

Rozmowa z **JONEM FREDERICKSONEM** na kanwie książki pod tytułem „Współtworzenie bezpieczeństwa. Leczenie pacjenta z kruchą strukturą charakteru”

O BEZPIECZEŃSTWIE (I NIE TYLKO) W RELACJI TERAPEUTYCZNEJ

ACH: Lada chwila ukaże się w Polsce twoja nowa publikacja. Pisziesz w niej: „wady tej książki należą tylko do mnie”. Jednak kilku terapeutów m.in. Martha Stark, piszą o niej, że jest „genialna”. Jak, jako terapeuta, radzisz sobie z byciem rozpoznawalnym, sławnym w świecie psychoterapeutycznym?

Idea bycia sławnym nie pojawia się w mojej głowie, nie jestem tego świadomy. Nie jestem sławny dla swojej żony, a dla moich przyjaciół jestem po prostu przyjacielem. Czego mam świadomość? Tego, że jako terapeuta popełniam błędy. Jesteśmy ludźmi. Jeśli moje książki i artykuły pomagają stać się terapeutom lepszymi terapeutami, to cieszę się z tego.

Fakt, że potrafię pisać, nie oznacza, że jestem perfekcyjny, choć inni mogą sobie mnie tak wyobrażać. Mam całkowitą świadomość, że nie jestem idealną osobą i z pewnością nie jestem idealnym terapeutą. Jestem dobrym, kompetentnym terapeutą i do swoich studentów mówię: „Nie pomogę ci być perfekcyjnym terapeutą, ale mogę ci pomóc być kompetentnym terapeutą.” Za dużo popełniłem błędów w życiu i w terapii z pacjentami, żeby być perfekcyjną osobą, perfekcyjnym terapeutą albo superwizującym nauczycielem.

Po czym poznajesz, że tworzysz bezpieczną relację terapeutyczną?

Techniki terapeutyczne to nie oddziaływanie na osobę, a sposoby na regulowanie emocji w relacji. Bezpieczeństwo nie jest czymś, co jest w tobie. Bezpieczeństwo to coś, co dzieje się pomiędzy nami. I tworzenie przeze mnie życzliwej, bezpiecznej atmosfery, w której pacjent czuje, że naprawdę mogę zaakceptować wszystko, co się u niego dzieje i wszystko, co się pojawia, że niezależnie od tego, jaki niepokój to wywoła, będę potrafił się regulować



i jednocześnie słyszeć i akceptować to, co się pojawia u pacjenta. Wtedy nie tylko pacjent czuje się bezpiecznie, ale co ważne, czuje się bezpiecznie przy mnie, ze mną. Ważne jest, aby nie przestraszył się tego, co czuje i żeby wiedział, że nie odrzucam żadnych jego uczuć. Wtedy tworzymy bezpieczne przywiązanie, w ramach którego pacjent może powiedzieć i poczuć wszystko, a ja to zaakceptuję.

Na początku może się nie czuć bezpiecznie, może zachowywać się tak, jakby się bał, że odrzuci to, co czuje, albo skrytykuję go za to, co czuje, lub go ukarzę, albo się zdystansuję. Powodem tych obaw

są doświadczenia z przeszłości. Moja praca polega na tym, aby pomóc pacjentowi zobaczyć, czego się boi. Zamiast wchodzić w interakcję z obrazem postaci z przeszłości, staram się budować przeświadczenie, że może stworzyć bezpieczną relację ze mną.

Poczucie bezpieczeństwa potrzebuje czasu, pacjent zaczyna od sprawdzania ciebie. „Czy możesz zaakceptować moje uczucia?” „Czy mnie odrzucisz?” „Czy będziesz mnie krytykować?” „Czy zdystansujesz się ode mnie?” „Czy zaczniesz się niepokoić?”. Pacjenci testują, czy mogą naprawdę ci zaufać. Zanim to się stanie, zanim poczną się bezpiecznie, musisz przejść szereg testów, aby stać się dla nich bezpieczną osobą, której mogą ujawnić swoje wnętrze.

Jak rozumiesz proces bezpiecznego przywiązanie w terapii?

Kiedy tworzymy sojusz, pracujemy nad pozytywnym celem. Oznacza to również, że jesteśmy otwarci na wszelkie pojawiające się uczucia. Tworząc sojusz terapeutyczny, pomagamy zmienić strategię niepewnego przywiązania pacjenta, aby z biegiem czasu mógł on nawiązać bezpieczną więź z terapeutą. W naszej pracy stale zajmujemy się mechanizmami obronnymi, które mogłyby tworzyć niepewne przywiązanie. Zaczyna się od tego, że pacjent nieświadomie próbuje stworzyć takie niepewne przywiązanie, a my, zajmując się jego mechanizmami obronnymi, pomagamy mu z czasem to zmienić i tworzyć bezpieczny model przywiązania już od momentu tworzenia sojuszu terapeutycznego.

W książce opisujesz przykład pacjentki psychotycznej z łagodnymi zaburzeniami poznawczymi myślenia. Spokojnie odnosisz się do wypowiedzianych przez nią myśli. Rozmawiasz z nią tak, żeby nie była zmieszana i nie poczuła się zawstydzona...



Naszym zadaniem nie jest zawstydzenie pacjenta ani krytykowanie go. Na ogół to, w co wierzą i co mówią pacjenci, jest irracjonalne „na powierzchni”. Mówią: „Jestem beznadziejny”, „Nie mogę tego zrobić”. To są irracjonalne przekonania. Naszym zadaniem będzie to zgłębić, spojrzeć pod powierzchnię, aby dowiedzieć się, jaka jest nieświadoma logika, która sprawia, że to ma dla nich sens.

Dawałem też przykład pacjentki, która była „człowiekiem zadowolaczem i kameleonem”. Nic dziwnego, że jej relacje z mężczyznami były okropne. Rozpoznanie tego, że ten sposób adaptacji pomógł jej przetrwać z niebezpiecznym ojcem i powiedzenie: „Jestem przekonany, że pomogło ci to uratować życie” być może pozwoli jej uświadomić sobie, że bycie „kameleonem” w relacjach z mężczyznami nie pozwala im poznać jej prawdziwej. Dlatego doświadczając w związku z tym porzucenia.

Jakie sygnały braku bezpieczeństwa wysyłają nam pacjenci i jak na nie odpowiadać?

Na przykład to, że nie będzie się z Tobą kłócić ani próbował Cię kontrolować. Zacznie chętniej dzielić się z Tobą różnymi sprawami, a jego niepokój z pewnością się zmniejszy. Zobaczysz Cię realistycznie. To byłyby znaki, że sojusz jest dobry i że on czuje się w Twojej obecności bezpiecznie, a jeśli często będziesz słyszeć od niego odniesienia do innych, do tego, gdzie i kiedy czuje się bezpiecznie, to będzie to wtedy nieświadomym odniesieniem do Ciebie.

Jeśli tego bezpieczeństwa zabraknie, pacjent będzie bardzo niespokojny i jego niepokój nie zmniejszy się nawet wtedy, kiedy spróbujesz go regulować, prawdopodobnie będzie na Ciebie projektował jakąś niebezpieczną osobę ze swojej przeszłości. Rozpoznamy wtedy pierwotne mechanizmy obronne, rozszczepienie oraz projekcje. Można to rozpoznać po tym, jak mówi o innych osobach, przy których prawdopodobnie nie czuje się pewnie.

Na przykład, możesz usłyszeć, jak narzeka, że jego matka słabo słyszy i powinna sobie kupić aparat słuchowy, bo on musi jej powtarzać wszystko po kilkanaście razy, albo przykłady sytuacji i innych osób, które go nie słuchają albo nie są pomocne. To nieświadomy sposób pacjenta na powiedzenie: „Nie czuję się z Tobą bezpiecznie”, „Nie czuję się wysłuchany”, „Nie czuję, że mi pomaga to, co między nami”.

Kiedy pacjenci mówią symbolicznie o innych ludziach, prawie zawsze mówią o tym, jak nas teraz doświadczają.

Mógłbyś podać jeszcze jakiś przykład?

Pacjentka opowiada podczas pierwszej sesji o relacjach z ludźmi, którzy wydają się jej naprawdę mili, a potem ją rozczarowują, a następnie zdaje sobie sprawę, że oni nigdy jej nie lubili. Och! Ta pacjentka uczy mnie, że jeśli ją rozczaruje, to dla niej oznacza, że jej nienawidzę i opuści terapię. Już się od niej uczę. To jest jej projekcja, że jeszcze nie do końca mi ufa.

Jak reagujesz?

Zapraszam do rozmowy: „Cóż, to brzmi jak naprawdę niepokojąca sytuacja. Tak. Czy chcesz, żebyśmy przyjrzeni się konkretnemu przykładowi, abyśmy mogli zrozumieć, co się wydarzyło?”

Jeden z terapeutów, z którym pracowałem był zaskoczony, kiedy pacjent opuścił terapię. Pacjent na sesjach dużo opowiadał o myśliwych, którzy polowali na zwierzęta i je zabijali. Doświadczając zatem swojego terapeuty jako myśliwego próbującego go zabić. Zapytałem tego terapeuty: „Co robiłeś, że czuł się tak, jakbyś na niego polował?”. Odpowiedział: „Cóż, zadawałem mnóstwo pytań”. Zasugerowałem, aby zastanowił się, jak może zamienić swoje pytania w stwierdzenia. Zmiana pytań w stwierdzenia była po to, żeby nie wywoływać wrażenia, że się na pacjenta „poluje” lub próbuje od niego coś „wyciągnąć”. Myślisz wtedy interpersonalnie: „Co takiego robię, że mój pacjent może poczuć się tak, jakbym go gonił?”

Co się stanie, gdybyś zadał mu pytanie: „Jak doświadczasz tych pytań ze mną?”

Jeśli zadasz to pytanie, to jakie będzie jego doświadczenie?

Poczuj się winny?

Poczuj, że kolejna „tymczasowa” osoba próbuje go w coś „wciągnąć”.

To rozsądne pytanie, ponieważ na prawdę zastanawiasz się, jakie uczucia on do Ciebie żywi, ale jeśli zadasz takie pytanie, to podsyci jego paranoję. Uzna, że istnieje dowód, iż ktoś próbuje coś osiągnąć jego kosztem. Można zadać pytanie o uczucia, kiedy osoby nie mają problemów z testowaniem rzeczywistości. Kiedy nie są to projekcje i ktoś nie postrzega siebie jako żyjącego w świecie myśliwych i ofiar. To pytanie, które mogłoby wpędzić w paranoję.

„Współtworzenie zmiany”, „Współtworzenie bezpieczeństwa” obydwa tytuły sugerują aktywny udział terapeutów w tym procesie.

Myślę, że terapeuci prawie wszystkich nurtów terapeutycznych rozumieją, że bezpieczne przywiązanie, dobry sojusz terapeutyczny dla „współtworzenia” są niezbędne. Terapeuta i pacjent muszą współpracować, aby zrobić coś dobrego. Uwzględniłem w tytule słowo „współtworzenie”, aby to podkreślić. Przymierze terapeutyczne tworzymy razem, musimy mieć jasność co do tego, jak współtworzymy tę relację. Nie wszystko zależy od ciebie i nie wszystko zależy od pacjenta, ale to coś musimy razem stworzyć. Potem przyglądamy się temu współtworzeniu: czy to, co robimy, pomaga współtworzeniu uzdrawiającej relacji?

