



Kontakt terapeutyczny z osobą chorą na schizofrenię

Therapeutic contact with a person suffering from schizophrenia

IRENA NAMYSŁOWSKA

Z Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

STRESZCZENIE

Artykuł przedstawia osobiste refleksje autorki na temat kontaktu z osobą chorą na schizofrenię, odwołując się do cech tego kontaktu wymienianych przez Kępińskiego oraz innych autorów, i umieszczając je w szerszej perspektywie filozofii dialogu. Przedstawione zostały zasady tzw. pre-terapii oraz analiza przeniesienia i przeciwprzeniesienia powstającego w trakcie kontaktu z osobą chorą na schizofrenię, a także jego znaczenie dla osobistego rozwoju osób pracujących z chorymi.

SUMMARY

The author presents her reflections on contact with those suffering from schizophrenia. Characteristics of this contact as outlined by Kępiński and other authors are referred to in a broader context of the philosophy of dialogue. The principles of the so-called pre-treatment are discussed. An analysis is presented of transference and counter-transference that develop in the course of contacts with a person with schizophrenia, including their importance for the personal growth of those working with the patients.

Słowa kluczowe: kontakt terapeutyczny / schizofrenia

Key words: therapeutic contact / schizophrenia

Artykuł nie pretenduje do przedstawienia całokształtu wiedzy na temat kontaktu z osobą chorą na schizofrenię, stanowi raczej próbę uporządkowania osobistych refleksji stymulujących czytelników do własnych przemyśleń na ten temat.

Na początku warto przez chwilę zastanowić się nad tytułem artykułu. Co oznacza słowo kontakt? Kontakt, od łac. *contactus* – dotknięcie, oznacza: styczność, łączność. Związek, zaś terapeutyczny – to oczywiście leczący, odnoszący się do terapii. W dalszej części będę więc posługiwać się metaforą „leczącego dotknięcia” starając się pokazać, że „leczące dotknięcie” dotyczy obojga uczestników spotkania, choć w różnym zakresie i w różnym stopniu.

Pojęcie kontaktu terapeutycznego jest pokrewne pojęciu przymierza terapeutycznego. Pierwotnie, w rozumieniu psychoanalitycznym [1, 2, 3], przymierze terapeutyczne odwoływało się do identyfikacji klienta z terapeutą. Jednakże w ostatnich latach zakres rozumienia tego terminu uległ poszerzeniu i definiuje ono te aspekty relacji pacjent-terapeuta, które umożliwiają współpracę. Praktycznie nie ma takiej teorii psychoterapii, która nie uwzględniałaby przymierza terapeutycznego jako warunku sukcesu terapii, a tym samym jest ono traktowane jako ważny, niespecyficzny czynnik zmiany [4]. Wielu badaczy procesu psychoterapii [5, 6] podkreśla, że nie wiadomo, czy na powstawanie przymierza terapeutycznego wpływa jeden czynnik czy wiele, ani też co dokładnie dzieje się między pacjentem a terapeutą, że dochodzi do jego nawiązania. Z pewnością jednym z tych czynników jest zdolność do nawiązania kontaktu, na którą wpływają m.in. interpersonalne umiejętności terapeuty, takie jak: empatia, socjalność, zdolność do dostrzegania, dekodowania komunikatów pacjenta i jasna

komunikacja ze strony terapeuty. Te zdolności mogą dotyczyć zarówno sfery werbalnej, jak i niewerbalnej. Wróć do tego zagadnienia omawiając cechy terapeuty pracującego z osobą chorą na schizofrenię.

Pojęcie kontaktu z drugim człowiekiem, w tym także z osobą chorą na schizofrenię, mieści się także w szerszym pojęciu dialogu, którym najszerzej zajmują się filozofowie dialogu, tacy jak: Rosenzweig [7], Buber [8], Levinas [9], Stein [10], a w Polsce Kłoczowski [11], Tischner [12] oraz niewątpliwie Jan Paweł II [13]. Odniesienie się do zagadnień filozofii dialogu wykracza poza ramy tego opracowania, zatrzymam się jedynie na chwilę przy poglądach Stein [10]. Sformułowała ona zasady filozofii „wczucia się” (niem. *Einfühlung*), która jest próbą opisanego poznawania drugiego człowieka. To poznanie dokonuje się w pewnym stopniu przez analogię, poprzez odniesienie się do naszych podobnych, lub analogicznych odczuć i doświadczeń, odwołanie się do własnych przeżyć. Wczucie się w drugiego człowieka wymaga więc przede wszystkim empatii, choć nigdy nie pozostanie ono do końca możliwe ani też pełne. Przytoczone tu krótkie z konieczności fragmenty teorii wczuwania się Stein wydają się mieć duże znaczenie dla naszych dalszych rozważań o kontakcie z osobą chorą na schizofrenię, tym bardziej, że autorka podkreślała tak ważny fakt, że wczuwanie się nie oznacza stawania się „jednym” z osobą pozostającą w kontakcie, wręcz przeciwnie wymaga ono zachowywania własnego „Ja”.

