



Odnaleźć samą siebie – terapia indywidualna chorej na schizofrenię w programie psychoedukacyjnym: opis przypadku

To find her own identity – individual therapy of a female schizophrenic patient in a psychoeducational program: case report

BEATA HINTZE

Z I Kliniki Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

STRESZCZENIE. *Przedstawiono przebieg terapii chorej na schizofrenię zwracając uwagę na znaczenie oddziaływań o charakterze edukacyjnym (red.).*

SUMMARY. *The course of therapy of a female patient with schizophrenia is described, with the emphasis on the importance of educational interventions (Ed.).*

Słowa kluczowe: schizofrenia / psychoedukacja / opis przypadku
Key words: schizophrenia / psychoeducation / case report

Zasadniczym celem programów psychoedukacyjnych jest dostarczenie pacjentom praktycznej wiedzy na temat przyczyn, przebiegu i objawów schizofrenii, możliwości kontrolowania objawów i zapobiegania nawrotom, konieczności leczenia farmakologicznego [7]. Podejście psychoedukacyjne pomaga choremu wyjść z roli ofiary i stać się osobą aktywną oraz odpowiedzialną za swoje leczenie. Program edukacyjny rozpoczyna się z pacjentem w czasie jego pobytu w szpitalu jest początkiem bardzo długiego procesu terapeutycznego [4, 5], który będzie trwał przez cały okres spotkań ambulatoryjnych. Program ten powinien być równoległe prowadzony dla pacjentów i ich rodzin [1, 3, 4, 6], aby umożliwić obu stronom zrozumienie istoty schizofrenii oraz wskazać realne możliwości wpływu na przebieg choroby. Współpraca z rodzinami znacznie ułatwia pracę terapeutyczną z samym pacjentem dzięki możliwości przedyskutowania i podejmowania wspólnych decyzji, jak najbardziej korzystnych dla pacjenta [2, 5]. Faloon podkreśla, że

aktywne włączenie rodzin pacjentów w proces leczenia ich bliskich, prowadzenie psychoedukacji, treningów rozwiązywania problemów oraz polepszenie umiejętności społecznych wpływa na poprawy kliniczne oraz ma istotne znaczenie profilaktyczne [2, 6].

Poniżej przedstawiam przebieg indywidualnej terapii podtrzymującej, zorientowanej psychoedukacyjnie, pacjentki chorującej na schizofrenię. Opis przypadku stanowi próbę interpretacji 9 lat leczenia i zmian, które dokonały się u pacjentki w czasie ostatnich 3 lat pracy terapeutycznej.

OPIS PRZYPADKU

Pacjentka jest 41-letnią kobietą z wyższym wykształceniem, z zawodu biologiem (pracownikiem naukowym). Jest zamężna, mąż jest także pracownikiem naukowym, mają 16-letniego syna. Od kilku miesięcy przebywa na rencie.

Pierwszy krótki epizod psychotyczny miał miejsce w 1978 r., kilka miesięcy po ślubie, po

sztucznym poronieniu. Ujawniała wtedy treści paranoidalne, że jest Mesjaszem, a jej brat szatanem. Leczyła się ambulatoryjnie, a ponieważ po kilku tygodniach stan psychiczny wyrównał się, odstawiono całkowicie leki.

Pogorszenie stanu psychicznego, wymagające pierwszego leczenia szpitalnego, nastąpiło po 12 latach od epizodu psychotycznego. W czasie tej hospitalizacji rozpoznano zespół paranoidalny. Od tej pory pacjentka była hospitalizowana 9 razy z rozpoznaniem schizofrenii. Po pierwszej hospitalizacji krótko kontynuowała leczenie w PZP, początkowo przychodziła na wizyty, następnie zaprzestała brania leków, ponieważ uważała, że jest zdrowa. Wróciła do pracy. Druga hospitalizacja miała miejsce po roku od wypisu. W czasie pobytu w szpitalu dokonała próby samobójczej. Od tej pory w obrazie klinicznym występują u pacjentki myśli i tendencje samobójcze. Po wypisie szybko odstawiła leki, w sytuacjach trudnych zaczęła pić alkohol. Po trzeciej hospitalizacji utrzymywała kontakt z PZP, jednak sama zaczęła zmniejszać sobie dawki leków, co w efekcie doprowadziło do kolejnego nawrotu. W czasie czwartej hospitalizacji rozpoznano u pacjentki zespół katatoniczny w przebiegu schizofrenii. Po wypisie ponownie zaczęła pić alkohol w sytuacjach trudnych, konfliktowych czy stresogennych. Leki brała nieregularnie, niechętnie chodziła do PZP. W krótkim okresie nastąpił ponowny nawrót choroby wymagający kolejnej hospitalizacji. Po szóstym pobycie w szpitalu bardzo krótko kontaktowała się z poradnią, odstawiła przepisane leki, w dalszym ciągu nadużywała alkoholu, dochodziło już do picia ciągami trwającymi od kilku do kilkunastu dni. Była całkowicie bezkrytyczna do choroby i nałogu. Sytuacja ta powodowała coraz większe konflikty w domu i w pracy, w konsekwencji doszło do separacji z mężem. Pacjentka w tym czasie zaniedbała dom, a także nie wywiązywała się z obowiązków na uczelni, co przyczyniło się do odsunięcia jej od prowadzenia zajęć dydaktycznych, a następnie od badań naukowych. Po kolejnych wypisach z Instytutu

ograniczyła się jedynie do deklarowania chęci brania leków i utrzymywania abstynencji.

Dwie ostatnie hospitalizacje stanowiły przyjęcia bez zgody, mocą postanowienia sądu. W tym czasie nadużywała alkoholu, stała się agresywna słownie i czynnie, miała myśli i tendencje samobójcze, manipulowała dawkami leków, odstawiła je. W ocenie lekarzy pacjentka bardzo źle rokowania dotyczące skuteczności dalszego leczenia, wynikające z dotychczasowego przebiegu choroby – schizofrenii bogatoobjawowej. W obrazie klinicznym pacjentki występowały elementy katatoniczne, paranoidalne, afektywne, próby samobójcze, uzależnienie od alkoholu, brak krytycyzmu do objawów psychozy, bardzo negatywny stosunek do farmakoterapii oraz początkowo trudna współpraca z rodziną. Dlatego chciano wykorzystać jeszcze jedną próbę leczenia w oddziale psychoedukacyjnym. Pod koniec siódmej hospitalizacji przeniesiono ją do Ośrodka Zapobiegania Nawrotom Psychoz. Tu uczestniczyła w grupowych zajęciach psychoedukacyjnych stymulujących do wymiany swoich doświadczeń oraz umożliwiających zdobycie wiedzy na temat choroby, przyczyn, objawów, możliwości zapobiegania nawrotom i konieczności leczenia farmakologicznego. Wykorzystując wszystkie historie choroby i analizując wcześniejsze zachorowania, z pacjentką i z jej mężem w czasie pobytu w Ośrodku ustalono tzw. wczesne objawy ostrzegawcze, które w trakcie dalszej terapii modyfikowano.

Lista wczesnych objawów ostrzegawczych:

1. niedostosowany, mocny makijaż, 1–2 dni,
 2. zaburzenia snu, problemy z zaśnięciem, koszmary nocne, 2–3 noce,
 3. nieufność i podejrzliwość przede wszystkim do męża, 2–3 dni,
 4. ograniczenie palenia, 3–4 dni,
 5. zwrócenie uwagi na sytuacje trudne, stresujące: negatywne (np. choroba kogoś bliskiego, zagrożenie utratą pracy) i pozytywne (np. od dawna oczekiwany sukces w pracy, podjęcie nowej pracy).
-

Objawy te pozwoliły pacjentce i jej mężowi na dostrzeżenie tych symptomów i zachowań, które zwiastują chorobę. Uwypuklenie ich umożliwiło w dalszym leczeniu szybkie wychwycenie kryzysów i zgłoszenie się do lekarza po pomoc.

Po pobycie w Ośrodku zaproponowano pacjentce dalsze leczenie w naszym ambulatorium, gdzie została zarejestrowana od września 1996 r. Początkowo miała słaby wgląd w swoją chorobę i problem alkoholowy, ale chętniej kontynuowała leczenie. Od początku pobytu w programie zapobiegania nawrotom przeszła cztery poważne kryzysy, w tym dwie hospitalizacje. Do ósmej hospitalizacji doszło po dwóch miesiącach od wypisu. Pacjentka zgłosiła się z mężem i początkowo wyraziła zgodę na pobyt w szpitalu. Niestety, wycofała ją i z konieczności została przeniesiona do oddziału całodobowego. Po wypisie powróciła pod opiekę Ośrodka. Ostatnia, dziewiąta hospitalizacja miała miejsce po czternastu miesiącach od wypisu. W tym wypadku zgłosiła się sama po trzech dniach od momentu pojawienia się wczesnych objawów ostrzegawczych, ten pobyt w szpitalu trwał tylko trzy tygodnie przy pełnej współpracy ze strony pacjentki. Kolejne dwa kryzysy, które przechodziła pacjentka, zostały opanowane ambulatoryjne. Już opanowanie drugiego kryzysu, dzięki wczesnemu zgłoszeniu się do szpitala, pozwoliło pacjentce na zobaczenie, że ten pobyt w szpitalu znacznie różni się od pozostałych, ponieważ przyjęcie odbyło się za zgodą, w oddziale całodobowym, ale otwartym, z możliwością przepustek popołudniowych, z mniej uciążliwym leczeniem (mniejsze dawki neuroleptyków). Po wypisie pacjentka z jednej strony cieszyła się z krótszego czasu powrotu do zdrowia, a z drugiej wystąpiła u niej niewiara w pełną i długą remisję. Pacjentkę motywowano do dalszego leczenia ambulatoryjnego. W efekcie terapii w sytuacjach trudnych zaczęła dzwonić do terapeuty i prosić o wcześniejsze lub dodatkowe wizyty. Zachowania takie w poprzednich latach leczenia nie występowały. Po kil-

ku miesiącach wspólnej pracy miała poczucie, że w lekarzu prowadzącym i terapeutę ma realne wsparcie. Częstość wizyt była ustalana w zależności od sytuacji pacjentki. W okresach trudniejszych raz w tygodniu, raz na dwa tygodnie, a w okresie pełnej remisji raz w miesiącu. Pacjentka przeżywała lęk związany z możliwością nawrotu choroby. Jej samoocena nadal była zaniżona. Dopiero pozytywne doświadczenia z opanowania kolejnych dwóch kryzysów mniejszym kosztem, umocniło pacjentkę w przekonaniu, że przy silnej samokontroli i dalszej pracy terapeutycznej z osobami leczącymi można zacząć kontrolować nawroty choroby i im skutecznie przeciwdziałać. Po wcześniejszych ustaleniach z lekarzem potrafiła przyjąć większą dawkę leku, o czym następnego dnia informowała telefonicznie.

Te dwa kryzysy, pogorszenia stanu psychicznego pojawiły się w bardzo trudnych sytuacjach o silnym natężeniu emocji

– Pierwszy, po ustąpieniu lęku o zdrowie matki, która przeszła udar z prawostronnym, częściowym niedowładem. Pacjentka na zmianę z siostrą opiekowała się matką, przez dłuższy okres prowadziła dwa domy. Kiedy stan zdrowia matki uległ znacznej poprawie, u pacjentki pojawiły się objawy ostrzegawcze. Kryzys ten opanowano ambulatoryjnie poprzez zwiększenie dawki leków, częstszy kontakt z lekarzem i terapeutą oraz dwutygodniowe zwolnienie.

– Drugi, po otrzymaniu wymówienia z pracy. Pacjentka w tym trudnym okresie aktywnie współpracowała z osobami leczącymi, kontrolowała sytuację, pozostawała szczególnie wrażliwa na wczesne sygnały ostrzegawcze. Miała bardzo częsty kontakt z lekarzem i terapeutą umożliwiający szybką korektę leków oraz uświadamianie i wyrażanie negatywnych emocji.

Opanowanie tych kryzysów pogłębiło wgląd chorobowy, umiejętność rozpoznawania chorobowych objawów i odczuć oraz czynników wyzwalających, przywróciło poczucie sprawstwa i poczucie rzeczywistych możliwości kontroli.

Terapia indywidualna

W czasie spotkań terapeutycznych pacjentka była początkowo nieufna, mało mówiła o swoich objawach choroby, deklarowała chęć leczenia farmakologicznego. W okresie tym narastał kryzys małżeński. Czuła się odrzucona przez męża i syna, zagubiona, z bardzo zaniżoną samooceną. Powróciła do pracy na uczelni, dopuszczono ją do prowadzenia zajęć dydaktycznych oraz rozpoczęła nowe badania naukowe. Powoli na obu tych polach zaczęła odnosić sukcesy. Bardzo starała się podołać obowiązkowi, douczała się, czytała na bieżąco zachodnią literaturę fachową. Zaczęła pilnować terminów spotkań ambulatoryjnych. Początkowo mąż nie chciał brać udziału w spotkaniach i wspólnych rozmowach. Miał negatywną postawę do lekarzy i psychologów ukształtowaną przez mało pozytywne doświadczenia z czasu choroby żony. Jego postawa była przepelniona niechęcią, poczuciem bezradności i niewiary. Po kilku miesiącach biernej obserwacji terapii żony, przekonał się do jej coraz większej skuteczności. Podjął wtedy decyzję o włączeniu się w terapię. Kolejne spotkania tym razem pary małżeńskiej z terapeutą przyniosły udane próby usprawnienia komunikacji między nimi, wyrażenia swoich oczekiwań i wzajemnych rozczarowań. Po latach ciężkiej choroby pacjentka czuła się przytłoczona opieką męża, który po negatywnych doświadczeniach wyręczał ją we wszystkich obowiązkach. Negocjowano z nimi realny podział pracy. Jednak włączenie żony w aktywne życie rodzinne spowodowało, że mąż w pewnym momencie widząc starania żony i jej wywiązywanie się ze wszystkich obowiązków domowych i zawodowych przerzucił na nią większość spraw i nadmiernie krytykował, gdy coś nie do końca wykonała. Zaczął się zmieniać układ rodzinny. Mąż widząc coraz lepsze funkcjonowanie żony, zrzucił na nią wszystkie obowiązki domowe i ograniczał wsparcia emocjonalnego. Mąż pacjentki początkowo niechętnie przychodził do Ośrodka na spotkania psychoedukacyjne dla rodzin, atakował osobę prowadzącą, pomimo pozy-

tywnej postawy prezentowanej podczas terapii małżeńskiej. W miarę utrwalania się pozytywnych efektów terapii żony, stał się osobą wspierającą terapeutę w czasie spotkań rodzin, przychodził regularnie, mimo dodatkowych prac na uczelni, zaczął dzielić się z innymi swoimi doświadczeniami, zaczął wyrażać swoje uczucia z okresu choroby żony. Zaczął również regularnie kontaktować się z osobami leczącymi oraz zmieniać swój stosunek do żony na bardziej rozumiejący i akceptujący. Aktualnie małżonkowie tworzą układ bardziej partnerski, zaczęli na nowo okazywać sobie zaufanie i pozytywne uczucia, mają wyraźniej określone role małżeńskie i rodzicielskie.

W domu od dłuższego czasu stara się stworzyć ciepłą atmosferę rodzinną, dużo rozmawiają z mężem o swoich relacjach (są to trudne rozmowy), stara się pierwsza inicjować kontakt, okazywać ciepłe uczucia (wcześniej wymagała tego od męża, czuła się przez niego odrzucona, pozostawała bierna). Znacznie więcej czasu poświęca synowi, wspólnie potrafią wykonywać różne czynności, potrafi z zainteresowaniem przyjąć jego znajomych, np. porozmawiać, zrobić im szybki obiad czy kanapki. Wcześniej takie zachowania prawie nie występowały. Zaczęła wprost komunikować rodzinie swoje żale i oczekiwania, nie ucieka przed rozmowami na trudne tematy, wcześniej izolowała się, spała, bezcelowo oglądała TV lub piła alkohol.

