

Bogdan de Barbaro, Maria de Barbaro

ZAPIS ROZMOWY DEZYDEREGO ETYCKIEGO Z PRAKSEDĄ TERAPEUTOWICZ (Z WNIOSKAMI STANISŁAWA JERZEGO LECA)¹

Wprowadzenie

W każdym psychoterapeucie jest głos praktyka, którego zadaniem jest być skutecznym, oraz głos etyka, który sprawdza, czy stosowana metoda jest etyczna. Dlatego adekwatną formą refleksji nad procesem terapii może być dialog tych dwóch głosów, poniekąd wewnętrznych. Nie trzeba być aż wyznawcą polifonicznego ja [1], by zdawać sobie sprawę z owej — nieraz konfliktowej — rozmowy wewnętrznej, obecnej w każdym z nas.

Właśnie tak należy potraktować poniższą rozmowę między Dezyderem Etyckim a Praksedą Terapeutowicz. Raport z tej rozmowy będzie miał formę transkrypcji.

Dezydery: Szanowna Praksedo, ryzykując patos, zacznę od dwóch cytatów: jednego sprzed blisko 2 i pół tysiąca lat i drugiego — już współczesnego. Do jakiego wejść domu, wejść doń [...] wolny od wszelkiej chęci krzywdzenia i szkodenia.... [2]. Tak powiedział Hipokrates (żyjący na przełomie V i IV w. p.n.e.). Zaś Gwen Adshead pisze w 2007 roku: Zmienianie ludzkiego umysłu jest czynem politycznym [...]. Terapeuta powinien więc dbać o integralność procesu terapii tak, aby terapia była procesem etycznym [3].

W świetle powyższego nasuwa się dość ogólne, by nie rzec — banalne — stwierdzenie: psychoterapia powinna być etyczna. Problem zaczyna się wtedy, gdy przyglądamy się konkretnym dylematom. Jeśli pozwolisz, to w naszej rozmowie skupimy się na trzech takich wątpliwościach — nazwijmy je „wyzwaniami etycznymi”. Ich wspólnym mianownikiem będzie zagadnienie neutralności w psychoterapii. Rzecz jasna, wyzwań etycznych, pytań i wątpliwości jest wiele, ale zamiar ujęcia ich wszystkich w jednym raporcie trąciłby pychę, a w każdym razie naiwnym optymizmem. Więc — skoro popadanie w optymizm może być niebezpieczne, zajmijmy się trzema konkretnymi problemami. Będą one dotyczyły neutralności, w różnych jej obszarach, a konkretnie w trzech sprawach P: przemocy,

¹⁾ Jest to nieznacznie zmieniony i uzupełniony o przypisy bibliograficzne zapis wystąpienia na konferencji „Problemy etyczne w psychoterapii”, która odbyła się w Krakowie 9 lutego 2019 r.

polityki i przykazań. Będę Cię prosił o konkretne przemyślenia i wnioski wynikające z Twojej praktyki.

Prakseda: Mój Drogi Dezydery, wygląda na to, że Ty zamierzasz od razu przejść do pytań, a ja wolę zacząć naszą rozmowę od namysłu ogólnego. Znasz zapewne powiedzenie, że dylemat (a więc stan pewnego niewiedzenia, wątpliwości, wahania) jest stanem dla umysłu terapeuty pożądanym. To stan, który pozwala terapeutce słuchać klienta i przetwarzać jego „materiał”. A dla przemawiającej kiedyś na konferencji polskich psychoterapeutów Harlene Anderson jest to podstawa jej praktyki, w której — jako zasadę przyjmuje ona *not-knowing stance!* [4]. Tak więc — chyba się ze mną zgodzisz — dylemat jako stan psychiczny terapeuty jest stanem higienicznym i przydatnym. I biada tym terapeutom, którzy szybko wiedzą. Albo: ostatecznie i jednoznacznie wiedzą.

Tymczasem jednak na ogół stosunek ludzi (pacjentów i terapeutów) do trwania w stanie dylematu jest nieprzychylny. Jest w nas skłonność do pozbycia się go, poprzez bezzwłoczne rozstrzygnięcie. Bo sam dylemat może być przykry jak stan rozdarcia, niejednoznaczności, a nawet deprymującej niewiedzy. Przyznaję, że są sytuacje, w których korzystne dla pacjenta jest szukanie sposobów szybkiego usunięcia owego niewiedzenia. Jednak często (przyjdzie czas, by opisać, w jakich to sytuacjach) trzeba przystać na długie niewiedzenie, co zrobić i jaką drogę wybrać, i pozwolić, a nawet dbać o to, aby rozstrzygnięcie dylematu dojrzewało. Jeśli dylemat jest odczuwany jako niewiedza, bezradność, a wtórnie: przykrość, automatycznie może powstawać ochota, żeby szybko coś ustalić i coś zrobić, ujednoznaczyć, wybrać, sformułować obraz nierozmyty, pewniejszy, będący drogowskazem umysłowym.