Psychiatrzy, psycholodzy, pielęgniarki, wszyscy spotykający się z osobą chorą na schizofrenię starają się dotknąć istoty Jej przeżyć, dotrzeć do Jej świata, a potem, jeśli jest to możliwe, przywrócić pacjenta naszemu realnemu światu.

Profesor Kępiński tak pisał w swojej książce o schizofrenii:

„Płaszczyna psychologiczna w leczeniu schizofrenii, jak się zdaje, odgrywa rolę ważniejszą niż się ogólnie przyjmuje. Wprawdzie przesadne są twierdzenia zagorzałych zwolenników psychoterapii, że schizofrenię można wyleczyć wyłącznie tą metodą i że metody leczenia somatycznego są zbyt cenne, nie trzeba jednak popadać w drugą skrajność i leczenie ograniczać do metod biologicznych. Chory na schizofrenię jest człowiekiem, który odciął się od normalnego świata i znalazł się w świecie innym, „schizofrenicznym”. Zadaniem psychiatry jest sprowadzić go z powrotem do „wspólnego świata”, tzw. normy psychicznej” [14].

Dla Kępińskiego cechami kontaktu z pacjentem, warunkującym zbliżenie psychiatry do pacjenta i odwrotnie, są: bezpośredniość stosunku lekarza do chorego, atmosfera ciepła, szacunek, wolność, szczerość.

Konieczność pozostawiania przez lekarza bezpośrednim wiąże Kępiński z lękiem chorych przed wszelkiego rodzaju maskami i ze swoistym na nie uczuleniem. Podkreśla, że dlatego właśnie pacjenci lubią dzieci, ponieważ są one bezpośrednie, czują się więc z nimi bezpiecznie. Każdy z psychiatrów, a przynajmniej większość, znajdzie w swojej praktyce zawodowej przykłady, jak szybko założona maska została rozszyfrowana przez pacjenta, na pozór sprawiającego wrażenie, że nie wie, co się wokół niego dzieje.

Z kolei, konieczność atmosfery ciepła w relacjach wynika ze swoistej percepcji środowiska społecznego jako obcego, wrogiego i zagrażającego oraz z braku ciepła w dzieciństwie. Stąd taki nacisk na rekonstrukcję tzw. „prawidłowego środowiska macierzyńskiego”. Często łatwiej jest to osiągnąć macierzyńskiej pielęgniarkie niż lekarzowi, kryjącemu się za swoim autorytetem zawodowym, który w przeciwieństwie do chorób somatycznych i nerwic wydaje się nie odgrywać ważniejszej roli w relacji z chorym na schizofrenię. Jak słusznie podkreśla Kępiński, hierarchia wartości chorych jest odmienna i „nie zaimponuje mu, że ktoś jest profesorem czy docentem” [14].

W tej części poglądy Kępińskiego zbliżają się do poglądów wielu psychoanalityków, mówiących o konieczności „pomieszczenia” (ang. *holding* – trzymać na rękach) pacjenta w relacji terapeutycznej. Wszak to właśnie matka trzyma na rękach swoje dziecko. Oczywiście, że pomieszczenie emocji pacjenta jest warunkiem koniecznym w każdym procesie psychoterapii, jednak ze względu na charakter uczuć pacjentów chorych na schizofrenię i ich deprywację wczesno-dziecięcą (niezależnie od tego w czym upatrywalibyśmy ich przyczyn), w schizofrenii staje się to szczególnie ważne. To środowisko terapeutyczne, które wg Kępińskiego jest tak ważne w procesie terapii, zbliża się w sposobie opisu do ogarniającego środowiska (ang. *holding environment*) Winnicota [15] lub macierzystej, pomieszczonej funkcji (ang. *mother containing function*) Biona [16].

