

Krzysztof Walczewski\* \*\*, Paweł Smyk\*, Marta Janiszewska-Hanusiak\*

\*Szpital Kliniczny in. dr Józefa Babińskiego

\*\* Katedra Psychiatrii Akademii Andrzeja Frycza Modrzewskiego

## Z jaskini Polifema: powrót do domu

### Wstęp

Historia leczenia ze schizofrenii pacjenta, którego nazwaliśmy Podróżnikiem, zawiera również doświadczenia zespołu leczącego. W istotnych punktach tej terapii użyto metafor z podróży Odyseusza na ojczystą Itakę. Zacerpnięto je z superwizji, wplecionej w całość procesu terapeutycznego. Jesteśmy wdzięczni superwizorom, którzy nas wspierali. Jesteśmy wdzięczni samemu Podróżnikowi, który wyraził zgodę na opis psychotycznych podróży w celu lepszego zrozumienia i utrwalenia na papierze procesów leczących – oczywiście z zapewnieniem takiej zmiany danych, żeby nie było możliwe rozpoznanie żadnego szczegółu tego portretu oraz krajobrazu. Jego trudność natomiast i dylemat zarazem – czy zdrowieć, czy może jednak nie zdrowieć – jest prawdopodobnie pewną uniwersalną cechą towarzyszącą pacjentom głęboko zaburzonym. Podróżnik został zaproszony do współdziałania, współautorstwa tej historii o nim samym. Niestety odmówił, z sobie tylko wiadomych względów. Jesteśmy także wdzięczni rodzinie Podróżnika, bez wsparcia której całe leczenie nie odbyłoby się wcale, a losy Podróżnika byłyby z pewnością mniej szczęśliwe, po prostu niepewne.

Praca z pacjentem trwała siedem lat, cztery w oparciu o oddział stacjonarny, gdzie prowadziliśmy leczenie wspólnie, Paweł Smyk ze wsparciem Krzysztofa Walczewskiego. Następne trzy lata terapii prowadził doktor Smyk ambulatoryjnie. Pracę z rodziną prowadziła mgr Marta Janiszewska-Hanusiak. Ona też podjęła się transkrypcji naszych nagranych rozmów. Pracowaliśmy, spotykając się poza oddziałem, rozmawiając i odsłuchując oraz komentując nagrane omówienia. Po roku zaczęliśmy spisywać to doświadczenie na papierze. Było to odświeżające i zarazem pouczające dla nas. Pacjent popadając w urojeniową jednostronność lub zacierzewienie czasem był jakby Polifemem, nie chcącym opuścić swojej bezdusznej jaskini. Piszący poniższy tekst specjaliści czuli się czasem jak Penelopa, tkająca Podróżnikowi drogi do Itaki, na jego własną wyspę.

Poniższy tekst przeznaczony jest dla psychologów, psychiatrów i pielęgniarów zainteresowanych psychoterapią osób chorujących na głębsze zaburzenia psychiczne. Czytelników nieprofesjonalistów, szczególnie rodziny osób chorujących lub osoby po kryzysach psychicznych lub

rozważających możliwość rozpoczęcia leczenia szpitalnego przestrzegamy, że wchodzi do terapeutycznej kuchni. Zobaczycie Państwo nie ładne, przygotowane dania ale surowy materiał a czasem nieprzyjemne, kuchenne zapachy. Niektóre fragmenty mogą też być dla nieprofesjonalisty trudne do zrozumienia. Wówczas służymy wyjaśnieniami pod adresami mejlowymi dostępnymi na stronie Szpitala Klinicznego im. dr J. Babińskiego w Krakowie.

## **Kontakt z pacjentem – pierwsze narzędzie leczenia**

Tu leży zasadniczy punkt wyjściowy tej historii, który być może tłumaczy powodzenie terapii, czego jesteśmy zarazem obserwatorami i współtwórcami. Jednym z kryteriów, które odegrały rolę w zdrowieniu Podróżnika, ale też na dłuższy czas w zawieszeniu decyzji – na tak czy nie – o współtworzeniu spisanej tu historii, jest brak opresyjności kontaktu. Opresyjny kontakt mógłby być przez osobę o skomplikowanej biografii jednoznacznie identyfikowany jako próba zawłaszczenia jego osoby czy jego prywatności, a nawet niepotrzebnego wystawienia na próbę – czasem kruchego, wątego – przymierza terapeutycznego. Nie wykluczamy zatem, że po jakimś czasie – co prawda może dla nas już nieakceptowalnym ze względów czysto formalnych – Podróżnik stwierdzi, że chciałby jednak być współautorem naszych pogłębionych refleksji nad jego drogą ku zdrowiu.

Zastanawialiśmy się, czy zaproszenie pacjentów do spisywania fascynujących przecież historii ich zdrowienia może narazić na szwank, a jeżeli tak, to w jaki sposób, naszą relację z tymi osobami? Czy nie jest istotna potrzeba utrzymania w dalszym ciągu intymności – intymności w byciu w relacji, w przymierzu, w sojuszu terapeutycznym, gdzie może nikt inny nie powinien, nawet kierując się względami edukacyjnymi, zaglądać? Sądzymy, że bardzo zależy to od naszej gotowości uznania praw autorskich. Jeśli pacjenci będą odczuwali tę gotowość, mogą mieć swobodę uczestnictwa w takim przedsięwzięciu. Może się to odbywać na zasadzie udziału eksperta – osoby wykształconej, z doświadczeniem kryzysu psychicznego, na przykład psychozy, zaangażowanej do dzielenia się swoim doświadczeniem już z pozycji zdrowego, żeby innych niejako „zaszczepić”, zwiększyć ich odporność, dać nadzieję, że można wyjść z kryzysu psychicznego. Myślimy, że to jest bardzo ważne – taki rodzaj altruizmu, który ma szansę stać się również jednym z czynników leczących. Z zastrzeżeniami, że może to być też odczytane jako rodzaj opresji czy wystawiania na widok publiczny wiedzy o intymnym charakterze. Ważne jest, żeby zapobiec takiej interpretacji już teraz, na samym początku.

Wiemy jako terapeuci, że proces terapii jest wskrzeszeniem zatrzymanego procesu rozwojowego. W przypadku tego pacjenta, który zgodził się być nie tylko narratorem, ale pewnym wzorcem zdrowienia, upubliczniając swoje doświadczenie zdrowienia, można założyć, że jest to już etap pewnej dojrzałości. Nie da się ukryć, że towarzyszy nam wątpliwość, czy w przypadku Podróżnika nie jest tak, że ten obszar jego rozwoju indukowany procesem terapeutycznym jest na tyle wczesny, że nie powinny się tu w tym momencie pojawiać oczy i uszy innego, że trzeci świadek nie powinien mieć wglądu do tego, co się jeszcze na pełnym etapie dojrzałości toczy. Skoro się jednak zdecydowaliśmy na publikację, na ujawnienie tych wątpliwości, zawiemy tę część rozważań dotyczącą autorstwa, współautorstwa, zatrzymania pewnych historii. Przedstawiamy jedną z nich, nie najłatwiejszą.

## **W jaskini Polifema**

Jaskinie psychotyczne istnieją w przestrzeni mentalnej [Steiner 2010], a wydobyć się, wyjść z nich jest pilnowane przez obiekty totalne, o wyraźnych i jednostronnych właściwościach. W

historii zdrowienia, odysei opisanej poniżej, niszczącą siłę psychozy uosabiać będzie Polifem. Stara historia odżywa w trakcie superwizyjnej pracy, podsumowującej towarzyszenie pacjentowi w ciągu blisko dziesięcioletnich walk z jego psychozą. Zarówno pacjent, jak i zespół leczący musieli najpierw pozbyć się jednostronności poglądów, dopuścić kontrowersje i stworzyć bezpieczne pole dla polifonicznej o nich dyskusji [Bion 2012: s. 64-69]. W ten sposób oślepił Polifema, tę prowokowaną przez głębokie zaburzenia psychiczne skłonność do zacierzenia się i bagatelizowania ryzyka choroby. Najpierw w pracy z rodziną Podróżnika i w przeświadczeniach leczących go profesjonalistów, a potem w nim samym pojawiła się możliwość wyjścia z jaskini – niepsychotyczna, zdrowa część Ja, schowana między psychotycznymi skamienielinami. Doświadczenie schizofrenii, zagubienia się w psychozie, jest narażone na niezrozumienie. Własne relacje osób po przeżytych kryzysach psychicznych pozwalają zrozumieć kryzys z perspektywy czasu, po znalezieniu odpowiednich słów. W wybuchu psychozy tych słów właśnie brakuje. Może to być doświadczenie zdrowienia, identyfikacji z pomocnymi siłami szpitala psychiatrycznego [Nowak 2017] albo wstrętu, kiedy "ceglasta matka", jak określa się czasem oddział psychiatryczny w literaturze anglosaskiej, została zapamiętana źle [Hund 2018].

Jaskinią Polifema stały się dla Podróżnika australijskie klify, gdzie wiele razy był już zdecydowany zakończyć swoją mękę, zaprzestać trudu życia, jakimś cudem samolotami dotarł jednak z powrotem. Gdy pierwszy raz go widzieliśmy, był po próbie samobójczej. Jak bardzo chciał on realizować swoje silne pragnienie nicości! Rzeczywiste pragnienie nicości, w takim stopniu, jak rzadko widzujemy. Oczywiście doszło do działań samobójczych. Były one dramatyczne i różnorodne. Z jednej strony pojawiła się myśl o unicestwieniu chemicznym przez zażycie nadmiernej ilości leków, które były mu podawane. Podróżnik przez wiele miesięcy żył w przekonaniu, jako osoba, która ma zażywać leki, że jest na nim wykonywany albo zabieg eutanazji, albo aktywna próba jego zatrucia przy zastosowaniu współczesnej farmakoterapii. Należałoby tu oddać urojeniowe lęki pacjenta innym słowem niż "farmakoterapia", ale nie mamy odpowiednio przerażającego słowa na ich opisanie. Zdaje się, że to była jedna ścieżka do zatarcia swego bytu na świecie, a drugą było przekonanie, że można się powiesić, powiesić się w tym właśnie oddziale zamkniętym. W przekonaniu pacjenta pobyt w miejscu, z którego nie mógł się wypisać, bo zostałby zawiadomiony sąd, był powolną realizacją wyroku śmierci. Stanął więc przed dylematem, czy czekać, przeżywając lęk, że się to będzie dłużej lub krócej odwlekało, czy lepiej samodzielnie zakończyć to nieszczęście. Wcześniej podejmował też próby powieszenia się w domu. To był właśnie powód, dla którego trzeba było zastosować procedurę z artykułu 23 Ustawy o Ochronie Zdrowia Psychicznego i potem ją zamknąć w momencie, kiedy te impulsy niszczycielskie, automordercze były możliwe do opanowania. Przyjęć i wypisów pacjenta było siedem, nie tylko w naszym oddziale, również w innych. Było to ustawiczne stąpanie po kruchym lodzie, kiedy jako lekarze musieliśmy zawierać trudny sojusz pomiędzy naszymi umysłami współczującymi, empatyzującymi, rozumiejącymi a umysłami „funkcjonariuszy aparatu represji psychiatrycznej”, w której to roli musieliśmy stosować się literalnie do możliwości realizacji tego wypisu, wiedząc jednocześnie, że proces leczenia nie jest zakończony. Na początku zadaniem lekarza było więc przyjęcie funkcji jednookiego, jednostronnego Polifema. Współpracy w zasadzie nie było, pacjent cały czas mówił: „Chciałbym się wypisać”, na co odpowiadaliśmy: „Nie mogę się na to zgodzić, muszę zawiadomić sędziego”. Wiele razy zachowywaliśmy się jak ten Polifem, mówiący „Odyseuszu, niestety nie wyjdiesz stąd, nie mogę cię wypuścić”. Tylko że Polifem zjadał gości, a my zawiadamialiśmy sędziego, osobę nadrzędną i strześliśmy właśnie jak żrenicy oka praw Podróżnika:

do leczenia i do osobistej wolności, na ile schizofreniczny Polifem i zagubienie pozwalało mu z jego wolności korzystać.

