

"Prikaz slučaja redidivirajuće umišljene trudnoće"

Sažetak

U ovom je radu prikazan kompliciran slučaj inducirane psihoze u dvoje s pojavom pseudotrudnoće i Couvade sindroma. Supruga dva puta razvija pseudotrudnoću koju suprug prihvaća kao stvarnu što zatvara psihotični krug. Liječenje je započelo nakon njenog pokušaja suicida.

Autori žele naglasiti utjecaj rane i pravilne dijagnoze na modalitete tretmana koji ovise i o efektima spola koji usmjeravaju intervencije specifične za određenu populaciju. Tretman umišljene trudnoće trebalo bi uvijek provoditi u timu sa obiteljskim liječnikom, ginekologom i socijalnim radnikom. Kada se radi o tretmanu psihotičnih pacijenata, nezamjenjiv je sustavni (sistemski) obiteljski psihoterapijski pristup.

Ključne riječi:

Pseudotrudnoća, Fantomska trudnoća, Lažna trudnoća, Couvade, Inducirana psihoza, Ludilo u dvoje (folie a deux)

Abstract

Authors presented a complicated case of family pathology with induction of specific psychopathological manifestations – pseudopregnancy and Couvade syndrome. This pseudopregnancy her husband accepted as a real one thus closing the psychotic circle. The treatment began

The authors want to emphasize the influence of early and correct diagnosis to modalities of treatment that depend also on effects of sex that direct interventions specific for certain population. The treatment of pseudopregnancy should always be carried out together with family physician, gynecologist and social worker. When the treatment of psychotic patients is concerned, the systematic family psychotherapeutic approach is unreplaceable.

Key words: Pseudocyesis, Pseudopregnancy. Phantom pregnancy. False pregnancy. Couvade, induced psychosis, madness in two (folie a deux)

UVOD

Pseudotrudnoća je rijedak psihijatrijski sindrom, koji susrećemo još i pod nazivima lažna trudnoća, umišljena trudnoća, histerična trudnoća ili fantomska trudnoća. Termin "pseudocyesis" uveo je John Mason Good 1823.godine na osnovi grčkih riječi *pseudēs*=lažno; i *kyesis*= trudnoća, a podrazumijeva stanje u kojem je žena koja nije trudna čvrsto uvjerena u postojanje trudnoće (1,2). Ova je pojava sporadično zabilježena i opisana na različitim zemljopisnim lokacijama, u različitim vremenima i kulturama, svim rasama, nacijama i slojevima društva. Prvi ju je opisao Hipokrat 300. godine prije nove ere. Nakon toga je u 16. stoljeću zabilježen slučaj Mary Tudor, kćeri Henryja VIII. U 18. je stoljeću opisan kod fanatično religiozne Joanne Southcott, koja je vjerovala da će roditi budućeg Mesiju. U posljednja dva stoljeća zabilježeno je oko 600 slučajeva pseudotrudnoće. Bivin i Klinger su 1937. godine skupili i prikazali 444 slučaja pseudotrudnoće, a Cohen iste godine 100 slučajeva. Nakon toga, ovakvi se slučajevi prikazuju pojedinačno (3). U literaturi pronalazimo opisano svega nekoliko slučajeva pseudotrudnoće u muškaraca (4).

Kod oboljele osobe pojavljuju se gotovo svi simptomi i znaci trudnoće poput nepravilnosti menstruacije, amenoreje, rasta opsega trbuha, areolarne hiperpigmentacije, promjene dojki i pojave laktacije. Javljaju se još i tzv. medijalna linea nigra, invertirani umbilikus, porast apetita, tjelesne težine, tipičan lordotični stav u hodu, jutarnje mučnine i povraćanje, osjećanje tonova čedinjeg srca, pokreta ploda, sve do lažnog poroda praćenog kontrakcijama muskulature. U nekim slučajevima, kada bolesnica sazna da nije trudna, može doći do ozbiljnih psihičkih komplikacija (5). Ne postoji jedinstveni proces nastanka pseudotrudnoće kod svih pacijenata. Neki autori je smatraju psihosomatskim poremećajem, drugi naglašavaju važnost afektivnih poremećaja i depresije u etiologiji, dok treći tvrde kako je to varijanta Munchausenovog sindroma ili monosimptomatska hipohondrija. DSM IV-TR ju svrstava u konverzivne poremećaje, unutar kategorije "Somatoformni" pod šifrom 300.82, a ICD X u podskupinu neodređenog somatizacijskog poremećaja, označenog šifrom F 45.9 (6,7).

