



Problemy psychoterapii pacjentów z przewlekłą chorobą zagrażającą życiu leczonych w Klinice Nerwic: opis dwóch przypadków

*Problems in psychotherapy of two neurotic patients
with a chronic disease involving risk to life: case report*

KATARZYNA SKULIMOWSKA, MAŁGORZATA SIWAK-KOBAYASHI,
ELŻBIETA GALIŃSKA

Z Kliniki Nerwic Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

STRESZCZENIE. *Prezentowano dwóch pacjentów z zagrażającą życiu chorobą somatyczną (sklerodermią układową oraz marskością wątroby z żyłakami przełyku) oraz z problematyką nerwicową. Przedstawiono problemy związane z leczeniem tych pacjentów, ze szczególnym uwzględnieniem celów terapii i trudności w przebiegu leczenia psychoterapią.*

SUMMARY. *The paper presents two patients with neurotic disorders and a chronic somatic disease involving risk to life (systemic scleroderma and hepatocirrhosis with esophageal varicose veins). Problems related to their treatment are discussed, with particular emphasis on therapy goals and difficulties in the course of psychotherapy.*

Słowa kluczowe: sklerodermia układowa / marskość wątroby / fobia społeczna / mechanizm zaprzeczania
Key words: systemic scleroderma / hepatocirrhosis / social phobia / mechanism of denial

Klinika Nerwic Instytutu Psychiatrii i Neurologii jest ośrodkiem leczniczym, w którym system terapeutyczny nastawiony jest na leczenie zaburzeń czynnościowych, „nerwicowych”, a więc takich, w których objawy stanowią przede wszystkim lub wyłącznie wyraz problemów psychospołecznych pacjentów skądinąd biologicznie zdrowych. Stosowane tu metody psychoterapeutyczne mają więc na celu również zmianę przekonania pacjenta o somatycznym, organicznym charakterze jego dolegliwości i uznanie przez niego psychologicznych uwarunkowań objawów. Stanowi to warunek dalszej pracy wglądowej pozwalającej pacjentowi dostrzec znaczenie jego sposobu przeżywania, zachowań, relacji z innymi w radzeniu sobie – czy też nie radzeniu sobie – z sytuacjami trudnymi i w kształtowaniu jego choroby.

Zgodnie z zasadami medycyny holistycznej, traktującej człowieka jako jednostkę bio-psycho-społeczną, przyjmujemy czasem pacjentów cierpiących na poważne choroby somatyczne, u których współistnieją znaczne problemy emocjonalne. Wskazanie do przyjęcia takich pacjentów do oddziału leczenia nerwic stanowią trudności emocjonalne wpływające na radzenie sobie z sytuacjami trudnymi, podobnie jak w zaburzeniach nerwicowych. W tym przypadku bieżącą najtrudniejszą sytuacją jest sama choroba somatyczna, a nieprawidłowe mechanizmy radzenia sobie mogą nie tylko dalej zwiększać nieprzydatność pacjenta, ale również pogłębiać zagrożenie związane z chorobą somatyczną.

Przyczyny zaburzeń psychicznych u takich pacjentów mają charakter złożony. Zaburzenia te:

- są przejawem współwystępowania innego, wcześniej występującego zaburzenia psychicznego (np. zaburzenie lękowe, uzależnienie, zaburzenie osobowości),
- stanowią część obrazu klinicznego w przebiegu choroby somatycznej (np. encefalopatia wątrobowa, zaburzenia depresyjne),
- są wyrazem psychologicznej reakcji na chorobę somatyczną.

Współistnienie poważnej choroby somatycznej w każdym takim przypadku wpływa na określenie celów terapii i na jej przebieg. Już na wstępie można dostrzec, że nie ma tu np. uzasadnienia praca nad czynnościowym charakterem zaburzenia w sposób taki, jak u pacjentów „nerwicowych”, bowiem przyczyna ich objawów jest również w znacznym stopniu somatyczna. Współistnienie ciężkiej choroby somatycznej wpływa również na konieczność modyfikacji wymagań stawianych tym pacjentom w zakresie np. uczestniczenia w zajęciach ruchowych. Z wielu względów obecność i leczenie takich pacjentów w systemie psychoterapii zaburzeń nerwicowych stanowi trudność dla nich samych, jak i dla całej społeczności terapeutycznej. Z tego względu chcielibyśmy podzielić się swoimi doświadczeniami i przemyśleniami związanymi z terapią dwojga pacjentów.

Dwoje przedstawionych pacjentów wyróżniało się tym, że ich choroby somatyczne miały charakter zagrażający życiu i to zarówno ze względu na ich rokowanie, jak i na zagrażającą realnie możliwość nagłego zgonu. Oboje mieli za sobą doświadczenie bezpośredniego zagrożenia śmiercią z powodu powikłań choroby zasadniczej.

Choroby somatyczne obojga pacjentów były różne – różna była ich etiologia, przebieg, stopień inwalidyzacji fizycznej czy zmiany wyglądu zewnętrznego. Pacjentka cierpiała na zaawansowaną twardzinę układową (sklerodermia), a pacjent – na poalkoholową marskość wątroby z żyłakami przełyku. Na poziomie współczesnej wiedzy psycho-neuro-immunologicznej stopień wpływu mechanizmów immunologicznych jest w etiopatogenezie obu tych schorzeń różny. Wspólne dla nich jest

występowanie zaburzeń psychicznych jako części obrazu klinicznego choroby.

Sklerodermia układowa, określana również jako zespół zwłóknienia, jest chorobą tkanki łącznej i zaliczana jest do grupy schorzeń autoimmunologicznych. Występuje głównie u kobiet. Zmiany stwardnieniowe występują wcześniej w małych tętniczkach i kapilarach doprowadzając do zwężenia ich światła. W otoczeniu naczyń stwierdza się nacieki zapalne złożone głównie z limfocytów T pomocniczych CD4. Aktywowane limfocyty są źródłem cytokin, które pobudzają fibroblasty do nasilonej syntezy kolagenu. Pobudzenie komórek pomocniczych CD4 prowadzi do wytworzenia przeciwciał przeciwjądrowych, które są znamioną cechą twardziny układowej (ACA – *anticentromere antibody*) oraz SCL 70, które jest przeciwciałem swoistym dla twardziny. W patogenezie twardziny odgrywają rolę zaburzenia metabolizmu tryptofanu prowadzące do nadmiernej produkcji serotoniny i tryptaminy, które mogą być odpowiedzialne za objawy neurowegetatywne [3].

Zaburzenia psychiczne w przebiegu sklerodermii opisywane są sporadycznie. Opisało zespół katatoniczny oraz zespół depresyjny [5], chorobę afektywną dwubiegunową [3] w przebiegu sklerodermii.

Roca i wsp. [9], Moser i wsp. [5], Straszewska i wsp. [12] zwracają uwagę, że chorzy na sklerodermię układową wykazują szczególną wrażliwość na czynniki społeczne i psychotraumatyzujące. Wg opinii lekarzy klinycystów zajmujących się leczeniem sklerodermii pierwsze objawy zespołu Raynauda korelują z istniejącymi czynnikami urazowymi. Brak na ten temat potwierdzeń naukowych. Prawdziwy wpływ sklerodermii na poziom funkcjonowania i samopoczucie emocjonalne nie jest łatwy do mierzenia żadnymi parametrami klinicznymi ani laboratoryjnymi stosowanymi w ocenie tych pacjentów [6]. Dotychczas nie ustalono znaczenia czynników emocjonalnych i predyspozycji osobowościowych w powstawaniu i przebiegu sklerodermii.

Alkoholową marskość wątroby spotyka się najczęściej u mężczyzn spożywających niewiel-

