

Vuk Prica,* Igor Salopek

Ksenobioetički izazovi u pristupu psihijatrijskom pacijentu**

SAŽETAK

U ovom radu biti će prikazan pristup psihijatrijskom pacijentu sa deluzijama i halucinacijama o susretu i inetrakciji sa izvanzemaljskim bićima. U neurološkim poremećajima deluzije su česte kod pacijenata s epilepsijom ili tumorom temporalnog režnja. Psihijatrijske bolesti koje uključuju deluzije mogu u diferencijalnoj dijagnostici upućivati na kvazi-psihoze, granični poremećaj ličnosti, ovisnosti o halucinogenim drogama, pa sve do težih oboljenja poput shizofrenije. Terapijski postupci uključuju farmakoterapiju i kirurške zahvate kod neuroloških poremećaja. Psihijatrijskim pacijentima se farmakološki pristup kombinira s psihoterapijom i socijalnom podrškom. Psihijatar uspostavlja i razvija odnos tako što se pacijentove deluzije ne ohrabruju, niti negiraju. Polazeći od neurofiziološkog uzroka liječnici primjenom humanih i moralnih vrijednosti, naglašava se u radu, postaju spremni prihvatiti i uvažavati pacijentov doživljaj realiteta.

ključne riječi: bioetika, psihijatrija, deluzije, shizofrenija

Odnos medicine i ksenobioetike, u ovom radu, prikazan je stručnim pristupom psihijatrijskom pacijentu sa simptomima deluzija, halucinacija ili ideja o susretu s izvanzemaljskim bićima i/ili inkorporaciji istih, a pritom ne ulazeći u realnost fizičke i metafizičke stvarnosti izvanzemaljskih oblika postojanja. Jednako tako, diferencijalno dijagnostički pojašnjavaju se moguća psihička stanja i oboljenja kod kojih se, u akutnoj ili kroničnoj inačici, mogu pojaviti navedeni simptomi, kao i terapijska rješenja.

* Adresa za korespondenciju: Vuk Prica, Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Braće Branchetta 20; HR – 51000 Rijeka, e-mail: vuk.prica@gmail.com

** Rad je izložen na Studentskoj bioetičkoj radionici "Ksenobioetika: izvanzemaljski oblici života u bioetičkoj perspektivi" održanoj u okviru 10. Lošinjskih dana bioetike. Mali Lošinj, 16.-17. svibnja 2011.

Uzimajući u obzir da osoba koja tvrdi da je došla u susret sa inteligentnim izvanzemaljskim životom svjesno ne iskorištava situaciju da bi iz toga izvukla dobit ili da taj susret nije posljedica iluzije (pogrešno prepoznavanje vanjskih podražaja)⁽¹⁾ u sociokulturnom okruženju u kojemu živimo (a koje u dominantnoj kulturi ne prepoznaje susret s "izvanzemaljcima" kao realnu mogućnost) takvu ćemo osobu okarakterizirati kao pacijenta, a samu ideju susreta kao deluziju. Deluzija spada u poremećaje misaonog sadržaja. Karakterizirana je time da je osoba u potpunosti uvjerena u neku tvrdnju bez dokaza da je ta tvrdnja točna. Osoba sa deluzijama boluje od mentalne bolesti.⁽²⁾ Za razliku od deluzija koje su uvijek patološke, halucinacije to ne moraju biti, a definiraju se kao percepcija koja se javlja usprkos tome što stimulus ne postoji⁽²⁾.