PRIKAZ SLUČAJA

Opisani bračni par čine 40-ogodišnja kućanica i 35-ogodišnji vojnik, umirovljen zbog posttraumatskog stresnog poremećaja. Oboje su ratni veterani. Njoj je ovo drugi brak u kojem nemaju zajedničku djecu. Ona je rođena kao najstarije dijete u obitelji u kojoj nitko nije liječen zbog duševnih bolesti, mada je djetinjstvo bilo obilježeno brojnim traumatskim iskustvima. Roditelji su se razveli u trećem mjesecu njenog života, tako da oca nije nikada niti upoznala. Majka ju je nerijetko i fizički zlostavljala. Često je dovodila usputne ljubavnike kući, ne obazirući se na kćer, koja nije mogla izbjeći prisutnost seksualnim odnosima majke sa različitim partnerima. Ipak je uspješno završila osnovno obrazovanje, a kasnije i ugostiteljski tečaj, pa je neko vrijeme radila kao konobarica. Prvi se put udala u svojoj 15-oj godini za više nego dvostruko starijeg čovjeka i u tom je braku rodila blizance, koji su danas odrasli obiteljski ljudi s djecom. Zbog suprugovog alkoholizma i fizičkog zlostavljanja razvela se nakon sedam godina braka. Početkom Domovinskog rata u Hrvatskoj, ona se kao dragovoljac priključuje vojnim postrojbama i sudjeluje u ratnim zbivanjima tijekom gotovo tri pune godine. Često je bila izložena pogibeljnim situacijama. Razvojačila se kada se udala za sadašnjeg supruga. Tada joj je bilo 36 godina.

Iz njegove anamneze saznajemo da je rođen kao najmlađe dijete u obitelji sa petoro djece. Od svoje sedme do petnaeste godine živio je u Domu za djecu i mladež, jer je otac alkoholičar zlostavljao i zapuštao obitelj, da bi se na kraju ubio vatrenim oružjem. Tijekom prve dvije godine braka s bolesnicom, rijetko je bio kod kuće jer se kao vojnik uglavnom nalazio na bojištu, u izrazito traumatskim situacijama. Kako su ratne aktivnosti jenjavale, počinje manifestirati psihičke smetnje iz kruga posttraumatskog stresnog poremećaja. Postao je eksplozivan, mračnog raspoloženja i izgleda, a postepeno se potpuno izolirao u svojoj kući izbjegavajući kontakte sa svima, osim sa suprugom. Nakon zajedničke odluke da imaju dijete kod pacijentice se pojavljuju svi simptomi trudnoće: izostanak menstruacije, jutarnje mučnine, povećanje opsega trbuha, sve do termina poroda kada je osjećala i kontrakcije abdominalne muskulature. Kako se nije porodila, shvatila je da je cijela trudnoća bila lažna zbog čega je osjećala stid i strah da će je proglasiti ludom ili optužiti za "vračanje" ili "crnu magiju". Izdržala je ogovaranja i optužbe suprugove majke koja je pokrenula i policijsku istragu zbog sumnje da je počinila čedomorstvo. Nakon ovih događaja, suprugovo se psihičko stanje pogoršalo. Zbog kronične nesanice, iscrpljenosti i umora, često je bio agresivan i destruktivnog ponašanja. U tom je periodu prvi put doveden na pregled psihijatru i to iz pritvora, nakon što je fizički napao svog zapovjednika sumanuto ljubomoran prema svojoj supruzi.

S njom je razvio simbiotsku vezu. Nije joj dopuštao kontakte s bilo kim iz okoline tražeći da stalno bude samo s njim. Morala je, npr., svako malo govoriti "ovdje sam" i dok se nalazila na toaletu, kraj pritvorenih vrata. Na česte kontrolne preglede je uvijek dolazio u njenoj pratnji. Ona nije bila upadljiva, nije se žalila, niti je pokazivala znakove bilo kakvog poremećaja, tj. nije se "nudila" kao pacijent. Prikrivala je simptome posttraumatskog stresnog poremećaja koje je osjećala. Liječenje je tijekom jednogodišnjeg razdoblja vođeno ambulantno jer je odbijao hospitalizaciju, kako bi spriječio razdvajanje od supruge. U tri navrata pristao je boraviti u dnevnoj bolnici tijekom vikenda i to samo kada je bilo praznih bolesničkih soba, kako ne bi slučajno dolazio u kontakt s drugim bolesnicima. Tada je supruga sve vrijeme bila pored njega. Šutjeli su držeći se za ruke. Ponovno su zajednički iskazali želju za djetetom, koja je bila naglašena u bolesnice jer je tvrdila da snažno voli supruga i zna koliko bi ga dijete veselilo. Ubrzo ona ponovno pokazuje sve znakove trudnoće. Porast opsega abdomena bio je uočljiv jer je oblačila haljine sačinjene od tankih materijala. On je postao izrazito obziran, zaštitnički, što je ona opisivala kao "pažljivost do nepodnošljivosti". Tijekom cijele "trudnoće" nije odlazila ginekologu nalazeći za to razne izgovore. I dalje su bili nerazdvojni, a prilikom kontrolnih pregleda su izvještavali o rastu "bebe", te između ostalog opisivali i pokrete čeda koje su oboje osjećali.

