

Marta Scattergood

Zespół Leczenia Domowego, Instytut Psychiatrii i Neurologii

Pacjent – terapeuta – lek w leczeniu osoby z rozpoznaniem schizofrenii

Patient – therapist – medication in treatment of a person diagnosed with schizophrenia

Abstract

The treatment of patients diagnosed with schizophrenia requires both pharmacotherapy and a psychological approach. The author considers the meaning of integrated treatment through which psychotherapists can better help their patients by understanding the relation between patient and medication.

Psychiatry 2016; 13, 3: 133–136

Key words: schizophrenia, pharmacotherapy, psychodynamic psychotherapy, integrated treatment

Wstęp

Praca z pacjentami psychotycznymi konfrontuje terapeutę z bezsilnością, stawia pytania o to, co jest celem terapii, czym jest proces zdrowienia ze schizofrenii i jak należy rozumieć samą psychozę. Jest to szczególnie trudne dla młodych terapeutów, którzy kończą swoją edukację wyposażeni w pewne koncepcje dotyczące rozumienia chorób psychicznych i dopiero w pracy klinicznej mogą się przekonać, jak sztywne przywiązanie do któregoś z funkcjonujących modeli (biologiczny/medyczny, psychospołeczny) jest krzywdzące dla samego pacjenta, pozwala bowiem spojrzeć na niego tylko poprzez wąski pryzmat, a nie poprzez całość jego doświadczenia. Bezsilność w relacji terapeutycznej z pacjentami psychotycznymi jest uniwersalnym uczuciem, które może być zredukowane chociażby przez uznanie farmakoterapii jako niezbędного elementu służącego leczeniu pacjenta. Istotne jest nie bierne uznanie, ale aktywne myślenie o lekach i ich znaczeniu w kontekście konkretnych pacjentów. Łatwo jest przypiąć etykietę osobie doświadczającej psychozę, nazywając ją lekooporną czy trudną, ale wartością będzie próba zrozumienia, czym ta lekooporność jest i jakie jest jej znaczenie; dlaczego ten konkretny pacjent tak reaguje na farmakoterapię, że nazywamy go trudnym czy rozszczeniowym. Integracja w umyśle terapeuty dwóch

„porządków” — psychologicznego i psychiatrycznego zbliża go do pacjenta i pozwala scalać rozszczepienie, a więc służy jego zdrowieniu.

Podstawowy paradygmat myślenia o schizofrenii

W psychoterapii psychodynamicznej terapeuta stara się wraz ze swoimi pacjentami pracować nad zrozumieniem przeżywanych przez nich objawów, nadaniem sensu doświadczeniu psychozy. W tym kontekście istotne jest, by na psychozę patrzeć nie tylko poprzez redukcjonistyczny model biologiczny, który wydaje się pozbawiać tę chorobą jej znaczenia. W opinii autorki, taki model ignoruje pacjenta jako osobę z jego/jej doświadczeniami, traumami, kontekstem życia. Wiadomo że zarówno życiowe zdarzenia i okoliczności, uwarunkowania genetyczne, to, w jaki sposób spostrzegamy świat i dokonujemy interpretacji zdarzeń, składa się na przyczynę schizofrenii. Nie istnieje jeden model pojmowania tego, czym jest schizofrenia, a osoby jej doświadczające przedstawiają różne perspektywy patrzenia na tę chorobę.

Na „przyczynę” schizofrenii można spojrzeć dwutorowo — reakcje chemiczne zachodzące w mózgu mogą prowadzić do zniekształconego spostrzegania rzeczywistości, ale jednocześnie doświadczone przeżycia mogą powodować zmiany w mózgu. Powszechna akceptacja idei, że schizofrenia ma podłoże biologiczne, może ograniczać próbę zrozumienia tego doświadczenia w kontekście życia chorego lub/i sprowadzać rozmowę z nim do kwestii objawów. Z jednej strony

Adres do korespondencji:

Marta Scattergood
Zespół Leczenia Domowego
Instytut Psychiatrii i Neurologii
ul. Sobieskiego 9, 02–957 Warszawa
tel.: 22 45 82 717
e-mail: martascatt@space.pl

koncepcja schizofrenii jako „choroby mózgu” ma swoje odzwierciedlenie w leczeniu, które przede wszystkim jest farmakologiczne, a psychoterapia pełni najwyższą drugoplanową rolę [1]. Z drugiej — istnieje jednak stanowisko, które postuluje odejście od kartezjańskiego dualizmu i pozwala terapeutę raczej wybrać najlepszą, opartą na dowodach, strategię terapeutyczną zamiast zachęcania do skorzystania z fałszywej dychotomii między modelami biologicznym i psychospołecznym [2]. Takie integracyjne nastawienie wzbogaca myślenie o pacjencie, a w przypadku leczonych z powodu schizofrenii trudno dziś wyobrazić sobie nowoczesny plan terapeutyczny, który nie łączy farmakoterapii z psychoterapią. Obydwie składowe uzupełniają się i są równorzędnie niezbędne. Co istotne, obydwa modele są w swej istocie biologiczne. Psychoterapia, o czym pisał neurobiolog Kandel [3], jest leczeniem biologicznym, terapią mózgu, której efekty można zobaczyć dzięki neuroobrazowaniu.

Jak piszą Gabbard i Bartlett [4], pytanie nie dotyczy już tego, czy łączenie psychoterapii i farmakoterapii jest korzystne, tylko na czym ta korzyść może polegać.

Farmakoterapia — indywidualne znaczenie leku

Z perspektywy psychoterapeuty korzystne i interesujące wydaje się zwrócenie uwagi na rolę i znaczenie leku dla pacjenta. Obszar związany z leczeniem farmakologicznym nie musi być „wyjęty” z pracy terapeutycznej, przeciwnie, jako psychodynamiczna psychofarmakologia — jak pisze Murawiec [5] — daje możliwość bardziej efektywnego i świadomego całości sytuacji terapeutycznej stosowania farmakoterapii w leczeniu zaburzeń psychicznych. Ma to szczególne znaczenie w przypadku pacjentów określanych jako niewspółpracujący czy też wykazujący się specyficzną reakcją na leki.

Istnieją badania [6–8], których wyniki pokazują, że pacjenci z wczesnodziecięcą traumą, doświadczeni porzuceniem i zaniedbaniem, będą wykazywać słabszą odpowiedź na leczenie przeciwdepresyjne. Dla tych pacjentów efektywniejsza będzie psychoterapia połączona z przyjmowaniem leku. Novick i wsp. [6] twierdzą, że leki przeciwdepresyjne pozwalają choremu na odtworzenie wewnętrznego poczucia bezpieczeństwa i spokoju, jaki wcześniej mogli mu zapewnić responsywni opiekunowie. Zastanawia się on dalej, czy lek na poziomie symbolicznym nie może być przeżywany jako „matka”, gdyż aktywuje w mózgu te same substancje chemiczne, które były regulowane poprzez troskliwą opiekę we wczesnym dzieciństwie. Jednocześnie pacjenci, którzy doświadczyli wczesnodziecięcej deprivacji, będą raczej potrzebować psychoterapii, by uzyskać dobry obiekt w postaci terapeuty, dopiero wówczas ich reakcja na lek stanie się efektywniejsza.

W interesujący sposób o leku jako obiekcie relacji pisała w swoim artykule Tutter [9]. Twierdzi ona, że niektórzy ludzie przeżywają leki tak, jak gdyby były one osobami (obiektami), budując z nimi relacje. W takim ujęciu leki w subiektywnym przeżyciu pacjenta obdarzone są intencjonalnością i wpisują się w dynamiczny świat relacji z obiektem. Tak przeżywane leki w obrębie relacji terapeutycznej mogą uosabiać osoby trzecie, rozszerzając tym samym diadę terapeuta–pacjent. Leki mogą się stać obiektem projekcji pacjenta, co powinno być zauważane przez terapeutę i włączone w obszar pracy terapeutycznej. Autorka zwraca uwagę, że używa słowa obiekt w takim znaczeniu, w jakim funkcjonuje ono w psychoanalizie — jako dotyczący osoby, zazwyczaj innej od podmiotu, ale również w znaczeniu self, albo odszczepionych jego fragmentów i obiektów częściowych. W takim znaczeniu bywa, że pacjent myśli, czuje i podejmuje takie działania w stosunku do leków, jak gdyby były one osobami, ich aspektami lub częściami osób — dzieje się tak, jakby leki miały właściwości, funkcje i rolę, którymi leczona osoba może je obdarzyć oraz w sposób dynamiczny i znaczący odnosić się do nich. Zachodzi tu swoista personifikacja leku.

Opis przypadku

Jak napisano we wstępie, w relacji z pacjentem psychotycznym terapeuta konfrontuje się z poczuciem bezsilności. Zdaniem autorki wynika ona zarówno z faktu, że choroba ma trudny do przewidzenia przebieg, jak i z tego, że oddziaływania psychologiczne nie są jedynym czynnikiem leczącym. Równie istotna jest farmakoterapia, ale wiedza o działaniu leków często nie jest znana terapeutę. Oferta leczenia kierowana do pacjenta psychotycznego musi się opierać na integracji farmakoterapii z oddziaływaniem psychoterapeutycznym, a wiedza o funkcjonowaniu obydwu tych składowych stanowi fundament pomocy pacjentowi. Autorka chciała w tym artykule zaprezentować opis przypadku pacjenta leczonego psychoterapią psychodynamiczną, w której integracja myślenia psychodynamicznego z farmakologicznym pozwala różnicować pomiędzy sytuacjami, w których modyfikacja farmakologiczna jest niezbędna, a tymi, w których adekwatną pomocą będzie interwencja terapeutyczna. Jednocześnie pragnie ona podkreślić, że wspomniana integracja jest ciągłym procesem, a nie wiedzą nabytą raz na zawsze.

Pan P. od prawie 5 lat pozostaje w psychoterapii prowadzonej w podejściu psychodynamicznym. Leczy się z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej od 2011 roku, kiedy to po raz pierwszy był hospitalizowany na oddziale całodobowym IPiN. Hospitalizacja była poprzedzona kilkumiesięcznym okresem nasilonych objawów psychotycznych. Pacjent miał poczucie

bycia obserwowanym przez moderatorów strony internetowej, na której wcześniej aktywnie uczestniczył w dyskusjach; słyszał ich głosy. Był przekonany, że ci założyli mu podsłuch zarówno poprzez urządzenia umieszczone w jego ubraniach, jak i czip wszczepiony w jego mózg. W okresie liceum występowały u pacjenta zwiędnięte objawy psychotyczne i dłużej utrzymujące się objawy depresyjne — pacjent korzystał wtedy z psychoterapii, nie był leczony farmakologicznie. Objawy depresyjne widzi w kontekście trudnej relacji z ojcem. Psychoterapię wspominał jako pomocną.

W trakcie pięcioletniego leczenia pacjent poza krótkimi okresami dekompensacji psychotycznych, pozostaje krytyczny wobec przeżywanego objawów. Mówi o moderatorach, których głosy słyszy jako o osobach ważnych dla siebie. Przeżywa ich jako znanych i rozpoznawalnych w wirtualnym świecie, obdarzonych dużą profesjonalną wiedzą w obszarze specyficznych gier komputerowych, które są obiektem jego zainteresowania. Zauważa, że objawy, choć w istocie przykre, dają mu poczucie bycia atrakcyjnym i równie ważnym dla nich, co jest tak różne w stosunku do rzeczywistości, w której pacjent czuje się lekceważony przez swoich rodziców.

Rodzice pacjenta rozwiedli się, gdy ten był w pierwszej klasie szkoły podstawowej. Rozwód poprzedzał kilkuletni okres klótni małżonków, w trakcie których dochodziło do rękoczynów. Pan P. pamięta z tego okresu atmosferę strachu i poczucie własnego osamotnienia. Po rozwodzie matka wyprowadziła się z domu i zamieszkała z nowym partnerem, a pacjent wraz z o dwa lata młodszą siostrą zostali z ojcem. Ojca opisuje jako apodyktycznego, niedbającego o potrzeby dzieci. Wspomina, że bywał głodny, „bo tata nie zrobił zakupów i nie przygotował posiłku”. Bał się go. W okresie szkoły średniej wprowadził się do matki i od tamtej pory praktycznie nie utrzymuje kontaktu z ojcem. Pan P. aktualnie mieszka z babcią, regularnie widuje się z mamą, choć ta wydaje się nie tylko nie służyć pacjentowi pomocą, ale stwarzać trudne dla syna sytuacje, na przykład pożyczając od niego pieniądze, wpędza Pana P. w zadłużenie wobec urzędów i nie wydaje się przy tym zainteresowana, czy syn sobie poradzi.

W relacji z pacjentem z jednej strony budzi szacunek jego praca nad zrozumieniem sensu psychozy, w kontekście jego relacji z bliskimi osobami. Z drugiej — obszarem, który długo powodował frustrację, jest ciągła potrzeba pacjenta, by modyfikować leczenie farmakologiczne. Na przestrzeni lat