Aktualnie zaszły duże zmiany pozytywne w jej wzajemnych relacjach z mężem i synem. Razem z mężem planują wspólne spędzanie wolnego czasu oraz wakacje zimowe i letnie. Mąż obdarza żonę większym zaufaniem. Nauczył się na nowo traktować żonę jako partnera, co przez wiele lat było niemożliwe.

W czasie ostatniego roku pracy zawodowej pacjentka prowadziła badania naukowe, a ponieważ uzyskiwała istotne wyniki przyniesiono jej dodatkowe pieniądze na odczyniki do doświadczeń, przygotowała publikację do druku. Prowadziła zajęcia dydaktyczne, miała ważny odczyt na konferencji, na koniec roku akademickiego została wysoko

oceniona przez studentów w ramach corocznych anonimowych ocen wszystkich wykładowców pod względem kontaktu, przekazywania wiedzy i sposobów oceny. Po zwolnieniu z pracy miała duże trudności w znalezieniu następnego zajęcia. Zdecydowała się przejść na rentę i poszukać zatrudnienia w warunkach pracy chronionej.

Pacjentka stwierdziła, że od roku powoli wraca jej poczucie wartości, godności, na nowo odnajduje się w roli matki i żony, zaczyna czerpać radość z prozy życia. W jednej z rozmów powiedziała: „Szkoda, że tak późno się obudziłam, ale cieszę się, że na nowo się odnalazłam. Jest mi czasami bardzo trudno żyć ze świadomością choroby, ale zbyt długo dojrzewiałam do tego, aby ją zaakceptować”.

KOMENTARZ

Uzyskane doświadczenia z terapii tej pacjentki wskazują na bardzo ważną rolę, jaką może odegrać psychoedukacja w leczeniu schizofrenii. Umożliwia przekazanie części odpowiedzialności za przebieg leczenia pacjentowi, co wzmacnia w nim poczucie sprawstwa, pozwala na podjęcie aktywnej roli w dialogu z lekarzem i terapeutą. W literaturze podkreśla się, że sama częstość kontaktów z terapeutą wpływa pozytywnie na poprawę jakości cho-

rowania. Natomiast dołączając do nich psychoedukację mamy większą szansę na optymalną pomoc udzielaną pacjentowi, ponieważ pacjenci uczą się jak skutecznie zapobiegać nawrotom. Dzięki tym umiejętnościom zwiększamy szansę osiągnięcia zadowolenia z pokonywania choroby oraz z pełnienia różnych ról społecznych.

PIŚMIENNICTWO

1. Barbaro B, Roztworowska M, Cechnicki A: Oddziaływanie psychoedukacyjne wobec rodzin pacjentów chorych na schizofrenię. *Przegl. Lek.* 1986, 43, 7, 496–499.
2. Barbaro B, Ostoja-Zawadzka K, Drożdżowicz L: Sposoby współpracy z rodziną. W: de Barbaro B (red.): *Schizofrenia w rodzinie*. Uniw. Jagielloński, Kraków 1999.
3. Faloon IRH: Optimal Treatment Project. *OTP Newsletter*. Sept. 1994.
4. Hintze B, Gołębiewska M, Krzyżanowska-Zbucka J: Zapobieganie nawrotom schizofrenii – program i wstępne doświadczenia. *Wiad. Psychiatr.* 1999, 2, 5.
5. Kuipers L, Leff J, Lam D: *Praca z rodzinami chorych na schizofrenię*. IPIŃ, Warszawa 1997.
6. Mueser KT, Gingerich S: *Życie ze schizofrenią*. Dom Wyd. „Rebis”, Poznań 1996.
7. Stark F: Krótki program psychoedukacyjny dla pacjentów schizofrenicznych. *Post. Psychiatr. Neurol.* 1993, 2, 381–388.

*Adres: Mgr Beata Hintze, I Kliniki Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii,
Al. Sobieskiego 1/9, 02-957 Warszawa*