

Kaj je funkcionalno okrevanje pri bolniku z depresijo?

Karin Ser nec

Gorazd V. Mrevlje

Korespondenca:

asis.dr. Karin Ser nec, dr.med.

psihiatrinja in psihoterapevtka

vodja Enote za zdravljenje motenj hranjenja

Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, Center za mentalno zdravje

Grablovičeva 44a, Ljubljana

karin.ser nec@psih-klinika.si

Povzetek

Zdravljenje depresije se je v zadnjih 40 letih dramatično spremenilo. Vsaka nova generacija antidepresivov je posledica naraščajočega znanja o nevrobiokemiji možganskih funkcij. Cilji zdravljenja so bili najprej usmerjeni v zmanjšanje simptomov, nato v preverjanje »adekvatnega« odgovora na določena zdravila pri posameznem bolniku, kasneje se je pojavil izraz »simptomatska remisija«, danes pa je naša obravnava usmerjena v »normalno« funkcioniranje bolnika, torej v funkcionalno okrevanje.

Prav ciljem funkcionalnega okrevanja je namenjena razprava v tem članku. Opisani so vsi pomembni vidiki funkcionalnega okrevanja, ki ne sledijo več le poznavanju učinkovitosti zdravil, temveč tudi uporabi drugih terapevtskih možnosti ob upoštevanju individualnosti bolnika in konteksta, v katerem živi.

Uvod

Zdravljenje depresije in cilji obravnave so se zadnjih 40 let spreminjali in se tudi zelo spremenili v primerjavi z začetki zdravljenja te zelo razširjene duševne motnje. Po prihodu prvih antidepresivov v petdesetih letih preteklega stoletja je bil cilj zdravljenja enostaven in enoznačen: izboljšanje simptomov depresivne motnje. Logično nadaljevanje tega je bilo proučevanje odziva na terapijo oziroma na določena zdravila. Definicija dobrega odziva na terapijo je bila več kot 50 % izboljšanje bolezenskih simptomov, upoštevajoč stopnjo težavnosti depresije pri posamezniku. Definicija remisije pri depresivni motnji, ki je sledila temu obdobju, je na novo opredelila cilje zdravljenja depresije. Popolna simptomatska remisija se je smatrala kot pomembno zmanjšanje oziroma izboljšanje aktivnih depresivnih simptomov (tesnoba, brezvoljnost, brezciljnost, izboljšanje fizioloških simptomov

depresije in podobno). Vzrok za to spremembo gre iskati v vse več kliničnih raziskovalnih podatkih, ki so kazali na to, da so subsindromalni depresivni simptomi pogosto povezani z večjo ponovno obolenostjo in celo smrtnostjo pri depresiji.

Simptomatska remisija vpliva na izboljšanje funkcionalnosti bolnika, ki je imel depresivno motnjo. Sprva se je izboljšanje funkcionalnosti bolnika ocenjevalo predvsem na področju dela, se pravi učinkovitosti na delovnem mestu. Raziskave in študije (1) iz tega obdobja zato govorijo o motnji, ki povzroča veliko finančno breme ekonomiji države (Highly Costly Disorder). Te študije (2, 3) so upoštevale kognitivno disfunkcionalnost kot pomemben razlog za slabše funkcioniranje tovrstnih bolnikov predvsem v delovnem okolju. Ne glede na to pa še v nedavni preteklosti razumevanja depresivne motnje niti raziskovalno niti klinično usmerjeni strokovnjaki niso posvečali veliko pozornosti kognitivni oškodovanosti. V ospredju zanimanja so bile motnje razpoložena in telesni vidiki depresije.

Navkljub porastu in širitvi terapevtskih možnosti so bili še do nedavnega (upava si reči, da so še sedaj) nekateri zdravniki zadovoljni že, ko so pri bolniku izzveneli depresivni simptomi.

