

Anna Bielańska

PSYCHOTERAPIA INDYWIDUALNA OSÓB Z DIAGNOZĄ SCHIZOFRENII

INDIVIDUAL PSYCHOTHERAPY OF THOSE WITH A DIAGNOSIS OF SCHIZOPHRENIA

Pracownia Psychiatrii Środowiskowej Katedry Psychiatrii CM UJ
Kierownik pracowni: dr med. Andrzej Cechnicki

schizophrenia psychotherapy

Artykuł opisuje psychoterapię indywidualną chorych na schizofrenię w rozumieniu podejścia psychodynamicznego, poznawczego, psychoterapii łączącej różne podejścia. Przedstawia krakowskie podejście integracyjne oparte na budowaniu relacji terapeuta – pacjent zarówno na wartościach wyrosłych z myśli Kępińskiego, jak i na umiejętności posługiwania się wiedzą psychodynamiczną i koncepcjami poznawczo-behawioralnymi. Autorka uważa, iż nawiązanie dobrego kontaktu, elastyczność terapeuty, umiejętność tolerowania głębokich przeniesieniowych uczuć i utrzymywanie związku terapeutycznego ma zasadniczy wpływ na wyniki terapii i jakość życia pacjenta.

Summary: The paper describes individual psychotherapy for people suffering from schizophrenia in the psychodynamic, cognitive-behavioural, and supportive approach. It presents the Cracovian integrative approach based on Kępiński's ideas and values, and tries to integrate the psychodynamic and cognitive-behavioural theories. The author believes that good contact with the patient, the therapist's flexibility, tolerance for deep transference feelings and stable therapeutic relationship has the main impact on the outcomes of treatment and patient's quality of life.

W terapii schizofrenii psychoterapia indywidualna pozostaje kluczowym elementem całego procesu leczenia. W każdym podejściu teoretycznym to, co określa się jako związek terapeutyczny, jest oceniane jako czynnik decydujący o przebiegu i efektach terapii.

Nawiązanie dobrego kontaktu, elastyczność terapeuty, umiejętność tolerowania głębokich przeniesieniowych uczuć i utrzymywanie przez terapeutę związku terapeutycznego niejednokrotnie przez wiele lat, ma ogromny wpływ na pacjenta, jego jakość życia i możliwości funkcjonowania społecznego.

Psychoterapia psychodynamiczna

Freud uważał, iż psychoterapia osób z diagnozą schizofrenii nie jest możliwa. Osoby takie według niego nie są zdolne do nawiązania relacji i nie tworzą przeniesienia, które jest kluczowe dla psychoterapii analitycznej. Późniejsi psychoanalitycy zmieniają zdanie. Federn uważał, że pacjenci psychotyczni mogą tworzyć przeniesienie, ale niestabilne. Podobnie twierdzili Searls, Winnicot, Bion i Rosenfeld, którzy opisali psychoterapię

pacjentów psychotycznych z użyciem technik analitycznych, a więc także z możliwością formowania przez nich przeniesienia [1].

Założeniem psychoanalizy w psychoterapii indywidualnej pacjenta z diagnozą schizofrenii było dążenie do rekonstrukcji „ja” chorego. Do takiej rekonstrukcji winno dojść poprzez związek z „dobrym” obiektem – terapeutą, i identyfikację z nim [2, 3]. Proces psychoterapii psychoanalitycznej może trwać kilka lub kilkanaście lat; w jego toku powinna być uwzględniona analiza przeniesienia i przeciwprzeniesienia oraz dążność do nabycia przez pacjenta umiejętności kontrolowania ambiwalencji wobec obiektów. Ten rodzaj psychoterapii indywidualnej osób chorych na schizofrenię realizowany był w Chestnut Lodge [4], gdzie odnotowano zarówno przypadki sukcesu, jak i porażki. Jednym z opisanych sukcesów była trwająca 18 lat terapia Jane Cole. 10 lat od wypisania z Chestnut Lodge, 56-letnia pacjentka pozostawała w stabilnej remisji i nie była przez ten okres rehospitalizowana. Jej wgląd w chorobę był ograniczony, a wyrażało się to w zaprzeczaniu istnienia choroby jako takiej. Pacjentka była aktywna społecznie; nie mogąc znaleźć płatnej pracy pracowała jako wolontariuszka. Miała też przyjaciół, z którymi spotykała się w ciągu tygodnia. Mimo istniejących symptomów negatywnych, niewątpliwie pozostawała w remisji. Jane Cole dwa lata po katamniezie zginęła w wypadku, wracając z koleżanką z kina [4].

McGlashan i Nayfack, analizując strategie terapeutyczne trzech terapeutów wobec tej pacjentki, dochodzą do wniosku, iż podejście, nazwane przez nich „intensywnie podtrzymujące” (intensive supportive) [4, str. 358], przynosiło lepsze efekty niż psychoanalityczne (intensive analytic) [4, str. 357]. Głównymi technikami strategii intensywnej podtrzymującej była „rodzicielska natura relacji”, „dostępność terapeuty i możliwość kontynuacji relacji aż do śmierci”, „raczej wspieranie mechanizmów obronnych niż konfrontacja”, „rozwiązywanie problemów praktycznych” [4, str. 360]. Uważają, iż intensywniejsza psychoterapia czasem przeciążała pacjentkę. Za duże wymagania, za głęboka penetracja psychiki może stanowić wstrząs dla „ja” chorego, którego nie jest on w stanie unieść. Wedle nich terapia wielu pacjentów z diagnozą schizofrenii wymaga stworzenia azylu w terapeutycznej relacji, w której powinno się zachować właściwy dystans i stawiać realistyczne wymagania [4].

