

KLASIFIKACIJA IN PREPOZNAVANJE DEPRESIJ

Marga Kocmur

1. TEORIJA - MODELI

Včasih se vprašamo, zakaj je podoba psihiatrije in psihiatrov v javnosti takšna, kot je, torej ne posebno privlačna. Vemo sicer, da ne gre za enovito sliko, pač pa bolj za skupek vtisov, ki med seboj niso v sozvočju: včasih nas slikajo kot resnobne, čudaške ljudi, ki molčijo, si mislijo svoje, včasih pa vprašajo kaj takega, kar s problemom, zaradi katerega je bolnik prišel, nima nič skupnega; drugič nas slikajo vtopljene v orjaške psihiatrične bolnice, v katerih delimo cele kupe zdravih ljudem (bolnikom?), s katerimi komaj kdaj spregovorimo kakšno besedo. Te in druge podobe, ki se pojavljajo v javnosti, so bolj ali manj karikature. Včasih se zdi, kot da bi javnost gledala na psihiatrijo skozi ukrivljena ogledala, ob čemer vsako od ogledal poudari eno od lastnosti na račun vseh ostalih, ob tem pa se zdijo vse podobe, ki nastanejo na ta način, enako groteskne.

Na žalost pa so takšne zmedene impresije pogosto upravičene in jih ne moremo v celoti pripisati niti arhaičnemu strahu ljudi pred norostjo niti ne pomanjkljivemu ali slabemu odnosu med psihiatrijo in javnostjo. Res je namreč to, da psihiatrija nima enotne teoretične osnove. Zdi se, kot da bi imel vsak psihiater neko svoje, posebno razumevanje duševnih motenj, ki je pogosto v popolnem nasprotju s pogledi njegovega kolega. Še prepogosto drži tisto, kar je sicer mišljeno kot šala o psihiatru: če hočeš imeti pet različnih mnenj o kateremkoli problemu mentalnega zdravja, povprašaj o tem pet psihiatrov. Če je vsako od mnenj drugačno in so si tudi v nasprotju, je vtis o nekompetentnosti in neustreznosti celotne stroke in tistih, ki jo izvajajo, ustrezen.

Tako bomo npr. ob depresivnosti, ki se je razvila po smrti bližnjega, kar je sicer zelo pogost primer v psihiatrični praksi, našli različne razlage:

as.dr.sc. MARGA KOCMUR, dr.med.
Center za mentalno zdravje
Psihiatrična klinika, KC Ljubljana
Zaloška 29, 1000 Ljubljana

ena od njih je, da je depresija patološki dogodek, ki je neposredna posledica biokemičnih sprememb v možganih nekoga, ki je genetsko ali biološko predisponiran za to bolezen, saj se ve, da je ob depresivni bolezni prisotna genetska komponenta (bolezenski model). Drugi bo videl depresijo kot reaktivacijo nerazrešenih konfliktov iz otroštva, ko je že doživel kakšno izgubo (psihodinamski model). Tretja razlaga bi bila, da je depresija le del običajnega procesa žalovanja, vendar pa se je izmuznila kontroli zaradi fiksacije na negativne misli in miselne povezave, kar povzroča, da oseba zaznava svet in sebe docela pesimistično (vedenjski, kognitivni model). Četrti bodo razložili, da je takšno žalovanje le odgovor na spodbude iz okolja in družbe, oziroma ga vidijo kot eno od nenormalnih oblik učenja, ki pa kljub svoji neprimernosti v dani situaciji dobiva dovolj zunanjih spodbud, da se ohranja in ojačuje (socialni model).

Še več različnih mnenj bi dobili, ko bi ne razpravljali le o vzrokih za opisano motnjo, pač pa še o njeni prognozi, zdravljenju in preveciji.

