

DELAZMOŽNOST IN ANAMNEZA

Lev Milčinski

Tema, katero je tukajšnji strokovni team izbral za predmet letošnjega seminarja, je po svoje provokativna. Tu ne gre več npr. za popularizacijo svežih terapevtskih metod in kemodinamike novih zdravil, kar bi pomenilo, da ostaja razprava povsem na strani neposrednega zdravstvenega dobropoučtja pacienta. Letos nas tema spominja na vsem nam nekoliko odiozno in vedno znova pozabljano *družbeno* vlogo zdravnika in posebej psihiatra, da - sicer ne zapuščajoč svojega hipokratičnega stališča - aktivneje varuje resnične smotre družbeno pojmovanega zdravstva pred sebičnimi in kratkovidnimi stremljenji pacientov in celo tudi zdravih oseb za raznimi sekundarnimi neindiciranimi ugodnostmi iz sklopa socialno zdravstvenih ukrepov. Ti naj bi poleg uporabe medikamentov in drugih zdravniških postopkov odvzemali bolniku - zavoljo hitrejšega zdravljenja in rehabilitacije - nekatera od družbe zahtevana bremena zaposlitve ali, določneje rečeno, *dela*, kateremu se je bil človek s tako ali drugačno pogodbo zavezal.

Gre torej za razmerje *človeka in dela ter deviacij tega razmerja*. O tem je bilo pri nas že pred 20 leti nekaj zapisanega. Je pa zanimivo, da sveži viri tistih uvidov niso bistveno presegli. Tule povzemamo iz citiranega dela samo nekatere poudarke.

Na primer o tem, kaj delo v človekovem življenju lahko pomeni. Gallagher (1963) našteva šest glavnih vidikov, ki določajo človekov odnos do dela (1):

1. **Dohodek.** Za večino ljudi je delo nujno sredstvo za vzdrževanje sebe in družine v neodvisnosti.
2. **Položaj.** Delo pomeni status v lestvici zaposlitve. Pomeni pa tudi status v širšem smislu dostojanstva, sposobnosti ali pa odvisnosti, hkrati pa še zavest, da drugi ljudje te attribute, ki jih delo daje človeku, tudi upoštevajo.

3. **Aktivnost.** Sem bi lahko šteli možnost sproščanja telesne in duševne energije prek dela, priložnost osvečenega ravnanja in ustvarjanja.

4. **Način, kako prebiješ svoj čas.** Saj zavzema delo pomemben delež človekovega dne, tedna, življenja.

5. **Socialni kontakt in sociabilnost.** V sodobnem zaposlitvenem sistemu se večina zaposlitev izvaja v družbenem okviru; tako postaneta socialni kontakt in sociabilnost pomembna vsebina dela.

6. **Specifične človekove potrebe.** Posebne zaposlitvene obveznosti utegnejo biti prav izraz specifičnih potreb in sposobnosti delavca.

Trije so pa elementi, ki dvigajo v večji ali manjši meri ton tem vidikom:

- narava dela,
- človekove osebne značilnosti in psihopatologija ter
- družbena klima.

Iz tega, kar nam psihiatrična razpravljanja zadnjih let ponujajo, pa po mojem vtisu na področju ocenjevanja dela(ne)zmožnosti in zrelosti za invalidsko upokojitev še ni videti perspektive, da bi nam ta posel kmalu postal lažji, kot je bil pred leti. Še najlažji se nam vidi, kjer v omenjenem sklopu dominira markantna diagnoza.

Na primer, ko gre za duševno manjvrednost ali deterioracijo in se kaže prizadetost v glavnem v primarnem ali sekundarnem dobro merljivem inteligenčnem primanjkljaju. Nekoliko manj lahko je tako ocenjevati psihotične osebe, pri katerih se utegne skrivati za povsem sprejemljivo fasado hudo pomanjkanje pristne komunikabilnosti.

Recimo, da ti dve psihopatološki kategoriji pri ocenjevanju delazmožnosti in invalidnosti v praksi le ne delata prehudih težav in dvomov psihiatru in njegovemu teamu. Drugače je pa, ko gre za nevrotske motnje, psihogene reakcije in osebne deviacije ter odvisnosti, kjer diagnoza sama in njena psihopatološka struktura ne dopuščata odločitve glede delazmožnosti niti v eno, niti v drugo smer, posebej še ker so meje teh motenj, kakor jih zajema MKB 10, še bolj kot v časih veljave manj sofisticiranih diagnostičnih kategorij, tako medle, da pogostoma spuščajo v igro tudi lucidna tehtanja in špekuliranja. Spričo takega majavega strokovnega izhodišča postane v končnem efektu toliko pomembnejša "družbena klima", ki bi ji včasih še drugače lahko rekli "ekonomsko politična situacija". Od tega heterogenega nemedicinskega elementa je - po zakonitosti nekake indukcije ali česa - po mojem mnenju odvisno tudi to, kako darežljivi bodo poklicani zdravniki in ustrezne komisije pri svojih ocenah o bolezenski delovni nesposobnosti oziroma že kar trajni invalidnosti, in posledično tudi število interesentov.

