

Maria Siwiak-Kobayashi

## PSYCHOTERAPEUTA WOBEC PRAWDY O SOBIE, O PACJENCIE I O SYTUACJI TERAPEUTYCZNEJ

### THE PSYCHOTHERAPIST TOWARDS THE TRUTH ABOUT HIMSELF, ABOUT THE PATIENT AND THE THERAPEUTIC SITUATION

Klinika Nerwic Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie  
Kierownik kliniki: doc. dr hab. Maria Siwiak-Kobayashi

**psychotherapeutic situation  
relationship  
truth; disclosure**

*Referat wygłoszony na Sympozjum Psychologów Chrze-  
ścijańskich: „Psychologia wobec prawdy” Konstancin,  
25 marca 2001 roku. Zawiera przemyślenia autorki dotycz-  
ce znaczenia prawdy i prawdziwości w psychoterapii.*

**Summary:** The paper was presented during the Symposium for Christian Psy-  
chologists „Psychology towards the truth” in Konstancin 2001. The author shares  
her reflections on the importance of truth and reality in psychotherapy.

Problem „psychoterapia wobec prawdy” jest chyba jeszcze bardziej szczególny niż — uwidoczniiony w tytule obecnego sympozjum i budzący tak żywe dyskusje wśród jego uczestników — problem „psychologia wobec prawdy”. Psychologia bowiem, jako nauka empiryczna, styka się z tym problemem, podobnie jak inne nauki o podobnej metodologii i celach badawczych, psychoterapia natomiast jest nie tylko nauką o człowieku, ale przede wszystkim jest metodą leczenia czy — ogólniej — niesienia pomocy człowiekowi.

Każdy psychoterapeuta, psycholog lub inny profesjonalista zajmujący się psychoterapią czy jakąkolwiek formą pomocy psychologicznej musi w swej pracy nieustannie brać pod uwagę **trzy rzeczywistości**: pacjenta, siebie samego i sytuację terapeutyczną. I dla pacjenta, i dla terapeuty te trzy rzeczywistości stanowią jakąś prawdę (**czy raczej prawdy**). Czy to, że prawdy te są identyczne lub podobne, dla pacjenta i terapeuty, ma znaczenie dla procesu terapeutycznego? Wiele badań nad psychoterapią dowodzi, że istnienie różnego rodzaju podobieństw między terapeutą a pacjentem ma pozytywny wpływ na proces psychoterapii. Zapewne to się odnosi również do prawdy o sobie i świecie jednej i drugiej osoby. Jakie znaczenie dla terapii ma sposób osiągnięcia tego rodzaju podobieństwa czy „zbliżenia prawd”?

Chciałabym zacząć od paru uwag dotyczących samego **procesu psychotherapeuticznego**. Nie będę tu analizować relacji między prawdą a rzeczywistością, zajmują się tym bowiem od tysiącleci filozofowie. Sądzę, że do większości z nas, jako psychologów, lekarzy, terapeutów, przemawia pogląd świętego Augustyna, że „własna myśl jest faktem ze

wszystkich najpewniejszym”, bardziej (wręcz na poziomie przysłowia) znany w wydaniu Kartezjusza: „Myślę [czy wątpię], więc jestem”.

**Osadzenie bytu w świadomości**, dla nas, ludzi zajmujących się zawodowo człowiekiem i jego przeżywaniem, ma — poza filozoficznym, ontologicznym — również inny, psychologiczny wymiar. Nie wystarczy nam (ontologiczne z gruntu) stwierdzenie „**jestem**”, nie zajmujemy się też na ogół wprost filozoficznym czy teologicznym pytaniem: „**dlaczego jestem**” (może z wyjątkiem psychologów egzystencjalnych i właśnie może chrześcijańskich). Stawiamy sobie raczej pytania: „**jaki jestem**” i „**jak jestem**”, zwłaszcza „**jak jestem w relacji do świata**”. Każdy z nas nosi w sobie odpowiedzi na te pytania. Jest to dla nas jakaś prawda — **prawda psychologiczna**, która nie da się zmieścić w znanym nam m.in. z dotychczasowych dyskusji tego sympozjum i z testów psychologicznych rozróżnieniu: **prawda** — **falsz**. Rzeczywistość bowiem postrzegana jest przez człowieka przez pryzmat jego dotychczasowych doświadczeń życiowych, wychowania, norm, wartości. Czynniki te — i wiele innych — tworzą podstawy naszej poznawczej wiedzy o rzeczywistości (i zewnętrznej, i wewnętrznej, i tej transcendentalnej). Są to nasze przekonania, nasze emocjonalne przeżywanie rzeczywistości i określone zachowania w stosunku do niej. Nasza „prawda psychologiczna” dotycząca każdego zjawiska jest więc bliska pojęciu postawy takiej, jak określał ją Gordon Allport — składającej się z komponentów: poznawczego, emocjonalnego i behawioralnego. Prawda ta kształtuje nasze zachowania. Kształtuje również to, czy czujemy się silni, potrafimy sobie poradzić z napotykaną rzeczywistością, a nawet wystarczająco silni, aby pomagać innym (np. jako psychoterapeuci) czy też czujemy się bezradni, chorzy i stajemy się pacjentami, czyli osobami cierpiącymi i poszukującymi pomocy.

Zniekształceniami w postrzeganiu rzeczywistości, jako przyczyną zaburzeń zwanych nerwicowymi, zajmują się właściwie wszystkie szkoły psychoterapeutyczne, choć mówią o tym bardziej lub mniej wprost. Najbardziej bezpośrednio przekonania i ich wpływem na uczucia i zachowania zajmują się szkoły poznawcze, ale zwróćmy uwagę, że psychoanalityczne *wydobywanie z nieświadomości wypartych przeżyć* również ma na celu *zmianę „prawdy psychologicznej”, czyli wiedzy człowieka o sobie, i zmianę przeżyć, i zachowań z tą wiedzą związanych*.

Psychologia chrześcijańska, cokolwiek to pojęcie oznacza, również ma na celu udzielanie pomocy poprzez *zbliżenie człowieka do Prawdy*, a więc poprzez dokonanie *zmian w części jego prawdy psychologicznej* dotyczącej w tym wypadku jego relacji z Bogiem, a nie z własną nieświadomością.

**W zasadzie nie ma terapeuty, który nie pracowałby nad wypracowaniem tzw. wglądu.** Czymże jest wgląd, jak nie pewną **nową dla pacjenta prawdą o sobie, o swoich relacjach z innymi, ze światem**. Wgląd przez większość terapeutów uważany jest za potężny czynnik wspomagający zmiany w pacjencie, a przez niektórych — wręcz za warunek konieczny tych zmian. Nawet najbardziej tradycyjne, oparte na modelu „bodziec — reakcja”, szkoły behawioralne zmieniają (nolens volens) prawdę pacjenta o sobie poprzez chociażby tylko zwiększenie jego poczucia kontroli nad sobą, poczucia mocy sprawczej w stosunku do własnych zachowań i objawów. Widzimy więc, że istotną częścią procesu psychoterapii jest zmiana „prawdy psychologicznej”.

