TEŠKA KRONIČNA BOLEST I *LIAISON* PSIHIJATRIJA

SEVERE CHRONIC ILLNESS AND LIAISON PSYCHIATRY

IVA NEMČIĆ-MORO, VANA KARŠIĆ, VESNA GRGIĆ*

Deskriptori: Kronična bolest – psihologija; Upute i savjetovanje; Psihoterapija; Regresija (psihologija)

Sažetak. U radu su prikazana tri bolesnika koji su zbog kroničnih somatskih bolesti liječeni na odjelima dijalize, hematologije i ginekologije. Kod bolesnika koji boluju od kroničnih somatskih bolesti često se javljaju i psihičke smetnje. Kao veza između somatskog i psihološkog pojavila se novija grana psihijatrije – *liaison* (suradna) psihijatrija. *Liaison* psihijatar, s jedne strane, pomaže bolesniku da se lakše nosi sa svojom bolesti, a s druge, članovima tima pomaže da bolje razumiju bolesnikove psihološke potrebe. U opisanim slučajevima psihičke smetnje javile su se nakon završetka somatskog liječenja te je uloga *liaison* psihijatra bila da omogući bolesnicima adaptaciju na novonastalu situaciju te da se na taj način ne gubi na kvaliteti života. Cilj ovog rada je približiti ulogu *liaison* psihijatra u liječenju kroničnih bolesnika.

Descriptors: Chronic disease – psychology; Referral and consultation; Psychotherapy; Regression (psychology)

Summary. The paper reviews three cases treated for somatic diseases on the clinical wards for dialysis, haematology and gynaecology. Patients suffereing from somatic diseases often have psychological disturbances, too. As a connection between somatic and psychological, a relatively new branch of psychiatry developed – liaison psychiatry. Liaison psychiatrist, on the one hand, halps the patient to cope with the illness more easily, and on the other hand, helps the members of the healing team to understand better the patient's psychological needs. In the described cases, psychological disturbances occurred at the end of somatic treatment. The liaison psychiatrist's role was to enable the patients to adapt to the new situation, and not to lose their quality of life. The aim of this paper is pointing out the importance of liaison psychiatrist in the treatment of physically ill patients.

Liječ Vjesn 2007;129:143–145

Psihička reakcija pojedinca na pojavu bolesti različita je i direktno ovisi o strukturi ličnosti, o kulturnoj i društvenoj pozadini pojedine osobe. Daljnji važni čimbenici reakcije na bolest su trajanje bolesti i vrijeme nastanka bolesti. Reakcija na bolest je različita sukladno s bolešću s kojom se netko suočava. Akutna bolest više ili manje direktno ugrožava zdravlje i/ili život i na taj način angažira, osim tjelesnih, i psihičke snage da se tomu odupru. Kronična bolest također ugrožava zdravlje, no potencijalno i život, ali mijenja osobu na svojstven način. Situacija nije jednostavna kao u akutnom stanju. »Neprijatelj«, kronična bolest, prepoznat je kao gotovo doživotni pratitelj i protiv njega nema jednostavnog lijeka koji će osobu vratiti u prethodno stanje. Slijedi adaptacija na stanje »ni života ni smrti« koja je dugotrajna i često teška. Bolesnik se, obolijevajući od kronične bolesti, suočava sa smrću, što je često samo prvi korak. Nakon toga kronično oboljela osoba proživljava niz gubitaka – fizičkih funkcija, tjelesnog integriteta i emocionalne ravnoteže. Takvi su bolesnici u žalovanju za svakodnevicom. Kvaliteta njihova života je drugačija zbog nužne prilagodbe ili nemogućnosti odustajanja od regresivnosti.[1,2]

Bolesnik može uz somatske, kao primarne, dobiti i psihičke smetnje. One mogu varirati od tjeskobe i straha do poremećaja raspoloženja i psihotične dekompenzacije. Kod 21–26% ambulantnih bolesnika nađene su i psihijatrijske smetnje, 30–60% bolničkih bolesnika ima značajne psihičke smetnje, a potreba za intervencijom psihijatra pojavila se kod svih bolesnika liječenih transplantacijom koštane srži.[3–5]

Do razvoja *liaison* (suradne) psihijatrije dolazi 30-ih godina prošlog stoljeća. *Liaison* je izvorno francuska riječ, a označava vezu, povezanost, suradnju. Pojmom *liaison* psihijatrija označava se povezivanje psihijatrije i organske (somatske) medicine, što je proizašlo iz potrebe jačanja međusobnih veza između ovih dvaju pristupa bolesniku.[1,6,7] *Liaison* psihijatrija proizašla je iz svijesti da svaki medicinski postupak mora uključivati poznavanje i razumijevanje psiholoških aspekata bolesti, terapijskih postupaka, sredstava, pomagala koji se rabe u liječenju bolesnika i sredine u kojoj bolesnik boravi tijekom i nakon liječenja. *Liaison* psihijatri trebali bi kao članovi tima što potpunije osvijetliti psihološki kontekst svakog bolesnika i njegova poremećaja i na taj način pomoći bolesniku da se lakše nosi sa svojom bolesti, a ostalim članovima tima pomoći da u bolesniku vide ljudsko biće u njegovu krajnje složenom biopsihosocijalnom jedinstvu.[1–3]

Bolesnik od liječnika očekuje izlječenje, ali i razumijevanje i emocionalnu potporu. Odnos bolesnik-liječnik vrlo je važan za cjelokupni medicinski pristup bolesniku, a čine ga tri dinamička sustava: sama bolest, osobna reakcija bolesnika na bolest i liječnika te reakcije liječnika na bolesnika i njegovu bolest. Zadaća je *liaison* psihijatra da prateći te odnose, ukloni nastale poremećaje kako bi cilj, tj. uspješno liječenje bolesnika, bio što potpunije postignut.[1,2] Tako *liaison* psihijatrija čini most između psihijatrije i drugih speci-

* **Klinika za psihološku medicinu, Medicinski fakultet i KBC Zagreb** (mr. sc. Iva Nemčić-Moro, dr. med.; Vana Karšić, dr. med.; Vesna Grgić, dr. med.)

Adresa za dopisivanje: Dr. I. Nemčić-Moro, Klinika za psihološku medicinu, KBC Zagreb, Kišpatićeva 12, 10 000 Zagreb

Primljeno 18. srpnja 2006., prihvaćeno 30. studenoga 2006.

jalnosti i treba pomoći prevladavanju dualizma psiha-tijelo koji može blokirati i liječnika i bolesnika u procesu liječenja.[3]

Cilj ovog rada je približiti ulogu *liaison* psihijatra u liječenju somatskih bolesnika. Također je važno istaknuti nužnost rješavanja psiholoških fenomena koji se javljaju kod kroničnih, često za život opasnih bolesti. Željeli smo pridonijeti i senzibiliziranju liječničke populacije na psihološke aspekte kroničnih bolesti.

Prikaz bolesnika

Primjer 1.

Bolesnik M. M., 55 godina, u mirovini posljednje dvije godine. Bubrežnu bolest otkriva dvije godine nakon vjenčanja s drugom suprugom, liječi se te dijalizu započinje 10 godina od otkrivanja bolesti. Brzo se adaptira na dijalizu, pokušava kratko vrijeme uz dijalizu izvršavati radne obveze, no prije dvije godine odlazi u prijevremenu mirovinu. Sada žali za poslom iako je adaptacija na mirovinu dobro prošla.

Transplantiran je prije 10 mjeseci. Nakon transplantacije dolazi do komplikacija koje zahtijevaju operativno liječenje, no i to se uspješno rješava. Cijelo to vrijeme M. M. se uredno nosi i s brigom i s nesigurnošću. Mjesec dana nakon smirivanja situacije, kada ponovljeni nalazi bubrežne funkcije budu uredni, započinje se snižavati doza imunosupresivne terapije, počinje se javljati strah da će ga supruga ostaviti i on sam traži pomoć psihijatra.

Javlja se prilično napet i navodi samo kako se boji da će ga supruga ostaviti i naći nekog mlađeg i kako zbog toga straha ne može ništa raditi te ima velikih problema sa spavanjem. Tijekom razgovora uspijeva se smiriti, a početni dojam paranoidnosti se gubi.

Prvi put se ženi s 25 godina, i iz tog braka ima dvoje odrasle djece. Nakon desetak godina braka supruga naglo umire, a on ostaje sam s dvoje maloljetne djece i bolesnom majkom. Majka mu umire godinu dana nakon supruge. Godinu dana kasnije ženi se drugom suprugom koja je znatno mlađa od njega. Brak opisuje kao skladan, nju kao dobru potporu tijekom same bolesti, dijalize i transplantacije. Unutar obitelji, između djece i pomajke odnosi su relativno dobri. Nikad nije ni on ni itko od članova obitelji psihijatrijski liječen.

Već nakon prvog razgovora naveo je osjećaj olakšanja te mu se uz to ordiniraju benzodiazepinski anksiolitici. U zajedničkom razgovoru s M. M. i njegovom suprugom primjećuje se ženino zauzimanje »njegovateljskog« stava te se stječe dojam da ona nije promijenila svoj odnos u skladu sa stanjem novopostignutog zdravlja. Tijekom daljnjeg razgovora, M. M. navodi kako je svjestan da njegov strah da će biti ostavljen nema oslonca u realitetu. Zatim za bubreg kaže da osjeća da će »s njim biti do kraja života«. Zna da može doći do odbacivanja, no »ne može se zamisliti ponovno na dijalizi«. Sve to govori smireno, bez jake emotivne pratnje. Njegov je par (osoba koja primi drugi od para bubrega) također dobro. Zna da je bubreg podrijetlom od mlađeg čovjeka. Na povlačenju paralele mlađi bubreg – mlađa žena biva jako iznenađen i trenutačno blokiran, ali kasnije počinje govoriti o strahu da će ga bubreg ostaviti i kako o tome ne može razmišljati. Tijekom terapije postaje jasnije da je bolesnik strah od gubitka bubrega koji je dobio od 15 godina mlađeg čovjeka premjestio na strah da će ga ostaviti njegova 12 godina mlađa supruga. Nadalje uspijeva sve bolje verbalizirati taj strah, tjeskoba gotovo nestaje, potreba za lijekom se smanjuje na uzimanje prema potrebi, svakih nekoliko dana, a na njima dvoma kao paru ostaje da redefiniraju bračnu dijadu.

Primjer 2.

Pacijentica B. B. u dobi od 27 godina, nezaposlena, živi s roditeljima u malome mjestu. Započela je onkološko liječenje u dobi od 26 godina zbog primarnoga malignog tumora jajnika koji je metastazirao u medijastinum. Podvrgnuta je kemoterapijskom liječenju u trajanju od 5 ciklusa. Zatim se 5 mjeseci nije javljala na kontrole. Nakon ponovnog javljanja na kontrolu nađena je tumorska masa u abdomenu koja se kirurškim zahvatom odstranila. Postoperativno je primila još 6 ciklusa kemoterapije, a tijekom trećeg ciklusa zatražen je psihijatrijski pregled. U tom trenutku dolazi do normalizacije tumorskih biljega i ulaska u remisiju, a u B. B. se razvija anksiozno-depresivno stanje, praćeno strahom od izlaska među ljude u svome rodnom mjestu, vezano uz potpuno razoreno zubalo. »Zbog tih zubi ne mogu nikamo van!« stalno je ponavljala tijekom prvog pregleda. Ordinirana je terapija sertralinom i alprazolamom i započeta je suportivna psihoterapija.

B. B. je rođena kao najmlađe dijete u cjelovitoj obitelji. S početkom puberteta dolazi do postupnog propadanja zubi za što postoji i genska predispozicija. S primjenom kemoterapije i posljedičnom hipokalcemijom dolazi do ubrzanog i potpunog propadanja zubi. Za sebe govori da je do onkološke bolesti bila vesela i vedra, imala je mnogo prijatelja, no sada ima dojam da su je napustili i prijatelji i obitelj. Braća imaju svoje obitelji, ne dolaze joj u posjet, prijateljice je više ne nazivaju, osjeća da su je svi zaboravili. Roditelji su zaokupljeni svakodnevnim obvezama, a ona veći dio dana provodi uz televiziju. Djelomično olakšanje nalazi u razgovoru sa svećenikom s kojim može razgovarati o svojim strahovima. Struktura ličnosti pacijentice je takva da je omogućila premještanje sa svrhom obrane od straha od smrti s kojim se morala suočiti tijekom onkološkog liječenja. U obiteljskom okružju nije mogla govoriti o svojim strahovima od smrti i teškoćama u prihvaćanju promjena u vanjskom izgledu (gubitak kose, veliki postoperativni ožiljak na trbuhu).

Ovo premještanje preplavljujućeg straha od smrti na strah od izlaska iz kuće među ljude omogućilo je pacijentici na nesvjesnom nivou lokaliziranje i utvrđivanje konkretnih granica njezine unutrašnje strepnje te je na taj način dobila mogućnost djelomičnog ovladavanja strahom premještajući ga na manje opasan izvor. Tijekom psihoterapije pacijentica je uspjela postupno verbalizirati vlastiti strah od smrti, što je rezultiralo smanjenom potrebom za anksioliticima i boljom socijalizacijom.

Primjer 3.

V. V., 28 godina, počela se liječiti od hematološke bolesti prije 2 godine. Prije godinu dana provedena je transplantacija koštane srži, donor je bio brat. Za vrijeme boravka u sterilnim jedinicama hematološkog odjela uspješno se nosila sa strahom od predstojeće transplantacije. Imala je veliku potrebu za pažnjom osoblja koje je, kaže, bilo iznimno brižno. U sigurnim rukama liječnika, kojeg je uzdigla do razine »spasitelja« i sestara, te uz pomoć poricanja ozbiljnosti postupka transplantacije, uspješno je prošla kroz naporan proces transplantacije i posttransplantacijski period.

Opisuje se kao mirno i poslušno dijete, »mlađa mezimica svojih roditelja, osobito oca«. Odrastala je u zaštićenoj sredini, roditelji su se uvijek dobro slagali. Nakon završetka školovanja zapošljava se u tvrtki u kojoj je radila i njezina

majka. Ubrzo se razbolijeva njezina rođakinja i za nekoliko mjeseci umire od maligne bolesti. Tada se prvi put suočava s većim gubitkom, navodi kako je nekoliko mjeseci proživljavala strahove da se i njoj nešto ne dogodi, bila je depresivna, no nije potražila pomoć. Prije tri godine zaposlila se na novome radnom mjestu, a tu je sredinu doživjela iznimno potpornom. Ubrzo se preselila u vlastiti stan koji je s ljubavlju uređivala, no svaki vikend provodila je kod roditelja. Taj period života za nju je bio jedan od najljepših. Imala je osjećaj da joj sve ide od ruke.

Javlja se psihijatru 4 mjeseca nakon izlaska iz šatora sterilnih jedinica. Tada je njezina hematološka bolest bila pod kontrolom, liječnici su joj rekli da može nastaviti normalno živjeti i ponašati se kao zdrava osoba. Nakon te spoznaje, u njoj počinje rasti »strah od zdravlja«, od toga da će ostati bez potpore ljudi koji joj trebaju. V. V. je ušla u depresivnu epizodu koja je u stvari bila i poziv drugima da je ne napuštaju, da je »hrane svojim razumijevanjem«. Počela je sa svojim najbližima komunicirati preko hrane. Kao i dijete koje odbija hranu nužnu za život, i ona je s roditeljima i bratom komunicirala na isti način – što su je oni više nudili i tjerali da jede, ona je sve više odbijala. Na taj način zadržavala je istu tjelesnu težinu kao dok je bila u »šatoru« sterilnih jedinica, poručujući okolini »brinite se za mene, ja još nisam dobro«.

Dolaskom psihoterapeutu, već na prvoj seansi verbalizira strah od vraćanja u »normalan život«, uz nevjeru u ozdravljenje. Svjesna činjenice da je život u »šatoru« loš, ipak govori o njemu kao »sigurnome mjestu u kojem se mogla potpuno prepustiti brizi drugih u koje je vjerovala«. Izlaskom iz »šatora« separirala se od objekta koji ulijeva sigurnost, ponovno je morala učiti živjeti iz početka. Poricanje zdravlja i regresivna pozicija zadržavali su je u poziciji osobe kojoj je nužna pomoć drugih.

Postupno, uz psihoterapiju i primjenu antidepresiva, počinje prihvaćati »novi život«. Dobiva na tjelesnoj težini i počinje se viđati s prijateljicama.

Nakon zadnje hematološke kontrole, na kojoj je konstatirano da se može vratiti u rodni grad i započeti s poslom, prekinuta je i psihoterapija. V. V. se ponovno javlja nakon 3 mjeseca, za vrijeme dolaska na kontrolu hematologu. Psihičko stanje se pogoršalo. Navodi kako bi se najradije i preselila ovamo gdje su »njezini doktori i sigurnost«. Nakon razgovora prihvaća potrebu da uz farmakoterapiju i psihoterapeuta u svom rodnom gradu ipak napusti »sigurni šator«.

Rasprava i zaključak

Pravo je svake bolesne osobe da bude regresivna, ali se zaboravlja da je tu regresivnu poziciju katkad teško napustiti. Kad je ego ugrožen od nekih vanjskih podražaja ili podražaja koji dolaze iz vlastite ličnosti, kao signal opasnosti javlja se tjeskoba, što izaziva zaštitne mjere ili obrane. Ravnoteža se ponovno uspostavlja najprije rasterećenjem napetosti, a kasnije i njezinim »potiskivanjem«. Previsoka napetost je najjednostavniji oblik stanja opasnosti. »Previsoka« razina napetosti je različita za svakog pojedinca, a ovisi, s jedne strane, o strukturnim karakteristikama i prijašnjim iskustvima, a, s druge strane, o samom stresoru, tj. kroničnoj bolesti.[8–10]

U prvom slučaju za bolesnika je bio »previsok« rizik od ponovnog ostavljanja, sada od bubrega, a prije od napuštanja žene i majke. Lakše mu je bilo razmišljati da će ga žena napustiti jer to može kontrolirati, a bubreg svjesno ne može kontrolirati. Uloga *liaison* psihijatra bila je da bolesnik prepozna premještanje straha s »bubrega« na vanjski objekt »suprugu«.

