

DISOCIATIVNE, SOMATOFORMNE IN OSTALE NEVROTSKE MOTNJE

Branko Brinšek

UVOD

Pri srečanju z nevrotskimi, stresnimi ali somatoformnimi motnjami se običajno zdravniki počutimo kar precej nelagodno. Klasične nevroze strpamo v kategorijo nevrotika, konverzivne motnje hitro izenačimo s histerikom, pri somatoformnih motnjah pa kar ne moremo, da ne bi v nedolged ponavljali in razširjali somatskih preiskav. Ko se pa enkrat soočimo, da ni somatskega substrata, pa pacienta hitro vržemo v eno od predhodnih dveh kategorij. Naš odziv do omenjene simptomatike je pogosto obarvan z dvema stanjema, o katerih pravzaprav ne govorimo veliko. Eno je simuliranje, drugo pa ponarejanje.

Simuliranje predstavlja zavestno težnjo po koristih. Pacient namerno producira bolezenske znake in napačno predstavlja simptome. Pogosto dokaj hitro lahko prepoznamo zunanji cilj, ki vodi pacienta pri tem vedenju, to je pridobivanje denarnega nadomestila, izogibanje odgovornosti, izogibanje delu, kazni. Značilno je, da pacient ves čas zna presojudati, ali je korist od takega vedenja zadostna ali pa je bolje prekiniti s simuliranjem.

Pojem simuliranja smo zdravniki tako dobro osvojili, da ga pogosto na skrivaj pripišemo marsikateremu pacientu.

Težje pa si je predstavljati **ponarejanje** oziroma **izumetničeno vedenje** (angleško: *factitious disorders*). Tudi pri tej motnji bolniki namerno producirajo bolezenske znake in napačno predstavljajo simptome, vendar je njihov edini cilj pridobivanje pozornosti in statusa bolnika. Hospitalizacija postane temeljni cilj in način njihovega življenja. In kar je za razumevanje te motnje najpomembnejše: kljub zavestnemu produciranju simptomov se bolnik takemu vedenju ne more upreti. (1,2,3)

V sklopu **disociativnih, somatoformnih in drugih nevrotskih motenj** spadajo stanja, pri katerih bolnik resnično trpi in je zaskrbljen za svoje

BRANKO BRINŠEK, dr.med.
Psihiatrična bolnišnica Begunje
Begunje 55, 4275 Begunje

zdravje. Bolnik ne more sprejeti racionalnih razlag, da stanje ni nevarno. Telesni simptomi in pritožbe so tako resne, da povzročajo pomembno čustveno nelagodje in ovire v bolnikovem socialnem in poklicnem življenju. Ob vsem tem pa ni telesne ali nevrološke motnje, oziroma obstoječe motnje ne pojasnijo narave in obsega simptomov ter stiske in zaskrbljenosti pacienta. Psihični faktorji imajo pomembno vlogo pri nastanku in vzdrževanju motnje. Bolnik se teh faktorjev ne zaveda in jih ob konfrontaciji zanika. Pri teh motnjah pogosto najdemo tesno povezavo s stresom oziroma neugodno življensko situacijo.

Bolnik ima od bolezni poleg trpljenja tudi koristi. Primarna korist je zmanjševanje notranjih napetosti in konfliktov, sekundarna korist pa je pridobitev vloge bolnika. Vse to pa poteka na nezavednem nivoju. Bolnik koristi ni sposoben videti in poudarja le svoje trpljenje. V kolikšni meri pa bomo mi te koristi zaznavali pri bolniku, pa je predvsem odvisno od naše osebne naravnosti. (4,5)

ETIOLOGIJA DISOCIATIVNIH, SOMATOFORMNIH IN DRUGIH NEVROTSKIH MOTENJ

Simptomatika je običajno zelo pisana in težko pregledna, na področju etioloških razlag pa je stanje še bolj nepregledno. V naši naturi je, da iščemo eno in vedno veljavno razlago, tu pa se srečujemo z množico razlag. Samo ob površnem pogledu so razlage izključujoče, ob natančni analizi pa ugotovimo, da se pozamezne razlage dopolnjujejo. Vsaka nam prikaže svoj nivo funkcioniranja človekove osebnosti, oziroma v prenesenem pomenu nam vsaka poda le drugo fasado iste hiše. Tako je bolje govoriti o posameznih etioloških faktorjih kot pa o dokončnih razlagah. Kombinacija vseh teh faktorjev določa specifični odziv človeka. (2,4,5)

Nevropsihološki faktorji so ugotovljivi defekti v pozornosti in kognitivnih procesih. Na eni strani prihaja do distraktabilnosti, na drugi pa se pojavlja nesposobnost habituacije na dražljaje. Novejše tehnike slikanja možganov zaznavajo tudi spremembe v metabolizmu v posameznih področjih možgan.

