



Skuteczność pozafarmakologicznych oddziaływań w leczeniu schizofrenii: opis przypadku

*Effectiveness of non-pharmacological therapies in the treatment
of schizophrenia: case report*

AGNIESZKA GMTROWICZ

Z II Kliniki Psychiatrycznej Katedry Psychiatrii Akademii Medycznej w Łodzi

STRESZCZENIE. Przedstawiono przypadek schizofrenii u osoby młodocianej, która przerwała farmakoterapię m.in. z powodu złej wyjściowo tolerancji leków. Psychoedukacja przyczyniła się do zmiany postawy matki wobec choroby córki, co umożliwiło podjęcie u pacjentki terapii przez sztukę (arteterapii). Uzyskano znaczącą poprawę w zakresie jej kontaktu z lekarzem, wglądu w chorobę, funkcjonowania społecznego.

SUMMARY. A case of schizophrenia in a young woman is presented – the patient terminated her pharmacotherapy due to her initial intolerance of medication administered. Psychoeducation has contributed to a change in her mother's attitude toward the patient's illness. Consequently, it was possible to begin art therapy with the patient. A significant improvement was attained in her contact with her physician, insight in her illness, and her psychosocial functioning.

Słowa kluczowe: schizofrenia / arteterapia / opis przypadku

Key words: schizophrenia / art therapy / case report

Wprowadzenie w latach pięćdziesiątych neuroleptyków do leczenia osób chorych na schizofrenię, stanowiło niewątpliwy przełom w psychiatrii [4]. Raczej żaden psychiatra w Polsce nie kwestionuje zasadności stosowania leków przeciw psychotycznych, szczególnie w ostrej fazie choroby [5]. Liczne badania wykazały, że neuroleptyki odgrywają znaczącą rolę w zapobieganiu nawrotom w schizofrenii (dwu-, a nawet trzykrotnie redukują odsetek nawrotów choroby u osób kontynuujących leczenie podtrzymujące) [2, 3]. Ponadto stwierdzono, że wczesne włączenie neuroleptyków, już w okresie prodromalnym schizofrenii może łagodzić jej przebieg i następstwa [3]. Jedynie w szczególnych sytuacjach psychiatrzy odstępują od leczenia neuroleptykami osoby z rozpoznaną schizofrenią, głównie kiedy stwierdzają nietolerancję leku, czy przeciwwskazania

natury somatycznej lub kiedy sam pacjent, bez orzeczonego przymusu leczenia, zdecydowanie odmawia współpracy.

W bardzo trudnej sytuacji znajduje się psychiatra, kiedy leczenia odmawia pacjent młodociany, z pozytywnymi i negatywnymi objawami schizofrenii, które powodują wycofanie się jego z wszelkich aktywności. Uznane przez większość psychiatrów oddziaływania pozafarmakologiczne, tj.: terapia rodzin, psychoedukacja, trening umiejętności społecznych [7], przy braku współpracy ze strony pacjenta, także nie rokoją powodzenia w terapii. W takim przypadku alternatywą leczenia i szansą dla pacjenta ze schizofrenią może być terapia przez sztukę (*art therapy*). Jest to dynamicznie rozwijająca się metoda, która została włączona do standardów leczenia psychiatrycznego w USA i w niektórych krajach Europy Zachodniej

pod koniec lat sześćdziesiątych [6]. Obecnie termin ten stosowany jest w dwóch znaczeniach: węższym – jako terapia przy udziale sztuk plastycznych oraz szerszym – jako terapia z wykorzystaniem muzyki, tańca, teatru, poezji, prozy, zabawy, a także hodowli roślin. Arteterapia opiera się na różnych podejściach psychoterapeutycznych, jednak swoje główne korzenie ma w psychoanalizie. Jako technika terapeutyczna znajduje zastosowanie w terapii indywidualnej, grupowej, rodzinnej osób z różnymi zaburzeniami psychicznymi oraz jest wykorzystywana w różnych programach edukacyjnych, m.in. dla dzieci z deficytami poznawczymi i/lub fizycznymi, dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych, czy osób z chorobami degeneracyjnymi. W toku postępowania leczniczego arteterapia pełni różne funkcje, w tym: diagnostyczną, psychoterapeutyczną, korekcyjną, poznawczą, edukacyjną, katartyczną, rekreacyjną, komunikacyjną, integracyjną, profilaktyczną, twórczą, resocjalizacyjną.

