

## Pacjentka ze schizofrenią uporczywie przerywająca leczenie farmakologiczne – opis przypadku i analiza psychodynamiczna

### Schizophrenic patient's constant refusal of psychotropic medication – case report and psychodynamic remarks

Sławomir Murawiec<sup>1</sup>, Cezary Żechowski<sup>2</sup>

<sup>1</sup> III Klinika Psychiatryczna IPiN w Warszawie  
Kierownik: prof. dr hab. n. med. M. Jarema

<sup>2</sup> Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży IPiN w Warszawie  
Kierownik: prof. dr hab. n. med. I. Namysłowska

#### Summary

**Aim.** The aim of the study was the description of defence mechanisms, phantasies and object relations in a non-compliant patient with schizophrenia, who many times had refused using antipsychotic drugs in spite of symptom improvement.

**Method.** Psychodynamic analysis of the case.

**Conclusions.** Mental functioning of the patient based on a narcissistic type of relation, massive primitive defence mechanisms, especially splitting, 'no entry defence' and omnipotent denial. The authors described the influence of these factors on the efficacy of psychotropic medication and compliance of patient.

*Słowa klucze:* schizofrenia, bark współpracy, mechanizmy obronne, obrona 'no entry'

*Key words:* schizophrenia, non-compliance, defence mechanisms, 'no entry' defence

Pacjenci z rozpoznaniem schizofrenii nie współpracujący w leczeniu to poważny problem w praktyce klinicznej. Generalnie, oceny współpracy w długoterminowym leczeniu schizofrenii mówią, że wielu, niekiedy większość, pacjentów nie stosuje się do zaleceń lekarskich i w różnym stopniu nie podporządkowuje się konieczności regularnego i długoterminowego przyjmowania leków [1]. Są jednak wśród szerszej kategorii pacjentów, których współpraca w leczeniu jest niepełna, osoby szczególnie uporczywie odmawiające przyjmowania leków. To one przysparzają klinicystom najwięcej kłopotów, ponieważ wielokrotnie przekraczają tzw. drzwi obrotowe w psychiatrii. Mechanizm ten polega na tym, że są one leczone, wypisywane po uzyskaniu poprawy stanu psychicznego, ale po wypisaniu ze szpitala przerywają leczenie – na-

stępuje pogorszenie się stanu psychicznego, narasta psychoza, co prowadzi prędzej czy później do ponownej hospitalizacji. Należy także dodać, że osoby te szczególnie uporczywie dokonują zniszczeń we własnym życiu zawodowym, rodzinnym i towarzyskim, stając się ofiarami własnej postawy wobec leczenia.

Mamy tu na myśli chorych, którzy należą do kategorii osób odpowiadających na leczenie farmakologiczne. W wyniku stosowania leków dochodzi u nich do poprawy klinicznej – ustępowania urojeń, omamów, poprawy organizacji myślenia i zachowania – przerywają jednak leczenie, które okazało się skuteczne, jeśli tylko mają taką możliwość. Motywacja do takiego sposobu postępowania rzadko bywa możliwa do odtworzenia i zrozumienia.

W ramach badań nad subiektywnymi i psychologicznymi aspektami leczenia dokonano dotychczas kilku opisów psychologicznych i psychodynamicznych uwarunkowań farmakoterapii wśród chorych na schizofrenię [2, 3, 4, 5]. Opublikowano kilka prac poglądowych poświęconych możliwościom i sposobom psychodynamicznej interpretacji efektów farmakoterapii w schizofrenii [2, 3]. Prace kazuistyczne [4, 5] odnosiły się jednak w większości do osób, których współpraca w leczeniu farmakologicznym nie była jednoznacznie negatywna. Osoby te nawiązywały relację terapeutyczną, w ramach której skłonne były dzielić się swoimi refleksjami, myślami, uczuciami i fantazjami na temat leczenia farmakologicznego, którego efektów doświadczały.

W odróżnieniu od dotychczasowych opisów, prezentowany opis przypadku odnosi się do osoby z jednoznacznie negatywnym stosunkiem do leczenia farmakologicznego – osoby, która wielokrotnie, uporczywie zaprzestawała leczenia farmakologicznego po zakończeniu hospitalizacji. Chora ta nie pozostawała w dobrej relacji terapeutycznej z lekarzem leczącym, jednak treść rozmów, które miały miejsce po kilku tygodniach leczenia w warunkach hospitalizacji całodobowej, rzuca pewne światło na fantazje pacjentki dotyczące skutków leczenia farmakologicznego. W ocenie autorów tego doniesienia są one warte zaprezentowania ze względu na swój dość unikalny charakter. Ich unikalność polega między innymi na tym, że rzadko mamy możliwość dowiedzenia się czegoś o świecie wewnętrznych przeżyć tego rodzaju pacjentów.

### Opis przypadku

Pacjentka, lat 37, po raz pierwszy hospitalizowana z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej przed 8 laty. Kilkakrotnie w tym początkowym okresie leczenia była hospitalizowana przez jeden dzień, a następnie wypisywała się na własne żądanie, odmawiając zgody na leczenie farmakologiczne. Po prawie roku choroby hospitalizowana ponownie, leczona sulpirydem z dobrym efektem; wypisana planowo, z poprawą stanu psychicznego. Ponownie hospitalizowana po 5 latach – nie zgadzała się na leczenie, została wypisana po kilku dniach. W ostatnim okresie przed opisywaną hospitalizacją nie przyjmowała leków lub przyjmowała je w znacznie zaniżonych wartościach (1/4 lub 1/2 tabletki, podczas gdy zalecone było przyjmowanie kilku tabletek). Została przywieziona do szpitala przez współlokatorki po epizodzie pobudzenia – kładła się na podłogę, krzyczała, pisała, podskakiwała.

Na oddziale wdrożono leczenie haloperidolem o przedłużonym działaniu w dawce 1 amp. w odstępach czternastodniowych. Decyzja ta była podyktowana historią dotychczasowej farmakoterapii pacjentki i znacznymi trudnościami w podawaniu leków w formie doustnej. W trakcie leczenia kontakt z pacjentką był bardzo utrudniony – prezentowała wysoki poziom wrogości, odmawiała zgody na rozmowy z lekarzem, groziła konsekwencjami prawnymi w związku z leczeniem. Nie nawiązywała żadnego kontaktu także z innymi pacjentami, czas spędzała samotnie, w łóżku. Przy próbach nawiązania kontaktu prezentowała wrogą i odrzucającą postawę. Po mniej więcej miesiącu leczenia zaczęła ujawniać treści swoich przeżyć psychotycznych, a po dalszych 2 tygodniach nastąpiły opisane tu jej wypowiedzi.

W tym początkowym okresie (po miesiącu leczenia) pacjentka ujawniła, że bardzo źle się czuje w swojej sali, ponieważ ma poczucie „odsłonięcia”. Wyjaśniła, że ma wrażenie, że inne pacjentki znają wszystkie jej myśli o tematyce intymnej – erotycznej i dotyczącej spraw fizjologicznych (oddawania kału i moczu). Dodała, że stara się blokować te myśli albo myśleć o czymś innym, że czuje się zawstydzona. Wyjaśniła, że dlatego nie chciała rozmawiać z innymi pacjentkami; siedziała w łóżku, starając się opanować swoje myśli. Wydawało się jej, że pozostałe pacjentki odczytują jej myśli i gesty, że wszystko po niej widać, dlatego wstydziła się ich i odczuwała wobec nich wrogość. Powiedziała także, że najbardziej się wstydzi, gdy jakaś myśl „wymknie” się jej spod kontroli.

Mówiła także o tym, że odróżnia „schizofrenię od psychozy”. Psychozę może mieć nawet zdrowa osoba, natomiast, jak to określiła, „schizofrenizacja” jest dla niej większym problemem. Dodała, że w psychozie daje się neuroleptyki „i wtedy jedna z drugą myśl się lepi, dlatego – neuroleptyki”. Wypowiadała przekonanie, że schizofrenia spowalnia i wtedy trzeba dogonić własne myśli, i dlatego ma się poczucie gonitwy myśli. Ale uważała, „że nie jest to prawdziwa gonitwa myśli, tylko wynika ona z tego, że jest się spowolnionym”. Podsumowała, że „schizofrenia polega na gonieniu własnych myśli”. Pacjentka zaczęła mówić na temat leczenia farmakologicznego. Oświadczyła, że obawia się podawania leków przeciwpsychotycznych. Mówiła, że w jej odczuciu są to leki „oszałamiające” i dlatego, jak jest przez nie oszołomiona, traci kontrolę nad swoimi myślami i bardziej obawia się, że będą one znane innym. W związku z urojeniami odsłonięcia obawiała się, że jeśli jej kontrola nad myślami jest zniesiona przez działanie neuroleptyku, to wtedy narasta lęk, że wszystkie jej intymne myśli mogą odczytać inne osoby.