Zastanawia nas, co w tym momencie zawiadywało procesem zdrowienia – czy to, przed czym humanistyczna psychiatria stara się uciekać, czyli nadmierna dyrektywność osób leczących, czy jednak na tym etapie było to jeszcze nie zdrowienie, ale obezwładnianie tych – będziemy się trzymać mitologii – jednej bądź kilku głów jakiegoś potwora [Bion 2012: s. 64-69]. Czy to było tym właściwym krokiem? Myślimy, że tak. Myślimy, że sytuacja, w której pozostawilibyśmy Podróżnika z jego pofragmentowanym, trochę nawet już połamanym kręgosłupem stanowienia o sobie, gdybyśmy poszczególne fragmenty jego osobowości traktowali jako decydujące o nim, sprawiłaby, że musielibyśmy wsłuchiwać się w te cząstki, które nie miały szans sklecić się w jakąkolwiek całość.

Na czym polega to, co w języku profesjonalnym nazywamy „przytrzymaniem” (*holding*)? Oznacza ono, że istnieje coś, jakaś przestrzeń, jakaś struktura, która może zawrzeć i ogarnąć kogoś, kto właśnie się rozsypał. Można to właśnie określić też jako „ogarnianie”: że ktoś został ogarnięty. To nawet bardziej oddaje sens, gdyż ukazuje pewną aktywną funkcję, a przytrzymanie kojarzy się z gwałtownym zachowaniem.

Przytrzymanie jest procesem, w którym my aktywnie czemuś zapobiegamy. Ale czy zapobiegamy psychozie? Czy może niechcący również zapobiegamy naturalnym procesom służącym zdrowieniu? Ogarnianie zaś to jakby faktyczne tworzenie pewnej sieci, w jakiej zespół leczący komunikuje się z człowiekiem, który doświadczył koszmaru psychozy. Bylibyśmy skłonni raczej rezerwować przytrzymanie na sam początek spotkania pacjenta z instytucją psychiatryczną, a potem spowolnić ten uścisk duszący kolejną z siedmiu głów smoka psychotycznego. Tak, najpierw przytrzymać go, chwytając za rogi, a głów jest siedem, a rogów dwa razy więcej... To jest potrzebne, ale jeżeli te głowy nie odrastają, przytrzymać już nie trzeba, lecz raczej ogarnąć tę pustkę, tę wątpliwość, ten lęk, co dalej.

Przytrzymanie i ciągłość opieki – tak myślał o leczeniu Władysław Stryjeński – otwarcie poradni, choroba psychiczna na chwilę, leczenie może na długo, ale właśnie poza duszącym zamknięciem. Inspirujące są rozważania Christophera Bollasa [2013]. Pokazuje on, jak można zatrzymać kogoś, jeżeli rozwija się dekompensacja. Trzeba go właśnie chwycić. To jest takie przytrzymanie, jakby ktoś się przewracał, więc należy go przytrzymać – albo raczej podtrzymać. W tym sensie podtrzymanie to nie złapanie, to manewr, który zapobiega procesowi upadania. Przytrzymanie jest czymś, co może być nadmiarowe, gdy człowiek, pomimo że boryka się z doświadczeniem psychozy, jeszcze nie upada, jeszcze ma tyle własnych zasobów, że nie traci sprawczości, swoich sposobów radzenia sobie. Przytrzymanie / podtrzymanie – podobne zwroty, ale istotna jest ta subtelna różnica znaczeniowa.

Trzeba też od razu wspomnieć o sferze, o której być może wiele osób jeżeli nawet wie, to nie zawsze ją dopuszcza, a mianowicie o sferze odczuwania. W tej przygodzie – choć może słowo przyгода nie jest najszcześniejszym sformułowaniem, a bardziej wspólnym doświadczeniem pokonywania psychozy, pokonywania schizofrenii – ważne jest to, że wprawdzie wiele rzeczy było rozwiązywanych rozumowo, ale z perspektywy czasu możemy powiedzieć, że nie mniejsza część była pewnym niezwykłym doświadczeniem.

Po okresie idealizowania psychozy, utrwalania urojeń w sposób nałogowy, który może być również przyjemny dla pacjenta, z pomocą przychodzi określenie, którego użyliśmy wcześniej – „koszmar

psychozy”. Pisz to wyraźnie Franco De Masi [2016] – on właśnie bardzo podkreślił, że to jest koszmar. Pragnienie nicości wynika często po prostu ze strachu, z chęci ucieczki od koszmaru psychozy. Czy to pierwsze muśnięcie się z psychozą w rozwoju nie oznacza spotkania z brakiem poczucia bezpieczeństwa, z którym człowiek boryka się od samego początku istnienia? W kontekście pytania, co było na początku, wydaje nam się jednak, że chodzi o stworzenie otuliny bezpieczeństwa – otuliny, która ma zapewnić zabezpieczenie, przytrzymanie (holding) przed destrukcją. Polega też na wypełnieniu przestrzeni między tym, co psychotyczne, a tym, co puste, ogołoczone – buforem psychicznej nieśpieszności. Trzeba jasno powiedzieć: „Nie zrobisz tego, my ci na to nie pozwalamy. Ja się na to nie zgadzam”, postawić granicę wyraźną dla chorego i dla wszystkich uczestników leczenia. Granicę między niebezpiecznym, śmiertcionośnym działaniem a skierowaniem się w stronę zasobów zdrowienia i normalności. Trzeba było również wejść w przymierze ze zdrową częścią pacjenta. Przy czym jeden z nas musiał niejako stać w bramce i przeważnie ją otwierać, ale czasem mówić „nie” – nie mogę, muszę porozmawiać z kimś nadrzędnym, kto – powiedzmy – zachowa w tym wszystkim rozsądek i porządek prawny – sędzią sądu rodzinnego. Na marginesie – ciekawe, jak to wygląda z perspektywy kogoś, kto rozstrzyga.

Na szczęście była rodzina. W tej całej epopei – Australia, klify, funkcjonariusze, system „Polifemowego ludobójstwa” – wśród wielu zasobów Podróżnika była też rodzina. To znaczy, że wypis nie następował w próżnię czy do jakiegoś mieszkania wynajmowanego samotnie, tylko wypis następował do rodziny, i to rodziny niezwykle odpornej i rozumiejącej problemy. Dlatego postanowiliśmy zaangażować rodzinę w leczenie pacjenta.

### **Kontakt psychoterapeutyczny**

Będąc, w oczach Podróżnika, wysyconym urojeniowo Polifemem, siłą rzeczy trzeba było odnosić się do jego zdrowej części. Nie zawsze się to jednak udawało i Podróżnik zaczynał widzieć tę zdrową część jako element ograniczający, jako tego, kto raczej przytrzymuje niż podtrzymuje. Ku naszemu zaskoczeniu miało to także pozytywny aspekt. To dyrektywne zarządzanie możliwościami wypisywania się wbrew zaleceniom powodowało, że jego świat urojeniowy inwestował w tego z nas, który odgrywał tę rolę. Dzięki inwestycji tych złych, przykrych, nawet i morderczych fantazji pozostawało miejsce, żeby ktoś z boku, który nie trzymał tego bata prawnego – czyli drugi lekarz – tworzył przestrzeń z niewielkim, ale jednak dostrzegalnym zakresem ufności. Mówimy więc o tym, że w procesie leczenia kogoś takiego jak Podróżnik niebywale istotną rzeczą jest fragmentowanie odbioru pacjenta w całym zespole leczącym.

Jeżeli mamy świadomość tego procesu, jeżeli potrafimy projekcje pacjenta, czyli te kulki, którymi on w swoim umyśle w nas rzuca, zebrać razem, możemy go nie tylko próbować zrozumieć, ale dostrzec wśród tego rozdarcia samotne, przestraszone, bezradne wewnętrzne dziecko, które zaczyna rozglądać się, którędy wychodzi się z jaskini?

Należałoby teraz zarysować portret biograficzny tego pacjenta. Istotne jest w nim przede wszystkim to, co stanowić może pewną przeciwwagę do potocznego myślenia o człowieku doświadczającym psychozy jako osobie nieporadnej, która napotykała na szereg trudności na samym początku swojego życia i nie otrzymała tego, o czym wszyscy wiemy, że jest ważne, a mianowicie systemu wsparcia społecznego, sieci ludzi, którzy są zaangażowani w jej dobrobyt i rozwój.

To nie jest tak, że na psychozę, na schizofrenię zapadają ludzie, którzy nie dostali niezbędnych ilości miłości i bezpieczeństwa. Podróżnik zdecydowanie nie mieści się w takich stereotypach. Urodził się i funkcjonował w rodzinie, w której było dużo zrozumienia, ale jednocześnie oczekiwań, by w sposób uporządkowany, chronologiczny, spójny realizować konkretne szczeble rozwoju, etapy edukacji. Podróżnik podchodził ochoczo do tych oczekiwań swoich opiekunów. Wybrał jako kierunek swojego kształcenia dwie skomplikowane dyscypliny z zakresu nauk humanistycznych, w których funkcjonował znakomicie, ale nie potrafił przejść do kolejnego niezbędnego etapu rozwojowego, jakim jest zamknięcie edukacji i rozpoczęcie pracy.

W rodzinie był też młodszy brat, z którym relacje Podróżnika układały się poprawnie, aczkolwiek nie były wylewne. Spodziewał się jednak, że w miarę dojrzewania, w miarę rozwoju będzie mógł z nim stworzyć najbliższą sobie relację, nawet i partnerską. Ale tak być nie mogło, bo procesy rozwojowe, których wszyscy doświadczamy, nie znoszą próżni. Podróżnik zobaczył, że jego brat wybiera inny pomysł na życie. Było to dla niego niesłychanie bolesnym doświadczeniem, w takim sensie, że można nie podporządkować się pewnemu planowi rodzinnemu, wykazać się pewną nielojalnością, zbuntować się czy zdradzić, na przykład zdradzić system przekonań. Przejść do ideologicznego obozu wroga.

Dokonanie takiego przeglądu sytuacji rodzinnej sprzyja przybliżeniu się do zrozumienia, co jest czynnikiem trzymającym nas w rodzinie. Czy to, że wyrastając z rodziny pochodzenia, tak jak było w przypadku Podróżnika, jednocześnie w niej w pewnym sensie zostajemy na zawsze, rezygnując z naszych ambicji, aspiracji, pomysłów stworzenia własnej rodziny? Czy też pozostajemy w pełnej ufności, chociaż reprezentując, więcej – przyjmując inny styl wartości, inny styl myślenia?

