

Współpraca lekarza z psychoterapeutą na Oddziale Leczenia Zaburzeń Osobowości i Nerwic

Close cooperation between the physician and the psychotherapist in the Personality Disorders Treatment Department

Aleksandra Wieczorek, Katarzyna Synówka

Oddział Leczenia Zaburzeń Osobowości i Nerwic
Szpital Specjalistyczny im. J. Babińskiego w Krakowie
Ordynator: lek. med. E. Niezgodą

Summary

Two authors – the doctor and the psychologist describe the practical aspects of cooperation between the psychiatrist and psychotherapist who take part in the treatment of personality disorder patients. The first part of the paper presents a brief description of the Personality Disorder Treatment Department of Józef Babiński Hospital in Kraków. The next part of the paper presents three cases of patients who were treated in that Department. The case of Mr. A shows what kind of meaning can be ascribed to the medications. The next two cases show how the doctors and the process of treatment itself, can be overused by the patients. Mrs. B takes the treatment up mainly to be recognised as a sick and disabled person. She appears as a person who does not want to be cured. With the case of Mrs. C, the authors show how different somatic problems may protect a person against going through difficult emotions. In the summary, the authors point out the importance of the very close cooperation between all professionals who are involved in the treatment of patients with mental disorders. Such cooperation helps to gain a better understanding of these patients and it could give better results of psychotherapy as well as pharmacotherapy.

Słowa kluczowe: zaburzenia osobowości, farmakoterapia, psychoterapia

Key words: personality disorders, drug therapy, psychotherapy

Wstęp

Osoby z tzw. specyficznymi zaburzeniami osobowości (F 60 wg ICD-10) stanowią liczną grupę pacjentów, z którymi stykają się w swojej praktyce zawodowej zarówno psycholodzy jak i psychiatrzy często odmiennie postrzegający ich problemy. Czasami sami pacjenci prezentują im różne „oblicza” swojej osobowości. Autorki niniejszego artykułu opisują własne doświadczenia w leczeniu pacjentów z zaburzeniami osobowości, reprezentując jednocześnie dwie różne perspektywy – lekarza psychiatry

i psychologa psychoterapeuty. Bogate doświadczenie wyniesione z pracy z ww. pacjentami wskazuje na konieczność ścisłej współpracy wszystkich osób zaangażowanych w proces leczenia, zwłaszcza zaś lekarzy i psychoterapeutów. Współpraca taka jest niezbędna w całościowym ujmowaniu problematyki zaburzeń osobowości, a ponadto umożliwia większą spójność i adekwatność podejmowanych interwencji leczniczych, co w rezultacie pomaga zwiększyć skuteczność stosowanego leczenia. Założenie to bazuje na psychoanalitycznym modelu leczenia pacjentów z zaburzeniami osobowości w społeczności terapeutycznej i wywodzi się z pracy szpitala Cassel. Autorzy książki opisującej pracę tego szpitala [1] podkreślają, że pacjent umieszcza (projektuje) swoje wewnętrzne obiekty w różnych częściach szpitala. Przypisuje on różnym członkom personelu różne, rozszczepione części swojego wewnętrznego świata. Rola zespołu polega na zbieraniu i integrowaniu tych rozszczepionych „części” oraz poddaniu ich refleksji po to, aby to, co dotychczas budziło w pacjencie lęk i cierpienie, mogło mu zostać oddane w bezpiecznej i możliwej do przyjęcia formie. To rozpoczyna proces zmiany w przeżywaniu, a następnie również w działaniu pacjenta. Dlatego też ścisła współpraca pomiędzy psychoterapeutą a lekarzem tak często okazuje się niezbędna. Niektóre praktyczne aspekty tej współpracy przedstawione zostały w trzech prezentowanych poniżej przypadkach, których leczenie prowadzone było w ramach Oddziału Leczenia Zaburzeń Osobowości i Nerwic. Dane osobowe i fakty zostały zmienione w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjentów.

Informacje o oddziale

Według ICD-10 zaburzenia osobowości to ciężkie zaburzenia struktury charakteru i sposobu zachowania się, które zazwyczaj obejmują kilka wymiarów osobowości i prawie zawsze związane są z dostrzegalnym zaburzeniem funkcjonowania indywidualnego i społecznego [2]. Ze względu na tendencję pacjentów do zachowań impulsywnych, takich jak: samouszkodzenia czy próby samobójcze, trudno jest leczyć ich w warunkach ambulatoryjnych i na oddziałach dziennych, ponieważ psychoterapia psychoanalityczna niesie ze sobą ryzyko nasilenia się ww. zachowań lub może prowadzić do nagłego przerwania leczenia [3].

Od 2002 r. w Szpitalu Specjalistycznym im. J. Babińskiego w Krakowie funkcjonuje stacjonarny Oddział Leczenia Zaburzeń Osobowości i Nerwic (OLZOiN), który stworzył pacjentom możliwość podjęcia adekwatnego leczenia. Przyjęcie na oddział następuje po przejściu czteroetapowej procedury kwalifikacji mającej na celu m.in. weryfikację diagnozy zaburzeń osobowości oraz zbadanie motywacji pacjenta do leczenia. Czasami, np. w przypadku sporych wątpliwości diagnostycznych lub ze względu na znaczną odległość od miejsca zamieszkania, proces ten prowadzony jest w ramach tzw. „pobytu diagnostycznego”.

Cały zespół terapeutyczny pracuje w orientacji psychoanalitycznej i składa się z lekarzy, psychologów, psychoterapeutów, pracownika socjalnego, terapeuty zajęciowego, pielęgniarek psychospołecznych oraz dietetyka. Każdy pacjent jest pod opieką pielęgniarki prowadzącej. Czas hospitalizacji na oddziale wynosi 24 tygodnie. Głównymi metodami leczenia są: indywidualna psychoterapia psychoanalityczna lub analitycznie

zorientowana psychoterapia grupowa oraz społeczność terapeutyczna. Inne formy leczenia, takie jak: farmakoterapia, psychorysunek, biblioterapia, terapia zajęciowa czy muzykoterapia, mają charakter pomocniczy. Niezbędnym warunkiem leczenia jest ścisła współpraca wszystkich osób zaangażowanych w pracę z pacjentem.

