

Długoterminowe leczenie pacjentki z rozpoznaniem schizofrenii - opis przypadku

Long-term treatment of a female schizophrenic patient. A case study.

KRZYSZTOF WALCZEWSKI

Z Kliniki Psychiatrii Dorosłych Collegium Medicum UJ w Krakowie

STRESZCZENIE. *U przedstawionej pacjentki po trzyletnim, stałym i regularnym kontakcie i pracy nad "fantazją psychotyczną" doszło do ujawnienia głęboko lękowych treści stanowiących motywy jej niezrozumiałych zachowań z okresu ostrej psychozy. Tego typu niepsychotyczne przeżycie treści psychozy daje choremu możliwość reintegracji bolesnych, odrzuconych i aktywnie zapomnianych przeżyć. Jest to często możliwe w stabilnym i długotrwałym związku terapeutycznym.*

SUMMARY. *In the presented case after three years of constant, regular sessions and work on "psychotic fantasy" the patient's deep anxiety content was revealed as the motive of her incomprehensible behavior in the acute psychotic phase. Such non-psychotic experience of psychotic content enables the patient to re-integrate painful, rejected and actively forgotten experiences. This is often possible in a stable and long-term therapeutic relationship.*

Słowa kluczowe: opis przypadku / schizofrenia / długotrwałe leczenie

Key words: case study / schizophrenia / long-term treatment

Schizofrenia jest zwykle chorobą długotrwałą. Początek zachorowania jest dużo wcześniejszy niż moment pierwszej hospitalizacji [Häfner, 1995]. Proces powrotu do zdrowia przebiega wg pewnych faz [Strauss, 1989], a potrzeby rekonwalescentów zmieniają się. Ilustratywne są w tym względzie także relacje osób chorych na schizofrenię [Ewa, 1993]. Po przebyciu ostrego rzutu psychotycznego pacjenci potrzebują odpowiedniego, podtrzymującego środowiska i czasem nie są zainteresowani związkiem z jedną wybraną osobą, a tym bardziej z wymagającą zaangażowania psychoterapią. Odmienny jest radykalny pogląd Sullivana [1962], który uważał, że satysfakcjonujący związek z obiektem ma dla chorych podstawowe znaczenie, a w okresie przedchorobowym może on chronić przed wystąpieniem psychozy. Fazy przebiegu schizofrenii opisywali Conrad [1958] i Kępiński [1972]. Są to ważne spostrzeżenia, ponieważ,

zależnie od fazy choroby, pacjent ma różną zapotrzebowanie na kontakt w ogóle, a na psychoterapię w szczególności.

W leczeniu opartym na długotrwałym związku terapeutycznym można za Searlsem [1965] wyróżnić trzy zasadnicze typy takiego związku: (1) lekarz traktowany jest jako osoba pochłaniająca, niegodna zaufania i raniąca ("zła matka"), (2) związek jest idealizowany - lekarz jest dla pacjenta osobą wszechmocną, a negatywne aspekty związku terapeutycznego są odszczepiane i rzutowane na inne osoby, (3) lekarz jest traktowany jako osoba potężna, ale nie umiejąca się troszczyć, nie zaspokajająca potrzeb pacjenta - klimat związku jest wrogi. Postępując się powyższym podziałem, Searls opisał również przeżycia lekarza uczestniczącego w związku terapeutycznym.

Ustalenie, w jakich okolicznościach i dla jakiej grupy pacjentów psychoterapia powinna być zastosowana jest, korzystając z tych

uwag, trudne [por. McGlashan 1983, McGlashan 1994]. W tej pracy przedstawię przebieg leczenia chorej na schizofrenię w systemie leczenia i rehabilitacji stosowanym w krakowskiej Klinice Psychiatrycznej, w którym psychoterapia jest jednym z elementów leczenia.

OPIS PRZYPADKU

Skierowanie. Anna, 25-letnia, niezamężna pacjentka została skierowana i przyjęta na oddział stacjonarny z powodu żywych halucynacji o treści religijnej. Lękała się, że jest opętana przez diabła. Od kilku miesięcy halucynowała głos Jezusa. Głos ten odgrywał coraz większą rolę w życiu pacjentki, aż do kierowania jej zachowaniem. W tej ostrej psychozie pacjentka była fizycznie agresywna wobec matki. Trudno było znaleźć motyw wyjaśniający wściekłość, jaką czuła i wyrażała wobec matki. Od roku coraz mniej pracowała zawodowo i odsuwała się od towarzystwa. W rodzinie było obciążenie II stopnia schizofrenią oraz obciążenie II i I stopnia chorobą alkoholową.

Leczenie w oddziale stacjonarnym. Leczone dużymi dawkami Haloperidolu (20 mg/die). Ostre objawy ustąpiły po dwóch miesiącach, ale pacjentkę nękały koszmary podobne w treści do halucynacji. W nocy często się budziła przerażona, czy nie doświadcza znowu psychotycznej rzeczywistości piekła, zapachu siarki i czy w pokoju nie ma diabła. Była pełna napięcia i niepokoju o swoje zdrowie. Rodzina zachowywała się wobec niej w sposób nadopiekuńczy. Jednocześnie w domu nie mówiono otwarcie, że pacjentka cierpi na chorobę psychiczną. Przeciwnie, choroba pacjentki była w jej domu przemilczana, a rodzice odmówili udziału w spotkaniach, zaproponowanych przez poradnię rodzinną. Po uzyskaniu remisji ostrych objawów pacjentce zaproponowano dalsze leczenie w trybie dziennym.

Leczenie w oddziale dziennym. Motywy pozycji kontynuowania leczenia w tym trybie były następujące: (1) potrzeba nawiązania kontaktu indywidualnego z terapeutą, (2) konieczność zbudowania podstawowych elementów wglądu przez dostarczenie wiedzy o chorobie i sposobach jej

leczenia, (3) zapewnienia struktury dnia, (4) utrata naturalnej sieci społecznej, (5) wysoki wskaźnik UU (ujawnianych uczuć) w rodzinie, przy czym rodzina nie podjęła kontaktów z poradnią rodzinną. Leczenie na oddziale dziennym trwało dwa miesiące. W tym czasie pacjentka przejawiała znaczną bezradność i bierność. Nie podejmowała samodzielnych prób rozmowy i z nikim nie nawiązała znajomości. W sytuacjach zadaniowych radziła sobie z trudem, a najczęściej - unikała podejmowania odpowiedzialności. Np. w czasie planowania wycieczki nie mówiła, dokąd chciałaby iść i nie głosowała za żadnym z pomysłów. Izolowała się od grupy. Anna nawiązała jednak kontakt z jedną osobą - jej lekarzem. W tym wczesnym okresie leczenia farmakoterapia była bardzo ważna, ponieważ leki szybko usuwały napięcie i lęk. Przyjmując je regularnie, mniej obawiała się nawrotu. Dzięki nim mogła w rozmowie z lekarzem wracać do swojego psychotycznego piekła i nieba, uwalniając się w ten sposób od naporu wspomnień z ostrej psychozy. Przy całej swojej bezradności Anna była też ciekawa, dlaczego zachorowała. W jej przypadku wskazaniem do podjęcia psychoterapii po wypisie z oddziału dziennego, były następujące potrzeby:

- (A) w odniesieniu do terapii indywidualnej:
- (1) wzmocnienie poczucia rzeczywistości i możliwości tolerowania własnych przykrych przeżyć,
 - (2) wzmocnienie kontroli zawartości świadomości i zmniejszenie lęku przed dezintegracją,
 - (3) uświadamianie i nazywanie potrzeb, oczekowań i oddziaływań,
 - (4) wzmocnienie "ja" i poczucia spójności "ja" pacjentki,
 - (5) zmiana doświadczenia siebie jako całkowicie pasywnej oraz możliwość przeżywania przyjemności przez pacjentkę;
- (B) w odniesieniu do terapii grupowej:
- (1) zapewnienie podtrzymującego środowiska grupowego,
 - (2) intensyfikacja procesów terapeutycznych.

Przebieg leczenia ambulatoryjnego. Po wypisie z oddziału dziennego, Anna podjęła pracę w

instytucji, w której pracowała przed chorobą. Podjęła prostsze zadania. Faktycznie wykonywała pracę w jakby chronionych warunkach. Było to dla niej możliwe, ponieważ przed chorobą była bardzo cenioną pracowniczką i zaskarbiła sobie dużo sympatii u koleżanek i kolegów z pracy. Gdyby nie to, powrót do pracy byłby dla niej chyba niemożliwy. Po pracy była wyczerpana. Nie miała energii na żadne inne zajęcie w domu. Skarżyła się na całkowitą nieumiejętność uczestniczenia w rozmowie. Dokuczała jej samotność, ale wolała się izolować niż cierpieć męki w towarzystwie. Dodatkowym źródłem cierpienia były dla Anny obsesyjne myśli o uszkodzeniu nożem ciała swojej małej siostrzenicy, którą bardzo kochała. Epizody myśli obsesyjnych zdarzyły się dwukrotnie, trwając za każdym razem około dwóch tygodni. Była nimi przerażona. Zdecydowała się wtedy zrezygnować z pracy i wziąć urlop dla zdrowia. W tej fazie leczenia pojawiła się depresja. Z tego powodu włączono lek przeciwdepresyjny (fluoksetynę), jako lek pomocniczy obok przyjmowanego nadal haloperidolu. Fluoksetynę odstawiono po ustąpieniu objawów depresyjnych, w 11 miesiącu leczenia ambulatoryjnego.

W czasie urlopu Anna wzięła udział w obozie terapeutycznym. Odmówiła grania w filmowanej sztuce, co było zadaniem grupowym. Oparła się namowom grupy i w pewien sposób wycofała się z istotnej części programu obozu. Nie izolowała się jednak, ale znalazła sobie miejsce w grupie kuchennej. Z satysfakcją zajmowała się gotowaniem, do czego nigdy nie miała okazji w swoim rodzinnym domu. Po kilku miesiącach wróciła na studia zaoczne i po pewnym czasie je ukończyła. Po powrocie z urlopu podjęła pracę na poprzednim stanowisku. Od tego czasu jej pozycja zawodowa stale się poprawiała.

Fazy psychoterapii. Psychoterapia przebiegała wielowątkowo, jednak można zauważyć pewną fazowość związku terapeutycznego. Dlatego materiał z sesji przedstawiono w porządku chronologicznym (p. tabl.).

20 sesji - leczenie psychoterapią polegało w tym okresie na tolerowaniu bierności i zależności pacjentki, uspokajaniu jej obaw przed nawrotem.

Ważne było wzmacnianie słabego poczucia realności, na przykład kiedy pacjentka miała sny o diable i nie była pewna, czy to nie jest nawrót psychozy. Ważna też była praca z przekonaniem Anny, że stan bierności i beznadziei, w którym się często znajdowała, jest naturalnym etapem zdrowienia. Również jej doświadczeniem życiowym, które ma swoje znaczenie. Faza terapii, w której pacjentka wyraźnie sprawdzała cierpliwość terapeuty zakończyła się razem ze snem pacjentki, który opowiedziała na dwudziestej sesji - czekała całą noc w kolejce na rozmowę ze mną. W późniejszej fazie terapii mogłem zrozumieć ten sen jako związany z jej, nie nazwaną do tej pory, rywalizacją z rodzeństwem o prawo do opieki, pożywienia, rozmowy. Ciemność nocy ma dla pacjentki znaczenie symboliczne.

22 sesje - Anna czerpie satysfakcję z dzielenia się ze mną swoimi wspomnieniami sprzed psychozy. Od czasu do czasu wracają w naszych rozmowach przeżycia psychotyczne z przeszłości. Staramy się oddzielić je od przeżyć religijnych Anny. Wybuch psychozy poprzedzony był kilkuletnią historią coraz bardziej "odszczepianych" derealizacji, coraz mniej rozumiałych dla Anny. W kontakcie pojawiają się elementy neurotyczne. W tym okresie leczenia znaczącym wydarzeniem była senna fantazja diabła: *jak spętane zwierzę (...) jak składanka zwierząt. Miał ciało jak mężczyzna, głowę świni albo hipopotama*. Po raz pierwszy w przebiegu leczenia Anna miała niepsychotyczne fantazje o tej postaci. Jest to dla niej symbol o seksualnym znaczeniu. Po tym śnie Anna opowiedziała, że jako mała dziewczynka została wykorzystana seksualnie przez mężczyznę z bliskiej rodziny. Kilka snów, które przynosiła na terapię, zawierających treści seksualne - *wpadł mi srom, musiałam go sobie włożyć z powrotem i to bardzo bolało, matka mi powiedziała, że współżycie z ojcem jest nieprzyjemne - rozumiałem jako wyraz zaburzonej identyfikacji z matką i traktowałem jako obronne* [Fromm-Reichmann, za McGlashan, 1983].

3 sesje - poświęcone krytykowaniu i atakowaniu mnie.

2 sesje - praca nad trudnościami w relacjach w miejscu pracy Anny.

Tablica. Przebieg leczenia ambulatoryjnego

Czas*	Obraz psychopatologiczny	Funkcjonowanie społeczne	Faza kontaktu	Farmakoterapia (mg/doba)
1	wyraźny zespół objawów negatywnych	urlop zdrowotny	nawiązywanie kontaktu	haloperydol: 13
4	zespół objawów negatywnych	praca w warunkach chronionych	bierna zależność	haloperydol: 11
6	prepsychotyczna, elementy obsesyjne	praca w warunkach chronionych	zależność/izolacja	haloperydol: 9
7	zespół objawów negatywnych	praca w warunkach chronionych	zależność/izolacja	haloperydol: 7,5
8	depresja popsychozyjna	zwolnienie lekarskie	bierna zależność	haloperydol: 5,5 +fluoksetyna
11	wyrównany nastrój	zwolnienie lekarskie	omawianie trudności w relacjach w pracy	haloperydol: 6 odstawienie fluoksetyny
12	remitujący zespół objawów negatywnych	urlop dla poratowania zdrowia	początek analizy przeżyć psychotycznych	haloperydol: 8
16	remisja objawów negatywnych	j.w.	neurotyzacja kontaktu	flupentyksol: 3
19	elementy obsesyjne	j.w.	powrót do zależności w kontakcie	flupentyksol: 6
23	remisja	powrót do pracy na pół etatu	omawianie trudności w relacjach w pracy	flupentyksol: 6
26	remisja	praca na pełnym etacie	sny seksualne i sny o fragmentacji ciała	flupentyksol: 6
33	remisja	j.w.	otwarte omawianie przeżyć psychotycznych i analiza ich znaczenia	bez leków
43	remisja	ukończenie studiów	omawianie trudności w relacjach, w tym relacji z terapeutą	diazepam: 10

* czas leczenia w miesiącach od wypisu.

15 sesji - w których istotne były tematy: (1) światła i ciemności, (2) stosunku do własnego ciała, (3) relacji z matką. Anna znalazła się pod naporem hipermnestycznych wspomnień, które ożywiona wyobraźnia podsuwała Annie. Niezwykle żywo przypominała sobie zapachy: wstrętne,

związane z odchodami lub odpadkami po uboju zwierząt oraz przyjemny zapach szlafroka matki, do którego się przytulała pod nieobecność matki w domu. W tym okresie miała dwukrotnie złudzenia zapachowe. Wydawało się jej na przykład, że jej siostrzenica zrobiła kupkę. Sprawdziła pam-

pers, który nie był zabrudzony, a Anna bardzo się przestraszyła, czy to nie nawrót halucynacji węchowych. Zadzwoiła do mnie na drugi dzień, czy aby nie ma nawrotu psychozy i czy nie powinna wziąć więcej neuroleptyku. W jej snach zaczęły się pojawiać kolory: *"dałam siostrzeńcowi piękny kwiat czerwonego koloru, który potem zmienił się na fioletowy. Nie widziałam nigdy tak pięknego kwiatu o takim intensywnym kolorze"*. Istotne były sny, w których szła po ciemnym lesie, albo w ciemnej przestrzeni i nie mogła otworzyć oczu. Podobne powtarzające się sny miała w okresie wczesnej adolescencji. Idąc tymi ścieżkami, pod naporem fantazji sennych i przeżywanych w ciągu dnia, Anna przypominała sobie wizję z okresu ostrej psychozy, którą po raz pierwszy opowiedziała. W psychotycznych wizjach sprzed trzech lat przeżyła mianowicie swoje poczucie. Miało się ono odbyć w czasie, kiedy ojciec kopnął matkę nogą. Następnie zobaczyła następnie swoje narodziny, po których matka pocięła jej ciało nożem na kawałki. Ojciec pozszywał te kawałki w całość i rodzice wspólnie zamknęli Annę w jakimś ciemnym pomieszczeniu. Do tej pory wizja była związana z ruchem, złością, cierpieniem i światłem. Dalsza część wizji to bezruch i ciemność. Zakonnica, która pojawiła się w tej wizji, oddaje Annę jako dwuletnią, zdrową córkę z ciemności na powrót rodzicom. Siła tej psychotycznej wizji była tak wielka, że podczas przyjęcia na oddział szpitalny Anna wahała się, czy podać swoją datę urodzin z dowodu osobistego, czy podać może tę "prawdziwą", o dwa lata wcześniejszą. Praca nad tą wizją doprowadziła nas szybko do ambiwalentnych uczuć do matki. Z jednej strony Anna czuła się izolowana i lekceważona przez matkę. Czuła do niej złość. Z drugiej strony, współczuła matce jej ciężkiego życia (...) *całe życie była posługaczką*. Trudność Anny w utożsamianiu się z dobrym matczynym aspektem polegała na tym, że lepiej się nią opiekował ojciec. W symboliczny sposób przeżyła to w swojej psychotycznej fantazji fragmentacji ciała i cierpienia zadawanego przez matkę - to ojciec "pozszywał" kawałki jej ciała z powrotem w jakąś całość.

WNIOSKI

Niepsychotyczny powrót do psychotycznych fantazji jest możliwy w stabilnym związku terapeutycznym. W przedstawionym przypadku pacjentka miała możliwość reintegracji treści jej psychiki, odszczepionych i rzutowanych na zewnątrz w formie halucynowanego życiorysu. Jest to ważne dla poczucia tożsamości i stabilności "ja" pacjentki [Wciórka, 1995]. W płaszczyźnie kontaktu leczniczego pacjentka uzyskała dostęp do swoich ambiwalentnych uczuć do matki, z którą była patologicznie utożsamiona. Możliwe było zrozumienie agresywnego zachowania do matki w ostrej psychozie i podłoża obsesyjnych myśli o uszkodzeniu nożem ciała małej dziewczynki. Był to rodzaj fantazjowanej inscenizacji własnych przeżyć pacjentki w relacji z jej obiektem opiekuńczym.

W realnej płaszczyźnie doszło do zdrowej separacji od rodziny i do poprawy funkcjonowania w pracy. Po uzyskaniu wglądu w chorobę pacjentka ma możliwość dalszej pracy psychoterapeutycznej i rekonstrukcji deficytów swojego rozwoju, który miał jak dotychczas schizoidalny charakter [Fenton i McGlashan 1995].

PIŚMIENNICTWO

1. Conrad K: Die beginnende Schizophrenie. Versuch einer Gestaltanalyse des Wahns. Thieme, Stuttgart 1971
2. Ewa: O zaburzeniu psychicznym inaczej. Post. Psychiatr. Neurol. 1993, 2, 505-508
3. Fenton WS, McGlashan TH: Schizophrenia: individual psychotherapy. W: Kaplan HI, Sadock BJ (Eds.): Comprehensive Textbook of Psychiatry/VI. Williams and Wilkins, Baltimore 1995, 1007-1018.
4. Häfner H: Epidemiology of schizophrenia. The disease model of schizophrenia in the light of current epidemiological knowledge. Eur. Psychiatr. 1995, 10, 217-227
5. Kepiński A: Schizofrenia. PZWL, Warszawa 1972.
6. McGlashan TH: Intensive individual psychotherapy in schizophrenia: a review of techniques. Arch. Gen. Psychiatry 1983, 40, 8:909-920.

7. McGlashan TH: What has become of the psychotherapy of schizophrenia? *Acta Psychiatr. Scand.* 1994, 90, suppl. 394:147-152
8. Searles HF: *Collected papers on schizophrenia and related subjects.* New York, Int. Univ. Press New York 1965
9. Strauss JS: Mediating processes in schizophrenia. Towards a new dynamic psychiatry. *Brit. J. Psychiatry* 1989, 155, suppl. 5:22-28.
10. Sullivan HS: *Schizophrenia as a human process.* Norton, New York 1962.
11. Wciórka J.: Doświadczenie choroby schizofrenicznej - postawy i strategie radzenia sobie (wykład niepublikowany) IPiN, październik 1995.

*Adres: Dr Krzysztof Walczewski, Klinika Psychiatrii Dorosłych Collegium Medicum UJ,
ul. Kopernika 21, 31-501 Kraków*