

Pregledni prispevek/Review article

PSEUDOCIEZA – SODOBEN POGLED NA STARO MOTNJO

PSEUDOCYESIS – A CURRENT VIEW ON AN OLD DISORDER

Miha Derganc, Milan Ličina

Psihiatrična klinika Ljubljana, Studenec 48, 1260 Ljubljana Polje

Prispelo 2003-12-29, sprejeto 2004-03-04; ZDRAV VESTN 2004; 73: 599–603

Ključne besede: nosečnost; namišljena nosečnost; blodnje nosečnosti; somatoformne motnje

Izvleček – Izhodišča. Psevdocieza je redka motnja, pri kateri nenoseča ženska (zelo redko tudi moški) trdno verjame, da je noseča (oz. noseč) in ima tudi objektivne znake in simptome nosečnosti. Pri njenem nastanku so pomembni tako psihološki kot tudi neuroendokrini mehanizmi, je heterogena in precej nejasno razmejena od drugih podobnih bolj pogostih motenj. Nahaja se na mejnem področju med psihiatrijo in ginekologijo, na meji med duševno in telesno motnjo.

Zaključki. Avtorja v prispevku opišeta definicijo, zgodovinski pregled, epidemiologijo, klinično sliko, diagnostiko, etiologijo in zdravljenje psevdocieze na podlagi dostopne literature in lastnih izkušenj.

Uvod

Psevdocieza privlači pozornost in bega zdravnike že od časov Hipokrata. Nekateri jo navajajo tudi kot prvo znano psihosomatsko motnjo (1). Je redka in slabo raziskana motnja na mejnem področju med psihiatrijo in ginekologijo, ki zaradi ne povsem pojasnenih razlogov postaja še redkejša. Kljub napredku medicinskega znanja je diagnostični in predvsem terapevtski problem.

Definicija

Psevdocieza ali namišljena nosečnost je stanje, ko ženska trdno verjame, da je noseča, in ima ob tem objektivne znake in simptome nosečnosti ob odsotnosti prave nosečnosti (1, 2). Izraz psevdocieza je skoval J. M. Good l. 1823 v svojem delu »System of Nosology« (iz grščine *pseudēs* – napačna in *kyesis* – nosečnost). Nadomestil je star slabšalen izraz ponarejena nosečnost (3). V DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) je psevdocieza uvrščena med somatoformne motnje, ki niso drugje označene.

Zgodovinski pregled

Psevdocieza je stanje, poznano že iz antike. Hipokrat je že v 4. stoletju pr.n.š. opisal 12 žensk, »ki si domišljajo da so noseče, ker so izgubile menstruacijo in imajo povečane mater-

Key words: pregnancy; false pregnancy; delusions of pregnancy; somatoform disorders

Abstract – Background. Pseudocyesis in a rare disorder characterized by the conviction of a nonpregnant woman (rarely also a man) that she (he) is pregnant in association with the development of objective signs and symptoms of pregnancy. The disorder involves both psychological and neuroendocrine mechanisms, it is heterogeneous and it is not precisely separated from other more common disorders. It is placed on borderline between psychiatry and gynecology, between psychical and somatic disorder.

Conclusions. The authors describe the definition, history, epidemiology, clinical presentation, diagnosis, etiology and treatment of pseudocyesis according to medical literature and their experience.

nice«. Eden najzgodnejših opisov tega stanja je tudi opis W. Harveya iz leta 1651, ki je tudi prvi poudaril psihološke vidike tega stanja (4).

V zgodovini najdemo tudi dva primera psevdocieze v kraljevskih družinah. Angleška kraljica Marija Tudor (1515–1558) je imela v času, ko je bila poročena s španskim kraljem Filipom II. Habsburškim, dve epizodi psevdocieze, ki sta imeli pomembne posledice tako na domačem kot na mednarodnem političnem prizorišču tistega časa. Srbska kraljica Draga, žena kralja Aleksandra Obrenovića, je imela leta 1901 epizodo psevdocieze, ki je poleg drugih vzrokov vplivala na atentat na kralja leta 1903 (4).

Tudi Anna O., med psihoanalitiki dobro znana bolnica J. Breuerja in S. Freuda, je imela epizodo psevdocieze.

Epidemiologija

Primeri psevdocieze so opisani med različnimi rasami in med različnimi socialnimi skupinami, med evropskimi kraljevskimi družinami in med črnimi sužnji. Opisana je od 5. do 79. leta starosti in pri obeh spolih (5, 6).