Szacunek dla pacjenta (respekt, z łaciny *re* – ponownie, *specio* – patrzeć, spoglądam) – to w gruncie rzeczy pozwolenie pacjentowi być sobą, akceptowanie go, ale jednocześnie widzenia w nim człowieka, pod maską choroby. I jeszcze jeden cytat z Kępińskiego: „Trzeba spojrzeć na jego świat z podziwem i szacunkiem. Ten świat jest może dla nas dziwny, zaskakujący, czasem śmieszny, a jednak ma w sobie coś wielkiego, jest w nim zmaganie się człowieka z samym sobą i z własnym otoczeniem, szukanie własnej

drogi, jest to świat, w którym przejawia się to, co najbardziej w człowieku ludzkie” [14]. Wymaga to oczywiście wielkiego wysiłku, aby usłyszeć poprzez objawy i zaburzone zachowanie to, co rzeczywiście pacjent chce nam powiedzieć i pozwolić zobaczyć. Nie zawsze to się nam udaje.

Kolejnym czynnikiem terapeutycznym jest wedle Kępińskiego wolność – dla niego schizofrenia jest wybuchem wolności. Odradza włączanie pacjenta na siłę w normalny świat, zalecając raczej ukazanie pewnych wartości w nim tkwiących oraz przekonanie chorego, że doświadczenie psychozy, często bardzo bolesne, do pewnego stopnia uczyniło go bogatszym.

I wreszcie ostatnim warunkiem kontaktu terapeutycznego z chorym na schizofrenię jest szczerość. Doświadczenia kontaktu z chorym na schizofrenię w pełni potwierdzają szczególnie uczulenie pacjentów na najmniejsze choćby kłamstwo ze strony lekarza psychiatry, nieszczerość intencji, którą chorzy traktują jak zdradę. Dlatego lepiej jest uczciwie mówić pacjentowi prawdę, nawet jeśli ryzykujemy wybuch agresji lub gniewu, wymagający czasami użycia przemocy – dotyczy to np. hospitalizacji wbrew woli lub podawania leków wbrew woli pacjenta. Nie ma gorszej rzeczy jak oszukanie pacjenta, mówienie mu o wyjeździe na konsultacje zamiast do szpitala psychiatrycznego, informowanie, że pobyt to tylko kilka dni koniecznych celem wykonania badań. Rodziny pacjentów, podobnie jak profesjonalni, czasami uciekają się do tych dezinformacji w dobre pojętych interesie pacjenta, aby oszczędzić mu np. kompromitacji w miejscu zamieszkania lub w pracy. Jednak rana, jaką jest dla chorego na schizofrenię kłamstwo, długo się nie goi i wielokrotnie pacjenci mówili otwarcie już w okresie dobrego samopoczucia, że woleliby nawet najbardziej drastyczną przemoc, byle nie czuć się okłamanym.

Właściwie, można by poprzestać na wymienieniu tych pięciu warunków kontaktu terapeutycznego z chorym na schizofrenię – jeśli będziemy ich przestrzegać, mamy szansę na stworzenie relacji terapeutycznej, która dla obu stron – chorego i jego lekarza, może stać się ważnym doświadczeniem. Spróbujmy jednak rozwinąć te krótkie, wstępne rozważania.

Proponowane przez Kępińskiego cechy relacji terapeutycznej z osobą chorą na schizofrenię przypominają założenia niedyrektywnej terapii Rogersa [17], tzw. „terapii skoncentrowanej na kliencie”. Jest to tym dziwniejsze, że zwykle przywykło się zakładać, że terapia Rogersa jest skuteczna w odniesieniu do stosunkowo dobrze funkcjonujących pacjentów o neurotycznej problematyce. Największym zwolennikiem tej formy terapii, nazwanej „pre-terapią”, jest Prouty [18], który proponując modyfikację terapii Rogersa sądzi, że jego wariant terapii lokuje się w fenomenologicznej tradycji psychiatrii sięgającej do Jaspersa [19] i Husserla [20]. Uważa on, że istnieje 5 podstawowych sposobów refleksyjnego kontaktu z osobą głębiej zaburzoną, w tym także chorą na schizofrenię. Są to refleksje: sytuacyjne, dotyczące ekspresji twarzy, komunikacji „słowo – za słowo”, mowy ciała i te, które już uprzednio okazały się skuteczne. Pozwalają one nawiązać terapeutyczny kontakt z chorym na jego poziomie ekspresji i są na tyle konkretne, aby „pasować” do schizofrenicznego stylu poznawczego.

Pierwsza grupa pozwala przywracać stopniowo kontakt z rzeczywistością i polega na komentarzach terapeuty na

temat zdarzeń w bezpośrednio otaczającej pacjenta rzeczywistości. Kolejne dotyczą wyrazu twarzy pacjenta, która wg Prouty'ego służy ekspresji uczuć nie zawsze świadomych, np. „Wygląda Pan smutno”, lub „Mięśnie żuchwy ma Pan napięte”. Trzecia grupa to refleksowanie z pozoru niezrozumiałych, alogicznych lub wręcz rozkojarzonych wypowiedzi pacjenta: słowo – za słowo. W czwartym typie refleksji terapeuta komentuje zachowanie się ciała pacjenta, a w piątym – niespecyficznym, po prostu powtarza te refleksje, które okazały się skuteczne. Opisy tej terapii są imponujące, choć trudno wyobrazić sobie ich przydatność na co dzień, jeden bowiem z opisów dotyczy 12 godzinnego procesu kontaktu z pacjentem, który doprowadził do wyrowadzenia go z katatonii.

Ta technika przypomina nieco pracę z dziećmi autystycznymi metodą Kaufmana [21, 22], stałej obecności z dzieckiem i ciągłego podążania za jego zachowaniem oraz raczej zapomnianą już technikę kontaktu z chorym na schizofrenię Rosena [23]. Prouty zakłada, że ja chorego na schizofrenię to tzw. ja pre-ekspresyjne i że rolą terapeuty jest jego ujawnienie poprzez specyficzny kontakt, a następnie umożliwienie pacjentowi rozwoju i przejścia do stadium ja ekspresyjnego i umożliwienie tym samym rozpoczęcia psychoterapii. Podkreśla on, że jest to kontakt w pełni intuicyjny, odwołujący się do empatii terapeuty i w pełni niedyrektywny, a więc mimo odrębności mieszczący się w koncepcji Rogersa. Ostatnio pojawia się coraz więcej prac badawczych potwierdzających skuteczność tego rodzaju kontaktu terapeutycznego nie tylko z osobami chorymi na schizofrenię, ale także z osobami w różnych stadiach otępienia.

Wielu terapeutów psychoanalityków pracujących z chorymi na schizofrenię potwierdza obserwacje Prouty'ego, dotyczące wagi niewerbalnego lub prewerbalnego kontaktu z tymi osobami. Jeden z wybitniejszych psychoanalityków Rosenfeld [24] uważa, że dla nawiązania prawidłowego kontaktu z chorym na schizofrenię, konieczne jest zrozumienie jak wiele z tego kontaktu przebiega na poziomie niewerbalnym w postaci prostych ruchów, zmian postawy ciała, wyrazu twarzy. Co więcej, część niewerbalnej ekspresji pacjenta przebiega na poziomie trudnym do wykrycia poprzez zmysły wzroku i słuchu terapeuty, dzięki czemu staje się ona ulotna i trudna do zdefiniowania, a terapeuta bardziej podatny na proces projekcji ze strony pacjenta.

Z kolei Searles [25], psychoanalityk, pracujący psycho-terapeutycznie prawie wyłącznie z chorymi na schizofrenię podkreśla podstawową wagę relacji terapeutycznej dla dalszych losów pacjenta, relacji, którą nazwał „terapeutyczną symbiozą”. Ta nazwa bardzo obrazowo oddaje wszystkie prymitywne cechy takiej relacji: jej symbiotyczny charakter, interakcyjność, diadyczność. Inni, tacy jak Langs [26] podkreślają z kolei, że w procesie słuchania każdego z pacjentów, a zwłaszcza tych bardziej zaburzonych, konieczne jest odniesienie się do dwu poziomów. Jeden to poziom zawierający treści świadome dotyczące przeżyć pacjenta, jego reakcji, niepokojów i spostrzeżeń. Drugi to poziom nieświadomych procesów, z którym jakoś musimy wejść w kontakt, aby naszą relację uczynić bardziej znaczącą.

Do wszystkich wyżej wymienionych cech kontaktu z chorym na schizofrenię pozwolę sobie dodać trzy, które są wynikiem mojego własnego doświadczenia: cierpliwość, ciekawość i pokorę. Oczywiście nie dotyczą one wyłącznie

chorych na schizofrenię, ale z pewnością w przypadku tych właśnie pacjentów, oraz innych o głębszym stopniu zaburzeń są one niezwykle przydatne. Cierpliwość, to cecha niesłychanie przydatna w kontaktach z innymi, zwłaszcza z dziećmi, wiedzą o tym najlepiej rodzice i nie ma potrzeby szerzej ją definiować.

