

## DEPRESIJA IN ŽALOST

### *Lev Milčinski*

Mogoče se, drage kolegice in kolegi, nihče prav ne zaveda, na koliko različnih ravneh se odigravajo naše komunikacije z ljudmi, s katerimi se srečujemo v svojem poklicu. Če malo pomislim, mogoče "raven" tu ni pravi izraz, ker sam po sebi vključuje že tudi idejo rangiranja, kar pa smislu ne ustreza. Mogoče je bolje, da se vživimo v položaj orglarja in raznih **registrov**, ki mu pomagajo vnesti v melodijo s kombinacijo stranskih tonov ravno pravo razpoloženje, kot ga po zamisli komponista zahteva odlomek v skladbi.

V tem pogledu psihiatrija ni nobena posebnost, temveč je to specifika najrazličnejših praktik v sklopu poklicev, ki tako ali drugače delajo z ljudmi, če že ne bi nekaj tega mogli celo zaslediti v večini poklicev nasploh.

Vendar ostanimo pri psihiatriji in skušajmo opredeliti nekatere njene najpomembnejše **"registre"**:

Največ uporabljeni **"register"** v oblikovanju odnosov do ljudi, s katerimi se zdravnik-psihiater srečuje, bi lahko imenovali **"pacient"**.

V okviru tega registra se pričakuje, da bo zdravnik ob primeru mobiliziral vso najbolj svežo znanost in spretno uporabil ustrezno metodo njene aplikacije v danem primeru. Zdravnik si v tej smeri prizadeva, morebitnih vrzeli v svojem znanju pa pred pacientom rajši ne bo nazodeval - kolikor mu seveda kodeks in lastna vest to dopuščata. Zdravniku se vidi transfer na tej ravni zaželen, ker mu zagotavlja boljše pacientovo sodelovanje, malo je pa tudi njemu samemu v spodbudo. Če si njuno srečanje nazorno predstavimo, bi ju videli bodisi sedeča za okroglo mizo, 90' drugega proti drugemu, tako, da si ne gledata v oči. Ali pa tako, da pacient leži na kavču, zdravnik pa sedi postrani za njegovim vzglavjem.

Drugače zveni register **"klient"**, čigar naziv ni najbolj simpatičen; zdravnik bi mu mogoče rajši rekel npr. "pacient II", saj si (zdravnik) še vedno prizadeva upoštevati vse klinično znanje in izkušnost. Ta

prof.dr. LEV MILIČINSKI, dr.med.  
Beethovnova 12  
1000 Ljubljana

"register" se uporablja zlasti v situaciji preveč frekventirane ambulante, ko velja ekonomizirati s časom. V teh primerih je glede na to treba verbalni del pregleda kolikor mogoče utesniti in zdravnik zato v svojem nastopu imponira bolj mrzlo distanciran; transfer pa tu ni zaželen, že zato, ker podaljšuje postopke. Na tem registru potekajo tudi poredkejše izvedensko-diagnostične eksploracije. V tem vzorcu srečanja si sedita zdravnik in klient nasproti za pisalno mizo, iz oči v oči, in navsezadnje ne bi smeli zameriti kakemu klientu, če, bona fide, to situacijo označi kot "zaslišanje".

Register "**casus**" je od prejšnjih dveh, ki sta v glavnem vendarle terapevtsko naravnana, bistveno drugačen. Tu zdravnik odstopa od svoje neposredne klinično terapevtske funkcije. Umakne se na znanstveno-raziskovalno področje, utemeljujoč svojo dejavnost, češ da se trudi razkriti neke temeljne zakonitosti duševno abnormnih pojavov in da želi v daljši perspektivi mogoče ponuditi tudi določene primarno preventivne ukrepe. Sodelovanje s "**subjektom**" (tu oznaki "pacient" in "klient" pač nista umeštni) je uokvirjeno z bolj ali manj togim vprašalnikom, ki dopušča v skrajnem primeru kot odgovor na posamezna vprašanja le po enega od treh možnih: "da", "ne" in "ne vem". Navsezadnje niti ni absolutno nujno, da se zdravnik in subjekt neposredno srečata, ampak je možno, da se zberejo le izpolnjeni vprašalniki, katere so realizirali - po navodilih zdravnika-raziskovalca - manj kvalificirani, čeprav skrbno instruirani pomočniki. Ne gre dopustiti, da bi kakršnikoli emocionalni elementi motili "objektivnost" raziskave. Posamezni "**primer**" (**casus**) je oklešččen na nekatere jasno določljive demografske podatke in tiste točno definirane in - če le mogoče - merljive specifike, ki jih zahteva raziskava. Svoje delo bo opravil zdravnik v miru in tišini, sam v pisarni ali doma za mizo.

