

Poniżej przedstawiamy wywiad z Jonem Fredericksonem, który w 2018 r. przeprowadziła Beata Załoga

Beata Załoga: Jon, jesteś reprezentantem nurtu terapeutycznego, który cieszy się coraz większą popularnością na całym świecie – Intensywnej Krótkoterminowej Terapii Psychodynamicznej (ISTDP – Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy). Skąd twoim zdaniem bierze się rosnąca popularność tego nurtu? Co psycholog, psychiatra lub psychoterapeuta może w nim znaleźć dla siebie?

Jon Frederickson: W trakcie szkoleń dla psychoterapeutów większość z nas uczyła się teorii, ale nie tego, jak je stosować w praktyce. Uczyliśmy się sposobów myślenia o pacjentach, ale nie tego, jak skutecznie interweniować. O dziwo, nasz trening w dużej mierze skupiał się na teorii, a nie praktyce psychoterapii – konkretnych umiejętnościach, których potrzebujemy i wiedzy, jak je rozwijać.

Myszę, że tym, co ekscytuje terapeutów szkolących się w zakresie terapii ISTDP jest szansa, by nauczyć się skuteczniejszej interwencji, dzięki której pacjenci mogą przejść zmianę. Często słyszałem, że powinienem być cierpliwy, że „zmiana potrzebuje czasu”, że „na zaufanie pacjenta trzeba sobie zapracować”, a tymczasem kolejne lata po prostu mijały. Bierność terapeutyczną poddawano racjonalizacji.

Zamiast tego w trakcie terapii ISTDP wsłuchujemy się w każdą wypowiedź pacjenta, starając się dociec, czego potrzebuje i reagować na jego potrzeby na bieżąco. Zamiast czekać na odpowiedni moment w przyszłości, szukamy go w czasie rzeczywistym: w czym i jak mogę pomóc pacjentowi teraz? Jeśli pacjent stosuje mechanizm obronny, który odpowiada za jego objawy, to czy terapeuta powinien zajmować się tym mechanizmem raz w miesiącu, raz na tydzień czy za każdym razem, gdy pacjent go stosuje? Czy systematyczne interwencje nie byłyby formą współczucia, dzięki któremu pacjent mógłby się dowiedzieć tak prędko, jak to możliwe, jakie jego działania mu szkodzą, by jego cierpienie mogło się zakończyć?

Skupienie empirycznej uwagi na reakcjach pacjenta na interwencje terapeuty (czy były skuteczne?) oraz na praktycznych umiejętnościach, nagrywanie sesji terapeutycznych kamerą z myślą o empirycznej analizie naszej pracy oraz fakt, że nauczyciele ISTDP prezentują nagrania swoich sesji, aby zademonstrować to, czego uczą – wszystkie te czynniki przemawiają do nowego pokolenia terapeutów, które nie jest już zainteresowane poglądami, lecz tym, co jest skuteczne. Terapeuci nie chcą dziś słuchać referatów. Chcą oglądać nagrania sesji terapeutycznych, aby nauczyć się efektywniej pracować.

Czy z terapii ISTDP mogą korzystać pacjenci leczeni farmakologicznie, którzy zażywają środki antydepresyjne, przeciwłękowe, stabilizatory nastroju bądź leki przeciwpsychotyczne?

Tak. Są pacjenci cierpiący na poważną odmianę depresji z objawami wegetatywnymi, którzy muszą zażyć leki, aby zebrać akurat tyle sił, ile potrzebują, żeby wziąć udział w dowolnej formie terapii eksploracyjnej. Pacjenci *borderline*, którzy cierpią z powodu krótkotrwałych epizodów psychotycznych radzą sobie dużo lepiej w początkowym stadium terapii, jeśli zażyją niewielką dawkę leków przeciwpsychotycznych. Oczywiście niemądrze byłoby też prowadzić terapię osób z chorobą dwubiegunową, nie korzystając ze wsparcia stabilizatorów nastroju. Musimy jednak pamiętać, że leki przeciwlękowe często są przepisywane w nadmiarze, powodując odrętwienie pacjentów w stopniu, w którym lek zakłóca każdą formę terapii koncentrującej się na emocjach. Pacjentom *borderline* często przepisywane są mieszanki leków, co znacząco utrudnia badanie poziomu lęku i jego regulację. To właśnie dlatego współpraca między psychoterapeutą a psychiatrą jest tak istotna.

