

PSYCHOTERAPIA 4 (167) 2013

strony: 21–27

Aneta Kalisz

## O PSYCHOTERAPII OSÓB CIERPIĄCYCH Z POWODU SCHIZOFRENII

### PSYCHOTHERAPY OF PERSONS SUFFERING FROM SCHIZOPHRENIA

Zakład Psychiatrii Środowiskowej Katedry Psychiatrii Collegium Medicum UJ

Kierownik: dr hab. n. med. Andrzej Cechnicki

Oddział Dzienny Leczenia Psychoz Oddziału Klinicznego Psychiatrii Dorosłych, Dzieci i Młodzieży  
Szpitala Uniwersyteckiego

Kierownik: dr n. med. Maciej Wojciech Pilecki

*Autorka przedstawia wybrane fragmenty procesu psychoterapii (której nadaje nazwę rozmowy terapeutycznej) z osobami z rozpoznaniem schizofrenii w odniesieniu do podstawowych myśli Antoniego Kepińskiego dotyczących relacji pomiędzy psychiatrą a pacjentem z zaburzeniem psychiatrycznym: budowanie zaufania do terapeuty, stworzenie bezpiecznego i ciepłego środowiska, okazywanie pacjentowi szacunku, zadbanie o rozwój jego potrzeb społecznych i uwzględnienie jego potrzeby wolności.*

**psychotherapy  
schizophrenia**

**Summary:** The author presents her reflections concerning psychotherapy of persons with the diagnosis of schizophrenia, based on the fundamental ideas of Professor Antoni Kepiński. Those ideas include building up trust in the therapist, creating a warm, “motherly environment”, showing respect to the patient, taking care of the development of his/her social needs as well as of the need of independence, which is very important to the ill. Relating to this humanistic message of Professor Kepiński, the author, basing on her experience in psychotherapy, comments and confirms the value of it in the present day approach to the therapy of persons with psychotic disorders. She discusses her therapeutic conversations and dilemmas, both the patients’ and the therapist’s, in the context of work at the Day Care Unit for Treatment of Psychoses of the Psychiatry Clinic in Kraków.

Pierwszym pytaniem, przed którym stanęłam rozpoczynając pisanie tego artykułu, było: kogo uczynić patronem moich refleksji. Historia ostatnich kilkadziesiąt lat psychiatrii i psychoterapii zawiera wiele nazwisk mających wielkie znaczenie w terapii osób chorujących na schizofrenię. Nawet psychoanaliza, która na początku się ich wyrzekła, podjęła problem, jak być wystarczająco dobrą matką, i zainteresowała się nimi na nowo za sprawą takich ludzi, jak Klein, Federn, Fromm-Reichman, Searls, Spontitz i wielu innych. Podczas tych rozważań przykuło moją uwagę nazwisko profesora Antoniego Kepińskiego. Nigdy go nie spotkałam, rozpoczęłam pracę wiele lat po jego śmierci, jednak on wciąż pozostaje mistrzem. Sięgam więc po wskazówki, które pozostawił w napisanej przez siebie *Schizofrenii*. I jeszcze jedno. Gdy już pisałam ten tekst, zastanawiałam się, czemu nadużywam w nim słowa „rozmowa” — w domyśle dialog — tam, gdzie powinno się znaleźć słowo terapia. Głównym powodem jest to, że napisałam go w oparciu o lekcje, których udzielili mi również moi pacjenci.

---

Praca powstała w Krakowskiej Grupie Badawczej nad Przebiegiem Schizofrenii

**W psychiatrii [...] kwestia zaufania jest sprawą zasadniczą [...] trudno mieć zaufanie do wciąż innego lekarza. Antoni Kępiński. *Schizofrenia* [1, s. 288].**

Większość osób chorujących na schizofrenię spotykam po raz pierwszy na oddziale dziennym, na którym pracuję. Nasz system pomagania skonstruowany jest w taki sposób, by rozpoczęta tu rozmowa mogła być później kontynuowana. W ten sposób rozpoczynamy proces budowania związku terapeutycznego, to jest bowiem pierwszy i główny cel w psychoterapii osób chorujących na schizofrenię. Z tym stwierdzeniem zgodzi się większość terapeutów, niezależnie od reprezentowanej szkoły terapeutycznej. Brzmi banalnie, ale ma podstawowe znaczenie.

