

DELOVNA ZMOŽNOST NEVROTIKOV

Marga Kocmur

Nevroze imajo v zadnjih letih - po sprejetju novih klasifikacij - poseben položaj: po eni strani naj bi teh motenj sploh ne bilo več, saj naj bi bil koncept nevroz premalo uporaben v klasifikacijskem smislu in premalo precizen v nuzološkem; po drugi strani pa obsega v ICD - 10 poglavje "Nevrotske, stresne in somatoformne motnje" zelo veliko skupino različnih in heterogenih motenj. V klasifikaciji so navedene v enotnem poglavju zaradi svoje zgodovinske povezanosti s konceptom nevroze in še zato, ker jih vsaj v določeni meri pogojujejo psihološki vzroki (1). Gre za naslednje skupine: fobično - anksiozne motnje (F40), druge anksiozne motnje (F41), obsesivno - kompulzivne motnje (F42), reakcije na hud stres in prilagoditvene motnje (F43), disociativne (konverzivne) motnje (F44), somatoformne motnje (F45), druge nevrotične motnje (F48). Vsaka skupina ima več podskupin.

Vsem naštetim motnjam je skupna mešanica simptomov, daleč najpogostejši pa so anksiozni in depresivni. Čeprav se kaže potruditi in pri vsakem posameznem bolniku kar najbolj natančno opredeliti prevladujoči sindrom, je to pogosto nemogoče doseči. Prav zato dopušča klasifikacija tudi uvrstitev mešanih slik.

V praksi pa že ob tem nastopi prvi problem: zdravniki smo večinoma prepričani, da je vsakdo, ki pride v ambulantno, bolnik, kar pa seveda ni nujno. Načeloma je že res, da se po profesionalno pomoč večkrat obrnejo tisti, katerih težave so specifične in zanje hudo obremenjujoče, vendar pa se prag še znosnega povsod, tudi pri nas, niža in ljudje vse pogosteje iščejo pomoč tudi za težave, ki bi jih bili še sposobni reševati sami brez profesionalne pomoči. Pri tej skupini motenj je kljub velikemu trudu sestavljalcev klasifikacije nemogoče odgovoriti na ključno vprašanje: kdo je še zdrav, kdo pa že bolan? Preplet bolezenskih znakov je tako bogat in raznolik, ločnica med "še normalnim" in "že patološkim" pa tako nejasna, da se je treba sploh odločiti, ali je treba zdraviti, in če je treba, kako.

Od odgovora na ti dve vprašanji je odvisna tudi presoja o delovni sposobnosti: zdravniki smo večinoma usmerjeni v to, da je ta odvisna le od človekovega zdravja (če seveda odmislimo usposobljenost za konkretno delo). Po našem pojmovanju je začasna nesposobnost za delo posledica začasne bolezni ali okvare (=bolniški stalež), trajna nesposobnost za delo pa posledica trajne bolezni ali okvare (=invalidska upokojitev)(2). Vemo pa, da niti bolniški stalež niti invalidsko upokojevanje nimata vedno le zdravstvene osnove, zaradi česar doživljamo zdravniki posebne vrste narcistično travmo. Smo namreč hudo negotovi in zato nedosledni tako pri odobravanju staleža kot pri ocenjevanju invalidnosti, saj nismo posebej veščji v oceni socialnih meril, tako da smo pogosto naklonjeni misli, da ocenjevanje delovne sposobnosti marsikdaj sploh ni zdravniški posel. Te misli nas še posebno pogosto preplavijo ob ljudeh z motnjami iz nevrotičnega kroga, saj se ti le redko pojavijo v ambulantni s čisto medicinskimi problemi (anksioznost, depresivnost, bolečinski sindromi), temveč tudi s psihološkimi (način odzivanja in vedenja v določenih okoliščinah) in vse pogosteje tudi s socialnimi (soodvisnost med prizadetim in njegovim ožjim ter širšim okoljem).