Searls, analitycznie zorientowany psychiatra, który zajmował się długoterminową psychodynamiczną psychoterapią indywidualną przewlekle chorych na schizofrenię, rozróżnia pięć faz w rozwoju relacji między terapeutą a pacjentem [5]:

1. Faza „bez kontaktu” („out-of-contact”) — okres, w którym uczucia pacjenta są niedostępne zarówno dla niego samego, jak i innych osób. Pacjent i terapeuta nie wchodzi w związek uczuciowy przez długi czas — tygodnie, miesiące, a czasami lata. Searls twierdzi, iż terapeuta w tej fazie winien być otwarty, neutralny i łagodny.

2. Faza ambiwalentnej symbiozy. Jeśli terapeucie uda się zachować tę otwartą i neutralną postawę, bez „natrętnej potrzeby pomagania” [5, str. 531], to zacznie odczuwać ambiwalencję pacjenta płynącą z psychopatologii psychozy. Pacjent zacznie mu to werbalnie i niewerbalnie komunikować. Terapeuta będzie doświadczać różnych, nagle się zmieniających uczuć w stosunku do pacjenta, od złości do żalu, od czułości do pogardy.

3. Faza symbiozy. Kiedy następuje ta faza, terapeuta zauważa, iż spotkania z pacjentem stają się przyjemne dla niego. Odkrywa, iż bardzo trudne spotkania, pełne niepokoju, przemieniły się w godziny pełne wzajemnego zadowolenia i dobrych uczuć. Zauważa, iż jego uczucia w stosunku do pacjenta są uczuciami „dobrej matki” [5, str. 537]. Psy-

choterapia osoby chorej na schizofrenię sprowadza uczucia terapeuty do poziomu jego własnych wczesnodziecięcych doświadczeń z jednej strony, z drugiej zaś daje odczucie bycia omnipotentną matką.

4. Faza rozwiązywania symbiozy. Obie strony relacji: pacjent i terapeuta, będąc indywidualnościami, w pewnym momencie nie chcą dłużej tolerować symbiozy. Faza jej rozwiązywania może trwać od kilku miesięcy do około dwóch lat. Impuls, inicjatywa do rozpoczęcia procesu rozwiązywania symbiozy, może przyjść ze strony pacjenta lub terapeuty. Pacjent i terapeuta zaczynają stopniowo odczuwać, iż nie są partnerami w symbiotycznym związku, lecz odrębnymi indywidualnościami. Odczucie terapeuty, iż należy wychodzić z symbiozy z pacjentem, może czasem wiązać się z poczuciem winy, a czasem ze złością („outrage”) na pacjenta i jego wymagania. Pacjent w tej fazie stopniowo staje się osobą podejmującą odpowiedzialność za swoje objawy. W jego rękach jest wybór, czy np. pozostać do końca życia w szpitalu psychiatrycznym, czy być zdrowym. Z jego punktu widzenia on sam staje się osobą odpowiedzialną za siebie. Akceptuje to, iż jest odpowiedzialny za wyzdrowienie, chociaż powierza leczenie drugiej osobie.

5. „Późna” faza terapii. Faza ta rozciąga się od rozwiązania symbiozy do ukończenia terapii. Kiedy pacjent jest gotowy do rozwiązywania symbiotycznego związku, to także zaczyna lepiej różnicować, potrafi coraz lepiej zaakceptować swoją identyfikację w przeszłości i przyjmuje taką identyfikację, która jest użyteczna dla niego. Potrafi mieć kontakt z własną przeszłością. Jest zdolny do formowania, odrzucania lub częściowej identyfikacji z postaciami w jego obecnym życiu, włączając w to także terapeutę. Jego tożsamość formuje się w nowej konfiguracji — dotyczy to nie tylko sytuacji terapii, ale też jego zachowania w życiu codziennym. Jest jak małe naiwne dziecko, które nie wie, jak żyć, i wymaga ciągłego uczenia. Terapeuta, świadomy tego, jak patologiczne wzorce zachowania występują w rodzinie pacjenta, jest pod presją bycia teraz w roli nauczyciela. Może wówczas powstać zagrożenie, iż przestanie być terapeutą. „W tej fazie to, że doszło do wybuchu psychozy, staje się dla chorego zrozumiałe, jest on w stanie doświadczyć i zintegrować uczucia, które wcześniej musiały być stłumione i obronione przez nadejście psychozy” [5, str. 553]. Terapeuta staje się dla pacjenta nowym obiektem self i poprzez to rekonstruuje ubytki, braki we wcześniejszych związkach z obiektem. To pomaga pacjentowi w integracji osobowości.

Rosenfeld uważa, że to intensywne zaangażowanie psychoterapeuty w relację z pacjentem, jakie proponuje Searls, jest nadmierne [1]. Rozumie Searlsa jako terapeutę, który „działa” razem z pacjentem, zamiast analizować najważniejsze konflikty. Uważa to za błąd, iż terapeuta „wchodzi w symboliczne przeniesienie jako stan wzajemnej zależności, w której czuje się zależny od pacjenta tak jak pacjent od niego i często wyraża swoje uczucia miłości i nienawiści do niego całkiem swobodnie [1, str. 302], co ma miejsce szczególnie w fazie symbiozy. Wedle niego nie prowadzi to do wzmocnienia ego pacjenta. Terapeucie potrzebny jest taki dystans, który pozwala analizować, interpretować i poprzez to dawać oparcie, wzmacniać „ja” pacjenta.

W Polsce psychoterapia psychoanalityczna była prowadzona przez zespół Ireny Namysłowskiej, który nie odnotował znaczących efektów [3]. Obecnie ten kierunek rozwoju psychoterapii indywidualnej znany jest jako intensywna psychodynamiczna psychoterapia schizofrenii. Stosuje się w niej założenia psychoanalizy, używa się technik psychoanalitycz-

nych. Psychoterapia psychodynamiczna oprócz analizy przeniesienia i przeciwprzeniesienia zawiera obecnie także elementy podtrzymania.

Alanen w swojej pracy cytuje wiele badań potwierdzających skuteczność indywidualnej psychodynamicznie zorientowanej psychoterapii [6]. Na przykład Johansson w trzydziestoletniej katamnezie stwierdził zadowalający stan psychiczny u 50% z 40 pacjentów ze schizofrenią, u których psychodynamiczna psychoterapia trwała co najmniej przez rok. Podobne wyniki otrzymała Neumann — 50% leczonych przez nią pacjentów uzyskało poprawę — a także Barbro Sandin, która badała mężczyzn chorych na schizofrenię. W tych badaniach poddano ocenie także grupę kontrolną, która nie miała psychodynamicznej psychoterapii indywidualnej. Grupa badana miała wyraźnie lepsze wyniki leczenia, w tym także „odległe”, które wiązały się np. z ilością przyjmowanych leków w sześcioletnim okresie katamnetycznym. Większość pacjentów 6 lat od leczenia psychoterapią nie potrzebowała leczenia farmakologicznego. Gorsze wyniki otrzymano w Chestnut Lodge w badaniach McGlashana i w badaniach Mullera [6].

Gunderson wraz ze współpracownikami porównywał efekty nastawionej na wgląd, eksplorującej psychoterapii, z efektami psychoterapii podtrzymującej, nastawionej na adaptację [7]. Badaniem objęto 95 osób z diagnozą schizofrenii i oceniono dwa lata oddziaływań psychoterapeutycznych. Wyodrębniono siedem wymiarów, w których badano wpływ psychoterapii. Były to: funkcje poznawcze, funkcjonowanie ego, relacje interpersonalne, objawy, funkcjonowanie w rolach społecznych, a także liczba hospitalizacji i farmakoterapia. Hipotezą wyjściową było twierdzenie, iż psychoterapia eksplorująca jest efektywniejsza niż podtrzymująca. Okazało się jednak, że psychoterapia podtrzymująca przyniosła lepsze efekty w postaci mniejszej ilości hospitalizacji i lepszego funkcjonowania w rolach społecznych, psychoterapia wglądowa zaś — niewielkie efekty w sferze funkcjonowania ego i funkcji poznawczych [7].

W jednej z ostatnich swoich prac, dotyczących efektów psychoterapii psychodynamicznej dla chorych na schizofrenię, hospitalizowanych, Malmberg i Fenton donoszą, iż nie ma żadnych danych potwierdzających pozytywny efekt terapeutyczny [8].

Alanen wraz z zespołem przeprowadzili ogromne badania w Klinice w Turku, gdzie przez lata 1965–1984 poddawali badaniu pacjentów leczonych z powodu schizofrenii [6]. Psychodynamiczna psychoterapia indywidualna obok farmakoterapii i terapii rodzin była podstawową metodą leczenia. Alanen i wsp. wraz z zespołem opublikowali wyniki swych badań, a część refleksji poświęcili też psychoterapii indywidualnej [6, 9]. Dowodzili, iż zastosowanie psychoterapii było związane z lepszą prognozą i z uzyskaniem przez pacjentów lepszego wglądu, z tym jednak zastrzeżeniem, że długoterminowa intensywna indywidualna psychoterapia była zastosowana w grupie chorych, którzy mieli podstawową wstępną zdolność do wglądu („primary insight ability”) [9].

Alanen podkreśla, że efekty psychoterapii indywidualnej zależą także od kontekstu, w którym jest ona prowadzona, i od osobowości terapeutów. Wedle niego najważniejszym aspektem długoterminowej psychoterapii jest umiejętność terapeuty w posługiwaniu się przeciwprzeniesieniem i praca nad przeniesieniem negatywnym. Ponadto ważne jest wzmacnianie i podtrzymywanie dorosłych cech pacjenta, które odgrywają decydującą rolę w organizacji rozwoju osobowości w trakcie terapii, oraz umiejętność przeprowadzenia separacji [6].

To, co wydaje się najważniejsze w podejściu Alanena i jego zespołu, to „leczenie dostosowane do potrzeb” [6]; zindywidualizowanie psychoterapii zorientowanej na osobę pacjenta i jego rodzinę.

Munich główne trendy w psychoterapii indywidualnej osób z diagnozą schizofrenii zgrupował w trzech szerokich teoriach: 1/ teorii konfliktu, 2/ teorii deficytu, 3/ modelu integrującym teorię konfliktu i deficytu [10].

