



Szybka poprawa kliniczna i jej konsekwencje psychologiczne w leczeniu schizofrenii

*Rapid clinical improvement and its psychological implications
in the treatment of schizophrenia*

ŚLAWOMIR MURAWIEC

Z III Kliniki Psychiatrycznej IPiN w Warszawie

STRESZCZENIE. Praca omawia psychologiczne problemy pacjentów ze schizofrenią o wieloletnim przebiegu, u których w związku z podaniem atypowych leków przeciwpsychotycznych wystąpiła poprawa stanu psychicznego z jednoczesnym ujawnieniem się, dotychczas ukrytych, nieświadomych konfliktów intrapsychoicznych, nierozwiązanych problemów rozwojowych, trudności z kontrolowaniem sfery popędowej oraz specyficznych cech myślenia i przeżywania schizofrenicznego.

SUMMARY. The paper outlines psychological problems of patients suffering from schizophrenia for many years, whose mental state has improved due to the administration of atypical antipsychotic medication. The amelioration was accompanied by the emergence of unconscious intrapsychic conflicts not manifested before, unresolved developmental problems, difficulties in the sphere of controlling drives, and some specific characteristics of schizophrenic thinking and experiencing.

Słowa kluczowe: schizofrenia / leczenie / czynniki subiektywne
Key words: schizophrenia / treatment / subjective factors

Przez szybką poprawę kliniczną rozumieniem w tej pracy nagłe i głębokie zmiany stanu psychicznego pacjentów, jakie następują niekiedy po podaniu leków antypsychotycznych nowej generacji osobom, które przez wiele lat przeżywały stale utrzymujące się objawy psychotyczne o różnym nasileniu. Ta zmiana psychiczna, wyrażająca się ustąpieniem objawów psychotycznych i poprawą funkcji poznawczych, stawia pacjentów w obliczu wielu problemów dotychczas ukrytych za przewlekłymi objawami psychotycznymi. Dwa zagadnienia – szybka poprawa stanu psychicznego następująca w ciągu kilku tygodni podawania leku oraz zjawisko „przebudzenia”, czyli „psychologiczna reakcja na dramatyczną odpowiedź farmakologiczną”, jaka występuje po dłuższym czasie leczenia u pacjentów z przewlekłą schizofrenią [1] stanowią, moim zda-

niem, istotny aspekt współczesnej farmakoterapii schizofrenii.

Pierwsze zetknięcie ze zjawiskiem szybkiej poprawy klinicznej w oddziale gdzie pracuję, miało miejsce przed kilku laty. Nie miało ono wtedy związku z atypowymi lekami antypsychotycznymi (ALA), ale z dodaniem leku z grupy SSRI (sertraliny) do dotychczasowego leczenia neuroleptykiem. Leczenie to prowadzono u pacjenta z wieloletnim przebiegiem schizofrenii, z bardzo nasilonymi objawami negatywnymi, który od dwóch lat nie wychodził z domu. Pacjent ten nie wykazywał żadnej własnej aktywności, był karmiony i obsługiwany przez rodzinę, prezentował typowe cechy pacjenta z chroniczną postacią schizofrenii. Był w tym czasie leczony perfenazyną. Do dotychczasowego leczenia dodano sertralinę – i w krótkim czasie zaobserwowano jak pacjent nagłe

wstał z łóżka, zaczął być aktywny, przejawiał inicjatywę w relacjach z otoczeniem i wykazywał zainteresowanie otaczającym go światem.

Nie obserwowano u niego nawrotu objawów wytwórczych, jednak treści jakie wypowiadał, wyobrażenia, jakim dawał wyraz i przeżycia, jakie ujawniał były mocno zniekształcone, dziwaczne, nieadekwatne i często bardzo zaskakujące.

Podobne wyniki farmakoterapii obserwo wałem następnie w grupie pacjentów przyjmujących leki z grupy ALA. Stały się one podstawą dalszych refleksji nad psychodynamicznymi aspektami leczenia atypowymi neuroleptykami, które znalazły wyraz w liście do redakcji *Psychiatrii Polskiej* [3]. Sugerowano w nim, że pacjenci leczeni nowymi lekami antypsychotycznymi wymagają więcej oddziaływań psychoterapeutycznych i psychoedukacyjnych niż osoby leczone lekami klasycznymi i potrzebują szczególnie troskliwej opieki. U podstawy tego poglądu leżało założenie, że epizod psychotyczny jest tylko jednym z etapów w życiu pacjenta, którego biologiczna struktura i czynność o.u.n. jest zmieniona od początku jego życia, a w związku z tym, jak i w związku z czynnikami środowiskowymi (konceptja *vulnerability*) jego dotychczasowe relacje z ważnymi osobami w otoczeniu i struktura ego są wyjściowo zaburzone. Powoduje to, że pacjenci w toku swego dotychczasowego życia nie nabyli w pełni adekwatnych doświadczeń co do samych siebie, otaczającej ich rzeczywistości, a przeciwnie – cechuje ich wycofanie z relacji z rzeczywistością oraz słabość i deficyty funkcji ego [cyt. za 4]. Toteż nawet gdy objawy wytwórcze ustępują, a działanie farmakologiczne leku stworzy dobrą podstawę dla procesu powrotu do zdrowia, pacjenci ze schizofrenią potrzebują oddziaływań terapeutycznych, ponieważ nie mają zdrowych doświadczeń, do których mogliby się odwołać, a te doświadczenia, które nabyli i do których z konieczności odwołują się, są mocno zniekształcone i dysfunkcjonalne.

