

Heute lebt Jarek wieder bei seinen Eltern, nimmt weiter an Aktivitäten der Werkstatt für Beschäftigungstherapie teil, bleibt im individuellen Kontakt mit seinen Therapeuten und wird zunehmend auf die Aufnahme einer geschützten Arbeit vorbereitet.

Zusammenfassend halte ich diese Betreuungsjahre für mich als Therapeutin für gelungen, aber letztlich als unheimlich schwierig. Die Schwierigkeiten lagen insbesondere in der Vielfalt der Rollen, in die ich mich in dieser Zeit hineinversetzen mußte. Einerseits kontrollierte ich seine pharmakologische Behandlung, unsere Beziehung war hier also eher „schräg“, d.h. ich mußte ihm Spritzen geben, erkundigte mich, ob er regelmäßig Medikamente einnahm und sich mit seinem Arzt traf. Dieser Teil meiner Arbeit würde eher auf die Rolle passen, die üblicherweise im medizinischen Bereich arbeitende Krankenschwestern auszuüben haben. Andererseits lernte ich nicht nur seine innere Welt kennen, half ihm seine Symptome zu unterscheiden, sondern wanderte mit ihm auch im Gebirge, machte mit ihm und für ihn Einkäufe, kochte für ihn. Unsere Beziehung war hier also eher partnerschaftlich. Sie erforderte aber eine große Flexibilität von mir sowie umfangreiches Wissen und psychotherapeutische Erfahrung. Nicht zuletzt fühlte ich mich für Jarek umfassend verantwortlich, obwohl unsere Einrichtung als Tagesstätte gilt, d. h. die Patienten kommen zu uns nur für 6 Stunden. Wir haben

somit keinen unmittelbaren Einfluß darauf, was mit den Patienten in der übrigen Zeit passiert, u. a. wenn sie im Hostel wohnen. Somit gibt es keine „Absicherung“, die Tag und Nacht für sie da wäre. Für mich bedeutete dies letztlich, daß ich alles am Vormittag „absichern“, besprechen mußte. Dies belastete mich zeitweise emotional stark. Letztendlich erkannte ich aber, daß es der Genesung des Patienten diene, ich konnte über meine Belastung zunehmend hinwegsehen. Gleichzeitig halfen mir die tagtägliche Unterstützung des ganzen Teams, die enge Zusammenarbeit mit einzelnen Teamkollegen (Psychologen und Beschäftigungstherapeuten) und die Supervision dabei, die jeweils nächsten Etappen der Rehabilitation zu realisieren.

Es erscheint mir wichtig, hier zu betonen, daß meine Rolle immer wieder eine Herausforderung für mich bedeutete, denn ich mußte gerade solche Aufgaben und Aktivitäten für den Patienten entwickeln, die einen Fortschritt seiner Rehabilitation bedingten. Diese Aufgaben durften nicht allzu sehr belastend sein (Risiko des Krankheitsrückfalls), aber auch nicht zu einfach. Ich glaube heute, daß der wichtigste Faktor, der damals über den Fortschritt der Rehabilitation entschied, die Tatsache war, daß es mir gelungen war, ein solch optimales Stimulierungsniveau zu finden, daß die Entfaltung von Fähigkeiten des Patienten in einer für ihn „sicheren“ Umgebung gewährleistet war.

ELŻBIETA LINCZOWSKA

Terapia indywidualna chorego na schizofrenię w programie rehabilitacyjnym*

Opisywana wieloletnia terapia indywidualna pacjenta prowadzona była w ośrodku rehabilitacyjnym nastawionym na rehabilitację przez zajęcia, pracę i sztukę. Ośrodek ten to Rehabilitacyjny Oddział Dzienny i Warsztaty Terapii Zajęciowej, które powstały przy Katedrze Psychiatrii Collegium Medicum UJ w 1993r. W ośrodku przebywają pacjenci chroniczni, głównie z diagnozą schizofrenii, po wielu latach leczenia oraz sporadycznie osoby po pierwszej hospitalizacji ale o niekorzystnym przebiegu choroby.

Historia Jarka

Pracując na oddziale rehabilitacyjnym podjęłam terapię indywidualną z pacjentem, który wcześniej był siedmiokrotnie hospitalizowany z rozpoznaniem schizofrenii poprzedzonej okresem nadużywania alkoholu.

W pierwszym spotkaniu, przy przyjęciu na oddział, uczestniczył pacjent wraz z ojcem. Podczas rozmowy pojawił się problem codziennego dojazdu na oddział wynikający nie tylko z małej motywacji Jarka do leczenia, lecz także z jego realnej sytuacji, mieszka on w odległości ok. 20-tu kilometrów od Krakowa. Miałam wątpliwości czy Jarek jest w stanie sprostać wyma-

ganiom, to znaczy: regularnie uczestniczyć w zajęciach oddziału, nie spożywać alkoholu, systematycznie zażywać leki. W związku z tym został on przyjęty na okres próbnego jednego miesiąca.

Jarek był wycofany w kontakcie, nie wypowiadał się spontanicznie, jednak zaopiniowany, opowiadał o zdarzeniach i przeżyciach ze swojego życia. Nie ukrywał też faktu nadużywania alkoholu.

Jarek jest starszym z dwojga rodzeństwa, jego młodszy brat studiuje na AGH. Jego ojciec jest mechanikiem pracującym w hucie, był trzykrotnie hospitalizowany z powodu depresji, matka jest emerytowaną nauczycielką. Jarek posiada wykształcenie zasadnicze zawodowe. Za namową ojca rozpoczął naukę w liceum, ponieważ jednak miał trudności w nauce przeniósł się do szkoły zawodowej. Po ukończeniu szkoły podjął pracę w swoim zawodzie, po 3 miesiącach ją przerwał, potem kilkakrotnie zmieniał miejsce zatrudnienia. Odbył służbę wojskową. W tym okresie jego kontakty społeczne ograniczyły się do spotkań towarzyskich, podczas których często spożywano alkohol. Poprzez jego nadużywanie radził sobie z takimi problemami jak lęk, depresja, które prawdopodobnie były początkiem rozpoczynającego się procesu psychotycznego. Od kiedy sięga pamięcią był „osowiały”, miał problemy z nawiązywaniem kontaktu z otoczeniem, czuł się

* Wykład wygłoszony na VII Konferencji Kraków-Bethel, Kraków 1997

napięty podczas rozmów z rówieśnikami. Po powrocie z wojska objawy te nasiliły się, wystąpiły też urojenia o tematyce prześladowczej. Pierwsza hospitalizacja nastąpiła po śmierci babci, z którą Jarek był silnie związany emocjonalnie. Od tego czasu tj. 1990 do 1994 roku Jarek był w szpitalu rokrocznie. Ma za sobą dwie próby samobójcze.

W jego psychopatologii dominowały urojenia prześladowcze, katastroficzne, halucynacje słuchowe i wzrokowe, myślenie magiczne i symboliczne, przeżycia derealizacyjne.

Choroba rozpoczęła się od ogromnego lęku, poczucia zagrożenia przed przybyszami z kosmosu. Wydawało mu się, iż na ziemi wylądowali kosmici, którzy chcieli zniszczyć świat. Ponadto bał się o swoje życie, przestał jeść w przekonaniu, iż żywność zatruta jest przez obcą cywilizację. Zaczął być agresywny, rozbijał rzeczy, które dla niego zawsze były cenne np. swój ukochany motocykl. Różne cyfry zaczęły mieć dla niego magiczne znaczenie. Widział, lub wyobrażał sobie swojego sobowtóra. On był zły a jego sobowtór dobry. Cyfra pięć była symbolem tego sobowtóra. Inna cyfra - sześć była cyfrą diabelską, a dziewiątka chroniła go od niebezpieczeństwa. Idąc ulicami sprawdzał rejestracje samochodów i szukał dobrych cyfr dla siebie. Kobiety w jego świecie były dobre, widział je na niebie, nazywał je „damy cieni”. Chcąc im dorównać, chcąc być dobrym, podobnych do tych „dam”, postanowił się chłostać. W domu miał miotłę, którą wykorzystywał do tego celu. W jego przeżyciach, halucynacjach pojawia się także postać „szamana”, męczyzny, którego Jarek widzi i wspólnie z nim zastanawia się jak uchronić świat od zagłady. Ludzi na ulicy widział zniekształconych, o kocich pyskach. Bał się ich i nie rozumiał co się dzieje.