ZAČASNA DELOVNA NEZMOŽNOST

Če izhajamo iz bolezenskega koncepta, bo počitek (=bolniški stalež) povzročil, da se bo vsa energija usmerila v obrambne sposobnosti organizma in tako bo povzročitelj bolezni hitreje premagan, poškodbe pa se bodo hitreje celile. Vendar pa počitek ni brez pridržkov enak bolniškemu staležu, čeprav si ga za vsakodnevne potrebe radi tako pojasnimo. Bolniški stalež je (tako kot invalidska upokojitev) posebna, družbeno dogovorjena oblika socialne varnosti, ki naj bi prispevala k bolnikovi ozdravitvi, tako da se ne bo ubadal s skrbjo, kako preživeti, saj je za ta čas plačan. Poleg tega pa pomeni bolniški stalež še mnogo več: zdravniku pomeni neredko izhod v sili, ko čuti, da bolnik od njega nekaj pričakuje, on pa ne ve, kaj bi mu dal; včasih za bolnika preprosto nima dovolj časa, pa si ga kupi na ta način; bolniku pomeni včasih le to, da ga zdravnik razume; včasih si na ta način potrdi, da je bolan in da mora le miniti 14 dni in bo spet zdrav; najbrž je različnih (tudi simboličnih) pomenov še več. Stalež je torej za obe stranki v odnosu del njune komunikacije. Narobe je, če postane to sploh edini način komuniciranja med zdravnikom in bolnikom, kar pa se pri nevrotičnih pogosto zgodi: tako dobi bolnik potrditev o svoji bolezni in (včasih) tudi občutek, da zdravnik zanj skrbi, zdravnik pa varljiv občutek, da drugače tako ali tako ne more pomagati, hkrati pa se takemu bolniku na najmanj boleč način izogne.

Zato se je mogoče takrat, ko se nam iz številnih možnosti, kako bi bolniku pomagali, kot prva ali celo edina izkristalizira "stalež", dobro vprašati, ali je v resnici potreben, in če je, komu bo koristil in zakaj. Odgovori na ta vprašanja so največkrat preprosti in dokaj določni: bolnik se mora umakniti iz delovnega okolja, ker je zaradi bolezenskih znakov nemogoče pričakovati, da bo delo zmogel, zdravljenje pa bi se lahko zavleklo in zapletlo. V primeru nevrotikov pa bomo opazili, da nam je pogosto težko odgovoriti, zlasti če bolezenski znaki (npr. anksioznost, nespečnost, depresivnost) ne bodo tako izraziti, da bi sami po sebi zahtevali zdravljenje. V tem primeru bo najbrž umestneje, da skupaj z bolnikom preverimo še kakšne druge možnosti, ki bi mu prinesle olajšanje, preden se odločimo za stalež. Če pa ne vemo kaj svetovati in kaj storiti in se odločimo za bolniški stalež, je dobro, da si priznamo, da smo to storili zaradi sebe, da bi se pač čez teden ali štirinajst dni lažje odločili. Narobe pa je, če tudi po tem času ne bomo imeli jasnejše predstave kako ravnati in če tudi po tem času ne bomo znali ponuditi nič drugega. Potem se rado zgodi, da se stalež pač podaljšuje, vključijo se še razni drugi specialisti in spirali je težko videti konec.

Nedvomno pa se bomo za stalež lahko odločili pri vseh stanjih dekompenzacije, ki jih spremljajo nespečnost, razdražljivost, motnje koncentracije, motnje v delovanju vegetativnega sistema in/ali globlje spremembe razpoloženja (3,4). Takrat je kratkotrajni (1-2 tedenski) bolniški stalež ob ustreznem zdravljenju (z zdravili in/ali psihoterapijo) umesten. Gre torej za stanja, pri katerih imamo opraviti z znaki, ki so po medicinski doktrini že bolezenski, ki torej pomembno odstopajo od bolnikovega prejšnjega ravnovesja. Te bolezenske znake znamo tudi dokaj dobro obvladovati z zdravili in o tem obstajajo cele sheme. Vemo pa, da to največkrat ni dovolj. Že različno močno izraženi znaki nam lahko pogosto povzročajo težave, saj smo si ljudje močno različni po tem, kako svoje težave doživljamo, in tudi po tem, kako jih sporočamo; zdravniki pa imamo različno izostren posluš za probleme, ki niso strogo medicinski. Tako se subjektivno doživljanje in interpretacije bolnikov prepletajo s subjektivnim pogledom strokovnjaka. Večina psihiatričnih obolenj je namreč samo v majhnem obsegu dostopna objektivni presoji (5).