Kako se približavao termin poroda, bolesnik je postajao uznemiren, napet, svadljiv, nije spavao i doslovno se niti jednog trenutka nije odvajao od supruge. Povremeno je imao abdominalne kolike, probavne smetnje, stalno su mu drhtale ruke, a katkad se doimao izbezumljenim. Tvrdio je kako se dobro osjeća i kako je samo "malo zabrinut" za dijete koje se treba roditi. Zajedno su "osluškivali" čedo i osjećali njegove pokrete i udarce. U jednoj je prigodi izjavio kako neće biti moguće da njegova supruga ostane u rodilištu tjedan dana, jer on to neće moći podnijeti, osim ako bude s njom pa je odlučio "logorovati" pred samim vratima rodilišta, u hodniku, dok god je ne otpuste kući. Tijekom posljednjeg kontrolnog pregleda, na slučajni upit, doznaje se da je očekivani termin poroda prošao prije dva tjedna. Zbog toga je pacijentica upućena na hitan ginekološki i ultrazvučni pregled, kada je ustanovljeno da trudnoće nema, niti je bilo. Bolesnici se od tada nisu javljali psihijatru gotovo godinu dana. Došlo je do pogoršanja njihovih odnosa. Ponovno je počeo pratiti, optuživati za nevjeru i povremeno fizički zlostavljati. Još neko vrijeme se nadala kako će ponovno zatrudnjeti, no kako joj to nije uspijevalo, zatražila je ginekološku obradu kojom je ustanovljeno postojanje ovarijalne ciste. Osjećala se starom i iscrpljenom. Apatično se nije osvrkala na njegovo agresivno ponašanje. Razvila je depresivni poremećaj. Hospitalizirana je nakon ozbiljnog pokušaja suicida ingestijom veće količine anksiolitika.

Za vrijeme hospitalizacije suprug je redovno posjećivao. Tijekom individualnih tretmana verbalizirala je svoje osjećaje u odnosu na ponavljanje pseudotrudnoće. Prvi puta razočarenje i strah od osude okoline, a drugi puta je odmah osjećala da nije "zapravo" trudna, mada se potajno nadala da možda jeste. Podržavala je uvjerenje svih da je trudnoća prava jer je to stanje promijenilo situaciju u kući u njenu korist. Suprug je bio pažljiv i nije je fizički zlostavljao. Početni oporavak nakon pokušaja suicida je uslijedio nakon tri mjeseca tretmana. Tada ona iskazuje svoju odlučnost za raskid braka. Prijetio joj je ubojstvom, ukoliko ga pokuša ostaviti. No ona je to ipak učinila, skrila se i uz pomoć socijalne službe uspjela realizirati razvod. Neko je vrijeme živjela sa svojim sinovima i unucima, a potom je pronašla posao kao konobarica. Trenutno je u vezi sa mladićem starim 30 godina. Bivši suprug je u međuvremenu umirovljen i sada živi sa svojom majkom u iznajmljenoj kućici. Nakon formalnog razvoda prestao je progoniti bivšu suprugu. Pojavljuje se u urednoj odjeći i obrijan, a što je u jakoj diskrepanciji s onim ranije viđenim. I dalje uzima medikamentoznu terapiju i povremeno dolazi na sastanke socioterapijske zajednice veterana liječenih od PTSD-a, ali se ne uključuje u njihove aktivnosti. U kontaktu je sklon disimulaciji uz jaku tenziju i anksioznost. Prigodom razgovora je podozriv i negativističan, daje šture i strogo kontrolirane podatke. Odbija razgovor o emocionalno osjetljivim temama. Odnose s okolinom i svoje stanje opisuje riječima "...pa dobro je...sam sam se i rodio"..

Diskusija

Tijekom zajedničkog života opisanog bračnog para dolazilo je do stalnog izmjenjivanja i indukcije depresivnih, anksioznih, psihosomatskih i psihotičnih poremećaja. Komplikirana obiteljska patologija dovela je i do specifičnih psihopatoloških manifestacija: patološke ljubomore, pseudotrudnoće a potom i couvad sindroma. Takve situacije nisu nepoznate u kliničkoj praksi. Pojavu pseudotrudnoće u induciranoj psihozi kod kćeri, a potom i kod majke opisao je Milner (8).

Oba su prikazana supružnika veterani domovinskog rata. Suprug je liječen od PTSP-a, a razvio je i paranoidnu psihozu koja se manifestirala simptomima psihotične ljubomore. Poznato je da je posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) često praćen psihijatrijskim komorbiditetom koji je u svezi s predispozicijom (poremećaji raspoloženja, anksiozni poremećaji, opsesivno kompulzivni poremećaj, panični poremećaj, sindromi ovisnosti o alkoholu ili drugim sredstvima, te poremećaji ličnosti). U nekim slučajevima nalazimo prolazne, poput "flashback" epizoda, ali i trajne psihotične poremećaje koji su ponekad bliski paranoidnim ili shizofreniji (9). Neki bolesnici, poput prikazanog slučaja, mogu biti verbalno ili neverbalno agresivni, često prema članovima obitelji s kojima su u ambivalentnom odnosu (10,11).

