

Diagnostyczna funkcja arteterapii na oddziale psychiatrycznym dla młodzieży – opis przypadku

Diagnostic function of art therapy in the psychiatric ward for adolescents – a case report

Klinika Psychiatrii Młodzieżowej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Correspondence to: Klinika Psychiatrii Młodzieżowej I Katedry Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, ul. Czechosłowacka 8/10, 92-216 Łódź, tel./faks: 42 675 77 16, e-mail: agnieszka.gmitrowicz@umed.lodz.pl

Source of financing: Department own sources

Streszczenie

Opis przypadku klinicznego dotyczy analizy dynamiki obrazu psychopatologicznego u pacjentki hospitalizowanej w Klinice Psychiatrii Młodzieżowej, w kontekście twórczości spontanicznej oraz inspirowanej w trakcie indywidualnych zajęć arteterapii. Proces rediagnozy – z choroby afektywnej dwubiegunowej na zaburzenia schizoaфекtywne – został zapoczątkowany w toku omawiania prac plastycznych pacjentki. W jej twórczości podczas kolejnej fazy depresyjnej bez objawów psychotycznych zaczęły występować: cechy znacznej dezorganizacji, symbole, deformacja postaci, kontaminacje, nieuzasadnione treścią podziały przestrzeni, zachwiania perspektywy, o kilka miesięcy wyprzedzające rozwój pełnoobjawowej psychozy o obrazie schizofrenii. Osiemnastoletnia pacjentka, chorująca od roku, początkowo była leczona z powodu manii w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej. Prezentowała podwyższony nastrój i napęd, przyspieszony tok myślenia, wypowiadała urojenia wielkościowe, posłannicze, skracająca dystans, relacjonowała „wyostrzenie zmysłów”, „poszerzenie świadomości”, chciała „nieść światu piękno”. Relacjonowała, że od dawna obserwuje u siebie wahania nastroju – od stanów „depresji” z uczuciem smutku, wyczerpania, anhedonii, nadmierną sennością, znacznym spadkiem aktywności, myślami samobójczymi do stanów „euforii”, „hiperaktywności”. Krótko po wypisie pacjentka odstawiła leki i po kilku miesiącach trafiła ponownie na oddział z objawami epizodu depresji i tendencjami samobójczymi. W trakcie tej hospitalizacji pacjentce zaproponowano udział w indywidualnych zajęciach arteterapeutycznych z uwagi na jej spontaniczną twórczość plastyczną (w tym malowanie na ścianach) oraz odmowę udziału w zajęciach grupowych. Zespół terapeutyczny, w skład którego wchodziła arteterapeutka, określił następujące cele arteterapii: diagnostyczny, komunikacyjny, integracyjny i katartyczny. Dodatkową rolę arteterapeutki było inicjowanie zmian w funkcjonowaniu pacjentki oraz indywidualnego procesu twórczego.

Słowa kluczowe: arteterapia, diagnoza psychiatryczna, młodzież, opis przypadku

Summary

The description of the clinical case refers to analysis of the dynamics of psychopathological picture in a patient hospitalized in the Department of Adolescence Psychiatry in the context of spontaneous creation and also creation inspired during individual art therapy classes. The process of re-diagnosis – from bipolar affective disorder to schizoaffective disorders – was initiated within the discussion about the patient's artistic works. Her artistic works during a consecutive depressive phase without psychotic symptoms exhibited: considerable disorganization features, symbols, figure deformation, contaminations, space divisions unjustified by the contents, and unstable perspectives, which for a few months preceded the development of full-symptom psychosis exhibiting all criteria of schizophrenia. The 18-year-old patient, ill for a year, was first treated for mania in the course of bipolar affective disease. She exhibited raised spirits and drive, fast train of thought; she uttered delusions of grandeur and missionary delusions; she shortened the distance, reported “enhanced sensual perception” and “increased awareness”, and wanted to “bring beauty to the world”. She said that she had experienced swinging mood for a long time – from “depression” with sadness, exhaustion, anhedonia, hypersomnia, considerably decreased activity, suicidal thoughts to states of “euphoria” and “hyperactivity”. Soon after being discharged from hospital the patient discontinued medication and several months later was admitted to the ward again, with symptoms of depression episode and suicidal tendencies. During this hospitalization the patient

