

Terapia indywidualna chorego na schizofrenię w programie rehabilitacyjnym: opis przypadku

Individual therapy of a schizophrenic patient under rehabilitation program: a case study

ELŻBIETA LINCZOWSKA

Z Oddziału Dziennego Kliniki Psychiatrii Dorosłych
Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

STRESZCZENIE. *Autorka opisuje fazy indywidualnej, podtrzymującej terapii chorego na schizofrenię w warunkach terapii dziennej, zwracając szczególną uwagę na dynamikę związku terapeutycznego.*

SUMMARY. *Stages of individual supportive therapy of a schizophrenic patient in a day clinic are described, with the emphasis on the dynamics of the therapeutic relationship.*

Słowa kluczowe: schizofrenia / terapia indywidualna / związek terapeutyczny / opis przypadku
Key words: schizophrenia / individual therapy / therapeutic relationship / case study

W tym doniesieniu przedstawię terapię indywidualną podtrzymującą, prowadzoną w ośrodku nastawionym na rehabilitację przez zajęcia, pracę i sztukę. Ośrodek ten – to Rehabilitacyjny Oddział Dzienny i Warsztaty Terapii Zajęciowej, które powstały przy Katedrze Psychiatrii Collegium Medicum UJ w 1993 r. W ośrodku przebywają pacjenci chroniczni, głównie z rozpoznaniem schizofrenii, po wielu latach leczenia oraz sporadycznie osoby po pierwszej hospitalizacji, ale o niekorzystnym przebiegu choroby.

OPIS PRZYPADKU

Pracując na oddziale rehabilitacyjnym podjęłam terapię indywidualną z Jarkiem, pacjentem, który wcześniej był siedmiokrotnie hospitalizowany z powodu schizofrenii poprzedzonej okresem nadużywania alkoholu.

W pierwszym spotkaniu (przy przyjęciu na oddział) uczestniczył pacjent wraz z ojcem. Podczas rozmowy pojawił się problem codziennego dojazdu na oddział wynikający nie

tylko z małej motywacji Jarka do leczenia, lecz także z realnej sytuacji. Pacjent mieszka w odległości ok. 20 km od Krakowa. Miałam wątpliwości, czy pacjent będzie w stanie sprostać wymaganiom, tzn. regularnie uczestniczyć w zajęciach oddziału, nie spożywać alkoholu, systematycznie zażywać leki. W związku z tym został on przyjęty na okres próbny jednego miesiąca. W kontakcie był wycofujący się, nie wypowiedział się spontanicznie. Zapytany opowiadał jednak o zdarzeniach i przeżyciach ze swojego życia. Nie ukrywał też faktu nadużywania alkoholu.

Jarek jest starszym z dwojga rodzeństwa, jego młodszy brat studiuje na AGH. Ojciec jest mechanikiem pracującym w hucie. Był trzykrotnie hospitalizowany z powodu depresji. Matka jest emerytowaną nauczycielką. Jarek ma wykształcenie zasadnicze zawodowe. Za namową ojca rozpoczął naukę w liceum, lecz ponieważ miał trudności w nauce, przeniósł się do szkoły zawodowej. Po ukończeniu szkoły podjął pracę w swoim zawodzie, po 3 miesiącach ją przerwał, potem kilkakrotnie

zmieniał miejsce zatrudnienia. Odbył służbę wojskową. W tym okresie jego kontakty społeczne ograniczyły się do spotkań towarzyskich, podczas których często spożywano alkohol. Poprzez jego nadużywanie radził sobie z takimi problemami jak lęk, depresja, które prawdopodobnie były początkiem rozpoczynającego się procesu psychotycznego. Od kiedy sięga pamięcią, był „osowiały”, miał problemy z nawiązywaniem kontaktu z otoczeniem, czuł się napięty podczas rozmów z rówieśnikami. Po powrocie z wojska objawy te nasiliły się, wystąpiły też urojenia o tematyce prześladowczej. Pierwsza hospitalizacja nastąpiła po śmierci babci, z którą Jarek był silnie związany emocjonalnie. Od tego czasu, tj. od 1990 do 1994 r., Jarek był w szpitalu rokrocznie. Ma za sobą dwie próby samobójcze.

