



50 let

Psihiatrična
bolnišnica
Begunje

MEJE PSIHIIATRIJE

MEJE
PSIHIIATRIJE

Begunje,
25. in 26. oktober
2002

MOTNJE RAZPOLOŽENJA: NORMALNO IN PATOLOŠKO

Urban Groleger

UVOD

Dihotomija reducira različna stanja na dve, ki ju v računalniškem jeziku opišemo z »0« in »1«, v strokovnem jeziku ju poimenujemo z »odsoten« in »prisoten«, v vsakdanjem jeziku pa z »ni« in »je«. Računalniška dihotomija poenostavi statistične analize podatkov in poveča verjetnost jasnih, statistično pomembnih razlik. Vsakodnevna dihotomija nam olajša odločitve in poveča verjetnost »pravilnega« ravnanja, ki je skladno z normativnim in pričakovanim (zelena luč in rdeča luč na semaforju). Strokovna dihotomija je omogočila nastanek jasnih diagnostičnih in klasifikacijskih sistemov, na podlagi katerih zdravimo bolnike in pomagamo ljudem v stiski (1, 2). Kljub temu imajo opisane dihotomije tudi pomembne pomanjkljivosti. Računalniška dihotomija povzroči izgubo kvalitete podatkov in poveča verjetnost, da so sicer jasni, statistično pomembni zaključki napačni. Vsakodnevna dihotomija nas postavlja v situacije, ki jim nismo kos in v katerih je naše odločanje prepuščeno trenutnemu navdihu (rumena luč na semaforju). Strokovna dihotomija nas sooča s kopico vmesnih stanj, ki niso ne »0« ne »1«. V teh stanjih sicer jasne smernice izgubijo svojo določenost, nas puščajo v strokovni negotovosti, bolniki pa postanejo odvisni od naše intuitivnosti, iznajdljivosti in izkušenj. V to skupino sodijo različne psihiatrične motnje, ki so na meji med posameznimi diagnostičnimi skupinami (depresivne in anksiozne motnje; shizofrenija in bipolarnost; depresije in manije; motnje razpoloženja in odvisnosti in še mnoge druge). Bolniki in svojci nam pogosto postavljajo vprašanje: »Kako veste, da je to res bolezen?«. Odgovori na takšna vprašanja so lahko pogosto jasni in strokovno utemeljeni, včasih pa se bolj zanesemo na občutek in klinične izkušnje. Zato sodijo v skupino mejnih stanj tudi vsa tista, ki so na meji med normalnim in patološkim (globoka žalost in depresivnost; z

alkoholom povezana razdražljivost in moška depresija; običajna hiperaktivnost in hipomanija; nenavadnost in posebnost ter psihoza; kulturološko pogojena zaznavna izkrivljenja in halucinacije ter mnoga druga stanja). V nadaljevanju bodo zato naštet in opredeljena vsa tista stanja razpoloženja, ki jih lahko uvrstimo med normalno in patološko in jih še lahko štejemo med motnje razpoloženja.

DEFINICIJE

Spekter motenj razpoloženja na meji med normalnim in patološkim lahko določimo tako, da najprej definiramo osnovne pojme: (A) simptom, sindrom in motnja, (B) čustva, razpoloženja in afekt ter (C) normalno, abnormno in patološko.

Simptom, sindrom in motnja

Vse klinične pojave lahko vrednotimo na lestvici, ki se začne s simptomi (subjektivne navedbe bolnika) in znaki (to, kar lahko objektivno vidimo). Oboji se združujejo v klinične sindrome, v katerih se praviloma skupaj pojavljajo različni simptomi in znaki, ki so povezani v stalno klinično sliko in so ločljivi od drugih sindromov. O klinični motnji govorimo takrat, ko so njeni kriteriji jasni, ko ima predvidljiv razvoj, ko so meje do drugih motenj jasne in so mešane slike redke. Opisano lestvico zaključuje patofiziološka entiteta, ki zahteva opredelitev dejavnikov tveganja in njihovo povezavo s patofiziologijo in izraženo klinično sliko (3, 4).