was offered to participate in individual art therapy classes because of her spontaneous artistic creativity (including painting on walls) and to refuse to take part in group classes. The therapeutic team to which the art therapist belonged determined the following objectives of art therapy: diagnostic, communicative, integrative and cathartic. An additional role of the art therapist was to initiate changes in the patient's functioning and individual creative process.

Key words: art therapy, psychiatric diagnosis, adolescents, case report

WPROWADZENIE

Zanim zaczęto badać zastosowanie arteterapii (AT) w psychiatrii, około 200 lat temu, terapia ta – z wykorzystaniem sztuki – była już uznaną metodą leczenia. Od czasów starożytnych przez stulecia podstawą jej stosowania było podejście oparte na obserwacji faktów empirycznych^(1,2). W XIX wieku prace plastyczne pacjentów leczonych w szpitalach psychiatrycznych zaczęto traktować jako wskaźnik zmian chorobowych (Rej, Tardieu, Simon, Mobius, Prinzhorn). Zapoczątkowało to rozwój psychopatologii ekspresji, która stała się obszarem badań naukowych w psychiatrii⁽²⁾. Mimo że AT jest uznaną metodą leczenia na świecie, nadal nie ma ugruntowanej pozycji w Polsce^(3,4). Składa się na to wiele przyczyn, w tym: kontraktowanie AT w szpitalach psychiatrycznych jako terapii zajęciowej, dość powszechne rozumienie AT jako oddziaływań rehabilitacyjno-resocjalizacyjnych lub pedagogicznych czy psychopatologii ekspresji – w kategoriach *art brut* (sztuki „nawnej”, „surowej”), a przede wszystkim brak w naszym kraju rozwiązań prawnych dla zawodu psychoterapeuty⁽⁵⁾. W Wielkiej Brytanii już w 1997 roku na szczeblu państwowym uznano zawód arteterapeuty (w kategorii zawodów paramedycznych), który łączy zarówno kwalifikacje psychoterapeutyczne z wykształceniem w dziedzinie sztuki (plastyki, muzyki, tańca i in.)⁽³⁾.

Obecnie elementem hamującym uznanie zastosowań arte-psycho-terapii w medycynie może być nacisk instytucji kontrolnych na optymalizację usług w aspekcie ekonomicznym, w tym ocenę skuteczności leczenia poprzez badania oparte na tzw. złotym standardzie, skonstruowanym na potrzeby ilościowych badań lekowych (wymóg dużej „ślepej” próby z dobraną losowo grupą kontrolną), w których liczy się wynik końcowy terapii, a nie cały jej proces⁽³⁾. Tymczasem efektywność AT poddawana jest przede wszystkim ocenie jakościowej, która w hierarchii badań naukowych zajmuje niższą pozycję – „studium przypadku” (systematycznego lub udokumentowanego), ewentualnie – „opinii ekspertów”. Specjaliści z różnych dziedzin (lekarze, psychologowie, psychoterapeuci, artyści, pedagodzy) często w odmienny sposób opisują zastosowanie i przebieg AT⁽⁶⁻¹¹⁾.

Dla potrzeb praktyki psychiatrycznej, przed włączeniem pacjenta w proces psychoterapii z wykorzystaniem sztuki, kluczowe są odpowiedzi na 3 podstawowe pytania: 1) dlaczego? (które funkcje AT mogą mieć zastosowanie – czy np. diagnostyczna, edukacyjna, katartyczna); 2) jak? (w ja-

kiej formie terapii – indywidualnej, grupowej czy rodzinnej; w jakim nurcie psychoterapeutycznym oraz z zastosowaniem jakiego rodzaju sztuki); 3) kiedy? (w którym okresie choroby i leczenia)^(4,8).

