

Maryla Sawicka, Anna Osuchowska, Joanna Waniek, Joanna Meder

ZJAWISKO PODWÓJNEJ DIAGNOZY W ŚWIETLE TEORII PRZYWIĄZANIA — STUDIUM PRZYPADKU

THE PHENOMENON OF DUAL DIAGNOSIS IN THE LIGHT OF ATTACHMENT THEORY — A CASE STUDY

Klinika Rehabilitacji Psychiatrycznej
Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie
Kierownik: doc. dr hab. n. med. Joanna Meder

Przedstawiona w artykule historia chorego na schizofrenię i uzależnionego od alkoholu oraz pochodzącego z rodziny dysfunkcyjnej jest podstawą dla zaobserwowania, jak z punktu widzenia teorii przywiązania wyraża się brak bezpiecznych więzi od początku życia i jak jest kontynuowany w jego relacjach z innymi, w dorosłym życiu, a także w relacji psychoterapeutycznej. Autorka analizuje to zagadnienie w świetle teorii M. Ainsworth, która dokonała oceny rodzaju przywiązania od najwcześniejszych momentów życia.

dual diagnosis attachment theory

Summary: A key precept of Bowlby's attachment theory is that every human being has a biologically and genetically imprinted need to develop relationships with other people. The relationship, which develops between a child and mother, constitutes the starting point for the development of ensuing emotional ties with people ever more distant than the mother – both within the family, as well as outside of it. Emotional disorders in adulthood are due to a disturbed early development of attachment. Fulfilment of the need for successful relationships in later life is the key for the building and sustaining one's mental health. M. Ainsworth has assessed the quality of attachment styles from infancy onward. In the course of her research, she defined three categories of attachment styles: secure, avoidant, fearful-ambivalent. Regardless of attachment style, it is of utmost importance that the adult person's need for relationships during the whole life comes to fruition on various levels of social interaction. The patient's psychological representation of the object of attachment may also influence his/her compliance in treatment. The therapeutic relationship in the psychiatric setting can thus be viewed in the light of Attachment Theory. This point of view seems particularly relevant, when one considers the problems encountered in the treatment of dual diagnosis patients. Clinical experience shows that dual diagnosis (psychiatric disorder with concomitant substance dependency) patients are particularly difficult in terms of compliance. This case report describes a 32 year-old man suffering from schizophrenia, addicted to alcohol, with incident abuse of amphetamines, coming from a dysfunctional family background. Close scrutiny of the patient's life from the perspective of attachment theory reveals a thorough lack of secure relationships from early childhood, through to his adult life, including failed marriage and parenthood. Every addiction therapy, he has hitherto undertaken, has failed, concurrent with psychotic relapse. For the therapist, he is a constant source of frustration.

Pojęcie podwójnej diagnozy w psychiatrii dotyczy współwystępowania u tej samej osoby zaburzeń wynikających z picia alkoholu lub zażywania narkotyków i innego zaburzenia natury psychicznej, np. schizofrenii. W pojęciu tym ważne jest podkreślenie współwystępowalności dwóch lub więcej rodzajów zaburzeń psychicznych, z których jedno dotyczy problemowego zażywania substancji psychoaktywnych (WHO1995, ONZ 2000).

Motywacja do zażywania środków psychoaktywnych przez osoby chore na schizofrenię jest związana z subiektywnie odczuwanymi korzyściami, jakie one dają. Wyniki badań pokazują, że pacjenci chorzy na schizofrenię wybierają te substancje, żeby poradzić sobie ze skutkami choroby, w tym przede wszystkim z depresją, z potrzebą intensywniejszego odczuwania różnego rodzaju uczuć oraz żeby obniżyć efekty uboczne stosowania leków [1,2].

Problemy w leczeniu osób z podwójnym rozpoznaniem wynikają nie tylko ze współistnienia dwóch chorób, ale przede wszystkim z trudności w połączeniu dwóch skrajnie różnych sposobów postępowania wobec schizofrenii i uzależnienia. Wymagania terapeutyczne w schizofrenii kładą nacisk na powolne budowanie relacji terapeutycznej dającej poczucie stałości, bliskości, tolerancji na odrzucenie, braku dyrektywności. W uzależnieniu natomiast ważne jest stawianie jasnych granic i konfrontacyjne prowadzenie terapii [3]. W tej sytuacji rodzi się pytanie o model rozumienia takich zaburzeń i zalecenia terapeutyczne dla osób pomagających.

