

## PSYCHOTERAPIA Z UDZIAŁEM TŁUMACZA

---

Psychoterapię można rozumieć jako interdyscyplinarną dziedzinę nauki, czerpiącą z medycyny i psychologii, ale także jako czynność – lecznicze oddziaływanie za pomocą środków psychologicznych na psychikę, a przez to na cały organizm pacjenta, u którego stwierdzono zaburzenia, anomalie lub chorobę psychiczną (Kratochvil 2003:17). Leczenie to odbywa się za pomocą rozmowy, odczytywania zachowań niewerbalnych, budowania pozytywnych relacji z terapeutą oraz budzenia konkretnych, pożądanych emocji. Celem psychoterapii jest rozpoznanie i usunięcie autodestrukcyjnych zachowań, zmiana sposobu postrzegania i przeżywania świata, nauczenie pacjenta, jak radzić sobie z problemami i konfliktami, zarówno zewnętrznymi (społecznymi), jak i wewnętrznymi. Psychoterapia ma także prowadzić do budowania własnej wartości i wytyczać kierunki samorealizacji. Efektem psychoterapii ma być zmiana w zachowaniu i przeżywaniu. Jak zaznacza Stanisław Kratochvil, psychoterapię muszą prowadzić wykwalifikowane osoby – poziom kompetencji zależy od stopnia czynności oraz rodzaju terapii (Kratochvil 2003: 22).

Etyczne podstawy psychoterapii nakazują przestrzegać trzech zasad wywiadu z pacjentem:

- brak autorytaryzmu: psychoterapeuta nie ma prawa zakładać, że wie, co pacjent chce mu powiedzieć, gdyż nie jest pacjentem i nie jest na jego miejscu,
- zasada konfidencjonalności: absolutny nakaz dochowania tajemnicy,
- zasada bezstronności: terapeuta nie ma prawa osądzać pacjenta i oceniać go według swoich przekonań, a wypowiedzi leczonego nie podlegają karnej ani prawnej jurysdykcji (Piret 2008B).

Wyróżniamy kilka rodzajów psychoterapii w zależności od sposobu jej przeprowadzania oraz celu, jaki terapeuta stawia przed sobą i pacjentem. Psychoterapia **dyrektywna** oparta jest na bezpośrednim oddziaływaniu te-

rapeuty na pacjenta przez ukierunkowanie jego myśli, postaw i zachowań, w przeciwieństwie do terapii **niedyrektywnej**, w której specjalista, budując przyjazną atmosferę zaufania, pobudza pacjenta do słownej, emocjonalnej lub czynnościowej wypowiedzi. Psychoterapia **objawowa** dąży do wyeliminowania objawów i trudności związanych z chorobą, w przeciwieństwie do terapii **głębinowej**, której celem jest usunięcie przyczyn anomalii psychicznych. Terapią **podtrzymującą** nazywamy taki sposób leczenia, który nie dokonuje zmian w obrębie osobowości pacjenta, a zmiana zachowania ma się dokonać przez afirmację pozytywnych cech charakteru. Terapią **rekonstrukcyjną** dąży do restrukturalizacji, reorganizacji i resocjalizacji pacjenta przez zmianę osobowości. **Dynamiczna** forma leczenia koncentruje się wokół wpływu doświadczenia życiowego i procesów nieświadomych na psychikę, a **poznawcza (behawioralna)** uczy pokonywania obecnych problemów przez ćwiczenia i wcielanie w życie pożądanego zachowania i myślenia. Rozróżniamy też terapię **indywidualną**, bazującą na relacjach pacjenta z terapeutą, oraz **grupową**, która wykorzystuje dynamiczne relacje między uczestnikami terapii (Kratochvil 2003: 20–22).

W świecie nieustannej migracji coraz chętniej do psychoterapeutów zwracają się obcokrajowcy. Są to często osoby bardzo słabo znające język urzędowy kraju, w którym obecnie mieszkają, lub nieznające go w ogóle. W takiej sytuacji psychoterapia może odbywać się wyłącznie za pośrednictwem tłumacza, którego zadanie nie jest jednak jednoznaczne, gdyż praca w czasie sesji nie polega tylko na przekładaniu dialogu specjalisty z pacjentem. Pomimo że tłumacz odgrywa tak ważną rolę w sesji terapeutycznej, niewiele jest prac poświęconych temu zagadnieniu, zasady pośrednictwa tłumacza są więc nadal nieprecyzyjne. Celem niniejszego artykułu jest nakreślenie problematyki współpracy między tłumaczem, psychoterapeutą i pacjentem oraz wskazanie oczekiwań wobec tłumacza ze strony uczestników terapii. Artykuł jest także próbą zaznaczenia granic kompetencji tłumacza uczestniczącego w sesji psychoterapeutycznej.

Specyfika wywiadu psychologicznego lub psychiatrycznego polega na dotarciu do skrywanych, nierzadko nieuświadomianych wspomnień, doświadczeń, marzeń i fantazji, które często wyrażane są przez pacjenta w sposób metaforyczny, chaotyczny, nielogiczny i nieuporządkowany semantycznie, leksykalnie i gramatycznie. Prawa półkula mózgowa odpowiada za stany emocjonalne człowieka i umiejętność emocjonalnego wypowiedziania się. W przeciwieństwie do lewej półkuli, którą cechuje linearny sposób przetwarzania informacji, prawa czyni to symultanicznie

i holistycznie. Język prawej półkuli jest zmetaforyzowany i poetycki (Barker 2000: 32–33; zob. Kaczmarek 1995: 24–25). Zadaniem tłumacza jest przekazanie terapeutycie wszystkich informacji zawartych w wypowiedzi pacjenta, ponieważ mają one ogromne znaczenie dla rozpoznania choroby, postawienia diagnozy i decyzji o leczeniu. W psychoterapii każde słowo (lub jego brak) ma wartość, tłumacz zaś ponosi za nie odpowiedzialność, dlatego jest zobowiązany do wiernego tłumaczenia.

Można wymienić kilka zasadniczych ról tłumacza w dialogu terapeutycznym według podziału Knolla i Rödera: rolę **pośrednika językowego**, bo aspekty językowe są ważniejsze w psychoterapii niż w zwykłym tłumaczeniu medycznym. Ważne jest zaufanie: pacjent i terapeuta muszą wierzyć w uczciwość tłumacza i jego kompetencje językowe. Przypomina to pracę nad tekstem pisanym, gdyż wymaga ogromnej dokładności i precyzji, analizy każdej metafory, gry słów, które wypowiedział pacjent. Rolę **pośrednika kulturowego** – tłumacz powinien wyjaśniać wszystkie różnice kulturowe, które mają znaczenie dla terapeuty, czyli wszystkie zachowania pacjenta (poglądy itp.) uwarunkowane kulturowo, a także sposób mówienia, wypowiedzianie się pacjenta, konotacje poszczególnych słów. Tłumacz jest też **pośrednikiem informacyjnym**, gdy pacjent obdarza go większym zaufaniem niż terapeutę i przekazuje mu więcej informacji o sobie. Tłumacz musi wtedy wybrać pomiędzy dyskrecją i obietnicą dochowania tajemnicy a tym, jaki wpływ mają te informacje na leczenie pacjenta. Tłumacz jako **pośrednik sytuacyjny** odpowiada za wynik pośrednictwa, za wymiar pragmatyczny spotkania: powinno ono przebiegać sprawnie, a każda ze stron powinna mieć możliwość zrozumienia wypowiedzi drugiej (Tryuk 2006: 140–143).

Praca w trzyosobowym zespole (psychoterapeuta, tłumacz, pacjent) realizuje dwa ważne dla psychoterapii założenia:

- umożliwia pacjentowi swobodną wypowiedź w języku ojczystym,
- umożliwia otwarcie na problemy kulturowego nieprzystosowania i dotarcie do czynników kulturowych odgrywających rolę źródeł psychopatologicznych (Piret 2008A).

Konsultacja psychoterapeutyczna z obcokrajowcem obciążona jest jego piętnem kulturowym – akulturacja przebiega nieraz pod znakiem niezrozumienia kultury kraju, w którym pacjent obecnie mieszka, oraz ambiwalentnej postawy wobec kraju ojczystego, wynikającej z tęsknoty za rodzimą kulturą przy jednoczesnej świadomości faktu, że ojczyzna nie stwarza

warunków do życia<sup>1</sup> lub nawet jest źródłem traumy psychicznej (wojna, prześladowania polityczne lub religijne). Często też obcokrajowcy, którzy pozornie wykazują wysoki stopień przystosowania do nowej kultury, w sytuacji kryzysowej, w poczuciu zagrożenia, odrzucają ideologiczny i społeczny wzorzec kraju docelowego. Pacjent w trakcie psychoterapii musi znaleźć swoją pozycję i miejsce w wewnętrznym konflikcie kulturowym. To pozycjonowanie własnej osoby musi jednak odbywać się pod ścisłą kontrolą terapeuty, a zatem tłumacza, który będzie tu dla specjalisty swoistym przewodnikiem i doradcą.

