

Piotr Drozdowski

KILKA UWAG O TRUDNOŚCIACH W PEŁNIENIU FUNKCJI KONSULTANTA PSYCHIATRYCZNEGO W KRAKOWSKIM OŚRODKU TERAPII

SOME REMARKS ABOUT THE DILEMMAS AROUSED WHEN BEING A CONSULTANT PSYCHIATRIST IN THE KRAKÓW THERAPY CENTRE

Krakowski Ośrodek Terapii
Dyrektor: mgr Barbara Woszczyzna

Autor artykułu omawia dylematy pojawiające się w pracy konsultanta psychiatry w Krakowskim Ośrodku Terapii, zaznaczając, iż nie jest jego zamiarem kształtowanie zasad funkcjonowania w tej roli. Konsultowany pacjent młodzieżowy jednocześnie pozostaje w psychoterapii u jednego z terapeutów ośrodka. Autor opisuje omawianą sytuację w kategoriach konfliktów intrapsychicznych i nakreśla próby ich rozwiązywania.

**consultant psychiatrist
child and adolescent
psychotherapy**

Powyższe problemy praktyczne stały się dla autora punktem wyjścia do przedstawienia swojego podejścia do terapeutycznych aspektów konsultacji psychiatrycznej, jak również poglądu na temat integracji różnych orientacji psychoterapeutycznych.

Summary. The lecture is a presentation of dilemmas which come up when performing consultant psychiatrist's tasks in KOT. The author describes problems connected with consultations with a teenage patient, who remained in a psychotherapeutic relationship with one of psychotherapists in KOT at the same time.

The above situation was characterized in terms of intrapsychic conflicts and ways of resolving them were also presented.

The above described practical problems were the author's starting point for presentation of his own approach to therapeutic aspects of psychiatric consultation as well as presenting a view on integration of various psychotherapeutic approaches.

Celem mojego wystąpienia jest przedstawienie specyficznych dylematów, jakie napotyka konsultant psychiatra w realizowaniu swoich zadań, pracując w ośrodku psychoterapeutycznym, jak również ujawnienie sposobów i okoliczności pomocnych w rozwiązywaniu tych dylematów i przezwyciężaniu trudności. Wystąpienie będzie więc miało charakter zarówno osobisty, jak i teoretyczny. Z jednej strony będzie odpowiedzią na sugestie moich kolegów z KOT, a z drugiej — świadectwem mego wielokrotnie wyrażanego przekonania, że każdy proces diagnozowania i leczenia zaburzeń emocjonalnych i psychicznych jest w węższym czy szerszym znaczeniu procesem autorskim. Autorskim w tym sensie, że aczkolwiek jest on prowadzony przez poszczególne osoby według określonej doktryny poznawczo-terapeutycznej, to jednak czynnikiem rozstrzygającym o sukcesie czy porażce w osiągnięciu zamierzonego celu jest osobowościowa, świadoma czy nieświadoma

ingerencja w ten proces. Oczywiście ta zmienna jest o wiele trudniejsza do uchwycenia i opisania niż warstwa świadomych deklaracji, niemniej rezygnacja z refleksji nad nią czyni z diagnozy, terapii, psychoterapii i superwizji procesy tak zrjonalizowane, socjologicznie uproszczone i metodologicznie zredukowane, że w niskim stopniu są one motywujące do refleksji nad ich przebiegiem i istotą.

Celem moim jest więc przedstawienie dylematów określonego konsultanta, w określonym ośrodku, przy pewnej niechęci do uogólniania dokonanych tu ustaleń, czynienia generalizacji, kształtowania propozycji zasad jego funkcjonowania. Cechami charakterystycznymi opisywanego układu konsultant psychiatryczny – KOT jest:

1. współlistnienie w zespole dwóch grup wiekowych pacjentów — dzieci i młodzieży, oraz dwóch form psychoterapii — indywidualnej i grupowej, opartych na szkołach psychodynamicznej i systemowej z tradycjami psychologii humanistycznej;

2. posiadanie przez konsultanta psychiatrę wyraźnej tożsamości psychoterapeutycznej, określonej wieloletnią pracą w ramach orientacji psychodynamicznej.