Próba odpowiedzi na te dylematy może być odwołanie się do teorii przywiązania autorstwa J. Bowlby'ego. Podstawowym jej założeniem jest teza o istnieniu, w każdym człowieku, uwarunkowanej biologicznie i genetycznie przekazywanej tendencji do tworzenia silnych emocjonalnych więzi z innymi ludźmi [4]. Wiąż, jaka tworzy się pomiędzy dzieckiem i matką, stanowi podstawę rozwoju innych związków emocjonalnych z innymi ludźmi. Jeżeli ten najwcześniejszy proces tworzenia się więzi ulegnie zakłóceniu lub w ogóle nie zajdzie to, z pewnym prawdopodobieństwem, będzie można oczekiwać u osoby dorosłej powstania różnego rodzaju zaburzeń emocjonalnych. Pomimo to sama potrzeba tworzenia więzi z innymi ludźmi pozostanie [5, 6].

W ciągu życia ludzkiego tworzony jest cały system więzi, którego celem jest integrowanie zbieranych doświadczeń w ramach osobistych modeli myślenia i działania. W ten sposób powstaje model osoby do której jest się przywiązaniem, model ja i model relacji ja – inni. Modele te mają charakter interakcyjny i tworzą się od najwcześniejszych momentów życia człowieka zgodnie z różnego rodzaju zasadami, np. dostępności. W prawidłowo kształtującym się przywiązaniu powstaje wewnętrzne przekonanie, że jest się osobą godną miłości, ważną i akceptowaną, a świat jest pełen przyjaznych ludzi zwracających uwagę na potrzeby innych. W sytuacji przeciwnej, gdy najwcześniejsze doświadczenia wiążą się z bliskimi, którzy nie towarzyszyli i nie śpieszyli z pomocą i opieką, wtedy rozwija się przekonanie, że otaczający ludzie są niegodni zaufania i nieprzewidywalni. Podobnie kształtuje się negatywny obraz samego siebie jako osoby niezbyt ważnej, a nawet niegodnej miłości. [7].

Dzięki obserwacjom M. Ainsworth, dotyczącym zachowania się dzieci w sytuacji dostępności matki lub rozłąki z nią, wyodrębniono trzy style zachowań określających rodzaje więzi, jakie tworzą się pomiędzy dziećmi i ich matkami. Stylami wyodrębnionymi przez Ainsworth były: bezpieczny styl przywiązania, unikowy i lękowo-ambiwalentny. Bezpečny styl przywiązania jest optymalny dla rozwoju dziecka, daje poczucie bezpieczeństwa i rodzi ufność do ludzi i wiarę we własne siły. Ta bezpieczna relacja pozwala rozwijającej się jednostce stworzyć modele siebie i innych ludzi. Podstawą tworzenia się tych modeli są interakcje pomiędzy jednostką a obiektem przywiązania. Modele te funkcjonują jako osobiste struktury poznawcze i jednocześnie są swoistego rodzaju ramami

poznawczymi, dzięki którym zachodzą procesy spostrzegania rzeczywistości, zdarzeń, ludzi i relacji z nimi. Na ich podstawie rozwija się system przekonań jednostki oraz tworzone są inne schematy poznawcze. Styl unikowy nie daje poczucia bezpieczeństwa, a bliskość, jaka jest doświadczana w życiu dorosłym, wzbudza poczucie dyskomfortu i zagrożenia. Lękowo-ambiwalentny styl przywiązania daje poczucie niepewności w relacjach społecznych, w których nie jest zaspokajana bardzo silna potrzeba bliskiego kontaktu z partnerem. Potrzebie tej towarzyszy przekonanie, że nie jest się tak bardzo pragnionym jakby się tego chciało, i że to pragnienie może odstraszać przed kontaktem z innymi ludźmi. Badacze nie są zgodni co do tego, w jakim stopniu wypracowany w okresie dzieciństwa styl przywiązania obowiązuje w tworzeniu się relacji interpersonalnych w dorosłości [8].

Przywiązanie uwidacznia się przede wszystkim w poszukiwaniu, szczególnie intensywnie w sytuacji zagrożenia, bliskości osoby, która daje poczucie bezpieczeństwa. Tak więc zachowania o cechach przywiązania pozwalają zachować homeostazę poprzez regulowanie natężenia lęku i niepokoju. Subiektywnie odczuwany lęk, niepokój i pobudzenie wegetatywne nasilają tendencję do podejmowania zachowań związanych z przywiązaniem. Zachowania te mogą być traktowane jako jeden z wielu sposobów radzenia sobie z konsekwencjami pojawiających się sytuacji trudnych. Istnienie i dostępność obiektu przywiązania, do którego można się odwoływać, pełni rolę homeostatyczną.