Psevdocieza je razmeroma redko stanje, katerega pogostnost je težko določiti. Kaže, da se spreminja glede na geografsko umeščenost, kulturo in glede na čas, v katerem je bila raziskava narejena. Doslej je bilo v angleški literaturi od 18. stoletja naprej objavljenih 547 primerov psevdocieze (7), od njih je bil po letu 1960 objavljen le manjši del (manj kot 10%).

G. D. Bivin in M. P. Klinger sta v svoji knjigi *Pseudocyesis* (1937) zbrala 444 primerov psevdocijeze. Starost bolnic je bila od 7 do 79 let, povprečna starost je bila 33 let. 73% bolnic je bilo v reprodukativnem obdobju in le 17% jih je bilo v menopavzi. 83% jih je bilo poročenih, 14,6% samskih in 2,3% ovdovelih. Najpogosteje se je pojavila v drugem zakonu, posebno če v prvem ni bilo otrok. 37% jih je že bilo nosečih. Simptomi so pri 43% trajali 9 mesecev.

Kljub pomanjkanju zanesljivih informacij se večina avtorjev strinja, da se je pogostnost psevdocijeze v zahodnem svetu v zadnjih desetletjih močno znižala.

Po opisu iz leta 1917 so v eni od porodnišnic v New Yorku imeli primer psevdocijeze približno vsak mesec. V poročilu iz poznih 40. let je opisan en primer psevdocijeze na 250 sprejemov v porodnišnico (8). Ocena iz poznih 70. let z bostonskega območja pa je 6 primerov na 22.000 rojstev (5).

Razlogov za tako znižanje je več. Zmanjšala se je psihološka potreba in družbeni pritisk na ženske, da morajo rojevati otroke. To je posledica trenda k manjšim družinam, znižanja umrljivosti otrok, zvišanja stopnje ozaveščenosti o medicini in spolnosti in ostalih sprememb v vlogi žensk v družbi, ki so prinesle ženskam tudi druge možnosti za samouresničitev kot le materinstvo (1, 7, 9).

Sodobne diagnostične metode so omogočile zgodnjo in zanesljivo diagnozo nosečnosti. Pri tem so postale pomembnejše kot pa občutja ženske in njene telesne spremembe, ki so bolj podvržene subjektivni oceni tako same ženske kot tudi medicinskega osebja. Z zvišanjem ozaveščenosti o spolnosti in nosečnosti je tako modra črtica na hitrem testu za nosečnost postala najzgodnejši in nujen dokaz nosečnosti za žensko in za njeno okolico. Poleg tega pa so sodobne diagnostične metode omogočile ločitev psevdocijeze od drugih endokrinoloških in ostalih telesnih motenj.

Nekateri avtorji menijo, da se je pogostnost psevdocijeze znižala zaradi manjšega zanimanja zdravnikov za to stanje in zaradi tega tudi redkejšega objavljanja primerov v strokovnih revijah (1, 10). Pojavljajo pa se tudi mnenja, da se psevdocijeza danes kaže v drugačni, v abortivni obliki, ki se ji ne posveča toliko pozornosti, ker je manj izražena in neškodljiva (1). Pogostnost psevdocijeze bi bila tako višja, če bi podrobneje preiskali primere spontanov splavov, pri katerih na histološki preiskavi niso našli plodovega tkiva (7).

Še vedno pa je pogostnost psevdocijeze velika med Afričani. Dve poročili iz Afrike v 70. letih govorita o razmerju 1:200 in 1:160 med primeri psevdocijeze in vsemi sprejemi v porodnišnico (11). V razvitih deželah pa so skupina s tveganjem priseljenci (2, 12, 13) in pripadniki nižjih socialnoekonomskih slojev (6). Dve poročili (8, 11) nakazujeta tudi povezavo med neplodnostjo in psevdocijezo.

Psevdocijeza pri moških

Psevdocijeza se ne omejuje samo na ženske, lahko se pojavi tudi pri moških. Opisanih je več primerov, ko so imeli bolniki poleg prepričanja, da so noseči, tudi telesne znake nosečnosti: jutranjo slabost, napetost in povečanje trebuha, premikanje v trebuhu, povečan tek in izcedek iz prsnih bradavic. Opisani primeri vključujejo predvsem moške s problemi v spolni identifikaciji (transseksualce in homoseksualce) in bolnike s psihozo (14). Nekateri avtorji (7) opozarjajo, da velik del teh primerov pri uporabi sedaj veljavne definicije ne bi bil diagnosticiran kot psevdocijeza.

Klinična slika

Klinično sliko psevdocijeze lahko razdelimo na psihološki in na telesni del.

