

Przedmowa do wydania polskiego

Inne dary Irvina D. Yaloma dla psychologów i psychiatrów

Autor książki - emerytowany profesor psychiatrii Irvin D. Yalom - to niezwykła postać w środowisku ludzi zajmujących się psychoterapią, psychologią kliniczną i psychiatrią. Cieszy się światową sławą jako wybitny autorytet w dziedzinie psychoterapii grupowej i jest jednym z głównych przedstawicieli egzystencjalnego podejścia w psychoterapii indywidualnej. Prezentacja filmów ukazujących jego pracę z pacjentami stała się niemal obowiązującym elementem wielu programów szkoleniowych dla psychoterapeutów.

Irvin D. Yalom posiada niezwykły dar opisywania i przekazywania innym swych głęboko osobistych doświadczeń i praktycznej wiedzy profesjonalnej w sposób sugestywnie przemawiający do wyobraźni i emocji czytelnika. Książka *Dar terapii. List otwarty do nowego pokolenia terapeutów i ich pacjentów* jest prawdziwym darem, a jej lektura fascynującą przygodą, ponieważ w 85 krótkich rozdziałach Autor zawarł więcej mądrych i wnikliwych komentarzy na temat wspólnej pracy psychoterapeuty i pacjenta, niż można znaleźć w dziesiątkach prac innych badaczy i praktyków. Powinien przeczytać ją każdy, kto pragnie lepiej rozumieć proces pomagania ludziom borykającym się z problemami osobistymi oraz poznać to, co się dzieje między psychoterapeuta a jego pacjentem.

Autor koncentruje się głównie na praktycznych zaleceniach, często o charakterze technicznym i proceduralnym. Zarazem przedstawia niezwykle wnikliwą analizę procesu psychoterapii i wskazuje możliwości udziału psychoterapeuty w tworzeniu warunków niezbędnych do tego, aby przebieg tego procesu był korzystny dla pacjenta.

Praca nad przygotowaniem *Daru terapii* do publikacji zbiegła się z okresem opracowywania przez nas programu 3-letnich studiów podyplomowych z zakresu psychoterapii w ramach Profesjonalnej Szkoły Psychoterapii prowadzonej przez Szkołę Wyższą Psychologii Społecznej we współpracy z Instytutem Psychologii Zdrowia. Choć twórczość Yaloma od lat jest dla mnie źródłem inspiracji ważnych dla mojego rozwoju zawodowego, lektura tej właśnie książki była szczególnie intrygująca i wzbudziła również lekkie poczucie zazdrości. Stało się niemal oczywiste, że każdy z jej rozdziałów zawiera bardzo cenne wskazówki dotyczące tego, jak powinno się szkolić psychoterapeutów, ale jednocześnie trafność i precyzja zaleceń i rozważań Autora stwarzały wzór dydaktyczny trudny do doświadczenia.

Ten list otwarty do nowego pokolenia terapeutów i ich pacjentów jest dla nas - środowiska profesjonalnych psychoterapeutów - trudnym, lecz koniecznym do podjęcia wyzwaniem. Osiemdziesiąt pięć krótkich tekstów Yaloma daje przejrzystą mapę drogi, po której wędrujemy z naszymi pacjentami. Każdy z nas wędrowkę tę odbywa na własnych nogach i sam poszukuje kierunku, może jednak wykorzystać ową mapę, aby dostrzec szczególnie ważne miejsca, rozwinąć własną świadomość i wrażliwość, a także nabrać pokory wobec granic swoich możliwości.

Pierwsze wydane w Polsce książki Yaloma - *Kat miłości* (2000) i *Mama i sens życia* (2003) - reprezentują ten nurt Jego prac, który nazwano „opowieściami terapeutycznymi”. W 2004 roku ukażą się przekłady fascynujących powieści o psychoterapii: *Lying on the couch* (*Leżeć na kozetce*) i *When Nietzsche wept* (*Kiedy Nietzsche szlochał*).

Nie znamy natomiast Irvina D. Yaloma jako Autora kilku podręczników, które można zaliczyć do kanonu literatury z zakresu psychologii klinicznej i psychiatrii. O ważniejszych elementach Jego działalności terapeutycznej i twórczości naukowej chciałbym teraz opowiedzieć, z nadzieją, że będzie to pomocne w docenieniu jego dorobku i zachęci do zapoznania się z jego pracami.

Irvin D. Yalom urodził się w 1931 roku w Waszyngtonie, jego rodzice byli imigrantami z Europy Wschodniej - pochodzili z małej rosyjskiej wioski blisko granicy z Polską. Od wczesnych lat fascynowała go literatura piękna, ale ukończył studia medyczne w Bostonie z zamiarem zostania psychiatrą, ponieważ - jak pisze we wspomnieniach - ta profesja wydawała mu się bliższa Dostojewskiemu czy Tolstojowi.

Po stażach klinicznych przez dwa lata był lekarzem wojskowym, a następnie w 1962 roku rozpoczął pracę w Akademii Medycznej na Uniwersytecie Stanforda, gdzie pracował przez ponad trzydzieści lat i został profesorem psychiatrii. Jego żona Marilyn jest wykładowcą literatury francuskiej. Mają czworo dzieci i pięcioro wnucząt.

W 1970 roku Yalom napisał jedną ze swych fundamentalnych prac - *The theory and practice of group psychotherapy* (*Teoria i praktyka psychoterapii grupowej*) - która do dzisiaj (wydanie piąte poprawione) jest podstawowym podręcznikiem z tego zakresu. Za szczególnie istotne uważane są fragmenty dotyczące tzw. uniwersalnych czynników leczących w terapii grupowej, czyli zjawisk i doświadczeń pacjentów, które odgrywają kluczową rolę w procesie pozytywnych przemian psychologicznych zachodzących w trakcie terapii grupowej. Opracowaną przez Autora listę takich czynników skonfrontowano z opiniami pacjentów na ten temat. Badani przez Yaloma pacjenci ustalili kolejność 12 czynników, które ich zdaniem były najbardziej istotne. Za najważniejsze uznali wiedzę o sobie, którą uzyskali od innych uczestników grupy, a następnie: katharsis, czyli silne odreagowanie emocjonalne, doświadczenie więzi i spójności grupy, zrozumienie samego siebie, rozwijanie umiejętności interpersonalnych, czynniki egzystencjalne, rozpoznawanie uniwersalności własnych problemów i poczucie podobieństwa do innych ludzi, wzbudzanie nadziei, doświadczanie i przejawianie postaw i zachowań altruistycznych, korekcyjne odtwarzanie w grupie schematów mających źródło w doświadczeniach z rodziny pierwotnej, uzyskiwanie wskazówek i rad od pacjentów i terapeutów, naśladowanie innych pacjentów i terapeutów.

Porównanie tej listy z zestawami czynników leczących określanymi w różnych podejściach terapeutycznych i przez różnych terapeutów ukazuje dużą zgodność co do ich zawartości oraz poważne różnice w przyjętej hierarchii ważności. Wynika z tego istotny wniosek dotyczący potrzeby większej koncentracji w pracy psychoterapeutycznej na uniwersalnych czynnikach terapeutycznych, niż na zjawiskach postulowanych przez specyficzne podejścia i szkoły psychoterapeutyczne.

W swej koncepcji psychoterapii grupowej Yalom podkreśla jako najważniejszą zasadę pracy koncentrowanie uwagi terapeuty i uczestników na tym, co dzieje się „tu i teraz”, na teraźniejszości sytuacji i procesów interpersonalnych zachodzących w grupie. Aby koncentracja na „tu i teraz” przynosiła efekty terapeutyczne, musi obejmować równocześnie dwa procesy: doświadczania emocjonalnego związanego z kontaktowaniem się z innymi pacjentami, terapeutą i całą grupą oraz rozpoznawania, badania i rozumienia tych doświadczeń. Autor wskazuje też na dwie podstawowe funkcje psychoterapeuty grupowego - ukierunkowywanie procesów interpersonalnych w grupie i wspieranie systemu monitorowania i analizowania tych procesów przez członków grupy.

Za szczególnie istotny w pracy z grupami, zdaniem Yaloma, należy uznać proces powstawania tzw. spójności grupy, który stanowi analogię do procesu budowania relacji między terapeutą a pacjentem w psychoterapii indywidualnej, tworzącej fundament efektywnej pomocy psychoterapeutycznej.

Dla wielu terapeutów te i podobne stwierdzenia wydają się dzisiaj prawie oczywiste, warto jednak pamiętać, że to właśnie Yalom pierwszy - ponad trzydzieści lat temu - je sformułował oraz przedstawił ich naukowe i kliniczne uzasadnienie. W 1973 roku Irving D. Yalom wspólnie z Mortonem Liebermanem i Matthew Milesem opublikowali bardzo ważną książkę: *Encounter groups: - First facts* zawierającą pierwszą systematyczną próbę empirycznej analizy funkcjonowania grup treningowych, które w latach sześćdziesiątych stały się w USA niezwykle popularną formą pomocy psychologicznej w rozwoju i doskonaleniu osobistym, a następnie zostały upowszechnione w Europie, w tym także w Polsce. Głównym celem tych badań było ustalenie związku między stylem i techniką pracy trenera a jej efektami - korzyściami uzyskiwanymi przez uczestników grup treningowych. Losowo dobrano uczestników 18 grup treningowych reprezentujących 10 różnych podejść i poddano analizie przebieg treningu i jego skutki. U wielu uczestników stwierdzono istotne zmiany w funkcjonowaniu psychologicznym, jednak nie zawsze były to zmiany na lepsze. Rodzaje efektów nie były skorelowane ze specyficznymi podejściami czy szkołami treningu, ale ze stylem i cechami funkcjonowania trenera. W analizie wyróżniono cztery podstawowe funkcje trenera: emocjonalne stymulowanie uczestników, dawanie opieki i wsparcia, dostarczanie informacji i porządkowanie doświadczeń oraz kierowanie pracą grupy. Na pozytywne wyniki treningu w największym stopniu wpływało dostarczanie wsparcia i porządkowanie doświadczeń. Związek między stymulowaniem emocjonalnym i kierowaniem a wynikami był bardziej złożony - zbyt duże i zbyt małe nasilenie tych cech trenera obniżało efekty treningu. Ukazano również zjawisko ważne, choć wstydlive dla środowiska trenerów - część uczestników treningów doznała szkód psychologicznych i stwierdzono znaczące powiązania między występowaniem tych szkód a pewnymi elementami stylu funkcjonowania trenerów.

Na szczególne wyróżnienie zasługują również opisane przez Yaloma w 1983 roku, w książce pt. *Inpatient group therapy (Terapia grupowa w szpitalu)*, jego doświadczenia w pracy psychoterapeutycznej z różnymi grupami pacjentów - alkoholików, nieuleczalnie chorych, osób z poważnymi zaburzeniami psychicznymi przebywających w szpitalach czy przeżywających żalobę po śmierci bliskich. Analizując specyfikę pracy z tymi grupami, Autor opracował dla każdej z nich zbiór zasad dotyczących procesu psychoterapii, strategii i procedur terapeutycznych.

Drugim, równoległym do pracy z grupami terapeutycznymi i treningowymi, obszarem aktywności zawodowej Yaloma jest psychoterapia indywidualna, w której bazując na podejściu psychodynamicznym, rozwijał egzystencjalny nurt w psychoterapii. W 1980 roku napisał książkę pt. *Existential psychotherapy (Psychoterapia egzystencjalna)*, w której przedstawił podstawowe elementy swojej koncepcji. W *Darze terapii* znajdziemy je w tle wielu rozważań i praktycznych zaleceń Autora. Yalom akceptując założenia psychoanalizy dotyczące wpływu tkwiących w człowieku nieuświadomianych sił na jego codzienne życie, przedstawia jednak odmienną koncepcję dotyczącą natury tych sił wewnętrznych. Wskazuje, że dynamika naszego życia wewnętrznego oparta jest nie tylko na zmaganiu się ze stłumionymi popędami lub uwewnętrznionymi śladami traumatycznych doświadczeń z dzieciństwa. Szczególną - a może nawet podstawową - rolę przypisuje konfrontacji człowieka z czterema głównymi wyzwaniem naszej egzystencji - faktem nieuniknionej śmierci, wolnością wyboru i odpowiedzialnością, egzystencjalną izolacją i pragnieniem więzi oraz poszukiwaniem sensu i znaczenia życia w świecie, który nie ma sensu. Szczególnie istotne w *Psychoterapii egzystencjalnej* wydają się rozważania Yaloma na temat roli koncepcji śmierci w psychopatologii i psychoterapii i o tym wątku twórczości Autora chciałbym trochę więcej napisać.

Strach przed śmiercią odgrywa podstawową rolę w naszym wewnętrznym doświadczeniu i już dzieci we wczesnym okresie życia w znaczący sposób mogą być zaabsorbowane śmiercią, a radzenie sobie z obawą przed unicestwieniem należy do ważnych zadań rozwojowych. Zdaniem Yaloma w celu poradzenia sobie z tymi obawami tworzymy system obronny chroniący nas przed uświadomianiem sobie śmierci. Obrona ta oparta na mechanizmie zaprzeczania kształtuje strukturę charakteru człowieka, a jeżeli źle funkcjonuje, przejawia się to w różnego rodzaju zaburzeniach. Oznacza to, że psychopatologia jest w istotny sposób związana z nieskutecznymi sposobami radzenia sobie z nieuchronnością śmierci. Tak więc podstawą solidnego i skutecznego podejścia do psychoterapii powinna być również praca nad świadomością śmierci.

Życie i śmierć są wzajemnie powiązane i mogą istnieć równolegle w świadomości człowieka - śmierć jest częścią życia, a nie tylko jego ostatnim momentem. Fizyczność śmierci niszczy człowieka, ale idea śmierci i jej kontemplacja w trakcie życia może uratować go przed nicością. Ten sposób myślenia o roli śmierci, zaczerpnięty z filozofii egzystencjalnej Heideggera, w psychoterapii egzystencjalnej przekształca się w psychologiczne rozważania, które - zdaniem Yaloma - wprowadzają bardzo istotny wymiar do pracy psychoterapeutycznej. Świadomość i uznanie śmierci może przyczynić się do przejmującego poczucia ważności życia, do radykalnej zmiany perspektywy życiowej.

Jednak problematyka śmierci stosunkowo rzadko, jego zdaniem, występuje w rozmowach terapeutycznych i analizach procesu psychoterapii. Wielu terapeutów unika tego tematu, nie zwraca uwagi na pojawianie się treści związanych z lękiem przed śmiercią w wypowiedziach pacjentów lub - nawet gdy je dostrzeże - traktuje nie jako kwestie fundamentalne dla życia i problemów pacjenta, lecz jako przejaw innych, ważniejszych z punktu widzenia danej koncepcji trudności. Tak więc śmierć jako nieunikniony element ludzkiej egzystencji wzbudza obawy uruchamiające mechanizm zaprzeczania zarówno u pacjentów, jak i u ich terapeutów.

Yalom wskazuje na dwa podstawowe mechanizmy obrony przed świadomością śmierci. Pierwszy to nieuświadomiane i irracjonalne przekonanie o własnej niezniszczalności i samowystarczalności. Człowiek uporczywie - i skutecznie - unika świadomości, że jego życie jest ograniczone, i choć na poziomie racjonalnym zdaje sobie sprawę, że musi ono mieć swój kres, to ma nadzieję, że jego ta reguła nie dotyczy. Drugi mechanizm polega na wierze w istnienie i opiekę wszechmocnej istoty, z którą związek może przynieść ocalenie. Te dwa mechanizmy często występują w powiązaniu - wiara w istnienie wszechmocnej i opiekuńczej istoty pomaga w utrzymywaniu irracjonalnego przekonania o własnej wyjątkowości i niezniszczalności. Pragnieniu obrony własnej wyjątkowości i samowystarczalności towarzyszy „lęk życia”. Dążeniu do bezpiecznego związania się i stopienia z zewnętrznym i potężnym źródłem wsparcia i ochrony towarzyszy „lęk śmierci”. Między tymi dwoma biegunami oscyluje życie i doświadczanie życia przez człowieka.

Psychoterapeuta, zdaniem Yaloma, może odkryć, że świadomość osobowej śmierci bywa katalizatorem procesu głębokiej zmiany w pacjencie. Uświadamianie sobie śmierci może być doświadczane jako „sytuacja graniczna” istnienia, która uruchamia radykalną zmianę perspektywy życiowej - może również otwierać drogę do poszukiwania fundamentów indywidualnych zaburzeń, ponieważ obecność śmierci wydaje się tworzyć podstawowe źródła lęku.

Należy jednak pamiętać, że lęk przed śmiercią - mimo iż w istotny sposób może wpływać na całe życie i kształtowanie się charakteru - istnieje na najgłębszym poziomie egzystencji, jest głęboko wyparty i rzadko doświadczany w pełnym wymiarze. Spotykamy się z nim bezpośrednio najczęściej dopiero w przypadku intensywnej i długotrwałej psychoterapii. Jednak nawet wtedy, gdy nie pojawia się on bezpośrednio w dialogu terapeutycznym, zrozumienie znaczenia i funkcji lęku śmierci wzbogaca poznawczy układ odniesienia, w którym psychoterapeuta poszukuje zrozumienia swego pacjenta i wyjaśnienia jego problemów. Lęk przed śmiercią może spełniać zarówno funkcję neurotyczną, jak i być częścią normalnego i zdrowego życia. Wszyscy doświadczamy lęku przed śmiercią, ale tylko jego nadmierne przejawy oraz ucieczkowe formy samoobrony przed nim tworzą konflikty i wewnętrzne rozszczępienie oraz zniekształcają nasze doświadczanie życia. W takich przypadkach satysfakcja z życia jest odwrotnie proporcjonalna do lęku przed śmiercią.

W pracach Yaloma znajdujemy nie tylko obszerną i wnikliwą analizę problemów związanych z tematem śmierci i pozostałymi wyzwaniem egzystencjalnymi, ale także wiele pomysłów dotyczących strategii postępowania psychoterapeutycznego wobec tych problemów.

Przytaczam, może zbyt obszernie jak na krótką przedmowę, rozważania Yaloma na temat roli śmierci w psychoterapii, ponieważ pragnę zwrócić uwagę Czytelnika na intrygujące zjawisko. Śmierć, jej świadomość i godzenie się na jej nieuchronność kojarzą się nam z mrocznymi i przygnębiającymi aspektami naszej egzystencji i ze zrozumiałych powodów ludzie starają się tych tematów unikać. I oto mamy Autora, który tym problemom poświęca bardzo wiele uwagi i rekomenduje, by stawały się one przedmiotem naszej świadomości i refleksji. Jednak gdy czytamy Jego teksty, gdy poznajemy Jego stosunek do życia i do pacjentów, bez trudu znajdujemy ogromną dozę optymizmu, pogody ducha i nadziei. Ten optymistyczny klimat twórczości Yaloma jest dowodem na prawdziwość ważnego elementu jego koncepcji - odważne i spokojnie uświadamiane spotkanie z obecnością śmierci w naszym życiu może pomagać w odkrywaniu wartości i atrakcyjności życia.

Yalom niezwykle często w swych analizach dotyczących zjawisk psychopatologicznych i procesu psychoterapii odwołuje się zarówno do konkretnych przypadków swoich pacjentów, jak i do postaci literackich. Wielokrotnie podkreśla, że literatura jest wielką nauczycielką psychologów, psychiatrów i psychoterapeutów. Jego ulubionymi autorami, twórcami wnikliwych portretów psychologicznych są m.in. Szekspir, Tołstoj, Dostojewski, Mann, Sartre, Camus.

Na zakończenie warto podkreślić to, co znajdujemy na wielu stronach *Daru terapii* - mądrą troskę o standardy i jakość pracy psychoterapeutycznej. Yalom jest zafascynowany zawodem psychoterapeuty i misją, jaką ma on do spełnienia, choć często ujawnia ograniczone możliwości i pułapki naszej profesji. Przekazuje nam jednak w sugestywny sposób swą wiarę w użyteczność tej formy pomocy ludziom i podpowiada, jak pracować nad tym, by nasza pomoc stawała się bardziej wartościowa.

Psychoterapia polega na pomaganiu pacjentom w tym, by sami lepiej pomagali sobie w radzeniu z własnym życiem. Lektura tej książki i innych prac Yaloma przez naszych pacjentów może przyczynić się do tego, że staniemy się lepszymi partnerami w tej wspólnej pracy.

Jerzy Mellibruda

Wprowadzenie

Jest ciemno. Przychodzę do pańskiego gabinetu, ale nie mogę pana znaleźć. Nikogo tam nie ma. Wchodzę i się rozglądam. Wisi tylko pana kapelusz, panama, pełen pajęczyn.

Sny moich pacjentów się zmieniły. Pajęczyny wypełniają mój kapelusz; w moim gabinecie jest ciemno i nie ma tam nikogo; nie można mnie znaleźć.

Moi pacjenci martwią się o moje zdrowie: czy zdołam im towarzyszyć w długiej drodze terapii? Gdy wyjeżdżam na wakacje, boją się, że już nie wrócę. Wyobrażają sobie, że uczestniczą w moim pogrzebie lub odwiedzają mój grób.

Moi pacjenci nie pozwalają mi zapomnieć, że się starzeję. Ale przecież robią tylko to, co do nich należy: czyż sam nie prosiłem, by wyrażali wszelkie swoje uczucia, dzielili się ze mną wszystkimi myślami i opowiadali wszystkie sny? Nawet ci, którzy dopiero zamierzają zostać moimi pacjentami, dołączają do tego chóru i nigdy nie zapominają rozpocząć rozmowy od pytania, czy *jeszcze* praktykuję.

Jednym z naszych ulubionych sposobów zaprzeczania śmierci jest wiara w osobistą *wyjatkowość*, przekonanie, że właśnie my jesteśmy zwolnieni z biologicznej konieczności i życie nie obejdzie się z nami tak surowo, jak ze wszystkimi innymi. Pamiętam, jak przed laty, kiedy zaczął mi się psuć wzrok, odwiedziłem optyka. Zapytał, ile mam lat, a potem skomentował: „Czterdzieści osiem, co? No tak, dokładnie zgodnie z planem!”.

Wiedziałem, rzecz jasna, że ma absolutną rację, ale gdzieś z głębin mojej duszy wydobył się krzyk: „Jakim planem? *Czym* planem? Może to jest pana plan i wszystkich innych, ale na pewno nie mój!”.

Przykro stwierdzić: wchodzę w jesień życia. Moje cele, zainteresowania i ambicje zmieniają się zgodnie z przewidywaniami. Erik Erikson, w swoich badaniach nad cyklem życiowym, opisał to późne stadium życia jako fazę *generatywną* - erę postnarcystyczną, gdy uwaga z poszerzania własnych granic i możliwości przenosi się na troskę o przyszłe pokolenia*. Dziś, gdy doszedłem do siedemdziesiątki, potrafię docenić jasność Eriksonowskiej wizji. Dobrze mi brzmi pojęcie generatywności. Pragnę przekazać innym to, czego się nauczyłem. I to możliwie jak najszybciej.

Jednakże oferowanie przewodnictwa i inspiracji kolejnemu pokoleniu psychoterapeutów jest dziś sprawą szalenie problematyczną, dziedzinę naszą bowiem ogarnął kryzys. Sterowany względami ekonomicznymi system opieki zdrowotnej wprowadza radykalne zmiany do leczenia psychologicznego; psychoterapia musi zostać usprawniona - to znaczy ma być nade wszystko *tania* i, siłą *rzeczy*, krótka, powierzchowna, nieistotna.

Nie wiem, gdzie będzie zdobywać szlify następne pokolenie skutecznych psychoterapeutów. Nie w ramach programów dla stażystów. Psychiatria jest bliska całkowitego porzucenia dziedziny psychoterapii. Młodzi psychiatrzy są zmuszeni specjalizować się w psychofarmakologii, instytucje ubezpieczeniowe bowiem zwracają koszty psychoterapii jedynie wówczas, gdy psychoterapeuci są tani (innymi słowy -najsłabiej wyszkoleni). Obecne pokolenie psychiatrów klinicystów - obeznane zarówno z terapią psychodynamiczną, jak i z leczeniem farmakologicznym - jest na pewno gatunkiem zagrożonym. Co wobec tego z programami szkoleń w dziedzinie psychologii klinicznej? Wydaje się, że to właśnie one powinny wypełnić lukę. Niestety, psychologowie kliniczni doświadczają tych samych nacisków rynku i w efekcie większość szkół wyższych uczy terapii zorientowanej na objaw, krótkoterminowej - a więc takiej, której koszty zwraca ubezpieczenie.

Martwię się więc o psychoterapię - o to, jak ją zniekształcą naciski ekonomiczne i zubożą radykalnie skrócone programy szkoleniowe. Jestem wszakże przekonany, iż w przyszłości kohorta terapeutów rodem z najrozmaitszych dyscyplin (psychologii, poradnictwa, pomocy społecznej, doradztwa kościelnego, filozofii klinicznej) będzie nadal podejmować rygorystyczne studia podyplomowe i nawet w ciasnej rzeczywistości opieki zdrowotnej znajdzie pacjentów, którzy - chcąc się rozwijać i zmieniać - zdecydują się na terapię bez określonych ram czasowych. To właśnie dla tych terapeutów i dla tych pacjentów piszę swoją książkę.

NA TYCH STRONACH doradzam studentom, by wystrzegali się sekciarstwa i sugeruję pluralizm terapeutyczny: sięgajcie po skuteczne interwencje do różnych szkół. Mnie samemu jednak najbliższe jest podejście interpersonalne i egzystencjalne, dlatego większość zawartych tu porad pochodzi z jednego z tych systemów terapeutycznych.

Od kiedy zacząłem się zajmować psychoterapią, zawsze interesowały mnie dwie dziedziny: terapia grupowa i terapia egzystencjalna. Są to zainteresowania równoległe, ale odrębnie uprawiam „egzystencjalnej terapii grupowej” - w istocie nie wiem nawet, co by to mogło być. Te dwa sposoby pracy różnią się nie tylko formatem (sześć do dziewięciu osób w grupie w odróżnieniu od dwóch tylko w sytuacji terapii egzystencjalnej), lecz zasadniczym *układem odniesienia*. Podczas terapii grupowej pracuję z perspektywy interpersonalnej i zakładam, że pacjenci popadli w rozpacz, ponieważ nie potrafili zbudować i podtrzymać satysfakcjonujących relacji interpersonalnych.

Kiedy jednak działam w egzystencjalnym układzie odniesienia, czynię założenie całkiem odmienne: przyjmuję, że pacjenci popadają w rozpacz na skutek konfrontacji z twardymi faktami kondycji ludzkiej - „danymi” naszego istnienia. A ponieważ liczne zawarte w tej książce propozycje odwołują się właśnie do nieznanego wielu czytelnikom postawy egzystencjalnej, nie od rzeczy będzie pewne wprowadzenie.

Definicja terapii egzystencjalnej: *psychoterapia egzystencjalna jest dynamicznym podejściem terapeutycznym skoncentrowanym na zagadnieniach zakorzenionych w naszym istnieniu.*

Chciałbym rozszerzyć tę definicję, wyjaśniając wyrażenie „podejście dynamiczne”. Termin „dynamiczny” ma dwa znaczenia: potoczne i techniczne. W znaczeniu potocznym *dynamiczny* (od greckiego rdzenia *dynasthai* - mieć moc albo siłę) implikuje siłę bądź witalność (mówimy np. o dynamicznym piłkarzu lub polityku); nie o to, rzecz jasna, nam tu

chodzi. Gdyby jednak zastosować to znaczenie do naszego zawodu, to gdzie jest terapeuta, który twierdziłby, że nie jest dynamiczny? Że, innymi słowy, jest niemrawy i bierny?

Nie, ja używam terminu „dynamiczny” w sensie *technicznym*, który również oznacza siłę, jest jednak zakorzeniony w modelu Freudowskim, opartym- na założeniu, iż w umyśle człowieka działają pewne siły mentalne, a konflikt między tymi siłami generuje myśli, uczucia i zachowania. Ponadto - i to jest sprawa najważniejsza - *te pozostające w konflikcie siły działają na różnych poziomach świadomości, a niektóre z nich w istocie są całkiem nieświadomiane*. Psychoterapia egzystencjalna jest zatem terapią dynamiczną, podobnie jak liczne terapie psychoanalityczne opartą na założeniu, że nieświadome siły wpływają na świadome działania. Wystarczy jednak postawić kolejne pytanie - o naturę tych skonfliktowanych sił wewnętrznych - by podejście egzystencjalne wzięło rozbrat z różnymi ideologiami psychoanalitycznymi.

Zgodnie z podejściem egzystencjalnym nękający nas konflikt wewnętrzny wynika nie tylko z naszej walki ze stłumionymi popędami czy ze zinternalizowanymi ważnymi dorosłymi z naszego dzieciństwa bądź z zapomnianymi traumatycznymi przeżyciami, lecz również z *naszej konfrontacji z „danymi” naszego istnienia*.

Czymże są te „dane” istnienia? Jeśli pozwolimy sobie odrzucić lub „ująć w nawias” nasze codzienne sprawy i troski i gruntownie się zastanowimy nad naszą sytuacją w świecie, nieuchronnie dotrzemy do głębokich struktur istnienia („trosk ostatecznych”, by użyć teologicznego wyrażenia, pochodzącego od Paula Tillicha). Cztery najistotniejsze dla psychoterapii troski ostateczne to - moim zdaniem - śmierć, izolacja, sens życia i wolność (każdą z nich zdefiniuję i omówię w odpowiednim miejscu niniejszej książki).

Studenci często mnie pytali, dlaczego nie popieram programów szkoleniowych w dziedzinie terapii egzystencjalnej. Powód jest taki, że *dla mnie psychoterapia egzystencjalna nie była nigdy odrębne, niezależne} szkołą*. Zamiast rozwijać programy nauczania terapii egzystencjalnej, wolę uzupełniać edukację dobrze wyszkolonych terapeutów dynamicznych, zwiększając ich *wrażliwość na kwestie egzystencjalne*.

Proces i treść. Jak w praktyce wygląda terapia egzystencjalna? By odpowiedzieć na to pytanie, musimy się zająć dwoma ważnymi aspektami dyskursu terapeutycznego: „treścią” i „procesem”. „Treścią” jest to, o czym mowa: wypowiedziane słowa, konkretne zagadnienia, do których się te słowa odnoszą. „Proces” dotyczy zupełnie innego i niesłychanie ważnego wymiaru: relacji interpersonalnej między pacjentem a terapeutą. Kiedy pytamy o proces, chodzi nam o to, co słowa (oraz zachowania niewerbalne) mówią nam o naturze relacji między osobami zaangażowanymi w interakcję.

Potencjalny obserwator moich sesji terapeutycznych często daremnie szukałby długich dyskusji na temat śmierci, wolności, sensu życia czy izolacji egzystencjalnej. Tego rodzaju egzystencjalna *treść* może mieć znaczenie jedynie dla niektórych (lecz nie wszystkich) pacjentów, na pewnych (lecz nie wszystkich) etapach terapii. W istocie skuteczny terapeuta nigdy nie powinien skupiać się na żadnym obszarze treściowym: w *terapii nie należy się kierować teorią, lecz relacją*. Gdyby jednak ten sam potencjalny obserwator poszukiwał w mojej sesji pewnego charakterystycznego *procesu*, wynikającego z mej egzystencjalnej orientacji - a, to zupełnie co innego. Podwyższona *wrażliwość na kwestie egzystencjalne* wywiera głęboki *wpływ na naturę relacji między terapeutą a pacjentem i odciska się na każdej sesji terapeutycznej*.

Sam jestem zdziwiony formą, jaką przybrała ta książka. Nigdy się nie spodziewałem, że napiszę poradnik dla terapeutów. Kiedy jednak patrzę wstecz, wiem dokładnie, jak do tego doszło. Dwa lata temu, zwiedzając japońskie ogrody Huntingtona w Pasadenie, zauważyłem, że w Bibliotece Huntingtona jest wystawa renesansowych bestsellerów z Wielkiej Brytanii. Trzy z dziesięciu wystawionych woluminów były poradnikami - z dziedziny hodowli zwierząt, zycia i ogrodnictwa. Uderzyło mnie, iż nawet wówczas, setki lat temu, tuż po wynalezieniu prasy drukarskiej, poradniki przyciągały powszechną uwagę.

Dawno temu leczyłem pisarkę, która, opadłszy z sił po napisaniu po kolei dwóch powieści, postanowiła nie brać się za kolejną książkę, dopóki jakaś „nie uszczypnie jej w tyłek”. Zachichotałem na tę uwagę, ale tak naprawdę zrozumiałem ją dopiero w Bibliotece Huntingtona, kiedy i mnie „uszczypnął w tyłek” pomysł poradnika. Natychmiast postanowiłem odłożyć na bok inne projekty pisarskie, przeszukać wszystkie swoje kliniczne notatki i pisma i zasiąść do listu otwartego do początkujących terapeutów.

Duch Rainera Marii Rilkego unosił się nad tym tomem. Ma krótko przed wydarzeniem w Bibliotece Huntingtona przeczytałem ponownie *Listy do młodego poety* i świadomie próbowałem wnieść się do tego standardu uczciwości, pełni i hojności ducha.

Rady zawarte w niniejszej książce czerpałem z 45 lat praktyki klinicznej. Powstał szczególny melanz pomysłów i technik, które przydawały mi się w pracy. Owe pomysły są tak osobiste, sformułowane z taką pewnością siebie, a czasami tak oryginalne, iż nie sądzę, by Czytelnik mógł natrafić na nie gdziekolwiek indziej. Tom niniejszy pod żadnym względem nie ma być zatem systematycznym podręcznikiem; pomyślany jest raczej jako suplement do całościowego programu szkoleniowego. Losowo, wiedziony bardziej własnym zapałem niż jakimkolwiek konkretnym porządkiem lub systemem, wybrałem 85 kategorii. Zacząłem od listy ponad 200 porad, by ostatecznie odrzucić te, które nie budziły we mnie dostatecznego entuzjazmu. Pewien czynnik wywarł istotny wpływ na mój wybór. W swoich ostatnich powieściach i opowiadaniach umieściłem wiele opisów procedur terapeutycznych, które przydawały mi się w pracy klinicznej; ponieważ jednak moje utwory beletrystyczne mają często wydźwięk komiczny, a nawet burleskowy, czytelnikom może być trudno zgadnąć, kiedy mówię serio, a kiedy żartuję. W *Darze terapii* mogę sprawę postawić jasno.

Książka jest użytecznym zbiorem moich ulubionych interwencji albo stwierdzeń, dużo więc w niej techniki, a mało - teorii. Czytelników poszukujących szerszego tła teoretycznego odsyłam do książek-matek: *Existential psychotherapy* i *The theory and practice of group psychotherapy*.

Studiowałem medycynę i psychiatrię, przywykłem zatem do terminu „pacjent” (z łacińskiego *patiens* - ktoś, kto cierpi bądź znosi cierpienie), ale używam też jako synonimu terminu „klient”, powszechnego w psychologii i tradycji poradnictwa.

Określenie „pacjent” dla niektórych wiąże się z dystansem, brakiem zainteresowania i zaangażowania i z autorytarną postawą terapeuty. Proszę jednak nie porzucać lektury! Ja chcę zachęcić do relacji terapeutycznej opartej na zaangażowaniu, otwartości i równości.

Wiele książek - wśród nich i moje - zawiera ograniczoną liczbę istotnych kwestii oraz obszerny „wypełniacz”, który ma te kwestie zgrabnie powiązać. Tutaj umieściłem bardzo dużo ważnych sugestii, często zupełnie oderwanych myśli, a pominąłem większość „wypełniacza” oraz przejść, tekst więc składa się z licznych niepowiązanych ze sobą wątków.

„Hasła” do mojego poradnika wybierałem na chybił trafił i spodziewam się, iż wielu czytelników zapozna się z nimi wrywkowo, zgodnie z własnym zainteresowaniem. Na koniec wszakże spróbowałem pogrupować je tak, by cała struktura stała się bardziej przyjazna czytelnikowi.

Część pierwsza (rozdz. 1-40) dotyczy natury relacji między terapeutą a pacjentem, ze szczególnym naciskiem na „tu i teraz” - na to, jak terapeuta używa siebie i swojej otwartości. Potem (rozdz. 41-51) przechodzę od procesu do *treści* i proponuję metody badania spraw ostatecznych: śmierci, sensu życia, wolności (wraz z problemami odpowiedzialności i podejmowania decyzji).

W części trzeciej (rozdz. 52-76) omawiam rozmaite sprawy związane z codzienną praktyką terapeutyczną.

W czwartej (rozdz. 77-83) zajmuję się snami w terapii.

W ostatniej części (rozdz. 84-85) omawiam zagrożenia i przywileje związane z zawodem terapeuty.

Tekst jest usiany wieloma moimi ulubionymi, specyficznymi wyrażeniami i interwencjami. Jednocześnie zachęcam do spontaniczności i twórczości. *Proszę zatem nie traktować interwencji, które są charakterystyczne dla mnie - dla mojego sposobu patrzenia na świat, moich prób sięgnięcia do własnego wnętrza, poszukiwania własnego stylu i głosu - jak recepty proceduralnej.* Wielu studentów stwierdzi, że bardziej im odpowiadają inne stanowiska teoretyczne i inne style. Rady tu zawarte pochodzą z mojej praktyki klinicznej - pracy ze średnio bądź dobrze funkcjonującymi pacjentami (w odróżnieniu od pacjentów psychotycznych lub znacznie zaburzonych), z którymi przez kilka miesięcy do dwóch-trzech lat spotykałem się raz, a rzadziej dwa razy w tygodniu. W terapii stawiam sobie cele ambitne: oprócz usunięcia objawów i ulżenia w bólu dążę do ułatwienia rozwoju i do podstawowych zmian charakteru. Zdaję sobie sprawę, iż sytuacja kliniczna wielu czytelników jest zupełnie inna - odmienna organizacja pracy, inna populacja pacjentów i krótki czas trwania terapii. Mam wszakże nadzieję, że ci, którzy sięgną po tę książkę, znajdą własną, twórczą drogę do zaadaptowania i zastosowania w swojej pracy tego, czego ja się nauczyłem.

Podziękowania

Wiele osób pomagało mi w pisaniu tej książki. Po pierwsze, jak zwykle, zawdzięczam dużo mojej żonie, Marilyn, która zawsze była moją pierwszą i najwnikliwszą czytelniczką. Kilku kolegów - Murray Bilmes, Peter Rosenbaum, David Spiegel, Ruthellen Josselson i Saul Spiro - przeczytało rękopis i udzieliło mi istotnych uwag krytycznych. Niektórzy koledzy i studenci - Neil Brast, Rick Van Rheenen, Martel Bryant, Ivan Gendzel, Randy Weingarten, Ines Roe, Evelyn Beck, Susan Goldberg, Trący Larue Yalom i Scott Haigley - przeczytali i ocenili fragmenty. Członkowie mojej zawodowej grupy wsparcia poświęcali hojnie swój czas na omówienie niektórych części książki. Kilku pacjentów pozwoliło włączyć do niej opisy ich terapii i snów. Wszystkim im jestem ogromnie wdzięczny.

Usuwać przeszkody z drogi rozwoju

Gdy ucząc się psychoterapii, szukałem własnej drogi, największą pomocą była mi książka Karen Horney *Nerwica a rozwój człowieka*, w niej zaś największe wrażenie wywarł na mnie pogląd, zgodnie z którym człowiek ma wrodzoną skłonność do samorealizacji. Horney wierzyła, że jeśli usunie się przeszkody, istota ludzka rozwinie się w dojrzałego, pod każdym względem spełnionego dorosłego, tak jak żołądź rozwija się w dąb.

Po prostu tak, jak „żołądź wyrasta na drzewo dębowe...”. Cóż za wspaniały, wyzwalający i rozjaśniający obraz! Na zawsze zmienił moje podejście do psychoterapii, pozwolił inaczej spojrzeć na moją pracę. Odtąd moim zadaniem będzie usuwanie przeszkód z drogi pacjenta! Nie muszę wykonywać całej roboty; nie muszę zaszczepiać pacjentowi pragnienia rozwoju, uczyć go ciekawości, woli, radości życia, troski, lojalności ani żadnej z mnóstwa tych cech, które czynią nas w pełni ludźmi. Nie; muszę tylko rozpoznać i usunąć przeszkody. Reszta przyjdzie potem sama dzięki działającym w pacjencie siłom samorealizacji.

Pamiętam młodą wdowę, której serce - jak powiadała - zbankrutowało: nie potrafiła już kochać. Ta niezdolność do miłości mnie onieśmiała. Nie wiedziałem, jak się za nią zabrać. Ale zając się zidentyfikowaniem i wykorzenieniem licznych bloków, które przeszkadzały jej kochać? Tyle mogłem przecież zrobić!

Szybko się zorientowałem, że miłość wydawała się jej zdradą. Miłość do kogoś równała się zdradzie wobec zmarłego męża; była ostatnim gwoździem do jego trumny. Gdyby kogoś innego pokochała tak głęboko, jak kochała męża (a nie zgodziłaby się na żadne słabsze uczucie), znaczyłoby to, że jej miłość do męża była w jakiś sposób niedostateczna lub niedoskonała. Miłość do kogoś innego byłaby samozniszczeniem, pacjentka bowiem nieuchronnie odczułaby wówczas stratę i związany z nią piekący ból. Nieodpowiedzialnie byłoby kochać kogoś innego: była zła i przeklęta, a jej pocałunki były pocałunkami śmierci.

Wiele miesięcy ciężko pracowaliśmy nad zidentyfikowaniem wszystkiego, co jej przeszkadzało kochać innego mężczyznę. Całe miesiące zmagaliśmy się z każdą po kolei przeszkodą. Kiedy jednak mieliśmy to już za sobą, górę wziął proces wewnętrzny: pacjentka spotkała mężczyznę, zakochała się w nim i ponownie wyszła za mąż. Nie musiałem jej uczyć, jak szukać, jak dawać, troszczyć się i kochać - nie wiedziałbym, jak to zrobić.

Parę słów o Karen Horney: młodzi terapeuci nie znają tego nazwiska. W naszej dziedzinie prace wybitnych teoretyków niedługo pozostają na półkach i dlatego ja, w swojej książce, od czasu do czasu oddam się wspomnieniom - nie po to tylko, by złożyć należny hołd luminarzom, lecz by podkreślić, iż mieliśmy wielu wybitnie uzdolnionych ludzi, którzy wnieśli do naszej dziedziny ważny wkład i położyli solidne fundamenty pod dzisiejszą praktykę terapeutyczną. Specyficznie amerykańskim przyczynkiem do teorii psychodynamicznej jest ruch „neofreudowski”.

Freud koncentrował się na teorii popędów i uważał, że to od ujawnienia i wyrażenia wrodzonych popędów zależy rozwój jednostki. Neofreudyści natomiast - zarówno klinicyści, jak i teoretycy - podkreślali, że trzeba uwzględnić znaczny wpływ środowiska interpersonalnego, które rozwija jednostkę i, w ciągu całego jej życia, kształtuje strukturę charakteru. Prace najbardziej znanych teoretyków relacji interpersonalnych - Harry'ego Stacka Sullivana, Ericha Fromma i Karen Horney - wywarły tak głęboki wpływ na nasz język terapeutyczny i praktykę, że wszyscy, nawet o tym nie wiedząc, jesteśmy neofreudystami. Przypomina się tu pan Jourdain z Molierowskiego *Mieszczanina szlachcicem*, który, Zapoznawszy się z definicją prozy, oświadcza ze zdumieniem: „Daję słowo, zatem ja już przeszło czterdzieści lat mówię prozą nie mając o tym żywnego pojęcia!”.

Unikaj diagnozy (chyba że dla agencji ubezpieczeniowych)

W dzisiejszych szkoleniach z zakresu psychoterapii kładzie się zbyt duży - moim zdaniem - nacisk na umiejętność stawiania diagnozy. Administratorzy służby zdrowia wymagają od terapeutów szybkiej i precyzyjnej diagnozy, a następnie krótkiej, dopasowanej do niej terapii. Brzmi to dobrze. Brzmi logicznie i racjonalnie. Ma jednak niewiele wspólnego z rzeczywistością. Jest natomiast wyrazem iluzorycznej próby ustanowienia naukowej precyzji tam, gdzie nie jest to ani możliwe, ani pożądane.

Postawienie diagnozy ma niewątpliwie zasadnicze znaczenie w leczeniu wielu poważnych schorzeń uwarunkowanych biologicznie (np. schizofrenii, zaburzeń dwubiegunowych, poważnych zaburzeń afektywnych, padaczki skroniowej, zatrucia lekami, organicznych zaburzeń ośrodkowego układu nerwowego spowodowanych zatruciem, zmianami zwyrodnieniowymi lub zakażeniem), przynosi jednak *efekt przeciwny* do zamierzonego w przypadku zwykłej psychoterapii pacjentów znacznie mniej zaburzonych.

Dlaczego? Po pierwsze, psychoterapia to stopniowo przebiegający proces, podczas którego terapeuta próbuje możliwie najpełniej poznać pacjenta. Diagnoza ogranicza pole widzenia; zmniejsza zdolność traktowania innego człowieka jako osoby. Kiedy już postawimy diagnozę, mamy tendencję do selektywnego pomijania tych aspektów pacjenta, które do tej konkretnej diagnozy nie pasują i, odpowiednio, przywiązywania nadmiernej wagi do tych subtelnych cech, które zdają się pierwotną diagnozę potwierdzać. Ponadto diagnoza może działać jako samospełniająca się przepowiednia. Odnosząc się do pacjenta jak do osoby „z pogranicza” albo „histerycznej”, możemy stymulować i podtrzymywać cechy, które by o tego typu zaburzeniach świadczyły. I rzeczywiście - długa jest historia jatrogennego wpływu medycyny na kształt jednostek klinicznych, aż po obecną kontrowersję na temat osobowości wielorakiej oraz wypartych wspomnień dotyczących molestowania seksualnego w dzieciństwie. A trzeba też pamiętać o niskiej rzetelności wymienianej w DSM kategorii „zaburzenia osobowości” (a właśnie tego typu pacjenci często podejmują psychoterapię długoterminową).

Wszyscy też wiemy, o ile łatwiej postawić diagnozę zgodnie z *DSM-IV* po pierwszym wywiadzie niż znacznie później, powiedzmy po dziesiątej sesji, kiedy już dużo lepiej znamy daną osobę. Czyż to nie dziwny rodzaj nauki? Mój kolega³ zwraca na ten fakt uwagę młodych psychiatrów odbywających staż po jego opiece, pytając: „Jeśli uczestniczysz teraz w terapii albo się zastanawiasz nad jej podjęciem, to jak myślisz, jak twój terapeuta zdiagnozowałby zgodnie z *DSM-IV* kogoś tak skomplikowanego, jak ty?”.

Podejmując się terapii, musimy być obiektywni, ale nie zanadto; jeśli zbyt poważnie potraktujemy system diagnostyczny DSM, jeśli uwierzymy, że nasz podział odpowiada jakiejś obiektywnej rzeczywistości, możemy narazić na niebezpieczeństwo ludzką, spontaniczną, twórczą i niepewną naturę terapeutycznej przygody. Pamiętajmy, że klinicyści, którzy formułowali poprzednie, dziś zarzucone systemy diagnostyczne, byli kompetentni, dumni ze swego dzieła i tak samo przekonani o swojej słuszności jak obecni członkowie komisji opracowujących DSM. Przyjdzie bez wątpienia taki czas, gdy chińskie menu DSM-IV wyda się specjalistom od zdrowia psychicznego czymś całkowicie niedorzecznym.

„Wspólna podróż” terapeuty i pacjenta

Pisarz francuski Andre Malraux opisał wiejskiego księdza, który dziesiątki lat wysłuchiwał spowiedzi, by na koniec tak podsumować to, czego się dowiedział o naturze ludzkiej: „Przede wszystkim ludzie są znacznie bardziej nieszczęśliwi niż się myśli [...] Poza tym, w gruncie *rzeczy*, nie ma ludzi dorosłych”. Przeznaczeniem każdego - zarówno terapeuty, jak i pacjenta - jest doświadczanie nie tylko rozkoszy życia, lecz również jego nieuchronnych ciemnych stron: rozczarowań, starzenia się, chorób, izolacji, utraty, braku sensu, bolesnych wyborów i śmierci.

Nikt nie ujął tego brutalniej i bardziej ponuro niż niemiecki filozof Arthur Schopenhauer:

„We wczesnej młodości stoimy przed całym naszym dalszym biegiem życia niczym dzieci przed kurtyną teatralną, w radosnym i niecierpliwym oczekiwaniu *rzeczy*, które mają nadejść. To wielkie szczęście, że nie wiemy, co rzeczywiście nadejdzie. Kto bowiem by wiedział, temu dzieci jawiłyby się czasami jako niewinni winowajcy, którzy zostali wprawdzie skazani nie na śmierć, lecz na życie, jednak nie usłyszeli jeszcze sentencji swojego wyroku”.

Albo znów:

„Jesteśmy podobni do jagniąt, igrających na łące, podczas gdy rzeźnik wybiera już wzrokiem to czy tamto z nich; nie wiemy bowiem - w swych dobrych dniach - jakie nieszczęście już nam los gotuje: chorobę, prześladowanie, zubożenie, okaleczenie, oślepienie, obłąkanie, śmierć etc.”.

Spojrzenie Schopenhauera jest mocno zabarwione jego własnym nieszczęściem, trudno jednak przeczyć rozpacz wbudowanej w życie każdej samoświadomej jednostki. Od czasu do czasu wyobrażamy sobie z żoną, że planujemy przyjęcie dla grupy ludzi o podobnych skłonnościach, na przykład dla naszych znajomych monopolistów, płomiennych narcyzów albo mistrzów biernej agresji, czy też - dla odmiany - przyjęcie „szczęśliwe”, na które zapraszamy tylko ludzi naprawdę szczęśliwych. Nigdy nie mieliśmy żadnych trudności z wypełnieniem miejsc przy najdziwniejszych stołach, ani razu natomiast nie udało nam się zgromadzić kompletu na przyjęcie dla „szczęśliwych”. Za każdym razem, kiedy już, już mamy kilka osób o pogodnych charakterach i wciągamy je na listę w oczekiwaniu, aż się zbierze komplet, stwierdzamy, iż tego bądź owego z naszych szczęśliwych gości dosięgło w końcu jakieś wielkie nieszczęście - zazwyczaj jego samego lub kogoś z jego bliskich dopada jakaś poważna choroba.

To tragiczne, lecz realistyczne spojrzenie na życie od dawna wywiera wpływ na moje stosunki z ludźmi poszukującymi mojej pomocy. Istnieje wiele określeń relacji terapeutycznej (pacjent-terapeuta, klient-konsultant, analizowany-anali-tyk, klient-pomocnik, a ostatnio - jak dotychczas najbardziej odrażające - użytkownik-dostawca), żadne jednak z nich nie oddaje trafnie mojego rozumienia relacji terapeutycznej. Wolę myśleć, że ja i moi pacjenci jesteśmy *towarzyszami podróży*; termin ten znosi rozróżnienie między „nimi” (dotkniętymi chorobą) a „nami” (uzdrowicielami). Podczas własnego treningu terapeutycznego często spotykałem się z pojęciem terapeuty w pełni przeanalizowanego. W miarę wszakże, jak szedłem przez życie - wchodziłem w bliskie związki z wieloma moimi kolegami po fachu, spotykałem największe autorytety w tej dziedzinie, byłem proszony o udzielenie pomocy moim byłym terapeutom i nauczycielom i sam zostałem nauczycielem i seniorem - coraz lepiej zdawałem sobie sprawę z mitycznej natury tego pojęcia. Tkwimy w tym wszyscy razem i nie ma terapeuty, nie ma człowieka całkowicie zabezpieczonego przed immanentnymi tragediami istnienia.

Jedna z moich ulubionych opowieści o uzdrawianiu pochodzi z książki Hermana Hessego *Gra szklanych paciorków*. Oto w czasach biblijnych żyło dwóch znanych uzdrowicieli, Josephus i Dion. Obydwaj byli niezwykle skuteczni, pracowali jednak zupełnie odmiennymi metodami. Młodszy, Josephus, leczył spokojnym, natchnionym słuchaniem. Pielgrzymi mu ufali. Cierpienie i lęk wsiąkały w jego uszy jak woda w piasek pustyni, a penitenci odchodzili oczyszczeni i spokojni. Starszy, Dion, aktywnie konfrontował się z tymi, którzy szukali jego pomocy. Odkrywał ich niewyznane grzechy. Był wielkim sędzią, udzielał ostrej nagany, rugał, naprostowywał i czynnie interweniował. Traktował penitentów jak dzieci, radził, karał pokutą, nakazywał pielgrzymki i małżeństwa, zmuszał wrogów do zgody. Nigdy się nie spotkali i rywalizowali ze sobą wiele lat, aż kiedyś Josephus zachorzał duchowo, popadł w czarną rozpacz i ogarnęły go myśli o samozniszczeniu. Nie mogąc sam siebie uleczyć własnymi metodami, wyruszył w podróż na południe, by szukać pomocy u Diona.

Pewnego popołudnia, odpoczywając w oazie, wdał się w rozmowę ze starszym podróżnikiem. Gdy opisał cel i przeznaczenie swej pielgrzymki, podróżnik zaofiarował mu się jako przewodnik i towarzysza w poszukiwaniach. Później, podczas długiej wspólnej wędrówki, ujawnił, kim jest. *Mirabile dictu*: oto Dion we własnej osobie - ten właśnie człowiek, którego Josephus szukał.

Dion bez wahania zaprosił swego młodszego, zrozpaczonego rywala do domu, gdzie przez lata żyli i pracowali razem. Najpierw Josephus był jego służącym. Później awansował na ucznia, a w końcu - na pełnoprawnego partnera. Wiele lat później Dion zachorował i, już na łożu śmierci, poprosił młodszego kolegę, by ten wysłuchał jego spowiedzi. Mówił o tym, jak kiedyś Josephus straszliwie chorował, jak się wybrał w podróż do starego Diona, by u niego szukać pomocy. Mówił, jakim cudem dla Josephusa było to, że jego współtowarzysz podróży i przewodnik okazał się samym Dionem.

Teraz, w godzinie śmierci - rzekł Dion Josephusowi - nadeszła pora, by złamać milczenie otaczające ten cud. Wówczas - wyznał - jemu samemu zdawało się to cudem, ponieważ on także popadł w rozpacz. On również czuł się pusty i martwy duchowo i, nie umiejąc sobie pomóc, wybrał się w podróż w poszukiwaniu pomocy. Tej nocy, gdy się spotkali w oazie, pielgrzymował do słynnego uzdrowiciela zwanego Josephusem.

OPOWIEŚĆ HESSEGO ZAWSZE mnie nadzwyczajnie poruszała. Uderza mnie płynący z niej głęboko pouczający przekaz na temat dawania i otrzymywania pomocy, uczciwości i obłudy, relacji między uzdrowicielem a pacjentem. Obydwaj mężczyźni uzyskali wielką pomoc, ale każdy z nich - inaczej. Młodszy uzdrowiciel otrzymał pokarm, opiekę, nauki, znalazł mistrza i rodzica. Starszemu pomogło to, że służył komuś innemu, zyskał ucznia, który go obdarzył synowską miłością, szacunkiem i wybawił od izolacji.

Dziś jednak, gdy powracam do tej historii, zastanawiam się, czy ci dwaj zranieni uzdrowiciele nie mogli sobie jeszcze lepiej pomóc. Być może ominęła ich możliwość czegoś głębszego, bardziej autentycznego, przynoszącego potężniejszą zmianę. Być może *prawdziwe* uleczenie nastąpiło dopiero podczas sceny śmierci, gdy odnaleźli uczciwość w ujawnieniu, że byli współtowarzyszami podróży - obaj tylko ludźmi, aż zbyt ludzkimi ludźmi. Obydwaj znaleźli pomoc, ale dwudziestoletni sekret mógł stanąć na drodze głębszemu rodzajowi pomocy i taką głębszą pomoc uniemożliwić. Co by się stało, gdyby Dion uczynił swoje wyznanie 20 lat wcześniej, gdyby uzdrowiciel i poszukujący pomocy wspólnie stawili czoło pytaniom, na które nie ma odpowiedzi?

We wszystkim tym pobrzmiwa echo rady Rilkego: „...chcę Pana, mój drogi, prosić, tak bardzo, jak tylko potrafię, by był Pan cierpliwy wobec wszystkiego, czego jeszcze nie potrafi rozwiązać Pańskie serce i by spróbował Pan polubić *same pytania*”. Dodałbym do tego: próbuj też pokochać tych, co pytają.

Wciągaj pacjenta do pracy

Wielu naszych pacjentów przeżywa konflikty związane z bliskością. Pomoc terapeutyczna polega wówczas na umożliwieniu doświadczenia bliskiej relacji z terapeutą. Niektórzy boją się bliskości, bo są przekonani, że mają w sobie coś zasadniczo nie do zaakceptowania, coś odrzucającego i niewybaczalnego. Przy takim założeniu fakt, że się w pełni odsłoniło przed innym człowiekiem i mimo to zostało zaakceptowanym, może być potężnym narzędziem pomocy terapeutycznej. Inni unikają bliskości ze strachu przed wykorzystaniem, podporządkowaniem lub odrzuceniem. Dla nich również bliska i troskliwa relacja terapeutyczna, która nie prowadzi do przewidywanej katastrofy, staje się korygującym doświadczeniem emocjonalnym. Najważniejsza jest zatem dbałość o utrzymanie relacji z pacjentem. Niesłuchanie uważnie traktuję każdy niuans w naszych stosunkach. Czy wydaje mi się, że dzisiaj pacjent zachowuje większy dystans? Rywalizuje? Nieuważnie słucha moich komentarzy? W skrytości korzysta z tego, co mówię, ale nie chce otwarcie przyznać, że mu pomagam? Okazuje przesadny szacunek? Jest uniżony? Za rzadko zgłasza wątpliwości lub miewa odmienne zdanie? Jest roztargniony bądź podejrzliwy? Czy występuję w jego snach lub marzeniach? Jakich słów używa, gdy w wyobraźni rozmawia ze mną? Chcę wiedzieć to wszystko i jeszcze więcej. Nigdy nie pozwalam, by godzina minęła bez sprawdzenia, jak wygląda nasza relacja. Czasami PO prostu pytam: „Jak nam dzisiaj idzie?” albo „Jak doświadczasz dziś przestrzeni między nami?”. Czasami proszę, by pacjentka wybiegła w przyszłość: „Wyobraź sobie, że upłynęło pół godziny, jedziesz do domu i przypominasz sobie naszą sesję. Co będziesz czuła w związku z naszą dzisiejszą rozmową? Czego nie powiedziałaś, albo o co nie zapytałaś w związku z naszą relacją?”.

Wspieraj

Jedną z największych wartości terapii indywidualnej jest to, że można na sobie doświadczyć, jak ważne jest wsparcie. Pytanie: co pamiętają pacjenci, gdy po latach wspominają terapię? Odpowiedź: Nie wgląd, nie interwencje terapeutyczne. Najczęściej zachowują w pamięci wspierające wypowiedzi terapeuty.

Dbam o to, by regularnie wyrażać swoje pozytywne opinie i uczucia wobec pacjentów i ich najrozmaitszych cech; doceniam ich umiejętności towarzyskie, intelektualną wnikliwość, ciepło, lojalność wobec przyjaciół, jasne wystawianie się, odwagę w stawianiu czoła wewnętrznym demonom, zaangażowanie w pracę nad zmianą, otwartość, czułość wobec dzieci, stanowcze próby przerwania cyklu nadużyć oraz decyzję, by nie przerzucić „gorącego ziemniaka” w ręce następnego pokolenia. Nie skąp pacjentom takich komunikatów - nie warto. Wszystko przemawia za wyrażaniem własnych spostrzeżeń i tego, co czujesz. I strzeż się pustych komplementów - niech twoje wsparcie będzie równie celne, jak twoje informacje zwrotne i interpretacje. Pamiętaj o potędze terapeuty - potędze, która po części wypływa z tego, że zostaliśmy dopuszczeni do najintymniejszych zdarzeń, myśli i fantazji w życiu naszych pacjentów. Akceptacja i wsparcie ze strony kogoś, kto cię tak dobrze zna, to nadzwyczajne potwierdzenie twojej wartości.

Jeśli pacjent robi ważny i śmiały krok terapeutyczny - pochwal go. Jeśli byłem głęboko zaangażowany przez całą godzinę i żałuję, że sesja już się kończy, mówię, iż jestem bardzo niezadowolony, że musimy przerwać. I (wyznając: każdy terapeuta ma własny skład niewielkich, sekretnych wykroczeń) nie waham się wyrazić tego niewerbalnie, przedłużając naszą godzinę o parę minut.

Terapeuta jest często jedynym widzem, który ma okazję obejrzeć wielkie dramaty czy akty odwagi. Tego rodzaju przywilej wymaga reakcji. Być może pacjent zwierza się też innym osobom, żadna z nich jednak nie potrafi tak jak terapeuta docenić w pełni niektórych doniosłych czynów. Wiele lat temu, na przykład, jeden z moich pacjentów, Michael, pisarz, poinformował mnie pewnego dnia, że właśnie zlikwidował swoją sekretną skrytkę pocztową. Przez lata skrytka ta służyła mu jako potajemna skrzynka kontaktowa w jego licznych pozamałżeńskich romansach. Jej zamknięcie było więc aktem doniosłym i uważałem, że powinienem docenić jego wielką odwagę oraz wyrazić swój podziw.

Parę miesięcy później nadal dręczyły go powracające obrazy i tęsknota za ostatnią kochanką. Zaoferowałem wsparcie.

- Wiesz, Michael, ten rodzaj namiętności nigdy nie znika szybko. To jasne, że tęsknota będzie powracać. To nieuchronne - to należy do naszego człowieczeństwa.
- Masz na myśli, do mojej słabości. Chciałbym być człowiekiem z *żelaza* i na zawsze wymazać ją z pamięci.
- Wiemy, jak się nazywają tacy ludzie z *żelaza*: roboty. A ty, dzięki Bogu, nie jesteś robotem. Często mówiliśmy o twojej wrażliwości i zdolnościach twórczych - to twoje najmocniejsze strony. Właśnie dlatego to, o pisziesz, ma taką moc, i dlatego ludzie do ciebie ciągną. Ale te same cechy mają swoją ciemną stronę - lęk - i dlatego nie możesz przejść przez coś takiego obojętnie.

Pięknym przykładem zmieniającego konotację komentarza, który sprawił, że się poczułem znacznie lepiej była wypowiedź mojego przyjaciela, Williama Blatty'ego, autora *Egzorcysty*, któremu jakiś czas temu poskarżyłem się na kiepską recenzję jednej z moich książek. Zareagował niezwykle wspierające i od razu uleczył moje rany: „No pewnie, że się martwisz recenzją. I dzięki Bogu! Gdybyś nie był tak wrażliwy, nie byłbyś tak dobrym pisarzem”.

Każdy terapeuta odkrywa własny sposób udzielania wsparcia pacjentom. Zawsze będę pamiętał opowieść Ram Dassa o jego rozstaniu z guru, u którego przez wiele lat pobierał nauki w aśramie w Indiach. Gdy Ram Das lamentował, że nie jest gotów do odejścia, że ciągle ma wiele wad i niedoskonałości, guru się podniósł i powoli obszedł go wkoło, przyglądając mu się z wielką uwagą, by na koniec oświadczyć: „Nie widzę żadnych niedoskonałości”. Nigdy nie obchodziłem pacjentów wkoło, by ich obejrzeć, i nigdy nie uważałem, że proces rozwoju kiedyś się kończy, często jednak kierowałem się tym obrazem, komentując to i owo.

Wsparciem mogą być uwagi na temat wyglądu: ubrania, wypoczętej, opalonej twarzy, nowej fryzury. Jeśli pacjent ma obsesję na punkcie swojej nieatrakcyjności, uważam za rzecz czysto ludzką powiedzieć mu (jeśli naprawdę tak sądzisz), że dla ciebie jest atrakcyjny i że się zastanawiasz, skąd pochodzi mit o jego brzydocie. W jednym z opowiadań o psychoterapii w zbiorze *Mamai sens życia* bohater, dr Ernest Lash, zostaje przyparty do muru przez szalenie atrakcyjną pacjentkę, która bezpardonowo pyta go wprost: „Czy jestem pociągająca dla mężczyzn? A dla ciebie? Czy gdybyś nie był moim terapeutą, reagowałbyś na mnie seksualnie?”.

To najkoszmarniejsze z pytań - zmora, której najbardziej się obawiają terapeuci. To właśnie strach przed pytaniami tego rodzaju sprawia, że wielu terapeutów zbyt mało daje z siebie. Moim zdaniem jednak jest to strach nieuzasadniony. Jeśli uważasz, że będzie to w najlepszym interesie pacjenta, dlaczego - jak bohater mojego opowiadania - nie powiesz po prostu: „Gdyby wszystko było inaczej, gdybyśmy się spotkali w innym świecie, gdybym był samotny i nie był twoim terapeutą, to wówczas, owszem, uważałbym, że jesteś bardzo atrakcyjna i z pewnością postarałbym się poznać cię lepiej”. Co za ryzyko? Sądzę, iż tego rodzaju szczerłość sprawi tylko, że pacjentka będzie bardziej ufać i tobie, i procesowi terapii. To, oczywiście, nie wyklucza innych dociekań i pytań dotyczących, na przykład, motywacji pacjenta lub momentu (standardowe „Dlaczego teraz?”) albo nadmiernego zainteresowania fizycznością czy uwiedzeniem, za którymi mogą się kryć sprawy jeszcze ważniejsze.

ROZDZIAŁ 6

Empatia: widok z okna pacjenta

Dziwne, jak pewne zdania lub wydarzenia pozostają na stałe w umyśle człowieka i zawsze służą jako wskazówka albo pocieszenie. Kilkadziesiąt lat temu miałem pacjentkę z rakiem piersi. Kobieta ta, w okresie swojego dojrzewania, wiodła długą, gorzką i beznadziejną walkę ze swym negatywnym ojcem. Spragniona jakiegokolwiek pojednania, rozpoczęcia ich relacji od nowa, na świeżo, z nadzieją czekała na wyjazd do college'u: ojciec będzie ją wiozł samochodem i kilka godzin spędzą tylko we dwójkę!

Jednakże ta długo wyczekiwana podróż okazała się katastrofą. Ojciec zachowywał się dokładnie tak jak zawsze i cały czas psioczył na brzydki, zaśmiecony potok płynący wzdłuż drogi. Ona zaś nie widziała żadnych śmieci w pięknym, czystym strumyczku. Nie wiedziała, jak zareagować i w efekcie resztę podróży spędzili w milczeniu, każde odwrócone w swoją stronę.

Jakiś czas później jechała tą drogą sama. Ku swojemu wielkiemu zdumieniu spostrzegła wówczas *dwa* strumienie - po jednym z każdej strony drogi. „Tym razem prowadziłam - opowiadała ze smutkiem. - Strumień, który widziałam przez swoje okno po stronie kierowcy, był dokładnie tak brzydki i zaśmiecony, jak go opisywał mój ojciec”. Wtedy jednak - gdy się nauczyła wyglądać przez okno ojca - było za późno; ojciec już nie żył.

Ta opowieść na zawsze pozostała w mojej pamięci i przy wielu okazjach przypominam ją sobie i swoim studentom: „Patrz przez okno innego człowieka. Próbuj widzieć świat tak, jak go widzi twój pacjent. Kobieta zmarła niedługo później na raka, a ja żałuję, że nie mogę jej posiedzieć, jak historia, którą od niej usłyszałem, służyła wiele lat mnie, moim studentom i wielu pacjentom.

Pięćdziesiąt lat temu Carl Rogers zidentyfikował „trafną empatię” jako jedną z trzech podstawowych cech (wraz z „bezwartownym szacunkiem” i „autentycznością”) skutecznego terapeuty i otworzył nowy obszar badań w dziedzinie psychoterapii, które dostarczyły ostatecznych, znaczących dowodów na rzecz skuteczności empatii.

Terapia idzie znacznie lepiej, gdy terapeuta potrafi wejść w świat pacjenta. Pacjenci niebawem-zyskują dzięki samemu tylko doświadczeniu, że ktoś widzi ich w całości i w pełni rozumie. Dlatego powinniśmy doceniać sposób, w jaki pacjent doświadcza przeszłości, teraźniejszości i przyszłości. Dbam o to, by raz po raz sprawdzać własne założenia.

Na przykład:

„Bob, powiem ci, jak rozumiem twoją relację z Mary. Mówisz, że jesteś przekonany, że nie pasujecie do siebie, że bardzo chcesz się z nią rozstać, że się nudzisz w jej towarzystwie i unikasz spędzania z nią całych wieczorów. Ale teraz, kiedy zrobiła to, czego chciałeś i się odsunęła, znowu za nią tęsknisz. Wydaje mi się, że mówisz, iż nie chcesz z nią być, a *zarazem* nie potrafisz znieść myśli, że może być niedostępna, kiedy jej potrzebujesz. Mam rację?”

Trafna empatia ma największe znaczenie w aktualnym kontakcie - to znaczy „tu i teraz” sesji terapeutycznej. *Pamiętaj, że dla pacjenta ta godzina jest czymś zupełnie innym niż dla ciebie.* Terapeuci, nawet ci bardzo doświadczeni, wciąż od nowa przeżywają wielkie zadziwienie, po raz kolejny odkrywając to zjawisko. Nierzadko któryś z moich pacjentów rozpoczyna spotkanie od opisu własnej silnej reakcji emocjonalnej na coś, co się wydarzyło podczas poprzedniej sesji, a ja jestem skonsternowany i, na Boga, zupełnie nie mogę sobie wyobrazić, co takiego mogło być źródłem tak silnego przeżycia!

Na tę odmienność perspektyw pacjenta i terapeuty po raz pierwszy zwróciłem uwagę lata temu, prowadząc badania nad doświadczeniami uczestników grup terapeutycznych i spotkaniowych. Wielu z nich poprosiłem o wypełnienie kwestionariuszy, w których mieli wskazać najważniejsze incydenty, jakie zaszły podczas każdego spotkania. Przytoczyli sporo najrozmaitszych wydarzeń - wcale nie tych, które za najważniejsze uznali liderzy. Podobnie sprawa się miała z całym doświadczeniem grupowym.

Kolejny raz zetknąłem się z różnicą między spojrzeniem pacjenta i terapeuty podczas pewnego nieformalnego eksperymentu, kiedy to oboje - pacjentka i ja - opisywaliśmy każdą z sesji. Ginny była twórczą pisarką, a cierpiała z powodu ostrego zablokowania nie tylko zdolności pisarskich, lecz w ogóle wszelkich form ekspresji. Względnie bezproduktywnie spędziła parę lat w mojej grupie terapeutycznej. Niewiele mówiła na swój temat, mało dawała z siebie i idealizowała mnie tak, że uniemożliwiała to jakiegokolwiek autentyczne spotkanie między nami. Kiedy w końcu musiała opuścić grupę ze względów finansowych, zaproponowałem niezwykle eksperyment. Zaoferowałem jej terapię indywidualną, pod tym jednak warunkiem, że zamiast mi płacić, będzie spisywać swobodne, nieocenzurowane streszczenie każdej sesji, wyrażając wszelkie uczucia i myśli, których nie wypowiedziała podczas naszego spotkania. Ja, ze swej strony, będę robił to samo. Każde z nas będzie oddawało swój cotygodniowy raport, w zaklejonej kopercie, mojej sekretarce, a co kilka miesięcy będziemy odczytywać notatki - ja jej, a ona moje.

Byłem bardzo zdeterminowany. Miałem nadzieję, że to zadanie nie tylko wyzwoli w mojej pacjentce zdolność pisanie, lecz również zachęci ją do swobodniejszego wyrażania siebie w terapii. Być może czytanie moich notatek poprawi naszą relację. Miałem zamiar spisywać moje nieocenzurowane notatki, ukazując, jak sam doświadczyłem tej godziny: co mi sprawiło przyjemność, co mnie sfrustrowało, co - rozproszyło. Sądziłem, że gdy Ginny ujrzy mnie realistycznie], będzie mogła stopniowo mnie odidealizować i traktować bardziej jak człowieka.

Zupełnie niezależnie od omawianej tu kwestii empatii, chciałbym dodać, iż doświadczenie to miało miejsce w czasie, gdy próbowałem zabrać głos jako pisarz, a za moją propozycją pisanie równoległego z pacjentką krył się również motyw całkiem osobisty: wymuszała na mnie niezwykle ćwiczenie pisarskie i dawała możliwość zerwania moich zawodowych kajdan, uwolnienia mojego głosu w pisaniu tego wszystkiego, co mi przychodziło do głowy bezpośrednio po każdej sesji).

Wymiana notatek co kilka miesięcy była okazją do doświadczenia rodem z *Rashomona*: chociaż godzinę spędzaliśmy razem, doświadczyliśmy jej i pamiętaliśmy ją zupełnie inaczej. Po pierwsze, ceniliśmy sobie zupełnie różne części sesji. Moje eleganckie i błyskotliwe interpretacje? *Nigdy ich nawet nie usłyszała!* Ceniła sobie natomiast drobne, osobiste zachowania, które ja ledwie zauważałem: mój komplement dotyczący jej ubrania, wyglądu czy pisanie, niezręczne przeprosiny za kilkuminutowe spóźnienie, chichot z jej dowcipów, przekomarzanie się z nią podczas odgrywania ról.

Wszystkie te doświadczenia odzwyczaiły mnie od zakładania, że pacjent i ja jednakowo przeżywamy wspólnie spędzoną godzinę. Gdy pacjenci omawiają uczucia, jakich doznawali podczas poprzedniej sesji, zawsze dbam o to, by spytać o ich przeżycie i niemal zawsze się dowiaduję czegoś nowego i nieoczekiwanego. Empatia tak bardzo weszła do naszego codziennego dyskursu - piosenkarze zawodzą komunały o byciu w czyjejs skórce, sercach, które biją jednym rytmem itd. - że zapominamy, jak złożony jest to proces. Nadzwyczaj trudno wiedzieć, co naprawdę czuje ktoś inny; najczęściej projektujemy na niego nasze własne uczucia.

Gdy Erich Fromm uczył studentów, czym jest empatia, cytował stwierdzenie Terencjusza sprzed dwóch tysięcy lat - „Człowiekiem jestem i nic co ludzkie nie jest mi obce” - i nakłaniał nas, byśmy byli otwarci na tę część siebie, która odpowiada temu właśnie czynowi bądź tej fantazji, jaką oferuje pacjent -jakkolwiek byłyby ohydne, agresywne, lubieżne, masochistyczne lub sadystyczne. Jeśli tego nie czynimy, zastanówmy się -sugerował -dlaczego postanowiliśmy tę część siebie zamknąć.

Znajomość przeszłości pacjenta znacznie, rzecz jasna, zwiększa twoją zdolność do wyglądania przez jego okno. Jeśli pacjenci, na przykład, mają za sobą długą serię utrat, będą patrzeć na świat przez okulary utraty. Mogą nie chcieć dopuścić, byś się dla nich zbyt liczył albo zbyt do nich zbliżył, ponieważ boją się kolejnej straty. Badanie przeszłości zatem może mieć znaczenie nie ze względu na konstruowanie łańcucha przyczyn i skutków, lecz dlatego, że znając przeszłość, możemy być bardziej empatyczni.

Ucz empatii

Trafna empatia jest cechą zasadniczą nie tylko dla terapeutów, lecz także dla pacjentów. *Musimy pomagać pacjentom w rozwijaniu empatii w stosunku do innych ludzi.* Pamiętajmy, że nasi pacjenci na ogół przychodzą do nas dlatego, że się im nie udało zbudować zadowalających i trwałych relacji interpersonalnych. Wielu nie potrafi wczuć się w emocje i doświadczenia innych.

Uważam, że w terapii koncentracja na „tu i teraz” jest najlepszą i najbardziej obiecującą okazją do uczenia się empatii. Strategia jest prosta: pomóż pacjentom doświadczać empatii w stosunku do ciebie, a automatycznie dokonają niezbędnej ekstrapolacji na inne ważne osoby w ich życiu. Terapeuci zazwyczaj pytają pacjentów, jak pewne ich wypowiedzi lub działania mogą wpływać na innych. Sugeruję, by do tych „innych” terapeuta włączał również siebie. Kiedy pacjenci zgadują, co czuję, zazwyczaj koryguję ich przypuszczenia. Jeśli, na przykład, pacjent interpretuje jakiś gest albo komentarz i stwierdza: „Musisz być już okropnie zmęczony tymi spotkaniami ze mną”, „Wiem, że żałujesz, że w ogóle masz ze mną do czynienia” albo „To musi być twoja najgorsza sesja w ciągu dnia”, urealniam całą sprawę i mówię: „Czy to jest pytanie?”.

To, oczywiście, zwykły trening umiejętności społecznych: nalegam, by pacjent zwrócił się do mnie wprost bądź zadał mi pytanie i staram się odpowiedzieć wprost i tak, by moja odpowiedź była pomocna. Mógłbym, na przykład, odrzec: „Całkiem opacznie odczytujesz, co czuję. Nie czuję niczego z tego, o czym mówisz. Jestem zadowolony z naszej dotychczasowej pracy. Okazałeś dużo odwagi, ciężko pracujesz, nie opuściłeś ani jednej sesji, nigdy się nie spóźniłeś, ryzykowałeś, dzieląc się ze mną tyloma bardzo osobistymi sprawami. Pod każdym względem robisz tu to, co należy. Ale istotnie, zauważam, że ilekroć ci się zdarzy zgadywać, co czuję do ciebie, twoje przypuszczenia rzadko pasują do mojego wewnętrznego doświadczenia, a błąd jest zawsze tego samego typu: masz wrażenie, że obchodzisz mnie znacznie mniej niż w rzeczywistości”.

Inny przykład:

- Wiem, że już to słyszałeś, ale... (i dalej opowiada długą historię).
- Uderza mnie, jak często mówisz, że już coś słyszałem, a potem mi to opowiadasz.
- To zły zwyczaj, wiem. Nie rozumiem tego.
- Jak ci się zdaje, co czuję, słuchając po raz kolejny tego samego?
- To musi być nużące. Pewnie chcesz, żeby sesja się już skończyła, pewnie ukradkiem patrzysz na zegarek.
- Czy to jest pytanie?
- No dobrze, patrzysz?
- Rzeczywiście się niecierpliwę, słuchając ponownie tej samej historii. Mam wrażenie, że staję między nami, jakbyś w rzeczywistości nie mówił do mnie. Miałaś rację, spoglądałem na zegarek. Ale to dlatego, że miałem nadzieję, że zanim skończymy, będziemy mieli chwilę na prawdziwy kontakt.

Pozwól, by pacjent był dla ciebie kimś ważnym

Ponad 30 lat temu usłyszałem najsmutniejszą z terapeutycznych opowieści. Byłem wówczas na rocznym stypendium w Londynie, w szacownej Klinice Tavistock, i spotkałem tam wybitnego brytyjskiego psychoanalityka i terapeutę grupowego, który właśnie, w wieku 70 lat, odchodził na emeryturę i poprzedniego wieczoru po raz ostatni spotkał się ze swoją długoterminową grupą terapeutyczną. Uczestnicy - opowiadał - a wielu z nich spędziło w grupie ponad 10 lat, snuli refleksje na temat licznych zmian, jakie wzajemnie u siebie dostrzegali, i wszyscy zgodnie stwierdzili, że tylko jedna osoba nie zmieniła się wcale: terapeuta! Orzekli, że jest *dokładnie* taki sam jak 10 lat temu. Potem spojrzął na mnie i, stukając w stół dla podkreślenia tych słów, powiedział swoim najbardziej nauczycielskim tonem: „To, mój chłopcze, jest właśnie dobra technika”.

Zawsze robi mi się smutno na wspomnienie tego incydentu. Tyle czasu spędzić z ludźmi i nie pozwolić, by stali się dostatecznie ważni, wywarli na człowieka wpływ i go zmieniali! Gorąco was zachęcam: pozwólcie, by pacjenci się dla was liczyli, wpuście ich do waszych umysłów, pozwólcie na siebie wpływać i was zmieniać - i nie ukrywajcie tego przed nimi.

Wiele lat temu przysłuchiwałem się, jak jedna z moich pacjentek szkaluje kilku swoich przyjaciół za to, że „śpią z kim popadnie”. Było to dla niej typowe: zawsze bardzo krytycznie odnosiła się do każdego, o kim mi opowiadała. Zastanawiałem się na głos, jaki wpływ ma taka oceniająca postawa na jej bliskich:

- O co ci chodzi? - spytała. - Czy to, że oceniam innych, ma jakiś wpływ na *ciebie*?
- Myślę, że wtedy zaczynam się martwić, iż jestem za bardzo otwarty. Gdybyśmy byli przyjaciółmi, bardzo ostrożnie ukazywałbym ci swoją ciemniejszą stronę.
- No, ta sprawa wydaje mi się całkiem biało-czarna. Jak oceniasz taki przygodny seks? Czy ty sam możesz sobie wyobrazić oddzielenie seksu od miłości?
- Pewnie, że mogę, To należy do ludzkiej natury.
- Dla mnie to odrażające.

Na tym nasza godzina dobiegła końca. Przez kilka następných dni czułem niepokój na wspomnienie tej interakcji i kolejną sesję rozpocząłem od powiedzenia pacjentce, jak mi było niedobrze z myślą, że wzbudziłem w niej odrazę. Zadziwiła ją moja reakcja i odparła, że zupełnie jej nie zrozumiałem: chodziło jej o to, że odrażająca jest dla niej ludzka natura i jej własne pragnienia seksualne, a nie ja czy moje słowa.

Później podczas tej samej sesji pacjentka powróciła do opisanego wydarzenia. Żałuje - powiedziała - że przysporzyła mi dyskomfortu, jest jednak poruszona tym, iż jest dla mnie ważna, i to ją cieszy. Ta wymiana wyraźnie się przyczyniła do rozwoju terapii: podczas następnych sesji pacjentka bardziej mi ufała i podejmowała znacznie większe ryzyko.

Ostatnio jeden z moich pacjentów przysłał mi taki oto e-mail:

„Kocham cię, ale jednocześnie cię nienawidzę, bo odchodzisz. Nie wyjeżdżasz do Argentyny, Nowego Jorku ani, o ile wiem, do Tybetu czy Timbaktu, ale co tydzień odchodzisz, zamykasz drzwi, pewnie po prostu włączasz mecz albo sprawdzasz indeksy giełdowe, przyrządzasz sobie filiżankę herbaty, pogwizdując z zadowoleniem i w ogóle o mnie nie myślisz, bo dlaczego miałbyś myśleć?”

To oświadczenie daje wyraz wielkiemu, niezadanemu pytaniu, które dręczy wielu moich pacjentów: „Czy myślisz czasami o mnie między sesjami, czy po prostu wypadam z twojego życia na resztę tygodnia?”. Wielu pacjentów nie znika z moich myśli całkowicie w przeciągu tygodnia, a jeśli od ostatniej sesji udało mi się pomyśleć o nich coś, co mogłoby im pomóc, gdyby to usłyszeli, na pewno się tym z nimi podzielę.

Jeśli czuję, że podczas sesji popełniłem jakiś błąd, uważam, że najlepiej wprost się do tego przyznać. Pewnego razu pacjentka opisała mi swój sen:

„Jestem w swojej starej podstawówce i rozmawiam z małą dziewczynką, która uciekła ze swojej klasy i płacze. Mówię do niej: »Musisz pamiętać, że wielu ludzi cię kocha i lepiej by było nie uciekać przed wszystkimi«”. Zaszugerowałem, że we śnie była zarówno tą, która mówi, jak i małą dziewczynką, a sen odzwierciedlał to, o czym rozmawialiśmy podczas ostatniej sesji. „Oczywiście” - odrzekła.

To mnie zirykowało: zazwyczaj nie uznawała moich pomocnych komentarzy, nalegałem więc, byśmy zanalizowali jej „Oczywiście”. Kiedy później myślałem o tej niezadowolającej sesji, zdałem sobie sprawę, że problem polegał przede wszystkim na moim upartym dążeniu do złamania tego „oczywiście”, chciałem bowiem, by mój wgląd w jej sen został w pełni doceniony.

Następne spotkanie rozpocząłem od przyznania się do mojego niedojrzałego zachowania, po czym odbyliśmy jedną z naszych najproduktywniejszych sesji, podczas której pacjentka ujawniła kilka swoich ważnych, od dawna ukrywanych sekretów. Otwartość terapeuty prowokuje do otwartości pacjenta.

Czasami pacjenci są dla mnie tak ważni, że się pojawiają w moich snach, a jeśli sędzę, iż w ten sposób wspomogę terapię, nie waham się z nimi tymi snami dzielić. Śniło mi się kiedyś, że spotkałem pacjentkę na lotnisku i próbowałem ją uściskać, ale przeszkadzała mi duża torba, którą trzymała w rękach¹³. Opowiedziałem jej ten sen i powiązałem go z naszą rozmową z poprzedniej sesji na temat „bagażu”, jaki wniosła w relację między nami - silnych i ambiwalentnych uczuć do ojca. Poruszyło ją to, że opowiadam jej swój sen, i uznała logikę mojej interpretacji, sama zaproponowała jednak inną: mianowicie sen wyraża mój żal, iż nasz formalny kontrakt (symbolizowany przez torbę - pojemnik na pieniądze, czyli honorarium za sesję) uniemożliwia pełne skonsumowanie naszego związku. Nie mogłem zaprzeczyć: interpretacja była przekonująca i odzwierciedlała uczucia czające się gdzieś w głębi mojej duszy.

ROZDZIAŁ 9

Przyznawaj się do błędów

To analityk, D. W. Winnicott, dokonał kiedyś bardzo trafnego spostrzeżenia: dobre matki od złych odróżnia nie to, że *nie popełniają* błędów, *lecz to, co z tymi błędami robię*. Miałem kiedyś pacjentkę, która swojego poprzedniego terapeuty opuściła z pozornie banalnego powodu. Otóż podczas trzeciego spotkania płakała rzęsiście. Kiedy sięgnęła po jednorazową chusteczkę, okazało się, że pudełko jest puste.

Terapeuta zaczął szukać chusteczek w gabinecie, a nie znalazłszy, pobiegł korytarzem do łazienki i wrócił z rolką papieru toaletowego. Na następnej sesji pacjentka wyraziła przypuszczenie, że cały incydent musiał go wprawić w zakłopotanie, terapeuta jednak stanowczo zaprzeczył. Im bardziej obstawała przy swoim, tym bardziej on drażył i pytał z kolei, dlaczego wątpi w jego odpowiedź. W końcu doszła do wniosku (słusznego, jak mniemam), że nie jest z nią autentyczny i że nie może mu zaufać w długiej pracy, która by ich czekała.

Przykład błędu uznanego: pracowałem kiedyś z pacjentką, która przeżyła już wiele strat, a teraz musiała sobie poradzić z kolejną, bo jej mąż umierał na raka mózgu. Otóż ta kobieta zapytała mnie kiedyś, czy czasem myślę o niej między sesjami. „Często myślę o twojej sytuacji” - odrzekłem. Błędna odpowiedź! Moje słowa ją rozwścieczyły. „Jak mogłeś powiedzieć coś takiego - oburzyła się - ty, który mi mówisz, żebym się z tobą dzieliła moimi najskrytszymi uczuciami! Teraz jeszcze bardziej się boję, że mnie nie ma, że każdy myśli o mojej *sytuacji*, a nikt nie myśli o mnie”. Później dodała, że nie tylko jej nie ma, ale że ja także, podczas spotkań z nią, unikałem osobistego zaistnienia.

Rozmyślałem nad jej słowami przez następny tydzień. Doszedłem do wniosku, że miała absolutną rację, i następną sesję rozpocząłem od przyznania się do błędu, a potem ją poprosiłem, by mi pomogła odkryć i zrozumieć moje własne białe plamy w tej sprawie. (Wiele lat temu w artykule Sandora Ferencziego, utalentowanego analityka, przeczytałem, że kiedyś powiedział do pacjenta: „Może mi pomożesz odkryć moje białe plamy”. To jeszcze jedno ze zdań, które na stałe zagościły w moim umyśle i których często używam w swojej praktyce klinicznej.)

Razem przyglądaliśmy się mojej obawie przed jej bólem; tak bardzo chciałem znaleźć sposób, *jakikolwiek* sposób oprócz objęcia jej, by ten ból ukoić! Być może - zasugerowałem - odsuwałem się od niej podczas ostatnich sesji, ponieważ się obawiałem, by jej nie kusić obietnicami znacznie większej ulgi, niż kiedykolwiek potrafiłbym jej przynieść. Taki był, jak sądziłem, kontekst mojej wypowiedzi o jej „sytuacji”. Byłoby znacznie lepiej - powiedziałem - gdybym po prostu uczciwie się przyznał, jak bardzo chcę ją pocieszyć, i że nie wiem, jak to zrobić.

Jeśli popełnisz błąd - przyznaj się. Każda próba kamuflażu obróci się ostatecznie przeciwko tobie. Na jakimś poziomie pacjent odczuje, że działasz w złej wierze, a terapia na tym ucierpi. Ponadto otwarcie przyznając się do błędu, dajesz pacjentom dobry przykład i jeszcze jeden dowód, że są dla ciebie ważni.

ROZDZIAŁ 9

Przyznawaj się do błędów

To analityk, D. W. Winnicott, dokonał kiedyś bardzo trafnego spostrzeżenia: dobre matki od złych odróżnia nie to, że *nie popełniają* błędów, *lecz to, co z tymi błędami robię*.

Miałem kiedyś pacjentkę, która swojego poprzedniego terapeutę opuściła z pozornie banalnego powodu. Otóż podczas trzeciego spotkania płakała rzeświście. Kiedy sięgnęła po jednorazową chusteczkę, okazało się, że pudełko jest puste. Terapeuta zaczął szukać chusteczek w gabinecie, a nie znalazłszy, pobiegł korytarzem do łazienki i wrócił z rolką papieru toaletowego. Na następnej sesji pacjentka wyraziła przypuszczenie, że cały incydent musiał go wprawić w zakłopotanie, terapeuta jednak stanowczo zaprzeczył. Im bardziej obstawała przy swoim, tym bardziej on drażył i pytał z kolei, dlaczego wątpi w jego odpowiedź. W końcu doszła do wniosku (słusznego, jak mniemam), że nie jest z nią autentyczny i że nie może mu zaufać w długiej pracy, która by ich czekała.

Przykład błędu uznanego: pracowałem kiedyś z pacjentką, która przeżyła już wiele strat, a teraz musiała sobie poradzić z kolejną, bo jej mąż umierał na raka mózgu. Otóż ta kobieta zapytała mnie kiedyś, czy czasem myślę o niej między sesjami. „Często myślę o twojej sytuacji” - odrzekłem. Błędna odpowiedź! Moje słowa ją rozwścieczyły. „Jak mogłeś powiedzieć coś takiego - oburzyła się - ty, który mi mówisz, żebym się z tobą dzieliła moimi najskrytszymi uczuciami! Teraz jeszcze bardziej się boję, że mnie nie ma, że każdy myśli o mojej *sytuacji*, a nikt nie myśli o mnie”. Później dodała, że nie tylko jej nie ma, ale że ja także, podczas spotkań z nią, unikałem osobistego zaistnienia.

Rozmyślałem nad jej słowami przez następny tydzień. Doszedłem do wniosku, że miała absolutną rację, i następną sesję rozpocząłem od przyznania się do błędu, a potem ją poprosiłem, by mi pomogła odkryć i zrozumieć moje własne białe plamy w tej sprawie. (Wiele lat temu w artykule Sandora Ferencziego, utalentowanego analityka, przeczytałem, że kiedyś powiedział do pacjenta: „Może mi pomożesz odkryć moje białe plamy”. To jeszcze jedno ze zdań, które na stałe zagościły w moim umyśle i których często używam w swojej praktyce klinicznej.)

Razem przyglądaliśmy się mojej obawie przed jej bólem; tak bardzo chciałem znaleźć sposób, *jakikolwiek* sposób oprócz objęcia jej, by ten ból ukoić! Być może - zasugerowałem - odsuwałem się od niej podczas ostatnich sesji, ponieważ się obawiałem, by jej nie kusić obietnicami znacznie większej ulgi, niż kiedykolwiek potrafiłbym jej przynieść. Taki był, jak sądziłem, kontekst mojej wypowiedzi o jej „sytuacji”. Byłoby znacznie lepiej - powiedziałem - gdybym po prostu uczciwie się przyznał, jak bardzo chcę ją pocieszyć, i że nie wiem, jak to zrobić.

Jeśli popełnisz błąd - przyznaj się. Każda próba kamuflażu obróci się ostatecznie przeciwko tobie. Na jakimś poziomie pacjent odczuje, że działasz w złej wierze, a terapia na tym ucierpi. Ponadto otwarcie przyznając się do błędu,

dajesz pacjentom dobry przykład i jeszcze jeden dowód, że są dla ciebie ważni.

ROZDZIAŁ 10

Twórz nową terapię dla każdego pacjenta

W większości współczesnych badań nad psychoterapią tkwi pewien wielki paradoks. Badacze mają uzasadnioną potrzebę porównywania pewnej formy leczenia psychoterapeutycznego z innym leczeniem (farmakologicznym lub z inną formą psychoterapii), muszą więc stosować terapię „wystandaryzowaną” - ujednoliczoną dla wszystkich badanych uczestniczących w programie oraz taką, która w przyszłości może zostać powtórzona przez innych badaczy i terapeutów. (Chodzi, innymi słowy, o te same standardy, które obowiązują podczas badania skuteczności leków farmakologicznych: wszyscy badani otrzymują lek o tej samej czystości i mocy i dokładnie takie samo lekarstwo będzie w przyszłości dostępne dla pacjentów). *A właśnie sam ten akt standaryzacji czyni terapię mniej realistyczną i mniej skuteczną.* Dodajmy do tego, że w większości badań nad psychoterapią uczestniczą terapeuci niedoświadczeni albo studenci, a bez trudu zrozumiemy, dlaczego badania tego rodzaju mają, w najlepszym razie, wątki związek z rzeczywistością.

Rozważmy, jakie zadanie stoi przed doświadczonym terapeutą. Musi zbudować z pacjentem relację opartą na autentyczności, bezwarunkowym szacunku i spontaniczności. Nalega, by pacjenci każdą sesję rozpoczynali od - by użyć wyrażenia Melanie Klein - punktu krytycznego i coraz głębiej badali najważniejsze kwestie, w miarę jak się wyłaniają podczas spotkania. Jakie kwestie? Może jakieś uczucia związane z terapeutą. Albo coś, co wynikło z poprzedniej sesji czy ze snu, który się przyśnił poprzedniej nocy. Chodzi mi o to, że terapia jest procesem spontanicznym, relacja jest dynamiczna i ciągle się rozwija. Terapia jest ciągłą sekwencją następujących po sobie faz doświadczenia i badania procesu.

W swym najgłębszym nurcie terapia powinna płynąć spontanicznie, podążając zawsze nieoczekiwanymi meandrami nieznanego koryta rzeki. Groteskowo ją zniekształca próba upchnięcia w formułę, która ma umożliwić niedoświadczonym, niedostatecznie wyszkolonym terapeutom (bądź komputerom) przeprowadzenie ujednoliczonego cyklu terapii. Jednym z najobrzydliwszych plodów zorganizowanej służby zdrowia jest coraz większe poleganie na „terapii protokolarnej”, w której od terapeutów żąda się przestrzegania z góry zalecanej sekwencji, rozkładu zajęć i ćwiczeń, które należy przeprowadzić każdego tygodnia.

Jung w swojej biografii opisuje uznanie, jakie żywi dla unikatowego świata wewnętrznego i języka każdego pacjenta - tak unikatowego, że terapeuta musi dla każdego pacjenta wynajdywać nowy język terapii. Może przesadzam, jestem jednak przekonany, iż obecny kryzys w psychoterapii jest tak poważny, a spontaniczność terapeuty narażona na tak wielkie niebezpieczeństwo, że potrzebna jest zmiana radykalna. Powinniśmy pójść dalej niż Jung: *terapeuta powinien dążyć do stworzenia nowej terapii dla każdego pacjenta.*

Pacjent musi się dowiedzieć od terapeuty, że ich wspólnym i najważniejszym zadaniem jest zbudowanie relacji, która sama stanie się czynnikiem zmiany. Niezwykle trudno nauczyć tej umiejętności podczas intensywnego kursu prowadzonego zgodnie ze z góry założonym programem. Terapeuta, nade wszystko, musi być gotów pójść wszędzie, dokądkolwiek chce pójść pacjent, zrobić wszystko, co konieczne dla ciągłego budowania zaufania i bezpieczeństwa w ich relacji. Próbuję przykroić terapię dla każdego pacjenta, znaleźć najlepszy sposób pracy - i uważam, że proces kształtowania terapii nie jest budowaniem podstaw lub preludium, lecz istotą pracy. Uwagi te odnoszą się nawet do terapii krótkoterminowej, szczególne znaczenie mają jednak w pracy z pacjentami, których stać na terapię długoterminową albo tymi, którzy się do tego rodzaju terapii kwalifikują.

Próbuję unikać gotowych technik i najlepiej sobie radzę, gdy pozwalam, by moje wybory spontanicznie wpływały z potrzeb bezpośredniej sytuacji klinicznej. Jestem przekonany, że „technika” naprawdę pomaga wówczas, gdy się wyłania z jedyne w swoim rodzaju spotkania terapeuty z pacjentem. Ilekroć sugeruję swoim superwizantom jakąś interwencję, natychmiast próbują ją upchnąć w najbliższej sesji i zawsze prowadzi to do wybuchu. Dlatego nauczyłem się poprzedzać swoje komentarze zastrzeżeniem: „*Nie próbuj tego, broń Boże, podczas najbliższej sesji, ale ja w takiej sytuacji powiedziałbym coś w rodzaju...*”. Chodzi mi o to, że proces każdej terapii składa się z małych i dużych, spontanicznie kreowanych reakcji i technik, których nie sposób z góry zaprogramować.

Inne, rzecz jasna, znaczenie ma technika dla nowicjusza, a inne - dla specjalisty. Trzeba opanować technikę, by grać na pianinie, w końcu jednak, jeśli ma się być prawdziwym muzykiem, trzeba tę wyuczoną technikę przekroczyć i zaufać własnej spontaniczności.

Pewna pacjentka, na przykład, która już wiele razy przeżyła ból utraty kogoś bliskiego, przyszła na sesję w rozpacz, dowiedziała się bowiem właśnie o śmierci swojego ojca. Była już tak głęboko pogrążona w żalobie po zmarłym kilka miesięcy temu mężu, że po prostu nie mogła znieść myśli o powrocie do domu rodziców na uroczystości żałobne i o widoku grobu ojca tuż obok grobu brata, który zmarł jako młody chłopak. Zarazem jednak nie potrafiła poradzić sobie z poczuciem winy związanym z *nieobecnością* na pogrzebie ojca. Zwykle była osobą bardzo operatywną, o wielkich możliwościach, i często mnie krytykowała za próby „naprawiania” spraw za nią. Teraz wszakże potrzebowała czegoś ode mnie - czegoś namacalnego, co by

ja uwolniło od poczucia winy. Zareagowałem zaleceniem, by nie jechała na pogrzeb (zalecenie doktora - powiedziałem). Nasze następne spotkanie wyznaczyłem dokładnie w porze pogrzebu i w całości poświęciłem wspomnieniom o ojcu. Dwa lata później, kończąc terapię, opowiedziała mi, jak bardzo jej ta sesja pomogła.

Inną pacjentkę tak przytłaczał stres, jakiego doświadczała w życiu, że podczas jednej z sesji ledwie mogła się odezwać i po prostu kiwała się leciutko, obejmując samą siebie ramionami. Doświadczyłem potężnego pragnienia ukojenia jej, objęcia i powiedzenia, że wszystko będzie dobrze. Odrzuciłem ten pomysł - w dzieciństwie była seksualnie molestowana przez ojczyma, musiałem więc bardzo dbać o utrzymanie poczucia bezpieczeństwa w naszej relacji. Zamiast tego pod koniec sesji, pod wpływem impulsu, zaproponowałem zmianę pory następnej sesji na wygodniejszą dla niej. Zazwyczaj musiała się zwalniać z pracy, by się ze mną spotkać, a tym razem - powiedziałem - mogę się z nią spotkać przed pracą, wcześniej rano. Interwencja nie przyniosła ukojenia, na które liczyłem, ale i tak okazała się pożyteczna. Pamiętajcie o podstawowej zasadzie terapii: wszystko, co się wydarza, jest wodą na młyn. W tym przypadku moja oferta została przyjęta podejrzliwie i odebrana jako zagrożenie. Pacjentka była przekonana, że w rzeczywistości nie chce się z nią spotykać, że wspólnie spędzone godziny należą do moich najgorszych w tygodniu i że zmieniłem porę spotkania dla własnej, a nie dla jej wygody. To nas zaprowadziło na żyzne terytorium jej pogardy dla siebie i projektowania własnej nienawiści do siebie na mnie.

ROZDZIAŁ 11

Terapeutyczny czyn, a nie terapeutyczne słowo

Korzystaj z możliwości uczenia się od pacjentów. Pamiętaj, by często pytać pacjentów, co, ich zdaniem, pomaga im w procesie terapeutycznym. Podkreślałem wcześniej, że terapeuci i pacjenci nieczęsto jednakowo oceniają użyteczność poszczególnych aspektów terapii. Ogólnie rzecz biorąc, pacjenci cenią wydarzenia ze sfery relacji, często jakieś zachowania terapeuty wykraczające poza ramy terapii lub jakiś wyrazisty przejaw spójności terapeuty i jego prawdziwej obecności. Pewien pacjent, na przykład, przypomina, jak byłem gotów się z nim spotkać, mimo że poinformował mnie przez telefon, że ma grypę. (A wcześniej jego terapeuta małżeński, w obawie przed infekcją, skrócił sesję, gdy pacjent zaczął kichać i kasłać). Inna pacjentka, przekonana, że w końcu ją porzucę z powodu jej chronicznej złości, powiedziała mi pod koniec terapii, że moją zdecydowaną najskuteczniejszą interwencją było Wprowadzenie reguły, zgodnie z którą po każdym jej wybuchu złości na mnie automatycznie wyznaczałem jej dodatkową sesję. Podczas innego podsumowania na zakończenie terapii pacjentka przypomniała, jak kiedyś, w trakcie sesji tuż przed moim wyjazdem na wycieczkę, wręczyła mi napisane przez siebie opowiadanie, a ja wysłałem jej krótki list, by oznajmić, jak bardzo mi się podobało to, co napisała. Ten list był konkretnym dowodem mojej troski, a ona, pod moją nieobecność, często używała go jako źródła wsparcia. Krótki telefon do pacjenta, który bardzo cierpi i jest w nastroju samobójczym, zajmuje niewiele czasu, a dla pacjenta ma wielkie znaczenie. Pewna pacjentka, cierpiąca na przymus kradzieży sklepowych, która już kilkakrotnie siedziała z tego powodu w więzieniu, powiedziała mi, że podczas naszej długiej terapii najważniejszym gestem był mój wspierający telefon; byłem wówczas poza miastem i zadzwoniłem do niej w porze przedsięwziętych zakupów - okresie, kiedy często traciła nad sobą kontrolę. Czują, że nie może być tak niewdzięczna i kraść, skoro ja przeszedłem sam siebie, by okazać swoją troskę. Jeśli terapeuta się obawia, że nadmierna troska będzie sprzyjać uzależnieniu pacjenta, może poprosić, by wspólnie się zastanowili, jak może go najlepiej wspierać w okresach krytycznych.

Innym razem ta sama pacjentka kradła kompulsywnie, udało jej się jednak tak zmienić swoje zachowanie, że obecnie kradła tylko towary tanie - batoniki albo papierosy. Powodem kradzieży, jak uważała, była konieczność wyrównania domowego budżetu. Przekonanie to było mocno irracjonalne, ponieważ, po pierwsze, była bogata (ale odmawiała zapoznania się z zasobami męża), a po drugie, oszczędności poczynione dzięki kradzieżom były nieznaczące. „Co mogę teraz dla ciebie zrobić? - zapytałem. - Jak ci pomożemy przezwyciężyć poczucie, że jesteś biedna?”. „Możemy zacząć od tego, że mi dasz jakieś pieniądze” - odparła żartobliwie. Wyciągnąłem wtedy portfel i dałem jej w kopercie 50 dolarów wraz z instrukcją, by pobierała z tej sumy tyle pieniędzy, ile kosztuje rzecz, którą zamierza ukraść. Innymi słowy, miała okradać mnie zamiast właściciela sklepu. Interwencja ta umożliwiła przerwanie kompulsywnego szaleństwa, które ją opanowało, a pacjentka miesiąc później zwróciła mi 50 dolarów. Odtąd wracaliśmy do tego incydentu, ilekroć - by zracjonalizować swoje zachowanie - twierdziła, że jest biedna.

Jeden z moich kolegów opowiadał mi, że leczył kiedyś tancerkę, która pod koniec terapii powiedziała mu, że momentem dla niej najważniejszym była jego obecność na jednym z jej tanecznych recitali. Inna pacjentka, wyznawczyni idei New Age, kończąc spotkania ze mną, wspominała, jak się zgodziłem przeprowadzić terapię aury. Pewnego dnia wkroczyła do mojego gabinetu przekonana, że jej złe samopoczucie jest skutkiem uszkodzenia jej aury. Położyła się na dywanie, a ja, zgodnie z jej instrukcjami, próbowałem uleczyć uszkodzenie, przesuwając dłońmi od jej głowy do stóp kilka centymetrów nad jej ciałem. Wcześniej często dawałem wyraz swojemu sceptycznemu stosunkowi do rozmaitych podejść związanych z New Age, moją zgodę uznała więc za oznakę troski i szacunku.

Podejmij własną terapię

Własna terapia to, moim zdaniem, jak dotychczas najważniejsza część treningu psychoterapeuty. Pytanie: co jest najcenniejszym narzędziem terapeuty? Odpowiedź (i niech nikt jej nie pomija!): sam terapeuta. Wiele jeszcze razy, z rozmaitych punktów widzenia będę powracał do uzasadnienia i techniki używania siebie w terapii. Niech mi będzie wolno zacząć od prostego stwierdzenia: terapeuta musi być dla pacjenta modelem, musi, służąc swoim przykładem, pokazać mu drogę. Musimy okazać naszą gotowość do wejścia w głęboki i bliski związek z pacjentem, a proces ten wymaga, byśmy umieli czerpać z najlepszego źródła rzetelnych danych o pacjencie - z naszych własnych uczuć.

Terapeuta musi znać własną ciemną stronę i umieć z empatią podchodzić do wszelkich ludzkich pragnień i impulsów. Doświadczenie własnej terapii pozwala przeżyć wiele aspektów procesu terapeutycznego z pozycji pacjenta: tendencję do idealizowania terapeuty, tęsknotę za zależnością, wdzięczność za troskę i uważne słuchanie, władzę przyznaną terapeutę. Młodzi terapeuci muszą przepracować własne postawy neurotyczne, nauczyć się przyjmować informacje zwrotne, odkrywać słabe punkty i widzieć siebie oczyma innych; muszą doceniać wpływ, jaki wywierają na innych i nauczyć się udzielania adekwatnych informacji zwrotnych. I wreszcie, psychoterapia jest przedsięwzięciem bardzo obciążającym psychicznie, a terapeuci muszą rozwijać świadomość i siłę wewnętrzną, by radzić sobie z ryzykiem związanym z tym zawodem.

W wielu programach szkoleniowych wymaga się, by studenci odbyli własną terapię - na niektórych kalifornijskich wydziałach psychologii, na przykład, jest to obecnie 16 do 30 godzin terapii indywidualnej. To dobry początek - ale tylko początek. Badanie siebie to proces długi jak życie, zalecam więc, by terapia była tak głęboka i długa, jak to możliwe, i by terapeuta powracał do terapii na różnych etapach swojego życia.

Moja własna, z górą 43-letnia odyseja terapeutyczna wygląda następująco: 750 godzin, pięć razy w tygodniu, ortodoksyjnej freudowskiej psychoanalizy podczas stażu z psychiatrii (z analitykiem szkoleniowym z konserwatywnej Baltimore Washington School), roczna analiza z Charlesem Rycroftem (analityk z „umiarkowanej szkoły” Brytyjskiego Instytutu Psychoanalizy), dwa lata z Patem Baumgartnerem (terapeuta gestaltowski), trzy lata psychoterapii z Roïlo Mayem (inter-personalnie i egzystencjalnie zorientowany analityk z William Alanson White Institute) oraz liczne krótsze okresy kontaktu z terapeutami z rozmaitych szkół, włącznie z terapią behawioralną, bioenergetyką, rolfingiem, pracą z parami oraz grupą, w której nadal, 10 już lat (gdy to piszę) uczestniczę - pracująca bez prowadzącego grupa wsparcia mężczyzn terapeutów - i, w latach sześćdziesiątych, grupy spotkaniowe o najrozmaitszych odcieniach, w tym nawet maraton nudystyczny.

Proszę zwrócić uwagę na dwa aspekty powyższej listy. Po pierwsze, *różnorodność podejść*. Jest ważne, by młody terapeuta unikał sekciarstwa i nauczył się doceniać mocne strony rozmaitych podejść terapeutycznych. Utraci być może pewność towarzyszącą ortodoksji, zyska jednak coś znacznie cenniejszego - większe uznanie dla złożoności i niepewności przedsięwzięcia terapeutycznego.

Jestem przekonany, iż nie ma lepszej drogi do dowiedzenia się czegoś o danej szkole terapeutycznej, niż zostać pacjentem terapeuty z tej szkoły. Dlatego okresy złego samopoczucia w moim życiu uważałem za dogodne okazje do badania, co rozmaite szkoły mają do zaoferowania. Rodzaj dyskomfortu musi, oczywiście, pasować do metody; terapia behawioralna, na przykład, najlepiej nadaje się do leczenia izolowanego objawu - dlatego to behaviorystę poprosiłem o pomoc, gdy cierpiałem na bezsenność, która mi dokuczała podczas wyjazdów na wykłady i warsztaty.

Po drugie, podejmowałem terapię *w wielu różnych okresach mojego życia*. Nawet jeśli ktoś odbył znakomitą i wielostronną terapię na początku swojej kariery, w rozmaitych innych punktach przełomowych cyklu życiowego mogą się wyłonić kwestie zupełnie nowego rodzaju. Dopiero gdy (po czterdziestce) zacząłem często pracować z pacjentami umierającymi, doświadczyłem względnie wyraźnego lęku przed śmiercią. Nikt nie lubi lęku - ja w każdym razie na pewno nie lubię - z zadowoleniem jednak powitałem okazję do zbadania tego obszaru mojej duszy z pomocą dobrego terapeuty. Później, gdy pisałem podręcznik, *Existential psychotherapy*, wiedziałem, że zagłębienie się we własne sprawy osobiste poszerzy moją wiedzę o zagadnieniach egzystencjalnych. Podjąłem więc owocną i oświecającą terapię z Roïlo Mayem.

Do programu wielu kursów należy udział w opartej na doświadczeniu grupie treningowej - to znaczy grupie skoncentrowanej na procesie grupowym. Grupy te mogą wiele nauczyć, choć w uczestnikach wywołują lęk (a i dla prowadzących nie są łatwe, muszą oni bowiem radzić sobie z rywalizacją uczestniczących w grupie studentów oraz ze skomplikowanymi relacjami pomiędzy nimi poza grupą). Moim zdaniem młody psychoterapeuta odniesie większą korzyść z udziału w grupie „obcych” osób lub, jeszcze lepiej, z udziału w długoterminowej grupie terapeutycznej dla osób dobrze funkcjonujących. Jedynie będąc członkiem grupy, można naprawdę ocenić zjawiska takie, jak nacisk grupy; ulga, jaką niesie katharsis; władza związana z rolą prowadzącego; albo bolesny, lecz wartościowy proces otrzymywania sensownej informacji zwrotnej. I wreszcie, jeśli będziecie mieli dość szczęścia i traficie do grupy spójnej i dobrze pracującej, to zapewniam was, że nigdy tego nie zapomnicie i będziecie się starać, by wasi przyszli pacjenci również mogli czegoś takiego doświadczyć.

Terapeuta ma wielu pacjentów, pacjent - jednego terapeutę

Od czasu do czasu moi pacjenci lamentują nad nierównością sytuacji terapeutycznej. Oni myślą o mnie znacznie więcej, niż ja o nich. Jestem w ich życiu postacią znacznie ważniejszą niż oni - w moim. Gdyby pacjenci mogli zadawać wszystkie pytania, na jakie mają ochotę, to jestem pewny, że wielu pytałoby, czy czasami o nich myślę.

Do tej sytuacji można podejść na wiele sposobów. Pamiętajcie, na przykład, że nierówność, jakkolwiek irytująca dla wielu pacjentów, jest ważna i konieczna. Chcemy być ważnymi postaciami w życiu pacjentów. Freud zauważył kiedyś, iż terapeuta powinien tak urosnąć w umyśle pacjenta, by interakcje między terapeutą a pacjentem zaczęły wywierać wpływ na symptomatologię pacjenta (czyli, by psychonerwicę zaczęła stopniowo zastępować nerwica przeniesieniowa). Chcemy, by godzina terapii należała do najważniejszych zdarzeń w życiu pacjenta.

Chociaż nie jest naszym celem eliminowanie wszystkich silnych uczuć do terapeuty, bywa, że reakcja przeniesieniowa jest zbyt dysforyczna, a pacjentem targają takie emocje, że pewna dekompresja staje się niezbędną. Ja najchętniej ułatwiam konfrontację z rzeczywistością za pomocą komentarzy na temat okrucieństwa zawartego immanentnie w sytuacji terapeutycznej: z samej jej natury wynika, że pacjent myśli więcej o terapii niż odwrotnie. *Pacjent ma tylko jednego terapeutę, podczas gdy terapeuta ma wielu pacjentów.* Często wspieram się analogią do sytuacji nauczyciela i wskazuję, że nauczyciel ma wielu uczniów, ale uczniowie mają tylko jednego nauczyciela i, *oczywiście*, myślą o nim więcej niż on o nich. Analogia ta jest szczególnie przydatna, gdy pacjent sam kiedyś był nauczycielem. Można się również powołać na inne zawody - lekarza, pielęgniarki czy superwizora.

Często też odwołuję się do mojego osobistego doświadczenia w roli pacjenta i mówię coś w rodzaju: „Wiem, że wydaje ci się to nie w porządku i niesprawiedliwe; że myślisz o mnie więcej niż ja o tobie; że między sesjami toczysz ze mną w myślach długie rozmowy, choć wiesz, że ja w swoich fantazjach z tobą nie rozmawiam. Czuję dokładnie to samo, kiedy sam byłem pacjentem i marzyłem, by mój terapeuta więcej o mnie myślał”.

Podejście „tu i teraz” - stosuj je, stosuj i jeszcze raz stosuj

Podejście „tu i teraz” to najbogatsze źródło siły terapeutycznej, żyła złota terapii, najlepszy przyjaciel terapeuty (a zatem i pacjenta). Jest sprawą tak ważną dla terapii, że omówię ją w tej książce szerzej niż jakikolwiek inny temat.

„Tu i teraz” odnosi się do wydarzeń zachodzących bezpośrednio podczas sesji terapeutycznej, do tego, co się dzieje tutaj (w gabinecie, w relacji, w przestrzeni między mną a tobą) i *teraz* - w ciągu tej właśnie godziny. Jest to podejście zasadniczo ahistoryczne, które zdejmuje nacisk z przeszłości pacjenta lub ze zdarzeń z jego życia poza ścianami gabinetu (choć *nie neguje ich wagi*).

Do czego jest potrzebne „tu i teraz”?

Racje przemawiające za stosowaniem „tu i teraz” opierają się na dwóch podstawowych założeniach: (1) znaczeniu relacji interpersonalnych i (2) idei terapii jako mikrokosmosu społecznego.

Dla przedstawicieli nauk społecznych i dla współczesnych terapeutów relacje interpersonalne są czymś tak oczywiście i monumentalnie ważnym, iż ktoś, kto roztrząsa tę kwestię, ryzykuje, że będzie nawracał już nawróconych. Wystarczy powiedzieć, iż niezależnie od perspektywy teoretycznej - czy badamy naszych najbliższych zwierzęcych krewnych, kultury pierwotne, historię rozwoju jednostki, czy też aktualne wzorce życiowe - jest oczywiste, że jesteśmy stworzeniami społecznymi. Przez całe życie nasze otoczenie społeczne - rówieśnicy, przyjaciele, nauczyciele, a także rodzina - ma potężny wpływ na to, kim się stajemy. Obraz siebie tworzymy w znacznym stopniu z odbicia uznania, jakie postrzegamy w oczach ważnych dla nas postaci.

Dalej: większość osób poszukujących terapii ma podstawowe problemy w relacjach z ludźmi. Mówiąc najogólniej, popadają w rozpacz, ponieważ nie udaje im się stworzyć i utrzymać trwałych i zadowolających relacji interpersonalnych. Psychoterapia oparta na modelu interpersonalnym ma usuwać przeszkody na drodze do zadowolających relacji.

Postulat drugi - że terapia jest mikrokosmosem społecznym - w ostatecznym rozrachunku oznacza, że *problemy interpersonalne pacjenta przejawiają się tu i teraz w relacji terapeutycznej* (pod warunkiem, że nie będziemy jej nadmiernie strukturalizować). Jeśli pacjent w swoim życiu jest wymagający, strachliwy, arogancki, jeśli usuwa się w cień, jest uwodzący, kontrolujący, oceniający albo w jakiś inny sposób niedostosowany interpersonalnie, to *cechy te ujawnią się w relacji pacjenta z terapeutą*. I znów jest to podejście zasadniczo ahistoryczne: nie trzeba zbierać wywiadu, by ocenić naturę nieprzystosowawczych wzorców, *dostatecznie szybko bowiem wystąpię one żywo w „tu i teraz” sesji terapeutycznej*.

Podsumowując: „tu i teraz” warto się posługiwać dlatego, że ludzkie problemy mają najczęściej charakter relacyjny, a interpersonalne problemy jednostki wcześniej czy później ujawnią się w „tu i teraz” spotkania terapeutycznego.

ROZDZIAŁ 16

Stosowanie „tu i teraz” - miej oczy i uszy otwarte

Jednym z pierwszych kroków w terapii jest zidentyfikowanie występujących tu i teraz odpowiedników problemów interpersonalnych pacjenta. W swojej edukacji musisz się przede wszystkim nauczyć koncentrować na „tu i teraz”. *Musisz uważnie słuchać i bacznie obserwować*. Każda, pełna codziennych drobiazgowych godzin terapii jest skarbnicą danych: zwróć uwagę na to, jak pacjenci się z tobą witają, jak siadają, badają bądź nie badają otoczenia, rozpoczynają i kończą sesję, relacjonują swoją historię, odnoszą się do ciebie.

Mam gabinet w oddzielnym domku, do którego z mojego domu idzie się jakieś 30 metrów krętą ścieżką przez ogród. Każdy pacjent przebywa tę samą drogę, przez lata zgromadziłem zatem wiele danych porównawczych. Większość pacjentów wygłasza jakieś komentarze na temat ogrodu - obfitości kwiatów lawendy, słodkiego, ciężkiego zapachu glicynii, szaleństwa purpury, rózu, koralowej czerwieni i szkarłatu - niektórzy jednak nic nie mówią. Jeden z pacjentów nigdy nie omieszkiał uczynić jakiejś uwagi negatywnej: o błocie na ścieżce, potrzebie poręczy w razie deszczu lub dźwięku odkurzaczy liści z sąsiedniego ogrodu. Przed pierwszą wizytą wszystkim pacjentom podaję tę samą instrukcję, jak dotrzeć do mojego gabinetu: jedź pół mili ulicą X, miń ulicę XX i przy sztyldzie Freski (lokalna atrakcyjna restauracja) skręć w aleję XXX. Niektórzy pacjenci komentują te instrukcje, inni nie. Jeden (ten sam, który się skarżył na błoto na ścieżce), na jednej z pierwszych sesji, wyraził swoje oburzenie: „Dlaczego jako znaku orientacyjnego użyłeś Freski, a nie Taco Tio?” (Taco Tio to szkaradzieństwo szybkiej obsługi na przeciwległym rogu).

By nabrać czujności, pamiętaj o zasadzie: *jeden bodziec - wiele reakcji*. Różni ludzie, wystawieni na działanie tego samego złożonego bodźca, zareagują różnie. Zjawisko to widać szczególnie wyraźnie podczas terapii grupowej, kiedy uczestnicy jednocześnie doświadczają tego samego - powiedzmy, ktoś płacze, ktoś się spóźnia, ktoś się konfrontuje z terapeutą - i każdy z nich reaguje na to wydarzenie zupełnie inaczej. Dlaczego tak się dzieje? Istnieje tylko jedno możliwe wyjaśnienie: *każdy człowiek ma inny świat wewnętrzny i dla każdego ten sam bodziec ma inne znaczenie*. Ta sama zasada obowiązuje w terapii indywidualnej, z tą różnicą, że wydarzenia następują raczej konsekwentnie, niż symultanicznie (to znaczy wielu pacjentów tego samego terapeuty jest, w miarę upływu czasu, wystawianych na działanie tego samego bodźca. Terapia jest jak żywy test Rorschacha: pacjenci projektują na nią własne nieświadome spostrzeżenia, postawy i znaczenia).

Dorobiłem się pewnych podstawowych oczekiwań, wszyscy moi pacjenci spotykają bowiem tę samą osobę (zakładając, że jestem w miarę stabilny), otrzymują te same wskazówki dotyczące drogi do mojego gabinetu, idą tą samą ścieżką, wchodzą do tego samego pokoju, tak samo umeblowanego. A zatem indywidualna reakcja każdego z nich wiele o nim mówi - *via regia* do zrozumienia wewnętrznego świata pacjenta.

Kiedy z powodu popsutej zasuwki moje siatkowe drzwi nie chciały się dobrze zamykać, pacjenci reagowali najrozmaiciej. Jedna z kobiet za każdym razem spędzała sporo czasu, majstrując przy zasuwce i co tydzień za to przepraszała, jakby to ona ją zepsuła. Wielu ignorowało zjawisko, podczas gdy inni nigdy nie omieszkali zwrócić mi uwagi, że powinienem zasuwkę zreperować. Niektórzy się zastanawiali, dlaczego zwlekam tak długo.

Nawet banalne pudełko z chusteczkami jednorazowymi może być bogatym źródłem danych. Jedna z pacjentek przepraszała zawsze, ilekroć biorąc chusteczkę, przesunęła nieco pudełko. Inna nie chciała wykorzystać ostatniej chusteczki, leszcze inna nie pozwalała podać sobie chusteczki, mówiąc, że może wziąć ją sama. Pewnego razu, gdy zapomniałem zastąpić puste pudełko pełnym, jeden z pacjentów żartował z tego całe tygodnie („A, więc tym razem pamiętałeś!” albo „Nowe pudełko! Pewnie myślisz, że dzisiaj będzie ciężka sesja”). Inny przyniósł mi w prezencie dwa

pudełka chusteczek.

Większość moich pacjentów czytało niektóre z moich książek, a ich reakcja dostarcza bogatego materiału. Niektórych onieśmiela, że tyle napisałem. Niektórzy się martwią, że będą dla mnie nieciekawi. Jeden z pacjentów powiedział mi, że czytał fragmenty mojej książki w księgarni, ale nie chciał jej kupować, bo „dał już datkę w gabinecie”. Inni, którzy wyznają zasady ekonomii niedostatku, nienawidzą tych książek, bo z opisów moich bliskich relacji z innymi pacjentami wyciągają wniosek, że dla nich samych miłości może nie starczyć.

Oprócz reakcji na otoczenie gabinetu terapeuta ma do dyspozycji rozmaite inne standardowe punkty odniesienia (np. początek i zakończenie sesji czy płacenie), dostarczające danych porównawczych. I wreszcie instrument najelegantszy i najbardziej skomplikowany - Stradivarius praktyki terapeutycznej - sam terapeuta. Będę miał znacznie więcej do powiedzenia na temat tego, jak go używać i jak o niego dbać.

Doskanować !!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!! 48, 49, 50, 51

która w oczywisty sposób się nad nim pastwiła, jego jednak paraliżował strach przed konfrontacją z nią. Miałem wrażenie, że po raz kolejny powtarzamy tę samą sesję. Nie raz już spędziliśmy wiele czasu, omawiając ten sam materiał, i zawsze czułem, że niewiele mogłem mu pomóc, że nie dostaje ode mnie tego, czego chce. Sugerował, że rozmawiał z wieloma przyjaciółmi, którzy mówili mu to samo, co ja, a w końcu mu poradzili, by ją ochrzanił albo z nią zerwał. Spróbowałem powiedzieć za niego:

„Albercie, chcę sprawdzić, czy potrafisz zgadnąć, czego doświadczasz podczas dzisiejszej sesji. Jedziesz godzinę, żeby się ze mną zobaczyć, i płacisz mi grubą forszę. A wygląda na to, że się kręcimy w kółko. Czujesz, że nie daję ci nic wartościowego. Mówię ci to samo, co twoi przyjaciele, a oni przynajmniej dają ci to za darmo! Musisz być mną rozczarowany, pewnie myślisz, że z ciebie zdzieram i złościsz się, że daję ci tak mało”.

Uśmiechnął się lekko i stwierdził, że mniej więcej mam rację. Całkiem dobrze to odgadłem. Poprosiłem więc, by powtórzył wszystko własnymi słowami. Uczynił to z pewnym niepokojem, a ja odpowiedziałem, że - chociaż przykro mi, że mu nie daję tego, czego chce - bardzo mi się podoba, że mówi mi to wprost: lepiej się czuję, kiedy mówimy sobie takie rzeczy wprost, a zresztą i tak dawał mi to pośrednio do zrozumienia. Cała interakcja bardzo się Albertowi przydała. Jego uczucia do mnie były analogiczne do jego uczuć do dziewczyny, a wyrażenie ich bez katastrofalnych skutków okazało się niezwykle pouczające.

ROZDZIAŁ 18

Przepracowywanie spraw tu i teraz

Dotychczas zajmowaliśmy się tym, jak rozpoznawać największe problemy pacjentów w rzeczywistości „tu i teraz” sesji terapeutycznej. Kiedy jednak już nam się to udało dalej? Jak możemy wykorzystać te obserwacje w pracy terapeutycznej?

Przykład. Wróćmy do sceny opisanej wcześniej - zepsutej zasuwki przy drzwiach siatkowych i mojej pacjentki, która majstrowała przy niej co tydzień i zawsze przepraszała, zbyt wiele razy, za to, że nie potrafi tych drzwi zamknąć.

- Nancy - powiedziałem pewnego razu - ciekawi mnie, że mnie przepraszasz. Jakbyś była winna temu, że mam zepsute drzwi i się nimi nie przejmuję.

- Masz rację. Wiem. Ale dalej to robię.

- Masz pomysł, dlaczego?

- Myślę, że to ma jakiś związek z tym, jaki jesteś dla mnie ważny, i jaka terapia jest ważna, i że chcę być pewna, że w żaden sposób cię nie obrażę.

- Nancy, czy możesz sobie wyobrazić, jak się czuję za każdym razem, kiedy mnie przepraszasz?

- Pewnie się irytujesz. Przytaknąłem.

- Nie mogę zaprzeczyć. Ale bardzo szybko to powiedziałaś, jakby to było znajome doświadczenie. Ta sprawa ma jakąś historię?

- Wiele razy to słyszałam. Mogę ci powiedzieć, że mojego męża to doprowadza do szału. Wiem, że złość wiele ludzi i dalej to robię.

- Więc pod pozorem przepraszenia i uprzejmości w rezultacie irytujesz ludzi. Co więcej, chociaż to wiesz, nadal trudno ci przestać. Coś musisz z tego mieć. Ciekaw jestem co?

Ta rozmowa i następne sesje poprowadziły nas w wielu owocnych kierunkach, a zwłaszcza do jej złości na wszystkich - męża, rodziców, dzieci i mnie. Była osobą bardzo pedantyczną i dopiero teraz ujawniła, jak ją złościły zepsute drzwi. I nie tylko drzwi - także moje zagracone biurko, na którym zawsze piętrzyły się nieporządne sterty książek. Powiedziała mi też, jak się na mnie niecierpliwiła za to, że nie pracuję z nią szybciej.

Przykład. Po kilku miesiącach terapii Louise, pacjentka zawsze bardzo krytycznie do mnie nastawiona - do mebli w moim gabinecie, niewłaściwego zestawienia barw, do rachunków, które wystawiałem i które zawsze były nie dość formalne i czegoś w nich brakowało - opowiadała mi pewnego dnia o swoim nowym romansie. Zauważyła przy tym:

- No dobrze, niechętnie, ale muszę przyznać, że jest lepiej.

- Jestem zaskoczony tym „niechętnie”. Dlaczego „niechętnie”? Wygląda na to, że trudno ci powiedzieć coś pozytywnego o mnie i o naszej wspólnej pracy. Co ty na to?

Cisza. Louise nie odpowiada i siedzi ze spuszczoną głową.

- Myśl na głos, Louise, mów wszystko, co ci przyjdzie do głowy.

- Głowa by ci spuchła. Tak nie można.

- Mów dalej.

- Wygrasz. Ja przegram.

- Wygrana i przegrana? Toczymy walkę? O co? I w jakiej wojnie?

- Nie wiem, jest we mnie taka część, zawsze była, co zawsze wyśmiewa ludzi, szuka ich wad, widzi, jak siedzą na kupie własnego gówna.

- A co ze mną? Myślę o tym, jak krytycznie się zawsze wyrażałaś o moim gabinecie. I o ścieżce też. Zawsze mówiłaś o błocie, ale nigdy nie wspomniałaś o kwitnących kwiatach.

- Zawsze tak jest z moim chłopakiem: przynosi mi prezenty, a ja nie mogę się powstrzymać od koncentrowania na tym, jak niedbale je opakował. Wczoraj wieczorem się pokłóciliśmy. On mi upiekł chleb, a ja zrobiłam złośliwy komentarz na temat skórki w jednym miejscu przypalonej.

- Zawsze pozwalasz tej części siebie mówić, a każesz milczeć drugiej - tej, która docenia, że on ci upiekł chleb, albo lubi i ceni mnie. Louise, wróćmy do początku naszej rozmowy. Kiedy „niechętnie” przyznałaś, że jest lepiej. Powiedz mi, co by było, gdybyś przestała ograniczać tę pozytywną część siebie i mówiła po prostu, bez tego „niechętnie”?

- Widzę krążące rekiny.

- Pomyśl po prostu o rozmowie ze mną. Co widzisz?

- Że cię całuję w usta.

Przez kilka następnych sesji zajmowaliśmy się jej strachem przed bliskością, przed tym, że chce za wiele, jej niespełnioną, nienasyconą tęsknotą, miłością do ojca oraz obawą, że uciekłbym, gdybym naprawdę wiedział, ile ode mnie chce. Proszę zauważyć, że czerpałem z incydentów, które zaszły wcześniej w naszej terapii. Praca „tu i teraz” nie jest ściśle ahistoryczna, może bowiem obejmować to, co się działo wcześniej w naszej relacji z pacjentem. Introspekcja - jak powiedział Sartre - jest zawsze retrospekcją.

ROZDZIAŁ 19

„Tu i teraz” wnosi energię do terapii

Praca „tu i teraz” jest zawsze bardziej ekscytująca niż praca nad czymś bardziej abstrakcyjnym lub historycznym. Widać to dobrze zwłaszcza w terapii grupowej. Przyjrzyjmy się, na przykład, słynnemu epizodowi z pracy z grupą. W roku 1946 stan Connecticut sponsorował warsztat na temat napięć rasowych w miejscu pracy. Małe grupy, prowadzone przez wybitnego psychologa Kurta Lewina i zespół psychologów społecznych, dyskutowały na temat wysuwanych przez uczestników problemów przywiezionych „z domu”. Prowadzący oraz obserwatorzy (bez uczestników) spotykali się co wieczór, by omówić nie tylko treść, lecz również „proces” sesji. (Notabene „treść” odnosi się do wypowiedzianych słów i wyrażanych pojęć; „proces” - do natury relacji między jednostkami, które wypowiedzają słowa i wyrażają pojęcia.)

Wieści o tych wieczornych spotkaniach zespołu dotarły do uczestników i dwa dni później członkowie grupy oświadczyli, że chcą wziąć w nich udział. Po wielu wahaniach (tego rodzaju procedura była absolutną nowością) wyrażono zgodę i grupa uczestników zaczęła obserwować, jak prowadzący i obserwatorzy dyskutują na ich temat¹⁵.

Opublikowano kilka opisów tej pamiętnej sesji, podczas której odkryto wagę „tu i teraz”. Wszystkie są zgodne co do tego, że spotkanie było poruszające; członkowie grup byli zafascynowani, słuchając dyskusji na temat ich samych i ich zachowania. Po niedługim czasie nie potrafili już słuchać w milczeniu i zaczęli wtrącać komentarze w rodzaju: „Nie, ja tego nie powiedziałem” albo „jak to powiedziałem” czy „c miałem na myśli”. Specjaliści od nauk społecznych spostreżli, że właśnie natknęli się na ważny aksjomat edukacji (i terapii), a mianowicie, iż najwięcej wiadomości na temat nas samych i naszego zachowania zdobywamy, uczestnicząc w interakcjach, które są obserwowane i które możemy

zanalizować.

W terapii grupowej różnica między dyskusją nad problemami przyniesionymi z domu a zaangażowaniem w proces tu i teraz - to znaczy omawianiem tego, co się dzieje w grupie - jest oczywista: grupa „tu i teraz” jest pełna energii, uczestnicy są zaangażowani i, zapytani (czy to w rozmowie, czy za pomocą instrumentów badawczych), zawsze stwierdzają, że grupa nabiera życia, gdy się koncentruje na procesie.

Podczas dwutygodniowych grupowych laboratoriów w Bethel, w stanie Maine, szybko stało się oczywiste, iż cała siła i magia grup opartych na procesie - nazywanych najpierw grupami treningu wrażliwości (wrażliwości interpersonalnej), później T-grupami („T” jak trening), a jeszcze później grupami spotkaniowymi (termin Carla Rogersa) - pod względem zainteresowania i entuzjazmu uczestników natychmiast przyćmiła inne proponowane laboratoria (np. grupy teoretyczne, grupy pracujące nad zastosowaniami czy grupy skoncentrowane na rozwiązaniu problemu). W istocie często mówiono, że T-grupy „pochłonęły resztę laboratorium”. Ludzie chcą wchodzić w interakcje z innymi ludźmi, ekscytuje ich dawanie i otrzymywanie bezpośrednich informacji zwrotnych, chcą wiedzieć, jak są postrzegani, odrzucić pozory i zbliżyć się do innych.

Wiele lat temu, gdy próbowałem opracować skuteczniejszy model prowadzenia krótkoterminowych grup terapeutycznych na oddziałach dla ciężko chorych pacjentów, odwiedziłem dziesiątki grup w szpitalach całego kraju i stwierdziłem, że każda z nich była nieskuteczna - dokładnie z tego samego powodu. Wszystkie spotkania przebiegały wedle tej samej formuły „twoja kolej”, bądź „teraz ty”, polegającej na tym, że uczestnicy po kolei omawiali jakieś wydarzenie z „tam i wtedy” - na przykład doświadczenie halucynacji, skłonności samobójcze z przeszłości lub powody hospitalizacji - podczas gdy reszta słuchała w milczeniu, często bez zainteresowania. Ostatecznie, w tekście na temat terapii grupowej na oddziale szpitalnym, sformułowałem dla tak ostro zaburzonych pacjentów zasady podejścia „tu i teraz”, które - jestem przekonany - sprawiło, że poziom zaangażowania uczestników znacznie wzrósł.

To samo dotyczy terapii indywidualnej: niezmiennie przybywa w niej energii, gdy uwaga się koncentruje wokół relacji między terapeutą a pacjentem. W książce *Z każdym dniem trochę bliżej* przedstawiam eksperyment, podczas którego oboje - pacjentka i ja - spisywaliśmy streszczenia naszych sesji terapeutycznych. Uderzające, że ilekroć odczytywaliśmy i omawialiśmy nasze notatki - to znaczy, ilekroć koncentrowaliśmy się na „tu i teraz” - sesja nabierała życia.

ROZDZIAŁ 20

Twoje uczucia są źródłem informacji

Do naszych najważniejszych zadań w terapii należy zwracanie uwagi na własne uczucia - źródło cennych danych. Jeśli w trakcie sesji czujesz się znudzony lub zirytowany, zakłopotany, podniecony seksualnie albo odrzucony przez pacjenta - traktuj ten stan jako wartościową informację. Właśnie dlatego tak podkreślam wagę własnej terapii terapeutycznej. Jeśli będziesz dużo wiedział o sobie, wyeliminujesz większość swoich białych plam i będziesz mógł się oprzeć na własnym doświadczeniu bycia pacjentem, zaczniesz rozpoznawać, ile z tego znudzenia i zakłopotania należy do ciebie, a ile wywołuje pacjent. To ważne rozróżnienie, ponieważ jeśli to pacjent cię nudzi podczas sesji terapeutycznej, można z powodzeniem założyć, że w innych okolicznościach nudzi on innych ludzi.

Zamiast więc się niepokoić swoją nudą, przyjmij ją z ochotą i szukaj sposobu wykorzystania jej w terapii. Kiedy się zacząłeś nudzić? Co takiego robi pacjent, że cię nudzi? Kiedy napotykam nudę, mówię, na przykład, coś w rodzaju: „Mary, pozwól, że coś ci powiem. Zauważyłem, że przez kilka ostatnich minut czuję się daleko od ciebie, jakby odłączony. Nie jestem pewien dlaczego, ale wiem, że teraz czuję się inaczej niż na początku sesji, kiedy opowiadałaś o poczuciu, iż nie dostajesz ode mnie tego, czego chcesz, albo podczas ostatniej sesji, kiedy mówiłaś bardziej od serca. Ciekaw jestem, jak ty się dzisiaj ze mną czujesz? Daleko? Blisko? Może czujesz się podobnie jak ja? Spróbujmy zrozumieć, co się dzieje”.

Kilka lat temu leczyłem Martina, który odnosił sukcesy jako kupiec. Pewnego razu Martin jechał w podróż służbową i poprosił mnie o przełożenie sesji na inny dzień tygodnia. Nie mogłem tego zrobić bez niewygodnego dla mnie przesunięcia godzin pracy i odpowiedziałem, że będziemy musieli po prostu przepuścić jedno spotkanie i spotkać się za dwa tygodnie o zwykłej porze. Później jednak, zastanawiając się nad tym, zdałem sobie sprawę, iż dla każdego innego pacjenta bez wahania zmieniłbym mój plan zajęć.

Dlaczego nie mogłem tego zrobić dla Martina? A dlatego, że nie tęskniłem za spotkaniami z nim. Było coś takiego w jego małostkowości i mizantropii, co mnie wykańczało. Nieustannie krytykował mnie, mój gabinet, brak miejsca do parkowania, moją sekretarkę, moje honorarium, i w ogóle każdą sesję zaczynał od przypomnienia moich błędów z poprzedniego tygodnia.

Z tego, że się czułem tak wykończony, mogłem wyciągnąć pewne wnioski. Martin podjął terapię z powodu serii nieudanych związków z kobietami, z których żadna, jego zdaniem, nie dawała mu dość - żadna nie była wystarczająco gotowa

dzielić rachunków za restauracje i zakupy, nie dawała prezentów urodzinowych równych wartością tym, które dawał on (przy czym jego dochody były kilkakrotnie wyższe od ich zarobków). Podczas wspólnych podróży należało, by wkładali tę samą sumę do „podróźnej skarbonki” i by wszystkie koszty, włącznie z benzyną, parkowaniem, utrzymaniem samochodu, napiwkami, a nawet gazetami były z tej skarbonki pokrywane. Ponadto często narzekał, że jego dziewczyny nie dzielą z nim po połowie prowadzenia samochodu, planowania wycieczek czy czytania mapy. Ta małoduszność, obsesja na punkcie absolutnej sprawiedliwości i nieustępliwy krytycyzm wykańczały kobiety jego życia. I dokładnie to samo robił ze mną! Był to znakomity przykład samospełniającej się przepowiedni: tak się bał, że nikt się o niego nie zatroszczy, iż swoim zachowaniem doprowadzał dokładnie do tego, czego najbardziej chciał uniknąć. Dopiero kiedy zdałem sobie sprawę z tego procesu, mogłem przestać go krytykować (to znaczy, odbierać jego zachowanie osobiście) i zauważyć, że jest to wzorzec, który Martin wielokrotnie powtarzał i który, w istocie rzeczy, chciał zmienić.

ROZDZIAŁ 21

Ostrożnie formułuj komentarze dotyczące „tu i teraz”

Komentowanie tego, co się dzieje tu i teraz, to unikatowy aspekt relacji terapeutycznej. Niewiele jest sytuacji, w których wolno nam komentować aktualne zachowanie innych ludzi, a jeszcze mniej tych, w których jesteśmy do tego *zachęcani*. Czujemy się wówczas wyzwoleni, nawet upojeni - dlatego właśnie tak pociągające było doświadczenie grup spotkaniowych. Jednocześnie wszakże ważymy się na ryzyko, nie jesteśmy bowiem przyzwyczajeni do dawania i otrzymywania informacji zwrotnych.

Terapeuci muszą się nauczyć formułować swoje komentarze tak, by pacjenci odbierali je jako wynikające z troski i potrafili je zaakceptować. Przypomnijcie sobie przytoczoną w ostatniej poradzie informację zwrotną na temat mojego zdumienia: mówiąc do pacjentki, unikałem słowa „nudna”. To nie jest produktywne słowo; jest odbierane jak zarzut i może (lub powinno) wywołać wypowiedziane albo niewypowiedziane odczucia w rodzaju „Nie płacę ci za to, żeby cię zabawiać”.

Znacznie lepiej użyć słów takich, jak „zdystansowany”, „odcięty” czy „bez kontaktu” - dają wyraz twojej chęci zbliżenia się, nawiązania kontaktu, większego zaangażowania, a naszym klientom trudno wówczas czuć urazę. Innymi słowy: mów o tym, co ty czujesz, a nie o tym, co pacjent robi.

ROZDZIAŁ 22

Wszystko jest wodą na młyn „tu i teraz”

Wszystko, co się wydarza tu i teraz, jest wodą na terapeutyczny młyn. Czasami najlepiej zaoferować komentarz natychmiast; kiedy indziej - po prostu zapamiętać wydarzenie i wrócić do niego później. Jeśli, na przykład, pacjent szlocha w wielkim bólu, warto odłożyć dociekanie na temat „tu i teraz” na inny moment, kiedy można będzie wygłosić taką mniej więcej uwagę: „Tom, chciałbym wrócić do ubiegłego tygodnia. Wydarzyło się coś niezwykłego: odważyłeś się dużo bardziej otwarcie okazać mi swoje uczucia i po raz pierwszy przy mnie tak płakałeś. Powiedz mi, jak się wtedy czułeś? Jak to jest tak zrezygnować tu z obrony? Pozwolić mi zobaczyć twoje lzy?”.

Pamiętaj, pacjenci nie płaczą i nie okazują swoich uczuć w próżni - czynią to *w twojej obecności*, a właśnie badanie „tu i teraz” pozwala człowiekowi uchwycić pełny sens wyrażania uczuć.

Albo wyobraźmy sobie pacjenta, który podczas sesji był bardzo poruszony, a na koniec - coś dla niego niezwykłego - prosi, żebyś go przytulił. Jeśli czuję, że jestem gotów to zrobić, przytulam pacjenta, ale nigdy nie zapominam w pewnym momencie - zazwyczaj na następnej sesji - wrócić do tej prośby i przytulenia. Pamiętajmy, że skuteczna terapia składa się *”i następujących po sobie na przemian sekwencji wywoływania i doświadczania uczuć i ich analizy i integracji*. To, jak długo się czeka z zainicjowaniem analizy, zależy od doświadczenia klinicznego. Często, gdy uczucie jest silne i głębokie - „ól, żal, gniew, miłość - lepiej poczekać, aż trochę osłabnie”¹ zmniejszy się tendencja obronna. (Patrz rozdział 40 „Infor-Wacja zwrotna: kuj żelazo, póki zimne”.)

Jane była pełną złości, do głębi zniechęconą kobietą, która po kilku miesiącach zaufała mi na tyle, by ujawnić rozmiary swojej rozpacz. Wielokrotnie czułem się tak poruszony, że szukałem sposobu zaoferowania jej jakiegoś ukojenia - zawsze bez powodzenia. Za każdym razem mi się dostawało. Jane była jednak tak krucha i tak przewrażliwiona na wszystko, co postrzegala jako krytykę, że czekałem wiele tygodni, zanim się zdecydowałem podzielić z nią tym spostrzeżeniem.

Wszystko - a zwłaszcza przeżycia związane z silnymi emocjami - jest wodą na młyn. Podczas terapii często dzieje się coś

nieoczekiwane: bywa, że terapeuci otrzymują od pacjentów pełne złości e-maile albo telefony, nie potrafią dać ukojenia, którego żąda pacjent, są uznawani za wszytkowiedzących, ich zdanie nigdy nie bywa kwestionowane albo zawsze jest podważane, mogą się spóźnić, popełnić błąd wystawiając rachunek, a nawet zapisać dwóch pacjentów na tę samą godzinę. Chociaż niektóre z tego rodzaju doświadczeń wprawiają mnie w zakłopotanie, jestem zarazem pewien, że jeśli odpowiednio się do nich odniosę, mogę je obrócić na korzyść naszej terapeutycznej pracy.

ROZDZIAŁ 23

Podczas każdej sesji sprawdzaj, „o się dzieje tu i teraz

Podczas każdej sesji, nawet jeśli była produktywna i bezproblemowa, staram się porozmawiać o „tu i teraz”. Pod koniec zawsze mówię: „Popatrzmy przez chwilę, jak nam dzisiaj idzie” lub „Jakieś uczucia w związku z naszą dzisiejszą pracą?” czy „Może zanim skończymy, przyjrzyjmy się, co się dzieje między nami”. Albo, jeśli widzę trudności, mogę powiedzieć coś w rodzaju: „Zanim skończymy, przyjrzyjmy się, jak wygląda dziś nasza relacja. Mówiłeś, że czasami czujesz się bardzo daleko ode mnie, a kiedy indziej - bardzo blisko. A jak jest dzisiaj? Jaki jest dziś dystans między nami?”. Zależnie od odpowiedzi mogę się potem zająć barierami w naszej relacji bądź związanymi ze mną, niewypowiedzianymi uczuciami. Zaczynam stosować ten *wzorzec* już podczas pierwszej godziny, zanim zbudujemy jakąkolwiek wspólną historię naszej relacji. W rzeczywistości jest właśnie szczególnie ważne, by zacząć ustalać normy już podczas pierwszych sesji. Na pierwszym spotkaniu zawsze dbam o to, by zapytać, jak pacjent do mnie trafił. Jeśli skierował go mój kolega lub przyjaciel, chcę wiedzieć, co mu o mnie powiedział, jakie pacjent miał oczekiwania i jak jego doświadczenie do tych oczekiwań pasuje - nawet jeśli ma to być doświadczenie tylko tej jednej sesji. Zazwyczaj mówię coś takiego: „Pierwsza sesja to jakby dwustronny wywiad. To ja głównie zadaję panu pytania, ale Pan też ma możliwość mnie ocenić i wyobrazić sobie, jak będzie wyglądała praca ze mną”. To naprawdę ma sens i pacjent zazwyczaj przytakuje. A wtedy ja zawsze mówię: „No to ^{zo}obaczmy, do czego pan na razie doszedł”. Wielu pacjentów przychodzi do mnie po lekturze którejś z moich książek, do „tu i teraz” naszego spotkania należy więc pytanie: „Co takiego w tej książce skłoniło cię do przyścia do mnie? Jak rzeczywistość naszego spotkania pasuje do tych oczekiwań? Jakies zastrzeżenia do terapeuty, który zarazem jest pisarzem? O co chcesz mnie w związku z tym zapytać?”. Od czasu, gdy wiele lat temu opisałem historie moich pacjentów w *Kacie miłości*¹⁸, brałem pod uwagę, że moi nowi pacjenci mogą się obawiać, iż zostaną opisani. Dlatego zapewniałem ich o zasadzie tajemnicy zawodowej oraz o tym, że nigdy nie pisałem o nikim bez jego zgody i zawsze dbałem, by starannie ukryć tożsamość opisywanych osób. Z czasem wszakże przekonałem się, że pacjenci martwią się czymś zupełnie innym: ogólnie rzecz biorąc, mniej ich martwi to, że mogą zostać opisani, a bardziej - że nie będą dostatecznie interesujący, bym ich wybrał do książki.

ROZDZIAŁ 24

Jakich kłamstw mi dotychczas naopowiadałeś?

Podczas terapii pacjenci często opowiadają, jak w życiu kłamali - jak ukrywali lub zniekształcali jakieś informacje o sobie. Dla mnie, wyczulonego na „tu i teraz”, to doskonała okazja, by ich spytać, jakich kłamstw naopowiadali podczas terapii. Zawsze coś zostało ukryte, jakaś informacja -zatajona, bo się wstydzieli albo chcieli, bym o nich w jakiś określony sposób myślał. Omówienie takich zatajeń niemal zawsze prowadzi do owocnej dyskusji, staje się pretekstem do przyjrzenia się historii związku terapeutycznego oraz okazją do ponownego przepracowania i dostrojenia nie tylko tego związku, lecz również innych ważnych wątków, które już wcześniej wyłoniły się w terapii. Ogólnie rzecz biorąc, moja strategia zachowania czujności polega po prostu na uważnym obserwowaniu materiału wyłaniającego się podczas sesji pod kątem implikacji tu i teraz oraz, ilekroć to możliwe, korzystaniu z okazji, by przejść do badania związku terapeutycznego.

ROZDZIAŁ 25

Biały ekran? Zapomnij o tym! Bądź rzeczywisty

Pierwszym modelem idealnej relacji między terapeutą a pacjentem był, dziś już dawno przestarzały, „biały ekran”. W modelu tym terapeuta miał pozostawać neutralny i mniej lub bardziej anonimowy w nadziei, że pacjent będzie na ten biały ekran projektował w przeniesieniu swoje najważniejsze wzorce reakcji. Kiedy już przeniesienie (żywy przejaw wcześniejszych relacji z rodzicami) stanie się dostępne badaniu analitycznemu, terapeuta będzie mógł wierniej zrekonstruować wczesne lata życia pacjenta. Taka projekcja byłaby bardzo utrudniona, gdyby terapeuta jawił się pacjentowi jako realna osoba (tak w każdym razie wówczas uważano).

Zapomnij o białym ekranie! Nie jest to już - ani nigdy nie był - dobry model skutecznej terapii. Pomysł, by aktualne zaburzenia wykorzystać do odtworzenia przeszłości, należał do starej, dziś już zaniechanej wizji terapeuty jako archeologa, cierpliwie zdrapującego nalot dziesięcioleci, by zrozumieć (a tym samym, w jakiś tajemniczy sposób, odczynić) pierwotną traumę. Modelem znacznie lepszym jest *rozumienie przeszłości, by właściwie ocenić aktualną relację między terapeutą a pacjentem*. Żadna jednak z tych opcji nie jest warta poświęcenia autentycznego spotkania dwojga ludzi, do jakiego może dojść podczas psychoterapii.

Czy sam Freud działał zgodnie z modelem białego ekranu? Często - a być może na ogół - nie. Wiemy to z lektury jego własnych opisów terapii (patrz np. *Studia nad histeria*) lub z tego, jak pacjenci opisywali swoją analizę u Freuda.

Weźmy, na przykład, częstowanie pacjenta cygarem dla uczczenia jakiejś szczególnie ciekawej interpretacji. Albo to, jak powstrzymuje pacjentów przed pośpiesznym przejściem do innych tematów, by wraz z nim upajali się świetnością szczególnie wnikliwego wglądu. Psychiatra Roy Grinker opowiadał mi o swojej analizie u Freuda. Otóż zawsze towarzyszył im pies analityka. Pewnego razu, w środku sesji, pies podszedł do drzwi. Freud wstał i go wypuścił. Parę minut później pies zaczął drapać drzwi, by wejść z powrotem. Freud wstał, otworzył drzwi i powiedział: „Widzi pan, nie mógł dłużej ścier-pieć całego tego barachła pańskiego oporu. Teraz wraca, by jeszcze raz dać panu szansę”.

W przypadkach opisanych w *Studiach nad histeria* Freud osobiście i śmiało wkraczał w życie pacjentów. Mocno coś sugerował, interweniował w ich sprawach w rodzinach, uczestniczył w spotkaniach towarzyskich, by zobaczyć swoich pacjentów w innych sytuacjach, zalecał odwiedzenie cmentarza i medytację nad grobem zmarłego brata czy siostry. Wczesny model białego ekranu zyskał wzmocnienie z całkiem nieoczekiwanego źródła w latach pięćdziesiątych XX wieku, kiedy to skonstruowany przez Carla Rogersa model terapii niedyrektywnej zalecał terapeutom, by dawali jak najmniej instrukcji i często ograniczali interwencje do powtarzania, jak echo, ostatniego zdania wypowiedzianego przez pacjenta. Gdy Rogers dojrzał jako terapeuta, całkowicie porzucił tę niezaangażowaną postawę, wraz z jej techniką „ostatniej linijki”, na rzecz znacznie bardziej humanistycznego stylu interakcji. Mimo to dowcipy, parodie i nieporozumienia dotyczące podejścia niedyrektywnego ściagały go do końca życia.

Zwłaszcza podczas terapii grupowej jest oczywiste, iż do

terapeuty należy demonstrowanie zachowania, które członkowie grupy mogliby traktować jak modelowe dla siebie. To samo, choć może mniej wyraźnie, odnosi się do terapii indywidualnej. Literatura dotycząca efektów psychoterapii dostarcza wielu argumentów na rzecz tezy, że otwartość terapeuty skłania do otwartości pacjentów.

Od dawna fascynuje mnie przejrzystość terapeuty i wielokrotnie eksperymentowałem z odsłanianiem się. Możliwe, że moje zainteresowanie wyrasta z własnych doświadczeń w terapii grupowej, w której od terapeuty szczególnie się wymaga przejrzystości. Terapeuci grupowi mają wyjątkowo złożone zadanie, muszą bowiem zwracać uwagę nie tylko na indywidualne potrzeby każdego członka grupy, lecz również na stworzenie i podtrzymywanie dającego schronienie systemu społecznego - małej grupy. Muszą więc zadbać o rozwój norm, zwłaszcza normy otwartości - warunku udanego doświadczenia w małej grupie. A najlepszą metodą tworzenia norm zachowania jest osobiste modelowanie.

Wiele moich eksperymentów z odsłanianiem się terapeuty zrodziło się w efekcie prowadzonych przez studentów obserwacji grup terapeutycznych. Psychoterapeutyczne programy szkoleniowe rzadko oferują możliwość obserwowania sesji terapii indywidualnej - terapeuci strzegą prywatności i intymności, tak nierozzerwalnie związanych z tym procesem. Niemal każdy natomiast program pracy z grupą dostarcza możliwości obserwowania terapii grupowej - czy to przez lustro weneckie, czy na wideo. Terapeuci grupowi muszą, rzecz jasna, uzyskać przyzwolenie na taką obserwację, a uczestnicy grupy zazwyczaj, choć niezbyt chętnie, takie przyzwolenie dają. Zwykle żywią do obserwatorów urazę i mówią, że się czują jak „króliki doświadczalne”. Zastanawiają się, wobec kogo przede wszystkim ma zobowiązania terapeuta - wobec grupy czy wobec studentów - i są szalenie ciekawi, o czym obserwatorzy (i prowadzący) rozmawiają po zakończeniu sesji.

By wyeliminować wady obserwowania grupy, zaproponowałem zamianę miejsc: po spotkaniu grupowym uczestnicy przeszli do drugiego pomieszczenia, skąd przez lustro weneckie obserwowali, jak studenci w ich dawnej sali omawiają ze mną przebieg sesji. Na kolejnym spotkaniu grupy uczestnicy dali wyraz tak silnym reakcjom na to, co zobaczyli i usłyszeli tydzień wcześniej, iż natychmiast zmieniłem schemat i zaprosiłem ich do pokoju konferencyjnego, by bezpośrednio obserwowali dyskusję i mogli reagować na uwagi studentów. Nie upłynęło wiele czasu, a członkowie grupy zaczęli udzielać studentom informacji zwrotnych nie tylko na temat treści ich spostrzeżeń, lecz również na temat procesu - że, na przykład, odnoszą się do prowadzącego (czyli do mnie) z przesadną uniżonością i że są ostrożniejsi, sztywniejsi i bardziej skryci niż grupa terapeutyczna.

Ten sam model wykorzystałem w codziennych sesjach grupowych na oddziale dla pacjentów ciężko zaburzonych. W tym przypadku podzieliłem spotkanie na trzy części: (1) godzinne spotkanie z pacjentami; (2) 10 minut „akwarium” (prowadzący i obserwatorzy siadają w wewnętrznym kręgu i omawiają grupę, a członkowie grupy ich obserwują) i (3) ostatnie 10 minut na reakcje uczestników z zewnętrznego kręgu. Sądząc z relacji członków grupy, te ostatnie 10 minut było najbardziej satysfakcjonującą częścią spotkania.

Inną formułą na przejrzystość terapeuty jest rutynowe pisanie szczegółowych, impresyjnych podsumowań ambulatoryjnych spotkań grupowych i rozsyłanie ich do uczestników przed kolejną sesją. Ta technika ma swoje źródła w latach siedemdziesiątych, kiedy zacząłem prowadzić grupy alkoholików²⁰. W tych czasach dynamiczna terapia grupowa dla pacjentów uzależnionych od alkoholu miała złą opinię i większość konsultantów była zdania, iż grupowe leczenie alkoholików lepiej zostawić w rękach AA. Postanowiłem spróbować jeszcze raz, tym razem jednak zastosowałem intensywne podejście „tu i teraz” i, zamiast się koncentrować na uzależnieniu od alkoholu, podkreślałem problemy interpersonalne, które popychały do picia. (Wszyscy członkowie grupy mieli jednocześnie uczestniczyć w AA lub innych programach służących kontrolowaniu picia).

Koncentracja na „tu i teraz” ożywiła grupę. Spotkania były intensywne i pełne energii. Niestety, za intensywne! Budziły zbyt silny niepokój w uczestnikach, którzy - jak wielu alkoholików - mieli spore trudności z radzeniem sobie z lękiem w jakikolwiek inny sposób niż za pomocą *acting outów*. Szybko zaczęli marzyć o drinku po spotkaniu i zapowiadać: „Jeśli jeszcze raz będę musiał przesiadzić takie spotkanie, po drodze do domu wpadnę do baru”.

Wydawało się wszakże, iż spotkania „tu i teraz” trafiają w sedno i dotykają problemów bardzo istotnych dla każdego z

uczestników, szukałem więc jakiegoś sposobu zmniejszenia wywoływanego przez nie zagrożenia i niepokoju. Zastosowałem kilka technik.

Po pierwsze, wypisanie na tablicy planu na „tu i teraz” każdego spotkania, zawierającego pozycje w rodzaju: Umożliwić Johnowi i Mary dalsze badanie różnic między nimi, ale tak, by było to mniej zagrażające i mniej bolesne. Pomóc Paulowi w poproszeniu o czas dla siebie.

Po drugie, używaliśmy zapisów wideo wybranych części spotkań.

Po trzecie, po każdym spotkaniu dyktowałem sekretarce i wysyłałem uczestnikom cotygodniowe streszczenie, w którym nie tylko opisywałem przebieg każdej sesji, lecz także ujawniałem swoje przeżycia. Pisałem o swoich uczuciach w grupie - dezorientacji, zadowoleniu z wkładu, jaki wносиłem, rozgoryczeniu z powodu własnych błędów, spraw, które przeoczyłem lub uczestników, których - jak mi się zdawało - pominąłem.

Spśród wszystkich tych metod streszczenia były zdecydowanie najskuteczniejsze i odtąd zacząłem regularnie, we wszystkich moich cotygodniowych grupach, przed każdym kolejnym spotkaniem wysyłać uczestnikom szczegółowe streszczenie poprzedniego. (Jeśli miałem koterapeutę, dzieliliśmy się tym zadaniem). Streszczenie ma wiele rozmaitych zalet - na przykład wzmacnia ciągłość pracy, ponownie wciągając grupę w tematy z poprzedniego spotkania - tutaj jednak wspominam o nim jako o znakomitym sposobie odsłaniania przeżyć terapeutę.

„Terapia wielokrotna” to jeszcze jedna forma uczenia zawodu oparta na otwartości terapeuty. Posługiwałem się nią kilka lat. W tym modelu dwóch nauczycieli i pięciu studentów (odbywających staż psychiatryczny) przez sześć sesji przeprowadza rozmowy z tym samym pacjentem. Zamiast jednak koncentrować się wyłącznie na pacjencie, dbaliśmy o to, by badać nasz własny proces grupowy, włącznie ze sprawami takimi, jak stosowany przez studentów styl zadawania pytań, relacje między studentami i między studentami a prowadzącymi, poziom rywalizacji albo empatii w grupie. Dziś, rzecz jasna, ze względu na kryzys ekonomiczny w służbie zdrowia, terapia wielokrotna nie ma przyszłości, jako narzędzie dydaktyczne ukazała jednak, że otwartość terapeuty modeluje zachowanie pacjentów, zachęca ich do otwartości, przyspiesza proces terapii, zaś gotowość terapeuty do osobistego zaangażowania dowodzi jego szacunku dla procesu, w którym wszyscy razem uczestniczą.

Przypomnijcie sobie eksperyment, podczas którego wymienialiśmy z pacjentką o imieniu Ginny impresyjne streszczenia każdej sesji. To było również ambitne ćwiczenie z przejrzystości terapeuty. Pacjentka tak mnie idealizowała, wynosiła na taki piedestał, że nie mogło dojść do prawdziwego spotkania między nami. Dlatego w swoich notatkach celowo próbowałem ujawnić swoje, jakże ludzkie, uczucia i do-

świadczenia: moje frustracje, irytacje, bezsenność i próżność. Ćwiczenie to, zastosowane na początku mojego rozwoju zawodowego, przyspieszyło terapię, a mnie dało znacznie więcej swobody w późniejszej pracy terapeutycznej²¹.

Od dawna mnie intryguje eksperyment w dziedzinie przejrzystości terapeuty, na który powążył się niegdyś Sandor Ferenczi (1873-1933), Węgier, należący do wąskiego kręgu psychoanalityków skupionych wokół Freuda i, być może, powiernik najbliższy mu zawodowo i osobiście. Sam Freud, którego bardziej pociągały spekulatywne zagadnienia związane z zastosowaniem psychoanalizy do zrozumienia kultury, zasadniczo dość pesymistycznie odnosił się do terapii i z rzadka „majstrował” przy metodach w celu doskonalenia techniki terapeutycznej. Spśród wszystkich analityków z tego kręgu to właśnie Sandor Ferenczi niestrudzenie i śmiało poszukiwał technicznych innowacji.

Nigdy nie zaryzykował bardziej niż w opisanym w *Clinical diaries* radykalnym eksperymencie z roku 1932, kiedy to posunął otwartość terapeuty do najdalszych granic, angażując się w „analizę wzajemną”: on i jedna z jego pacjentek (psychoterapeutka, którą od jakiegoś czasu analizował) na przemian się wzajemnie analizowali²².

Ostatecznie Ferenczi zniechęcił się i wycofał z eksperymentu z dwóch ważnych powodów: (1) *zasady dyskrecji* - prawdziwe zaangażowanie w swobodne skojarzenia wymagałoby dzielenia się wszelkimi nasuwającymi się myślami na temat innych pacjentów oraz (2) *honorarium*: kto powinien płacić komu?

Pacjentka nie podzielała obaw Ferenczego. Uważała, że opisana procedura przyspiesza terapię, a Ferenczi nie chce kontynuować eksperymentu, ponieważ boi się przyznać, że się w niej zakochał. Ferenczi był zupełnie przeciwnego zdania. „Nie, nie, nie” - powtarzał; prawdziwym powodem jest to, że nie chce wyrazić swojej nienawiści do niej.

Negatywna reakcja Ferenczego na własne próby odsłonięcia swoich uczuć podczas terapii wydaje się pozbawiona racji i wysoce staroświecka. W swojej powieści *Lying on the couch*²³ próbuję ponownie przeprowadzić jego eksperyment we współczesnej terapii. Bohater, psychiatra, postanawia być absolutnie przejrzysty dla pacjenta, który, w tej opartej na fikcji opowieści, jest zdeklarowanym obłudnikiem. W tej powieści chodzi mi przede wszystkim o stwierdzenie, iż autentyczność terapeuty okazuje się zbawienna nawet w najbardziej niesprzyjających okolicznościach - to znaczy w klinicznym spotkaniu z knującą intrygi pseudopacjentem.

ROZDZIAŁ 26

Trzy sposoby, na jakie terapeuta może się odsłonić

Brak przejrzystości i ukrywanie siebie przed pacjentem nie przynosi dobrych efektów. Wszystkie racje przemawiają za tym, by się wobec pacjenta ujawnić; żadna za tym, by siebie ukrywać. Mimo to, ilekroć zaczynam o tym rozmawiać z terapeutami, zauważam znaczne skrepowanie, które po części wypływa z nieprecyzyjności terminu *odsłaniać się*. Gdy mówię o odsłanianiu się, nie mam na myśli pojedynczego, konkretnego aktu czy „odsłony”, lecz zbiór zachowań, z których pewne zawsze sprzyjają terapii, inne zaś są problematyczne i potencjalnie szkodliwe. Nieco jasności w tę kwestię

wprowadzi wyodrębnienie trzech obszarów: (1) odsłaniania mechanizmu terapii; (2) odsłaniania uczuć doświadczanych tu i teraz orSz (3) odsłaniania faktów z osobistego życia. Zbadajmy je po kolei.

ROZDZIAŁ 27

Mechanizm terapii - bądź przejrzysty

Wielki inkwizytor z *Braci Karamazow* Dostojewskiego twierdził, że ludzie zawsze chcieli „cudu, tajemnicy i autorytetu”²⁴. Uzdrowiciele zawsze o tym wiedzieli i okrywali swoje uzdrawiające praktyki mgłą tajemnicy. Szkolenie i praktyki szamanów były owiane atmosferą tajemniczości, a zachodni lekarze przez wieki używali ekwipunku, który miał wywoływać podziw i maksymalizować efekt placebo: białych fartuchów, ścian usianych dyplomami prestiżowych uczelni oraz recept pisanych po łacinie.

W niniejszym tekście proponuję dokładnie odwrotne spojrzenie na proces leczenia. Dla ustanowienia autentycznej relacji z pacjentem trzeba, z natury rzeczy, odmówić sobie przyjemności korzystania z potęgi triumwiratu cudu, tajemnicy i autorytetu. Psychoterapia sama przez się jest dostatecznie krzepka i tylko zyskuje na pełnym odsłonięciu procesu i racjonalnym uzasadnieniu sposobu leczenia. Z licznych i przekonujących badań nad psychoterapią wynika, że psychoterapeuta powinien starannie przygotowywać nowych pacjentów, udzielając im wszelkich niezbędnych informacji o psychoterapii - jej podstawowych założeniach, uzasadnieniach oraz o tym, co każdy klient może zrobić, by zmaksymalizować postępy.

Pacjenci są już dostatecznie obciążeni pierwotnym nie-
P°kojem, który ich przywiódł do gabinetu terapeuty, i nie
m^a sensu wrzucać ich na głębokie wody procesu, który może

'owodować niepokój wtórny - skutek wystawienia na dwu-
znaczłą sytuację społeczną bez wskazówek dotyczących odpowiedniego zachowania i sposobu uczestniczenia. Dlatego mądrze jest systematycznie przygotowywać pacjentów do procesu psychoterapii.

Przygotowanie nowych pacjentów jest szczególnie skuteczne w przypadku terapii grupowej, interakcyjna sytuacja grupowa bowiem jest z samej swej natury obca i przerażająca. Nowi członkowie grupy, zwłaszcza ci, którzy dotychczas nie mieli doświadczeń grupowych, często się boją mocy małej grupy - nacisku grupowego, stopnia intymności, całej tej intensywności. W terapii grupowej zapewnienie struktury obniżającej niepokój oraz klaryfikacją procedur są czymś absolutnie niezbywalnym.

Bardzo ważne jest także przygotowanie do terapii indywidualnej. Chociaż większość ludzi doświadczyła w swoim życiu intensywnych związków, jest wysoce nieprawdopodobne, by kiedykolwiek wcześniej znaleźli się w relacji, w której mieliby w pełni zaufać drugiemu człowiekowi, wszystko przed nim ujawnić, niczego nie ukrywać, badać wszelkie niuanse tego, co do niego czują, a przy tym wszystkim zyskiwać pozbawioną ocen akceptację. Podczas pierwszej rozmowy omawiam ważne zasady, mówię o dyskrekcji, konieczności pełnego odsłaniania się, znaczeniu snów, potrzebie cierpliwości. Koncentracja na tym, co się dzieje tu i teraz może się pacjentowi wydawać czymś niezwykłym, uzasadniam więc jej sens. Do nowego pacjenta opisującego trudności w relacjach (prawie każdy pacjent ma trudności w relacjach) mogę, na przykład, powiedzieć:

„Jasne, że jednym z obszarów, którymi będziemy musieli się zająć, są twoje relacje z innymi ludźmi. Trudno mi dokładnie poznać naturę trudności, jakich doświadczasz w związkach, bo przecież te inne osoby z twojego życia oglądam jedynie twoimi oczyma. Czasami, wbrew twoim najlepszym chęciom, twój opis może być stronniczy, a ja stwierdziłem, że najbardziej pomocny jestem wówczas, gdy się koncentruję na tej jedynej relacji, o której mam dokładne informacje - relacji między nami. Dlatego będę cię często prosił, żebyś sprawdził, co się między nami dzieje”.

Krótko mówiąc, zachęcam do pełnej otwartości w sferze mechanizmów terapii.

ROZDZIAŁ 28

Ujawnianie uczuć tu i teraz - decyduj sam

By wejść w autentyczną relację z pacjentem, trzeba koniecznie *pokazać mu, co się do niego czuje w jego obecności*. Jednakże odsłanianie się tu i teraz nie powinno być bezkrytyczne; przejrzystość nie powinna być celem samym w sobie. Wszystkie komentarze muszą przejść jeden najważniejszy sprawdzian: czy moja otwartość rzeczywiście najlepiej służy pacjentowi? W tym tekście wciąż od nowa będę podkreślał, że twoje własne uczucia są najwartościowszym źródłem danych. Jeśli podczas sesji czujesz, że pacjent jest zdystansowany, onieśmielony, flirtuje z tobą, zachowuje się pogardliwie, boi się, jest wyzywający, dziecinny albo robi jedną z tych niezliczonych rzeczy, które jeden człowiek może robić z innym -to są to dane, wartościowe dane, a ty musisz szukać sposobu zamienienia ich w pożyteczne informacje terapeutyczne, tak jak to pokazywałem na własnym przykładzie, gdy mówiłem pacjentce, że się czuję odcięty, albo blisko niej i bardziej zaangażowany, albo że mnie irytują powtarzane wciąż przeprosiny za przesunięcie pudełka z chusteczkami.

Ilustracja kliniczna. Pewien pacjent miał zwyczaj opisywania wydarzeń, które nastęrczały mu problemów, rzadko jednak mówił mi, co się działo później. Często czułem się odcięty, a zarazem zaciekawiony. Zastanawiałem się, na przykład, jak się skończyło poproszenie szefa o podwyżkę? J^{3*} przyjaciel zareagował na odmowę pożyczki? Czy pacjent zrealizował swój plan i zaprosił na randkę współlokatorkę swojej byłej dziewczyny? Moja ciekawość miała w sobie coś z chęci podglądania - lubię wiedzieć, jak się kończą historie. Czułem jednak, że moje reakcje zawierają również ważną ini⁰

mację o pacjencie. Czy nigdy się nie postawił na moim miejscu? Czy nie przychodzi mu do głowy, że mogę być ciekaw jego życia? Może myśli, że nie jest dla mnie ważny? Może myśli

O mnie jak o maszynie pozbawionej własnych zainteresowań

1 pragnień?

W końcu omówiłem z nim wszystkie te uczucia (i domysły), na co pacjent odpowiedział, że woli, żebym nie był realną osobą, gdyż inaczej mógłby odkryć moje wady i stracić do mnie zaufanie.

Ilustracja kliniczna. Ten pacjent we wszystkich swoich kontaktach osobistych i zawodowych doświadczał dojmującego poczucia, że nie ma prawa być tam, gdzie jest, i bardzo się wstydził. W „tu i teraz” naszych sesji terapeutycznych jego dryfujące poczucie winy często wpływało, gdy ganił sam siebie za nieautentyczne zachowanie w naszej relacji. Nienawidził tego, jak próbuje mi zaimponować swoją mądrością i inteligencją. Uwielbiał, na przykład, języki i chociaż angielski był jego drugim językiem, upajał się jego niuansami i wyznał mi, że przed sesjami często wertuje słownik w poszukiwaniu ezoterycznych słów, których mógłby użyć w naszej rozmowie. Byłem przerażony jego samoobwinianiem się. Przez krótką chwilę mogłem doświadczyć siły jego poczucia winy i samokrytycyzmu, bez wątpienia bowiem byłem współsprawcą: jego gry słowne zawsze sprawiały mi wielką przyjemność i na pewno go do nich zachęcałem. Podzieliłem się z nim tym odkryciem i zastosowałem wobec nas obu tę samą kurację. „Ale ja w to nie wchodzę - powiedziałem. - W końcu, cóż to za zbrodnia? 'obrze nam się razem pracuje, więc co w tym złego, że nas bawi wspólna gra intelektualna?”.

Utalentowany terapeuta (Peter Lomas) opisał następującą interakcję z pacjentem, który w typowy dla siebie spo-

•"ozpoczął sesję w tonacji wycofania i beznadziejności, "wiadając o swoim osamotnieniu.

TERAPEUTA: Nie wydaje ci się, że ja też mogę się czuć samotny? Siedzę tu z tobą w tym pokoju, a ty się wycofujesz. Nie widzisz, że tego nie chcę-, że chcę cię lepiej poznać?

PACJENT: Nie, jak to? Nie wierzę. Jesteś samowystarczalny. Ty mnie nie chcesz.

TERAPEUTA: Dlaczego myślisz, że jestem samowystarczalny? Dlaczego miałbym być inny niż ty? Tak samo jak ty potrzebuję ludzi. I potrzebuję, żebyś przestał się ode mnie odsuwać.

PACJENT: Nie wyobrażam sobie, co mógłbym ci dać. Czuję się niczym. Nigdy nic w życiu nie robię.

TERAPEUTA: Ale przecież ludzi nie lubi się za ich osiągnięcia, lecz za to, kim są. Z tobą jest inaczej?

PACJENT: Nie, ze mną też tak jest.

TERAPEUTA: Więc dlaczego nie wierzysz, że inni mogą cię lubić za to, kim jesteś?²⁵

Ta wymiana zdań radykalnie - pisze terapeuta - zmniejszyła przepaść między nim a pacjentem. Pacjent zakończył sesję słowami: „Życie jest ciężkie”, tym razem jednak nie w tonacji: „O, ja biedny!”, lecz w sensie: „Życie jest ciężkie dla nas obu, prawda? Dla ciebie, dla mnie i dla wszystkich innych”.

ROZDZIAŁ 29

Ujawnianie faktów z osobistego życia terapeuty - - bądź ostrożny

Odsłanianie się w dwóch pierwszych obszarach - mechanizmów terapii i „tu i teraz” (odpowiednio sformułowa-_{ne}) _ wydaje się proste i bezproblemowe. Wokół trzeciego typu wszakże - osobistego życia terapeuty - toczą się zażarte spory.

Jestem pewien, że na skali otwartości terapeutów zająłbym bardzo wysokie miejsce, a przecież nigdy nie miałem wrażenia, iż ujawniłem zbyt wiele. Przeciwnie, ilekroć dzieliłem się z pacjentem czymś osobistym, terapia na tym zyskiwała.

Wiele lat temu zmarła moja matka. Polecałem do Waszyngtonu na pogrzeb i żeby spędzić jakiś czas z moją siostrą.

Prowadziłem w tym czasie grupę ambulatoryjną. Mój koterapeuta, młody psychiatra odbywający staż, nie był pewien, jak postąpić, i po prostu poinformował grupę, że będę nieobecny z powodu śmierci w rodzinie. Sesje grupowe filmowano na wideo w celach badawczych i szkoleniowych, po powrocie więc, tydzień później, obejrzałem zapis spotkania - produktywniej, pełnej energii sesji.

Co robić na następnym spotkaniu? Nie miałem wątpliwości, że ukrywanie śmierci mojej matki przyniosłoby grupie szkodę, postanowiłem zatem być całkowicie otwarty i dać grupie wszystko, czego zażąda. Zgodnie z jednym z aksjomatów, jeśli grupa aktywnie unika jakiejś ważnej sprawy, żadną inną sprawą nie można się skutecznie zająć.

Rozpocząłem spotkanie od informacji o śmierci mojej matki, a potem odpowiedziałem na wszystkie związane z tym Pytania.

Niektórzy chcieli poznać szczegóły śmierci i pogrzebu, inni pytali, jak sobie radzę, jeszcze inni chcieli wiedzieć, jakie były moje relacje z matką i siostrą. Odpowiadałem na wszystko bardzo szczerze; opowiedziałem, na przykład, o moich napiętych stosunkach z matką i o tym, jak postanowiłem zamieszkać w Kalifornii częściowo po to, by odizolować się od matki tymi trzema tysiącami mil. Pod wieloma względami - mówiłem - była żoną, ale na starość złagodniała i w ciągu kilku ostatnich lat bardzo się do siebie zbliżyliśmy, a ja stałem się oddanym synem. W końcu grupa spytała, czy mogą coś dla mnie zrobić. „Nie wydaje mi się - odrzekłem - ponieważ przez kilka ostatnich dni bez przerwy rozmawiałem na ten temat z przyjaciółmi i rodziną”. W końcu stwierdziłem, że mam teraz energię do skutecznej pracy z grupą, na co wszyscy wrócili do swoich spraw i odbyliśmy niezwykle produktywną sesję.

Później przez całe lata wykorzystywałem zapis wideo tej sesji podczas zajęć na temat procesu grupowego. Jestem pewien, że moja otwartość usunęła przeszkodę, która mogła zablokować pracę grupy, a ponadto moje modelujące ujawnienie własnych spraw miało wyzwalający wpływ na innych. Podobne zdarzenie opisałem w „Siedmiu zaawansowanych lekcjach z terapii żalu” (*Mama i sens życia*). Tuż przed spotkaniem z pacjentką w żałobie otrzymałem telefon z informacją o śmierci mojego szwagra. Ponieważ pacjentka przeżywała kryzys (z powodu śmierci męża i ojca), a ja miałem jeszcze czas przed odjazdem na lotnisko, zdecydowałem, że odbędę jednak tę sesję. Zacząłem od tego, że poinformowałem pacjentkę, co się stało, i powiedziałem, że mimo wszystko postanowiłem się z nią spotkać.

Wpadła w furję: jakim prawem - oburzyła się - próbuję porównywać swój żal do jej żalu!? I chce też zauważyć, że jeśli ona może spotykać swoich pacjentów w sali operacyjnej (była chirurgiem), to ja na pewno, do cholery, mogę się spotkać z nią. To wydarzenie okazało się bardzo istotne dla terapii; moje zwierzenie pozwoliło jej ujawnić swą wściekłość po utracie bliskich osób, co z kolei otwarło bardzo płodny okres w naszej wspólnej pracy.

Dawno temu jeden z moich kolegów pracował z pacjentką, której dziecko zmarło na raka. Długotrwała terapia była pomocna, nie zakończyła się jednak pełnym sukcesem. Mój kolega, który również, 20 lat wcześniej, stracił małe dziecko, postanowił nie dzielić się tą informacją z pacjentką. Wiele lat później pacjentka ponownie się z nim skontaktowała i powróciła do terapii. Terapeuta, którego nadal dręczyły wspomnienia o jego własnej stracie i który spędził całe lata, pisząc artykuł o śmierci swojego dziecka, postanowił pokazać pacjentce to, co dotychczas napisał. Ta otwartość - dla owego terapeuty coś zupełnie nowego - szalenie przyspieszyła postępy w terapii.

Jeśli pacjenci chcą wiedzieć, czy jestem żonaty, czy mam dzieci, czy mi się podobał jakiś film, czy przeczytałem pewną książkę albo czy się czuję niezręcznie, gdy się spotykamy w sytuacji towarzyskiej - zawsze odpowiadam wprost.

Dlaczego by nie? Co za problem? Nie można przecież naprawdę spotkać się z innym człowiekiem, a zarazem pozostać tak nieprzejrzystym, prawda?

Wróćmy po raz ostatni do pacjenta, który skrytykował mnie za to, że opisując drogę do mojego gabinetu, użyłem jako punktu orientacyjnego dobrej restauracji, zamiast wspomnieć o sąsiadującym z nią barze szybkiej obsługi. Zdecydowałem się na szczerą odpowiedź: „Cóż, Bob, masz rację! Zamiast mówić: »Skręć w prawo przy Fresca«, mogłem powiedzieć: »Skręć w prawo przy budce z taco«. A dlaczego zrobiłem akurat tak, jak zrobiłem? Na pewno dlatego, że sam sobie bardziej się kojarzę z wytworniejszą restauracją. Czułbym się niezręcznie, mówiąc: »Skręć przy budce z taco«".

No i czym ryzykowałem? Uznawałem przecież jedynie to, co on i tak już o mnie wiedział. A dopiero kiedy mieliśmy już z głowy moje przyznanie się do winy, mogliśmy przejść do sprawy ważniejszej i zająć się jego pragnieniem, by wprawić mnie w zakłopotanie.

Odsłanianie się terapeuty zatem w żadnej mierze nie zastępuje badania procesu, w którym pacjent zaczyna zadawać osobiste pytania. Rób jedno i drugie. Niektórzy terapeuci dbają o to, by odpowiadać na pytania mniej więcej tak: „Z przyjemnością ci odpowiem, najpierw jednak chciałbym wiedzieć jak najwięcej o samym pytaniu". Sam czasem też tak postępuję, rzadko jednak dostrzegam jakąś szczególną korzyść z obstawania przy tym albo innym porządku („najpierw ty, a potem ja ci odpowiem"). Jeśli pacjent jest nowy, często postanawiam po prostu zamodelować otwartość i zachować wydarzenie w pamięci, by wrócić do niego później.

Jeśli pytanie zadał ci pacjent, który zwykle tego nie czyni, potraktuj je jak wodę na terapeutyczny młyn i nie zapomnij do niego powrócić. Należy starannie rozważyć moment. Często się zdarza, że terapeuta czeka, aż interakcja dobiegnie końca, może nawet czekać do następnej sesji, by wygłosić uwagę w rodzaju: „Wydaje mi się, że w ubiegłym tygodniu zdarzyło się coś niezwykłego: zadała mi pani kilka osobistych pytań. Możemy do tego wrócić? Co ta wymiana pytań i odpowiedzi dla pani znaczyła? Co sprawiło, że mogła pani inaczej się do mnie odnieść? Co pani czuła w związku z moją odpowiedzią?".

ROZDZIAŁ 30

Ujawnianie faktów z twojego życia osobistego • zastrzeżenia

Terapeuci dlatego między innymi tak bardzo się boją ujawniania spraw osobistych, iż sądzą, że pytaniom nie będzie końca; że kiedy już się otworzy te drzwi, pacjent będzie żądał coraz więcej i więcej, aż w końcu wydrze terapeutę jego najgłębsze i najwstydlwsze sekrety. To obawa nieuzasadniona. Z mojego doświadczenia wynika, że większość pacjentów przyjmuje, co im oferuję, nie naciska na więcej ani na krępującą otwartość, a potem przechodzi do spraw terapeutycznych - jak to uczyniła grupa, która się dowiedziała o śmierci mojej matki.

Istnieją wszakże pewne zastrzeżenia. Pamiętaj, że terapeuta jest zobowiązany do dyskrecji, ale pacjenci - nie. Nie sposób też żądać dyskrecji od pacjenta, który może w przyszłości szukać pomocy u innego terapeuty i musi mieć całkowitą swobodę wyboru spraw, które zechce z nim omówić. Jeśli stanowczo nie chcesz, by jakaś informacja przedostała się do wiadomości publicznej, *nie dziel się nią podczas terapii*. Wielu terapeutów zachowuje jeszcze większą ostrożność i bardzo uważa, by nie dzielić się żadnymi sprawami osobistymi, które, wyjęte z kontekstu, mogą zostać niewłaściwie odebrane i z tego powodu - żenujące.

Nie pozwól wszakże, by tego rodzaju ostrożność ograniczała twoją pracę i byś się stał nadmiernie ostrożny i tak obronny, że utracisz skuteczność. Pacjent zawsze może nas przedstawić kolejnemu terapeutę w jakiś wypaczony sposób - nic na to nie poradzimy. Pamiętaj o tym, gdy następnym razem jakiś pacjent będzie opisywał oburzające zachowanie poprzedniego terapeuty. Nie wnioskuj z tego automatycznie, że twój poprzednik był głupi, czy postępował naganie. Lepiej słuchać, być empatycznym i czekać. Bardzo często, gdy pacjent opisze w końcu kontekst sytuacyjny, działania tamtego terapeuty ukazują się w zupełnie innym świetle.

Pewnego razu do kolegi po fachu i bliskiego przyjaciela skierowałem żonę mojego pacjenta. Mija kilka miesięcy, a ów pacjent prosi mnie o jakiegoś innego terapeutę dla żony, ponieważ obecny zachowuje się niewłaściwie: uporczywie wacha żonę mojego pacjenta i komentuje jej zapach. Wachać pacjentów? Brzmiało to tak dziwnie, że zacząłem się martwić o przyjaciela i możliwie najdelikatniej zapytałem go o to wydarzenie. Istotnie - odrzekł - w przypadku tej pacjentki pojawił się pewien problem z zapachem: miała zwyczaj używać perfum, co prawda przyjemnych, ale zlewała się nimi tak

obficie, że czasami inni pacjenci się skarżyli i nalegali, by ich przyjmował innego dnia lub w innym gabinecie! Bywa, że dla ratowania terapii trzeba dokonać trudnego wyboru. Pewien kolega opowiadał mi, jak to kiedyś jedna z jego długoterminowych pacjentek przysłała na sesję bardzo wzburzona, dowiedziała się bowiem od swojej przyjaciółki, że tamta miała z nim romans. Jak powinien zareagować terapeuta? Mój kolega, człowiek bardzo uczciwy, chwycił byka za rogi i powiedział pacjentce, że istotnie, ponad 20 lat temu miał z tamtą kobietą „romans konferencyjny” i że od tego czasu nie utrzymują ze sobą żadnych kontaktów. Jego otwartość wywarła na pacjentkę znaczny wpływ i ożywiła dalszą terapię. Zagłębili się razem w ważne, dotychczas nieomawiane kwestie, takie jak jej nienawiść do innych jego pacjentek, które postrzegała jako konkurentki do jego uwagi, oraz to, że przez całe życie uważała siebie za kobietę niewybraną, niekobietą i nieatrakcyjną.

Inny przykład: superwizowany przeze mnie terapeuta, gej, który jednak nie ujawniał powszechnie swojego homoseksualizmu, zgłosił dokuczliwy problem wynikły w pierwszym miesiącu terapii. Otóż jeden z jego homoseksualnych pacjentów zobaczył go na siłowni, do której uczęszczali głównie geje - i później, podczas sesji, zapytał go wprost o jego orientację seksualną. Mój uczeń poczuł się bardzo niezręcznie i uniknął pytania, koncentrując się na tym, co sprawiło, że pacjent je zadał. Pacjent - nic dziwnego - odwołał następną sesję i nigdy już nie powrócił na terapię. Nie sprzyja terapii, gdy terapeuta ma sekret, którego istnienia nie może ukryć. Doświadczeni terapeuci homoseksualiści, których znam, otwarcie mówią o swojej orientacji seksualnej z pacjentami gejami, a jeśli ma to znacznie dla terapii, są również gotowi do otwartości wobec klientów heteroseksualnych.

ROZDZIAŁ 31

Przejrzystość terapeuty i powszechność problemów

W terapii grupowej bardzo ważnym czynnikiem leczącym jest poczucie podobieństwa do innych. Pacjent zazwyczaj rozpoczyna terapię z poczuciem, że jest osamotniony w swej niedoli: tylko on jeden ma obrzydliwe, zakazane, objęte tabu, sadystyczne, samolubne i perwersyjne myśli i fantazje. Gdy inni uczestnicy grupy zwierają się z podobnych myśli, ktoś taki odczuwa wielką ulgę, jakby wreszcie został przyjęty do rasy ludzkiej.

Podczas terapii indywidualnej nasi pacjenci ujawniają wiele uczuć, które my, terapeuci, również znamy z własnego doświadczenia, a w terapii jest miejsce i czas, by się nimi podzielić. Jeśli, na przykład, pacjentka ma poczucie winy, ponieważ ilekroć odwiedza swoich podstarzałych rodziców, już po kilku godzinach ogarnia ją zniecierpliwienie - mogę wyznać, że ja sam w analogicznej sytuacji mam dość po mniej więcej trzech godzinach. Albo, jeśli pacjent jest zniechęcony tym, że po 20 godzinach terapii nie czuje się lepiej, nie waham się określić tego czasu jako „kropki w morzu” w porównaniu z setkami godzin, które ja sam spędziłem na rozmaitych terapiach. A kiedy pacjenci są oszołomieni siłą przeniesienia, opowiadam o podobnych uczuciach, jakich sam doświadczałem.

ROZDZIAŁ 32

Pacjenci nie przyjmą twoich zwierzeń

Kiedy pisałem, że zwierzenia terapeuty nie zastrzegają apetytów pacjentów i nie powodują eskalacji żądań w tej sferze, to w istocie popełniłem pewne niedomówienie. Bardzo często ma miejsce coś wręcz przeciwnego: pacjenci jasno okazują, że nie chcą sobie dowiadywać się więcej o osobistym życiu terapeuty.

Ci, którzy pragną cudu, tajemnicy i autorytetu, wcale nie chcą zaglądać pod szaty terapeuty. Znacznie im wygodniej z myślą, że oto mają przed sobą postać mądrą i wszystkowiedzącą, która im pomoże. Nieraz słyszałem od pacjentów, że jestem Czarnoksiężnikiem z Krainy Oz - tak bardzo pragnęli błogiego przekonania, że terapeuta zna drogę do domu, wyraźną, pewną drogę, która uwolni ich od bólu. Za żadną cenę nie chcieli zaglądać za zasłonę, by ujrzeć zagubionego i zdezorientowanego czarodzieja-oszusta. Jeden z pacjentów, który nie mógł się zdecydować, czy mnie „uczarodzieić”, czy uczłowieczyć, opisał swój dylemat w wierszu zatytułowanym „Dorota się poddaje”:

*Mój samolot się rozbił na równinie Kansas
Obudziłem się na słowa prawdy czarno-białe.
Filcowe kapcie, plastry życia
gładko przycięte wzdłuż
słojów*

*I pusty kryształ. Próbowałem. Lecz w neonowe noce
Szukałem szmaragdów w zielonym szkłe,
Czarowników w strachach
na wróble, zobaczyłem, Jak barwny koń mija mnie w galopie -
l się postarzałem - dla mnie zbyt szybko biegł.
Wściekle wichry, z którymi leciałem, odarły*

*Mnie do naga. Teraz, na kolanach, postanowiłem
Zostawić czarownicy jej miotłę, zaciągnąć z powrotem
zasłonę,*

*Nie widzieć człowieka ukrytego za głosem
Podążającym zawsze magiczną drogą,
Która mnie prowadzi do miejsca
jedyne - do domu.*

Pacjenci chcą, by terapeuta był wszystkowiedzący, by można mu było bezgranicznie zaufać i by był niezniszczalny. Niektóre z moich pacjentek, Spotkawszy w życiu wielu mężczyzn niegodnych zaufania, boją się, że i ja (jak wszyscy mężczyźni) jestem słaby. Inne się obawiają, że skończę jako pacjent. Pewna moja pacjentka, której terapię szczegółowo opisałem w *Mama i sens życia*, unikała patrzenia na mnie czy zadawania mi jakichkolwiek osobistych pytań, nawet gdy, na przykład, po operacji kolana pojawiłem się na sesji o kulach. Gdy ją o to spytałem, wyjaśniła:

- Nie chcę żadnych opowieści o twoim życiu.

- Opowieści? - spytałem. - Co masz na myśli?

- Chcę cię trzymać poza czasem. Opowieść ma początek, środek i koniec - zwłaszcza koniec.

Przeżyła już śmierć kilku ważnych dla niej mężczyzn - męża, brata, ojca, syna chrzestnego - i przerażała ją perspektywa kolejnej straty. Żeby mi pomóc - odparłem - musimy się spotkać jak dwoje ludzi; potrzebowałem, by traktowała mnie jak rzeczywistą osobę, i dopingowałem ją do zadawania mi pytań o moje życie i zdrowie. Po tej sesji dokuczała jej natrętna myśl: *następny pogrzeb, na który pójdę, będzie pogrzebem Irva.*

ROZDZIAŁ 33

Unikaj pozornego wyleczenia

Co to jest pozorne wyleczenie? W początkach psychoanalizy terminu tego używano do określenia objawowej poprawy związanej z pozytywnym przeniesieniem: pacjent doświadcza naglej, radykalnej poprawy, którą zawdzięcza magii emanującej ze złudnego obrazu mocy terapeuty, jaki sobie wytworzył.

Czterdziestopięcioletnia, samotna, żyjąca w izolacji kobieta często opuszczała mój gabinet tryskając dobrym samopoczuciem, które utrzymywało się przez jeden dzień po każdej sesji. Na początku mogłem się tylko cieszyć z ulgi, jakiej doznała po miesiącach czarnej rozpacz. I tak samo się cieszyłem, słuchając jej entuzjastycznych komentarzy na mój temat: o licznych wglądach, których dzięki mnie doświadczyła, o mojej fantastycznej zdolności przewidywania. Kiedy jednak opowiedziała mi, jak to między sesjami okrywa się mną jak magiczną peleryną ochronną, jak nabiera odwagi i się uspokaja tylko dzięki temu, że usłyszy mój głos w automatycznej sekretarce, zaczęło mi być coraz niewygodniej w roli szamana.

Dlaczego? Po pierwsze, wiedziałem, że ignorując fakt, iż J^c poprawa jest zbudowana na lodzie, zachęcam ją do regresji a ponadto zdawałem sobie sprawę, że gdy tylko zniknę ^z J^c życia, wyparuje również jej dobre samopoczucie. Było ^{mi} też niezręcznie z nierzeczywistą i nieautentyczną naturą laszej relacji. Im mniej miała objawów, tym szersza i głębsza stawała się przepaść między nami.

W końcu postawiłem sprawę otwarcie i wyjaśniłem, że

^{le} z tego, czego doświadcza w naszym związku, jest jej wła-

^{ny} m wytworem - to znaczy ja nic o tym nie wiem i nie podzie-

lam jej doświadczenia. Powiedziałem jej wszystko: że w rzeczywistości nie otaczam jej ramion jak magiczna peleryna, że nie dzieliłem z nią większości objawień, jakich doświadczyła podczas naszych sesji, że co prawda przyjemnie mi, gdy słyszę, jaki jestem dla niej ważny, lecz zarazem czuję, iż jest w tym jakieś oszustwo. A cała ta magiczna pomoc, jaką ode mnie otrzymała? Cóż, to nie ja, lecz ona była magikiem, to ona sama sobie pomogła.

Powiedziała mi później, że moje uwagi zbiły ją z tropu, odebrała je jako mocne i okrutne. Tak się już jednak zmieniła dzięki terapii, że teraz mogła przyjąć, iż to ona sama - nie ja i moja moc - jest sprawczynią swojej poprawy. A ponadto zrozumiała w końcu, że mówiąc to, co mówię, nie odrzucam jej, lecz odwrotnie - zapraszam do relacji bliższej i uczciwszej.

Czasami się zdarza, że musimy dostarczyć „cudu, tajemnicy i autorytetu” - w chwilach wielkiego kryzysu albo gdy celem nadrzędnym jest zachęcenie pacjenta do terapii. Jeśli się już jednak decydujemy na flirt z rolą czarodzieja - niech to będzie flirt krótki, a potem pomóżmy pacjentowi szybko przejść do autentyczniejszej relacji terapeutycznej.

Pacjentka, która na początku terapii mnie idealizowała, miała pewnej nocy dwa sny. W pierwszym nadeszło tornado, a ja prowadziłem ją i inne osoby w górę schodami przeciwpożarowymi, które kończyły się ślepo na ceglanej ścianie. W drugim oboje zdawaliśmy egzamin i żadne z nas nie znało odpowiedzi. Uczeszyły mnie te sny, informowały bowiem pacjentkę o moich ograniczeniach, o moim człowieczeństwie, o tym, że muszę się zmagać z tymi samymi podstawowymi problemami co ona.

ROZDZIAŁ 34

O prowadzeniu pacjentów dalej, niż sam zdołałeś zająć

Często, gdy spotykam pacjenta, który się boryka z takimi samymi problemami neurotycznymi, jakie mnie ściagały przez całe życie, zastanawiam się, czy potrafię go poprowadzić dalej, niż sam zaszedłem.

W tej sprawie istnieją dwa przeciwstawne punkty widzenia: zgodnie ze starszym, dzisiaj mniej widocznym, tradycyjnym ujęciem analitycznym jedynie terapeuta, który przeszedł własną gruntowną psychoanalizę, może towarzyszyć pacjentowi aż do pełnego rozwiązania jego neurotycznych problemów; białe plamy klinicystów, którzy nie rozwiązywali wszystkich swoich problemów neurotycznych, ograniczają ich możliwości pomagania.

Jeden z aforyzmów Nietzscheańskich wyraża stanowisko przeciwstawne: „Niejeden nie potrafi sam siebie wybawić z okowów, a jednak jest wybawcą dla przyjaciela”²⁶. Warto tu też przytoczyć pochodzące od Karen Horney (i niewątpliwie zaczerpnięte od Nietzschego) pojęcie tendencji samoak-tualizacyjnej: jeśli terapeuta usunie przeszkody, pacjenci w naturalny sposób dojrzeją i urzeczywistnią swój potencjał, a czasami mogą osiągnąć poziom integracji wyższy od poziomu terapeuty, który im pomagał. Pogląd ten znacznie lepiej współgra z moim terapeutycznym doświadczeniem. Istotnie, nieraz miewałem pacjentów, którzy tak się zmienili i byli tak odważni, że mogłem tylko z podziwem się w nich

wpatrywać.

Sporo analogicznych danych znajdujemy w świecie literatury. Niektórzy z najwybitniejszych filozofów zajmujących się problemami istnienia przeżywali szczególne męki. Weźmy choćby Nietzschego i Schopenhauera (skrajnie odizolowane, udręczone bólem dusze), Sartre'a (uzależnionego od alkoholu i narkotyków, wykorzystującego innych ludzi i niewrażliwego) czy Heideggera (który tak głęboko pisał o autentyczności, a popierał nazistów i zdradzał kolegów, włącznie ze swoim nauczycielem Husserlem).

To samo można powiedzieć o licznych wczesnych psychologach, którzy tak wielu ludziom przynieśli tyle pożytku: Jung - bynajmniej nie wzór umiejętności interpersonalnych - wykorzystywał seksualnie pacjentki, a podobnie postępowało wielu analityków skupionych wokół Freuda, na przykład Ernest Jones, Otto Rank i Sandor Ferenczi. Wspomnijmy też ogromną liczbę sporów, jakże charakterystycznych dla wszystkich wielkich instytutów psychoanalitycznych, których członkowie, tak świetnie pomagający innym, jednocześnie wykazują taką niedojrzałość, prawią sobie wzajem tyle złośliwości i okazują taki brak szacunku, że schizma schiz-mę goni, a stare instytuty pączkują wciąż nowymi, często z nimi skłóconymi.

ROZDZIAŁ 35

O tym, jak pacjent może ci pomóc

W sztuce pod tytułem *Emergency* psychoanalityk Helmut Kaiser opowiada o żonie, która przychodzi do psychoterapeuty i błaga go, by pomógł jej mężowi - psychiatrze, pogrążonemu w głębokiej depresji i bliskiemu samobójstwa. Terapeuta odpowiada, że oczywiście, z przyjemnością pomoże, niech tylko jej mąż umówi się na wizytę. Na tym jednak polega problem - mówi kobieta: mąż zaprzecza swojej depresji i odrzuca wszelkie sugestie dotyczące poszukiwania pomocy. Terapeuta jest skonsternowany; nie potrafi sobie wyobrazić, jak mógłby pomóc komuś, kto nie chce się do niego o pomoc zwrócić²⁷.

Kobieta jednak ma plan. Namawia psychoterapeutę, by przeprowadził konsultację, udając, że sam jest pacjentem, i stopniowo, podczas kolejnych spotkań, znalazł sposób, by pomóc jej mężowi.

Opowieść ta, wspólnie z paroma innymi, a także moim doświadczeniem klinicznym, zasilila fabułę mej powieści *When Nietzsche wept*, w której Friedrich Nietzsche i Josef Breuer są na zmianę, kolejno (i potajemnie) dla siebie terapeutą i pacjentem²⁸.

Nie ma nic nadzwyczajnego w tym, że terapeuta otrzymuje pomoc od swoich pacjentów - jestem tego pewien. Jung często mawiał, że „zraniony uzdrowiciel” jest skuteczniejszy. Twierdził nawet, iż terapia działa najlepiej, gdy pacjent dostarcza doskonałego balsamu na rany terapeuty, i że jeśli te-

rapeuta się nie zmienia, nie zmienia się również pacjent. Zranieni uzdrowiciele może dlatego są skuteczni, że łatwiej im o empatię dla zranionego pacjenta; może głębiej i bardziej osobiście uczestniczą w procesie leczenia.

Wiem, że niezliczoną ilość razy rozpoczynałem sesję terapeutyczną zaniepokojony, a kończyłem w znacznie lepszej kondycji, choć nic nie mówiłem na temat mojego stanu wewnętrznego. Sądzę, że pomoc nadchodziła w wielu formach. Czasami był to po prostu efekt skuteczności mojej pracy - sam czułem się lepiej, gdy moje umiejętności i znajomość rzeczy pomagały komuś innemu. Czasami poprawa samopoczucia wynikała z tego, że zostałem niejako wyciągnięty z własnego wnętrza i wszedłem w kontakt z innym człowiekiem. Bliska interakcja jest zawsze zbawienna.

Ze zjawiskiem tym stykałem się zwłaszcza podczas pracy z grupą. Wielokrotnie rozpoczynałem sesje terapii grupowej zmartwiony jakąś sprawą osobistą, a kończyłem - czując znaczną ulgę. Intymna, uzdrawiająca atmosfera terapii grupowej jest czymś niemal namacalnym i kiedy wejdzie się w tę aurę, zazwyczaj zdarza się coś dobrego. Scott Rutan, wybitny terapeuta grupowy, porównał kiedyś terapię grupową do mostu budowanego podczas bitwy. W trakcie budowy mogą się zdarzyć ofiary (tzn. wypadnięcia z grupy), kiedy jednak most jest już gotowy, wielu ludzi może po nim przejść na lepsze miejsce.

Praca uzdrowiciela ma swój produkt uboczny - chwile, gdy uzdrowiciel ukradkiem czerpie z dóbr terapii. Czasami dzieje się to jawnie i jest oczywiste. To prawda, pacjent nie przyszedł, by leczyć terapeuta, niekiedy jednak terapeucie tak ciężą własne zmartwienia, że trudno mu to ukryć. Najczęściej, być może, dotyczy to żałoby, i często się zdarza, że pacjent próbuje podnieść na duchu terapeuta w żałobie, tak jak to było w przypadku opisanej przeze mnie reakcji grupy na śmierć mojej matki. Pamiętam też, że w tym okresie wszyscy moi indywidualni pacjenci wyciągali do mnie po ludzku rękę - i nie tylko po to, żeby wprawić mnie w nastrój, w którym będę mógł skuteczniej prowadzić ich terapię.

Kat miłości otrzymał jedną negatywną recenzję w *The New York Times Book Review* i później, w ciągu tygodnia, jedną bardzo pozytywną w codziennym wydaniu *New York Timesa*. Kilku moich pacjentów zostawiło dla mnie wiadomość lub rozpoczynało najbliższą sesję, pytając, czy widziałem tę pozytywną, i wyrażając współczucie z powodu negatywnej. Innym razem, po szczególnie złośliwym wywiadzie w jednym z dzienników, pewien pacjent przypomniał mi, że jutro gazeta ta posłuży do pakowania ryb.

Harry Stuck Sullivan, znaczący amerykański psychiatra teoretyk, jest między innymi znany z tego, że opisał psychoterapię jako dyskusję na tematy osobiste między dwojgiem ludzi, z których jeden boi się bardziej niż drugi²⁹. I jeśli akurat zdarza się tak, że to terapeuta boi się bardziej niż pacjent, *terapeuta* się staje pacjentem, a pacjent - terapeutą. Ponadto poczucie własnej wartości pacjenta rośnie gwałtownie, gdy uda mu się pomóc terapeucie. Kilka razy miałem okazję służyć pomocą ważnym postaciom z mojego życia. Raz zdołałem pocieszyć jednego z moich nauczycieli, pogrążonego w rozpacz, a potem poproszono mnie, bym pomógł jego synowi. Kiedy indziej udzielałem często rad i pocieszałem byłego terapeuta, wówczas już starego, spotykałem się z nim podczas jego długiej choroby i miałem przywilej towarzyszenia mu w chwili śmierci. Doświadczenia te nie tylko ukazały mi kruchość ludzi starszych ode mnie, lecz również wzbogaciły mnie i dodały mi sił.

Zachęcaj pacjenta do odsłaniania siebie

Odsłanianie siebie to bezwzględnie zasadniczy element psychoterapii. Pacjent, który nie odsłoni swojego wnętrza, nie odniesie korzyści z psychoterapii. To jedno z tych automatycznie zachodzących zdarzeń, które zauważamy dopiero, gdy ich brak. Cokolwiek czynimy w psychoterapii - tworzymy bezpieczne środowisko, ustalamy relacje oparte na zaufaniu, badamy fantazje i marzenia - wszystko służy zachęceniu do ujawniania siebie.

Gdy pacjent skacze na głęboką wodę, otwiera nowe możliwości i ujawnia coś nowego, coś, o czym szczególnie trudno mu rozmawiać - co może go wprawić w zakłopotanie, zawstydzić lub obciążyć - dbam, by się zająć tylko *treścią, co procesem* naszej rozmowy. (Pamiętajmy, że *proces* się odnosi do natury relacji między uczestnikami interakcji). Innymi słowy, w jakimś momencie, często po gruntownym przedyskutowaniu treści, przenoszę uwagę na sam akt odsłonięcia się. Najpierw odnoszę się do tego bardzo delikatnie i mówię, co czuję w związku z tym, że pacjent był gotów mi zaufać. Później przechodzę do pytania, dlaczego właśnie teraz zdecydował się tym ze mną podzielić.

By rzecz wyjaśnić, przeciwstawiam odsłanianie się „wertykalne” - „horyzontalnemu”. *Odsłanianie się wertykalne* odnosi się do pogłębiania treści. Jeśli zwierzenie dotyczy, powiedzmy, stymulacji seksualnej związanej z przebieraniem się za osobę odmiennej płci, terapeuta może zachęcać do odsłaniania się wertykalnego, pytając o historię rozwoju obyczaju przebierania się albo o konkretne szczegóły i okoliczności tego rytuału - na przykład co pacjent na siebie nakłada, jakimi fantazjami się posługuje, czy robi to sam czy wspólnie z kimś, i tak dalej.

Odsłanianie się horyzontalne zaś dotyczy samego aktu zwierzenia. By je ułatwić, zadajemy pytania w rodzaju: „Co sprawiło, że mógł pan dziś ze mną o tym porozmawiać? Jak trudno było panu to zrobić? Czy chciał się pan tym podzielić już wcześniej? Co pana powstrzymywało? Wyobrażam sobie, że ponieważ jest nas tutaj tylko dwóch, musi to mieć coś wspólnego z tym, jakiej reakcji się pan spodziewał. [Pacjent zazwyczaj się zgadza z tą oczywistą prawdą]. Jak pan sądził, jak zareaguję? A jaką reakcję pan dzisiaj zobaczył? Czy w związku z moją reakcją chciałby mnie pan o coś zapytać?”.

Podczas terapii grupowej proces odsłaniania się wymaga szczególnej uwagi ze względu na różnice między uczestnikami. Grupa potrafi całkiem zgodnie uszeregować uczestników wedle kryterium przejrzystości. Z czasem zaczyna się niecierpliwie na najbardziej wycofanych, a niechęć do odsłaniania się staje się ważnym tematem.

Gdy ktoś długo zwleka z odsłonięciem się, członkowie grupy często reagują zniecierpliwieniem: „To *teraz* nam mówisz o romansie, który masz od trzech lat? - mówią z wyrzutem. - A przez całe sześć miesięcy wpuszczałeś nas w maliny?! Zobacz, ile czasu straciliśmy, bo przez wszystkie te spotkania zakładaliśmy, że twoje małżeństwo się rozpada wyłącznie dlatego, że twoja żona jest chłodna i się tobą nie interesuje!”. Proces ten wymaga interwencji ze strony terapeuty, pacjent bowiem nie powinien być karany za odsłonięcie się, choćby nie wiem jak spóźnione. To samo dotyczy terapii indywidualnej. Ilekroć masz ochotę powiedzieć: „Cholera jasna, tyle godzin straconych, dlaczego nie powiedziała mi pani wcześniej?!”, ugryź się w język i skoncentruj na tym, że pacjentka w końcu ci zaufała i postanowiła ujawnić dany fakt.

Informacje zwrotne w psychoterapii

Diagram Johari - szacowny model osobowości, służący do uczenia liderów i członków grup tego, co dotyczy otwartości i informacji zwrotnych, może się również bardzo przydać w terapii indywidualnej. Jego nazwa jest połączeniem imion dwóch ludzi, którzy pierwsi go opisali - Joego Lufta i Har-ry'ego Ingrama³⁰. Zwróćcie uwagę na cztery pola: Ja publiczne, ślepe, sekretne, nieświadome.

	NIEZNANE SOBIE	
ZNANE SOBIE	1. Ja publiczne	2. Ja ślepe
NIEZNANE INNYM	3. Ja sekretne	4. Ja nieświadome

Pole 1 (*znane sobie i innym*) to Ja publiczne. Pole 2 (*nieznane sobie i znane innym*) to Ja ślepe. Pole 3 (*znane sobie i nieznane innym*) to Ja sekretne. Pole 4 (*nieznane sobie i innym*) to Ja nieświadome.

U każdego człowieka poszczególne pola mają inne rozmiary: niektóre komórki są wielkie u jednych, a zmniejszone - u innych. Podczas terapii próbujemy zmienić te proporcje. Staramy się, by pole „publiczne” urosło kosztem pozostałych trzech, a „sekretne” się skurczyło, w miarę jak pacjent, w procesie odsłaniania się, dzieli się bardziej sobą - najpierw tylko z terapeutą, a potem, zgodnie ze zdrowym rozsądkiem, z innymi powołanymi do tego osobami w jego życiu. I, rzecz jasna, mamy nadzieję zmniejszyć „Ja nieświadome”, pomagając pacjentowi badać i oswajając głębsze poziomy samego siebie. Jednakże nasze działania - zarówno w terapii indywidualnej, jak i grupowej - nakierowane są przede wszystkim na *Ja ślepe*. Celem terapii jest rozwój realistycznego widzenia siebie i świata i sprawienie, by ludzie widzieli samych siebie tak, jak ich widzą inni. To pod wpływem informacji zwrotnych *pole Ja ślepego* znacznie się zmniejsza.

Podczas terapii grupowej większości informacji zwrotnych udzielają sobie wzajemnie uczestnicy grupy. Na każdej sesji wchodzi w wiele interakcji, dostarczając w ten sposób sporej liczby danych na temat własnych wzorców interpersonalnych. We właściwie prowadzonej grupie uczestnicy otrzymują od innych uczestników wiele informacji o tym, jak są postrzegani. Jednakże informacje zwrotne to narzędzie bardzo delikatne i uczestnicy szybko się uczą, że najskuteczniejsze są wówczas, gdy:

1. Wypływają z obserwacji „tu i teraz”.

2. Następują możliwie jak najszybciej po zdarzeniu, które je wywołało.
3. Koncentrują się na konkretnych spostrzeżeniach i uczuciach tego, który informacji udziela, a nie na domysłach lub interpretacjach dotyczących odbiorcy informacji.
4. Odbiorca sprawdza, jak postrzegają go inni członkowie grupy, by otrzymać potwierdzenie i lepiej zrozumieć przekaz. W dwuosobowym systemie terapii indywidualnej informacji zwrotnych jest mniej i są mniej zróżnicowane, nadal jednak stanowią znaczącą część procesu terapeutycznego. To właśnie dzięki nim pacjenci się uczą lepiej obserwować własne zachowania i doceniać ich wpływ na uczucia innych ludzi.

ROZDZIAŁ 38

Informacji zwrotnej udzielaj skutecznie i delikatnie

Jeśli masz jakieś wyraźne wrażenia, które się zdają istotne dla zasadniczych kwestii, z jakimi się boryka twój pacjent, musisz wypracować sposoby przekazania tych obserwacji tak, by mógł je przyjąć.

Przekonałem się, że pewne rzeczy warto zrobić na początku terapii. Po pierwsze, zawieram sojusz z pacjentem i proszę o pozwolenie przekazywania mu moich obserwacji tu i teraz. Następnie wyjaśniam, iż obserwacje te są w istotny sposób związane z powodami, dla których pacjent podjął terapię. Mogę, na przykład, podczas jednego z pierwszych spotkań powiedzieć:

„Sądzę, że badając na bieżąco naszą relację, pomogę ci zrozumieć, co szwankuje w twoich związkach z ludźmi. To prawda, nasza relacja to nie to samo, co przyjaźń, ale ma z przyjaźnią wiele wspólnego, zwłaszcza że nasze rozmowy będą miały bardzo intymny charakter. Jeśli dostrzegę coś, co rzuci światło na to, co się dzieje między tobą a innymi ludźmi, chciałbym ci o tym powiedzieć. W porządku?”

Pacjent praktycznie nie może odrzucić tego rodzaju oferty, a gdy kontrakt jest już przypieczętowany, śmielej udzielam informacji zwrotnej i w mniejszym stopniu czuję się wtedy intruzem. Ogólnie rzecz biorąc, umowa tego rodzaju wydaje mi się dobrym pomysłem i mogę się do niej odwołać, gdy moja informacja się pacjentowi nie spodoba.

Przyjrzyjmy się, dla przykładu, trzem pacjentom: Tedowi, który miesiącami mówi cichutko i unika mojego wzroku. Bobowi, kompetentnemu dyrektorowi generalnemu dysponującemu dużą władzą, który na każdą sesję przychodzi ze spisanim planem, w trakcie spotkania robi notatki i prosi mnie o powtarzanie wielu moich wypowiedzi, by nie opuścić ani słowa. I Samowi, który kluczy i nieustannie snuje długie, nie-związane z tematem i zbędne opowieści.

Każdy z nich mówił o znacznych trudnościach w budowaniu związków i w przypadku każdego z nich jego zachowanie tu i teraz było najwyraźniej z tymi trudnościami związane. Musiałem więc znaleźć właściwy sposób podzielenia się swymi wrażeniami.

„Ted, zauważyłem, że nigdy nie patrzysz mi w oczy. Nie wiem, oczywiście, *dłaczego* unikasz mojego wzroku, ale zdaję sobie sprawę, że z tego powodu rozmawiam z tobą bardzo delikatnie, jakbyś był niezwykle kruchy, a to wrażenie kruchości z kolei skłania mnie, bym bardzo ostrożnie dobierał wszystkie słowa. Jestem przekonany, że ta ostrożność przeszkadza mi być z tobą spontanicznym i czuć się blisko. Czy to, co mówię, cię zaskakuje? Może już to kiedyś słyszałeś?”

„Bob, chciałbym się z tobą czymś podzielić. To, że robisz notatki i że na każdą sesję przynosisz plan, oznacza dla mnie, że ciężko pracujesz, by jak najlepiej wykorzystać ten czas. Doceniam twoje zaangażowanie i to, jak się przygotowujesz, ale jednocześnie te twoje działania wywierają na mnie bardzo wyraźny wpływ. Jestem świadom, że atmosfera naszych spotkań jest bardzo biznesowa i mało osobista, a ponadto często czuję się tak uważnie obserwowany i oceniany, że moja spontaniczność zostaje zduszona. Stwierdzam, że jestem z tobą ostrożniejszy, niż chciałbym być. Czy to możliwe, że podobny wpływ wywierasz na innych?”

„Sam, chcę ci przerwać. Snujesz długą historię i *zaczynam* się gubić - nie wiem już, jak to, co teraz mówisz, wiąże się z naszą pracą. Twoje opowieści są często bardzo ciekawe. Jesteś dobrym gawędziarzem i bardzo łatwo mi się zaśłuchać, ale jednocześnie twoje opowiadania działają jak bariera między nami. Trzymają mnie na dystans i uniemożliwiają bliskie spotkanie z tobą. Czy zdarzyło się, że coś podobnego słyszałeś od innych?”

Zwróćcie uwagę na słowa, których używam. W każdej wypowiedzi trzymam się zachowań, jakie zaobserwowałem, oraz tego, jak zachowania te na mnie wpływają. Staram się nie zgadywać, co pacjent próbuje zrobić - nie mówię, na przykład, że nie patrząc na mnie, próbuje mnie unikać, albo że stara się mnie kontrolować za pomocą spisanych planów lub zabawki długimi opowieściami. Koncentrując się na własnych uczuciach, znacznie zmniejszam prawdopodobieństwo, że pacjent zareaguje obronnie - w końcu są to *moje* uczucia i nie sposób ich podważyć. Za każdym razem mniej lub bardziej wprost przemycam informację, że chcę się do pacjenta zbliżyć i lepiej go poznać i że opisywane zachowanie oddala mnie od niego i może również oddalać innych.

ROZDZIAŁ 39

Zwiększaj gotowość do przyjęcia informacji zwrotnych, zwracając się do „części”

Pare innych sugestii w sprawie informacji zwrotnych: Unikaj wypowiedzi ogólnikowych; koncentruj się na konkretach i mów bardzo jasno. Jeśli pacjent cię pyta ogólnie, czy go lubisz, nie odpowiadaj po prostu twierdząco, lecz zwiększ użyteczność odpowiedzi, przeformułując pytanie tak, by omówić te cechy pacjenta, które cię do niego przyciągają i te, które cię odpychają.

Odwołanie się do „części” często osłabia postawę obronną. Rozważmy pacjenta, który prawie zawsze się spóźnia z płaceniem rachunku. Ilekroć o tym rozmawiamy, jest bardzo zażenowany i nieudolnie się usprawiedliwia. Stwierdziłem, że mogę wówczas powiedzieć mniej więcej coś takiego:

„Rozumiem, Dave, że mogą istnieć jakieś rzeczywiste przyczyny, dla których nie płacisz rachunku punktualnie. Zdaję sobie sprawę, że ciężko pracujesz podczas terapii, że mnie cenisz i uważasz, iż nasza praca ma sens. Jednocześnie wydaje mi się, że jakaś niewielka część ciebie stawia opór i ma jakieś silne uczucia związane z płaceniem mi. Chciałbym z tą częścią porozmawiać”.

Pojęcie „części” przydaje się w wielu fazach terapii do podważenia zaprzeczeń i oporu i często bywa wdzięcznym i delikatnym sposobem zbadania ambiwalencji. Dla pacjentów zaś, którzy nie potrafią znieść ambiwalencji i mają tendencję do postrzegania życia w barwach czarno-białych, jest to skuteczne wprowadzenie do uwzględniania odcieni szarości.

Weźmy przykład jednego z moich homoseksualnych pacjentów, który nie zabezpiecza się podczas zbliżeń seksualnych i podaje w tej kwestii wiele racjonalizacji. Podszedłem do tego tak: „John, rozumiem, że uważasz, iż w twojej sytuacji zagrożenie HIV jest jak jeden do 15 tysięcy. Ale wiem też, że jest w tobie pewna część szczególnie lekkomyślna i nieostrożna. Chce się z nią spotkać i porozmawiać - z tą twoją jedną piętnastotysięczną”.

A do pacjenta, który jest szczególnie przygnębiony, bądź wręcz w nastroju samobójczym: „Rozumiem, że odczuwasz skrajne zniechęcenie, że czasami masz już ochotę się poddać, że w tej chwili miałbyś nawet ochotę odebrać sobie życie. Mimo to przyszedłeś dziś tutaj. Jakaś część ciebie przywiodła resztę do mojego gabinetu. Bardzo chciałbym porozmawiać z tą częścią - tą, która chce żyć”.

ROZDZIAŁ 40

Informacja zwrotna: kuj żelazo, póki zimne

Bonny, nowa pacjentka, wchodzi do mojego gabinetu. Ma koło czterdziestki, jest atrakcyjna, a jej anielska twarz lśni, jakby świeżo wyszorowana. Mówi mi, że chociaż jest popularna i ma wielu przyjaciół, zawsze w końcu zostaje sama. Mężczyźni chętnie idą z nią do łóżka, ale po kilku tygodniach niezmiennie znikają z jej życia. „Dlaczego? - pyta. - Dlaczego nikt nie traktuje mnie poważnie?”.

U mnie jest zawsze pełna życia i entuzjazmu. Przypomina mi energiczną przewodniczkę wycieczki lub miłego, machającego ogonem psiaka. Jest jak małe dziecko: czysta, lubi się śmiać, nieskomplikowana, ale przede wszystkim nieprawdziwa i nieciekawa. Nietrudno zrozumieć, dlaczego inni nie traktują jej poważnie.

Jestem pewien, że moje spostrzeżenia są ważne i że powinienem je wykorzystać w terapii. Ale jak? Jak to zrobić, żeby jej nie zranić, żeby się nie zamknęła i nie nastawiła obronnie? Wciąż od nowa się przekonuję, że w takich przypadkach warto stosować zasadę *Kuj żelazo póki zimne* - to znaczy dawać informację zwrotną na temat danego zachowania wtedy, gdy pacjentka właśnie się zachowuje inaczej.

Pewnego dnia, na przykład, Bonny gorzko szlochała, opowiadając o ślubie swojej młodszej siostry. Życie przechodzi obok; wszystkie przyjaciółki powychodziły za mąż, a ona tylko się starzeje. Szybko się pozbierała, uśmiechnęła szeroko i przeprosiła za to, że się zachowuje „tak dziecinnie” i pozwala sobie na załamanie w moim gabinecie. Skorzystałem z okazji, by jej powiedzieć, iż nie tylko nie musi przeproszać, lecz przeciwnie - to szczególnie ważne, by się ze mną dzieliła swoją rozpaczą.

- Dzisiaj - powiedziałem - czuję się z tobą znacznie bliżej. Wydajesz mi się prawdziwsza. Jakbym teraz naprawdę cię znał - znacznie lepiej niż dotychczas.

Cisza.

- O czym myślisz, Bonny?

- Chodzi ci o to, że muszę się załamać, żebyś czuł, że mnie znasz?

- Rozumiem, dlaczego tak sądzisz. Wytlumaczę ci to. Często, kiedy wchodzisz do mojego gabinetu, mam wrażenie, że promieniejesz radością i humorem, a mimo to czuję, jakbym był daleko od prawdziwej ciebie. Jest wtedy w tobie jakaś żywiowość - czarująca, owszem, ale działa jak bariera między nami. Dzisiaj jest inaczej. Dzisiaj czuję się naprawdę blisko z tobą i przypuszczam, że to jest ten rodzaj bliskości, za którym tęsknisz w swoich kontaktach towarzyskich. Powiedz, czy moja reakcja cię dziwi? Czy może brzmi znajomo? Czy ktoś ci już kiedyś to mówił? Czy możliwe, że to, co mówię teraz, ma jakiś związek z tym, co się z tobą dzieje w twoich związkach?

Inna przydatna technika odwołuje się do wieku pacjenta. Czasami mam wrażenie, że pacjent ma dużo mniej lat, niż w rzeczywistości, czasami więcej, i próbuję znaleźć możliwy do przyjęcia sposób podzielenia się tym odczuciem, przy czym zwykle mówię coś na ten temat wówczas, gdy wydaje mi się, że akurat ma tyle lat, ile wynika z jego wieku biologicznego. Dla wielu pacjentów pojęcie to ma bardzo duże znaczenie, często sami siebie sprawdzają i mówią, na ile lat się czują podczas danej sesji.

ROZDZIAŁ 41

Rozmawiaj o śmierci

Lęk przed śmiercią zawsze drga pod powierzchnią. Ściga nas przez całe życie, a my wznosimy zapory - wiele z nich opiera się na zaprzeczeniach - które mają nam pomóc w radzeniu sobie ze świadomością śmierci. Nie możemy jednak na stałe wygnać go z naszych myśli. Przenika do naszych fantazji i snów. Wyrwa się na wolność w każdym koszmarze nocnym. Gdy byliśmy dziećmi, prześladowała nas myśl o śmierci, a jednym z naszych najważniejszych zadań rozwojowych było poradzenie sobie z lękiem przed unicestwieniem.

Śmierć gości w każdej terapii. Ignorowanie jej obecności oznacza, że jest zbyt straszna, by o niej mówić. Mimo to wielu terapeutów unika otwartej rozmowy na ten temat. Dlaczego? Niektórzy - ponieważ nie wiedzą, co zrobić ze śmiercią. „Po eo? - mówią. - Lepiej wróćmy do procesu neurotycznego, z tym przynajmniej można coś zrobić”. Inni sądzą, że śmierć nie jest ważna dla procesu terapeutycznego, postępują więc zgodnie z dewizą wielkiego Adolpha Meyera, który radził, by nie drapać tam, gdzie nie swędzi. Jeszcze inni nie chcą poruszać tematu, który budzi wielki niepokój u i tak już zaniepokojonych pacjentów (a także terapeutów).

Z wielu ważnych powodów wszakże powinniśmy podczas terapii konfrontować się ze śmiercią. Pamiętajmy, po pierwsze, że terapia jest głęboką i wyczerpującą eksploracją czyichś losów i sensu życia. Skoro śmierć zajmuje tak centralne miejsce w naszym istnieniu, skoro życie i śmierć są nierozdzielnie ze sobą związane i od siebie zależne - jak możemy ją ignorować? Odkąd ludzie zaczęli zapisywać swoje myśli, spostrzegli, że wszystko przemija, że się tego przewijania boimy i że musimy znaleźć sposób, by żyć mimo tego strachu i przemijania. Psychoterapeuci nie mogą sobie pozwolić na zignorowanie tylu wielkich myślicieli, którzy doszli do wniosku, że jeśli ktoś wie, jak dobrze żyć, umie też dobrze umrzeć.

ROZDZIAŁ 42

O tym, jak śmierć i życie wzajem się wspierają

Większość pracowników psychiatrycznej służby zdrowia, którzy się zajmują umierającymi, słyszy podczas szkolenia, że powinni przeczytać nowelę Lwa Tołstoja *Śmierć Iwana Iljicza*. Iwan Iljicz, małoduszny biurokrata, u samego kresu życia, już w agonii doznaje wglądu: zdaje sobie sprawę, że umiera tak źle, bo źle żył. Pod wpływem tego odkrycia doświadcza głębokiej przemiany i w efekcie ostatnie dni jego życia pełne są spokoju i sensu, jakich nigdy wcześniej nie zaznał. Wiele innych wielkich dzieł literackich niesie podobny przekaz. W *Wojnie i pokoju*, na przykład, jeden z bohaterów, Pierre, zmienił się zupełnie po tym, jak w ostatniej chwili, ułaskawiony, uszedł spod luf plutonu egzekucyjnego. Scrooge'a z *Opowieści wigilijnej* bożonarodzeniowa radość nie zmienia nagle w nowego człowieka; do przemiany dochodzi dopiero, gdy duch przyszłych świąt pozwala mu obejrzeć własną śmierć i sprzeczących się o jego dobytek obcych ludzi. Przekaz zawarty we wszystkich tych dziełach jest prosty i głęboki: chociaż śmierć niszczy nas fizycznie, myśl o śmierci może nas zbawić.

Przez wiele lat pracowałem z pacjentami terminalnie chorymi i widziałem wielu, którzy w obliczu śmierci doznawali ważnej i pozytywnej osobistej przemiany; czuli, że się stali mądrzejsi; zmieniali swoją hierarchię wartości i przestawali się przejmować rzeczami mało ważnymi. Jakby rak uleczył nerwicę: fobie i obezwładniające interpersonalne zmartwienia zdawały się topnieć. Moją pracę z grupami pacjentów chorych na raka zawsze obserwowali studenci. Zazwyczaj w instytucjach szkoleniowych grupy pozwalają studentom obserwować swoje

spotkania, czynią to jednak niechętnie i często mają potem pretensję. Jednak nie moje grupy pacjentów śmiertelnie chorych na raka! Ci ludzie, przeciwnie, chętnie widzieli możliwość dzielenia się tym, czego się dowiedzieli. „Co za szkoda - słyszałem często żałujących się pacjentów - że musieliśmy czekać, aż rak stoczy nasze ciała, by się nauczyć żyć”.

Heidegger mówił o dwóch sposobach istnienia: codziennym i ontologicznym. Gdy żyjemy sposobem codziennym, pochłania nas i rozprasza materialne otoczenie - przepelnia nas zachwyty tym, *jak rzeczy są* w świecie. Gdy żyjemy sposobem ontologicznym, koncentrujemy się na byciu jako takim - przepelnia nas zachwyty tym, *że rzeczy są* w świecie. Żyjąc sposobem ontologicznym - poza obszarem codziennych trosk - jesteśmy w stanie szczególnej gotowości do osobistej zmiany.

Jak jednak przechodzimy od sposobu codziennego do ontologicznego? Filozofowie mówią często o „doświadczeniach granicznych” - niespodziewanych doświadczeniach, które wyrzucają nas z „codzienności” i przykuwają uwagę do „bycia” samego w sobie. Najpotężniejszym doświadczeniem granicznym jest konfrontacja z własną śmiercią. Co jednak z doświadczeniem granicznym w codziennej praktyce klinicznej? Skąd terapeuta, którego pacjenci nie stoją w obliczu bliskiej śmierci, ma brać dźwignię do zmiany dostępną w ontologicznym sposobie istnienia?

Każda terapia jest pełna doświadczeń, które - choć mniej dramatyczne - mogą skutecznie zmieniać perspektywę. Żałoba, zetknięcie się ze śmiercią innego człowieka to doświadczenie graniczne, którego moc za rzadko jest wykorzystywana w terapii. Pracując z człowiekiem w żałobie, zbyt często się koncentrujemy wyłącznie na utracie, na niedokończonych sprawach, na oderwaniu się od zmarłego i ponownym wkroczeniu w strumień życia. Chociaż wszystkie te kroki są ważne, nie wolno nam lekceważyć i tego, że śmierć kogoś innego brutalnie i przejmująco konfrontuje każdego z nas z naszą własną śmiercią. Lata temu, prowadząc badania nad żałobą, przekonałem się, że wielu osieroconych małżonków nie tylko dochodzi do siebie i wraca na poprzedzający żałobę poziom funkcjonowania, lecz idzie dalej: jedna czwarta do jednej trzeciej badanych osiągała nowy poziom dojrzałości i mądrości³¹.

Podczas terapii pojawia się wiele innych - oprócz śmierci i żałoby - możliwości rozmowy na tematy związane ze śmiercią. Jeśli tego rodzaju kwestie nigdy się nie wyłaniają, oznacza to, moim zdaniem, że pacjent realizuje niejawną instrukcję terapeutę. Śmierć i śmiertelność stanowią horyzont dla wszelkich dysput na temat starzenia się, tego, jak się z

wiekem zmienia ciało, na temat etapów w życiu i wielu *znaczących* życiowych kamieni milowych, takich jak ważne rocznice, wyjazd dzieci do college'u, zjawisko „pustego gniazda”, emerytura, narodziny wnuków. Szczególnie potężnym katalizatorem mogą być spotkania klasowe po latach. Każdy pacjent, w tym czy innym momencie, rozpoczyna rozmowę na temat opisów wypadków, katastrof lub nekrologów zamieszczanych w gazetach. A oprócz tego każdy senny koszmar naznaczony jest nieomylnym piętnem śmierci.

ROZDZIAŁ 43

Jak mówić o śmierci

O śmierci wolę mówić wprost i rzeczowo. Dbam o to, by we wczesnej fazie terapii zebrać historię doświadczeń pacjenta ze śmiercią, i zadaję pytania w rodzaju: „Kiedy po raz pierwszy zdałeś sobie sprawę ze śmierci?”, „Z kim o tym rozmawiałeś?”, „Jak dorośli reagowali na twoje pytania?”, „Czyjej śmierci doświadczyłeś?”, „Na jakich byłeś pogrzebach?”, „Wierzenia religijne związane ze śmiercią?”, „Jak się zmieniał twój stosunek do śmierci?”, „Ważne fantazje i sny na temat śmierci?”.

Równie otwarcie rozmawiam z pacjentami odczuwającymi silny lęk przed śmiercią. Spokojna, rzeczowa analiza lęku często działa uspokajająco. Warto wyizolować lęk i spokojnie spytać o to, co konkretnie tak ich przeraża w śmierci. Słyszymy wówczas zazwyczaj o lęku przed procesem umierania, trosce o pozostałych przy życiu bliskich, obawie o to, co będzie potem (w ten sposób omija się pytanie, bo śmierć przestaje się jawić jako wydarzenie ostateczne) i o lęku przed unicestwieniem.

Kiedy już pacjenci zobaczą, że terapeuta potrafi spokojnie rozmawiać o śmierci, zaczną częściej poruszać ten temat, Janice, na przykład, 32-letniej matce trojga dzieci, trzy lata temu usunięto macicę. Bardzo chciała mieć więcej dzieci i teraz zazdrościła wszystkim młodym matkom, złościła się, gdy ją zapraszano na przyjęcia z okazji narodzin dziecka i - wiedziona gorzką zawiścią - całkowicie zerwała ze swoją najlepszą przyjaciółką, gdy ta zaszła w ciążę.

Podczas pierwszych sesji skupiliśmy się na jej nieopanowanym pragnieniu posiadania większej liczby dzieci i na wpływie, jaki pragnienie to wywiera na inne sfery jej życia. Na trzeciej sesji spytałem, czy wie, o czym by myślała, gdyby nie myślała o dzieciach.

- Pokażę panu - powiedziała. Otworzyła torebkę, wyjęła z niej mandarynkę, obrała, poczęstowała mnie częścią (przyjąłem poczęstunek) i zjadła resztę.

- Witamina C - powiedziała. - Zjadam cztery mandarynki dziennie.

- I dlaczego witamina C jest tak ważna?

- Chroni mnie przed śmiercią. Śmierć - to jest odpowiedź na pana pytanie, o czym bym myślała. Bez przerwy myślę o śmierci. Śmierć prześladowała Janice od trzynastego roku życia - od czasu, gdy umarła jej matka. Pełna złości na matkę za to, że zachorowała, dziewczynka odmówiła odwiedzania jej w szpitalu w ostatnich tygodniach jej życia. Niedługo potem wpadła w panikę, bo myślała, że atak kaszlu, który jej się przydarzył, oznacza raka płuc; lekarz w pogotowiu nie był w stanie jej uspokoić. Matka zmarła na raka piersi, więc Janice, by opóźnić rozwój swoich piersi, bandażowała klatkę piersiową i spała na brzuchu. Poczucie winy z powodu opuszczenia matki naznaczyło ją na całe życie; wierzyła, że poświęcenie się opiece nad dziećmi jest pokutą za nieopiekowanie się matką oraz gwarancją, że ona z kolei nie umrze w samotności.

Pamiętajcie, że obawy przed śmiercią często się ukrywają pod kostiumem seksualnym. Seks jest znakomitym neutralizatorem śmierci, absolutną życiową jej antytezą. Niektórzy pacjenci w obliczu poważnego zagrożenia śmiercią zaczynają nagle obsesyjnie myśleć o seksie. (Pewne badania wykorzystujące Test Apercepcji Tematycznej wskazują na wzrost występowania treści seksualnych u pacjentów chorych na raka). Francuskie określenie orgazmu - *la petite mort* („mała śmierć”) - oznacza orgazmiczne samozatrącenie, eliminują-

ce ból odrębności - samotne „ja” znika w połączonym w jedno „my”³².

Pewna pacjentka chora na złośliwy nowotwór żołądka przyszła do mnie na konsultację, ponieważ tak się zadurzyła w swoim chirurgu, że seksualne fantazje na jego temat zastąpiły jej lęk przed śmiercią. Przed badaniem rezonansem magnetycznym, na przykład, przy którym lekarz ten miał być obecny, tak usilnie się zastanawiała, w co się ubrać, że zupełnie zapomniała, iż jej życie wisi na włosku.

Inny pacjent, „wieczny chłopiec”, matematyczne cudowne dziecko o ogromnych możliwościach, długo jako człowiek dorosły pozostawał dziecinny i blisko związany z matką. Nadzwyczaj utalentowany, gdy chodziło o wspaniałe pomysły, o szybkie chwytywanie istoty złożonych nowych dziedzin badań, nigdy nie miał dość determinacji, by zrealizować projekt, zadbać o swoją karierę zawodową albo zbudować rodzinę. Lęk przed śmiercią nie był świadomy, pojawił się jednak w naszych rozmowach za pośrednictwem snu:

„Jesteśmy z matką w dużym pokoju. Przypomina jeden z pokoi w naszym starym domu, ale zamiast jednej ściany ma plażę.

Idziemy na plażę i matka namawia mnie, żebym wszedł do wody. Nie mam ochoty, ale znajduję dla niej małe krzesło i wchodzę. Woda jest bardzo ciemna, a kiedy wchodzę głębiej, do ramion, fale szybko zamieniają się w granit. Budzę się, brak mi oc wietrzą i jestem zły potem”.

Obraz przykrywających go granitowych fal, przejmujący obraz przerażenia, śmierci i pogrzebania pomogły nam zrozumieć jego niechęć do porzucenia dzieciństwa i matki i do wejścia we w pełni dorosłe życie.

ROZDZIAŁ 44

Rozmawiaj o sensie życia

Wygląda na to, że my, ludzie, stworzenia poszukujące sensu, mieliśmy nieszczęście znaleźć się w świecie, który żadnego

immanentnego sensu nie ma. Jednym z naszych najważniejszych zadań jest więc wymyślenie sensu dostatecznie solidnego, by podtrzymywał nas przy życiu, a powinniśmy przy tym zrobić to tak sprytnie, by się nie wydało, że sami ten sens wynaleźliśmy. Możemy wówczas stwierdzić, iż sens ten niejako czekał na nas „na zewnątrz”. Przez to nasze nieustanne poszukiwanie trwałego systemu sensów raz po raz popadamy w kryzysy sensu.

Terapeuci często nie zdają sobie sprawy, jak wielu ludzi zgłasza się na terapię właśnie w poszukiwaniu sensu życia. Zdaniem Junga jedna trzecia jego pacjentów właśnie z tej przyczyny trafiała do niego na konsultację. Skargi przybierają rozmaite formy, na przykład: „Moje życie jest niespójne”, „Nic mnie nie pociąga”, „Po co żyję? Czym to się skończy?”, „Życie na pewno musi mieć jakieś głębsze znaczenie”, „Czuję się taka pusta - przez to oglądanie telewizji co wieczór wszystko traci sens, czuję się taka bezużyteczna”, „Nawet teraz, a mam już 50 lat, ciągle nie wiem, co chcę robić, kiedy dorosnę”.

Miałem kiedyś taki sen (opisałem go w *Mama i sens życia*): czekam na śmierć w sali szpitalnej. Naraz stwierdzam, że jestem w wesołym miasteczku (w zamku strachów). Nagle, kiedy wagonik ma już wjechać w czarną paszczę śmierci, w tłumie widzów spostrzegam moją zmarłą matkę i wołam do niej: »Mamo, mamo, jak mi poszło?».

Sen, a zwłaszcza mój okrzyk - „Mamo, mamo, jak mi poszło?” - prześladował mnie przez długi czas, nie z powodu obrazu śmierci, lecz ze względu na ponure wnioski, jakie z niego

wynikały dla sensu życia. Czy to możliwe - zastanawiałem się - że przez całe życie najważniejszym celem była dla mnie aprobatą mojej matki? Sen był tym dotkliwszy, że póki mama żyła, moje relacje z nią były dość trudne i nigdy nie cenilem sobie jej aprobaty.

Kryzys sensu opisany w śnie skłonił mnie do zbadania mojego życia na nowo. W opowiadaniu, które napisałem bezpośrednio potem, rozmawiam z duchem mojej matki, by uleczyć rozłam między nami i zrozumieć, jak nasze sensory życia są ze sobą zarazem splecione i sprzeczne.

Podczas niektórych treningów rozwoju osobistego używa się specjalnych narzędzi, by zachęcić uczestników do rozmowy o sensie życia. Do najpowszechniejszych, być może, należy propozycja, by sobie wyobrazili epitafium na własnym grobie. Większość tego rodzaju dociekań prowadzi do dyskusji na temat celów takich, jak altruizm, hedonizm, poświęcenie sprawie, płodność, twórczość, samospełnienie. Wielu ludzi czuje, że życiu głębszy sens nadają cele skierowane poza samego siebie, na przykład miłość dla sprawy, do osoby lub istoty boskiej.

Nad wiek rozwinięci młodzi ludzie - milionerzy, którzy zrobili majątki na zaawansowanych technologiach - przeżywają kryzysy życiowe nadzwyczaj pouczające z punktu widzenia sensu życia niezwiązanego z żadnym celem transcendentnym względem jednostki. Wielu z nich rozpoczyna karierę z jasną wizją: dokonać tego czy tamtego, zarobić górę pieniędzy, żyć wygodnie, zasłużyć na szacunek kolegów i wcześniej przejść na emeryturę. I niebawem liczba młodych ludzi odniosła taki właśnie sukces między trzydziestką a czterdziestką. Wówczas jednak pojawiło się pytanie: „Co teraz? Co z resztą mojego życia - co z następnymi 40 laty?».

Większość znanych mi młodych milionerów z tej grupy dalej robi to samo: zakładają nowe spółki, próbują powtórzyć swój sukces. Dlaczego? Mówią sobie, że muszą udowodnić, że to nie był fuks, że potrafią to zrobić sami, bez

partnera albo mistrza. Podnoszą poprzeczkę. Nie potrzebują już jednego czy dwóch milionów w banku, by czuć, że oni sami i ich rodziny są bezpieczni - potrzebują pięciu, 10, a nawet 50 milionów. Zauważają bezcelowość i Irracjonalność zarabiania większej ilości pieniędzy, skoro mają już więcej, niż są w stanie wydać, ale to ich nie powstrzymuje. Zdają sobie sprawę, że zabierają czas swoim rodzinom, sprawom bliższym sercu, lecz po prostu nie potrafią wycofać się z gry. „Pieniądze leżą na ulicy - mówią mi. - Muszę tylko je podnieść”. Muszą robić interesy. Pewien przedsiębiorca powiedział mi, że gdyby się zatrzymał, to by zniknął. Wielu boi się nudy -nawet najłżejszy powiew nudy gna ich z powrotem w tryby gry. Zdaniem Schopenhauera pragnienia jako takiego nigdy nie można zaspokoić: gdy tylko jedna zachcianka zostaje spełniona, pojawia się inna. Mogą się zdarzyć krótkie okresy wytchnienia, przelotne chwile sytości - ale natychmiast zamieniają się w nudę. Życie każdego człowieka - powiada Schopenhauer - to miotanie się między bólem a nudą.

W odróżnieniu od innych najważniejszych kwestii egzystencjalnych (śmierci, izolacji, wolności), sensem życia najlepiej, moim zdaniem, zajmować się pośrednio. To, co musimy zrobić, to dać nura w jeden z możliwych sensów - zwłaszcza taki, który ma podstawę transcendentną. Liczy się zaangażowanie, a my, terapeuci, czynimy najwięcej dobrego, rozpoznając i wskazując to, co przeszkadza się zaangażować, i pomagając te przeszkody usunąć. Pytanie o sens życia - uczył Budda - nie jest budujące. Trzeba się zanurzyć w rzece życia i pozwolić pytaniu odpłynąć z prądem.

ROZDZIAŁ 45

Wolność

Opisałem wcześniej cztery ostateczne powody lęku, cztery podstawowe fakty istnienia: śmierć, izolację, brak sensu, wolność. Konfrontacja z każdym z nich budzi głęboki niepokój. Związek między „wolnością” a lękiem nie jest intuicyjnie oczywisty, na pierwszy rzut oka bowiem „wolność” zdaje się mieć jedynie proste konotacje pozytywne. Czyż cywilizacja zachodnia nie dążyła zawsze do wolności politycznej i nie walczyła o nią? Wolność wszakże ma też ciemniejszą stronę. Z perspektywy samokreacji, wyboru, woli i działania jest psychologicznie skomplikowana i przeniknięta niepokojem.

Jesteśmy, w najgłębszym sensie tego pojęcia, odpowiedzialni za siebie. Jesteśmy - jak powiada Sartre - autorami samych siebie. W kolejnych aktach wyboru, działania i zaniechania działania ostatecznie kształtujemy siebie. Tej odpowiedzialności, tej wolności nie możemy uniknąć. Jesteśmy - mówi Sartre - skazani na wolność.

Nasza wolność sięga głębiej niż nasze jednostkowe życie. Ponad dwa wieki temu dowiedzieliśmy się od Kanta, iż jesteśmy odpowiedzialni za nadanie formy i sensu nie tylko naszemu światu wewnętrznemu, lecz również zewnętrznemu. Ze światem

zewnątrznym możemy się spotkać o tyle tylko, o ile przetworzymy go za pomocą naszej „aparatury” neurologicznej i psychicznej. Rzeczywistość nie jest tym, co wyobrażaliśmy sobie w dzieciństwie - nie wkraczamy do (i nie opuszczamy potem) dobrze ustrukturuwanego świata. Przeciwnie: odgrywamy zasadniczą rolę w konstytuowaniu świata - a konstytuujemy go tak, by sprawiał wrażenie, że istnieje niezależnie od nas.

Jak się zatem ma ciemna strona wolności do lęku i do pracy klinicznej? Jedną odpowiedź możemy znaleźć, spoglądając w dół. Przypuśćmy, że to my pierwotnie konstytuujemy świat; gdzie wobec tego jest ten solidny grunt pod naszymi stopami? Co jest pod nami? *Nicość*, *Das Nicht*, jak powiadają niemieccy filozofowie egzystencjalni. Przepaść, otchłań wolności. A wraz z uświadomieniem sobie nicości w sercu bytu przychodzi głęboki lęk.

A zatem, choć termin *wolność* jest nieobecny podczas sesji terapeutycznych i w podręcznikach psychoterapii, jego derywaty - odpowiedzialność, wola, pragnienie, decydowanie - są ważnymi uczestnikami wszelkich psychoterapeutycznych przedsięwzięć.

ROZDZIAŁ 46

Pomaganie pacjentowi w podjęciu odpowiedzialności

Dopóki pacjenci trwają w przekonaniu, że ich podstawowe problemy wynikają z czegoś, nad czym nie mają kontroli - z działań innych ludzi, słabych nerwów, niesprawiedliwości społecznej, genów - my, terapeuci, mamy ograniczone możliwości pomocy. Możemy współczuć, sugerować bardziej adaptacyjne metody reagowania na ataki ze strony świata i niesprawiedliwości życia; możemy pomagać pacjentom osiągnąć spokój lub uczyć ich skuteczniej zmieniać otoczenie.

Jeśli jednak mamy nadzieję na bardziej znaczącą zmianę terapeutyczną, musimy zachęcać naszych pacjentów, by podjęli odpowiedzialność - to znaczy, by uznali swój udział we własnym nieszczęściu. Przypuśćmy, że pacjentka opisuje kolejne okropne doświadczenia, jakie spotykają kobietę samotną: mężczyźni ją źle traktują, przyjaciółki zdradzają, pracodawcy wykorzystują, kochankowie - oszukują. Nawet jeśli terapeuta jest przekonany, że opisane zdarzenia rzeczywiście zachodzą, w pewnym momencie musi skierować uwagę na to, jaką rolę odgrywa w nich sama pacjentka. Może, na przykład, powiedzieć: „Nawet jeśli 99 procent zła, które ci się przytrafia, to wina kogoś innego, ja chcę się przyjrzeć temu jednemu procentowi - części, za którą odpowiedzialna jesteś ty. Musimy się przyjrzeć roli, jaką odgrywasz, nawet jeśli ta rola jest bardzo ograniczona, ponieważ to tutaj mogę ci najbardziej pomóc”.

Nie wszyscy pacjenci są jednak gotowi podjąć odpowiedzialność. Niektórzy szybko zaczynają rozumieć swoją rolę w własnym dyskomforcie, dla innych podjęcie odpowiedzialności stanowi taką trudność, że staje się zasadniczym elementem terapii, a gdy już krok ten zostaje zrobiony, zmiana terapeutyczna może nastąpić niemal automatycznie i bez wysiłku.

Każdy terapeuta ma własne metody zachęcania do podjęcia odpowiedzialności. Czasami podkreślam w rozmowie z pacjentem, że każdy wyzyskiwacz musi mieć wyzyskiwanego, jeśli zatem wciąż od nowa pełni rolę osoby wyzyskiwanej, to najwyraźniej rola ta musi mieć dla niego jakiś urok. Co by to mogło być? Niektórzy terapeuci osiągają ten sam cel, pytając: „Jakie masz korzyści z tej sytuacji?”.

Formuła terapii grupowej dostarcza szczególnie potężnych narzędzi, pomocnych w zrozumieniu własnej, osobistej odpowiedzialności. Wszyscy pacjenci rozpoczynają terapię na równej stopie i w ciągu pierwszych tygodni czy miesięcy każdy wykuwa własną rolę - podobną do tej, jaką odgrywa w świecie zewnętrznym. Grupa, ponadto, świetnie wie, jak każdy z jej członków tę swoją rolę kształtuje. Fazy tego kształtowania roli są znacznie bardziej oczywiste, gdy śledzi się je tu i teraz, niż gdy terapeuta próbuje je rekonstruować na podstawie nie zawsze rzetelnych relacji pacjenta.

Nacisk, jaki w grupie się kładzie na informacje zwrotne, zapoczątkowuje sekwencję podejmowania odpowiedzialności:

1. Uczestnicy się dowiadują, jak inni postrzegają ich zachowanie.
2. Potem się dowiadują, jak inni się czują z ich zachowaniem.
3. Obserwują, jak ich zachowanie kształtuje opinie innych na ich temat.
4. I wreszcie, dowiadują się, że te trzy pierwsze kroki kształtują ich własną opinię na swój temat.

Proces rozpoczyna się więc od własnego zachowania, a kończy rozpoznaniem sposobu, w jaki zyskuje się wartość w oczach innych i własnych.

Sekwencja ta może się stać podstawą potężnych interwencji terapeutycznych. Na przykład: „Joe, przyjrzyjmy się, co się z tobą w tej grupie dzieje. Jesteś z nami już dwa miesiące, nie czujesz się tu dobrze, a kilku osobom brak do ciebie cierpliwości (albo się ciebie boją, unikają cię, są na ciebie złe, rozdrażnione tobą, czują, że je uwodzisz lub zdradzasz). Co się dzieje? Czy ta sytuacja wygląda znajomo? Chciałbyś się przyjrzeć, jaką rolę ty w tym odgrywasz?”.

Terapeuci indywidualni również korzystają z danych uzyskiwanych tu i teraz, gdy ukazują pacjentowi jego odpowiedzialność za proces terapeutyczny - na przykład spóźnienia, ukrywanie informacji i uczuć, zapominanie o zapisywaniu snów.

Podjęcie odpowiedzialności to zasadniczy krok w procesie terapeutycznym. Gdy już człowiek rozpozna swój udział w tworzeniu własnego trudnego położenia, zdaje sobie również sprawę, że on i jedynie on ma moc, by sytuację zmienić.

Kiedy pacjent spogląda wstecz na własne życie i bierze odpowiedzialność za to, co sobie zrobił, może odczuć wielki żal.

Terapeuta musi ten żal przewidzieć i próbować go prze-formułować. Często nalegam, by pacjenci wyobrazili sobie siebie w przyszłości i rozważyli, jak mają żyć *teraz*, by za pięć lat, gdy znów spojrzą za siebie, nie zaalała ich ponownie fala żalu.

ROZDZIAŁ 47

Nigdy (prawie nigdy) nie podejmuj decyzji za pacjenta

Kilka lat temu Mike, 33-letni lekarz, poprosił mnie o radę w związku z pilnym dylematem: miał wakacyjne lokum na Karaibach i za miesiąc zamierzał wyjechać na wakacje. Był jednak problem, spory problem. Zaproponował wspólny wyjazd dwóm kobietom - i obie przyjęły zaproszenie! Jedna, Darlene, była od dawna jego dziewczyną; drugą, błyskotliwą Patricię, poznał parę miesięcy temu. Co powinien uczynić? Paraliżował go niepokój.

Opisał mi swoje związki z tymi kobietami. Darlene, dziennikarkę, królową balu na zakończenie studiów, spotkał ponownie parę lat temu na zjeździe absolwentów. Stwierdził, że jest piękna i kusząca, i natychmiast się zakochał. Chociaż mieszkali w różnych miastach, ich romans trwał już trzy lata, codziennie rozmawiali przez telefon, a większość weekendów i wakacji spędzali razem.

Jednakże w ciągu kilku ostatnich miesięcy ich związek wyraźnie ochłodził. Darlene wydawała się Mike'owi mniej pociągająca, ich współżycie seksualne wiodło, konwersacje telefoniczne nabrały zdawkowego charakteru. Oprócz tego jej dziennikarskie obowiązki wymagały tylu podróży, że często trudno jej było się wyrwać na weekend i w efekcie coraz bardziej się od siebie oddalali. Ale Patricia! Nowa przyjaciółka wydawała się spełnieniem marzeń: pediatra, elegancka, bogata, oddalona tylko o pół mili i jak najbardziej chętna do spędzania z nim czasu.

Wyglądało na to, że się nie ma nad czym zastanawiać. Zreferowałem mu jego opisy obu kobiet, wtrącając raz po raz: „Na czym polega problem?”. Wybór wydawał się tak

oczywisty - Patricia była tak dobra, Darlene tak problematyczna - a ostateczny termin podjęcia decyzji tak nagły, iż doznawałem silnej pokusy, by wykonać ten skok i powiedzieć Mike'owi, by to zrobił, by ogłosił swoją decyzję - jedyną słuszną decyzję, jaką w tej sytuacji można było podjąć. Po co zwlekać? Po co pogarszać sytuację biednej Darlene, niepotrzebnie ją zwodząc?

Choć unikałem pułapki i nie powiedziałem mu wprost, co ma robić, udało mi się przemycić mój pogląd. My, terapeuci, mamy swoje sprytnie sposoby - zdania w rodzaju: „Zastanawiam się, co cię powstrzymuje przed zrealizowaniem decyzji, którą najwyraźniej już podjąłeś?” (a przy okazji - zastanawiam się, eo, na Boga, zrobiliby terapeuci bez tego „zastanawiam się?”). Tak czy inaczej, zatem, oddałem mu wielką przysługę (w ciągu zaledwie trzech szybkich sesji!): Mike napisał nieuchronny list do „drogiej Darlene” i wyruszył z Patricia w rozżarzony zachód karaibskiego słońca.

Entuzjazm wszakże nie trwał długo. W ciągu następnych kilku miesięcy wydarzyły się dziwne *rzeczy*. Chociaż Patricia pozostawała kobietą marzeń, Mike'owi było coraz bardziej niewygodnie z jej naleganiem na bliskość i oddanie. Nie podobało mu się, że dała mu klucze do swojego mieszkania i nalegała, by on się odwzajemnił tym samym. A kiedy zaproponowała, by zamieszkali razem - Mike miał dość. Podczas naszych sesji zaczął się rozwodzić nad tym, jak sobie ceni przestrzeń i samotność. Patricia była kobietą nadzwyczajną, bez żadnych wad. Ale on się czuł atakowany. Nie chciał mieszkać ani z nią, ani z nikim innym - i niebawem się rozstali.

Nadszedł czas, by Mike poszukał sobie innej dziewczyny. Pewnego dnia pokazał mi ogłoszenie, które zamieścił na internetowej stronie towarzyskiej. Wymieniał tam cechy upragnionej kobiety (urodę, lojalność, przybliżony wiek i wykształcenie) oraz opisywał rodzaj związku, jakiego szuka (związek monogamiczny, ale mieszkają oddzielnie, każde zachowuje własną przestrzeń, często rozmawiają przez telefon, a weekendy i wakacje spędzają razem). „Wie pan eo, doktorze - powiedział smutno - brzmi zupełnie jak o Darlene”.

MORAL: Strzeż się podejmowania pochopnych decyzji za pacjentów. To zawsze jest zły pomysł. Jak dowodzi powyższa opowiadanka, my, terapeuci, nie tylko nie mamy kryształowej kuli, lecz działamy na podstawie nierzetelnych danych. Informacja, której dostarcza pacjent, nie tylko jest zniekształcona, lecz zazwyczaj jeszcze zmienia się z czasem, w miarę jak się zmienia relacja między pacjentem a terapeutą. Nieuchronnie wylaniają się nowe i nieoczekiwane czynniki. Jeśli - jak to było w opisanym przypadku - informacja pochodząca od pacjenta bardzo silnie przemawia za jakimś konkretnym sposobem działania, to znaczy, że pacjent, z jakichkolwiek powodów, poszukuje poparcia dla jakiejś konkretnej decyzji, która w danej sytuacji może być - lub nie być - wyborem najmądrzejszym.

Nauczyłem się sceptycyzmu szczególnie wobec tego, jak pacjenci opisują winę swych małżonków. Niejednokrotnie zdarzało mi się spotkać żonę lub męża pacjenta i *przeżyć* zadziwienie tym, jak są niepodobni do osób, o których słuchałem przez tyle miesięcy. Gdy pacjent opisuje konflikty małżeńskie, zazwyczaj nie mówi o tym, jaką sam odgrywa w nich rolę. Znacznie lepiej polegać na danych rzetelniejszych - nie-przefiltrowanych przez uprzedzenia pacjenta. Istnieją dwa szczególnie użyteczne źródła obiektywniejszych obserwacji: sesje małżeńskie, kiedy terapeuta może zobaczyć interakcję między partnerami, oraz koncentracja na „tu i teraz” relacji terapeutycznej, gdy terapeuta bezpośrednio obserwuje wkład pacjenta w relację.

Jedno zastrzeżenie: bywają sytuacje, w których dowody na to, że pacjent jest wykorzystywany przez kogoś innego, są tak mocne - a potrzeba zdecydowanego działania tak oczywista - że na terapeutę spoczywa obowiązek użycia wszelkich możliwych sposobów, by skłonić pacjenta do konkretnej decyzji. Robię, co w mojej mocy, by zniechęcić ewidentnie molestowaną fizycznie kobietę do powrotu do środowiska, w którym najprawdopodobniej będzie dalej bita. Stąd ta klauzula „prawie nigdy” w tytule rozdziału.

ROZDZIAŁ 48

Decyzje:

via regla do podstaw istnienia

Podejmowanie decyzji za pacjentów to dobra droga do tego, by ich utracić. Pacjenci postawieni wobec zadania, którego nie mogą czy nie chcą wykonać, czują się nieszczęśliwi. Wszystko jedno, czy oburza ich kontrola, czują, że zadanie ich przerasta, czy się wzdrgają na myśl, że mogliby rozczarować terapeutę - rezultat jest często ten sam: wypadają z terapii.

Błąd techniczny nie jest tu jednak kwestią najważniejszą. Istnieje znacznie istotniejszy powód, by nie podejmować decyzji za pacjentów, taki mianowicie, że dylemat decyzyjny możemy wykorzystać znacznie lepiej. Decyzje to *via regia*, królewska droga do bogatej krainy egzystencjalnej - królestwa wolności, odpowiedzialności, wyboru, żalu, pragnienia i woli. Twoja pochopna rada sprawia, że oboje - ty i pacjent - tracicie możliwość zbadania tej krainy.

Dylematy decyzyjne budzą silny lęk, wielu z nas zatem dokłada wszelkich starań, by się trzymać z dala od aktywnego podejmowania decyzji. Dlatego niektórzy pacjenci poszukują uwolnienia od konieczności decydowania i, za pomocą przebiegłych chwytów, podstępnie nakłaniają terapeutów, by z nich zdjęli ten ciężar.

Lub też zmuszają inne osoby, by podejmowały za nich decyzje: każdy terapeuta spotkał pacjentów, którzy, chcąc zakończyć jakiś związek, tak źle traktowali swoich partnerów, że ci wreszcie decydowali się odejść. Jeszcze inni liczą na jakieś otwarte wykroczenie partnera. Jedna z moich pacjentek, na przykład, tkwiąca w bardzo destrukcyjnym związku, powiedziała: „Nie potrafię z nim zerwać, ale się modlę, żeby go przyłapać w łóżku z inną kobietą, bo wtedy umiałabym odejść”.

Zaraz na początku terapii próbuję pomóc pacjentom wziąć odpowiedzialność za ich działania. Staram się, by zrozumieli, że podejmują decyzje, nawet nie decydując albo manewrując tak, by ktoś inny zdecydował za nich. Kiedy już pacjent zaakceptuje tę przesłankę i weźmie odpowiedzialność za swoje zachowanie, znajduję okazję, by postawić zasadnicze dla terapii pytanie: „Czy cię to satysfakcjonuje?” (satysfakcjonuje zarówno co do meritum sprawy, jak i co do sposobu podjęcia decyzji).

Weźmy przykład żonatego mężczyzny, który ma romans i tak się oddalił od swojej żony, tak źle ją traktuje, że to w końcu ona, a nie on, podejmuje decyzję o rozwodzie. Moja praca polega na odsłonięciu wzorca wyrzekania się własnych decyzji - wzorca, za sprawą którego mężczyzna ów czuje, że sterują nim zdarzenia zewnętrzne. Dopóki zaprzecza swojej sprawczości, dopóty nie ma szansy na rzeczywistą zmianę, swoją uwagę bowiem kieruje na zmienianie otoczenia, a nie siebie.

Gdy pacjent ten zda sobie sprawę z własnej odpowiedzialności za rozbitcie małżeństwa i zrozumie, że to on postanowił położyć mu kres, pytam, czy jest zadowolony z tego, *jak* podjął tę decyzję. Czy to, co robił w stosunku do swojej wieloletniej partnerki i matki swoich dzieci, robił w dobrej wierze? Czego będzie żałował w przyszłości? Jak bardzo będzie siebie szanował?

ROZDZIAŁ 49

Koncentruj się na niechęci do podejmowania decyzji

Dlaczego tak trudno podejmować decyzje? Bohater powieści Johna Gardnera *Grendel*, skonfundowany zagadkami życia, radzi się mądrego księdza, który wypowiada dwa proste zdania - cztery przerażające słowa: wszystko przemija, a wybór wyklucza³³.

„Wybór wyklucza” - oto sedno tak wielu trudności z podejmowaniem decyzji. Dla każdego „tak” musi też być jakieś „nie”. Decyzje kosztują, bo wymagają wyrzeczeń. Zjawisko to przez stulecia przyciągało uwagę wielkich umysłów. Arystoteles opisał głodnego psa, który nie potrafił wybrać między równie smakowitymi kawałkami jada, a średniowieczni scho-lastycy mieli swojego osła Burridana, który zdechł z głodu między dwiema jednakowo słodko pachnącymi żłobami siana.

W rozdziale 42 opisałem śmierć jako doświadczenie graniczne, które potrafi przenieść człowieka z codziennego stanu umysłu do stanu ontologicznego (stanu, w którym jesteśmy świadomi swojego bycia), w którym możliwa jest zmiana. Decyzja to inne doświadczenie graniczne. Konfrontuje nas nie tylko ze stopniem, w jakim sami siebie tworzymy, lecz również z granicami naszych możliwości. Podjęcie jednej decyzji odcina nas od wielu innych. Wybór jednej kobiety, jednej drogi zawodowej, jednej szkoły oznacza wyrzeczenie się innych. Każde kolejne zetknięcie z własnym ograniczeniem zmusza do wyrzeczenia się następnego fragmentu mitu o naszej osobistej wyjątkowości, nieograniczonych możliwościach, nie-²niszczalności i odporności na prawa biologicznego przeznaczenia. To dlatego u Heideggera śmierć to *kres dalszych możliwości*³⁴. Ścieżka do decyzji może być trudna, prowadzi bowiem na terytorium zarazem skończoności i braku gruntu - do domeny przesiąkniętej lękiem. *Wszystko przemija, a wybór wyklucza*.

ROZDZIAŁ 50

Poszerzanie świadomości za pomocą rad

Gdy chcemy pomóc pacjentom przezwyciężyć dylematy decyzyjne, zachęcamy ich przede wszystkim do wzięcia za siebie odpowiedzialności i odsłaniamy ich gruntowną niechęć do wybierania. Oprócz tego jednak każdy terapeuta korzysta z rozmaitych technik ułatwiających podejmowanie decyzji.

Czasami daję radę lub zalecam pewne zachowanie, *nie po to jednak, by podjąć decyzję za pacjenta, lecz by wstrząsnąć głęboko zakorzoną myślą albo wzorcem*. Mikę, na przykład, 34-letni naukowiec, zdręzczał się, próbując zdecydować, czy powinien odwiedzić rodziców podczas swojej najbliższej podróży służbowej. W ciągu ostatnich kilku lat dosłownie za każdym razem, kiedy do nich wpadał, wdawał się w kłótnie ze swoim szorstkim ojcem-robotnikiem, który nie cierpiał wyjeżdżać po niego na lotnisko i ganił go za to, że nie wynajmuje samochodu.

Podczas ostatniej podróży doszło do tak nieprzyjemnej sceny na lotnisku, że Mikę do końca pobytu nie odzywał się do ojca i

wyjechał wcześniej, niż zamierzał. Chciał jednak się spotykać z matką, z którą się czuł blisko i która, podobnie jak on, uważała, że jego ojciec jest nieokrzesanym, niewrażliwym kutwą.

Namówiłem Mike'a, by odwiedził rodziców, miał jednak powiedzieć ojcu, że stanowczo wynajmie samochód. Mikę był najwyraźniej zaszokowany moją sugestią. Jak to? Ojciec zawsze wyjeżdżał po niego na lotnisko - to była jego rola! Może będzie mu przykro, że nie jest potrzebny? A poza tym - po co marnować pieniądze? W domu jego rodziców samochód nie jest mu potrzebny. Po co płacić tylko za to, że będzie tam stał dzień albo nawet dwa?

Przypomniałem mu, że jako naukowiec zarabia ponad dwa razy więcej niż ojciec. A jeśli się martwi, że ojcu będzie przykro, to czemu nie zadzwoni i nie wytłumaczy mu delikatnie powodów swojej decyzji?

„Rozmawiać przez telefon z moim ojcem? To niemożliwe” - orzekł Mikę. „Nigdy nie rozmawiamy przez telefon. Kiedy dzwonię, rozmawiam tylko z matką”.

„Tyle zasad! Tyle sztywnych rodzinnych zasad” - zadziwiłem się. „Chcesz, żeby coś między tobą a twoim ojcem się zmieniło? Wobec tego trzeba będzie może zmienić niektóre rodzinne zasady. Co ryzykujesz, rozpoczynając rozmowę na ten temat - przez telefon, osobiście czy listownie?”.

Ostatecznie pacjent uległ moim namowom i, we własnym stylu i własnym głosem, zaczął zmieniać stosunki z ojcem. Zmiana w jednej części systemu rodzinnego zawsze wywiera wpływ na inne części; w tym przypadku matka pacjenta na kilka tygodni zastąpiła ojca w roli głównego rodzinnego problemu. W końcu wszystkie kłopoty zostały przewyciężone; rodzina stopniowo ponownie się skonsolidowała, a Mikę miał żywe poczucie roli, jaką odegrał w zmianie dystansu między sobą a ojcem.

INNY PACJENT, JARED, nie mógł podjąć działań niezbędnych do odnowienia swojej zielonej karty. Potencjalnie płodne kwestie dynamiczne, kryjące się za tym zwlekaniem, musiały poczekać na eksplorację, było bowiem jasne, że jeśli Jared nie zadziała natychmiast, będzie zmuszony opuścić kraj i porzucić nie tylko obiecującą przygodę badawczą i kielkujący romans, lecz również terapię. Zapytałem, czy chce, żebym mu pomógł w napisaniu podania.

Chciał, więc nakreślił plan działania. Obiecał, że w ciągu 24 godzin prześle mi e-mailem kopie próśb o referencje od swoich byłych profesorów i pracodawców, a na następną wizytę, za siedem dni, przyniesie **wypełniony** kwestionariusz podania.

Ta interwencja wystarczyła, by rozwiązać „kryzys zielonej karty”. Teraz mogliśmy się zająć znaczeniem zwlekania, tym, co czuł w związku z moją interwencją, jego pragnieniem, bym nim kierował oraz potrzebą, by go pilnowano i mu pomagano.

INNY PRZYKŁAD DOTYCZY Jaya, który chciał zerwać z Meg - kobietą, z którą był od kilku lat związany. Meg była bliską przyjaciółką jego żony, pomagała ją pielęgnować podczas śmiertelnej choroby, a potem wspierała go podczas trzech koszmarnych lat żałoby. Przyłgął wówczas do niej i z nią zamieszkał, kiedy jednak rozpacz minęła, zdał sobie sprawę, że do siebie nie pasują, i po kolejnym bolesnym roku wahania ostatecznie poprosił, by się wyprowadziła.

Nie chciał, by została jego żoną, był jej jednak niezmiernie wdzięczny, wynajął jej więc za darmo mieszkanie w budynku, którego był właścicielem, a następnie wdał się kolejno w kilka krótkotrwałych związków z różnymi kobietami. Ilekroć kolejny związek się kończył, Jay cierpiał takie katusze izolacji, że wracał znów do Meg i tam czekał, aż się nadarzy ktoś bardziej odpowiedni. Przez cały czas dawał jej subtelnie do zrozumienia, że być może ostatecznie znów będą parą. W odpowiedzi Meg zawieszala niejako swoje życie i trwała w stałej gotowości - dla niego.

Zasugerowałem, że nie działa w dobrej wierze i że to właśnie z tego powodu nie tylko Meg utknęła w swoim życiu, lecz także on cierpi na lekką dysfориę oraz poczucie winy. Oburzył się, a na dowód dobrych intencji przypomniał swoją hojność: zaproponował przecież Meg mieszkanie za darmo. Jeśli naprawdę jest taki hojny - wytknąłem mu - to dlaczego nie pomoże jej w sposób, który by jej z nim nie wiązał, na przykład nie da jej po prostu pieniędzy lub mieszkania na własność? Po kilku takich konfrontacyjnych sesjach przyznał w końcu sam przed sobą oraz przede mną, iż samolubnie nie pozwala jej odejść - chce ją trzymać jako zabezpieczenie, polisę na wypadek samotności.

W KAŻDYM z przytoczonych przykładów rada, jaką oferowałem, nie była celem sama w sobie, lecz środkiem - miała zachęcić pacjenta do badania zasad systemu rodzinnego, znaczenia i zysków ze zwlekania oraz tęsknoty za zależnością lub natury i konsekwencji złej wiary.

Najczęściej to sam proces radzenia - nie zaś treść rady - jest pomocny. Pewien lekarz, na przykład, zgłosił się do mnie z powodu paralizującej go niechęci do wypełniania dokumentacji. Miał poważne kłopoty w pracy, nie potrafił bowiem zmusić się do sporządzania niezbędnych notatek i w jego gabinecie rosły stopy zaległych kart chorób.

Próbowałem wszystkiego, by go zmobilizować. Odwiedziłem go w jego gabinecie, by ocenić rozmiar zadania. Poprosiłem, by przyniósł na sesję karty i dyktafon, byśmy wspólnie popracowali nad jego techniką dyktowania. Opracowaliśmy tygodniowy plan dyktowania, a ja dzwoniłem od niego, by się upewnić, że się tego planu trzyma.

Żadna z tych interwencji nie była skuteczna, pacjenta jednak poruszył sam proces - to, że tak się o niego troszczy, iż jestem gotów wyjść poza swój gabinet. W efekcie poprawiła się nasza relacja, praca terapeutyczna ruszyła z miejsca i pacjent mógł odkryć własne metody radzenia sobie z zaległościami.

ROZDZIAŁ 51

Ułatwianie podejmowania decyzji - inne narzędzia

Jak wszyscy terapeuci ja też mam swoje ulubione techniki mobilizujące, opracowane w ciągu wielu lat praktyki. Czasami przydaje się podkreślenie absurdalności oporu opartego na minionych, nieodwracalnych zdarzeniach. Miałem kiedyś

bardzo opornego w terapii pacjenta, który zabrnął w życiu w ślepy zaułek i uparcie oskarżał swoją matkę o rzeczy, które się wydarzyły kilkadziesiąt lat temu. Pomogłem mu ocenić absurdalność tego stanowiska, prosząc, by powtórzył kilka razy: „Mamo, nie zamierzam się zmienić, dopóki nie zaczniesz mnie traktować inaczej, niż kiedy miałem osiem lat”. Od lat od czasu do czasu używam skutecznie tego sposobu (w rozmaitych, rzecz jasna, wersjach słownych, w zależności od konkretnej sytuacji pacjenta). Czasami po prostu przypominam pacjentom, iż wcześniej czy później będą musieli zrezygnować z posiadania lepszej przeszłości.

Inni pacjenci powiadają, że nie mogą działać, bo nie wiedzą, czego chcą. Wówczas próbuję im pomóc zlokalizować własne pragnienia i ich doświadczyć. To ciężka próba dla terapeuty, wielu z nas w końcu ze zmęczenia ma ochotę wrzasnąć: „Czy ty nigdy niczego nie chcesz!?”. Karen Horney, być może w rozpaczy, czasami mawiała: „Czy pomyślałeś kiedyś o tym, by sam siebie zapytać, czego chcesz?”. Niektórzy pacjenci czują, że nie mają prawa chcieć czegokolwiek, inni próbują uniknąć bólu utraty, rezygnując z pragnień („Jeśli nigdy niczego nie będę chciał, nigdy nie doznam rozczarowania”). Jeszcze inni nie doświadczają i nie wyrażają pragnień w nadziei, że otaczający ich dorośli sami je odgadną. Zdarza się, że człowiek potrafi rozpoznać, czego pragnie, jedynie wówczas, gdy mu się to odbierze. Czasami, kiedy się pracuje z osobą, która nie potrafi rozpoznać swoich uczuć do kogoś, warto jej zaproponować, by sobie wyobraziła (bądź odegrała) rozmowę telefoniczną, w której ten ktoś z nią zrywa. Co wówczas czuje? Smutek? Ból? Ulgę? Euforię? Czy możemy wobec tego znaleźć sposób, by wykorzystała te uczucia do podjęcia decyzji?

Pacjentów schwytych w pułapkę dylematu decyzyjnego pobudzałem niekiedy do działania za pomocą cytatu z *Upadku* Camusa: „Niech mi pan wierzy, że nie wziąć tego, czego się nie pragnie, jest rzeczą najtrudniejszą w świecie”³⁵. Te słowa zawsze wywierały na mnie głębokie wrażenie.

Próbowałem wielu sposobów, by pomóc pacjentom spojrzeć na siebie obiektywniej. Czasami przydaje się sztuczka ze zmianą perspektywy, której się nauczyłem od mojego superwizora, Lewisa Hilla. Zatrudniam pacjenta jako konsultanta dla niego samego:

„Mary, nie mogę ruszyć z miejsca z jednym z moich pacjentów i chciałbym cię prosić o konsultację; może miałabyś jakieś pomocne sugestie. Przychodzi do mnie inteligentna, wrażliwa, atrakcyjna czterdziestopięcioletnia, która mi mówi, że jej małżeństwo jest absolutnie okropne. Przez całe lata planowała, że kiedy jej córka pójdzie do college'u, ona się rozwiedzie. Ten moment przyszedł i przeminął, a moja pacjentka, mimo że się czuje bardzo nieszczęśliwa, pozostaje w tej samej sytuacji. Mówi, że mąż jej nie kocha i ją obraża, ale nie chce go poprosić, by poszli razem na terapię małżeńską, ponieważ postanowiła go opuścić, a jeśli on pod wpływem terapii się zmieni, jej będzie trudniej odejść. Minęło jednak pięć lat od czasu, gdy córka wyszła z domu, a moja pacjentka nadal tam mieszka i nic się nie zmieniło. Ani nie idzie na terapię małżeńską, ani nie odchodzi. Zastanawiam się, czy przypadkiem nie marnuje jedyne życie, które ma, na karanie męża. Mówi, że chce, żeby to on zrobił ruch. Modli się, żeby go przyłapać w łóżku z inną kobietą (lub mężczyzną - ma co do tego pewne podejrzenia), bo wtedy da radę odejść. Mary, rzecz jasna, szybko zdaje sobie sprawę, że pacjentka, o której mowa, to ona sama. Usłyszawszy opis samej siebie z pewnego dystansu, w trzeciej osobie, uzyska może obiektywniejsze spojrzenie na własną sytuację.

ROZDZIAŁ 52

Prowadź terapię tak, jakby to była jedna, nieprzerwana sesja

Dawno temu przez dwa lata byłem pacjentem Roïlo Maya. May mieszkał i pracował w Tiburon, w Palo Alto, 75 minut jazdy ode mnie. Pomyślałem, że dobrze wykorzystam czas, jeśli w trakcie dojazdu będę słuchał nagrania z poprzedniej sesji. Roïlo zgodził się, bym nagrywał nasze spotkania, i niebawem odkryłem, że słuchanie taśmy wspaniale potęguje działanie terapii, ponieważ dużo szybciej podejmowałem głębszą pracę na ważne tematy, które się wyłoniły podczas sesji przed tygodniem. Procedura była tak przydatna, iż odtąd zawsze rutynowo nagrywałem sesje dla pacjentów, którzy musieli dojeżdżać z daleka. Czasami robię to też dla tych, którzy mieszkają w pobliżu, ale mają szczególne trudności z przypomnieniem sobie poprzedniego spotkania - na przykład z powodu dużej chwiejności uczuciowej lub niewielkich epizodów dysocjacyjnych.

Technika ta jest dobrą ilustracją ważnego aspektu terapii - tego mianowicie, że *terapia działa najlepiej, jeśli jako całość upodabnia się do jednej, nieprzerwanej sesji*. Godziny terapii niepowiązane w jeden ciągły strumień są znacznie mniej skuteczne. Szczególnie nieskutecznym sposobem pracy jest wykorzystywanie terapii do rozwiązywania kryzysów, które wynikły w ciągu tygodnia. Jako debiutant na tym polu miałem okazję słyszeć, jak David Hamburg, kierownik katedry psychiatrii w Uniwersytecie Stanforda, nazwał żartobliwie psychoterapię cykloterapią - i faktycznie, coś w tym jest, ciągle od nowa bowiem coś „przepracowujemy”. Otwieramy pewne tematy, pracujemy nad nimi jakiś czas, przechodzimy do innych, ale regularnie i wciąż od nowa powracamy do tych samych kwestii, za każdym razem nieco pogłębiając doświadczenia. Ten cykliczny aspekt procesu psychoterapeutycznego porównywano do zmiany koła w samochodzie. Nakładamy mutry na śruby, dokręcamy z jednakową siłą po kolei każdą z nich, aż dojdziemy z powrotem do pierwszej, a wówczas powtarzamy proces, i tak aż do momentu, gdy koło jest właściwie osadzone.

Rzadko to ja zaczynam sesję. Jak większość terapeutów wolę poczekać na pacjenta. Chcę wiedzieć, co go tego dnia pili. Kiedy mi się jednak *zdarza rozpocząć*, zawsze nawiązuję do poprzedniego spotkania. Jeśli zatem ostatnia sesja była szczególnie ważna, emocjonująca albo niedokończona, mogę rozpocząć kolejne spotkanie na przykład tak: „W ubiegłym tygodniu mówiliśmy o wielu ważnych sprawach. Ciekaw jestem, z jakim uczuciem wróciłeś do domu”.

Moją intencją jest, oczywiście, powiązanie obecnej sesji z poprzednią. Temu samemu celowi służy moja praktyka pisania

streszczeń sesji grupowych i wysyłania ich do uczestników przed kolejnym spotkaniem. Czasami sesja rozpoczyna się od tego, że ktoś z jej uczestników porusza jakąś kwestię ze streszczenia. Wskazuje, że sam widział rzecz inaczej albo że teraz rozumie ją inaczej niż terapeuta. Z radością witam brak zgody, który wzmacnia ciągłość między sesjami.

ROZDZIAŁ 53

Rób notatki po każdej sesji

Teśli terapeuci mają być historykami procesu terapeutyczne-I go i dbać o jego ciągłość, to muszą dysponować jakąś kroniką zdarzeń. Zorganizowana opieka zdrowotna oraz groźba sprawy sądowej - bliźniacze plagi dzisiejszej psychoterapii - przyniosły nam jeden pożytek: skłoniły terapeutów do regularnego sporządzania notatek.

W zamierzczłych czasach sekretarek rutynowo dyktowałem, a potem dawałem do przepisania szczegółowe opisy każdej sesji. (Większość materiału do tej i innych książek pochodzi właśnie z tych notatek). Dzisiaj, bezpośrednio po każdej sesji, spędzam kilka minut wprowadzając do komputera najważniejsze omawiane kwestie, a także moje uczucia i sprawy niedokończone. Pracę zawsze planuję sobie tak, żebym przed kolejną sesją miał kilka minut na odczytanie tych notatek. Jeśli stwierdzam, że nie mam nic ważnego do zapisania, to już samo to jest ważną informacją i prawdopodobnie oznacza, że terapia jest w zastoju, a my z pacjentem nie odkrywamy nic nowego. Wielu terapeutów, którzy spotykają się z pacjentami kilka razy w tygodniu, nie potrzebuje tak szczegółowych notatek, bo wówczas żywiej się pamięta sesje.

ROZDZIAŁ 54

Zachęcaj do obserwowania siebie

Przygoda terapeutyczna to ćwiczenie w badaniu siebie, a ja zachęcam pacjentów, by korzystali z każdej okazji do pogłębienia naszych badań. Jeśli pacjent, który zawsze się czuł niezręcznie na spotkaniach towarzyskich, mówi, że został zaproszony na duże przyjęcie, zazwyczaj odpowiadam: „Wspaniale! Znakomita okazja, żebyś się czegoś o sobie dowiedział! Tylko tym razem obserwuj siebie - i nie zapomnij zrobić notatek po powrocie, żebyśmy mogli je omówić podczas następnej sesji”.

Szczególnie bogatym źródłem informacji są wizyty w domu rodzinnym. W ślad za moją sugestią wielu pacjentów *zaczy- na* odbywać dłuższe i głębsze niż kiedykolwiek wcześniej rozmowy z rodzeństwem. Również wszelkie zjazdy absolwentów i odwiedziny u dawnych partnerów sa, ogólnie rzecz biorąc, kopalnią złota. Zachęcam pacjentów, by próbowali wówczas uzyskać informacje o tym, jak byli lub są postrzegani. Znam pewnego starszego pana, któremu dawna znajoma z piątej klasy powiedziała, że pamięta go jako „ślicznego chłopca z czarnymi jak węgiel włosami i szczywanym uśmiechem”. Rozpląkał się, kiedy to usłyszał. Zawsze uważał, że jest brzydki i niezgrabny. Był przekonany, że gdyby ktoś - ktokolwiek - powiedział mu *wówczas*, że jest śliczny, jego życie potoczyłoby się zupełnie inaczej.

ROZDZIAŁ 55

Gdy pacjent szlocha

Co robisz, gdy przyjaciel płacze w twojej obecności? Zazwyczaj próbujesz go pocieszyć. „No już dobrze” - mówisz uspokajająco albo go obejmujesz, albo biegniesz po chusteczki, albo szukasz jakiegoś innego sposobu, żeby odzyskał kontrolę nad sobą i przestał płakać. Sytuacja terapeutyczna, wszakże, wymaga czegoś więcej niż pocieszenia.

Płacz często oznacza dotarcie do głębszych pokładów emocji, dlatego terapeuta ani nie ma być uprzejmy, ani nie uspokaja pacjenta. Wręcz przeciwnie - możesz chcieć go zachęcać, by się zanurzył jeszcze głębiej. Możesz po prostu nalegać, by mówił, co myśli i czuje: „Zostań tam, gdzie jesteś. Pobądź z tym. Mów do mnie; spróbuj przełożyć swoje uczucia na słowa”. Albo możesz - ja tak często robię - zapytać: „Gdyby twoje łzy umiały mówić, to co by powiedziały?”. Psychoterapię można pojmować jako następujące po sobie *sekwencje wyrażania uczuć i ich analizy*. Innymi słowy, zachęcamy do aktów ekspresji uczuciowej, ale potem rozmawiamy o wyrażonych emocjach. Sekwencja ta jest wyraźniejsza podczas terapii grupowej, gdy się ujawniają bardzo silne emocje, ale widać ją również w terapii indywidualnej, zwłaszcza gdy pacjent płacze. Dlatego, kiedy ktoś podczas sesji zaczyna płakać, najpierw zachęcam go do kontaktu z treścią i znaczeniem tego płaczu, a potem dbam o to, by zanalizować sam akt płakania - zwłaszcza o tyle, o ile się odnosi do naszego „tu i teraz”. To znaczy: badam nie tylko uczucia związane z płaczem w ogólności, lecz także - zwłaszcza - to, jak się pacjent czuje, kiedy płacze *przy mnie*.

ROZDZIAŁ 56

Znajdź czas dla siebie między kolejnymi pacjentami

Spodziewam się, że wielu terapeutów, którzy pracują pod naciskiem bieżących potrzeb ekonomicznych, chętnie pominię ten fragment, ale i tak go tu umieszczam.

Zostawiaj sobie dość czasu między sesjami - inaczej za każdym razem pozbawiasz siebie i pacjenta należnych wam kilku minut. Zawsze sporządzam szczegółowe notatki z każdej sesji i nigdy nie zaczynam sesji bez odwołania się do tych zapisków. Moje notatki wskazują często na niedokończone sprawy - tematy, które należałoby pociągnąć dalej albo nieprzepracowane uczucie między mną a pacjentem. Jeśli będziesz traktować poważnie każdą godzinę, taki sam stosunek będzie miał do niej pacjent.

Niektórzy terapeuci mają tak napięty plan zajęć, że nie robią żadnej przerwy między kolejnymi pacjentami. Moim zdaniem nawet 10 minut nie wystarczy, jeśli większość tego czasu pochłona telefon. Ja zawsze robię co najmniej 10-minutowe, a jeszcze chętniej - 15-minutowe przerwy między pacjentami na sporządzenie notatek, odczytanie notatek i pomyślenie. Przerwy 15-minutowe powodują pewne komplikacje: pacjentów trzeba zapisywać na dziwne godziny - na przykład za 10 jakaś czy 10 po - ale wszyscy moi pacjenci z łatwością to przełykają. System ten może również wydłużyć twój dzień pracy i obniżyć zarobek. Ale warto. Abraham Lincoln znany jest z powiedzenia, że gdyby miał osiem godzin na ścięcie drzewa, kilka z nich spędziłby, ostrząc siekiere. Nie bądź drwalem, któremu tak się śpieszy, że nie zdąży naostrzyć siekiery!

ROZDZIAŁ 57

Mów otwarcie o swoich dylematach

Gdy czuję, że zabrnąłem w ślepy zaułek lub nie wiem, jak zareagować, zazwyczaj oznacza to, że tkwię między dwiema albo więcej sprzecznymi możliwościami. Jestem przekonany, że otwarte podzielenie się dylematem nigdy nie przynosi szkody. Oto kilka przykładów:

„Ted, chciałbym ci przerwać. Czuję, że obezwładniają mnie dziś trochę dwa sprzeczne uczucia: z jednej strony wiem, że historia twojego konfliktu z szefem jest ważna, i wiem też, że często się czujesz dotknięty, gdy ci przerywam; z drugiej strony jednak mam bardzo silne wrażenie, że unikasz dziś czegoś ważnego”.

„Mary, mówisz, że nie całkiem mi wierzysz, bo jestem wobec ciebie zbyt taktowny i delikatny. Myślę, że masz rację: rzeczywiście czasami się hamuję. Często się borykam z dylematem: z jednej strony chcę być wobec ciebie naturalniejszy, z drugiej - wiem, że łatwo cię zranić i że przypisujesz moim komentarzom nadmierną moc, więc czuję, że muszę bardzo, bardzo starannie dobierać słowa”.

„Pete, mam dylemat. Wiem, że chcesz ze mną rozmawiać o Ellie, czuję, że na to nalegasz, i nie chcę cię frustrować. Z drugiej strony jednak mówisz, iż wiesz, że twój związek z nią nie ma sensu, że ci szkodzi, że to się nigdy nie uda. Wydaje mi się, że powinniśmy poszukać, co się kryje pod czy za tematem Ellie, spróbować się dowiedzieć więcej o tym, z czego wynika twoje tak

silne zauroczenie. Opisy szczegółów twoich interakcji z nią zajmowały nam ostatnio tyle czasu, że bardzo mało go zostawało na głębsze rozważania. Proponuję, żebyśmy ograniczyli czas naszych rozmów o Ellie -na przykład do 10 minut podczas każdej sesji”.

„Mike, nie chcę unikać twoich pytań. Wiem, że czujesz, iż się przed nimi uchylam. Nie chcę tego robić i obiecuję, że do nich wrócimy. Jestem tylko przekonany, że bardziej by nam pomogło, gdybyśmy najpierw przyjrzeni się temu, co za nimi stoi”.

Ostatni przykład: Kiedy Susan przyszła do mnie, była na granicy rozstania z mężem. Po kilku miesiącach terapii czuła się lepiej, a jej stosunki z mężem się poprawiły. Podczas pewnej sesji opowiadała, jak to w rozmowie z mężem, kiedy się kochali, przedrzeźniała jakieś moje stwierdzenie (zniekształcając je jednocześnie) i jak się potem z tego śmieli. Wspólne naśmiewanie się ze mnie zbliżyło ich do siebie.

Jak tu zareagować? Miałem kilka możliwości. Po pierwsze, zdarzenie to ukazywało, jak blisko się czuje z mężem - od dawna, - może nawet od lat nie byli ze sobą tak blisko. Długo nad tym pracowaliśmy i mógłbym wyrazić swoje zadowolenie z postępów. Albo mógłbym zareagować na przekręcenie mojej uwagi na jego temat. Albo powiedzieć coś o tym, jak dobrze sobie radzi z trójkątami; miała utrwalać wzorzec znacznego skrępowania w relacjach trójstronnych, włącznie z trójkątem edypalnym: ona, mąż i syn; ona i dwójka przyjaciół; a teraz ona, mąż i ja. Jednak najsilniejsze było uczucie, że zostałem użyty w złą wierzę i że mi się to nie podoba. Wiedziałem, że jest mi wdzięczna i żywi do mnie wiele pozytywnych uczuć, a jednak postanowiła strywializować naszą relację, by zacieśnić związek z mężem. Tylko czy moje uczucie było uzasadnione? Czy moja osobista uraza nie kłóciła się z tym, co najlepiej posłużyłoby pacjentce?

Ostatecznie postanowiłem ujawnić wszystkie te uczucia oraz mój dylemat dotyczący ich ujawnienia. Moja otwartość doprowadziła nas do owocnej dyskusji na temat kilku ważnych kwestii. Susan natychmiast pojęła, że nasz trójkąt jest mikrokosmosem i że inni jej przyjaciele muszą doświadczać uczuć podobnych do moich. Tak, to prawda, jej mąż czuł się przeze mnie zagrożony, a ona chciała go uspokoić, wyśmiewając się ze mnie. Ale może również nieświadomie podgrzewała w ten sposób jego tendencje rywalizacyjne? I czy nie było sposobu, by naprawę go wesprzeć, zachowując zarazem integralność związku ze mną? Dzięki temu, że ujawniłem swoje uczucia, mogliśmy się zająć głęboko zakorzenionym i nieprzystosowawczym wzorcem rozgrywania jednej osoby przeciwko innej.

ROZDZIAŁ 58

Odwiedzaj pacjentów w domu

T~) zadko składałem wizyty swoim pacjentom. Dużo za rzad-J\ko, każda bowiem, bez wyjątku, okazywała się szalenie owocna. Z każdej dowiadywałem się czegoś o takich aspektach życia moich pacjentów, o jakich inaczej nic bym nie wiedział: o ich hobby; stopniu, w jakim ich praca ingeruje w życie prywatne; o ich wrażliwości estetycznej (na podstawie umeblowania, ozdób, dzieł sztuki) oraz o sposobach odpoczyniania (na podstawie książek i czasopism). Pewna pacjentka, która się skarżyła na brak przyjaciół, miała szczególnie zaniedbany dom - świadectwo niewielkiej troski o wrażliwość potencjalnych gości. Młoda, atrakcyjna, dobrze utrzymana kobieta; która przyszła po pomoc, ponieważ nie potrafiła zbudować dobrego związku z mężczyzną, tak mało dbała o swój dom - dywany poplamione, wszędzie tuziny kartonowych pudełek ze starą korespondencją, meble postrzępione - że nic dziwnego, iż odstręczało to odwiedzających ją mężczyzn.

Składając wizytę innej pacjentce, dowiedziałem się po raz pierwszy, że ma tuzin kotów, a jej dom tak śmierdzi kocim moczem, że nie sposób tam kogokolwiek przyjmować. Odwiedziny w domu opryskliwego, niewrażliwego mężczyzny ukazały mi, ku mojemu zdziwieniu, ściany pokryte wymienionymi chińskimi pejzażami i kaligrafiami. Szczególnie produktywna bywa rozmowa poprzedzająca wizytę w domu. Pacjenci mogą się obawiać takiej ekspozycji; mogą się zastanawiać, czy mają posprzątać, czy raczej pozwolić, by terapeuta zobaczył ich dom *au naturel*. Jedna z pacjentek była bardzo niespokojna i przez jakiś czas nie pozwalała mi na odwiedziny. Kiedy w końcu wpuściła mnie do swojego mieszkania, wyglądało na to, że najbardziej ją peszy pokazywanie mi ściany pokrytej pamiątkami po byłych kochankach: karnawałowymi ozdobami, starymi biletami do opery, zdjęciami z Tahiti i Acapulco. O co chodziło? Bardzo chciała, bym ją szanował za jej zdolności intelektualne, i wstydziła się, że ją widzę tak uwięzioną w przeszłości. Wiedziała, że takie wieczne błąkanie się wśród minionych miłości nie jest zbyt mądre, i czuła, że byłbym nią rozczarowany, gdybym zobaczył, jak się obciąża przeszłością. Inny pacjent, w głębokiej żalobie, tak często mówił o swojej żonie i o jej fotografiach, że w końcu postanowiłem go odwiedzić. Jego dom był pełen pamiątek po żonie, a na środku salonu stała stara, wytarta sofa, na której jego żona zmarła. Ściany były pokryte jej zdjęciami albo zdjęciami, które zrobiła, a na półkach stały jej książki. A najważniejsze: w całym domu było bardzo mało jego samego - jego gustów, zainteresowań, jego wygody! Wizyta okazała się ważna dla pacjenta ze względu na proces terapii - fakt, że tak mi na nim zależało, że aż odwiedziłem go w domu - i miała radykalny wpływ na jego życie. Oświadczył, że chce, bym mu pomógł wprowadzić zmiany w domu. Wspólnie pracowaliśmy nad planem i charakterem zmian, które zarazem ułatwiały i odzwierciedlały postępy w pracy nad żalobą. Inni moi pacjenci w ogóle się o siebie nie troszczyli, jakby nie zasługiwali na piękno i wygodę w życiu. Jeden, ku mojemu zdumieniu, okazał się gorliwym zbieraczem, a w jego domu wszędzie się piętrzyły stopy starych czasopism i książek telefonicznych - nigdy bym się o tym nie dowiedział, gdybym go nie odwiedził. Pacjentka jednego z moich uczniów, również kolekcjonerka, po dwóch latach terapii zgodziła się w końcu na wizytę terapeuty w domu, zastrzegając: „Musisz obiecać, że nie będziesz krzyczeć”. Ten komentarz wskazuje, iż zezwolenie na odwiedziny było zarazem oznaką zgody na rozpoczęcie zmian. Wizyty domowe są wydarzeniami znaczącymi i nie zamierzam twierdzić, że początkującemu terapeutcie taki krok przyjdzie łatwo. Najpierw trzeba zbudować granice i sprawa-ić, że będą szanowane, kiedy jednak sytuacja tego wymaga, musimy się zdobyć na elastyczność, postawę twórczą i indywidualny stosunek do terapii. Z drugiej wszakże strony można by się zastanowić, dlaczego wizyty domowe, niegdyś tak popularne w tradycji opieki zdrowotnej, teraz postrzegane są jako krok śmiały i ryzykowny. Cieszę się, widząc zmiany zachodzące przede wszystkim wśród terapeutów rodzinnych, którzy często dbają o to, by zorganizować sesję w domu pacjenta.

ROZDZIAŁ 59

Nie traktuj zbyt poważnie wyjaśnień

Podczas opisywanego już eksperymentu, kiedy to oboje - pacjentka i ja - opisywaliśmy każdą sesję terapeutyczną, przekonałem się, że pamiętamy i cenimy zupełnie inne aspekty procesu. Ja szczyliłem się swoimi intelektualnymi interpretacjami, podczas gdy na pacjentkę miały one wpływ niewielki, znaczną wartość natomiast przypisywała moim drobnym zachowaniom osobistym, ważnym dla naszej relacji. Większość publikowanych opisów psychoterapii ukazuje tę samą niespójność: *terapeuci ceniej interpretację i wgląd znacznie wyżej niż pacjenci*. My, terapeuci, od samego początku - od czasu, gdy Freud swymi dwiema kuszącymi, lecz mylącymi metaforami skierował nas na niewłaściwy tor - znacznie przeceniamy poszukiwanie skarbów treści intelektualnej.

Pierwsza z tych metafor to obraz terapeuty-archeologa, który cierpliwie zmiata pył z zamierzchłych wspomnień, by odkryć prawdę - jakieś rzeczywiste zdarzenie z wczesnego dzieciństwa pacjenta: rzeczywistą traumę, scenę pierwotną, najwcześniejsze wydarzenia. Druga - to łamigłówka. Trzeba tylko znaleźć - powiada Freud - ostatni brakujący fragment, a cała zagadka zostanie rozwiązana. Wiele z Freudowskich opisów przypadków czyta się jak kryminały, a czytelnik niecierpliwie dąży naprzód, w nadziei na pikantne rozwiązanie wszystkich tajemnic.

Nasz entuzjazm dla intelektualnych poszukiwań przekazujemy, naturalnie, naszym pacjentom, i obserwujemy lub wyobrażamy sobie ich reakcje „aha” na nasze wnikliwe komentarze. Osobie, z którą rozmawiamy - zauważył Nietzsche - przypisujemy nawet wyraz twarzy odpowiedni do błyskotliwej rnyśli, którą, jak się nam wydaje, wypowiedzieliśmy. Freud wcale się nie starał ukrywać swojego entuzjazmu dla rozwiązań intelektualnych. Niejeden z jego pacjentów opisywał, jak to doktor miał obyczaj sięgać po pudełko „cygar zwycięstwa”, by uczcić szczególnie celną interpretację. A popularne media od dawna rozpowszechniają ten błędny pogląd na terapię. Charakterystyczny wizerunek hollywoodzki przedstawia terapeutę jako kogoś, kto przez wiele przeszkód, często myląc kierunki, pokonując pokusy i niebezpieczeństwa, dociera ostatecznie do wielkiego, wyjaśniającego i zbawionego odkrycia.

Nie chodzi mi o to, że intelektualne dociekania nie są ważne. Owszem, są, ale z przyczyn zupełnie innych, niż nam się na ogół wydaje. Łakniemy ukojenia w absolutnej prawdzie, bo nie możemy znieść pustki absolutnie kapryśnego istnienia. Prawda - powiada Nietzsche - to iluzja, bez której pewien gatunek nie mógłby przetrwać³⁶. Tak namaszczeni, z wrodzoną potrzebą poszukiwania rozwiązań, dopełniania figur, kurczowo się trzymamy wiary, że wyjaśnienie - jakieś wyjaśnienie - jest możliwe. To sprawia, że świat staje się znośny, to nas napęnia poczuciem kontroli i panowania.

Jednakże to nie *zawartość* intelektualnego skarbcza się liczy, lecz *poszukiwanie*. To właśnie ono jest sztandarowym zadaniem terapii, z którego obie strony czerpią korzyść: pacjenci pławią się w uwadze poświęcanej najdrobniejszym szczegółom ich życia, a terapeuta napawa się procesem rozwiązywania życiowych tajemnic. Piękno tej sytuacji polega na tym, że terapeuta i pacjent pozostają ściśle ze sobą związani, podczas gdy prawdziwy czynnik zmiany - *relacja tera-*

peutyczna - kwitnie.

W praktyce związek programu intelektualnego z relacją między pacjentem a terapeutą jest szalenie skomplikowany. Im więcej terapeutę wiedzą o życiu pacjenta, jego przeszłości i terażniejszości, tym bardziej się w nie zagłębiają, stając się

* F. Nietzsche Wo/n moc;- Przel. St. Frycz i K. Drzewiecki. Warszawa 1911.

coraz bliższymi i pełnymi zrozumienia świadkami. A ponadto wiele interpretacji ma bezpośrednio na celu poprawę związku między terapeutą a pacjentem; terapeutę raz po raz koncentrują się na tym, co im przeszkadza się spotkać z pacjentem.

Na poziomie najbardziej podstawowym związek między wglądem a zmianą pozostaje tajemnicą. Choć przyjmujemy za pewnik, że wgląd prowadzi do zmiany, kolejność ta wcale nie została empirycznie potwierdzona. W istocie niektórzy doświadczeni, wnikliwi analitycy sądzą, że możliwa jest kolejność odwrotna: wgląd *następuje po zmianie*, zamiast ją poprzedzać.

I wreszcie - pamiętajmy tezę Nietzschego: nie ma prawdy, jest tylko interpretacja. Jeśli zatem nawet udało nam się zaferować pewien elegancko opakowany wgląd niezwyklej wartości, musimy sobie zdawać sprawę, że jest to konstrukt, wyjaśnienie, owszem, ale tylko *jakieś* wyjaśnienie, a nie to jedno, jedyne prawdziwe.

Weźmy przykład zrozpaczonej wdowy, która nie umiała znieść samotności i braku bliskiej osoby, a mimo to uniemożliwiła każdy potencjalny związek z mężczyzną. Dlaczego? Przez parę miesięcy badań sformułowaliśmy kilka wyjaśnień:

- Boi się, że jest przekłeta. Każdy mężczyzna, którego kochała, przedwcześnie umierał. Unika bliskości, by chronić mężczyznę przed swoją złą karmą.
- Boi się, że mężczyzna, który się zanadto zbliży, będzie mógł w nią wejrzeć i odkryje, iż w istocie jest zła, nieprzyzwoita i przepełniona morderczą wściekłością.
- Gdyby naprawdę pozwoliła sobie kochać kogoś innego, przyznałaby ostatecznie, że jej mąż rzeczywiście umarł.
- Miłość do innego mężczyzny stanowiłaby zdradę: oznaczałaby, że jej miłość do męża nie była tak głęboka, jak się jej zdawało.
- Poniosła już zbyt wiele strat i nie przeżyłaby kolejnej. Mężczyźni są zbyt wąтли: ilekroć patrzy na nowego mężczyznę w swoim życiu, widzi jego czaszkę przeswitującą przez skórę i opadają ją myśli o tym, że człowiek ten niebawem zamieni się w worek suchych kości.
- Nienawidzi mierzenia się z własną bezradnością. Jej mąż czasami się na nią złościł, a ją jego złość niszczyła. Jest zdecydowana nigdy więcej do tego nie dopuścić, nigdy nikomu nie da takiej kontroli nad sobą.
- Zdecydowanie się na jednego mężczyznę oznacza rezygnację ze wszystkich innych, a ona nie ma ochoty ograniczać swoich możliwości.

Które z tych wyjaśnień było prawdziwe, które było trafne? Jedno? Niektóre? Wszystkie? Każde reprezentuje odmienny konstrukt: tyle istnieje wyjaśnień, ile systemów wyjaśniających. W tamtym czasie żadne nic zasadniczo nie zmieniło. Jednakże byliśmy zaangażowani w poszukiwanie wyjaśnienia i właśnie to nasze zaangażowanie coś zmieniło. Ona zaryzykowała i zdecydowała się na głębszy związek ze mną, a ja się nie odsunąłem. Nie zniszczyła mnie jej wściekłość, nadal byłem blisko, trzymałem ją za rękę, gdy była zrozpaczona, przeżyłem i nie padłem ofiarą jej przekłetej karmy.

ROZDZIAŁ 60

Sposoby na przyspieszenie terapii

Grupy terapeutyczne i grupy rozwoju osobistego od dziesięcioleci posługują się technikami przyspieszającymi lub „rozmrzającymi”. Mnie przydaje się, między innymi, takie ćwiczenie: grupa tworzy krąg wokół jednego ze swoich uczestników, który, z zamkniętymi oczyma, przewraca się wyprostowany do tyłu, a pozostali go łapią. Z kolei w ćwiczeniu nazwanym „największą tajemnicą” każdy z uczestników zapisuje na takiej samej, nie do odróżnienia od innych karteczce, swoją największą tajemnicę, której ujawnienie uważa za ryzykowne. Potem karteczki się miesza i z powrotem, losowo, rozdaje uczestnikom; każdy czyta czyjś sekret i mówi, jak by się czuł, gdyby sam taki sekret skrywał. Inna technika to odtwarzanie z nagrania wideo wybranych części poprzedniego spotkania. Lub też, w grupach studenckich, uczestnicy kolejno podejmują rolę prowadzącego grupę, a potem omawiają swoje „wystąpienia”. Albo, by przerwać ciszę na początku sesji, prowadzący może zaproponować szybką „rundę”, w której każdy ujawni jakieś swoje swobodne skojarzenia z tej chwili ciszy.

Wszystkie te rozmrzające albo przyspieszające techniki *to jedynie pierwsza faza ćwiczenia*. Za każdym razem prowadzący musi zachęcić do omówienia doświadczenia, pomóc uczestnikom zebrać plon danych uzyskanych podczas ćwiczenia - czego, na przykład, dowiedzieli się o swoim stosunku do zaufania, empatii i otwartości.

Jedną z najpotężniejszych interwencji, jakich używam (zarówno w grupach pacjentów chorych na raka, jak i podczas ćwiczeń dydaktycznych dla dużych grup słuchaczy) jest ćwiczenie „Kim jestem?”. Każdy z uczestników otrzymuje osiem karteczek; na każdej z nich ma napisać odpowiedź na pytanie „Kim jestem?”. (Na przykład: żoną, kobietą, chrześcijaninem, miłośnikiem książek, matką, lekarzem, sportowcem, istotą płciową, księgowym, artystką, córką itd.). Potem każdy porządkuje karteczki od najmniej istotnej do najważniejszej dla własnego poczucia tożsamości.

Następnie uczestnicy grupy mają się zastanowić nad każdą karteczką, poczynając od najmniej ważnej, i wyobrazić sobie, jak by się czuli, gdyby zrezygnowali z tej części swojej tożsamości. Jakiś dźwięk (cichy dzwonek lub gong) co parę minut sygnalizuje przejście do kolejnej karteczki, a po ośmiu dzwonekach i przemyśleniu wszystkich karteczek odwraca się procedurę i uczestnicy ponownie „przyjmują” każdy z zapisanych aspektów swojej tożsamości. Później (jest to równie ważne w przypadku tego ćwiczenia, jak we wszystkich innych) cała grupa omawia kwestie, które się wyłoniły podczas pracy nad karteczkami, na przykład kwestię tożsamości i istoty jaźni, doświadczenie rezygnacji z jakiejś cechy, fantazje na temat śmierci.

Ogólnie rzecz biorąc, tego rodzaju narzędzia przyspieszające nie są tak niezbędne ani użyteczne w terapii indywidualnej. W niektórych podejściach do terapii - na przykład w terapii Gestalt - używa się wielu ćwiczeń, które, stosowane rozsądnie, mogą

terapię ułatwiać. Jest jednak również prawdą, że niektórzy młodzi terapeuci błędzą, gromadząc wielki koszt ćwiczeń, do którego sięgają, by ożywić terapię, ilekroć mają wrażenie, że tempo nieco osłabło. Początkujący terapeuci muszą się nauczyć, że niekiedy warto pomilczeć - przy czym czasami jest to wspólne, jednoczące milczenie, a czasami po prostu oczekiwanie, aż myśli pacjenta przybiorą formę, którą uda mu się wyrazić.

Bywa jednak, że - zgodnie z zaleceniem wynajdywania odmiennej terapii dla każdego pacjenta - terapeuta powinien zaproponować ćwiczenie dopasowane do konkretnych potrzeb osoby, z którą akurat pracuje.

W różnych miejscach te) książki omawiam liczne tego rodzaju narzędzia: wizyty domowe, odgrywanie ról czy prośzenie pacjenta, by skomponował własne epitafium. Proszę również pacjentów o przynoszenie fotografii rodzinnych. Dzięki starym fotografiom nie tylko ja wiem, jak wyglądały ważne osoby z jego przeszłości - co z kolei sprawia, że się czuję silniej z nim związany - lecz także pacjentowi łatwiej przypomnieć sobie ważne minione zdarzenia i uczucia. Czasami warto poprosić pacjenta, by napisał list (który potem mi pokaże, choć niekoniecznie wyśle) do kogoś, z kim ma ważną niedokończoną sprawę - na przykład do nieosiągalnego zmarłego ojca czy matki, do byłej żony bądź do dziecka.

Najczęściej korzystam z nieformalnego odgrywania ról. Powiedzmy, że pacjentka mówi, iż nie potrafi się skonfrontować z partnerem w jakiejś sprawie - na przykład niepokoi się perspektywą tygodniowych wspólnych wakacji nad morzem, ponieważ codziennie potrzebuje dla siebie czasu na to, by samotnie pomedytować, poczytać lub pomyśleć. Mogę wówczas zaproponować krótkie ćwiczenie, podczas którego ona odgrywa rolę przyjaciela, a ja gram ją, pokazując, jak mogłaby sformułować takie wymaganie. Kiedy indziej to ja gram tę drugą osobę, a ona próbuje, co mogłaby powiedzieć.

Czasami przydaje się pochodząca od Fritza Perlsa technika pustego krzesła. Pewnym pacjentom, którzy mają bardzo surowego i potępiającego wewnętrznego krytyka, proponuję, by tę oceniającą, krytyczną część siebie posadzili na pustym krześle i zaczęli do niej mówić, potem zmienili miejsca i odgrywali rolę sędziego, który wypowiada krytyczne uwagi na temat Ja zewnętrznego. Podkreślam raz jeszcze: tego rodzaju techniki przydają się nie jako cel sam w sobie, lecz jako źródło danych do późniejszych dociekań.

ROZDZIAŁO!

Terapia jako kostiumowa próba życia

Wielu terapeutów się wzdraga, gdy słyszą, jak krytycy nazywają ich pracę zwykłym „kupowaniem przyjaźni”. Chociaż w stwierdzeniu tym jest ziarno prawdy, nie trzeba się przed nim wzdragać. Przyjaźń między terapeutą a pacjentem jest warunkiem koniecznym w procesie terapii - *koniecznym, ale nie wystarczającym*. Psychoterapia nie jest substytutem życia, lecz próbą kostiumową. Innymi słowy, choć psychoterapia wymaga bliskiego związku, związek nie jest celem - jest środkiem do celu.

Bliski związek terapeutyczny służy wielu celom. Stwarza bezpieczne otoczenie, w którym pacjenci mogą być otwarci tak dalece, jak to możliwe. Ponadto, w bliskim związku z terapeutą pacjent może doświadczyć akceptacji i zrozumienia, kiedy się odsłoni. Bliski związek uczy umiejętności społecznych: pacjent się dowiadyuje, czego wymaga bliska relacja. A ponadto stwierdza, że bliskość jest możliwa, a nawet osiągalna. I wreszcie, rzecz może najważniejsza: Carl Rogers zauważył, że związek terapeutyczny służy jako wewnętrzny punkt odniesienia, do którego pacjent może się odwoływać w wyobraźni. Raz osiągnąwszy taki poziom bliskości, może żywić nadzieję na inne podobne związki, a nawet się ich spodziewać.

Często się słyszy o pacjentach (czy to w terapii grupowej, czy indywidualnej), którzy są znakomitymi pacjentami bądź uczestnikami grup, ale w swoim życiu na zewnątrz pozostają niezmienni. Tworzą dobrą relację z terapeutą indywidualnym lub odgrywają znaczącą rolę w grupie - są otwarci, ciężko pracują, są katalizatorami wielu interakcji - a w swojej sytuacji na zewnątrz nie stosują tego, czego się nauczyli

w toku terapii. Innymi słowy, dla nich terapia jest raczej substytutem życia niż próbą.

To rozróżnienie może się przydać podczas podejmowania decyzji o zakończeniu terapii. Zmiana zachowania w sytuacji terapeutycznej to, rzecz jasna, za mało: pacjent musi umieć przełożyć te zmiany na swoje życie codzienne. Na końcowym etapie terapii dokładam starań, by zagwarantować transfer zdobytego doświadczenia. Uważam, że to konieczne. Zaczynam być aktywnym „trenerem”, nalegam, by pacjent eksperymentował z nowymi zachowaniami w pracy, w sytuacjach towarzyskich i w rodzinie.

ROZDZIAŁ 62

Pierwszą skargę wykorzystuj jako dźwignię

Nie trać kontaktu z początkową skargą pacjenta. Poniższy przykład pokazuje, jak podany podczas pierwszej sesji powód poszukiwania terapii może się bardzo przydać później, na trudniejszych etapach pracy.

PIĘCDZIESIECIOPIECIOLETNIA TERAPEUTKA poprosiła mnie o konsultację w związku z impasem, w jaki popadła w swojej pracy z Ronem, 40-letnim studentem psychologii. Spotykała się z nim od paru miesięcy. Niedawno Rona odrzuciła kobieta, z którą miał kilka randek. W efekcie mężczyzna stał się bardziej wymagający podczas sesji terapeutycznych, nalegał, by terapeutka trzymała go za rękę i przytulała. Na poparcie swoich żądań przyniósł egzemplarz mojej książki *Mama i sens życia*, gdzie opisałem zbawienne skutki trzymania za rękę wdowy w żałobie. Potem się nadąsał, odmówił podawania ręki na pożegnanie i sporządził listę niedociągnięć terapeutki.

Terapeutce było w tej sytuacji coraz niewygodniej, była zdezorientowana, czuła, że pacjent nią manipuluje, złościła się na Rona za jego dziecinne zachowanie. Wszelkie próby złagodzenia impasu kończyły się niepowodzeniem, a terapeutka, coraz bardziej

przestraszona rozmiarami gniewu pacjenta, zastanawiała się nad zakończeniem terapii.

Podczas superwizji przyjrzelśmy się ponownie powodowi, dla którego Roń pierwotnie zgłosił się na terapię: chciał pracować nad swoimi relacjami z kobietami. Był atrakcyjnym mężczyzną, łatwo nawiązywał kontakty z kobietami, ale większość wieczorów spędzał z kumplami w barze, podrywając kobiety na jedną noc i szybko je zmieniając. W tych nielicznych przypadkach, gdy któraś wydawała mu się szczegól-

nie atrakcyjna i chciał utrzymać z nią kontakt, dostawał kosza. Nie był pewien, dlaczego, ale domyślał się, że miała dość jego żądań, by dawała mu zawsze dokładnie to, czego chciał. Właśnie dlatego podjął terapię u kobiety.

Informacja ta rzuciła sporo światła na impas terapeutyczny i dostarczyła ważnej dźwigni. Scysja między pacjentem a terapeutką nie była niefortunną komplikacją w terapii, lecz fazą nieuchronną i zasadniczą. *Oczywiście*, że wcześniej czy później Roń zażądałby od swojej terapeutki zbyt wiele. *Oczywiście* poniżyłby ją i *oczywiście* ona chciałaby go opuścić. Jak jednak zrobić terapeutyczny użytek z tego odkrycia?

Pamiętacie rozdział 40: „Kuj żelazo póki zimne!”? Najważniejszy jest wybór odpowiedniego momentu: interpretacje działają najskuteczniej, gdy uczucia pacjenta dostatecznie ochłodły i może on trzeźwiej spojrzeć na własne zachowanie. Gdy taki moment nadejdzie, skorzystaj z dźwigni, jakiej dostarczyło zaprezentowanie problemu za pierwszym razem. Oprzyj się na przymierzcu terapeutycznym i zaproponuj wspólną próbę zrozumienia, co się stało. Na przykład:

„Myślę, Roń, że między nami od paru tygodni dzieje się coś naprawdę ważnego. Powiem ci, dlaczego tak uważam. Przypomnij sobie, z jakiego powodu w ogóle do mnie przyszedłeś. Chodziło o problemy, które stale powstawały między tobą a kobietami. Skoro tak, to było nie do uniknięcia, że między nami, wcześniej czy później, również się pojawią jakieś tarcia. I taksie dzieje. Więc chociaż to nie jest dla ciebie zbyt przyjemne - dla mnie zresztą też - powinniśmy uznać, że się nam trafia nadzwyczajna okazja. Możemy się z niej czegoś nauczyć. To, co się tu wydarzyło, znakomicie odzwierciedla historię z twojego życia towarzyskiego, z jedną zasadniczą różnicą, tą mianowicie, że *ja nie mam zamiaru zerwać z tobą kontaktu i mam zamiar trwać przy tobie, żebyś mógł się dowiedzieć czegoś, w co nigdy nie zostałeś wtajemniczony: co czuje druga osoba, gdy robisz to, co robisz*”.

Potem terapeutką może już podzielić się uczuciami, jakie w niej budzi zachowanie Rona, dbając o to, by je wyrazić delikatnie i w sposób wspierający.

ROZDZIAŁ 63

Nie bój się dotykać pacjenta

Na początku mojego szkolenia psychiatrycznego w Johns Hopkins uczestniczyłem w omówieniu pewnego przypadku psychoanalitycznego. Dyskutanci surowo krytykowali młodego, prezentującego przypadek terapeutę za to, że na zakończenie sesji pomógł pacjentce (starszej kobiecie) nałożyć płaszcz. Rozgorzała długa, gorąca dyskusja. Niektórzy mniej oceniające nastawieni rozmówcy zgadzali się, że chociaż terapeuta popełnił oczywisty błąd, zaawansowany wiek pacjentki oraz szalejąca na zewnątrz burza śnieżna zmniejszają ciężar przewinienia.

Nigdy nie zapomnę tej dyskusji i nawet teraz, choć minęło kilkadziesiąt lat, często żartujemy z kolegą, wówczas również stażystą, na temat tej bzdury z płaszczem i nieludzkiego poglądu na terapię, jakiego zdarzenie to było wyrazem. Potrzebowałem lat praktyki i doświadczeń korygujących, by naprawić szkody wyrządzone tak sztywnym treningiem.

Jedno z takich doświadczeń miało miejsce, gdy pracowałem nad metodami prowadzenia grup wsparcia dla pacjentów chorych na raka. Pewnego dnia, po paru już miesiącach pracy mojej pierwszej takiej grupy, jedna z uczestniczek zaproponowała inny sposób zakończenia spotkania. Zapaliła świecę, poprosiła, byśmy się wzięli za ręce, i wprowadziła grupę w sterowaną medytację. Nigdy wcześniej nie trzymałem żadnego pacjenta za rękę, ale w tej sytuacji nie miałem wyboru. Dołączyłem do kręgu i natychmiast, jak wszyscy inni uczestnicy grupy, poczułem, że to szczęśliwy sposób kończenia naszych spotkań. Potem przez wiele lat każdą sesję tak kończyliśmy. Medytacja była uspokajająca i wzmacniająca, ale dotyk rąk szczególnie mnie poruszył. Sztuczne granice - między pacjentem a terapeutą, chorym i zdrowym, umierającym i żywym

- znikły i poczułem naszą wspólnotę w człowieczeństwie.

Dbam o to, by przy każdym spotkaniu dotknąć pacjenta

- podać rękę, klepnąć po ramieniu, zazwyczaj pod koniec sesji, kiedy go odprowadzam do drzwi. Jeśli pacjent chce mnie dłużej potrzymać za rękę lub się przytulić, odmawiam tylko wtedy, gdy main jakąś przekonującą przyczynę - na przykład myślę, że może chodzić o uczucia seksualne. Cokolwiek by to jednak było, zawsze podczas następnego spotkania staram się to króciutko omówić - mogę na przykład powiedzieć coś w rodzaju: „Mary, ostatnim razem pożegnaliśmy się inaczej niż zwykle - długo trzymałaś w dłoniach moją rękę (albo „poprosiłaś, żebym cię przytulił”). Wydawało mi się, że coś mocno przeżywasz. Pamiętasz?”. Jestem przekonany, że większość terapeutów ma swoje sekretne reguły w sprawie dotyku. Wiele lat temu starsza, wyjątkowo uzdolniona terapeutka powiedziała mi, że jej pacjentki po sesji rutynowo na pożegnanie całują ją w policzek.

Dotykaj - tylko zadбай, by dotyk stał się wodą na interpersonalny młyn.

Jeśli mój pacjent jest w rozpaczce z powodu, powiedzmy, nawrotu nowotworu czy z racji jakiegoś innego okropnego zdarzenia i podczas sesji prosi mnie, bym go potrzymał za rękę bądź przytulił, to nie odmówię mu, tak samo, jak nie odmówiłbym podania pałta starszej kobiecie, która ma wyjść w śnieżną zamieć. Jeśli nie umiem znaleźć sposobu, by ulżyć komuś w jego bólu, mogę zapytać, czego chciałby dzisiaj ode mnie - posiedzieć w milczeniu? Albo żebym zadawał pytania i był bardziej aktywny? Żebym przysunął mój fotel? Wziął za rękę? Ze wszystkich sił staram się zareagować

czule, po ludzku, ale później, jak zwykle, omawiam całe zdarzenie: rozmawiamy o tym, jakie uczucia wywołało moje zachowanie, i o tym, co ja czułem. Jeśli się obawiam, że to, co zrobiłem, mogło zostać zinterpretowane jako zachowanie seksualne, otwarcie się dzielę swoją obawą i mówię bardzo jasno, że oboje mamy pełne prawo doświadczać, również podczas terapii, uczuć seksualnych, że powinniśmy je wówczas wyrażać i omawiać, nigdy natomiast nie zostaną one zamienione w czyn. Nie ma nic ważniejszego - podkreślam - od tego, by pacjent w gabinecie terapeutycznym podczas godziny terapii czuł się bezpiecznie.

Nigdy, oczywiście, nie nalegam na kontakt. Jeśli, na przykład, pacjent wychodzi rozszalony i nie chce mi podać ręki, bezwzględnie szanuję tę chęć zwiększenia dystansu między nami. Głębiej zaburzeni pacjenci mogą niekiedy doświadczać silnych i specyficznych uczuć w związku z dotykiem, jeśli więc nie jestem pewien, pytam wprost: „Możemy dziś podać sobie ręce? Czy może dzisiaj lepiej nie?”. Zawsze, niezmiennie, na następnej sesji omawiam to wydarzenie.

Te ogólne uwagi są światłem przewodnim w terapii. Terapeutyczne dylematy w kwestii dotyku nie są częste, gdy jednak występują, ważne, by terapeuta nie czuł się skrępowany legalistycznymi obawami i potrafił, tak jak w poniższym przykładzie, reagować twórczo i odpowiedzialnie.

Kobieta w średnim wieku, z którą się spotykałem od roku, utraciła większość włosów z powodu radioterapii - miała guz mózgu. Poświęcała dużo uwagi swojemu wyglądowi i często mówiła, że bez peruki musi wyglądać okropnie. Zapytałem, jak sądzi, jaka byłaby moja reakcja, gdybym ją zobaczył bez peruki. Uważała, że ja również zacząłbym inaczej na nią patrzeć i uznałbym, iż jest tak odrażająca, że bym się od niej odsunął. Odparłem, że nie wyobrażam sobie, bym mógł się od niej odsunąć.

W ciągu następnych tygodni bawiła się myślą, że mogłaby zdjąć perukę w moim gabinecie, aż pewnego dnia oznajmiła, że nadszedł już czas. Nabrała powietrza i poprosiwszy, bym się odwrócił, zdjęła perukę, a potem, z pomocą kieszonkowego lusterka, uporządkowała pozostałe pasma włosów. Kiedy znów na nią spojrzałem, przeżyłem chwilowy - ale tylko chwilowy - szok z powodu tego, jak się nagle postarzała,

ale szybko odnalazłem kontakt z tą piękną osobą, którą znałem, i zacząłem sobie wyobrażać, jak by to było, gdybym przeczesał palcami pasma jej włosów. Kiedy mnie spytała, co czuję, podzieliłem się z nią tymi fantazjami. Łzy jej nabiegły do oczu i sięgnęła po chusteczkę. Postanowiłem pójść dalej. „Spróbujemy?” - spytałem. „To by było wspaniałe” - odrzekła, więc się do niej przysunąłem i pogłaskałem ją po włosach i po skórze głowy.

Chociaż wszystko trwało zaledwie kilka chwil, pozostało niezatartym wspomnieniem dla nas obojga. Kobieta przeżyła i, wiele lat później, gdy wróciła do mnie w innej sprawie, powiedziała, że to, iż dotknąłem wówczas jej głowy, było jak objawienie; ten mój gest dał jej tyle pewności, że radykalnie zmieniła negatywny obraz siebie.

Podobne wyznanie usłyszałem od wdowy pogrążonej w takiej rozpacz, że często podczas spotkania nie mogła mówić, ale znajdowała głębokie ukojenie w tym, że po prostu trzymała mnie za rękę. Dużo później powiedziała mi, że był to zwrotny punkt w terapii: ugruntował ją i pozwolił poczuć więź ze mną. Moja dłoń - usłyszałem - była balastem, który ją chronił przed odfrunięciem w otchłań rozpacz.

ROZDZIAŁ 64

Nigdy nie nawiązuj z pacjentem kontaktów seksualnych

Duża liczba wykroczeń seksualnych stała się ostatnio poważnym problemem nie tylko, rzecz jasna, w psychoterapii, lecz we wszelkich sytuacjach związanych z jakąś postacią władzy: wśród duchowieństwa, w armii, w miejscach pracy, w lecznictwie, w instytucjach edukacyjnych - gdziekolwiek zechcecie. Wszędzie jest to sprawa poważna, nigdzie jednak nie ma takiego znaczenia, jak w psychoterapii, gdzie takie znaczenie mają intensywne i bliskie związki i gdzie związki seksualne są tak niszczące dla wszystkich - zarówno dla pacjentów, jak i dla terapeutów.

Tego rodzaju wykroczenia są w psychoterapii przekleństwem podwójnym. Zdradzony zostaje nie tylko indywidualny pacjent i nie tylko jemu przynoszą one szkodę. W efekcie cierpi cała dziedzina. Terapeuci zostali zmuszeni do zachowań obronnych. Organizacje zawodowe pouczają praktykujących terapeutów o konieczności zachowania skrajnej ostrożności. Przestrzega się ich nie tylko przed jakąkolwiek nadzwyczajną bliskością, lecz przed wszystkim, co może bliskość przypominać, prawnicy bowiem zakładają, że nie ma dymu bez ognia. Innymi słowy, radzi się nam, byśmy przybrali mentalność „migawkową” - unikali wszelkich momentów, które, wyjęte z kontekstu, mogłyby budzić podejrzenia. Unikajcie jakichkolwiek nieformalności - mówi się terapeutom; unikajcie zwracania się po imieniu, nie proponujcie kawy ani herbaty, nie przedłużajcie sesji ponad przepisowe 50 minut i nie umawiajcie się z przedstawicielami przeciwnej płci na ostatnią sesję w ciągu dnia (wszystkie te przestępstwa popełniani). Niektóre kliniki, by zapewnić pacjentom bezpieczeństwo, zastanawiają się nad filmowaniem wszystkich sesji na wideo. Znam terapeutę, który raz niesłusznie oskarżony, odmawia teraz wszelkich form kontaktu fizycznego, nawet nie podaje pacjentom ręki.

To niebezpieczny kierunek. Jeśli w tej dziedzinie nie odzyskamy równowagi, poświęcimy samo sedno psychoterapii. To właśnie dlatego napisałem poprzedni rozdział - o dotyku. A żeby się upewnić, iż żaden student nie pomyli bliskości terapeutycznej z seksualną, śpieszę teraz z poniższymi uwagami na temat wykroczeń seksualnych.

W sytuacji terapeutycznej nierzadko pojawiają się silne uczucia seksualne. Jakżeby mogło być inaczej wobec tak nadzwyczajnej bliskości między pacjentem a terapeutą? Bardzo wielu pacjentów w jakimś okresie terapii czuje, że kocha terapeutę i/lub że pociąga on ich seksualnie. Tego rodzaju pozytywne przeniesienie jest często nie do uniknięcia. Pacjenci są wystawieni na niesłychanie rzadką, szalenie gratyfikującą i wspaniałą sytuację. Każde ich słóweczko jest z zainteresowaniem badane, każde wydarzenie z przeszłego i obecnego życia uważnie oglądane, chucha się na nich i dmucha, są bezwarunkowo

akceptowani i otrzymują bezwarunkowe wsparcie.

Niektórzy ludzie nie wiedzą, jak zareagować na taką wspaniałomyślność. Cóż mogą zaoferować w zamian? Wiele kobiet, zwłaszcza tych, które mało mają szacunku dla samych siebie, sądzi, że jedyne, co mają do oferowania to seks. Jeśli nie zaoferują seksu - towaru, na którym polegały może w swoich dotychczasowych związkach - terapeuta najprawdopodobniej przestanie się nimi interesować i je porzuci. Inne pacjentki, które wynoszą terapeutę na nierealistyczną, wyniosłą, górującą nad codziennym życiem pozycję, mogą pragnąć połączenia z czymś znaczniejszym niż one same. Jeszcze inne mogą z nieznanymi im pacjentkami tego samego terapeuty rywalizować o jego miłość.

Każde z tych dążeń powinno się stać częścią dialogu terapeutycznego: tak czy inaczej, sprawiały one trudność pacjentce w jej realnym życiu i należy się cieszyć - a nie martwić

- że się wyłoniły tu i teraz, podczas sesji terapeutycznej. Ponieważ zaś można oczekiwać, że pacjentka poczuje pociąg do terapeuty, zjawisko to - jak wszystkie inne w terapii - należy *explicite* omówić i zrozumieć. Jeśli terapeuta stwierdzi, że pacjentka go podnieca, samo to podniecenie jest już informacją na temat sposobu bycia pacjentki (przy założeniu, że terapeuta ma jasność co do własnych reakcji).

Terapeuta nie bije pacjentek masochistycznych, by sprawić im przyjemność. Podobnie nie powinien się angażować w seks z pacjentkami, które łakną seksu. Chociaż do większości wykroczeń seksualnych dochodzi między terapeutą-mężczyzną a jego pacjentką (stąd w moim omówieniu *ten* terapeuta i *ta* pacjentka), terapeutki, a także terapeuci-homoseksualiści obu płci doświadczają takich samych pokus i problemów.

Terapeutę, który zawsze czuł się nieatrakcyjny dla kobiet, powodzenie u pacjentek może upoić i zdestabilizować.

Pamiętaj, że uczucia pojawiające się podczas terapii generalnie są związane raczej z rolą niż osobą: nie uznawaj mylnie wynikającej z przeniesienia adoracji za oznakę twego nieodpartego osobistego uroku.

Niektórzy terapeuci popadają w trudności, ponieważ ich życie seksualne jest niezadowolające lub żyją w zbyt wielkiej izolacji, by nawiązać stosowne kontakty seksualne. Traktowanie własnej praktyki terapeutycznej jako okazji do tego rodzaju kontaktów to, rzecz jasna, wielki błąd. Szalenie ważne, by terapeuta uczynił wszystko, co niezbędne, by taką sytuację naprawić - niech to będzie terapia indywidualna lub małżeńska, agencja kojarząca pary, komputerowe dobieranie partnerów czy jakkolwiek inny sposób. Kiedy w terapii bądź superwizji spotykam takich terapeutów, chcę im powiedzieć - i często mówię - że *każde* inne rozwiązanie, włącznie z wizytą u prostytutki, jest lepsze od katastrofalnego w skutkach odregowywania potrzeb seksualnych z pacjentkami. Chcę im powiedzieć - i często mówię - by znaleźli sposób zaspokojenia swoich potrzeb seksualnych z jedną z miliardów potencjalnych partnerek na świecie; z kimkolwiek - byle nie z pacjentką. To po prostu nie jest możliwe - ani z profesjonalnego, ani z moralnego punktu widzenia.

Jeśli, ostatecznie, terapeuta nie umie znaleźć rozwiązania dla swoich niesfornych impulsów seksualnych i sam nie potrafi lub nie chce skorzystać z terapii, to moim zdaniem, powinien zrezygnować z zawodu.

Przekraczanie granic seksualnych szkodzi również terapeutom. Terapeuci, którzy popełniają tego rodzaju *wykroczenia*, kiedy już sami uczeni się sobie przyjrzą, rozumieją, że działają w imię własnej satysfakcji, a nie dobra pacjenta. Terapeuci, którzy głęboko się zaangażowali w służbę swoim pacjentom, zadają wielki gwałt samym sobie i swym najskrytszym zasadom. Ostatecznie płacą niezwykle wysoką cenę: karą jest nie tylko potępienie i powszechna dezaprobaty ze strony świata zewnętrznego, lecz również wewnętrzne wszechogarniające i uporczywe poczucie winy.

ROZDZIAŁÓŚ

Zwracaj uwagę na rocznice

i sprawy związane z etapami życia

Pewne daty mogą mieć ogromne znaczenie dla wielu pacjentów. Po latach pracy z ludźmi w żałobie nauczyłem się szanować trwałość i siłę reakcji rocznicowych. Wielu owdowiałych małżonków powalają nagle fale rozpacz, których wystąpienie zbiega się z rocznicami krytycznych momentów związanych ze śmiercią ich żon albo mężów - na przykład daty ostatecznej diagnozy, zgonu czy pogrzebu. Nierzadko sam pacjent nie zdaje sobie sprawy z dokładnej daty - zjawisko, które zawsze było dla mnie dowodem (jeśli dowód jest potrzebny) wpływu nieświadomości na świadome myśli i uczucia. Tego rodzaju reakcje rocznicowe mogą występować z niesłabnącą siłą nawet przez dziesiątki lat. Literatura fachowa dostarcza wielu zadziwiających studiów, dokumentujących reakcje rocznicowe, takie jak wzrost - nawet po kilkudziesięciu latach - częstotliwości hospitalizacji psychiatrycznych w okresie rocznic śmierci rodziców.

Niektóre znaczące daty stają się okazją do najrozmaitszych dociekań terapeutycznych. Urodziny, zwłaszcza ważne urodziny, mogą być oknem na sprawy egzystencjalne i prowadzić do głębszego zastanowienia nad cyklem życiowym. Dla ludzi dorosłych są zawsze, jak mi się zdaje, gorzko-słodkim świętem, podszytym żalobą. Niektórych poruszają rocznice urodzin oznaczające, że żyją już dłużej, niż żyli ich rodzice. Daty przejścia na emeryturę, rocznice ślubu bądź rozwodu oraz inne podobne momenty zmuszają człowieka do zrozumienia, że czas płynie nieubłaganie, a życie przemija,

ROZDZIAŁ 66

Nigdy nie ignoruj „lęku przed terapią”

Podkreślam zawsze, że psychoterapia jest procesem twórczym i spontanicznym, kształtowanym przez indywidualny styl każdego terapeuty i dostosowywanym do potrzeb każdego pacjenta, obowiązują wszakże pewne reguły uniwersalne. Jedną z nich nakazuje, by *zawsze badać lęk związany z sesją*. Jeśli pacjent doświadcza lęku podczas sesji, po sesji (w drodze do domu bądź później, gdy myśli o spotkaniu) lub kiedy się przygotowuje do terapii, zawsze dbam, by ten lęk głębiej zbadać.

Chociaż lęk ten może się czasem wiązać z treścią rozmowy, częściej wynika on z procesu - z uczuć pojawiających się w relacji między pacjentem a terapeutą.

Jeden z pacjentów, na przykład, opisał uczucie niepokoju, które go ogarnia, gdy wchodzi do mojego gabinetu.

- Dlaczego? - spytałem. - Czego się pan tu boi?

- Jestem przerażony. Mam wrażenie, że się ślizgam po cienkim lodzie.

- I gdyby ten lód się załamał - co by to znaczyło w naszej terapii?

- Że panu zrobiłoby się niedobrze od moich skarg i narzekań i że nie chciałby pan mnie więcej widzieć.

- To musi bardzo komplikować całą sprawę. Nie dość, że ja mówię, żeby pan wyrażał wszystkie swoje zmartwienia, to jeszcze musi pan uważać, żeby mnie zbytnio nie obciążyć i nie zniechęcić.

Albo inna pacjentka:

- Nie chciałam tu dziś przychodzić. Cały tydzień się zadreślałam tym, co pan powiedział, kiedy wzięłam chusteczkę.

- Co pani usłyszała?

- Że ma pan dość moich skarg i tego, że nie przyjmuję pomocy.

- Ja pamiętam coś zupełnie innego. Pani płakała, a ja sięgnąłem po chusteczkę, bo chciałem panią pocieszyć. Pani bardzo szybko sama chwyciła chusteczkę - jakby po to, by uniknąć przyjęcia czegokolwiek ode mnie - więc próbowałem panią zachęcić do zbadania uczuć związanych z przyjmowaniem ode mnie pomocy. Ale to zupełnie co innego niż krytyka czy poczucie, że „mam dość”.

- Rzeczywiście, czuję coś w związku z przyjmowaniem pomocy od pana. Myślę, że ma pan ograniczoną ilość troski - tylko 100 procent - i nie chcę zużyć całego mojego przydziału.

Jeśli pacjent zaczyna odczuwać lęk podczas sesji, zamieniam się w detektywa i proszę pacjenta o pomoc w obejrzeniu sesji niejako pod mikroskopem i ustaleniu, kiedy dokładnie pojawił się dyskomfort. Taki proces dociekań wynika z założenia, że lęk nie jest czymś, co spada na człowieka jak deszcz, nie wiadomo skąd i kiedy, lecz można go wytłumaczyć: ma przyczyny, które można odkryć (a zatem można się przed nimi uchronić i je kontrolować).

Czasami, gdy przypuszczam, że pacjent może ze znacznym odroczeniem zareagować na to, co się dzieło podczas wspólnie spędzonej godziny, proponuję pod koniec sesji eksperyment myślowy, polegający na projekcji w przyszłość: „Zostało nam jeszcze kilka minut. Zastanawiam się, czy mogłaby pani usiąść wygodnie, zamknąć oczy i wyobrazić sobie, że nasze spotkanie się skończyło i wraca pani do domu. Co będzie pani czuła albo myślała? Jak pani oceni naszą dzisiejszą sesję? Co będzie pani czuła do mnie czy w związku ze mną i z naszą relacją?”.

ROZDZIAŁO?

Doktorze, proszę usunąć mój lęk

Przekonałem się, że jeśli pacjent się ugina pod ciężarem niepokoju i prosi bądź błaga o ulgę, to zazwyczaj warto zapytać: „Co powinienem powiedzieć? Co byłoby najlepsze? Co dokładnie mógłbym powiedzieć takiego, po czym poczułby się pan lepiej?”. Nie zwracam się wówczas, rzecz jasna, do racjonalnej części umysłu pacjenta, lecz do jego części dziecięcej, i proszę o nieocenzurowane swobodne skojarzenia.

Kiedyś w odpowiedzi usłyszałem: „Chcę, żeby mi pan powiedział, że jestem najpiękniejszym, najdoskonalszym dzieckiem na świecie”. Powiedziałem wówczas dokładnie to, o co prosiła pacjentka, a potem razem badaliśmy kojące działanie moich słów oraz inne uczucia: jej zakłopotanie dziecięcymi pragnieniami i irytację, że musi mi powiedzieć, co mam mówić. To ćwiczenie w samoukojeniu stwarza pewien paradoks: pacjentka zostaje wtrącona w młodzieńczy, zależno-ściowy stan umysłu, bo ma poprosić terapeutę o użycie magicznych słów ulgi, zarazem jednak zostaje zmuszona do przyjęcia postawy autonomicznej, musi bowiem sama wymyślić słowa, które tę ulgę jej przyniosą.

ROZDZIAŁOŚ

Kat miłości

„Nie lubię pracować z pacjentami, którzy są zakochani [...] może praca taka wzbudza moją niechęć dlatego, że psychoterapia i stan zakochania są zasadniczo nie do pogodzenia. Dobry terapeuta walczy z ciemnością i szuka iluminacji, natomiast romantyczna miłość żywi się półcieniami tajemniczości i obraca się w proch pod ostrym okiem badacza. Nie znoszę roli kata miłości”³⁷.

Paradoks: te pierwsze wersy z *Kata miłości są* wyrazem dyskomfortu, jaki odczuwam, gdy pracuję z pacjentami zakochanymi, a przecież to one właśnie skłoniły wielu zakochanych do poproszenia mnie o konsultację.

Miłość, rzecz jasna, występuje w wielu postaciach, a powyższe wersy odnoszą się tylko do jednego, szczególnego rodzaju miłości: zadrzenia, obsesji, tego magicznego stanu umysłu, który całkowicie bierze człowieka w swoje posiadanie.

Tego rodzaju doświadczenie jest zazwyczaj czymś wspianiałym, niekiedy wszakże zauroczenie przynosi więcej cierpienia niż przyjemności. Czasami spełnienie jest na zawsze wykluczone - gdy, na przykład, obie strony mają ślub z kimś innym i nie chcą porzucić swoich małżeństw. Miłość bywa nieodwzajemniona: jedna osoba kocha, a druga stroni od kontaktu albo chce tylko kontaktów seksualnych. Kiedy indziej ukochany jest całkowicie nieosiągalny: nauczyciel, były terapeuta, mąż przyjaciółki... Czasami ktoś całkowicie za-

absorbowany miłością poświęca tyle czasu na wyczekiwanie najmniejszego znaku od ukochanej, że zaniedbuje wszystko inne: pracę, przyjaciół, rodzinę. Człowiek zaangażowany w pozamałżeński romans może się odsunąć od żony albo męża,

unikając bliskości (by chronić swój sekret), odmawiać udziału w terapii małżeńskiej, świadomie dążyć do tego, by związek małżeński był niezadowolający - bo w ten sposób zmniejszy swoje poczucie winy i usprawiedliwi romans.

Niezależnie od wszelkich najróżnorodniejszych okoliczności doświadczenie jest takie samo: kochanek idealizuje ukochaną, jest nią opętany i często pragnie jedynie tego, by resztę życia spędzić, upajając się jej obecnością.

Terapeuta, który chce zbudować empatyczną relację z zakochanym pacjentem, musi pamiętać, że człowiek, z którym pracuje, doświadcza czegoś nadzwyczajnego: ekstazy, błęgiego zespolenia. Rozpuszczenie samotnego „ja” w zaczarowanym „my” może być jednym z najwspanialszych doświadczeń w jego życiu. W tego rodzaju sytuacji terapeutę doradzałbym, ogólnie rzecz biorąc, wyrażenie uznania dla takiego stanu umysłu i powstrzymanie się od krytykowania cudownych uczuć, jakimi pacjent darzy ukochaną albo ukochanego.

Nikt nie wyraził tego dylematu lepiej niż Nietzsche, który, „doszedłszy do siebie” po namiętnej (lecz platonicznej) aferze miłosnej z Lou Salome, napisał:

„Pewnego dnia przefrunął nade mną ptak Lou... zdało mi się, że ujrzałem orła. Teraz cały świat się trudzi, by mi dowiedzieć, jak się myliłem - plotkuje się nawet o tym w Europie. No i kto się ma lepiej? Ja, ten - jak powiadają - „omamiony”, który dzięki owemu ptakowi całe lato przebywał w wyższym świecie nadziei, czy ci, którzy nie ulegają żadnym złudzeniom?”³⁹.

Trzeba więc delikatnie traktować uczucie, które pozwala żyć w „wyższym świecie nadziei”. Uszanuj zachwyty pacjenta, ale pomóż mu się przygotować na to, że ów zachwyty kiedyś się skończy. Bo zachwyty zawsze się kończy. O romantycznej miłości na pewno można powiedzieć jedno: nigdy nie trwa wiecznie - przemijalność należy do natury zauroczenia. Strzeż się jednak przyspieszania końca! Nie próbuj stawać w szranki z miłością, tak jak nie zwalczałybyś czyichś silnych przekonań religijnych - tych pojedynków nie można wygrać (zakochanie bywa podobne do religijnej ekstazy: jeden z pacjentów mówił o „stanie Kaplicy Sykstyńskiej”, inny opisywał swoją miłość jako stan niebiański i niezniszczalny). Bądź cierpliwy; pozostaw klientowi odkrycie i wyrażenie nieracjonalności jego uczuć czy rozczarowania ukochaną. Zawsze starannie zapamiętuję wszelkie takie wypowiedzi. Kiedy klient znów się znajdzie w stanie zauroczenia i zacznie ponownie idealizować obiekt swoich uczuć, mogę mu przypomnieć jego własne komentarze.

Przy tym wszystkim badam doświadczenie zakochania tak samo, jak badałbym każdy silny stan emocjonalny. Mówię coś w rodzaju: „Jakie to wspaniałe... jakbyś odżywał, prawda? Łatwo zrozumieć, dlaczego nie chcesz z tego zrezygnować.

Przyjrzyjmy się, co ci pozwala doświadczać teraz czegoś takiego... Opowiedz mi, jak wyglądało twoje życie na kilka tygodni przed tym, zanim to na ciebie spadło. Kiedy ostatnio czułeś taką miłość? Co się z nią stało?”.

Lepiej się koncentrować na stanie zakochania niż na kochanej osobie. Liczy się doświadczenie, emocjonalny stan kochania, a nie druga osoba. Nietzscheańskie „W ostatecznym rozrachunku kochamy własną żądzę, a nie przedmiot, którego pożądamy”³⁹ niejednemu raz okazało się nieocenione w mojej pracy z pacjentami dręczonymi miłością.

Większość ludzi wie (choć próbują nie wiedzieć), że to doświadczenie nie będzie trwało wiecznie, staram się więc delikatnie wprowadzić dalekosiężną perspektywę i zniechęcać pacjenta do podejmowania jakichkolwiek nieodwracalnych decyzji tylko na fali uczuć, które najprawdopodobniej przemijają.

Podczas pierwszych spotkań ustal cel terapii. Jakiej pomocy poszukuje pacjent? W jego doświadczeniu musi być coś dysfunkcyjnego - inaczej nie prosiłby cię o pomoc. Czy chce, żebyś go „wyjął” ze związku? Często sięgam po obraz wagi i pytam o stosunek przyjemności do nieprzyjemności (bądź szczęścia do nieszczęścia). Czasami w tym „ważeniu” pomaga coś w rodzaju rejestru: proszę pacjenta, by kilka razy dziennie zapisywał, ile razy pomyślał o ukochanej czy ukochanym lub nawet - ile minut albo godzin poświęcił na ten cel. Pacjenci bywają zadziwieni tym, ile życia tracą na obłędne, powtarzane w koło myśli i odwrotnie - w jak niewielkim stopniu uczestniczą w prawdziwym życiu.

Czasami próbuję dostarczyć pacjentowi szerszą perspektywę, omawiając naturę i rozmaite formy miłości. Ponadczasowa monografia Ericha Fromma *O sztuce miłości*⁹, jest wartościowym źródłem zarówno dla pacjentów, jak i dla terapeutów. O dojrzałej miłości myślę często jak o kochaniu bytu i rozwoju drugiej osoby, a większość klientów z sympatią przyjmuje ten pogląd. Jakaż więc jest natura tej ich miłości? Czy są zauroczeni kimś, kogo w głębi duszy nie szanują? Albo kimś, kto ich źle traktuje? Istnieją, niestety, ludzie, którzy tym mocniej kochają, im gorzej są traktowani.

Jeśli pacjent chce, byś mu pomógł się wydostać ze związku, możesz mu (i sobie) przypomnieć, że wyzwalenie będzie żmudne i powolne. Bywa, że ktoś wydobywa się z zauroczenia niemal w mgnieniu oka - zupełnie jak bohaterowie *Snu nocy letniej* uwalniają się spod działania czaru - zazwyczaj

jednak tęsknota za ukochaną dręczy człowieka miesiącami. Czasami musiały minąć lata, a nawet dziesiątki lat, by mógł spotykać tę osobę, lub choćby o niej pomyśleć, bez ukłucia pożądania albo lęku.

Odkochiwanie się nie jest też procesem równomiernym. *Zdarzają* się nawroty - a nic nie powoduje nawrotu z większą pewnością, niż ponowne spotkanie z ukochanym. Pacjenci znajdują wiele racjonalizacji dla takiego nowego kontaktu: przekonują, że „mają to już za sobą” i że serdeczna rozmowa, kawa albo lunch z byłą miłością pomoże wyjaśnić wiele spraw, zrozumieć, co poszło źle, ustanowić trwałą, dorosłą *przyjaźń*, a nawet pozwoli się pożegnać, jak przystało dojrzałemu człowiekowi. *Nie ma szans*. Proces zdrowienia zostanie powstrzymany, tak jak „wpadka” powstrzymuje trzeźwienie alkoholika.

Nie denerwuj się nawrotami - niektóre zauroczenia mogą trwać latami. Rzecz nie w słabej woli; w samym tym doświadczeniu jest coś, co porusza pacjenta na bardzo głębokim poziomie. Próbuj zrozumieć zasadniczą rolę, jaką obsesja gra w życiu wewnętrznym tego człowieka. Wierzę, że obsesja miłosna często służy odwróceniu uwagi od spraw boleśniejszych. Wcześniej czy później, mam nadzieję, pojawi się pytanie: O czym byś myślał, gdybyś nie był opętany...?

Wywiad z pacjentem

Studentów psychoterapii na początku szkolenia uczy się przeprowadzania wywiadu z pacjentem. Powinno się w nim zawsze uwzględnić dane takie, jak bieżące skargi pacjenta, aktualne choroby oraz informacje dotyczące przeszłości (rodzina, wykształcenie, zdrowie fizyczne, poprzednie terapie, przyjaźnie itd.). Stopniowe, krok po kroku gromadzenie informacji ma oczywiste zalety. Lekarze, na przykład, by czegoś nie przeoczyć, przeprowadzają wywiad i badanie w sposób wysoce zrutynizowany, systematycznie, jeden po drugim badając kolejne układy (nerwowy, pokarmowy, moczowo-płciowy, krążenia, szkieletowo-mięśniowy).

W praktyce terapeutycznej niektóre sytuacje również wymagają takiego systematycznego zbierania danych - na przykład podczas pierwszej sesji pary, gdy staramy się szybko wyrobić sobie obraz kontekstu życiowego pacjenta; albo podczas ograniczonej w czasie konsultacji; czy też gdy trzeba szybko zebrać informacje, by przygotować zwięzłą prezentację dla kolegów. Doświadczeni terapeuci wszakże rzadko korzystają w swej pracy z kwestionariuszy. Zbieranie danych staje się czynnością intuicyjną i automatyczną. Nie poprzedza terapii, lecz do niej należy. „Zbieranie historii - powiada Erik Erikson - jest tworzeniem historii”⁴¹.

Plan dnia pacjenta

Wolę, jako się rzekło, intuicyjny model zbierania danych, mam wszakże jedno szczególnie produktywne pytanie: zawsze podczas pierwszej bądź drugiej sesji proszę pacjenta o szczegółowy opis jego typowego dnia.

Dbam o to, by omówić wszystko, włącznie z nawykami związanymi z jedzeniem i snaniem, oddawaniem się marzeniom, odpoczynkiem, okresami złego samopoczucia i radości, zadaniami zawodowymi, spożyciem alkoholu i narkotyków, a nawet tym, co najbardziej lubi czytać i oglądać w kinie lub w telewizji. Jeśli wywiad ten jest dostatecznie szczegółowy, terapeuta może się wiele dowiedzieć i uzyskać informacje, które często umykają przy innych systemach zbierania danych.

Słucham wszystkiego: o jedzeniu, gustach estetycznych, sposobach spędzania czasu wolnego... W szczególności interesuje mnie, jak jest zaludnione życie moich pacjentów. Z kim utrzymują regularny kontakt? Jakie twarze zazwyczaj widują? Z kim w ciągu tygodnia rozmawiają przez telefon albo osobiście? Z kim spożywają posiłki?

Ostatnio, na przykład, podczas wstępnych wywiadów dowiedziałem się o sprawach, o których inaczej mógłbym miesiącami nie wiedzieć: o dwóch godzinach dziennie nad komputerowym pasjensem; o trzech godzinach spędzanych co noc na *czacie* erotycznym, pod różnymi pseudonimami; o straszliwych opóźnieniach w pracy i związanym z nimi wstydem; o planie dnia tak wyczerpującym, że się zmęczyłem samym słuchaniem; o codziennych (a czasami cogodzinnych) telefonach kobiety w średnim wieku do jej ojca; o codziennych wielogodzinnych rozmowach telefonicznych lesbijki z jej byłą kochanką, której nie lubi, ale z którą nie potrafi ostatecznie zerwać.

Rozmowa o najdrobniejszych szczegółach życia pacjenta nie tylko dostarcza bogatego materiału, który inaczej mógłby umknąć uwadze, lecz jest również dobrym początkiem procesu tworzenia więzi między pacjentem a terapeutą. Takie dokładne omówienie drobnych codziennych czynności gwałtownie nasila poczucie bliskości, tak niezbędne w procesie zmiany.

Jak jest zaludnione życie pacjenta?

W swoim cennym studium na temat relacji interpersonalnych psycholog Ruthellen Josselson korzysta z techniki rysowania czegoś w rodzaju systemu słonecznego: prosi badanych, by przedstawili siebie jako punkt na środku kartki, a ludzi w ich życiu - jako obiekty krążące wokół tego punktu w rozmaitych odległościach. Im obiekt bliższy środkowi kartki, tym ważniejszy związek. Autorka prowadziła swoje badania kilka lat, śledząc zmiany pozycji poszczególnych satelitów. Narzędzie to, zapewne zbyt nieporęczne, by je stosować w codziennej praktyce klinicznej, jest jednak znakomitym wizualnym modelem wzorców kontaktów interpersonalnych⁴².

Do moich najważniejszych zadań na początku kontaktu należy dowiedzenie się, jak jest zaludnione życie pacjenta. Większość tych informacji mogę otrzymać, badając typowy rozkład dnia, zawsze jednak szczegółowo wypyuję o wszystkie ważne w życiu pacjenta osoby i o wszystkie kontakty interpersonalne, do jakich doszło podczas ostatniego „reprezentatywnego” dnia. Uważam też, że warto pytać o wszystkich najlepszych przyjaciół - byłych i aktualnych.

Porozmawiaj z osobą znaczącą

Nigdy nie żałowałem rozmowy ze znaczącą osobą z życia mojego pacjenta - zazwyczaj był to małżonek lub partner. Pod koniec takiej rozmowy niezmiennie zadaję sobie pytanie: „Dlaczego zwlekałem tak długo?” albo „Dlaczego nie robię tego częściej?”. Słuchając, jak pacjent opisuje ważnego dla siebie człowieka, tworzę sobie pewien jego obraz i często zapominam, że moje informacje są w istotny sposób wypaczone, ponieważ przeszły przez filtr niedoskonałych i nie-obiektywnych oczu pacjenta. Kiedy jednak się spotkam z tą osobą, z krwi i kości, wchodzę pełniej w życie pacjenta. Jestem świadom, że do tego spotkania dochodzi w sytuacji dość niezwykłej i w związku z tym nie „widzę” tego kogoś naprawdę, ale nie o to chodzi - chodzi o to, że teraz mój obraz twarzy i postaci tej osoby pozwala mi pełniej spotkać się z moim pacjentem. A ponadto jego partner może dostarczyć nowego punktu widzenia i nieocenionych informacji.

Ta znacząca osoba czuje się, rzecz jasna, zagrożona zaproszeniem na spotkanie z terapeutą jej partnera. Zdaje sobie sprawę, że terapeuta, który będzie ją oceniać, jest - ze zrozumiałych względów - lojalny przede wszystkim wobec pacjenta. Istnieje wszakże strategia, która zazwyczaj pomaga zmniejszyć zagrożenie i na ogół skutecznie przekonuje partnera pacjenta do przyjścia. Poinstruuuj swojego pacjenta tak:

„Johnie, powiedz proszę X, że mogłaby mi pomóc lepiej pomagać tobie. Chcę, żeby mi o tobie opowiedziała - zwłaszcza o tym, jak chciałaby, żebyś się zmienił. Nie chcę jej badać. Pragnę omówić z nią jej spostrzeżenia na twój temat”.

I właśnie w taki sposób należy poprowadzić sesję. Wolę nie mieć tajemnic przed pacjentem, więc cała rozmowa zawsze się toczy w jego obecności. Nie rób z partnerem wywiadu na jego temat, tylko proś go o informacje i sugestie co do ewentualnych zmian, jakie pacjent mógłby wprowadzić. Sposób, w jaki będzie ci tych informacji udzielał, wystarczy, byś sobie wyrobił dostatecznie złożony pogląd na jego temat.

Radzę też, byś nie zamieniał tej sesji w sesję pary. Jesteś związany lojalnością z jednym z nich, nie możesz więc leczyć pary. Jesteś obciążony wieloma poufnymi informacjami, które otrzymałeś od swojego pacjenta, i jeśli w tej sytuacji zabierzesz się za terapię pary, nie unikniesz ukrywania wielu spraw i dwulicowości. Najlepiej, by terapię pary prowadził inny terapeuta, który może zachować neutralność.

ROZDZIAŁ 73

Dowiedz się jak najwięcej o poprzedniej terapii

Pacjentów, którzy przechodzili już terapię, zanim się zgłosili do mnie, szczegółowo wypytuję o to doświadczenie. Jeśli tamta terapia była niezadowolająca, pacjent prawie zawsze twierdzi, że terapeuta nie był dostatecznie zaangażowany. Był - mówi pacjent - za bardzo zdystansowany, zbyt obojętny, niewspierający, nieosobisty. Nie słyszałem jeszcze, by pacjent się skarżył, że terapeuta zbyt dużo mówił o sobie, zanadto pacjenta wspierał albo był zbyt osobisty (z wyjątkiem, rzecz jasna, przypadków, gdy między pacjentem a terapeutą doszło do zbliżenia seksualnego).

Kiedy już poznasz błędy poprzedniego terapeuty, możesz próbować uniknąć ich powtórzenia. Rób to otwarcie -po prostu od czasu do czasu, na przykład, pytaj: „Mikę, spotkaliśmy się już cztery razy i może warto sprawdzić, jak nam idzie. Mówiłeś o swoich uczuciach do doktora X, twojego poprzedniego terapeuty. Ciekaw jestem, jak to się ma do mnie. Mogłbyś sobie przypomnieć momenty, gdy czułeś coś podobnego do mnie bądź wydawało ci się, że powtarzamy te same bezproduktywne wzorce?”.

Jeśli pacjent ma za sobą udaną terapię (i z jakichkolwiek powodów nie może jej kontynuować z tym samym terapeutą), to również - jestem przekonany - należy zbadać, co wówczas działało, i włączyć te czynniki w waszą obecną pracę. Nie spodziewaj się, że te opisy terapii udanej lub nieudanej pozostaną niezmienione: zazwyczaj zmieniają się wraz ze zmianą sposobu, w jaki pacjent postrzega swoją przeszłość. Z czasem pacjenci mogą zacząć sobie przypominać pozytywne efekty pracy terapeutów, których początkowo szkalowali.

ROZDZIAŁ 74

Ukaż swoją ciemną stronę

Co pamiętam z 700 godzin spędzonych na kozetce podczas mojej pierwszej analizy? Terapeutką była Olive Smith, milcząca i cierpliwa słuchaczka. Otóż moje najwyraźniejsze wspomnienie dotyczy dnia, gdy sam siebie surowo ganiłem za zachłanne oczekiwanie na pieniądze, które mógłbym odziedziczyć po śmierci rodziców. Świetnie mi szła ta samokrytyka, gdy nagle, zupełnie dla niej nietypowo, moja terapeutka wkroczyła do akcji i położyła koniec samooskarżeniom zdaniem: „Tak jesteśmy skonstruowani”.

Nie chodziło tylko o to, że zrobiła coś, by mi ulżyć - choć byłem jej za to wdzięczny. Ani o to, że moim niskim pobudkom nadała normalny wymiar. Nie, chodziło o coś innego: o to *my*. Wynikało z tego, że ona i ja jesteśmy do siebie podobni, że ona też ma swoją ciemną stronę.

Pieczołowicie przechowywałem ten dar. I wiele razy przekazałem go dalej. Staram się na wszelkie możliwe sposoby nadawać normalny wymiar mrocznym impulsom moich pacjentów. Uspokajam, naśladuję Olive Smith z jej *my*, wskazuję na powszechność pewnych uczuć albo motywów, odsyłam pacjentów do stosownych lektur (w sprawie seksu, na przykład, są to raporty Kinseya, Mastersa i Johnson czy Hite'a).

Na wszelkie możliwe sposoby staraj się nadawać normalny wymiar tej ciemnej stronie. *My*, terapeuci, powinniśmy być otwarci na to, co w nas mało szlachetne i mroczne, pacjenci zaś, poznawszy nas od tej strony, łatwiej zrezygnują z samo-biczowania się za własne - rzeczywiste lub wyobrażone - przewinienia.

Zdarzyło mi się kiedyś pochwalić pacjentkę za sposób, w jaki matkowała swoim dwojgu dzieciom. Kobieta najwyraźniej poczuła się niezręcznie i ponuro oświadczyła, że powie mi coś, czego nigdy nikomu nie mówiła, a mianowicie, że po urodzeniu swojego pierwszego dziecka zapragnęła po prostu wyjść ze szpitala, zostawiając tam noworodka. Owszem, chciała być matką, nie mogła jednak znieść myśli o rezygnacji z tak wielu lat wolności. „Pokaż mi matkę, która nie miewała podobnych uczuć - powiedziałem. - Albo ojca. Kocham moje dzieci - dodałem - ale nie wiem, ile razy miałem im głęboko za złe, że mi przeszkadzają w wypełnianiu innych moich zadań i realizowaniu zainteresowań”.

Znakomity brytyjski psychoanalityk D. W. Winnicott szczególnie odważnie dzielił się własnymi mrocznymi impulsami, a jeden z moich kolegów, pracując z rodzicami zmartwionymi swoją złością na dzieci, cytuje często artykuł, w którym Winnicott wymienia 18 powodów nienawiści matek do własnych dzieci. W tym samym artykule analityk przytacza okrutne kołysanki, które matki śpiewają maluchom nierozumieją-cym - na szczęście! - słów, na przykład:

Kołyś się, maleństwo, na czubku drzewa, Kołyśka się kołyśże, gdy wiatr jej śpiewa, Gdy wiatr konar złamie i zrzuci kołyśkę, Na dół spadnie dziecię, kołyśka i wszystko⁴².

Freud nie zawsze się mylił

Krytykowanie Freuda stało się modne. Każdy współczesny czytelnik musiał się kiedyś natknąć na zjadliwą krytykę, która teorię psychoanalityczną potępia jako równie przestarzałą, jak miniona kultura, która ją zrodziła. Psychoanalizę atakuje się jako pseudonaukę opartą na niemodnym już pseudonaukowym paradygmacie i przyćmioną ostatnimi postępami w dziedzinie neurobiologii snu oraz genetyki schizofrenii i zaburzeń afektywnych. Ponadto - twierdzą krytycy - psychoanaliza jest zdominowaną przez mężczyzn, przepojoną seksizmem fantazją na temat rozwoju człowieka, skonstruowaną na podstawie zniekształconych opisów przypadków i niedokładnych, czasami zmyślonych spostrzeżeń.

Ta wszechobecna i złośliwa krytyka przeniknęła nawet do terapeutycznych programów szkoleniowych; całemu pokoleniu praktyków zajmujących się zdrowiem psychicznym wpajano krytyczny i na niczym nieoparty pogląd na człowieka, którego myśl stworzyła podwaliny psychoterapii.

Proponuję eksperyment myślowy. Wyobraź sobie, że rozpaczasz z powodu nieudanego związku. Opanowały cię pełne nienawiści i rozpaczmyśli na temat kobiety, którą przez miesiące idealizowałeś. Nie potrafisz przestać o niej myśleć, czujesz, że zostałeś głęboko, może śmiertelnie zraniony i zastanawiasz się nad samobójstwem - nie tylko po to, by położyć kres bólowi, lecz także, by ukarać kobietę, która ci go zadała. Trwasz w swojej rozpaczce mimo wysiłków przyjaciół, którzy próbują cię pocieszyć. Jaki będzie twój następny krok?

Najprawdopodobniej przyjdzie ci do głowy, by się skonsultować z psychoterapeutą. Twoje objawy - przygnębienie, gniew, obsesyjne myślenie - wskazują, że nie tylko potrzebujesz psychoterapii, lecz że mógłbyś z niej odnieść znaczną korzyść.

A teraz spróbuj nieco odmiennego eksperymentu. Wyobraź sobie, że masz takie same objawy, ale ponad 100 lat temu, powiedzmy w roku 1882, i żyjesz w Europie Środkowej. Co byś zrobił? Dokładnie przed takim wyzwaniem stanąłem parę lat temu, pisząc moją powieść *When Nietzsche wept*. Fabuła wymagała, by Nietzsche poszedł do terapeuty w roku 1882 (w roku, w którym cierpiał z rozpaczce po rozstaniu z Lou Salome).

Kto jednak byłby terapeutą Nietzschego? Po długich historycznych poszukiwaniach stało się oczywiste, że w roku 1882 - tylko 120 lat temu - nie było takiej osoby. Gdyby się zwrócił do lekarza, poinformowano by go, że choroba na miłość nie jest problemem medycznym, i poradzono, by się udał do Marienbadu lub do innych wód na kurację wodą i wypoczynkiem. Albo może zwróciłby się do życzliwego duchownego po poradę religijną. Praktykujący świecki terapeuta? Nikogo takiego nie było! Liebau i Bernheim mieli w Nancy we Francji szkołę hipnoterapii, nie proponowali tam jednak psychoterapii jako takiej, lecz tylko usuwanie objawów za pomocą hipnozy. Dziedzina świeckiej psychoterapii nie została jeszcze wynaleziona; czekała na przybycie Freuda, który w roku 1882 odbywał staż medyczny i nie zajmował się nawet psychiatrią.

Freud nie tylko sam jeden wynalazł psychoterapię, lecz zrobił to za jednym zamachem. W roku 1895 (w napisanych wspólnie z Josefem Breuerem *Studiach nad histerię*) zamieścił zdumiewająco proroczy rozdział na temat psychoterapii; przewidział w nim liczne wielkie wydarzenia w tej dziedzinie, które miały nastąpić w ciągu najbliższego stulecia. Położył fundamenty naszej dziedziny: wartość wglądu oraz głębokiej eksploracji i wyrażania siebie; istnienie oporu, przeniesienia, stłumionej traumy; wykorzystanie snów i fantazji, odgrywanie ról, swobodne skojarzenia; potrzebę zajmowania się nie tylko objawami, lecz także problemami charakterologicznymi oraz absolutną konieczność zaufania do związku terapeutycznego - wszystko to zawdzięczamy Freudowi.

Sprawy te uważam za tak istotne dla wykształcenia terapeuty, że przez dziesiątki lat prowadziłem na Uniwersytecie Stanforda zajęcia ze znajomości Freuda, na których kładłem nacisk na dwie sprawy: czytanie jego tekstów (zamiast opracowań) oraz ocenę ich kontekstu historycznego.

Popularne opracowania przydają się wtedy, gdy trzeba czytać dzieła myślicieli, którzy nie potrafią pisać jasno - na przykład filozofów takich, jak Hegel, Fichte czy nawet Kant bądź w dziedzinie psychoterapii: Sullivan, Fenichel lub Fairbairn. Nie dotyczy to Freuda, który nie otrzymał, co prawda, nagrody Nobla za wkład w naukę, ale został wyróżniony nagrodą Goethego za osiągnięcia literackie. W jego tekstach proza aż się skrzy, nawet przez zasłonę przekładu. Wiele z jego klinicznych opowieści naprawdę przypomina dzieła mistrzów literatury.

Kiedy uczę, koncentruję się przede wszystkim na tekstach wczesnych - *Studiach nad histerię*⁴, wybranych częściach *Objaśnienia marzeń sennych*⁴⁵ oraz *Trzech rozprawach z teorii seksualnej*⁴⁵ - i szkicuję kontekst historyczny, czyli przywołuję psychologicznego ducha późnego wieku XIX, dzięki czemu studenci mogą dostrzec prawdziwie rewolucyjny charakter myśli Freuda.

I jeszcze jedno: nie powinniśmy oceniać wkładu Freuda w psychoterapię na podstawie stanowisk promowanych przez rozmaite instytuty psychoanalizy freudowskiej. Freud miał wielu następców, spragnionych pewnej zrytualizowanej ortodoksji, a wiele instytutów analitycznych przyjęło konserwatywny i statyczny pogląd na jego dzieło, całkowicie niezgodny z jego ciągle się zmieniającą, twórczą i innowacyjną postawą.

Ja, w swym rozwoju zawodowym, miałem skrajnie ambiwalentny stosunek do tradycyjnie psychoanalitycznych instytucji szkoleniowych. Wydawało mi się, że w konserwatywnym stanowisku analitycznym moich czasów przeceniano rolę wglądu, zwłaszcza w dziedzinie rozwoju psychoseksualnego, a za to nie wiedziano nic o tym, jak ważne dla procesu terapeutycznego jest spotkanie dwojga ludzi. (Theodor Reik pisał: „Sam diabeł nie mógłby przestraszyć wielu analityków bardziej niż użycie słowa »ja«"). W efekcie postanowiłem nie wstępować do instytutu analitycznego i dziś, patrząc wstecz na moją drogę zawodową, uważam to za jedną z najlepszych decyzji swojego życia. Doświadczałem dotkliwego poczucia izolacji zawodowej i niepewności, ale miałem za to swobodę podążania za tym, co mnie interesowało, i myślenia bez ograniczających mnie założeń.

Dzisiaj inaczej myślę o tradycji psychoanalitycznej. Nadal nie lubię instytucjonalnej otoczki psychoanalizy oraz ideologii, często jednak te instytucje to jedyne miejsce, gdzie najlepsze i najbardziej błyskotliwe kliniczne umysły naszej dziedziny dyskutują na temat poważnych technicznych zagadnień psychodynamicznych. A ponadto, moim zdaniem, w ostatnim okresie w myśli i praktyce analitycznej zaszły pewne pozytywne zmiany: gwałtownie wzrosło zainteresowanie intersubiektywnością i psychologią „dwuosobową” i coraz więcej się pisze na ten temat. Sądzę, że zmiany te są wyrazem rozpoznania roli, jaką spotkanie między dwiema istotami ludzkimi odgrywa w procesie zmiany. Postępowi analitycy dążą do większej autentyczności i otwartości w swoich relacjach z pacjentami.

Zorganizowana służba zdrowia zachęca do krótszego szkolenia (i, co za tym idzie, zmniejszania kosztów dzięki niższym wynagrodzeniom dla terapeutów), terapeuci zatem, bardziej niż kiedykolwiek, potrzebują uzupełniającego podyplomowego treningu klinicznego. Instytuty psychoanalityczne (szeroko pojęte: freudowskie, jungowskie, interpersonalne, egzystencjalne) oferują, jak dotychczas, najgruntowniejsze podyplomowe studia w dziedzinie terapii psychodynamicznej, a ponadto kultura instytutowa kompensuje w pewnym stopniu izolację tak charakterystyczną dla prywatnej praktyki terapeutycznej, studenci znajdują tam bowiem społeczność pokrewnych umysłów, grupę kolegów zmagających się z podobnymi wyzwaniem intelektualnymi i zawodowymi.

Przesadam może z tym alarmem, wydaje mi się jednak, że w dzisiejszych czasach niepowstrzymanego ataku na dziedzinę psychoterapii instytuty analityczne mogą się stać ostatnim bastionem i strażnicą zgromadzonej mądrości psychoterapeutycznej - podobnie jak Kościół przez stulecia przechowywał mądrość filozoficzną i był jedynym królestwem, w którym dyskutowano nad poważnymi zagadnieniami egzystencjalnymi: celem życia, wartościami, etyką, odpowiedzialnością, wolnością, śmiercią, społecznością, więzią. Instytuty psychoanalityczne przypominają trochę dawne instytucje religijne, pamiętajmy więc, byśmy nie powtórzyli niektórych tendencji - nie tłumili innych obszarów wnikliwego dyskursu i nie dekretowali, którym myślicielom wolno myśleć.

ROZDZIAŁ 76

Terapia poznawczo-behawioralna wcale nie jest taka świetna...

czyli: nie bój się czarnego luda skuteczności

Pojęcie EVT (*empirically validated therapy* - terapii potwierdzonej empirycznie) ma ostatnio niebywały wpływ - jak dotychczas wyłącznie negatywny - na dziedzinę psychoterapii. Wiele instytucji świadczących usługi w dziedzinie opieki zdrowotnej autoryzuje wyłącznie terapie, które uzyskały empiryczne potwierdzenie skuteczności, co w praktyce oznacza krótkoterminową terapię behawioralno-poznawczą. Szkoły wyższe, w których zdobywa się stopień magistra i doktora w dziedzinie psychologii, zmodyfikowały swoje programy tak, by się skoncentrować na nauczaniu terapii potwierdzonych empirycznie; egzaminy licencyjne obmyślono tak, by dawały gwarancję, że psychologom należycie wpojono wiedzę o wyższości terapii potwierdzonej empirycznie nad wszelkimi innymi jej formami; a najważniejsze federalne instytucje finansujące badania w dziedzinie psychoterapii szczególnie przychylnym okiem patrzą na badania nad terapią potwierdzoną empirycznie.

Wszystkie te zmiany są dysonansem dla wielu wyspecjalizowanych, doświadczonych klinicystów, którzy dzień w dzień mają do czynienia z administratorami służby zdrowia, nalegającymi na stosowanie terapii potwierdzonej empirycznie. Szczególnie obawiają się oni naukowych „dowodów” na to, że ich własne podejście jest mniej skuteczne od metod, które oferują młodszy (i tańszy) terapeuci, stosujący zdumiewająco krótkotrwałą, podręcznikową terapię poznawczo-behawioralną. Stare wygi w głębi duszy wiedzą, że to pomyłka, podejrzewają jakieś sztuczki, nie mają jednak odpowiedzi opartej na dowodach, na ogół więc kładą uszy po sobie i robią swoje w nadziei, że koszar przeminie.

Ostatnio niektóre metaanalityczne publikacje przywracają pewną równowagę. (Opieram się tu głównie na znakomitym przeglądzie i analizie Westona i Morrison⁴⁶). Przypominam klinicystom, że terapia o *niepotwierdzonej wartości* nie jest terapią *bezwartościową*. Badanie, jeśli chcemy zdobyć na nie fundusze, musi mieć czysty schemat - porównywalny ze schematem badań nad skutecznością leków. Trzeba mieć „czystych” pacjentów (to znaczy takich, którzy mają tylko jedno zaburzenie i żadnych objawów jakiegokolwiek innej grupy diagnostycznej - rodzaj rzadko spotykany w praktyce klinicznej), zastosować krótkoterminową interwencję terapeutyczną oraz powtarzalną, najlepiej ujętą w formie podręcznikowej (to znaczy taką, którą można zredukować do pisemnej instrukcji, wyszczególniającej wszystkie kolejne kroki) procedurę leczenia. Tego rodzaju wzorzec zdecydowanie faworyzuje terapię poznawczo-behawioralną i wyklucza terapie bardziej tradycyjne, oparte na bliskim (improwowanym), wymagającym autentyczności i skoncentrowanym na „tu i teraz”, spontanicznie się rozwijającym związku między pacjentem a terapeutą.

W badaniach nad terapiami potwierdzonymi empirycznie czyni się wiele fałszywych założeń: że długotrwałe problemy poddają się terapii krótkoterminowej; że pacjenci mają tylko jeden dający się określić objaw, który potrafią dokładnie opisać na początku terapii; że elementy skutecznej terapii można od siebie pooddzielać i że podręcznik zawierający systematycznie opisaną procedurę terapeutyczną pozwala osobom minimalnie wyszkolonym skutecznie stosować psychoterapię.

Analiza wyników terapii potwierdzonej empirycznie (Weston i Morrison) wskazuje, że efekty są znacznie mniej imponujące, niż się ogólnie sądzi. Rzadko się przeprowadza

badania uzupełniające po roku, a po dwóch latach - prawie nigdy. Wczesna pozytywna reakcja na terapię potwierdzone empirycznie (występująca po każdej niemal interwencji terapeutycznej) doprowadziła do powstania spaczonych obrazów skuteczności. Zdobyte nie utrzymują się długo, a procent pacjentów, którzy osiągnęli trwałą poprawę, jest zadziwiająco niski. Nie ma dowodu, że trzymanie się podręcznikowej instrukcji koreluje dodatnio z poprawą - w rzeczywistości są

dowody na coś przeciwnego. Ogólnie rzecz biorąc, wnioski z badań nad terapiami potwierdzonymi empirycznie wychodzą daleko poza zebrane świadectwa naukowe.

Prowadzone „w naturze” badania nad praktyką kliniczną dowodzą, że terapia krótkoterminowa wcale nie jest taka krótkoterminowa: klinicyści stosujący tę formę leczenia spotykają się z pacjentem znacznie więcej razy, niż podają raporty badawcze. Z badań wynika (eo nikogo nie dziwi), że w ostrych zaburzeniach można ulgę przynieść szybko, natomiast zaburzenia przewlekłe wymagają znacznie dłuższej terapii, najdłużej zaś się leczy zmiany charakterologiczne.

Nie mogę się powstrzymać od jeszcze jednej złośliwości: mam silne przeczucie (potwierdzone jedynie anegdotycznie), że gdy terapeuta stosujący terapię potwierdzoną empirycznie sam potrzebuje terapii, nie szuka terapii poznawczo-behawioralnej, lecz się zwraca do bardzo dobrze wyszkolonego, doświadczonego, terapeuty psychodynamicznego, który nie stosuje podręcznika.

ROZDZIAŁ 77

Sny -• wykorzystuj je, wykorzystuj i jeszcze raz wykorzystuj

Dlaczego tak wielu młodych terapeutów unika pracy ze snami? Osoby, które superwizuję, rozmaicie odpowiadają na to pytanie. Wielu onieśmiela sama literatura na temat snów - tak obfita, skomplikowana, tajemna, spekulatywna i kontrowersyjna. Młodych adeptów psychoterapii odurzają często książki na temat symboli sennych i wyziewy unoszące się nad jadowitymi debatami, jakie toczą ze sobą freudyści, jungiści, gestaltyści i wizjonerzy. Istnieje ponadto szybko rozwijająca się literatura na temat biologii marzeń sennych, która czasami odnosi się z sympatią do pracy nad snami, a czasem traktuje ją lekceważąco, twierdząc, że sny są tworamia czysto przypadkowymi i pozbawionymi znaczenia. Innych frustruje i onieśmiela sama forma snów - ich natura efemeryczna, zagadkowa, ekstrawagancka i szalenie mętna. I wreszcie sprawa być może najważniejsza: niewielu młodych terapeutów doświadczyło własnej głębokiej terapii, w której praca nad snami przyniosłaby znaczącą korzyść.

Bardzo żałuję, że tak mało uwagi poświęca się snom - to duża strata dla przyszłych pacjentów. Marzenia senne mogą stanowić nieocenioną pomoc w skutecznej terapii. są wnikliwym przedstawieniem najgłębszych problemów pacjenta w innym języku - języku wyobrażonych obrazów. Bardzo doświadczeni terapeuci zawsze polegali na snach. Freud uważał je za „królewską drogę do nieświadomości”. Zgadzam się z tym, choć moim zdaniem - jak się to dalej okaże - nie na tym przede wszystkim polega użyteczność snów.

ROZDZIAŁ 78

Pełna interpretacja snu? Zapomnij o tym!

Ze wszystkich błędnych wyobrażeń, jakie młodzi terapeuci mają na temat pracy ze snami, najwięcej kłopotu sprawia przekonanie, że celem jest wyczerpujące i trafne zinterpretowanie snu. W praktyce psychoterapeutycznej jest to pogląd bezwartościowy, a ja zachęcam moich studentów, by go porzucili.

Raz jeden, w swoim przełomowym *Objaśnianiu marzeń sennych*, Freud podjął słynną śmiałą próbę pełnej interpretacji snu. Wnikliwie przeanalizował tam jeden ze swoich snów na temat kobiety o imieniu Irma, którą skierował do swojego przyjaciela na zabieg chirurgiczny. Od czasu publikacji tego tekstu wielu teoretyków i klinicystów zaproponowało nowe interpretacje i nawet teraz, po 100 latach, w literaturze psychoanalitycznej wciąż się pojawiają nowe spojrzenia na ten sen.

Gdyby nawet wyczerpujące zinterpretowanie snu było możliwe, nie wiadomo, czy byłby to najlepszy sposób wykorzystania godziny terapii. Ja sam, we własnej praktyce podchodzę do snów pragmatycznie i wykorzystuję je na wszelkie sprzyjające terapii sposoby.

ROZDZIAŁ 79

Sny wykorzystuj pragmatycznie: bierz, co się nada

Oto fundamentalna zasada mojej pracy ze snami: wydo-bądź z nich wszystko, co usprawnia i przyspiesza terapię. Łup i plądruj sen, wysysaj z niego wszystko, co ma jakąkolwiek wartość i nie martw się o porzuconą skorupkę.

Rozważmy lękowy sen, który się przyśnił pacjentce po pierwszej sesji:

„Byłam jeszcze studentką prawa, ale prowadziłam sprawę w otwartej, dużej, zatłoczonej sali sądowej. Ciągle byłam kobietą, ale miałam krótko ścięte włosy i męski strój. Na nogach buty z cholewami. Oskarżonym był mój ojciec. Miał na sobie długi, biały fartuch, ja oskarżałam go o gwałt. Wiedziałam, że się zachowuję jak samobójczyni, bo on mnie w końcu wytropi i zabije za to, co mu robię”.

Sen obudził ją o trzeciej nad ranem. Był tak przerażający i realistyczny, że w obawie przed ewentualnym intruzem kobieta wstała i obesła cały dom, sprawdzając wszystkie zamki w oknach i drzwiach. Nawet opowiadając mi sen parę godzin później, ciągle była zalekniona.

Jak wykorzystamy ten sen w służbie terapii? Po pierwsze, weźmy pod uwagę moment, w jakim się przyśnił. Dopiero zaczynaliśmy terapię i podstawowym zadaniem było zbudowanie przymierza terapeutycznego, moje pytania i komentarze koncentrowały się więc przede wszystkim na tych aspektach snu, które mogły dotyczyć zaangażowania i poczucia bezpieczeństwa w sytuacji terapeutycznej. Pytałam: „Jak rozumie pani postawienie ojca przed sądem? Ciekaw jestem, czy to się może wiązać z tym, że na naszej pierwszej sesji opowiadała mi pani o nim? Czy czuje pani, że wyrażanie siebie w tym gabinecie może być niebezpieczne? A pani myśli o sali sądowej, otwartej i zatłoczonej? Ciekaw jestem, czy ma

pani jakieś obawy czy wątpliwości co do mojej dyskrecji?"

