

Przystosowaliśmy się całkiem nieźle: przyszłość psychodynamicznych metod leczenia zaburzeń osobowości

Wywiad z Frankiem Yeomansem¹

Dr **Frank Yeomans** jest profesorem psychiatrii klinicznej w Weill Medical College Uniwersytetu Cornell, dyrektorem szkoleń w Instytucie Zaburzeń Osobowości Weill Cornell, wykładowcą psychiatrii w Columbia University College of Physicians and Surgeons Center for Psychoanalytic Training and Research oraz dyrektorem Instytutu Badań nad Osobowością na Manhattanie. Ukończył Harvard College, a doktorat z medycyny uzyskał na Uniwersytecie w Yale. Specjalizację z psychiatrii zrobił w klinice Payne Whitney New York Presbyterian Hospital, Weill Medical College. Jest aktualnym prezesem International Society for Transference Focused Psychotherapy (ISTFP).

Mateusz Stróżyński: *Ostatnio sprawdziłem, że Międzynarodowe Towarzystwo Psychoterapii Skoncentrowanej na Przeniesieniu (ISTFP) powstało w październiku 2011. Minęło więc dziesięć lat od tamtego wydarzenia. Jakie są Twoje przemyślenia na temat naszej organizacji, kiedy patrzysz wstecz na tę dekadę historii ISTFP?*

Frank Yeomans: Widzę z ogromnym zadowoleniem, że coraz więcej ludzi interesuje się tego typu rozumieniem osobowości i jej zaburzeń. Wydaje się, że zawsze istnieliśmy na marginesie psychiatrii i psychologii, przynajmniej w moim kraju, głównie dlatego, że psychiatria zwykle była zdecydowanie biologiczna, podczas gdy psychologię zdominowało podejście poznawczo-behawioralne (CBT). Kiedy zaczęliśmy pracować razem jako grupa (a kiedy mówię o „grupie”, mam na myśli Personality Disorder Institute przy Weill Cornell Medical College w Nowym Jorku), co miało miejsce w latach 80. ubiegłego wieku, czuliśmy się mało znaczący, byliśmy niewielkim graczem na scenie. W dużej mierze nadal tak jest, ale zrobiliśmy pewne postępy, odkąd zaczęliśmy działać razem, kiedy psychoanalityczne rozumienie umysłu i psychopatologii ulegało coraz większej marginalizacji przez rozwój psychiatrii biologicznej i psychologii poznawczo-behawioralnej. Myślę więc, że jest to niezwykle ważne, że Otto Kernberg z pracownikami Personality Disorder Institute [Instytut Zaburzeń Osobowości – przyp. red.] cały czas rozwijali unikatową metodę opartą na zasadach psychoanalitycznych, głównie teorii relacji z obiektem, a potem podjęli się również badań empirycznych. Wracając do twojego początkowego pytania dotyczącego rozwoju ISTFP: to bardzo dodaje ducha, że w tak wielu częściach świata ludzie są zainteresowani tego typu rozumieniem umysłu

¹ Wywiad został przeprowadzony 2 lutego 2022 roku, autoryzowany ostatecznie pod koniec marca [przyp. red.].

i psychopatologii oraz takimi sposobami pomagania pacjentom z zaburzeniami osobowości. Wydaje się, że jest tak, ponieważ pełniej rozumiemy naturę człowieka, na pewno pełniej niż podejście psychofarmakologiczne czy poznawczo-behawioralne. Czujemy, że pracujemy z osobą jako całością, a nie tylko z symptomem. Teraz mamy, na szczęście, problem taki, że trudno jest sprostać zapotrzebowaniu na szkolenia, gdy rozbudowujemy kadrę nowych nauczycieli w obrębie naszej organizacji. A Polska to jedno z miejsc, gdzie widzieliśmy największy entuzjazm i z zadowoleniem obserwowaliśmy, że mnóstwo kolegów z Waszego kraju jest zainteresowanych pracą z nami.

MS: Ostatnio wysłałeś do członków ISTFP mapę świata z liczbą certyfikowanych terapeutów w każdym kraju. Wygląda to ciekawie. Są kraje, w których te liczby są znaczące, co wskazuje na zainteresowanie TFP, ale są też takie, gdzie jest ono niewielkie, i takie, w których nie ma żadnych członków społeczności TFP. Ciekawią mnie Twoje obserwacje na temat prób rozwijania TFP w krajach azjatyckich, jak Chiny czy Iran, ponieważ są to odmiennie kultury. Jakie masz refleksje na ten temat?

FY: Po pierwsze, muszę skorygować twoją interpretację tej mapy. To nie są liczby certyfikowanych terapeutów, ale osób, które są członkami ISTFP w każdym z krajów, czyli oficjalnych członków naszej organizacji, niekoniecznie terapeutów certyfikowanych. Zadałeś bardzo dobre pytanie. Jak zapewne wnioskujesz z mojej odpowiedzi na Twoje pierwsze pytanie, lubię mieć perspektywę historyczną. Zaczęliśmy szkolenia od Stanów Zjednoczonych, Kanady i Europy, a potem rozszerzyliśmy je na niektóre części Ameryki Łacińskiej, ponieważ w niektórych tamtejszych krajach tradycja psychoanalityczna ma silne korzenie. Kiedy patrzysz na liczby na mapie, fakty są takie, że w Rosji jest bardzo niewielu członków naszej organizacji i jeszcze mniej w Chinach, ale to szybko się zmienia.

Porozmawiajmy zatem o Chinach, skoro o ten kraj spytałeś. Właśnie kompletuję nasz trzeci pełny kurs w tym kraju. Lokalna instytucja ograniczyła go do 55 osób, więc pod koniec tego kursu będziemy mieli tam 165 osób, które uczyliśmy. Jak widzisz, rozróżniam między „uczeniem” a „szkoleniem”, ponieważ ten ostatni termin stosuję jedynie do tych studentów, którzy oprócz czysto dydaktycznych godzin nauki mieli doświadczenie superwizji. W każdym kraju o wiele większa liczba osób przychodzi na kursy dydaktyczne, a dopiero potem mniejsza grupa uczestniczy w szkoleniu superwizyjnym. Z naszych chińskich doświadczeń wynika, że z grupy 55 studentów 30 osób kontynuuje szkolenie z superwizją i to jest zachęcające, ponieważ mamy teraz dwa cykle superwizyjnych grup w Chinach. Liczby na mapie są więc niższe niż rzeczywisty poziom aktywności w danym kraju. Sądzę, że istnieje podobna zależność w wypadku przedziału czasowego między odbyciem szkolenia przez uczestnika a jego wstąpieniem do naszego Towarzystwa.