Z tych względów nie jest celem tej pracy prezentacja poglądu, że wśród pacjentów leczonych atypowymi lekami antypsychotycznymi następują wyłącznie „szybkie poprawy kliniczne”. Ani też nie można uważać, że poprawa kliniczna jest ograniczona do pacjentów leczonych lekami z tej grupy. Leki te mają zarówno swoje zalety, jak i ograniczenia. Natomiast w moim odczuciu istnieją różnice w prowadzeniu leczenia klasycznymi neuroleptykami i atypowymi lekami antypsychotycznymi. Różnice te, jak i ewentualnie pojawiające się nowe problemy w prowadzeniu leczenia wymagają odnotowania i opisu.

Należy wyraźnie zaznaczyć, że opisywane w tej pracy efekty kliniczne działania atypowych leków antypsychotycznych nie występują u wszystkich pacjentów, którzy są nimi leczeni. Toteż nie można nadmiernie uogólniać spostrzeżeń w niej zawartych. Spostrzeżenia te odnoszą się do osób o określonej psychopatologii i szczególnym przebiegu choroby, jak to zostało opisane poniżej. Warto mieć też świadomość, że także wśród pacjentów leczonych klasycznymi neuroleptykami można obserwować analogiczne zjawiska szybkiej poprawy klinicznej, która łączy się następnie z konfrontacją tych osób z problemami psychologicznymi. Wydaje mi się jednak ważne zwrócenie uwagi na kilka istotnych różnic tych dwu sytuacji. W odniesieniu do leków klasycznych podkreślano znaczenie występowania objawów niepożądanych, takich jak np. sedacja polekowa czy zespół parkinsonowski. Wiele miejsca poświęcono także znaczeniu tych objawów dla przeżyć pacjentów i w konsekwencji ich współpracy w leczeniu. Przykładem tego typu spostrzeżeń jest wyodrębnienie depresji akinetycznej. Nowe leki powodują znacznie mniej objawów ubocznych, co jest ich wielką zaletą. Ale zmniejszenie ilości i nasilenia objawów ubocznych ma znaczenie zarówno dla przeżyć pacjentów, jak i dla prowadzonego leczenia. Wymaga to uwzględnienia w klinicznym myśleniu o pacjencie i planowaniu strategii leczenia. Druga ważna, mo-

im zdaniem, różnica jest najlepiej obrazowana przez powszechnie znany fakt – zalecenia stosowania klozapiny w schizofreniach lekoopornych. Leki atypowe niekiedy okazują się skuteczne u osób, które chorują długo i były dotychczas bez powodzenia leczone. Fakt długotrwałego chorowania sprawia, że kiedy leczenie zaczyna przynosić efekty osoby te konfrontują się z nasilonymi problemami natury psychologicznej i psychospołecznej [1].

W piśmiennictwie możemy odnaleźć niewiele prac odnoszących się do opisywanego zagadnienia. Jedną z najciekawszych jest praca Duckwortha i wsp. [1] poświęcona tematowi „przebudzenia” po atypowych neuroleptykach (klozapinie i olanzapinie). Autorzy odnoszą się w niej do bardziej długotrwałego procesu poprawy klinicznej – trwającego co najmniej kilka miesięcy (przedmiotem ich badań były osoby przyjmujące atypowe leki neuroleptyczne co najmniej od 6 miesięcy i chorujące co najmniej 10 lat). Definiują oni zjawisko „przebudzenia” poprzez proces psychologicznego przewartościowania obrazu siebie, relacji z otoczeniem i poczucia sensu istnienia oraz konfrontacji z zadaniami rozwojowymi, która następuje u tej grupy pacjentów wraz z ustąpieniem dominujących dotychczas objawów psychotycznych. Zjawisko szybkiej poprawy klinicznej wydaje się w tym kontekście pokrewne zjawisku „przebudzenia”, choć z pewnością wykazuje też wiele różnic. Z pewnością w tak krótkim okresie jak kilka tygodni trudno mówić o procesie psychologicznego przewartościowania. Jednakże element konfrontacji z problemami ukrytymi dotychczas „poza” czy „poniżej” objawów psychotycznych jest wspólny dla obu zjawisk.

