

Sławomir Murawiec

## ZNACZENIE TERAPEUTYCZNEGO ŚRODOWISKA W OKRESIE CZĘŚCIOWEJ REMISJI KLINICZNEJ PO PSYCHOZIE SCHIZOFRENICZNEJ

THE IMPORTANCE OF THERAPEUTIC MILIEU IN THE PHASE OF A PARTIAL  
CLINICAL REMISSION AFTER THE SCHIZOPHRENIC PSYCHOSIS

III Klinika Psychiatryczna IPiN w Warszawie  
Kierownik: prof. dr hab. med. Marek Jarema

**schizophrenia**  
**postpsychotic state**  
**convalescent environment**

*Autor przedstawia częściową remisję po psychozie schizofrenicznej jako okres o znaczeniu adaptacyjnym i obronnym oraz omawia znaczenie środowiska terapeutycznego jako przejściowego czynnika stabilizującego („psychicznej koperty”), pomagającego odbudować własną strukturę psychiczną.*

Źródłem zainteresowania stanami po przebytej psychozie schizofrenicznej, opisanymi w poniższej pracy, były spostrzeżenia kliniczne poczynione na oddziale psychoedukacyjno-psychoterapeutycznym, którego pacjentami były młode osoby (18-30 lat), hospitalizowane z powodu epizodu psychotycznego.

Po przebytych epizodach psychozy z kręgu schizofrenii (zespół paranoidalny), niektórzy pacjenci uzyskują dobrą remisję, ich stan psychiczny względnie szybko poprawia się. Nie dzieje się tak jednak w przypadku wszystkich pacjentów. U niektórych z nich powrót do zdrowia jest procesem przedłużonym w czasie. Po ustąpieniu lub wyraźnym zmniejszeniu nasilenia ostrych objawów psychotycznych wytwórczych (urojenia, omamy) pozostają objawy negatywne schizofrenii (sztwywność emocjonalna, apatia, tendencja do izolowania się), objawy afektywne (depresyjne) i ubytki poznawcze. Ta właśnie grupa pacjentów jest przedmiotem zainteresowania w prezentowanym opracowaniu. Jej losy może ilustrować przykład tych osób, które przez pewien czas po przebytej psychozie nie osiągnęły wystarczającego poziomu funkcjonowania, aby móc samodzielnie egzystować, powrócić do pracy czy nauki. Pacjenci tacy, leczeni na naszym oddziale, ujawniają wyraźną tendencję do izolowania się od otoczenia i bezczynnego spędzania czasu w łóżku, a kontakt słowny i emocjonalny z nimi wydaje się bardzo, niekiedy skrajnie, zawężony. Po pewnym czasie objawy te ustępują. Chorzy odzyskują inicjatywę i napęd, poprawia się ich nastrój, motoryka i mimika, „wracają do życia”. Od czego zależy ta przedłużona faza powrotu do zdrowia? Jakie muszą być warunki, aby mogła wystąpić? Co może przeszkadzać w jej wystąpieniu? Jakie są czynniki terapeutyczne, które warunkują opisany wyżej proces i pomyślne zejście tak niekiedy nasilonych i zdawałoby się źle rokujących objawów?

### Okres częściowej remisji klinicznej

Występowanie bezpośrednio po psychozie okresu przedłużonego utrzymywania się objawów u pewnej grupy pacjentów było opisywane przez wielu autorów, jednak jego nazwa i definicja, a także rozumienie jego znaczenia jest różnorodnie ujmowane w piśmiennictwie. Carr [1983] odnotowuje: „Klinicyści często rozpoznawali okres częściowej klinicznej remisji pomiędzy fazą ostrej psychotycznej symptomatologii i ewentualnymi stanami powrotu do zdrowia lub rezydualnymi”. Osoby, które były leczone na naszym oddziale, prezentowały dość zróżnicowany obraz kliniczny, który może wskazywać na heterogenność opisywanego zjawiska. Toteż, aby uściślić temat prezentowanej pracy, chciałbym odnotować, że odnoszę się w niej do stanu psychicznego oraz poziomu funkcjonowania (między innymi relacji z otoczeniem, aktywności) pewnej liczby pacjentów po przebytych epizodzie psychotycznym. Stan ten charakteryzowany jest przez obecność objawów zaliczanych do grupy objawów negatywnych schizofrenii (a więc deficytu pewnych funkcji psychicznych). Obecne są także objawy pozostające w kręgu symptomów neurotycznych (np. obsesyjno-kompulsywne, lęk) i somatycznych. Objawy afektywne (depresja) występują stosunkowo często, ale też może ich nie być.

Tak opisywany stan był różnorodnie określany w piśmiennictwie — jako: popsychozny stan regresywny [Kayton L. 1973; Kayton L. i wsp. 1976], faza „względnej klinicznej milczenia” [Eissler K.R. 1951], faza depresyjno-neurasteniczna [Roth S. 1970], okres częściowej klinicznej remisji [Carr V.J. 1983], faza „matoriums” [Strauss G.S. i wsp. 1985], faza „woodsheddingu” [Strauss J.S. 1989].

### Koncepcje i ujęcia

Okres częściowej klinicznej remisji, następujący po przeminięciu ostrych objawów psychozy, był tematem wielu prac badawczych, których autorzy dzielili go na mniejsze fazy lub wyodrębniali różne typy jego przebiegu [Carr V.J. 1983]. Aktualnie wydaje się, że jako wspólny mianownik różnych poglądów można potraktować umieszczoną w najnowszej Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10 nową kategorię diagnostyczną, jaką jest depresja poschizofreniczna. Moim zdaniem, wprowadzenie tej kategorii świadczy o docenieniu wagi omawianego okresu choroby przez autorów ICD-10.

