

## UVODNIK

# NEDOREČENOSTI O RAZPOLOŽENJSKIH MOTNJAH: DEPRESIVNA NEVROZA, DISTIMIJA, LARVIRANA DEPRESIJA, SOCIALNA FOBIIJA, BOJAZLJIVOSTNA IN DEPENDENTNA OSEBNOST, CIKLOTIMIČNA SEBNOST.

Miloš Frančišek Kobal \*

Ob številnih in poglobljenih opisih hude depresije, psihotične, rekurentne, v bipolarni povezavi, o katerih poročajo obsežno v literaturi (in tudi v Viceversi), je malo ali nič govora o drugih pojavih iz tega kroga, kjer se srečujemo z razpoloženskimi motnjami do ravni otožnosti in potrnosti, pa s spremljajočimi spremembami v vedenju.

Od motenj, ki jih velja upoštevati, se zdi dovolj čvrsto opredeljena le **distimija**.

Najpomembnejši diagnostični kriteriji za distimično motnjo po DSM IV (1) so:

A. Depresivno razpoloženje večji del dneva in večino dni od možnih, ugotovljeno s subjektivnim sporočilom ali z opazovanjem drugih, v trajanju najmanj dveh let.

### *Opozorilo:*

pri otrocih in mladostnikih je razpoloženje lahko razdražljivo, trajati pa mora vsaj eno leto.

B. V trajanju depresivnega razpoloženja dvoje (ali več) naslednjih simptomov:

- (1) slaba ješčnost ali prekomerna ješčnost
- (2) nespečnost ali prekomerno spanje
- (3) nizko občutje energije ali utrujenost
- (4) nizko samospoštovanje
- (5) slaba koncentracija ali težave pri odločanju
- (6) občutja brezupa

C. Med dvoletnim trajanjem motnje (pri otrocih in mladostnikih enoletnim) oseba ni bila brez simptomov, navedenih pod A in B, več kot dva meseca naenkrat.

\* dr. Miloš F. Kobal, dr. med., Psihiatrična klinika in Katedra za psihiatrijo, Zaloška c. 29, Ljubljana.

Kvantitativno in kvalitativno jasnost navedenih kriterijev pa v klinični praksi že takoj zmoti možno prepletanje distimije s hudimi, navadno ponavljajočimi se oblikami depresije, ki zagotavlja kliniku pravilnost diagnoze »**dvojna depresija**«. Še več: komorbidnost z motnjami, ki jih bomo še naštevati in tudi nenaštetimi, je bolj pravilo kot izjema.

Še bolj pa smo v zadregi takrat, kadar se klinična slika našega bolnika ne sklada s kvantitativnimi kriteriji za distimijo, saj je dvoletno obdobje lahko zastavljeno preveč rigidno, razploženjska motnja pa je ena od možnih nians depresivnosti v najširšem smislu. Depresijo v fenomenološki razvrstitvi pojmuje kot najresnejši in vitalni znak znižanega čustvovanja, manj izrazita stanja te vrste pa opredelimo kot otožnost (blaga motnja) in potrlost (srednja motnja). Pri mnogih avtorjih se pogosto srečujemo z manj skrbnim fenomenološkim opredeljevanjem znižanega čustvovanja, kar morda ni usodno, povzroča pa težave tako pri diagnostičnem kot terapevtskem pristopu k bolniku.

»Depresivno razploženje« med kriteriji za distimijo je pri skrbnem upoštevanju fenomenologije razumeti kot »potrlost«. Kaj pa storiti z vsemi tistimi pacienti, ki so po lastni in terapevtovi oceni zgolj otožni? Še več zadrege povzroči dejstvo, da smo z otožnostjo in/ ali potrlostjo v razpoloženju na začetku večkrat prikritega procesa in je do dveh let njegovega trajanja še daleč. Pogosto se bo zgodilo, da bolnikova otožnost s spremljajočimi značilnimi telesnimi in duševnimi znaki in simptomi sploh ni trajala tako dolgo, da bi retrogradno uveljavili kriterije za distimijo. Depresivne motnje so namreč nepredvidljive in tako nestalne v svojem pojavljanju, da jih je težko brez ostanka uvrstiti v veljavne klasifikacijske modele.

Žmitek (2) se upravičeno sprašuje, kam uvrstiti številne depresivne motnje, ki so pogoste in obremenjujoče za bolnika, vendar ne odgovarjajo kriterijem za distimijo. Po našem mnenju se kaže takrat vrniti h konceptu **nevrotične depresije** ali **depresivne** (kot podvrste ciklotimične) **osebnosti**. Iz teh kliničnih slik sta se pojem in opis distimije sploh rodila (3).

Mednarodna klasifikacija bolezni – 10 revizija daje s kategorijo: **mešana anksiozna in depresivna motnja** bolj fleksibilnemu opredeljevanju in zdravljenju nevrotičnega odzivanja prosto pot. Pri podrobnem intervjuju,

še zlasti pri uporabi ocenjevalnih lestvic, kot je Hamiltonova, se po pravilu pokaže dovolj visoka stopnja bolnikove anksioznosti. Zato se anksioznosti pri opredeljevanju katerekoli depresivne motnje pravzaprav ne motemo izogniti.

Ko ob svojem pacientu razmišljamo ne le o simptomatiki, marveč tudi o vzrokih za nastanek nevrotične anksioznosti in depresivnosti, zadenemo ob pomembnost **stresa**, ki je ali naj bi bil v ozadju abnormnega reagiranja. Ugotavljanje stresa bo nujno zahtevalo še večjo natančnost v klasificiranju motnje (motnja kot »**reaktivna depresija**«). Treba bo odločiti, kaj je za posameznega bolnika sploh stres, ali ga bomo priznali le v njegovi odkriti in jasni, večkrat materializirani obliki, ali pa bomo upoštevali tudi bolj prikrito vplivanje enega ali več neugodnih dejavnikov, ki jim bo nekdo od nas kar takoj pripisal **stresogeni**, drugi pa prej **dinamični**, nezavedni vpliv. Klinične izkušnje potrjujejo, da je dejanska ali simbolična izguba, ki naruši določene objektne odnose, po večini v ozadju nevrotične depresije. Izenačili bi jo s stresom, kot ga sedaj na široko razlagamo. Njegova vsebina pa je kar dobro determinirana: izhaja iz globoke pacientove narcisoidnosti, ki težko ali pa sploh ne sprejme dogodkov, večkrat povsem naravnih (npr. izgubo enega od staršev v zrelejših letih) in si objektivno, včasih tudi zavestno zastavlja vprašanje, kako se je prav njemu kaj tako hudega moralo zgoditi. Iz takšne dinamike ali ob njej se srečujemo še z ambivalentnostjo in prikrito ali celo odkrito sovražnostjo do tistega, ki je s svojim odhodom bolniku povzročil izgubo. V tem pogledu se krajša ali daljša anksiozno depresivna obdobja vključujejo v celotno bolnikovo doživljanje in predstavljajo zanj **prilagoditveno motnjo**.

Od Vitorovića (4) dalje le redko govorimo o **larvirani depresiji**, čeprav je ta, po mojem mnenju, množična. Nekoč so me na seminarju splošni zdravniki vprašali, kako prepoznati takšno depresijo. Odgovoril sem, da boluje zanjo večina njihovih pacientov z nejasnimi, zlasti revmatoidnimi težavami. Ta trditev se sicer ne sklada z odstotki spremljajočih telesnih težav, ki jih navaja Vitorović: po literaturi pripada najvišnji odstotek (26,7) centralno živčnim težavam (glavoboli, omotice, vrtoglavice itd). Ko pa seštejemo »nejasne splošne telesne težave« in »revmatoidne fenomene«, pa se oboje zares povzpne na prvo mesto (29,1%) simptomov, ki prikrivajo to vrsto depresije...

Zadenemo pa ob drug problem, namreč na nesigurnost zdravnika pri prepoznavanju duševnih pojavov, o katerih je včasih mogoče razmišljati nematerialno in zgolj simbolično. To jih sili v številne potrebne in nepotrebne preiskave, včasih v prav dramatičnem obsegu. Premalo se zanesejo na psihopatološke znake in simptome, ki pa vendarle so in jih je po poznavanju in izkušnjah mogoče ugotoviti tudi pri larvirani depresiji. Spet svetujem uporabo ocenjevalnih lestvic. Srečal sem se s pacientko, ki so ji, malo tudi zaradi znanstva s pomembnejšim zdravstvenim funkcionarjem, napravili veliko številno zahtevnih pregledov in posegov, skoraj vseh, »razen bronhoskopije«, kot sem preiskave nekoliko šaljivo komentiral. Pacientka pa je bila depresivna, resda prikrito, a se je odlično popravila prav z moklobemidom v dnevnem odmerku 600 mg skozi daljše obdobje, kar je bilo nekaj več od takrat priporočenega odmerka.