Ważną kwestią, do dziś budzącą liczne kontrowersje wśród psychoterapeutów i psychiatrów, jest pytanie, czy leczeniem psychoterapią i prowadzeniem ewentualnej farmakoterapii powinna zajmować się jedna osoba. Ostatnio większą popularnością cieszy się pogląd, że korzystniejsze jest łączenie obu tych oddziaływań przez jedną osobę, ma to bowiem sprzyjać większej integracji obu wymiarów oddziaływań leczniczych – zarówno przez osobę leczącą, jak i przez pacjenta [4]. Na OLZOiN przyjęto jednak inny model, oparty na założeniach psychoanalitycznych, zgodnie z którym lekarz badający pacjenta somatycznie i konsultujący psychiatrycznie nie prowadzi jego psychoterapii. Funkcję tę wykonuje jedna osoba nazywana „lekarzem oddziaływowym”. Ważnym aspektem tego, że funkcję lekarza oddziaływego pełni jedna osoba, jest stałość i spójność. Pacjenci z zaburzeniami osobowości często w swoim życiu nie doświadczyli stałości obiektu i jeśli mają możliwość korzystania z porad różnych lekarzy, to zazwyczaj sprzyja to kolejnemu rozszczepieniu i odtworzeniu zaburzonych relacji, zamiast łączeniu i rozumieniu. Łatwo dochodzi wówczas do podziału na dobrego i złego lekarza. Na przykład, jeśli tzw. „zły” lekarz nie da pacjentowi tego, czego oczekuje – skierowania na badanie, leku uspokajającego itp., to pójdzie on do tzw. „dobrego”, który spełni jego oczekiwania. W takiej sytuacji jednak najczęściej utraczona zostaje możliwość dociekania ukrytych, nieświadomych motywów działania pacjenta. Ponadto, zamiast integracji przeżywania dobrych i złych aspektów obiektu, wzmocnieniu ulega jego rozszczepienie [5].

Jak już wspomniano, leczenie na OLZOiN opiera się na modelu pracy szpitala Cassel w Londynie, który łączy w swojej ofercie dla pacjentów psychoterapię psychoanalityczną, społeczność terapeutyczną oraz praktykę pielęgniarstwa psychospołecznego. To zintegrowane podejście pozwala na zapewnienie takich warunków, w których możliwe jest wykorzystanie oddziaływań opartych na psychoanalitycznej teorii relacji z obiektem, tworzących jednocześnie spójną ramę koncepcyjną [1]. Zapewnienie stałych i spójnych ram (setting), w których będzie toczył się proces psychoterapii, umożliwi psychoterapeucie psychoanalitycznemu pełnienie funkcji interpretacyjnej. Jednym z elementów tego settingu, obok aspektów czasowych (stałe godziny spotkań), finansowych (wymóg posiadania ważnego ubezpieczenia społecznego w sytuacji, kiedy płatnikiem jest NFZ) czy przestrzennych (stałe miejsce spotkań), jest powstrzymanie się od „działania” zarówno przez pacjenta, jak i przez psychoterapeutę, np. powstrzymania się od przepisywania leków [6]. Psychoterapia psychoanalityczna jest terapią opartą na kontakcie werbalnym, co oznacza, że wszelkie uczucia, fantazje, myśli i pragnienia są wyrażane słowami [7]. Wobec tego przepisanie leku byłoby dawaniem konkretnego zamiast słów i stanowiłoby pole do odgrywania różnych aspektów relacji przenoszonych przez pacjenta na psychoterapeutę.

Z drugiej strony powszechnie znany jest pogląd Kramera, że pacjenci, których charakteryzuje obecność zaburzonych relacji z ważnymi osobami w dzieciństwie, mogą wносить te problemy w relację psychofarmakologiczną [8]. Oznacza to, że leki

jako substancje chemiczne wywierają nie tylko działanie biologiczne, wpływając na aktywność mózgu. Równoległe i we wzajemnej interakcji z działaniem biologicznym odczuwane subiektywnie zmiany samopoczucia mają również wymiar psychologiczny. I tak, stosunek pacjenta do przyjmowanego leku może wyrażać jego stosunek do relacji z żywymi osobami, lek może być używany w celu wypełnienia deficytu relacji z inną osobą itd. [9]. Kiedy role psychoterapeuty i psychiatry pełni ta sama osoba, wtedy może ona swoim oddziaływaniem wpływać na oba obszary – biologiczny i psychologiczny.

Rozwiązanie przyjęte na OLZOiN umożliwia w pewnym stopniu spełnienie postulatów integracji leczenia, ponieważ z reguły każde oddziaływanie farmakologiczne jest dyskutowane i omawiane przez zespół terapeutyczny: psychoterapeuta – pielęgniarka prowadząca – lekarz oddziałowy. Z drugiej strony możliwe jest zachowanie neutralności psychoterapeuty zgodnie z postulatami teorii psychoanalitycznych.

Przypadek Pana A

W czasie leczenia na OLZOiN pacjent miał 25 lat. Nosił nazwisko ojczyrna, gdyż biologiczny ojciec zostawił matkę, kiedy była w ciąży. Matka i ojczym nadużywali alkoholu. Ojczym znęcał się psychicznie i fizycznie nad rodziną, co prowadziło do częstych awantur i bijatyk w domu. Wychowaniem pacjenta i jego młodszego brata zajmowali się dziadkowie. Pan A w 14 r. ż. zaczął pić alkohol i po raz pierwszy sięgnął po narkotyki. Kiedy miał 16 lat, zmarł dziadek, z którym był mocno związany. Bardzo przeżył jego śmierć i „popłynął” z narkotykami: marihuana, amfetamina, LSD, heroina dożylnie. Z czasem został również dealerem narkotyków. Pieniądze na narkotyki dostawał między innymi od matki i babci, które nie były świadome jego problemów. Trzy razy był na „detoksie”. Podczas jednej z hospitalizacji dostał napadu padaczkowego i wybił sobie dwa zęby. Mimo przerwania terapii w Monarze, od kilku lat utrzymywał abstynencję od narkotyków. Znacznie ograniczył spożywanie alkoholu ale sporadycznie zdarzało mu się upijać lub łączyć alkohol z lekami.

