

SYTUACJA PACJENTA JAKO SYTUACJA GRANICZNA

PATIENT'S SITUATION AS A LIMIT SITUATION

Zakład Psychologii Zdrowia
Instytut Psychologii Uniwersytetu Jagiellońskiego

**Jaspers
limit situation
suffering**

Artykuł zawiera rozważania na temat sytuacji egzystencjalnej, jaką jest przyjęcie roli pacjenta. Konsekwencje tego rodzaju doświadczeń przeanalizowano z perspektywy myśli Karla Jaspersa, w odniesieniu do praktyki psychoterapeutycznej, w zakresie której szczególnie znaczenie nadano dylematowi terapeuty między interweniowaniem a towarzyszeniem pacjentowi w cierpieniu.

Summary

Objectives. The aim of the article is to examine, if the 'limit situation' category, expressed by Karl Jaspers, aptly describes the situation of a patient, who seeks psychological help. According to Jaspers, suffering has two facets, it might be considered as a possible situation or as a limit situation. It is being avoided as far as it is possible, but eventually it is recognized as an unwanted but inevitable experience.

Methods. In the article, the patient's situation is considered in terms of suffering. There is an ambiguity of this experience which is discussed.

Results. Contrary to the conventional meaning, that emphasizes its aspect of being unwanted, suffering could be seen as an experience, which contributes to brighten the existence. Hence, a psychotherapist's role includes a kind of dualism, which depends on his or her attitude towards the patient's suffering. Indeed, a patient's suffering might be rejected or accepted.

Conclusions. Reflection on a patient's situation as a limit situation leads to the conclusion that the process of providing psychological help is defined by two dimensions: the therapist's role is to intervene and to attend. To attentively respond to the patient's suffering, a therapist must engage both in action against suffering and in non-action, which means in accompanying someone who suffers.

W praktyce pomocy psychologicznej¹ tradycyjnie zaczyna się interwencję od oceny stanu pacjenta. To sposób myślenia charakterystyczny dla racjonalnego postępowania leczniczego w ogóle. W kontekście „psychologicznego” sposobu pomagania jest szczególnie ważne, by rozróżnić pojęcia stanu i sytuacji pacjenta. Stan pacjenta jest mianowicie pewnym aspektem sytuacji pacjenta. Aby skutecznie pomagać, należy oceniać nie tylko to, w jakiej kondycji psychicznej pacjent się znajduje, ale też z uwagą analizować kontekst zgłoszenia, a więc sytuację, w jakiej się znalazł i która skłoniła

¹ Używam za P. Szczukiewiczem [4] określenia „pomoc psychologiczna” jako pojęcia obejmującego swoim zakresem poradnictwo psychologiczne i psychoterapię. Jest to rozstrzygnięcie polemiczne wobec propozycji takich autorów, jak Cz. Czabała, J. Aleksandrowicz, A. Kokoszka.

go do udania się po pomoc. Niniejszy tekst rozwija propozycję spojrzenia na sytuację pacjenta zwracającego się po pomoc psychologiczną jako na sytuację graniczną [1]. Celem autora jest wypróbowanie przydatności kategorii sytuacji granicznej do opisu sytuacji pacjenta i prześledzenie konsekwencji płynących z takiego opisu.

Koncepcja sytuacji granicznych została sformułowana przez Karla Jaspersa, psychiatrę filozofa w jego dziele *Psychologie der Weltanschauungen*, które zostało wydane w Niemczech w 1919 roku, a rozwinięta w jednym z tomów: *Philosophie* z 1932 roku. W psychologii, zdominowanej przez angloamerykański system wartości, koncepcja sytuacji granicznych wraz z jej wymową metafizyczną [por. 2] nie mogła zyskać szerokiego uznania. Mirosław Żelazny, autor monografii pt. „Filozofia i psychologia egzystencjalna” [3], zauważa, że myśl K. Jaspersa jest za oceanem prawie nieznaną. Wyjątkiem jest Irvin Yalom, amerykański autor — psychoterapeuta i superwizor psychoterapii, który pisząc o „psychoterapii egzystencjalnej” czerpie z dorobku niemieckiego filozofa; na zaproponowanej przez Jaspersa typologii sytuacji granicznych oparł strukturę swojego podręcznika zatytułowanego „Psychoterapia egzystencjalna” [5]. Jego recepcja dorobku niemieckiego filozofa jest jednak ograniczona pragmatyczną perspektywą, którą *explicite* przyjmuje (uznaje europejskich „analityków egzystencji” za ledwie za rozproszonych i w większości zapomnianych „kuzynów” eksplorowanego przez niego egzystencjalnego podejścia do psychoterapii [por. 5, s. 25]).