Psihološki del zajema bolnično prepričanje, da je noseča. To prepričanje se giblje od bežne ideje do trdnega prepričanja o

nosečnosti (5), ki se kaže tudi s pripravami na porod in prihod otroka (posteljica, oblekice...) in se upira realnim medicinskim dokazom in socialnim pritiskom. Zato ima precej značilnosti blodenj, seveda s to razliko, da obstaja nekaj resničnih znakov za nosečnost (15).

Telesni del zajema skupek znakov in simptomov, ki spremljajo nosečnost. Ti znaki so:

1. Povečanje trebuha: trebuh je po navadi povečan kot pri pravi nosečnosti. Za razliko od normalne nosečnosti pa je popek po navadi vdrt. Ob palpaciji je trebuh po navadi zmerno napet, ne tiplje se ne maternice ne plodu. Na perkusijo je trebuh timpaničen. Lahko so prisotne tudi strije.
2. Motnje menstruacijskega ciklusa: gibljejo se od neredne menstruacije do amenoreje. Pogoste so neredne krvavitve, kar so v preteklosti lahko zamenjali z grozečim splavom ali s prezgodnjo ločitvijo posteljice.
3. Premikanje plodu je po navadi najbolj prepričljiv znak, po navadi se čuti prej, kot bi se ob resnični nosečnosti, to premikanje lahko čuti tudi zdravnik, v preteklosti so bili opisani primeri, ko je bil slišen celo plodov srčni utrip.
4. Gastrointestinalni simptomi: jutranja slabost se po navadi pojavi še pred amenorejo in je lahko prvi znak, ki pri bolnici sproži sum, da je noseča. Bolnica ima lahko povečan tek, postane lahko izbircna (opisan je primer bolnice, ki je jedla samo še sladoled in rake [8]), opisana je tudi pica. Lahko pride do povečanja telesne teže, ki pa je običajno večje, kot pri pravi nosečnosti.
5. Spremembe na dojkah: to vključuje povečanje in občutljivost dojk, povečanje in pigmentacijo areole, nabrekanje bradavic in razširitev podkožnih ven. Pogosta je galaktoreja, resnična laktacija pa je redka.
6. Porodne bolečine in psevdoporod: bolečine so lahko zelo močne, trajajo lahko več dni, po navadi se pojavijo ob namišljenem pričakanem dnevu poroda. Psevdoporod je stanje, ki je lahko tako dramatično in prepričljivo, da so iz časov, ko še ni bilo na voljo sodobnih diagnostičnih preiskav, znani primeri, ko so bile bolnice sprejete na porodno oddelke, nekaterim je bil narejen celo carski rez. Še danes je lahko v urgentni situaciji brez možnosti ultrazvočne preiskave tako stanje diagnostični problem.
7. Povečanje maternice in zmečanje materničnega vratu: maternica naj se ne bi povečala več kot do velikosti, ki ustreza šesttedenski nosečnosti.

Diagnoza

Dandanes zaradi izpopolnjenih hormonskih in slikovnih preiskav po navadi ni težko ločiti psevdocijeze od resnične nosečnosti. Brez teh preiskav pa ju je bilo včasih praktično nemogoče ločiti. Iz literature je znanih veliko primerov, ko je bila psevdocijeza celo s strani več zdravnikov ocenjena kot resnična nosečnost in so bile včasih bolnice po nepotrebem izpostavljene tudi nevarnim posegom.

Ključni za diagnozo so torej dobra anamneza, določitev hCG (humani horionski gonadotropin) v serumu ali urinu ter ultrazvočna preiskava. Pozorni pa moramo seveda biti, da ne spregledamo kakšnega zapleta resnične nosečnosti, kot so plodova smrt v maternici, spontani splav, zunajmaternična nosečnost, prezgodnja ločitev posteljice, predležča posteljica ali gestacijska trofoblastna bolezen (4).

Diferencialna diagnoza

Psevdocijezo moramo ločiti od:

1. Blodenj nosečnosti

Blodnje nosečnosti se pojavljajo precej pogosto. Prvi jih je opisal Esquirol v 19. stoletju (15). Pri njih ni telesnih znakov nosečnosti, pa tudi pojavljajo se v drugačnem konteks-

tu kot psevdocieza (15). Opisane so pri bolnikih z organskimi duševnimi motnjami, shizofrenijo, depresijo, demenco in pri duševno zaostalih (16). Čeprav se iz klinične prakse zdi, da so pogostejše pri ženskah, je opisanih primerov več pri moških (17–23), verjetno zato, ker so pri moških take blodnje bolj bizarne (24).