Čustva, razpoloženja in afekt

Najgloblje in najpomembnejše izkušnje v življenju so povezane s čustvi. Tako običajno začutimo veselje ob poroki, žalost ob pogrebu ter navdušenje in zamaknjenost ob zaljubljenosti. Vsakdanje življenje je prav tako polno čustev. Če je kdo grob z nami, začutimo jezo. Ko izvemo, da bo potrebno drago in obsežno popravilo avtomobila, začutimo potrnost ali celo obup. Ko nam nekaj uspe, smo veseli. Čustva so tudi bistven sestavni del duševnega zdravlja. Tako sta najpogostejši pritožbi ljudi, ki iščejo pomoč psihoterapevta, depresivnost in tesnoba (5).

Čustva lahko definiramo kot reakcijo na neki dogodek in na lasten odziv na ta dogodek, vključuje pa kognitivno (zavestna, subjektivna izkušnja), fiziološko (avtonomni živčni sistem) in vedenjsko (govorica telesa) kompo-

mento (5). Ljudje so svoja lastna čustva opisovali kot intenzivne notranje občutke, ki imajo svoje lastno življenje in jih je nemogoče vključiti ali izključiti po potrebi (6). Fiziološko komponento čustev izkoriščajo pri detektorjih laži, kjer so ugotavljali tretjinsko negativno in četrtninsko pozitivno napako (7). Čustva povezujemo z vedenjem, na primer z različnimi izrazi na obrazu. Ti naj bi bili prirojeni in enaki tudi pri ljudeh, ki so bili slepi od rojstva (8, 9). Poleg tega so ugotovili zadovoljivo skladnost pri prepoznavanju povezanosti čustev in obrazne mimike pri ljudeh iz različnih svetovnih kultur (10). Poznamo različna osnovna čustva, skladno z različnimi teoretičnimi modeli (11-13). Tako lahko naštejemo naslednja osnovna čustva: jeza, žalost, strah, veselje, ljubezen, presenečenje, gnus in sram. Po Plutchiku (13) posamezna osnovna čustva neostro prehajajo med sabo, ob tem nastajajo različne kombinacije, nastali spekter pa dopolnjuje še različna izraženost posameznih čustvenih odzivov.

Ljudje svoje lastne čustvene reakcije razumemo bodisi kot prijetne ali neprijetne (14), lahko pa so tudi funkcionalne ali nefunkcionalne. Po Milivojeviču (15) so funkcionalne čustvene reakcije jeza, strah, žalost in zadovoljstvo.

Čustva so kratkotrajna in običajno izzvenijo. Če ne izzvenijo, preidejo v razpoloženja. Razpoloženje je dolgotrajno, kronično čustvo, ki je bolj kompleksno in manj jasno od čustva in ga občutimo kot notranje doživljanje. Kadar je močno izraženo ali traja dolgo časa, obvladuje doživljanje in vedenje človeka (16). Čustvo preide v razpoloženje takrat, ko je vedenje neustrezno, ko se okoliščine, ki povzročajo čustvo, ne spremenijo, in takrat, ko je človek biološko nagnjen k nastanku določenih čustev (15). Tako kot so čustva razporejena v tridimenzionalen spekter, so tudi razpoloženja podobno pestra. Med psihiatričnimi bolniki so najpogostejša razpoloženja depresivnost, tesnoba, privzdignjenost in razdražljivost (17).

Za razliko od razpoloženja je afekt takojšnja, subjektivna izkušnja čustva in predstavlja zunanji izraz silovitih notranjih občutij. Afekt je vedno pretiran in v celoti prevzame človekovo funkcioniranje. Afekt je lahko ustrezen (zaljubljenost, sreča, strah) ali neustrezen glede na zunanjega opazovalca, lahko je omejen, zamegljen, znižan, razširjen in podobno (16). Pestrost afektivnih stanj sledi pestrosti čustev in razpoloženj. Vse troje pa opazujemo in opišemo ob psihiatričnih motnjah razpoloženja.

