

OCENA DELAZMOŽNOSTI PRI PACIENTIH Z NEVROTSKIMI, STRESNIMI IN SOMATOFORMNIMI MOTNJAMI

Miklavž Petelin

Če se primerjamo z zdravniki starega veka - npr. Hipokratom, smo zdravniki danes v zaznavi bolnikove biopsihosocialne celote kar na slabšem. Hipokrat je učil, da je za umetnost zdravljenja poleg določitve bolezni važna tudi bolnikova in zdravnikova osebnost. Koliko smo na splošno danes večji te umetnosti, nam lepo pove pesem Janeza Menarta Diaгноza.

*V zatilju kol, v želodcu jež,
pri srcu led, termit v jeziku
in vrtiljak povsod, kjer greš,
in, in, in, in ... In kam? K zdravniku.*

*V želodec cev; na EKG;
želodec zdrav; srce normalno.
Kri, jetra v redu, seč b.p.
vse me boli le funkcionalno.*

*V koleno tok, v komolec tik.
Na rentgen. Skoraj idealno.
Možgani? Ne, noben bolnik;
in nor - če sem - sem funkcionalno.*

*Ta svet, poln zmed, me v teku let
(kar je povsem normalno)
dodobra spravl je v nered,
vendar v nered le funkcionalno.*

*Na grob si vklesati bom dal:
bolehal sem samo formalno,
umrl sem telesno zdrav
in mrtev sem le funkcionalno.*

doc.dr. MIKLAVŽ PETELIN, dr.med.
Center za izvenbolnišnične psihiatrične dejavnosti
Psihiatrična klinika, KC Ljubljana
Njegoševa 4, 1000 Ljubljana

Povedal bom nekaj misli o tem, vas pa prosim za sodelovanje v nadaljevanju.

Zdi se mi, da se je prepoznava človekove duše zaradi svoje zapletenosti izmaknila "znanstveni medicini". Tega seveda ne mislim za psihodinamsko usmerjene zdravnike, vendar žal tudi njihovo razmišljanje prevečkrat prevlada nad celovito zaznavo zdravja. Tako smo preveč razdeljeni na "somatike" in "psihodinamike". Naši pacienti pa imajo škodo od te naše razcepitve.

Spoznanje prave organske bolezni zahteva dokaj dolg čas nujnih preiskav. Ves ta čas je bolnik navadno v bolniškem staležu. Ko so preiskave zaključene in ni ugotovljene organske bolezni, sta tako bolnik kot zdravnik izpostavljena dvomu o resničnosti in pravi vrednosti težav, ki utemeljujejo delazmožnost.

Nedvomno se bolnik samo s spoznanjem, da ni organsko bolan, ne počuti nič boljše. Pojavi se celo dvom v njegovo identiteto pravega bolnika. Večkrat mi je že kdo od takih bolnikov dejal: "Raje bi imel hudo telesno bolezen, kot da trpim in obenem nisem uradno bolan."

Glavni vzročni dejavniki nastanka in poteka nevrotskih, s stresom povezanih in somatoformnih motenj sežejo v najzgodnejšo, tudi preverbalno dobo razvoja. Važne so tudi kombinacije dednih dejavnikov, ki ustvarijo predispozicijo za specifičen odnos vsake posamezne osebe z okolico. Številni, predvsem ameriški avtorji, poudarjajo družbenokulturno razsežnost nevrotskih in drugih motenj te skupine. Osebnostne poteze posameznika so v veliki meri pogojene s pripadnostjo določenemu družbenemu sloju, narodnosti, veri in rasi. Najvažnejši podatek, ki nam da oporo za razmišljanje o vzroku težav bolnikov te skupine, niso njihove težave same, ampak narava njihovih odnosov z drugimi ljudmi. V družinah bolnikov z nevrotičnimi, s stresom povezanimi in še posebej somatomorfnimi motnjami prevladuje sebičnost, ki se skriva pod navideznim altruizmom. Tak, izkrivljen, sebičen odnos je zakrit s prepričanjem, da drugi vedno čuti in misli enako. Z bolnikom, ki ima somatoformne motnje, v takih družinah vzdržujejo odnose prek njegove bolezni. Kar zdravnike in bolnike največkrat zelo bega, je to, da se simptomi avtonomnega živčevja - srčne senzacije, dušenje, omotice in še druge motnje pozneje največkrat avtomatsko ponavljajo brez razločne povezave z zunanji dogodki. To dejstvo dodatno poveča bolnikovo anksioznost, žal pa tudi zdravnikovo negotovost. Medicinska teorija zahteva, da najdemo vsakemu pojavu ali motnji delovanja konkreten vzročni dejavnik. Zato je omenjeni avtomatizem huda motnja ustvarjalnemu sodelovanju in zaupanju med bolnikom in zdravnikom.