Blodnje nosečnosti pri moških moramo ločiti od sindroma couvade. Sindrom couvade je fenomen, ko oče pričakovanega otroka ob partneričini nosečnosti razvije telesne in psihične simptome, čeprav ne misli, da je noseč. Telesni simptomi spominjajo na nosečnost in so jutranja slabost, bruhanje, napihnjenost trebuha, spremenjen tek in zobobol, psihični simptomi pa so depresija, tesnoba, nespečnost, razdražljivost in hipohondrija (25–26).

Ločitev med psevdociezo in blodnjami nosečnosti je v literaturi zelo nekonsistentna. Nekateri avtorji (5, 27) so celo mnenja, da ni nujno, da prepričanje o nosečnosti pri psevdociezi spremljajo tudi telesni pojavi, značilni za nosečnost (28). Tako so nekateri primeri blodenj materinstva opisani kot psevdocieza (27–29) in obratno (30). Kljub očitnemu prekrivanju v vzrokih in pojavnosti pa je klinična ločitev med psevdociezo in blodnjami nosečnosti mogoča na osnovi prisotnosti oziroma odsotnosti telesnih znakov nosečnosti (28), kar moramo nadvse dosledno upoštevati.

Pri moških je morda še težje razlikovanje psevdocieze in sindroma couvade na eni strani in blodenj nosečnosti na drugi (15).

2. Simulirane nosečnosti

Ženska lahko nosečnost simulira iz koristljubja ali drugih socialnih ali pravnih razlogov. V nekaterih zakonodajah je bila nosečnost razlog za prepoved izvršitve smrtne kazni, iz literature je znanih več simuliranih nosečnosti v takšnih primerih (15).

3. Pseudonosečnosti (v literaturi omenjena tudi kot zmotna nosečnost)

Opisanih je več različnih vrst tumorjev, ki izločajo hormone in povzročijo nastanek znakov nosečnosti (karcinom bronhov, ovarijski sarkom, teratom) (2, 4). Opisana je tudi po možganski operaciji. Seveda pa moramo tudi med diferencialno diagnostiko sekundarne amenoreje upoštevati psevdociezo (31).

Etiologija

Psihološki dejavniki

Čeprav se vsi avtorji strinjajo, da je osnova psevdocieze psihološka, pa zaenkrat še ni bila jasno spoznana nobena posamezna psihološka značilnost, ki bi veljala za vse bolnice s psevdociezo. Večina bolnic ni huje psihično bolnih oziroma psihotičnih (4).

Po navadi je prisotna močna želja po otrocih, čeprav je lahko v ozadju tudi strah in občutki krivde v zvezi z nosečnostjo. S strahom in občutki krivde je povezana tudi verjetno najbolj pretresljiva posledica psevdocieze, to je poskus splava pri ženskah, ki niso noseče. Perforacija maternice z ostrim predmetom je bil običajen zaplet takih poskusov, zato je bilo opisanih več smrtnih primerov (15).

Fried in sodelavci (8) so menili, da je psevdocieza *psihosomatska* motnja in da gre pri njej za konverzijo tesnobe, ki nastaja iz konflikta med lastnimi seksualnimi impulzi in želje po nosečnosti na eni strani in strahom in občutki krivde zaradi zgodnjih negativnih izkušenj in učenja v zvezi s spolnostjo na drugi strani.

Opisana so štiri področja pregenitalne motivacije za psevdociezo (10):

1. Narcisizem in odvisnost:

V to področje je vključeno zadovoljstvo ženske nad telesnimi občutki, skrb, ki jo dobiva s strani moža in drugih ter

gratifikacija infantilnih potreb po naklonjenosti in pozornosti. Nosečnost lahko tudi utrdi zakon in ženo osvobodi vsakodnevnih nalog, ki ne zadovoljujejo njenih odvisnostnih potreb.

2. Telesna slika in identiteta:

Nabrekanje telesa pri nosečnosti lahko premaga kastracijski strah s tem, da pomeni novo notranjo rast. Prenehanje menstruacijskih krvavitev ob nosečnosti lahko podpira željo ostati celota. Poln trebuh in nabrekle prsi lahko znižajo tesnobo glede telesne neustreznosti.

3. Moč:

Nosečnost lahko spodbudi par k poroki oziroma vpliva na obstanek nestabilne zveze. Obet stvaritve novega življenja lahko spodbudi občutek omnipotence. Poleg tega je tu tudi predvidevanje kontrole nad drugim človekom.

4. Krivda in odvisnost od bolečine:

Nosečnost lahko blaži občutke krivde. Nevšečnosti, ki jih prinaša, lahko pomenijo obliko samokaznovanja.

