

Borut Škodlar<sup>1</sup>

# Psihiatrični pregled

## *Psychiatric Examination*

---

### IZVLEČEK

**KLJUČNE BESEDE:** duševne motnje — diagnostika, anamneza, intervju psihološki, zdravstveno stanje

V članku so predstavljena izhodišča, pogoji in postopek ter sestavni deli psihiatričnega pregleda z namenom, da bi študent medicine pridobil osnovno orientacijo pri njegovi izvedbi. Opisani so zunanji in notranji dejavniki, ki nanj vplivajo. Osrednji del pa sestavljata razdelka o obeh ključnih delih psihiatričnega pregleda: o psihiatrični anamnezi in o oceni duševnega stanja. Natančneje so podani njuni sestavni deli, njihove opredelitve in ustrezajoči klinični primeri zanje.

---

### ABSTRACT

**KEY WORDS:** mental disorders — diagnosis, medical history taking, interview psychological, health status

The paper presents the background, conditions and procedures for psychiatric evaluation, along with its individual components, with the intention to provide medical students with some basic guidelines on how to do it. The external and internal factors which affect psychiatric evaluation are described. The core of the paper consists of sections addressing the two key parts of psychiatric evaluation: psychiatric history and assessment of the patient's mental status. Their components, definitions and relevant clinical examples are described in detail.

---

<sup>1</sup> Asist. mag. Borut Škodlar, dr. med., Psihiatrična klinika Ljubljana, Enota za psihoterapijo psihoz, Zaloška 29, 1000 Ljubljana.

*Ravno s prehitrim poimenovanjem videnega s strokovnimi izrazi nastane večina napačnih diagnoz.*

Kurt Schneider<sup>1</sup>

## UVOD

Spominjam se svojih prvih izkušenj s srečevanj s pacienti kot študent v Balintovih skupinah in na vajah na fakulteti, pa potem kot specializant psihiatrije, v svojih prvih dežurstvih in podobno. Vedno se mi je zdelo, da s človekom pred sabo srečujem povsem nov svet. Včasih je bilo to sredi noči, skoraj brez izjeme pa je bila situacija vsaj pacientu v tem ali onem oziru skrajna, težka in neobvladljiva. Velikokrat tudi meni.

In kako se znajti pri vsem tem? Kako se preko pogovora prebiti do razumevanja, osnovne diagnostične orientacije in s tem do zastavitve ustrezne pomoči človeku v stiski? Prisotna sva samo pacient in jaz. In samo besede med nama, ki jih lahko dopolnim le še z nekaj opažanji in čustvenimi vtisi.

Pričujoče pisanje ne bo zmoglo biti vodnik za te procese. Skušalo pa bo študenta medicine opremiti z orientacijskimi točkami in pripomočki, da mu bo vznemirljivo odkrivanje duševnega sveta sočloveka lažje, strokovno utemeljeno in človeško odprto.

Ob tem se je dobro zavedati, da se v odkrivanje, prepoznavanje in razumevanje duševnih stanj in motenj – bolj kot na drugih medicinskih področjih – močno vpletajo predsodki in strahovi, ki nas zavajajo in ovirajo, na kar je opozarjal že oče psihopatologije Karl Jaspers<sup>2</sup> v uvodu v svoje temeljno delo *Splošna psihopatologija* (1).

Psihiatrični pregled izstopa od pregleda v drugih medicinskih strokah po tem, da je pri njem ključnega pomena stik s pacientom. Mnogo je namreč duševnih stanj, v katerih je zaradi njihove narave ta stik otežen. Zato nam pacienti o notranjih doživljanjih ne zmorejo ali ne želijo povedati, lahko pa o njih govorijo zelo samosvoje. Motivacija pacienta namreč ni nujno skladna z zdravnikovo težnjo po prepoznavanju njegovega duševnega stanja. Lahko je usmerjena drugam, je celo nasprotujoča ali povsem razpršena. Vse to zdravniku zastavlja dodatna vprašanja in od njega zahteva posebna znanja in postopke.

Stik s pacientom je obojestranska, prehodna čustvena povezanost med zdravnikom in pacientom. Zato je za dobro vodenje psihiatričnega pregleda poleg izkušenj nujno potreben tudi zdravnikov uvid v lasten duševni stroj in odzivanja. Doseganje tega je seveda zapleten in večplasten proces. Marsikdo je prepričan, da se nikoli ne konča. Vendar pa je za zagotavljanje strokovnosti potrebno vsaj osnovno zavedanje in dopuščanje zdravnika, da je v procesu pregledovanja in vrednotenja duševnih stanj drugega človeka močno vključeno tudi njegovo lastno doživljanje.

Ob upoštevanju vsega naštetega potrebujemo še kompas, ki kaže – kar je Viktor E. Frankl<sup>3</sup> imenoval psihiatrični credo –, da je za vsako, še tako težko duševno motnjo oseba, enkratna in v svojem bistvu nedotakljiva (2). Ohranjati nas mora čuječe, da ne pozabimo na njeno dostojanstvo. S skrbjo za dostojanstvo postane naša strokovnost tako tudi etično osveščena.

<sup>1</sup> Kurt Schneider (1887–1967) je pomemben nemški psihiater in psihopatolog, učenec Karla Jaspersa in eden najeminentnejših predstavnikov heidelberške psihiatrične šole. Njegovi najpomembnejši prispevki poleg podajanja splošnih psihopatoloških znanj segajo na področje diagnostičnega razmejevanja psihotičnih motenj (znani so njegovi simptomi prvega reda za diagnostiko shizofrenije), motenj osebnosti in abnormnih psihičnih reakcij. Njegovo najodmevnejše delo, od koder je tudi pričujoči navedek, je *Klinična psihopatologija*.

<sup>2</sup> Karl Jaspers (1883–1969) je bil psihiater, delujoč v Heidelbergu, ki je leta 1913 napisal monumentalno delo *Splošna psihopatologija*. To delo velja za osnovno in še vedno za enega vrhuncev na področju psihopatologije. Kasneje se je akademsko uveljavil kot filozof, in sicer kot utemeljitelj filozofije eksistence (*Existenzphilosophie*).

<sup>3</sup> Viktor Emil Frankl (1905–1997) je bil dunajski psihiater, ki je preživel hudo življenjsko preizkušnjo kot interniranec v koncentracijskem taborišču Auschwitz. Iz te globoke eksistencialne pretresenosti ter iz svoje zdravniške in človeške širine je ustanovil psihoterapevtsko smer, imenovano logoterapija, ki sodi med pomembnejše glasnike eksistencialistične psihoterapevtske paradigme.

## POIMENOVANJE

Osnovno in najprimernejše ime za pregledovanje pacienta v določeni medicinski stroki dobimo tako, da samostalnemu pregled v pridevniku dodamo ime dotične stroke. Psihiatrični pregled torej. Vendar pa se je zaradi narave tega pregleda v psihiatriji udomačilo še nekaj drugih poimenovanj zanj. Med njimi sta posebej pomembni dve: psihiatrični intervju in psihiatrična eksploracija. Obe izhajata in poudarjata način pridobivanja podatkov, ki se do določene mere razlikuje od postopkov v drugih medicinskih strokah. Pri poimenovanju psihiatrični intervju je poudarjena metoda intervjuja, to je postavljanja vprašanj ter pozornega poslušanja in vrednotenja odgovorov. Pri poimenovanju psihiatrična eksploracija pa je poudarjena postopnost in sistematičnost te metode pri odkrivanju pacientovih doživetij, pojmovanj in vedenja (3).

## DEFINICIJA IN NAMEN

Psihiatrični pregled je strokovno usmerjen diagnostični postopek v psihiatriji, ki vodi do pridobitve dveh osnovnih pripomočkov za zdravljenje duševnih motenj: (a) psihiatrične anamneze in (b) ocene duševnega stanja (lat. *status praesens psychicus*).

Namen psihiatričnega pregleda je torej pridobitev podatkov za oblikovanje psihiatričnega izvida, katerega jedro sta omenjena dva dela. Ta pa služi potem kot osnova za diagnostično oceno pacienta in za načrtovanje terapijske obravnave zanj.

Poleg podatkov je posebnega pomena in namen psihiatričnega pregleda tudi vzpostavitev stika in sodelovanja s pacientom. V psihiatriji in psihoterapiji tej vzpostavitvi dobrega stika in pritegnitvi pacienta k sodelovanju rečemo terapijska delovna zveza (4). Ta je celo pomembnejša od pridobitve posameznih podatkov za anamnezo in oceno duševnega stanja, saj omogoča nadaljnje sodelovanje s pacientom in možnost dopolnjevanja pridobljenih podatkov v nadaljnjih srečanjih v bolnišničnem ali ambulantnem okviru. Duševnih stanj in stisk velikokrat namreč ne zmoremo dobro razpoznati in prepoznati motenj, ki jih povzročajo, znotraj samo enega pogovora. Potrebni je več srečanj in daljši čas

spremljanja. Žal pa včasih kljub našim napotkom in vzpostavitvi terapijske delovne zveze ni mogoč ali je močno otežen. To se dogaja predvsem v delirantnih, akutnih psihotičnih in dementnih ter drugih organsko pogojenih stanjih preiskovanca. Takrat moramo celoten pregled in ukrepanje temu ustrezno prilagoditi.

## IZVEDBA

Na vsako srečanje in vsak pogovor z drugim človekom vpliva mnogo dejavnikov. Če človeka ne poznamo in prihaja k nam zaradi duševne stiske, moramo biti toliko bolj pozorni na različne dejavnike, da ti ne bi ovirali in oteževali našega pogovora z njim.

Dejavnike, na katere moramo biti pozorni, lahko razdelimo na zunanje in notranje. Zunanji zagotavljajo osnovni okvir pogovora: prostor, čas in odsotnost motenj. Notranji pa so pregledovalčeva sposobnost ustvariti naklonjeno, odprto in zaupanja vredno vzdušje, da človek lahko spregovori tudi o zanj težkih, neprijetnih ali intimnih vsebinah.

**Zunanji dejavniki.** V okviru možnosti se trudimo zagotoviti za pogovor čim ustrežnejši prostor. Osnovno je, če smo s pacientom lahko sami v prostoru. Če imamo možnost izbire, naj bo prostor dovolj velik, svetel, brez hrupa in naj imata pregledovalec in pacient udoben stol dovolj blizu eden do drugega.

Za vsak pogovor in pregled je dobro zagotoviti zadosten čas. Pogosto ne moremo vplivati na to, koliko časa nam je odmerjeno za pacienta, lahko pa pacienta vedno, najbolje kar na začetku, seznanimo s tem. Tako bo tudi on vedel, kaj in do kolikšne mere nam lahko v določenem času pove.

Potruditi se moramo tudi, da poteka pregled čim bolj brez motenj. Telefonskih klicev, trkanj in vpadov drugih ljudi, nalog ali obveznosti naj med pregledom ne bi bilo. Če so neobhodni in nepredvidljivi, jih moramo vsaj pojasniti in se zanje pacientu opravičiti. S tem pacientu zagotovimo, da sta nam on in njegova pripoved osrednjega pomena.

Ob pregledu je običajno, da si vsaj osnovne podatke, ki jih dobimo, tudi zapišemo. Nekateri pacienti tega ne marajo preveč, ker se bojijo, da bi to lahko brali tudi drugi ljudje.

Nekaterim pa je to celo všeč, saj jim pomeni, da je pregledovalcu povedano pomembno. Zato je v vsakem primeru o tem dobro spregovoriti, zaznati in se odzvati na pacientove želje.

**Notranji dejavniki.** Prvi in osnovni pogoj za pacientovo pripravljenost spregovoriti o svojih stiskah in doživljanjih je zaupnost, ki mu jo moramo zagotoviti neposredno z besedami in mu jo skušamo zagotoviti tudi nebesedno skozi celoten razgovor.

Za vzpostavljanje ugodnega vzdušja za pogovor je pomembno, da pacient začuti, da smo mu naklonjeni ter nas njegove težave in on kot človek pristno zanimajo. Prav tako mu moramo zagotoviti, da strpno (neobsojajoče) sprejemamo njegove stiske in dileme. Zato moramo biti posebej pozorni, da naša stališča, pogledi in predsodki ne vdirajo v prostor pogovora in ga ne omejujejo. Ob zadregah, zastojih in nelagodju pacienta, ga lahko – in nam bo za to hvaležen – spoštljivo spodbudimo.

Naša vprašanja naj bodo razumljiva, preprosta in nesugestivna. Poleg tega naj jih ne bo preveč. S tem bomo pacientu omogočili, da nam na svoj način pove, kaj in kako ga teži. Tako mu tudi ne bomo vliвали občutka, da se mora izražati zapleteno ali na poseben način.

Vsak zdravnik oblikuje svoj lasten slog spraševanja pacienta (5). Nekateri bolj sledijo pacientu v njegovi pripovedi in potem njegovo pripoved dopolnjujejo z dodatnimi vprašanji. Drugi že od začetka postavljajo jasno strukturo in pacientu točno povedo, kdaj in kaj želijo od njega slišati. Vsak slog ima svoje prednosti in pomanjkljivosti. Pomembno pa se je zavedati, da preveliko prepuščanje pogovora pacientu lahko v njem zbuja občutke nejasnosti in nestrokovnosti. Poleg tega pacienti včasih težko ocenijo, kaj je pomembno, in se lahko izgubljajo v podrobnostih. Preveliko prekinjanje in pregledovalčeva togost postavljanja vprašanj pa lahko v njem zbuja občutke, da so pomembni podatki in ne on kot človek.

Da nam je pacient pomemben kot posameznik in ne le kot nosilec določenih motenj – na kar je posebno občutljiv prav vsak izmed nas –, mu lahko sporočimo tudi s pozornim poslušanjem in zaznavanjem njegovih razlag, pogledov in stališč. Lahko jih ponovimo, se

jih spomnimo kasneje tekom pregleda, kar daje pacientu močan občutek upoštevanosti in sprejetosti.

S primerno sproščenostjo in odprtostjo pri postavljanju vprašanj lahko olajšamo pacientu, da spregovori tudi o intimnih ali tabuiziranih vsebinah: o spolnosti, samomorilnih težnjah, nenavadnih prepričanjih ipd.

Zelo pomirjujoče lahko delujejo na pacienta vprašanja in vmesne pripombe, ki mu dajejo slutiti, da smo že srečali paciente s podobnimi težavami in da so do določene mere občečloveške. Takšna razširitev in »normalizacija« težav ga razbremenjuje strahov in negotovosti, ki so se nakopičile v njem.

Ob vsem naštetem pa je najbolj pomembno, da s spoštljivim in nevzvišenim odnosom omogočimo pacientu občutek človeškega dostojanstva. S tem bo lahko razbremenjujoče občutil, da je prišel po pomoč k dovolj širokemu človeku, da lahko o vsem spregovori.

## ZAPIS PSIHIATRIČNEGA IZVIDA

Psihiatrični izvid mora na začetku vsebovati osnovne podatke o pacientu, sledita dva osrednja dela: psihiatrična anamneza in ocena duševnega stanja (psihični status), na koncu pa naše mnenje z diagnozo in predvideno zdravljenje.

Pri zapisovanju obeh osrednjih delov moramo slediti osnovnemu pravilu:

- Psihiatrična anamneza je skupek pacientovih navedb, ki jih zapišemo čim bolj z njegovimi besedami.
- Ocena psihičnega stanja (psihični status) pa je naš opis vsega, kar smo pri pregledu slišali in opazili, s strokovnim izrazoslovjem.

Dobro je, da dolžina zapisa ni prekratka, saj si potem ne moremo ustvariti ustrezne podobe o pacientu in besedilo izpade površno. Zelo dolgi zapisi pa tudi niso nujno kakovostni, saj se lahko bralec izgublja v preveliki količini napisanega. Zapisati je pomembno bistvene stvari in jih podkrepiti z dobrimi opisi. Ob takem izhodišču se nam ni potrebno ozirati na dolžino zapisa.

## PSIHIATRIČNA ANAMNEZA

Psihiatrična anamneza zajema celoto vsebin, ki so neposredno vključene, spremljajo ali predstavljajo razvojno ozadje psihičnih težav in motenj pacienta. Naša naloga je, da te vsebine pridobimo in jih uredimo. Tako nam bodo dostopne in v pomoč pri diagnostični in kasneje terapevtski obravnavi pacienta.

### Aktualna pritožba (sedanje težave)

Pridobivanje psihiatrične anamneze se običajno začne z vprašanji, kot so: kakšen je razlog vašega prihoda, bi mi lahko opisali težave, ki so vas privedle k nam ipd. S takšnimi odprtimi vprašanji pacientu omogočimo, da na svoj način in po svojem vrstnem redu opiše svoje trenutne težave in situacijo. Pustimo mu tudi dovolj časa, da to naredi. Iz vsega tega lahko že na začetku pridobimo vrsto pomembnih podatkov tako za anamnezo kot tudi za celotno oceno duševnega stanja pacienta.

Kasneje pa, če nam pacient tega ne pove že sam, povprašamo tudi o času trajanja teh težav, o drugih, spremljajočih težavah ter o povezavah z zunanjimi in notranjimi dejavniki, torej o sprožilcih in vzdrževalcih teh težav, zapletih, konfliktih ipd. Eno koristnih uvodnih vprašanj je lahko tudi: kdaj ste se zadnjič počutili povsem v redu.

Vprašamo tudi o odzivih okolice na pacientove težave in o vplivu teh težav na druga področja pacientovega življenja, kot so partnerstvo in družina, delo, odnosi z ljudmi ipd. Iz tega lahko razberemo obseg pacientovih težav, hkrati pa tudi njihove posledice, ki lahko pacienta motijo ali pa mu prinašajo določene ugodnosti.

Večkrat je dobro dodatno povprašati o motnjah, simptomih in znakih, ki običajno spremljajo in tvorijo celotno klinično sliko določenih motenj (6). Če nam pacient na primer pripoveduje o potrtosti in brezvoljnosti, ga povprašamo tudi o utrujenosti, samopodobi, sposobnosti uživanja, spanju, apetitu in drugih simptomih, ki so del depresivne motnje, ipd. To razširi naš vpogled v naravo motnje, hkrati pa pacientu vlije občutek, da je prišel v stik s kompetentnim strokovnjakom, ki ga razume in mu lahko zaupa.

Zajeti moramo tudi zgodovino opisovanih motenj ali drugih duševnih težav in dosedanje psihiatrično zdravljenje, vključno z vsemi hospitalizacijami, ukrepi in zdravili, ki jih je morda pacient do sedaj prejemal.

Ugotoviti skušamo pacientov odnos do nastalih težav in motenj. Po eni strani s tem izvemo, kakšna je njegova razlaga o njihovih vzrokih in razvoju. Po drugi pa lahko zaznamo tudi strahove, pomisleke in stališča do svojih duševnih težav ter do duševnih bolezni in do psihiatrije na splošno. Iz tega lahko razberemo vrsto dejavnikov, ki so vpleteni v nastanek motenj, predvsem pa pomembno vplivajo na nadaljnjo obravnavo: ali bo pacient vzpostavil terapevtsko delovno zvezo ali bo odkrito spregovoril o svojih težavah in ali bo sprejemal predlagano zdravljenje.

### Družinska anamneza

Družinska anamneza je nujen del vsake psihiatrične anamneze, saj je družina križišče dednih, razvojnih, odnosnih in okoljskih dejavnikov (7). V njej in zaradi njenih pomanjkljivosti se rojevajo psihične stiske, težave in motnje njenih članov.

V družinski anamnezi nas zanima osnovna sestava družine: starši, sorojenci in širša družina. Zanima nas njihova starost, odnosi, osebnostne značilnosti, načini vzgoje ter splošno vzdušje in razmere v družini. Poskušamo zajeti tudi umestitev družine v širše socialno okolje ter njene kulturološke in religiozne značilnosti.

Posebej moramo povprašati o duševnih težavah in boleznih ter drugih kroničnih in težjih telesnih boleznih v družini. Bolezni v družini imajo za otroka v tej družini večplasten pomen: lahko pomenijo dedno nagnjenost, lahko strahove pred razvojem podobnih bolezni, vedno pa se močno vpletejo v družinsko dinamiko, znotraj katere se posameznik razvija in odrašča. Posebej pomembno je vprašati o pogostih, a včasih spregledanih ali zamolčanih duševnih motnjah, kot so npr. odvisnost od alkohola z morebitnim nasiljem v družini ali hujše tesnobe in bojazni, ter o tabuiziranih motnjah, kot so npr. psihotične motnje, samomorilni poskusi in samomor.

Pri vseh teh vprašanjih pa moramo biti previdni, saj je človekov odnos do razkrivanja družinskih razmer in do govora o posameznih

družinskih članih zelo oseben in občutljiv. Pogojen je z vrsto izkušenj in prepričanj, ki mu postanejo samoumevna. Toda nekaj, kar je samoumevno enemu človeku, ni nujno samoumevno drugemu. Zadržanosti in odpore do govora o družini pri pacientu skušajmo zato prepoznati in preseči, če pa to ne uspe, jih moramo sprejeti in spoštovati.

## Osebna anamneza

Na podobne zadržanosti in odpore lahko naletimo pri vprašanjih o pacientovi osebni zgodovini. V tem delu anamneze, ki je običajno najboljšežnejša, skušamo zajeti vse pomembno, kar se je pacientu dogajalo od rojstva do trenutka pogovora. Za lažjo orientacijo skušamo iz pacientove pripovedi oblikovati enovito zgodbo. Kar pa ne pomeni, da se moramo togo držati vrstnega reda vprašanj. Večkrat nam pacienti o čem prej in raje spregovorijo kot o drugem. Najučinkoviteje, človeku prijazno in celo informativno se izkaže, če pacientu sprva pustimo prosto govoriti na vprašanje o njegovi zgodovini. Potem pa njegovo spontano pripoved dopolnimo z vprašanji o vsebinah, obdobjih in področjih, o katerih še ni spregovoril. Za oblikovanje podrobnejših vprašanj si lahko pomagamo z izkušnjami iz lastne preteklosti (8).

Osebna anamneza naj torej zajame naslednje:

- rojstvo in zgodnje otroštvo: porod in obporodne težave, zgodnji razvoj ipd. (ker naš spomin ne seže v tako zgodnje obdobje, lahko vprašanja o tem dopolnimo z vprašanjem: so vam o tem kaj povedali starši ipd.);
- predšolsko obdobje: odnosi s starši in sorjenci, igre, družabnost, izkušnje v vrtcu, učenje, otroške bolezni ipd. (tudi tu lahko dopolnimo z bolj posrednim vprašanjem, kot je npr.: kako bi vas starši opisali v tem obdobju ipd.);
- šolsko obdobje: odnosi z vrstniki, izkušnje v šoli in vloga v razredu, odnos do avtoritete in do (ne)uspeha, uveljavljanje, samostojne dejavnosti, bolezni v tem obdobju itn.;
- mladostniško obdobje: splošne izkušnje in konflikti, doživljanje telesa in spolnosti, osamosvajanje, odnosi z vrstniki in prvi partnerski odnosi, izbiranje poklica ipd.;

- odrasla doba: družina, partnerstvo in širši odnosi, poklicno življenje, socialne razmere, pristočasne dejavnosti, življenjski slog, navade in razvade s posebnim poudarkom na kajenju, alkoholu in prepovedanih drogah, pretekle bolezni, poškodbe in splošno zdravstveno stanje, spolno življenje in celotno področje identitete, spolnih in socialnih vlog, prestopki in kriminalna dejanja, vrednostni sistem in religioznost.

Med prebijanjem skozi celotno zgodbo pacienta imejmo pred očmi dva sklopa, ki ju skušamo zajeti pregledno, ne glede na posamezna življenjska obdobja: to sta dosedanje bolezni in zdravljenja ter osebnostne značilnosti pacienta. Prvo je pomembno za diferencialno-diagnostično opredelitev, saj se telesna obolenja in njihovo zdravljenje na tak ali drugačen način lahko vpletejo v razvoj duševnih motenj in celotno pacientovo doživljanje sebe. Drugo pa je ravno tako pomembno v diferencialno-diagnostičnem smislu, saj so določene duševne motnje ozko povezane z določenimi osebnostnimi značilnostmi pacienta. Poleg tega nam osebnostne značilnosti lahko veliko povedo o umestitvi posameznih duševnih težav v pacientovo celotno doživljanje ter s tem tudi na njegov odnos do njih in na motivacijo za zdravljenje.

Osebnostne značilnosti – ali z udomačenim tužko premorbidna osebnost – so skupek predbolezenskih značilnosti, ki se nam pokažejo iz vprašanj o splošnem razpoloženju, čustvenih odzivih, energetski opremljenosti in vedenjskih navadah, o intelektualnih zanimanjih in sposobnostih, o odnosih z drugimi ljudmi, o upoštevanju moralnih, religioznih in socialnih norm ter o fantazijah, sanjarjenjih in načrtih (9). Večkrat se nam te značilnosti izrišejo iz pacientove pripovedi, ne da bi po njih posebej spraševali.

Vse to, kar smo našli kot gradnike psihiatrične anamneze in kar lahko izvemo od pacienta samega, imenujemo avtoanamneza. Včasih od pacienta zaradi njegovega duševnega stanja ali drugih okoliščin ne moremo pridobiti anamnestičnih podatkov. Takrat jih poskušamo pridobiti od pacientovih družinskih članov, drugih bližnjih ljudi ali strokovnjakov, ki so bili do tedaj v stiku z njim. Tako pridobljene podatke imenujemo heteroanamneza. Slednja je pomembna in dragocena tudi v pri-

merih, ko lahko pacient dobro sodeluje sam. Prispeva k boljšemu pregledu in vpogledu v naravo pacientovih težav ter okoliščin njihovega nastanka. Seveda moramo za to pridobiti pacientov pristanek. Včasih je dobro, da vzamemo avto- in heteroanamnezo ločeno. Večinoma pa v klinični praksi postopamo tako, da najprej vzamemo avtoanamnezo samo s pacientom, potem pa heteroanamnezo istočasno s pacientom in svojci (ali drugimi referenti) skupaj. S tem pridobimo hkrati neposreden vpogled v dinamiko odnosov med udeleženci in njihov odnos do nastalih težav.

## OCENA DUŠEVNEGA STANJA (PSIHIČNI STATUS)

Oceni duševnega stanja pogosto krajše rečemo psihični status ali latinsko *status praesens psychicus* (sedanje psihično stanje).

Ocene duševnega stanja ne naredimo v določenem in omejenem delu psihiatričnega pregleda, ampak jo oblikujemo ves čas pogovora s pacientom. Proti koncu pregleda si vzamemo čas za vprašanja o vseh tistih psihopatoloških pojavih, o katerih nam pacient še ni sam spregovoril. Zapišemo pa vse skupaj na koncu, ko imamo v sebi – lahko po delčkih tudi že zapisano – ustvarjeno celotno sliko.

Takšna celokupna slika o pacientu je eden najpomembnejših vidikov psihičnega statusa. Vedno moramo imeti pred očmi, da v njem opisujemo človeka. Suhoparno nizanje strokovnih izrazov, lahko še tako umetelno, ki izgubi stik s celoto človeka, ki ga opisujemo, je pomanjkljivost. Postane nekaj, kar je samemu sebi namen in v čemer ni več spo-ročilnosti.

Zato je pomembnejše od vrstnega reda v psihičnem statusu to, da izpostavi najpomembnejše značilnosti pacienta in jih med seboj povezuje v celoto. Profesor Lev Milčinski<sup>4</sup> je to lepo izrazil v misli: »Kolega, veste, naj tisti, ki bere vaš izvid, izve nekaj o tem, koga ste srečali!«.

Še eno pomembno pravilo velja pri opisu psihičnega statusa: da je veliko bolje opisati, kar smo opazili, kot prehitro poimenovati s strokovnimi izrazi (10). Posebno, če pacienta ne poznamo dobro in glede določenih opazjenih pojavov nismo gotovi, kaj pomenijo, ali pa če strokovnih izrazov ne poznamo dovolj dobro. Dober opis je dragocenejši od vseh visoko zvenceh strokovnih izrazov. In ohrani svojo vrednost tudi, ko se nam diagnostični ali terapevtski pogled na pacienta (kar ni v nobeni medicinski vedi redkost!) spreminja.

Če ni pomemben vrstni red in ne strokovnost posameznih izrazov, pa je pomembno, da v psihični status zajamemo vse pomembne psihopatološke kategorije. Zajeti moramo tiste kategorije, pri katerih najdemo odklone, kot tudi tiste, kjer jih ne. S tem je psihični status celovit, in kdor ga bere, ve, da smo pomislili in preverili vse kategorije pacientovega doživljanja. Onemogoča površnost in nas odvrča od enostranske zagledanosti le v določene, četudi najbolj izražene motnje.

Vprašanja kategoriziranja in vrednotenja človekovega doživljanja so epistemološko in etično zapletena, vendar se moramo glede njih znati razumno omejiti in nanje odgovoriti na praktični ravni. Tako so se v klinični psihiatriji uveljavile naslednje kategorije, ki naj jih obsega psihični status:

- zavest in orientiranost,
- splošni vtis in vedenje,
- govor,
- mišljenje in zaznavanje,
- razpoloženje in čustvovanje,
- spoznavne sposobnosti (spomin, splošna poučenost, inteligentnost),
- uvidevnost in kritičnost (11).

Pri vsaki kategoriji v nadaljevanju sledijo konkretni primeri in možnosti, kako lahko opis posamezne kategorije konkretno zapišemo. Seveda pa so pričujoči zapisi o posameznih psihopatoloških kategorijah le okvir za oblikovanje in zapis psihičnega statusa. O samih psihopatoloških pojavih naj se študent pouči v psihiatričnih učbenikih, v poglavjih o znakih in simptomih duševnih motenj.

<sup>4</sup> Lev Milčinski (1916–2001) velja za enega v vrsti »očetov« slovenske psihiatrije. Zaslužen je za začetek in nadaljnji razvoj mnogih psihiatričnih področij v slovenskem prostoru: suicidologije, ambulantne psihiatrične oskrbe, psihoterapije, medicinske etike ipd. Je tudi avtor in glavni urednik prvega slovenskega učbenika psihiatrije.

## Zavest in orientiranost

Na začetku psihičnega statusa opišemo stanje zavesti in orientiranost v času, prostoru in situaciji, ker je od tega odvisno, ali je pogovor s pacientom sploh možen in do katere stopnje. To določa tudi obseg in smiselnost opisovanja drugih kategorij statusa. Pri komatoznih pacientih je zmožnost ocene duševnega stanja nemogoča, pri močno somnolentnih ali dezorientiranih pacientih pa zelo omejena itn. (12).

Primeri. Kvantitativne motnje zavesti: *pacient je bistre/lucidne zavesti, je zaspan/somnolenten, sediran (če gre za prepoznan vpliv psihotropnih snovi); kvalitativne motnje zavesti: je delirantno skaljene zavesti ali zamračen; orientiranost: je polno in ustrezno orientiran v času, prostoru in situaciji ali pa je časovno, prostorsko in/ali situacijsko slabo orientiran ali neorientiran/dezorientiran.*

## Splošni vtis in vedenje

Pri opisu splošnega vtisa in vedenja smo zaradi raznolikosti pojavnih oblik najbolj prepuščeni naši iznajdljivosti, da to čim bolj verodostojno ujamemo v besede. Med slovenskimi psihiatri je bilo in je še vedno nekaj uveljavljenih literatov, ki so to znali narediti posebej dobro.

Primeri. Urejenost: *pacient je lepe, skrbno urejene zunanosti, bolnikova zunanost je zane-marjena ipd.; zadah in vonj: čutiti je zadah po alkoholu, od pacienta izhaja vonj zaradi higienske zanemarjenosti itn.; znaki rizičnega vedenja: pacient ima sveže/že zaceljene rane oz. brazgotine na roki, ki so na enem mestu ali multiple, vidni so vbodi igel na podlakti ipd.; svojskost v obleki, pričeški ali ličenju: pacientka je pretirano naličena, oblečena zelo izstopajoče ali neskladno, pacient ima nenavadno pričeško, je močno tetoviran, ima med pogovorom natak-njena sončna očala ipd.; prehranjenost: pacient je prekomerno prehranjen, je podhranjen, je močno shiran/kahektičen; način pristopa do sogovornika: pacient pristopi zelo negotovo ali pa pristopi odločno in močno stisne roko, je sodelujoč, napadalen ipd.; motorika: pacient je motorično upočasnen, živahno gestikulira, je sključene drže, hipomimičen, prisotni tiki, stereotipije ali manire ipd.; izraz obraza in pogleda: pacient je žalostnega, vedrega izraza na obrazu, njegov pogled je zaskrbljen, prestrašen, sumni-*

*čav, iskrev, izzivalen, zapeljiv ipd.; kontakt/distanca do sogovornika: pacient takoj vzpostavi zelo zaupljiv odnos, pacientka je med pogovorom distancirana, odmaknjena, vzpostavlja dober očesni kontakt, očesni kontakt odsoten ipd.*

## Govor

Pomen govora je trojen: z enim delom je del pacientovega vedenja, saj je način in sredstvo vzpostavljanja stika z okolico, z drugim je za njegovo izvedbo potrebno sozvočje nevroloških in psiholoških mehanizmov, s tretjim pa je posredovalec mišljenja. Žal omenjenih treh plasti govora v konkretni govorni situaciji ni vedno mogoče ločevati. Odsotnost pacientovega odgovora na naše vprašanje je lahko posledica opozicionalnosti ali nesodelovanja pacienta, lahko je posredi afazija ali močna depresivna zavrtost, pacient se lahko zaradi preganjalnih doživetij boji izraziti svoje misli ali pa našega vprašanja samo ne razume.

Primeri. Odgovarjanje: *pacient odgovarja ustrezno hitro, odgovarja z zamiki/latencami; glasnost govora: govori zelo potihlo ali glasno ipd.; izgovorjava: govori nejasno, zabrisano, jec-ljajoče ipd.; nevrološke motnje govora: bolnik je afazičen, disfazičen ipd.*

## Mišljenje in zaznavanje

Oceno motenj mišljenja, ki je eden osrednjih in najpomembnejših delov psihičnega statusa, razdelimo na dva dela. Formalne motnje mišljenja so tiste, ki zadevajo miselni tok: njegovo hitrost, količino, povezanost in posebnosti. Vsebinske motnje mišljenja pa so tiste, ki izražajo vsebinske odklone, predvsem v smislu nenavadnosti in izgube stika z običajnim doživljanjem stvarnosti. Slednje imenujemo blodnje. Mišljenje je lahko tudi v celoti spremenjeno v smislu arhaičnega (dereističnega) mišljenja, ki temelji na podobah, simbolih in konkretizacijah ter je blizu magičnemu ali sanjskemu svetu.

V sklopu mišljenja opišemo tudi prevalentne misli in obsesivne misli. Slednje skupaj s kompulzijami sestavljajo anankastične fenomene.