Ale pytałeś też o różnice kulturowe, które uważam za dość istotne. Jutro mamy spotkanie z osobami, które są zaangażowane w szkolenia w Chinach, ponieważ chcemy zrozumieć lepiej ich doświadczenia w nauczaniu w tym kraju. Są one inne niż w innych krajach, ponieważ chińscy studenci różnią się co do wcześniej zdobytych

umiejętności i wiedzy. Niektórzy mają dobrą znajomość pojęć psychoanalitycznych dzięki organizacji, która nazywa się Chinese American Psychoanalytic Association (CAPA, Chińsko-Amerykańskie Stowarzyszenie Psychoanalityczne) i która istnieje, jeśli się nie mylę, niemal 20 lat. Założyła ją psychoanalityczka z psychoanalitycznego instytutu w New Haven (Connecticut) Elise Snyder. Wykonuje świetną robotę, głównie ucząc zdalnie i pracując z bardzo zróżnicowanym zespołem nauczycieli-wolontariuszy, którzy przekazują wiedzę z zakresu podstawowych pojęć psychoanalitycznych i psychodynamicznych. Szkoлиła ona również większe grupy. I niektórzy z tych ludzi przychodzą potem na szkolenie z TFP, żeby nauczyć się, jak sobie radzić z zaburzeniami osobowości.

Wiem od naszego koordynatora w Chinach, dr. Koka, że droga do zostania psycho terapeutą w tym kraju zmieniała się w ciągu ostatnich lat. Jak rozumiem, teraz wskazania i regulacje są mniej surowe. Jak powiedziałem wcześniej, zetknęliśmy się z nierównościami kompetencji u naszych studentów i niektórzy z nich potrzebują dodatkowego szkolenia, które dla nich zorganizowaliśmy. Skoro pytasz o różnice kulturowe, pewnie masz na myśli odmiennność mentalności zachodniej od chińskiej co do koncepcji jednostki. Oczywiście generalizuję, ale zwłaszcza w Stanach częścią naszej amerykańskiej kultury jest skrajny indywidualizm. Oznacza to, że im bardziej jesteśmy niezależną jednostką, tym lepiej. Myślę, że teraz w Ameryce za to płacimy, ponieważ nie umiemy dobrze współpracować. Ale w Chinach nacisk jest właśnie na zbiorowość, na społeczeństwo, więc odkrywamy, że musimy pomagać naszym chińskim studentom w lepszym opracowywaniu subiektywnego poczucia indywidualności, kiedy omawiamy z nimi ich pacjentów. Próbuujemy ich wspierać w tworzeniu bardziej zniuansowanych i szczegółowych opisów wewnętrznego doświadczenia. Powiniennem też dodać, że oprócz zasadniczego nauczania, o którym mówiłem do tej pory i które odbywa się w mieście Hangzhou, nawiązaliśmy stosunki z dużą kliniką w Szanghaju i być może będziemy tam też prowadzić badania naukowe. Co więcej, w zachodnich Chinach istnieje też odrębny program szkoleń.

MS: *A Rosja?*

FY: Rosja to jedno z miejsc, gdzie aktywność jest największa. To było dla mnie wyzwanie osobiste, w pewnym sensie, bo, jak wiesz, jestem częściowo polskiego pochodzenia i kiedy dorastałem, ta część mojej rodziny, która mieszkała w Polsce, była represjonowana przez reżim sowiecki. Z powodu tego doświadczenia z czasów zimnej wojny byłem do Rosji uprzedzony. Nie powinniśmy rozmawiać o sytuacji bieżącej w tym kraju, ponieważ z tego, co widzę², nie jest ona o wiele lepsza. Około 10 lat

² Już po przeprowadzeniu tego wywiadu Rosja zaatakowała Ukrainę. Ta straszliwa wojna stanowiła dla nas wyzwanie, jeśli chodzi o kwestię kontynuowania naszych relacji z rosyjskimi kolegami. Wielu z nas chciało na początku zerwać z nimi wszelkie kontakty. Potem jednak uświadomiliśmy sobie, że to byłoby odreagowanie swego rodzaju rozszczepienia, które zostało wywołane przez wojnę. Dlatego kontynuowaliśmy szkolenie naszych rosyjskich kolegów,

temu dr Kernberg został zaproszony do Rosji. Jest to pewien wzorzec, który możemy obserwować w różnych krajach. Najpierw ktoś z uniwersytetu lub ważnego szpitala zaprasza dr. Kernberga, żeby przyjechał z wykładem. Potem ludzie zaczynają się interesować jego modelem i proszą o dalsze szkolenia. W tym momencie Nel Draijer i ja zaczynamy szukać osób, które mogłyby poprowadzić szkolenia dydaktyczne w takim kraju. Oboje jesteśmy w to zaangażowani, ponieważ część szkoleń jest organizowanych przez ISTFP, a część przez Personality Disorders Institute w Nowym Jorku. Nasze doświadczenia w Rosji są podobne do tych, które mamy w Chinach, ale szkolenie jest bardziej zaawansowane. W Chinach mamy trzeci kurs, a w Rosji – już czwarty pełny kurs, co oznacza, że mamy około 100 osób na każdym z tych kursów. To sporo ludzi. Mamy też w Rosji dużą liczbę grup superwizyjnych. Niektóre z nich są superwizowane przez nas tutaj, z Nowego Jorku, ale wiele jest prowadzonych przez europejskich członków ISTFP. Jak widać, jest to wysiłek międzynarodowy.