Zastanawiając się, co wyróżnia chorujące na schizofrenię osoby w czasie, w którym nasza rozmowa się zaczyna, podczas pierwszych tygodni naszych spotkań, często będąc świeżo po hospitalizacji stacjonarnej, rozpoczynające leczenie na oddziale dziennym, pomyślałam o dwóch wyraźnych podgrupach. Część z tych osób wciąż tkwi w świecie urojeniowych fantazji, u części urojenia właśnie wygasły.

Rozpoczęcie rozmowy z pacjentem zanurzonym w świecie urojeniowych doświadczeń wymaga otwartości na różnorodność percepcji świata. Będąc terapeutą nie rozstrzygam o prawdziwości czy też nieprawdziwości przeżyć pacjenta. Proponuję jedynie siebie w roli przewodnika prowadzącego w stronę takiego spostrzegania świata, za pomocą którego można porozumieć się z większością. Profesor Kępiński pisał w *Schizofrenii*: „Trzeba po prostu przyjąć, że urojenia chorego są jednym z wielu, choć nieprzeciętnym, sposobem widzenia rzeczywistości. Nie znaczy to, że się ze swego własnego sposobu widzenia rezygnuje” [1, str.118]. Niektórzy psychoanalitycy, jak Hyman Spotnitz [2], uważają, że rozpoczęcie rozmowy jest możliwe, jeśli nie tylko nie zaprzeczamy wyobrażeniom pacjenta, ale rozważamy je wraz z nim, nie próbując od razu nadawać im innych znaczeń. Tak się dzieje, gdy rozpoczynam rozmowę nawiązując do psychotycznych przeżyć pacjenta: „Dlaczego Pan uważa, że ci wszyscy ludzie tyle wysiłku poświęcają, by Pana śledzić?”. Częściej jednak od razu odwołuję się do emocji mówiąc: „Rozumiem, iż takim przeżyciom musi towarzyszyć ogromny lęk”. Dokładnie tyle wtedy rozumiem. Na jakkolwiek próbę połączenia przeżyć pacjenta z wydarzeniami w jego życiu jest jeszcze za wcześnie, za mało go znam.

Rozpoczęcie rozmowy z osobą, która właśnie utraciła świat psychotycznych przeżyć, bywa jeszcze trudniejsze. Objawy wytwórcze, które zdaniem psychoanalityków były restytucją kontaktu z rzeczywistością, znikają, a sama rzeczywistość budzi lęk i niepewność. Jedna z moich pacjentek, by móc pożegnać się z istniejącym w jej halucynacjach przyjacielem, kładła obok siebie przed snem pluszowego misia. Podobną rolę — obiektu przejściowego — spełnia grupa na oddziale dziennym. Jest już realna, ale wciąż bezpieczniejsza. Na tym etapie zdrowienia pacjenci najczęściej mają objawy, które psychiatrzy nazywają negatywnymi. Niedobór napędu, woli, myśli, radości. Przed stu laty Freud opisywał reakcję żałoby takimi słowami: „bolesne przygębienie, utrata zainteresowania światem zewnętrznym, utrata zdolności kochania, zahamowanie wszelkiej aktywności” [8, s. 29]. Często tam, gdzie zwykliśmy opisywać objawy negatywne, spostrzegam żałobę po utraconym doświadczeniu, utraconych przeżyciach, utraconej rzeczywistości. Przyznam również, że takie spostrzeganie problemu, jakby przede mną i moim pacjentem istniała konieczność przejścia przez kolejne

