
Borut ŠKODLAR, Vesna MILEK

***Če ne bi bilo duhovnosti, bi jo ljudje s psihozo zagotovo
iznašli: intervju z Borutom Škodlarjem¹***

*If there were be no spirituality the people with psychosis
would certainly discover it: interview with dr. Borut Škodlar*

Kaj občutijo ljudje s psihotičnimi motnjami, kakšni so notranji razlogi za samomorilnost in kako starodavna znanja, duhovne tradicije in filozofijo povezati z ugotovitvami sodobne psihoterapije? O tem psihiater in psihoterapevt dr. Borut Škodlar, vodja enote za psihoterapijo na Psihiatrični kliniki Ljubljana, izredni profesor in član katedre za psihiatrijo na Medicinski fakulteti, ki je maja 2017 postal v. d. predstojnika Centra za mentalno zdravje.



Slika 1: Izr. prof. dr. Borut Škodlar (Foto: Uroš Hočevar/Delo)

¹ Intervju Vesne Milek z Borutom Škodlarjem je bil objavljen v Sobotni prilogi Dela 13. 5. 2017; dostopen je tudi na internetni povezavi, <http://www.delo.si/sobotna/ce-ne-bi-bilo-duhovnosti-bi-jo-ljudje-s-psihozo-zagotovo-iznasli.html>

Najprej: kaj je normalno?

Normalno je predvsem po najboljših močeh živeti skladno s svojimi zmožnostmi in potenciali. Pot do tja pa je polna vzponov in padcev. Vedno znova se dvigniti in hoditi naprej pa je že več kot normalnost. Je preseganje samega sebe, ki je velika zmožnost človeka in se močno zrcali tudi v stroki, ki jih pripadam.

Bi lahko na podlagi več kot dvajsetletnih izkušenj potrdili, da smo priča porastu duševnih motenj? Da je vse več ljudi, ki trpijo za paničnimi napadi, izgorelostjo, tesnobo, depresijo ...?

Žal to lahko potrdim. Vse več ljudi trpi za depresijo, tesnobo – in ena najtežje prenosljivih tesnob je prav panični napad. Tudi t. i. sindrom izgorelosti, ki pomeni hudo izčrpanost in občutja izpraznjenosti, posebno pri poklicih, kot so zdravniki, medicinske sestre, drugi terapevti ...

Zadnja desetletja se sploh veliko govori o povečanju občutja tesnobe, ki jo imenujejo kar bolezen 21. stoletja. In vendar je recimo tesnobo opisoval že Robert Burton v 17. stoletju v Anatomiji melanholije. Tesnoba je torej vedno obstajala?

Delo Roberta Burtona je res izjemen pregled duševnih stanj in njihovih mogočih in nemogočih zdravljenj. Tesnoba zagotovo obstaja od vedno. Je neizogiben del biti človek.

Velikokrat slišimo, da se naša psihiatrija premalo ukvarja s psihičnimi vzroki za izbruh psihoz, da se pri obvladovanju bolezni preveč naslanja predvsem na zdravila, antipsihotike. Kaj se spreminja na tem področju?

Sam se vpisujem med psihiatre, ki nas precej zanimajo vzroki za izbruh psihoz, saj me prav področje psihoterapije psihoz posebej zanima in vodim oddelek, ki se posveča temu načinu zdravljenja. Vzroki in mehanizmi, ki so na delu pri posamezniku, nas ne samo zanimajo, ampak jih skušamo skupaj s pacienti tudi odkrivati in iskati strategije, kako lažje živeti s psihotično motnjo na vseh življenjskih področjih.

Kaj konkretno je vaša vizija na tem področju?

Na področju psihiatrije in zdravljenja duševnih motenj se veliko dogaja. Moje glavno poslanstvo, kakor ga vidim, je, da se poglobi in razširi znanje psihopatologije in psihoterapije predvsem psihotičnih stanj ter da se poglobi tudi dialog med psihiatrijo in drugimi vedami, kot so filozofija, teologija, antropologija in druge.

Na predavanju na Tednu možganov lani ste bolnike s shizofrenijo primerjali s »filozofi, ki svojih knjig ne morejo zapreti niti ponoči, ampak jih imajo nenehno odprte, ves čas analizirajo svet okrog njih in sami sebe, ves čas opazujejo« ...

Res je. Kot pravijo nekatere osebe s shizofrenijo: Jaz razmišljam o življenju, namesto da bi ga živel. Analiziram stvari, vse do najbolj banalnih, ne znam pa živeti. Živim v glavi, namesto da bi živel med ljudmi. Tako živeti je res težko. Predstavljajte si, da bi

morali vsak dan na novo analizirati vsako stvar, ki se vam zgodi, in vsako gesto ljudi, ki jih srečate.

Je to, da se zaveš, da ne znaš, ne zmoreš živeti življenja, že korak k možnosti izboljšanja bolezni oziroma ozdravitve?