Na pomen **dednih faktorjev** nas opozarjajo študije dvojčkov. Monozigotni imajo kar v 30% enako ali podobno motnjo, dizigotni pa le v 10%. Prav tako se opaža, da imajo sorodniki v prvem kolenu 10-20% enake motnje.

Na **interpersonalnem nivoju** lahko bolezen vidimo kot način manipulacije in pridobivanja prednosti v medsebojnih odnosih. Gre lahko za partnerske, službene ali širše socialne kontakte. Bolezen lahko služi v funkciji utrjevanja zakona ali ohranjanja družine.

Vedenjski pristop nas opozarja, da se bolezensko vedenje stopnjuje, če je nagrajevano. Nagrada je lahko pozornost sočloveka, skrb, lahko je denarna nagrada, lahko pa nagrado predstavlja izogibanje neugodnim aktivnostim in obveznostim. Teorija nas uči, da bolezensko vedenje izginja hitreje, če je ignorirano, kot pa če je kaznovano.

Psihodinamski in analitični pogled na človeka nam razkriva globlje nezavedne vzroke motenj. Telesni simptom se pokaže kot način izražanja anksioznosti, čustvovanja in notranjih konfliktov. Bolečina in bolezen sta kot kazen za greh in krivdo, ki ju bolnik nosi s seboj. Bolezen je odraz zatrte agresije in ostalih za človeka nesprejemljivih impulzov in obenem ventil, skozi katerega se vsaj del impulzov lahko izrazi. Pomembno je, da se zavedamo, da družbene norme zavračajo duševno trpljenje in bolečine. S premeščanjem na telo pa se bolnik čuti uporavičenega do odvisnosti od drugega.

DISOCIATIVNE (KONVERZIVNE) MOTNJE

Za te motnje uporabljamo dva izraza. Izraz disociativne motnje poudarja, da gre za izgubo povezave med spomini, zavedanjem, senzorijem in nadzorom nad vsemi temi procesi. Izraz konverzivne motnje pa poudarja, da gre za obrat psihičnih konfliktov v telesne oziroma nevrološke motnje.

Te motnje se lahko pojavljajo v vseh telesnih sistemih, ki so pod nadzorom hotenja, in v sistemih, ki nam omogočajo zaznave zunanjega sveta. Motnje so direktno povezane s stresom, čustvenimi konflikti in potrebami. V svoji osnovi je disociativna motnja akutna in prehodna zadeva, saj v 90% pride do spontane ozdravitve v nekaj dneh do največ enem mesecu. Pri 1/4 bolnikov se motnja ob stresu ponovi. Dobro prognozo napoveduje nenaden začetek težav, očiten stres, dobra premorbidna osebnost in odsotnost drugih bolezni. Kadar pa stres predstavlja neresljivo in stalno prisotno konfliktno situacijo, postane motnja pogosto kronična. Dalj časa, ko je človek v vlogi bolnika, slabša je prognoza.(3,5,6)

Običajno motnje ustrezajo pacientovi predstavi o bolezni in so torej z medicinskega stališča nelogične. Ne smemo pa pozabiti, da bolniki vedno več vedo o načinu funkcioniranja telesa in se zato tudi njihove predstave lahko približujejo medicinskim pogledom. Pogost je tudi pojav identifikacije, ko bolnik nezavedno dobi simptome, ki jih je imela njemu pomembna oseba.

Te motnje so nekoliko pogostejše med nižje izobraženimi in slabše ekonomsko preskrbljenimi pacienti. Pojavljajo se predvsem v mlajši odrasli dobi. Letna incidenca je 22 na 100 000 prebivalcev. Razmerje ženske:moški je 5:1. Pri moških se konverzivne motnje pogosto kažejo v obliki nesreč pri delu in jih kot take spregledamo. Tretjina populacije ima posamezne konverzivne motnje vsaj enkrat v življenju.(3,5)

Pri obravnavi teh bolnikov je pomembno, da ne poslabšujemo stanja s pripombami, da gre za izmišljene težave. Bolnik večinoma potrebuje predvsem razumevanje in podporo, le pri dalj časa trajajočih motnjah je potrebna napotitev na psihoterapijo. Koristno je, da bolniku že od začetka prikazujemo psihoterapijo kot učenje premagovanja stresa.