Cierpliwość w kontakcie z osobą chorą na schizofrenię – to w pewnym sensie czekanie na to, kiedy będzie ona gotowa do kontaktu, to skupienie się na wszelkich jego przejawach, pojawiających się czasami bardzo sporadycznie. Schizofrenia jest z pewnością chorobą przewlekłą – dla takich chorób mamy mniej cierpliwości, mimo że właśnie w odniesieniu do nich jest ona bardzo potrzebna. Trudność zdobycia się na cierpliwość jest także wzmacniana wymaganiami współczesnej medycyny nie odbiegającymi od wymagań współczesnych czasów – wymagań szybkich skutków terapii, ograniczenia czasu poświęconego pacjentom, czy wreszcie polegania na badaniach dodatkowych i różnych testach. Nie bez powodu pojawiają się pomysły skonstruowania badania komputerowego, które zastąpi rozmowę oraz oczekiwania testów czy skal, które pozwolą nam zmniejszyć subiektywność naszego odbioru pacjenta i jej wpływu na proces diagnostyczny. Nie ma pewnie w tych oczekiwaniach nic złego pod warunkiem, że nadal będziemy chcieli pozostawać w dialogu z osobą chorą.

Ciekawość, to z kolei otwarcie na drugiego człowieka, utrzymywanie stałego zainteresowania tym, co ma nam do zaoferowania. Jako ważny wymiar funkcjonowania terapeuty rodzinnego została zaproponowana przez terapeutę rodzinnego Cecchina [27], jako zasada zaciekawienia. Zasadę ciekawości autor ten umieszcza w obszarze tzw. nauki estetycznej, to jest takiej, która zogniskowana na ciekawości odrzuca próby kierowania ludźmi. Cecchin ponadto podkreśla, co wydaje się szczególnie ważne w odniesieniu do psychiatrii, że „zaciekawienie oraz estetyczne zainteresowanie wzorcem rodzi szacunek w sposób bardzo podobny do tego, w jaki szacunek wytwarza poczucie zaciekawienia i estetyki”. Sądzi on, że interesujemy się ludźmi, zdarzeniami, ideami czy zachowaniami, które szanujemy i odwrotnie – szanujemy je, jeśli nas ciekawią. Ciekawość pobudza nas także do widzenia wielu znaczeń, pozwala być nastawionym na odkrywanie różnych punktów widzenia, na słuchanie i słyszenie różnych historii czy też narracji. Rozmowa staje się taka, jak polifoniczna muzyka. Przeszkadza w niej zbytne przywiązanie do teorii, często powodujące, że mamy wrażenie „że wszystko wiemy”, to zaś zabija naszą ciekawość. Często też postawienie właściwej diagnozy, to właśnie „już wiem co mu jest”, zabija lub przytłumia naszą dalszą ciekawość.

I wreszcie pokora, to przyznanie się do faktu, że druga istota ludzka nie jest do końca poznawalna, pozostaje w Niej jakaś część zamknięta na poznanie, podobnie jak my sami do końca nie znamy siebie. Co więcej, często jako lekarze staramy się poznać „chorą” część pacjenta, a przecież zawsze poza chorobą pozostaje w nim duża część zdrowa: pasje, zainteresowania, talenty, umiejętności zawodowe. Choroba na ogół nie niszczy wszystkiego, tylko nasz zawód wymaga koncentracji na tym co dysfunkcyjne – choć ostatnio zmienia się to bardzo i coraz częściej myślimy o rezerwach i zasobach człowieka chorego i jego rodziny. Po części ta niepoznawalność drugiej osoby związana jest z tym,

że zarówno nasi pacjenci, jak i my sami podlegamy procesowi zmian w czasie, nie stoimy w miejscu. To, że znamy przeszłość i teraźniejszość nie daje nam żadnej gwarancji znajomości przyszłości. O pokorze boleśnie przypomina mi doświadczenie samobójstwa pacjentki, którego nadal nie rozumiem i nie wiem dlaczego nastąpiło w takim, a nie innym momencie terapii, kiedy wydawało się, zaryzykowałabym, pewne, że wszystko idzie ku dobremu.

Ale kontakt – to przecież dwie osoby, chory na schizofrenię i psychiatra. Aby był to kontakt terapeutyczny, koniecznym jest, aby każda z biorących w nim udział osób przyczyniła się do pewnych zmian w doświadczeniu drugiej, aby owo lecznicze dotknięcie, nie zawisało w powietrzu.

Uczestniczymy więc w tym kontakcie na równi z naszymi pacjentami. Warto tu przez chwilę zastanowić się nad dylematem, na jaki skazany jest lekarz psychiatra w kontakcie z pacjentem. Ten dylemat to konieczność pogodzenia „przymusu” zbierania informacji od pacjenta, informacji wymaganych w procesie diagnozy, a nawiązywaniem dobrego głębokiego kontaktu.