OPIS PRZYPADKU

Pacjentka, lat 24, wykształcenie średnie nieukończone, panna. Wychowywana była w rodzinie niepełnej, głównie przez babkę ze strony matki. Matka wykonywała zawód szwaczki, babka prowadziła kwaciarnię, a dziadek był grabarzem. Rodzice rozwiedli się w drugim roku życia pacjentki. Ojciec jej był leczony psychiatrycznie z powodu choroby alkoholowej i polineuropatii, od wielu lat korzysta z renty chorobowej. Z drugiego związku ojca pacjentka ma siostrę przyrodną. Odkąd pacjentka pamięta, ojciec nigdy za nic nie odpowiadał, nie troszczył się o nią, był rozpieszczany przez własną matkę, bo – jak uznała pacjentka – pozostał jako jedyny z czworga rodzeństwa. Pacjentka określiła ojca jako „ósmego cud świata”, „Piotrusia Pana”. Mimo braku jakiegokolwiek kontaktu z nim, pacjentka i jej matka pozostawały w dobrych relacjach z drugą rodziną ojca.

Do 11 r.ż. pacjentka rozwijała się prawidłowo, bez obciążeń z okresu ciąży i porodu. W 12 r.ż. przeżyła zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, wkrótce po tym wstrząśnienie mózgu. Od tego momentu jej sytuacja w rodzinie uległa znaczącej zmianie, zaczęto się o nią troszczyć. Wcześniej miała wrażenie, że to ona jest odpowiedzialna za rodzinę. W tym czasie była rozwinięta ponad wiek i tęga. Preferowała zabawy chłopców. W okresie dojrzewania płciowego zmieniła zainteresowania z uwagi na wygląd, „uciekła w naukę”, zaczęło zależeć jej na bardzo dobrych ocenach. W siódmej klasie podjęła pierwszą próbę samobójczą z powodu niesprawiedliwej oceny z polskiego. W pierwszej klasie liceum zaczęła się odchudzać, jak stwierdziła później po to, żeby podtrzymać zainteresowanie rodziny swoją osobą. Z powodu rozpoznania jądłowstrętu była w 16 i 17 r.ż. dwukrotnie hospitalizowana w oddziale młodzieżowym kliniki psychiatrycznej. To przyczyniło się do zmiany szkoły dziennej na szkołę wieczorową. Podczas trzeciej i ostatniej do tej pory hospitalizacji, w 19 r.ż., rozpoznano u pacjentki zaburzenia typu schizofrenii, głównie w oparciu o jej wypracowania szkolne. Wypowiedzi pisemne ujawniały myślenie niezdyscyplinowane, derealistyczne, występowały w nich liczne neologizmy. Kontakt słowny był zdawkowy, niechętny. W ciągu paru miesięcy wycofała się z życia społecznego, stała się autystyczna, dziwaczna, czas spędzała głównie beczynn timer, siedząc w kucki pod ścianą, zawinięta w za dużą, czarną odzież. Prowokowana do rozmowy nie nawiązywała kontaktu wzrokowego. Dopiero po włączeniu perazyliny zaczęła ujawniać treści urojeniowe. Twierdziła, że elektryczność zmienia ludzi, że pod jej wpływem wszyscy stają się przezroczyści. W domu terroryzowała najbliższych, zakazując używania urządzeń elektrycznych. Potwierdzała depersonalizację, poczucie bezsensu, pustkę emocjonalną. Podjęła wtedy drugą próbę samobójczą, bez zrozumiałych motywów. W szpitalu przeszła kurację perazyliną, haloperydołem (po którym miała silnie wyrażone objawy pozapiramido-

we), następnie sulpirydem. Ostatecznie, częściową poprawę uzyskano za pomocą kłozapiny, z którym to leczeniem została wypisana ze szpitala. Wkrótce po wypisie odstawiła lek, bo jak twierdziła uniemożliwił jej czytanie książek (głównie Witkacego). Prawie dwa lata żyła w izolacji, przerwała naukę. Matkę traktowała pogardliwie, zarzucając jej ignorancję w dziedzinie sztuki i literatury. Do poradni przychodziła jedynie pod groźbą ubezwłasnowolnienia, jednak nie godziła się na farmakoterapię. Przez krótki okres czasu, pod presją matki, przyjmowała nieregularnie flupentyksol. Matka, obwiniając się za chorobę córki, często jej ulegała. Natomiast pacjentka, chcąc utrzymać istniejący stan rzeczy, kontrolowała masę ciała tak, aby była na dolnej granicy normy (mimo zaburzonych głęboko wzorców odżywiania się) i konsekwentnie twierdziła, że jej obecne życie ma sens, zaprzeczając tym samym tendencjom samobójczym. Sytuacja zaczęła ulegać zmianie, kiedy matka przyjęła w końcu kolejne zaproszenie na psychoedukację. W grę wchodziły jedynie spotkania indywidualne, ponieważ matka pacjentki nie mogła dostosować się do terminów spotkań grupowych. W trakcie indywidualnych spotkań z lekarzem, prowadzonych w formie standardowych wykładów (zgodnie z założeniami Anderson) [2, 7], matka zaczęła rozumieć chorobę córki oraz akceptować jej niektóre zachowania i wymagania. Sama postanowiła czytać określone lektury, chodzić do muzeum, na wystawy, zrezygnowała z oglądania telewizji, w końcu wystąpiła o wcześniejszą emeryturę, chcąc poświęcić córce więcej czasu. W obawie przed odrzuceniem zgodziła się spełnić życzenie córki i kupiła jej domek w lesie, bez prądu i wygód. Mimo, że pacjentka nadal nie przyjmowała leków, przyjeżdżała co dwa miesiące do poradni pod presją matki. Z braku innych możliwości porozumienia się z pacjentką lekarz zainicjował rozmowy o literaturze (jej ulubionych pisarzach, bohaterach, wykorzystując w terapii wybrane przez siebie motywy) oraz o sztuce. „Podążając” za pacjentką, proponował jej różne formy wyrażania eks-

presji. Z wizyty na wizytę następowała zmiana postawy pacjentki wobec lekarza, przekazywała swoje krótkie prace pisemne, które ujawniały rozkojarzenie myślenia i inne objawy z kręgu schizofrenii. Omawiano z pacjentką te prace, wskazując na aspekty chorobowe. Pacjentka stopniowo zyskiwała poczucie choroby i krytycyzm do niektórych objawów („wiem, że jestem chora, bo mam trzy osobowości: schizofreniczną, neurotyczną i małą część dawnej, tej z dzieciństwa”). Mimo to nadal konsekwentnie nie godziła się na proponowane leki psychotropowe podkreślając, że nie ma podstaw prawnych do leczenia jej wbrew woli. Na tym etapie terapii przez sztukę lekarz dążył przede wszystkim do poprawy komunikacji z pacjentką oraz uzyskania przez nią wglądu w chorobę. Zachęcał także do aktywności plastycznej, licząc że pozawerbalny przekaz pozwoli na pełniejsze wykorzystanie różnych funkcji arteterapii, m.in.: poznawczej, korekcyjnej, katartycznej, hedonistycznej, integracyjnej, stymulującej (twórczej), profilaktycznej (zapobieganie inwalidyzacji). Pacjentka podjęła współpracę, ponieważ lekarz poruszał się po wybranych obszarach zainteresowań pacjentki: literatura, zwierzęta, natura. Z czasem pacjentka zaczęła przywozić swoje prace plastyczne. Były to mikroświaty, robione z modeliny za pomocą zapalek, potem igieł, ukrywane pieczołowicie w pudełkach od zapalek. Początkowo pacjentka pokazywała te prace tylko z daleka, potem pozwoliła na przyglądanie się im, następnie pożyczła na wymianę, w końcu zaczęła je ofiarowywać. W trakcie omawiania prac pacjentka wyraźnie się ożywiła, relaksowała. Z czasem stawała się coraz bardziej krytyczna w stosunku do przekazywanej treści i formy swoich prac, zroszczyła, że poprzez swoje dzieła może ujawnić swoje nieakceptowane emocje i przejmować nad nimi kontrolę. Każda pozytywna opinia na temat kolejnych prac i obserwowanych przemian podnosiła jej samoocenę i poczucie własnej wartości. W którymś momencie zaczęła swoim pracom nadawać tytuły: „Człowiek Morze”, „Człowiek Robak”, „Człowiek Skala”.