W obrazie psychopatologicznym jego zaburzeń dominowały urojenia prześladowcze, katastroficzne, halucynacje słuchowe i wzrokowe, myślenie magiczne i symboliczne, przeżycia derealizacyjne. Choroba rozpoczęła się od ogromnego lęku, poczucia zagrożenia przed przybyszami z kosmosu. Wydawało mu się, iż na ziemi wylądowali kosmici, którzy chcieli zniszczyć świat. Ponadto bał się o życie, przestał jeść w przekonaniu, iż żywność jest zatruta przez obcą cywilizację. Zaczął być agresywny, rozbijał rzeczy, które dla niego zawsze były cenne, np. ukochany motocykl. Różne cyfry zaczęły mieć dla niego magiczne znaczenie. Widział lub wyobrażał sobie swojego sobowtóra. On był zły, a jego sobowtór dobry. Cyfra pięć była symbolem tego sobowtóra. Inna cyfra (sześć) była cyfrą diabelską, a dziesiątka chroniła go od niebezpieczeństwa. Idąc po ulicach pacjent sprawdzał rejestracje samochodów i szukał dobrych cyfr dla siebie. Kobiety w jego świecie były dobre, widział je na niebie, nazywał je „damy cieni”. Chcąc im dorównać, chcąc być dobrym, podobnym do tych „dam”, postanowił się chlostać. W domu miał miotłę, którą wykorzystywał do tego celu. W jego przeżyciach, halucynacjach pojawia się także postać „szamana”, mężczyzny, którego Jarek

widzi i wspólnie z nim zastanawia się jak uchronić świat od zagłady. Ludzi na ulicy widział zniekształconych, o kocich pyskach. Bał się ich i nie rozumiał tego, co się dzieje.

Rozumiałam, iż świat Jarka jest wyraźnie „podzielony” na dobry i zły. To, co najbardziej złe – to on sam (za to musiał się karać) oraz „kosmici”, którzy zagrażali ludzkości. Złe było w ten sposób najbliżej i najdalej (kosmos) jego „ja”. Dobre były „damy cieni”, które Jarek widział na niebie. Postacie te symbolizowały prawdopodobnie wyidealizowany obraz kobiety, co mogło być związane z ukochaną babcią, w tej chwili już realnie niedostępną, lub matką, która z kolei była wymagająca, daleka i także nieosiągalna. Części – dobra i zła – świata rozbitego przez psychozę były symbolizowane także przez cyfry sześć i dziewięć, a więc przez odwrócenie tego samego znaku. Postać męska „szaman” jest także ze świata „dobrych”. Pojawia się jako przyjaciel w puste popołudnia, w okresach zwiększonego smutku, z którym Jarek może porozmawiać. Jest tą dobrą częścią „ja” pacjenta, która jest niezagrażająca.

Początkowo Jarek miał trudności z nawiązaniem kontaktu, podsypiał na zajęciach, był wycofany zarówno w grupie psychoterapeutycznej, jak i w pracowni stolarskiej. Moje pierwsze rozmowy z nim miały na celu głównie udzielenie mu wsparcia, pomocy w procesie adaptacji w ośrodku. Stopniowo zaczął opowiadać o swoich przeżyciach chorobowych, licznych hospitalizacjach, które były poprzedzane jego agresywnym zachowaniem. Niektóre objawy urojeniowe utrzymywały się podczas pobytu na oddziale dziennym. Dopiero po długich miesiącach rozmów pacjent uzyskał częściowy wgląd w objawy psychotyczne.

W trakcie spotkań grupy psychoterapeutycznej również bardziej otwarcie rozmawiał o swoich problemach. Zainteresowany pracą w stolarni nabywał coraz większe umiejętności manualne oraz potrafił lepiej współpracować przy zadaniu. Związał się z grupą i terapeutami, zaprzyjaźnił się z jednym z pacjentów, z którym zamieszkał potem

w hostelu. Wydawało się celowe, aby Jarek poprzez mieszkanie w hostelu miał więcej kontaktu z innymi, był bardziej samodzielny oraz uczył się sposobów rozwiązywania konfliktów. Rodzice Jarka wyrazili zgodę na pobyt w hostelu, choć obawiali się, że mieszkając z rówieśnikami, poza kontrolą rodziny, będzie miał sposobność do picia alkoholu. Żywiłam również podobne wątpliwości, jednak miałam nadzieję, że w oparciu o nasz związek terapeutyczny próba samodzielności się powiedzie.

Okazało się, że Jarek nie tylko dotrzymał umowy, tzn. nie pił, ale również stał się ważną postacią w hostelu. Opiekował się nowymi osobami, pełnił funkcję skarbnika, gospodarza domu, nauczył się odpowiedzialności za grupę. Ważne dla niego było, iż potrafił sprostać powierzonym zadaniom. W szczególnie trudnym okresie remontu, malowania hostelu, brał czynny udział we wszystkich pracach. W rozmowach, Jarek po raz pierwszy więcej mówił o swoich problemach wewnętrznych nie związanych z chorobą, lecz z tym jak siebie przeżywa w relacjach z innymi osobami w hostelu, w jakich dziedzinach czuje się już pewnie, np. w kontaktach z kolegami, a w jakich nie, np. w kontaktach z dziewczynami.

Po pobycie w oddziale dziennym Jarek został uczestnikiem Warsztatów Terapii Zajęciowej. Program rehabilitacyjny zakładał dalsze rozwijanie umiejętności zawodowych takich jak nauka stolarstwa, kontynuowanie treningu społecznych umiejętności. W tym okresie też Jarek wyjechał na obóz rekreacyjny do Austrii. Było to ważne doświadczenie w życiu pacjenta, ponieważ po raz pierwszy wyjechał za granicę.

W ciągu pobytu w naszym ośrodku pacjent miewał okresy pogorszenia stanu psychicznego, związane z takimi wydarzeniami jak: śmierć dziadka, zabieg chirurgiczny. Wymagał wówczas częstszego kontaktu. Odbywałam z nim wtedy codziennie rozmowy, które pomagały pogodzić mu się z uczuciami żalu i złości związanymi z utratą bliskiej osoby, lęku przed zabiegiem itp. Każ-

da trudniejsza sytuacja w życiu Jarka wiązała się z intensywniejszym kontaktem indywidualnym.

Przez cały okres pobytu pacjenta w ośrodku pozostawałam w kontakcie z lekarzem, który leczył go farmakologicznie. Początkowo wymagał ciągłego przypominania o konieczności zażywania leków, o datach wizyt w szpitalu, potem ten temat w naszych spotkaniach już się nie pojawiał. Zastanawiając się nad swoją chorobą i jej przyczynami, pacjent wiąże ją z chorobą ojca. Ojciec leczył się trzykrotnie w szpitali im. Babińskiego z powodu depresji. Jarek przypuszcza, iż jego choroba może mieć podłoże dziedziczne. Z drugiej strony, widzi też psychologiczne uzasadnienie choroby, ponieważ doświadczył wielu niepowodzeń, takich jak nieukończenie szkoły średniej, rozpad związku z dziewczyną, nieumiejętność radzenia sobie w sytuacjach społecznych. Ponadto, tuż przed zachorowaniem zmarli jego babcia i wujek, z którymi był bardzo związany.

Trzyletni proces leczenia i rehabilitacji Jarka w naszym ośrodku pozwolił uniknąć hospitalizacji całodobowej i utrzymać remisję objawową. Pomimo, że w trudnych dla niego okresach powracały objawy, takie jak wahania nastroju, lęki, nastawienia urojeniowe, mógł nadal funkcjonować w środowisku.

Jego doświadczenia społeczne uległy nie tylko wzbogaceniu, ale wykazują się stabilnością. Jarek nawiązał liczne osobiste kontakty, zaprzyjaźnił się z jednym z pacjentów. Ponadto poczuł się pewniej wśród ludzi i w swojej pracy. Jest bardziej samodzielny, mniej zależny od instytucji (od nas), a jego umiejętności zawodowe wzrosły – obecnie jest w swojej pracowni jednym z dwóch liderów. Ważnym wydaje się, iż pacjent sam przejął kontrolę nad leczeniem farmakologicznym, regularnie spotyka się z lekarzem, a także nie pije alkoholu. Obecnie Jarek mieszka z rodzicami, nadal uczestniczy w zajęciach Warsztatów, pozostaje w kontakcie indywidualnym, przygotowany jest także do podjęcia pracy w warunkach chronionych.

Interpretacja

Starając się uporządkować przebieg terapii indywidualnej, podzieliłam proces terapeutyczny na kilka etapów.

Faza pierwsza – tzw. „otulenie”, czyli wsparcie i ochrona, trwała około 6 pierwszych miesięcy.

Pacjent był bardzo wycofany ale podporządkowany, pod silnym jeszcze działaniem leków. Fazę tą można by nazwać „macierzyńską”, ponieważ dominowało podtrzymywanie, a tematy rozmów koncentrowały się na sprawach codziennych, powierzchownych. W rozmowach tych w zasadzie nie miałam dostępu do przeżyć psychotycznych i do jakichkolwiek innych głębszych uczuć pacjenta. Czułam tylko, że z jednej strony pacjent przeżywa silny lęk, a z drugiej – bardzo mu zależy na pobycie w ośrodku. Staralam się, by Jarek poczuł się bezpiecznie, zaufał. Nasza relacja zawierała także kontrolowanie leczenia farmakologicznego.

Faza druga, w której doszło do intensyfikacji terapii indywidualnej, trwała około roku. W tym okresie poczuł się pewnie i bezpiecznie w grupie oddziałowej, był coraz bardziej samodzielny (mieszkanie w hostelu). W rozmowach pojawiły się tematy głębsze oraz te dotyczące bieżących kłopotów i problemów. W tym czasie pacjent stracił dziadka, co bardzo mocno przeżył. W spotkaniach indywidualnych odreagowywał żal, złość i rozpacz. O tej śmierci mógł mówić tylko ze mną, w domu temat śmierci był tematem zakazanym, rodzina obawiała się nawrotu choroby Jarka. Ta sytuacja pogłębiła naszą relację, pacjent więcej od tego czasu mówił o uczuciach i swoich wewnętrznych problemach. Podczas spotkań indywidualnych Jarek zaczął też wówczas opowiadać o przeżyciach psychotycznych.

Faza trzecia, w której doszło do stabilizacji relacji terapeutycznej, trwała również od około roku. Powstał między nami taki rodzaj relacji, który odznacza się zaufaniem, odczuciem wzajemnego związania, spokoju. W tym okresie Jarek sam zaczął pilnować leków i wizyt u lekarza. Można

więc powiedzieć, iż sam przejął kontrolę nad sobą w zakresie leczenia farmakologicznego. Kontrola ta dotyczyła także skłonności do alkoholu. W tym okresie miał już też większe rozeznanie kiedy następuje pogorszenie i potrzebna jest interwencja lekarska.

Fazą czwartą – to coraz swobodniejsza werbalizacja przeżyć psychotycznych zarówno ostatnich, jak i tych bardzo odległych w czasie. Okres ten trwa od około pięciu miesięcy do tej pory. Jest procesem zarówno przypominania sobie, jak i porządkowania objawów chorobowych.

Równoległe do procesu terapii indywidualnej program rehabilitacyjny również zmienił się od prostych czynności poprzez coraz trudniejsze do indywidualnych zadań z pełną za nie odpowiedzialnością. Na przykład, w pracy zaczynał od szlifowania desek, potem podejmował coraz trudniejsze zadania (jak np. oprawa obrazów, udział w remoncie hostelu), a ostatnio prowadził kuchnię oddziałową dla 60 osób – wraz z planowaniem zakupów, rozliczaniem się z rachunków za zakupy itp.

KOMENTARZ

Mogę podsumować te dwa lata opieki jako satysfakcjonujące dla mnie jako terapeutki, choć niezwykle trudne. Trudność polegała na wielości ról, które musiałam podejmować prowadząc opiekę nad tym pacjentem. Z jednej strony, pilnując jego leczenia farmakologicznego, byłam z nim w relacji bardziej „skośnej”, tzn. robiłam zastrzyki, dowiadywałam się, czy regularnie zażywa leki, czy systematycznie spotyka się z lekarzem. Ta część mojej pracy była bardziej zgodna z taką rolą, jaką zazwyczaj pełnią pielęgniarki pracujące w modelu medycznym. Z drugiej strony nie tylko poznawałam jego świat wewnętrzny i pomagałam mu w rozróżnianiu tego, co było objawem, ale też chodziłam z nim po górach, robiłam zakupy, gotowałam i nasza relacja stawała się okresowo bardziej partnerska. Wymagało to dużej ela-

styczności z mojej strony, ale też o wiele większej wiedzy psychologicznej i doświadczenia psychoterapeutycznego. Ponadto czułam dużą odpowiedzialność osobistą za Jarka, ponieważ nasz ośrodek jest ośrodkiem dziennym i pacjenci przychodzą do nas tylko na 6 godzin. Nie mamy żadnego wpływu na to, co dzieje się z pacjentem w czasie wolnym nawet wtedy, kiedy mieszka on w hostelu. Nie ma żadnego całodobowego zabezpieczenia dla osób, które np. nagle poczują się źle. To znaczyło, że wszystko muszę „zabezpieczyć”, „obgadać” przed południem. To mnie emocjonalnie obciążało, lecz kiedy wszystko w końcu służyło zdrowieniu pacjenta, byłam bardzo zadowolona. Równocześnie codzienne oparcie w zespole, współpraca z kolegami (psychologami, terapeutami zajęciowymi), a także superwizja, pomagały w realizowaniu kolejnych etapów rehabilitacji.

W tej wielości trudne dla mnie było integrowanie tych ról i związanych z nimi uczuć, tzn. z jednej strony obaw, lęku o pacjenta i jego życie, poprzez autentyczną sympatię, chęć pomocy, do poczucia koleżeństwa przy chodzeniu po górach. Dominującym jednak było uczucie odpowiedzialności za Jarka i proces jego rehabilitacji. Wydaje się, iż wieloletnia praca na oddziale całodobowym, udział w kilku obozach terapeutycznych, szkoleniach wewnętrznych zespołu, grupach Balinta, a także

okresowe mieszkanie z pacjentami w hostelu pomogły mi w prowadzeniu tej wieloletniej terapii indywidualnej. Pomimo opisanych powyżej trudności, czułam satysfakcję zawsze, gdy widziałam kolejne, stopniowe zmiany w funkcjonowaniu pacjenta na oddziale i postęp w uzyskiwaniu przez niego coraz większego wglądu w psychozę.

Realizacja programu rehabilitacyjnego była nieustającym wyzwaniem do szukania takich zadań i aktywności dla pacjenta, które warunkowałyby postęp w jego zdrowieniu. Zadania te nie mogły być zbyt obciążające ze względu na ryzyko nawrotu, ale też nie mogły być „za łatwe”. Uważam, iż najważniejszym czynnikiem stanowiącym o postępie rehabilitacji było znalezienie optymalnego poziomu stymulacji zapewniającego rozwój umiejętności pacjenta w „bezpiecznym” środowisku.

Najważniejszym z kolei czynnikiem warunkującym postęp w psychoterapii tego przecież chronicznego pacjenta wydaje się stabilizacja i utrzymanie związku terapeutycznego. Pacjent dopiero po wielu miesiącach terapii podtrzymującej był w stanie podjąć rozmowę o swoich bogatych przeżyciach psychotycznych. Po następnych miesiącach zaczął głębiej wnikać w swoje problemy i konflikty emocjonalne i zaczął je wiązać z własnym rozwojem, sytuacją rodzinną i kontekstem małego środowiska wiejskiego.

*Adres: Elżbieta Linczowska, Oddział Dzienny Kliniki Psychiatrii Dorosłych CM UJ,
ul. Miodowa 9, 31-055 Kraków*