Brojni su uzroci deluzija i najčešće se svrstavaju u dvije velike skupine. To su neurološke i psihijatrijske bolesti⁽³⁾. U neurološkim poremećajima deluzije su česte kod pacijenata koji imaju patologiju temporalnog režnja, a tu se najčešće radi o epilepsijama i tumorima⁽⁴⁾. S druge strane, situacija kod psihijatrijskih bolesnika je puno složenija i postoji veći broj bolesti koje u diferencijalnoj dijagnozi uključuju deluzije. Prvenstveno treba istaknuti kako je vodeći znak kod psihotičnih pacijenata ne-testiranje realiteta.⁽⁵⁾ Jedan od primjera koji imaju povoljnu prognozu su kvazi-psihoze koje vidimo kod djece, a nastaju jer djeca deluzijama reaguju na stresni poremećaj. Pojednostavljeno to možemo shvatiti kao bijeg od stvarnosti u maštu – s time da dijete briše granice između svijeta mašte i realnog svijeta. Ovaj poremećaj najčešće ima povoljan ishod i dijete preraste ovaj način nošenja sa stresom⁽⁶⁾. I danas u psihijatriji postoje brojne rasprave o poremećajima ličnosti i postavljanju granica između onoga što se definira kao normalo ponašanje i onoga ponašanja koje ulazi u sferu poremećaja ličnosti. Usprkos tome često nailazimo na dijagnozu graničnog poremećaja ličnosti (u anglosaksonskoj literaturi poznatog kao *borderline personality disorder*) koji se od ostalih poremećaja ličnosti razlikuje upravo po simptomatologiji deluzija, a osoba može ući u psihotično stanje⁽⁷⁾. Potrebno je spomenuti i halucinogene droge koje, u određenom trenutku (dok aktivna supstanca djeluje na mozak), mogu kod pacijenta prouzročiti halucinaciju koja je vezana za izvanzemaljce. Međutim, halucinogeni ne uzrokuju prave deluzije jer je osoba nakon prestanka djelovanja aktivne tvari svjesna postojanja halucinacije te nema poremećaja misaonog sadržaja⁽⁸⁾.

Diferencijalno dijagnostički, deluzije se ipak najčešće pojavljuju u stereotipnom obliku psihoze – shizofreniji. Shizofrenija (grč. *shizis* – podijeliti, *phrenos* – duša) je teška, kronična i recidivirajuća duševna bolest pri kojoj dolazi do opsežnih kognitivnih poremećaja i ne-testiranja realiteta⁽⁹⁾. Stopa prevalencija iznosi 0,6 do 17⁽¹⁾ bolesnika na tisuću stanovnika, a prvenstveno se javlja nakon završetka puberteta, kod

mladih najčešće između osamnaeste i dvadest i druge godine života. Prema tvorcu imena shizofrenije, E. Bleuleru, razlikujemo "4A" dijagnostička simptoma: autizam, ambivalenciju, poremećaj afektiviteta i poremećaj asocijacija, dok u suvremenoj psihijatriji se razlikuju "pozitivni" (iluzije, halucinacije, poremećaji mišljenja i ponašanja) i "negativni" simptomi (povlačenje, odsutnost emocija).⁽³⁾ Radi se o neurorazvojnjoj i neurodegenerativnoj bolesti, a uzroci nisu do kraja razjašnjeni, pri čemu su najzastupljenije *dopaminska* i *glutamatna* etiološka teorija⁽⁸⁾. Kod shizofrenih pacijenata, deluzije se mogu javiti u obliku paranoidnih misli o proganjanju⁽³⁾, pa je osoba uvjerena da će po nju doći izvanzemaljci i oteći je, što je čest slučaj kod paranoidne shizofrenije. Također pacijent može vidjeti izvanzemaljce ili pričati s njima.

