



50 let

Psihiatrična
bolnišnica
Begunje

MEJE PSIHIIATRIJE

MEJE
PSIHIIATRIJE

Begunje,
25. in 26. oktober
2002

MEJE MED PSIHIATRIJO IN DRUŽINSKO MEDICINO

Ksenija Tušek Bunc, Janko Kersnik

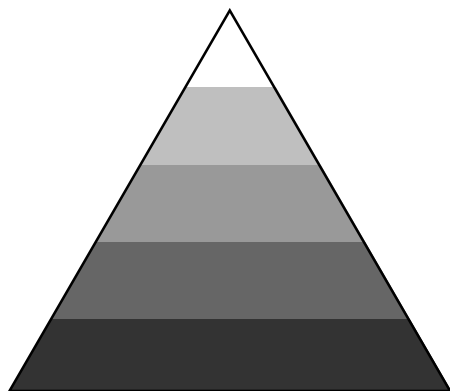
Izvleček Duševne motnje so oblika zdravstvenih težav, ki jih mora zdravnik družinske medicine (DM) pogosto odkriti med množico bolnikovih pritožb. Predvsem mora biti sposoben spoznati, kdaj telesni znaki in občutja odslikavajo duševne motnje. Te se pogosto kažejo s telesnimi znaki, tako da somatizacija predstavlja 20% vseh prvih posvetov v družinski medicini in je eden od najpogostejših razlogov za zapoznelo postavitve diagnoze. K boljšemu razpoznavanju bistveno prispeva obvladovanje veččin sporazumevanja. Na duševne motnje naših bolnikov moramo gledati celostno. Če želimo zares izboljšati kakovost obravnave bolnikov z duševnimi motnjami, se morajo po svojih močeh vključiti strokovnjaki različnih strok, zlasti pa zdravniki družinske medicine in psihiatri.

UVOD

Svet sta preplavili globalizacija in specializacija. Po Descartesu smo v t.i. zahodni kulturi najprej ločili dušo od telesa, nato pa z razvojem znanosti razbili še telo na posamezne organe in tkiva. Informacijska družba je prodrla v vsako hišo in tudi navadne državljane obdarila s številnimi informacijami o lastnem zdravju. Kako naj se znajde zdravnik 21. stoletja, vzgojen še v klasičnem duhu, ki ga vedno hitreje prekriva patina konzervativnosti? Že ko pogledamo v nebo, nam postane jasno, da gledamo preteklost v pričakovanju, da nam utrinek napove prihodnost. Podobno je z znanjem in spretnostmi, ki nam jih je za popotnico dala fakulteta, nič kaj dosti bolje z vizijami vodilnih strokovnjakov: ob številnih bolnikih, zlasti tistih z duševnimi motnjami, nas puščajo nemočne.

POSEBNOSTI POSVETA Z BOLNIKOM, KI IMA DUŠEVNE MOTNJE

Zdravnik družinske medicine se pri nas prvi sreča z ljudmi, ki imajo duševne motnje. Pri tem se soočita spoznavni poti dveh strokovnjakov – bolnika in zdravnika – za konkretno stanje, ki svoj vrh dosežeta v posvetu.



HOSPITALIZIRANI BOLNIKI

BOLNIKI PRI PSIHIATRU

BOLNIKI V DM

SAMOZDRAVLJENJE

VSI BOLNI LJUDJE

Mnogi bolniki se pogosto ne zavedajo, da so vzrok za njihove težave prav duševne motnje, in se nagibajo k prepričanju, da gre za telesne vzroke; od zdravnika pričakujejo preiskave, ki naj bi potrdile ali ovrgle njihovo resnost. Zato mnoge ostajajo neodkrite in tako pogosto govorimo o ledeni gori duševnih motenj.