Zauważcie, że *nie* próbowałem interpretować snu. *Nie* pytałem o wiele interesujących aspektów: niejasność co do płci, ubranie, biały fartuch ojca, oskarżenie go o gwałt. Zarejestrowałem je i zachowałem na przyszłość. Może będę miał okazję wrócić do nich później, ale na pierwszych etapach terapii co innego jest najważniejsze: muszę pamiętać o ramach terapeutycznych - zaufaniu, bezpieczeństwie i zasadzie dyskrecji.

Inny pacjent miał po naszej pierwszej sesji taki oto sen:

„Poszedłem do domu towarowego kupić wszystkie rzeczy na wycieczkę, ale niektórych brakowało. Znajdowały się na dole, w piwnicy, więc zacząłem schodzić po rozklekotanych schodach. Było ciemno. Bałem się. Zobaczyłem jaszczurkę. To dobrze: lubię jaszczurki - są twarde, nie zmieniły się przez ostatnie 100 milionów lat. Później wyszedłem na górę i zacząłem szukać mojego samochodu w kolorze tęczy, ale go nie było - może go ukradli. Potem zobaczyłem na parkingu moja żonę, ale ręce miałem za bardzo zajęte pakunkami i zbyt szybko się spieszyłem, by do niej podejść albo zrobić cokolwiek innego. Mogłem tylko gestem dać znać, że ją widzę. Zobaczyłem też moich rodziców, ale byli pigmejami i próbowali na parkingu rozpalic ognisko”.

Pacjent - 40-letni, sztywny i nieskłonny do introspekcji mężczyzna - przez długi czas unikał terapii i zgodził się na konsultację u mnie dopiero wtedy, gdy żona zagroziła, że odejdzie, jeśli on się nie zmieni. Jego sen był niewątpliwie związany z rozpoczęciem terapii, która w marzeniach sen-nych często się pojawia pod postacią wycieczki albo podróży. Mężczyzna czuje się nieprzygotowany do terapeutycznej przygody, ponieważ rzeczy, których potrzebuje, są w piwnicy (to znaczy w jego głębi, w nieświadomości), ale niebezpiecznie i upiornie jest po nie schodzić (na schodach jest ciemno, stopnie są rozklekotane i wyglądają groźnie). Ponadto pacjent czuje opór przed wyprawą w terapię - podziwia jaszczurki, które się nie zmieniły przez 100 milionów lat. Albo może ma ambiwalentny stosunek do zmiany - jego samochód jest pomalowany na jaskrawe tęczowe kolory, ale on nie może go znaleźć.

Moje zadanie podczas pierwszych sesji? Pomóc mu zaangażować się w terapię i przezwyciężyć jego opór. Dlatego skoncentrowałem się jedynie na tych elementach snu, które się wiążą z rozpoczęciem terapii: na symbolu podróży, poczuciu nieprzygotowania i niedostosowania, ciemnych, rozklekotanych schodach, schodzeniu, jaszczurce. Celowo nie pytałem o inne aspekty: żonę i trudności w komunikacji z nią i z rodzicami, którzy, zamienieni w pigmejów, rozpalali ogień na parkingu. Nie dlatego, że były nieważne - później mieliśmy spędzić dużo czasu, badając jego relację z żoną i z rodzicami - jednakże na drugiej sesji terapeutycznej inne sprawy mają pierwszeństwo.

Sen ten, nawiasem mówiąc, ilustruje ważny aspekt rozumienia zjawiska, które Freud opisał w *Objaśnianiu marzeń sennych*. Zwróćmy uwagę, że pojawia się w nim kilka pojęć abstrakcyjnych: podejmowanie psychoterapii, strach przed badaniem własnej nieświadomości, poczucie niedostosowania, niepewność co do tego, czy się zmieniać, czy nie zmieniać. Sen jednakże (poza rzadkimi doświadczeniami słuchowymi) są zjawiskiem wizualnym, a zatem ta część umysłu, która się zajmuje ich produkcją, musi znaleźć sposób przekształcenia abstrakcyjnych pojęć w formy wizualne (podróż, rozklekotane schody do piwnicy, jaszczurka, tęczowy samochód).

INNY PRZYKŁAD KLINICZNY. Czterdziestopięcioletni mężczyzna, w głębokiej rozpacz po utracie żony, która zmarła cztery lata temu, śnił często i podczas każdej sesji opowiadał długie, skomplikowane i wstrząsające sny. Trzeba je było selekcjonować: czas nie pozwalał na zbadanie wszystkich snów i musiałem wybrać te, które mogły sprzyjać naszej pracy nad jego chroniczną, patologiczną rozpaczą. Przyjrzyjmy się dwóm z nich:

„Byłem w naszym letnim domu i była ze mną moja żona, mgliście - jakby sama obecność w tle. Dom miał inny dach, darniowy, a z dachu wyrastał wysoki cyprys - to było piękne drzewo, ale zagrażało domowi i musiałem je ściąć”.

„Byłem w domu i naprawiałem dach. Układałem na nim jakiś ornament, kiedy poczułem silne trzęsienie ziemi i zobaczyłem, jak w oddali drżą zarysy miasta i wałęsają się dwa bliźniacze wieżowce”.

Oba te sny w sposób oczywisty nawiązywały do jego żałoby - z „darnią” i „ornamentem” kojarzył mu się grób żony i kamień nagrobny. W snach życie często bywa przedstawiane jako dom. Cyprys, który zagrażał domowi i który z tego powodu trzeba było ściąć, symbolizował śmierć żony i nieutulony żal pacjenta. W drugim śnie śmierć żony reprezentowało trzęsienie ziemi, które spowodowało zawalenie się dwóch drapaczy chmur - pary małżeńskiej. (Pacjent, nawiasem mówiąc, śnił swój sen całe lata przed atakiem terrorystów na World Trade Center). W terapii pracowaliśmy wówczas nad tym, by pacjent zaakceptował fakt, że para, w której przeżył większość swojego życia, już nie istnieje, że jego żona naprawdę zmarła i że musi pozwolić jej odejść, stopniowo się od niej oderwać i z powrotem zaangażować w życie. Sen dostarczył użytecznego wzmocnienia: w ten sposób z ukrytej w głębi jego umysłu skarbnicy mądrości napłynęła wiadomość, że czas już zrywać drzewo i skierować uwagę ku żyjącym.

Bywa, że sen pacjenta zawiera obraz o tak wielkiej sile, tak przejmujący, tak bogaty w poziomy znaczeń, że na długo zapada mi w pamięć i potem w terapii wielokrotnie do niego powracam.

Oto przykład:

„Stałam na ganku mojego domu i przez okno patrzyłam do środka na mojego ojca, który siedział przy swoim biurku. Weszłam i poprosiłam go o pieniądze na benzynę do mojego samochodu. Sięgnął do kieszeni, a podając mi plik banknotów, wskazał na moją torebkę. Otworzyłam i zobaczyłam, że mam tam portfel wypchany pieniędzmi. Wtedy powiedziałam, że mam pusty bak w samochodzie, a on wyszedł i pokazał mi wskaźnik paliwa, który pokazywał: PEŁNY”. W tym śnie tematem głównym było przeciwstawienie pustki - pełni. Pacjentka chciała czegoś od swojego ojca (i ode mnie, ponieważ pokój we śnie bardzo przypominał rozkładem mój gabinet), ale nie mogła się domyśleć, czego. Prosiła o

pieniądze i benzynę, ale jej portfel był już wypchany pieniędzmi, a bak - pełny. Sen ukazywał przenikające ją poczucie pustki oraz wiarę, że ja mam moc wypełnienia tej pustki, jeśli tylko ona odkryje właściwe pytanie i mi je zada. Dlatego ciągle czegoś ode mnie chciała - komplementów, hołubienia, specjalnego traktowania, prezentów urodzinowych - a zarazem wiedziała, że nie o to chodzi. Moim zadaniem w terapii było skierowanie jej uwagi gdzie indziej: z tego, co może dostać od innych - na bogactwo jej własnych zasobów.

Innej pacjentce się śniło, że jest garbuską. Ogląda się w lustrze i próbuje się pozbyć uporczywego garbu. Garb w końcu zamienia się w płaczące dziecko, które długimi paznokciami wczepia się w jej plecy i wydrapuje w nich rany. Wyobrażenie jej wewnętrznego, krzyczącego, uprzykrzonego dziecka dużo wniosło do późniejszej terapii.

Pewnej kobiecie, która miała poczucie, że tkwi w pułapce, ponieważ musi się opiekować postarzałą, wymagającą matką, przyśniło się, że jej własne ciało zamienia się w fotel na kółkach.

Trzeci pacjent na początku terapii cierpiał na amnezję obejmującą pierwszych 10 lat życia i zadziwiająco mało był zainteresowany własną przeszłością. Pewnej nocy przyśniło mu się, że spacerując brzegiem Pacyfiku, odkrywa rzekę, która płynie wstecz, od oceanu. Rusza wzdłuż rzeki i niebawem, u wejścia do jaskini, spotyka swojego nieżyjącego ojca - obdartego, bezdomnego mężczyznę. Nieco dalej, w identycznych okolicznościach, odkrywa swojego dziadka. Pacjent ten obsesyjnie się bał śmierci, a obraz rzeki płynącej wstecz nasuwał na myśl próbę powstrzymania nieuchronnego upływu czasu - marsz wstecz, aż do chwili, gdy jego nieżyjący już ojciec i dziadek byli jeszcze żywi. Mężczyzna ów bardzo się wstydził własnych słabości i niepowodzeń swojej rodziny, a sen otwierał ważny etap naszej pracy zarówno nad wstydem za przeszłość, jak i lękiem przed wspomnieniami.

Inny mój pacjent przeżył straszliwy koszmar senny:

„Wędrowaliśmy z moją córką i nagle ona zaczęła się zapadać. Wpadła w ruchome piaski. Zaczęłam pośpiesznie otwierać plecak, żeby wydostać aparat fotograficzny, ale miałem kłopot z zamkiem błyskawicznym i ona znikła, zapadła się. Było za późno. Nie mogłem jej uratować”.

I drugi sen tej samej nocy:

„Byliśmy z całą moją rodziną uwięzieni w domu. Zamknął nas jakiś starszy mężczyzna, który zabijał ludzi. Zatrzasnęliśmy jakieś ciężkie bramy, a potem ja wyszedłem porozmawiać z mordercą, który miał dziwnie znajomą twarz i był ubrany jakoś tak po królew-

sku. Powiedziałem: »Nie chcę pana obrazić, ale musi pan zrozumieć, że w zaistniałych okolicznościach raczej nie chcemy pana wypuścić«”.

Pacjent ten uczestniczył w terapii grupowej. Na krótko *przed* tymi snami doszło do konfrontacji między nim a kilkoma innymi uczestnikami grupy, którzy mu powiedzieli, że funkcjonuje jak grupowy aparat fotograficzny - obserwator, który się nie angażuje osobiście i nie wnosi do grupy swoich uczuć. Nawiasem mówiąc, dość często się *zdarza*, że to, co człowiek śni nocą bezpośrednio po jakimś wydarzeniu, wyraża to, co przeżył, ale w języku innych obrazów (Freud nazywał takie sny snami towarzyszącymi). W naszej pracy terapeutycznej, tak jak we wszystkich innych przypadkach, skoncentrowaliśmy się na tych częściach snu, które się jakoś odnosiły do aktualnego etapu terapii - tym razem do braku zaangażowania i do powstrzymywania uczuć - i nie próbowaliśmy zrozumieć snu w całości.

ROZDZIAŁ 80

Naucz się żeglować po snach

Istnieje wiele sprawdzonych narzędzi do pracy ze snami. Po pierwsze, pokaż wyraźnie, że sny cię interesują. Dbam o to, by już podczas pierwszej sesji zapytać o sny (często w kontekście rozmowy o wzorcach związanych ze spaniem).

Dopytuję się zwłaszcza o sny, które się powtarzają, o koszmary i o inne silne marzenia senne. Sny z poprzedniej lub z ostatnich paru nocy są zazwyczaj bardziej produktywne niż sny starsze.

Pod koniec pierwszej sesji, przygotowując pacjenta do terapii (patrz rozdział 27), mówię parę słów o znaczeniu snów.

Jeśli pacjent twierdzi, że nie ma snów albo że ich nie pamięta, daję standardową instrukcję: „Trzymaj przy łóżku notatnik. Notuj każdą zapamiętaną część snu, rano czy w nocy. Rano, nawet zanim jeszcze otworzysz oczy, przypomnij sobie sen. Nie słuchaj zdradliwego wewnętrznego głosu, który ci będzie mówił, żebyś sobie nie zawracał głowy zapisywaniem, bo sen jest tak żywy, że na pewno go nie zapomnisz”. Wytrwale upominany nawet najkrnąbrniejszy pacjent w końcu (czasami dopiero po miesiącach) zacznie zapamiętywać sny.

Chociaż zasadniczo nie robię podczas sesji notatek (poza jednym lub dwoma pierwszymi spotkaniami), zawsze zapisuję sny - są często skomplikowane i zawierają wiele drobnych, lecz brzemiennych w treść szczegółów. A ponadto ważne sny mogą podczas terapii wielokrotnie powracać w rozmowie, a wtedy warto mieć ich zapis. (Niektórzy terapeuci proszą pacjenta, by jeszcze raz opowiedział sen, różnice między opisami mogą bowiem wskazywać najbardziej nośne punkty snu). Ja zauważyłem, że poproszenie pacjenta, by opowiedział sen powtórnie, używając czasu teraźniejszego, często ożywia opis i zanurza mówiącego ponownie w treści snu.

Zazwyczaj najpierw pytam o uczucia związane ze snem. „Co czujesz w różnych częściach snu? Co jest emocjonalnym centrum twojego snu?”. Potem proszę, by pacjent wybrał jakąś część snu i rozwinął związane z nią swobodne skojarzenia. Albo wybieram obiecujące części snu, żeby się nad nimi wspólnie zastanowić. „Przez kilka minut - mówię - pomyśl [o jakiejś części snu] i pozwól, by twój umysł błędził sobie swobodnie. Myśl na głos. Mów wszystko, cokolwiek przychodzi ci do głowy. Nie cenzuruj, nie odsuwaj myśli tylko dlatego, że ci się wydają głupie bądź nieważne”.

I, oczywiście, pytam o ważne wydarzenia z dnia poprzedzającego sen („osad dnia”). Zawsze uważałem za bardzo pomocne stwierdzenie Freuda, że sen zapożycza budulec z pozostałości poprzedniego dnia; na włączenie w sen zasługują

jednak tylko obrazy wzmocnione starszymi, znaczącymi, naładowanymi emocjonalnie skojarzeniami. Czasami warto uznać wszystkie postacie ze snu za aspekty śniącego. Terapeuta gestaltowski Fritz Perls, który opracował wiele skutecznych technik pracy nad snami, był zdania, że wszystko we śnie reprezentuje jakiś aspekt śniącego, i prosił o opowiadanie snu z punktu widzenia każdego występującego w nim przedmiotu. Pamiętam, jak skutecznie pracował z mężczyzną, któremu się przyśniło, że jego samochód nie może ruszyć, bo ma wadliwą świecę zapłonową. Mężczyzna odgrywał rolę różnych elementów snu - samochodu, świecy, pasażerów. Interwencja ta rzuciła światło na właściwą temu mężczyźnie skłonność do zwlekania i paraliżującą go ambiwalencję; nie chciał żyć dalej tak, jak żył, a Perls pomógł mu zbadać inne, niepodjęte ścieżki i inne powołanie życiowe, ku któremu nigdy dotychczas się nie zwrócił.

ROZDZIAŁ 81

Czerp ze snów wiedzę o życiu pacjenta

Inny pożytek płynący ze snów ma niewiele wspólnego z nieświadomością, z odkrywaniem zniekształceń sennych lub z ujawnianiem ich znaczenia. Marzenie sennie to szalenie bogaty arras poprzetykany przejmującymi i ważnymi wspomnieniami z przeszłości. Już samo sięganie do tych wspomnień może być cennym przedsięwzięciem. Rozważmy taki sen:

„Jestem w sali szpitalnej. Pielęgniarka wtacza przykryty gazetami wózek z dzieckiem, które ma bardzo czerwoną buzię. Pytam, czyje to dziecko. »Jego nikt nie chce« - odpowiada pielęgniarka. Podnoszę je, a z pieluszek cieknie na mnie. Krzyczę: »Nie chcę go, nie chcę!«".

Pacjentka miała bogate i wnoszące wiele informacji skojarzenia z dwoma naładowanymi emocjonalnie elementami snu: czerwoną buzią dziecka i swoim krzykiem „Nie chcę go!". Zadumała się nad czerwonymi dziećmi, a potem pomyślała o dzieciach błękitno-żółtych. Dziecko czerwone przypomniało jej o aborcji, którą przeszła jako nastolatka, i o złości i odrzuceniu ze strony rodziców, którzy przestali się do niej odzywać i tylko nalegali, żeby podjęła jakąś pracę po szkole, bo to ją będzie trzymać z dala od kłopotów. Potem pomyślała

o swojej koleżance z czwartej klasy, która była błękitnym dzieckiem, miała operację serca i znikła, by nigdy więcej nie pojawić się w szkole. Prawdopodobnie umarła, ale ponieważ nauczyciele nigdy o niej nie wspominali, pacjentkę przez lata przerażał obraz śmierci jako nagłego zniknięcia bez powodu

1 bez śladu. Błękit [*blue*] oznaczał również depresję, co z kolei przywodziło na myśl jej chronicznie depresyjnych młodszych

braci. Nigdy nie chciała mieć braci i miała pretensję, że musi dzielić z nimi pokój. A potem pomyślała o żółtym dziecku i ciężkiej żółtaczce, którą przeszła w wieku 12 lat, i o tym, jak podczas tygodni spędzonych w szpitalu czuła się opuszczona przez przyjaciół. Żółte dziecko przypomniało jej również narodziny jej własnego syna i to, jak się przeraziła, widząc żółte zabarwienie jej skóry.

Inna emocjonalna część snu - krzyk „Nie chcę go!" również miała dla niej wiele znaczeń i przywoływała wiele wspomnień: męża, który nie chciał, by miała dziecko; uczucie, że jej matka jej nie chce; ojca, który dziesiątki razy siadał na jej łóżku, by ją zapewnić, że była chcianym i oczekiwanym dzieckiem; to, jak sama odrzuciła swoich dwóch młodszych braci. Przypomniła sobie, jak będąc 10-letnią białą dziewczynką poszła do niedawno zintegrowanej szkoły w Bronksie, gdzie przeważały dzieci czarnoskóre, gdzie była „niechciana" i gdzie inni uczniowie ją atakowali. Chociaż szkoła była niebezpieczna, ojciec, adwokat, zdecydowanie popierający integrację rasową w szkołach, odmówił przeniesienia jej do szkoły prywatnej - jeszcze jeden, jej zdaniem, przykład nieliczenia się z nią samą i z jej potrzebami. I wreszcie - co najważniejsze dla naszej pracy - pacjentka czuła, że ja jej nie chcę; uważała, iż ma tak wielkie potrzeby, że musi je ukrywać, bym nie miał jej dość i nie zrezygnował z leczenia jej.

Gdyby nie jej sen, wiele z tych naładowanych emocjonalnie wspomnień mogłoby nigdy nie wypłynąć w terapii. Sen dostarczył materiału na tygodnie owocnych rozmów.

Postacie pojawiające się w snach są często figurami złożonymi - nie przypominają żadnej rzeczywistej osoby, lecz mieszczą w sobie aspekty wielu osób. Jeśli pacjenci potrafią jeszcze zobaczyć oczyma duszy swój sen i występującą w nim postać, proszę często, by się skupili na jej twarzy i pozwolili sobie na swobodne skojarzenia. Albo proponuję, by zamknęli oczy, zobaczyli tę twarz, a potem pozwolili, by się przekształciła w inne twarze. I opisali, co widzą. W ten sposób niejed-

nokrotnie dowiadywałem się o różnych osobach - wujach, ciotkach, najlepszych przyjaciółach, byłych kochankach, nauczycielach - którzy dawno znikli z życia pacjenta, choć kiedyś odgrywali w nim ważną rolę.

Czasami warto zareagować spontanicznie, dać wyraz własnym swobodnym skojarzeniom z czymś snem. Może to, oczywiście, sprawić, że praca zbieży nieco z drogi, ponieważ to skojarzenia pacjenta, a nie moje, prowadzą do prawdziwej wizji snu, skoro jednak obchodzi mnie wszystko, co sprzyja pracy terapeutycznej - a nie jakieś iluzoryczne „prawdziwe" interpretacje snu - nie martwię się tym. Rozważmy, dla przykładu, następujący sen:

„Jestem w pana gabinecie, ale pokój jest znacznie większy, a fotele zdają się ogromne i stoją bardzo daleko od siebie. Próbuje się przysunąć, ale zamiast iść, turlam się po podłodze w pana kierunku. Potem pan też siada na podłodze i dalej rozmawiamy, a pan trzyma mnie za stopy. Mówię, że mi się nie podoba, że pan czuje zapach moich stóp. Wtedy pan przyciąga moje stopy do swojego policzka. To przyjemne".

Pacjentka niewiele potrafiła zrobić ze swoim snem. Zapytałem o fragment dotyczący zapachu jej stóp, a ona opisała, jak się boi, że mógłbym zobaczyć jej ciemniejszą, nieprzyjemną stronę i w efekcie odrzucić ją całą. Reszta wszakże była dla

niej tajemnicza i niejasna. Wówczas powiedziałem jej o swojej reakcji: „Margaret, ten sen sprawia na mnie wrażenie snu dziecka: wielki pokój i meble, ty się turlasz do mnie, oboje siedzimy na podłodze, wacham twoje stopy, przytulam je do policzka - cała atmosfera tego snu sprawia, że mam wrażenie, jakbym go oglądał z punktu widzenia bardzo małego dziecka”.

Mój komentarz poruszył jakąś ważną strunę, po sesji bowiem, w drodze do domu, pacjentkę zalały dawno zapomniane obrazy tego, jak razem z matką często masowały sobie wzajemnie stopy podczas długich, serdecznych rozmów. Jej relacja z matką była bardzo trudna i przez wiele miesięcy terapii Margaret utrzymywała, że matka była zawsze bardzo daleka i bardzo mało było między nimi chwil fizycznego zbliżenia. Sen powiedział nam co innego i poprowadził nas do następnego etapu terapii, w którym pacjentka przeformułowała swoją przeszłość i odmalowała rodziców w łagodniejszych, bardziej ludzkich barwach.

Inny sen zapowiadający nową fazę terapii, czy też do niej prowadzący, opowiedział mi pacjent, który w ogóle nie pamiętał swojego dzieciństwa i był interesująco niezainteresowany własną przeszłością.

„Mój ojciec jeszcze żył. Byłem w jego domu i oglądałem jakieś stare koperty i notesy, których miałem nie otwierać, póki ojciec nie umrze. Ale wtedy zobaczyłem zielone światło migające przez jedną z zabezpieczonych kopert. Wyglądało to jak migotanie mojego telefonu komórkowego”.

W tym śnie wyraźnie widać, jak się budzi ciekawość pacjenta i jak jego wewnętrzne „ja” wzywa go (migające zielone światło), by zwrócił uwagę na swoją relację z ojcem.

I os-tatni przykład snu otwierającego nowe przestrzenie dla terapii:

„Ubierałam się do ślubu, ale nie mogłam znaleźć sukni. Dostałam stos drewna, żeby zbudować ołtarz ślubny, ale nie miałam pojęcia, jak to zrobić. Potem moja matka czesała mnie w koronę z warkoczy. Później siedziałyśmy razem na sofie, jej głowa była bardzo blisko mojej twarzy i czułam włoski na jej skórze, a potem ona znikła i byłam sama”.

Pacjentka nie miała żadnych godnych uwagi skojarzeń ze snem - zwłaszcza z dziwnym obrazem korony z warkoczy (sama nigdy się tak nie czesała) - aż do następnego wieczora, kiedy to leżąc w łóżku, tuż przed zaśnięciem przypomniała sobie nagle Martę, dawno zapomnianą, ale od pierwszej do trzeciej klasy najlepszą przyjaciółkę, która nosiła koronę z warkoczy! Pacjentka przypomniała sobie, jak to w trzeciej klasie nauczycielka za dobrą pracę w klasie nagrodziła ją przywilejem dekorowania klasy na Halloween i pozwoliła, by sama sobie wybrała pomocnika. Myśląc, że będzie to dobra okazja do poszerzenia grona przyjaciół, pacjentka zamiast Marty wybrała inną koleżankę.

„Marta nigdy więcej się do mnie nie odezwała - powiedziała pacjentka ze smutkiem - a ja nigdy już nie miałam takiej najlepszej przyjaciółki”. Po czym zaczęła mi opowiadać, jak przez całe życie była samotna i jak uniemożliwiała wszystkie potencjalne bliskie kontakty. Inne skojarzenie (z obrazem głowy bardzo bliskiej jej własnej) to nauczycielka z czwartej klasy, która przysunęła swoją głowę bardzo blisko jej, jakby chciała wyszeptać coś czułego, ale zamiast tego wyszczała: „Dlaczego to zrobiłaś?”. Włoski ze snu nasunęły na myśl moją brodę i strach pacjentki przed pozwoleniem mi na zbytne zbliżenie. Fakt, że pacjentka jakby ponownie połączyła się ze swoim snem tuż przed zaśnięciem następnego wieczora, to dobry przykład niezadkiego zjawiska wspomnień kojarzonych z pewnym stanem umysłu lub ciała.

ROZDZIAŁ 82

Zwracaj uwagę na pierwszy sen

Od czasu publikacji artykułu Freuda⁴⁷ na temat pierwszego snu w trakcie psychoanalizy, terapeuci żywili szczególny szacunek dla pierwszego snu, jaki się pacjentowi przyśnił podczas terapii. Freud był przekonany, że ten pierwszy sen jest często bezcennym dokumentem, który oferuje nadzwyczaj odkrywcze spojrzenie na najważniejsze problemy, ponieważ tkacz snów w głębi nieświadomości pacjenta jest jeszcze naiwny i nie wznosił swoich obron. (Jedynie ze względów retorycznych Freud niekiedy mówił o części umysłu, która wytwarza sny, jakby to był jakiś niezależny homunku-lus). Później podczas terapii, gdy zdolności interpretacyjne terapeuty wychodzą na jaw, sny stają się bardziej skomplikowane i mętne.

Przypomnijmy, jak „prorocze” były dwa pierwsze sny przytoczone w rozdziale 79. W jednym kobieta adwokat oskarżała swojego ojca o gwałt. W drugim mężczyzna wybierający się w podróż musiał zejść po ciemnych schodach w domu towarowym, by zrobić zakupy na drogę. Oto inne przykłady.

Pacjentce, której mąż umierał na raka mózgu, przyśnił się w nocy przed pierwszą sesją terapeutyczną taki oto sen:

„Nadal jestem chirurgiem, ale jednocześnie studiuję anglistykę. Przygotowuję się do zajęć, zapoznając się z dwoma tekstami: starożytnym i współczesnym, oba noszą ten sam tytuł. Jestem nieprzygotowana, ponieważ nie przeczytałam żadnego z nich. W szczególności nie przeczytałam pierwszego tekstu, który miał mnie przygotować do lektury drugiego”⁴⁸.

Gdy zapytałam, czy wie, jaki był tytuł tekstów, odparła: „O, tak, pamiętam doskonale. Każda z książek, ta stara i ta nowa, miała tytuł *Śmierć niewinności*”.

Ten niezwykle przewidujący sen był zapowiedzią większości spraw, nad którymi później pracowaliśmy. Tekst starożytny i współczesny? Była pewna, że wie, co reprezentują. Starożytny to była śmierć jej brata w wypadku drogowym 20 lat temu. Nadchodząca śmierć męża to był tekst współczesny. Sen powiedział nam, że pacjentka nie będzie w stanie poradzić sobie ze śmiercią męża, dopóki nie załatwi jakoś sprawy śmierci brata - straty, która naznaczyła ją na całe życie, rozbiła cały jej młodzieńczy, niewinny mit boskiej opatrności, domowego bezpieczeństwa, sprawiedliwości wszechświata i sensu porządku, zgodnie z którym starzy umierają przed młodymi.

Pierwsze sny wyrażają często oczekiwania i obawy pacjentów związane z podejmowaną terapią. Ja sam, po 40 latach, ciągle mam świeżo w pamięci mój pierwszy sen z okresu psychoanalizy:

„Leżę u lekarza na leżance. Prześcieradło jest za małe, abym mógł się odpowiednio nakryć. Widzę pielęgniarkę wbijającą mi igłę w nogę - w goleń. Nagle słyszę rozrywający bębenki w uszach syk i bulgotanie - szssssssssss⁴⁹”.

Znaczenie najważniejszej części snu - głośnego szssssssssss - od razu było dla mnie jasne. W dzieciństwie dręczyło mnie chroniczne zapalenie zatok i każdej zimy matka prowadziła mnie do doktora Davisa na punkcję i przepłukanie zatok. Nienawidziłem jego żółtych zębów i tego jednego rybiego oka patrzącego na mnie przez środek przyklejonego do obręczy okrągłego lusterka, jakie laryngolodzy nosili wówczas na głowie. Pamiętam te wizyty: jak wsuwa rurkę w otwór zatoki, ostry ból, a potem to ogłuszające szssssssssss, gdy wstrzyknięty roztwór soli fizjologicznej wypływał na zewnątrz. Pamiętam, jak patrzyłem na trzęsącą się, obrzydliwą zawartość półkolistego chromowanego naczynia do drenażu i myślałem, że razem z ropą i śluzem wypłukało się trochę mojego mózgu.

W tym śnie znalazły wyraz wszystkie moje obawy przed nadchodzącą analizą: że zostanę obnażony (za krótkie prześcieradło), że doznam bolesnej penetracji (igła), że stracę swój umysł, poddadzą mnie praniu mózgu, zostaną poważnie zraniony w długą, twardą część ciała (przedstawioną jako kość goleniowa).

Pewna pacjentka noc przed sesją ze mną śniła, że powybijam wszystkie okna w jej domu i dam jej znieczulający zastrzyk w serce. Nasz rozmowa na temat tego zastrzyku ujawniła, że chociaż kobieta odniosła znaczny sukces jako naukowiec, doświadczała silnej pokusy, by zrezygnować z całej swojej dotychczasowej kariery i zostać malarką. Obawiała się, że moja terapia uspi jej artystyczne serce i zmusi ją do kontynuowania drogi bardziej racjonalnej, lecz pozbawionej życia. Sny te przypominają nam, że nieporozumienia wokół terapii są głębokie i trwałe. Nie daj się zwieść pozorom. Załóż, że nowi pacjenci obawiają się terapii i są zdezorientowani, i zadbaj, by każdego pacjenta dobrze do terapii przygotować.

ROZDZIAŁ 83

Uważnie się przyglądaj snom o terapii

Spośród wszystkich snów, jakie nam przynoszą pacjenci, żadne nie dorównują wartością terapeutyczną tym, w których występuje terapeuta (albo jakiś jego symboliczny zastępca). W takich snach tkwi ogromny potencjał korzyści terapeutycznych i, jak pokazują poniższe przykłady, to właśnie te sny przynoszą najobfitsze plony. Oto co śnił jeden z pacjentów:

„Jestem w pańskim gabinecie i pan do mnie mówi: »Je-steś dziwnym ptakiem. Nigdy jeszcze takiego nie widziałem«”.

Jak zwykle zapytałem o emocjonalny koloryt snu. „Ciepły i przytulny” - usłyszałem w odpowiedzi. Pacjent ten wykonywał na co dzień wiele niezwykłych, rytualnych, obsesyj-no-kompulsyjnych czynności i zazwyczaj nie doceniał swoich licznych zalet: inteligencji, rozległej wiedzy i zainteresowań, poświęcenia życia służbie innym. Przekonywał sam siebie, że mnie interesować mogą jedynie jego dziwactwa - tak jak interesowałyby mnie dziwolągi pokazywane w cyrku. Sen poprowadził nas ku ważnej sferze jego życiowej strategii kulturowania dziwactw jako sposobu wchodzenia w interakcje z innymi ludźmi. Tą drogą dotarliśmy niebawem do jego pogardy dla samego siebie i lęku, że inni zlekceważą go, bo jest pusty, płytki i ma sadystyczne fantazje.

Sen innej pacjentki:

„Uprawiam z tobą seks w sali mojej szóstej klasy. Ja jestem naga, ale ty ciągle masz na sobie swoje ubranie. Pytam, czy było ci dostatecznie dobrze”.

Tę pacjentkę w szkole podstawowej molestował seksualnie nauczyciel. Rozmawialiśmy o tym na poprzedniej sesji i rozmowa ta bardzo ją zdenerwowała. Praca nad snem otworzyła wiele ważnych kwestii. Nasze bardzo intymne rozmowy na temat seksu stymulowały ją seksualnie. „Rozmawiać z tobą o seksie to jakby go uprawiać” - powiedziała. Podejrzewała, że mnie taka rozmowa również stymuluje seksualnie i że kiedy ona mówi o sobie, ja odczuwam coś w rodzaju przyjemności podglądacza. Mówiła o tym, jak źle się czuje z nierównością między nami: podczas naszych sesji ona się „rozbierała”, podczas gdy ja pozostawałem „okryty”. Pytanie postawione we śnie - czy zostałem seksualnie zaspokojony - odzwierciedlało jej obawę, że jedyne, co może ofiarować to seks i że opuszczę ją, jeśli mi tego nie da.

Kolejny sen:

„W dwupoziomowym domu byłam ja i 10-letnia dziewczynka, która próbowała ten dom rozwalić, a ja z nią walczyłam. Potem widzę, jak podjeżdża żółta ciężarówka Goodwilla i raz po raz miażdży fundamenty mojego pokoju. Słyszę słowa: »Pomocna dłoń uderza znów«”.

Bez wątplenia moja rola we śnie to żółta ciężarówka, która zagraża fundamentom jej domu. Ale na wypadek, gdybyśmy tego nie dostrzegli, dodatkowo pojawiają się słowa: „Pomocna dłoń uderza znów”. Pacjentka, spięta kobieta tłumiąca uczucia, pochodziła z alkoholowej rodziny, w której wiele wysiłku poświęcano utrzymywaniu rozmaitych spraw w sekrecie przed resztą społeczności. Sen wyrażał jej lęk przed obnażeniem oraz prośbę do mnie, bym był delikatny i ostrożny.

Inny przykład kliniczny - sen, który się przyśnił pacjentce pod koniec terapii:

„Pojechaliśmy razem na konferencję do hotelu. W pewnym momencie proponujesz, żebym wzięła pokój obok twojego, to będziemy mogli się ze sobą przespać. Więc idę do recepcji i załatwiam, żeby mnie przenieśli. Niedługo potem zmieniasz zdanie i mówisz, że to jednak nie jest dobry pomysł. Więc jeszcze raz idę do recepcji, żeby odwołać przenosiny. Ale jest za późno: wszystkie moje rzeczy są już w nowym pokoju. Potem jednak się okazuje, że ten nowy pokój jest znacznie przyjemniejszy - większy, wyższy, z ładniejszym widokiem. I jego numer, 929, też jest znacznie korzystniejszy z numero-logicznego punktu widzenia”.

Sen ten się pojawił, gdy zaczęliśmy z pacjentką omawiać zakończenie terapii. Wyrażał jej przekonanie, iż początkowo byłem uwodzący (we śnie proponuję jej wzięcie sąsiednich pokoi i spanie ze sobą), na co ona zareagowała zbliżeniem się do mnie (przeniosła się do innego pokoju), później jednak, kiedy zmieniłem zdanie w sprawie seksu, nie mogła odzyskać swojego

poprzedniego pokoju - to znaczy, że już się nieodwracalnie zmieniła. Co więcej, zmieniła się na lepsze - nowy pokój był lepszy i bardziej obiecujący z numerologicznego punktu widzenia. Pacjentka była kobietą niezwykle piękną, emanującą erotyzmem, a w przeszłości wszystkie jej związki z mężczyznami opierały się na otwartej lub wysublimowanej seksualności. Ze snu wynikało, że energia seksualna między nami miała zasadnicze znaczenie dla zbudowania więzi terapeutycznej, która z kolei, raz ustalona, sprzyjała nieodwracalnym zmianom.

Inny przykład kliniczny:

„Jestem w pana gabinecie. Na sofie leży piękna, ciem-nooka kobieta z czerwoną różą we włosach. Kiedy podchodzę bliżej, uświadamiam sobie, że kobieta nie jest taka, jaką wydawała mi się na początku. Sofa okazuje się katafalkiem, a ciemne oczy kobiety nie mają w sobie piękna, lecz śmierć. A karmazynowa róża we włosach nie jest kwiatem, lecz krwawą, śmiertelną raną”.

Ta pacjentka (opisana obszernie w *Mama i sens życia*⁵⁰) często dawała wyraz swojej niechęci do wchodzenia w relację ze mną jako z realnym człowiekiem. Kiedy rozmawialiśmy o tym śnie, powiedziała: „Wiem, że ta kobieta to ja, a każdy, kto się do mnie zbliży, przez samo tylko to zbliżenie zawrze znajomość ze śmiercią - jeszcze jeden powód, żeby trzymać cię z daleka, żebyś się znanadto nie zbliżał”.

Sen doprowadził nas do tematu ciężącego na niej przekleństwa: tylu mężczyzn, których kochała, zmarło, iż uwierzyła, że niesie śmierć. To dlatego odmawiała mi pozwolenia na bycie osobą materialną - chciała, bym pozostał poza czasem, pozbawiony historii życia, która ma początek i - co w tym przypadku było sprawą najważniejszą - ma też oczywiście koniec.

Moje notatniki są pełne licznych przykładów mej obecności w snach pacjentów. Jednemu z pacjentów się śniło, że siusia na mój zegarek, inny we śnie spacerował po moim domu, 'spotykał moją żonę i został członkiem mojej rodziny. W miarę, jak się starzeję, pacjenci coraz częściej śnią o mojej nieobecności albo śmierci. We wstępie pisałem, jak jeden z moich pacjentów, wszedłszy we śnie do mojego gabinetu, znalazł tam jedynie wieszak na kapelusze, a na nim moją pokrytą pajęczynami panamę. Inna pacjentka, znalazłszy się w moim gabinecie, spotkała tam bibliotekarza, który siedział za moim biurkiem i poinformował ją, że gabinet zamieniono w pamiątkową bibliotekę. Każdy terapeuta może dostarczyć własnych przykładów.

ROZDZIAŁ 84

Bądź świadom niebezpieczeństw związanych z zawodem

Przytulne warunki, w jakich się odbywa psychoterapia - wygodne fotele, meble w dobrym guście, delikatne słowa, dzielenie się uczuciami, ciepło, bliskość - często przesłaniają niebezpieczeństwa związane z wykonywaniem tego zawodu. Psychoterapia to trudne powołanie, a terapeuta, który odniósł sukces, musi umieć znosić izolację, niepokój i frustrację nieuchronnie związane z tą pracą.

Cóż to za paradoks: dla psychoterapeutów, którzy tak zachęcają pacjentów do bliskości, największym zawodowym zagrożeniem jest izolacja. A właśnie terapeuci aż nazbyt często są stworzeniami samotnymi: cały swój dzień pracy spędzają odizolowani wraz z kolejnymi pacjentami od świata i rzadko spotykają kolegów, chyba że podejmą wyjątkowy wysiłek, by zorganizować jakieś wspólne działania. Tak, oczywiście, codzienne sesje indywidualne są przesycone bliskością, ale ta forma bliskości nie wystarczy do podtrzymania życia terapeuty; ta bliskość nie syci tak i nie odnawia, jak sycą i odnawiają głębokie, pełne miłości związki z przyjaciółmi i rodziną. Co innego być dla kogoś, a co innego - być w związkach, które są w równym stopniu dla kogoś, jak i dla mnie.

My, terapeuci, zbyt często lekceważymy nasze związki osobiste. Pod koniec dnia pracy, gdy daliśmy już tyle z siebie, nie chcemy żadnych innych relacji z ludźmi. A ponadto pacjenci są tak wdzięczni, tak nas podziwiają, tak idealizują, iż grozi nam, że przestaniemy doceniać członków naszych rodzin i naszych przyjaciół, którzy nie dostrzegają, jak jesteśmy wszechwiedzący i we wszystkim doskonali.

Już sam sposób, w jaki terapeuta widzi świat, od tego świata go odgradza. Wytrawni terapeuci często inaczej patrzą na związki; bywa, że nie mają cierpliwości do rytuałów społecznych i biurokracji, nie potrafią znieść przelotnych płytkich spotkań i paplaniny, tak częściej przy okazjach towarzyskich. W podróży niekiedy unikają kontaktów z innymi ludźmi bądź, w obawie przed wynikającymi z niezrozumienia naszej profesji reakcjami otoczenia, ukrywają swój zawód. Mężczyźni nie tylko to, że ludzie się ich nieracjonalnie boją lub ich nie doceniają, lecz również to, że ich przeceniają, podejrzewają o zdolność czytania w cudzych myślach albo umiejętność radykalnego rozwiązywania najróżnorodniejszych problemów.

Terapeuci powinni być przyzwyczajeni do idealizacji czy niedoceniań, z jakimi co dzień mają do czynienia w pracy; powinni, ale rzadko są. Często natomiast doświadczają na przemian niespokojnych dreszczy zwałpienia w siebie bądź nadmiernego samouwielbienia. Terapeuta musi uważnie obserwować wszystkie zmiany poczucia własnej wartości - a w istocie wszelkie zmiany stanu wewnętrznego - by nie przeszkadzały mu w pracy. Zaburzające doświadczenia życiowe - napięcia w związkach, narodziny dzieci, stesy związane z ich wychowywaniem, żaloba, kłótnie małżeńskie i rozwód, nieprzewidziane zwroty sytuacji, klęski życiowe, choroby - wszystko to dramatycznie zwiększa napięcie i utrudnia prowadzenie terapii.

Na wszelkie zagrożenia zawodowe wielki wpływ mają warunki pracy. Terapeuci, którzy żyją pod dużą presją finansową i mają 40 do 50 sesji tygodniowo, są narażeni na dużo większe ryzyko. Zawsze uważałem, że terapia jest raczej powołaniem niż zawodem. Jeśli komuś chodzi przede wszystkim o gromadzenie bogactw, a nie o słuzenie innym, to kariera psychoterapeuty nie jest właściwym wyborem.

Upadek morale terapeuty wiąże się również z zakresem praktyki zawodowej. Nadmierna specjalizacja, zwłaszcza w obszarach klinicznych obciążonych cierpieniem i beznadziejnym smutkiem - na przykład praca z umierającymi, prze-

wlekłe chorymi lub psychotykami - naraża terapeutę na większe ryzyko; jestem przekonany, że równowaga i różnorodność bardzo odświeżają praktykę terapeutyczną.

Wcześniej, omawiając wykroczenie, jakim jest nawiązanie z pacjentem kontaktów seksualnych, wskazywałem na podobieństwa między relacją terapeutyczną a każdą relacją, w której może dojść do nadużycia, ponieważ jedna osoba ma władzę nad drugą. Istnieje wszakże pewna ważna różnica, wynikająca z samej intensywności przedsięwzięcia terapeutycznego. Więź terapeutyczna może nabrać takiej siły - tyle się ujawnia, o tyle pyta, tyle daje, tyle rozumie - że pojawia się miłość. Na to uczucie narażony jest w terapii nie tylko pacjent, lecz również terapeuta, ten jednak musi je utrzymać w królestwie *Caritas* i nie pozwolić, by się ześlizgnęło do domeny *Erosa*.

Ze wszystkich stresów życia psychoterapeuty dwa są najbardziej katastrofalne: samobójstwo pacjenta i oskarżenie o postępowanie niezgodne z etyką zawodową.

Pracujemy z pacjentami zaburzonymi, zawsze więc może się zdarzyć, że któryś z nich popełni samobójstwo. Mniej więcej połowa doświadczonych terapeutów musiała stawić czoło samobójstwu lub poważnej próbie samobójczej swojego aktualnego albo byłego pacjenta. Nawet najbardziej dojrzały

1 wytrawni doświadczają wówczas szoku, smutku, poczucia winy, niekompetencji oraz złości na pacjenta.

Podobnie bolesne emocje przeżywa terapeuta, któremu postawiono zarzut postępowania niezgodnego z etyką zawodową. W dzisiejszym pełnym pieniąctwa świecie kompetencja i uczciwość zawodowa nie są dostateczną ochroną: każdy niemal znany mi kompetentny terapeuta przynajmniej raz w życiu był oskarżany o działanie nieetyczne lub mu takim oskarżeniem grożono. Terapeuci doświadczają takiego oskarżenia jako dotkliwej zdrady. Swoją pracę pojmują jak służbę innym, zawsze starają się wspierać rozwój swoich pacjentów, oskarżenie o działanie nieetyczne jest więc dla nich dotkliwym wstrząsem i niekiedy czyni ich już na zawsze innymi ludźmi. Odtąd podczas każdej rozmowy wstępnej będzie im przychodzić do głowy nowa i nieprzyjemna myśl: „Czy ten człowiek poda mnie do sądu?”. Osobiście znam terapeutów, których oskarżenie o działanie sprzeczne z etyką zawodową tak załamało, iż zdecydowali się na wcześniejszą emeryturę.

Sześćdziesiąt lat temu Freud doradzał terapeutom, by co pięć lat powracali do własnej analizy, częsta bowiem ekspozycja na pierwotny wyparty materiał jest równie niebezpieczna, jak promienie Roentgena⁵¹. Możemy nie podzielać Freudowskiej troski o wyparte instynktowe potrzeby terapeuty, trudno się jednak nie zgodzić z przekonaniem, że terapeuta musi stale pracować nad swoim światem wewnętrznym.

Dla mnie osobiście dobrą ochroną przed wieloma tego rodzaju zagrożeniami jest psychoterapeutyczna grupa wsparcia. Przez ostatnie 10 lat uczestniczę w grupie złożonej z 11 psycho-terapeutów (sami mężczyźni) w mniej więcej tym samym wieku i o zbliżonym doświadczeniu. Pracujemy bez lidera i spotykamy się co dwa tygodnie na półtorej godziny. Chcę zaznaczyć, że żadna z cech tej grupy nie ma charakteru zasadniczego. Przez wiele lat, na przykład, prowadziłem z powodzeniem cotygodniową grupę dla psychoterapeutów w różnym wieku i różnej płci. Najważniejsze jest to, by grupa oferowała bezpieczną, godną zaufania przestrzeń do dzielenia się trudnościami życia osobistego i zawodowego.

Nieważne też, jak się ta grupa nazywa - czy jest to „grupa terapeutyczna”, „grupa wsparcia” (która dla uczestników pełni rolę terapeutyczną) czy jeszcze inna.

Grupa doświadczonych klinicystów nie potrzebuje prowadzącego - pod warunkiem, że między jej członkami nie dochodzi do poważnych, psujących szyki starć interpersonalnych. W rzeczywistości, gdy nie ma nominowanego lidera, uczestnicy mogą pełniej wykorzystywać swoje znakomite umiejętności. Grupa mniej doświadczonych terapeutów może natomiast odnieść korzyść z obecności doświadczonego lidera, który będzie służył zarazem jako pomocnik i jako nauczyciel. Grupę wsparcia zbudować łatwiej, niż mogłoby się wydawać. Wystarczy jeden lub dwóch zapaleńców, którzy stworzą listę pasujących do siebie kolegów, skontaktują się z nimi i ustalą czas i miejsce planowanego spotkania.

Moim zdaniem grupy są potężnym nośnikiem wsparcia i zmiany osobistej. Dodajmy do tego umiejętności i zasoby tkwiące w grupie doświadczonych klinicystów, a stanie się oczywiste, dlaczego z taką pasją nakłaniam terapeutów, by korzystali z tej możliwości.

ROZDZIAŁ 85

Doceniaj przywileje zawodowe

T~) zadko słyszę, by moi koledzy terapeuci narzekali, że ich *Xv* życie nie ma sensu. Życie terapeuty to życie w służbie; co dzień przekraczamy własne potrzeby, by zwrócić spojrzenie ku potrzebom innych i ich rozwojowi. Czerpiemy przyjemność nie tylko bezpośrednio z rozwoju naszych pacjentów, lecz także z jego „skutków ubocznych” - dobrego wpływu, jaki wywierają na tych, z którymi styka ich życie.

To nadzwyczajny przywilej. I nadzwyczajna satysfakcja.

Omawiając ryzyko zawodowe, opisywałem mozolne, niekończące się badanie siebie i pracę wewnętrzną, jakich wymaga nasz zawód. Jednakże to właśnie wymaganie jest bardziej przywilejem niż ciężarem, pełni bowiem rolę immanentnego zabezpieczenia przed stagnacją. Aktywny psychoterapeuta zawsze się rozwija, jego samowiedza i świadomość ciągle rosną. Jak można by innym wskazywać drogę do badania głębokich struktur umysłu i istnienia, gdyby się jednocześnie nie badało samego siebie? Nie sposób też zapraszać pacjenta do koncentrowania się na relacji interpersonalnej, jeśli się samemu nie bada własnych sposobów wchodzenia w związki. Pacjenci udzielają mi mnóstwa informacji zwrotnych (że, na przykład, jestem wycofany, odrzucający, oceniający, zimny i małomówny), które muszę traktować poważnie. Zadaję sobie pytanie, czy informacje te pasują do mojego wewnętrznego doświadczenia i czy inni mówią mi podobne rzeczy. Jeśli dojdę do wniosku, że informacja

jest trafna i rzuca światło na moje nierozpoznane obszary, czuję wdzięczność i dziękuję moim pacjentom. Gdybym tego nie robił, albo gdybym negował trafność obserwacji, kiedy faktycznie jest trafna, podważałbym wiarę pacjenta w jego postrzeganie rzeczywistości i uprawiałbym nie terapię, lecz antyterapię. Jesteśmy depozytariuszami sekretów. Każdego dnia pacjenci zaszczycają nas swymi tajemnicami - często tymi, których nigdy przedtem z nikim nie dzielili. Taki przywilej dany jest niewielu. Zyskujemy w ten sposób zakulisowy widok na kondycję ludzką odartą z ozdób, odgrywanych ról, brawury czy scenicznego pozerstwa. Czasami te sekrety mnie palą. Idę do domu, przytulam żonę i dziękuję Bogu za los, który mi przypadł w udziale. Inne pulsują we mnie i przywołują ukryte, dawno zapomniane wspomnienia i impulsy. Kiedy indziej smucę się, widząc, jak wstyd i nieumiejętność przebaczenia samemu sobie mogą niepotrzebnie zmarnować komuś całe życie.

Powierzone sekrety są jak rozjaśniające okulary, przez które widać świat bez tylu zniekształceń, zaprzeczeń, iluzji -widać rzeczy takimi, jakimi są. (Weźmy choćby tytuły książek wybitnego psychoanalityka, Allena Wheelisa: *The way things are* [Jak się rzeczy mają], *The scheme of things* [Schemat spraw], *The illusionless man* [Człowiek bez złudzeń]).

Wszystkim nam ciężą bolesne sekrety - poczucie winy za to, co zrobiliśmy; wstyd z powodu tego, czego nie zrobiliśmy; pragnienie, by być kochanym i komuś drogim; głęboko ukryta wrażliwość, poczucie zagrożenia i lęki. Gdy pamiętając o tym, zwracam się ku innym - zarówno terapeutom, jak i pacjentom - przybliżam się do nich. Przechowując cudze sekrety, stałem się z czasem delikatniejszy i bardziej akceptujący. Gdy spotykam kogoś nadętego próżnością albo pychą, czy kogoś dręczonego jedną z tysięcy ogarniających człowieka namiętności, wyczuwam ból ukrytych pod nimi sekretów i nie oceniam, lecz współczuję, a nade wszystko - czuję więź z tą osobą. Kiedy po raz pierwszy, podczas buddyjskich rekolekcji, zetknąłem się z formalną medytacją nad miłością-dobrocią, poczułem się jak w domu. Jestem przekonany, że wielu terapeutów - więcej niż się na ogół sądzi - doskonale zna królestwo miłości-dobroci.

W naszej pracy możemy przekraczać samych siebie, zmieniać się i rozwijać; otrzymujemy błogosławieństwo jasnego wglądu w prawdziwą i tragiczną wiedzę o kondycji ludzkiej; ale to nie wszystko.

Stajemy przed wyzwaniem intelektualnym. Zostajemy badaczami sprawy najważniejszej i najbardziej złożonej -rozwoju i natury ludzkiego umysłu. Ramię w ramię z pacjentami delektujemy się przyjemnością wielkich odkryć - doświadczeniem „aha”, gdy rozproszone fragmenty mentalnej łamigłówki nagle znajdują swoje miejsce i zaczynają do siebie pasować. Kiedy indziej asystujemy przy narodzinach czegoś nowego, wyzwalającego i podnoszącego na duchu. Obserwujemy, jak nasi pacjenci pozbywają się starych, obezwładniających wzorców, odrywają się od zamierzchłych żalów, nabierają apetytu na życie, uczą się nas kochać - i dzięki temu z miłością zwracają się ku innym. To wielka radość patrzeć, jak otwierają własne skarbnice mądrości. Czasami się czuję jak przewodnik, oprowadzający pacjentów po rozmaitych pomieszczeniach ich własnego domu. Cóż to za rozkosz widzieć, jak otwierają drzwi do pokoi nigdy wcześniej nieodwiedzanych, odkrywają nowe skrzydła budowli, gdzie się kryją części skazane dotychczas na wygnanie - mądre, piękne i twórcze fragmenty ich własnej tożsamości. Niekiedy pierwszym krokiem w tym procesie jest praca nad snem, gdy oboje, pacjent i ja, podziwiamy, jak z ciemności wyłaniają się proste konstrukcje i świetlane obrazy. Wyobrażam sobie, że podobnych uczuć muszą doświadczać twórczy nauczyciele sztuki pisarskiej.

I wreszcie, zawsze mnie uderzało, jak nadzwyczajnym przywilejem jest przynależność do czcigodnego i szlachetnego cechu uzdrowicieli. My, terapeuci, należymy do tradycji, która sięga wstecz nie tylko do naszych bezpośrednich psychoterapeutycznych przodków - Freuda, Junga - i wszystkich *ich* przodków - Nietzschego, Schopenhauera, Kierkega-arda - lecz również do Jezusa, Platona, Sokratesa, Galena, Hipokratesa oraz wszystkich innych wielkich przywódców religijnych, filozofów oraz lekarzy, którzy od zarania dziejów wspierali ludzi w rozpacz.

Inne książki Irvina D. Yaloma:

The theory and practice of group psychotherapy

Encounter groups: First facts współautorzy: Merton A. Lieberman i Matthew B. Miles

Every day gets a little closer: A twice-told therapy współautorka: Ginny Elkin

Inpatient group psychotherapy *Existential psychotherapy*

A concise guide to group psychotherapy współautorka: Sophia Vinogradov

Kat miłości (Warszawa 2000: Jacek Santorski & Co)

When Nietzsche wept

(ukáže się w 2004 roku

nakładem Instytutu Psychologii Zdrowia)

The Yalom reader pod redakcją Bena Yaloma

Lying on the couch

(ukáže się w 2004 roku

nakładem Instytutu Psychologii Zdrowia)

Mama i sens życia (Warszawa 2003: Jacek Santorski & Co)