Disociativna amnezija je selektivna izguba spomina za sveže travmatske dogodke. **Disociativna fuga** je amnezija v povezavi z zaveštnim potovanjem. **Disociativni stupor** je zmanjšano ali odsotno hoteno gibanje ali odzivnost. **Stanje transa in motnje obsedenosti** predstavlja začasno izgubo osebne identitete in zavedanja okolja.

Motorične motnje se kažejo kot nenavadni gibi, motnje ravnotežja, nesposobnost gibanja, grob ritmičen tremor in podobno. Motnje so zelo podobne ataksiji, apraksiji, akineziji, afoniji, dizartriji, diskineziji, napadom, paralizi.

Disociativne konvulzije so zelo podobne pravim epileptičnim napadom. Pride lahko do ugrizov, obtolčenin pri padcih in uhajanje urina. Zavest je lahko ohranjena ali pa nastopi stupor ali trans. Kar v 30% primerov se disociativni napadi izmenjujejo s pravimi epileptičnimi napadi.

Za **disociativno anestezijo** so značilne motnje po pacientovih predstavah o oživčenju (anestezije v obliki rokavic, nogavic, meja po sredi ni telesa). Pogosto so prisotni tudi parestetični občutki. Za **disociativno izgubo senzibilnosti** pa je značilno, da je izguba vida in sluha redko popolna.

V to skupino uvrščamo tudi **Ganserjev sindrom**, za katerega so značilni presenetljivo netočni odgovori. Sem spada tudi motnja, ki jo označujemo z izrazom **multipla osebnost**.

V kategorijo somatoformnih motenj uvrščamo stanja, v katerih se pojavljajo telesni simptomi, za katere pa ni najti medicinske razlage. Motnje so zelo raznovrstne in se pogosto ponavljajo. Vsi izvidi preiskav so negativni oziroma ne potrjujejo resnosti pritožbe bolnika. Bolnik vztrajno zahteva bolniške preiskave, in to kljub zagotavljanju zdravnika, da simptomi nimajo nobene telesne osnove. Tudi kadar je povezava s stresom ali notranjimi konflikti očitna, se bolnik upira poskusom pogovora o psihičnih vzrokih težav.(7)

Študije kažejo, da je obravnava bolnikov s somatoformnimi motnjami pet do petnajstkrat dražja od povprečne obravnave ostalih bolnikov.(8,9)

Kadar bolnik ne uspe prepričati zdravnika o resnosti svojih težav, pogosto s teatralnim vedenjem skuša pridobiti njegovo pozornost.

Znotraj somatoformnih motenj ločimo somatizacijsko motnjo, hipo-hondrično motnjo, somatoformno avtonomno disfunkcijo in trajno somatoformno bolečinsko motnjo.

V kategorijo **somatizacijskih motenj** uvrščamo multiple ponavljajoče in često spreminjajoče se telesne simptome, ki jih ni moč medicinsko razložiti. Bolniki so pogosto opravili številne preiskave in tudi eksplorativne operacije, ne da bi uspeli najti vzrok težavam. Do prihoda k psihiatru pogosto mine več let.

Simptomi se nanašajo na katerikoli telesni del ali sistem. Najpogostejše pa so razne gastrointestinalne težave (bolečina, napihovanje, nauzea...) in kožne senzacije (zbadanje, pečenje, okorelost...). (3,10)

Za bolnika s somatizacijsko motnjo je značilno, da zelo neurejeno in dramatično podaja anamnezo. Izstopa veliko problemov v socialnem, medosebnem in družinskem življenju. Pogosto iznašajo suicidalne grožnje, medtem ko je sam suid redke. V nastopu dajejo vtis egocentričnosti in manipulativnosti. Zaznati je njihovo veliko potrebo biti občudovan in pohvaljen. Bolniki s somatizacijsko motnjo naj bi predstavljali 5-10% vseh obiskov pri splošnem zdravniku. Po nekaterih podatkih to diagnozo dvajsetkrat pogostejše postavimo pri ženskah kot pri moških. To razmerje ne prikazuje dejanskega stanja problematike, ker v študijah opažajo, da enake motnje pri ženskah ocenimo kot somatizacije, pri moških pa jih vtaknemo v druge kategorije. (4,12)