Pred zdravnikom družinske medicine se razgrinja široka paleta pritožb njegovih bolnikov. Znaki in občutja so slabo izraženi in izvirajo iz različnih telesnih in duševnih ozadij. Poleg akutne problematike, kroničnih bolezni, preventive se v kratkih minutah posameznega posveta zdravnik družinske medicine sooči z več kot eno nadlogo hkrati. Navadno so mešanica telesnih, duševnih, socialnih in družinski težav. Bolniki so zaskrbljeni predvsem zaradi telesnih bolezni. Zato sami redko sprožijo pogovor o duševnih težavah. Kadar sklepajo, da je zdravnik razumel njihove nadloge, proti koncu le razkrijejo tudi duševne težave. Neredko se to zgodi šele na zdravnikovo končno vprašanje: »Ali imate še kakšne druge težave?« Pogosto se tako rekoč že med vrati obrnejo nanj: »Pa še to, doktor.« Dosti težje je odkriti psihosocialne težave pri bolnikih, ki med posvetom sicer ponudijo iztočnice za svoje težave, a jih zdravnik spregleda in ne nadaljuje pogovora. Razpoznava je pogosto težavna, zato ne preseneča, da veliko bolnikov z duševnimi težavami ni

pravilno prepoznanih. Občutki in znaki duševnih motenj ostanejo nezdravljeni, pogosto jih zmotno pripišemo telesnim boleznim, kar vodi v kronični potek. Dlje, ko so znaki neprepoznani in nezdravljeni, bolj se v bolnikovi zavesti utrdi duševna motnja kot telesna bolezen (1). Zaradi nezmožnosti ozdravitve nastalega stanja s klasično biomedicinsko obravnavo so ti bolniki manj zadovoljni s svojim počutjem in zdravstveno službo, zato postanejo pogosti obiskovalci zdravnika, težavni in večji porabniki sredstev, namenjeni zdravstveni službi. Taki bolniki postanejo problem za zdravnika, ki se ni znal lotiti njihovih težav (2).

Vendar pa ima družinska medicina pri odkrivanju psihosocialnih problemov številne prednosti, kot so npr. znana populacija, domače okolje, stalnost, kar močno vpliva na povezanost med bolnikom in zdravnikom in kar poveča verjetnost odkrivanja globljih vzrokov ob bolnikovem obisku, nadalje možnost spremljanja in celostne obravnave, pri čemer imajo pomembno vlogo obravnava bolnika v sklopu družine, delovnega in socialnega okolja, ter pomoč ambulantne in patronažne službe. Ob vsem naštetem igrata pomembno vlogo zdravnikova psihosocialna naravnost (3) in slog sporazumevanja med zdravnikom in bolnikom. Obvladovanje veččin sporazumevanja, ki bistveno pripomorejo k boljšemu prepoznavanju duševnih motenj, je moč pridobiti s sodobnim načinom ustreznega izobraževanja. Tako kot so številne prednosti, so žal številne tudi pomanjkljivosti: npr »mešane težave«, pomanjkanje »tehnologije«, različna interesna usmerjenost, občutek nekompetentnosti, bojazen pred navezanostjo in tudi odsotnost stikov ter sodelovanja s psihologi, socialnimi delavci ter drugimi profili.

Posebno trd oreh so posveti zaradi težav, za katere je bolnik prepričan, da so telesnega izvora. Zdravnik mora vselej pokazati razumevanje za ta vprašanja, biti pozoren na nebesedna sporočila in prevzeti aktivnejšo vlogo pri odkrivanju vzrokov. Z upoštevanjem bolnikovih pogledov, vzpostavitev zaupnega odnosa in uporabo veččin sporazumevanja mu bo večino bolnikov uspelo prepričati o duševnem ozadju težav. Tako bo zmanjšal njihovo zaskrbljenost, ki jih je praviloma prignala k njemu. Marsikateri bolnik bo zadovoljen že z razlago in ne želi dodatne pomoči v obliki zdravil.

PRESEJEVANJE/ZGODNJE ODKRIVANJE

Zgodnje odkrivanje duševnih motenj daje pozitivne rezultate v smislu zmanjšanja števila samomorov, zmanjšanja števila dragih nepotrebnih preiskav in odsotnosti z dela, kar nakazuje na ekonomsko plat tega problema in

končno tudi manjši pritisk na zdravstveno službo. Nikakor pa ne gre pozabiti na negativne izide zgodnjega odkrivanja, ki se kažejo v nevarnosti psihiatracije družbe, večji porabi psihofarmakov in večji obremenjenosti zdravnika družinske medicine.