Do dekompenzacije lahko pride zaradi različnih vzrokov. Neredko že zaradi vzporednega telesnega obolenja, ki lahko poslabša nevrotično simptomatiko do te mere, da je bolnik ne more več obvladovati. Do poslabšanja lahko pride zaradi kakšne (za pacienta) pomembne spremembe v njegovem domačem ali delovnem okolju. Sprememba se lahko zunanemu opazovalcu zdi majhna, vendar je važno le to, kako jo doživlja bolnik. Psihofizično ravnovesje teh ljudi je namreč veliko bolj labilno in ranljivo kot pri povsem zdravih: zaradi nenehnih korekcij so ti bolniki v trajni psihični napetosti, njihove prilagoditvene sposobnosti pa so v celoti zmanjšane (5).

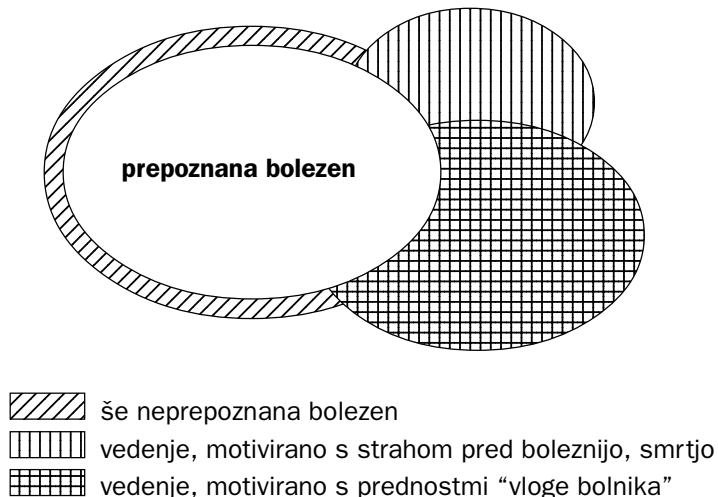
Na invalidsko upokojitev ne vpliva le bolezen. Marsikdaj so družbene prilike tiste, ki postavljajo in vsiljujejo merila, kdaj in katere zdravstvene okvare so dovolj tehten povod, da se nekdo invalidsko upokoji. Kadar je družba stabilna, kadar je dela dovolj za vse, kadar je mogoče izbirati delovna mesta in kadar se mnogi ljudje čutijo varne in zadovoljne, bo invalidskih upokojitev manj in seveda obratno. Tudi zdravnikove poprejšnje odločitve glede bolniškega staleža, dokler je kandidat za invalidsko upokojitev - vsaj formalno - še delal, so pomembne, pri nevrotikih še toliko bolj zaradi narave in dinamike njihovih motenj. Čim bolj je zdravnik darežljiv z bolniškim staležem, tem bolj bo vsiljeval in utrjeval zahteve ljudi po invalidski upokojitvi - in seveda obratno. Če je splošni zdravnik ob asistenci raznih specialistov omogočal bolniku leto, dve ali celo več bolniškega staleža, je skorajda neverjetno, da bi tak bolnik še kdaj delal tudi v primeru, če je bolezenskih posledic čez nekaj časa manj, kot jih je bilo. Verjetnost invalidske upokojitve je nedvomno premosorazmerna z dolžino poprejšnjih bolniških staležev in obratno sorazmerna s strokovno doslednostjo zdravnika pri obravnavanju bolniškega staleža, čeprav te soodvisnosti ne kaže razlagati preveč poenostavljeno (2).