W Polsce myśl Karla Jaspersa w ostatnich latach jest przedmiotem szczególnego zainteresowania. Swą działalność w 2008 roku zainicjowało w Krakowie Polskie Towarzystwo Karla Jaspersa, pojawiły się kolejne przekłady i publikacje komentujące dzieła filozofa [2, 3] oraz monografie wieloautorskie eksponujące różne szczegółowe wątki jego filozofii [6, 7, 8]. W kontekście praktyki psychologicznej koncepcja sytuacji granicznych była reinterpretowana w pracach Małgorzaty Opoczyńskiej [9] oraz Marii Straś-Romanowskiej [10]. Perspektywa egzystencjalna została także uwzględniona w tekstach Alicji Kargulowej [11] z dziedziny poradnictwa.

Inspiracją dla podejmowanych tu rozważań jest w szczególności esej M. Opoczyńskiej z „Dyskurs cierpienia — dialog świadków?” [9] oraz przywoływana przez Alicję Kargulową w książce „O teorii i praktyce poradnictwa” [11] fenomenologia pęknięcia w codziennej rzeczywistości osoby zwracającej się po pomoc do specjalisty, związana z ideą podstawowego lęku opisaną przez Anthony’ego Giddensa. Wydaje się, że wrażliwość terapeuty na graniczny wymiar doświadczeń pacjenta rzutuje na jakość relacji, która — jak wskazują badania [12], jest jednym z kluczy do terapeutycznej zmiany. Proponowana tu perspektywa może służyć za przygotowanie do budowania dobrej relacji, między innymi dlatego, że wyjaśnia specyficzną atmosferę pierwszego spotkania pacjenta i terapeuty, wpisane w nią niepewność, wahanie, gotowość odwrotu.

Proponowane tu rozumienie sytuacji granicznych w aspekcie dynamicznym, to znaczy — jako wydarzeń, jest pewnym rozstrzygnięciem interpretacyjnym wieloznacznej koncepcji K. Jaspersa, w literaturze można co najmniej równie często napotkać „statyczne” rozumienie sytuacji granicznych jako konfliktów psychicznych [5, 13], nieświadomych źródeł lęku egzystencjalnego.

Sytuacja pacjenta jako sytuacja graniczna

Alicja Kargulowa zauważa, że moment zwrócenia się do specjalisty po poradę jest poprzedzony przeżyciem „pęknięcia w codziennej rzeczywistości” [11, s. 133]. Trzymając się ściśle terminów używanych przez Anthony’ego Giddensa [14], którego przemyślenia inspirowały autorkę, można powiedzieć, że pęknięciu ulega nie tyle codzienna rzeczywistość, co raczej codzienne „poczucie nierzeczywistości” — swoisty kokon ochronny, pozwalający brać w nawias potencjalne źródła lęku (jak choćby grożące w każdej chwili ryzyko uszkodzenia własnego ciała, a nawet śmierci). Ów kokon ochronny — bazowe poczucie bezpieczeństwa towarzyszące każdej przeciętnie zdrowej osobie na co dzień (tu Giddens podąża śladem teoretyków przywiązania) jest wypracowywane we wczesnym dzieciństwie w interakcji z opiekunem. Odsuwanie w cień podstawowych cech życia ludzkiego, które w innym razie musiałyby budzić paraliżujący niepokój, dokonuje się za sprawą zaangażowania w rutynowe czynności i dyskursy. „W procesie wykształcania w przestrzeni potencjalnej relacji między dzieckiem a opiekunami od najwcześniejszych dni życia fundamentalną rolę odgrywają nawyk i rutyna. Ustanowione zostają rdzenne powiązania między rutyną, czyli odtwarzaniem koordynujących działań konwencji, i poczuciem bezpieczeństwa ontologicznego” [14, s. 55]. Kto traci kokon ochronny, ten widzi świat odczarowany, niepisane umowy na współdziałanie i komunikację przestają być oczywiste. Konfrontuje się z nagą prawdą faktów, których nie wiążą konstruktywne niedopowiedzenia.

