

Suradna psihijatrija u ambulantnim uvjetima - šest godina iskustva u Rijeci

Dadić-Hero, Elizabeta; Ružić, Klementina; Medved, Paola; Tomljanović, Draško; Žarković Palijan, Tija

Source / Izvornik: **Medicina Fluminensis : Medicina Fluminensis, 2010, 46, 152 - 156**

Journal article, Published version

Rad u časopisu, Objavljena verzija rada (izdavačev PDF)

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:184:757602>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-20**



Repository / Repozitorij:

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



Suradna psihijatrija u ambulantnim uvjetima – šest godina iskustva u Rijeci

Liaison psychiatry in the ambulatory conditions – six years experience in Rijeka

Elizabeta Dadić-Hero^{1*}, Klementina Ružić², Paola Medved³, Draško Tomljanović⁴,
Tija Žarković-Palijan⁵

¹Dom zdravlja Primorsko-goranske županije

²Klinika za psihijatriju,
Klinički bolnički centar Rijeka

³Odsjek psihologije,
Filozofski fakultet Sveučilišta u Rijeci

⁴Privatna psihijatrijska ordinacija

⁵Privatna bolnica "Ivan Barbot",
Popovača

Primljeno: 26. 1. 2010.

Prihvaćeno: 19. 4. 2010.

Sažetak. Život svakog čovjeka u suvremenom svijetu prepun je čimbenika koji izazivaju frustraciju. Stres kojemu smo neminovno izloženi potiče sve veći broj psihosomatskih oboljenja koja su evidentno u porastu. Zbog navedenih oboljenja sve su veće potrebe i za psihijatrijskim intervencijama, pa s time u vezi postoji porast potreba za konzultativnom (suradnom, liaison) psihijatrijom. Ovaj se trend uočava i u našoj sredini.

Suradna (liaison) psihijatrija proučava psihičke odnosno emocionalne odgovore pojedinca na adaptaciju, implikaciju i posljedice somatske bolesti. Interdisciplinarni način liječenja omogućuje da i psihijatar bude uključen u liječenje primarno tjelesnih bolesti. Takav način liječenja dovodi do bržeg uspostavljanja remisije bolesti, te potvrđuje da se duša i tijelo ipak ne mogu promatrati odvojeno. U članku su opisana iskustva suradnje liječnika primarne zaštite i psihijatra u specijalističkoj ambulanti u sklopu primarne zaštite, kako je to organizirano u Domu zdravlja Primorsko-goranske županije u Rijeci.

Ključne riječi: podrška, psihofarmakoterapija, suradna psihijatrija

Abstract. Lives of many people living in the modern world of today are marked by a large number of factors which cause a lot of frustration. Stress to which we're exposed to facilitates the emergence of psychosomatic illnesses whose incidence is evidently growing. This increase is demanding a greater number of psychiatric interventions, relating to an increase of the need for a consultative (liaison) psychiatry. This trend is also observed and evident in our urban environment.

Liaison psychiatry explores and analyzes the psychic or emotional responses of the individual to the adaptation, implication and consequences of a somatic illness. An interdisciplinary model of treatment enables the psychiatrist to be involved in the treatment of the primarily physical illnesses. This way of treatment facilitates a faster remission achievement, confirming the need for an inseparable perspective of the body and mind, which needs to be viewed as a whole. In this article we describe the experience of cooperation between primary care physicians and psychiatrists in specialist ambulate within primary care that is organized in the PGŽ Rijeka.

Key words: liaison psychiatry, psychopharmacotherapy, support

Adresa za dopisivanje:

*Dr. sc. Elizabeta Dadić-Hero, dr. med.

