

PSYCHOTERAPIA 3 (170) 2014

strony: 47–56

Radosław Tomalski

TERAPIA PSYCHOZY — PSYCHOZA TERAPII

THERAPY OF PSYCHOSIS — PSYCHOSIS OF THERAPY

Centrum Zdrowia Psychicznego „Feniks”
Kierownik: dr n. med. Radosław Tomalski

**psychosis
psychotherapy
countertransference**

Autor opisuje procesy zachodzące w relacji terapeutycznej z pacjentami psychotycznymi i ich wpływ na osoby zajmujące się leczeniem. Zwraca uwagę na będące po stronie terapeutów, a przejawiające się w postaci przeciwprzeniesienia, źródła trudności w pracy z tą grupą pacjentów.

Summary: The paper discusses the processes that occur in the psychotherapeutic treatment of patients with schizophrenia. Various theoretical concepts within psychoanalytical framework concerning psychotic functioning in a therapeutic relationship are presented. The author highlights specific demands that such treatment imposes on practitioners. Special attention is given to difficulties for the therapists that may arise in the course of treatment, such as dependency issues and the impact of hateful emotions emerging in a therapeutic relationship. These difficulties are addressed with respect to countertransference and the definition, importance and application of the term are discussed. Furthermore, examples of countertransference in professional and private life of the therapist are given, as well as means to prevent the adverse effects of countertransference on the professionals dealing with psychotic patients, such as supervision and self-analysis. Lastly, the potential benefits of work with psychotic patients to the therapists are underlined and the learning and transformative aspects of it are indicated.

Wstęp

Niewiele osób podważyłoby stwierdzenie, że psychoterapia ma wpływ na pacjentów. Że pacjenci mają wpływ na psychoterapeutów — dla wielu nie wydaje się już tak oczywiste. W poniższym tekście chciałbym zająć się tym, jak praca z pacjentami psychotycznymi oddziałuje na osoby zajmujące się ich leczeniem. W rozważaniach tych chciałbym zawęzić pojęcie psychozy do psychozy schizofrenicznej. W rozpatrywaniu zaprezentowanej kwestii odwołam się do wiedzy analitycznej, czerpiąc głównie z brytyjskiej szkoły psychoanalizy.

Aby przyjrzeć się dokładniej temu, co dzieje się w relacji z pacjentem psychotycznym, w pierwszej kolejności zaprezentuję główne pojęcia teoretyczne — z jakich będę korzystać w dalszej części tekstu — opisujące funkcjonowanie umysłu w psychozie. Następnie postaram się omówić procesy, jakie zachodzą w szeroko rozumianej relacji terapeutycznej. To szerokie rozumienie odnosi się do wszelkiego rodzaju kontaktów z pacjentami psychotycznymi, a więc nie tylko do psychoterapeutów, ale również psychiatrów, opiekunów, pracowników socjalnych etc.

W ostatniej części tekstu chciałbym zwrócić uwagę na ryzyko, jakie niesie ze sobą podejmowanie leczenia pacjentów z psychozą, które często jest niedoceniane. W opiece

zdrowotnej (a pacjenci z zaburzeniami psychotycznymi korzystają głównie z leczenia w publicznej opiece zdrowotnej) obecne są aktualnie dwa trendy. W nauce i medycynie istnieje tendencja do postrzegania i leczenia schizofrenii jako choroby biologicznej, a co za tym idzie — staje się ona zaburzeniem „nieterapeutycznym”, a raczej — „podlegającym rehabilitacji”. W związku z tym kładzie się niewielki nacisk na rozumienie tego, co dzieje się z pacjentem (niekiedy wręcz przyjmowana jest definicja doświadczeń psychotycznych jako takich, których nie da się zrozumieć). Stoi to jednak w wyraźnej sprzeczności z dowodami na skuteczność psychoterapii u tych pacjentów [1]. Jednocześnie w ostatnich kilkudziesięciu latach rozwija się leczenie środowiskowe, co z jednej strony powoduje angażowanie się rosnącej liczby profesjonalistów (w opiece zdrowotnej i poza nią) w proces zdrowienia pacjentów, a z drugiej wymusza rozwijanie różnych form pomocy psychologicznej ukierunkowanych na pacjentów psychotycznych.

Skutkiem zderzenia się tych dwóch trendów jest zwiększenie się liczby osób zaangażowanych w leczenie pacjentów psychotycznych, ale są to raczej osoby bez przygotowania terapeutycznego. Mimo dość jednoznacznych danych z literatury — z których wynika, że leczenie pacjentów psychotycznych jest znacznie bardziej wymagające niż leczenie pacjentów neurotycznych [2] — i postulatów, by leczenie pacjentów z tej grupy było powierzone osobom o największym doświadczeniu, codzienna praktyka pokazuje, że dzieje się dokładnie odwrotnie: pomocą psychologiczną pacjentom z psychozą zajmują się często osoby na początku swojej drogi zawodowej, o niewielkim doświadczeniu oraz niemające wiedzy ani aparatu pojęciowego, który pozwalałby rozumieć pojawiające się w tej terapii zjawiska i zastosować odpowiednie interwencje terapeutyczne. Taka sytuacja stwarza istotne ryzyko dla osób zaangażowanych w opiekę nad pacjentami psychotycznymi i ich leczenie.

