

PSYCHOTERAPIA 4 (167) 2013

strony: 29–39

Katarzyna Prot¹, Sławomir Murawiec²

PSYCHODYNAMICZNA TERAPIA PACJENTÓW PSYCHOTYCZNYCH W WARUNKACH ŚRODOWISKOWYCH

PSYCHODYNAMIC PSYCHOTHERAPY OF PATIENTS WITH PSYCHOTIC DISORDERS IN COMMUNITY BASED PSYCHIATRY

¹Akademia Pedagogiki Specjalnej, Katedra Psychologii Klinicznej Człowieka Dorosłego

Kierownik: prof. dr hab. Czesław Czabała

²Instytut Psychiatrii i Neurologii, Wilanowsko-Ursynowski Zespół Leczenia Domowego

Kierownik: dr n. med. Sławomir Murawiec

**schizophrenia
psychosis
psychodynamic psychotherapy**

Autorzy przyglądają się trudnościom w podejmowaniu terapii psychodynamicznej wobec osób z zaburzeniami psychotycznymi. Artykuł stanowi zachętę do włączania myślenia psychodynamicznego do terapii zaburzeń psychotycznych, także w modelu leczenia środowiskowego.

Summary: The paper presents a practical approach in the psychodynamic treatment of patients with the diagnosis of psychotic disorders. Some important concepts like projective identification and omnipotent narcissistic object relations were described in the context of psychosis and schizophrenia. Objectives and rules of psychodynamic psychotherapy in the treatment of patients with psychotic disorders in community based psychiatric services were presented.

Wstęp

Jesteśmy obecnie w obszarze psychiatrii w Polsce świadkami dwóch istotnych procesów. Jednym z nich jest wzrost świadomości prymatu środowiskowego modelu leczenia. Od wielu lat powstają, głównie w ramach pomocy społecznej i organizacji pozarządowych, placówki środowiskowe zajmujące się długoterminowo opieką i wspieraniem osób z doświadczeniem psychozy. Narodowy Program Zdrowia Psychicznego [1] nie spowodował zasadniczej zmiany w rzeczywistości polskiej psychiatrii [2], ale niewątpliwie upowszechnił myślenie środowiskowe i podniósł rangę ośrodków i osób pracujących z pacjentem poza kontekstem szpitala i oddziału.

Drugim ważnym procesem jest wzrost zainteresowania kształceniem psychoterapeutycznym zarówno wśród lekarzy, jak i psychologów. W rezultacie dysponujemy grupą wykształconych psychoterapeutów, którzy pracują w różnych placówkach zorientowanych środowiskowo i chcieliby prowadzić psychoterapię pacjentów psychotycznych, ale często otrzymują w trakcie szkolenia informacje, że tacy pacjenci „nie nadają się” do psychoterapii, że należy udzielać im wsparcia, ewentualnie przeprowadzać psychoedukację dotyczącą objawów choroby i farmakologicznych metod leczenia. Istotna jest tu opozycja podejść — biologicznego i psychologicznego. Zaburzenia psychotyczne uznane za „chorobę mózgu” (a więc uwarunkowane biologicznie) będą leczone głównie farmakologicznie, z ograni-

zeniem roli psychoterapii. Pogląd o uwarunkowaniach biologicznych rodzi przekonanie, że dane zaburzenie jest trwałym uszkodzeniem, nie da się z tym nic zrobić. Bardzo często przyjmujemy, że „biologiczne” znaczy: z góry zaprogramowane, niezmiennie i niezbywalne. Jednak nasze myślenie na temat biologiczności bywa dużo bardziej sztywne, niż sama biologia. W sposób istotny to zagadnienie łączy się z problematyką postrzegania etiologii schizofrenii. Psychoterapeuta uzyskuje łatwiejszy mentalny dostęp do leczenia danej choroby (bardziej czuje i wyobraża sobie, że może ją leczyć), jeśli jest przekonany, że ma ona podłoże psychologiczne. Jeśli istnieje spójna psychologiczna koncepcja choroby — czy będzie to koncepcja konfliktu lub deficytu (jak w psychoanalizie), czy koncepcja myśli automatycznych (jak w terapii poznawczo-behawioralnej) — terapeuta uzyskuje poczucie, że rozumie jej etiologię, że zakres jego kompetencji zawodowych pozwala skutecznie prowadzić terapię. Mając poczucie „pewnego gruntu”, bazy teoretycznej, systemu spójnych przekonań stanowiących podstawę prowadzonej przez siebie psychoterapii terapeuta czuje się na właściwym miejscu. Jednakże większy problem powstaje, jeśli uzyskuje on informację, że etiologia schizofrenii ma podłoże biologiczne, a czuje, że ma do dyspozycji jedynie narzędzia psychologiczne. Może wtedy zrodzić się poczucie, że korzenie choroby są tam, gdzie jego wiedza i umiejętności nie sięgają, oraz pytanie: „w takim razie, co ja mogę zrobić?”.