Duckworth i wsp. [1] opisują szczegółowo procesy, jakie mają miejsce po podaniu pacjentom z przewlekłą schizofrenią leków z grupy ALA. U pacjentów tych występuje nie tylko zmiana stanu psychicznego spowodowana ustąpieniem lub zmniejszeniem się objawów psychotycznych, ale też stają

przed nimi nowe wyzwania. Autorzy ci piszą o „nowym stanie umysłu” (*new mental state*), słusznie zwracając uwagę na fakt, że pacjent, którego myślenie, uczucia i funkcjonowanie były latami zaburzone, nagle staje w obliczu zupełnej zmiany swojego samopoczucia, którą subiektywnie odczuwa. Porównują to zjawisko do znanego zjawiska „przebudzenia” opisanego przez Sacksa. Kiedy znikają omamy, ustępują urojenia i zaburzenia myślenia – powstaje w przeżyciach pacjenta wolna przestrzeń psychiczna, która może być wypełniona próbą zdania sobie sprawy przez pacjenta z własnej tożsamości, swojego miejsca w życiu, swoich relacji z otoczeniem i przez poszukiwanie poczucia sensu istnienia. Pacjenci stają także w obliczu faktu, że świat wokół nich zmienił się, od czasu zanim zostali pochłonięci przeżyciami psychotycznymi.

Celem tej pracy jest podzielenie się kilkoma spostrzeżeniami dotyczącymi tego zagadnienia. Spostrzeżenia te dotyczą pewnych psychodynamicznych aspektów związanych z szybką zmianą stanu psychicznego, jaka ma miejsce po podaniu atypowych leków przeciwpsychotycznych pacjentom z wieloletnim przebiegiem choroby.

LEKI PSYCHOTROPOWE A UWARUNKOWANIA PSYCHOLOGICZNE CHOROWANIA

Spostrzeżenia odnotowane powyżej nie są nowe, jednak wydaje się, że ważne opinie psychodynamicznie zorientowanych autorów zajmujących się psychofarmakoterapią często umykają należytej uwadze. Sarwer-Foner [5] zwrócił uwagę, już w odniesieniu do klasycznych neuroleptyków, na występujące niekiedy zjawisko usunięcia przez leki dominujących mechanizmów obronnych stosowanych przez jednostkę. Mogło to powodować przybliżenie się zrepresjonowanych przeżyć psychicznych bliżej świadomości, a w konsekwencji np. wzrost poziomu lęku u pacjenta, a także inne reakcje paradoksalne.

W korzystnych okolicznościach farmakologiczny efekt leku kontroluje objawy, które w indywidualnej psychodynamicznej konstelacji pacjenta symbolizują te wewnętrzne impulsy, które uważa za zabronione, których nie potrafi kontrolować sam i powodują jego poczucie bycia nieadekwatnym, innym, pozbawionym wartości. Kontrolowanie, poprzez działanie leku, objawowej ekspresji nieakceptowanych impulsów, jak perwersyjna seksualność, zabronione popędy agresywne, np. gniew skierowany na członków rodziny, albo poczucia własnego braku wartości, daje możliwość budowania syntetyzującego potencjału ego u takich pacjentów. Kontrolowanie poprzez lek symptomów stanowiących jądro ich impulsywności ma dla wielu pacjentów bezpośredni efekt wzmacniający ego [5, 6].

Jednakże tego rodzaju procesy, korzystne z klinicznego punktu widzenia, nie zawsze mają miejsce. Van Putten i wsp. [7] zwracali uwagę na istnienie grupy pacjentów, którzy nie tolerują sytuacji lepszego kontaktu z rzeczywistością, jaki osiągają po podaniu im leków. Autorzy ci cytują także badania Hogarty'ego i wsp. [cyt. za 7], z których wynika, że niektórzy pacjenci ze schizofrenią przerywają samowolnie leczenie farmakologiczne, ponieważ „preferują schizofreniczną egzystencję”. W tym kontekście można zauważyć, że dla części pacjentów ze schizofrenią objawy pełnią ważną adaptacyjną i obronną rolę i farmakologiczne ich usunięcie może stawiać przed tymi osobami nowe problemy, którym niełatwo przychodzi im sprostać.

Poniższe przykłady kliniczne ilustrują ważne, moim zdaniem, fakty. Celem ich przedstawienia jest zilustrowanie materiałem klinicznym następujących tez:

1. farmakologiczne działanie leku, poprzez usunięcie objawów psychotycznych, które pełnią ważną rolę w indywidualnej konstelacji psychologicznej pacjenta, może powodować odsłonięcie ukrytych dotychczas, nierozwiązanych konfliktów i problemów psychologicznych,

2. farmakologiczne działanie leku poprzez usunięcie objawów psychotycznych może odsłonić problemy pacjenta w zakresie życia popędowego (*id*) dotychczas maskowane przez objawy psychotyczne i wynikającą z nich aktywność,
3. w wyniku usunięcia objawów psychotycznych poprzez farmakologiczne działanie leku odsłonięciu ulegają dotychczas ukryte treści, które jednakże są nadal niedojrzałe – funkcje *ego* są rozwinięte w sposób niewystarczający, są słabe i niepewne, a sposób przeżywania, np. odczuwanie uczuć, jest nadal bardzo pierwotne, nieustrukturalizowane i konkretne, charakterystyczne dla schizofrenii.