Motnje zaznavanja, ki jih običajno opisujemo v psihičnem statusu (to so halucinacije, depersonalizacije in derealizacije), so najožje povezane z mišljenjem in predstavami.

Nastajajo kot posledica notranjih predelav doživljajskega materiala, ki večinoma sploh ni povezano z dejanskim zaznavanjem zunanjih dražljajev (11).

Posebej opišemo le redko prisotne iluzije, kjer pa je za razliko od halucinacij prisotna dejanska zaznava, ki jo pacient nadgradi.

Vsi drugi vidiki zaznavanja so povezani s stanjem zavesti in orientiranosti ter s spoznavnimi sposobnostmi, kjer jih tudi opišemo.

Primeri. Formalni vidiki mišljenja: hitrost miselnega toka: *mišljenje je upočasnjeno, zavrt, zelo hitro, misli prehitevajo druga drugo, prisoten je beg misli ali vrvežavost ipd.*; obširnost/skopost: *pacient pripoveduje zelo izčrpno, obširno, okolišavo, pripoveduje skopo, redkobesedno ipd.*; povezanost/koherentnost mišljenja: *mišljenje je povezano, koherentno, mišljenje je nepovezano, inkoherentno, disociirano ipd.*; miselne zadrge: *miselni tok se občasno pretrga, se ustavi, prisotne so miselne zadrge ipd.*; neologizmi: *pacient uporablja besedne skovanke, novotvorbe ali neologizme.*

Vsebinski vidiki mišljenja: prevalentne ideje: *bolnik je preokupiran z določeno vsebino, ves čas pogovora se vrača na določeno vsebino, določeni vsebini pripisuje (pre)velik pomen ipd.*; arhaičnost ali dereizem mišljenja: *pacientovo mišljenje je konkretno, abstraktno, simbolno, polno podob in metafor ipd.*; blodnje in blodnjave interpretacije: *bolnik je preganjalno-nanašalno, religiozno-mistično, veličavsko, erotično ali ljubosumnostno in. blodnjav, prisotne so blodnje določene vsebine, prisotni so občutki branja, odmevanja in oddajanja misli, občutki vodenja in vplivanja na daljavo ipd.*

Anankastični pojavi: obsesije: *pacient navaja vsiljive misli določene vsebini, ki jih doživlja kot sebi tuje, se vsebine boji ali mu je povsem nesprejemljiva ipd.*; kompulzije: *pacient navaja prisilna dejanja določene oblike, si neprestano umiva roke, šteje določene predmete in/ali dogodke, preverja vključenost določenih naprav ali pripomočkov ipd.*

Motnje zaznavanja: halucinacije: *prisotne, pacient navaja vidne, slušne, olfaktorne idr. halucinacije, navaja glasove ne/znanih ljudi, ki komentirajo njegovo vedenje, ga zmerjajo/ogovarjajo, se med seboj pogovarjajo ipd.*; depersonalizacija in derealizacija: *pacient navaja občutke depersonalizacije ali derealizacije, doživlja spremenjenost svojega telesa in/ali celotne*

*osebnosti, doživlja svojo okolico in njene prebitvalce kot spremenjene, nameščene, kot že videne (dèjà vu) ali doživete (dèjà vécu) ipd.*; iluzije: *prisotne so optične, slušne iluzije, bolnik na določen predmet ali vzorec doživlja iluzije ipd.*

## Razpoloženje in čustvovanje

Ocena razpoloženja in čustvovanja je izjemno pomemben del vsakega statusa in verjetno najtežji, posebej za začetnike. Iz pacientovih navedb, njegove drže in obnašanja ter nebesednih sporočil moramo povzeti in oceniti njegovo bazično in daljši čas prisotno razpoloženje ter znati od njega ločiti trenutne čustvene vzgibe in odzive (13). Razpoloženje lahko razumemo kot ozadje, ki daje celotnemu pacientovemu doživljanju določen ton, na njem pa se izrisujejo posamezne bolj omejene konture, to je čustva.

V tem razdelku opišemo tudi pacientovo dojemanje svoje situacije, skladno z določenim razpoloženjem ali čustvovanjem: to je optimističen ali pesimističen pogled v prihodnost, vse do brezizhodnosti, brezupa in samomorilnih teženj. Samomorilno ogroženost ocenimo posebej skrbno: povprašamo po tovrstnih težnjah, mislih, načrtih ali že prisotnem samomorilnem vedenju.

Hkrati pa zajamemo tudi motnje volje in potreb, ki so ravno tako ozko povezane z razpoloženskimi in čustvenimi stanjem.

Primeri. Razpoloženje: *pacient je primerne čustvene lege ali evtimen, je privzdignjenega razpoloženja ali hipo/maničen s pretirano aktivnostjo, načrti in je promiskuiteten, je znižanega razpoloženja, depresiven v blagem/zmernem/hudem obsegu, brezvoljen, pesimističen in obupan, ne zmore se ničesar veseliti, je anhedoničen, je utrujen in se zelo hitro utruja ipd.*

Čustvovanje: anksioznost: *pacient je blago/zmerno/hudo anksiozen, prisotni so telesni ekvivalenti anksioznosti: palpitacije, tiščanje v prsnem košu, tremor, potenje ipd.*, *pacient doživlja panični strah ali je grozav; drugi vidiki čustvovanja: pacient je čustveno dobro/slabo odziven, apatičen, čustvovanje je razgibano/splitveno, prisotno je burno, dramatično čustveno odzivanje, pacient je čustveno inkontinenten: zdaj joka, zdaj se smeje, je impulzivnega čustvovanja in svojih čustev ne obvladuje, prisotna je jeza, razdražljivost, sovražnost/hostilnost do sogovornika ali drugih prisotnih, pacient se*

nasmehne ob zelo resnih vsebinah ali je paratimen ipd.