Psychoterapeuci często nabierają odwagi do pracy terapeutycznej, zauważając, że objawy psychotyczne, podobnie jak objawy nerwicowe, dają się zrozumieć w kontekście życia i struktury psychicznej pacjenta. Napotykają wtedy kolejny problem, którym jest i niewielka ilość literatury, z której można czerpać informacje o terapii pacjentów psychotycznych, i brak ośrodków prowadzących szkolenia w tym zakresie.

Celem tego artykułu jest próba częściowego wypełnienia tej luki poprzez pokazanie, jakie jest psychodynamiczne rozumienie psychozy, oraz zaproponowanie praktycznego podejścia w ramach zespołowego leczenia w środowisku.

Podejście psychodynamiczne w terapii psychoz

Przez leczenie psychodynamiczne rozumiemy za Gabbardem [3] „terapię, w której dużą uwagę poświęca się interakcji terapeuty z pacjentem i w starannie wybranych momentach formułuje się interpretacje przeniesienia i oporu, wbudowane w subtelne zrozumienie wkładu terapeuty w pole dwuosobowe” [s. 3]. Terapia psychodynamiczna oparta jest na myśleniu psychoanalitycznym, stąd przypuszczalnie wątpliwości co do jej stosowania w przypadku osób psychotycznych. Często, jak dogmat, powtarzana jest opinia Freuda o „nieanalizowalności” pacjentów z psychozą, bez zrozumienia, że dotyczyła ona wytworzenia całościowej relacji przeniesieniowej, czyli zastosowania klasycznej psychoanalizy [4]. Natomiast w rzeczywistości Freud uważał, że odpowiednio modyfikując terapię można stosować psychoterapię psychoz [5], a także niesłuchanie wrażliwie opisywał psychozę jako wynik wewnętrznej katastrofy polegającej na zerwaniu więzi ego z rzeczywistością, gdzie urojenie staje się „łata” reperującą rozdarcie między ego a światem zewnętrznym [6]. Myślenie o urojeniu jako o obronie przed chaosem, pustką czy zalewem niezrozumiałych i przerażających treści jest bliskie myśleniu Kępińskiego [7]. Włączenie psychozy w krąg myślenia psychodynamicznego daje szansę na jej zrozumienie i leczenie.

Istotne jest także rozumienie tego, co w myśleniu psychodynamicznym oznacza „psychozę”. Jedną z funkcjonujących koncepcji jest odróżnianie poziomu psychotycznego zaburzenia od objawów psychozy. Zaburzenie na poziomie psychotycznym oznacza fiksację na poziomie wczesnej fazy symbiotycznej, a więc trudność rozróżnienia tego, co wewnętrzne i tego, co zewnętrzne. Objawy psychozy są związane z zaburzeniami zdolności testowania rzeczywistości. Kernberg [8] zaproponował połączenie tych zjawisk w strukturalnej diagnozie psychozy, w której testowanie rzeczywistości obejmuje zdolność odróżniania tego, co wewnętrzne od tego, co zewnętrzne (self/obiekt) oraz realistyczną ocenę własnego zachowania, afektu i myślenia w odniesieniu do reguł społecznych.

Najwięcej do współczesnego myślenia o terapii psychozy wniosły osoby związane z teorią relacji z obiektem. Melania Klein i kleiniści [9] uważają, że możliwa jest całkowita rekonstrukcja rozszczepionego ego i dalszy jego rozwój przez fazę schizoidalno-paranoidalną do fazy depresyjnej. Zmiana ta jest, według nich, możliwa poprzez nawiązanie głębokiej relacji terapeutycznej, analizę przeniesienia i wzmacnianie mniej zaburzonych elementów ego (tzw. części niepsychotycznej). Teoria relacji z obiektem zakłada, że istota ludzka jest motywowana potrzebą relacji z innymi. Dziecko używa rozszczepienia i projekcyjnej identyfikacji, żeby zachować wczesny obiekt, a z czasem jest w stanie kontenerować rozszczepione części siebie i innych. W tym momencie prymitywne obrony nie są już potrzebne. U pacjentów psychotycznych nie dochodzi do tego etapu dojrzałości. Bliskość/wchodzenie w relację powoduje kontakt z będącymi w konflikcie obrazami siebie, co prowadzi do regresji i wzbudzenia prymitywnych obron. Jeżeli atakujemy obrony poprzez interpretację, może dochodzić do wycofania się z relacji lub pogłębienia psychozy. Sullivan [10] uważał, że główną dysfunkcją w schizofrenii jest zaburzenie zdolności do relacji z innymi, rola „uczestniczącego obserwatora”.

