

# KONZILIARNI PSIHIATER OB INTERNISTIČNEM BOLNIKU

**Nada Perovšek Šolinc**  
**Marjeta Blinc-Pesek**

## UVOD

Konziliarno smo vselej klicani k bolnikom, ki so hospitalizirani zaradi težke somatske prizadetosti in pri katerih njihovi zdravniki opažajo spremenjeno čustvovanje ali vedenje.

Pri bolnikih upoštevamo somatsko stanje kot centralni problem, psihiatrično motnjo obravnavamo glede na osnovno organsko bolezen, kajti vsaka bolezen prinaša tudi psihične spremembe.

Bolnikovo psihično stanje je lahko spremenjeno zaradi simptomatskega reagiranja na somatsko stanje organizma ali pa zaradi bolnikovega spremenjenega osebnega položaja. Večinoma sta prisotna oba faktorja v različnih kombinacijah. Iskanje vzročnosti je pomembno zaradi terapije. Če se hočemo približati realnim vzrokom za bolnikovo reagiranje, moramo poznati bolnikovo:

- somatsko motnjo,
- življenjsko zgodbo,
- trenutno socialno situacijo.

Konziliarni pregled vsebuje med seboj prepletajoče se elemente:

- triaže,
- ocene in diagnostike,
- krizne intervencije in podpore (suporta),
- zdravljenja in predlogov za zdravljenje,
- rehabilitacije,
- prevecije.

O triaži v ožjem smislu govorimo, kadar gre za urgentne premestitve na psihiatrični oddelek. V teh primerih je psihiatrična motnja tista, ki posredno

ali neposredno ogroža bolnikovo življenje. Običajno gre za akutne psihotične motnje, pri katerih so možni organski vzroki izključeni ali pa za trenutno bolnikovo stanje manj rizični.

Pri konziliarni diagnostiki in oceni psihiatrične motnje upoštevamo predpostavko, da je bolnikov osnovni zdravstveni problem internističen. Izhajajoč iz tega moramo upoštevati, da so tudi vzroki za psihično motnjo povezani z organsko boleznijo.

Po španski študiji v okviru multinacionalnega evropskega projekta za izboljšanje oskrbe konziliarne – liaison psihiatrije v splošnih bolnišnicah je bilo pregledanih le 8,5 % bolnikov z zgodovino psihiatrične motnje. Ostali vzroki za pregled so bili: spremljajoči psihiatrični simptomi 50,3 %, nepojasnjeni fizični simptomi 15,2 %, škodljivo uživanje alkohola in drugih substanc 9,2 %, suicidalnost 6 %, nesprejemanje bolezni 5,8 %.

Psihične motnje ali psihološki simptomi, ki jih najdemo pri bolniku na internem oddelku, so lahko posledica internistične bolezni – eden njenih simptomov – ali pa z njo niso neposredno povezani.

## **PSIHIČNE MOTNJE, KI SO LAHKO SIMPTOM INTERNISTIČNE BOLEZNI**

Psihične motnje, ki nastanejo ob definirani organski bolezni ali poškodbi in so z njo časovno ozko povezane, ocenjujemo kot simptomatske, če njihova klinična slika simptomatsko-sindromsko ustreza sliki akutnega ali kroničnega psihoorganskega sindroma. V MKB 9 in njeni klinični modifikaciji MKB-9CM so opisana organska psihična stanja kot sindromi, pri katerih se opažajo motnje orientacije, spomina, razumevanja, ocene, kapacitete učenja in presoje. Možni so tudi plitev ali labilen afekt, trdovratna motnja razpoloženja, upad etičnih standardov, poglobitev ali pojačanje osebnostnih potez in izguba samostojnega odločanja.