W świetle tej koncepcji chaos jest punktem wyjścia, a trwoga, „czyli perspektywa zostania bez reszty ogarniętym przez lęki sięgające samych korzeni naszego spójnego poczucia >>bycia w świecie<< [14, s. 53] — adekwatną na niego odpowiedzią, poczucie bezpieczeństwa jest zaś wartością dodaną, szczęśliwie przypadającą w udziale większości. To poczucie bezpieczeństwa jest figurą na tle podstawowego lęku, a nie odwrotnie. Figura może, ale nie musi pojawić się na scenie konkretnej biografii, zasłaniając tło lub pozostawiając wyeksponowane. Lęk jest wrodzony, poczucie bezpieczeństwa — nabyte.

Szczepionka przed egzystencjalną trwogą nie jest doskonale skuteczna. Uwity we wczesnym dzieciństwie i starannie pielęgnowany w dorosłości kokon ochronny, pozwalający na branie w nawias dezorganizujących codzienne radzenie sobie², „pytań egzystencjalnych”, może zostać wskutek pewnych wydarzeń życiowych przerwany. Jest to równoznaczne z załamaniem nawykowego, rutynowego sposobu działania oraz rytuałów komunikacyjnych. „Kiedy z jakiegoś powodu dochodzi do zerwania rutyny, [...] jednostka staje jakby oko w oko z wypartymi treściami” [14, s. 229].

Czy dokładnie w takiej sytuacji znajduje się pacjent zwracający się po pomoc psychologiczną? Czy jego lęk sięga każdorazowo „samych podstaw spójnego bycia

² „Pytania egzystencjalne to pytania dotyczące podstawowych parametrów życia ludzkiego, na które >>odpowiada<< każdy, kto >>radzi sobie<< w warunkach społecznych” (Giddens, 2007, s. 78). Odpowiadamy na nie — pomijając je, spychając w nieświadomość, zajmując się innymi sprawami. Giddens pisze o czterech obszarach, których pytania egzystencjalne dotyczą, są to: skończoność życia ludzkiego, doświadczenie innych (problem bezpośredniej niedostępności wewnętrznych stanów innego), ciągłość tożsamości, egzystencja i bycie.

w świecie”? Czy konkretne komplikacje biograficzne, z którymi się boryka, faktycznie konfrontują go z konfliktami związanymi ze skończonością życia, doświadczeniem innych, ciągłością własnej tożsamości? Oczywiście ten opis nie pasuje do każdego, kto zwraca się po pomoc. Nie zawsze dochodzi do zerwania rutyny, nie zawsze owo zerwanie ma charakter radykalny. Treści egzystencjalne nie zawsze są wnoszone w terapeutyczny dialog. O tym, czy w procesie terapii znajdzie się na nie przestrzeń, decyduje gotowość pacjenta i terapeuty. Powszechnie jednak doświadczenie cierpienia jest wyłomem w „codziennym radzeniu sobie”, przez który prześwitują egzystencjalne konflikty.

Rdzeń tej części pracy A. Giddensa, gdzie interpretuje on codzienne rytuały w kategoriach mechanizmów chroniących przed podstawową trwogą, zakorzeniony jest w filozofii egzystencjalnej. Wydaje się, że autor celnie opisuje sytuacje graniczne tak jak się ich doświadczą, ale do tych fenomenologicznych prób się ogranicza. Nie idzie śladem hermeneutyki sytuacji granicznej jako doświadczenia, w którym dokonuje się osobowy rozwój, nie sięga po pojęcie „męstwa bycia” (termin P. Tillicha [15]) jako odpowiedzi na egzystencjalną trwogę. Z tego przemilczenia wyrasta nadmierny, jak się zdaje, krytycyzm wobec psychoterapii — którą autor przedstawia w karykaturalnym świetle jako praktykę wspierającą obronę przed „podstawowymi parametrami ludzkiej egzystencji”.

Tradycja filozofii egzystencjalnej wskazuje, że te momenty bycia nieosłoniętym rutyną mają walor „osobotwórczy” — w konsekwencji ich napotkania i rozpoznania jako takich dochodzi do rozjaśniania egzystencji, to znaczy ukazywania się nowych możliwości bycia sobą (ten wątek rozwinął na gruncie psychologii Kazimierz Dąbrowski [16]; w szczątkowej formie obecny jest on w teoriach interwencji kryzysowej, gdzie o kryzysie mowa jest w kategoriach zagrożenia, ale też szansy [17]). K. Jaspers takie sytuacje określa mianem sytuacji granicznych. Konstytutywną cechą sytuacji granicznych jest ich nieuchronność — napotkanie cierpienia, walki, winy, izolacji i śmierci jest nieodwołalnie wpisane w każdą biografię. Konsekwencją tego, że jest się rzuconym w sytuację graniczną — jest zaś odsłonięcie jakiejś prawdy o sobie, która w inny sposób nie dochodzi do głosu. Rzucony w sytuację graniczną napotykam siebie jako śmiertelnego, omylnego, podatnego na zranienie, określonego od strony wrodzonych i nabytych predyspozycji i okoliczności, w których przyszło mi żyć. Odkrywam siebie o określonych granicach. Odkrywam, że powiedzieć — nieprawdą jest, że mogę wszystko — to mało, nieprawdą jest nawet, że mogę uniknąć tego, czego nie chcę, by nastąpiło. Nie mogę uniknąć śmierci, izolacji, cierpienia, walki i winy, nie mogę zmienić wielu okoliczności określających moje życie, bez względu na to, jak bardzo tego pragnę. Istota sytuacji granicznej polega na tym, że nadchodzi to, czego za wszelką cenę nie chcę, ale nie mogę temu zapobiec.

Konsekwencje granicznego charakteru cierpienia dla praktyki psychoterapeutycznej

W filozofii K. Jaspersa cierpienie jest sytuacją graniczną, jednak oprócz wymiaru granicznego ma też swój wymiar możliwy. Klarownie wyjaśnia to M. Żelazny: „Oczy-

wiście obecność w świecie wymaga od nas, abyśmy cierpienie tak długo, jak tylko się da, pojmowali jako sytuację możliwą. Staramy się przed nim zabezpieczyć, nie poddawać się mu, gdy już nadejdzie. Moralność i prawo wymagają od nas, abyśmy poszukiwali jego sprawców, jeśli takowi istnieją. Postawa egzystencji nieautentycznej polega jednak na całkowitej niemożności pojmowania cierpienia, zarówno w aspekcie jednostki, jak i zbiorowości, jako sytuacji ostatecznej graniczności” [3, s. 273]. Pacjenci zwracają się po pomoc psychologiczną w doświadczeniu niemocy, niezdolności do rozwiązania problemu, niemożności zniesienia cierpienia, wielu z nich traktuje psychoterapię jako ostateczność. Można założyć, że zanim dochodzi do pierwszego spotkania terapeuty z pacjentem, cierpienie jako sytuacja możliwa zostaje już przez pacjenta opracowane. Terapeuta może wobec tego przyjąć dwie różne postawy: 1) może nadal traktować cierpienie pacjenta jako sytuację możliwą — próbować mu zaradzić, bazując na przekonaniu o posiadaniu większej od pacjenta wiedzy; 2) może przyjąć sytuację pacjenta jako graniczną, a więc solidarnie z pacjentem uznać, że jego „nieradzenie sobie” nie jest wynikiem błędnego postrzegania sytuacji czy niewystarczającej wiedzy, a raczej adekwatną do jego położenia reakcją, a w konsekwencji uznać swoją bezradność wobec cierpienia pacjenta. Ta pierwsza postawa wydaje się zgodna z powszechnym wyobrażeniem o psychoterapii jako działalności profesjonalnej, której skuteczność jest wypadkową biegłości w operowaniu specjalistyczną wiedzą i umiejętnościami. Implikacją drugiej z postaw jest paradoksalny charakter praktyki psychotherapeutycznej — skoro terapeuta nie może nic zdziałać, skoro jest jak pacjent bezradny, to czy może pomóc? Małgorzata Opoczyńska w eseju „Dyskurs cierpienia — dialog świadków?” stawia śmiało, testujące fundamenty praktyki psychotherapeutycznej pytanie: „Czy możliwy jest dialog pomiędzy cierpiącym a niecierpiącym?”. Wątpliwość ta, w toku refleksji krystalizuje się w pytanie: „Czy w sytuacji granicznej jest miejsce na obecność?” [9, s. 283]. Sam esej ma nieomal konfesyjny charakter, zdaje sprawę z doświadczeń praktyki psychotherapeutycznej autorki, w swojej wymowie nie jest polemiką, raczej — medytacją nad etyką psychotherapii.