Ravno na področju zgodnjega odkrivanja pa je moč zaslediti največ pomanjkljivosti. Zdravnikom družinske medicine razpoznavanje duševne motnje verjetno ne povzroča težav, vendar jih pomanjkanje veščin in spretnosti sporazumevanja ter ukrepanja pri duševnih motnjah odvrča od aktivnega ukrepanja. Epidemiološki podatki kažejo, da imajo številni bolniki duševne motnje, vendar v tekočem letu le 2,6 % bolnikov dobi diagnozo duševne motnje (4, 5, 6), le 7,4 % bolnikov v osnovnem zdravstvu dobi diagnozo duševne motnje (7), a kar 11 % bolnikov dobi vsaj en recept s psihotropnim zdravilom v 5 letih (3). Pri tem ne gre za preveliko ali premajhno predpisovanje zdravil, temveč predvsem za majhen odstotek posvetov, ki jih zdravniki družinske medicine končajo z diagnozo duševne motnje. Žal zdravniki nepsihiatri bolnike z duševnimi motnjami prepogosto etiketirajo s slabšalnimi oznakami (npr. živčen, težaven bolnik, zahteven, ne ve, kaj hoče, nič mu ni, samo živčen je). Negativen odnos nas samih do duševnega, pogosto pa tudi bolnikovo neprepoznavanje svojih problemov, težje sporazumevanje z takimi bolniki in splošno ozračje v družbi, ki duševni motnji še vedno ne prizna enakega položaja kot telesni bolezni, prispevajo k temu, da bolnika odpravimo z anksiolitiki ali celo z zanikanjem njegovih težav.

Anksiozne motnje in blaga do zmerna depresija, ki jih tudi najpogosteje spremljajo telesni simptomi različnih intenzivnosti in ki lahko vključujejo več organskih sistemov, bi morale postati predmet naših prizadevanj in zgodnjega odkrivanja. Največjo pozornost zaslužijo ženske, zlasti v starosti pod 45 let, kronični bolniki, pogosti obiskovalci splošnih ambulant in bolniki, ki svoje funkcionalno in zdravstveno stanje ocenjujejo slabo. Vedeti moramo, da gre za bolezni, ki pogosto močno poslabšujejo kakovost bolnikovega življenja in imajo pomemben vpliv na življenje njihovih bližnjih.

VODENJE KRONIČNIH BOLNIKOV Z DUŠEVNO BOLEZNIJO

Večji del bolnikov, zlasti težjih je prepuščen obravnavi in vodenju psihiatrov. Zdravnik družinske medicine lahko vodi bolnike z duševnimi motnjami bodisi sam, v sodelovanju s psihiatrom, ali pa ga popolnoma prepusti psihiatru. Slednje je pravzaprav bolj izjema kot pravilo, saj mora za takega bolnika pogosto poleg predpisovanja diferentnih psihotropnih zdravil in obdobjega

dajanja parenteralnih psihofarmakov, urejati tudi bolnikove pravice zaradi trajne aličasne delanezmožnosti (8, 9) in skrbeti za redne napotitve na kontrolne preglede. Sodelovanje s psihiatrom je nujno tudi zaradi nadzora nad rednim zdravljenjem, kontrolnimi pregledi in ukrepanja ob (akutnem) poslabšanju.

Poleg že obstoječega sodelovanja pa bi bilo nujno oblikovati smernice za vodenje najpogostejših bolezni. Na medsebojnih srečanjih bi ob primerih iz vsakdanje prakse izmenjavali mnenja in stališča, zdravnikom družinske medicine pa bi morala biti na voljo stalna konzultativna psihiatrična služba. Vse to bi lahko zabrisalo stroge meje med psihiatrijo in družinsko medicino ter rodilo sadove: boljše sodelovanje med strokama, boljše zagotavljanje kakovosti obravnave in boljše vodenje bolnikov z duševnimi boleznimi.

Nadzor nad rednim zdravljenjem in kontrolnimi pregledi pa bi nam omogočil register teh bolnikov pri zdravniku družinske medicine in izraba sodobnih možnosti računalniške izmenjave zdravstvenih podatkov o bolniku, ki bo prej ali slej morala nadomestiti anahronistični dokument v obliki pisne napotnice.

OBRAVNAVA BOLNIKOV Z AKUTNO DUŠEVNO BOLEZNIJO

V družinski medicini vedno primanjkuje časa za poglobljeno psihosocialno obravnavo. Glede na ponavljanje težav in ponovne obiske je vsak zdravnik močno zainteresiran, da se gordijski vozel prej ali slej preseka, zato si za takega bolnika vzame več časa (10). Med posvetom z vsakim bolnikom bo upošteval načela učinkovitega sporazumevanja: Bolniku bo omogočil, da razloži svoje težave brez prekinitev, za kar bo porabil manj časa, kot če bi ga prekinjal z usmerjenimi vprašanji. Bolniku bo ustrezno zastavljaj odprta vprašanja in ta bodo povezana z duševnimi težavami. Pozoren bo na čustvene, socialne in psihične iztočnice, ki jih ponuja bolnik med posvetom. Pozoren bo na nebesedna sporočila. Pokazal bo razumevanje in toplino ter tako bolniku olajšal odločitve, da mu bo zaupal svoje duševne težave. Ne bo se prehitro osredotočil zgolj na telesne znake in občutja in bo duševno motnjo vključil že med diferencialne diagnoze in ne le kot izključitveno diagnozo. Zdravnik naj bi torej od vsega začetka uporabljal »dvostrano« psihosomatično razmišljanje, ki bi vključevalo možnost duševnih in telesnih vzrokov za bolnikove težave (11). Pri zdravljenju pa bo upošteval tudi bolnikove želje, še posebej, če bo bolnik želel le zagotovilo, da pri njem ne gre za telesno bolezen (3, 12, 13-16).

Le po tej poti in na tak način ter seveda z učenjem temeljnih veščin sporazumevanja in psihiatričnega intervjuja bo zdravnik družinske medicine lahko prepoznal in ustrezno ukrepal ob novo nastali duševni motnji. Z izboljšanjem obravnave akutnih stanj in z investicijo časa ob prvem stiku bo dosegel izboljšanje bolnikovih težav, bolniki bodo bolj zadovoljni in manj pogosto bodo iskali zdravniško pomoč, zdravnik pa bo imel več časa še za druge bolnike.

Tudi na področju odkrivanja akutnih primerov duševnih bolezni je nujno potrebno sodelovanje med psihiatrijo in družinsko medicino v obliki hitrih in učinkovitih prenosov novih spoznanj, zajetih v smernicah, s stalnimi konzultacijami, z izvidi, iz katerih se je mogoče učiti, z delovnimi sestanki ter ob analizi izjemnih dogodkov.

NAPOTITVE V BOLNIŠNICO PROTI BOLNIKOVIM VOLJI OZ. BREZ NJEGOVE PRIVOLITVE

S problemom napotitve proti bolnikovi volji, kar je nedvomno ena izmed najtežjih nalog zdravnika v osnovnem zdravstvu, se zdravnik družinske medicine največkrat srečuje takrat, ko je soočen z bolnikom z akutno nastalo duševno motnjo, ki zahteva urgentno ukrepanje. Premik v obravnavi psihiatričnih bolnikov, ko se vse več ljudi zdravi na izven bolnišnični način in ko se povsod na svetu zmanjšujejo posteljni fondi, pomeni tudi to, da se bodo povečale zahteve po ukrepanju zdravnika družinske medicine tudi na tem področju. Zdravnik se bo pogosteje kot doslej srečeval s problemom neprosto-voljne napotitve in se bo moral znati pravilno odločati v tem primeru. Gre za zahtevno odločitev, za katero morajo biti izpolnjeni določeni pogoji in ki mora biti opravljena na točno določen način, če naj bo pravilno izvedena.

Gotovo velja pozornost in vsa naša prizadevanja usmeriti v preprečevanje napotitev duševnih bolnikov proti njihovi volji. Takim napotitvam se je mogoče izogniti, če bi bolnika uspešno vodili (17). Bolnike s kronično psihiatrično boleznijo je treba naročati na redne kontrole, ki so lahko vsakih nekaj tednov, najmanj na dva meseca, torej tako kot katerega koli drugega kroničnega bolnika (npr. s povišanim arterijskim tlakom ali sladkorno boleznijo). To, da bolnik ne pride na kontrolo, je lahko pomemben znanilec poslabšanja bolezni. V takem primeru ga je treba po načelih dispanzerske metode dela poklicati domov oz. se pozanimati, zakaj ga ni bilo.

Pogovor v ambulanti je treba začeti tako, da bolnika spodbujamo, naj prosto govori o svojih skrbih. Že pozorno poslušanje pogosto pomaga bolniku.

V pogovoru se je treba izogibati zapletenim fantazijam in se usmeriti v bolj vsakodnevne težave ter poskušati skupaj z bolnikom najti rešitve. Posebej je treba opozarjati na pomembnost rednega jemanja zdravil. Ta imajo sicer neželene stranske učinke, zaradi česar je njihovo redno jemanje pogosto problem. Zlasti je treba biti pozoren na morebitne samomorilne težnje, na glasove, ki mu govorijo, naj ubije sebe ali druge.

Pomoč je treba nuditi tudi bolnikovim družinskim članom pri njihovih težavah, ki nastanejo, ko je v hiši duševni bolnik. Pomembno je tudi sodelovanje s patronažno in socialno službo, saj je veliko koristnih ukrepov socialne narave.

Ob takem aktivnem pristopu je možno, da morebitni sprejem v bolnišnico organiziramo, še predno je prišlo do hudega psihotičnega poslabšanja, ki zahteva včasih celo uporabo sile.

Kljub temu se včasih dogodi, da je treba bolnika proti njegovi volji privedi v bolnišnico. Najpogosteje se to zgodi v primeru bolnikov s psihozo. Podatki iz tuje literature govorijo, da je pri bolnikih s psihozo verjetnost, da bodo kadarkoli v življenju prisilno sprejeti, 50% in da je 7,2% sprejemov na psihiatrijo v nasprotju z bolnikovo voljo (18). Posebej je zapletena situacija takrat, kadar moramo uporabiti silo. Gre za situacijo, ki jo je treba izpeljati ob doslednem upoštevanju bolnikove osebnosti. Zaradi tega je treba biti ob tem ustrezno trden v svojih načelih. Ukrepanje je predpisano s posebnimi pravilniki in zakoni (npr. v Sloveniji z Zakonom o nepravdnem postopku, čl. 70 – 80, in Zakonom o zdravstveni dejavnosti, čl. 49).

O samem postopku izvedbe prisilne hospitalizacije, o prijavi, o preverjanju situacije in postavljanju diagnoze, o ugotavljanju potrebe po prisilnem sprejemu je bilo že veliko zapisanega (19, 20). Zavedati pa se moramo najpogostejših napak: napotitev bolnika v bolnišnico samo na osnovi heteroanamneze bolnikovega svojca, ne da bi bolnika pregledali; spregledanje drugih, npr. somatskih stanj, ki so vzrok za bolnikovo agitiranost; neustrezno sodelovanje s policijo, ko se v praksi pogosto izgovarjamo eni na druge in se skrivamo za administrativnimi ovirami, namesto da bi pomagali po najboljših močeh; nezadostne informacije sprejemnemu zdravniku na psihiatriji in neupoštevanje svojcev, ki jim nismo zadosti jasno pojasnili okoliščin, zaradi katerih je bila hospitalizacija proti bolnikovi volji in brez njegove privolitve edina možna. Imeti svojce na svoji strani, pomeni marsikateri razrešen problem, zlasti takrat, ko se bolnik vrne nazaj v domače okolje.

Duševne motnje so področje, kjer se stikata delovni področji psihiatra in zdravnika družinske medicine. Meja med psihiatrijo in družinsko medicino je začrtana z napotitvenim pragom posameznega zdravnika in se razlikuje glede na tip duševne motnje ter slog dela zdravnika družinske medicine oz. njegove psihosocialne naravnosti. Pri nekaterih duševnih motnjah, kot so depresije, anksioznost, odvisnost in demence, se bo meja vse bolj pomikala na stran družinske medicine, medtem ko bo psihiater moral v svojo obravnavo prevzeti bolnike s hujšimi, bolj zapletenimi in trdovratnimi motnjami ter bolnike, ki potrebujejo posebne oblike obravnave (psihoterapija, različne oblike skupinske terapije idr.). Tudi napotitev bolnika proti njegovi volji, ki je krizni poseg in ki ga spremljajo vselej drugačne okoliščine, za katere ne moremo posredovati povsem uniformnih navodil, olajša dobro poznavanje bolnika, zlasti pa dobro sodelovanje s psihiatri in svojci. Komunikacija o bolnikih naj bi bila v prihodnje še bolj dvosmerna, saj za večino napotenih psihiatričnih bolnikov lahko govorimo o skupnem zdravljenju. Ker pa gre za pomembno torišče skupnega dela, bo nujno izoblikovati enotna delovna priporočila, ki bi bila sprejemljiva za oba profila.