Klinične manifestacije simptomatskega odgovora na telesno bolezen:

1. psihotična oblika
  - blodnje, halucinacije, inkoherenca, izguba asociativnih sposobnosti, obubožanje mišljenja, nelogično razmišljanje, bizarno vedenje (največkrat dezorganizirano ali katatono), delirij po Bonhoefferju;
2. anksiozna oblika
  - iracionalna anksioznost v obliki panike in/ali mišične napetosti, hiperaktivnost, napeto pričakovanje, raztresenost, izogibanje objektom ali situacijam, ki so vzrok anksioznosti;

### 3. afektivna oblika

- depresivnost, iritabilnost ali ekspanzivno razpoloženje s spremljajočimi kognitivnimi in vegetativnimi znaki;

### 4. oblika, ki je običajno značilna za osebne motnje

- antisocialno, agresivno, nasilno, deviantno ali kljubovalno vedenje, sumničavost, emocionalna labilnost, zmanjšana kontrola impulzov ali socialne presoje, apatija ali indiferenca;

### 5. kognitivna oblika

- krajša ali daljša spominska prizadetost, motnje pozornosti in orientacije, upad intelektualnega funkcioniranja, učne težave, motnje višjih kortikalnih funkcij.

Simptomatski psihološki odgovor nastane zaradi:

- intoksikacije z medikamenti in alkoholom ali njihove odtegnitve;
- metabolične motnje v okviru endokrine, hepatične, respiratorne ali renalne bolezni;
- motnje perfuzije pri kardialnih ali cirkulatornih motnjah;
- sistemske ali kranialne infekcije;
- stradanja, dehidracije;
- telesne poškodbe;
- hitrega razvoja intrakranialnih lezij.

Psihična motnja je redko v celoti simptom somatske bolezni. Odnos somatskega in psihičnega je kompleksnejši. Simptomatska psihična motnja se vedno prepleta in povezuje z nesimptomatskim psihičnim stanjem, psihološke reakcije na bolezen pa lahko imajo tudi patološko obliko. Med simptomatskim in nesimptomatskim reagiranjem opazamo množico kombinacij.

## ***PSIHIČNE MOTNJE, KI NISO NEPOSREDNO POVEZANE Z INTERNISTIČNO BOLEZNIJO***

Bolniki, katere srečujemo na konziliarnih pregledih, so lahko že bili psihiatrično obravnavani ali pa je to njihov prvi psihiatrični pregled. Z izjemo Centra za zastrupitve so bolniki v visokem procentu prvič psihiatrično pregledani. Srečujemo torej popolnoma novo skupino bolnikov, pri katerih je psihološko reagiranje povezano s somatskim stanjem in predstavlja bolnikov psihološki odgovor na telesno bolezen. Pri diagnostični obravnavi take psihične motnje moramo upoštevati, da je telesna bolezen za bolnika ena od pomembnih kritičnih situacij v življenju. Obdobje psihičnega prilagajanja nove-

mu stanju pa je obdobje krize. Bolniki se v času bolezni znajdejo v težavnem socialnem položaju, ki je interakcija:

- diagnosticirane bolezni,
- funkcionalne nesposobnosti,
- bolnikove osebne percepcije bolezni,
- socialne prizadetosti, ki spremlja vsakega od teh faktorjev.

Krizno reagiranje je odgovor na ogrožajočo situacijo, doživlja pa se kot stanje duševne bolečine, vezane na izgubo zdravja. V kriznem stanju sta anksioznost in napetost povečani, rasteta in se sprostita v močnem reagiranju, ki premaga neugodje in si s tem povrne emocionalno stabilnost, ki vključuje preteklo izkušnjo hendikepa.

V primeru neprilagojenega reagiranja se sproži proces reagiranja, v katerem se bolečina stopnjuje, kriza pogloblja, pride do regresije, ki se kaže v obliki psihiatričnih simptomov. Ti se lahko poglobljajo do stanj, v katerih je bolnikovo življenje že ogroženo.

