

Aleksandra Wieczorek

ANALIZA PRZYPADKU PACJENTKI Z ZABURZENIAMI OSOBOWOŚCI TYPU BORDERLINE HOSPITALIZOWANEJ NA ODDZIALE LECZENIA ZABURZEŃ OSOBOWOŚCI I NERWIC

A CASE STUDY OF THE BORDERLINE PERSONALITY DISORDER PATIENT HOSPITALIZED IN THE PERSONALITY DISORDERS TREATMENT DEPARTMENT

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

**borderline
personality
disorder**

Autorka opisuje przebieg terapii 19-letniej pacjentki z zaburzeniami osobowości typu borderline prowadzonej w ramach Oddziału Leczenia Zaburzeń Osobowości i Nerwic (OLZOiN) Szpitala Specjalistycznego im. Józefa Babińskiego w Krakowie. Na wstępie dokonuje krótkiej prezentacji samego oddziału oraz procesu kwalifikacji pacjentów do leczenia. Dalsza część przedstawia dane biograficzne pacjentki oraz informacje związane z wcześniejszym leczeniem. Następnie omówiona zostaje indywidualna sześciomiesięczna praca z pacjentką prowadzona w ujęciu psychoterapii psychoanalitycznej.

Summary: The article is a description of the case of 19 years old female patient diagnosed as having a borderline personality disorder who was hospitalized in the Personality Disorder Treatment Department of Józef Babiński Memorial Hospital in Krakow. The first part of the paper presents brief information about the Department and the process of admission to it. The next part describes the biography data of the patient and her previous treatment. Then the author presents a description of the individual, six months lasting process of psychoanalytical psychotherapy.

Informacje wstępne o oddziale

Oddział Leczenia Zaburzeń Osobowości i Nerwic (OLZOiN) jest specjalistyczną jednostką przeznaczoną do leczenia tzw. specyficznych zaburzeń osobowości. Wg klasyfikacji ICD-10 zdefiniowane są one jako ciężkie zaburzenia struktury charakteru i sposobu zachowania się, zazwyczaj obejmujące kilka wymiarów osobowości i prawie zawsze związane z dostrzegalnym zaburzeniem funkcjonowania indywidualnego i społecznego [1]. Jak wskazuje doświadczenie kliniczne, pacjentów z głębokimi zaburzeniami osobowości trudno jest leczyć w warunkach ambulatoryjnych czy na oddziale dziennym. Dotyczy to szczególnie pacjentów z osobowością chwiejną emocjonalnie. Osoby te przejawiają wyraźną tendencję do zachowań impulsywnych i często dokonują samouszkodzeń, podejmują próby samobójcze, nadużywają alkoholu, narkotyzują się itd. Praca wglądowa, taka jak psychoterapia psychoanalityczna czy psychodynamiczna, niesie ze sobą ryzyko nasilenia

się ww. zachowań w postaci acting outów lub może prowadzić do gwałtownego przerwania leczenia. Innym ważnym aspektem i źródłem trudności w pracy terapeutycznej jest rodzaj stosowanych przez pacjentów mechanizmów obronnych, tj. rozszczepienia (splitting) i projekcyjnej identyfikacji, oraz intensywność ich działania [2].

Powołanie w Szpitalu im. Józefa Babińskiego w Krakowie jesienią 2002 roku stacjonarnego oddziału stworzyło możliwość podjęcia adekwatnego leczenia tej grupy pacjentów. Zazwyczaj mają oni za sobą historię wielokrotnych pobyków w szpitalach psychiatrycznych z powodu bardzo różnych objawów; najczęściej są to: zaburzenia lękowo-depresyjne, samouszkodzenia, myśli, tendencje i próby samobójcze, uzależnienia od substancji psychoaktywnych oraz zaburzenia jedzenia, czasami epizody przemijających zaburzeń psychotycznych. Przyjęcie na oddział następuje po przejściu czteroetapowej procedury kwalifikacji. Wskazane jest skierowanie z opisem dotychczasowego przebiegu leczenia oraz przedstawienie dokumentacji związanej z wcześniejszym leczeniem. Kryteria wykluczające to: rozpoznanie schizofrenii lub zaburzeń osobowości typu antysocjalnego oraz zbyt krótki okres abstynencji w przebiegu uzależnienia od alkoholu lub narkotyków (tj. krótszy niż sześć miesięcy).

W czasie pierwszej rozmowy kwalifikacyjnej, prowadzonej przez lekarza psychiatrę, podejmowana jest decyzja co do następnych konsultacji lub o dyskwalifikacji z powodu błędnego skierowania, braku u pacjenta motywacji, chęci lub siły do zastanawiania się nad swoimi przeżyciami. Następne dwa spotkania to wywiad i konsultacja psychoterapeutyczna, czyli rozmowa z psychoterapeutą, służąca wstępnej orientacji, w jakim stopniu możliwy jest ten rodzaj pracy z danym pacjentem. Po omówieniu przypadku w zespole terapeutycznym, następuje rozmowa z ordynatorem lub jego zastępcą, podczas której zostają przedstawione wnioski z procesu kwalifikacji. Podczas tego spotkania zapada ostateczna decyzja co do możliwości hospitalizacji na OLZOiN lub jej braku, wraz z uzasadnieniem, dlaczego w danym momencie podjęcie leczenia jest niemożliwe lub niewskazane.

