

L 01

Osoby cierpiące na psychozy z grupy schizofrenii – najsłabiej rozumiane osoby w naszym świecie.**Yrjö O. Alanen***Emerytowany profesor psychiatrii na Uniwersytecie w Turku, Finlandia*

Ludzie chorujący na jedną z psychoz zaliczanych do grupy schizofrenii nadal są jednymi z najmniej rozumianych osób w naszej kulturze. Dlaczego tak się dzieje? - a zwłaszcza: dlaczego ten brak zrozumienia jest częsty także w kręgu osób profesjonalnie zajmujących się pracą z tą grupą chorych?

Pewnym jest, że podstawową przyczyną tego stanu rzeczy jest fakt, że osoby te nie są postrzegane jako jednostki z poważnymi problemami lecz jako ofiary choroby, którą należy zwalczyć. W ciągu moich sześćdziesięciu lat pracy jako psychiatra dziesiątki razy czytałem o nowoodkrytych, biologicznych podstawach „schizofrenii”, które później okazywały się być opartymi na błędnych, a co najmniej przesadzonych przesłankach. Poza ambicjami badaczy niewątpliwie odzwierciedla to również pragnienie stłumienia sfery odgrywanej przez relacje międzyludzkie, gdyż wywołują one niepokój – rzecz zrozumiała, zwłaszcza u tych, z którymi pacjenci dorastali.

Przynajmniej w moim kraju, w Finlandii, w kształceniu psychiatrów nadmierny nacisk kładzie się na klasyfikacje diagnostyczne z ich szczegółowymi listami objawów. Zajmują one zdecydowanie zbyt ważne miejsce w porównaniu z czasem potrzebnym do nauczenia się jak podchodzić do pacjentów i ich problemów i jak je psychologicznie rozumieć.

Termin „schizofrenia”, po raz pierwszy użyty przez Eugena Bleulera w 1911 r. jako „Die Gruppe der Schizophrenien” („grupa schizofrenii”) jest dziś – i słusznie – kwestionowany. Sam w książce „Psychotherapeutic Approaches to Schizophrenic Psychoses”, którą wydaliśmy kilka lat temu (Alanen et al., eds., 2009) pisałem: „Kliniczna heterogenność pacjentów ze schizofrenią każe nam pytać, czy uzasadnionym jest nawet mówienie o chorobie nazywanej ‚schizofrenią’. Taka praktyka diagnostyczna ma z pewnością wady, zarówno w odniesieniu do badań, gdzie wyraźnie różniący się między sobą chorzy są umieszczani w tej samej ‚szufladce’ diagnostycznej, jak i dla samych pacjentów, którzy często nawet po wyzdrowieniu nadal funkcjonują z przypiętą ‚łatką’ schizofrenika.

Mimo to, w mojej prezentacji będę używał terminu ‚schizofrenia’, gdyż czyniłem tak przez całe moje zawodowe życie i myślę, że niezależnie od tego, jak ich będziemy nazywać, najważniejszym jest dla nas opracowanie skutecznego leczenia dla tych naszych współobywateli.

Uwagi dotyczące badań

Brak bardziej osobistej relacji z pacjentami sprawia też, że łatwo zapominamy, iż grupa psychoz „schizofrenicznych” jest bardzo heterogenna i przypisane do niej osoby często bardzo różnią się między sobą objawami, sytuacją życiową, rokowaniem; także reakcja na rozmaite metody leczenia może być bardzo różna w zależności od konkretnego przypadku. Tak jak już wcześniej wspominałem, stwarza to problemy nie tylko przy opracowywaniu nowych metod leczenia ale i dla badaczy przy [interpretacji] wyników ich prac. Posłużę się przykładem: wiemy, że istnieje grupa pacjentów ze ‚schizofrenią’, którzy w miarę łatwo motywują się do indywidualnej psychoterapii psychodynamicznej i odnoszą z niej korzyści. Z drugiej strony są też tacy, z którymi w praktyce niemal niemożliwe jest wypracowanie tego typu relacji terapeutycznej. Tymczasem w statystycznych analizach randomizowanych badań przeciwstawne efekty (tj. poprawa i pogorszenie stanu zdrowia) wzajemnie się znoszą, prowadząc do fałszywego wniosku, że taka metoda terapii jest u chorych ze ‚schizofrenią’ nieskuteczna.

Badania etiologii psychoz ‚schizofrenicznych’ nadal zdominowane są przez hipotezy biologiczne. Nawet jeśli naiwnym byłoby zaprzeczanie wszelkim związkom między psychotycznym załama-

niem a biologią mózgu, wszystkim znanym teoriom o etiologii organicznej brak potwierdzenia. Niedawno, w pracy opublikowanej przez grupę skupioną wokół Nancy Andreasen – czołowej przedstawicielki popularnej teorii mówiącej, że ‚schizofrenia’ jest zaburzeniem degeneracyjnym – opisano, że spotykany u wielu schizofreników obniżony wskaźnik „mózg-komory” najprawdopodobniej nie wynika z degeneracyjnych procesów zachodzących w mózgu lecz raczej z długotrwałego wpływu podawanych chorym, silnie działających leków neuroleptycznych (Ho et al., 2011). Szanujemy szczerść tej grupy badaczy. Dla mnie jednak teoria degeneracyjna nie wydaje się wiarygodna gdyż wielu pacjentów zostaje trwale wyleczonych, a nawet ma się lepiej niż przed chorobą, czy to samoistnie czy też w wyniku terapii.

Najlepiej udokumentowana teoria etiologii psychoz z grupy ‚schizofrenii’ mówi o wpływie genetycznym. Wskutek intensywnych prac w zakresie genetyki molekularnej odkryto wiele cech (regionów chromosomów, zmutowanych genów i/lub aberracji chromosomalnych), które mogą wpływać na rozwój predyspozycji do psychoz z grupy ‚schizofrenii’, choć wpływ ten różni się znacznie w poszczególnych badaniach. Zarazem istnienie jakichkolwiek swoistych „genów schizofrenii” uznaje się dziś za mało prawdopodobne.

Są badacze, którzy gdy mówią o czynnikach środowiskowych ‚schizofrenii’ odnoszą się wyłącznie do środowiska biologicznego, w tym do powikłań rozpoznanych u matki w czasie ciąży i porodu. Nie wiem, czy genetyk Kendler zgodziłby się z tym, gdy wypowiedział swoją często cytowaną frazę, że czynniki genetyczne odpowiadają w 80% za etiologię ‚schizofrenii’. Ja w każdym razie bardzo wątpię, by przy obecnym stanie wiedzy możliwe było bezpośrednie rozróżnienie czynników genetycznych od tych związanych ze środowiskiem psychologicznym, w którym pacjent wzrasta.

Na szczęście stopniowo zaczęły się wzmacniać bardziej zrównoważone poglądy, w tym także wypowiedziane przez niekonserwatywnie myślących badaczy z biologicznego „skrzydła”. Laureat nagrody Nobla, Kandel (1998) już 15 lat temu mocno podkreślał holistyczną plastyczność i zdolności adaptacyjne funkcji mózgowych i ich nieustanna interakcja ze środowiskiem. Dzięki nieprzerwanej interakcji czynniki genetyczne i środowiskowe kształtują budowę i działanie sieci neuronalnej, w tym i rozwój psychologiczny oraz jego zaburzenia. Kandel nadal wykluczał jednak ‚schizofrenię’ z tego kontinuum i uznawał ją za odrębną kategorię, w czym się z nim fundamentalnie nie zgadzam.

Związki z innymi ludźmi, począwszy od pierwszych dni życia, to nie tylko pewien aspekt ludzkiej psychologii, ale również część ludzkiej fizjologii niezbędna do osiągnięcia dojrzałości (Alanen, 1997). Najlepiej można to zilustrować nielicznymi przykładami, gdy ludzkie dzieci dorastały w dziczy, w ciepłym klimacie, bez żadnego kontaktu z człowiekiem, a opiekowały się nimi zwierzęta: w takich warunkach dzieci nie uczyły się mówić, nie rozwijała się u nich mimika twarzy, nawet ich funkcje popędowe pozostawały szczątkowe (Malson 1972, Rang, 1987).

Zorientowane na psychodynamikę badania środowisk rodzinnych pacjentów ‚schizofrenicznych’ miały swoje pięć minut w latach 50.-70. XX w., gdy kilka amerykańskich zespołów – zwłaszcza ze szkoły Theodora Lidza (Lidz i in., 1965) i Lymana Wynne’a (Wynne & Singer, 1963) – prowadziło swoje prace odnajdując zaznaczone w wielu z nich różnorodne układy interpersonalne. Moja własna psychiatryczna kariera również rozpoczęła się od badania 100 matek pacjentów ze ‚schizofrenią’ (Alanen, 1958). Później doszło jednak do zablokowania zarówno samych badań jak i publikacji ich wyników, głównie za sprawą wpływowej Parents Association (organizacji rodziców) w Stanach Zjednoczonych. W opublikowanym pod koniec lat 90. przez badaczy z amerykańskiego Institute of Mental Health (Lehman et al., 1998) programie terapeutycznym, który zdobył duże znaczenie, psychodynamicznie zorientowana terapia rodzinna pacjentów ze ‚schizofrenią’ została stanowczo zakazana.

Odrzucenie tych danych częściowo spowodowane było niedostateczną empatią nas, badaczy, względem tych rodzin i ich problemów. Mówi się, że rodzice zostali szczególnie dotknięci nieprzemyślaną, nowojorską prezentacją włoskiej terapeutki rodzinnej - Mary Selvini Palazzoli (do-

brze znanej wielu starszym uczestnikom sympozjów ISPS). Mimo to badania rodzin znacząco przyczyniły się do lepszego zrozumienia psychodynamiki psychoz ‚schizofrenicznych‘, rzucając światło zwłaszcza na ich długą historię rozwojową, zarówno na poziomie międzypokoleniowym jak i indywidualnym, a co najważniejsze zaferowały nowy sposób pomocy, tak pacjentom jak i ich rodzinom.

Heterogenność czynników patogennych

Mój pogląd na rozwój i przebieg psychoz z grupy ‚schizofrenii‘ przedstawiłem na załączonym diagramie 1 (cf. Alanen, 1997).

Należy tu pamiętać o heterogenicznej naturze ‚schizofrenii‘. Patogeneza psychoz jest zarówno wielopłaszczyznowa jak i wielowarstwowa, zaś istotność różnych czynników zmienia się w zależności od konkretnego pacjenta i nie wszystkie są obecne u wszystkich.

Czynniki usposabiające

Na samej górze Diagramu 2 znajdujemy podstawowe biologiczne i psychologiczne czynniki ryzyka. Należy podkreślić, że często możemy założyć ich wzajemną zależność: np. dziecko, które z racji genetycznego „wyposażenia” wydaje się z całego rodzeństwa najbardziej bierne lub ma tendencje autystyczne, łatwo może zostać „wybrane” przez matkę (a czasami przez ojca), by zaspokajać symbiotyczne potrzeby rodzica (chodzi tu o istotną psychologicznie zależność), co prowadzi do nieuświadomionego blokowania indywidualnego rozwoju dziecka. Wzajemny związek czynników genetycznych i środowiskowych odkryto również w dużym badaniu rodzin adopcyjnych, prowadzonym przez Tienariego i jego grupę. Oceniali oni skutki zaburzeń środowiska wychowawczego na rozwój psychiczny adoptowanych dzieci urodzonych przez psychotyczne matki oraz kontrolnej grupy adoptowanych dzieci. (Tienari et al. 2004, Wahlberg et al. 2004).

Czynniki wyzwalające

Chciałbym zwrócić szczególną uwagę Państwa na dwa spośród wymienionych wcześniej czynniki ryzyka zachorowania: narcystyczne traumy (zaburzenie poczucia własnej wartości, epizody odrzucenia i upokorzenia) oraz – jako czynnik działający bardziej długofalowo – konflikty i sytuacje związane z rozłąką, zarówno utrata osób bliskich pacjentowi jak i – stosunkowo często - jego własne, często wewnętrznie sabotowane i dlatego nieudane próby zyskania większej niezależności. Czynniki te uznano za znaczące i powszechne w badaniu mojego kolegi i przyjaciela Viljo Rökköläinen (1977), który opublikował swoje wyniki w monografii „Onset of Psychosis, a Clinical Study of 68 Cases” (Początki psychozy, badanie kliniczne 68 przypadków).

Zrozumienie języka konkretów jako droga do relacji terapeutycznej

Co się dzieje, gdy ujawnia się psychoza? Na poziomie biologii mózgu nie potrafimy odpowiedzieć na to pytanie, a przynajmniej ja nie potrafię! Na poziomie psychologicznym mówimy o pojawiającym się nagle lub stopniowo rozpadzie (przynajmniej częściowym) spójności ego, któremu zwykle towarzyszy narastający niepokój. Szkody w ego bywają różne; w niektórych przypadkach mogą się zatrzymać na etapie urojeń paranoidalnych albo przejść w bardziej niszczące zaburzenia myśli i halucynacje. - W odniesieniu do nich często używa się terminu ‚rozpad osobowości‘. Nie lubię go, dlatego, że pojawia się tu pytanie o regres w rozwoju myśli, często najlepiej charakteryzowany przez konkretyzację, typową także dla naszej podświadomości, wyrażanej np. w snach. Poznanie tego poziomu czynności myślowych może nam wybitnie pomóc w zrozumieniu wielu wyrażen używanych przez osoby z psychozą.

W tej dziedzinie moim najlepszym nauczycielem był mój pacjent, Eryk, uzdolniony człowiek, który po mniej więcej 10 latach indywidualnej psychoterapii kontynuowanej od lat 50. został w końcu profesorem uniwersyteckim w tej dziedzinie. Opisałem go w mojej książce „Schizofrenia – źródła i leczenie NATM (dostosowane do potrzeb)” (Schizophrenia – Its Origins and Need-Adapted Treatment) (Alanen, 1997). Podczas kilku pierwszych sesji głównie patrzył na mnie z wahaniem (później powiedział mi, że podejrzewał iż mogę być członkiem amerykańskiego gangu spiskującego przeciw niemu). Na trzeciej sesji stał się bardziej ufny i, między innymi, nazwał się samocho-

dem, ponieważ inni ludzie mogli go kontrolować tak, jak kieruje się samochodem. Poprosił, bym nim pokierował. Odpowiedziałem, że wolałbym rolę instruktora nauki jazdy, który nauczyłby go kierować samym sobą. Założyłem, że Eryk mimo swoich psychotycznych doświadczeń z byciem kierowanym z zewnątrz, mógł zrozumieć ten rodzaj symbolizmu i – na pierwszym poziomie – na pewno tak było. Mimo tego pewnego ranka zadzwonił do mnie niezwykle zdenerwowany, opowiadając, że ktoś do niego zadzwonił (najpewniej przez pomyłkę) pytając, czy nie ma do sprzedania samochodu.

Eryk zaczął coraz bardziej pograżać się w świecie urojeń ksobnych. W odniesieniu do nich używał wyrażenia „język drugiego poziomu”. Rozumiał przez to, że w wypowiedziach innych osób istniały zawoalowane znaczenia, odnoszące się konkretnie do niego. Np. gdy mężczyzna w jego firmie wyjrzał przez okno i powiedział „Chmurzy się”, Eryk uznał to za wyraz rosnącej wrogości względem niego. W tego rodzaju doświadczeniach niektórzy ‚schizofrenicy‘ (w tym Eryk) mogą prowadzić swego rodzaju „podwójną księgowość”, jak to już dawno zauważył Eugen Bleuler (1911): z jednej strony rozumieją, że nie powinni o takich rzeczach mówić otwarcie, bo inni mogą uznać ich za chorych; z drugiej sami nadal uważają, że dzieją się one naprawdę.

Przykładem cięższej postaci choroby, skonkretyzowanego i wszechmocnego świata był ten opisany przez młodego mężczyznę, który w trakcie pobytu na oddziale szpitalnym w Turku twierdził, że na świecie nie byłoby wojen i bezrobocia, gdyby nie rozpadł się jego pierwszy związek z kobietą. Możemy przypuszczać, że gdyby ten związek się nie rozpadł, zapobiegłoby to – przynajmniej czasowo – rozwojowi choroby pacjenta, podobnie jak późniejszym tendencjom do agresji i bezrobociu.

Uwagi do psychoterapii

Wszyscy ‚schizofrenicy‘, zwłaszcza ci młodszy, mają zwiększone potrzeby symbiozy/współistnienia, nawet jeśli „na zewnątrz” pokrywają je zachowaniami autystycznymi, wycofaniem albo innymi formami psychologii defensywnej. Gdy terapeuta wchodzi w relację z pacjentem w sposób empatyczny, nie narzucający się, dochodzi - zazwyczaj stopniowo, ale u niektórych pacjentów stosunkowo szybko - do powstania symbiotycznej2 relacji przeniesienia. Wielu chorych potrafi nawiązać dobre, wiarygodne relacje w ramach indywidualnej psychoterapii, nawet jeśli łatwo doświadczają traumy w sytuacji rozłąki. Ich relacje przeniesienia są często powiązane z faktem, że dla swoich rodziców byli ważnymi osobami, a relacje rodzinne charakteryzowały się wzajemnymi, wzrastająco wieloznacznymi więzami symbiotycznymi. Takim pacjentom, lepiej niż wielu chorym z osobowością borderline i niewielkim przywiązaniem, służy długofalowa, indywidualna psychoterapia psychodynamiczna.

W oczach tych pacjentów terapeuta szybko zyskuje pozycję osoby współodczuwającej, którą można wykorzystać „w służbie rozwoju (osobistego)” (fiński psychoanalityk Veikko Tähkä użył w 1993 r. sformułowania *developmental object*). Dla chorego praca w ramach pozytywnych wzajemnych relacji przeniesienia i przeciwprzeniesienia emocji oznacza identyfikację z terapeutą i jego/jej poglądów. To może pomóc w psychologicznym dojrzewaniu nawet bardziej niż w przypadku mniej zaburzonych pacjentów. Pozytywnym czynnikiem wzmacniającym może być w tej sytuacji stosunkowo zbliżone doświadczenia pacjenta i terapeuty – takie jak podobne środowisko, wykształcenie itp. Nie należy jednak zapominać, że praca terapeuty nie polega tylko na „byciu”; będą się w niej pojawiać także agresywne uczucia przeniesienia (niekiedy wywoływane także przez rzeczywiste działania terapeuty!), i że powinien on wydobyć na światło dzienne sposoby ekspresji tej agresji.

Poza interpretacjami przeniesienia w psychoterapii psychoz szczególnie użytecznymi wydały mi się również *interpretations upwards*; rozumiem przez to „tłumaczenie” konkretyzowanych psychotycznych wyrażeń pacjenta na normalny język. Podam tu przykład, który można też znaleźć we wspomnianej przeze mnie wcześniej książce mojego własnego autorstwa.

Pacjentka Paula miała urojenia, że część jej mózgu została usunięta podczas operacji na oddziale

szpitalnym. Gdy powiedziałem, że może tak myśleć, bo ma wrażenie, że obecnie, gdy jest chora i przebywa w szpitalu psychiatrycznym, nie potrafi myśleć tak jasno i klarownie jak wcześniej, urojenie znikło. Trzeba jednak podkreślić, że niezbędnym warunkiem sukcesu była instynktowna akceptacja przez pacjentkę mojego empatycznego podejścia, z jakim spotkała się podczas naszych wcześniejszych rozmów na oddziale. To pomogło jej porzucić urojenie, które wcześniej prowadziło do oskarżających, wrogich zachowań w stosunku do nas.

Według mnie, psychoanalityczna teoria psychoz ‚schizofrenicznych’ przyczyniła się – poprzez położenie nacisku niemal wyłącznie na zaburzone wczesne relacje matka-dziecko – do tego, że szerszy obraz środowiska, w jakim wzrastali pacjenci, pozostał niekompletny. Z pewnością istnieją ‚schizofrenicy’ z bagażem niezwykle frustrujących wspomnień z wczesnego dzieciństwa. Jednakże w wielu przypadkach, z jakimi miałem do czynienia podczas moich badań – jak już wcześniej zaznaczałem – środowiska rodzinne charakteryzowały się wzajemnie symbiotycznymi relacjami pacjenta z matką, a niekiedy z ojcem, przetrwałymi długo poza okres wczesnego dzieciństwa. Poprzez bardziej dogłębne nadanie zwykle możemy dotrzeć do źródeł tego stanu po stronie rodzica, np. niesatysfakcjonującego związku z partnerem, a u samych – w większości nieuświadomionych – początków, także szerszych relacji rodzinnych, w tym związków rodziców z ich własnymi rodzicami. Mając to w pamięci łatwo współczuć rodzicom, zamiast oskarżać ich o chorobę ich dziecka. Z moich doświadczeń w ramach terapii rodzinnej wiem, że w niektórych przypadkach matka przerzucała znaczną część swoich potrzeb symbiotycznych na mnie w miejsce swojego dorosłego dziecka, a następnie zaczynała przejmować część mojego nastawienia względem innych członków rodziny i włączać je we własne, czego efektem było uzyskanie przez pacjenta większej przestrzeni dla własnego rozwoju i rozpoczęcie nawiązywania kontaktów poza rodziną. Nie zawsze jednak przebiega to w sposób tak bezkonfliktowy.

Stosując się do terminologii Helma Stierlina (1974) z jego „modeli transakcyjnych” relacji wewnątrz rodziny, ja w odniesieniu do tych wzajemnie symbiotycznych relacji używam terminu „transactional defence mechanisms” („transakcyjne mechanizmy obronne” - Alanen, 1978, Rökköläinen & Alanen, 1982). Poprzez poleganie na innych osobach lub swoich wyobrażeniach o nich, te reakcje obronne służą do ochrony osoby przed niepokojem wywołanym wewnętrznym lub zewnętrznym zagrożeniem. Najczęściej chodzi o lęk przed rozłąką, ale czasami także o groźbę dla własnych, nieodpartych potrzeb rodziców, które przerzucają oni na swoje dzieci. To, czy lęk zostanie skutecznie stłumiony zależy od tego, czy druga osoba zachowuje się zgodnie z oczekiwaniami, lub czy takie wyobrażenie może się utrzymać.