Psychoza

Dostrzeżenie różnicy pomiędzy pacjentem z zaburzeniami lękowymi a pacjentem w psychozie nie następuje trudności wprawnemu obserwatorowi. Zrozumienie, na czym te różnice właściwie polegają i jakie są ich przyczyny — już tak. W XX wieku, a szczególnie od jego połowy, zainteresowanie rozumieniem zaburzeń psychotycznych stale rosło, a wraz z nim pojawiały się nowe pojęcia i aparat teoretyczny, dające większe możliwości leczenia. Jakkolwiek bogate doświadczenia w psychoterapii psychoz zdobywano w Stanach Zjednoczonych (Harry Stack Sullivan, Frieda Fromm-Reichmann, Harold Searles) i w Europie kontynentalnej (Gaetano Benedetti), to wydaje się, że najbogatsze i najbardziej inspirujące idee pojawiły się na gruncie psychoanalizy brytyjskiej i zostały wniesione przez Herberta Rosenfelda, Hannę Segal i Wilfreda Biona. Rozwinięte przez tych autorów koncepcje pozwalają wyraźniej zobaczyć, jak funkcjonuje umysł w stanie psychozy i czym różni się on od umysłu, który nie jest nią ogarnięty.

Freud [3] postrzegał różnicę między psychozą a nerwicą następująco: „Nerwica stanowi wynik konfliktu pomiędzy »ja« i jego »tym« [id – przyp. autora], psychoza zaś jest analogicznym rezultatem takowego zaburzenia w stosunkach pomiędzy »ja« i światem zewnętrznym” [3, str. 265]. Dodaje również, że: „Jedną z cech odróżniających nerwicę od psychozy jest fakt, iż w przypadku tej pierwszej, »ja« uzależnione od rzeczywistości,

tlumi jakąś część »tego« (życia popędowego), w wypadku tej drugiej zaś to samo »ja«, zaciągając się na służbę »tego«, wycofuje się od jakiejś części rzeczywistości” [3, str. 285]. Zaburzenie w stosunkach ze światem zewnętrznym wynika według Freuda z nieprawidłowości samego „ja”: jego fragmentacji, osłabienia lub utraty granic i niezdolności do odnoszenia się do różnych aspektów realności [za: 2]. Fragmentacja przejawia w objawach, takich jak ambiwalencja lub ambitendencja, w których różne fragmenty przeżywania nie są zintegrowane, lecz pozostają w stanie nierozpoznanej sprzeczności ze sobą. Zaburzenie granic ego znajduje wyraz na przykład w doświadczeniu urojeń odsłonięcia, a zaburzona aktywność ego uniemożliwia odnoszenie się w sposób osobisty do innych ludzi, wydarzeń i sytuacji, co przejawia się w wycofanym stylu funkcjonowania pacjentów. Takie rozumienie „zaburzeń stosunku »ja« do świata” jest bliskie sformułowaniom Bleulera zawartym w jego kryteriach schizofrenii. Jednak ani wówczas, ani w późniejszych latach rozpatrywanie psychozy z punktu widzenia pierwszej lub drugiej teorii topograficznej nie stało się wystarczająco użytecznym klinicznie podejściem.

Intuicje Freuda znalazły swoje odbicie w pracy innych autorów. Wśród nich Bion w rozwiniętej przez siebie teorii myślenia, odnosząc się do idei uszkodzenia „ja”, uznał, że w psychozie niszczone jest aparat psychiczny służący do kontaktu z rzeczywistością: zmysły, świadomość i zdolność myślenia. Idea zaciągnięcia „ja” na służbę „tego” jest dostrzegalna, kiedy będziemy rozpatrywać przyczyny tego niszczenia. Ogólnie rzecz ujmując, są dwie grupy tych przyczyn: wrodzone predyspozycje oraz interakcje z niesprzyjającym otoczeniem.

Za wrodzone predyspozycje do psychozy Bion uznał pewne hipotetyczne cechy funkcjonowania, które ujawniają się w bardzo wczesnym okresie rozwojowym. Wymienia wśród nich przewagę impulsów destrukcyjnych, a w szczególności — ich przewagę nad impulsami związanymi z miłością. Ponadto zalicza do nich silny lęk anihilacyjny i nienawiść skierowaną do rzeczywistości zewnętrznej i wewnętrznej [4]. Wrodzona predyspozycja to zatem silny popęd śmierci, który jako element id („tego”) prowadzi do niszczenia „ja”, zgodnie z wczesną intuicją Freuda.