Normalno, abnormno in patološko

Normalnost lahko definiramo kot stanje popolnega duševnega, telesnega in socialnega blagostanja in lahko pomeni zdravje (odsotnost psihopatologije), utopijo (idealna fikcija), povprečje (normalna porazdelitev) ali proces (spremembe v času). Človek je normalen takrat, ko je v harmoniji s sabo in

okoljem, v katerem živi (18, 19). Človekov notranji svet je abnormen takrat, ko izhaja iz abnormnega stanja (bolezni); ko čustveno ločuje osebo od drugih in ko osebi ne daje občutka varnosti (19). Ko govorimo o kriterijih patološkega, po Jaspersu (19) posameznega psihopatološkega znaka ali simptoma nikoli ne ocenjujemo izolirano, ga ne vrednotimo, temveč ga uporabimo diagnostično (mora se ponavljati in mora biti del nekega sindroma ali motnje).

OSNOVNO O MOTNJAH RAZPOLOŽENJA

Motnje razpoloženja vključujejo veliko skupino psihiatričnih motenj, pri katerih je izraženo patološko razpoloženje, ki skupaj z vegetativnimi in psihomotoričnimi motnjami prevladuje v klinični sliki. Motnje razpoloženja najbolje opišemo kot sindrome, sestavljene iz tipičnih znakov in simptomov. Ti vztrajajo tedne in mesece in predstavljajo znaten odklon od običajnega funkcioniranja ter se pogosto periodično ali ciklično ponavljajo (20).

Motnje razpoloženja običajno opisujemo z dvema skrajnima točkama, depresijo in manijo. Oboje lahko opišemo v obliki sindroma, ki vključuje simptome in znake prizadetosti istih možganskih funkcij, le njihov predznak je različen (tabela 1). Zato lahko govorimo tudi o depresivnem in maničnem sindromu. Če natančneje pogledamo področja naštetih znakov in simptomov, bi obema sindromoma lahko dodali še vsaj tretjega, namreč anksiozni sindrom. Oba diagnostična sistema (1, 2) anksiozne motnje opisujeta ločeno od motenj razpoloženja, opisi psihopatoloških simptomov in znakov (18, 21) pa tesnoba in strah opisujeta med motnjami razpoloženja. Glavni kriterij uvrstitve depresije in manije med motnje razpoloženja pa je ravno razpoloženje (depresivnost – znižano razpoloženje, maničnost – privzdignjeno razpoloženje, tesnoba – s strahom prežeto razpoloženje).

Tabela 1. Simptomi in znaki sindromov motenj razpoloženja.

sindrom	področje simptomov in znakov	simptomi in znaki
depresivni	razpoloženski vegetativni	navzdol, navzgor... spanje, apetit, teža...
manični	kognitivni področje kontrole impulzov	pozornost, izkrivljenja... samomorilno vedenje...
anksiozni	vedenski somatski	motivacija, interes... bolečine, mišična napetost...

Običajno v rednem kliničnem delu v okviru motenj razpoloženja prepoznavamo depresijo v vseh štirih ter manj v vseh treh stopnjah izraženosti ter njuno prepletanje znotraj bipolarnе motnje. Vendar je različnih opisanih motenj razpoloženja precej več (tabela 2), če pa upoštevamo še pojavljanje v času in različne kombinacije teh motenj, je končno število še večje (20).

Tabela 2. Motnje razpoloženja.

manično-depresivne	psihogene
somatske	opravičljive
avtonomne	reaktivne
endogene	eksogene
psihotične	nevrotične
akutne	kronične
prave	manjše
melanholične	nevrastenične
tipične	atipične
primarne	sekundarne
biološke	karakterološke

Opazimo lahko, da v tabeli 2 navedene motnje izhajajo iz različnih teoretičnih konceptov in različnih časovnih obdobj, vendar se ne razlikujejo le po imenu, temveč tudi po simptomih in znakih (kljub precejšnjemu prekrivanju), okoliščinah nastanka, vplivu zunanjih dejavnikov, bioloških osnovah, intenzivnosti, trajanju, pojavljanju, poteku in zdravljenju. Meja med še normalnim in že patološkim pri vseh od navedenih motenj ni vedno najbolj jasna. Akiskal (20) za depresijo trdi, da meja med klinično depresijo in normalnimi nihanji razpoloženja ni jasna. Po njegovem bi lahko celo razpravljali o prisotnosti ali odsotnosti posameznega simptoma.