Danes vidimo stvari drugače. Cilj zdravljenja depresivnih motenj je remisija in vrnitev bolnika v ustrezno funkcioniranje, seveda z upoštevanjem posebnosti posameznega bolnika. Zdravljenje depresij ima zato danes izdelane specifične modele v primerjavi z zdravljenjem drugih duševnih motenj, zahteva pozornost in upošteva posebnosti individualnega odgovora bolnika, upošteva njegovo osebnostno strukturo, ter ima poleg zdravljenja z antidepresivi na razpolago še vrsto drugih terapevtskih možnosti (psihoterapija, socialna terapija, ipd.). Danes govorimo o kombinaciji

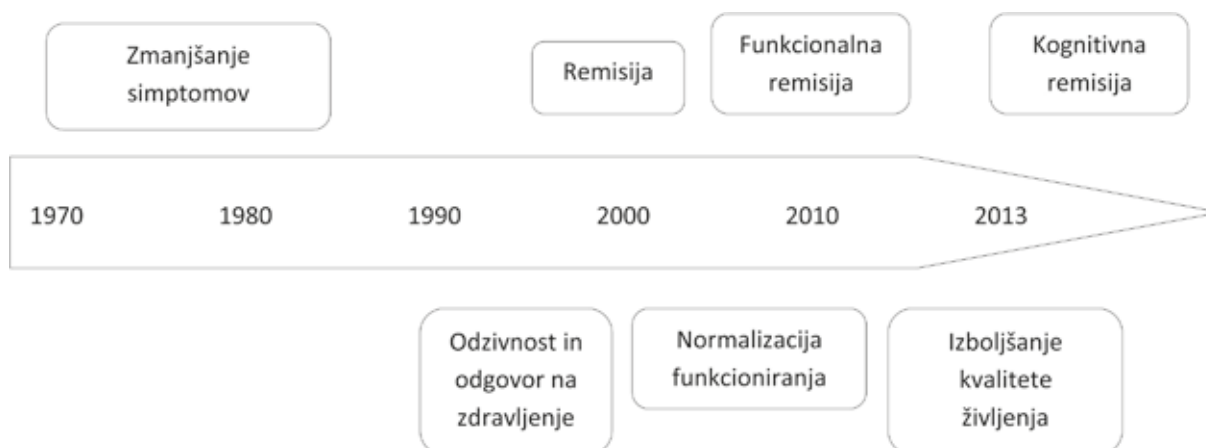


Tabela 1: Kako so se razvijali terapevtski cilji pri zdravljenju velike depresivne motnje

oz. integraciji vseh razpoložljivih možnosti zdravljenja, gre torej za princip vključevanja (in/in) in ne izključevanja (ali/ali). Ob današnji tematiki bi torej veljalo: antidepresivi in psihoterapija.

Med strokovnjaki ni več dileme, da velika depresivna motnja povzroča pomembne spremembe v smislu slabšega funkcioniranja bolnika in zmanjšane kvalitete življenja ter povzroča številne težave na različnih ravneh vsakdanjega življenja: v domačem okolju, na delovnem mestu, v pomembnih odnosih, kot so na primer odnosi s partnerjem, prijatelji in širšimi družinskimi člani. Manj znano pa je dejstvo, na katero opozarjajo številne raziskave, da tudi blaga depresija ali distimija pa tudi netipične ali latentne depresije pomembno zmanjšujejo kvaliteto življenja, in to na dolgi rok, se pravi tekom celotnega življenjskega ciklusa (4, 5, 6, 7, 8). Wells in sodelavci (9, 10) so v študiji Medical Outcomes Study ugotovili, da bolniki s tovrstnimi kliničnimi slikami slabše funkcionirajo v socialnem in telesnem smislu, imajo veliko netipičnih telesnih bolečin in svoje zdravstveno stanje ocenjujejo kot slabo. Veliko tega seveda vidimo tudi pri drugih kroničnih boleznih (sladkorna bolezen, koronarna bolezen, angina pectoris, prebavne motnje, artritis, težave s hrbtenico in še bi lahko naštevali). Ne glede na razlike na področju dejanskega funkcioniranja pa omenjene raziskave kažejo, da je v primerjavi z ostalimi kroničnimi stanji socialno funkcioniranje najslabše in najbolj prizadeto prav pri depresiji.

Kaj pomeni remisija depresivne motnje danes?

Še do nedavnega so se za opis poteka in razvoja depresivne motnje uporabljali različni pojmi. Prien s sodelavci je leta 1991 (11) pregledal 78 študij in našel 28 različnih pojmov, ki so se uporabljali kot opis uspešnega zdravljenja depresije. Dodatni opisi teh izrazov, kot na primer kompleten, popoln ali delen zaključek zdravljenja, pa njihovo število še podvojijo! Tudi pojma remisija in ozdravljenje sta se uporabljala izmenično in nejasno.