Byłem pod wrażeniem entuzjazmu rosyjskich studentów. Tłumaczę ten fakt tak: ponieważ reżim sowiecki był tak opresyjny co do psychoanalizy – może po prostu zniechęcając, a może całkowicie jej zabraniając i w ten sposób ją likwidując – więc teraz obserwujemy odrodzenie i szczególną fascynację tym rozumieniem psychopatologii i leczeniem. Zapał studentów rosyjskich pomógł mi przewyciężyć moje zimnowojenne uprzedzenia. Jedną z miłych rzeczy, które obserwuję, jest fakt, że bez względu na to, o jakim kraju mówimy, osoby, które chcą się poświęcić pracy psychotherapeutycznej, przejawiają zawsze bardzo humanistyczne i altruistyczne motywacje. Spotykamy zatem bardzo wielkodusznych, dobrych i oddanych ludzi w naszym zawodzie, bez względu na to, gdzie się udamy, i to bardzo dodaje ducha.

MS: Nie jestem pewien co do szczegółów sytuacji rosyjskiej w tym względzie, ale myślę, że była podobna do polskiej. Po II wojnie światowej komuniści całkowicie zlikwidowali psychoanalizę na dziesięciolecia. Na początku lat 20. ubiegłego wieku bolszewicy interesowali się do pewnego stopnia psychoanalizą, wierząc, że może ona pomóc rewolucji w zmianie społeczeństwa przez swego rodzaju inżynierię społeczną, ale Stalin, kiedy przejął władzę, odwrócił ten trend w sposób decydujący na niekorzyść psychoanalizy. Przymuszczałnie zatem doświadczenie rosyjskie było takie samo jak polskie, czyli przerwanie ciągłości wiedzy i praktyki psychoanalitycznej i psychoterapeutycznej. Potem trzeba było odzyskiwać tę tradycję.

FY: Myślę, że robicie to w Polsce błyskawicznie. I to samo obserwuję w Rosji, miło to oglądać.

MS: Na mapie świata, o której rozmawialiśmy, widziałem kilku członków ISTFP w Australii. Czy ten kraj jest podobny pod tym względem do innych anglojęzycznych państw?

z wiarą, że zarówno oni, jak i to, czego ich uczymy, może być czymś pozytywnym, co będzie sprzyjać rozumieniu i integracji w społeczeństwie, które przesunęło się w stronę autokracji i wojny [przyj. Frank Yeomans].

FY: Australia to bardzo ciekawy kraj i społeczeństwo. Pragmatycznie rzecz ujmując: Australia bardzo sprzyja rozwojowi TFP i jest tam więcej osób w szkoleniu, niż to pokazuje liczba członków naszego Towarzystwa. Są studenci w zachodniej Australii w Perth, na południu w Adelaide oraz w Melbourne i Sydney. Mamy też uczestników grup supervizyjnych z innych części tego kraju. Nie ma ich tak wielu jak w innych państwach, ale zainteresowanie jest. Na dobre czy na złe (przypuszczalnie – na złe) metoda leczenia rozwijana w danym kraju zawsze jest połączona z systemem ekonomicznym tego kraju, a zwłaszcza ze sposobem, w jaki funkcjonuje system zdrowia publicznego. Australia to kraj, gdzie jest najlepszy system finansowania psychoterapii na świecie, jaki widziałem. Jeśli jesteś obywatelem Australii, masz po prostu dostęp do bezpłatnej psychoterapii i tyle. Rząd płaci wprawdzie terapeutom mniej, niż ci biorą prywatnie, więc zwykle proszą rząd o dodatkowe finansowanie. Ale jest to podatny grunt dla terapii. W wielu krajach, jak, niestety, w Stanach Zjednoczonych, system finansowania zdrowia publicznego jest bardzo nierówny i, jak myślę, niesprawiedliwy. W Ameryce dużo ludzi chciałoby mieć dostęp do długoterminowej psychoterapii, ale nie stać ich na to, podczas gdy w Australii każdy ma do niej dostęp, jeśli tylko chce.

MS: *Z tego, co wiem, w różnych krajach występują też różnice dotyczące tego, jaka metoda terapii może być praktykowana w publicznym systemie. Jak to jest w Stanach? Czy tylko niektóre metody leczenia, np. oparte na badaniach naukowych, są finansowane przez państwo, czy pacjent może wybrać terapię w dowolnym paradygmacie?*

FY: Cieszę się, że zadałeś to pytanie. Zacznę od prostszego przypadku. W Holandii, Niemczech i, jak sądzę, w Austrii (choć austriacki system znam mniej) oraz Wielkiej Brytanii, która jest do niej nieco podobna, zdrowie publiczne finansowane jest przez instytucje w dużej mierze zarządzane przez państwo. Weźmy Holandię jako model. Lata temu, w latach 90. ubiegłego wieku, był to państwowy system ochrony zdrowia, dość hojny, ale z czasem stał się bardziej podobny do systemu amerykańskiego w sposób, który z mojej perspektywy jest niefortunny. Więcej odpowiedzialności za finansowanie ochrony zdrowia spoczywa tam teraz na prywatnych firmach ubezpieczeniowych. Nie rozumiem holenderskiego systemu w pełni, ale nawet przy aktualnym wzroście sektora prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych rząd wciąż reguluje sytuację – poprzez ministerstwo zdrowia – w zakresie tego, które metody leczenia są finansowane ze środków publicznych.

