959. V anamnéze byla hypertenze a diabetes mellitus na perorálních diabetických od roku 2010 při obezitě. Jinak žádné další choroby, operace nebo hospitalizace. V roce 2014 měl diagnostikovaný mnohočetný myelom. Byl léčen klasickou léčbou, která byla v roce 2014 zakončena vysokodávkovanou chemoterapií s autologní transplantací krevetvorných buněk. Při kontrole se však zjistila progresse, a tak následovala další léčba (Lenalidomid a Prednison), kombinovaná s radioterapií. Léčba byla ukončena v roce 2016, kdy přestala být nemoc v těle detekovatelná (kompletní remise). Od roku 2016 chodí pacient jen na kontroly. Podle laboratorních i zobrazovacích vyšetření (FDG-PET/CT) je nemoc v remisi. Pacient vždy dělal dojem mrzouta, kterého ale doprovázela pozitivně laděná manželka, která jako by byla hlavním motorem rodiny. Pomáhala nemocnému manželovi překonávat problémy s léčbou a vším, co s nemocí souvisí. Denně dávala manželovi léky, takže i evidovala, které léky mu došly a které mu musím znovu předepsat.

Pacient nikdy nepřišel bez jejího doprovodu. Až v dubnu 2019 přijel s pacientem poprvé jeho syn. Popis situace zde podáme doslovně dle

líčení syna, protože je považujeme za ilustrativní pro pochopení, co se ukrývá pod pojmem dystymie s extrapunitivními rysy. Syn nám řekl, že táta převážně sedí doma, jen se dívá z okna a „*počítá vrabce na dvorku*“ a vůbec se nepohybuje. Často nadává na špatné pořady v televizi či špatné počasí, ale to není nic nového, nadával na vše celý život. Dále syn říkal, že maminka ochořela, jen leží a je tak strašně unavená, že nemůže nic dělat, sotva vstane z postele. Musejí nyní se sestrou pečovat o oba rodiče. Požádali jsme syna, aby matku zavezl na interní oddělení spádové nemocnice. Když pak pacient přijel po více než dvou měsících, v červnu 2019 na kontrolu, opět s ním byla jeho manželka. Pacient byl dle laboratorních výsledků stále zcela v pořádku. A tak jsem se zeptal, co bylo manželce. Dozvěděl jsem se, že paní prodělala vyšetření na interním oddělení, kde nic špatného nenašli, a tak poslali paní na lůžkové psychiatrické oddělení. Tam asi měsíc ležela a byla léčena pro diagnózu „*těžká deprese*“. Paní nám řekla, že nyní už dochází na ambulantní léčbu a má od psychiatru naordinované lázně. Když ale dořekla, že má jet do lázní, vpadl jí do řeči manžel, že si jej ale musí vzít sebou, že jej nesmí nechat samotného doma!

Zeptali jsme se paní, z čeho se její manžel dříve radoval? Odpověděla, že byl negativní, co si pamatuje, tedy i před vznikem mnohočetného myelomu, že nebylo nic, na co by se těšil a co by mu dělalo radost. Říkala, že celý život na vše nadával, na všem nacházel něco špatného, co bylo třeba kritizovat. A nemoc tuto jeho vlastnost ještě umocnila. Paní dříve toto vše zvládala. Byla hlavní hybnou silou celé rodiny, i když ji negativismus manžela trápil. Mrzoutské rozpoložení manžela lehce přecházelo do výbuchu negativních emocí. Stačilo, když se svými dospělými dětmi řešila nějaký problém a manžel tento problém zaslechl. Ihned zasáhl do diskuze svým negativismem. Proto se o problémech, které byly k řešení, bavila s dětmi bez přítomnosti manžela. Když manžel přišel domů, a manželka s dětmi něco řešila, obvykle někdo z nich tří vydal pokyn: „*Konec zakázaného shromažďování!*“ a všichni se rozešli po své práci. V přítomnosti dystymického otce pečlivě volili nekonfliktní a neosobní témata hovoru, například o výsledku televizní soutěže. V přítomnosti otce-dystymika se nebyli schopni bavit o pro ně důležitých osobních problémech či o svých životech.

Děti (dcera a syn) dospěly a odstěhovaly se od svých rodičů mimo jiné i proto, že v blízkosti negativního otce jim nebylo dobře. Negativně laděný manžel, který je zároveň i závažně nemocný (mimo myelom má cukrovku, hypertenzi a váží 130 kg, což limituje jeho hybnost), zcela vyčerpával svou manželku. Když zůstala bez kompenzační pomoci svých dětí, upadla do těžké deprese vyžadující lůžkovou péči. Při popisování chování tohoto muže manželkou a jejím synem se mi vybavily scény a postava pana Krause, kterou v českém filmu *Pelíšky* zahrál Jiří Kodet. Typ osobnosti pana Krause v tomto filmu připomíná jednání člověka s poruchou osobnosti typu „*emočně nestabilní, impulzivní*“ s projevy dystymie, který svým chováním utrápí manželku, která nakonec umře na důsledek hypertenze – cévní mozkovou příhodu.

### 2.2 Komentář psychologa

Tento popsáný případ, podobně jako zaslané popisy dalších podobných pěti případů, odpovídá chování osoby s psychiatrickou diagnózou dystymie. A protože tato diagnóza není odbornou veřejností tak dobře

známá jako depresivní či úzkostná porucha, připojujeme podrobnější popis a vysvětlení.

### 2.2.1 Definice a epidemiologie

Termín dysthymie je odvozen od starořeckého slova θυμός (thymós) nálada. Název **dysthymie** je odvozen od starořeckého slova *dysthymós*, což znamenalo mrzutý, rozmrzelý, nevrlý. Termínem dysthymie se označuje *afektivní porucha, která má podobné kognitivní a psychické projevy jako deprese, ale tyto symptomy jsou méně závažné než u klasické deprese, ale trvají déle, dle současné definice nejméně dva roky. Termín dysthymie byl do psychiatrie zaveden s cílem nahradit popisné termíny, jako byly: depresivní osobnost, neurotická deprese, dysthymická porucha či chronická deprese (2–6).*

Zde se pokusíme popsat možné obrazy dysthymie, její základní charakteristické znaky, i když klinický obraz pak u jednotlivých osob může nabývat různé hloubky a osobité manifestace díky rozdílné míře deficitu psychické anergie při trvalé anhedonii (neschopnosti prožívat radost), což vede k velmi odlišným a pestrým kompenzačním reakcím (3–7). Dysthymii je v české i slovenské literatuře věnováno podstatně méně publikací než tématu deprese. Což je svým způsobem paradox. Těžká deprese je poměrně vzácná, ale lehce se diagnostikuje. Dysthymii naopak trpí velmi velké procento lidí a obtížně se diagnostikuje. Údaje o jejím výskytu kolísají od 4 % do 14 %, ale přesto je její diagnóza těžká a velmi málo používaná. Důvod je ten, že lidé posuzují svůj psychický stav ne podle toho, jak se cítí, ale podle toho, zda zvládají svůj život. Pokud ob stojí ve svém zaměstnání, odmítají tyto diagnózy tzv. malé psychiatrie, aby nebyli sociálně stigmatizováni a aby si před sebou udrželi své sebepejetí. Tím jejich diagnóza zůstává nerozpoznána, potažmo neléčená. Život jednoho takového nedagnostikovaného dysthymika barvitě popsal Michal Viewegh v knize „Báječná léta pod psa“ na postavě Kvidova dědečka. (8).

