

Brigita Novak Šarotar\*

# Simptomi in znaki duševnih motenj pri osebah iz tujih kulturoloških področij

## POVZETEK

Tako kot druge bolezni in zdravstvene motnje so tudi duševne motnje razporejene po posameznih skupinah glede na simptome in znake, ki so značilni zanje. V Evropi uporabljamo klasifikacijo duševnih motenj po Mednarodni klasifikaciji bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene - Deseta revizija (MKB-10). Enotna klasifikacija duševnih motenj je še posebej pomembna v procesu diagnostike in zdravljenja. Sistematično so v tej klasifikaciji opisani klinični znaki in simptomi, ki morajo biti razpoznavni v klinični sliki bolnika, da lahko pri njem postavimo določeno diagnozo.

Pri obravnavi bolnikov z različnimi duševnimi motnjami ter tudi v kriznih stanjih pa se večkrat srečamo z bolniki, ki izhajajo iz drugih kulturoloških okolij ali so druge verske pripadnosti. Klinične izkušnje kažejo, da se pri njih pojavljajo specifične v psihopatoloških značilnostih, ki zahtevajo tako prepoznavanje kot razumevanje s strani terapevta ter prilagoditve v sami obravnavi. V slovenskem prostoru se že več desetletij srečujemo z bolniki, ki izhajajo iz republik bivše Jugoslavije, v pomurski in nekaterih drugih regijah pa tudi z Romi in njihovo kulturo. Vprašanje obravnave tujcev je še posebej aktualno v zadnjem obdobju zaradi številnih migrantov in beguncev, ki so prisotni v našem prostoru.

**Ključne besede:** klasifikacija, druževne motnje, kulturološko okolje, zdravljenje.

## Diagnoza in klasifikacija duševnih motenj

V psihiatriji je diagnostični proces včasih nekoliko manj jasen in razumljiv kot pri ostalih medicinskih specialnostih. Večina diagnoz je namreč še vedno sindromskih, opredeljenih kot skupek simptomov in znakov, ki so bolj značilni za določeno motnjo. Klinični pojavi, specifični etiološki dejavniki in biološki testi v psihiatriji večinoma še niso povezani med sabo. Pri kliničnem delu je zato potrebno dobro poznavanje simptomov in znakov, na podlagi katerih se postavi diagnozo. Diagnoza torej ne temelji na laboratorijskih ali drugih preiskavah, kot so npr. slikovne ali funkcionalne preiskovalne metode, ki pa so zdravniku lahko v pomoč le za izključitev organskega obolenja (1).

Sedanji opisi in klasifikacije duševnih motenj imajo svoj začetek v evropski filozofiji in medicini 19. stoletja. Prva MKB je nastala leta 1948, razvila jo je Svetovna zdravstvena organizacija. Danes uporabljamo 10. revizijo, ki je izšla leta 1993, v pripravi je nova, 11. Revizija (2). V severni Ameriki uporabljajo peto izdajo Diagnostičnega in statističnega priročnika za duševne motnje (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM V), klasifikacijo Ameriškega psihiatričnega združenja, ki je prvič izšla leta 1980 (3).

Enotna klasifikacija duševnih motenj je potrebna in koristna iz več razlogov. Omogoča zbiranje epidemioloških podatkov in primerjalne raziskovalne študije, je osnova za beleženje in obračunavanje zdravstvenih storitev, pomembna je s pravnega stališča in za delo zavarovalnic. Še posebno pomembna pa je uporaba enotne klasifikacije duševnih motenj v procesu diagnostike in zdravljenja. Okvirno določa metodo zdravljenja in nakazuje potek ter prognozo posamezne duševne motnje in olajšuje nadaljevanje zdravljenja bolnikov v različnih zdravstvenih ustanovah. V klasifikaciji so razporejene posamezne nozološke enote in opisana merila, na osnovi katerih je mogoče postavljati diagnozo duševne motnje. Sistematično so v klasifikaciji opisani klinični znaki in simptomi, ki morajo biti razpoznavni v klinični sliki bolnika, da lahko pri njem postavimo določeno diagnozo. V tej so smiselno zbrane ugotovitve, ki jih dajejo ocena duševnega stanja pri psihiatričnem pregledu, anamnestični podatki in morebitni izvidi telesnih preiskav, kadar so te potrebne zaradi vrste ali narave bolezenskih znakov in simptomov.