Somatopsihična teorija predpostavlja, da ženska lahko napačno interpretira telesne spremembe (na primer amenorejo ali povečanje trebuha) kot znake nosečnosti. Če si zelo želi postati noseča, se v hipotalamusu sprožijo endokrinološke spremembe, ki potem še podkrepijo prepričanje o nosečnosti (32). Barglow in Brown (3) sta predstavila zamisel, da je psevdocieza rezultat prikrite depresije in da jo lahko gledamo kot ekvivalent depresije. Menila sta, da je izguba, separacija in depresija pri nastanku psevdocieze pomembna v več točkah:

1. Depresija naj bi bila prispevala k nastanku raznih stanj, ki so povezana z nosečnostjo ali sekundarno amenorejo, kot so: anoreksija nervosa, poporodna psihoza in poporodni zamik v začetku menstruacije.

2. Menstruacija lahko simbolično pomeni izgubo reproduktivne funkcije.

3. Menarha simbolizira konec ženskinih otroških vezi z materjo in lahko ponovno sproži idejo o kastraciji.

4. Veliko bolnic s psevdociezo kaže depresivno dinamiko.

5. Odrasli strahovi o izgubi sposobnosti roditi otroka so lahko povezani z zgodnejšimi strahovi pred izgubo ljubezni in telesne integritete.

6. Psihofarmakološke študije kažejo na to, da je depresija povezana z motnjami v delovanju monoaminskega neurotransmiterskega sistema (10). Dopamin pa je inhibitor prolaktina, tako da bi hiperprolaktinemija pri psevdociezi lahko bila posledica pomanjkanja dopamina.

V literaturi je opisan tudi primer bolnice, pri kateri se je po epizodi psevdocieze pojavila depresivna psihoza (33).

Psevdociezo si Barglow in Brown zamišljata kot model za *psihofiziološko* motnjo. Podlaga za to motnjo naj bi bil medsebojni vpliv med psiho in telesom. Bazični konflikt ali depresivna motnja naj bi sprožila neuroendokrine spremembe, imenovane tudi neuroendokrini »materinski podprogram« (34), preko kortikalnih ali limbičnih povezav na ravni hipotalamusa (3, 7).

Endokrinološki dejavniki

Raziskave na živalih

Podobna motnja, kot je psevdocieza pri ljudeh, je že dolgo časa znana pri živalih. Opisana je pri glodalcih in tudi drugih večjih sesalcih. Živali kažejo znake nosečnosti, kot so povečan trebuh, nabrekla maternica in mlečne žleze ter galaktoreja. Poleg tega kažejo tudi materinsko obnašanje, kot je gnezdenje in izbira predmeta ali manjše živali za nadomestek mladiča. To navidezno nosečnost je mogoče pri podganah umetno povzročiti na različne načine, kot so parjenje s steriliziranimi samci in mehanično draženje cervikalnega kanala. Pri živalih z navidezno nosečnostjo so odkrili vztrajajočo prisotnost rumenega telesca, povišan prolaktin in progesteron, odvisno od vrste, ki je bila proučevana (3, 7).

Raziskave pri ljudeh

Rezultatov raziskav na živalih do sedaj še ni mogoče zadovoljivo uporabiti pri razlagi endokrinoloških sprememb pri ljudeh. Hiperprolaktinemija in persistentno rumeno telesce nista bila najdena v vseh raziskavah. Rezultati raziskav na ljudeh so različni in nekonsistentni (12, 32, 35–39), kljub temu pa se iz njih da potegniti nekaj zaključkov. Bolnice imajo večje zaloge za sprostitve pripravljene luteinizirajočega hormona (LH) (7, 35). Hiperprolaktinemija in vztrajajoče rumeno telesce sta prisotna pri delu bolnic, nista pa potrebna za nadaljevanje simptomov (7, 12, 37, 38). V enem primeru je pri bolnici, ko je le-ta izvedela za pravilno diagnozo, prej povišana koncentracija hormonov padla (12). Večina avtorjev razmišlja, da je pri bolnicah s psevdocielo motnja najverjetneje v hipotalamičnem dopaminskem sistemu in ne v hipofizi.

Tako različni profili hormonov so lahko posledica endokrinološke heterogenosti te motnje. Poleg tega je k pomanjkanju jasnih rezultatov pripomoglo to, da je bilo v raziskave vključeno relativno majhno število bolnic, še posebej v primerjavi z velikim številom preiskovanih spremenljivk (7).

