Suportivna psihoterapija u radu sa somatskim bolesnicima – prikaz slučaja

Kondić, Ljiljana; Aras, Ivana

Source / Izvornik: **Psihoterapija, 2016, 30, 134 - 141**

Journal article, Published version
Rad u časopisu, Objavljena verzija rada (izdavačev PDF)

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:257:184461

Rights / Prava: Attribution-NoDerivatives 4.0 International/Imenovanje-Bez prerada 4.0 međunarodna

Download date / Datum preuzimanja: **2024-04-26**

Repository / Repozitorij:

SUVAG Polyclinic Repository

SUPORTIVNA PSIHOTERAPIJA U RADU SA SOMATSKIM BOLESNICIMA – PRIKAZ SLUČAJA

/ *SUPPORTIVE PSYCHOTHERAPY IN TREATMENT OF SOMATIC PATIENTS – CASE REPORT*

Ljiljana Kondić, Ivana Aras

SAŽETAK / *SUMMARY*

Nakon uspješnog liječenja osnovne neurološke bolesti mogu se u nekih bolesnika kao zaostali simptomi pojaviti smetnje ravnoteže, čiji je mehanizam nastanka teško protumačiti i odrediti terapiju koja bi takvim bolesnicima omogućila normalno funkcioniranje. Uz smetnje ravnoteže postoje i različite psihičke smetnje što često uz neurološku obradu zahtijeva i provedbu mnogih drugih specijalističkih pretraga i testova. Prikazana je bolesnica koja je prema preporuci otorinolaringologa došla u psihijatrijsku ambulantu SUVAG-a zbog stalnih smetnji ravnoteže koje su počele pri liječenju problema s vratnom kralježnicom. Pomnim ispitivanjem otkrilo se da njezine smetnje, kojima se neurološkom i ORL obradom nije mogao pronaći uzrok, potječu iz najranijeg djetinjstva (strah od majke, nemogućnost suprotstavljanja) i kasnije iz mladosti (izrazita sklonost fantaziranju, što joj je bilo rješenje u svim neugodnim situacijama). U raspravi je naglašena važnost suportivne terapije, tj. odnosa s psihoterapeutom, što se navodi i u literaturi. Zaključuje se da je prikazani slučaj tipičan primjer povezanosti smetnji ravnoteže i psihičkog stanja, tj. psihička reakcija podupire smetnje ravnoteže, s njima se prepliće te na neki način sprečava uspostavljanje središnjih kompenzacijskih mehanizama (uočljiva je neusmjerenost u obrtajnom pokusu koja je prisutna i nakon šest mjeseci u inače fizički zdrave osobe, bez dijagnosticiranih smetnji vratne kralježnice).

/ *In spite of otoneurological treatment based on previous standardised diagnostic procedures, in some patients with balance disorders symptoms of dizziness and vertigo persist, causing difficulties in normal functioning that are hard to explain and quite challenging to treat. In addition to balance disorders, different psychological conditions connected to physical symptoms can be observed. In this situation, other tests and diagnostic procedures should be used to establish the emotional condition of the patient.*

This case report presents a female patient addressed to psychiatric office by otorhinolaryngologist, after a thorough vestibular and neurological examination, because of unusual persistence of vertiginous symptoms that could not be explained by otoneurological reasons. On the other hand, anamnestic data obtained by psychiatrist revealed that some difficulties come from early childhood (fear of her own mother, inability to confront her), and later youth period (tendency to fantasy as a solution for embarrassing situations). The importance

of supportive therapy is emphasized in the discussion part of the article, as well as the relationship between patient and therapist, described previously in the literature. We conclude that this case is an obvious example of the connection between balance disorder and psychological condition where psychological reaction sustains balance disorder and in a way prevents expected central neural mechanisms to compensate for vestibular damage (vestibular reaction to rotation was still pathological and asymmetric after six months, that is unusual in othervise healthy person).