ICD-10 wyróżnia depresję poschizofreniczną jako oddzielną kategorię diagnostyczną (F20.4). Definiuje ją jako: „Epizod depresyjny, czasem przedłużony, występujący w następstwie choroby schizofrenicznej. Niektóre objawy schizofreniczne muszą jeszcze być obecne, lecz nie dominują już w obrazie klinicznym. Utrzymujące się objawy schizofreniczne mogą należeć do pozytywnych lub negatywnych, choć te ostatnie są częstsze”. Jednocześnie jednak obszar tego zagadnienia został przez autorów klasyfikacji świadomie zawężony i przedstawiony w sposób ateoretyczny, bez wypowiedzania się co do ewentualnej etiologii i wewnętrznego zróżnicowania tego stanu, aby umożliwić porównywalne i zoperacjonalizowane stosowanie tej kategorii rozpoznania klinicznego.

W definicji zawartej w ICD-10 autorzy klasyfikacji mówią o bezprzedmiotowym dociekaniu, czy objawy depresyjne są wynikiem:

- odślonięcia depresji po ustąpieniu wcześniejszych objawów psychotycznych
- depresji jako integralnej składowej schizofrenii

- reakcji psychologicznej o obrazie depresji na epizod schizofreniczny
- leczenia neuroleptycznego czy
- przypominają tylko wolicjonalne i afektywne spłytenie związane z samą schizofrenią.

Zdaniem Hartmana i wsp. [1980] istnieje konieczność dokładnego zróżnicowania pomiędzy co najmniej trzema rodzajami stanów popsychotycznych: pierwszy z nich jest związany z akinezią indukowaną leczeniem neuroleptycznym, drugi to reaktywna popsychotyczna depresja, trzeci to rezydualne objawy ubytkowe psychozy. Kayton i wsp. [1976] odnotowują, że istnieją dwie zasadnicze formy stanu popsychotycznego: jedna z nich odpowiada popsychotycznej regresji, druga — adaptacji do postępującego i ciągłego procesu dezorganizacji, spowodowanego chorobą. Zdaniem Carra [1983] większość autorów zajmujących się tym okresem choroby odnotowuje obecność objawów przypominających neurotyczne (objawy obsesyjno-kompulsywne, somatyzacje), jak również różne stopnie nasilenia lęku i depresji.

Grupa omawianych zjawisk jest heterogenna. W każdym przypadku należy uwzględnić co najmniej kilka czynników:

1. związanych z leczeniem lekami przeciwpsychotycznymi (depresja akinetyczna)
2. związanych z biologicznymi uwarunkowaniami choroby, które mogą być różne u poszczególnych pacjentów (różne czynniki natury genetycznej, neurorozwojowej)
3. intrapsychicznych
4. adaptacyjnych i obronnych związanych z ograniczeniem kontaktu z otoczeniem i odczuwania własnych emocji
5. związanych z relacjami chorego, z ważnymi dla niego osobami w otoczeniu
6. związanych z szerszym kontekstem sytuacji społecznej chorego.

Zarysowane wyżej możliwości powiązania okresu częściowej klinicznej remisji z różnymi aspektami choroby i procesu leczenia chciałbym poniżej krótko omówić.

Należy zauważyć, że czynniki związane z leczeniem neuroleptycznym mogą odgrywać istotną rolę modyfikującą przebieg, obraz kliniczny i przeżycia chorych w fazie częściowej remisji klinicznej.

Objawy depresyjne związane z leczeniem neuroleptycznym zostały odnotowane przez Van Puttena i Maya [1978], którzy uważali, że depresja jest wtórna do akinezji (spowolnienia psychoruchowego), związanej z działaniem leku. Na tej podstawie postulowali, że mogą one być ubocznym efektem leczenia antypsychotycznego. Ich zdaniem, akinezja może być czynnikiem bardzo obciążającym dla pacjentów, którzy oczekują, że pomimo leczenia będą mogli prowadzić samodzielne i aktywne życie. W badaniach tych Van Putten i May stwierdzili, że depresja występowała u tych osób, które przed leczeniem wykazywały cechy wielkościowości, większej witalności i pozostawały w lepszym kontakcie ze swoim otoczeniem. Tak więc, podsumowując, „akinetyczna depresja” może być wiązana zarówno bezpośrednio ze spowolnieniem psychoruchowym, pojawiającym się w związku z leczeniem neuroleptycznym, jak i z wtórnymi czynnikami, wynikającymi z osobowości chorego i jego sposobu życia.

W polskim piśmiennictwie Szafranski [1995] zwrócił uwagę na poneuroleptyczny zespół ubytkowy (neuroleptic induced deficit syndrome — NIDS), który wynika z nie-

adekwatnego w danej sytuacji klinicznej działania leku na sferę poznawczą, wolicjonalną, uczuciową i motywacyjną.

Kayton i wsp. [1976] uważają opisywany okres choroby za stan popsychotycznej regresji. Ich zdaniem, stan ten może być spowodowany dwiema grupami przyczyn — jedna to „prawdziwa” popsychotyczna regresja, druga to adaptacja do dezorganizującego procesu chorobowego. Interesujące jest, że u opisywanych przez tych autorów pacjentów, u których przebieg choroby był niekorzystny — regresja miała charakter egosyntoniczny. Brak było u nich wglądu w naturę i ciężkość przeżywanej choroby, byli niezdolni do wywoływania i wykorzystywania zachowań opiekuńczych sprawujących opiekę osób z personelu, mieli nadal zaburzenia myślenia.

