

Niekochany pacjent*

Na wstępie chciałam podziękować organizatorom za zaproszenie mnie do uczestnictwa w tym sympozjum, którego uczestnikami są profesjonaliści, a także osoby, które od dawna zanurzone są w cierpieniu związane z chorobą psychiczną. W związku z tym pragnę podzielić się z Państwem kilkoma refleksjami, które uważam za istotne dla każdej terapii i o których zawsze staram się pamiętać. Sądzę, że leczenie w psychiatrii czy psychoterapii jest efektem wspólnego wysiłku leczących i leczonych, a nie wyłącznie pochyleniem się terapeuty czy lekarza nad cierpiącym czy szczególnie niekochanym pacjentem. Dlatego też niepowodzenia czy trudności w kontakcie terapeutycznym, oraz wysiłek włożony w ich przełamywanie dotyczy obu stron dialogu. I myślę, że ten wysiłek włożony w budowanie i utrzymanie relacji jest bardzo ważnym czynnikiem leczącym różnego rodzaju zranienia w człowieku.

Przygotowując się do tego wykładu przez dłuższy czas zastanawiałam się nad znaczeniem słów które zostały użyte w jego tytule, jak również nad znaczeniem miejsca, w którym toczą się nasze obrady. W obliczu ostatnich wydarzeń w Norwegii i w kontekście wydarzeń niedaleko stąd w Auschwitz kilkadziesiąt lat temu, trudno nie myśleć z przerażeniem, zadziwieniem i zadumą o kondycji ludzkiej, miejscu człowieka w społeczeństwie i wśród innych narodów, ale nade wszystko o relacji ludzkiej istoty, do innego człowieka.

Jeden z tak zwanych „niekochanych” pacjentów powiedział kiedyś, że u podłoża tego rodzaju okrutnych czynów człowieka przeciwko człowiekowi, jak również u podłoża izolacji od ludzi – leży lęk. I myślę, że miał rację. To nie brak miłości lecz lęk przed obcym, gdy z różnych powodów jest „pielęgnowany” od dzieciństwa, zamiast zachwytu i zaciekawienia innymi ludźmi, prowadzić może do ksenofobii, braku miłości, wrogości, pogardy, przemocy, ale także do wycofania i alienacji.

To tak jakby na jednej szali położyć uczucia związane z więzią, miłością, akceptacją, afirmacją, a na drugiej lęk i ten lęk u pewnych osób ma tak wielki ciężar, że przeważa nad wszystkimi innymi emocjami. Działania lub ich brak są konsekwencją tego wewnętrznego przerażenia.

U jednych osób lęk prowadzi do zawierzenia „guru”, grupie czy idei, a w konsekwencji do agresji i obrony przed wymyślanymi przeważnie wrogami.

U innych kończy się wycofaniem z życia i unikaniem kontaktów z innymi ludźmi – i tacy pacjenci często trafiają do leczenia z rozpoznaniem psychoz, czy głębokich zaburzeń osobowości. Nie wiemy czy rzeczywiście w ich rodzinach brakowało miłości, czy może właśnie z różnych przyczyn po prostu dominował lęk, strach, niepewność. Pewnie bywa i tak i tak. Ja osobiście rzadko miałam do czynienia z osobami, których rodzice nie chcieliby, nie kochali, czy świadomie zaniedbywali. I rzeczywiście myślę, że kluczem do powstawania

*XXII Sympozjum PNTZP, Oświęcim 2011

zaburzeń jest lęk. Może on być obecny w rodzinie i to zarówno będąc odbiciem aktualnej sytuacji zewnętrznej, jak i przechowywanej w historii rodziny, w jej wnętrzu. Może też być tak, że dziecko rodzi się z większą wrażliwością i podatnością na reagowanie lękiem, gdzie codzienne dla innych, wydarzenia stają się dla niego bodźcami wywołującymi olbrzymi stres.

Usłyszawszy po raz pierwszy temat : trudny/niekochany pacjent, zaczęłam się zastanawiać czy są to tożsame sformułowania czy trudny pacjent musi być jednocześnie pacjentem niekochanym i na odwrót. Starłam się myśleć o tych określeniach z różnych płaszczyzn. Przede wszystkim z punktu widzenia lekarza psychiatry i psychoterapeuty. Głęboko wierzę w to, iż te dwa spojrzenia nie wykluczają się, a wręcz uzupełniają, choć opisują człowieka i jego problemy w nieco inny sposób. Ale czy inny oznacza zły, gorszy i zwalczający się nawzajem? W moim odczuciu tak nie jest.

Trudny, to dla lekarza czy terapeuty nie poddający się łatwo standardowej terapii. Słowo trudny kojarzy mnie się głównie z uporczywym i niekorzystnym przebiegiem choroby. Co często może być uwarunkowane czynnikami genetycznymi, czy innymi konstytucjonalnymi, które przypadły w udziale danemu człowiekowi, i które są niezawinione przez jego najbliższych, a zwłaszcza przez niego samego. Zdarza się też, że na domiar złego dołączają się do tego ciężkie i traumatyczne przeżycia od samego dzieciństwa, czy w czasie późniejszym. To czyni chorobę jeszcze trudniejszą do wyleczenia. Ale czy można powiedzieć, że człowiek chorujący na trudną postać schorzenia jest trudnym pacjentem? Dla mnie osobiście takie określenie jawi się w pejoratywnych barwach i „szuka winnego”, po stronie człowieka, który potrzebuje od nas pomocy i leczenia. Takie podejście może rzucić się cieniem na całą relację lekarz – pacjent. Bo jeśli nie jest ono poddane refleksji lekarza, może wywołać u niego pesymizm i negatywne nastawienie do pacjenta, co nie wróży dobrze na przyszłość dla żadnej ze stron tej relacji, a w konsekwencji dla terapii.

Z bliskiego mi psychodynamicznego mo-

delu rozwoju psychiki, wynika, że na aktualny obraz człowieka składają się trzy sfery, które wzajemnie na siebie wpływają. Są to: biologiczne „wyposażenie” – środowisko rodzinne w którym się rozwijamy – środowisko w którym żyjemy jako dorośli.

O ile chorobę w rozumieniu procesu wiążemy głównie ze sferą biologii, to wiemy przecież, że to nie jedyny obszar, który ma wpływ na rozwój choroby, jak również, że niezależnie od choroby jest też w człowieku część „zdrowa”, która boryka się z różnymi problemami i to tymi związanymi z chorobą i zupełnie z nią nie mającymi nic wspólnego. Ta część psychiki zarówno u pacjentów, jak i u każdego z nas rozwija się od najmłodszych lat w relacji z innymi. Początkowo jest to matka, ojciec, dziadkowie, rodzeństwo. W miarę upływu lat krąg związków, które nas tworzą i które my tworzymy rozszerza się. To na tę sferę głównie możemy potem oddziaływać przy pomocy kontaktu terapeutycznego czy psychoterapeutycznego. Głównie, bo przecież, gdy zmienia się człowiek – zmienia się też biologia. Podobnie zresztą jest, gdy leki leczą chorobę – zmieniają się relacje, a i sam człowiek.

Miłość nie istnieje sama w sobie, w oderwaniu od związków między ludźmi i dlatego to do sfery relacji możemy odnieść sformułowanie: „niekochany pacjent”. Ale cóż ono oznacza? Czy to pacjent, którego nikt nie kocha, którego nie kochali rodzice, który nie był kochany tak jak tego potrzebował, który nie czuł czy nie czuje się kochany? Czy też niekochany przez lekarza czy terapeutę, z uwagi na trudny przebieg choroby i stąd mało spektakularne wyniki terapii? Trudno jednoznacznie odpowiedzieć na te pytania? Trudno jest bowiem mówić o miłości i próbować uchwycić choć na chwilę jej istotę. Trudno uniknąć wówczas powierzchowności, egzaltacji, śmieszności czy też autorytarnych ocen co miłością jest a co już nie jest. Jest to trudne jeśli dotyczy pacjenta i jego rodziny, a kto wie czy nie trudniejsze jeśli dotyczy relacji terapeutycznej. To jednak jedna z podstawowych potrzeb każdego człowieka.

