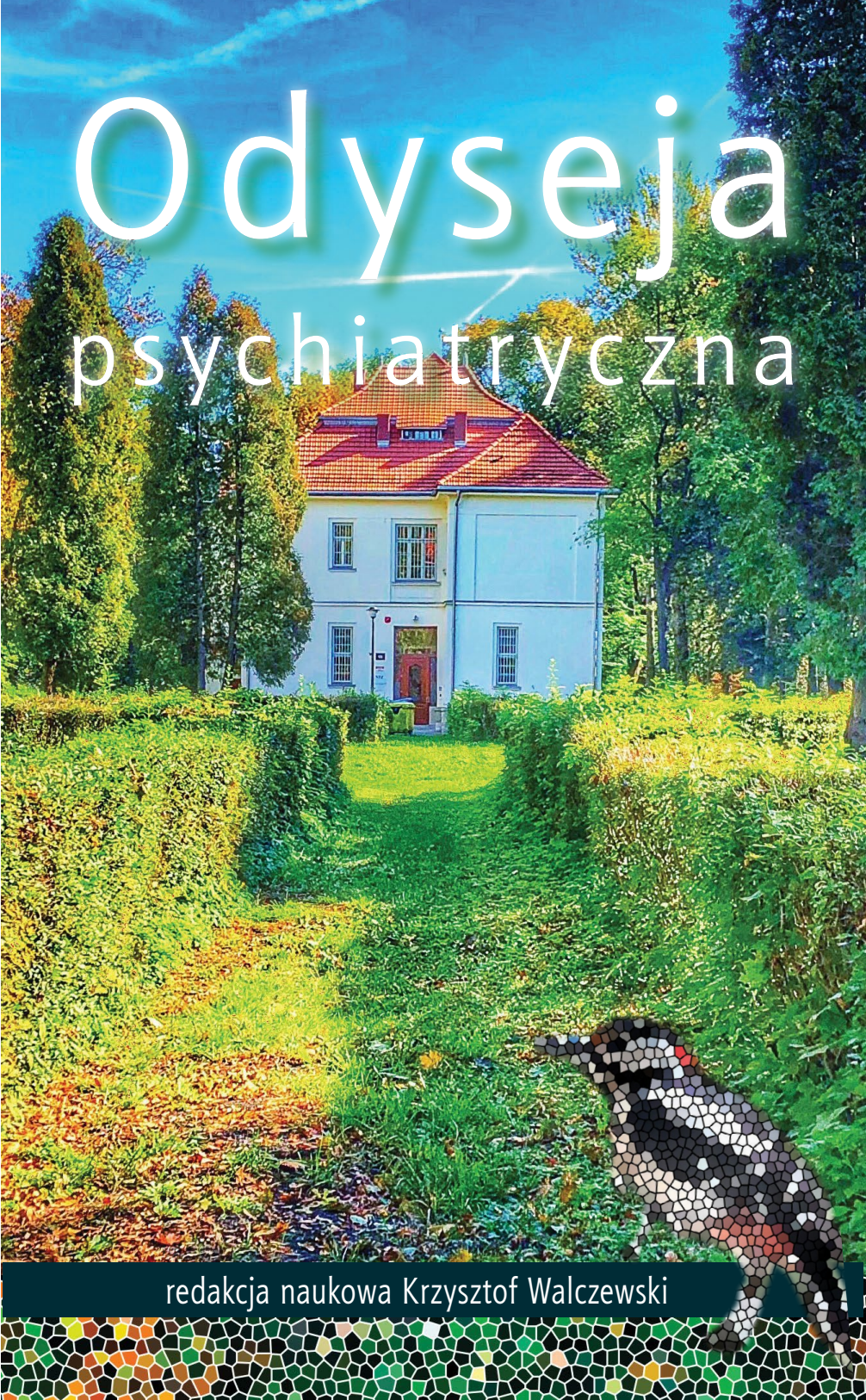


Odyseja

psychiatryczna



redakcja naukowa Krzysztof Walczewski

Odyseja psychiatryczna

Schizofrenia – analiza procesów leczących

redakcja naukowa Krzysztof Walczewski

Kraków 2023

Rada Wydawnicza Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego:
Klemens Budzowski, Maria Kapiszewska, Zbigniew Maciąg, Jacek M. Majchrowski

Publikację sfinansowano ze środków Funduszu Badań Naukowych KAAFM,
na podstawie decyzji Senackiej Komisji ds. Badań Naukowych i Rozwoju;
dec. nr 125-2021/2022

Recenzje:

prof. dr hab. n. med. Krzysztof Rutkowski

dr hab. n. med. Marcin Jabłoński, prof. UJK

Redaktor prowadzący: Halina Baszak Jaroń

Redakcja i korekta: Kamil Jurewicz

Projekt okładki i skład: Oleg Aleksejczuk

Na okładce wykorzystano zdjęcia Elżbiety Krawiec i Małgorzaty Zajączkowskiej

ISBN 978-83-66007-51-2

ISBN 978-83-67491-21-1 (oprawa twarda)

e-ISBN 978-83-66007-87-1

DOI: 10.48269/978-83-66007-87-1-C

Copyright© by Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego
Kraków 2023

Żadna część tej publikacji nie może być powielana ani magazynowana
w sposób umożliwiający ponowne wykorzystanie,
ani też rozpowszechniana w jakiegokolwiek formie
za pomocą środków elektronicznych, mechanicznych, kopiujących,
nagrywających i innych, bez uprzedniej pisemnej zgody właściciela praw autorskich

Na zlecenie:



Krakowskiej Akademii
im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego
www.ka.edu.pl

Wydawca: Oficyna Wydawnicza KAAFM, Kraków 2023

Spis treści

Krzysztof Walczewski	
Wprowadzenie	9
Krzysztof Walczewski, Paweł Smyk, Marta Janiszewska-Hanusiak	
Odyseja psychiatryczna. Schizofrenia – analiza procesów leczących	17
Bartosz M. Puk	
Prze-myślenia z podróży	67
Łukasz Cichocki	
<i>Odyseja psychiatryczna</i> – refleksje terapeutyczne	97
Teresa Grabińska	
Naprzeciw obojętności świata: panaceum mitu czy terapia?	111
Maciej Bóbr	
O wielości metaforycznych znaczeń jaskini Polifema. Słów kilka na marginesie <i>Odysei psychiatrycznej</i>	137
Krzysztof Rutkowski	
<i>Odyseja psychiatryczna</i> . Posłowie	149

Bibliografia	163
Summary	169
Streszczenie	171
Indeks nazwisk	173
Indeks postaci mitologicznych	179



Krzysztof Walczewski

dr n. med., Szpital Kliniczny im. dr. Józefa Babińskiego w Krakowie;
Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego,
Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Instytut Nauk Medycznych,
Klinika Psychiatrii
<https://orcid.org/0000-0002-7676-2402>

Wprowadzenie

Oddajemy w Państwa ręce relację, jakby telegraficzny skrót, z naszej siedmioletniej pracy terapeutycznej z głęboko zaburzonym pacjentem oddziału zamkniętego. Praca, zakończona wiele lat temu, po wspólnym przemyśleniu i spisaniu wielogodzinnych opowieści, superwizji i kontrowersyjnych czasem dyskusji prowadzonych w obrębie jednego zespołu leczącego, dała nam ramę rozumienia i praktyki w leczeniu wielu innych osób w głębokich kryzysach psychicznych. Miała dla nas – trójki autorów i całego zespołu leczącego oraz szerszego zespołu stażystów i wolontariuszy skupionych wokół starej „szóstki A”¹ – fundamentalne znaczenie szkoleniowe.

Równoległe w Polsce zaczęła się reforma struktur psychiatrycznych, która doprowadziła do programów pilotażowych i – po okresie kontrowersyjnych dyskusji – ustalenia zapisów obecnie obowiązującego

¹ Mowa o Oddziale Szpitala Klinicznego im. dr. Józefa Babińskiego SP ZOZ w Krakowie.

Narodowego Programu Zdrowia Psychicznego. Niech ta monografia będzie winietą kliniczną tego rozwoju, który do sformułowania Programu stopniowo doprowadził. Cieszylibyśmy się niezmiernie, gdyby nadal była inspiracją dla tych profesjonalistów oraz uczestników procesu leczenia i zdrowienia oraz ich rodzin, którzy dopiero stykają się z rozwiązaniami nowocześniejszej polskiej psychiatrii.

Ostateczny tekst *Odysei...* powstawał stopniowo na podstawie nagranych dyskusji klinicznych. Po spisaniu zachował cechy żywej rozmowy, z zachowaniem wieloznaczności pojęć i zmiany perspektywy poznawczej w trakcie i na skutek dyskusji. Skutkuje to płynnością metaforyki. Zdecydowaliśmy się zachować te walory – i utrudnienia zarazem – w ostatecznym tekście bazowym. Nie mógł on i nie powinien być „lepiej zredagowany”, bo im doskonalszy byłby pod względem gładkości odbioru, tym bardziej byłby odległy od treści, które przekazuje. W trudniejszych momentach dodaliśmy wyjaśnienia niektórych wieloznaczności i zmiennych znaczeń stosowanych terminów.

Rękopis *Odysei psychiatrycznej* krążył wśród profesjonalistów oraz innych osób zainteresowanych leczeniem terapeutycznym głębokich zaburzeń psychicznych i budził ożywione reakcje. Niektóre z tych dyskusji i wynikające z nich refleksje zostały przez nas spisane; przedstawiamy je w tej monografii po tekście bazowym.

Bartosz M. Puk, psychiatra i certyfikowany psychoanalityk, prezentuje swój odbiór tekstu w sposób

niezwykle precyzyjny i dostrojony do materiału klinicznego. Wnosi wkład w rozumienie procesu leczącego poprzez opis narzędzi terapeutycznych. Doktor Puk stwarza niezwykłą, unikatową wręcz okazję do odwiedzenia warsztatu psychoanalitycznego i to w zastosowaniu do osoby z głębokimi zaburzeniami psychotycznymi. Dokonując tej sztuki, używa języka fachowego i osobistego zarazem. Jak mu się to udało?

Łukasz Cichocki, dyrektor medyczny Szpitala Klinicznego im. dr. J. Babińskiego w Krakowie, w czasie opisywanej terapii konsultant wojewódzki dla Małopolski, łączy w swojej wypowiedzi dwa aspekty pozornie odległe: etyczny i praktyczny. Etyczny – z racji roli opiniodawczej, istotnej w polityce tworzenia zmiany organizacji lecznictwa psychiatrycznego. Praktyczny – z powodu zainteresowania przebiegiem zdrowienia opisanego przez nasz zespół leczący. Doktor Cichocki zwraca uwagę na ciekawą przypadłość psychiatrii – a raczej medycyny w ogóle – polegającą na skupianiu się na procesach chorobowych, zwłaszcza w dydaktyce. Mniej opisów dotyczy procesów zdrowienia, a te właśnie komentarz doktora Cichockiego wychwytuje i unaocznia czytelnikowi. Nawet jeśli tym czytelnikiem są sami autorzy *Odysei psychiatrycznej*.

Przemyślenia Teresy Grabińskiej umieszczają procesy zdrowienia w ramach filozoficznych. Analogie: zdrowienie – siła zbawcza, więź – przyjaźń doskonała; terapia – „tworzenie nieobojętnego świata” są tylko pozornie proste. Autorka wysyca je emocjonalnie do tego stopnia, że zaczynają współgrać i poszerzać świat psychologa i psychiatry o nowe jakości, nowe filozoficzne światy: Kierkegarda, Kołakowskiego czy samego Akwinaty. Przy głębszym wczycaniu widać zbieżności

w znajdowaniu punktów kluczowych opisu wędrówki Podróżnika. Zwłaszcza zbieżność między podejściem biernym i aktywnym a poszukiwaniem męskich identyfikacji, podkreślanych wcześniej w psychoanalitycznych refleksjach doktora Puka, jest wręcz ekscytująca.

Maciej Bóbr, historyk sztuki i wybitny znawca sztuki naiwnej, wchodzi w dyskusję z metaforą *Odysei*, co wywołuje polifonię metafor. Zdrowienie jako wychodzenie z labiryntu jest według niego bardziej odpowiednie dla opisu losów Podróżnika. Polifema – z jego cyklopicznym brakiem widzenia stereoskopowego – uważa za część mitologicznej awantury. Być może ma rację. Wtedy psychoterapia głębokich zaburzeń psychicznych byłaby bardziej Ariadną zajęłą sercowymi podbojami niż wierną Penelopą tkającą kilim w obronie swojej cnoty przed natarczywymi zalotnikami. Wkład fantazji, gry metafor i odpowiedniego użycia bądź nieużycia słowa jest walny, nie do przecenienia w psychoterapii psychoz. Refleksje Macieja Bobra przywracają te jakże potrzebne zasoby profesjonalistom.

Krzysztof Rutkowski, recenzując tekst *Odysei...*, do tego stopnia wczuł się w pionowe i poziome rozszczępienia opisywanego materiału oraz komentarzy, że na podstawie tej recenzji powstało posłowie. Jestem wdzięczny profesorowi Rutkowskiemu za opisanie historii rozwoju myśli psychoterapeutycznej stanów głębokich zaburzeń mentalnych. Jest to potrzebne nam, profesjonalistom, samym chorym oraz ich najbliższym, a także politykom i urzędnikom starannie planującym współczesne Centra Zdrowia Psychicznego – zworniki

sprawnego, skutecznego systemu leczenia psychiatrycznego. Byłbym szczęśliwy i zawodowo usatysfakcjonowany, gdyby sam tekst podstawowy, jak i spisane do niego komentarze wybitnych Autorów stały się pomocne dla „Podróżników” poszukujących własnej ziemi do jej psychologicznego zagospodarowania, czasem na „specyficznej długości fali”².

Recenzenci tej monografii – prof. dr hab. n. med. Krzysztof Rutkowski oraz dr hab. n. med. Marcin Jabłoński, prof. UJK – uznali, że będzie ona przydatna dla rezydentów psychiatrii, zainteresowanych studentów psychologii i psychoterapii oraz rodzin osób dotkniętych cierpieniem psychicznym. Być może lektura *Odysei psychiatrycznej* okaże się pomocna także dla osób spoza wymienionych kręgów.

² Zob. R. Lucas, *The Psychotic Wavelength. A Psychoanalytic Perspective for Psychiatry*, Routledge, London 2013.



Krzysztof Wojciech Walczewski – doktor nauk medycznych, psychiatra, psychoterapeuta i supervisor psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Od 2004 r. kieruje oddziałem psychiatrycznym Kraków-Krowodrza Szpitala Klinicznego im. dr. Józefa Babińskiego, od 2022 r. – Kliniką Psychiatrii Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego. Zainteresowania badawcze: rokowanie i możliwości leczenia osób z poważnymi kryzysami psychicznymi; profilaktyka depresji i możliwości zapobiegania kryzysom psychicznym u osób zdrowych. W pracy z Podróżnikiem czuwał nad całością procesu leczenia.

Paweł Smyk – lekarz psychiatra, psychoterapeuta w trakcie aplikacji superwizorskiej w Polskim Towarzystwie Psychiatrycznym. Rozpoczął pracę w oddziale zamkniętym leczenia psychoz, obecnie prowadzi oddział dzienny, dbając o ciągłość leczenia pacjentów i uwzględnienie wagi jądra psychotycznego i przeżyć z okresu wczesnej psychozy dla zdrowienia w późniejszych etapach rekonwalescencji. Zainteresowania badawcze: wpływ/znaczenie/miejsce wczesnej psychozy w procesie rekonwalescencji. W pracy z Podróżnikiem zajmował się prowadzeniem terapii w oddziale zamkniętym i leczeniem ambulatoryjnym.

Marta Janiszewska-Hanusiak – magister psychologii i filologii polskiej, psycholog i terapeuta rodzinny. Pracowała przez lata w oddziale zamkniętym leczenia psychoz w Szpitalu Klinicznym im. dr. Józefa Babińskiego w Krakowie. W pracy z Podróżnikiem zajmowała się głównie wsparciem i terapią jego rodziny.

Krzysztof Walczewski

dr n. med., Szpital Kliniczny im. dr. Józefa Babińskiego w Krakowie;
Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego,
Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Instytut Nauk Medycznych, Klinika Psychiatrii
<https://orcid.org/0000-0002-7676-2402>

Paweł Smyk

lek. med., Szpital Kliniczny im. dr. Józefa Babińskiego w Krakowie

Marta Janiszewska-Hanusiak

mgr, Szpital Kliniczny im. dr. Józefa Babińskiego w Krakowie

Odyseja psychiatryczna.

Schizofrenia – analiza procesów leczących

Wstęp

Podróżnik został przyjęty do zamkniętego oddziału psychiatrycznego bez swojej zgody na podstawie artykułu 23 Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego¹. Choroba miała ciężki przebieg i nawrotowy charakter. Drugie przyjęcie nastąpiło również bez zgody samego zainteresowanego i było związane z zagrożeniem samobójstwem, spowodowanym przez głosy nakazujące je popełnić, a z drugiej strony przekonaniem pacjenta o wewnętrznej przemianie w osobę, postać

¹ Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, Dz.U. z 1994, nr 111, poz. 535 [dalej: Ustawa].

czy siłę duchowej natury o złej woli i potencjalnie bardzo niszczącym wpływie na innych – a być może na całą ludzkość i świat, jaki znamy. Kolejnych pięć hospitalizacji chorego na ciężką postać schizofrenii paranoidalnej pacjenta odbywało się dobrowolnie lub były one w pewien sposób moderowane przez rodzinę oraz nabyte już doświadczenie poprawy stanu psychicznego w czasie leczenia. Wszystkich pobytów szpitalnych Podróżnika w oddziałach zamkniętych oraz dziennych było w sumie siedem.

Poniższa historia² leczenia schizofrenii pacjenta, którego nazwaliśmy Podróżnikiem, zawiera również doświadczenia zespołu leczącego. W istotnych punktach tej terapii użyto metafor z podróży Odyseusza do ojczyzny Itaki. Zaczerpnięto je z superwizji, wplecionej w całość procesu terapeutycznego. Jesteśmy wdzięczni superwizorom, którzy nas wspierali. Jesteśmy też wdzięczni samemu Podróżnikowi, który choć wyraził zgodę na opis swoich psychotycznych „podróży”, zaproszony do współautorstwa tej historii

² Tekst przeznaczony jest dla psychologów, psychiatrów i pielęgniarek zainteresowanych psychoterapią osób chorujących na głębsze zaburzenia psychiczne. Czytelników nieprofesjonalistów (szczególnie rodziny osób chorujących), osoby po kryzysach psychicznych lub rozważające możliwość rozpoczęcia leczenia szpitalnego przestrzegamy, że wchodzą do terapeutycznej kuchni. Zobaczą Państwo nie ładne, przygotowane do serwisu dania, ale surowy materiał, półprodukty wydzielające pełną gamę kuchennych aromatów. Niektóre fragmenty mogą być też dla nieprofesjonalisty trudne do zrozumienia. Jeżeli zajdzie taka potrzeba – służymy wyjaśnieniami pod naszymi adresami mejlowymi, dostępnymi na stronie Szpitala Klinicznego im. dr. J. Babińskiego w Krakowie.

odmówił z sobie tylko wiadomych względów. Oczywiście zadbaliśmy o taką zmianę danych, żeby rozpoznanie pacjenta było niemożliwe. Dziękujemy też rodzinie Podróżnika, bez której wsparcia całe leczenie nie odbyłoby się wcale, a losy Podróżnika byłyby z pewnością mniej szczęśliwe.

Praca z pacjentem trwała siedem lat. W tym cztery lata podczas kolejnych pobytów w oddziale stacjonarnym, gdzie prowadziliśmy leczenie wspólnie całą trójką autorów. Kolejne trzy lata terapii opisane w niniejszym tekście prowadził Paweł Smyk ambulatoryjnie. Pracę z rodziną prowadziła Marta Janiszewska-Hanusiak. Ona też podjęła się transkrypcji naszych rozmów nagrywanych dla pamięci w czasie wieczornych omówień. Jesteśmy jej wdzięczni za ten mozolny wysiłek. Spotykaliśmy się i pracowaliśmy poza oddziałem, rozmawiając, odsłuchując oraz komentując nagrania. Po roku zaczęliśmy spisywać naszą pracę na papierze. Było to dla nas odświeżające i zarazem pouczające doświadczenie.

Pomimo tych redakcyjnych wysiłków wyspy fantastycznego, a nawet paralogicznego świata zachowały się w tekście, powodując chropowatości i trudności w zrozumieniu opisów, czasem wewnątrznie sprzecznych – tak rekonstruowaliśmy je ze skąpych w tym czasie komunikatów naszego Podróżnika. Pacjent, popadając w urojenową jednostronność lub zacieźnienie, czasem nie chciał opuścić swojej bezdusznej jaskini. Pisząca poniższy tekst trójka specjalistów była jakby Penelopą, tkającą Podróżnikowi drogę do Itaki, na jego własną ojczystą wyspę.

Kontakt z pacjentem – pierwsze narzędzie leczenia

Nawiązanie profesjonalnego, pełnego kontaktu leczącego jest zasadniczym punktem wyjściowym tej historii, który tłumaczy powodzenie terapii, której jesteśmy zarazem obserwatorami i współtwórcami. Jednym z kryteriów, które odegrały rolę w zdrowieniu Podróżnika, był brak opresyjności kontaktu. To też spowodowało na dłuższy czas zawieszenie decyzji (na „tak” czy „nie”) o współautorstwie spisanej poniżej historii. Opresyjny kontakt mógłby być przez pacjenta o skomplikowanej biografii jednoznacznie identyfikowany jako próba zawłaszczenia jego osoby czy jego prywatności. Nie chcieliśmy też niepotrzebnie wystawiać na próbę kruchego przymierza terapeutycznego. Nie wykluczamy, że po jakimś czasie, dla nas już nieakceptowalnym ze względów czysto formalnych, Podróżnik stwierdzi, że chciałby jednak być współautorem naszych pogłębionych refleksji nad jego drogą ku zdrowiu.

Wciąż zastanawialiśmy się, czy zaproszenie pacjenta do spisywania fascynujących historii jego zdrowia może narazić na szwank naszą relację z osobą, której pomagamy zdrowieć. Zadajemy też sobie pytanie, na ile istotna jest potrzeba utrzymania intymności w byciu w relacji, w swoistym przymierzu, sojuszu terapeutycznym, gdzie może nikt inny nie powinien (nawet kierując się względami edukacyjnymi) zaglądać. Sądzymy, że zależy to od gotowości uznania przez pacjentów ich „praw autorskich”. Bo jeżeli będą odczuwali tę gotowość, mogą mieć swobodę uczestnictwa w takim przedsięwzięciu. Może się to odbywać na zasadzie udziału eksperta – osoby wykształconej

kierunkowo, z doświadczeniem kryzysu psychicznego, na przykład psychozy – zaangażowanej do dzielenia się swoim doświadczeniem już z pozycji człowieka zdrowego, żeby innych chorych 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”, odmrożeniem zatrzymanego procesu rozwojowego. W przypadku tego pacjenta, który zgodził się upublicznić swoje doświadczenie i być pewnym wzorcem zdrowienia, można założyć, że jest to już etap pewnej dojrzałości. Nie da się ukryć, że towarzyszy nam wątpliwość, czy w przypadku naszego Podróżnika nie jest tak, że ten etap jego rozwoju indukowanego 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 tym etapie dojrzałości toczy. Skoro jednak zdecydowaliśmy się na publikację, na ujawnienie tych wątpliwości, zawieśmy już tę część rozważań dotyczącą autorstwa i współautorstwa opisywanej historii.

W jaskini Polifema

Jaskinie psychotyczne istnieją w przestrzeni mentalnej³, a wyjście z nich jest pilnowane przez obiekty totalne, o wyraźnych i jednostronnych właściwościach potwornych. Stary mit o zmaganiach Odyseusza z Polifemem odżywa w trakcie superwizyjnej pracy, podsumowującej towarzyszenie pacjentowi w ciągu siedmioletnich 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 dyskusji⁴. W ten sposób oslepiliśmy Polifema, tę prowokowaną przez głębokie zaburzenia psychiczne skłonność do zaciętrzewienia 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. Relacje osób, które przeżyły kryzys psychiczny, pozwalają zrozumieć go z perspektywy czasu, po znalezieniu odpowiednich słów. Po wybuchu psychozy tych słów właśnie brakuje – na opis doświadczenia zdrowienia, identyfikacji z pomocnymi siłami szpitala

³ J. Steiner, *Psychiczny azyl. Patologiczna organizacja osobowości u pacjentów psychotycznych, nerwicowych i borderline*, tłum. M. Żylicz, L. Kalita, M. Lipińska, Wydawnictwo Imago, Gdańsk 2010, *passim*.

⁴ W.R. Bion, *Elementy psychoanalizy*, tłum. D. Golec, Oficyna Ingenium, Warszawa 2012, s. 64–69.

psychiatrycznego⁵ albo wstrętu, kiedy „ceglasta matka” (*brick mother*), jak określa się czasem oddział psychiatryczny w literaturze anglosaskiej, została zapamiętana źle⁶.

Dla naszego Podróżnika jaskinią Polifema stały się australijskie klify, gdzie wiele razy był już zdecydowany zakończyć swoją mękę i zaprzestać trudu życia. Jakimś cudem samolotami dotarł jednak z powrotem do Polski. Gdy spotkaliśmy się po raz pierwszy, był po próbie samobójczej. Jak bardzo chciał realizować swoje silne pragnienie nicości. Rzeczywiste pragnienie nicości – w takim stopniu, jaki rzadko widzimy. Działania samobójcze Podróżnika były 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, że nasze wszystkie starania mają na celu perfidne wyniszczenie go, że to jest jakiś eksperyment eutanazyjny albo aktywna próba otrucia go przy zastosowaniu współczesnej farmakoterapii, i dlatego albo walczył, albo chciał sobie odebrać życie – wszystko jedno gdzie – w domu, w szpitalu, gdziekolwiek. Zdaje się, że to była jedna z jego ścieżek do zatarcia swego bytu w świecie. 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 zgodnie z artykułem 35 ust. 3 Ustawy zostałby zawiadomiony sąd opiekuńczy), był powolną realizacją wyroku śmierci.

⁵ Zob. np. K.T. Nowak, *Rok na odwyku. Kronika powrotu*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2017.

⁶ Zob. np. O. Hund, *Psy ras drobnych*, Wydawnictwo Ha!Art, Kraków 2018.

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 i potem ją zamknąć w momencie, kiedy te niszczycielskie i „automordercze” impulsy były już możliwe do opanowania.

Proces godzenia się pacjenta na leczenie i wycofywania wyrażonej zgody – a bywało, że zawiadomienia przez nas sądu opiekuńczego o pogorszeniu i nawrocie myśli samobójczych u pacjenta chcącego się wypisać, żeby właśnie te samobójcze myśli zrealizować – jest w opisywanym przypadku niezwykle dynamiczny i ekstremalnie skomplikowany. 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. Współpracy z naszym pacjentem – Podróżnikiem na początku w zasadzie nie było. Cały czas mówił, że chciałby się wypisać. Na co odpowiadaliśmy, że nie możemy się na to zgodzić. Że musimy zawiadomić sędziego. Wiele razy zachowywaliśmy się właśnie jak Polifem, który mówi do schwytanego, mitycznego podróżnika: „Odyseuszu, niestety nie wyjdiesz stąd, nie mogę cię wypuścić”. Tyle że Polifem zjadał swoich „gości”, a my raz po raz zawiadamialiśmy sędziego, osobę nadrzędną i strzeżliśmy jak żrenicy oka praw Podróżnika: prawa do leczenia i do

osobistej wolności. Wolności takiej, z jakiej schizofreniczny Podróżnik wraz z całym swoim zagubieniem mógł aktualnie 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 kilku, a może jednej głowy potwora⁷. Czy nasze postępowanie było właściwe? Myślimy, że tak. Uważamy, że gdybyśmy pozostawili Podróżnika samego z jego pofragmentowanym, wręcz połamanym kręgosłupem stanowienia o sobie i poszczególne fragmenty jego osobowości traktowali jako decydujące o nim – to oznaczałoby, że wsłuchalibyśmy się w cząstki, które nie miałyby szans połączyć się w jakąkolwiek spójną 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 pacjenta, którego umysł ulega fragmentacji albo zmienia swoją strukturę, rozsypuje się albo jest narażony na jeszcze gorsze procesy anihilacyjne. Można to określić też właśnie jako „ogarnianie” (że ktoś został „ogarnięty”). To nawet lepiej oddaje sens, gdyż ukazuje pewną aktywną funkcję, a przytrzymanie kojarzy się z zachowaniem gwałtownym. Przytrzymanie jest procesem, w którym my aktywnie czemuś zapobiegamy. Ale czy zapobiegamy psychozie? Czy może niechcący również zapobiegamy naturalnym procesom służącym zdrowieniu? To faktyczne tworzenie pewnej sieci, w której zespół leczący komunikuje się z człowiekiem, który doświadcza koszmaru

⁷ W.R. Bion, *op. cit.*, s. 64–69.

psychozy. Bylibyśmy skłonni raczej rezerwować przytrzymanie na sam początek spotkania pacjenta z instytucją psychiatryczną. 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, przytrzymywać już nie trzeba. Należy raczej ogarnąć pustkę, tę wątpliwość i lęk, który sprowadza się do pytania „co dalej?”. Używamy z rozmysłem metafor pojawiających się w opisach stanów psychotycznych, które Podróżnik zaczął konceptualizować w toku swojej psychoterapii w oddziale zamkniętym.

Przytrzymanie i ciągłość opieki – to otwarcie poradni, choroba psychiczna „na chwilę”, leczenie może „na długo”, ale właśnie poza duszającym zamknięciem – tak myślał o terapii Władysław Stryjeński, przedwojenny dyrektor Szpitala Klinicznego im. dr. Józefa Babińskiego. Inspirujące są rozważania Christophera Bollasa⁸. 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, lecz manewr, który zapobiega procesowi upadania. Przytrzymanie jest czymś, co może być nadmiarowe, gdy człowiek jeszcze nie upada, pomimo że boryka się z doświadczeniem psychozy, i ma jeszcze na tyle własnych zasobów, że nie traci sprawczości i własnych metod radzenia sobie. „Przytrzymanie” i „podtrzymanie” – podobne pojęcia, ale istotna jest ta subtelna różnica znaczeniowa.