Najpogostejše se motnja pojavi že pred 30.letom. Življenjska prevalenca je 0,1 do 0,5 %, pri ženskah celo do 2 %. Bolezen je kronična

in izčrpujoča, pogosto povezana s stresom. Dokaj značilen je valujoč potek bolezni s poslabšanji v trajanju 6 do 9 mesecev in 9 do 12 mesecev trajajočimi izboljšanji. (4)

Pri obravnavanju teh motenj je pomembno, da ima bolnik izbranega splošnega zdravnika, h kateremu prihaja na kratke, redno dogovorjene obiske. Zdravnik naj bi ob vsakem novem simptomu opravil kratek telesni pregled, ni pa priporočljivo, da bi opravljal večje preiskave. Treba je paziti, da ne bi z neprimernimi pripombami, da so težave izmišljene, še poslabšali stanje. Priporočljivo je dvigovati bolnikovo zavedanje, da čustva vplivajo na pojav motenj. Pritožbo je potrebno poslušati bolj kot izraz čustev kot pa medicinski problem. (9,11,13) S psihoterapevtskimi intervencijami lahko znižamo stroške obravnave na polovico. Če ni dodatnih duševnih motenj, medikamentozna terapija ne pomaga. (4,11)

Hipohondrična motnja predstavlja stanje trajne preokupacije z možnostjo, da ima prizadeti eno ali več resnih in progresivnih telesnih motenj. Potek je značilno valujoč z enako dolgimi epizodami poslabšanja in miru. Zelo pogosto v anamnezi najdemo nedavno smrt ali hujšo bolezen bližnjega. Pri hipohondrični motnji gre najverjetneje za nižji prag tolerance za neugodje. Pomembno pa je tudi zaporedje pretirane pozornosti, ki sproži napačno interpretacijo, kar ima za posledico alarm.

Motnja se običajno pojavi med 20. in 30. letom. Izobrazba in socialni položaj ne vpliva na pogostost. V populaciji pri splošnem zdravniku naj bi bilo bolnikov s to motnjo okoli 5 %.

Zdravljenje hipohondričnih motenj je slabo uspešno. Pomembni so redni kratki obiski pri splošnem zdravniku, kar utrjuje v bolniku prepričanje, da ga zdravnik sprejema. Potrebno se je upreti želji po izvajanju invazivne diagnostike. Medikamentozna terapija ne pomaga, uspešni pa so programi obvladovanja stresov. Pomembno izboljšanje stanja lahko pričakujemo pri polovici bolnikov.

V poglavje hipohondričnih motenj spada tudi motnja, ki jo imenujemo **dizmorfofobija**. Gre za preokupacijo z zamišljenim telesnim defektom. Normalne in vsakdanje občutke ali nepomembne telesne posebnosti ti bolniki često opisujejo kot abnormalne in zaskrbljujoče. Zaradi tega prepričanja se izogibajo socialnim in službenim kontaktom. Bolnik se lahko izogiblje zrcalom in skriva defekte, pogosta pa je tudi nanašalnost. Motnje v minimalni obliki so zelo pogoste, polno izražene pa redke. Pri pacientih z resneje izraženo motnjo se enkrat v življenju pojavi depresivnost v 90% primerov, anksioznost se pojavi v 70% primerov, psihoze v 30% in poskus suicida v 20% primerov. (6)

Za motnjo je značilen postopen nastanek in kroničen potek. S serotoninskimi antidepresivi lahko v 50% zmanjšamo težave.

Somatoformna avtonomna disfunkcija zajame organ ali sistem, ki ga nadzira avtonomno živčevje. Lahko gre za kardiovaskularni ("srčna nevroza"), gastrointestinalni ("želodčna nevroza, iritabilni kolon"), dihalni ("psihogena hiperventilacija in kašljanje") ali urogenitalni ("nevrotični mehur") trakt. Prisotni so objektivni znaki avtonomnega vznburjenja, kot so palpitacije, potenje, zardevanje, tremor, strah, zaskrbljenost glede telesne motnje. Poleg tega pa bolniki navajajo še subjektivne motnje, kot so spremenljive bolečine in senzacije, kot pečenje, teža, utesnjenost, napihnjenost ali raztegnjenost. (3,6,10)

Pogosto je povezava s stresom in konflikti očitna, včasih pa te povezave ne najdemo. Bolniki so često preokupirani z mislijo, da gre za bolezen prizadetega sistema, čeprav ni zaznavne okvare funkcije sistema.