Supruge oboljelih veterana i same su podložne razvoju brojnih psihičkih poremećaja koji imaju depresivni izvor i često se manifestiraju somatizacijama, a prikrivena i potisnuta agresija i nezadovoljstvo mogu se okrenuti protiv vlastitog tijela što omogućuje razvoj psihosomatskih poremećaja (12). Kako bi se obranila od psihičkog i fizičkog zlostavljanja, supruga u prikazanom slučaju je u dva navrata tijekom pet godina razvila simptome umišljene trudnoće. Tako je pseudotrudnoća dobila ulogu obrane. Takve situacije opisane su u literaturi kao način izbjegavanja konfrontacije s realitetom kod slučajeva zlostavljanja u obitelji (13).

Kao i u prikazanom slučaju, u praksi je poznato da je za pojavu pseudotrudnoće rizično i postojanje fizičkog, psihičkog i seksualnog zlostavljanja u ranom djetinjstvu ili incesta, uslijed kojeg se tvori nerazriješeni konflikt koji uvjetuje nastanak poremećaja. Incest ima višeznačne fizičke, emocionalne, kognitivne i interpersonalne sekvele. Osoba obično nema energije za razotkrivanje tajne tj. rješavanje konflikta. Pseudotrudnoća je metafora te traume i ozbiljan obrambeni mehanizam. Tako je opisano nastajanje poremećaja kada je incestuozni otac izišao iz zatvora (29).

U genezi pseudotrudnoće važnu ulogu ima i želja supružnika za trudnoćom i rađanjem djeteta koja je uvjetovana socijalnim pritiskom,

utjecajem okoline tj. "imperativom prokreacije", stavom kako trudnoća i materinstvo imaju središnji značaj u izgradnji identiteta i samopoštovanja svake žene. Bitnu ulogu ima i članstvo u strogim kulturalnim i religioznim grupama, medicinska i psihološka naivnost, socijalna izolacija, što sve nalazimo u prikazanom slučaju (15). Uvijek su to žene koje žele djecu, odnosno imaju intenzivnu želju za djetetom, ali bi željele izbjeći trudnoću. U isto vrijeme se javljaju i želja za trudnoćom i strah od nje (16). To onemogućuje stupanje u kvalitetnu vezu, jer stalno nastoje proraditi primarnu obitelj. One koriste supruga za razrješenje svoje traume, primarno vezano uz oca. Početak veze je zadovoljava sukladno razvoju fantazama koje ne kvari realitet, ali kada se sukobljuje s težim problemom, kao što je u ovom slučaju bio PTSP i patološka ljubomora, ona nastoji pobjeći iz situacije i mimo dobiti koju dobiva prekidom dotadašnjeg zlostavljanja. Trudnoća je kod bolesnice bila zapravo nesvjesna odbrana od poremećenog bračnog odnosa karakteriziranog psihičkim i fizičkim nasiljem, te patološkom ljubomorom supruga. Ljubomora je često udružena sa osjećajima straha, ljutnje i tuge. U svojoj ekscesivnoj formi ona može uzrokovati i ubojstvo pa je forenzičko značenje veliko. Vrlo važno je i pitanje impotencije (17).

Suprug koji je već paranoidno ljubomoran, prihvaća pseudotrudnoću supruge kao stvarnu i razvija identifikaciju sa trudnom ženom, manifestirajući brojne simptome koje smo prepoznali kao Couvade sindrom. To je nevoljni i nesvjesno determinirani fenomen kada se tijekom trudnoće supruge, kod muža ili drugih bliskih rođaka, javlja povišena anksioznost, nemir i uzbuđenje, koji se pojačavaju s približavanjem poroda. To je zabilježeno u 11 do 36% slučajeva kod očeva u očekivanju rođenja djeteta (18). Objašnjava se određenom vrstom hostilnosti koja se sada ne može usmjeriti prema ženi, a i nerealiziranim libidnoznim impulsima. Tényi je pokušao psihodinamski analizirati zbivanja vezana uz Couvade sindrom i zaključio je da se kod nepsihotičnih ili psihosomatskih Couvade sindroma radi o identifikaciji s trudnom ženom, zatim o ambivalentnom stavu vezanom uz očinstvo jer se fetus doživljava kao rival. U psihotičnim slučajevima nalazimo identifikaciju s fetusom, koja vodi u dvostruku identifikaciju. Bolesnik se identificira s trudnom ženom, što dovodi do identifikacije s majkom, a to reaktivira identifikaciju s fetusom i loš aspekt dijadnog odnosa. Ta dvostruka identifikacija je osnova libidinalne dekatkse koja je bazirana u ranom ego defektu. U prikazana dva slučaja, iza ego defekta stajala je patologija snažnog odnosa majka-dijete i submisivni otac. Analiza Couvade sindroma je važna ne samo psihijatrima, već i obiteljskim liječnicima i ginekolozima (19,20).

Cijelo to vrijeme oni oboje funkcioniraju na psihotičnom nivou, u simbiotskom odnosu, bez mogućnosti razdvajanja, inducirani u vjerovanju kako je trudnoća stvarna. Zbog manifestne paranoidne psihoze i agresivnosti, liječenje započinje i provođeno je isključivo sa bolesnikom, dok njegova supruga biva neprimijećena i zanemarena kao pacijent. Tako su psihopatološka zbivanja kod nje ostala neprepoznata. Kada je suočena sa činjenicom nepostojanja trudnoće ona postaje depresivna, sa ozbiljnim suicidalnim pokušajem. Tada i završava njihov odnos, raskidom braka.