Rozumiałam, iż świat Jarka jest wyrażnie „podzielony” na dobry i zły. To, co najbardziej złe to on sam i za to musiał się karać, oraz „kosmici”, którzy zagrażali ludz-

kości. Złe w ten sposób było najbliższe jego „ja” a najdalej (kosmos).

Dobre były „damy cieni”, które Jarek widział na niebie. Postacie te symbolizowały prawdopodobnie wyidealizowany obraz kobiety, co mogło być związane z ukochaną babcią, w tej chwili już realnie niedostępną, lub matką, która z kolei była wymagająca, daleka i także nieosiągalna.

Części - dobra i zła - świata rozbitego przez psychozę były symbolizowane także przez cyfry sześć i dziewięć, a więc przez odwrócenie tego samego znaku. Postać męska „szaman” jest także ze świata „dobrych”. Pojawia się jako przyjaciel w puste popołudnia, w okresach zwiększonego smutku, z którym Jarek może porozmawiać. Jest tą dobrą częścią „ja” pacjenta, która jest niezagrażająca.

Początkowo na naszym oddziale Jarek miał trudności z nawiązaniem kontaktu, posypiał na zajęciach, był wycofany w grupie zarówno psychoterapeutycznej, jak i w pracowni stolarskiej. Moje pierwsze rozmowy z nim miały na celu głównie udzielenie mu wsparcia, pomoc w procesie adaptacji w ośrodku. Stopniowo zaczął opowiadać o swoich przeżyciach chorobowych, licznych hospitalizacjach, które były poprzedzane jego agresywnym zachowaniem. Niektóre objawy urojeniowe utrzymywały się podczas pobytu na oddziale dziennym. Dopiero po długich miesiącach rozmów Jarek uzyskał częściowy wgląd w objawy psychotyczne.

Podczas grupy psychoterapeutycznej coraz bardziej otwarcie rozmawiał o swoich problemach. Zainteresowany pracą w stolarni nabywał coraz większe umiejętności manualne oraz potrafił coraz lepiej współpracować. Związał się z grupą i terapeutami, zaprzyjaźnił się z jednym z pacjentów, z którym zamieszkał potem w hostelu. Wydawało się celowe, aby Jarek poprzez mieszkanie w hostelu miał więcej kontaktu z innymi, był bardziej samodzielny oraz uczył się sposobów rozwiązywania konfliktów. Rodzice Jarka wyrazili zgo-

dę na pobyt w hostelu choć obawiali się, że mieszkając z rówieśnikami, poza kontrolą rodziny, będzie miał sposobność do spożywania alkoholu. Ze swej strony, żywiłam również podobne wątpliwości, jednak miałam nadzieję, że w oparciu o nasz związek terapeutyczny próba samodzielności się powiedzie.

Okazało się, że Jarek nie tylko dotrzymał umowy tzn. nie pił, ale również stał się ważną postacią w hostelu. Opiekował się nowymi osobami, pełnił funkcję skarbnika, gospodarza domu, nauczył się odpowiedzialności za grupę. Ważne dla niego było to, iż potrafił sprostać powierzonym zadaniom. W szczególnie trudnym okresie remontu, malowania hostelu, brał czynny udział we wszystkich pracach. W rozmowach po raz pierwszy Jarek więcej mówił o swoich problemach wewnętrznych nie związanych z chorobą, lecz z tym jak sobie przeżywa w relacjach z innymi osobami w hostelu, w jakich dziedzinach czuje się już pewnie np. w kontaktach z kolegami, a w jakich nie np. kontaktach z dziewczynami.

Po pobycie w oddziale dziennym Jarek został uczestnikiem Warsztatów Terapii Zajęciowej. Program rehabilitacyjny zakładał dalsze rozwijanie umiejętności zawodowych takich jak: nauka stolarstwa, kontynuowanie treningu społecznych umiejętności. W tym też okresie Jarek wyjechał na obóz rekreacyjny do Austrii. Było to ważne doświadczenie w jego życiu ponieważ po raz pierwszy wyjechał za granicę.

W ciągu pobytu w naszym ośrodku Jarek miewał okresy pogorszenia stanu psychicznego związane z takimi wydarzeniami jak śmierć dziadka, zabieg chirurgiczny. Wymagał wówczas częstszego kontaktu. Odbywałam z nim wtedy codziennie rozmowy, które pomagały pogodzić mu się z uczuciami żalu i złości związanymi z utratą bliskiej osoby, lęku przed zabiegiem itp. Każda trudniejsza sytuacja w życiu Jarka wiązała się z intensywniejszym kontaktem indywidualnym.

Przez cały okres jego pobytu w ośrodku pozostawałam w kontakcie z lekarzem, który prowadził go farmakologicznie. Początkowo Jarek wymagał ciągłego przypominania o konieczności zażywania leków, o datach wizyt w szpitalu, potem ten temat w naszych spotkaniach już się nie pojawiał.

Zastanawiając się nad swoją chorobą i jej przyczynami wiąże ją z chorobą ojca. Ojciec leczył się trzykrotnie w szpitalu im. Babińskiego z powodu depresji. Jarek przypuszcza, iż jego choroba może mieć podłoże dziedziczne. Z drugiej strony widzi też psychologiczne uzasadnienie choroby, doświadczył wielu niepowodzeń takich jak: nieukończenie szkoły średniej, rozpad związku z dziewczyną, nieumiejętność radzenia sobie w sytuacjach społecznych. Ponadto, tuż przed zachorowaniem zmarła jego babcia i wujek, z którymi był bardzo związany.

Trzyletni proces leczenia i rehabilitacji Jarka w naszym ośrodku pozwolił uniknąć hospitalizacji całodobowej i utrzymać remisję objawową. Pomimo, że w okresach trudnych powracały objawy takie jak wahanie nastroju, lęki, nastawienia urojeniowe, to mógł on nadal funkcjonować w środowisku.

Jego doświadczenia społeczne uległy nie tylko wzbogaceniu ale wykazują się stabilnością. Jarek nawiązał liczne osobiste kontakty, zaprzyjaźnił się z jednym z pacjentów. Ponadto poczuł się pewniej wśród ludzi i w swojej pracy. Jest bardziej samodzielny, mniej zależny od instytucji (od nas), a jego umiejętności zawodowe wzrosły - obecnie jest jednym z dwóch liderów w swojej pracowni. Ważnym wydaje się, iż przejął sam kontrolę nad leczeniem farmakologicznym, regularnie spotyka się z lekarzem, a także nie spożywa alkoholu.

Obecnie Jarek mieszka z rodzicami, nadal uczestniczy w zajęciach w ramach warsztatów, pozostaje w kontakcie indywidualnym, przygotowujący jest także do podjęcia pracy w miejscach pracy chronionej.

Proces terapeutyczny

Starając się uporządkować przebieg terapii indywidualnej podzieliłam go na kilka etapów:

Faza pierwsza - tzw. "otulenie" czyli wsparcie i ochrona, trwała około 6-ciu pierwszych miesięcy.

Pacjent był bardzo wycofany ale podporządkowany, pod silnym jeszcze działaniem leków.

Fazę tę można by nazwać „macierzyńską” dominowało w niej podtrzymanie, a tematy rozmów koncentrowały się na sprawach codziennych, powierzchownych. Nasza relacja zawierała także kontrolowanie leczenia farmakologicznego.

Faza druga - w czasie której doszło do identyfikacji terapii indywidualnej, trwała około roku. W tym okresie Jarek poczuł się pewnie i bezpiecznie w grupie oddziałowej, był coraz bardziej samodzielny (mieszkanie w hostelu). W rozmowach pojawiły się tematy głębsze oraz dotyczące bieżących kłopotów i problemów. W tym czasie stracił dziadka, co bardzo mocno przeżył. W spotkaniach indywidualnych odrağowywał żal, złość i rozpacz. Ta sytuacja pogłębiła naszą relację, Jarek więcej od tego czasu mówił o uczuciach i swoich wewnętrznych problemach.

Faza trzecia - w której doszło do stabilizacji relacji terapeutycznej, trwa również od około roku.

Między nami powstał taki rodzaj relacji, który odznacza się zaufaniem, odczuciem wzajemnego związania, spokoju. W tym okresie Jarek sam zaczął pilnować leków i wizyt u lekarza. Można więc powiedzieć, iż sam przejął odpowiedzialność w zakresie leczenia farmakologicznego. Kontrola dotyczyła jedynie skłonności do alkoholu. W tym okresie miał też większe rozeznanie kiedy następuje pogorszenie i potrzebna jest interwencja lekarska. Wiązało się to również z

Fazą czwartą - czyli coraz swobodniejszą werbalizacją przeżyć psychotycznych

zarówno ostatnich jak i tych bardzo odległych w czasie. Okres ten trwa do tej pory od około pięciu miesięcy. Jest procesem zarówno przypominania sobie jak i porządkowania objawów chorobowych.

Równoległe do procesu terapii indywidualnej program rehabilitacyjny również zmieniał się od prostych czynności poprzez coraz trudniejsze do indywidualnych zadań z pełną za nie odpowiedzialnością. Na przykład w pracy zaczynał od szlifowania desek a potem podejmował coraz trudniejsze zadania takie jak np. oprawa obrazów, udział w remoncie hostelu, ostatnio zaś prowadził kuchnię oddziałową dla 60 osób wraz z planowaniem zakupów, rozliczaniem się z rachunków za zakupy itp.

Podsumowanie

Chciałabym podsumować te dwa lata opieki jako satysfakcjonujące dla mnie jako terapeuty choć niezwykle trudne. Trudność polegała na wielości ról, które musiałam podejmować prowadząc opiekę nad Jarkiem. Z jednej strony pilnując jego leczenia farmakologicznego byłam z nim w relacji bardziej „skośnej,” tzn. robiłam zastrzyki, dowiadywałam się, czy regularnie zażywa leki, czy systematycznie spotyka się z lekarzem. Ta część mojej pracy była bardziej zgodna z taką rolą, jaką zazwyczaj pełnią pielęgniarki pracujące w modelu medycznym. Z drugiej strony nie tylko poznawałam jego świat wewnętrzny i pomagałam mu w rozróżnianiu tego co było objawem, ale też chodziłam z nim po górach, robiłam zakupy, gotowałam i nasza relacja stawała się okresowo bardziej partnerska. Wymagało to dużej elastyczności z mojej strony ale też o wiele większej wiedzy psychologicznej i doświadczenia psychoterapeutycznego. Ponadto czułam dużą odpowiedzialność osobistą za Jarka, ponieważ nasz ośrodek jest ośrodkiem dziennym i pacjenci przychodzą do nas tylko na 6 godzin. Nie mamy żadnego wpływu na to, co dzieje się z pacjentem w

czasie wolnym, nawet wtedy kiedy mieszka on w hostelu. Tak więc, nie ma żadnego całodobowego zabezpieczenia dla osób, które np. nagle poczują się źle. To znaczyło dla mnie, że wszystko muszę „zabezpieczyć” „obgadać” przed południem. To mnie emocjonalnie obciążało, lecz kiedy wszystko w końcu służyło zdrowieniu pacjenta, byłam bardzo zadowolona. Równocześnie codzienne oparcie w zespole, współpraca z kolegami /psychologami, terapeutami zajęciowymi/ a także superwizja, pomagały w realizowaniu kolejnych etapów rehabilitacji.

Realizacja programu rehabilitacyjnego była nieustającym wyzwaniem w znalezieniu takich zadań i aktywności dla pacjenta, które warunkowałyby postęp w jego zdrowieniu. Zadania te nie mogły być zbyt obciążające ze względu na ryzyko na-

wrotu, ale też nie mogły być „za łatwe”. Uważam, iż najważniejszym czynnikiem stanowiącym o postępie rehabilitacji było znalezienie optymalnego poziomu stymulacji zapewniającego rozwój umiejętności pacjenta w „bezpiecznym” środowisku.

Najważniejszym z kolei czynnikiem warunkującym postęp w psychoterapii tego przeciwieństwa chronicznego pacjenta, wydaje się stabilizacja i utrzymanie związku terapeutycznego. Pacjent dopiero po wielu miesiącach terapii podtrzymującej był w stanie podjąć rozmowę o swoich bogatych przeżyciach psychotycznych. Po następnych miesiącach zaczął głębiej wnikać w swoje problemy i konflikty emocjonalne i zaczął je wiązać z własnym rozwojem, sytuacją rodzinną, i kontekstem małego środowiska wiejskiego.