Zdravnik namreč poskuša delno z orodjem, ki mu ga dajeta medicina in zdravstvena služba, delno pa po svoji zdravi pameti in srcu pomagati klientu v stiskah, ki so pogosto že zunaj področja medicine. Osnova odnosa med zdravnikom in bolnikom je empatija, ki pomeni zaupanje, razumevanje, sprejemanje, razbremenitev in poskus reševanja težav, nikakor pa ne nekritičnega življenja v njegove probleme. Včasih pa je zdravnikov odnos do bolnika že spočetka prežet z nezaupanjem. Razširjena je namreč domneva, da se precejšnje število oseb z duševnimi motnjami odtegne bolj ali manj upravičeno delovnim obveznostim, kakršne bi jim po njihovem položaju pripadale. Dokler je ta vtis meglen in generaliziran, lahko zastruplja odnos med zdravnikom in bolnikom, pač zato, ker se zdravnik boji postati predmet manipulacij. Bolnik, ki to nezaupanje začuti, pa se čuti ogroženega v svoji eksistenci in reagira z različnimi obrambnimi mehanizmi, ki zameglijo realno bolezensko sliko, tako da dobi zdravnik vtis agravacije in teženj po "sekundarnem (bolezenskem) dobičku". Veliko samokritičnosti je treba pri terapevtu, da ob pojavi teh teženj vidi ubikvitarnost ali splošno človeško naravo tega fenomena in ohrani do bolnika tudi kot ocenjevalec delazmožnosti pravi terapevtski odnos (6).

Včasih pa je kljub naporom težko odpraviti tisto, čemur pravimo "vloga bolnika" (7). To je koncept, ki sta ga razvila sociologa Parsons in Mechanic,

se je pa kar dobro uveljavil ne le v psihiatriji, pač pa v medicini nasploh. Gre za to, da je vloga bolnika v naši družbi privlačna in priročna vedno, ko so njene prednosti večje kot prednosti zdravja. Nekaterim ljudem so normalne življenjske zahteve hudo nadležne, bodisi zato, ker nimajo sposobnosti ali energije, da bi jih obvladovali, ali pa zato, ker lahko edino takrat, ko so bolni, dobijo potrebno ljubezen, naklonjenost in pozornost od drugih, in so kar naprej v vlogi bolnika. Številčnejši pa so tisti, ki jim postane ta vloga privlačna le takrat, ko so njihove odgovornosti izjemno velike (npr. vojak pred bitko), ko so v drugačnih težavah (npr. izpiti, dolgovi, sodni pregon ipd.) ali pa takrat, ko obstaja možnost finančne dobrobiti. Včasih so zdravniki ocenili, da gre za simulanta, ko niso našli fiziološke podlage bolnikovim težavam ali pa so te težave pripisali kakšni duševni ali nevrološki motnji. Večkrat pa je ustrezneje, če pripišemo to vedenje učenju: ljudje, ki se obnašajo, kot da so bolni, ko postanejo bremena vsakdanjega življenja zanje pretežka, najbrž to storijo enako avtomatično, kot gredo po hrano, ko so lačni. Tako so se pač v preteklosti naučili. Eno najosnovnejših pravil teorije učenja namreč je, da bomo ponavljali tisto vedenje, ki prinaša nagrado, ne pa tistega, ki je ne, tako da je po svoje čudno, da tega vedenja ni še več (7).

Slika 1: Vedenje v bolezni



Realnost je gotovo še bolj kompleksna, kot jo prikazuje slika (slika 1), razmerja med tremi prikazanimi populacijami pa kažejo nekaj pomembnih pravil: večina bolezenskega vedenja nastane kot posledica prepoznanih bolezni (tudi dobro definiranih psihičnih motenj, kot sta npr. shizofrenija in depresija). Vendar pa nastane pomemben delež tudi samo s strahom pred boleznijo ali pa s "pozitivnim ojačevanjem" vloge bolnika. Med temi tremi populacijami so velika prekrivanja. Populacija s prepoznano boleznijo je obdana s senco še neprepoznanih bolezni (npr. okultna neoplazma). Obravnava posameznih bolnikov je predvsem odvisna od tega, iz katere od 11 populacij, ki nastanejo s presečišči 3 krogov, prihajajo, ne pa toliko od tega, v katero diagnostično kategorijo jih lahko umestimo (7).

Nevrotične motnje lahko sodijo v katero koli skupino na tem diagramu. Tudi takrat, ko nekoga brez dvomov uvrstimo v največji krog (med prepoznane bolezni), pa moramo biti spet previdni pri oceni njegovih delovnih sposobnosti: tako najdemo npr. pri bolnikih s fobično simptomatiko običajno zelo dobro ohranjeno delovno sposobnost, ki je včasih v presenetljivem nasprotju s težino subjektivne simptomatike. Bolj kot pri ostalih nevrotičnih osebnostih vidimo ravno pri omenjenih pogosto dobro prilagajanje delovnemu okolju, kadar dominirajo v delovnih motivih potrebe družine, vpliv avtoritete ali osebne potrditve (5).

