

Niektóre aspekty farmakoterapii w kontekście przeniesienia – przeciwprzeniesienia

Some aspects of pharmacotherapy in the context of transference – countertransference

Antoni Jakubczyk², Sławomir Murawiec¹, Cezary Żechowski²

¹ Z III Kliniki Psychiatrycznej IPiN w Warszawie

Kierownik: prof. dr hab. n. med. M. Jarema

² Z Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży IPiN w Warszawie

Kierownik: prof. dr hab. n. med. I. Namysłowska

Summary

The article deals with the psychological background of administration of medication in psychiatry, the meaning of administration of drugs in relation to the doctor-patient relationship. The place of pharmacotherapy among other medical procedures was discussed. The differences in the approach to pharmacotherapy in different therapists was noticed, with the pointing out to two kinds of approaches (symptom oriented and problem oriented). Other than rational motivations for the use of pharmacotherapy was discussed.

Słowa klucze: farmakoterapia, aspekty psychologiczne

Key words: pharmacotherapy, psychological aspects

Relacja lekarz psychiatra–pacjent w znacznym stopniu odbiega od relacji psychoterapeuta–pacjent (klient). O ile podobieństwo obu relacji dotyczy faktu „leczenia” jako podstawy spotkania i zawarcia kontraktu terapeutycznego, o tyle różnice pojawiają się już w samej definicji pojęcia „leczenie”. Czym ma być leczenie – usunięciem bądź złagodzeniem objawów, dokonaniem wglądu, rozwojem osobowości poprzez ciągły dyskurs leczącego i leczonego, spotkaniem, dialogiem czy wreszcie wszystkim tym po części? Jakie ma być zaangażowanie leczącego, a jakie leczonego? W jakim stopniu przydatna jest aktywność pacjenta? Czym ma być współpraca i związek terapeutyczny?

Psychoterapeuta powinien wyznaczać granice, analizować je i badać. Pole oddziaływania psychiatry wydaje się mniej jasne, a granice tegoż oddziaływania pozostają bardziej rozmyte i są rzadziej analizowane. W pewien sposób psychiatra tworzy swój własny setting, który może być bardziej lub mniej świadomy, bardziej lub mniej badany,

może podlegać superwizji lub nie. Setting ten może bardzo różnić się u poszczególnych psychiatrów, może być inny wobec każdego pacjenta, wreszcie może zmieniać się w trakcie leczenia. Ta sytuacja tworzy warunki do rozwoju zarówno przeniesienia, jak i przeciwprzeniesienia, które pośredniczą w procesie leczenia. Wydaje się, że rozmycie granic i nieczęsta analiza (w tym superwizja) relacji przeniesienia i przeciwprzeniesienia stwarzają pole reakcji przeciwprzeniesieniowych wpływających na sam proces terapeutyczny. Artykuł poniższy jest próbą analizy jednej z procedur medycznych – farmakoterapii, w aspekcie przeniesienia pacjenta oraz przeciwprzeniesienia lekarza dokonujących się w procesie terapii.

Wydaje się, że wybór psychiatrii jako specjalności bywa związany z własną fascynacją obłędem i szaleństwem, i takimi jego atrybutami jak schizofreniczna wolność (uwolnienie się od ograniczeń związanych z czasem, ograniczeń narzuconych przez realia życia) czy schizofreniczne opustoszenie i śmierć psychiczna. W ramach swojej pracy psychiatra boryka się z tymi problemami u pacjentów, ale także i u siebie samego (u siebie samego może doświadczyć doznań psychotycznych w marzeniu sennym). W rzeczywistości oscyluje między koniecznością wejścia w świat psychozy a koniecznością postawienia granicy między swoją rzeczywistością a obłędem. Konieczne jest więc wytworzenie pewnego stanu równowagi między tymi dwoma tendencjami; u niektórych psychiatrów można zaobserwować przesunięcie albo w kierunku nadmiernego zaangażowania w świat psychotyczny, albo w kierunku uruchomienia obron przed tym światem. Niektóre z tych przeciwprzeniesieniowych obron zostaną opisane poniżej.

Ważnym elementem towarzyszącym procesowi leczenia w psychiatrii jest stosowanie tzw. procedur medycznych i o ile w procesie psychoterapii przeniesienie pacjenta ukierunkowane jest na osobę terapeuty, o tyle w leczeniu psychiatrycznym rozproszone jest na osobę lekarza i na procedury lecznicze. Procedury te można opisać w trzech kategoriach: 1) diagnostyka laboratoryjna – konieczność pobierania próbek krwi, wydzielin, czasem tkanek pacjenta; 2) diagnostyka obrazowa – prześwietlanie, CT, NMR itp. – procedury umożliwiające otrzymanie obrazu wnętrza ciała ludzkiego, oraz 3) farmakoterapia. Wydaje się, że procedury medyczne stanowią część settingu lekarza i również na nie dokonuje się przeniesienie pacjenta. W tym właśnie sensie przeniesienie pacjenta ulega niejako rozproszeniu. Zazwyczaj obejmuje ono samą relację z lekarzem, procedury medyczne oraz instytucję leczącą. W tym sensie procedury medyczne wywołują silne reakcje emocjonalne pacjenta, reakcje psychologiczne, które w znacznym stopniu mogą być reakcjami przeniesieniowymi. W subiektywnych reakcjach pacjenta przemieszczeniu ulega obiekt przeniesienia (z lekarza na procedurę). Wystarczy sobie uświadomić znaczenie emocjonalne powszechnie stosowanego sformułowania „on/ona idzie na badanie”, „idzie do szpitala, ale na badanie”. Oznacza to jednoczesne zamaskowanie i zmniejszenie lęku dotyczącego ewentualności występowania choroby (osoba nie jest chora tylko podlega badaniom), przynosi milczące założenie, że stan zdrowia zostanie oceniony obiektywnie (wszak wyniki badań są czymś mechanicznym, a nie subiektywnym) i redukuje ciężar możliwej oceny stanu zdrowia przez lekarza i jego odpowiedzialności za tę ocenę. Zatem procedury medyczne „chronią” niejako lekarza przed intensywnymi uczuciami i reakcjami przeniesieniowymi pacjenta. Oczywiście „ochrona” ta może być tylko częściowa, stąd

naturalne wydaje się przeciwprzeniesienie pojawiające się u lekarza psychiatry.

Należy też pamiętać, że leki psychotropowe likwidują lub zmniejszają nasilenie symptomów. Symptomy w psychiatrii, podobnie jak symptomy somatyczne, typu ból czy gorączka, mają swoją wartość adaptacyjną i są pacjentowi na pewnym etapie choroby potrzebne. Przykładem mogą być urojenia, które można potraktować jako mechanizm obronny – chronią pacjenta przed dalszą dekompensacją i dezintegracją psychiki, pomagają mu bowiem zorganizować rzeczywistość zewnętrzną i wewnętrzną, i wyjaśnić szereg zjawisk, które inaczej byłyby dla niego kompletnie niezrozumiałe. Z praktyki klinicznej znane jest zjawisko „ośnienia” urojeniowego, które powoduje, iż nagle wszystko staje się dla pacjenta „zrozumiałe”. Oczywiście inny jest poziom organizacji rzeczywistości przy usystematyzowanych urojeniach paranoicznych, a inny przy chaotycznych urojeniach paranooidalnych, urojenia paranoiczne są bardziej „adaptacyjne”, dlatego zapewne są znacznie trudniejsze do leczenia farmakologicznego. Urojenia paranooidalne dużo lepiej reagują na farmakoterapię, jednakże zbyt szybkie odebranie pacjentowi jego obron, może spowodować powrót do ich przyczyn, czyli chaosu i dezorganizacji, co z kolei powoduje konieczność nasilenia obron, a tym samym nasilenie urojeń, pobudzenia, lęku. Niektóre urojenia, a zwłaszcza urojenia trucicia, mogą zawierać w sobie ukrytą, symboliczną komunikację, na przykład pacjent, który twierdzi, iż rodzina go chce otruć, przekazuje w ten sposób informację, iż jego rodzina jest toksyczna.

Patrząc na leki z punktu widzenia teorii Melanii Klein możemy każde podanie leku potraktować jako karmienie. W tym momencie lek staje się w nieświadomych fantazjach pacjenta pokarmem, pobieranym z dobrej lub złej piersi. Wspomniane powyżej urojenie trucicia może tu ukrywać komunikat, iż pacjent w dzieciństwie był karmiony przez matkę w toksycznej atmosferze emocjonalnej. Bardzo istotnym czynnikiem staje się wówczas rodzaj relacji istniejącej między pacjentem a lekarzem zlecającym lek, pacjentem a pielęgniarką wydającą lek oraz między lekarzem a pielęgniarką. W takich sytuacjach, kiedy pacjent twierdzi, że lek mu szkodzi, a lekarz mówi, iż wie lepiej od niego, co jest dla niego dobre, lub też pielęgniarka przekonuje pacjenta, że jego lekarz jest znakomitym fachowcem, podczas gdy pacjent ma z nim zły kontakt i czuje się niezrozumiany, można z dużym prawdopodobieństwem oczekiwać negatywnej reakcji na farmakoterapię, łącznie z szybkim wystąpieniem objawów ubocznych. Analogicznie też, konfliktowa sytuacja między lekarzem (lub zespołem lekarskim) a pielęgniarką może spowodować, że pielęgniarka będzie, w mniej lub bardziej ukrytej formie, przekazywać pacjentowi, iż jest on źle leczony, co wywoła identyczny skutek, tj. negatywną reakcję na terapię i objawy uboczne. Warto w tym momencie wspomnieć, iż pewne znaczenie może mieć wygląd leku, np. jego kolor. Kolory mogą symbolizować pewne cechy i łączyć się z pewnymi wyobrażeniami pacjenta.

Pewne implikacje dla przebiegu farmakoterapii może nieść za sobą działalność firm farmaceutycznych, które stosują różne formy gratyfikacji dla lekarzy stosujących ich produkty. Może to spowodować w przeciwprzeniesieniu nadmierną chęć szybkiego i dobrego wyleczenia pacjenta, z czym wiąże się oczekiwanie szybkiej zmiany u niego, a można przypuszczać, iż każdy człowiek będzie opierał się wymuszaniu na nim zmian, zwłaszcza jeśli zmiana taka ma nastąpić w krótkim czasie, a tego właśnie

może nie w pełni świadomie oczekiwać lekarz. Reasumując, można stwierdzić, że na subiektywną reakcję pacjenta poza samą procedurą medyczną istotny wpływ wywiera zarówno przeniesienie, jak i przeciwprzeniesienie. Innymi słowy – w subiektywnej reakcji pacjenta na procedury medyczne, oprócz aspektów samej procedury, mieszczą się subiektywne nastawienia i jego, i lekarza.

Rozważania o przeciwprzeniesieniowych aspektach farmakoterapii wymagają poruszenia ważnego i jednocześnie trudnego tematu przeciwprzeniesieniowego stosunku do osób, u których rozpoznano schizofrenię. Ten stosunek ma wiele istotnych cech, które sprawiają, że chory z taką diagnozą zostaje wyłączony z „normalnej” populacji ludzkiej i zakwalifikowany do kategorii „to psychotyk”, „to schizofrenik”. Owo „to” ma wskazywać między innymi na zmieniony stosunek do niego. Nie jest tu celem ocenie tej postawy, a raczej jej opis. Aby uniknąć pochopnych ocen, można odnotować, że postawa taka łączy się najczęściej ze znacznie zwiększoną tolerancją dziwacznych, nieadekwatnych i zaburzonych zachowań człowieka z rozpoznaniem schizofrenii. Ale łączy się też z czymś rozpoznawanym intuicyjnie – on już nie jest „normalny”, już nie jest „jednym z nas”, choćby nie wiem jak zaburzonym, nie podlega zwykłym prawom oczekiwań, jakie mamy wobec znanych nam osób, odnoszenia, stosunków jakie zwykliśmy nawiązywać, rodzajów terapii, jakie uznalibyśmy za wskazane dla innych, reguł wchodzenia w relacje się i zaprzyjaźniania. Taki człowiek jest postrzegany jako chory, nawet jeśli aktualnie nie ma żadnych objawów, jest w nim coś, co czyni go „schizofrenikiem”, „psychotykiem” – kimś nieobliczalnym, nieprzewidywalnym. Taka postawa otoczenia ma wiele zalet. Oprócz wspomnianej już „rozszerzonej” tolerancji nieadekwatnych zachowań jest prawdopodobnie stosunkowo bezpieczna dla chorych (którzy mają trudności z nawiązywaniem relacji), umożliwia sprawne, istotnie pomocne działanie w sytuacji epizodu psychotycznego, w pewien sposób antycypuje te epizody i „nie daje się zaskoczyć”. W razie wystąpienia epizodu psychiatra jest w optymalnej pozycji, aby ten epizod leczyć, jest w pozycji kogoś, kto „wiedział”, że epizod nastąpi, trwał w gotowości i w stosownej postawie, i może służyć choremu fachową medyczną pomocą. Z tą postawą wiąże się pewien określony stosunek do farmakoterapii. Farmakoterapia jest tym, czego chory potrzebuje, aby nie miał objawów, lub żeby one nie wróciły. W tym ujęciu sam fakt, że chory „ma w sobie lek”, jest spoztrzegany jako pozytywny. Chory jest chory, „ma w sobie schizofrenię” i w związku z tym powinien mieć w sobie lek, aby kontrolować tę schizofrenię. Ten aspekt farmakoterapii odnotował prof. R. G. Petty w wykładzie „Optimizing the management of schizophrenia in 21-st century” [1]. Wspominał on o swoim doświadczeniu z australijskimi psychiatrami, którzy byli zwolennikami leczenia preparatami depot i argumentowali: „chory przynajmniej ma w sobie lek”. Pytanie-odpowiedź prof. Petty’ego brzmiało: „No i co z tego”. Możemy skomentować, że wynika z tego coś dla psychiatrów istotnego. Jest to fakt mający jednocześnie aspekty naukowe i fantazji. Naukowo wiadomo, że leczenie podtrzymujące zmniejsza częstość nawrotów psychozy; w dziedzinie fantazji – daje poczucie panowania, kontrolowania psychozy, „szaleństwa” pacjenta. Owo „przynajmniej ma w sobie lek” można tłumaczyć: „przynajmniej coś z tym robię”. Coś jakby zostało zatracone z początków farmakoterapii. Wtedy niektórzy przynajmniej dawali lek choremu dla jakiegoś celu. Teraz pacjenci mają zalecany lek tylko dlatego, że są

lub kiedyś byli w ocenie lekarza chorzy.

Na drugi aspekt tej postawy zwraca uwagę Wciórka [2]. Zauważa on mianowicie występowanie pewnej charakterystycznej postawy psychiatrów, którą opisuje w następujący sposób: „panuje [...] przekonanie, że ponieważ pacjent w kontakcie z lekarzem uzewnętrznia zachowania chore i niedostosowane – to i jego oczekiwania względem terapeuty są mało adekwatne i wymagają raczej zmiany niż respektowania”. Tego rodzaju rozumowanie może zdaniem Wciórki łączyć się z bagatelizowaniem oczekiwań pacjentów względem leczących ich psychiatrów. Ale możemy spojrzeć na tę kwestię także nieco szerzej, dostrzegając, że tego rodzaju podejście może łączyć się z bagatelizowaniem wszystkich czy też większości wypowiedzi pacjentów. Traktowanie tych wypowiedzi jako „chorych”, wymagających wyłącznie zmiany, ewentualnie przeczekania, a nie uwzględnienia, może mieć istotne dla całego przebiegu choroby i leczenia danej osoby konsekwencje. Nawet jeśli chory mówi, że z jakichś względów źle czuje się pod wpływem leków, to przyjmuje się że wynika to z jego choroby, z tego, że nie wie on, co dla niego dobre. Ten sposób myślenia zakłada, że trzeba mu więc ten lek podać, wtedy będzie mógł docenić (albo nie, z powodu choroby) jak dużo dla niego robimy.

Ta postawa prowadzi do nieliczenia się ze skargami chorych, wynikającego z uważania wszystkich ich wypowiedzi za przejaw choroby. W tym ujęciu każdą wypowiedź chorego można usunąć poza nawias sensowności, zakwestionować i umieścić w kontekście choroby. Prowadzi to do pomijania subiektywnych aspektów farmakoterapii. Wielkim osiągnięciem Hogana, Awada i Eastwooda [3] oraz Van Puttena i wsp. [4] było nadanie wagi tym wypowiedziom. Autorzy ci zainicjowali ważny kierunek badań współczesnej psychiatrii – badania nad subiektywnymi aspektami farmakoterapii w schizofrenii. Ale też odnotowania wymaga sposób, w jaki cytowani autorzy dowodzili ważności prowadzonych przez siebie badań – wskazywali, że wpływa to na skuteczność leczenia.

Można też odnotować, że ta „oczekująca” na niekorzystny rozwój choroby postawa w trakcie długotrwałego leczenia jest częściowo potwierdzana. U części pacjentów przebieg choroby jest rzeczywiście wyniszczający. Są pewne sposoby myślenia, które pozostają poza granicami dyskusji – są ukrytymi aksjomatami farmakoterapii. Lekarze nie zdają sobie z nich sprawy. Tymczasem zastanowienie się nad nimi mogłoby dać nieoczekiwane korzyści. Dwa takie przykładowe aksjomaty to:

- schizofrenię leczymy neuroleptykami
- schizofrenia może być lekooporna.

W pracach podsumowujących wiele lat doświadczenia w farmakoterapii schizofrenii Sarwer-Foner [5, 6] wskazuje na dwie możliwości podejścia lekarzy do leczenia osób z tym rozpoznaniem. Pierwszy z tych sposobów myślenia określa jako „podejście antypsychotyczne” (antipsychotic approach) – w skrócie oznacza to, że; każdy chory, u którego rozpoznano schizofrenię, powinien otrzymywać neuroleptyk i że neuroleptyki te leczą schizofrenię. Drugie podejście sprowadza się do farmakoterapii zorientowanej na wybrany objaw (objawy), nad którym pacjent nie potrafi sam panować – jest to „podejście zorientowane na cel, którym jest objaw”. Takie podejście można widzieć

niewiele szerzej – jako orientację na problem; najczęściej problemem jest sam objaw, ale nie zawsze. Nawet tak poważne objawy psychotyczne jak urojenia czy halucynacje nie muszą stanowić problemu. Zdarzają się pacjenci dobrze radzący sobie w życiu mimo omamów słuchowych, albo też pacjenci, których urojenia dostarczają im dużych satysfakcji (np. przekonanie, że ktoś znaczny jest w nich zakochany). Zdarzają się też ludzie zdrowi doświadczający okresowo doznań typu omamowego. Druga szkoła ocenia leki pod kątem objawów podatnych na ich terapeutyczny wpływ. „Celem jest tu wzmocnienie zdolności pacjenta do panowania nad sobą przez kontrolowanie objawów i symptomów, które są dla niego dowodem jego stanu chorobowego”. Serwer-Foner pokazuje, że możliwe jest inne podejście niż „antipsychotic approach” w leczeniu schizofrenii.

Drugi aksjomat, któremu można byłoby się bliżej przyjrzeć, to kwestia schizofrenii lekoopornej. Jest w nim ukryte założenie, że każdy pacjent, który otrzymał rozpoznanie schizofrenii, wymaga leku. Nawet jeśli lek mu nie pomaga, nie poprawia samopoczucia lub nie zmniejsza nasilenia objawów, to chory i tak nadal „wymaga” leku. Jeśli i ten lek nie pomaga, to zakładamy, że... chory nadal wymaga leku. Tyle że innego, trzeciego, czwartego...itd. Można byłoby zastanowić się, czy w takiej sytuacji nie powinno się więcej uwagi poświęcić trafności diagnozy lub czynnikom psychospołecznym dotyczącym chorego, zamiast persewerować farmakoterapię. Może to nie lek jest tym, czego chory potrzebuje. Może są jakieś „trzecie” czynniki, które sprawiają, że lek nie może zadziałać.

Współczesna medycyna świata zachodniego oparta jest w dużej mierze na farmakoterapii. Zlecenie leków jest tym, do czego lekarze są najlepiej przygotowani, nic więc dziwnego, że uważają oni, że chory ich potrzebuje. Jest to w medycynie tak oczywiste, że stosuje się je, nawet, jeśli kolejne nie przynoszą poprawy. W trakcie wizyty u lekarza akt wydania recepty jest kulminacją tej wizyty, jest też sygnałem, że wizyta jest zakończona. W sytuacji przeciążonych pracą lekarzy w przychodniach ogólnych czy poradniach specjalistycznych wydanie recepty na lek uspokajający jest sposobem na uniknięcie czasochłonnego słuchania o problemach pacjenta – wydanie recepty kończy wizytę i sugeruje, że leki rozwiążą problem. Zjawisko to w oczywisty sposób sprzyja rozwojowi uzależnienia od niektórych leków uspokajających.

Empirycznym potwierdzeniem powyższych rozważań są badania Whitehorna i Betz [7], którzy pod koniec lat 50. zajmowali się w serii badań osobą lekarza jako kluczową zmienną dla wyniku leczenia osób chorujących na schizofrenię. Autorzy ci postawili sobie pytanie o przyczyny różnic determinujących wyniki leczenia osób ze schizofrenią przez poszczególnych lekarzy, toteż badania ich dotyczyły natury relacji pomiędzy pacjentem a osobą chorującą na schizofrenię, a w szczególności porównania osobowości tych lekarzy, którzy osiągnęli dobre wyniki leczenia, z tymi, których wyniki leczenia osób ze schizofrenią były względnie gorsze.

W pierwszym badaniu, którym objęto 14 lekarzy, autorzy ci wykazali, że te indywidualne różnice wyników leczenia są bardzo znaczne. Spośród badanych psychiatrów wyróżniono dwie grupy. Grupa pierwsza licząca 7 osób leczyła 48 pacjentów, osiągając poprawę w 75% przypadków. Tę grupę lekarzy nazwano grupą A. Grupa druga także

liczyła 7 osób, które leczyły 52 pacjentów, osiągając poprawę w 27% przypadków. Tę drugą grupę nazwano grupą B. Poprawa pacjentów była oceniana klinicznie (przez innych lekarzy kierujących oddziałem), na podstawie obserwowanego funkcjonowania ich w relacjach społecznych i udziału w programie terapeutycznym, oraz na podstawie wyników w Changes in Behavior Chart. Obie grupy psychiatrów osiągały jednakowo dobre rezultaty leczenia w innych grupach pacjentów. Pacjenci nie różnili się znacząco klinicznie przed rozpoczęciem leczenia.

W początkowych badaniach autorzy ci postulowali, że istotna dla wyników leczenia osób ze schizofrenią jest komunikacja nacechowana ufnością. Tego rodzaju komunikacja częściej występowała w grupie A psychiatrów. Psychiatrzy z grupy B mieli tendencję do pasywnego przyzwalania i do wskazywania („wytykania”) pacjentom ich błędów. Interpretowali zachowania pacjentów w rygorystyczny sposób. Psychiatrzy z grupy A wykazywali niewielkie tego rodzaju tendencje, ujawniali bardziej osobisty stosunek do omawianych z pacjentem problemów i czynili to w sposób bardziej otwarty. Stawiali także granice dla niewłaściwych zachowań pacjenta, biorąc pod uwagę rodzaj tych zachowań i ich nasilenie. Pacjenci tych lekarzy osiąkali najlepsze wskaźniki poprawy.

Whitehorn i Betz stwierdzili także, że jeśli zachowania pacjenta są rozumiane w kategoriach ich znaczeń i motywacji, stają się one zrozumiałe dla jego lekarza (a także dla samego pacjenta) w swoim wymiarze ludzkim oraz jako wyraz problemów w interakcjach społecznych. To zrozumienie wydaje się redukować społeczną alienację pacjentów, poprawiać ich funkcjonowanie w relacjach społecznych i osłabiać kliniczny wyraz objawów schizofrenicznych.

W badaniach opublikowanych w 1960 roku Whitehorn i Betz zbadali 50 psychiatrów, posługując się metodą opisaną w cytowanej pracy [7] opartą na Strong Vocational Interest Inventory. Poszukiwali odpowiedzi na pytania dotyczące znaczenia osobowości lekarza dla wyników leczenia osób ze schizofrenią. W konsekwencji zadawali pytanie o to, czy osobiste cechy lekarza stanowią ważny, być może kluczowy, czynnik dla wyników leczenia osób ze schizofrenią. Stwierdzili, że uzyskane wyniki wskazywały, że osobiste cechy psychiatry są ważnymi czynnikami determinującymi wyniki leczenia osób ze schizofrenią.

Omawiając różnice pomiędzy lekarzami z grupy A i B autorzy odnotowują, że wyniki wskazywały, iż lekarze z grupy A wykazywali podejście zorientowane na rozwiązanie problemu, a nie czysto regulacyjne czy siłowe. Tego rodzaju podejście było łatwiejsze do zaakceptowania przez wrażliwych na urażenie pacjentów, skłonnych do odpowiedzenia wycofaniem się na presję ze strony otoczenia. Autorzy ci zauważają, że znaczna część psychotycznej symptomatologii i zachowania pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii i natura osobistych spraw, którymi są pochłonięci, wydaje się wyrazem specyficznego stosunku dotyczącego autorytetu – jako zewnętrznego i narzuconego. Objawy psychotyczne, dotyczące poczucia bycia kontrolowanym lub doświadczania wpływu sił zewnętrznych, wskazują ich zdaniem na dominujący w przeżyciach osób ze schizofrenią problem narzuconego autorytetu.

Lekarze z grupy B, wykazujący postawy typu „tak – nie”, „czarne – białe”, są skłonni widzieć pacjentów jako „niesforne” osoby, których myślenie i zachowanie

wymagają korekcji. Odpowiada to komplementarnie problemom przeżywanym przez pacjenta i może powodować jego dalszą alienację zamiast zachęcać go do powrotu do świata rzeczywistego z obszaru przeżyć psychotycznych.

Inną cechą osób chorujących na schizofrenię, na którą wskazują autorzy omawianej pracy, jest podstawowy brak zaufania do samych siebie. W odniesieniu do tej cechy postawy lekarzy także mają kluczowe znaczenie. Lekarze z grupy A wykazywali więcej akceptacji dla wartości związanych z odpowiedzialną samosterownością („values of responsible self-determination”) niż dla posłuszeństwa i dostosowywania się. Stwarzało to pacjentom sposobność do wyjścia poza własne splątane odczucia, związane ze zobowiązaniami w stosunku do autorytatywnych wpływów widzianych jako narzucone przez źródła zewnętrzne. Lekarze z grupy A w rodzaju relacji nawiązywanych z pacjentami ujawniali zdolność do bycia otwartymi na wewnętrzne, indywidualne doświadczenia pacjenta i jednocześnie sami występowali w odpowiednich indywidualnych rolach. Toteż rozwiązywanie problemów pacjenta odbywało się poprzez wspólną eksplorację, jako wynik współpracy, a nie w modelu autorytatywnej instrukcji.

Lekarze z grupy B wykazywali więcej sztywności w sposobie myślenia i większą wagę przykładali do przestrzegania systemu wartości. Tego typu postawa mogła przyczynić się do ograniczenia możliwości rozwoju zaufania pacjenta do samego siebie i spontaniczności w relacjach społecznych. Za główną różnicę pomiędzy psychiatrami z grupy A i B Whitehorn i Betz uważają zasadniczy kierunek całościowej orientacji osobowościowej i życiowej. Jedna z tych orientacji opiera się na pewnej swobodzie i spontaniczności poszukiwania rozwiązania problemu w obrębie rozsądnie, szeroko interpretowanych reguł społecznych. Druga to podejście, które stara się ograniczyć spontaniczność na rzecz respektowania reguł i konwencjonalnych oczekiwań. To pierwsze, zorientowane na rozwiązywanie problemów, podejście psychiatrów otwiera przed ich pacjentami różne możliwości i perspektywy, stwarzając lepszą podstawę w procesie społecznej reintegracji.

Wydaje się, że cytowane wyżej badania dostarczają ciekawej perspektywy. Zwracają uwagę na osobowość psychiatry i preferowane przez niego wartości jako kluczowe w procesie terapii osób ze schizofrenią. Zachodzi tu istotna relacja pomiędzy cechami psychiatry a psychologicznymi cechami pacjenta. Pacjenci, którzy i tak czują się często sterowani, mogą w specyficzny sposób (wycofaniem się) odpowiadać na kierującą postawę psychiatry. Psychiatra, który sam czuje się niepewny (ma sam podstawowy brak zaufania do siebie), poszukuje reguł, formułek (chce być kierowany) i jednocześnie boi się. Odpowiada to dokładnie psychologii pacjenta (lęk i brak zaufania do siebie). Taki psychiatra nie może więc być dobrym oparciem dla pacjenta w okresie, gdy jest on zagubiony i zdezorientowany. Może natomiast, przez rodzaj nawiązywanego kontaktu, pogłębiać w pacjencie nieufność i dezorganizację. Z kolei takie cechy jak, oparta na zaufaniu do siebie, pewność siebie, ufność we własne możliwości, intencje, wartości, odwaga, poszukiwanie rozsądnego wyjścia z trudnych sytuacji i rozwiązania problemu w akceptowalnym kontekście społecznym, a nie narzucanie gotowych konwencjonalnych rozwiązań – mogą stanowić o pożądanych cechach lekarza leczącego osoby ze schizofrenią.

W opisanym wyżej kontekście można pokusić się o skomentowanie tworzenia

algorytmów postępowania w psychiatrii. Takie algorytmy mają niewątpliwą wartość i są potrzebne, ale należy mieć też świadomość, że ten sam lek podawany przez różnych lekarzy różnym pacjentom niekoniecznie działa tak samo. Ważna jest tu osoba pacjenta. Ważna jest osobowość tego, kto lek podaje i kontekst, w jakim to robi. Trudno w psychiatrii osiągnąć taką jakość procedur jak np. w kardiologii inwazyjnej, w której lekarz wykonuje precyzyjne zabiegi i osiąga przewidywalne w pewnym zakresie rezultaty.

Leki wywierają często potężny i zbawienny wpływ na objawy występujące u pacjentów, przynosząc im ulgę w cierpieniu i zmieniając ich życie. Jest jednak istotne, aby pamiętać, że lek nie jest wyłącznie substancją o działaniu biologicznym. Jest także fragmentem pola przeniesieniowo-przeciwprzeniesieniowych relacji pomiędzy pacjentem a lekarzem. Jest nie tylko obiektem nieświadomych przeżyć i wyobrażeń osoby, która go przyjmuje. W tym relacyjnym polu, osoba zlecająca leki może przyjąć różne postawy oraz osiągnąć różny stopień rozumienia tego, co robi. We wszystkich dziedzinach, w których istotna jest relacja z drugą osobą, także w psychoanalizie, psychoterapii i psychiatrii, osoba lecząca może przyjąć różne postawy. Te postawy rozciągają się na continuum od bardziej relacyjnych, „demokratycznych”, do opartych w większej mierze na władzy, kontroli i wymaganiu podporządkowania.

Przykładem ilustrującym powyższe rozważania może być opis pewnej ambulatoryjnej konsultacji (mającej miejsce w prywatnym gabinecie). 25-letni pacjent został umówiony za pośrednictwem osoby trzeciej. Na wizytę przyszedł z ojcem. Po słowach lekarza: „proszę wejść” do gabinetu wkroczył ojciec, za nim pacjent. Dopiero po dwukrotnych prośbach lekarza ojciec opuścił gabinet (bronił się przed wyjściem twierdząc, że syn wszystkiego nie opowie). W czasie rozmowy pacjent na większość pytań dotyczących jego życia i problemów odpowiadał, mówiąc o swoim leczeniu – w jakich był szpitalach, u jakich utytułowanych specjalistów był konsultowany. Okazało się, że leczył się w różnych miastach w Polsce, był też na kilku oddziałach psychiatrycznych, całodobowych i dziennych; też w różnych miastach. Był leczony prawie wszystkimi neuroleptykami i lekami przeciwdepresyjnymi, ale zwykle przerywał leczenie po kilku tygodniach, mimo że dobrze oceniał działanie niektórych leków. Przez kilka tygodni chodził regularnie do psychoterapeuty, ale zaprzestał. Odnośnie do jego życia – udało się ustalić, że 3 lata temu przerwał studia z powodu lęków przed ludźmi, przekonania, że koledzy śmieli się z niego. Obecnie rzadko wychodzi z domu. Nie spotyka się z nikim, nie ma planów na przyszłość, nie ma nic, czego by chciał. Lekarz podsumował tę część wizyty stwierdzeniem, że pacjent sprawia wrażenie osoby, która „jakby znikła, do tego stopnia, że zniknęło nawet jakiegokolwiek chcenie”. W dalszej części wizyty zaproszono do gabinetu ojca (za zgodą pacjenta), aby wspólnie omówić dalsze leczenie. Lekarz stwierdził, że po pierwsze – konieczne jest przywrócenie stałości leczenia, a po drugie – ważnym elementem leczenia jest regularny kontakt z psychoterapeutą, żeby spróbować wzbudzić jakiegokolwiek „chcenie” u pacjenta. W tym momencie pacjent stwierdził, że psychoterapia nic mu nie dawała, dodał też, że jego psychoterapeuta był w stałym kontakcie z ojcem i tak naprawdę to ojciec zdecydował o jej przerwaniu. Pod koniec wizyty ustalono dalsze leczenie farmakologiczne, receptę lekarz dał do ręki pacjentowi (mimo iż ojciec po nią sięgał), z komentarzem: „daję to panu, żeby

2. Wciórka J. *Jaki psychiatra? Oczekiwania chorych na schizofrenię*. W: Meder J, red. *Rehabilitacja przewlekłe chorych psychicznie*. Biblioteka Psychiatrii Polskiej. Kraków; 2000, s. 45–50.
3. Hogan TP, Awad AG, Eastwood R. *A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: reliability and discriminative validity*. Psychol. Med. 1983; 13: 177–183.
4. Van Putten T, May PRA, Marder SR, Wittmann LA. *Subjective response to antipsychotic drugs*. Arch. Gen. Psychiatry 1981; 38: 187–190.
5. Sarwer-Foner GJ. *The psychodynamic action of psychopharmacologic drugs and the target symptom versus the anti-psychotic approach to psychopharmacologic therapy: thirty years later*. Psychiatr. J. Univ. Ottawa 1989; 14, 1: 269–278.
6. Sarwer-Foner GJ. *The relationship between psychotherapy and pharmacotherapy: an introduction*. Am. J. Psychother. 1993; 47, 3: 387–392.
7. Whitehorn JC, Betz BJ. *Further studies of the doctors as a crucial variable in the outcome of treatment with schizophrenic patients*. Am. J. Psychiatry 1960; 9: 215–223.

Otrzymano: 26.05.2003

Zrecenzowano: 23.07.2003

Przyjęto do druku: 25.06.2004

Adres: Antoni Jakubczyk
Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzie-
ży
Instytut Psychiatrii i Neurologii