Spotkanie terapeuty i pacjenta w obliczu graniczności cierpienia

Małgorzata Opoczyńska analizuje dwa fenomeny określające możliwość nawiązania relacji z pacjentem. Pierwszym z nich jest „bezsłowność cierpienia”, drugim „samotność cierpiącego”. Cierpienie jest doświadczeniem, o którym da się co prawda mówić, język jednak nie pomaga zaradzić cierpieniu, mówienie o nim nie uśmierza go: „Język jest bezradny wobec cierpienia” [9, s. 279]³. Samotność cierpiącego jest ściśle związana z brakiem możliwości komunikowania cierpienia w języku. Cierpienia nie można słowami wskazać, przybliżyć komuś w słowach, by oddalić od siebie, trzeba się z nim mierzyć sam na sam, cierpiący jest niewidoczny w życiu wspólnoty [9].

³ Być może nawet bezsłowność należy do istoty cierpienia, jak powie M. Opoczyńska — jest jego obliczem: „cierpieć, to nic nie mówić, bo cierpieć to nie móc nic czynić, więc także nie móc zdobyć się na dystans wobec swych doświadczeń nawet na odległość słowa” [9, s. 279].

Poczucie radykalnej samotności i wyobcowania towarzyszące doświadczeniu cierpienia wraz z przekonaniem o niemożności przekazania drugiej osobie jego treści sprawiają, że możliwość zwrócenia się po pomoc psychologiczną wydaje się absurdem. Często dopiero poczucie „nie mam już nic do stracenia” pozwala sięgnąć po tę absurdalną możliwość.

Gdy w końcu dochodzi do spotkania, jako terapeuta „stojąc obok cierpiącego mogę zaprzeczać jego cierpieniu lub je przyjąć” [9, s. 283]. Często pierwszą reakcją terapeuty, naturalną ludzką reakcją jest chęć zaprzeczenia graniczności cierpienia, a także chęć zaprzeczenia samotności cierpiącego: „I kiedy będąc obok, zaczynam mówić, do głosu dochodzi niezgoda na nieodwołalne, na śmierć, choć pewnie wtedy o niej nie myślę. Próbuję samotność cierpiącego zaludnić sobą i w ten sposób znieść. Pogłębiam jednak, ilekroć moje słowa, nie dowierzając cierpieniu, zaprzeczają, że jest w istocie sytuacją graniczną — nie można jej znieść, nie da się jej ominąć, w żaden sposób nie może być >>rozwiązana<<, ani przez refleksję, ani przez działanie (por. Jaspers, 1999, s. 407–408)” [9, s. 283].

Przyjęcie cierpienia pacjenta przez terapeutę służy terapii⁴. Zadaniem terapeuty w kluczowym dla procesu terapii momencie jest „wytrzymać cierpienie”, rezygnując z aspiracji do jego aktywnego zwalczania. Przyjęcie cierpienia oznacza dla terapeuty cierpienie wraz z pacjentem. Stwierdzenie: pomoc to — cierpieć wraz z pacjentem, może budzić u czytelnika protest, co najmniej — zakłopotanie. Nie tędy prowadzą utarte szlaki myślenia o psychoterapii jako działalności profesjonalnej. W horyzoncie szerszej refleksji nad problematyką poznania w procesie psychoterapii [18] postulat ten wydaje się mniej kontrowersyjny.

Po pierwsze teza o „cierpieniu-wraz” [9] ma wymowę nietechniczną, jest metaforą, gdzie cierpienie nie jest po prostu stanem tej czy innej osoby, jest raczej perspektywą, wobec której odbywa się spotkanie. Perspektywą, którą — skoro ma ją przed sobą pacjent — musi mieć i terapeuta, by mogło dojść do przekroczenia samotności tego pierwszego. Głos terapeuty dobywający się z wnętrza jego własnego „kokonu ochronnego”, będącego zasłoną dla cierpienia jako horyzontu bycia w świecie, nie osiągnie celu, będzie potwierdzeniem samotności tego, kto szuka pomocy.