Psychiatrzy często przyjmują pacjentów, których ze względu na niewyjaśnione z medycznego punktu widzenia objawy somatyczne kierują do nich inni lekarze. W jaki sposób wiedza dotycząca regulacji emocji może okazać się w tym kontekście pomocna?

Przyczyną znacznej większości niewyjaśnionych z medycznego punktu widzenia objawów somatycznych jest lęk. Wystarczy, że psychiatrzy sięgną po wiedzę zdobytą na studiach medycznych by zobaczyli tych pacjentów w innym świetle. Pacjenci, którzy skarżą się na ból szyi i kręgosłupa, cierpią z powodu lęku kanalizowanego przez somatyczny układ nerwowy, który uaktywnia mięśnie prążkowane. Pacjenci, którzy cierpią na zespół jelita drażliwego, biegunki, migreny i bóle żołądka, cierpią z powodu lęku nagromadzonego w przywspółczulnym układzie nerwowym, który aktywuje mięśnie gładkie w naczyniach krwionośnych i błonę śluzową przewodu pokarmowego. Natomiast pacjenci, którzy skarżą się na utraty przytomności, nieostre widzenie, dzwonięcie w uszach, zaburzenia poznawcze lub percepcyjne, cierpią z powodu lęku w układzie przywspółczulnym do tego stopnia, że powoduje on spadek dopływu krwi do mózgu oraz wyłączenie kory przedczołowej i hipokampa za sprawą neurohormonów.

Innymi słowy, przyczyną znacznej większości tych niewyjaśnionych objawów okazuje się lęk działający się w ośrodkowym układzie nerwowym. Jeśli pomożemy pacjentom zobaczyć, co się wydarzyło, zanim pojawiły się te objawy, odkryjemy bodziec emocjonalny. Następnie pomagamy pacjentom wytrzymać uczucie, zauważyć lęk, który ono wzbudza i uczymy ich ten lęk regulować. W dalszej kolejności stopniowo pomagamy pacjentowi wytrzymywać uczucie w coraz większym natężeniu, aż do momentu, w którym nie wywołuje ono już lęku i wynikających z niego objawów somatycznych.

Jeśli psychiatrzy będą pamiętali o objawach pochodzących z układów nerwowych: somatycznego, współczulnego i przywspółczulnego, będą w stanie ocenić, kiedy lęk pacjenta gromadzi się w jego ciele i pomóc mu go dostrzec, regulować go i dowiedzieć się, które emocje wywołują poszczególne objawy.

Dzisiejsze nurty psychoterapeutyczne oferują różnorodne sposoby rozumienia pracy nad regulacją emocji. Co jest twoim zdaniem skuteczne, jeśli chodzi o pomaganie pacjentom w lepszym radzeniu sobie z emocjami?

Emocje to przekazane nam za pośrednictwem ewolucji automatyczne poza świadomościowe schematy reakcji sprzyjające działaniom adaptacyjnym. Jako takie są one regulowane wewnętrznie i proporcjonalne do otrzymywanych bodźców. Emocje ulegają deregulacji z dwóch powodów: po pierwsze, uczucie może łączyć się z nadmiernym lękiem, po drugie, uczucie może być wywołane bodźcem, który nie jest realny, lecz wyobrażeniowy. Jeśli uczucie łączy się z nadmiernym lękiem, regulacja lęku obejmie również afekt, z którym ów lęk się łączy. Ale jeśli rozregulowanie afektu jest rezultatem działania mechanizmu obronnego, takiego jak projekcja (bodziec wyobrażeniowy), to uczucie będzie proporcjonalne do tego, czymkolwiek ta projekcja jest. Tak więc jeśli projektuję na ciebie, że mnie osądzasz, to gniew, którym zareaguję, będzie wprost proporcjonalny do siły tej projekcji i do stopnia, w jakim tracę zdolność weryfikacji rzeczywistości (*reality testing*).

W tym przypadku należy rozbroić projekcję i przywrócić pacjentowi zdolność weryfikacji rzeczywistości, aby gniew wywołany na skutek projekcji ustąpił wraz z nią. Musimy więc zwracać uwagę na to, czy dane uczucie pojawia się w odpowiedzi na realny bodziec, czy może jest ono czymś, co nazywamy afektem obronnym, uczuciem, które bierze się z mechanizmu obronnego, takiego jak projekcja. W przypadku głębiej zaburzonych pacjentów przyczyną najbardziej zderegulowanych uczuć są projekcje, które należy dezaktywować.

Czy podobna strategia pracy z emocjami może być stosowana w przypadku różnych stopni zaburzenia? Do jakiego stopnia wymaga ona modyfikacji ze względu na większy stopień zaburzenia pacjentów, którzy są w trakcie farmakoterapii?

Bardziej zaburzeni pacjenci cierpią z powodu nadmiernego lęku, który jest przyczyną zaburzeń poznawczych lub percepcyjnych, regulacja emocji jest więc w ich przypadku niezbędna. U tych pacjentów główne mechanizmy obronne to przeważnie rozszczepienie i projekcja. Musimy więc pomóc pacjentom znosić w trakcie terapii ich mieszane uczucia bez konieczności ich rozszczepiania. Musimy też pomóc pacjentom dostrzec ich projekcje i pomieścić w swoim wnętrzu to, co projektują na zewnątrz. Mój student pracował na przykład z wychodzącą z natogu pacjentką, która zaczęła słyszeć głosy. Terapeuta zrozumiał, że pacjentka cierpi z powodu nadmiernego lęku, który skłania ją do użycia obrony projekcji, której efektem są słyszane przez pacjentkę głosy (wyprojektowane na zewnątrz aspekty jej osoby). Kiedy terapeuta usiłował regulować lęk pacjentki, ta odpowiedziała: „Nie zabieraj mi moich głosów”. Wyprojektowała w ten sposób na terapeutę swoje życzenie, by uciszyć dręczące ją głosy. Terapeuta postanowił więc dezaktywować jej projekcję: „Nie mogę zabrać ci tych głosów, ponieważ są w tobie.

A nawet gdybym mógł, to i tak nie mam do tego prawa. Masz prawo mieć te głosy tak długo, jak będziesz uważała, że ci pomagają”. Wtedy pacjentka ponownie posłużyła się projekcją w przekonaniu, że terapeuta chce ją kontrolować. Terapeuta znów dezaktywował projekcję i zachęcił pacjentkę, by nad nią zapanowała: „Nie chcę cię kontrolować i nie mam prawa próbować tego robić. Jestem jednak ciekaw, czy chciałabyś zajrzeć w głąb siebie, dzięki czemu kontrolę zaczęłabyś sprawować ty, a nie głosy, które słyszysz?” Pacjentka zaczęła płakać i powiedziała: „Ty mnie rozumiesz”. To dobry przykład roli, jaką w pracy z bardziej zaburzonymi pacjentami odgrywa rozpoznawanie projekcji i jej rozbicie, którego dokonuje się po to, by wykształcić w pacjentach zdolność weryfikacji rzeczywistości, a następnie pomóc im znosić uczucia, które wcześniej projektowali na zewnątrz.

W ramach kwietniowej konferencji wygłosisz trzygodzinny wykład połączony z prezentacją pracy terapeutycznej. Czy chciałbyś coś powiedzieć osobom, które są ciekawe, w jakim stopniu udział w konferencji może im pomóc w pracy terapeutycznej? Jak mogą wykorzystać tę wiedzę nawet jeśli nie postanowią szkolić się w prowadzeniu terapii ISTDP?

Tu nie chodzi o ISTDP. Chodzi o to, jak możemy stać się skuteczniejsi. Każdy z nas pracuje z tymi samymi pacjentami. Każdy z nas zmaga się z tymi samymi problemami. Każdy z nas musi regulować lęk u poważnie zaburzonych pacjentów. Każdy z nas musi być w stanie rozpoznawać projekcje i dezaktywować je, aby zbudować efektywną relację z pacjentem. Tego właśnie dowiedzą się uczestnicy mojego wystąpienia, oglądając prezentowane przeze mnie nagranie sesji terapeutycznej. Publiczność będzie miała okazję zobaczyć, co zrobiłem, żeby moja praca z pacjentem, któremu nie powiodło się z trzynastorgiem poprzednich terapeutów, okazała się skuteczna. Cokolwiek zobaczą, będą mogli powtórzyć w pracy z własnymi pacjentami, wypróbować i zobaczyć, czy im to pomaga. Prezentując nagrania sesji terapeutycznych, możemy uczyć się od siebie nawzajem. O to właśnie moim zdaniem w tym wszystkim chodzi.

Regularnie odwiedzasz Polskę od dziesięciu lat. Co sądzisz o polskim środowisku psychoterapeutycznym?

Chyba jestem rozpieszczony przez Laboratorium Psychoedukacji, gdzie uczę terapii ISTDP. Z radością myślę o kolejnym kursie, który będę tam współprowadził od kwietnia 2018 roku. Mam tu cudowne doświadczenia pracy z oddanymi i zaangażowanymi studentami, którzy mają odwagę nagrywać kamerą swoje sesje terapeutyczne, dzięki czemu możemy się od siebie nawzajem uczyć i współtworzyć kulturę empatii i wzajemnego zrozumienia jako osoby, które kontynuują trwającą całe życie naukę. To fantastyczny zawód, w którym nigdy nie znamy wszystkich odpowiedzi, w którym ciągle uczymy się od naszych pacjentów i w którym nieustannie mamy szansę rozwijać się jako osoby.

W marcu ukaże się po polsku twoja książka „Kłamstwa, którymi żyjemy. Jak zmierzyć się z prawdą, zaakceptować siebie i zmienić swoje życie”. Komu poleciłbyś tę książkę?

Na pewno poleciłbym ją wszystkim terapeutom, ponieważ mówi ona o tym, dlaczego wykonujemy tę pracę, o pasji, która nas do niej przyciąga i o tym, co nas intryguje w tej formie leczenia. Gorąco polecam również tę książkę wszystkim laikom zainteresowanym psychoterapią, tym, co robimy, dlaczego to robimy, osobom, które chcą wsłuchać się w zapis autentycznej sesji i dowiedzieć się, jak naprawdę wygląda terapia. I oczywiście polecam również tę książkę osobom uczęszczającym na terapię, które chcą lepiej zrozumieć naszą pracę i pogłębić własną. Wiele osób mówi, że dzięki samej tylko lekturze tej książki w ich życiu i terapiach doszło do przetomu. Jej główny przekaz sprowadza się do tego, że stajemy się chorzy za sprawą kłamstw, którymi się karmimy. Natomiast zdrowi stajemy się wskutek konfrontacji z prawdą, której unikamy. Mechanizmy obronne to po prostu kłamstwa, którymi się karmimy, aby uniknąć bólu w naszym życiu. Kto z nas tego nie robi? Jeśli jako terapeuci będziemy w stanie skonfrontować się z własnymi kłamstwami, łatwiej będzie nam zaakceptować naszych pacjentów jako współników w ucieczce przed prawdą i przyjąć ich ze współczuciem zamiast ich osądzać. Bez względu na to, jaką formę terapii uprawiamy, takie jest nasze zadanie i taka jest nasza droga.