Ilustracją takiego podejścia może być analiza przypadku pacjentki hospitalizowanej psychiatrycznie. W przypadku tej pacjentki zespół terapeutyczny z certyfikowanym arteterapeutą w dziedzinie sztuk pięknych (w trakcie szkolenia z psychoterapii) określił następujące cele AT, także w ostrych fazach choroby: diagnostyczny (uzewnętrznienie psychopatologii), komunikacyjny, integracyjny i katartyczny (odreagowanie emocji), w ramach indywidualnych spotkań z arteterapeutą (poddanych superwizji). Dodatkową rolę arteterapeutki było inicjowanie zmian w funkcjonowaniu pacjentki oraz indywidualnego procesu twórczego.

OPIS PRZYPADKU

Osiemnastoletnia pacjentka, uczennica liceum, leczona psychiatrycznie od roku (od kwietnia 2011 r.), kiedy po raz pierwszy, w trybie nagłym trafiła na oddział psychiatryczny dla dorosłych. Trzy dni przed przyjęciem pacjentka uciekła z domu, do szpitala przywiózł ją zespół pogotowia ratunkowego. Była bardzo zaniedbana, skrajnie pobudzona psychoruchowo, niedorzeczna, w utrudnionym kontakcie. Po wykonaniu podstawowych badań laboratoryjnych, testu panelowego na obecność substancji psychoaktywnych (negatywny) oraz doraźnym podaniu olanzapiny pacjentkę odesłano do Kliniki Psychiatrii Młodzieżowej.

W Klinice pacjentka była w podwyższonym nastroju i napędzie, miała przyspieszony tok myślenia, wypowiadała urojenia wielkościowe, posłannicze, skracala dystans, relacjonowała „wyostrzenie zmysłów”, „poszerzenie świadomości”, chciała „nieść światu piękno”. Obserwowano ponadto znaczną dezorganizację zachowania pacjentki, znaczną ekspansywność, teatralność, skrócenie snu. Pacjentka była ambiwalentna w ocenie swoich zaburzeń. Relacjonowała, że od dawna podejrzewała u siebie „chorobę dwubiegunową”, że od co najmniej czterech lat obserwuje u siebie wahania nastroju – od stanów „depresji” z uczuciem smutku, wyczerpania, anhedonii, nadmierną sennością, znacznym spadkiem aktywności, myślami samobójczymi do stanów „euforii”, „hiperaktywności”, gdy nadrabia powstałe w poprzednich okresach zaległości, jest pełna nadziei i planów, wierzy w siebie, dużo czyta, słucha muzyki. Zwierzała się, że marzy o karierze artystycznej

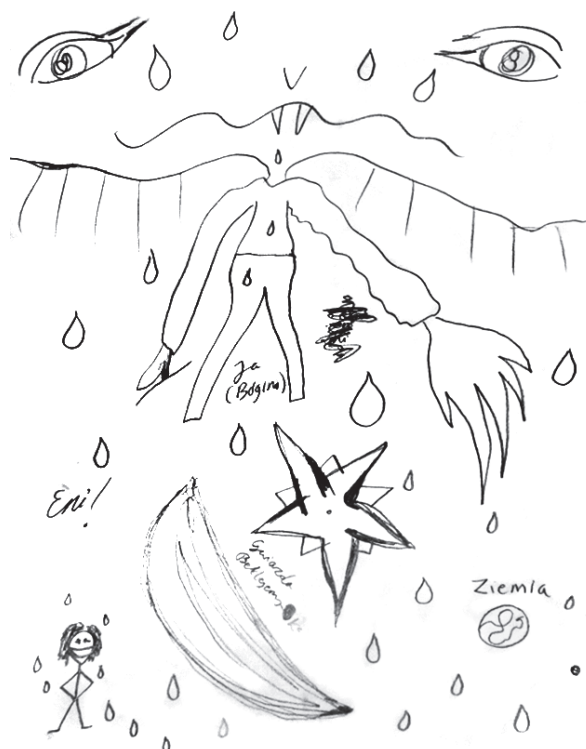
– uczestniczy w zajęciach kółka teatralnego, tworzy plastycznie, chciałaby studiować na ASP.