Trzeba też od razu wspomnieć o sferze, o której być może wiele osób wie, ale nie zawsze ją dopuszcza,

⁸ Ch. Bollaś, *Catch Them Before They Fall: The Psychoanalysis of Breakdown*, Routledge, New York 2013.

a mianowicie o sferze odczuwania. W tej przygodzie – choć może „przygoda” nie jest najszczęśliwszym określeniem na wspólne doświadczenie pokonywania psychozy, pokonywania schizofrenii – ważne jest to, że wiele rzeczy jest rozwiązywanych rozumowo, ale później z perspektywy czasu stwierdzamy, że nie mniejsza część była pewnym niezwykłym doświadczeniem – i może przygodą właśnie.

Po okresie idealizowania psychozy i utrwalania urojeń w sposób nałogowy, który może być również przyjemny dla pacjenta, z pomocą przychodzi określenie, którego użyliśmy wcześniej – „koszmar psychozy”. Piśsze to wyrażnie Franco De Masi⁹, że to jest koszmar. Pragnienie nicości wynika często po prostu ze strachu, z chęci ucieczki od koszmaru psychozy. Czy pierwsze muśnięcie psychozy w rozwoju nie oznacza spotkania z brakiem poczucia bezpieczeństwa, z którym człowiek boryka się od samego początku istnienia? W kontekście pytania o początek leczenia, 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 i ogołocone. Co jest buforem psychicznej nieśpieszności. Podróżnikowi/pacjentowi trzeba też jasno powiedzieć: „Nie zrobisz tego. My ci na to nie pozwalamy. Ja się na to nie zgadzam” – i postawić granicę wyraźną dla chorego i dla wszystkich uczestników leczenia. Granicę między niebezpiecznym, śmiertcionośnym działaniem a skierowaniem się w stronę zasobów

⁹ F. De Masi, *Podatność na psychozę. Psychoanalityczne rozważania o naturze i terapii stanu psychotycznego*, tłum. D. Golec et al., Oficyna Ingenium, Warszawa 2016, s. 65–72.

zdrowienia i normalności. Trzeba było również wejść w przymierze ze zdrową częścią pacjenta. Przy czym jedno z nas musiało niejako stać u wrót i przeważnie je otwierać. Czasem mówiliśmy też: „Nie, nie mogę, muszę porozmawiać z kimś nadrzędnym” – zasłaniając się kimś, kto zachowa w tym wszystkim rozsądek i porządek prawny, czyli sędzią sądu opiekuńczego. Na szczęście wśród wielu zasobów Podróżnika była rodzina. To znaczy, że wypis nie następował w próżnię czy do jakiegoś mieszkania wynajmowanego samotnie. Wypis następował tylko do rodziny, i to do rodziny niezwykle odpornej i rozumiejącej problem. Właśnie dlatego postanowiliśmy zaangażować w leczenie pacjenta jego bliskich.

Kontakt psychoterapeutyczny

Pomimo że pacjent psychotyczny wysyca lekarzy i instytucje swoimi urojeniami, trzeba odnosić się do jego zdrowej części. Jednak nie zawsze nam się to udawało. Podróżnik zaczynał widzieć swoją zdrową część jako element ograniczający, który bardziej zatrzymuje niż podtrzymuje. Ku naszemu zaskoczeniu miało to także pozytywny aspekt. Nasze dyrektywne zarządzanie możliwościami wypisywania się powodowało, że świat urojeniowy Podróżnika inwestował w decydenta – kierownika oddziału. Dzięki inwestycji w te złe, przykre fantazje pozostawało miejsce, żeby ktoś z boku (ktoś, kto nie używał opcji artykułu 23 Ustawy – czyli lekarz prowadzący leczenie) tworzył przestrzeń z niewielkim, ale jednak dostrzegalnym zakresem zaufania. 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 rozdarcia samotne, przestraszone, bezradne wewnętrzne dziecko, które zaczyna rozglądać się i zadawać pytanie „którędy do wyjścia?”

Należałoby teraz naszkicować portret biograficzny tego pacjenta. Istotne jest w nim przede wszystkim to, co stanowić może pewną przeciwwagę dla potocznego myślenia o człowieku doświadczającym psychozy jako osobie nieporadnej, która napotykała 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 tylko ci, którzy nie dostali niezbędnych ilości miłości i bezpieczeństwa. Podróżnik zdecydowanie nie mieści się w takich stereotypach. Urodził się i funkcjonował w rodzinie, w której zrozumienia było dużo. Ale jednocześnie było sporo oczekiwań, by w sposób uporządkowany, chronologiczny i spójny realizować konkretne szczeble rozwoju i etapy edukacji. Podróżnik podchodził ochoczo do tych oczekiwań swoich rodziców. Wybrał jako kierunek kształcenia dwie skomplikowane dyscypliny z zakresu nauk humanistycznych, w których funkcjonował znakomicie, ale nie potrafił przejść do kolejnego niezbędnego etapu rozwojowego, jakim jest zakończenie edukacji i rozpoczęcie pracy.

W rodzinie był też młodszy brat, z którym Podróżnik miał relacje poprawne, aczkolwiek nie wylewne. Spodziewał się jednak, że w miarę dojrzewania, w miarę rozwoju będzie mógł z nim stworzyć najbliższą sobie relację, nawet 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 bolesne doświadczenie: rozumiał, że można nie podporządkować się planowi rodzinnemu. Wykazać się nielojalnością. Zbuntować się czy zdradzić. Zmienić system przekonań i przejść na pozycje ideologicznie odmienne, skrajnie różne – i wygrać na tym.

Dokonanie takiego przeglądu sytuacji rodzinnej przybliżyło 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, przyjmując inny styl wartości i inny styl myślenia?

Podróżnik, niestety, pragnąc być bezwarunkowo kochanym, założył, że zamiast odkrywać swoją sferę wnętrza, swój zestaw przekonań, myśli, pragnień i uczuć, może zawierzyć, że to, co reprezentują rodzice, jest czymś najlepszym. Wybiegając trochę w przyszłość, możemy tutaj zauważyć, że przełomowym krokiem w leczeniu było odkrycie, iż nie jest on reżyserem swojego życia. Szedł według pewnego wymyślonego wcześniej planu, który nawet jeśli byłby bardzo sensowny i Podróżnik by się na niego zgadzał, to jednak nie został przez niego przemyślany i przyjęty

jako własny. Można powiedzieć, że nie przyjął w tym planie współautorstwa. Albo może nie zgadzał się na współautorstwo. Wydawało mu się tylko, 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. Trudził się także z myślą, że gdyby spróbował ten scenariusz realizować, naraziłby się na (w swoim mniemaniu) zdradę rodziny.

Miał plan alternatywny, aby zdradzając rodzinę – utracić ją. Zdrada tutaj nie jest rozumiana jako znalezienie kogoś trzeciego, ale jako zakwestionowanie wartości, przekonań, poglądów wyniesionych z dzieciństwa, 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 do piętnastego roku życia nie była kwestionowana, natomiast pojawił się pewien zgrzyt. Rodzina Podróżnika uchodziła wśród sąsiadów za praktykujących katolików. Bunt adolescencyjny, którego Podróżnik również chciał doświadczyć, ograniczył się do próby zakwestionowania tego, kto jest właściwym ojcem. Czy ojciec biologiczny, czy może Stwórca – Bóg Ojciec. Ale nikt nie mógł towarzyszyć Podróżnikowi w rozstrzygnięciu tych wątpliwości, bo zostawiał je 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 popędowości – związanej

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 poważne problemy. Wchodzimy tu w zagadnienie, czym są pragnienia, tęsknota, również ta erotyczna, czy to jest 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 sobie już w życiu dorosłym nadamy – można odwołać się do więzi, jaka łączyła Jezusa ze świętym Józefem. Według tradycji święty Józef był opiekunem albo ziemskim ojcem, a Jezus stale miał łączność ze swoim Ojcem Niebieskim. Chodzi o poszerzenie przestrzeni refleksyjnej do przemyślenia więzi z ojcem. Refleksji, które części tej więzi są prawdziwe, a które są sztuczne czy powiedzmy wręcz „matriksowe”, czyli psychotyczne¹⁰. Asocjacja ta była przedmiotem dyskursu terapeutycznego, w którym Podróżnik ujawnił przekonanie, że od swego ojca otrzymał wyposażenie w element, który go uszkadza. Powiedział też, że uznaje, iż może stworzyć relację psychoseksualną opartą nie tylko na realizacji popęduwości erotycznej i seksualnej, ale na stworzeniu więzi w sensie wysycenia emocjonalnego. Stworzenia bezpieczeństwa

¹⁰ D. Cartwright, *β-Mentality in 'The matrix' trilogy*, "The International Journal of Psychoanalysis" 2005, vol. 86, no. 1, s. 179–190.

i zapewnienia intymności. Jednocześnie jednak twierdził, że nie może dopuścić do tego, żeby z tym wyposażeniem, które uzyskał od ojca – sformułował to jako pewien zestaw genów – stworzył nowe życie, bo będzie ono niosło ten sam lub analogiczny ładunek uszkodzenia i niepełnosprawności. W toku terapii wróciliśmy do tematu, jak on postrzega i jak oswaja swoją agresywność. Pomimo długiego stażu w procesie psychoterapii Podróżnik nosił w sobie brzemię przekonania, że agresja – nieoswojona, niedoprecyzowana – jest grzechem. A przecież za grzechy będzie się ukaranym, a nawet potępionym. Stopniowo jednak zaczął opuszczać to gniazdo psychozy, w której fantazje o pewnym znaczniku agresywnym są napiętnowane przez Boga Ojca i muszą zakończyć się bądź halucynacjami, bądź urojeniami.

Nie wybiegając zanadto do przodu, możemy stwierdzić, że w przypadku Podróżnika dominującym aspektem konfliktu, który należało przepracować, była specyfika zrozumienia różnych odcieni 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 towarzyszom wyjście z psychotycznej jaskini, z tej jamy, gdzie byli liczeni, zjadani i okradani z życia. Temu, co mogło się przytrafić Podróżnikowi i nam, jego towarzyszom w drodze do domu – na szczęście się nie przytrafiło – zapobiegło oślepienie Polifema i pozbycie się tego elementu śledzącego wzrokiem wszystkich, ustawiającego rzeczywistość w sposób totalny, bezdyskusyjny. Zamiast polifemicznego widzenia pojawiły się polifoniczne rozmowy, najpierw na terapii, potem w rodzinnym domu pacjenta.

Doszliliśmy do sytuacji kosmogonii, nazywanej w nowoczesnej teorii narcyzmu słowem „bóg”¹¹ (tutaj małą literą), czyli części twórczej „prawdziwego ja” pacjenta, które czasami w wyniku psychozy też się ujawnia. Doświadczaliśmy tego, co 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 Green¹². W pracy terapeutycznej nieznośna pustka nie dawała nawet szans na współczucie. Nie dawała szans na doświadczenie w przeciwprzeniesieniu czegoś żywego, czegoś bardziej witalnego. Był to stan zmrożenia, martwoty albo nawet anihilacji podstawowych parametrów przestrzeni psychicznej. Trwałość tego nieznośnego stanu hibernacji była okresowo „doprawiana” doświadczeniem nieznanymi wcześniej emocjami negatywnymi: swoistej mikstury skomponowanej z wrogości i wściekłości. Ten mozaikowy stan umysłu Podróżnika był przechowywany i stopniowo ocieplany w umyśle terapeuty.

W terapii umysł terapeuty w jakiejś mierze metabolizował podstępne, martwe, promieniotwórcze części psychozy pacjenta. Owo „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,

¹¹ N. Symington, *Narcyzm. Nowa teoria*, tłum. M. Lipińska, Wydawnictwo Imago, Gdańsk 2013.

¹² A. Green, *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*, Les Éditions de Minuit, Paris 1983, s. 222.

może nie wygórowaną, ale przykrą: w gorszym apetycie, niespokojnych snach czy częstym zupełnie niewytłumaczalnym odczuciu gnienienia, 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 bardziej aktualną mapą drogową. Dopiero w dostrojonej relacji terapeutycznej, po inaktywacji, detoksykacji tego, co martwe, i przepoczwarczeniu się martwoty w to, co ożywione, witalne, oraz oznakowaniu tych części jako czegoś, czego obu uczestników dialogu doświadczyło w swoim ciele i umyśle – mógł się odbyć transfer zwrotny nadziei do umysłu pacjenta.

Jeśli chodzi o biografię, w wywiadzie strukturalnym o pierwszych pięciu latach swojego życia Podróżnik nie był w stanie nic powiedzieć. Pomiął relację z jakichkolwiek wspomnień dziecięcych. Poglębiony wywiad rodzinny wniósł to, co było istotnym czynnikiem etiologicznym, a mianowicie informację o psychicznej niedostępności matki Podróżnika. Wydaje nam się, że również ten aspekt (w przeciwprzeniesieniu doświadczanym) „kompleksu martwej matki” pojawił się u pacjenta. Nie wiemy, czy na pewno tak było. Natomiast z pewnością dominował system wychowania nastawiony na osiągnięcia i sukcesy. Na wykształcenie twardego charakteru i poczucie własnej wartości opartej właśnie na osiągnięciach. Taki system sprawia, że brakuje zrozumienia i cieszenia się sobą – jak mówił Podróżnik: „tracenia czasu razem”. Można powiedzieć, że mógł to być również „kompleks martwego syna”, że po prostu zabrakło podstawowego połączenia, „zetknięcia czułek”. Te czułki może i chciały się 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 działa.

To, że splot tych okoliczności tak a nie inaczej wyglądał, że zabrakło jednej cegiełki, która by ułatwiła realizację 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, czy takich, jakich jeszcze nauka nie opisała, 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 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. 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, dawnej wsi, dziś części Krakowa, w której Szpital Kliniczny im. dr. Józefa Babińskiego jest położony. Pewne emocjonalne wysycenie miejsca, parku, i dzięciołów, których jest tam pięć gatunków, 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 kamyczki tworzące mozaikę. Które z naszych koleżanek pielęgniarek potrafiły razem z zastrzykiem – początkowo przeżywanym przez Podróżnika jako śmiertelny – tej „psychotrutki” w jego pośladek nie wprowadzić, a sprytnie 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 losy pacjenta, było to, że może któraś z nich miała więcej dyżurów w godzinach podawania zastrzyków? 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 możesz się wypisać, tylko do czego się możesz 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?

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, który jest takim jednookim olbrzymem mówiącym: „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 i autodestrukcji, przeżywał nas (lekarzy i pielęgniarki) jako specyficzny rodzaj obiektów, dla których sam jest pożywką, uzasadnieniem ich istnienia – czyli że dzięki niemu mamy co robić. W taki sposób były odbierane nasze działania, które przecież zmierzały do stworzenia mu warunków do zdrowienia. W opisaney tu historii było wiele punktów zwrotnych i całkiem sporo cyrkularnie zapętających się pogorszeń, regresji – nie wiemy, które było ważniejsze, które mniej ważne, 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, i że nie jest też dla nas ważne, czy on się rozstanie z rodziną i stworzy swoje nowe życie. Ważne jest, żeby tę decyzję podjął suwerennie, że nie oczekujemy od niego w odpowiedzi samego „tak” lub „nie”, ale z uzasadnieniem jedno- lub dwuzdaniowym. Zaznaczaliśmy też, że może na to pytanie odpowiedzieć za jakiś czas, na przykład 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 „zdrowienie” się rozpadnie), było tak

naprawdę zdjęciem rusztowania z kręgosłupa aparatu psychicznego, który się stworzył. Musieliśmy dać możliwość sprawdzenia, czy ten człowiek, mający wcześniej połamane nogi, potrafi już sam chodzić. W tych metaforach chcemy oddać odczucie „pofragmentowanego ja” pacjenta.

W pewnym momencie zdrowienia pacjenta ożywczo jest 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 nawet książkę napisać – akceptuję to”. Oddanie sprawstwa (co jest bardzo ważne) to przełomowy punkt. Jest to dla pacjenta komunikat, że jeśli chodzi o urojenia, to nie będziemy ich podważać: „Są to tak samo twoje myśli jak i inne. I nawet jeśli są zupełnie wyjątkowe, nawet chore, oprócz nich masz też inne myślenie, i to jest ważne”.

Nawet po kolejnym, -nastym już czytaniu i w trakcie finalnego redagowania tego tekstu pozostaje w nas wiele wątpliwości, wiele pytań i emocji, które po tylu latach wciąż domagają się kolejnych refleksji i żyją w naszych umysłach pamiętliwych¹³. Wiemy, że dla pacjenta nie zawsze ważne jest zrozumienie. Dla takiego pacjenta jak Podróżnik ważne było to, o czym pisał również Antoni Kępiński¹⁴, mianowicie bezwarunkowa akceptacja z jego dziwactwami, z jego oporem,

¹³ Zob. Ch. Bollas, *Znaczenie i melancholia. Życie w epoce oszołomienia*, tłum. D. Golec, Oficyna Ingenium, Warszawa 2020, s. 89–99.

¹⁴ A. Kępiński, *Poznanie chorego*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2013, s. 132–136.

z jego negatywizmem. Mając na uwadze nasze początkowe rozmowy, gdy analizowaliśmy nasz stan emocji, jednym z czynników mierzących łączność z nieświadomym, które pacjent dawał/ofiarowywał w kontakcie, było nasze odczucie po spotkaniu. To, co pacjent w nas lokuje, wprojektowuje i co zaczynało w nas żyć. Ten czynnik udrażniał komunikację z Podróżnikiem. Wielokrotnie mieliśmy poczucie, że zaczęliśmy rozmawiać jego urojeniowy świat. Początkowo Podróżnik swoich barwnych urojeń nie ujawniał, był bardzo skryty w relacji, ale w miarę upływu czasu, gdy jego poczucie bezpieczeństwa wzrastało, chętnie się nimi dzielił. Na szczęście atmosfera i wsparcie, zrozumienie, które funkcjonowało na oddziale, oraz własna terapia, własna superwizja pozwalały nam pozbyć się tych części psychotycznych i urojeniowych. Ważne jest również to, że pacjent dając je nam, chronił i uwalniał siebie od cierpienia i lęku. Mogliśmy to od niego zabrać, nie niszcząc siebie, a on dzięki temu mógł podążać ścieżkami zdrowienia bez niepotrzebnych komplikacji.

Destrukcyjna psychotyczna i punkt zwrotny – praca z rodziną

Pomysł włączenia rodziny do procesu leczenia pojawił się z powodu bezradności w pracy z pacjentem. 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? A 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? 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 „rodziną odniesienia” również dla rodziny pacjenta, która zagubiła się w gąszczu poszukiwania przyczyn i w poczuciu winy. Pytania: „dlaczego my, dlaczego akurat 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, przekonany, że takie „normalne” spojrzenie mogło odsunąć piętno choroby. Matka poprzez ciągle analizowanie zachowań syna i nadopiekuńczość. Brat – zachowując dystans i nie angażując się w sprawy chorego. W takiej konfiguracji

rodzina trafiła do grupy wsparcia. Silna, nawet bardzo, była obawa rodziny przed otoczeniem. Dlatego wsparcie oddziału było jej tak potrzebne. Pytanie, jak staliśmy się tą rodziną zastępczą? Wziąwszy pod uwagę regres chorobowy pacjenta i podążającej za nim rodziny, głównie rodziców (co przypominało wręcz współzależnienie), potrzebna była struktura, w której nastąpi odblokowanie rozwoju zarówno pacjenta, jak i rodziny¹⁵.

Podróżnik miał skłonność do podążania własną drogą, co izolowało go od współpracującej ze sobą rodziny. Myślimy, 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, aby rozumieć pacjenta również z punktu widzenia neurofizjologicznego uwarunkowania choroby. Istotne jest uporządkowanie chaosu, nawet jeśli jego przyczyny główne są neurofizjologiczne. W tym przypadku chaos był tak wielki, że doprowadził do wielkiej pustki. Kolejne etapy relacji rodziny pacjenta i lekarza prowadzącego pokazują wychodzenie z tej pustki. W refleksjach może pojawiać się wiele sprzeczności i niejasności, ważne jest jednak, żeby nie zaferować pacjentowi zbyt daleko posuniętych interpretacji. 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.

¹⁵ W. Kordas, M. Janiszewska-Hanusiak, K. Warchoń, K. Walczewski, *Normality restoring in the family. Case study*, 8th International Conference of European Network for Mental Health Service Evaluation: “Good practice – good outcome?”, 23–25.05.2008, Kraków.

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 opowieść – interesującą, a nie nudną i cierpiętniczą. Tworzy to ramę dla snucia dalszych historii o tym procesie leczącym. 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 – tą i każdą inną w podobnym chaosie, zagubieniu. Ktoś nagle choruje... – mało jest rodzin, które wtedy wiedzą, co robić. A może nawet nie ma takich 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.

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

Warto przyrzeć się kluczowym momentom z okresu uczestnictwa rodziny pacjenta w grupie wsparcia. W książce relacjonującej pracę ośrodka w Tavistock była mowa o pomieszczaniu jako troskliwym namyśle,

czyli *reverie*. 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”¹⁶. Wydaje się, że zarówno w terapii indywidualnej, jak i w grupie rodzin zaszło 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, w pewnym sensie współuzależniała od regresywnych i resztkowych psychotycznych stanów pacjenta. 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 sam w swojej głowie tworzył się od nowa.

Pierwsze spotkania z rodziną miało charakter informacyjny. Były też elementy wsparcia – ale przede wszystkim odpowiedzi na pytania, 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

¹⁶ *Psychoterapia par. Teoria i praktyka w Instytucie Badań nad Małżeństwem Kliniki Tavistock*, red. S. Ruszczyński, tłum. M. Kruszyńska-Mąka, Oficyna Ingenium, Warszawa 2012.

nie będzie tylko psychoedukacja, że 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 Podróżnika mogła mieć w głowach, szczególnie ojciec. Będąc jednak już na progu przepaści, beznadziei, mogli sobie powiedzieć: no trudno, nie damy rady sami, 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. Pamiętamy 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 się ono brało. Każda rodzina przychodzi do grupy z poczuciem winy – a te, które nie przychodzą, 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. Trudno było zrozumieć apatię popsychotyczną, stany izolacji Podróżnika. Bardzo trudno było te – chorobowe jeszcze – stany akceptować i komunikować w formie wzmacniającego przekazu rodzinnego. Może chodziło także o rodzaj rozgrzeszenia? Jeżeli matka przyszła z poczuciem winy, przekonaniem, że zrobiła coś złego, może chciała od profesjonalisty usłyszeć: 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 terapię indywidualną. Matka Podróżnika się na nią nie zdecydowała, ale w pewnym momencie skorzystała z pomocy farmakologicznej, gdy nie mogła sobie poradzić z emocjami. To też wyniknęło z działania grupy.

Grupa dawała matce olbrzymią przestrzeń dla szczerości, ale była ona osobą nieufną wobec otoczenia. Cała rodzina Podróżnika mogła wydawać się otwarta, 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, podejrzwanie nas o wrogie zamiary, pewnie też po części się z tego brała. Jakiś odpowiednik tego odczucia istnieje w jego rodzinie. Często pojawiał się u nich motyw wstydu przed otoczeniem i obawy, co to otoczenie zrobi, jak zareaguje – i że dlatego nie można czegoś powiedzieć, nie można czegoś zrobić.

Z grupą związana jest dodatkowa praca, wysiłek. Ktoś musi mieć przekonanie i przekazać to przekonanie, i tak dalej, i tak dalej... superwizować i opowiadać. Dlatego grupa, która wyposaża w wiedzę, w świadomość, jest tak ważna. W naszym przekonaniu jest dla rodzin czynnikiem sprawczym, który w omawianym przypadku wytworzył korektywne doświadczenie emocjonalne. Sieć interakcji pośród ludzi również doświadczonych chorobą, którzy tę bazę bezpieczeństwa uzyskali, dała im zrozumienie i modyfikację ich stylu przeżywania. Sucha podręcznikowa wiedza nieosadzona w klimacie grupy wsparcia rodzin 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, istotne było to, co wynikało z relacji matki, że choroba syna rozbiła spójność rodziny. Zgłosili się, bo więź w rodzinie na skutek silnych emocji została mocno nadwyrężona. Podobne rzeczy dzieją się, gdy pewien skrypt rodzinny związany z wychowaniem dzieci się wyczerpie. Dzieci wychodzą z domu i nagle pojawia się problem – co my mamy

robić, będziemy teraz tylko ze sobą. Czy taką funkcję katapultującą czy separującą, w tym przypadku niejako mordującą rodzinę, niszczącą jej tożsamość, spełniła 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. Rodziców nie łączyły 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 nastawiony niechętnie, 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 czegoś 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 jest się członkiem jakiejś rodziny, ale brakowało połączeń z poszczególnymi osobami. 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 wielkość chroniła pacjenta? Gdyby na podstawie pogardy do ojca nie stworzył takiej postawy, 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 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 odpowiadał na konkretny zestaw zachowań, jaki prezentował pacjent w stanie psychotycznym. Nie musiał odwoływać się do zawiłych rozumowań psychologicznych – podjęła je natomiast matka. W tym punkcie rodzice się różnili, a zarazem uzupełniali wzajemnie, co 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 – 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 akurat się zachował. Dla matki było to bardzo istotne i myślimy, że tutaj odegrała dobrą rolę, bo ojciec nie zwracał na takie rzeczy uwagi – dobra, niech on sobie tam dziwaczy – i nie próbował niczego zrozumieć. Niby akceptował, ale w pewnych momentach relacja z synem była bardzo trudna, do tego ciągle problemy z zażywaniem leków, agresja fizyczna kierowana w stronę ojca. Dzięki temu, że matka uzyskała wyjaśnienia z grupy i od nas, stworzyła sobie katalog różnych zachowań syna, tych mniej chorych, bardziej chorych... można powiedzieć: instrukcję obsługi. Ona stworzyła sobie 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, jeżeli jest świadkami czy fizycznej napaści, czy ujawnianych zachowań niszczycielskich, odcina się od pacjentów z tak ciężkimi zaburzeniami. 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 Podróżnika, 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 obustronnej rezygnacji – zarówno ze strony pacjenta, jak i rodziny.

Chociaż my też mieliśmy taki moment beznadziei, w przeciwprzeniesieniu w pracy z Podróżnikiem – że nic nie wyjdzie z naszych starań. Niech sąd opiekuńczy zarządzi tym leczeniem, żadnej szansy na remisję, żadnej współpracy z pacjentem, 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. Procesy niwelacji dotychczas istniejących struktur przebiegały równolegle – w indywidualnym kontakcie, w grupie, i w samym pacjencie. Można powiedzieć – psychoza zniszczyła sztuczne, „odyseuszowo-polifemiczne ja” sprzed wybuchu psychozy. Prawie dosłownie, bo matka mówiła, że Podróżnik stracił wszystkie umiejętności, przestał rozumieć angielski, była przerażona. To jednak zaczęło się zmieniać.

Ta terapia stanowi dla nas punkt odniesienia, jeśli chodzi o pracę w oddziale zamkniętym. Pod względem potencjału zdrowienia czy budowy pewnego terapeutycznego antymatriksu¹⁷ – ładunku czegoś sensownego – czy oparcia się na przykład na tym, że możemy na ten temat rozmawiać, uważamy to za istotne doświadczenie, które nas zawodowo sformatowało. Jest taki moment, kiedy wielu składa broń – schizofrenia o złym przebiegu prowadzi do wczesnego otępienia, jak wiadomo od czasów Emila Kraepelina. Bez tego

¹⁷ D. Cartwright, *op. cit.*

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 swoją beznadzieję i lęk przed życiem, a my to wszystko odczuwaliśmy i na różne sposoby każdy na to reagował. Wydaje nam się jednak, że w drugą stronę – może niewidocznie, ale tak jest często i tak w tym przypadku chyba było – przemycana była 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 i w obszarze więzi rodzinnych. Nastąpił punkt zwrotny i 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 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 „prze-stawieniu 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 jakies 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 powstrzymywać. 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, a zaczął słuchać tego, co mówi ojciec. Zaczął rozmawiać z ojcem. Realne granice chyba były mu bardzo potrzebne, nie tylko zrozumienie dynamiki swoich własnych pogorszeń.

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 dzięki temu, że pewne sformatowanie jego myślenia i tego katalogu wariantów (co jest bardzo chore, co jest mniej chore, co nie jest chore) pomogło mu przeprowadzić próbę ustalenia granicy? Co mu mogło pomóc? Gdyby zrezygnował z syna, relacja mogłaby być trudna do odtworzenia i niemożliwa do ustanowienia na nowo. Matka uważała, że ojciec się nie stara. My sądzimy, że wewnętrzny proces u ojca przebiegał nieco inaczej. Może właśnie stanowczość, która – wiadomo – tworzyła się przez wiele lat, była niezbędnym elementem. Tylko czy sam się jej 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 chwytła się 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 jej skład będzie wchodziło dogadanie się z mężczyzną, z ojcem, z synem, czy jakieś oswojenie obcego, tego outsidera, czyli jakieś wahania pomiędzy aktywizmem a zanurzeniem się w jądrze psychotycznym. Co było punktem odbicia? – sama świadomość pewnej martwoty psychicznej nie wystarczyłaby do uaktywnienia procesu zmian naprawczych, ale konceptualizacja rzeczywistości psychicznej, 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 rozpałić. To były te żagwie ojcowskie – nie będziemy ci pomagali, jak czegoś z tym nie zrobisz, oddamy cię do domu opieki.

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”.

