

Multipla skleroza - od psihotraume do oporavka

Šendula-JengiĆ, Vesna; Gušćić, Ivana

Source / Izvornik: **Medicinski vjesnik, 2012, 44, 103 - 110**

Journal article, Published version

Rad u časopisu, Objavljena verzija rada (izdavačev PDF)

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:184:177005>

Rights / Prava: [Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International/Imenovanje-Nekomercijalno-Bez prerada 4.0 međunarodna](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-22**



Repository / Repozitorij:

[Repository of the University of Rijeka, Faculty of Medicine - FMRI Repository](#)



Multipla skleroza – od psihotraume do oporavka

Vesna Šendula-Jengiđ, Ivana Gušćić

Psihijatrijska bolnica Rab
Kampor 224; 51280 Rab,
Hrvatska

Pregledni članak
UDK 616.89-053.9-08
Prispjelo: 11. listopada 2012.

Multipla je skleroza najučestalija kronična onesposobljavajuća bolest u mlađoj odrasloj populaciji s nepredvidivim i vrlo različitim neurološkim simptomima i rastućom onesposobljenosti. U ovom smo preglednom radu pokušali razraditi temu multiple skleroze kao traumatskoga događaja, tj. povezanost multiple skleroze i psihotraume, psihičke simptome multiple skleroze te ulogu pomažućih i obitelji u brizi za osobu oboljelu od multiple skleroze kao i koncept društvene skrbi.

Ključne riječi: Multipla skleroza – dijagnoze, etiologija, genetika, psihologija, terapija; Stres, psihološki – dijagnoze; Stresni poremećaji - posttraumatski

1. UVOD

Kronična bolest, prema SZO-u, bolest je koja traje dulje od tri mjeseca i koja sporo napreduje. U neurologiji i psihijatriji postoji mnogo bolesti koje spadaju u kategoriju kroničnih, ako znamo da više od 600 bolesti pogađa upravo živčani sustav.

U suvremenom svijetu svjedoci smo sve veće incidencije i prevalencije kroničnih bolesti. Kronična bolest jest bolest s akutnim ili subakutnim početkom kod koje ne dolazi do cjelovitoga izljećenja već zahtijeva dugotrajnu terapiju i rehabilitaciju. Mnoge kronične bolesti zahtijevaju zamorno ponavljanje dijagnostičkih pretraga, a ponekad i invazivne zahvate.

2. MULTIPLA SKLEROZA

Multipla skleroza (MS) je kronična bolest koja zahvaća radno aktivnu populaciju, javlja se najčešće u tzv. šubovima, utječe na odnose u obitelji, emocionalni i intimni život, a liječenje je vrlo skupo. Od te bolesti u svijetu boluje više od dva milijuna ljudi. Multipla skleroza jest autoimuna, neurodegenerativna bolest koja "napada" bijelu masu središnjega živčanog sustava, pogađa dugačke produžetke stanica neurona, na kojima pojedini dijelovi mijelinskoga omotača upalno reagiraju i propadaju (1.).

2.1. Razvoj multiple skleroze

Multipla skleroza jest upalna autoimuna bolest središ-

njega živčanog sustava karakterizirana multicentričnom upalnom destrukcijom mijelina i oštećenjem aksona. Žarišta upale karakterizirana su infiltracijom limfocita i makrofaga s posljedičnom demijelinizacijom i žarišnim neurološkim ispadima. Bolest je dva puta češća u žena nego u muškaraca, što je i inače karakteristika autoimunih bolesti. Incidencija je bolesti otprilike 7 na 100.000 stanovnika svake godine, a prevalencija se u zemljama Europe kreće između 80 i 120 na 100.000 stanovnika (2.).

Kad je određeni dio mijelinskog omotača upaljen i oštećen, prenošenje je impulsa kroz neurone poremećeno, usporeno ili isprekidano, zbog čega poruke iz mozga dolaze na „cilj“ sa zakašnjenjem, s „greškama“, ili ih uopće nema (izostaju). Bolest je vrlo promjenljivoga tijeka, javlja se neurološkim simptomima i znacima i karakteriziraju je česta pogoršanja različitoga stupnja, koja se smjenjuju s naglim poboljšanjem kliničke slike (remisija bolesti). Nastanak multiple skleroze prate mnogi poremećaji različitoga stupnja, od blage ukočenosti i otežanoga hodanja, do potpune oduzetosti, sljepila, itd. (2.).

Razne teorije pokušavaju objasniti uzrok nastanka multiple skleroze kombinacijom poznatih podataka o simptomima bolesti i brojnim istraživanjima. Prema dosadašnjim spoznajama njena pojava najvjerojatnije je rezultat interakcije (kombinacija) ekoloških faktora sredine i genetske predispozicije, međutim do danas ti čimbenici nisu jasno određeni.

Danas se smatra da multipla skleroza nastaje međuigrom čimbenika okoline i genetskih čimbenika. Takvo se stajalište temelji na činjenici da je javljanje multiple skleroze češće u obiteljima oboljelih i kreće se između 12 i 15%. Rizik od multiple skleroze ako oba roditelja boluju dosta je visok i iznosi otprilike 20%, za razliku od samo 2% ako je bolestan samo jedan roditelj ili bez rizika za usvojenu djecu. Incidencija multiple skleroze u istraživanjima jednojajčanih blizanaca iznosi samo 35%. S druge strane, značajna su i migracijska te epidemiološka istraživanja koja su upozorila na nejednaku proširenost multiple skleroze (najčešće se javlja u sjevernoj Europi i sjevernom SAD-u, Australiji i Novom Zelandu) (2.).

