

PSYCHOTERAPIA – NA STYKU MECHANIZMÓW PSYCHOLOGICZNYCH I WOLNEJ WOLI

– Dariusz S. Kuncewicz –

Abstrakt: Celem artykułu jest rozwinięcie tezy o centralnym w procesie psychoterapii, rzadko artykułowanym wprost, znaczeniu decyzji pacjenta dotyczących prawdy i odpowiedzialności. W pierwszej części tekstu zarysowuję antropologiczny kontekst tezy, zgodnie z którym wyborom i mechanizmom psychologicznym przynależy status ontologicznie odrębnych, choć w doświadczeniu pacjenta zlewających się ze sobą, dziedzin rzeczywistości. Następnie, w nawiązaniu do stanowisk klasyków psychoterapii wyłaniam dwa aspekty decyzji pacjenta związanych z jego psychopatologią: przystosowawczy (wyraźniej widoczny w dzieciństwie) oraz moralny (wyraźniej widoczny w dorosłości). W dalszej części wyodrębniam grupy mechanizmów psychologicznych działających w służbie wyborów unikania prawdy i odpowiedzialności oraz, korzystając z ilustracji klinicznej, pokazuję, jak terapeuta może wspierać decyzje alternatywne. Na koniec doprecyzowuję rozumienie postulowanego modelu pracy wskazując na odmienne konsekwencje terapeutyczne odsłaniania mechanizmów psychologicznych vs. decyzyjności w zależności od typu zaburzenia pacjenta oraz na antropologiczno-moralny charakter jego wyborów.

Słowa kluczowe: wolna wola, decyzja, prawda, odpowiedzialność, mechanizmy psychologiczne, psychoterapia

Zgłoszono: 13 października 2022

Zaakceptowano: 27 marca 2023

Opublikowano online: 14 kwietnia 2023

Wprowadzenie

Zagadnienia etyczne wpisane są w pomoc psychologiczną, w tym w psychoterapię, w sposób szczególny. Nie ograniczają się, tak jak np. w sztuce lekarskiej, do kwestii podejścia do pacjenta podczas leczenia, czy też wpływu tego podejścia na proces terapeutyczny¹, ale dotyczą samego celu terapii. Pacjent, niezależnie od nurtu, w jakim pracuje terapeuta, czy jest to w jego psychoterapii wyartykułowane wprost, czy też nie, mierzy się z prawdą o rozmaitych aspektach swojego życia oraz odpowiedzialnością za nie, a terapeuta mu w tym pomaga. Bez woli zrozumienia własnego życia i woli

Dariusz S. Kuncewicz
Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II
Katedra Psychoterapii i Psychologii Zdrowia
Al. Raławskie 14, 20-950 Lublin
dekuncewicz@gmail.com

¹ Dybel (2004): 10.

wprowadzenia w nim konstruktywnych zmian, do zmiany terapeutycznej nie dojdzie. Większość psychoterapii w mniej lub bardziej widoczny sposób konfrontuje pacjenta z jego wyborami². Na przykład wtedy, gdy pacjent nie chce przyrzeć się bliżej istotnym, zagrażającym dobremu mniemaniu o sobie, budzącym lęk aspektom swoich trudności lub skorzystać z wymagających, choć dostępnych mu, dróg ich pokonania³.

Niezależnie od głębokości zaburzenia, krzywd doznanych w dzieciństwie czy determinizmu mechanizmów psychologicznych, dobrze prowadzona psychoterapia stopniowo odsłania coraz większe szczeliny, zza których wзира decyzyjność pacjenta. Co ciekawe, stają się one tym bardziej okazałe, im staranniej wykonana została praca nad rozumieniem źródeł i psychologicznych mechanizmów destrukcyjnego reagowania. Gdy pacjent naprawdę dobrze już siebie poznał, dobrze wie, co i jak należy zmienić, ale nie robi najmniejszego realnego ruchu w kierunku wyzdrowienia, zagadnienie „braku woli” do zmiany staje się kluczowe w dalszej eksploracji. Objęcie baczniejszą uwagą styku mechanizmów i woli może owocować wykryciem kolejnych mechanizmów, częściowo odpowiedzialnych tym razem za niemoc zmiany, jednak wraz z nimi odsłaniają się też dokładniej szczeliny decyzyjności pacjenta. Na przykład okazuje się, że w jego wewnętrznym świecie znaczeń występują całkiem zrozumiałe powody, dla których wolałby nie rezygnować z depresji lub że przemożny lęk wcale nie paraliżuje wszystkich znanych mu możliwości zmiany⁴. Coraz trudniej terapeutcie uwierzyć, że niemoc ogarnia pacjenta całkowicie, a i jemu samemu, skonfrontowanemu z własną intencją niepodejmowania zmiany i jej motywami, utrzymać wizję siebie jako ofiary okoliczności lub innych ludzi. Perspektywa dokonania decydujących o jakości dalszego życia wyborów, dla pacjenta zwykle frustrująca i/lub bolesna, staje się coraz bliższa.

Jest możliwe, że konfrontowanie pacjenta z decyzjami o unikaniu prawdy o swoim życiu lub/i niepodejmowaniu za nie odpowiedzialności, a tym samym, tworzenie okazji do zmiany tych decyzji, stanowi sedno skutecznej psychoterapii, bez względu na to, czy akcent jest w niej położony na wgląd, czy zmianę zachowań. W niniejszym artykule chciałbym tę tezę, wraz z jej kontekstem antropologiczno-etycznym, nieco rozwinąć.

1. Psychoterapia a rzeczywistość

Przyszły pacjent zgłasza się do terapeuty zwykle dopiero wtedy, gdy naprawdę sobie nie radzi. Nie wyszedł mu kolejny związek. Nie może utrzymać pracy lub od lat wykonuje taką, której nienawidzi. Boi się wyjść z domu i większość dnia spędza w łóżku. Życie przemyka między palcami, traci sens, jednak nikt, ani on sam, ani osoby potencjalnie najbliższe, nie potrafi mu pomóc. Nie wie, dlaczego tak się dzieje, a nawet jeżeli się domyśla, nie ma siły, aby ze swoich przypuszczeń zrobić użytek. Liczy na to, że może terapeuta rozpoznać, co mu dolega, i zastosuje skuteczne procedury leczenia.

Ów quasi-medyczny, całkiem zdroworozsądkowy sposób myślenia o psychoterapii opiera się na założeniu o istnieniu obiektywnej prawdy o chorobie, jej psychologicznych mechanizmach oraz dostosowanych do nich strategiach i technikach

² Por. integracyjny model psychoterapii – Prochaska, Norcross (2006): 16–18.

³ Zob. Ibidem.

⁴ Yalom (2008): 343–345.

lecniczych. Dość szybko dostrzeżono niewystarczalność takiego modelu pracy terapeutycznej. Pacjent jest nie tylko biernym adresatem oddziaływań leczniczych, lecz także ich aktywnym podmiotem. Jeśli nie zawiąże sojuszu roboczego z terapeutą i nie zaangażuje się w pracę nad problemem, nawet najdoskonalsze interwencje terapeuty nie przyniosą spodziewanego rezultatu. Psychoterapia zaczęła być więc postrzegana bardziej jako spotkanie osób (pochylających się nad trudnościami jednej z nich) niż zabieg chirurgiczny⁵.

