

J a c e k B o m b a

Kwestia tabu w psychoterapii

Psychoterapia posługuje się pojęciem tabu w jego rozszerzonym znaczeniu. Tak się jednak składa, że psychoterapia sama jest trudno definiowalna. W konsekwencji zainteresowanie relacją między psychoterapią a tabu naraża nas na poruszanie się wśród pojęć niedookreślonych.

Trudność uzgodnienia zakresu pojęcia „psychoterapia” nie zwalnia od przyjęcia któregoś z istniejących lub — co może nawet zdarza się częściej — z przyjmowania własnego rozumienia tego, co jest psychoterapią lub czym ona jest. Odpowiedź na drugie pytanie, sądząc po ilości odpowiedzi, wydaje się łatwiejsza. Prowadzi do niej wprawdzie ustalenie celu, a potem sposobów dążenia do niego. Cele psychoterapii zazwyczaj określa się jako poprawę zdrowia. W ten sposób umieszcza się psychoterapię wśród sposobów i metod leczenia. To rozwiązanie ma także swoje słabe punkty, pomija bowiem działania zapobiegawcze i rehabilitacyjne. Co do sposobów dążenia do poprawy stanu zdrowia, mimo ich wielkiej różnorodności, a może właśnie dlatego, łatwiej jest ująć je pojemnym określeniem — oddziaływania psychospołeczne.

Odpowiedź na pytanie, „co jest psychoterapią”, jest znacznie trudniejsza, a może nawet niemożliwa. Wydaje się, że jest tak, ponieważ pytanie zawiera zapowiedź istnienia nie istniejącego przecież wzorca. Pozostaniemy zatem przy rezultacie oglądu, usiłującego ustalić cechy istotne: działania o naturze psychospołecznej, mające na celu poprawę stanu zdrowia — ale także zapobieganie powstawaniu jego zaburzeń oraz zmniejszanie czy usuwanie niesprawności powstałych w następstwie tych zaburzeń.

Problem tabu pojawił się w psychoterapii w wyniku poszukiwań kulturowego uwarunkowania rozwoju indywidualnego i jego zaburzeń. Zygmunt Freud¹ wprowadził do swojej koncepcji pojęcie tabu dla wyjaśnienia kulturowych sił ograniczających popędowe zachowania jednostki, ale równocześnie skupiają-

¹ S. Freud, *Totem und Tabu. Einige Übereinstimmungen im Seelenleben der Wilden und der Neurotiker*, Wien 1912–1913; przekł. pol.: *Totem i tabu. Kilka zgodności w życiu psychicznym dzikich i neurotyków*, tłum. M. Poręba i R. Reszke, w: Z. Freud, *Kultura jako źródło cierpień*, Wydawnictwo KR, Warszawa 1995.

cych uwagę wokół tego, co jest objęte tabu. Od tego czasu minął niemal wiek i pojęcie tabu, z jednej strony, było doprecyzowywane, z drugiej — rozszerzane. W antropologii — skąd to pojęcie pochodzi — określa się jako tabu obiekt lub osobę, wobec których istnieje absolutny zakaz podejmowania określonej grupy działań, ponieważ stanowiłoby to pogwałcenie całego systemu myślenia (*Weltanschauung*); np. obiekt jest tabu, jeśli jest niedotykalny, czynność jest tabu, jeśli jest „nie do pomyślenia”². Jednocześnie doszło do rozszerzenia treści tego pojęcia i w konsekwencji jako tabu określa się wszystko, co jest zakazane lub niedopuszczalne bez racjonalnego wyjaśnienia powodów.

Niejednorodność tabu

W swojej istocie tabu jest fenomenem kulturowym. Nienaruszalność tego, co chroni, warunkuje stabilność oglądu świata, wspólnego wszystkim uczestniczącym w kulturze. Jest zatem, oglądane z perspektywy jednostki, czymś wspólnym. Można zatem pomyśleć o tabu wspólnym wszystkim ludziom, chroniącym kulturę, będącą udziałem wszystkich. Można też pomyśleć o tabu kultury lokalnej, plemiennej, grupowej (i z takim tabu chyba jesteśmy najbardziej zaznajomieni). Tabu takiej wspólnoty pełni funkcję scalania jej. Ta, być może dodatkowa funkcja tabu może sprawiać, że w sytuacji osłabienia więzi grupowych i poczucia wspólnoty powstawać będą w grupie nowe tabu. Sprawy, obiekty lub osoby mogą się stawać tabu nie tyle ze względu na utrzymanie oglądu świata, ale tylko po to, żeby dać grupie poczucie bycia razem. Takie tabu, nadal wspólne, ale bez funkcji kulturotwórczej, a jedynie stwarzające szansę zaspokojenia potrzeby więzi grupowej, skłonny byłbym uważać za tabu rzekome.

Pojedynczy człowiek w przebiegu indywidualnego rozwoju rozpoznaje tabu właściwe kulturze i społeczności, w której wzrasta. Uczestnicząc w niej dzieli z innymi poczucie nieprzekraczalności tabu. W tym miejscu jawi się problem dróg prowadzących do rozpoznania i uznania wspólnych tabu. Rozwiązanie Freuda wskazywało na represjonującą funkcję kultury i przekazywanie dziecku, głównie przez ojca, zakazów stawiających granice kierowanej popędami dążności do przyjemności. Późniejsze rozważania i badania psychoanalityczne wskazywały też na możliwość udziału w kulturze nie w drodze represji i lęku, a dzięki pozytywnym więziom uczuciowym — miłości między ojcem a synem³. Rozwijająca się w ostatnim półwieczu psychologia rodziny, wskazuje z kolei na znaczenie złożonego i wielokierunkowego oddziaływania członków tego systemu w procesie międzypokoleniowego przekazu wartości (w tym wyznaczających tabu). Ten sam obszar dociekań i praktyki terapeutycznej wskazuje przy tym na istnienie

² Ch. Rycroft, *A Critical Dictionary of Psychoanalysis*, Penguin Books, Harmondsworth 1968, s. 164-165.

³ P. Blos, *Son and Father*, The Free Press, New York 1985. Blos opierał swoje wnioski na badaniu związków chłopców z ojcami, ale przypuszczał, że związek córki z matką ma analogiczne znaczenie w rozwoju dziewcząt.

w rodzinach tabu swoistego dla systemów rodzinnych i na jego rolę w utrzymywaniu homeostazy systemu.

Czy można pomyśleć także o tabu prywatnym, nie dzielonym z nikim? Praktyka diadycznego kontaktu terapeuty–pacjent, właściwa wielu kierunkom psychoterapii, wskazuje na istnienie takich problemów, obiektów i spraw, o których pojedynczy człowiek nie rozmyśla, nie mówi o nich, innymi słowy — traktuje je jako tabu. Te nie poruszane sprawy są gwarantem utrzymania jego własnego sposobu oglądu świata, a być może także utrzymania wewnętrznej homeostazy człowieka.

Przyjmując istnienie tabu prywatnego, właściwego jednemu tylko człowiekowi, trzeba zwrócić uwagę na stosunek innych osób do tabu, które dla nich samych nie ma znaczenia. Ten problem jest szczególnie istotny we wszystkich relacjach wzajemnych, a więc ważny w psychoterapii, która opiera się na relacji wzajemnej szczególnego rodzaju. O ile w innych relacjach międzyludzkich wystarczyć może wezwanie do wzajemnego poszanowania, o tyle w psychoterapii, chociaż apel ten nadal obowiązuje, stosunek terapeuty do tabu pacjenta musi zostać określony przez poznanie natury tabu i interpretację związków między tabu a problemem, ze względu na który terapia ma miejsce.

Perspektywa terapeutyczna pozwala zgodzić się z oboma wymiarami tabu — wspólnego i indywidualnego. Ich rozpoznanie i przestrzeganie mieści się w obrębie dwóch potrzeb człowieka: przynależności i odrębności.

Ta sama perspektywa każe zwrócić uwagę na funkcjonalność obserwowanych zjawisk. Psychoterapia ma bowiem, jak każda wiedza użytkowa, użytkowy cel. Jest nim zapobieganie zaburzeniom, leczenie zaburzeń i usprawnianie w sytuacjach, w których zaburzenia nie ustępują bez śladów. Do osiągnięcia celów praktycznych psychoterapia dysponuje właściwymi sobie metodami postępowania, opartymi na założeniach teoretycznych. Jakkolwiek założenia te wcale nie są jednorodne i często wyznaczają odmienne podejścia psychoterapeutyczne, to na ogół zgodne są co do tego, że zaburzenie powstaje w następstwie niesprawności (dysfunkcjonalności) sposobów postępowania jednostki czy grupy, np. rodziny. Według terapii psychodynamicznej, dysfunkcjonalność ta wyraża się fikcją we wczesnej fazie rozwoju indywidualnego (przez co rozumie się następstwa wczesnodziecięcych urazów psychicznych) i wynikającą stąd sztywnością mechanizmów obronnych, używanych do rozwiązywania konfliktów wewnętrzpsychicznych w późniejszych fazach życia, co z kolei prowadzi do nieskuteczności tych rozwiązań i wtórnego nasilania zjawisk psychicznych sygnalizujących obecność konfliktu.

W terapii humanistycznej zagadnieniem podstawowym jest obecność takich rozwiązań, które hamują rozwój jednostki i uniemożliwiają jej pełne korzystanie z własnych możliwości, osiągnięcie indywidualności i kreatywności w świecie.

W podejściach behawioralnych i poznawczych, dysfunkcjonalne są wyuczone sposoby zachowań bądź utrwalone błędne struktury poznawcze warunkujące powtarzalność nietrafnych, nieskutecznych, „problemowych” zachowań.

Psychoterapia skupiona na związkach interpersonalnych, koncentruje się na ich dysfunkcjonalności, rozumianej jako korzystanie z osób, z którymi pozostaje się w bliskim związku, dla zaspokojenia własnych, najczęściej emocjonalnych potrzeb.

Podejście systemowe z kolei, jako dysfunkcjonalne traktuje takie sposoby życia rodziny (grupy), które nie zapewniają jej równowagi homeostatycznej, bądź zapewniają homeostazę kosztem cierpienia pojedynczych jej członków.

Ten skrótowy przegląd nie jest wyczerpujący. Wystarczająco jednak obrazuje, iż pomimo odmienności założeń wyjściowych, rozmaite podejścia psychotherapeutyczne zwracają uwagę na dysfunkcjonalność. Zmiana w kierunku usprawnienia, w kierunku funkcjonalności, może być rozumiana jako cel postępowania psychoterapeutycznego.

Jak zatem przedstawia się funkcja tabu w psychice pojedynczego człowieka?

Klasyczne, podążające za Freudem rozwiązanie psychoanalityczne, nadal obecne w praktyce leczniczej, pokazuje możliwość wystąpienia nerwicy w następstwie naruszenia tabu (rozumianego tu jako tabu wspólne, kulturowe). Bezpośrednim skutkiem takiego naruszenia jest lęk, a nieskuteczne sposoby radzenia sobie z nim prowadzą do rozwoju klinicznych objawów nerwicy. Ich obraz zależy od typu zastosowanych w obronie przed lękiem nieświadomych procedur, nazwanych mechanizmami obronnymi. Terapia ma prowadzić do uzyskania przez pacjenta wglądu w naturę tego procesu i pomóc mu w innym, skuteczniejszym rozwiązaniu problemu. Z interesującej nas perspektywy istotne jest to, że terapia nie zajmuje się oceną tabu, a jedynie sprzyja rozeznaniu związków między jego naruszeniem a konsekwencjami — objawami.

Inaczej jest wówczas, gdy objawy zaburzenia wyrażają się konstruowaniem nowych tabu, tabu prywatnych. Dla uniknięcia lęku człowiek nie może pomyśleć pewnych pojęć, wypowiedzieć pewnych słów, dotykać, a nawet zobaczyć określonych przedmiotów. Próbuje zrozumieć takie zespoły objawowe interpretując te zakazy jako symboliczne, wyrażające coś innego, co jest w istocie źródłem i przyczyną lęku. Uwolnienie się od takich objawów wymaga dekonstrukcji tego rodzaju tabu. Terapeuta, zwłaszcza w niektórych orientacjach, przyjmuje zatem całkiem odmienną postawę: aktywnie łamie tabu, wykorzystując poczucie bezpieczeństwa, jakie daje pacjentowi istniejąca już relacja emocjonalna między leczącym się i leczącym. Przyjmuje zatem, jedynie w oparciu o dyskomfort, jaki powodują objawy tabu i deklarację chęci pozbycia się go, że takie tabu nie jest warunkiem istnienia ważnego, znaczącego dla pacjenta sposobu oglądu rzeczywistości. Więcej nawet, przyjmuje, że zbudowany przez pacjenta ogląd świata, wspierany przez objawowe tabu, jest fałszywy, opierając się na tym tylko, że jest źródłem cierpienia.

Z jeszcze innym przykładem tabu terapeuci spotykają się w sytuacji, gdy o pewnych sprawach, zaszłościach, wydarzeniach „nie mówi się”. Istota kluczowego dla tabu zakazu nie jest wówczas jasna. Można nawet domniemywać, że niepodejmowanie pewnych tematów jest raczej konsekwencją poglądu na rzeczywistość niż warunkuje jego stabilność. Jeśli „w domu powieszonego nie mówi się o sznurze”, to przecież nie dla utrzymania zrębów światopoglądu, ale ze względu na wynikające z niego normy delikatności, chęć uniknięcia sprawienia przykrości osieroconym. Można jedynie doszukiwać się odległych związków takiego tabu z tabu dotykania zwłok. Odległych, bo chodzi tu raczej nie o śmierć, a o jej hańbiący rodzaj. Mamy tu bardziej do czynienia z aktywnym procesem budowania tabu dla uniknięcia przykrości. (W tym przypadku uniknięcia spowodowania przykrości). Współcześnie terapeuci skłonni są uważać taką postawę za nieterapeutyczną. Doświadczenie urazowe (a o takim mówimy) uruchamia w ofercie proces wewnątrzpsychiczny, który jest hamowany i zniekształcany, jeśli powstanie zewnętrzna sytuacja uniemożliwiająca mówienie o traumatycznym przeżyciu. Dowodów na to dostarczają badania ofiar poważnych doznań traumatycznych⁴. Zwłaszcza badania osób ocalałych z Holocaustu pokazały niekorzystne następstwa niemożności otwartego mówienia o doznanych stresie urazowym wobec postawy otoczenia (nazwanej nawet „zmową milczenia”) wobec tych, którzy przeżyli eksterminację. Zbliżone były wnioski psychiatrów zajmujących się po II wojnie światowej więźniami obozów koncentracyjnych⁵. Refleksja nad wynikami tych badań doprowadziła do wypracowania metod oddziaływania, zapobiegającego tabuizacji przeżycia urazowego, znanego jako interwencja kryzysowa⁶.

Nieco inaczej przedstawia się zjawisko obserwowane w terapii grup naturalnych, takich jak rodzina. Niemal w każdej z leczonych rodzin spotyka się zaszłości (często tylko przeszłe, czasem obecne w teraźniejszości), których członkowie rodziny nie poruszają, nie wspominają i to nie dlatego, że zgodnie uważają je za nieistotne. Terapeuci rodzinni określają takie problemy przysłowiowym zwrotem: „szkielet w szafie”. Wszyscy wtajemniczeni wiedzą, ale nie wspominają o nim między sobą, a szczególnie wobec osób, które do rodziny nie

⁴ M. Orwid, E. Domagalska-Kurdziel, R. Izdebski, K. Pietruszewski, M. Kamińska, *Psychospołeczne następstwa Holocaustu u osób ocalałych oraz w drugim pokoleniu ofiar Holocaustu ocalałych w Polsce*, w: J. Lemberger (red.), *A Global Perspective on Working with Holocaust Survivors and the Second Generation*, JDC-Brookdale Institute of Gerontology and Human Development, AMCHA, JDC-Israel, Jerusalem 1995; M. Orwid, E. Domagalska-Kurdziel, K. Pietruszewski, R. Izdebski, M. Kamińska, E. Czaplak, *Psychospołeczne następstwa Holocaustu u osób ocalałych i żyjących w Polsce*, „Psychiatria Polska”, 28, 1994, 1, 91; M. Orwid, E. Domagalska-Kurdziel, M. Kamińska, *Refleksje nad psychoterapią ocalałych z Holocaustu*, „Psychoterapia”, 101, 1997, 2; L. Weisæth, *Stress Reactions to an Industrial Disaster*, w: *World Psychiatric Association Regional Symposium*, Helsinki 1984, 67.

⁵ A. Kępiński, *Tzw. KZ Syndrom. Próba syntezy*, „Przegląd Lekarski” 26, 1970, 1, s. 8-23.

⁶ W. Badura (red.), *Wybrane zagadnienia interwencji kryzysowej*, Interart, Warszawa 1996.

należą. Jest to przykład indywidualnego tabu małej grupy. Jego funkcją jest utrzymanie homeostazy systemu. Terapeuci rodziny są zdania, że wkraczanie w rodzinne tabu ma terapeutyczne znaczenie wtedy, gdy utrzymywana dzięki jego istnieniu homeostaza nie jest korzystna dla zdrowia rodziny i jej członków.

Teoria psychoterapii skorzystała z antropologicznej koncepcji tabu. Praktyka psychoterapii sięgnęła też po jego rozszerzone rozumienie. Z antropologii można też wywieść znaczenie, jakie dla interpretacji ma szczegółowy, właściwy fenomenowi tabu, kontekst. Wprowadzony przez Malinowskiego postulat funkcjonalności tabu⁷ domaga się postrzegania tabu jako zjawiska wspierającego kulturę, w której się pojawia. Doświadczenie psychoterapii daje podstawy do przypuszczenia, że w życiu jednostki i w życiu grup, może także większych grup społecznych, pojawiają się fenomeny przypominające tabu, przy czym trudno dopatrzeć się w nich funkcji wspierania kultury. Polega ona raczej na podtrzymywaniu dotychczasowej homeostazy wbrew jej nieadekwatności w nowych warunkach.

Jeśli przyjąć, że życie jednostki, grup i społeczeństw nie jest statyczne, ale ma charakter dynamicznego procesu rozwojowego, to zjawiska utrzymujące w nowym etapie homeostazę z okresu poprzedniego, psychoterapeuta powinien postrzegać jako patologiczne. Może nawet warto byłoby potraktować hamujące rozwój zjawiska jako tabu rzekome. Zwróciłoby się w ten sposób uwagę na zatarcie rozróżnienia między treścią oryginalnego pojęcia tabu a nieprecyzyjnego i nieostro ograniczonymi treściami rozszerzonego rozumienia tabu. Powstaje jednak wątpliwość, czy jest to zadanie dla psychoterapeuty.

Od psychoterapeuty oczekuje się, jak formułował to Kępiński⁸, rezygnacji z postawy badacza, ponieważ taka postawa uprzedmiotawia drugiego uczestnika procesu terapii — pacjenta. Oczekuje się też jej zawieszenia, aby — podejmując terapię — gotowy był uczestniczyć wraz z pacjentem w procesie wzajemnego poznawania się. A w tym procesie wcześniejsze schematy poznawcze stanowią przeszkodę, zwłaszcza wówczas, gdy narzucają terapię sposób widzenia.

Taboo in psychotherapy

Psychotherapy is hampered by taboos, argues the author. He distinguishes between cultural, personal and spurious taboos, and contends that taboos are particularly pernicious in the treatment of post-trauma stress.

⁷ B. Malinowski, *Życie seksualne dzikich*, Książka i Wiedza, Warszawa 1957.

⁸ A. Kępiński, *Rytm życia*, WL, Kraków 1972.