Należy mieć też świadomość, że przedstawione poniżej uwagi i przemyślenia nie mają uniwersalnego charakteru i mogą nie mieć zastosowania do pacjentów klasyfikowanych jako osoby chore na schizofrenię, ale o innym obrazie klinicznym choroby. Schizofrenia jest grupą psychoz i być może niekiedy nieporozumienia co do różnych aspektów terapii wynikają z mechanicznego przenoszenia pewnych spostrzeżeń do innej grupy chorych wspólnie klasyfikowanych klinicznie, lecz o innym patomechanizmie lub obrazie klinicznym choroby. Oba podane poniżej opisy kliniczne odnoszą się do osób z przewlekłymi objawami psychotycznymi ujawniających obraz dezorganizacji funkcji myślowych, uczuciowych i poznawczych, dość żywe reakcje afektywne (głównie pod postacią wściekłości, złości i agresji) i pewną zachowaną zdolnością do relacjonowania swoich przeżyć. Wnioski wyciągnięte na podstawie obserwacji tych osób mogą mieć zastosowania do chorych z przewlekłą schizofrenią, o innym obrazie klinicznym choroby (zblednięcia afektywnego, wycofania z kontaktów z otoczeniem, apatii). Poprzez przedstawienie dwu osób o zbliżonym sposobie chorowania opis poniższy jest bardziej spójny, jednak, moim zdaniem, nie może być generalizowany na inne grupy chorych.

PRZYPADEK A

Pacjentka, lat 27, była od czterech lat leczona ambulatoryjnie przez różnych psychiatrów z powodu utrzymujących się u niej objawów z kręgu schizofrenii. Po raz pierwszy zgłosiła się do psychiatry z powodu zespołu paranoidalnego z poczuciem zmiany rzeczywistości, zmiany własnej osoby i innych osób, z nasilonymi urojeniowymi interpretacjami wydarzeń w otoczeniu. Rozpoczęto leczenie neuroleptykiem, po którym jej stan się poprawił i który następnie samowolnie odstawiła. Podobna sytuacja powtórzyła się jeszcze kilkakrotnie, za każdym razem pacjentka zgłaszała się do innego lekarza, otrzymywała ambulatoryjnie leczenie przeciwpsychotyczne, które następnie przerywała.

Z powodu zaburzeń formalnych myślenia pod postacią rozkojarzenia, uniemożliwiającego uzyskanie rzeczowych informacji, ujawniania wielu treści symbolicznych, odnoszących interpretacji różnych faktów z rzeczywistości i z przeszłości, treści oddziaływania, które dobrze można scharakteryzować pojęciem nastroju urojeniowego otrzymała leczenie risperidonem. W tym okresie pacjentka miała bardzo nasilone trudności i konflikty w szkole artystycznej, w której się uczyła, nie mogła sprostać wymaganiom nauczycieli, obowiązkom i regulaminowi szkolnemu. Mówiła z dużą niechęcią o rówieśnikach ze szkoły (miało to pewien rys urojeń odnoszących i prześladowczych). Jednocześnie miała grono znajomych osób spoza szkoły, z którymi miała poczucie porozumienia.

W trakcie kolejnej wizyty po dwóch tygodniach leczenia pacjentka przyjmowała 1 mg risperidonu. Obiektywnie wyraźnemu zmniejszeniu uległy zaburzenia myślenia pacjentki. Była w dużo lepszym kontakcie formalnym, wypowiedzi miały wyraźną strukturę. Były też znacznie krótsze – pacjentce już nie kojarzyło się „wszystko ze wszystkim”. Efekt terapeutyczny działania leku, z punktu widzenia założonych celów terapii, był wyraźny i korzystny.

Z subiektywnego punktu widzenia, zmiany w życiu spowodowane przez działanie leku były dużo bardziej zróżnicowane. Pacjentka odczuwała subiektywnie zmianę swojego myślenia i spostrzegania rzeczywistości. Zmiany odnotowane przez pacjentkę dotyczyły trzech sfer w dziedzinie społecznej.

Po pierwsze – trudniej jej się malowało. Twórczość pacjentki oparta była o jej przeżywanie, mocno symboliczne. Podanie leku sprawiło, że jej twórczość stała się także bardziej ustrukturalizowana, mniej niezwykła i symboliczna. W opinii pacjentki był to wyraźny minus działania leku.

Kolejny wymiar tego działania dotyczył jej stosunków z ludźmi. Tu nastąpiło odwrócenie stanu poprzedniego. Pacjentce zaczęło się dużo lepiej wiesć w szkole, ułożyła swoje stosunki z nauczycielami i rówieśnikami w klasie. Wydaje się, że polepszona komunikacja i lepsze strukturowanie przez nią wypowiedzi sprawiło, że lepiej mogła sobie radzić w szkole. Tym z kolei pacjentka była zdziwiona.