KLJUČNE RIJEČI / *KEY WORDS*:
vertigo / *vertigo*, psihoterapija / *psychotherapy*, suport / *support*, depresivnost / *depresiveness*

Prim. **Ljiljana Kondić**, dr. med., subspecialista socijalne psihijatrije, SUVAG, Zagreb
/ Chief Physician, MD, subspecialist in social psychiatry, SUVAG, Zagreb
Ivana Aras, dr. med, ORL specijalist, SUVAG, Zagreb
/ MD, ORL specialist, SUVAG, Zagreb

UVOD

Smetnje ravnoteže najčešći su simptomi na koje se pacijenti tuže i nakon uspješno završenog liječenja osnovne neurološke bolesti. Tada ih se ponovo podvrgava mnogobrojnim dostupnim vestibuloškim, elektrofiziološkim i radiološkim pretragama, ali ne uspijeva se utvrditi točan uzrok vrtoglavice niti se lokalizira mjesto oštećenja. Nerijetko se liječnik osjeća nelagodno, a pacijent razočarano kad ni nakon opsežnog i dugotrajnog dijagnostičkog postupka koji uključuje uz fizikalni pregled kod različitih specijalista i mnogo laboratorijskih pretraga (nistagmografija, posturografija, evocirani potencijali, CT, MRI, mjerenje protoka krvi kroz vratne žile) još uvijek ne može objasniti mehanizam nastanka simptoma ni propisati pouzdana i sigurna terapija koja će dovesti do izlječenja i povratka normalnom životu. Treba svakako imati na umu da su u toj populaciji u znatnoj mjeri prisutne psihičke smetnje koje se pojavljuju u različitim oblicima. Pacijente koji uz smetnje ravnoteže imaju i psihičke simptome treba obraditi i liječiti timski. Otoneurološka obrada uz specijalističke preglede uključuje specifične testove i pretrage kojima se utvrđuje prisutnost ili odsutnost perifernih ili središnjih vestibularnih deficita – sposobnosti održavanja ravnoteže prilikom hoda i stajanja, što se može učiniti vestibulometrijski, te stanje krvožilnog sustava i protoka u vratnim krvnim žilama.

Prema potrebi se primjenjuje i neuroradiološka dijagnostika. Pri tome je vrlo važno da liječnik kojem se pacijent najprije obrati usporedo s rješavanjem problematike iz vlastite specijalnosti, ako posumnja na smetnje iz neke druge medicinske specijalnosti, obavijesti bolesnika i dogovori daljnji tijek obrade i program liječenja. Tako se u slučaju sumnje na psihičke smetnje uključuje i psihijatar.

PRIKAZ BOLESNICE

Ema, pedesetpetogodišnja umirovljenica, udana, bez djece, javlja se u psihijatrijsku ambulantu SUVAG-a prema preporuci otorinolaringologa. Na pregled dolazi zbog panike i straha da će pasti jer ima stalne smetnje ravnoteže i ne može se kretati izvan kuće bez pratnje. Smetnje su počele tijekom liječenja problema s vratnom kralježnicom. Preporučeno joj je uzimanje anksiolitika, što nije prihvatila. Smetnje se nisu povlačile, a kontrolni nalaz nistagmografije pokazivao je i dalje središnje smetnje kompenzacije (neusmjerenost od 43 posto) bez ikakva poboljšanja (što bi se tijekom tih nekoliko mjeseci dogodilo da je bila riječ samo o vestibularnom oštećenju). Subjektivne smetnje i dalje su vrlo izražene. Ne izlazi iz kuće, boji se pada, hoda na širokoj osnovici samo uz pomoć supruga, tetura. Predložen joj je psihoterapijski suport, što pacijentica prihvaća. U početku su bile naglašene neurovegetativna komponenta anksioznosti i depresivna simptomatika te se u terapiju uvodi antidepresiv koji bolesnica prihvaća i počinje uzimati.

Osobna anamneza: Do sada nije psihijatrijski liječena. Obiteljska liječnica u nekoliko navrata propisala joj je anksiolitike. Godine 2009. liječena je na Klinici za neurologiju zbog jake glavobolje i rotatorne vrtoglavice uz izrazitu mučninu i vrtoglavicu koja joj je ometala ravnotežu. U otpusnoj dijagnozi navedeno je da je bila riječ o neuritisu i problemima vratne kralježnice. Poslije otpusta uzimala je tablete Betaserc nakon čega su smetnje postupno regredirale. Nakon dva mjeseca praktički normalnog funkcioniranja prilikom izvođenja vježbi za vratnu kralježnicu osjetila je zanošenje i od tada tegobe ponovo perzistiraju.

Pacijentica je odrasla u strogo patrijarhalnoj obitelji. Ima mlađeg brata s kojim nije bliska. Sjeća se da je uvijek bila u strahu jer su roditelji bili strogi, posebno majka, koja sada ima 93 godine, ali još joj uvijek naređuje. Završila je gimnaziju, odmah se zaposlila i vrlo rano udala. Prije deset godina izgubila je oca.