Za multiplu sklerozu karakteristična je međuovisnost osobnosti i okolinskih čimbenika. Psihološki etiološki faktori (stresor, osobnost pacijenta, stilovi suočavanja), neurološka oštećenja koja rezultiraju psihičkim manifestacijama te sama reakcija na bolest (spoznaja, nošenje sa simptomima bolesti, promjene u socijalnom okruženju) zajedno utječu na pojavu bolesti.

Ekološki i klimatski faktori kojima je organizam bio izložen u djetinjstvu mogu bitno utjecati na eventualnu pojavu i daljnji tijek MS-a. Nekoliko studija provedenih kod migranata pokazuju, da ukoliko se migracija dogodila prije puberteta, ona stvara predispoziciju za razvoj MS-a. Ako je do migracije došlo nakon puberteta, migrant zadržava osjetljivost zemlje svog podrijetla. Zbog učestalijega MS-a u krajevima s manje sunčanih dana, istraživanja su se usmjerila i na unos vitamina D kao potencijalno značajnoga za pojavljivanje te bolesti. Neka istraživanja ukazuju i na to da vrlo stresne situacije mogu biti rizičan faktor koji potencijalno može pogoršati stanje bolesnika koji boluje od MS-a, te na taj način povisiti stupanj invaliditeta (1.).

2.2. Dijagnosticiranje multiple skleroze

MS nije lako dijagnosticirati. Ne postoji određeni test kojim bi se mogla nepobitno postaviti dijagnoza, kao što ne postoji simptom koji je specifično karakterističan za tu bolest, odnosno koji se samo u njoj javlja. Dijagnosticiranje MS-a mora započeti detaljnim uzimanjem povijesti bolesti, da bi uslijedio cjeloviti fizikalni pregled, ne samo neurološki, već i svih ostalih somatskih sustava. Potrebno je učiniti i određene laboratorijske testove da bi se isključili mogući drugi uzroci simptoma. U svakom slučaju dijagnoza MS-a ne može se postaviti na temelju pojave samo jednoga simptoma ili na temelju jednokratne pojave neurološkoga ispada. Grupiranje simptoma i tijekom bolesti dovode do definitivne dijagnoze. U kriterije za kliničku dijagnozu MS-a ubrajamo postojanje subjektivnih i objektivnih simptoma, poremećaj funkcije

u dva ili više funkcionalnih sistema, neurološke ispade koji moraju biti odraz lezija bijele supstancije i moraju se javiti u dvije ili više epizoda koje traju najmanje 24 sata, a odijeljene su remisijom od najmanje mjesec dana (2.). To su razlozi zbog kojih se dijagnoza multiple skleroze često postavlja neko vrijeme nakon početka bolesti. Jednom kad se postavi dijagnoza, njome se mogu objasniti epizode koje su se dogodile nekoliko godina prije postavljanja točne dijagnoze.

Rani simptomi i znaci multiple skleroze obično su blagi, zbog njih oboljela osoba najčešće u početku ne traži medicinsku pomoć niti mišljenje specijalista, a sami simptomi dođu i prođu, tako da ponekad tek nakon drugoga ili nekoga od narednih napada liječnik doznaje da je pacijent i ranije imao tipične početne simptome te bolesti koji su nestali za nekoliko dana. Postoji značajan rizik od pojave multiple skleroze u doba puberteta/adolescencije (2.). Često su početni simptomi multiple skleroze dupli vid, miješanje crvene i zelene boje ili čak sljepilo na jednom oku. Neobjašnjivi vidni problemi obično se poboljšavaju u višim stadijima bolesti. Kod većine bolesnika s multiplom sklerozom javlja se i slabost mišića u udovima i problemi s koordinacijom i ravnotežom tijekom bolesti. Umor može biti izazvan fizičkom iscrpljenošću koja se može otkloniti odmaranjem, iako taj simptom može poprimiti oblik stalnoga umora. Brojni bolesnici imaju simptome kao što su neosjetljivost, svrab kože, trnci, dok drugi mogu osjećati bolove. Teškoće govora, tremor i vrtoglavica često su prisutne tegobe. Otprilike polovina ljudi s multiplom sklerozom ima kognitivne teškoće poput poremećaja koncentracije, pažnje, pamćenja, teškoće rasuđivanja i takvi simptomi često su blagi i obično se previđaju i zanemaruju (2.).

Simptomi i znaci multiple skleroze zavise o lokalizaciji promjena i jačini upale mijelinskoga omotača neurona. To je razlog zbog čega su simptomi multiple skleroze toliko različiti i zašto ih je teško predvidjeti. Premda mozak i kralješnična moždina imaju veliki rezervni kapacitet, mnoga područja upale mijelinskoga omotača neće dati nikakve simptome. Na mjestima nestanka mijelinskoga omotača nastaju ožiljci koji se nazivaju skleroza, plak ili lezija (2.).

2.3 Prognostički faktori

Rana patološka zbivanja u bolesnika s multiplom sklerozom osnova su za degenerativni proces u kasnijoj fazi i važan dugoročni faktor razvoja onesposobljenosti.

Životni vijek osobe koja boluje od MS-a ovisi o mnogim čimbenicima: podvrsti bolesti, spolu, dobi, razini onesposobljenosti i dr. Bolest uglavnom sporo napreduje te

od prvih simptoma može proći i više od trideset godina. Općenito je očekivana životna dob te populacije otprilike 5 – 10 godina smanjena u odnosu na zdravu populaciju. Osim izravnih somatskih komplikacija povezanih s MS-om, povećana je i stopa suicida u usporedbi sa zdravom populacijom (1.).

2.4 Strategije liječenja

U liječenju MS-a razlikujemo liječenje egzacerbacija (relapsa) i dugotrajni tretman usporjenja napredovanja bolesti te liječenje simptoma.

