

Psychodynamiczna psychoterapia głębokich zaburzeń osobowości

Z prof. Johnem Clarkinem i prof. Frankiem Yeomansem
rozmawia Mateusz Stróżyński

Prof. John Clarkin – wraz z Ottonem F. Kernbergiem – prowadzi Borderline Personality Institute w Nowym Jorku, jest profesorem psychologii klinicznej w Weill Medical College na Cornell University oraz pełni funkcję kierownika International Society for Psychotherapy Research.

Prof. Frank Yeomans – jest profesorem psychiatrii w Weill Medical College na Cornell University, wykładowcą Columbia University College of Physicians and Surgeons Center for Psychoanalytic Training and Research, superwizorem i nauczycielem Personality Disorders Institute w Nowym Jorku.

Mateusz Stróżyński: *Chciałbym zapytać o reprezentowane przez Panów podejście do psychoanalizy, ponieważ wywodzi się ono z psychoanalizy zarówno w aspekcie teoretycznym, jak i praktycznym. Jakie są główne różnice? Jak psychoanalitycy w Ameryce odbierają Panów metodę i jak Panowie widzą psychoanalizę?*

John Clarkin: Otto Kernberg widzi w technice psychoanalizy i psychoterapii psychodynamicznej w pewnym sensie wspólny rdzeń, toteż na poziomie technicznym wskazuje on istnienie takich zasadniczych elementów, jak wolne skojarzenia, interpretacja i skupienie uwagi na materiale nieświadomym. Ale sprawa staje się bardziej skomplikowana, gdy mówimy o tym, jak TFP [Transference Focused Psychotherapy, Psychoterapia Skoncentrowana na Przeniesieniu – przyp. red.] jest odbierana przez psychoanalitików i odwrotnie. Trudno powiedzieć, jak to wygląda poza Nowym Jorkiem, gdzie dr Kernberg, Frank Yeomans, Eve Caligor i ja jesteśmy w pewnym sensie członkami jednego wydziału Columbia Psychoanalytic Center. Tam psychoanalitycy są skłonni do przyjęcia TFP. Być może dr Yeomans mówił Panu wcześniej, że studenci psychoanalizy mogą tam teraz wybrać TFP jako fakultet i stał się on bardzo popularny. Ja pracuję na wydziale badań naukowych Columbia University, toteż widzę, że tamtejsze Centrum Psychoanalityczne jest w pewnym stopniu wyjątkowe, ponieważ naprawdę ceni się tam badania naukowe, a także pracę, którą my wykonujemy, próbując empirycznie badać TFP.

Columbia Psychoanalytic Institute prowadzi badania, których celem jest empiryczne testowanie psychoanalizy, choć ja osobiście nie jestem w ten projekt zaangażowany. Postawił on sobie takie pytanie: czy możemy stworzyć dobrane losowo grupy pacjentów z depresją, którzy poddani byłiby następnie albo psychoanalizie, albo psychodynamicznej psychoterapii? Odpowiedzieli na nie, mówiąc: nie wiemy,

czy pacjenci zaakceptują dobór losowy, i rozpoczęli projekt pilotażowy, w którym odkryto, że pacjenci to zaakceptowali, więc jestem pod wrażeniem tego, jak kładą podwaliny pod próby naukowego badania efektów psychoanalizy.

My mamy trochę inne podejście. Otto Kernberg, dr Yeomans i ja pracowaliśmy w środowisku szpitalnym i jednym z powodów, dla których skoncentrowaliśmy się na pacjentach z pogranicza, było to, że jest to duża grupa znaczących pacjentów, bardzo zaburzonych. Potrzebowaliśmy więc takiego przystosowania leczenia psychoanalitycznego, by dokładnie obejmowało ich obszar trudności.