Badacze zajmujący się przywiązaniem nie zadają już pytania o to, czy jest ono zjawiskiem jednostkowym i spotykanym tylko w szczególnych warunkach czy powszechną potrzebą realizowaną przez wszystkich ludzi. Ważne staje się pytanie o wpływ wczesnodziecięcych doświadczeń na tworzenie się więzi z bliskimi i jak one wyglądają już w życiu dorosłym. W literaturze przedmiotu można spotkać dwie przeciwstawne hipotezy dotyczące tych związków: hipoteza odpowiedniości i hipoteza kompensacji. Pierwsza z nich zakłada, że w życiu dorosłym powtarzane są zachowania wytworzone jeszcze w dzieciństwie, a będące konsekwencjami stylów przywiązania do wczesnych obiektów. Zachowania te i typy więzi ulegają w całym życiu człowieka tylko niewielkim modyfikacjom i obdarzani nimi mogą być potencjalni partnerzy życiowi. Inna, odmienna hipoteza — kompensacji, nawiązuje do stwierdzenia M. Ainsworth, w którym autorka zakłada, że dzieci, którym nie udało się stworzyć bezpiecznego stylu przywiązania do rodziców, mogą próbować przywizać się do innych osób odgrywających znaczącą rolę w ich życiu, np. do dalszych krewnych, nauczycieli, wychowawców, lekarzy, terapeutów, księży [8]. Nie jest jasne, czy jako osoby dorosłe preferujemy styl przywiązania wypracowany w dzieciństwie czy też mamy szansę na jego zmianę w sprzyjających temu warunkach.

Która z tych hipotez jest prawdziwsza, trudno na tym etapie badań jednoznacznie rozstrzygnąć. Relację łączącą pacjenta z personelem instytucji psychiatrycznych można zatem próbować zrozumieć z perspektywy teorii przywiązania. Ten punkt widzenia staje się szczególnie użyteczny w odniesieniu do problemów, które pojawiają się w terapii pacjentów z podwójną diagnozą. Z praktyki klinicznej wynika, że osoby chore psychicznie i jednocześnie uzależnione od środków psychoaktywnych należą do najtrudniej leczących się pacjentów psychiatrycznych. Doświadczenia pokazują, że często są to pacjenci nieufni, niewspółpracujący, wystawiający na próbę cierpliwość swoich terapeutów, przerywający terapię lub wypadający z niej z powodów dyscyplinarnych. Zastosowanie teorii przywią-

zania do rozumienia problemów pacjenta i relacji terapeutycznej może przyczynić się do rozwiązania problemów pojawiających się podczas leczenia.

W kontekście teorii przywiązania interesujący jest przedstawiony poniżej przypadek pacjenta z podwójną diagnozą — schizofrenii i uzależnienia od alkoholu. Tak, jak w modelu Bowlby'ego i Ainsworth, możemy obserwować, jak kształtował się u niego w okresie dzieciństwa styl przywiązania oraz jak wyglądają jego próby zmiany, tego już ukształtowanego, stylu w dorosłości. Jego historia życia rzutuje na relację terapeutyczną i przebieg całego procesu leczenia.

Opis przypadku

Kiedy opisywany pacjent pojawił się na oddziale dziennym rehabilitacji psychiatrycznej miał 32 lata i trafił tam z już wcześniej postawionym podwójnym rozpoznaniem: schizofrenii paranoidalnej i uzależnienia od alkoholu. Z trudem adaptował się do warunków oddziału. Pomimo wyrażonej zgody na udział w zajęciach terapeutycznych oddziału i grupy terapeutycznej osób z podwójną diagnozą, były to tylko pozory. Pacjent z trudem przestrzegał obowiązujących zasad, a właściwie przez cały czas pobytu w oddziale łamał je, testując, jak daleko może się posunąć. Pomimo prób zindywidualizowania programu terapeutycznego, niedyrektywnego postępowania, ciągle łamał wcześniejsze ustalenia i często działał na własną niekorzyść. Z perspektywy czasu wydaje się, że trudność polegała na wchodzeniu w bezpieczne i ufne relacje terapeutyczne, co było swoistym powtórzeniem sposobu funkcjonowania w jego rodzinie.

Środowisko rodzinne pacjenta od najwcześniejszych momentów życia nie sprzyjało wytworzeniu się bezpiecznego stylu przywiązania. Pacjent był synem z drugiego małżeństwa matki. Wychowywał się wspólnie z czwórką rodzeństwa urodzonego w różnych jej związkach. W początkowych latach życia pacjenta brak było poczucia stałości i wyraźnie wyodrębnionego obiektu przywiązania. Rodzice rozwiedli się, gdy był małym dzieckiem, i opiekę nad nim częściowo przejęła babka. W domu pojawiali się partnerzy matki, których uważał za ojców, co powodowało, że podejmował wobec nich nierealistyczne i nieskuteczne próby zbliżenia się. Często miały miejsce awantury z ojczymami. Przez pierwsze lata życia nie wiedział dokładnie, kto jest jego ojcem biologicznym. To był zawsze ważny temat w jego życiu: kim jest ojciec i czy może go pokochać. Spotkał się z nim dopiero jako nastolatek. Ojciec jednak nie wykazywał zainteresowania nim i nie udało się im zbliżyć do siebie.