Danes je v psihiatriji skoraj nemogoče predstaviti katerikoli problem tako, da bo notranje logičen in konsistenten ter hkrati celovit. Edina možnost biti jase, preprost in logičen je tedaj, ko smo za eno od možnih razlag že vnaprej opredeljeni in od alternativnih izberemo le tisto, kar se v našo vsaj približno vklaplja, vse ostalo pa zanemarimo. Temu lahko rečemo eklekticizem in včasih se s tem tudi postavljamo, češ da ob vsakem pacientu izberemo zanj najustreznejši model razlage njegovih težav. Vendar pa je v praksi tako, da tudi eklektik sledi svojim (priznanim in zatajevanim) predsodkom in stališčem, ki se jim le stežka odreče, pač pa se čudi, da njegovi kolegi ne mislijo enako. Takšen eklekticizem sicer dopušča razkošje sprememb v naših postopkih, vendar prepogosto tako, da niti ne vemo ali pa ne povemo razlogov zanje. To pa spet ni daleč od čistega empiricizma, filozofije, ki pravi, naj vsi naši postopki temeljijo na izkušnjah.

Ob vsem tem lahko predvidimo, kolikšni konflikti nastajajo v stroki in kako se proporcionalno povečujejo s številom psihiatrov in sorodnih strokovnjakov, ki se ubadajo z določenim problemom. Vendar pa ne gre za to, da bi bili psihiatri nujno nevedneži, slabo izobraženi ali pa zmedene in dvomljive pameti že po naravi, pač pa za to, da je psihiatrija kot stroka še vedno manj zreła od drugih vej medicine. Modele uporabljamo zato, ker enovite in dokončne razlage za številne duševne motnje in bolezni še ni. In prav zato, ker manjkajo neizpodbitni dokazi o naravi posameznih bolezni, se modeli zanje lahko razrašajo in zato je ravno na našem področju tako zanimivo ustvarjati in uporabljati vedno nove in nove, ker pač vedno znova poskušamo najti takega, ki bi lahko jasno in v celoti

razložil duševne bolezni. V drugih vejah medicine je teoretični okvir zdravnikovih postopkov jasnejši in zato tam ni takšne nuje po iskanju novih modelov. Za številne organske bolezni so vzroki, klinične slike, patologija in zdravljenje znani, tako da se bolezenski ali medicinski model tem boleznim prav lepo prilega. Na žalost nam v psihiatriji čisti bolezenski model še ne zadošča in ko bi želeli ob današnjem znanju umestiti vanj vse duševne motnje, bi bilo to Prokrustovo početje. Poznavanje posameznih modelov pa je vendar za prakso pomembno, saj je nemogoče, da bi se do potankosti držali enega samega. Dobro si je ustvariti nekakšno lastno sintezo obstoječih modelov, saj nam to v marsičem olajša razumevanje bolezni, zlasti pa odločanje o zdravljenju.

2. KLASIFIKACIJA? DIAGNOZA?

Psihiatrija se od drugih vej medicine razlikuje še celo v tem, da se sprašuje, ali je klasificiranje in diagnosticiranje duševnih motenj sploh potrebno ali ne.

Izvor teh vprašanj sega še v klasične čase, ko sta se uveljavili dve filozofski šoli, katerih temeljne postulate in dileme je moč najti v razpravah o klasifikaciji in naravi duševnih motenj tudi danes. Prva smer - kategorična (Platonova) - utemeljuje bolezenski koncept in vidi tudi duševne motnje kot bolezenske entitete, ki se jih da jasno ločevati. Druga - dimenzionalna smer (Hipokratova, oz. Aristotelova) - pa postavlja v ospredje posameznika in njegov razvoj in meni, da je možno razlike med duševnimi motnjami razložiti le s stopnjo njihove resnosti in kroničnosti, ni pa možno med njimi postaviti jasne ločnice v smislu različnih bolezenskih kategorij.

Ves čas zgodovine psihiatrije sta nastopali obe smeri, vendar pa sta se v prevladi ene nad drugo v različnih obdobjih izmenjevali. Zlasti v Ameriki je bila po drugi vojni vplivna smer, ki je psihopatologijo merila le na globalnem kontinuumu mentalnega zdravja in mentalne bolezni. V Evropi je bila ta smer manj močna, najbrž zato, ker je bila tradicija nemške (Kraepelinove) psihopatološke in psihiatrične šole preveč trdno zasidrana. Kategorična smer je tako vedno zagovarjala klasifikacijo duševnih bolezni, druga pa je menila, da je vsaka klasifikacija pregroba, saj zreducira paciente na posamezne "primere", ob čemer se izgubijo njihove individualne posebnosti. Zagotovo je res, da je vsak bolnik osebnost zase in da je pri vsakem posebna tudi kombinacija značilnosti,