Wymieniane przez Biona przyczyny psychozy związane z „interakcjami z niesprzyjającym otoczeniem” odnoszą się do kolejnego konstruktów teoretycznego. Podczas gdy można by było wyobrazić sobie wiele rodzajów niesprzyjającego otoczenia, Bion odnosi się do konkretnej funkcji, jaką musi ono (tutaj: opiekun matka, a w dalszych rozważaniach — terapeuta) spełniać. Rolą opiekuna jest być obecnym, gdy dziecko przeżywa nieznosne dla siebie stany ciała i umysłu w ich pierwotnej formie, w pewnym sensie „trawić” je, w taki sposób, by ta obecność mogła spowodować zmniejszenie ich nasilenia lub dokuczliwości.

Należy jednak poczynić dwa zastrzeżenia. Po pierwsze, matka dzięki swojemu zaangażowaniu (które Winnicott określał jako „pierwotne zaabsorbowanie”, a Bion jako „matczyne reverie”) nawiązuje z dzieckiem więź i staje się obiektem, do którego może się ono odnosić. To „odnoszenie się” wykracza jednak poza obserwowalne behawioralne interakcje dziecka i matki. Jak dowodziła Melania Klein, pierwotny umysł dziecka pod naciskiem silnych przeżyć lub bodźców dokonuje rozszczepienia i te części siebie, których nie jest w stanie u siebie znieść, wyrzuca poza swoją psychikę za pomocą mechanizmu projekcyjnej identyfikacji. Po drugie, te „nieznosne części” muszą być „zniesione” w jakiś

sposób przez matkę i przetworzone w jej psychice, a następnie w jakimś sensie oddane dziecku, już w tej „znośnej” formie.

Tego rodzaju doświadczenie stanowi matrycę możliwości przekształcania surowych i nieprzetworzonych doświadczeń cielesno-psychicznych niemowlęcia w pierwotne elementy psychiczne, które mogą podlegać dalszemu przetwarzaniu w psychice (np. przez wyparcie etc.). Bez tego procesu nie powstaje psychika o neurotycznej konstrukcji opisana przez Freuda. Konkluzja opisanych założeń jest taka, że bez aktywnej i zaangażowanej obecności innego umysłu niemożliwy jest rozwój psychiki dziecka, za to może nastąpić tor rozwoju charakterystyczny dla psychotycznego funkcjonowania. Jako że scenariusz rozwoju rozgrywa się w milionach drobnych interakcji, z których z pewnością niektóre przebiegają pomyślnie, a niektóre nie, zawiera on w sobie elementy prawidłowego (neurotycznego) rozwoju oraz elementy rozwoju psychotycznego. Wynika z tego, że u każdego człowieka obecna jest zarówno psychotyczna, jak i niepsychotyczna część doświadczeń. Już samo to sformułowanie może być pomocne w dalszych rozważaniach, jednak Bion idzie krok dalej i tworzy metaforę organizacji psychotycznej i niepsychotycznej jako odrębnych części osobowości pozostających ze sobą w dynamicznej relacji. Pacjent ze schizofrenią różni się od innych ludzi tym, że część psychotyczna dławi część neurotyczną i zyskuje nad nią przewagę.

Psychoza w parze

Do opisu osobowości psychotycznej wkroczyła druga postać — matka — i od tego momentu możemy poszerzyć pole obserwacji i opisu psychozy o niezwykle intensywne i skomplikowane procesy zachodzące między nią a dzieckiem. W podobny sposób obserwacja wydarzeń będących udziałem pary: pacjent—terapeuta pozwala lepiej zrozumieć, co dzieje się w umyśle ogarniętym psychozą. Proces pomieszczania w sobie i przekształcania „nieznośnych części”, o którym była mowa w przypadku dziecka, ulega pewnym komplikacjom, kiedy rozgrywa się w scenariuszu pacjenta psychotycznego. Część z tych komplikacji odnosi się do funkcjonowania pacjenta, a część do terapeuty. O ile pacjent neurotyczny komunikuje różne treści głównie werbalnie, a jego wypowiedzi pozwalają na interpretowanie stojących za nimi nieświadomych fantazji, o tyle rozumienie komunikatów pacjenta psychotycznego może przysparzać istotnych trudności. „Treść wypowiedzi często przypomina raczej marzenie senne, mówiąc inaczej, wydaje się, że językiem osoby schizofrenicznej zawiaduje proces pierwotny” [5, str. 258]. Pierwszy rodzaj tych trudności odnosi się do stanów pomieszania, jakie doznawane są w psychozie. Przeżywanie pierwotnej zawisłości wobec dobrego obiektu powoduje, że po wyprojektowaniu przez pacjenta wrogości w obiekt, nie jest jasne, jak zmienia się jego status (czy jest przeżywany jako dobry, czy jako zły?). Niejasne też staje się znaczenie takiego obiektu po ponownym zintrojektowaniu go. Niemożliwe więc staje się odróżnienie dobra od zła, realności od fantazji, tego, co ważne, od rzeczy błahych. Odzwierciedlają to wypowiedzi niektórych pacjentów, które u terapeuty wywołują często wrażenie zagubienia i niezrozumienia. Zjawisko to opisał szczegółowo Rosenfeld [5, str. 258]. Tym samym komunikacyjna rola projekcyjnej identyfikacji ulega załamaniu, gdyż komunikaty przestają być zrozumiałe. W odniesieniu do innego aspektu teorii analitycznej można to rozumieć jako zachodzący w psychotycznej osobowości atak

na pozytywny (związany z komunikacją) aspekt projekcyjnej identyfikacji i tym samym — atak na połączenie z realnością, której przedstawicielem jest terapeuta.

Kolejnym aspektem utrudniającym komunikowanie się w relacji z terapeutą jest utrata lub wyraźne zmniejszenie możliwości posługiwania się przez pacjentów psychotycznych pojęciami abstrakcyjnymi. Ich wypowiedzi, a także sposób rozumienia przez nich wypowiedzi terapeuty, stają się bardzo konkretne i dosłowne. W tym porządku np. skargi pacjenta na to, że jego mózg został zniszczony, można odczytać jako komunikat o niezdolności do sprawnego myślenia, a nagle odczucie, że w pokoju pojawiła się kamera, po podzieleniu się przez pacjenta swoimi doświadczeniami z choroby, może być konkretnym wyrazem jego poczucia obnażenia się przed innymi. Konkretny sposób odczytywania wypowiedzi może paraliżować zdolność terapeutów do komunikowania się z pacjentem. Z tego też względu odradza się np. interpretowanie problematyki edypalnej, gdyż wskazywanie pacjentowi na jego pragnienia seksualne pod adresem terapeuty może zostać odebrane jako zachęta do ich realizacji.

Normalny proces umieszczania projekcji w terapii przez psychikę pacjenta może też napotykać przeszkody po stronie samego terapeuty. Praca, jaką musi on wykonać, obejmuje dwie przeciwstawne, ale uzupełniające się funkcje. Wymaga od niego zarówno zanurzenia się w świecie przeżyć pacjenta, jak i zdystansowania się od niego, aby móc łączyć i porządkować wchodzące w jego skład elementy.

Zanurzenie się w świecie psychotycznych doświadczeń z pewnością nie jest miłym doznaniem. Dotyka takiego fragmentu każdego z nas, którego staramy się w sobie nie dostrzegać, fragmentu szaleństwa. Na wiele sposobów unikamy z nim kontaktu, a stopień i determinacja, z jaką tego dokonujemy, przekłada się na zdolność wykonywania pracy terapeutycznej na rzecz pacjenta, gdyż dystansując się od własnego szaleństwa, odcinamy się od szaleństwa pacjenta i nie możemy mu pomóc. O ile treści zawarte w tym określeniu („szaleństwo”) mogą być bardzo różne, o tyle praca z pacjentami psychotycznymi nasyca kilka generalnych trudności prowadzącym leczenie, z których dwa rodzaje wydają się szczególnie istotne. Pierwszym z nich jest stosunek do własnej nienawiści. Psychotyczny sposób funkcjonowania związany jest z przeżywaniem nienawiści do realności tak silnej, że niszczącej nie tylko jej elementy, ale również narzędzia do kontaktowania się z nią (narządy zmysłów i myślenie). Jeśli posłużyć się przykładem sytuacji porannego przebudzenia na dźwięk budzika (jako przejawu realności), to nienawiść w psychotycznym funkcjonowaniu skierowana byłaby nie tylko do budzika, ale również do własnego słuchu, a wtedy jej celem byłoby spowodowanie, by przestał działać.

Możliwość połączenia uczuć nienawistnych i miłosnych w odniesieniu do jednego obiektu, na przykład terapeuty, jest jednym z celów leczenia. Jest to możliwe jedynie wtedy, gdy terapeuta nie boi się żadnego z tych uczuć, a to oznacza, że nie boi się ich w sobie. Winnicott opisuje tę zależność następująco: „Wydaje się wątpliwe, żeby ludzkie dziecko, w miarę jak się rozwija, mogło być zdolne tolerować wszystkie przejawy swojej nienawiści w sentymentalnym otoczeniu. Potrzebuje nienawiści, żeby móc nienawidzić. Jeśli tak jest, to nie można oczekiwać od psychotycznego pacjenta, żeby tolerował swoją nienawiść do analityka, o ile analityk nie jest zdolny przeżywać nienawiści do niego” [6, str. 356].