Poczucie odrzucenia i obcości we własnej rodzinie potęgował fakt częstych chorób z wiążącymi się z nimi pobytami w szpitalach, które miały miejsce już od pierwszych miesięcy życia pacjenta. W wieku trzech lat był leczony w szpitalu z powodu zapalenia płuc — nie odzywał się wówczas do nikogo, uważano go za głuchoniemego. Odtąd często chorował na infekcje dróg oddechowych i przebywał w szpitalach i sanatoriach. Dużo czasu spędzał poza domem, z daleka od rodziny. Nie pamięta osób, które podczas leczenia pozwoliłyby mu odczuć, że się o niego troszczą, że jest potrzebny i kochany. Z tego okresu pamięta, że był karany zastrzykami za płacz. Pod koniec szkoły podstawowej był operowany. Matka nie chciała syna odebrać ze szpitala, co spowodowało, że bez powodu spędził w nim 1,5 miesiąca, w atmosferze lęku, zagrożenia i niezrozumienia całej sytuacji. Powrócił do domu, gdy lekarz zagroził matce, że odda go do domu dziecka.

Okres dzieciństwa wspomina jako niespokojny, smutny i pełen krytycznych uwag wypowiedzianych przez matkę. Czuł się bezwartościowy, niekochany i odrzucany przez nią. Matka była pochłonięta swoją pracą, wróżeniem i jasnowidztwem, które z czasem z hobby przerodziły się w wykonywany zarobkowo zawód. Nie miał w swoim otoczeniu osoby, która go kochała i z którą byłby związany. Słyszac ciągle, że jest zbędny i że przeszkadza, zaczął sam tak myśleć o sobie. Smutnego i samotnego dzieciństwa nie naprawiła szkoła. Edukację zakończył na szkole podstawowej. Przez pierwsze lata nauki wagarował, miał konflikty z nauczycielami i kolegami, był wystraszony do czasu, aż stał się silniejszy i nikt go już nie zaczepiał. Gdy miał 12 lat uciekł z domu — został zatrzymany przez Straż Graniczną.

W wieku 17 lat zaczął pracować. W tym czasie w jego życiu pojawił się alkohol jako sposób funkcjonowania w środowisku rówieśniczym. To on właśnie dawał namiastkę bliskości z innymi ludźmi, likwidował, po raz pierwszy w życiu, samotność i dawał złudzenie więzi. Nie spowodował jednak pojawienia się trwałych związków koleżeńskich czy przyjacielskich. Pacjent nie ufał innym. Lękowo ambiwalentny styl przywiązania nie stwarzał warunków do satysfakcjonującego funkcjonowania tak w rodzinie, jak i wśród znajomych. Nieskuteczną próbą przełamania przywiązania lękowo-ambiwalentnego były jego poszukiwania ojca, zarówno wśród mężczyzn, którzy pojawiali się w domu matki, jak i tego biologicznego, prawdziwego. Kolejną próbą było jego małżeństwo, z którego urodziła się córka. Jednak po prawie trzech latach związek ten zakończył się rozwodem. Pacjent nie utrzymuje kontaktów z byłą żoną i z córką. Czuje, że nie jest gotowy do takich spotkań. Pojawia się pytanie, na co nie jest gotowy? Czy na dawanie miłości, opieki, okazywanie zainteresowania osobom zależnym od siebie? Czy także nie jest gotowy do przyjęcia miłości, i przeżywania wszystkich innych wzruszeń, jakie niesie rodzicielstwo. Jednak to doświadczenie spowodowało, że poczuł, że nie jest skazany tylko i wyłącznie na pozostawanie w schemacie odrzuconego, niekochanego i niechcianego. Ktoś pierwszy raz w życiu go pokochał. Po rozstaniu z żoną powrócił do matki, „przechodził z mieszkania do mieszkania” mieszkając u różnych kobiet i ostatecznie, wymeldowany przez matkę, z powodu nadużywania alkoholu, zamieszkał w schronisku dla bezdomnych. Obecnie znówu mieszka z matką, bratem i jego rodziną. Mieszkanie to wszyscy będą musieli opuścić z powodu eksmisji. Cała rodzina jest w bardzo trudnej sytuacji socjalnej. Pacjent miał również konflikty z prawem, które zakończyły się sprawami karnymi w sądzie.