wielokrotnie zmieniano zarówno lek przeciwpsychotyczny, jak i przeciwdepresyjny. Główne skargi pacjenta dotyczyły zaburzenia rytmu dobowego i braku chęci do działania. Planowa hospitalizacja dotycząca problemów ze snem nie wykazała podłoża chorobowego. Zwraca natomiast uwagę każdorazowe obsadzenie przez Pana P. leku jako omnipotentnego obiektu, który ma przywrócić mu rytm dobowy, spowodować chęć wykonywania czynności, które nigdy mu jej nie sprawiały (prace domowe, dbałość o higienę osobistą). Po krótkim okresie idealizacji następuje dewaluacja leku i potrzeba, by zmienić go na inny. Pacjent zdaje się przeżywać lek jako obiekt, który ma zaspokoić jego potrzeby, przy czym nie zauważa, jak sam pozbawia się wpływu na te aspekty życia, w których występują trudności. Takie oczekiwanie, że zewnętrzny obiekt przejmie wpływ nad jego życiem, każdorazowo kończy się niepowodzeniem, a pacjent symbolicznie odtwarza relację z rodzicami, którzy nie potrafili stworzyć mu bezpiecznego środowiska, w którym jego potrzeby byłyby zaspokojone.

Wnioski

Odkąd relacja z lekiem jest uwzględniona w pracy terapeutycznej, zmalała potrzeba modyfikacji leczenia, a pacjent z ciekawością zauważa potrzebę posiadania idealnego rodzica i dopuszcza smutek za tym, że rodzica takiego mieć już nie będzie. Otwiera to możliwość pracy nad uznawaniem własnego wpływu na życie oraz postrzegania przez pacjenta siebie jako dorosłego człowieka zmagającego się z różnymi deficytami.

Według autorki relacja z lekiem nie jest widoczna u wszystkich pacjentów. Rozumie ona, że żeby zaistniała, potrzebne są specyficzne okoliczności — czas przyjmowania leku i jego znaczenie dla dobrostanu chorego oraz brak stałości obiektu pozwalający leкови zaistnieć jako istotny psychologicznie element wewnętrznego wyposażenia pacjenta. Jeżeli jednak taka relacja zostanie ustanowiona, to ważne jest, by została zauważona przez terapeuta, a tym samym, by była możliwa praca nad wzorcem tworzonej relacji. Podobne wnioski, w kontekście terapii psychoanalitycznej z pacjentką po przeżytym epizodzie psychozy paranoidalnej, opisuje Murawiec [10], podkreślając, że dla osoby z organizacją osobowości na poziomie psychotycznym lek może się stać obiektem stałej, pewnej relacji.

Streszczenie

Leczenie pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii wymaga zarówno oddziaływania farmakologicznego, jak i psychologicznego. Autorka zwraca uwagę na znaczenie leczenia zintegrowanego, w którym psychoterapeuta może efektywniej pomagać pacjentowi rozumiejąc specyficzną relację jaką ten nawiązuje z lekiem.

Psychiatria 2016; 13, 3: 133–136

Słowa kluczowe: schizofrenia, farmakoterapia, psychoterapia psychodynamiczna, leczenie integracyjne

Piśmiennictwo:

1. Bentall R.P., Varese F. A level playing field?: Are bio-genetic and psychosocial studies evaluated by the same standards? *Psychosis* 2012; 4: 183–190.
2. Sandberg L.S., Busch F.N. Psychotherapy and Pharmacotherapy: a contemporary perspective. *Psychodynamic Psychiatry* 2012; 40: 505–532.
3. Kandel E.R. Biology and the future of psychoanalysis: a new intellectual framework for psychiatry revisited. *J. Am. Psychiatry* 1998; 155: 457–469.
4. Gabbard G.O., Bartlett A.B. Selective serotonin reuptake inhibitors in the context of an ongoing analysis. *Psychoanal. Inq.* 1998; 18: 657–672.
5. Murawiec S. Psychodynamiczna psychofarmakologia w praktyce — możliwości interpretacji działań niepożądanych farmakoterapii. Opis przypadku. *Psychiatr. Pol.* 2009; 43: 213–222.
6. Novick A.M. Antidepressant psychopharmacology and social brain. *Psychiatry* 2011; 74: 72–86.
7. Johnstone J.M., Luty S.E., Carter J.D., Mulder R.T., Frampton C.M., Joyce P.R. Childhood neglect and abuse as predictors of antidepressant response in adult depression. *Depression and Anxiety* 2009; 26: 711–717.
8. Nemeroff C.B., Heim C.M., Thase M. Differential response to psychotherapy versus pharmacotherapy in patients with chronic forms of major depression and childhood trauma. *Proceedings of the National Academy of Science* 2003; 100: 14293–14296.
9. Tutter A. Medication as object. *J. Am. Psychoanal. Ass.* 2006; 54: 781–804.
10. Murawiec S. Lek jako obiekt relacji — opis przypadku. *Psychiatr. Pol.* 2004; 38: 707–717.