Z wywiadu rodzinnego wynikało, iż pacjentka wychowywała się w niepełnej rodzinie. Ojciec przez wiele lat nie mieszkał z rodziną, jednak wrócił do domu, wkrótce przed swoją śmiercią, przed 6 laty (długo chorował na chorobę Parkinsona). Według pacjentki choroba zmieniła ojca, stał się drażliwy, surowy, apodyktyczny, choć takie cechy pacjentka obserwowała u niego już wcześniej. Z tego powodu nigdy nie mieli bliskiej więzi. Pacjentka ma dwoje starszego rodzeństwa. Najsilniej czuje się związana z bratem. Choć także „trudny”, „apodyktyczny”, stanowił wzór do naśladowania dla pacjentki. Z najstarszą siostrą mieszkającą już poza domem nie są blisko związane. Relacje z matką od dawna nacechowane były silnymi, nierzadko sprzecznymi emocjami. Pacjentka potrafiła zarówno oskarżać matkę o nadopiekuńczość, przemoc, jak i twierdzić, że „gdy się czegoś boi, to śpi razem z matką”, szukając u niej ratunku i pocieszenia. Na oddziale, podczas odwiedzin, często kłóciły się, zdarzało się, że pacjentka nakazywała matce opuszczenie oddziału.

Pacjentka była dotychczas pilną i wzorową uczennicą, o bardzo szerokich zainteresowaniach muzycznych, literackich, plastycznych, uczęszczała na zajęcia teatralne. Matka pacjentki identyfikowała „przeciążenie pracą” jako przyczynę choroby.

Podczas pierwszego pobytu pacjentki w Klinice rozpoznano u niej manię z objawami psychotycznymi. W trakcie pobytu wykonano między innymi badanie MRI głowy, wykluczając organiczne podłoże obserwowanych zaburzeń.

W krótkim okresie po wypisie pacjentka odstawiła leki (w tym lit) i po czterech miesiącach trafiła ponownie na oddział z objawami depresyjnymi oraz myślami i tendencjami samobójczymi (mniej więcej dwa miesiące przed hospitalizacją próbowała odebrać sobie życie). Tym razem była smutna, zaniedbana, ubrana na czarno, aktywna tylko w obszarze ekspresji plastycznej, podczas badania nie ujawniała objawów psychotycznych, mówiła, że „tęskni za manią”, była w zdawkowym kontakcie, unikała relacji społecznych, chętnie komunikowała się tylko z arteterapeutką, omawiała z nią swoje prace, także malowane na ścianie i szybach izolatki. W trakcie tej hospitalizacji rozpoznawano u pacjentki epizod depresyjny w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej (CHAD), wdrożono adekwatne postępowanie farmakologiczne, dość szybko uzyskując wyrównanie nastroju. Pacjentka z proponowanych zajęć terapeutycznych wybrała tylko indywidualne sesje arteterapeutyczne (odmawiała udziału w zajęciach grupowych). Interpretacja powstałych w tym czasie prac plastycznych nie była zgodna z psychopatologiczną ekspresją depresji, pojawiły się bowiem elementy mogące świadczyć o rozwoju procesu schizofrenicznego (jako przykład rys. 1), mimo iż w badaniu klinicznym nie stwierdzano żadnych objawów psychopatologicznych spełniających kryteria schizofrenii (według ICD-10).