Niezwykle ważnym wkładem w terapię pacjentów psychotycznych stało się opisanie zjawiska identyfikacji projekcyjnej, które jest podstawowym mechanizmem obronnym w psychozie, a które właściwie rozpoznane staje się wartościowym źródłem wiedzy i rozumienia pacjenta [11]. Identyfikacja projekcyjna jest procesem, w którym część self zostaje odszczepiona, wyprojektowana w obiekt i uznana za jego atrybut, a fakt, że należy ona do self zostaje zaprzeczony. Relacja z innym staje się relacją z wyprojektowanym w nią własnym self. W sytuacji terapeutycznej pacjent ignoruje te cechy terapeuty, które nie pasują do jego projekcji, albo może kontrolować, zmuszać lub nakłaniać terapeutę, żeby odegrał przypisaną mu rolę. Jeżeli całe self projektowane jest w obiekt, powstaje symbiotyczny typ relacji, charakterystyczny wg Rosenfelda [12] dla pacjentów psychotycznych. Posługiwanie się identyfikacją projekcyjną nie jest właściwością jedynie pacjentów psychotycznych. Różnica polega na tym, że u osób niepsychotycznych proces ten ma charakter elastyczny — introjekty są umieszczane w terapeutę oraz wycofywane. Pacjent używający nadmiernej identyfikacji projekcyjnej, zdominowany jest przez konkretny proces myślowy, który powoduje niezrozumienie werbalnych interpretacji [13]. Słowa i ich zawartość są doświadczane przez niego jako konkretne, niesymboliczne obiekty. Przyczyną konkretności myślenia pacjenta psychotycznego jest niedostrzeganie różnic pomiędzy rzeczą symbolizowaną a symbolem, co jest częścią zakłócenia w relacji pomiędzy self a obiektem.

Wspomniany już Rosenfeld [12] pisze o swoim rozumieniu relacji nawiązywanych przez osoby psychotyczne. Jego zdaniem mimo pozornej obojętności czy martwoty, roz-

wijają one bardzo silną więź przeniesieniową, inną jednak niż pacjenci ze strukturą neurotyczną. Pacjenci psychotyczni wykazują typowo onnipotentne postawy wobec innych osób, myślą innych ze sobą, „przyjmują” innych do własnego wnętrza oraz „wkładają siebie” do wnętrza innych. Rosenfeld nazywa to „narcystyczną relacją z obiektem” lub „narcystycznymi wszechmocnymi relacjami z obiektem”. Polega to na wchodzeniu w relację tylko z powodów narcystycznych, traktując inne obiekty jako kontenery do umieszczania części siebie odczuwanych jako niepożądane, powodujące ból i lęk. Innym aspektem tej relacji jest to, że pacjent identyfikuje się z obiektem w takim stopniu, że czuje, że sam jest tym obiektem, a obiekt nim. Jeśli proces ten zachodzi na zasadzie introjekcji, obiekt staje się częścią self pacjenta — żadna oddzielność ani żadne granice nie istnieją. W przypadku projekcyjnej identyfikacji części self stają się tak bardzo częściami obiektu, że pacjent sądzi, że posiadał wszelkie pożądane aspekty obiektu, że w tych aspektach sam stał się obiektem. Te procesy identyfikacji, projekcji i introjekcji są częściowo obroną przed rozpoznaniem oddzielności self i obiektu, pozwalają mu usunąć agresywne lub ambiwalentne uczucia. Nie można odczuwać agresji lub zawiści w stosunku do kogoś, z kim stanowi się jedność. Z tego samego względu nie można go jednak także kochać ani być od niego zależnym.

Rosenfeld pisze o znaczeniu prymitywnej agresji u pacjentów psychotycznych. Mówi mianowicie, że jeśli u pacjenta żyjącego w stanie fuzji z analitykiem zaczyna budzić się świadomość własnej odrębności odczuwa on gwałtowne destrukcyjne impulsy. Te agresywne impulsy są częściowo wyrazem złości związanej z lękiem separacyjnym, ale zasadniczo mają charakter zawiści. Pacjent, który doświadcza jedności z umysłem i ciałem analityka, jako częściami własnego self, żyje w stanie onnipotentnego narcyzmu. Jak tylko poczuje swoją odrębność, pojawia się reakcja agresywna. Symington rozumie tę reakcję jako odpowiedź na odmowę do bycia wciągany w świat pacjenta, zaznaczenie, że jest się Innym [14].

Ważne jest rozumienie identyfikacji projekcyjnej jako próby „wyrzucenia z siebie nieznośnej zawartości mentalnej”. Pacjent chce, aby terapeuta tolerował „ewakuację treści” i zaprzeczanie problemom, dlatego też wrogo reaguje na interpretacje, gdyż odbiera je jako przerażające i krytyczne. Ze względu na załamanie się funkcji symbolicznej odczuwa, że niechciana treść jest z powrotem „wpychana” w niego przez terapeutę. Identyfikację projekcyjną pacjenta można też rozumieć jako próbę komunikacji, nadzieję, że terapeuta będzie w stanie lepiej poradzić sobie z jego problemami niż on sam. Zachowanie to bywa nieraz błędnie rozumiane przez terapeutę jako agresywne, co powoduje jeszcze większe wycofanie pacjenta, poczucie samotności i niezrozumienia [15].