Natomiast w jej opinii wyraźnie pogorszył się jej kontakt z dotychczasowymi przyjaciółmi. Jeden z nich wyraził opinię, że teraz „nie da się z nią rozmawiać”. Nastąpiło to w okresie, co należy przypomnieć, kiedy procesy myślowe pacjentki w ocenie lekarza uległy poprawie. Jedyne wyjaśnienie, jakie można tu zaproponować, odwołuje się do przypuszczenia, że ciężko zaburzona pacjentka ujawniająca trudności w myśleniu, znalazła sobie podobnych sobie znajomych, którzy mieli z nią poczucie porozumienia. Poprawa myślenia pacjentki sprawiła, że przestała ona być podobna do grupy swoich przyjaciół, co zostało jej zakomunikowane.

Pacjentka zdecydowała się dalej brać lek, jednak stanowczo protestowała przeciwko podniesieniu dawki. Jej stan psychiczny nie wskazywał także na konieczność zwiększania dawki leku. Pacjentka brała lek regularnie przez kilka miesięcy.

W trakcie jednej z kolejnych wizyt, która miała miejsce po świątach poinformowała, że w trakcie świąt samowolnie odstawiła

lek. Święta były okresem zjazdu rodziny pacjentki. Szczególne znaczenie miały tu postacie ojca pacjentki i jej babki (matki ojca). Obie te osoby pacjentka opisywała jako szczególnie rygorystyczne, apodyktyczne, „sztywne”, pozbawione emocji, o sztywnych, niepodatnych na zmiany poglądach.

Subiektywnie czuła, że lek poprzez swoje działanie sprawia, że staje się ona podobna do ojca i nie lubianej babki, a więc, że w pewien sposób zbliża się do nich. Staje się, jak oni, sztywna i twarda, podczas gdy jej niepokój, „rozedrganie” i nieuporządkowana emocjonalność były obszarami niedostępnymi ojcu i babce. W tym obszarze czuła się wolna i niezależna. Dokonała więc w pewnym sensie wyboru. Odstawiła lek, aby „móc się na nich zezłościć”. Wreszcie bez leku poczuła, że może znowu ujawnić swe negatywne do nich emocje, nie być taka jak oni, że lek nie hamuje swobodnej ekspresji jej „szaleństwa”.

Omówienie

W omawianym przypadku możemy dostrzec jak usunięcie przez farmakologiczne działanie leku zaburzeń myślenia oraz urojeniowego nastroju, odsłoniło dotychczas ukryte problemy w relacji z ojcem. Te problemy stały się na tyle wyraźne i aktualne w przeżyciach pacjentki i na tyle nie mogła sobie z nimi poradzić, że w ostateczności podjęła decyzję o odstawieniu leku, co w jej doświadczeniu zawsze wiązało się z nawroty objawów. Objawy te pełniły ważną funkcję w utrzymaniu przez nią równowagi psychicznej. Ojciec był spostrzegany jako osoba apodyktyczna, rygorystyczna i sztywna, a więc domagająca się absolutnego podporządkowania i rezygnacji z niezależności. Było to dla pacjentki nie do przyjęcia, bo równałoby się temu, że przestałaby istnieć jako oddzielna osoba, a tylko jako ktoś pod kontrolą ojca. Pacjentka z jednej strony czuła chęć związku z ojcem, z drugiej strony lęk przed byciem zależną od niego. Wolała więc swoją dezintegrację niż „poddanie” się mu. Dzięki dezintegracji jej potrzeby psychiczne były zaspokojone nie wprost przez

ojca, ale poprzez bunt przeciwko niemu. Mogła być z ojcem i jednocześnie być niezależną, oddzieloną, nie być pod kontrolą, nie być przez ojca w subiektywnym odczuciu „ograbiana” ze swoich przeżyć. Nie mogła żyć pozbawiona relacji z ojcem, ale w rozpadzie myślenia znajdowała poczucie uwolnienia – był to sposób, w jaki mogła żyć.

Ponadto subiektywne aspekty działania leku możemy tu analizować także w kontekście relacji przeniesieniowej pacjentki z lekarzem. W relacji z lekarzem odczuła, że lekarz za pośrednictwem leku, który ona przyjmuje, zmienia jej myślenie, zmienia spostrzeganie przez nią świata. To mogło powodować w pacjentce nasilenie się leku przed zależnością od lekarza. Pacjentka zaczęła więc bać się „upodobnienia” do ojca (a do lekarza w przeniesieniu) i zależności, jaką niesie za sobą jej nowy stan umysłu. Lęk przed przejęciem kontroli nad nią przez lekarza za pośrednictwem leku, przed tym, że teraz już będzie musiała myśleć tak, jak jej lekarz „każe” (a więc sztywno) konfrontował się w jej odczuciach z obszarem wolności i niezależności, jaki był dla niej dostępny i umiejscowiony właśnie w „rozedrgananiu”, zdeintegrowanym myśleniu, zmienionym przeżywaniu. Pod działaniem leku straciła ona w subiektywnych przeżyciach dotychczasowy swój „porządek” myślenia na rzecz innego porządku, którego zwolennikami są lekarz, ojciec, babka, nauczyciele i jej otoczenie szkolne. Mogła wtedy poczuć się tak, jak gdyby była poddana absolutnej władzy, pod pełną kontrolą, podporządkowana i pozbawiona zupełnie niezależności. Działanie leku zmieniało spostrzeganie świata przez pacjentkę – bez leku był to inny świat. Prowadziło to do jej poczucia zależności od lekarza, lęku przed tą zależnością i ostatecznie odstawienia leku. Wybór odstawienia leku jest w tym kontekście wyrazem lęku przed zależnością. Pacjentka subiektywnie czuła, że może żyć tylko w sensie dezintegracji, ponieważ wtedy są to jej własne myśli, a nie takie jak wszystkich innych i nie takie, jakie „nakazywali” jej mieć lekarz i ojciec.