Prezentowane dylematy i rozstrzygnięcia będą odnosić się do tego określonego układu współpracy, zgodnie z moimi możliwościami rozeznania i preferencjami.

Rzeczywistość zawodowa konsultanta organizuje się w trzech relacjach:

1. relacji z pacjentem, na którą składają się: proces diagnostyczny oraz proces terapeutyczny, polegający na łączeniu farmakoterapii z oddziaływaniami autorytarno-perswazyjnymi będącymi naturalną częścią pracy lekarza;

2. relacji z psychoterapeutą indywidualnym pacjenta, która polega na wymianie informacji diagnostycznych, uzasadnień wprowadzenia — lub nie — farmakoterapii i uzgadniania wspólnego stanowiska w pewnych posunięciach wspomagających proces leczenia, jak np. nauczanie indywidualne;

3. relacji z całym zespołem KOT, która to relacja ma charakter niejednorodny — częściowo natury socjologicznej, częściowo profesjonalnej, konsultant bowiem w stosunku do części zespołu pełni również funkcję superwizora.

Każda z tych relacji może być opisana językiem psychologii społecznej, z wykorzystaniem konceptualizacji procesów w grupie zawodowej. Jeżeli jednak punktem wyjścia uczynić autorefleksję konsultanta, to problemem kluczowym dla jego funkcjonowania, szczególnie emocjonalnego, jest niemożność wykorzystania swojej wiedzy i umiejętności psychoterapeutycznych, uczestniczenie w sytuacji, w której ma rozeznanie, i świadome rezygnowanie z wpływu na nią. Innymi słowy — rozróżnianie podwójnej natury wypowiedzi i zachowań pacjenta i terapeuty, a więc realnej i symbolicznej, i nieuwzględnianie tej ostatniej w relacji z pacjentem i jego terapeutą. Profesjonalne funkcjonowanie konsultanta zmierza do stosowania mechanizmów zaprzeczenia i wyparcia. Powodem tego stanu rzeczy jest świadomość, jak destruktywny dla procesów terapeutycznych jest chaos w pełnieniu ról przez osoby uczestniczące w leczeniu, zatarcie granic oddziaływania oraz głębokie przekonanie o szkodliwości takich interwencji, które Anna Freud nazwała „dziką analizą przeniesienia”.

Lista zakresów, w których te procesy występują, zawsze będzie niekompletna, lecz z mojej perspektywy wygląda następująco:

Konsultant nie:

1. kształtuje diagnozy na podstawie związku trwającego w czasie, w którym fenomeny patologicznego myślenia, przeżywania i zachowania ulegają zmianom i szczególnym przekształceniom relacyjnym. Diagnozuje nie uwzględniając związku, eksponuje poznanie fenomenologiczno-racjonalne, rezygnuje z komponenty intuicyjno-empatycznej rozgrywającej się w czasie. Proces diagnozy przebiega poza związkiem i ma charakter ahistoryczny. Nie chodzi mi o jego wartościowanie, z pewnego bowiem punktu widzenia można go nazwać nawet bardziej obiektywnym i profesjonalnym psychiatrycznie, lecz w przypadku psychiatry psychodynamicznego jest zdecydowanie niepełny i wymusza wspomniane wcześniej rezygnacje.

2. Konsultant rezygnuje również z podstawowej części swoich umiejętności profesjonalnego wpływu na pacjenta, pozostawiając poza swoim komentarzem:

- a. jego mechanizmy obronne
- b. analizę przeniesień
- c. analizę oporu.

Zjawiska przeniesieniowe widoczne w tzw. późnych konsultacjach, a więc czynionych po pewnym okresie leczenia psychoterapeutycznego, dotyczą nie tylko konsultanta, lecz również układu: pacjent — psychoterapeuta i pacjent — symboliczna reprezentacja ośrodka leczącego. Powyższe procesy generowane są przez pacjenta w okresie adolescencji, co sprawia dodatkowe obciążenie przy pasywnym i niepełnym ich kontenerowaniu. Opis specyfiki psychopatologii w okresie adolescencji nie może mieć oczywiście miejsca w tym wystąpieniu. Najbardziej jednak powierzchowna wiedza o swoistości tego okresu pokazuje, że jest to czas dramatycznych procesów rozwojowych, które jedni będą opisywać językiem kryzysu, a inni, jak M. J. Laufer, R. Diatkin czy A. Green, będą przyrównywać do procesów psychotycznych.