Namen MKB je omogočiti mednarodno primerljive statistične podatke obolevnosti in umrljivosti, da torej diagnoza neke duševne motnje pomeni opis enakega stanje, ne glede na to, v kateri državi bolnika obravnavamo.

## Posebnosti pri obravnavi bolnikov iz tujih kulturoloških okolij

Pri obravnavi bolnikov z različnimi duševnimi motnjami ter tudi v kriznih stanjih se večkrat srečamo z bolniki, ki izhajajo iz okolij z drugačnimi kulturološkimi značilnostmi ali so druge

\*Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana; Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani; Grablovičeva 44b, SI-1000 Ljubljana, Slovenija  
E-mail: brigita.novak@psih-klinika.si

verske pripadnosti. Klinične izkušnje kažejo, da se pri njih lahko pojavljajo specifične v psihopatoloških značilnostih, ki zahtevajo tako prepoznavanje kot razumevanje s strani terapevta ter prilagoditve v sami obravnavi in da se ne moremo zanašati zgolj na prepoznavanje simptomov in znakov, kot je bilo opisano prej (4).

V slovenskem prostoru se pogosto srečujemo z bolniki, ki so se rodili v republikah bivše Jugoslavije in so se v Slovenijo preselili, ali pa so v Slovenijo preselili že njihovi starši. Gre za ljudi, ki govorijo tuj jezik in so lahko druge verske pripadnosti, kot je večinska v Sloveniji. V Pomurju živi okrog 3300 Romov, nekateri so podvrženi še zelo tradicionalnemu načinu življenja in imajo svoja prepričanja glede zdravja, pogosto se odločajo za samozdravljenje, svoje bolezenske težave sporočajo na svojski način (5). Vprašanje obravnave tujcev pa je še posebej aktualno v zadnjem obdobju zaradi povečanega števila migrantov in beguncev, ki so prisotni na našem prostoru. Zdravnik se lahko torej pri svojem delu vsakodnevno sreča z bolniki iz različnih kulturnih okolij.

Vsaka selitev, tudi če je iz ekonomskih ali drugih netravmatskih razlogov, s sabo nosi večje tveganje za razvoj morebitne duševne motnje, pa čeprav le v obliki prilagoditvene simptomatike, ki je prehodnega značaja. Kadar pa so ljudje prisiljeni zapustiti svoje domove in državo zaradi vojne ali drugih travmatskih razlogov, je potencial za razvoj duševnih motenj mnogo večji. Dejavniki tveganja za nastanek duševnih motenj pri beguncih so lahko vezani na čas pred, med in po migraciji (6).

Specifične v psihopatoloških značilnostih so lahko pogojene s samim vplivom kulturološkega območja, iz katerega človek izhaja, ob preselitvi se izgubijo tradicionalni viri podpore, proces migracije je lahko zelo stresen, po preselitvi pa se človek v novem okolju vedno ne znajde, tako se posledično lahko razvije cel spekter duševnih motenj. Pogosta so krizna stanja, akutne stresne reakcije, prilagoditvene motnje, anksiozne motnje, depresivne motnje, somatizacije in konverzivne ter disociativne motnje. Begunci pogosto zapuščajo svoje države zaradi vojne, hude preteklosti izkušnje zato pogosto vodijo v razvoj posttravmatske stresne motnje. Študije pri beguncih potrjujejo večjo prevalenco posttravmatske stresne motnje, medtem ko naj bi bila prevalenca psihotičnih motenj, razpoloženskih motenj ter boleznih odvisnosti enaka prevalenci v državi gostiteljici. Slabi socioekonomski pogoji so povezani s povečano stopnjo depresije tudi še pet let po preselitvi. Ugotavljajo, da je dostopnost do ustrezne psihosocialne pomoči slaba. Aktualne so tudi raziskave o vplivu neenakosti pri obravnavi in stigmatizaciji tujcev (7).

Simptomi in znaki se zaradi drugačnega okolja pogosto ne izrazijo v obliki klasične klinične slike ampak so ravno kulturološke posebnosti tiste, ki lahko povzročijo, da ostanejo duševne motnje neprepoznane, v kolikor zdravnik na njih ni pozoren.

Kot primer konverzivne motnje navajam klinično vinjeto bolnice, ki se je bolnišnično zdravila na kriznem oddelku psihiatrične bolnišnice zaradi šest mesecev prisotnih napadov, ko se ji je treslo celo telo, krilila je z rokami in nogami, škrtala z zobmi in butala z glavo. Izključeni so bili telesni in nevrološki vzroki, sama bolnica pa si je telesne simptome razlagala s tem,

da naj bi jo »obsedel hudič«, zaradi česar se je pred sprejemom v bolnišnico že večkrat oglasila pri hodži. Na oddelku smo bolnišnico simptomatiko videli v kontekstu razvojne krize ob prehodu v obdobje odraslosti s pričakovanimi razvojnimi spremembami, ki temu obdobju ustrezajo - separacija od staršev in prevzemanjem starševske vloge. Bolnica se je v Slovenijo z družino preselila iz Črne gore, po veroizpovedi so muslimani. V obravnavo smo vključili družino, ki pa je koncept razvojnega kriznega stanja pri bolnici tudi zaradi lastnih specifičnih kulturoloških značilnosti težje prepoznavala in vztrajala na razlagi simptomatike z »obsedenostjo s hudičem«, s čimer je bilo s terapevtskimi tehnikami doseženo le delno izboljšanje bolnišničnega psihičnega stanja.

Vpliv okolja in kulture na izražanje simptomov in znakov duševnih motenj je prisoten po vsem svetu (8), v Skandinaviji je poznan opis amoka, ko človeka popade bes in postane agresiven do okolice, ali primer arktične histerije pri Eskimih, kora v Aziji, zara na Srednjem vzhodu, ki se kažejo predvsem z vedenjskimi posebnostmi in so pogosto posledica resnejših duševnih motenj, npr. shizofrenije ali drugih psihotičnih stanj, vendar bolniki pogosto zaradi napačno razumljenega kulturološkega vpliva ne dobijo ustrezne zdravstvene pomoči.

## Literatura

- 1) Pregelj P, ed. Psihijatrija. Ljubljana: Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani in Psihiatrična klinika Ljubljana; 2013.
- 2) Svetovna zdravstvena organizacija. Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene 10. Revizija. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja; 1995.
- 3) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 4th ed. Washington: American Psychiatric Association; 1994.
- 4) [https://ec.europa.eu/health/.../handbook\\_healthprofessionals\\_sl.pdf](https://ec.europa.eu/health/.../handbook_healthprofessionals_sl.pdf)
- 5) Zelko E. Zdravstveno stanje romskih žensk in njihovo sodelovanje v preventivnih programih ZORA in DORA. ANALI PAZU 2016;6:30-6.
- 6) Priebe S, Giacco D, El-Nagib R. Public Health Aspects of Mental Health Among Migrants and Refugees: A Review of the Evidence on Mental Health Care for Refugees, Asylum Seekers and Irregular Migrants in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016. WHO Health Evidence Network Synthesis Reports.
- 7) Close C, Kouvonen A, Bosqui T<sup>6</sup>, Patel K, O'Reilly D, Donnelly M. The mental health and wellbeing of first generation migrants: a systematic-narrative review of reviews. Global Health\_2016 Aug 25;12(1):47.
- 8) Sadock BJ, Sadock VA, eds. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 9th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2009.