Konsenz glede standardizacije in definicije, kaj je remisija pri depresiji, je bil dosežen leta 1988 (12), in sicer, da je mogoče govoriti o kompletni in celostni remisiji takrat, ko je človek razmeroma kratek čas brez simptomov. Simptomatsko stanje oziroma takratna ocena remisije pa ni bila definirana kot popolna odsotnost simptomov; nasprotno, dopuščala je prisotnost posameznih, a malo izraženih simptomov depresije. Po DSM-V je remisija dosežena takrat, ko oseba več kot dva meseca nima signifikantnih simptomov.

Je to dovolj? V praksi ta usmeritev pogosto postavlja v negotovost zdravnike in bolnike in jih vodi do subjektivne ocene morebitnega izhoda iz depresije.

Vse pogosteje pa se danes v raziskovalnem in kliničnem smislu kot pomemben del definicije remisije pojavlja pojem normalnega funkcioniranja oziroma delovanja. Remisija je popolna, ko se je bolnik sposoben spopasti s stresom, ko se dobro počuti, ima kvalitetno življenje in se počuti kot »normalen človek« (pacient, ki je prebolel depresivno motnjo, 48 let). V svoji raziskavi »How Should Remission From Depression be Defined? The depressed patient's perspective« je M. Zimmerman leta 2006 ugotovil, da je za veliko število pacientov delna remisija, po razumevanju bolnikov, dosežena takrat, ko je njihovo duševno zdravje zadovoljivo, ko so lahko ponovno »takšni, kot so bili pred boleznijo«, ko se na splošno dobro počutijo in nimajo več depresivnih simptomov (13).

Funkcionalno okrevanje je več kot le remisija

Funkcionalno okrevanje je mogoče razumeti kot ponovno vzpostavitev bolnikovega funkcioniranja na pomembnih področjih vsakodnevnega življenja. Merila za oceno »normalnega« ali predhodnega funkcioniranja pa morajo biti prilagojena individualnosti bolnika, njegovim dejanskim sposobnostim in upoštevati, kaj za posameznega bolnika pomeni zadovoljujoče vsakdanje življenje oziroma funkcioniranje. Pomembna področja bolnikovega funkcioniranja so njegovo delovno okolje, vključno z delovno učinkovitostjo, sposobnost delovanja v krogu družine in gospodinjstva, v katerem živi, oziroma šolskega/študijskega okolja pri mladih ljudeh. Odnosi tovrstnega bolnika so lahko moteni na številnih ravneh: v zakonu, partnerstvu, odnosu do otrok, sorodnikov in prijateljev. Ne nazadnje je potrebno k temu prišteti tudi omejitve pri rekreativnih dejavnostih in hobijih ter na splošno pri subjektivnih zadovoljstvih, ki jih je bolnik poznal pred depresijo.

Zdi se, da je še najlažje ugotavljati stopnjo okrnjene funkcionalnosti bolnika pri delu, se pravi pri funkcioniranju v delovnem okolju, saj je s tem povezana ocena produktivnosti in posledična ocena nastale škode zaradi bolezni. Svetovna zdravstvena organizacija je zato izdelala poseben vprašalnik (WHO Health and Work Performance Questionnaire), s katerim lahko bolniki sami ocenjujejo svoj absentizem (odsotnost) in prezentizem (neučinkovita prisotnost) na delovnem mestu v povezavi z depresijo. Prezentizem se smatra kot manjša učinkovitost pri delu zaradi slabega zdravja, ki v seštevku pomeni

izgubljene delovne dni. Podatki kažejo, da je v tem smislu prezentizem pri depresivnih bolnikih večji problem kot absentizem. Pri bolnikih z bipolarno motnjo podatki raziskav kažejo, da je zaradi prezentizma na delavca izgubljenih 65,5 delovnih dni na leto, zaradi absentizma pa 27,2. Pri veliki depresivni motnji je zaradi prezentizma izgubljenih 27,7 delovnih dni, zaradi absentizma pa 8,7 delovnih dni (14, 15).