fazy żałoby, opisane przez Elizabeth Kübler-Ross [3], daje mi więcej nadziei, poczucie większego wpływu. A jak pisali Irving Yalom i Leszcz [4] czy też Arnhild Lauveng [5] w swoich wspomnieniach, terapeuta musi mieć nadzieję, by mógł ją również mieć pacjent. Wielu moich pacjentów słyszało od swoich lekarzy, że będą musieli zażywać lekarstwa do końca życia. W schizofrenii opisywany jest taki rodzaj zaburzeń myślenia, w których pacjent myśli to, co jest, z tym, co może być, istniejące z prawdopodobnym. Mam wrażenie, że ten rodzaj zaburzeń myślenia występuje co najmniej równie często wśród psychiatrów.

Indywidualną terapeutką pani Beaty zostałam, gdy po raz drugi podjęła leczenie na oddziale dziennym. Pierwszy pobyt przerwała próba samobójcza. Wcześniej dwukrotnie była hospitalizowana na oddziałach stacjonarnych. Miała zaledwie 19 lat. Poza tym, że była wówczas uczestnikiem terapii grupowej na oddziale, umawiałyśmy się dwa razy w tygodniu na indywidualną rozmowę. Skarżyła się głównie na pustkę, która ją opanowała, i brak radości z czegokolwiek. Czasami odczuwała jeszcze nadmierne zainteresowanie otoczenia swoją osobą, ale potrafiła szybko podważyć realność tego przeżycia. Świat podsłuchów i publicznych, telewizyjnych komentarzy na swój temat jednoznacznie rozumiała jako psychozę. Po kilku tygodniach naszych spotkań przysłała na rozmowę bardzo napięta. Milczała, mimo moich zachęcających pytań. Po chwili stwierdziła: „Mama mówi, że ten chłopiec, z którym spotykałam się przez dwa lata, ten — wie Pani — szaleńczo we mnie zakochany, nigdy nie był u nas w domu. Sprawdziłam — w moim komputerze nie ma też jego maili. Przecież to niemożliwe”. Postawą ciała i mimiką starałam się jej przekazać, że słucham. Wszelkie słowa wydawały mi się nieadekwatne. Zaczęłam się intensywnie zastanawiać nad różnorodnością ludzkich doświadczeń, odmiennością przeżywania, trudnością poskładania tego w całość. Dostrzegłam, że jestem milcząca i bezradna jak jej matka wobec jej trudności w relacjach rówieśniczych. Kiedyś to milczenie nasiliło jej lęk i spowodowało większe wycofanie. Musiałam wydobyć się z tej przeciwprzeniesieniowej roli.

Tak rozpoczęta rozmowa trwała ponad rok. Pogodzenie się pani Beaty z nieistnieniem jej doświadczenia we wspólnej rzeczywistości zrodziło jej złość. „Chce mi Pani opowiedzieć moje życie?! Wszyscy tego chcecie?”. Potem pojawiła się próba przywrócenia choćby części zapamiętanego doświadczenia. „Może z nim porozmawiam, zapytam przyjaciółki, może przesadziłam, ale coś było?”. Gdy przestała walczyć, pozostał smutek. Przez cały ten czas byłam obecna jako osoba, która nadaje sens jej przeżyciom. Przyjmuje i stara się rozumieć rozpacz po stracie czegoś, co nie istniało dla innych, czegoś, co dla innych było irracjonalne. Zbliżnienie szerokiej, dwuletniej wyrwy w pamięci nie jest proste, pomóc może budząca nadzieję przyszłość. W jej przypadku był to realny związek.

**Drugim ważnym wymaganiem w stosunku do chorego jest atmosfera ciepła ..., ciepła środowiska macierzyńskiego. Antoni Kępiński. *Schizofrenia* [1, s. 280]**

Profesor Antoni Kępiński pisał, że atmosfera ciepła, macierzyńskiego ciepła, jest ważnym wymaganiem w pracy z osobą chorującą na schizofrenię. Doświadcza ona tak silnego lęku, że żaden z nurtów terapeutycznych nie kwestionuje tego postulatu, najczęściej określając to, co profesor nazywał ciepłem, poczuciem bezpieczeństwa, które mamy zapewnić choremu. Tym, co może różnić poszczególne szkoły terapii jest rozumienie tego, jakie elementy postawy terapeuty to bezpieczeństwo kształtują.