Vloga endogenega opioidnega sistema: Več avtorjev je menilo, da je endogeni opioidni sistem pomemben v nastanku psevdocielo (4, 27, 40). Te domneve pa ni potrdila raziskava (38), ki je pokazala, da nalokson (antagonist opioidnih receptorjev) ne vpliva na endokrinološke spremembe pri bolnicah s psevdocielo.

Vzroki za nastanek telesnih znakov

Povečanje trebuha naj bi povzročalo zaradi plinov razširjeno črevesje, povečana maternica, preobilna maščoba v omentumu, zadržano blato, retenca urina, spazem trebušne prepone oziroma trebušnih mišic, prestavitve vsebine trebušne votline navzpred zaradi preveč poudarjene lumbalne lordoze ali pa kombinacija teh vzrokov (1–10).

Opisani so primeri, ko je povečanje trebuha izginilo med splošno anestezijo (3, 15) in po izpustu velike količine vetrov (12). Opisan in s fotografijami dokumentiran pa je tudi primer ženske, ki je bila sposobna zavestno spremeniti svoj trebuh tako, da je dajal videz nosečnosti (15).

Fenomeni, ki so podobni premikanju plodu, so najverjetneje peristaltika in/ali nezavedno krčenje trebušnih mišic. Slišnost plodovih srčnih utripov bi lahko pripisali domišljiji preiskovalca, lahko pa jih zamenjamo z materino tahikardijo (4).

Tudi vzroki za pojav amenoreje in izcedka iz dojk niso povsem pojasnjeni. Prolaktin v teh primerih ni bil vedno povišan (41). Galaktorejo in laktacijo lahko povzroči tudi dolgotrajna stimulacija dojk ali bolj pogosto iritativno žarišče kot na primer brazgotina ali vnetni proces na ali ob dojki (4). Galaktoreja je lahko tudi posledica stranskih učinkov antipsihotikov (42).

Povezava med psevdocielo in drugimi psihičnimi motnjami

Poleg povezave med depresijo in psevdocielo sta v literaturi opisana primera, ko je bila psevdociela začetek psihotične motnje (43, 44). Opisan je tudi primer bolnice, pri kateri se je psevdociela trikrat pojavila skupaj s hipomanijo (45), in primer, ko se je psevdociela pojavila po epizodi porodne psihoze (46). Znan pa je tudi primer, ko se je psevdociela končala s krajjo otroka (13).

Zdravljenje

O zdravljenju psevdocielo je malo napisanega, prav tako o tem ni bila narejena nobena kontrolirana raziskava.

Iz zgodovine so znani poskusi zdravljenja psevdocielo s pijavkami, opijati, anestetiki, emetiki, purgativi, kopelmi, masa-

žo, kiretažo, kirurškimi posegi, hipnozo in različnimi sredstvi za sprožitev menstruacije. Že zgodaj pa je bilo ugotovljeno, da ni dovolj zgolj seznanitev z diagnozo in da je najučinkovitejši ukrep s psihoterapijo spremeniti bolnično prepričanje, da je noseča.

Bolnico moramo jasno in empatično seznaniti z dejstvom, da ni noseča. Ultrazvočni pregled ni samo učinkovita diagnostična preiskava, ampak je uporaben tudi terapevtsko, s tem da bolnici pokažemo viden dokaz, da ni plodu. Pri tem pa je treba biti pozoren na nagnjenje bolnic, da izkrivljajo realnost. Bolnice lahko napačno zaznajo, kar vidijo na zaslonu, tako kot napačno zaznavajo notranje občutke, kakršne sproži peristaltika. Znan je primer (41), ko je bolnica trdila, da na zaslonu vidi nekaj, kar je podobno otroški roki. Prav tako je opisan primer (4), ko je bolnica med ultrazvočno preiskavo napačno interpretirala pogovor med zdravnikom in tehnikom in je iz njega sklepala, da je res noseča. Ultrazvočno preiskavo naj bi v takih primerih izvajal izkušeni preiskovalec, ki bo sposoben bolnici jasno opisati vse anatomske podrobnosti in razložiti vse nejasne oblike in sence. Prav tako je pomembno, da se med preiskavo v pogovoru z bolnico in med osebje izogibamo besed, ki bi jih lahko bolnica napak interpretirala (4). Z ultrazvočno preiskavo le del bolnic prepričamo o tem, da niso noseče. Pri obravnavi preostalih je potrebno tesno sodelovanje med ginekologom in psihiatrom. Čeprav je seveda problem v tem, da si bolnice želijo pregled pri ginekologu in ne pri psihiatru. Navadno bolnice hodijo od zdravnika do zdravnika in iščejo potrditev svoje nosečnosti in ne sprejmejo resnične diagnoze.

