

# AFEKTIVNE MOTNJE IN ZMOŽNOST ZA DELO

**Andrej Žmitek**

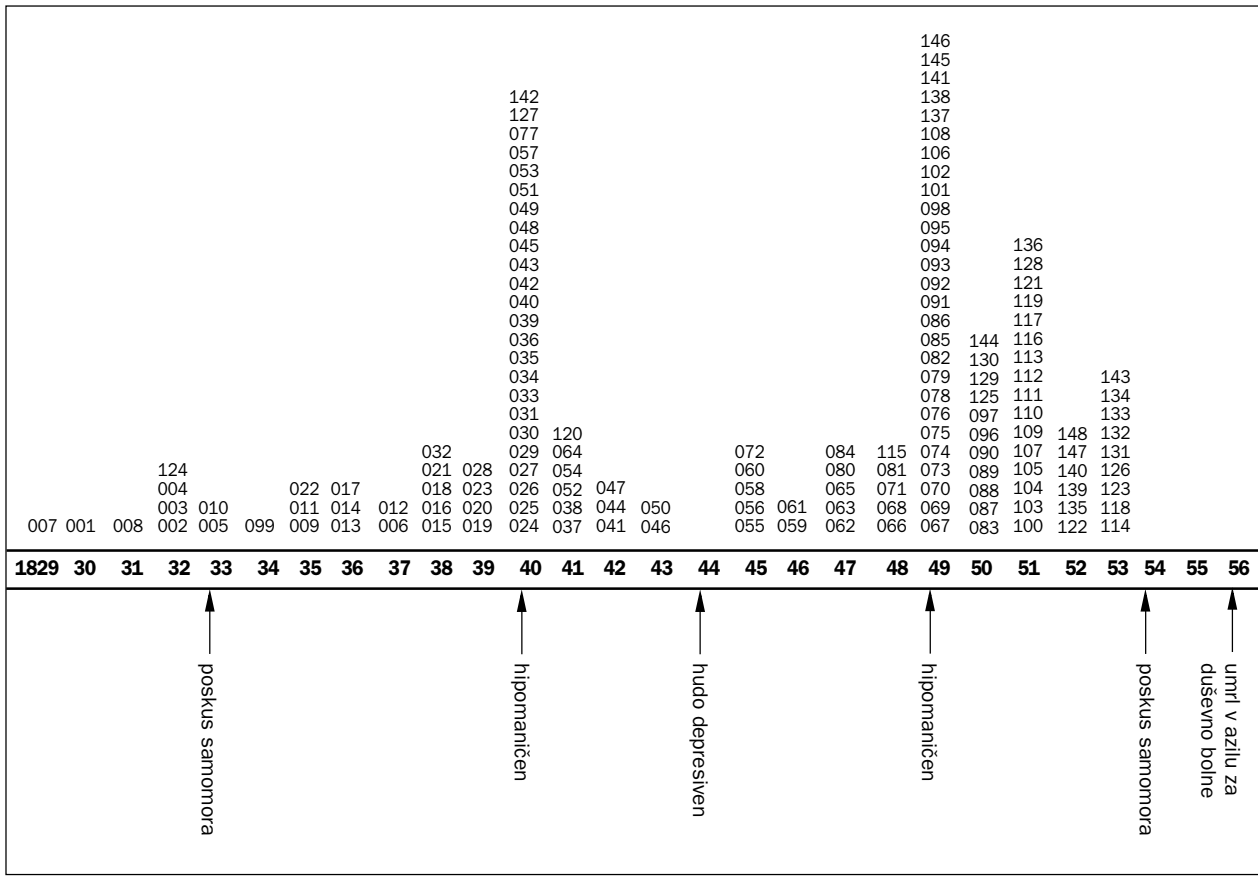
## UVOD

ANDREJ ŽMITEK, dr.med.  
Psihiatrična bolnišnica Begunje  
Begunje 55  
4275 Begunje

Skladatelj Robert Schumann (1810-1856) izhaja iz rodbine, ki je bila izrazito obremenjena z afektivnimi boleznimi. Sam je večino svojih zrelih let preživel v hipomaničnem ali depresivnem stanju. Nihanja njegove skladateljske produktivnosti jasno odražajo menjavanje afektivnih faz: v hipomaničnih obdobjih je pisal veliko, v depresivnih pa tudi po celo leto nič (slika 1).

Drugi primer vpliva afektivnih motenj na kreativnost so podatki o učinku litijevega karbonata na skupino bolnikov, ki so jo sestavljali pretežno umetniki. Dobra polovica bolnikov je poročala o povečani umetniški produktivnosti. Pri petini ni bilo sprememb, dobra petina pa je opazala upad produktivnosti. Mogoče je sklepati, da so umetniki iz zadnje skupine črpali svoj navdih zlasti iz sprememb čustvenega stanja in je ublažitev čustvenih nihanj povzročila določeno osiromašenje njihovega notranjega sveta (1).

Afektivne motnje izrazito vplivajo na človekovo življenje in tudi na sposobnost za delo. V nadaljevanju bo večina prostora posvečenega depresiji - glede na njeno pogostost in izrazito negativni učinek na delazmožnost.



**Silka 1:** Schumannova dela (številke opusov) v časovnem poteku (leta).

Avtorji ameriške študije iz leta 1986 (2) so ocenili stroške, ki nastanejo v Združenih državah v enem letu zaradi velike depresije. Za osnovo so vzeli šestmesečno prevalenco velike depresije za moške (1,3 - 2,2%) in ženske (3,0 - 4,6%) (tabela 1).