Tudi ljudje z obsesivno kompulzivnimi motnjami so običajno zelo dolgo sposobni rutinskega, reproduktivnega dela in odpovedo takrat, ko se od njih pričakuje odločnost, hitro ukrepanje, odgovornost in ekspanzivnost. Kvantiteto dela lahko moti stalna kontrola lastnega dela in odločitev. Delovna sposobnost je odvisna od sistema prisil, prepovedi in obveznih ritualov, njihovega obsega in situacij, v katerih se pojavljajo ter spremljajočih osebnostnih sprememb. Klinično sliko obeh navedenih motenj zapletajo pogosti depresivni znaki, ki utegnejo z leti postati kronični in šele ti nato bistveno zmanjšajo delovne sposobnosti (5).

SOMATIZACIJA

Somatizacija predstavlja po eni strani breme posamezniku, saj vpliva na njegovo življenje in na odnose z bližnjimi, po drugi strani pa predstavlja za družbo in zdravstvo veliko finančno breme. Je namreč pogost vzrok absenzizma, zdravniki porabijo za diagnostiko in terapijo teh bolnikov ogromno časa. Ocenjujejo, da se porabi okrog petina zdravstvenega proračuna za bolnike, ki somatizirajo ali pa imajo hipohondrične bojazni (8).

Somatizacijska motnja je uradna diagnoza šele od leta 1980 in od tedaj je postala pogost predmet teoretičnih in znanstvenih prispevkov, somatizacijske motnje pa dobivajo v knjigah svoja poglavja. To pa ne pomeni, da so se ti bolniki pojavili šele zdaj in da jih prej ni bilo (8, 9).

Medicina nikoli ni prav razumela niti ni znala klasificirati bolnikov te vrste in tudi danes je na tem področju precejšnja zmeda. Razumevanje in poimenovanje teh bolnikov je tako bolj ali manj prepuščeno iznajdljivosti ali celo muhavosti posameznih zdravnikov. Uporaba diagnoz hipohondrije, nevrastenije, "funkcionalnih motenj", "psihosomatskih motenj" ipd. je nejasna in nedoločna (10, 11). Del problema je v tem, da smo zdravniki okuženi z "medicinskim modelom": vsak, ki se predstavi kot bolnik, mora imeti neko bolezen. Če so bolnikove pritožbe takšne, da se jih da povezati s telesno boleznijo, ni nobenih težav. Če pa se jih ne da, prične zdravnik tesnobno omahovati med dvema možnostima: ali ni z njim nič narobe ali pa je psihiatrično bolan. Prva možnost je morda v redu v smislu modela organske bolezni, vendar pa ta model niti ne zmanjša bolnikovega trpljenja niti ne razloži, zakaj trpi. Druga možnost - da gre pri bolniku za psihiatrično motnjo - pa takoj porodi vprašanje, kaj je psihiatrična motnja in kaj jo povzroča.

Tendenca, da občutimo in sporočimo psihološko motnjo v obliki telesnih simptomov, je razširjena v vseh kulturah. Kot taka ni niti patološka sama po sebi niti ne predstavlja psihiatričnega problema. Postane pa klinični problem takrat, ko posameznik s tako dispozicijo pripiše svoje telesne senzacije bolezni in zaradi tega išče "svojo" diagnozo in zdravljenje (11).

Tako zajema somatizacija v klinični praksi tri bistvene vidike: izkustvenega, kognitivnega in vedenjskega. Tisto, kar bolnik občuti kot bolečino ali kakšno drugačno težavo, predstavlja izkustveni vidik. Način, kako to interpretira in čemu to pripiše (npr. težki, letalni telesni bolezni), predstavlja kognitivni vidik. Način, kako nam o težavi sporoča in kako se pri tem obnaša, tvori vedenjski vidik (12).