ki sestavljajo duševno motnjo. Teh individualnih posebnosti ne more zajeti nobena, še tako dobra in natančna klasifikacija. Vseeno pa je prepoznavanje podobnosti med pojavi in njihovo grupiranje nujnost zlasti v svetu znanosti, že zaradi ekonomike spomina, zaradi sporazumevanja in zaradi ustvarjanja novih hipotez. Končno pa niti v psihiatrični niti v kateri koli drugi medicinski klasifikaciji ne gre za razvrščanje in klasificiranje ljudi, pač pa za razvrščanje motenj, ki jih imamo.

Zadnji veliki premik v psihiatričnem mišljenju, raziskovanju in klinični praksi je nastal pred približno 20 -30 leti in dosegel enega svojih vrhov v publikaciji DSM - III (1980). Pomemben je bil zato, ker je dosegel velik konsenz tako med strokovnjaki kot med tistimi, ki to področje iz kakršnihkoli razlogov pobliže spremljajo. Premik je v tem, da je ponovno utrdil prepričanje, da je psihiatrija medicinska veja, ki obravnava duševne motnje tako, da jih poskuša znanstveno utemeljiti, diagnosticirati in zdraviti. Teorija in merjenje teh motenj uporabljata kategorični pristop. Kriteriji, po katerih vključujemo bolnike v posamezne diagnostične kategorije, slonijo na algoritmih, katerih osnova so, kadar je to le mogoče, operacionalno opredeljeni psihopatološki znaki s kar najmanj etioloških predpostavk. Vse klasifikacije od DSM - III dalje (DSM - III -R, DSM -IV in ICD 10) imenujemo ateoretične; ta izraz je ustrezen v tem, da v njih le pri redkih kategorijah zaslutimo psihodinamski, socialni ali pa vedenjski model, česar je bilo v prejšnjih klasifikacijah obilo; vseeno pa bi se težko strinjali, da je sedanji pristop docela ateoretičen, saj ga narekuje ponovno oživljeno zanimanje za psihopatologijo, za jasno opredelitev fenomenov in zlasti za njihov biološki substrat. Za navidezno ateoretičnim pristopom teh klasifikacij trdno stoji bolezenski model razlage duševnih motenj, ki sicer še ne more zahtevati, da je npr. za diagnozo depresije treba najti to in ono v kaki telesni tekočini, vendar pa tudi ne ločuje depresivnih stanj po načinu njihovega nastanka, pač pa le po trajanju in jakosti znakov, ki so vsem depresivnim stanjem skupni.

3. KLASIFIKACIJA DEPRESIJ

Okrog "depresije" je bilo v psihiatriji več zmede kot okrog katere koli druge motnje, čeprav je v psihiatrični praksi najpogostejša. Leta 1905 so na pobudo Adolfa Meyerja izraz "melanholija" zamenjali z "depresijo", češ da bo to prineslo razjasnitev, vendar ni bilo nič bolje. Tudi kasnejši

koncepti endogeneze, psihogeneze, reaktivnosti, nevroze ali psihoze niso prinesli tiste jasnosti, ki bi si jo želeli. Skladno s tem je bilo treba iskati depresije v prejšnjih klasifikacijah po celotnem sistemu, kar ni imelo posebnega smisla in je zato povzročalo veliko težav. V sedanjih klasifikaciji ICD-10, ki jo bomo uporabljali tudi pri nas, pa so depresije razporejene na enem mestu, z oznakami od F30-F39, tako da zdravnik, ki želi klasificirati depresivno motnjo, natančno ve, kam pogledati.

Druga prednost te klasifikacije je v tem, da ne ločuje več med "reaktivno" in "endogeno" obliko bolezni, saj so raziskave pokazale, da ni niti kliničnih kriterijev, ki bi dopuščali takšno ločevanje, nevrofiziološke raziskave pa tudi niso potrdile razlik med njimi. Depresije so tako opredeljene le kot blage, zmerne in hude ter kot posamezne ali rekurentne epizode, pri hudih oblikah pa je možna še dodatna oznaka glede prisotnosti ali odsotnosti psihotičnih simptomov.

