

Lillian B. Rubin, Ph.D.

BĂRBATUL CU VOCEA FRUMOASĂ

ȘI ALTE POVESTIRI DIN
CABINETUL DE PSIHOTERAPIE

Traducere din limba engleză de
Ruxandra Rădulescu



Cuprins

- 9 A face terapie
- 27 Pălăria albă
- 52 Bărbatul cu vocea frumoasă
- 75 Femeia care nu era
- 105 A trăi sau a muri
- 131 Privind și așteptând
- 166 Traversând granițele
- 194 Ce face ca terapia să funcționeze?
- 202 Mulțumiri

A face terapie

Este prima mea zi în clinica în care urmează să-mi fac stagiul clinic, o cerință obligatorie pentru a putea deveni psihoterapeut. Deși pentru mine este o zi de o extremă importanță, pentru toți ceilalți este o zi ca oricare alta, deci nu am parte de o primire cu fast. După o scurtă întâlnire cu supervisorul meu, care îmi spune cum anume vrea să mă pregătesc pentru întâlnirile noastre bisăptămânale, o secretară îmi arată biroul pe care îl voi folosi, îmi explică cum să sun în exterior, îmi indică butonul de panică de pe perete, chiar în dreapta scaunului meu, și îmi înmânează dosarul primului meu pacient, Mike, un bărbat în vârstă de 28 de ani, care, potrivit raportului inițial, suferă de anxietate acută.

Îl conduc din sala de așteptare în cabinetul meu și de-abia îmi stăpânesc entuziasmul, nerăbdătoare fiind să-mi fac debutul în profesia de psihoterapeut. Mike este un bărbat înalt, probabil peste 1.80 m, cu o înfățișare atrăgătoare, cumva lipsită de rafinament, o față pătrătoasă, cu riduri necaracteristice vârstei sale, încadrată de un păr negru și rebel și cu ochi de un negru profund, greu de descifrat. Ezită un pic la intrarea în birou, privind în jur de parcă nu ar ști ce caută acolo și dându-mi impresia că-mi va întoarce spatele și va pleca. Dar îmi urmează sugestia de a se așeza pe un scaun, în care se afundă până abia îi mai văd gâtul,

10 iar capul pare să se îtească direct dintre umeri. Deși afară este o zi caldă de primăvară, Mike poartă o pufoaică cu fermoarul tras până la gât, iar mâinile-i sunt înfundate adânc în buzunare.

Citiseam o grămadă de cărți, mersesem la multe cursuri, dar nimic nu mă pregătise pentru acest moment, pentru clipa în care voi sta pentru prima oară față în față cu un alt om, trăind sentimentul că viața sa este în mâinile mele.

Învățasem la cursurile de formare că trebuie să-l aștept pe pacient să înceapă ședința, pentru că modul în care se desfășoară aceste prime momente și felul în care o persoană alege să înceapă îi spun multe unui terapeut. Dar nimeni nu-mi spusese ce să fac atunci când un pacient stă în fața mea nemișcat, cu excepția unui ușor tic la unul dintre ochi, și se uită la mine cu o privire atât de intensă, încât parcă îmi sfredelește craniul. Mă foiesc în scaunul meu un pic incomodată, în timp ce-mi simt fragila încredere în sine părăsindu-mă pe măsură ce se intensifică tăcerea din încăpere. Știu că are un sens; știu că ar trebui să aștept, dar toată această tăcere pare să aibă un aer vag amenințător, iar timpul începe să se scurgă foarte, foarte greu. Prin urmare, deschid gura și îl întreb ce anume l-a făcut să vină la clinică. Mike ridică din umeri, dar tot nu vorbește. Încerc o altă abordare și îl rog să-mi spună ceva despre el.

Apare o licărire în ochii săi. Vorbind cu gura aproape înfundată în pufoaică, astfel încât sunt nevoită să mă aplec în față ca să-l aud, îmi spune doar că este student la universitate și că are o slujbă part-time, de la care tocmai fusese concediat.

— Vrei să-mi spui mai multe despre asta? îl întreb eu.

Îmi spune pe un ton agitat, dar nu atât de agitat încât să mă alarmeze, că șeful lui este un „bou“, că acest șef „a încercat mereu să mă prindă cu ceva“ și că „în fine, a găsit o aberație de

motiv ca să mă concedieze. Nenorocitul a vrut să scape de mine încă de la început”, zice el.

Nu sunt sigură cum să-i răspund, așa încât îl întreb doar:

— Și la facultate cum îți merge?

Îmi aruncă o privire îngrijorată:

— Dar de ce mă întrebi asta?

Răspunsul său mă surprinde și trebuie să reflectez puțin. Am fost învățată să întorc întrebarea pacientului și să-l întreb pe el de ce este nedumerit de întrebarea mea. Dar ceva îmi spune să nu fac asta, ca și cum singura mea opțiune cu un pacient ca el este să-i răspund onest, drept care îi spun:

— Pentru că mi-ai spus două lucruri: că ești student și că ai fost concediat de la locul de muncă. Pare clar că acolo nu ți-a mers prea bine, deci eram curioasă cu privire la ce se întâmplă cu facultatea.

Pare ușurat să audă răspunsul meu și, deși este încă încordat și incomodat, începe să-mi vorbească despre cum îi merge la facultate. Se pare că e un student bun, nu excepțional, dar totuși bun. Spune că uneori îi place la facultate, iar alteori, nu.

Deocamdată merge bine, îmi spun eu, încântată că Mike începe să se deschidă.

— Și oare cum e când nu-ți place la facultate?

Mike începe să devină agitat din nou:

— De unde naiba să știu eu? E doar vina lor.

— Vina cui?

Mike redevine tăcut, cu diferența că de data asta nu mă mai fixează cu privirea. În schimb, pare un animal prins în cușcă, făcându-și ochii roată în toată încăperea, cu corpul drept și încordat de parcă s-ar păzi de un atac. Aștept câteva secunde și apoi spun:

— Pari supărat. Vrei să vorbim despre asta?

— La ce bun? mormăie el. Nici tu nu o să mă crezi. Nimeni nu mă crede când spun că mă urmăresc, dar eu știu adevărul, știu că ei sunt acolo și mă pândesc.

— Hai, pune-mă la încercare, îi spun eu pe un ton încurajator.

Dar deja se detașase, nemaiputând să audă nimic altceva decât ceea ce era în capul său. Își continuă tirada, ce se transformă curând într-un șuvoi de cuvinte greu de înțeles, iar eu stau și mă uit la el consternată, cu mintea umblându-mi de la o idee la alta. Omul e clar țicnit. Ce mi-oi fi închipuit eu, că o să am pacienți doar persoane sănătoase? Dar ce mă fac eu acum? Înainte să am ocazia să-mi plănuiesc următoarea mișcare, Mike scoate un cuțit cu lama scurtă din buzunar și îl înfige de mai multe ori în brațul fotoliului, urlând ceva despre „nenorociții ăia” și jurându-se că o să „pună mâna pe ei”.

Îmi este frică să vorbesc, frică să mă mișc, frică să stau locului. După câteva secunde care mi-au părut a fi o eternitate, îmi aduc aminte de existența butonului de alarmă și îl apăs într-un final. Aproape imediat apar doi bărbați care-l înșfacă pe Mike.

Aud mai târziu că l-au dus într-o secție a clinicii, unde a primit diagnosticul de *schizofrenie paranoidă* (un diagnostic ce lasă puține șanse de revenire la o funcționare normală pe termen lung) și a fost internat pentru tratament. Practic, el va primi tratament medicamentos și va fi ținut acolo până la remiterea simptomelor, apoi va fi externat. Odată ieșit din spital, probabil că Mike va renunța la tratamentul medicamentos care are rolul de a-l stabili, reclamând faptul că îl face să se simtă ca un zombie (o observație probabil corectă, prin comparație cu starea lui de agitație paranoidă), după care va reîncepe ciclul de internare și externare.

Odată ce se potolește haosul din clinică, sunt chemată la o discuție de către supervisorul meu, un psihanalist cu multă experiență. Ascultă tot ce îi povestesc despre întâlnirea cu pacientul Mike, apoi mă mustră că am încălcat regula care spune că terapeutul trebuie întotdeauna să aștepte să vadă ce-l tulbură pe pacient înainte să vorbească.

— A fost o eroare tehnică, cu posibile consecințe grave pentru evoluția terapiei, după cum sper că ai priceput.

O eroare tehnică? Sintagma îmi dă fiori. O greșeală de calcul a unui architect privind trănicia unui pilon de susținere, o comandă greșită într-un program de computer care să ducă la temutul mesaj *fatal de eroare*, acestea sunt erori tehnice. Dar mi se părea complet absurd să vorbești de o eroare tehnică atunci când eu tocmai văzusem cum în fața mea un tânăr inteligent și care părea normal fusese cuprins de o paranoia atât de nestăpănită, încât ar fi putut să ucidă. Unde era profesorul de care aveam nevoie, omul care să mă ajute să înțeleg ce se întâmplase în biroul acela, cineva cu suficientă experiență — nu, de fapt nu doar experiență, ci înțelepciune — care să înțeleagă groaza ce stătea la baza paranoiei lui Mike, cineva cu suficientă empatie pentru un tânăr psihoterapeut ca mine și care să sesizeze dezorientarea mea născută din frică, precum și teribilul sentiment al neputinței pe care îl trăiam?

Au trecut mai mult de 30 de ani de atunci, dar nu am uitat niciodată sentimentul de neajutorare pe care l-am trăit odată ce am ieșit din cabinetul supervisorului meu. Desigur, el era un om deosebit de rigid, care a avut o reacție mai puternică decât ar fi avut-o toți ceilalți supervizori pe care i-am întâlnit de atunci încolo. Cu toate acestea, nu era singurul care credea că psihoterapia e o știință, punând astfel accentul pe tehnică, de parcă

14 succesul sau eșecul unei terapii ar ține de o interpretare perfectă, de o intervenție ingenioasă, de o tăcere bine ticluită.

Astfel de intervenții au utilitatea lor. Ele sunt niște instrumente din repertoriul nostru profesional. Dar sunt doar instrumente și sunt utile doar în mâinile unui terapeut cu abilități excelente de relaționare. Am înțeles atunci, la fel cum înțeleg și acum, că relația terapeutică este diferită de alte tipuri de relații și că, dată fiind natura ei specială și genul de intensitate emoțională pe care îl generează, uneori este nevoie de anumite reguli pentru a constrânge comportamente de ambele părți. Însă în aceeași măsură înțelesesem și că prin transformarea unor principii de bun simț în reguli de neîncălcăt riști să crezi o formulă comportamentală rigidă ce contravine tuturor lucrurilor pe care le știm despre cum se construiește o relație care, în psihoterapie sau în viață pur și simplu, se bazează pe alinarea ce ne vine din gândul că suntem înțeleși de o altă persoană și pe încrederea că această înțelegere nu va fi folosită niciodată împotriva noastră.

Deși eram deja o persoană adultă cu destulă experiență în lumea relațiilor interumane (debutul ca psihoterapeut l-am făcut la vârsta mijlocie, schimbându-mi astfel și profesia), a trebuit să mă străduiesc ani de zile să mă distanțez de profesorii mei, cei cu care am studiat sau cei ale căror cărți le-am citit, să nu le mai permit să-mi dicteze cum să lucrez. Am petrecut ani căutând un mod de a face psihoterapie pe care să-l simt ca fiind autentic pentru mine, respectând regulile care aveau sens (de exemplu, să nu încalci granița dintre intimitate și interacțiune sexuală) și renunțând la cele care nu aveau sens. (De exemplu, să nu atingi pacientul sau să nu cumva să accepți o îmbrățișare din partea sa.) Dar a durat chiar mai mult până mi-am făcut curaj

să vorbesc despre ce fac în terapie atunci când ușa se închide și suntem doar noi doi, eu și pacientul.

Aceasta nu este doar experiența mea. Orice terapeut implicat în munca sa poate povesti despre cum a încălcat „regulile”, dar nu a avut niciodată curajul să recunoască public acest lucru. Atât de profund este înrădăcinat în cultura psihoterapiei acest conflict între teorie și practică, încât chiar și cei mai feroce păstrători ai regulilor, cei care predau în diverse institute de formare în psihanaliză și își amenință cursanții cu expulzarea pentru orice deviere de la normă, se comportă adesea destul de diferit în cabinet. Pentru că, orice ar spune ei la cursurile de formare, ei știu foarte bine că pentru a fi eficient nu ai altă opțiune decât să abordezi întâlnirea terapeutică cu acea smerenie care deschide posibilitatea închegării unei relații semnificative între doi oameni, ambii luptându-se în felul propriu (pacientul chiar mai vizibil decât terapeutul) pentru a face față incertitudinilor vieții.

Desigur, cei doi nu sunt deloc în aceeași situație. Terapeutul are o anumită competență profesională din care să-i poată împărtăși pacientului anumite cunoștințe, un mod propriu de a analiza o problemă pentru a aduce clarificare. Este utilă în acest sens formarea profesională, dar contează și faptul că terapeutul este el însuși un om, cu experiența sa de viață, fiind familiarizat într-un mod profund cu multe dintre problemele cu care se confruntă pacienții săi. Această familiarizare cu viața, această cunoaștere bazată pe experiență este ceea ce permite dezvoltarea unei receptivități empatice necesare pentru reușita terapiei.

Lucrurile s-au schimbat de când am intrat eu în profesie, deși nu s-au schimbat chiar peste tot și nu suficient de mult. Prin urmare, în ciuda unor progrese importante în domeniul teoriei,

16 practica a rămas în mare parte neschimbată. De exemplu, un psihanalist celebru, intervievat pentru un articol în *The New York Times* (ediția din 5 februarie 2002) despre filme și psihoterapie, se plângea că filmele oferă reprezentări distorsionate și stereotipe ale procesului terapeutic, creând așteptări nepotrivite printre privitori. Pentru a-și susține ideea, s-a referit la cazul unei paciente care, după ce a văzut într-un film că terapeutul și-a îmbrățișat pacientul suicidar, i-a cerut și lui să facă același lucru:

— Văd că pe personajul din film l-a ajutat această îmbrățișare, a zis pacienta, așa că mă întrebam dacă ai putea să mă îmbrățișezi.

— Era vorba de un film. Aici noi facem terapie și folosim cuvinte.

— Da, știu că era un film, a replicat pacienta, dar îmbrățișarea aia a fost de un real ajutor.

Cine ce a distorsionat? m-am întrebat eu citind acest dialog. Cine avea așteptări nepotrivite? Într-un moment de acest fel, de ce anume s-ar exclude reciproc cuvintele și îmbrățișarea?

Nu propun ca terapeutii să-și țină clienții în brațe în mod arbitrar, ci doar ca noi, terapeuții, să-i vedem pe pacienții noștri așa cum și nouă ne-ar plăcea să fim văzuți. Era oare această femeie atât de infantilă încât să se lase influențată de o simplă scenă dintr-un film? Sau văzuse ea oare ceva în această scenă care rezonase cu dorința ei naturală de a se simți conectată la o figură emoțională importantă din viața ei interioară?

Psihanaliza nu mai este metoda princeps de a înțelege psihicul uman și a de a-l vindeca de suferință. Odată cu revoluțiile culturale ale deceniilor precedente, au apărut teorii noi, iar cele vechi au fost scoase de la naftalină și privite cu alți ochi. Parțial din cauza concurenței în creștere din partea altor modele

terapeutice, parțial fiindcă noile generații de clinicieni formați în psihanaliză s-au ridicat împotriva rigidității psihanalizei clasice, chiar și psihanaliza a trecut prin reinterpretări menite să răspundă mai bine nevoilor lumii contemporane și oamenilor din zilele noastre.

Chiar și așa, de la comportamentalism până la teoriile sistemice și psihanaliza modernă, psihoterapia este văzută în principal ca o știință de către psihologia clinică și psihiatrie. În realitate, însă, psihoterapia este o împletire de știință și artă, în care știința domină gândirea, iar arta — aspectele practice. Ea poate fi o știință doar în accepțiunea foarte largă a științei — o încercare care pornește de la un model teoretic pentru a genera ipoteze care pot fi testate în practică. Însă dat fiind că toată această „testare” este făcută de către psihoterapeuți care lucrează nevăzuți în spațele ușilor închise, adică femei și bărbați care nu sunt observatori neutri, ci ființe umane cu propriile lor gânduri și sentimente, cu propriile lor probleme, propriile lor teorii despre lume, propriile lor credințe și propriul lor fel de a vedea și auzi, testarea nu este și nu poate fi niciodată făcută de o manieră controlată, sistematică și riguroasă, așa cum o cere statutul de știință.

Desigur, știința făcută cu creativitate necesită un nivel de măiestrie artistică ce depășește norma, o trecere bruscă ce poate fi realizată cu succes de către un om de știință priceput și experimentat. Și sigur că și arta are regulile ei, după cum știe orice artist. De exemplu, poți să desenezi un chip uman respectând regulile explicate în orice manual introductiv. Însă pentru a face ca un simplu desen să devină un portret artistic care nu doar să semene cu subiectul uman, ci să și aducă la suprafață ceva din personalitatea și viața sa interioară este nevoie de un nivel al creativității care nu poate fi predat așa ușor.

În psihologie, nevoia de a formula niște reguli inflexibile vine dintr-un amestec complex de forțe ce țin de natura actului psihoterapeutic și de tipul de formare necesară. Un psihoterapeut aspirant poate participa la oricâte cursuri și prezentări de studii de caz, însă el devine psihoterapeut doar prin practica terapiei. Formarea profesională, prin urmare, are loc în lucrul direct cu subiecți umani, fiind desfășurată de către bărbați și femei de obicei mai tineri, neexperimentați și probabil la fel de nesiguri pe ei cum sunt și clienții lor. Nu este deci de mirare că niciun profesionist cu simțul răspunderii nu vrea să trimită un novice să lucreze în cabinet cu un om cu probleme fără să fie echipat cu niște reguli generale care să limiteze ce se poate întâmpla în spațele ușilor închise. Dar dacă terapia e mai mult artă decât știință, niciun fel de directive externe nu pot anula realitatea faptului că terapia este o artă care are nevoie de timp și experiență atât în cadrul întâlnirii psihoterapeutice, cât și în viața propriu-zis, pentru a-și împlini potențialul.

Nu vreau să dau impresia că psihoterapia este un fel de demers mistic pentru care nu există pregătire formală. Vreau doar să spun că insistența specialiștilor din domeniu de a afirma că psihologia este o știință dă naștere acelor doctrine care se fac responsabile de cele mai mari greșeli și cele mai grave abuzuri, printre care și promulgarea unor reguli comportamentale care inhibă, mai degrabă decât să faciliteze, o relație terapeutică eficientă.

Perspectiva psihoterapiei-ca-știință este responsabilă pentru practica omniprezentă de a pune un diagnostic rigid unei persoane, diagnostic care în sine indică modalitatea „corectă” de a face terapie, ca un doctor care prescrie un antibiotic pentru o infecție în gât. Doar că în mai mult de 30 de ani de practică

clinică, eu n-am văzut nicio persoană care să se încadreze fix într-o categorie de diagnostic, observație susținută și de faptul că se încearcă permanent găsirea unor modalități de a face o diagnoză și mai precisă. De exemplu, acolo unde pe vremuri am fi diagnosticat pe cineva cu *tulburare de personalitate borderline*, acum avem mai multe sub-categorii (personalitate borderline cu trăsături narcisice sau cu trăsături isterice, ca să ne referim la doar două situații), fapt care arată încă o dată cât de instabile sunt aceste categorisiri. Nu contează cât de mult le rafinăm noi, aceste etichete nu sunt altceva decât niște modalități euristice care, deși pot descrie corect o serie de simptome și comportamente, nu pot descrie nici pe departe persoana care stă în fața noastră în cabinet.

Este ușor să dăm vina pe apariția companiilor de asigurări private de sănătate, cu cerințele lor de diagnostice și tratamente strict delimitate, pentru graba cu care unii clinicieni se reped să diagnosticheze. Însă, deși există un grăunte de adevăr și în această observație, adevărul și mai mare este că aceste companii doar au dus la consolidarea unui trend care era în dezvoltare deja atunci când psihologia se străduia să fie văzută drept o știință.

Nevoia de a se promova ca știință provine din dimensiunile sociologice și psihologice ale disciplinei. La nivel sociologic, toate profesiile își dezvoltă un limbaj propriu, care se transformă într-o colecție de prescurtări la care apelează practicienii atunci când discută între ei. Reprezintă o parte a procesului prin care o profesie se instituționalizează, o modalitate prin care își proclamă competența și își definește limitele, un fel de a se asigura că profanii sunt ținuți la distanță. Acolo unde, pe lângă cele enumerate mai sus, chiar cunoașterea pe care

20 se fondează domeniul respectiv este incertă și vulnerabilă la diverse interpretări, devine imperios necesar ca acesta să ofere ceva asemănător unor dovezi empirice care să-i demonstreze validitatea științifică față de el însuși și de lumea întreagă. În sociologie, celălalt domeniu în care m-am format, ne bazăm pe statistică și pe modele matematice, cuantificând astfel necuantificabilul în speranța că ne va fi permisă intrarea în lumea științelor exacte. În psihologie recurgem la diagnostice. Abilitatea de a diagnostica este „dovada” faptului că și noi practicăm o știință care merită un loc de onoare în ierarhia medicală și care, nu întâmplător, ne dă dreptul să lucrăm pe bază de asigurare medicală. Iar „dovada” o reprezintă *DSM-IV (Manualul de diagnostic și clasificare statistică a tulburărilor mintale, a patra ediție)*, biblia diagnosticelor în lumea sănătății mentale, care prezintă în detalii minuțioase criteriile pentru fiecare dintre tulburările mentale, de la psihoze severe la relativ minore tulburări de adaptare.

Însă nu dorința abstractă, la nivel strict profesional, de a fi considerat om de știință este cea care face ca procesul de etichetare să fie atât de pervaziv și periculos. Este vorba de unul dintre acele momente în care cerințele disciplinei se întâlnesc cu anxietățile personale ale practicienilor care au nevoie de ceva pe care să se sprijine, ceva care să le arate cum să înțeleagă toate informațiile și emoțiile care plutesc în cabinet. O etichetă de tip diagnostic calmează frica terapeutului cu privire la confuzia inerentă procesului terapeutic, dând formă concretă unei experiențe care, fără această etichetă, poate fi năucitoare. Din păcate, eticheta nu este doar un instrument; ea împinge persoana într-o categorie în care intră și cerințe terapeutice, o listă întreagă de reguli care stabilesc cadrul desfășurării terapiei.