

PSIHOTIČNA DEKOMPENZACIJA: MED GENI IN KONFLIKTNI MI VSEBINAMI

*Miloš Židanik**

IZVLEČEK

V prispevku opisujem bolnico ob poskusu ukinitve antipsihotičnega zdravljenja. V razpravljanju odpiram dileme glede vzroka za poslabšanje simptomatike in opisujem posledične spremembe v osebnem terapevtskem pristopu.

PRIKAZ BOLNICE

Gospa O., stara 32 let, se zaradi shizofrenije zdravi osem let. Zagona bolezni sta bila dva, drugi je hitro sledil prvemu in do njega je prišlo zaradi samovoljne opustitve zdravil, ker bolezni ni sprejemala. K meni je prišla v obravnavo pred petimi leti, potem, ko je bila več kot dve leti v dobri remisiji. Po dogovoru z bolnico sem nadaljeval že uvedeno depo terapijo s flufenazinom, eno ampulo (25 mg) na štiri tedne. Po osmih mesecih sem odmerek zmanjšal na polovico in osem mesecev zatem zdravilo povsem ukinit. S kontrolami sva nadaljevala. Pet mesecev zatem je prišlo do poslabšanja v smislu nemira in vznemirjenosti, bolnica je navajala zaznavne motnje v smislu prividov. Ponovno sva se dogovorila za flufenazin eno ampulo na štiri tedne, vendar se je že po nekaj dneh vrnila izrazito anksiozna in želela povečanje odmerka na tri ampule. Takrat sem se odločil, da ji rajše dodam risperidon 2 mg zvečer, vendar se ji je stanje poslabšalo zaradi izrazite ekstrapiramidne simptomatike. Sledila je odločitev za dve ampuli flufenazina na štiri tedne, vendar je pozitivna simptomatika ostajala. Slaba dva meseca zatem sem se odločil za spremembo zdravljenja in ji predpisal olanzapin 10 mg zvečer. Na naslednji kontroli se je pozitivna simptomatika umaknila, v ospredje pa je počasi stopala negativna simptomatika. Zaradi stranskih učinkov zdravila (v treh mesecih se je zredila za sedem kilogramov in je zato želela spremembo zdravljenja), sem se kljub dobremu učinku na pozitivne simptome, ki so povsem izzveneli, ponovno odločil za menjavo zdravila, tokrat za kvetiapin 2 x 100 mg. Mesec dni zatem je bolnica potrdila dobro počutje po tednu dni zaspanosti, ki pa je že izzvenela. Po treh mesecih od zadnje spremembe jemanja zdravil je prišlo do ponovitve psihotičnih znakov, bolnica je navajala paranoidne in nanašalne ideje ter zaznavne motnje v smislu prividov. Že sama si je povečala odmerek na

* Miloš Židanik, dr. med. Dupleška 97, 2000 Maribor. E-naslov: Milos.Zidanik@zd-mb.si

500 mg dnevno. Kljub tako povišanemu odmerku v naslednjem mesecu dni ni prišlo do remisije. Zaradi izrazite anksioznosti sva se na bolničino željo dogovorila za prehod na prejšnje zdravilo, olanzapin, ki je po slabih dveh mesecih ponovno pripomogel, da so pozitivni simptomi izzveneli. Preko nadaljnjih kontrol se dobra remisija nadaljuje s pomočjo 15 mg olanzapina dnevno.

ZUNANJI DEJAVNIKI

Bolnica je bila v partnerski zvezi z bolnikom s shizofrenijo. Do ukinitve zdravljenja s flufenazinom ni poročala o pomembni partnerski problematiki. Navajala je le občasna nesoglasja zaradi njegove pasivnosti in poseganja po kanabisu, zaradi česar je občasno prihajalo do finančnih zadreg. V primerjavi s partnerjem je bil potek njene bolezni benignejši, bila je bolj socialno vključena in delovno aktivnejša. Z ukinitvijo medikamentoznega zdravljenja je izgubila identiteto duševne bolnice. Na obzorju se je prikazala možnost prihodnosti brez življenja z duševno boleznijo. Kmalu zatem sta se s partnerjem skregala, bolnica se je odselila k staršem. To je privedlo do psihotične dezintegracije pri njenem partnerju, ki je bil ob njeni prisotnosti hospitaliziran proti svoji volji in je od nje zahteval ponovno vzpostavitev partnerske zveze, kar pa je sama odklonila. Zatem je začela fizično slabeti, izgubila apetit, pojavila se je nespečnost in občutki krivde. Končno so jo začeli motiti posamezni zvoki, pojavljati so se začeli obrazi prijateljev v zrcalu, ki so izginili, ko je vanje usmerila pogled. Takrat je prišla s prošnjo po ponovni uvedbi medikamentoznega zdravljenja. Ravno v trenutku, ko sem se prvič odločil za uvedbo olanzapina, ki je pripomogel k hitremu izboljšanju, se je odločila za nadaljevanje partnerske zveze s prejšnjim partnerjem. Govorila je, da jo v njeni bolezni razume in da jo ima rad. Temu je sledil prvi regres simptomatike. Še vedno pa je v sebi čutila brezvoljnost in žalost, kar sem čutil kot žalovanje po izgubi prihodnosti brez bolezni. Sledila je socialna izolacija, oklepanje partnerja (da se ne bi odločila drugače, da bi si zaprla druge možne življenjske odločitve) in že omenjen prehod na kvetiapin zaradi povečanja telesne teže. Potem je ponovno prišlo do poslabšanja psihičnega stanja in sicer ob njenem razmišljanju, ali je njen partner dejansko pravi zanj ali ne. Poročala je, da so se psihotični znaki značilno poglobljali ob razglabljanju glede lastne prihodnosti v obstoječi partnerski zvezi. Psihotična dezintegracija se je nadaljevala in poglobljala. Takrat sem ji ponovno predpisal olanzapin, bolnica pa je takoj zatem partnerja postavila pred preizkušnjo. Sama odločitve glede partnerstva ni zmogla sprejeti, nakar mu je ponudila ambivalenco glede lastne spolne usmerjenosti kot razlog, da bi lahko on prekinil partnersko zvezo. V trenutku, ko je odločitev pozunanjala in jo predala partnerju, je prišlo do izboljšanja psihičnega stanja. Psihopatološki fenomeni seveda niso izginili čez noč, kot tudi