Tak więc, aby móc posłużyć się i właściwie zrozumieć identyfikację projekcyjną, terapeuta powinien obserwować psychotyczną relację przeniesieniową poprzez obserwację własnych uczuć i reakcji. W kontakcie z masywną identyfikacją projekcyjną terapeuta może doznawać trudnych stanów — jego zdolność myślenia może być ograniczona, ma poczucie, że jest hipnotyzowany i usypiany. Taka identyfikacja projekcyjna grozi zerwaniem werbalnej komunikacji z pacjentem — interpretacje terapeuty są błędnie rozumiane, a komunikaty pacjenta sprowadzają się do poziomu konkretnego, sugerując, iż zanikła zdolność abstrakcyjnego myślenia [12]. Technicznym rozwiązaniem jest odkrywanie procesów projekcyjnych zachodzących w trakcie terapii, służą temu takie sformułowania terapeuty,

jak: „doświadcza mnie pan jako...”, „poczuł pan lęk, gdy ja...” określane jako „interpretacje skoncentrowane na terapeutę” [16].

W terapii może też pojawiać się poczucie izolacji, bezradności, beznadziejności, doświadczane jako złość, znudzenie lub odrzucenie. Jeżeli uczucia te nie zostaną prawidłowo rozpoznane jako przeciwprzeniesienie związane z identyfikacją projekcyjną istnieje poważne ryzyko ich rozegrania w działaniu. Acting-out terapeuty w postaci odrzucenia pacjenta stanowi w takiej sytuacji kolejne potwierdzenie jego lęków i obaw [17]. Musimy bowiem pamiętać, że chory przewlekłe pacjent odtwarza środowisko rodzinne z relacjami z wczesnymi obiektami i wciąż opiekuńcze obiekty w powtórzenie dysfunkcyjnych procesów interpersonalnych.

Psychodynamicznie zorientowana relacja terapeutyczna nie jest równoważna z techniką psychoterapeutyczną, oznacza natomiast przykładanie specjalnej wagi do zjawisk, takich jak holding, empatyczne odzwierciedlanie, kontenerowanie.. Ważne jest, żeby rozumieć kontenerowanie jako aktywny proces, który ma szczególne znaczenie dla pacjenta psychotycznego, oznacza bowiem otwarcie się na intensywną relację, w której rozproszone, pomieszczone lub rozszczepione aspekty procesu premyślowego pacjenta są integrowane w umyśle terapeuty, tak że stopniowo zaczynają mieć sens i znaczenie. Wtedy mogą zostać przełożone na słowa. Używając terminologii Biona [18] terapeuta ma za zadanie przetworzyć elementy beta w elementy alfa, utrzymać materiał pacjenta wyraźnie i logicznie w swoim umyśle, potem może oddać go pacjentowi tak aby ten mógł podążać za logiką swojego myślenia i uczuć.

Próbę opisania koncepcji Biona podejmuje Ogden [19] wskazując, że ma ona charakter nieuchwytny i pobudzający do myślenia: „Bion wprowadził pojęcie »funkcji alfa« odnosząc się do nieznanego jeszcze zestawu operacji umysłowych, które we współdziałaniu ze sobą przekształcają surowe doznania zmysłowe („elementy beta”) w części doświadczenia (nazywane „elementami alfa”), możliwe do przechowywania w nieświadomej pamięci w postaci pozwalającej na tworzenie powiązań niezbędnych do nieświadomej, przedświadomej i świadomej pracy psychicznej: śnienia, myślenia, wyparcia, przypominania, zapomnienia, żałoby, zamyślenia i uczenia się na podstawie doświadczenia” [s.70]. „Elementy alfa” podlegają więc różnorodnym procesom psychologicznym, natomiast „elementy beta”, jak pisze Ogden, nie mogą zostać połączone ze sobą, by tworzyć znaczenie. Tworzą mozaikę wrażeń, ale nie łączących się ze sobą wzajemnie i nie dających żadnego obrazu. Osoba niezdolna do uruchomienia „funkcji alfa” rejestruje jedynie „surowe dane zmysłowe”.

Jak pisze Bion [18] przedmiotem działania funkcji alfa są wrażenia zmysłowe oraz emocje.