W tym bardziej zhumanizowanym podejściu do psychoterapii nie chodzi oczywiście o spotkanie jakiegokolwiek czy tylko o spotkanie. Terapeuta wciąż pozostaje specjalistą od pomagania, traktuje jednak poważniej to, co sam pacjent ma do powiedzenia, jego język i system znaczeń. Wyjaśnienie problemu osoby zgłaszającej się na terapię nie da się bowiem opisać tylko językiem terapeuty lub szkół terapeutycznych, ale ma być ono, w toku kolejnych spotkań, przez terapeutę i pacjenta współkonstruowane. Zdaniem Irvinga D. Yaloma, reprezentującego stanowisko społecznego konstruktywizmu⁶, moc terapeutyczna interpretacji miałaby wynikać z jej wiarygodności, a nie prawdziwości. Wiarygodne zaś miałyby być takie – oparte na układach odniesienia pacjenta – interpretacje, które pozwolą mu w zaskakująco nowy sposób wiązać ze sobą, czy też zreinterpretować problematyczne, nie poddające się kontroli zdarzenia i doświadczenia. Ujęcie ich w spójną, zrozumiałą i przekonującą narrację ma zwiększyć poczucie kontroli nad własnym życiem, a tym samym kompetencji, niezbędne do podjęcia rozmyślnych i konstruktywnych działań⁷.

Mogłoby się wydawać, iż dążenie do obiektywnej prawdziwości interpretacji w praktyce psychoterapeutycznej przestało już mieć znaczenie. Najważniejsze, aby sam pacjent w swojej subiektywności uwierzył – podobnie jak w przypadku placebo – w prawdziwość wzmacniającej życiowe morale narracji⁸ skonstruowanej w rozmowach z terapeutą. Z takim myśleniem o czynnikach leczących w psychoterapii jest pewien kłopot. Gdyby te podnoszące poczucie kontroli i kompetencji pacjenta wyjaśnienia były co najwyżej wiarygodnie brzmiącą fikcją, to byłyby nią także, częste w dialogu terapeutycznym, interpretacje dotyczące motywów jego postępowania⁹. Nie moglibyśmy powiedzieć nic obiektywnego o motywujących pacjenta do działania (lub hamujących je) pragnieniach, lękach, obawach, dążeniach, wartościach, postawach, zamiarach, dylematach, konfliktach, decyzjach. Również psychologia jako nauka nie miałaby wiele do powiedzenia o „wewnętrznych” źródłach ludzkiej aktywności. A czyż zawarte

⁵ Liczne doniesienia badawcze wskazują na relację terapeutyczną jako najważniejszy czynnik leczący – zob. Gelso, Hayes (2004): 36.

⁶ Konstruktywizm społeczny nie stanowi zwartej, jednolitej orientacji teoretycznej. Tym, co łączy jego różne odmiany w obrębie nauk humanistycznych, społecznych, przyrodniczych, jest przekonanie, iż wiedza, zarówno teoretyczna, jak i praktyczna, „nie jest postrzegana jako reprezentacja świata, prawdziwie lub fałszywie odzwierciedlająca obiektywną rzeczywistość, ale raczej jako narzędzie służące jej wytwarzaniu” – Wendland (2013). Podejście „konstruktywistyczne”, które najpełniej wybrzmiało w terapii narracyjnej i systemowej rodzinnej, jest zwykle przeciwstawiane „obiektywistycznym”, reprezentowanym m.in. przez psychoanalizę i terapię behawioralną. Szerzej zob. Górniak (2003): 35.

⁷ Yalom (2008): 349–351. Por. Frank, Frank (2005): 40–47.

⁸ Zob. Frank, Frank (2005): 14, 33–42.

⁹ „Terapeuta próbuje przeciwdziałać konfuzji i niemocy pacjenta za pomocą wyjaśnień i mówi coś w rodzaju: «Zachowujesz się w pewien sposób, ponieważ...». Słowo «ponieważ» oznacza na ogół czynniki motywacyjne leżące poza świadomością pacjenta” – Yalom (2008): 349.

w literaturze pięknej, sztuce czy filmach historie nie poruszają właśnie dlatego, że odzwierciedlają wspólną nam wszystkim bez względu na fabułę, język i kulturę – przekraczającą granice zwierzęcości – rzeczywistość specyficznie ludzką?¹⁰ Blizsza praktyce terapeutycznej, ale i potocznym dyskursom jest, w mojej ocenie, perspektywa realizmu metafizycznego i epistemologicznego, zgodnie z którą odcisnięty w języku, ciele, ale też wytworach kultury, ludzki świat intrapsychiczny stanowi rzeczywistość istniejącą obiektywnie i, do pewnego stopnia, poznawalną¹¹.

W świecie intrapsychicznym człowieka jak w lustrze odbija się jego kondycja. Dość trafnie ludzką kondycję zdaje się charakteryzować rozdźwięk między tym, co w nas „naturalne”, zdeterminowane przez procesy i mechanizmy przyrody, a tym, co – inspirowane przez rozumne poznanie i wolną wolę – poza tę naturalność zwierzęcą wykracza i przynależy do obszaru kultury duchowej opartej o wartości wyższe. W sposób bardziej dynamiczny o ludzkiej kondycji „opowiadają” historie zmagania i wyborów, oscylujących między bezpieczną adaptacją do środowiska a wysiłkiem transgresji w kierunku życiowego spełnienia, czy też, innymi słowy, wypełnienia przeznaczenia wynikającego z godności osoby¹². Przyrodniczo-osobowa specyfika ludzkiej rzeczywistości intrapsychicznej jest we współczesnej psychologii słabo artykułowana, a jeśli już jest, to raczej w „opakowaniu” pojęciowym modelu przyrodniczego¹³.

W dalszej części artykułu postaram się dokładniej uwypuklić odrębność i powiązania między dwoma kluczowymi w kontekście psychoterapii aspektami ludzkiej rzeczywistości intrapsychicznej: wyborami jako aktami osobowymi oraz zakotwiczonymi w świecie przyrody mechanizmami psychologicznymi. Skupię się na przywołanych wcześniej współwystępujących ze sobą wyborach dotyczących prawdy i odpowiedzialności oraz na mechanizmach w literaturze psychologicznej zwykle określanych mianem mechanizmów obronnych¹⁴, regulacji emocji¹⁵ lub samooszukiwania się¹⁶.

¹⁰ Zob. Ingarden (1998): 21–23.

¹¹ Oczywiście relacja między rzeczywistością a jej interpretacją nie ma charakteru jednoznacznego odwzorowania. Jerzy Topolski pisze raczej o procesie stopniowego dialektycznego zbliżania się do stanu izomorfizmu między złożoną rzeczywistością a hipotezami konstruowanymi na jej temat. Stosowne do rosnącego lub zmieniającego się zasobu informacji kolejne modyfikacje hipotez pozwalają zbliżyć się do prawdy o rzeczywistości. Zob. Topolski (2016): 135–136, 138. Korzystając z metafory Edwarda H. Carr’a, można powiedzieć, że praca pacjenta i terapeuty, tak jak historyka, po części podobna jest do coraz dokładniejszego doświetlania pod różnym kątem tej samej obiektywnie istniejącej góry. Ze zmienności jej dających się zobaczyć kształtów „nie wynika, że obiektywnie nie ma żadnego kształtu albo ma nieskończoną liczbę kształtów” – Carr (1998): 38. O regułach „interpretacji obiektywnej” sensu wypowiedzi w literaturoznawstwie pisze m.in. Hirsch (1977): 255–256, 259; zaś w psychologii – na bazie analizy wyróżniających się językowo i narracyjnie elementów monologu i ich kontekstów – Kuncewicz, Kuncewicz (2019).

¹² O rozpoznawaniu i wypełnianiu życiowego przeznaczenia (się) dla kogoś lub czegoś i roli wyborów w tym procesie pięknie i wyczerpująco pisze Charlotte Bühler (1933/1999): 107–280.

