

Bolnica za reumatske bolesti i rehabilitaciju Varaždinske Toplice

PSIHIJATRIJSKI PROBLEMI U REHABILITACIJI S PRIKAZOM BOLESNIKA

PSYCHIATRIC PROBLEMS IN REHABILITATION WITH CASE REPORT

Mr sci. dr Ivan Džidić

Sažetak

Budući da mnogi fenomeni konverzije simuliraju sindrome koje vidimo u fizičkoj medicini i rehabilitaciji, od najveće je važnosti diferencijalna dijagnoza, iako je ona ponekad veoma teška. To vrijedi naročito za one slučajeve gdje su prisutne kombinacije organskog oboljenja i konverzivnih reakcija. Moramo imati na umu da pacijent nije svjestan svojih konverzivnih reakcija. One nisu svjesne ili namjerne te se po tome bitno razlikuju od simulacije. Naša bolesnica je psihoterapijom postala svjesna svoga stanja i našu ustanovu je napustila bez invalidskih kolica iako je godinu dana bila u kolicima i živjela i ponašala se kao paraplegičar.

Summary

Because many phenomena of conversion simulate syndroms which are to be seen in the physical medicine and rehabilitation, the differential diagnosis is of the greatest importance, although sometimes very difficult. It specially concerns the cases where the combination of organic disease and conversive reactions is present. These reactions are neither conscious nor intentional and thus essentially differ from the simulation. Our patient became, by psychotherapy, aware of her condition and left our hospital without her wheelchair, although she spent a year in it and lived and behaved like a paraplegic.

Poznato je dugo vremena da fizička bolest i invalidnost izazivaju emocionalne i duševne promjene. Isto tako se već od prvih ozbiljnih početaka rehabilitacijske prakse u medicini zna da emocionalno i duševno stanje mogu imati odlučujući utjecaj na uspjeh rehabilitacijskih postupaka. U oko 50% odraslih osoba s fizičkom invalidnošću navedeni faktori uvjetuju uspjeh, odnosno neuspjeh rehabilitacije. U djece je taj postotak i viši i približava se 75% (1).

Fizička invalidnost predstavlja opasnost za određeni način života i teži razbijanju ravnoteže koju takav način života predstavlja. Invalidnost može izazvati intenzivnu tjeskobu, depresiju ili bijes. Ona može biti interpretirana kao kazna za grijeh, realne ili imaginarne, može predstavljati ugrožavanje svemogućih težnji ili normalnih sposobnosti te izazvati osjećanje bespomoćnosti ili panike. Ona može osloboditi neko psihopatološko stanje koje je prije toga bilo pod kontrolom, kao primjerice paranoidne ideje, te stvoriti neod-

žive međuljudske odnose. S druge strane, invalidnost može biti svedena na neurotične slike, kao primjerice ovisnost i strah od takmičenja, i tako predstavljati u podsvijesti dobro došli izlaz iz neke konfliktuozne situacije.

Budući da mnogi fenomeni konverzije simuliraju sindrome koje vidamo u fizikalnoj medicini i rehabilitaciji, od najveće je važnosti diferencijalna dijagnoza, iako je ona ponekad veoma teška. To vrijedi naročito za one slučajeve gdje su prisutne kombinacije organskog oboljenja i konverzivnih reakcija.

Moramo imati na umu da bolesnik nije svjestan svojih konverzivnih reakcija. One nisu svjesne ili namjerne te se po tome bitno razlikuju od simulacije.

PRIKAZ BOLESNIKA

Š. B., rođena 1953. godine, radnica na privremenom radu u SR Njemačkoj broj povijesti bolesti 3087/84. Obiteljska anamneza b. o. Osobna anamneza b. o. Sadašnja bolest: Bolesnica je u tri navrata operirana u SR Njemačkoj zbog prolapsa diska u toku 1978. i 1979. godine. U našoj zemlji je operirana još tri puta u toku 1980. i 1981. godine zbog adhezije na mjestu operacije u nivou L₅S₁. Prvi boravak u našoj ustanovi je bio u srpnju 1980. godine, a zatim u više navrata i u različito dugom trajanju. U svakom boravku je imala napadaje slabosti koji su dobro reagirali na sedative, uz ne baš zadovoljavajući postoperativni oporavak. U boravku koji je trajao od 9. 4. 82.—10. 6. 83. bolesnica je po dolasku u našu ustanovu prešla u invalidska kolica i više se nije mogla kretati bez njih. Tretirana je kao paraplegičar, čak joj je jedno vrijeme bio uveden kateter, ali je odstranjen pošto je cijelo vrijeme uredno mokrila. Smetnji sa stolicom nije imala.