U većine pacijenata javljaju se egzacerbacije (relapsi) u trajanju od jednoga do tri mjeseca. Vjeruje se da je uzrok egzacerbacijama upala mijelina, a smanjenje upale korelira s brzinom oporavka. Liječenjem upale, smanjuje se trajanje, kao i posljedice uzrokovane egzacerbacijom. Za to se koriste lijekovi s protuupalnim učinkom. Steroidi su najučinkovitiji protuupalni lijekovi. Ti lijekovi smanjuju stvaranje protutijela i na taj način reduciraju upalu. Putom kemijskih promjena, steroidi također poboljšavaju provođenje živčanih impulsa duž demijeliniziranoga područja živca. Posebno dobar učinak steroidi imaju kod novootkrivenih pacijenata (trajanje bolesti kraće od pet godina). Posebno su učinkoviti u smetnji vida, facijalnih pareza i spasticiteta, dok je njihov učinak na tremor i smetnje koordinacije relativno slab.

Poznavanje najčešćih simptoma MS-a i njihove međuovisnosti te načina liječenja (2.) važni su za praćenje bolesnika i put prema rehabilitaciji. To su spasticitet, slabost udova, malaksalost, smetnje ravnoteže, tremor, bol, oštećenje kognitivnih funkcija i druge.

Općenito je kod liječenja MS-a, ali i drugih kroničnih bolesti, potrebno utvrditi razinu sposobnosti ili nesposobnosti, odnosno razinu ovisnosti pojedinca ili ciljane populacije o društvenoj skrbi, i to kroz procjenu ili identifikaciju dimenzija: tjelesne ovisnosti, mentalne (bihevioralne) ovisnosti, socijalne i komunikacijske ovisnosti, te drugih tipova ovisnosti ili potreba pojedinca ili ciljane populacije. Samo na taj način planirani kontinuum stručne i šire društvene skrbi može odgovarati kontinuumu potreba svakoga pojedinca ili ciljane populacije.

Drugo je pitanje kontinuum potreba – različit je distress istih simptoma u pojedinca. Kontinuum skrbi društveno je pitanje, različiti pojedinačni tipovi distressa razlikuju se prema određenom kontinuumu potreba. Individualne potrebe zahtijevaju kompenzatorne mehanizme zajednice koji se mogu definirati kao kontinuum skrbi. Zajednica mora definirati prava i obveze pojedinaca, obitelji, klinika, bolnica, domova i dr., te identificirati i aktuali-

zirati određene tipove kontinuum skrbi koje će pružati oboljelom i ciljnoj populaciji.

Iz svega navedenoga može se zaključiti da je liječenje multiple skleroze vrlo skupo ako govorimo o medikamentoznom liječenju. Međutim, liječenje bilo koje kronične bolesti pa tako i MS-a zahtijeva multidisciplinarni te individualni (personalizirani) pristup i suradnju s bolesnikom. Tretiranje kroničnoga bolesnika ne znači samo liječenje bolesti, već i svih aspekata na koje bolest utječe, poglavito socijalnih, ekonomskih i društvenih faktora. Ne zaboravimo da su kronične bolesti odnijele 35 milijuna života u 2005. godini, 16 milijuna bilo je mlađe od 70 godina. Računa se da će 2015. godine umrijeti 64 milijuna ljudi, od toga 41 milijun od kroničnih bolesti.

3. STRES, TRAUMA, MULTIPLA SKLEROZA

Stresna reakcija jest normalni odgovor na različita hitna stanja i ugodne ili neugodne promjene u našem životu. Sposobnost reagiranja na stres omogućuje nam djelovanje u vremenu svakovrsnih opasnosti i izazova, fokusiranje na problem i aktivno djelovanje. Mnogi ljudi najbolje djeluju dok su pod utjecajem stresa, dok druge stresna napetost imobilizira, otežavajući im koncentraciju i prekidajući reakciju. Naše shvaćanje stresnoga događaja često je povezano s načinom kako tumačimo situacije i našim odnosom prema svijetu koji nas okružuje. Zbog toga je korisno naučiti prepoznati stres, njegov utjecaj na svakodnevni život, te načine njegova savladavanja.

3.1. Koncepti tumačenja psihotraume

Potencijalno traumatizirajuća situacija može se označiti kao pritičanje prevelikoga broja vrlo štetnih informacija istovremeno. Kako su te informacije pretežno povezane sa strahom, u pojedinim se utiscima ne pohranjuju u našem normalnom eksplicitnom mišljenju, nego kao divlja zbirka slika, glasova, zvukova, mirisa, osjetnih podražaja, tjelesnih osjeta, emocionalnoga stanja i ponašajnih obrazaca, te se tako pohranjuju u implicitnom dugotrajnom mišljenju (3.). Iako sa sigurnošću ne možemo tvrditi da se u svih oboljelih od MS-a javlja psihotrauma, MS je u pravilu neizlječiva bolest sa lošom prognozom, nepredvidljiva, te uzrokuje raniju smrtnost, što je već na razini spoznaje izrazito traumatizirajuće za oboljeloga. Kada je o psihotraumi riječ, poznato je da će 3-40 % ljudi nakon doživljene psihotraume razviti posttraumatski stresni poremećaj - PTSP. Traumatska situacija je prema tom modelu ograničeno jedinstvo vanjskih faktora, doživljaja, ponašanja i socijalnih interakcija, koji se pojavljuju kao tzv. središnja traumatska situacija, označeni kao jedan određeni skript, odnosno model koji ne pruža izlaz, jer ga involvirana osoba ne prepozna. Traumat-

ska situacija mođe biti aktualna (prometna nezgoda) ili pak dugodjelujuća (npr. iskustvo iz djetinjstva). Pri tome se navedena situacija pojavljuje u tzv. mjestu maksimalne interferencije. Traumatska situacija mođe sluđiti kao primjer situacije za često generaliziranje i model odnosa traumatizirane osobe prema svijetu. Ona se ne mođe prisilno gledati završenom ako je objektivno prijetnja pri kraju. Puno češće s vremenom mođe napredovati, npr. s retraumatizacijom, odnosno sekvencijalnom traumatizacijom (3.).