Teoria konfliktu zakłada, iż psychotyczna regresja ego służy obronie przed lękiem, który związany jest z wewnątrzpsychicznymi konfliktami. Konflikty dotyczą tu głównie popędów agresywnych, a niemożność ich rozwiązania powoduje wystąpienie ostrych objawów psychozy. Psychoterapia indywidualna wedle tej koncepcji będzie zmierzać do uzyskania wglądu w konflikty i do konstruktywnego ich przepracowania (Abraham, Klein, Fairbairn, Winnicot, Bion, Rosenfeld).

Teoria deficytu zakłada z kolei, iż istnieje podstawowy defekt w funkcjonowaniu ego, wrodzona niezdolność do internalizacji relacji z obiektem, a konflikty są zjawiskiem wtórnym. Psychoterapia indywidualna oparta na teorii deficytu będzie zmierzać do rozpoznawania deficytów i wzmacniania ego pacjenta (Sullivan, Federn, Fromm-Reichman, Mahler).

Model integrujący teorię konfliktu i deficytu rozumie schizofrenię jako takie zaburzenie tworzenia relacji z obiektem, które jest pochodną zarówno konfliktu, jak i deficytu (Searls, Semrad, Fleck), psychoterapia zaś będzie obejmować zarówno dążenie do uzyskania przez pacjenta wglądu we własne konflikty, jak i do wzmacniania jego ego [10].

Psychoterapia poznawcza

W koncepcjach poznawczych w relacji terapeutycznej najważniejsze jest stworzenie poczucia bezpieczeństwa, które pozwoli pacjentowi na poznawanie siebie i otaczającego świata. Relacja terapeutyczna stanowi podstawę, na której opierają się metody mające na celu zmianę zachowań pacjenta, przebudowę schematów poznawczych, „przekształcenie wewnętrznych modeli operacyjnych i komponenty emocjonalnej schematów” [11, str. 18].

Psychoterapia czy raczej strategie poznawczo-behawioralne w leczeniu chorych z diagnozą schizofrenii odnoszą sukcesy przede wszystkim w treningu społecznym, którego celem jest uczenie nowych umiejętności.

W ramach koncepcji poznawczo-behawioralnej Nick Tarrier z Manchesteru rozwinął podejście nastawione na strategię radzenia sobie z chorobą (coping strategy enhancement — CSE). Koncentruje się ono głównie na radzeniu sobie z objawami choroby. Jak wspomniano powyżej, nawiązanie relacji terapeutycznej jest wyjściowym i niezbędnym elementem do prowadzenia leczenia opartego na uczeniu się [12]. CSE obejmuje dwa etapy:

- pierwszy to „edukacja i ćwiczenie kontaktu”: nawiązanie kontaktu między terapeutą a pacjentem, stworzenie dobrego klimatu i wzajemnego zrozumienia, a następnie wypracowywanie „indywidualnego repertuaru strategii radzenia sobie” [12, str. 125].
- drugi to ćwiczenie sposobów radzenia sobie z konkretnymi objawami; są to zarówno strategie, które pacjent sam wymyślił lub nowe dla niego, których się uczy. Wszystko to jest omawiane w trakcie indywidualnych spotkań terapeuty z pacjentem.

Dalszym etapem takiej terapii mają być podejmowane próby ćwiczenia wyuczonych strategii w konkretnych sytuacjach życiowych. Wedle Tarriera istotne jest dysponowanie

przez pacjenta co najmniej dwoma sposobami radzenia sobie, ze względu na to, iż możliwość wyboru zmniejsza napięcie [12].

Dla Gelso i Hayesa znaczenie relacji terapeutycznej w terapii poznawczo-behawioralnej zmienia się w zależności od:

- a) czasu: szczególne znaczenie ma stworzenie relacji na początku terapii, jest ono warunkiem późniejszej zmiany wynikającej z użycia przez terapeutę określonych technik;
- b) stabilności relacji: jeśli pacjent ma poważne trudności w nawiązaniu/utrzymaniu relacji terapeutycznej, terapeuta winien skupić się na tym problemie, a nie na technikach;
- c) rodzaju technik: istniejąca dobra relacja terapeutyczna jest tym bardziej istotna, im bardziej proponowana technika wymaga zaufania i zaangażowania pacjenta;
- d) stopnia złożoności problemu pacjenta: gdy problem jest bardzo skomplikowany lub ma postać chroniczną, terapeuta winien także umieć pracować z nim w odniesieniu do relacji terapeutycznej [13].

Istnieją badania, które dowodzą, iż terapia poznawcza prowadzona w okresie ostrej psychozy, przynosiła dobre efekty: pacjenci szybciej reagowali na leczenie niż przy stosowaniu samej farmakoterapii [12]. W tym miejscu oczywiście narzuca się wątpliwość i pytanie, czy ta skuteczność była spowodowana rzeczywiście efektem pracy nad objawami i przekonaniem chorego, czy też o wiele częstszym kontaktem z terapeutą, w porównaniu z pacjentami leczonymi tylko lekami.

Szczególnie istotne wydają się badania nad interwencjami mającymi na celu uszereż chorego przed nawrotem. Badania te potwierdzają, iż prowadzenie terapii podtrzymującej, wraz z psychoedukacją w ramach spotkań indywidualnych lub grupowych, w sposób ciągły może zapobiec nawrotom u większości pacjentów [12].