Ideał „cierpienia-wraz” można rozumieć jako gotowość terapeuty do zawieszania sądów o pacjencie w terminach profesjonalnego aparatu pojęciowego. Specjalistyczny słownik opisu objawów, mechanizmów intrapsychicznych, składowych procesu zmiany, wizytówka każdej z wielkich szkół psychoterapeutycznych stanowi swego rodzaju „kokon” terapeuty, dzięki któremu nie dotykają go emocje targające pacjentem [por. 18]. To, czy zawieszenie wypracowanego sposobu myślenia o pacjencie, który jest jednocześnie sposobem chronienia siebie terapeuty, może służyć terapeutycznej zmianie jest właściwym tematem dyskusji.

Wydaje się, że rutyna związana z zawodowym uprawianiem psychoterapii czyni pomaganie możliwym także dzięki temu, że uniewrażliwia na cierpienie pacjenta. Poza rutyną obecność u boku cierpiącego jest czymś nieznośnym. Świadczy o tym

⁴ To przekonanie płynące z doświadczenia autorki staje się czytelnikowi dostępne w świetle ściślego fenomenologicznego opisu, którego nie sposób streścić nie kalecząc sensu, jaki niesie.

choćby fakt, że na co dzień wielokrotnie w sposób bezrefleksyjny ludzie angażują się w sytuacje poradnictwa incydentalnego, poradnictwa „na progu”, przypadkowego, co do czasu, formy i przestrzeni naprzemiennie w charakterze doradców i radzących się [19, s. 274], a jednak wciąż istnieje potrzeba powoływania do życia instytucji zajmujących się profesjonalną pomocą psychologiczną. Cierpienie jest w codziennych „rytuałach komunikacyjnych” pomijane z życzliwą nieuwagą. Trudno o nim mówić i trudno słuchać. Cudze cierpienie przywołuje na myśl własne, odsłania horyzont, na który spogląda się niechętnie i tylko z konieczności.

Jeżeli rzeczywiście przyjmowanie cierpienia pacjentów jest dla terapeuty kwestią wyboru i jest to wybór niejako wbrew sobie (wybór etyczny, gdzie terapeuta ponosi pewien osobisty koszt na rzecz dobra pacjenta), to na pewno wymóg ten nie może zostać skodyfikowany w żadnej postaci. Nie można oczekiwać od terapeutów, że takie decyzje będą podejmowali, nie można ich z tego rozliczać. Poza tym stwierdzenie, że najważniejszy moment leczenia to ten, w którym narzędzia są odłożone, a lekarz jest w pobliżu, wymaga doprecyzowania. Od owego lekarza musi emanować spokój, który zawdzięcza także temu, że w ogóle ma on narzędzia i umie nimi władać, że zasady praktyki, którą się para, zostały wypracowane przez społeczność specjalistów, zdobywającą doświadczenia w różnych miejscach i czasie. Krótko mówiąc, musi istnieć przestrzeń wyboru; możliwość przekroczenia konwencji, bądź podążania za nią. Nie ma tego spokoju lekarz, który nie zna tradycji leczenia tej czy innej choroby, nie wie, co się o niej mawia i pisze⁵. Wartość terapeutyczną może mieć zawieszenie sądów przez kompetentnego terapeutę, ale już nie niezdolność ich sformułowania przez laika. Prawdziwie bezbronny — nie bezbronny z wyboru — terapeuta, wystawiony na próbę zniesienia cierpienia wraz z pacjentem, nie mając innej drogi odwrotu — opuści pacjenta.

Zakończenie

Jedną z konsekwencji rozumienia sytuacji pacjenta jako sytuacji granicznej jest dostrzeżenie jej niejednoznaczności, która jest związana z niejednoznacznością doświadczenia cierpienia. Cierpienie jest uporczywą przeszkodą w realizowaniu zamierzeń, ról, zadań, jakie stawiamy sobie w biegu życia. Jako takie staramy się

⁵ Z drugiej strony lawinowy wzrost liczności publikacji, konferencji, szkoleń z zakresu psychoterapii, który obserwuje się w ostatnich dekadach, ma swój rewers w zachwianiu poczucia kompetencji do świadczenia pomocy psychologicznej u początkujących praktyków. Powstaje wrażenie istnienia tak przytłaczającego ogromu wiedzy na temat psychoterapii, że adekwatną postawą wydaje się zaniechanie jakiegokolwiek praktyki. Nancy McWilliams zauważa, że: „Choć wśród młodych psychoterapeutów występują znaczne różnice w podejściu do pierwszych doświadczeń w tej roli, to jedno wydaje się ich łączyć: niepokój. Wielu studentów mówi o niepokojącym uczuciu nieuczciwości, nawet o poczuciu bycia oszustem, czego dowodzą badania empiryczne nad subiektywnymi reakcjami świeżo upieczonych terapeutów (np. Clance i Imes, 1978)” [20, s. 73]. Beata Zielińska w swoim przeglądzie publikacji na temat trudności początkujących terapeutów zauważa, że w literaturze przedmiotu lęk wynikający z poczucia braku kompetencji i niepewność co do własnych umiejętności klinicznych wyrastają na centralny problem praktyków nowicjuszy [21].