O načinima prilagodbe na psihotraumatske događaje postoje brojni koncepti i istrađivanja. U povijesnom razvoju psihodinamskih gledanja na genuzu i posljedice traume brojne su teorije pokušavale dati odgovor o načinima prilagodbe na psihotraumatske događaje. Neki autori središnju poziciju pridaju osobinama ličnosti, drugi čimbenicima vezanim uz stres (4.), a noviji autori pokušavaju pribliđiti ta dva bazična načina promišljanja traume naglašavajući osobno značenje traumatskoga iskustva kao Willson i Smith (5.).

To osobno značenje, tj. odgovor na traumatski događaj, Horowitz je pokušao rasvijetliti uvođenjem termina «sindrom odgovora na stres» kod kojeg je od presudne važnosti međuigra dvaju mehanizama: intruzije i negacije. Ta dva mehanizma daju vrlo plastično objašnjenje fenomenologije posttraumatskoga stresnog poremećaja. Djelovanje mehanizma intruzije ogleđa se u skupini simptoma ponovnoga prođivljavanja, a negacije u skupini simptoma izbjegavanja i emocionalne obamrlosti (6.). McEwen je ponudio, a Wilson i Friedman su proširili alostatski koncept u objašnjenju nastanka posttraumatskoga stresnog poremećaja (5.). Taj koncept ukazuje na aktivaciju i zadržavanje kemijskih medijatora (kortizol i adrenalin, druge hormone, neurotransmitere, parasimpatički i simpatički sustav) te odgovor hipokampusa i amigdalnih jezgri nakon izloženosti traumatskom događaju. Posttraumatski stresni poremećaj razvija se u situacijama neuspješnoga isključivanja alostatskih mehanizama i posljedičnoga razvoja dugotrajnoga distresa u kojem ostaje organizam tih bolesnika. Stoga ne čudi da oboljeli od posttraumatskoga stresnog poremećaja pokazuju abnormalnosti u gotovo svakom psihobiološkom sustavu koji je proučavan (5.).

Za pojašnjenje cirkularnoga odnosa različitih razina (okolina, psihički i tjelesni faktori) neki autori nude odnos tzv. situacijskoga kruga (7.). Primjećivanjem (predodžba značenja) okolina se pretvara u okruženje, a da iz toga ne rezultira neko realno ponašanje (djelovanje kao ocjena ili davanje značenja).

Upravo mogućnost jezika kod ljudi sluđi kao semiotška

(oznaka za simboličke unutarnje prevodive simbole) razina mogućnosti probnih djelovanja, odustajanja od planova i anticipiranih rezultata radnji u fantazijama. Cirkularni se odnos očituje tako što kroz unutarnje i vanjske potrebe dolazi do neravnoteđe osobe i okruženja, te jednoga specifičnog, prethodno u predodžbi, strukturiranoga okruđja. To je odlučujuće za značenje. Kroz ocjenu značenja mogu se generirati alternative, međusobno suprotstaviti i izabrati, što kroz prilagođeno djelovanje na okruženje mođe dovesti do ponovne ravnoteđe na zadovoljavajući način (7.).

Ponašanje i regulacija afekta počiva na receptornim (spoznajnim) i efektornim (djelujućim) aspektima. Odgovarajući mehanizmi prilagodbe jesu asimilacija (prilagodba postojeće sheme okruženju) i akomodacija (reorganizacija osobne sheme prema zahtjevima okruženja). Autori razdvajaju te sheme na tzv. shemu odnosa (društveno-emocionalno znanje) i realiteta (znanje vezano na realitet). Ta regulacija predstavlja komunikativni i pragmatični realitetni princip. Fischer i Riedesser (8.) kao i Sely tumače težnju čovjeka da u stresnim situacijama reagira adaptivno i koristi strategije suočavanja. Ako to ne uspije, tada se kroz opterećenje kojem je pojedinac izložen događaju trajne smetnje. Ukoliko osoba ne mođe reagirati u takvim situacijama, receptivne i efektorne komponente regulacije odnosa čovjeka i okoline mogu snažno na njega utjecati ili mu čak oduzeti snagu u cijelosti. U efektorno područje npr. mogao bi pripadati katatoni stupor ili panično kretanje (bazalna trauma reakcija).

Egzistirajuća situacija mođe osobu peritraumatski strukturno promijeniti. Vrlo se često to vidi kod pogođenih kada govore o disocijativnom dođivljaju traumatske situacije. U naravi se ovdje radi o nadomjesku fizički onemogućenoga bijega kroz psihičko distanciranje od stvarnosti (stajati pored, lebdjeti iznad, tunelarni pogled) (8.).

Kroz depersonalizaciju događa se prekid reaferecije, odnosno prekid povratne informacije o ishodu vlastite radnje, a u smislu samozaštite. Na razini djelovanja mođe doći do promjena koje mogu voditi do stereotipnih radnji (npr. kretanja) ili pseudoradnji («kao da» činjenja), koje izgledaju biološki svjesno i imaju zadatak kratkotrajnoga, djelomičnoga stabiliziranja psihičkoga stanja.

Generaliziranje situacijske bespomoćnosti - u traumatskoj situaciji, prema modelu situacijskoga kruga, kao i u svakodnevicu, dolazi do opažanja specifičnih znakova iz okoline, koji imaju određeno značenje te mogu generirati alternativna djelovanja. Povratnom spregom nemogućnosti djelovanja razvija se osjećaj otuđenosti i

bespomoćnosti. U tom smislu moguće je razbiti pokušaj prorade kroz generalizaciju u smislu naučene bespomoćnosti. Ako to iskustvo postane reprezentativno za komunikacijski i/ili pragmatični realitetni princip, može se dogoditi beznade i depresija.

3.2. Bolest kao psihotrauma

Trauma je središnje mjesto gdje realitet gubi svoju važnost i gdje vladaju emocije. U ekstremnim situacijama procjenjuje se količina i intenzitet ugrožavajućih doživljaja. Emocije mogu snažno povezati ljude i imaju visoki energetski potencijal, a snažno opterećenje vodi do pohrane informacija u traumatsko sjećanje. Energija emocija može dovesti do magičnoga pripajanja mentalnih slika, uključujući i one koje nisu dio (osobnoga) realiteta (izbjegavanje pohrane u eksplicitno pamćenje i izbjegavanje realiteta).

Trauma je jedinstveno iskustvo vezano uz neki događaj ili trajno stanje kod kojeg je sposobnost osobe da integrira emocionalno iskustvo onemogućena prijetnjom životu ili tjelesnom integritetu. Endogena verzija traume: nesvjesno može preplaviti ego i traumatizirati ga. Snaga traumatizacije dolazi između sadašnjih podražaja i zastrašujućih dječjih fantazija. Zastrašujući karakter mnogih internaliziranih objekata i primitivni strah od uništenja djelomično su endogeno traumatske ako imaju pristup egu. Pohranjivanje traume podrazumijeva splitting (rascjep) i inkapsuliranje (9).

3.3. Stres, psihotrauma, multipla skleroza

Svaka kronična bolest uzrokuje stres. U pacijenata s MS-om stres mogu izazvati dijagnostičke nedoumice (prije nego što se definitivno postavi dijagnoza MS-a), nepredvidljivost MS-a, pojava novih simptoma, postojanje potrebe za stalnim prilagođavanjem promjenjivim sposobnostima, financijske brige, te pojavljivanje kognitivnih oštećenja. Mnogi bolesnici uvjereni su da postoji nepobitna veza između stresa i MS-a. Smatraju da će kontroliranje stresnih situacija imati utjecaj na pojavu egzacerbacija MS-a i na brojnost i jačinu njezinih simptoma. Međutim, znanstvena istraživanja nisu potvrdila te navode. Za vrijeme trajanja stresa organizam zahtjeva više energije za proces razmišljanja, rješavanja problema i hvatanja ukoštac s njime. Zbog toga bolesnici s MS-om u stresnim vremenima svoje simptome doživljavaju težima, jer je njihova energija da se s njima suoče manja. Važno je prepoznati znakove stresa. Oni mogu biti emocionalni (kronična razdražljivost ili neraspoloženost, osjećaj demoralizacije, stalna dosada, jaka anksioznost ili nemir, osjećaj savladanosti, noćne more); misaoni (stalna zabrinutost, rastresenost, pesimizam, ne-

odlučnost); fizički (hladne ili znojne ruke, opstipacija ili pak proljevi, suha usta, glavobolja, lupanje srca, bolovi u želucu, mučnina, mišićni spazmi, osjećaj "knedle u grlu", omaglica, slabost, nesanica ili pretjerana pospanost, brzo i plitko disanje).

4. PSIHOLOŠKI PROBLEMI KOD MULTIPLE SKLEROZE

Jesu li psihološki problemi rezultat neuropatoloških promjena ili odgovor na situaciju življenja s bolešću? Psihološka reakcija ovisi i o karakteru bolesti ili poremećaja (kroničnom stanju, boli, smrtnosti, onesposobljenosti, epizodama), okolinskim čimbenicima (obitelj, socijalni resursi), procedurama tretmana, primjeni lijekova te komunikaciji.

Kod dvije trećine bolesnika s MS-om postoje psihički poremećaji. Uzrok tome su demijelinizirajuće lezije temporalnoga režnja. Poremećaji koji se mogu pojaviti su ovi: halucinacije, poremećaj raspoloženja, poremećaj mišljenja, euforija, iritabilnost, depresija i dr.

Depresija koja je povezana sa kognitivnim problemima drugo je zajedničko obilježje oboljelih od multiple skleroze. I multipla skleroza i depresija povezane su s povećanom razinom kortizola što ukazuje na poremećaj endokrinoimunološke reakcije. Karakteristična je snižena senzitivnost funkcije proliferacije T stanica u MS-u koja je udružena s depresijom. Rizik obolijevanja od depresije ima 27-54% pacijenata s MS-om. Depresija kod MS-a često je nedijagnosticirana ili prekrivena drugim simptomima MS-a: umorom (<80%), poremećajem apetita, poremećajem spavanja. Najveći faktor rizika za samoubojstvo uz socijalnu izolaciju je relaps bolesti i prijašnji pokušaj suicida. Kod MS-a nema korelacije između depresije i duljine trajanja bolesti, depresije i ženskoga spola (10.).

Mogući su uzroci depresije kod MS-a ovi: tjelesni simptomi, posebno ako su intruzivni i teško se kontroliraju (vrlo teško doživljavaju poteškoće kontrole mokrenja); kognitivno oštećenje, socijalno oštećenje (gubitak posla, smanjena mreža relacija, podrška opada s vremenom); oštećenja u moždanoj strukturi; štetne učinke terapije ili imuna disfunkcija.

Istraživanje Vossa i suradnika (11.) ispitalo je čimbenike koji pridonose depresivnom raspoloženju. Svrha je istraživanja bio multivarijatni model depresivnoga raspoloženja kod oboljelih od MS-a. Provjeravali su sljedeću hipotezu: pomoću tjelesne invalidnosti i umora predvidjeti psihosocijalni deficit koji bi zauzvrat mogao biti dobar prediktor depresivnoga raspoloženja. Rezul-

tati istraživanja pokazali su da umor i tjelesni simptomi mogu ograničiti sposobnost pacijenata s MS-om da se rekreiraju, uživaju u hobijima, izlascima ili sudjeluju u sportskim aktivnostima. Umor i fizička invalidnost pridonose depresivnom raspoloženju osoba s MS-om. Klinička relevantnost rezultata – propisivanje rekreativnih aktivnosti koje će provoditi i u kojima će istinski uživati (12).