Podejście eklektyczne

Podejście eklektyczne, „flexible psychotherapy” [14, str. 1014], które w dosłownym tłumaczeniu znaczy psychoterapię elastyczną, jest bardzo praktyczne — zawiera zarówno psychoterapię podtrzymującą, jak i eksplorującą, a także psychoedukację. Styl psychoterapii indywidualnej zależy od rodzaju schizofrenii, na jaką cierpi pacjent, fazy choroby i możliwości chorego [14].

Celem psychoterapii eklektycznej jest wzmocnienie mechanizmów obronnych, zmniejszenie skutków nadmiernej wrażliwości, zredukowanie wpływu stresu na pacjenta. Ważne jest uzyskanie dobrej współpracy między terapeutą a pacjentem w zażywaniu leków. Jeżeli powstanie wspierająca relacja terapeutyczna i zostanie osiągnięta dobra współpraca, to terapeuta może się skupić na psychoterapii i problemach psychologicznych pacjenta, a także na jego psychoedukacji i poprawie kompetencji społecznych [14].

Fenton i May uważają, iż najważniejsza w tym podejściu jest zdolność terapeuty do dostosowywania się do potrzeb pacjenta i fazy terapii. Terapeuta musi umieć być osobą towarzyszącą choremu w cierpieniu, umieć dawać wsparcie, wprowadzać elementy edukacji o chorobie, a także podjąć głęboką, psychodynamicznie zorientowaną psychoterapię. Pacjenci z mniej ciężką postacią schizofrenii lub wyjątkowo dobrze reagujący na neuroleptyki mogą korzystać z bardziej eksplorującej, introspektywnej formy psychoterapii. Mogą zmierzyć się z takimi problemami, jak bardzo niska własna samoocena, radzenie sobie

z chorobą, relacje z innymi ludźmi. Pacjenci z ciężką postacią schizofrenii, z osłabionym funkcjonowaniem intelektualnym i niemożnością określenia przez siebie celów terapii, korzystają z powstania stabilnej wspierającej relacji terapeutycznej. Ważne też jest dla nich znalezienie się w takim terapeutycznym środowisku, które będzie ich podtrzymywać przez lata życia z chorobą [15].

Hogarty wraz ze współpracownikami w ramach terapii „osobowej” (personal therapy), która w swojej treści pokrywa się z psychoterapią eklektyczną Fentona, wyróżnia trzy fazy leczenia:

- 1) podstawową, kilka miesięcy po wypisaniu ze szpitala — jej celem jest stabilizacja stanu klinicznego, pozostawanie w terapeutycznej relacji i psychoedukacja;
- 2) pośrednią — obejmującą 18 miesięcy po wypisaniu — mającą na celu uświadomienie sobie przez pacjenta w trakcie psychoterapii wewnętrznych reakcji związanych ze stresem, psychoedukację, poprawę umiejętności; zawierającą trening relaksacyjny i granie ról;
- 3) zaawansowaną — obejmującą ostatnie 18 miesięcy psychoterapii indywidualnej — skupiającą się na introspekcji, zrozumieniu relacji między stresorami, nieadaptacyjnymi odpowiedziami na nie, reakcji na innych i na objawy [16].

Psychoterapia „osobowa” w połączeniu z leczeniem farmakologicznym dała dobre efekty. Około 50% pacjentów korzystało z fazy zaawansowanej psychoterapii. Pacjenci żyjący z rodzinami mieli mniej nawrotów niż pacjenci żyjący samotnie. Autorzy badań sugerują, iż przedwczesne zastosowanie psychologicznie zorientowanego leczenia, przed poprawą objawów, może destabilizować stan kliniczny chorego [16].

Wydaje się, iż wątpliwe są sztywne, czasowo określone fazy terapii. Całe doświadczenie kliniczne wskazuje na to, iż mogą one się przeplatać w czasie w zależności od etapu choroby, nawrotów, sytuacji życiowej pacjenta. Warunkiem niepodważalnym jest kontynuacja psychoterapii indywidualnej przez lata, w zależności od potrzeb pacjenta. Wówczas będzie można zauważyć, iż np. w okresach nawrotów będzie potrzebny częstszy kontakt podtrzymujący, w okresach remisji, wraz z okresami rozwoju, pacjent będzie wymagał intensywnej głębokiej psychoterapii, by być może w okresie stabilnej remisji i stabilnej sytuacji życiowej korzystać znów tylko z psychoterapii wspierającej itp.

Należy jeszcze wspomnieć o pojawiającym się pojęciu psychoterapii wspierającej, które powstało na podstawie psychoanalitycznie zorientowanej psychoterapii w latach 60. Opisał je już McGlashan i Nayfack w przytaczanym przeze mnie artykule [4]. W psychoterapii wspierającej nie analizuje się przeniesienia i przeciwprzeniesienia, rzadko dokonuje się interpretacji, a terapeuta ma na celu wzmocnienie „ego” pacjenta. Cele szczegółowe — to redukcja objawów, wzmocnienie mechanizmów radzenia sobie z chorobą, pomoc w rozwiązywaniu problemów emocjonalnych. Do podstawowych interwencji psychoterapii wspierającej zalicza się przywracanie poczucia bezpieczeństwa, dodawanie otuchy poprzez wzmacnianie autoportretu pacjenta, dawanie rad, sugerowanie rozwiązań oraz umożliwienie odreagowania emocjonalnego [4, 17].

