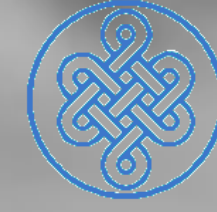


Nasilenie objawowości osobowości typu borderline pod wpływem leków - studium przypadku

mgr Paweł Polnik



Drogowskazówka. Psychoterapia. Diagnoza. Szkolenia.
Prywatna praktyka psychoterapeutyczna
Polskie Towarzystwo Psychoterapii Integratywnej



Wprowadzenie.

W grudniu 2010 roku do gabinetu zgłosiła się 21 letnia kobieta z objawami ataków paniki. Pacjentka po ukończeniu liceum była leczona na oddziale psychiatrycznym przez 6 miesięcy. Powodem hospitalizacji była depresja. Wówczas postawiono także diagnozę: osobowość chwiejna emocjonalnie. Rodzina pacjentki była pełna. Pacjentka miała starszą siostrę i młodszego brata oraz dwójkę rodzeństwa utraconego przez matkę w wyniku poronień. Starsza siostra także była leczona na oddziale psychiatrycznym z powodu depresji. Matka pozostawała w ambulatoryjnej opiece psychiatrycznej z powodu zaburzeń lękowych. Pacjentka zgłaszając się zażywała leki; chlorprotixen, xanax i seronil, które dawkowała bez konsultacji z lekarzem. W pierwszym kontakcie przekraczała granice, była odhamowana i chaotyczna. Jako problem początkowo zgłosiła ataki paniki, następnie rozszerzyła go o trudności w nawiązywaniu i utrzymywaniu relacji.

Diagnoza i konceptualizacja

DSM IV: Oś I 300.21; oś II 301.83 – spełnionych siedem kryteriów na dziewięć (wymagane minimum pięć) ; oś III wada wrodzona (nieprawidłowo ukształtowana żuchwa); oś IV problemy związane ze środowiskiem społecznym, edukacyjne, zawodowe. GAF – 40.

Pacjentka miała chwiejną motywację, charakteryzowała ją wysoka inteligencja, tworzyła więzi mimo ich burzliwego charakteru i częstego zrywania. Była zdolna do oceny swoich zachowań. Często jednak gubiła kontakt i popadała w paranoiczne podejrzenia prześladowcze lub dysocjowała się. Z czasem tendencje te nasiliły się.

Konceptualizując problem należało uwzględnić: nieadekwatny, niestabilny obraz siebie i innych, depersonalizację dotyczące ciała (pacjentka miała wrażenie, że jest uwięziona w obcym ciele), paranoiczne wyobrażenia prześladowcze. Źródłem tych fenomenów były silne mechanizmy rozszczepienne dotyczące ego i relacji oraz zaburzona komunikacja i ekspresja emocjonalna (zgodnie z koncepcją Linehan).

Cele psychoterapii

Osłabienie mechanizmów rozszczepiennych, budowanie adekwatnego obrazu siebie i świata, co pozwoli opanować napady paniki wywołane lękami o podłożu paranoicznym. Ustalony został roczny kontrakt.

Metody i strategia:

Dialektyczna terapia zaburzeń osobowości typu borderline (BPD), terapia ekspresywna. Strategicznym celem od początku do końca terapii było tworzenie i utrzymywanie relacji terapeutycznej dla osiągnięcia sojuszu. Równie ważne było wprowadzanie struktury i utrzymywanie życzliwego, adekwatnego stosunku do pacjentki i jej problemów. Z powodu samowolnego dawkowania leków konieczne było poddanie pacjentki kontroli lekarskiej.

Główne problemy

W trakcie terapii głównym problemem była słaba relacja. Na jej jakość wpływały czynniki utrudniające pacjentce bycie w kontakcie i adekwatne postrzeganie terapeuty – wolne od paranoicznych podejrzeń.

Depersonalizacja stale towarzysząca pacjentce absorbowała jej uwagę i napawała lękiem oraz odrazą do siebie. Fenomeny te były wywoływane i potęgowane działaniem leków: chlorprotixen i xanax działając przeciw lękowo obniżały próg kontroli. Jednocześnie leki te mają niekorzystny wpływ na funkcje poznawcze i pamięć. W połączeniu z seronilem mogącym wywoływać splątanie, agresywność oraz zwiększającym ryzyko samobójstwa wzmagały prymitywne mechanizmy obronne pacjentki. Zwłaszcza xanax, który powoduje także zaburzenia świadomości oraz zaburzenia procesów poznawczych był nadużywany przez pacjentkę, która czasem łączyła ten lek z alkoholem. Działanie leków wyjaśnia niedostępność emocjonalną pacjentki oraz jej doznania, które przeżywała, jako poczucie bycia w cudzym ciele. Leki też potęgowały rozszczepienne widzenie świata, co wzmagało niestabilny obraz ludzi i relacji.

Rezultaty psychoterapii

Sukcesem terapii było zaprzestanie przez pacjentkę zażywania leków – bez wyraźnych wskazań. Mimo, że pacjentka zerwała kontrakt ośmiomiesięczne utrzymywanie relacji terapeutycznej w warunkach ograniczonych możliwości poznawczych pacjentki wywarło znaczący wpływ na jej funkcjonowanie. Potwierdzeniem znaczenia relacji terapeutycznej była jej odbudowa przez pacjentkę i świadome, przyjazne zakończenie terapii. Pacjentka wyraziła wdzięczność za możliwość przypomnienia jej zachowań i myśli z okresu pod silnym wpływem leków. Wspólnie z terapeutą „odpamiętywała” stany paranoiczne i odrealnienia. Porównywała swoje funkcjonowanie pod wpływem leków i bez nich.

Przebieg psychoterapii

Wprowadzanie i utrzymywanie struktury powodowało frustrację pacjentki. Pacjentka podczas sesji często była odhamowana. Podejmowała usilne próby przejmowania kontroli nad relacją terapeutyczną. Wciąż unikała kontroli u lekarza psychiatry mimo zażywanych samowolnie leków. Wobec konsekwentnej postawy psychoterapeuty pacjentka manipulacyjnie groziła samobójstwem. Wówczas nastąpiła renegocjacja kontraktu. Postawiony został warunek podjęcia konsultacji psychiatrycznej, jako konieczny do dalszego prowadzenia psychoterapii. Pacjentka poddała się konsultacji – dostarczyła zaświadczenie od lekarza oraz wykaz dawek przepisanych leków. Mimo to, nadal samowolnie dawkowała leki. W kontakcie pacjentka była niedostępna, pusta emocjonalnie (poza wybuchami złości) lub nieadekwatnie pobudzona. Swoim zachowaniem starała się wzbudzić w terapeutę złość projektując na niego prześladowcze intencje i zamiary. W jej życiu osobistym, szkolnym i zawodowym panował chaos – zrywała więzi, chciała porzucić szkołę, traciła kolejne prace. Ataki paniki ustąpiły po rozpoczęciu psychoterapii. Jednak pacjentka nie dostrzegała sensu i celu terapii. Większość czasu na sesjach chciała poświęcać poczuciu bycia w cudzym ciele, którego nienawidziła. W tym czasie zwiększała dawki zażywanych leków. W lipcu 2011 r. nastąpił głęboki regres. Pacjentka odwoływała wizyty, zaprzestała kontroli psychiatrycznych. Nękała terapeutę nocnymi telefonami i smsami. Wysyłała listy pełne oskarżeń o niepowodzenie terapii. Po miesiącu przerwy w jakimkolwiek kontakcie umówiła się ponownie na wizytę. W tym czasie „rzuciła” zażywanie leków. W kontakcie była żywa i dostępna emocjonalnie. Potrzebowała, aby przypomnieć jej kłopoty, które skłoniły ją do zaprzestania terapii. Sama nie pamiętała stanów depersonalizacji, odhamowania i braku kontroli nad impulsami. W jej życiu zaszły zmiany: związała się z mężczyzną, przeszła pierwszą z kilku operacji żuchwy. Wyraziła żal z powodu nękania terapeuty. Omówiła podjętą przez siebie decyzję o zakończeniu terapii. W trakcie terapii psychoterapeuta superwizował pięciokrotnie pracę z pacjentką. Superwizja pozwalała zdystansować się terapeutę wobec prześladowczych projekcji pacjentki, Grupa superwizyjna dawała wsparcie w kontenerowaniu złości pacjentki, którą ta projektowała na terapeutę.

Bibliografia

E. G. Goldstein, Zaburzenia z pogranicza. Modele kliniczne i techniki terapeutyczne, Gdańsk 2003; M. M. Linehan, Zaburzenie osobowości z pogranicza. Terapia poznawczo-behawioralna, Kraków 2007; A. L. Miller, J. H. Rathus, M. M. Linehan, Dialektyczna terapia behawioralna nastolatków z tendencjami samobójczymi, Kraków 2011; Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR, red. Wyd. polskiego J. Wciórka, Wrocław 2008; Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne, red. S. Pużyński, J. Wciórka, Kraków-Warszawa 2000; Chlorprotixen, Xanax, Seronil – informacje producenta zamieszczone na stronach www.