Za praktične razloge je pomembno razlikovati prehodno od trajne somatizacije. Prehodna lahko nastane kot odgovor na akutno stresno situacijo (npr. žalovanje) ali na pomembno življenjsko spremembo in mine, ko se situacija ublaži in dobi bolnik zagotovilo, da ne gre za telesno bolezen. Trajna somatizacija pa je kronični problem, ki prinese vsaj nekaj nezmožnosti (12, 13).

Somatizacija, kot jo definiramo tukaj, je torej čisto deskriptivni koncept, ne pa posebna diagnostična kategorija. Lahko je odgovor na stres, lahko pa je oblika cele vrste psihiatričnih sindromov. Motnje, pri katerih je somatizacija v ospredju klinične slike, se zdaj imenujejo "somatoformne". Diagnostični kriteriji za somatoformno motnjo se še vedno spreminjajo in so v mnogočem kontroverzni.

Nekatere somatoformne motnje, npr. konverzija in somatizacijska motnja ter psihogena bolečina, so bile včasih vključene pod ime histerija, ki

so ga zdaj kot obsoletno opustili. Drugi starodavni izraz, hipohondrija, je v novi klasifikaciji ponovno oživel in predstavlja trajno bolezensko preokupacijo z lastnim zdravjem ter s strahom pred boleznijo oz. s prepričanjem o hudi bolezni. Vendar pa imajo lahko vse somatoformne motnje hipohondrične poteze (7).

V ICD - 10 (1) je somatoformna motnja opredeljena z naslednjimi kriteriji:

a) najmanj dve leti trajajoči številni in variabilni simptomi, za katere ni bilo mogoče najti ustreznega zdravljenja;

b) vztrajno odklanjanje zagotovil več zdravnikov, da ni nobene fiziološke podlage za simptome;

c) vsaj delno oslabiljeno družinsko in socialno funkcioniranje, ki je posledica simptomov in iz njih izhajajočega vedenja.

V anamnezi imajo bolniki pogosto suicidalne grožnje in poskuse in se pritožujejo nad anksioznostjo, depresijo, zakonskimi težavami in težavami na delovnem mestu.

Študije kažejo, da etiologija somatizacijske motnje ni samo multifaktorialna, pač pa tudi zelo kompleksna. Nobena posamična teorija, kot npr. o obrambnih mehanizmih, o razrešitvi konflikta, metoda simbolične komunikacije ali ojačevanja z nagrado, ne more v celoti razložiti različnih fenomenov. Somatizacija sega od majhnih splošnih simptomov, ki so del normalnega doživljanja, do najresnejših in onesposobljujočih, ki pa so redki. Psihopatologija in manifestacija se močno razlikujeta (14, 15).

Etiološki vzroki (npr. genetski dejavniki, stresi v otroštvu ipd.), ki so lahko pomembni pri enih, so lahko povsem nepomembni pri drugih. Tako ima lahko nekdo telesne znake zaradi fizioloških motenj, ki imajo svojo osnovo v genetski strukturi, drugi jih ima lahko tedaj, ko je anksiozen ali depresiven, tretji jih ima le tedaj, ko misli, da je zares zbolel, četrti se ob vsaki neugodni situaciji zateče k telesnim znakom, ker se je tega pač naučil, peti pa jih bo dobil vsakič, ko bi se moral vrniti v neugodno delovno okolje. Pri večini bolnikov igrajo določeno vlogo vsi naštetni dejavniki, le da se relativni prispevek vsakega od njih s časom spreminja (12, 16).

Konzistentna pa je povezava med somatizacijo in anksioznostjo in depresijo, čeprav so velike razlike med bolniki v razmerju med telesnimi in afektivnimi znaki. Interakcija emocij s telesnimi simptomi je kompleksna: anksioznost in depresija pogosto povzročata telesne znake; obratno pa lahko tudi telesni znaki povečajo bolnikove skrbi, mu odvzamejo vsako veselje in - tako kot katero koli drugo trpljenje - otežijo depresijo. Ob anksioznosti ali depresiji preverja bolnik svoje telesno stanje in znaki, ki jih zazna tedaj, imajo zanj bistveno večji pomen, kot bi ga imeli sicer. Večina telesnih znakov ne nastopa namesto čustev: niso konverzija, pač pa soobstajajo s čustvi, iz njih