Od około pięciu lat pracuję w zespole leczenia środowiskowego i w ramach tego ośrodka obejmujemy terapią tych najciężej

chorujących. Często nasi pacjenci nie tylko żyją w wewnętrznej izolacji, ale też nierzadko, z powodu swego schorzenia mają problem z opuszczaniem mieszkania, a jedyne ich związki ograniczają się do najbliższych, jeśli ich jeszcze posiadają. Współpracowniczka opisywała mi kiedyś relację dotyczącą wizyty domowej u nowego pacjenta. Pacjent ten był zgłoszony przez Opiekę Społeczną i od lat nie przyjmował żadnych leków. Mieszkał z chorującą matką w stosunku do której odczuwał dużo żalu. Przed drzwiami domu zadał pytanie, które myślę było testem dla terapeuty, pytanie brzmiało – „bez czego nie można żyć?”. Terapeutka odpowiedziała bez namysłu – „bez miłości”. Po tej wymianie zdań została zaproszona do pierwszej rozmowy. Terapia nadal trwa, a pacjent przyjmuje minimalne leki. Myślę, że inna odpowiedź prawdopodobnie zakończyłaby się zamknięciem drzwi już na samym początku. Przytaczając tę sytuację, ale mając też w pamięci wiele innych, trudno mi czasem oprzeć się uczuciu, że niejednokrotnie my terapeuci możemy się też dużo nauczyć od naszych pacjentów.

Opisana sytuacja przywodzi na myśl jeszcze inną refleksję. Refleksję na temat spotkania dwojga ludzi: pacjenta i terapeuty. Zarówno pacjent, jak i terapeuta spotykając się wnoszą do tego spotkania swoje własne, unikalne światy wewnętrzne. Każdy z tych światów składa się z biologii – zapisanych obrazów i relacji z najbliższymi gdy był dzieckiem – aktualnych związków, które są często odbiciem tych wczesnych. Żaden z nich ani nie rodzi się nie zapisaną kartą, ani nie jest nią w chwili spotkania. A oprócz rozmowy, w której używane są słowa, toczy się inny, może ważniejszy dialog – dialog dwóch nieświadomości: pacjenta i terapeuty. Dlatego każda relacja terapeutyczna jest inna i z każdej pacjent może wynieść innego rodzaju korzyści dla siebie. Ale dlatego również może się zdarzyć, że nie zaistnieje leczący związek między na przykład zbyt różniącymi się od siebie światami, oraz że związek ten może być za trudny i dla pacjenta i dla terapeuty, a także że inna para przyniosłaby większe owoce. I sądzę, że nie ma w tym niczyjej winy, lecz tak się po prostu zda-

rza w świecie ludzkim, że z jednymi osobami porozumiewamy się lepiej, a z innymi gorzej. Dlaczego więc ta zasada miałyby omijać relację terapeuty i pacjenta, która przecież jest relacją szczególną, często dotyczącą bardzo intymnych dla pacjenta problemów?

- Pacjent jest osobą cierpiącą, która przychodzi po pomoc i ulgę w cierpieniu. Ma za sobą wiele zranień i traumatycznych wydarzeń. Jeśli jest psychotyczny czas stoi w miejscu, a rany zadawane są nieustannie i praktycznie z każdej strony. Jest opanowany przez lęk, którego nawet może nie odczuwać, ale który przejawia się w jego zachowaniu, obyczajach, stylu życia, ograniczeniach. W takim stanie trudno jest żyć, a co dopiero zachować dystans do własnych przeżyć, ich rozumienie, a także zbudować trwałe i satysfakcjonujące kontakty z drugim człowiekiem. Im większym cierpieniem jest ogarnięty pacjent, tym trudniej jest mu samemu wychylić się ze swojego straszego świata. Potrzebuje do tego obecności i zaangażowania przyjaznej, drugiej osoby. Najbliżsi, są zazwyczaj tak samo zanurzeni w cierpieniu, z uwagi na to, że są bardzo związani emocjonalnie z osobą chorującą, i można powiedzieć, że cierpią razem z nią. Na dodatek choć pacjent rozpaczliwie potrzebuje kontaktu, jednocześnie odczuwa ogromny lęk przed wszystkim, w tym też przed terapeutą – obcym.

- Dlatego wiele czasu, wysiłku, zaangażowania i uważności będzie potrzebne ze strony terapeuty, aby pacjent poczuł się przy nim bezpiecznie. Im więcej lęku w danej osobie, tym więcej zaangażowania ze strony terapeuty i uważności na drugiego człowieka. Wchodząc w kontakt z pacjentem, trzeba zostawić za progiem wszystkie swoje sprawy i emocje, trzeba się próbować oczyścić ze wszystkiego, ze spraw którymi w tym czasie żyje świadomie terapeuta i które zaprzętają jego bieżącą uwagę. W ten sposób można zrobić miejsce dla danego człowieka, dla jego lęków, emocji, myśli, fantazji, obrazów. Przestrzeń psychiczna terapeuty staje się wówczas bezpieczną przestrzenią, w której lęki pacjenta mogą zostać pomieszczone i ukojone. Jednak stanie się tak wówczas, gdy terapeuta nie obawia

się sam stawić czoła swoim lękom, ograniczeniom i trudnościom. Gdy jest w stanie nieustannie poddawać refleksji swoje przeżycia, myśli i czyny, starać się je rozumieć i nabierać dystansu do siebie. Często bywa tak, że przestrzeń jednego człowieka to za mało i potrzeba całego zespołu terapeutycznego, wsparcia superwizji, a także korzystania przez pacjenta z różnych dostępnych form terapeutycznych na raz (WTZ, ŚDŚ, Klubów Pacjenta, Obozów Terapeutycznych, Pracy Chronionej i.t.p.)

Tak często słyszy się, że w psychozach istotny jest konkretny, i że aby wydobyć się z psychozy, potrzebne jest pozostawanie jak najbliższej rzeczywistości, codziennych czynności, harmonogramów dnia i tygodnia, czy wręcz rytuałów. Wszystko to prawda, bo konkretny jest obroną przed lękiem. I w przypadku pacjentów, których obrony są kruche, należy je wzmacniać czy nawet budować. Jednak w moim odczuciu pacjent jeszcze więcej może osiągnąć, gdy nie są to tylko suche przepisy czy instrukcje, ale gdy na przykład podczas ich wspólnego konstruowania zachodzi dialog. Podczas tego dialogu terapeuta próbuje rozumieć pacjenta, a pacjent podejmuje wysiłek wyjaśnienia terapii swojego świata. Może się to wydawać paradoksem, że pacjent wyjaśnia swój świat, którego nie rozumie terapeuta, a nie czyni tego terapeuta. Jednak terapeuta nie jest nigdy tym, który wie wszystko, choć pacjent

początkowo pewnie przypisuje mu taką moc. Wynikają z tego różne korzyści.

Po pierwsze pacjent starając się wytłumaczyć terapeutę to, co dzieje się w jego wewnętrznym świecie, sam zaczyna go lepiej poznawać, porządkować, opisywać, oswajając, wpływać na niego. W efekcie prowadzi to do obniżenia poziomu lęku, a często i objawów, u których podłoża leży ówże lęk.

Po drugie pacjent tłumacząc, zauważa, że terapeuta nie wie wszystkiego. Ten proces odbrazowania zachodzi w czasie i jest równoległy do wzmacniania przez pacjenta własnego poczucia wartości, sprawstwa i polegania na sobie. Dzięki temu pacjent może dostrzec bez lęku swoją odrębność. Może też nawiązać być może pierwszą satysfakcjonującą i przyjazną relację z drugim człowiekiem takim jaki jest – z wadami i zaletami; a nie z wszechmocnym Bogiem, lub złym Demonym. Ta relacja może stać się zaczynem dla innych, nowych związków pacjenta. Może prowadzić do tego, że zacznie on sam budować swoją prywatną sieć oparcia poza systemem ochrony zdrowia. Myślę, że to wprawdzie jeden z wielu celów terapii, ale niezwykle istotny – pomoc w odzyskaniu, lub stworzeniu poczucia wewnętrznego bezpieczeństwa umożliwiającego stworzenie bliskiej relacji z drugim człowiekiem. Relacji, w której można bezpiecznie dawać i brać; być czasem razem, a czasem osobno; mieć możliwość kochania i bycia kochanym.