Wydaje się, że wątek podejmowania kwestii nienawiści w leczeniu pacjentów psychotycznych był przedmiotem istotnej ewolucji w psychoanalizie, w której stopniowo

doceniało znaczenie tego uczucia w rozumieniu pacjentów i w technice terapii. Problemem tym zajmował się Rosenfeld [5, str. 331-361].

Drugi rodzaj trudności występujących u terapeuty w kontakcie z pacjentem psychotycznym dotyczy pragnień zależnościowych. Jeśli są one u niego silne i mają pierwotny charakter, a wyparcie ich nie jest skuteczne, to ich doświadczanie może być zdominowane przez poczucie własnej dziecięcej omnipotencji — i może to skutkować trudnościami w rozpoznawaniu ludzkich ograniczeń. Ten rodzaj przeżywania jest bardzo intensywnie aktywowany przez pacjentów psychotycznych z kilku względów. Po pierwsze, podobny rodzaj doświadczania jest u nich bardzo silnie wyrażony, po drugie — ich leczenie (a zatem relacja terapeutyczna) zwykle trwa długo, niekiedy wiele lat, a po trzecie — z powodu konkretnego charakteru ich potrzeb — nierozróżnianie myśli, uczuć i działań powoduje, że samo pojawienie się potrzeby jest tożsame z jej spełnieniem. Potrzeba bliskości w takiej sytuacji staje się oczekiwaniem bliskości w dosłownym, fizycznym wymiarze, co może wzbudzać niepokój u leczących z powodu obawy przed przekroczeniem granic zawodowych.

Z pewnych względów, które zostaną przedstawione poniżej, rozeznanie tych kwestii u osób zajmujących się leczeniem pacjentów psychotycznych jest bardzo istotne. Z drugiej jednak strony, właśnie te same pierwotne, niezaspokojone potrzeby zależnościowe, obecne u terapeutów, pozwalają im zaangażować się w tak trudne i wymagające leczenie. Whitaker i Malone [7] tak opisują nieświadomą motywację do leczenia pacjentów schizofrenicznych:

„Entuzjazm i uniesienie wywołane myślą, że pacjenci schizofreniczni mogą być podatni na psychoterapię, mogą odnosić się do poczucia, że niektóre szczątkowe potrzeby mogą zostać zaspokojone jedynie w doświadczeniu pracy terapeutycznej ze schizofrenikiem” [7, str. 101].

Searles [8] wskazuje, że jeśli trudność związana z potrzebami zależnościowymi takich pacjentów spotka się z analogiczną trudnością u terapeutów, może to powodować istotne komplikacje w leczeniu [8]. Ze strony terapeuty może przejawiać się to tendencją do dawania rad i wsparcia, zamiast starań zrozumienia, co się dzieje z pacjentem, trudnościami w tolerowaniu ciszy i wycofania pacjenta, skłonnościami raczej do mówienia aniżeli do słuchania lub ciekawością, która nabiera „żarłocznego” lub inwigilacyjnego charakteru (i tym samym wzbudza lęki przed utratą granic u pacjenta). Wszystko to związane jest z zahamowaniem swobody myślenia oraz intuicji terapeuty, a także koncentracją na spełnianiu oczekiwań pacjenta, zamiast na badaniu jego funkcjonowania w relacji. Poza sesjami terapeutycznymi może to przejawiać się w poczuciu, że inne osoby zajmujące się pacjentem nie dbają o niego wystarczająco, że sam pacjent jest słaby i niezwykle zależny (choćby spostrzeżenia innych osób zaangażowanych w leczenie mogą być bardziej zróżnicowane) albo też, że nie można go opuszczać lub pozbawiać możliwości opieki (w postaci urlopów, odmowy dodatkowo poświęconego czasu itp.).

Drugą stroną trudności dotyczących potrzeb zależnościowych jest pomijanie albo przyjmowanie przez terapeutów z niechęcią ich realnego wyrażania przez pacjentów, np. zgłaszanie przez nich poczucia niewystarczalności, niezadowolenia z opieki lub bezpośredniego wyrażania oczekiwań i pragnień. Uwikłanie w trudności związane z potrzebami zależnościowymi, a także z wcześniej opisanymi trudnościami wokół przeżywania

nienawiści mogą bardzo silnie wpływać na terapeutę i jego funkcjonowanie, nie tylko zawodowe, czemu poświęcona będzie dalsza część tekstu. Trudności te, inaczej mówiąc, wynikają z nierozpoznanego przeciwprzeniesienia.