Opiszę te elementy, które — choć może oczywiste w zespole, w którym pracuję — rozumiane są jako bardzo ważne. Jedną z nich jest jego dostępność. Gdy zastanawiam się nad tym sformułowaniem, przyjmuje ono wiele znaczeń. Jest wśród nich łatwość kontaktu, jego stabilność, poczucie pewności akceptacji. Jest też wyłączenie zaangażowanie w sprawę pacjenta — wyłączenie w przeznaczonym dla niego czasie. Jeden z moich pacjentów powiedział mi kiedyś, że najlepszą rzeczą, jaką zrobiła jego poprzednia terapeutka, było to, że przekazała go mnie. Czyżby chodziło o moje wyjątkowe zalety lub umiejętności? Niestety, wyjaśnienie było prostsze. „Pani się nie spóźnia, a kiedy miała się Pani spóźnić o kilka minut uprzedziła mnie i przeprosiła”. Rozumiem te słowa jako wyraz potrzeby nie tylko szacunku, ale i bezpieczeństwa, obecności terapeuty jako czegoś pewnego, czegoś, co jest, a nie — może być dostępne.

Innym ważnym dla nas elementem jest otwartość, szczerłość komunikacji. Problem ten ilustruje chyba jeden z najbardziej poruszających dla mnie fragmentów opowieści Arnhild Lauweng *Byłam po drugiej stronie lustra* [5] — historia, w której nieadekwatna do sytuacji protekcyjna pochwała jej ubioru przez pielęgniarkę budzi w niej uczucie upokorzenia. Nadmierna opiekuńczość matki hamuje rozwój dziecka. Zastosowana wobec chorego nie tylko hamuje rozwój, ale i upokarza jego dojrzałość i wspiera nieadekwatne spostrzeganie świata.

W zespołach, takich jak nasz, w których wiele osób współpracuje w pomaganiu, problem jasności i jednoznaczności komunikatu może się jeszcze bardziej komplikować. Pewnego dnia prowadząc rozmowę z moim pacjentem miałam wrażenie, że jest poirytowany i zły na mnie. Żadna treść obecna w naszej rozmowie tej irytacji nie wyjaśniała. Pozostało mi więc podzielić się swoim odczuciem: „Mam wrażenie, że jest Pan na mnie zły”. „Tak — odpowiedział — umówiła się Pani ze mną w czasie, w którym pracuję w warsztatach”. Mniej istotne w tej chwili wydało mi się to, że on sam nie zaprotestował przyjmując ten termin i oczekiwał, że to ja będę to kontrolować. Ważna była sama sytuacja. Pacjent realizował w warsztatach projekt, którego ważność wszyscy podkreślali. Tymczasem ja umówiłam się w czasie jego pracy, a terapeuta pracujący z nim w warsztatach bez problemu zwolnił go na to spotkanie. Przekonanie zespołu o tym, że wizyta u terapeuty i lekarza jest ważniejsza, nie było oczywiste dla pacjenta i zostało przez niego zrozumiane jako dewaluacja wartości jego pracy.

Nancy McWilliams [6], opisując technikę wspierającą w psychoanalitycznej terapii jako element dostarczający poczucia bezpieczeństwa, wymienia również odsłanianie siebie, zauważając, że w tym paradygmacie takie podejście może być kontrowersyjne. Pozwala to jednak, jej zdaniem, zmniejszyć napięcie pacjenta i sprawia, że spostrzega on terapeutę jako zwykłego człowieka. Różnorodność form terapii oferowanych przez psychiatrię środowiskową odsłania w sposób naturalny. Uczestnicząc we wspólnych wycieczkach, obozach wędrownych, wspólnych przedsięwzięciach, mimo woli nabieramy realnych cech. Okazujemy się słabi lub silni fizycznie, grający lub niegrający w piłkę, fałszujący lub uzdolnieni muzycznie. Anna Bielańska [7], opisując psychoterapię indywidualną w krakowskim modelu leczenia schizofrenii, określiła ją jako integracyjną, zawierającą, wspierającą, dyrektywną, edukacyjną i zorientowaną na wgląd aktywność, prowadzoną w kontekście istniejącej i stabilnej relacji terapeuta — pacjent. Otwartą więc na wiele