Kot trajna razpoloženjska motnja pa je opisana še distimija: kronično slabo razpoloženje, ki traja vsaj nekaj let, pa ni dovolj hudo ali katerega epizode niso dovolj dolge, da bi opravičile diagnozo hude, zmerne ali blage ponavljajoče se depresivne motnje. Iz opisa lahko razberemo, da je to le nov izraz za že prej znano motnjo, ki smo jo imenovali nevrotična depresija.

Kot je znano, so nevrotične motnje docela izginile iz ameriške klasifikacije, v mednarodni pa so označene le v poglavju o nevrotskih, stresnih in somatoformnih motnjah. Izraz nevroza naj bi bil namreč v klasifikacijskem smislu brez opisne uporabnosti in se sam po sebi bolj nanaša na določeno etiološko teorijo, na psihoanalitični model mentalnega delovanja. Kot nozološka entiteta pa zajema širok spekter motenj z različnimi znaki in simptomi in je zato premalo precizen. S tem izrazom lahko označimo le to, da sta človekovo dožemanje realnosti in osebna integracija intaktni. Vendar pa nevroze kot koncept še niso izginile iz našega mišljenja in besednjaka in še celo avtorji ameriškega učbenika psihiatrije so mnenja, da bi morali ta izraz še zadržati. Zdi se, da bo prihajalo do precejšnjih zapletov pri razmejevanju med "afektivnimi motnjami" in med "nevrotskimi, stresnimi in somatoformnimi motnjami": depresija je namreč eden najbolj običajnih simptomov po stresu, kar pomeni, da bomo morali diagnozo spremeniti, če bo postala trajna in dominantna. Seveda ni problem le v tem, da se diagnoza spremeni, kar je lahko nekaj povsem običajnega. Problem je v tem, da s takšnim postopkom predpostavimo, da gre za različne bolezenske entitete, za kar pa nimamo dovolj dokazov. Nasprotno, obstaja že kar nekaj (zaenkrat še) hipotez, ki govorijo tudi o biološki, nevroendokrinološki povezavi med stresom in depresijo.

Svojevrstno nelogičnost vidim tudi v razporeditvi "anksiozne depresije" med "druge anksiozne motnje" (F 41). Redkokdaj bomo namreč srečali depresivnega bolnika brez anksioznosti. Prisotnost tega simptoma pa bo privedla zdravnika do dvoma, v katero kategorijo naj bolnika uvrsti. Nenazadnje je sploh vprašljivo, če je umestno tako striktno ločevati "afektivne motnje" od "paničnih motenj", saj je prekrivanje enih in drugih v klinični praksi izjemno pogostno in je meja med "afektom" - depresivnostjo in "ne-afektom" - anksioznostjo in ostalimi emocijami neredko povsem arbitrarna.

4. ZNAKI DEPRESIVNEGA SINDROMA

Nikoli ni bilo posebno težko prepoznati hudih depresij, še zlasti ne tistih, ki se izmenjujejo z maničnimi epizodami. Ampak vse motnje, ki obstajajo v hudi obliki, lahko obstajajo tudi v lažji in tedaj jih je bistveno težje prepoznati, še zlasti, če z njimi nismo v vsakodnevnem stiku, tako da nanje težje pomislimo. Po drugi strani pa so depresivna občutja del življenjske izkušnje vsakogar, vtkana so tako v doživljanje sebe kot sveta okrog nas, tako da je mejo med "še normalnim" in "že bolezenskim" težko prepoznati.

Prav zato se mi zdi algoritemski pristop za prakso privlačen, še posebej pri presoji tistih oblik bolezni, ki jih bomo označili kot blage. Omogoča nam namreč razmejiti posamezne simptome, jih razvrstiti in končno prešteti. Ocena posameznih simptomov bo sicer še vedno subjektivna, odvisna tudi od naših osebnih izkušenj in stališč, možnost napak pa je ob takem načinu vendarle manjša.

Diagnostična merila za depresijo so:

V obdobju vsaj dveh tednov mora imeti bolnik vsaj enega od naslednjih dveh simptomov:

1. depresivno razpoloženje (depresivnost),
2. oslabitev interesov in/ali oslabitev veselosti.
In mora imeti vsaj še štiri od teh simptomov:
3. zmanjšanje ali povečanje telesne teže,
4. motnje spanca (nespečnost ali prekomerno zaspanost),
5. psihomotorno upočasnitev ali agitacijo,
6. utrudljivost ali oslabitev življenjskih aktivnosti,

7. občutja ničvrednosti ali neustrezna občutja krivde,
8. oslabitev sposobnosti mišljenja ali koncentracije ali odločanja,
9. ponavljajoče se misli o smrti, samomorilne misli in samomorilni poskusi.

1. Depresivno razpoloženje

Žalost je tisti simptom, ki nas najhitreje opozori na možnost depresivne bolezni. Pri nekaterih nam niti ni treba o tem posebej spraševati, saj je to čustvo moč razbrati iz bolnikovega izraza in telesne drže. To je pomembno, kajti o svojih čustvih ljudje ne govorijo enako lahko in jih tudi ne prepoznavajo enako dobro. Tako npr. moški težje govorijo o svojih čustvih kot ženske, še zlasti v naši kulturi; adolescenti sicer radi filozofirajo o čustvih, vendar so nebogljeni, ko naj bi jih prepoznali in izrazili pri sebi. Starejši ljudje nam bodo raje poročali o telesnih težavah kot o čustvih. Tudi zunanji izraz žalosti je lahko različen pri različnih ljudeh, zlasti pa ne smemo pričakovati, da bo takšen, kot je pri nas samih.

2. Izguba (oslabitev) interesov in/ali veselosti

Zanimanje in veselje do določenih stvari v življenju sta neločljivo povezana z zdravjem, njuna izguba pa zanesljivi znak bolezni. Apatija, izguba interesov, umik so znaki depresije. Včasih jih je težko ločiti od še normalnega zmanjšanja ali spreminjanja interesov, ki nas spremlja v določenih obdobjih. Včasih slišimo, da ima kdo vsega zadosti, čeprav to še ni nujno izguba interesov v bolezenskem smislu. Če pa nekdo res prav v ničemer več ne najde zadovoljitve, če ne more več vzdrževati in gojiti svojih konjičkov, če se ne more več veseliti stvari v življenju, ki jih je vedno rad počel, potem že lahko govorimo o bolezenskem znaku. Opozoriti kaže na časovno obdobje, v katerem nastanejo spremembe, pa tudi svoje je dobro povprašati, če nam bolnik sam to težko opiše.

3. Spremembe apetita (in teže)

Izguba apetita sama po sebi ni jasen znak depresije. Mnogi zmerno depresivni jedo normalno ali celo več, čeprav je to redkeje. Hujša izguba apetita navadno nastopi pri hudih depresijah, ko so izraženi tudi drugi znaki. Še posebej pa ne gre ocenjevati tega znaka preveč enostransko ob prisotnosti kake telesne bolezni.

4. Motnje spanca (zlasti nespečnost)

Važne so vse spremembe, ki nastanejo v določenem času (2-4 tednih) in jih ne moremo pripisati nobenemu organskemu vzroku. Ni važno,

ali gre za zgodnjo, srednjo ali pozno nespečnost, lahko niti ne gre za kvantitativno spremembo, pač pa za občutek "slabega" spanja, za prisotnost hudih sanj in za občutek utrujenosti, ko se zbudi. Ljudje imamo različne potrebe po spanju in tudi različna pričakovanja glede tega. Zato ni toliko pomembna količina spanja sama po sebi, temveč spremembe, ki jih bolnik pri sebi zazna.

Depresija je pogost vzrok motnjam spanja, zato jih je treba jemati resno. Čeprav so benzodiazepini kot hipnotiki dobro sredstvo za ublažitev teh težav na začetku, pa ne pomagajo nič pri zdravljenju depresije.

5. Upočasnjenost ali vznemirjenost

Pravo psihomotorično retardacijo najdemo le pri polovici bolnikov, nekateri pa so precej razširili koncept retardacije in vanjo prištevajo še slabšo koncentracijo, izgubo interesov in energije itd. Agitacijo pa najdemo kot definiran simptom le pri kaki četrtnini zmerno ali hudo depresivnih bolnikov. Pri nekaterih globoko depresivnih bolnikih najdemo tako agitacijo kot retardacijo: bolnik je hkrati nemiren in upočasnjen, tako da je pogosto težko ločiti obe komponenti. Včasih je veljalo, da potrebujejo agitirani bolniki posebno zdravljenje s sedativnimi zdravili, zlasti s sedativnimi tricikličnimi antidepresivi, vendar pa so novejša raziskava to prepričanje omajale.

6. Utrujenost, utrudljivost

Ta simptom je za depresijo zelo značilen, vendar ga pogosto zmotno pripišemo kaki telesni bolezni. Označuje ga občutek, da je vse napor, da se mora človek k vsakemu opravilu prisiliti, da je utrujen, še preden se nečesa loti. Kadar je močno izražen, lahko hudo ogroža običajno socialno in delovno življenje.

7. Misli (bojazni) o ne vrednosti (nesposobnosti), krivdi

Kadar so te misli močno izražene in že dobivajo značilnosti depresivne blodnje, jih ni težko pravilno opredeliti, ker bolnika tedaj tako vznemirjajo, da jih ne more skrivati. Včasih pa najdemo le splošno pesimistično naravnost, ki jo je težje opredeliti kot depresivni simptom, če nimamo še dodatnih podatkov.

8. Oslabitev koncentracije

Bolniki nam pogosto povedo, da ne morejo več brati, gledati televizije, da si nič ne zapomnijo, tudi če se trudijo, da ne "znajo" več opraviti del, ki so jih prej izvajali bolj ali manj rutinsko. Gotovo bodo

pritožbe nekoga, ki ima pretežno intelektualno delo, drugačne od pritožb gospodinje ali koga drugega, tako da je tudi pri oceni tega znaka treba upoštevati posameznikove okoliščine.

9. Misli o smrti (samomorilne misli)

Občutki, da življenje ni nič vredno, da je nekdo utrujen od življenja, nas bodo spodbudili, da povprašamo tudi o samomorilnih mislih. Včasih se nam zdi, da lahko s takšnim direktnim vprašanjem spodbudimo suicidalno dejanje, vendar je to napačen občutek. Skoraj 80% depresivnih bolnikov namreč ima takšne misli, ki so včasih sicer bežne, drugič bolj vsiljive, vedno pa so neprijetne in zbujejo v njih občutke krivde. S pogovorom o samomoru, s pojasnitvijo, da so takšne misli del bolezni in nimajo moralnega ali vrednostnega pomena, se občutki krivde bistveno zmanjšajo.

Znaki anksioznosti in depresija

Znaki anksioznosti so med najpogostejšimi znaki depresije in so tudi občutljiv kazalec njene resnosti, so del depresivnega sindroma. Tudi vse lestvice, ki jih uporabljamo v kliniki za merjenje resnosti depresije, imajo vsaj eno, če ne več vprašanj za ugotavljanje prisotnosti, resnosti in načina izražanja tesnobe. Težje se je odločiti med depresivno in anksiozno motnjo tedaj, ko so znaki anksioznosti močnejše izraženi kot znaki depresije. Vendar pa je dobro vedeti, da je stopnja anksioznosti pri depresivnih bolnikih višja kot pri nedepresivnih in celo višja kot pri samo anksioznih bolnikih. Prisotnost znakov anksioznosti naj nas spodbudi k iskanju drugih znakov depresije.

5. TRAJANJE SIMPTOMOV

Vse mednarodne klasifikacije so si enotne v tem, da naj bi trajali simptomi vsaj 14 dni, da bi lahko govorili o depresivni epizodi. Časovni kriterij je pomemben zato, ker obstajajo še nekatere druge (kratkotrajne) oblike bolezni, za katere je značilno, da se na zdravljenje z antidepresivi ne odzivajo enako dobro kot prve.

6. KOLIKO SIMPTOMOV JE TREBA ZA DIAGNOZO

Prisotnost depresivnega razpoloženja sama po sebi ne zadošča za diagnozo depresije. Depresija je namreč sindrom in zahteva več simptomov. Klasifikacija zahteva najmanj pet simptomov in šele z njimi bi lahko zadostili kriterijem za diagnozo. Mnogi pa mislijo, da so ti kriteriji prezahtevni zlasti za splošno prakso, kjer je mnoge od znakov težko opredeliti. Tudi znana Zürška epidemiološka študija je pokazala, da so pomembne razlike med moškimi in ženskami glede poročanja o posameznih znakih: moški poročajo o manj znakih kot ženske, čeprav je njihova prizadetost zaradi bolezni enaka. Tako se zdi, da prisotnost treh znakov pri moških in štirih pri ženskah zadošča za ločevanje med zdravjem in boleznijo in govori za zelo verjetno diagnozo depresije.

7. RESNOST DEPRESIJE

Ocena resnosti bolezni je pomembna za presojo o načinu zdravljenja. Antidepresivi so namreč učinkoviti pri zmernih in hudih depresijah, medtem ko je pri blagih oblikah njihova učinkovitost enaka placebo. Razlikovanje med zelo blagimi depresijami, pri katerih je izboljšanje po zdravljenju z zdravili negotovo, in tistimi, pri katerih ga vseeno lahko pričakujemo, je pogosto težko. Tudi blagih znakov depresije ne kaže kar zlahka zanemariti, saj se lahko razvijejo v hujše, ki jih je treba zdraviti. Po drugi strani pa se zlasti v splošni praksi pogosto primeri, da bolniki sami zabrišejo znake, ki govorijo za depresijo, in jih prekrijejo z različnimi somatskimi pritožbami, navajajo razloge ali "vzroke" za slabo počutje, imajo malo uvida v svoj čustveni svet ali pa že sami po sebi prepoznajo manj znakov (moški). Prisotnost katerega koli od teh dejavnikov naj nas spodbudi k razmisleku, preden se odločimo, da gre pri bolniku le za "blago" motnjo.

8. ZAKLJUČEK

Na koncu se lahko vprašamo, kaj je pravzaprav na tem področju novega, česa doslej še nismo vedeli. Opisi klinične slike depresije niso danes prav nič drugačni kot nekoč. V marsičem pa je drugačno razumevanje celotnega sindroma in njegovo nesporno umeščanje med duševne bolezni. Vseh njenih pojavnih oblik še ne moremo pojasniti, vendar najbrž ni več prav daleč čas, ko bo mogoče razumeti in razložiti tudi te. To, kar je o depresiji znanega in neznanega danes, se odraža najbolje v novih razvrstitvah duševnih motenj, ki imajo prav zaradi "lukenj" v znanju še marsikatero pomanjkljivost.

Na žalost se v psihiatriji nekoč (in tudi danes) ni bilo treba vedno truditi z diagnozo, čeprav je že študentu medicine jasno, da nam da dobra diagnoza indikacije o vzrokih za motnjo, pove nam glavne klinične značilnosti, daje nam osnovne smernice za zdravljenje in najverjetnejšo prognozo. V ponovni obuditvi teh načel vidim eno bistvenih inovacij sedanje klasifikacije duševnih motenj. Ker pa težava ni v novih idejah, pač pa v tem, kako ubežati starim, v katere smo vgrajeni in ki segajo v vsak kot naših možganov, je vredno te nove ideje vedno znova razlagati in ponavljati.

LITERATURA

1. Tyrer P in Steinberg D: Models for Mental Disorder. John Wiley and Sons, 1993, Chichester, England.
2. Kerr A in McClelland H (ur.): Concepts of Mental Disorder. The Royal College of Psychiatrists, Gaskell, 1991, London, England.
3. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-III-R. APA, 1987, Washington, DC.
4. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV. APA, 1994, Washington, DC.
5. World Health Organisation: International Classification of Diseases, 10th Ed. WHO, 1992, Geneva.
6. Franklin J: Molecules of the Mind. Laurel, 1988, Washington.
7. Montgomery SA: Anxiety and Depression. Wrightson Biomedical Publishing Ltd., 1990, Petersfield.

8. Angst J. in Dobler-Mikola A. The Zurich study - a prospective epidemiological study of depressive neurotic and psychosomatic syndromes IV. Recurrent and nonrecurrent brief depression. *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences*, 234, 408-416, 1985.
9. Kaplan HI, Sadock BJ in Grebb JA. *Synopsis of Psychiatry*, 7th Ed. Williams & Wilkins, 1994, Baltimore, USA.