

Anna Tanalska-Dulęba

KIEDY NIE WIEM, CO POWIEDZIEĆ

WHEN I DON'T KNOW WHAT TO SAY¹

Pracownia Terapii i Rozwoju, Warszawa

Kiedy nie wiem, co powiedzieć... zwracam się do innych uczestników spotkania: do członków rodziny, do koterapeutów... Prawie zawsze dzięki temu otwiera się nowa przestrzeń, nowa droga. Pytanie, zwłaszcza pytanie cyrkularne (to moje ulubione narzędzie) działa jak klucz do nieotwartych jeszcze drzwi. Kiedy nie wiem, co się dzieje, dzielę się niewiedzą. Kiedy nie wiem, jak zatrzymać niekonstruktywne działanie — dzielę się bezradnością. Czasami to działa, a czasami nie. Wtedy muszę zrezygnować.

I właściwie, gdybym się miała ściśle trzymać tytułu konferencji, powinnam na tym zakończyć wystąpienie. Jednak czytając jej opis i abstrakty pozostałych dwóch referatów zrozumiałam, że organizatorom nie chodzi o listę sposobów na brak słów; że mogę, a nawet powinnam, odnieść się do rozmaitych aspektów doświadczenia niewiedzy. Ponadto poinformowano mnie, że powinnam mówić 45 minut; na tę informację zareagowałam przerażeniem i stanem kompletnej pustki w głowie — doskonały przykład niewiedzenia. Temat wszakże wydał mi się ciekawy i stopniowo z pustki zaczęły się wyłaniać refleksje, które dziś postaram się Państwu przekazać. Nie jestem tylko pewna, czy udało mi się je zadowalająco uporządkować.

Zacznę od pewnego wyznania: do dziś pamiętam, jak w piątej klasie podstawówki zrobiłam coś, czego potem bardzo się wstydziłam (najwyraźniej rzeczywiście bardzo, skoro wspomnienie do dziś jest żywe); z wielką pewnością (wiedziałam!) oskarżyłam koleżankę o kradzież. Myliłam się.

To dobry przykład pomylenia przekonania z wiedzą; zarazem przykład błędnego odczytania stanu umysłu drugiego człowieka. Nie mogę powiedzieć, bym już wówczas zaczęła trenować krytyczne podejście do własnych przekonań, a sposób ich wypowiedzania, odbierany przez słuchaczy jako kategoryczny, pozostał mi do dziś, mimo długieeeeeee treningu.

Myślę, że moje upodobanie do stanu niewiedzy i zawieszania sądu ma w pewnym sensie źródło w mojej skłonności do dogmatyzmu. Dziś postaram się — niezbyt dogmatycznie, mam nadzieję — przekazać Państwu moje refleksje na temat postawy niewiedzenia, zawieszania sądu i korzyści (a czasami szkód), jakie z niej wynikają w sytuacji terapeutycznej.

¹⁾ Tekst wystąpienia podczas konferencji Fundacji „Na Szlaku” 11 marca 2023 roku.

Rozdział I. Czego nie wiem?

Oprócz „nie wiem, co powiedzieć” w terapii mam do czynienia z wieloma innymi niewiedzeniami: nie wiem, co się dzieje; nie wiem, co przeżywają, czego doświadczają inni uczestnicy spotkania; nie wiem, czy mam dostateczną wiedzę; nie rozumiem drugiego człowieka. Ale czy muszę?

W ostatnim fragmencie wiele słów wymaga wyjaśnienia — choć potocznie wydają się jasne. Po pierwsze kwestia rozumienia drugiej osoby. Jeśli przez rozumienie mamy na myśli opis jej stanu w języku którejś z teorii psychologicznych, to oczywiście jest ono możliwe. I czasami nawet użyteczne — na przykład podczas tzw. omówienia przypadku z kolegami po fachu techniczne terminy działają jak skróty dłuższych opisów. Jeśli jednak rozumienie ma oznaczać wiedzę o tym, jak druga osoba właśnie teraz i tu doświadcza siebie i swojej relacji ze światem, to im jestem starsza, tym mocniejsze jest moje przekonanie, że jest to po prostu niemożliwe. Niemożliwe z zasady. Do takiej wiedzy mogę się jedynie zbliżyć i taką „wiedzę” zawsze warto sprawdzać u jej źródła. Co mnie prowadzi do drugiego niejasnego słowa: wiedza.