Sadašnje smetnje: Nesigurna je pri hodu, kreće se uz pomoć supruga, ne

može ostati sama, boji se i hvata je panika. Upućena je na audiovestibularnu obradu koja ovog puta nije pokazala da je riječ o neurološkom poremećaju pa je upućena psihijatru. Nakon završene psihijatrijske obrade predloženo joj je da dolazi na psihoterapijski suport, što pacijentica prihvaća.

Tijek terapije

Dogovorena je analitički orijentirana psihoterapija. Ponuđeno joj je da dolazi dva puta tjedno upravo zbog ovisničke strukture, regresije, ali istodobno i motivacije da nešto za sebe učini putem psihoterapije, a nije imala potrebu sve riješiti uzimanjem medikamenata. Tijekom prvih šest mjeseci uspostavljen je dobar odnos i bili su očiti znakovi dobrog transfera i povjerenja. Predloženo joj je nakon ljetne stanke, koju je dobro podnijela, da nastavimo jednom tjedno. Terapija jednom tjedno trajala je oko dvije godine.

U početku govori samo o sadašnjim smetnjama, o strahu da ne padne i o tome kako je jako ovisna o suprugu, koji je prezaposlen te ne može s njom provoditi mnogo vremena. Pokušaji da govori o odnosima u djetinjstvu u početku su bili vrlo oskudni te bi se odmah nakon jedne rečenice o tome vratila u sadašnjost. Postupno prepričava slike iz ranog djetinjstva. Sjeća se da se uvijek bojala majke. Majka je jako pazila da ona i brat ne remete očev mir kad je bio kod kuće. Nikad joj nije rekla da je voli. I danas je ljuta na majku i ne može joj se oduprijeti. Naime, kad im majka dođe u posjet, odmah sve uređuje po svome, a ona se ne zna tome suprotstaviti. Ne zna se suprotstaviti ni suprugu. Uvijek je volio društvo, ona je sve pripremala za njegove prijatelje, koji su se zabavljali, a ona bi na kraju bila samo umorna. Na pitanje jesu li razmišljali o djeci navodi da su u početku radili na tome. Navodno je bilo sve u redu i s njom i sa suprugom, ali nikad nije ostala u drugom stanju. Posljednjih petnaest godina više nitko to ni ne spominje. Suprug se zadovolji, nikad nije mnogo vodio brigu o njezinim potrebama.

Ema lako zaplače i na najmanju konfrontaciju. Tijekom terapijskog procesa saznaje se i za njezinu sklonost fantaziranju. Prvi put primijetila je još kao mlada djevojka da joj fantazije služe kako bi se osjećala bolje. Kad je radila na prvom radnome mjestu, imala je mladog direktora. Bio je mlađi od nje, ali jako joj se sviđao, fantazirala je da su zajedno, ali kad mu je to počela davati do znanja, on je otišao iz radne organizacije. I danas su u kontaktu. Često si je fantazijama pokušavala život učiniti ugodnijim. Sad je zaljubljena u svojeg petnaest godina mlađeg fizioterapeuta. Čudno joj je da on smatra da više ne mora dolaziti na masažu iako

je njoj to vrlo ugodno, ali on nema za nju termina. Sjeća se da je otac izrazito volio uživati u svemu i smatra da je prerano umro zato što se nije čuvao. Postupno je počela sama dolaziti na terapiju. Vodila je računa o svojem izgledu, njegovala se. Sve se više žalila kako je sama, jer suprug mnogo radi. Počela je otvorenije govoriti o svojim fantazijama. Rado se zaljubljuje, ali uvijek u mlađe muškarce. Sve ostaje na fantazmatskoj razini. Na kontrolne audiološke preglede nije otišla zbog osjećaja nelagode i mučnine koje je imala na prijašnjim kontrolama, a sada je to više ne zabrinjava. Prije nije nikada odgađala ili odbijala kontrolne preglede.

Tijekom terapijskog procesa Ema je postala sigurnijom, zadovoljnijom, a nakon što je povezala događanja iz prošlosti s ponašanjem u sadašnjosti kao da si je mogla dopustiti „sanjarenje" o mlađim partnerima te u tome donekle i uživati. Mogla je izdržati da „bude sama".