Dla przykładu: dziś superwizowałem pewien proces, w którym pacjent zrobił pewien postęp, po czym powiedział do terapeuty, tak po prostu: „Nie mam nadziei na to, że terapia mi pomaga, czuję się beznadziejnie”. Terapeuta był tym trochę zdziwiony. Powiedziałem do niego: „Jeśli pacjent się podda, to kto będzie miał nadzieję?”. Kto powinien zachować całą nadzieję? I kto, jego zdaniem, jeśli pacjent „zastrajkuje”, powinien wykonać całą pracę związaną z terapią? Pacjent mówi „dam z siebie 0%, chcę, żebyś Ty dał z siebie swoje 100% plus jeszcze 100%”.

Bez względu na to, jak jesteśmy dobrymi terapeutami, nigdy nie możemy dać z siebie 200%, nigdy nie możemy dać tego, czego pacjent odmawia w terapii. Przyglądamy się w procesie, czy jest w tym równowaga.

Czy to mogą być wczesne przejawy ryzyka porzucenia terapii?

Oczywiście, jeśli pacjent przyjmie taką postawę i nie wykona zadania terapeutycznego albo wykona je niewłaściwie, nie będzie poprawy. W tym sensie jest to opór. Opowiada nam przy tym historię swojej przeszłości i rozpoznajemy w niej zachowanie, które mogłoby doprowadzić do przerwania terapii. Poznajemy historię jego cierpienia, na przykład, kiedy mówi: „Nie sądzę, że zasługuję na poprawę”. Przyjrzymy się temu, bo kiedy pacjent myśli, że nie zasługuje na poprawę, to nie pozwala sobie na poprawę, uważa, że na to nie zasługuje. Wyjaśniamy, dlaczego nie może poczuć się lepiej. Możemy mu powiedzieć: „Przyszłedtę tutaj, bo naprawdę chcesz wyzdrowieć, ale widzę, że też jakaś część Ciebie mówi, że na to nie zasługujesz, więc najwyraźniej toczysz ze sobą wojnę i jeśli nie zasługujesz

na poprawę, to będzie to dla Ciebie sposób na utrwalanie cierpienia”.

Odzwierciedlasz projekcję i wyjaśniasz, jak ona wpływa na pacjenta.

I przeciwstawiam ją w słusznej sprawie. Sprawdzam, jakie są uczucia, które narastają wobec mnie, a które sprawiają, że osoba może chcieć sabotować własną terapię.

Czyli bez osądzania, przekonywania, udowadniania, nakłaniania, ratowania...

Tylko opis i pokazywanie rezultatu: uczucia, które narastają wobec mnie, powodują wybór „samozniszczenia”.

Naszym zadaniem nie jest przekonywanie. To nie kościół, nie próbujemy nawracać ludzi na jakąś religię psycho-terapeutyczną i nie jesteśmy tutaj, aby oceniać. Jesteśmy tu jednak po to, aby opisać, co robi pacjent oraz jaką cenę płaci za swoje zachowanie. Tak będzie mu łatwiej porzucić tę strategię i zobaczyć, przed jakimi uczuciami się bronił.

Czyli jesteś w roli ego obserwującego i jednocześnie modelujesz je u pacjenta?

Tak, bo próbuję pokazać pacjentowi jego zachowanie, którego może jest świadomy, ale też kompletnie nieświadomy jest ceny, jaką za nie płaci. „Nie zasługuję na to, żeby poczuć się lepiej”, więc nie czuje się lepiej i jego cierpienie trwa. W taki sposób pacjent „strajkuje” i przerzuca na terapeutę odpowiedzialność za wykonanie całej pracy. Wskazanie tego pomaga mu z czasem porzucić tę strategię.

To sztuka reagować za każdym razem na te strategie.

Gra w szachy jest sztuką. Jasne, terapia też. Wiesz, jeśli robisz coś naprawdę dobrze, z pewnością można nazwać to sztuką.

Jaka jest różnica między tymi dwiema wspomnianymi książkami „Współtworzenie zmiany”, a „Współtworzenie bezpieczeństwa”?

„Współtworzenie zmiany” polegało na mówieniu o podstawowych zasadach psychoterapii, podstawowym rozumieniu konfliktu i jego przebiegu, o tym, jak pracować i jak rozwijać przymierze terapeutyczne.

„Współtworzenie bezpieczeństwa” jest tak naprawdę przeznaczone dla pacjentów z większymi problemami. Mówi o tym, jak pomóc pacjentom, których zalewa lęk, jak pomóc tym pacjentom, którzy angażują się w wiele rozszczepień i projekcji. Traktuje

o tym, jak pomóc pacjentom, którzy mają problem z realistycznym widzeniem innych ludzi lub siebie jako terapeutę, kiedy utożsamiają cię z jakąś projekcją. Ta pozycja jest przeznaczona dla tak zwanych bardziej delikatnych pacjentów, którzy przytłoczeni lękiem mają problemy z jasnym myśleniem, są niespokojni i cierpią na wiele objawów somatycznych. Jest więc o tym, jak możemy pomóc „kruchemu” pacjentowi.

W obydwu tych książkach poświęcasz sporo uwagi pracy somatycznej.

Tak, szczególnie gdy oceniamy poziom lęku. Często ludzie myślą, że niepokój ma związek z myślami, które masz, ale tak naprawdę lęk jest związany z reakcją biologiczną zachodzącą w organizmie.

Myślę, że każdy z nas pamięta chwilę, kiedy musieliśmy przemawiać przed klasą i wyszło nam w ustach, zmarzły nam dłonie, stopy. To reakcja fizyczna. To jest aktywacja współczulnego układu nerwowego, więc działa na duże mięśnie. To reakcja walki i ucieczki. Patrzymy na lęk nie tyle z poziomu myśli, ile z poziomu doświadczenia w ciele. Jeśli lęk jest niski, pacjenci będą śpić, mogą zaciskać ręce, mogą odczuwać napięcie

w szyi i ramionach. Jeśli zadasz sensowne pytanie, będą wzdychać. Kiedy u pacjentów niepokój przechodzi do gałęzi przywspółczulnej, pojawiać się będą takie symptomy jak dolegliwości żołądkowe, migrenowe. U tych pacjentów mogą pojawiać się zaburzenia percepcji poznawczej, ponieważ mniejsza ilość krwi dociera do kory przedczołowej, a przez to trudniej jest się skupić na myśleniu.

Inne symptomy to dzwonienie w uszach, niewyraźne widzenie. Mózg dosłownie nie jest w stanie prawidłowo funkcjonować z powodu lęku. Dlatego zwracamy szczególną uwagę na cielesne objawy lęku, ponieważ dzięki temu naprawdę wiemy, kiedy ten lęk musimy regulować. Wszystkie te reakcje są sygnałem stanów lękowych, które musimy natychmiast regulować. To nasz pierwszy krok.

Tak jak to opisujesz w książce, kiedy zadajesz pytanie: „W jakim problemie chciałbyś, abym ci pomógł?” i to pytanie u pacjentów wywołuje lęk, zajmujesz się jego regulowaniem od samego początku procesu.

Tak. Mamy tu różne techniki somatyczne, na przykład naciskanie obydwu dłoni na siebie. To podnosi ciśnienie krwi, a wtedy gałęzie współczulna i przywspółczulna za-



czynają się równoważyć, a myślenie powinno się uspokoić w kilka sekund. Możemy też zachęcić kogoś do zaciśnięcia pięści, to również podniesie ciśnienie krwi, a następnie zmniejszy niepokój.

Jednak choć pomoże to w regulacji lęku, pacjent nadal nie będzie rozumiał, co ten lęk spowodowało. Pomagamy więc pacjentowi, kiedy już wyregulujemy jego lęk, rozpoznać, co było przyczyną.

Na początku pacjenci po prostu odczuwają niepokój lub mają ataki paniki i nie wiedzą, że jest to coś psychologicznego, więc podczas sesji za każdym razem, kiedy widzimy objaw, nazywamy go niepokojem. Po kilkunastu takich sytuacjach zaczynają widzieć: „O, faktycznie, działa tu pewien wzór, którego nie widziałem wcześniej”. Terapeuta musi pomóc pacjentom dostrzec sekwencję niebezpiecznych uczuć i konfliktów, inaczej niepokój staje się zbyt duży.

Jakie umiejętności powinien mieć terapeuta, aby współtworzyć bezpieczną relację?

Najbardziej podstawową umiejętnością jest tak naprawdę regulacja niepokoju. Okazuje się, że około dwie trzecie pacjentów faktycznie cierpi na zbyt wysoki poziom lęku. Większość terapeutów tak naprawdę nie uczy się rozpoznawać fizycznych oznak lęku w taki sposób, żeby mogli go regulować.

Wielu pacjentów przychodzi do nas, bo nikt wcześniej nie regulował ich lęku, nigdy im w tym nie pomógł. Powiedziałbym, że jest to jedna z najbardziej pomocnych kompetencji, a być może najbardziej pomocna. Pomóc pacjentowi poczuć się bezpiecznie oznacza poznać oznaki lęku. Należy pomóc mu dostrzec oznaki po to, aby nauczył się ten lęk regulować. Pacjent nie może czuć się bezpiecznie, jeśli nie czuje się fizycznie bezpieczny, jeśli nie czuje się fizycznie spokojny.

Przypomniał mi się pewien pacjent, który niewyraźnie widział. Praca nad regulacją lęku zajęła nam około dwudziestu minut, nagle zaczął widzieć wyraźnie i wybuchnął płaczem. Nikt wcześniej nie zwrócił uwagi na jego niepokój, poziom jego lęku był chronicznie zdecydowanie za wysoki.

Czasami terapeuci mówią: „Nigdy nie miałem pacjenta, który miałby niewyraźne widzenie”, a potem się okazuje, że nigdy o to nie pytali. Początkowo sam nie wiedziałem, jak pytać o takie rzeczy. Jednak z czasem staje się to łatwiejsze, możemy na przykład mówić: „Niewyraźne widzenie może być oznaką niepokoju”, „Czy moglibyśmy przyju-

żyć się temu lękowi i zobaczyć, czy możemy pomóc Ci go regulować?”.

W Stanach oddziały szpitalne odwykowe mają 20% pacjentów psychiatrycznych, nie wiem, jak jest w Polsce. Jednak wiem, że ten problem bezpośrednio odnosi się tutaj do działalności Bożeny Maciek-Haścilo, która pracuje i uczy pracy z pacjentami cierpiącymi z powodu różnych form uzależnień mających u podstaw lęk. Ten kierunek psychoterapii oferuje nam naprawdę coś ważnego, dlatego zachęcam do przyjęcia się proponowanemu przez nią modelowi leczenia związanemu z budowaniem bezpiecznego przywiązania. Istnieje tendencja do postrzegania tych pacjentów jako ludzi, którzy po prostu nie starają się wystarczająco mocno. Ostatnią rzeczą, jakiej potrzebują, jest osąd, doświadczyli go już mnóstwo.

„Współtworzenie bezpieczeństwa” jest więc również lekturą dla tych, którzy chcą lepiej zrozumieć pacjentów cierpiących z powodu uzależnień. Czy powiedziałbyś, że osoba uzależniona jest „krucha”?

Powiedziałbym, że zdecydowana większość pacjentów cierpiących z powodu uzależnienia jest „krucha”. Ich niepokój jest zdecydowanie zbyt duży. I tak, absolutnie poleciłbym „Współtworzenie bezpieczeństwa” dla terapeutów pracujących z uzależnieniami. Tak jak i moja inna książka „Uzdrowienie poprzez relacje” pokazuje wiele niezbędnych umiejętności, których potrzebujesz, aby nawiązać sojusz z pacjentami uzależnionymi, wyjaśnia, jak regulować lęk, jak radzić sobie z projekcjami.

W podsumowaniu książki cytujesz pisarza Jose Saramago („Miasto ślepców”): „Każdy z nas nosi w sobie coś, czego nie można nazwać, ale co stanowi prawdę o nas samych”. Jakie płyną z tego rekomendacje dla terapeutów? Jaką wagę przywiązujesz do własnej psychoterapii (self-experience) osób, które zawodowo zajmują się psychoterapią?

Och, myślę, że moje własne doświadczenia terapeutyczne miały na mnie głęboki wpływ. Tak, bez wątpienia. Miałem przez siedem i pół roku terapię psychodynamiczną, przez sześć lat analizę, potem przeszedłem sześćdziesięcioletnią terapię psychodynamiczną, która była niezwykle pomocna. Potem dwa leczenia ISTDP.

Zdecydowanie wywarło to na mnie ogromny wpływ, pomogło mi stawiać czoła uczuciom, których unikałem, pomogło zo-

baczyć rzeczy, których nigdy nie widziałem, pomogło dostrzec mechanizmy obronne, których nigdy nie dostrzegałem. Pozwoliło mi zmierzyć się z tym, z czym nie wiedziałem, że muszę się w sobie zmierzyć. Pomogło mi zachować pewien rodzaj pokory. Zdajemy sobie z czasem sprawę, że jest w nas coś prawdziwego, czego wcześniej nie widzieliśmy. To ktoś inny może pomóc nam to zobaczyć.

Końcowym rezultatem terapii nie jest samo „wyleczenie”. Miarą tej pokory może być powiedzenie: „Wow, to doświadczenie samopoznawania”, choć nigdy nie poznamy siebie całkowicie. Na pewno nigdy nie poznam nikogo innego do końca, tak jak mówi Saramago.

Wiesz, to jest też tak, że moja żona będzie dla mnie zawsze tajemnicą. Nigdy do końca jej nie poznam. Nigdy nie poznam całkowicie siebie samego. Taka postawa terapeutyczna odnosi się także do pacjenta jako tajemnicy. Nie możesz poznać nieświadomości, dopóki nie zostanie ci ona objawiona, więc w ten sposób nieświadomość ma znaczenie epistemologiczne, jest tym czego nie znamy, ale ma też znaczenie ontologiczne. W istocie naszej natury leży, że nie jesteśmy całkowicie poznawalni. Myślę, że to jest istotą postawy terapeutycznej, ta pokora, przekonanie o tym, że nigdy nie poznam do końca siebie ani nikogo innego. Że ty i ja zawsze jesteśmy tajemnicami.

Na koniec mam też jeden cytat z książki, który przykuł moją uwagę: „Nigdy nie przerywaj osobie, która mówi prosto z serca...” Jak rozpoznajesz, kiedy ktoś mówi w ten sposób?

Jeśli osoby mówią prosto z serca, mówią z uczuciem. Mówią to, czego nie powiedzieli wcześniej. Mówią to, czego wcześniej nie można było powiedzieć. Myślę, że to są takie dobre markery. No i kiedy mówią prosto z serca, wtedy też oczywiście to czujesz...

Dziękuję za rozmowę

Rozmawiała Aneta Chyłek

JON FREDERICKSON



amerykański psychoterapeuta, członek kadry naukowej Waszyngtońskiej Szkoły Psychiatrii. Założyciel Instytutu Intensywnej Krótkoterminowej Psychoterapii Dynamicznej (ISTDP Institute). Autor m.in. „Kłamstwa, którymi żyjemy. Jak zmierzyć się z prawdą, zaakceptować siebie i zmienić swoje życie”