Uważam, że ta pokusa uznania, że się już wie, może być poznawczo bardzo groźna dla terapii. Jako superwizorkę nierzadko zdumiewa mnie, jak często terapeuci zadowalają się taką odpowiedzią pacjenta, która powinna być dopiero wstępem do głębokich i rozległych opisów pozwalających stworzyć obraz emocjonalnej sytuacji. Zakładają, że odpowiedź padła i nie potrzebują dociekać więcej, bo już wiedzą. Przykładowo: uznajemy, że pacjentka jest w zbyt silnej zależności od matki i musimy ją z tego wypłatać. W konsekwencji czujemy silne wewnętrzne (a może nawet wzmacniane przez pacjentkę) wezwanie do działań na rzecz indywidualności córki. W konsekwencji nie zauważamy, że nie mamy pojęcia, na czym polega ich więź, z czego jest zbudowana, jakie są jej siły, jakie są jej dobra, które — o zgrozo! — mogą być większe od tego, co nam się wydaje, że jest złem. Trzeba zatem docenić zadanie — że tak nazwę je — „dylematowania” wspólnie z pacjentem.

Dezydery: A teraz, skoro już zwróciliśmy uwagę, że w obszarze psychoterapii dogmatyzm i szybkie wiedzenie ogranicza, przystąpmy do rozważań konkretnych. Twoje wstępne zastrzeżenie o znaczeniu niewiedzenia będzie nam w dalszej rozmowie przydatne (zwłaszcza że się z nim zgadzam), ale niech to nas nie zwalnia z odpowiedzi na pytania, gdy nasi pacjenci, ich rodziny (a nawet, nie daj Boże, prokuratorzy czy sędziowie) oczekują konkretnego. Weźmy dylemat/przykład/zagadnienie pierwszy z brzegu: kiedy sytuacja przemocy wymaga pomocy terapeutycznej, a kiedy należy zaniechać terapii i podjąć zachowania wynikające z nakazu prawa? A zatem porozmawiajmy o konflikcie między interesem pacjenta a kodeksami.

Prakseda: Uważam, że w wypadku przemocy terapeuta powinien zgodzić się na niełatwe zadanie polegające na tym, że równocześnie (w pewnym zakresie) będzie jednoznaczny, zdecydowany, a w innym pozostanie otwarty wobec dylematów i zachowa twórczy

czą niepewność. Zgoda na współistnienie obu tych perspektyw w terapii kwestionuje fałszywy wybór: albo zgłoszenie do sądu albo terapia i stoi w opozycji do niego. Przemoc, nadużycie, wymaga od terapeuty jednoznaczności, a nawet niekiedy podejmowania aktów wbrew woli rodziny. Nazywania czynów przestępczych wprost, interwencji sądowych. A równocześnie zarówno rodzina jako całość, jak i każda z poszczególnych, uwikłanych na różne sposoby w tę dramatyczną okoliczność osób — wymaga zróżnicowanej i niekiedy bardzo głębokiej terapii.

Jako terapeuci powinniśmy pamiętać, że będąc jednoznacznymi wobec konieczności zgłoszenia sprawy do sądu, mamy zachować otwartość co do tego, w jaki sposób będzie owo zgłoszenie dokonane. Czy będzie to tylko suchy akt „doniesienia” (takiego terminu używa ustawodawca) czy też uda nam się uzyskać zgodę rodziny, utrzymując w niej gotowość do dalszej współpracy i terapii? Szczególna uwaga poświęcona zadbaniu o obecność obu tych porządków naraz wydaje się wyjątkowo trudnym, ale bardzo istotnym zadaniem. Zatem powinniśmy starać się o to, aby nie stracić zaufania rodziny i nie utracić jej gotowości do pozostawania w kontakcie z terapeutą. Czasami wymaga to etapu wstępnego służącego przygotowaniu rodziny do zniesienia niezwykle trudnych skutków interwencji. Pojawia się ryzyko ostracyzmu społecznego, lęku przed gniewem sprawcy i ryzyko utraty więzi albo nawet „rozpadu rodziny” z powodu poczucia winy wobec złamanej wewnątrzrodzinnej lojalności. Wszystkie te poważne stany będą wymagały terapii — czasami długoterminowej — choćby po to, aby znaczenie aktu sprzeciwu wobec przemocy było jednoznacznie przez rodzinę docenione i uznane za dobro. W trakcie pracy z osobami, które dotąd były bezbronne wobec przemocy i w trakcie poszczególnych kroków, które nie mają być sprowadzone do pojedynczego aktu (pisma do sądu sporządzonego przez terapeutę) będziemy stale doświadczać rozdarcia, niejasności i musimy zrezygnować z nadziei, że istnieje jakiś porządek, który nas przed tym doświadczeniem uchroni.

Warto przy tym wspomnieć, że bardzo istotnym zagrożeniem dobra terapii osoby dorosłej, może być (ukryte w nas) przekonanie o jej bezwolności, słabości, niemocy i nieporadności, które sprawia, że zaczynamy ją wyręczać w aktach sprzeciwu wobec przemocy albo naciskać i wymuszać zachowania, które my uznajemy za właściwe. W ten sposób kontynuujemy wzór, którego doświadczała uprzednio. Bo w ten sposób stawiamy ofiarę przemocy w rozdarciu między posłuszeństwem wobec przemocowej matki albo przemocowego męża a posłuszeństwem wobec nacisków nieotwartego na dylematy terapeuty. Cenię raczej drogę, którą wskazuje Michael White [5]. Otóż twierdzi on, że w wyniku doświadczeń przemocowych, którym podlega się w dzieciństwie, człowiek uczy się od podstaw bycia ofiarą. Na przykład poczucia, że i tak nie ma na nic wpływu: jest za słaby albo zły, albo świat jest głuchy na jego skargi. Owa wiara, wzmocniona doświadczeniem, dyryguje nim i póki nie jest rozszyfrowana, „skazuje” człowieka na wieloletnią powtórkę w roli ofiary. White uważa, że terapeuta powinien zaniechać nacisków na rzecz pytań mających przybliżyć pacjentowi rozeznanie, jakimi strategiami i przekonaniami się posługuje, czemu te strategie kontynuuje i co by się stało, gdyby je odwołał.

Szczególnie trudną okolicznością jest sytuacja, kiedy matka, w której rodzinie jest przemoc, odmawia pracy nad zmianą. Niemniej nawet taka okoliczność może pozostawiać nas w stanie szacunku wobec niej. Ten stan pozwala nam nadal pytać ją o jej motywacje odmowy i pozostawać w kontakcie, z którego jej zmiana może wyniknąć.

Dezydery: Twoje odwołanie do White'a pokazuje, jak trudno jest oddzielić wskazówki etyczne od konkretnych propozycji praktycznych. Ale jeszcze nie odpowiedziałas mi, czy jeśli przemoc trwa, to terapeuta ma jakoś interweniować (a jeśli tak, to jak). Bo praca terapeutyczna, którą proponuje White, nie jest interwencją jednorazową, wymaga czasu, a w tym czasie trwa przemoc. I zachodzi niebezpieczeństwo, że nasze poszukiwanie „dobrych wyjątków” czy inne White'owskie metody rozciągnięte w czasie mogą tę przemoc legitymizować, a z nas czynić współnikami przemocy.

Prakseda: Konfrontacja z przemocą wymaga od nas interwencji. Dlatego terapia jest podejmowana równolegle do kroków prawnych: złożenia doniesienia przez terapeutę. Jednak wątek sądowy nie powinien likwidować wątku terapeutycznego. Terapia powinna trwać nawet, jeśli trwa przemoc. Bo jest wprawdzie wygodnym rozwiązaniem zakończenie spotkań („jak tak, to umyłam ręce i nie legitymizuję przemocy”), ale co mają z tego „honoru” ofiary, czyli osoby krzywdzone: dziecko czy dzieci, czy kobieta. Natomiast niebezpieczna wydawałaby mi się taka terapia, w której analizuje się np. trudną przeszłość sprawcy i służy to honorowaniu jego prawa do przemocy i ochronie jego czynów. Takie analizowanie wydawałoby mi się bardzo groźne, jeśliby miało się odbywać w czasie trwania przemocy. Tak więc pracujemy dwutorowo: prowadzimy interwencję terapeutyczną, a zarazem podejmujemy kroki prawne.

Jeżeli uznać, że te dwie ścieżki nie są sprzeczne wobec siebie i terapia jest prowadzona pomimo albo właśnie z powodu sytuacji, która wymagała złożenia doniesienia, powstaje pytanie, na czym ma ona polegać. Co zrobić, jeśli trwa przemoc albo wciąż trwa poważne ryzyko nadużycia. Wartość terapii upatruję w utrzymaniu przy rodzinie obecności świadków, którzy mogą na nowo i stale wpływać na stanowisko sądu. Interwencje te w pewnym sensie pracują nad niezaciemnianiem tego, co się dzieje i szukają nowych wewnątrzrodzinnych źródeł oporu czy ochrony. Natomiast jako niebezpieczne uznawałabym takie rozmowy prowadzone w czasie stosowania przemocy i szukanie w ich trakcie wczesnodziecięcych lub okolicznościowych zrozumień/usprawiedliwień motywów kierujących sprawcą, co mogłoby służyć do honorowania jego prawa do używania siły.

Dezydery: A teraz z pozornej zacisza gabinetu terapeutycznego przenieśmy się w przestrzeń publiczną. Co — zdaniem terapeutki Praksedy — wolno, a czego nie wolno psychoterapeucie poza gabinetem terapeutycznym. Porozmawiajmy o psychoterapeutkach i psychoterapeutach w przestrzeni społecznej i politycznej.

Prakseda: Zaczę od tego, czego psychoterapeutom (także psychiatrom, psychologom klinicznym) nie wolno w przestrzeni społecznej. Zgodnie z obowiązującą od 1973 roku w środowisku amerykańskich psychoterapeutów „Zasadą Goldwata” — nie wolno nam kogokolwiek diagnozować bez rzetelnego osobistego zbadania i nie wolno diagnozy ogłaszać bez zgody osoby badanej. Zasada ta ma — jak sądzę — moc uniwersalną.

Za obowiązkiem milczenia przemawiają kodeksy etyczne, akty prawne, a także — co rzadziej jest podnoszone w dyskusjach na ten temat — fakt, że gdyby psychiatrzy i psychoterapeuci mieli prawo wydawania i rozpowszechniania diagnoz zaocznych, to w ten sposób byłiby wyposażeni w niezwykle potężną (nieuzasadnioną merytorycznie i ryzykowną) władzę, do której dzierżenia nie są ani upoważnieni, ani by im ona na dobre nie wyszła. Antoni Kępiński, opisując ową pułapkę, na którą narażona jest ludzka psychika, używa określenia libido dominandi [6].

Wyobraźmy sobie inną, teoretyczną, chociaż przecież prawdopodobną sytuację, że osoba, która ma wpływ na losy społeczeństwa (np. jest ministrem tzw. resortu siłowego) cierpi na zaburzenia nastroju. Dylemat, z jakim wówczas ma do czynienia profesjonalista brzmi następująco: czy mam się sprzeniewierzyć wartości „milczenie profesjonalisty”, ale ochronić społeczeństwo przed prawdopodobną krzywdą, czy respektować zasadę poufności, ale ryzykować, że dojdzie do znaczących strat społecznych?

Ewentualne milczenie psychoterapeuty czy psychiatry można ostatecznie usprawiedliwić tym, że wspomniane zaburzenia są zwykle widoczne także nieprofesjonalnym okiem i — co nieraz uchodzi naszej uwadze — w takich sytuacjach nie sama patologia jest decydująca, co jej widoczne skutki (skutki, które nie wymagają diagnozy specjalisty, lecz odruchu obywatelskiego ze strony laików, a więc reakcji społecznych). Jak powiedział kiedyś Bob Dylan: „nie musisz być prezydentem pogody, by wiedzieć, skąd wieje wiatr”.

Autorzy książki „Niebezpieczny przypadek Donalda Trumpa”, wydanej w listopadzie 2017 roku [7] podkreślają, że istotą nie jest sam problem, jak zdefiniować psychopatologię Trumpa, lecz jak rozpoznawać niebezpieczeństwa (indywidualne i społeczne) płynące z jego osobowości i działalności.

Chris Lyford w artykule zamieszczonym w *Psychotherapy Networker* [8] pisze za Williamem Dohertym o silnym związku między tradycją i wartościami demokratycznymi a osobistym poczuciem sprawczości, będącym — jakby nie było — jednym z celów psychoterapii. W terapii pomagamy pacjentowi w tworzeniu nowych opowieści oraz w przyjmowaniu osobistej i zbiorowej odpowiedzialności za siebie, swoje rodziny i społeczność. Inny, kluczowy „wspólny mianownik” przestrzeni społecznej i gabinetu terapeutycznego to szacunek do Innego i troska o Innego. Myślę, że ten związek między polityką a gabinetem terapeutycznym jest niedoceniany także przez samych terapeutów. Podobnie jak związek między wartościami będącymi fundamentem systemu demokratycznego a wartościami (często przyjmowanymi milcząco, między wierszami) będącymi fundamentem etycznym psychoterapii. Dopiero ostatnie wydarzenia (np. wybór Donalda Trumpa na prezydenta) to wszystkim unaocznily. Tak więc istnieją obszary wiedzy profesjonalnej, której upowszechnianie może być społecznie użyteczne.

W moim przekonaniu profesjonalści głębiej rozumiejący zjawiska z obszaru zdrowia psychicznego i zagadnień społecznych, mogą i powinni opisać i objaśniać wiele zjawisk obecnych w naszym życiu. Przykładowo, dla terapeutów rodzinnych jest oczywiste, że ekshumacja zwłok bez zgody rodziny prowadzi do zablokowania procesu żałoby (zwłaszcza gdy do śmierci osoby bliskiej doszło nagle i w dramatycznych okolicznościach). Dla terapeutów rodzinnych jest także oczywiste zjawisko przyczynowości cyrkularnej i to właśnie oni mogą i powinni pokazywać, jak groźne jest zjawisko spirali społecznej agresji, przeradzające się w spiralę społecznej nienawiści, w której uczestniczą dziennikarze, politycy i obywatele, a o których tragicznych skutkach przekonaliśmy się w styczniu 2019 roku.

Dezydery: Co zatem mogą terapeuci?

Prakseda: Terapeuci mogą na przykład komentować rzeczywistość, nie dając się wciągnąć w wir nienawiści. Świadomość praw, które rządzą naszymi indywidualnymi i społecznymi emocjami i rozumienie zjawisk cyrkularnych pozwoliłaby obywatelom być bardziej odpornymi na pętlę nienawiści, do której wciąga świat polityki. I nie chodzi

tu o zdystansowanie się, zobojętnienie na sprawy społeczne i emigrację wewnętrzną, lecz o obronę przed tym, co destruktywne.

Z kolei terapeuci psychodynamiczni i psychoanalityczni mogą np. naświetlać związek między więzią pozabezpieczną, traumami z wczesnego dzieciństwa a sublimacją indywidualnej nienawiści i agresji w stronę postaw nacjonalistycznych. Mogą też — odwołując się do koncepcji Melanii Klein — pokazać, kiedy i w jakich warunkach pozycja paranoidalno-schizoidalna opanowuje ludzki umysł [9]. Mogą, odwołując się do Wilfreda Biona, opisywać mechanizmy paranoi grupowej [10]. O ileż trafniej rozumielibyśmy — znając te opisy — procesy rządzące relacjami między politycznymi przywódcami a ich zwolennikami.

Inny przykład użytecznej refleksji-ostrzeżenia: W opublikowanej w 1950 roku (!) pracy „Osobowość autorytarna” filozof i socjolog Theodor Adorno opracował tzw. skalę F (F jak faszyzm) skonstruowaną do pomiaru tego typu osobowości [11]. Użyto w niej takich wskaźników, jak: bycie przesądnym, stereotypowość, cynizm, uogólniona wrogość do odmiennych grup, konwencjonalizm, mała otwartość na świat oraz skłonność do projekcji własnych negatywnych uczuć na inne grupy. W ten sposób Adorno ostrzegał przed zagrożeniami dla demokracji. Czy to ostrzeżenie przestało być aktualne? Niewykluczone, że zasługuje na przypomnienie.

Gdyby terapeuta miał wpływać na pogłębienie społecznej świadomości wśród obywateli, mogłaby pojawić się obawa, że w ten sposób przekracza swoje kompetencje, a w każdym razie — swoje zadania zawodowe. Wiele zależy od tego, jak zdefiniujemy, czym się ma zajmować terapeuta. Jeśli przyjmiemy wąską definicję psychoterapii, że jest to usuwanie objawów i zaburzeń (są szkoły, które tak właśnie traktują psychoterapię), to rzeczywiście, zajmując się związkiem między tym, co społeczne, a tym, co intrapsychiczne, możemy wykroczyć poza swoje profesjonalne zadania. Jednak dla terapeuty systemowego, ale także dla tych, którzy są terapeutami ze szkoły humanistyczno-egzystencjalnej bardziej adekwatna będzie szeroka definicja psychoterapii, zakładająca, że psychoterapia to także pomoc w dążeniu do dojrzałości, rozwoju, szczęścia, mądrości, w szukaniu sensu życia i — podążając za Jungiem — odnalezieniu własnego Ja.

Być może odpowiedź na Twoje pytanie o miejsce terapeuty w przestrzeni publicznej zależy od tego, czy pojęcie wolności traktujemy jako kategorię ze słownika filozoficznego, etycznego czy psychologicznego. Bo jeśli przyjmiemy, że jest to kategoria z każdego z tych trzech obszarów (a moim zdaniem tak właśnie jest), to zasadne staje się, by terapeuta nie ograniczał się w swojej pracy tylko do usuwania objawów, lecz widział problemy swoich pacjentów/ klientów w szerokim kontekście egzystencjalnym.

Dezydery: Do Twoich argumentów chętnie dorzucę jeszcze informację o wynikach badań z dziedziny neuroscience. Otóż wskazują one, że zachodzą silne związki między preferencją polityczną a aktywnością ciała migdałowatego. Więc, podsumowując wątek „psychoterapeuta poza gabinetem”, jak, w takim razie, Twoim zdaniem, psychoterapeuta powinien być obecny w przestrzeni społecznej?

Prakseda: Uważam, że w tzw. erze pointernetowej zawężanie aktywności terapeuty do gabinetu jest: 1. niemożliwe, 2. niekonieczne, 3. nieuzasadnione, 4. szkodliwe społecznie. Jako obywatele możemy zwracać uwagę na niebezpieczeństwa, które zagrażają psychice obywateli. Nie wątpię, że inni psychoterapeuci mogą wymienić inne niebezpieczeństwa

niż te, o których ja przed chwilą wspomniałam. Jest w interesie nas jako obywateli, byśmy poznawali różne niebezpieczeństwa (i różne zasoby). I by dostrzeganie niebezpieczeństw nie osłabiało nas, lecz wyposażało w konstruktywną sprawczość. Także wtedy, gdy mamy świadomość, że „świata nie zbawimy”.

Dezydery: Mówiąc o zbawieniu świata, zachęciłaś mnie do podjęcia innego wątku, stojącego na pograniczu obszarów psychoterapii i duchowości. I niekoniecznie mam tu na myśli problem rozbieżności między teorią a praktyką, bo tym się zajmują satyrycy. Mnie bardziej chodzi o pewną sprzeczność, jaka zachodzi między zasadą neutralności światopoglądowej (vide preambuła i art. 2 Kodeksu Psychoterapeuty PTP) a sytuacją, kiedy terapeuta zauważa, że jego pacjent/ klient pozostaje w stanie neurotycznej i/lub psychotycznej religijności. Już sam termin „neurotyczna religijność” może budzić sprzeciw. Czy wolno nam o czyjejs religijności tak mówić? A co dopiero wprowadzać ten wątek do terapii. A sytuacja bynajmniej nie jest wyjątkowa czy abstrakcyjna.

Niech mi będzie wolno przedstawić problem nieco prowokacyjnie: otóż odnoszę wrażenie, że niektóre przykazania Dekalogu mogą pozostawać w sprzeczności z ideami psychoterapeutycznymi.

Przykazanie IV: Czcij ojca swego i matkę swoją. A przecież często w terapii pacjent przy katalizującym wpływie terapeuty konfrontuje się z agresją wobec rodziców, pracuje nad uniezależnieniem się od nich.

Przykazanie V: Nie zabijaj. A przecież kontakt z własną agresją (a nawet nienawiścią) nieraz okazuje się konieczny do rozwoju twórczej, bezpiecznej i dojrzałej relacji ze światem.

Przykazanie VI: Nie cudzołóż. A przecież seksualność przestała nie tylko być tematem tabu, ale rozumienie własnej seksualności i impulsy seksualne są częścią rozwojową. Masturbacja jest normą, a nie patologią ani grzechem. Homoseksualność jest — w świetle współczesnej wiedzy psychiatrycznej i psychologicznej — normą a nie patologią.

(Nie wspomnę o przykazaniu VIII: Nie mów fałszywego świadectwa przeciw bliźniemu swemu. Lecz to przykazanie możemy zadedykować politykom, trollom i internetowym hejtownikom, więc ten temat zostawiamy im.)

Jak o sprawach osobistych przekonań religijnych rozmawiać, godząc zasadę neutralności z domysłem, że problemy psychiczne pacjenta są ściśle związane z jego wiarą na przykład w groźnego („starotestamentowego”) Boga i lękiem przed ogniem piekielnym? A zablokowana agresja i zakazana seksualność to część jego światopoglądu.

Prakseda: Zacznę od tego, co może się wydawać banalne i oczywiste, ale w tym kontekście jest fundamentalne: zarówno osobie wierzącej, że Bóg istnieje, jak i osobie wierzącej, że Bóg nie istnieje, a także tym, którym trudno jest o jednoznaczne domysły w tej kwestii, należy się szacunek. Ponadto, wbrew temu, co dawniej było powszechnie przyjmowane, dzisiaj coraz częściej uważa się, że rozmowa terapeuty na temat duchowości i wiary pacjenta jest czymś wskazanym i naturalnym. Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne zaleca wręcz terapeutom korzystanie z kursów o zasadach rozmowy z pacjentem o jego duchowości. Tymczasem dla wielu polskich terapeutów ta przestrzeń nadal jest zastrzeżona dla księdza. Uznają, że obowiązuje ich „zakaz wstępu”. A przecież jest to niezwykle ważny obszar przeżyć. Terapeuta nie powinien się od niego odgradzać. Zamykając się na duchowość pacjenta nie zrozumiemy wielu jego przeżyć. Natomiast pozostaje istotne pytanie, co ma terapeuta do roboty na tym polu i czego mu robić nie wolno. W zakresie „czego

nie wolno” odpowiedź jest bardziej jednoznaczna: terapeuci wiedzą, że nie mają nikogo odwozić od wiary ani do niej nakłaniać. Wiedzą też, że nie mają dokonywać interwencji w sprawach światopoglądowych pacjenta, nawet jeśli różnica pomiędzy tym, w co sami wierzą, a tym, w co wierzy pacjent, jest dla nich trudna do zaakceptowania.

Myślę, że twórczym wkładem psychoterapii może być pomoc w uzyskaniu przez pacjenta dostępu do przestrzeni psychicznej, w której duchowość przejawia się poprzez przekonania, zachowania czy relacje z innymi ludźmi i tworzy w efekcie pole szczególnych, ważnych przeżyć. Pomóc wysławić, zobaczyć postać wiary i następstw emocjonalnych, jakie z niej wynikają. Wiara jest określonym jednostkowym doświadczeniem etycznym i emocjonalnym, a terapeuta, pozostając uważnym i neutralnym akuszerem odpowiedzi, może pomóc pacjentowi lepiej zrozumieć, jak pole przeżyć duchowych wpływa na jego życie, wybory, zachowania i jak organizuje jego przeżycia.

Często duchowość jest zachowywana w kształcie nadanym jej przez rodziców lub duchownych z okresu dzieciństwa. Korzystna jest dla pacjenta możliwość zadania mu pytań, czy chciałby pozostawić swoją duchowość w tym „starym” niezmiennym kształcie, a jeśli tak, to dlaczego. W myśl tych przekonań można pytać pacjenta, w jakiej wierze pacjent był wychowywany. Jaką istotą był Bóg w przekazach rodziców i osób duchownych? Jakie emocje inicjowała ta uwewnętrzniona obecność? Czy pacjent uważa, że były to twórcze i korzystne dla niego uczucia? Jakie dobra z nich płynęły i czy są one nadal obecne? Jeśli uczucia były nietwórcze, a nawet szkodliwe, na czym polegały straty czy szkody? Czy chciałby wprowadzać jakieś zmiany w tym zakresie? Czy czuje, że ma prawo do dojrzałych przekształceń w przestrzeni wiary?

Oczywiście to tylko przykłady pytań. Niemniej w przypadku, kiedy nam, terapeutom, wydaje się, że duchowość spełnia rolę ważnej, aktywnej przestrzeni „neurotyzującej” pacjenta, te pytania mogą być wstępem do rozważania poszczególnych przestrzeni konfliktorodnych. Niezależnie od tego, czy będzie to gniew na rodzica, wrogość, seksualność (homoseksualność, onanizowanie się, blokada swobody seksualnej albo reakcje wobec jej siły i swobodnego manifestowania się).

Zatem dylematem jest tu prawo do zadawania pytań. Zaś poszczególne pola napięciowe mają być naświetlane po to, aby pacjent decydował, czy chce wprowadzać zmianę. A jeśli jest w nim opór albo poczucie niemożności, to my, terapeuci, mamy nie tyle dylemat, czy go naciskać czy nie naciskać, lecz na ile otwierać następną przestrzeń pytań o znaczenie tego oporu, źródło, sens i wartość.

Nawiasem mówiąc, w dzisiejszym świecie jesteśmy coraz częściej skazani na dylemat, czy do naszej świadomości docierają fakty czy opinie i interpretacje. I podobne rozterki może mieć czytelnik naszej rozmowy: z jednej strony domagam się niewiedzenia, a z drugiej strony może powstać wrażenie, że przed chwilą wygłoszone opinie są prawdą do wierzzenia i wiedzenia. A przecież nie chcemy, by subiektywna opinia terapeuty została uznana za ekspercką prawdę. Barack Obama w rozmowie z Davidem Lettermanem (w programie „Mojego następnego gościa nie trzeba nikomu przedstawiać” dostępnym na Netflixie) zacytował swego przyjaciela: „Opinię ma każdy swoją, ale faktów nie ma się na własność”. Zostawiając na boku odwieczną dyskusję nad związkiem między faktami a interpretacją (od starożytnych po Schopenhauera, Nietzschego i Vattimo), w tym miejscu wypada podkreślić, że samowiedza może się pogłębiać przy ścieraniu się wielu opinii. W tym sensie

niniejsze uwagi mają charakter opinii, którym mogą być przeciwstawione opinie inne, a odbiorca-uczestnik poszukiwań wybierze te, które go bardziej przekonają albo jeszcze jakieś inne. Tak powstanie nowa osobista opinia, rodząca się w świecie pluralizmu opinii. Więc, aby uniknąć podejrzania, że czyjeś publiczne wypowiedzi będą rościły sobie, że są profesjonalną ekspertyzą i będą udawać prawdę obiektywną, należy podkreślić, że mamy prawo (kto wie, czy nie obowiązek?) do wyrażania opinii opartej o wiedzę zawodową. Bo — jak twierdzi Marek Aureliusz — wszystko, co słyszymy jest opinią, a nie faktem. Wszystko, co widzimy jest perspektywą, a nie prawdą [12].