Po kolejnych dwóch tygodniach, po otrzymaniu iniekcji haloperidolu, zgłosiła, że po zastrzyku poczuła „furię, złość, wściekłość”. Zaczęła się wtedy kłócić z innymi pacjentkami, wszystko ją denerwowało. Określiła, że była to „prawie psychoza, psychoza furii”. „Byłam gniewnie nastawiona”, „zagotowało się we mnie”. Dodała, że w ulotce leku jest informacja, aby nie podawać go w stanach agresji, więc lekarz zrobił błąd, stosując go.

Pacjentka w wypowiedziach zaczęła się odnosić do relacji pomiędzy sferą jej przeżyć związanych z cielesnością a sferą intelektualną w kontekście działania leku. Stwierdziła, że „nie mam psychozy, tylko nieopanowanie się”. „Jeśli jest psychoza w myślach, to nie panuje się nad myślami, a wtedy ciało nie panuje nad sobą”, „Trzeba

się temu poddać, bo próba panowania skończyłaby się drgawkami”. Mówiła, że starała się kontrolować własne myśli, pracować nad nimi.

Mówiła także: „Jestem wściekła na te leki, bo nie pomagają; jestem truta, nic nie robię, tylko badam w sobie działanie leku, myślę o tym, jak się czuję, co robi lek, co robi choroba, jak się uporać z działaniem leku”. Dlatego, jak zgłosiła, bała się spać, bała się przestać to kontrolować, myśleć o tym. Podsumowała, że jej zdaniem „lek działa jak choroba”.

W tym kontekście powiedziała, że intelektualnie pracuje nad swoją chorobą. Natomiast w wymiarze fantazji na temat leków miała przekonanie, że nie pomagają jej one w intelektualnym opanowaniu choroby, ciała, fizyczności i intymności. Ujawniła ciąg skojarzeń i fantazji na temat swojego subiektywnego spostrzegania działania leków. Zaczęła od wypowiedzenia przekonania, że leki, które są jej podawane, to wyciągi z mózgow szczura i myszy. Powiązała to z faktem, że nowe leki są badane na zwierzętach (w jej przekonaniu właśnie na szczurach i myszach), co w fantazji było równoznaczne z tym, że są one wyciągani z mózgow tych zwierząt. Dalszym elementem tej fantazji było jej poczucie, że poprzez przyjmowanie leków, równoznaczne z przyjmowaniem fragmentów biologicznej tkanki zwierząt, w niej samej zaczyna dominować element zwierzęcy. Toteż oświadczyła, że poprzez działanie leku „czuje się zezwierzęcona”, „mam chemię mózgu zwierzęcia”. Oznaczało to dla niej, że przestaje mieć dostęp do intelektualnej kontroli swojej osoby, a staje się podobna do zwierząt, w znaczeniu sfery popędowej, biologicznej. Powiedziała, że „w mózgu zwierzęcia działają biologiczne reakcje”, „tylko myśli brakuje w mózgu zwierzęcia”, dlatego jej zdaniem działanie leku „wypiera myśli”. Podsumowała ten ciąg skojarzeń opinią, że „psychotrop wypiera myśli, powoduje wyparcie myśli, bo zwierzęta ich nie mają, tylko działają biologicznie”.

Sumarycznie, pacjentka ujawniła poczucie, że lek redukuje ją do poziomu zwierzęcia: „Jest się na poziomie szczura; biologicznym”. Inne wypowiedzi na ten temat brzmiały następująco: „chemia mózgu zwierzęcia jest inna niż człowieka, bo zwierzę nie myśli”; „lek wypycha w stronę biologiczną, biologiczna strona bierze górę nad myśleniem [...] poprzez to niemożliwe staje się kontrolowanie, panowanie nad sobą”; „te szczurzyni trenowałam na sobie, czuję się jak królik doświadczalny”.

W odniesieniu do działania leku pacjentka miała poczucie, że nie jest w stanie skutecznie mu się przeciwstawić. Wyraziła to zdaniem: „Ten psychotrop jest silniejszy ode mnie”. Poprzednio starała się radzić sobie z objawami psychotycznymi intelektualnie („Tak to ustalić intelektualnie, żeby wygonić myśli psychotyczne”), natomiast obecnie odczuwała, że powinna się poddać działaniu leku. Jednak to działanie w jej odczuciu miało specyficzny charakter. Jak to ujęła, działanie leku „nasila reakcje biologiczne, reakcje ssania, reakcje seksualne”. Wtedy, jak powiedziała, odczuwa „straszne napięcie”.

W trakcie kolejnego tygodnia w wypowiedziach i zachowaniu pacjentki dominowała agresja słowna, złość, dysforia; wypowiadała groźby pod adresem szpitala i personelu. Pytana o uprzednio ujawniane treści odpowiadała: „To zezwierzęcenie już przerobiłam, już tak nie myślę”, i nie kontynuowała tego tematu. Natomiast cały czas bardzo żywe były jej lęki przed odsłonięciem swoich intymnych przeżyć. Relacjono-

wała przeżycia z początkowego okresu obecnej hospitalizacji, kiedy nie nawiązywała relacji z otoczeniem. W tym czasie przebywała na oddziale osoba upośledzona umysłowo, która czasami wykrzykiwała bezładne, nieartykułowane dźwięki. Pacjentka mówiła: „Z nią to mam kontakt telepatyczny, ona mnie ściąga myślami, ona zna moje myśli, ściąga telepatycznie myśli bez żadnej mojej kontroli”, „Z nią mam intuicyjne więzy, łącznie z intymnymi więzami”. Mówiła o tym, że od początku choroby czuła się „poderotyżowana, podseksualna”. Gdy ta druga pacjentka krzyczała, ona bała się, że wykrzyczy publicznie coś niestosownego z jej intymnych problemów.

Miała poczucie, że nie panowała wtedy nad tym, co tamta jej „pośle” telepatycznie: „Nawet nie wiedziałam, co ona mi ściągnie”, „Ja nie panowałam [nad tym], co ona krzyczała, to mi zaburzało wzrok i moje zdolności paranormalne, bo ja jestem jasnowidzem”. Relacjonowała także, że w tamtym okresie leczenia, aby sobie z tym poradzić próbowała jej przekazać telepatycznie, „żeby nie gadała tego, bo to wstyd”.

Po 6 tygodniach leczenia te urojenia odsłonięcia ustąpiły. Natomiast pacjentka mówiła, że ma „natręctwa seksualne” – „cały czas coś się przewija”. „Kontakt seksualny to moje własne więzy ze mną, nie z innymi ludźmi, tylko ja sama ze sobą. To natręctwo mnie trzymało – żebym sama przed sobą nie uciekała – na bazie kontaktu, żebym ja nie uciekła od siebie; to mnie utrzymuje przy kontakcie”. Precyzuje rodzaj tych relacji: „Jakieś subrelacje między kobietami, subrelacje, podrelacje”. Odnosząc się do tej wykrzykującej pacjentki powiedziała: „Może [...] w związku z tamtą pacjentką”.

Jeżeli chodzi o leki pacjentka konsekwentnie utrzymywała, że powodują one „przebiologizowanie”. Jako przykład podawała swój wstręt w trakcie posiłków. Mówiła, że „rani ją, jak patrzy, jak inni pacjenci jedzą”, ponieważ, jak oceniała, „zwierzęce odruchy są nasilone po lekach”. Wątek ten był zbliżony treściowo do fantazji opisanych powyżej w odniesieniu do działania leków jako środków nadających osobie przyjmującej je cech zwierzęcych.

### Omówienie

W omówieniu przedstawionych wypowiedzi pacjentki chcielibyśmy podjąć próbę analizy jej postawy wobec farmakoterapii z punktu widzenia psychodynamicznego. Przebieg jej terapii wskazuje, że za pomocą leków przeciwpsychotycznych można u niej uzyskać redukcję doznań psychotycznych, a więc ograniczenia w prowadzeniu skutecznej farmakoterapii powodują jej stosunek do leczenia, a nie lekooporność uwarunkowana biologicznie. Ten stosunek do leków nie wynika z jej racjonalnych przekonań i osądów, lecz ze struktury osobowości, rodzaju stosowanych obron psychologicznych oraz fantazji na temat działania leków.