U pristupu pacijentu s deluzijama bitno je naglasiti da ih ne treba ohrabrivati (jer ga tako potičemo na "udaljšavanje od realnosti") niti ga razuvjeravati (naročito ako je došlo do akutizacije bolesti, jer bi tada pacijent mogao svrstati terapeuta u kategoriju neprijatelja – osobito u slučaju paranoidnog tipa shizofrenije). Naročito je važan empatičan odnos terapeuta sa pacijentom uz posebno pažnju koju treba posveti stvaranju transfera i kontratransfera.^(1,3) Nakon što je dijagnoza postavljena prelazi se na liječenje pri čemu prvenstveno treba razlikovati neurološke i psihijatrijske bolesnike. Neurološkim poremećajima pristupa se kirurški (odstranjenje tumora ili uklanjanje epileptogenog žarišta) i lijekovima (antiepileptici), te bi nakon provedene terapije deluzije trebale nestati ili se smanjiti u obujmu (ukoliko su već nastala oštećenja moždane kore)⁽¹⁰⁾. Kod psihijatrijskih pacijenata terapija je složenija i farmakološki pristup (antipsihotici) kombinira se sa psihoterapijom. Ovdje treba posvetiti pažnju i stanju u kojem se pacijent nalazi. Naime krenuti sa psihoterapijom pacijenta koji ima egzacerbaciju paranoidne shizofrenije moglo bi biti kontraproduktivno pa – pojednostavljeno gledano – osobu bi uz pomoć lijekova trebali dovesti u stanje remisije prije nego što počnemo sa psihoterapijom. Ono na što također treba obratiti pažnju je i *social support* odnosno stvaranje društvenog okruženja na koje se pacijent može osloniti i koji mu može pomoći u svakodnevnom životu^(1,11). To uključuje i destigmatizaciju oboljelih, pri čemu se nerijetko pacijente naziva "šizofreničarima" i sl. Naime, upravo stigma bolesti često dovodi do pogoršanja stanja, nemogućnosti nošenja s bolešću, osjećaj ne-pripadanja društvu, a 4% - 5% oboljelih počinu i suicid, nerijetko uzrokovan neprihvatanjem od okoline⁽¹²⁾.

Na kraju, ostavljajući misaoni prostor mogućem postojanju i susretu s izvanzemaljskim životom i liječnici bi trebali, bez obzira na prirodno-znanstveni karakter struke, biti spremni prihvatiti i uvažavati pojavnosti različite od "medicine temeljene na dokazima".

LITERATURA:

1. Hotujac Lj. i sur. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada; 2006.
2. Thaller V. i sur. Psihijatrija. 2. izd. Zagreb: Naklada CSCAA; 2004.
3. Frančišković T., Moro Lj. i sur. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada; 2009.
4. World Health Organization, *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines (CDDG)*, 1992.
5. Cardinal, R.N. & Bullmore, E.T., *The Diagnosis of Psychosis*, Cambridge University Press; 2011.
6. Gillberg C., Harrington R., Steinhausen H.-C., *A Clinician's Handbook of Child and Adolescent Psychiatry*. New York: Cambridge University Press; 2006.
7. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, American Psychiatric Association, 2000.
8. Rang H. P., Dale M. M., Ritter J. M., Moore P. K., *Farmakologija*. Zagreb: Golden marketing-Tehnička knjiga; 2006.
9. Mueser KT, McGurk SR. *Schizophrenia*. Lancet; 2004.
10. Brinar V., *Neurologija za medicinare*. Zagreb: Medicinska naklada; 2009.
11. Dixon LB, Dickerson F, Bellack AS, et al.. *The 2009 schizophrenia PORT psychosocial treatment recommendations and summary statements*. Schizophr Bull. 2010.
12. Carlborg A., Winnerback K., Jonsson EG., Jokinen J., Nordstrom P. *Suicide in schizophrenia*. Expert Rev Neurother. 2010.

Vuk Prica, Igor Salopek

Xenobioethical challenges when approaching a psychiatric patient

ABSTRACT

We will show how to approach a psychiatric patient with delusions and hallucinations in which he or she may have the idea about meeting and interaction with extraterrestrials. In neurological disorders, delusions are common with patients with epilepsy or tumour of the temporal lobe. Psychiatric diseases that include delusions may, in the differential diagnose, indicate: quasi – psychosis, borderline personality disorder, addiction to hallucinogenic drugs, all the way to more severe mental disorders like schizophrenia. When talking about neurological disorders therapeutic procedures include drugs and surgery. In psychiatric patients, pharmacological approach is combined with psychotherapy and social support. The psychiatrist establishes and develops a relationship with the patient by not encouraging or discouraging his delusions. It is emphasized that starting from neurophysiological cause the doctors, by applying human and moral values, become prepared to accept and appreciate the patient's reality.

Key words: bioethics, psychiatry, delusions, schizophrenia