Podróżnik, niestety, pragnąc być bezwarunkowo kochanym, założył, że zamiast odkrywać swoją sferę wnętrza, swój zestaw przekonań, myśli, pragnień, uczuć – może zawierzyć, że to, co reprezentują rodzice, jego brat, jest czymś najlepszym. Wybiegając trochę do przodu, możemy tutaj zauważyć, że krokiem milowym w leczeniu było odkrycie, iż nie jest on reżyserem swojego życia. Szedł według pewnego wymyślnego wcześniej planu, który, nawet jeśli byłby bardzo sensowny i on by się na niego zgadzał, to jednak nie został przez niego przemyślany i przyjęty jako swój. Nie przyjął w nim współautorstwa – można powiedzieć. Albo nie zgadzał się na współautorstwo. Wydawało mu się, że jest autorem i nie chciał, żeby mu ktoś to zakłócał. Borykał się z pragnieniem, aby jego świat wydumany, wymyślony, kiedyś zaistniał w jego codzienności, ale także z myślą, że gdyby próbował ten scenariusz realizować, naraziłby się na – w jego mniemaniu – zdradę rodziny.

Miał alternatywny plan, aby zdradzając rodzinę, utracić ją. Zdrada tutaj nie jest rozumiana jako znalezienie kogoś trzeciego, ale jako zakwestionowanie wartości, przekonań, poglądów wyniesionych z dzieciństwa, wyniesionych z okresu dorastania jako niekoniecznie mieszczących się w ciele i umyśle dorosłego. O jaki rodzaj kontestacji chodzi? Zwykle w takim przypadku wchodzi w grę dylematy religijne albo dotyczące tożsamości psychoseksualnej. Tutaj były to głównie obszary popędowe. Kwestia światopoglądu religijnego przez piętnaście lat życia nie była kwestionowana, natomiast pojawił się pewien zgrzyt. Rodzina Podróżnika uchodziła w społeczności lokalnej za praktykujących katolików. Bunt adolescencyjny, którego Podróżnik również chciał doświadczyć, ograniczył się do próby zakwestionowania, kto jest właściwym ojcem – czy ojciec biologiczny, czy może ojciec Bóg Stwórca. Ale nikt nie mógł towarzyszyć Podróżnikowi w rozstrzygnięciu tych wątpliwości, zostawiał je

bowiem wyłącznie dla siebie. Na nieszczęście ten dylemat stopniowo stawał się pożywką dla psychozy.

Drugi obszar konfliktowy, przypisany poszczególnym wcześniejszym, choć nie najwcześniejszym etapom rozwojowym, to obszar popęduwości, związany zarówno z seksualnością, jak i przede wszystkim z agresywnością. O ile sfera popęduwości, seksualności była przez Podróżnika akceptowana w zakresie uznania swojej tożsamości seksualnej, to z kolei obszar realizacji popęduwości napotykał na samym początku jego kształtowania się jako mężczyzny na poważne problemy. Wchodzimy tu w zagadnienie, czym są pragnienia, tęsknota, również ta erotyczna, czy to jest ta energia popychająca nas do działania, a także czym jest agresja, rozumiana nie jako przemoc, jako bezproduktywne uderzanie, ale jako potrzeba i próba zdobycia zainteresowania partnera życiowego.

W poszukiwaniach własnej tożsamości psychoseksualnej, i za tym sensu życia, bo tożsamość wskazuje na rodzaj sensu, jaki my sobie już w życiu dorosłym nadamy, można odwołać się do więzi, jaka łączyła Jezusa ze świętym Józefem. Mówi się według tradycji, że święty Józef był opiekunem albo ziemskim ojcem, a Jezus stale miał taką łączność ze swoim Ojcem Niebieskim. Ojcostwo ulega banalizacji, kiedy można sobie zamówić dziecko – gdzieś w jakichś krajach, gdzie prawo nie działa. Dostaje się po prostu dziecko z określonym kolorem oczu, z określoną płcią. Nie wchodzimy tu w obszary etyczne, które dotyczą sztucznego zapłodnienia czy tak zwanych dzieci z próbówki. Chodzi raczej o poszerzenie przestrzeni refleksyjnej do przemyślenia więzi z ojcem – i które części tej więzi są prawdziwe, a które są sztuczne czy, powiedzmy wręcz, matriksowe, czyli psychotyczne [Cartwright 2005]. Asocjacja ta była jakiś czas temu przedmiotem dyskursu terapeutycznego, w którym Podróżnik ujawnił przekonanie, że od swego ojca otrzymał wyposażenie w jakiś element, który go uszkadza. Powiedział też, że uznaje, iż może stworzyć relację psychoseksualną opartą nie tylko na realizacji popęduwości erotycznej, seksualnej, ale na stworzeniu więzi w sensie wysycenia emocjonalnego, stworzenia bezpieczeństwa, zapewnienia intymności. Jednocześnie jednak stwierdził, że nie może dopuścić do tego, żeby z tym wyposażeniem, które uzyskał od ojca – sformułował to jako pewien zestaw genów – stworzył nowe życie, które będzie niosło ten ładunek uszkodzenia. Wróciliśmy potem do tematu, jak on postrzega i jak oswaja swoją agresywność. Pomimo długiego stażu w procesie psychoterapii Podróżnik nosi w sobie brzemień przekonania, że agresja – nieoswojona, niedoprecyzowana – jest grzechem, a przeciw za grzechy będzie się karany a nawet potępiony. Stopniowo jednak zaczął opuszczać to gniazdo psychozy, w której nosił w sobie przekonanie, że fantazje o pewnym znaczniku agresywnym są napiętnowane przez Boga Ojca i musi to się zakończyć bądź halucynacjami, bądź urojeniami.

Nie wybiegając zanadto do przodu, możemy stwierdzić, że w przypadku Podróżnika dominującym aspektem konfliktowym, który należało przemóc, była specyfika zrozumienia różnych barw wrodzonej naszej naturze agresywności i dopuszczenia w sferze emocjonalnej, że nie trzeba w związku z tym mieć poczucia winy. Można to porównać do sytuacji, która umożliwiła Odyseuszowi i towarzyszącej mu wyjście z psychotycznej jaskini, z tej jamy, gdzie byli liczeni, zjadani i okradani z życia. Temu, co mogło się przytrafić Podróżnikowi i nam, jego towarzyszącej w drodze do domu – na szczęście się nie przytrafiło – zapobiegło oślepienie Polifema i pozbycie się tego elementu śledzącego wzrokiem wszystkich, porządkującego i niszczącego w sposób totalny, bezdyskusyjny. Zamiast polifemicznego widzenia pojawiły się polifoniczne rozmowy, najpierw na terapii, potem w rodzinnym domu pacjenta.

Doszlśmy do sytuacji kosmogonii, wytwarzania prawdziwego Ja, czyli tej części Ja, którą Symington w swojej nowoczesnej teorii narcyzmu [Symington 2013] nazywa częścią Ja. Jest ona określana często przez osoby z psychozą słowem „bóg”, tutaj pisane z małej litery jako część twórcza prawdziwego Ja pacjenta, które czasami w wyniku psychozy też się ujawnia. Doświadczylśmy też czegoś, co zresztą uwidoczniło się również w procesie superwizji – w relacji z Podróżnikiem na początku głównym doświadczeniem była wszechogarniająca pustka, która w wyniku pomocy superwizyjnej zaczęła nam się jawić jako „kompleks martwej matki”, jaki opisał André Green [1983: s. 222]. To był najtrudniejszy okres pracy, w którym nieznośna pustka nie dawała nawet szans na współczucie, nie dawała szans na doświadczenie w przeciwprzeniesieniu czegoś żywego, czegoś bardziej witalnego – był to stan zmrożenia. Trwałość tego nieznośnego stanu hibernacji była okresowo „doprawiana” doświadczeniem nieznanymi wcześniej emocjami negatywnymi: mikstury wrogości i wściekłości. Ten konglomerat mozaiki umysłu Podróżnika był przechowywany i stopniowo ocieplany w umyśle terapeuty.

W tym okresie terapii w jakiejś mierze umysł terapeuty metabolizował podstępne, martwe, lecz promieniotwórcze części psychozy pacjenta. Owe „mielenie”, ocieplanie tych nienazwanych, choć bardzo dotkliwych odprysków umysłu Podróżnika spojonego z psychozą musiało oddziaływać na zdrowie terapeuty. Stawał się on mniej dostępny dla swoich bliskich, kolegów, był odbierany jako „jakiś odszczepiony” od tu i teraz. Płacił cenę, może nie wygórowaną, ale przykrą, w gorszym apetycie, niespokojnych snach czy częstym zupełnie niewytłumaczalnym odczuciu gniewu, klucia w różnych częściach swego ciała. Dzięki temu Podróżnik mógł – pozbywszy się zlodowaciałych części swego umysłu – snuć wyobrażenia o innej, cieplejszej podróży na własnych nogach z aktualniejszą mapą drogową. Dopiero w dostrojonej relacji terapeutycznej, po inaktywacji, detoksykacji „tego co martwe” i przepoczwarczeniu się martwoty w „to, co ożywione”, witalne i ich oznakowaniu jako czegoś co obu uczestników dialogu doświadczyło w swoim ciele i umyśle – mógł się odbyć transfer zwrotny nadziei oraz rozwoju do umysłu pacjenta.

Jeśli chodzi o biografię, w wywiadzie strukturalnym o pierwszych pięciu latach swojego życia Podróżnik nie był w stanie nic powiedzieć. Zamknął relację z jakichkolwiek wspomnień wczesnodziecięcych. Pogłębiony wywiad rodzinny mógł wnieść to, co było istotnym czynnikiem etiologicznym, a mianowicie informację o psychicznej niedostępności matki Podróżnika. Mówiąc o pracy terapeutycznej, wydaje mi się, że również ten aspekt – w przeciwprzeniesieniu doświadczanym – „kompleksu martwej matki” pojawił się u pacjenta. Nie wiemy, czy tak na pewno było, na pewno był natomiast jakiś rodzaj niedostępności oraz dominował system wychowania nastawiony na osiągnięcia, na sukces, na wykształcenie twardego charakteru i poczucia własnej wartości opartego na osiągnięciach. System taki sprawia, że brakuje zrozumienia czy hołubienia i cieszenia się sobą – tak jak mówił Podróżnik: „tracenia czasu razem”. Można też powiedzieć, że mógł to być również „kompleks martwego syna”, że po prostu zabrakło podstawowego połączenia, „zestknięcia czułości”. Te czułości może się chciały zetknąć, ale nie mogły. Wtedy wybucha niezadowolenie i rozwija się w rodzaj radioaktywnej śmierci, która promieniuje i rzeczywiście zatruwa więź: Jak tak może być? Ja się staram i ten kontakt mi gdzieś umyka, to na pewno jest jakaś złośliwość. Każdemu z nas się zdarza, że czasami coś się nie udaje w kontakcie – może być tak, że i matka chce, i dziecko chce, ale jakiś element nie zadziała.