Każda psychoterapia ma za zadanie wspierać pacjenta, dlatego niektórzy klinicyści twierdzą, iż jest to sztuczne i niepotrzebne rozróżnienie. Wydaje się jednak, iż określenie „psychoterapia wspierająca” lub „podtrzymująca” na tyle weszło do języka nie tylko

klinicznego, ale i naukowego, że trudno je pominąć. Jest także wyraźnie adresowane do pacjentów z diagnozą schizofrenii, którym indywidualna i grupowa psychoterapia ma głównie pomóc w zintegrowaniu rozbitej przez psychozę tożsamości, ułatwić powrót do funkcjonowania, a następnie, o ile to możliwe, pozwolić osiągnąć większy wgląd w siebie i swoje konflikty.

Psychoterapia indywidualna w krakowskim modelu leczenia schizofrenii — podejście integracyjne

W Polsce przełom w leczeniu chorych na schizofrenię dokonał się pod wpływem Antoniego Kępińskiego. Dla Kępińskiego spotkanie terapeutyczne z pacjentem było zawsze wyjątkową sytuacją, a człowiek najwyższą wartością. W psychoterapii chorego na schizofrenię najważniejsza wedle niego była bezpośredniość i ciepło terapeuty, szacunek dla chorego, a także wolność [18]. Przez wolność rozumiał Kępiński niesprowadzanie na siłę pacjenta do codziennej rzeczywistości, od której uwalniał go wybuch psychozy. Uważał też, że terapeuta winien w spotkaniu z pacjentem być szczery, gdyż chorzy na schizofrenię są szczególnie wyczuleni na sztuczność, maskę. Obawę przed światem społecznym, niepewność, lęk chorego można przezwyciężyć tylko poprzez autentyczność w relacji [18]. W psychoterapii indywidualnej najważniejsze, oprócz samego kontaktu z pacjentem, było dla Kępińskiego wykorzystanie możliwości rozwojowych pacjenta, pomoc w osiągnięciu większego, intelektualnego i emocjonalnego, wglądu w siebie [18].

Analiza spotkania terapeutycznego Zadęckiego podkreśla z jednej strony nastawienie terapeuty do spotkania i rolę społeczną, w jakiej występuje on spotykając się z chorym, a z drugiej — realność tego spotkania dla pacjenta [19]. Autor opisuje różnicę między uczestnikami spotkania terapeutycznego związaną z rolą, uczuciami, których doświadczają, i możliwością kontroli sytuacji. Szczególne znaczenie, wedle niego, ma w psychoterapii indywidualnej umiejętność terapeuty pracy z przeniesieniem i przeciwprzeniesieniem. Podkreśla osobisty wymiar psychoterapii i takie umiejętności terapeuty, które nie są związane z profesjonalnym wykształceniem [19].

Psychoterapia indywidualna jest obecnie jednym z kluczowych elementów terapii w krakowskim środowiskowym programie leczenia, rehabilitacji i badań nad schizofrenią. Wraz z umiejętnie prowadzoną farmakoterapią, współpracą z rodziną, niejednokrotnie przesądza o późniejszym włączeniu chorego w adekwatny dla niego program terapii i rehabilitacji, a przede wszystkim o wynikach leczenia. Takie przekonanie o ważności i wartości psychoterapii indywidualnej, „zorientowanej na osobę”, związku terapeutycznego, który jest oparciem dla chorego nie tylko podczas leczenia na oddziale całodobowym lub dziennym, lecz często też przez lata terapii ambulatoryjnej, wynika przede wszystkim z wieloletniego doświadczenia klinicznego. Na świecie wiele badań dotyczących efektów terapii osób z diagnozą schizofrenii doświadczenie to potwierdza.

Nasze eklektyczne podejście, nazwane przez nas integracyjnym, oznacza, że psychoterapia indywidualna chorych na schizofrenię zawiera „wspierającą, dyrektywną, edukacyjną, eksplorującą i zorientowaną na wgląd aktywność, prowadzoną w kontekście istniejącej i stabilnej relacji terapeuta – pacjent” [14, str. 1014].

Codziennosc kliniczna, czyli podstawowe elementy psychoterapii indywidualnej osób chorujacych na schizofrenie

W psychoterapii indywidualnej chorych na schizofrenie, w rozwoju relacji terapeutycznej mozna wyroznic kilka waznych zjawisk. Wystepuja one nierozdzielnie i wzajemnie sie przenikaja, lecz ich opis jest mozliwy poprzez ich wyodrębnienie. Byly one niejednokrotnie opisywane, lecz tutaj chcialabym jeszcze raz je krótko omowic, gdyz sa niezbędnym elementem codziennej praktyki klinicznej.

Naleza do nich:

- 1 — nawiązanie kontaktu
- 2 — werbalizacja przeżyć psychotycznych
- 3 — uzyskiwanie wglądu w objawy psychotyczne
- 4 — integracja i wzmacnienie ego
- 5 — zrozumienie tła i problemów sprzyjajacych wybuchowi choroby

Kontakt

Wiele juz zostalo napisane o tym, jak kluczowe dla powstania relacji terapeutycznej jest nawiązanie kontaktu z chorym. Podczas ostrej psychozy, kiedy pacjent zagubiony jest w chaosie własnych uczuć i wyobrażeń, terapeuta po prostu jest przy nim, towarzyszy mu w cierpieniu. Stwarza ciepłą, bezpieczną przestrzeń obecności, w której pacjent nie jest sam i może się resztką poczucia realności, jaką posiada, na kimś oprzeć.