W dłuższym wymiarze czasu te dwa cele nie stoją ze sobą w sprzeczności, a nawet dobry kontakt umożliwia bardziej dokładną i precyzyjną diagnozę, jednak kiedy się śpieszymy, przewaga informacyjnego wymiaru rozmowy z pacjentem z pewnością utrudnia, a czasami wręcz uniemożliwia nawiązanie z nim kontaktu, który byłby „leczącym dotknięciem”.

Wiele zależy od wizji pacjenta, jaką w sobie nosimy. Messer [28] wyróżnia kilka wizji: tragiczną, romantyczną, komiczną i ironiczną. Myślę, że każdy z nas z łatwością odszuka w sobie, która z nich przeważa, łatwo to też dostrzec w procesie superwizji. Wizje te nie są sztywne i zmieniają się w zależności od pacjenta, a nawet w trakcie kontaktu z jednym i tym samym pacjentem. Jednak (choć mogą się mylić) sądzę, że z powodu własnych doświadczeń i cech osobowości mamy tendencję do przewagi jednej z tych wizji nad innymi. Można także mieć nadzieję, że sporo młodych psychiatrów ma dwie pierwsze wizje chorego na schizofrenię: tragiczną i romantyczną.

Aleksandrowicz [29] podkreśla także, że wiele stereotypów społeczno-kulturowych determinuje nasz sposób przeżywania kontaktu z pacjentami. Jest on nawet zdania, że w odniesieniu do schizofrenii szeroko pojęte czynniki zewnętrzne bardziej determinują nasze przeciwprzeniesienie niż czynniki wewnątrzpsychiczne. Z kolei Fensilver [30] sądzi, że w pracy z chorymi na schizofrenię lepiej posługiwać się terminem – całościowe przeniesienie (ang. *comprehensive countertransference*) albo, jak Kernberg [31], terminem – totalne przeciwprzeniesienie (ang. *totalistic countertransference*). W odniesieniu do tych pacjentów przeciwprzeniesienie jest bardzo skomplikowane i wieloaspektowe. Dopiero wzięcie pod uwagę tych wszystkich aspektów reakcji terapeuty na osobę chorą może pozwolić zrozumieć i zidentyfikować zachowania terapeuty w relacji. W kontakcie z pacjentem psychotycznym przeciwprzeniesienie odgrywa szczególną rolę. Jest przede wszystkim źródłem informacji o wewnętrznym stanie pacjenta i jego przeżyciach, których często nie jest on w stanie adekwatnie opisać, oraz jest źródłem zmiany stanu pacjenta.

Wszyscy pracujący z osobami chorymi na schizofrenię, zwłaszcza zaś ci, którzy uwzględniają rolę psychoterapii

w leczeniu są zdania, że reakcje przeciwprzeniesieniowe – to doznania głębokie, często przykre, a zawsze bardzo intensywne. Dotyczą one uczuć takich jak: depresja, złość, agresja, pogarda, strach, poczucie bezwartościowości i bezradności. Niektórzy psychoterapeuci pracujący z osobami chorymi na schizofrenię, jak np. cytowany już Searles [25], są zdania, że smutek, który często odczuwamy w kontakcie z chorymi, to przede wszystkim niezdolność współodczuwania innego, niezrozumiałego świata pacjenta.

Przede wszystkim siłą przeciwprzeniesienia w pracy z chorymi na schizofrenię wiąże się z uniwersalnością podstawowego dla człowieka dylematu – bliskość grozi unicestwieniem, wchłonięciem przez drugą osobę, a oddalenie totalną pustką. Ten dylemat przeżywamy wszyscy, choć nie w tak skrajnym wymiarze jak chory na schizofrenię. Znajduje on też odbicie w procesie kontaktu z pacjentem, w jego ambiwalentnym uczuciu wobec lekarza i procesie przybliżania i oddalania [32]. Można zaryzykować twierdzenie, że chory na schizofrenię porusza nas dużo głębiej niż relacje z pacjentami z zaburzeniami nerwicowymi, choć jesteśmy do nich bardziej podobni. Może dzięki niemu dotykamy tej części szaleństwa, która zgodnie z twierdzeniem Biona [16] jest w każdym z nas. Dlatego też bardziej się przed nim bronimy, a nasze reakcje przeciwprzeniesieniowe są tak silne i globalne [33].