Taka „rodzicielska psychologia” jest rzecz jasna obecna w wielu rodzinach, ale w środowiskach, w których wyrastali nasi pacjenci bywa często szczególnie silna i prowadząca do będącej nie do zniesienia dwoistości uczuć. Jednym z najlepiej ilustrujących to przykładów był ojciec australijskiego pianisty, Davida Helfgotta, który zachorował na psychozę ‚schizofreniczną’. Wierne odzwierciedlenie życia artysty stało się kanwą filmu „Blask”. Wśród ujawnionych frustracji własnego dzieciństwa znalazło się też miejsce dla niemożliwych do zmiany delegacji związku jego ojca (świetnie zagrane przez Armina Mueller-Stahla).

Wielu psychoanalityków-terapeutów prezentuje pewien brak zaufania do terapii rodzinnej, a zwłaszcza do jej łączenia z psychoterapią indywidualną. Jednakże z naszych doświadczeń wynika, że proces terapii rodzinnej, zwłaszcza na wcześniejszym etapie (często prowadzony dziś zespołowo) może znacząco podnieść szanse skutecznej indywidualnej psychoterapii, a także zwiększyć zaufanie członków rodziny do konkretnego terapeuty – niezależnie od tego, czy jest członkiem zespołu terapeutycznego czy też nie. Członkom rodziny można też wtedy uwypuklić poufną naturę indywidualnej relacji terapeutycznej.

Początki terapii zorientowanej na potrzeby

Gdy w 1968 roku otrzymałem profesurę z psychiatrii na uniwersytecie w Turku, zostałem też szefem uniwersyteckiego szpitala – Kliniki Psychiatrycznej Turku. Nasza klinika była, wspólnie z

innym szpitalem psychiatrycznym i miejską poradnią leczenia otwartego, odpowiedzialna za państwową opiekę psychiatryczną w regionie Turku, miasta liczącego nieco poniżej 200 tys. mieszkańców.

Tu spotkałem grupę bardzo inteligentnych uczniów zainteresowanych psychoterapią psychodynamiczną. Wielu z nich podzielało też moje zainteresowania psychoterapią pacjentów „schizofrenicznych” i z czasem stało się moimi stałymi współpracownikami. Nasza praca opierała się na ścisłej współpracy w grupie, gdzie każdy mógł korzystać z pomysłów innych.

Zdecydowaliśmy się rozpocząć długofalowy projekt związany z naszym psychoterapeutycznym podejściem, zwłaszcza w leczeniu pierwszorazowo przyjętych chorych z grupy „schizofrenii”. Centrum prac stanowiła nasza klinika, ale tworzyliśmy też grupy obejmujące wszystkich pacjentów przyjmowanych do rozmaitych oddziałów w regionie, by móc badać – poprzez monitorowanie – efekty naszej pracy w regionie jako całości.

Na załączonych slajdach 2 i 3 zaprezentowano nasze główne cele i niektóre istotne warunki wstępne, niezbędne dla powodzenia projektu.

Nie była to kwestia szybkich innowacji, lecz raczej stopniowy proces obejmujący programy szkoleń i superwizji oraz – co najistotniejsze – stworzenie wielozawodowej społeczności psychoterapeutycznej reprezentującej wspólne, empatyczne podejście do pacjentów, otwartą wzajemną komunikację i rozmaite działania grupowe. Gdy rozwijamy działalność terapeutyczną w dziedzinie publicznego zdrowia psychicznego – kluczową rolę odgrywają pielęgniarki. Sami psychiatrzy i psychologowie nigdy nie są w stanie zaspokoić psychoterapeutycznych potrzeb danej populacji. Moim zdaniem psychoterapia psychoz, w której szczególny nacisk kładzie się na znaczenie empatii, jest lepiej dostosowana do pielęgniarskiej praktyki terapeutycznej niż bardziej „technicznie” zorientowana, psychoanalityczna psychoterapia neuroz. Poza tym, w tej grupie nawet niewielka poprawa stanu zdrowia może mieć ogromny wpływ na dalszy bieg życia pacjenta.

Z początku główny nacisk kładliśmy na terapię indywidualną tego rodzaju. Z częścią współpracowników opublikowaliśmy wyniki badania obserwacyjnego nt. psychoterapii pielęgniarskiej (Aaku et al., 1980), potwierdzające nasze założenia, a w wielu przypadkach również dobre długofalowe efekty.

Jednakże indywidualne relacje terapeutyczne mogliśmy nawiązać tylko z częścią naszych pacjentów. Zauważyliśmy też istnienie oczywistych różnic w terapeutycznych potrzebach między grupami chorych ze „schizofrenią” i nasze ograniczenia w zaspokajaniu tych potrzeb. Uznaliśmy, że należy rozwijać naszą pracę biorąc to pod uwagę. W ten sposób pojawił się termin leczenia dopasowane do potrzeb, ukuty przez naszych kolegów – Viljo Rökköläinen i Riittę Rasimus. W trakcie badania obserwacyjnego sprecyzowali to, co prawdopodobnie było najlepszą strategią terapeutyczną dla poszczególnych pacjentów (z początku określali tę terapię terminem „zorientowanej na potrzeby”, ale później zmienili go na „dopasowaną do potrzeb”, ponieważ jest to określenie bardziej elastyczne i pozwala na zmianę leczenia w trakcie, która w wielu przypadkach jest konieczna.

Na tym wczesnym etapie praca terapeutyczna zorientowana na rodzinę została odsunięta na margines, w centrum znalazła się zaś indywidualna praca z pacjentem. Jednym z powodów, które wyszły na jaw, był brak podstawowego przeszkolenia w zakresie terapii rodzinnej, w porównaniu z już istniejącymi w naszym kraju, zorientowanymi na psychonalizę programami szkoleń w zakresie psychoterapii indywidualnej. By naprawić te niedostatki, pod koniec lat 70. podjąłem wraz z Fińskim Towarzystwem Zdrowia Psychicznego inicjatywę zmierzającą do zorganizowania w Finlandii szkoleń z zakresu standardowej (systemowej/psychodynamicznej) terapii rodzinnej. Poza psychoterapeutami psychoz program ten został bardzo dobrze przyjęty także przez personel zajmujący się psychiatrią dzieci i młodzieży. Najpierw wdrożono go w Helsinkach i Turku, a potem rozpowszechniono w całym kraju.

Wielu pracowników naszej kliniki przeszło to przeszkolenie. Niektórzy powzięli pomysł, by już na

początku leczenia spotykać się i ze „schizofrenicznymi” pacjentami i z ich rodzinami, w wielu przypadkach kontynuując te spotkania przez jakiś czas (slajd 4 ppt). Wyniki okazały się zaskakujące (przynajmniej dla mnie): stan wielu pacjentów zaczął się szybko poprawiać, a niekiedy wszystkie objawy psychiatryczne zanikały. Jeden z inicjatorów tej praktyki, Klaus Lehtinen, przeprowadził później pięcioletnią obserwację tej grupy i wykazał, że efekty leczenia, nawet na tak wczesnym etapie były wyraźnie lepsze niż u pacjentów leczonych wcześniej. 60 procent chorych przyjętych pierwszorazowo z rozpoznaniem psychozy z grupy „schizofrenii”, zgodnie z klasyfikacją DSM-III-R, w ciągu pięciu lat obserwacji nie miało żadnych objawów psychiatrycznych, podczas gdy wśród leczonych wcześniej, gdy nacisk był położony na indywidualną psychoterapię, odsetek ten wynosił 40% (K.Lehtinen, 1993).

Zaczęliśmy nazywać te spotkania spotkaniami terapeutycznymi. Jak pokazałem na slajdzie 5 ppt, ich funkcje można podzielić na trzy, ściśle powiązane ze sobą, obszary: informacyjny, diagnostyczny i terapeutyczny. Z perspektywy psychodynamicznej ich efekty obejmują znaczące wzmocnienie poczucia własnej wartości chorego, poprzez zaangażowanie go/jej w dyskusję wraz z nami i rodziną o jego/jej problemach i ich leczeniu, poprzez słuchanie jego/jej opinii tak samo jak opinii innych osób. Psychologicznie istotny jest też satysfakcjonujący efekt wspierania przez nas symptomatycznych potrzeb tak pacjenta jak i wielu członków jego rodziny, istotnych w tej trudnej sytuacji. Slajd nr 5 wymienia szereg innych korzyści terapeutycznych, mniej lub bardziej zaznaczonych w poszczególnych przypadkach.

Nawet przy licznych aktywnościach zorientowanych na rodzinę, w tym dłuższych terapiach rodzinnych, nasze indywidualne terapie również były kontynuowane, niemal w takim samym wymiarze jak wcześniej. Zaprezentowane wcześniej wyniki obserwacji nie powinny być zatem uznane za porównanie terapii rodzinnej i indywidualnej. Poza pozytywnymi efektami spotkań terapeutycznych i innych aktywności zorientowanych na rodzinę, chciałbym podkreślić niezwykłą zmianę polegającą na wzrastającej jedności zorientowania naszej terapii: podczas gdy terapie indywidualne były ograniczone do części chorych, terapeutyczne spotkania rodzinne można było prowadzić w większości przypadków. W opisaney wcześniej grupie odsetek ten wyniósł 87 procent. Na tym wczesnym etapie rodziny często były bardzo zmotywowane i same szukały wsparcia [w chorobie]. W przypadkach, gdy nie mogliśmy spotkać się z rodziną, zapraszaliśmy inne osoby bliskie pacjentowi – np. przyjaciół i kolegów młodych pacjentów studiujących w Turku. Spotkania terapeutyczne nie ograniczały się tylko do leczenia pierwszorazowo zdiagnozowanych chorych z psychozą, ale obejmowały również pacjentów przyjmowanych po raz kolejny. I ich rodzin. (opis dalszego rozwoju i wyniki projektu Turku można znaleźć tu: Alanen 1997; Alanen et al., 2000.

A co ze stosowaniem neuroleptyków (slajd 7)? Wykazaliśmy, że ich stosowanie w niewielkich lub – czasowo – średnich dawkach to metoda w wielu wypadkach wspomagająca działania psychoterapeutyczne i psychospołeczne. Jednakże leczenie ograniczone li-tylko do wypisywania kolejnych recept na neuroleptyki lub do ich podskórnego podawania w pół-świadomym pacjentom jest moim zdaniem raczej prymitywną metodą leczenia tych chorych, a być może stanowi nawet naruszenie ich praw jako jednostek ludzkich.

W latach 80. zasady zorientowanego na potrzeby leczenia psychoz „schizofrenicznych” rozprószyły się w wielu regionach, w ramach The Finnish National ‘schizophrenia’ Project (Fińskiego Narodowego Projektu [leczenia] Schizofrenii). Przeprowadzono także bardzo interesujące, sześćośrodkowe badanie, zajmujące się szczególnie oceną wyników leczenia zorientowanego na potrzeby u pierwszorazowo zdiagnozowanych chorych z psychozą nieafektywną, nieleczonych neuroleptykami (V.Lehtinen et al., 2000). W kolejnych dekadach jednak ten postęp w wielu rejonach został zaprzeczony, ze względu na brak wsparcia, a nawet otwartą niechęć ze strony pełnych uprzedzeń, biologicznie zatwardziały profosorów uniwersyteckich i ich studentów. Jednakże w niektórych miejscach prace były kontynuowane, a nawet rozwijane, czego najlepszym przykładem jest projekt Zachodniej Laponii: Comprehensive Open Dialogue Approach (Wszech-

stronne podejście otwartego dialogu - Aaltonen et al., 2011; Seikkula et al., 2011). Tu działania rozwinęły się w kierunku szerszej współpracy z innymi jednostkami ochrony zdrowia psychicznego i opieki społecznej. Fińskie działania przedstawiono na poprzedzających konferencję warsztatach „Need-Adapted and Open Dialogue Approaches” (podejście dopasowane do potrzeb i otwartego dialogu), zorganizowanych przez mojego przyjaciela i byłego współpracownika Jukkę Aaltonena, który odgrywał kluczową rolę w wypracowaniu i rozwoju tych projektów w ich późniejszej fazie.

Na koniec chciałbym wrócić do początku... mojej prezentacji: dlaczego nasi współobywatele, mężczyźni i kobiety, którzy zachorowali na psychozy z grupy ‚schizofrenii’ nadal pozostają najmniej rozumianą grupą ludzi w naszym świecie? Pamiętam zdanie wygłoszone przez moją wspa- niałą sekretarkę, Anitę Kokkola (która była też wykwalifikowaną pielęgniarką psychiatryczną), gdy niemal 30 lat temu przygotowywaliśmy końcowy raport z Finnish National Schizophrenia Project. Anita zadała sobie pytanie: jakie podejście do osób ze schizofrenią i ich problemów byłoby najlepsze? I sama sobie odpowiedziała: Dla osób chorych na psychozy schizofreniczne najlepiej byłoby, gdybyśmy odnosili się do nich tak, jak do wszystkich wokół. To przypomina nam słynne stwierdzenie Harry’ego Stack Sullivana, który podkreślał, że „osoby z psychozą schizofreniczną są bardziej ludzkie niż odmienne”. Pełni uprzedzeń i lęków wciąż skłonni jesteśmy uznawać je za „odmienne” i izolować od „reszty”, zarówno w naszych umysłach jak i w zachowaniach względem nich.

Naszym zadaniem jest poszerzyć zrozumienie osób chorych na psychozy, stawić czoła ich psycho- logicznej izolacji zamiast ją pogłębiać.

Bibliografia

Aaku, T., Rasimus, R. & Alanen, Y.O. (1980). *Nursing staff as individual therapists in the psychotherapeutic community. Psychiatria Fennica Yearbook: 9-31. Helsinki; The Foundation for Psychiatric Research in Finland.*

Aaltonen, J., Seikkula, J., Lehtinen, K. (2011). *The comprehensive open-dialogue approach in Western Lapland: 1. The incidence of non-affective psychosis and prodromal states. Psychosis 3:179-191,*

Alanen, Y.O. (1958). *The Mothers of Schizophrenic Patients. Acta Psychiatrica et Neurologica Scandinavica 33 (Suppl. 124).*

Alanen, Y.O. (1978). *Schizophrenia and the family, The Lapinlahti lecture. Psychiatria Fennica Yearbook:15-28. Helsinki; The Foundation for Psychiatric Research in Finland.,*

Alanen, Y.O. (1997). *Schizophrenia – Its Origins and Need-Adapted Treatment. London: Karnac.*

Alanen, Y.O., Lehtinen, V., Lehtinen, K., Aaltonen, J. & Rääkköläinen, V. (2000). *The Finnish integrated model for early treatment of schizophrenia and related psychoses. In B. Martindale, A. Bateman, M. Crowe & F. Margison (Eds): Psychosis, psychological approaches and their effectiveness (pp. 235-265). London: The Royal College of Psychiatrists.*

Alanen, Y.O., González de Chávez, M., Silver, A-L. S. & Martindale, B (eds) (2009): *PsychotherapeutivApproaches to Schizophrenic Psychoses. Past, Present and Future. Easr Sussex: Routledge.*

Ho, B-C., Andreasen, N.C., Ziebell, S., Pierson, R. & Magnotta, V. (2011). *Long-term antipsychotic treatment and brain volumes. Archives of General Psychiatry 68:128-137.*

Kandel, E. (1998). *A new intellectual framework for psychiatry. American Journal of Psychiatry 155:457-469.*

Lehman, A.F., & Steinwachs, D.M. (1998). *At issue: translating research into practise: the schizophrenia research outcome research team (PORT) treatment recommendations. Schizophrenia Bulletin 24:1-10.*

Lidz, T., Fleck, S. & Cornelison, A.R. (1965). *Schizophrenia and the Family, New York: International*

Universities Press.

Lehtinen, K. (1993). *Need-adapted treatment of schizophrenia: A five-year follow-up study from the Turku project.* *Acta Psychiatrica Scandinavica* 87:96-101.

Lehtinen, V., Aaltonen, J., Koffert, T., Rääköläinen, V. & Syvälahti, E. (2000). *Two-year outcome in first-episode psychosis treated according to an integrated model. Is immediate neuroleptisation always needed?* *European Psychiatry* 15:312-320.

Rang, B. (1987). *Wolfskinderen en de ontwikkeling van de menswetenschappen. (When the social environment of a child approaches zero; in Dutch).* *Comenius* 27:316-342.

Rääköläinen, V. (1977). *Onset of Psychosis: A clinical study of 68 cases.* *Annales Universitatis Turkuensis, Ser. D, Vol. 7.* Turku: Finland.

Rääköläinen, V. & Alanen, Y.O. (1982). *Of the transactuality of defensive processes.* *International Review of Psycho-Analysis* 9:263-273.

Seikkula, J., Alakare, B. & Aaltonen, J. (2011). *The comprehensive open-dialogue approach in Western Lapland, II. Long-term stability of acute psychosis outcome in advanced community care.*

Psychosis 3:19-204.

Stierlin, H. (1974). *Separating Parents and Adolescents. A perspective on running away, schizophrenia and waywardness.* New York: Quadrangle & New York Times Book Co.

Tähkä, V. (1993). *Miund and Its Treatment, A psychoanalytic approach.* Madison CT: International Universities Press.

Tienari, P., Wynne, L.C., Sorri, A., Lahti, I., Läksy, K., Moring, J. et al. (2004). *Genotype-environment-interaction in schizophrenia-spectrum disorders: Long-term follow-up study of Finnish adoptees.* *British Journal of Psychiatry* 184:216-222.

Wajhlberg, K.-E., Wynn, L.C., Hakko, H., Läksy, K., Moring, J., Miettunen, J. et al. (2004). *Interaction of genetic risk and adaptive parent communication deviance: Longitudinal prediction of adoptee psychiatric diseases.*

Wynne, L.C. & Singer, M.T. (1963). *Thought disorders and family relations in 'schizophrenia'. I.-II.* *Archives of General Psychiatry* 9:191-206.

Bardziej po prostu ludzki: o powszechności szaleństwa**dr Nancy McWilliams***Rutgers Graduate School of Applied & Professional Psychology*

Jestem zaszczycona, że poproszono mnie o wygłoszenie prelekcji na spotkaniu organizacji, którą od lat podziwiam. Wielu z was ma o wiele większe niż ja doświadczenie w pracy z pacjentami, u których rozpoznano zaburzenia psychiatryczne. Mimo to, gdy otrzymałam zaproszenie do wygłoszenia wykładu wprowadzającego i gdy zaprotestowałam, mówiąc, że moje doświadczenie kliniczne z pacjentami w ostrej psychozie jest zbyt ograniczone, by moje przemyślenia mogły zaciekawiać to audytorium, powiedziano mi, że wręcz przeciwnie, moje przemyślenia dotyczące psychoz i naszych współczesnych wyobrażeń i terapeutycznego zaangażowania w ich poznanie będą tu docenione. Przyjęłam więc zaproszenie i mam nadzieję, że nie zawiodę zaufania tych, którzy postanowili mnie zaprosić.

Chciałabym powiedzieć dziś o szerszej, ponadczasowej koncepcji szaleństwa, o wpadaniu w lub byciu doprowadzanym do szaleństwa, ze szczególnym uwzględnieniem i krytyką współczesnych metod klasyfikacji rodzajów szaleństwa. Uważam, że współczesna, powszechna wiedza o naturze psychoz ma swoje źródła częściowo w wysiłkach zmierzających do radzenia sobie z głęboko tkwiącymi lękami odzwierciedlającymi to, co moim zdaniem jest powszechną ludzką słabością, a nie tylko tragiczną usterką mózgu spotykaną jedynie u nielicznych pechowców. Chciałabym być w tym wykładzie nie tylko adwokatem odwiecznej prawdy, że tym, co może zniszczyć normalność jest stający się nie do zniesienia ból trudnej egzystencji, ale i sposobu myślenia o ekstremalnych stanach psychicznych, który – obawiam się – wymiera, zwłaszcza u większości ludzi odpowiedzialnych za tworzenie polityki na rzecz zdrowia psychicznego.

Warunki publicznej i profesjonalnej debaty nieuchronnie ograniczane są przez pośrednie modele i metafory. W całej historii szaleństwo pośrednio uogólniano na dwa, w pewnej mierze nieprzystające do siebie, sposoby: klasyfikacyjny – jako odrębne zjawisko i stopnia nasilenia – jako przekroczenie normy powszechnych słabości jaźni. Każdy z tych sposobów milcząco zakładał, że jego podstawowy paradygmat potrafi racjonalnie tłumaczyć szaleństwo. Każdy oferuje też coś wartościowego tym z nas, którzy chcą pomagać najbardziej udręczonym pacjentom. Dziś jednak muszę przyznać, że w ostatnich dziesięcioleciach model klasyfikacyjny zbyt się rozrósł kosztem tego, który mówi o nasileniu cech, co niezwykle zawężyło naszą zdolność do wspólnego, efektywnego zastanawiania się nad psychiatrycznym cierpieniem i możliwościami jego łagodzenia.

Klasyfikacyjny pogląd na temat psychoz głosi, że niektórzy z nas są z założenia zdrowi na umyśle, podczas gdy inni są naznaczeni szaleństwem; założenia mówiące o nasileniu cechy sugerują, że każdy z nas jest potencjalnie zarówno zdrowy jak i szalony, przy czym w różnych okresach życia psychiczne zdrowie i szaleństwo ujawniają się w różnym stopniu. Klasyfikacyjne uogólnienie zakłada, że ktoś albo „ma” albo „jest wolny od” choroby psychicznej, podczas gdy przy założeniu zmiennego nasilenia cechy należy wnioskować, że w wystarczająco trudnych warunkach każdy z nas może oszaleć. Obie metody uogólniania pozwalają dostrzec pewne cechy przeżywanych doświadczeń psychiatrycznych, obie też pełniły ważną rolę heurystyczną, dzięki której mogliśmy klasyfikować i badać zjawiska, które wkładamy do wspólnego worka z napisem „psychozy”. Jednak ze względu na ich diametralnie odmienne ograniczenia, należy się martwić, gdy jedno lub drugie nastawienie, zwycięża i definiuje warunki, na jakich omawiamy psychiczne cierpienie, nie dopuszczając do głosu jakichkolwiek refleksji snutych z odmiennej perspektywy.