DIAGNOSTIČNE SKUPINE

Motnje razpoloženja, kot jih trenutno klasificiramo, diagnosticiramo in zdravimo, lahko razdelimo v nekaj skupin: glavne, dodatne in mejne. Glavne diagnostične skupine (tabela 3) so uvrščene v poglavje motenj razpoloženja ustreznih klasifikacijskih sistemov (1, 2). Dodatne motnje razpoloženja (tabela

4) lahko najdemo v drugih poglavjih, ki vključujejo iste simptome in znake in jim dajejo enako težo kot pri glavnih motnjah razpoloženja.

Tabela 3. Glavne motnje razpoloženja.

ICD-10	DSM-IV
depresivna epizoda	velika depresivna motnja
ponavljajoča se depresivna motnja	bipolarna motnja I
manična epizoda	bipolarna motnja II
bipolarna motnja	dodatna delitev po izraženosti in poteku:
distimija	- s hitrimi obrati
ciklotimija	- atipična
ostale motnje razpoloženja:	- katatona
- mešana afektivna epizoda	- poporodna
- ponavljajoča se kratka depresivna motnja	- sezonska
- povezana z menstruacijskim ciklusom	- remisija

ICD-10 (2) je med motnje razpoloženja (poglavje F3) uvrstila tudi ciklotimijo in distimijo, ki sta bili prej uvrščeni med osebnostne motnje.

Tabela 4. Dodatne motnje razpoloženja.

mešana anksiozno depresivna motnja	osebnostne motnje
prilagoditvene reakcije:	- mejna izogibajoča, odvisna
- kratka depresivna reakcija	vedenjske motnje
- prolongirana depresivna reakcija	- depresivna vedenjska motnja
- mešana anksiozno depresivna reakcija	- mešana motnja vedenja in čustvovanja
nevrastenija	organske motnje

V tej skupini so tiste motnje razpoloženja, povezane z depresivnostjo, za katere veljajo isti kriteriji kot za glavne motnje razpoloženja, uvrščene pa so izven poglavja F3 (2). Med mejne motnje razpoloženja (tabela 5) pa lahko uvrstimo tiste, ki imajo bodisi mejno vlogo znotraj klasifikacijskega sistema

(na meji med še normalnim in že patološkim), bodisi vanje niso uvrščene kljub temu, da so v strokovni literaturi opisane kot jasni sindromi ali celo bolezenske entitete.

Tabela 5. Mejne motnje razpoloženja.

blaga depresivna motnja / hipomanija	premenstrualna disforična motnja
distimija / ciklotimija	podpražna depresija
depresivne reakcije / žalovanje	sezonska afektivna motnja
kratka depresija / majhna depresija	kratka hipomanija / bipolarna motnja III in IV

MEJNE MOTNJE RAZPOLOŽENJA

Akiskal (22) je motnje razpoloženja jasno postavil v spekter, v katerem motnje lahko prehajajo ena v drugo znotraj poteka bolezni pri istem bolniku. Med sabo je povezal depresivni temperament, ki lahko v obe smeri prehaja v kratko oz. majhno depresijo in distimijo, obe lahko prehajata ena v drugo in v veliko depresijo. Vsi prehodi so možni v obe smeri. Dokazi za prehajanje motenj in njihovo spreminjanje brišejo ločnice znotraj kroga motenj razpoloženja in proti psihozam, tudi shizofreniji. Najbolj prepričljive klinične dokaze je v prospektivni raziskavi ponudil Akiskal (23), ki je spremljal 100 bolnikov. Ti so se zdravili zaradi prave nevrotične depresije brez endogenih elementov. Rezultate povzemamo v tabeli 6.

Tabela 6. Nevrotske depresije in njihovo spreminjanje v času.

motnja po epizodi nevrotske depresije	odstotek
manična epizoda	4
hipomanična epizoda	14
psihotična depresija	21
endogena depresija	36
epizodičen potek	42
nestabilne osebnostne značilnosti	24

socialna izolacija	35
samomor	3

Vidimo lahko, da so bolniki v treh do štirih letih razvili motnje iz kroga motenj razpoloženja, psihoz in nestabilnih osebnostnih motenj.