izhajajo in jih včasih lahko ojačujejo. Skupni mehanizem, za katerega se zdi, da nastopa tako pri somatizaciji kot pri hipohondriji, je afektivna motnja. Ta sproži telesne znake, nato jih bolnik v strahu pred boleznijo ali zaradi drugih skrbi pozorno in selektivno zaznava, kar pa še poveča anksioznost s še več telesnimi znaki. Tako se ustvari začarani krog. Zaradi vsega tega se ti bolniki preradi podvržejo zapletenim medicinskim diagnostičnim proceduram, tudi operacijam, ki pa jim anksioznost ublažijo le za kratek čas (9,12).

Različne dobrobiti, npr. bolniški stalež ali zavarovalnina, podaljšajo trajanje simptomatike in igrajo pri nekaterih ključno vlogo pri nastanku motnje.

Bolnik s somatizacijo bo pogosto zanikal, da bi bil anksiozen ali depresiven ali da bi svoje telesne težave občutil kot stresne. Niti takšnega eksplicitnega zanikanja niti bolnikove vzročne interpretacije ni treba sprejeti kot absolutno pravilno, kajti oboje je lahko zavajajoče. Treba je iskati znake depresije in/ali anksioznosti, in če so prisotni, začeti ustrezno zdravljenje (15).

Pacienti s trajno somatizacijo so vsem zdravnikom dobro znani in nihče jih ne mara. Njihova nepopularnost se odraža tudi z imeni, ki jim jih v svojem žargonu dajemo: histeriki, hipohondri, delomrzneži, "vse me boli sindrom". Mogoče je vzrok za to, da so tako osovraženi, v tem, da se ne obnašajo tako, kot od bolnikov pričakujemo: "dober" bolnik se pritožuje v zmernih besedah in v razumnem razmerju do dokazljive patologije. Telesno motnjo bo opisal s telesnimi znaki, emocionalne težave pa s psihološkim jezikom. Zdravnikovo mnenje bo sprejel z naklonjenostjo in ustrežljivostjo. Bolniki s trajno somatizacijo se ne prilegajo temu modelu: vztrajajo, da so njihovi telesni znaki posledica bolezni, čeprav jim zdravnik zagotavlja drugače, iščejo "svojo" diagnozo in pravo zdravljenje, menjujejo enega zdravnika za drugim. Takšno nenormalno bolezensko vedenje dela zdravnike obupane in nemočne.

Zato se ne kaže čuditi, da se razvije napet in ambivalenten odnos med zdravnikom in bolnikom. Mnogi bolniki s somatizacijo so nadvse občutljivi za odklanjanje in zato zlahka začutijo zdravnikovo naraščajočo sovražnost ter še glasneje zahtevajo olajšanje. Hkrati pa pričnejo kritizirati skrb, ki so je deležni, občutijo stranske učinke po vsakem zdravlilu, ki jim ga zdravnik predpiše, in bodisi naravnost ali pa prikrito izražajo svoje nezadovoljstvo.

Na neki točki, po številnih diagnostičnih testih z negativnimi rezultati ter po terapevtskih poskusih s prav takšnimi rezultati, se zdravnik vda in pošlje bolnika k psihiatru. To je ponudba, ki jo bolnik kot žaljivo zavrne in jo razume kot znak zdravnikovega odklanjanja ali pa njegove nekompetentnosti. Tako bolnikov subjektivni občutek, da je bolan, trči ob zdravnikovo mnenje, da je objektivno zdrav. Tak postopek je napačen in bi ga kazalo opustiti, saj lahko bolnik hkrati trpi zaradi telesne in psihične motnje, zato je nujno, da tečeta telesna in psihiatrična diagnostika hkrati (8, 11, 16).

Klinične študije kažejo, da ni terapevtske metode ali strategije, ki bi bila enako primerna za vse somatizirajoče bolnike. Večina funkcionalnih motenj traja nekaj tednov ali nekaj mesecev, velika večina znakov se ublaži ali izgine le s simptomatskim zdravljenjem ali le s podporno psihoterapijo.