Po odstawieniu narkotyków zaczął leczenie psychiatryczne z powodu pojawiających się wówczas stanów lękowych związanych z poczuciem zagrożenia. Miał wrażenie, że przyjaciele spiskują przeciw niemu. Rozmawiał sam ze sobą. Zdiagnozowano schizofrenię. W leczeniu stosowano neuroleptyki oraz benzodiazepiny, od których się uzależnił. Szczególnie istotny dla niego był fakt, że mógł przyjmować leki uspokajające doraźnie. Zapewniało mu to poczucie bezpieczeństwa. Po 6 latach leczenia w PZP pacjent chciał zmienić lekarza, ponieważ ten zaczął mieć wątpliwości co do diagnozy schizofrenii i skierował go na OLZOiN z rozpoznaniem zaburzenia osobowości o typie borderline.

Bezpośrednio po przyjęciu na oddział kontakt z pacjentem był trudny, powierzchowny, a jego wypowiedzi chaotyczne. Nie prezentował jednak ani zaburzeń toku myślenia, ani objawów wytwórczych. Mówił o towarzyszącym mu nieustannie napięciu i lęku, szczególnie w sytuacjach społecznych. Czasami zdarzały się napady lęku panicznego. Zaprzeczał zachowaniom autodestrukcyjnym, choć pod wpływem alkoholu i większych dawek leków zdarzało mu się parę razy okaleczyć. Nie leczył się

z powodu padaczki, gdyż napady drgawkowe nie powtórzyły się. Zążywał wówczas chlorprotiksen (125 mg/d.), buspiron (30 mg/d.) oraz ziołowe leki uspokajające. Na dwa tygodnie przed przyjęciem na oddział zakończył proces odstawiania benzodiazepin. Skarżył się na poczucie braku sensu życia oraz trudności w relacjach z ludźmi, a szczególnie na niemożność utrzymania związku z kobietą.

W terapii pacjent był bardzo impulsywny. Każdą emocję natychmiast przekształcał w działanie. Niepokoiło go to, że w ogóle coś czuje i przeżywa. Chciał „nie czuć”. Chciał odciąć się od tego, co trudne i bolesne – od narkotycznej przeszłości. Kiedy czuł silne napięcie, próbował to łączyć z czymś na zewnątrz siebie, np. z pićem kawy. Często mówił, że musi się wypisać ze szpitala, bo nie radzi sobie w kontaktach z innymi pacjentami. Nie rozumiał, czego ludzie od niego chcą. Nie wiedział, dlaczego mówią, że się go boją, bo jest agresywny, skoro on „tutaj nikogo nie bije”. Chciał bardzo sztywnych „monarowskich” zasad, tak, żeby na każdą sytuację społeczną była gotowa „recepta”, jak postępować. Bardzo się złościł na personel, że nie wprowadza takich zasad. Domagał się leków „na żądanie”. Na próby omawiania tego, co się dzieje i dlaczego, początkowo reagował przerywaniem kontaktu i wychodzeniem z gabinetu.

Pan A stopniowo zaczął się uspokajać i zyskiwać możliwość zastanawiania się nad tym, co przeżywa. Zdecydował się na odstawianie buspironu. Stany niepokoju pojawiały się, gdy wieczorem zamykane były drzwi wejściowe na oddział. Ale wtedy był już w stanie, zamiast domagania się leków uspokajających, umawiać się na rozmowę z pielęgniarką.

Rozumieliśmy, że pan A poszukiwał w instytucji takiej, jak: Monar, szpital, ale również i w lekach, onnipotentnego, opiekuńczego obiektu, który miał koić i nadawać znaczenie temu, co przeżywa, zabierać trudne uczucia, a przede wszystkim anulować jego agresywne impulsy i płynące z nich ogromne poczucie winy. Poszukiwał sztywnych zasad, żeby one trzymały to, co w nim było chaotyczne i impulsywne. Z drugiej strony możliwość dostania leku „na żądanie” była gwarancją na kontakt z taką „matką”, która usmierzy każdy ból. Jednak w takiej sytuacji nie mógł on rozwijać wewnętrznych narzędzi do opieki nad tym, co przeżywał.

Pacjent stopniowo zaczynał rozumieć rolę, jaką w jego wewnętrznym świecie odgrywa lęk. Mówił o lęku przed swoim wnętrzem, przed utratą kontroli nad własnymi agresywnymi impulsami. Utożsamiał przeżywanie emocji z „psychozą”. Przeżywał siebie „czującego” jako bezradnego i miękkiego, targanego sprzecznymi i wszechogarniającymi emocjami, podczas gdy miał być „twardy”, odporny na uczucia. Leki dawały mu tę „twardość”, znieczulały rozpacz, lęk i poczucie winy za niszczenie własnego życia. Czuł, że „jest w porządku”. Stanął przed konfliktem, w jakim stopniu może sam myśleć i zajmować się uczuciami oraz konfrontować z tym, co w nim chore i zniszczone, a w jakim ciągle musi być z matką-tabletką, tak jak wcześniej był z matką-narkotykiem, po to, żeby radzić sobie z „dorosłymi problemami”, tj. relacjami z ludźmi, budowaniem związku etc.