możliwych rodzajów interwencji, z wyjątkiem — uwzględniając opisany przeze mnie szeroki kontekst współpracy — interpretacji przeniesienia [7].

**Chory na schizofrenię jest człowiekiem, który nie czuje się i nie czuł się pewnie w otaczającym go świecie społecznym [...]. Antoni Kępiński. *Schizofrenia* [1, s. 289]**

Ten cytat pochodzi już z podrozdziału opisującego społeczną płaszczyznę w terapii schizofrenii. Tej myśli nie mogę jednak pominąć. Większość naszych pacjentów otrzymuje równoległą do terapii indywidualnej propozycję terapii grupowej. To grupa terapeutyczna wnosi do pracy z pacjentem kontekst społeczny. Nie jest moim zamiarem opisanie tej formy terapii, ale zwrócenie uwagi, że wspiera ona silnie obszar terapii indywidualnej. Na początku duże znaczenie ma opisywany przez Yaloma i Leszcza [4] czynnik nadziei. Dłużej uczestniczący w grupie pacjenci dzielą się własnym doświadczeniem, wskazują na korzystne zmiany, które w sobie dostrzegają, znacznie skuteczniej motywując nowo przybyłych pacjentów do terapii niż najbardziej nawet szczere przekonanie terapeuty. Również rozwój umiejętności społecznych, rozumiany jako konfrontacja własnych zachowań z ich odbiorem, i altruizm budujący poczucie bycia ważnym członkiem grupy mają ogromne znaczenie. Zwłaszcza dla osób, które na długo wycofały się z aktywności i muszą na nowo rozpoznawać siebie w społecznym lustrze. W przypadku osób o tak ubogich relacjach społecznych właśnie doświadczenia grupowe mogą stać się przedmiotem analizy w terapii indywidualnej.

**Trzecim ważnym elementem w stosunku do chorego jest szacunek. Trzeba spojrzeć na jego świat z podziwem i szacunkiem [...] w jego przeżyciach znajdujemy nieraz własne skryte marzenia, tłumione uczucia, pytania, na które nie umieliśmy dać odpowiedzi i które z czasem przestały nas nękać. Antoni Kępiński. *Schizofrenia* [1, s. 281]**

Rzeczywiście przeszliśmy przez te same etapy rozwoju mimo że w tym momencie rozmowy nasz wewnętrzny świat jest o wiele bardziej zintegrowany. Wspólna praca w terapii ma teraz wspomóc integrację wewnętrznego świata pacjenta, wzmocnić ego, oddzielić świat psychotycznych doznań od rzeczywistości, zarazem nie oddzielając go od życiowego doświadczenia. Najbardziej stabilizujące dla pacjenta wydaje mi się zajęcie się w pierwszym rzędzie aktualnymi problemami w życiu wpływającymi na jego samopoczucie. Ta droga uczy, jak identyfikować czynniki stresowe, a możliwość ich identyfikacji zwiększa poczucie wpływu na swoje samopoczucie. Odsłonić też może trudność w werbalizacji uczuć nierozpoznawalnych dla pacjenta poza stanem wzmożonego napięcia. To pozwala czasem podpowiedzieć: „gdybym znalazła się w takiej sytuacji, czułabym złość”. Nie unikam też dzielenia się przekonaniem o powszechności pewnych przeżyć, by zredukować lęk przed rozpoznaniem ich w sobie. Często równoległe toczy się rozmowa o psychotycznych doznaniach, powoli odkrywająca ich znaczenie i związki z historią życia pacjenta. Jedyną techniką uznawaną w terapii wspierającej, której staram się nie wykorzystywać, jest udzielanie rad. Wolę towarzyszyć w decyzji.

