

„Nultá hodina“ v psychiatrickej praxi – kazuistika

MUDr. Alena Mažgútová, PhD.¹, MUDr. Mária Demeterová¹, doc. MUDr. Želmíra Fetisová, PhD.²,
prof. MUDr. Katarína Adamicová, PhD.³

¹Psychiatrická klinika JLF UK a UNM v Martine, Hospice, o. z., Martin

²Ústav nelekárskych študijných programov JLF UK a UNM v Martine, Hospice, o. z., Martin

³Ústav patologickej anatómie JLF UK a UNM v Martine, Hospice, o. z., Martin

Autorky na kazuistickom prípade pacientky psychiatrickej kliniky upozorňujú na dôležitosť sledovania aj menej špecifických prejavov pri vývoji chorobného stavu. Rovnakú dôležitosť môže mať aj neúmyselná iatrogenizácia pacienta nedocenením aktuálneho psychického stavu svojho príbuzného.

Kľúčové slová: depresívny stav, psychická krivka, iatrogenizácia, tentamen suicidii.

„Zero Hour“ in psychiatric practice

The authors of on case study of female patient psychiatric clinics highlight the importance of monitoring also less specific symptoms to develop the pathological condition. The same importance can have unintended „iatrogenisation“ patient underestimated current mental status of their relatives.

Key words: depression, mental curve, iatrogenisation, tentamen suicidii.

Úvod

Choroba je nielen v odbornej literatúre, ale aj v subjektívnom prežívaní, hodnotení jednotlivca ponímaná rozlične. Od 80. rokov 20. storočia sa v odbornej literatúre zjavuje **kontinuálne poňatie zdravia**, pričom tak zdravie, ako aj choroba sú nielen pólom, ale aj súčasťou **kontinua zdravia – choroba**. Pri posudzovaní významu tohto kontinua z rozličných hľadísk je *psychologický uhol pohľadu* čoraz významnejší.

Pri chorobe teda možno viac poukazovať buď na jeho **príznaky** (symptómy), alebo **príčiny** (etiológia), ale aj na **dôsledky** a ich význam pri prežívaní choroby pre človeka. (1)

Všeobecne možno konštatovať, že za chorobu či ochorenie treba pokladať každú objektívne či subjektívne zistiteľnú poruchu zdravia vrátane nárokov na *adaptačné mechanizmy* (1).

Choroba sa pre človeka nezačína odborným vyšetrením, určením diagnózy a odporúčením liečebných postupov. Z medicínskeho hľadiska je samozrejmosťou, že aj obdobie predchorobia patrí do anamnézy pacienta. Dôležité sú najmä príčiny a symptómy. Aj toto obdobie však môže mať svoje významné dôsledky.

Názov nášho príspevku sme prebrali z knihy Agathy Christie „Nultá hodina“ (2), v ktorej jedna z postáv, starý právnik, doktor Treves, teleologicky uvažuje o tom, že príbeh vraždy sa začína dlho pred ňou, „niekedy dokonca celé roky predtým, pred všetkými tými udalosťami a príčinami, ktoré zvedú určitých ľudí na určité miesto v určitú hodinu určitého dňa... všetko sa zbíha k danému bodu... a keď príde čas – všetko to vyvrcholí. V nulte hodine.“

V našej kazuistike skúsime poukázať na niektoré udalosti, okolnosti, podmienky ochorenia, ktoré vyplývajú z charakteristík osobnosti, zo životnej situácie a z konania zúčastnených osôb, lebo môžu mať vplyv na vývoj psychického chorobného stavu.