Krešimirova 34, 51 000 Rijeka

e-mail: elizabeta.dadic.hero@ri.t-com.hr

<http://hrcak.srce.hr/medicina>

POVIJESNI RAZVOJ SURADNE (LIAISON) PSIHIJATRIJE

Pojam *liaison* potječe iz francuskog jezika, iako se koristi i u engleskom jeziku. Ovaj pojam označava vez, povezanost ili suradnju. Liaison psihijatrija začeta je u SAD-u sredinom 30-tih godina prošlog stoljeća. Pionirima suradne psihijatrije smatraju se Helen Flander Dunbar, Franz Alexander i Harold G. Wolff. Helen Flander Dunbar zagovarala je holističko-sveobuhvatni pristup u medicinskoj praksi, teoriji i istraživanju. Pojam *liaison psihijatrije* prvi put koristi Edward G. Billings 1937. godine u članku u kojem je dao naglasak na smanjenje troškova odjela gdje je bila ustrojena suradna psihijatrija^{1,2}.

Prvi radovi o suradnoj psihijatriji u Hrvatskoj datiraju iz kraja 60-ih godina, a pionir na tom području bio je dr. Maletić. Prvi pokušaji i značajniji uspjesi bili su uključivanje psihijataru u transplantacijski tim. Danas je suradna psihijatrija toliko uznapredovala da čini posebnu granu psihijatrije. Specijalisti psihijatrije dodatno su educirani tijekom subspecijalizacije iz područja liaison psihijatrije. Posljednjih godina ovo područje psihijatrije pokazuje brz razvoj o čemu svjedoče mnogobrojni znanstveni radovi³⁻⁹.

SURADNA PSIHIJATRIJA U AMBULANTNIM UVJETIMA

Suradna psihijatrija je grana kliničke psihijatrije koja povezuje psihijatriju i somatsku (tjelesnu) medicinu. Liaison psihijatrija proučava psihičke odnosno emocionalne odgovore pojedinca na adaptaciju, implikaciju i posljedice somatske bolesti¹. Unatoč velikim naporima psihijataru, još uvijek, na sreću rjeđe, postoje otpori liječnika koji se bave somatskom medicinom prema uključivanju i psihijatra u liječenje tjelesnih bolesti.

Ovo je prikaz rada ambulante Doma zdravlja Primorsko-goranske županije. U konceptu ove ambulante, osim opće psihijatrijske skrbi, jest i suradna psihijatrija. Ova jedinica surađuje i s izvanbolničkim djelatnostima drugih ustanova koje su za taj rad kvalificirane i organizacijski ekipirane.

Ambulanta za mentalno zdravlje Doma zdravlja Primorsko-goranske županije mlada je psihijatrijska jedinica. Osnovana u veljači 2004. godine, rad

je započela iz temelja i nije "naslijedila" bolesnike. Danas ima 1.729 bolesnika, a u ambulanti je zaposlen svega jedan psihijatar i jedna medicinska sestra. Budući da je evidentan porast potreba bolesnika, oskudan kadar zaposlenih nije u mogućnosti zadovoljiti njihove sve veće potrebe i zahtjeve, a naročito to nije moguće s obzirom na različite terapijske modele.

Obiteljski liječnici upućuju svoje bolesnike psihijatru na inicijalne preglede. Nakon razgovora s bolesnikom i u dogovoru s njegovim liječnikom

Ambulanta za mentalno zdravlje Doma zdravlja Primorsko-goranske županije mlada je psihijatrijska jedinica. Osnovana u veljači 2004. godine, rad je započela iz temelja i nije "naslijedila" bolesnike. Danas ima 1.729 bolesnika, a u ambulanti je zaposlen svega jedan psihijatar i jedna medicinska sestra. S obzirom na porast potreba bolesnika, oskudan kadar zaposlenih nije u mogućnosti zadovoljiti njihove sve veće potrebe i zahtjeve.

indiciraju se najprihvatljiviji oblici tretmana. Tretmani su individualizirani i prilagođeni svakom bolesniku ponaosob.

Analizom dostupnih podataka može se utvrditi da se radi o populaciji bolesnika odrasle životne dobi od kojih je većina radno aktivna. Nakon navedene skupine, po brojnosti slijede postadolescenti i studenti.

Procjenjujući motive dolaska bolesnika u ovu ambulantu, ustanovili smo da je jedan od važnijih zbog kojeg dolaze specifičan koncept rada. Svaki bolesnik dobiva termin pregleda (o čemu osoblje strogo vodi brigu), pa se bolesnici u pravilu ne susreću u čekaonici ambulante. Ovakav način rada bolesniku jamči privatnost, potiče njegovo povjerenje i sigurnost, a to su važni preduvjeti u destigmatizaciji psihičkih bolesnika.

Velik dio populacije bolesnika u ovoj ambulanti bolesnici su s psihosomatskim bolestima. Oni imaju najviše potreba za konzultativnom psihijatrijom.

Posljednjih godinu dana bilježi se porast oboljenja uzrokovanih frustracijskim čimbenicima u okolini, najčešće gubitkom radnog mjesta, egzistencijalnim i socijalnim čimbenicima, od kojih se u nekim slučajevima razvijaju i psihosomatske bolesti (tablica 1).

Tablica 1. Primjeri psihosomatskih bolesti (prema Američkom psihijatrijskom udruženju – APA¹⁰)

Table 1. Examples of psychosomatic diseases (according to American psychiatric association-APA¹⁰)

kožne bolesti: akne, urtikarija, neurodermitis, angioneurotski edem
bolesti probavnog sustava: ulkus jednjaka, želuca i dvanaesnika, ulcerozni kolitis, Kronova bolest
bolesti dišnog sustava: bronhijalna astma, tuberkuloza
bolesti srca i krvotoknog sustava: angina pectoris, visok krvni tlak, aritmije i infarkt miokarda
bolesti žlijezda s unutarnjim izlučivanjem: šećerna bolest, pojačan rad štitnjače
reumatske bolesti: upala zglobova, kronična bol u križima
ginekološke bolesti: bolne menstruacije, spontani pobačaj
ostalo: pretilost, alergije, migrena, kronični svrbež, tumori

SURADNA PSIHIJARIJA U PSIHOSOMATSKOJ BOLESTI

Stres kao vanjski čimbenik utječe na razvoj i progresiju somatskih bolesti. S ovim saznanjem javlja se i nova dilema: je li neki simptom tjelesni, psihički, zajednički ili pak novi entitet nastao interakcijom tijela i psihe?

U somatskim bolestima vrlo često postoje simptomi koji se po današnjim medicinskim saznanjima ne mogu dovoljno objasniti ili dijagnostičkom obradom potvrditi, što se definira kao utjecaj psihe na pojavnost tih bolesti. Danas se sve više govori o psihijatrijskim poremećajima kao sistemskim bolestima, što dovodi do potrebe uključivanja psihijatra, koji je suradnik specijalistima drugih medicinskih grana u liječenju bolesnika sa sumnjom na somatske bolesti.

Primjer 1:

Bolesnica (52 godine), zaposlena, udata, majka dvoje djece, od svojih ranih 30-ih godina liječi se zbog povišenog krvnog tlaka. Nakon detaljne dijagnostike ustanovljena je esencijalna hipertenzija. Na predloženu farmakoterapiju (koju je kardiolog u više navrata korigirao) vrijednosti krvnog tlaka nisu postigle referentne vrijednosti. Liječnik obiteljske medicine (nakon informativnog razgovora s psihijatarom) bolesnicu upućuje specijalistu psihijatru. Bolesnica u inicijalnom razgovoru s psihijatrom pokazuje sumnjičavost, kao i nejasnu potrebu za psihijatrijskim liječenjem. Nerado pristaje na terapiju psihofarmacima (alprazolam 1,5 mg i velafaxin 75 mg/dan). Preporučena joj je redovita kontrola vrijednosti krvnog tlaka. Na kontrolnom psihijatrijskom pregledu nakon 4 tjedna vrijednosti krvnog tlaka bile su 128/90 mmHg (uz redovitu kardiološku i psihijatrijsku terapiju). Bolesnica zadovoljno izvještava da su se nakon dva tjedna uzimanja psihofarmaka vrijednosti krvnog tlaka regulirale. Izvršena je redukcija doze alprazolama koji je ukinut iz terapije tijekom tri tjedna. Bolesnica nastavlja uzimati velafaxin u dozi od 150 mg/dan i bude uključena u grupnu suportivnu terapiju u trajanju od godinu dana u tjednim intervalima. Tijekom navedenog perioda nisu zabilježene povišene vrijednosti krvnog tlaka u smislu hipertenzije, pa je kardiolog smanjio dozu antihipertenziva. Po završenoj grupnoj terapiji bolesnici je ukinut i antidepressiv. Tri mjeseca nakon završetka grupne terapije bolesnica se javila na kontrolni pregled; vrijednosti krvnog tlaka bile su u granicama referentnih i stabilne kroz čitavo vrijeme.

SURADNA PSIHIJARIJA I ONKOLOŠKI BOLESNIK

Uzroci karcinoma još uvijek nisu potpuno jasni i nisu objektivno dokazani, sukladno čemu postoje različite teorije nastanka i liječenja ove bolesti. Gruba podjela liječenja svodi se na kirurško liječenje, kemoterapiju i zračenje. Nakon završetka somatskog liječenja onkološki bolesnici imaju potrebu za psihijatrijskom skrbi kako bi prihvatili vlastitu bolest i budućnost u kojoj nastavljaju živjeti s njome.

Onkološki bolesnici suočeni su sa strahom od smrti, s mogućim bolovima te s fizičkom i psihičkom patnjom. Današnji trendovi u medicini orijentirani su na ekonomiku koja je pozitivna s gledišta cjelokupne zajednice, ali je negativna s gledišta bolesnika pojedinca. Onkolozi su, kao i svi ostali liječnici, limitirani vremenom koje smiju utrošiti na pregled svakog bolesnika, pa nerijetko "ne stignu" odgovoriti na brojna pitanja bolesnika, zbog čega se kod bolesnika razvije zabrinutost o bolesti i o ishodima liječenja. Statistička vjerojatnost za preživljavanje ipak nije dovoljan čimbenik da bi se bolesnik "umi-

rio”, jer se nerijetko čuje pitanje: “A tko meni garantira da sam baš ja u onih 80 % koji će preživjeti?”. Upravo zbog takvih i sličnih razmišljanja razvija se tjeskoba, zabrinutost, bezvoljnost, gubitak interesa i motiva, što sve može dovesti do razvoja depresije ili anksioznih poremećaja.

Primjer 2:

Bolesnica (38 godina), zaposlena, udata, majka dvoje malodobne djece. Na redovitom ginekološkom pregledu otkriven joj je karcinom jajnika, zbog čega je hitno operirana. Nakon operacije primila je 6 ciklusa kemoterapije. Tijekom kemoterapije upućena je na ambulantski psihijatrijski pregled s uputnom dijagnozom *poremećaj prilagodbe*. U inicijalnom razgovoru s psihijatrom uočava se negacija bolesti i sumnja u postavljenu dijagnozu karcinoma. Kako je rastao broj provedenih kemoterapija na koje je imala reakcije (jaka slabost, velike mučnine i povraćanje što je trajalo po nekoliko dana), u dogovoru s onkologom uvede se antidepresivna terapija (sertraline 75 mg/dan) uz psihoterapiju jedanput tjedno. Tijekom prve godine kombinirane terapije (psihofarmaci i psihoterapija) dolazi do prihvaćanja osnovne bolesti i zdravog suočavanja s njome, izbora novih interesa i motiva te promjena u životnim prioritetima. Nakon potrebnog bolovanja bolesnica se vratila na posao i radi posljednje tri godine. Bolesnica je odgovorna u liječenju, redovita je na ginekološkim, onkološkim i psihijatrijskim kontrolama. Aktualno je bez medikamentozne terapije, ali ipak u suportivnoj psihoterapiji u intervalima jedan do dva puta mjesečno.

SURADNA PSIHIJARIJA U SINDROMU KRONIČNE BOLI

Kronični bolni sindrom velik je zdravstveni i socioekonomski problem s obzirom na pojačane zahtjeve bolesnika za medicinskom pomoći. Kronični bol dovodi do radne nesposobnosti, uzrokuje izostanke s posla (što slabi ekonomsku moć i pojedinca i cijeloga društva), a za posljedicu može imati invaliditet. Prevalencija kroničnog bola u općoj populaciji je 15 – 20 %, a veća učestalost zabilježena je kod žena. Svaki bol kroničnog tijeka kojem se može medicinski dokazati uzrok može se klasificirati kao “specifični”, dok se oni kronični bolovi kojima se

uzrok ne može dokazati mogu klasificirati kao “nespecifični”, odnosno idiopatski ili psihogeni.

Liječenje kroničnog bola zahtijeva holistički pristup, interdisciplinarno i timsko liječenje, odnosno pretpostavlja suradnju anesteziologa (u ambulanti za bol), reumatologa, fizijatra, neurologa, psihijatra te nerijetko i neurokirurga.

Bolna somatska bolest može prouzročiti anksioznost, depresivnost, socijalnu fobiju i izoliranost¹¹. Terapija bola usmjerena je k smanjenju ili potpunoj eliminaciji transmisije bolnog impulsa nizom lijekova na pojačanje endogene inhibicije sinaptičkog prijenosa bolnih informacija.

Lijekovi koji se koriste u liječenju kroničnog bola dijele se u tri skupine: neopioide, opioide i druge narkotike, te adjuvantnu terapiju (antidepresivi i anksiolitici).

Psihijatrijsko liječenje kroničnog bola je kombinirano, pa se osim antidepresiva i anksiolitika koriste i psihoterapijske intervencije¹². Analgetski učinak antidepresiva javlja se zbog blokade ponovne pohrane serotonina i noradrenalina, povećavajući njihovu razinu, a time povećavajući aktivaciju descendnih inhibitornih neurona.

Primjer 3:

Muškarac u dobi od 48 godina, neoženjen, zaposlen, liječi se radi kroničnog bola kod fizijatra i neurologa posljednjih 11 godina, a posljednjih 5 godina redovit je i u ambulanti za bol. Opsežna dijagnostika (EMG, scintigram kostiju, UTZ abdomena, CT kralježnice) pokazala je uredne nalaze. Ipak, na početku liječenja bili su ordinirani neopijatski analgetici, da bi u ambulanti za bol bio ordiniran i dermalni naljepak opioida. Unatoč svim navedenim sredstvima bol je perzistirala. Liječnik obiteljske medicine uputio je bolesnika na psihijatrijski pregled, zbog kojeg je uslijedilo dugotrajno bolovanje. Liječnička komisija indicirala je pregled psihijatra.

Nakon inicijalnog razgovora bolesnik je pristao na medikamentoznu terapiju antidepresivima i anksioliticima (alprazolam 1,5 mg/dan, fluvoxamin 100 mg/dan). Na kontrolnom pregledu bolesnik se očituje o manjem intenzitetu bola, iz čega se zaključuje o djelotvornosti psihofarmaka. Zbog toga se terapija prilagođava (fluvoxamin 150 mg/dan, alprazolam 1,5 mg/dan). Navedenu terapiju u ovim dozama bolesnik uzima u kombinaciji s dermalnim naljepcima opioida posljednjih 7 mjeseci. Po ovoj terapiji bol je manjeg intenziteta. Predloženu psihoterapiju bolesnik je odbio. Unatrag tri mjeseca vratio se na svoje radno mjesto, otada radi.