Ti trije registri so vezani na mednarodni uradni diagnostični seznam(1) in tamkajšnje označbe posameznih duševnih motenj. Opisani registri so gotovo - vsak po svoje - v službi zdravstva, uokvirja jih pa (poleg navedenega MKB 10) v dolgih letih zbrana in vedno se obnavljajoča znanost prek številnih monografij in učbenikov pa specialnih revij, seminarjev in kongresov ter končno najnovejših telekomunikacijskih tehnik. Na ta način se je zgradila neka - čeprav labilna - doktrina s priključenim etičnim kodeksom, ki vzdržuje ravnovesje med čisto strokovnostjo in narcističnimi težnjami strokovnjakov, katerim je medicina - ne da bi to obsojali - tudi eden od poligonov uveljavljanja in izgradnje osebnega statusa.

Ostane pa še en register, ki presega uradni okvir opisanih treh, imenujmo ga "**človek**". Mogoče bi lahko rekli, da ta register v zdravstveni

službi ni obvezen, pravzaprav po svoje kazi njeno utrjeno podobo in načenja tematiko, ki bi sodila v kaka druga področja znanstvenega oziroma duhovnega prizadevanja. Vendar mislim, da se organizator tega strokovnega srečanja le ni zmotil, ko mi je zaupal v delo predavanje z naslovom "Depresija in žalost", v katerem postavlja ob izrecno medicinsko kategorijo neko drugo, splošno človeško, eksistencialno, kateri se sicer noben človek ne more izogniti, v psihiatriji je pa latentno navzoča v številnih njenih podobah.

Sigmund Freud je 1915. leta objavil članek "Trauer und Melancholie", kjer med drugim piše:

*"Praviloma je žalost reakcija na izgubo ljubljene osebe ali neke abstrakcije, ki je stopila na njeno mesto, kot so npr. domovina, svoboda, kak ideal itd. V istih okoliščinah se razvije pri nekaterih osebah, o katerih potem domnevamo, da so bile že specifično disponirane, namesto žalosti - melanholija. Omembe vredno je pa tudi to, da nam nikdar ne pride na misel, da bi žalost motrili kot bolezensko stanje in kot predmet zdravniškega obravnavanja, čeprav vodi žalost s seboj kar hude odmike od normalnega življenjskega udejstvovanja. Zaupamo pač v to, da bo žalost v določenem razdobju premagana, in se nam vidi motenje njenega poteka nesmotrno, da, celo škodljivo... Pravzaprav se nam to vedenje le zato ne vidi patološko, ker ga zmoremo tako dobro razložiti" (2).*

Zanimiva so sicer tudi naslednja Freudova izvajanja v tem znamenitem sestavku, pač glede samoočitkov, ki si jih - psihoanalitsko gledano - melanholik ustvarja, in tudi zaradi teze, ki psihodinamično pojasnjuje samomorilne spodbude. Citiram:

*"Sicer smo že dolgo vedeli, da noben nevrotik ne zaznava samomorilnih nagibov, če ti ne pomenijo ubijalskega impulza do neke druge osebe, pa da ta impulz zasučje proti samemu sebi..." (3).*

Vendar tem mislim ne bi sledili še naprej, saj nam je šlo v tem sestavku v bistvu za to, da "**žalost**" izločimo iz sklopa psihopatoloških kategorij, pri čemer pa le moramo ugotoviti, da se zdravnik in posebej še psihiater, hočeš-nočeš, ukvarja tudi z žalostjo, oziroma z žalostnimi ljudmi, za kar je pa neustrezno oborožen, kajti sredstva iz psihiatrične orožarne, po katerih tudi v teh primerih često posega - kot je že Freud ugotovil - niso ustrezna.

