

Ryszard Kamiński, Magdalena Letkiewicz, Agata Lisiecka

MOTYWACJA DO PODDANIA SIĘ TERAPII NA ODDZIALE DZIENNYM — ANALIZA PRZYPADKU

THE MOTIVATION TO A DAY CARE TREATMENT — A CASE STUDY

Klinika i Katedra Psychiatrii PAM w Szczecinie

Kierownik: prof. dr hab. Jan Horodnicki

**motivation
psychotherapy
day care**

Autorzy przedstawiają rolę motywacji w przebiegu psychoterapii pacjentów chorych na schizofrenię w warunkach oddziału dziennego. Artykuł zawiera opis przypadku, który ukazuje wpływ różnych źródeł motywacji na przebieg leczenia.

Wstęp

Rehabilitacja pacjentów psychiatrycznych, ze względu na specyfikę zaburzeń psychotycznych, jest procesem długotrwałym i wymagającym ukierunkowanych oddziaływań leczniczych. Nadal poszukiwane są nowe, bardziej efektywne formy terapii. Jedną z nich jest terapia na oddziałach dziennych, które od wielu lat mają uznaną i ważną pozycję w systemie leczenia psychiatrycznego [1, 2, 3, 4].

Oddział Dzienny Kliniki Psychiatrii PAM funkcjonuje od 10 lat i jest miejscem, w którym leczeni są pacjenci z zaburzeniami psychotycznymi i nerwicowymi. Stosowane jest tam leczenie zarówno farmakologiczne, jak i psychoterapeutyczne. Pacjenci z zaburzeniami psychotycznymi leczeni są w grupie otwartej, liczącej od 8 do 12 osób. Kontrakt z każdym pacjentem zawierany jest indywidualnie na 3 miesiące. Zasadniczym celem terapii jest redukcja objawów psychotycznych, poprawa ekspresji treści wynikających ze sfery emocjonalnej i poznawczej oraz umiejętności funkcjonowania w różnych rolach społecznych. W ramach oddziaływań terapeutycznych prowadzone są zajęcia ustrukturalizowane: arteterapia, muzykoterapia, psychodrama, biblioterapia, praca z ciałem.

Zasadniczym elementem warunkującym skuteczność terapii jest motywacja pacjenta do leczenia się. Jej źródła mogą być różnorodne [1, 5, 6]. Wielokrotnie z sugestią terapii na oddziale dziennym występuje lekarz mający kontakt z pacjentem. Źródłem motywacji może być także rodzina. Bywa, że sposób funkcjonowania pacjenta w środowisku jest na tyle uciążliwy, że rodzina „deleguje” go do terapii na oddziale dziennym. Czasami pacjent zgłasza się sam, aczkolwiek jego własna decyzja może wynikać z wielu powodów. Jednym z nich jest motyw roszczeniowy, czyli oczekiwanie wtórnych korzyści wynikających z samego pobytu na oddziale dziennym, np. otrzymanie renty chorobowej, zwolnienie z codziennych obowiązków życiowych. Innym powodem leczenia się jest czynnik psychosocjalny, pobyt na oddziale gwarantuje bowiem kilkugodzinną opiekę, wyżywienie, organizację wolnego czasu.

Za najbardziej korzystny rodzaj motywacji do poddania się leczeniu uważa się pragnienie dokonania zmiany we własnym sposobie funkcjonowania, a co za tym idzie — przejścia kontroli nad własnym życiem i postępowaniem. Jednakże ten rodzaj motywacji w początkowym etapie leczenia na oddziale dziennym jest, z uwagi na symptomatologię schizofrenii, niezmiernie rzadki. Pojawia się on zazwyczaj po pewnym czasie leczenia tak farmakologicznego, jak i w wyniku oddziaływań psychoterapeutycznych.

W celu ilustracji wpływu różnych źródeł motywacji na przebieg leczenia i jego efektywność przedstawiamy analizę trzech pobytów pacjenta Z.S. z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej na oddziale dziennym Kliniki Psychiatrii PAM.

Opis przypadku

Pacjent Z.S., lat 36, kawaler, pochodzi z rodziny pełnej, robotniczej. Jest drugim z czwórki rodzeństwa. Młodsza siostra była leczona z powodu schizofrenii. W dzieciństwie rozwijał się prawidłowo, poważnie nie chorował. Atmosfera w domu rodzinnym była zawsze napięta. Ojca określał jako bezwzględnego, wymagającego posłuszeństwa od członków rodziny i nie liczącego się z innymi. Matka była osobą bardzo opiekuńczą. Czuł się przez nią rozumiany i akceptowany. Z rodzeństwem nie potrafił nawiązać bliskiego kontaktu. Prowadził samotniczy tryb życia, unikał kontaktu z rówieśnikami. Bardzo lubił czytać książki o tematyce batalistycznej i przygodowej. Zdobył wykształcenie zawodowe związane z pracą na morzu.