Posledice depresije so pomembne tako v kontekstu posameznika kot tudi celotne družbe. Depresija in njene posledice so danes eden glavnih vzrokov za izgubo dohodka na individualni in družbeni ravni. Šele na drugem mestu so posledice srčno-žilnih obolenj. Projekcije do leta 2020 ne kažejo nič drugače, nekateri predvidevajo, da se bo le zamenjal vrstni red. Ameriške raziskave (14, 15) opisujejo povezavo med depresijo in stalnostjo bivanja (to razumejo kot dve ali več sprememb bivališča v razdobju 6 mesecev), kar kaže na slabšo sposobnost urediti si dom ali stalno prebivališče in posledično še dodatno nestabilnost v vsakdanjem življenju posameznika z depresivno motnjo. Zaradi manjše mobilnosti prebivalstva v Evropi, posebej še v Sloveniji, teh podatkov ni mogoče primerjati s situacijo v ZDA. Za naše razmere je zato bolj poučen podatek, da je med brezdomci pomembno večje število ljudi z duševnimi motnjami, vključujoč težko obliko depresije. Očitno je, da zdravljeni bolniki z depresivno motnjo niso dejansko funkcionalno okrevali. Belgijska študija, v katero je bilo vključenih 2500 bolnikov in je ocenjevala funkcionalno okrevanje bolnikov z depresijo pred uvedbo antidepresiva in šest mesecev po njej, je pokazala, da več kot polovica bolnikov ni dosegla funkcionalnega okrevanja (16).

Eden od ključnih znakov depresije je tudi kognitivna disfunkcija. Žal se kognitivna disfunkcionalnost pri depresijah še vedo veže predvsem na motnje pozornosti in motnje izvršilnih funkcij (17, 18). Jaegger s sodelavci (19) pa opozarja, da so povezave med nevrokognitivnimi primanjkljaji in funkcionalnostjo bistveno bolj raziskane pri ljudeh z drugimi duševnimi motnjami kot pri ljudeh z depresivno motnjo. Opozarja, da so poleg motenj pozornosti in izvršilnih funkcij motene tudi video-prostorske funkcije, razumevanje in sposobnost učenja. Razpoložljivi antidepresivi (na primer escitalopram, venlafaxin, sertralin) niso dovolj učinkoviti pri zdravljenju tako razpoloženjskih kot tudi kognitivnih simptomov. V Lancetu objavljena študija kaže, da kognitivni simptomi perzistirajo tudi po tem, ko so, sicer najpogosteje uporabljene, ocenjevalne lestvice pokazale remisijo simptomov depresije, in to

ne glede na to, kateri antidepresiv je bil uporabljen. Bolniki, ki so dosegli remisijo, in tisti, ki je niso, so imeli na lestvicah, ki merijo izvršilne funkcije in procesiranje informacij, nizke vrednosti. Avtorji so zaključili, da so nezdravljene kognitivne motnje pomemben vzrok za nepopolno oziroma nefunkcionalno okrevanje (20).

V okviru današnjega poznavanja vseh razsežnosti depresivne motnje je torej ključno spremljanje funkcionalnega okrevanja bolnika po depresivni motnji. Pri oceni izboljšanja funkcioniranja je, poleg že zapisanih ugotovitev, potrebno biti pozoren še na nekaj področij, ki so pogosto podcenjena, spregledana ali celo neupoštevana. Eno takšnih je evaluacija težav s spanjem pri depresivnih bolnikih. Motnje spanja so pogost spremljajoč znak depresije in velikokrat eden prvih napovednih simptomov. Lahko pa ostajajo tudi kot rezidualen simptom, kar vedno predstavlja potencialno nevarnost za ponovno poslabšanje iste depresivne epizode ali pojav nove. Ni nujno, da za to uporabljamo razne preizkuse ali vprašalnike, dovolj je, da se z bolnikom temeljito pogovorimo o njegovih težavah s spanjem, in to v smislu kvalitete spanja, globine in trajanja spanja, individualnih spalnih navad (higiena spanja) in seveda uporabe uspaval. Pomembno je torej preverjanje dnevne funkcionalnosti bolnika, njegove spalne navade in morebitne dnevne počitke.