V psihiatrični obravnavi je treba razumeti vlogo plodnosti in nosečnosti v bolnični samoidentiteti, kar moramo videti tudi v njenem socialnokulturnem okolju. Oceniti moramo, kako težko je prenesla izgube v pomembnih medosebnih odnosih ali celo pri izgubi plodu, pozorni moramo biti na težave s separacijo, težave v zakonskem in spolnem življenju in prisotnost primarne ali sekundarne neplodnosti. Bolničin partner oziroma starši imajo pomembno vlogo tako pri nastanku motnje kot tudi pri njenem zdravljenju. Pomembno je, da jih vključimo v zdravljenje, posebno kadar bolnica zdravljenja ne sprejema. Velikokrat je bolnice težko vključiti v dinamsko usmerjeno psihoterapijo. Takrat je najboljši suportivni pristop. Bolnici pomagamo, da se sooči s stvarnostjo in ji pomagamo reševati težave, ki jih ima ob tem. Ženska s psevdocielo mora opustiti fantazijo, v katero je investirala smisel in upe, pri tem ji moramo pomagati najti primeren način, kot je na primer »spontani splav«, ki je lahko sprejemljiva rešitev za konec nosečnosti (7).

Nekateri avtorji (4) ob psihoterapiji priporočajo tudi hormonske pripravke, s katerimi sprožimo menstruacijo, česar pa seveda ne smemo narediti, ne da bi bila bolnica vključena v psihiatrično obravnavo. Depresivne in psihotične bolnice potrebujejo ustrezno zdravljenje z zdravili, včasih tudi hospitalizacijo.

Ko je namišljene nosečnosti konec, je koristno, da posvetimo pozornost reševanju konfliktov, ki so bili v ozadju nastanka motnje. S tem se izognemo možnosti ponovitve psevdocielo ali nastanka depresije ali kakšne druge konverzivne motnje (7).

O zdravljenju moških s psevdocielo v literaturi ni podatkov.

Zaključki

V prispevku sva predstavila psevdocielo, redko in slabo raziskano bolezensko stanje. Kljub temu da je v sedanjem času postala še redkejša, psevdociela ni le zgodovinskega značaja. Tudi na naši kliniki smo v zadnjih 30 letih obravnavali 8 bolnic s psevdocielo, od tega dve bolnici nista bili več v rodnem obdobju. Noben od teh primerov doslej ni bil opisan v literaturi.