W 19. roku życia podczas rejsu szkoleniowego samowolnie opuścił statek i spędził cztery lata poza granicami kraju. Najdłużej przebywał we Francji. Z uzyskanych od niego informacji wiadomo, że podejmował tam różne zajęcia. Początkowo pracował jako kelner w restauracji, a po kilku miesiącach zaciągnął się do Legii Cudzoziemskiej. Następnie wstąpił do zakonu, z którego w niedługim czasie został usunięty. Przez kolejne dwa lata prowadził włóczęgowski tryb życia. Po dokonaniu kilku drobnych kradzieży i kilkakrotnym pobycie w areszcie został deportowany do kraju. Po powrocie zamieszkał z rodzicami. Atmosfera rodzinna nie uległa zmianie. Pomiędzy pacjentem a jego ojcem dochodziło do licznych awantur, z rękoczynami włącznie. Z.S. ponownie podjął pracę w charakterze marynarza. Po dwóch latach pracy, w trakcie kolejnego rejsu, wystąpiły u niego po raz pierwszy objawy psychotyczne. Z tego powodu został hospitalizowany na oddziale stacjonarnym z rozpoznaniem zespołu paranoidalnego. W ciągu kolejnych trzech lat czterokrotnie przebywał na oddziale stacjonarnym, gdzie leczony był wyłącznie farmakologicznie. Po kolejnym pobycie na oddziale całodobowym lekarz prowadzący skierował go na oddział dzienny w celu kontynuacji leczenia.

Pierwszy pobyt

W stanie psychicznym pacjenta nie zaobserwowano ostrych objawów psychotycznych, a jedynie obniżenie nastroju, dyskretne cechy autystyczne i dereistyczne oraz anozognozę. W zajęciach uczestniczył niechętnie. Z dużym oporem nawiązywał relacje z pozostałymi członkami grupy. W trakcie spotkań społeczności terapeutycznej nie zabierał spontanicznie głosu. Przerwy spędzał zazwyczaj samotnie, czytając ogłoszenia dotyczące pracy. Zapytany — udzielał zdawkowych odpowiedzi, które związane były głównie z leczeniem

farmakologicznym. Przyjmował wtedy sulpiryd 600 mg/d i tiorydazynę 200 mg/d. Pytany o sytuację domową, opisywał uboczne działania leku i podawał w wątpliwość konieczność stosowania u niego farmakoterapii. Często prosił o odstawienie stosowanych u niego leków, co wiązało się z brakiem poczucia choroby psychicznej i konieczności leczenia. Po 20 dniach zrezygnował z pobytu na oddziale.

Drugi pobyt

W ciągu kolejnych sześciu lat Z.S. był dwukrotnie hospitalizowany na oddziale stacjonarnym. Z powodu narastającego konfliktu z ojcem, na prośbę matki, lekarz z poradni zdrowia psychicznego skierował go na oddział dzienny. W stanie psychicznym chorego stwierdzono dziwaczność zachowania, nastawienie urojeniowe w stosunku do rodziny, z tendencją do systematyzacji urojeń o tematyce wielkościowej, ksobnej i prześladowczej. Pacjent przyznawał się do doznawania omamów psychicznych. Występowała u niego paramimia i ambiwalencja. W porównaniu z pierwszym pobytom na oddziale dziennym, ekspresja emocji była wyraźnie zubożała, cechy autystyczne i dereistyczne uległy nasileniu. W początkowym okresie terapii Z.S. był przyprowadzany na oddział przez matkę, ponieważ bał się sam przychodzić. Również po zajęciach matka odprowadzała go do domu. Analogicznie, jak podczas pierwszego pobytu, izolował się od współpacjentów. Udzielał zdawkowych odpowiedzi, często w języku angielskim bądź francuskim.

Z powodu utrzymujących się objawów negatywnych i znacznej komponenty urojeniowej, początkową dawkę risperidonu 4 mg/d zwiększono do 6 mg/d. Mimo to w trakcie kolejnych tygodni stan psychiczny pacjenta nie uległ poprawie. Z tego powodu zmieniono risperidon na sulpiryd 200 mg/d i lewomepromazynę 200 mg/d. Po kolejnych dwóch tygodniach objawy uległy redukcji. Zauważano większą ufność pacjenta, zarówno do grupy, jak i do zespołu terapeutycznego, czego przejawem był coraz częściej nawiązywany bezpośredni kontakt wzrokowy. Pytany o odczucia — opowiadał o zachowaniu swojego psa. Zwierzę miało 12 lat, było schorowane i wymagało pomocy weterynaryjnej. Pacjent martwił się o jego zdrowie. Obawiał się, że pomimo opieki i stosownego leczenia pies zdechnie. Z.S. wyrażał swoją bezradność i mówił: „mam odczucie, że gram w filmie, którego scenariusza nie znam, ale wiem, że to się źle skończy. Mimo obecności innych ludzi, nie mogę się z nimi porozumieć, gdyż używają oni niezrozumiałego dla mnie języka — mówią coś w kosmicznym języku. Próbuję nawiązać z nimi kontakt, coś do nich mówić lub zapytać, ale wzruszają tylko ramionami i odchodzą”. Symbolika wypowiedzi pacjenta była klaryfikowana i interpretowana w rozmowach indywidualnych, a następnie na zajęciach grupowych. Od tego czasu Z.S. zaczął przychodzić na zajęcia samodzielnie, często był przed czasem.

Uzyskano wyraźną poprawę w zakresie nasilenia objawów psychotycznych i funkcjonowania pacjenta na oddziale. Jego wypowiedzi były coraz bardziej klarowne i nawiązywały bezpośrednio do jego odczuć, a nie, jak wcześniej — tylko do przeżywania choroby psa. Po trzech miesiącach terapii Z.S. poprosił grupę o możliwość przedłużenia pobytu na oddziale o kolejny miesiąc. Stwierdził, że chciałby nadal uczestniczyć w zajęciach, bo czuł się rozumiany i wspierany przez pozostałych członków grupy. W siódmym miesiącu terapii, po kolejnych przedłużeniach wynikających z tego samego powodu — został wypisany. Opuszczał oddział niechętnie.

Trzeci pobyt

Miesiąc po kolejnej hospitalizacji całodobowej, Z.S. sam poprosił o przyjęcie na oddział dzienny. W jego stanie psychicznym stwierdzono miernie nasilone objawy autystyczne, nieznacznie obniżony nastrój i napęd psychomotoryczny. Jego wypowiedzi, w porównaniu z wcześniejszymi pobytami na oddziale dziennym, były w płaszczyźnie pytań, z wyraźnie zaznaczoną tendencją do myślenia magicznego. W trakcie całego pobytu nie obserwowano u niego ostrych objawów psychotycznych. Kontynuowano leczenie stosowane na oddziale stacjonarnym: pernazyna w dawce 700 mg/d i lewomepromazyna do 75 mg/d.

Z.S. sam prosił o niezmienną dawkę i podkreślał swoje dobre samopoczucie, które wiązał z otrzymywanymi lekami. W trakcie kolejnych tygodni terapii odniósł się do trudnych relacji rodzinnych. Związane one były z pojawieniem się i ponownym zamieszkaniem w domu rodzinnym chorej psychicznie siostry oraz z nieustającymi konfliktami z ojcem. Coraz rzadziej, opisując swoje emocje, posługiwał się metaforą i symboliką. Zabierał głos w sprawach innych pacjentów, aktywnie włączał się w proponowane zajęcia terapeutyczne. W miarę trwania terapii coraz częściej się uśmiechał i żartował. Poprawiły się jego relacje z ludźmi, również z ojcem. Zakończył terapię w ustalonym terminie, informując grupę, iż „to, co chciał osiągnąć podczas pobytu na oddziale, już osiągnął i nie widzi potrzeby jego przedłużania...”.

Omówienie

Z życiorysu pacjenta Z.S. wiadomo, że od wczesnego dzieciństwa nie był akceptowany zarówno przez ojca, jak i przez rodzeństwo (szczególnie braci). Jedynie matka była osobą, z którą czuł się związany. W swoim życiu podejmował liczne decyzje, które miały ścisły związek ze środowiskiem typowo męskim: nauka w liceum morskim, pływanie na statkach, służba w Legii Cudzoziemskiej i wstąpienie do zakonu. Pobyt w takim otoczeniu mógł być próbą realizacji potrzeb, których nie zaspokoił w relacjach z ojcem: porozumienie, bliskość, akceptacja, znaczenie (mechanizm identyfikacji, projekcji, hiperkompensacji). Przebieg kolejnych pobytów na oddziale dziennym ściśle wiąże się z tą problematyką.

Inicjatorem pierwszego pobytu na oddziale dziennym był lekarz — mężczyzna — z oddziału stacjonarnego. Z.S. leczył się u niego ambulatoryjnie od kilku lat. Przekazanie na oddział przez tego lekarza uruchomiło w pacjencie poczucie odrzucenia i zostawienia, którego doświadczył wcześniej w relacji z ojcem. W rezultacie zainteresowanie pracą terapeutyczną było nikłe, co przejawiało się niechęcią do nawiązywania kontaktu z członkami grupy i zespołem terapeutycznym. Negując proponowane leczenie, symbolicznie ujawnił frustrację związaną z kolejną deprywacją potrzeby bliskości z mężczyzną. To mężczyzna (lekarz) był źródłem motywacji do podjęcia leczenia, a nie on sam. Odpowiedzią Z.S. była rezygnacja z terapii.

Źródłem motywacji drugiego pobytu pacjenta na oddziale dziennym była jego matka. To na jej prośbę lekarz z poradni zdrowia psychicznego wystawił skierowanie. Motywację do leczenia pobudziła tym razem bliska osoba z rodziny. Matka stanowiła pomost pomiędzy lekarzem a chorym synem. W trakcie tego pobytu zachowanie Z.S. wyraźnie wskazywało na chęć nawiązania kontaktu. Wypowiedzi w językach angielskim i francuskim mogły wynikać zarówno z nieufności, wyalienowania, obawy przed odrzuceniem,

jak i z postawy wielkościowej. Pomimo zachowań prowokacyjnych, grupa nie odrzuciła pacjenta, co sprawiło, że jego negatywne nastawienie uległo zmianie. Zaczął posługiwać się zrozumiałym dla wszystkich językiem. W procesie terapeutycznym tematem wiodącym była choroba psa. O psie wyrażał się jak o bliskim człowieku, jedynym swoim przyjacielem — doszło do przeniesienia ukrytej potrzeby przynależności na obiekt zwierzęcy. Ponieważ pies był chory, Z.S. ujawnił ukierunkowane działanie związane z jego leczeniem licząc się z realną możliwością jego utraty. Spowodowało to odmienny niż dotychczas schemat funkcjonowania. Efektem tych działań było doświadczenie możliwości wpływania na otaczającą go rzeczywistość. Wcześniejszą bezsilność zastąpiło celowe działanie, pojawiła się nadzieja na samodzielność podejmowania decyzji. To doświadczenie uruchomiło w nim potrzebę dalszych zmian, dotyczących jego relacji z najbliższymi, co wpłynęło na kolejne przedłużanie pobytu na oddziale.

Ostatni pobyt na oddziale dziennym był związany z samodzielną decyzją pacjenta. Już od samego początku zaczął aktywnie uczestniczyć w zajęciach grupowych. Stał się bardziej komunikatywny i jasny w swoich wypowiedziach, chociaż zdarzały się okresy nasilenia myślenia magicznego. Dzielił się swoimi refleksjami dotyczącymi poruszanych przez innych problemów. Zajmował zdecydowane stanowisko w kontrowersyjnych sprawach, potrafił bronić swoich racji próbując tym samym określać swoje granice. Atmosfera współpracy i zrozumienia, jakiej doświadczał w grupie, umożliwiła mu podjęcie pracy nad tematem dotyczącym relacji z ojcem. Jego postawa wielkościowa uległa transformacji w kierunku nawiązania relacji z innymi. Tym razem ani nie zrezygnował z terapii, jak za pierwszym razem, ani też nie przedłużał jej, jak za drugim pobytom. Terminowe odejście było jego samodzielną decyzją.

Wnioski

1. Przy kwalifikowaniu pacjenta do leczenia na oddziale dziennym istotna jest analiza źródeł jego motywacji do podjęcia leczenia.
2. Mimo wielu ograniczeń, związanych z przebiegiem schizofrenii, istnieje realna możliwość stworzenia więzi terapeutycznej z pacjentem, która warunkuje jego własną motywację do leczenia.
3. Motywacja pacjenta do podjęcia psychoterapii jest jednym z najistotniejszych czynników powodzenia stosowanych programów terapeutycznych.

Summary

The authors present the role of motivation in the treatment of patients with schizophrenia in a day care unit. The paper includes a case study, which shows the influence of different sources of motivation for the outcome of the treatment.

Piśmiennictwo

1. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. *Am. J. Psychiatry* 1997; 154, 4 (supl.).
2. Cechnicki A. Schizofrenia. Różne konteksty, różne terapie. *Biblioteka Psychiatrii Polskiej*. Kraków 2000, s. 37-45.
3. Cechnicki A. Wprowadzenie w problematykę lecznictwa dziennego. *Psychoter.* 1992; 4 (83): 17-26.

-
4. Kubiak J, Zięba A. Oddział dzienny w strukturze instytucji psychiatrycznych. *Psychiatr. Pol.* 1994; 4: 431-442.
 5. Czabała JC. Czynniki leczące w psychoterapii. Warszawa: PWN; 1997, s. 119-123.
 6. Grzesiuk L, Trzebińska E. Psychoterapia. Szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne problemy. Warszawa: PWN; 1994, s. 120-123, 129-131.

Adres: Klinika i Katedra Psychiatrii PAM
71-460 Szczecin, ul. Broniewskiego 26