Wtedy też zgłosił chęć odstawienia chlorprotiksenu. Chciał sam mierzyć się z doświadczanymi emocjami. Jednak kiedy zaczynał myśleć, pojawiało się coś, co sam określał „paranoją”, „wkręcaniem się”. Był krytyczny wobec tych myśli. Widział nieadekwatność swoich zachowań w relacjach z ludźmi. Wówczas też wyraźnie

posmutniał. Nie mógł spać. Pojawiły się myśli samobójcze. Pomimo panującej na oddziale tendencji do ograniczania farmakoterapii, zaproponowano mu zamianę neuroleptyku na olanzapinę. Mimo że w kontakcie nastąpiła wyraźna zmiana, że stał się dużo bardziej refleksyjny, to wydawało się, że na tamtym etapie terapii nie miał jeszcze możliwości „radzenia sobie” z przeżywanymi stanami emocjonalnymi bez pomocy farmakoterapii.

Pacjent zaczął stopniowo uzmysławiać sobie, że dużo łatwiej jest mu być w relacji ze środkiem chemicznym niż z drugim człowiekiem, od którego oczekiwał, że będzie zawsze dostępny i wszystko zniesie. Był wściekły i przerażony odkryciem, że inni ludzie mają własne uczucia i mogą go opuścić. Nie mógł znieść poczucia zależności od kogoś, kto jest odrębny od niego i ma własną wolę. Potrzebował idealnego dopasowania i współbrzmienia z nim. Bardzo cierpiał, że nie może dostawać takiej idealnej opieki, jakiej pragnie. Mówił o śmierci dziadka, jak o rozstaniu, na które on nie wyraził zgody. Przerwał leczenie miesiąc przed planowanym końcem, w poczuciu, że kiedy on sam porzuca, to chroni go to przed tęsknotą i bólem związanym z rozstaniem i utratą. Wydaje się, że użył dostępnego mu sposobu poradzenia sobie z uczuciami: zrobić coś, żeby nie czuć.

Przypadek ten przedstawia, jakie znaczenie może być przypisane środkom farmakologicznym, i stanowi kliniczną ilustrację koncepcji psychofarmakoterapii.

Przypadek Pani B

Przy przyjęciu pacjentka miała 32 lata, od dziesięciu lat leczyła się w PZP z powodu depresji i zaburzeń odżywiania się o typie bulimii. Nie mogła spać, jeść, chudła i dużo ćwiczyła, potem zaczęła się objadać i wymiotować, podjęła próbę samobójczą: zażyła 30 tabletek midazolamu i spała przez 2 dni. W domu nikt się nie zorientował, co zrobiła. Raz była hospitalizowana psychiatrycznie i uczęszczała na psychoterapię na oddziale dziennym, którą przerwała z powodu planowego zabiegu operacyjnego oraz odczucia braku poprawy. Mimo ukończenia studiów wyższych, nigdy nie podjęła żadnej pracy. Mieszkała z rodzicami. Otrzymywała rentę socjalną. Z ojcem nie miała kontaktu, z matką zaś była ściśle związana.

Pacjentka urodziła się z poważną wadą twarzoczaszki. W dzieciństwie przeżyła kilka operacji. W szkole dzieci śmiały się z jej wyglądu. Czuli się odrzucona i trzymała się z boku. Po maturze zdała na prestiżowe studia wyższe, ale po pierwszym roku, z powodu braku zaliczenia z wychowania fizycznego, została wyrzucona z uczelni. Po roku przerwy zdała na ekonomię i zamieszkała w akademiku. Tam dużo piła, bo alkohol ułatwiał jej kontakt z ludźmi. Studia ukończyła z bardzo dobrym wynikiem. Następnie uzyskała jeszcze tytuł technika farmacji. Przez Internet poznała chłopaka z rozszczepem wargi, który namówił ją na kolejne zabiegi operacyjne. Kiedy partner naciskał, żeby dbała o siebie, u niej nasilały się objawy bulimiczne. Związek ten rozpadł się po trzech latach.

W czasie pierwszego spotkania z lekarzem pacjentka była napięta, niespokojna i w powierzchownym kontakcie. Mówiła, że jest przestraszona badaniem lekarskim. Niechętnie opowiadała o swoich trudnościach emocjonalnych i powodach leczenia na OLZOiN. Twierdziła, że boi się myślenia i zastanawiania się tak samo, jak podjęcia

samodzielnego życia. Jako główny problem zgłaszała lęk przed tym, że nie ułoży sobie życia zawodowego i prywatnego, i na zawsze zostanie w domu z matką. Uwagę zwracała niewyraźna mowa i deformacja twarzy. Jednak wtedy bardzo trudno było rozmawiać o tym – rozmowa ograniczyła się do badania psychiatrycznego i zebrania danych życiorysowych. Wydaje się, że mógł to być rodzaj obustronnego „udawania”, że konsekwencje wady wrodzonej nie stanowią już dla pacjentki jakiegokolwiek problemu.

Wada, z którą urodziła się pani B, to całkowity obustronny rozszczep wargi, wyrostka zębodołowego i podniebienia. Łącznie przeżyła 14 zabiegów operacyjnych. Część operacji wykonano między 6 m.ż. a 10 r.ż., w tym autoprzyszczep kości gąbczastej z talerza biodrowego. Kolejne osiem zabiegów odbyło się między 24 a 30 r.ż., wśród których wykonano między innymi operację przegrody nosa oraz plastykę powiększającą jednej powieki dolnej. Jednak nadal utrzymywała się asymetria szpar powiekowych. Pani B miała również trudności z przełykaniem oraz cierpiała z powodu okresowych stanów zapalnych w obrębie jamy nosowej i gardła. Miała znaczną krótkowzroczność: -8 D. Była diagnozowana z powodu omdleń i utrat przytomności, które budziły podejrzenie padaczki. Kilka miesięcy wcześniej rozpoczęła leczenie z powodu nadciśnienia tętniczego. Przy przyjęciu na oddział miała ponadto zapalenie powiek. Zostało ono zdiagnozowane ponad tydzień wcześniej. Pacjentka wykupiła przepisane środki, jednak ich nie stosowała. Dopiero „pilnowana” na oddziale podjęła leczenie i wkrótce się „wyleczyła” z tej dolegliwości.