Psychické zvládanie tušenia vážneho ochorenia

Psychická krivka E. Kübler-Rossovej (3) vyrovnávania sa s vážnym ochorením, teda **šok, hnev, vyjednávanie, depresia, akceptácia**, sa opisuje zvyčajne v období po jeho oznámení pacientovi. Psychickú záťaž však človek prežíva už v období, keď ochorenie sám začne tušiť, predpokladať, akoby zisťovať, keď si začne myslieť, že ho asi má. Toto obdobie sa môže vyznačovať:

- niektorými charakteristikami depresivity,
- opakovanou kontrolou stavu, zvýšeným sebaopozorovaním,
- obavami,
- bilančnou tendenciou „dať veci do poriadku“,
- niekedy zmenami životných postojov, priorit,
- opakovaným rozhodovaním s odkladaným rozhodnutím,

Mení sa aj význam mikrostressorov (chronických denných nepríjemností, daily hassles), ktoré zvyčajne spoluvytvárajú chronický stres. Ich vplyv na konanie v tomto období často prevyšuje význam stresujúcich veľkých životných udalostí (life events) a môžu pôsobiť ako akútne stresory s potrebou akútneho riešenia, často skratového.

Kazuistika

Pacientka J. Š., 65-ročná, rozvedená, VŠ vzdelanie, býva v rodinnom dome s jediným 33-ročným synom, je dôchodkyňa, pracuje vo vydavateľskej firme.

Liečená pre artériovú hypertenziu WHO II, st. po hysterektómii pred 13 rokmi, užíva vasocardin, cardilan. Pre susp. tumor mammae mala plánovanú mamografiu (27. 5. 2011).

- 20. 5. 2011 okolo 20.15 h sa intoxikovala 750 mg tallitonu, antihypertenzíva, (predávkovanie nad 25 mg) a asi 7 dcl destilátu, lebo si zlomila zub na reďkovke, našiel ju v bezvedomí syn, ktorý volal sanitku RLP,
- privezená na OPP UNM v Martine v bezvedomí, hypotenzná (TK 70/40), tam prvý raz vyšetrená psychiatricky so záverom intoxikácia liekmi a alkoholom v suicidálnom úmysle (F 43.2). Kódovo ide o diagnózu v kategórii reakcia na ťažký stres – konkrétne „adaptačná porucha“.
- potom detoxikovaná a sledovaná na I. internej klinike (21. 5. – 23. 5. 2011),
- odtiaľ preložená na psychiatrickú kliniku pre trvajúci depresívny stav, kde bola hospitalizovaná 23. 5. – 7. 6. 2011 pre adaptačnú poruchu s depresívnym klinickým obrazom, stav po tentamen suicidii liekmi a alkoholom (F 43.2),
- preložená na chirurgickú kliniku pre zistený karcinóm prsníka I. dx. s mts do regionálnych LU a kostí (7. 6. – 13. 6. 2011), kde bola 8. 6. 2011 robená paliatívna mastektómia pre Ca mammae I. dx (duktálny invazívny karcinóm NOS), mts LU et osseum multiplices, histologicky pT3pN0pMx, grade 3,

Paliat. med. liec. boles., 2012, 5(2): 67–69

- plánované preloženie na psychiatrickú kliniku odmietla, odvtedy bola ambulantne psychiatricky vedená do 8. 12. 2011, celkovo mala 13 stretnutí, počas tohto obdobia absolvovala chemoterapiu na onkologickom oddelení UNM. Rádioterapiu plánovala absolvovať v Bratislave, ďalší kontakt s pacientkou nemáme.

Smerovanie k „nulte hodine“ a posledná kvapka

Z anamnézy pacientky možno vyvodit', že k jej „nulte hodine“, teda k suicidálnemu pokusu, sa zbiehali príčiny, udalosti a ľudia vrátane povestnej „poslednej kvapky“, a tou bola reďkovka, na ktorej si v deň suicidálneho pokusu zlomila zub. Boli to:

- pôvod a výchova v intelektuálnej rodine vedcov, aj onkológov, s prevzatými hodnotami schopnosti a zdatnosti,
- osobnostné charakteristiky, (introvertná, senzitivná, mierne nedôverčivá, skeptická s niektorými astenickými a depresívnymi črtami) vrátane ochoty prijímať nadmernú zodpovednosť,
- jediný syn po DMO, rozvod, život bez blízkej, dôvernej rovnocennej osoby, presvedčenie, že širšia rodina nedoceňuje syna, preto menej živé a časté vzťahy a oslabená oporná funkcia rodiny, starosť o dom po rodičoch vrátane finančnej záťaže,
- profesionálna kariéra vedkyne s návykom a preferenciou rozumových riešení pred citovými (ktoré však výraznejšie signalizujú okoliu naliehavosť problému),
- zvyk riešiť veci sama ako zásada („nemôžem si dovoliť byť slabá“),
- osamotené 5-mesačné prežívanie podozrenia na vážne ochorenie v 8 – 12/2010, keď prekonala zábrany a požiadala o pomoc – bez naliehavosti oslovila príbuzného (lekár onkológ), že by asi potrebovala vyšetrenie,
- vágná odpoveď („však kedykoľvek môžeš prísť“) ju frustrovala, nemotivovala do akčnosti a dohodnutia termínu, rezignovala, stiahla sa do seba,
- termínovaná práca sťažovaná opakovanými neúspešnými a odkladanými rokovaniami na ministerstve školstva, nemožnosť získať potrebné potvrdenia, meniac sa politická situácia s priamym vplyvom na rôzne hodnotové nároky pri vydávaní učebníc a rokovaniach na ministerstve školstva,
- pri kumulácii záťaž (pracovné, organizačné, sebazpozorovanie, frustrácia, osamelosť) stačila „posledná kvapka“ – zlomený zub na reďkovke – aby situáciu riešila úplným

Obrázok 1. Stupňovanie záťaže



únikom, skratom, vážnym suicidálnym pokusom s depresívnym ironickým až sarkastickým sebahodnotením:

„Urobila som, čo som urobila, zle som si vyrátala dávku, čo mám robiť?“, „nevládzem, už nemám silu, kde vziať silu?“, „boli sme mladé, krásne, niečo znamenali...“, „nemám problémy, len rodičia, súrodenci, deti, zamestnanie...“, „posledný rok len hromadenie problémov, ktoré sa nakopili a riešili ich iní“, **„cítila som, že žijem v reťazi neúspechov, ktoré som chcela vyriešiť všetky naraz...“**

Diskusia

V našej kazuistike mala psychická krivka pacientky v období tušenia ochorenia až po suicidálny pokus takúto podobu:

- depresia, úzkosť, neistota – otázky, pochybnosti, obavy,
- vyjednávanie – dokončenie začatých činností, práce,
- akceptácia – rozhodnutie konať po dlhom váhaní,
- frustrácia – reakciu synovca onkológa na žiadosť o pomoc neakceptovala ako prijateľnú, sklamanie a hnev,
- rezignácia – pasivita vo vyhľadani zdravotníckej pomoci, introvertizácia,
- hnev – obrátený proti sebe (samovražedné konanie).

Poradie jednotlivých štádií podľa číslovania v pôvodnej psychickej krivke podľa E. Kübler-Rosovej by teda bolo 4, 3, 5, 2, 4, 2.

Neprejavovaný hnev bola pacientka schopná prejavit' navonok až neskôr, po suicidálnom pokuse, antidepresívnej terapii počas hospitalizácie na psychiatrickej klinike, po operácii prsníka a na začiatku onkologickej liečby – teda počas ambulantného doliečovania depresívneho stavu.

Počas psychiatrických stretnutí sa postupne (v realite striedavo, často naznačene) preberali témy, z ktorých viaceré ponúkala sama pacientka:

- osamotenosť v ťažkých životných situáciách dlhodobu,
- zvyk riešiť veci sama, ktorý bol dlhé roky podporovaný očakávaním okolia (syn, širšia rodina, spolupracovníci), že všetko zvládne sama,
- sebaobraz silnej, zodpovednej osobnosti, ktorá zriedkavejšie očakávala a prijímala oporu od širšej rodiny,
- následky menej funkčného vzťahu so synom (po DMO) pri jej hyperprotektivitě – len naznačene,
- spomínanie, bilancovanie, revidovanie, usporadúvanie citových vzťahov k členom základnej aj širšej rodiny a k dôležitým ľuďom v jej živote, čo posilňovalo jej seba-vedenie,
- rekapitulácia životnej a pracovnej kariéry, výkonnosti, prehodnocovanie správnosti predchádzajúcich rozhodnutí,
- dôvody dlhého obdobia sebazpozorovania pri vlastnom podozrení na vážne ochorenie sprevádzané obrannými dynamizmami/mechanizmami (hyperkompensácia prácou, intelektualizácia, racionalizácia, popretie, regres),
- porozumenie situácii silnej frustrácie sprevádzanej hnevom, ktorú spôsobilo nedorozumenie pri požiadani o vyšetrenie, nie nezáujem, vrátane vážnych následkov v podobe ďalšieho odkladu primeraného riešenia situácie,
- vedenie si stále sa zvyšujúcej životnej záťaže počas posledného roku, na ktorej sa podieľali faktory osobného, pracovného, zdravotného aj spoločensko-politického charakteru,

- nebezpečenstvo neprejaveneho sklamaného očakávania v podobe mestnania hnevu, ako aj neistoty, bezradnosti, apatie s prejavmi depresie v emotivite, obavami v myslení, pasivitou v konaní, uzavretosťou v správaní, ktoré vyvrcholilo obrátením mestnaného, neuvolneného hnevu proti sebe v suicidálnom pokuse,
- uvedomovanie si aktuálnych priorit v živote, sprevádzanie počas vysilujúceho obdobia chemoterapie.

Bolo teda možné pracovať s viacerými problémami, prijatými životnými rolami aj intrapsychickými konfliktmi pacientky.

Pacientka bola schopná reálne prehodnotiť synovcovu vetu, ktorá nebola odmietnutím, teda prestala sa na neho hnevať a sama sa po pochopení významu neobviňovala. Neskôr bola schopná prijať jeho pomoc.

Nezmenila úplne postoj k sebe ako k silnej osobe („J. všetko zvládne“), ale podvolila sa všetkým terapeutickým nutnostiam oslabujúcim telesné sily („nenapadlo mi, že by ma telo sklamlalo“), a sebaironizujúco prijímala svoje psychické prežívanie („nebola som bojáčna ani úzkostná“).

Odpustila známej názor, že za suicidálny pokus môže syn.

Defenzívne/obranne dynamizmy osobnosti, najmä intelektualizácia, popretie a regres prejavenej určitou maznavosťou – slovnými hračkami,

odosobnením, nereagovaním na niektoré témy, jej skôr pomáhali vyrovnávať sa so životnou situáciou, v tom čase nebolo potrebné ich meniť.

Záver

Nebýva časté, že človek s vážnym onkologickým ochorením vyžaduje psychiatrickú starostlivosť ešte pred určením diagnózy či začatím liečby. V prípade našej pacientky smerovanie viacerých faktorov k „nulte hodine“, suicidálnemu pokusu, si vyžiadalo psychiatrickú liečbu. Počas nej nielenže absolvovala väčšiu časť potrebnej terapie súvisiacej s onkologickým ochorením (operácia, chemoterapia), a získavala potrebnú silu zvládať ju, ale mohla sa aj vyrovnáť s niektorými intrapsychickými konfliktmi.

Zmyslom psychiatrickej liečby bolo:

- ovplyvnenie depresívneho stavu,
- rekapitulácia minulosti a čiastočné vyrovnanie sa s ňou,
- čiastočné pochopenie a prijatie smerovania k suicidálnemu činu pri dlhodobom vyčerpávaní psychickej kapacity,
- získanie sily na potrebnú onkologickú liečbu a prijatie jej zmyslu,
- prijatie potreby ďalšej liečby.

V medicínskej praxi je zrejماً dôležitost anamnestických údajov na pochopenie a objasnenie podmienok, príčin, dôvodov aj následkov cho-

robného stavu, v našom prípade v podobe život ohrozujúceho suicidálneho činu. Podrobná anamnéza však preklenuje tieto dôvody aj imanentnú kauzalitu, ak podmieňuje aj následné možnosti psychoterapeutického pôsobenia s primeraným ovplyvnením kvality života pacienta.