**Pacjent** — to osoba, która zgłasza potrzebę pomocy, i to on stanowi centrum naszego zainteresowania jako terapeutów. Najpierw staramy się poznać jego skargi, dolegliwości, słabe strony, gdyż zwykle od tego poszukujący pomocy zaczyna. Poznajemy również jego cechy — jego potrzeby i sposoby ich zaspokajania, sposoby kontaktów z innymi ludźmi, uczucia, jakie mu najczęściej towarzyszą, sposób przeżywania rzeczywistości, wartości, przekonania, normy, zgodnie z którymi stara się żyć. Pacjent sam jest dla nas źródłem informacji o sobie i o wszystkich sprawach jego dotyczących, **poznajemy więc jego własną prawdę o sobie samym i o otaczającym go świecie. To dla nas jest rzeczywistość, z którą i nad którą mamy pracować wraz z pacjentem.** Jak już mówiliśmy, prawda psychologiczna pacjenta rozumiana jako system jego postaw nie spełnia kryteriów poznawczych „prawda — fałsz”. Bardziej przypomina przekonania ślepców ze starej hinduskiej opowieści o tym, czym jest słoń — zależnie od tego, którą część zwierzęcia poznawali za pomocą dostępnych im środków poznania (dotyku), opisywali to ogromne zwierzę albo jako sznurek (ogon), albo długą rurę (trąbę), albo płaszczyznę (ucho), albo też potężne drzewo (nogę). Każdy z tych opisów był prawdziwy, choć bardzo ograniczony, fragmentaryczny.

Podobnie nasz pacjent, którego ograniczenia biorą początek z jego doświadczeń życiowych, postrzega wydarzenia i reaguje na nie emocjonalnie i zachowaniem w sposób zniekształcony, zgodny ze swoją „prawdą”, często niepełną, ograniczoną właśnie wskutek dotychczasowych doświadczeń wpływających na jego sposób poznawania i oceniania świata. Jako terapeuci musimy pamiętać, **że nie jest to fałsz, ale subiektywna, bardzo znacząca prawda, psychologiczna prawda pacjenta.** Naszym zadaniem, jako terapeutów, **nie jest więc pomoc w zamianie „fałszu” na „prawdę”,** ale wspólna z pacjentem praca nad dotarciem do zniekształcających ograniczeń i poszerzenie obrazu rzeczywistości, wzbogacenie jego „prawdy psychologicznej”. Wiąże się z tym zmiana w emocjonalnym przeżywaniu i w zachowaniach pacjenta. **Tym różni się — w moim pojęciu — psycho-terapia od edukacji, perswazji, od udzielania rad czy też od duszpasterstwa, które ma cel inny niż psycho-terapia.**

**Terapeuta** — osoba udzielająca pomocy jest w tym wypadku głównym narzędziem tej pracy. Dużo czasu i rozmaitych trudów poświęcamy doskonaleniu tego narzędzia. Temu celowi służą nasze studia, szkolenia specjalizacyjne poszerzające naszą wiedzę psychologiczną, biologiczną, społeczną (jak słyszeliśmy — również teologiczną), różne ćwiczenia w tzw. umiejętnościach terapeutycznych. Wysiłki te zmierzają przede wszystkim do **zwiększenia naszych możliwości i umiejętności zbliżenia się do rzeczywistości pacjenta, do zrozumienia jego prawdy i wspólnej z nim pracy nad jej modyfikacjami.**

Czasem myślimy, że nasza duża i głęboka wiedza w tych dziedzinach wystarczy do prowadzenia efektywnej psycho-terapii. Tutaj jednakże musimy pamiętać, że „**człowiek — narzędzie**” obdarzony jest, ale i obciążony, wszystkimi atrybutami swego człowieczeństwa, w tym również posiadaniem „prawd psychologicznych” o swojej wewnętrznej i zewnętrznej rzeczywistości. **Prawdy te działają w nas na tych samych zasadach, jak w naszych pacjentach.** Również kształtują nasze przeżywanie i zachowanie — w tym oczywiście też nasze działania w stosunku do pacjentów. Pacjenci swoją pracę nad poszerzeniem i doskonaleniem tych prawd podejmują w konkretnym momencie swojego życia,

ponieważ właśnie nie radzą sobie w życiu i nie umieją samodzielnie dać sobie rady ze swoimi „prawdami o rzeczywistości”. My, terapeuci, musimy taką pracę nad zrozumieniem naszych prawd o sobie wykonywać stale. Robimy to samodzielnie poprzez autorefleksję, jak też — w zakresie dotyczącym naszej pracy z pacjentami — za pomocą superwizji.

Programy kształcenia psychoterapeutów na całym świecie obejmują również tzw. **pracę własną**. W niektórych szkołach terapeutycznych (przede wszystkim wyrastających z psychoanalizy) jest to tzw. terapia własna, mająca na celu osiągnięcie wglądu w nieświadome motywacje. We wszystkich kierunkach terapeutycznych **przeżyte doświadczenia mają umożliwić zwiększenie wglądu terapeuty we własne cechy, które mają wpływ nie tylko na jakość radzenia sobie w najważniejszych sytuacjach życiowych, ale przede wszystkim na pracę terapeutyczną**.

Prawda o sobie jako o człowieku — z wglądem we własne główne (zaspokojone i nie zaspokojone) potrzeby, mocne i słabe strony, w przeżycia związane z ważnymi osobami w swoim życiu (dawniej i obecnie), w tendencje do określonych sposobów realizacji celów — wpływa na to, jak traktujemy i wykorzystujemy siebie jako narzędzie pracy terapeutycznej.

Musimy mieć **wgląd w dominujące w nas postawy i zachowania**. Na przykład to, że mamy tendencję do bycia autorytatywnymi i dyrektywnymi, albo też, że bardzo lubimy czuć się doceniani i podziwiani, może przybrać formę „popisywania się” przed pacjentem swoją przenikliwością poprzez wypowiedanie interpretacji jego zachowań zbyt wczesnych czy zbyt zagrażających dla niego na tym etapie terapii. Także, nasz temperament, ambicja i chęć skutecznego działania może popchnąć nas do „przynaglania” pacjenta do zmian, nie dając mu czasu na oswojenie się z jego „nowymi prawdami”. Jeżeli — przeciwnie — mamy tendencję do bierności i podporządkowania się, może to również utrudniać terapię. W początkowej fazie psychoterapii bierność terapeuty może nadmiernie frustrować pacjenta oczekującego aktywnego wsparcia, a w dalszych fazach, w których sytuacja terapeutyczna wymaga większej pewności i stawiania pewnych warunków, może być czynnikiem utrudniającym podjęcie przez pacjenta wysiłku wprowadzania zmian w swoich zachowaniach.

Terapeuta ma również naturalną **tendencję do identyfikowania pacjentów z osobami ze swojej przeszłości**. Jego „prawda o pacjencie” może więc mieć więcej wspólnego z jakąś inną postacią niż z realnym pacjentem. Podobnie zresztą pacjent identyfikuje terapeutę z ważnymi postaciami ze swego życia, przypisując mu ich cechy. W **psychoterapii zjawisko takich silnych i ważnych emocji, przeniesionych z przeszłości obu partnerów, opisywane jest jako zjawisko przeniesienia i przeciwprzeniesienia**. Analiza tego zjawiska zwraca naszą uwagę na **znaczenie prawdy o sobie, jaką posiada terapeuta**. Zachowania terapeuty, które są wyrazem jego neurotycznych postaw, zniekształconej „prawdy o sobie” będą raczej nasilały problemy pacjenta niż sprzyjały ich rozwiązaniu.

Na przykład terapeuta o silnych uczuciach (a więc i zachowaniach) rodzicielskich będzie niechętny wzmacniał w pacjencie uczucia (pozytywne i negatywne), jakie przeżywał on w stosunku do swoich rodziców. Utrudni to pracę nad wglądem i uzyskanie przez niego zmian. Prawda o sobie takiego terapeuty może być wyrażona mniej więcej tak: „Moim zadaniem jest udzielanie pomocy, widzę, jak się ten człowiek męczy. Muszę mu uświadomić jego błędy. Powinien mnie słuchać, to wynika z mojej i jego roli”. Prawda pacjenta: „Znowu mi ktoś próbuje narzucić swój punkt widzenia, muszę mu pokazać, że

jestem wystarczająco silny, żeby mu się przeciwstawić”, albo: „Okazuje się, że znowu nic nie rozumiem, nie wiem i nie potrafię. Jestem skazany na swoją słabość. Nie mogę decydować o sobie sam”.

Częstą i oczywiście pożądaną przez terapeutów „prawdą o sobie” jako o człowieku i terapeutcie jest **uważanie siebie za zdolnego do empatii**. Czasem może się zdarzyć, że nazywamy tak swoją tendencję do nadmiernego identyfikowania się z pacjentem. Dzieje się tak najczęściej, gdy jakieś problemy pacjenta są podobne do naszych nie rozwiązanych problemów. Wówczas tracimy możliwość pracy z pacjentem nad zmianą jego sposobów poradzenia sobie z tymi problemami i nad poszerzeniem jego prawdy o siebie w tym zakresie. Nasz lęk przed zmianą naszej „prawdy” może nas hamować przed efektywną pracą nad takim problemem. Może się to wyrażać pomijaniem tych przeżyć w terapii albo też nadmiernym skupianiem się na jakimś konkretnym zagadnieniu. Przykładem takich trudności w terapii może być terapeuta, który ma kłopoty we własnym małżeństwie. Jeżeli nie jest świadom możliwości wystąpienia takiego mechanizmu, nie będzie mógł w sposób właściwy udzielić pomocy osobie z takim właśnie problemem. Czasem terapeuta może w takiej sytuacji szukać „ucieczki” w udzielaniu rad.

Warto również pamiętać, że na podobnej zasadzie utrudniać terapię mogą inne nie rozwiązane lub bardzo trudne problemy terapeuty, łącznie z problemami dotyczącymi jego duchowości, wiary, zwłaszcza bardzo skrajne i sztywne postawy w tym zakresie, czy też jego rozterki i wątpliwości utrudniające dostrzeżenie właściwego miejsca analogicznych problemów w życiu i patogenezie zaburzeń pacjenta.

Na szczęście żadna nasza cecha, żaden nasz problem nie stanowią absolutnej i stałej przeszkody w wykonywaniu pracy psychoterapeuty, o ile tylko są częścią naszej prawdy o sobie, której jesteśmy świadomi, i jeśli zdajemy sobie sprawę, w jakim zakresie i w wymiarze mogą nam one pomagać lub przeszkadzać w pracy z pacjentami.

Żaden psychoterapeuta — jak żaden człowiek — nie jest idealny ani też nie może w sposób zawsze idealny pełnić swojej roli w stosunku do każdego pacjenta. Najważniejsze jest, by jego wiedza o sobie pozwalała mu na wykorzystywanie różnych swoich cech w sposób celowy w danym procesie terapeutycznym i w pracy z danym pacjentem. Na przykład pewna doza dyrektywności i aktywności terapeuty potrzebna jest w terapii podtrzymującej, ale może być czynnikiem hamującym w systematycznej terapii wglądowej.

Osobny problem dotyczy już nie treści „prawdy o sobie”, ale **stopnia i sposobu dzielenia się tą prawdą z pacjentem, czyli tzw. odsłaniania się**. Różne szkoły terapeutyczne dopuszczają czy nawet promują różny stopień informacji udzielanych przez terapeutę o sobie pacjentowi — od całkowitej anonimowości (psychoanaliza) do niemal zupełnego odsłaniania się (nazywa się to „współistnieniem dwóch istot ludzkich”) w niektórych szkołach egzystencjalnych. W trakcie dyskusji słyszeliśmy np. różne opinie na temat informowania pacjenta o swoich przekonaniach religijnych, wygłaszane przez terapeutów reprezentujących skądinąd podobną formację duchową. Świadczy to o wielkiej różnorodności poglądów terapeutów w tym zakresie. Tak jak w innych kwestiach dotyczących jakichkolwiek interwencji terapeutycznych, najważniejsza jest ich zasadność z punktu widzenia ich zgodności (w tym udzielania informacji o sobie) z celem terapii, jak również z rozumieniem znaczenia każdej naszej interwencji przez pacjenta. Dotyczy to nie tylko

informacji o sobie, ale i interpretacji, dzielenia się własnymi opiniami itp.