kie ilości alkoholu codziennie przez wiele lat [1]. Skłonność do nadciśnienia wrotnego jest przyczyną powstawania m.in. zylaków przelyku, które mogą być źródłem niezwykle groźnych dla życia krwotoków. Niezależnie od etiopatogenezy, zaburzenia neuropsychiatryczne w chorobach wątroby określa się ogólną nazwą *portal-systemic encephalopathy*. Przyczyną encefalopatii są toksyczne substancje powstałe w przewodzie pokarmowym, takie jak: mekaptany, amoniak, krótkołańcuchowe kwasy tłuszczowe (hamują przekazywanie impulsów w o.u.n.), beta-hydroksylowane aminy biogenne, które mogą spełniać rolę fałszywych neuroprzekazników w obwodowym i ośrodkowym układzie nerwowym. Ponadto wpływ na obraz encefalopatii mają hipalbuminemia, hipocalemia i inne zaburzenia elektrolitowe. Objawy encefalopatii zależą od stopnia upośledzenia czynności odtruwającej wątroby oraz od stopnia zaburzeń przemiany materii. Objawami zwiastunowymi encefalopatii są: dyskretne zaburzenia myślenia, osobowości, nastroju (od euforii do depresji), nieadekwatne zachowanie się, nieprawidłowa reakcja na bodźce, zaburzenia snu i czuwania.

Penin w 1967 r. [7] wprowadził podział zmian psychicznych w przebiegu marskości wątroby:

1. *encefalopatia lekkiego stopnia* pod postacią zespołu neurastenicznego,
2. *encefalopatia średniego stopnia* z obiektywnie stwierdzonymi zmianami w zakresie nastroju i aktywności oraz słabo wyrażonymi objawami amnestycznymi i otępiennymi,
3. *encefalopatia ciężka* o obrazie zespołu psychoorganicznego z zaburzeniami nastroju i aktywności, rozpadem osobowości w sensie otępienia i zespołem amnestycznym,
4. *ostre zaburzenia psychiczne* pod postacią zaburzeń świadomości występujące w stanach przedśpiączkowych.

przystosowania i objawów (Jaroszyńskiego) u 39 chorych, z których żaden nie był w stanie przedśpiączkowym, stwierdzono, że najczęściej występującymi objawami zaburzeń psychicznych były: niepokój, nieokreślone obawy, lękowe oczekiwanie, przerywany sen, łatwość zrażania się, subiektywne poczucie otaczającej niesprawiedliwości, myśli hipochondryczne, nieopanowanie i nieadekwatne wybuchy, nadmierną drażliwość, słabą tolerancję otoczenia. Zaburzenia nastroju występowały w 21 przypadkach, a w 12 przypadkach stwierdzono nietrzymanie afektu. Poza nieomal powszechnie występującymi skargami somatycznymi, świadczącymi o ogólnej astenizacji, najczęstsze są objawy lękowe.

Powyższe objawy można sprowadzić do dwóch grup: pierwszej – o charakterze zespołu neurastenicznego oraz drugiej – z zaznaczonymi cechami organicznymi, bez wyraźnych odchyłań w stanie neurologicznym. Wystąpienie encefalopatii wiąże się z pogorszeniem rokowania w przebiegu marskości wątroby [2].

OPIS PRZYPADKÓW

Przypadek 1. Reakcja dezadaptacyjna u chorej na sklerodermię osoby z osobowością zależną

Hanna, lat 35, panna, farmaceutka, czynna zawodowo. Do Kliniki Nerwic skierowana z poradni zdrowia psychicznego, z rozpoznaniem: sklerodermia, zaburzenia osobowości. Od ok. pół roku obniżony nastrój, płaczliwość, drażliwość, nadwrażliwość na krytykę. Z tego powodu korzystała z porad psychologa. Skierował ją tam przed rokiem reumatolog, po wyrażeniu przez pacjentkę zamiaru zajścia w ciążę.

Przebieg choroby somatycznej. W 15 r.ż. przebyła chorobę reumatyczną z zapaleniem mięśnia sercowego. W 17 r.ż. wystąpiły objawy zespołu Raynauda, w 25 r.ż. ostatecznie rozpoznano sklerodermię. W ciągu ostatnich 10 lat hospitalizowana ok. 30 razy, m.in. wielokrotnie z powodu napadów częstoskurczu komorowego z utratą przytomności. Obecnie jest klientką Radiofonu przy PR przy ul. Hożej. Jest też pod stałą opieką kliniki

Na podstawie badań Stankiewicz [11] przeprowadzonych za pomocą kwestionariusza

reumatologicznej, dermatologicznej i kardiologicznej. Przyjmuje przewlekle sterydy, leki antyarytmiczne, przeciwbólowe, moczopędne, dermatologiczne, a od 8 miesięcy stale – antybiotyk.