Podatkov o razširjenosti in pogostnosti ni na voljo. Stanje smo do sedaj označevali s pojmom distonia nevrovegetativa. Pogosto pa smo te motnje kot medicinsko nepomemben fenomen enostavno zanemarili.

Pri trajni **somatoformni bolečinski motnji** gre za trajno, hudo in zaskrbljujočo bolečino, za katero pa ne najdemo medicinske razlage. Kljub temu pa bolnik dejansko občuti bolečine. Bolnik tudi trdi, da so bolečine vzrok vsem težavam v življenju in vztrajno zanika čustvene konflikte. Poleg tega pred lastnimi čustvenimi konflikti pa ta motnja bolniku zagotavlja tudi povečano podporo in pozornost sorodnikov in tudi zdravnika.

Bolečina je najpogostejša pritožba v medicinski praksi. Vrh pogostnosti motnje je v 4. ali 5. desetletju. Ženske zbolevajo za to motnjo dvakrat pogostejše kot moški. Značilen je nenaden začetek bolečine, nato pa postopno intenziviranje. Vzporedno z motnjo je pogosta tudi zloraba zdravil in alkohola. (3,4)

Za psihogeno bolečino je značilno, da se ne spreminja v intenziteti pod vplivom čustev, mišljenja, pozornosti in analgetikov. Bolečina, ki jo povzroča telesna bolezen, pa se pod vplivom teh zunanjih faktorjev spreminja.

Pri obravnavanju bolnikov z bolečinami je ne glede na vzrok priporočljivo čimprej začeti razpravo o psihičnih vplivih na doživljanje bolečine. Priporočljivo je sprejeti bolečino in trpljenje kot realno, čeprav ima psihične vzroke. Uspešni so programi za nadzor bolečine ter kognitivni in skupinski psihoterapevtski pristopi. Pomagajo pa tudi antidepresivi v kombinaciji s psihoterapijo. Ne pomagajo pa analgetiki, sedativi in anksiolitiki. Živčne blokade in podobni kirurški ukrepi pomagajo začasno. Običajno se bolečina ponovi v roku enega leta.

V poglavje **ostale somatoformne motnje** spadajo stanja, kot so globus histericus, psihogeni tortikolis, psihogeni pruritus, psihogena dismenoreja...

Nevrastenija (sinonim je **sindrom kronične utrujenosti**) nastopa v dveh oblikah, in sicer v psihični in telesni. Prva se kaže v pretirani utrudljivosti pri duševnem naporu. Pojavlja se upad delovne storilnosti in težave v obvladovanju vsakodnevnih dolžnosti. Bolnik to doživlja kot vdor asociacij, upad pozornosti in kot neučinkovito razmišljanje.

Telesna oblika nevrastenije pa se kaže kot šibkost in izčrpanost ob najmanjšem naporu. Pogoste so bolečine v mišicah. Bolnik se ne more sprostiti.

Pri obeh oblikah se pojavljajo še spremljajoči znaki, kot so vrtočglavice, tenzijski glavoboli, nestabilnost, zaskrbljenost, razdražljivost, anhedonija, plitkejša depresija in bojazni ter motnje spanja.

Če vzamemo za mejo tri mesece trajajoče motnje, je prevalenca v desetih letih 1 %, za en mesec trajajoče motnje pa je v istem času 10 %. V polovici primerov se motnja ponavlja. (14)

Sindrom depersonalizacije in derealizacije predstavlja spremenjeno doživljanje sebe in sveta okoli sebe. Mišljenje, čustvovanje, lastno telo ali okolje doživljajo kot neresnično, odmaknjeno ali pa avtomatizirano. Motnja nima intenzitete blodnje, saj se bolnik ves čas zaveda neresničnosti svojih doživljanj.

V izolirani obliki se redko pojavlja. Pogosta je v kontekstu ostalih afektivnih in nevrotskih stanj, pa tudi pri zdravih v stanju utrujenosti, senzorne deprivacije, pri intoksikacijah s halucinogeni ter v hipnagogih fenomenih.

PONAREJANJE ALI IZUMETNIČENO VEDENJE (F54)

Ponarejanje oziroma izumetničeno vedenje je motnja, ki je ne uvrščamo v sklop nevrotskih, stresnih in somatoformnih motenj. (1,2,3,15) V nasprotju s temi motnjami gre namreč tu za namerno produciranje bolezenskih znakov in napačno predstavljanje simptomov. Bolnik se zaveda, da ni bolan, vendar se takemu vedenju ne more upreti. Gre torej za kompulzivno naravo vedenja. Edini cilj takega vedenja je pridobivanje pozornosti in statusa bolnika. Pogosto postane hospitalizacija

temeljni cilj in način življenja. Bolnik zahteva boleče, neprijetne in potencialno nevarne preiskave. Stanje se ne izboljša kljub intenzivni kirurški ali medikamentozni terapiji.

Motnja je dokaj pogosta. Po nekaterih študijah naj bi bilo kar 9% vseh sprejemov v bolnice zaradi ponarejanja. V ta sklop naj bi spadalo tudi 3% vseh povišanih temperatur. (2,6)

Bolniki lahko ponarejajo katerokoli psihično ali telesno bolezen. Od psihičnih fenomenov so pogosti predvsem depresija, disociativne motnje in bizarno vedenje, redkeje pa tudi blodno - halucinatorna simptomatika. Od telesnih simptomov najpogostejše ponarejajo razne krvavitve, abdominalne bolečine, vročino, hipoglikemijo, slabost, bruhanje, vrtoglavico, krče. Njihove predstavitve bolezni so zelo verodostojne. Večinoma so to bolniki z dolgoletnimi in raznovrstnimi kontakti z zdravstvnim osebjem. Tekom let so se naučili, kaj zdravnik želi od njih slišati. Vidijo, ob katerih njihovih besedah zdravnik odreagira zaskrbljeno. Njihovi opisi stanj so dramatični. V pripovedi prepletajo realne in izmišljene podatke (sindrom lažnivega Kljukca). Na možnost ponarejanja moramo biti pozorni tudi ob dramatičnih opisih smrti otrok.

Pri osebah, ki skrbijo za svojca (otroka ali nemočno odraslo osebo), lahko pride do posebne oblike ponarejanja. Z napačnim navajanjem bolezni in poškodb dobijo te osebe status bolnika preko osebe, za katero skrbijo. (2)

Dokončno diagnozo lahko postavimo le na osnovi preverjanja anamnestičnih navedb. Stanje je večinoma rezistentno na vsakršno terapijo. Za obravnavo so zahtevni in pogosto izsiljujejo analgetike ter anksiolitike. Ob negativnih izvidih somatskih preiskav lahko zdravnika obtožijo nesposobnosti in mu zagrozijo s tožbo. Običajno zahtevajo odpust iz bolnice, ko ne uspejo več pritegniti pozornost in se o njihovem izumetničenem vedenju javno govori.

Značilno za ljudi s to motnjo je, da so bili v otroštvu pogosto trpinčeni. Veliko časa so prebili v bolnicah ali pa so bili v bolnicah njihovi pomembni svojci. Pogosto je bilo v otroštvu neugodno družinsko okolje z odklanjajočo materjo in odsotnim očetom. Motnja običajno izbruhne po resni bolezni, izgubi, zavrnitvi ali zapustitvi. Pojav ponarejanja bi lahko razumeli kot kompulzivno ponavljanje iskanja ljubezni in sprejetosti ob predpostavki, da bodo pri tem zavrjeni.

Ne poznamo uspešnega zdravljenja ponarejanja. Bolnik sam prekine zdravljenje, ki bi lahko bilo uspešno. Pomembno je, da prepoznamo stanje in se s tem upremo zahtevam po dodatnih preiskavah. S konfrontacijami ne dosežemo nobenega izboljšanja. Ob neustrezni konfrontaciji lahko pride celo do izbruha psihotične motnje.

Vodenje bolnika močno olajša tesno in odkrito sodelovanje splošnega zdravnika in psihiatra. S timskim pristopom tudi lažje obvladujemo jezo in občutke ogoljufanosti, ki jih ti bolniki pogosto sprožajo v nas. Našo jezo bomo prepoznali v nepotrebnih diagnostičnih in terapevtskih postopkih, pa tudi v nenadnih odpustih bolnikov.

DIFERENCIALNA DIAGNOZA

Diferencialna diagnoza teh motenj ostaja odprto vprašanje. Nikoli ne moremo s sigurnostjo izključiti telesne bolezni. Z bolj dosledno somatsko diagnostiko bomo mogoče našli vzroke, ki prispevajo k težavam, obenem pa bomo postavili temelje za kronifikacijo nevrotske motnje.