A ak silná, samostatná, odmietavá, trochu nedôverčivá žena bola schopná v posledných stretnutiach povedať vety: „Je to čas na zamyslenie, hľadanie súvislosti“. „Syn sa pýta prečo. No na niektoré prečo nie je odpoveď“. „Treba dobro, láskavosť, vnímať pozitíva“, možno predpokladať, že urobila dlhú a poctivú cestu k menej ostrážitému až odmietavému prijatiu citovosti u seba aj u iných.

Literatúra

1. Kebza, V. Psychosociální determinanty zdraví. Praha: Academia 2005: 363 s.
2. Christie, A. Nultá hodina. Orbis 1970: 182 s.
3. Kübler-Rossová, E. Odpovědi na otázky o smrti a umírání. Praha: EM Reflex 1995: 289 s.

MUDr. Alena Mažgútová, PhD.

Psychiatrická klinika JLF UK
a UNM v Martine
Hospice, o. z., Martin
alena.mazgutova@gmail.com

Plenárna schôdza SSŠLB, Ružomberok Hotel Kultúra, 8. 6. 2012

Program

1. MUDr. Kulichová: správa o činnosti Výboru a informácie z EFIC-u
2. MUDr. Martuliak: informácie o vzdelávaní
3. MUDr. Nemčíková: aktivity hlavného odborníka
4. MUDr. Salamonová: správa o hospodárení
5. MUDr. Hasarová – informácie o výsledkoch volieb do výboru SSŠLB a Dozornej rady
6. MUDr. Broďáni – výsledky štatistiky za rok 2011
7. MUDr. Hasarová – bodovník
8. Rôzne

Plenárna schôdza SSŠLB sa konala v rámci XX. SDB, zúčastnilo sa na nej 37 členov.

1. MUDr. Kulichová informovala o zahranickej služobnej ceste v Kodani, ktorá pozostávala z troch medzinárodných akcií: zasadania Councilu EFIC, zasadania komisie EFIC „Committee for Educational Support“ a Societal Impact of Pain, po-

drobne uvedené v zápisnici zo zasadania Výboru SSŠLB 7. 6. 2012.

2. MUDr. Martuliak informoval o zaraďovaní do odboru, mení sa štruktúra ľudí, ktorí sa hlásia do nášho odboru, napr. anesteziológovia. Informačné školenie, budú sa žiadať kredity od tých, ktorí majú záujem o odbor, kredity za školenia, aktívna účasť, publikácie, prednášky.
3. MUDr. Nemčíková – agenda hl. odborníka: návrh metodického pokynu na liečbu chronické bolesti išiel na pripomienkovanie
4. MUDr. Salamonová – informácie o hospodárení, konečný účet k 31. 12. 2011 je pozitívny, sme v pluse. Zhodnotenie minuloročných vzdelávacích akcií – pozitívny hospodársky výsledok.
5. MUDr. Hasarová – výsledky volieb do výboru SSŠLB, podrobne uvedené v zápisnici zo zasadania Výboru SSŠLB 7. 6. 2012.

Paliat. med. liec. boles., 2012, 5(2): 69

6. MUDr. Broďáni – výsledky štatistiky za rok 2011 – prezentácia, výsledky sú dostupné na našej internetovej stránke.
7. MUDr. Hasarová – bodovník – poverená vypracovaním kombinácií výkonov na vykazovanie do ZP. Vykazovanie by malo byť jednotné pre všetky algeziologické ambulancie. Vyzvala aj ostatných na spoluprácu.
8. Rôzne – v diskusii vystúpili:
 - a) MUDr. Pastucha vo veci vykazovania výkonov pre ZP, vykazovanie jednotlivých ambulancií je veľmi rozdielne v rámci Slovenska.
 - b) MUDr. Zeman, MUDr. Ahmadzada poukázali na zamietanie výkonov poisťovňami. Je to problém, kde by odborná spoločnosť mohla zasiahnuť.

8. 6. 2012, Ružomberok
zápisala: MUDr. Alena Šujanová