Niezwykle silny konflikt wynikający z procesu separacji, rozliczne doświadczenia lęku, depresji, zachowania destrukcyjne i autodestrukcyjne, a w krańcowych wypadkach psychotyzacja — wszystkie te symptomy współtworzą zjawiska przeniesieniowe i obrony, ujawniane w stosunku do terapii. Równocześnie jest to czas przenikania się trzech etapów bynajmniej nie liniowo po sobie następujących: etapu chaosu, centralnej pozycji narcystyczno-depresyjnej i odszukiwania obiektu, gdyby używać języka Freuda i Michela Vincenta.

Jedynym obszarem, w którym jest możliwa płaszczyzna symboliczna, w której zjawiska przeniesienia i oporu mogą być nazywane i omawiane, jest farmakoterapia. Traktowanie leku jako posiadającego w percepcji emocjonalnej pacjenta podwójną naturę symbolu, jako substancji i obiektu, jest w niektórych wypadkach kluczem do utrzymania ciągłości farmakoterapii. Rozumienie stosunku do proponowanego leku w kategoriach oporu i przeniesienia wielokrotnie poszerzało moją wiedzę o intrapsychnym funkcjonowaniu pacjentów, szczególnie psychotycznych, podobnie zresztą, jak refleksja nad sposobem wyboru leku, czasem jego zażywania i oczekiwaniami, było nieocenionym źródłem hipotez emocji przeciwprzeniesieniowych żywnionych do niego. Lecz podobnie jak adolescencja, tak i dynamiczna farmakoterapia nie jest przedmiotem mojej prezentacji, toteż przywo-

luję ją w tym miejscu jako szczególny przypadek *pars pro toto* psychoterapeutycznych możliwości konsultanta.

W swojej pracy konsultant napotyka trudności nie tylko wywodzące się ze świadomego zaniechania realizowania swoich możliwości. Spotyka również silnie triangulizowany układ pomiędzy sobą, pacjentem a psychoterapeutą indywidualnym. W zależności od osobowości terapeuty indywidualnego i typu psychopatologii pacjenta, w układzie tym w większym czy mniejszym stopniu narastają częściowo świadome, częściowo nieświadome różne problemy i konflikty, które mogą być ekspresją zawiści, zazdrości i rywalizacji. Nie zamierzam przesądzać ich nieodzowności, występują one jednak dostatecznie często, aby poświęcić im kilka akapitów.

Podwójne leczenie, które może być postrzegane jako swoisty układ rerozdzielnictwa w stosunku do pacjenta (oczywiście w metaforyce dynamicznej), może aktywizować wśród uczestników tego procesu walkę o zależność pacjenta. Niekiedy terapeuci zawiązują przeciwko rodzinie sojusze emocjonalne, niekiedy ukrywają, lecz jedynie do czasu, wzajemną rywalizację o pacjenta. Konfliktów między konsultantem a terapeutą jest zresztą więcej i chociaż mają one najczęściej charakter potencjalny, to organizują się wokół następujących problemów:

- mniej czy bardziej uświadomionej rywalizacji o sukces terapeutyczny
- mniej czy bardziej uświadomionego lęku przed odpowiedzialnością za porażkę terapeutyczną lub *acting out* pacjenta
- mniej czy bardziej uświadomionej potrzeby zaznaczenia swojej osoby w procesie leczenia.

To tylko przykłady dotyczące organizacji neurotycznej. Ich lista i poziom zależą od tandemu leczącego, który może kumulować osobiste wątki realizującej leczenie pary. Rozwiązania tych jedynie zasygnalizowanych sfer konfliktowych, które stanowią o specyficznej historii zespołów terapeutycznych, również nie będą przedmiotem dokładniejszej prezentacji.