A to zależy właśnie od badań naukowych, dlatego więc jest to tak ważne, że TFP ma takie oparcie w badaniach. Niestety, większość psychoanalityków nawet teraz (choć to się zmieniło od lat 80. i 90.) jest niechętnie nastawiona do badań nad skutecznością terapii, uważając to za wtargnięcie w proces leczenia. Nie wierzą nawet w możliwość zbadania takiej skuteczności. Jednym z robiących wrażenie aspektów kariery Otto Kernberga jest jego zaangażowanie w badania naukowe, na bardzo wczesnym etapie, gdy współpracował z Fundacją Menningera w Kansas. W latach 80. w Nowym Jorku, w Weill Cornell Medical College, Kernberg poznał Johna Clarkina i doszedł do wniosku, że byłby on znakomitym współpracownikiem i koordynatorem badań

naukowych. Wdrożyliśmy więc tam taki próbny program, a na uniwersytecie w Wiedniu Stephan Doering przeprowadził badanie wiedeńsko-monachijskie. Istnieją też inne takie programy badawcze, mniejsze, jak np. w Meksyku. Jest też kontrowersyjne badanie, które przeprowadzono w Holandii, gdzie porównano terapię schematu z TFP. Autorzy w swoim artykule przedstawili interpretację wyników, w myśl której terapia schematu miałaby być skuteczniejsza niż TFP. Ale dokładniejsza analiza danych prowadzi do postawienia pewnych pytań dotyczących sposobu interpretacji tych wyników przez autorów artykułu. W każdym razie, za sprawą prowadzonych przez nas badań, mamy obecnie status terapii opartej na podstawach naukowych, więc w krajach takich jak Holandia, Niemcy czy Austria pacjenci mają naszą metodę dostępną bezpłatnie w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia. Wiele metod leczenia jednak nie jest tam finansowanych, jeśli takiej podstawy naukowej nie mają. Co więcej, instytucje, które analizują tę sytuację, domagają się ciągle nowych danych z badań naukowych, więc musimy ciągle wdrażać nowe programy badawcze. Obecnie, jak wiesz, rozmawiamy o pewnych możliwościach prowadzenia takich badań nad skutecznością terapii w Polsce i to jest bardzo ekscytujące.

Chciałem jednak jeszcze przedłużyć tę i tak bardzo długą odpowiedź na Twoje pytanie. System amerykański jest mniej zorganizowany, bardziej chaotyczny. Mamy zlepek różnych metod finansowania ochrony zdrowia. Rząd finansuje leczenie, jeśli ktoś ukończył 65 lat albo jest bardzo ubogi, ale jeśli pacjent nie należy do żadnej z tych kategorii, nie może liczyć na bezpłatny dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej, co jest okropną sytuacją. Większość pacjentów w moim kraju, żeby mieć dostęp do terapii, musi więc polegać na prywatnym sektorze ubezpieczeń. Firmy ubezpieczeniowe do niedawna mogły mieć własne wytyczne finansowania terapii. Czyli jako firma ubezpieczeniowa pobierasz pieniądze od swoich klientów, a potem jeszcze możesz powiedzieć: „Zapłacimy tylko za to i za to”. Nie ma się co dziwić, że te firmy wprowadzały wytyczne, które zapewniały im zyski. Niemal wszyscy ubezpieczyciele wykluczali zatem z refundacji wszystko poza bardzo krótkoterminowymi formami terapii, liczącymi dziesięć czy dwadzieścia sesji.

Ta sytuacja doprowadziła do dużej sprawy w sądzie, w co jestem w pewnym stopniu zaangażowany. Współpracuję ze znaczącym adwokatem, który jest oprócz tego psychoanalitykiem i bardzo inteligentnym człowiekiem. Dwa lata temu sąd w Kalifornii uznał, że nasz system nie jest właściwy. Sędzia zapytał: „Jak to możliwe, że firmy ubezpieczeniowe mogą tworzyć własne wytyczne refundacji?”. I to zmieniło sytuację, choć Ameryka jest krajem skomplikowanym, bo mamy 50 stanów i każdy z nich ma własne przepisy, więc trzeba by iść do sądu w każdym stanie, żeby zmienić prawo w całym kraju. Kończąc tę historię, dodam, że ten kalifornijski sędzia zasugerował nam, żebyśmy w miejsce wytycznych tworzonych przez firmy ubezpieczeniowe stworzyli profesjonalne zalecenia, które jasno określałyby, co powinno być refundowane, a co nie. Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne i Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne mają swoje własne rekomendacje mówiące, które formy leczenia uznawane są za skuteczne w odniesieniu do konkretnych zaburzeń, jak depresja, lęk,

zaburzenia osobowości etc. Większość tych wytycznych jednak nie uwzględnia terapii psychoanalitycznej czy psychodynamicznej. Jestem w takiej grupie, która chce tę sytuację zmienić. We współpracy z Amerykańskim Towarzystwem Psychoanalitycznym poświęcamy dużo czasu na przygotowywanie zaleceń, które włączają psychoanalityczne i psychodynamiczne formy leczenia oparte na badaniach naukowych. W oficjalnych wytycznych oprócz CBT i farmakoterapii będziemy zatem mieli również i te formy leczenia. Dzięki temu pacjenci będą mieli do nich dostęp.

MS: *Zatem w Stanach firmy ubezpieczeniowe są zainteresowane wyłącznie długością terapii, a nie konkretnymi metodami – czy dobrze to rozumiem?*

FY: Powiedzą, że jeśli ktoś ma depresję, zapłacą za jej leczenie, ale tylko do momentu, kiedy pacjent przestanie mieć depresję. Wtedy finansowanie się kończy. Ale to jak powiedzieć pacjentowi z cukrzycą: zapłacimy za leczenie do momentu, w którym pański poziom cukru się unormuje, a wtedy przestaniemy je finansować. Chodzi o to, że po stabilizacji niektórzy pacjenci nadal potrzebują terapii, żeby utrzymać uzyskany stan zdrowia. Ale firmy ubezpieczeniowe obcinają natychmiast finansowanie, więc mamy mnóstwo nawrotów u naszych pacjentów.

MS: *Rozumiem. W polskim systemie, który nie jest w pełni uregulowany, nacisk kładzie się nie na metody leczenia, ale raczej na kryteria szkolenia z psychoterapii, które terapeuta musi odbyć, żeby móc pracować z pacjentami w publicznej służbie zdrowia. Istnieją pewne standardy, które musi spełniać kurs psychoterapii, jak choćby liczba godzin dydaktycznych, szkoleniowych, superwizyjnych itd. I jest dokładnie tak samo w przypadku terapii poznawczo-behawioralnej, rodzinnej, Gestaltu czy psychodynamicznej. Jeśli ktoś odbył szkolenie czteroletnie i ma za sobą odpowiednią liczbę godzin teoretycznych i praktycznych, może leczyć pacjentów z szerokiego spektrum psychopatologii w systemie publicznej ochrony zdrowia. Jest to inne podejście i jego zaletą jest to, że nie ma tu sytuacji niekorzystnej dla psychoterapeutów psychodynamicznych.*

FY: To rzeczywiście brzmi dobrze, ale co w sytuacji, w której pojawia się jakaś nowa metoda leczenia, która nie jest jeszcze potwierdzona przez lata doświadczenia? Jak rząd zdecyduje, czy ją autoryzować?

MS: *Dobre pytanie. My na przykład włączyliśmy szkolenie z TFP w Polsce w ramy szkolenia oferowanego przez Krakowskie Centrum Psychodynamiczne, ponieważ dzięki temu osoby, które kończą nasz standardowy kurs psychoterapii i przejdą potem dodatkowe szkolenie z TFP, mogą stosować TFP również w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia. Nie dlatego, że są terapeutami TFP, ale dlatego, że ukończyli akceptowany kurs psychoterapii. Ciekawe jest to, co mówisz na temat zmiany sytuacji w Europie zachodniej. Pamiętam, że około 15 lat temu miałem znajomą z Niemiec, która mogła przejść pięcioletnią jungowską analizę zupełnie za darmo w ramach niemieckiego systemu ochrony zdrowia. W tamtym czasie wydawało mi się to niesamowite, ponieważ, oczywiście, terapia jungowska to nie jest główny nurt.*

FY: Dlatego powiedziałem, że nie jestem pewien, jak wygląda obecnie niemiecki system. Pamiętam, że wcześniej terapeuci musieli pisać uzasadnienie dla podjęcia leczenia w ramach publicznego systemu i rząd musiał wyrażać na nie zgodę. Jeszcze kilka lat temu tak było, ale nie wiem, jak to teraz wygląda. Ale chcę Ci podać jeden przykład tego, jak niesprawiedliwy wobec pacjentów jest system amerykański. W latach 90. kierowałem oddziałem szpitala, w którym leczeni byli bardzo chorzy pacjenci psychiatryczni. Czasami mogliśmy ich leczyć na oddziale nawet przez rok. Firmy ubezpieczeniowe zaczęły jednak mówić, że nie chcą za to płacić, bo to – jak twierdzili – nie było ani dobre, ani skuteczne leczenie. Wydzwaniali do nas, pytając, dlaczego ten czy tamten pacjent jest wciąż w szpitalu. Żądali uzasadnień, grozili, że w przeciwnym razie przestaną płacić za leczenie. Miałem takiego pacjenta po wielu próbach samobójczych, który został przyjęty do szpitala i ustabilizowaliśmy go w ciągu dwóch czy trzech tygodni. Chcieliśmy go zostawić dłużej, żeby zaoferować mu bardziej intensywną psychoterapię, ale firma ubezpieczeniowa powiedziała, że nie zapłaci ani centa, chyba że pacjent jest nadal zagrożony samobójstwem. Powiedziałem, że bywał zagrożony w przeszłości i to wielokrotnie. Teraz zacytuję, co mi powiedział przez telefon przedstawiciel firmy ubezpieczeniowej: „Wie pan co, to naprawdę by wam pomogło dostać te pieniądze, gdyby ten wasz pacjent spróbował się zabić w ciągu kilku najbliższych dni”.

MS: *Niewiarygodne.*

FY: Tak. W takich chwilach byłem naprawdę wściekły na ten system. Ten człowiek naprawdę mi powiedział, że jeśli mój pacjent spróbuje się zabić w ciągu kilku najbliższych dni, będą mieli podstawę do dalszego opłacania jego terapii.

MS: *Chodzi tylko o pieniądze, prawda?*

FY: To straszne. Ale walczymy z tym.

MS: *W każdym razie badania naukowe to coś ważnego, jak wspomniałeś wcześniej, dlatego ISTFP tak aktywnie promuje badania i współpracuje z uniwersytetami i zespołami badawczymi. Zmieńmy temat i porozmawiajmy trochę o zmianach w podręcznikach diagnostycznych DSM-5 i ICD-11. Powiedziałeś wcześniej, że psychoanaliza była na marginesie oficjalnego systemu ochrony zdrowia i że było to też związane z rozumieniem psychopatologii. DSM-5 jest trochę starszy od ICD-11 i od jakiegoś już czasu jest stosowany w Ameryce. W najnowszej edycji poczyniono pewne zmiany, które zostały wprowadzone w jakiś sposób pod wpływem badań przeprowadzonych przez Otto Kernberga i grupę TFP. Na przykład, sekcja III DSM-5 pozwala na bardziej psychodynamiczną konceptualizację pacjenta, łącząc zaburzenia osobowości z funkcjonowaniem self i relacji interpersonalnych. Twórcy podręcznika odeszli więc od podejścia, w którym jest z dziesięć kryteriów, a klinicysta ma odhaczać to, co widzi u swojego pacjenta. Teraz wygląda to na bardziej zniuansowany model, bliższy rozumieniu psychoanalitycznemu.*

FY: Tak, odczuwamy znaczący postęp we właściwym rozumieniu zaburzeń osobowości i pokrywa się to z tym, jak osobowość i jej patologię rozumie Otto Kernberg i o czym pisał od lat 70. Mogę polecić artykuł Johna Clarkina, Eve Caligor i Julii Sowisło, który analizuje dokładniej tę problematykę³. Z tego, co wiem, sekcja III DSM-5 nie odnosi się otwarcie do prac Kernberga, głównie dlatego, żeby utrzymać ateoretyczny charakter DSM. To jest po prostu stanowisko Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, które wydaje ten podręcznik. Rozmawiałem jednak z ludźmi, którzy byli zaangażowani w przygotowywanie sekcji III i znali system Kernberga. Myślę, że jego prace wpłynęły na nich i jego model pokrywa się w znaczący sposób z tym, co tam się znalazło, nawet jeśli oficjalnie sekcja III jest ateoretyczna. Dodałbym też, że niektórzy psycholodzy badali w ostatnich latach zaburzenia osobowości i wyniki ich badań również wywarły duży wpływ na rozwój tego nowego, dymensjonalnego podejścia.