Około 30. roku życia pacjent rozpoczął leczenie uzależnienia od alkoholu. Pierwsze próby terapii uzależnień podjął po wielu latach picia. Po raz pierwszy upił się w wieku 13 lat, a od 17. roku życia zaczął intensywnie pić z kolegami. Sporadycznie sięgał po marihuanę, amfetaminę oraz pił alkohole nienadające się do tego celu. Problem alkoholowy jest obecny w rodzinie pacjenta — dotyczy jego ojca i braci, a siostra jest współuzależnioną żoną alkoholika.

Od momentu rozpoczęcia leczenia odwykowego do chwili obecnej wielokrotnie łamał nakaz abstynencji. Alkohol zawsze był dla niego środkiem niezbędnym do odczuwania błogostanu, dobrego samopoczucia, dzięki niemu opowiadał żarty i miał poczucie więzi z ludźmi, likwidował lęk i niepewność. Jeśli nie wypił, nie rozumiał ludzi i złościł się na nich. Już od dawna alkohol nie zapewnia mu opisanych wrażeń. Obecnie pije, ponieważ ma nadzieję na rozjaśnienie myśli i rozluźnienie polekowego napięcia mięśni, a także na

doznawanie silniejszych uczuć. Wraca do alkoholu, gdyż trzeźwe życie jest trudne — nie czuje się w nim ważny. Alkohol stymuluje pojawienie się psychozy, która wnosi w jego życie nową wartość, nadając mu sens. Istotna jest również atmosfera poprzedzająca picie, picie z rodziną — wszyscy siadają razem i rozmawiają, nie jest ważne, co będzie później. Kiedy zaczynają pić, mają poczucie bliskości i wspólnoty, które w miarę upływu czasu i wypijanego alkoholu znika.

Początek choroby psychicznej pacjenta jest trudny do ustalenia, prawdopodobnie miał miejsce na wiele lat przed pierwszą hospitalizacją, nawet w okresie adolescencji. Pacjent ma rozpoznaną schizofrenię paranoidalną. W ostrej fazie pojawiały się urojenia ksobne, owładnięcia, oddziaływania, trucia, genealogiczne, posłannictwa religijne, treści sugerujące istnienie omamów wzrokowych, cenestetycznych i pseudoomamów słuchowych. Stwierdzano również formalne zaburzenia myślenia i myśli samobójcze. Wypowiedzi pacjenta były zdominowane przez nieproduktywne, wieloznaczne rozważania z pojedynczymi neologizmami. Był pewien, że potrafi porozumiewać się z ludźmi za pomocą myśli. Był przekonany, że jakaś istota lub inny twór wrósł w jego organizm i zatrują toksynami układ nerwowy. W czasie pierwszej hospitalizacji pojawiła się tęsknota do czasów przed jego urodzeniem. Pacjent zawsze miał wątpliwości dotyczące biologicznego ojca. Snuł różne hipotezy, podejrzewał, że nie jest synem swojej matki, że być może został spłodzony przez swojego dziadka lub też trafił do rodziny z domu dziecka. Towarzyszyło temu silne napięcie, poczucie odmienności i wyobcowania, ale także poczucie bycia kimś niezwykłym. To w pewnym stopniu kompensowało i usprawiedliwiała cierpienie, jakiego doświadczał przez całe swoje życie.

W symptomatologii pacjenta od pewnego czasu zaczęły dominować doznania o charakterze religijnym. W jego głowie rodziły się zdania przypominające wersety z Biblii, czuł, że te teksty musi przekazać dalej. Często czytał Pismo Święte i snuł rozważania na temat „kim jest Bóg, czy człowiek stworzony jest na Jego podobieństwo?”. Miewał również poczucie, że w jego ciele przebywają jakieś siły bliżej nieokreślone lub że sam jest Chrystusem. Przekonania te były dla niego źródłem silnych pozytywnych uczuć, których nie doświadczał w codziennym życiu. Żadna z realnych życiowych aktywności nie równała się z nimi. W tym okresie nastąpiło oderwanie od wcześniejszych, niepewnych, obiektów przywiązania, jakimi była matka, nieznany i idealizowany ojciec, żona, dziecko, i — zwrócenie się ku Bogu jako zastępczej postaci przywiązania. Pacjent przeżywał osobową relację z Bogiem, który go kochał i akceptował. Tak rozumiana religijność nadała w końcu sens jego życiu i mógł się bezpiecznie związać z idealnym i kontrolowanym przez swoją psychozę obiektem. Zgodnie z koncepcją A. Kirkpatricka taki model przywiązania pojawia się u osób z niewytworzonym bezpiecznym stylem przywiązania, które są dziećmi matek mało religijnych, i ma ono cechy przywiązania kompensującego wcześniejszy brak [8].