Volkan [32] podkreśla, że osoby chore na schizofrenię, szczególnie te głębiej zaburzone, identyfikują się z osobą terapeuty, pozostającą z nimi w relacji, z funkcjami jego ego. „W ten sposób krucha struktura psychiczna zdobywa pokarm, który ją wzmacnia” i dlatego intensywna relacja z chorym na schizofrenię porównywana jest do procesu odżywiania.

Wspomniany dylemat pomiędzy przybliżaniem a oddalaniem jako najbardziej charakterystyczna cecha kontaktu lekarza z osobą chorą na schizofrenię zachodzi w kilku obszarach:

- między realnym a psychotycznym światem pacjenta,
- między pacjentem a jego chorobą,
- między pacjentem i jego terapeutą,
- między terapeutą a jego próbami zrozumienia świata pacjenta.

Z drugiej jednak strony kontakt terapeutyczny, czyli taki, z którego wynoszą korzyści obie strony, daje terapii szansę rozwoju. Wielu terapeutów ma wrażenie, że trwająca wiele lat praca z chorymi na schizofrenię zmieniła ich w wielu aspektach, czyniąc wrażliwsiymi na drugiego człowieka, a przede wszystkim pozwoliła poznać siebie, często w obszarach, do których często nie mamy lub nie chcemy mieć dostępu.

Postulowano też istnienie trzech ról (obok podstawowej roli pacjenta, ze wszystkimi jej atrybutami), jakie pełni pacjent wobec terapeuty [34]: roli terapeuta, roli partnera, roli źródła doświadczenia egzystencjalnego.

Pacjent jako partner – kontakt z pacjentem psychotycznym może być jedną z najbardziej prawdziwych relacji jaka zachodzi pomiędzy dwojgiem ludzi. Zmusza nas do prawdy, ponieważ pacjent nie toleruje żadnego fałszu lub kłamstwa. Wielokrotnie przekonałam się, że niektóre moje zdania mające w swojej intencji wsparcie pacjenta, jeśli nie były do końca prawdziwe, przynosiły wprost przeciwny efekt. Czasami pacjent nawet werbalnie zgadzał się ze mną,

ale jakiś gest, czasami spojrzenie potępiały mnie. Kontakt z osobą chorą na schizofrenię uczy nas też ofiarowywania siebie drugiemu człowiekowi, wystawia na próbę naszą terapeutyczną omnipotencję.

Pacjent jako terapeuta – uczy nas empatii polegania na własnej intuicji, poprzez mechanizm projekcyjnej identyfikacji konfrontuje nas z ukrytymi aspektami naszej psychiki. Dzięki niemu musimy stale wzmacniać granice własnego ja, aby zbyt łatwo nie były naruszane przez pacjenta i aby mogły zawierać, przechowywać emocje pacjenta.

Pacjent jako źródło głębokiego doświadczenia egzystencjalnego – kontakt z pacjentem konfrontuje nas z ważnymi pytaniami egzystencjalnymi dotyczącymi sensu istnienia, cierpienia, samotności, ale także tolerancji odmienności, innych wartości. Chory, mimo swojej ciężkiej i przewlekłej choroby pozostaje czasami tak wolny i pełen godności, że mógłby być dla nas i wielu innych wzorem.

W kontakcie z chorym na schizofrenię formalna wiedza, zwłaszcza wiedza diagnostyczna zawarta w wielu podręcznikach, nie zawsze się przydaje. Nawet najbardziej doświadczeni psychiatry wielokrotnie doznają uczucia, że w tym spotkaniu muszą zdać się na intuicję, poczynić użytek z empatii, podążać za pacjentem. Ale z kolei można też sądzić, że po to większość z nas chciała być psychiatrami, żeby najważniejszym „narzędziem” pracy pozostał kontakt z drugim człowiekiem. I wreszcie ostatni cytat z książki prof. Kępińskiego o schizofrenii: „Gdy lepiej poznamy chorego, w jego przeżyciach znajdujemy nieraz własne skryte marzenia, tłumione uczucia, pytania, na które nie umieliśmy dać odpowiedzi i które z czasem przestały nas nękać. Chory staje się nam coraz bliższy, gdyż pomaga nam poznać lepiej samych siebie” [14].

Ponieważ artykuł dotyczy kontaktu z pacjentem psychotycznym już na samo zakończenie chciałam przytoczyć fragment listu napisanego przez jednego z moich pacjentów, tak aby ostatnie słowo należało właśnie do pacjenta:

„... zacząłem myśleć, że to głównie kontakt z Panią i terapia mogą mi pomóc, pojawiła się nawet idea, że, delikatnie mówiąc, terapia farmakologiczna jest mniej ważna. Ale na szczęście po kilku dniach ochłonąłem i teraz myślę rozsądnie – podobnie jak Pani. Uważam, że oba rodzaje terapii są równie ważne. Czuję się dzięki tej świadomości jakby odprężony psychicznie” (Rafał, lat 19).

PIŚMIENNICTWO

- Zetzel E. Current concepts of transference. *Int J Psychoanal* 1956; 37: 369–75.
- Greenson RR. The working alliance and the transference neuroses. *Psychoanal Q* 1965; 34: 166–81.
- Anderson T, Ogles BM, Weis A. Creative use of interpersonal skills in building a therapeutic alliance. *J Constructivist Psychology* 1999; 12: 313–90.
- Horvath AO, Grennberg LS. *The working alliance: Theory, research and practice*. New York: Wiley; 1994.
- Horvath AO, Symonds BD. Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A metaanalysis. *J Consult Clin Psychology* 1991; 38: 139–49.
- Gaston L. The concept of the alliance and its role in psychotherapy: Theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy* 1990; 27: 143–53.
- Rosenzweig F. *Gwiazda zbawienia*. Kraków: Wyd Znak; 1998.
- Buber M. *Problem człowieka*. Warszawa: PWN; 1995.
- Levinas. *Całość i nieskończoność*. Warszawa: PWN; 1998.
- Stein E. *O zagadnieniu uczucia*. Kraków: Wyd Znak; 1988.
- Kłoczowski JA. *Filozofia dialogu*. Poznań: W drodze; 2005.
- Tischner J. *Przestrzeń obcowania z drugim*. *Analecta Cracoviensis* 1977; 9: 77–84.
- Jan Paweł II. *Przekroczyć próg nadziei*. Lublin: R W KUL; 1994.
- Kępiński A. *Schizofrenia*. Warszawa: PZWL; 1981.
- Winnicott DW. *Primary maternal preoccupation*. W: Winnicott DW, red. *Collected papers: Through pediatrics to psychoanalysis*. New York: Basic Books; 1958: 300–6.
- Bion WR. *Attention and interpretation*. London: Tavistock Publ; 1970.
- Rogers CR. *Client – centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin; 1951.
- Prouty G. Pre-therapy: A new development in the psychotherapy of schizophrenia. *J Am Acad Psychoanal Dynamic Psychiatry* 2003; 31: 59–73.
- Jaspers K. *Allgemeine Psychopathologie*. Wyd 9. Berlin: Springer; 1973.
- Husserl E. *Wykłady z fenomenologii świadomości czasu*. Warszawa: Biblioteka Klasyków Filozofii, PWN; 1989.
- Kaufman B. *Przebudzenie syna. Leczenie dzieci autystycznych*. Tom 1. Warszawa: Fundacja Synapsis; 1990.
- Kaufman B. *Przebudzenie syna. Leczenie dzieci autystycznych*. Tom 2. Warszawa: Fundacja Synapsis; 1991.
- Rosen J. *Direct Analysis*. New York: Grune & Stratton; 1953.
- Rosenfeld H. *Impasse and interpretation therapeutic and anti-therapeutic factors in the psychoanalytic treatment of psychotic, borderline, and neurotic patients*. London, New York: Tavistock Publ; 1987.
- Searles HF. *Collected papers on schizophrenia and related subjects*. New York: International University Press; 1965.
- Langs R. *The Listening Process*. New York, London: Jason Aronson; 1978.
- Cecchin G. *Mediolańska szkoła terapii rodzin*. Kraków: Coll Med UJ; 1995.
- Messer SB. Applying the visions of reality to a case of brief therapy. *J Psychother Integration* 2004; 10: 55–70.
- Aleksandrowicz D. *Przeciwwprzeniesienie w leczeniu schizofrenii*. W: *Schizofrenia: Różne konteksty, różne terapie*. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej; 2000.
- Fensilver DB. *Comprehensive countertransference and comprehensive treatment for the schizophrenic patient: the psychotherapeutic heart of mutative treatment*. *Psychiatry* 1997; 60: 248–60.
- Kernberg OE. *Severe personality disorders*. New Haven: Yale University Press; 1985.
- Volkan V. *Primitive internalized object relations*. New York: International University Press; 1976.
- Kostecka M. *Przeciwwprzeniesienie*. W: *Barbaro B, red. Schizofrenia: Różne konteksty, różne terapie*. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej; 2000.
- Kostecka M, Namysłowska I. *Rozwój własny terapeuty w trakcie intensywnej psychoterapii pacjentów psychotycznych*. *Psychoterapia* 1992; 3.