Inaczej jest, gdy spotykamy pacjenta juz po ustąpieniu ostrych objawów, kiedy pustka, smutek i brak nadziei dominują w jego przeżyciach. Nawiązanie głębszego kontaktu może trwać wtedy wiele tygodni; pacjent może nie mieć kontaktu z własnymi uczuciami lub nie mieć powodu, aby komuś zaufać. Cierpliwa i łagodna (nieintruzywna) aktywnosc terapeuty pozwala pacjentowi na wejście w kontakt.

Werbalizacja

Rozmowa, opowiadanie o własnych przeżyciach chorobowych są ważne dla procesu uzyskiwania wglądu w swoje doznania. Opowiadanie, po pierwsze, przynosi ulgę choremu, a po drugie porządkuje dziwny i pomieszany świat psychozy. Terapeuta poznaje częściowo przeżycia pacjenta i razem mogą w rozmowie szukać ich znaczenia. Wypowiedziane uczucia zmniejszają swoją siłę. Werbalizacja psychotycznych doznań jest drogą do oddzielania tego, co realne, od tego, co nierealne. Jest pierwszym krokiem do uzyskiwania wglądu w chorobę.

Wgląd

Z różnych badań wynika, iż im większy wgląd pacjenta w chorobę, tym lepsze wyniki leczenia w zakresie psychopatologii i funkcjonowania społecznego [9].

Terapeutyczna praca nad wglądem może toczyć się przez lata; czasami dopiero po wielu miesiącach pacjent w rozmowie z terapeutą jest w stanie opowiedzieć o przeżyciach, jakich doznał w trakcie pierwszego epizodu choroby. Niemniej jednak prawie zawsze rozmowa o chorobie, często trudna i przed którą pacjenci się czasem bronią, przynosi

dobrze efekty: ulgę, uporządkowanie treści psychozy, lepsze rozumienie siebie. W okresie uzyskiwania wglądu w chorobę terapeuta indywidualny włącza elementy edukacji, która ma pomóc pacjentowi w uzyskaniu kontroli i wpływu na chorobę i w efekcie zapobiec jej ewentualnemu nawrotowi.

Integracja ego

Na dużym poziomie regresji integrująca dla pacjenta może być obecność terapeuty, ograniczenie stymulacji (łóżko szpitalne), postawienie granic (np. struktura dnia, program zajęć na oddziale). W późniejszej fazie psychoterapii integrującej jest powstanie relacji terapeutycznej, w której „ja” pacjenta odzyskuje granice poprzez identyfikację z terapeutą, a następnie zróżnicowanie z nim. Integracji pacjenta pomaga włączenie doświadczenia psychozy w świat wewnętrzny, w całość doświadczenia życiowego, wzmocnienie tożsamości poprzez szukanie ciągłości ze swoją przeszłością (przywoływanie wspomnień, odwoływanie się do swoich zdolności, nabytych umiejętności itp.). Następnym elementem integrującym „ja” jest włączenie się w świat innych ludzi — czy to będzie na początku społeczność na oddziale całonocnym lub dziennym, czy powrót do własnego środowiska i możliwość zobaczenia siebie w lustrze społecznym. Podstawą do zachodzenia tych wszystkich zjawisk jest powstanie relacji pacjenta z terapeutą, która odbudowuje poczucie bezpieczeństwa chorego.

Problemy emocjonalne

Jeżeli podczas psychoterapii indywidualnej uda się dotrzeć do głębszych problemów uczuciowych pacjenta, to niewątpliwie dojdzie do psychoterapii o charakterze eksploracyjnym. Jest ona dostępna tylko dla części pacjentów ze względu na możliwości intelektualne, emocjonalne, a także ze względu na siłę ego. W okresie głębszej pracy wglądowej z pacjentem stosuje się także interpretację, konfrontację, analizę relacji terapeutycznej.

Doświadczenie kliniczne dowodzi, iż taki rodzaj psychoterapii przynosi korzystne wyniki leczenia. Objawia się to mniejszą liczbą nawrotów i rehospitalizacji, lepszym funkcjonowaniem społecznym. Badania Alanena [6] te kliniczne doświadczenia potwierdzają. Pacjent uzyskujący najwyższy poziom wglądu, zwanego wglądem w swoje problemy emocjonalne, lepiej się chroni przed nawrotem choroby.

Podsumowanie

Psychoterapia indywidualna w krakowskim programie leczenia, nazwana przez nas „integracyjną”, jest regularnie prowadzona w trakcie terapii na oddziale dziennym, a następnie kontynuowana ambulatoryjnie. Od lat jest oczywiste, iż chorzy na schizofrenię potrzebują kompleksowego leczenia i żadna indywidualna metoda, taka jak np. leki lub psychoterapia, psychoterapia psychodynamiczna lub podtrzymująca, nie decydują o wynikach leczenia.