Psychoza we dwoje

Pojęcie przeciwprzeniesienia ma bogatą historię oraz wiele definicji. Tutaj przyjmę jego rozumienie jako całości kształtu reakcji emocjonalnych terapeuty wobec pacjenta. Kernberg i wsp. [9] rozróżniają jednak w jego obrębie składowe odnoszące się do nierozwiązanych konfliktów terapeuty („neurotyczne” reakcje przeciwprzeniesieniowe) oraz do adekwatnych reakcji na postawy, uczucia i zachowania pacjenta („realistyczne” reakcje przeciwprzeniesieniowe). Pierwsze z nich obejmować mogą odpowiedź na przeniesienie pacjenta (np. zaspokajanie niewyrażanych potrzeb zależności, zamiast omawiania ich), a także własne przeniesienie terapeuty. Drugie odnosi się do reakcji na zachowania pacjenta w trakcie sesji (np. agresywne zachowanie) lub poza sesjami (np. częste dzwonicie do terapeuty), jak również do sytuacji zdarzających się w życiu pacjenta poza terapią (np. brak pieniędzy na utrzymanie wzbudzający współczucie) lub zdarzeń w życiu terapeuty (np. śmierć bliskiej osoby utrudniająca zajmowanie się utratami pacjenta). Przewidywanie jest więc w pewnym sensie „chorobą” terapeuty, chorobą zawodową o zmiennym przebiegu, niekiedy ostrym, a niekiedy przewlekłym. Kiedy w czasie rozmowy z pacjentem pojawia się senność, niezrozumiałe uczucie pustki i niemożność myślenia, albo też ból głowy — mogą one być objawami tej „choroby”. Już od 1910 roku, kiedy to Freud, na zjeździe Międzynarodowego Stowarzyszenia Psychoanalitycznego (IPA) w Norymberdze, w swoim wystąpieniu połączył zjawisko przeciwprzeniesienia (nazwanego tam „przeniesieniem zwrotnym”) z potrzebą autoanalizy (a dwa lata później — analizy dydaktycznej), dał wyraz swojemu przekonaniu, że jest to choroba, którą należy leczyć. „Od czasu, gdy psychoanalizę zaczęła uprawiać większa grupa osób, które wymieniają się doświadczeniami, zauważyliśmy, iż każdemu psychoanalitykowi dane jest posunąć się naprzód o tyle tylko, na ile pozwalają mu na to jego własne kompleksy i opory wewnętrzne” [10, str. 96]. O ile początkowo przeciwprzeniesienie postrzegane było jako „choroba” przeszkadzająca terapii w wykonywaniu jego pracy, z czasem nabrano przekonania o jego ostatecznej nieusuwalności (nie da się całkowicie „wyleczyć” tej „choroby”), a jednocześnie możliwości, żeby wykorzystać jego obecność dla celów leczenia. Badając objawy tej „choroby” u terapeuty możemy bowiem wnioskować, co dzieje się z pacjentem. Ma to szczególne znaczenie w przypadku pacjentów psychotycznych.

Szczegółowa analiza różnych zjawisk przeciwprzeniesieniowych dokonana przez Racera [11] pokazuje, że mówimy o zjawiskach rozciągających się od prostych wrażeń lub myśli (myśli przeciwprzeniesieniowe) do niezwykle głębokiego, choć subtelnego uwikłania w świat pacjenta (pozycja przeciwprzeniesieniowa). Świat pacjenta, który jest przedmiotem mojego zainteresowania w niniejszym tekście, jest niezwykle intensywny, w większości nie daje się ująć w słowa (czyli jest nieświadomy i prewerbalny) i oparty na niemyśleniu, czyli trudno zastosować myślenie do poznawania jego psychicznej rzeczywistości.

Każda osoba wchodząca do świata pacjenta jest wyeksponowana na przyjmowanie wspomnianych wyżej „nieznośnych części”, które będą oddziaływać na nią tym silniej,

w im mniejszym stopniu zostaną nazwane, zrozumiane i tym samym przetworzone. Ich oddziaływanie ma charakter nieświadomy. W psychoanalizie opisywane są trzy drogi przejawiania się takich treści: poprzez ciało, poprzez halucynacje i poprzez odreagowanie (acting-out).

Ponieważ niektóre elementy podlegające projekcyjnej identyfikacji mają pierwotny i niezwykle konkretny charakter, odbierane są również w konkretny sposób jako wrażenia fizyczne: senność, uczucie zimna lub ciepła, napięcie mięśniowe, uczucie duszności, bóle w różnych okolicach ciała itd. Takie zjawiska opisywano również w odniesieniu do terapeutów zajmujących się leczeniem zaburzeń pourazowych. Jednakże najczęstszym sposobem przejawiania się u terapeuty elementów projektowanych przez pacjentów są zachowania typu acting-out, czyli zachowania wynikające z elementów projektowanych przez pacjenta. Na przykład regularna potrzeba używania alkoholu po spotkaniu z pacjentem jest formą odreagowania napięcia bez świadomego rozeznania, co właściwie zostaje odreagowane. Innym przykładem może być niezrozumiałe, wybuchowe zachowanie terapeuty związane z pacjentem, który w nim „umieszcza” swoją złość i wybuchowość. Zachowania tego rodzaju mogą mieć wpływ nie tylko na przebieg terapii, ale również na życie terapeuty poza terapią.