Co jest ważne, to podkreślenie, że konflikty są z natury swojej obustronne, to znaczy, że powodowane są zarówno przez konsultanta, jak i terapeutę. Wspominam o nich, ponieważ są z zakresu trudności, które są narażone na rozwiązywanie za pomocą zaprzeczenia, racjonalizacji lub częściowego wyparcia. Jeżeli więc nie chciesz pozostać na poziomie racjonalnych deklaracji i nieskomplikowanego woluntaryzmu i spróbować scharakteryzować pracę konsultanta jego językiem, to wydaje się, że w dużej mierze uzasadnione mogą być następujące stwierdzenia:

1. Konsultant realizuje swoje zadania w rozdarciu pomiędzy posiadaną wiedzą a prohibicją działań z niej wynikających. Jeżeli jest tego faktu świadomy, opiera się na mechanizmach hamowania i rezygnacji, jeżeli nie — wykorzystuje dysocjację i wykluczenie (*forkluzję*).

2. Powyższe mechanizmy wiedzą do nieużywania komentarzy ekspresywnych, a więc głównie interpretacji, klaryfikacji i konfrontacji, co w połączeniu z rezygnacją musi budzić zagrożenie dla ekspresji popędowej.

3. Konsultant jest obiektem wielokrotnych przeniesień, ze strony pacjentów i psychoterapeutów, przy czym rezygnuje z komentowania zjawisk oporu i przeniesienia, co pozbawia go weryfikacji swoich hipotez w procesie i może stanowić groźbę samowystarczalności.

4. Odpowiada na sytuację przeciwprzeniesieniowymi emocjami prawdopodobnie bardzo zróżnicowanymi, których nie rozoznaje, konsultant rozróżnia bowiem wgląd i introspekcję. Niektóre ich przejawy są prawdopodobnie możliwe do uchwycenia w samoobserwacji i autorefleksji, lecz ich przykłady konsultant pozostawia sobie, mając nieprzepracowaną problematykę lęków przed ekshibicjonizmem.

Powyższe stwierdzenia wiodą do następującej konkluzji: Wykonywanie obowiązków konsultanta psychiatrycznego przez osobę będącą jednocześnie psychoterapeutą o orientacji psychodynamicznej na terenie ośrodka psychoterapeutycznego może prowadzić do takiego funkcjonowania zawodowego i społecznego, które zawarte jest na poziomie mentalnym pomiędzy neurotycznością a perwersyjnością i pomiędzy konfrontacyjnością a acting-outem na poziomie zachowań.

Jeżeli potraktować powyższą konkluzję dosłownie, to poważnie uzasadniona będzie próba poszukiwania możliwości zminimalizowania tych niekorzystnych zjawisk i procesów (niekorzystnych dla konsultanta i zespołu). Wydaje się, że drogi są dwie. Pierwsza jest uznana, sformalizowana, czasem przewartościowana — nazywamy ją superwizją zespołu jako całości. Druga byłaby osadzona w indywidualności każdego konsultanta, oparta na stworzonych przez niego własnych strategiach osłabiających te niekorzystne tendencje. Opierałaby się na swoistych, typowych dla określonego terapeuty preferencjach. Istotą tych strategii nie byłaby wiedza wglądowa i nieświadome identyfikacje z autorytetem, lecz zestaw pożądaných i osobiście wypracowanych reguł postępowania, które nie wprost, lecz raczej pośrednio osłabiałby wspomniane niekorzystne procesy.

Nie ma rozwiązań idealnych i całkowicie zabezpieczających przed dewiacyjnością zespołów. Poglądy na temat monitorowania tych procesów są w dużym stopniu zmitologizowane, w większości bezkrytycznie i niewolniczo powtarzane, i doprawdy trudno znaleźć intelektualnie niezależne, merytorycznie wyczerpujące opracowanie tego problemu. Chciałbym więc i w tym zakresie powrócić do konkretnego KOT jako jego konsultant.

Złożoność, jak wspominałem wcześniej, polega na współistnieniu w tym ośrodku kilku orientacji psychoterapeutycznych, a konkretnie dynamicznej, systemowej i humanistycznej.