Żagwie ojcowskie – 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. Matka – tak jak i my, 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 do zawartej z pacjentem umowy na leczenie, chyba jeszcze ważniejszej dla samego pacjenta. Część tego mentalnego przebudzenia stanowi psychologiczna refleksja: 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, zakupę mleczną na przykład, pójść do sklepu, zarobić na krwisty befszytk. 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 na tym etapie niewymagającego bezwzględного działania w sensie artykułu 23 Ustawy), z utrwalonymi objawami psychotycznymi, zaostrażającymi się co jakiś czas, dyskutujemy z pacjentem skutki zaprzestania leczenia. Patrzymy na jego PESEL, mówimy: „Przecież pan ma tyle lat...”. Pomocna była 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 działało.

W ten sposób terapia i proces zdrowienia weszły w fazę „testowania granic”. Po tym, gdy pacjent został przez matkę potraktowany z ironicznym dystansem, jego zachowanie jeszcze wielokrotnie było dziwne, nie stosowne, przewrotne czy po prostu chore. Mimo to 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. To 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, która potrafi słuchać, obserwować i wyciągać odpowiednie wnioski.

Zaczęliśmy stawiać pacjentowi kolejne granice w postaci spisywania umów. Rygorystycznie ich przestrzegaliśmy. Wspierał go w tym ojciec, natomiast matka łamała się we współczuciu. Rodzina potrzebowała tego, żeby ktoś z zewnątrz te granice tworzył, bo ich starania syn zbojkotował, 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 był szczególnie ważny moment. Pacjent został „opracowany” psychoterapeutycznie, środowiskowo, ale i tak były momenty, kiedy musiał zostać zamknięty w oddziale psychiatrycznym. Nie bardzo lubimy słowo

„zamknięty”, 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 zrobi, to się życie straci. Przy tym złamie się też umowę. To w tym wszystkim jest dodatkową sprawą. Pewne zamknięcie, które polega na określeniu granicy. Matka Podróżnika nie musiała się już tak angażować. Zaczęła wycofywać się z opowieści o synu i była coraz bardziej radosna. To, co się działo, było bardzo ciekawe, bo w domu choroba zaczęła stawiać silny opór. I nagle znów nastąpiła zmiana. Podróżnik zaczął zachowywać się jak zdrowa, czująca osoba. Przestał zamykać się w domu. Zaczął wychodzić do ludzi. Stało się coś takiego, jakby jakieś części mózgu, jakieś substancje zadziałały (według jego wegetariańskiego światopoglądu), pomimo mikro-, czy nawet poważnych traum psychologicznych. Mówił: „Nie mogę iść do domu bez przyjęcia zastrzyku LAI bo się po prostu podpisałem na umowie. Zostałem potraktowany poważnie”. Nagle świadomie usłyszał nasze „może pan nie brać leków doustnych, ale pana zachowanie będzie miało określone konsekwencje...” – i tu szczegółowa informacja. To odzyskanie życia miało właśnie taki namacalny charakter.

W otoczeniu szpitalnym Podróżnika były osoby, z którymi lubił rozmawiać. W domu jednak dominowały jego dziwactwa. Nie obchodziło go, czy to komuś przeszkadza, że skutkuje groźba przekazania informacji o tym lekarzowi w poradni. Po tym jak wypisał się z oddziału rehabilitacyjnego, znów izolował się i zamykał w swoim pokoju. Przemienność zachowań zdrowszych i zachowań chorych nasiliła się. Nastąpiła pewna huśtawka. Matka jednak na spotkaniach

grupy niespodziewanie zaczęła syna chwalić. Twierdziła, że jest z nim lepszy kontakt. Starła się odnajdywać w nim to, o czym mówiono aktualnie w grupie, na przykład zachowania zdrowe, empatyczne, współpracujące. To też pokazuje podobieństwa jego zachowań do zachowań pozostałych osób w rodzinie. Matka przypominała sobie pozytywne zachowania z przeszłości syna, które były jej może potrzebne do tego, żeby jakoś wytrzymać to, co się działo na bieżąco. Huśtawka nastrojów Podróżnika powodowała jednak, że rodzina, a przede wszystkim matka, postanowiła podjąć staranie o leczenie przymusowe. Uznała, że to jest ostatni moment, żeby pomóc synowi, bo w ciągu ostatnich pięciu lat i tak bardzo krótko był w domu, częściej w szpitalu.

W szpitalu doszło do zawarcia kolejnej umowy, w której tym razem uczestniczyli rodzice. Pacjent trafił znów na oddział rehabilitacyjny, tyle że dzienny. Huśtawka nadal obecna była w życiu rodziny, choć upłynęły kolejne dwa lata. Można powiedzieć, że pacjent przymierzał różną „garderobę psychiczną”. Kolejnym etapem oporu choroby były osłabienia i somatyzacje. Tutaj znów przydała się grupa – takie problemy były omawiane i uznano je za coś, co zdarza się w przebiegu choroby i nie oznacza apokalipsy. To na jakiś czas pomogło. Superwizor grupy zwrócił 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.

Pojawiły się też czynniki zewnętrzne, które stanowiły wsparcie dla rozchwianej psychiki Podróżnika. A były to własna praca i regularnie zarabiane pieniądze.

Dobry kontakt z ojcem – ale też poprawił się jego kontakt z matką, tak że miała poczucie, że odzyskuje syna. Zaczęła się cieszyć z tego, że ma syna dla siebie. Tu chodziło bardziej o nadrabianie zaszłości i braków w rozwoju tego pacjenta. Być może też jakichś rodzinnych skryptów, które nie mogły się dopełnić. Pacjent zaczął po prostu coraz bardziej dostrzegać innych ludzi. Nie zrażał się nawet utratą pracy. Intensywnie szukał dalej, nawet na uczelni, która go wykształciła. I tak nowym rozdziałem stała się praca, którą wykonuje do dzisiaj. A jego matka wspiera to, że syn chce zamieszkać osobno.

Podsumowanie

Zaczynaliśmy od stanu przypominającego kraepelinowskie „otępienia wczesne”, czyli od takiego przebiegu psychotycznego, który rzeczywiście ogałaca, ogałaca do gołej ziemi, rujnuje tożsamość¹⁸. Narzędzia terapeutyczne: kontakt indywidualny, intrawizja zespołowa, superwizja terapii, praca edukacyjna i terapeutyczna z rodziną w ramach grupy wsparcia dla rodzin, pisemne umowy na leczenie i ustanowienie ciągłości kontaktu, zastosowanie Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego z jej artykułami 23 i 29 – pozwoliły uzyskać przebudzenie psychologiczne i normalizację społecznego funkcjonowania pacjenta.

¹⁸ E. Kraepelin, *Psychiatrie. Ein kurzes Lehrbuch für Studierende und Ärzte*, 4te Auflage, Leipzig 1893, s. 435–437.

Podróżnik zmagał się też z somatyzowaną depresją popsychotyczną, ale patrząc szerzej, wydaje się nam, że to był rodzaj bólu i opłakiwania okresu owładniętego przez psychozę. Podróżnik użył słów, nad którymi się bardzo długo zastanawialiśmy: mówił o silnych bólach, o dolegliwościach w kośćcu i użył kilka razy określenia, że boli go szpik kości. Szpik – który tworzy komórki krwi. Zostawmy to jako metaforę indywidualizacji, do której nawet psychotyczne procesy zostały zaprzęgnięte w celu odnalezienia prawdziwego „ja”, łącznie z całym psychicznym cierpieniem.



Bartosz M. Puk – lekarz psychiatra, licencjonowany psychoanalityk, członek Polskiego Towarzystwa Psychoanalitycznego oraz International Psychoanalytical Association. Jest również członkiem zwyczajnym, superwizorem i terapeutą szkoleniowym Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Psychoanalitycznej. Współtworzył środowisko terapeutów psychoanalitycznych w Małopolsce, angażując się w szkolenia w psychoterapii i pracę kliniczną Oddziału Leczenia Zaburzeń Osobowości i Nerwic Szpitala Klinicznego im. dr. Józefa Babińskiego w Krakowie. Zainteresowania badawcze: teoria pola analitycznego oraz angażowanie myślenia analitycznego w nieznane dotychczas obszary psychiki i kultury. Pracuje klinicznie jako psychoanalityk w swojej Pracowni Psychoanalizy bp na krakowskim Salwatorze.

Bartosz M. Puk

Polskie Towarzystwo Psychoanalityczne; Pracownia Psychoanalizy bp

Prze-myślenia z podróży

Leśmian to koszmar tłumacza.

S. Barańczak¹

Czytając tekst *Odysei psychiatrycznej*, nie mogłem się skupić.

Co chwilę chciałem robić notatki i co chwilę chciałem czytać dalej.

No i co chwilę chciałem już nic nie czytać.

Dopiero później zrozumiałem, jak bardzo spójny jest mój odbiór tego tekstu z treścią w nim zawartą.

Pomyślałem: Traktuję to jako wyprawę w nieznaną, a zarazem jakoś bliski jest mi ten obszar ze względu na własne doświadczenia. Te kliniczne i osobiste. Doświadczenia kliniczne – przez moją pracę psychoterapeutyczną z pacjentem podobnym do podróżnika, a osobiste?... to wyjaśnię na końcu.

Autorzy prowadzą nas tu ku przygodzie i dają możliwość myślenia o tym, co ich spotkało z tajemniczym

¹ S. Barańczak, *Angielskie „niedowcielenie” Leśmiana*, [w:] idem, *Ocalone w tłumaczeniu. Szkice o warsztacie tłumacza poezji z dodatkiem Małej antologii przekładów-problemów*, Wydawnictwo a5, Kraków 2004, s. 144.

„podróżnikiem”. Tak jak napisałem powyżej – niektóre aspekty są nam bliższe i stymulują skojarzenia i myślenia, inne zaciekawiają do głębszego zbadania, a jeszcze inne odkładamy jako obojętne. Oczywiście do czasu. Opiszę tu swoją podróż, ruchy wyobraźni, swój „sen” w trakcie snu i po nim. Czyli ruchy umysłu w trakcie czytania i po nim.

0. Pole analityczne jako kanwa

Zacznę od tego, że opieram się na teorii pola analitycznego, czyli pola terapeutycznego między terapeutą i pacjentem lub pacjentem i wszystkimi osobami zaangażowanym w terapię. Pole to oznacza nie tyle przymerze terapeutyczne, ile możliwość wspólnego metabolizowania, wspólnego śnienia tego, z czym pacjent był dotychczas sam. Dzieje się to w określonym czasie i przestrzeni procesu terapii. Zaczyna się od pierwszego kontaktu z pacjentem i kończy za każdym razem kiedy czas sesji terapii się kończy, kiedy czas wielu sesji się kończy, kiedy przychodzi czas na wypis ze szpitala, kiedy pacjent nie pisze do nas smsa, emaila czy listu ani nie dzwoni, kiedy nie ma już możliwości myślenia wspólnie z pacjentem nad tym, co go dotyczy w tym konkretnym i osobistym polu. Wymaga to odwagi pacjenta, i osób ze środowiska terapeutycznego do wspólnej podróży w nieznaną. Jest to wspólnym śnieniem tego, co dotychczas niewyśnione. Krótko mówiąc nastawiamy się na to, że w polu zawsze wyrośnie coś nowego².

² Zob. J. Bleger, *Psycho-analysis of the psycho-analytic frame*, „International Journal of Psychoanalysis” 1967, vol. 48,

Zaznaczę teraz poniżej kilka punktów dla mnie szczególnie ujmujących i w tekście jędrnie ujętych.

1. Opresyjny kontakt

Jednym z kluczowych aspektów terapii jest przeżywanie kontaktu. Ze strony pacjenta może to być coś opresyjnego, trującego, ograniczającego wolność. Ale ze strony terapeutów może być całkiem podobnie. Cemu mam się zajmować tą pracą? Bo ktoś mi każe? Bo to moje powołanie? W zaskakujący sposób to zawsze jest różne i pełne barw, zanim dojdziemy do punktu, w którym możemy wspólnie napisać książkę i do tego wspólnego doświadczenia emocjonalnej prawdy, jak mówi Neville Symington³.

Jak dochodzimy do zmiany kontaktu z opresji? Jak dochodzimy do wymiany doświadczeń treści, zmiany tożsamości – które muszą być naruszone, jeśli mają być zbudowane. Pacjent przestanie być szaleńcem, przestanie być schizofrenikiem, przestanie być osobą chorą na schizofrenię, przestanie być pacjentem leczącym się ze schizofrenii. Będzie nikim innym jak właśnie podróżnikiem, chcącym mieć towarzystwo w swojej

no. 4, s. 511–519; *The Analytic Field: A Clinical Concept*, eds. A. Ferro, R. Basile, London, Routledge 2009; M. Baranger, W. Baranger, *The analytic situation as a dynamic field*, „International Journal of Psychoanalysis” 2008, vol. 89, no. 4, s. 795–826.

³ N. Symington, „Transforming Narcissism by the Act of Understanding”, 9th AABCAP Conference, 15th & 16th September 2018, *Transforming Narcissism: Buddhist and Psychotherapeutic Perspectives*, <https://youtu.be/MyjjQXWXSya> [dostęp: 13.04.2023].

podróży. A terapeuci przestaną być tym, kim byli dotychczas... i staną się współpodróżnikami. Aż może kiedyś wszyscy prze-staną.

Zatem kim byli dotychczas terapeuci? Myślę, że byli w dużej mierze poza światem pacjenta. Podobnie jak hipnotyzerzy. Są ponad i poza pacjentem. Przejście z hipnozy do psychoanalizy było jednym z najważniejszych kroków w relacji terapeutycznej. Jak wiemy, Freud był zafascynowany leczeniem pacjentów w hipnozie, czyli „poddanych” hipnozie. Nadszedł jednak moment, kiedy z techniki sugestii hipnotycznej przeszedł do techniki wolnych skojarzeń. Ta zmiana była jedną z najważniejszych prze-stańców. Stańcie po stronie wolnych skojarzeń jest uznaniem kogoś w chorym. I to kogoś kojarzącego siebie, i to siebie w środowisku, które też jest treścią własnego skojarzenia. Jednocześnie psychotyczny pacjent może nie tylko nienawidzić tegoż środowiska, ale nie być w stanie z niego korzystać. Mówimy, że anankastyk nie wie że $1+1=2$, neurotyk wie, że może być różnie i się tego boi, a psychotyk nie może znieść że $1+1=3$ lub więcej. Innymi słowy, kiedy dwie osoby się spotykają, zawsze istnieje ryzyko powstania nowego podmiotu, a każdy ma swoje sposoby radzenia sobie z tym faktem. To samo dotyczy terapeuty, kiedy otworzy się na to, jak pacjent funkcjonuje w jego środowisku. Tworzy/rzą coś mimo-chodem. I najbardziej zaburzony pacjent, jak nikt inny, przyczynia się do rozwoju naszej techniki pracy terapeutycznej i teorii umysłu. Psychotyk, właśnie ze względu na nieznośność możliwości $1+1=3$ lub n , otwiera drogę do nieskończonych potencjalnych narracji. Narracji, które mogą być – i zarazem mogą być nieznośne jak bękarty, które nie powinny były zaistnieć.

Często pracując-podróżując jako terapeuci, robimy notatki. Czy to do formalnych dokumentacji, czy do superwizji. Zastanawiam się często, co dzieje się z tymi notatkami? Czemu z nich nie powstają książki? A jeśli powstają, to czy pacjenci o tym wiedzą?

Opis leczenia jest częścią leczenia – niczym śnienie, które może być opisane innym. Te wszystkie notatki, te zapisy sesji na superwizje... czy to nie potencjalne poematy, dramaty, komedie i tragedie?

Co z tym się dzieje? Czemu tak mało powstaje tekstów takich jak *Odyseja psychiatryczna*? Czy wstydzimy się swojej pracy, swoich intymnych kontaktów, swoich marzeń i swoich koszmarów? A jeśli jednak uznać, że myśli, jakie mamy i spisujemy w notatkach, są nie tylko spisanymi sesjami terapii, ale są częścią nowych snów? Może warto pozwolić sobie na właśnie takie opisy, jak czynią to autorzy. Piszą wprost... i prosto z serca:

Nie chcieliśmy też niepotrzebnie wystawiać na próbę kruchego przymierza terapeutycznego. Nie wykluczamy, że po jakimś czasie, dla nas już nieakceptowalnym ze względów czysto formalnych, Podróżnik stwierdzi, że chciałby jednak być współautorem naszych pogłębianych refleksji nad jego drogą ku zdrowiu.

Wciąż zastanawialiśmy się, czy zaproszenie pacjenta do spisywania fascynujących historii jego zdrowienia może narazić na szwank naszą relację z osobą, której pomagamy zdrowieć. Zadajemy też sobie pytanie, na ile istotna jest potrzeba utrzymania intymności w byciu w relacji, w swoistym przymierzu, sojuszu terapeutycznym, gdzie może nikt inny nie powinien (nawet kierując się względami edukacyjnymi) zaglądać. Sądzymy, że zależy to od gotowości uznania przez pacjentów ich „praw autorskich”. Bo jeżeli będą odczuwali tę gotowość, mogą mieć

swobodę uczestnictwa w takim przedsięwzięciu. Może się to odbywać na zasadzie udziału eksperta – osoby wykształconej kierunkowo, z doświadczeniem kryzysu psychicznego, na przykład psychozy – zaangażowanej do dzielenia się swoim doświadczeniem już z pozycji człowieka zdrowego, żeby innych chorych niejako „zaszczepić”, zwiększyć ich odporność, dać nadzieję, że można wyjść z kryzysu psychicznego. Myślmy, 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”, odmrożeniem zatrzymanego procesu rozwojowego. W przypadku tego pacjenta, który zgodził się upublicznić swoje doświadczenie i być pewnym wzorcem zdrowienia, można założyć, że jest to już etap pewnej dojrzałości. Nie da się ukryć, że towarzyszy nam wątpliwość, czy w przypadku naszego Podróżnika nie jest tak, że ten etap jego rozwoju indukowanym 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 tym etapie dojrzałości toczy. Skoro jednak zdecydowaliśmy się na publikację, na ujawnienie tych wątpliwości, zawieśmy już tę część rozważań dotyczącą autorstwa i współautorstwa opisywanej historii [s. 20–21].

Czy zatem taki opis, który idzie w świat, oczywiście za zgodą współtwórcy, nie tworzy realności pacjenta? Jak bardzo zespół tworzy pole do snienia i kanwę dla snu.

Gdzie ma się lokować pacjent? Szpital i zawarty w nim oddział? Czy australijskie klify?

W otwartym życiu czy na zamkniętym końcu?

Czy są tam osoby (mówimy w żargonie „obiekty”), czy jest sam?

Skojarzenie do własnego doświadczenia klinicznego: Pewien pacjent powiedział: „Panie Doktorze, wyskoczyłbym przez to okno... ale co jak na poziomie I piętra pomyślę „K...a, a jednak warto było żyć?!”.

To, że myśl ta powstrzymywała pacjenta przed skokiem z babińskiego klifu oddziału 7F to było jedno. Ale fakt, że mi to powiedział, oznaczał, że byłem teraz z nim w tej przestrzeni. Teraz już mogliśmy szukać australijskiego bungee. Zatem opresyjny sztywny kontakt klifu musi przekształcić się dzięki tysiącu gumowych włóknień⁴.

2. Choroba→Koszmar→Koszmarna przygoda→ Przygoda koszmaru/Koszmar senny→Sen koszmaru

To właśnie przekształcenia, których należy się spodziewać. Od choroby do snu. Od doświadczenia czegoś tylko bolesnego i bezsensownego, do czegoś znaczącego emocjonalnie i myślowo. Doświadczenie bólu jest osobiste. Doświadczenie choroby jest doświadczeniem osobistym, ale z kimś. Kiedy są inni, którzy czują, poza samym pacjentem, koszmar choroby jest koszmarem dla wszystkich. Jest to wędrówka w obszar koszmarny. W koszmar psychozy. Tam gdzie samobójstwo wydaje się rozwiązaniem.

⁴ Lina do skoków na bungee wykonana jest zwykle z około tysiąca gumowych włókien, <https://pl.wikipedia.org/wiki/Bungee> [dostęp: 13.04.2023].

Będąc kimś emocjonalnie blisko pacjenta, nie można nie brać w tym udziału. A jednocześnie nie chcemy zginąć. To jakby wrócić do kraju, gdzie ponownie nastały rządy totalitarne (psychotyczne powróciło), gdzie prawo zdominowała pewna dogmatyczna ideologia. Do kraju, gdzie ktoś niepoprawny ideologicznie jest skazywany za poglądy i zabijany. No i będąc już w tym kraju, zakazać egzekucji na sobie – jednocześnie czując, że się jest obywatelem tegoż kraju. Czyli de facto w jakiejś mierze jest się też kimś ideologicznie o władniętym, ale chce się uniknąć kontaktu z rzeczywistością, np. rzeczywistością śmierci.

Jeśli psychoza jest totalitarnym reżimem wykonującym egzekucję na pacjencie, swoistym mordem umysłu, to jedynym sposobem, żeby sobie z tym poradzić, jest poczucie, że samobójstwo będzie zabójstwem części relacji, a więc nas samych. Konieczne jest zaakceptowanie tego mentalnie.

Często klinicyści boją się tego, co będzie po tym, kiedy pacjent się zabije. „Prokuratora i poczucia winy”. Czemu nie dopuścić tych postaci na scenę już wcześniej. W terapii, gdy jesteśmy w świecie pacjenta. Czemu się bać? Działając pod wpływem lęku przed prokuratorem czy obwiniającą rodziną nie możemy sami stać się tymi postaciami na scenie terapii. I wówczas coś takiego jak samobójstwo nie może być zainscenizowane jako realnie dostępne rozwiązanie. A przecież takie jest. Jeśli ono nie może być doświadczeniem realnym psychicznie, to często musi być urzeczywistniane w obszarze fizycznym. Wilfred Bion rozważa, jak intensywny musi być ból, że dochodzi do załamania psychotycznego⁵. Ale możemy

⁵ W.R. Bion, *Elements of Psycho-Analysis*, William Heinemann Medical Books Ltd., London 1963, s. 60.

pójść dalej i zadać pytanie: Jak duży musi być ból, że jedynym rozwiązaniem jest zamordowanie jednostki anatomicznej, która umożliwia czucie tego bólu?

Tutaj widzimy, że zespół terapeutyczny nie tylko wchodził w świat pacjenta, ale i w rzeczywistość zewnętrzną, to jest w sąd lub rodzinę. To jakby z jednej strony mogli być blisko jądra ciemności lub na klifie, a z drugiej z obiektami, które mogły tworzyć oparcie dla pacjenta po wyjściu z „podróży”.

3. Angażowanie rodziny

Niektórzy terapeuci pracujący w gabinetach tylko z indywidualnymi pacjentami znają to doświadczenie: gdy tylko dotkną psychotycznego obszaru pacjenta, to następnego dnia w poczekalni czeka na nich jego rodzina.

Tutaj mamy trochę na odwrót. Jeśli pacjent nie może znieść bólu, to najpierw jest on w środowisku rodzinnym. Myślę, że ból ten jest związany z byciem „wypisanym” z opiekuńczej terapii i wejściem w obszar czegoś dającego frustrację, czyli realność. Do pewnego momentu terapia może być opieką symbolizowaną w obszarze rodziny. Ale w pewnym momencie terapia staje się niewygodna. Jeśli rodzina reaguje wrogo – to wtedy gdy pacjent będący w terapii narusza coś psychotycznego w rodzinie. Psychotycznego – tu mam na myśli coś nie do nazwania i nie do pomyślenia jako potencjalna treść snu, śnienia rodzinnego czy też rodzinnej mitologii.

Zatem relacja z rodziną jest zawsze złożona. Z jednej strony oczekujemy oparcia w niej, a z drugiej – naruszamy pewne tkliwe aspekty relacji i historii rodzinnych.

4. Portret biograficzny pacjenta a psychoza

Autorzy zaznaczają, że pacjent nie doznał deficytów opieki i nie można tym tłumaczyć genezy psychozy.

Donald W. Winnicott pisze:

Można by narysować karykaturę, w której ktoś pali papierosa i trzymając niemowlę za nogę, wywija nim i wkłada je do wanienki. Skądś wiadomo, że to nie jest to, czego dzieciom potrzeba. W grę wchodzi bardzo subtelne sprawy. Obserwowałem tysiące matek i rozmawiałem z nimi, i wiadomo, że podnosząc niemowlę, podtrzymują one główkę i ciało. Jeśli trzymasz na rękach ciało i główkę dziecka, nie myśląc, że stanowi całość, i sięgasz po chusteczkę lub po coś innego, główka opada i dziecko jest w dwóch kawałkach – głowa i ciało; dziecko zaczyna krzyczeć i nigdy tego nie zapomni⁶.

Myślę, że to doświadczenie jest nieuniknione w jakiejś postaci, w jakimś czasie.

W przypadku rodziny Podróżnika istniało przekonanie, że opieka była dobra. Były jednak oczekiwania rodziny wobec niego. One mogą być miażdżącą presją. Może były taką właśnie presją i były zbyt sztywne? Autorzy zakładają, że pacjent nie był współautorem swojego planu na życie, tylko jakby dał się sformatować, zawierając się rodzinie. To musiało rzutować na relacje z zespołem terapeutycznym i możliwość współautorstwa przejścia przez rzekę kryzysu psychozy.

Alternatywny plan to sprzeciwienie się temu, co proponuje rodzina. Czytamy:

⁶ D.W. Winnicott, *Jak uczą się dzieci?*, [w:] *Dom jest punktem wyjścia. Eseje psychoanalityczne*, tłum. A. Czownicka, Wydawnictwo Imago, Gdańsk 2010, s. 139.

Zdrada tutaj nie jest rozumiana jako znalezienie kogoś trzeciego, ale jako zakwestionowanie wartości, przekonań, poglądów wyniesionych z dzieciństwa, z okresu dorastania – jako niekoniecznie mieszczących się w ciele i umyśle dorosłego [s. 31].

Bardzo trudno sprzeciwić się, gdy nie ma się kogoś do pary. Gdy nie ma kogoś trzeciego.

5. Ojciec

W swoim słowniku psychoanalizy Jean Laplanche i Jean-Bertrand Pontalis piszą, że we współczesnej literaturze psychoanalitycznej penis oznacza męski organ w jego cielesnej rzeczywistości, natomiast słowo fallus jest zwykle używane do opisu aspektu symbolicznego⁷.

Z kolei Dana Birksted-Breen pisze, że słowo fallus odnosi się tylko do jednego konkretnego aspektu symbolicznego i że istnieją inne aspekty symboliczne, dla których słowo fallus nie jest odpowiednie. W szczególności dokonuje ona rozróżnienia między fallusem z jednej strony, a penisem jako reprezentantem mentalnej funkcji łączenia i strukturyzowania z drugiej. Ten ostatni nazywa „penisem-jako-łącznikiem”, aby odróżnić go zarówno od penisa w jego czysto cielesnej rzeczywistości, jak i od fallusa⁸.

Zatem mamy wyraźne przejście od penisa – męskiego organu, w jego konkretnej cielesnej rzeczywistości, poprzez fallusa, do penisa-jako-łącznika. Jednocześnie

⁷ J. Laplanche, J.-B. Pontalis, *The Language of Psychoanalysis*, Hogarth Press, London 1973.

⁸ D. Birksted-Breen, *Phallus, penis and mental space*, „International Journal of Psychoanalysis” 1996, vol. 77, no. 4, s. 649–657.

stany te w umysłowej ich reprezentacji mogą przechodzić: jeden w drugi lub trzeci. Od rzeczy samej w sobie, poprzez tę rozdzierającą i usuwającą aż do łączącej. I regresywnie też są one w ruchu: od życiodajnego łączenia, poprzez psychotyczne dekompensacje, aż do samobójstwa samego w sobie.

Bunt adolescencyjny, którego Podróżnik również chciał doświadczyć, ograniczył się do próby zakwestionowania tego, kto jest właściwym ojcem. Czy ojciec biologiczny, czy może Stwórca – Bóg Ojciec. Ale nikt nie mógł towarzyszyć Podróżnikowi w rozstrzygnięciu tych wątpliwości, bo zostawiał je wyłącznie dla siebie. Na nieszczęście ten dylemat stopniowo stawał się pożywką dla psychozy. [...] Podróżnik ujawnił przekonanie, że od swego ojca otrzymał wyposażenie w element, który go uszkadza. [...] Pomimo długiego stażu w procesie psychoterapii Podróżnik nosił w sobie brzemień przekonania, że agresja – nieoswojona, niedoprecyzowana – jest grzechem [s. 31–33].

Kwestia relacji z ojcem wydaje się kluczowa. W przekonaniu że „od swego ojca otrzymał wyposażenie w jakiś element, który go uszkadza” agresja jest pozostawiona ojcu w jakiegoś rodzaju falliczności.

Jakby coś znaczącego jak agresja – fallus, nie mogła być przekształcona w coś kreatywnego, łączącego – czyli penis. Każdy penis zawiera w sobie falliczność. Każdy ojciec najpierw musi być postrzegany jako agresywny, „olewający” i „usuwający” itd. Dopiero z czasem chłopiec może wziąć w dłoń penis, który nie tylko będzie fallusem nad pisuarem, ale penisem – dziedzictwem kreatywności jego ojca.

Podobnie jest z lekami czy szczepionkami. A raczej z korzystaniem z nich. Przestaną być „psychotrutkami”

i staną się tym, co dzięki kreatywności nauki może być uznane i dające wolność, a nie skontrolowanie. Oczywiście jest w tym zawarty element, że jesteśmy szczepieni, żeby leczyć innych i jesteśmy leczeni, żeby płodzić następne pokolenia dla utrzymania rasy i rodziny. Dopiero gdy uznamy, że to jest po prostu nasz wybór czy będziemy mieć dzieci, możemy czuć wdzięczność do rodziny czy zespołu terapeutycznego, który chciał nas leczyć na siłę.

Co do agresji jeszcze, to jest dyskusyjne: na ile poczucie winy w sensie reparacji jest warunkiem zdrowia. W uznaniu niektórych psychoanalityków jest to możliwe jedynie poprzez bycie w „pozycji depresyjnej”. I nie mam tu na myśli depresji czy melancholii, lecz rozeznanie się w rzeczywistości. Poprzez znaczące bycie w rzeczywistości się ją narusza, niczym matkę ziemię i doprowadza do swoistego kryzysu „klimatycznego”. Dopiero poczucie tego złożonego faktu istnienia siebie w czymś już istniejącym pozwala iść dalej mimo poczucie winy, już nie tyle prześladowczych („zniszczyłem świat”), ile depresyjnych („naruszyłem świat, ale musimy razem w nim, jak i z nim, żyć”). To jest właśnie pozycja depresyjna.

6. Bóg – Pustka

Dośliśmy do sytuacji kosmogonii, nazywanej w nowoczesnej teorii narcyzmu słowem „bóg” (tutaj małą literą), czyli części twórczej „prawdziwego ja” pacjenta, które czasami w wyniku psychozy też się ujawnia. Doświadczaliśmy tego, co 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 [s. 34].

Wszechogarniająca pustka jako bóg, jako matka, ale też jako taka przestrzeń, w której nic nie ma i nic nie może w niej być lokowane. Bo przestałaby być pustką. To jakby ktoś nie mógł wymieniać myśli, wrażeń czy skojarzeń, bo naruszałby rozszczepienie pomiędzy wszystkim (bogiem/matką) a niczym.

Rozszczepienie to jest warunkiem sine qua non stabilności funkcjonowania niektórych osób. Dążą do utrzymania podziału na dobre i złe. Pełne i puste. Ta dwuwymiarowość musi być utrzymywana. A nagły impuls czegoś nowego, jakiejś kielkującej myśli tryskającej z płodnego jądra wolnego umysłu, jest zagrażający. Tak jak zagrażająca jest autonomia niektórych republik dla totalitarnych autokratów. Dla nich republika ta była dotychczas li tylko częścią ich połąci. Była zatem niczym znaczącym.

Te idee, poruszania się pomiędzy stanem boskości a autystycznym „niczym” opisuje Symington⁹. Rozróżnia on stany umysłu „Boga” i „glisty”¹⁰.

Utrzymanie boskości wobec pustki to doświadczenie narcystycznej pełni wewnętrznej. Podróżnik jest pełny, a przestrzeń jest pusta. Podział jest utrzymany. Wymiany realnej nie ma. Autorzy piszą:

W pracy terapeutycznej nieznośna pustka nie dawała nawet szans na współczucie. Nie dawała szans na doświadczenie w przeciwprzeniesieniu czegoś żywego, czegoś bardziej witalnego [s. 34].

⁹ N. Symington, *A Pattern of Madness*, Routledge, London 2002.

¹⁰ *Ibidem*.

To właśnie ten okrutny podział. Jednocześnie właśnie to brak jest doświadczeniem w przeciwprzeniesieniu. Lub raczej – odnosząc się do tego, czy pisać słowo Bóg wielką czy małą literą – BRAK. I dalej:

Trwałość tego nieznośnego stanu hibernacji była okresowo „doprawiana” doświadczeniem nieznanymi wcześniej emocji negatywnych: swoistej mikstury skomponowanej z wrogości i wściekłości. Ten mozaikowy stan umysłu Podróżnika był przechowywany i stopniowo ocieplany w umyśle terapeuty [s. 34].

Dużo już wiemy o dopuszczeniu wrogości i wściekłości do umysłu matczynego, ojcowskiego czy terapeutycznego. Dużo już wiemy o negatywnym przeniesieniu, które jest tak istotne dla realnego rozwoju. I dla rozwoju realności. Nieludzkie byłoby utrzymywanie iluzji rajy, gdzie nie ma zwykłych emocji dających uczucia takie jak wściekłość. Wściekłość jest tym, co właśnie angażuje. W BRAKU, w Nicości powoli kiełkuje złość. To wspaniałe, kiedy może ona być „ocieplana w umyśle terapeuty”.

7. Chorowanie terapeuty, chorowanie pola

Wiemy już, że przeciwprzeniesienie z poziomu neurotycznego daje terapeutę fantazje, obrazy i wyobrażenia, które mogą stopniowo być skonsumowane w polu analitycznym-terapeutycznym¹¹. Przejawienie z poziomu pogranicza daje terapeutę zaskakujące możliwości działania, często niebezpieczne i noszące znamiona przestępstw lub odstępstw, zwane *acting out*.

¹¹ *The Analytic Field: A Clinical Concept, op. cit.*

Terapeuci, jeśli nie są zamknięci w kokonie intelektualizacji, często zaskoczeni są tym, jak mogą reagować na to, co pacjent robi.

Nota bene intelektualizacja to najgorszy rodzaj przestępstwa, który nie jawi się jako odstępstwo od normy postępowania terapeutycznego. Terapeuta, będąc w tym trybie intelektualnej poprawności, interpretuje wrogość i destrukcyjność pacjenta i nie dopuszcza żywego umysłu pacjenta do życia.

Wszystko, co destrukcyjne, dzieje się w obszarze intelektualnej wymiany bez realnego zaangażowania psychicznego. Często taka terapia kończy się intelektualno-racjonalnym powodzeniem, a po jej zakończeniu pacjent wchodzi w spiralę działań destrukcyjnych: uzależnień, rozwodów, rozkładów i rozpadów rozmaitych relacji. Pacjent rozpada się po takiej pseudoterapii.

Inną opcją niż „pójście w tango” jest uśmiercenie się czy unieruchomienie i wejście w sztywne i obsesyjne utrzymanie siebie w strukturach tego, co jawi się jako wielkie i znaczące. Pacjent staje się fałszywie ułożony i zależny.

Na razie, czytając ten tekst, nie wiemy, jak tutaj było dalej. Ale wiemy, że w psychotycznym przeciwprzeniesieniu musimy być gotowi na coś więcej niż w przeciwprzeniesieniu neurotycznym czy pogranicznym. Musimy być gotowi na to że:

Owo „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 gnienienia, kłucia w różnych częściach swego ciała [s. 34].

Bardzo rzadko mamy możliwość uwzględnienia pracy psychotyczności w opisie klinicznym, tak jak tutaj. Bardzo rzadko to zaangażowanie i gotowość do „chorowania” jest w ogóle uwzględniana w istocie zmiany terapeutycznej. Tak, pracując sobą, płacimy cenę.

Kiedy co roku ubezpieczam się jako lekarz w ramach obowiązkowego OC, dostaję pytanie, czy moja specjalizacja jest zabiegowa i inwazyjna, czy nie. Kiedy mówię że jestem psychiatrą i psychoterapeutą, słyszę, że to mniejsza stawka, bo to specjalizacja nieinwazyjna. Zawsze jest mi miło, ale też mam poczucie bycia „słabszego sortu”. Być może przyjdzie czas, że nasze zdrowie będzie inaczej „ubezpieczone” i szanowane: kiedy znaczenie oddziaływań psychicznych będzie wreszcie zauważone jako inwazyjne i psychoterapia, szczególnie pacjentów psychotycznych, będzie wreszcie konkretnie znacząca.

Jeszcze à propos chorowania terapeutów: David Morgan w osobistej komunikacji opowiadał mi o swoich doświadczeniach w Portman Clinic w Londynie, gdzie leczono psychoterapią wglądową pacjentów z zaburzeniami osobowości dys socjalnej, antysocjalnej, w tym osoby ze skłonnościami pedofilnymi. Po dłuższym czasie pracy w tej klinice niektóre osoby z personelu zaczęły chorować fizycznie, w tym wielu zaczęło cierpieć na choroby nowotworowe.

Wiemy, że nie da się tego bezpośrednio udowodnić, ale zakładamy, że jest jednak jakaś łączność pomiędzy

konkretnymi stanami emocjonalnymi a naruszeniami fizykalnymi. Być może niektórzy pacjenci chronią swoich bliskich i swoich terapeutów, aby ci nie pochorowali się na to samo. Stąd nie dzielą się zbyt blisko. Ale będąc w stałym kontakcie, nie mogą tego ukrywać długo.

Po premierze filmu *Melancholia* reżyser Lars von Trier zapytany, jak się czuje, odpowiedział, że świetnie. „Pan się świetnie czuje, tylko widzowie mają teraz depresję” – skwitował dziennikarz.

Wracając do lektury *Odysei psychiatrycznej* – załóżmy więc, że psychotyczne przeciwprzeniesienie jednak wprawia terapeutę w stany somatyzacji. Obecność emocji w ciele jest często sposobem poradzenia sobie z psychotycznością. Kiedy coś nie może być wyrażone, wy-Obrażone, wyśnione i wyJAśnione – jest somATYZowane. Ciało jest wtedy obiektem. Bion pisze, że kierunek psychosomatyczny może być de facto odwróconym kierunkiem somatopsychotycznym¹². Ale jak sprawić, żeby to co nieznośne w pacjencie i już (nośne) w terapii, mogło być trawione wspólnym śnieniem sytuacji terapeutycznej? Zobaczmy, co będzie dalej...

Czytamy że:

Dopiero w dostrojonej relacji terapeutycznej, po inaktywacji, detoksykacji tego, co martwe, i przepoczwarczeniu się martwoty w to, co ożywione, witalne, oraz oznakowaniu tych części jako czegoś, czego obu uczestników dialogu doświadczyło w swoim ciele i umyśle – mógł się odbyć transfer zwrotny nadziei do umysłu pacjenta [s. 35].

¹² W.R. Bion, *Bion in New York and Sao Paulo*, The Harris Meltzer Trust, London 2018, s. 122.

8. Przekształcenie

A więc jednak dochodzi do przekształcenia. Bardzo ciekawa jest sentencja podróżnika o „traceniu czasu razem”. To piękny obraz psychoterapii. Czyż w dzisiejszych czasach nie wydaje się to bez sensu, żeby pozwolić sobie na stratę czasu? Być może właśnie konkretne działania i zaangażowania w PRACĘ (znów wielkie słowa i wielkie litery) nie pozwalają nam spokojnie się zatracić w czasie jak w śnie. Może warto o tym pomyśleć przed kolejnym spotkaniem z pacjentem i nie bać się „stracić czas”. Jeśli nie możemy sobie na to pozwolić, to nie możemy po prostu być z kimś tak jak matka z dzieckiem.

Dalej autorzy zastanawiają się:

[Członkowie rodziny] w okresie wczesnodziecięcego rozwoju Podróżnika dawali wszystko, co mogli, a nawet i więcej, ale czy to w wyniku procesów neurofizjologicznych, czy takich, jakich jeszcze nauka nie opisała, nie doszło do tego – jak to ujęliśmy – styku [s. 36].

Realność nie jest idealna i w każdym styku jest niedosyt.

Lub „niedostyk”.

Czy niedostatek.

Pytanie – czy brak może być pomyślany, czy raczej musi być wyrażony w działaniu?

Działanie to może być w: A) destrukcji myślenia. To nie tak, że matka jest niedoskonała, tylko na pewno jest przeciwko mnie. B) działaniu lub uniku. Obiekt nie może być pomyślany w swojej złożoności bycia takim jaki jest: trochę dobry, trochę byle jaki, a trochę zły. Musi być zaatakowany fizycznie jak w przypadku

działań psychopatycznych. Lub opuszczony jak w przypadku autystycznych zamrożeń w kontakcie. Jest wiele innych opcji z C) somatyzacjami włącznie – ciało jest obolałym i atakowanym obiektem.

To daleka droga do tego, żeby brak, niedosyt i niedoskonałość, czyli złożoność i realność świata, matki, ojca, rodziny, środowiska – mogły być pomyślane, wyśnione, wyrażone np. w sztuce, w poczuciu humoru czy pomyłkowych czynnościach.

[...] 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 [s. 37].

Złożoność tego procesu jest doskonale opisana nie tylko w indywidualnym kontakcie z terapeutą, ale z całym polem – jak społeczność, oddział i wszyscy zaangażowani. Autorzy biorą pod uwagę znaczenie podawania leków, które najpierw przeżywane są jako „psychotrutki” (z rąk pielęgniarek-trucicielek), a zmieniają się w lekarstwa podawane przez złożone postacie pielęgniarskie.

Sposób, w jaki mogło dojść do tego przekształcenia, jest zawsze tajemniczy. Ale wydaje się, że polega on na pewnej rezygnacji z chęci wyleczenia pacjenta i nacisku, aby on „zrezygnował z psychozy”. Wilfred Bion, kiedyś napadnięty na korytarzu kliniki Tavistock przez pacjenta, który wykrzykiwał złość na niego, że mu nie pomaga, powiedział mu: „Nie wiem, czemu Pan się tak złości. Ja wcale nie próbuję Panu pomóc”.

Myszę, że musimy zrezygnować z takich naszych „chęci”, bo często są naciskiem na pacjenta i nie dają

mu możliwości własnego wyboru. Musimy zrezygnować z bycia „poza” i „ponad” i dopuścić pewien wybór pacjenta.

Jego sprawstwo.

Autorzy *Odysei psychiatrycznej* to czują i o tym doskonale wiedzą.

W pewnym momencie zdrowienia pacjenta ożywczo jest 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 nawet książkę napisać – akceptuję to”. Oddanie sprawstwa (co jest bardzo ważne) to przełomowy punkt [s. 40].

9. Rodzina jako oddział zastępczy.

Oddział jako rodzina zastępcza

Po wypisie z oddziału zaczyna się współpraca z rodziną. To, czy możliwe jest dalsze przekształcenie i czy możliwe są jakieś nowe relacje, wynika z tego, że było „coś jeszcze”. Czyli pacjent przed przyjściem do oddziału miał nie tylko martwą matkę, ale i inne żywe obiekty. To pozwoliło mu rozwinąć niepsychotyczne aspekty osobowości. A po wyjściu z oddziału miał nie tylko doświadczenie konkretnego, czyli „przeciwpсихotycznego” oddziału (trzeba konkretnie wyleczyć pacjenta, z psychozy – jak z raka), ale też doświadczenie żywego reflektującego i czującego PERSONelu, który dał mu poczucie sprawstwa. Personelu, który uznał, że psychoza jest jego wytworem i ma do tego prawo. To jak wreszcie uznać, że pacjent chory na raka

ma własne geny, które predysponują do produkcji tych szalonych komórek. Albo paląc papierosy, ma prawo do pobudzania tego rakowatego stanu, który w nim tkwi. Robimy, ile możemy, ale nie oceniamy. Reflektujemy i rezygnujemy z siłowych działań.

Myszę, że to bardzo ważne, żeby pamiętać, że pacjent miał nie tylko martwą matkę zanim do nas trafił. I bardzo ważne jest dla rodziny, żeby wiedzieć, że nie tylko był on „hospitalizowany” i „leczony”, ale żywo uczestniczył w polu terapii.

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 [s. 53].

10. Rodzina przestaje chodzić na grupę wsparcia

Mamy opis wyraźnych oscylacji pacjenta w relacji z rodzicami. Rodzice musieli zaakceptować sposób, w jaki ich syn był w leczeniu. Zaakceptowali, że Podróżnik ponownie przeżywa swój rozwój. Trudno im było ufać, że to wszystko, co podejmował ich syn, nie było przeciwko nim. Mierzyli się ze wstydem. Szczególnie matka. Choroba syna różniła więź rodziny i odmienne były perspektywy ojca i matki. Ojciec podchodzi do tego realistycznie i zdystansowanie. Doszło do zmiany relacji z ojcem.

To wszystko działo się na szerokiej kanwie. Rodziny, zespołu terapeutycznego, społeczności oddziału, grup

wsparcia. Zastanawiało mnie, jak to wszystko będzie skondensowane w umyśle samego pacjenta. Jak dowiadujemy się z opisu – stopniowo pacjent jest w stanie z jednej strony postrzegać innych jako odrębne całe osoby, a z drugiej – siebie jako spójnego i odrębnego, ale w kontakcie z sobą samym. Ta druga część, czyli większa spójność wewnętrzna, zapewne będzie coraz bardziej możliwa w spójnym kontakcie terapeutycznym indywidualnym.

11. Załamanie w kontakcie z zespołem terapeutycznym

Dowiadujemy się, że jednak droga nie była jednoznaczna i musiało dochodzić do załamania. Takich, w których społeczność oddziały i zespół musieli przeżyć depresyjność i uwzględnić możliwość, że mimo całego włożonego wysiłku, całego zaangażowania, czasu, decyzji, rozmyślań, zdumień i zadumy – terapia może się nie udać. Mogli wtedy się poddać mentalnie i scedować sprawę na wymiar sprawiedliwości – niech sąd opiekuńczy zdecyduje. Sięgnęli Dna. To podobne jak decyzja w pandemii, kiedy odłączyć pacjenta od respiratora. Niech zdecydują jakieś konkretne sądowne wytyczne. Ważna wydała mi się wtedy też spójność z oSądem ojca pacjenta.

Powiedział że mają go dość.

Że mają swoją goDność.

Stanowczość ojca jest kluczowym aspektem realnego powodzenia terapii. Łączy się ona z stanowczością zespołu leczącego.

Wtedy też dochodzi do zbliżenia się do ojca konkretnego i do „ojca” symbolicznego. Nie Boga Ojca,

który może wreszcie zostać spokojnie tam, gdzie można w niego wierzyć lub nie, ale przede wszystkim można mieć poczucie swojego realnego, fizycznego i genetycznie obdarzającego kreatywnością ojca. I porządku, w którym można oddychać ufnie, czyli symbolicznego i symbolizującego ojca. Można mieć zwyczajną i praktyczną psychoterapię.

12. Choroba staje się skontenerowana.

Lekarz staje się skontenerowany

Jest taki moment, kiedy pacjent może usłyszeć:

„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” [s. 57].

Ten moment dla mnie jest kluczowy. Chory przestaje być chorym, który stał się pacjentem, przestaje być pacjentem, ale jest „KIMŚ w ogóle”.

Osoba, która jest „lekarzem”, przestaje być lekarzem i staje się osobą.

Neville Symington uważał, że tylko osobisty kontakt leczy. I to jest bardzo osobista sprawa i nikomu nie możemy tyle zawdzięczać, co pacjentowi, który zabrał nas w tę podróż. Tylko wtedy gdy lekarz zrezygnuje z bycia tym, który stawia diagnozę, staje się osobą rozmawiającą z drugą osobą – pamiętajmy, że aby był ktoś „chory na schizofrenię”, musi być ktoś „uznany za lekarza”. To tak jakbyśmy musieli zostać lekarzami, żeby przestać nimi być, żeby wyleczyć kogoś z tego, co mu dotychczas dolegało. I nie mógł on dotychczas

z tego sposobu zrezygnować, ponieważ nie było kogoś, kto byłby skłonny się poddać. Jak ojciec, który mówi: Dosyć. Już nie mogę. Poddaje się. Jestem Lajosem, a ty Edypem. Uśmiercasz mnie. To jak ktoś, kto będąc w związku małżeńskim czuje, że może się rozstać, rozwieść i dlatego dopiero wtedy może być z tą osobą. „I że Cię nie opuszczę aż do śmierci” staje się faktycznie symboliczne – śmierć (związku idealnego) staje się faktem. I wtedy można wreszcie żyć. Wtedy, gdy można uznać utratę.

Podsumowanie

W tej lekturze fascynowało mnie to, jak odważnie, jak osobiście i przede wszystkim jak żywo opisują swoje doświadczenie koleżanka i koledzy.

Tutaj właśnie jest obszar osobisty. A nie tylko „kliniczny”. Kliniczny jest zawarty w osobistym. Jak zauważa Symington, tylko będąc sobą możemy być klinicystami podróżnikami poruszającymi się żywo wraz z naszymi pacjentami¹³.

Myśląc o polu analitycznym, pisałem, że zaangażowanie się w nie wymaga odwagi pacjenta i osób środowiska terapeutycznego do wspólnej podróży w nieznanie. Często jedna strona wychodzi z jaskini, a druga w nią wchodzi. Wyjście z azylu jest możliwe tylko poprzez wejście doń przez kogoś innego. Jeśli pacjent ma się czymś podzielić z terapeutą i innymi, to jest to coś na swój sposób bardzo cennego, bo przyczyni się do tego, że praca terapeuty będzie miała sens.

¹³ N. Symington, „Transforming Narcissism by the Act of Understanding”, *op. cit.*

Sens ten nie będzie tylko w odszyfrowaniu nieświadomego obszaru przeżyć pacjenta. To byłoby klasyczne ujęcie psychoanalityczne, które zakłada, że pacjent cierpi, ponieważ nie ma świadomości czegoś. Co jest skrywane w nieświadomości. Teraz jednak sens ten będzie w stworzeniu zupełnie NOWEJ narracji na temat tego, co było i jak było dotychczas. To współczesne podejście zakłada, że pacjent cierpi nie dlatego, że coś jest w jego nieświadomości, ale ponieważ nie może „czegoś” uczynić nieświadomym. Nie może tego „czegoś” przetrwać.

Na przykład tego, co określamy mianem kryzysu psychotycznego. Powstanie teraz nie tyle sformatowana przez zespół leczący realność pacjenta, „psychotyczne zostanie ochrzczone” w „niepsychotyczne”, ale powstanie nowa historia tej osoby. Osoby, którą był pacjent, oraz innych osób z personelu zaangażowanych w proces terapii. To jest właśnie współczesne ujęcie psychoanalityczne zawierające model, który jak pisze Antonio Ferro: „jest inspirowany myśleniem Biona z późnego etapu jego pracy, który de facto zawiera w sobie te wcześniejsze modele niczym zintrojektowane historie – ale jest bardziej zainteresowany rozwojem narzędzi do czucia, śnienia i myślenia”¹⁴.

Możemy przyjąć, że pacjent czegoś swojego doświadczył i radził sobie dotychczas tak, jak mógł. Trafił na osoby, które go przyjęły do terapii i w ramach ich wspólnego pola, w wyniku pracy ich „śnienia”, powstała nowa realność, zmieniająca zarówno jego, jak i ich. Autorzy *Odysei psychiatrycznej* opisali swoje

¹⁴ A. Ferro, *Dream model of the mind*, [in:] *Contemporary Bionian Theory and Technique in Psychoanalysis*, ed. A. Ferro, Routledge, London 2017.

doświadczenie emocjonalne. A my czytamy. Czy tylko czytamy, czy śnimy to jeszcze dalej? Czy powstaje tu coś nowego? Wszelkie streszczenia tekstów mogą być tylko słabym folderem reklamowym lub opisem, recenzją dzieła sztuki, filmu, przedstawienia, książki. Filmikiem na YouTube czy podcastem o czymś, a nie TYM CZYMŚ. Niektórzy zatrzymują się na tym. Czytają nagłówki. Oglądają TikToki.

Ale wiemy, że jeśli coś nas intryguje, coś pociąga, coś porusza – to szukamy tego. Studiujemy to żywo. Nie jest to tylko O TYM, o czym piszą autorzy, ale JEST TYM CZYMŚ nas angażującym. Ponieważ jest prawdziwe. Niczym fragment muzyki smpłowany we współczesnej wersji przez współczesnego twórcę. Jeśli jest to ciekawe, to może nas zaintrygować i będziemy szukać oryginału. I tak też jest z czytaniem *Odysei psychiatrycznej*. Szukamy oryginału i jesteśmy blisko. Blisko zarówno symbiotycznej harmonii i melodii, jak i kakofonii katastrofy psychozy.

Zarówno ambient, jak i death metal.

Karaiby i Sybiry.

I może nas to zachęcić do szukania tego wszystkiego z naszymi pacjentami, naszymi podróżnikami. W tworzeniu nowych dźwięków, wydźwięków, nowych znaczeń.

Niczym poezja Leśmiana. Tylko musimy być na tyle odważni, żeby śnić i pisać poezję. I żeby spróbować jednak przełożyć ją na inny język, przechodząc przez ten koszmar.



Łukasz Cichocki – doktor nauk medycznych, psychiatra, psychoterapeuta, nauczyciel akademicki z ponad dwudziestoletnim doświadczeniem. Dyrektor ds. medycznych Szpitala Klinicznego im. dr. Józefa Babińskiego w Krakowie. Autor wielu prac naukowych, popularyzator wiedzy z zakresu zdrowia psychicznego. Wieloletni prezes Polsko-Niemieckiego Towarzystwa Zdrowia Psychicznego. Działacz społeczny, prezes Instytutu Rozwoju Inicjatyw Społecznych.

Łukasz Cichocki

Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego,
Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Instytut Nauk Medycznych,
Klinika Psychiatrii
<https://orcid.org/0000-0002-6567-3949>

Odyseja psychiatryczna – refleksje terapeutyczne

Odyseja psychiatryczna to w moim przekonaniu tekst niezwykły. Z jednej strony jest tak gęsty emocjonalnie, że sugeruję czytanie go po małym kawałku. Z drugiej – niesie ze sobą tak wiele warstw znaczeniowych (językowych, społecznych, terapeutycznych, teologicznych), że postanowiliśmy, w zespole pracowników Szpitala im. Babińskiego, potraktować go jako materiał do snucia polifonicznej refleksji. Pewnym wzorem, do którego odniesienie wydało nam się użyteczne, jest dzieło Stanisława Lema *Głos Pana*¹. Tam, podobnie jak tutaj, jest pierwotny przekaz, który zaciekawia, niesie ukrytą treść i skłania do eksplorowania, odkrywania, poszerzania pola świadomości. Niniejsza perspektywa jest perspektywą lekarza psychiatry i psychoterapeuty, od ponad dwudziestu lat pracującego z pacjentami psychiatrycznymi, także terapeutycznie. Jednak mimo tylu

¹ S. Lem, *Głos Pana*, Czytelnik, Warszawa 1968.

doświadczeń, a może dzięki nim, tekst *Odysei psychiatrycznej* mnie poraził. Miałem (i mam) poczucie słuchania jakiegoś niezwykle pięknego (polifonicznego) utworu muzycznego, który z ogromną delikatnością opisuje świat: zarówno świat wewnętrzny pacjenta – Podróżnika, jak i świat ludzi, którzy go otaczają, jego rodziny, terapeutów... Ażeby uporządkować rozedrgane emocje, przedstawię swoje refleksje w punktach, odnoszących się do tych aspektów/części tekstu, które zwróciły moją szczególną uwagę.

1. To, z czym mierzy się Podróżnik, to powszechny dylemat ludzki, nieco tylko inaczej sformułowany: „rozwijać się czy nie rozwijać”. Między innymi dlatego warto poznawać losy osób takich jak Podróżnik – to, co jemu pomogło/pomaga w zdrowieniu, może pomóc także nam w rozwoju. Ten rodzaj refleksji, że pozornie odległe światy, w tym wypadku świat osób zdrowych i świat osób chorujących, coś jednak łączy, jest kluczem do budowania relacji – między tymi światami i tymi ludźmi.

2. Jednym z tych łączników są emocje. Często myśląc o zaburzeniach psychotycznych, skupiamy się na charakterystycznych objawach: zaburzeniach myślenia (urojeniach), zaburzeniach spostrzegania (omamach). Umyka nam, czy wręcz próbujemy się odciąć, od całego spektrum niezwykle silnych emocji: lęku, złości, uniesienia, euforii obecnych u osób przeżywających psychozę. Niekiedy obawiamy się swoich własnych emocji uruchamianych w kontekście obserwowania czyjejś psychozy. Profesor Kępiński w *Schizofrenii*² dawał wyraz swoim uczuciom, pokazywał swoje współodczu-

² A. Kępiński, *Schizofrenia*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2012.

wanie czy wręcz fascynację światami psychotycznymi swoich pacjentów. I tu jest pewien haczyk. Jeśli emocjonalnie psychoza nas tak porusza i fascynuje, to możemy nabrać wątpliwości co do sensu wyprowadzenia z niej pacjenta do świata „szarej codzienności”. Autorzy *Odysei...* uniknęli tej pułapki. Przerzucenie przez nich mostów do świata wewnętrznego Podróżnika miało na celu zaproszenie go do świata wspólnego, z przekonaniem, że ma on szansę w tym świecie się odnaleźć.

3. Bardzo doceniam delikatność autorów w rozstrzygnięciu dylematu, na ile ujawniać światu wyniki obserwacji i uczestnictwa w procesie zdrowienia. Wiele rzeczy, które mają się rozwijać, muszą dokonywać tego procesu w ukryciu: kiełkujące rośliny, rozwijające się we wnętrzu swojej mamy dzieci, zawiązujące się relacje, wszelkie skomplikowane i delikatne procesy wymagają ochrony. To, że tekst się ukazał, rozumiem jako wynik zaufania autorów do Podróżnika, jego otoczenia, ale też nas, odbiorców tej historii, że obecnie jej ujawnienie nie tylko nie zaszkodzi, ale być może umożliwi dalszy rozwój i zdrowienie.

4. W kontekście zmian zachodzących w polskiej psychiatrii i pojawiania się nowego zawodu – asystenta zdrowienia, za niezwykle istotny uważam fragment dotyczący potencjalnego wpływu Podróżnika na innych, w szczególności na osoby także borykające się z objawami choroby. Dawanie nadziei, dzielenie się doświadczeniami, znajdowanie właściwych słów, a może przede wszystkim sposobów na dotarcie do swojego zdrowieniowego celu – to wszystko może być pomocne nie tylko w kontekście indywidualnego procesu zdrowienia, ale także tworzenia pewnego systemu

osób, które – gotowe dzielić się swoimi podróżniczymi doświadczeniami – będą przewodnikami dla innych.

5. Ile przytrzymania, a ile ogarnięcia? Jak dobrze, że autorzy uniknęli często serwowanej, jedynie słusznej (polifemicznej) recepty. Widzą sens i użyteczność obu postaw. Czasami, żeby pomóc, trzeba ograniczyć wolność, przytrzymać. Moje skojarzenia biegną ku *Buszującemu w zbożu*³. Polski tytuł jest mylący, angielski *Catcher in the Rye* lepiej oddaje istotę rzeczy – trzeba kogoś złapać, przytrzymać, aby uratować przed upadkiem w przepaść. Stawianie w tej sytuacji jako nadrzędnej wartości wolności – „rób co chcesz” – jest abdykacją, jest odmówieniem pomocy osobie, która nie wie, co robi. Dopiero uratowana, przytrzymana, może w trakcie procesu ogarniania zacząć sobie stopniowo odpowiadać na pytanie: „czego ja rzeczywiście chcę?”

6. Fragmentacja przeważnie kojarzy nam się źle. Coś pofragmentowanego jest niepełne, pozbawione istotnych elementów. Autorzy zaskakują w tym, nomen omen, fragmencie: pokazują pewne korzyści wynikające z fragmentacji. To, że ordynator w poczuciu pacjenta jest zły, opresywny, przytrzymujący, pozwala lekarzowi prowadzącemu wejść w rolę kogoś dobrego, budzącego zaufanie. Relacje, w które wchodzi pacjent, fragmentacja świata zewnętrznego jest odbiciem pofragmentowanego świata wewnętrznego. I na pewnym etapie terapii trzeba zaakceptować taki stan rzeczy – mam na myśli nie tylko terapeutów, ale także pacjenta i jego otoczenie. Czasami nie da się nie odszczepić jakiejś trudnej czy wręcz niemożliwej do zniesienia części.

³ J.D. Salinger, *The Catcher in the Rye*, Little, Brown and Company, Boston 1951; I wyd. pol.: *Buszujący w zbożu*, tłum. M. Skibniewska, Iskry, Warszawa 1961.

W moim doświadczeniu terapeutycznym bardzo użyteczna jest koncepcja „polifonicznego ja” Huberta Hermansa⁴. Już lepiej, żeby jakiś instrument naszej wewnętrznej orkiestry grał osobno, czy nawet wbrew innym, aniżeli umilknąć by miała cała orkiestra.

7. Refleksje o ojcu i Bogu Ojcu. Obecne w psychozie Podróżnika i w przemyśleniach autorów. „Po co są ojcowie?” – pytają w swojej książce dwie psychoanalityczki, Judith Trowell i Alicia Etchegoyen⁵. *Odyseja...* dostarcza pewnych wskazówek w tym zakresie – po to, aby oswoić swoje popędy, ale też oswoić swoje szalejące, prześladowcze, bezdyskusyjne superego. Dostać jasne granice, których w żaden sposób nie należy przekraczać. Ale jednocześnie być przyjętym, zaakceptowanym, także wtedy gdy się coś zawaliło i chce się to jakoś naprawić. Zintegrować się, odkryć swoją wewnętrzną, prorozwojową część, toczyć rodzaj wewnętrznego dialogu, wsłuchiwać się w polifonię. To ładnie brzmi: polifonia zamiast Polifema.

8. Trud ożywiania. Ta praca świetnie pokazuje, ile mentalnego i emocjonalnego wysiłku należy włożyć nie tylko w skontenerowanie trudnych emocji pacjenta, ale w ich strawienie i oddanie mu w przetworzonej formie. Biologia tego zjawiska jest oczywista dla każdego terapeuty pracującego z pacjentami psychotycznymi, ale powinna być dostrzeżona także przez tych,

⁴ H.J.M. Hermans, *Polifonia umysłu: wielogłosowe i dialogowe Ja*, [w:] *Jekyll i Hyde. Wielorakie Ja we współczesnym świecie*, red. J. Rowman, M. Cooper, tłum. J. Kowalczevska, J. Suchecki, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2008, s. 107–132.

⁵ *Po co są ojcowie? Rozważania psychoanalityczne*, red. J. Trowell, A. Etchegoyen, tłum. D. Golec, L. Kalita, M. Lipińska, Oficyna Ingenium, Warszawa 2015.

którzy dopiero rozważają zajęcie się tą grupą pacjentów. To naprawdę fizycznie boli, obciąża, człowiek czuje, jakby „przerzucił wagon węgla”. Ale jest też nagroda, gdy ktoś zaczyna rozkwitać na naszych oczach, gdy zaczynają „śpiewać ptaki”.

9. Autorzy uniknęli jakże kuszącej pułapki łatwej krytyki rodziny pacjenta. Widzą miłość, starania, dobrą wolę. Widzą zasoby, współpracę w procesie terapii i zdrowienia. Nie są bezkrytyczni, dostrzegają też ograniczenia i niepowodzenia, ale są w stanie zobaczyć je w szerszym kontekście, nie jako wyraz złej woli, zaniedbań, ale tego, że czasami w naszym życiu, mimo starań „nie spotkają się czułki”. Świat poetyckich metafor używanych przez autorów jest niezwykle użyteczny z terapeutycznego punktu widzenia. Przecież wyrastamy jako istoty ludzkie ze świata zwierząt, a nasze komórki nie różnią się tak bardzo od komórek innych żywych stworzeń. Ten uniwersalny, kosmiczny wymiar pomaga w lepszym dotarciu do kosmicznego świata psychozy.

10. Nie pamiętam, żebym gdziekolwiek w literaturze przedmiotu znalazł fragment opisu lepiej oddający troskę o autonomię pacjenta niż:

W pewnym momencie zdrowienia pacjenta ożywczo jest 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 nawet książkę napisać – akceptuję to”. Oddanie sprawstwa (co jest bardzo ważne) to przełomowy punkt. Jest to dla pacjenta komunikat, że jeśli chodzi o urojenia, to nie będziemy ich podważać: „Są to tak samo

twoje myśli jak i inne. I nawet jeśli są zupełnie wyjątkowe, nawet chore, oprócz nich masz też inne myślenie, i to jest ważne” [s. 40].

Powiem tak, każdemu z nas, jeśli znajdzie się w psychozie, życzę takich terapeutów i takiego podejścia. Funkcja objawu – co on daje, czemu służy – zbyt rzadko jest przedmiotem refleksji terapeutycznej. Często nie mamy czasu, nie mamy siły „ożywczo rozmawiać”, także dlatego, że sami mamy za mało życia. Jesteśmy zagonieni, nie wsłuchujemy się nie tylko w cudzą, ale także w swoją własną polifonię. Tutaj jest nie tylko ożywienie, ale także pozostawienie wyboru, przestrzeni sprawstwa i wolności pacjenta, z jednym zastrzeżeniem – zachowania troski o innych.

11. Punkt zwrotny. W medycynie dosyć często mamy do czynienia z procesami długofalowymi, zachodzącymi na przestrzeni lat, a nawet dziesięcioleci. Zdarza się także, że te procesy polegają na pogarszaniu stanu zdrowia, nasilaniu się objawów, coraz gorszego funkcjonowania w relacjach z innymi. Tak było też w przypadku Podróżnika. Rolą profesjonalistów jest odnalezienie sposobu (sposobów) na odwrócenie tendencji, na coś, co w języku angielskim nosi nazwę *turning point* i jest stosowane w różnych kontekstach, także militarnych. Autorzy pracy pokazują walkę, jaką toczyli o pacjenta, za pacjenta, wspólnie z pacjentem. I wreszcie – nie do końca wiadomo dlaczego – „jest lepiej”. Każdy, kto towarzyszył osobie ciężiej chorującej, wie, jaka to ulga. Tekst *Odysei psychiatrycznej* pokazuje, ile wysiłku nieraz potrzeba, aby to się wydarzyło. Tak jak splot szeregu czynników, okoliczności doprowadza do wybuchu psychozy, tak też z reguły interakcja iluś osób, czynności, leków, refleksji własnych doprowadza

do rozpoczęcia i kontynuowania procesu zdrowienia. Proszę zobaczyć: farmakoterapia, psychoterapia indywidualna, grupowa i rodzinna w różnych kontekstach terapeutycznych (oddziale stacjonarnym dziennym, poradni), działania i decyzje rodziny pacjenta, jego własna praca nad sobą z uwzględnieniem wymiaru duchowego całego zjawiska i budowania zaufania do otoczenia, podjęcie pracy. I warto zauważyć, że podobnie jak w innych zaburzeniach psychicznych – uzależnieniach, zaburzeniach osobowości – ten proces powinien mieć charakter ciągły, gdzie proces zdrowienia płynnie przechodzi w proces rozwoju.

12. Proces zdrowienia. Zjawisko, o którym była mowa w punkcie 11, niekoniecznie musi mieć charakter jednorazowy, a proces zdrowienia rzadko ma charakter liniowy. To raczej sekwencja wzlotów i upadków. Kolejnych kryzysów i sposobów ich pokonywania. Jak pisał Erik H. Erikson w *Dopełnionym cyklu życia*⁶, możemy czy wręcz powinniśmy rozwijać się przez całe życie. Historia Podróżnika daje nam wszystkim nadzieję, że skoro z tak głębokich upadków, z tak nasilonych kryzysów da się wyjść, to może nam także się uda pokonać nasze trudności.

Jest w *Odysei psychiatrycznej* takie zdanie: „On się tworzył w jej [matki] głowie od nowa – ale też sam w swojej głowie tworzył się od nowa” [s. 45]. To pokazuje, jak głębokim procesem może być zdrowienie, jak bardzo trzeba coś zmienić, żeby odwrócić, zatrzymać proces rozpadu, które narastał przez lata, często nie tylko w osobniczym życiu danego człowieka, ale także jako owoc zjawisk zachodzących w poprzednich

⁶ E.H. Erikson, J.M. Erikson, *Dopełniony cykl życia*, tłum. C. Matkowski, Sensus, Gliwice 2016.

pokoleniach. Ważne w tym cytacie jest to, że proces zmiany dotyczy nie tylko samego Podróżnika, ale także jego otoczenia, w tym wypadku jego mamy.

13. Życie jako ciekawa opowieść. Warto zaciekawiać się życiem – swoim i innych. Jeśli życie nas nudzi, jeśli nudzimy swoim życiem innych, to wtedy jest duże ryzyko, że odechce nam się żyć i pójdziemy w autodestrukcję czy wręcz samobójczość. Jak pisał Viktor Frankl w *Człowiek w poszukiwaniu sensu*, to właśnie poczucie sensu życia chroni nas przed samobójstwem⁷. A co to za sens życia, co to za życie, które nas nudzi i nie ciekawi? To, co w terapii może także pomagać pacjentom, to zaciekawienie ze strony innych osób – nie tylko profesjonalistów, ale także np. członków grupy terapeutycznej. Jeśli coś innych we mnie interesuje, porusza, to może nie jest ze mną tak źle? Może mnie też się uda odnaleźć coś interesującego w moim wnętrzu, w mojej historii życia?

14. Proszę też zwrócić uwagę na strukturę *Odysei psychiatrycznej*. Ona nie jest linearna, to nie jest opowieść, gdzie rzeczy dzieją się po kolei. Tutaj jest dużo zapętleń, pozornych powtórzeń, przeskoków. Czytelnik jest zaproszony do świata wewnętrznego Podróżnika nie tylko przez jego opis, ale także przez sam tekst w pewnym stopniu odtwarzający strukturę tego świata – jej złożoność, nieuporządkowanie, poziom skomplikowania. To bardzo cenne spojrzeć na podobne fenomeny z różnych perspektyw, zobaczyć, co przeżywał zespół terapeutyczny, co – matka pacjenta, co – ojciec. W tej historii największą zagadką pozostaje sam pacjent. Wiemy, że

⁷ V.E. Frankl, *Człowiek w poszukiwaniu sensu*, tłum. A. Wolnicka, Czarna Owca, Warszawa 2011.

zapoznał się z tekstem i go zaaprobował, wiemy, że został zaproszony do współautorstwa i odmówił z „sobie tylko wiadomych względów”, ale gdyby chciał, to co sam byłby gotów do tego tekstu wnieść?

15. Różnice. W świecie, w którym żyjemy, jawią się jako zjawisko podejrzane, mogące prowadzić do konfliktów, wyzysku, wyrządzenia krzywdy. Warto jednak dostrzegać, i tak się stało w przypadku Podróżnika, że różnice są także szansą. Ludzie mają różne zasoby, różne sposoby radzenia sobie. W historii Podróżnika takie różnice pojawiły się, zostały dostrzeżone i opisane w kontekście odmiennych reakcji matki i ojca pacjenta. Różnica to często wartość, umożliwia użycie szerszego wachlarza reakcji, komplementarne, uzupełniające się działania. Tak więc nie tylko „po co są ojcowie?”, ale także „po co są matki?”, a może przede wszystkim „jak powinni ze sobą współpracować?”.

16. Poczucie winy. Jedna z najtrudniejszych emocji, z którą przychodzi się nam mierzyć w naszym życiu. Nierzadko o takim stopniu nasilenia, takiej sile destrukcji, że dosłownie zabija, niszczy. Historia opisana w *Odysei psychiatrycznej* pokazuje, że nawet na dramatycznie nasilone poczucie winy można znaleźć odtrutkę. Bycie w grupie, wsparcie emocjonalne, które można dać i otrzymać – od innych członków rodziny, od uczestników grupy terapeutycznej, od profesjonalistów. Mówić, opowiadać, nie być samemu, ale też uzyskiwać nowe użyteczne perspektywy, a może przede wszystkim wybaczać – sobie i innym. Pokazuje też, jakie możliwości pojawiają się, gdy człowiek uwolni się od nadmiernego, paraliżującego poczucia winy. Otwiera się perspektywa działania, stawiania granic, realnego wpływu na otaczającą rzeczywistość.

17. „Mam Cię dość”. Czy tak może mówić rodzic do dziecka? Przecież życie rodzinne powinno wyglądać jak w reklamie serka Almette – wesoło, bezproblemowo, żadnych trudności. No cóż, w rzeczywistości jest inaczej, życie, także życie rodzinne, oprócz wielu związanych z nim przyjemności, jest trudem. Zmaganiem się, walką m.in. o granice. „Ile zależy w Twoim życiu od Ciebie?” – pytają na pewnym etapie życie Podróżnika zgodnie (szczęśliwie) jego rodzice. Jeśli nie zaczniesz czegoś robić dla siebie, to poniesiesz tego konsekwencje – to jest, wbrew teom głoszonym przez piewców bezstresowego wychowania, poważne traktowanie drugiego człowieka. Często (także w tym przypadku) jest to także impuls do zmiany.

18. Wreszcie na koniec: odbudowa, innymi słowy zdrowienie, wzrost, rozwój. Odniesienie się pod koniec *Odysei psychiatrycznej* do komórek krwiotwórczych obecnych w szpiku kostnym jest metaforą, która prowadzi nas wprost do pojęcia siły życiowej, do tego, co Henri Bergson nazwał *élan vital*. To, że jest ona tak wielka, że może zmieniać nie tylko Podróżnika, ale jego otoczenie – matkę, ojca, profesjonalistów, którzy mu pomagali, jest cudem, który nie powinien umknąć naszej uwadze. Cud życia, cud jego trwania i rozwoju, mimo, a często także dzięki trudnościom, jest przesłaniem, które powinno towarzyszyć każdej i każdemu z nas, zarówno w odniesieniu do samych siebie, jak i ludzi, którzy nas otaczają. Ratując Podróżnika, uratowano tak naprawdę nie tylko jego, ale cały otaczający go świat, bo jak wiadomo: „kto ratuje jedno życie...”⁸.

19. PS. I tak to już jest z tym tekstem, myślałem, że nic więcej nie jestem w stanie dopisać, gdy doszły do

⁸ Talmud Babiloński, Sanhedryn, 37a.

mojej świadomości dwie kolejne refleksje. Po pierwsze: rola zespołu w procesie leczenia i zdrowienia Podróżnika. Psychoterapia psychoz to z reguły gra zespołowa. Tak powinno się dziać, co do zasady, w oddziałach stacjonarnych i dziennych, jednostkach rehabilitacji społecznej i zawodowej (jak środowiskowe domy samopomocy czy warsztaty terapii zajęciowej), wskazane jest to również w takich placówkach jak poradnie czy zespoły leczenia środowiskowego. Poziom dezorganizacji, „szaleństwa” obecnego w psychozie, zwłaszcza w jej ostrej fazie jest taki, że pojedynczy człowiek może zostać nim porwany. Wzajemne wsparcie, utrzymywanie się w rzeczywistości, współpraca pomiędzy terapią indywidualną, grupową, socjoterapią, farmakoterapią, a przede wszystkim między osobami za nie odpowiedzialnymi, to warunek powodzenia. To, że tekst napisały trzy osoby, nie oznacza, że zapomniano o nieocenionej roli np. pań pielęgniarek w uzyskaniu współpracy ze strony pacjenta. Warto o tym pamiętać i umieć grać zespołowo.

20. I wreszcie, tym razem rzeczywiście na koniec: otoczenie, szpital, park, dziękuję. W toczącej się debacie wokół zmian w polskiej psychiatrii podkreśla się niekiedy wagę zabezpieczenia somatycznego pacjentów, stąd potencjalne korzyści płynące z umieszczania oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych. *Odyseja psychiatryczna* zwraca uwagę na inny aspekt rzeczywistości – lepiej wyjść do parku, popatrzeć na drzewa, skorzystać z leczniczej roli natury niż patrzeć na blokowiska i ogromne parkingi. Jak wyważyć tę proporcję? Trudno ocenić, ale Podróżnik bynajmniej nie jest jedynym pacjentem, który skorzystał z „magii Kobierzyna”.



Teresa Grabińska – doktor fizyki teoretycznej, doktor habilitowany nauk filozoficznych, profesor akademicki badawczo-dydaktyczny w Akademii Wojsk Lądowych imienia generała Tadeusza Kościuszki we Wrocławiu. Autorka prawie 400 prac naukowych, publikowanych w Polsce i za granicą, poświęconych fizyce kwantowej, kosmologii fizycznej, filozofii przyrody, filozofii nauki, personalizmowi, transhumanizmowi i sekuritologii. Wśród publikacji znajduje się 12 monografii autorskich i 26 monografii zbiorowych pod naukową redakcją lub współredakcją. Od kilku lat organizuje coroczną ogólnopolską konferencję z cyklu „Bezpieczeństwo personalne a bezpieczeństwo strukturalne”. Nagrodzona dwiema nagrodami ministerialnymi i nagrodą Polskiej Akademii Umiejętności. Członek kolegium redakcyjnego kilku czasopism naukowych oraz członek kilku towarzystw naukowych – polskich i zagranicznych.

Teresa Grabińska

dr hab., prof. AWL, Akademia Wojsk Lądowych imienia generała Tadeusza Kościuszki
we Wrocławiu

<https://orcid.org/0000-0002-9131-2637>

Naprzeciw obojętności świata: panaceum mitu czy terapia?

W psychiatrii [...] ilość nie ma decydującego znaczenia.

*Dokładna analiza jednego chorego daje więcej
niż powierzchowne zbadanie tysięcy pacjentów.*

A. Kępiński¹

Wstęp

Słowa Antoniego Kępińskiego z motta doskonale odpowiadają wysokiej wartości terapii, jaką pomyślnie przeprowadzili Krzysztof Walczewski, Paweł Smyk i Marta Janiszewska-Hanusiak. Pacjentem była jedna osoba, nazwana przez terapeutów Podróżnikiem. Pisząca ten tekst nie jest przygotowana do merytorycznej lub metodologicznej analizy siedmioletniej historii leczenia Podróżnika, ponieważ nie jest ani psychologiem, ani

¹ A. Kępiński, *Podstawowe zagadnienia współczesnej psychiatrii*, PZWL, Warszawa 1978, s. 124.

psychiatrą, ani pielęgniarką wyspecjalizowaną w leczeniu zaburzeń psychicznych.

Zapoznanie się z tekstem *Odysei psychiatrycznej* nakazuje – po pierwsze – schylić czoło przed zespołem terapeutów (autorów *Odysei...* i – jak sami zaznaczają – wielu innych osób wspomagających ich wysiłek), po drugie zaś – odebrać metodę i zaangażowanie terapeutów jako świetne wpisanie się w tradycję polskich psychiatrów, „których wysiłek koncentrował się na tym, jak w możliwie prosty i rozsądny sposób pomóc choremu. [...] Stosunek do chorego był zawsze nacechowany uczuciem i troską. Były to uczucia szczerze, nie maski «zawodowe»”².

Pisząca startuje z pozycji nieprofesjonalisty – ale też nie z pozycji niegdysiejszego lub potencjalnego (przynajmniej na razie) pacjenta. Jak każdemu człowiekowi nie jest jej obce trudne doświadczenie rzeczywistości oraz – już bardziej w jej profilu zawodowym – refleksja nad wartością ludzkiego życia i imperatywem człowieczeństwa. Toteż ten profil naznaczy rozważania niniejszego tekstu.

Życie jako podróż

Ludzka egzystencja jest procesem od narodzenia (na samym początku nieuświadomianym) aż po nieuchronną śmierć (też nie zawsze świadomą), ale świadomość śmierci jest dramatem ludzkiego losu, czasem w takim stopniu, że pozbawia życie sensu. Utrata sensu życia może się manifestować przynajmniej na dwa sposoby: albo dążenie do jak najszybszego unicestwienia,

² *Ibidem*, s. 129.

aby nie czekać bezradnie i rozpaczliwie na ostateczny akt przejścia od egzystencji do nieegzystencji; albo zanurzenie się w tak zwany „wir życia”, aby zagłuszyć ból istnienia³.

Trzecie wyjście – pojednawcze – to jednak odnalezienie sensu ludzkiego życia w ogóle i w jednostkowym stawaniu się. Owo stawanie się jest ucelowane na wartość (sens) doczesnego życia dla życia wiecznego, gdy jakość kierowania własną doczesnością ma zasadniczy wpływ na swoiście rozumianą jakość egzystencji wiecznej, jak w obietnicy tej lub innej religii. Owo stawanie się może być również dobrowolnym przyjęciem na siebie powinności służenia własnym istnieniem, już bez wiary w nagrodę w wieczności. Ten drugi rodzaj pogodzenia się ze skończonością ludzkiego życia wymaga jednak wyznawania systemu wartości⁴, w którym kulturowy ślad jednostkowego ludzkiego życia ma znaczenie dla kondycji świata i w którym ten świat

³ W podobny sposób uśmierzanie bólu istnienia okazywał Podróżnik, zarówno w próbach samobójczych, jak i w bezcelowych wędrówkach po świecie. Zob. K. Walczewski, P. Smyk, M. Janiszewska-Hanusiak, *Odyseja psychiatryczna*, w niniejszym tomie, s. 23–24.

⁴ W tym miejscu zjawia się pytanie o tzw. naturalność *ver-*
sus kulturowość (przenoszona również w micie) wartości. Przy czym kultura (także terapeutyczna) jest transmitterem wartości, podczas gdy biologicznie rozumiana naturalność może prowadzić do alienacji, jak w przypadku Podróżnika. Kultura rozumiana jest tu szeroko, jak w definicji Bronisława Malinowskiego, wedle której jest „integralną całością, na którą składają się narzędzia i dobra konsumpcyjne, konstytucyjne statuty różnorodnych społecznych ugrupowań, ludzkie idee i rzemiosła, wierzenia i zwyczaje”, idem, *Dzieła*, t. 9: *Kultura i jej przemiany*, tłum. A. Bydłoń, A. Mach, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000, s. 59.

ma wartość. A w obliczu dotkliwie odczuwanej tzw. obojętności świata tego rodzaju przeświadczenie nie jest ani popularne, ani możliwe bez uznania religijnego lub filozoficznego mitu osławającego świat⁵.

W rozważaniach dramatu skończoności ludzkiego życia warto zwrócić uwagę na porządki: logiczny i chronologiczny (zdarzeniowy). Co warunkuje co: czy świadomość śmierci ów dramat przeżywania (życie jest „chorobą na śmierć”), czy specyficznie ludzki lęk egzystencjalny (jak Kierkegaardowska rozpacz) jest powodem „choroby na śmierć”⁶? Pierwsza zależność zdaje się występować w porządku chronologicznym, druga zaś – w logicznym. Jednak w trakcie konkretnego ludzkiego życia wcześniejszy brak rozpacz z powodu uświadomienia sobie skończoności ziemskiego bytowania, w wyniku traumatycznego przeżycia może wyzwolić ów lęk egzystencjalny w postaci choroby na śmierć⁷.

⁵ L. Kołakowski, *Fenomen obojętności świata*, [w:] idem, *Śmierć jako własność prywatna*, Znak, Kraków 2021, s. 63–91.

⁶ S. Kierkegaard, *Choroba na śmierć*, [w:] idem, *Bojaźń i drżenie. Choroba na śmierć*, tłum. J. Iwaszkiewicz, PWN, Warszawa 1972, s. 141–291. Zob. S. Lubańska, *Pascal i Kierkegaard – filozofowie rozpacz i wiary*, Universitas, Kraków 2001.

⁷ Zob. *ibidem*, s. 72–74. W przypadku drugim (wyraźniej występującym u Podróżnika), utraty tzw. chęci do życia, włącznikiem procesu samounicestwienia może być głębokie odczucie niepowodzenia lub niespełnienia się, ale psychofizyczna jednia daje o sobie znać fizjologiczną reakcją. Na odwrót zaś niektóre fizjologiczne zaburzenia stymulują psychiczny deficyt. Potoczne zatem przeświadczenie o konieczności równoległej terapii „ciała i duszy” znajduje swoją ewidencję empiryczną. Przy czym powstaje pytanie

Søren Kierkegaard chorobę na śmierć rozpatrywał wielostronnie. Po pierwsze, stwierdził, że jest powszechną dolegliwością duchową (osobowościową) w tym znaczeniu, że ma źródło w przeciwieństwach tkwiących w ludzkim byciu: skończoność-nieskończoność, możliwość-konieczność, doczesność-wieczność. Rozpacz w najwyższym stadium objawia się zarówno uświadomieniem własnej słabości i deprecjacją siebie (rozpacz nazwana przez Kierkegaarda „kobiecą”), jak i buntem w celu odnalezienia siebie i określenia własnego jestwa za cenę cierpienia (rozpacz nazwana „męską”)⁸.

Rozpacz jest chorobą ducha, ale skoro chorobą, to uleczalną. Z chrześcijańskiego punktu widzenia śmierć ciała nie jest chorobą śmiertelną, choroba zaś ducha jest nią, jeśli nie zostanie poddana terapii. Leczenie jest procesem, który w przypadku najpierw rozwoju choroby (rozpaczy), a następnie przezwyciężania jej jest stawianiem się osobowości, rozumianej przez Kierkegaarda jako rozwój duchowy ku uświadomionej syntezie przeciwieństw bytu, który polega na „ruchu nieskończonym, ruchu do samego siebie w procesie czynienia osobowości nieskończonością, a potem na nieskończonym ruchu powrotu do samego siebie w procesie czynienia osobowości skończonością”⁹.

o to, w jakim stopniu intelektualna perswazja (zawsze w odniesieniu do określonego mitu kulturowego) jest skuteczna w owej terapii. „Po wybuchu psychozy tych słów [pozwalających pacjentowi wyrazić swój stan] właśnie brakuje”, jak piszą autorzy *Odysei*... [s. 22].

⁸ S. Kierkegaard, *Choroba...*, *op. cit.*, s. 205–221.

⁹ Por. *ibidem*, s. 165. Czy cel tego kierkegaardowskiego ruchu odnajduje się w celu trojga terapeutów – autorów *Odysei*... , wyrażonym pytaniem: „Należy raczej ogarnąć pustkę, tę wątpliwość i lęk, który sprowadza się do pytania «co dalej?»” [s. 26]?

Osiągnięcie równowagi (niekoniecznie trwałej, na zawsze) w tym procesie nie może jednak nastąpić bez oparcia na czynniku spoza własnego jestestwa, czynniku sprawczym istnienia człowieka, z natury (według Kierkegaarda) targanego rozpaczą. Ów czynnik to Kierkegaardowska Moc, którą jest Bóg chrześcijan, a wzorcem kształtowania ludzkiej osobowości jest Chrystus. W chrześcijaństwie zatem tkwi siła uzdrawiająca – ku zbawieniu¹⁰.

Jedna i druga uświadomiona postać rozpaczy prowadzi do pragnienia unicestwienia się przez człowieka. Trudny, lecz precyzyjny Kierkegaardowski opis rozpacy zarówno w dążeniu do niebycia sobą, jak i bycia sobą wydaje się przydatny do odtworzenia w języku innym niż medyczny i psychologiczny kondycji i zmiennych stanów Podróżnika. Pisząca te słowa czuje, że tak jest, ale sama nie podejmuje się przekładu, który mógłby być obszerną rozprawą.

Trafność nazwania pacjenta Podróżnikiem nie sprowadza się do tego (o czym zresztą pisze troje autorów), że wyruszył w podróż w szeroki świat, ale wszakże *od* świata. Podróżą jest jego powrót *do* świata, podróżą nie-samotną, bo takiej by nigdy nie podjął w obliczu głębokiego doświadczenia obojętności świata.

Słowami Leszka Kołakowskiego można by Podróżnika wyprawę *od* wyrazić w następujący sposób:

¹⁰ Kołakowski, jak wielu innych, obietnicę zbawienia w micie chrześcijaństwa zdaje się traktować w kategoriach prewencji wobec zagrożenia „chorobą na śmierć” lub wobec bezradności w odczuwaniu obojętności świata. Wtedy terapia medyczna byłaby interwencją. Kierkegaard nadawał wierze znaczenie szersze niż prewencyjne, bo terapii duchowej. Czy jednak powrót Podróżnika byłby możliwy wyłącznie w wyniku interwencji farmakologicznej?

Tęsknota za prenatalnym schronieniem, za śmiercią połowiczną, która uwalnia od życia na własny rachunek, a także próba zapewnienia sobie nieobecności ostatecznej w świecie są już, jedna i druga, ruchem ucieczki od czegoś – a to coś musi wyprzedzać potrzebę schronienia albo lęk przed istnieniem. [...] Tym, od czego uciekamy, jest doświadczenie obojętności świata¹¹.

Diagnoza Kierkegaarda jest znacznie ostrzejsza, gdy idzie zarówno o uciekających „słabeuszy”, jak i „buntowników”. Otóż buntujący się

przeciwko całemu bytowi, myśli, że zdobywa świadectwo przeciwko niemu, przeciw jego dobru. Za to świadectwo zrozpaczony ma siebie samego i nim właśnie chce być dlatego, że chce być sobą, sobą w swojej męce i męką tą protestować przeciwko całemu istnieniu. I podczas gdy zrozpaczony słabeusz nie chce nawet słuchać o tym, jaką pociechą jest dla niego wieczność, to ten zrozpaczony nie chce słyszeć o tym z innego powodu, ponieważ każda pociecha stałaby się dla niego upadkiem – jako sprzeciw przeciwko istnieniu¹².

Skoro proces chorobowy Podróżnika zmierzał do unicestwienia, a powtarzające się próby samobójcze, na australijskich klifach i już w trakcie leczenia, były tego nader wyraźnym symptomem, to słusznie autorzy *Odysei...* twierdzą, że przeprowadzony „proces terapii jest «wskrzeszeniem», odmrożeniem zatrzymanego procesu rozwojowego” [s. 21]. A następnie przekształcaniem rozpaczy w „męską”: „Jeżeli mamy świadomość tego procesu, jeżeli potrafimy projekcje pacjenta, czyli te kulki, którymi on w swoim umyśle w nas rzuca,

¹¹ L. Kołakowski, *Fenomen...*, op. cit., s. 64, 66.

¹² S. Kierkegaard, *Choroba...*, op. cit., s. 221.

zebrać razem, możemy go nie tylko próbować zrozumieć, ale dostrzec wśród rozdarcia samotne, przestraszone, bezradne wewnętrzne dziecko, które zaczyna rozglądać się i zadawać pytanie «którędy do wyjścia?» [s. 29].

Zmagania z obojętnością świata i pociągająca nicość

Podróżnik na pierwszym spotkaniu z terapeutami okazał zniewalające go pragnienie nicości. W ujęciu Kierkegaarda ten stan można sklasyfikować jak rozpacz „kobiecą” – z powodu słabości, nad sobą, z powodu siebie – implikującą samounicestwienie własnego nijakiego bytu, oddanie go temu, do czego w jego mniemaniu należy, czyli nicości, w sprzecznie wobec dotkliwej rzeczywistości doczesności. Pozostaje tylko nicość w obliczu utraty wieczności i własnej tożsamości.

Obojętność świata jest doświadczeniem każdego człowieka. Równocześnie jawi się jako wykładnia człowieczeństwa w tym właśnie uświadomieniu sobie, że jest dla świata niczym albo czymś do niego nieprzystawalnym i że to wyłącznie do człowieka należy oswojenie świata. Thomas Hobbes owo odczuwanie wręcz wrogości pochodzącej od świata ludzi i przyrody utożsamiał z nieustającą wojną każdego z każdym, tym bardziej wzmagającą ból (rozpacz) istnienia. Towarzyszy temu „bezustanny strach i niebezpieczeństwo gwałtownej śmierci. I życie człowieka jest samotne, biedne, bez słońca, zwierzęce i krótkie”¹³.

¹³ T. Hobbes, *Lewiatan czyli materia, forma i władza państwa kościelnego i świeckiego*, tłum. C. Znamierowski, Fundacja Aletheia, Warszawa 2009, s. 207.

Leszek Kołakowski zastanawiał się nad sensem i skutecznością osvajania obojętnego świata¹⁴. Jeśli przyjąć, że istotą (*quidditas*) świata jest obojętność, to wspólne stałe pokonywanie jej nadaje sens trwaniu ludzkości i przeżywaniu jednostki. Hobbes przywoływał organizację zbiorowiska ludzkiego w państwo, oddającą je we władanie Lewiatanowi, czyli państwu (*civitas*). „[T]en wielki LEWIATAN” zaś to „*bóg śmiertelny*, któremu pod władztwem Boga Nieśmiertelnego, zawdzięczamy nasz pokój i naszą obronę”¹⁵. Państwo jest tworem kultury niematerialnej, Kołakowski zaś wskazał na tworzenie kultury materialnej (technicznej i naukowej), której wytwory wymuszają (ostatecznie pozorne) posłuszeństwo rzeczy i pozwalają (zawsze w ograniczonym zakresie) przewidywać zjawiska w świecie, a z drugiej strony wywołują tęsknotę za tą obojętną i nieprzewidywalną naturą. „Świat nieznamy może być źródłem trwogi, ale również świat ponad miarę znajomy”¹⁶.

Innym sposobem przewycięzania obojętności świata i uśmierzenia lęku przed niepewnością istnienia jest kompulsywne wchodzenie w posiadanie rzeczy, które ma zaspakajać potrzebę interakcji ze światem, a naprawdę jest ułudą władzy nad rzeczami lub ludźmi¹⁷. Natomiast bliskość w „porozumieniu erotycznym” ma w tym pokonywaniu obojętności świata

¹⁴ L. Kołakowski, *Fenomen...*, *op. cit.*

¹⁵ T. Hobbes, *Lewiatan...*, *op. cit.*, s. 258.

¹⁶ L. Kołakowski, *Fenomen...*, *op. cit.*, s. 79.

¹⁷ Zob. np. G. Marcel, *Być i mieć*, tłum D. Eska, De Agostini, Warszawa 2001; T. Grabińska, *The Significance of Ontic-Cultural Layer for Personal Safety. The Prospect of „Being and Having” by Gabriel Marcel*, „Security Dimensions” 2021, vol. 38, s. 104–120.

„stworzyć chwilowe złudzenie tożsamości z drugim, i stąd jest bezcenne”¹⁸, ale też może być formą przywłaszczenia sobie drugiego lub prowadzić do swoiste go hazardu (uzależnienia).

Kolejne sposoby pokonania obojętności świata przejawiają się w różnych postaciach organizacji wspólnoty ludzkiej i w zaangażowaniu się jednostki w wielostronne doskonalenie otoczenia. Co prawda Kołakowski nie odbierał im wartości, ale podsumował je surowo: „w tym zakresie obowiązuje reguła «wszystko albo nic», [...] więc utożsamienia cząstkowe i ulotne nie są prawdziwe”¹⁹.

W sensie granicznym, stosunkiem do obojętności świata jest symetryczne zupełne zobojętnienie człowieka wobec świata, urzeczywistniane dwojako²⁰. Po pierwsze, skoro świat jest czymś, w czym się jest, to powstaje pragnienie opuszczenia go²¹ i przejścia w nicość. Dokonuje się to na drodze samounicestwienia, samobójstwa, w którym „obecne jest zarazem utopijne pragnienie odwzajemnienia się światu miarką tej samej obojętności, [...] niejako chęć wymierzenia mu kary odwetowej”²².

Słusznie Kołakowski wskazał na fundamentalną sprzeczność w takiej postawie potencjalnego samobójcy: oto dopóty występuje relacja obojętności świata

¹⁸ L. Kołakowski, *Fenomen...*, *op. cit.*, s. 86–87.

¹⁹ *Ibidem*, s. 88.

²⁰ *Ibidem*, s. 88–90.

²¹ Podróżnik ucieczkę od świata rozkładał na etapy. Najpierw ucieczka *od* planów i zamierzeń, potem ucieczka *od* bliskich i otaczających go ludzi, ucieczka *od* rodzimych krajobrazów i rodzimej kultury, ucieczka *od* coraz to innych ludzi i *od* coraz to innego otoczenia. Podróżnik mimo kierkegaardowskiej „żeńskiej” rozpaczki jednak poszukiwał siebie.

²² L. Kołakowski, *Fenomen...*, *op. cit.*, s. 89.

wobec człowieka, dopóki człowiek w nim jest, dopóki ów fenomen obojętności świata jest obecny w jego świadomości. Jeśli przestanie w nim być, to owa relacja co prawda znika wraz z nim, ale świat trwa niewzruszony i niezmieniony. Ta sprzeczność jest jeszcze głębsza, gdy podnieść dość oczywisty fakt, że jedyna sankcja wymierzona w wyniku samobójstwa dotyka bliskich – właśnie tych, którym denat nie był obojętny, lecz po prostu bezradnych, podobnie jak on, wobec obojętności świata.

Drugim sposobem unieważnienia obojętności świata jest przyjęcie do wiadomości smutnej prawdy o zasadniczej niemożności oswojenia go. Wtedy ludzki wysiłek skierowany jest nie na ulepszenie świata lub własnej w nim pozycji, lecz na demaskowanie jego wrogiej natury albo – przeciwnie – pogodzenie się z tym stanem rzeczy. Ta postawa, którą można by nazwać supersceptyczną, przejawia się bądź jawną walką z zagrożeniem światem, bądź tworzeniem niejako własnego (w tym sensie zmistyfikowanego) świata (np. w twórczości artystycznej) w obojętnym świecie. Jedna i druga postawa prowadzi do relacji ze światem, której równowaga wszak jest w różnym stopniu chwiejna. A to z powodu konieczności podjętej albo tylko odsuniętej konfrontacji z tym „prawdziwym” światem.

Pozostaje jedyne, jak twierdził Kołakowski, wspomniane już rozwiązanie w postaci osvajania świata za pomocą mitu religijnego lub filozoficznego – „ucieczka do mitu”²³. Mit ma odciążać przykre doświadcze-

²³ *Ibidem*, s. 91–93. Więcej o micie religijnym w np.: L. Kołakowski, *Mówić o tym, co niewypowiadalne: język i świętość. Potrzeba tabu*, [w:] idem, *Jeśli Boga nie ma...*, tłum. autoryz. T. Baszniak, M. Panufnik, Znak, Kraków 1988, s. 175–225.

nie obojętności świata doczesnego w perspektywie lepszego świata (jak w przekazach religijnych), ma uśmierzyć rozpacz istnienia w perswazji jej sensu jako etapu w ziszczeniu obietnicy nagrody (którą w chrześcijaństwie jest zbawienie), ma zracjonalizować relację człowieka do świata w antropologii filozoficznej implikującej po swojemu uzasadnianą hierarchię wartości. W każdym z wymienionych przypadków obecności mitu można wskazać na pewien stopień racjonalizacji relacji człowieka do świata, ale w oswojaniu świata mitem przede wszystkim niezbędny jest element wolitywno-emocjonalny, który sprowadza się do wyznawania konkretnej religii lub konkretnej antropologii.

Dla Kierkegaarda stan uświadomionej „kobiecej” rozpacz jest intensywniejszym, lecz wyższym jej stadium niż rozpacz również powstająca w osobowości, ale powodowana czynnikiem zewnętrznym, bo jednak „osobowość pogrąża się w rozpacz [kobiecej] nad swoją rozpaczą²⁴”. I „każda rozpacz może znaleźć rozwiązanie i być sprowadzona do tego właśnie kształtu²⁵”. A w tym dopiero kształcie otwiera się droga ku utwierdzeniu się w swej osobowości. Wtedy bowiem człowiek dostrzega utratę nie tylko wieczności, nie tylko dóbr ziemskich, ale siebie samego. A zatem powstaje punkt wyjścia do nadania wartości własnemu istnieniu i do niezgody (buntu) na jego dotychczasowy kształt. Otwiera się nowy rozdział – rozpacz „męskiej”, niejako konstruktywnej, spowodowanej pragnieniem bycia sobą, motywującej do działania. Jest to także otwarcie na nieskończoność mimo świadomości ziemskiej doczesności: wtedy człowiek „pragnie przy pomocy

²⁴ S. Kierkegaard, *Choroba...*, op. cit., s. 207.

²⁵ *Ibidem*, s. 147.

stawania się kształtem nieskończonym, sam konstruować swoje ja²⁶.

Można zadać tu pytanie, sugerowane w tytule niniejszego tekstu, a nawiązujące do rozważań Kołakowskiego: czy pokonanie rozpacz wymaga ochrony mitem?

Etyczno-religijny wymiar rozpacz

Kierkegaard drugą część dzieła *Choroba na śmierć* za tytułował wprost twierdzeniem: *Rozpacz jest grzechem*. (W jego rozumieniu grzech nie pełni jednoznacznie negatywnej funkcji). Zdefiniował pojęcie grzechu: jest to „przed Bogiem i wobec wyobrażenia Boga być w rozpacz z powodu tego, że się nie jest sobą albo być w rozpacz z powodu chęci bycia sobą²⁷. Z jednej strony grzech jest świadectwem ludzkiej niedoskonałości, z drugiej jednak – jak to zostało wspomniane w poprzedniej części niniejszej pracy – jego (rozpacz) uświadomienie otwiera drogę do doskonalenia i przezwyciężenia zła (rozpacz).

Zaraz po tej konstatacji Kierkegaard nawiązał do tego, co też się już pojawiło w rozważaniach w poprzedniej części niniejszego tekstu, a mianowicie do

²⁶ *Ibidem*, s. 204. Autorzy *Odysei...* owo otwarcie Podróżnika nie tyle na nieskończoność, ile na świat diagnozują jako reakcję psychofizyczną: „I nagle znów nastąpiła zmiana. Podróżnik zaczął zachowywać się jak zdrowa, czująca osoba. Przestał zamykać się w domu. Zaczął wychodzić do ludzi. Stało się coś takiego, jakby jakieś części mózgu, jakieś substancje zadziałały (według jego wegetariańskiego światopoglądu), pomimo mikro-, czy nawet poważnych traum psychologicznych” [s. 60].

²⁷ S. Kierkegaard, *Choroba...*, *op. cit.*, s. 222.

mystyfikowania świata w twórczości artystycznej, u Kierkegarda reprezentowanej przez poetycką. Jest to trudny problem tego, czym jest „najbardziej dialektyczne pogranicze rozpacz i grzechu, co można by nazwać bytem poety, który ma wiele wspólnego z rozpaczą rezygnacji, z tą wszakże różnicą, że obecne w nim jest wyobrażenie Boga”²⁸, jako absoulutu niekoniecznie konkretnej religii. Taki byt poetycki – wg Kierkegarda – jest grzechem, bo jest jedną z form ucieczki przed autentyczną konfrontacją ludzkiego bytu ze światem; jest namiastką tego, aby „być, a raczej dążyć do tego, aby stać się”²⁹.

Tak skonceptualizowany byt poetycki (artystyczny) nie jest jednak po prostu rozpaczą, gdyż używa wyobraźni do przewyciężenia obojętności świata w ustosunkowaniu się do dobra i piękna³⁰. Jednak, nawet gdy poeta (artysta) jest szczerze religijny, to jego bóg jest jedynie – według Kierkegarda – własnym uświadomionym lub nieświadomionym wyobrażeniem Boga. Poeta za ucieczkę od obojętności świata (wywołującej cierpienie) płaci – w ocenie Kierkegarda – brakiem umiejętności pogodzenia się „z cierpieniem w wierze”³¹.

W świetle przybliżonych rozważań Kierkegarda, świadomość własnego ludzkiego Ja (jaźni) jest stopniowalna proporcjonalnie do coraz to bogaciej uświadamianego braku, będącego przedmiotem rozpacz.

²⁸ *Ibidem*.

²⁹ *Ibidem*, s. 223.

³⁰ W tym miejscu rolę artysty można by uzupełnić rolą intelektualisty-humanisty, np. filozofa, przy czym filozof zaliczałby się raczej do admirałów mitu.

³¹ *Ibidem*.

Ową jaźń Kierkegaard poddał konfrontacji z teologicznym Ja. Ludzkie Ja w kolejnej ewolucji nabiera cech teologicznego Ja „wprost przed Bogiem”, gdy „nieskończoną rzeczywistość otrzymuje osobowość ludzka”, „że istnieje dla Boga” i że jej „miarą jest Bóg”³².

„Osobowość wzrasta proporcjonalnie do miary, jaką się do niej przykłada, wzrasta zaś nieskończenie, jeżeli tą miarą będzie Bóg”³³. Od tego miejsca rozważania Kierkegaarda nabierają rysu nauki Marcina Lutera. Otóż człowiek wobec Boskiej nieskończoności jest w zasadzie zawsze grzeszny, a więc w jakimś stopniu zawsze nieszczęśliwy³⁴. Grzechem bowiem jest – jak powyżej – nie tylko „rozpaczliwie nie chcieć być sobą w obliczu Boga”, ale i „rozpaczliwie chcieć być sobą w obliczu Boga”³⁵. Celem doskonalenia osobowości jest zaś wiara, tzn. taki stan ducha, „kiedy osobowość będąc i pragnąc być sobą, jest przejrzyście wsparta na Bogu”³⁶.

Ostatnie zdanie jawi się jak nader mglista metafora, ale jeszcze można ją próbować interpretować w duchu doktryny katolickiej. Natomiast wyraźny konflikt z antropologią i teologią św. Tomasza z Akwinu ujawnił Kierkegaard, kiedy kategorycznie stwierdził, „że w żadnym razie przeciwieństwem grzechu nie jest

³² *Ibidem*, s. 225.

³³ *Ibidem*, s. 227.

³⁴ Motyw przekleństwa ludzkiego losu jest obecny we wspomnianej antropologii Hobbesa, która miała być protestancką przeciwstawnią do inkryminowanej antropologii arystotelesowsko-tomaszowej – niosącej z sobą optymizm poznawczy i moralny.

³⁵ S. Kierkegaard, *Choroba...*, *op. cit.*, s. 228; zob. przypis 27.

³⁶ *Ibidem*, s. 229.

cnota, [...] tylko wiara”³⁷, i powołał się na List do Rzymian św. Pawła, specyficznie interpretowany w kręgu chrześcijaństwa reformowanego.

Następnie Kierkegaard rozwinął ciekawą, acz złożoną koncepcję grzechu, która jednak nie jest bezpośrednio związana z tematem niniejszego artykułu. To, co byłoby, być może, przydatne w odniesieniu do objaśnienia poczucia grzeszności Podróżnika, to rozwijana przez Kierkegarda dialektyka grzechu, w której „grzech nie jest negacją, tylko czymś pozytywnym”³⁸.

³⁷ *Ibidem*. Cnota w rozumieniu Arystotelesa jest dzielnością dianoetyczną lub etyczną, albo w podobnym rozumieniu Tomasza – sprawnością. Ten drugi wyraźnie napisał w *Sumie teologicznej*, że władza psychiczna „odnosi się do dobra i zła. Dlatego potrzeba sprawności, by władzę tę skierować ku dobru” (św. Tomasz z Akwinu, *Suma teologiczna*, t. 11: *Sprawności*, tłum. F.W. Bednarski, Katolicki Ośrodek Wydawniczy „Veritas”, London 1965, s. 23). W porządku logicznym przeciwstawianie cnoty (sprawności) grzechowi jest błędem, gdyż co innego jest przedmiotem sprawności, a co innego grzechu, o ile odnosi się oba pojęcia do czynu. Sprawność jest pewną dyspozycją do podjęcia i wykonania czynu ukierunkowanego na dobro, natomiast grzech jest czynem złym, tj. powodowanym złą intencją. W porządku praktycznym, w Tomaszowej antropologii cnota jest zaś konieczna do czynienia dobra (dobrych uczynków), mających – inaczej niż u Lutera – moc zbawczą. Z kolei „Bóg tak porusza człowieka jako swe narzędzie, że pozostawia mu nietkniętą wolność woli, dzięki której może on być źródłem swych czynności [...]. Dlatego człowiek przez swój uczynek może zasłużyć sobie u Boga nagrodę lub karę” (św. Tomasz z Akwinu, *Suma teologiczna*, t. 9: *Szczęście. Uczynki*, tłum. F.W. Bednarski, Katolicki Ośrodek Wydawniczy „Veritas”, London 1965, s. 365).

³⁸ S. Kierkegaard, *Choroba...*, *op. cit.*, s. 247.

Oswajanie świata miłością czy znieczulanie obojętności świata?

Kołąkowski w eseju *Śmierć jako własność prywatna*³⁹ na pytanie, „czy człowieczeństwo jest wartością?“, odpowiada (po części w duchu Kierkegarda), że jeśli jest, to jej obrona i jednocześnie jej świadectwo są możliwe jedynie w wyniku wyboru „między człowieczeństwem zrośniętym z pewną formą cierpienia a znieczuleniem, które człowieczeństwo razem z tym cierpieniem wygasza”⁴⁰. Ta konstatacja jest nie do końca zrozumiała w perspektywie Tomaszowej wykładni filozofii i teologii katolickiej.

Po pierwsze, jeśli z punktu widzenia cnót spojrzeć na alternatywę sformułowaną przez Kołąkowskiego, to pierwszy wybór wymaga Arystotelesowskiego męstwa, drugi zaś Tomaszowej miłości. Przy czym męstwo jest cnotą (dzielnością) etyczną, miłość zaś – cnotą teologiczną. W *Sumie teologicznej* Tomasz nadał miłości rangę cnoty najwyższej, wyższej niż wiara i nadzieja. „Wiara i nadzieja osiągają wprawdzie Boga, ale tylko o tyle, że przez Niego przychodzi do nas albo poznanie prawdy, albo też osiągnięcie dobra; miłość natomiast osiąga samego Boga, by w nim spocząć, a nie by coś od Niego otrzymać”⁴¹.

Po drugie, dlaczego cnota miłości miałaby „wygaszać” człowieczeństwo? Odpowiedź jest dwojaka. Jeśli

³⁹ L. Kołąkowski, *Śmierć jako własność prywatna*, [w:] idem, *Śmierć...*, *op. cit.*, s. 55–62.

⁴⁰ *Ibidem*, s. 61–62.

⁴¹ Św. Tomasz z Akwinu, *Suma teologiczna*, t. 16: *Miłość*, tłum. A. Głazewski, Katolicki Ośrodek Wydawniczy „Veritas”, London 1967, s. 20–21.

wyznacznikiem człowieczeństwa jest przeżywanie rozpaczy podobnej do Kierkegaardowskiej, to „osiąganie samego Boga” byłoby odczłowiczeniem ku swoistemu „ubóstwieniu” ludzkiego bytu, i to każdego. Jeżeli zaś wyznacznikiem człowieczeństwa jest przygodność istnienia (bez wpisania w plan Stwórcy, bo takiego nie ma) oraz przekleństwo świadomości obojętności świata, i skoro trudno w tych okolicznościach przywoływać jakąkolwiek cnotę teologiczną, to miłość (nie w sensie namiętności) rozumiana jak Arystotelesowska przyjaźń (także doskonała) spełniałaby warunki osvajania świata. A więc odbierałaby wyznacznikowi człowieczeństwa ów ból istnienia (ale nie wartość człowieczeństwu), znieczulałaby na wrogi świat.

W drugim przypadku, niezależnie od „mitu” antychrześcijaństwa, występuje poważna niejasność, bowiem owa Arystotelesowska przyjaźń jest specyficznie ludzką cechą, i jako miłość wzajemna „jest wynikiem wyboru, a wybór jest wynikiem trwałej dyspozycji”⁴², czyli cnoty, czyli jest racjonalny. Przynajmniej zatem należałoby podjąć dyskusję nad hierarchią wyznaczników człowieczeństwa (świadomość, sprawność działania, racjonalność, emocjonalność, wolność itd.) i zależnościami między nimi, a więc podjąć dyskusję nad koncepcją człowieka, która zawsze jest projektem religijnym albo filozoficznym, albo filozoficzno-religijnym, jak u Tomasza i Kierkegarda, przy czym ten ostatni przykład antropologii różni się u obu filozofów, mimo tej samej podstawy w Objawieniu.

Miłość wzajemna (przyjaźń doskonała) w rozumieniu Arystotelesa jest możliwa tylko między ludźmi

⁴² Arystoteles, *Etyka nikomachejska*, tłum. D. Gromska, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007, s. 243.

etycznie dzielnymi, gdyż oni się przyjaźnią nie dla uzyskania lub wymiany konkretnej korzyści, przeżywania razem przyjemności mniej lub bardziej wysublimowanych, lecz ze względu na upodobanie w sobie samych, ze względu na dobro jako takie, które w nich jest: dając dobro i otrzymując je od przyjaciela. Już Arystoteles wskazał w tym miejscu na dar, jakim jest jeden człowiek (ale tylko etycznie dzielny) dla drugiego etycznie dzielnego: „Jeśli przyjaźń ma charakter zobowiązania moralnego, to nie formułuje się wyraźnie żadnych warunków, lecz to, co się w niej ofiarowuje jako dar czy jako cokolwiek innego, ofiarowuje się przyjacielowi jako takiemu”⁴³.

Chrześcijaństwo przykazaniem miłości, po pierwsze, upowszechniło ekskluzywną u Arystotelesa miłość (przyjaźń doskonałą), czyniąc ją możliwą między każdym jednym i drugim człowiekiem. Po drugie, chrześcijaństwo uczyniło miłość relacją konieczną między ludźmi, z których każdy jest potencjalnie etycznie dzielny, aby w doskonaleniu siebie osiągnął – po Tomaszowemu – „samego Boga”.

Tak po chrześcijańsku rozumiana miłość nie ma na celu osvajania świata, a tym bardziej znieczulenia lub immunizowania na obojętność świata. Nie dlatego, że są to cele nieważne. One po prostu są zbyt naznaczone psychologizmem, błędnie zdefiniowane ontycznie, poznawczo i etycznie w świetle realistycznej i optymistycznej antropologii arystotelesowsko-tomaszowej oraz personalistycznej⁴⁴. Oto bowiem

⁴³ *Ibidem*, s. 256.

⁴⁴ Zob. np. T. Grabińska, *O filozofii Karola Wojtyły i nauczaniu Jana Pawła II w kontekście ochrony osoby i wspólnoty*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Papieskiego Jana Pawła II, Kraków 2019.

świat stworzony nie jest zagrożeniem dla człowieka, lecz szansą zaktualizowania wszystkich jego psychofizycznych i duchowych potencjalności. Nie jest też obojętny ani w reprezentacji przez środowisko ludzkie, ani przyrodnicze, jeśli człowiek wypełnia przykazanie miłości, rozszerzone na dar wszelkiego stworzenia (i Boga).

Wielu skwitowałoby ostatnie rozważania jako aż nadto znane religijno-filozoficzne mitologizowanie ludzkiego bytowania, w funkcji panaceum na dramat ludzkiego istnienia.

Podsumowanie: o zwyczajności mitu

Mircea Eliade sformułował, swoim zdaniem, najogólniejszą definicję mitu⁴⁵, który jest opowieścią o kosmogenezie za przyczyną istoty nadprzyrodzonej (istot nadprzyrodzonych). Jeśli istotę nadprzyrodzoną traktować jak świętość (a tak zwykle jest), której oddaje się cześć, to wtedy wszelkie stworzenie, czyli dzieło stwórcy, jest w pewnym stopniu uświęcone swym pochodzeniem, a więc człowiek jako jedno ze stworzeń nosi znamię owego *sacrum*. Kult bóstwa-stwórcy przekazywany jest z pokolenia na pokolenie, a uczestniczący (wierni, wyznawcy) w kulcie przyswajają sobie obyczajowość wzorowaną na przekazie mitu lub indukowaną przez ten przekaz. Pełni ona zazwyczaj funkcję wychowawczą i uzasadnia stanowienie prawa we wspólnocie wyznającej mit.

⁴⁵ M. Eliade, *Aspekty mitu*, tłum. P. Mrówczyński, Wydawnictwo KR, Warszawa 1998, s. 11–14.

Gdyby zatrzymać się na tej ponoć najogólniejszej definicji mitu, to widać wyraźnie, że koncepcja człowieka w świecie, dana w filozoficzno-religijnym nauczaniu Kościoła rzymskiego nie mieści się w tych ramach, dobrze pasujących do mitów plemiennych. Bronisław Malinowski, mając na uwadze mit w tym Eliadowym znaczeniu, pisał, że „nie jest rozumowym wyjaśnieniem, ani wyobrażeniem artystycznym”⁴⁶. W tej perspektywie mit jest czymś zwyczajnym i do pewnego stopnia prymitywnym.

Nauczanie skierowane do wiernych, które oferuje Kościół rzymski, jest natomiast, zwłaszcza po Tomaszu, czymś nadzwyczajnym, i to także w obrębie wyznań chrześcijańskich. Oto do prawdy o świecie dochodzić można zarówno na drodze wiary, jak i rozumowej. I nie chodzi tu o pięć dowodów Tomasza na istnienie Boga, które zostały poddane skutecznej krytyce. Chodzi o to, co jasno wyłożył Étienne Gilson we *Wstępie do Tomizmu*: „punkty styczne i różnice pomiędzy rozumem a wiarą w nauczaniu św. Tomasza z Akwinu” nie powinny

ani przeciwstawiać się sobie, ani ignorować się wzajemnie. [...] Rozum może wspierać wiarę, nigdy jednak nie przemieni wiary w rozum. [...] Wiara zaś, choć potrafi kierować rozumem zarówno z zewnątrz, jak i od wewnątrz, nigdy nie zdoła sprawić, aby rozum przestał być sobą, gdyż w chwili kiedy rozum uchyliłby się od dostarczenia dowodów na uzasadnienie swych twierdzeń, zaparłby się sam siebie i musiałby ustąpić miejsce wierze. Sama więc nieutralność

⁴⁶ B. Malinowski, *Mit w psychice człowieka pierwotnego*, tłum. B. Leś, D. Prasałowicz, [w:] idem, *Dzieła*, t. 7: *Mit, magia, religia*, PWN, Warszawa 1990, s. 303.

swoistej istoty rozumu i wiary umożliwia im taką współpracę, która ani rozumowi ani wierze nie grozi spaceniem⁴⁷.

I dalej: „Nikt nie był tak mocno jak św. Tomasz przekonany o niewystarczalności rozumu. Nie odstręczyło go to jednak nigdy od posługiwania się tym ułomnym rozumem, nawet gdy chodziło o najbardziej nieuchwytnie zagadnienia, a to dlatego, że nie wolno gardzić choćby najbardziej mglistym poznaniem, [...] jeśli ma ono za przedmiot nieskończoną istotę Boga”⁴⁸.

Jan Paweł II dwóm skrzydłom poznania – wierze i rozumowi – poświęcił całą encyklikę *Fides et ratio*. Ta dwutorowa ścieżka prowadzi do ujawnienia istoty i sensu człowieczeństwa, nie zaś do ich zatracenia, jak to sugerują zarówno niechrześcijańscy malkontenci, jak i chrześcijański Kierkegaard. „[C]złowiek dzięki światłu rozumu potrafi rozeznaczyć swoją drogę, ale może ją przemierzyć szybko, uniknąć przeszkód i dotrzeć do celu, jeśli szczerym sercem uznaje, że jego poszukiwanie jest wpisane w horyzont wiary”⁴⁹.

Zwłaszcza cierpiący fizycznie i duchowo powinni przyswoić sobie mądrość Krzyża. Tym bardziej, że poznanie rozumowe, czyli filozofia, „nawet o własnych siłach jest w stanie dostrzec, że człowiek nieustannie

⁴⁷ É. Gilson, *Tomizm. Wprowadzenie do filozofii św. Tomasza z Akwinu*, tłum. J. Rybałt, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 1998, s. 36–37.

⁴⁸ *Ibidem*, s. 37–38. Wracając do rozważań o ewolucji osobowości wg Kierkegaarda, intelektualna tomaszowa droga mogłaby być w tym procesie uzupełnieniem stanów emocjonalno-wolitywnych.

⁴⁹ Jan Paweł II, Encyklika *Fides et ratio*, Wydawnictwo TUM, Wrocław 1998, ust. 16.

przekracza samego siebie w dążeniu do prawdy, natomiast z pomocą wiary może otworzyć się na «szaleństwo» Krzyża i przyjąć je jako słuszną krytykę tych, którzy błędnie mniemają, że posiadli prawdę, choć uwięzili ją na płycznach swojego systemu⁵⁰.

Wspominany w tym artykule Leszek Kołakowski przyznał, że mocna wiara pozwala mężnie znosić przeciwności losu, nie popadać w rozpacz w przypadku nawet poważnych niepowodzeń, zachowywać zasady moralne w sytuacjach największego kryzysu, a nawet w tajemniczy sposób wzmacnia fizycznie. Wobec niekwestionowanych licznych świadectw takich przypadków, lekceważąca „krytyka racjonalisty [dodajmy – radykalnego, T.G.]: «religijny pogląd na świat może być źródłem pociechy» obraca się [...] przeciw Wolterowi⁵¹.

W podsumowaniu rozważań, na pytanie zawarte w tytule całej pracy wypadałoby odpowiedzieć: i jedno, i drugie. Po pierwsze jednak, ów ochronny mit nie musi odwoływać się wyłącznie do instancji emocjonalno-wolitywnej. Po drugie – idąc tropem Podróżnika powracającego do „Itaki” – terapeutyci byli nie tylko przewodnikami, nie tylko towarzyszymi wędrowki, lecz nade wszystko kreatorami nieobojętnego świata. Nie będąc mitem, spełnili jego funkcję osvajania świata.

⁵⁰ *Ibidem*, ust. 23.

⁵¹ L. Kołakowski, *Bóg pokonanych przez życie: teodycea*, [w:] *idem, Jeśli Boga nie ma...*, *op. cit.*, s. 36.



Maciej Bóbr – historyk sztuki, studiował też filozofię, ale nie uważa się za filozofa. Jego zainteresowania koncentrują się wokół artystycznej kreacji Outsiderów, w tym osób chorujących psychicznie. Jest rzecznikiem prasowym Szpitala Klinicznego im. dr. Józefa Babińskiego w Krakowie oraz opiekuje się szpitalną kolekcją prac pacjentów. Realizuje programy w zakresie rehabilitacji psychospołecznej oraz destygmatyzacji: w Stowarzyszeniu „Psychiatria i Sztuka” poprzez promocję działań kreatywnych osób po kryzysach psychicznych, a w Stowarzyszeniu „Uważaj na Głowę” przez publikację podcastów z ich historiami.

Maciej Bóbr

mgr, Szpital Kliniczny im. dr. Józefa Babińskiego w Krakowie

O wielości metaforycznych znaczeń jaskini Polifema. Słów kilka na marginesie *Odysei psychiatrycznej*

Odyseja psychiatryczna to tekst fascynujący, nawet – a może zwłaszcza – dla nieprofesjonalisty. Choć Autorzy ostrzegają, że Czytelnicy „wchodzą do terapeutycznej kuchni” i zobaczą „nie ładne, przygotowane do serwisu dania, ale surowy materiał, półprodukty wydzielające pełną gamę kuchennych aromatów” [s. 18] – to w moim przekonaniu okazują się one może nawet bardziej pobudzające apetyt niż owe pięknie ułożone na talerzach dania. W istocie jest tekst swoistym zapisem procesu godnego – pozostając w poetyce *la haute gastronomie* czy *grande cuisine* – *Fizjologii smaku*¹. I warto dodać, że nie jednego. Bowiem opis procesu

¹ J.A. Brillat-Savarin, *Physiologie du Goût, ou Méditations de Gastronomie Transcendante*, Charpentier, Paris 1838. Tytuł polskiego przekładu (*Fizjologia smaku albo medytacje o gastronomii doskonałej*, tłum. J. Guze, PIW, Warszawa 1977) jest nieco mylący.

terapeutycznego, tak jak przedstawiają go Autorzy, którzy pracowali z bohaterem nazywanym Podróżnikiem, to nie wszystko. Jest też coś może bardziej, nawet dla postronnego obserwatora, interesującego, mianowicie pełen wewnętrznej dramaturgii opis towarzyszących terapii refleksji, wątpliwości (by nie rzec: zwątpień) i niedającej się ukryć radości, która pojawia się, ilekroć Autorzy dochodzą do kolejnych punktów stanowiących swoiste kamienie milowe trwającej siedem lat i uwieńczonej sukcesem terapii. Jest i coś jeszcze. Obok odwołań do fachowego piśmiennictwa, świadectwa erudycji Autorów, są i odniesienia do wskazanego w tytule tekstu Homerowego eposu i to nimi właśnie chciałbym zająć się w poniższym tekście.

Miałem przyjemność zapoznać się z rękopisem omawianego tekstu, zatytułowanym *Z jaskini Polifema: powrót do domu*, a od jednego z Autorów dowiedziałem się, że były jeszcze wersje wcześniejsze – wieloletniemu procesowi terapeutycznemu towarzyszył bowiem trwający również przez lata proces notowania jego postępów i analizowania go. Co ważne, analizowano również pracę własną i utrwalano to, co pojawiało się we wspólnych dyskusjach. Można przypuszczać, że wszystko to wykraczało znacząco poza standardową w rzeczywistości oddziału szpitala psychiatrycznego refleksję nad trudnym przypadkiem głębokich zaburzeń psychicznych. Przypadek musiał więc w sposób szczególny angażować intelektualnie i emocjonalnie Autorów będących jednocześnie członkami zespołu leczącego.

Klasyczne odniesienia przywodzą na myśl czasy kształtowania się psychiatrii i psychologii jako gałęzi wiedzy, kiedy to poszukując najbardziej odpowiednich

porównań, w opisach przywoływano bohaterów antycznych greckich mitów. Kompleksy amazonki, Ateny, Dafne, Damoklesa, Diany, Edypa, Elektry, Jokasty, Kasandry, Klitajmestry, Medei, Meduzy czy Prometeusza (co ciekawe odnoszące się w większej części do psychiki kobiecej) weszły na stałe do języka opisu stosowanego w obu tych dziedzinach. Truizmem jest powiedzieć, że język psychiatrii też w większości wywodzi się ze starożytnej greki. Zawdzięczamy to głównie Hipokratesowi i tekstom pierwszych pokoleń psychiatrów w XIX wieku, którzy z jego pism i tłumaczeń, takich jak to dokonane przez Émile'a Littré², czerpali stosowane określenia. Zresztą sama mitologia oferuje opowieści o różnego rodzaju zachowaniach, które jako toposy weszły do naszej kultury. Niestety stają się one coraz częściej zapoznane. Chwała więc Autorom *Odysei psychiatrycznej* za to, że nam je przywracają, odnajdując w nich metaforyczne znaczenia ułatwiające zrozumienie różnych aspektów zaburzeń oraz procesów terapeutycznych.

Niech mi będzie wolno przywołać inny popularny mit, w przekonaniu, że odpowiednią metaforą dla opisanego pracy terapeuty może być opowieść o nici Ariadny. Ofiarowana Tezeuszowi, ułatwiła mu wyjście z labiryntu po zabiciu Minotaura. Jak zinterpretować ów mit, który da się streścić praktycznie jednym zdaniem? Mamy oto Tezeusza, ateńskiego herosa, którego epizody z życia mogłyby posłużyć jako podstawa niejednej historii leczenia głębokich zaburzeń psychicznych. Z tej szerokiej palety wybrałem tylko jedną z jego

² *Oeuvres complètes d'Hippocrate. Traduction nouvelle avec le texte grec en regard [...]* Par É. Littré, t. 1–10, J.B. Baillière, Paris, 1839–1861.

licznych przygód – epizod z Ariadną, Minotaurem i labiryntem. Postać Tezeusza staje się metaforą pacjenta, który aby zdobyć królestwo (tu: zdrowie), musi zabić ukrytego w labiryncie Minotaura (własne zaburzenie). Jest ono okrutne jak mityczny Minotaur, który pożera wysyłałą przez mieszkańców Aten Minosowi daninę złożoną z siedmiu chłopców i siedmiu ateńskich dziewcząt. Ale Tezeusz, jak wielu śmiałków przed nim, nawet gdy tego dokona (wszyscy poprzedni zginęli – albo zabici, albo zbłąkani w labiryncie), musi jeszcze wyjść. Labirynt staje się więc metaforą śmiertelnego zagubienia błądzących po nim śmiałków (w naszej interpretacji: plątaniną błędnych osądów, przekonań i ślepych zaułków własnego myślenia). Mamy wreszcie Ariadnę, której postać staje się metaforą terapeuty, który pomaga „szalonemu” lub tylko zmagającemu się ze swym losem (*Fatum*) Pacjentowi-Tezeuszowi w wyjściu z labiryntu, po tym gdy już zabije mieszkającego tam potwora. Mamy wreszcie uczucie, jakie łączy Ariadnę i Tezeusza, które z kolei może stać się metaforą troski i empatii psychiatry wobec Pacjenta (oczywiście z pominięciem mitologicznego wątku erotycznego). Finał tej historii, jeżeli w całości potraktujemy ją jako metaforę, zabrzmie nieco ironicznie – wszak Tezeusz porzuca Ariadnę. Zdarza się jednak przecież, że i pacjent, wchodząc na powrót w normalne życie, porzuca swego psychiatrę.

Przejdźmy jednak do historii Podróżnika, a konkretnie do jaskini Polifema, która w tekście jemu poświęconym staje się metaforą wieloznaczną. Zanim przejdziemy do analizy znaczeń, pozwolę sobie zachęcić Czytelników, by powrócili na chwilę do źródła, a więc tekstu Homera w nieco archaicznym, ale pełnym

uroku tłumaczeniu Lucjana Siemieńskiego, bo chociaż z grubsza znamy treść tego fragment historii Odysa, to warto odwołać się do oryginału³. Pozwala to także odnaleźć nowe pola interpretacji. Trzeba tu zauważyć, że Homer wkłada tę opowieść w usta samego Odysa. Opowiada on o swoich przygodach na uczcie u Alkinoosa, króla Feaków, gdzie trafił, odnaleziony na morskim brzegu przez córkę króla Nauzykaę, nie jest więc narratorem bezstronnym. Jest to retrospektywa, rekapitulacja przygód i wydarzeń dziesięcioletniej tułaczki, a sceny, jakie rozegrały się na wyspie Cyklopów i w jaskini Polifema, stanowią jej fragment. Opowieść to okrutna, krwawa i pełna emocji z nieodłącznym elementem *Fatum* – losu, który jest człowiekowi pisany – ale zarazem bardzo subiektywna, bo opowiadający ją Odys jest przecież jej głównym bohaterem. To on jest metaforycznym pierwowzorem Podróżnika. I wydaje się, że takiej osobistej narracji w *Odysei psychiatrycznej* brakuje. Autorzy tłumaczą to brakiem woli współpracy ze strony jej bohatera i nie mnie oceniać, czy w ogóle taki punkt widzenia był w procesie terapeutycznym możliwy do osiągnięcia. Być może Podróżnik sam nie wiedział, co było dobre, a co złe w jego własnym oglądzie tej jakże osobistej historii i być może nadal tego nie wie. Także i my zapewne nigdy się tego nie dowiemy, chociaż taka introspekcja nadałaby jej dodatkowy wymiar. Wprawdzie Autorzy piszą: „Nie wykluczamy, że po jakimś czasie, dla nas już nieakceptowalnym ze względów czysto formalnych, Podróżnik stwierdzi,

³ Homer, *Odyseja*, tłum. L. Siemieński, oprac. J. Łanowski, wyd. 10, Zakład Narodowy imienia Ossolińskich, Wrocław 1992, <https://wolnelektury.pl/media/book/pdf/homer-odyseja.pdf> [dostęp: 25.04.2023], s. 86–96.

że chciałby jednak być współautorem naszych pogłębionych refleksji nad jego drogą ku zdrowiu” – wydaje się jednak słuszne, że nie chcieli „niepotrzebnie wystawiać na próbę kruchego przymierza terapeutycznego” [s. 20].

Wróćmy jednak do jaskini Polifema, bo to ona zdaje się pełnić w analizowanym tekście kluczową funkcję. Sam pomysł jej przywołania wziął się, jak piszą Autorzy, z uznania trafności spostrzeżeń Johna Steinera⁴ dotyczących jaskini psychotycznych. W tekście jaskinia psychotyczna zostaje więc dookreślona poprzez osobę jej właściciela – Polifema. Bez względu na to, czy wybór ten wynikał z intuicji Autorów, czy też z ich interpretacji Homeryckiego eposu – okazał się zadziwiająco trafny. Samo bowiem imię okrutnego Cyclopa – Πολύφημος, po grecku „wielomówny” – sugeruje wieloznaczność i dopuszcza wielość interpretacji. Spróbujmy zatem pójść tym tropem.

Autorzy tekstu na początku, w momencie przywołania koncepcji jaskini psychotycznej napisali:

Zarówno pacjent, jak i zespół leczący musieli najpierw pozbyć się jednostronności poglądów, dopuścić kontrowersje i stworzyć bezpieczne pole dla polifonicznej o nich dyskusji. W ten sposób oślepiłszy Polifema, tę prowokowaną przez głębokie zaburzenia psychiczne skłonność do zaciętrzewienia się i bagatelizowania ryzyka choroby [s. 22].

Dopełnieniem tej interpretacji jest znajdujące się na początku kolejnego akapitu zdanie: „Dla naszego

⁴ J. Steiner, *Psychiczny azyl. Patologiczna organizacja osobowości u pacjentów psychotycznych, nerwicowych i borderline*, tłum. M. Żylicz, L. Kalita, M. Lipińska, Wydawnictwo Imago, Gdańsk 2010.

Podróżnika jaskinią Polifema stały się australijskie klify, gdzie wiele razy był już zdecydowany zakończyć swoją mękę i zaprzestać trudu życia” [s. 23]. Jednak już niedługo później w rolę Polifema wchodzi sami Autorzy.

Wiele razy zachowywaliśmy się właśnie jak Polifem, który mówi do schwytanego, mitycznego podróżnika: „Odyseuszu, niestety nie wyjdiesz stąd, nie mogę cię wypuścić”. Tyle że Polifem zjadał swoich „gości”, a my raz po raz zawiadamialiśmy sędziego, osobę nadrzędną i strzeżliśmy jak żrenicy oka praw Podróżnika: prawa do leczenia i do osobistej wolności. Wolności takiej, z jakiej schizofreniczny Podróżnik wraz z całym swoim zagubieniem mógł aktualnie korzystać [s. 24].

Po kolejnych analizach związanych z procesem terapeutycznym, w tym koncentrowania i „odwoływania się do zdrowej części osobowości” pacjenta, Autorzy napisali:

w przypadku Podróżnika dominującym aspektem konfliktu, który należało przepracować, była specyfika zrozumienia różnych odcieni 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 towarzyszom wyjście z psychotycznej jaskini, z tej jamy, gdzie byli liczeni, zjadani i okradani z życia. Temu, co mogło się przytrafić Podróżnikowi i nam, jego towarzyszom w drodze do domu – na szczęście się nie przytrafiło – zapobiegło oślepienie Polifema i pozbycie się tego elementu śledzącego wzrokiem wszystkich, ustawiającego rzeczywistość w sposób totalny, bezdyskusyjny. Zamiast polifemicznego widzenia pojawiły się polifoniczne

rozmowy, najpierw na terapii, potem w rodzinnym domu pacjenta [s. 33].

Po raz kolejny i ostatni Polifem (już bez jaskini) pojawia się w omawianym tekście przy okazji opisu samego pacjenta. Autorzy zadają pytanie:

Może Polifem to właściwie sam pacjent, który jest takim jednookim olbrzymem mówiącym: „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” [s. 38].

Nie wnikając, z oczywistego braku kompetencji, w kolejne stadia rozważań Autorów, na podstawie analizy samych tylko zacytowanych powyżej fragmentów stwierdzić można, że przywołany mit okazał się bardzo pojemny. Polifem może bowiem być metaforą trojaką: samego zaburzenia, prowadzących terapię i wreszcie pacjenta. Ta wieloznaczność jest świadectwem trafności wyboru tego konkretnego mitu i relacji bohaterów opowieści oraz studium tego konkretnego przypadku. Odys (Podróżnik) oślepia Polifema przy udziale swych Towarzyszy (przy wsparciu terapeutów nieszkodliwia pewne aspekty swego zaburzenia), co daje mu szansę opuszczenia jaskini (a więc rozpoczęcia drogi do zdrowia). Jednocześnie terapeuci w którymś momencie, jak sami napisali, weszli w rolę Polifema – oczywiście nie po to, aby zagrozić Podróżnikowi zjedzeniem go na

samym końcu, ale po to, aby go „podtrzymać”. W końcu postać Polifema – tyle, że już przez Odysa oślepionego – stała się dla Autorów metaforą postaci samego Podróżnika. Choć pozostaje ona nieco niejasna, gdy zdaje się ilustrować samo jego zaburzenie. Dlatego zapewne właśnie z uwagi na swoją wieloznaczność postać Polifema i jego jaskini, zastosowana w opisie tej terapii, nie wejdzie na stałe do podręczników psychiatrii.

A szkoda. Może jednak warto w wolnych chwilach wertować grecką mitologię, niekoniecznie w opisie, jaki pozostawił nam Jan Parandowski, a w wersji głębszej, jaką oferuje w swojej bestsellerowej książce Robert Graves⁵. Oprowadza on po świecie wierzeń od momentu powstania świata z Chaosu i narodzin olimpijskich bogów, przez prace Herkulesa aż do Wojny Trojańskiej i powrotu z niej Odyseusza. Czyni to z literacką maestrią i niezwykłą, erudycyjną wiedzą. Proponuje świetnie napisaną pod względem literackim encyklopedię wiedzy o greckiej kulturze, niezbędną zarówno dla specjalistów, jak i dla każdego poszukiwacza wiedzy o bogach, herosach, nadzwyczajnych wydarzeniach, które wcześniej inspirowały Homera, Sofoklesa czy Eurypidesa. Ta wiedza, która w zasadniczym stopniu ukształtowała naszą europejską kulturę i tożsamość, okazuje się w pewnych dziedzinach – takich jak psychiatria – zaskakująco aktualna. Odwołanie do mitów – tych znanych i tych mniej znanych, prezentowanych w różnych, często nawet sprzecznych wersjach i interpretacjach – może wyjaśniać i umacniać twierdzenia, działania, a czasem tylko intuicje. Tak zrobili to Autorzy, zagłębiając się w tej fascynującej i inspirującej dla nich lekturze.

⁵ R. Graves, *Mity greckie*, Vis-à-vis Etiuda, Kraków 2020.

Mimo że ostatnie zdanie brzmi jak konkluzja powyższych rozważań, na zakończenie pozwolę sobie na trzy drobne, bardziej osobiste uwagi. Pierwsza to taka, że zacząłem poszukiwać przedstawień Polifema w sztuce. Trzeba przyznać, że niełatwo było artystom wyobrazić jednookiego olbrzyma, a zwłaszcza jego twarz, szczególnie zaś umiejscowić na niej owo jedno oko. Niektórzy sytuowali je u nasady nosa, pomiędzy zamkniętymi czy zaciśniętymi powiekami, inni dodawali do dwóch umieszczonych naturalnie – trzecie, umieszczone na czole. Dwie odnalezione przeze mnie sceny z malarstwa na greckich wazach omijają jednak ten problem i chociaż przedstawiają scenę wybicia oka Polifemowi przez Odyseusza i jego towarzyszy, to jednak samego Polifema ukazują z profilu. Zaostrzony pal trafia go w jedyne widoczne na przedstawieniu oko. W sztuce nowożytnej z kolei preferowane jest drugie rozwiązanie – z okiem umieszczonym na czole Polifema. Stąd też druga uwaga związana jest z twórczością plastyczną osób chorujących psychicznie, zwłaszcza na schizofrenię, ale także dla malarzy związanych ze spirytyzmem. U nich umieszczone na czole trzecie oko staje się symbolem widzenia rzeczy osobom zdrowym niedostępnych. Wreszcie trzecia uwaga, która może pełnić w niniejszym tekście funkcję suspensu. To pytanie, czy pozbawienie Polifema, jako metaforycznego uosobienia chorującego Podróżnika, tego trzeciego oka, nie pozbawiło go jednocześnie możliwości „widzenia czegoś więcej”.



Krzysztof Rutkowski – profesor doktor habilitowany nauk medycznych, specjalista psychiatrii, superwizor psychoterapii, psychoanalityk jungowski. Od 2008 roku kieruje Katedrą Psychoterapii CM UJ. Główne zainteresowania naukowe: leczenie zaburzeń osobowości, badania następstw traumy oraz zjawisk neurobiologicznych zachodzących w psychoterapii.

Krzysztof Rutkowski

prof. dr hab. n. med., Katedra Psychoterapii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego
<https://orcid.org/0000-0002-3202-0132>

Odyseja psychiatryczna. Postówie

Oryginalny tekst pozostawia z niedosytem. Wydaje się za krótki, chciałoby się podyskutować z Autorami. Dopytać: jak to było? Poznać kilka dalszych szczegółów, które jawią się jako bardzo ważne, a wcale takie nie muszą być. Słów pada dużo w komentarzach, a Autorzy i tak otworzyli się bardzo, bardziej niż wielu terapeutów – i podziękowania im za to. Czytając, musimy przyjąć Ich wybór: to, co zdecydowali się pokazać Czytelnikom. Jakaś część zawsze pozostanie niewypowiedziana, a to, co mamy okazję przeczytać, bez wątpienia zasługuje na uznanie.

Praca rozwija się z trudem, początkowo jest niezrozumiała – odtwarza w ten sposób proces terapeutyczny. Na początku nie wiadomo, jaka jest przyczyna problemu, relacja nie jest jeszcze wytworzona. Część osób z powodu tych trudności pracuje powierzchownie, nie chcą się konfrontować z wewnętrznymi treściami psychiki pacjentów. Tutaj, podobnie jak w procesie terapeutycznym, początek jest trudny i może być niezrozumiały dla нефachowców i osób nieobytych z tą tematyką. Później rozwija się i staje się jasny dla

zaangażowanych i tych, którzy otworzą się nawet na treść konfrontującą i w jakiejś mierze wstrząsającą.

Autorzy pokazują część procesu „od kuchni”, nie „warsztatu”, i w efekcie na szczęście zamiast mechanicznego spojrzenia na Człowieka mamy sztukę, tu metaforycznie nazywaną kulinarną (Wstęp Krzysztofa Walczewskiego, komentarz Macieja Bobra), a już chyba Freud pisał, że kuchnia jest najważniejszym symbolicznym pomieszczeniem. Dla Junga była alchemiczna, w niej gotują się i przetwarzają potrawy, a proste substancje odżywcze stają się smaczne i ze smakiem podane, pod smak odbiorcy, jedzącego. Jakimiż barbarzyńcami są ludożercy, ludożercy jak cyklopi – ze swą jednostronnością spojrzenia, brakiem głębi, psychopatycznością kontaktu, używaniem innych i pożeraniem, jak bliska temu jest psychoza, która odbiera stereoskopową ambiwalencję i pożera jednostronnością rozszepionego, a nie równoczesnego spojrzenia. Kuchnia jest symbolem gabinetu psychoanalityka.

Z tekstu *Odysei...* i komentarza Łukasza Cichockiego możemy się dowiedzieć, jak bardzo praca z głębokimi zaburzeniami psychicznymi obciąża terapeutę i dlatego wymaga dobrego przygotowania. To sprawia, że czasem nawet najbliżsi unikają chorych, a lekarze i psychologowie wolą widzieć psychozy jako zbiór przypadkowych zakłóceń na synapsach, a nie dostrzegać, że efekt – dysfunkcja synaps – ma swoją przyczynę. I dlatego ta książka jest warta przeczytania. Czy można się z niej czegoś nauczyć „detalicznie”? Nie, bo nie jest podręcznikiem, nie padają nazwy leków ani neuromediatorów, ale uczy całościowego spojrzenia, uczy o całości Pacjentów i każdego Człowieka, całości, do której prowadzą szczegóły. Jest przewodnikiem po

świecie kontaktu z psychozą. Przewodnikiem, bedekerem, w którym można odnaleźć to, z czym można się spotkać, ale nie można podążyć wprost cudzą drogą, bo to doprowadzi do zguby. Ale przewodnik przygotowuje, przygotowuje na kontakt, daje kilka wskazówek, rad, kilka słów w obcym języku, zapoznaje z kulturą obcego miejsca, aby z nim oswoić. Wprowadza w obcy świat – i takim przewodnikiem staje się tekst Krzysztofa Walczewskiego, Pawła Smyka i Marty Janiszewskiej-Hanusiak. Przewodnikiem, a nie podręcznikiem.

Przewodnik też nie wyczerpuje tematu, nie mówi o wszystkim. Psychoterapeuci, psychiatry i psychologowie, którzy odważą się na pracę z pacjentami psychotycznymi, skorzystają bez wątpienia z tej książki jako przewodnika po kontakcie i rozumieniu – ale tylko po sposobie, bo szczegóły zostały pominięte. Autorzy uniknęły epatowania kolorytem psychozy i w efekcie ci, którzy poszukują sennika czy drogi na skróty, mogą być zawiedzeni. Ale takich dróg w kontakcie z psychozą/ pacjentami psychotycznymi nie ma. Są uludą stworzoną z lęków przed głębią.

Jest to przewodnik po Kobierzynie, Tworkach (czy nieistniejących już Owińskach) i swoim opisem pracy terapeutycznej niesie też ostrzeżenie przed złudnym kopiowaniem scenariusza – przez pacjentów, rodziny i innych. Scenariusz jest jedyny dla tego jedynego Pacjenta-Podróżnika. Każdy musi narysować własną mapę i posługując się nią, przejść własną drogę. Kopiowanie cudzych ścieżek doprowadzi do zagłady i obłądu. Profesjonaliści mogą stąd zaczerpnąć natchnienie, jak rysować mapy i opisywać przypadki.

W dalszej części posłowie pragnę odnieść się do dwu ważnych (w mojej ocenie) zagadnień.

Sens wędrówki Podróżnika

Myślę, że warto spojrzeć na Jego podróż nieco inaczej niż „podejmował bezcelowe (bezsensowne) podróże” – raczej „nie znamy sensu Jego wędrówek”. *Homo sapiens* wędrowanie ma wpisane w geny. Jak mówił Georges Dumézil, to Indoeuropejczycy rozeszli się po całym świecie¹, a tutaj można dodać, że dotarli aż na Księżyc. Podróż Odyseusza jest uzasadniona zemstą Posejdona². Uzasadniona, co nie oznacza jej sensu. Sens mitu jest symboliczny i jak każdy symbol niewyraźalny w całości. Sens podróży Odyseusza w jakiejś części poznajemy dopiero na koniec. Z żartownisia i zabijaki indywiduuje się do pełnoprawnego króla Itaki, dbającego o swoje dziedzictwo. Ale z pewnością to nie jest pełny sens mitu o Odyseuszu, inni czytelnicy i słuchacze mitów odnajdą więcej, bo tak wyrażają się symbole.

Wyprawa Podróżnika do Australii też jest symboliczna. Bardzo łatwo popaść w rozumowanie: „na klifach Australii miał myśli samobójcze, lepiej nie być na klifach, czyli nie powinien tam jechać, a podróż jest bezsensowna, bo doprowadza do autoagresji”. Nic bardziej mylnego. To właśnie są tylko pozory sensowności zadane przez kartezjańskie myślenie i skłonność do nadawania znaczenia wszystkiemu, co niby logiczne i wyjaśnialne. Niby – bo zwróćmy uwagę, że to wyjaśnienie nie jest prawdziwie logicznie powiązane. Brzmi tak samo, jak „założyłem żółtą koszulę i padał deszcz,

¹ *Na tropie Indoeuropejczyków. Mity i epepeje. Z Georgesem Dumézilem rozmawia Didier Eribon*, tłum. K. Kocjan, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1996.

² K. Kerényi, *Mitologia Greków*, tłum. R. Reszke, Wydawnictwo KR, Warszawa 2002.

ta koszula przywołuje deszcz”. To myślenie paralogiczne, mogą tak myśleć kilkuletnie dzieci, ale i... chorzy na schizofrenię. To otoczenie Podróżnika niepokoiło się jego podróżami i nie mogło w nich odnaleźć sensu, łącząc paralogicznie (psychotycznie) klify z myślami samobójczymi. To przerażało rodzinę. Wydaje się, że nie poznamy już w całości sensu podróży Pacjenta. Ale czy wiemy, jak wyglądałoby Jego życie bez tej podróży? Może właśnie nie popełnił samobójstwa bo był na klifach w Australii. Może trudniej skoczyć z klifu w Australii niż z okna w Polsce.

Podróż do Australii jest trudna nawet w XXI wieku. Jest długa i wymaga dużo wysiłku. To libido Pacjenta pchało go do tej podróży i wypełniało siłą. Oczywiście wiemy, że już wtedy były to siły psychotyczne, a więc najsilniejsze znane w psychiatrii, które potrafią wyrwać z życia całkowicie. Sprawić, że ktoś przestaje zachowywać się „sensownie”. „Sensownie” w cudzysłowie, bo jest to tylko sens, jaki może zobaczyć chwilowo obserwator zewnętrzny. To dla niego objawy – jak zbieranie rzeczy albo wycie – są bez sensu. Dla psychiki pacjentów mają ogromny sens, bo pozwalają nie rozpaść się jeszcze bardziej. Z pewnością tego lęku przed rozpadem doświadczał Podróżnik pchany do wyjazdu.

Interpretując znaczenie symboliczne podróży, koniecznie trzeba odnieść się do miejsca – jej celu. Była to Australia, prawdziwa *Terra Australis*, najpierw wymarzona, później odkryta. Była obecna w legendach od starożytności, a została odkryta dopiero w XVIII wieku. Tu ciekawostka, ale powiązana: skutek błędnego, acz logicznego rozumowania odkryta kilkadziesiąt lat później, niż pozwalały na to możliwości. Dla Polaka – prawdziwe antypody. Nie da się pojechać dalej. Jadąc

dalej, zacznie się wracać, okrążając kulistą Ziemię. To tam pchało Podróżnika Jego libido, jego energia psychiczna. W mitologii pierwotnych ludów Australii jest to kraina, gdzie Tęczowy Wąż stwarzał góry. W mitologii tej wszystkie zdarzenia są powiązane, świat materialny jest powiązany z niematerialnym, widoczny – z niewidocznym, a zdarzenia przeszłe zawsze mają bieżące następstwa. Czyż można lepiej opisać psychoterapeutyczne rozumienie psychozy? Subtelne interakcje i genetyczne dziedzictwo wywołują następstwa. Symboliczne powiązania stają się coraz bardziej rozległe. Podróżnik wybrał się na prawdziwy kres Ziemi, najdalej jak się da, a z psychoterapeutycznego punktu widzenia – najgłębiej jak się da. Oczywiście nie uciekł od psychozy. Jego psychoza przebiegła w sposób odbierający symbolicznie życie. Ale dotarł do swoich krańców doświadczenia wewnętrznego. Dalej nie ma/ nie było już nic, dla Niego była tylko śmierć, doświadczona wewnętrznie w myślach samobójczych. Można zastanawiać się, na ile było to przecuciem „śmierci społecznej” w psychozie i na ile samobójstwo byłoby dalszą podróżą w nieznanne i niewidzialne. Ale byłoby to coś zupełnie innego, niż podjął Podróżnik. W swej wędrówce dotarł do prawdziwego kresu. Ogromne klify, mierzące nawet ponad 50 metrów, schodzą pionowo do oceanu. Ziemia się urywa, odłamuje, a otwiera się bezkresny ocean. Gdyby ziemia była płaska (paralogicznie), to tam byłby jej koniec.

Psychoanaliza i psychologia analityczna Carla Gustava Junga

Już w 1912 roku Carl Gustav Jung opublikował *Symbole der Wandlung. Analyse des Vorspiels zu einer*

*Schizophrenie*³, książkę stanowiącą interpretację treści psychotycznych pacjentów psychiatrycznych. Jung miał ogromne doświadczenie w relacjach z pacjentami psychotycznymi – pracował w wówczas najnowocześniejszym na świecie szpitalu psychiatrycznym Burghölzli pod Zurychem. Szpitalu zbudowanym w oparciu o te same koncepcje medyczne, co Szpital w Kobierzynie, w którym leczył się Podróżnik. W tym czasie Jung był już doświadczonym psychoanalitykiem, przyjaźnił się z Freudem i był redaktorem naczelnym czasopism psychoanalitycznych (jak „Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschungen”) czy przewodniczącym Międzynarodowego Towarzystwa Psychoanalitycznego. Przewodził praktykę, a za prace dotyczące nieświadomości (kompleksów) został nagrodzony doktoratem honoris causa. W książce przedstawił analizę halucynacji chorego na schizofrenię i powiązania tych halucynacji i urojeń z treściami symbolicznymi, mitami. Opisał libido jako energię psychiczną popychającą do działania, nie tylko nacelowaną na przyjemność seksualną, ale na rozwój (np. Pacjenta – do podróży). Poszerzył freudowskie libido o cechy pozaseksualne, czyli preedypalne. Czytelnikom zapewne znane jest, że rzekomo doprowadziło to do zerwania przyjaźni między Freudem i Jungiem. Dziś wiemy, że zostało raczej wykorzystane przez krąg współpracowników Freuda do pozbycia się silnego rywala, jak to w grupach bywa. Zmowa obejmowała rodzaj infamii wobec Junga w środowisku psychoanalitycznym, co zapewne tłumaczy brak cytowań

³ Wyd. pol.: C.G. Jung, *Symbole przemiany. Analiza preludeum do schizofrenii*, tłum. R. Reszke, Wrota, Warszawa 1998.

w tekstach naukowych, a łatwiejsze odnoszenie się do jego naśladowców.

Tym niemniej to właśnie C.G. Jungowi zawdzięczamy otwarte, humanistyczne i psychoanalityczne podejście do treści psychotycznych. To on pozwolił nam interpretować halucynacje i urojenia. Poniósł w tym względzie duży koszt kryzysu psychicznego, którego treść (jakże „bezsensowną” i nielogiczną) opisał w *Czerwonej księdze*⁴. W przeciwieństwie do Pacjenta jednak powrócił ze swej podróży w głąb, a dziś *Czerwona księga* jest uznawana za jedną z najbardziej wpływowych książek w dziejach psychologii⁵.

„Odtąd całą uwagę poświęciłem związkom między znaczeniami dającymi się dostrzec w objawach psychotycznych” – wspominał Jung⁶. Początkiem był przypadek chorej na schizofrenię katatoniczną przebywającej w szpitalu od około pięćdziesięciu lat. Pacjentka latami powtarzała te same – dla obserwatorów bezsensowne – ruchy. Jungowi udało się powiązać objawy z początkiem psychozy. Pacjentka zakochała się w szewcu, a gdy ten ją odrzucił, zapadła się w psychozę, zarazem utożsamiając się z ukochanym poprzez wykonywanie „jego” ruchów szycia butów. Psychotycznie zaprzeczyła rzeczywistości i „była” z ukochanym przez całe życie.

⁴ Idem, *Czerwona księga*, tłum. J. Prokopiuk, J. Korpanty, Vis-à-vis Etiuda, Kraków 2020.

⁵ S. Corbett, *The Holy Grail of the Unconscious*, „The New York Times Magazine”, 16.09.2009, <https://www.nytimes.com/2009/09/20/magazine/20jung-t.html> [dostęp: 28.04.2023].

⁶ C.G. Jung, *Wspomnienia, sny, myśli. Spisane i podane do druku przez Anielę Jaffé*, tłum. R. Reszke, L. Kolankiewicz, Wrota, Warszawa 1999, s. 136.

Kolejny był przypadek Babette S. Pacjentka nie była w logicznym kontakcie, wypowiadała urojeniowe, paranoidalne, nielogiczne treści. Ich interpretacji podjął się Jung, który w tym czasie w opracowywaniu psychoanalitycznych przypadków psychotycznych współpracował z doborowym zespołem uczniów: Sabiną Spielrein, Johannem Jakobem Honeggerem i Janem Nelkenem. Doktor Jan Nelken (później pułkownik doktor Wojska Polskiego) był w tym czasie asystentem w krakowskiej Klinice Psychiatryczno-Neurologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego prowadzonej przez prof. Jana Piltza⁷. Jak wyglądała psychoanalityczna interpretacja przypadków psychotycznych w ujęciu Junga i współpracowników możemy dowiedzieć się z dostępnej w języku polskim pracy Jana Nelkena z 1911 roku (publ. 1912)⁸.

„Po raz pierwszy uzmysłowiłem sobie jasno, że w psychozie tkwi ukryta, ogólna psychologia osobowości i że tu także można odnaleźć odwieczne konflikty ludzkości. [...] Zawsze mnie zdumiewa, jak długo czasu trzeba było psychiatrii, by wreszcie zajęła się treścią psychozy. Nigdy nie zastanawiano się, co znaczą fantazje pacjentów i dlaczego jeden chory ma takie fantazje, a drugi inne”⁹. Słowa Junga wydają się częściowo aktualne i dzisiaj.

⁷ E. Dembińska, K. Rutkowski, *The Beginnings of Psychoanalysis in Poland Before the First World War*, „Psychoanalysis and History” 2021, vol. 23, no. 3, s. 325–350.

⁸ J. Nelken, *Analytische Beobachtungen über Phantasien eines Schizophrenen*, „Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschungen” 1912, t. 4, z. 1, s. 505–562; tłum. pol.: *Analityczne obserwacje fantazji schizofrenika*, tłum. G. Glodek, G. Glodek, „Psychiatria i Psychoterapia” 2015, t. 11, nr 4, s. 66–135.

⁹ C.G. Jung, *Wspomnienia, sny, myśli...*, s. 138–139.

Praca Junga przynosiła sukcesy, choć okupione dużym wysiłkiem. O jednej z pacjentek pisze, że „po sześciu latach pobytu w szpitalu została przynajmniej połowicznie uleczona”¹⁰. Jung nie leczył jej tyle czasu, ale tak samo praca terapeutyczna Podróżnika trwała długo, wiele lat, prawdziwa odyseja. Tak przebiega zdrowienie w głębokich zaburzeniach. Inna pacjentka, halucynująca podróż aż na Księżyc, mogła zostać wypisana ze szpitala i po kilku krótkich nawrotach „całkowicie powróciła do życia”¹¹, co więcej założyła rodzinę i podjęła pracę jako pielęgniarka. Były to spektakularne sukcesy pierwszego zastosowania psychoterapii – a ściślej psychoanalizy – do leczenia zaburzeń psychotycznych (dziś też schizofrenii, a na pewno psychoz). Te doświadczenia skłoniły Junga m.in. do opisanie przeniesienia i przeciwprzeniesienia nie jako wzajemnych reakcji, ale wspólnego zaangażowania w jednym obszarze, skutkującego niekiedy silnymi fenomenami nieświadomymi zarówno u pacjenta, jak i terapeuty¹² (pracę w tym zakresie kontynuował jungista Michael Fordham). Jung podkreślił w ten sposób uniwersalność zjawisk psychicznych. Zjawisk, w których nie ma wyróżnionych. Stąd wprowadził jako pierwszy wymóg analizy szkoleniowej.

Tu dochodzimy do odkrycia, że Podróżnik to nie wyjątkowy król, jakich się już nie spotyka, ale potencjalnie każdy. To nie Homerowski Odyseusz, ale Joyceowski Ulisses.

¹⁰ *Ibidem*, s. 139.

¹¹ *Ibidem*.

¹² *Idem, Praktyka psychoterapii*, Wydawnictwo KR, Warszawa 2010.

Odyseja psychiatryczna to przewodnik nie tylko po Kobierzynie, Tworkach czy Owińskach, ale po codzienności – i to nie wyjątkowej i odległej Itace czy świecie Feaków.

Ulisses, nie Odyseusz.

Ulisses codzienny, bo świat psychozy nie jest tylko dla „tych psychotyków”, „dla nich”, jakichś „ich”, „innych”. Jest tuż obok, w sąsiedztwie, w codzienności, też u tych „lepszyc”, tych „zdrowych”.



Bibliografia

- Krzysztof Walczewski, Paweł Smyk, Marta Janiszewska-Hanusiak, *Odyseja psychiatryczna. Schizofrenia – analiza procesów leczących*
- Bion W.R., *Elementy psychoanalizy*, tłum. D. Golec, Oficyna Ingenium, Warszawa 2012.
- Bollas Ch., *Catch Them Before They Fall: The Psychoanalysis of Breakdown*, Routledge, New York 2013.
- Bollas Ch., *Znaczenie i melancholia. Życie w epoce oszołomienia*, tłum. D. Golec, Oficyna Ingenium, Warszawa 2020.
- Cartwright D., *β -Mentality in 'The matrix' trilogy*, „The International Journal of Psychoanalysis” 2005, vol. 86, no. 1, s. 179–190.
- De Masi F., *Podatność na psychozę. Psychoanalityczne rozważania o naturze i terapii stanu psychotycznego*, tłum. D. Golec et al., Oficyna Ingenium, Warszawa 2016.
- Green A., *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*, Les Éditions de Minuit, Paris 1983.
- Hund O., *Psy ras drobnych*, Wydawnictwo Ha!Art, Kraków 2018.
- Kępiński A., *Poznanie chorego*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2013.
- Kordas W., Janiszewska-Hanusiak M., Warchoń K., Walczewski K., *Normality restoring in the family. Case study*, 8th International Conference of European Network

- for Mental Health Service Evaluation: „Good practice – good outcome?”, 23–25.05.2008, Kraków.
- Kraepelin E., *Psychiatrie. Ein kurzes Lehrbuch für Studierende und Ärzte*, 4te Auflage, Leipzig 1893, s. 435–437.
- Nowak K.T., *Rok na odwyku. Kronika powrotu*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2017.
- Psychoterapia par. Teoria i praktyka w Instytucie Badań nad Małżeństwem Kliniki Tavistock*, red. S. Ruszczyński, tłum. M. Kruszyńska-Mąka, Oficyna Ingenium, Warszawa 2012.
- Steiner J., *Psychiczny azyl. Patologiczna organizacja osobowości u pacjentów psychotycznych, nerwicowych i borderline*, tłum. M. Żylicz, L. Kalita, M. Lipińska, Wydawnictwo Imago, Gdańsk 2010.
- Symington N., *Narcyzm. Nowa teoria*, tłum. M. Lipińska, Wydawnictwo Imago, Gdańsk 2013.

Bartosz M. Puk, *Prze-myslenia z podróży*

- The Analytic Field: A Clinical Concept*, eds. A. Ferro, R. Basile, London, Routledge 2009.
- Baranger M., Baranger W., *The analytic situation as a dynamic field*, „International Journal of Psychoanalysis” 2008, vol. 89, no. 4, s. 795–826.
- Barańczak S., *Angielskie „niedowcielenie” Leśmiana*, [w:] idem, *Ocalone w tłumaczeniu. Szkice o warsztacie tłumacza poezji z dodatkiem Małej antologii przekładów-problemów*, Wydawnictwo a5, Kraków 2004, s. 144–149.
- Bion W.R., *Bion in New York and Sao Paulo*, The Harris Meltzer Trust, London 2018.
- Bion W.R., *Elements of Psycho-Analysis*, William Heinemann Medical Books Ltd., London 1963.

- Birksted-Breen D., *Phallus, penis and mental space*, „International Journal of Psychoanalysis” 1996, vol. 77, no. 4, s. 649–657.
- Bleger J., *Psycho-analysis of the psycho-analytic frame*, „International Journal of Psychoanalysis” 1967, vol. 48, no. 4, s. 511–519.
- Contemporary Bionian Theory and Technique in Psychoanalysis*, ed. A. Ferro, Routledge, London 2017.
- Laplanche J., Pontalis J.-B., *The Language of Psychoanalysis*, Hogarth Press, London 1973.
- Symington N., *A Pattern of Madness*, Routledge, London 2002.
- Symington N., „Transforming Narcissism by the Act of Understanding”, 9th AABCAP Conference, 15th & 16th September 2018, *Transforming Narcissism: Buddhist and Psychotherapeutic Perspectives*, <https://youtu.be/MyjjQXWXSya> [dostęp: 13.04.2023].
- Winnicott D.W., *Jak uczą się dzieci?*, [w:] *Dom jest punktem wyjścia. Eseje psychoanalityczne*, tłum. A. Czownicka, Wydawnictwo Imago, Gdańsk 2010, s. 136–142.
- Łukasz Cichocki, *Odyseja psychiatryczna – refleksje terapeutyczne*
- Erikson E.H., Erikson J.M., *Dopełniony cykl życia*, tłum. C. Matkowski, Sensus, Gliwice 2016.
- Frankl V.E., *Człowiek w poszukiwaniu sensu*, tłum. A. Wolnicka, Czarna Owca, Warszawa 2011.
- Hermans H.J.M., *Polifonia umysłu: wielogłosowe i dialogowe Ja*, [w:] *Jekyll i Hyde. Wielorakie Ja we współczesnym świecie*, red. J. Rowman, M. Cooper, tłum. J. Kowalczyńska, J. Suchecki, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2008, s. 107–132.
- Kępiński A., *Schizofrenia*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2012.

- Lem S., *Głos Pana*, Czytelnik, Warszawa 1968.
- Po co są ojcowie? Rozważania psychoanalityczne*, red. J. Trowell, A. Etchegoyen, tłum. D. Golec, L. Kalita, M. Lipińska, Oficyna Ingenium, Warszawa 2015.
- Salinger J.D., *The Catcher in the Rye*, Little, Brown and Company, Boston 1951; I wyd. pol.: *Buszujący w zbożu*, tłum. M. Skibniewska, Iskry, Warszawa 1961.
- Talmud Babiloński, Sanhedryn, 37a.
- Teresa Grabińska, *Naprzeciw obojętności świata: panaceum mitu czy terapia?*
- Arystoteles, *Etyka nikomachejska*, tłum. D. Gromska, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
- Eliade M., *Aspekty mitu*, tłum. P. Mrówczyński, Wydawnictwo KR, Warszawa 1998.
- Gilson É., *Tomizm. Wprowadzenie do filozofii św. Tomasa z Akwinu*, tłum. J. Rybałt, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 1998.
- Grabińska T., *O filozofii Karola Wojtyły i nauczaniu Jana Pawła II w kontekście ochrony osoby i wspólnoty*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Papieskiego Jana Pawła II, Kraków 2019.
- Grabińska T., *The Significance of Ontic-Cultural Layer for Personal Safety. The Prospect of „Being and Having” by Gabriel Marcel*, „Security Dimensions” 2021, vol. 38, s. 104–120.
- Hobbes T., *Lewiatan czyli materia, forma i władza państwa kościelnego i świeckiego*, tłum. C. Znamierowski, Fundacja Aletheia, Warszawa 2009.
- Jan Paweł II, Encyklika *Fides et ratio*, Wydawnictwo TUM, Wrocław 1998.

- Kępiński A., *Podstawowe zagadnienia współczesnej psychiatrii*, PZWL, Warszawa 1978.
- Kierkegaard S., *Choroba na śmierć*, [w:] idem, *Bojaźń i drżenie. Choroba na śmierć*, tłum. J. Iwaszkiewicz, PWN, Warszawa 1972, s. 141–291.
- Kołąkowski L., *Jeśli Boga nie ma...*, tłum. autoryz. T. Baszniak, M. Panufnik, Znak, Kraków 1988.
- Kołąkowski L., *Śmierć jako własność prywatna*, Znak, Kraków 2021.
- Lubańska S., *Pascal i Kierkegaard – filozofowie rozpaczy i wiary*, Universitas, Kraków 2001.
- Malinowski B., *Dzieła*, t. 9: *Kultura i jej przemiany*, tłum. A. Bydłoń, A. Mach, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000.
- Malinowski B., *Mit w psychice człowieka pierwotnego*, tłum. B. Leś, D. Praszalowicz, [w:] idem, *Dzieła*, t. 7: *Mit, magia, religia*, PWN, Warszawa 1990.
- Marcel G., *Być i mieć*, tłum. D. Eska, De Agostini, Warszawa 2001.
- Św. Tomasz z Akwinu, *Suma teologiczna*, t. 9: *Szczęście. Uczynki*, t. 11: *Sprawności*, tłum. F.W. Bednarski, Katolicki Ośrodek Wydawniczy „Veritas”, London 1965; t. 16: *Miłość*, tłum. A. Głazurewski, Katolicki Ośrodek Wydawniczy „Veritas”, London 1967.

Maciej Bóbr, *O wielości metaforycznych znaczeń jaskini Polifema. Słów kilka na marginesie Odysei psychiatrycznej*

- Brillat-Savarin J.A., *Physiologie du Goût, ou Méditations de Gastronomie Transcendante*, Charpentier, Paris 1838.
- Graves R., *Mity greckie*, Vis-à-vis Etiuda, Kraków 2020.
- Homer, *Odyseja*, tłum. L. Siemieński, oprac. J. Łanowski, wyd. 10, Zakład Narodowy imienia Ossolińskich, Wrocław 1992, <https://wolnelektury.pl/media/book/pdf/homer-odyseja.pdf> [dostęp: 25.04.2023].

Oeuvres complètes d'Hippocrate. Traduction nouvelle avec le texte grec en regard [...] Par É. Littré, t. 1–10, J.B. Baillière, Paris, 1839–1861.

Krzysztof Rutkowski, *Odyseja psychiatryczna. Postówie*

Corbett S., *The Holy Grail of the Unconscious*, „The New York Times Magazine”, 16.09.2009, <https://www.nytimes.com/2009/09/20/magazine/20jung-t.html> [dostęp: 28.04.2023].

Demińska E., Rutkowski K., *The Beginnings of Psychoanalysis in Poland Before the First World War*, „Psychoanalysis and History” 2021, vol. 23, no. 3, s. 325–350.

Joyce J., *Ulisses*, tłum. M. Świerkocki, Oficyna, Łódź 2021.

Jung C.G., *Czerwona księga*, tłum. J. Prokopiuk, J. Korpanty, Vis-à-vis Etiuda, Kraków 2020.

Jung C.G., *Praktyka psychoterapii*, Wydawnictwo KR, Warszawa 2010.

Jung C.G., *Symbole przemiany. Analiza preludium do schizofrenii*, tłum. R. Reszke, Wrota, Warszawa 1998.

Jung C.G., *Wspomnienia, sny, myśli. Spisane i podane do druku przez Anielę Jaffé*, tłum. R. Reszke, L. Kolankiewicz, Wrota, Warszawa 1999.

Kerényi K., *Mitologia Greków*, tłum. R. Reszke, Wydawnictwo KR, Warszawa 2002.

Na tropie Indoeuropejczyków. Mity i epeje. Z Georges'em Dumézilem rozmawia Didier Eribon, tłum. K. Kocjan, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1996.

Nelken J., *Analytische Beobachtungen über Phantasien eines Schizophrenen*, „Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschungen” 1912, t. 4, z. 1, s. 505–562; tłum. pol.: *Analityczne obserwacje fantazji schizofrenika*, tłum. G. Glodek, G. Glodek, „Psychiatria i Psychoterapia” 2015, t. 11, nr 4, s. 66–135.

Summary

The monograph under the meaningful title *Psychiatric Odyssey* describes the course of a seven-year treatment of a schizophrenic patient (with suicidal possession delusions) and the process of educating his family in discovering the essence of the disease and the recovery process. At the same time, the damaged, psychotic parts of the patient were undergoing transformations in the therapeutic field. This process, while being spread over time, has been reflected using the extensive experience of both individual contact and joint reflection of the treatment team.

The authors worked in the therapeutic team of ward 6A of the Dr. Józef Babinski Clinical Hospital in Krakow. It was a stationary ward dedicated to the treatment of male patients with deep mental disorders. The issue described in the monograph is the field of projection-introjection transfer including contact with the patient and his family and therapeutic team, or more precisely, its part involved in the treatment. A number of procedures and tools have been used, which are successively: contact with the patient, intravision team reflection – having the character of “caring reflection” (reverie), systemic support for the family, supervision of individual contact and supervision of the support

group for families. Legal consultations under the Mental Health Protection Act with the participation of the patient's rights ombudsman and a judge of the Family Court should also be considered a therapeutic tool in the recovery process.

This multi-author monograph, thanks to the use of literary language that minimizes the use of psychiatric and psychotherapeutic terms, is also available to non-professionals. Reading *Psychiatric Odyssey* is recommended during the training of psychotherapists treating patients with profound mental disorders and provides the reader with the necessary psychotherapeutic tools.

Streszczenie

W monografii pod znaczącym tytułem *Odyseja psychiatryczna* opisano przebieg siedmioletniego leczenia pacjenta schizofrenicznego w owładnięciu samobójczym oraz proces edukacji jego rodziny: poznawania istoty choroby i procesu zdrowienia. Równoległe w polu terapeutycznym odbywały się przemiany uszkodzonych, psychotycznych części chorego. Proces ten – rozłożony w czasie – zreflektowano używając szeroko doświadczeń zarówno indywidualnego kontaktu, jak i wspólnego namysłu zespołu leczącego.

Autorzy pracowali w zespole terapeutycznym oddziału 6A Szpitala Klinicznego im. dr. Józefa Babińskiego w Krakowie. Był to oddział zamknięty, stacjonarny, dedykowany leczeniu mężczyzn z głębokimi zaburzeniami psychicznymi. Materią opisaną w monografii jest pole transferu projekcyjno-introjekcyjnego obejmujące kontakt z pacjentem i jego rodziną oraz zespół terapeutyczny, a precyzyjnie mówiąc – jego część zaangażowaną w leczenie. Zastosowano szereg procedur i narzędzi, którymi są kolejno: kontakt z pacjentem, refleksja zespołowa o charakterze intrawizji – mająca charakter „troskliwego namysłu” (*reverie*), systemowe wsparcie dla rodziny, superwizja indywidualnego kontaktu, superwizja grupy wsparcia dla rodzin. Za

narzędzie terapeutyczne w procesie zdrowienia należy uznać również konsultacje prawne w ramach Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego z udziałem rzecznika praw pacjenta i sędziego Sądu Rodzinnego.

Niniejsza wieloautorska monografia, dzięki zastosowaniu języka literackiego minimalizującego użycie żargonu psychiatryczno-psychoterapeutycznego, jest dostępna również dla niefachowców. *Odyseja psychiatryczna* jest lekturą zalecaną w szkoleniu psychoterapeutów leczących osoby z głębokimi zaburzeniami psychicznymi i dostarcza czytelnikowi niezbędnych narzędzi psychoterapeutycznych.

Indeks nazwisk¹

Arystoteles 126–129

Baillière Jean-Baptiste Marie 139

Baranger Madeleine 69

Baranger Willy 69

Barańczak Stanisław 67

Basile Roberto 69

Baszniak Tadeusz 121

Bednarski Feliks Wojciech 126

Bergson Henri 107

Bion Wilfred Ruprecht 22, 25, 74, 84, 86, 92

Birksted-Breen Dana 77

Bleger José 68

Bollas Christopher 26, 40

Bóbr Maciej 12, 136, 150

Brillat-Savarin Jean Anthelme 137

Bydłoń Antoni 113

Cartwright Duncan 32, 52

Cichocki Łukasz 11, 96, 150

Cooper Mick 101

Corbett Sara 156

Czownicka Anna 76

¹ Indeks nazwisk nie obejmuje Bibliografii.

- De Masi Franco 27
Dembińska Edyta 157
Dumézil Georges 152
- Eliade Mircea 130, 131
Erikson Erik H. 104
Erikson Joan M. 104
Eska Donata 119
Etchegoyen Alicia 101
Eurypides 145
- Ferro Antonio 69, 92
Fordham Michael 158
Frankl Viktor Emil 105
Freud Sigmund 70, 150, 155
- Gilson Étienne 131, 132
Glodek Grażyna 157
Glodek Gregor 157
Głazewski Andrzej 127
Golec Danuta 22, 27, 40, 101
Grabińska Teresa 11, 110, 119, 129
Graves Robert 145
Green André 34, 80
Gromska Daniela 128
Guze Joanna 137
- Heinemann William 74
Hermans Hubert J.M. 101
Hipokrates 139
Hobbes Thomas 118, 119, 125
Homer 138, 140–142, 145, 158
Honegger Johann Jakob 157

Hund Olga 23

Iwaszkiewicz Jarosław 114

Jabłoński Marcin 13

Jan Paweł II 132

Janiszewska-Hanusiak Marta 16, 19, 43, 111, 113, 151

Joyce James 158

Jung Carl Gustav 150, 154–158

Kalita Lech 22, 101, 142

Kerényi Karl 152

Kępiński Antoni 40, 98, 111

Kierkegaard Søren 11, 114–118, 122–128, 132

Kocjan Krzysztof 152

Kolankiewicz Leszek 156

Kołąkowski Leszek 11, 114, 116, 117, 119–121, 123,
127, 133

Kordas Wojciech 43

Korpanty Jerzy 156

Kowalczyńska Joanna 101

Kraepelin Emil 52, 62

Kruszyńska-Mąka Marta 45

Laplanche Jean 77

Lem Stanisław 97

Leś Barbara 131

Leśmian Bolesław 67, 93

Lipińska Marta 22, 34, 101, 142

Littré Émile 139

Lubańska Stefania 114

Lucas Richard 13

Luter Marcin 125, 126

Łanowski Jerzy 141

Mach Anna 113

Malinowski Bronisław 113, 131

Marcel Gabriel 119

Morgan David 83

Mrówczyński Piotr 130

Nelken Jan 157

Nowak Katarzyna T. 23

Panufnik Maciej 121

Parandowski Jan 145

Piltz Jan 157

Pontalis Jean-Bertrand 77

Praszałowicz Dorota 131

Prokopiuk Jerzy 156

Puk Bartosz M. 10–12, 66

Reszke Robert 152, 155, 156

Rowman Johan 101

Ruszczyński Stanley 45

Rutkowski Krzysztof 12, 13, 148, 157

Rybałt Jan 132

Salinger Jerome David 100

Siemieński Lucjan 141

Skibniewska Maria 100

Smyk Paweł 16, 19, 111, 113, 151

Sofokles 145

Spielrein Sabina 157

Steiner John 22, 142

Stryjeński Władysław 26

Suchecki Jacek 101

Symington Neville 34, 69, 80, 90, 91

Tomasz z Akwinu św., Akwinata 11, 125–129, 131, 132

Trier Lars von 84

Trowell Judith 101

Walczewski Krzysztof 16, 43, 111, 113, 150, 151

Warchoł Katarzyna 43

Winnicott Donald Woods 76

Wolnicka Aleksandra 105

Wolter [właśc. Francois Marie Arouet] 133

Znamierowski Czesław 118

Żylicz Magdalena 22, 142

Indeks postaci mitologicznych

Alkinoos 141
Ariadna 12, 139, 140
Atena 139

Dafne 139
Damokles 139
Diana 139

Edyp 91, 139
Elektra 139

Feakowie 141, 159

Herkules 145

Jokasta 139

Kassandra 139
Kirke 44
Klitajmestra 139

Lajos 91

Medea 139

Meduza 139

Minos 140

Minotaur 139, 140

Nauzykaa 141

Odyseusz, Odys 18, 22, 24, 33, 141, 143–146, 152, 158,
159

Penelopa 12, 19

Polifem 12, 22–24, 33, 36, 38, 101, 137, 138, 140–146

Prometeusz 139

Tezeusz 139, 140