Prikazana bolesnica nije pokazivala znakove psihotičnosti, što se slaže s prikazima u literaturi, koji savjetuju kako je potrebno diferencijalno dijagnostički razlikovati precijenjene ideje od sumanute monosimptomatske psihoze, te pojavu halucinacija trudnoće tijekom psihotičnih egzacerbacija u shizofreniji. U takvim slučajevima od bolesnika možemo čuti hipohondrijske, somatske, haptičke, kinestetičke i propioceptivne sumanutosti. Diferencijalna dijagnoza je važna, jer utječe na terapijski izbor, tj. uporabu antipsihotika ili antidepresiva (21).

Opisana bolesnica ne pokazuje fluktuacije na kognitivnom planu, orijentirana je, intaktne memorije, apstraktnog razmišljanja i intelektualnog funkcioniranja. Upravo su takvi slučajevi najčešće opisani, u kojima se lažna trudnoća pojavljuje kao komplicirani sindrom koji predstavlja formu

konverzivnog poremećaja sa pratećom depresijom. Silber opisuje tri slučaja pseudotrudnoće u depresivnih adolescentica koje su uspješno psihoterapijski liječene (22). Psihodinamska rekonstrukcija vodi do nezrelog ženskog identiteta, koji je odgovoran za razvoj simbiotskih objektnih relacija. Infantilne fantazije o trudnoći dovode i do ambivalencije koja se izražava mučninom i povraćanjem, slično poremećajima hranjenja. Tako Demaret opisuje pojavu pseudotrudnoće u bolesnice s anoreksijom nervozom (23). Opisuje se i važna uloga separativnog konflikta kod pacijenata koji su ekstremno osjetljivi na separaciju jer su fiksacije bliske fazi separacija-individuacija. Imamo restituciju obrana, pa pseudotrudnoća postaje vrsta kompenzacije za stvarni ili umišljeni gubitak, želju da se bude voljen. Bolesnik se fokusira na fizički simptom. Konverzivna reakcija je jaki mehanizam obrane koji drži unutarnje konflikte u nesvjesnom, a kada se razotkrije lažna trudnoća, može doći do komplikacija u vidu ozbiljne depresije, sve do pokušaja suicida. Tako je ta konverzivna reakcija zapravo depresivni ekvivalent. Pojavu pseudotrudnoće u završnoj fazi psihoanalize opisali su Freud kod kod Anne O., Groddeck 1923. godine u knjizi "Knjiga o Idu", Briebl i Kulka 1935. godine, Abram 1969. godine, a tumačili su je pozitivnim transferom bolesnice prema terapeutu, separacijskom anksioznošću zbog skorog prekida tretmana, te zavišću za penisom i kao fantaziju oralne trudnoće, što bi trebao biti razlog za

nastavak tretmana (24). Pseudotrudnoća predstavlja, na neki način, i svojevrsno samokažnjavajuće ponašanje. Bolesnica izbjegava konfrontacije s realitetom, odbija prihvatiti činjenicu kako je trudnoća iluzija, ne prihvaća medicinski, tj. ginekološki pregled, ne želi pomoć psihijatra. Kroz svoje simptome ide sa izbjegavanjem, minimalizacijom i somatizacijom. Postoji ambivalentan stav spram trudnoće, strah od realizacije ili sekundarni motivi često agresivnog, hostilnog karaktera. Nesvjesno se traži očekivajuće razočarenje kako bi se gratificirali ti sekundarni motivi (24).

U opisanom slučaju pseudotrudnoća se razvila dva puta. Poznato je da u pet posto slučajeva pseudotrudnoća recidivira. Postoji zapis o slučaju recidiva svakih 9 mjeseci tijekom dvadeset godina (25). Također postoje prikazi umišljene trudnoće neobično dugog trajanja, npr. De Pauw opisuje takvu monosimptomatsku sumanutost hipohondrijskog tipa koja je potrajala 3000 dana, tj. gotovo 10 godina, nakon čega je uspješno tretirana pimozidom (25). Opisan je slučaj depresivnih žena, koje su razvile pseudotrudnoću, a potom i znakove kulturno determiniranog ponašanja (culture-bound syndrome), koje se u Istri naziva "deboleza", a odnosi se na depresivnu ekspresiju obiteljskog stida izazvanog ugrožavanjem prihvaćenog morala (26).