Temperament in osebnost ter njuno povezanost z motnjami razpoloženja je ugotavljal že Kraepelin (24), ki je opisal štiri temperamentne tipe (vsakega je povezal z motnjo razpoloženja): (A) hipertimni tip (unipolarna manija), (B) ciklotimni tip (manija in depresija), (C) razdražljivi tip (atipična depresija) in (D) depresivni tip (unipolarna depresija). Cloninger s sodelavci (25) je povzel ugotovitve glede povezanosti osebnostnih značilnosti in motenj razpoloženja: (A) osnova razvoju motenj razpoloženja so močno izražene tiste osebnostne značilnosti, ki so sicer normalno porazdeljene v populaciji, a se pojavljajo v skupkih; (B) vsak od teh skupkov je povezan z določenim vzorcem pozitivnih in negativnih čustev; (C) takšen vzorec predstavlja predhodnico ali podpražno obliko motnje razpoloženja; in (D) osebnost je povezana s podtipi motenj razpoloženja. Akiskal s sodelavci (26) natančneje definira tiste značilnosti štirih temperamentov, ki napovedujejo nastanek motnje razpoloženja (tabela 7).

Tabela 7. Temperament in nastanek motenj razpoloženja.

temperament	značilnosti (večje tveganje za motnje razpoloženja)
hipertimni	topel, ekstrovertiran, išče ljudi; veder, preveč optimističen; neinhibiran, v iskanju vznemirjenja, promiskuiteten; pretirano vključen in vpleten (v situacije, odnose, delo); poln načrtov, v zanosu ga odnese, impulziven, nemiren; pretirano gotov vase, grandiozen; zelo zgovoren
depresivni	obseden z lastno neustreznostjo, nespehom in negativnimi dogodki; vesten, se zna disciplinirati; pesimističen, brez občutka za šalo, nesposoben za zabavo; tih, pasiven, neodločen; zaskrbljen, pretirano kritičen, se pritožuje; samo-kritičen in samo-zaničevalen
ciklotimni	spremembe mišičnega tonusa in moči; samopodoba je nestabilna, zaupanje vase se spreminja med pretiranim in slabim; včasih je zgovoren, drugič spet izrazito tih; zmedenost se izmenjuje z ustvarjalnim in jasnim mišljenjem; mestoma jokav, drugič spet pretirano šaljiv; mestoma introvertiran, drugič pretirano ekstrovertiran; pretirano spanje se izmenjuje z nespečnostjo; storilnost se izrazito spreminja – nenavadne delovne ure
razdražljivi	pogosto nerazpoložen in razdražljiv, ter redko evtimen; neustrezno se šali; pogosto tuhta; je impulziven; pogosto je disforično nemiren

Zato lahko temperamentne in osebnostne značilnosti jasno vključimo v spekter med normalnim in motnjami razpoloženja. Ljudje z določenimi temperamentnimi značilnostmi so načeloma zdravi (torej »normalni«), sodijo pa v skupino z večjim tveganjem za nastanek motenj razpoloženja.

Na meji proti depresivnim motnjam lahko opišemo majhno in kratko, ponavljajočo se depresijo (20, 27-29). Majhna depresija ima manj simptomov (dva do pet), vključuje pa depresivno razpoloženje in pretežno telesne simptome. Po izraženosti simptomov je blažja kot depresija in krajša kot distimija (vsaj dva tedna). Njeno pojavljanje je povezano z večjim tveganjem za različne motnje depresivnega spektra (20). Ponavljajoča se kratka depresija je kratkotrajna in se ponavlja mesečno, vendar ne v povezavi z menstrualnim ciklusom. Zanj tudi velja večje tveganje za prehode v različne motnje depresivnega spektra (24).

O podpražni depresiji (SubD) govorimo takrat, kadar se pojavi depresivno razpoloženje in izguba interesov ali zadovoljstva, kar traja vsaj en teden. Prisotna morata biti vsaj dva od sedmih simptomov velike depresije. Različni avtorji (30-32) so ugotovili, (A) da se podpražna in velika depresija kopičita v istih družinah, (B) da je podpražna depresija del istega spektra kot velika depresija, (C) da podpražna depresija poveča tveganje za veliko depresijo in (D) da ima podpražna depresija nevrofiziološke podobnosti s polno izraženim depresivnim sindromom.