RASPRAVA

Pacijentica ima ovisničku strukturu ličnosti i kad ima temelj za fantazmatsko kreiranje, lakše podnosi samoću. Rane relacije nisu se razvijale, nego je ostala na ranom ovisničkom modelu koji je i danas prisutan u odnosu s majkom i sa suprugom. U psihoterapijskom procesu u prvoj fazi (dvaput tjedno) to je osiguralo brži razvoj pozitivnog transfera što je kasnije bila potka za djelomičnu identifikaciju s terapeutom i parcijalnu autonomiju. Kod Eme je mnoštvo vanjskih traumatskih okolnosti interferiralo s mnoštvom intrapsihičkih (razvojnih) traumatičnih iskustava koja su dovela do izrazito manjkave psihičke reprezentacije objektnog svijeta s naglašenim simbiotskim potrebama. Kao traumatične situacije navodi da je majka nikada nije vidjela kao cjelovitu osobu s vlastitim potrebama. Pružala joj je primjer da u svemu treba zadovoljiti potrebe partnera (ona i brat morali su biti tihi, nisu postojali kad bi otac došao kući; sada zadovoljava partnera služeći njegovim prijateljima, a isto tako i u seksualnom odnosu). Bježi u fantazije.

Iako je riječ o suportivnoj psihoterapiji, može se reći da su se svi pomaci dogodili na bazi transfera. Naime, pacijentica je prvi put doživjela da je nekome važna, da je nekome stalo do toga da se dobro ili bolje osjeća. To više nije bio potpuni fantazam, nego je to i „fizički" doživjela. Da bi opstao, svijet objekata za nju mora postojati fizički, unutar ekstremno proširenog simbiotskog polja (prvi direktor, fizioterapeut). Za Emu je samo ono što je realno u fizičkom smislu realno i u njezinu mentalnom prostoru, a procesom ekvivalencije ono što je „istinito" u psihičkom, mora

isto takvo biti i u fizičkom, vanjskom svijetu. Ipak, Emino ustrajanje na psihoterapiji, čini se, ipak pokazuje da se polako pojavljuje mogućnost iskorištavanja „dobrog unutarnjeg objekta" (1) te se unapređuje reprezentacijska razina mentalnog funkcioniranja umjesto zaostajanja na agresivnoj ekvivalenciji vanjskog i unutarnjega. Provjera realnosti u tom segmentu njezinih doživljaja ne funkcionira. Složeni proces mentalizacije koji bi omogućio da se u vlastitu umu reprezentira um druge osobe kao diferenciranog objekta u takvim je psihičkim strukturama zapriječen (2), što, razumije se, ne ovisi o njihovu intelektualnom kapacitetu. Takva arhaična psiha, izložena nevezanoj agresiji loših unutarnjih/vanjskih objekata, nema sposobnosti da iz afektivnog matriksa izluči razinu anksioznosti nužnu i dovoljnu za funkciju signala (3 – 5). Razina psihičkog funkcioniranja ukazuje na oslabljenu, pa i deficitarnu psihičku strukturu s narušenom koherencijom i fragilnošću *selfa*; moglo bi se reći da funkcionira na graničnoj razini. Iz afektivne matrice aktiviraju se somatski afektivni ekvivalenti umjesto psihičkih reprezentacija *selfa*, što ujedno znači da su zakočeni i afektivni signali, sustavi složenijih emocija kao što su tuga, žalost i slično (3 – 5).

Naše zapažanje u kliničkom radu u skladu je s Kernbergovim mišljenjem da se afekti koji se ne mogu tolerirati intrapsihički izražavaju putem njihovih psihomotoričkih i/ili neurovegetativnih aspekata, a pacijentu su nesvjesne upravo afektivne implikacije; nesvjesni intrapsihički konflikt može poremetiti neurobiološku strukturu izražavanja afekta ili reaktivirati njegove najranije manifestacije (4, 6, 7).