Psihološke reakcije na telesno bolezen so reakcije na izgubo. Bolniki so soočeni z novo samopodobo, ki je v nasprotju z idealizirano podobo o sebi. Sprejemanje nove samopodobe poteka skozi proces, v katerem se ponavljajo nekatere komponente psihološkega reagiranja, ki so prisotne v procesu žalovanja. Običajno sprejemanje nove samopodobe vključuje zanikanje, jezo in depresijo, barantanje in iskanje krivde, osebno izolacijo in regresijo in na koncu sprejemanje. Proces ni linearen, ampak se elementi posameznih faz prepletajo, jakost posameznih stopenj pa je odvisna od bolnikove osebnosti, njegovih energetskih zalog in njegove življenjske zgodbe. Številni bolniki lahko izpeljejo ta proces brez psihiatrične pomoči, sami, s pomočjo bližnjih oseb, lečečega zdravnika. Pri drugih pa se nekatere faze reagiranja odražajo močnejše, regres se lahko pogloblja do izgube realitetne kontrole.

### **Predvidene reakcije na bolezen**

<i>Intrapsihično</i>	<i>Klinično</i>
- prizadeta samopodoba - izguba, duševna bolečina	- anksioznost
- ogroženost homeostaze - strah	- zanikanje
- nesposobnost poskrbeti zase - nemoč, obup	- depresija, barantanje ali obtoževanje
- zavest, da ne moreš kontrolirati položaja	- regresija, izolacija, odvisnost, jeza, sprijaznjenje

Krizno in simptomatsko reagiranje opazamo pri vseh bolnikih, tako pri tistih, ki so že bili psihiatrično obravnavani, kot tudi pri tistih, ki niso bili.

## TERAPIJA IN PREDLOGI ZA TERAPIJO

Glede na diagnostiko in oceno psihičnih motenj, srečujemo na konziliarnih pregledih stanja, v katerih se somatsko in psihično prepletata. Psihiatre zanima predvsem psihični aspekt bolnikove (somatske) bolezni. Zanima nas, kako telesna bolezen poslabša že obstoječe psihopatološko stanje ali pa aktualizira nagnjenost za določeno vrsto psihične motnje. V primeru simptomatskih psihičnih motenj sodelujemo pri oceni in njihovi farmakoterapiji. V primeru nesimptomatskega psihološkega reagiranja na telesno bolezen se vključujemo, kadar krizno stanje vsebuje že regresivne elemente.

## TERAPIJA KRIZE

Ljudje so v obdobju krize spremenjeni, zato mora pristop temeljiti na psihodinamskih principih. Razumeti jih je treba tako, da upoštevamo njihovo osebnost, življenjsko zgodovino in trenutni položaj. Tudi terapija krize v osnovi temelji na upoštevanju bolnikove psihodinamike. Na konziliarnih pregledih pride v poštev suportivna obravnava krize. Namen te obravnave je vzpostavitev emocionalnega ravnotežja, ki omogoča investicijo bolnikovih čustvenih potencialov v zdravljenje bolezni in sprejemanje položaja, v katerem se nahaja.

Stališča suportivne obravnave krize:

1. Nujna je hitra intervencija.
2. Upoštevajoč rizičnost osnovne situacije in dodatne rizične faktorje, moramo pomisliti tudi na možnost neprilagojenega kriznega reagiranja.
3. Neprilagojene odgovore na obstoječe stanje je treba prepoznati.
4. Intenziteto simptomov krize moramo spremljati in upoštevati možnost hitrega regresivnega reagiranja.
5. Terapija naj bo osredotočena na razreševanje krize.
6. Suportivna obravnava kriznega reagiranja vključuje pojasnitev, sugestijo, prepričevanje, obravnavo bolnikovega okolja in uporabo medikamenta.

Vzpostavljeno ravnotežje vključuje izkušnjo krize in njenega konstruktivnega razreševanja. To je ravnotežje, ki bolniku omogoča boljšo rehabilitacijo in preprečevanje regresivnega reagiranja v bodoče.