Rozdział II. Wiedza a przekonanie (mniemanie)

Sokrates wiedział, że nic nie wie. Kartezjusz wątpił, więc był (był, więc wątpił?). Żadnego z nich nie można raczej posądzić o ignorancję. Łączy ich, by tak rzec, fenomenologiczne podejście do wiedzy: jeśli przez wiedzę rozumiem wiedzę pewną, tę, której nie mogę poddać wątpieniu, to jedyną taką wiedzą jest wiedza o tym, czego aktualnie, w tej chwili doświadczam — w sferze zmysłów, uczuć i myśli. Jest to wiedza fenomenologiczna, doświadczenie moich reakcji na świat taki, jakim go postrzegam; jeśli w efekcie błędnie interpretuję świat (ale co to znaczy „błędnie?”), jeśli się myślę np. interpretując źródło bólu, to i tak samo doznanie jest nie do podważenia. To jest moja wiedza. Reszta jest przekonaniem. Tzw. wiedza, wiedza „przeczytana”, to jedynie wiedza o tym, co ktoś napisał, ktoś myślał albo myślał, że wie, kto najprawdopodobniej oparł się na swoich silnych przekonaniach opartych, z kolei, na doświadczeniu lub na innych lekturach. Takie przekonania filozofowie nazywali niekiedy mniemaniami. Jeśli przybierają postać w miarę spójnych teorii, służą jako modele rzeczywistości i dostarczają ekonomicznego języka, jakim mogą się komunikować fachowcy.

Mogę te przekonania podzielać lub nie. W moim rozumieniu nie są jednak wiedzą o świecie — co najwyżej wiedzą o tym, co myślą, co napisali inni. Niczego jednak nie mówią mi o tym, jak doświadcza świata człowiek, z którym się właśnie spotykam. Nigdy — takie jest moje przekonanie, mniemanie (właśnie) — nie mam bezpośredniego dostępu do doświadczenia drugiego człowieka.

Może nawet czasem do doświadczenia własnego. Kiedy zwierzam się z tego, czego aktualnie doświadczam, jestem najbliższa fenomenologicznej prawdy. Kiedy jednak „mówię o sobie to, co o sobie wiem” — ooo, wtedy mogę się potężnie mylić, z czego przecież my, psychoterapeuci, zdajemy sobie sprawę.

Z czego wynika, że w tym znaczeniu słowa „wiedza”, w jakim się nim posługuję na użytek niniejszego wystąpienia, o wiele, wiele więcej „nie wiem”, niż „wiem”. Nie żebym się porównywała z Sokratesem, ale nie wiem prawie nic.

Kiedy więc nie wiem, co powiedzieć, dzielę się z pacjentką swoim doświadczeniem danej chwili w nadziei, że uda się nam wykorzystać ten fakt — moje doświadczenie niewiedzenia — w terapii. Razem szukamy.

Z początków swojej praktyki terapeutycznej pamiętam, jak przekonanie, że *w i e m*, *c o n a p r a w d ę* przeżywa pacjent i co powinien zrobić, żeby zdrowieć, przeszkadzało mi towarzyszyć mu w poszukiwaniach. O wiele lepiej nam się pracowało, gdy nie wiedziałam i szukaliśmy razem. Kiedy miałam pewność, „wiedziałam”, dokąd zmierza proces i jaki będzie rezultat — co odkryje pacjent, co znajdzie w swojej duszy — nie umiałam go tam poprowadzić; nawet kiedy miałam tzw. rację. Bo ja już wiedziałam, dokąd ma dojść i nie umiałam pomóc mu szukać jego drogi; bo ja już byłam na miejscu — przynajmniej takie żywiłam przekonanie.

Owocne okazywało się wspólne poszukiwanie; ja umiałam szukać drogi, a on(a) dokonywał(a) swoich odkryć — czasami. Rzecz jasna, często całkiem odmiennych od tego, czego się spodziewałam.

Wówczas, „będąc młodą terapeutką”²⁾ potrzebowałam poczucia, że wiem, że kontroluję, że mogę planować z góry; z tego wiedzenia czerpałam satysfakcję i terapeutyczną pewność siebie.

Pamiętam też, jak się przyczyniłam do tego, że kilka moich pacjentek na stałe przeszło na rentę. Były to osoby doświadczające poczucia „już więcej nie mogę”, diagnozowanego klinicznie jako depresja albo stany depresyjne. Otóż *w i e d z i a ł a m*, jak je przekonać, że jednak mogą (byłam dość zdolną terapeutką na rubieży i znałam techniki). W odpowiedzi na moje jakże skuteczne działania pacjentki obsuwały się głębiej w niemoc i w efekcie przechodziły na rentę. *B o n i e w i e d z i a ł a m*, co ich „nie mogę” dla nich znaczy, jak jest ważne. Zakładałam (zgodnie z ich deklaracjami), że bez wątplenia chcą móc.