Paradygmaty kategoryzacji, czy to zamierzone koncepcje opętania, czy też współczesne postrzeganie „schizofrenii jako choroby” okresowo przyciągały zarówno specjalistów zdrowia psychicznego jak i tych, którzy cierpieli z powodu szaleństwa – własnego lub innych. Idea psychozy jako

procesu, w którym nie ma winnych przyniosła wielu rodzinom tak oczekiwaną ulgę od poczucia winy i wyrzutów sumienia, szczególnie po okresie, gdy wielu specjalistów winiło rodziców za cierpienia psychotyczne ich dzieci. Jeśli twoja córka zapadła na chorobę neurologiczną, nie cierpi na uogólnioną i skomplikowaną chorobę duszy, a ty nie jesteś mordercą jej duszy. Co więcej, kategoryzacyjne sposoby określania schizofrenii stały się źródłem wielu użytecznych badań nad etiologią psychotycznych cierpień i ułatwiły rozwój terapii farmakologicznych, które umożliwiły w miarę normalne życie wielu osobom, które wcześniej byłyby skazane na zamykanie, więzanie, dożywną hospitalizację czy lobotomię.

Te same kategoryzacyjne sposoby znacząco zawężyły jednak naszą terapeutyczną wyobraźnię. Wielu z obecnych na tej sali pamięta zapewne uliczne wywiady z poruszającego dokumentu Daniela Macklera "Take These Broken Wings" (Weź te złamane skrzydła – 2008), w którym w zasadzie każdy zapytany nieprofesjonalista twierdzi, że schizofrenia jest chorobą mózgu, defektem neuroprzekaźników, zaburzeniem chemicznej równowagi, które może wyrównać tylko właściwa farmakoterapia. Gdy wspominam zawodową atmosferę z czasów moich pierwszych szkoleń w psychoterapii, widzę, jak wkrótce po odkryciu, że chloropromazyna może tłumić wiele objawów psychotycznych zaczęliśmy, w najlepszej wierze, marsz ku przepaści w sposobie rozmawiania z pacjentami chorymi na schizofrenię i ich rodzinami. By poprawić współpracę i zapewnić regularne zażywanie nowych leków przeciwpsychotycznych, które jak się wydawało dawały tak wielką nadzieję na zmianę życia tak wielu chorym, zaczęliśmy angażować się w paternalistyczne uproszczenia i myślowe skróty w wyjaśnianiu procesów chorobowych.

Tendencja do porównywania cierpień schizofrenika do cierpień w chorobie przewlekłej wywołanej trwałym zaburzeniem funkcjonowania neuroprzekaźników, a co za tym idzie łagodzonych jedynie odpowiednią farmakoterapią zastępczą, podobną do leczenia insuliną w cukrzycy, rozpoczęła się jako w pewnym stopniu manipulacyjna, ale wybaczalna strategia, którą specjaliści ds. zdrowia psychicznego obierali, by przekonać swoich pacjentów z grupy ryzyka do przyjmowania przepisanych im leków przeciwpsychotycznych. Nietrudno przewidzieć, że, jak kłamstwo powtarzane wystarczająco długo i często, tak i ta historia stała się – jak by to przewidział George Orwell – w powszechnej świadomości równoznaczna z naturą szaleństwa. Tak profesjonaliści jak i laicy „kupili” to tłumaczenie, przy wydatnej pomocy firm farmaceutycznych i towarzystw ubezpieczeniowych, dla których tak sformułowane ramy chorób psychicznych oznaczały wielkie zyski.

Uszkodzenie mózgu nie ma specjalnego znaczenia, nie reaguje na interwencję psychologiczną, jest tylko brakiem, nie ma w sobie niczego podniosłego ani nie niesie nowych informacji, z których pacjenci i my – pozostali – moglibyśmy się czegoś nauczyć. Ta redukcjonistyczna postawa nie zostawia miejsca na terapeutyczną identyfikację i empatię, wzajemne poznawanie subiektywności, ani na poczucie wiedzy i kompetencji u cierpiącego pacjenta, wynikające z głębokiego poznania i zapanowania nad jego/jej wewnętrznym psychicznym „sabotażystą”. W tych technokratycznych czasach obawiam się, że możemy utracić kruchą lecz tak konieczną nam część dawnej mądrości, zawartą w maksymie Publiusza Terentiusa, że „nic co ludzkie nie jest nam obce”.

Każda epoka i każde znane społeczeństwo musiało zmierzyć się z wyzwaniem, jakim jest próba zrozumienia i współżycia z tymi, których dziś określamy jako umysłowo chorych. W różnych wiekach i różnych kulturach odpowiedź na szaleństwo bywała diametralnie odmienna – od tortur i śmierci po idealizację i świętość. Dziś chciałabym, byście Państwo rozważyli pomysł, że w naszej konkretnej epoce i kulturze centralnym wyzwaniem jest naprawa wszechobecnych skutków akceptacji kategoryzacyjnego modelu przy całkowitym braku wrażliwości powiązanej z modelem stopnia nasilenia powszechnych problemów duszy. Subtelnie wbudowane w takie wyrażenia jak „psychotyczny”, „schizofrenik”, „choroba schizofrenii” albo „osoba cierpiąca na schizofrenię” jest milczące założenie, że najlepszym sposobem opisanego procesu tracenia przez kogoś zmysłów jest ujęcie go jako schorzenia, które przejmuje nad człowiekiem władzę i określenie go poprzez atakującą inność lub trwale zniekształcającą tragedię. Intuicyjnie trafia do przekonania, że utrata zmy-

słów musi być efektem jakiejś obcej inwazji i jakościowego zniekształcenia umysłu, co świetnie oddają systemy klasyfikacyjne. Podejrzewam jednak, że współczesna tendencja do postrzegania szaleństwa tylko w takim wymiarze może być równie szkodliwa dla naszego procesu rozumienia i łagodzenia psychotycznych cierpień, jak szkodliwym byłoby dla opracowania teorii kwantowej, gdyby fizycy postrzegali pewne zjawiska tylko jako fale lub tylko jako cząstki.

Chciałabym przekonać was, że niepokojąca idea, jakoby każdy z nas miał w sobie potencjał szaleństwa, daje realistycznie podbudowaną nadzieję na złagodzenie psychotycznej udręki i przywraca równowagę zbyt urzeczowionej koncepcji ekstremalnych stanów umysłu. Nie zamierzam przy tym przekonywać, że wszyscy jesteśmy potencjalnymi kandydatami na schizofreników w węższym sensie tej diagnozy. Istnieje wiele badań sugerujących, że wielu z nas po prostu nie posiada „wstępnych warunków” niezbędnych do rozwoju tego rodzaju patologii psychotycznych. Chcę powiedzieć, że każdy z nas mógłby zwariować w dawnym znaczeniu tego słowa, czyli utracić kontakt z konwencjonalnie rozumianą rzeczywistością i każdy z nas mógłby utracić poczucie związku z tą rzeczywistością na tyle, by jego życie zostało w całości przejęte przez najbardziej szaloną część ja (cf. Bollas, 2013).

Rys historyczny

Każda epoka stara się skorygować ekscesy poprzednich. I podobnie jak generałowie próbujący uniknąć wcześniejszych porażek w kolejnej bitwie „wciąż odgrywamy ostatnią wojnę”. Dawno ograna biegunowa dwoistość „natura vs. kultura”, która od lat napędza dyskusję nt. psychoz często towarzyszy napięciom między kategoriaлизmem a wymiarowością. Tu zaś szczególnie wyraźne stają się wzloty i upadki, przypyły i odpływy, nadmiernie uproszczone hołdowanie to jednemu to drugiemu modelowi; mamy skłonność do przechodzenia przez kolejne cykle przedkładania „natury” nad „kulturę” i vice versa. W połowie XX wieku wszelkiego rodzaju zaburzenia psychiczne przypisywano li tylko czynnikom środowiskowym; obecnie przewagę ma opcja „natury”, co wyraźnie dali do zrozumienia obrońcy DSM-5 ogłaszając, że wszystkie psychopatologie są zaburzeniami funkcjonowania mózgu (tu zawsze przychodzi mi na myśl komentarz Hebba, który mawiał, że spieranie się o wyższość natury nad „kulturą” jest jak spieranie się o to, który wymiar boiska jest ważniejszy: długość czy szerokość. Epigeneza jest o wiele bardziej złożona).

Wrażliwość wymiarowości, którą – jak usilnie namawiam – terapeuci powinni wspierać i umacniać, drażliwość, która charakteryzowała przeważającą część psychiatrii w połowie XX wieku i która, jak sądzę, reprezentuje mądrość wielu kultur i epok przed naszą modernistyczną i postmodernistyczną erą, sama w sobie była próbą korekcji (niekiedy wygórowaną) kategoryzacyjnych diagnoz a’la Kraepelin, które dominowały w czasach, gdy Freud pisał swoje dzieła. Tak naprawdę to zero-jedynkowe podejście do konceptualizacji i klasyfikacji psychopatologii na tyle zdominowało psychiatrię końca XIX wieku, że trzeba było kilku dekad praktyki klinicznej, by psychoterapeuci przewyciężyli wydawało się niepodważalne założenie Kraepelina, że neurozy i psychozy to dwie odrębne i nieprzenikające się kategorie zaburzeń.

Najpierw lekarze z bliższych nam czasów zaczęli powoli rozróżniać osoby o neurotycznym charakterze od tych, u których prostsze neurozy wydawały się wynikać z połączenia stresu i konfliktów wewnętrznych przy braku patologii osobowości. Koncepcja „neurozy charakteru” czy też „zaburzenia charakteru” określanego później jako „zaburzenie osobowości” stała się czymś w rodzaju ziemi niczyjej, diagnozą „w pół drogi” między neurozą a psychozą. Później klinicyści stworzyli pojęcie obszaru borderline między neurozą a psychozą (koncepcja ta została skonkretyzowana w 1980 w DSM jako pograniczne zaburzenie osobowości - typu borderline). Wspólna konkluzja, że wszyscy jesteśmy ludźmi – mimo największych nawet różnic – jak to aforystycznie ujął Sullivan; że istnieje szeroki zakres nasilenia psychologicznych cierpień sprawiający, że nie tak łatwo jest „wyodrębnić kategorie wzdłuż ich naturalnych granic”, wynika zatem z długiego i skomplikowanego dialogu klinicystów.

Nasze współczesne klasyfikacje zaburzeń psychotycznych mają swe źródła w późnodziewiętna-

stowiecznych psychiatrycznych rozróżnieniach, które kwitły w erze idealizacji rozumu i racjonalności. Zgodnie z kategoriami Oświecenia patognomiczną dla psychozy jest utrata kontaktu pacjenta z rzeczywistością. Skupiamy się zatem na rozumowaniu lub jego braku, w zakresie jaki uznawany był za niezbędny dla potrzeb diagnostycznych: Nawet jeśli czyjeś problemy psychiczne były bardzo poważne – jak np. u „histeryzujących” kobiet opisywanych przez Freuda i Breuera, to o ile pacjent potrafił ocenić, co w otaczającej go kulturze uznawano za „rzeczywistość” – rozpoznawano u niego lub u niej neurozę. Zatem choć Anna O. doświadczała stanów JA, w których miała halucynacje i nie potrafiła mówić w rodzimym języku, w oparciu o fakt, że potrafiła realistycznie odnieść się do swoich doświadczeń uznawano ją za „neurotyczkę”. W przypadku jednak, gdy chory w sposób przewlekły tracił kontakt z tym, co konwencja uznawała za rzeczywistość – miał psychozę.

Pod koniec XIX wieku w obszarze wytyczonym dla „czynnościowych” (pozostających niejako w opozycji do organicznych i toksycznych) psychoz znajdowały się: dementia praecox, przemianowana później na schizofrenię (często dzieloną dalej na podtypy: prostą, paranoidalną, hebefreniczną i katatoniczną) i psychozy afektywne: mania, depresja i ekstremalne stany maniako-depresyjne, które dziś określamy jako chorobę dwubiegunową z psychozą. Jako spadkobierca tych diagnostycznych rozróżnień Freud był ostrożny i utrzymywał, że psychoanaliza, którą to technikę rozwinął, może leczyć neurozy, ale nie psychozy. (Wierzył jednak, że niektóre z procesów psychicznych jakie odkrył u pacjentów neurotycznych mogły rzucić światło na doświadczenia psychotyczne i w efekcie zainspirować terapie psychoz). Dopiero późniejsi teoretycy i terapeuci opracowali sposoby terapeutycznego słuchania i rozmawiania z osobami, które cierpiały na bardziej psychotyczne zaburzenia umysłowe. W środowisku psychoanalityków taki rodzaj związku terapeuty z pacjentem określano jako psychoterapię wspomagającą, w przeciwieństwie do technik „odsłaniających”/„eksploracyjnych”.

W miarę jak psychoterapia stawała się zawodem, klinicyści zaczęli obserwować, że dwupodział na zdrowych i szalonych nie jest tak prosty. Jak już wcześniej wspomniałam, zaczęli rozpoznawać psychopatologię borderline (np. Grinker, Werble & Drye, 1968). W połowie XX wieku pojawiły się setki artykułów o ludziach, których gwałtowne, irracjonalne lub nieprzystosowane myśli, uczucia i zachowania wydawały się im samym całkowicie racjonalne (wśród sugestii diagnostycznych znalazły się m.in. osobowość „jak-gdyby”, „schizofrenia ambulatoryjna”, „charakter psychotyczny”, „schizofrenia pseudoneurotyczna”, „pogranicze” między neurozami a psychozami, „stany pogranicza”, „syndromy borderline” i „osobowość pogranicza”). Osoby z takimi problemami, mieszczące się niejako „w zawieszeniu” między zaburzeniami neurotycznymi a psychotycznymi nie prezentowały pierwszorzędowych objawów psychotycznych, nie można ich zatem było łatwo wpasować w istniejące klasyfikacje psychoz. Pacjenci tacy byli jednak znacznie bardziej zaburzeni niż osoby z napadami lęku, fobiami czy obsesjami lub kompulsjami, które można było pisać jako zaburzenia czy odchylenia od naturalnego stanu umysłu.

Pierwszym zjawiskiem, które przyciągnęło uwagę wczesnych analityków, prawdopodobnie dlatego, że tak trudno jest je leczyć, był fakt, że u ludzi z zaburzeniami pogranicza [między neurozami a psychozami] często dochodzi do tzw. przeniesienia. Nie mieli wrażenia, że terapeuta jest jak-gdyby podobny do ważnego obiektu w ich życiu, do którego czują miłość lub nienawiść; zamiast tego byli pewni, że terapeuta jest dokładnie tą osobą. (Pacjenci neurotyczni w pogłębionych analizach, gdy wchodzili w regresyjny stan „neurozy przeniesienia” często też doświadczały podobnego przekonania, ale zazwyczaj po długim okresie, gdy łatwo dostrzegali, że ich przeniesienia są tylko „jak-gdyby”). Doświadczenia kliniczne potwierdzały wrażenie, że w każdej osobie z neurozą, a nawet w zdrowej można znaleźć „psychotyczny rdzeń”, jak to ujął Michael Eigen (Eigen, 1986). Zarazem terapeuci starając się pomagać pacjentom ze zdiagnozowaną psychozą opisywali, że w każdej na oko szalonej osobie przetrwały obszary niezwykle rzeczowego postrzegania i adaptacji. Nagromadzenie doświadczeń po obu stronach przestrzeni zdrowia psychicznego doprowadzi-

ło do przyjęcia w wielu kręgach klinicznych założenia wymiarowości patologii i struktury osobowości. Np. obserwacja Kernberga (1984) nt. „poziomów zaburzenia”, czy gradacji organizacji osobowości, opisana w Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM Task Force, 2006), zakłada, że w każdym rozpoznanym zespole objawów czy strukturze psychicznej istnieje szereg możliwości tego, jak dalece pacjent jest szalony lub nie. Na bardziej psychotycznym krańcu każdego takiego spektrum wymagane jest zastosowanie wyraźnie innego podejścia terapeutycznego, innego rozłożenia nacisków i innego stylu działania niż te, które pomagają osobom z tym, co określa się jako: terapeutyczne rozszczepienie ego (Sterba, 1934), obecność obserwującego ego (Greenson, 1967), osiągnięcie stałości przedmiotu (Mahler, 1972), czy też wysokie ego (Bellak, Hurvich & Gediman, 1973), ugruntowane badanie rzeczywistości (Kernberg, 1975), wewnętrzna spójność (Kohut, 1984), własna skuteczność (Bandura, 1997) lub zdolność do funkcjonowania refleksyjnego (Fonagy, Gergeley, Jurist & Target, 2002).

W latach 70. wielu autorów (np. Masterson, 1976) pośrednio zrównywało nasilenie zaburzeń z poziomami prawidłowego dojrzenia [osobowości]. Pacjenci neurotyczni byli postrzegani jako zmagający się z problemami na poziomie edypalnym. Większość dzieci zanim osiągnie wiek wczesnoszkolny, który Freud określał jako edypalny, potrafi pojąć, że inni ludzie mogą kierować się w działaniu motywami, które nie odnoszą się do nich i zdaje sobie sprawę ze swoich sprzecznych uczuć w takiej sytuacji. Innymi słowy pięcioletki potrafi pojąć odrębność innych, umie wyobrazić sobie ich możliwe indywidualne intencje i włączyć się we własne, sprzeczne wewnętrzne reakcje na nie (Fonagy, Gergely, Jurist & Target (2002)). Podobne zdolności ma dorosły pacjent z neurozą. Chorych pogranicza postrzegano jako zatrzymanych w mahlerowskiej fazie separacji-indywidualizacji, w której dominują intensywne relacje diadyczne; częste są stany ego typu „wszystko-albo-nic”; mentalizacja i funkcjonowanie refleksyjne są na poziomie minimalnym; bliskość zagraża stopniem podczas gdy dystans – opuszczeniem.

Pacjenci psychotyczni postrzegani byli jako nieświadomie pochłonięci pytaniami z zakresu najwcześniejszego rozwoju psychicznego: czy jestem odrębną osobą? Czy jestem bezpieczny czy nie? Czy jestem dobry czy zły? Normą jest, że u dzieci w pierwszych 18 miesiącach życia występuje faza, którą Peter Fonagy nazwał „psychiczną ekwiwalencją”, gdy nie doszło jeszcze do pełnego wykształcenia zdolności rozróżniania tego, co wewnętrzne od tego, co zewnętrzne. Wydaje się, że osoba zmagająca się z psychozą, w stresie cofa się właśnie do tej myślowej niepewności: co jest wewnętrznym a co zewnętrznym. Nasilenie psychotycznego przerażenia, splątania i intensywność emocji mogą być tak pierwotne i tak przemożne jak niczym nie tłumiony ból niemowlęcia. Jeśli by założyć, że każdy z nas potencjalnie mógłby wpaść w taki stan ducha, nie ma niczego wewnętrznego złego w uznaniu stanów psychotycznych za podobne do doświadczeń z niemowlęctwa.

Wydaje mi się, że reprezentuję najbardziej psychodynamicznie zorientowanych diagnostów, którzy uważają, że w każdym typie osobowości można znaleźć osoby psychicznie zdrowe, takie, u których ujawnia się charakter neurotyczny, jakąś część z osobowością pogranicza i takie, które żyją w wewnętrznym świecie podlegającym psychotycznym regułom, niezależnie od tego czy mają halucynacje i urojenia (McWilliams, 2011). W miarę akumulacji doświadczeń klinicznych frakcja poznawczo-behawioralna rozwija swój język diagnostyczny i podobna wrażliwość wymiarowa pojawia się wśród terapeutów-praktyków (uważam np., że takie założenie jest uprawnione zarówno w oparciu o prace Marshy Linehan (np., 1993) jak i Jeffrey Younga (Young, Klosko & Weishaar, 2003) nt. psychologii borderline).

Idea, że psychozę można sprowadzić do problemu utraty kontaktu z rzeczywistością, na co wskazują halucynacje i urojenia, wydaje się zarówno zbyt uproszczona jak i zbyt pozbawiona wrażliwości na emocjonalny aspekt psychicznego cierpienia. W warunkach silnego stresu zarówno osoby, które można uznać za osobowość pogranicza jak i te z pozoru zdrowe mogą czasowo popaść w szaleństwo. I przeciwnie, coraz więcej jest dowodów na to, że osoby, które słyszą głosy lub wyzna-

ją przekonania, które my - „zdrowi” uznajemy za urojone, są często w myśl wszelkich innych kryteriów zdrowia psychicznego wysoce kompetentne i świetnie sobie radzą w świecie rzeczywistości konsensualnej (np. Williams, 2012). Od wielu dziesięcioleci poczucie, że istnieje spektrum potencjalnych trudności; że wyzwania rozwojowe sprawiły, iż różni ludzie są w różny sposób podatni i w różny sposób reagują na życiowe wstrząsy i przykre doświadczenia, i że poddany dostatecznie ciężkim stresom każdy z nas mógłby cofnąć się do psychotycznych sposobów myślenia i odczuwania, stanowiło niemalże wyznanie wiary w środowisku doświadczonych terapeutów, zwłaszcza tych, którzy pracowali z najbardziej zaburzonymi pacjentami.

Oficjalny pogląd zmienił się jednak wraz z decyzją DSM-III z 1980 r., by wszystkie problemy opisywać wyłącznie w kategoriach klasyfikacji neo-kraepelińskiej. Moim zdaniem decyzję tę podjęto głównie dlatego, że taka zmiana paradygmatu miała ułatwić niektóre rodzaje badań doświadczalnych. Najbardziej jaskrawym przykładem tego zwrotu o 180 stopni ku kategoryzacyjnej klasyfikacji diagnostycznej, i odwrotu od konkluzyjnego, biopsychologicznego łączenia wartości kategoryzacyjnych i wymiarowych, była decyzja komitetu DSM-III Personality Disorders, by opisać „Borderline Personality Disorder”, czyli zaburzenie osobowości pogranicza jako typ, a nie poziom organizacji osobowości. Ten kategoryzacyjny koncept w sposób absolutnie arbitralny i niebiorący pod uwagę nagromadzonych doświadczeń terapeutów-praktyków (na co wielu – m.in. Klerman, Vaillant, Spitzer & Michels, 1984 – się wtedy skarżyło) zastąpił ideę spektrum, która od dziesięcioleci uznawana była za najlepiej oddającą złożone obserwacje kliniczne. Istnieją dobre, zorientowane na badania powody kategoryzacyjnej klasyfikacji psychopatologii pogranicza, ale z punktu widzenia celów klinicznych i terapeutycznych wielu doświadczonych terapeutów oplakiwało tę zmianę (np. PDM Task Force, 2006).

To siłowe rozwiązanie z 1980 wypromowało tak naiwnie pozytywistyczny stan ducha, że dziś, po ponad trzech dekadach przekonywania, że psychopatologia pogranicza to mierzalne zaburzenie zero-jedynkowe, w DSM-5 nie ma już nawet ostrzeżeń obecnych w poprzednich wydaniach podręcznika, a mówiących, że podany system klasyfikacji nie może być substytutem dla bardziej zniuansowanej oceny klinicznej. Dziś my, terapeuci, jesteśmy zmuszani do ograniczania naszych działań do tzw. EBT - „leczenia popartego dowodami”, które odkryli badacze, zwykle w wysoce sztucznych warunkach, i by zredukować obserwowane objawy do kategorii obecnych w DSM. Najnowszy DSM wydaje się komfortowo akceptować sam siebie jako „Biblię” środowiska psychiatrycznego, objawioną prawdę dla wyznawców.

Odrzucenie naturalistycznych obserwacji i klinicznych przemyśleń, uosobione w ustanowieniu kategorii znanej dziś jako BPD, prawdopodobnie bardziej niż jakakolwiek inna pojedyncza decyzja tej neo-kraepelińskiej rewolucji podważyło wcześniejsze przekonanie, że w warunkach wystarczająco silnego stresu każdy z nas mógłby „wyglądać jak borderline” i że zarówno po neurotycznej jak i po psychotycznej stronie tego terytorium pogranicza granice są bardzo płynne. Co ma większe znaczenie dla członków ISPS, oddzielenie zaburzeń psychotycznych jako jakościowo różnych od innych zaburzeń psychicznych zostało w pełni osiągnięte poprzez zniszczenie zakładanego kontinuum: od zdrowia psychicznego, poprzez neurozy, zaburzenia pogranicza aż do ogólnie pojętych zaburzeń psychotycznych, które wszyscy mogliśmy uznać za uniwersalny ludzki potencjał.

Co ciekawe, zmiana paradygmatu DSM nie do końca skutecznie pomijała wszystkie założenia spektrum [zaburzeń]. Ze względu na to, że urzeczowione kategorie nie są dobrym odzwierciedleniem zakresu i złożoności psychicznych cierpień, w wielu miejscach wymiarowość ponownie się pojawiła. I tak, wg. Rogera Greenberga (przekaz ustny, 28. września, 2006) powodem, dla którego mamy kategorię psychozy schizoafektywnej jest, że Brytyjczy i amerykańscy psychiatry mieli w zwyczaju różnie diagnozować niektóre emocjonalnie zabarwione psychotyczne manifestacje; Brytyjczycy jako zespół maniako-depresyjny, zaś Amerykanie jako schizofrenię. Gdy nie mogli dojść do porozumienia, rozwiązali problem „politycznie”, wymyślając diagnozę, która mogła-

by charakteryzować stany psychotyczne mieszczące się gdzieś w połowie drogi między otwartą emocjonalną pustką schizofrenii a emocjonalną intensywnością spotykaną w psychotycznych stanach dwubiegunowych. I tak pośrednio ustanowiono kontinuum fenomenologicznej emocjonalności.

Aspekty doświadczeń psychotycznych

Jakie jeszcze elementy, poza „utrata kontaktu z rzeczywistością”, doświadczeni terapeuci uznają za charakterystyczne cechy psychozy? Z perspektywy poznawczej jej centralną częścią są niewątpliwie irracjonalne przekonania. Terapeuci z wielu współczesnych opcji teoretycznych wciąż pracują nad znalezieniem sposobów na to, jak terapeutycznie zmierzyć się z urojeniami pacjenta; wypróbują zdolności chorych z psychozami do przemyślenia ich najbardziej hołubionych, lecz niszczących przekonań. Nie zamierzam umniejszać wagi poznawczego aspektu zanurzania się w szaleństwo, ale sądzę, że istnieją inne, równie istotne elementy obrazu psychozy.

Jak już wspomniałam, z psychoanalityczno-rozwojowego punktu widzenia główną cechą psychotycznych doświadczeń jest niezdolność rozróżnienia tego, co wewnętrzne od tego, co zewnętrzne. Doświadczenie dominuje psychologiczne stapianie się z innymi, a ponieważ jakimś sposobem nie osiągnięto ciągłego i w miarę trwałego poczucia własnej odrębności, wszechobecny jest lęk przed unicestwieniem. Niejako automatycznie uaktywniają się wtedy rozwojowo prymitywne mechanizmy obronne, takie jak rozszczepienie, identyfikacja projekcyjna, zaprzeczenie, wycofanie, pełna kontrola, dysocjacja oraz prymitywne wersje idealizacji i dewaluacji, co wywołuje poważne szkody zarówno dla pacjenta jak i dla innych.

Z emocjonalnego punktu widzenia niezdolność radzenia sobie i kontrolowania uczuć odgrywa centralną rolę w dekompensacji psychotycznej. Z tego punktu widzenia można też częściowo zrozumieć wycofanie z relacji i spłaszczenie afektu widoczne u niektórych chorych ze schizofrenią; innymi słowy ich „odemocjonalnienie” jest mechanizmem obrony przed uczuciami nie do zniesienia. Pacjenci w katatonii, stanie częstym przed wprowadzeniem leków przeciwpsychotycznych, po ustąpieniu tego stanu opisywali swoje doświadczenia jako niewyobrażalny, nie do zniesienia nadmiar emocji, nie ich brak. W psychotycznym cierpieniu jest niewiarygodne przerażenie. Jeden z moich schizoidalnych przyjaciół opisał siebie jako kogoś, kto musi opanować „pierwotne uczucie”, którego intensywność i złożoność można porównać do chwili, w której toniesz. Choć nigdy nie rozpoznano u niego psychozy i przekroczył już wiek, w którym zazwyczaj pierwszorazowo rozpoznaje się zaburzenie zwane schizofrenią, uważa utratę rozumu za boleśnie obecną możliwość.

Z perspektywy fenomenologicznej to, co odróżnia patologię psychotyczną od mniej poważnych zaburzeń jest niezwykle przejmowanie się wszystkim. Ten aspekt wart jest podkreślenia, gdyż niedostatecznie uwypukla się go w klasyfikacjach i podręcznikach. Michael Garrett (doniesienie własne, 30. marca 2013) opisał funkcjonowanie osób na psychotycznym krańcu spektrum jako „powtarzającą się operę z zaledwie dwoma lub trzema postaciami” - psychotyczna narracja jest przy tym tak pochłaniająca, że całe życie sprowadza się li tylko do tej urojonej historii. Wszyscy wiemy, jak zanikające, wyniszczające troski osób, które coraz głębiej pogrążają się w psychozie, wyczerpują i niszczą siatkę społecznych powiązań, które mogłyby być pomocne. Gdy to się stanie, samoświadomość siebie jako „pacjenta psychiatrycznego” może pogrzebać wszystkie wcześniejsze tożsamości, na zawsze pogrążając chorego w martwej strefie, gdzie jest już tylko cieniem osoby, którą mógłby być.

Biorąc pod uwagę ich subiektywne doświadczenia, wiemy że osoby w stanach psychotycznych czują się przytłoczone przez bodźce, które napierają na nich i wbrew ich woli penetrują świadomość, uniemożliwiając im rozróżnienie self od non-self, rzeczy od tła. Tacy ludzie cierpią od natłoku bodźców zmysłowych, których nie są w stanie tolerować, zablokować ani odfiltrować. Stają się przerażająco, nadmiernie zależni od bodźców z otoczenia (Piaget, 1954). Jak podkreślał Louis Sass (1992), są przytłoczeni tym, co nazywamy nadreaktywnością i próbują uciec przed kakofonią

niegasnących, zmysłowych wrażeń, którymi są raz po raz bombardowani. Poprawa jaką przynoszą leki przeciwpsychotyczne, wydaje się – jak opisują to pacjenci pod ich wpływem (Mizurahi, Bagby, Zapursky & Kapur, 2005) – wynikać z tłumienia intensywności tych bodźców, a nie z ich jakościowej zmiany.

Wymiarowość w psychopatologii

Jedną z ofiar obecnie obowiązujących, opisowych, kategoryzacyjnych systemów diagnostycznych – czy to ICD czy DSM – które w większości krajów służą do prowadzenia polityki zdrowia psychicznego jest uznawany „przez zasiedzenie” kliniczny wniosek, że istnieje psychotyczny poziom albo wersja większości zespołów klinicznych. Dla mnie to prawdziwa zagadka, czemu uznaliśmy, że schizofrenia i psychotyczne zaburzenia nastroju razem ze schorzeniami, które zwykliśmy określać mianem psychoz toksycznych lub organicznych, wyczerpują wszystkie możliwości popadnięcia w obłąd. Pozwólcie mi podać kilka przykładów schorzeń, które moim zdaniem powinny być traktowane jako równie szalone jak urojeniowy świat osoby z konwencjonalnym rozpoznaniem manii, depresji, schizofrenii albo psychozy schizoafektywnej.

Wszyscy mieliśmy klientów tak owładniętych obsesją, że choć nie zgłaszali nam halucynacji ich ruminacyjne myślenie kwalifikowało się na urojenia. Mogli np. święcie wierzyć, że jeśli nie wykonają określonych rytuałów, spadnie na nich jakaś katastrofa. Nie jest tak, że oni po prostu martwią się, że to się może stać; oni wiedzą, że to się stanie. Są o tym tak przekonani, że nie mogą porzucić swoich rytuałów by te przekonania sprawdzić, bo gdy choć o tym pomyślą, ogarnia ich przemożny lęk przed unicestwieniem, który psychiatrzy od dawna określają jako psychotyczny lub paranoidalny (Hurvich, 2003) – a we współczesnych kategoriach Jaak Panksepp (Panksepp & Biven, 2012) tłumaczy go jako aktywację układu FEAR – ewolucyjnego dziedzictwa, pozostałości po strachu naszych przodków przed pożarciem przez drapieżniki.

Jedna z moich pacjentek z obsesją, która nigdy nie była na tyle ciężko chora, by można to opisać jako załamanie psychotyczne, tłumaczyła swoje spóźnienie na sesję tym, że zbyt późno zaczęła wygotowywać prześcieradła i ręczniki. „Gotujesz prześcieradła i ręczniki?” spytałam. Nieco porytowana i z wyższością odpowiedziała, że oczywiście, codziennie. Gdyby zaniedbała tego elementu codziennej higieny, jej rodzina z pewnością zapadłaby na jakąś ciężką chorobę. W odpowiedzi na zawartą w moim pytaniu sugestię, że jest w swoich działaniach zbyt drobiazgową, nie była w stanie przemyśleć swoich przekonań; zamiast tego wydawało się, że doszła do wniosku, iż nie może ufać terapeutce, który był tak przerażająco naiwny i nie dostrzegał ciągłego zagrożenia jakim są dla nas zarazki. Zaczęła traktować mnie z dystansem, choć łączyło nas wiele lat bliskiej współpracy, stałam się dla niej li tylko możliwym źródłem zakażenia. W jakim sensie taka postawa jest mniej szalona niż postawa człowieka, który słyszy głosy?

Jedna z moich niezwykle hipochondrycznych pacjentek miotła się między nasilonym lękiem o własne zdrowie a w pełni wyrażonymi urojeniami somatycznymi. Gdy była najbardziej poruszona, opowiadała o swoim ciele jakby było ono obcym obiektem prześladowczym, spiskującym by ją dręczyć; miała też dziwaczne wyobrażenia o swojej anatomii, takie, które mogłyby pochodzić wprost ze średniowiecznych traktatów o fizjonomii czarownic. Nie wydawała się przy tym szczególnie szalona, dopóki nie zaczynała mówić o swym stanie zdrowia, ale gdy już weszła na ten temat, a często trudno jej było mówić o czymkolwiek innym, zupełnie pogrążała się w urojeniach. Jeden z moich pacjentów z paranoją, który nigdy nie przeżył klasycznego epizodu psychotycznego ma okresy tak wyniszczającego lęku, że nie sypia przez wiele dni. Gdy wreszcie uda mu się przysnąć, wybudza się z poczuciem panicznego przekonania, że gdy nie czuwa w pełnej gotowości, zagraża mu śmiertelne niebezpieczeństwo. Jego sny są pełne upokorzeń, męczarni i wymierzonych w niego ataków, wszystko to stanowi zaś odpłatę za to, że ośmielił się pojawić na świecie, mieć na coś nadzieję czy – broń Boże – cokolwiek osiągnąć, odnieść sukces. Z drugiej strony są pacjenci jak ten, którego leczyłam przez kilka miesięcy, z ciężką psychozą na pierwszym roku studiów, który słyszał głosy przekonujące go że jest zmartwychwstałym Jezusem; osiągnął pełną

remisję dzięki intensywnej pomocy podczas przerwy semestralnej, głównie ze strony psychiatry, który przekonał jego rodzinę, by nie oddawali go do szpitala, i który rozmawiał z nim codziennie przez wiele tygodni w okresie nasilenia urojeń. Od czasu tego kryzysu pacjent wie dzie twórcze, bogate życie. Myślę, że ten drugi z opisanych przeze mnie pacjentów ma się psychicznie o wiele lepiej niż pierwszy, choć to on ma przypiętą „łatkę” człowieka z psychozą.

Ci z nas, którzy pracują z osobami cierpiącymi z powodu zaburzeń łaknienia wiedzą o fenomenie krytycznie wychudzonych anorektyczek, ważących tak niewiele, że stanowi to zagrożenie życia, a mimo to uważających się za otyłe. Rzeczywiste zagrożenie życia jest u nich zupełnie przesłonięte psychicznym przekonaniem o własnej otyłości. Większość specjalistów w dziedzinie zdrowia psychicznego wierzy, że dla tak krańcowo trudnych przypadków zaburzeń odżywiania jak ta pacjentka (niewątpliwie równie szalona i autodestrukcyjna jak wiele osób słyszających głosy), psychoterapia stanowi wartościową metodę leczenia. Co takiego jest w oficjalnych kategoriach zaburzeń psychotycznych, że przekonują większość społeczeństw iż istnieje jakościowa różnica między urojeniami głodzącej się kobiety, że jest gruba a urojeniami nieszczęsnej grzesznicy, że jest Maryją Dziewicą?

Istnieje niewielka społeczność mężczyzn z seksualnymi parafiliami, którzy dają sobie amputować zdrowe kończyny a później rozsyłają po internecie zdjęcia swoich okaleczonych ciał w poszukiwaniu kochanków. Po amputacji czują się o wiele bardziej atrakcyjnymi niż wtedy, gdy ich ciała były kompletne i znajdują osoby, które ten pogląd podzielają. Osoby z zespołem Munchausena poddają się niepotrzebnym operacjom albo celowo krzywdzą siebie lub innych, najwyraźniej w szalonym przeświadczeniu, że powtarzane odgrywanie dramatu życia i śmierci jest najlepszym sposobem nawiązywania relacji i nadawania sensu swojemu życiu. A tak z własnego podwórka: moja sąsiadka z agorafobią nie wyszła ze swojego domu od ponad 20 lat. I mimo że oficjalnie wie o irracjonalności swego przywiązania do domu i bezpodstawności przypuszczeń, że jeden krok w zewnętrzny świat mógłby ją zniszczyć, jest zbyt owładnięta przerażeniem, by wyjść choćby za drzwi.

Niektóre z osób, które przeżyły traumę, regularnie doświadczają tego, co analitycy określają psychotycznym lub traumatycznym przeniesieniem (Kluft, 1992): doświadczenia „jakby-deja vu”, w których inni, a czasem terapeuta, wydają się groźnymi prześladowcami, takimi jak pierwotny oprawca. Mogą doświadczać takich reakcji nie z autorefleksją, że to wygląda tak, jak gdyby lekarz stał się podobny do oprawcy, ale z głębokim przekonaniem, że „oto wszystko znowu się powtarza”. Wiemy, że ciężki uraz może wywołać psychozę, ale nawet stres związany z tym, że próbujemy zaufać obcemu, który nazywa się terapeutą, może spowodować post-traumatyczne przeniesienie typu flashback. Dlaczego nie postrzegamy takich doświadczeń jako zjawisk psychotycznych? Niektóre osoby z osobowością aspołeczną, utrzymujące równowagę i podtrzymujące poczucie własnej wartości dzięki manipulacji innymi, można pod wieloma względami uznać za żyjące w podobnym, założeniowym świecie jak my wszyscy, choć wierzą, że powszechne zasady nie powinny ich dotyczyć. Inne, z grupy, którą Henderson (1939) nazwał agresywnymi/gwałtownymi psychopatami, mogą planować morderstwo za morderstwem w szalonym, zrytualizowanym i zseksualizowanym pragnieniu poczucia się żywym, bezpiecznym, mającym władzę, często wybierając ofiary o określonym wyglądzie lub statusie socjoekonomicznym, który postronnego obserwatora skłoniłby do obserwacji, że to psychotyczny zamiar unicestwienia wewnętrznej, złej matki. Doceniam, że nasze kategorie prawne każą dla celów kryminalistycznych zakładać, że niektórzy psychopaci są również niepoczytalni – de facto wiele wyroków opiera się na uzyskaniu odpowiedzi na zero-jedynkowe pytanie, czy sprawca ma psychozę czy też jest psychopatą – z pewnością jednak w potocznym sensie niektórzy sadystyczni mordercy podpadają pod obydwie kategorie. Eric Marcus (2003) pisze o „niemal psychozie” u osób, które na ogół są wolne od chorób psychicznych, jak mój – zwykle bezobjawowy – znajomy, który w rocznicę śmierci ukochanej babci otworzył lodówkę i w przejściowym epizodzie halucynacji zobaczył w niej swoją babcię. Czasem takie

zjawiska sugerują, że psychozę można łatwo wywołać; innym razem wydają się mieć nie większe znaczenie niż jakikolwiek inny przejaw ekscentryczności u tej osoby. Współczesna praktyka odfajkowania odpowiedniego kryterium DSM dla psychozy, gdy pacjent „podnosi” pytanie o słyszane głosy często działa niezależnie od tego, czy głosy każą pacjentowi zabić córkę czy też przypomnieć jej, by zażyła codzienną porcję witamin. Ostatnimi laty zszokowało mnie, jak wielu młodych terapeutów nie uczy się pytać o kontekst i zawartość odpowiedzi na ich diagnostyczne pytania.

Sądzę, że większość klinicystów w tej sali może przywołać obraz kruchych pacjentów, którzy przy braku psychoterapii lub zorganizowanego wsparcia socjalnego przeszli psychotyczne załamanie. Niestety, podobnie jak polityk, który nie może udowodnić, że jego polityka zapobiegła nieszczęściom, jakie zdarzyłyby się przy jej braku, tak i my nie potrafimy udowodnić, że [psychoterapia] odnosi swój profilaktyczny skutek; efektywne zapobieganie trudno wykazać empirycznie. (Nawet wyleczenie trudno jest wykazać empirycznie, jeśli zazwyczaj odpowiedzią na ogromną poprawę u osoby z rozpoznaną schizofrenią, zwłaszcza jeśli osiągnięto ją bez leków przeciwpsychotycznych, jest defensywne założenie, że taka osoba z pewnością nigdy nie miała schizofrenii.)

Mój kolega Richard Reichbart ujawnił ostatnio na spotkaniu sekcji psychoanalizy rAPA (2012), że jako młody człowiek miał bardzo uciążliwy, kwiecisty epizod psychozy. Nie podejrzewałby tego nikt, kto śledził jego wybitną karierę jako terapeuty i wykładowcy. Jednakże członkowie gremium nie byli zaskoczeni, gdy dowiedzieli się, że wyzdrowienie zawdzięczał pełnej poświęcenia, codziennej opiece wspaniałego klinicysty, który nie bał się zaangażować w pracę z głęboko zaburzonym pacjentem. Richard od ponad 30 lat pozostaje wolny od objawów psychotycznych. W podobny sposób zainspirowała nas Elyn Saks (2008) swoją opowieścią o szaleństwie i zdrowieniu. Choć nadal przyjmuje leki, by uciszyć głosy, z pewnością jest modelowym przykładem zdrowia psychicznego. Tak jak Joanne Greenberg, która nigdy nie brała środków przeciwpsychotycznych, ale wierzyła w wielkie serce Friedy Fromm-Reichmann. I jak setki innych, znanych wam, którzy pod wieloma względami i w potocznym znaczeniu tego słowa są o wiele zdrowsi psychicznie niż wiele osób bez psychozy, które też każdy zna.

Co trzeba zrobić?