Opisana sekwencja wydarzeń wskazuje na wagę czynników intrapsychicznych i związanych z rodziną pacjenta dla współpracy chorych ze schizofrenią w leczeniu farmakologicznym.

Możemy tu odnotować też na innym poziomie, że pacjent z wieloletnim przebiegiem choroby latami funkcjonuje w pewien określony sposób – jest to sposób przeżywania (np. zblednięcie emocjonalne), sposób myślenia (np. rozkojarzenie), sposób kontaktów z ludźmi, sposób widzenia siebie (poziom i zakres samoświadomości). W zależności od tych czynników pozostaje też „mapa” jego świata – jedne osoby uznaje za przyjazne, inne za wrogie, jedne są zdolne do rozumienia go, inne za niezdolne do porozumienia. W zależności od tego pozostaje też stopień jego zaangażowania w relacje z otoczeniem lub wycofania z tych relacji.

Jeśli działanie farmakologiczne leku sprawia, że zmienia się stan psychiczny chorego, to następuje „magiczna” zmiana świata. Może być tak, że myślenie staje się jasne i konkretne, pojawiają się nieobecne od lat uczucia, jaśniej widać rzeczywistość, wzrasta samoświadomość. Zachodzą też zmiany w otoczeniu, jak w opisanym przypadku: wrogowie przestają być wrogami, a dotychczasowi przyjaciele nie rozumieją co się stało. Cały otaczający świat i „mapa” tego świata ulegają zmianie. Pacjenci mogą mieć wtedy zrozumiałą trudność z intrapsychicznym zintegrowaniem pojawiających się zmian, ze zrozumieniem tego co się dzieje. Ponadto – chorzy ze schizofrenią boją się zależności, ponieważ ich dotychczasowe doświadczenia z zależnością są najczęściej trudne i niesatysfakcjonujące. A w opisanej sytuacji stają się zależni od lekarza i leku. Jeśli dodać, że pod wpływem działania leku pacjent może stanąć w obliczu sytuacji, w której pozbawiony zostaje istotnej roli objawów psychopatologicznych w jego relacji z otaczającym go światem i musi skonfrontować się niekiedy z najbardziej istotnymi konfliktami intrapsychicznymi, może to obrazować trudności, które ma do pokonania.

PRZYPADEK B

Pacjentka, lat 35, chorująca od 15 lat na schizofrenię, pierwszy raz hospitalizowana przed dwunastu laty. Do naszego oddziału została przyjęta z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej. W obrazie klinicznym dominowało znaczne zdezorganizowanie procesów poznawczych, afektywnych oraz znaczna drażliwość, częste wybuchy gniewu i wściekłości. Pacjentka ta była uwikłana w bardzo trudne relacje rodzinne. W relacjach tych odczuwała nieustanny przymus podporządkowywania się wymaganiom i życzeniom innych osób kosztem własnych potrzeb. Granice pomiędzy nią samą a innymi ważnymi dla niej osobami były dla niej zatarte, a potrzeby i pragnienia tych osób były tym, co przede wszystkim realizowała. Pomimo dużego talentu plastycznego i licznych ofert zakupu dzieł jej autorstwa nigdy niczego nie sprzedawała żyjąc w nędzy. Jak werbalizowała „artysta musi być biedny”. Tak też żyła, zaniedbana materialnie i higienicznie, gniewno-dysforyczna, nie przyjmowała pieniędzy, nie leczyła się, niezdolna zajęcia się własnym losem, pracą, ponieważ byłoby to niedopuszczalne zajęcie się samą sobą.

Pacjentka otrzymała olanzapinę w dawce 10 mg na dobę, weszła też w intensywną relację przeniesieniową ze swoim lekarzem prowadzącym, kobietą, która reprezentowała w przeniesieniu jej zabronione i odszczepione części – siłę, zdolność do bycia niezależną, silną i nie uzależnioną od potrzeb innych osób. W tym związku terapeutycznym pacjentka poczuła swoją siłę i przyzwolenie na niezależność. Zaczęła znowu tworzyć, ale też po raz pierwszy sprzedawać swoje dzieła za pieniądze. Jednocześnie korzystne działanie leku na objawy psychopatologiczne i zaburzenia procesów poznawczych spowodowały, że pacjentka przestała być pochłonięta przez zyciami psychotycznymi, a jej zdolność do efektywnego i jasnego komunikowania się z otoczeniem uległa wyraźnej poprawie.

Kiedy pacjentka poczuła się już wyraźnie lepiej i jej funkcjonowanie społeczne uległo poprawie nieoczekiwanie stała się niezwykle drażliwa i zaczęła domagać się „leków korygujących”. Żądała pridinolu, benzatropiny, diazepam, potem te żądania wycofywała złoścąc się na lekarzy za to, że to, co jej oferują, nie pomaga jej.

W rozmowie pacjentka ujawniła, że ma poczucie skrępowania, bycia w sieci. Odczuwała to na bardzo konkretnym poziomie, czuła, że jej ciało otacza sieć, która ją krępuje, wygina jej kończyny, otacza, nie pozwala się poruszyć. Te relacje nie miały charakteru przeżyć urojeniowych, choć jednocześnie ich konkretność w przeżyciach pacjentki była wręcz namacalna. Było widoczne, że pacjentka zaczęła odczuwać pewne uczucia i przeżycia w tak konkretnej i „zmaterializowanej” formie. Te odczucia opisywały bardzo trafnie jej rzeczywistość psychiczną – poczucie uwikłania, braku swobody i niezależności decyzji, bycie w wiążących i zależnościowych relacjach z rodziną. Przeżycia te były, być może, dodatkowo wzmacniane przez fakt zarabiania przez nią pieniędzy, ponieważ pokazywało to jej samej, że mogłaby być niezależna i sama się utrzymywać. Jednocześnie jednak to czego doświadczała nie miało jakości przeżycia tylko jakość rzeczy, przedmiotu, konkretnego. Skoro tak, to pacjentka domagała się, aby od tych przykrych „materialnych” przeżyć uwolnić ją także dzięki czemuś „materialnemu”, czyli lekowi. Skoro poprzedni lek sprawił, że poczuła się inaczej, to kolejny lek powinien pomóc jej w nowej sytuacji. Jednak leki antycholinergiczne nie mogły pomóc pacjentce w związku z jej przeżyciami (odczuciami), toteż pacjentka stawała się coraz bardziej dysforyczna i drażliwa. Dopiero, kiedy w rozmowie nadano ponownie odczuciom pacjentki jakość przeżyć, przestała domagać się dodatkowych leków, a zaczęła jeszcze bardziej otwarcie wyrażać w przeniesieniu swoją złość, wściekłość i żądania dostrzeżenia jej i doznawania opieki, które tak długo tłumiała.

Omówienie

McGlashan [2] w pracy poświęconej pacjentom z chroniczną schizofrenią opisuje cechy charakteryzujące przeżycia tych osób w następujący sposób: „[dla nich], uczucia były niejasne, fizjologiczne z natury i doświadczone somatycznie albo konkretnie jako nieodróżnicowana przyjemność lub nieprzyjemność”. Autor ten zwraca uwagę na fakt, że te stany emocjonalne odczuwane przez pacjentów z przewlekłą postacią schizofrenii są globalne, totalne i „wieczne” w znaczeniu, że jeśli taki stan ma miejsce pacjent „zapomina”, że kiedykolwiek czuł się inaczej, jak też, że aktualny stan psychiczny kiedyś ustąpi.

Możemy obserwować w podanym wyżej przykładzie klinicznym sposób, w jaki osoba ze schizofrenią przeżywa swój stan psychiczny. Pojawiające się przeżycie ma charakter niejasny (pacjentka nie zna jego treści), konkretny, ma jakość przeżycia fizycznego a nie psychicznego, jest odczuwane na poziomie ciała z niemal omamową siłą.

Duckworth i wsp. [1] zwracają uwagę na spostrzeżenia Amadora i wsp. [cyt. za 1], który uważa, że w schizofrenii mamy do czynienia ze znacznym rozpowszechnieniem zaburzeń samoświadomości. Nowe leki antypsychotyczne u niektórych pacjentów mogą przyczyniać się do wzrostu samoświadomości, co stawia przed pacjentem całkiem nowe i trudne wyzwania. Te nowe wyzwania, zdaniem Duckwortha i wsp., koncentrują się wokół tematyki poczucia własnej tożsamości, zagadnień związanych z relacjami z innymi osobami oraz zagadnień związanych z poczuciem sensu i znaczenia własnej egzystencji.

Przeżycia odnoszące się do tych wymiarów stały się też udziałem opisywanej pacjentki – była ona w stanie odczuć swoją wściekłość, uwikłanie, potrzebę doznawania opieki i pomocy, jak i jakość relacji z ważnymi osobami w otoczeniu. Jednakże ważne jest to, w jaki sposób poczuła dopływające do niej treści. Nie były to dojrzałe, wykrystalizowane, ustrukturalizowane uczucia – to

były uczucia takie, do jakich była zdolna, a więc na poziomie cielesno-psychicznym, ukonkretnionym, charakterystyczne dla przeżywania osób ze schizofrenią.