zwalczać, także w procesie świadczenia profesjonalnej pomocy psychologicznej. Niejako w tle zmagania się z cierpieniem może mieć miejsce proces przyswajania cierpienia jako prawdy o życiu. Pytanie „kim jestem?” rozjaśnia się w zderzeniu z cierpieniem o sąd: „nieprawdą jest, że mogę wszystko” — „nie jestem Bogiem”; kiedy nadchodzi niechciane–nieuchronne, nie mogę nic zrobić. To doświadczenie ma potencjalnie wymiar rozwojowy. W psychologicznych reinterpretacjach myśli egzystencjalnej wątek rozwojowego charakteru doświadczeń granicznych zdaje się najchętniej eksplorowany [10, 22].

Teza o granicznym charakterze cierpienia — a więc o tym, że cierpienie jest doświadczeniem wstrząsającym posadami świata codziennych rytuałów i praktyk — nie jest kontrowersyjna. Podobnie — myśl, że na pewnym etapie życia człowiek, niejako przy okazji zmagania się z konkretnym źródłem cierpienia, staje przed wyzwaniem ustosunkowania się w sposób refleksyjny do cierpienia jako takiego — to jest — doświadczenia niechcianego–nieuchronnego (cierpienia jako sytuacji granicznej), oraz że wypracowanie własnego stosunku do sytuacji tego typu jest zadaniem rozwojowym. Dyskusyjny jest sposób aplikacji tej wiedzy do praktyki psychoterapeutycznej.

Irvin Yalom, niekryjący swojego niewielkiego przywiązania do teorii Karla Jaspersa, pisze o sytuacjach granicznych (nie używając tego pojęcia) jako o źródłach nieświadomych konfliktów, które mogą być w toku psychoterapii przepracowywane. Tak więc cierpienie, izolację, walkę, winę, śmierć rozumie jako specyficzne tematy, dostarczające szczegółowych hipotez roboczych, które posuwają naprzód proces zmiany. Taki sposób myślenia tworzy podwaliny względnie osobnej szkoły psychoterapii i jest interesujący dla stosunkowo wąskiej grupy praktyków.

Odczytanie teorii sytuacji granicznych w kontekście filozofii spotkania terapeuty i pacjenta [9] odsłania jej bardziej uniwersalny potencjał, pozwala postawić przejmujące pytanie: jakiej obecności terapeuty potrzebuje cierpiący, który zwraca się po pomoc? Zawodowe zajmowanie się cierpieniem jest możliwe pod warunkiem przyswojenia pewnych złożonych strategii obronnych. Aby móc przez kilka godzin dziennie towarzyszyć cierpiącemu, latami uczymy się interpretować cierpienie w psychologicznych terminach, aby oddalać je od siebie i tego samego uczyć pacjenta. Refleksja nad sytuacją pacjenta jako sytuacją graniczną pozwala postawić pytanie o terapeutyczną wartość gestu odwrotnego: przyjmowania cierpienia pacjenta przez terapeutę, które wiąże się z przyjmowaniem własnego cierpienia przez pacjenta. Wydaje się, że warunkiem tego, by cierpienie terapeuty wraz z pacjentem nie zagrażało trwałości relacji terapeutycznej, jest — by miał on realną możliwość odwrotu, a więc aby miał wiedzę pozwalającą dystansować się od przeżyć pacjenta.

Myślenie o sytuacji pacjenta jako o sytuacji granicznej eksponuje pozostający zwykle w cieniu aspekt świadczenia pomocy psychologicznej, który wykracza poza logikę działania terapeuty. Świadczenie pomocy psychologicznej, zanim jest czynieniem (interweniowaniem, analizowaniem, interpretowaniem, wzmacnianiem, odzwierciedlaniem, pytaniem, słuchaniem, mówieniem), jest najpierw obecnością obok cierpiącego, towarzyszeniem cierpiącemu. Wydaje się, że aspekt ten stanowi swego rodzaju minimum pomocy psychologicznej. Kto był przy cierpiącym obecny na sposób, który można nazwać towarzyszeniem — świadczył pomoc.