Pri diagnosticiranju moramo misliti predvsem na možnost kroničnih in sistemskih bolezni (multipla skleroza, miastenija gravis, sistemski lupus eritematosus, AIDS, hiperparatiroiditis, kronične sistemske infekcije...). Somatske vzroke bolezni je potrebno iskati predvsem pri bolnikih, pri katerih se tovrstne motnje pojavijo prvič po 40.letu starosti.

Znotraj skupine nevrotskih, stresnih in somatoformnih motenj še vedno niso postavljene jasne meje. Definicije stanj so premalo točne in motnje se v nekaterih oblikah prekrivajo. Po drugi strani pa določene motnje nastopajo tudi istočasno.

Bolniki s konverzivnimi motnjami imajo po nekaterih podatkih v 20 do 60% obenem ali pa v anamnezi tudi neurološko motnjo ali sistemsko bolezen. Na konverzivni izvor motenj kaže izboljšanje stanja po sugestiji ali anksiolitikih.

Diferenciranje osebnostnih in nevrotskih motenj je težavno, vendar na nivoju splošnega zdravnika ni vedno potrebno. Bistveno je pomisliti na možnost psihičnih motenj in temu primerno ukrepati.

Pogosto se ob teh motnjah pojavljajo tudi afektivne motnje. Kadar sta obe stanji jasno izraženi, priporočajo dvojno diagnozo.

V relaciji s ponarejanjem in simuliranjem pa je težavno razločevanje podzavestnih motivov in zavestnega vedenja.

ZAKLJUČEK

Več kot polovico obiskov pri splošnem zdravniku naj bi bilo zaradi psihične simptomatike. Pri vseh teh bolnikih somatske preiskave in zdravljenje ne prinesejo pričakovanih rezultatov in so tako poleg drugega tudi vir stresa za zdravnika.

Ni toliko pomembno postaviti pravo diagnozo, saj jo tudi psihiater in psihoterapevt pogosto postavi šele po daljši obravnavi. Pomembnejše je, da zdravnik čim prej pomisli na možnost psihičnega ozadja motenj. Če bo zdravnik sprejemal to možnost, se bo tudi bolnik dosti prej soočil s svojimi psihičnimi tegobami.

LITERATURA

1. Moravec Berger D, ur. Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene: MKB-10. Deseta revizija. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 1995: 345-51
2. Factitious Disorders. V: Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Synopsis of Psychiatry. 7th ed. Baltimore:Williams & Wilkins,1994: 632-637
3. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. World Health Organization, 1992; 151-73.
4. Somatoform Disorders. V: Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Synopsis of Psychiatry. 7th ed. Baltimore:Williams & Wilkins,1994: 617-631
5. Dissociative Disorders. V: Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Synopsis of Psychiatry. 7th ed. Baltimore:Williams & Wilkins,1994: 638-652
6. Gelder M, Gath D, Mayou R: Concise Oxford Textbook of Psychiatry. Oxford University Press, New York 1994: 215-228.
7. Gothe CJ, Molin S, Nilsson CG. The enviromental somatization syndrome. Psychosomatics 1995; 36 :1-11.
8. Smith GR Jr. The course of somatization and its effects on utilization of health care resourses. Psychosomatics 1995; 35 :263-7.
9. McCahill ME. Somatoform and related disorders: delivery of diagnosis at first step. Am Fam Psysician 1995; 52: 193-204.

10. Fullwood A, Drossman DA. The relationship of psychiatric illness with gastrointestinal disease. *Ann Rev of Med.* 1995; 46: 483-96.
11. Bass C, Benjamin S. The management of chronic somatisation. *Br J Psychiatry* 1993; 162: 472-80.
12. Wool CA, Barsky AJ. Do women somatize more than men? Gender difference in somatization. *Psychosomatics* 1994; 35: 445-52.
13. Margo KL, Margo GM. The problem of somatization in family practice. *Am Fam Psysician* 1995; 49: 1873-9.
14. Merikangas K, Angst J. Neurasthenia in a longitudinal cohort study of young adults. *Psychological Med* 1994; 24: 1013-24.
15. American Psychiatric Assotiation: Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Washington, DC, American Psychiatric Assotiation, 1994: 445-469.
16. Brody DS,Thompson TL. Recognizing and managing depression in primary care. *General Hospital Psychiatry* 1995; 17: 93-107.