Z praktyki superwizorskiej wiem, że dziś młodzi terapeuci, jak ja wtedy, też potrzebują tego poczucia, że rozpoznają wzorzec, że wiedzą, że mogą zaplanować proces terapeutyczny.

Żeby nie było nieporozumień: znajomość rozmaitych szkół terapeutycznych, teorii, modeli, narzędzi i technik, a także pewnych wzorców, które możemy rozpoznawać w zachowaniach i przeżyciach ludzi, jest przydatna i na ogół niezbędna w pracy terapeutycznej. Również w mojej praktyce. Jest niezbędna i przydatna przede wszystkim terapeutcie, bo dostarcza mu (pseudo)racjonalnego uzasadnienia podejmowanych działań. Gdy ma uzasadnienie, czuje się pewniej. A terapeuta, który się czuje pewniej, lepiej pracuje.

Znajomość ta nie zastąpi wszakże spotkania z drugim człowiekiem — a takie spotkanie zawsze jest niewiadomą, zakłada niewiedzenie.

Rozdział III. Wiedza/niewiedza a ufność

To mnie prowadzi do kwestii zaufania — a może lepiej powiedzieć „ufności” — w terapii. Zgoda na niewiedzenie w moim rozumieniu zakłada moją przejrzystość, wymaga ode

²⁾ „Z pamiętnika młodej lekarki” — cykl humorystycznych, kilkuminutowych skeczy radiowych, autorstwa Ewy Szumańskiej, istniejący od roku 1975 do wprowadzenia stanu wojennego w grudniu 1981, potem ponownie od czasu tuż przed upadkiem PRL w 1989 aż do 2007, wykonywany przez artystów wrocławskiego Studia 202. Każdy ze skeczy rozpoczynał się od słów „będąc młodą lekarką”.

mnie tej przejrzystości. Nie oznacza ona, że jestem niewidoczna jak szyba, lecz przeciwnie: że pozwalam sobie zobaczyć. Jestem gotowa umożliwić pacjentowi zobaczenie siebie, tu i teraz, podczas tego konkretnego spotkania. Żeby to było możliwe, muszę sobie ufać, muszę ufać swojej uczciwości emocjonalnej i temu, że odsłaniając siebie, nie zaszkodzę pacjentowi. Ufać, że zasadniczo jestem dobrym człowiekiem i mam dobre intencje. Wiem, brzmi trochę śmiesznie. Muszę zatem ufać też pacjentowi — ufać jego zasobom. Jednocześnie zgoda na niewiedzenie oznacza, że to pacjent jest najlepszym konsultantem w swoich sprawach, muszę więc ufać jego wyborom; ufać, że oboje czynimy to, co uważamy za najlepsze dla niego w danym momencie — i nawet, że oboje możemy się mylić, a jak się pomylimy, to zdołamy razem tę pomyłkę naprawić. Często się przekonywałam, jak owocne bywało naprawianie moich terapeutycznych błędów.

W pracy z pacjentem indywidualnym chętnie korzystam z metafory wspólnego chodzenia po lesie: nigdy nie byłam w lesie, do którego mnie zaprasza ten konkretny pacjent czy pacjentka, ale bywałam w wielu lasach i nauczyłam się po nich chodzić, mam doświadczenie. Towarzyszę więc pacjentce, idąc pół kroku za nią i czasem rzucam uwagę w stylu „popatrz jakie ładne, ciekawe miejsce, zatrzymajmy się na chwilę”, „zobacz, to jest ścieżka, której wcześniej nie widziałyśmy”, „uważaj, takie miejsca bywają niebezpieczne”, „mam wrażenie, że tu już byliśmy wiele razy”... a kiedy się gubimy i nie wiemy, jak dalej iść, proponuję usiąść i siedzieć tak długo, aż nam coś do głowy wpadnie...

Zastanawiałam się, jak tę metaforę wykorzystać w pracy z rodziną. Niezbyt mi pasowała: rodzina może się rozleźć po lesie, każdy w swoją stronę, przecież ich nie upilnuję... Może trzeba by znaleźć hasło, jakim będą się zwoływać z powrotem?

A zarazem to właśnie najbardziej lubię w pracy z rodzinami: im większa, tym lepsza. Bo podczas pracy z pacjentem indywidualnym i do pewnego stopnia również z parą, nie opuszcza mnie złudzenie, że mogę mieć kontrolę, że kieruję i to ja jestem odpowiedzialna, ja mogę... To złudzenie budzi pokusę. Zwłaszcza że pacjenci często pragną „wiedzącej” terapeutki. A pracując z dużą rodziną naprawdę nie mam kontroli nad jej życiem, a nawet nad tym, co się wydarzy podczas spotkania, naprawdę nie wiem... Jestem wolna od pokus. Doświadczenie mnie nauczyło, że czasami najbardziej nośne są jakieś moje uwagi, które wypowiadam niejako przypadkiem, nie na temat, na przykład w „strefie buforowej” między wejściem rodziny do pokoju a rozpoczęciem „prawdziwej pracy”... To samo doświadczenie nauczyło mnie ufać swoim pomysłom, myślom, sprawom, które przyciągają moją uwagę... ufać również wtedy, gdy nie wiem, dlaczego jakaś myśl czy pytanie upoczywie do mnie powraca i zaprzęta moją uwagę, choć wydaje się nie mieć bezpośredniego związku z tym, o czym jest mowa na powierzchni naszej konwersacji... Więc mówię od czasu do czasu rzeczy „od czapy” i sprawdzam, jaki będzie skutek.

Rodzinie mogę pomóc tylko wtedy, gdy jej członkowie są naprawdę zainteresowani przyjęciem pomocy i zmianą.

Na terapię można spojrzeć jak na rytuał przejścia — od „już nie” do „jeszcze nie”; między tymi obszarami w naszym terapeutycznym „teraz” lokuje się niewiedza. Zapraszam pacjentów do skupienia się na tym nierozpoznanym obszarze w (moim) mniemaniu (przekonaniu), że z tego skupienia wyłoni się coś nowego.

Tu dygresja: Terapie systemowe w czasach mojej młodości — strategiczna, strukturalna czy nawet szkoły mediolańskiej, z jej najbardziej zwariowanymi interwencjami — były bliskie modelowi układanki. Pacjent — indywidualny lub rodzina — był postrzegany jako popsuta układanka, a zadaniem terapeuty było odtworzenie właściwego układu, odnalezienie brakujących fragmentów i należnych im miejsc. Ewentualny rozwój przebiegał wedle ustalonych reguł, a terapeuta był przewodnikiem w rozwoju i strażnikiem reguł. Ambitnym — powiedziałabym — ekspertem. **W i e d z i a ł.**

Jako terapeutka systemowa z przechyłem egzystencjalnym wołam podejście, by tak rzec, kalejdoskopowe. Wiecie Państwo: kalejdoskop to taka tuba. Z jednej strony ma otwór, przez który się patrzy, a z drugiej strony i wzdłuż wewnętrznych ścianek — lusterka. W środku garść kolorowych szkiełek. Szkiełka układają się w chaotyczną kupkę w stanie chwiejnej równowagi, ale zwielokrotnione odbicie sprawia, że widzimy symetryczny wzór; wystarczy leciutko zmienić pozycję tuby, troszёнkę ją obrócić, a pojawi się nowy obraz, podobnie fascynujący, regularny, nieprzewidywalny... Otóż wyobrażam sobie właśnie, że interwencje terapeuty rodzinnego to takie minimalne obroty tuby kalejdoskopu: obracam, patrzymy, co się pojawiło, przyglądamy się i decydujemy, kiedy zrobić/zaryzykować kolejny obrót.

Nie ma ostatecznej odpowiedzi i rozwiązań, jest za to nieskończenie wiele możliwości, a każda z nich może być stabilna w określonych ramach, dopóki jakaś minimalna zmiana nie spowoduje, że wszystko znów się przemieści, obróci... i tak bez końca. I ciągle chce się zobaczyć, co się pokaże przy kolejnym obrocie tuby.

Myślę, że metafora kalejdoskopu jest bliższa rzeczywistości rodzinnej, zwłaszcza w czasach dzisiejszych, kiedy — tak przynajmniej nam się wydaje, ale tak też wydawało się od dawna każdemu kolejnemu pokoleniu — rzeczywistość społeczna zmienia się szybciej niż kiedykolwiek. W każdym razie żadne pokolenie nie może już liczyć na to, że jego dzieci będą żyły w świecie, który będzie kopią „naszego, znanego nam świata”. Nie możemy nawet liczyć na to, że za naszego życia nie zajdą istotne jakościowe zmiany. To jeszcze jedna rzecz, której nie wiem: jaki układ rodzinny najlepiej posłuży rodzinie w rozwoju w najbliższych latach?

Czy terapeuta ma ułożyć całą układankę, czy wystarczy, że razem z rodziną ustawi kalejdoskop pod nieco innym kątem — zupełnie nie wiedząc, a zatem nie biorąc w istocie odpowiedzialności, bo jej wziąć nie może, za to, jak się ułożą poszczególne elementy? Czy może wierzyć — posłużyć się szacownym terminem z terapeutycznego lamusa — w samorealizacyjną tendencję systemu?

Pojawia się zaskakujące zestawienie: o d p o w i e d z i a l n o ś ć vs. u f n o ś ć. Czy mogę ufać odpowiedzialnie, gdy nie wiem? Ufność pokładana nie tylko w sobie i w pacjencie, ale także w doświadczeniu, w przebiegu procesu. Dla mnie oznacza ona zaufanie, że cokolwiek się nam przydarzy w terapii, poradzimy sobie. Oczywiście, nie „cokolwiek”, to skrót myślowy; czasami sobie nie poradzimy. Ale z drugiej strony, co znaczy „radzić sobie” albo „nie radzić”? Tu już mam znów więcej pytań niż odpowiedzi.

Czy jednak postawienie pytania jest wiedzeniem czy niewiedzeniem? Czy kiedy wiem, że należy zapytać, to wiem czy nie wiem? Być może najgorszym, najszkodliwszym rodzajem niewiedzenia jest nie wiedzieć, że się nie wie.

Koniec przydługiej dygresji. Zatrzymam się chwilę przy kwestii ufności.

Inny jej rodzaj to ufność w proces pozaświadomy: pozaświadomą komunikację z pacjentami. W miarę upływu lat coraz bardziej jestem przekonana, że lwia część bardzo ważnej komunikacji między mną a pacjentami odbywa się właściwie poza świadomością obu stron, a już na pewno poza jawną komunikacją.

W jednym z artykułów w książce, którą mi polecił profesor de Barbaro³, była mowa o komunikacji prawopółkulowej, bezpośrednio od człowieka do człowieka, bez pośrednictwa języka, być może za pośrednictwem neuronów lustrzanych... Być może też słowa, które jednak wypowiadamy (bo o czymś przecież mówić trzeba, jak zauważyła Nancy McWilliams podczas jednego z warsztatów), kryją w sobie przekaz nieoczywisty, a zarazem jakże oczywisty i najbardziej podstawowy: „kocham”, „boję się”, „pomóż”, „chcę pomóc”... W pewnym sensie nie wiem, co niesie mój przekaz i nie wie tego o sobie mój pacjent. Zakładam jednak — a w każdym razie dobrze by było, żeby tak było — że z nas dwojga moje przekazy werbalne są bliżej tych niejawnych, że są bardziej spójne (w każdym razie po to między innymi spędzałam i spędzam tyle godzin na własnej terapii i superwizji).

Niewykluczone, że chodzi tu właśnie o zaufanie do procesu tej niejawnej komunikacji między nami, z której wypływają na powierzchnię mojej świadomości różne, nawet dla mnie słabo zrozumiałe, zaciekawienia bądź uwagi. To dlatego pozwalam sobie ryzykować ujawnianie myśli, które się pojawiają „nie wiadomo skąd”. Pozwalam im zaistnieć w przestrzeni terapeutycznej, jawnie i patrzę, co z tego wyniknie. Oczywiście czasami nie wynika nic ciekawego, a czasami — otwierają się niedostrzegane dotąd drzwi.

Rozdział IV. Uwaga a wiedzenie/niewiedzenie

Paradoksalnie mogłabym powiedzieć, że swojej niewiedzy ufam w równym, a może czasem większym stopniu, niż wiedzy — w każdym razie tak się dzieje, gdy priorytetem jest spotkanie z drugim człowiekiem. Mówię, na przykład, co mi przychodzi do głowy, z nadzieją, że będzie z tego pożytek, a jak nie, to nie szkodzi. Nie, nie gadam zupełnie bezrefleksyjnie, choć czasem mi się zdarza coś chlapnąć (niektórzy uważają, że zbyt często). Może kluczem jest tu słowo „uwaga”. *N i e w i e m*, ale jestem uważna na doświadczenie swoje i pacjentów. W języku trochę bardziej uczonym powiedziałabym, że najbardziej cenię podejście fenomenologiczne w połączeniu z szacunkiem dla drugiej osoby. Uwaga zamiast wiedzy. Chciałabym w tym miejscu przytoczyć dwa przykłady związane z wiedzą/niewiedzą w terapii rodziny.

Rodzina I:

Rodzice między czterdziestką a pięćdziesiątką, czworo dzieci. Pacjentką identyfikowaną jest środkowa dziewczynka. Dokuczają jej nasilone objawy obsesyjno-kompulsywne, bywa także agresywna wobec członków rodziny; ma (wątpliwą) diagnozę zaburzeń cało-

³⁾ Joanna Skowrońska J. O wiedzeniu i niewiedzeniu dobroczynnym i szkodliwym. Perspektywa grupowo-analityczna. W: Drath W., de Barbaro B., red. Psychoterapia między wiedzeniem a niewiedzeniem. Kraków: Wydawnictwo UJ; 2022, str..

ściowych. Rodzina trafia do naszego psychiatry po wielu latach mało skutecznej terapii w innych miejscach. Psychiatra postrzega rodziców jako zgodnych i współpracujących, jednak wobec nieskuteczności farmakoterapii połączonej z terapią indywidualną dziewczynki nalega, by rodzina podjęła terapię rodzinną. Mimo deklarowanej gotowości upływa sporo czasu do pierwszej sesji rodzinnej. Po mniej więcej trzech spotkaniach rodzinnych w powietrzu zawisa słowo „przemoc”, które decyduję się ugiąć. Budzi to stanowczy sprzeciw rodziców („Nie przy dzieciach!”), ale zarazem prowadzi do decyzji odbycia kilku spotkań z samymi tylko rodzicami/małżonkami. Oto w skrócie sekwencja podczas pierwszego z tych spotkań:

Pani: Nie chcę poruszać „pewnych kwestii”, bo są zbyt bolesne.

Pan: ujawnia kwestię (używanie narkotyków).

Pani: [Kompletna rozpacz]. On dominuje, a ja będę ofiarą.

Terapeutka: Nie rozumiem, skąd się wzięła w tym momencie kwestia dominacji [może z tego, że żona nie chce poruszać tematu, a mąż go jednak poruszył? Ta niewiedza, ujawniona, okazuje się korzystna.]

Pani: relacjonuje sytuację z dość zamierzchłej przeszłości, związaną z narkotykami męża, kiedy bardzo się o niego bała i dramatycznie się na nim zawiodła (oszukiwał ją). Jest tak wzburzona i zrozpaczona, że niemal traci kontakt z terapeutkami.

Terapeutka: Wspieram kontakt „tu i teraz”.

Pan: protestuje przeciwko pozycjonowaniu go jako sprawcy przemocy.

Pani: widać ulgę, że „wyszło na jaw” (kościotrup wyszedł z szafy).

W tym przykładzie mam do czynienia z dwiema sytuacjami niewiedzy, na różnych poziomach: jednej doświadczam podczas sesji, kiedy nie rozumiem, skąd się pojawia wątek dominacji (przemocy?). Ta niewiedza, ujawniona, służy procesowi terapeutycznemu. Na innym poziomie nie wiem (i nie wiedział tego dotąd nikt z leczących dziewczynkę / rodzinę), że ojciec/mąż zażywa psychodeliki. Ujawnienie tego faktu i związanej z nim dynamiki rodzinnej rzuca ważne światło na możliwe źródła kłopotów identyfikowanej pacjentki. Źle by było, gdyby nie wyszedł na jaw.

Rodzina II:

Rodzina czteroosobowa, starsza córka cierpi na anoreksję, jest w terapii indywidualnej. Terapia rodzinna trwa trzy lata, w tym czasie identyfikowana pacjentka osiągnęła pełnoletniość. Ojciec jest cudzoziemcem, przed mniej więcej 20 laty, jako dziewiętnastolatek, uczestniczył w wojnie. Nie używa słowa „wojna”, mówi „lata dziewięćdziesiąte”.

Po trzech latach terapii wypływa temat „epizodu anorektycznego” ojca przed dziesięć laty. Trwał pół roku, był dramatyczny, z maszyną utratą wagi. Zaczął się nagle, „nie wiadomo dlaczego”, i nagle też zaczął ustępować — również nie wiadomo czemu. Mężczyzna nie korzystał z żadnej pomocy psychiatrycznej ani terapeutycznej.

Sesja jest przejmująca, mężczyzna po raz pierwszy mówi o „demonach wojennych”, które wówczas go dopadły. (Moim zdaniem przeszedł psychozę — czego nie mówię podczas sesji.) Dzieci i żona po raz pierwszy mają okazję usłyszeć, czego wówczas doświadczał.