Wypowiedzi pacjentki wskazują na pewien szczególny typ funkcjonowania umysłowego oparty na swoistym dla chorych na schizofrenię narcystycznym typie relacji [6], masywnych pierwotnych mechanizmach obronnych, takich jak rozszczepienie [7], obrony typu „no entry”, oraz omnipotentne zaprzeczenie.

Po pierwsze, pacjentka dokonuje rozszczepienia samej siebie na część związaną z funkcjonowaniem umysłu i na sferę biologiczną. Dokonuje masywnego zaprzeczenia istnieniu całej swojej sfery biologicznej i popędowej. Te sfery związane z seksual-

nością, potrzebami fizjologicznymi, nawet potrzebami przyjmowania pokarmów, są objęte silnym zaprzeczeniem. Pacjentka podejmuje olbrzymi wysiłek, aby przestały one istnieć. W swoim umyśle zaprzecza ich istnieniu u siebie (tak jakby mówiła: „Nie mam takich potrzeb”). Podejmuje także wysiłek, aby istnieć tylko w sferze rozumowej, w sferze myśli. Za pomocą myśli stara się opanować swoje życie, kontrolować rzeczywistość, opanować objawy psychotyczne, a także poradzić sobie z odczuwanym działaniem leków.

W jej wypowiedziach wyraźnie widoczne jest rozszczepienie na dwie części, którego dokonuje w swoim umyśle: jedną akceptowaną (myślenie) i drugą nieakceptowaną (seksualność, potrzeby fizjologiczne). Z częścią akceptowaną związane jest uczucie omnipotentnej kontroli (pacjentka za pomocą myśli chce kontrolować wszystko w sobie i rzeczywistość zewnętrzną). Jest też z nią związane poczucie wartości. Z częścią nieakceptowaną jest związane to wszystko, co jak uważa pacjentka pozbawia ją jakiegokolwiek wartości.

Rosenfeld [6] proponuje w opisie osób cierpiących na schizofrenię termin „narcystycznych relacji obiektualnych”. Termin ten ma wskazywać, że nie jest to stan pozbawiony relacji z obiektami, ale że mają one szczególny charakter. Jego zdaniem pacjenci psychotyczni mają szczególny wzorzec relacji – są w stanie być w relacji tylko z powodów narcystycznych i wyłącznie w wysoce omnipotentny sposób. Rosenfeld nazywa ten rodzaj relacji „narcystyczną omnipotentną relacją obiektualną”. Uważa, że osoby te używają innych (obiektów) jako swoistych „kontenerów”, do których wchodzi, dzięki czuciu się wszechmocnymi, projektują te części siebie, których nie akceptują, a więc takie części, które są nieakceptowane lub powodują ból lub niepokój.

Na podstawie treści przeżyć psychotycznych pacjentki można zauważyć, jak ważne są dla niej nieakceptowane impulsy seksualne. Interesującym elementem jest fakt, że akurat jedna z upośledzonych pacjentek na oddziale miała wykrzykiwać, według niej, jej intymne myśli. Chora umieściła w tej osobie pewną treść psychiczną, związaną ze swoim lękiem. Upośledzona pacjentka reprezentuje tu kogoś, kto nie może myśleć, a więc sprawować kontroli za pomocą myślenia nad swoimi impulsami. Jednocześnie to, co w takim razie zostaje, według fantazji omawianej pacjentki, w upośledzonej, krzyżującej dziewczynie, to czysta sfera biologiczna, a więc to, czego ona sama się najbardziej obawia. W ten sposób w umyśle omawianej chorej upośledzona umysłowo pacjentka staje się znakiem tego, czego ona sama najbardziej się obawia – czystej sfery biologicznej bez myśli. Jest więc zrozumiałe, dlaczego to właśnie w stosunku do tej osoby chorej ma poczucie, że wykrzykuje ona jej intymne myśli. Osoba ta stała się właśnie takim, opisanym powyżej, „kontenerem” mieszczącym jej nieakceptowane, wyprojektowane treści seksualne.