¹³ Zob. np. pojęcie osoby ujmowane w kategoriach mechanizmów rozwojowych (Gasiul 2022: 286–288) albo pojęcie cnót jako mechanizmów umysłowych, mierzalnych na skalach intensywności, częstotliwości, zakresu działania i gęstości (Trzebińska 2008: 111).

¹⁴ McWilliams (2017): 115–160.

¹⁵ Jasielska (2005): 7–9.

¹⁶ Chlewiński (1991): 49.

2. Wolność i „niewola” wyborów

Choć cały właściwie proces terapii zorientowany jest na poszukiwanie prawdy o sobie i podejmowanie odpowiedzialności za rezultaty tych poszukiwań, pacjent zazwyczaj przejawia opór przed eksploracją kluczowych dla wyleczenia obszarów. Jest to w pewnym sensie zrozumiałe, gdyż to, czego się o sobie dowiaduje lub mógłby się dowiedzieć, raczej nie stawia go w korzystnym świetle. Okazuje się bowiem, że wbrew temu jak stara się prezentować przed sobą i innymi, kieruje się raczej niedojrzałymi motywami postępowania wyrosłymi na bazie nierespektujących rzeczywistości dziecięcych pragnień, przekonań i oczekiwań. Podczas terapii zyskuje większą świadomość tychże motywów oraz maskujących je, działających na rzecz uniknięcia dezintegracji psychicznej, mechanizmów obronnych¹⁷. Tego rodzaju poznanie siebie odsłania lepiej wolność decyzji pacjenta. Może on podtrzymać wybory niedojrzałe, obliczone na realizację dziecięcych utopii, albo zrewidować je i dokonać takich, które w większym stopniu uwzględnią rzeczywistość kondycji ludzkiej¹⁸.

Niniejsza teza może wydawać się kontrowersyjna i nazbyt rygorystyczna. Gdyby wyleczenie pozostawało ostatecznie kwestią decyzji, wszyscy, którym by na nim naprawdę zależało, podjęliby mocne postanowienie o zmianie i nie potrzebowali terapeuty. Pojawiające się zniechęcające emocje, destrukcyjne myśli i impulsy nie poddają się przecież tak łatwo kontroli. Pacjenci są na ogół w trudnym położeniu i potrzebują raczej zrozumienia i akceptacji terapeuty aniżeli obarczania odpowiedzialnością za decyzje podjęte w przeszłości. Z kolei zadrażający się samooskarżeniami pacjenci depresyjni może i chętnie takie dodatkowe oskarżenia przyjmują, jednak ich stan wtedy jeszcze się raczej pogorszy, nie polepszy.

Łatwość, z jaką skłanialibyśmy się do zrzucania z pacjentów ciężaru odpowiedzialności za życiowe zmagania, jest prawdopodobnie funkcją czasów współczesnych, w tym wpływu na obecną kulturę psychologii głównego nurtu, koncentrującej się w większym stopniu na biologiczno-społecznych niż osobowych źródłach ludzkiego działania¹⁹. Na kluczową rolę decyzji w kształtowaniu się zaburzeń psychicznych i ich psychoterapii zwracali jednak uwagę wybitni praktycy i teoretycy psychoterapii lat sześćdziesiątych i siedemdziesiątych ubiegłego wieku, m.in. Eric Berne, Harold Greenwald, Antoni Kepiński. Wyrażali oni pogląd, iż reakcje tzw. impulsywne, jakoby pozbawione „wolnej woli”, mają swoje źródło w dawnych decyzjach, które uległy zautomatyzowaniu lub stłumieniu. Co więcej, decyzje te niekoniecznie muszą być ukryte w głębokiej nieświadomości, możemy dociec punktu w historii życia, w którym się zrodziły, a w sprzyjających warunkach nawet je skorygować²⁰.

¹⁷ McWilliams (2017): 116.

¹⁸ Proces psychoterapeutyczny zwykle konfrontuje pacjenta, w różnym stopniu, z rzeczywistością rozwojowo-społeczną (z wiekiem przywileje dzieciństwa ustępują wymogom dorosłości), relacyjną (jak bardzo w bliskich relacjach międzypokoleniowych i partnerskich jesteśmy od siebie zależni) oraz egzystencjalną (kruchość i skończoność życia oraz tajemnica losu po śmierci). Akceptacja tych trzech, powiązanych ze sobą, specyficznych dla kondycji ludzkiej aspektów rzeczywistości ma kolosalne znaczenie dla osiągnięcia psychicznej dojrzałości i powodzenia terapii – Kuncewicz (2023).

¹⁹ Trzópek (2003): 209.

²⁰ Berne (2000): 154; Greenwald (1973): 133–155; Kepiński (1983): 87.

Eric Berne uważał, że w pewnych kluczowych momentach dzieciństwa podejmujemy emocjonalne, osadzone w specyficznym dla tego okresu kontekście postrzegania świata, ale wyjątkowo trwałe decyzje o sposobie przystosowania się do wyrażanych nie wprost przekazów rodzicielskich. Problematiczne są przekazy destrukcyjne, takie jak np. „Nie czuj”, „Nie myśl”, „Nie bądź blisko”, „Nie bądź ważny”, „Nie dorastaj”, „Nie bądź dzieckiem”, „Nie istniej”. Dziecko może podjąć decyzję, aby takiemu przekazowi się poddać całkowicie, częściowo lub symbolicznie. Może też mu się warunkowo przeciwstawić, postanawiając np. że jednak „będzie ważne, dopóki będzie ciężko pracować”, że „będzie blisko, jeśli będzie innym pomagać”²¹. Harold Greenwald koncentrował się również na decyzjach osadzonych w pragnieniach i lękach dzieciństwa. Za kluczowe dla rozwoju zaburzeń uznawał jednak te, które polegają na przyznawaniu sobie prawa do pozostania wiecznym dzieckiem, niezobowiązującym do brania odpowiedzialności za siebie i innych. Chodziło mu zwłaszcza o decyzje przyzwalające na nieograniczone zaspokajanie potrzeby bezpieczeństwa, komfortu, opieki, kontroli, uwagi, docenienia, ale i odwetu, gdyby inni tych potrzeb nie chcieli zaspokajać. Z kolei Antoni Kępiński podkreślał, że wybory mogą dotyczyć bezpośrednio określonego sposobu zachowania się lub przeżywania, np. reagowania agresją, poczuciem winy lub krzywdy, wycofywania się z trudniejszych sytuacji. Sądził, że utrwalenie się „zatwierdzonych” przez wcześniejsze decyzje reakcji w postaci nawyków sprzyja zbyt pochopnemu traktowaniu ich jak zupełnie niezależnych od nas cech osobowości, a więc zwalnianiu się z odpowiedzialności za nie.

Trzy zarysowane tu poglądy na sprzyjające powstawaniu i rozwojowi zaburzeń decyzje zdają się dobrze uzupełniać. Z jednej strony, jak podkreśla Eric Berne, pierwotne decyzje dziecka mają charakter przystosowawczy, są jemu dostępną, już przecież w dzieciństwie podmiotową, odpowiedzią na warunki życia, których nie wybierało. Z drugiej jednak, wraz z dojrzewaniem i osiągnięciem dorosłości, konfrontującym nas coraz mocniej z rzeczywistością rozwojowo-społeczną, „taryfa ulgowa” przestaje obowiązywać. Decyzje, o których piszą Harold Greenwald i Antoni Kępiński, zorientowane na uzyskanie krótkoterminowych gratyfikacji bez względu na dobro innych, a właściwie wbrew ich dobru, dobru wspólnemu i wartościom wyższym, w swej istocie mają charakter moralny. Podtrzymywane w okresie dorosłości, utrwalają zamęt moralny, który, choć łatwo „schować” za systemem uzasadnień, racjonalizacji, zaprzeczeń lub „spsychologizować”²², ostatecznie generuje problemy w życiu osobistym i społecznym²³.