Na jednej z naszych konferencji TFP gościła z wykładem Carla Sharp, która jest bardzo wpływową badaczką. W swoim szpitalu w Teksasie badała wraz z zespołem niemal 1000 pacjentów z zaburzeniami osobowości, i to leżących na oddziale. Jeden z problemów tego starego systemu kategorialnego polegał na tym, że najczęściej stawianą diagnozą w przypadku zaburzeń osobowości było „nieokreślone zaburzenie osobowości” lub kilka sprzężonych zaburzeń osobowości u jednego pacjenta, ponieważ rzeczywiste zaburzenia osobowości, które obserwujemy u pacjentów, nie pasują do wąskich kategorii proponowanych w DSM. Carla Sharp badała tych 980 pacjentów i patrzyła na indywidualne kryteria, które doprowadziły do postawienia im diagnozy zaburzeń osobowości. Potem przeprowadziła analizę czynnikową i ustaliła, że wszystkich pacjentów, którzy według starego DSM mieli różne diagnozy, można połączyć w ramach pewnego zbioru kilku wspólnych czynników. Mówiąc prościej, mieli o wiele więcej wspólnego, niż dzieliło ich różnic. Następnie Sharp sformułowała pojęcie „czynnika ogólnego”, który znajduje się ma u podstaw patologii osobowości, co pokrywa się z kryteriami sekcji III DSM-5. Ten czynnik jest o wiele ważniejszy niż powierzchowne kliniczne przejawy i ma bardzo dużo wspólnego z doświadczeniem self u pacjenta i z jakością jego relacji z innymi.

Carla Sharp pokazała w swoim badaniu, że istnieją trzy grupy pacjentów, które wciąż wykazują cechy różnicujące, odrębne od tego „czynnika g” (ogólnego). To grupa pacjentów narcystycznych, schizotypowych oraz antyspołecznych. Ważne jest, żeby mieć to na uwadze, kiedy patrzymy na nową edycję ICD, bo niektóre dane, jak widać, wcale nie przemawiają na rzecz całkowitego porzucenia podtypów zaburzeń osobowości. Te podtypy są ważne i w naszej nowej książce na temat TFP dla pacjentów narcystycznych twierdzimy, że w obrębie poziomów organizacji osobowości borderline pacjenci narcystyczni mają specyficzną strukturę, odmienną od innych zaburzeń osobowości. A to pasuje do danych uzyskanych przez Carlę Sharp. Również antyspołeczne zaburzenie

³ J.F. Clarkin, E. Caligor, J.F. Sowisło (2020). An Object relations model perspective on the Alternative Model for personality disorders (DSM-5). *Psychopathology*, 53(3–4), 141–148. <https://doi.org/10.1159/000508353>

osobowości wydaje się inne. Sharp odwołuje się do prac Kernberga i jest to spójne z jej ideą, że istnieją wspólne czynniki u podstaw różnych zaburzeń osobowości. To łączy się z kolei z sekcją III DSM-5, gdzie jest mowa o trudnościach w doświadczeniu self i relacji z innymi.

Oprócz tych podobieństw istnieją też różnice między rozumieniem diagnozy strukturalnej przez Kernberga a Modelem Alternatywnym w DSM-5, ponieważ definicje, które znajdują się w DSM-5, są trochę bardziej konkretne niż sposób, w jaki my konceptualizujemy zaburzenia osobowości w naszym modelu TFP. DSM-5 mówi np. o „zdolności do samosterowania” (*self-directedness*), ale nie podkreśla w równym stopniu fundamentalnego rozproszenia tożsamości, czyli braku spójnego poczucia siebie, na które kładziemy taki nacisk w TFP. Widać to jeszcze wyraźniej przy omawianiu trudności, których pacjenci doświadczają w relacjach. DSM-5 mówi o ich braku empatii, ale już nie o zasadniczej niezdolności do posiadania zniuansowanych, realistycznych, wewnętrznych reprezentacji drugiej osoby. Dlatego system DSM-5 jest bardzo dobry, ale nie odnosi się do wewnętrznych, subiektywnych doświadczeń psychologicznych tak jak nasz model.

MS: Tak, wydaje się on w dużej mierze behawioralny. Na przykład wymiar samosterowności, o którym wspominałeś, definiowany jest poprzez zdolność pacjenta do wyznaczania sobie długofalowych celów. A to jest, oczywiście, kwestia zasadnicza w diagnozie i leczeniu TFP, ale my mamy o wiele głębsze rozumienie tego, dlaczego pacjent nie jest w stanie stawiać sobie takich długofalowych celów. I to samo dotyczy empatii czy intymności, które są innymi przykładami pojęć używanych w sekcji III DSM-5. Mają one charakter raczej powierzchowny, co, jak powiedziałeś, wynika z prób utrzymania ateoretycznego charakteru klasyfikacji.

FY: Wszystko to prowadzi nas do potrzeby dalszego myślenia i prowadzenia dalszych badań. W naszej grupie rozmawiamy o tym i Otto Kernberg jest zadowolony ze zmian w DSM-5 i ICD-11, ale martwi go to – i nie bez podstaw – że wahadło wychyla się teraz za bardzo w drugą stronę. Jest pewna wartość w dostrzeganiu podtypów zaburzeń osobowości, bo te podtypy są związane z precyzją metody terapeutycznej, którą stosujemy, np. mamy pewne modyfikacje TFP dla pacjentów narcystycznych. Jeśli nie widzimy żadnej różnicy między pacjentami narcystycznymi a innymi typami zaburzeń osobowości w obrębie organizacji osobowości borderline, utracimy pewne niuanse w naszej technice terapeutycznej. Dlatego Kernberg broni modelu mieszanego, dymensjonalnego, ale bez porzucania aspektu kategoryjnego.

MS: Chodzi tu w rzeczywistości o pewną równowagę w naszym podejściu diagnostycznym między widzeniem poziomu organizacji osobowości z jednej strony, a typem charakteru z drugiej. Jeśli wszelkie podstawy myślenia o typach charakteru zostaną porzucone, diagnoza zostanie zubożona.

FY: To ciekawe, ale jeśli mówisz o typach charakteru, to w systemie kategoryjnym właśnie one stanowiły fundament, podczas gdy teraz charakter jest tylko jednym z odcieni. To nas odsyła do diagnozy strukturalnej wypracowanej przez Kernberga,

którą uważam za niezwykle ważną. Możemy przecież mieć pacjenta histrionicznego, ekstrawertywnego z jednej strony, a z drugiej – pacjenta bardzo zahamowanego, bez żadnych acting outów, i możemy rozumieć, że u podstaw mają oni bardzo podobną patologię strukturalną. Jest tak dlatego, że u każdego z nich można stwierdzić rozproszenie tożsamości, dominację prymitywnych mechanizmów obronnych i że ich świat wewnętrzny zdominowany jest przez reprezentacje self i innych, które pozbawione są głębi. Podoba mi się w naszym systemie strukturalnym to, że wychodzimy poza powierzchowne przejawy kliniczne i docieramy do rdzenia patologii.

MS: *ICD-11, który został oficjalnie opublikowany z początkiem tego roku, ale nie zastąpił jeszcze ICD-10 w żadnym kraju, jest podobny do DSM-5 w tym względzie, że idzie w kierunku podejścia dymensjonalnego i porzuca model kategorialny. Kolejne podobieństwo to fakt, że w konceptualizacji zaburzeń osobowości kluczem do diagnozy jest funkcjonowanie self i funkcjonowanie interpersonalne.*

FY: O ile rozumiem ten system, ten nowy nacisk na poziomy funkcjonowania jest bardzo sprzyjający dla naszego rozumienia patologii. Jak powiedziałeś, model kategorialny podkreśla znaczenie symptomów, podczas gdy dymensjonalny – znaczenie poziomów funkcjonowania w głównych obszarach życia takich jak praca czy relacje. Ale to stwarza wyzwanie, oczywiście, jak definiować te obszary funkcjonowania w systematyczny sposób, i to tak, żeby klinycyści nie uznali systemu za zbyt skomplikowany. Przeciętny psychiatra ma mnóstwo pacjentów i nie poświęca każdemu z nich dużo czasu, więc kiedy ma opisać poziom funkcjonowania, potrzebuje listy kryteriów do zaznaczania. Ale DSM-5 dostarcza mu teraz paradygmatów poszczególnych poziomów funkcjonowania, co, jak sądzę, łączy naszą pracę z całym wymiarem ludzkiego doświadczenia, czyli ze sposobem, w jaki radzimy sobie z życiem i ze światem, jak bogaty czy zubożony ten sposób radzenia sobie jest oraz w jakim stopniu wpływają nań agresja i cechy antyspołeczne czy brak głębi w relacjach i brak zdolności inwestowania w karierę i projekty zawodowe. Poziom funkcjonowania, jako część systemu ICD-11, jest czymś bardzo użytecznym, ale stawia klinicystom wyzwanie w postaci szukania równowagi między bardziej precyzyjnym modelem a takim, który jest prostszy i może być realistycznie stosowany w praktyce diagnostycznej.

MS: *W niedawno opublikowanym artykule Stephan Doering i Victor Blüml⁴ ocenili, że ICD-11 zmierza w dobrą stronę, ponieważ mamy tam poziomy funkcjonowania osobowości w formie całego spektrum, a nawet coś takiego, jak „trudności osobowościowe”, czyli bardzo łagodne problemy związane ze strukturą osobowości, a potem schodzimy coraz niżej w kierunku umiarkowanych i poważnych poziomów patologii osobowości. Ale autorzy tego artykułu wskazują też, że model ICD-11, gdy go porównamy z naszą diagnozą strukturalną, pozostaje stosunkowo powierzchowny, bo skupia się na tym,*

⁴ S. Doering, V. Blüml (2021). ICD-11 Personality disorders: a psychodynamic perspective on personality functioning. W: B. Bach, A. Somma, J. Keeley (red.), *ICD-11 Personality Disorders: Utility and Implications of the New Model*. Lausanne: Frontiers Media SA.

co można zobaczyć z zewnątrz, a nie za sprawą wewnętrznej percepcji pacjenta jego własnego self i relacji z innymi. Oczywiście, powód jest ten sam co w przypadku DSM-5, czyli postulat ateoretyczności.

FY: Dlatego myślę, że STIPO to dobry sposób ustalania poziomów organizacji, który z jednej strony nie jest ani za bardzo subiektywny i nieprecyzyjny, czyli za bardzo oparty na subiektywnej narracji pacjenta, a z drugiej – jest jakoś połączony z jego doświadczeniem. Jeśli za bardzo wchodzimy w subiektywne doświadczenie pacjenta, otrzymujemy diagnostyczną narrację, na którą przeciętny klinicysta nie ma czasu. Stąd proponowałbym właśnie STIPO jako systematyczny sposób diagnozowania poziomów funkcjonowania.

MS: *Chcę na moment wrócić do tego, o czym wcześniej mówiłeś, czyli jak zaburzenia osobowości są zwykle diagnozowane, np. przez nadawanie pacjentowi całego szeregu etykietek diagnostycznych. Wspomniałeś diagnozowanie kilku zaburzeń osobowości u jednego pacjenta. W naszym środowisku klinicznym jest podobnie – obserwuję stawianie pacjentom z zaburzeniem osobowości wielu diagnoz opartych wyłącznie na symptomach: zaburzenia obsesyjno-kompulsywne, lęk napadowy, zaburzenia odżywiania, epizody depresyjne. Pacjent często ma więc cztery czy pięć różnych rozpoznań, które wszystkie przecież zawierają się w naszym rozumieniu zaburzenia osobowości.*

FY: Cieszę się, że o tym wspominasz. To jest ogromny problem w naszej dyscyplinie, i to w różnych krajach. Klinicyści są szkoleni tylko w dostrzeganiu takich objawów jak depresja czy lęk. Ale zwykle pod tym jest zaburzenie osobowości i jeśli klinicysta tego nie widzi, pacjent przez lata pozbawiony jest właściwego leczenia. Jakiś czas temu opublikowano wyniki badania, które pokazało, że przeciętnie mija 10 lat od momentu, w którym pacjent zgłasza się na leczenie, do chwili uzyskania przez niego właściwej diagnozy. Oznacza to, że przeciętny pacjent żyje 10 lat bez odpowiedniej diagnozy i leczenia. A to oznacza straszne ludzkie cierpienie i dlatego właśnie musimy edukować klinicystów, nie tylko w obrębie naszych towarzystw, ale też w ogóle w systemie ochrony zdrowia, w zakresie zaburzeń osobowości.

MS: *Myślę, że psychiatrzy, ogólnie rzecz biorąc, wiedzą, że zaburzenia osobowości istnieją, ale diagnozują je rzadko czy rzadko myślą w tych kategoriach. W Polsce osoby z głębokimi zaburzeniami osobowości najczęściej otrzymują diagnozę choroby afektywnej dwubiegunowej. Jeśli pójdą do lekarza i zgłoszą jakieś wahania nastroju i epizody depresyjne, na pewno dostaną właśnie taką diagnozę.*

FY: Ale to też ma wiele wspólnego, obawiam się, z interesami finansowymi koncernów farmaceutycznych. Jest taki znany w Ameryce cytat z Thomasa Insela, który był dyrektorem National Institute of Mental Health [Narodowy Instytut Zdrowia Psychicznego – przyp. red.] w Stanach w latach 2002–2015. Po ustąpieniu z tego stanowiska powiedział: „Spędziłem 13 lat w Instytucie, naciskając na badania w zakresie neuronauki i genetyki zaburzeń psychicznych. Kiedy patrzę na to wstecz, uświadamiam sobie,

że udało nam się wprawdzie opublikować mnóstwo naprawdę fajnych artykułów napisanych przez naprawdę fajnych naukowców i to za ogromne pieniądze – myślę, że ok. 20 miliardów dolarów. Nie sądzę jednak, żebyśmy w najmniejszym stopniu zredukowali liczbę samobójstw, liczbę hospitalizacji czy poprawili stan zdrowia dziesiątków milionów ludzi, którzy chorują psychicznie”⁵.

MS: *Nie znałem tego cytatu... Zbliżamy się do końca naszej rozmowy. Czy mógłbyś podzielić się swoimi refleksjami na temat doświadczenia pandemii w społeczności TFP? W tym okresie wspierałeś członków ISTFP jako prezes Towarzystwa. Co z nami zrobiła pandemia?*

FY: Zwykle jestem optymistą. Myślę, że nas zbliżyła do siebie, bo było to wspólne wyzwanie. Chciałem już powiedzieć „trauma”, ale może to za mocne słowo. Różni ludzie różnie reagują. Na początku był niepokój, czy uda nam się pomagać pacjentom w adekwatny sposób. Martwiliśmy się zwłaszcza o przyjmowanie nowych pacjentów bez doświadczenia spotkania z nimi twarzą w twarz w gabinecie. Obawialiśmy się, że kontakt zdalny nie pozwoli na stworzenie adekwatnej relacji terapeutycznej. Pamiętam, jako szybko przeszliśmy na tryb pracy online, ale w społeczności TFP byliśmy z tym oswojeni, bo mamy tylu członków i studentów w tylu miejscach na świecie i pewnie dlatego ta zmiana nie była aż taka trudna.

Ale doświadczyliśmy też ograniczenia i zubożenia osobistych kontaktów między nami jako członkami Towarzystwa. Jak wiesz, na konferencji, która odbywa się stacjonarnie, nie chodzi tylko o wykłady, ale głównie o ten nieformalny kontakt, rozmowy toczone w kularach, na przerwach. To te rozmowy budują prawdziwe więzi między ludźmi. Podczas konferencji zdalnej w Innsbrucku w 2020 roku poradziliśmy sobie lepiej, niż się spodziewałem – okazała się bardzo udana. Ale bardzo chcę znów zacząć spotykać ludzi. Nie wiem, czy zacząłbym prowadzić szkolenia w jakimkolwiek miejscu na świecie, w którym nie byłem fizycznie obecny. To byłoby trudne – zacząć uczyć w Chinach, gdybym tam nigdy nie był. Musimy mieć przecież w pełni „ucieleśnione” reprezentacje naszych studentów i kolegów, a nie da się tego osiągnąć przez kontakt online.

Inna rzecz to stres, który pandemia wprowadziła w ludzkie życie na całym świecie. To mnie martwi. Gabinety terapeutyczne są pełne po brzegi. Niektórzy ludzie, którzy mogliby sobie jakoś radzić bez pandemicznego stresu, nie byli w stanie go opanować i zaczęli szukać terapii. A my nie mamy dość zasobów. Każdego dnia dostaję prośby o pomoc i wysyłam maile do kolegów, żeby się zorientować, czy ktoś ma jeszcze miejsce na nowego pacjenta. I tak rzadko słyszę: „Mam akurat wolną godzinę”. Pracujemy do granic naszych możliwości, więc martwię się o pacjentów, którzy mają teraz trudności w znalezieniu terapeuty.

Ta pandemia była raczej paskudna, uciążliwa i nieprzewidywalna. Myśleliśmy już kilka razy, że zbliżamy się do jej końca, a okazywało się, że nie. Ale zdolność

⁵ <https://www.psychologytoday.com/us/blog/theory-knowledge/201705/twenty-billion-fails-move-the-needle-mental-illness>

do przystosowywania się, jak zawsze powtarzam, jest jednym z kluczowych elementów zdrowia psychicznego, zdolność do przystosowywania się do zmieniających się okoliczności. A tu akurat myślę, że przystosowaliśmy się całkiem nieźle.

MS: *Dziękuję za rozmowę.*

FY: Dziękuję.