Pojem dysthymie v současném diagnostickém pohledu popisuje chronickou, nejméně dva roky trvající depresivní poruchu mírného stupně, která se projevuje sníženou až velmi sníženou schopností prožívat radost a potěšení (anhedonií), problémy se soustředěním, chronifikovaným depresivním prožíváním bez přítomnosti vyhraněných příznaků, které by je mohly zařadit do okruhu klinické depresivní epizody a někdy, ale ne vždy, nízkým sebevědomím. U těchto pacientů se objevují trvalé prožitky osamělosti, prázdnoty, chronické nudy a pocity, že ti druzí jim nerozumí a nedokáží naplnit jejich emocionální nároky. Nebývají ale přítomny vegetativní depresivní příznaky, nebývá deficit libida, nebývá ani porucha příjmu jídla jako u depresivní poruchy. I ztráta energie a poruchy spánku jsou mírnější než u klinické deprese. Výkonné funkce těchto osob, pracovní schopnosti, obvykle nejsou porušeny. Většinou se však cítí unavení a depresivní. Jakákoliv činnost vyžaduje úsilí. Hlavně ale z ničeho nemají radost! Často si stěžují, že špatně spí a cítí se nepřiměřeně. Dysthymie neznescopňuje jako depresivní porucha, její vliv je však dlouhý. Lidé s dysthymii se však mohou dostat i do depresivní poruchy a tento stav psychiatrii nazývají dvojí deprese, i když je to jen otázka míry. Dysthymie, jako všechny psychické poruchy, má svá kritéria dle Mezinárodní klasifikace nemocí – MKN-10 z roku 1992, viz Tab. 1.

**Tab. 1.** Diagnostická kritéria pro dysthymii dle MKN-10

A. Alespoň 2 roky trvalá depresivní nálada, nebo vracející se depresivní nálady, normální nálada trvá zřídka déle než několik týdnů	
B. Epizody deprese nedosahují nebo jen málokdy dosahují závažnosti mírné depresivní poruchy	
C. V průběhu alespoň některého období deprese by měly být přítomny alespoň tři z následujících příznaků	
1	Pokles energie nebo aktivity
2	Insomnie
3	Ztráta sebedůvěry či pocity nepřiměřenosti
4	Obtíže s koncentrací a tedy dokončováním započaté práce
5	Plačtivost
6	Ztráta zájmu o příjemné aktivity (včetně sexuální) nebo ztráta potěšení z těchto aktivit
7	Pocit bezraděje nebo zoufalství
8	Pocit neschopnosti vyrovnat se s odpovědností běžného života
9	Pesimistický výhled do budoucna nebo pesimistické dumání o minulosti
10	Menší hovornost

### 2.2.2 Diferenciální diagnóza

V diferenciální diagnóze se vždy zmiňuje depresivní porucha. Zdroje snížené nálady mohou být kauzálně stejné, ale liší se jednak intenzitou a dále dobou trvání. Oproti depresivní poruše u dysthymie je porucha nálady nehluboká, ale trvalá, neradostná, trudnomyslná nálada trvá léta. Za tu dobu deformuje nejen city, ale i kognici (rozpoznávání a hodnocení myšlenek, postojů a světa kolem nás, deformuje charakter a způsobuje pesimistické a negativní vnímání světa kolem. Dysthymie se zřejmě častěji než jako izolovaná porucha vyskytuje společně s některou poruchou osobnosti (emočně nestabilní, narcistická, paranoidní, disociální, závislá porucha osobnosti). Asi u třetiny osob, trpících hyperaktivitou a poruchou pozornosti (ADHD), je přítomna dysthymie (2–9)! Takže chronicky temná nálada je zde příznakem, symptomem, podobně jako horečka, která také může mít příčinu v četných chorobách. Popřípadě můžeme uvažovat o komorbiditě ADHD s dysthymii, pokud depresivní příznaky zřetelně přesahují běžnou hyperaktivitu.

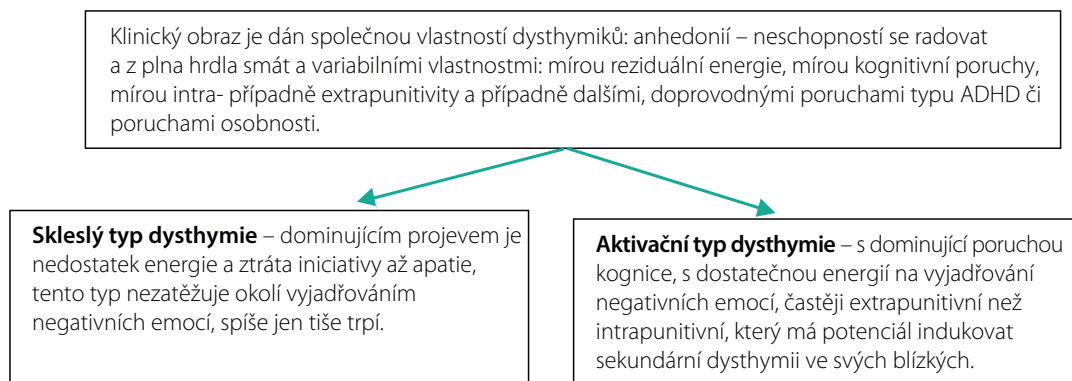
### 2.2.3 Vlastní zkušenosti psychologa

Pro dysthymii neexistuje další subklasifikace. Logické se nám jeví dělení podle toho, co přináší úlevu (klasifikace ex iuvantibus). Lidi s temným prožíváním tedy orientačně dělíme do dvou podskupin podle toho, jaký druh úlevného chování či manévru jim dělá dobře, na **aktivační (dominantní) typ** dysthymie a **skleslý (submisivní či apatický) typ dysthymie**. Mezi nimi je kontinuální přechod.

Podobné dělení lze najít i v německé psychiatrické literatuře. A také o neurastenii někteří autoři uváděli, že jsou formy hyperstenické a hypostenické. A něco podobného uvádí Weitbrecht u „endoreaktivní dysthymie“. Jeho pojem však není zařazený do oficiálních klasifikací. Takže výše uvedené dělení na aktivační a skleslý typ odpovídá i odborné literatuře.

### Aktivační typ dysthymie

Osoby s aktivačním typem dysthymie si vyzkoušely, že si od svých stavů uleví autostimulací (lidově „samonasírání“). To se následně projevuje kverulantstvím nebo útočením na blízké členy rodiny, uleví si expresí

**Obr. 1.** Dva hraniční typy dystymického chování

svých negativních emocí. Náš příklad je z této kategorie. Tento druh dystymiků charakterizuje, (podobně jako u hysterie) nesnášení klidu. To se projeví buď workoholismem nebo vyvoláváním malicherných hádek či scén. Například každý den po návratu z práce unavený otec seřve celou rodinu, takže za pět minut pláče celá rodina. Za půl hodiny se otec zklidní, pustí si televizi a je zase klid. Osoby s aktivačním typem dystymie obvykle nesou v sobě i sklony k extrapunitivě (za vše může někdo jiný než oni) a mají tendenci k dominantnímu chování.