Važnost odnosa sa psihoterapeutom potvrđuje se i u nekim oblicima kratkih psihodinamskih psihoterapija prikazanih u literaturi. Tako Rizq (1) u svojem prikazu varijante kratke dinamske psihoterapije naglašava klajnovsku perspektivu po kojoj osoba s ranim poremećajem ne može razviti siguran „dobar unutarnji objekt" na kojem bi utemeljila svoj osjećaj *selfa* povezujući to i s Winnicottovim pojmom „kapaciteta da bude sam" koji se razvija u prisutnosti terapeuta koji osigurava „podupiruću okolinu" te s Bionovim konceptom terapeuta/mame sposobne za „slušajuće sanjarenje" (1, 8, 9, 10, 11). U studiji o kroničnim smetnjama ravnoteže s dijagnosticiranim organskim otorinoneurološkim uzrokom ili bez njega, koju su objavili Staab i Ruckenstein (12), a provedena je na 132 pacijenta sa psihičkim smetnjama, otkriveno je da se pojavljuju tri otprilike jednako zastupljena patološka mehanizma: 33 % pacijenata imalo je anksiozni poremećaj kao osnovni uzrok smetnji, u 34 % pacijenata otoneurološki poremećaj doveo je do egzacerbacije

psihičkih smetnji – u tu skupinu može se svrstati i naša pacijentica, a u 33 % pacijenata otoneurološke smetnje bile su okidač za poremećaj iz anksioznog ili depresivnog spektra koji se tada pojavio prvi put.

ZAKLJUČAK

Primjer naše pacijentice jasno pokazuje povezanost smetnji ravnoteže i psihičkog stanja. Vestibularni neuronitis izaziva neuobičajeno snažnu paničnu reakciju u osobe koja za to ima psihičku podlogu. Psihička reakcija podupire smetnje ravnoteže i s njima se preplиće te vjerojatno na neki način sprečava uspostavljanje središnjih kompenzacijskih mehanizama (uočljiva je neusmjerenost u obrtajnom pokusu koja je prisutna i nakon šest mjeseci kod inače fizički zdrave osobe, bez dijagnosticiranih smetnji vratne kralježnice). Simptomi se povlače tek nakon suportivne terapije.

Očito je da je za uspješan tretman smetnji ravnoteže u dijagnostici i terapiji potreban timski pristup. Uloga *liaison* psihijatra specifična je. Nije dovoljno samo osnovno znanje psihijatrije nego je potrebno i znanje iz psihodinamike radi razumijevanja složene psihopatologije somatskih bolesnika. Obično se i kod primjene suportivne, analitički orijentirane psihoterapije, razvija transfer koji *liaison* psihijatar potiče da bi suport bio što više podupirući i jača ego-snage pacijenta. Često se ni ne može odrediti što se u patofiziologiji i stvaranju bolesti dogodilo prije: fizička ili psihička smetnja, ali to nije ni presudno. Važno je jednu i drugu komponentu prepoznati i prekinuti začarani krug njihova međusobnog podupiranja terapijskim djelovanjem na svim razinama, što je jedino moguće timskim radom.

LITERATURA

1. Rizq R. Is there anybody there? A psychodynamic view of panick attack. U: Br J Guidance Councelling. 2002;30:81-92.
2. Fonagy P, Target M. Playing with reality III. The persistance of dual psychic reality in borderline patients. U: Int J Psychoanal. 2000;81:853-73.
3. Emde RN. Moving ahead: integrating influences of affective processes for development and for psychoanalysis. U: Int Psychoanal. 1999;80:317-39.
4. Matthis I. Sketch for a metapsychology of affect. U: Int J Psychoanal. 2000;81:215-27.
5. Kutter P. Affekt und Kœrper. Neue Akzente der Psychoanalyse. Goettingen: Vandenhoeck und Ruprecht; 2001.
6. Shear MK. Factors in the etiology and pathogenesis of panic disorder: revisiting the attachment-separation paradigm. U: Am J Psychiatry. 1996;153:125-36.

7. Kernberg OF. Psychoanalytic affect theory in the light of contemporary neurobiological findings. U: International Congress Series. 2006;1286:106-17.
8. Winnicott DW. The child, the family and the outside world. London: Peguin; 1964.
9. Bion W. Learning from experience. London: Heinemann; 1962.
10. Brumen-Budanko Z, Nemčić-Moro I, Grgić V, Karšić V. Od Freudove anksiozne neuroze do paničnog poremećaja danas – teorijska razmatranja. U: Soc. psihijat., 2010;38:264-274.
11. Nemčić-Moro I, Grgić V, Karšić V, Brumen-Budanko Z. Psihodinamsko razumijevanje paničnog poremećaja – klinički prikazi. U: Soc. psihijat. 2010;38:89-95.
12. Staab JP, Ruckenstein MJ. Chronic dizziness and anxiety. U: Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2005;131:675-9.