Zarysowany indeterministyczny sposób myślenia o zaburzeniach implikuje koncepcję psychoterapii, w której pacjent nie jest na tyle zdeterminowany przez biologiczne, rodzinne i społeczne wyposażenie, nawyki, charakter, traumy i automatyzmy, aby nie mógł podejmować żadnej życiowo istotnej decyzji. Choćby takiej, aby tę swoją trudną sytuację zaakceptować lub nie; podjąć wysiłek jej rozumienia bądź go nie podejmować; wykonać drobny, choć ważny gest w bliskiej relacji lub go zaniechać; uczynić kolejny krok w kierunku zdrowienia, odroczyć go lub się poddać. W przebiegu nawet bardzo

²¹ Berne (2000): 153–154; Stewart, Jones (2021): 173–184.

²² Np. uznając dobro i zło za arbitralne konstrukcje umysłu (DeBarbaro 2007: 12), a konflikty moralne za konflikty między subsystemami osobowości (Kutter 2000: 74).

²³ Dąbrowski (1979): 32; Martin (2006): 6–7.

ciężkiego zaburzenia występują okresy „gorsze” i „lepsze”, a także nieoczekiwane konfiguracje zdarzeń, które zmieniają pole możliwości racjonalnego myślenia, a więc i decydowania. Pomimo zmienności tego pola, każdy z dostępnych w jego granicach aktów decyzyjnych dotyczący prawdy o własnym życiu i/lub odpowiedzialności za nie, ma niezmiennie doniosłe znaczenie, gdyż stopniowo wpływa na kształtowanie lub degradację tego, co w człowieku najbardziej ludzkie.

Oczywiście dużo łatwiej jest niejako „z rozpędu” podejmować decyzje spójne z wieloletnimi (auto)destrukcyjnymi nawykami, niż takie, które je, wraz z dotychczasową koncepcją własnego życia, podważą. Mimo dużego trudu, nieraz heroizmu, związanego ze zmianą dotychczasowych decyzji i nawyków, część z podejmujących psychoterapię osób rzeczywiście nie tylko pozbywa się dokuczliwych objawów (lub przestaje się nimi martwić), ale doświadcza większego spełnienia w życiu i, również w odbiorze środowiska, zmiany „na lepsze”. Prawdopodobnie tajemnicą ludzkich wyborów jest fakt, iż w przypadku innej grupy pacjentów, psychoterapia staje się okazją do utwierdzenia się w dotychczasowych, podtrzymujących zaburzenie lub/i życiowe kłopoty, decyzjach i nawykach²⁴.

3. Mechanizmy psychologiczne w służbie wyborów unikania prawdy i odpowiedzialności

Wybory dotyczące prawdy i odpowiedzialności zwykle idą ze sobą w parze. Poszukiwanie prawdy samo w sobie stanowi wyraz życiowej odpowiedzialności i ją ukierunkowuje, zaś niechęć przed wzięciem odpowiedzialności sprzyja unikaniu prawdy, której nieznamość zdaje się stanowić wygodne uzasadnienie braku zaangażowania i obojętności. Oba rodzaje wyborów zresztą wpisują się w bardziej podstawowy wybór moralny między dobrem i złem. Wyabstrahowanie z psychologii i psychoterapii odniesień moralnych jako „nienaukowych” (tzn. niemieszczących się w modelu przyrodniczym uprawiania nauki) i/lub sprowadzenie ich do roli mechanizmów adaptacyjno-społecznych sprzyjało dominacji modeli mechanicystycznych. W związku z tym mechanizmy psychologiczne, w tym samoregulacji, czy też – w wersji klinicznej – mechanizmy obronne, stały się niewyczerpanym źródłem wyjaśniania aspektów klinicznych postępowania człowieka.

Proponowane w niniejszym artykule przesunięcie akcentów w rozumieniu psychoterapii ku podmiotowym źródłom wyjaśniania postępowania jako zasadniczym, którym podporządkowane są wyjaśnienia mechanicystyczne, wymaga bliższego przyjrzenia się tym drugim. Na czym polega specyfika mechanizmów obronnych, które mogłyby działać na rzecz wyborów unikania prawdy, a na czym tych, które służyłyby wyborom unikania odpowiedzialności?

²⁴ Proponowane indeterministyczne ujęcie psychoterapii skoncentrowanej na decyzjach pacjenta jest zbieżne z stanowiskiem Roberta Kane’a nt. decyzji kształtujących charakter, ale też zeń wypływających (zob. „self-forming acts” – Kane 2016: 4), jak i z podejściem klasycznej etyki cnót, zgodnie z którym decyzje i wynikające z nich działania wpływają na proces zmiany nabytych i względnie trwałych dyspozycji, składających się na charakter moralny, tj. cnót, ale też wad. Decyzje nieroztropne sprzyjają przekształcaniu się cnót w wady, rozropne zaś warunkują proces odwrotny – Szutta (2017): 112.

3.1. Mechanizmy psychologiczne unikania prawdy

Obiecującą ścieżkę w kierunku odpowiedzi na pytanie pierwsze wytyczył Zdzisław Chlewiński (w początkach lat dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku) określając mechanizmy obronne mianem mechanizmów samooszukiwania. Stał on na stanowisku, że w przypadku wszystkich mechanizmów obronnych samooszukiwanie przybiera dwie podstawowe formy: ukrywania prawdy o sobie i jej odrzucania²⁵. Do mechanizmów obronnych ukrywania prawdy zaliczył racjonalizację (wynajdywanie pozornie wiarygodnych usprawiedliwień dla przyczyn własnego postępowania), projekcję (przypisywanie własnych niepożądanych cech innym w przesadnych rozmiarach) oraz działanie upozorowane (ukrywanie jakiegoś własnego motywu postępowania przez eksponowanie w dobitny sposób motywu przeciwnego). Za podstawowy, uniwersalny mechanizm odrzucania prawdy uznał represję/wyparcie (całkowite odrzucenie jakiegoś motywu lub informacji o sobie). Głównym kryterium różnicującym mechanizmy ukrywania prawdy od mechanizmów jej odrzucania, w ocenie Zdzisława Chlewińskiego, jest świadomość ukrywanych/odrzucanych treści, która w wariancie ukrywania przynajmniej częściowo miałaby być zachowana. Relacja zaś między obiema kategoriami mechanizmów polegałaby na tym, że mechanizmy ukrywania prawdy mogłyby działać też w służbie jej odrzucania, chroniąc osobę przed uświadomieniem sobie częściowo wypartych motywów²⁶.