Jeśli funkcja ta jest skuteczna, powstają elementy alfa, które mogą być przechowywane, stanowiąc podstawę marzeń sennych. W przypadku, gdy funkcja alfa zanika, doznania zmysłowe oraz emocje pozostają niezmienione (są to elementy beta). Elementy beta są doświadczane jako fakty, elementy alfa zaś jako zjawiska. Elementy beta, jako „rzeczy same w sobie”, są niepoznawalne dla jednostki. Nie mogą być wykorzystane do tworzenia myśli, marzenia sennego, mogą być jedynie użyte w mechanizmie identyfikacji projekcyjnej. Powodują, że uczucia są rozgrywane w działaniu. Bion [18] pisze: „są obiektami, które można ewaluować albo wykorzystać w sposobie myślenia, w którym manipuluje się materiałem traktowanym jako rzecz sama w sobie i taka manipulacja zastępuje po-

sługiwanie się słowami lub ideami” [s. 37–38]. Bion wskazuje także, że elementy beta są przechowywane, ale w odróżnieniu od elementów alfa są nie tyle wspomnieniami, ile „nie przetrawionymi” faktami. Natomiast elementy alfa dzięki pracy funkcji alfa są „przetrawione”, a więc można ich używać do myślenia. To, co Bion nazywa funkcją alfa, sprawia, że wrażenia zmysłowe doświadczenia emocjonalnego dostępne są świadomym myślom i myślom marzenia sennego.

Struktura leczenia pacjenta psychiatrycznego

Pacjent psychiatryczny z reguły potrzebuje wyraźnej struktury leczenia. Idealem jest leczenie „wystarczająco dobrze zintegrowane”, kiedy integracja następuje w umyśle terapeuty. Terapeuta powinien być zorientowany, jakie inne, poza psychoterapią, leczenie jest dostępne w środowisku pacjenta i w jaki sposób mógłby z niego skorzystać. Wydaje się, że czasami leczenie psychoterapeutyczne jest nieskuteczne wobec pacjentów psychiatrycznych, gdyż aplikowane jest bez myślenia o całości ich życia. Naiwnością jest wiara, że skuteczna będzie psychoterapia stosowana raz, dwa razy w tygodniu wobec osoby, która pozostała część czasu spędza w całkowitym wycofaniu w domu pogrążona w doznaniach psychiatrycznych. Tak więc już na etapie zawierania kontraktu warto zastanowić się nad takimi formami leczenia czy rehabilitacji, które umożliwiłyby pacjentowi także doświadczanie relacji z innymi (oddział dzienny, klub, środowiskowy dom samopomocy).

Ważne jest, żeby system opieki był zintegrowany, ale nie w sposób nadmierny, aby dawał pacjentowi możliwość swobodnego wyboru pomiędzy jego różnymi opcjami leczenia, a nie opresyjnie „wyznaczał” jedną z nich. Pacjenci psychiatryczni często doświadczali przemocy, więc musimy być specjalnie czujni, żeby nasza opiekuńczość nie była odczuwana jako kontrola i opresja.

Terapia powinna mieć jasno określony czas, miejsce i — co szczególnie ważne w przypadku pacjentów psychiatrycznych — warunki finansowe. W lecznictwie prywatnym terapia pacjentów psychiatrycznych często jest opłacana przez rodzinę. Wymaga to szczegółowego ustalenia umowy zapewniającej ciągłość leczenia i uniemożliwiającej „karanie” pacjenta w sytuacji trudnej dla rodziny, na przykład, gdy rozpoczyna on proces separacji.

Wydaje się, że najlepiej przystosowane do indywidualnej terapii pacjentów psychiatrycznych są zespoły leczenia środowiskowego, które oferują możliwość leczenia zintegrowanego. Na terapię grupową szczególnie nadają się miejsca długoterminowego pobytu rehabilitacyjnego, jak warsztaty terapii zajęciowej czy środowiskowe domy samopomocy. Istotne jest, że we wszystkich wymienionych placówkach praca ma charakter zespołowy.

Według Burnsa [20] zespoły leczenia środowiskowego w aktualnym rozumieniu tego pojęcia powstały, kiedy ich członkowie zaczęli spotykać się regularnie. W czasie wspólnych spotkań razem oceniali rozwój pacjenta i razem podejmowali decyzje dotyczące leczenia. Istnieją różne opinie o stosowaniu leczenia „zespołowego” wobec pacjentów psychiatrycznych [21]. Argumentem przeciwko leczeniu przez jednego terapeuty jest częstsze występowanie w terapii pacjentów psychiatrycznych „negatywnej relacji terapeutycznej” — patologicznej zależności od terapeuty, w której postęp w terapii i rehabilitacji przeżywany jest przez pacjenta jako sukces terapeuty, pogłębiający poczucie bezradności i bezwartościowości u pacjenta.

Z drugiej strony pacjenci narzekają, jeżeli terapeuci zmieniają się zbyt często; trudno jest wtedy wytworzyć tak ważną dla leczenia relację terapeutyczną. Z kolei ze strony zespołu może w sytuacjach częstych zmian terapeutów występować tendencja do rozmywania odpowiedzialności za pacjenta. Wydaje się, że obecne doświadczenia wielu zespołów pokrywają się z koncepcją „zdrowienia”, tworzoną przez ruchy i organizacje pacjentów, zakładającą, że opieka psychiatryczna powinna prowadzić do transformacji z osoby zależnej/nieświadomej poprzez zależną świadomą i niezależną świadomą do wzajemnie zależnej świadomej [22]. Tak więc akceptujemy początkową zależność jako etap w rozwoju pacjenta i relacji pozostając czujnymi na niebezpieczeństwo utworzenia się patologicznej formy zależności. Przed stworzeniem takiej zależności może chronić praca terapeutyczna skoncentrowana na mocnych stronach pacjenta — kieruje on udzielaną mu pomocą, a nie jest jej biernym odbiorcą. Skuteczność tego modelu wydaje się związana z całkowicie odmiennym doświadczeniem niż dotychczasowe — pacjent ma możliwość decydowania i kierowania swoim życiem. Podobnie jak odzyskiwanie poczucia sprawczości jest leczące w społecznościach terapeutycznych, tak indywidualna relacja z terapeutą powinna dawać pacjentowi szansę budowania w bezpiecznych warunkach swojej niezależności. Stopniowo nawiązuje on kontakt z różnymi osobami z zespołu przy okazji wspólnych działań i wychodząc z zależności poszerza kontakty z innymi. Nie bez znaczenia jest również wsparcie dla terapeutów, jakie daje praca w zespole. Stały kontakt superwizyjny pomiędzy członkami zespołu umożliwia dawanie sobie rady z niezwykle silnymi procesami projekcyjnymi i związanymi z tym uczuciami.

Modyfikacje techniki leczenia psychodynamicznego pacjentów psychotycznych

Główne zasady dotyczące psychoterapii psychodynamicznej pacjentów psychotycznych można określić następująco:

1. Stałe monitorowanie przeniesienia/przeciwprzeniesienia, przymierza terapeutycznego i rzeczywistej relacji. U pacjentów psychotycznych nie interpretujemy relacji jedynie w kontekście przeniesieniowym, ale włączamy aspekty realności i testowania rzeczywistości (na przykład przy przekraczaniu granic, łamaniu przymierza terapeutycznego).
2. Obserwowanie przeniesienia szczególnie w zakresie częstego u pacjentów psychotycznych negatywnego przeniesienia. Zdaniem Federna [23] nie należy analizować pozytywnego przeniesienia ani wzbudzać nerwicy przeniesieniowej, gdyż istnieje poważne ryzyko powstania psychozy przeniesieniowej. Searls i Fromm-Reichman uważają, że należy analizować zarówno pozytywne, jak i negatywne przeniesienie [24]. Kernberg i wsp. [25] zalecają badanie najpierw negatywnego, następnie pozytywnego przeniesienia oraz analizę przeniesienia rozszczipionego.
3. Właściwe rozumienie przeciwprzeniesienia jako całości uczuć, myśli i impulsów terapeutę. Szczególnie u bardziej chorych pacjentów, w przypadku masywnego posługiwania się identyfikacją projekcyjną, może być to jedyny sposób badania ich rzeczywistości wewnętrznej.
4. Rozumienie i nadawanie sensu niezrozumiałym wypowiedziom pacjenta psychotycznego jest podstawową techniką pracy terapeutycznej.

Celem modyfikacji technik terapeutycznych terapii analitycznej jest unikanie bezproduktywnego acting-outu oraz destrukcji terapii poprzez zachowania pacjenta [26]. Zmiana techniki związana jest nie tylko ze specyfiką pacjentów głębiej zaburzonych, ale także z warunkami terapii, która odbywa się zazwyczaj raz, dwa razy w tygodniu.

W klasycznej technice psychoanalitycznej terapeuta pozostaje osobą nieokreśloną, co sprzyja regresji i przeniesieniu, gdyż pacjenci neurotyczni, prawidłowo testujący rzeczywistość, osiągają korzyść uzyskując informacje o sobie. Im bardziej zaburzone testowanie rzeczywistości, tym trudniejsze odróżnianie rzeczywistej relacji od przeniesienia. U pacjentów psychotycznych, u których istnieje trudność określenia granic self/obiekt, łatwo może dochodzić do przeniesienia urojeniowego. Tak więc potrzebują oni bardziej „wyraźnego” terapeuty, żeby zdefiniować swoją tożsamość i określić siebie. Kontrolowane odsłanianie się terapeuty może być pomocą w testowaniu rzeczywistości oraz stanowić informację o własnym wkładzie w relacje z innymi. Ujawnianie uczuć przez terapeuta może pokazywać pacjentowi, w jakim stopniu jego wrażenia zgodne są z rzeczywistością. Ważne jest, aby terapeuta zrozumiał swoje reakcje, nim je odkryje w użyteczny terapeutycznie sposób.