Jest oczywiste, że jeśli terapeuta nie będzie w stanie przyjmować i przetwarzać „nieznośnych części” pacjenta, to nie będzie dla niego użyteczny. Należy jednak podkreślić, że wpływ terapeuty może być także szkodliwy, co wiąże się z niezwykle wrażliwością pacjentów psychotycznych na treści nieświadome (zaburzenie poczucia granic między „ja” i „nie-ja”). Jak przekonująco opisał to Searles [8], nieświadome uczucia terapeuty są odbierane przez pacjenta i mogą być przyczyną przeżywania przez niego halucynacji lub popychać go do odgrywania tych uczuć w działaniu, również w sposób nieświadomy.

Powracając do tego, co dzieje się z terapeutą w trakcie leczenia pacjentów psychotycznych, można zauważyć, że obciążenia dla niego mogą znacznie wykraczać poza stany zmęczenia i przytłoczenia bezpośrednio wynikające ze spotkania z pacjentem i ustępujące po odpoczynku. Chroniczne przeciwprzeniesienie nie musi być wyraźne, ani tym bardziej dramatyczne, a powaga tej „choroby terapeuty” może leżeć w jej przewlekłości i wywieraniu stałego subtelного wpływu na zachowanie i sposób bycia. Wpływ ten może przejawiać się w samej pracy poprzez bliźniacze przeżywanie wycofanego stylu pacjentów; terapeuta może unikać podejmowania jakiegokolwiek istotnego kontaktu emocjonalnego. Jest to zjawisko charakterystyczne szczególnie dla dużych instytucji, w których prowadzone jest leczenie pacjentów psychotycznych [12]. Inny aspekt przejawiania się przeciwprzeniesienia dotyczy relacji w zespole prowadzącym leczenie, w którym łatwo rozgrywają się rozmaite aspekty psychotycznego funkcjonowania: dylematy związane z zależnością, rozszczepienie na prześladowców i prześladowanych, podejrzliwość i nieufność, rozluźnienie granic właściwych relacjom zawodowym itd. W życiu pozazawodowym mogą przejawiać się elementy zachowania przypominające styl funkcjonowania pacjentów, związane z unikaniem (np. nowych sytuacji, zmian, koncentracja na poczuciu bezpieczeństwa), ograniczaniem stylu życia (stereotypowe, rutynowe czynności), albo też nadmierna elastyczność w zakresie norm społecznych dotyczących ubioru i zachowania (np. nieprzywiązywanie wagi do punktualności itp.) [13].

Ostatecznie też wiele osób zajmujących się leczeniem pacjentów psychotycznych narażonych jest na okresowe pojawianie się objawów lękowych i depresyjnych, aż do psychotycznego kryzysu włącznie. W pewnym sensie każdy, kto zajmuje się psychoterapią, zwłaszcza indywidualną, pacjentów psychotycznych doświadcza swoistego rodzaju „psychozy we dwoje” i zaczyna rozważać różne elementy urojeniowego świata pacjenta jako realne lub niekiedy postrzegać rzeczywistość z jego punktu widzenia. Zanurzenie w świecie przeżyć pacjenta, o jakim była mowa wcześniej, może zostać pozbawione kontaktu ze zdrową (neurotyczną) częścią terapeuty i zdominować relację terapeutyczną.

Szczepionka na psychozę

Należy wyraźnie podkreślić, że zagrożenie dla leczącego płynie nie z zewnątrz (od pacjenta), lecz z wewnątrz, z jego własnych trudności, które zostają ożywione w określonych warunkach. Freud użył porównania do ryzyka napromieniowania: „Tymczasem człowiekowi próbującemu zrozumieć to wszystko nasuwa się przykra analogia do działania promieni rentgenowskich w sytuacji, gdy nie używa się ich ze szczególną ostrożnością. Nie powinniśmy się dziwić, gdyby nieustanne zajmowanie się wszystkimi treściami wypartymi, wszystkim, co w duszy człowieka walczy o uwolnienie, również w wypadku analityka doprowadziło do wstrząśnięcia wszystkimi owymi roszczeniami popędowymi, które tak w ogóle potrafi on utrzymać w stanie stłumienia. To również są »niebezpieczeństwa analizy«, które wprowadzają niegroźną jej uczestnikowi, groźną natomiast aktywnemu partnerowi sytuacji analitycznej — nie powinniśmy unikać mierzenia się z nimi” [10, str. 347].

Za tymi stwierdzeniami podążają również konkretne wskazówki odnoszące się do środków pozwalających na zmierzenie się z „niebezpieczeństwami analizy”, a są nimi autoanaliza i analiza. Należy jednak rozszerzyć te wskazówki, tak aby stały się bardziej przydatne dla tych, którzy nie zajmują się psychoanalizą, i aby mogły znaleźć zastosowanie w pracy z pacjentami z chorobą psychiczną. Po pierwsze, aby móc zachować ostrożność, trzeba być świadomym zagrożenia. Po drugie, istotna jest wiedza, na czym to zagrożenie może polegać: że przejawia się w procesach nieświadomych, niezwerbalizowanych, na które należy być wyczulonym i których trzeba aktywnie poszukiwać we własnych zachowaniach, myślach i emocjach. Świadomość ta pozwoli klinicyście przekształcać sytuację w taki sposób, by można było użyć innej metafory: choroby zakaźnej, przeciwko której dysponujemy szczepionką. Odporność na tę chorobę można nabyć poprzez ekspozycję na czynnik chorobotwórczy, który został osłabiony (w tym punkcie ta metafora traci swą ścisłość, gdyż jak wiadomo, istnieją różne rodzaje szczepionek) [14]. W podobny sposób mając kontakt z „niebezpieczeństwami analizy” można uzyskać na nie odporność. A nawet więcej.

Doświadczenie pracy z pacjentami psychotycznymi może nieść też możliwości rozwojowe, jakich nie daje żadna inna sytuacja terapeutyczna [2], jednak możliwość skorzystania z nich zależna jest od czynników, takich jak własna terapia, doświadczenie w pracy oraz supervizja [13]. Laufer [15] analizując wywiady psychoterapeutów pracujących z pacjentami psychotycznymi, wskazuje na dwa aspekty ich pracy: doświadczenie uczenia się oraz doświadczenie transformacji. W pierwszym z nich pojawia się zrozumienie tego,

jak bardzo jesteśmy zależni od innych ludzi w kulturze, która neguje wartość takiej zależności, jak bardzo jesteśmy omylni (nie da się prowadzić leczenia psychozy bez błędzenia i poczucia zagubienia). Doświadczeniem transformującym jest uzyskanie wglądu w naturę naszej „zbiorowej choroby” — jak funkcjonuje społeczeństwo i ludzie w nim, a także jak wiele znajdujemy w sobie spraw niezrozumiałych dla nas samych i czy mogą one stać się zrozumiałe. Niektórzy terapeuci mieli również poczucie dostępu do duchowego aspektu człowieka lub do „mitycznej rzeczywistości”. Wszyscy natomiast mówili, że lepiej zrozumieć, co to oznacza być człowiekiem.

Piśmiennictwo

1. Karon B. The fear of under standing schizophrēnia. *Psychoanal. Psychol.* 1992; 9(2): 191–211.
2. Benedetti G. *Psychotherapy of schizophrēnia*. New York–London: New York University Press; 1987, s. 52.
3. Freud S. *Psychologia nieświadomości*. Warszawa: Wydawnictwo KR; 2009, s. 265.
4. Bion WR. *Second thoughts. Selected papers on psycho-analysis*. London: Maresfield reprints; 1984, s. 37.
5. Rosenfeld H. *Impas i interpretacja*. Gdańsk: Wydawnictwo Imago; 2012, s.258.
6. Winnicott DW. Hate in the counter-transference. *J. Psychother. Pract. Res.* 1994; 3(4): 348–356.
7. Whitaker CA, Malone TP. *The roots of psychotherapy*. New York: Blakiston; 1953, s. 101.
8. Searles HF. *Collected papers on schizophrēnia and related subjects*. London– New York: Karnac; 2005, s. 114–156.
9. Kernberg OF, Selzer AS, Koenigsberg HW, Appelbaum AH. *Psychodynamiczna terapia pacjentów borderline*. Gdańsk: GWP; 2007, s. 92–94.
10. Freud S. *Technika terapii*. Warszawa: Wydawnictwo KR; 2007, s. 96.
11. Racker H. *Transference and countertransference*. London New– York: Karnac; 2002.
12. Lefevre DC. *Psychotherapy training for nurses as part of a group psychotherapy project: the pivotal role of countertransference*. W: Schermer VL, Pines M, red. *Group psychotherapy of the psychoses: concepts, interventions and contexts*. London– Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers; 1999, s. 324–344.
13. Connolly P, Cain W. Exploring positive countertransference in psychotherapy with psychotic patients. *Psych-Anal. Psychother. South Afr.* 2010; 18(2): 1–31.
14. Canale JZ. *La enfermedad del terapeuta y/o la contratransferencia*. W: Caparrós N, Sanfeliu I, red. *La enfermedad del terapeuta. Hacia una teoría de la contratransferencia*. Madrid: Biblioteca Nueva; 2006.
15. Laufer B. Beyond countertransference: therapists’ experiences in clinical relationships with patients diagnosed with schizophrēnia, *Psychosis* 2010; 2(2): 163–172.

Adres: radektomalski@poczta.onet.pl