Frank Yeomans: Mój punkt widzenia jest taki, że nasza metoda jest dość lojalną pochodną czy rozszerzeniem klasycznej psychoanalizy. Otto Kernberg nigdy nie miał zamiaru tworzenia odrębnej metody leczenia i w swoich publikacjach miał na myśli raczej rozszerzenie zasięgu leczniczego psychoanalizy poprzez modyfikowanie technik analitycznych, żeby lepiej radziły sobie z problemami pacjentów z pogranicza. W latach dziewięćdziesiątych stało się konieczne, ze względu na prowadzenie badań naukowych, bardziej klarowne zdefiniowanie naszego podejścia terapeutycznego jako odrębnej metody, jako paraleli do DBT [Dialectical Behavioral Therapy, Dialektyczna Terapia Behawioralna, stworzona przez Marshę Linehan – przyp. red.]. I sądzę, że niezbyt szczęśliwe jest, że psychoterapia podzieliła się teraz na odrębne „marki”, że pojawiły się nazwy, jak General Motors czy Fiat... Uważamy naszą metodę za rozszerzenie psychoanalizy i jesteśmy jej bardzo wierni, zwłaszcza zasadom teorii relacji z obiektem. Kiedy rozmawiam z analitykami, niektórzy widzą to w podobny sposób, ale część bardziej klasycznych psychoanalityków wnosi zarzuty zwłaszcza co do kontraktu terapeutycznego. Nie uważają go za możliwy do pogodzenia z klasyczną psychoanalizą. To byłby więc jakiś punkt różnicujący te dwa podejścia.

MS: *Pytałem o psychoanalizę, ponieważ jest ona najbliższa Panów podejściu i być może w Polsce i Ameryce dostępny jest podobny zestaw metod psychoterapii, takich jak terapia poznawczo-behawioralna, terapia rodzin czy egzystencjalno-humanistyczna. Jak oceniliby Panowie te inne podejścia terapeutyczne i relacje między Panów koncepcją a tamtymi szkołami terapii? Szkoła krakowska jest bardzo wyrazista, jeśli chodzi o jej tożsamość i różnice między jej podejściem a innymi terapeutycznymi podejściami, co chyba nie zawsze jest mile widziane przez terapeutów w Polsce, ponieważ tendencje eklektyczne i integracyjne wydają się być u nas bardzo modne.*

FY: Myślę, że jako terapeuci musimy zdecydować, na czym chcemy się skupić. Sądzę, że każda terapia zawiera jakieś cechy charakterystyczne dla innych metod terapeutycznych. Jak wyjaśniałem już podczas wykładów, nasz proces zawierania kontraktu ma pewne aspekty poznawczo-behawioralne – chodzi o zwrócenie uwagi na konsekwencje pewnych zachowań, a to jest pojęcie poznawczo-behawioralne. Nie mam też żadnych obiekcji co do stosowania umiejętności poznawczych podczas procesu terapii. Odwołujemy się do myślenia i, w miarę jak proces terapeutyczny postępuje, oczekujemy, że pacjenci będą trafniej oceniać i doceniać własny świat wewnętrzny,

emocjonalny oraz świat wokół nich. Ale różnica polega na tym, co uznajemy za istotę problemu. Szanujemy bardzo intensywne powiązanie między poznaniem a afektem – to dlatego mamy wrażenie, że technika, która polega na korygowaniu błędnego myślenia, nie będzie tak efektywna, jak nasza praca, która ma na celu zaangażowanie afektywne pacjenta. Chodzi o emocje, które pacjent odczuwa w danej chwili – dopiero potem stosujemy myślenie do badania tych emocji. Mamy wrażenie, że istnieje głębokie powiązanie między myśleniem a emocjami i afektami, które chyba nie jest wystarczająco podkreślane w terapii poznawczej.

Jeśli chodzi o eklektyzm – to znowu zależy od tego, co uważamy za główny, centralny problem. Mamy wrażenie, że głównym problemem pacjentów jest struktura, konstrukcja ich świata wewnętrznego, więc próbujemy stworzyć sytuację, w której ten świat wewnętrzny może się ujawnić w relacji do nas. Jeśli mielibyśmy ingerować w ten proces, nosząc jakby zbyt wiele kostiumów – a to będąc terapeutą rodzinnym, a to indywidualnym, a to włączając jakieś techniki, w których oddziaływalibyśmy bardziej jak nauczyciele niż terapeuci eksplorujący – wydaje się, że to by zakłócało naszą zasadniczą, najważniejszą dynamikę, którą jest analityczna praca spoglądania na głębokie poziomy wewnętrznego świata pacjenta, gdy odsłaniają się one przed nami. Nasze zastrzeżenia wobec eklektyzmu (nawet jeśli, jak powiedziałem, włączamy do naszej metody niektóre elementy innych modeli) skierowane są przeciwko bardziej systematycznemu eklektyzmowi. Doprowadzić on może do zahamowania pełnego ujawniania się wewnętrznego świata w relacji z terapeutą, ponieważ inne role, przyjmowane przez terapeutę, zakłócają ten proces. Na podstawie naszego doświadczenia możemy powiedzieć, że istnieją potężne siły emocjonalne, które ulegają mobilizacji w pracy na tak głębokim poziomie, emocjonalne siły, które mogą być trudne do tolerowania dla terapeuty, toteż często terapeuci, którzy decydują się na eklektyzm, mogą nieświadomie wprowadzać inne elementy do leczenia, żeby odwrócić uwagę od intensywności surowej emocji, która się wyłania.

JC: Powiedziałbym, że jesteśmy ekspertami głównie od pacjentów z pogranicza. Istnieje kilka empirycznie przebadanych metod ich leczenia. MBT [Mentalization Based Therapy, Terapia Oparta na Mentalizacji – przyp. red.] Petera Fonagy'ego oraz nasze TFP są zorientowane psychodynamicznie. Istnieje także DBT, czyli ściśle poznawczo-behawioralna terapia stworzona przez Marshę Linehan i w pewnym sensie zbliżona do niej, ale bardziej poznawcza niż poznawczo-behawioralna Terapia Skoncentrowana na Schematach [Schema Therapy – J.E. Younga – przyp. red.]. Wszystkie one są przebadane empirycznie, co sugeruje, że wszystkie mogą w znaczący sposób zredukować symptomy u pacjentów z pogranicza. Wydaje mi się, że wszystkie te metody są w jakiejś mierze poprawne. Ale nasuwa się pytanie: jak one działają, że prowadzi to do pozytywnych wyników? Jakie są mechanizmy zmiany? I to nie jest już takie jasne.

Najłatwiejszą, najbardziej oszczędną odpowiedzią byłoby, że może wszystkie te terapie działają tak samo, co prowadzi do pozytywnego efektu. Ale co to może być? Wszystkie one mają jakąś strukturę, jasną zasadę, która leży u ich podstaw, wszystkie wprowadzają pacjentów w tę zasadę w wyraźny sposób oraz, oczywiście, wszystkim

leży na sercu najlepszy interes pacjentów. Wszystkie te metody naprawdę starają się pomóc pacjentom, więc to może być najważniejszy element wspólny. Chcielibyśmy sądzić – i próbujemy pokazać empirycznie, że tak jest – że TFP może prowadzić do znaczącej zmiany sposobu, w jaki ci pacjenci konceptualizują samych siebie i innych ludzi poprzez wewnętrzne reprezentacje. Mamy też pewne dane, które sugerują, że właśnie to dzieje się podczas naszego leczenia i to w znaczącym stopniu, a nie dzieje się to, na przykład, w DBT. Tym więc się zajmujemy. Jeśli zaś chodzi o moje osobiste podejście, to szanuję te inne metody leczenia. Myślę, że nasza ma większą głębię, że lepiej dostrzega złożoność ludzkiego umysłu, ale jasne jest, że inne metody terapii również pomagają pacjentom.

MS: *Mówili Panowie podczas wykładów, że inne metody leczenia są pomocne w redukcji symptomów, ale nie zmieniają struktury osobowości – być może dlatego, że nie mają nawet konceptualnej ramy, poprzez którą mogłyby ujmować tę strukturę w takim sensie, w jakim Panowie to pojęcie rozumieją.*

JC: Myślę, że tak jest w przypadku DBT, ale MBT ma orientację psychodynamiczną i orientację związaną z teorią przywiązania. Ta ostatnia metoda w istocie uznaje za podstawowe cele zmianę symptomów, ale w dalszym procesie terapii chce także zmienić coś więcej, wpłynąć na zdolność pacjentów do tego, co nazywają „mentalizacją”, czyli umiejętnością bardziej wyrazistego artykułowania rozumienia siebie i innych ludzi – jest to trochę podobne do naszych celów. Z tych wszystkich metod nasze podejście i MBT są sobie najbliższe.

FY: Sądzę, że nasze podejście, w kontekście skuteczności, sięga dalej w pomaganiu pacjentom. Pozostałe główne metody nie mają koncepcji umysłu. Zgodnie z moją wiedzą jest tak w przypadku większości terapii poznawczych – nie biorą one pod uwagę wewnętrznego konfliktu czy dynamiki i, jak wspomniałem podczas wykładu, skupiają się na pomaganiu pacjentom w kontrolowaniu niektórych symptomów, co, jak sądzę, nie rozwiązuje intrapsychicznych, potężnych konfliktów. MBT wydaje się nam być pewną wersją wczesnej fazy TFP. Uważamy pracę mentalizacji za bardzo podobną do tego, co my nazywamy pracą klaryfikacji. Jest to pomaganie pacjentowi, żeby zaczął rozumieć i reprezentować symbolicznie, co czuje, w sposób, który nie jest jeszcze symbolicznie reprezentowany. Mamy wrażenie, że terapia związana z mentalizacją nie idzie dalej w radzeniu sobie z intrapsychicznym konfliktem. Obydwie te metody terapeutyczne nie podejmują wyzwania, jakim jest pomoc pacjentowi w zintegrowaniu agresywnych aspektów umysłu i świata wewnętrznego.

Przede wszystkim, dane uzyskane w badaniach nad skutecznością psychoterapii, ogólnie rzecz biorąc, stanowią tylko początek tego wszystkie, czemu powinniśmy się jeszcze przyjrzeć. Ale, o ile wiem, wykorzystujemy jedyną metodę terapeutyczną, co do której istnieją naukowe dane potwierdzające, że w czasie terapii wzrasta refleksyjne funkcjonowanie, które, naszym zdaniem, odzwierciedla pewne procesy psychologiczne, wzrasta zdolność do namysłu i adekwatnego kontaktu

z własnymi stanami wewnętrznymi. O ile się orientuję, to jedyne takie badania, które dostarczają dowodów, że pacjenci przechodzą od pozabezpiecznego przywiązania do przywiązania bezpiecznego, co, jak sądzimy, jest efektem bardzo ważnych, głębokich procesów psychologicznych. Uważam, że są to jedyne badania, które pokazują, że pacjenci nabierają większej spójności w narracji – to kolejna skala kwestionariusza stylów przywiązania w dorosłości – toteż sądzę, że wszelkie dowody wspierają naszą ideę, że pomagamy ludziom zmieniać się psychologicznie, obok redukcji symptomów.

Jeśli chodzi o skuteczność – nie sądzę, że nasza metoda jest mniej skuteczna. Istnieje takie życzenie, żeby istniała krótkoterminowa, efektywna terapia i DBT początkowo wydawało się spełniać taką obietnicę, ale – nie wiem, czy zna Pan tę metodę – tam są cztery moduły, każdy trwający trzy miesiące, a całe leczenie ma być ukończone w jeden rok. Faktycznie jednak pacjenci przechodzą wiele cykli DBT, więc to, co miałyby być rocznym leczeniem, staje się dwuletnim czy trzyletnim... Nie sądzę, żeby istniała jakakolwiek terapia krótkoterminowa zaburzenia osobowości z pogranicza.

MS: Ale jeśli podejście Panów jest najbardziej „głębokie”, w tym sensie, że przewycięża obrony, podczas gdy inne metody mają problemy polegające na zatrzymywaniu się na jakiejś warstwie obronnej, bez możliwości pójścia dalej, to pojawia się pytanie, co jest bardziej pożądanym efektem leczenia. Mam tu na myśli pożądaną efekt ze strony systemu opieki zdrowotnej, instytucji. Czy bardziej pożądana jest zmiana głębokiej struktury osobowości, co zajmuje o wiele więcej czasu i pochłania więcej wysiłku, czy może lepiej jest po prostu wyleczyć symptomy i zostawić pacjenta na tym poziomie?

JC: Jeśli pyta Pan o system opieki zdrowotnej, to zaczynamy mówić o kosztach i o tym, czy społeczeństwo gotowe jest płacić za tego typu leczenie. W Stanach Zjednoczonych nie mamy dobrego systemu opieki psychiatrycznej. Bogaci ludzie płacą zwykle za swoją psychoterapię z własnych kieszeni lub zapewnia im to ubezpieczenie. Ludzie z klasy średniej, o ironio, mają trudniej, bo nie mają własnych pieniędzy, żeby zapłacić za terapię, a nie istnieje żadna realna pomoc ze strony rządu poza systemem ubezpieczeń. Ubodzy ludzie znajdują się co prawda w systemie opieki zdrowotnej, ale ten system nie jest przygotowany do finansowania długoterminowego leczenia, jest raczej nastawiony na pomaganie pacjentom poprzez farmakoterapię. Powiedziałbym ogólnie, że nasz system opieki zdrowotnej nie wspiera żadnego rodzaju terapii długoterminowej, więc nie istnieje problem związany z tym, jaki typ psychoterapii ten system finansuje, gdyż nie finansuje on żadnego.

MS: Ale istnieje jeszcze kontekst kulturowy czy socjologiczny, ponieważ gdy powstała psychoanaliza, bardziej do przyjęcia było dla ludzi poświęcenie się pracy terapeutycznej, wymagającej dłuższego czasu, a teraz istnieje tendencja, żeby wszystko robić szybko. Można to opisać na przykład tak, jak to zrobił Christopher Lasch w latach siedemdziesiątych, jako „kulturę narcyzmu”, a w tego typu kulturze ludzie nie mają zbyt dużej zdolności odraczania gratyfikacji, żądają natychmiastowych efektów. Czy zgodziliby się

Panowie, że teraz trudniej jest ludziom zaakceptować myśl, że psychoterapia może potrwać trzy, cztery lub pięć lat?

JC: To zależy. Myślę, że pacjenci z pogranicza, jeśli mieliby dostęp do długoterminowej terapii, zaakceptowaliby ją. Problem polega na tym, że często nie mają pieniędzy. Ale zgadzam się, że przeciętna, pracująca zawodowo osoba, która jest często zajęta, na pewno nie jest skłonna do podjęcia psychoanalizy. Jeśli coś ją boli, jeśli cierpi, ma depresję lub lęk, pójdzie na psychoterapię, ale nie na psychoanalizę. Uznałaby bowiem, że ta ostatnia zajmuje za dużo czasu.

FY: To rezultaty terapii są argumentem na jej rzecz. W latach dziewięćdziesiątych, kiedy wszyscy myśleli, że DBT stanowiło odpowiedź na zaburzenie osobowości z pogranicza, sądziłem, że może ta metoda wygra i ludzie nie będą już chcieli poświęcać się ciężkiemu wysiłkowi dynamicznie zorientowanej terapii, ale moje zmartwienia okazały się niepotrzebne, ponieważ mamy regularny napływ pacjentów, którzy przychodzą do nas, mówiąc: „Przeszedłem DBT” albo „Chodziłem na terapię poznawczo-behawioralną”, albo korzystali z jakiegoś mniej intensywnego podejścia. Niektórzy ludzie mówią: „To mi pomogło” lub mówią: „Lepiej się czuję”, albo „Już się nie tnę, ale wciąż jestem z siebie niezadowolony, czuję się ze sobą źle i nie mogę być blisko z nikim”. To, że ludzie chcą szybkiego wyleczenia, nie oznacza, że krótkie terapie dadzą im to, czego szukają. A zawsze będzie grupa ludzi, którzy chcą osiągnąć taki poziom satysfakcji, którego nie da im pastylka ani krótkoterminowa terapia.

MS: *W swoich wykładach podczas tego weekendu bardzo podkreślali Panowie rolę afektów, emocji i doświadczenia. Klóci się to w pewnym stopniu z dosyć, jak mi się wydaje, popularnym w Polsce stereotypowym wyobrażeniem psychoanalityka czy terapeuty psychodynamicznego, który jest zdystansowany, intelektualny czy chłodny. Samo słowo „analiza” też niekoniecznie od razu kojarzy się z emocjami i afektami. To byłoby całkowicie fałszywe rozumienie podejścia Panów – ale czy dostrzegają Panowie podobne stereotypy w Ameryce? Jak by Panowie je skomentowali? Czy to tylko wpływ amerykańskich filmów o psychoanalitykach, czy jest w tym coś więcej?*

JC: Przede wszystkim nie wiem, jakie jest popularne wyobrażenie o psychoanalizie w Ameryce. Podejrzewam, że wielu ludzi nie ma zielonego pojęcia, czym jest psychoanaliza. Ale tak, ci, którzy mają jakieś pojęcie, mogą podzielać taki stereotyp, że psychoanalitik nie jest komunikatywny, że jest zdystansowany czy mało mówi. Zna Pan ten stary dowcip: Psychoanalitik słucha pacjenta przez rok, a potem wreszcie komentuje: „Hm”. Sądzę jednak, że nie ma to nic wspólnego z TFP. Mamy orientację psychoanalityczną, ale nasze leczenie jest bardzo aktywne. Terapeuta jest bardzo zaangażowany, jak mówiliśmy w trakcie tego weekendu, stara się utrzymywać terapeutyczną neutralność, ale to nie oznacza, że jest obojętny czy zdystansowany, wręcz przeciwnie. Angażujemy się aktywnie, afektywnie w naszą pracę. I sądzę, że właśnie tego potrzebują pacjenci z pogranicza. Nie możemy być chłodni, bo ludzie nie będą na nas reagować. Niemniej jednak nie opowiadamy o sobie. Sądzimy, że naszą rolą

jest pomaganie pacjentom w autorefleksji, a nie wprowadzanie naszych własnych spraw do terapii.

FY: Sądzę, że coś w tym jest, że to nie tylko filmy. Istnieją różne szkoły psychoanalizy i istniało być może całe pokolenie analityków, którzy mieli wrażenie, że interpretacja niepowiązana z afektem może pomóc ludziom się zmienić. Odkryliśmy, że takie interpretacje niepowiązane z aktywnym doświadczeniem afektu są dosyć jałowe. Wie Pan, może Pan powiedzieć pacjentowi ze dwadzieścia razy: „Myślę, że boi się Pan otwarcie mówić o sobie, ponieważ za każdym razem, gdy Pan się odzywał przy rodzinnym stole, Pański ojciec był szorstki i krytyczny, a teraz przenosi Pan jego obraz na mnie”. To może być trafna interpretacja, ale nie sądzę, żeby tego typu intelektualna interpretacja zmieniała wewnętrznie pacjenta. Do tego samego pacjenta można powiedzieć: „Czy zauważył Pan, że ilekroć próbuje Pan coś o sobie opowiadać, zaczyna się Pan jąkać lub przerywa Pan, lub Pan się poprawia? Co takiego się dzieje z Panem w tym momencie, że trudno jest Panu mówić otwarcie?”. A kiedy dotrzecie już do tego, że w chwili obecnej pojawia się lęk, że terapeuta będzie postępował zgodnie z projekcjami pacjenta, wtedy można powiedzieć: „Rozumiem, że tak Pan się teraz czuje, ale czy ma Pan jakieś dowody na to, że zachowam się w sposób, którego Pan się obawia? Są tego jakieś oznaki? Skąd pojawiła się w Panu ta myśl?”. Mamy wrażenie, że analizowanie tego, co dzieje się tu i teraz, pozwala na wywarcie większego wpływu na świat wewnętrzny pacjenta niż przyglądanie się wzorcom z przeszłości, które są odtwarzane w terażniejszości.

MS: Czyli osobowość dobrego terapeuty stanowić będzie kombinację wrażliwości, zdolności tolerowania silnych emocji oraz umiejętności myślenia i analizowania?

FY: Jak najbardziej – dostępność emocjonalna i obecność.

MS: *Odwołuję się do tego, co Pan powiedział przy innej okazji, że od terapeuty psychodynamicznego wymaga się, by był zainteresowany prymitywnymi aspektami ludzkiego doświadczenia.*

FY: Cóż, można by odwołać się do eseju Freuda *Kultura jako źródło cierpień*. Myślę, że wszyscy żyjemy w takim świecie, w takim społeczeństwie, w którym jasne jest, że doświadczamy silnych popędów, impulsów i pragnień, których nie możemy realizować, i że stoi przed nami wyzwanie radzenia sobie z nimi, kontenerowania, sublimowania i znajdowania pochodnych tych niezwykle silnych popędów, ale nie możemy tego wszystkiego robić, jeśli nie uświadomimy sobie surowej, intensywnej natury tych popędów. Musimy poznać w ten sposób samych siebie, żeby pomagać pacjentom skontaktować się z nimi, a przez to lepiej je kontrolować – żeby to te głębokie, intensywne doświadczenia nie kontrolowały ich.

MS: *Jaka, w Panów ocenie, jest ogólna opinia o psychoterapii i psychoterapeutach w dzisiejszej Ameryce? Co myśli przeciętny człowiek – czy docenia psychoterapię, czy też sądzi, że jest to coś dziwnego, może odrzuca ją lub nic o niej nie wie?*

JC: Trudno powiedzieć, ponieważ całe moje zawodowe życie spędziłem w Nowym Jorku. Z pewnością tam psychoterapia jest uznawana za coś normalnego, coś, z czego po prostu się korzysta. Nikt nie myśli, że coś jest z tobą nie tak, jeśli chodzisz na psychoterapię. Jest to bardzo popularne. Nie sądzę więc, że towarzyszy temu jakaś stygmatyzacja. Ludzie idą na terapię z różnych powodów – problemy indywidualne, symptomy; bardzo często również pary, które mają problemy małżeńskie, zgłaszają się po pomoc. Często również rodziny z dziećmi, które mają jakieś trudności, lub z adolescentami, idą na terapię. Nie sugeruję, że w Nowym Jorku jest to tak samo popularne, jak w całych Stanach Zjednoczonych. Wątpię, czy psychoterapia jest tak samo akceptowana na obszarach wiejskich, i myślę, że różne części kraju różnią się od siebie pod tym względem – na przykład, rolnicze Południe od Środkowego Zachodu. Czasem myślę też, że najlepsze czasy psychoterapii są już za nami i że jej popularność się zmniejsza. Tak przypuszczam. Ale nie mam na to żadnych empirycznych dowodów.

MS: *Wspomniał Pan o terapii par. Czy sądzi Pan, że TFP lub jakieś jego elementy można zastosować w terapii małżeństw?*

JC: Tak sądzę. Dr Kernberg jest tym bardzo zainteresowany. Przyjmuje pary na terapię. Z pewnością jest możliwe zastosowanie zasad TFP w tego typu terapii.

FY: Nie wdając się w szczegóły, ponieważ nie zajmuję się tego typu pracą, mogę powiedzieć, że jest to jak najbardziej możliwe, gdyż koncepcje wewnętrznych reprezentacji, projekcji, identyfikacji projekcyjnej są niezwykle ważne i chcę podkreślić tu coś, czego nie podkreśliłem podczas wykładu. Przeniesienie i projekcje nie są z pewnością ograniczone do settingu terapeutycznego, ale pojawiają się w każdej relacji, więc w terapii par terapeuta może pomóc dwóm osobom rozróżnić, jaka część ich doświadczenia drugiej osoby pochodzi w rzeczywistości od tej osoby, a jaka jest ich własnym materiałem, który wkładają w partnera.

MS: *Jak sobie Panowie radzą z przeniesieniem w terapii par? Przecież tam są trzy osoby i każde z pacjentów ma przeniesienie na terapeuta oraz wzajemnie na siebie.*

JC: Tak, to trafna uwaga. W pewien sposób często „najgorętsze” przeniesienie w gabinecie ma miejsce między żoną a mężem. Często są bardzo zaangażowani, konfliktowo zaangażowani w swoją relację, toteż trzeba by skupić się na ich wzajemnym przeniesieniu. To prawda, że w miarę rozwoju procesu terapeutycznego sprawa się komplikuje, ponieważ jedno z małżonków może mieć inne postrzeganie czy przeniesienie na terapeuta niż drugie z nich. To się bardzo komplikuje. Ale upraszczając sprawę: przeniesienie rozgrywa się w obrębie pary, a my jesteśmy obserwatorami, którzy próbują pomóc im zrozumieć wzajemne reakcje.

MS: *Wiem, że Kernberg stosuje też swoją metodę do leczenia adolescentów. Jego żona napisała kilka artykułów na temat adolescentów, ale jak sprawa wygląda z dziećmi w preadolescencji czy naprawdę małymi dziećmi? Psychoanaliza, oczywiście, była*

tym od dawna zainteresowana – na przykład Anna Freud i Melanie Klein. Czy sądzą Panowie, że jakieś techniki lub zasady TFP mogą być zastosowane też do dzieci w okresie edypalnym lub latencji?

JC: Nie wiem, powiem otwarcie. Osobą w naszej grupie, która interesowała się tym od lat, zanim zmarła, była Paulina Kernberg. Napisała książkę o zaburzeniach osobowości u dzieci i adolescentów. Była znakomitą terapeutką dzieci i adolescentów. Była ona przekonana, na podstawie klinicznego doświadczenia, że można diagnozować zaburzenia osobowości u dzieci nawet w wieku pięciu, sześciu czy siedmiu lat. Była wspaniałą terapeutką tych dzieci. Ale zmarła. Jej śmierć przerwała nasze próby stosowania TFP do dzieci. My nie mieliśmy wiele doświadczenia, a ona zmarła. Teraz rozwijamy zorganizowane podejście do adolescentów w ramach TFP, razem z dwoma kolegami z Kanady, i ta grupa pracuje i często odwiedza nas. Przedstawiają nam przypadki i pracujemy nad podręcznikiem do terapii adolescentów, od trzynastego do osiemnastego roku życia. Nasza praca nad tym posuwa się do przodu. W jakimś punkcie będziemy musieli empirycznie zbadać, czy ten typ terapii działa na adolescentów.

MS: Sądzę, że jednym z problemów są tutaj zdolności ego, zwłaszcza poznawcze funkcje ego u dzieci, które nie są wystarczająco rozwinięte. Podał Pan podczas wykładu przykład sześcioletniego chłopca, który miał opisać swoich rodziców – jego opisy nie były bardzo złożone i bogate. U dorosłych pacjentów zwykle traktujemy to jako oznakę rozproszenia tożsamości. Czy sądzi Pan, że poznawczy poziom funkcjonowania ego jest to jakaś trudność w leczeniu dzieci metodą TFP?

JC: Osobiście nie mam żadnego doświadczenia w takiej terapii, ale na pewno trzeba by wziąć pod uwagę wiek dziecka, na przykład trzeba by pracować z sześcioletnim dzieckiem na jego poziomie rozumienia siebie i innych ludzi. Oczywiście. Mogę mówić więcej o doświadczeniach z adolescentami. Dziś widział Pan nagranie konsultacji dr. Kernberga, podczas której przechodził on od klaryfikacji przez konfrontację do interpretacji. Robił to podczas jednej sesji z dorosłym pacjentem. Nasi terapeuci, którzy zajmują się adolescentami, mają wrażenie, że trzeba pracować dłużej na etapie klaryfikacji z tymi pacjentami, żeby przygotować ich do kolejnej fazy. Tak, trzeba dostosować się do wieku i rozwojowego poziomu dziecka czy adolescenta.

MS: Jak Panowie wyobrażają sobie psychoterapię za, powiedzmy, pięćdziesiąt lat?

FY: Myślę, że będzie się ona nadal oddalać od psychoanalizy. Nie wiem, czy społeczne uwarunkowania się zmieniają i w jakim kierunku, ale w Nowym Jorku, gdzie wciąż znajduje się jakby centrum psychoanalizy, która jest coraz rzadszym zjawiskiem w Stanach Zjednoczonych, większość pacjentów żyje w taki sposób, że nawet gdyby mieli możliwości, nie chcieliby podejmować się leczenia trwającego długo i odbywającego się cztery czy pięć razy w tygodniu. Nie jest to zbyt fortunne, gdyż nie sądzę, że istnieje jakikolwiek ekwiwalent pełnej psychoanalizy. Sądzę, że analiza w swojej klasycznej

formie będzie coraz mniej powszechna. Dla mnie przyszłość psychoanalitycznego myślenia leży w psychodynamicznej psychoterapii, to jest sposób, by to myślenie ożywić i by miało ono znaczenie, toteż wkładamy dużo wysiłku, żeby modyfikować to, co uważamy za istotne i wartościowe w koncepcjach psychoanalitycznych, w taki sposób, by lepiej służyły pacjentom w takich warunkach społecznych, w jakich przyszło nam pracować.

MS: *Dziękuję bardzo za rozmowę.*