Przy przyjęciu. Widoczne zmiany zniekształcające twarzy, dłoni i kończyn dolnych typowe dla sklerodermii, tj.: skóra twarda zrosnięta z podłożem, maskowata twarz, usta i nos zwężone. Ponadto przykurcz i usztywnienie palców, resorbowanie substancji kostnej ze skróceniem paliczków, trudno gojące się owrzodzenia w okolicach płytek paznokciowych i w okolicy łokci. Zmiany w EKG (ekstrasystolie i zaawansowany blok pierwszego stopnia) oraz w Echo (znacznym przerost prawej komory serca). W dobrym kontakcie, nastroj i napęd w normie, bez objawów wytwórczych.

Pacjentka określała swoje oczekiwania od psychoterapii w kategoriach możliwości wyleczenia choroby somatycznej jako „choroby z autoagresji” poprzez psychoterapię.

Od początku widoczna była rozbieżność celów terapii widzianych przez pacjentkę i przez terapeutów. Dla nas bowiem celem terapii była przede wszystkim zmiana mechanizmów radzenia sobie pacjentki z chorobą somatyczną, jako bieżącym problemem, na bardziej realistyczne oraz zmiana jej postaw wobec ludzi i samej siebie.

W toku pobytu pacjentki w Klinice widzieliśmy ją jako steniczną, introwertywną, z bardzo dobrym intelektem, zależną od otoczenia, tłumiącą większość emocji – głównie negatywnych, silnie tłumiącą popędy. Obniżoną samoocenę pacjentka ukrywała za okazywaniem mocy i kompetencji. Frustrowana potrzeba bliskości pozostawała w konflikcie z silnymi potrzebami dominacji i znaczenia. W stylu radzenia sobie z sytuacji trudnymi dominowały mechanizmy zaprzeczania i kompensacji.

Czynniki kształtujące osobowość pacjentki:

1. Frustracja potrzeby bliskości – matka oschła, zasadnicza, dominująca; ojciec – nadużywający alkoholu.

2. System wartości w rodzinie – nacisk na normy, obowiązki, sumienność.
3. Rywalizacja z siostrą o uczucia rodziców. Pacjentka była nagradzana za sumienność, wyniki w nauce, podporządkowanie normom. Starła się spełniać oczekiwania rodziców rezygnując z własnych potrzeb (np. kontaktów z rówieśnikami).
4. Istotne znaczenie miało zachorowanie w okresie dojrzewania, zaburzające proces separacji i indywidualizacji.
5. Rozstanie z rodziną w okresie studiów (mieszkała w akademiku).
6. Rozwój choroby somatycznej (z powodu licznych hospitalizacji pacjentka zdawała egzaminy i zaliczenia w czasie przepustek. Okazywane przez matkę zainteresowanie i niepokój o stan zdrowia córki, interpretowała jako litość, a nie wyraz miłości i bliskości).
7. Praca – po studiach pracowała przez trzy lata poza miejscem zamieszkania, zrobiła pierwszy stopień specjalizacji z farmacji. Od dwóch lat, z powodu postępującej inwalidyzacji, zamieszkała z rodzicami. Pracuje jako kierowniczką apteki. Przygotowuje się do drugiego stopnia specjalizacji).
8. Zaburzone relacje z rówieśnikami i obniżenie samooceny z powodu zmian chorobowych rzutowały na jej brak kontaktów z mężczyznami.

Pobyt w oddziale. Podczas zajęć psychoterapii grupowej pełniła rolę „dobrej uczennicy”, zależnej od terapeuty. W stosunku do współpacjentów pełniła rolę eksperta, doradcy, angażowała się w omawianie spraw innych, mało mówiła o sobie. Starła się pokazać silniejszą i zdrowszą, nie ujawniała pogorszeń stanu fizycznego. Grupa wykazywała wobec niej postawę ochraniającą. Pacjentka odbierała to jako wyraz litości. Dążyła do pokonywania wszelkich ograniczeń fizycznych związanych z chorobą, stawiała sobie dodatkowe zadania ruchowe wbrew zaleceniom internisty.