Czy gdybym, rozpoczynając pracę z tą rodziną, zrobiła szczegółowy wywiad i zapytała „czy były w rodzinie przypadki choroby psychicznej?“, dowiedziałabym się o „epizodzie anorektycznym” męża/ojca?

Może, choć nie sądzę. Ale na pewno nie odbyłaby się ta niezwykle poruszająca i głęboka sesja, podczas której rodzina po raz pierwszy miała okazję porozmawiać na temat, który do tej pory był tematem tabu.

Podobnie w pierwszym przypadku: Możliwe, że gdybym na początku pracy z parą zrobiła wyczerpujący wywiad i explicite zapytała o substancje, uzyskałabym suchą informację. Nie miałabym jednak okazji towarzyszyć parze w próbie uporania się z tymi doświadczeniami i nie zobaczyłabym, jak sobie w tym przeskadzają.

Wróć jeszcze do tytułu konferencji: „Kiedy nie wiem, co powiedzieć”. Może nie tyle „nie wiem, c o powiedzieć”, co raczej „nie wiem, j a k powiedzieć”.

Rozdział V. Nie wiem, jak powiedzieć

Szczególny rodzaj niewiedzenia jest związany z niewidzeniem oczywistości albo z niewiedzeniem, jak tę oczywistość skomentować. W tym przypadku niewiedza (może raczej nazwalibyśmy ją nieumiejętnością, niewiedzeniem j a k powiedzieć) jest zazwyczaj niekorzystna dla procesu terapeutycznego.

[Tu — zamiast przykładu — eksperyment]

Zapraszam Państwa do małego eksperymentu: Proszę sobie wyobrazić, że prowadzicie z koterapeut(k)ą terapię rodzinną. Wchodzi rodzina — rodzice, dwoje podrośniętych dzieci — na terapię. Zaczynasz rozmowę. W pewnym momencie zdajesz sobie sprawę, że w pokoju bardzo brzydko pachnie. Szukasz źródła przykrej woni i widzisz, że but pana jest ubrudzony ekskrementami, pewnie psimi. Co robisz? [Po chwili:] teraz parę minut na podzielenie się tym doświadczeniem z osobą po lewej stronie.

Inna podobna sytuacja, znana zapewne wielu z państwa, to kiedy nie wiemy, jak powiedzieć pacjentowi, że brzydko albo za mocno pachnie lub powinien się umyć. Albo jak mu/jej powiedzieć, że mnie uraża; albo że ma rozpięty rozporek albo że w pozycji, w której siedzi, widać jej majtki. Albo jak rozmawiać z osobą, której relacja ze światem jest tak odmienna od mojej — na przykład traktuje innych ludzi wyłącznie przedmiotowo („wszystko mi jedno, z kim jestem; po prostu nie lubię być sama”). Jak zapytać o molestowanie w rodzinie? Skomentować widoczny defekt urody albo niepełnosprawność? Jak mówić o procesach fizjologicznych? Większość z nas przeszła w dzieciństwie trening niedostrzegania zjawisk kłopotliwych, a jeśli już się dostrzeże, nieprzyznawania się do tego... Nie znamy języka, w którym w akceptowalny dla siebie sposób moglibyśmy skomentować niezręczną sytuację. Nie umiemy mówić o oczywistościach. Jak, na przykład, rozmawiać z pacjentką o tym, że jest ułomna? Jak rozpocząć rozmowę o tym, że ma garb?

Jeszcze jedna refleksja: Nie trzeba, nie warto, nie należy utożsamiać niewiedzenia z bezradnością: kiedy nie wiem, co/jak powiedzieć, mam wybór między odwołaniem się do tego, co znane — bezpieczne i nudne — a spojrzeniem w nieznanne — ekscytujące i prze-

rażające. Przykład tego, jak przekonanie o konieczności i użyteczności wiedzy prowadzi do poczucia bezradności, pochodzi od mojej koleżanki: Pracowała z dość „oporną” parą. Po wielu, jej zdaniem nieskutecznych, interwencjach sięgnęła po kolejną; w i e d z i a ł a , jaki powinien być jej skutek; ale taki nie był. Terapeutka doszła do wniosku, że interwencja w ogóle nie poskutkowała („jeśli nie działa, tak jak chcę, to nie działa w ogóle”), zaczęła myśleć, że jest bezradna i zajęła się sobą („jaką kiepską jestem terapeutką”). W efekcie nie zauważyła — innego niż się spodziewała, a zarazem istotnego — efektu własnej interwencji i tego, jak była skuteczna (i interwencja, i terapeutka).