Ugotavljanje delovne sposobnosti v okviru psihiatrije je torej dinamičen proces, pri katerem sta v to psihodinamiko zapletena tako pacient kot njegov zdravnik, pač v fazi takratne "družbene klime".

Po izkušnjah raznih avtorjev (2,3) nastajajo problemi z oceno delazmožnosti pri pacientih iz kategorije *nevrotično psihogenih motenj* čisto po naslednjem vzorcu: Bolniki se javijo navadno s telesnimi težavami, katere sami doživljajo in prikazujejo kot organske. Zdravnik mogoče sluti, da imajo te motnje psihogeno ozadje, pa tega ne izrazi, vedoč, da bi pri pacientu izgubil na kredibilnosti glede na negativni družbeni prizvok takšnih diagnoz. Opravi površen telesni pregled in odvzame material za laboratorijsko analizo, kar je tako in tako utemeljeno, ne poglobi se pa v dinamično psihiatrično anamnezo, ker da tega ne utegne spričo svoje prezaposlenosti. Ko pacientu zdravnik po takšni storitvi - v lastni negotovosti, za vsak primer, "ut aliquid..." nekaj indiferentnega ordinira in mu zapiše kratek stalež, je že sam potisnil svojega klienta za korak naprej v predstavi bolezenske delanezmožnosti. Postopne somatske preiskave zavračajo organsko diagnozo in uvedeni terapevtski ukrepi ostajajo brez učinka. Kasnejše krpanje preostalih anamnestičnih lukenj komaj kdaj v celoti uspe. Ves proces - mešanica nedorečenega diagnostičnega ugibanja in slabo utemeljene medikacije v atmosferi podaljševanega staleža neopazno spremeni barvo stanju nezaposlenosti, ki v očeh pacienta ni več neljuba epizoda, temveč že bolj možnost večje lagodnosti. Zdravnik stoji končno nemočen nasproti pacientu. Vznikne ideja invalidske - bolezenske upokojitve, ki pa tudi ne pride kmalu do realizacije, ker se je v tem času lahko da že ustvarila polarizacija dveh taborov: na eni strani pacienta, katerega podpira njegov zdravnik (ki bi si tudi rad že otrešel z ramen nadležni primer) in na drugi strani organov socialnega zavarovanja, ki se kot zadnja bariera pred masovnim begom pred delom opirajo na pomanjkljivosti v predlogu upokojitve.

Poučen je še naslednji citat, ki obravnava podobno temo (4): "Upokojitvena težnja pri večini pacientov ni bila vzročna posledica same bolezenske prizadetosti, temveč izid *psihosocialnega sestopa*, ki so ga spodbujali številni dejavniki, med katerimi je bila bolezen le eden... Fenomenu bi lahko tudi rekli "upokojitveno vedenje" ali pa "socialna regresija". Tak pacient tišči v bolniški stalež, se pravi, umik iz poklicne odgovornosti in tudi v prostorski umik iz življenjskih okolij svojega bivališča. Obhaja ga občutek preobremenjenosti, teži k odlaganju odgovornosti na druge, najprej v poklicu, nato tudi v družini. Ob tem pa še močno posega po terapiji, čeprav je njen učinek vse slabši. Številni poskusi izvesti to podobo socialne regresije enoznačno na medicinsko ugotovljene bolezni so ponovno in ponovno spodleteli."

Recimo, da je to le skrajna podoba tega, kar zdravniki s psihiatri vred v blažjih oblikah srečujemo v vsakodnevni praksi in kar v svoji masi in dolgotrajnosti jalovega prizadevanja in z vsemi frustracijami vse bolj zapolnjuje delovno obveznost zdravnikov splošne medicine in med specialisti zlasti psihiatrov.

Se pa vendar vprašajmo, kolikšna je krivda psihiatrov samih na generiranju tega pojava. Mislim, da te krivde ne moremo zatajiti. To je pa *izpuščanje multidimenzionalnega, dinamičnega intervjuja* v prvem srečanju s pacientom, ki razodeva težnje v takšni smeri.

O taki psihiatrični anamnezi pravita izkušena strokovnjaka (ibid 4): *“Preiskovalni instrument psihiatra kot ocenjevalca dela(ne)zmožnosti je primarno anamnestični intervju, ki se pa ne razlikuje dosti od anamnestičnega pogovora kot uvoda v zdravljenje, le da je v primeru izvedenske usmerjenosti tu cilj - ugotovitev upravičenosti do socialne pomoči. Torej da se dojame in oceni izrazitost pacientove motnje, hkrati pa tudi stopnja prizadetosti in delovne oviranosti”*.

Vsaka medicinska veja ima svojo specialno ožjo dejavnost, ki ji njena pomembnost in specifičnost dela njeno veljavo, od katere ne more odstopiti. Ta psihiatrična specifičnost je - v diagnostični fazi - prav ta *dinamično-psihiatrični intervju*, ki je izhodišče za uvedbo terapije, kot prav tako izvedenske dejavnosti. Avtorja citiranega članka podajata svojo (dosti klasično) anamnestično shemo, ki je članku priložena. Meni se vidi pomembno še posebej to, da sta si bila avtorja zamislila to shemo sprva kot anketni list, ki naj bi ga pacient pisno izpolnil, pozneje sta pa od te zasnove odstopila in je nista pustila sedimentirati v brezoseben vprašalnik, temveč ostaja le priročnik bodočemu izvedencu (ali terapevtu) za živi pogovor z bolnikom. Tako se lahko ustvari med pacientom in zdravnikom še tisti pristni transfer, ki je pogoj za iskrenost podatkov za izvedensko delo, toda lahko mogoče tudi začetek terapevtskega procesa, ki utegne omehčati obsesivno pacientovo naravnost v “socialno regresijo”.

Še dve pripombi:

- Tako, kot naj zdravnik splošne prakse obvlada malo kirurgijo, porodništvo in še kaj, naj bo v njegovem armamentariju tudi dinamični psihiatrični intervju.

- Rekli boste mogoče, da je ta tehnika za zdravnika v ambulanti preveč zamudna. Naj bi nekdo časovno odtehtal na eni strani metodo s psihiatričnim intervjujem, na drugi strani pa ves čas, ki se potroši z zgolj orientativnim pogovorom, toda številnimi naknadnimi intervencijami nezadoščenega pacienta, komisijскими pregledi na vseh nivojih in morebitnim sodnim postopkom navsezadnje.

In končno: Zdravnik naj se ne ima za odrešenika vseh, ki jih pestijo družbene pomanjkljivosti; te se rešujejo drugače - konec koncev v parlamentu. Ali ne?

LITERATURA

1. Gallagher E.B.: The meaning of work to psychiatric out-patients. The Psychiatric Quarterly Supplement. Vol. 37, 62-80, Part. I. 1963. Citirano v Psihiatrija. Bras S. in drugi DZS, Ljubljana, 1986; 554-559.
2. Plassmann RT., Färber K.: Rentenentwicklungen bei psychosomatisch Kranken. Rehabilitation 34 (1995), 23-27.
3. Stevens A., Foerster K.: Diagnostik und Umgang mit neurotischen Arbeitsstörungen (vor dem Rentenanspruch). Nervenarzt (1995) 66:811-819.
4. Zeit T., Wiester W.: Die psychiatrische Anamnese, der psychische Befund und ihre Relevanz für die Beweisfragen im psychiatrischen Gutachten vor dem Sozialgericht. Nervenarzt (1995) 66: 197-206.

PRILOGA

Psihiatrična razčlenitev anamneze pacienta v postopku ocene delovne sposobnosti (po Zeit-Wiester)

Aktualna anamneza

Kakšne so njegove težave, skrbi in bojazni.

Kje, kdaj, kako in zakaj so nastopile.

Ali ima pacient kako razlago za to.

Razlog za preiskavo.

Kateri dogodek, kakšni pojavi, kakšno občutje so privedli do vloge oziroma pritožbe.

Biološka družinska anamneza

Posebne bolezni in smrtni vzroki v družini, npr. živčne ali čustvene bolezni.

Lastna anamneza

Kakšne je imel bolezni in kdaj, isto za poškodbe, ginekološke bolezni.

Ambulantno zaveden v bolniški stalež, od koga in kako dolgo. Nezgode.

Podrobni opis terapevtskega obravnavanja in po bolezni preostale motnje.
Renta, pokojnina.
Priznane okvare po zakonskih predpisih.

Vegetativna anamneza

Kakšen je apetit. Slabosti, bruhanje. Gibanje telesne teže.
Način prehrane. Odvajanje. Spanje. Potenca.

Anamneza uživanja drog in zasvojenosti

Alkohol, nikotin, droge. Od kdaj.
Količina teh snovi. Katere. Kako aplicirane (per os, subkutano itd).
Medikamenti - predpisani, iz proste prodaje.

Biografska anamneza

Porodni - pre - ali perinatalni problemi.
Dojensko in zgodnje otroško obdobje.
Fiziološki razvoj. Položaj v vrsti sorojencev.
Ob katerih odnosnih osebah je doraščal (biografska družinska anamneza).
Značilnosti staršev, ekonomska situacija okolja v zgodnjem otroštvu.
Vrtec. Kasnejše otroštvo. Posebnosti.
Ločitev od obeh ali enega od staršev in drugih vzgojno-pomembnih oseb.

Šolanje: Všolanje regularno? Tip šole. Katere šole je obiskoval in s kakšnim uspehom. Najvišja šolska kvalifikacija. Učne težave. Vzgojni problemi, izostajanje od pouka, tatvine.
Puberteta.

Poklicni življenjepis in današnja poklicna stvarnost: Poklicne želje, kako so nastale. Kako je bila izobrazba izbrana in kako je uspevala.

Vključitev v delovni svet.

Želje glede poklicne zaposlitve, njeno izvajanje.
Izpadi iz poklicne dejavnosti. Zakaj. Odpovedi, od koga.
Trenutno stanje. Pridobitvena dejavnost. Delo brez dohodka (npr. gospodinjstvo).

Situacija pri točasnih poklicnih dejavnostih.

Zbranost pri delu. Kako reagira na kritiko v podjetju oz. obratu.
Ozračje v podjetju. Odnosi s sodelavci, predstojniki (pripoznanje).

Opis delovnega mesta, vključno s potekom delovne obveznosti.

Delovni tempo. Ureditev počitka. Problemi.
Telesno in duševno naporni vplivi (delovno mesto z visokim dotokom informacij; na posebno izpostavljenih mestih; izpostavljenost hrupu, prahu, kemikalijam, vročini, plinom, stereotipiji gibov ali prisilni drži)

Zadovoljnost z delom.

Kako prihaja do svojega delovnega mesta.

Pri brezposelnosti: Se trudi najti delo, prek institucij ali samostojno.

Občutek preobremenjenosti. Njegove predstave o delovnem mestu.

Ekonomska situacija:

Ali je klient še sposoben sam obvladovati svoj finančni položaj.

Kakšni so lastni dohodki. Dohodki iz premoženja.

Dohodki drugih družinskih članov, npr. soproge, otroci, ki kaj prispevajo.

Dohodek iz socialnih ustanov. Predstave o obveznostih do soljudi in državnih ustanov.

Bivalne razmere.

Seksualnost in razmerja:

Družinski stan. Kako je prišlo do razmerja, poroke.

Sta si partnerja enakopravna.

Partnerjeva pridobitvena dejavnost. Duhovne ali socialne razlike.

Partnerski odnosi. Vita sexualis v partnerstvu/zakonu.

Je prišlo do razveze in kako. So otroci zakonski. Položaj otrok (npr. zdravje, izobrazba, itd.). Odnos do otrok.

Kako so otroci preskrbljeni.

Ali klient zna vzgojno delovati, posredovati norme in pravila vedenja.

Prosti čas in družbeni interesi:

Izvenzaposlitvena dejavnost. Vključenost v grupe. Izraba prostega časa.

Odnosi do drugih ljudi, npr. stiki s prijatelji, družabnost, družbena orientiranost (npr. svetovnonazorski vidiki kot opravičilo delovanja).

Religiozna naravnost in njen pomen za pacienta.

Potek dnevnih dejavnosti:

Kdaj začenja zanj dan. Ali pacient pazi na svoj zunanji videz. Dopoldanske dejavnosti in njihov urnik. Upoštevanje domačih opravil. Zunanje dejavnosti.

Dnevni počitki. Kako je poklicno delo vgrajeno v dnevni čas. Katere nadaljnje aktivnosti klient še izvaja. Ali potrebuje osebno oporo. Ali klient zmora sam organizirati svoje življenje (npr. pota po uradih).

Kako ocenjuje kontakte z zdravnikom in oblastnimi strukturami. Kako se mu oblikuje popoldne. Kakšne kontakte z drugimi osebami ima znotraj dneva.

Ali je s svojim dnevnim potekom zadovoljen. Kaj se dogaja zvečer.

Heteroanamneza

Kako odnosne osebe zrejo na razvoj in situacijo pacienta.