Rozszerzyła także zakres swojej działalności, zaczęła przyjeżdżać do miasta, żeby fotografować swoje prace w dużym powiększeniu, akceptując już posługiwanie się aparaturą elektryczną. O swoich pracach napisała:

To nie jest sztuka, to jest sztuka zamiennie kawał życia. Nie znam się ani na życiu ani na sztuce, więc treścią tych prac zawsze będę ja. Świat jawi się w niezmiennej gotowej postaci – jedynie siebie doświadczam.

Pierwszy raz wzięłam zaostrome zapalki do rąk, z czasem zamieniłam je na igły, z którymi się nie rozstaje. Wszystko czym są te prace to czysta patologia. Mój stan to rozlane myślenie (od prania po kosmos). Pamiętam z dzieciństwa myszkę zabawkę, która była ukryta w pudełku od zapalek. Chciałabym, aby tym były moje prace, śmieszne dziwaczne, nie wiadomo co. Nie mam nic do powiedzenia. Tojek.

Od prawie dwóch lat pacjentka aktywnie zajmuje się tworzeniem swego świata. Pilnuje sama terminów wizyt. Spontanicznie opowiada o swoim życiu, jest żywa emocjonalnie, troszczy się o swoich bliskich. Kiedyś przyjechała ze swoją babką, prosząc o leczenie jej z depresji po śmierci dziadka. Godzi się na korzystanie z telefonu, mimo że nie zmienił się jej sposób widzenia świata. Ona sama broni się przed cywilizacją, doświadczając jej szkodliwości. Nadal mieszka w jednoizbowym domku bez prądu. Dopuszcza w pełni do swego świata matkę, zaczęła ją doceniać, pilnuje nawet terminów jej badań, godzi się na prowadzenie przez nią ogródka warzywnego, mimo że stoi to w sprzeczności z jej przekonaniem. Nadal uważa, że nie wolno ingerować w naturę. Obecnie jest jednak zdolna do kompromisów.

Lekarzowi prowadzącemu udało się nawet namówić pacjentkę do uczestnictwa w zajęciach grupowych z arteterapii, prowadzonych przy oddziale młodzieżowym przez zespół terapeutyczny, psychologa i artystę plastyka. Zasady prowadzenia tych zajęć zostały przedstawione w odrębnej pracy [1]. Pacjentka tylko dwukrotnie przyjechała do kliniki na zajęcia, ale nie włączyła się czynnie do proponowanych aktywności, była

tylko obserwatorem. W końcu stwierdziła, że to nie jest jej świat.

Wiele swoich najświeższych prac pacjentka udostępniła lekarzowi, aby mógł pokazać je na konferencji i planowanych wystawach prac chorych.

Ostatnio pacjentka nie blokuje już rozmów na temat zasadności powrotu do farmakoterapii, słucha o zaletach nowych leków antypsychotycznych, jednak nadal utrzymuje, że są jej niepotrzebne, bo jest w pełni zadowolona ze swego życia. Rozważa nawet możliwość podjęcia nauki w trybie korespondencyjnym.

KOMENTARZ

Przedstawiony opis przypadku 24-letniej pacjentki z rozpoznaną schizofrenią pokazuje, że mimo odmowy leczenia farmakologicznego i utrzymywania się czynnych objawów choroby, dzięki wdrożonemu postępowaniu pozafarmakologicznemu, możemy uzyskać poprawę nie tylko w zakresie stanu psychicznego pacjenta, jego funkcjonowania społecznego, krytycyzmu, poczucia choroby, ale także możemy przyczynić się do rozwoju jego możliwości twórczych.

Wydaje się, że do poprawy sytuacji życiowej i zdrowotnej opisywanej pacjentki w znacznym stopniu przyczyniła się najpierw zmiana postawy matki, uzyskana w trakcie psychoedukacji, a następnie wykorzystanie arteterapii (głównie przez działania plastyczne i twórczość literacką).

Psychoedukacja pozwoliła matce zrozumieć chorobę córki, zaakceptować jej niektóre wymagania i ograniczenia oraz podjąć działania mające na celu zbliżenie się do niej (np. przejście na wcześniejszą emeryturę zapewniło jej czas na kontakty z córką).

Wykorzystanie sztuki początkowo było rodzajem pomostu pomiędzy niedostępnym, psychotycznym światem pacjentki a lekarzem. Stopniowo zaczęło pełnić inne funkcje (poza komunikacyjną), mianowicie pozwoliło lekarzowi na poznanie obrazu psychopatologicznego pacjentki (funkcja diagnostyczna)

oraz stosowanie interwencji o charakterze korekcyjnym (np. nabieranie dystansu do spraw rodzinnych, nauka tolerancji). W trakcie omawiania prac pacjentki stosowano elementy terapii poznawczo-behawioralnej, dzięki czemu pacjentka stała się krytyczna do większości swoich objawów, uczyła się jak je kontrolować oraz zyskała wgląd w chorobę i mechanizm swoich zachowań (opisała je jako wypadkową „trzech osobowości”). Rozwijanie aktywności twórczej u pacjentki poprawiło jej samoocenę, spowodowało wyjście z izolacji, redukcję niektórych objawów, np. lęku społecznego, aktywności urojeniowej (funkcja resocjalizacyjna). W trakcie tworzenia pacjentka odreagowywała negatywne emocje związane ze swoją chorobą (funkcja katartyczna) oraz stała się zdolna do przeżywania radości i satysfakcji (funkcja hedonistyczna, rekreacyjna).

Podsumowując, arteterapię można uznać za ważny element w leczeniu schizofrenii, a czasami wręcz jako pewną alternatywę, szczególnie kiedy nie można zastosować leków. Ograniczeniem tej metody jest rela-

tywnie długi okres oczekiwania na niektóre efekty terapeutyczne oraz konieczność specjalistycznego szkolenia się terapeutów.

PIŚMIENNICTWO

1. Gmitrowicz A, Andrzejewska M: Udział terapii przez twórczość w leczeniu i rehabilitacji zaburzeń psychicznych u młodzieży. *Wiad. Psychiatr.* (w druku).
2. Hintze B, Gołębiowska M, Krzyżanowska-Zbucka J: Zapobieganie nawrotom schizofrenii – program i wstępne doświadczenia. *Wiad. Psychiatr.* 1999, 2, 149–155.
3. Jarema M: Ryzyko zaprzestania przyjmowania neuroleptyku w schizofrenii. *Psychiatr. Pol.* 1999, 1, 5–14.
4. Kostowski W, Pużyński S (red.): *Psychofarmakologia doświadczalna i kliniczna*. PZWL, Warszawa 1996.
5. Masiak M (red.): *Badania nad schizofrenią*. PWZN „Print 6”, Lublin 1998, 1, 1.
6. Robbins A: *A multi-modal approach to creative art therapy*. Biddles Ltd., Guildford and King's Lynn, Great Britain 1994.
7. Tomczyk U: Terapia rodzin pacjentów chorych na schizofrenię. *Psychiatr. Pol.* 1999, 1, 15–24.

*Adres: Dr Agnieszka Gmitrowicz, II Klinika Psychiatryczna Akademii Medycznej,
ul. Czechosłowacka 8/10, 92-216 Łódź*