Na koniec przykład wiedzy, która może zaburzyć proces terapeutyczny. Chodzi mi o wiedzę pochodzącą ze źródeł innych niż sesja. Najczęściej wygląda to tak, że zacieka-wiony terapeuta pyta kogoś o swojego pacjenta albo zagląda do internetu po informacje, by się „więcej dowiedzieć o pacjencie”; najczęściej też zaniedbuje poinformowania pacjenta, że te informacje posiadał. A przecież wpływają one na jego postawę wobec pacjenta (bo nie mogą nie wpływać). Pacjent to rejestruje, choć raczej pozaświadomie, i jest, mówiąc kolokwialnie, „skołowany”, nie wie jak, a nawet na co zareagować. Sytuacja jest nieco schizofreniczna. Nadmiar informacji niejawniej szkodzi.

Coda

O naszej profesji myślę jak o rzemiośle artystycznym. Rzemieślnikowi niepotrzebna jest teoria; potrzebna jest mu wiedza oparta na doświadczeniu, czyli wiedza wyrażająca się w stwierdzeniu: „zazwyczaj, kiedy mam do czynienia z czymś w tym rodzaju, to kiedy postąpię w taki oto sposób, skutek będzie prawdopodobnie taki”. Oczywiście tego rodzaju doświadczenie można przekazać na piśmie: jeśli zaufam autorowi, mogę użyć jego narzędzi, technik, sposobów. W rzemiośle wszakże bywa też tak, że narzędzie, które w rękach jednego fachowca czyni cuda, komu innemu w ogóle nie pasuje; inne zaś, które jednemu wydaje się kompletnie nieprzydatne, ktoś inny wykorzysta po mistrzowsku.

W mojej praktyce przydaje mi się moje podejście do terapii, wiedzy, niewiedzy. Staram się je też przekazywać uczniom. Ale innym praktykom nie musi ono odpowiadać.

Adres email: anna.tanalska.duleba@cis.pl

**Krakowska Fundacja Rozwoju Psychoterapii im. Profesor Marii Orwid
we współpracy z Krakowską Fundacją Psychoterapii
i Rozwoju Dom Terapii w Krakowie zapraszają na**

KONFERENCJĘ NAUKOWĄ TAJEMNICE W PSYCHOTERAPII

która odbędzie się w dniach 6-7 kwietnia 2024 r. w Krakowie
w Centrum Dydaktyczno-Kongresowym przy ul. św. Łazarza 16

Komitet Naukowo-Organizacyjny Konferencji:

Przewodniczący: **mgr Ryszard Izdebski**

Członkowie: **mgr Ewa Domagalska-Kurdziel,
dr hab. n. med. Renata Modrzejewska, mgr Katarzyna Ramus,
dr n. hum. Dorota Solecka, mgr Daria Syrecka,
dr n. med. Krzysztof Sz wajca, mgr Katarzyna Ś lęzak,
mgr Roma Ułasińska, mgr Małgorzata Wolska,
mgr Sylwia Wyczółkowska**

Konferencja rozpocznie się panelem na temat wkładu **prof. Marii Orwid** w rozwój psychoterapii młodzieży i terapii rodzin – w ten sposób chcemy uczcić 15. rocznicę śmierci Pani Profesor.

W dalszej kolejności odbędą się wykłady wygłoszone przez:
**mgr Mikołaja Grynberga, mgr Hannę Pinkowską-Zielińską,
dr n. hum. Szymona Chrzastowskiego, dr n. med. Mariusza Ś losarczyka.**

Następnie odbędzie się warsztat dla wszystkich Uczestników,
podczas którego analizę przypadku rodziny z tajemnicą dokonają:
prof. dr hab. Katarzyna Prot-Klinger, prof. dr hab. Czesław Czała
oraz **prof. dr hab. Bogdan de Barbaro.**

W drugim dniu konferencji odbędą się warsztaty w podgrupach
oraz dyskusja panelowa na temat przemocy i tajemnic wokół niej.
Osoby prowadzące warsztaty, to: **mgr Maria Augustyn, mgr Konrad
Markiewicz i mgr Milena Kansy, mgr Kinga Swół, mgr Katarzyna
Ś lęzak i mgr Michał Czerski; mgr Małgorzata Wolska,
dr n. hum. Anna Wójcik-Zdyb.**

Patronat medialny: Kwartalnik „Psychoterapia”
Szczegółowe informacje na stronie <https://kfrp.pl/konferencja/>