Pogosto spregledano ali celo »pozabljeno« področje so tudi telesni simptomi pri teh bolnikih, predvsem nespecifične bolečine. Ne gre le za to, da je ta simptomatika pogosto del rezidualnih simptomov depresije ali celo zgodnji napovednik prihajajoče depresije; je tudi pomemben kriterij ocene funkcionalnega okrevanja. Ljudje se ne glede na izobrazbo in socialni status lažje in raje pogovarjajo in govorijo o telesnih težavah kot o svojem počutju oziroma duševnih težavah. Pogosto nepotrebne somatske preiskave, indicirane s strani zdravnikov, pa tudi »izsiljene« s strani bolnikov, imajo zato svoj finančni vidik. Diagnostično pomembne so predvsem tiste nespecifične bolečine, ki jih ne moremo uvrstiti v nobeno znano kategorijo bolezni ali sindroma.

Nespecifična in stalno prisotna slabost, o kateri bolniki pogosto poročajo, tudi ni vedno posledica stranskih učinkov antidepresivov in ji je treba posvetiti več pozornosti.

Kako opredeliti kvaliteto življenja?

Bistvo vsega, kar je povezano s funkcionalnim okrevanjem pri bolnikih z depresijo, je mogoče zajeti s pojmom kvaliteta življenja – zlasti tista, ki je vezana in povezana z zdravjem posameznika. Znanih je kar

nekaj sopomenk, s katerimi povezujemo kvaliteto življenja posameznika ali želimo povedati nekaj o njej. Na primer: »socialno funkcioniranje«, »psihosocialno funkcioniranje«, »splošna kvaliteta življenja« ali »funkcioniranje«. Ne glede na to, kako mi kot profesionalci vidimo in razumemo, kaj je kvaliteta življenja, pa je pri oceni le-te, zlasti v povezavi z zdravjem, pomembno, kaj o njej misli in kako jo ocenjuje bolnik sam. Gre za to, kako bolnik sam doživlja svoje zdravstveno stanje, fizično dejavnost, duševno funkcioniranje in splošno zadovoljstvo s svojim življenjem. Še pomembneje pa je, koliko je pripravljen sam za to storiti. Bosc s sodelavci je definiral socialno funkcioniranje kot »interakcijo osebe z okoljem, zlasti sposobnost te osebe v smislu izpolnjevanja in realiziranja svoje vloge znotraj sredine, v kateri živi« (21).

Natančnost pri oceni funkcionalnega okrevanja je tako odvisna od več faktorjev in njihovega upoštevanja. Ni dovolj le splošna ocena terapevta, ki je lahko posledica terapevtovega razumevanja besedne zveze »kvaliteta življenja«, še manj pa ocena, ki temelji na »zdravi pameti« in osebnih preferencah zdravnika, v smislu, kaj vse je pomembno za zadovoljstvo in kvaliteto življenja. Dobro poznavanje bolnika, ki je zbolel

za depresivno motnjo, v kontekstu njegovega življenjskega okolja bo v veliki meri omogočilo, da bo ocena natančnejša in bolj objektivna.

Današnje vedenje o tem, kaj pomeni funkcionalno okrevanje, seveda pomaga tudi bolnikom samim pri oceni izboljšanja lastne depresije. Bolniki v tem primeru ne bodo ocenjevali izboljšanja in ozdravljenja le po tem, koliko simptomov depresije je še prisotnih, kar je resnici na ljubo še najpogostejša situacija, temveč bodo znali opisati tudi druge vidike, ki jih prepoznajo pri sebi. Največkrat navedejo, da je pomembno vračanje optimizma, vrnitev občutka moči, odločnosti, dvig samozavesti in energije, izginjanje občutka brezizhodnosti in brezperspektivnosti.

Zaključek

Ni več presenečenje, da je v raziskovalni literaturi in v klinični praksi vedno več dokazov o pomenu funkcionalnega okrevanja za bolnika, ki je najobjektivnejši pokazatelj bolnikove stabilne in dolgotrajne remisije in s tem funkcionalnega življenja na ravni partnerstva, drugih pomembnih medosebnih odnosov in socialnih stikov, na delovnem mestu ali v šoli.