Bertrand Piret, współzałożyciel stowarzyszenia „Słowo bez granic” (Parole sans frontiere), grupującego specjalistów, dla których istotna jest kwestia prowadzenia sesji psychoterapeutycznej z udziałem tłumacza oraz problemy z przystosowaniem do warunków życia i kultury migrantów i uchodźców, zwraca uwagę na trwające nadal na Zachodzie niezauważanie i niedocenianie współpracy terapeuty z tłumaczem (Piret 2008 B). Nawet ośrodki terapeutyczne specjalizujące się w konsultacjach z cudzoziemcami<sup>2</sup> odnoszą się z dużą rezerwą do korzystania z pomocy tłumacza, a jego obecność na sesji traktują jak zło konieczne, uznając zarazem, że zajmowanie się uwarunkowaniami kulturowymi i ograniczeniami językowymi leży w gestii dyplomowanych etnopsychologów i etnopsychiatrów. Piret sądzi, że zmiana systemu pracy terapeutycznej, która uwzględni potrzeby cudzoziemców, może mieć ogromne znaczenie dla efektywności leczenia, gdyż umożliwi specjalistom pełne zainteresowanie się subiektywnym światem pacjenta i wniknięcie w: „Zwróć [terapeuci] uwagę na wpływ różnic kulturowych, na przykład emigracji lub miejsca zamieszkania, a przez to dostosuj sposób słuchania i interpretowania słów pacjenta do sytuacji” (Piret 2008B).

Liczy się też podejście terapeuty do pacjenta uwzględniające całość realiów socjo-językowych w kontekście społeczeństwa, w którym żyje dany obcokrajowiec, mogą one bowiem wpływać na rozwój czynników psychopatologicznych. Wiedza na temat kultury, z której pochodzi pacjent, daje nam wgląd w uwikłanie jego osoby w przesady religijne (wiara w prześladowające ludzi demony, mściwe bóstwa, praktyki magiczne), sposób jego funkcjonowania w systemie społecznym oraz pojmowania rodziny i relacji z otoczeniem.

<sup>1</sup> Zarówno politycznych, jak i ekonomicznych.

<sup>2</sup> Piret podaje konkretny przykład: Centrum Minkowska w Paryżu (2008B).

Samo ograniczenie językowe, brak możliwości swobodnego komunikowania się z otoczeniem na wszystkich poziomach życia społecznego, jest dla migrantów – obok kulturowego braku przystosowania do realiów danego kraju – źródłem ogromnej frustracji, a także powodem, dla którego tak niewielu decyduje się na sesje psychoterapeutyczne. Współpraca środowiska psychologicznego z tłumaczami otwiera możliwość udzielenia pomocy cudzoziemcom. Istnieje tu jednak pewien dualizm. Zdarza się, że język obcy (język urzędowy kraju, w którym żyje obcokrajowiec) stanowi swoistą barierę ochronną przed uświadomieniem sobie bolesnych przeżyć i problemów natury psychicznej. Pacjent potrafi się niejako schować za niewystarczającą znajomością języka. Swoboda wypowiedzania się w języku ojczystym wymusza otwarcie się na wszystkie wyparte ze świadomości fakty, pragnienia i konflikty wewnętrzne. Przywołuje też wspomnienia z dzieciństwa, z okresu negatywnych przeżyć w ojczyźnie. Ten dualizm wynika z chęci zapomnienia o kraju pochodzenia przy jednoczesnym braku akceptacji kultury, w której pacjent żyje obecnie, i silnym przywiązaniu do kultury i tradycji ojczystej. Taka blokada uniemożliwia przeprowadzenie psychoterapii (w szczególności psychoanalizy) w języku ojczystym, gdyż specjalista musi uszanować postawę pacjenta i nie narzucać mu współpracy z tłumaczem. Z drugiej strony, przekonanie pacjenta do przełamania oporów wobec wypowiedzania się w języku ojczystym stwarza nowe możliwości terapeutyczne:

Możliwość tłumaczenia z języka intymnego (ojczystego) na język „społeczny”, wyuczony [francuski], niespodziewane korelacje, które pojawiają się w trakcie rozmowy są dla niektórych źródłem prawdziwego zaskoczenia. [...] Być może za pośrednictwem języka modyfikujemy izolację psychiczną charakterystyczną dla podświadomości migranta, który miota się między utraconym i wyidealizowanym krajem pochodzenia a krajem zamieszkania, w którym pobyt umotywowany jest pracą zarobkową. (Piret 2008B)

Mochand Chabane przestrzega jednak, że nie należy przesadzać w skłanianiu się ku kulturze pacjenta, bo być może pacjent zwraca się do terapeuty reprezentującego odmienną kulturę, poszukując ucieczki od własnej, wobec której stał się nieufny i której nie chce kultywować. