

KLINIČKI-PSIHODINAMIČKI INTERVJU: DIJAGNOZA – PSIHODINAMIČKA FORMULACIJA

Slobodanka Cvitanušić

SAŽETAK/ABSTRACT

Cilj ovog rada jest prikazati sličnosti i razlike kliničkog i psihoterapijskog intervjua, odnosno psihodinamičke formulacije u svrhu procjene osobnosti za uključivanje u psihoanalitičku psihoterapiju i grupnu analizu. Klinički intervju alat je koji pomaže liječnicima, psiholozima i istraživačima u postavljanju točne dijagnoze različitih mentalnih bolesti. Prema definiciji, psihodinamički intervju provodi se u svrhu postavljanja indikacije za psihoanalitičku psihoterapiju ili grupnu analizu. Autori opisuju vođenje psihodinamičkog intervjua kao proces koji se sastoji od četiriju faza: prepoznavanje psihološkog uzroka u pozadini simptoma, rekonstrukcija priče povijesti bolesti, modeliranje i formulacija (tzv. hipoteza slučaja). Psihodinamički usmjeren psihoterapeut na završetku intervjua od dobivenih informacija sažima psihodinamičku formulaciju. To znači da je postavio hipotezu, tj. tumačenje (objašnjenje) nesvjesnih uzroka pacijentovih patnji te će na temelju toga predložiti ili odbiti psihoterapijsko liječenje. U kontekstu aktualne pandemije slijedi i osvrt o provođenju inicijalnog psihoterapijskog intervjua na daljinu (*online / remote setting*).

/ The aim of this paper is to point out the similarities and differences of clinical and psychotherapeutic interviews, ie psychodynamic formulations that are conducted for the purpose of personality assessment for inclusion in psychoanalytic psychotherapy and group analysis. A clinical interview is a tool that helps physicians, psychologists, and researchers in making an accurate diagnosis of various mental illnesses. A psychodynamic interview is by definition conducted for the purpose of setting indications for psychoanalytic psychotherapy or group analysis. The authors describe conducting a psychodynamic interview as a process consisting of four phases: identifying the psychological cause behind the symptoms, reconstructing the medical history story, modeling, and formulation (the so-called case hypothesis). At the end of the interview, the psychodynamically oriented psychotherapist summarizes the psychodynamic formation from the information obtained. This means that he has set up a hypothesis, ie an interpretation (explanation) of the unconscious causes of the patient's suffering and based on that he will suggest or refuse psychotherapeutic treatment. Also, in the context of an acute pandemic, a brief overview of the conduct of an initial remote psychotherapy interview (online / remote setting) will be given. Also, in the context of an acute pandemic, a brief overview of the conduct of an initial remote psychotherapy interview (online / remote setting) will be given.

KLJUČNE RIJEČI / KEYWORDS

klinički intervju / *Clinical interview*, psihodinamički intervju / *psychodynamic interview*, psihodinamička formulacija / *psychodynamic formulation*, specifičnosti vođenja intervjuja na daljinu / *specifics of conducting remote interviews*

Slobodanka Cvitanušić, dr. sc., specijalist psihijatar, subspecijalist psihoterapije, edukator iz grupne analize, članica IGA-a Zagreb, Dnevna bolnica, Klinika za psihijatriju „Sveti Ivan“, Ulica Jankomir 11, Zagreb, Hrvatska, danci.kezic@yahoo.com / **Slobodanka Cvitanušić**, Ph.D., psychiatrist, psychotherapy subspecialist, group analysis educator, member of IGA, Day Hospital, Clinical Hospital „Sveti Ivan“, Ulica Jankomir 11, Zagreb, Hrvatska danci.kezic@yahoo.com

„Kad se god sretne dvoje ljudi, prisutno ih je zapravo šest. Svaki od njih na način kako vidi sebe, kako ga drugi vide i onaj koji stvarno jest.“

William James

„Bilo bi znatno lakše kad bismo mogli izbjeći bolesnika dok istražujemo područje psihopatologije;

bilo bi znatno jednostavnije kad bismo se mogli ograničiti na ispitivanje kemije i fiziologije njegova mozga,

tretirati mentalne procese kao objekte strane našem neposrednom iskustvu ili kao prave varijable u objektivnoj statističkoj formuli.

Iako su ti pristupi važni za razumijevanje ljudskog ponašanja, sami ne mogu otkriti ni objasniti sve važne činjenice.

Da bismo prodrli u um drugoga, moramo opetovano uroniti u bujicu njegovih asocijacija i osjećaja; mi sami moramo biti instrumenti koji omogućuju ozvučiti ga.“

John Nemiah

TO LINK TO THIS ARTICLE: <https://doi.org/10.24869/psihei.102>

UVOD

U uobičajenim okolnostima *settinga* i vremenima neobilježenim pandemijom psihoterapeut i pacijent/klijent prvi se put obično sretnu u čekaonici: oboje su već stvorili neku vrstu slike o onom drugom.

John Nemiah ističe koliko je zahtjevna uloga intervjuera pri prvom susretu (1). Ako gledamo s pozicije pacijenta/klijenta, svjesni smo da je i pacijent pod velikim pritiskom i emocionalnom patnjom kada se konačno odlučio potražiti pomoć. Prije te odluke najčešće je sklon istraživanju kome se



obratiti, kakav je taj psihoterapeut, često se traži „veza“ za preporuku za tog posebnog psihoterapeuta. U drugim slučajevima pacijent se može odlučiti za neku od institucija u koju ima povjerenja. Pacijentova predodžba i očekivanja od psihoterapeuta transferne su prirode.

Psihoterapeut nema predodžbu o tome tko mu dolazi na razgovor, ali i on ima sliku o pacijentu. Ta slika ovisi o načinu prijave i upućivanja na prvi intervju – postoji li preporuka, tko je preporučio pacijenta baš tom psihoterapeutu i obrnuto, jesu li dogovorili termin intervju a izravno ili putem tajnice, medicinske sestre, e-pošte i sl. Vidimo koliko se toga već dogodilo i u stvarnosti i u fantaziji obaju protagonista tog susreta (2). Možemo reći da se transfer, kontratransfer i otpori počinju razvijati i prije prvog susreta između pacijenta i psihoterapeuta. Prvi susret, intervju, kako kaže Ljiljana Moro, početak je i kraj svega (3).

Cilj ovog rada jest prikazati sličnosti i razlike kliničkog i psihoterapijskog intervju a, odnosno psihodinamičke formulacije u svrhu procjene osobnosti za uključivanje u psihoanalitičku psihoterapiju i grupnu analizu. Također, u kontekstu aktualne pandemije ukratko slijedi i osvrt o provođenju inicijalnog psihoterapijskog intervju a na daljinu (*online/remote setting*).

KLINIČKI INTERVJU – POSTAVLJANJE DIJAGNOZE

Klinički intervju alat je koji pomaže liječnicima, psiholozima i istraživačima u postavljanju točne dijagnoze različitih mentalnih bolesti. Postoje dvije uobičajene vrste: strukturirani klinički razgovori i klinički dijagnostički intervju i (4). Zlatni je standard za strukturirane kliničke razgovore Strukturirani klinički intervju za DSM-5, poznat i kao SCID. To je polustrukturirani vodič za intervju koji vodi psihijatar, psiholog ili drugi stručnjak za mentalno zdravlje koji je upoznat s dijagnostičkim kriterijima stanja mentalnog zdravlja. Trajanje strukturiranog kliničkog intervju a (SCID-a) može trajati od petnaest minuta do nekoliko sati, ovisno o jačini i vrsti simptoma. Drugi je valjani način procjene i/ili dijagnosticiranja mentalne bolesti kliničko-dijagnostički intervju (CDI). CDI se razlikuje po tome što uključuje razgovor ili priču između stručnjaka za mentalno zdravlje i pacijenta umjesto popisa standardiziranih pitanja poput SCID-a. Kliničko-dijagnostički intervju traje oko dva i pol sata, a stručnjak za mentalno zdravlje koji obavlja razgovor vjerojatno će bilježiti dobivene podatke tijekom razgovara. Kontrolna lista simptoma također se može upotrijebiti zajedno s CDI -jem kako bi se pomoglo ispitivaču u postavljanju dijagnoze. Nedavna studija pokazala je da su obje metode intervju a jednako valjane i korisne.

Ovisno o okruženju, disciplini kliničara, teoretskoj orijentaciji i drugim čimbenicima klinički intervju općenito je poznat i kao razgovor o prijmu, psihijatrijski razgovor, dijagnostički razgovor, početni intervju. Iznimno je fleksibilan i sveprisutan interpersonalni proces. Osmišljen je za istodobno započinjanje terapijskog odnosa, prikupljanje podataka za procjenu i početak terapije. To je ulazna točka za pacijente (klijente) koji traže liječenje mentalnog poremećaja (2, 4). Kliničar ima za cilj u što kraćem vremenu dobiti što više podataka: o trenutačnim smetnjama pacijenta, o tijeku dosadašnjeg liječenja, o razvojnoj dobi, o odnosima u primarnoj obitelji. Osim toga, zanima ga aktualna pacijentova situacija: je li u vezi, živi li s partnerom/partnericom ili je stvorio vlastitu obitelj te o funkcioniranju na poslu.

Često na kraju inicijalnog intervjuja nema dovoljno podataka za postavljanje dijagnoze. U tom slučaju zamolit će pacijenta da dođe ponovo, ponekad i na tri intervjuja. U nekim slučajevima trebati će uzeti i heteroanamnestičke podatke članova obitelji.

PSIHODINAMIČKI INTERVJU

Prema definiciji, psihodinamički intervju provodi se u svrhu postavljanja indikacije za psihoanalitičku psihote-

rapiju ili grupnu analizu. Tehnički (formalno) je sličan načinu vođenja razgovora kako je opisao Shawn Christopher Shea (2): jedan sudionik (psihoterapeut/psihodinamičar) postavlja pitanja, a drugi (pacijent/klijent) odgovara. Temelj psihodinamičkog intervjuja jest psihodinamičko razumijevanje donešenog materijala, i po tome se razlikuje od kliničkog intervjuja.

Shea (2016.) je opisao generički ili teoretski model intervjuja (5). Prednost je tog pristupa intervjuiranju stvaranje ozračja povjerenja u kojem će pacijent/klijent moći početi govoriti o svojim patnjama koje su ga dovele psihoterapeutu. Uz strukturirani, spontani ili kombinirani pristup intervjuiranju provodi se dijagnostika/procjena, ali i početak liječenja. Taj model uključuje pet faza (etapa).

Uvod

Ta faza započinje prvim kontaktom. Kao što je već spomenuto, može započeti putem telefona, *online* ili klijentovim/ pacijentovim informiranjem o psihoterapeutu. Pacijentova očekivanja, prvi dojmovi o psihoterapeutu znatno utječu na ozračje psihoterapijskog intervjuja i kasniji psihoterapijski rad. Psihoterapeut treba pokazati uvažavanje, poštovanje, zanimanje za pacijentovu patnju. Takvo je stajalište temelj za stvaranje povjerenja, surad-



nje. Omogućuje dobivanje važnih i pouzdanih podataka o pacijentu. Dobivaju se autentične izjave u smislu otvaranja koje pozivaju na dijalog. Na primjer psihoterapeut može reći: „Veselim se što ćete mi dati priliku da vas bolje upoznam.“ ili „Nadam se da ćete se osjećati slobodnim/om pitati me što god vam padne na pamet tijekom ovog razgovora.“ Prijateljski, spontan (*small chat*) pristup je posebno važan za povezivanje s regresivnijim pacijentima. U uvodnoj fazi razgovara se i o: 1) povjerljivosti, 2) teorijskom smjeru, tj. načinu liječenja, 3) svrsi intervjuja, npr.: „Danas ću voditi dijagnostički intervju s vama. To znači da ću postavljati mnogo pitanja. Moj je cilj bolje razumijevanje onoga što vas muči.“ Uvodni dio završava uzimanjem osnovnih podataka pacijenta te fokusiranjem na pacijentove probleme ili ciljeve.

Otvaranje

Većina psihoterapeuta počinje klinički intervju pitanjem poput: „Koje vas brige muče? Koji je razlog dolaska meni? Kako vam mogu pomoći?“ Nije uputno postavljati općenita pitanja poput „Kako ste danas?“ ili „Kakav je bio protekli tjedan?“ (jer će nenamjerno pacijenta „navesti“ na nevažne teme). Ne preporučuje se postavljati izravna pitanja ako prije toga nismo uspostavili dobar kontakt i povjerenje. U su-

protnom možemo u pacijenta izazvati otpor, odnosno simuliranje. Uputno je postaviti pitanje, npr. „Koji su vaši ciljevi dolaska na intervju/pregled danas?“ Kod postavljanja inicijalnih pitanja bitno je voditi računa i o pripadnosti osobe nekoj posebnoj kulturnoj sredini.

Tijelo

Ako je cilj dobivanja informacija psihijatrijska dijagnoza, postaviti će se pitanja u vezi s tjelesnim poteškoćama. U suprotnom, ako je inicijalni cilj intervjuja indikacija za psihoterapiju, fokus pitanja može se brzo prenijeti na razgovor o problemima odnosa s važnim osobama, specifičnim poremećajima ponašanja, eventualnom iskustvu s prethodnih terapija itd. Kada se postavljaju pitanja o somatskim simptomima, postavlja se pitanje o njihovoj učestalosti, trajanju, intenzitetu i kvaliteti. Kod strukturiranog intervjuja koji je dizajniran s ciljem fokusiranja i sustavnog prikupljanja pouzdanih i valjanih podataka.

Zatvaranje

Kako vrijeme intervjuja teče, psihoterapeut prikuplja sve više podataka. U toj fazi psihoterapeuta je uloga pružanje podrške i ohrabrenja pacijentu, sažimanje bitnih poteškoća i proble-

ma, postavljanje dijagnoze mentalnog poremećaja, odnosno psihodinamičke formulacije, instaliranje nade i ako tako odluči, dogovor za sljedeću sesiju, učestalost viđanja i način plaćanja, odnosno *setting*.

Završetak

Na kraju važno je da psihoterapeut bude osjetljiv, senzibilan na način kako pacijent reagira na završetak susreta (5).

Psihoterapeut primjenjuje intervju za prikupljanje korisnih informacija koje će mu pomoći da bolje razumije pacijentove poteškoće, detektira ponavljajuće obrasce ponašanja te ih objašnjava, tumači podacima dobivenim iz anamneze psihološkog razvoja, tj. nesvjesnih uzroka nastanka simptoma, odnosno patnje pacijenta (6). Paralelno s postupkom prikupljanja (potrebnih/korisnih) podataka radi na uspostavi dobrog emocionalnog ozračja u svrhu izgradnje i održavanja pozitivnog psihoterapijskog odnosa pacijent/klijent – psihoterapeut. Bitan je i način na koji će psihoterapeut postavljati pitanja i poticati pacijenta na asociranje i razradbu postavljenih pitanja kako bi odgovor bio u što širem kontekstu. S obzirom na to da psihoterapeut opservira i pažljivo sluša, može uočiti neke nelogičnosti ili kontradiktornosti. Tentativne konfrontacije tijekom intervjua poželjne su jer otkrivaju pacijentov

kapacitet za introspekciju. Sve se događa u ugodnu ozračju, uz osjećaj povjerenja i sigurnosti koji bi se trebao osjetiti od prvog kontakta očima dok još nije izgovorena riječ.

Psihodinamički intervju, kao i klinički intervju, može se voditi na strukturirani i nestrukturirani način.

Strukturirani način vođenja razgovora preferira Michael Balint koji psihoterapijski intervju opisuje kao „detektivsku funkciju liječnika“ (7). Taj način vođenja razgovora po definiciji traži postupnost, preciznost i sistematiziranost. Autor ističe da je u samom početku intervjua važno pripremiti pacijenta, tj. pokazati zanimanje za njegove teškoće i cjelokupni kontekst u kojem se nalazi te stvoriti ozračje u kojem će se u što kraćem vremenu dobiti što više relevantnih podataka.

U procjeni mogućnosti analize Ralph Greenson također je skloniji strukturiranom vođenju intervjua (7). On navodi nekoliko bitnih sastavnica u formulaciji psihodinamičkog razumijevanja pacijenta:

- funkcioniranje u vanjskom svijetu (posao, odnosi s drugima, testiranje stvarnosti, intenzitet simptoma), kvaliteta objektnih odnosa (važni odnosi, roditelji, odvajanje i gubitak, prethodne psihoterapije, analitičar kao objekt)



- tolerancija i modulacija afekta, kakva su obilježja karaktera (sposobnost psihologiziranja, jasnoća granica „unutar nasuprot vanjskom“, prisutnost ekscesivne konfuznosti, *acting out*, pasivnost, rigidnost, npr. prilijepiti se za „to“ ili „nepravедnost“ i sl.)
- kakva je motivacija za liječenje (magijsko rješenje, promjena zbog drugih)
- kvaliteta superega (mazohizam, nepoštenje).

Nestrukturirani način vođenja intervjua najčešće prakticiraju iskusniji kliničari koji su u načelu slobodniji i ležerniji u susretu s pacijentom. Razgovor teče spontano, automatski, temelji se na intuiciji, osobito pri prvom susretu (8).

U dobivanju cjelovite slike psihodinamičkog razumijevanja patnje pacijenta, osim verbalne, neizostavno je i bitno praćenje neverbalne komunikacije, a u hospitaliziranih bolesnika važna je prethodna provjera somatsko-neurološkog stanja pacijenta (8). Preporuka je da ga obavi liječnik koji neće voditi psihoterapiju.

Psihodinamički orijentiran psihoterapeut na završetku intervjua od dobivenih informacija sažima psihodinamičku formulaciju. To znači da je postavio hipotezu u smislu tumačenja (objaš-

njenja) nesvjesnih uzroka pacijentovih patnji na temelju kojeg će predložiti ili odbiti psihoterapijsko liječenje (6, 11).

Pri odabiru pacijenata za ulazak u grupu tehnika dijagnostičke procjene zapravo je istovjetna. Paralelno s vođenjem intervjua razmišljamo o tome je li upravo taj pacijent pogodan za grupu. Pitamo se tko bi mu bio par – prema načelu Noine arke. Vodimo se pravilom heterogenosti za konflikte, a homogenosti za snagu ega. Tražimo heterogenost pojedinaca na razini spola, aktivnosti ili pasivnosti, poteškoća u međuljudskim odnosima, razmišljanja i osjećanja, ali i homogenosti po pitanju inteligencije, kapaciteta za toleriranje anksioznosti i mogućnosti davanja i primanja *feedbacka* i uključivanja u psihoterapijski proces (12).

PSIHODINAMIČKA FORMULACIJA

Autori opisuju vođenje psihodinamičkog intervjua kao proces koji se sastoji od četiriju faza: prepoznavanja psihološkog uzroka u pozadini simptoma, rekonstrukcije priče povijesti bolesti, modeliranja i formulacija (tzv. hipoteza slučaja) (13).

Koncept psihodinamičke procjene pacijenta i finalno sažimanje u formulaciju mijenjao se u skladu s razvojem psihodinamičkih teorijskih konceptata.

Danas se služimo raznim priručnicima u procjeni pacijentove razine patologije i kapaciteta za psihologiziranje. Kad je riječ o psihodinamičkoj procjeni osobnosti, važan teorijskih okvir, odnosno orijentir donosi „Psihodinamički dijagnostički priručnik“ (PDM) (14).

U njemu se poremećaji promatraju u tri dimenzije:

- dimenzija I. – osovina P (*personality*) – obrasci i poremećaji osobnosti,
- dimenzija II. – osovina M (*mental functioning*) – mentalno funkcioniranje te
- dimenzija III. – osovina S (*symptoms*) – simptomi (poremećaj zbog kojeg se bolesnik javlja).

Operacionalizirana psihodinamička dijagnoza (OPD), odnosno psihodinamička formulacija u osnovi opisuje tri dinamičke dimenzije:

- strukturu (samoprocjena, *self-regulacija*, zrelost mehanizama obrane, percepcija objekata, komunikacija i kapacitet za *attachment*)
- međuljudske odnose (ponavljajuća pacijentova iskustava sa sobom i drugima)
- tipove konflikata (ovisnost ili autonomija, submisivnost ili kontola, briga za druge ili samodostatnost, evaluaciju sebe ili drugih, konflikt krivnje, konflikt edipske/seksualne razine, konflikti identiteta).

Iako je psihodinamička formulacija početna i nezaobilazna točka kod postavljanja indikacije dugotrajnijih psihoterapija (psihoanaliza, psihoanalitička psihoterapija, grupna analiza), važna je i kod potpunijeg razumijevanja pacijenata gdje će biti indicirani i drugi pristupi liječenju (13).

Sažimajući, M. W. Bhömer definira: psihodinamička formulacija zasniva se na procjeni osobnosti bolesnika, njegovu odnosu prema bolesti kao i kapacitetu unutar strukture osobnosti za stvaranje psihoterapijskog plana (15). Uključivala bi sljedeće ključne elemente:

1. rekonstrukciju povijesti bolesti iz priče koja se dobiva pacijentovim iskazom
2. identifikaciju patoloških čimbenika (predisponirajući, precipitirajući, održavajući čimbenici patogeneze)
3. procjenu nedinamičkih čimbenika koji su pridonijeli psihijatrijskom poremećaju, kao što su npr. genetičke predispozicije, fizičke bolesti, socioekonomske i kulturne promjene i slično
4. četvrti set pitanja trebao bi rezultirati odgovorom na glavno pitanje zašto pacijent dolazi upravo sada: što uključuje istraživanje kontrole i regulacije nagona, mehanizme obrane, kapacitet za interakciju, komunikaciju i privrženost (*attachment*),



empatijski kapacitet, te samopercepciju i sliku o sebi. Važna je i procjena središnjeg konflikta u odnosu na sljedeće teme: ovisnost ili autonomiju, submisivnost ili kontrolu, brigu za druge ili samodostatnost, evaluaciju sebe ili drugih, konflikt krivnje, konflikt edipske/seksualne razine, konflikte identiteta. Bitno je uočiti i karakteristične obrasce ponašanja u međuljudskim odnosima.

5. prediktori odgovora na psihoterapiju, odnosno prognoza ishoda psihoterapije. To uključuje pitanje kapaciteta razvoja transfera i emocionalni odgovor psihoterapeuta (kontratransfer) na pacijenta.

Potrebno je naglasiti da nije riječ od konačnoj formulaciji (tj. hipotezi), nego je ona podložna promjenama (6).

DIJAGNOZA – PSIHODINAMIČKA FORMULACIJA

Postaviti dijagnozu središnja je točka medicinske skrbi prema kojoj su usmjerene sve dijagnostičke procedure i koja u velikoj mjeri određuje daljnji tijek liječničkih postupaka (1, 2, 3, 4). Ključne točke za psihijatrijsku dijagnostiku temelje se na dvama čimbenicima: na preciznom opisu psihopatologije i na što sveobuhvatnijoj psihodinamičkoj dijagnostičkoj formulaciji (3).

Precizan opis psihopatologije postavlja se na temelju strukturirane procedure ispitivanja koja ima uporište na klasifikacijama poremećaja i bolesti (MKB-X, DSM V), za razliku od psihodinamičkog pristupa gdje se podatci dobivaju u interaktivnom odnosu psihoterapeut – pacijent/klijent.

Nekoliko je bitnih razlika u značenju termina psihodinamičke formulacije u odnosu na pojam postavljanja dijagnoze koji se rabi u medicini. Teorijski je okvir u postavljanju dijagnoze neutralan, za razliku od psihodinamičke formulacije koji ima polazište u raznim teorijskim smjerovima psihodinamike (11). Dijagnoza je u odnosu na formu opisna (deskriptivna), dok je psihodinamička formulacija u svojoj biti objašnjavajuća (eksplorativna). Početna točka za postavljanje dijagnoze jest da počinje od pitanja što u pojedinog pacijenta nalazimo zajedničko u odnosu na druge, za razliku od psihodinamičke formulacije u kojoj se postavlja pitanje što je jedinstveno za pojedinog pacijenta. Prognoza na temelju dijagnoze ovisi o tijeku bolesti, za razliku kod formulacije dobivene tijekom psihodinamičkog intervjua gdje prognoza ovisi o pacijentovu odgovoru na primijenjeno psihoterapijsko liječenje. Postavljanje dijagnoze implicira tretman, a kod psihodinamičke formulacije informira o tretmanu.

Iako je dijagnoza nesumnjivo ključna u razmatranju terapije za mnoga teš-

ka stanja s biološkom podlogom, prema Yalomu (9) postavljanje dijagnoze može biti i kontraproduktivno. Psihoterapija je u svojoj biti proces koji se postupno razvija i u kojem psihoterapeut pokušava što potpunije upoznati i razumjeti pacijenta. Prema Yalomu postavljanje dijagnoze ograničava (kontaminira) uvid i smanjuje mogućnost emocionalnog povezivanja s pacijentom. Kad se dijagnoza postavi, postoji opasnost da se psihoterapeut ne posvećuje aspektima pacijenta koji se ne uklapaju u tu određenu dijagnozu i u skladu s time da se pretjerano posvećuje suptilnim značajkama koje naizgled potvrđuju početnu (radnu) dijagnozu. Tada dijagnoza može djelovati kao „samoispunjavajuće proročanstvo“. Odnositi se prema pacijentu kao prema „graničnom poremećaju osobnosti“ ili „histrionskom poremećaju osobnosti“ može poslužiti poticanju i održavanju upravo tih osobina. Preporuku o izbjegavanju etiketiranja pacijenta postavljanjem dijagnoze autor obrazlaže i niskom pouzdanošću klasifikacijskog sustava (tada valjani DSM –IV) u kategorizaciji poremećaja osobnosti (koji se često uključuju u dulju psihoterapiju).

Prema Glenu Gabbardu dinamička psihijatrija pristup je dijagnozi i liječenju koji karakterizira način promišljanja i pacijenta i kliničara, uključujući nesvjesni konflikt, deficite i distorzije intrapsihičke strukture kao i unutarnje objektivne

odnose te načine kako su integrirani (1). Naglasak je na osobnoj povijesti pacijenta i na interakciji između psihoterapeuta/psihijatra i pacijenta. Taj pristup pridaje važnost jedinstvenoj originalnosti i autentičnosti pacijenta. Pokušava se odgovoriti na pitanja koje je značenje simptoma koje pacijent donosi i zašto se upravo sada odlučio javiti?

Iz prakse vidimo da je lakše postaviti dijagnozu prema klasifikacijskom sustavu nakon prvog intervjua, nego mnogo kasnije, primjerice nakon desete seanse kada znamo znatno više o osobi. Ljudski je um iznimno složen stoga ne čudi da su klasifikacijski sustavi (MKB-X, DSM V) u stalnom postupku dorade i predmet brojnih nikad dovršenih rasprava.

PSIHODINAMIČKI INTERVJU U VIRTUALNOM OKVIRU

U trenutačnom razdoblju epidemije sve je češći rad na daljinu. Nove tehnologije u psihoterapiji za vrijeme *lockdowna* zapravo su bile jedina mogućnost nastavka i kontinuiteta psihoterapije, ali i održavanja psihoterapijskih intervjua, odnosno procjene indikacije za psihoterapiju. To je zasigurno najveća prednost. Nedostatak je tog načina rada osobito vidljiv „na dulje staze“.

Nema dvojbe o tome da je virtualni okvir zahtjevan. Traži prilagodbu i psi-



hoterapeuta i pacijenta. Otežava puni doživljaj osobe. Sanja Borovečki-Jakovljević navodi da je autentično emocionalno povezivanje između pacijenta i psihoterapeuta u virtualnom *settingu* teže uspostaviti (16). Nedostaje „punoća treće dimenzije odnosa“, pozicija funkcioniranja koju je opisao Thomas Ogden (17). On u svojem radu uz kleinijansku depresivnu i shizoparanoidnu poziciju uvodi i najrudimentarniju, najregresivniju ili najprimitivniju poziciju koju naziva autistično-prijanajućom pozicijom. Riječ je o najprimitivnijem, presimboličnom načinu psihičke organizacije koji je zasnovan na doživljaju *selfa* putem kožnih senzacija, tj. kožnih senzornih površina koje se međusobno dodiruju. Dodir, miris, pokreti cijelog tijela (a ne samo dijela koji omogućuje kamera); osjećaj topline ili hladnoće ne može se osjetiti na daljinu. Gubi se mnoštvo informacija najregresivnije razine funkcioniranja: ne možemo ih kontejnirati, verbalizirati i na kraju interpretirati.

O pitanju povjerljivosti podataka te zaštitenosti od intruzije drugih objekata analitičke/psihoterapijske sobe potrebno je detaljno razgovarati s pacijentom. Tjeskobe povezane s pitanjem što ako pukne internet treba anticipirati dogovorom o ponovnom načinu javljanja i nastavku psihoterapije/intervjua.

U recentnom istraživanju (18) o kvaliteti uspostavljenog odnosa pacijent

– terapeut u *online settingu* nađena su kontroverzna iskustva i mišljenja: među ispitanicima (psihodinamički psihoterapeuti) je prisutna velika šarolikost mišljenja – od onih koji zagovaraju *online* terapiju do onih koji su protiv. Rezultati tog istraživanja potvrdili su da je najveća dobrobit *online settinga* pristupačnost (većem broju klijenta, tj. psihoterapeuta). Psihoterapeuti/ispitanici slažu se da taj način rada nije pogodan za sve vrste poremećaja: uglavnom veću korist imaju pacijenti s anksioznim, depresivnim poremećajima, za razliku od težih mentalnih poremećaja za koje je *online* terapija kontraindicirana.

Istraživanje je sukladno i navodima naših autora (16, 19, 20, 21) da je ovisnost o dostupnosti interneta (*providera*) te nedostatak neverbalne komunikacije glavno ograničenje rada na daljinu. Većina psihoterapeuta smatra da nemaju dovoljno znanja iz područja telepsihijatrije. *Setting* je izrazito vulnerabilan. Dosadašnje iskustvo u virtualnom *settingu* upozorava na potrebu veće aktivnosti psihoterapeuta. Potrebno je više pozornosti usmjeriti na opserviranje neverbalne komunikacije (facijalne ekspresije lica i gestikulacije). Jedna je od negativnih strana *online* psihoterapije teže održavanje neutralnog stajališta, tj. apsentizma. Emocionalna povezanost i povjerenje razvijaju se sporije u odnosu na „rad uživo“ („face to face“).

Psihoterapeuti ističu važnost stalnog rada na uspostavi terapijskog saveza.

Spremnost za prvi psihoterapijski intervju *online* ovisila je o „digitalnoj pismenosti“: stariji pacijenti nisu bili skloni inicijalnom *online* razgovoru. Za razliku od njih, mlađi pacijenti nisu imali problem prvog kontakta putem Skypea ili neke druge aplikacije.

Pacijenti koji su već neko vrijeme bili u psihoterapiji znatno su se lakše prilagodili na novi medij komunikacije. Uočava se da dobar i stabilan psihoterapijski odnos olakšava prilagodbu. Regresivniji pacijenti imaju više problema s uključivanjem te se lakše prilagode telefonskom modelu komunikacije. Očit je nedostatak „punoće treće dimenzije odnosa“.

Kad je riječ o grupnoj psihoterapiji, vidljivo je da pacijenti grubo krše osnovna pravila ponašanja koja su dobro usvojili na terapiji uživo.

ZAKLJUČAK

U zaključku možemo reći da je psihodinamički intervju ključan u razumijevanju funkcioniranja cjelokupne osobnosti pacijenta. Dobro vođen intervju ujedno je i umijeće koje traži otvorenost i emocionalnu raspoloživost psihoterapeuta za pacijenta. Za psihoterapeuta/kliničara stoga predstavlja područje stalnog učenja i istraživanja (22), a i uzajamni doživljaj sigurno je bogatiji, autentičniji uživo (makar i s maskama).

LITERATURA/REFERENCES

1. Gabbard GO. Psychodynamic Psychiatry in Clinic Practice, fourth edition. Washington London: American Psychiatric Publishing Inc; 2005. str. 69.
2. Sommers-Flanagan J, Sommers-Flanagan R. Clinical Interviewing, sixth edition. New Jersey: Wiley; 2017.
3. Frančišković T, Moro Lj. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada; 2011.
4. Drill R, Nakash O, DeFife J, Western D. Procjena kliničkih podataka: Usporedba valjanosti strukturiranog kliničkog intervjua (SCID) i kliničkog dijagnostičkog intervjua. Časopis za živčane i mentalne poremećaje. 2015;201(6):459-62.
5. Shea SC. Psychiatric Interviewing: The Art of Understanding. Elsevier; 2016.
6. Cabaniss DL, Cherry S, Douglas CJ, Graver RL, Schwartz AR. Psychodynamic Formulation. New York: John Wiley & Sons Ltd; 2013.
7. Balint M. Doctor, His Patient and the Illness; 2nd edition. London: Pitman Medical; 1964.
8. Sugarman A, Nemiroff RA, Greenson DP. The Technique and Practice of Psychoanalysis: A Memorial Volume to Ralph R. Greenson. London: Karnac; 2016.
9. Jalom IE. Čari psihoterapije. Novi Sad: Psihopolis Institut; 2014.



10. Mayou R, Sharpe M, Carson A. ABC of psychological medicine. London: BMJ Publishing; 2003.
11. Mace C, Binyon S. Teaching psychodynamic formulation to psychiatric trainees. Part 1. Basic of formulation. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2005;11:416-423.
12. Jalom DJ, Lešč M. Teorija i praksa grupne psihoterapije. Novi Sad: Psihopolis institut; 2013.
13. Mace C, Binyon S. Teaching psychodynamic formulation to psychiatric trainees Part 2: Teaching methods. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2006;12:92-99.
14. Lingiardi V, McWilliams N. Psychodynamic Diagnostic Manual second edition PDM -2. New York London: The Guilford Press; 2017.
15. Böhmer MW. Dynamic psychiatry and the psychodynamic formulation. *Afr J Psychiatry*. 2011;14:273-277.
16. Borovečki-Jakovljević S. Psihoanaliza Skypeom – perspektiva i ograničenja. *Psihoterapija*. 2016;30:208-217.
17. Ogden TH. The primitive edge of experience. London New York: Routledge; 2018.
18. Machado LF, Feijo LP. Online psychotherapy practice by psychodynamic therapists *Psico*2021; 51(3) DOI:10.15448/1980-8623.2020.3.36529
19. Brkić M. Grupna terapija u vrijeme pandemije bolesti izazvane novim koronavirusom (sars-cov-2). *Psihoterapija*. 2020;34:120-147
20. Britvić D. Grupna analiza u vrijeme pandemije bolesti Covid-19. *Psihoterapija*. 2020;34:148-169.
21. Matačić S. Cyberterapija: O mogućnosti i nemogućnosti psihoanalitičkih terapija na daljinu. *Psihoterapija*. 2018;32(2):195-215.
22. Fonda P. Krivnja i osjećaj krivnje u analitičkom radu. *Psihoterapija*. 2016;30:157-75.