Rys. 1

Po ustąpieniu epizodu depresji pacjentka została wypisana do domu, jednak już wkrótce po raz trzeci zgłosiła się do Kliniki z objawami pobudzenia psychoruchowego i znacznej dezorganizacji. Tym razem w obrazie klinicznym dominowały objawy paranoidalne – rozkojarzenie toku myślenia, ambiwalencja, paralogia, derealizacja, depersonalizacja, urojenia oddziaływania, owładnięcia, ksbne, prześladowcze. Pacjentka była dziwaczna w zachowaniu, często bardzo drażliwa, agresywna słownie, bez poczucia choroby. W tym czasie spontanicznie dużo rysowała i malowała (także na ścianach, palcami, szminką), a z planu zajęć wybierała głównie zajęcia arteterapeutyczne, podczas których spontanicznie mówiła o swoich pracach. W czasie tych zajęć uspokajała się, lepiej funkcjonowała społecznie, poprawiał się jej kontakt z personelem. Twierdziła, że twórczość sprawia jej przyjemność i przynosi ulgę oraz odsłania jej uczucia i przeżycia, dzięki czemu może być lepiej zrozumiana. Po ustabilizowaniu się stanu psychicznego pacjentka została wypisana do domu z rozpoznaniem psychozy schizoafektywnej oraz zaleceniem kontynuowania farmako- i arteterapii.

ANALIZA PRACY PLASTYCZNEJ

Pacjentka w trakcie leczenia epizodu depresji stworzyła jedną z prac na zadany temat: „Narysuj postać w deszczu” (rys. 1)⁽⁴⁾. Temat pracy miał na celu ukazanie sposobu postrzegania przez pacjentkę ciała wystawionego

na działanie deszczu, traktowanego jako symboliczny środowiskowy czynnik stresogenny. Prace zazwyczaj tworzone na ten temat ukazują emocje podmiotu w konfrontacji z oddziałującym na nich czynnikiem zewnętrznym.

Omawiana praca jest szczególna, gdyż narysowany zgodnie z tematem deszcz nie jest czynnikiem *stricte* zewnętrznym. Pacjentka nie postrzegała siebie jako części otaczającego świata, lecz sądziła, że świat jest zależny od niej. „Płacząc, stwarza deszcz”, który jednocześnie jest „łzami boga, który płacze nad światem”. Łzy stają się „kosmicznym deszczem”. W swojej pracy przedstawiała siebie w kategoriach i przestrzeniach kosmicznych.

Istotna jest kompozycja pracy. Postać została umieszczona w górnej połowie kartki, nie kończy się jednak w jej obrębie. Olbrzymia twarz otwiera kompozycję, potęgując wrażenie nieskończoności rysowanej postaci. Pacjentka zaczęła rysować siebie jako postać odwróconą tyłem. Narysowała nogi i biodra, jednak górna część ciała niespodziewanie ukazana jest z przodu. Z ciała wyrasta wielka twarz, która może być twarzą boga (bez sklepienia głowy). Nie przypomina rysów twarzy pacjentki, wydaje się łączyć w sobie cechy ludzkie i zwierzęce (dwa zęby jak kły). Postać nie ma stóp, co może wskazywać na poczucie braku ugruntowania, oparcia, stabilności.

Dłonie są różnej wielkości – jedna drobna i uproszczona, druga wielka i drapieżna. Sposób ukazania dłoni może wskazywać na poczucie nieprzystosowania. Pacjentka zastosowała wysoki stopień połączenia części ciała, silnie zaburzone są jednak jego proporcje, a niektóre części ciała zostały pominięte (w tym stopy). Niezwykle rzadko spotyka się brak zachowania płaszczyzn ciała (praca do pasa rysowana od tyłu, od pasa w górę z przodu).

Postać podpisana jest *Ja (Bogina)*, w innym miejscu pracy pojawia się napis *Eni!* – imię, którego pacjentka używała w odniesieniu do siebie.

Postać zdaje się unosić w przestrzeni kosmicznej. Poniżej nóg narysowana jest niewielkich rozmiarów Ziemia, Gwiazda Betlejemka, księżyc oraz drobna postać ludzka w deszczu łez.