U drugom slučaju regresija je očitija. Bolesnica se ponaša kao malo dijete koje se osjeća sigurno samo u krugu obitelji. Obitelj će je zaštititi i od smrti. Kako je i obitelj izbjegavala razgovor o smrti, lako je našla »fobički« objekt »zube« koji je za sve bio prihvatljiva tema za razgovor. *Liaison* psihijatar je uspostavio komunikaciju u kojoj se moglo otvoreno razgovarati o strahu od smrti.

U trećem primjeru izrazita je potreba za očuvanjem regresije. *Liaison* psihijatar preuzeo je ulogu »prijelaznog objekta« koji ima razumijevanje primarnih objekata (roditelja) i znanje sekundarnih objekata (liječnika) koji čuvaju život.

U ovom radu opisana su tri primjera gdje su bolesnici uredno psihički funkcionirali tijekom liječenja somatske bolesti, a psihički problemi javili su se u trenutku pozitivne promjene njihova zdravstvenog stanja, odnosno u trenutku kad su napuštali regresivnu poziciju i kretali se prema prijašnjoj razini funkcioniranja. U navedenim primjerima prepoznaju se regresija, premještanje, poricanje i projekcija kao mehanizmi obrane. Navedeni se mehanizmi najčešće rabe u somatskih bolesnika.[1,2,11]

Vidljivo je da *liaison* psihijatar s jedne strane ima znanje o psihijatriji i psihološkome, a s druge i o samoj bolesti, liječenju, komplikacijama i prognozi te bolesti. To je znanje preduvjet za ispunjavanje važne uloge *liaison* psihijatra, a to je učenje liječnika, medicinskih sestara i samog bolesnika kako bi se senzibilizirali za razumijevanje psihološkoga. Tako bi pomogli bolesniku da se bolje prilagodi na novonastalu situaciju i da što manje gubi na kvaliteti svakodnevnog življenja. Time se ukidaju striktne granice između psihološkog i somatskog.[1,12]

Praćenjem rada *liaison* psihijatra nađeno je da su psihoterapijske intervencije, od kriznih intervencija do suportivne psihoterapije i s edukacijskim i sa psihodinamskim fokusom, imale i subjektivnu (bolja kvaliteta života) i objektivnu korist (smanjeni troškovi).[3]

LITERATURA

1. *Rundell JR, Wise MG.* Essentials of consultation-liaison psychiatry. Washington-London: American Psychiatric Press; 1999.
2. *Klain E.* Psihološka medicina. Zagreb: Golden marketing; 1999.
3. *Strain JJ.* Consultation-Liaison Psychiatry. U: Kaplan & Sadock's Coprehensive textbook of psychiatry, 7. izd. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 2000.
4. *Freeman AM, Westphal JR, Davis LL i sur.* The future of organ transplant psychiatry. Psychosomatics 1992;33(2):128–33.
5. *Fritzsche K, Struss Y, Stein B, Spahn C.* Psychosomatic liaison service in hematological oncology; need for psychotherapeutic intervention and their realization. Hematolog Oncol 2003;21(2):83–9.
6. *Lloyd GG, Mayou RA.* Liaison psychiatry or psychological medicine? Br J Med 2003;183:5–7.
7. *Gitlin DF, Levenson JL, Lyketsos CG.* Psychosomatic medicine: a new psychiatric subspecialty. Acad Psychiatry 2004;28(1):4–111.
8. *Gregurek R, Ladika I.* Transferni i kontratransferni problemi u liječenju bolesnika transplantacijom koštane srži. Liječ Vjesn 1995;117:2–8.
9. *Fritzsche K, Struss Y, Hammel A, Bertz H, Stein B.* Relationship between psychosocial distress, treatment need and use of psychotherapeutic interventions within a psychosomatic liaison service in hematological oncology. Onkologie 2004;27(5):457–61.
10. *Zimonja-Krišković J.* Psihosocijalni aspekti i kvaliteta života bolesnika liječenih transplantacijom koštane srži. Liječ Vjesn 1985;107:196–8.
11. *Gregurek R, Ladika I, Klain E.* Psychological regression in patients undergoing bone marrow transplantation. Croat Med J 1995;36(3):174–80.
12. *Goetzmann L.* »Is it me, or isn't it?« – transplanted organs and their donors as transitional objects. Am J Psychoanal 2004;64(3):279–89.