Literatura

1. Murray JL, Abraham EG. Pseudocyesis, a review. *Obstet Gynecol* 1978; 51: 627–31.
2. Hardwick PJ, Fitzpatrick C. Fear, folie and phantom pregnancy: pseudocyesis in a fifteen-year-old girl. *Br J Psychiatry* 1981; 139: 558–60.
3. Brown E, Barglow P. Pseudocyesis: A paradigm for psychophysiological interactions. *Arch Gen Psychiatry* 1971; 24: 221–9.
4. O'Grady JP, Rosenthal M. Pseudocyesis: a modern perspective on an old disorder. *Obstet Gynecol Surv* 1989; 44: 500–11.
5. Cohen LM. A current perspective of pseudocyesis. *Am J Psychiatry* 1984; 139: 1140–6.
6. Trivedi AN, Singh S. Pseudocyesis and its modern perspective. *Aust NZJ Obstet Gynaecol* 1998; 38: 466–8.
7. Whelan CI, Stewart DE. Pseudocyesis—a review and report of six cases. *Int J Psychiatry Med* 1990; 20: 97–108.
8. Fried PH, Rakoff AE, Schopbach RR, Kaplan AJ. Pseudocyesis: A psychosomatic study in gynecology. *JAMA* 1951; 145: 1329–35.
9. Drife JO. Phantom pregnancy. *Br Med J* 1985; 291: 687–8.
10. Small GW. Pseudocyesis: an overview. *Can J Psychiatry* 1986; 31: 452–7.
11. Ladipo OA. Pseudocyesis in infertile patients. *Int J Gynaecol Obstet* 1979; 16: 427–9.
12. Yen SS, Rebar RW, Quesenberry W. Pituitary function in pseudocyesis. *J Clin Endocrinol Metab* 1976; 43: 132–6.
13. D'Orban PT. Child stealing and pseudocyesis. *Br J Psychiatry* 1982; 141: 196–8.
14. Evans DL, Seely TJ. Pseudocyesis in the male. *J Nerv Ment Dis* 1984; 172: 37–40.
15. Brockington I. *Motherhood and mental health*. Oxford: Oxford University Press, 1996: 27–35.
16. Griengl H. Delusional pregnancy in a patient with primary sterility. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2000; 21: 57–9.
17. Varma SL, Katsenos S. Delusion of pregnancy. *Aust NZJ Psychiatry* 1999; 33: 118–8.
18. Radhakrishnan R, Satheeshkumar G, Chaturvedi SK. Recurrent delusions of pregnancy in a male. *Psychopathology* 1999; 32: 1–4.
19. Adityanjee AM. Delusion of pregnancy in males: a case report and literature review. *Psychopathology* 1995; 28: 307–11.
20. Miller LJ, Forcier K. Situational influence on development of delusions of pregnancy in a man. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 140–0.
21. Shankar R. Delusion of pregnancy in schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1991; 159: 285–6.
22. Chengappa KN, Steingard S, Brar JS, Keshavan MS. Delusions of pregnancy in men. *Br J Psychiatry* 1989; 155: 422–4.
23. Chaturvedi SK. Delusions of pregnancy in men. Case report and review of the literature. *Br J Psychiatry* 1989; 154: 716–8.
24. Hrdlička M. Delusion of maternity. *Psychopathology* 1998; 31: 270–3.
25. Tenyi T, Trixler M, Jádi F. Psychotic couvade: 2 case reports. *Psychopathology* 1996; 29: 252–4.
26. Sims A. *Symptoms in the mind*. London: W. B. Saunders, 1995: 260–1.
27. De Pauw KW. Three thousand days of pregnancy. A case of monosymptomatic delusional pseudocyesis responding to pimozide. *Br J Psychiatry* 1990; 157: 924–8.
28. Michael A, Joseph A, Pallen A. Delusions of pregnancy. *Br J Psychiatry* 1994; 164: 244–6.
29. Milner GL, Hayes GD. Pseudocyesis associated with folie a deux. *Br J Psychiatry* 1990; 156: 438–40.
30. Bitton G, Thibaut F, Lefevre-Lesage I. Delusions of pregnancy in a man. *Am J Psychiatry* 1991; 148: 811–2.
31. Silber TJ, Abdalla W. Pseudocyesis in adolescent females. *J Adolesc Health Care* 1983; 4: 109–12.
32. Starkman MN, Marshall JC, La Ferla J, Kelch RP. Pseudocyesis: psychologic and neuroendocrine interrelationships. *Psychosom Med* 1985; 47: 46–57.
33. Craddock B, Craddock N, Liebling LL. Pseudocyesis followed by depressive psychosis. *Br J Psychiatry* 1990; 157: 624–5.
34. Sobrinho LG. The psychogenic effects of prolactin. *Acta Endocrinol (Copenh)* 1993; 129: Suppl 1: 38–40.
35. Tulandi T, McInnes RA, Mehta A, Tolis G. Pseudocyesis: pituitary function before and after resolution of symptoms. *Obstet Gynecol* 1982; 59: 119–21.
36. Tulandi T, McInnes RA, Lal S. Altered pituitary hormone secretion in patients with pseudocyesis. *Fertil Steril* 1983; 40: 637–41.
37. Osotimehin BO, Ladipo OA, Adejuwon CA, Otolurin EO. Pituitary and placental hormone levels in pseudocyesis. *Int J Gynaecol Obstet* 1981; 19: 399–402.
38. Devane GW, Vera MI, Buih WC, Kalra PS. Opioid peptides in pseudocyesis. *Obstet Gynecol* 1985; 65: 183–8.
39. Ayers JW, Seiler JC. Neuroendocrine indices of depression in pseudocyesis. A case report. *J Reprod Med* 1984; 29: 67–70.
40. Fishbain DA. Three thousand days of pregnancy. *Br J Psychiatry* 1991; 159: 445–6.
41. Starkman MN. Impact of psychodynamic factors on the course and management of patients with pseudocyesis. *Obstet Gynecol* 1984; 64: 142–5.
42. Cramer B. Delusion of pregnancy in a girl with drug induced lactation. *Am J Psychiatry* 1971; 127: 960–3.
43. Reichenbacher T, Yates A. Pseudocyesis as the presenting symptom in an adolescent patient with an incipient thought disorder. *J Adolesc Health Care* 1987; 8: 456–9.
44. Mortimer A, Banbery J. Pseudocyesis preceding psychosis. *Br J Psychiatry* 1988; 152: 562–5.
45. Taylor J, Kreeger A. Recurrent pseudocyesis and hypomania. *Br J Psychiatry* 1987; 151: 120–2.
46. Fennig S, Chelban J, Naisberg-Fennig S, Neumann M. Pseudopregnancy and postpartum psychosis: a case study. *Psychopathology* 1993; 26: 113–6.