Gotovo je to prvi in zelo pomemben korak. Je pa potem vprašanje, koliko ti to uspe prevesti v vsakdan. So ljudje, ki jim uspe premagati ta stanja, se potopiti v življenje, ga poskušati živeti, potem ta uvid pomaga. Tistim, ki pa ne zmorejo čez to, so pa ravno zaradi tega uvida še bolj demoralizirani. Vsak uvid je dvorezen meč.

Od česa je po vašem odvisno, zakaj nekateri zmorejo in drugi ne? Genetska predispozicija, družinski vzorci, okolje, družbeni razred ..., kateri od dejavnikov je ključnejši?

Vedno gre za skupek vseh naštetih in še mnogo drugih dejavnikov, ki se med sabo povežejo v manj ali bolj ugodne kombinacije. Nobenega izmed njih ne bi mogel izpostaviti kot ključnega. Vedno pa je poleg vsega, kar nas doleti v življenju, zelo pomembno, kako se odločamo. Košček svobodne volje je v prav vsaki situaciji, kot je opozarjal ugledni psihoterapevt Viktor Frankl.

Tako kot se nekdo lahko izvleče iz odvisnosti, nekdo drug pa vztrajno poskuša in mu ne uspe?

To je res zelo individualno. Vedno znova srečujem ljudi, ki se kljub slabim prognozam njihovega stanja izvlečejo, in ne samo to, začnejo živeti polno življenje.

Pred nekaj leti sem na kongresu poslušal predavanje Debre Lampshire iz Nove Zelandije, ki je imela shizofrenijo z zelo težkim potekom; šla je čez vse mogoče terapije, od inzulinskih šokov do elektrošokov, na njej so preizkušali vsa možna zdravila in terapije, ji vzeli otroke, ker ni mogla skrbeti zanje, bila je velikokrat hospitalizirana. Na predavanju je rekla, da je nekoč poslušala človeka, ki je o svojem delu govoril s posebnim navdušenjem. In takrat, je dejala, se je v njej nekaj premaknilo. Rekla si je: to bi še enkrat rada doživela tudi sama. Postopno se je vanjo začelo vračati življenje in zdaj polno pomaga drugim pacientom, predava in predvsem polno živi. Spet uživa v nakupovanju s prijateljicami, česar že dolgo ni poznala.

Če prav razumem, je tej bolnici s shizofrenijo pomagala strast do nečesa, da se je nečemu posvetila ustvarjalno?

Tako je. V njej se je odprl vir volje in jasnega pogleda, ki sta jo pripeljala iz brezna težke duševne motnje na svetlobo ustvarjalnega življenja.

Si tako lahko razložimo, zakaj je kar nekaj umetnikov z eno od oblik duševne ali osebnostne motnje svoje stanje lahko nadzorovalo ali ublažilo prav z ustvarjanjem?

Res je ustvarjalnost lahko močen vir moči in upanja pri spopadanju s težkimi duševnimi stanji.

Psihiatri kot primer večkrat omenijo Ernesta Hemingwaya, ki je z literaturo lahko dolgo nadzoroval svoje nestabilno duševno stanje. Za kakšno motnjo naj bi trpel?

Hemingway naj bi trpel za bipolarno motnjo, ki pomeni močna nihanja razpoloženja, od depresije do manije.

In van Gogh?

Tudi pri van Goghu sklepajo na bipolarno motnjo. Ugotavljali so tudi psihotične simptome.

Lahko na kratko orišete razlike med psihotičnimi in osebnostnimi motnjami, torej med najpogostejšimi shizofrenijo, bipolarno motnjo in čustveno neuravnovešeno osebnostno motnjo – borderline?

Psihoza v najširšem smislu pomeni izgubo stika s konvencionalno resničnostjo. Znotraj te je spekter motenj, kot so shizofrenija, paranoja, psihoze zaradi uživanja škodljivih snovi ... Pri shizofreniji gre za epizodično pojavljanje psihotičnih stanj, ko se človeku razodene določena zgodba, v katero začne verjeti. Zgodba je lahko, da ima posebno poslanstvo ali da ga zasledujejo, da ga hipnotizirajo. Človek se v tej zgodbi izgubi in je nedostopen za preprečevanja, da je v zmoti.

Pri bipolarni motnji je glavni problem v tem, da človeku močno niha razpoloženje. Lahko postane maničen, ko se mu zdi, da lahko stori in doseže vse, prehitvajo ga lastne misli in dejanja, in depresiven, ko je vse ravno obratno. Gre torej za razpoložensko motnjo.

In čustveno neuravnotežena osebnostna motnja – borderline?

Tu gre za veliko nestabilnost občutka zase, v smislu identitete, lastne vrednosti, za nezmožnost uravnavanja čustvenih stanj. Občutek zase zelo niha, pogoste so praznine, pa impulzivna dejanja in razvrednotenje vsega. Izbruhi jeze in pogosto nihanje razpoloženja ovirajo ali celo onemogočajo vzpostavitev in ohranjanje odnosov.

Je to motnjo težje diagnosticirati?

Da, vse osebnostne motnje je težje diagnosticirati. Vzeti si moramo čas, da razberemo ne samo simptomov, ampak tudi ustaljene čustvene in vedenjske vzorce, ki sestavljajo človekovo osebnost.