Někteří lidé s aktivačním typem dystymie však nemají sklon k extrapunitivě, a tak si na nich všimneme, že jsou v neustálé činnosti, kterou kompenzují absenci prožitku radosti a nesnášení klidu, ale svojí neschopností radovat se nezatěžují jiné. Neexprimují navenek svoje negativní emoce, nekritizují, nenadávají, jako osoby se sklonem k extrapunitivě, ale často se honí za adrenalinovými zážitky.

### Skleslý typ dystymie

Skleslým typem dystymie označujeme těžší dystymie, kde postiženým již nefunguje popsané zlepšení nálady pomocí autostimulace a exprese negativních emocí. Tyto osoby mívají již více depresivní obraz – mají sklony k pasivnímu trávení času ve stavu ubitosti. Ztráta životní energie se projevuje tím, že mimo zaměstnání tráví čas tím, že leží před televizi či jinak pasivně tráví čas. Pokud osoby s výše uvedenou formou označíme jako dominantní dystymiky, tak zde můžeme použít termínu submisivní, apatický, skleslý dystymik. Tito lidé na rozdíl od prvního typu neobtěžují své blízké svoji negativitou, ale spíše tiše trpí a ostatním připadají nepochopitelně smutní a unavení, ale nikoliv negativní jako typ první. Nemají sklon k extrapunitivě a nejsou dominantní.

Osoby s aktivačním typem dystymie, dominantním, extrapunitivním a přitom negativním chováním, značně zatěžují své okolí, jak je uvedeno v popsaných případech, zatímco osoby se skleslým typem dystymie (submisivním typem) na sebe moc neupozorňují.

Proč jsme popsali právě tyto typy? Je to podobně jako při reakci na informování o maligní diagnóze. Osoby s extrapunitivním typem chování (hledající vinu vždy mimo sebe) mají svoji agresivní fázi chování po seznámení s maligní diagnózou, jak ji popsala Elizabeth Kübler-Ross. Osoby s intrapunitivním typem chování (hledající vinu v sobě) nemají agresivní chování, a tak uniknou pozornosti, a proto je Elizabeth Kübler-Ross ve svém popisu reakcí vůbec nezmiňovala! Na rozdílnost reakcí

nemocných na sdělení maligní diagnózy a odlišnosti od klasického popisu Elizabeth Kübler-Ross upozorňujeme v naší knize (1).

Pestrost projevů dystymie znázorňuje Obr. 1, jímž chceme říci, že na jedné straně spektra klinických projevů jsou dystymici s dostatečnou reziduální energií, ale s negativní kognicí případně se sklonem k extrapunitivě, s patologickými jádrovými přesvědčeními, kteří mají destruktivní vliv na psychiku svých blízkých neustálým vyjadřováním negativních emocí, zatímco na druhé straně spektra je skleslý typ dystymie s minimální energií, kteří nezatěžují okolí vyjadřováním negativních emocí. Obraz dystymie dále modifikují další přítomné poruchy a liší se dle typu kompenzačního chování, které pomáhá těmto osobám vymanit se z negativních emocí a z bolestně pocítované absence radosti.

### 2.2.4 Příznaky a projevy dystymie

Popsaný případ ilustruje primární dystymii u dominantního muže, protože ta bývá nápadnější u dominantních figur. Pohádky obvykle odrážejí pozitivní i negativní jevy ze života, a tedy i v pohádkách se odrazilo chování extrapunitivních dystymiků, například v postavě macechy ve filmové pohádce Tři oříšky pro Popelku a pak v pohádce O rybáři a jeho ženě bratří Grimmů. Pohádka O rybáři a jeho ženě krásně ilustruje, že jakýkoliv nový a nákladný podnik uspokojuje dystymickou osobu na velmi krátký čas a ta se po chvíli opět propadá do své nespokojenosti a negativní nálady.

Pokud jsou dystymici submisivní, tak spíše jen tiše trpí, popřípadě okolí jim vyčítá, proč vypadají pořád jako „hromádka neštěstí“ či jako „utopené neštěstí“.

Ne každý čtenář zná někoho, kdo odpovídá popisu skleslého typu dystymie, ale jistě každý čtenář zná někoho, kdo odpovídá charakteristice dominantního dystymika, kdo je po většinu času převážně nespokojený, pesimistický, vše vidící černě, mrzutý, trvale naštvaný, podrážděný. Táci lidé někdy bývají i agresivní, ale vždy mívají převážně negativní emoce, mluví o negativních věcech a jevech, které zhusta kritizují, jsou převážně vnitřně nespokojeni, otráveni s „chronickou blbou náladou“. Vyznačuje z nich pocit: „Všichni mě štvou, život mě nebaví.“ Tito lidé drtí své okolí negativními slovními projevy. Obvykle nemají schopnost líčit pozitivní emoce, prožitky, společně plánovat a společně prožívat těšení se na pozitivní aktivity a neumí se z plna hrdla smát. Proto jsou často neoblíbení a pro jejich okolí je obtížné s nimi vyjít (2–7).

## 2.2.5 Primární nebo indukovaná dysthymie?

V tomto článku chceme poukázat především na fakt, že pro ostatní lidi představuje život v blízkosti osoby s aktivačním typem dysthymie chronický stres a také frustraci z absence normální komunikace, a to může u citlivých osob vyvolat duševní i somatické zdravotní potíže (9–17). Přesněji řečeno člověk s primární dysthymii může indukovat stejnou poruchu svým blízkým. Tyto sekundární, indukované dysthymie se pak diagnostikují stejně jako všechny indukované poruchy (indukovaná schizofrenie). Oddělíme ty dva jedince fyzicky od sebe a zpravidla jeden z nich rozkvetne a jeho depresivní prožívání zmizí. U toho pak konstatujeme, že projevy dysthymie byly indukované, sekundární. Fakt, že u někoho je dysthymie sekundární, neznamená, že trpí méně než ten, kdo jí má primární. To záleží spíše na citlivosti toho kterého než na otázce primárnosti (11–16). Pokud je dysthymická žena, muž řešíva tuto situaci emigrací z rodiny – buď fyzickou, nebo psychickou (hospoda, dílna, milenka, pracovna, počítač, kamarádi). Ženinu dysthymii pak odnesou děti. Proto se v psychologii říká, že psychopatologie či přímo psychopatie matky se projeví až na synech, protože ti nemají, kam zmizet, a dostanou plnou dávku matčina negativismu, viz příklad sériového vraha Eda Kempera (18).

Co je příčinou negativního vnímání světa, vysvětluje teorie představitelů kognitivní terapie A. T. Becka a A. Ellise. Dle této teorie pacienti trpící poruchami osobnosti si během dětství vytvořili relativně pevný, globální negativní pohled na druhé lidi, na svět kolem a případně i na sebe sama. Tento pohled je ovlivněn jednak genetickými faktory a jednak časnými životními zkušenostmi. Tato **jádrová přesvědčení** jsou zabudována v individuálních **kognitivních schématech**, ve strukturách mysli. Tato schémata fungují jako vzory pro odhadování a hodnocení situací. Jedinec zpracovává informace způsobem, který souhlasí s jeho jádrovým přesvědčením. Vybírá, filtruje ze situace informace, které souhlasí s jeho jádrovým přesvědčením, potvrzují je. Znehodnocuje, ignoruje nebo podceňuje informace, které svědčí o opaku. Předpokládá se, že každému typu poruchy osobnosti odpovídá určité „jádrové schéma“ a negativní jádrové schéma může být příčinou negativního vidění světa, své minulosti i budoucnosti. A tak zdůrazňování a komentování převážně negativních jevů kolem nás lze vysvětlit dle uvedené teorie negativním jádrovým schématem. Z uvedeného je zřejmé, že termín dysthymie zahrnuje poměrně různorodou směs poruch.

## 2.2.6 Jak se cítí člověk s dysthymii?

V úvodu jsme popsali, jak jsou lidé s dysthymii vnímání svým okolím, což ale velmi výrazně kontrastuje s tím, jak se cítí oni. Lidé s dysthymii neradi otevírají své nitro. Nicméně od dvou osob se zjevnou dysthymii jsme slyšeli konstatování: „Víš, já to, co je pěkné či funkční, ani moc nevidím či nevnímám anebo vnímám, ale hodnotím to jako normální bez nutnosti komentáře či všímání, ale zřetelně vnímám to, co je špatně a co nefunguje, co není pěkné, a to musím zmínit komentovat.“

Lidé s dysthymii se liší mírou depresivního prožívání, ale společná je anhedonie (neschopnost se radovat, a proto je život je nebaví). Lidé s dysthymii se převážnou dobu pohybují v oblasti negativních emocí, jen vzácně se jim podaří dostat do oblasti pozitivních emocí, zatímco

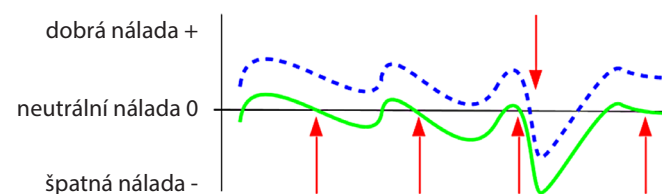
osoby bez dysthymie se v běžném životě převážně nacházejí v oblasti mírně pozitivního ladění a jen občas se dostanou do oblasti negativní nálady, jak schematicky znázorňuje Obr. 2. Dysthymici mohou mít pocity nejistoty a vnitřní pochyby o sobě. Mnozí z nich jsou často nervózní, vnitřně neklidní a napjatí a toto napětí vede rychleji k vyčerpání, pocitům nedostatku energie a síly, popř. podrážděnosti. Ale při těchto pocitech nemusí mít problémy zvládat pracovní úkoly a mohou se dopracovat i vyššího postavení či nejvyšších akademických titulů či ředitelských křesel. Jejich myšlenky často krouží kolem nich samých a jejich blízkých, kolem minulosti či budoucnosti a vidí v nich vše a každého převážně negativně. Tento egocentrický aspekt je nespécifický, protože jej najdeme u mnoha neurotických poruch. Při hovoru s dvojicí, v níž manželka trpěla dysthymii, byl velký rozdíl v tom, jak vnímali svůj život. Manželka jej charakterizovala slovem: „šedý“, zatímco manžel slovem „dobrý, s pozitivními prožitky“.

Toto negativní vidění světa je dělá nespokojenými a špatně naladěnými. Dominantní dysthymici jsou pro své okolí obtížně snesitelní, protože neustále vytvářejí negativní atmosféru, do které vtahují okolní osoby. To vede k tomu, že se blízké osoby od nich odtáhnou a dysthymici často žijí izolovaně a osaměle (samota coby sekundární následek primární poruchy nálady). Odmítavé chování blízkých osoby pak dysthymici interpretují jako: „svět a lidé jsou špatní“. To ovšem neplatí pro dysthymiky s převažující skleslou náladou, ti nemívají negativní vliv na své blízké, jen v nich vzbuzují pocit, že tyto skleslé blízké měli nějak stimulovat k aktivitě.

Většina dysthymiků nemá na svou poruchu náhled. Své rozlady berou jako normu, své vidění světa za pravdivé. Někdy si uvědomují deficit v interpersonálních vztazích, ale stejně nevědí, co by s tím měli dělat. Vzhledem k časté průvodní sebestenávisti a pocitům méněcennosti reagují na kritiku přecitlivěle, například pokud dysthymie provází emočně nestabilní poruchu osobnosti.

Pokud jsou dominantní, chová se k nim jejich nejbližší okolí opatrně jako k odjištěnému granátu. Nehovoří o tématech, které by mohly vést k explozi dysthymicky laděné osoby, vyhýbají se hovoru o problémech, někdy i o důležitých otázkách jejich vzájemného soužití. Dysthymické

**Obr. 2.** Prožitková křivka normálního a subdepresivního člověka



Znárodnění prožívání člověka s dysthymii (zeleně, plná křivka): Po většinu dne je v negativní, špatné náladě. Normální rozveselitelný člověk je po většinu dne v mírně pozitivní náladě. Normální člověk (modrá čárkovaná čára) začne ráno v 9:00 kávou, dá se do práce a tím se dostane do plynutí (flow). To je ukončeno cca v 10:30 potřebou protáhnout se, dojit si na záchod, popovídat si. Po uspokojení této potřeby se dostává do druhé vlny cirkadiálního plynutí.

Člověk s posunutým prožíváním (např. dysthymik) vypadává z plynutí co 20 minut, či se do něho vůbec nedostává. Nepříjemné propady zkouší eliminovat různými úlevnými manévry, které ale často bývají spíše sebe-destruktivní, než aby mu pomohly (drogy, závislosti, zlovyky)

osoby to vnímají jako vyloučení ze společnosti, odmítají připustit, že velká část problému je v nich samých (9–17). To, že tyto extrapunitivní osoby s negativním viděním světa velmi zatěžují své okolí, je vidět z velkého počtu záznamů, které lze nalézt na internetu po zadání hesla „negativní člověk“ případně „Der negative Mensch“ do vyhledávacího typu YouTube nebo google.com

### 2.2.7 Osoby s dystymii často nesnáší klidový stav

Pozitivně ladění lidé (bez dystymie) dobře snášejí klidové stavy a vydrží sami se sebou v létě na zahradě sedět spokojeně na lavičce sledovat rorýsy a poslouchat jejich křik. Tento luxus je dystymickým osobám odepřen. Pokud se chtějí cítit dobře, nad nulou, musí pořád udržovat svůj mozek v mírném „poklusu“ mají problém zapnout úsporné relaxační citění. V klidovém stavu se cítí proto nepříjemně, a proto nemohou další dobu sedět sami ve své zahradě na lavičce. Základním a nejnápadnějším klinickým symptomem u subdepresivních a dystymických lidí je, že **cítí se mírně nepříjemně, pokud jsou v klidovém stavu**. Proto je pro ně problémem většina aktivit, která vyžaduje zklidnění, například pro některé je to čtení, učení a podobně. Prostě klid je zúzkostňuje. Může se to projevit u ohně, kde najdeme jednoho takového chronicky nespokojeného, který neustále do ohně píchá, pořád odbíhá, vrtí se a neví, jestli má zůstat, nebo naopak zmizet. Ale je to jedno, protože všude na světě mu bude stejně neveselo. „*Kdo doma pokoje nemá, marně ho v cizině hledá,*“ říká přísloví. Nesnášenlivost klidu není specifická pouze pro dystymii, ale najdeme je také u s akcentovanými rysy emoční nestability, jako je ADHD, úzkostná porucha, ale také histriónské poruchy osobnosti.

Vedlejším příznakem této chronické nepohody je často motorický neklid (klepe nohou, s něčím si rukama hraje, kouše si nehet apod.) To je výrazem pocitu dystymika, že se nemůže zklidnit. To vše jen za předpokladu, že motorický neklid přináší úlevu (úlevný manévr). To je případ jen lehčích typů dystymie. Těžší, které se již blíží lehké fázi klinické deprese, se projevují ubitostí a ztrátou energie, každopádně i ti se ve svém klidovém stavu cítí špatně (9–17).

### 2.2.8 Omezená možnost rozveselení dystymiků

Pozitivně laděné lidi můžeme připodobnit k uzavřené PET lahvi, ve které je převážně vzduch, jen trochu vody, když je životní rány srazí pod hladinu do deprese, tak z ní poměrně rychle vyskočí a už je za pár měsíců zase vidíte se smát. To jsou rozveselitelní lidé.

Mezi hlavní, charakteristické vlastnosti dystymiků patří jejich nerozveselitelnost či omezená rozveselitelnost jen na krátký čas. Typické je, že je téměř nikdo nevidí se od plic zasmát, nanejvýš ironicky uchechtnout.

Nejhorší ale je, že mnozí dystymičtí do mrzuté nálady strhávají všechny okolo sebe podle pravidla: „Když mám den blbec já, mají den blbec všichni.“ Tuto potřebu vyrovnat náladu skupiny tak, aby všichni měli stejnou (ať dobrou nebo špatnou) náladu vysvětluje tzv. **princip sdílené frustrace**. Ten je podrobně popsán v knize Partneři a rozchody (19).

Pokud tyto osoby nikdo nedokáže rozveselit, musí všechny kolem sebe strhávat do svých temných stavů, které všechny deptají. Vypadají chronicky naštvaní, vůči lidem jsou nepříjemní až hostilní (9–15).

### 2.2.9 Projevy dystymie v denním chování se liší dle kompenzačních způsobů chování a tíže dystymie

Metodou pokusu a omylu nacházejí dystymici situace a úlevné manévry, které jim přinesou alespoň částečnou úlevu. Problém je, že velmi často jsou sebedestruktivní. Nejrůznější drogy, alkohol a závislostní či impulzivní chování. Nicméně i pokud jsou konstruktivní, tak dystymici mají sklon je dělat v nezdravé míře. Například zjistí, že jediná oblast, která je trochu baví, je práce, pak se z nich stávají workoholici. Podobně večerní klimbání u televize představuje malý ostrůvek, kde se necítí tak strašně, jak by se cítili v kině, divadle, na koncertě, párty. Život dystymiků proto bývá poměrně prožitkově chudý, ač v některých směrech mohou jít do velkých extrémů (kvantita nahrazuje kvalitu).

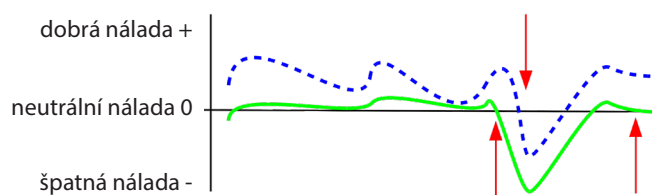
Lidé s dystymickou poruchou se cítí nepříjemně, a tak je přirozené, že hledají, jak se dostat do oblasti dobré nálady, neboli používají kompenzační mechanismy, obranné mechanismy či úlevné manévry (vcelku synonyma), které jim pomohou dostat se do oblasti dobré nálady. To, jaké kompenzační chování převládne a jakou kompenzační činnost si vyberou, závisí jednak na tíži dystymie a dále pak na dalších vlastnostech člověka, na jeho temperamentu, charakteru a jeho inteligenci.

Potřeba dostat se z klidového stavu a z oblasti špatné nálady může vést k nadměrnému sledování televize nebo sociálních sítí či počítačových her. Prostě přemíra času strávená před nějakou obrazovkou. Velmi často jsou to právě počítačové hry, které představují silnější podnět než cokoli jiného a vypínají negativní denní snění, které je pro dystymické osoby typické. Díky tomu se prožívání dostává nad nulu do pozitivní oblasti. V počítačové hantýrce se pro míru zaujetí hrou používá termínu „*chytlavost hry*“, odborně, v etologii se používá termín **supernormální podnět**. Neustále sledování televize po návratu domů z práce může mít podobný efekt jako počítačové hry – vypíná či brzdí negativní denní snění, viz níže. Obr. 3. ilustruje efekt počítačové hry či jiného autostimulačního chování na prožívání dystymika.

Někteří si od nepříjemných stavů ulevují tím, že je přelévají na druhé podle principu sdílené frustrace „*když mám blbou náladu já, tak ji budou mít všichni*“: Šéf bezdůvodně vynadá sekretářce, otec po návratu domů zdeptá celou rodinu, manželka si uleví tím, že zaryje jedovou výtčinkou do svého manžela.

Mezi škodlivé zpracování subdepresivity spadá i tzv. autostimulační chování, kterému se lidově říká „*samonásírání*“. Lidé si ověřili, že se jim lepší nálada, když se rozčílí a na někoho spustí agresí, a to pravidelně

**Obr. 3.** Upravení prožitkové křivky dystymika pomocí autostimulace



*Mnohý dystymik si empiricky ověřil, že počítačová hra, popř. workoholismus, dokáže narovnat jeho temnější prožívání tak, že se nedostává do červených čísel co dvacet minut. Sice není nijak šťastný, ale do plynutí se dostává – u hry dokáže zabít celý den. Za to ale se též drazé platí. V lepším případě zprimitivněním života, v horších případech i partnerskými vztahy či nedodělanými školami*

činí v době propadu své nálady. V těžších případech tento mechanismus přestává fungovat jako úlevný manévr.

Subdepresivní dysthymické lidi charakterizuje úporné a většinou marné hledání aktivit, které by jim *samotným* udělaly radost. Těch je z definice dysthymie pramálo. Někteří subdepresivní lidé mají proto převážně sklony k egocentrismu a manipulacím. Tento přirozený sklon k manipulacím zakládají občasně triumfální nálady – citová oslava vítězství nad druhým, ale ty trvají jen krátce, takže v důsledku nepředstavují efektivní úlevu od chronických nepříjemných stavů (19).

Netolerance klidového stavu, kdy se nic neděje a člověk je sám se svými myšlenkami, lze také přetransformovat do aktivity tvůrčí, učení se, zlepšování kvalifikací, služební postup, získávání akademických titulů docenta či profesora či ředitelských křesel. Emoční dysthymie a s ní spojená frustrace je v těchto případech vykompenzována ambiciózností, kdy úspěch, střety, bojovné naladění umožňuje „zapomenout“ na stavy ubitosti a anhedonie. Tato kompenzační strategie se projevuje zvýšenou závislostí na slávě a sociálním ocenění. Problém bývá ve stáří, kdy sociálního uznání zákonitě ubývá, tito lidé morousovatí, zapšknou a dědkovatí. Pochopitelně, přišli o „životabudič“. Typické pro herce a s tím související vrchol sebevraždnosti v krizi středního věku (50–60 let) (19).

Některé osoby s mírnější dysthymii či subdepresí vytrhne z jejich negativního prožívání nadšení pro nějakou aktivitu. S velkým úsilím se do ní vrhnou, aktivita je vytrhne z chronické nespokojenosti, ale nadšení vyhasne před dokončením a dosažením cíle a tito lidé již nejsou schopni dotáhnout práci do konce, protože je nadšení opustilo a oni by museli danou věc dotáhnout bez citové podpory, silou vůle a smyslem pro povinnost. A to jim nejde. Tento krátkodobé nadšení pro nějakou aktivitu s předčasným vyhasnutím je však typické i pro ADHD, která se s dysthymii bohužel nevyklučuje. Dysthymii provází řada doprovodných jevů, například sebehenávisť, takže jsou „zajatci“ svého negativního sebeobrazu. Mají pocit, že je nikdo nemá rád, a to může být spojeno se sociofobií. Každá vzpomínka na blízké je kontaminovaná představou, že dotyčný proti nim něco má (19).

## 2.2.10 Jak pomoci lidem postiženým dysthymii

Podmínkou pomoci je, aby člověk – dysthymik nahlédl svou poruchu, pak může vyhledat literaturu, nebo požádat o odbornou pomoc. Nerozpoznání a nedagnostikování poruchy bývá hlavní překážkou účinné pomoci. Druhým nejčastějším důvodem beznadějnosti dysthymiků je popření či vytěsnění poruchy a odmítání změny životního stylu a léčby. Z tohoto popření je často vytrhne až partnerský rozchod, ale i tak mnoho z nich se jen uzavře a zapšknou vůči celému světu (jezevec Burdych).

Čistá medikamentózní léčba nemívá zázračné účinky, protože dysthymie mezi tím narušila i myšlení – hodnoty, charakter, a projevuje se mnohými zlozvyky (ironie, naschvály, výčitky). Tyto kognitivní a behaviorální nešvary prášky samy o sobě neodstraní a musí se na nich pracovat v rámci psychoterapie či koučinku.

Psychoterapie může dysthymikům zpravidla nabídnout stabilizaci prožívání na hranici příjemného života, ale za cenu přísné životní kázně. Zatímco pozitivně ladění optimisté mohou dělat mnoho chyb a porušo-

vat zásady zdravého životního stylu, dysthymikům stačí, když jednu noc špatně spí, a druhý den se nacházejí ve stavech, které jim nikdo nezavídí.

Deficit prožívání běžných příjemností života se mohou pokusit vykompenzovat získáváním pozitivní emoce z toho, že něco udělají správně, někomu pomohou a budou mít z toho dobrý pocit (alocentrická motivace). Pochopitelně, i když udělají něco správně, nemají z toho skoro žádnou radost, ani prožitek. Moderní fráze: „Tak si to užíváš, ne?“ vnímají jako výsměch vlastnímu prožívání. Psychoterapeut musí dysthymikovi vysvětlit, že aby se cítil lépe, musí své sklony k závistí paradoxně překonávat pozitivní přejícností. Když například kolem sebe vidí lidi, kteří jsou šťastnější a úspěšnější než on, musí si říci: „To je hezké, že na tomto světě jsou lidé, kteří mají veselejší prožívání než já. Kéž by se jim dařilo. Udělám za sebe vše, abych jim nekalil jejich náladu – nebudu brblat, kritizovat, vyčítat a hádat se. Budu kolem sebe šířit pokoj, když ho sám, pravda, nemám.“ Odměnou za tuto námahu je, že následně pocítují ne radost, ale uspokojení z toho, že kolem nich jsou lidé, kteří se cítí lépe než oni. Radost druhých lidí se tak stává i jejich radostí, neboť mají pocit, že na ní tvrdě makali. Jinými slovy pomocí zdravé identity mohou sanovat své nezdravé citové prožívání (5–15). Ale faktem je, že jen malé procento subdepresivních lidí nachází úlevu v alocentrickém chování – tedy chování, ze kterého má prospěch především druhý (pomoc sousedovi pokácet strom, opravit počítač, pracovat jak dobrovolník v ochraně přírody ap.). Subdepresivní lidé sice mají touhu po *vlastním* požitku, ale paradoxně jim udělá dobře, když udělají něco *pro druhé*.

Večer bývá jediné období dne, kdy se člověk s dysthymii cítí tak trochu nad nulou. Proto si tohoto období má sklon užít. Odkládáním spánku se ale prohlubuje spánková karence, která pak může mít za následek, že zítra jeho prožívání bude ještě horší. Problém je, že lidé si nechťejí připustit, že by propady nálady mohly souviset s nedostatkem spánku. Zdravá životospráva s dostatkem spánku je důležitá nejen pro léčbu deprese, ale i pro léčbu dysthymie.

Jako další alternativu psychoterapie popisuje Ján Praško snahu o změnu kognitivního vnímání dění kolem sebe, změnu hodnocení z převážně černého na hodnocení směrem do pozitivního vnímání. Například paritním způsobem: „Napadla mě negativní myšlenka. Vymyslím k ní jednu pozitivní.“ Nebo generováním přání: Vidím něco negativního. Vyřknu přání. Slyším projíždět houkající sanitku. Vyslovím pozitivní přání: „Kéž by to s těmi lidmi v ní dobře dopadlo, ať už to znamená cokoli.“

Pokud dysthymii akceptujeme jako nosologickou jednotku, a pokud ji připojíme mezi afektivní poruchy spjaté s osobnostními dispozicemi, pak je třeba při terapii brát v úvahu i osobnostně vývojový kontext. V terapii je třeba se také soustředit i na prožívání (uvědomění a regulace afektu) a rozvoj mechanismů kompenzujících vývojové deficity, z nichž osobnostní dispozice pramení. A k tomu jsou vhodné i terapie psychodynamické, nebo na emoce/prožívání zaměřené přístupy (například *Gestalt Therapie, emotion focused therapy*) (20–23). V případě, že je v popředí partnerský nesoulad a dopad projevů dysthymie u jednoho z partnerů na kvalitu života a zdraví partnera druhého, pak by byla na místě párová terapie. Poruchy spánku jsou velmi citlivým indikátorem hloubky dysthymie či depresivity (24).

Psychiatři mohou ještě předepsat antidepresiva, jak popisuje psychiatr prof. Ján Praško, a doktorka Eva Libigerová, kteří se léčbě dysthymie věnovali ve své praxi i svých četných publikacích (7–14). V metaanalýze studií, které testovaly efekt antidepresiv u dysthymie, vyšlo najevo, že podávání antidepresiv vedlo k 52,4% léčebných odpovědích, zatímco ve skupině s placebem byl počet léčebných odpovědích jen 29,9% (25, 26). Citlivost třetiny lidí na placebo efekt je velké číslo, které nám říká, že vhodně vedená psychoterapie by měla vést minimálně u této třetiny pacientů k citelné úlevě od dysthymie, kdy psychologickými nástroji vyvolá zlepšení stavu i bez placebové lži.

### 2.2.11 Jak pomoci lidem postiženým negativní náladou dysthymika

Postiženým lidem mírně pomůže vysvětlení a náhled, že negativní nálada dysthymické osoby je projevem psychické nemoci, genetického dědictví či rané citové deprivace. Že nemají odpovědnost za to, že dysthymik je negativní, nadává a je povětšinou nespokojen. Je třeba jim vysvětlit, že před negativismem dysthymika musí chránit hlavně sami sebe.

Pokud je blízká osoba v dlouhodobém kontaktu s depresivní osobou, tak více či méně tuto depresivitu do sebe „nasákné“ (indukovaná dysthymie). Ján Praško doporučuje současnou psychoterapii jak dysthymika, tak postižených blízkých osob. Dysthymie (primární u jedné osoby a indukovaná u dalších osoby) se tak může stát nemocí celé rodiny, podobně jako alkoholismus jednoho člena rodiny destruuje celou rodinu.

Další možností je upravení životního režimu osoby v blízkosti dysthymika tak, aby v něm bylo dostatek pozitivních emocí, které pomohou vykompenzovat negativitu blízké osoby. Mohou pomoci třeba lázně, kam jezdí osoba postižená negativně dysthymika, ale ne dysthymik, anebo dovolená bez dysthymika, dobrý kolektiv v práci. Prostě alespoň dočasné zvětšení vzdálenosti mezi dysthymikem a postiženou blízkou osobou, které umožní regeneraci duševních sil osoby žijící v blízkosti dysthymika. Spisovatel Jan Werich v pohádce Princezna koloběžka vložil úst moudré tety mladého krále: „*Nejlepší žena je taková, které umí být pořád veselá, protože smích je nejlepší recept na každou starost*“. Podobně to ale lze říci i o mužích.

## Diskuze

Nejméně od dob Thomayerovy učebnice vnitřního lékařství (27). (Josef Thomayer 1853–1927, jeden ze zakladatelů naší moderní interny) mohl český posluchač medicíny či lékař u některých nemocí kromě příslušných příznaků tělesných číst i poukazy na doprovodné duševní projevy. Ty byly lehké i těžké. Na příklad asi již dnes zapomenutá kniha „Léčení chorob krevního oběhu“ z r. 1933 poděbradského lékaře L. Filipa (28). Ten zajímavě popisuje „funkcionální a neurotické syndromy cirkulační“.

K lehčím neurotickým syndromům popisovaným u somatických nemocných patří syndrom neurastenický, neurastenie. Nese-li tento syndrom i mírnou depresivní složku, psychiatři hovoří o depresivní neurastenii. Jsou známy v tomto směru na příklad poinfekční neurastenie (přesněji poinfekční pseudoneurastenie). V Mezinárodní

klasifikaci nemocí SZO (MKN-10) má neurastenie (spolu s chronickým únavovým syndromem) svůj kód (F48.0). Z psychiatrického hlediska lze u nemocného v oblasti hematologické (i jinde) očekávat v lehčím případě neurastenické příznaky (neurastenie). Klasifikace duševních onemocnění Americké psychiatrické asociace (APA) ve svém vydání z r. 1980 (DSM-III), ev. r. 1987 (DSM-III-R) přinesla určité změny v klasifikaci proti předchozím vydáním a proti tehdy platné MKN-9, vydané SZO. Jde o to, že v oblasti neurotických poruch byla mimo jiné vypuštěna neurotická deprese, v oblasti poruch osobnosti byla vypuštěna depresivní porucha osobnosti (současně termín psychopatie byl tehdy nahrazen termínem porucha osobnosti). U poruch afektivních se kromě lehkých, středních a těžkých depresí objevily diagnostické pojmy dysthymie a cyklothymie. Od pojmu „endogenní“ bylo v psychiatrii touto klasifikací upuštěno. Dysthymie zahrnovala předchozí depresivní poruchy jak z oblasti neurotické, tak osobnostní a kryla se i s kliniky užívaným pojmem depresivní neurastenie. Pojem neurastenie byl vlastně v americké klasifikaci nahrazen pojmem chronický únavový syndrom. Tento stav udržuje i současná klasifikace DSM-V.

V roce 1989 se objevuje klasifikace chorob SZO (MKN-10), která zahrnuje podstatné změny převzaté z klasifikace americké. Vývoj v mezinárodní klasifikaci chorob SZO pokračuje. Je připravena (zatím k datu 29. 08. 2020 do češtiny nepeložená) anglická verze klasifikace MKN-11, která by měla platit od r. 2021. Ta přináší další změny, které ale snad zde referovanou problematiku neovlivní. Blíže P. Mohr (29). Jisté změny v oblasti poruch osobnosti připravované klasifikace MKN-11 zachycuje kniha „Poruchy osobnosti v 21. století“ autorů Riegel K. D., Kalina K. a Pěč O. (30).

Indukování neurotických příznaků některým z blízkých a přenos neurotických potíží na blízkého, dosud duševně zdravého jedince je výsledkem mezilidských komunikací. Jde zde o problematiku z oblasti psychologie sociální komunikace. V této souvislosti je obvykle citován psycholog P. Watzlawick (1921 Villach – 2014 Palo Alto v Kalifornii). Jde o Watzlawickovy „věty“ obecné teorie sociální komunikace. Třetí z těchto vět např. říká, že všude tam, kde se člověk setkává s člověkem „jako člověk“ dochází k vzájemnému ovlivňování. Watzlawick říká: „nemůžeme neovlivňovat“ (31). S touto problematikou u nás seznamoval ve svých knihách např. prof. Dr. Jaro Křivohlavý (1925–2014) (32). Z uvedeného aspektu je tedy pozorování autora v souladu s učením Watzlawickovy školy z Palo Alto.

Seznámení s popsanou problematikou indukce či přenosu psychických poruch z primárně psychicky nemocného na osobu doposud psychicky zdravou je aktuální z hlediska současné koronavirové pandemie. Omezení sociálních kontaktů omezí kompenzační mechanismy, které jsou nutné pro zvládání soužití s člověkem s poruchou osobnosti či dysthymii. Omezení osobních kontaktů v rámci sociální sítě člověka spolu se strachem z neznámého (z infekce koronavirem) vede přirozeně ke zvýšenému výskytu psychických poruch, které mohou mít i somatické projevy. A tak při setkání s pacientem s psychickou poruchou je třeba i podrobnější rodinné anamnézy k rozlišení, zda je primární či indukovaná. Vlivem koronavirové pandemie se začíná popisovat vyšší výskyt psychických onemocnění a stoupají nároky na zdravotnická zařízení a hlavně na psychiatry a psychology. Ale i lékaři specializovaní



na somatické nemoci by měli brát v úvahu, že psychická porucha může být nejen primární, ale i indukovaná.

## Doporučení pro praxi

Chronicky negativní pohled na svět, špatná nálada a neschopnost prožívat radost jsou projevy psychiatrické diagnózy dystymie dle mezinárodní klasifikace (1–4).

Dystymie je psychické onemocnění, které v případě, že má pacient zájem, je léčitelné odborníky na psychiatrii a psychoterapii. Léčba samotná se obvykle zakládá na psychoterapii a medikamentózní léčbě (antidepresiva) (5–16).

Osoby s dystymií mají potenciál indukovat dystymií u blízkých osob, neboli v nich vyvolávají psychické i somatické zdravotní potíže, které mohou být větší než u vyvolávající osoby, viz náš příklad. Tedy přenosné jsou nejen infekční nemoci, ale i psychické poruchy, i když zde se používá spíše termín indukované psychické poruchy.