Alternatywną, odwołującą się nie tyle bezpośrednio do prawdy, ile do stosunku wobec rzeczywistości, typologię mechanizmów obronnych – szeroko podzielaną wśród praktyków i teoretyków psychoterapii – zaproponowała Nancy McWilliams, dzieląc je na niedojrzałe i dojrzałe. Mechanizmy niedojrzałe (pierwotne), pojawiając się już w przedwerbalnej fazie rozwoju, działają bardziej globalnie na bazie nieróżnicowania Ja od świata zewnętrznego, natomiast dojrzałe (wtórne), respektujące rzeczywistość poza Ja jako odrębną – funkcjonują w obrębie granic Ja, np. pomiędzy „racjonalną” a „emocjonalną” częścią siebie. Sedno różnicy między mniej i bardziej dojrzałymi mechanizmami obronnymi doskonale ilustrują mechanizmy zaprzeczania i wyparcia. Zaprzeczanie to magiczny sposób poradzenia sobie z niechcianą rzeczywistością, negujący jej istnienie („To się nie dzieje”), dojrzałe zaś wyparcie, choć bazuje na uznaniu rzeczywistości, służy jej unikaniu („To się dzieje, ale zapomnę o tym, ponieważ to zbyt bolesne”)²⁷. Kolejny istotny aspekt różnicy między mechanizmami mniej i bardziej dojrzałymi trafnie odzwierciedlają rozszczepienie i racjonalizacja. W przypadku rozszczepienia, mechanizmu powstałego jeszcze przed rozwinięciem pojęcia stałości obiektu, odbiór rzeczywistości polega na segregowaniu doświadczeń według kategorii „wyłącznie dobre” i „wyłącznie złe”, w którym nie ma miejsca na wieloznaczność i ambiwalencję. Racjonalizacja zaś „wymaga zaawansowanych umiejętności werbalnych i umysłowych oraz znacznej świadomości rzeczywistości, by móc wymyśleć rozsądne uzasadnienie odczuć”²⁸.

²⁵ Chlewiński (1991): 28.

²⁶ Ibidem: 30.

²⁷ Zgodnie z typologią Zdzisława Chlewińskiego w mechanizmie wyparcia nie jest zachowana świadomość nieakceptowanych wypieranych motywów, mógłby być więc on uznany za mechanizm mniej dojrzały.

²⁸ McWilliams (2017): 117.

Należy podkreślić, iż obie typologie mechanizmów obronnych respektują istnienie obiektywnej prawdy o rzeczywistości, choć ujmują jej nieco inne aspekty. Typologia Zdzisława Chlewińskiego traktuje o prawdzie, którą można przyjąć, ukryć lub odrzucić, czyli zwraca uwagę na jej charakter intencjonalno-moralny, podczas gdy Nancy McWilliams skupia się na możliwościach jej poznania warunkowanych rozwojowo i/lub nasileniem psychopatologii. Żadne z tych podejść nie pomaga w wyznaczeniu linii demarkacyjnej pomiędzy determinizmem mechanizmów rozwoju świadomości rzeczywistości i jej złożoności, a, opartą na tej świadomości, wolnością woli/wyboru. Nancy McWilliams dokładnie eksploruje teren mechanizmów dojrzałości rozwojowej, aż ku granicom podmiotowości, wobec której „milczy”, podczas gdy Zdzisław Chlewiński zdaje się obie te rzeczywistości ze sobą zlewać.

Być może, przyjmując współistnienie obu rzeczywistości intrapsychicznych, nie należy szukać wyraźnego styku między nimi, ale przyjmując, iż w jakiś sposób się nakładają. Jeśli w ten sposób ustawimy optykę wyjaśniania, zrobimy więcej miejsca dla tajemnicy ludzkiej woli i jej aktów decyzyjnych. Z bardzo osobistych, nie ujmowanych w algorytmy powodów, pacjent może się zdecydować na odkrywanie prawdy o sobie lub jej unikanie i poddać się mechanizmom psychopatologii. Zakłócający świadomość determinizm nawet najcięższych psychopatologii może być „rozpychany” stopniowo, w pewnych granicach, aktami wolnej (dobrej?) woli. Trafną ilustrację kliniczną tej myśli stanowi przytoczony przez Otto Kernberga i jego współpracowników zapis fragmentu sesji terapeutycznej z pacjentem po kilku próbach samobójczych, u którego zdiagnozowano zaburzenie borderline²⁹.

Terapeuta krok po kroku analizuje ciąg decyzji pacjenta tuż przed przedawkowaniem leków przeciwdepresyjnych i nasennych, a nawet w jego początkowej fazie. Wykazuje m.in., że pacjent naruszył wspólne ustalenia kontraktu, nie powiadamiając go, iż nie przybędzie na sesję, gdy już o tym wiedział. Pacjent, co ciekawe, zarzuca terapię braku kontaktu z rzeczywistością („Nie wydaje mi się normalne dzwonienie do kogoś i oświadczenie, że właśnie zamierzam przedawkować”³⁰). Terapeuta podtrzymuje swoje stanowisko, wyraża troskę o pacjenta, podkreślając, iż jego próby samobójcze traktuje bardzo poważnie, oraz dokładniej wyjaśnia sens kontraktu terapeutycznego, zorientowanego na ochronę jego życia i leczenie. Daje też mu do zrozumienia, iż w jego ocenie poziom czy też mechanizmy psychopatologii nie stanowią przeszkody do terapii w warunkach ambulatoryjnych oraz że decydującym czynnikiem jej kontynuacji jest chęć (wola) i uczciwość pacjenta, czyli czynniki podmiotowe:

Gdybym uważał, że potrzebuje pan hospitalizacji, zasugerowałbym to panu, nie robię tego jednak. Odwrotnie – jak mówiłem – proponuję terapię ambulatoryjną. Przed chwilą powiedziałem tylko, że są pewne minimalne warunki wstępne. Są one jednak niezbędne do prowadzenia leczenia. Dotrzymanie ich zależy od pana chęci do uczestnictwa w terapii. Doceniam też pana szczerość. Na pewno byłoby dużo gorzej, gdyby nie mówił mi pan prawdy – to zniszczyłoby istotną podstawę leczenia. A tak przynajmniej wiemy, gdzie jesteśmy (Przerwa). Czy chce pan dalej mnie słuchać?³¹

²⁹ Appelbaum, Carr, Kernberg et al. (2007): 62–68.

³⁰ Ibidem: 65.

³¹ Ibidem: 66–67.

Pacjent próbuje jeszcze z terapeutą negocjować, aby ten zgodził się na jego nierealistyczny pomysł terapii ambulatoryjnej, która, w razie kolejnych prób samobójczych, obejmowałaby niektóre z kompetencji opieki szpitalnej, a tym samym zabezpieczała przed hospitalizacją. Zderzając się z nieprzejednaną postawą terapeuty, ostatecznie skłania się ku akceptacji wymaganych przezeń warunków leczenia ambulatoryjnego.

W opisywanym przykładzie pacjent, na głębszym, niedeklaratywnym poziomie raczej nie potrzebował troski, wyrozumiałości terapeuty wobec mechanizmów jego psychopatologii, która defacto przez taką postawę jeszcze by się nasilała. Potrzebował przede wszystkim wyleczenia, którego podstawą miało być nie tylko uznanie jego podmiotowości, w tym decyzyjności, ale – i tego właśnie można oczekiwać od terapeuty – rzeczowe jej rozpoznawanie i „wysupływanie” z mechanizmów zaburzenia, niezależnie od jego domniemanej ciężkości.

3.2. Mechanizmy psychologiczne unikania odpowiedzialności

Większość z opisanych w poprzednim paragrafie mechanizmów obliczonych na unikanie prawdy służy też unikaniu odpowiedzialności. Na przykład wyparcie, zaprzeczanie, projekcja, a zwłaszcza racjonalizacja, są podstawą budowania rozmaitych uzasadnień na rzecz niepodejmowania odpowiedzialności za siebie i innych. Jak jednak sugeruje najbardziej dziś ceniony wśród klinicystów przedstawiciel podejścia egzystencjalnego w psychoterapii, Irvin D. Yalom, mechanizmy unikania odpowiedzialności mają też swoją własną specyfikę. Z jego poświęconych zagadnieniom woli i odpowiedzialności³² opracowań, po części odwołujących się do prac Rollo May'a, można wyłowić dwie główne konceptualizacje takich mechanizmów.