Kako bi žalost (namreč kot nepsihopatološki pojav naše vsakdanjosti) lahko še fenomenološko označili? A.S Reber jo v svojem besednjaku psihologije, v razliko od "depresije v psihiatriji", takole definira:

*"Po svojem splošnem pomenu je to razpoložensko stanje, katero označujejo občutje nezadostnosti, malodušnosti, upad aktivnosti in pešanje reaktivnosti, pesimizem, klavrnost in podobni znaki. V tem smislu je ta "depresija" povsem normalna in relativno kratkotrajna, čeprav zoprnno pogostna" (4).*

In še kakšne so vsebine te žalosti? Vsakdo bi jih lahko naštel nekaj iz lastne izkušnje: erotična razočaranja, družinski nesporazumi, razprtije v poklicu, finančne in podobne težave. Globlje sežejo dogodki, kot so bolezen in smrt v družini. Neopazen, vendar latentno nenehno prisoten aspekt žalosti - tu še anksiozno tingirane - je pa tisti, ki se kot téma navadno ne načenja niti v krogu bližnjih oseb, v psihiatrični ordinaciji pa tudi le izjemoma, namreč *problem lastne minljivosti in smrti*. Prej naštete motive žalosti in drugačne emocionalne stiske, kot vidimo, nekateri avtorji zadnja leta pritegujejo v sklop psihiatrične problematike pod nazivom "*life events*". Če ti avtorji ustvarjajo iz te tematike neko novo specifično patologijo, pomeni to po mojem mnenju preseganje psihiatrovih kompetenc. Res je pa s tem, z žalostjo in tesnobo nabitim, prizavestnim ruminiranjem prežet velik del psihiatrije, s katero se srečujemo v praksi, pa potem tudi raziskovanja v psihiatriji često vključujejo taka dogajanja in doživljanja, če želijo študijo bolj približati življenju.

Kaj je pa potem, če strese človek v stiski ves koš takšnih problemov pred zdravnika, pričakujoč nekako terapijo. Takrat je čas za register "človek", ki pa, strogo pojmovano, dopušča zdravniku le naslednjo alternativo:

a) zdravnik sooči osebo z dejstvom, da v svojem študiju ni dobil tistega znanja in kvalifikacij, da bi smel reševati te vrste dilem in

b) zdravnik se za tak primer kompletno odreče svoji zdravniški vedi in avri in se priliči situaciji in osebi tega človeka, ki pa poslej ne sme več od zdravnika pričakovati kakih **strokovnih** nasvetov. Potem ta dvojica človeško preprosto izmenjuje lastne realne izkušnje in intuitivne uvide o eksistencialnih problemih. Vzajemno se učita ujeti tisto življenjsko resnico, ki se jima doslej še ni bila razodela. Nazorno si ju lahko predstavimo kot dva znanca, ki sedita drug poleg drugega na klopi, v pogovoru, zroč predse v daljavo. Počasi bi jima pogovor zašel tudi na človeško minljivost in smrt. Mogoče bi se kdo od njiju spomnil tudi tiste stare hindujske mitične zgodbe o bogu Yami, gospodarju pekla, ki pošilja na zemljo kot učlovečene sle starost, bolezen in znamenja bližajoče se smrti, ljudem v opozorilo, naj poiščejo pot iz svojega neurejenega in plehklega življenja. Ta mitska pripoved pove še, kako bog Yama sprejema umrle izgubljenice, ki prihajajo v njegovo kraljestvo:

*"Yama je govoril: O, človek, ali nisi videl ženske ali moškega sedemdesetih, osemdesetih ali sto let kot izkrivljen špirovec na berglo oprto ali oprtega, ki se drhtečih nog počasi premika naprej, shiranega in uvelega človeka, piškavih zob, osivelega ali plešastega z majavo glavo, nagubane kože, polne madežev? Pa si nisi mislil, češ: tudi mene čaka starost, ne morem ji uiti?"*

*Še je vprašal Yama: "Glej no, ali nisi nikoli videl človeka, bednega v bolečini, trpečega, ki se je valjal v lastnem blatu in scalini, bolnika, ki so ga drugi morali postavljati na noge in ga polagati na ležišče? In se ob tem nisi domislil, češ: tudi jaz sem podvržen bolezni in ne morem ji uiti?"*

*Na koncu je Yama še dejal: "Pa, ali nisi videl človeka, dan ali dva po smrti, napihnjenelega, pomodrelega in z gnojem pokritega? In se nisi zamislil, češ: tudi mene bo smrt doletela in ne morem ji uiti?" (5).*

Le tako kruta meditacija o resnici človeškega bivanja pomeni lahko pot iz tiste eksistencialne žalosti in tesnobe, ki nas "pod kožo" spremlja nenehno in vsepovsod, če se ne zadovoljimo več s tem, da nam jo plehka tolažba spet stori za nekaj časa ponikniti.

Še eno zgodnico mi dovolite, v ilustracijo, kako azijskemu mojstru uspeva preseči globoko žalost in jo prevesti v zrel uvid:

*Zhuang Ziju je umrla žena. Hui Zi je šel mojstru izreč sožalje. Zhuang Zija je našel sedečega, iztegnjenih nog na tleh, ko je bobnal na skledo in pel.*

*Hui Zi je dejal: "Če je z nekom živela žena, mu vzgajala otroke in stara umrla, bi človek rekel, da je še primerno, če ob njeni smrti mož joka. Toda bobnati in prepevati - to gre pa menda že predaleč, mar ne?"*

*Zhuang Zi je dejal: "Motiš se. Mar misliš, da ko je bila umrla, sam nisem žaloval kot kdorkoli drug? Potem sem se pa ozrl nazaj, onkraj njenega rojstva, ne samo to - onkraj tega, ko je imela duha. Potem je nastala nekaka zmešnjava nepojmljivega in nevidnega in dobila je duha. Še ena sprememba in dobila je telo. Še ena sprememba in rodila se je. No, potem je prišlo še do te spremembe in sedaj je mrtva. Ta dogajanja so, kot bi sledil štirim letnim časom - pomladi, poletju, jeseni in zimi. Sedaj pa leži tu in dremlje v veliki sobi. Kako naj bi jo objokoval, vzdihoval in tožil? Pomenilo bi, da usode ne razumem. Pa sem to opustil." (6).*

Menda je odveč govoriti o tem, da se omenjena alternativa v zdravniški praksi ne v eni ne v drugi obliki ne uresniči. Če "pacient" načne kako tako ali podobno vprašanje z eksistencialno težo, ga zdravnik niti ne zavrne niti - kot opisano - ne sestopi s svojega zdravniškega piedestala, temveč od tod, kot poprej zdravniška priporočila, sedaj - mimo neizbrisne

resnice o naši minljivosti - deli iz svojega common sensea ceneno tolažbo, ki naj zamegli pacientove mračne perspektive. Ali ni potem že bolje, če tiho, potrpežljivo in z empatijo poslušša pacientove lamentacije in sklene to srečanje npr. z besedami: "Ja, takšno je naše življenje."?

## LITERATURA

1. Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene. Deseta revizija (MKB-10). Zavod za varovanje zdravja Republike Slovenije, Ljubljana, 1995.
2. Freud, S.: Trauer und Melancholie (1915). Gesammelte Werke, Bd. 10, 8.428-46; str. 429.
3. Ibid. Freud 2, str. 438-439
4. Reber, A.S.: Dictionary of Psychology. Penguin Books, 1985, 188.
5. Im Tod gewinnt der Mensch sein Selbst. (Hg.: Oberhammer Gerhard). Verlag der Österreichischen Akademie der Wissenschaften. Wien, 1995, 225 (Povzeto v prevodu po predavanju Maje Milčinski: Podobe smrti v budizmu).
6. Klasiki daoizma (prevedla Maja Milčinski). Slovenska matica, Ljubljana, 1992, 314-315.