Kontakt psychoterapeutyczny z panią B od początku był bardzo trudny. Mówiła „psychologicznym” językiem, jakby opisując jakiś wadliwie funkcjonujący mechanizm. Podkreślała, że szpital to opieka, że ona cieszyła się z kolejnych operacji, bo ktoś się nią zajmował, ale też psuła ich efekty, np.: sama wyciągnęła sobie dreny z nosa, dużo paliła, nie stosowała się do zaleceń. Opisywała, że jej życie toczyło się wokół wady twarzy. Czuła się uszkodzona, gorsza i nie miała się do kogo z tymi uczuciami zwrócić. Opieki matki doświadczała głównie w trakcie przygotowywań jej do kolejnych operacji, jako niezależnych od niej bardzo konkretnych napraw, które w żaden sposób nie naprawiały jej wnętrza. Nie rozumiała i obawiała się terapii, w której była mowa o naprawianiu za pomocą myślenia, i relacji z terapeutką. Mocno koncentrowała się na uczuciach, które budziła w psychoterapeutce. Bała się, że nie jest chciana, że budzi wstręt i niechęć. Czuła się „rozzszczepem” budzącym obrzydzenie.

Podczas zajęć psychorysunku narysowała twarz z oczami bez źrenic, co rozumiano jako brak wiary w istnienie życzliwych oczu, w których mogłaby się przeglądać. Na oddziale „przyklejała się” do innych pacjentów. Jeśli ktoś coś robił, to ona też, np.: przypalała się papierosami, bo inni to robili. Mówiła, że słabo angażuje się w terapię, podkreślała różne sytuacje, w których niszczyła własne zasoby. W rodzinie była tą chorą, za którą trzeba było podejmować decyzje, bo sama nie potrafiła być odpowiedzialna za siebie. Mówiła o tym z wyraźną satysfakcją w głosie. Terapię przeżywała jako „mieszanie jej w głowie”. Rozważała podjęcie kolejnej hospitalizacji na oddziale ogólnopsychiatrycznym. W terapeutce budziło to poczucie dużej bezradności i obawę, że terapia nie może konkurować z takim nieszczęściem, i że nic nie można odpowiedzieć na stwierdzenie pacjentki: „bo to przez rozszczep”. Wydawało się, że terapia nie służy jej do zmiany, ale do potwierdzania własnej niepełnosprawności i tego, że ona

nie może być odpowiedzialna za własne życie. Dyskutowała z tym, ale podkreślała, że woli niszczyć niż budować. Mówiła, że nie może znieść swojej kobiecości. Wówczas wyznała, że kilka miesięcy wcześniej poddała się aborcji i że od tej pory nie była u ginekologa, chociaż czuła, że „coś jest nie w porządku”.

Kiedy lekarzowi po raz pierwszy zgłosiła pobolewania w podbrzuszu, to zdecydowanie zaprzeczyła, że mogą one mieć jakiegokolwiek podłoże ginekologiczne. Nie przyznała się ani do bycia w ciąży, ani tym bardziej do aborcji. Dopiero po omówieniu tego w terapii, zgłosiła się z prośbą o przepustkę w celu odbycia „prywatnej” konsultacji ginekologicznej. Nie chciała skorzystać z konsultacji oferowanej przez szpital, obawiając się, że wynik tej konsultacji będzie umieszczony na karcie informacyjnej. Rozumiano to jako chęć trzymania oddziały „z dala” od jej intymności oraz jako brak zgody na bardziej całościową opiekę. Udało się jednak podjąć z nią temat jej „fizycznych” uszkodzeń, co przyjęła z pewną ulgą. Jednak propozycja kolejnej konsultacji z chirurgiem plastykiem wprowadziła ją w stan pomieszenia. Wydawało się, że trudno jej było przyjąć, iż oddział, który zajmuje się emocjonalnością, może jednocześnie interesować się cielesnością. Pozostawała w konflikcie między chęcią naprawy a lękiem przed ryzykiem i rozczarowaniem. Odmowa konsultacji była rozumiana jako opowiedzenie się po stronie fantazji, że „już nic się nie da zrobić”.

Wydaje się, że pani B przeżywała depresję, ponieważ czuła, że przepaść między nią a „zdrowymi” jest tak duża, że ma do wyboru albo imitować zdrowie (czyli zaprzeczyć wadzie twarzy i wszystkim swoim problemom) albo czuć się bezpiecznie ze statusem chorej, która nie może wyzdrowieć – wtedy wie, że „jest chora” i w związku z tym nie może mieć pragnień „doskoczenia” do innych, układania sobie życia, bo z góry wiadomo, że to się nie uda. To jest jej onnipotentny sposób na kontrolę lęku przed rozczarowaniem i porażką, oraz konfrontacją z własnymi ograniczeniami. Ponieważ takie rozwiązanie ją upośledza i anuluje jej zasoby, w odwecie nienawidzi siebie i niszczy w sobie to, co jest kreatywne. Nadaje inwalidztwu w swoim umyśle specjalny status: status gorzkiej i niepodważalnej prawdy o niej samej, z którą nie można dyskutować. W tej sytuacji leczenie nie służy osiągnięciu poprawy. Ma ono służyć potwierdzeniu tego, że niczego nie można naprawić. Być pacjentką oznacza mieć potwierdzenie własnego inwalidztwa i niemożności wzięcia odpowiedzialności za własne życie. Pani B obawiała się „użyć” leczenia do zmiany, ponieważ to mogłoby skonfrontować ją z rozczarowaniem, poczuciem straty i własnymi ograniczeniami, oraz z koniecznością wkładania wysiłku w zaspokajanie własnych pragnień i realizację własnych celów życiowych. Przyjmowany przez nią „status inwalidki” nie pozwala jej badać własnych możliwości i zasobów, nie pozwala zadbać o to, by mogła mieć własne życie, odseparowane od matki i od idei, że ona może być tylko chora.

Przypadek Pani B może stanowić przykład, jak leczenie zostaje „użyte” do utrzymania statusu osoby niepełnosprawnej, jak decyzji o podjęciu leczenia nie towarzyszy pragnienie wyleczenia się czy odzyskania sprawności.

Przypadek Pani C

Kiedy Pani C zgłosiła się na konsultację na OLZOiN, miała 30 lat. Była panną. Mieszkała z rodzicami. Od 10 lat pracowała jako salowa. Planowała zdawać maturę.

Nigdy nie była w intymnym związku z mężczyzną. Ojciec całe życie pił i znęcał się nad rodziną, a matka, zdaniem córki, była całkowicie bezradna. Pacjentka pochodziła z rodziny wielodzietnej, ale nie utrzymywała bliższych kontaktów z rodzeństwem. Przez całe życie, zarówno w domu jak i w szkole, czuła się zbędna i obca. Winiła za to alkoholizm ojca. W pracy też czuła się źle, uważając, że z powodu dyskopatii kręgosłupa jest to praca ponad jej siły. Raz podjęła nieudaną próbę wyprowadzenia się od rodziców. Od 15. roku życia miała myśli samobójcze, które łączyła z awanturami w domu. Podjęła dwie próby samobójcze. Raz w 25 r. ż., kiedy zdiagnozowano dyskopatię. Chciała skoczyć z dachu, ale „nie odważyła się”. Była wówczas hospitalizowana psychiatrycznie. Po krótkim okresie poprawy stała się napięta, drażliwa, płaczliwa i próbowała się zabić po raz drugi. Jednak po połknięciu 40 tabletek hydroksyzyny pomyślała o swoim kocie, który niedawno zginął, i to ją zatrzymało. Sprowokowała wymioty, bo „do kogo kot wróci, jak jej nie będzie”.

Pacjentka była dwukrotnie hospitalizowana na OLZOiN. Podczas pierwszego tzw. „pobytu diagnostycznego” w badaniu psychiatrycznym nie prezentowała niczego charakterystycznego. Była smutna i wycofana. Jako główny powód leczenia podawała trudności w relacjach, szczególnie z ojcem uzależnionym od alkoholu, oraz w pracy. Skarżyła się na poczucie osamotnienia, wycofania, przygnębienia i apatii, oraz „brak chłopaka”. W leczeniu stosowano: lamotryginę (100 mg/d.), wenlafaksynę (150 mg/d.) i perazynę (50 mg/d.). „Ciekawszy” obraz przedstawiał się od strony objawów somatycznych. Przebyła gruźlicę w 16 r. ż. Leczyła się z powodu choroby wrzodowej i dyskopatii w odcinku lędźwiowym kręgosłupa. Okresowo obserwowano skoki ciśnienia tętniczego krwi, które nie było leczone. Skarżyła się również na bóle i zawroty głowy oraz drżenia mięśniowe. W związku z tak „bogatym” obrazem objawów została poproszona o udanie się do lekarza rodzinnego w celu wykonania odpowiedniej diagnostyki.

Po zakwalifikowaniu i powtórny przyjęciu na OLZOiN pacjentka podjęła terapię grupową, w którą wносиła sporu lęku przed krytyką i odrzuceniem. Nie chciała mówić o sobie. Na komentarze reagowała zaprzeczaniem lub tłumaczeniem: „bo ja tak mam”. Trudno było usłyszeć w tym, co mówiła, jakiegokolwiek pragnienie zmiany. Z satysfakcją w głosie twierdziła, że jest „brudna i chora”. Była przekonana o zmienności tego stanu. Podkreślała swoją słabość i cierpienie. Na próby interpretacji reagowała nasileniem dolegliwości somatycznych. W związku z czym często trafiała do gabinetu lekarskiego.

Pacjentka deklarowała, że, zgodnie z zaleceniem, była u lekarza internisty, który nie zdiagnozował żadnych schorzeń somatycznych wymagających interwencji medycznych. Badanie fizykalne przy przyjęciu również nie wykazało żadnych istotnych odchyłeń od normy. Wkrótce jednak wystąpiły objawy infekcji dróg moczowych i rwy kulszowej. Stwierdzono podwyższone wartości ciśnienie tętniczego krwi (rzędu 155/100). W trybie pilnym pacjentka została skonsultowana przez dwóch specjalistów: internistę i neurologa, co nie jest częstą praktyką, ze względu na profil szpitala. W związku z diagnostyką nadciśnienia tętniczego wykonano szereg badań, w tym: USG jamy brzusznej oraz kilkakrotne EKG. Wdrożono leczenie rwy kulszowej, m.in. iniekcjami, oraz wyrównano zaburzenia elektrolitowe wlewami kroplowymi. U Pani

C wystąpił również epizod intensywnych wymiotów i ból brzucha z towarzyszącym drżeniem mięśniowym. Badania fizykalne i badania dodatkowe nie wykazywały odchyień od normy, a po kilku dniach wszystkie objawy spontanicznie ustąpiły. W pewnym momencie pacjentka zgłosiła chęć odstawienia leków. Odstawiono lamotryginę i zredukowano dawki wenlafaksyny. Przez krótki czas Pani C czuła się dobrze, ale wtedy doznała urazu stawu łokciowego podczas gry w siatkówkę. Została skonsultowana w SOR-ze urazowym, gdzie stwierdzono stłuczenie, a po kontroli ortopedycznej zalecono rehabilitację.

Nastąpił kilkutygodniowy okres, kiedy Pani C nie wymagała interwencji lekarskich. Jednak kiedy zbliżył się planowany koniec hospitalizacji, pojawiły się nowe problemy, tym razem dermatologiczne: wysypka, zmiany zapalne i bolesne guzki pod pachami, które początkowo budziły podejrzenie powiększonych węzłów chłonnych. Wykonane badania dodatkowe nie wykazały istotnych odchyień. Ostatecznie stwierdzono stan zapalny mieszków włosowych i gruczołów łojowych związany z goleniem owłosienia pod pachami, który ustąpił po wyeliminowaniu czynnika sprawczego.

W terapii przez długi czas sprawiała wrażenie jakby nie miała wnętrza, jakby istniały tylko jej dolegliwości somatyczne. Kluczowym wydarzeniem okazały się zajęcia z psychorysunku, kiedy wbiła sobie ołówek w dłoń i nie reagowała na żadne komentarze, aż do czasu, jak jedna z pacjentek powiedziała, że już nie może znieść jej zachowania i jeśli ona zamierza być ciągle chora i do tego kaleczyć się, to może powinna się wypisać ze szpitala. Na następnej sesji Pani C powiedziała: „przez ciebie chciałam się pociąć, poczułam się jak szmata i mam myśli samobójcze”.

Zachowanie pacjentki rozumiano w następujący sposób: że wnosi ona do psychoterapii przede wszystkim przekonanie, że nie może troszczyć się o własne sprawy, że nie może okazywać innym życzliwego zaangażowania z powodu swojej ogromnej zachłanności – „mnie się to należy” – oraz poczucia, że została wyjątkowo skrzywdzona przez rodziców. Jej sposobem na uzyskanie opieki od innych stało się prezentowanie siebie jako biednej i słabej, oraz nieustanne „chorowanie”. Wydaje się, że poczucie winy i wstydu za ciągle niszczenie własnego życia zamienia ona na dolegliwości somatyczne. Kiedy cierpi, nikt – w tym ona sama – nie może mieć do niej pretensji i wymagać, żeby wzięła na siebie konsekwencje własnych wyborów. W ten sposób wykorzystuje lekarza, pielęgniarki i innych pacjentów, aby mieć bezwarunkową opiekę. A komentując ten fakt psychoterapeutka staje się okrutnym prześladowcą. Pacjenci w grupie przez dłuższy czas nie odnosili się do jej zachowań, bo nie chcieli być prześladowcami, którzy atakują tak schorowanego i biednego człowieka. Tutaj leczenie nie służyło uzyskaniu poprawy, ale podtrzymywaniu statusu „chorej” i przez to wymagającej wyjątkowego traktowania. Zamiast angażowania się w kontakt z innymi pacjentami i psychoterapeutką, było przychodzenie do lekarza oddziałowego z coraz to nowymi dolegliwościami, które stało się protezą intymnych i bliskich relacji z ludźmi.

Kiedy pacjentka zaczęła to dostrzegać, zażądała odstawienia leków. Wydaje się, że przeżywała wówczas silny konflikt. Z jednej strony chciała reperować swoje wnętrze i życie, co przekładało się na większe zbliżenie w relacjach z innymi pacjentami, ale to oznaczało przeżywanie poczucia winy. A z drugiej strony chciała pozostania „na

zawsze” pacjentką, co wyrażało się fantazjowaniem o załatwieniu renty „na stałe” i występowaniem kolejnych dolegliwości somatycznych.

Przypadek Pani C obrazuje, jak doświadczanie cierpienia fizycznego może być użyte jako obrona przed przeżywaniem bólu psychicznego.

Podsumowanie

Przedstawiony materiał kliniczny ukazuje, jak niezbędna jest ścisła współpraca lekarza z psychoterapeutą w prowadzeniu pacjentów z zaburzeniami osobowości. Współpraca ta polega przede wszystkim na rozmawianiu i wspólnym zastanawianiu się nad problemami pacjenta podczas zebrań całego zespołu terapeutycznego lub w czasie indywidualnych spotkań psychoterapeuty, pielęgniarki psychospołecznej i lekarza oddziałowego. Pozwala to lepiej zrozumieć, jaką część swojego wewnętrznego świata pacjent umieścił w poszczególnych osobach zespołu leczącego. Umożliwia również dostrzeżenie całości jego procesów psychicznych, a nie tylko koncentrację na jednostce chorobowej. Tym samym sprzyja to rozwojowi różnych funkcji aparatu psychicznego pacjenta, dzięki którym możliwy staje się wgląd w naturę życia psychicznego i wypieranie objawów psychopatologicznych przez procesy myślowe [10].

Korzyści płynące ze współpracy pomiędzy psychoterapeutą czy psychologiem a psychiatrą czy lekarzem rodzinnym nie ograniczają się tylko do pacjentów z zaburzeniami osobowości. Prawidłowość tę można odnieść również do szerokiego grona osób cierpiących na zaburzenia psychiczne, w praktyce bowiem leczenie pacjentów z zaburzeniami psychicznymi najczęściej prowadzone jest równocześnie przez różnych profesjonalistów. W podobnym modelu może być prowadzone leczenie także na oddziałach ogólnopsychiatrycznych, w przychodniach zdrowia psychicznego, podstawowej opieki zdrowotnej itp. Informacje dotyczące przebiegu procesu psychoterapii mogą stanowić ważną wskazówkę dotyczącą prowadzenia farmakoterapii czy też wskazań do podejmowania różnorodnych działań diagnostycznych. Natomiast wgląd w ogólne problemy zdrowotne pacjenta i rzetelna diagnoza psychiatryczna umożliwiają lepsze rozumienie trudności występujących w pracy terapeutycznej oraz całościowe ich ujmowanie, co z kolei zapewnia większą skuteczność stosowanych oddziaływań.

Сотрудничество врача и психотерапевта в отделении лечения расстройств личности и неврозов

Содержание

Авторы работы затрагивают тему практических аспектов сотрудничества между врачом и психотерапевтом в лечении пациентов с расстройствами личности.