Pierwsza obejmuje warianty zaprzeczania własnej odpowiedzialności, wraz z delegowaniem jej na kogoś innego. Jednym z wariantów zaprzeczania odpowiedzialności jest przyjmowanie roli ofiary („Spotkała mnie krzywda”), na przykład ofiary rodziców oferujących w dzieciństwie zbyt mało troski i opieki, aby móc z kolei okazywać je innym, ale też ofiary niefortunnych zdarzeń lub okoliczności. Inny wariant dotyczy „akceptacji” własnej konstytucji psychicznej lub zaburzenia, do którego istoty miałyby należeć okresowa utrata zmysłów, niepohamowana emocjonalność uniemożliwiająca przejęcie kontroli nad własnym życiem („Taki już jestem”; „Nie odpowiadam za siebie”). Jeszcze inny sprowadza się do przyjmowania roli osoby bezradnej („Sam nie umiem, nie potrafię”). Wymienione odmiany zaprzeczania odpowiedzialności mogą występować oddzielnie lub łącznie. Wszystkie jednak współwystępują z przenoszeniem, a właściwie wymuszaniem odpowiedzialności na innych. Logika mniej lub bardziej ukrytych żądań jest następująca: „Zostałem skrzywdzony, niech teraz ktoś się o mnie zatroszczy”; „Ja po prostu tak mam, niech więc ktoś mnie ogarnie”; „Jestem bezradny, niech więc ktoś zrobi coś za mnie”.

Alternatywna przedstawiona przez Yaloma konceptualizacja mechanizmów unikania odpowiedzialności zasadza się na dwóch fenomenach zakłóceń woli: impulsywności i kompulsji. Impulsywność dotyczy działań pod wpływem impulsu, kaprysu,

³² Yalom (2008): 226–361.

zachcianki. Według Rollo May'a ten typ działań przypomina funkcjonowanie obezwładnionego popędami „człowieka infantylnego”, który jedynie pragnie, ale pozbawiony jest woli³³. Specyficznym wariantem impulsywności jest ambiwalencja konsekwentna, czyli przeżywanie dwóch wykluczających się pragnień („mieć jabłko czy zjeść jabłko?”; „żona czy kochanka?”) w sposób naprzemienny, dzięki czemu żadnego nie trzeba się wyrzekać³⁴. Kompulsja zaś polega na działaniu pod dyktando wewnętrznych żądań, których nie doświadcza się jako własnych pragnień. Próby stawienia oporu tym żądaniom powodują odczucie dotkliwej niewygody. Działania kompulsywne, zdaniem Rollo May'a, to domena „człowieka wiktoriańskiego”, obdarzonego wolą, ale pozbawionego pragnienia³⁵. Oba mechanizmy w nieco inny sposób służą unikaniu odpowiedzialności: impulsywność ją wprost ignoruje, natomiast kompulsje kamuflują pod maską nadodpowiedzialności.

Skatalogowane przez Yaloma mechanizmy unikania odpowiedzialności różnią się stopniem „mechanizacji” życia wewnętrznego. Fenomen mechanizmów zaprzeczania i delegowania odpowiedzialności na inne osoby zdaje się pozostawiać więcej przestrzeni dla podmiotowości. W nawet niejawnym wymuszaniu/żądaniu opieki, kontroli, wyręczenia w czymś, niezależnie od tego, jak karkołomne są tego uzasadnienia, trudno nie podejrzewać działania wolnej woli. Z kolei w impulsywności i kompulsji łatwiej widzieć dominację mechanizmów, czy wręcz mechanizmów zaburzeń, które tę wolną wolę paraliżują³⁶.

Pogląd o słabo zależnym od woli charakterze impulsywności i kompulsji zdaje się wspierać zweryfikowana eksperymentalnie teoria ironicznych procesów kontroli Davida M. Wegnera, zgodnie z którą świadome „napinanie” woli w celu powstrzymania niepożądanych reakcji może je nasilić. Im większa determinacja w walce z impulsywnością lub kompulsjami, tym większe obciążenie umysłu i zachwianie równowagi między świadomymi procesami realizacji intencji a energooszczędnymi subświadomymi procesami monitorowania porażki na rzecz tych drugich, a tym samym większa dostępność w umyśle treści związanych z porażką³⁷.

Sam Wegner, przynajmniej we wcześniejszych pracach, sugerował jednak, że nie musimy być niewolnikami paradoksalnych konsekwencji naszych intencji. Wielokrotne powtarzanie „wysiłkowych”, związanych ze świadomą kontrolą czynności umysłu sprawia, iż z czasem i one się automatyzują, stają się więc mniej energochłonne i bardziej skuteczne³⁸. Sugestia „wczesnego” Wegnera koresponduje z behawioralnym aspektem teorii etyki cnót, uznającej, iż ponawiane decyzje i działania w imię rozpoznanego dobra prowadzą do względnie trwałych nawyków lub dyspozycji (cnót), składających się na charakter moralny³⁹. Można powiedzieć, że nawet tak zdawałoby się szczelnie obezwład-

³³ May (1998): 228.

³⁴ Yalom (2008): 321. Wyborowi jednej z opcji, a więc rozwiązywaniu konfliktu, ma sprzyjać zamiana ambiwalencji konsekwentnej na symultaniczną, w której oba pragnienia są jednocześnie utrzymywane w świadomości – Ibidem.

³⁵ May (1998): 228.

³⁶ Por. Yalom (2008): 321–323.

³⁷ Wegner (1994): 49.

³⁸ Ibidem: 48.

³⁹ Szutta (2015): 113, 116.

niające wolę mechanizmy impulsywności i kompulsji pozostawiają jednak wystarczający margines dla wolności decyzji o podejmowaniu życiowych odpowiedzialności.

Z tego marginesu dobrze zdaje sobie sprawę cytowany już terapeuta. Pracując z pacjentem ze zdiagnozowanym zaburzeniem borderline, którego jednym z osiowych objawów jest właśnie impulsywność, stara się wspierać go w podejmowaniu odpowiedzialnych decyzji (znów drobiazgowo je klaryfikuje!) w najbardziej newralgicznym dlań obszarze życia:

Kiedy ma pan myśli samobójcze i poczucie, że nie może ich pan kontrolować, oczekuję, że zgłosi się pan do szpitala psychiatrycznego. Do którego i w jaki sposób – możemy to omówić. Oczekuję jednej z dwóch lub trzech rzeczy. Po pierwsze, jeżeli ma pan myśli samobójcze, których nie umie pan kontrolować, idzie pan do szpitala; po drugie, jeśli już jednak zrealizuje pan te myśli i zażyje leki, ale jest pan ciągle przytomny, może pan zadzwonić do szpitala, do rodziny, na policję albo do kogoś, kto zabierze pana do szpitala; po trzecie, jeśli stwierdzi pan, iż chciałby popełnić samobójstwo, ale jest pan w stanie to kontrolować, nie musi pan nic robić. Będziemy omawiać to na następnej sesji⁴⁰.

Podsumowanie

Celem artykułu było rozwinięcie tezy o kluczowej w psychoterapii roli wyborów dotyczących prawdy i odpowiedzialności. Niniejsze stanowisko opiera się na założeniu, iż ludzka kondycja, ale też nasze życie intrapsychiczne obejmujące m.in. akty wyboru i mechanizmy psychologiczne, mają status obiektywnej rzeczywistości, a nie arbitralnych konstrukcji społecznych lub/i psychicznych. Wybory pacjenta dotyczące prawdy o własnym życiu i odpowiedzialności za nie przynależą do osobowej warstwy życia intrapsychicznego, ontologicznie odmiennej niż zakotwiczone w świecie przyrody mechanizmy psychologiczne.

Związane z psychopatologią decyzje pacjenta mają swoje źródło we wcześniejszych okresach życia, zwłaszcza w dzieciństwie. Początkowo pełnią funkcję przystosowawczą, z czasem jednak konsekwencje tych wyborów – w postaci utrwalonych reakcji, nawyków lub cech – stają się dezadaptacyjne. W dorosłości zaznacza się wyraźniej ich wymiar moralny, który we współczesnej kulturze jest rozmywany i psychologizowany. Niezależnie od kulturowego rozmycia norm moralnych pacjent w trakcie psychoterapii nie może nie mierzyć się z moralnymi w swej istocie decyzjami bądź o szukaniu, bądź o unikaniu prawdy o źródłach swojego postępowania oraz, odpowiednio, o podejmowaniu lub unikaniu podejmowania odpowiedzialności za jego zmianę. Zadaniem psychoterapeuty jest pomoc pacjentowi w tym procesie.

Pomoc ta, w największym skrócie, polega na rozpoznawaniu obronnych mechanizmów unikania prawdy i odpowiedzialności oraz odsłanianiu stojących za nimi decyzji. Oba te odrębne aspekty rzeczywistości w doświadczeniu pacjenta często ściśle się ze sobą splatają, terapeuta stara się więc je w dialogu z nim umiejętnie wyłuskać

⁴⁰ Appelbaum, Carr, Kernberg et al. (2007): 67.

i rozplątywać. Nawet w przypadku bardzo poważnych zaburzeń odsłonięcie decyzyjności pacjenta tworzy wyjątkową okazję do rewizji dawnych wyborów, która porządkuje życie osobiste, prowadząc ostatecznie ku zdrowiu i życiowej dojrzałości. Z drugiej strony, unikanie konfrontacji z własną decyzyjnością w kontekście wydawałoby się błahych problemów może nie doprowadzić do ich rozwiązania.

Podjęcie stawiające decyzje pacjenta dotyczące prawdy i odpowiedzialności w centrum pracy terapeutycznej stanowi próbę przerzucenia pomostu między „rozjeżdżającymi się” w psychologii i psychoterapii przyrodniczym i osobowym ujęciem człowieka. W tym bardziej integralnym traktowaniu pacjenta nie chodzi bynajmniej o doczepienie ideowego, już przebrzmiałego dodatku, od którego współczesne konceptualizacje psychopatologii i psychoterapii jakoby się uwolniły. Psychoterapia, która traktując poważnie mechanizmy psychologiczne, koncentruje się na odsłanianiu splecionych z nimi decyzji pacjenta, może lepiej służyć porządkowaniu życia wewnętrznego i osiągnięciu dojrzałości, a przez to być skuteczniejsza.

Wnioski końcowe

Poszukując miejsca dla interwencji psychologicznych na znanym spektrum między paternalizmem a niedyrektywnością, można powiedzieć, że psychoterapeuta powinien być dyrektywny w rozpoznawaniu przejawów podmiotowości i woli pacjenta, a zupełnie tej dyrektywności unikać w sensie wpływania na jego konkretne decyzje. W tak rozumianej pomocy psychologicznej, poza ukierunkowanym zaangażowaniem i postawą szacunku terapeuty, chodzi także o jego kompetencje w poruszaniu się „na styku” obu odrębnych rzeczywistości, w doświadczeniu pacjenta często splatających się w całość. Specyfika splotu mechanizmów psychologicznych i decyzji u każdego pacjenta jest bowiem inna oraz częściowo zależna od rodzaju i głębokości zaburzenia lub/i problemów psychologicznych.

Na przykład w przytaczanych fragmentach sesji, terapeuta, zapewne uwzględniając specyficzną dla zaburzenia borderline chwiejność nastrojów i stanów ego⁴¹, nie skupiał się na interpretowaniu mechanizmów obronnych pacjenta, ale dokładnie klaryfikował i konfrontował go z jego zakresami odpowiedzialności i możliwościami decyzyjnymi. Taka strategia terapeutyczna mogłaby się nie sprawdzić w przypadku pacjenta z diagnozą zaburzenia depresyjnego. Identyczne klaryfikacje nie tyle zachęcałyby do decyzji o podejmowaniu odpowiedzialności, ile służyły karykaturalnie „odpowiedzialnemu” obwinianiu się za ich brak, nasilając poczucie beznadziejności⁴². W pracy z takim pacjentem skuteczniejsza mogłaby się okazać delikatna, niekonfrontacyjna, ale drobiazgowa analiza mechanizmów samooszukiwania się, a dopiero potem stopniowe wyłuskiwanie z nich i odsłanianie możliwości decyzyjnych.

W wypracowywaniu strategii terapeutycznych opartych na odsłanianiu i wspieraniu decyzji pacjenta warto mieć na uwadze, iż kluczową rolę w pomaganiu pełnią nie tyle zasób wiedzy klinicznej czy biegłość terapeuty w posługiwaniu się procedurami

⁴¹ McWilliams (2017): 108.

⁴² Ibidem: 254.

leczenia, ile jego zaangażowanie w rzeczywistą relację z pacjentem⁴³. Nie tyle samo stosowanie „podmiotowej” techniki terapeutycznej, ile intencjonalnie podmiotowe, a zatem uczciwe i odpowiedzialne traktowanie pacjenta, a więc m.in. konstruktywne przejmowanie się nim, poświęcenie czasu na myślenie i szukanie rozwiązań, gdy coś w terapii zdaje się „iść nie tak”, choćby te dodatkowe minuty lub godziny zaangażowania zakłócały napięty harmonogram dnia. Co ciekawe, w literaturze klinicznej niekiedy pojawiają się doniesienia o młodych niedoświadczonych terapeutach, którzy osiąkali relatywnie lepsze wyniki w pracy z pacjentami niż ich zrutynizowani starsi koledzy po fachu, w związku z silniejszym, bardziej osobistym angażowaniem się w pomoc i w relację z pacjentem, pomimo, iż przy tej okazji popełniali tzw. błędy w sztuce terapeutycznej⁴⁴.

Doprecyzowania wymaga też kwestia źródeł „szczelin decyzyjnych”. Tym, co zdaje się prowadzić do ich odsłaniania, jest spiętrzenie wewnętrznego kryzysu, doświadczane niekiedy jako „sięgnięcie dna”, które może sprzyjać decyzji o podjęciu psychoterapii bądź staje się katalizatorem pozytywnych lub negatywnych życiowych zmian bez jej udziału. Spiętrzenie kryzysu wewnętrznego już w trakcie terapii jest konsekwencją wyostrenia się świadomości używania mechanizmów samooszukiwania i unikania odpowiedzialności, za którą podąża niewygodna świadomość motywów własnego postępowania i odpowiedzialności za szkody wyrządzone sobie i innym. Na planie osobowym powiedzielibyśmy, że pacjent coraz jaśniej zdaje sobie sprawę z tego, kim jest w konkretnych kontekstach życiowych, kim dla niego są inni ludzie oraz kim jest on dla nich. Przy czym to trudne odkrywanie nie jest pochodną intelektualnych spekulacji, ale postępującego w dialogu z terapeutą refleksyjno-egzystencjalnego przeżycia.