O **socialni fobiji** ne vem iz osebnih izkušenj nič, takšne diagnoze še nisem pripisal nobenemu izmed svojih pacientov. S tem ne zanikam, da ni ljudi, pri katerih odkrijemo:

»stalen in nelogičen strah, ki je povezan s stališči, pojavom in vedenjem drugih ljudi kot tudi pred določenimi socialnimi situacijami, katerim se prizadete osebe izmikajo in umikajo. Vedo, da je strah nelogičen, vendar se »endogeno« pojavi, ko nastopi provokativna situacija« (5).

Po načelih za psihiatrično fenomenologijo bi takšen opis komaj imeli za pravo fobijo. Zato so Amerikanci upravičeno pripisali pod naslov »socialna fobija« v oklepaju še označbo »**socialna anksiozna motnja**«, kar je po mojem mnenju ustrežnejše. Sam sem po štiriletnem bivanju v katoliškem internatu doživel obilo tesnobe pri socialnih situacijah v šolskem razredu in pri kupovanju v trgovini. Tem situacijam sem se na veliko izogibal. Verjeli ali ne, oče me je nekega dne prisilil v nastop pred celotnim razredom in od takrat me ni do začetka vojne nikoli manjkalo pri nobeni šolski proslavi z recitacijo ali govorom. Ob tem si lahko zastavljamo vprašanje o epigenetskih in /ali situacijskih vzrokih za socialno fobijo. Ta je po trditvah Versianija in sodel. (6) diagnostično globoko podcenjena, kar velja zame v polni meri. Sicer pa bodo v tej številki publikacije na voljo popolnejši podatki in s tem tudi pobude za prepoznavanje te motnje.

Znaki in simptomi za socialno fobijo pa se prepletajo, če niso večkrat

prav isti, z **bojazljivostno (izmikajočo se) osebnostjo**. Morda se o njej najhitreje prepričamo, če pacientu usmerjeno zastavimo nekaj vprašanj, ki jih vsebuje vprašalnik SCID II, izhajajoč iz ameriškega diagnostičnega priročnika DSM IV:

1. Čustveno sem hitreje prizadet kot večina ljudi, če me drugi kritizirajo ali se ne strinjajo s tem, kar sem rekel ali storil.
2. Razen ožje družine nimam nikogar, ki bi mu bil resnično blizu, komur bi lahko zaupal in se z njim pogovarjal o osebnih težavah.
3. Ne maram imeti opravka z ljudmi, če nisem gotov, da so mi naklonjeni.
4. Izogibam se situacijam, ko bi moral imeti veliko stikov z drugimi ljudmi.
5. V družbi sem pogosto tiho, ker se bojim, da bi kaj narobe rekel ali da ne bi bil sposoben odgovoriti na kako vprašanje.
6. Pogosto se bojim, da bom videti nervozen, da bom zardel ali zajokal pred drugimi ljudmi.
7. Mnogo stvari, ki jih drugi nimajo za nevarne, se meni zdi nevarnih.

Na vprašanja je potrebno odgovoriti z: NI TAKO – TAKO JE

Prevod: dr. J. Mlakar

Z uvrstitvijo **dependentne osebnosti** v depresivni krog so prav gotovo težave. Po izkušnjah je njena simptomatika v iskanju navezanosti in pomoči od drugih sicer dobro določljiva, vendar kažejo njeni nosilci vsaj nekatere značilnosti iz opisa socialne fobije kot tudi bojazljivostne osebnosti. Največ oseb z dependetnostjo sem srečal med ženskami z odkritimi ali prikritimi oralitetnimi problemi, mnoge so bile žene oseb, odvisnih od alkohola, kar je kar neposredno razkrivalo njihovo bazično depresivnost.

Tako so vsem opisom navedenih osebnosti skupne razpoloženske motnje iz depresivnega kroga, o čemer se hitro prepričamo, ko pri diagnosticiranju uporabljamo katerega od diagnostičnih pripomočkov za depresijo, npr Hamiltonovo lestvico. Prav razploženjske motnje so tiste, ki upravičujejo tudi pri njih uporabo antidepresivov in/ ali ustrezne psihoterapije.

Nazadnje je potrebno spregovoriti še o **ciklotimni osebnosti**. Ko se v različnih življenskih okoliščinah srečujemo s takimi osebami, spoznavamo, da te »ničesar v načelu ne odklanjajo, ničesar ne žele

popravljeni po kakšnih togih pravilih, nobenega tragično zaostrenega konflikta ni pri njih, marveč življenje s stvarnostjo, sožitje, sočutje in sožalje s svojo okolico« (E. Kretschmer). Prijatelj, ki je zboleval za bipolarno obliko bolezni, mi je omogočil pogovore z devetindvajsetimi sorodniki več generacij. Nobeden od njih ni nikdar dosegel hudih bolezenskih manifestacij, ne v eni, ne v drugi smeri. Pač pa bi v končni oceni dejal, da so bili vsi podčrtano ekstravertirani; mnogi pa so pripovedovali tudi o nihanjih » razpoloženja in aktivnosti med razigrano agilnostjo in pobito zavrtostjo« (7), pomešano tudi z otožnostjo in potrlostjo.

Nič novega ne povem, če poudarim visoko stopnjo zdravljivosti motenj iz depresivnega kroga. O tem pa med drugim odloča tudi zanesljiva diagnostika. O tej smo izrekli opozorila o dilemah in nedorečenostih. V zdravljenju pa se že od odkritja učinkovitih antidepresivov prepletajo med seboj psihoterapija, medikamentozna terapija in kombinacija medikamenta z odgovarjajočo psihoterapevtsko metodo. V različnih poročilih zasledimo podatke, ki prikazujejo rezultate zdravljenja različnih načinov konkurenčno; en postopek zoperstavlja drugemu. Lahko ugovarjate, vendar v tem pogledu nobena študija ni povsem prepričljiva. Za zdravnika ob konkretnem bolniku še vedno ostajajo odprte vse tri navedene opcije.

Pač pa je za terapevta pomembno, katero izmed njih bo izbral. Menim, da so za odločitev v igri trije dejavniki. Naprej dovolj podrobna in ustrezno ocenjena simptomatika, po potrebi tudi širše, kot pa jo utesnjujejo klasifikacije. Tu se pokaže naše mojstrstvo v diagnosticiranju. Drugi dejavnik je pacient sam, njegova celotna osebnost in sposobnost za čvrsto vključitev v transferno povezavo. Tretji pa je terapevt, dovolj razgledan in terapevtsko usposobljen, s primernimi izkušnjami, da se odloči za eno izmed terapevtskih poti. Ta pa bo, kot smo dejali, rezultanta opisanih treh dejavnikov.

V tej številki Viceverse bo spet govora o uporabi moklobemida. Zdravilu smo namenili posebno pozornost v eni izmed prejšnjih števil (VICEVERSA, Slovenske psihiatrične publikacije 10, november 1995), v precejšnji meri tudi na podlagi lastnih izkušenj s tem zdravilom (8). Mesto moklobemida, ki ga bodo izkušeni terapevti z novimi

ugotovitvami predstavili v naslednjih sestavkih, je trdno in zanesljivo med antidepresivi nove generacije (RIMA), upošteva je izhodišča, ki smo jih pravkar razložili.

## Literatura:

1. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. Washington DC, American Psychiatric Association, 1994: 349.
2. Žmitek A. Afektivne motnje in zmožnost za delo. V: Romih J, Žmitek A ur. Duševne motnje in zmožnost za delo. Begunje na Gor: Psihiatrična bolnišnica, 1998: 62 – 63.
3. Versiani M, Amrein R, Stabl M. Moclobemide and imipramine in chronic depression (dysthymia): an international double-blind, placebo-controlled trial. *Int Clin Psychopharmacology* 1997; 12: 183 – 193.
4. Vitorović M. Nekateri problemi larvirane depresije. Spominski zbornik. Ljubljana-Polje: Univerzitetna psihiatrična klinika, 1989: 98 – 106.
5. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. Washington DC, American Psychiatric Association, 1994: 416.
6. Versiani M, Amrein R, Montgomery SA. Social phobia: long-term treatment outcome and prediction of response – a moclobemide study. *Int Clin Psychopharmacology* 1997; 12: 329 – 344.
7. Milčinski L. Psihiatrično izrazje. Ljubljana: SAZU in Psihiatrična klinika, 1993: 30.
8. Kobal M, Košorok M, Terzič D. Novi reverzibilni inhibitor MAO – moklobemid – v naši praksi. *Viceversa* 1995; 10: 1 – 12.