Jeśli psychoterapia jest właściwą odpowiedzią na cierpienie anorektyczek z urojeniami, urojenio-wo ogarniętych obsesją, fobią z urojeniami itp., dlaczego ograniczyliśmy jej wartość dla osób z psychozami? Nie dlatego, że u osób z rozpoznaniem schizofrenii, psychozy schizoafektywnej czy psychozy dwubiegunowej terapia jest jakościowo trudniejsza, lecz właśnie dlatego, że jest równie rudna u osób z tymi innymi rozpoznaniem. I nawet nie z powodu obecnego, krótkowzrocznego ukierunkowania na cięcie kosztów, które prześladuje nas wszystkich mimo rosnącej liczby dowodów na to, że w dłuższym horyzoncie czasowym – by zacytować Susan Lazar (2010) – psychoterapia się opłaca. Myślę, że odpowiedzi – przynajmniej częściowo – trzeba szukać w tym, że po to, by przekonać nasze kraje i społeczeństwa do finansowania leczenia, do którego nasi współobywatele dotknięci psychozami mają pełne prawo, trzeba by kompletnie zmienić nasz sposób myślenia. Zmiana ta zaś zależy od tego, czy pokonamy wszechobecne zaprzeczanie naturze człowieczeństwa.

Nalegam więc, by skorygować kurs wytyczony przez bezkrytyczną akceptację neo-kraepeliańskiego, kategoryzacyjnego myślenia. Być może potrzeba wspólnego wysiłku, by zachować wymiarowość doceniającą szeroki zakres ludzkich cierpień i empatię, którą taka wrażliwość wspiera. Gdy kolonizatorzy chcieli podporządkować sobie rdzennych mieszkańców, pierwszą rzeczą, jaką robili – niekoniecznie świadomie – była marginalizacja i niszczenie wspólnego języka ludzi, których podporządkowywali. Język, który ewoluował poprzez kliniczne doświadczenia z pacjentami, u których rozpoznano zespoły psychotyczne, obecnie jest wypierany przez język korporacyjnych biurokratów, handlowców z firm farmaceutycznych i urzędniczych „mróweczek” z klapkami na oczach, którzy chętnie widzieliby tylko „dowody” dostarczone przez badaczy-teoretyków, dla których podstawowym kryterium poprawy jest krótkookresowe złagodzenie objawów, i z których

wielu ma minimalne doświadczenie w pracy klinicznej, a z pewnością niewystarczająco dużo pieniędzy z grantów, by prowadzić długookresowe obserwacje, jakich wymagałaby ocena psychoterapii u ciężko chorych psychicznie.

Jeśli mówimy o współczesnym oporze przed przyjęciem pełni człowieczeństwa tych, których zaklasyfikowaliśmy jako psychotyków, myślę, że problem ten najlepiej ujął Bertram Karon (1992) w swojej klasycznej pracy nt. strachu przed zrozumieniem schizofrenii:

Na ogół uznaje się, że zastosowane będzie najskuteczniejsze leczenie, lecz od czasu „moralnego leczenia” aż do dziś unikano psychoterapii schizofrenii i innych reakcji psychotycznych mimo dowodów na ich skuteczność. Trzymano się mniej skutecznych (a niekiedy nawet destrukcyjnych) metod, po części dlatego, że nie wymagały one zrozumienia pacjentów; zrozumienie osoby ze schizofrenią oznacza bowiem zmierzenie się z faktami o nas samych, naszych rodzinach i naszym społeczeństwie; z faktami, których wolelibyśmy nie znać lub ich sobie nie przypominać. (p. 191)

W zaprzeczaniu, które wspiera sztuczny podział i „wyobcowanie” osób z kategoryzacyjną diagnozą psychozy główną rolę odgrywa nasza niechęć do uznania własnej słabości.

Zachodnia literatura pełna jest opisów osób, które w szaleństwo wpędziła nieznośność egzystencji, zaś zwykli czytelnicy bardziej identyfikowali się z takim losem jako uniwersalnym zagrożeniem, niż umie to przyznać większość współczesnych naukowców. Można tu przywołać Lady Makbet i jej halucynacje w poczuciu winy, które stawało się nie do zniesienia; dickensowską Estelle Haversham, z traumą rozczarowania i urojenową fiksacją na dniu swego ślubu; opowiadanie Hemingwaya „Taki już nigdy nie będziesz” („A Way You’ll Never Be”) opisujące halucynacje i urojenia żołnierza w następstwie grozy na polu walki. Nasi wielcy pisarze umieją uchwycić to, co wykracza poza zaburzenia metabolizmu dopaminy, co zagraża nam wszystkim, gdy cierpimy, kochamy, walczymy i boimy się.

Zajmując stanowisko niezgodne z powszechnie akceptowaną wiedzą i korzyściami dla tych, którzy mają władzę, nieuchronnie ryzykuje się los starożytnej Kasandry, kobiety przeklętej darem jasnowidzenia, w które nikt nie wierzył. Być może najlepszym przykładem współczesnej Kasandry jest mój przyjaciel, Robert Whittaker, który przez wiele dekad prowadził w warunkach szpitalnych psychoterapię u pacjentów ze zdiagnozowanymi psychozami. Niedawno gościł u siebie w ośrodku, na zebraniu rezydentów wybitnego psychiatrę z „opcji biologicznej”. Gdy gość dowiedział się, że Whittaker został poproszony o wygłoszenie prelekcji dla tej samej grupy, bez uzasadnienia przeszedł do tyrady, której głównym punktem wydawało się uzasadnienie, że Whittaker znajduje się poza głównym nurtem psychiatrii, której celem jest dziś jak najwcześniejsza farmakoterapia potencjalnych zaburzeń psychicznych: Dalejże, ku farmaceutycznej utopii.

Kilka minut później krytyk sam zauważył, że oczywiście wadą współczesnego entuzjazmu dla farmakoterapii niewygodnych zachowań jest zbyt częste przepisywanie silnych leków psychoaktywnych dzieciom – co było jednym z głównych zarzutów poruszonych przez Whittakera. Najwyraźniej gdy próbujemy mówić prawdę tym, którzy mają władzę, musimy liczyć się z tym, że staniemy się obiektem jadowitej pogardy, albo co gorsze, że prawdopodobnie nikt oficjalnie nie przyzna nam racji, nawet jeśli – albo, co bardziej prawdopodobne zwłaszcza jeśli – nasz przekaz do niego dotrze.

Wracając do Kasandr, mój przyjaciel George Atwood (2011) w swojej bajecznie polemicznej książce *The Abyss of Madness* (Otchłań obłądu) przedstawia następującą „ostateczną teorię depresji”: „Jej przyczyną są przygnębiające zdarzenia, które się nam przydarzają” (p. 162-163.). Lub, jak to inaczej ujął mój kolega Tom Tudor, „złe rzeczy przydarzają się i kaleczą cię psychicznie”. Wiara w to, że życie może każdego z nas przyprawić o obłąd przez żalobę, przerażenie, zagubienie lub emocjonalne wyczerpanie, nie kłóci się z przyznaniem, że każdy z nas jako jednostka w różny sposób jest podatny na reakcje depresyjne, ma inne, biologicznie uwarunkowane słabości i u każdego inny rodzaj doświadczeń może wyzwalać patologiczne reakcje.

Paradoks kategoryzacyjno-wymiarowy

Na koniec chciałabym wrócić do tego, że – jakby to powiedział Winnicott – utrzymujemy paradoks współistnienia kategoryzacyjnych i wymiarowych sposobów myślenia. Przyda się tu jakościowe poczucie różnicy; nie mam zamiaru nalegać na wyłącznie wymiarowe podejście do psychoz. Wie-dza, że u kogoś w stanie psychotycznym istnieją pewne różnice w porównaniu z normą, może uchronić nas przed niepowodzeniami wczesnych psychoanalityków, którzy leczyli pacjentów z objawami schizofrenii tak, jakby jedna technika terapeutyczna była skuteczną dla wszystkich, uznawali bowiem, że przecież wszyscy znajdujemy się w jakimś punkcie ludzkiego kontinuum.

Wrażliwość kategoryzacyjna może sprawić, że zaciekawi nas to, czego nie możemy zrozumieć poprzez identyfikację i zachęcić nas, byśmy pozwolili naszym pacjentom nas uczyć. Może nas uwrażliwić na potencjalnie ratujące życie niewerbalne przekazy wskazujące, że „coś tu jest nie tak”.

Chciałabym podkreślić, że tej otwartości na znaczenie kategoryzacyjnych różnic nie należy zrównywać ze stanowiskiem w kwestii biologicznej vs. psychologicznej etiologii psychoz. Wydaje się, że istnieje wiele dróg do stanu, w którym rozpoznaje się schizofrenię; w niektórych większą rolę odgrywa skłonność genetyczna, a w innych traumatyczne doświadczenia. Fałszywie redukcjonistycznym i naiwnie kartezjańskim byłoby zakładać, że problemy psychologiczne wymagają psychologicznych rozwiązań, podczas gdy te o źródłach biologicznych każą szukać biologicznych. Biologiczne przypadłości mają wpływ na doświadczenia psychiczne, zaś psychologiczne doświadczenia zmieniają biologię. Farmakoterapia może złagodzić psychotyczne cierpienie, zaś psychoterapia może zmienić mózg.

W naszym organizmie wszystko może się zepsuć; z pewnością zepsuć może się zatem także i mózg. Interesującym byłoby, gdybyśmy mogli lepiej zrozumieć złożoność etiologii, przeprowadzić badania kliniczne oceniające, czy pacjenci, u których objawy psychotyczne mają podłoże bardziej biologiczne, najtrudniej wchodzą w terapeutyczne relacje. Ale nawet ktoś, kto ma uszkodzony mózg, ma duszę. Jeśli nasz wspólny język dąży do tego, by zredukować osobę z psychozą do źle działającego mózgu, to znaczy, że zabiłiśmy psyche i zaangażowaliśmy się w morderstwo dusz na masową skalę.

Wnioski końcowe

Mój dzisiejszy nacisk na wymiarowość nie służył li tylko przypomnieniu, że wszyscy jesteśmy ludźmi – tej lekcji moi dzisiejsi słuchacze nie potrzebują – ale także ukazaniu, że to, jak oficjalnie określamy i konceptualizujemy psychicznie cierpienia, ma poważne konsekwencje społeczne. Nie możemy ignorować faktu, że nasze wyobrażenia o zdrowiu i chorobach psychicznych są konstruktem społecznym. To co nam, w obecnej epoce i kulturze wydaje się oczywistym, może wcale takim nie być dla naszych wnuków. Musimy jednak ujawniać ograniczenia powszechnych paradygmatów diagnostycznych, bo jest to sposób przeciwdziałania upraszczającej alienacji, która stała się cechą charakterystyczną naszych utajonych postaw kulturowych względem tych z nas, którzy najbardziej potrzebują naszego współczucia i szacunku.

Autorka dziękuje Michaelowi Garrettowi, Kerry'emu Gordonowi, Judith Logue, Henry'emu Seidenowi i Markowi Siegertowi za ich wkład w ten esej.

Z autorką można się kontaktować pod adresem nancymcw@aol.com.

Bibliografia

Atwood, G. A. (2011). *The abyss of madness*. New York: Routledge.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Worth.

Bellak, L., Hurvich, M., & Gediman, H. K. (1973). *Ego functions in schizophrenics, neurotics, and normals: A systematic study of conceptual, diagnostic, and therapeutic aspects*. New York: Wiley.

Bollas, C. (2013). *Catch them before they fall: The psychoanalysis of breakdown*. London: Routledge.

- Eigen, M. (1986). *The psychotic core*. New York: Jason Aronson.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York: Other Press.
- Greenson, R. R. (1967). *The technique and practice of psychoanalysis*. New York: International Universities Press.
- Grinker, R. R., Werble, B., & Drye, R. C. (1968). *The borderline syndrome: A behavioral study of ego functions*. New York: Basic Books.
- Henderson, D. K. (1939). *Psychopathic states*. New York: Norton.
- Hurvich, M. (2003). *The place of annihilation anxieties in psychoanalytic theory*. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 57, 579-616.
- Karon, B. P. (1996). *The fear of understanding schizophrenia*. *Psychoanalytic Psychology*, 9, 191-211.
- Kernberg, O. F. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Jason Aronson.
- Kernberg, O. F. (1984). *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Klerman, G. L., Vaillant, G. E., Spitzer, R. L., & Michels, R. (1984). *A debate on DSM-III*. *American Journal of Psychiatry*, 141: 539-553.
- Kluft, R. P. (1992). *Discussion: A specialist's perspective on Multiple Personality Disorder*. *Psychoanalytic Inquiry*, 12, 139-171.
- Kohut, H. (1984). *How does analysis cure?* (A. Goldberg, Ed., with P. Stepansky). Chicago: University of Chicago Press.
- Lazar, S. (2010). *Psychotherapy is worth it: A comprehensive review of its cost-effectiveness*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- Mackler, D. (2008). *Take these broken wings*. Documentary by D. Mackler.
- Mahler, M. S. (1968). *On human symbiosis and the vicissitudes of individuation*. New York: International Universities Press.
- Marcus, E. R. (2003). *Psychosis and near psychosis: Ego functions, symbol structure, treatment*. Madison, CT: International Universities Press.
- Masterson, J. F. (1976). *Psychotherapy of the borderline adult: A developmental approach*. New York: Brunner/Mazel.
- McWilliams, N. (2011). *Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process*, 2nd ed. New York: Guilford.
- Mizrahi, R., Bagby, R.M., Zapursky, R. B., & Kapur, S. (2005). *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 29, 859-864.
- Panksepp, J., & Biven, L. (2012). *The archeology of mind: Neuroevolutionary origins of human emotions*. New York: Norton.
- PDM Task Force (2006). *Psychodynamic diagnostic manual*. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations.
- Piaget, J. (1954). *The construction of reality in the child*. New York: Basic Books.
- Reichbart, R. (2012). *The dynamics of a psychosis: Up close and personal*. Talk given at Spring Meeting of APA Division of Psychoanalysis (39), Santa Fe, NM, April 20.
- Saks, E. R. (2008). *The center cannot hold: My journey through madness*. New York: Hyperion Press.
- Sass, L. A. (1992). *Madness and modernism: Insanity in the light of modern art, literature, and thought*. New York: Basic Books.
- Sterba, R. F. (1934). *The fate of the ego in analytic therapy*. *International Journal of Psycho-Analysis*, 15, 117-126.
- Williams, P. (2012). *Rethinking madness: Towards a paradigm shift in our understanding and treat-*

ment of psychosis. Sky's Edge Publishing.

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.

Henry Zvi Lothane

MD

Streszczenie:

W życiu poszczególnych osób, rodzin i społeczeństwa centralną rolę odgrywają działania i interakcje, uczucia i emocje, myśl i język, wszystkie w ramach kontinuum między normalnym życiem a chorobą. Dotychczas podstawowym sposobem przedstawiania działań i interakcji był narratologizm*, niewiele pisano zaś o dramaturgicznym podejściu do zdrowia, zaburzeń i leczenia. Życie to jednak w pierwszym rzędzie spektakl, nie powieść: akcje i interakcje, zamiary i wpływy, zdarzenia i spotkania; dlatego autor dla dopełnienia narratologizmu proponuje dramatologizm – nowy sposób kładzenia akcentów i syntezy. Podstawowe fakty z życia to dramaturgiczne spotkania, dopiero wtórnie przekształcane w narrację prowadzoną w pierwszej bądź trzeciej osobie. Podczas gdy opowiadanie opisuje, spektakl odgrywa. Osią dramatu jest bezpośrednia komunikacja i ekspresja uczuć: poprzez gesty i wyraz twarzy oraz poprzez słowa. Dramatologizm jest zgodny z psychospołecznym podejściem do psychoz: wyjaśnia dramatyczną naturę takich psychologicznych konstruktów psychozy jak urojenia i halucynacje. Uwydatnia też dramaturgiczne aspekty psychoterapii psychoz. W dynamicznej metodzie Freuda podstawowe znaczenie miała dramatyzacja w marzeniach: możliwość doświadczania obrazów w snach, marzeniach, halucynacjach; oraz dramatyzacja w działaniu, możliwość wyrażania się, komunikowania się mową ciała, gestami, mimiką i emocjami. Zdaniem autora to, co Freud nazywał rzeczywistością psychiczną powinno zostać przemianowane na rzeczywistość emocjonalną. Tradycyjne koncepcje psychozy, znane z systemów Kraepelina czy Jaspersa, były monadyczne. W przeciwieństwie do nich Sullivan wprowadził interpersonalne, dwuelementowe (diadyczne) podejście do psychozy. Celem dramatologizmu jest promowanie psychiatrii i psychoanalizy interpersonalnej.

Psychiatria utraciła swą psyche czyli duszę, a zamiast tego zyskała mózg. Można by też powiedzieć, że straciła rozum i popadła w swego rodzaju schizofrenię. Psychoanaliza straciła spójność i rozpadła się na wiele szkół, co też jest pewną schizofrenią. Z racji tego, że „psychiatria” oznacza „leczenie duszy”, mamy prawo pytać: „czy epoce mózgu wciąż jest nadzieja dla duszy, zwłaszcza jeśli chodzi o psychozy?” O ile bowiem mózg można uznać za narząd, który da się badać pod mikroskopem albo w funkcjonalnym rezonansie magnetycznym, o tyle z duszą nie da się tego zrobić. Zatem nazywanie metody leczenia psychoterapią każe postawić pytanie: czym ta metoda jest doświadczalnie? Jak można ją roboczo zdefiniować? Właściwa nazwa robocza powinna brzmieć „terapia rozmową”, jak powiedziała Anna O. - pierwsza pacjentka i „współzałożycielka” psychoanalizy do swego terapeuty Breuera, lub „terapia słowem”, jak sugerował wielki historyk medycyny Pedro Lain Entralgo. Terapeutyczna rozmowa jest dialogiem pacjenta z terapeutą określonym przez ich role i zasady gry.

Freud a metodologia psychoterapii

W 1883 r. Freud przez 5 miesięcy pracował w wiedeńskim Allgemeines Krankenhaus jako pomoc psychiatryczna u Theodora Meynerta, wybitnego neuroanatora i psychologa, co było jego pierwszym kontaktem z pacjentami psychatrycznymi. W tym samym roku dowiedział się też od swego kolegi po fachu, Josefa Breuera, o jego terapii słynnej Anny O. cierpiącej na „psychozę swoistego rodzaju”. W 1885 roku Freud przebywał wraz z Jeanem Martinem Charcotem w Salpetriere obserwując chorych z historią. Po powrocie do Wiednia rozpoczął prywatną praktykę lecząc pacjentów z zaburzeniami nerwowymi lub histerycznymi, przy czym najbardziej interesowały go te ostatnie. W 1888 r. Freud przetłumaczył De la suggestion et ses applications a la therapeutique Hippolyta Bernheima jako „sugestię i jej skuteczność terapeutyczną” a rok później odwiedził autora w Nancy.

W latach 90. XIX wieku opublikował znaczącą, choć niemal niezauważoną pracę „Psychische Behandlung (Seelenbehandlung),” czyli „psychoterapia albo leczenie duszy”:

leczenie zaburzeń ciała i ducha metodami (Mitteln), które od początku i bezpośrednio działają na stan psychiczny pacjenta (das Seelische). Pierwszą i najważniejszą z tych metod jest słowo, a słowa są najważniejszym narzędziem psychologicznej terapii (283). „Magia” słowa bierze się stąd, że słowa stanowią podstawowe narzędzie wpływu jaki jedna osoba może wywierać na inną. Słowa są dobrym sposobem wywoływania zmian emocjonalnych u osoby, do której są kierowane (str. 292).

Od początku Freud stwierdził, że wpływ i interakcja są nadrzędnymi dynamicznymi czynnikami warunkującymi skuteczność leczenia. Interesowały go dwie rzeczy: jak terapia działa i które choroby może leczyć. Teoria powstawania zaburzeń może być doświadczalna lub spekulatywna. Teoria leczenia musi być oparta na doświadczeniu. Oczekuje się też zgodności między naturą schorzenia a sposobem jego leczenia.

Freud zauważył, że zaburzenia ciała i ducha są wywoływane lub zaostrzane przez „gwałtowne uczucia, takie jak ciężki wstrząs lub nagła strata, wpływ strachu, gniewu, psychicznego bólu i seksualnej rozkoszy, utrzymujących się stanów niepokoju lub depresji, takich jak smutek, zmartwienie lub żal, głębokie upokorzenie lub hańba, a nawet znaczenie wielkiej nieoczekiwanej radości.” Te stany pojawiają się w „zaburzeniach czynnościowych [psychosomatycznych], neurastenii lub hysterii, obsesjach i zespole urojeniowym.” Uzewnętrzniają się jako „manifestacje emocji” (Ausdruck der Gemütsbewegungen). Stan umysłu danej osoby można wyczytać z napinania i rozluźniania mięśni twarzy, wyrazu oczu, ilości krwi w naczyniach skóry, zmian głosu, a także ruchów kończyn, szczególnie dłoni. Nie ma wątpliwości, że długość życia może się znacząco skrócić w wyniku gwałtownych emocji, takich jak ciężki wstrząs w wyniku nagłej utraty ukochanej osoby, pod wpływem strachu, wściekłości lub psychicznego bólu czy seksualnej rozkoszy, chronicznego stresu lub smutku, obawy, żalu, szoku czy upokorzenia. Wszystkie stany psychiczne, w tym te, które zazwyczaj uważamy za „procesy myślowe” są w pewnej mierze emocjonalne i żaden z nich nie może się obyć bez swojej cielesnej manifestacji. Nawet gdy osoba jest spokojna i zajęta przetwarzaniem ciągu skojarzeń albo obrazów, w mięśniach gładkich i prążkowanych wciąż zachodzą pobudzenia.

Trzeba tu podkreślić różnicę między odczuciami, świadomością nastroju, nieodłączną od personalnego doświadczenia świata, nas samych i innych osób a emocjami, zachowaniami i działaniami pod wpływem uczuć, skierowanymi na siebie lub innych. Dwa najpotężniejsze ludzkie działania-emocje to miłość i nienawiść. Chcę zaapelować o uznanie istotnej roli rzeczywistości emocjonalnej jako źródła myśli, marzeń i pragnień. Wspomnienie emocjonalnego wstrząsu zwiastuje teorię zaburzeń traumatycznych. Emocjonalna natura zaburzeń konkretnego pacjenta wymaga od terapeuty odpowiedniego, zorientowanego na emocje podejścia do leczenia:

Wszelkie wpływy umysłu, które okazały się skuteczne w leczeniu chorób mają w sobie coś nieprzewidywalnego, jak uczucia, wykorzystanie woli, odwrócenie uwagi, wzmacnianie oczekiwań ubarwiane wiarą (292). Lekarz używa swej osobowości by zdobyć zaufanie pacjenta, a do pewnego stopnia także jego uczucie.”

Opisane w powyższym fragmencie podejście to sugestia hipnotyczna. Dla terapeuty słowo stało się narzędziem sugestii, „ideą, którą hipnotyzer przekazuje słowami hipnotyzowanemu, wprowadza go swoimi słowami w hipnozę”, ten szczególny stan umysłu, „niepodobny do snu, w jaki zapadamy co noc ani do snu wywołanego lekami” (295), lecz stan marzenia, w którym osoba hipnotyzowana jest posłuszna hipnotyzerowi i wierzy mu bezgranicznie. Wierzy w ideę przekazaną mu słowem, jego magią, np. w to, że widzi węża. Hipnotyzowany widzi i słyszy podobnie jak my, gdy śnimy, tzn. ma halucynacje, bo jest względem hipnotyzera łatwowierny jak dziecko wobec ukochanych rodziców.

A oto dlaczego hipnoza działa:

Poza hipnozą, w codziennym życiu, taką wiarę, jaką hipnotyzowany wykazuje wobec hipnotyzera można spotkać jedynie u dziecka, które bezgranicznie wierzy ukochanym rodzicom, a postawa podobnego całkowitego poddania się jednej osoby działaniom drugiej występuje tylko w jednej, choć bardzo zbliżonej sytuacji: miłosego związku z pełnym oddaniem. Połączenie wyłączności z bezgraniczną wiarą i oddaniem wpisuje się na ogół w charakterystyczne cechy miłości (296).

W swojej książce z 1895 [?] *Studies on Hysteria* Freud nazwie to uczucie *Sympathie* - współczuciem, co po niemiecku jest synonimem miłości. W 1906 r. napisze do Junga: "W zasadzie wyleczenie dokonuje się przez miłość."

W swoim pierwszym opublikowanym w 1892 r. przypadku wyleczenia przez „sugestię hipnotyczną” młodej kobiety niezdolnej do karmienia piersią swego pierworodnego, u której rozpoznał *hysterique d'occasion*, Freud dodał jako przyczynę zaburzenia autosugestię. W obliczu „wstrząsu” porodowego i obaw nim wywołanych „pacjentka poprzez auto-sugestię weszła w stan „przeciw-woli”, co spowodowało zaprzestanie karmienia. Freud wyleczył ją dzięki „użyciu sugestii niwelującej wszystkie obawy młodej matki i tłumiącej uczucia, na których opierały się te obawy: Nie obawiaj się! Będziesz mieć mnóstwo pokarmu, a twoje dziecko będzie się wspaniale rozwijać.” Dramat zakończył się szczęśliwie, a sugestia znalazła swoje stałe miejsce w terapii, ale zagadka hysterii musiała jeszcze poczekać na rozwiązanie.

Freud potwierdził rolę słowa w psychoterapii raz jeszcze, w 1916 r.: „w terapii psychoanalitycznej nie dzieje się nic poza wymianą (*Austausch*) słów między pacjentem a jego analitykiem. Pacjent mówi i opowiada o swoich przeszłych doświadczeniach i obecnych wrażeniach, skargach, przyznaje się do swych pragnień i emocjonalnych popędów. Lekarz słucha, kieruje procesem myślowym pacjenta, zmienia go i wyjaśnia.” W 1921 r. napisał: „w indywidualnym życiu umysłowym osoby niezmiennie zaangażowani są inni ludzie; jako model, obiekt, pomocnik lub przeciwnik; zatem od samego początku psychologia indywidualna jest zarazem psychologią społeczną” (SE 18). W tej pracy Freud spojrzął na sugestię w nowym świetle i powiązał ją z prymitywnym wywoływaniem emocji, naśladownictwem i przekazywaniem uczuć – zjawiskami interpersonalnymi. W 1933 r. podsumował: „Ściśle rzecz biorąc istnieją tylko dwie nauki: psychologia, teoretyczna i stosowana, oraz nauki biologiczne. Także socjologia, która zajmuje się przeciw zachowaniami ludzi w społeczeństwie, nie może być niczym innym niż psychologią stosowaną”. W zdrowiu i chorobie słowa są nośnikami uczuć i idei między ludźmi, wywołują też psychiczny ból, czyli traumę.

Model traumy w odniesieniu do neuroz i psychoz

Następnym metodologicznym krokiem Freuda było rozwiązanie zagadki hysterii. Przez 2500 lat w medycynie pokutował mit wędrującej po ciele macicy [*hystera*], która wywoływała histerię, choć sam Hipokrates używał tego terminu wyłącznie przymiotnikowo - *histerike*. Przez stulecia hysterii używano jako myślowego skrótu wyjaśniającego proteańskie (czyli zmiennesobowojne - od imienia greckiego boga Proteusza, znanego z tego, że mógł przyjmować rozmaite kształty) imitacje chorób somatycznych u osób nazywanych histerykami, którzy chodzili od lekarza do lekarza ze swoimi zmyślonymi dolegliwościami niczym z opowieści barona Munchhausena. Zrehabilitowani przez Charcota, pacjenci z histerią znaleźli współczucie i zrozumienie u Breuera i Freuda. W 1893 r., łącząc doświadczenia Anny O., psycho-mesmerystów i badania Charcota, Janeta i Bernheima ci dwaj opublikowali „O psychicznym mechanizmie zjawisk histerycznych” - pierwszy rozdział ich wydanej w 1895 r. książki *Badania nad Histerią*.

Autorzy zaobserwowali, że analogicznie do fizycznego urazu, dla objawów histerycznych czynnikiem wyzwalamym jest uraz psychiczny, jakiegokolwiek doświadczenie (*Erlebnis*) które wywołuje niekorzystne uczucia—takie jak strach, niepokój, wstyd czy psychiczny ból—zależnie od podatności osoby, która urazu doznała; lub zamiast pojedynczego, silnego urazu występuje szereg drobniejszych, tworzących wspólnie grupę czynników wyzwalamych zdolnych poprzez sumowanie swoich efektów wywołać traumatyczny skutek (6).

Kluczowym słowem jest tu *Erlebnis*, które po niemiecku ma szersze znaczenie i określa nie tylko

bezpośrednie uczestnictwo w wydarzeniu, ale i współuczestnictwo, obserwację, zdarzenie pozytywne jak i negatywne. Ze względu na to, że uraz psychiczny jest zdarzeniem interpersonalnym, każda egzystencjalna trauma jest ipso facto dramatem życiowym. Zauważyli też, że „stosunkowo często jakieś zdarzenie z dzieciństwa wywołuje mniej lub bardziej wyraźne objawy, które utrzymują się przez wiele lat” (4), chodzi tu o dramaty z dzieciństwa.

Na tym etapie Freud zajmował się zdarzeniami i emocjami oraz przyczynami zaburzenia leżącymi w relacjach interpersonalnych, jak to opisano w jedynej historii mężczyzny zawartej w *Studies on Hysteria*:

Urzędnik, który popadł w histerię na skutek złego traktowania przez przełożonego, cierpiał z powodu napadów, w trakcie których mdlał i wpadał w szal, nie wypowiadając przy tym ani słowa. Poddany hipnozie ujawnił, że przeżywał scenę, w której pracodawca obraził go na ulicy i uderzył laską.

Autorzy stwierdzili, że histerycy cierpią przeważnie z powodu przetrwałych wspomnień przeżytej traumy. Breuer nazwał swoją terapię przypominania początkowej traumatycznej-dramatycznej sceny „z halucynacyjną wręcz jasnością” i pełnym wyrażaniem emocji – metodą katharsis, zapożyczając z arystotelesowskiej teorii dramatu termin oznaczający dosłownie czyszczenie jelit, a w przenośni – uwalnianie stłamszonych emocji. „W arystotelesowskiej i platońskiej koncepcji katharsis jest działaniem psychagogicznym, które dzięki zastosowaniu właściwych słów prowadzi do sophrosyne (umiarkowania)” (Enralgo, 53). Terapia metodą katharsis ujawnia nieświadome związki między śladami w pamięci a przeżyтыми, traumatycznymi wydarzeniami. To terapeutyczne rozwiązanie pozwala na usunięcie, pozbycie się następstw traumy.

Dla pacjentki Breuera, Anny O., traumą była długa choroba i śmierć ojca, w efekcie „ubarwiała swe życie zatapiając się w marzeniach, które opisywała jako >>swój prywatny teatr<<, w jej halucynacjach pojawiały się przerażające obrazy czaszek i szkieletów. Gdy to przeżywała, częściowo dramatyzowała te omamy opowiadając o nich”. Jak z tego wynika, Anna O. dramatyzowała na dwa sposoby, w marzeniach i w działaniach, w fantazjach i w rzeczywistości. Wyrażenie „dramatyzowała” zagubiło się w przekładzie Stracheya. U Breuera występowało w tym kontekście archaiczne słowo tragieren, oznaczające [aktorski] udział w tragedii. Freud przerobił je na agieren, czyli „odgrywać problem”, zamiast „opisywać problem”.

W 1896 r. Freud opublikował swoją analizę przypadku Pani P., „32-letniej mężatki, matki dwulátka. Sześć miesięcy po urodzeniu dziecka stała się niekomunikatywna i nieufna, nie chciała się kontaktować z braćmi i siostrami męża. Po kłótni męża z jej bratem popadła w depresję, wykazywała urojenia ksobne i prześladowcze, zdawało jej się, że widzi ciała nagich kobiet, odczuwa „somatyczne zaburzenia w jamie brzusznej” i słyszy obraźliwe głosy. Freud zastosował „celem zbadania i usunięcia halucynacji, metodę Breuera dokładnie tak jak w przypadku hysterii, zakładając, że w przypadku paranoi – podobnie jak w dwu innych neurozach obronnych – muszą istnieć nieświadome myśli i wyparte wspomnienia.” Freud uznał głosy jako „myśli wypowiedane na głos, co stanowiło „dziwaczny sposób ekspresji i niezwykłą formę wysławiania się jako ślady zniekształcenia przez kompromis.” Uznawał uwłaczające głosy, które pacjentka słyszała za samoobwinianie się, obronę „poprzez coś, co można by opisać jako projekcję”, co było pierwszym opublikowanym użyciem tego terminu. Następnie Freud prześledził genezę tego samoobwiniania się i uznał, że chodzi o „doświadczenia podobne do traumy z dzieciństwa”, „serię zdarzeń z czasów od szóstego-ósmego do siedemnastego roku życia, kiedy to jej brat i siostra regularnie pokazywali się sobie nawzajem nago przed pójściem spać”. W 1907 r. Jung skomentował tę analizę następująco: „W 1896 Freud analizował przypadek paranoi i wykazał, w jaki sposób objawy były precyzyjnie określone poprzez transformacyjny mechanizm hysterii; że paranoja, podobnie jak histeria i obsesje ma swój początek w wypieraniu bolesnych wspomnień, i że uzewnętrznienie objawów zależy od tego, co zostało wyparte”. Trauma z dzieciństwa była dramatem, podobnie jak choroba kobiety, związana z bieżącymi dramataми w rodzinie i nasiloną przez czytanie powieści Otto Ludwiga Die Heitheretei

und ihr Widerspiel, z której bohaterką pacjentka mocno się identyfikowała.

Dramatyzacja obrazów jest najistotniejszym elementem nie tylko halucynacji, ale także marzeń sennych i tych na jawie.

Senny model neuroz i psychoz

Końcowym etapem ewolucji Freuda jako psychoterapeuty było zastąpienie hipnozy metodą wolnych skojarzeń, autentyczną metodą interpretacji snów, neuroz i psychoz w jego przełomowym dziele *Objaśnianie Marzeń Sennych*: „choć zagadnienie marzeń sennych pojawiało się w moich wcześniejszych pracach na temat psychologii neuroz, powinienem pójść w przeciwnym kierunku – badać marzenia jako sposób podejścia do psychologii neuroz” (588). Pamięć odgrywa rolę tak w snach jak i w neurozach, gdyż w obu tych stanach mamy do czynienia z jednorodną strukturą dualną. W marzeniach sennych występuje (1) świadoma zawartość, zastanawiająca i dziwaczna, reprezentowana przez obrazy lub dramatyzowana w ich kontekście, np. obrazowa myśl, scena, niekiedy zawierająca dziwaczne słowa lub wypowiedzi, z towarzyszącymi – oprócz dramatyzacji – emocjami ukształtowanymi przez przemieszczenie i kondensację oraz (2) ukryty element nieświadomy, pozostałość dzienną, odkrywaną metodą wolnych skojarzeń i wyrażaną bezpośrednim językiem, szczegółowo opisującą dramatyczno-traumatyczne zdarzenia i emocje, które poprzedzały sen i sprowokowały jego wystąpienie. Transformacyjnej dynamice snu i jego działaniu (Traumarbeit) towarzyszą działania urojeń (Wahnarbeit) i halucynacji. Zarówno jawną neurozę jak i przeżywane marzenia sennie wywołują świeże urazy i dawne traumy z dzieciństwa; w obydwu jawna treść jest transformacją lub przełożeniem języka codziennego życia na język fantazji i spełnionych życzeń jako zadośćuczynienia za konflikt i psychiczny ból; obydwie są zapisem życia, obie można ujawnić dzięki wolnym skojarzeniom, przełamaniu oporu [podświadomości] i właściwej interpretacji.

Podobna dynamika działa w figuratywnym, poetyckim języku metafor, alegorii i porównań. Neurotycy i psychotycy to naturalni poeci. Mają też poczucie humoru, bawią się, robią psikusy i sztuczki.

Marzyciel, osoba z halucynacjami i ta z urojeniami były podobnie postrzegane. Freud cytował Kanta, który powiedział „szaleńiec to śniący na jawie”; Schopenhauera, który „nazwał sen – krótkotrwałym szaleństwem a szaleństwo - długim snem” i XIX-wiecznego psychiatrę A. Kraussa: „szaleństwo to sen śniony gdy zmysły się zbudziły”. Jednakże w ostatnim ćwierćwieczu psychiatrzy błędnie zrównywali śnienie z percepcją zmysłową, podczas gdy halucynacje określali negatywnie, jako patologiczne postrzeganie nieistniejących obiektów, zamiast pozytywnie, jako aktywność psychiczną sui generis, co wykazałem w mojej pracy z 1982 r.: „Psychopatologia halucynacji - analiza metodologiczna.” Mój znakomity krajan Gustaw Bychowski w swojej książce *Metafizyka i Schizofrenia* z 1923 roku, którą niedawno odkryłem, pisał: „Istnieje różnica między wyobrażaniem a postrzeganiem zmysłowym, i nie jest ona tylko ilościowa. Nawet najbardziej intensywne wyobrażenie nie ma obiektywizmu postrzegania, zaś nawet najbardziej błahе doświadczenie zmysłowe nie może stać się subiektywnym wyobrażeniem. W snach, gdy wycofujemy się z realnego świata, przestają nas obowiązywać jego prawa i możemy zmieniać swoje wewnętrzne życie, widzimy obrazy i prowadzimy rozmowy albo ich słuchamy.” Karl Jaspers nie rozumiał tego rozróżnienia. Dzięki sugestii hipnotyzer może sprawić, że podmiot jego działania będzie doświadczał obrazów, ale nie może sprawić, że zobaczy je zmysłem wzroku.

Halucynacje nie muszą być dowodem psychozy, czego Freud sam doświadczył:

Dwukrotnie w życiu byłem w niebezpieczeństwie i za każdym razem świadomość tego docierała do mnie stosunkowo nagle. W obu przypadkach czułem, że to koniec i gdy przy innych okazjach mój wewnętrzny głos był zaledwie szeptem i nieznacznym ruchem warg, w tych sytuacjach zagrożenia słowa słyszałem tak wyraźnie, jakby ktoś wykrzykiwał mi je do ucha i w tej samej chwili widziałem je tak wyraźnie, jakby były wypisane na kawałku papieru unoszącym się w powietrzu (Freud, 1891, „O Afazji,” p.62).

Sny, halucynacje i urojenia zostały przez Eugena Bleulera zρέcznie nazwane dereistycznymi, w związku z łacińskim słowem „res” oznaczającym rzecz. Nie wiązały się bowiem z rzeczywistością rzeczy, lecz z myślami, z ich własnymi prawami, językiem i logiką. Nie są one tylko spełnieniem pragnień, lecz i historią życiowych dramatów i psychicznych urazów. Podobnie jak sny, urojenia i halucynacje można odczytać dzięki metodzie wzajemnych wolnych skojarzeń, współpracy pacjenta i terapeuty. Śniący, halucynujący, rojący jest autorem, producentem, aktorem i publicznością swoich wymyślonych scenariuszy. Źródłem tych wymyślonych intrapersonalnych scenariuszy są, zgodnie z dramatologicznym podejściem do zagadnienia, interpersonalne sceny, dramaty konfliktu i kryzysu, pożądania i obrony.

Od traumy i snów do dramatologizmu

Opisując leczone przypadki uderzyło Freuda, że jego opisy można czytać jak opowiadania i że brak im naukowej powagi; za taki stan ewidentnie odpowiedzialna jest zaś natura przedmiotu. Jednakże szczegółowy opis procesów psychicznych, taki, jaki przywykliśmy znajdować w dziełach kreatywnych pisarzy, pozwolił mu odzwierciedlić niezwykle bliski związek między opowieścią cierpiącego chorego a objawami jego choroby” (160).

Według Entralgo: „Freud odkrył bezdyskusyjną konieczność dialogu z pacjentem, opisującego epizod choroby w kontekście całego dotychczasowego życia” (128, 130). Jego historie choroby nie ograniczały się do narracji i opisu, były wypełnione ożywionymi dialogami, czyli rozmowami oddającymi niezwykle wyraźne wspomnienia traumatycznych zdarzeń, czyli dramatów. W potocznym języku dramat oznacza ważne wydarzenie albo niezwykle silny, nasycony emocjonalnie i niespokojny stan umysłu. W życiu każdego zdarzają się zatem i wielkie dramaty i setki pomniejszych zdarzeń. Freuda interesowały zarówno wielkie powieści jak i wielkie dramaty, te ostatnie zainteresowania opisał profesor literatury Gunnar Brandell w książce *Freud a man of his century* [Freud, człowiek swego czasu]. Najbardziej znany freudowski kompleks – kompleks Edypa zainspirowany był dziełami Sofoklesa. Innym ważnym źródłem inspiracji był dla Freuda Henryk Ibsen. Dwa literackie gatunki używane do portretowania ludzkich działań i interakcji oraz do przekazywania tych ostatnich innym osobom, to narracja (z łacińskiego *narrare* - czynić wiadomym), tj. opowiadanie słuchaczom historii albo pisanie książek oraz dramat (z greckiego *πρωτοβουλομαι* - dran oznaczającego działać), tj. pokazywanie widzom wystawianych i odgrywanych fabuł. Opowiadania są przede wszystkim opisem, albo autobiograficznym (w pierwszej osobie, przeżyć autora) albo biograficznym (w trzeciej osobie, przeżyć kogoś innego). Nauka również tworzy opowiadania, raporty badawcze i opisy przypadków. Nauka o narracji, czy to literackiej czy naukowej, nazywa się narratologią i występuje pod tą nazwą w słownikach.

Ja zaproponowałem termin „dramatologizm” jako uzupełnienie narratologii. Słowo to nie występuje jeszcze w słownikach ale w angielskiej wersji („dramatology”) pojawiło się już w Wikipedii. Jako dramatologista skupiam się na rzeczywistej osobie, która wywiera na mnie wpływ swoją fizycznością, określonym ubiorem, pewną duchową aurą, zaś tak treść jak i intencje wzajemnej komunikacji są kształtowane na poziomie słów, mimiki i mowy ciała, zachowania, wyrazu twarzy, nastroju, melodii głosu. Socjologicznie, dramatologizm zajmuje się charakterem, postępowaniem, konfliktem, kryzysem, sumieniem, spowiedzią i konfrontacją. Psychologicznie nurt ten opiera się na funkcji dramatyzacji, zdolności do tworzenia obrazów, wymyślonych, obrazowych scenariuszy obejmujących działania, emocje, wrażenia, sceny i konwersacje. Podczas gdy narratologizm posługuje się opisem i może zawierać elementy rozmowy, dramatologizm to wyłącznie akcja i rozmowa, z użyciem zarówno niewerbalnych, ekspresyjnych działań naśladowczych jak i słów. Dramatologizm różni się od dramaturgii, sztuki pisania, wystawiania i odgrywania sztuk w teatrze, a co za tym idzie z fikcyjnymi postaciami. Sztuka naśladuje życie, a życie tworzy sztukę. Freud wspominał, że wykłady Charcota były wyśmiewane przez nieprzychylnie nastawione doń osoby jako „teatralne”, zaś asystenci mistrza przyznawali się, że instruowali kobiety jak mają „grać”, czego przykładem była omdlewająca Blanche Wittmann, „królowa histeryczek”, padająca w

ramiona Babińskiego na słynnym obrazie Brouilleta z 1887 r., którego kopia wisiała w poczekalni Freuda przy ulicy Berggasse 19.