V klinični sliki kriznega stanja dominirata anksioznost in depresivnost, ki se ob poglobljanju krize stopnjujeta in lahko prevzemata specifične oblike strahov in afektivnih stanj do psihotičnega reagiranja. Krizno stanje je klic na pomoč. Treba ga je vzeti resno. V obravnavi kriznega stanja pri somatskem bolniku je v terapiji potrebno upoštevati somatsko bolezen, ki je vzrok krize, registrirati in spremljati intenziteto in naravo simptomov. Terapija je osredotočena na pomoč pri razreševanju krize, vključuje pojasnitev, sugestijo, prepričevanje, obravnavo bolnikovega okolja in uporabo zdravila. Krizno reagiranje bolnika povezuje somatsko medicino in psihiatrijo. Psihiater se vključuje v razreševanje krize takrat, ko se v somatskem terapevtskem timu pojavi sum, da se kriza pogloblja. V praksi nas na konziliarni pregled kličejo zaradi diagnostične opredelitve in medikamentozne terapije psihičnih motenj. V primerih kriznega reagiranja medikament ni tisti, ki bi bil za lečečega internista nekaj novega, nekaj, česar ne bi že mnogokrat samostojno uvajal. Gre za mnenje, oceno in razbremenitev situacije, ki je nabita z anksioznostjo, ki se pogloblja in oblikuje v forme, ki razreševanje krize oddaljujejo. Visoka stopnja anksioznosti se mora zdraviti z ustrežno medikamentozno terapijo, vendar je zdravilo le eden od terapevtskih ukrepov. Potreben je tudi usmerjen pogovor z nekom, ki pozna telesne motnje in mehanizme psihičnega reagiranja ter se vključuje kot tretji. Na tej točki psihiater s poznavanjem somatske medicine in psihološkega reagiranja pomaga bolniku integrirati reagiranje in odreagirati bolj zdravo.

## POVZETEK

Novi koncepti bolnišničnega zdravljenja vključujejo tudi integracijo mentalno higienske in somatske obravnave. V te integracije je vključena tudi psihiatrična oskrba. Govorimo o povezovalni – liaison psihiatriji. Konziliarna psihiatrija se srečuje z drugačno populacijo, kot je tista, ki jo obravnavamo v psihiatrični ambulanti ali psihiatrični bolnišnici. Na konziliarnih pregledih je pomembno povezovanje s somatskim terapevtskim timom in skupna diagnostična in terapevtska obravnava psihične motnje.

V svetu se vse bolj nakazuje potreba po uvedbi integrativnih modelov bolnišnične oskrbe. Uvedba teh modelov konziliarne službe zahteva organizacijske spremembe. Vse večja pa je tudi potreba po konkretnih navodilih (doktrini) za to dokaj novo smer v psihiatriji.

## LITERATURA

- Horvath TB, Siever LJ, Mohs RC, et al. Organic Mental Syndromes and Disorders In : Kaplan HI and Sadock BJ, eds. Comprehensive Textbook of Psychiatry, fifth ed. Baltimore: Williams & Wilkins,1989.
- Kecmanović D. Psihijatrija. Medicinska knjiga, 1989: 1915-1972.
- Kishi Y, Kathol RG. Integrating medical and psychiatric treatment in an inpatient medical setting. The type IV program. Psychosomatics 1999: Jul-Avg;40 (4):345-55.
- Levenson JL, McDaniel JS, Moran MG, et al. Psychological Factors Affecting Medical Conditions In : Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA. Textbook of Psychiatry, third ed. American Psychiatric Press, Inc., 1999.
- Lipkin M. Psychiatry and Medicine. In : Kaplan HI and Sadock BJ Comprehensive Textbook of Psychiatry, fifth ed. Baltimore: Williams & Wilkins,1989.
- Lloyd GG. Whence and whither "liaison" psychiatry? Psychol Med. 1980; Feb;10(1):11-4.
- Valdes M, de Pablo J, Campos R, et al. Multinational European project and multicenter Spanish study of quality improvement of assistance on consultation-liaison psychiatry in general hospital: clinical profile in Spain. Med Clin 2000; Nov 25: 115(18):690-4.
- Sifneos PE. Brief Dynamic and Crisis Therapy. In : Kaplan HI and Sadock BJ. Comprehensive Textbook of Psychiatry, fifth ed. Baltimore: Williams & Wilkins,1989.