Zespół terapeutyczny składa się z lekarzy, psychologów, psychoterapeutów, pracownika socjalnego, terapeuty zajęciowego, pielęgniarek psychospołecznych oraz dietetyka. Każdy pacjent jest pod opieką pielęgniarki prowadzącej.

Czas hospitalizacji na oddziale wynosi obecnie 24 tygodnie. Oddział dysponuje 30 miejscami w trybie stacjonarnym. Rocznie przyjmowanych jest ok. 80–90 pacjentów.

Głównymi metodami leczenia są: indywidualna psychoterapia psychoanalityczna (spotkania pięćdziesięciminutowe dwa razy w tygodniu) lub analitycznie zorientowana psychoterapia grupowa (spotkania dziewięćdziesięciminutowe trzy razy w tygodniu) oraz społeczność terapeutyczna (spotkania czterdziestopięciminutowe pięć razy w tygodniu). Inne formy leczenia takie, jak: farmakoterapia, terapia zajęciowa, psychorysunek, biblioterapia, zajęcia teatralne, mają charakter pomocniczy.

Pewnym modelem, na którym w swoich początkach opierał się zespół oddziału, był Szpital Cassel w Londynie, łączący w swojej ofercie dla pacjentów z zaburzeniami osobowości psychoterapię psychoanalityczną, społeczność terapeutyczną oraz praktykę pielęgniarstwa psychospołecznego. To zintegrowane podejście pozwala na stworzenie takich warunków, w których możliwe jest wykorzystanie oddziaływań opartych na psychoanalitycznej teorii relacji z obiektem, które tworzą pewną spójną ramę koncepcyjną, nie wykluczając jednocześnie zasadności i skuteczności innych podejść teoretycznych.

W literaturze przedmiotu, niezależnie od ujęcia teoretycznego, często podnoszone jest znaczenie relacji, jaka powstaje między pacjentem a terapeutą, gdyż to właśnie w relacjach interpersonalnych ujawniają się problemy pacjentów z zaburzeniami osobowości [3]. Zagadnienia związane z „zaburzeniami z pogranicza” początkowo zdominowane były wyłącznie przez koncepcje psychoanalityczne, jednak wraz z powstawaniem i rozwojem innych podejść teoretycznych doczekały się one również wypracowania wielu innych modeli psychoterapeutycznych, między innymi w nurcie terapii rodzin [4] oraz terapii poznawczo-behawioralnych [5]. Teorie te operują różnymi językami, ale wydają się podejmować ten sam problem niestałości i ambiwalencji w stosunku do ważnych emocjonalnie osób: pragnień i potrzeb z jednej strony, oraz lęku i odrzucenia — z drugiej.

Wracając do OLZOiN — o ile praca w gabinecie terapeuty psychoanalitycznego oparta jest przede wszystkim na odtwarzaniu i przeżywaniu wcześniejszych relacji, które mogą być interpretowane i w ten sposób przepracowywane, prowadząc do zmiany myślenia i zachowania, o tyle praca w społeczności terapeutycznej oraz kontakt z pielęgniarką w bardzo dużym stopniu opierają się na oddziaływaniu na gruncie zachowań i schematów poznawczych, umożliwiając od tej strony łączenie działania, myślenia i przeżywania. Często zdarza się tak, że aby pacjent mógł dokonać zmian w obszarze myślenia i przeżywania, musi najpierw zmienić pewne zachowania.

Praca w zespole umożliwia, poza łączeniem wyżej wymienionych oddziaływań, również szersze spojrzenie w kwestii diagnozy. Nie jest to tylko diagnoza oparta na systemach klasyfikacyjnych, np. ICD–10, która jest wymagana do celów rozliczeniowo-statystycznych, ale jest to również diagnoza indywidualna i opisowa, która budowana jest na podstawie całego procesu terapeutycznego i formułowana w postaci tzw. długiej epikryzy [6].

Po tej krótkiej charakterystyce oddziały i wstępie teoretycznym chciałabym, poprzez opis przypadku pani A., przybliżyć to, czym w praktyce jest leczenie na oddziale i do kogo jest adresowane. Historia pani A. jest z jednej strony niepowtarzalna i wyjątkowa, z drugiej strony, pod pewnymi względami, dość charakterystyczna i typowa dla pacjentów, którzy trafiają na OLZOiN.

Dane osobowe i fakty zostały zmienione w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjentki.

Pierwsza konsultacja

Kiedy pani A. zgłosiła się na pierwszą konsultację miała 19 lat i trzyletnią historię leczenia psychiatrycznego oraz psychoterapeutycznego z powodu problemów emocjonalnych, dokonywanych samookaleczeń, zaburzeń jedzenia o typie bulimii oraz objawów depresyjnych i podjętej pół roku wcześniej próby samobójczej.

To, co zwracało uwagę od chwili pierwszego kontaktu z A. to fakt, iż fizycznie wyglądała na dużo starszą osobę. Dobrze korespondowało to z tym, co później, już w trakcie terapii, często powtarzała: „Czuję się jak pięćdziesięcioletnia, zmęczona życiem kobieta”. Mówiła wówczas o sporych problemach rodzinnych, swoich objawach oraz o przebiegu wcześniejszego leczenia, prezentując w kontakcie raczej bierną postawę. Psychiatra konsultujący pacjentkę podczas pierwszego spotkania postawił rozpoznanie bulimii i zakwalifikował ją do dalszych spotkań.

Dane biograficzne

Pacjentka pochodzi z Trójmiasta. Mieszkała tam razem z 37-letnią matką oraz dwójką przyrodniego rodzeństwa: 13-letnią siostrą i 11-letnim bratem. Swojego biologicznego ojca nie знаła. Twierdziła, że jeszcze przed zawarciem małżeństwa z jej matką, nadużywał alkoholu. Rodzice pobrali się, ponieważ mama była w ciąży, i rozstali się zanim A. przyszła na świat. Bezpośrednią przyczyną rozwodu miało być pobicie matki przez ojca, która była wówczas w 7. miesiącu ciąży. Matka pacjentki wyprowadziła się wtedy do swojej matki, która opisywana była jako osoba apodyktyczna i wścibska, często prowokująca awantury. Później A., kiedy dorastała, kilkakrotnie chciała nawiązać kontakt ze swoim biologicznym ojcem. Miały temu służyć rozprawy o podwyższenie alimentów. Jednak na rozprawy zamiast ojca, przychodziła jego matka, z którą A. zazwyczaj wtedy wszczyniała awantury.

Gdy pacjentka miała 4 lata, matka związała się z innym mężczyzną i razem z córką wyprowadziła się do niego. Po około roku wspólnie z konkubentem przeprowadzili się do mieszkania komunalnego, które matka pacjentki otrzymała z tytułu samotnego wychowywania dziecka. Wkrótce też przyszło na świat przyrodnie rodzeństwo pacjentki. W nowej rodzinie A. zawsze czuła się gorsza. Wiedziała, że ojczym (czasami nazywany przez nią ojcem) bardziej lubi jej rodzeństwo, szczególnie brata. Ona i siostra traktowane były bardzo surowo, często były karane, bite. Zdarzało się, że będąc pod wpływem alkoholu ojczym molestował je seksualnie. Siostra pani A. była odważniejsza i zwierzyła się zarówno A., jak i matce, że jest molestowana. Matka, zachęcona przez starszą córkę, zgłosiła sprawę na policję. Jednak A. nie przyznała się, że ojczym również ją molestował. Kiedy konkubent matki został oskarżony o molestowanie córki, rodzina i znajomi odwrócili się od nich uważając oskarżenia za nieprawdziwe. Niestety, wyrok sądowy i przyznany kurator nie powstrzymał ojczyma, wręcz odwrotnie — stawał się coraz bardziej agresywny, groził matce nożem, siekierą. Nie chciał się wyprowadzić z domu. Kiedy dochodziło do awantur, A. chroniła swoje młodsze rodzeństwo przed agresją ojca, wzywała policję i z satysfakcją patrzyła, kiedy policjanci dawali mu „nauczkę” bijąc go pałkami.

A., mając 14 lat, nakłoniła matkę do wyrzucenia ojczyma. Sama spakowała jego rzeczy, matka natomiast uzyskała sądowy nakaz eksmisji. Jednak zamiast spodziewanej poprawy sytuacji domowej, nastąpiła dalsza degradacja rodziny. Po uwolnieniu się od pijącego i awanturującego się partnera, zaczęła pić i awanturować się matka. Nie pracowała zawodowo, a pieniądze, które otrzymywała ze Stowarzyszenia Rodzin Wielodzietnych, przepijała razem z innymi członkami stowarzyszenia. A., mając wówczas niespełna piętnaście lat, całkowicie przejęła funkcje rodzica, starając się zapewnić utrzymanie i opiekę „swoim dzieciaczkom”, jak nazywała przyrodnie rodzeństwo. Zaczęła podejmować różne drobne prace, aby zarobić nieco pieniędzy na utrzymanie rodziny, jednocześnie uczyła się w szkole, prowadziła dom i opiekowała młodszym rodzeństwem.

Po ukończeniu gimnazjum podjęła naukę w liceum ogólnokształcącym. Była bardzo dobrą, grzeczną i miłą uczennicą, lubianą zarówno przez kolegów i koleżanki, jak i przez nauczycieli. Zawsze była chętna do pomagania innym. Sama jednak trzymała się na uboczu. Nie miała ani bliższych znajomych, ani przyjaciół, ani chłopaka. W szkole o jej problemach rodzinnych wiedziała tylko pani pedagog, której A. zakazała kontaktować się zarówno z matką, jak i z wychowawcą klasy.