Brojna su istraživanja (10) potvrdila komorbiditet MS-a s bipolarnim poremećajem. Bipolarni afektivni poremećaj može biti inicijalni simptom MS-a, prethodeći drugim neurološkim simptomima. Također, može postojati genetska predispozicija za bipolarni poremećaj i MS. Dok manične epizode kod MS-a mogu biti precipitirane steroidnom terapijom, postoje dokazi da poremećaji u afektivitetu mogu biti posljedica organskih poremećaja u mozgu.

I euforija i patološko plakanje ili smijanje kod osoba s MS-om potvrđene su u brojnim istraživanjima (10). Nakon što su smatrani psihijatrijskim manifestacijama bolesti, ovi su simptomi sada predloženi kao neurološki bazirani uvjeti. Euforija, trajno veselje i optimizam o budućnosti, unatoč svijesti o invalidnosti, smatraju se rezultatom strukturnoga oštećenja mozga, koje se pokazuje kao proširene komore na kompjutorskoj tomografiji. Opisano je u vezi s progresivnom bolesti i naprednom demencijom. Nedostatak emocionalne kontrole manifestira se kao patološko smijanje i plakanje koje se može pokrenuti s malo provokacije. Takvo ponašanje uključuje prikaz emocija bez subjektivnoga sadržaja.

Postoji veliki rizik od karakternih promjena ili promjena osobnosti kada su lezije prisutne u frontalnom režnju. Karakterne funkcije uključuju različite odgovore povezane s ponašajnim crtama i funkcioniranjem. Npr., pacijenti mogu postati kompulzivniji i manje inhibirani u svojim socijalnim interakcijama. To stvara najviše problema članovima obitelji koje žive s "promijenjenom" osobom. Zasnivano na dokazima da lezije karakteristične za MS mogu izolirati prefrontalni korteks od ostalih regija mozga, Grisby i suradnici su 1993. godine (2) pretpostavili da su poteškoće u regulaciji ponašanja, tipične za disfunkcije frontalnoga režnja, važan faktor u promjenama ponašanja u osoba s MS-om. S obzirom na to da su ti pacijenti u nemogućnosti regulirati svoje ponašanje samostalno, često zahtijevaju povećanu pomoć obitelji te profesionalnu pomoć.

Oboljeli od multiple skleroze imaju izrazito opterećujuću varijabilnost simptoma, neizvjesnu budućnost, umor te stigmatu onesposobljenosti. MS je bolest u kojoj osobni i okolinski čimbenici igraju ulogu u javljanju bolesti, ali

i MS utječe na psihološke značajke oboljeloga (kogniciju, raspoloženje, ponašanje).

Stresori: 80% oboljelih od MS-a doživjelo je veći stresor unutar 12 mjeseci (u odnosu na 50% reumatskih bolesti 35% zdravih kontrola). Sljedeći je važan stresor gubitak kao prijetnja sigurnosti, zatim odustajanje/osjećaj odbačenosti (osjećaj da se s time ne može nositi/da će biti odbačen), zatim odvojenost/osamljenost (i mentalno, obitelj, posao, stanovanje). Najčešće je to visokostresni događaj koji pomakne ili ubrza imunološku disregulaciju.

Oboljeli od multiple skleroze imaju značajan osjećaj bespomoćnosti u stresnim situacijama. Izrazito su ovisni o relacijama s drugima, imaju ekscesivnu potrebu za ljubavlju (koja nije zadovoljena u djetinjstvu) i pohvalom. Osjećaju potrebu da udovolje drugima, a nezreli su u interpersonalnim relacijama. Teško izražavaju agresivne impulse, naizgled izgledaju mirno, ali s dubokom tenzijom. Skrivaju osjećaje, ali izvana su "nasmiješeni". Imaju preadolescentnu razinu emocionalnoga funkcioniranja te konverzivne osobine ličnosti.

U terapijskom odnosu pacijenti s multiplom sklerozom pripadaju skupini tzv. "teških pacijenata". Neki simptomi često se doživljavaju "neurotičnima" ili "hipohondrijskima", variraju od negacije do prenaplašavanja što utječe i na teškoće kontratransfera liječnika. Otprilike 44% pacijenata razvit će dobru prilagodbu u funkciji dobiti, 11% imat će prilagodbu s određenim poteškoćama, 12% lošu prilagodbu s osjećajem frustriranosti, 22% će biti euforični sa znatnim oštećenjima na svim planovima, a 21% fokusirani na sebe, te tražiti posebnu brigu. Glavni prediktor prilagodbe u funkciji dobiti jest količina stručne socijalne potpore.

4.1. "Pomažući" i multipla skleroza

Socijalna se potpora može definirati kao stupanj u kojem se potreba za socijalizacijom neke osobe, materijalna potpora, kognitivno usmjeravanje, pojačano druženje te emocionalnost, susreću kroz interakciju s društvenom mrežom. Istraživanja pokazuju da je socijalna potpora povezana s boljom psihosocijalnom adaptacijom s MS-om. Unutar konteksta bolesti, percipirana nesigurnost odnosi se na nesigurnost vezanu za simptome, dijagnozu, tretman, odnos s pomažućima te budućim planovima. Često je ta nesigurnost proučavana u zajedništvu s drugim faktorima za koje se misli da pridonose socijalnoj prilagodbi, kao što su suočavanje te socijalna potpora. Takva su istraživanja potvrdila da nesigurnost pridonosi percepciji događaja kao stresnima, otežava suočavanje, te rezultira s poteškoćama u psihosocijalnoj prilagodbi.

Također, socijalna je potpora potvrđena kao izvor koji utječe na nesigurnost. Visoka nesigurnost socijalne potpore povezana je s niskim razinama nesigurnosti (13.).

U slučaju ozbiljne bolesti, u ovom slučaju MS-a, jednoga člana svaka obitelj reagira strahom i pojačava međuovisnost članova. Način na koji će obitelj odgovoriti i kako će se prilagoditi u okolnostima kad je jedan njezin član kronično bolestan ovisi o osnovnim aspektima funkcioniranja obitelji koji podrazumijevaju kohezivnost, prilagodljivost, komunikaciju i organizaciju.

Koja je uloga pomažućih? Je li to doprinos liječenju ili traumatizirajući faktor? Ovisi o osobnim prioritetima i potrebama, stabilnosti i fleksibilnosti odnosa, dostupnosti sredstava potpore, materijalnoj/financijskoj potpori.

Motivi za preuzimanje uloge odgovorne osobe ili njegovatelja u liječenju: krivnja, nisko samopoštovanje i strah. Osoba može imati osjećaj odgovornosti prema oboljelom, te s time pretjerivati u zaštiti i gurati oboljeloga na "rub bespomoćnosti". Preuzimanje odgovornosti partnera nad skrbi uvjetovano je stupnjem strukture njezove ličnosti i naobrazbe, stupnjem posvećenosti vezi, volje da se bori s poteškoćama te partnerovim osobnim promjenama tijekom nošenja s problemima.

Osobe koje pomažu mogu sekundarno traumatizirati oboljele – prijenosom osjećaja, intruzivnih misli, osjećaja neposredne blizine smrti, boli partnera ili osobe koju se njeguje osobito u egzacerbacijama i bolnim stanjima. Također, na sekundarnu traumatizaciju utječe kontinuirani boravak u zajedničkom prostoru, socijalna izolacija. Osobe koje pomažu oboljelima mogu imati različiti empatijski kapacitet, a rizično je kada umjesto empatije izražavaju sućut.

4.2 Obitelj i multipla skleroza

Jedan je od pristupa u rukovođenju kroničnih bolesti, nasuprot tradicionalnom pristupu orijentiranoga k pacijentu, pristup orijentiran obitelji. Taj pristup naglašava: definiranje i održavanje odnosnoga konteksta u kojem se održava rukovođenje bolešću; uključivanje obiteljskoga okruženja i drugih članova obitelji kao potencijalnih meta za intervenciju; pristupanje edukacijskim, odnosnim i osobnim pacijentovim potrebama i članovima obitelji, gledanje na bolest kao na proces koji zahtijeva kontinuiranu brigu između zdravstvenog sustava i obitelji, a ne kao na niz akutnih epizoda; uključivanje pacijenta i drugih članova obitelji u dio sveobuhvatnoga programa ishoda. Tradicionalni pristupi orijentirani na pacijenta ili bolest primarno se usmjeravaju na pacijenta te zanemaruju obitelj i socijalni kontekst (14).

Obitelj se nalazi pred izazovom da reorganizira svoje aktivnosti kako bi se bolest dijagnosticirala, pravilno procijenila i osiguralo primjerenu skrb unutar obitelji, uz profesionalnu pomoć. Ovisno o potrebama njege bolesnoga člana, kronična bolest može postati središnji organizacijski princip u obitelji. Ako obitelj postane suviše kruto organizirana, vezano uz podršku kronično bolesnom članu, proces razvoja obitelji može biti spriječen. Svi prioriteti obitelji koji nisu povezani s bolešću mogu biti potisnuti, a normativni razvojni problemi ignorirani. U slučaju ozbiljne bolesti jednoga člana svaka obitelj reagira strahom i pojačava međuovisnost članova (15).

Novija istraživanja ukazuju na dva načina na koji specifične veze unutar obitelji utječu na ishode kronične bolesti. Prvo, obiteljska emocionalna klima direktno utječe na pacijentove fiziološke sisteme. Na više fizioloških mehanizama utječu umirujući učinci sigurne privrženosti članova obitelji, kao i uznemirujući doživljaji neprijateljskoga okruženja i kritičizma. Ti se efekti odvijaju tijekom homeostatskih i alostatskih promjena u hormonalnim, imunološkim i ostalim biološkim sistemima koji su povezani s ishodima kronične bolesti kroz psihološki odgovor na stres. Drugo, reakcije članova obitelji na bolest te rukovođenje s bolešću utječu na pacijentovu brigu o sebi. Mnoge kronične bolesti zahtijevaju ponavljajuće, ponekad i invazivne procedure koje utječu na velike promjene u obiteljskom stilu, osobnu autonomiju, funkcioniranje uloge te donošenje odluka. Članovi obitelji mogu se reorganizirati da bi "svladali" rukovođenje s bolešću. Intenzivni interpersonalni odnosi unutar obitelji utječu na fiziološko funkcioniranje oboljeloga te na ponašanje i emocionalne živote ostalih članova obitelji (14).