ZAKLJUČAK

Koncept službi za mentalno zdravlje koji je postojao prije Domovinskog rata pokazao se kao dobar organizacijski model unutar zdravstvenog sustava, no svojedobno je bio napušten. Novi trendovi u psihijatriji i drugim medicinskim granama ukazuju na potrebu rehabilitacije centara za mentalno zdravlje. Kombinirani oblici liječenja u praksi vrlo često daju bolje rezultate od svake metode liječenja ponaosob.

Velik dio populacije bolesnika u ovoj ambulanti bolesnici su s psihosomatskim bolestima. Oni imaju najviše potreba za konzultativnom psihijatrijom.

Posljednjih godinu dana bilježi se porast oboljenja uzrokovanih frustracijskim čimbenicima u okolini, od kojih su najčešći gubitak radnog mjesta, egzistencijalni i socijalni čimbenici, koji se u nekim slučajevima razvijaju i u psihosomatske bolesti.

Navedeni primjeri dokaz su kako suradna psihijatrija može pomoći u kombiniranom liječenju somatskih bolesnika. Psihijatar u ambulanti u svakodnevnom je kontaktu s bolesnicima, ali i s ostalim specijalistima somatske medicine. Prednost ove ambulante i prikazanog modela rada je njezina blizina Kliničkom bolničkom centru, čime je ona spona između psihijatra, obiteljskog liječnika i somatskih liječnika (specijalista). Ponekad, u situacijama pogoršanja psihičke bolesti ili gubitkom terapijske suradnje, postoji mogućnost upućivanja bolesnika u jedan od mnogobrojnih oblika liječenja na Kliniku za psihijatriju.

LITERATURA

1. Gregurek R. Suradna (Liaison) psihijatrija. *Psihoterapija* 1998;28:33-63.
2. Creed F. Liaison psychiatry for the 21st century: a review. *J R Soc Med* 1991;84:414-7.
3. Diehl A, Nakovics H, Croissant B, Reinhard I, Kiefer F, Mann K. Consultation-Liaison Psychiatry in General Hospitals: Improvement in Physicians' Detection Rates of Alcohol Use Disorders. *Psychosomatics* 2009;50:599-604.
4. Smith GC, Clarke DM, Handrinis D. Adverse Reactions to Antidepressants in Consultation-Liaison Psychiatry Inpatients. *Psychosomatics* 2002;43:228-33.
5. Ramchandani D, Wise TN. The Changing Content of *Psychosomatics*: Reflection of the Growth of Consultation-Liaison Psychiatry. *Psychosomatics* 2004;45:1-6.
6. Porcelli P, Bellomo A, Quartesan R, Altamura M, Iuso S, Ciannamè I et al. Psychosocial functioning in consultation-liaison psychiatry patients: influence of psychosomatic syndromes, psychopathology and somatization. *Psychother Psychosom* 2009;78:352-8.
7. Zumbach, S. Consultation-liaison psychiatry to nursing homes in the canton Fribourg. *Rev Med Suisse* 2009;5:1388-91.
8. Li CT, Chou YH, Yang KC, Yang CH, Lee YC, Su TP. Medically unexplained symptoms and somatiform disorders: diagnostic challenges to psychiatrists. *J Chin Med Assoc* 2009;72:251-6.
9. Healy R, Taylor R, Dhoat S, Leschynska E, Bewley AP. Management of patients with delusional parasitosis in a joint dermatology/ liaison psychiatry clinic. *Br J Dermatol* 2009;161:197-9.
10. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR). Revised 4th ed. APA; Washington, DC, 2000.
11. Buljan D. Psychological and psychiatric factors of chronic pain. *Medical Sciences* 2009;33:129-40.
12. Kaplan HI, Sadock BI. Pocket handbook of clinical psychiatry. Philadelphia; Lippincott Williams and Wilkins, 2001.