Sytuacja gwałtownie zmieniła się po uzyskaniu przez pacjentkę pełnoletności. Jak napisała pani pedagog w swojej opinii: „W trzeciej klasie A. przeszła ogromną przemianę z grzecznej, miłej i nie sprawiającej żadnych problemów wychowawczych, stała się osobą krzykliwą, wybuchową, roszczeniową [...] Mój kontakt z A. uległ rozluźnieniu, gdyż nie potrafiłam nawiązać rozmowy z osobą wyładowującą swoją agresję na mojej osobie”. Wkrótce też A. przerwała naukę w liceum.

Przebieg wcześniejszego leczenia

Pierwsze objawy ujawniły się ok. 14. r.ż. pacjentki, tj. po wyrzuceniu ojczyzna. Pani A. zaczęła się wówczas okaleczać, nacinając żyłką swoje nadgarstki, przedramiona oraz wewnętrzne powierzchnie ud. Podczas wstępnego wywiadu twierdziła, że powodował ją strach, iż matka pogodzi się z ojczymem, że ojczym wróci do domu, i że znów będzie się awanturował.

Okolo 15. r.ż. A. z własnej inicjatywy zgłosiła się do szkolnego pedagoga, z którym przez cały czas trwania nauki była w stałym kontakcie. Po rozmowach z panią pedagog zaczęła uczęszczać do katolickiej poradni rodzinnej na spotkania z psychologiem. W wieku 17 lat podjęła leczenie psychoterapeutyczne w poradni pedagogiczno-psychologicznej, które obejmowało zarówno psychoterapię indywidualną, jak i spotkania rodzinne. Stwierdzono wówczas: „zaburzenia adaptacyjne” oraz „trudności osobowościowe”. Pomimo tych działań, stan A. pogarszał się. Pojawiły się wówczas problemy z jedzeniem w postaci: napadów „wilczego głodu”, objadania się i prowokowania wymiotów oraz podejmowanie intensywnych ćwiczeń w celu redukcji masy ciała. Wtedy też A. zaczęła kupować te same bluzki i spodnie w paru różnych rozmiarach po to, aby ukryć przed otoczeniem spore wahania masy ciała. Po mniej więcej roku A. przerwała najpierw psychoterapię rodzinną, a potem również indywidualną. Później, w czasie terapii na oddziale, tak o tym mówiła: „Wycofuję się, jak trzeba coś zmienić, jak trzeba coś zrobić”.

W wakacje przed rozpoczęciem nauki w III klasie liceum zgłosiła się do psychiatrii. Powodem był obniżony nastrój, utrata zainteresowań i chęci do życia, apatia, spadek masy ciała o ok. 10 kg oraz bezsenność. Rozpoznany został łagodny epizod depresyjny i włączono leczenie farmakologiczne, najpierw mianseryną, a następnie paroksetyną.

Po paru miesiącach leczenia przeciwdepresyjnego A. podjęła próbę samobójczą. Po krótkiej hospitalizacji na oddziale wewnętrznym została skierowana do szpitala psychiatrycznego. Wypisano ją po trzech tygodniach z rozpoznaniem: „Zaburzenia adaptacyjne – reakcja depresyjna. Stan po próbie samobójczej”. Po kilku dniach, z powodu utrzymujących się myśli samobójczych oraz dokonanych samouszkodzeń, pacjentka zgłosiła się ponownie na oddział psychiatryczny, tym razem w Klinice Chorób Psychiczych i Zaburzeń Nerwicowych. Po prawie dwóch tygodniach wypisała się na własne żądanie. Z epikryzy umieszczonej w karcie informacyjnej wynikało, że „nie udało się osiągnąć współpracy z pacjentką z powodu przyjęcia przez nią postawy obronnej”. Pani A. natomiast twierdziła, że utraciła zaufanie do lekarza prowadzącego — mężczyzny, ponieważ zadawał jej pytania o sprawy intymne i sugerował, że być może jest lesbijką. W tamtejszej klinice po raz pierwszy postawiono rozpoznanie „mieszanych zaburzeń osobowości” i skierowano pacjentkę do ośrodka psychoterapeutycznego. Ponieważ był to oddział dzienny, obawiano się podjęcia terapii pani A. w takich warunkach, i skierowano ją na OLZOiN.

Dalsze konsultacje

W czasie rozmowy terapeutycznej A. zapewniała, że nie jest lesbijką i poprosiła o terapię z kobietą, gdyby miała zostać przyjęta. Podczas tej rozmowy płakała. Powiedziała, że próba samobójcza miała miejsce po kłótni z matką. Terapeutka po spotkaniu z nią napisała: „mam wrażenie, że pacjentka potrzebuje terapii, ale nie wiem, czy ona ma zgodę na to, aby było to coś w dialogu z terapeutą. Nie wiem, czy może przyjmować interpretacje bez poczucia, że to ją jakoś uszkadza”.

Pomimo tych wątpliwości — dotyczących możliwości korzystania z terapii wglądowej przez panią A. i poczynionych podczas konsultacji wstępnych obserwacji, że interpretacje wywołują w niej wściekłość, że nie znosi obiektywizacji — podczas czwartego spotkania została zakwalifikowana do leczenia. Była wyraźnie spokojniejsza, bardziej refleksyjna i sama chętnie odwoływała się do rozmowy z terapeutką. Wyglądało na to, że to, co usłyszała, było ważne i nie zostało odrzucone, że mimo początkowego sprzeciwu i złości zdołała wydobyć się z tego stanu i podjąć wysiłek związany z przemyśleniem tego, co zostało poruszone podczas rozmów wstępnych.

Na podstawie uzyskanych informacji oraz sposobu budowania relacji ostatecznie postawiono rozpoznanie osobowości chwiejnej emocjonalnie typu borderline – F60.31 wg ICD-10.

Przebieg terapii pani A.

Nie sposób przedstawić tutaj szczegółowo całej sześciomiesięcznej pracy z panią A., postanowiłam więc skoncentrować się na tym, co uważałam za najistotniejsze w terapii tej pacjentki. Jednocześnie stanowi to również dobrą kliniczną ilustrację tego, co podręczniki opisują jako najważniejsze cechy tego zaburzenia, tj. niestabilność w postrzeganiu własnej osoby, niestabilność związków interpersonalnych i nastroju oraz zaburzenia tożsamości wyrażające się między innymi niepewnością dotyczącą orientacji seksualnej [7].

Rozpoczynając spotkania z panią A. dysponowałam przedstawionymi wcześniej informacjami, które zostały zebrane podczas rozmów konsultacyjnych przez moje koleżanki i kolegów z oddziału.

Nasze pierwsze spotkanie pani A. rozpoczęła od stwierdzenia: „Miałam tu przyjść, to jestem. Nieswojo się czuję”. Od tych pierwszych słów poczułam, że wszystkie pragnienia i oczekiwania, cała aktywność zostały umieszczone we mnie. Pani A. nie chciała mówić o sobie. Nie opowiadała, jak inni pacjenci, o swoim dotychczasowym życiu czy leczeniu. Zamiast tego wolała interesować się moimi kontuzjami, pytając: „Co się pani stało?”. Nosilał wówczas opatrunki, raz na jednej, raz na drugiej ręce.

Jakby na marginesie wspomniała o przyczynach przerwania poprzednich terapii i niejako „zagroziła” mi, że tu może być podobnie. Powiedziała również: „Každy czegoś ode mnie oczekuje, np. otwierania się tutaj na terapii, a ja nie jestem na to gotowa”. Spotkania w tym początkowym okresie leczenia przepełnione były napięciem i trudnym do wytrzymania milczeniem. Pani A. wprost mówiła, że jakiegokolwiek emocjonalne zaangażowanie się, czy mówienie o sobie jest jak „dawanie komuś broni do ręki”.

Wymowny był również fakt, że pacjentka ta przyszła na oddział z własnym zestawem opatrunkowym. Jakby chciała w ten sposób zakomunikować swoją samowystarczalność

odrzucając na bardzo konkretnym poziomie możliwość powierzenia swoich zranień innym osobom. Podobnie działo się w relacji między nami. Pani A. mówiła wtedy o swoim życiu, że jest „krwawiącą raną”. Ja zaś czułam, że zostałam postawiona w pozycji kogoś, kto ma „być cicho” i kto może tylko biernie patrzeć na jej cierpienie, bo każda próba zajęcia się nią tylko pogarszała sytuację. Czułam, że każde moje słowo stawało się narzędziem zadającym ból, było jak żyłotka przecinająca jej skórę. W chwilach, kiedy chciałam podzielić się z nią moimi refleksjami dotyczącymi naszej relacji i tego, co działo się z nią w gabinecie czy na oddziale, natychmiast pojawiał się we mnie silny strach, że jeśli to zrobię, ona natychmiast okaleczy się. Co zresztą parę razy się wydarzyło. Z drugiej jednak strony bardzo wyraźnie odczuwałam jej rozpaczliwe wołanie o pomoc. I wtedy moje milczenie stawało się czymś jeszcze bardziej okrutnym od mówienia. Było porzucaniem jej. Moje próby mówienia o tej potrzebującej i cierpiącej stronie pacjentki prowadziły do wybuchów wściekłości i wycofywania się jej z naszego kontaktu. Były jak zarzut. Były czymś, co obnażało jej najskrytszą tajemnicę i głęboko ją upokarzało. Tylko potwierdzały przekonanie, że usiłuję zdobyć jakąś wiedzę o niej, abym mogła używać jej przeciw niej, aby dokuczać, krytykować i upokarzać.

Wydaje się, że na poziomie przeniesieniowym wyraźnie odtworzyła się relacja pacjentki z matką, a trudności w kontakcie w dużej mierze związane były z intensywnym działaniem mechanizmu projekcyjnej identyfikacji. Pani A. przypisywała mi cechy swojej bezradnej i nieudolnej matki, a ja początkowo czułam i zachowywałam się zgodnie z tą projekcją „będąc cicho”. Jednak poprzez uświadomienie sobie tego, co się odtwarza w naszej relacji, mogłam wydobyć się z tej pozycji, w której zostałam postawiona, a to w konsekwencji otworzyło możliwość dyskusowania o tym z pacjentką, pozwalając na pewną modyfikację tego obrazu relacji.

Przełomem, który umożliwił pokazanie opisanego powyżej procesu pacjentce, było nieoczekiwane wtargnięcie do gabinetu innego mojego pacjenta. Pacjent ten zapukał do drzwi gabinetu podczas sesji z panią A., a ponieważ ja nie zareagowałam na to pukanie, np. mówiąc, jak później zasugerowała to pani A., „proszę nie wchodzić”, wszedł do środka. Zabrał to, czego zapomniał, i wyszedł. Dla pani A. stało się jasne, że jestem — podobnie jak jej rodzona matka — słaba, bierna i nieporadna; że jestem matką, która nie dość, że nie ochrania jej intymności, to jeszcze sama wymaga pomocy i wsparcia — pouczenia, jak należało się w takiej sytuacji zachować.

Tak działo się w gabinecie podczas spotkań indywidualnych, na oddziale natomiast mocno zadziały siły rozszczepienia i poczułam, że tylko ja mam jakiś minimalny dostęp do tej potrzebującej i budzącej współczucie części pacjentki. Cotygodniowe spotkania zespołu wypełnione były opowieściami pielęgniarek i terapeutów społeczności o tym, co znów zrobiła pani A. Pojawiły się głosy za wypisaniem jej z oddziału. Mówiono wówczas: „Wszędzie jej pełno. Używa ludzi”. Wydaje się, że myśli te były odpowiedzią na bardzo silny atak pacjentki, która przy każdej okazji podważała kompetencje poszczególnych osób i całego zespołu.

Pani A. od pierwszych dni na oddziale bardzo mocno zaangażowała się w problemy społeczności. Podejmowała próby pomagania czy ratowania kolejnych osób, zarzucając zespołowi nieudolność, obojętność, rutynę, niewystarczające kwalifikacje itd. Jej poczucie odpowiedzialności było wszechogarniające. Często czuła się winna i odpowiedzialna za

to, co działo się na oddziale. Usiłowała znaleźć rozwiązanie za każdym razem, gdy tylko któryś z pacjentów mówił o swoich problemach. I to nie tylko tych związanych z życiem na oddziale, ale również tych „ze świata zewnętrznego”. Jednak o sobie i swoich trudnościach pani A. nie chciała rozmawiać. Rozumiałam to jako pewnego rodzaju odtworzenie się wcześniejszych doświadczeń życiowych pacjentki związanych z dramatyczną sytuacją rodzinną i próbą przejęcia kompetencji rodziców, którzy okazali się zupełnie niewydolni i nieodpowiedzialni. Więc tak, jak w rodzinie, tak i na oddziale to ona, po raz kolejny, musiała się zająć „rodzeństwem”.

W ciągu 6 miesięcy naszej wspólnej pracy raz po raz odtwarzał się ten sam schemat. Kiedy udawało się przełamać klimat podejrzliwości i nieufności, kiedy dochodziło do żywego i otwartego kontaktu między nami, to bardzo szybko i gwałtownie następowało jego przerwanie, a terapia i sens całego leczenia poddawane były ogromnej dewaluacji. Choć stopniowo moje próby opisywania tego, co się dzieje i dlaczego tak się dzieje, mogły być przyjmowane, to zawsze, do samego końca naszych spotkań, istniało ryzyko, że zamiast spodziewanej ulgi płynącej z rozmawiania i rozumienia, moje słowa przyniosą ból, wściekłość, że zostaną przeżyte przez panią A. jako oskarżenie i zamienione zostaną w atak na mnie lub na samą siebie.

Pacjentka zaprezentowała cały repertuar zachowań actingoutowych. Dokonywała samookaleczeń, prowokowała wymioty, groziła wypisaniem się z oddziału. Powody takich zachowań bywały różne. Było tak wtedy, gdy na oddziale lub w gabinecie działo się coś, co utwierdzało ją w przekonaniu o braku kompetencji personelu, czyli coś, co nie pasowało do obrazu „idealnego” rodzica, np. wtedy, gdy inna pacjentka „pocięła się” lub gdy z oddziału wypisywany był któryś z pacjentów z powodu złamania regulaminu, „wina” zawsze leżała po stronie personelu. Ale te same zachowania pojawiały również wtedy, gdy starając się być kompetentną terapeutką usiłowałam interpretować to, co działo się w relacji między nami.

Bardzo ważny obszar poruszanych tematów dotyczył kwestii związanych z poczuciem tożsamości psychoseksualnej i orientacji seksualnej. W początkowym okresie hospitalizacji pacjentka zaangażowała się w krótkotrwałą i intensywną relację ze współpacjentką, panią B., jakby chciała wszystkim, a w tym również i sobie, udowodnić, że jednak jest homoseksualna. Niestety, ja miałam wówczas informację o tym tylko z raportów pielęgniarstkich. Wszelkie moje próby odnoszenia się do tego były przeżywane przez panią A. albo jako atak, albo były odrzucane. Dopiero pod koniec terapii mogły się w naszych rozmowach pojawić tematy związane z relacjami intymnymi. Wtedy pani A. ze łzami w oczach opowiadała o rozczarowaniu w relacji z panią B. Dzieliła się też swoją tęsknotą za ciepłym, opiekuńczym i odpowiedzialnym mężczyzną. Szybko jednak „obśmiała” tę wizję, nazywając ją „głupimi i nierealnymi marzeniami o księciu na białym koniu”. Opowiedziała również historię o chłopaku z liceum, którego z wzajemnością darzyła ciepłymi uczuciami, jednak nie była wówczas w stanie przyjąć ani symbolicznego bukietu kwiatów, który chciał jej ofiarować, ani wyznanego uczucia miłości.

Pani A. bardzo uważnie przyglądała się nie tylko temu, jaką jestem terapeutką w gabinecie, ale również temu, jaką kobietą jestem poza gabinetem. Zdarzało się, że komentowała na sesjach moje zachowanie, kiedy widziała mnie z kolegami i koleżankami w dyżurce, na korytarzu czy też poza oddziałem. Jako przejaw większej akceptacji swojej kobiecości,

którą mogła czerpać z naszego kontaktu, rozumiałam jej jednorazowe przyjscie na sesję w spódnicy. Sama skomentowała to w ten sposób: „Pani często chodzi w spódnicy, więc ja też postanowiłam się tak ubrać”. Wątki te jednak dość rzadko mogły być szerzej dyskutowane. Zazwyczaj wnoszone były przez pacjentkę w chwilach emocjonalnego zbliżenia i ocieplenia kontaktu, które tak, jak wspominałam wcześniej, zwykle nie trwały długo.

Pacjentka kończąc leczenie na OLZOiN zdecydowała się na podjęcie wielu istotnych decyzji mających umożliwić jej samodzielne życie: wyprowadziła się z domu, wynajęła wspólnie z koleżanką mieszkanie, podjęła pracę i naukę w liceum dla dorosłych chcąc przygotować się do matury po to, by w przyszłości móc studiować (najchętniej na kierunkach związanych z pomaganiem innym). Zdecydowała się również na kontynuację terapii w warunkach ambulatoryjnych oraz na odstawienie paroksetyny.

Etap kończenia leczenia na oddziale był szczególnie trudny. Jeszcze wyraźniej niż na początku widoczne było ogromne wewnętrzne zmaganie się pacjentki z pragnieniem kontaktu oraz pojawiającymi się uczuciami tęsknoty i wdzięczności z jednej strony, a przeżywaniem mnie jako bardzo okrutnej, raniącej i opuszczającej. Rozumiałam jednak podejmowane przez nią decyzje jako wyraz jej nadziei na możliwość dokonywania zmian w swoim życiu oraz opowiedzenie się po stronie „myślenia” i psychoterapii, która pozwoliła jej na doświadczenie, odmiennej od dotychczasowych, relacji. Myślę, że pani A. dała temu wyraz w kartce, którą otrzymałam od niej na ostatnim spotkaniu: „Gdy myślę o pożegnaniu... to jest we mnie wiele różnych emocji, ale jestem po prostu bardzo wdzięczna... Dziękuję”.

Podsumowanie

Patrząc na przebieg leczenia pani A. można zauważyć, że przez długi czas bardzo aktywnie broniła się ona przed przyjęciem pozycji kogoś, kto pozwala się sobą zaopiekować, jakby długo sama przed sobą nie mogła się zgodzić na bycie „dzieckiem”. Biorąc pod uwagę biografię pacjentki można spróbować postawić hipotezę, skąd taki wzorzec zachowania. Prawdopodobnie może to być wynikiem tego, że pacjentka ta zupełnie pozbawiona była doświadczenia otrzymywania dobrej i adekwatnej opieki ze strony swoich opiekunów. W jej przeżyciach „bycie dzieckiem” oznaczało początek katastrofy, prowadziło do rozpadu. Sytuacja, w której, jako pacjentka, miała możliwość doświadczenia opieki i zainteresowania ze strony personelu, a przez to stawania się niejako właśnie takim „dzieckiem”, czyli kimś potrzebującym, zależnym, a czasami również kimś słabym i bezradnym, wywoływała w niej przerażający lęk, napięcie oraz poczucie silnego zagrożenia. Wówczas usiłowała bronić się przed takimi emocjami albo poprzez niedopuszczanie do relacji, w których uczucia takie mogłyby się pojawić, albo poprzez atakowanie i niszczenie takich relacji.

Pani A. prawdopodobnie nigdy nie było dane doświadczenie bycia „niewinnym dzieckiem”, które może być otoczone dobrą opieką. Kiedy pojawia się na świecie, kiedy staje się bezbronnym dzieckiem, wtedy wyzwala najniższe instynkty. Podczas terapii pani A. wniosła też nieco odmienny niż początkowo obraz swojego poczucia, które miało być owocem płomiennej miłości rodziców w noc poślubną. Jednak to poczęte dziecko nie łączy rodziców, zamiast tego „doprowadza” do awantur, wyzwick i bicia, a w końcu do rozstania jeszcze zanim się urodzi. To ono w pewnym sensie staje się winne i przysparza

kłopotów, zarówno matce, jak i ojcu. Podobnie też dzieje się wtedy, gdy A. „wygrywa” z ojczymem, a rodzina pogrąża się w jeszcze większych tarapatkach. To dziecko w niej przyczynia się do pyrrusowego zwycięstwa. To jest wina, za którą pani A. nieustannie się karze. Dla niej słowo „dziecko” nie oznacza niewinnej istoty. W jej uszach brzmi ono jak największy zarzut. Przez całe życie zmagają się ona ze swoją „winą” i karze się – okaleczając się, prowokując wymioty czy usiłując popełnić samobójstwo. Dlatego też moje słowa o jej potrzebującej, „dziecięcej” stronie długo nie mogły być przyjęte.

Myślę, że ten sześciomiesięczny okres leczenia na OLZOiN był dla pani A. przede wszystkim czasem zmagania się z sobą samą i czasem poszukiwania niewinności. Coś, co nieustannie powtarza się w jej życiu, to intensywne poszukiwanie takiego kontaktu i takiego stanu, w którym mogłaby się poczuć odbarczona od tego przytłaczającego poczucia winy i jednoczesna niemożność utrzymania tego stanu. Wydaje się, że trochę podobnie jak z jej poczęciem i narodzinami działa się również na początku naszych spotkań z moim myśleniem o niej. Kiedy tylko rodziła się w mojej głowie jakaś koncepcja, jakaś próba rozumienia jej problemów i łączenia tego z posiadaną wiedzą, to nie miałam poczucia, że jest to coś kreatywnego, coś, co mogłoby mi, jako terapeutce, sprawić satysfakcję i tym samym nieść pomoc pacjentce. Zamiast tego byłam paraliżowana obawami, że wypowiedzenie tego doprowadzi do katastrofy i rozpadu naszej relacji.

Patrząc na wcześniejsze próby zmiany i leczenia pani A., wydaje się, że kończyły się one porażką, ponieważ to doświadczenie „bycia otoczoną opieką” przeżywane było jako stan zagrożenia, jako zapowiedź katastrofy, przed którą broniła się zrywając relacje. Wydaje się, że właśnie to miała na myśli mówiąc: „Wycofuję się, jak trzeba coś zmienić”. Pacjentka intensywnie poszukuje zastępczej matki, która początkowo jest idealizowana (pani pedagog, pani psycholog, ja), ale jednocześnie jest bacznie obserwowana i jak tylko zostanie przyłapaną na jakiejś słabości, bezradności — następuje gwałtowna dewaluacja i porzucenie jej. To, czym różniło się leczenie na OLZOiN od wcześniejszego leczenia, był między innymi fakt, że poprzez bycie w społeczności oddziału i dzięki indywidualnym, wspierającym rozmowom z pielęgniarkami, udało się utrzymać A. na oddziale oraz zaobserwować opisane mechanizmy. To natomiast ułatwiło rozmawianie o tym podczas terapii indywidualnej i wstępne przepracowanie problemu w takim stopniu, w jakim pozwala na to sześciomiesięczne leczenie. Często miałam wrażenie, że gdyby terapia ta odbywała się w warunkach ambulatoryjnych, to z całą pewnością zostałaby szybko przerwana.

Piśmiennictwo

1. Pużyński S, Wciórka J. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania wg ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Kraków – Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2000.
2. Gabbard G. Psychodynamic psychiatry in clinical practice. Washington: American Psychiatric Press, Inc.; 2000.
3. Chrzastowski S. Terapia poznawczo-behawioralna pacjentów z zaburzeniami osobowości w ujęciu Christine Padesky. *Psychoter.* 2006; 1 (136): 39–48.
4. de Barbaro B, Józefik B, Drożdżowicz L. Terapia rodzin w zaburzeniach osobowości: wątpliwości i możliwości. *Psychoter.* 2008; 1 (144): 5–16.

5. Arendarska A, Kucińska M, Pieńkowska S. Osobowość z pogranicza (BPD – borderline personality disorder): podejście poznawczo-behawioralne, teoria i leczenie. Przegląd najważniejszych koncepcji. *Psychoter.* 2006; 4 (139): 11–34.
6. Gajda T, Kostecka M. Zaburzenia osobowości — jak je rozumieć i jak leczyć. Perspektywa psychodynamiczna. *Psychoter.* 2008; 1 (144): 17–25.
7. Scully J. *Psychiatria*. Wrocław: Urban & Partner, 1998.

Adres: OLZOiN, Szpital Specjalistyczny im. J. Babińskiego
30-393 Kraków, ul. J. Babińskiego 29, tel. 012-6542317
e-mail: aleksandrawieczorek@gazeta.pl