Kdaj se običajno prvič pojavijo osebnostne motnje?

Vse osebnostne motnje, kamor spadajo še narcisistična, shizoidna, histrionična in druge, lahko diagnosticiramo šele v pozni adolescenci, ko se človekova osebnost izoblikuje.

Osnovna zagata pri narcisistični motnji je razcepljenost med tem, da se sam sebi zdiš močan, sposoben in da zmoreš stvari, ter tistim drugim delom, da si zguba, da nič, kar

narediš, ni v redu. Res je, da navzven takšne ljudi lahko vidimo kot ljudi, ki so si všeč, ki so lahko zelo agresivni in celo zlorablajoči do drugih v tem, a ko pridejo domov, med štiri stene, se morajo pogosto napiti, da ublažijo tesnobo, ker so prepričani, da je vse, kar so naredili, zanič in brez smisla.

Glede na to, da nenehno poslušamo, da živimo v narcistični družbi, družbi ekstremnega voajerizma in ekshibicionizma, dostopnosti instant slave s pojavom rešničnosti šovov, bi lahko rekli, da je to zdaj najpogostejša osebnotna motnja?

Zagotovo so narcisistične in borderline osebnotne značilnosti tiste, ki jih zelo pogosto srečamo pri kliničnem delu in v življenju nasploh. Kot vse kaže, so tudi v porastu.

Kako pomembno je za destigmatizacijo duševnih motenj, da določene javne osebnosti, ki se spopadajo z depresijo, bipolarno motnjo, javno spregovorijo o svojih težavah? Operni pevec Nace Junkar je recimo dejal, da ste mu zelo pomagali pri obvladovanju anksioznosti, depresije.

Moja izkušnja je, da je dobro, da ljudje, ki so javno izpostavljeni, spregovorijo o svojih težavah in o pozitivni izkušnji, ki so jo imeli pri zdravljenju. Lahko spodbudijo druge, da tudi sami poiščejo pomoč. Spomnim se, da so ljudje, ki so recimo v medijih prebrali pogovor z Nacetom Junkarjem, prišli k meni veliko bolj brez strahov in predsodkov.

Že več kot 20 let ste kot psihiater in psihoterapevt v stiku z bolniki z najtežjimi oblikami duševnih bolezni. Ste iznašli orodja, kako se »zaščititi« pred vsemi zgodbami, težavami, bolečinami svojih pacientov – hkrati pa ohraniti pravo mero empatije?

To se seveda dogaja (premolk). Tega se zaveš, recimo, ko že cel dan delaš, srečaš veliko različnih in težkih zgodb, si potem morda še dežuren. Ko si tako preplavljen, se zaveš, da nimaš osnovnega orodja, s katerim bi lahko presodil, kaj je človeku in kako mu pomagati.

Ob tem pa nimaš aparature, da bi izmeril, koliko je kdo depresiven, anksiozen, psihotičen, ampak moraš iz človekove zgodbe to razbrati in znati umestiti. In če je ta prostor v meni prenatrpan, se zaveš, da boš na primer zelo težko presodil, ali je nekdo samomorilno ogrožen ali ne. Kako naj presodim, ali je nekoga treba takoj hospitalizirati ali ne. Če greš recimo k travmatologu, bo poleg tega, da bo poslušal tvojo zgodbo, pogledal tudi, ali je kost cela ali ne, in te poslal na slikanje. Jaz te gotovosti pri svojih pacientih nimam.

Kako pomembna je pri delu psihiatra empatija in kako hkrati lahko postavite mejo, da vas »svet« osebe s shizofrenijo ne potegne vase?

Dejstvo je, da se te zgodbe ljudi lahko zelo dotaknejo in jih nosiš s sabo tudi v zasebnem življenju. Mislim, da si mora vsak zdravnik poiskati način, kako ravnati s tem.

Tudi sam sem potreboval kar nekaj časa, da sem si lahko rekel: naredil sem vse, kar sem lahko, potrudil sem se, več od tega ne morem. Sprijazniti se moram, da ne bodo vsi

zadovoljni, ko bom odšel iz bolnišnice, ne bodo vsi zadovoljni med vikendi, ko me ne bo tam, a moram potegniti mejo, sicer bom v ponedeljek zjutraj še bolj izčrpan in bom še manj lahko pomagal. Meni osebno je pri tem pomagala meditacija, komu drugemu pomaga kaj drugega.

Pomembno je razčistiti z občutji nezadostnosti, krivde in samoobtoževanja, če stvari ne gredo dobro in se zapletejo. Gotovo je najhujša stvar, ki se ti lahko kot psihiatru zgodi, če pacient naredi samomor. Takrat bi najraje vrnil ključke svoje ordinacije in rekel: ne grem se več.

Se vam je to že zgodilo?

Je. Smrt fanta, ki je bil pred leti pri nas na oddelku, me je izjemno pretresla. Odšel je na sprehod, kasneje pa smo izvedeli, da je skočil pod vlak.

Kako z oddelka? Ste ga odpustili?

Nismo. To je odprt oddelek, ljudje lahko gredo ven. On pa se ni vrnil.

Leto in pol pred tem je storil samomor še en moj pacient. Tudi tista smrt me je močno pretresla. Takrat sem se obrnil na svoje kolege, pogovori so mi pomagali, da sem lahko predelal to smrt. Ko se je to zgodilo drugič, pa pogovori s kolegi niso pomagali. Enostavno te preplavi občutek nemoči, nezadostnosti, občutek nesmisla vsega našega početja, ki dolgo ni hotel izginiti.

Kako ste se soočali s tem? Kako ste, kot nekdo, ki v svojem poklicu pomaga drugim, pomagali sebi?

Seveda premisliš celoten potek zdravljenja s tem pacientom, se preizprašuješ vsakič znova, ali si res naredil vse, ali si bil pozoren na vse detajle v njegovih besedah, dejanjih ... In tudi če vidiš, da nisi naredil nobene napake, ta občutek ostane. Nosiš krivdo preživelega, kot piše Derrida v *Adieu à Emmanuel Lévinas*.

Takrat mi je, presenetljivo, pomagal Nikolaj Berdjajev, krščanski eksistencialist. Na mizi sem imel njegove razprave o Jakobu Boehmeju, protestanskem mistiku, ki je govoril o breztemelnosti. In čutil sem, kako je ta tekst počasi pronical do tistega prostora v meni, ki je v svoji bolečini ostal izoliran, in zgodil se je občutek olajšanja.

Bi lahko glede na vaše dosedanje izkušnje s pacienti z duševnimi boleznimi rekli, da je strah tisto temeljno občutje, iz katerega izvirajo vsa druga, brezup, agresija, tesnoba ...?

Prej bi rekel, da je tesnoba eno tistih temeljnih občutij, ki se potem pokaže skozi različne strahove. Že človekova vrženost v svet in to, da nam je dan razum, s katerim poskušamo razmišljati o življenju in smrti in smislu, namenu, zakaj smo tukaj. Vse to spremlja tesnoba.

Strah je verjetno primarnejše občutje, zaradi strahu preživimo?

To je vprašanje brez konca. Kaj je bilo prej: tesnoba ali strah? Če dojenček ne dobi hrane, ga je strah ali občuti tesnobo? Ni ga strah, ker še ne ve, da ga to lahko ogrozi, čuti pa tesnobo kot nekaj nedoločnega, kar ga utesnjuje.

Pri strahu vsaj vemo, česa nas je strah, strah je usmerjen v objekt, pri tesnobi pa ni objekta, je samo stanje, zato se mi zdi temeljnejši.

Kot psihiater pripadate struji fenomenološko-eksistencialne psihiatrije? V čem so njene posebnosti in poudarki?

Fenomenološka struja temeljito raziskuje samo izkušnjo človeka v različnih psihičnih, obsesivnih, depresivnih stanjih. V smislu, da se ne osredotoča samo na simptome oziroma zunanje manifestacije bolezni, kot so na primer, ali vas boli glava, ne spite, nimate apetita, ampak se poskuša živeti v celoten svet človeka, ki je psihotičen ali depresiven. In ko to poznaš, lahko bistveno bolje razumeš in pomagaš.

Vas je prav to zanimanje za razkrivanje doživljanja svetov oseb s psihotično motnjo pripeljalo do sodelovanja z danskim Centrom za raziskovanje subjektivnosti v Københavnu, kjer se ukvarjajo z raziskavami motenj sebstva, in do znamenitega profesorja Josefa Parnasa?

Da, že več kot deset let sodelujem z njimi in s profesorjem Parnasom. Takrat, ko je umrl pacient, o katerem sem govoril prej, sem poskušal raziskati vse mogoče dejavnike, ki vplivajo na samomorilnost, prebiral sem vse dostopne študije, a sem naletel bolj ali manj samo na dejavnike tveganja za samomor pacientov s shizofrenijo: to naj bi bili mladi, brezposelni moški in drugo. Vendar zgolj z vedenjem o vseh teh dejavnikih tveganja nisem mogel nič bolj pomagati.

Je tudi to razlog, da ste v doktorski disertaciji Fenomenološka analiza razlogov za samomorilnost pri bolnikih s shizofrenijo raziskovali razloge za samomorilnost?

Doktorat sem posvetil prav temu fantu in njegovemu očetu. Leta 2005 sem tako samoiniciativno opravil vrsto pogovorov s pacienti, ki so trpeli za shizofrenijo in bili samomorilni. Poskušal sem ugotoviti, kaj so skupna jedra njihove samomorilnosti.

V fenomenoloških knjigah sem našel opise doživljanja pacientov in njihovih težav. Poiskal sem vodilne fenomenologe in se znašel na predavanju dr. Parnasa. Zelo hitro sva našla skupni jezik. Pokazal sem mu materiale svojih raziskav in bil je navdušen. Kasneje je postal somentor za moj doktorat, poleg prof. Tomorijeve z naše fakultete.

Skozi to raziskavo sem raziskal razloge za samomor pri pacientih s shizofrenijo. To so osamljenost, občutki manjvrednosti, občutek, da ne zmorejo sodelovati z drugimi ljudmi, da jim vsako srečanje z drugimi predstavlja tesnobo. O teh občutjih sem se pa lahko z njimi pogovarjal, in ker sem jih bolj razumel, sem jim tudi lažje pomagal.

Kaj torej prispevajo te raziskave?

Pacienti ob fenomenoloških vprašanjih pogosto rečejo, da zadenejo bistvo, njihove temeljne težave, ki jih najbolj definirajo kot posameznike. Veliko raje imajo tovrstne pogovore kot pogovore zgolj o posameznih simptomih.

Že pionir psihiatričnega raziskovanja Emil Kraepelin je pisal, da je težava pri človeku s shizofrenijo ta, da je kot orkester brez dirigenta.

To je nekaj, kar se zelo razvija in ima veliko potenciala, veliko psihiatričnih centrov po svetu se zanima za to, veliko jih prihaja na izobraževanje v København; tudi v Ljubljani smo organizirali strokovna izobraževanja na tem področju.

Kakšni so torej konkretni učinki na paciente?

Predvsem nam pomaga pri diagnostični opredelitvi posameznih psihotičnih ali mejnih stanj. Moja želja in prizadevanje pa je, da bi izsledke teh raziskav prevedli v psihoterapijo. Na našem oddelku na psihiatrični kliniki imamo kar lepe rezultate. Ko te teme vnašamo v pogovore, se pacienti dobro odzovejo in pravijo, da je to nekaj, kar jim zelo pomaga pri obvladovanju bolezni in strukturiranju njihovega življenja.

Še enkrat, kaj pravzaprav so motnje sebstva – jaza? Kako odnos »jaz in svet« vidi fenomenološka ali uradna psihiatrija?

Fenomenološke raziskave torej vodijo do tega, da v množici simptomov in manifestacij na primer shizofrenije vidimo, kaj je v njihovem ozadju. Kaj je osnovni organizator teh motenj. Kaj je dirigent.

Raziskovalci, kot je Parnas, so ugotovili, da je osnova doživljanja pri shizofreniji zelo nestabilno doživljanje sebe na najbolj bazični ravni. Tam, kjer čutim, da jaz to čutim, se mi že pojavlja dvom in negotovost. Je to sploh moja izkušnja? Je to sploh moja misel?

Če je ta baza nestabilna, je vse skupaj, celoten svet nestabilen. In točno to doživljajo naši pacienti. En fant je pred leti rekel, da mora celo svoj svet postavljati vsak dan znova, saj zjutraj, kot se zbudi, nima nič.

Predstavljam si, da vi ne delite mnenja številnih psihiatrov, ki pravijo, da je psihoanaliza za psihotične paciente neprimerna?

Ne. Psihoanalitična psihoterapija je prinesla veliko znanja tudi za psihoterapijo psihoz. Mnogo ljudi je in še danes dobiva oporo skozi ta psihoterapevtski pristop. Ima pa svoje omejitve in pasti, na katere moramo biti pozorni.

Ali lahko stanje, ki ga opisujejo mistiki, dosežeš s halucinogenimi drogami? Vemo, da jih je za svoje uvide in tekste (sploh Vrata zaznavanja) uporabljal že literat Aldous Huxley in njegova žena, psihologinja Laura Huxley?

Opisi znajo biti zelo podobni. Verjamem, da se prek halucinogenih drog lahko pride do marsikatega pomembnega spoznanja o življenju, o mejah in razpokah konvencionalne realnosti ipd. Menim pa, da potrebuješ za prava mistična stanja zelo jasno zavest. Droge je pa ne omogočajo.

Mnogi psihiatri dokazujejo povezavo med rednim uživanjem marihuane in povečanjem možnosti za izbruh psihoze. Kakšno je vaše mnenje?

Gotovo vse halucinogene snovi povečajo možnost za razvoj psihotičnega stanja. Res pa je, da je pri osebah, ki nimajo predispozicije za psihozo, verjetnost manjša. Hkrati pa nikoli ne vemo natančno, ali ta predispozicija obstaja, dokler se psihoza ne razvije.

V knjigi Začetki grškega mišljenja, ki je izšla pred kratkim, sta z dr. Janom Ciglenceškim objavila obsežen članek Arhaična grška misel v dialogu z eksistencialno-fenomenološko psihiatrijo. V njem raziskujeta povezavo med Parmenidovo pesnitvijo, kjer opisuje svoje mistično potovanje k Boginji, in doživljanjem bolnikov tik pred izbruhom psihoze. Kako sta sploh prišla do te morda precej nenavadne ideje?

V bistvu sva do te ideje prišla skupaj. On se je s teksti predsokratikov, ki jih je tudi prevajal, boril po svoje in jih poskušal razumeti, zdelo se mu je, da lahko nekatera grška arhaična besedila ponudijo drugačen, svež pogled na različna duševna stanja, ki jih srečujemo tudi v klinični praksi. Sam sem opažal, da se s točno takšnimi vprašanji spopadajo naši pacienti.

Pacientom sva ponudila v branje Parmenidovo pesnitev, v kateri so nazorni opisi določenih izkustev, in spremljala, kako so lahko svoja doživljanja psihoz, svoja potapljanja v določena stanja veliko lažje in bolj artikulirano opisali in do njih vzpostavili kritično distanco, če so se naslonili na besede predsokratika.

Zakaj sta izbrala prav Parmenida, misleca, ki je živel v 6. stoletju pred našim štetjem?

Tudi zato, ker njegov jezik ni obarvan z nobeno drugo religiozno tradicijo. Osebe z recimo izrazito averzijo do krščanstva bi težje sprejele tekst krščanskega mistika. Po drugi strani pa že struktura Parmenidove pesnitve pomaga pri razumevanju in vrednotenju posameznih delov doživljanja in njihove vzročnosti, kar ima brez dvoma velik psihoterapevtski potencial. Omogoča namreč, da podpremo paciente v smeri pristnih duhovnih iskanj in jih ustrezno posvarimo pred zdrsi v psihotične in druge vrtnice.

Seveda naju zanimajo tudi spoznanja poznejših mislecev in mistikov. Vprašanje, ki se nama pri tem zastavlja, je predvsem, kako bi lahko njihovo modrost, do katere so se dokopali z velikim osebnim trudom, dolgotrajno askezo in predano molitvijo, danes uporabili kot pomoč v psihoterapiji. To so psihologije, ki so bile žive že davno pred Freudom. Ljudje so že od nekdaj prihajali po nasvet k puščavskim očetom in menihom.

In ta znanja so sodobni psihologiji ali psihoterapiji relativno neznana. Tukaj vidim velik potencial za nadaljnje raziskave.

O kakšnih znanjih govorite? Kakšna psihoterapevtska orodja naj bi uporabljali recimo šamani, svamiji, budistični menihi, mistiki, puščavniki in z njimi že takrat pomagali posameznikom v duševni stiski?

Obstajajo teksti, ki to opisujejo. Nekdo pride k puščavniku po nasvet, da bi mu svetoval, kako se umiriti, kako ne zapadati strahovom, kako se navezati na drugo misel, mu ponudi postopke meditacije, molitve, ki bi mu pomagale ... Mislim, da bi našli veliko vzporednic s sodobnimi psihoterapevtskimi pristopi.

Z Janom Ciglencečkim bi rada to bogastvo duhovnih spoznanj religioznih in mističnih tradicij, ki imajo dolgo zgodovino, prenesla tudi na psihoterapevtsko področje. To sodi v širši okvir eksistencialne psihoterapije, ki je eden štirih pomembnih pristopov v psihoterapiji. Pripada ji na primer Irvin Yalom, ki ste ga verjetno že zasledili.

Rabelj ljubezni

Tako je, v Rablju opisuje posamične primere. Yalom je eksistencialni terapevt, že leta 1980 je napisal učbenik Eksistencialna psihoterapija, ki je za vsakega psihoterapevta zelo koristno čtivo. Namreč, če je bil za Freuda ključen gon, so za eksistencialnega terapevta osnova temeljna danost življenja, vrženost pred smrt, vprašanje smisla, svobode, vprašanje socialne izoliranosti in sprejetosti, ti štirje temelji so glavno gonilo za tesnobo. In ker se sodobni človek še posebej težko spopada s tem, oblikuje različne obrambne mehanizme in skozi to se lahko razvije celoten sistem razumevanja psihičnih stanj.

Kako bodo vajine ugotovitve, ki grejo v smer t. i. kontemplativne psihoterapije, pripomogle k zdravljenju pacientov s shizofrenijo, psihozo? Kaj sploh je kontemplativna psihoterapija?

Kot pove že ime, se kontemplativna psihoterapija, ki jo lahko vidimo kot del eksistencialne psihoterapije, navezuje na kontemplativne prakse, kot so meditacija, molitev, do česa so prišli avtorji, ki so to raziskovali, in kako bi lahko ta spoznanja prevedli v psihoterapijo. Kontemplativne prakse so vir mnogih psiholoških spoznanj, ki imajo potencial za psihoterapijo, tudi za psihoterapijo pri pacientih s shizofrenijo.

Kljub temu se zdi povezovanje mistike in duhovnosti s psihoterapijo še vedno tabu. Kakšne odzive imate na omenjeni članek – poskus povezovanja predsokratičnega Parmenida s sodobno fenomenološko eksistencialno psihiatrijo?

Morda je ob tem smiselno omeniti, da se ljudje z duhovnimi in religioznimi vsebinami ukvarjajo, jih iščejo, raziskujejo in o njih berejo. To je klinična realnost, to ni nekaj, kar bi kot psihoterapevt vsiljeval pacientom.

Ljudje se znotraj teh vsebin lahko izgubljajo, premočno doživljajo, doživljajo strahove. Zato je pomembno, da tudi strokovnjaki poznamo različna stanja in tradicije. To so pomembna znanja, da lahko bolj smiselno in utemeljeno svetujemo in spremljamo paciente.

Za mnoge ljudi je religiozno področje velik vir upanja. Neki avtor je dejal: če ne bi bilo duhovnosti, bi jo ljudje s psihozo zagotovo iznašli. V svoji praksi vidim, kako ljudje s psihozo nenehno iščejo, iščejo, da bi našli vsaj malo zavetja pred tem, kar se jim dogaja.

Iz svoje prakse torej lahko rečete, da določenim pacientom pomaga prav religija?

To lahko potrdim iz lastne prakse, to potrjujejo tudi raziskave, ki kažejo na izboljšanja duševnih stisk, na manj ponovitev bolezni, na boljšo prognozo, manj samomorilnosti, če so ljudje v stiku z duhovnimi in religijskimi tradicijami.

Lahko pa se seveda pri ljudeh, ki se zapletejo v fanatične, nediferencirane ali odvisniške vzorce, stanje tudi poslabša.

V prejšnjem desetletju je bila najbolj uporabljana kognitivno vedenjska terapija, zdaj pa je vse bolj uporabljana, celo »modernejša« čuječnost (mindfulness)? Kako se uporablja?

Čuječnost je zdaj gotovo precej v ospredju, se pa večinoma uporablja znotraj že uveljavljene kognitivno vedenjske terapije. Čuječnost je psihoterapevtska metoda zdravljenja za različne psihične pa tudi psihosomatske motnje. Izhaja iz budistične tradicije, spoznanja, metode pa se prevajajo v sodoben kontekst psihoterapevtskega zdravljenja.

Simptomov se v čuječnosti ne lotevaš kot borbe, vadbe, kako boš premagal simptom, ampak gre bolj za to, da se ob tem, ko zaznaš simptom bolezni, osredotočiš na dihanje, na telo in pušiš, da na simptom ne reagiraš premočno. Pri tem so zelo dragocene izkušnje veličastne tradicije, stare 2500 let, iz katere črpamo možnosti, da pomagamo ljudem danes.

Ste šli zato v določenem obdobju sami v budistične samostane, ker ste hoteli prvoosebno izkušnjo, doživeti in začutiti ta znanja in kako te tehnike delujejo?

Tudi zato. Ker me te stvari že dolgo zanimajo, ker se mi to zdi ena od zelo čistih metod raziskovanja psihičnih svetov. Svojega in drugih.

To je čista fenomenologija. Greš in raziskuješ stvari, takšne, kakršne so, kakor jih čutiš. Ko to raziščeš pri sebi, lahko pomagaš tudi drugim. Hkrati me zanima, kako je s tem tudi v krščanski tradiciji, ki je prav tako zelo bogata in polna spoznanj.

Kartuzija Pleterje, v kateri ste bili večkrat, tudi cel mesec, vam je prav tako odprla uvid v možnosti povezav med krščanskim duhovnim spremljanjem in psihoterapijo?

V nekem trenutku sem v kartuziji Pleterje doživel močan občutek, da sem na pravem mestu. To je bilo zelo močno doživetje. Za vedno me je zaznamovalo in me napotilo na iskanje teh povezav.

V vašem magisteriju Psihopatologija, diagnostika in zdravljenje psihoz shizofrenskega kroga na Psihiatrični kliniki v Ljubljani v letih 1880–2000 ste se ukvarjali prav s tem, kako se spreminja vsebina blodenj od leta 1800 dalje glede na različne kulturne in religiozne vzorce. Vaše ugotovitve so zaznali tudi v reviji Time.

Da, novinarka Tima je takrat izbrskala našo študijo, jo v skrajšani obliki objavila v Timu in je zakrožila po internetu. Očitno se je mnogim zdelo zanimivo, kako so se glede na različne družbene in zgodovinske kontekste spreminjale blodnje pri osebah s shizofrenijo.

Recimo s pojavom radia in potem televizije se je povečalo število psihoz, ki temeljijo na novih tehnologijah, prisluškovanju, sledenju in podobno. Medtem ko religiozni motivi zadnjih dvesto let ostajajo dokaj nespremenjeni. Jezusi in Marije torej ostajajo.

Verjetno je v Evropi manj pogosto, da oseba čuti, da je inkarnacija Huan Či ali Ganeša, tako kot v indijski kulturi najbrž ni tako pogosto, da človek verjame, da je Jezus ali Devica Marija.

Poudariti je treba razliko med mističnimi stanji, ki jih opisujejo mistiki skozi zgodovino, in psihotičnimi stanji. Če se bolnik počuti kot Jezus ali katerikoli drug veliki duhovni učitelj, to ni mistično stanje. V psihotičnem svetu se vse vrti okrog človeka. Jaz hipertrofira. Tudi če ima nekdo občutek, da ga zasleduje Cia, pomeni, da ima občutek, da je on središče dogajanja, da vse kroži okrog njega. To vse je ravno nasprotno mističnemu doživetju, kakršno najdemo v opisih mistikov. Tudi tisto, kar sem doživel v Pleterju, ki je bilo morda neki približek doživetja enosti, sem naenkrat začutil samo to, da se mi je odkrilo nekaj velikega, ali se me je dotaknilo, ampak v tem nisem bil pomemben sam, niti me ni zanimalo, ali bo to kdo prepoznal, ali sem zaradi tega nekaj posebnega, večji, boljši, ali me bo kdo ogrožal. Jaz se ob takih izkušnjah običajno raztopi, zlije v eno. Mistična stanja definirajo, da se jaz nasproti svetu zlije, doživiš občutje enega. V psihotičnem stanju pa se zgodi ravno obratno, jaz naenkrat naraste, hipertrofira.

Enkrat mi je kolega, ki je sam imel psihotično izkušnjo, dejal, da je bil prepričan, da ga zasledujejo agenti Cie, vse doživljanje sveta zunaj se je potem uklonilo njegovemu doživljanju. Nekega jutra je opazil štiri agente, enega, ki je stal pred vrati njegovega stanovanja, drugi pred njegovim blokom, tretji mu je začel slediti, četrti se je pojavil v križišču. In takrat ga je prešinilo: Saj je vendar nemogoče, da bi Cia zame aktivirala kar štiri agente, zakaj bi bil jaz tako pomemben zanje. Nekaj mora biti narobe. In se je sam odpravil k psihiatru.

Zanimivo, da vas zanima pomen duhovnih tradicij in njihova možnost uporabe v psihoterapiji prav tako, kot je to zanimalo C. G. Junga. Med drugim ste sodelovali pri prevodu njegove znamenite Rdeče knjige, v kateri se prepletajo vplivi mnogih starodavnih učenj, hkrati pa se zdi, da se avtor sam ves čas giblje na meji psihoze?

Da, on je posegal po tehniki t. i. aktivne imaginacije. Lahko bi rekli, da je šlo pri njem za neke vrste nadzorovano psihozo. Po eni strani je intenzivno vstopal v to stanje, po drugi strani pa je ta doživljanja in videnja nadzoroval.

Kakšen je praktični pomen Rdeče knjige za psihoterapijo, psihiatrijo?

Rdeča knjiga je vir, zapis izkustvenega potovanja, iz katerega je Jung črpal veliko psiholoških uvidov in jih pozneje vtkal v svoj psihološki sistem.

Z meditacijo ste se začeli ukvarjati že pred četrto stoletje? Kaj vas je spodbudilo k temu? Kdaj ste doživeli »spreobrnjenje« v smislu povezovanja psihoterapije s starodavnimi praksami?

Pravzaprav sem se z meditacijskimi tehnikami začel ukvarjati že pred tridesetimi leti, ko sem imel osemnajst let. Že pri jogi, s katero sem začel, se mi je zdelo, da gre za drug način razumevanja telesa, dihanja in zbranosti. Starodavne indijske tradicije se ukvarjajo z raziskovanjem notranjih svetov, in takrat sem pomislil, da bi bilo to dobro povezati.

Ali to priporočate svojim pacientom ali bi bilo za določen tip pacientov to lahko tudi nevarno?

Na naši enoti za psihoterapijo načeloma vsem pacientom predstavimo relaksacijske metode in čuječnost kot metode spopadanja s simptomi, s stresom. In ljudje, ki jim je čuječnost blizu in ki nanje dobro deluje, se tega lotijo in lahko veliko pridobijo z vadbo. Imamo veliko dobrih izkušenj. Se pa lahko zgodi, da komu takšna vadba prehodno poveča tesnobo ali negotovost.

Hočete reči, da tudi metode čuječnosti oziroma meditacije niso primerne za vsakogar?

To je podobno, kot lahko rečemo za druge stvari, tudi za tek. Kadar se počutim dobro, bom šel teč in mi bo pomagalo. Kadar se ne, mi lahko tek ne naredi dobro. Tudi za branje knjig ali gledališče nismo vedno razpoloženi.

Pa vendar redko kdo reče, »da tek ni dobra stvar in da ti lahko pusti posledice«, za meditacijo se pa hitro reče, »čisto se je spremenil, je začel meditirati in postal čuden«. To je težko posledica meditacije, pač pa osnovnega stanja, zaradi katerega se posameznik lahko loti meditacije.

Meditacija je preprosta. Usedeš se in se poglobiš vase. Če se ti zgodi, ne vem, panični napad, to ni preprosta posledica meditacije. Nagnjenost in pogoji zanj so že prej v človeku. Panični napad se ti lahko zgodi tudi med tekom ali sredi poslovnega sestanka, pa za to ne boš okrivil sestankov.

Kje so razlike in podobnosti med recimo budistično meditacijo, zdaj zelo moderno vipassana meditacijo, in recimo kontemplativnimi praksami kartuzijanskih menihov?

Te prakse so si marsikdaj zelo podobne in je veliko sorodnosti. Ravno ta skupna jedra in spoznanja iz teh tradicij me precej zanimajo, saj imajo, kot sva omenila, precejšen psihoterapevtski potencial.