Tek je u nekoliko slučajeva pseudotrudnoća zabilježena i kod mlađih osoba, a Selzer je opisuje čak i kod šestogodišnje djevojčice (27), dok u većini opisanih slučajeva nalazimo osobe u dobi između 20 i 44 godine, a često su u koincidenciji s fiziološkim promjenama, npr. u involuciji tj. klimaksu kod žena koje su na početku menopauze (28). U prikazanom slučaju bolesnica tek nakon razotkrivanja trudnoće kao lažne čini ginekološku obradu, kada se je ustanovljeno postojanje ovarijalne ciste, koja je bila vjerojatni uzrok infertiliteta. Pseudotrudnoća svakako dolazi u obzir kao diferencijalno dijagnostička kategorija kod pojave sekundarne amenoreje (29), a mora se uzeti u obzir i činjenica da pojava umišljene trudnoće može biti i prva manifestacija psihoze, što naglašava Allison kada opisuje pojavu pseudotrudnoće kod bolesnice oboljele od sindroma višestruke ličnosti, tj. disocijativnog poremećaja identiteta (30). Osjećaj uterinih kontrakcija i pokretanja čeda viđen je i u maničnim i visoko anksioznim stanjima kod osoba koje nisu bile trudne, te kod bolesnica liječenih antipsihoticima nakon pogrešno postavljene dijagnoze shizofrenije. Omer objašnjava tu situaciju utjecajem na hipotalamo-pituitarno-ovarijanu funkciju i povišenju razine prolaktina koju uzrokuju antipsihotici, socijalni faktori, depresija i stres (31). Ponekad se pseudotrudnoća susreće kod pacijenata s utvrđenom organskom cerebralnom ili endokrinološkom patologijom, kod pacijenata s kroničnim duševnim bolestima, ali i kod onih koji u povijesti bolesti nemaju ni organske ni psihičke poremećaje (32).

Nastale psihološke promjene u svezi su s neravnotežom pituitarno-ovarijalne funkcije neurotransmitera u hipofizi i/ili hipotalamusu. Radi se o hipotalamus-hipofizno-ovarijalnoj disfunkciji, pa se lažna trudnoća može opisati i kao galaktoreja-amenoreja-hiperprolaktinemija sindrom (GAHS) što znači abnormalnost hormona rasta, prolaktina, ACTH, kortizola, slično kao u depresivnoj bolesti. Neurotransmitterski manjak kateholamina i dopamina odgovoran je za hiperprolaktinemiju i gonadalnu disfunkciju (33). Tako se npr. eksperimentalnim izazivanjem lažne trudnoće kod miševa, zečeva i štakora, pasa i primata proučavaju neuroendokrini poremećaji (34). Bitno je naglasiti da bolesnice oboljele od klasičnog GAH-sindroma, nemaju nužno uvjerenje da su trudne, dok je kod pseudotrudnoće to primarno. Kod pseudotrudnoće raste bazalna razina prolaktina, dolazi do laktacije i perzistiranja corpusa luteuma što dovodi do amenoreje, porasta razine cirkulirajućeg progesterona i održavanja simptoma pseudotrudnoće. Zanimljivo je kako se hormonski odgovor normalizira nastajanjem umišljene trudnoće (35). Uvjerenje o postojanju trudnoće mogu potaći i brojni mehanički faktori koji utječu na abdominalne smetnje, npr. retencija intestinalnih plinova, urinarna retencija, abdominalne neoplazije, tumori uterusa, ovarija, hidatidiformna mola, papilarni karcinom bubrega, inflamatorni procesi, te različiti uzročnici primarnog steriliteta (28).

César opisuje pojavu pseudotrudnoće u bolesnice koja je bolovala od alkoholom izazvanih smetnji jetrene funkcije i posljedičnog ascitesa. Paracentezu, koja je izvršena zbog određivanja etiologije ascitesa shvatila je kao amniocentezu i tražila je da se odredi djetetov spol (21). Kod muškaraca alkoholičara također se uz ascites često nalazi i ginekomastija, te feminizacija uslijed testikularne atrofije i impotencije, što također može sudjelovati u razvoju sindroma pseudotrudnoće (4).

Poznato je kako stres, anksioznost i panične atake mogu uzrokovati premturane uterine kontrakcije i u normalno trudnih žena (31). Mnoga mentalna oboljenja imaju u ekspresiji varijacije u odnosu na spol. Sukladno tome nameće se i razumijevanje konsekvenci npr. socijalnih faktora, seksualne baza razlika u prevalenciji mentalnih bolesti, modaliteti tretmana koji ovise o efektima spola, a u svrhu prevencije svakako se potrebno usmjeravati i na intervencije specifične za određenu populaciju.

Te sugestije su posebno važne u tretmanu osoba oboljelih od psihosomatskih poremećaja, ali i kod razvijenih nuspojava tijekom liječenja psihofarmacima. Naime, moguće je da jatrogeno inducirana laktacija, galaktoreja i amenoreja, uz želju za djetetom i vjerovanje u trudnoću dovede do pseudotrudnoće (35).

Potrebno je naglasiti i forenzičko značenje slučaja, počevši od optužbi za čedomorstvo do agresije uslijed patološke ljubomore koju je pokazivao

suprug bolesnice, njegovih homicidalnih prijetnji i njezinih suicidalnih pokušaja.

U tretmanu kompliciranih psihosomatskih poremećaja je svakako potrebno naglasiti važnost sustavnog obiteljskog pristupa bolesniku, te suradnje sa drugim specijalistima, u ovom slučaju sa ginekolozima. Tijekom obrade pseudotrudnoće preporučuje se učiniti analizu korionskog gonadotropina (BCHG), analizu hormona štitnjače, ultrazvučno ili rendgenski pregledati zdjelicu, koristiti sonogram kojim se uobičajeno oslušuju kucajevi srca čeda i rezultate prezentirati bolesnici kako bi se uvjerala u nepostojanje trudnoće. Također se može vršiti indukcija menstruacije parenteralnom primjenom testosterona ili diethylstilbestrola. Tako se kombinacijom psihoterapije i uterine kiretaže ili hormonalne terapije postižu zadovoljavajući rezultati kod gotovo svih pacijenata.

Ranije su u tretmanu umišljene trudnoće korišteni purgativi, kupke, masaže, kiretaža, kirurške procedure, pijavice, emetici, tonici i opijati, dok se u 20.st. kao izbor nameću različiti oblici psihoterapije: suportivna, kognitivna, bihevioralna i analitička, uz eksploraciju i klarifikaciju nesvjesnih osjećaja vezanih za trudnoću. Primarnu ulogu igraju, svakako, rano otkrivanje i empatijska komunikacija s bolesnikom. Ako je moguće u tretman treba uključiti i "pseudooca" ili roditelje oboljele osobe. Vrlo je važno reći bolesniku kako su njihovi fizički simptomi ozbiljni i kako

zavređuju pozornost. Suočavanje sa stvarnošću i pravom dijagnozom, uz suportivni terapijski odnos, kod većine pacijenata dovode brzo do nestanka simptoma umišljene trudnoće, a kod preostalih pacijenata simptomi nestaju tijekom slijedećih šest mjeseci (35). Realitet ruši fantazme. Na kraju i opisana bolesnica pokreće rastavu, što zapravo predstavlja odrastanje, a suprug se s tom činjenicom miri, unatoč ranijim prijetnjama smrću.

U tretmanu je učinkovita i psihofarmakoterapija. Uglavnom se koriste antidepresivi, a u slučajevima razvoja kliničkih slika psihoze i antipsihotici. Tretman bi trebalo uvijek raditi u timu sa obiteljskim liječnikom, ginekologom i socijalnim radnikom. U obiteljskom i bračnom terapijskom pristupu, strategija se zasniva na pažljivoj analizi problema para uz kombinaciju obiteljske i seksualne terapije, te bihevioralnih i kognitivnih tehnika. Pomoćne tehnike su – kontrola agresije, komunikacijski trening, desenzitizacija i zaustavljanje pogrešnog mišljenja. Najvažniji je rad na unapređenju i ponovnoj izgradnji partnerskog odnosa. Interakcije unutar para uglavnom su negativne, pozitivno ponašanje je na minimalnom stupnju (36).

ZAKLJUČAK

U tako kompliciranom slučaju teško je odgovoriti radi li se isključivo o biološkoj bazi ili poremećaju nastalom na osnovi distresa razvijenog pod utjecajem vanjskih, okolinskih faktora. Stoga je višestruko važno koristiti integralni i sustavni obiteljski pristup u tretmanu svakog bolesnika, uvažavajući spregu psihičkog, biološkog, socijalnog i duhovnog aspekta ličnosti, tj. integrirati biološku, emocionalnu, kognitivnu i socijalnu kompleksnost svake individue, a tako i biomedicinski i psihoterapijski pristup. Takav način razmišljanja pomoći će nam kako ne bismo zanemarili niti jednog člana obitelji, jer bi bilo koji od njih mogao biti izvor psihopatoloških događanja kod drugih članova.

Autori žele naglasiti utjecaj rane i pravilne dijagnoze na modalitete tretmana koji ovise i o efektima spola koji usmjeravaju intervencije specifične za određenu populaciju. Tretman umišljene trudnoće trebalo bi uvijek provoditi u timu sa obiteljskim liječnikom, ginekologom i socijalnim radnikom. Kada se radi o tretmanu psihotičnih pacijenata, nezamjenjiv je sustavni (sistemski) obiteljski psihoterapijski pristup, uz eventualnu prisutnost koterapeuta da pristup paru ne bi završio manipuliranjem jednog terapeuta i koaliranjem sa drugim.

LITERATURA

1. Medscape. WWWebster Dictionary. Merriam-Webster Inc. 1997.
2. Kaplan HI, Sadock BJ. Comprehensive Textbook of Psychiatry VI, volume 1. Baltimore, Williams & Wilkins, 1995; 435-436, 1255, 1702.
GLEN O. GABBARD. EVOLUTION OF PSYCHOANALYSIS. Collaboration With Breuer: The Case of Anna O. and Studies on Hysteria Chapter 6.1., FREDERICK G. GUGGENHEIM. Chapter 16 Somatoform Disorders. Somatoform Disorder Not Otherwise Specified., SARAH L. BERGA, M.D., and BARBARA L. PARRY, M.D. 28.2 Psychiatry and Reproductive Medicine. In: Kaplan HI, Sadock B (ed.). Comprehensive textbook of Psychiatry, Seventh edition in CD-ROM, Philadelphia, Williams & Wilkins, 2000.
3. Whelan CI, Stewart DE. Pseudocyesis – a review and report of six cases, Int J Psychiatry Med 1990; 20(1): 97-108.
4. Evans DL, Seely TJ. Pseudocyesis in the male, J Nerv Ment Dis 1984; 172(1):37-40.
5. Learning Network. Interactive Encyclopedia, 2001; www.infoplease.com/ce6/society/A0813830.html.
6. Somatoform Disorder Not Otherwise Specified. In: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition Text Revision (DSM-IV-TR Plus), edition in CD-ROM, Washington DC. American Psychiatric Association, 2000.
7. Američka psihijatrijska udruga: Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, četvrto izdanje, međunarodna verzija. Jastrebarsko: Naklada Slap; 1996, str. 481-482.
8. Milner GL, Hayes GD. Pseudocyesis associated with folie `a deux, Br J Psychiatry 1990; 156:438-40.