To spostrzeżenie wydaje się bardzo interesujące ze względu na pewne wynikające z niego aspekty kliniczne. Po pierwsze, jeśli stan popsychotycznej, częściowej remisji jest egosyntoniczny, pacjent nie podejmuje żadnej własnej aktywności, która sprzyjałaby powrotowi do zdrowia. Jeśli jest to stan egodystoniczny, chorzy mają szansę na podejmowanie prób zakończenia go. Podejmując próby odbudowy własnej tożsamości, próbują ten stan zmienić.

Analogiczny proces opisany był w odniesieniu do objawów wytwórczych przez Van Puttena i wsp. [1976]. Ich zdaniem, są pacjenci, którzy w trakcie burzliwie manifestującej się psychozy przeżywają treści wielkościowe (a nie, na przykład, prześladowcze). Preferują oni tę wielkościowość bardziej niż względną „normalność”, osiąganą dzięki przyjmowaniu leków. Jednocześnie pacjenci ci nie przeżywają nieprzyjemnych doznań depresyjnych i lękowych. Z kolei pacjenci, których psychozyczne dekompensacje związane są z przeżywaniem lęku i depresji, są bardziej skłonni do współpracy w leczeniu. Autorzy ci postulują istnienie grupy pacjentów, która nie może tolerować polepszenia kontaktu z rzeczywistością spowodowanego działaniem leków.

Ponadto chorzy, których okres częściowej remisji jest egosyntoniczny, mogą przejawiać pewne specyficzne cechy zachowania (podejrzliwość, wielkościowość, zachowania wynikające z dezorganizacji ich procesów poznawczych, które naruszają reguły współżycia panujące w miejscu, gdzie przebywają — w domu lub w instytucji sprawującej opiekę). Takie zachowanie pacjentów może wywoływać określone postawy personelu (brak pozytywnego zaangażowania, postawy odrzucające, a nawet wrogie), które z kolei, zwrótnie, sprawiają, że chory nie ma w swoim otoczeniu środowiska terapeutycznego sprzyjającego zdrowieniu. Brak sprzyjającej zdrowieniu atmosfery emocjonalnej w środowisku wpływa z kolei na przebieg okresu popsychotycznego i możliwości powrotu chorego do zdrowia.

Kayton i wsp. [1976] opisują także szczegółowo objawy popsychotycznego stanu regresywnego, które warto zaprezentować:

1. Wyciszenie się psychozy jednak z pewną ciągłą wewnętrzną dezorganizacją.
2. Anergia i neurastenia, którym towarzyszy jednakże brak żywszych manifestacji behawioralnych.
3. Wczesne odwrócenie rytmu dobowego, z nadmiernym snem w ciągu dnia. Później zasypianie wcześniej wieczorem i sen do późnego ranka. Częste podsypianie po południu.

4. Wcześniej może wystąpić brak apetytu. Później nadmierne spożywanie pokarmów, niekiedy przybór wagi.
5. Nieruchome wpatrywanie się przed siebie lub dysrtymiczne mruganie oczyma.
6. Trudności w myśleniu lub rozpraszenie się myśli.
7. Pragnienie bycia samemu, głęboka pasywność.
8. Uczucia pustki wewnętrznej, samotności, niezdolności do przeżywania miłości.
9. Depresja lub całkowita blokada afektywna.
10. Zaburzenia psychofizjologiczne.
11. Przemijające zaostrzenia dezorganizacji u niektórych pacjentów, wywoływane przez określone czynniki stresowe, na przykład separację od ważnych obiektów lub nasilone oczekiwania otoczenia co do niezależnego funkcjonowania.

Odnotowania wymaga też pogląd McGlashana [1982] odnoszący się do pacjentów z chroniczną postacią schizofrenii. Autor ten uważał obserwowany przez siebie stan „wypalenia” chronicznych pacjentów cierpiących na schizofrenię za stan pseudodepresji (aphanisis). Jego zdaniem, stan ten odzwierciedla aktywnie utrzymywany regresywny lub prymitywny stan psychologiczny autystycznej natury, służący ważnym celom obronnym i adaptacyjnym. Moim zdaniem, spostrzeżenia tego autora są niezwykle istotne dla rozumienia stanów popsychotycznych, ze względu na zwrócenie przez niego uwagi na następujące fakty: w pewnym sensie aktywną rolę pacjenta w ich podtrzymywaniu, rolę adaptacyjną i obronną opisywanego zespołu i dostrzeżenie, że w pewnych przypadkach tylko przypomina on depresję, natomiast w istocie jest stanem autystycznym. Także Strauss [1989] zauważa, że wiele tak zwanych objawów negatywnych może odzwierciedlać ochronne mechanizmy, stosowane przez samego chorego po to, aby uniknąć nasilonej dezaprobaty otoczenia i psychologicznych urazów wywoływanych przez chorobę, środowisko, a nawet przez własne stany psychiczne. Wycofanie wydaje się tu skutecznym sposobem chronienia się przed utratą poczucia bezpieczeństwa w środowisku, rodzinie, obawą przed kolejnymi zaostrzeniami choroby.

Niezwykle istotne dla przebiegu okresu częściowej remisji po psychozie i dalszego procesu powrotu pacjenta do zdrowia są informacje, jakie otrzymuje on od ważnych dla siebie osób z otoczenia (rodziny). Zwraca na to uwagę Sarwer-Foner [1989]. Uważa on, że dla procesu zdrowienia po psychozie ważne jest nie tylko właściwe dobranie leku oraz subiektywne odczucie pacjenta, że lek pomaga mu w kontrolowaniu objawów, nad którymi poprzednio nie miał kontroli. Kiedy pacjent odczuwa, że jego stan zdrowia poprawia się, zwraca się do otoczenia, aby przekonać się, czy inne osoby także dostrzegają te zmiany. Jeśli personel w szpitalu potwierdza, że także dostrzega tę korzystną zmianę, pacjent następnie zwraca się do osób bliskich, do rodziny, z podobną intencją. Jeśli rodzina potwierdza, że dostrzega pozytywny wpływ leczenia na stan zdrowia pacjenta, droga do dalszej poprawy jest otwarta. Wielokrotnie obserwowaliśmy, że chociaż w wyniku leczenia stan psychiczny pacjenta zdecydowanie poprawiał się, rodzina komunikowała mu, że „jest gorzej”, „okropnie”, „nic się nie zmienia”. Powodowało to zablokowanie procesu powrotu do zdrowia.

W każdym przypadku osoby chorej, wzajemne proporcje znaczenia poszczególnych czynników zarówno dla wystąpienia, długości trwania, jak i zejścia stanu popsychotycz-

nego są różne. To, że grupa homogenna objawowo może być heterogenna, jeśli wziąć pod uwagę mechanizm powstania danego zespołu objawów, może przyczyniać się do trudności z interpretacją ewentualnych badań.

### Okres częściowej klinicznej remisji

Strauss i wsp. [1985] na podstawie badania przebiegu choroby 28 pacjentów cierpiących na zaburzenia psychiatryczne (schizofrenię, zaburzenia schizoaфекtywne, choroby afektywne) wyodrębnili następujące fazy choroby:

- 1) okres ostrych zaburzeń psychiatrycznych,
- 2) okres stabilności objawów psychopatologicznych i funkcjonowania, określane przez autorów jako „moratoriums”, a w późniejszym piśmiennictwie jako faza „woodsheddingu”,
- 3) okres zmiany określane jako punkt zwrotny,
- 4) okres najlepszego w obserwowanym czasie poziomu funkcjonowania pacjenta, odzwierciedlający poprawę stanu psychicznego i aktywności („ceilings”).

Zdaniem tych autorów okres nazwany przez nich „moratoriums”, a w późniejszych pracach okresem „woodsheddingu”, to okres, który jest charakteryzowany przez względną stabilność w zakresie objawów choroby, występujących u pacjenta oraz poziomu jego funkcjonowania. w tym czasie autorzy obserwowali tylko bardzo nieznaczne wahania zachowania i symptomatologii u pacjentów. Poczynili warte odnotowania porównanie tego okresu z okresem latencji u dziecka, stwierdzili, że w tym czasie mają miejsce ważne, ale ukryte i mało widoczne zmiany. Pacjenci w tym okresie odbudowują swoją tożsamość, której poczucie zostało zaburzone przez psychozę, poszukują wsparcia i wzmacniają własne siły i zdolności radzenia sobie.

Okres ten ma decydujące znaczenie, ponieważ przygotowuje pacjenta do punktu zwrotnego przebiegu choroby. Kiedy kończy się faza określana jako „woodshedding”, następuje umowny punkt zwrotny, w którym może dojść zarówno do powtórnej psychiatrycznej dekompensacji, jak i do zdecydowanej i wyraźnej poprawy stanu psychicznego i funkcjonowania chorego. Wystąpienie tego punktu kryzysowego może być stymulowane zarówno przez samego pacjenta, jak i jego rodzinę oraz czynniki środowiskowe. Często w tym okresie następuje czasowe zaostrzenie symptomów choroby, które może poprzedzać zarówno polepszenie stanu pacjenta, jak i dekompensację. W całym tym procesie pacjent odgrywa aktywną i kluczową rolę.

Jeśli ta faza procesu powrotu do zdrowia przebiegnie pomyślnie, stabilna symptomatologia i poziom funkcjonowania obserwowane w trakcie fazy „woodsheddingu” zmieniają się. Pacjent osiąga wyższy poziom funkcjonowania, na przykład powraca do pracy lub nauki.

Strauss i wsp. [1985] zwracają tu uwagę na kilka faktów, które mają kluczowe znaczenie dla przebiegu omawianego okresu, a przez to — dalszego przebiegu choroby. Pierwszy z nich odzwierciedla reakcję otoczenia chorego na fazę „woodsheddingu”. Tą reakcją jest często frustracja otoczenia i presja wywierana na chorego, związana z oczekiwaniami, aby czym prędzej powrócił on do przedchorobowego poziomu funkcjonowania. Zdaniem autorów, intensywna presja otoczenia może przedłużać omawianą fazę i nie pozwa-

łać pacjentowi na „zebranie sił” i przygotowanie się do wysiłku związanego z podjęciem na nowo ról społecznych. Analogiczne zjawisko, występujące później, kiedy chory powraca do pełniejszego poziomu funkcjonowania, zostało nazwane przez tych autorów „falą zwrotną”. Można je opisać następująco: kiedy otoczenie chorego dostrzeżga, że w r e s z c i e następuje poprawa jego stanu psychicznego, występuje wobec niego z żądaniami, przekraczającymi niekiedy to, czego domagało się przed zachorowaniem.

Kolejne istotne zjawisko występujące w tej fazie zostało przez autorów porównane do wspinania się na górę („mountain climbing”). Uważają oni, że w trakcie powrotu chorego do zdrowia, w pewnym ukryciu trwają równocześnie liczne procesy związane z restytucją dotychczasowych funkcji psychicznych i społecznych. Chory zachowuje się jak alpinista, który, kiedy znajdzie podparcie pod jedną stopę, wspiną się wyżej, poszukując oparcia dla ręki lub stopy, i tak naprzemiennie. Analogicznie, poprawa pewnej funkcji psychicznej albo umiejętności społecznej chorego umożliwia zmianę w innej dziedzinie jego życia.

Trzeci czynnik związany z fazą „woodsheddingu” to postulowane przez autorów zjawisko zmniejszania się w jej trakcie uwrażliwienia („vulnerability”). Możemy przypuszczać, że pod osłoną pewnej stabilności tej fazy ma miejsce niezwykle istotny proces. Chory, którego podatność na stres i na kolejną dekompensację psychotyczną jest największa bezpośrednio po psychozie, chroni się we względne odcięcie od wpływu otoczenia i dzięki temu ma możliwość zmniejszenia poziomu swojej podatności na czynniki stresowe.

Może jednak być też tak, że „punkt zwrotny” będzie miał miejsce zanim chory osiągnie wystarczający poziom „siły i odporności”. Może wtedy nastąpić nawrót psychozy.

### Oddział

Spostrzeżenia kliniczne, którymi chciałbym się podzielić, powstały w trakcie pracy na oddziale psychoedukacyjno-psychotherapeutycznym, przeznaczonym dla młodych osób hospitalizowanych bezpośrednio po przebytych epizodach psychozy z kręgu schizofrenicznego. Na naszym oddziale, oprócz farmakoterapii, prowadzone są bardzo intensywne oddziaływania psychologiczne wobec pacjentów i ich rodzin. Obejmują one psychoterapię grupową, treningi umiejętności społecznych, psychoedukację pacjentów, wielorodzinne grupy psychoedukacyjne, sesje rodzinne i interwencje kryzysowe, a także muzykoterapie, psychorysunek, warsztaty plastyczne, choreoterapie. Kilka różnorodnych zajęć odbywa się każdego dnia, zgodnie ze stałym planem. Udział w nich jest obowiązkowy.

Znaczną grupę pacjentów stanowią osoby, które można byłoby zdiagnozować jako przeżywające stany popsychozy. W trakcie ich pobytu obserwujemy stopniowe ustępowanie tych stanów. Pacjenci subiektywnie dostrzegają tę zmianę stanu psychicznego i wiążą ją z czymś, co nazywają „atmosferą oddziału”.

Zdaniem pacjentów poprawa ich samopoczucia, ustępowanie objawów i poprawa funkcjonowania w trakcie pobytu na naszym oddziale wiążą się z pewnymi globalnymi czynnikami — mówią mianowicie o dobrej atmosferze, która sprzyja takim zmianom.

### Środowisko terapeutyczne

Przyjmując założenie, że w niektórych przypadkach stan częściowej remisji klinicznej po przebytej psychozie schizofrenicznej jest w istocie stanem o naturze regresywnej,

obronnej i adaptacyjnej, a autystyczne wycofanie służy ochronie kruchej równowagi psychicznej, która buduje się dopiero i „nabiera siły” po przebytej psychozie — możemy zastanowić się, jakie czynniki sprzyjają optymalnemu przebiegowi tego okresu. Wydaje się, że są to jednocześnie czynniki bardzo jednostkowe i globalne. Mówiąc o tych pierwszych, mam na myśli drobne wydarzenia w otoczeniu chorego. Może to być na przykład wymiana spojrzeń z inną osobą, usłyszane słowo, albo krótka rozmowa. Jeśli zdolają się one „przedrzeć” przez emocjonalne wycofanie chorego z kontaktu ze środowiskiem, stanowią dla niego ważne sygnały mówiące o całości świata, który otacza go w tym szczególnym okresie życia. Ważne jest więc, jakie są to sygnały. Czy cechuje je życzliwość, a przez to, czy stanowią one zaproszenie dla chorego do powrotu do rzeczywistości wspólnej, przyjaźnie dzielonej z innymi? Czy chorego atakują z zewnętrznego świata wrogość i krytycyzm oraz nieżyczliwe traktowanie, które subiektywnie ukazują mu, że nie radzi sobie teraz i nie poradzi w przyszłości z „całym światem” i spychają go w autystyczne odosobnienie? Te sygnały, drobne, często ledwo dostrzegalne, stanowią dla pacjenta przekaz dotyczący całościowej, globalnej atmosfery, w której może się odbywać ponowna restytucja jego funkcji psychicznych: myślenia, doświadczania uczuć, poczucia własnej siły i sprawczości, poczucia posiadania własnych relacji, miejsca w rodzinie i społeczeństwie. Pod osłoną autystycznego wycofania dzieją się procesy, które później, pozornie nagle, skutkują poprawą stanu psychicznego i zdrowieniem naszych pacjentów. Chciałbym tu podkreślić, że w moim przekonaniu, w tym okresie, kiedy funkcje psychiczne są jeszcze w znacznym stopniu zdeorganizowane i chory ma trudności z dokładnym reprezentowaniem (odwzorowywaniem) relacji i wydarzeń, nabierają znaczenia pewne czynniki całościowe, globalne, to, co chorzy nazywają atmosferą. Dla pacjentów szczególnie istotny jest odbiór otoczenia jako bezpiecznego i przyjaznego (pacjenci mówią o akceptacji, bezpieczeństwie i pewności, stabilności). W moim przekonaniu tylko w takiej atmosferze zaburzone funkcje psychiczne mogą na nowo próbować podjąć swoje role. Tylko w bezpiecznej i przyjaznej atmosferze może dochodzić do ponownego strukturalizowania się funkcji psychicznych, uprzednio zmiażdżonych przez psychotyczną dezintegrację, i podejmowania działania.

Chorzy podkreślają także brak krytyki ze strony otoczenia jako cechę atmosfery oddziały. Często mówią o niej jako o „innym świecie”, który różni się od tego na zewnątrz. Mówią, że w takiej atmosferze nabierają mocy, aby móc później zmierzyć się z tym, co czeka ich w normalnych warunkach społecznych. W tym kontekście należy wspomnieć, że chorzy nie są na naszym oddziale zostawiani sami sobie, ani ze swoimi problemami, ani ze swoim czasem. Przyjazna atmosfera nie oznacza zwolnienia z zajęć czy pozwolenia na przebywanie w łóżku. Przeciwnie, zajęcia na oddziale są obowiązkowe, jednak ich klimat, ich stały, przewidywalny rytm, tendencja do proponowania stosunkowo prostych ćwiczeń, unikanie nadmiernych obciążeń psychicznych sprawiają, że są to zajęcia, w których chorzy mogą brać udział bez poczucia własnej nieadekwatności. Zajęcia te obejmują bardzo różne sfery: od ruchowej (choreoterapia), poprzez poznawczą (psychoedukacja), treningi (np. umiejętności społecznych), do symbolicznej (psychorysunek, zajęcia dramatowe). Chorzy mają dzięki temu możliwość wypowiedzenia się i znajdowania zrozumienia w tej sferze, która jest dla nich w danej sytuacji psychologicznej najbardziej dostępną. Niekiedy jest to ruch, niekiedy bardzo symboliczny obraz wyrażany rysunkiem



lub słowami (porównaniem).

Kolejny ważny czynnik wpływający na atmosferę panującą na oddziale to zindywidualizowanie podejścia do chorego, patrzeć na niego nie przez pryzmat tylko zewnętrznych atrybutów (takich jak na przykład aktywność czy stereotypowo niekiedy powtarzane przez pacjentów wypowiedzi: „wszystko jest w porządku, czuję się dobrze”), ale także dostrzeganie indywidualnej, konkretnej problematyki, kłopotów, talentów i ograniczeń. To, na co chory zwracają także uwagę, to obecność w grupie rówieśników przeżywających podobne problemy. Niekiedy mówią o „solidarności” z nimi, poczuciu wspólnoty. Ten czynnik ma zapewne duże znaczenie w przeciwdziałaniu izolacji społecznej chorych. Pacjenci, których funkcjonowanie psychiczne pozwala na to, skoro mają taką możliwość, bardzo chętnie wchodzi w kontakty z innymi rówieśnikami przebywającymi na oddziale.

Atmosfera akceptacji i bezpieczeństwa sprawia, że chorzy mają przestrzeń, w której mogą zdrowieć. Ta przestrzeń jest zarówno czymś bardzo konkretnym (pacjenci podkreślają estetyczny wygląd i kolorystykę wnętrza oddziału), jak i przestrzenią psychologiczną, wewnątrz której mogą mieć miejsce intrapsychiczne procesy warunkujące powrót do zdrowia. Co wymaga podkreślenia, to fakt, że stwarzanie takiej przestrzeni terapeutycznej przez personel jest zadaniem aktywnym. Nie polega na zostawieniu chorych „samym sobie, aby doszli do siebie”. Wymaga to wielopłaszczyznowej, wielokierunkowej, intensywnej pracy. Co więcej, praca ta musi być bardzo zindywidualizowana. W moim przekonaniu, wśród pacjentów w okresie częściowej remisji klinicznej można wyróżnić dwie grupy, w zależności od tego, którego niebezpieczeństwa, wewnętrznego czy zewnętrznego, bardziej się oni obawiają. Obserwujemy takich pacjentów, którzy w trakcie pobytu na oddziale koncentrują cały swój psychiczny wysiłek na tłumieniu, opanowaniu własnych uczuć, których nie akceptują. Najczęściej tym przerażającym uczuciem jest psychotyczna wściekłość. Inni pacjenci wydają się wzmacniać barierę ochronną z obawy przed bodźcami zewnętrznymi, przed tym, co dochodzi z otoczenia, ponieważ jest to dla nich szczególnie trudne i zagrażające i może spowodować zakłócenie ich kruchej równowagi psychicznej. Ta druga grupa pacjentów po pewnym czasie, powoli i stopniowo, zaczyna przejawiać zainteresowanie otoczeniem i „porzucać” stan dotychczasowej pustki i zblednięcia emocjonalnego. Pacjenci w wielu wypadkach nie są poddawani tak dużym obciążeniom emocjonalnym, jak to niekiedy ma miejsce w ich środowisku domowym. Niekiedy także te obciążenia emocjonalne ulegają redukcji, na przykład w wyniku oddziaływań psychologicznych na rodziny (terapia rodzin, wielorodzinne grupy psychoedukacyjne).

Obserwujemy, że stan regresji popsychotycznej dużo trudniej ulega zmianie u tych pacjentów, którzy pochłonięci są próbami utrzymania pod kontrolą swoich wewnętrznych stanów (np. wściekłości). Jeśli stan „zamrożenia” nie wynika w dużym stopniu z lęku przed czynnikami zewnętrznymi, a bardziej z lęku przed własnymi impulsami, jest on mniej podatny na poprawę w sytuacji zmiany warunków psychospołecznych. Pacjenci ci wymagają terapii indywidualnej.

### Uwagi końcowe

Chciałbym podzielić się kilkoma bardziej ogólnymi spostrzeżeniami, odnoszącymi się do okresu częściowej remisji klinicznej. Pierwsze, to cytowany już wcześniej pogląd Straussa i wsp. [1985], którzy porównują ten okres do okresu latencji w rozwoju dziecka. Jest to okres spokojny. W okresie latencji też pozornie nic się nie dzieje, jednak budowa-

na w tym okresie struktura psychiczna, struktura mechanizmów obronnych, ma znaczenie dla całego dalszego życia. Drugie spostrzeżenie to to, że pacjenci chorujący na schizofrenię niekiedy wycofują się z kontaktu z rzeczywistością w autystyczne, wyobrażeniowe „światy”. Ma to charakter obronny w stosunku do otaczającej ich rzeczywistości, która jest dla nich zbyt trudna i zagrażająca. Możemy przypuszczać, że jeśli świat zewnętrzny i jego emocjonalny klimat, jakich doświadcza chory po przebytych epizodzie psychozy, nie jawią mu się jako groźne i wrogie, to być może jego tendencje do wycofania się i izolowania od otoczenia nie będą tak silne. Zapewne trudno jest nam wpłynąć bezpośrednio na mniej lub bardziej nieświadomą decyzję chorego, wahającego się pomiędzy autystycznym wycofaniem i życiem w świecie wyobrażeniowym a podjęciem próby radzenia sobie w świecie realnym. Jednak możemy mieć wpływ na to, jak chory będzie odbierał otaczający go świat zewnętrzny. Czy będzie on pełen wrogości i negatywnych emocji, czy bezpieczny i atrakcyjny. Wydaje się, że możliwe jest takie kształtowanie atmosfery terapeutycznej, która sprzyja powrotowi chorych do zdrowia i ich lepszemu funkcjonowaniu.

Interesującym zagadnieniem jest natura terapeutycznego środowiska. Na niektóre jego aspekty zwracają uwagę Jakubczyk i Żechowski [1997]. Zdaniem tych autorów oddział psychiatryczny, zwłaszcza oddział, na którym prowadzona jest psychoterapia, powinien być miejscem, w którym pacjent zdobywa nowe doświadczenia emocjonalne o potencjalnie korektywnym znaczeniu. Jednak aby te doświadczenia mogły być przez pacjenta nabyte, musi dojść do kontaktu pomiędzy rzeczywistością odbieraną przez pacjenta a korektywną (zdrową) rzeczywistością kreowaną przez personel. W przypadku chorych psychotycznych, których postrzeganie rzeczywistości jest znacznie zniekształcone i którzy są wycofani z rzeczywistości wspólnej do świata rzeczywistości indywidualnej i psychotycznej, jest to zadanie szczególnie trudne. Te dwie rzeczywistości mogą stać się „niekompatybilne” [cyt. za Jakubczyk A. i Żechowski C. 1997]. Autorzy postulują wprowadzenie do terapii „rzeczywistości pośredniczącej”, która możliwa byłaby do przyjęcia zarówno przez pacjentów, jak i przez terapeutów. Jednym z jej celów jest, aby pacjent mógł uznać, że jego rozumienie rzeczywistości jest jedną z możliwości, a nie pewnością, i aby to uznanie odbyło się bez odrzucenia przez terapeutę sposobu przeżywania pacjenta. Oprócz uznania przez pacjenta możliwości istnienia rzeczywistości innej niż jego własna, zaletą tego podejścia jest komunikowanie się z pacjentem jego własnym językiem (pojęciami, które pacjent na swój sposób rozumie) oraz wzajemne konfrontowanie tych dwóch rzeczywistości na wspólnej płaszczyźnie.

Innym aspektem tej atmosfery, wartym podkreślenia, jest, moim zdaniem, pewna funkcja tej atmosfery, którą można byłoby określić jako ogarniająca, strukturująca. W tym kontekście interesujące jest przedstawienie genezy nazwy „woodshedding” zaproponowanej przez Straussa [1994]. Nazwa ta pochodzi z praktyki muzyków jazzowych, którzy w okresie, kiedy opanowują nowy styl gry, chronią się w odosobnieniu, zapewniane przez szopę czy drewnię, a pojawiają się ponownie publicznie, kiedy rozwiążą już problemy związane z nowymi umiejętnościami.

Czym jest w stosunku do chorych schizofrenicznych analogia „drewni”. Czy zachodzą w niej procesy niespecyficzne, czy też możemy tu odnieść się do tak kluczowych pojęć, jak holding [Winnicott D.W. 1965], zjawisko „kontenerowania” [Bion W. 1962] czy „psychicznej koperty” („psychic envelope”) [Anzieu 1974] [cyt. za: Houzel D. 1996]?

Houzel [1996] zajmuje się szeroko zagadnieniem psychicznego holdingu, „zawierania”, „kopertowania”. Spostrzega, że psychoanalityczne rozumienie najbardziej ciężkich form zaburzeń osobowości, stanów z pogranicza i psychoz wymaga innego podejścia niż klasyczna analiza, ograniczająca się do rozważania intrapsychicznych konfliktów. Jego zdaniem, wymaga uwzględnienia mechanizmów i czynników warunkujących proces, dzięki któremu różne części osobowości mogą być łączone w spójną i koherentną całość. W przypadku pacjentów, którzy przeżyli epizod psychotyczny, mamy do czynienia z osobami, których psychika, ego i jego funkcje uległy dezintegracji. Pacjenci dają wyraz subiektywnemu poczuciu dezintegracji w rysunkach, wypowiedziach na własny temat. W pewien sposób, choć zapewne trudno im to nazwać, odczuwają tę dezintegrację. Możemy więc przypuszczać, że celem okresu częściowej klinicznej remisji jest restytucja poczucia koherencji ego, odzyskanie stanu, w którym ego jest odczuwane jako względnie stabilne i jednolite, przynajmniej w stopniu, który dana osoba subiektywnie uzna za wystarczający, aby móc podjąć próby bardziej niezależnego funkcjonowania w społeczeństwie. Jak się do tego ma atmosfera oddziały? Aby odpowiedzieć na to pytanie, chciałbym wrócić do cennej metafory opisującej woodshedding, a więc okres przebywania w chroniącym pomieszczeniu. Podkreśla ona pewną całościowość, ogólną naturę schronienia.

Klasyczna koncepcja Biona „container/contained relationship” (relacji zawierający/zawierane) odnosi się do projekcji części psychiki do wnętrza innego obiektu i jej reintrojekcji. Ten aspekt omawianych zagadnień chciałbym jednakże w tej pracy pominąć, ponieważ koncentruję się w niej na nieco innych czynnikach.

Houzel [1996] przestrzega też słusznie przed nadużywaniem metafor, traktowaniem ich jako rzeczy i snuciem wniosków przez analogię do przedmiotów, które metafory opisują, ale nie są z nimi tożsame. Jednakże chciałbym za tym autorem zauważyć, że w okresach dezintegracji ego potrzebna jest pewna zewnętrzna struktura, którą możemy nazwać procesem czy przestrzenią stabilizującą. Ten proces stabilizuje strukturę ego, która organizuje się dopiero jak u dziecka lub uległa rozpadowi jak w okresie po psychozie. Houzel sugeruje, że indywidualna psychiczna „koperta” może być zawarta w szerszej „kopercie”, na przykład, takiej, jaką tworzy rodzina. Ta strukturująca funkcja wydaje się ważna w stosunku do osób po przebytej psychozie. Często rodzina nie może podjąć się tego zadania, ponieważ na przykład ujawnia bardzo silne negatywne emocje i żądania wobec chorego — może to uniemożliwiać próby chorego zmierzające w kierunku stabilizacji ego. Dlatego niekiedy może być potrzebna inna zewnętrzna struktura, która przyjmie na siebie rolę schronienia, pod którego osłoną chory dokona reintegracji struktury psychicznej, aby mógł z powodzeniem kontynuować proces powrotu do zdrowia.

### Summary

The aim of the paper is to recognize the importance of the phase of recovery from psychosis. The first part of the paper presents some considerations concerning postpsychotic states in schizophrenia. In some cases after florid psychosis we could observe a stage of partial clinical remission (which is the phase of behavioral and symptomatological plateau). The special attention was given to the concept of the so called „woodshedding phase”. Then the importance of favourable convalescent environment was outlined. In conclusion, the attempt at recognition of the therapeutic atmosphere as an external factor important to the process which gives the psyche overall coherence after

psychotic disintegration was made. The stabilisation process in cases when the structure of patient's id psyche is disintegrated and in emotional turmoil must be introduced from the outside. The presence of external structure allows patients to rebuild their own structure of the psyche.

### Piśmiennictwo

- Carr V.J. 1983: Recovery from schizofrenia: a review of patterns of psychosis. *Schizophr. Bull.*, 9, 1, 93–122.
- Eissler K.R. 1951: Remarks on the psychoanalysis of schizofrenia. *Intern. J. Psychoanalysis*, 32, 139–156.
- Hartmann W., Kind J., Meyer J.E., Muller P., Streuber H. 1980: Neuroleptic drugs and the prevention of relapse in schizofrenia: a workshop report. *Schizophr. Bull.*, 6, 536–543.
- Houzel D. 1996: the family envelope and what happens when it is torn. *Int. J. Psycho-Anal.* 77, 901–912.
- Jakubczyk A., Żechowski C. 1997: Zasada rzeczywistości w terapii psychoz. *Psychoter.*, 2, 101, 39–43.
- Kayton L. 1973: Good outcome in young adult schizofrenia. *Arch. Gen. Psychiatry*, 29, 103–110.
- Kayton L., Beck J., Koh S.D. 1976: Postpsychotic state, convalescent environment and therapeutic relationship in schizofrenic outcome. *Am. J. Psychiatry*, 133, 11, 1269–1274.
- Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne 1997: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków, Warszawa.
- McGlashan T.H. 1982: Aphanisis: the syndrome of pseudo-depression in chronic schizofrenia. *Schizophr. Bull.* 8, 1, 118–133.
- Roth S. 1970: The seemingly ubiquitous depression following acute schizofrenic episodes: a neglected area of clinical discussion. *Am. J. Psychiatry*, 127, 91–98.
- Sarwer-Foner G.J. 1989: 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*, 14, 1, 269–278.
- Siris S.G., Adan F., Cohen M., Mandeli J., Aronson A., Casey E. 1988: Postpsychotic depression and negative symptoms: an investigation on syndromal overlap. *Am. J. Psychiatry*, 145, 1532–1537.
- Strauss J.S. 1989: Subjective experience of schizofrenia: toward a new dynamic psychiatry — II. *Schizophr. Bull.*, 15, 2, 179–187.
- Strauss J.S. 1994: The person with schizofrenia as a person II; approaches to the subjective and complex. *Brit. J. Psychiatry*, 164, suppl. 23, 103–107.
- Strauss J.S., Hafez H., Lieberman P., Harding C. M. 1985: The course of psychiatric disorder, III: longitudinal principles. *Am. J. Psychiatry*, 142, 289–296.
- Szafranski T. 1995: Poneuroleptyczny zespół ubytkowy. *Psychiatr. Pol.*, 29, 359–367.
- Van Putten T., Crumpton E., Coralee Y. 1976: Drug refusal in schizofrenia and the wish to be crazy. *Arch. Gen. Psychiatry*, 33, 1443–1446.
- Van Putten T., May P.R.A. 1978: „Akinetic depression” in schizofrenia. *Arch. Gen. Psychiatry*, 35, 1101–1107.

Adres: III Klinika Psychiatryczna IPIN,  
al. Sobieskiego 1/9, 02-957 Warszawa