Przypuszczam, iż oba zarysowane typy przeżyć – bycia kimś po ludzku ważnym dla zaangażowanego w pomoc terapeuty, jak też spiętrzenia wskutek dialogu terapeutycznego kryzysu koncepcji siebie, wzmacniają się nawzajem i otwierają przed pacjentem nieco szerzej drzwi do wyborów natury antropologiczno-moralnej⁴⁵. W psychoterapii nie chodziłoby tylko o to, że relacja terapeutyczna tworzy bezpieczne, korektywne środowisko, w którym pacjent jest w stanie się bardziej odsłonić oraz podjąć ryzyko wglądu i zmian w postępowaniu. W tym właśnie „środowisku” rozwijającej się relacji z innym człowiekiem – w ramach ról wyznaczonych przez konwencję psychoterapii – pacjent wyraźniej doświadcza swojej ludzkiej kondycji. Jest w stanie lepiej zdać sobie sprawę z własnych i nie tylko własnych słabości, sprzeniewierzeń, zależności, niewystarczalności, wzajemnego potrzebowania się ludzi i miłości⁴⁶. Aspekt antropologiczny wyborów pacjenta polega na tym, że może on tę rzeczywistość swojej ludzkiej kondycji zaakceptować lub nie, moralny zaś na tym, iż dostrzegając wyraźniej, co dla niego i ludzi w ogóle jest faktycznie dobre, a co złe, na najbardziej osobistym poziomie wybiera czynienie dobra lub zła (pod osłoną mechanizmów samooszukiwania się). Niniejsza teza wymaga rozwinięcia i dyskusji w odrębnym artykule.

⁴³ A nie wyłącznie zadaniowo-terapeutyczną czy przeniesieniową – Gelso, Hayes (2004): 112–135.

⁴⁴ Trzebińska (2008): 152–154; Yalom (2008): 412–417.

⁴⁵ Zapewnienie pacjentowi przestrzeni dla jego wyborów i generalnie jego dobro wymaga, aby terapeuta sam miał uporządkowaną – „ożywianą” podczas prowadzenia psychoterapii – sferę własnych wyborów antropologiczno-moralnych.

⁴⁶ Por. Neff (2003): 85–102.

Podziękowania: Autor składa podziękowanie anonimowym recenzentom za wnikliwe komentarze.

Finansowanie: Środki własne.

Konflikt interesów: Autor oświadcza, że w ramach pracy nad artykułem nie wystąpił konflikt interesów na żadnym z jej etapów.

Licencja: Artykuł opublikowany w otwartym dostępie na licencji Creative Commons Attribution License, która dopuszcza użycie, rozpowszechnianie oraz powielanie w dowolnym medium, pod warunkiem, że oryginalne dzieło jest stosownie cytowane.

Bibliografia

- Appelbaum A.H., Carr A.C., Kernberg O.F., Koenigsberg H., Selzer M.A. (2007), *Psychodynamiczna terapia pacjentów borderline*, tłum. J. Matkowski, Ł. Penderecki, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Berne E. (2000), *W co grają ludzie. Psychologia stosunków międzyludzkich*, tłum. P. Izdebski, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Bühler Ch. (1933/1999), *Bieg życia ludzkiego*, tłum. E. Cichy, J. Jarosz, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Carr E.H. (1999), *Historia. Czym jest*, tłum. P. Kuś, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Warszawa.
- Chlewiński Z. (1991), *Dojrzałość: osobowość, sumienie, religijność*, W drodze, Poznań.
- Dąbrowski K. (1979), *Co to jest zdrowie psychiczne?*, [w:] *Zdrowie Psychiczne*, K. Dąbrowski (red.), Wydawnictwo PWN, Warszawa: 7–35.
- De Barbaro B. (2007), *Po co psychoterapii postmodernizm?*, „Psychoterapia” 142 (3): 5–14.
- Dybel P. (2004), *Etyczny wymiar psychoterapii*, [w:] *Etyka, psychologia, psychoterapia*, A. Margasiński, D. Probuca (red.), Aureus, Kraków: 9–18.
- Frank J.D., Frank J.B. (2005), *Perswazja i uzdrawianie. Analiza porównawcza psychoterapii*, tłum. H. Grzegołowska-Klarkowska, Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa.
- Gasiul H. (2022), *Personalistyczna koncepcja osobowości. Podstawy teoretyczne. Mechanizmy rozwoju i jego zakłóceń*, Difin, Warszawa.
- Gelso Ch.J., Hayes J.A. (2004), *Relacja terapeutyczna*, tłum. M. Rucińska, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Gorniak L. (2003), *Konstruktywizm a zmiany w praktyce psychoterapeutycznej*, [w:] *Ewolucja myślenia systemowego w terapii rodzin*, L. Górniak, B. Józefik (red.), Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków: 33–56.
- Greenwald H. (1973), *Direct Decision Therapy*, Edits, San Diego, California.
- Hirsch E.D. (1977), *Interpretacja obiektywna*, tłum. P. Graff, „Pamiętnik Literacki” 68 (3): 289–320.
- Ingarden R. (1998), *Książeczka o człowieku*, Wydawnictwo Literackie, Kraków.
- Jasielska A. (2005), *Pozahedonistyczna tendencja w regulacji emocji*, „Czasopismo Psychologiczne” 11 (1): 7–20.
- Kane R. (2016), *On the Role of Indeterminism in Libertarian Free Will*, „Philosophical Explorations” 19 (1): 2–16.
- Kępiński A. (1983), *Rytm życia*, Wydawnictwo Literackie, Kraków, Wrocław.

- Kuncewicz D.S. (2023), *Opowieści o miłości. Między modelem a tajemnicą* (monografia przyjęta do druku w wydawnictwie Oficyna Naukowa).
- Kuncewicz D., Kuncewicz D. (2019), *Hidden Stories in Monologues*, „Forum Qualitative Social Research” 20 (1): art. 9.
- Kutter P. (2000), *Współczesna psychoanaliza. Psychologia procesów nieświadomych*, tłum. A. Ubertowska, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- May R. (1998), *Miłość i wola*, tłum. H. Datner-Śpiewak, P. Śpiewak, Dom Wydawniczy Rebis, Poznań.
- McWilliams N. (2017), *Diagnoza psychoanalityczna*, tłum. A. Pałynyczko-Ćwiklińska, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Neff K. (2003), *Self-Compassion. An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself*, „Self and Identity” 2: 85–102.
- Prochaska J.O., Norcross J.C. (2006), *Systemy psychoterapeutyczne. Analiza transteoretyczna*, tłum. D. Golec, rozdz. 1, Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa: 1–26.
- Stewart I., Joines V. (2021), *Analiza transakcyjna dzisiaj. Nowe wprowadzenie*, tłum. K. Balcerkiewicz, J. Byczkowska, M. Drażyńska, Dom Wydawniczy Rebis, Poznań.
- Szutta N. (2015), *Edukacja moralna z perspektywy etyki cnót*, „Diametros” 46: 111–133.
- Szutta N. (2017), *Czy istnieje coś, co zwiemy moralnym charakterem i cnotą?*, Wydawnictwo Academicon, Lublin.
- Topolski J. (2016), *Teoretyczne problemy wiedzy historycznej. Antologia tekstów*, wybór E. Domańska, Wydawnictwo Nauka i Innowacje, Poznań.
- Trzebińska E. (2008), *Psychologia pozytywna*, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa.
- Trzópek J. (2003), *Problem woli. Między antropologią filozoficzną a psychologią mechanizmów regulacyjnych*, Societas Vistulana, Kraków.
- Wegner D.M. (1994), *Ironic Processes of Mental Control*, „Psychological Review” 101 (1): 34–52.
- Wendland M. (2013), *Wiele twarzy konstruktywizmu. Różnorodność stanowisk konstruktywistycznych i ich klasyfikacje*, „Kultura i Historia” 24, URL = www.kulturaihistoria.umcs.lublin.pl/archives/5004 [dostęp 7.01.2023].
- Yalom I.D. (2008), *Psychoterapia egzystencjalna*, tłum. A. Tanalska-Dulęba, Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa.