

Psychoterapia psychoanalityczna, uniwersytet i badania naukowe

– wywiad z prof. dr. hab. Stephanem Doeringiem

Prof. dr hab. Stephan Doering jest profesorem psychoanalizy i psychoterapii, dyrektorem Kliniki Psychoanalizy i Psychoterapii Uniwersytetu Medycznego w Wiedniu. Jego główne pola badań to psychoterapia oraz diagnoza i leczenie zaburzeń osobowości. Jest współwydawcą dwóch naukowych czasopism i członkiem wielu towarzystw naukowych. Otrzymał również pięć nagród naukowych. Jest prezesem Międzynarodowego Towarzystwa Psychoterapii Skoncentrowanej na Przeniesieniu (ISTFP), nowo wybranym prezesem Europejskiego Towarzystwa Badań nad Zaburzeniami Osobowości (ESSPD) oraz wiceprezesem Niemieckiego Towarzystwa Badania i Leczenia Zaburzeń Osobowości (GePs).

Mateusz Stróżyński: *Panie Profesorze, dziękuję, że zgodził się Pan porozmawiać ze mną dla czytelników czasopisma Psychoterapia Psychodynamiczna w Polsce. Nasi czytelnicy z pewnością będą zainteresowani przebiegiem Pana kariery. Czy mógłby mi Pan powiedzieć, jak zetknął się Pan z psychoanalizą i psychoterapią oraz jak wygląda Pana obecna praca dla Kliniki Psychoanalizy i Psychoterapii w Wiedniu?*

Stephan Doering: Jestem lekarzem ze specjalizacją w psychiatrii i psychoterapii. Mam również specjalizację z medycyny psychosomatycznej. Zacząłem się interesować relacjami międzyludzkimi i ludzką motywacją bardzo wcześnie, w okresie adolescencji. Zawsze chciałem rozumieć, dlaczego ludzie zachowują się w określony sposób i dlaczego różnią się od siebie. Kiedy zacząłem studiować medycynę, szybko zauważyłem, że podejście biomedyczne, traktujące każdego pacjenta tak samo jak każdego innego z tą samą diagnozą, nie wystarcza mi. Odkryłem, że interesuje mnie psychiatria i bardzo szybko uświadomiłem sobie, że największą głębię mają idee Freuda i psychoanaliza. Zacząłem czytać o psychoanalizie, chodzić na wykłady na ten temat i napisałem rozprawę o psychologicznych aspektach medycyny – o medycynie psychosomatycznej. Odbyłem moje szkolenie w psychoanalizie jako młody lekarz, ukończyłem je w Monachium, a specjalizację zrobiłem w Innsbrucku, choć wychowałem się w Niemczech i jestem Niemcem. Po 10 latach spędzonych w Innsbrucku otrzymałem specjalizację i habilitację. Habilitacja to...

MS: *My też mamy habilitację w naszym systemie...*

SD: To coś staroświeckiego – ale bardzo dobrego. Potem wróciłem do Niemiec, do Münster, jako profesor zajmujący się psychosomatyką w stomatologii, co było bardzo wyspecjalizowanym, ale też bardzo ciekawym przedmiotem badań. Na początku

2011 roku wróciłem do Wiednia, żeby pracować jako profesor psychoanalizy i psychoterapii oraz jako dyrektor kliniki, która została nazwana „Kliniką Psychoanalizy i Psychoterapii”. Jestem bardzo dumny, że mamy klinikę psychoanalityczną, która ma autonomię w obrębie uniwersytetu medycznego w Wiedniu.

MS: *W Polsce takie relacje między uniwersytetem i psychoanalizą czy psychoterapią psychoanalityczną dopiero zaczynają się rozwijać. Czy mógłby Pan powiedzieć nam trochę o Pańskiej pracy na uniwersytecie, o tym dialogu między badaniami naukowymi a psychoterapią?*

SD: Wiedeń jest wyjątkowy pod tym względem, bo to miasto Freuda. Kiedy ta klinika została utworzona w 1971 roku, był to swego rodzaju hołd dla Zygmunta Freuda, z uwagi na to, co mu zrobiono, na to, co zrobiono psychoanalizie i wielu jego żydowskim kolegom, którzy musieli opuścić kraj. W pewien sposób, z różnych powodów, psychoanaliza jest wciąż bardzo żywotna, zwłaszcza w Wiedniu. Na przykład dziennikarze dzwonią do mnie od czasu do czasu i pytają: „A co psychoanaliza ma do powiedzenia na ten czy na tamten temat?”. Na uniwersytecie nie każdy jest fanem psychoanalizy, ale moi koledzy akceptują, że badamy psychoterapię i psychologiczne aspekty chorób.

Przykładowo dziś rano zostałem zaproszony na oddział onkologiczny – mamy tu całe centrum poświęcone onkologii – i lekarze zapytali mnie, co można zrobić z wysokim poziomem wypalenia u młodych onkologów. W odpowiedzi zasugerowałem projekt, w ramach którego lekarze uczestniczyliby w regularnej superwizji, prezentując swoje przypadki przed całą grupą, która prowadzona byłaby przez psychoanalitycznego superwizora, a przy okazji można by objąć to jakimiś badaniami. Mamy tu również psychosomatyczną ginekologię – mój kolega zajmuje się tym od lat i ta domena ma mocną pozycję na uniwersytecie. Jesteśmy więc tutaj akceptowani. Ale zawsze musimy pokazywać, że tu jesteśmy, bo myślę, że w świadomości ludzi nie jesteśmy czymś, co „musi być” na uniwersytecie – najwyżej czymś, co „może być”. Dlatego musimy się starać wciąż zaznaczać, co my tutaj robimy. Zajmujemy się również sporo nauczaniem, na przykład uczymy przyszłych lekarzy, jak rozmawiać z pacjentami, mówimy im o relacji lekarz–pacjent, zwłaszcza zaś o tym, jak postępować z psychicznie chorymi pacjentami. Podsumowując – kształcimy studentów medycyny w zakresie szeroko pojętej psychoanalizy.

MS: *Czy Pan prowadzi sam badania empiryczne?*

SD: Tak, głównie prowadzimy badania nad procesem psychoterapii i jej skutecznością oraz nad kwestiami diagnostycznymi. Jednym z obszarów badawczych, którymi się zajmuję, jest strukturalna diagnoza, STIPO – stworzone przez dr. Clarkina, dr. Kernberga i innych. Zajmujemy się też zagadnieniem mentalizacji, funkcji refleksyjnej oraz teorią przywiązania. Inne pole to badania nad skutecznością. Istnieje kilka projektów opartych na współpracy z innymi wydziałami. Jeden z moich

kolegów bada ginekologię z perspektywy psychoanalitycznej, inny znów opublikował wyniki badań prowadzonych wraz z kardiologami. Badam również stomatologię – konkretnie jakość życia pacjentów z paradontozą. Mamy tu również centrum badań nad psychoterapią psychoanalityczną oraz szereg powiązań i wspólnych projektów z innymi wydziałami. Współpracujemy nawet z uniwersytetem ekonomicznym – prowadzimy badania nad zachowaniem menedżerów, nad ich odpowiedzialnością. W ramach tego projektu będziemy diagnozować strukturę ich osobowości.

MS: *Czy Pańskie badania nad skutecznością psychoterapii są związane z TFP, czy włączają również inne typy psychoanalitycznej psychoterapii?*

DS: Prowadziliśmy badania nad TFP, ale teraz zaczynamy badać psychoanalizę – przy czterech sesjach tygodniowo. Prowadziłem również badania nad terapią krótkoterminową – jedno nad skutecznością EMDR¹ w leczeniu pacjentów stomatologicznych. Teraz badamy fazę przygotowania do psychoterapii. Nie jest to więc tylko TFP, choć TFP jest, oczywiście, głównym polem badań w naszej klinice.

MS: *Czy TFP ma silną pozycję w Wiedniu? Czy środowisko akademickie i kliniczne jest otwarte na tę formę terapii? Powiedział Pan wcześniej, że psychoanaliza zajmuje szczególnie miejsce w społeczeństwie austriackim – czy TFP korzysta z tego specjalnego statusu?*

SD: Tak, to jest ciekawe, ponieważ sytuacja jest zupełnie inna niż na przykład w Holandii, gdzie firmy ubezpieczeniowe akceptują jedynie empirycznie potwierdzone metody leczenia, podczas gdy wszystkie inne są ignorowane. W Holandii więc TFP jest o wiele bardziej znaczące niż psychoanaliza. W Austrii natomiast wykształciliśmy bardzo dużo terapeutów TFP w ciągu ostatnich lat – jest tu jeden z najstarszych ośrodków TFP w Europie, ponieważ powstał na początku lat 80., kiedy szkolił nas dr Kernberg. W 2003 roku zaczęliśmy badania z pewną grupą terapeutów. Teraz mamy sześć grup TFP, szkolących od 10 do 20 osób. Zazwyczaj przechodzą oni szkolenie, praktykują terapię i przysyłamy im pacjentów. Ale często zdarza się, że mówią: „Jestem psychoanalitykiem, to szkolenie nauczyło mnie tylko, jak leczyć pacjentów borderline” albo „Jestem psychoterapeutą psychodynamicznym, używam tylko niektórych technik Kernberga”. Jedynie niektórzy terapeuci, którzy przeszli nasze szkolenie, mówią: „Jestem terapeutą TFP”. W Austrii jest tak, ponieważ firmy ubezpieczeniowe w ogóle nie zwracają uwagi na to, jaką metodą psychoterapii odbywa się leczenie – zapłacą za każdą.

MS: *Czyli identyfikowanie się z TFP niewiele daje terapeutom?*

¹ *Eye movement desensitization and reprocessing* – metoda terapii stworzona przez Francine Shapiro, polegająca na stymulacji mózgu m.in. poprzez ruchy gałek ocznych, stosowana głównie do leczenia PTSD.

SD: Coś tam daje – oczywiście. Ale tutaj, w Austrii, nie jest to ważne w przeciwieństwie do innych krajów, gdzie do „uprawomocnienia” metody terapii wymagane są wyniki badań empirycznych. Tutaj firmy ubezpieczeniowe nie refundują psychoterapii całkowicie, ale tylko w 30–50 procentach, a resztę pokrywa pacjent. Ale płacą za to za jakieś 23 różne metody, przy czym tylko trzy czy cztery z nich są potwierdzone empirycznie. To jest typowo austriackie podejście: każdy może się z nami bawić, każdemu wolno (śmiech). Co więcej, spośród tych różnych metod terapii uważa się TFP za leczenie nadające się tylko dla pacjentów borderline, więc trzeba najpierw zostać „ogólnym” psychoterapeutą, a dopiero potem można kształcić się w TFP. Mamy tu inne podejście. Może niektórzy nazywają się „terapeutami TFP”, ale nie umieszczają tego na drzwiach swoich gabinetów.

MS: *Czy poza pracą na uniwersytecie przyjmuje Pan pacjentów w prywatnym gabinecie lub w środowisku szpitalnym?*

SD: Tak, przyjmuję pacjentów. Przyjmuję ich tutaj – mam kozetkę w moim pokoju na uniwersytecie, prowadzę również prywatną praktykę w domu.

MS: *To zajmuje sporo czasu – praca na uniwersytecie i leczenie pacjentów?*

SD: Tak, ale to musi się ze sobą łączyć. Nie sądzę, żeby można było uczyć psychoterapii, jeśli się jej nie prowadzi samemu. Oczywiście, nie mogę przyjmować pacjentów przez cały dzień, ale próbuję mieć trzech lub czterech pacjentów w psychoanalizie lub w TFP.

MS: *Co obecnie jest przedmiotem Pana badań naukowych?*

SD: To, czym się teraz zajmujemy, to głównie kwestie diagnostyczne. Ponieważ, jak Pan wie, DSM-V opublikował niedawno skalę poziomów funkcjonowania osobowości, zajmujemy się diagnostycznymi kryteriami zaburzeń osobowości. Badamy pewną liczbę różnych grup pacjentów z różnymi diagnozami w świetle ich funkcjonowania, struktury czy organizacji osobowości, ponieważ nie ma do tej pory danych na temat pacjentów z chorobą dwubiegunową, ADHD, zaburzeniami lękowymi etc. Dlatego staramy się gromadzić dane na temat strukturalnego poziomu ich osobowości. Niedługo zaczniemy duży projekt badający skuteczność psychoanalizy, gdzie będziemy używać częściowo fMRI² do wykazywania zmian w organizacji osobowości, głównie – w zakresie tożsamości, bo na tym się będziemy koncentrować. Jeden z moich kolegów zajmuje się neuroobrazowaniem przy użyciu fMRI i fNIRS³

² Funkcjonalne obrazowanie metodą rezonansu magnetycznego, zwyczajowo funkcjonalny rezonans magnetyczny (ang. *functional magnetic resonance imaging*) – przyp. red.

³ Funkcjonalna spektroskopia bliskiej podczerwieni, w skrócie fNIRS lub fNIR (ang. *near infrared spectroscopy*), metoda badawcza używana w neurologii i neurobiologii, oparta na wykorzystaniu spektroskopii bliskiej podczerwieni (NIRS) dla celów funkcjonalnego neuroobrazowania – przyp. red.

– jest to taka nowa metoda, gdzie pacjent ma założony czepek z elektrodami jak przy EEG, więc jest to łatwiejsze do wykonania niż fMRI.

To, co chciałbym robić w przyszłości, to badać węch. Już teraz są pewne interesujące badania nad nieświadomym znaczeniem węchu i jego rolą w komunikacji interpersonalnej. Przepuszczalnie w sytuacji psychoterapeutycznej część komunikacji jest właśnie węchowa. Teraz nawiązaliśmy kontakt z roboczą grupą w Dreźnie i planujemy prowadzić z nimi eksperymenty właśnie nad tymi zjawiskami. Chcemy badać, jak węch wpływa na relacje.

MS: *Dziękuję Panu bardzo za ten wywiad.*

SD: Dziękuję.