

Ryszard Chłopek, Anna Kominek

PSYCHOTERAPIA PARY Z WIELOLETNIM DOŚWIADCZENIEM PSYCHOZY

PSYCHOTHERAPY OF A COUPLE WITH LONG-STANDING EXPERIENCE OF PSYCHOSIS

Ośrodek Terapii Rodzin i Par w Gliwicach

**schizophrenia
couple therapy**

Streszczenie

Celem artykułu jest rozważenie, czy psychoterapia małżeństwa lub pary może być użyteczną metodą wspomagającą leczenie biologiczne, co wydaje się kwestią do tej pory pomijaną w piśmiennictwie specjalistycznym i badaniach. Poddano analizie trwający 21 miesięcy proces terapii małżeńskiej prowadzonej przez parę psychoterapeutów. Sesje trwały półtorej godziny i przez większą część terapii odbywały się raz na dwa tygodnie. Wyniki przeprowadzonej terapii są obiecujące. Zmniejszyła się ilość nawrotów choroby i liczba hospitalizacji. Przez ostatnie cztery lata przed rozpoczęciem psychoterapii pacjentka doświadczała rzutów psychozy jeden do dwóch razy w roku i wiązało się to zawsze z wielomiesięcznymi hospitalizacjami. Przez dwa lata trwania terapii oraz rok od jej zakończenia pacjentka nie doświadczyła nawrotu ostrej fazy psychotycznej i nie była hospitalizowana. Dodatkowo nastąpiła poprawa jakości związku. Wydaje się, że terapia małżeństw i par może stawać się ważnym elementem leczenia pacjentów zmagających się z psychozami. Według wiedzy autorów jest to metoda rzadko proponowana pacjentom instytucji psychiatrycznych.

Summary

The aim of this article is to consider whether marital or couple therapy can be a useful method of supporting biological treatment, which seems to have been overlooked so far in specialist literature and research. A 21-month process of marital therapy carried out by a couple of psychotherapists was analysed. The sessions lasted one and a half hours and for most of the therapy, they were held once every two weeks. The results of the therapy are promising. The number of relapses and hospitalizations has decreased. For the last four years before the psychotherapy started, the patient had been experiencing one to two fits of psychosis per year and it always involved many months of hospitalizations. For the two years of therapy and one year after its completion, the patient did not experience a relapse of acute psychotic phase and she was not hospitalized. In addition, the quality of the relationship has improved. It seems that marital and couple therapy can become an important part of the treatment of patients struggling with psychoses. To the authors' knowledge, this method is rarely offered to patients of psychiatric institutions.

Wstęp

Specjaliści pochodzący z różnych krajów i prezentujący różnorodne paradygmaty terapeutyczne są zgodni co do tego, że psychoterapia pacjentów zmagających się z psychozą stanowi wyzwanie, ale niesie też nadzieje na poprawę ich funkcjonowania oraz powrót do aktywności rodzinnych, zawodowych i hobbyistycznych [1–8]. W literaturze można spotkać opisy terapii indywidualnych [9], grupowych [10] oraz rodzinnych [2]. Uznanie budzą często heroiczne starania klinicystów, aby podejmować psychoterapię osób chorujących na schizofrenię oraz organizować cały system instytucji pomocowych [3]. Autorzy niniejszego opracowania nie spotkali opisu terapii pary, w której jedna z osób cierpi na schizofrenię. Stąd pomysł przedstawienia takiej pracy.

Fakt rozpoznania u jednego z partnerów choroby psychicznej można rozumieć jako wydarzenie traumatyczne, trwale naruszające homeostazę rodzinną [11]. Osobnym pytaniem jest, jak psychoza wpływa na relację i więź małżeńską oraz jak jakość małżeństwa może wpływać na przebieg choroby. Choroba psychiczna może destabilizować, a nawet niszczyć relację małżeńską. Dlatego ogromne znaczenie ma wsparcie udzielane przez małżonka, ale też wsparcie udzielane małżonkom jeszcze w trakcie hospitalizacji oraz bezpośrednio po niej.

Poniżej przedstawiono opis terapii małżeńskiej trwającej 21 miesięcy, prowadzonej w ramach prywatnego ośrodka terapii. Odbyło się dwadzieścia półtoragodzinnych sesji. Przez większość czasu spotkania odbywały się co dwa tygodnie. W ostatnim okresie terapii sesje odbywały się rzadziej. Psychoterapię prowadziła para terapeutów (kobieta i mężczyzna) integrując myślenie systemowe, psychodynamiczne i psychoedukacyjne [11].

Opis przypadku przedstawiono, opierając się o pamięć terapeutów oraz notatki prowadzone po sesjach. Gotowy opis skonsultowano listownie z pacjentami, uzyskując od nich zgodę na publikację oraz informację, że efekty terapii utrzymują się. Kontakt listowny nawiązano około roku po zakończeniu terapii.

Opis przypadku

Faza nawiązania przymierza terapeutycznego i zawarcia kontraktu (sesje 1.–3.)

Na terapię małżeńską zgłosili się państwo M. (lat 51) i R. (lat 52) z trzydziestoletnim stażem małżeńskim. Inicjatorką spotkania była pani M. — to ona kontaktowała się z terapeutą telefonicznie, ona też pierwsza zabierała głos na sesji. Inspiracje do zgłoszenia się na terapię małżeńską pochodziły z dwóch źródeł:

- 1) z ośrodka leczenia uzależnień, do którego pani M. pojechała z mężem niepokojąc się jego sposobem używania alkoholu. Terapeuta uzależnień nie był jednak w stanie — według zgodnej relacji państwa X. — zdiagnozować ani wykluczyć zespołu uzależnienia i zasugerował podjęcie terapii pary;
- 2) od córki, która leczyła się w tym czasie z depresji i podała kontakt bezpośrednio do terapeutów.