To, że splot tych okoliczności tak a nie inaczej wyglądał, że zabrakło jednego kamyczka, który by ułatwił realizację tych konkretnych celów rozwojowych, nie oznacza, że matka była osobą niedobłą,



nietroskliwą, że nie kochała swojego dziecka. Natura ludzka daje nam bardzo dużo możliwości, ale niestety czasem się pojawiają ograniczenia. W tym przypadku jednak, znając zarówno matkę i ojca, jak i brata Podróżnika, możemy powiedzieć, że są to ludzie niesłychanie zaangażowani, ciepłi, życzliwi. Nic nie stoi na przeszkodzie, aby wysnuć hipotezę, że w okresie wczesnodziecięcego rozwoju Podróżnika dawali wszystko, co mogli, a nawet i więcej, ale czy to w wyniku procesów neurofizjologicznych lub takich, jakich jeszcze nauka, neurobiologia nie zna, nie doszło do tego – jak to ujęliśmy – styku. Wynikałoby z tego, że „obszar mentalnego zamrożenia” jest dynamiczny, że działa w nim coś antykontaktowego, jakiś rodzaj elementów radioaktywnych. Brakuje jakiegoś pola magnetycznego, które by osłaniało własną wyspę Podróżnika. Jego Itakę, poza, całkowicie poza zasięgiem potwornego wzroku Polifema i poza oddziaływaniem jego psychotycznej jaskini. Ale dzięki pomocy superwizyjnej, dzięki pracy lekarza i pacjenta ten kompleks został rozwiązany. Kontakt zmienił charakter i można powiedzieć obrazowo, że ta głucha cisza przeszła w wiosenne, nieśmiałe poranne śpiewy ptaków. Te śpiewy ptaków były wyraźnie odczuwane przez nas, choć twarz Podróżnika nadal, tak jak przez wiele lat, nie wyrażała nic (albo, logicznie mówiąc, właśnie NIC wyrażała), ale w przeciwprzeniesieniu pojawiała się nadzieja. Pojawiało się przekonanie, oparte początkowo na bardzo kruchych fundamentach, że widzimy nie człowieka, który wychodzi z psychozy, ale człowieka, który odzyskuje zdolność poznawania i kochania.

W oddziale psychiatrycznym pracującym terapeutycznie, z udziałem społeczności terapeutycznej, kluczowe jest kontenerowanie. Jakimi środkami i na jakim etapie realizowało się kontenerowanie Podróżnika? W których przestrzeniach, w których płaszczyznach? Jaki był udział lekarzy, a jaką rolę odgrywały pielęgniarki? Trudno byłoby oczywiście zmierzyć, ile i kto dołożył i jakiego rodzaju namysłu, ogarniania, kontenerowania. Może być tak, że zadziałała też magia Kobierzyna. Pewne emocjonalne wysycenie i miejsca, i parku, i dziedzińców, których tam jest pięć gatunków, i tych murów i piwnic, a nawet dachówek na budynkach. To temat na osobną historię powstania pewnej kultury leczenia. Jako terapeuci powoli, skrupulatnie, bez pośpiechu kolekcjonowaliśmy te kamyczki tworzące mozaikę. Które z naszych koleżanek pielęgniarek potrafiły ten zastrzyk, początkowo przeżywany jako zastrzyk śmiertelny, tej "psychotrutki" w pośladek Podróżnika nie wprowadzić, a które sprytnie potrafiły przemycić coś, co dawało zdrowie? Lek psychotropowy właśnie, bez tej zaburzającej urojeniowej konotacji. Uśmiechnięte, czasem zmęczone pracą, czasem znużone obowiązkami, niby identyczne, ale miały to coś, co je w oczach i w umyśle Podróżnika różnicowało. Czy nawet – jeśli już komplikujemy – elementem, który był drobnym, ale istotnym czynnikiem powodującym pomyślny los pacjenta, było to, że może któraś z nich miała więcej dyżurów w czasie, gdy trzeba było podać zastrzyk. Może zdarzyło się kiedyś, że któraś z pielęgniarek, podając leki doustne, wytłumaczyła mu, że te leki, które zażywa, nie muszą go niszczyć, że są one ładunkiem zdrowia, ale nie rozumianego potocznie – bierzesz tabletkę, jest ci dobrze – lecz pewnym fundamentem współpracy. Do tej pory wypluwałaś tabletki, ale ja dzisiaj dam ci tabletkę, po której zaczniesz próbować rozumieć, co się dzieje z tobą, gdy jesteś tutaj na oddziale zamkniętym, zaczniesz się dopytywać nie tylko o to, kiedy się mogę wypisać, tylko do czego się mogę wypisać. Może zdarzył się przekaz z jego strony, że ja dzisiaj, pomimo być może srogiego oblicza kierownika oddziału czy pielęgniarki oddziałowej – zaufam ci. Czy ten ładunek zaufania, który był ulokowany w różnych członkach zespołu z różną intensywnością, też akcelerował zdrowienie? Pytania retoryczne, które jednak trzeba sobie postawić.

Zastanówmy się, co w przypadku Podróżnika było jego wczesnym modelem, który oddział zamknięty nie tylko w naszych osobach stwarzał jako coś, do czego można powoli podążać. Na początku był to

chyba rodzaj zderzenia się ze ścianą, to znaczy: „nie musi być tak, jak sobie wyobrażasz” – nie musi być tak, że to my jesteśmy funkcjonariuszami jaskini Polifema, jednookimi zawziętymi rzecznikami jednej słusznej racji. Może Polifem to właściwie sam pacjent. Jest takim jednookim olbrzymem, który mówi: „Ja już wszystko wzrokiem porządkuję, porządkuję świat, mam relacje. Mój ojciec jest taki jakiś nieodpowiedni”. Na tym polegało oślepienie – nie musi być tak, jak myślisz, odpocznij, zgaś światło, zastanów się, pomyśl inaczej. Wyobrażamy sobie, że to ukierunkowanie w przypadku Podróżnika było wyjątkowo trudne, ponieważ polegało na zakwestionowaniu podstaw jego pielęgnowanego systemu urojeniowego, spójnego z jego przedchorobowym Ja.

Z ciekawością słuchaliśmy Podróżnika opowiadającego, że będąc na początku w stanie pewnego rodzaju autyzmu, jeszcze autodestrukcji, przeżywał nas jako oddział – i lekarzy, i pielęgniarki – jako tych, dla których on jest pożywką, pożywką dla psychiatrów, żeby mieli co robić. W taki sposób były odbierane nasze działania, zmierzające do ułatwienia, stworzenia mu warunków do zdrowienia. Punktów zwrotnych było bardzo wiele. Nie wiemy, który był ważniejszy, który mniej ważny, ale istotne jest stworzenie pewnej perspektywy, w jakiej Podróżnik poczuł element sprawstwa. Chociaż ważna była intensywna praca z rodziną naszego pacjenta, nie można przyjąć założenia, że bez pracy z rodziną nic by się nie udało. Utrzymując sojusz terapeutyczny, powiedzieliśmy kiedyś Podróżnikowi, że nam nie do końca zależy, żeby on musiał się rozstać z psychozą; nie jest też dla nas ważne, czy on się rozstanie z rodziną, czy ma stworzyć swoje nowe życie. Ważne jest, żeby tę decyzję podjął suwerennie; nie oczekujemy od niego odpowiedzi tak lub nie, z uzasadnieniem jedno-, dwuzdaniowym. Może na to pytanie odpowiedzieć dopiero za tydzień. Wtedy był już leczony w trybie ambulatoryjnym.

Uważamy, że oddanie na pewnym etapie sprawstwa pacjentowi, pomimo wielkiego lęku, że ta cała układanka o nazwie „zdrowie” się rozpadnie, było tak naprawdę zdjęciem rusztowania z kręgosłupa aparatu psychicznego, który się stworzył. Musieliśmy dać możliwość sprawdzenia, czy ten człowiek potrafi sam chodzić, mając wcześniej połamane nogi, połamane kończyny – w tych metaforach chcemy oddać odczucie pofragmentowanego Ja pacjenta.

To jest ożywcze w pewnym momencie zdrowienia powiedzieć: dobrze, może to była psychoza i może to wszystko było nawet nieprawidłowe, ale ja to akceptuję, bo ty to wymyśliłeś, to jest twoje sprawstwo, to są twoje urojenia, możesz je nawet pielęgnować, jeśli nie będą groźne dla kogoś, możesz na ten temat książkę napisać – akceptuję to. Jest w tym oddanie sprawstwa i też, co wydaje się bardzo ważne, przełomowy punkt – to jest komunikat dla pacjenta, że jeśli chodzi o urojenia, my nie będziemy ich podważać. Po prostu są to tak samo twoje myśli jak i inne, a nawet jeśli są zupełnie wyjątkowe i może nawet chore, ale oprócz nich masz też inne, i to jest ważne.

Wiele jest wątpliwości, wiele pytań, wiele – głęboko w to wierzymy – jest emocji, które są przez nas po tylu latach nadal trudne do uświadomienia. Nie bez kozery wiemy też, że dla pacjenta nie zawsze tak ważne jest zrozumienie. Dla pacjenta takiego, jakim jest Podróżnik, ważne jest to, o czym pisał również Antoni Kępiński [2013] – akceptacja bezwarunkowa, z jego dziwactwami, z jego oporem, z jego negatywizmem Ale też – bez tego. Mając na uwadze wczesne rozmowy, gdy analizowaliśmy nasz stan emocji, jednym z czynników mierzących łączność z nieświadomym, które pacjent daje, ofiarowuje w kontakcie, jest nasze odczucie po jego spotkaniu z nami – to, co pacjent w nas lokuje, wprojektuje, i co zaczyna w nas żyć. Ten czynnik udrażnia jego komunikację z nami, udrażniał komunikację z Podróżnikiem. Wielokrotnie mieliśmy poczucie, że zaczęliśmy przyjmować jego świat

urojeniowy – to, czego Podróżnik w swoich barwnych urojeniach z początku nie ujawniał, bo był bardzo skryty w relacji, ale w miarę czasu, gdy poczucie bezpieczeństwa wzrastało, chętnie się nimi dzielił. Na szczęście atmosfera, na szczęście wsparcie, rozumienie, które funkcjonowało na oddziale, oraz własna terapia, własna superwizja pozwalały pozbyć się tych części psychotycznych, urojeniowych. Ważne jest również, że to, co pacjent nam dał, chroniąc siebie, uwalniając siebie od cierpienia i lęku, mogliśmy od niego zabrać, nie niszcząc siebie, a on dzięki temu mógł podążać ścieżkami zdrowienia bez niepotrzebnych komplikacji.

### **Destrukcja psychotyczna i punkt zwrotny – praca wspólnie z rodziną**

Pomysł włączenia rodziny pojawił się z powodu bezradności w pracy z niektórymi pacjentami. Uznaliśmy, że nasze postępowanie, nasze funkcjonowanie w rolach zawodowych będzie ułomne bez uwzględnienia doświadczeń rodzin. Może to być ważny punkt w rozumieniu problematyki głęboko zaburzonych pacjentów. Czy da się to zrobić bez zrozumienia kontekstu rodzinnego, czy można próbować leczyć, nie angażując rodziny? Jeżeli się rodzinę angażuje, jeżeli się z rodziną pracuje, to co w tej rodzinie takiego tkwi, w czym dorośli mogą być użyteczni dla innego dorosłego? Zawsze trzeba brać pod uwagę, czy dałoby się bez rodziny obejść, czy nie. Dlaczego akurat w przypadku Podróżnika rodzina okazała się tak ważna w procesie leczenia? Pewnie bywają przypadki, kiedy praca z rodziną jest mniej istotna, bywają też różne sytuacje życiowe pacjentów. Niektórzy żyją w oddaleniu, w izolacji od rodziny, wtedy bardziej jest potrzebna praca indywidualna z pacjentem – także dotycząca rodziny, której nie ma, z którą na przykład nie chce się spotykać. W przypadku Podróżnika praca z rodziną wydawała się bardzo ważna. Warto zastanowić się bardziej szczegółowo nad tym, co przydarzyło się rodzinie, gdy musiała zmierzyć się z chorobą syna i brata.