Motnje volje in potrebe: volja: *pacient toži o pomanjkanju volje, je brezvoljen/hipobuličen, ne kaže nobenih voljnih vzgibov, je apatičen; hranjenje: pacientka odklanja hrano, je anoreksična, se preneja in/ali bruha, navaja bulimično simptomatiko itn.; spanje: pacient navaja nespečnost z zgodnjim jutranjim zbujanjem ali z oteženim usnavanjem, navaja prekomerno spanje, spi veliko tudi čez dan itn.; spolnost: pacient navaja povečano/zmanjšano željo po spolnosti, navaja določene spolne motnje, kot so impotenca, bolečine pri spolnem odnosu ali prezgodnji izliv, odklone v spolnem vedenju, kot so ekshibicionizem, fetišizem, sado-mazohizem ipd.*

Samomorilna ogroženost: *pacient izraža pasivne želje po smrti, ima suicidalne (samomorilne) misli, namere, grožnje ali načrte, je v preteklosti že poskusil samomor, je torej suicidalno (močno) ogrožen: trenutno ali kronično ipd.*

### **Spoznavne sposobnosti (spomin, splošna poučenost, inteligenca)**

Ob psihiatričnem pregledu lahko ocenimo spoznavne sposobnosti le okvirno. Sicer obstaja že vrsta natančnih diagnostičnih sredstev za oceno teh sposobnosti, ki se jih lahko poslužimo, ali pošljemo pacienta k ustreznemu strokovnjaku, kliničnemu psihologu, če sklepamo na resnejše motnje na tem področju.

Oceno teh sposobnosti, ki jo zapišemo ob običajnem psihiatričnem pregledu, pridobimo iz neposrednih pacientovih navedb o spominu ter jih okvirno ocenimo tudi pri samem pregledu. Na pozornost, splošno poučenost in inteligenco pa lahko sklepamo posredno preko podatkov o šolanju, skozi razumevanje obravnavanih tem in ob pogovoru o splošnih vsebinah, pacientovih pogledih na svet in življenje ter ob komentiranju širših kulturnih ali družbeno-političnih dogajanj.

Primeri. Spomin: *spominsko pacient ni okrnjen, prisotne so spominske vrzeli, moten je kratkoročni ali sveži spomin, moten je dolgoročni spomin ali spomin za starejše dogodke, bolnik*

*spominske vrzeli polni z neresničnimi vsebinami ali s konfabulacijami ipd.; pozornost: bolnik vzdržuje dobro usmerjeno pozornost, njegova pozornost je odkrenljiva, ne zmore obdržati pozornosti na vsebini pogovora ipd.; splošna poučenost: pacientova splošna poučenost je na nad/pod/povprečni ravni; inteligenca: dobro/slabše zmore abstraktno in kompleksno razmišljati, njegovo razumevanje različnih situacij, metafor in pregovorov je primerno/znižano, loči bistveno od nebitnega med razgovorom ipd.*

### **Uvidevnost in kritičnost**

Uvid v naravo lastne duševne težave ali motnje ter kritičnost od tega sta zapletena procesa. Marsikateri psihoterapevt ali filozof bi dodal, da tudi nista nikoli zaključena procesa. Vendar se v kliničnem vsakdanu pri njuni oceni omejimo predvsem na dvoje: ali se pacient zaveda osnovne bolezenske narave (uvid) ter obsega, resnosti in možnih posledic svojih težav (kritičnost). Prvo je zlasti pomembno za skupino psihičnih motenj, drugo pa za odvisnosti. V psihičnem statusu opišemo prisotnost ali odsotnost enega in drugega, kar se posebej zrcali tudi v pripravljenosti za sodelovanje pri predlaganem zdravljenju.

Primeri. *Pacient izraža uvid v naravo svojih težav, je do njih ne/kritičen, vzpostavlja kritično distanco, pristaja in sprejema zdravljenje, je motiviran za spremembo oz. zdravljenje; je do svojih suicidalnih težej kritično distanciran, zagotovi odsotnost suicidalnega vedenja in je z njim možno skleniti antisuicidalni dogovor.*

## **ZAKLJUČEK**

Psihiatrični pregled je pot v neznano. Skozi doživljajske pokrajine do tedaj nepoznanega človeka se moramo prebiti do kažipotov in označenih poti. Posebej občutljivi so prvi koraki, ko nam je pokrajina še povsem nova. Pri tem je sredstvo in način prodiranja naša osebnost, orodje besede in svetloba naša pristna človeška zavzetost. Pot ni enostavna, pasti je mnogo. Vendar ob dobri orientaciji, čemur je skušalo biti namenjeno pričujoče besedilo, lahko postaja ta pot vznemirljivo potovanje, s katerega se vračamo bogatejši.

## LITERATURA

1. Jaspers K. Allgemeine Psychopathologie. Berlin: Springer Verlag, 1953.
2. Frankl VE. Der leidende Mensch. Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie. München: Piper; 1990.
3. Milčinski L. Psihiatrična eksploracija. V: Milčinski L, ur. Psihijatrija. Ljubljana: Državna založba Slovenije; 1986.
4. Carlat DJ. The Psychiatric Interview. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
5. Bleuler E, Bleuler M. Lehrbuch der Psychiatrie. Berlin: Springer Verlag; 1983.
6. Žvan V. Psihiatrični pregled. V: Tomori M, Ziherl S, ur. Psihijatrija. Ljubljana: Litterapicta; 1999.
7. Tomori M. Psihiatrični pregled. V: Kocijančič A, ur. Klinična preiskava. Ljubljana: Litterapicta; 2000.
8. Sullivan HS. The Psychiatric Interview. New York: W. W. Norton & Company; 1954.
9. Möller HJ, Laux G, Deister A. Psychiatrie. Stuttgart: Hippokrates Verlag; 1995.
10. Schneider K. Klinische Psychopathologie. Stuttgart: Georg Thieme Verlag; 1967.
11. Trzepacz PT, Baker RW. The Psychiatric Mental Status Examination. Oxford: Oxford University Press; 1993.
12. Kind H. Leitfaden für die psychiatrische Untersuchung. Berlin: Springer Verlag; 1973.
13. Talley NJ, O'Connor S. Clinical Examination. Oxford: Blackwell Science; 1996.

Prispelo 16. 1. 2007