Pokud internista na toto onemocnění pojme podezření, měl by pacienta bez bagatelizování informovat o tomto možném zdroji jeho potíží a zaměřit jeho pozornost na sledování jeho prožívání, viz Obr. 2: „Sledujte na časovém grafu, jak vám kolísá nálada během. Jakou část dne trávíte s náladou pod nulou? Pokud se náhle propadne, запиšte si, na co jste myslel předchozích pět minut (monitoring denního snění).“

## LITERATURA

- Adam Z, Klimeš J, Pour L, et al. Maligní onemocnění, psychika a stres. Praha, Grada Publishing 2019: 208 s.
- Identification of dysthymia in neurological disorders: report on the meeting of principal investigators involved in the field trial „Classification of dysthymia and related conditions in neurological disorders“ Geneva: World Health Organization, 1998: 14 s, 30 cm. Programme on mental health.
- Patel RK, Rose GM. Persistent Depressive Disorder (Dysthymia). 2019 May 4. StatPearls (Internet). Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2019 Jan-. Available from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK541052/>.
- Gureje O. Dysthymia in a cross-cultural perspective. *Curr Opin Psychiatry*. 2011; 24(1): 67–71.
- Tamburrino MB, Lynch DJ, Nagel RW, et al. Primary care evaluation of mental disorders (PRIME-MD) screening for minor depressive disorder in primary care. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2009; 11(6): 339–343.
- Höschl C. Dystymie – cíl specifické terapeutické intervence? Nový přístup v léčbě dystymie. (Praha) : (Sanofi-Synthelabo s. r. o.), 2002: s 6–7.
- Anders M. Dystymie Practicus (Praha). 2005; 4(2): 46–48.
- Michal Viewegh: Báječná léta pod psa. Petrov, Brno 2002.
- Libigerová E. Dystymie – trvalá afektivní porucha na pomezí poruch osobnosti a poruch nálady. *Psychiatrie (Praha, Print)*. 2006; 10(1): 27–34.
- Libigerová E. Dystymie – diagnostika a léčba *Psychiatrie pro praxi*. 2006; 7(2): 90–93.
- Praško J. Dystymie: příručka pro klinickou praxi. Praha : Maxdorf, 2003: 86 s.
- Praško J, Herman E, Hovorka J. Dystymie a její léčba, *Psychiatrie v medicíně a medicína v psychiatrii*. 1. vyd. Praha, Galén, 2002: s 195–198.
- Praško J, Herman E, Hovorka J. Dystymie a její léčba: *Psychiatrie (Praha, Print)*. 2003; 7(Suppl. 2): 92–93.
- Praško J, Sigmundová Z, Demlová B. Dystymie *Klinická psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Tigris, 2011: s. 298–309.
- Praško J, Herman E, Hovorka J. Dystymie a její léčba – 1. díl *Psychiatrie pro praxi*. 2002; 3(6): 265–270.
- Praško J, Herman E, Hovorka J. Dystymie a její léčba – 2. díl *Psychiatrie pro praxi*. 2003; 4(1): 23–28.
- Forgáčová L. „Double“ depresia „ klinické charakteristiky a liečba. *Psychiatrie pro praxi*. 2003; 4(2): 60–61.
- Douglas J, Olshaker M. Lovec duší. Překlad Josef Orel. Vyd. 1. Frýdek-Místek: Alpress, 1997: 415, (8) s. il. Klokán. ISBN 80-7218-009-6. Online ukázka: <http://klimes.mysteria.cz/clanky/psychologie/douglas/douglas.htm>
- Klimeš Jeroným: Partneři a rozchody. Portál, Praha, 2005: 240, ISBN 978-80-262-0575-3.
- Schönknecht P, Hegerl U. Dysthymia. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2012; 80(10): 602–608.
- Brieger P. Subaffective disorders: dysthymia and cyclothymia. *MMW Fortschr Med* 2010; 152(3): 31–33.
- Schmauss M, Messer T. Dysthymia. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2005; 73(7): 415–424; quiz 425–426.
- Klein DN, Santiago NJ. Dysthymia and chronic depression: introduction, classification, risk factors, and course. *J Clin Psychol* 2003; 59(8): 807–816.
- Benca RM, Peterson MJ. Insomnia and depression. *Sleep Med* 2008; 9(Suppl. 1): S3–9.
- Levkovitz Y, Tedeschini E, Papakostas GI. Efficacy of antidepressants for dysthymia: a meta-analysis of placebo-controlled randomized trials. *J Clin Psychiatry* 2011; 72(4): 509–514.
- von Wolff A, Hölzel LP, Westphal A, et al. Selective serotonin reuptake inhibitors and tricyclic antidepressants in the acute treatment of chronic depression and dysthymia: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2013; 144(1–2): 7–15.
- Thomayer J. Patologie a terapie nemocí vnitřních. Nakladatelství Bursík a Kohout, Praha 1893, 1921.
- Filip L. Léčení chorob krevního oběhu. Vlastním nákladem, Poděbrady 1933: 166 s.
- Mohr P. Nová diagnostická klasifikace duševních poruch v 11. Revizi Mezinárodní klasifikace nemocí. *Psychiatrie (Praha)* 2020; 24(1): 32–38.
- Riegel KD, Kalina K, Pěč O. Poruchy osobnosti v 21. století. Portál, Praha 2020: 238 s.
- Gastpar M, Kielholz P. Problems of psychiatry in general practice. Hogrefe & Huber, Toronto, Bern, Göttingen 1991: 168 s.
- Křivohlavý J. Jak si navzájem lépe porozumíme. Svoboda, Praha 1988: 240 s.
- Mahali SCh, Seshai S, Feeney JR, et al. Association of negative cognitions, emotional regulation, and depression symptoms across four continents: International support for the cognitive model of depression. *BMC Psychiatry* 2020; 20: 18 <https://doi.org/10.1186/s12888-01-2432-x>.

S tímto výstupem ho pak poslat k psychoterapeutovi či psychiatrovi. Problém somatických lékářů je bagatelizování psychických poruch. Ty odbyvají mávnutím ruky „to je jen psychika“. Bohužel „jen psychika“ mívá na pohodu našich pacientů větší dopad než chronické nebezpečí relapsu a jeho léčba může trvat déle než léčba relapsu rakoviny.

Pokud dystymie není zmírnitelná léčbou, tak jedinou ochranou před negativním působením těchto osob jsou techniky kontroly stimulu, tzn. vysvětlení blízkým osobám dystymika, že se jedná o psychické onemocnění, povahové rysy dané osoby, za které oni sami nenesou odpovědnost, není to jejich vina, jak se jim někdy snaží dystymik namluvit. Naučit se mu vyhýbat, když je nesnesitelný.

Chronický stres, který způsobuje blízkost osob s výraznou manifestací dystymie, zvyšuje riziko nejen infekčních a autoimunitních chorob, ale také riziko vzniku maligních chorob, případně jejich časně progresu, jak uvádíme v přehledné publikaci (1).

Etiologie dystymie je jistě multifaktoriální, jak genetická, tak i daná vlivy prostředí, a jistě se na ní podílí takzvaná „negativní kognice“ – negativní myšlenky o sobě samém, o světě, o prožití minulosti a negativní očekávání do budoucnosti. Tato negativní kognice má svůj podíl jak na vzniku dystymie, tak na vzniku deprese (33). A proto zde přínos medikamentózní léčby je omezený a důležitější je odborná psychoterapie.