Način na koji će obitelj odgovoriti i kako će se prilagoditi u okolnostima kada je jedan njezin član kronično bolestan ovisi o osnovnim aspektima funkcioniranja obitelji koji podrazumijevaju kohezivnost, prilagodljivost, komunikaciju i organizaciju. Kohezivnost je odraz razine neovisnosti članova obitelji i promatra se u kontinuumu od pretjerane uključenosti do potpunoga neangažmana. Pretjerana kohezivnost, kao i pasivnost, imaju negativan utjecaj na razvoj pojedinoga člana, no u obiteljima s teškom bolešću ili gubitkom člana obitelji, kohezivnost se pokazala prediktorom dobroga funkcioniranja obitelji (16). Prilagodljivost može ići od rigidnosti do kaosa i govori o sposobnosti obitelji da se mijenja u danim okolnostima, dok istovremeno obiteljske vrijednosti i pravila ponašanja održava stabilnima. Komunikacija uključuje verbalnu ili neverbalnu ekspresiju sadržaja i emocija. Ustanovljeno je da je odgovarajuća komunikacija najbolji prediktor ishoda obiteljskih intervencija. Pogreške komunikacije: partner oboljeloga potiče da "ostavi bolest iza sebe" i da "nastavi sa životom". Time smanjuje

međusobnu sposobnost komunikacije i interakcije. Izbjegavanjem međusobne interakcije oba se partnera mogu osjećati izolirano, usamljeno te mogu osjećati nedostatak potpore. Organizacija obitelji odnosi se na strukturu, pravila i uloge unutar obiteljskoga sustava (17).

5. ZAKLJUČAK

Za uspješno liječenje kroničnih bolesti nužne su neke pretpostavke koje nisu definirane samo raspoloživim materijalnim resursima. Uz individualizirani, personalizirani pristup svakom oboljelom, potrebno je primijeniti optimalne tehnike, programe i procedure te koristiti primjere dobre prakse. Tada će liječenje biti efektivno, uspješno i usmjereno na dobrobit bolesnika.

Šire gledano, nužno je pomažuće okruženje, izgradnja pozitivnoga odnosa prema sebi (self-management), organizacija pomažućega okruženja, dostupnost kliničkih informacija, organizacija zdravstvene pomoći te šira društvena skrb. U ovom dinamičkom procesu postoje tzv. primatelji i davatelji usluga. Samo je u preklapajućem dijelu njihova djelotvornost koju je s utvrđenim dizabilitetom korisnika nužno redovito vrednovati, unapređivati i korigirati. Princip korisnosti i umjerene prevage u cilju osobne dobrobiti, čak i po cijenu šire društvene dobrobiti, etički je imperativ i još jedna od ciljnih orijentacija uspješne reintegracije osoba oboljelih od kroničnih bolesti u život i društvo.

LITERATURA

1. Šendula Jengiđ V, Popović K. Kroničnost u neurologiji i psihijatriji: stanje, evaluacija i resursi. U: Zbornik radova 2. Internacionalne škole iz psihijatrije i kognitivne neuroznanosti. 2010. str. 154-7.
2. Brinar V, Petelin Ž. Multipla skleroza – klinička slika, dijagnostika i liječenje. *Medix*. 2003;50:66-70.

3. Schubbe O. Traumatherapie mit EMDR. Ein Handbuch für die Ausbildung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 2004.
4. Kleber JR, Brom D. Coping with trauma: theory, prevention and treatment. Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger B.V; 1992.
5. Willson JP, Friedman MJ, Lindy JD, urednici. Treating psychological trauma and PTSD. New York: Guilford Press; 2004.
6. Horowitz M. Stress Response Syndromes. 2. izd. New York: Jason Aronson; 1986.
7. Von Uexküll T, Wesiack W. Theorie der Humanmedizin. Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns. Munchen, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg; 1998.
8. Laposa JM, Rector NA. The prediction of intrusions following an analogue traumatic event: peritraumatic cognitive processes and anxiety-focused rumination versus rumination in response to intrusions. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2012;43(3):877-83.
9. Payne JD, Nadel L, Britton WB, Jacobs WJ. The biopsychology of trauma and memory. U: Reisberg D, Hertel P, urednici. Memory and emotion. London: Oxford University Press; 2004. str. 76-128.
10. Rodgers J, Bland R. Psychiatric manifestations of multiple sclerosis: a review. *Can J Psychiatry*. 1996;41:441-5.
11. Voss WD, Arnett PA, Higginson CI, Randolph JJ, Campos MD, Dyck DG. Contributing factors to depressed mood in Multiple Sclerosis. *Arch Clin Neuropsychol*. 2002;17:103-15.
12. Ströhle A. Physical activity, exercise, depression and anxiety disorders. *J Neural Transm*. 2009;116(6):774-84. doi:10.1007/s00702-008-0092-x.
13. Sullivan CL, Wilken JA, Rabin BM, Demorest M, Bever C. Psychosocial adjustment to Multiple Sclerosis. *Int J MS Care*. 2004;6:98-105.
14. Fisher L, Weihs KL. Can addressing family relationships improve outcomes in chronic disease? *J Fam Pract*. 2000;49:561-6.
15. Nikolić S. Osnove obiteljske terapije. Zagreb: Medicinska naklada; 1996.
16. Sadock BJ, Kaplan HI, Sadock VA, urednici. Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8. izd. Philadelphia: Lippincot, Williams and Wilkins; 2005.
17. Mirsalimi H, Perleberg SH, Stovall EL, Kaslow NJ. Family Psychotherapy. U: Stricker G, Widiger TA, Weiner IB, urednici. Handbook of psychology, clinical psychology. Sv. 8. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc. Hoboken; 2003. str. 367-89.

MULTIPLE SCLEROSIS – FROM PSYCHOTRAUMA TO RECOVERY

Vesna Šendula-Jengiđ, Ivana Gušćić
Psychiatric Hospital Rab / Kampor 224; 51280 Rab, Hrvatska

Reviews ABSTRACT

Multiple sclerosis is the most common chronic disease which is debilitating younger adult population, and disease with unpredictable and very different neurological symptoms and increasing disability. In this paper we have tried to develop the theme of multiple sclerosis as a traumatic event, the correlation of multiple sclerosis and psycho trauma, what are the psychological symptoms of multiple sclerosis, and what is the role of the helping and the family in caring for a person suffering from multiple sclerosis and also the concept of social welfare.

Keywords: Multiple sclerosis - diagnosis, etiology, genetics, psychology, therapy; Stress, psychological – diagnosis; Stress disorders – post-traumatic