Kiedy poznałam Martę, kończyła swój pierwszy pobyt na oddziale dziennym poprzedzony wielomiesięczną hospitalizacją na oddziale stacjonarnym. Tęskniła za bliskością, związkiem. Jednak każda kolejna próba jego zbudowania prowadziła do lęku przed

pochłonięciem jej własnego ja, przed całkowitym zniknięciem, i kończyła się nawrotem objawów psychotycznych. Ponownie czuła się na przemian potępiona lub święta, a poczucie obsadzenia w roli na całą wieczność bez możliwości jej zmiany, rodziło potężne napięcie i trudne do kontrolowania myśli samobójcze. Była lubiana przez grupę, towarzyska, pomagała innym. Jednak jej własne przeżywanie grupy wiązało się z nieco mniej intensywnym niż w relacjach partnerskich, ale ciągle obecnym, uczuciem zanikania „ja”, przeciążenia cudzym cierpieniem. To sprawiało, że w pierwszych latach naszych rozmów nie przyjmowała propozycji terapii grupowej, poza krótkimi wyjazdami na obozy terapeutyczne. Pierwsze rozmowy wiążące jej przeżycia z realnym, aktualnym doświadczeniem w relacjach złagodziły nieznacznie lęk i pozwoliły ożywić kontakty z innymi. Zaczęła wiązać swoje urojeniowe poczucie winy i zasłużonej kary z poczuciem winy za młodzieńczy bunt skojarzony z wrogością wobec bezradnej matki i agresywnego, nadużywającego alkoholu ojca. Stale towarzyszyły jej urojenia, nastrój wahał się adekwatnie do ich treści. Powrót do tych traumatycznych przeżyć z dzieciństwa stał się zapewne jednym z powodów zaostrzenia objawów. Konieczna stała się hospitalizacja stacjonarna, w trakcie której podjęła kolejną, poważną próbę samobójczą. Ponad rok później przyjęła propozycję terapii grupowej. Często odczuwała, że przejmuje cechy innych, myli siebie z nimi, zaraża się ich uczuciami. Wzrastało jednak jej poczucie oparcia w grupie, a urojenia coraz rzadziej odbierały jej siłę działania. Wtedy nasze rozmowy skupiały się na rozważaniu, czego nie chce przejąć od innych i jaki to ma związek z jej życiem. W końcu dotarliśmy do uczuć, których się bała. Im bardziej dostrzegała ten ciąg, w którym czuła się potępiona, bo czuła się zła, i czuła się zła, bo czuła złość, zazdrość, pragnienie rywalizacji, tym rzadziej wracały treści urojeniowe. Wtedy najczęściej pojawiał się w moich wypowiedziach edukacyjny element — przekonanie o powszechności różnorodnych emocji i pragnień. Dziś miewa poczucie niejasnych granic między sobą i innymi, ale zwykle jest wobec niego krytyczna. Wciąż zadaje pytania o znaczenie emocji: „To, że jej nie lubię i nie chcę jej pomagać, nie oznacza, że jestem zła, prawda?”. Dziś już milczę. Po chwili uśmiecha się: „No tak, przecież sama znam odpowiedź”.