Działanie leków ma miejsce w kontekście takiej struktury obron i osobowości pacjentki. Pacjentka dokonuje zrównania symbolicznego opisanego przez Hannę Segal [8]. Jej zdaniem „Symboliczne zrównanie autentycznego obiektu i symbolu w świecie wewnętrznym i zewnętrznym jest [...] podstawą konkretnego myślenia schizofrenika; substytuty rzeczywistych obiektów lub części self mogą być w nim używane całkiem swobodnie, ale [...] są ledwo odróżniane od rzeczywistego obiektu. Podmiot odczuwa je i traktuje tak, jakby były tożsame z oryginalnym obiektem. To



nieodróżnianie rzeczy symbolizowanej i symbolu stanowi część zaburzenia w relacji pomiędzy ego i obiektem” [8, s. 84]. Zgodnie z tym zrównaniem leki, które są testowane na szczurach i myszach, są w umyśle pacjentki realnie kawałkami szczurów i myszy, które, jak fantazjuje, są jej wstrzykiwane. W jej odczuciu otrzymuje ona w iniekcjach realne kawałki mózgow szczurów i myszy. Należy tu jednak pamiętać o kontekście psychologicznym, w którym pacjentka obawia się swojej strony popędowej, seksualnej, biologicznej. Podawanie leku staje się w fantazji działaniem, które popycha ją w tę stronę, której się najbardziej obawia i której istnieniu w sobie usilnie zaprzecza.

Można podać kilka alternatywnych prób zrozumienia, jak mogła kształtować się ta fantazja. Jedno z możliwych wytłumaczeń jest oparte na tym, co pacjentka mówi o „lepieniu się” myśli po neuroleptykach. Jeśli w jej subiektywnym przeżyciu działanie leku polega na zwolnieniu procesów myślowych, może czuć, że jej myślenie staje się wolniejsze i na przykład mniej efektywne. Dla tej pacjentki myślenie ma wartość omnipotentnej kontroli rzeczywistości, a więc odebranie tej możliwości może ona przeżywać jako szczególnie silne zagrożenie. Generalnie, poczucie pacjentki, że leki „wypierają myśli”, wskazuje na silne zagrożenie, jakie niesie ich działanie dla kluczowego dla niej sposobu radzenia sobie z psychozą, z rzeczywistością i sprawowaniem kontroli nad najbardziej nieakceptowanymi impulsami.

Dругa z możliwości mówi, że działanie leków poprawia kontakt z rzeczywistością pacjentki. Jeśli takie jest działanie leków, to oddalają się intensywnie przeżywane treści urojeniowe, natomiast pacjentka odzyskuje większe poczucie realności. Jednak, kiedy oddala się psychoza, to przybliża się świadomość realności, także swojej sytuacji, sposobu realnego istnienia, w tym potrzeb seksualnych, popędowych, warstwy istnienia biologicznego. Temu wszystkiemu pacjentka chciałaby zaprzeczyć. Działanie leków może zatem przybliżać pacjentkę do świadomości istnienia jej najbardziej nieakceptowanych części.

Mechanizmy obronne uruchamiane przez pacjentkę można też opisać w kategoriach odrzucania jakiegokolwiek formy pomocy – leczenia psychiatrycznego (w tym przyjmowania leków i pokarmów), ale także pomocy psychologicznej (przyjmowania myśli, opinii, sądów, interpretacji innych osób). Z jednej strony pacjentka stara się „kontrolować” i „blokować” własne myśli, z drugiej zaś broni się i odrzuca od siebie dotyczące jej opinie innych. Nie chce przyjmować leków i pokarmów, podobnie jak nie chce przyjmować cudzych interpretacji. Izoluje się, unika kontaktu, a dzielenie z drugim człowiekiem jakichś doświadczeń przeżywa jak traumę, ponieważ czuje się odsłonięta i zawstydzona. Co ciekawe, mechanizm ten nie znika z poprawą stanu klinicznego, ponieważ zaraz po ustąpieniu objawów i wypisaniu ze szpitala pacjentka powraca do dawnego sposobu funkcjonowania – odstawia leki, nie kontynuuje wizyt u lekarza. Wydaje się zatem, że nie jest on podatny na leczenie lekami psychotropowymi, ponieważ sam w sobie nie jest objawem psychotycznym. Prawdopodobnie jest rodzajem poznawczego funkcjonowania pacjentki, które staje się potencjalnym źródłem nawrotów.

Mechanizm ten, idąc za interpretacją Gianni Williams [9], można by określić jako obronę „no entry”. Pacjenci stosujący takie obrony mają poczucie silnej intruzji ze strony innych osób. Wszystko to, co dotyka ich wnętrza, bądź to w formie fizycznej

bądź psychicznej (leki, pokarm, słowa innych), odbierają jako skrajnie nieprzyjemne, szkodliwe i przykre. Obroną przed intruzją jest „zamknięcie się”, unikanie kontaktu, relacji, ale też ograniczenie wymiany z otoczeniem i to zarówno w aspekcie fizjologicznym, jak i psychologicznym. Autorka opisuje funkcjonowanie tego rodzaju mechanizmów nie tylko u osób z psychozą, ale także u innych pacjentów, np. z zaburzeniami odżywiania się. W swoich obserwacjach G. Williams odwołuje się do prac Mary Main i Judith Solomon [10], dostrzegając związek pomiędzy obroną „no entry” a specyficznym rodzajem przywiązania, jakim jest przywiązanie zdeorganizowane. W zdeorganizowanym typie przywiązania rodzice przeżywają lęk o dziecko, zarazem bojąc się go. Komunikaty emocjonalne płynące od nich mają charakter niespójny, chaotyczny, nie dający się przewidywać. Ten brak stałości i przewidywalności jest szczególnie frustrujący dla dziecka, ponieważ nieobliczalne reakcje emocjonalne rodziców same w sobie stają się źródłem lęku i poczucia zagrożenia. Ten silny lęk przeżywany przez dziecko, którego źródła szukać można w lękach rodzicielskich, G. Williams określa „ciałem obcym”. Mechanizm „no entry” jest zatem obroną skierowaną przeciw „ciałom obcym”, czyli przeciw uwewnętrznianiu i przeżywaniu stanów psychicznych innych osób. W rozwoju mechanizm ten rozszerza się na funkcje fizjologiczne, takie jak np. odżywianie się, które w istotnym stopniu kształtuje się w kontekście relacyjnym. Leczenie osób z mechanizmem „no entry” jest szczególnie trudne ze względu na ich lęk przed kontaktem, aktywne jego unikanie, a przede wszystkim ogromne trudności w przyswojeniu sobie myśli, emocji, refleksji dotyczących własnej osoby, a wypowiedzianych przez kogoś innego. Porady lekarskie, zalecenia przyjmowania leków, interpretacje psychoterapeutyczne osoby te doświadczają jako przykre i zagrażające intruzje. Nie znaczy to, że kontakt i terapia nie są możliwe. Wymagają jednak, jak podkreśla to Williams, wielkiej cierpliwości, delikatności i stałości, pomimo nieuchronności przeżywania w przeciwprzeniesieniu silnych emocjonalnych reakcji pacjenta.

### Wnioski

Praca przedstawia opis struktury relacji obiektualnych i fantazji pacjentki związanych z przyjmowanymi przez nią lekami przeciwpsychotycznymi. Uważamy, że w niektórych przypadkach pacjentów czynniki te mają decydujące znaczenie dla skuteczności leczenia farmakologicznego. Ich wpływ istotnie modyfikuje współpracę w leczeniu. Niestety, często w przypadku tak trudnych pacjentów, jak opisana w tej pracy chora, lekarz leczący nie ma możliwości uzyskania wglądu w ich sposób przeżywania (na przykład z powodu ich milczenia lub wrogości). Ponadto, nawet uzyskanie takiego wglądu przez osobę leczącą nie jest równoznaczne z możliwością uzyskania wpływu na psychologiczne mechanizmy pacjenta i poprzez to na jego postawę wobec leczenia. Jesteśmy jednak przekonani, że rozumienie przeżyć i zachowań osoby psychotycznej przez osobę leczącą istotnie wpływa na sam proces terapii. Pozwala to na odejście od przedmiotowego i paternalistycznego traktowania pacjenta. Dzięki dostrzeżeniu i rozumieniu mechanizmów ograniczających możliwości korzystania z leczenia, a w szerszym planie komunikowania się i tworzenia satysfakcjonujących relacji z innymi ludźmi, potrafimy przybliżyć się do postawy postrzegania pacjenta



jako osoby. Oddala to ciągle obecne w naszej pracy ryzyko etykietowania osób chorych i postrzegania ich tożsamości poprzez nadawaną przez nas diagnozę.

**Больная шизофренией все время прерывающая фармакологическое лечение.  
Описание наблюдения.**

**Содержание**

**Задание.** Авторы описывают защитные механизмы, фантазии и объективные реляции пациентки, с распознанной у нее, шизофренией, которая то отказывалась от лечения, многократно прерывала прием препаратов, несмотря на видимое улучшение психического состояния.

**Метод.** Применен метод психодинамического анализа.

**Выводы.** У пациентки отмечено появление умственного функционирования, опирающегося на специфическом, для больных шизофренией, нарцизме, типа реляции. массивных первичных защитных механизмах, таких как расщепление, защита типа „no entry” а также omnipotentных отрицаний. Обсуждено значение этих факторов для эффективности фармакологического лечения путем влияния на совместную работу при лечении, т.е. между больной и врачами.

**Patientin mit Schizophrenie, die beharrlich pharmakologische Behandlung unterbricht - Fallbeschreibung und psychodynamische Analyse**

**Zusammenfassung**

**Ziel.** Das Ziel der Studie war die Beschreibung der Abwehrmechanismen, Fantasie und objektuellen Relationen der Patientin mit der diagnostizierten Schizophrenie, die während der Behandlung nicht zusammenarbeiten wollte und trotz der symptomatischen Verbesserung mehrmals die Medikamente entzogen hatte.

**Methode.** Es wurde die Methode der psychodynamischen Analyse des Falles angewandt.

**Schlussfolgerungen.** Bei der Patientin wurden mentales Funktionieren, das sich auf einen eigenartigen narzistischen für Schizophrenkranke charakteristischen Relationstyp stützt, auch massive Abwehrmechanisme, solche wie Spaltung, Abwehr vom Typ „no entry” und omnipotente Negation diagnostiziert. Man besprach die Bedeutung dieser Faktoren für die Wirksamkeit der pharmakologischen Behandlung durch den Einfluss auf die Zusammenarbeit bei der Behandlung.

**La patiente souffrant de la schizophrénie refusant constamment la pharmacothérapie – description d’un cas et son analyse psychodynamique**

**Résumé**

**Objectif.** Décrire les mécanismes défensifs, fantaisies et les relations d’objets d’une patiente souffrant de la schizophrénie, non coopérant avec les médecins qui refuse plusieurs fois la pharmacothérapie malgré la rémission des symptômes.

**Méthode.** L’analyse psychodynamique du cas.

**Conclusions.** Le fonctionnement mental de cette patiente base sur les relations du type narcissique, les mécanismes défensifs primitifs tels que division, défense du type «no entry» et omnipotentes dénégations. Les auteurs décrivent l’importance de ces facteurs et de la coopération avec les médecins de la patiente pour l’efficacité de la pharmacothérapie.

**Piśmiennictwo**

1. Leo RJ, Jassal K, Bakhai D. *Niestosowanie się do zaleceń dotyczących terapii psychofarmakologicznych w grupie osób z zaburzeniami psychicznymi.* Psychiatr. Dypl. 2006; 3: 49–51.
2. Murawiec S. *Znaczenie psychodynamicznych czynników dla efektu farmakoterapii w schizofrenii.* Post. Psychiatr. Neurol. 1998; 2: 175–187.

3. Murawiec S. *Psychodynamiczne aspekty działania leków psychotropowych według koncepcji G.J. Sarwera-Fonera*. Psychoter. 2004; 1: 67–75.
4. Murawiec S. *Psychologiczne uwarunkowania samowolnego przerwania leczenia atypowym neuroleptykiem – opis przypadku*. Psychiatr. Pol. 2000; 2: 289–298.
5. Murawiec S. *Lek jako obiekt relacji – opis przypadku*. Psychiatr. Pol. 2004; 38: 707–717.
6. Rosenfeld H. *Impasse and interpretation*. Hove, New York: Brunner-Routledge; 2002.
7. Moore BE, Fine BD. *Słownik psychoanalizy*. Warszawa: Wydawnictwo Jacek Santorski & Co; 1996.
8. Segal H. *Teoria Melanii Klein w praktyce klinicznej*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2006, s. 78–99.
9. Williams G. *Reflections on some dynamics of eating disorders: 'No entry' defences and foreign bodies*. Int. J. Psycho-Anal. 1997; 78: 927–941.
10. Main M, Solomon J. *Discovery of new, insecure-disorganised/disoriented attachment pattern*. W: Yogman M, Brazelton TB, red. *Affective development in infancy*. New York: Ablex Press; s. 95–124.

Adres: Sławomir Murawiec  
III Klinika Psychiatryczna  
Instytut Psychiatrii i Neurologii  
02-957 Warszawa, al. Sobieskiego 9

Otrzymano: 11.07.2006  
Zrecenzowano: 8.08.2006  
Przyjęto do druku: 26.03.2007