Psychoterapia indywidualna prowadzona przez nasz zespół uwzględnia różne konteksty i jest wyrazem: 1) kontynuacji idei Kępińskiego mówiącej o wartości autentycznego spotkania, relacji terapeutycznej, 2) uznania wartości grupy jako pola społecznego, w której pacjent odzyskuje lub uzyskuje możliwość włączenia się w środowisko, w bycie i funkcjonowanie wraz z innymi, 3) tworzenia środowiska terapeutycznego, 4) koncepcji rozumienia

schizofrenii opartej na modelu „vulnerability-stres” 5) ciągłej refleksji dotyczącej terapii pacjenta — opartej na teoriach psychodynamicznej i poznawczo-behawioralnej — oraz rodziny, która uwzględnia perspektywę systemową. Podstawową wartością pozostaje stworzenie związku z pacjentem i zindywidualizowanie programu terapeutycznego.

Psychoterapia osób chorych psychicznie wymaga od terapeuty dużych umiejętności osobistych, elastyczności, możliwości integrowania różnych perspektyw — zarówno tej psychodynamicznej, nastawionej na rozumienie mechanizmów wewnętrznych, jak i tej „społecznej” wynikającej z potrzeby włączenia pacjenta w środowisko [20].

Pułapki emocjonalne, na które terapeuta może być narażony, to z jednej strony odczucia związane z dużymi możliwościami wywierania wpływu na pacjentów, z drugiej zaś uczucia bezradności i wypalenia. Nie można zapominać o ostrzeżeniu Rosenfelda, który pisze, że „nieumiejętna psychoterapia psychoz jest niebezpieczna dla osobowości terapeuty, ponieważ niewidzialnie stymuluje jego uczucia omnipotencji i bezradności” [1, s. 8] Zabezpieczeniem przed tymi trudnościami winna być regularna superwizja, możliwość oparcia się na zespole terapeutycznym, ciągłe podnoszenie swoich kwalifikacji i korzystanie z bogactwa własnych zainteresowań i aktywności poza pracą.

Piśmiennictwo

1. Rosenfeld H. Impasse and interpretation. London: Routledge, published in association with the Institute of Psycho-Analysis; 1999.
2. Elia C, Benedetti G. Preobiekty w psychoterapeutycznym rozwoju pacjenta schizofrenicznego. *Psychoter.* 1986; 2 (57)
3. Bohomolec E, Kostecka M, Namysłowska I, Żardecka-Mieścicka M. Ambulatoryjna, długoterminowa, indywidualna psychoterapia schizofrenii — doświadczenia własne. *Psychoter.* 1983; XLV–XLVI.
4. McGlashan TH, Nayfack B. Psychotherapeutic models and the treatment of schizophrenia: the records of three successive psychotherapists with one patient at Chestnut Lodge for 18 years. *Psychiatria* 1988; 51.
5. Searls H. Collected papers on schizophrenia and related subject. Toronto: Clarke, Irwin & CO LTD; 1996.
6. Alanen YO. Psychoterapia indywidualna. W: Alanen YO, red. Schizofrenia. Jej przyczyny i leczenie dostosowane do potrzeb. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2000.
7. Gunderson JG, Frank AF, Katz HM, Vannicelli JP, Knapp PH. Effects of psychotherapy in schizophrenia: II. Comparative outcome of two forms of treatment. *Schizophr. Bull.* 1984; 10, 4.
8. Malmberg L, Fenton M. Individual psychodynamic psychotherapy and psychoanalysis for schizophrenia and severe mental illness (Cochrane review). W: The Cochrane Library. Oxford: Update Software, s. 4.
9. Alanen YO, Rakkolainen V, Rasimus R, Laakso J, Kaljonen A. Psychotherapeutically oriented treatment of schizophrenia: results of 5-year-follow-up. *Acta. Psychiatr. Scand.* (supl.) 1985; 319, 71: 31–49.
10. Munich RL. Conceptual trends and issues in the psychotherapy of schizophrenia. *Am. J. Psychother.* 1987; XLI, 1: 23–37.
11. Scrimali T. Podejście konstruktywistyczne i kompleksowe w psychoterapii poznawczej. *Psychoter.* 2000; 2 (113): 5–21.
12. Birchwood M, Jackson Ch. Schizofrenia. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2004.

13. Gelso ChJ, Hayes JA. Relacja terapeutyczna. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2004.
14. Fenton W, McGlashan T. Schizophrenia: Individual psychotherapy. W: Kaplan HJ, Sadock BJ, red. Comprehensive textbook of psychiatry. Baltimore: Wiliam and Wilkins; 1995, s. 1007–1018.
15. Fenton WS. Medication-psychotherapy combination most effective for schizophrenia. *Psychiatric Times*, 1998; XV, 5.
16. Hogarty GE, Greenwald D, Kornblith SJ I in. Three-year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family. I: description of study and effects on relapse rates. *Am. J. Psychiatry* 1997; 154 (11): 1504–1513.
17. Kokoszka A. Rozumieć, aby leczyć i „podnosić na duchu”. *Psychoterapia według Antoniego Kępińskiego*. Kraków: Collegium Medicum UJ; 1996.
18. Kępiński A. Schizofrenia. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich; 1972.
19. Ządęcki J. O podejściu do terapii schizofrenii. *Psychoter.* 1979; XXVIII: 43–50.
20. Cechnicki A. Co jest istotne w psychospołecznym leczeniu schizofrenii. W: Bomba J, red. Schizofrenia. Różne konteksty, różne terapie. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej; 2000, s. 37–45.

Adres: Pracownia Psychiatrii Środowiskowej
Katedry Psychiatrii CM UJ
ul. Miodowa 12, 30-551 Kraków