9. Hamner BM. Psychotic features and combat-associated PTSD, Depression and Anxiety 1997; 5:34-38.
10. Gruden V, Gruden Z, Gruden VJr. Children and wives of deceased veterans—pride and suffering, Coll Antropol 1999; 23(1):287-91.
11. Butler WR, Mueser TK, Sprock J, Braff LD. Positive Symptoms of Psychosis in Posttraumatic Stress Disorder, Biol Psychiatry 1996; 39:839-844.
12. Koić, E; Francišković, T; Mužinić, L Đorđević, V; Vondraček, S; Prpić, J. Chronic pain and secondary traumatization in wives of Croatian war weterans treated for post traumatic stress disorder. Acta clinica Croatica 2002;41:295-306.
13. Vacek J. Pseudocyesis non psychotica et pseudocyesis psychotica, Cesk Gynecol 1980; 45(9):665-72.
14. Hendricks-Matthews KM, Hoy MD. Pseudocyesis in an Adolescent Incest Survivor, J Fam Pract 1993; 36:97-103.
15. Christodoulou GN. Pseudocyesis, Acta Psychiatrica Belgica 1978;78(2): 224-234.
16. Feldman DM, Feldman MJ, Smith R. Delusions. In: Stranger Than Fiction. When Our Minds Betray Us, American Psychiatric Publishing Inc, 1998.
17. Muzinic L, Goreta M, Jukic V, Dordevic V, Koic E, Herceg M. Forensic importance of jealousy. Coll Antropol. 2003 Jun; 27(1): 293-300.
18. Tényi T, Trixler M, Jádi F. Psychotic Couvade: 2 case reports, Psychopathology 1996; 29(4):252-4.
19. Learning Network. Interactive Encyclopedia, 2001; www.infoplease.com/ce6/sci/A0840377.html .

20. Taber's Cyclopedic. Medical Dictionary Ed.18, Philadelphia, F.A.Davis co.1997.
21. César AA. Pseudocyesis with concomitant medical illness. Gen Hosp Psychiatry 1990;5.
22. Silber TJ, Abdala W. Pseudocyesis in adolescent females. J Adolesc Health Care 1983; 4(2): 109-12
23. Demaret A. From pseudopregnancy to anorexia nervosa, Acta Psychiatr Belg 1991; 91(1):11-22.
24. Abram HS. Pseudocyesis followed by true pregnancy in the termination phase of an analysis, Br J Med Psychol 1969; 42: 255
25. De Pauw WK. Three thousand days of pregnancy. A case of monosymptomatic delusional pseudocyesis responding to pimozide, Br J Psychiatry 1990; 157:924-8
26. Pavlovic E, Vucic M. Deboleza: culturally determined behaviour in Istria, Psychopathology 1997; 30(4):215-222.
27. Selzer JG. Pseudocyesis in six-year-old girl, J Am Acad Child Psychiatry 1968; 693-720
28. Woman's Diagnostic Cyber. Menstrual Problems. Stopped menstrual periods of infrequent menses. Secondary amenorrhea of oligomenorrhea – non pregnant. WDC. 1998; www.wdxcybw.com/mensprob.htm
29. Rosenfeld I. A swollen belly: Cause for alarm?. Cosmopolitan 1990; 208(3):154-157.
30. Allison BR. The multiple personality patient. Association for the Anthropological Study of Consciousness 1990; <http://www.dissociation.com/indeks/unpublished/witch.txt> .

31. Omer EO. Anxiety associated with both premature labor uterine contractions, *Journal of Psychosomatic Research* 1986; 30(5):559-65.
32. Koic E, Hotujac Lj. Delusional misidentification syndromes, *Lijec Vjesn* 1998; 120:236-239.
33. Tohei A, Taya K, Watanabe G, Voogt JL. Hypothyroidism increases prolactin secretion and decreases the intromission threshold for induction of pseudopregnancy in adult female rats. *Phyiol Behav* 2000; 1-15:69(4-5):391-7.
34. Murray, J.B. New trends in psychosomatic research, *Genet Psychol Monogr* 1997; 96:3-74
35. Cohen LM. A curent perspective of pseudocycsis, *Am J Psychiatry* 1982; 139(9):1140-4
36. Figley CR, Hamilton I, McCubbin D. *Stress and the family*. New York, Brunner/Mazel, 1983.