Dezydery: Skoro już sięgasz po myśli filozofa stoika, to znaczy, że czas na podsumowanie. Z tego, co dotąd powiedziałaś, wynika — wprost lub pośrednio — że z jednej strony obowiązują nas odpowiedzialnościowe wybory, ale po wyborze trzeba zadbać, by nie stały się one dogmatem zasłaniającym rzeczywistość. A — dodam od siebie — pomocnikami w procesie dokonywania tych wyborów będzie wiedza (i obowiązek etyczny stałego jej poszerzania), kodeksy etyczne (które pomagają porządkować wiele zagmatwanych problemów) oraz — znacznie trudniejsza do zdefiniowania — wrażliwość etyczna wraz z superwizją, bez której terapeuci by sobie nie poradzili (zresztą nie tylko w kwestiach etycznych).

A już rzeczywiście na sam koniec warto o refleksję, czy omawiane tu przez nas problemy są uniwersalne, ponadkulturowe. Na ile w tej rozmowie byliśmy chcąc nie chcąc europocentryczni? Optymistyczną odpowiedź daje na to pytanie Isaiah Berlin cytowany przez Timothy'ego Gartona Asha w niezwykle ciekawej pracy „Wolne słowo. Dziesięć zasad dla połączonego świata” [13]: więcej ludzi w większej liczbie krajów częściej akceptuje więcej wspólnych wartości niż się zwykle przypuszcza. Wygląda na to, Praksedo, że na koniec naszej rozmowy wpadłem w jakiś podejrzany optymizm, przed którym na początku przestrzegaliśmy.

Prakседа: Wiem, jak Ciebie z tego optymizmu wyzwolić. Wystarczy do tego trzy myśli Stanisława Jerzego Leca. Po pierwsze: Wszyscy chcą naszego dobra. Nie dajcie go sobie zabrać. Po drugie: Świat zawsze wraca do normy. Ważne, do czyjej. I po trzecie: Zanurzyłem się w optymizmie. Ledwie mnie odratowano [14].

Dezydery, Prakседа: Szanowni Państwo, przedstawiliśmy Państwu raport z domniemanego, by nie rzec, wymagowanego dialogu. Nawet gdyby taka rozmowa nigdy się nie odbyła, to przecież mogła się wydarzyć. I mamy nadzieję, że z tej rozmowy wynika jednoznacznie: jeśli terapia ma być skuteczna, to powinna być etyczna.

Piśmiennictwo

1. Hermans HJM, Dimaggio G. The dialogical self and psychotherapy. New York: Brunner-Routledge; 2004.
2. Gula J. Przysięga Hipokratesa: nota od tłumacza i tekst. W: Gałkowski, Gula J, red. W imieniu dziecka poczętego. Wyd. 2. Rzym–Lublin: Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego; 1991.
3. Adshead G. Ethics and psychotherapy. W: Gabbard GO, Beck JS, Holmes J. Oxford textbook of psychotherapy. Oxford: Oxford University Press; 2007, str. 477–486.
4. Anderson H. Dialogue: people creating meaning with each other and finding ways to go on. W: Anderson H, Gehard D, red. Collaborative therapy. Relationships and conversations that make a difference. New York, London: Routledge; 2007, str. 33–41.
5. White M. Maps of narrative practice. New York–London: W.W. Norton & Company 2007.
6. Kępiński A. Lęk. Warszawa: PZWL; 1977.
7. Lee B, red. The dangerous case of Donald Trump. 27 psychiatrists and mental health experts assess a president. New York: Thomas Dunne Books; 2017.
8. Lyford Ch. Is there a place for politics in therapy? *Psychother. Net.* 2016; 9.
9. Segal H. Wprowadzenie do teorii Melanie Klein. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2005.
10. Bion WR. Group dynamics: a review. W: Klein M, Heimann P, Money-Kyrle RE, red. New directions in psycho-analysis. London: Maresfield; 1985.
11. Adorno T, Frenkel Brunsvik E, Levinson D, Sanford N. The authoritarian personality. New York: Harper & Brothers; 1950.
12. Marek Aureliusz. Rozmyślenia. Gliwice: Wydawnictwo Helion; 2008.
13. Ash TG. Wolne słowo. Dziesięć zasad dla połączonego świata. Kraków: Wydawnictwo Znak, Kraków; 2018.
14. Lec SJ. Myśli nieuczczesane wszystkie. Warszawa: Noir sur Blanc; 2006.

Adres: bogdandebbaro@gmail.com