**Czwartym wreszcie czynnikiem terapeutycznym jest wolność. Antoni Kępiński.  
*Schizofrenia* [1, s. 281]**

Profesor Kępiński nazwał psychozę wybuchem wolności. Zapewne jest w tym wydarzeniu i wolność nieskrepowana rzeczywistością, i potężny wybuch, który wiele z tego, co człowiek do tej pory osiągnął, może zniszczyć. Rozmawiając z pacjentami oddziału dziennego w pierwszych miesiącach choroby widzę, jak żmudnie szukają argumentów do powrotu, do ponownego wysiłku, by uporządkować swój świat, motywacji i takiego spojrzenia na rzeczywistość, by mogli poczuć, że warto. Spostrzeganie świata przez każdego z nas jest inne. Jeżeli ktoś chce zachować swoją zupełnie odmienną rzeczywistość, ma do tego prawo. Ewa od lat powtarza mi: „Przychodzę do Ciebie zawsze, gdy zacznę telepatycznie rozmawiać z sąsiadami, ale do moich relacji z Panem Bogiem się nie miesza”.

O wolności do bycia sobą myślę też, kiedy przypominam sobie słowa jednego z moich pacjentów. Kiedy zęgnaliśmy się przekonani, że dalsza terapia nie jest mu potrzebna, powiedział: „to szaleństwo usunęło z mego życia wszelkie szaleństwo, teraz już zawsze będę

musiał być bardziej normalny niż inni”. Czułne spojrzenie i obawy bliskich osób, również terapeutów, są zrozumiałe, ale mogą bardzo ograniczać wolność, wolność do bycia sobą.

Środowiskowa psychiatria musi uwzględniać jeszcze jeden element wolności i go wspierać. To prawo do finansowej, mieszkaniowej i bytowej niezależności osoby chorującej, do dostosowanej do potrzeb pomocy terapeutycznej i lekarskiej. Brak objawów psychozy w świecie izolującym społecznie, odrzucającym i upokarzającym nigdy nie będzie lepszym rozwiązaniem od samej psychozy.

### **Ja nie chcę spać, ja chcę żyć — Marta**

Przebieg schizofrenii bywa różny. Ale terapeuta, moim zdaniem, nie może minimalizować celu. Celem jest zdrowie, życie przynoszące zadowolenie, a nie uniknięcie kolejnej hospitalizacji. Często obawiamy się takich sformułowań, by nie zostać posądzonym o uwikłanie się w rolę onnipotentnego rodzica. Tylko, czy wtedy to nie my stajemy się tą częścią sojuszu terapeutycznego, która z obawy przed brakiem kontroli nad stanem pacjenta właśnie minimalizuje cel. Będąc jednocześnie lekarzem szczególnie łatwo pójść na skróty. Jedna z moich pacjentek pojawiła się na kolejnym spotkaniu pełna lęku, po nieprzespanej nocy, zaniepokojona nawrotem urojeniowych przekonań. W trakcie rozmowy, czując się bezradna wobec opisywanego lęku i myśli samobójczych, zaproponowałam zwiększenie dawki leku. „Lęk minie, najwyżej prześpi Pani weekend”. Jej spokojna odpowiedź stanowczo przypomniała mi o naszym wspólnym celu. „Ja nie chcę spać, ja chcę żyć” — odpowiedziała.

### **Piśmiennictwo**

1. Kępiński A. Schizofrenia. Kraków: Wydawnictwo Sagittarius; 1992.
2. Spotnitz H. Psychotherapy of preoedipal conditions. Schizophrenia and severe character disorders. Lanham: Rowman & Littlefield Publishers, INC; 2004.
3. Zagajewska D. Recenzja książki Elizabeth Kübler-Ross „On death and dying”. W: Badura-Madaj W, red. Psychologiczne aspekty śmierci, umierania i żałoby. Kraków: Ośrodek Interwencji Kryzysowej; 1993, s. 65–71.
4. Yalom I, Leszcz M, Psychoterapia grupowa. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2006.
5. Lauveng A. Byłam po drugiej stronie lustra. Wygrana walka ze schizofrenią. Sopot: Smak Słowa; 2008.
6. McWilliams N. Diagnoza psychoanalityczna. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2008.
7. Bielańska A. Psychoterapia indywidualna osób z diagnozą schizofrenii. Psychoter. 2006; 3 (138): 75–86.
8. Freud Z, Żaloba i melancholia, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 1992.

Adres: aneta.kalisz@gmail.com