Med mejna stanja lahko štejemo tudi prodrome tako depresije kot manije. To so tisti znaki in simptomi, ki sicer časovno vodijo v nastanek polno izraženega sindroma, v danem trenutku pa ne izpolnjujejo kriterija motnje. Prodrome depresije in manije (33) povzemamo v tabeli 8.

Tabela 8. Prodromi depresije in manije.

prodromi depresije	prodromi manije
spremembe razpoloženja	motnje spanja
povečana tesnoba	psihotični simptomi
spremembe apetita	spremembe razpoloženja
samomorilne misli	psihomotorni simptomi, povečana tesnoba
motnje spanja	spremembe apetita

Prodromi se pojavijo pri 48 do 77% bolnikov, ki kasneje razvijejo depresivno epizodo, in pri 16 do 47% bolnikov, ki razvijejo epizodo manije (33).

Distimija in ciklotimija sta znani motnji, ljudje z eno od obeh motenj pa ne poiščejo vedno psihiatrične pomoči, temveč se navadijo živeti s simptomi in znaki motnje. Različni avtorji (24,34,35) ugotavljajo, da obe motnji predstavljata predispozicijo za nastanek bolj izraženih motenj razpoloženja (distimija je prejšnja nevrotska depresija, glej tabelo 6). Obe motnji so ugotavljali pogosteje pri svojih bolnikov z bipolarno motnjo, zato sta obe motnji vključeni v spekter motenj razpoloženja in potrjujeta hipotezo kontinuuma (36). Opise obeh motenj prikazujemo v tabeli 9.

Tabela 9. Distimija in ciklotimija.

distimija	ciklotimija
dolgotrajna podprazna depresija	menjave razpoloženja
otožnost, odsotnost veselja	izmenoma bojazljivost in dovtipi, šale
čemernost glede preteklosti, občutki krivde	izmenoma izostrene in zmedene misli
malo energije	izmenoma redkobesednost in zgovornost
nizka samopodoba, občutek neuspeha	spremembe samopodobe
trpljenje je sestavni del življenja	izmenoma umik in iskanje ljudi

Neostre prehode med posameznimi kategorijami v spektru motenj razpoloženja lahko dodatno potrdimo, če primerjamo tabeli 7 (temperament in osebnost) in 9.

V smeri privzdignjenega razpoloženja lahko opišemo nekaj mejnih stanj. Hipomanije bolnik ne doživlja kot motnjo, predvsem zato, ker ni upada funkcioniranja, temveč se to izboljša. Je bolj produktiven, izrazijo se zaželene socialne lastnosti. Zaznavanje sveta je ego-sintono. Bipolarna motnja II je kombinacija velike depresije in hipomanije ter je pogosto spregledana in nediagnosticirana. O bipolarni motnji III govorimo takrat, ko se poleg hipertimne depresije pojavijo z antidepresivi povzročene hipomanije. V tem sklopu lahko omenimo še ponavljajočo se kratko hipomanijo, ki se sopojavlja z enako obliko depresije v blagem bipolarnem spektru, in histeroidno disforijo.

Mejne motnje razpoloženja zaključujejo še predmenstrualne motnje razpoloženja, nevrastenija in sindrom kronične utrujenosti, ki vsak zase prestopajo okvire klasično diagnosticirane motnje razpoloženja, povezave med njimi pa še niso povsem jasne.

LOČEVANJE NORMALNEGA IN PATOLOŠKEGA

Ne glede na številne dokaze o prepletanju normalnega in patološkega znotraj spektra motenj razpoloženja, je ločnico med zdravjem in boleznijo potrebno določiti že zaradi nujnega in večkrat uspešnega zdravljenja. Pri tem si pomagamo z izpolnjenimi kriteriji patološkega (20): prisotnost simptomov in znakov (ne le eden ali dva), izpolnjenost kriterijev za sindrom ali motnjo (izraženost, trajanje, potek...), upad funkcioniranja, trpljenje bolnika, pozitivna zgodovina motnje (ali spektra), družinsko pojavljanje in odzivnost na zdravljenje. Vseeno pa bo odločitev in ocena patološkega delno ostala subjektivna. Odvisna bo od lastnih izkušenj, od sposobnosti zaznavanja in občutenja čustev in razpoloženj (pri sebi in drugemu), od sprejemljivosti bolnikovih simptomov, od znanja o psihopatologiji in njenega prepoznavanja, od subjektivnosti bolnika in njegovega okolja (ki lahko izkrivi simptome, jih ne prepozna ali jim pripiše napačno težo) ter od vztrajanja pri dihotomnem modelu obravnave in zdravljenja bolnikovih težav. Pri prepoznavanju si lahko pomagamo tako s celostno obravnavo bolnika, kjer je psihiater eden od članov teama, kot z racionalno obravnavo kliničnih ocenjevalnih lestvic, ki lahko odločitev o patološkem precej izostrijo.

ZAKLJUČKI

Čustva in razpoloženja so del spektra z neostrimi prehodi med posameznimi stanji. V spekter lahko uredimo poleg normalnih čustev in razpoloženj še osebne značilnosti in temperament, psihopatološke simptome in znake, njihove skupke (sindrome) in motnje. Del spektra razpoloženj in motenj razpoloženja so tako podpražne motnje kot tiste nadpražne motnje, ki jih poznamo iz klasifikacij. Znotraj opisanega spektra, ki se začne z normalnimi čustvi in razpoloženjskimi stanji, zaključijo pa pri polno izraženi bolezni, so možni prehodi v vse smeri. Pri tem velja, da višje kot smo v spektru, večje je tveganje za nastanek resnejših motenj razpoloženja. Postavlja se tudi vprašanje uvrščanja anksioznih motenj med motnje razpoloženja in vprašanje meja med motnjami razpoloženja ter drugimi motnjami.

Zato lahko rečemo, da je nemogoče vedno jasno in zanesljivo ločevati normalno razpoloženje od patološkega in da je nemogoče vedno jasno opredeliti podpražna stanja kot bolezenska. Vendar je podpražna stanja nujno

prepoznati, zato da lahko ocenimo tveganje za nastanek »pravih« motenj v prihodnosti in se odločimo bodisi o morebitnem zdravljenju bodisi o preventivnih ukrepih (življenjski slog, okolje, strategije spoprijemanja, medosebni odnosi, dejavniki tveganja in zaščitni dejavniki, biološke nagnjenosti in podobno). Prepoznavanje podpraznih stanj bo povečalo možnosti pravočasnega in uspešnejšega zdravljenja polno izraženih sindromov, odločitev o njihovem zdravljenju pa bo ostala odvisna predvsem od bolnikovega psihiatra.

LITERATURA

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th edn) (DSM-IV). Washington DC, 1994.
2. WHO. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva, 1992.
3. Haefner H. Der krankheitsbegriff in der Psychiatrie. In: Degkwitz R, Siedow H eds. Standorte der Psychiatrie. Zum umstrittenen psychiatrischen Krankheitsbegriff. Vol 2. Muenchen: Urban&Schwzenberg, 1981: 16-54.
4. Cloninger RC et al. Diagnosis and prognosis in schizophrenia. Arch Gen Psychiatry, 1985; 42: 15-25.
5. Weiten W. Psychology. Themes and variations. 2nd ed. Belmont: Brooks/Cole Publishing Company, 1992: 360-3.
6. Zajonc RB. Feeling and thinking: preferences need no inferences. Am Psychol, 1980; 35: 151-75.
7. Kleinmuntz B, Szucko JJ. Lie detection in ancient and modern times: a call for contemporary scientific study. Am Psychol, 1984; 39: 766-76.
8. Eibl-Eibesfeldt I. Etiology: the biology of behavior. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1975.
9. Charlesworth WR, Kreutzer MA. Facial expression of infants and children. In: Ekman P ed. Darwin and facial expression. New York: Academic Press, 1973.
10. Ekman P, Friesen WV. Unmasking the face. New York: Prentice-Hall, 1975.
11. Tomkins SS. Affect as amplification: modifications in theory. In: Plutchik R, Kellerman H eds. Emotion: theory, research and experience. Vol 1. New York: Academic Press, 1980.
12. Izard CE. Emotion-cognition relationships and human development. In:

- Izard CE, Kagan J, Zajonc RB eds. Emotions, cognition and behavior. Cambridge: Cambridge University Press, 1984.
13. Plutchik R. Emotions: A general psychoevolutionary theory. In: Scherer KR, Ekman P eds. Approaches to emotion. Hillsdale: Erlbaum, 1984.
 14. Schlosberg H. Three dimensions of emotion. *Psychol Review* 1954; 61: 81-8.
 15. Milivojević Z. Emocije. Psihoterapija i razumevanje emocija. Novi Sad: Prometej, 1993.
 16. Manley MRS. Psychiatric interview, history, and mental status examination. In: Sadock BJ, Sadock VA eds. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 7th ed. Vol 1. Philadelphia: Lippincott Williams & Willkins, 2000: 652-65.
 17. Goleman D. Emotional intelligence. In: Sadock BJ, Sadock VA eds. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 7th ed. Vol 1. Philadelphia: Lippincott Williams & Willkins, 2000: 446-62.
 18. Sadock BJ. Signs and symptoms in psychiatry. In: Sadock BJ, Sadock VA eds. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 7th ed. Vol 1. Philadelphia: Lippincott Williams & Willkins, 2000: 677-88.
 19. Jaspers K. General psychopathology. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1997.
 20. Akiskal HS. Mood disorders: introduction and overview. In: Sadock BJ, Sadock VA eds. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 7th ed. Vol 1. Philadelphia: Lippincott Williams & Willkins, 2000: 1284-98.
 21. Kobal MF. Znaki in simptomi duševnih motenj. In: Tomori M, Ziherl S eds. Psihiatrija. Ljubljana: Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, 1999: 47-100.
 22. Akiskal HS. Disthymia: clinical and external validity. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 89: 19.
 23. Akiskal HS, Bitar A, Puzantian V, et al. The nosological status of neurotic depression: a prospective 3- to 4-year examination in light of the primary-secondary and unipolar-bipolar dichotomies. *Arch Gen Psychiatry* 1978; 35: 756.
 24. Kraepelin E. Manic-depressive insanity and paranoia. Edinburgh: Livingstone, 1921.
 25. Cloninger CR, Bayon C, Svrakic DM. Measurement of temperament and character in mood disorders: a model of fundamental states as personality types. *J Affect Disord* 1998; 51: 21-32.
 26. Akiskal HS, Placidi GH, Marenmani I, et al. TEMPS-I: delineating the most discriminant traits of the cyclothymic, depressive, hyperthymic

and irritable temperaments in a nonpatient population. *J Affect Disord* 1998; 51: 7-19.

27. Rappaport MH, Judd LL, Schettler PJ, et al. A descriptive analysis of minor depression. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 637-43.
28. Akiskal HS. Temperament, personality and depressions: therapeutic considerations. *J Clin Psychiatry* 1994; 55: 46-52.
29. Hirschfeld RMA. Major depression, dysthymia and depressive personality disorder. *Br J Psychiatry* 1994; 165: 23-30.
30. Lewinsohn PM, Klein DN, Durbin EC, et al. Family study of subthreshold depressive symptoms: risk factor for MDD? *J Affect Disord* 2002; in press.
31. Judd LL, Akiskal HS. Delineating the longitudinal structure of depressive illness: beyond clinical subtypes and duration thresholds. *Pharmacopsychiatry* 2000; 33: 3-7.
32. Akiskal HS, Bourgeois ML, Angst J, et al. Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders. *J Affect Disord* 2000; 59: 5-30.
33. Jackson A, Cavanagh J, Scott J. A systematic review of manic and depressive prodromes. *J Affect Disord* 2002; in press.
34. Akiskal HS. Dysthymia and cyclothymia in psychiatric practice a century after Kraepelin. *J Affect Disord* 2001; 62: 17-31.
35. Seretti A, Jori MC, Casadei G, et al. Delineating psychopathologic clusters within dysthymia: a study of 512 outpatients without major depression. *J Affect Disord* 1999; 56: 17-25.
36. Akiskal HS. The bipolar spectrum – the shaping of a new paradigm in psychiatry. *Curr Psychiatry Rep* 2002; 4: 1-3.