Po dolasku sa specijalizacije ja sam preuzeo odjel na kome je ležala bolesnica, 1. 2. 1983. Prvo što mi je palo u oči bilo je njeno uvjerenje da će ona »ipak jednom prohodati« bez velikog sekiranja za svoje stanje. Bila je omiljena u društvu, uvijek dobro raspoložena, bez velikog sekiranja za dva sina blizanca od 5 godina koji su živjeli kod njene majke dok je muž bio na privremenom radu u SR Njemačkoj. Pri posjetama muža bila je uvijek dobro raspoložena, izlazila na ples u invalidskim kolicima, dok je muž plesao s drugima. Pri posjetu djece, na rastanku nije bilo velikih problema ni zabrinutosti zbog toga što ona ostaje dalje u bolnici, a djeca žive praktički bez roditelja, kod bake. Prilikom provođenja programa rehabilitacije nije bilo napretka pa sam odlučio ozbiljnije preispitati nasljeđeni program. Program je bio dobar, pa sam posumnjao u paraplegiju pogotovo zbog prisutne simptomatologije, tj. smanjenje osjeta do anestezije koja je išla od prepona na niže u nogama bez spastičnosti i poremetnji stolice i mokrenja. Bolesnicu sam poslao na EMG koji je pokazao praktički uredan nalaz i opravdao moju pretpostavku da je u pitanju psihogena paraplegija. Bolesnici sam oprezno obrazložio da metodama fizikalne terapije neće doći do ozdravljenja i da je potrebno daljnje liječenje od strane psihijatra. Ona je to prihvatila i otišla na razgovor psihijatru koji je potvrdio navedenu pretpostavku psihogene paraplegije. Nekako u to vrijeme bolesnici je prestalo osiguranje iz SR Njemačke koje je omogućavalo boravak u našoj ustanovi praktički bez ograničenja, pa je imala osiguranje preko nadležne SIZ-e koje je dozvoljavalo boravak u

našoj ustanovi kroz 21 dan. Po isteku tog roka bolesnica je odbila napustiti našu ustanovu opravdavajući se da nema gdje biti smještena. Pošto nije bilo drugog izlaza odvedena je na razgovor kod direktora OOUR-a koji ju je upozorio da će biti smještena u starački dom, a svi troškovi će biti podmireni zapljenom njene imovine. Nakon toga bolesnica je bila spremna da odmah napusti našu ustanovu i pređe kod svog bratića. Mene je smatrala za neprijatelja koji joj uskraćuje pravo na ozdravljenje i povratak njenoj djeci, pa se stoga nije htjela ni pozdraviti na odlasku iz ustanove.

Po dolasku kući ipak je odlučila da posjeti psihijatra i uvjeri se u opravdanost svojih pretpostavki. Pažljivim tretmanom psihoanalitičar je bolesnicu doveo do rješenja problema: Za vrijeme boravka u SR Njemačkoj jedno veće dok je muž gledao televiziju, bolesnici je bilo potrebno da se dignu iz fotelje da bi išla na toalet. Muž je odbio pomoći prije završetka filma nakon čega je izbila svađa u kojoj joj je muž rekao da je drži u Njemačkoj samo zato jer su djeca na njenom pasošu. Sve se završilo na tome. Po dolasku u Jugoslaviju bolesnica je došla na rehabilitacioni tretman zbog posljedica operacije kičme. Kad je saznala da su djeca dobila pasoš i da više ne ovise o majci prilikom prelaska granice nastupila je paraplegija da bi zadržala muža uz sebe (2).