Bardziej „widoczny” terapeuta może stanowić „pomocnicze ego” pacjenta psychotycznego mające funkcje, których pacjentowi brak. Ekspozycja na zintegrowane ego terapeuty pozwala pacjentowi psychotycznemu obserwować, w czym jest podobny, a w czym różny od innych.

Większa aktywność terapeuty może być szczególnie istotna wobec pacjentów schizoidalnych, którzy mogą wykorzystywać wycofanie terapeuty w celu niewnoszenia trudnego materiału.

Pacjenci psychotyczni często wymagają specjalnej pomocy terapeuty w określaniu uczuć. Zapytani o uczucia często odpowiadają opisami doznań somatycznych, zachowaniami niewerbalnymi lub pojedynczymi słowami. Terapeuta systematycznie i drobniawczo pracuje nad nazywaniem przez pacjenta stanów emocjonalnych [27].

Ważne jest studiowanie znaczenia symptomu, które pozwala na zrozumienie aktualnej traumy i deficytów pacjenta (na przykład urojenia wielkościowe mogą być odpowiedzią na narcystyczne zranienie).

Do terapii pacjentów psychotycznych często włączamy elementy edukacyjne stosowane już przez Federna [23] określane jako edukacja dotycząca zmian w granicach ego, a w teorii mentalizacji — uczenie o procesach psychicznych [28]. W tym rozumieniu elementami edukacyjnymi są:

- normalizacja — nazywanie uczuć pacjenta i włączanie ich do pola normalnego doświadczenia społecznego,
- nazywanie uczuć, a nie mechanizmów obronnych, gdyż często interpretowanie prymitywnych obron prowadzi do pogorszenia stanu pacjenta,
- odpowiadanie na uczucia (nie treści urojeniowe),
- wiązanie objawów z aktualnym i przeszłym doświadczeniem życiowym pacjenta.

Tak jak w leczeniu indywidualnym, modyfikacje stosujemy również w grupowym leczeniu pacjentów psychotycznych. Leczenie w grupie pozwala radzić sobie z poczuciem stygmatyzacji i samotności poprzez odkrywanie, że inni mają podobny problem i że można być dla innych ważnym i pomocnym. Grupa uczy komunikacji, w tym rozumienia obja-

wów jako zakłóceń w dialogu interpersonalnym [29]. Członkowie grupy stają się bardziej elastyczni w percepcji siebie i innych [30].

Specyfiką w prowadzeniu grupy pacjentów psychotycznych jest większa aktywność terapeuty motywująca ją do pracy i scalająca jej uczestników, ich myśli i uczucia, oraz kładąca większy nacisk na wzmacnianie funkcji ego poprzez holding oraz „pozytywne interpretacje” skoncentrowane na mocnych stronach pacjenta. Praca polega w dużym stopniu na interpretacjach „tu i teraz”. Uwagę powinny być stosowane interpretacje odnoszone do „grupy jako całości”, tak aby nie sugerowały jej „magicznego” zlania się w jedność. Bardziej owocne wydaje się wykazywanie cech wspólnych pomiędzy poszczególnymi członkami grupy. Pokazuje to też nasz sposób myślenia pełniąc ważną w takich grupach funkcję edukacyjną i modelującą.

Inaczej też niż w innych grupach interpretujemy niektóre fazy rozwoju grupy. Na przykład we wczesnej fazie rozwoju grupy pacjentów neurotycznych zachowania społeczne pomiędzy członkami grupy mogą być rozumiane i interpretowane jako opór przed lękiem dotyczącym nieznanego. W grupach pacjentów psychotycznych natomiast komunikacja między członkami grupy jest ważnym etapem rozwojowym. Oznacza to w praktyce, że jeżeli jeden z członków grupy pacjentów psychotycznych wchodzi w interakcje z innym, nawet na bardzo powierzchownym poziomie, powinno być to wzmacniane.

Podobnie w przypadku powstania w grupie zjawiska „kozła ofiarnego” — klasyczne podejście polegające na interpretacji zachowania jako złości do terapeuty może w grupie pacjentów psychotycznych być zbyt zagrażające. Wystarczające w tym przypadku może być pokazanie mechanizmu projekcji pozwalające na reintrojekcję treści prześladowczych [17].

Zakończenie

Celem artykułu jest upowszechnienie myślenia, że terapia psychodynamiczna jest właściwą i skuteczną metodą leczenia pacjentów z rozpoznaniem psychozy i zachęcenie osób szkolących się w tym nurcie do poznawania świata osób z głębokimi zaburzeniami. Staraliśmy się pokazać rolę relacji terapeutycznej i wysiłków terapeuty (nie pacjenta) do pomieszczenia i porządkowania w sobie chaosu pacjenta. Metaanaliza Gabbarda [31] dotycząca prac badających psychoterapię pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii pokazała, że:

- 1 — objawy psychotyczne mają znaczenie (sens),
- 2 — relacja ludzka jest dla tych pacjentów trudna i wypełniona lękiem,
- 3 — stan pacjentów schizofrenicznych znacząco się poprawia, kiedy są oni włączani w dynamicznie zorientowaną relację terapeutyczną.

Piśmiennictwo

1. http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/npoz_zdrpub_03112011.pdf
2. <http://www.psych.edu.pl/ptp/images/npozp%20raport%20min.%20za%202011.pdf>
3. Gabbard GO. Długoterminowa psychoterapia psychodynamiczna. Wprowadzenie. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2011.
4. Freud S. Wstęp do psychoanalizy. Przeł. S. Kempnerówna, W. Zaniewicki. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2003.

5. Freud S. O psychoterapii. W: Freud Z. Technika terapii (Dzieła, t. IX). Przeł. R. Reszke. Warszawa: Wydawnictwo KR; 2007.
6. Freud S. Neurosis and psychosis (J. Strachey trans.) W: Freud A, red. The essential of psychoanalysis: The definitive collection of Sigmund Freud's writings. London: Penguin; 1986.
7. Kępiński A. Schizofrenia. Kraków: Wydawnictwo Literackie; 2001.
8. Kernberg O. Severe personality disorders. New Haven: Yale University Press; 1984.
9. Segal H. Niektóre aspekty analizy schizofrenika. Przeł. Danuta Golec. W: Segal H, red. Teoria Melanii Klein w praktyce klinicznej. Gdańsk: GWP; 2006.
10. Sullivan HS. Schizophrenia as a human process. New York: WW Norton; 1962.
11. Klein M. Uwagi na temat niektórych mechanizmów schizoidalnych. Przeł. A. Czownicka. W: Klein M. Zawiść i wdzięczność (Pisma, t. III). Gdańsk: GWP; 2007.
12. Rosenfeld H. Impas i interpretacja. Przeł. B. Petryczko-Pater, L. Kalita. Gdańsk: Wydawnictwo Imago; 2012.
13. Segal H. Notes on symbol formation. *Int. J. Psychoanal.* 1957; 38: 391–405.
14. Symington N. Narcyzm. Nowa teoria. Przeł. Marta Lipińska. Gdańsk: Wydawnictwo Imago; 2013.
15. Bion WR. Uczenie na podstawie doświadczenia. Przeł. D. Golec. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2011.
16. Steiner J. Psychiczny azyl. Gdańsk: Imago; 2010.
17. Della Badia E. Supervision of group psychotherapy with chronic psychotic patients. W: Schremer VL, Pines M, red. Group psychotherapy of the psychoses. London, Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers; 1999.
18. Bion WR. Uwaga i interpretacja. Przeł. D. Golec. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2010.
19. Ogden TH. Sztuka psychoanalizy. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2011.
20. Burns T. Community mental health teams. A guide to current practice. Oxford: University Press; 2004.
21. Burns T, Fim M. Assertive outreach in mental health a manual for practitioners. Oxford: University Press; 2002.
22. Townsend W, Boyd S, Griffin G, Hicks PL. Emerging best practices in mental health recovery. Columbus: Ohio Department of Mental Health; 1999.
23. Federn P. Psychoanalysis of the psychoses. W: Federn P., red. Ego psychology and the psychoses. New York: Basic Books; 1952.
24. Searles HF. Collected papers on schizofrenia nad related subjects. London: Hogarth Press; 1965.
25. Kernberg O, Selzer MA, Koenisberg HW, Carr AC, Appelbaum AH. Psychodynamiczna terapia pacjentów borderline. Przeł. J. Matkowski, Ł. Penderecki. Gdańsk: GWP; 2007.
26. Kernberg O. Borderline conditions and pathological narcissism. New York: Jason Aronson; 1975.
27. Lotterman A. Specific techniques for the psychotherapy of schizophrenic patients. Madison, Connecticut: International Universities Press, Inc.; 1996.
28. Fonagy P. The mentalization based approach to psychotherapy for borderline personality disorder. W: Williams P, red. The psychoanalytic therapy of severe disturbance. London: Karnac; 2010.
29. Seikkula J. Becoming dialogical: psychotherapy or a way of life? *Austr. N. Z. J. Fam. Ther.* 2011; 32: 179–193.

-
30. Chazan R. The group as therapist for psychotic and borderline personalities. W: Schremer VL, Pines M, red. Group psychotherapy of the psychoses. London, Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers; 1999.
 31. Gabbard GO. Psychiatria psychodynamiczna w praktyce klinicznej. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2009.

Adres: k.prot@wp.pl