W psychoterapii indywidualnej pacjentka stosunkowo szybko zaczęła ujawniać wobec terapeuty uczucia podobne do tych, które miała do swojej matki. Uwidoczniło się to szczególnie w siódmym tygodniu leczenia, gdy pacjentka musiała zostać przeniesiona do oddziału kardiologii w związku z długotrwałym napadem częstoskurczu. Powiedziała wtedy: „Ja się tutaj nie liczę, tylko pani lęk o moje życie”. Omawiano to w kategoriach jej uczuć do matki. Pacjentka ujawniła wtedy po raz pierwszy złość do matki, płakała.

W oddziale kardiologicznym wróciła do idei urodzenia dziecka metodą *in vitro*.

Po powrocie mówiła o tym po raz pierwszy w terapii indywidualnej i grupowej. Mówiła, że w związku z mężczyzną może „oferować się tylko jako kłopot, a dziecko zaspokoi jej potrzebę bliskości i dowartościuje w roli kobiecej”. Członkowie grupy podsuwali jej inne możliwości realizacji potrzeby bliskości. Pacjentka nie dopuszcza do świadomości, że choroba uniemożliwia realizację niektórych celów życiowych, ponieważ dotąd odnosiła sukcesy, pomimo choroby. Przy zastosowaniu technik projekcyjnych, jak rysunek czy psychodrama, ujawnia silne potrzeby seksualne i agresję, co przeżywa z poczuciem wstydu. Frustracja potrzeb seksualnych przeżywana jest przez nią również w kontekście rywalizacji z siostrą, która ma męża i dzieci. Ważną techniką w terapii okazał się trening wyrażania uczuć (głównie negatywnych). Doświadczyla zbliżającego do ludzi efektu otwartego ujawniania emocji negatywnych. Dostrzegła ważny udział własnych emocji w swoich kontaktach z innymi. Zobaczyła, że chłód emocjonalny matki jest jej cechą, a nie brakiem miłości, że ona sama przyjęła podobną postawę. Osiągnęła też wgląd w mechanizm kompensacji – od czasu zachorowania stawia sobie coraz wyższe wymagania: „tak jakbym chciała pracą pokonać chorobę”. Pod koniec leczenia była żywsza emocjonalnie, co uwidoczniło się także w jej mimice, jak i w sposobie poruszania się. Podczas ostatniej rozmowy wyraża chęć usamodzielnienia się. Korzyści z psychoterapii upa-

tuje w „złagodzeniu”, a nie „wyleczeniu” objawów choroby somatycznej. Wydaje się, że cel postawiony przez pacjentkę został więc częściowo osiągnięty.

Równocześnie jednak pacjentka zaczęła inaczej radzić sobie z chorobą, przede wszystkim poprzez zmianę w postawach i relacjach z ludźmi. Dostrzegła inne niż choroba, psychologiczne przyczyny braku bliskich kontaktów. Oznacza to dla niej posiadanie mocy sprawczej w kształtowaniu swoich kontaktów z ludźmi, a nie tylko swoich osiągnięć.

Przypadek 2. Fobia społeczna, marskość wątroby, stan po krwawieniu z żyłaków przełyku

Marek, lat 46, kawaler, wykształcenie średnie, renta III grupy. Przyjęty z powodu nasilonych objawów lękowe (z omdleniami), występujących w miejscach publicznych w obecności ludzi.

Przed przyjęciem. Pierwsze objawy lękowe wystąpiły w 13 r.ż., w czasie odpowiedzi na lekcji. Od ok. 20 lat występowały omdlenia w miejscach publicznych. Pacjent wstydził się tych objawów, unikał takich sytuacji. Uważa, że z tego powodu rezygnował z wielu możliwości. Zrezygnował z leczenia psychoterapią w Rasztowie w obawie przed stygmatem chorego psychicznie. Jako metodę radzenia sobie z lękiem od wielu lat używał codziennie małych dawek alkoholu. Przed czterema laty stwierdzono u pacjenta chorobę nadciśnieniową. Przed trzema laty, z powodu bólów brzucha, wykonano u niego badanie USG, które wykazało podwyższoną echostrukturę wątroby. Pacjent nadal pił alkohol, nie leczył się, ponieważ lęk uniemożliwiał mu wizyty u lekarza. W 1998 r., z powodu omdleń, był hospitalizowany w oddziale neurologii. Rozpoznano nerwicę lękową i skierowano do Kliniki Nerwic. Przed przyjęciem do Kliniki wystąpiło nagle krwawienie z żyłaków przełyku. Hospitalizowany w oddziale chirurgicznym, ostrzeżony o możliwości ponownego krwawienia i zagrożeniu z tym związanym. Od tej pory przestał pić alkohol.

Przy przyjęciu: RR 170/85, wątroba powiększona, wystaje na dłoń spod łuku żebrowego,

bez cech wodobrzusza, zmiany typu pajęczków w górnej części klatki piersiowej. W badaniach dodatkowych podwyższony poziom aminotransferaz. Wg oceny internisty i anesteziologa istniało zagrożenie ponownego krwawienia z żyłaków przełyku.

Głównym motywem przyjęcia go do naszej Kliniki był fakt, że objawy fobiczne utrudniały mu samodzielne poruszanie się, a tym samym właściwe leczenie choroby somatycznej. Celem psychoterapii tego pacjenta było z jednej strony – leczenie zaburzenia fobii społecznej, a z drugiej strony – zmiana postawy wobec choroby somatycznej.

W czasie pobytu w oddziale widzieliśmy go jako stenicznego, introwertywnego, bardzo zależnego od otoczenia, z obniżoną samooceną. Przeżywał nasilony lęk w sytuacjach społecznych, silnie tłumiał agresję. W sytuacjach trudnych najczęściej stosował mechanizmy ucieczkowe i zaprzeczanie.

Czynniki patogenne:

1. Brak poczucia bezpieczeństwa w rodzinie. Matka odrzucająca, deprecjonująca osiągnięcia, nie dbająca o potrzeby syna (np. zdrowotne), w koalicji z bratem pacjenta przeciwko ojcu.
2. Niekorzystny wzorzec męski: submisyjny ojciec, postrzegany jako ofiara matki, uciekający w alkohol.
3. Bezskuteczna rywalizacja z bratem o uczucia matki.
4. Niepowodzenia w pracy spowodowane objawami lękowymi – niemożność pracy wjazdowej. Pacjent realizował się jako plastyk, pracując w domu, ale lęk uniemożliwiał mu np. odbieranie nagród. Od 1987 r. nie pracował, utrzymywał się z oszczędności. Od roku miał rentę z powodu fobii społecznej. Mieszkał nadal z matką i bratem alkoholikiem. Od śmierci ojca w 1994 r., matka z bratem byli w koalicji przeciwko pacjentowi. Obawiał się, że będą go wyśmiewać, podobnie jak żartowali z choroby (cukrzycy) ojca. Nie utrzymywał kontaktów społecznych, bo obawiał się, że pomyślą, że jest pijany, gdy zemdleje.

5. Od 15 r.ż. szukał gratyfikacji uczuciowych i seksualnych w przelotnych związkach z kobietami starszymi o 10–20 lat. Podczas hospitalizacji ukrywał podobny związek przed matką. Unikał bliższych relacji z kobietami z powodu lęku przed odrzuceniem, pomimo dużej potrzeby akceptacji i bycia kochanym.

Podczas pobytu w Klinice. Od początku nie akceptował zajmowania się jego stanem somatycznym. Zgadzał się na proponowane badania i konsultacje, ale stale powtarzał, że leczy się tu z powodu nerwicy, a nie choroby somatycznej. Ukrywał objawy somatyczne, np. codzienne krwawienie z nosa. Protestował przeciwko mierzeniu ciśnienia tętniczego krwi oraz powtarzaniu badań krwi.

W trakcie leczenia przywiązywał główne znaczenie do relacji z terapeutą indywidualnym. Relacja ta miała wyraźny charakter związku przeniesieniowego. Równocześnie postrzegał terapeutę jako lekarza, który utrudniał mu leczenie z nerwicy poprzez przypominanie o chorobie somatycznej. Na zajęciach grupowych przejawiał postawę nieufności wobec terapeutów, grupy i obserwatorów. Grupa uważała, że obawa przed śmiesznością utrudnia mu korzystanie z terapii grupowej. Pacjent uważał, że nie chce się konfrontować ze swoimi przeżyciami. Na zewnątrz przyjmował rolę żartownisia, silnego, niezależnego. Sfery konfliktowe ujawniały się w technikach niewerbalnych, np. w rysunkach, muzykoterapii czy psychodramie.

Pomimo znacznego lęku jeździł co tydzień do domu. Po unormowaniu ciśnienia krwi realizował z powodzeniem dostosowane do swoich możliwości treningi behawioralne. Początkowo nie zgadzał się na obecność trenera, gdyż „wstydił się objawów”. W czasie zajęć psychodramy zobaczył, że sam jest przeszkodą w realizacji celu, tj. kontaktu z drugim człowiekiem.

Podczas omawiania portretu muzycznego zrozumiał, że nie zdobędzie miłości matki i podjął decyzję o wyprowadzeniu się z do-

mu. W czasie leczenia uzyskał poprawę objawową w zakresie lęków społecznych, poprawiła się jego samoocena, wystawiał w Klinice swoje prace plastyczne. Nawiązał też bliższe relacje z pacjentami, stał się obiektem rywalizacji ze strony kobiet. Z jedną z nich (dużo młodszą) stworzył ściślejszą podgrupę. Po wypisie utrzymywał kontakt z klubem byłego pacjenta.

Zgodził się na dalsze leczenie chirurgiczne żyłaków przetyku, a w trakcie leczenia zaakceptował przeprowadzenie interwencji medycznych, które dotychczas odrzucał z powodu lęku.

KOMENTARZ

Jak wynika z opisu przedstawionych przypadków, prowadzenie pacjentów poważnie chorych somatycznie w systemie psychoterapeutycznym nacelowanym na terapię pacjentów fizycznie zdrowych, a mających objawy funkcjonalne, nastęrcza wiele trudności.

Trudności pacjentów biorą się z dominującego u nich mechanizmu zaprzeczania chorobie somatycznej. Z tym wiąże się poczucie krzywdy i walka z terapeutami przy działaniach podważających ten mechanizm (badania dodatkowe, konsultacje, leki itd.). Pacjenci godzą się natomiast na terapię swoich problemów psychospołecznych, uznają ich istnienie i współpracują w ich rozwiązywaniu. Terapię w zakresie stosunku do choroby somatycznej utrudnia też nierealistyczne oczekiwanie, że psychoterapia wyleczy ich z tej choroby. Fakt, że choroba somatyczna nakłada się na zaburzenie osobowości czy zaburzenie o charakterze nerwicowym powoduje, że proces psychoterapii wiąże się z przeżyciami typowymi dla psychoterapii tych zaburzeń (np. zjawisko przeniesienia, *acting out* itd.). Choroba somatyczna wpływa również na stan psychiczny (np. poprzez mikroorganikę, encefalopatię), może nasilać reakcje pacjenta na wszelkie przykre sytuacje, w tym również związane z przebiegiem psychoterapii.

U pacjentów tych obserwuje się niechęć do technik niewerbalnych, projekcyjnych,

w nawet relaksacyjnych, w których mieli poczucie utraty kontroli nad zaprzeczaniem lękowi przed śmiercią. Równocześnie jednak techniki niewerbalne wnoszą bardzo wiele do terapii tych pacjentów. Pacjenci z zaburzeniami nerwicowymi zaprzeczali mechanizmom psychologicznym swoich zaburzeń, przypisując je chorobom somatycznym.

Trudności terapeutów wynikały z następujących czynników:

1. Konieczność realizacji sprzecznych ze sobą celów, odmiennosc oczekiwań pacjenta od oczekiwań terapeuty.
 2. Lęk przed odpowiedzialnością za życie pacjenta, z czym może wiązać się obawa przed podejmowaniem niektórych trudnych tematów.
 3. Zjawiska przeciwprzeniesieniowe normalne w każdej psychoterapii, nasilone poprzez powyższy lęk terapeuty.
 4. Nie można też pominąć trudności budżetowych związanych z niezrozumieniem osób odpowiedzialnych za finanse konieczności specjalistycznych konsultacji i badań u pacjentów Kliniki Nerwic, a więc z definicji zdrowych somatycznie.
-

Czy te trudności czynią psychoterapię nieefektywną?

Oboje pacjenci uzyskali poprawę objawową. Prawdopodobnie wiąże się to z poprawą ich funkcjonowania społecznego. Widoczne to było w obserwacji zmiany ich zachowania i relacji w społeczności terapeutycznej w czasie dziesięciu tygodni terapii. Praca w psychoterapii indywidualnej nad ich stosunkiem do choroby somatycznej była bardzo trudna. Praca nad mechanizmami zaprzeczania była konieczną częścią terapii mającej na celu zmianę postawy wobec choroby. Natomiast chętnie współpracowali oni przy przepracowywaniu problemów osobowościowych i interpersonalnych. Szczególnie efektywna była praca wglądowa nad relacjami z rodzicami i rodzeństwem, od których byli nadal zależni

emocjonalnie, oraz nad deprywacją potrzeby bliskości. Wydaje się, że zmiany postaw i zachowań wiążą się z wglądem w tym zakresie.

Za podejmowaniem próby psychoterapii pacjentów z tzw. „podwójnym rozpoznaniem”, u których zaburzeniom emocjonalnym towarzyszy ciężka choroba somatyczna, w oddziale leczenia zaburzeń nerwicowych przemawia cytata z Cicely Saunders, twórczyni opieki terminalnej:

Celem opieki terminalnej nie jest już zniesienie objawów choroby pacjenta, ale stworzenie sprzyjających okoliczności dla życia zgodnie z jego najpełniejszym potencjałem zarówno w sensie możliwości fizycznych, jak relacji z rodziną i innymi osobami.

PIŚMIENNICTWO

1. Brzozowski R: Choroby skóry i dróg żółciowych. PZWL, Warszawa 1983.
2. Bustamante J, Rimola A, Ventura PJ, Navasa M, Cirera I, Reggiardo V, Rodes J: Prognostic significance of hepatic encephalopathy in patients with cirrhosis. *J. Hepatol.* 1999, 30, 5, 890–895.
3. Jabłońska S: Choroby skóry. PZWL, Warszawa 1994.
4. Krupka-Matuszczyk I, Matuszczyk M: Zmienny obraz psychopatologiczny w przebiegu sklerodermy: opis przypadku. *Post. Psychiatr. Neurol.* 1998, 7, supl. 2/7, 59–61.
5. Moser DK, Clements PJ, Brecht ML, Weiner SR: Predictors of psychosocial adjustment in systemic sclerosis. The influence of formal education level, functional ability, Hardiness, uncertainty and social support. *Arthritis Rheum* 1993, 36, 1398–1405.
6. Nasierowski T, Piotrowski T: Zaburzenia psychiczne w sklerodermy. *Psychiatr. Pol.* 1997, 31, 215–221.
7. Penin M: *Fortschr. Neurol. Psychiatr.* 1967, 33, 4, 173–234.
8. Peter A, Merkel MPH: Measurement of functional status, self – assessment, and psychological well-being in sclerodermy. *Curr. Opin. Rheumatol.* 1998, 10, 589–594.
9. Roca RB, Wiglay FM, White B: Depressive symptoms associated with sclerodermy. *Arthritis Rheum* 1996, 39, 1035–1040.
10. Saunders CM: The management of terminal disease. Edward Arnold, London 1978.
11. Stankiewicz D, Młodzki M, Ekiert H, Jarzębowska E, Gogol Z: Stan psychiczny i obrazu EEG w marskości wątroby. *Psychiatr. Pol.* 1971, 5, 6.
12. Straszewska J, Kucharz EJ, Jonderko G: Depression and anxiety in patients with systemic sclerodermy-letter. *Clin. Rheumat.* 1996, 15, 6, 621.

*Adres: Dr Katarzyna Skulimowska, Klinika Nerwic Instytutu Psychiatrii i Neurologii,
Al. Sobieskiego 1/9, 02-957 Warszawa*