Pošto je postala svjesna problema nije mogla hodati zbog izrazite inaktivitetne atrofije mišića nogu u toku jednogodišnjeg sjedenja u invalidskim kolicima. Ponovno je upućena u našu ustanovu i kao izraz pozitivnog rješenja podsvjesnog problema bolesnica želi na odjel k meni, za razliku od odlaska kad se nije htjela ni pozdraviti smatrajući me neprijateljem.

Uvedena je intenzivna fizikalna terapija vježbama hoda u bazenu i na suhom, elektrostimulacijom mišića nogu rastućim impulsima (3) uz izometričke kontrakcije mišića. Nakon 4 tjedna tretmana bolesnica je imala toliko snage da je mogla hodati uz pomoć štaka, a po sobi pridržavajući se za okolne predmete bez štaka, pa je našu ustanovu napustila hodajući sama, bez invalidskih kolica.

U toku je brakorazvodna parnica. Bolesnica sada živi sa svojom djecom bez potrebe za stalnim boravkom u bolnici. Djeca sama mogu uz svoju majku ići u šetnju bez invalidskih kolica i tako jedno djetinjstvo postaje sretnije i punije za majčinu prisutnost i neposrednu brigu o djeci.

DISKUSIJA

Psihoterapija u rehabilitaciji nije u našim uvjetima uobičajena praksa što dokazuje i naš prilično veliki centar koji nema psihijatra nego od prije izvjesnog vremena imamo konzilijarnog neuropsihijatra koji radi EMG i konzilijarnu službu po potrebi.

O dva faktora ovisi odluka da li se i kada konzultira psihijatar (1): 1) o prirodi problema, 2) o prirodi stručno odgovorne osobe — njenom znanju, kvalifikaciji, sposobnosti prosuđivanja, shvaćanja psihijatrijskih problema, kao i o njenom poštenju i zrelosti.

Bolesnik se upućuje na pregled psihijatra iz slijedećih razloga: 1) smetnje u ponašanju zbog organskih oštećenja mozga, 2) izražene psihopatološke smetnje u obliku neurotičnog ili psihopatološkog ponašanja — uključujući narkomaniju, alkoholizam i seksualne smetnje, 3) emocionalne smetnje poput

teške tjeskobe, depresije ili agresivnog ponašanja, 4) samoubilačke ideje ili čin, 5) bizarni fizički simptomi i znaci koji nisu u skladu s bilo kakvim organskim sindromom, ili su pretjerani, tako da ne mogu biti samo organski protumačeni, 6) izostanci poboljšanja u rehabilitaciji bez viljivog fizičkog ili psihološkog razloga.

Od raznih mehanizama koji stoje bolesniku na raspolaganju kada se radi o invalidnosti i rehabilitaciji najčešći je konverzija. U stanju konverzije fizički simptom pobije anksioznost i na taj način dozvoljava bolesniku da se svjesno lagodno osjeća. On tako olakšava svoju anksioznost na račun nemoci. Iako konverzija može dovesti do mnogih simptoma, najčešći su smetnje osjeta i pokreta. Karakteristično je da neurološki znaci slijede bolesnikovo shvaćanje o anatomskoj distribuciji — tzv. anestezija rukavice ili čarape, ili paraplegija bez gubitka kontrole sfinktera i očekivane atrofije ili spastičnosti mišića. Takvi bolesnici pokazuju mnogo manju anksioznost nego što bi se očekivalo u organskog oboljenja istog stupnja. Kod ovakvih bolesnika terapiju smije poduzeti samo kvalificirana osoba. Često uklanjanje simptoma ne zadovoljava već treba liječiti čitavu ličnost bolesnika. Zbog navedenog često je potrebna intenzivna psihoterapija psihoanalitičke prirode.

LITERATURA

1. Rusk, H. A.: Rehabilitacija, Savez društava defektologa Jugoslavije, Beograd, 1971.
2. Blažević, D., Cividini-Stranić, E., Beck-Dvoržak, M.: Medicinska psihologija, JUMENA, Zagreb, 1979.
3. Licul, F.: Elektrodijagnostika i elektroterapija, Školska knjiga, Zagreb, 1981.