**Tabela 1:** Ocena stroškov zaradi velike depresije (ZDA, 1986) v milijonih ameriških dolarjev.

<b>DIREKтни STROŠKI</b>	
bolnišnično zdravljenje	1269
ambulantno zdravljenje	658
zdravila (antidepresivi, litij)	138
drugo	48
<b>SKUPAJ</b>	<b>2113</b>
<b>INDIREKтни STROŠKI</b>	
izguba delovnih dni zaradi bolezni	10028
izguba delovnih dni zaradi smrti	4200
<b>SKUPAJ</b>	<b>14228</b>
<b>VSI STROŠKI SKUPAJ</b>	
	<b>16341</b>

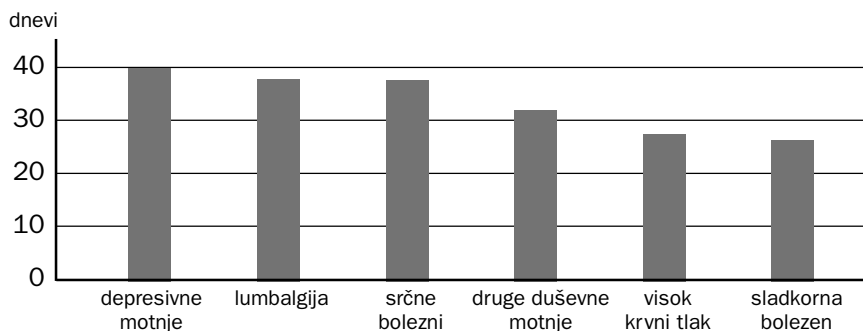
Domnevajo, da bi premik relativno majhnega deleža stroškov iz indirektnih v direktne stroške (zdravljenje) povzročil izrazito izboljšanje kvalitete življenja predvsem pri nezdravljenih ali ne dovolj zdravljenih bolnikih.

Druga študija (3) je poleg velike depresije upoštevala tudi druga depresivna stanja. Po oceni avtorjev je strošek depresije (ZDA, 1990), vezan samo na delovna mesta, znašal 43 milijard dolarjev. Od tega so stroški absentizma znašali 12 milijard, ostale postavke pa so bile izguba delovnih dni zaradi smrti, težave z varnostjo pri delu in poškodbe pri delu.

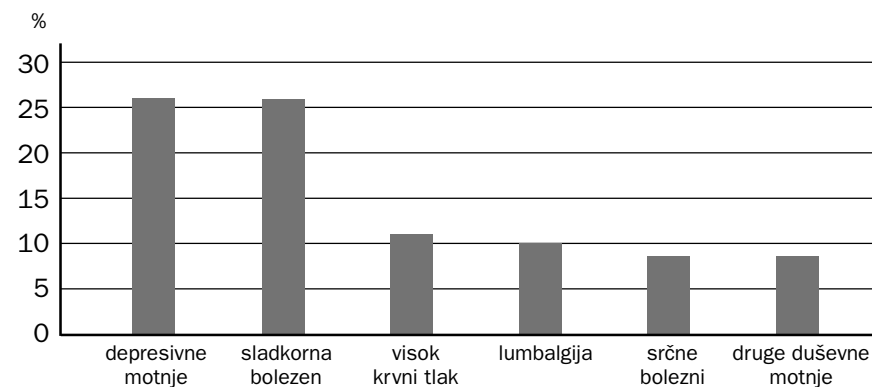
Depresivne motnje predstavljajo velik strošek tudi v primerjavi z drugimi obolenji. Študija, ki je zajela 11 000 bolnikov splošnih in specialističnih ambulant, je pokazala, da so najbolj prizadeti v izvrševanju vsakdanjih opravil

bolniki z napredovalo koronarno boleznijo. Že na drugem mestu so depresivni bolniki, sledijo pa tisti s pljučnimi in gastrointestinalnimi boleznimi, sladkorno boleznijo, lumbalgijo, artritisom in visokim krvnim tlakom (4). Bolniki z veliko depresijo so izpostavljeni približno petkrat večjemu tveganju za zmanjšano delazmožnost v primerjavi s splošno populacijo (5). Po podatkih študije, ki je zajela ameriško korporacijo z 18.000 zaposlenimi, znaša povprečno trajanje nezmožnosti za delo zaradi depresije 40 dni in je daljše kot pri lumbalgiji, srčnih boleznih, drugih duševnih motnjah, visokem krvnem tlaku in sladkorni bolezni (slika 2). Ponovna nezmožnost za delo zaradi iste bolezni v istem letu se najpogosteje pojavi pri depresiji in sladkorni bolezni, pomembno manj pogosto pa pri lumbalgiji, srčnih boleznih in drugih duševnih motnjah (slika 3) (6).

**Slika 2:** Povprečno trajanje kratkotrajnega (do 6 mesecev) bolniškega staleža

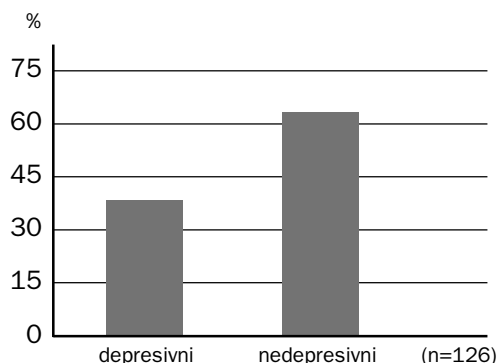


**Slika 3:** Ponovitev bolniškega staleža zaradi iste bolezni v istem letu



Če se depresija pojavi sočasno s telesnim obolenjem, se negativni učinki na delazmožnost seštevajo. Kombinacija depresije in napredovale koronarne bolezni povzroči dvakrat večji upad v socialnem funkcioniranju kot vsaka bolezen posebej (4). Dolžina bolniškega staleža pri bolnikih po miokardnem infarktu je bistveno daljša, če je hkrati prisotna še depresija (slika 4) (7).

**Slika 4:** Učinki depresije na zmožnost za delo po miokardnem infarktu. Na ordinati je prikazan odstotek bolnikov, ki so se vrnili na delo znotraj treh mesecev po infarktu.



### UKREPI ZA ZMANJŠANJE EKONOMSKEGA UČINKA DEPRESIJE

Zgoraj navedeni (in drugi) podatki dokazujejo povezavo duševnih motenj z zmanjšano zmožnostjo za delo in z naraščanjem stroškov za zdravstvena nadomestila. Zato so številni delodajalci pričeli meriti tovrstne stroške v svojih podjetjih in uvajati ali sponzorirati programe za pomoč zaposlenim z duševnimi motnjami. Število takšnih programov v ZDA naglo narašča (8).

V okviru takšnega programa je upravljanje kratkotrajnih bolniških staležev (do 6 mesecev) v že omenjeni ameriški korporaciji prevzela posebna služba za pomoč zaposlenim. Uspeli so skrajšati trajanje povprečnega bolniškega staleža zaradi duševnih motenj, ki je dotlej postopoma naraščalo. Ob tem je pomembno, da je šlo približno dve tretjini tovrstnega staleža na račun depresije. Aktivnosti službe za pomoč zaposlenim tečejo predvsem v dveh smereh. Vsakemu delavcu, ki je v bolniškem staležu zaradi duševnih

motenj, zagotovijo dostop do ustreznega zdravljenja. Povratak na delo posebej načrtujejo v dogovoru s kadroviki in nadzorniki. Pogosto se dogovorijo najprej za skrajšani delovni čas, da omogočijo nadaljnji potek zdravljenja oziroma postopno prilagajanje na delovne obremenitve. Poleg omenjenih aktivnosti so uvedli še naslednje ukrepe:

- izobraževanje predpostavljenih za prepoznavanje duševnih težav pri zaposlenih,
- racionalno ureditev sistema finančnih nadomestil in
- zbiranje in obdelavo podatkov (6).

Omenjeni program in številni podobni potekajo pod okriljem nacionalnega programa D/ART (Depression Awareness, Recognition and Treatment, oziroma zavedanje problema depresije, njeno prepoznavanje in zdravljenje). Program sodi v sekundarno prevencijo, ker je usmerjen v zmanjševanje morbiditete in trajanja depresivnih motenj. Temelji na ugotovitvah, da je danes mogoče uspešno zdraviti 80 - 90 % oseb z veliko depresijo, dejansko pa poišče pomoč le tretjina depresivnih (9).

Drugi primer za učinkovitost aktivnega pristopa k problemu depresivnih motenj je projekt na švedskem otoku Gotlandu. Tam so v letih 1983-84 omogočili vsem zdravnikom prvega kontakta izobraževanje v diagnostiki in zdravljenju depresivnih motenj. V letu 1985 so prvič ovrednotili učinke in ti so bili zelo vzpodbudni. Poraslo je predpisovanje antidepresivov. Skupno trajanje hospitalizacij zaradi depresije je upadlo za 70%, bolniški stalež zaradi iste bolezni se je znižal za polovico. Pogostost samomorov je pomembno upadla (10). Vendar pa so se pri drugi evaluaciji (1988) vrednosti opazovanih postavk ponovno približale izhodiščnim, kar kaže na potrebo po redni obliki izobraževanja (7).

## ZDRAVLJENJE DEPRESIJE IN ZMOŽNOST ZA DELO

Rezultati številnih študij (7,11,12,13,14) kažejo, da zdravljenje z antidepresivi ugodno vpliva na zmožnost za delo. Ugotovljen je tudi pozitiven učinek psihoterapije, ki pa pri suportivni tehniki ne nastopi prej kot v šestih mesecih. Ponoven nastop depresivnosti izniči učinke psihoterapije, zato je indicirano sočasno zdravljenje z antidepresivi (15,16). Primerjava uporabe antidepresiva in placeba v vzdrževalnem zdravljenju depresije je pokazala izrazito prednost na strani antidepresiva. V desetmesečnem obdobju vzdrževalnega zdravljenja je ostalo v remisiji 89% bolnikov, ki so prejeli aktivno substanco, in 52% bolnikov iz skupine, ki je dobivala placebo (17).

Pri učinku na delazmožnost je (poleg ustreznega odmerka zdravila) posebej pomembna dolžina zdravljenja. Izrazitejše izboljšanje delovne učinkovitosti se praviloma pojavi kasneje kot umik klinične simptomatike (7,12). Klinična slika se v splošnem izboljšuje nekako v obdobju šestih tednov, delazmožnost pa se pomembno izboljša tudi še po dvanajstem tednu zdravljenja (14). Nekateri avtorji ugotavljajo, da se sposobnost za aktivnosti v prostem času normalizirajo še kasneje kot delazmožnost. Sklepajo, da ostanejo okvarjene najdlje v asimptomatski fazi tiste dejavnosti, ki zahtevajo največ lastne iniciative (18).

## **STRANSKI UČINKI ANTIDEPRESIVNIH ZDRAVIL IN ZMOŽNOST ZA DELO**

Zdravljenje z antidepresivi ima poleg terapevtskih tudi številne stranske učinke (19). Zato je odnos med antidepresivi in delazmožnostjo nekoliko zapleten. Stranski učinki lahko neposredno znižujejo delazmožnost (sedacija, ortostatska hipotenzija, podaljšanje reakcijskega časa, oslABLJENA koncentracija in podobni). Drugi stranski učinki znižujejo delazmožnost posredno, ker bolniki zaradi njih pogosto opuščajo jemanje zdravil, posledica pa je ponovitev depresije. Če izberemo antidepresiv z ugodnejšim profilom stranskih učinkov, je možnost, da bo bolnik predpisana zdravila tudi dejansko jemal, lahko desetkrat večja (20).

Na splošno imajo novejši antidepresivi manj motečih stranskih učinkov, če jih primerjamo s klasičnimi. Z novejšimi so tu mišljeni predvsem bolj selektivni, to so inhibitorji ponovnega privzema serotonina (pri nas fluvoksamin, fluoksetin in sertralin), selektivni in reverzibilni inhibitorji monoamino-oksidge (moklobemid) in tianeptin, ki zvišuje količino serotonina v sinaptični špranji.

V nadaljevanju so omenjeni nekateri stranski učinki, ki neposredno vplivajo na zmožnost za delo. Eden takšnih je gotovo znižanje psihomotorične in kognitivne učinkovitosti. Na skupini zdravih prostovoljcev so opazovali spremembo reakcijskega časa pod vplivom različnih antidepresivov. Fluvoksamin, fluoksetin in moklobemid v terapevtskih odmerkih niso pomembneje odstopali od placeba, sertralin je reakcijski čas nekoliko skrajšal. Mianserin in amitriptilin v subterapevtskih odmerkih pa sta reakcijski čas pomembno podaljšala (21). V testu vožnje moklobemid ni vplival na psihične sposobnosti voznika nič bolj kot placebo, medtem ko je bil negativni učinek mianserina statistično pomemben (22). Tianeptinu pripisujejo ugoden učinek na kognitivne funkcije (23), podobno tudi moklobemidu (24). Možno je, da

gre dejansko bolj za odsotnost negativnega učinka na kognicijo, izboljšanje te pa je posledica umika depresivnosti. Serotoninski antidepresivi v primerjavi s tricikličnimi manj vplivajo na ortostatsko znižanje krvnega tlaka (25). Obstajajo podatki, da je verjetnost bolniškega staleža pri bolnikih, ki prejemajo serotoninske antidepresive, pomembno manjša kot pri tistih, ki prejemajo triciklične (13).

Podatke o ugodnejših stranskih učinkih novejših antidepresivov pa je treba jemati z določeno rezervo. V rezultate študij sicer ne gre dvomiti, smiselna pa je previdnost pri njihovem prenašanju v konkretno klinično prakso. Tovrstne študije so bile napravljene pretežno na skupinah zdravih prostovoljcev ali ambulantnih bolnikov z depresijo in izsledki niso nujno veljavni za vso depresivno populacijo. Iz vsakdanje izkušnje vemo, da se dogaja tudi obratno od tistega, kar bi pričakovali: bolnik, ki zaradi stranskih učinkov ni prenašal na primer serotoninskih antidepresivov, dobro prenaša tiste starejšega tipa. Na nekatere stranske učinke se po relativno kratkem času vzpostavi toleranca, zato ti takrat, ko je bolnik psihično sposoben večje aktivnosti, pogosto niso več moteči.

Novejši antidepresivi so zelo dobrodošla pomoč pri boljšem zdravljenju depresivnih bolnikov. To pa nikakor ne pomeni, da so antidepresivi starejšega tipa odslužili. Tudi s stališča delazmožnosti velja, da je za vsakega posameznega bolnika treba poiskati tisto zdravilo, ki mu najbolj ustreza.

## OCENJEVANJE ZAČASNE NEZMOŽNOSTI ZA DELO

»Psihiatri, ki bodo pregledovali istega bolnika in ocenjevali iste podatke, bodo imeli zelo različna mnenja o stopnji ohranjene delazmožnosti, prognozi glede delazmožnosti, možnosti vrnitve na staro delovno mesto in o možnosti prekvalifikacije.« - Carrol Brodsky (26).

Razmišljanja, ali je temu res tako, in če je, zakaj je tako, bi presegla okvir tega prispevka. Navedena trditev vendarle opozarja na dve predpostavki, ki si na videz nasprotujeta, pa sta morda obe pravilni:

1. Zmožnosti za delo pri bolnikih z duševnimi motnjami ni mogoče meriti z milimetri, grami, točkami in podobnimi eksaktnimi pripomočki. Zato je vloga zdravnikove osebnosti pri ocenjevanju toliko večja.

2. Amorfen »splošni vtis« je pri ugotavljanju delazmožnosti duševnih bolnikov morda pogosto kar blizu resnici. Za praktično uporabo pa je zelo koristno, če ga skušamo nekoliko razdelati in tudi preveriti.

Pri oceni delovne sposobnosti bolnika z afektivno motnjo je potrebno upoštevati naslednje dejavnike (27,28,29,30):



- klinično sliko,
- odziv na zdravljenje,
- bolnikovo starost,
- premorbidno osebnost,
- socialne dejavnike (družina, delovno mesto) in
- telesno stanje bolnika.

Vsak od devetih znakov in simptomov, ki jih DSM-IV (31) navaja kot pomoč pri prepoznavanju velike depresije, ob ustrezni intenzivnosti neposredno znižuje delazmožnost. Ti znaki in simptomi so naslednji:

- depresivno razpoloženje,
- izrazit upad interesov,
- upad ali porast telesne teže oziroma upad ali porast apetita,
- nespečnost ali povečana potreba po spanju,
- psihomotorična agitacija ali retardacija,
- utrujenost ali občutek izgube energije,
- občutek ničvrednosti oziroma občutki krivde,
- znižana sposobnost koncentracije in
- ponavljajoče se misli na smrt ali na samomor.

V primeru maničnega stanja situacija na prvi pogled ni tako jasna, saj nekateri od naslednjih znakov in simptomov (DSM-IV), če jih gledamo izven konteksta, lahko kažejo celo na povečano sposobnost za delo:

- povišano samospoštovanje ali občutje lastne veličine,
- znižana potreba po spanju,
- povečana potreba po govorjenju,
- beg idej,
- odkrenljivost (nepomembni zunanji dražljaji odkrenejšo pozornost),
- povečanje k cilju usmerjene aktivnosti ali agitacija in
- povečano zapletanje v aktivnosti, ki nudijo užitek, istočasno pa pogosto povzročajo neprijetne posledice.

Natančnejše branje gornjega seznama vendarle potrjuje klinično izkušnjo, ki pravi, da je potrebno manične bolnike zaščititi pred zapleti na delovnem mestu. Beg idej, odkrenljivost, zapletanje v nesmotrne aktivnosti, konfliktnost in nekritičnost krepko odtehtajo znižano potrebo po spanju in povečanje k cilju usmerjene aktivnosti.

Glede odziva na zdravljenje velja spomniti na latenco izboljšanja delazmožnosti (najprej se izboljša klinična slika, glej zgoraj). Ob prvem pojavu resne afektivne motnje je pomembno doseči popoln umik bolezenske simptomatike, preden se bolnik vrne na delo. Priporočljiv je bolniški stalež tudi v obdobju stabilizacije psihičnega stanja. Če odziv na zdravljenje ni optimalen, je odločanje seveda težje. V splošnem je bolnik z zaostalo depresivno simptomatiko manj sposoben za kreativno delo, ki zahteva veliko lastne vzpodbude.

Časovna umeščenost prvega pojava afektivne bolezni ima pomemben vpliv na prognozo. Zgodnji začetek lahko pomeni pogostejše pojavljanje afektivnih epizod, poleg tega vpliva negativno na osebnostni razvoj in pridobivanje delovnih navad. Afektivna motnja pri osebah v involuciji, ki so pogosto psihofizično že izčrpane, lahko poteka bolj kronično in redkeje je mogoče doseči popolno remisijo.

Dobro strukturirana premorbidna osebnost s pozitivno delovno motivacijo je ugoden prognostični znak glede delazmožnosti. Pri depresivnih bolnikih z izrazitim občutkom odgovornosti in storilnostno naravnostjo je pogosto potrebno vložiti veliko truda, da sprejmejo bolniški stalež. Ko takšni ugotovijo, da so postali pri delu neučinkoviti, se zapletejo v začarani krog depresivnosti, hudih občutkov krivde in ruminacij o lastni nesposobnosti in brezizhodnosti situacije. Osebi, ki je že premorbidno imela težave v socialnem prilagajanju in ima morda še astenično psihofizično konstitucijo, pa epizoda afektivne bolezni lahko bolj dolgoročno poruši že prej šibko ravnovesje z okolico in s samo seboj.

Pogosto ponavljanje afektivnih epizod seveda izrazito otežuje vključevanje v delovni proces. Potek bolezni je pri nekaterih bolnikih manj, pri drugih bolj odvisen od zunanjih obremenitev. Pri slednjih je potrebna dodatna previdnost ob vračanju na delo.

Neugodni socialni dejavniki bolnika dodatno obremenjujejo in ovirajo umik bolezenske simptomatike ali večjajo nevarnost ponovitve afektivne epizode. Podoben vpliv ima slabo telesno stanje bolnika.

Poleg navedenih postavk pa vplivajo na delazmožnost tudi druge. Tako so v študiji na vzorcu 450 ambulantnih bolnikov z različnimi oblikami depresije našli naslednje statistično pomembne napovedne dejavnike za bolniški stalež (razvrstitev po padajoči statistični pomembnosti): izrazitejša depresivnost, daljša odsotnost z dela v prejšnjem letu, življenje v manjšem mestu, status nameščenca, istočasna prisotnost druge duševne motnje, zdravljenje s tricikličnimi antidepresivi, izrazitejša psihomotorična zavrtost in prisotnost več kot enega otroka v družini (13).

## **OCENJEVANJE INVALIDNOSTI (27,28,29,30)**

Tudi za to poglavje velja opomba, da navedena priporočila nikakor ne predstavljajo absolutnih kriterijev, pač pa bolj pripomoček za razmišljanje ob konkretnem bolniku.

Sposobnost za delo je ohranjena v naslednjih primerih:

- mlajši bolniki, ki imajo lahko več epizod bolezni, vendar so te ločene z dolgimi intervali zdravja;
- starejši bolniki, ki v zadnjih dveh letih niso imeli več kot štirih epizod bolezni;
- bolniki, ki dobro reagirajo na zdravljenje in zato bolezenske epizode potekajo manj intenzivno.

Sposobnost za drugo, ne pa za dosedanje delo je ohranjena v naslednjih primerih:

- po afektivnih epizodah je ostala določena simptomatika, ki bolnika ovira pri dosedanjem delu;
- pri nekaterih bolnikih v involucijskem obdobju (pogost ostanek afektivne simptomatike);
- pri nekaterih bipolarnih bolnikih, kjer nočno delo (odtegnitev spanja) sproži nastop afektivnih faz (32) ali pri depresivnih bolnikih z izrazitimi cirkadianimi variacijami razpoloženja;
- pri nekaterih bolnikih, ki so dotlej opravljali zelo zahtevno delo.

- Za delo s skrajšanim delovnim časom so sposobni bolniki, pri katerih
- je po več epizodah bolezni nastala določena simptomatika v smislu blažje emocionalne in voljne okvare, na to pa so se nadgradile še nevrotske motnje;
  - ima profilaktično zdravljenje le delen uspeh in se bolezenske faze še pojavljajo.

Za delo niso sposobni bolniki, kadar

- se skozi več let pojavljajo pogoste epizode bolezni (vsaj dve letno), ki trajajo dolgo, ker so rezistentne na zdravljenje;
- se ob nepopolni remisiji pojavljajo velike težave v socialnem prilagajanju;
- sočasna telesna bolezen vzdržuje in pogloblja psihično simptomatiko;
- profilaktično zdravljenje ni prineslo bistvenega izboljšanja v poteku afektivne motnje;
- gre za kronično, na zdravljenje rezistentno afektivno motnjo z izraženo bolezensko simptomatiko.

Ocenjevanje preostale delovne sposobnosti oziroma invalidnosti je smiselno odložiti, dokler je bolnik v maničnem ali depresivnem stanju. Manični bolniki so tudi ob relativno malo izraženi bolezenski simptomatiki pogosto nekritični in svoje sposobnosti precenjujejo, ob tem pa lahko napravijo vtis dobrega zdravja in dobre energetske opremljenosti. Obratno so depresivni bolniki nagnjeni k pretirano negativnemu vrednotenju lastnih sposobnosti

(33), kar pa vpliva negativno na njihovo dejansko sposobnost za delo. Kadar gre za kronificirano stanje, odlaganje invalidske ocene seveda ni smiselno.

V nekaterih učbenikih (27,28) srečamo trditev, da afektivne motnje običajno dosežejo polno remisijo. Morda je takšno tudi splošno mnenje. Novejši podatki kažejo, da temu ni tako in da ima relativno velik odstotek bolnikov po hospitalnem zdravljenju precejšnje težave v funkcioniranju na enem ali več področjih (tabela 2). Delovna učinkovitost je v splošnem slabša pri bipolarnih bolnikih v primerjavi z unipolarnimi (34,35). Nekateri bolniki pa v obdobju med bolezenskimi epizodami ne kažejo nobenih odstopanj od splošne populacije. Zato je pri ocenjevanju delazmožnosti longitudinalno opazovanje zelo pomembno in nam omogoča ustreznejšo odločitev.

**Tabela 2:** Ocena splošnega funkcioniranja za bipolarne in unipolarne bolnike 2 leti in 4,5 let po bolnišničnem zdravljenju.

splošni izhod	bipolarni bolniki (n = 51)		unipolarni bolniki (n = 49)	
	n	%	n	%
<b>po dveh letih</b>				
dobro funkcioniranje	14	27	16	33
zmerna okvara	20	39	23	47
slabo funkcioniranje	17	33	10	20
<b>po 4,5 letih</b>				
dobro funkcioniranje	21	41	20	41
zmerna okvara	19	37	22	45
slabo funkcioniranje	11	22	7	14

## DEPRESIVNA NEVROZA IN REAKTIVNA DEPRESIJA

Po deseti reviziji Mednarodne klasifikacije bolezni (MKB)(36) diagnoza »depresivna nevroza« ne obstaja več. Poprej pa je bila kar pogosto v uporabi. Aktualna je bila tudi v invalidskem ocenjevanju. Od vseh bolnikov, ki so bili zaradi duševnih motenj predstavljeni invalidsko pokojninski komisiji ljubljanske zdravstvene regije v letu 1970, je preko 20% imelo zdravstvene težave, opredeljene kot depresivno nevrozo (37,38).

Čeprav te diagnoze danes ne postavljamo, jo srečamo v dokumentaciji bolnikov in lahko pomembno vpliva na naše odločanje. Danes se ponekod (tudi v MKB!) depresivna nevroza prevaja preprosto v distimijo, ki je tipično »ambulantna« motnja, združena s stabilnim socialnim funkcioniranjem. Distimične osebe pogosto bežijo v delo, ki jim pomeni možnost nadkompenzacije in so zanesljivi in natančni delavci (30).

Dejansko pa je treba del nekdanjih depresivnih nevroz obravnavati kot veliko depresijo, ki je fenomenološka in ne etiološka diagnoza (40). Predvsem za tiste bolnike, kjer je bila potrebna hospitalizacija, je značilen dokaj neugoden potek bolezni. Po podatkih ene takšnih longitudinalnih študij je bilo po sedmih letih spremljanja le 20% bolnikov z depresivno nevrozo v stanju zadovoljivega izboljšanja ali polnega umika bolezni. Pri 40% je bila prisotna blaga kronična simptomatika, povezana s persistentno okvaro v socialnem funkcioniranju. Potek pri nadaljnjih 40% bolnikov je bil zelo neugoden; tretjina teh je napravila samomor, ostali so imeli izrazito in kronificirano depresivno simptomatiko, pogosto povezano z nezmožnostjo za delo (41).

Tudi reaktivna depresija danes nima več statusa samostojne nozološke enote. Tovrstno stanje (morda v nasprotju s splošnim prepričanjem) kar pogosto pušča za seboj rezidualno simptomatiko. Tak potek srečamo zlasti pri starejših osebah, ki so se več let pri delu in drugih obveznostih čezmerno izčrpavale (iz objektivnih razlogov ali zaradi nadkompenzacije). Dodaten negativen vpliv ima trajnejša obremenjujoča situacija, ki preprečuje nastop remisije. Tudi po podatkih iz literature bolniki z reaktivno depresijo pogosto kljub zdravljenju z zdravili in psihoterapijo ne dosežejo več predbolezenske delovne učinkovitosti (42).

## ZAKLJUČEK

Namesto povzetka omenjam tri nevarnosti, ki jim je zdravnik izpostavljen, kadar ob afektivnih bolnikih razmišlja o njihovi zmožnosti za delo.

Prezgodnje in pretirano vzpodbujanje: depresivni bolniki imajo znižane voljne mehanizme, niso delovno učinkoviti, posledično se jim pojavijo občutki krivde. Če jih zdravnik, torej oseba, ki se spozna na njihovo stanje, prezgodaj in preveč intenzivno spodbuja k aktivnosti, jim občutke krivde še poglobi in doseže učinek, nasproten pričakovanemu. To seveda ne pomeni, da depresivni bolnik ni sposoben prav nobene aktivnosti ali da ne potrebuje vzpodbujanja. Časovna razporeditev in intenzivnost vzpodbud mora biti dobro preiščljena in individualno prilagojena.

Neupoštevanje latence izboljšanja delovnega učinka: ko se depresivna simptomatika umakne, je sposobnost za delo pogosto še okrnjena. Po drugi strani pa dolg bolniški stalež pomeni nevarnost razvoja rentnih tendec. Pri pravilni odločitvi v takšni dilemi so v veliko pomoč dobri avto - in heteroanamnestični podatki.

Ukinjanje medikacije: kadar je bolnikova zmožnost za delo ovirana zaradi stranskih učinkov zdravljenja s psihotropnimi zdravili, je ukinitiv zdravlil najenostavnejši in pogosto kratkoročno tudi učinkovit ukrep. Posledica pa je v večini primerov ponovna manifestacija iste afektivne faze ali pojav nove. Zato je potrebno ob motečih stranskih učinkih ravnati v skladu s spoznanji psihofarmakoterapije in poiskati takšno zdravljenje, ki bo čim manj vplivalo na kvaliteto bolnikovega življenja, istočasno pa bo zagotavljalo čim večjo varnost pred poslabšanjem ali ponovitvijo bolezni. Ustrezen psihoterapevtski pristop bo konkretno izvedbo zdravljenja bistveno olajšal.

## LITERATURA

1. Frederick KG, Jamison KR. Manic-depressive illness. Oxford: Oxford University Press; 1990: 332-66.
2. Stoudemire A, Frank R, Hedemark N, Kamlet M, Blazer D. The economic burden of depression. *Gen Hosp Psychiatry* 1986; 8:387-94.
3. Greenberg PE, Stiglin LE, Finkelstein SN, Berndt ER. The economic burden of depression in 1990. *J Clin Psychiatry* 1993; 54:405-18.
4. Wells KB et al. The functioning and well-being of depressed patients. *JAMA* 1989; 262: 914-9.
5. Broadhead WE, Blazer DG, George LK, Tse CK. Depression, disability days, and days lost from work in a prospective epidemiologic survey. *JAMA* 1990; 264:2524-28.
6. Conti DJ, Burton WN. The economic impact of depression in a workplace. *J Occup Med* 1994; 36:938-8.
7. Bromet EJ et al. Epidemiology of depression and alcohol abuse/dependence in a managerial and professional work force. *J Occup Med* 1990; 32:989-95.
8. Regier DA, Hirschfeld RMA, Goodwin FK, Burke JD, Lazar JB, Judd LL. The NIMH depression awareness, recognition, and treatment program: structure, aims, and scientific basis. *Am J Psychiatry* 1988; 145:1351-7.
9. Rutz W, Walinder J, Eberhard G et al. An educational program on depressive disorders for general practitioners on Gotland: background and evaluation. *Acta Psychiatr Scand* 1989; 79:19-26.

10. Lane R, McDonald G. Reducing the economic burden of depression. *Int Clin Psychopharmacol* 1994; 9:229-43.
11. Souetre E et al. Arret de travail et dépression. *Thérapie* 1993; 48:81-8.
12. Giller E, Bialos D, Riddle MA, Walder MC. MAOI treatment response: multiaxial assessment. *J Affect Dis* 1988; 14:171-5.
13. Tollefson GD, Souetre E, Thomander L, Potvin JH. Comorbid anxious signs and symptoms in mayor depression: impact on functional work capacity and comparative treatment outcomes. *Int Clin Psychopharmacology* 1993; 8:281-93.
14. Mintz J, Mintz LJ, Arruda MJ, Hwang SS. Treatments of depression and the functional capacity to work. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49:761-8.
15. Weissman MM, Klerman GL, Paykel ES, Prusoff B, Hanson B. Treatment effects on the social adjustment of depressive patients. *Arch Gen Psychiatry* 1974; 30:771-8.
16. Paykel ES, Weissman MM. Social adjustment and depression. *Arch Gen Psychiatry* 1973; 28:659-63.
17. Lane R. The long-term management of depression. *J Psychopharmacol* 1995; 9(suppl 2):191-8
18. De Lissio G, Maremmani J, Perugi G, Cassano GB, Deltito, Akiskal HS. Impairment of work and leisure in depressed outpatients. *J Affect Dis* 1986; 10:79-84.
19. Resman J. Stranski učinki antidepresivne terapije. In: Romih J, Žmitek A, eds. *Zdravljenje z antidepresivi*. Begunje: Psihiatrična bolnišnica Begunje, 1997:109-25.
20. Souetre E, Martin P, Lozet H, Monteban H. Quality of life in depressed patients: comparison of fluoxetine and major tricyclic antidepressants. *Int Clin Psychopharmacol* 1996; 11:45-52.
21. Baldwin D, Rudge S. Tolerability of moclobemide. *Rev Contemp Pharmacother* 1994; 5:57-65.
22. Ramaekers JG, Swigman HF, O'Hanlon JF. Effects of moclobemide and mianserin on highway driving, psychometric performance and subjective parameters, relative to placebo. *Psychopharmacol* 1992; 106(suppl):S62-S67.
23. Alby JM, Ferreri M, Cabane J, deBodinac C, Dagens V. Efficacy of tianeptine (Stablon) in the treatment of major depression and dysthymia, with somatic complaints. *Ann Psychiatr* 1993; 8:136-44.
24. Allain H, Lieury A, Brunet-Bourgin F. et al. Antidepressants and cognition: comparative effects of moclobemide, viloxazine and maprotiline. *Psychopharmacology* 1992; 106(suppl):S56-S61.
25. Nutt D. The anxiety factor in depression. *J Psychopharmacol* 1995; 9(suppl):185-9.

26. Brodsky CM. A psychiatrist's reflections on the workers' compensation system. *Behav Sci Law* 1990;8:331-48.
27. Peršič N. Ocena radne sposobnosti psihijatrijskih pacienta. In: Kecmanović N, ed. *Psihijatrija*. Beograd: Medicinska knjige 1989: 2150-74.
28. Peršič N. Manično-depresivna psihoza. In: Čapeta R, ed. *Radna sposobnost i invalidnost*. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, 1987:178-88.
29. Draganov P. Psihoneuroze i radna sposobnost. In: Čapeta R, ed. *Radna sposobnost i invalidnost*. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, 1987:68.
30. Žvan V. Ocenjevanje delazmožnosti psihiatričnega bolnika. *Med Razgl* 1993; 32:321-30.
31. American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM IV). Washington, DC; APA: 317-91.
32. Žmitek A. Nekateri nemedikamentozni biološki načini antidepresivnega zdravljenja. In: Romih J, Žmitek A, eds. *Zdravljenje z antidepresivi*. Begunje: Psihiatrična bolnišnica Begunje, 1997: 196-210.
33. Morgado A, Raoux N, Smith M, Allilaire JF, Wildlöcher D. Subjective bias in report of poor work adjustment in depressed patients. *Acta Psychiatr Scand* 1989;80:54-47.
34. Goldberg JF, Harrow M, Grossman LS. Course and outcome in bipolar affective disorder: a longitudinal follow-up study. *Am J Psychiatry* 1995; 152:379-84.
35. Harrow M, Goldberg JF, Grossman, LS, Meltzer HY. Outcome in manic disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47:665-71.
36. Berger DM, ed. *Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene*. Deseta revizija. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 1955: 311.87,
37. Milčinski L. Raziskava: Smoter in metoda. In: *Skupnost pokojninskega zavarovanja v SR Sloveniji, Klinične bolnišnice za psihiatrijo Ljubljana-Polje*. Vprašanja invalidskega upokojevanja duševno abnormnih oseb. Ljubljana; 1978:57.
38. Guzelj S. Skupina nevrotsko motenih. In: *Skupnost pokojninskega in invalidskega zavarovanja v SR Sloveniji, Klinične bolnišnice za psihiatrijo Ljubljana-Polje*. Vprašanje invalidskega upojevanja duševno abnormnih oseb. Ljubljana; 1978: 83.
39. Akiskal HS. Mood disorders: Clinical features. In: Kaplan HI, Sadock BJ. *Comprehensive textbook of psychiatry*/VI. Baltimore: Williams-&Wilkins, 1955: 1123-52.
40. Stewart JW et al. Social functioning in chronic depression: effect of 6 weeks of antidepressant treatment. *Psychiatr Res* 1988; 25:213-22.



41. Bronisch T, Wittchen HV, Krieg C, Rupp HV, von Zerssen D. Depressive neurosis. *Acta Psychiatr Scand* 1985;71:237-48.
42. Katičić N. Radna sposobnost i liječenje reaktivnih depresija. In: Peršić N, ed. *Socijalna psihijatrija*. Zagreb: Pliva, 1971:617-21.