Pani M. była wysoką, zadbaną kobietą. Miała wykształcenie wyższe nauczycielskie, a pierwsze 7 lat pracowała w służbie zdrowia. Rozwój choroby psychicznej (pierwsza hospitalizacja stacjonarna w jej życiu była po urodzeniu najmłodszej córki) uniemożliwił pani M. powrót do pracy zawodowej. Lubiła spędzać czas razem z mężem, najchętniej w teatrze, na koncertach lub w gronie znajomych. W chwili pierwszej konsultacji była kilka tygodni po zakończeniu kolejnej hospitalizacji psychiatrycznej, skarżyła się na zbyt mocne leki wywołujące według jej relacji zaburzenia koncentracji, „otumanienie” oraz usztywnienie mięśni. Rzeczywiście podczas tej rozmowy owo usztywnienie widoczne było między innymi w „ograniczonej” mimice oraz częstym mruganiu powiekami.

Pan R. był w kontakcie ciepłym, choć nieco wycofanym mężczyzną. Ukończył studia o profilu artystycznym, a w przeszłości parał się działalnością społeczną. Obecnie z dużym powodzeniem prowadził aktywność biznesową w różnych branżach. Swoje zainteresowania opisał podobnie jak jego partnerka — lubił razem z nią spędzać czas w teatrze, kinie, operze i filharmonii oraz spotykać się ze znajomymi. W opis swoich zainteresowań włączył zdanie, które wzbudziło niepokój terapeutów — od dwudziestu lat starał się codziennie wypijać przynajmniej jedną butelkę wina. Dopytywany dodał, że jest smakoszem wina — w swojej ocenie nie ponosił strat życiowych wynikających z używania alkoholu. Z tą opinią nie zgodziła się pani M., wskazując na okresowo złe wyniki morfologii u męża.

Państwo R. i M. mieli trzy córki — wszystkie wyprowadziły się z domu i wiodły samodzielne życie. Najmłodsza współpracowała z ojcem w ramach jednego z przedsiębiorstw. Wszystkie córki leczyły się z powodu depresji, najstarsza również z powodu uzależnienia.

Po urodzeniu najmłodszej córki, pani M. przeszła ostry epizod psychotyczny i była pierwszy raz hospitalizowana. Od tego czasu zdarzały się jej częste nawroty mające dramatyczny przebieg i wymagające hospitalizacji. Państwo X. mieli również w doświadczeniu siedmioletni okres remisji choroby u p. M., który przypadał na fazę „rodzina z nastolatkami”. Ten czas dobrego radzenia sobie z chorobą pan R. wiązał z faktem, iż w tym okresie żona zdecydowała się na przyjmowanie leku w formie depot.

Zaostrzenie przebiegu choroby nastąpiło 4 lata przed zgłoszeniem się na terapię. W ocenie pani M. wiązało się to z okresem menopauzy. Natomiast w umysłach terapeutów pojawiły się hipotezy o związku pogorszenia jej samopoczucia z fazą „pustego gniazda”, żalobą po odejściu córek z domu oraz utratą poczucia bycia potrzebnym dla innych. Pani M. wyrażała ambiwalentne uczucia wobec leczenia psychiatrycznego — z jednej strony przyznawała, że leki jej pomagają i że czuje się dobrze w kontakcie ze swoim lekarzem prowadzącym. Z drugiej strony samo rozpoznanie schizofrenii paranoidalnej oraz przebieg przyjmowania jej do szpitali i samych hospitalizacji przeżywała jako odczłowieczający. Dla pana R. ostre fazy choroby żony wiązały się z utratą poczucia bezpieczeństwa — bywała wówczas agresywna wobec niego, a raz napisała doniesienie do urzędu skarbowego (na szczęście bez konsekwencji). Hospitalizację psychiatryczną udawało się rozpoczynać dopiero wtedy, kiedy stan pani M. pogarszał się już na tyle, że potrzebowała przymusowego dowiezienia do oddziału stacjonarnego i leczenia wbrew swojej woli. W związku z tym większość (z kilkunastu) hospitalizacji rozpoczęło się w sposób dramatyczny dla obojga partnerów.

Para wcześniej trzykrotnie podejmowała próby terapii u różnych terapeutów. Z opisów wcześniejszych kontaktów terapeutycznych można było odnieść wrażenie, że tym, co

państwu X. utrudniało bycie w relacji terapeutycznej było pomijanie przez wcześniejszych terapeutów w komentarzach i reakcjach najtrudniejszych wątków wnoszonych przez parę. To sprawiało, że państwo X. czuli się nierozumiani i tracili motywację do kontynuowania terapii. Wątki te szczególnie wyraźnie naświetlał pan R., mówiąc, że poprzednia terapeutka nie komentowała agresywnych zachowań żony i w związku z tym czuł się opuszczany. Również chwalenie przez poprzednią terapeutkę ich życia rodzinnego przeżywał jako pomijanie bolesnych tematów i ponownie czuł się opuszczany. Te opowieści stanowiły jednocześnie wskazówkę dla aktualnych terapeutów — czego potrzebują ich pacjenci (empatycznego dostrojenia i pomieszczenia oraz reagowania na realne zdarzenia — być może z czasowym zawieszaniem systemowo rozumianej neutralności), a czego przynajmniej w pierwszych etapach terapii lepiej unikać (pracy na zasobach, pozytywnej konotacji) — gdyż może to być przeżywane jako lekceważenie cierpienia państwa X.

Na pierwszych spotkaniach sposób odnoszenia się małżonków do siebie cechowała mieszanina przywiązania, dystansu, wrogości i lęku. Pani M. obawiała się, że mąż użyje jej rozpoznania jako pretekstu, żeby ją kontrolować, krytykować i pozbawiać prawa do decydowania o sobie. Pan R. obawiał się ostrych faz psychozy żony — kiedy się zaczynały, on przez kilkanaście dni, a czasem przez kilka tygodni mieszkał pod jednym dachem z osobą wrogo do niego nastawioną i niepanującą nad sobą. W napięciu czekał, aż zachowania żony staną się tak agresywne, że będzie mógł wezwać pogotowie. Obawiał się, że jeżeli pani M. po raz kolejny napisze donos do jakiejś instytucji, to ściągnie na jego przedsięwzięcia faktyczne kontrole. Pan R. wyrażał też niepokój i zdenerwowanie faktem, że żona nie korzysta z długoletnich doświadczeń z leczeniem psychiatrycznym co prowadzi do wywołania w końcu nawrotu choroby.

Państwo X. sformułowali oczekiwania wobec celów terapii w sposób następujący:

Pani M. chciała, aby w związku było więcej otwartości i wspólnego czasu, oczekiwała również, aby mąż mniej pił.

Pan R. chciał uzyskać wgląd w leczenie żony — dalej wyjaśnił, że jest to w zasadzie cel pośredniczący w jego celu głównym, jakim było zmniejszenie liczby nawrotów ostrej fazy choroby i związanych z tym zachowań agresywnych i hospitalizacji.

Jednocześnie partnerzy nie chcieli się zgodzić nawzajem na swoje cele. Pani M. nie chciała być kontrolowana przez męża, a pan R. nie chciał rezygnować z picia wina.

Odnosząc się zarówno do powyższych oczekiwań, jak i niezgody co do celów terapii, uzgodniono z państwem X. kontrakt terapeutyczny na bezterminową pracę, w częstotliwości 1,5 godziny co dwa tygodnie, której celami miały być: 1) rozmowy o schizofrenii i zastanawianie się, jak można zapobiegać nawrotom psychozy; 2) rozmowy o funkcji, roli i znaczeniu alkoholu w życiu rodziny X.; 3) budowanie bliskości emocjonalnej. Kontrakt nie zawierał celów opisanych behawioralnie, typu: co ma się zmienić w życiu pary. Rolą terapeutów miało być moderowanie i umożliwianie rozmowy.

Faza rozmów o problemach oraz szukania i wprowadzania zmian (sesje 4.–16.)

Środkowa faza terapii obejmowała 13 sesji i trwała 7 miesięcy. W tym czasie małżonkowie przyjmowali wobec siebie postawę, którą można nazwać negocjacyjną. Pan R. chciał się zajmować chorobą żony, a pani M. zależało, aby rozmawiać o picciu męża. Rozwiązanie,

które z czasem wypracowali państwo X., aby umożliwić sobie pracę na sesjach, polegało na równomiernym podzieleniu czasu. I tak w pewnym momencie struktura sesji zaczynała wyglądać w następujący sposób: 1) Faza wstępna, w której opowiadali, jak im upłynął czas od ostatniego spotkania i co najlepiej zapamiętali z ostatniej sesji (około 10 min), 2) czas na temat wniesiony przez jednego z partnerów, a potem taki sam czas na temat wniesiony przez drugiego z partnerów (około 50 minut — 2 razy po 25 min) — w tym fragmencie sesji rola terapeutów polegała na takim moderowaniu rozmowy, aby każdy z małżonków w takim samym stopniu uczestniczył w rozmowie na temat wniesiony przez partnera, 3) podsumowujące komentarze terapeutów — techniką zespołu reflektującego (około 10 min), 4) komentarze małżonków do komentarzy terapeutów, rozmowa podsumowująco-otwierająca, umówienie kolejnego terminu i pożegnanie.

Para poruszała następujące tematy problemowe: 1) nawroty ostrej fazy choroby, dynamika objawów, leczenie oraz wpływ zaburzeń na partnerów; 2) alkohol — jego dobre i złe strony w życiu rodziny; 3) rozdział władzy i zależności w małżeństwie; 4) pożycie intymne; 5) historie rodzinne — praca z genogramem.

Rozmowy o schizofrenii

Zarówno dla państwa X., jak i dla terapeutów analiza dynamiki objawów i wypracowanie skuteczniejszych metod zapobiegania nawrotom ostrej fazy choroby było ważną kwestią. Przed zgłoszeniem się na terapię para doświadczała bardzo częstych i długich hospitalizacji — zdarzały się one jeden lub dwa razy w roku i trwały kilka miesięcy. Analizując historię choroby państwo X. opowiedzieli, że właściwie objawy pojawiły się osiem lat przed pierwszą hospitalizacją i były nieleczone, a to, co się działo między nimi w tym czasie (wrogość, separacja) było dla nich trudne do określenia i skłonni byli to wówczas przeżywać jako nasilone problemy małżeńskie. Dopiero pierwsza hospitalizacja pani M. (po urodzeniu najmłodszej córki) wprowadziła medyczną narrację do myślenia państwa X. o swojej rodzinie.

Hospitalizacje poprzedzane były tygodniami wzrostu napięcia we wzajemnych relacjach, co było związane z nasileniem myślenia urojeniowego i wrogością pani M. wobec męża. W tym czasie pan R. zazwyczaj doznawał słownej agresji ze strony żony i niespokojnie oczekiwał na takie wydarzenie, które pozwoli mu wezwać pogotowie.

Na jednej z sesji poświęconej opracowywaniu psychoedukacyjnej mapy dynamiki objawów pani M. opowiedziała, że gdy zbliża się ostra faza choroby, to najpierw odczuwa wrogość wobec męża i zaczyna się interesować ezoteryką. Pan R. dodał, że towarzyszy temu chaos w myśleniu i działaniu żony. Oboje państwo X. uznali, że jest to najlepszy i właściwie jedyny moment, aby pani M. mogła zareagować i zrobić coś, aby uniknąć nasilenia objawów i hospitalizacji. Pan R. wyrażał złość, że żona — choć wie, jakie leki mogłyby jej wówczas pomóc — to nie przyjmuje ich. A zdarzało się, że wręcz przeciwnie — przyjmowała wówczas leki, o których wiedziała, iż ich działanie aktywizujące, paradoksalnie przyspieszy rozwój objawów psychotycznych. Panią M. początkowo złościły stwierdzenia męża i chciała im zaprzeczać, ale po chwili zamilkła i cicho przyznała, że „ta psychoza wciąga”. Poproszona o bardziej szczegółowy opis, powiedziała, że swoje życie — szczególnie w okresach po wyjściu z epizodu psychotycznego — przeżywa

jako puste i bezbarwne. Wówczas euforia, której zaczyna doświadczać u progu doznań urojeniowych, jest czymś tak atrakcyjnym, że nie chce ich przerywać. Dalsza rozmowa dotyczyła konsekwencji epizodu psychotycznego dla pani M. i krążyła wokół pytania, czy kilka tygodni przyjemnej psychozy jest warte kilku miesięcy upokarzającej i nieprzyjemnej hospitalizacji oraz kilku miesięcy stanu popsychotycznego, w którym pani M. doświadczała dojmujących uczuć pustki, braku energii, anhedonii i braku sensu. Tę sesję pani M. zakończyła z przekonaniem, że chce zapobiegać nawrotom ostrej fazy choroby.

Mimo takiej konstatacji na następną sesję państwo X. przyszli zdenerwowani. Pan R. w pierwszych słowach powiedział, że według niego żona zaczyna popadać w psychozę, lekarz tego nie widzi i nie ma szans zobaczyć (gdyż pani M. to przed nim ukrywa), a on sam nie ma możliwości podzielić się swoimi obserwacjami z lekarzem, gdyż żona nie dopuszcza go do kontaktów ze swoim psychiatrą. Pan R. czuł się bezradny i rozzłoszczony — oczekiwał od spotkania, że doprowadzi ono do odblokowania jego możliwości kontaktowania się z lekarzem. Pani M. złościła się na męża, oskarżała go o tyranie i chęć całkowitego kontrolowania jej, czasami jakby gubiła wątek, wydawała się też być w nieznanym wzmocnionym napędzie. Wyglądało na to, że „psychoza właśnie ją wciąga”...

W tym momencie terapeuci zaczęli przeżywać lęk, że dojdzie do hospitalizacji, która będzie kolejnym traumatycznym doświadczeniem w życiu z chorobą oraz przerwie terapię na kilka miesięcy. A jeżeli małżonkowie uznają terapeutów za nieumiejących im pomóc, to zakończą terapię przedwcześnie i bez efektu.

Odpowiedzią na lęk terapeutów, lęk pana R. i groźbę rozwinięcia się ostrej fazy choroby było wprowadzenie interwencji strategicznej w postaci **Kontraktu na zdrowie** [14. sesja].

Kontrakt na zdrowie

Pani M. zobowiązuje się do ścisłego przestrzegania zaleceń lekarza psychiatry w zakresie prowadzonej farmakoterapii, w szczególności do: 1) niemodyfikowania zaleconych dawek leków bez uzgodnienia z lekarzem; 2) niewłączania dodatkowych leków psychiatrycznych bez uzgodnienia z lekarzem; 3) konsultowania z lekarzem włączania do terapii dodatkowych leków uspokajających i ziołowych.

Pan R. zobowiązuje się do regularnego uczestniczenia w wizytach u lekarza psychiatry wspólnie z panią M., tak aby: 1) lekarz psychiatra miał możliwość uzyskiwania informacji odnośnie do obserwowanych objawów i efektów leczenia również od pana R.; 2) pan R. miał jasność odnośnie do zaleconych leków, ich dawek oraz zaleceń psychiatry.

Terapeuci zobowiązują się pytać na każdej kolejnej sesji, czy kontrakt jest przestrzegany.

Po zawarciu tego kontraktu, w terapeutach pojawiła się obawa, że zbyt mocno ingerują w relację lekarz – pacjent. W notatkach terapeutów pojawia się wpis: „trzeba skontaktować się z lekarzem”, czego jednak nie robią.

Na kolejnych sesjach okazywało się, że kontrakt był przestrzegany — choć pani M. się na niego złościła, słusznie podnosząc kwestię nierówności, bowiem kontrakt przede wszystkim na niej coś wymuszał. Jego efektem były wspólne wizyty u psychiatry, modyfikacja farmakoterapii i wygaszenie pojawiających się początkowych objawów ostrego epizodu psychotycznego. Małżonkowie wypracowali podczas wspólnych wizyt u lekarza schemat reagowania farmakologicznego na pojawiające się pierwsze zwiastuny epizodu choroby.

Rozmowy o alkoholu

Temat alkoholu był bardzo konsekwentnie podnoszony przez panią M. Martwiła się, że mąż niszczy swoje zdrowie, ale też chciała być bliżej niego — a w jej odczuciu alkohol to utrudniał. Z takim opisem nie zgadzał się pan R. argumentując, że przecież można rozmawiać przy winie i być blisko.

Myśli terapeutów w tym okresie terapii krążyły wokół opisanego pana R. w kategoriach nozologicznych — zespołu zależności alkoholowej. Tym, co ich powstrzymywało przed przywiązaniem się do takiego opisu, było to, że trudno było wskazać w życiu pana R. istotne straty życiowe (zawodowe, rodzinne, zdrowotne) spowodowane używaniem alkoholu oraz to, że pan R. nie zwiększał dawek alkoholu, chociaż okres intensywnego używania wina przez pana R. trwał już niemal 20 lat.

Podczas rozmów o alkoholu okazało się, że istotnym problemem dla pani M. było to, że kiedy mąż pił — ona piła razem z nim (około dwóch lampek wina dziennie), mimo równoległego przyjmowania leków psychiatrycznych. W trakcie trwania tej fazy terapii małżonkowie próbowali szukać rozwiązań na poziomie behawioralnym, wprowadzając sobie „poniedziałek bez alkoholu”. Mimo początkowych problemów — głównie ze strony pana R. — z utrzymaniem abstynencji w jednym dniu tygodnia, z czasem państwo X. zaczęli wprowadzać drugi dzień bez alkoholu.

Na poziomie intrapsychoicznym tak intensywne używanie alkoholu przez pana R. można było rozumieć jako sposób ukojenia lęku, niepokoju, napięcia i poczucia bezradności, związanego z traumą choroby psychicznej w rodzinie i jej dramatycznego przebiegu. Dla pani M. alkohol wiązał się z poczuciem bliskości, przyjemnymi wspomnieniami z pierwszych lat małżeństwa oraz z przyjemnością w ogóle — być może więc stanowił namiastkę życia erotycznego pary, które wygasło.

W myśleniu terapeutów problem alkoholu paradoksalnie stanowił dobry zasób dla kontaktu terapeutycznego. Dzięki niemu można było rozmowy terapeutyczne prowadzić w sposób bliski neutralności, nie naznaczając jednego z partnerów jako „nosiela choroby” i unikać sytuacji, w której nad zgłaszanym problemem pracowałoby „troje terapeutów” (psychoterapeuci oraz pan R.) i tylko jedna pacjentka. Wypracowana przez system swoista równowaga problemów pozwalała małżonkom traktować się po partnersku w szukaniu rozwiązań i być może w ogóle była nieświadomym wyrazem potrzeby pana R., aby pozostać w relacji partnerskiej z żoną.

Wątki dotyczące władzy, znaczenia i zależności w rodzinie

Małżonkowie nie wnosili kwestii podziału władzy i zależności jako osobnego tematu na sesje, jednak wątek ten pojawiał się dość często przy omawianiu innych spraw. Choroba pani M. i późniejsze odejście córek z domu w sposób znaczący wpłynęło na strukturę rodziny — pani M. czuła się sfrustrowana swoim brakiem znaczenia w domu i wpływu chociażby na wpływy do budżetu domowego. Dwudziestokilkuletnia przerwa w pracy oraz spadek pewności siebie w relacjach społecznych sprawiły, że choć pani M. rozważała powrót do aktywności zawodowej, to raczej w charakterze wolontariuszki.

Swoją frustrację związaną z brakiem możliwości realizacji siebie w tej sferze życia, pani M. komunikowała w formie pretensji i wyrzutów adresowanych do męża. Ten na głębszym

poziomie, prawdopodobnie, czuł się winny (to przypuszczenie udało się zidentyfikować dopiero w ostatniej, podtrzymującej fazie terapii), a w komunikacji reagował obronnie, podkreślając swój wkład w życie rodziny, który realnie był bardzo duży. Pan R. nie tylko utrzymywał rodzinę na wysokim poziomie finansowym i często pomagał dorosłym już córkom, ale dodatkowo na całe miesiące przejmował obowiązki domowe żony. Jednak w rozmowach małżeńskich zauważanie zasług pana R. sprawiało, że pani M. czuła się jeszcze mniej ważna. W wypowiedziach adresowanych do terapeutów relacjonowała poczucie winy i poczucie bycia kamieniem u nogi dla męża, ale w wypowiedziach adresowanych do męża wyrażała tylko złość i niezadowolenie.

Ta dynamika sprawiała, że partnerzy zaczynali się kłócić — również poza sesjami. To bardzo zaniepokoiło pana R. Drażliwość i złość żony przez ostatnie dwie dekady zapowiadały początek ostrej fazy choroby. Teraz partnerzy potrzebowali przyjąć na nowo kłótnię jako część życia rodzinnego, ale też uczyć się odróżniać zwykłą kłótnię od kłótni psychotycznej.

Wątki dotyczące życia erotycznego pary

Na piątej sesji para między wierszami zasygnalizowała istnienie problemu w pożyciu erotycznym. Dopytani przedstawili ten aspekt życia każdy ze swojej perspektywy. Pani M. powiedziała, że właściwie od początku leczenia ma problemy z seksem i osiąganiem orgazmu. Przypuszczała, że ma to związek z wpływem leków i kilka razy chciała o to dopytać psychiatrę — jednak zawsze czuła się skrępowana. Powiedziała, że od czterech lat właściwie w ogóle „nie ciągnie jej do seksu”. Pan R. uważał, że ich życie erotyczne powraca, kiedy czują się ze sobą dobrze w życiu codziennym. Oboje małżonkowie uznali ten temat za zbyt krępujący do rozmów w trakcie sesji, prawdopodobnie znaczenie miał fakt, że terapeuci byli osobami wyraźnie młodszymi od nich — co nie zostało omówione na sesji. Być może powodem tego nieomówienia były niezreflektowane obawy terapeutów, iż okażą się nie dość kompetentnymi/doświadczonymi terapeutami. Terapeuci zdecydowali się raczej uszanować jasną deklarację klientów, że chcą sesje spożytkować na rozmowy o innych sprawach. Temat życia erotycznego już więcej nie powrócił na sesjach.

Historie rodzinne — praca z genogramem

Od 7. do 10. sesji terapeuci prowadzili pracę z genogramem. Wprowadzenie tej techniki nie wiązało się z jakimś konkretnym, sprecyzowanym celem terapeutów; ale było raczej stałym elementem warsztatu pracy, pomagającym lepiej poznać rodzinę

Pani M. zrelacjonowała bolesną i dramatyczną historię swoją i swojej rodziny — obejmującą doświadczenia przemocy, alkoholizmu, tragicznej, przedwczesnej śmierci bliskiej osoby oraz dystans emocjonalny w relacji z matką. Podczas sesji pani M. była bardzo poruszona — traumy były cały czas żywe emocjonalnie w jej wewnętrznym świecie.

Pan R. przedstawił swoją rodzinę pochodzenia w kategoriach zasobów — jako ludzi rodzinnych, wspierających się, troskliwych i dobrze funkcjonujących społecznie.

Hipotezą ważną dla terapeutów — wysnutą między innymi z pracy nad genogramem — było przypisanie parze następującej dynamiki: jeżeli pan R. oddała się emocjonalnie od

pani M., to ta „nie chce być zdrowa” i nie znajduje w sobie motywacji do powstrzymania „atrakcyjnych” nawrotów psychozy. A kiedy pani M. wchodzi w objawy urojeniowe, to pan R. oddala się emocjonalnie. Taka dynamika miała charakter sprzężenia zwrotnego i związany z tym samopogłębiający się charakter.

Uwagi o relacji terapeutycznej

Pan R. budował relację z terapeutami poprzez dystans. Przez pierwsze osiem miesięcy wspólnej pracy niechętnie mówił o sobie, a dużo chętniej współpracował z terapeutami przy analizowaniu problemów żony. Fantazje terapeutów o powodach takiego skrywania siebie krążyły wokół tego, że pan R.: 1) mógł obawiać się oceny i krytyki — gdyż przekaz społeczny i język medyczny związany z trudnościami z alkoholem są wyraźnie nacechowane pejoratywnie, mogą więc wzbudzać uczucia winy i wstydu; 2) mógł obawiać się, że jego potrzeby wobec zmiany terapeutycznej nie zostaną uwzględnione w trakcie sesji lub/i poczuje się nierozumiany — takie doświadczenie wyniósł z poprzednich prób podejmowania terapii małżeńskiej.

W porównaniu z mężem pani M. była bardzo otwarta — to ona dzwoniła do terapeutów, żeby umówić pierwsze spotkanie, ona też kontaktowała się, aby zmienić termin sesji, jeżeli zachodziła taka potrzeba. Pierwsza zabierała głos na sesjach i wносиła tematy, które były dla niej ważne i które chciała omawiać. Również z dużą łatwością nie zgadzała się z terapeutami i otwarcie (ale konstruktywnie) komunikowała swoją złość, jeżeli z czegoś — co działo się w trakcie terapii — nie była zadowolona (np. z „Kontraktu na zdrowie”).

Kryzys w relacji między terapeutami a panią M. nastąpił na 12. sesji. Częściowo przeżył się on z tego, co klientka przeżywała w swoim leczeniu w oddziale dziennym, które rozpoczęła dwanaście tygodni wcześniej i właśnie rozstawała się z grupą. Przez cały okres terapii w oddziale dziennym pacjentka czuła się dobrze i chwaliła sobie tamto leczenie — jednak w ostatnim tygodniu weszła w konflikt z inną osobą w grupie, a następnie w konflikt z jednym z terapeutów, który próbował przypominać pani M. o panujących w oddziale zasadach. W ostatnim dniu swojego leczenia w oddziale dziennym, dniu pożegnania z grupą — pacjentka nie przyszła do ośrodka.

Na fali tych emocji na 12. sesję terapii małżeńskiej klientka przyszła po wypiciu jednego piwa i rozdrażniona. Terapeuci prowadząc sesję mieli wrażenie, że pani M., w większej części nieświadomie, usiłuje ich sprowokować do wrogości (temu też wg wyobrażeń terapeutów miało służyć wypicie alkoholu przed sesją). Kierując się hipotezą, że w ten sposób pani M. rozładowuje napięcie związane z rozstaniem, terapeuci — w ramach techniki zespołu reflektującego — zaczęli snuć fantazje o lęku i bólu, który może przeżywać przy każdym rozstaniu, o uczuciach na tyle dotkliwych i przenikających, że najłatwiej je przykryć wrogością i rozstawać się w złości, i że to wszystko może mieć związek z traumami oraz stratami opisanymi podczas pracy z genogramem. Pani M. była poruszona tymi komentarzami, bliska łez. Terapeuci mieli wrażenie, że ta sesja pomogła nie tylko pani M. pozostać w terapii, ale że też pomogła panu R. coraz bardziej się otwierać.

Faza podtrzymywania i utrwalania zmian oraz wygaszania terapii (sesje 17.–20.)

Ostatnia faza terapii trwała rok i obejmowała cztery sesje. Na 17. sesji terapeuci zainspirowali rozmowę o przebiegu dotychczasowej terapii i oczekiwaniach państwa X. wobec dalszej terapii. Pani M. powiedziała, że problemem, który pozostał do rozwiązania, jest alkohol. Pan R. jednak wyraził opinię, że alkohol nie jest problemem i nie czuł chęci, aby nad tym pracować. Innych celów dalszej terapii nie widział, gdyż cel, na którym mu najbardziej zależało — wypracowanie sposobów zapobiegania nawrotom ostrej fazy choroby — został w jego ocenie osiągnięty. Z tej sesji małżonkowie wyszli z propozycją terapeutów, aby zastanowili się do następnej sesji — co dalej z tą terapią?

Na sesji 18. para zrelacjonowała, że w okresie wiosennym pojawił się początek kryzysu psychotycznego u pani M., który udało się małżonkom zażegnać (w dużym stopniu dzięki uważności córki, która w rozmowie z ojcem wyraziła zaniepokojenie stanem matki). Klienci i terapeuci przeformułowali kontrakt terapeutyczny na sesje podtrzymujące umawiane przez klientów każdorazowo telefonicznie wtedy, kiedy będą potrzebować wsparcia.

Sesje 19. i 20. odbyły się po półrocznej przerwie. Państwo X. zgłosili się za namową jednej z córek, zaniepokojonej tym, że rodzice coraz więcej się kłócą i mama jest coraz bardziej rozdrażniona. Rzeczywiście jeszcze miesiąc wcześniej para zmagala się z groźbą nawrotu ostrej fazy choroby, jednak zanim doszło do spotkania, uporali się z tym problemem samodzielnie.

Pan R. był zaniepokojony tym, że żona zmodyfikowała *Kontrakt na zdrowie* w ten sposób, że część wizyty u lekarza odbyła sama, zanim pan R. zdążył dojechać do gabinetu: wizyta zaczęła się kilkanaście minut przed umówioną godziną. Pani M. weszła do gabinetu bez męża, a pan R. został zaproszony do środka dopiero po jakimś czasie. Pani M. chciała, aby tak właśnie wyglądały jej wizyty u psychiatry — zależało jej na tym, aby mieć możliwość takiej rozmowy z lekarzem, która nie jest słyszana przez męża. Pan R. niepokoił się tym, że jest to jakieś naruszenie zawartego kontraktu i że jedno takie naruszenie ułatwi kolejne, co zdewastuje cały kontrakt i będzie skutkowało nawrotami psychozy. Dla pani M. był to krok w konsekwentnym dążeniu do zwiększania swojej autonomii.

Pomiędzy sesją 19. i 20. terapeuci po wyrażeniu zgody przez klientów, skontaktowali się z psychiatrą pani M. Po przeproszeniu lekarza za wcześniejszą nieuzgodnioną z nim ingerencję w relację z pacjentką, ustalono, że dalej psychiatra będzie już sam ze swoimi pacjentami modyfikował kontrakt. Samo wprowadzenie *Kontraktu na zdrowie* lekarz uznał za przydatne.

Oprócz rozwijania swoich umiejętności w zapobieganiu kryzysom psychotycznym małżonkowie pochwalili się wprowadzonymi już samodzielnie znacznymi zmianami w używaniu alkoholu w ich domu. Od kilku miesięcy używali wina tylko w weekendy, a w robocze dni tygodnia utrzymywali abstynencję. Zmniejszyli też jego ilość.

Pani M. podjęła swoją psychoterapię indywidualną.

Na sesjach wspierających partnerzy też pogłębiali swój dialog dotyczący potrzeby niezależności pani M. Podczas tych rozmów pan R. odkrył, że właściwie od początku pojawienia się choroby w ich związku czuje się gdzieś w głębi siebie winny. To poczucie winy sprawiło, że trudno mu było słuchać komunikatów i potrzeb żony, gdyż często poruszały jego uczucia i reagował na nie obronnie.

Nie ustalono formalnego zakończenia terapii: 1) po części z uwagi na emocje, których mogłaby doświadczać pani M.; 2) po części, aby ułatwić małżonkom zgłaszanie się na sesje konsultacyjne, gdyby pojawiła się taka potrzeba.

W późniejszym okresie para okazjonalnie korzystała jeszcze z pojedynczych konsultacji.

Podsumowanie

Na kolejnych etapach terapii wykorzystywano różne modele i techniki stosowane w terapii rodzinnej [11] — zespół reflektujący, analizę przekazu transgeneracyjnego z użyciem genogramu, interwencje psychoedukacyjne oraz strategiczne, a także elementy terapii narracyjnej. W ocenie terapeutów, każda z wymienionych technik była użyteczna i wносиła nową, ożywczą perspektywę do dialogów pomiędzy klinicystami i ich klientami. W kryzysowym momencie terapii, kiedy sojusz roboczy wydawał się zagrożony, terapeuci wykorzystali analizę przeniesienia (model psychodynamiczny), co pozwoliło kontynuować pracę. Skuteczna analiza przeniesienia była możliwa jedynie dzięki wcześniejszej analizie genogramu.

Wydaje się, że w pracy z parami dotkniętymi problemem psychozy ważne jest z jednej strony zrozumienie wagi problemu — ale w taki sposób, aby ów problem nie przesłonił innych aspektów związku. Można powiedzieć, że terapeuci wraz z klientami przez cały okres trwania terapii konsekwentnie starali się przede wszystkim wyodrębnić niepsycho-tyczne obszary funkcjonowania związku i je wzmacniać. Z jednej strony więc praca koncentrowała się na zasobach pary i ich wzmacnianiu. Z drugiej strony ważnym elementem pracy było stałe zachęcanie pacjentów do poznawania i obserwowania schizofrenii, która wtargnęła w ich życie. W ocenie wszystkich osób uczestniczących w terapii największym problemem nie była sama psychoza, ale jej regularne wymykanie się spod kontroli. Poprzez konfrontacje, eksternalizacje problemu, interwencje psychoedukacyjne oraz strategiczne wzmacniano władzę pary nad chorobą. Jednym z decydujących czynników była dobra relacja z psychoterapeutami oraz z lekarzem prowadzącym. Mimo iż w trakcie trwania terapii psychoterapeuci i psychiatra w sposób bezpośredni skontaktowali się jedynie raz, to obydwa sposoby leczenia dobrze się uzupełniały i wzmacniały.

Wyniki przeprowadzonej terapii są obiecujące. Zmniejszyła się ilość nawrotów choroby i liczba hospitalizacji. Przez ostatnie cztery lata przed rozpoczęciem psychoterapii pacjentka doświadczała rzutów psychozy jeden do dwóch razy w roku i wiązało się to zawsze z wielomiesięcznymi hospitalizacjami. Przez dwa lata trwania terapii oraz rok od jej zakończenia pacjentka nie doświadczyła nawrotu ostrej fazy psychotycznej i nie była hospitalizowana. Dodatkowo u państwa X. nastąpiła poprawa jakości związku.

Schizofrenia jest chorobą wpędzającą w samotność. Osoby dotknięte psychozą często tracą więzi z najbliższymi. Z tego powodu wsparcie nie tylko dla rodzin, ale również dla par, udzielane już na poziomie szpitala psychiatrycznego oraz oddziałów dziennych, może mieć wpływ zarówno na odbudowę relacji, ale też na przebieg choroby. I choć zbadanie tej hipotezy wymagałoby przeprowadzenia osobnych badań, to wydaje się, że terapia par może stawać się ważnym elementem leczenia pacjentów zmagających się z psychozami. Według wiedzy autorów jest to metoda niestety rzadko dostępna dla pacjentów instytucji psychiatrycznych.

Piśmiennictwo

1. Alanen Y. Schizofrenia, jej przyczyny i leczenie dostosowane do potrzeb. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2002.
2. Budzyna-Dawidowski P, Ostoja-Zawadzka K, Barbaro de B, Analiza wybranych przypadków. W: Barbaro de B. red, Schizofrenia w rodzinie. Kraków: Wyd. UJ, 1999, s. 129–172.
3. Cechnicki A. W stronę psychoterapeutycznie zorientowanej psychiatrii środowiskowej — 30 lat doświadczeń krakowskich. *Psychoter.*, 2009, 3(150): 43–55.
4. Kępiński A. Schizofrenia. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, 1979.
5. Kokoszka A. Schizofrenia. Wzmacnianie zdolności samostanowienia. Gdańsk: Via Medica, 2008.
6. Kostecka M, Namysłowska I, Psychoterapia. W: Jarema M. Schizofrenia. Pierwszy epizod. Gdańsk: Via Medica, 2008, s. 134–161.
7. McWilliams N. Diagnostyka psychoanalityczna. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2009.
8. Robak J. Efektywność psychoedukacji w schizofrenii. W: Barbaro de B, red. Schizofrenia w rodzinie. Kraków: Wydawnictwo UJ, 1999, s. 69–90.
9. Kohon G. Miłość w czasach szaleństwa. W: Green A, Kohon G, Miłość i jej losy. Warszawa: Oficyna Ingenium, 2008.
10. Chłopek R, Karoń T, Majchrzak Ł. Internacja sądowo-psychiatryczna. Możliwości, nadzieje, perspektywy. Studium przypadku pacjenta z rozpoznaniem schizofrenii. W: Kornaszewska-Polak M, red., Wystarczająco dobre życie. Konteksty psychologiczne, Sosnowiec: Oficyna Wydawnicza Humanitas, 2015, s. 179–192.
11. Goldenberg H, Goldenberg I. Terapia rodzin, Kraków: Wydawnictwo UJ, 2006.

Adres: ryszard.chlopek@wp.pl