Od początku terapii neuroleptykami pacjent akceptował je, jednak często czuł dyskomfort z powodu przytłumionych emocji i wówczas myślał o zmniejszeniu dawki lub odstawieniu leków. Regularnie przerywał leczenie farmakologiczne, żeby napić się piwa. Wypijał niewielkie ilości alkoholu, aby osłabić działanie leków i powrócić do stanu psychotycznego, w którym mógł przeżywać w sposób satysfakcjonujący swoje życie, stać się kimś ważnym, związanym bliskimi i bezpiecznymi relacjami z Bogiem.

Pacjent często podkreślał, że trudno mu być z ludźmi i zaufać im, ponieważ zwykle mówią co innego niż myślą. Tak robi jego matka, bracia, bratowa i wielu innych. Dlatego jest ostrożny w kontaktach, bo niosą one ze sobą napięcie i strach. Pierwsza terapia uzależnienia była momentem przełomowym, dostrzegł możliwość zaufania ludziom. Podczas terapii, w okresie nasilenia objawów, wycofywał się z relacji, nie przyjeżdżał wówczas na wyznaczone wizyty i nie odbierał telefonu. Często nie dotrzymywał umów i opuszczał zajęcia. Po roku terapii nastąpił przełom i — sam zaczął się zgłaszać po pomoc w okresach kryzysowych oraz w trudnych sytuacjach życiowych. Uważał, że nikt ze służby zdrowia go nie skrzywdził, a to było dla niego bardzo ważnym doświadczeniem — drugim pozytywnym, oprócz przeżyć religijnych. Na tym przekonaniu zaczął budować relację z terapeutą. To właśnie terapeuta stał się drugim obiektem, obok Boga, z którym pacjent się związał. Jego oczekiwania co do tej relacji były nierealistyczne. Istotą tego związku miały być tak bliski kontakt z terapeutą, że możliwe byłoby porozumiewanie się bez słów tak jak to było z Bogiem. Wprowadzenie — przez pacjenta — drugiego obiektu przywiązania, jakim stał się terapeuta, było aktem zdrowienia i próbą integrowania jego osobowości po przebytej psychozie. Więż ta była utrzymywana tylko częściowo na warunkach, jakie sam określił, i tym przede wszystkim różniła się od relacji, jaką stworzył z Bogiem. Poprzez stawianie niemożliwych do spełnienia wymagań oraz nadmierne skupianie się na sobie i swoich potrzebach, nieuwzględniających całego kontekstu, w jakim zachodzi leczenie, konfrontował się z realnym i niekontrolowanym przez siebie światem. W nim to właśnie nie wszystko było do przewidzenia i nie wszystko było podporządkowane jego potrzebom. To skutkowało trudnością w zawarciu i egzekwowaniu kontraktu z pacjentem, często odmawiającym współpracy i przestrzegania zaleceń terapeutycznych, przerywającym abstynencję i odstawiającym leki zalecone przez psychiatrę. Pomimo tych trudności ciągle uczestniczył w systemie leczenia, indywidualnie dopasowanym do potrzeb i możliwości osoby o podwójnej diagnozie i lękowo-ambiwalentnym stylu przywiązania. Atmosfera, w jakiej pacjent był leczony, sprzyjała zmianom w jego relacji z ludźmi i procesom kompensacyjnym służącym odbudowywaniu bezpiecznych relacji z nimi.

Nasuwa się tu pytanie o mechanizm działania tak definiowanego obiektu przywiązania. Wydaje się, że podstawową zasadą działania jest funkcja regulacyjna realizowana poprzez akceptowanie wyrażanych przez pacjenta emocji, dostarczanie informacji, wyjaśnianie oraz wewnętrzną spójność zachowań terapeuty w relacji, czyli jasne, przewidywalne zachowanie obiektu. Takie afektywne kontenerowanie w relacji przywiązania polega na przyjmowaniu, zatrzymywaniu i akceptowaniu niepokojów i trudności osoby przez jego obiekt przywiązania. Dzięki temu dochodzi do wglądu w swoją sytuację, tolerowania niepewności i napięcia psychicznego poprzez wykorzystywanie własnego aparatu psychicznego, czyli procesów emocjonalnych i poznawczych [5].