Posttravmatske stresne motnje naletijo pri večini zdravnikov na razumevanje in sočutje. Drugače pa ocenijo disociativne motnje, za katere zdravniki pogosto menimo, da so pretiravanje ali neke vrste pacientova igra. Bolniki z disociativnimi motnjami so prepričani, da so organsko bolni. Osebnostne in socialne značilnosti teh bolnikov opozorijo na probleme, povezane z odvisnostjo in simbiotično povezavo z drugimi ljudmi. Bolniki sami teh problemov zavesto ne zaznajo. Ljudje reagiramo pri duševnih obremenitvah tudi s telesnimi reakcijami. Kadar postanejo te prevladujoče, mislimo, da je prišlo do regresa obrambnih mehanizmov in reagiranje je postalo manj zrelo, bližje otroškemu. Res napravijo osebe s somatoformnimi motnjami največkrat videz nemočnega otroka, ki pričakuje predvsem razumevanja in pomoči. Somatoformne motnje pa lahko pomenijo tudi vzpostavitev novega obrambnega sistema, ki s statusom bolnika bolj ustreza navadam, vrednostnim merilom in pričakovanjem okolice. Somatoformne motnje so zaradi regresa na bolj preproste, stabilnejše in dokaj avtomatizirane reakcije dolgotrajna ali kar kronična bolezen. Običajno bistveno spremenijo način bolnikovega življenja, pa tudi njegove odnose z okolico. V tako spremenjenih odnosih opazimo tudi veliko sekundarne koristi. Bolniki so lahko manj aktivni, manj odgovorni, v bolezni najdejo opravičilo na neuspeh. S svojimi težavami obvežejo okolico k pozornosti in prizanesljivosti.

Prav tako je zelo veliko bolnikov s trajnimi somatoformnimi bolečinskimi motnjami. Žal pa se tudi njim v zdravniških ordinacijah godi slabo. Zdravniki namreč tudi upravičenost bolečine in njene intenzivnosti ocenjujemo večinoma po ugotovljenih morfoloških spremembah.

Omenim še sindrom utrujenosti, ki se večkrat označi z nevrastenijo. Te motnje so dokaj pogoste v naši kulturi. Pojavijo se največkrat kot kombinacija dednih zasnov in dolgotrajnih specifičnih obremenitev, ki izčrpajo avtonomni živčni sistem osebe, oziroma njeno sposobnost prilagoditve. Sindrom utrujenosti je bolezen srednje življenjske dobe. Pogostejši je pri ženskah. Prognoza je relativno slaba, še posebej glede socialne rehabilitacije.

Omenim še podzavestno identifikacijo zdravnika s svojim pacientom. Ta povzroči pojav "nemočnega zdravnika". Občutek nemoči usmeri zdravnika v ponavljanje preiskav in podaljševanje bolniškega staleža.

Še enkrat omenim pomembnost prvega kontakta med zdravnikom in bolnikom. Ta naj da bolniku občutek varnosti, zaupanja, spoštovanja. Če tega ni dovolj, je v poznejših pogovorih med bolnikom in zdravnikom vse več informacij o težavah in preiskavah.

Zato nam bo lahko v pomoč misel kitajskega filozofa Konfucija (živel je od 551 do 478 pred našim štetjem), ki je dejal: "Če spoznaš dobrega človeka, ga posnemaj. Če spoznaš slabega, pa razmisli o sebi."

LITERATURA

1. GUZELJ S., PETELIN M.: Specifična problematika ocenjevanja invalidnosti pri nevrotično motenih ocenah. Posvet o delovni zmožnosti zavarovancev z duševnimi motnjami. Zbornik predavanj za zdravnike izvedence na invalidskih komisijah, Ljubljana 1991.
2. LUBAN-PLOZZA B.: Der psychosomatisch Kranke in der Praxis. Str. 29-30, 1995, Schwabe COAG, Basel.
3. PETELIN M.: Psihične značilnosti pacientov s funkcionalnimi telesnimi motnjami. Disertacija. Ljubljana, Medicinska fakulteta, 1980, 16-25.