Kontekstem świadczenia pomocy psychologicznej, gdzie ten aspekt pomagania — wyjątkowo — pełni pierwszoplanową rolę, jest opieka paliatywna [23]. Tu praktycy nieuchronnie mierzą się z dojmującym poczuciem przychodzenia do pacjentów „z pustymi rękami”. Niezdolność dokonania zmiany odsłania leżący poza działaniem sens pomocy — jako towarzyszenia właśnie. Poszczególne konteksty świadczenia pomocy psychologicznej różnią się stopniem wyeksponowania wymiarów działania i towarzyszenia, niemniej wydaje się, że każdorazowo proces pomagania określony jest na tych dwóch wymiarach. W świetle badań nad efektywnością psychoterapii [12], gdzie wciąż 40% zmienności uznaje się za niewyjaśnioną, dyskusję na temat znaczenia tych i innych aspektów procesu trzeba uznać za otwartą.

Piśmiennictwo

1. Jaspers K. Wiara filozoficzna wobec objawienia. Kraków: Wydawnictwo Znak; 1999.
2. Piecuch Cz. Metafizyka egzystencjalna Karla Jaspersa. Kraków: Universitas; 2011.
3. Żelazny M. Filozofia i psychologia egzystencjalna. Toruń: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika; 2011.
4. Szczukiewicz P. O pomaganiu i psychoterapeutach. Kształtowanie się postaw wobec profesjonalnej pomocy psychologicznej. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej; 2005.
5. Yalom I. Psychoterapia egzystencjalna. Kraków: Instytut Psychologii Zdrowia PTP; 2008.
6. Piecuch Cz, red. Karl Jaspers: Myślenie zaangażowane. Kraków: Universitas; 2011.
7. Piecuch Cz, red. Karl Jaspers: Człowiek w epoce przełomu. Kraków: Universitas; 2013.
8. Piecuch Cz, red. Karl Jaspers: w kręgu wielkich myślicieli współczesności, Kraków: Universitas; 2015.
9. Opoczyńska M. Dyskurs cierpienia — dialog świadków? W: Straś-Romanowska M, Żurko M, Bartosz B, red. Psychologia małych i wielkich narracji. Warszawa: Eneteia; 2010.
10. Straś-Romanowska M. Doświadczenie graniczne w rozwoju człowieka: wyzwanie dla poradnictwa. W: Kargulowa A, red. Poradnictwo — kontynuacja dyskursu. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2009.
11. Kargulowa A. O teorii i praktyce poradnictwa. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2010.
12. Sass-Stańczak K, Czabała JCz. Relacja terapeutyczna — co na nią wpływa i jak ona wpływa na proces psychoterapii? *Psychoter.* 2015, 1(172): 5–17.
13. Czabała JCz. Lęk w ujęciu egzystencjalizmu. *Post. Psychiatr. Neurol.* 1994; 3, 29–35.
14. Giddens A. Nowoczesność i tożsamość. Warszawa: PWN; 2007.
15. Tillich P. Męstwo bycia. Warszawa: Rebis; 1994.
16. Dąbrowski K. Trud istnienia. Warszawa: Wiedza Powszechna; 1975.
17. Kubacka-Jasiecka D. Interwencja kryzysowa. Pomoc w kryzysach psychologicznych. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne; 2010.
18. Opoczyńska M. Dialog Innych albo inne monologi. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2007.
19. Siarkiewicz E. O zastosowaniu dorobku etnometodologii w badaniach nad poradnictwem. W: Kargulowa A, red. Poradnictwo — kontynuacja dyskursu. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2009.
20. McWilliams N. Psychoterapia psychoanalityczna. Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia; 2011.
21. Zielińska B. Trudności początkujących terapeutów — przegląd literatury. *Psychoter.* 2015; 1 (172): 85–94.

22. Popielski K. Psychologia egzystencji. Lublin: Wydawnictwo KUL; 2008.
23. Wójcik-Krzemień A. O relacyjnej gościnności u kresu życia. W: Opoczyńska M, red. Poza zasadą powszechności. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2014.

adres: bwojdala@gmail.com