Stan rzeczy poniekąd wymusza zajęcie stanowiska w sprawie integracji szkół psychoterapeutycznych. Według mnie jest ona nierealna — dla niektórych jest marzeniem, dla niektórych przejawem kulturowego przymusu do kompromisu, dla niektórych nową redakcją słowa „integracja”. Szkoły terapeutyczne, jeśli nawet wszystkie zajmują się konfliktami i zmianą, to pod tymi pojęciami rozumieją skrajnie różne obszary i procesy. Jeżeli coś je upodabnia, to raczej podobne braki teorii i sposoby uzupełniania tych braków, głównie poprzez kulturę, oraz świadoma i nieświadoma preferencja terapeuty. Wspólna byłaby więc również groźba indoktrynacji pacjenta, szczególnie w tych orientacjach, które redukują całość zjawisk interpersonalnych do procesów zracjonalizowanych, możliwych do kontroli, a z wypowiedzi pacjentów i terapeutów czynią jedyny obszar procesu terapeutycznego.

Podstawowe jednak założenia dotyczące etiopatologii zaburzeń są tak różne, że jest usprawiedliwione mówienie o różnicach paradygmatycznych. Szkoły terapeutyczne mówią różnymi językami — języki są nieprzekładalne — hołdują różnym sposobom weryfikacji twierdzeń. A co najważniejsze nie istnieje metateoria, do której można by odwołać się

w dyskusji, jak nie istnieje metajęzyk, do którego można by odnieść poszczególne wypowiedzi.

Nie sądzę, żeby integracja szkół była możliwa bez jawnego czy też ukrytego nacisku.

Zresztą, istnienie pewnych nieprzewyżżonych różnic pomiędzy orientacjami psychoterapeutycznymi wydaje się, przynajmniej na przykładzie KOT, sytuacją zdecydowanie korzystnie stymulującą napięcie i przenoszącą konfliktowość na płaszczyznę intelektualną. A różnice między paradygmatami są bezpieczniejsze niż różnice pomiędzy imperatywami. Jak wiadomo, o spójności grup społecznych i zadaniowych bardziej decyduje wspólny system wartości niż wspólny cel. Jeżeli więc trudno sobie wyobrazić metasuperwizora KOT, pozostaje powrócić do superwizorów indywidualnych poszczególnych orientacji oraz drobnych, pragmatycznych i własnych strategii zabezpieczających przed kosztami pełnienia roli konsultanta (być może i do zastosowania przez terapeutów).

To już ostatni rozdział mojego wystąpienia. Sądzić można, że podstawowym sprzymierzeńcem konsultanta w opisanej sytuacji jest struktura symboliczna relacji pomiędzy nim a pacjentem, terapeutą i zespołem, w której utrzymywany jest podwójny porządek percepcji i przeżywania, tzn. realny i symboliczny. Utrzymywanie tego porządku daje możliwość ujawniania się funkcji symbolu. Funkcje te są rozliczne i w różnych szkołach psychoanalitycznych różnie opisywane, lecz wszystkie prowadzą się do korzystnych efektów, takich jak: socjalizacja jednostki, stwarzanie alternatywy satysfakcji symbolicznej dla satysfakcji fizycznej, tworzenie indywidualnej obrony przed lękiem. Co najistotniejsze — symbole pełnią funkcję absorbentów silnych emocji układu wiążącego te emocje werbalnie i niewerbalnie. Warto przypomnieć, że pierwotnie psychoanaliza była analizą symboli, zanim stała się analizą mechanizmów obronnych i oporu. Zachowana sieć symbolicznych realizacji stanowi potężny system neutralizacji emocji i kohezji. Rezygnacja przez konsultanta z analizy przeniesienia, oporu i najbardziej ekspresywnych interwencji terapeutycznych strukturę tę paradoksalnie wzmacnia, wspomniane bowiem procedury i interwencje psychoterapeutyczne, poprzez odkrycie i omówienie symbolu, niszczą jego funkcję. Jest to jeden z powodów, dlaczego psychoterapia ekspresywna jest terapeutyczna i traumatyczna zarazem, dlaczego musimy do niej selekcjonować pacjentów, dlaczego tak musimy dbać przy jej stosowaniu o środowisko podtrzymujące (ang. holding) i nienaruszalność zasad (ang. setting).