Przedstawiony przykład kliniczny może wskazywać na pewne interesujące zjawisko związane z domaganiem się przez pacjentów tzw. leków korygujących. Być może niekiedy w tym stanie pozbawionego przeżyć trwania lub permanentnej dezorganizacji, który charakteryzuje pacjentów z chroniczną schizofrenią, pojawiają się pewne uczucia i stany psychiczne, które te osoby chciałyby jak najszybciej oddalić, zmienić i powrócić do swego zwykłego stanu psychicznego. Uczucia te, jak już wielokrotnie wspomniano, są przeżywane bardzo konkretnie jako coś fizycznego, namacalnego, a nie jako stan psychiczny. W takiej sytuacji, jak wskazuje na to prezentowany przykład kliniczny, osoby te mogą domagać się konkretnego środka, który mógłby im pomóc – tabletki, leku, czegoś równie konkretnego jak ich przeżycia.

Omawiany przykład wskazuje na jeszcze inne ważne zjawisko. Wraz z poprawą stanu psychicznego pacjentki po podaniu olanzapiny bliżej jej świadomości dopłynęły dotychczas zdeorganizowane (pogrążone w psychotycznym chaosie) i ukryte impulsy – roszczeniowość, poczucie krzywdy, żądanie pomocy, ale także wściekłość, wrogość i agresja. Z tymi przeżyciami pacjentka nie potrafiła sobie poradzić. Hartmann [cyt. za 4] zwraca uwagę na słabość funkcji ego w schizofrenii – jedną z funkcji ego jest regulacja i kontrola funkcji popędowych (umiejętność znoszenia przykrych uczuć). Opisywana pacjentka, nie mogąc zintegrować i utrzymać wrogich i agresywnych impulsów, zaczęła domagać się nowego leku, który by jej w tym pomógł. Oznacza to, że zwróciła się z żądaniem ukojenia jej niepokoju powodowanego przez nadmiernie silne uczucia wrogości i uwikłania, albo przez wzmocnienie jej zdolności do znoszenia tych impulsów (wzmocnienie ego), albo przez zmniejszenie ich intensywności (osłabienie

strony impulsowo-popędowej). Te uczucia były w niej dotychczas obecne, ale po poprawie stanu psychicznego i polepszeniu jej samoświadomości zmanifestowały się z większą siłą i nie w tak zdeorganizowany, jak miało to miejsce dotychczas, sposób. Stawiało to przed pacjentką kolejne problemy, którym nie czuła się na siłach sprostać.

Przedstawione uwagi wskazują, moim zdaniem, na częściowo nowe, a częściowo dobrze znane zadania, jakie stawia przed psychiatrią leczenie osób ze schizofrenią lekami z grupy ALA. W moim odczuciu leczenie tą grupą leków, zwłaszcza w sytuacjach pojawiających się zjawisk opisanych powyżej pod nazwą szybkiej poprawy klinicznej oraz „przebudzenia”, wymaga zapewnienia pacjentom szerokiej oferty terapeutycznej – psychoterapii, psychoedukacji, interwencji wobec rodziny, rehabilitacji – w zależności od indywidualnych potrzeb konkretnej osoby. Dostosowanej do ich potrzeb i możliwości oferty terapeutycznej potrzebują wszyscy pacjenci leczeni z powodu schizofrenii, także leczeni lekami klasycznymi. Jednak pacjenci leczeni ALA ujawniają tę potrzebę w dużo wyraźniejszej formie. Poprawa stanu psychicznego, brak nasilonych objawów ubocznych, poprawa w zakresie funkcji poznawczych stwarzają niekiedy lepsze możliwości, ale też większe potrzeby, dla prowadzenia interwencji terapeutycznych.

PIŚMIENNICTWO

1. Duckworth K., Nair V., Patel J.K., Goldfinger S.M.: Lost time, found hope and sorrow: the search for self, connection and purpose during „Awakenings” on the new antipsychotics. *Harvard Rev. Psychiatry* 1997, 5, 227–233.
2. McGlashan T.H.: Aphanisis: The syndrome of pseudo-depression in chronic schizophrenia. *Schiz. Bull.* 1982, 8, 1, 118–133.
3. Murawiec S.: Czy nowe atypowe leki przeciwpsychotyczne zmieniają strategię terapeutyczną w schizofrenii. List do Redakcji. *Psychiatr. Pol.* 1998, 32, 2, 227–229.

4. Pao P.-N.: Schizophrenic disorders. Intern. Univ. Press Inc., New York 1979.
5. Sarver-Foner G.J., Koranyi E.K.: Transference effects, the attitude of treating physician, and countertransference in the use of the neuroleptic drugs in psychiatry. W: Sarver-Foner G.J. (red.): The dynamics of psychiatric drug therapy. C.C. Thomas, Springfield Ill, 1960, 392-402.
6. Sarver-Foner G.J.: The psychodynamic action of psychopharmacologic drugs and the target symptom versus the anti-psychotic approach to psychopharmacologic therapy: thirty years later. Psychiatr. J. Univ. Ottawa 1989, 14, 1, 269-278.
7. Van Putten T., Crumpton E., Coralee Y.: Drug refusal in schizophrenia and the wish to be crazy. Arch Gen. Psychiatry 1976, 33, 1443-1446.

*Adres: Dr Sławomir Murawiec, III Klinika Psychiatryczna IPiN,
Al. Sobieskiego 1/9, 02-957 Warszawa*