Iz kliničnih izkušenj pa je mogoče povzeti naslednje sugestije: dobro je načrtovati redne preglede pri zdravniku, kar pomeni, da bo zdravnik naročil bolnika na kontrolni pregled. Takšno načrtovanje bo dalo bolniku občutek, da zdravnik zanj skrbi in bo preprečilo nastajanje novih simptomov le zato, da bi lahko ponovno šel k zdravniku. Bolnika je treba telesno pregledati, ko navede nov simptom, in ga na ta način nekoliko pomiriti ter hkrati odložiti ali preprečiti nov diagnostični postopek. Zdravnik, ki bo razumel, da so simptomi v resnici emocionalne komunikacije, bo lahko uspešneje zdravil te bolnike (8,11).

ZAKLJUČEK

Vzroki, da si nekdo prizadeva doseči socialno varnost v obliki invalidske upokojitve (in jo večinoma tudi doseže), so mnogoštevilni. Med njimi je zagotovo pomembna trajna okvara zdravja in posledična invalidnost, pogosto pa se morajo invalidske komisije ukvarjati tudi s tem, kako bi za nezdravstvene probleme našle zdravstvene razlage in opredelile, kaj je še zdravstvo, kaj pa ni več. Delavčevi bolezenski znaki, njegove stiske in želje so lahko neločljivo prepleteni in ustvarjajo skupaj z delodajalčevimi zahtevami ter splošnimi družbenimi okoliščinami takšen konglomerat, da ni mogoče pričakovati, da bo odločitev komisije vedno pravična, še manj pa bodo v takšnih primerih z njo vsi zadovoljni.

LITERATURA

1. The ICD - 10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. WHO, Geneve 1992.
2. Lokar J. Heretične misli o delovni sposobnosti. Posvet o delovni zmožnosti zavarovancev z duševnimi motnjami. Zbornik predavanj 1991; 62-65.
3. Petelin M. Psihične značilnosti pacientov s funkcionalnimi telesnimi motnjami. Disertacija, Ljubljana 1980.
4. Guzelj A. Specifična problematika ocenjevanja invalidnosti pri nevrotično motenih osebah. Magistrsko delo, Zagreb 1978.

5. Lovšin B. Struktura invalidnosti duševno motenih in rehabilitacija v psihiatriji. Magistrsko delo, Zagreb 1979.
6. Guzelj S. in Petelin M. Specifična problematika ocenjevanja invalidnosti pri nevrotično motenih osebah. Posvet o delovni zmožnosti zavarovancev z duševnimi motnjami. Zbornik predavanj 1991; 74-82.
7. Kendel RE. Hysteria. V: Russel GFM in Hersov LA (ur). Handbook of Psychiatry 4. The neuroses and personality disorders. Cambridge University Press, Cambridge 1986: 232-251.
8. Lipowski ZJ. Somatization: a borderland between medicine and psychiatry. CMAJ 135; 1986: 609-614.
9. Kellner R, Abbott P, Winslow WW in Pathak D. Fears, Beliefs, and Attitudes in DSM-III Hypochondriasis. Journal of Nervous and Mental Disease 175; 1987: 20-25.
10. Stevens A. in Foerster K. Diagnostik und Umgang mit neurotischen Arbeitsstörungen (vor dem Rentenantrag). Nervenarzt 66; 1995: 811-819.
11. Fabrega H, Mezzich J, Jacob R in Ulrich R. Somatoform Disorder in a Psychiatric Setting. The Journal of Nervous and Mental Disease 176; 1988: 431-439.
12. Kellner R. Somatization. Theories and Research. The Journal of Nervous and Mental Disease 178; 1990: 150-160.
13. Swartz M, Blazer D, George L in Landerman R. Somatization Disorder in a Community Population. Am J Psychiatry 143; 1986: 1403-1408.
14. de Leon J, Saiz-Ruiz J, Chinchilla A in Morales P. Why do some psychiatric patients somatize? Acta psychiatr scand 76; 1987: 203-209.
15. Rief W, Schaefer S, Hiller W in Fichter MF. Lifetime Diagnoses in Patients with Somatoform Disorders: Which came first? Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 241; 1992: 236-240.
16. Smith GR, Monson RA in Ray DC. Patients With Multiple Unexplained Symptoms. Arch Intern Med 146; 1986: 69-72.