LITERATURA

1. Casey P. A guide to psychiatry in primary care. Ptetersfield: Wrihston Biomedical Publikations, 1993: 42-57.
2. Mathers N, Jones N, Hannay D. Heartsink patients: a study of their general practitioner. Brit J Gen Pract, 1995; 45: 293-6.
3. Armstrong D, Bird J, Fry J, Armstrong P. Perceptions of psychological problems in general practice: a comparision of general practitioners and psychiatrists. Fam Pract, 1992; 9: 173-6.
4. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Shelman S, Wittchen HU, Kendler KS. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psyhiatric disorders in the United States. Results from national comorbidity survey. Arch Gen Pshy, 1994; 51: 8-19.
5. Ormel J, Vonkorff M, Ustun B, Pini S, Korten A, Oldenhinkel T. Common mental disorders and disabilty across cultures. Results from the WHO collaborative study on psychological problems in general health care. JAMA, 1994; 272: 1741-8.

6. Kersnik J. Osnovni epidemiološki podatki o duševnih motnjah pri obiskovalcih zdravnika družinske medicine. *Zdrav vestn*, 1999; 68: 357-60.
7. Zdravstveni statistični letopis 1997. *Zdrav Varst*, 1998; 37 (Suppl 1): 338.
8. Kersnik J. Nevrotske, stresne in somatoformne motnje v ambulanti zdravnika splošne medicine in v dežurni ambulanti. V: Brinšek B, Stamos V. eds. *Nevrotske, stresne in somatoformne motnje v splošni medicini in psihiatriji*. Zbornik predavanj. Begunje: Psihiatrična bolnišnica Begunje, 1996: 92-104.
9. Zupančič M, Kersnik J. Ocenjevanje delazmožnosti duševnih bolnikov v splošni medicini. V: Romih J, Žmitek A, uredniki. *Delazmožnost psihiatričnih bolnikov*. Zbornik predavanj, Begunje: Psihiatrična bolnišnica Begunje, 1997: 135-41.
10. Olfson M, Weissman MM, Leon AC, Higgins ES, Barret JE, Blacklow RS. Psychological management by familx physicians. *J Fam Prac*, 1995; 41: 543-50.
11. Braspenning J, Sergeat J, General practicioners decision making for mental health problems: outcomes and ecological validity. *J Clin Epidemiol*, 1994; 47: 1365-72.
12. Bass C. Somatization. *Medicine*, 1996; 25: 56-81.
13. Eaton WW. Progress in epidemiology of anxiety disorders. *Epidemiology Reviews*, 1995; 17: 32-8.
14. Kersnik J. Duševne motnje. In: Švab I, Rotar-Pavlič D, editors. *Družinska medicina*. Ljubljana , 2002. 493-502.
15. Goldberg RJ. Diagnostic dilemmas presented by patients with anxiety and depression. *Am J Med*, 1995; 98: 278-84.
16. Kessler D, Bennewith O, Lewis G, Sharp D. Detection of depression and anxiety in primay care: follow up study. *BMJ*, 2002; 325: 1016-7.
17. Taylor RB. *Family medicine. Principle and practice*. Springer; 1988:p. 550
18. Davis.S, Thornicroft D, Leese M, Higgingthotham A, Phelan M. Ethnic differences in risk of compulsory psychiatric admisson among representative cases of psychosis in London. *Br. Med.J* 1996; 312: 533-7.
19. Švab I. Napotitev in sprejem proti bolnikovi volji. V: Poplas - Susič T. *Zbornik 5. Schrotovih dnevov*. Ljubljana: Katedra za družinsko medicino, 2001; 1: 167-70.
20. Švab V. Sprejemi v bolnišnico proti bolnikovi volji: psihiatrične indikacije. V Poplas - Susič . *Zbornik 5. Schrotovovih dnevov*. Ljubljana: Katedra za družinsko medicino, 2001; 1: 171-5.