Pytania pacjenta dotyczące stanu cywilnego, wieku, przekonań terapeuty mają różne znaczenie w różnych fazach terapii. Na początku mogą stanowić wyraz lęku pacjenta przed nieznanym człowiekiem, mogą płynąć z chęci upewnienia się co do kompetencji terapeuty i jego zdolności udzielania pomocy w specyficznych problemach. Czasem wyraża się to w poszukiwaniu terapeuty w podobnym wieku, o podobnej sytuacji rodzinnej, narodowości czy też o podobnych przekonaniach religijnych. Niekiedy chęć ta może być wyrazem lęku przed samą terapią, przed nieznanym czy przed zmianą. W późniejszych etapach terapii, gdy pojawiają się emocje tzw. przeniesieniowe, pytania takie stanowić mogą próbę zmiany relacji z terapeutyczną na inną — „znajomościową” przyjacielską czy erotyczną. Wydaje się, że najistotniejszą sprawą w traktowaniu kwestii „odsłaniania się” jest zasada utrzymywania relacji na poziomie terapeutycznym, a nie „przyjacielskim” czy „znajomościowym”, z zachowaniem ról terapeuty i pacjenta. Zapobiega to wykorzystywaniu, zarówno przez pacjenta, jak i przez terapeuta, sytuacji terapeutycznej do celów nieterapeutycznych. W takim momencie terapii znów ważna jest świadoma obserwacja przez terapeuta zarówno reakcji pacjenta, jak i własnych reakcji emocjonalnych oraz zrozumienie tego, co istotnie dzieje się w tym momencie. Jedynie próba zrozumienia „prawd” pacjenta i „prawdy o sobie jako terapeutycie” może pozwolić na właściwe, twórcze rozwiązanie tej sytuacji.

Na zakończenie chciałabym wspomnieć jeszcze jeden aspekt, „prawdy o sobie”, z którym terapeuta musi sobie radzić. Chodzi tu o intensywność poszukiwania tej prawdy w czasie i poprzez terapię innej osoby — czyli pacjenta. Reprezentanci różnych szkół terapeutycznych kładą różny nacisk na samoobserwację terapeuty w czasie sesji terapeutycznych. Terapeuci pracujący w konwencji szkół wyrastających z psychoanalizy, ale też i tzw. szkół opartych na przeżywaniu (experiential schools), traktują swoje stany wewnętrzne niemal jako wyłączny i dokładny wskaźnik tego, co przeżywa pacjent. Oczywiście reakcje terapeuty wynikają z zachowań pacjenta (zresztą i odwrotnie), ale na nasze przeżycia wpływa również wiele innych czynników, o których częściowo tu mówiliśmy, a skupienie się na sobie może stanowić niebezpieczeństwo, że nie będziemy dostrzegali pacjenta i terapia przestanie odgrywać swoją rolę — przynajmniej właśnie dla niego.

Terapeuta powinien więc stosować zasadę św. Augustyna: „Wejdz w samego siebie, we wnętrzu człowieka mieszka prawda”. Ale też musi pamiętać, że z jego roli wynika wejście — również poprzez siebie — w drugiego człowieka, by mu pomóc we wzbogaceniu jego prawdy.

#### Piśmiennictwo

- Langs R. red. *The therapeutic interaction*. New York: Jason Aronson Inc; 1976.
- Marmor J, Woods SM. *Interface between the psychodynamic and behavioral therapies*. New York: Plenum Publ. Co.; 1980.
- Rosenhan DL, Seligman MEP. *Psychopatologia*. Warszawa: Polskie Towarzystwo Psychologiczne; 1993.
- Tatarkiewicz W. *Historia filozofii*. Warszawa: PWN; 1988.
- Wolberg RL. *The technique of psychotherapy*. New York, San Francisco, London: Grune&Stratton; 1977.

Adres: Klinika Nerwic Instytutu Psychiatrii i Neurologii  
al. Sobieskiego 1/9  
02-957 Warszawa