Choć histeria została usunięta z DSM-IV, freudowska histeria konwersyjna żyje dalej, pod nazwą „zaburzenie konwersyjne”, jako jedna z postaci „zaburzeń występujących pod postacią somatyczną, niezgodnych ze znanymi szlakami anatomicznymi ani mechanizmami fizjologicznymi, które zamiast tego odzwierciedlają wyobrażenie pacjenta o danej chorobie” (452), określone przez ich opowieści i wyobrażenia. Tylko jeden krok dzieli zachowania „histryczne”, w powszechnej opinii oznaczające nadmiernie i sztucznie emocjonalne od określenia ich jako histrioniczne, tj., teatralne i ekstrawagancko ekshibicjonistyczne (z łacińskiego *histrion* - aktor), co dało początek znajdowanemu w DSM-IV histrionicznemu zaburzeniu osobowości, „charakteryzującemu się dramatyzacją, teatralnością zachowań i przesadnym wyrazem emocjonalnym.” Na scenie albo w pantomimie aktorzy wcielają się w grane przez siebie postacie imitując ich ruchy, podobnie dzieje się podczas pantomimicznej gry w odgadywanie haseł; tak samo histeryk wciela się w osobę sparaliżowaną, choć nie ma żadnych uszkodzeń, ani organicznych ani funkcjonalnych, podczas gdy katatonik poprzez tzw. woskową sztywność wciela się w trupa albo dziecko kontrolowane przez starszych. Jak rozmawiać z takim katatonikiem?

Do psychotyka mówić miłością

Na międzynarodowej konferencji O przyczynach schizofrenii, zorganizowanej w 1967 roku na moim macierzystym wydziale psychiatrii Johna Romano w Rochester NY, w płomiennej mowie Ronald Laing obwieścił, brak jest porozumienia w kwestii tego, czym jest schizofrenia i wyśmiał okrągłe wyrażenia „psychiatryczne” (języka psychiatrii i psychiatrów): „schizofrenia to określenie schorzenia, które większość psychiatrów przypisuje pacjentom, których nazywają schizofrenikami”. Podobne wątpliwości wyrażali inni uczestnicy o zbliżonych poglądach, Theodore Lidz i Lyman Wynne, przyszły szef wydziału, skupiający się na rodzinnych, społecznych i kulturowych kontekstach tych chorych. Dramatologizm nigdzie nie jest tak istotny jak w terapii rodzinnej i grupowej. Właściwe pytanie brzmi co ludzie nazywani schizofrenikami robią w rodzinach i społecznościach, jak się w nich zachowują, kontaktują i komunikują we wspólnie odgrywanych scenach (dramatach), czy też - jak to ujął Wynne - transakcjach, i jak my jako terapeuci kontaktujemy się z nimi. Ze względu na to, że podstawową rolę odgrywały słowa i przemowy myślę, że możemy zgodzić się co do jednego: większość tak zwanych schizofreników mówi specyficznym językiem. Uświadomiłem to sobie dzięki książce, którą przeczytałem jako stażysta: wydanej w 1962 r. *My Language is Me Psychotherapy with a Disturbed Adolescent* (Mój język to ja - Psychoterapia Nastolatka z Zaburzeniami) Beulah Parker, z przedmową Lidza. -Ta książka - pisała Parker - to historia procesu obopólnego uczenia się, zachodzącego między zaburzonym chłopcem a jego terapeutą. Każdy wyniósł z niego wartościową lekcję. Chłopiec nauczył się dopuszczać inną osobę do swojego prywatnego świata, by pomagała mu pracować nad jego konfliktami. Terapeuta nauczył się mówić nowym językiem, dostrajać się do wysoce indywidualnego procesu myślowego i tłumaczyć jego szyfr, jego prywatny język żywych, obrazowych projekcji, „kreatywnie” stosować metafory, porównania i alegorie dotyczące rozmaitych gadżetów i urzędzeń, by przekładać je na rzeczywistość osób, zdarzeń i emocji.

Podobnie jak sen śniony jest pełniejszy od wspomnienia tego snu, tak myśli i uczucia schizofreników są bardziej rozbudowane niż ich język, i to z wielu powodów. (1) Myślenie słowami poprzedzone jest myśleniem i odczuwaniem w okresie prewerbalnym, gdy matka i dziecko uczą się od siebie nawzajem języka i miłości w procesie kontaktów cielesnych, uczuciowego złączenia i porozumiewania się przy pomocy gestów i wzajemnie wzbudzanych emocji. Matka i dziecko przystosowują się do siebie nawzajem, by zapewnić dziecku przeżycie. Taka adaptacja zachodzi na poziomie biologicznym i psychologicznym. U zwierząt istnieje w tej parze ustalona harmonia, u ludzi w procesie porozumiewania się może dochodzić do urazów. Nie można potwierdzić, czy może to prowadzić do późniejszych zaburzeń. (2) Podobnie jak w przypadku błędnego podpo-

rządkowania halucynacji doznaniom zmysłowym, psychiatrzy spatologizowali język i logikę schizofreników jako konkretne, prymitywne, paralogiczne (von Domarus) i regresyjne w porównaniu z progresywną logiką arystotelesowską oraz zdolnością do dyskusji i opisów opartych na abstrakcjach. Jednakże, co jasno wyraziła filozof Susan Langer, język emocjonalny i przedstawieniowy są starsze niż dyskursywny; ten ostatni przydatny jedynie do wyrażania idei czysto intelektualnych. Absolutnie koniecznym jest zrozumienie myśli, uczuć i języka dziecka.

Dzieci nie oddzielają postrzegania od emocji, uczuć i wrażeń od idei. Działają z pierwotną jednością umysłu, w którym poznanie połączone jest lub ściśle czasowo związane z emocją i różnego stopnia działaniem, jednością nazywaną przez psychologów ideomotoryczną. A zatem emocje poprzedzają intelektualne idee i są w nich później wyrażane. Dzieci zrównują myślenie z mówieniem i umieszczają myśli i mówiące głosy w różnych częściach ciała, co spotykamy także w Biblii (mądrość umieszczana jest tam w nerkach lub nadnerczach, a uczucia w brzuchu) oraz u ludów pierwotnych. Co więcej, dzieci także myślą żywymi ejdetycznymi, obrazowymi wyobrażeniami. To fatalny przesąd, że dzieci żyją w świecie fantazji i nie znają rzeczywistości: przeciwnie, są doskonale dostrojone do rzeczywistości i w swoich grach z lalkami i żołnierzami świetnie rozumieją różnicę między udawaniem a postrzeganiem. Podobnie, Schreber lokalizował swoje głosy w nerwach i określał ten proces jako „język nerwów i wewnętrznych głosów: odbieram wrażenia świetlne i dźwiękowe, które są przekazywane promieniami bezpośrednio do mojego wewnętrznego układu nerwowego; do ich odbioru niepotrzebne są zewnętrzne narządy wzroku ani słuchu”. Paul Federn, wybitny badacz psychoz zauważył, że u schizofrenika „lecymy wiele dzieci w różnym wieku”. Uznanie, że osoba z psychozą jest całkowicie psychotyczna, czyli, że staje się dzieckiem, to przykład *déformation professionnelle*, profesjonalnych „kłapek na oczach”, gdyż dorosły nie jest już dzieckiem i choćby nie wiem jak był chory, wciąż posługuje się częścią swojej zdrowej osobowości, np. jak to wykazał zapomniany dziś francuski psychiatra Henri Baruk.

Dzieci posiadają inteligencję emocjonalną. Od razu wiedzą, jak głęboki jest związek między magią miłości a magią słowa. Wiedzą, że życie jest miłością a frustracje, traumy i nienawiść mogą zniszczyć i życie i miłość. Zaburzenia u dzieci i dorosłych są w dużej mierze emocjonalne: to kryzysy miłości, wywołane jej brakiem, nadmiarem albo skrzywieniem. Stąd lęk to strach przed utratą miłości; depresja to żal po stracie miłości; mania to nadmiar miłości; paranoja, to zazdrość i zawiść o miłość; sadyzm i masochizm to miłość skrzywiona; nienawistna agresja to niszczenie miłości. To dramaty miłości i kryzysy miłości sprawiają, że ludzie cierpią i szukają terapii.

Kryzysy miłości stanowią trzon dramatów, a traumy miłości są szczególnie uwidocznione u osób określanych na podstawie charakterystycznych cech budowy ciała jako osobowości schizoidalne, schizotypiczne lub schizotypowe, u Kretschmera – sensorywne (leptosomiccy, asteniccy vs. pykniccy), z ich nawykami myślenia i odczuwania, które określają ich reakcje na bodźce w relacjach i sytuacjach interpersonalnych. Takie osoby są niezwykle świadome rzeczywistego wpływu jaki mają na nich inni ludzie, są też niezwykle wrażliwe i łatwo je zranić, tj. inni mogą przyprawić je o traumę. W konsekwencji na traumę frustracji albo reagują gwałtownym gniewem albo wycofują się w stan apatii, autyzmu, autystycznej zadumy lub autystycznej mowy. Ich chłód i pompacyjna samowystarczalność budzą dziwną fascynację. Jeśli histeryk przypochlebia się niczym pies, schizoid izoluje się jak kot.

W duchu dramatologizmu, podczas rozmowy z psychotykiem nie ma rozpoznań, są indywidualne życiowe dramaty i historie, pamiętane lub odgrywane;

nie ma uniwersalnej dynamiki, są wyrażenia uczuć „tu i teraz”, wyrażanie rzeczywistych treści i zamiarów, obecnych potrzeb i pragnień;

nie ma wzorów interpretacji, jest uświadamianie sobie świadomych i nieświadomych procesów w postaci gestów, słów, metafor, obrazów, fantazji przekazywanych wzajemnie między mówiącym a słuchaczem. Uczysz miłością.

Harry Stack Sullivan, który ogłosił *The Fusion of Psychiatry and Social Science* (połączenie psychia-

trii i nauk społecznych) i spopularyzował wyrażenie „interpersonalny”, uczył: „Wszyscy jesteśmy bardziej ludzcy niż mniej. Gdy zadowolenie albo bezpieczeństwo drugiej osoby staje się dla kogoś równie ważne jak jego własne, mamy do czynienia ze stanem miłości”. Liderzy w dziedzinie psychoz zalecali to samo: edukować, uczyć, wychowywać psychotyka miłością, zaangażowaniem, współczuciem i optymizmem; życzliwością, zainteresowaniem i niewyczerpaną cierpliwością; bezwarunkową akceptacją, bez odreagowywania frustracji agresji czy wrogości pacjenta, bez okazywania lekceważenia, podejrzliwości ani jakichkolwiek innych przejawów wrogości; unikając udawania czy okłamywania; słuchając i rozmawiając, będąc chłonnym i aktywnym. Było to jasne dla pionierów: Adolfa Meyera, Sullivana, Gustawa Bychowskiego, Gaetano Benedetti, Martiego Siirali, Johna Rosena, Friedy Fromm-Reichmann, Harolda Searlesa, a także dla obecnych tu Iryö Alanena, Johna Martindale’a, Ann-Louise Silver, Briana Koehlera i wielu innych. Theodore Lidz, Lyman Wynne i Helm Stierlin przenieśli te zasady do terapii rodzinnej. Dramatologizm jest szczególnie istotny w rodzinnej i grupowej terapii osób psychotycznych, zarówno w postaci psychodram ze scenariuszem jak i spontanicznych interakcji dramatycznych.

Wspomniani autorzy nie postrzegali osoby z psychozą jako „obcego” oddzielonego przepaścią od reszty ludzkości. Dostrzeżona u tych chorych umiejętność dramatyzacji została zrozumiana i wykorzystana terapeutycznie przez Johna Rosena w jego metodzie bezpośredniej analizy, który to termin zasugerował mu Paul Federn. Rosen działał, by „obudzić śpiącego poprzez odkrycie rzeczywistej zawartości jego psychozy. Ponieważ pacjent zachowywał się jak niemowlę, terapeuta musiał przyjąć rolę kochającego, wszechmogącego obrońcy i żywiciela, musiał stać się idealizowaną matką, której zadaniem jest ponowne wychowanie pacjenta. Bezpośrednia analiza uświadamia cierpiącemu, że jego niezrozumiałe niemowlęce sygnały są przez kogoś rozumiane”. To nie tylko dramatologizm ale i psychodrama, metoda opracowana przez Jacoba Moreno w Stanach Zjednoczonych i tam niemal zapomniana, ale wciąż popularna w Europie. Gaetano Benedetti, którego Manfred Bleuler wysłał na nauki z Johnem Rosenem, zastosował tę aktywną metodę w terapii Otto Lehnera w 1954 r. Benedetti uznał urojenia Lehnera za odgrywanie traumatycznego związku chorego z rodzicami. Patrząc na pacjenta jak na skrzywdzone dziecko, Benedetti odegrał w psychodramie rolę opiekuńczego ojca i zinterpretował homoseksualny motyw choroby nie jako seksualne pożądanie lecz jako pragnienie bycia kochanym przez ojca, powtarzając dziecięcy dramat „ojciec-syn” i korygując doświadczenia emocjonalne metody tej użyła też Marguerite Sechehaye jako symbolicznego urzeczywistnienia. Podziw dla Benedettiego wyrażał Martti Siirala w swoich książkach *Die Schizophrenie des Einzelnen und der Allgemeinheit* (1961) i *From Transfer to Transference* (1983), które mi zadedykował. Siirala pisał o terapii jako o spotkaniu „humoru w schizofrenicznej sytuacji”, „interpersonalnego charakteru ludzkich dolegliwości”, ciała jako komunikacji interpersonalnej, roli miłości, tego co nazywał „przekazem”, „ciężaru współodpowiedzialności” w społeczeństwie, odzwierciedlonego w „wielofazowym dramacie” sytuacji terapeutycznej. Słowo jako trauma

Nie ma zaburzenia psychospołecznego, w którym psychiczna trauma nie odgrywałaby przyczynowej roli: to wszechobecna, nadrzędna zmienna, która przebiega przez wszystkie interakcje w zdrowiu i w chorobie, w tym w psychozach. Podczas gdy u Freuda trauma została odkryta, sformułowana i ponownie ujawniona po I WŚ w dziele z 1920 r. *Beyond the Pleasure Principle* (Poza zasadą przyjemności), jako poprzedniczka współczesnego zespołu stresu pourazowego, oraz w jego ostatniej pracy *Moses and Monotheism* (Mojżesz i monoteizm) z 1938, najwierniejszy uczeń Freuda, Sandor Ferenczi, nigdy nie stracił z oczu roli traumy w powstawaniu i terapii zaburzeń, i w dramatologizmie miłości, i był pierwszym, który opisał mechanizm adaptacji.

Chciałbym podkreślić rolę traumy i stresu w homeostazie interakcji terapeutycznych jako wzajemnej adaptacji: wloty i upadki między harmonią i dysonansem, bezpieczeństwem i zagrożeniem, frustracją i zaspokojeniem potrzeb; przyplawy i odpływy silnych uczuć, przyjaznych lub wrogich, erotycznych i agresywnych. Tak jak w codziennym życiu słowa mogą leczyć lub ranić,

kąsać lub koić, palić i chłodzić, ranić i leczyć. Co więcej, słowa mogą odkrywać i ukrywać zamiary mówiącego, który może mówić szczerze albo kłamać, siać nieufność zamiast zaufania, ukrywać niechęć pod hipokryzyjnym płaszczkiem dobrej woli. Takie interakcje są traumatyczne; wymagają rozpoznania i naprawy poprzez auto-regulacje i regulacje odwzajemnione.

Kilka lekcji z historii

Trzej profesorowie wyrazili swoje opinie o psychiatrii.

(1) Prof. Kraepelin w 1918 r. utrzymywał, że „klucz do zrozumienia szaleństwa kryje się w stanie mózgu”.

Naukowa metodologia Kraepelina sprowadzała się do dwóch rzeczy: 1. sprowadzić umysł do materii; 2. zbierać, klasyfikować i przekształcać poprzez abstrahowanie i generalizację, tysiące jednostkowych obserwacji, jakie spisał na swych słynnych karteczkach, w klasy zaburzeń i rozpoznania. W ten sposób stworzono statyczną, opisową naukę, odpowiednią do nauczania i przekazywania w podręcznikach. Podczas jednak gdy zaburzenie somatyczne można z pewnym przybliżeniem wtłoczyć w ramy species morbosae à la Sydenham, albo botanicznego czy zoologicznego gatunku à la Linneusz, z całym szacunkiem Panie Kraepelin, z zaburzeniami psychiatrycznym nie da się tak zrobić. W medycynie bowiem objaw, np. gorączka, jest przejawem stanu, zapalenia płuc, ujawnionego poprzez obserwację innych objawów i badań laboratoryjnych. Tymczasem w psychiatrii tak zwany objaw jest działaniem, formą zachowania, sceną dramatu. Nie istnieje w mózgu, istnieje pomiędzy ludźmi: do zapalenia płuc wystarczy jeden, do tanga, rozmowy czy paranoi – trzeba dwojga. Schorzenia somatyczne i ich rozpoznania są odkrywane, rozpoznania zaburzeń zachowania są... wymyślane, tworzone.

Psychiatria nie zajmuje się organizmem ani uniwersalnym abstraktem, lecz człowiekiem, zdrowym czy szalonym, który w pewien sposób zachowuje się względem innych: konkretnym, jednostkowym, niepowtarzalnym osobnikiem z fizycznymi, psychologicznymi i kulturowymi cechami charakteru oraz własną historią. U chorego z zapaleniem płuc prowadzimy obserwację i osłuchujemy go, z osobą, która wypowiada dziwaczne idee wchodzimy w relację, jak uczył Sullivan, poprzez uczestniczącą obserwację w konwersacji, co oznacza empatię. Jak wykazał esencjalista J.G. Scadding, „definicje [choroby], pragnące dokonać niemożliwego, czyli określić sens rzeczy definiowanej - definiendum, nie mają w nauce miejsca” (p. 243). Przeciwnością esencjalizmu jest w psychiatrii egzystencjalizm: jak stwierdził Sartre, egzystencja poprzedza esencję.

Naukowa psychiatria organiczna i terapie somatyczne stanowią jedną dziedzinę, interpersonalna psychiatria psychospołeczna i psychoterapia należą do zupełnie innej. Co ciekawe, 5. wydanie cytowanego przez Schrebera podręcznika Kraepelina zawierało dobrze napisany rozdział nt. „Psychische Behandlung” szaleństwa, cytujący pochodzące z 1893 roku tłumaczenie przez Freuda *New studies on hypnotism, suggestion, and psychotherapy* (Nowe badania nad hipnotyzmem, sugestią i psychoterapią) Bernheima. Wspominał on także *Emotionspsychose* i ubolewał nad nadmiernym zainteresowaniem w paranoi jej warstwą intelektualną kosztem kwestii emocjonalnych. Stosowana przez Eugena Bleulera metoda leczenia schizofrenii, choć szanująca prace Kraepelina, znacząco od nich odchodziła; odwoływała się do pochodzących z pierwszej poł. XIX w. poglądów na psychozy, które Kraepelin wyśmiewał jako „powierzchowne”, „naiwne” i „arbitralne”, „mieszanię”. We Francji Pinel i Esquirol praktykowali *traitement moral*, czyli psychoterapię. W Niemczech psychiatrzy stosujący metody psychologiczne byli nazywani *Psychiker*: Johann Christian Heinroth (ur. w 1773), profesor „*psychische Therapie*” na Uniwersytecie w Lipsku uczył w 1811 r., że zdrowie psychiczne to wolność, a choroba to utrata tej wolności w wyniku samouwielbienia i innych pasji, czyli emocji (212) wywołujących urojenia. Podobnie Karl Wilhelm Ideler (ur. w 1795) twierdził, że niezaspokojony popęd seksualny prowadzi do ucieczki w fantazje i że urojenia należy prześledzić aż do wczesnego dzieciństwa. W 1845 r. Wilhelm Griesinger (ur. w 1817) ogłosił, że „choroby umysłowe to choroby mózgu”, czym otworzył drogę do obalenia *Psychiker* przez *Somatiker* - organików, i do powstania psychiatrii organicznej i mechanistycznej.

Tradycja Psychiker wróciła pod koniec lat 80. XIX wieku za sprawą dwóch szwajcarskich psychiatrów: Forela i Bleulera. Auguste Forel (ur. w 1848), autor książki o hipnotyzmie recenzowanej przez Freuda, później znany jako myrmekolog i seksuolog, był nauczycielem urodzonego w Szwajcarii Adolfa Meyera (ur. w 1866), architekta psychiatrii psychobiologicznej w Stanach Zjednoczonych, autora pierwszej klasyfikacji DSM z 1950 r., w której psychozy nazwane były reakcjami na stresy społeczne w przebiegu życia jednostki. Od III. wydania DSM „reakcje” przemianowano na „zaburzenia”, w oparciu o system Kraepelina, w którym halucynacje i urojenia są postrzegane jako główne kryteria diagnostyczne schizofrenii, i w którym nie wspomina się o afektach.

Bleuler przemianował *dementia praecox* na schizofrenię i ukuł zręczny przymiotnik, „schizofreniczny”. Dokonał też rozróżnienia między chorobą pierwotną, w której na 4 objawy A: (1) asocjacje (skojarzenia), ich rozluźnienie będące efektem organicznych-toksycznych zmian w mózgu (2) afekt, (3) ambiwalencja i (4) autyzm, trzy ostatnie odnoszą się do emocjonalnego życia pacjenta a pochodnym, wtórnym zaburzeniem, obejmującym urojenia i halucynacje. Pierwiastek „schizo”, oznaczający rozdzielenie, przecięcie, odnosił się do oddzielenia emocji od idei. U Bleulera autyzm miał jednak dwa znaczenia: w 1911 r., w książce: (1) wycofanie się z relacji interpersonalnych i odcięcie od świata, w 1912, w 1912 r., w eseju wydanym w roczniku Junga: (2) autystyczne myślenie, marzenia na jawie i myślenie życzeniowe celem stworzenia kompensacyjnego, wewnętrznego świata, by wypełnić pustkę powstałą przez odcięcie się od tego realnego.

(2) Prof. Schreber h.c. w 1903 ostrzegał „psychiatrię, by nie rzuciła się bezrefleksyjnie do obozu nagiego materializmu, gdyż będzie musiała uznać rzeczywiste zdarzenia, których nie można po prostu zignorować przyklejając im łatkę „halucynacji”” (p. 90). Psychiatrizy uzbrojeni w percepcjonistyczne teorie halucynacji nie mogli zrozumieć Schrebera.

Zapomniany Schreber odzyskał znaczenie dzięki badaniom, jakie prowadzili Baumeier, Nederland, Devreese, Israels, Busse, i Lothane, którzy wypełnili luki w jego autobiografii. Dokonałem reinterpretacji jego trzech chorób: z 1884 (średnio nasilona), z 1893 (ciężka) i z 1907 (śmiertelna), jako depresyjne reakcje wywołane gtraumą utraty i kryzysami miłości.”

W wieku 51 lat, jesienią 1893 (po tym, jak jego żona urodziła martwego chłopca, co było jej szóstą nieudaną ciążą), Schreber zapadł na niepoddającą się leczeniu bezsenność i agitowaną depresję ze skłonnościami samobójczymi, którą prawidłowo rozpoznał jako zaburzenie nastroju. Flechsig obiecał wyleczyć go lekami i chemiczną terapią szokową (??). Po 6 miesiącach pobytu Schreber został przez Flechsiga wypisany, tylko po to by znaleźć się w publicznym domu dla obłąkanych – co było hańbą dla sędziego sądu najwyższego i oznaczało koniec jego kariery. Chciał i potrzebował psychoterapii ale otrzymał ją tylko raz, od młodszego asystenta Flechsiga.

Swoją ucieczką w chorobę ujawnił traumy i dramaty miłości w kwiecistych, kosmicznych fantazjach. Jego fantazje o staniu się kobietą, ze współczucia dla niezrealizowanego macierzyństwa żony lub z własnego pragnienia posiadania potomstwa, stanowiły żeńską identyfikację, a nie seksualne pragnienie analnej penetracji przez Flechsiga, wyrażenie homoseksualnego lęku (Socarides). Morderstwo duszy było taką kosmiczną katastrofą, której źródeł można szukać w cytowaniu przez niego Księgi Hioba i Fausta Goethego, z prologami w Niebie, w których Bóg oddaje niewinnego człowieka Szatanowi. Nie było tam paranoi ani homoseksualizmu.

Podobnie opisane przez Schrebera w rozdziale XI męki niczym Hioba: rozmaite Wunder (cuda), były w rzeczywistości wyobrażonymi ranami, czyli emocjonalną reakcją na pobyt w Sonnenstein, skąd próbował uciec, i na upokarzające warunki jakie tam panowały. Nie były to wspomnienia bycia torturowanym przez ojca straszliwymi „maszynami” w wieku 4-5 lat, jak to sobie wyobrażał Nederland.

Pod koniec pobytu u Flechsiga, kryzys Schrebera dodatkowo wzmocniła walka o pieniądze z żoną, która pod wpływem rad jego przełożonego uzyskała zaświadczenie o czasowej niepoczytalności, by zyskać kontrolę nad majątkiem. W „Liście otwartym do prof. Flechsiga” dodanym tuż przed publikacją, Schreber oskarżał Flechsiga o zaniedbanie i nadużycia. Dyrektor Weber był „zazna-

jomiony tylko z patologiczną „powłoką” Schrebera, która skrywała jego prawdziwe, wewnętrzne życie” (297). Angielscy tłumacze pozostawili bez przekładu podtytuł jego książki: „w jakich okolicznościach osoba może zostać uznana za niepoczytalną i umieszczona w zakładzie dla obłąkanych wbrew swej woli?” Rzekoma paranoja Schrebera była odzwierciedleniem instytucjonalnej paranoi Webera (Irving Goffman).

W 1897 Schreber uważał, że może opuścić zakład, ale pozostał w nim wbrew woli, przetrzymywany przez Webera, którego negatywne diagnozy doprowadziły do tego, że Schrebera uznano za trwale niepoczytalnego. Schreber pozwał państwo i wygrał proces przeciw Weberowi, co było prawnym precedensem. W anonimowym raporcie z 1905 r. Weber twierdził, że uwolnienie Schrebera było błędem i przewidywał niepowodzenie. Schreber po raz kolejny udowodnił, że ten się mylił. Przeżył ze swoją żoną pięć dobrych lat w nowym domu, który zbudował w Dreźnie, wychowując z miłością adoptowaną córkę, z którą Nederland rozmawiał w 1969. Ja poznałem jego adoptowaną wnuczkę, która podarowała mi książkę Schrebera z odręczną dedykacją dla jego żony. Schreber pisał realistyczną prozą, ale także w stylu realizmu magicznego. Często stosował kwalifikator „tak jakby” jego wizje i głosy przemawiały przeciwko „możnym tego świata ognistymi słowy - Flammenworte, niczym Jezus przeciw faryzeuszom albo Luter przeciw papieżowi”.

(3) Prof. Freud w 1911: „zainteresowanie wyczuwane przez psychiatrę w urojeniowych twórcach Schrebera nie jest początkiem zrozumienia. Psychoanalityk utrzymuje, że nawet tak nieprawdopodobne i dalekie od naszych standardowych sposobów myślenia struktury myślowe jak te, mają mimo wszystko swój początek w najbardziej ogólnych i zrozumiałych impulsach ludzkiego umysłu i odkrywa je w tych przekształceniach. Zagłębia się w szczegóły urojeń i w historię ich rozwoju, by ujawnić znajome kompleksy i siły kierujące życiem umysłowym, by ukazać nam, że posiadamy klucz do przekładu paranoicznych sposobów ekspresji na te normalne”.

Ten fragment określa zasady, które definiują głęboko etyczne i humanistyczne podejście Freuda do psychoz i dzięki którym burzy on mur dzielący zdrowych od chorych. Jednakże Freud nie wypełnił zadania, jakie sam przed sobą postawił w interpretowaniu Schrebera, przyznał bowiem, że „każdy kto był w kontakcie z rodziną Schrebera lub ze społecznością, w której ten się obracał, mógł dotrzeć do źródeł nieprzeliczonych szczegółów jego urojeń”, co też zrobił w przypadku kobiety, której historię opublikował w 1896 r.

w przeciwieństwie do tego, Freud nie badał historii Schrebera ani nie prosił swojego człowieka w Dreźnie, dra Stegmanna, by to dla niego zrobił, nawet by znalazł usunięty trzeci rozdział Schrebera.

Co więcej, deklarował, że „przyjaciół i kolega po fachu [albo Jung, albo Ferenczi] może potwierdzić, że opracowałem moją teorię paranoi zanim zapoznałem się z książką Schrebera.” Co dziwne, w międzyczasie wspomniął książkę Junga. Kliniczne przypadki leczenia psychozy zostały opublikowane przez Maedera (1910), Bjerre’a (1911), Spielreina (1911, cytowany przez Freud SE 12:80), Ferenczego (1911).

w najlepszym razie jego analiza była ćwiczeniem z analizy stosowanej, w najgorszym – rodzajem dzikiej analizy opartej na przygotowanych wzorach.

Co ciekawe, Freud nie twierdził, że jego interpretacji można użyć do leczenia psychozy Schrebera. Jak mogło pomóc Schreberowi, gdyby ktoś mu powiedział, że jego paranoja jest skutkiem pragnienia bycia zgwałconym analnie przez Flechsigą, już latem 1893, choć po raz pierwszy spotkał on doktora dopiero w listopadzie tego roku? Freud doszedł zresztą do wniosku, że Schreber sam się wyleczył: „urojenia, które uznajemy za produkt patologiczny są w rzeczywistości próbą uleczenia, procesem rekonstrukcji,” to stwierdzenie jak na tamte czasy wyjątkowo odważne. Bardziej opisowo, Schreber otworzył Freudowi oczy na znaczenie koncentracji na sobie i „samo-lubstwa”, co zainspirowało tego ostatniego do opublikowania w 1914 r. swojego przełomowego eseju „O narcyzmie: wprowadzenie”, gdzie narodziła się psychologia ego. W odniesieniu do Schrebera Freud polegał jednak na medycznych raportach Webera, niejednoznacznych w swej wymowie między

rozpoznanie paranoi, schizofrenii paranoidalnej i parafrenii – co było jałowym ćwiczeniem. Poszło mu o wiele lepiej w pierwszej analizie leczonej kobiety z halucynacjami i urojeniami (z 1896 r.) czy w analizie fikcyjnej historii „Dreams and Delusions in Jensen’s ‚Gradiva’” (Sny i urojenia w „Gradivie” Jensena) z 1907 r.

Posłowie

W liście do Junga Freud unosił się nad „cudownym Schreberem, który powinien zostać profesorem psychiatrii i dyrektorem szpitala psychiatrycznego”. Książka Schrebera jest rzeczywiście cudowna: jest nie tylko opisem klinicznym; jest życiowym dramatem, którego skutkiem było duchowe przebudzenie, a efektem kreatywne dzieło literackie, filozoficzny esej, źródło idei dla psychiatrów, psychoanalityków, filozofów i pisarzy. To jego kreatywna choroba, jego „podróż przez nieświadomość” (Ellenberger, 670), stworzyła „przekonanie o odkryciu wielkiej prawdy, którą należy głosić ludzkości” (450). Jego wgląd w androgynię, żeński pierwiastek w mężczyźnie i męski w kobiecie, idee, które przesycały Gnozę i Kabałę, zainspirowały teorię archetypów animusa/animy Junga. Jego ważna lekcja etyki uosabia starą, hebrajską ideę: „Ktokolwiek niszczy duszę, to jakby cały świat zniszczył, a kto ocali życie, ten jakby cały świat ocalił”. Przekazał nam niezapomniane, wspańnię dziedzictwo.

Bibliografia

- Berne, E. (1961). *Transactional analysis in psychotherapy. A systematic individual and social psychiatry*. New York: Ballantine Books.
- Berne, E. (1964). *Games people play The psychology of human relationships*. New York: Grove Press.
- Entralgo, P. L. (1956). *Mind and body Psychosomatic pathology. A short history of the evolution of medical thought*. New York: P. J. Kennedy & Sons.
- Entralgo, P. L. (1961). *La historia clinica. Historia y teoria del relato patografico*. Barcelona: Salvat.
- Entralgo, P. L. (1969). *Doctor and patient*. New York: McGraw-Hill Book Co.
- Feldman, S. (1959). *Mannerisms of speech and gesture in everyday life*. New York: International Universities Press.
- Freud, S. (1895). *Studies on hysteria*. SE, 2.
- Freud, S. (1900). *The interpretation of dreams*. SE, 4, 5.
- Freud, S. (1905). *Psychical (or mental) treatment*. SE, 12:283-302.
- Freud, S. (1911). *Psycho-analytic notes on an autobiographical account of a case of paranoia (dementia paranoides)*. SE, 12:9-82.
- Kretschmer, E. (1947[1922]). *Medizinische Psychologie*. Stuttgart: Thieme.
- Lothane, Z. (1982a). *The psychopathology of hallucinations -- a methodological analysis*. *British Journal of Medical Psychology*, 55:335-348.
- Lothane, Z. (1983a). *Reality, dream, and trauma*. *Contemporary Psychoanalysis*, 19:423-443.
- Lothane, Z. (1983b). *Cultist phenomena in psychoanalysis*. In: D.A. Halperin, ed., *Psychodynamic Perspectives on Religion, Sect and Cult*. Boston: John Wright-PSG, pp. 199-221.
- Lothane, Z. (1984a). *A new metapsychology: psychoanalysis as storymaking*. *International Forum for Psychoanalysis*, 1:65—84.
- Lothane, Z. (1984b). *Teaching the psychoanalytic method: procedure and process*. In: Caligor, L., Bromberg, P. M., and Meltzer, J. D., eds., *Clinical Perspectives on the Supervision of Psychoanalysis and Psychotherapy*. New York: Plenum, pp. 169-192.
- Lothane, Z. (1986). *Confrontations: clinical applications*. In: Nichols, M. P. and Paolino, T. J. eds. *Basic Techniques of Psychoanalytic Psychotherapy*. New York: Gardner Press, pp. 207-236.
- Lothane, Z. (1987a). *Love, seduction and trauma*. *Psychoanalytic Review*, 74:83-105.
- Lothane, Z. (1987b). *The primacy of love: love ethics versus hermeneutics*. *Academy Forum, The American Academy of Psychoanalysis*, 31(1):3-4.
- Lothane, Z. (1987c). *Love and destructiveness*. *Academy Forum*, 31(4):8-9.

- Lothane, Z. (1989a). *Schreber, Freud, Flechsig and Weber revisited: an inquiry into methods of interpretation*. *Psychoanalytic Review*, 79:203-262.
- Lothane, Z. (1989b). *Vindicating Schreber's father: neither sadist nor child abuser*. *Journal of Psychohistory*, 16:263-285.
- Lothane, Z. (1989d). *The nature of love*. *Academy Forum*, vol. 33, No. 1,2, Spring/Summer pp. 2, 11.
- Lothane, Z. (1991a). *Review of D.P. Schreber, Memoirs of my Mental Illness and of Allison*, Prado de Oliveira, Roberts and Weiss, eds., *Psychosis and Sexual Identity: Toward a Post-Analytic View of the Schreber Case*. *Psychoanalytic Books*, 2:52-58.
- Lothane, Z. (1991b). *Review of Han Israëls' Schreber father and son*. *Psychoanalytic Books*, 2:466-481.
- Lothane, Z. (1992a). *In Defense of Schreber: Soul Murder and Psychiatry*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Lothane, Z. (1992b). *The missing link -- Schreber and his doctors*. *History of Psychiatry*, 3:339-350.
- Lothane, Z. (1993a). *Schreber's feminine identification: paranoid illness or profound insight?* *International Forum of Psychoanalysis*, 2:131-138.
- Lothane, Z. (1993b). *Schreber's soul murder: a case of psychiatric persecution*. In: De Goei, L. & Vijselaar, J., eds. *Proceedings 1st European Congress on the History of Psychiatry and Mental Health Care*. Rotterdam: Erasmus, pp. 96-103.
- Lothane, Z. (1995b). *Review of L. Sass, Paradoxes of Delusion*, *Psychoanalytic Books*, 6:251-257.
- Lothane, Z. (1995c). *Freudsche Fehlleistung*. *Die Zeit*, #18, April 28, p. 44.
- Lothane, Z. (1995e). *El caso Schreber: una revision*. *Revista Española de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 15:255-273.
- Lothane, Z. (1995f). *Rejoinder to the review of Lothane, 1992a by David B. Allison and Mark S. Roberts*, *Review of Existential Psychology and Psychiatry*, 22:49-55.
- Lothane, Z. (1995g). *Der Mann Schreber: Ein Leben Neue Sicht und Einsicht*. *Psychoanalyse im Widerspruch*, 14:5-15.
- Lothane, Z. (1995h). *Die Wahrheit über Schreber: ein Leben, Neue Sicht und Einsicht*. *Deutsche Psychoanalytische Vereinigung, Wiesbaden: Herbsttagung 1995*, pp. 95-101.
- Lothane, Z. (1996). *In defense of Sabina Spielrein*. *International Forum of Psychoanalysis*, 5:203—217; also in Mahony, Bonomi & Stensson, eds., *Behind the Scenes Freud in Correspondence*. Stockholm: Scandinavian Universities Press, 1997.
- Lothane, Z. (1996e). *Die Verknüpfung von Sohn und Vater Schreber mit Hitler: ein Fall von historischem Rufmord (Linking Schrebers Father and Son to Hitler: a Posthumous Soul Murder)*. *Werkblatt*, #36: 108-127
- Lothane, Z. (1996f). *Le meurtre d'âme de Schreber: un cas de persécution psychiatrique*. In: L.-E. Prado de Oliveira, ed., *Schreber et la Paranoïa*. Paris: L'Harmattan, pp. 221-235; 317-319.
- Lothane, Z. (1997b). *Schreber ermeneutica e storia. Una risposta a Sergio Benvenuto*. *Giornale Storico di Psicologia Dinamica*, 21:97-98.
- Lothane, Z. (1997d). *The schism between Freud and Jung over Schreber: its implications for method and doctrine*. *International Forum of Psychoanalysis*, 6(2):103-115.
- Lothane, Z. (1997f). *Freud and the interpersonal*, *International Forum of Psychoanalysis*, 6:175-184.
- Lothane, Z. (1998a). *The feud between Freud and Ferenczi over love*. *American Journal of Psychoanalysis*, 58:21-39.
- Lothane, Z. (1998e). *Pour la défense de Schreber: meurtre d'âme et psychiatrie*. In: Devreese, D., Lothane, Z., & Schotte, J. (éd.), *Schreber Revisité (series "Figures of the Unconscious: hors série)*. Louvain: Presses Universitaires de Louvain, pp. 11-29.
- Lothane, Z. (1998g). *Goethe, Freud, and Schreber: themes in metamorphosis*. In: Marchioro, F. ed. *Il Divano l'Immaginario e la cura (Freud – Goethe)*, Bolzano: *Richerche—IMAGO—Forschung*, pp 67—86.
- Lothane, Z. (1999d). *Rejoinder to A. Elitzur. Sihot—Dialogue, volume XIII (No.2):160--165, March, 1999 (Hebrew), Israel.*

- Lothane, Z. (1999). *Tender love and transference: unpublished letters of C.G. Jung and Sabina Spielrein*. *International Journal of Psycho-Analysis*, 80:1189—1204 (also published in German, Italian, Polish, and Russian).
- Lothane, Z. (2000b). *Die Verteidigung Paul Schrebers: Selbstbiographie und Seelenbehandlung*. *Psychosozial (Giessen)*, 23 (80):105—117.
- Lothane, Z. (2002d). *The perennial Sullivan*. Review of M. Conci's *Sullivan rivisitato la sua relevanza per la psichiatria la psicoterapia e la psicoanalisi*. *International Forum of Psychoanalysis*, 11:78—80.
- Lothane, Z. (2002e). *Paul Schreber's sexual desires and imaginings: Cause or consequence of his psychosis?* In: Socarides, C. W. & Freedman, A., eds. *Objects of Desire The Sexual Deviations*. Madison, CT: International Universities Press.
- Lothane, Z. (2003). *Nachwort*. In: Spielrein, S. *Tagebuch und Briefe. Die Frau zwischen Jung und Freud*. (Hg.) Traute Hensch, *veränderte, um das Nachwort von Zvi Lothane und den Epilog von Christa von Petersdorf ergänzte Neuauflage*. Gießen: Psychosozial-Verlag, 2003, a new German edition of A. Carotenuto's 1980 *Diario di una segreta simmetria*, pp. 249-278.
- Lothane, Z. (2004a). *Seelenmord und Psychiatrie – Zur Rehabilitierung Schrebers*. Giessen: Psychosozial-Verlag.
- Lothane, Z. (2005b). *Daniel Paul Schreber on his own terms, or how interpretive fictions are converted into historical facts*. In: Steinberg, H. (Hrsg.) *Leipziger Psychiatriegeschichtliche Vorlesungen*. Leipzig: Evangelische Verlagsanstalt, 2005, pp. 129-156.
- Lothane, Z. (2007e). *The power of the spoken word in life, psychiatry and psychoanalysis – a contribution to interpersonal psychoanalysis*. *American Journal of Psychoanalysis*, 67:260-274.
- Lothane, Z. (2007h). *The snares of seduction in life and in therapy, or what do young Jewish girls (Spielrein) seek in their Aryan heroes (Jung), and vice versa?*
International Forum of Psychoanalysis, 16 (No. 1):12-27, 16:81-94.
- Lothane, Z. (2008a). *Mit Schreber Freud die Stirn geboten*. *Psychoanalyse im Widerspruch*, 40:61-90.
- Lothane, Z. (2008b). *The uses of humor in life, neurosis, and in psychotherapy*. *International Forum of Psychoanalysis*, 17:180-188, 232-239.
- Lothane, Z. (2009). *Dramatology in life, disorder, and psychoanalytic therapy: A further contribution to interpersonal psychoanalysis*. *International Forum of Psychoanalysis*, 18 (3): 135 — 148.
- Lothane Z. (2010a). *Schreber as interpreter and thinker*. *Schweizer Archiv f. Neurologie u. Psychiatrie*, 161(1):42-45.
- Lothane Z. (2010b). *Romancing psychiatry: Paul Schreber, Otto Gross, Oskar Panizza – personal, social, and forensic aspects*. In: Felber, W., Heuer, G. M., Götz von Olenhusen, A., Nitzschke, B. Hg. *Expressionismus und Psychoanalyse. 7. internationaler Otto-Gross-Kongress, Dresden*. Marburg: LiteraturWissenschaft.de, S. 461-493.
- Lothane Z. (2010c). *Dramatology – a new paradigm for psychiatry and psychotherapy*. *Psychiatric Times*, June, S. 22-23.
- Lothane Z. (2010d). *The lessons of a classic revisited: Freud on Jensen's Gradiva*. *Psychoanalytic Review*, 97(5):790-817.
- Lothane Z. (2010e). *Sándor Ferenczi, the dramatologist of love*. *Psychoanalytic Perspectives*, 7:165-182.
- Lothane, Z. (2011c). *The partnership of psychoanalysis and psychiatry in the treatment of psychoses and borderline states: its evolution in North America*. *The Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 39(3):499-523.
- Lothane, Z. (2011d). *The teachings of honorary professor of psychiatry Daniel Paul Schreber JD, to psychiatrists and psychoanalysts, or dramatology's challenge to psychiatry and psychoanalysis*. *Psychoanalytic Review*, 98(6):775–815.
- Lothane, Z. (2011a). *Dramatology vs. narratology: a new synthesis for psychiatry, psychoanalysis, and interpersonal drama therapy (IDT)*. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 4:29–43
- Lothane, Z. (2012[2010]b). *Guest editor of a special issue of Journal of European Psychoanalysis*, N. 31,

209 pp. *Schreber Revisited*, Rome: IPOC Press

Lothane, Z. (2012[2010]c). *The legacy of Paul Schreber*, in Lothane, 2012e [2010], pp. 17-68.

Lothane, Z. (2012d). *Review of Dalzell's Freud's Schreber between Psychiatry and Psychoanalysis: On the subjective disposition to psychosis*. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 60:643-650.

Lothane, Z. (2012e). *Psychiatrie Professor honoris causa Dr. jur. Daniel Paul Schreber ist immer noch eine Herausforderung für die Psychiatrie und die Psychoanalyse*. *Psychoanalyse im Widerspruch*, 48:45-76.