В первой части представлена короткая характеристика отделения лечения расстройств личности и неврозов Краковской специализированной больницы им. И. Бабинского. Далее, с точки зрения психиатра и психотерапевта, описаны три случая из терапевтической практики данного отделения.

Случай господина А показывает, какое значение может приписываться фармакологическим средствам. В свою очередь случаи госпож Б и В демонстрируют, как может быть „использовано” лечение и личность врача. В случае госпожи Б предпринимаемое лечение служит прежде всего подтверждению болезни и недееспособности. Однако этот факт вовсе

не означает желания „быть вылеченным”. Наконец случай госпожи В показывает, как опыт различных соматических проблем может защищать и предохранять от переживания трудных эмоциональных состояний.

В заключении подчеркивается значение тесного сотрудничества между всеми специалистами, которые участвуют в лечении пациентов с психическими расстройствами. Благодаря такому сотрудничеству возможно не только лучшее понимание проблем пациентов, но и более адекватный терапевтический подход, как со стороны врача, так и психотерапевта.

Zusammenarbeit des Arztes mit Psychotherapeuten in der Abteilung für Behandlung der Persönlichkeiten und Neurosen

Zusammenarbeit

Die Autorinnen besprechen das Thema der praktischen Aspekte der Zusammenarbeit zwischen dem Arzt und dem Psychotherapeuten bei der Behandlung der Patienten mit Persönlichkeitsstörungen.

In dem ersten Teil wurde kurz die Abteilung für Behandlung der Persönlichkeiten und Neurosen des Krankenhauses namens J. Babiński in Kraków beschrieben. Dann wurden aus der Sicht eines Psychiaters und Psychotherapeuten drei Therapieverfahren beschrieben, die in dieser Abteilung durchgeführt werden.

Der Fall des Herrn A zeigt, welche Bedeutung den pharmakologischen Mitteln zugeschrieben werden kann.

Dagegen zeigen die Fälle der Frauen B und C wie die Behandlung und die Person des Arztes selbst „verwendet werden“ kann. Bei Frau B gilt die Behandlung vor allem zur Bestätigung, dass man krank und behindert ist. Aber diese Tatsache selbst bedeutet nicht, dass man „geheilt werden“ will. Dagegen beschreibt der Fall der Frau C, wie die unterschiedlichen somatischen Beschwerden vor dem Erleben der schweren emotionellen Zuständen schützen und sichern können.

In der Zusammenfassung wurde die Bedeutung der engen Zusammenarbeit zwischen den Personen hervorgehoben, die bei der Behandlung der Patienten mit psychischen Störungen tätig sind. Diese Zusammenarbeit schafft Voraussetzungen für nicht nur besseres Verständnis für die Kranken, sondern auch eine adäquate therapeutische Handlungsweise seitens des Arztes und des Psychotherapeuten.

La coopération du médecin et du psychothérapeute à l'hôpital de J. Babinski à Cracovie – Département du Traitement des Troubles de Personnalité

Résumé

Les auteurs – médecin et psychologue – parlent des aspects pratiques de leur coopération au cours du traitement des troubles de personnalité.

La première partie présente le Département du Traitement des Troubles de Personnalité de l'hôpital de J. Babinski à Cracovie ; ensuite on décrit trois cas thérapeutiques – du point de vue du psychiatre et du psychothérapeute.

Le cas de Monsieur A présente quelle importance peut être attribuée aux médicaments/ pharmacologie/. Les deux cas suivant – de deux femmes B et C – démontrent comment on peut « user » le traitement et la personne du médecin. Pour la femme B le traitement sert à attester sa maladie, mais non le désir « d'être guérie ». Pour la femme C le traitement sert à la protéger d'autres émotions difficiles.

En somme les auteurs soulignent l'importance de la bonne coopération des personnes engagées au traitement des patients en question ; grâce à cette coopération on peut mieux connaître les problèmes des patients et obtenir les meilleurs effets thérapeutiques – du psychiatre et du psychothérapeute.

Piśmiennictwo

1. Day L, Pringle P. *Reflective enquiry into therapeutic institutions*. The Cassel Hospital Monograph Series, No 2. London: Karnac Books; 2001.
2. Pużyński S, Wciórka J. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania wg ICD-10 Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Kraków–Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2000.
3. Gabbard G. *Psychiatria psychodynamiczna w praktyce klinicznej*. Kraków: Wydawnictwo UJ; 2009.
4. Murawiec S. *Koncepcja psychodynamicznej psychofarmakologii D. Mintza i B. Belnap – omówienie w odniesieniu do pacjentów ujawniających oporność na leczenie*. *Psychiatr. Pol.* 2008; XLII, 3: 323–333.
5. Segal H. *Teoria Melanie Klein w praktyce klinicznej*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2006.
6. Quinodoz D. *Words that touch. A psychoanalyst learns to speak*. London: Karnac Books; 2003.
7. Leżnicka-Łoś A. *Podstawy psychoterapii psychoanalitycznej. Teoria i praktyka*. Warszawa: Wydawnictwo Eneteia; 2012.
8. Kramer P. *Wsluchując się w Prozac*. Warszawa: Wydawnictwo Jacek Santorski & CO; 1995.
9. Murawiec S. II Międzynarodowa Konferencja Naukowo-Szkoleniowa. *Farmakoterapia i psychoterapia. Jeden cel, dwie drogi: Lek jako fetysz i jako substytut więzi*. Wisła 2008.
10. Hańbowski W. *W cieniu zmarłego obiektu*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2007.

Adres: Aleksandra Wieczorek
Oddział Leczenia Zaburzeń Osobowości i Nerwic
Szpital Specjalistyczny im. J. Babińskiego
30-393 Kraków, ul. J. Babińskiego 29

Otrzymano: 26.04.2011
Zrecenzowano: 7.07.2012
Otrzymano po poprawie: 3.08.2012
Przyjęto do druku: 31.08.2012
Adiustacja: L. Sz.