Literatura

1. Luppá M, Heinrich S, Amgermeyer MC, et al. Cost-of-illness studies of depression: a systematic review. *J Affect Disord* 2007; 98 (1–2): 29–43.
2. Kennedy N, Foy K, Sherazi R, et al. Long-term social functioning after depression treated by psychiatrists: a review. *Bipolar Disord* 2007; 9 (1–2): 25–37.
3. Hammar A, Ardal G. Cognitive functioning in major depression: a summary. *Front Hum Neurosci* 2009; 3 (26): 1–7.
4. Gotlib IH, Lewinsohn PM, Seeley JR. Symptoms versus a diagnosis of depression: differences in psychosocial functioning. *J Consult Clin Psychol* 1995 Feb; 63: 90–100.
5. Judd LL, Akiskal HS, Paulus MP. The role and clinical significance of subsyndromal depressive symptoms (SSD) in unipolar major depressive disorder. *J Affect Disord* 1997 Aug; 45: 5–17.
6. Judd LL, Akiskal HS, Zeller PJ, et al. Psychosocial disability during the long-term course of unipolar major depressive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2000 Apr; 57: 375–80.
7. Judd LL, Paulus MP, Wells KB, et al. Socioeconomic burden of subsyndromal depressive symptoms and major depression in a sample of the general population. *Am J Psychiatry* 1996 Nov; 153: 1411–7.
8. Judd LL, Rapaport MH, Paulus MP, et al. Subsyndromal symptomatic depression: a new mood disorder? *J Clin Psychiatry* 1994 Apr; 55 Suppl.: 18–28.
9. Wells KB, Stewart A, Hays RD, et al. The functioning and well-being of depressed patients: results from the Medical Outcomes Study. *JAMA* 1989 Aug; 18 (262): 914–9.
10. Herrman H, Patrick DL, Diehr P, et al. Longitudinal investigation of depression outcomes in primary care in six countries: the LIDO study: functional status, health service use and treatment of people with depressive symptoms. *Psychol Med* 2002 Jul; 32: 889–902.
11. Prien RF, Carpenter LL, Kupfer DJ. The definition and operational criteria for treatment outcome of major depressive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 796–800.
12. Frank E, Prien RF, Jarrett RB, Keller MB, Kupfer DJ, Lavori PW, Rush AJ, Weissman MM. Conceptualization and rationale for consensus definitions of terms in major depressive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 851–855.
13. Zimmerman M, McGlinchey JB, Posternak MA, Friedman M, Attiullah N, Boerescu D. How should remission from depression be defined? The depressed patient's perspective. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 148–50.
14. Davey-Rothwell MA, German D, Latkin CA. Residential transience and depression: does the relationship exist for men and women? *J Urban Health* 2008 Sep; 85: 707–16.
15. Schanzer B, Dominguez B, Shrout PE, et al. Homelessness, health status, and health care use. *Am J Public Health* 2007 Mar; 97: 464–9.
16. Nil R, Lutolf S, Seifritz E. Residual symptoms and functionality in depressed outpatients: A one-year observational study in Switzerland with escitalopram. *J Affect Disord* 2016; 197: 245–50.
17. Kim JM, Chalem Y, DiNicola S, H JP, Won SH. A cross-sectional study of functional disabilities and perceived cognitive dysfunction in patients with major depressive disorder in South Korea: The Perform-K study. *Psychiatry Research* 2016; 239: 353–61.
18. McIntyre RS. Using measurement strategies to identify and monitor residual symptoms. *J Clin Psychiatry* 2013; 74: 14–9.
19. Jaeger J, Berns S, Uzelac S, et al. Neurocognitive deficits and disability in major depressive disorder. *Psychiatry Res* 2006 Nov 29; 145: 39–48.
20. Shilyansky C, Williams LM, Gyurak A, Harris A, Usherwood T, Erkin A. Effect of antidepressant treatment on cognitive impairments associated with depression: a randomised longitudinal study. *Lancet* 2016 Mar; published online March 16, 2016, [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)00012-2](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00012-2).
21. Bosc M, Dubini A, Polin V. Development and validation of a social functioning scale: the Social Adaptation Self-evaluation Scale. *Eur Neuropsychopharmacol* 1997 Apr; 7Suppl. 1: 557–70; discussion S1–3.