Nawiązując do tego, co mówiliśmy o przytrzymaniu, formą przytrzymania jest również rodzina zastępcza, którą – w pewnym sensie – staje się oddział psychiatryczny. I staje się on także rodziną również w stosunku do rodziny pacjenta, która zagubiła się w gąszczu poszukiwania przyczyn i w poczuciu winy. Pytania: dlaczego my, dlaczego w naszej rodzinie pojawiła się taka choroba – utrudniały rodzinie zrozumienie zarówno siebie, jak i pacjenta, nawiązanie z nim kontaktu oraz zrozumienie procesu leczenia. Choroba Podróżnika bardzo naruszyła spokój i spójność rodziny. Każdy z jej członków miał inny sposób na pomaganie mu – ojciec poprzez wymagania i doszukiwanie się lenistwa, jakby takie „normalne” spojrzenie mogło odsunąć piętno chorób; matka poprzez ciągłe analizowanie zachowań syna i nadopiekuńczość; brat zachowując dystans i nie angażując się w sprawy chorego brata. W takiej konfiguracji rodzina trafiła do grupy wsparcia. Silna była też obawa rodziny przed otoczeniem, nawet bardzo silna. Dlatego wsparcie oddziału dla niej było tak potrzebne. Pytanie, jak staliśmy się tą rodziną zastępczą? Wziąwszy pod uwagę regres chorobowy pacjenta, podążającej za nim rodziny, głównie rodziców, co przypominało wręcz współzależnienie, potrzebna była struktura, w której nastąpi odblokowanie rozwoju zarówno pacjenta, jak i rodziny [Kordas i in. 2008].

Podróżnik miał skłonność do podążania własną drogą, co izolowało go od współpracującej z sobą rodziny. Myślmy, że to jest bardzo ważne i że to była nawet jego cecha neurofizjologiczna – praktycznie od dzieciństwa był on „taki z boku”, natomiast cała reszta rodziny ze sobą współgrała, współbrzmiała, współdziałała, pomagała sobie. Ważne jest również, aby rozumieć pacjenta z punktu widzenia neurofizjologicznego uwarunkowania choroby. I nie chodzi tutaj o trafność refleksji, tylko w

ogóle o refleksje na temat terapii. Bardziej istotne jest uporządkowanie chaosu, nawet jeśli jego przyczyny główne są neurofizjologiczne. Ten chaos był tak wielki, że doprowadził do wielkiej pustki. Kolejne etapy relacji rodziny pacjenta i lekarza prowadzącego pokazują wychodzenie z tej wielkiej pustki. W refleksjach może pojawiać się wiele sprzeczności i niejasności, ważne jest jednak, żeby nie zaferować pacjentowi zbyt daleko posuniętych interpretacji. Z drugiej jednak strony refleksja umożliwia rozwój poprzez to, że pacjent widzi, że potrafi myśleć, że ma wspomnienia i wcale nie musi się ich bać, bo w nich nie ma nic groźnego. Nie czai się żadna Kirke, nawiązując do języka mitologii, który zaproponowaliśmy jako jedną z form przekazu „mitu o chorobie”. Może skupić uwagę i przede wszystkim zobaczyć swoje życie jako interesującą opowieść, a nie jako księgę cierpienia. Bardzo to jest ciekawe, tworzy też ramę dla snucia dalszych historii, które nosimy w sobie. Ta refleksja w zasadzie tłumaczy i daje odpowiedź na pytanie, dlaczego praca z rodziną była potrzebna. Nawet więcej, bo zakorzenia się to w pewnej wiedzy uporządkowanej, którą mamy w sobie i ta wiedza też jest potrzebna, żeby pracować z rodziną, niekoniecznie akurat z tą. Można powiedzieć, że dotyczy to też każdej innej, będącej w podobnym chaosie, zagubieniu. Ktoś nagle choruje... Mało jest rodzin, które wtedy wiedzą, co robić. A może nawet nie ma w ogóle, bo nawet gdyby to byli lekarze psychiatrzy, psychoterapeuci, to inaczej się odnoszą do swoich własnych problemów. Trzeba się mieć do kogo zwrócić, do kogoś, kto będzie miał możliwości rozumienia, rozmawiania i konkretnego postępowania. Ważne jest, żeby mieć taką ramę.

Wracając do Podróżnika – w pewnym momencie jego rodzina, jakby to powiedzieć, straciła zainteresowanie naszą ofertą. Czy dlatego nie skorzystała z grupy wsparcia rodzin, że po prostu była sobie sama w stanie poradzić, odtworzyła struktury rodzinne, czy to też jest związane z tym, że psychozy i schizofrenia bywają chorobami śmiertelnymi. W momencie kiedy powikłania, najbardziej niekorzystne perspektywy minęły, przestali chodzić czy rzadziej chodzili na grupę. Być może po prostu zaszyły jakieś zmiany na tyle istotne, że nie musieli już przychodzić co dwa tygodnie.

Warto przyjrzeć się kluczowym momentom z okresu uczestnictwa w grupie rodziny pacjenta. W książce relacjonującej pracę ośrodka w Tavistock była mowa o pomieszczeniu. Jest tam takie zdanie: „Terapeuta oddaje pacjentowi poprzez interpretację te elementy psychiczne, które udało mu się przetworzyć, wspomagające tym samym rozwój zdolności pacjenta do myślenia o własnych przeżyciach i refleksji nad nimi” [Ruszczyński (red.) 2012]. Wydaje się, że zarówno w terapii indywidualnej, jak i paradoksalnie w grupie rodzin zaszyło coś takiego, że oni – rodzina – po pewnym czasie poczuli się lepiej. To był proces, nie stało się to nagle. Stopniowo nauczyli się poznawać Podróżnika i jego różne uwarunkowania, przyzwyczajali się też do tego, że on jak gdyby po raz drugi przeżywa swój indywidualny rozwój – że po tej chorobie musiał zacząć odzyskiwać swoje życie. Ktoś coś przeżył, choroba to przecięła i on właściwie zaczyna od zera, ma w każdym razie takie poczucie. Cała dynamika obecności matki w grupie pokazuje, jak się w tym wszystkim próbowała odnajdywać, jak się gubiła, jak rodzina się w to wszystko angażowała, bo ona była współzależniona – szczególnie matka. Ojciec mniej, a może w ogóle, natomiast matka podążała cały czas za emocjami syna, za jego refleksjami, zwracała uwagę na każde jego zachowanie. On się tworzył w jej głowie od nowa, ale też on się sam w swojej głowie tworzył od nowa.

Był okres zraty, kiedy Podróżnik myślał, że te wszystkie starania mają na celu perfidne wyniszczenie go, że to jest jakiś eksperyment eutanazyjny i dlatego albo walczył, albo chciał sobie odebrać życie – wszystko jedno gdzie – nawet w domu, nawet w szpitalu, gdziekolwiek. Wcześniej też tak było, zanim

w ogóle była mowa o leczeniu, ale coś się z perspektywy rodziny zmieniło, jakby coś odzyskał – że już nie chce umierać, myśli, żeby żyć dalej.

Trzeba by nawiązać do chronologii. To, co się wydaje kluczowe, to kontekst pierwszego spotkania z rodziną. Miało ono charakter informacyjny. Oczywiście były też elementy wsparcia – ale przede wszystkim odpowiedź na pytanie, o co chodzi w leczeniu, co to jest psychiatryczne leczenie szpitalne i jakie leki pacjent powinien zażywać. Udało się to tak zorganizować, że przyszli na spotkanie, mając – przynajmniej w warstwie świadomej – przekonanie, że to nie będzie tylko psychoedukacja, że oni będą musieli czy też zostaną zaproszeni do nauczenia się innego alfabetu rozumienia swojego syna. Rodzina pacjenta miała motywację i zaangażowała się w terapię.

Wydaje się, że rodzina musi się zgodzić na coś z jej punktu widzenia szalonego, nie wiadomo do czego prowadzącego – bo co znaczy terapia rodzin, czy to ja jestem chory? Grupa rodzin – to ja mam z innymi rodzinami chorych psychicznie siedzieć, z panią psycholog, jeszcze mi to zaszkodzi. Pewnie takie fantazje rodzina pana Podróznika mogła mieć w głowach, szczególnie ojciec. Będąc jednak już na progu przepaści, beznadziei, mogli sobie powiedzieć: no trudno, nie damy rady, może to pomoże – i się zdecydowali. Czy jakieś inne czynniki pomogły? Nie wiemy. Nie wydaje nam się, żebyśmy zrobili coś szczególnego. Pewnie wiele spraw miało na to wpływ. Być może nasze zaproszenie w jakiś sposób zadziało, tak jak do każdej z osób z grupy powiedzieliśmy, że grupa jest wspierająca i bardzo pojemna jeśli chodzi o różne trudne sprawy i że warto do niej przyjść. Pamięamy dynamikę wydarzeń, ale ten punkt wyjścia wydaje się najistotniejszy. Nie tylko dla nas i dla tego pacjenta, o którym mówimy, ale także szerzej.

W każdym razie ani na tym etapie, ani później nie było z naszej strony dyrektywności w rodzaju: „musicie iść”. Wydaje się, że członkowie rodziny – a na pewno matka – mieli potężne poczucie winy. Nie wiemy, skąd ono się brało. Być może było to takie samo poczucie winy jak u innych rodzin, bo wszystkie przychodzą do grupy z poczuciem winy, a jeśli nie przychodzą, to też je mają, tylko inaczej sobie z nim radzą. To właśnie matka zaczęła proces wchodzenia w grupę, ona przyszła pierwsza. Bardzo się zaangażowała. Przychodziła też często na oddział i pojawił się nawet problem z jej nadaktywnością w stosunku do syna. Podczas jednej z pierwszych grup, w których uczestniczyła, bardzo poruszyła wszystkich, była pełna smutku i bezradności, i zaczęło się przepracowywanie żałoby po utracie syna takiego, jakim był. Matka miała poczucie, że jej syn umarł, to znaczy ten syn, którego ona знаła, który miał wielkie perspektywy, tyle możliwości – że on umarł i że oni jako rodzina jakoś się do tego przyczynili. Nie próbowali „pomieścić go”, to znaczy jego izolacji w rodzinie, przepracować i oddać mu tego w postaci akceptacji, jakiegoś akceptującego przekazu rodzinnego, który dawałby mu wzmocnienie, nawet jeśli on wędrował po świecie. Może o to chodzi, chociaż właściwie nie jesteśmy tego pewni. Może także o rodzaj rozgrzeszenia? Jeżeli matka przyszła z poczuciem winy, że coś złego zrobiła, może chciała od profesjonalisty usłyszeć coś w rodzaju: życie jest życiem, historia jest historią, nigdy nie ma idealnych rodziców, nie na wszystko mamy wpływ, ale nie jesteście winni. I usłyszała, zaraz na początku usłyszała to od grupy, bo to grupa więcej zrobiła niż my czy ktokolwiek inny. Grupa była w tamtym czasie bardzo spójna, dynamiczna, były tam osoby, które bardzo intensywnie rozmawiały o problemach chorych i o własnych problemach w kontekście choroby. Były też osoby, które chodziły na indywidualną terapię. Mama Podróznika się na nią nie zdecydowała, ale skorzystała z pomocy farmakologicznej w pewnym momencie, gdy nie mogła sobie poradzić z emocjami. To też wyniknęło z działania grupy.

Matka miała też olbrzymią przestrzeń dla szczerości w obrębie grupy. Była osobą nieufną wobec otoczenia. Nie wiemy, dlaczego. Rodzina Podróżnika mogła wydawać się otwarta w stosunku do otoczenia, ale tak naprawdę była bardzo nieufna. Może mieli jakieś powody ku temu, jakieś złe doświadczenia. Sam pacjent pod tym względem był podobny. Jego początkowa nieufność w relacji do nas, podejrzewanie, że nie wiadomo co chcemy z nim zrobić, pewnie też po części się z tego brała. Jakiś odpowiednik tego odczucia istnieje w jego rodzinie. Często się u nich przejawia motyw wstydu przed otoczeniem i obawy, co to otoczenie zrobi, jak zareaguje – i dlatego nie można czegoś powiedzieć, nie można czegoś zrobić.

Związana jest z tym dodatkowa praca, wysiłek, ktoś musi mieć przekonanie i przekazać to przekonanie, i tak dalej, i tak dalej... Superwizować i opowiadać. Dlatego ważna jest tu rola grupy, która wyposaża w wiedzę, w świadomość tak, że ona – w naszym przekonaniu – jest dla rodzin czynnikiem sprawczym, który w omawianym przypadku bardzo pomógł, by było korektywne doświadczenie emocjonalne. To nie jest tak, że oni dowiedzieli się od nas, że nie powinni się czuć winni, że nie zrobili błędu, tylko oni mogli to szybko przyjąć, ale pewnie ta sieć interakcji pośród ludzi również doświadczonych chorobą, którzy tę bazę bezpieczeństwa uzyskali, dała im zrozumienie i modyfikację ich stylu przeżywania. Sama wiedza by im nie pomogła. W pracy z pacjentem to się też pojawiło. Sam fakt tłumaczenia niektórych rzeczy, uzasadnienie narracji werbalnej jest użyteczny, ale na pewno niewystarczający.

Wracając do przyczyn tego, że rodzina Podróżnika związała się z grupą, istotną sprawą było to, co wynikało z relacji matki, że choroba syna rozbiła spójność rodziny. To było też ważne, że oni się zgłosili, bo więź w rodzinie na skutek silnych emocji została mocno nadwyrężona. Podobne rzeczy się dzieją, gdy pewien skrypt rodzinny związany z wychowaniem dzieci się wyczerpie. Dzieci wychodzą z domu i nagle pojawia się problem – co my mamy robić, będą teraz tylko ze sobą. Czy taką funkcję katapultującą czy separującą, w tym przypadku niejako mordującą rodzinę, niszczącą jej tożsamość spełniła ta schizofrenia?

Najmniej tym wszystkim przejmował się ojciec, który po pierwsze uważał, że nie należy ulegać zachciankom syna, po drugie wspominał, że syn mało liczył się z rodziną, podróżował, miał swoje sprawy. To była ważna dla tej rodziny refleksja, ponieważ chyba rzeczywiście w ich relacjach Podróżnik był zawsze dzieckiem jakby trochę obcym, nie próbowali go włączyć w ten sposób, by wymagać od niego liczenia się z rodzicami. On zawsze miał swoje plany, swoje pomysły, swoje lektury, swoich znajomych, zainteresowania, chodził własnymi drogami. Gdy przyjeżdżał czasem do domu, to prawie nie był w nim obecny, tylko szedł do kolegów, na chwilę wracał do domu, a potem wyjeżdżał. Tak wyglądała jego obecność w rodzinie. Ojciec podszedł do tego realistycznie, nie próbował ubarwiać całej tej historii, przypomniał sobie, że Podróżnik nie był zbyt dobrym synem. Nie łączyły ich z nim takie emocje czy uczucia, które uzasadniałyby teraz duże zaangażowanie się. Ojciec nie miał raczej problemu z dystansem do wszystkiego. Ostatecznie jego podejście bardziej przekonało Podróżnika – mimo że na początku był do ojca niechętnie nastawiony, to z czasem właśnie ojciec uzyskał z nim lepszy kontakt. To jest też ciekawe zjawisko, bo Podróżnik przeszedł niejako całą drogę tworzenia więzi rodzinnych i nawiązał relację z ojcem, której wcześniej nie było. Ojciec miał lepszy kontakt z jego bratem, a choroba spowodowała, że nawiązał się również kontakt drugiego syna z ojcem. Przy czym Podróżnik zaakceptował to, że ojciec wymaga zaangażowania, że matka coś od niego chce – zaczął wreszcie się z nimi liczyć.

Ta więź została zbudowana od początku, bo wcześniej Podróżnik nie przyjmował, że jest jakaś funkcja ojcowska, nie miał jej w głowie. Był globtroterem, który jeździł po całym świecie i nic z tego nie wynikało. Oczywiście jakaś więź była, tylko silnie zdeorganizowana, bazująca na tym, że się jest członkiem jakiejś rodziny, ale brakowało połączeń z jej innymi członkami. Podróżnik przyjeżdżał do domu i widział swego ojca, ale go nie przeżywał jako swojego. Nie spodziewał się, że on będzie chciał przyjąć go jako dorosłego mężczyznę, z którym można o czymś porozmawiać. Podróżnik na początku leczenia wyrażał wręcz wściekłość, że jego ojciec nie jest nikim wybitnym – prezydentem czy kimś w tym rodzaju – i szedł na niego z pięściami. To, że jest dobrym fachowcem wykonującym swój zawód, wymagający kwalifikacji, dla niego nic nie znaczyło. Przed czym ta wielkościowość chroniła pacjenta? Gdyby nie stworzył sobie tej wielkościowości związanej z pogardą wobec ojca, musiałby wejść z nim w jakąś relację czy się porównywać z nim, a tego nie zrobił. Ojciec adekwatnie to odczuwał, co przejawiało się na spotkaniach grupy, więc ta reakcja, którą on prezentował, była jak najbardziej zrozumiała. To nie był brak czułości, brak miłości z jego strony, ale chłodna kalkulacja – ojciec zresztą miał taką konstrukcję psychiczną – że odpowiada na konkretny zestaw zachowań, jaki prezentował pacjent w stanie psychotycznym. Nie musiał odwoływać się do jakiś zawitych rozumowań psychologicznych, które natomiast podjęła matka. W tym punkcie rodzice się różnili, zarazem uzupełniając wzajemnie. To uzupełnianie było ważne w tej rodzinie. W pewnym okresie terapii nam bardziej odpowiadało podejście ojca, to że jest taki konkretny, że ma jasne wymagania, natomiast matka ze swoją dociekliwością, ciągłym zadawaniem pytań o to, dlaczego takie zachowanie, skąd się to bierze, wydawała się w tym wszystkim prawie uzależniona od syna. Na spotkania grupy przynosiła często jakiś „materiał” do analizy, żeby wyjaśnić, dlaczego syn tak się zachowuje. To były czasem zachowania psychotyczne, ale czasem nie, może dziwne, ale być może i takie, które syn miał wcześniej, czego nie zauważali albo ich nie widzieli, bo był za granicą i pojawiły się jakieś zachowania, które nagle przywiózł. Dla matki było to bardzo istotne i myślę, że tutaj odegrała dobrą rolę, bo niby ojciec nie zwracał uwagi na to – dobra, niech on sobie tam dziwaczy – ale z drugiej strony nie próbował też niczego zrozumieć. Niby akceptował, ale w pewnych momentach relacja z synem była bardzo trudna, do tego ciągłe problemy z zażywaniem leków, agresja fizyczna. Było dużo takich zachowań i dzięki temu, że matka zbierała masę wyjaśnień z grupy i od nas, stworzyła sobie katalog różnych zachowań syna, tych mniej chorych, bardziej chorych... można powiedzieć: instrukcję obsługi. Ona stworzyła instrukcję obsługi i to ratowało ją w pewnych momentach, gdy już wszyscy mieli dosyć, kiedy była nawet mowa o domu pomocy społecznej, gdy nawet ona była bliska rezygnacji, ale obawiała się, że syn po prostu przestanie funkcjonować, że nie uda mu się wydostać z tej choroby na tyle, żeby jakoś sobie radzić.

Wydaje się ważne, że wiele rodzin pacjentów, jeżeli jest świadkami czy fizycznej napaści, czy ujawnianych zachowań niszczycielskich, odcina się od niech. Z takimi rodzinami tracimy wtedy kontakt, pozostaje tylko sam pacjent. Wierzmy, że na tym etapie, gdy się pojawiły te mściwe, wrogie impulsy, powiązane nawet z nienawiścią do pacjenta, choć niekoniecznie były one uświadamiane, grupa wraz z lekarzami dokonała skontenerowania. Gdyby rodzina Podróżnika nie miała tej sprzyjającej struktury do niesienia tych agresywnych, niszczycielskich odczuć i nie byłoby miejsca, w którym one zostałyby przetworzone, mogłoby wtedy dojść do pełnej rezygnacji.

Chociaż mieliśmy taki moment beznadziei, w przeciwprzeniesieniu w pracy z nim i z obserwacji wzajemnej naszej z nim pracy, że nic nie wyjdzie ze starań. Niech już papiery pójdą w ruch, żadnej szansy na remisję, żadnej współpracy z nim, wypisuje się, przestaje zażywać leki, rodzina bezradna, my bezradni, wszyscy widzą, że nic z tego nie będzie, dajmy sobie spokój, zapewnimy choremu tylko

opiekę, bo z terapii nie skorzysta! Wszystko to odbywało się równolegle – w indywidualnym kontakcie i podobnie w grupie, i też w samym pacjencie dokonywał się proces niwelacji dotychczas istniejących struktur. Można powiedzieć – psychoza zniszczyła sztuczne, odyseuszowo-polifemiczne Ja sprzed wybuchu psychozy. Prawie dosłownie, bo matka mówiła, że Podróżnik stracił wszystkie umiejętności, była przerażona. To jednak zaczęło się zmieniać.

Jest taki moment, kiedy wielu składa broń – schizofrenia o złym przebiegu prowadzi do wczesnego otępienia, jak wiadomo od czasów Kraepelina. Okazuje się, że – patrząc na potencjał zdrowienia czy budując pewien, że nie użyjemy żargonu specjalistycznego z dziedziny psychoterapii – antymatrix, terapeutyczny antymatrix, ładunek czegoś sensownego czy oparcie się na przykład na tym, że możemy o tym rozmawiać, uważamy to za istotne doświadczenie zawodowe, które nas zawodowo sformatowało [Cartwright 2005]. Ta terapia stanowi dla nas punkt odniesienia, jeśli chodzi o pracę w oddziale zamkniętym. Bez tego wszystkiego, o czym tu mówimy, nie byłoby takiego doświadczenia, byłoby doświadczenie po prostu negatywne – tyle zrobiliśmy, mamy doświadczonych współpracowników, bardzo się zaangażowali w pracę i nic z tego nie wyszło. Podróżnik przez cały czas szmuglował tę swoją beznadzieję i lęk przed życiem, a my to wszystko odczuwaliśmy i na różne sposoby każdy na to reagował – więcej przemyślane czy więcej z pomieszczeniem, czy w roli takiego administratora, funkcjonariusza, o którym już mówiliśmy: zarządzanie, dyrektywność – „tego ci nie wolno zrobić, dopóki my pracujemy, odłóż myśli samobójcze, to się może poprawić”. Wydaje nam się jednak, że szmuglowana była w drugą stronę, może niewidocznie, ale tak jest często i tak w tym przypadku chyba było, nadzieja, że będzie lepiej. Nie jest to wyłącznie jakaś sentymentalna nadzieja, tylko bardzo konkretny ładunek, zawierający materiał antypsychotyczny.