Szczególnym rodzajem są związki łączące osoby będące w kryzysie. Jest to to, co łączy osoby chore psychicznie z terapeutami. Niewątpliwie można im nadać miano przywiązania. W tworzącej się relacji osoby pomagające pacjentom chorym psychicznie dokonują kontenerowania ich emocji. Takie doświadczenie skutkuje tendencją do wchłonięcia takich znaczących osób i stworzeniem wewnętrznej reprezentacji poznawczej w postaci ikony terapeuty. Tak powstały obraz służy łagodzeniu własnego lęku. Kontenerowanie stanów psychicznych osoby chorej psychicznie odbywa się poprzez empatyczne słuchanie tego,

co ma do powiedzenia. Jako kojące i przynoszące ulgę może być traktowane dostarczanie informacji o dynamice choroby, jej przyczynach, leczeniu i objawach niepożądanych farmakoterapii. Mogą one także dotyczyć tego, jak przebiegają procesy emocjonalne konkretnej osoby, co się z nią dzieje, oraz tego, jak może być ona i jej zachowanie odbierane przez innych. W trakcie wzajemnych interakcji budowane jest także wzajemne zaufanie, poczucie stałości relacji co przynosi w efekcie redukcję lęku. Opanowanie lęku nie jest jednorazowym aktem. Pacjent wyzbywa się go w miarę słuchania, przyjmowania informacji, stawiania i weryfikowania hipotez co do jego sytuacji. To wszystko służy bardziej świadomemu radzeniu sobie z lękiem, a jego podstawą jest relacja przywiązania [9].

Trudności, jakie napotyka się w leczeniu i rehabilitacji osób z podwójną diagnozą, wynikają przede wszystkim z problemów z podjęciem decyzji, kto i kiedy powinien leczyć, i którą ze współwystępujących chorób. Wydaje się, że jedynym skutecznym sposobem postępowania jest leczenie jednocześnie obydwu zaburzeń, podchodząc do tego w sposób zintegrowany. Zintegrowany, a więc taki, który poprzez wielość oddziaływań, leczenie schizofrenii i leczenie uzależnienia, próbuje jednocześnie zapewnić pacjentowi poczucie stałości i jedności tych tak różnorodnych wpływów. Jak to osiągnąć? Być może kluczem do tego może być nie program terapeutyczny, ale terapeuta, który stałby się ekspertem od uzależnień, schizofrenii i problemów socjalnych pacjenta. Taki terapeuta budowałby z pacjentem bezpieczną więź, w której byłoby miejsce na dyrektywne postępowanie, urealnijające jego sytuację życiową i możliwości, oraz na niezagrażające, cechujące się bliskimi więziami, kontakty terapeutyczne.

Powolne i niekonfrontacyjne budowanie bliskości tworzyłoby warunki do powstania zrębów bezpiecznego przywiązania [10], które zaspokajałyby potrzeby bezpieczeństwa i przynależności. Wydaje się, że efektem tak realizowanej terapii mogłoby być obniżenie stresu i wewnętrznego napięcia, co pośrednio chroniłoby pacjenta przed rezygnacją z abstynencji i powrotem do nieadaptacyjnych wzorów radzenia sobie [11].

Taki model terapii obejmujący wiele aspektów życia pacjenta sprzyja budowaniu relacji terapeutycznej, jednak nie jest idealny — może wzbudzać poczucie nadmiernej bliskości, co zagraża aktywowaniem nieadaptacyjnych wzorów przywiązania z przeszłości, oraz spowodować przerwanie abstynencji i nawrót psychozy. Także sam terapeuta może czuć się przeciążony rolą, jaką odgrywa w życiu pacjenta, oraz nadmiarem różnorodnych funkcji i często skrajnie odmiennych wymagań terapeutycznych podczas leczenia, co może skutkować wypaleniem, z czego należy sobie zdawać sprawę.

Piśmiennictwo

1. Dixon L, Haas G, Weiden P, Sweeney J, Frances A. Drug abuse in schizophrenic patients: clinical correlates and reasons for use. *Am. J Psychiatry*: 1991; 148: 224–230.
2. Dervaux A, Bayle F, Laqueille X, Bourdel M-C, Borgone M-H, Olie J-P, Krebs M-O. Is substance abuse in schizophrenia related to impulsivity, sensation seeking, or anhedonia? *Am. J. Psychiatry* 2001; 158 (3): 492–494.
3. Mellibruda J, Sobolewska-Mellibruda Z. *Integracyjna psychoterapia uzależnień*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP; 2006.
4. Kraemer GW. A psychobiological theory of attachment. *Beh. Brain Sci.* 1992; 15, 493–541.

5. Pervin L.A., John O.P. *Osobowość — teoria i badania*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2002.
6. Fonagy P, Leight T. Relation of attachment status, psychiatric classification and response to psychotherapy. *J. Cons. Clin. Psychol.* 1996; 64, 1: 22–31.
7. Dozier M. Attachment organization and treatment use for adult with serious psychopathological disorders. *Dev. Psychopat.* 1990; 2: 47–60.
8. Marchwicki P. Psychospołeczne uwarunkowania stylów przywiązania. *Studia Psychol.* 2005; 5.
9. Adshed G. Psychiatric staff as attachment figures. *Brit. J. Psychiatry* 1998; 172, 64–69.
10. Wing JK, Brown GW. *Institutionalism and schizophrenia: a comparative study of three mental hospitals*. Cambridge: Cambridge University Press; 1970.
11. Osuchowska A, Sierosławska K, Europejskie programy terapeutyczne. W: Meder J, red. *Pacjenci z podwójną diagnozą — problemy diagnostyczne i terapeutyczne*. Biblioteka Psychiatrii Polskiej. Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP; 2004.

Adres: Klinika Rehabilitacji Psychiatrycznej IPiN
al. Sobieskiego 1, 02-957 Warszawa

PSYCHIATRIA POLSKA

ORGAN POLSKIEGO TOWARZYSTWA PSYCHIATRYCZNEGO
ZAŁOŻONY W 1923 R. PRZEZ RAFAŁA RADZIWIŁŁOWICZA
POD NAZWĄ „ROCZNIK PSYCHIATRYCZNY”

ROK 2008 LISTOPAD–GRUDZIEŃ XLII NR 6

SPIS TREŚCI

Artykuł redakcyjny. Terapia wstrząsowa w psychiatrii – rys historyczny

Tomasz Zys, Robert T. Hese, Andrzej Zięba 797

Elektrowstrząsowe zabiegi podtrzymujące – przegląd piśmiennictwa

Danuta Palińska, Iwona Makowska, Tomasz Sobów, Robert T. Hese,
Iwona Kłoszewska 819

**Leczenie elektrowstrząsowe w Polsce w 2005 roku – wyniki ankiety
przeprowadzonej w polskich szpitalach psychiatrycznych**

Danuta Palińska, Gabor Gazdag, Tomasz Sobów, Robert T. Hese, Iwona Kłoszewska 825

Leki przeciwpsychotyczne w praktyce lekarza psychiatrii.

Leczenie pierwszego epizodu schizofrenii

Marek Jarema, Joanna Meder, Aleksander Araszkiwicz, Magdalena Tyszkowska 841

**Leki przeciwpsychotyczne w praktyce lekarza psychiatrii. Leczenie pacjentów
z rozpoznaniem schizofrenii lekoopornej**

Joanna Meder, Magdalena Tyszkowska, Marek Jarema, Aleksander Araszkiwicz,
Tomasz Szafrąński 859

Anatomia depresji w świetle wyników badań neuroobrazowych

Jan Jaracz 875

Neuropeptyd Y – budowa, receptory, działanie i miejsce w psychiatrii

Kinga Bobińska, Janusz Szemraj, Tadeusz Pietras, Krzysztof Zboralski, Piotr Gałeczki 889

**Polimorfizm ins/del genu 5-HTT oraz T102C genu 5-HTR2A a efekt terapii
nortryptyliną i escitalopramem u pacjentów z depresją**

Aleksandra Rajewska-Rager, Monika Dmitrzak-Węglarz, Paweł Kapelski,
Maria Skibińska, Magdalena Kaczmarkiewicz-Fass, Joanna Hauser 903

**Ocena związku pomiędzy polimorfizmem Val66Met genu BDNF
a odpowiedzią na leczenie escitalopramem i nortryptyliną
w świetle koncepcji neurorozwojowej depresji**

Aleksandra Rajewska-Rager, Maria Skibińska, Aleksandra Szczepankiewicz,
Paweł Kapelski, Monika Dmitrzak-Węglarz, Anna Leszczyńska-Rodziejewicz, Joanna Hauser 915

**Zaburzenia procesów poznawczych obserwowane u pacjentów z przewlekłym
zapaleniem wątroby typu C w trakcie terapii pegylowanym interferonem alfa i rybawiryną**

Tomasz Pawełczyk, Agnieszka Pawełczyk, Jolanta Białkowska, Maciej Jabłkowski,
Dominik Strzelecki, Daniela Dworniak, Jolanta Rabe-Jabłońska 925

Wgląd w chorobę a funkcjonowanie poznawcze osób chorych na schizofrenię

Izabela Niedźwiedzka, Aleksandra Kühn-Dymecka, Jacek Wciórka 943

**Znaczenie punktu konsultacyjnego doradztwa zawodowego
w przelamywaniu niepełnosprawności psychicznej**

Maryla Sawicka, Joanna Meder 959

Zalecenia w sprawie stosowania leków przeciwpsychotycznych II generacji 969