OMÓWIENIE

U niespełna 18-letniej pacjentki, z objawami kolejnego epizodu depresji w przebiegu CHAD, stwierdzono w trakcie analizy jednej z prac wskaźniki emocjonalne zaburzeń paranooidalnych o treści wielkościowej, a także cechy dezorganizacji psychotycznej^(2,4). W badaniu psychiatrycznym badana spełniała wtedy kryteria epizodu depresyjnego umiarkowanego bez objawów somatycznych i psychotycznych (według ICD-10).

W typowych rysunkach osób z rozpoznaniem depresji charakterystyczne są niepewna kreska, często przerywana, postaci pomniejszone, uproszczone, bez deformacji, umieszczone w rogu płaszczyzny, w której dominuje dużo pustej przestrzeni, w tle mogą pojawiać się atrybuty przemijania,

śmierci^(4,6,8). W analizowanej pracy nie było opisanej typowej ekspresji depresyjnej, natomiast dominowały elementy, które wskazywać mogły na zaburzenia schizofreniczne:

- kreska – zdecydowana, pewna, części ciała połączone ze sobą nieco dziwacznie;
- proporcje ciała – istotnie zaburzone, pominięcie niektórych części ciała (stopy), dłonie różnej wielkości – jedna drobna i uproszczona, druga wielka i drapieżna;
- deformacja ciała poprzez brak zachowania płaszczyzn ciała, kontaminacje;
- nieadekwatne symbole (nieodpowiadające ekspresji plastycznej w depresji), napisy wypełniają całą powierzchnię rysunku;
- duży wymiar postaci, brak granic.

Mimo że wiedza na temat psychopatologii ekspresji nie może rozstrzygać o diagnozie psychiatrycznej, można ją uznać za istotny marker psychopatologiczny, wskazujący na określony rozwój procesu chorobowego.

Poza aspektem diagnostycznym arteterapia w opisanym przypadku zdecydowanie ułatwiała pacjentce radzenie sobie ze stanami silnego pobudzenia psychoruchowego oraz cierpienia psychicznego, poza tym spontaniczna twórczość pacjentki (także na ścianach), w okresie trudnego z nią kontaktu w fazie depresji, informowała personel o jej przeżyciach chorobowych.

PIŚMIENNICTWO:

BIBLIOGRAPHY:

1. Szulc W.: Kulturoterapia. Wykorzystanie sztuki i działalności kulturalno-oświatowej w lecznictwie. Wydawnictwo Naukowe AM im. Karola Marcinkowskiego, Poznań 1994.
2. Tyszkiewicz M.: Psychopatologia ekspresji. Stymulacja twórczości pacjentów psychiatrycznych. Gdańskie Towarzystwo Naukowe, Gdańsk 1994.
3. Gilroy A.: Arteterapia – badania i praktyka. Wydawnictwo Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi, Łódź 2009.
4. Oster G.D., Gould P.: Rysunek w psychoterapii. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 1999.
5. Karolak W., Kaczorowska B. (red.): Arteterapia w medycynie i edukacji. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi, Łódź 2008.
6. Gmitrowicz A., Andrzejewska M.: Udział terapii przez twórczość w leczeniu i rehabilitacji zaburzeń psychicznych u młodzieży. Wiadomości Psychiatryczne 2000; 1: 33-37.
7. Karolak W.: Rysunek w arteterapii. Wyd. 2, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi, Łódź 2007.
8. Robbins A.: A Multi-Modal Approach to Creative Art Therapy. Jessica Kingsley Publishers, London, Bristol, Pennsylvania 1994.
9. Skorny Z.: Teorie psychologiczne jako podstawa arteterapii. Arteterapia, 1989, Zeszyt Naukowy 52: 19-31.
10. Zalewska D. (red.): Kultura i terapia: przegląd problematyki. Wydawnictwo International Institute of Poverty, Wrocław 1996.
11. Ziarko B., Kania M., Podbielski Z. i wsp.: Diagnostyczne i komunikacyjne aspekty twórczości plastycznej pacjentki chorującej na schizofrenię paranoidalną. Postępy Psychiatr. Neurol. 2005; 14 (supl. 1/20): 66-72.