### **Psychologiczne przebudzenie**

Pewne procesy leczące toczyły się równolegle: w umyśle pacjenta, jak i w obszarze więzi rodzinnych. Nastąpił legendarny punkt zwrotny, pacjent „odbił się od dna”. Powróćmy do tego, co działo się z rodziną Podróżnika. W relacjach pacjenta z rodziną przełomowe momenty są wyraźnie widoczne. Jeden z pierwszych nastąpił w drugim roku leczenia. Jego matka przeżywała w grupie sprzeczne emocje – syn nie poszedł na zastrzyk (była to kolejna odmowa leczenia) i wtedy odbyła się rozmowa, którą zainicjował ojciec. Pacjent usłyszał, że mają go dość. Być może był to wstęp do kolejnych sytuacji czy zdarzeń przełomowych. Ojciec potraktował go poważnie – powiedział, że mają dość jego fochów. Na to, co wtedy usłyszał od ojca, miały wpływ różne sprawy – również konieczność spłaty zadłużeń pacjenta. Matka wyrażała na spotkaniach grupy bezpośrednio obawy o to, że nie będzie zażywał leków. Okazało się, że chodzi o inną obawę – że syn nie wróci do życia. To wtedy była nawet mowa o domu pomocy społecznej. Rodzina broniła siebie i Podróżnika przed tym, żeby nie stał się kimś, kim trzeba będzie się ciągle opiekować. Nawet grupa zaczęła myśleć pesymistycznie – że Podróżnik może się nie zmienić. To był chyba moment sięgnięcia dna przez wszystkich. Dobrze zadziałało wtedy na matkę porównanie choroby do uzależnienia. To jest ciekawe, dlaczego właśnie takie stwierdzenie ją uspokoiło.

Pomyśleliśmy, że chodzi o to, iż pewne zachowania nałogowe są uparte i bardzo trudne do zmiany, ale są to tylko zachowania nałogowe – można się odzwyczaić, „przestawić wajchę” i robić coś innego. W „przestawieniu wajchy” nie ma mistycznej głębi, jest odarte z cierpiętnictwa. W natręctwie odczuwa się ulgę, gdy realizuje się jakąś obsesję czy kompulsję. Być może była też nawykowa,



kompulsywna potrzeba matki, żeby tę psychozę syna próbować nadopiekowywać, nadmiarowo zrozumieć i siebie też ustawicznie popychać, ale tylko do zrozumienia, a nie do stawiania pewnych granic. Nie ona była katalizatorem zmian, o których mówiliśmy. Czy to, że ojciec zrezygnował już z batalii o jakieś inne życie swego jakby umarłego syna, czy to nie było wykroczenie poza pewne natręctwo, natręctwo w systemie rodzinnym, polegające na tym, że matka odczuwała ulgę przez nadopiekowywanie się synem z jego różnymi dziwactwami, różnymi objawami. Ojciec – odmiennie, może było tak, że on angażował bardzo dużo swojej energii, żeby przez przypadek czegoś wcześniej nie wymóc na synu. Na pewno niejednokrotnie musiał się powstrzymać. Wydaje się, że na początku granice stawiał wyraźnie ojciec. Potem jednak dołączyła do niego również matka, która mówiła wprost synowi, że nie będą mu pomagać, jeśli nie zacznie się leczyć. Podróżnik zaczął się wtedy kierować w stronę ojca. Gdy matka coś mówiła, nie słuchał jej, zaczął słuchać tego, co mówi ojciec. Zaczął rozmawiać z ojcem. Te granice chyba były mu bardzo potrzebne, nie tylko zrozumienie.

A jednak "instrukcja obsługi" również się przydała w niektórych momentach. Rodzice się uzupełniali wbrew pozorom. Ojciec niby szorstki, ale było mu na pewno bardzo trudno powstrzymać się przed stawianiem wymagań, których syn nie udźwignie i wszystko może się popsuć. On musiał bardziej się kontrolować niż matka, która częściej przychodziła na grupę. Ojciec był kilka razy i musiał sobie sam ze sobą poradzić, a także słuchać żony, która go mobilizowała, żeby coś jednak zrobić dla ich syna. To był zatem duży akt odwagi, że on powiedział – koniec. Od kogo się tego nauczył? Czy się nauczył czegoś od naszej stworzonej struktury i ramy leczenia pacjentów ze schizofrenią? Czy stało się to pomimo tego, że pewne sformatowanie jego myślenia i tego katalogu wariantów, co jest bardzo chore, co jest mniej chore, co nie jest chore – pomogło mu przewyciężyć dramatyczną próbę ustalenia granicy? Co mu mogło pomóc? Gdyby on zrezygnował z syna, to myślimy, że już by nic nie zrobił. Matka uważała, że ojciec się nie stara. My sądzimy, że wewnętrzny proces u ojca przebiegał nieco inaczej. Może właśnie taka stanowczość, która – wiadomo – tworzyła się przez wiele lat, była niezbędnym elementem. Tylko czy się sam nauczył, czy w wyniku spotkań? Na spotkania grupy ojciec przychodził rzadko, chyba źle znosił siedzenie, rozmawianie i analizowanie. Nie lubił analizować, wolał coś zaakceptować, jakie jest, nie widział drobiazgów, szczegółów. Matka natomiast cały czas się chwyciła tych szczegółów zachowań Podróżnika. Ojciec patrzył bardziej całościowo. Wydaje się teraz, że oni z synem przeszli podobną drogę. Ojciec, osoba raczej zamknięta w sobie, która ma zawsze odmienne poglądy i idzie trochę boczną drogą. Taki typ outsidera, samotnika... I w końcu się dogadali. Od momentu, kiedy syn wrócił, ojciec bardzo mocno przeżywał cały ten proces walki o jego leczenie, ale nie ujawniał tego na zewnątrz.

Teraz mówimy o odbudowie. Czy to już jest odzyskanie życia, czy jeszcze coś jest istotnego? Oczywiście w skład tego będzie wchodziło dogadanie się z mężczyzną, ojcem, z synem, czy jakieś oswojenie obcego, tego outsidera, czyli jakieś wahania pomiędzy aktywizmem a zanurzeniem się w jądrze psychotycznym. Gdybyśmy się w pełni zanurzyli w naszym życiu wewnętrznym, wszyscy mielibyśmy psychozę. Tutaj Podróżnik nie stanowi jakiegoś ewenementu. Co było punktem odbicia – sama świadomość pewnej martwoty psychicznej nie wystarczyłaby do uaktywnienia procesu zmian naprawczych, ale poprawa testowania rzeczywistości tej martwoty, zarówno w umyśle pacjenta, jak i w umysłach rodziny, mogła zaowocować takim myśleniem: w zasadzie stracony, w zasadzie nieżywy, ale w tej powłoce, w tym ciele, w którym on mieszka, tli się coś, co można spróbować jakoś rozpalić. To były te żagwie ojcowskie – nie będziemy ci pomagali, jak czegoś z tym nie zrobisz, oddamy cię do domu opieki. Czy to były takie podpałki?

Byliśmy też testowani przez pacjenta pytaniami: „Pan chce mi dać lek, który mnie zmuli? Pan mi chce dać lek, który mnie zabije? Dlaczego daje mi pan lek, który mi jest niepotrzebny?”. Z reguły na takie pytania odpowiadamy pacjentom po prostu „nie”, ale w tym przypadku zamiast odpowiedzi użyliśmy innej formy jego rozumienia interwencji: Dlaczego on myśli i zakłada, że mielibyśmy mu poprzez swoje działanie aktywnie szkodzić? Dlaczego zakłada, że jego rodzice, niezależnie, czy on ich lubi, czy nie lubi, czy ma wobec nich dużo złości, dlaczego oni by mieli mu szkodzić, skoro go finansują? Podróżnik wtedy powiedział coś takiego: „To pana zawód, pan tak robi, ale ja nie chcę z psychiatrami mieć do czynienia”. Nie pamiętamy dokładnej odpowiedzi, ale było to coś w rodzaju: „Wie pan, ja jestem lekarzem, ale teraz rozmawiam z panem jak z człowiekiem. Nie rozmawiamy o pana schizofrenii, tylko rozmawiamy o panu – o panu w ogóle”.

W naszym dialogu z pacjentem ten element istniał, ale nie wiemy, jak było z ojcem. Być może mówienie ciągle o lekach, przypominanie o różnych sprawach czy rozmawianie w sposób partnerski powodowało u Podróżnika poczucie winy. Zarówno my, jak i matka – tutaj się zbiegły dwa czynniki – mówiła często o lekach, ale też zauważyła zmiany, gdy zmieniła taktykę postępowania. W tym samym roku ojciec powiedział, że mają go dość. Pacjent przestał chodzić na warsztaty terapeutyczne, a potem zażywać leki, ale gdy zaczął dziwaczyć, matka ostrzegła syna, że jeszcze trochę i pojedziemy do szpitala. Nie chodziła za nim, nie sprawdzała, wkrótce sam poszedł na zastrzyk i do lekarza. Matka zrobiła – naszym zdaniem – coś podobnego, jak my, gdy zaczęliśmy inaczej z nim rozmawiać. To samo zrobił ojciec, mówiąc ostro, stawiając mu granice. Wszyscy uwolniliśmy go od poczucia winy, a obudziliśmy w nim wątpliwości co do tego, czy postępuje właściwie.

Powoli dochodzimy też do zawartej z pacjentem umowy – rzeczy chyba jeszcze ważniejszej dla samego pacjenta. To jest mentalne przebudzenie, psychologiczna refleksja, która stanowi część tego przebudzenia: sprawstwo pewnych wydarzeń niestety jest po mojej stronie, to znaczy nie mogę zerować na czyimś poczuciu winy, powodować, że on będzie dalej się mną opiekować... nie mogę ssać tego cycka ciągle i się złościć, że mam mało, po prostu coś ode mnie też zależy i muszę sobie sam coś zrobić, zakupić mleczną na przykład, pójść do sklepu, zarobić na to. Chodzi też o warstwę językową. Niektórzy pacjenci mają dużą skłonność do przerywania leczenia, do odstawiania leków. Przywykliśmy mówić do nich: „Pan/pani musi zażywać, pan powinien zażywać”. To jest taka maniera, którą część pacjentów traktuje odwrotnie, jako kolejny przymus. W przypadku Podróżnika, czyli chronicznie niewspółpracującego pacjenta (ale nie wymagającego bezwzględного działania w sensie artykułu 23 Ustawy o Ochronie Zdrowia Psychicznego), z utrwalonymi objawami psychotycznymi, zastraszającymi się co jakiś czas, dyskutujemy z pacjentem skutki zaprzestania leczenia. Patrzymy na jego pesel, mówimy: „Przecież pan ma tyle lat...”. Pomocna jest też zdolność do naprędce tworzonych anegdot. Można powiedzieć: „Wie pan, jest wielu ludzi, którzy odstawiają leki, różnie ich życie wygląda, wiodą życie bezdomnych, zwiedzają przy okazji całą Polskę, niektórzy nawet Europę; inni mają takie pomysły, że nie muszą nic robić, dom pomocy społecznej daje im wikt i opierunek, nic złego im się nie dzieje, tylko trochę trudniej jest wychodzić”. Czasem działa wielokrotne powtarzanie rzetelnej wiedzy o leczeniu, czasem interwencje paradoksalne. Co zadziało u Podróżnika, nie wiemy, ale wcześniejsze dziesięciokrotne czy trzydziestokrotne zapewnianie go, że musi zażywać leki, że musi przyjmować zastrzyk co czternaście dni, bo będzie nieszczęście, bo będzie szpital, nie działo.

Tutaj się zaczyna rozdział naszego bohatera pod tytułem testowanie granic. Po tym, gdy został przez matkę potraktowany z ironicznym dystansem, jego zachowanie jeszcze wielokrotnie było dziwne,

niestosowne, przewrotne czy po prostu chore, ale jednocześnie zaczął szukać pracy, chodził na zastrzyki, zaczął wyrażać uczucia, czego wcześniej nie było. I nie były to tylko uczucia pozytywne. Gdy próbował uderzyć matkę, ojciec znów zareagował stanowczo i ostro. Rodzina bardzo się odnalazła jako współpracująca. Oni pokazali mu granice tego, co mu wolno. Pacjent zaczął się również spotykać z bratem i jego rodziną. Grupa zauważała duże zmiany w życiu Podróżnika i jego rodziny. Bardzo ważne są takie komentarze grupy. Jeżeli w grupie są osoby, które potrafią słuchać, obserwować i wysnuwać z tych informacji odpowiednie wnioski, to bardzo dużo znaczy.

Wkrótce jednak znów u pacjenta wystąpił regres. Czy to była walka z rodziną? Kto ile wytrzyma, jak u nastolatka? Kojarzy się to z uczeniem się od nowa zachowań – co można, czego nie można robić. Rodzice próbowali skupić się bardziej na sobie, na własnej pracy, zainteresowaniach, matka stała się też bardziej aktywna we wspieraniu innych osób w grupie. O synu mówiła z dystansem i humorem, a on walczył – robił różne rzeczy, które mogą zniechęcić do niego jeszcze bardziej. Od momentu, gdy usłyszał, że mają dość, minęły ponad dwa lata. Walka toczy się dalej, gdy pacjent trafia do szpitala i nie chce jeździć do domu, bo rodzina kontroluje jego leczenie. Jest wtedy nadal bardzo chory, żyje we własnym świecie narcystycznego samouwielbienia, które nie ma już żadnego umocowania, bo jego takiego, jakim był, już nie ma .

Zaczęliśmy stawiać mu kolejne granice w postaci spisywania umów. Rygorystycznie ich przestrzegaliśmy, co wspierał ojciec, natomiast matka się łamała we współczuciu. Rodzina potrzebowała tego, żeby ktoś z zewnątrz te granice tworzył, bo ich starania syn zbytkotował, jakby nic z nich już nie wynikało. W domu częściej pomagał, ale jego zachowanie było niezrozumiałe i dziwne dla rodziny. Nastąpiła eskalacja systemów kontrolujących, nadzorujących. To szczególnie ważny moment. Pacjent jest „opracowany” psychoterapeutycznie, środowiskowo, ale są momenty, kiedy musi zostać zamknięty w oddziale psychiatrycznym. Nie bardzo lubimy to słowo, ale w tym przypadku taka była rzeczywistość. Tak samo jak umowa na życie zawiera pewne rzeczy, które należy zrobić i których po prostu zrobić nie wolno. Gdy się je robi, to się życie straci. Owszem, przy tym złamie się też umowę. To jest dodatkowa sprawa w tym wszystkim – pewne zamknięcie, które polega na określeniu granicy. Matka Podróżnika nie musi się już tak angażować, wycofuje się z opowieści o synu, jest coraz bardziej radosna. To jest ciekawe, co się dzieje, bo w domu pacjent stawia silny opór, albo jego choroba, opór choroby jest spory.

Nagle następuje zmiana – Podróżnik zaczął zachowywać się jak zdrowa, czująca osoba, nie zamyka się w domu, wychodzi do ludzi. Coś się stało, jakieś części mózgu, jakieś substancje (według jego wegetariańskiego światopoglądu) zadziałały, pomimo mikro- czy nawet poważnych traum psychologicznych. Nie mogę iść do domu, bo się po prostu podpisałem na umowie. Zostałem potraktowany poważnie – może pan nie brać leków, ale pana zachowanie będzie miało określone konsekwencje – i tu szczegółowa informacja. To odzyskanie życia miało taki namacalny charakter.

Są osoby w otoczeniu Podróżnika, z którymi lubi rozmawiać. W domu jednak dominują jego dziwactwa. Nie obchodzi go, czy to komuś przeszkadza, skutkuje tylko groźba przekazania informacji o tym lekarzowi w poradni. W połowie kolejnego roku wypisuje się z oddziału rehabilitacyjnego, izoluje się, zamyka w swoim pokoju. Dynamika zachowań zdrowszych i zachowań chorych nasila się, następuje pewna huśtawka. Matka jednak na spotkaniach grupy niespodziewanie zaczęła chwalić syna – że jest z nim lepszy kontakt. Starła się odnajdywać w nim to, o czym mówiono aktualnie w grupie, na przykład zachowania zdrowe, empatyczne, współpracujące. Pokazuje też różne

podobieństwa jego zachowań do zachowań pozostałych osób w rodzinie. Przypomina sobie pozytywne zachowania z przeszłości syna, które są może potrzebne do tego, żeby jakoś wytrzymać to, co się dzieje obecnie. Huśtawka nastrojów powoduje jednak, że rodzina, a przede wszystkim matka, postanawia podjąć staranie o leczenie przymusowe. Matka uznaje, że to jest ostatni moment, żeby pomóc synowi, bo w ciągu ostatnich pięciu lat bardzo krótko był w domu, częściej w szpitalu.

W szpitalu dochodzi do zawarcia kolejnej umowy, w której tym razem uczestniczą rodzice. Pacjent trafia znów na oddział rehabilitacyjny, tylko dzienny. Huśtawka nadal obecna jest w życiu rodziny, a upłynęły już kolejne dwa lata. Można powiedzieć, że pacjent przymierza różną garderobę psychiczną. Kolejnym etapem oporu choroby są osłabienie i somatyzacje. Tutaj znów pomogła grupa, gdy matka powiedziała, że w grupie takie problemy były omawiane i uznano je za coś, co zdarza się w przebiegu choroby i nie oznacza apokalipsy. To na jakiś czas pomaga. Superwizor grupy zwraca uwagę, że trzeba wesprzeć rodzinę, bo na zachowanie pacjenta na razie większego wpływu nie ma. Powiedział właściwie to, co ojciec Podróżnika mówił do rodziny: nie dawajcie się wkręcać, róbcie swoje.

Pojawiają się czynniki zewnętrzne, które stanowią wsparcie dla rozchwianej psychiki Podróżnika – własne regularne pieniądze i wreszcie praca. Dobry kontakt z ojcem, ale też poprawia się jego kontakt z matką, tak że ma ona poczucie, iż odzyskuje syna. Matka nagle się cieszy, że ma syna dla siebie. Chodzi bardziej o nadrobienie zaszłości czy braków w rozwoju tego pacjenta, być może też jakichś rodzinnych skryptów, które nie mogły się dopełnić. Pacjent zaczyna po prostu coraz bardziej dostrzegać różnych ludzi. Nie zraża się też utratą pracy, intensywnie szuka dalej, nawet na uczelni, która go wykształciła. Nowym rozdziałem jest praca, którą wykonuje do dzisiaj. Matka wspiera to, że syn chce mieszkać osobno.

## Podsumowanie

Kolejne etapy terapii: zaczynaliśmy od stanu przypominające krepelinowskie "otępienia wczesne", czyli od takiego przebiegu psychotycznego, który rzeczywiście ogałaca, ogałaca do gołej ziemi, rujnuje tożsamość. I z tego dzięki pewnym technicznym sposobom, które nie są nowe i my w tej terapii je zastosowaliśmy, korzystając też z uczenia się od rodziny pacjenta i z pewnego zasobu już dostępnej wiedzy, mającej charakter kliniczny ugruntowany, doszliśmy do przebudzenia i normalizacji społecznego funkcjonowania.

Pacjent zmagając się z objawami somatycznymi, można powiedzieć w języku psychiatrycznym, że była to somatyzowana depresja popsychotyczna, ale patrząc szerzej, wydaje nam, że to był rodzaj bólu i opłakiwania okresu owładniętego przez psychozę. Podróżnik użył stwierdzenia, nad którym się bardzo długo zastanawialiśmy, ponieważ mówił o silnych bólach, o dużych dolegliwościach w kośćcu i użył wręcz kilka razy określenia, że go boli szpik kości. W szpiku kostnym są komórki, z jakich się tworzy krew czy nowe elementy krwi, które są w stanie przepoczwarzać się w większość komórek ustroju. Jest to piękna metafora tego, że materia życia zaczęła wzrastać, zaczęła zapełniać puste przestrzenie w psychicznej trumnie i ten życiodajny szpik zaczął się nie mieścić, zaczął domagać się uwolnienia do normalnego życia.

## Bibliografia

Bion Wilfred R., 2012: *Elementy psychoanalizy*, Oficyna Ingenium, Warszawa.

Bollas Christopher, 2013: *Catch Them Before They Fall: The Psychoanalysis of Breakdown*, Routledge New York.

Cartwright Duncan, 2005: *β-Mentality in 'The matrix' trilogy*, "The International Journal of Psychoanalysis" 86: 179–190.

De Masi Franco, 2016: *Podatność na psychozę. Psychoanalityczne rozważania o naturze i terapii stanu psychiatrycznego*, Oficyna Ingenium, Warszawa.

Green André, 1983: *Narcissisme de vie. Narcissisme de mort*, Les Éditions de Minuit, Paris.

Hund Olga, 2018: *Psy ras drobnych*, Wydawnictwo Ha!Art, Kraków.

Kępiński Antoni, 2013: *Poznanie chorego*, Wydawnictwo Literackie, Kraków.

Kordas W., Janiszewska-Hanusiak M., Warchoń K., Walczewski K., 2008: *Normality restoring in the family. Case study*, European Network for Mental Health Service Evaluation 23-25.05.2008, Kraków.

Kraepelin Emil, 1893: s.435-437, *Psychiatrie. Ein kurzes Lehrbuch für Studierende und Ärzte*. 4te Auflage, Leipzig.

Nowak Katarzyna T., 2017: *Rok na odwyku*, Wydawnictwo Literackie, Kraków.

Steiner John, 2010: *Psychiczny azyl. Patologiczna organizacja osobowości u pacjentów psychiatrycznych, nerwicowych i borderline*, Wydawnictwo IMAGO, Gdańsk.

Ruszczynski Stanley (red.), 2012: *Psychoterapia par. Teoria i praktyka w Instytucie Badań nad Matężstwem Kliniki Tavistock*, Oficyna Ingenium, Warszawa.

Symington Neville, 2013: *Narcyzm. Nowa teoria*, Wydawnictwo IMAGO, Gdańsk.