ni čez noč popustila njena ambivalenca glede obstoja partnerske zveze. Trenutno je brez psihopatoloških doživetij in z odločitvijo o nadaljevanju partnerstva. Ob tem bi še rad poudaril, da sva na najinih srečanjih redno odpirala omenjene konfliktnne vsebine in zato so tudi spremembe v njenem odnosu do teh konfliktnih vsebin praviloma sledile najinim srečanjem.

RAZPRAVLJANJE

Z raziskavo poteka shizofrenije sem prejel opozorila o pomembnosti konfliktnih stanj v neposrednem bolnikovem okolju. Ta so v neposredni povezavi s številom zagonov bolezni in izraženostjo pozitivnih simptomov (1). Zato se je tudi rodil projekt ugotavljanja EEI ali ugotavljanja nivoja izraženosti (negativnih) čustev (2). Pri bolnici so se poslabšanja ves čas prepletala s soočanjem in nezmožnostjo predelave določenih konfliktnih vsebin, z doživljanjem sebe kot zdrave ali duševno bolne osebe s posledično različnimi življenjskimi pričakovanji, vključno z odločitvijo glede partnerskega odnosa. Bolničina ambivalenca in nihanja glede dokončne odločitve o prihodnosti zveze s partnerjem z enako duševno boleznijo so bila v tesni povratni zvezi s pojavljanjem njenih psihopatoloških doživetij. Po drugi strani so bila vsa poslabšanja enako v tesni povratni zvezi s spremembami antipsihotičnega zdravljenja. Kateri dejavnik je močnejše vplival na potek njene bolezni iz bolničinega življenja ni moč razbrati, kljub temu, da ima, domnevam, vsak bralec svojo hipotezo. Kvetiapin je dokazano učinkovito in dobro zdravilo. Ne vem, ali bi do izboljšanja prišlo tudi, če ga ne bi menjal z olanzapinom, ko je bolnica sprejela trajnejše življenjske odločitve. Se mi pa ni zdelo smiselno tvegati in pri zdravilu vztrajati. Na srečanjih z bolnico sva odprla vse možne vzroke poslabšanja in menjava antipsihotika je bila skupna odločitev po pretehtanju vseh možnih izhodov.

Ugotavljam, da je zdravljenje te bolnice vplivalo na moj individualni terapevtski pristop pri drugih bolnikih, ko se odločam o ukinitvi antipsihotika pri bolnikih v dovolj dolgo trajajoči dobri remisiji. Praviloma si bolniki želijo čimprejšnjo ukinitvev zdravila in v tem primeru zdravilo ukinem v skladu s priporočenimi terapevtskimi smernicami. Včasih pa so individualne izkušnje bolnika s psihotičnimi simptomi tako slabe, da se veliko pogovarjava o možnem tveganju in ambivalenci tako bolnikovi kot moji, glede ukinitve zdravil. V podobnem primeru kot je opisani, tokrat pri moškemu s shizofrenijo, sem pozneje ravnal drugače. Bolnika sem najprej usmeril na psihodiagnostični pregled, ki je pokazal na še vedno prisotne vzorce mišljenja, značilne za shizofrenijo, ki pa jih samo s kliničnim pregledom nisem opazil. V tem drugem primeru se za ukinitvev antipsihotika z bolnikom nisva odločila. In dobra remisija se nadaljuje.

LITERATURA

1. Glynn SM, Randolph ET, Eth S et al. Patient Psychopathology and Expressed Emotion in Schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1990; 157: 877–880.
2. Jenkins H J, Karno M. The meaning of Expressed Emotions: Theoretical Issues Raised by Cross-Cultural Research. *Am J Psychiatry* 1992 ; 149 (1): 9–21.