Dbamy, ponieważ te zewnątrz struktury i procedury odtwarzają bezpieczeństwo utracone nie tylko w związku z rezygnacją z nałogu przymusowego powtarzania, lecz również w wyniku utraty osłaniającej funkcji symbolu. Z jednym zastrzeżeniem — gdy struktura symboliczna przestaje być zdominowana przez procesy symbolicznej reprezentacji, a występują procesy symbolicznego zrównania. Nie chcąc zbytnio rozbudowywać tego zakresu wiedzy w dzisiejszym wystąpieniu, wspomnę tylko, że symboliczna reprezentacja jest procesem, w którym symbol znajduje się w miejscu właściwym dla siebie w danej kulturze i zachowany jest rozdział rzeczy od pojęcia symbolicznego. Symboliczne zrównanie jest procesem arbitralnego wyboru symbolu i nadania mu znaczenia subiektywnego, jest więc formą symbolizacji patologicznej, często wytworzoną w wyniku projekcyjnej identyfikacji i klinicznie reprezentowaną w stanach psychotycznych lub osobowościowym fenomenie „pustych słów”.

Ujawnienie się w relacji tej patologicznej formy symbolizacji jest ważne. Przybiera ona formy destrukcyjne dla związku konsultanta z pacjentami, jest rozeznawana jako dominacja negatywnego przeniesienia, aczkolwiek dla mnie bliższe jest mówienie o ujawnieniu się projekcji właściwej lub patologicznej eksternalizacji. Terminy nie są jednak najistotniejsze. Istotny jest fakt, że spatologizowanie struktury symbolicznej związku jest najbardziej uzasadnionym powodem rozważenia przez konsultanta potrzeby intensyfikacji farmakoterapii czy hospitalizacji. Struktura symboliczna oparta na reprezentacji symbolicznej jest jednak skutecznym neutralizatorem niezwerbalizowanych i nieskomentowanych przeniesień na poziomie neurotycznym i charakterologicznym, toteż konsultant świadomy siły symboli, w sytuacji prohibicji wspomnianych aktywności terapeutycznych, jest ich strażnikiem. Stanowi ona podstawowy czynnik stabilizujący, przy obecności którego konsultant włącza się do procesu leczenia pacjenta poprzez farmakoterapię dynamiczną i interwencje psychoterapeutyczne z kręgu podtrzymujących. Jest też w pewnym stopniu porządkująca i stabilizująca relację konsultant — terapeuta i konsultant — zespół, szczególnie, jeżeli łączy się ze znajomością dynamiki kryzysu i istoty konfliktu (mam na myśli kreatywne znaczenie kryzysu i nierozwiązywalność konfliktu), zrozumieniem kryzysu jako początku zmiany i rozumieniem konfliktu jako procesu, który jest rozwiązywany stale, będzie rozwiązywany, a nie rozwiązany. Toteż skuteczność struktury symbolicznej jest jednak pochodną zachowywania pewnych zasad i reguł, które ją wzmacniają, jeśli są przestrzegane, a osłabiają, gdy są przekraczane. Być może należałoby te reguły nazwać sferą tabu. Dotyczą one:

1. zachowania dystansu w stosunku do prywatności psychoterapeutów,
2. zachowania dystansu w stosunku do pokusy władzy, zarówno w wymiarze społecznym, jak i psychologicznym,
3. zachowania dystansu w stosunku do odpowiedzialności za rozwój osobisty i zawodowy członków zespołu.

Ten sposób rozumienia i funkcjonowania konsultanta czyni z niego świadomego uczestnika procesu grupowego, który to proces w pewnym stopniu można spostrzegać jako wspólnie realizowany mit zespołu, a więc — jak mówił Julian Apostata — coś, co nigdy się nie wydarzyło, jest jednak wiecznie prawdziwe.

Adres: Krakowski Ośrodek Terapii
ul. Miodowa 12, 31-055 Kraków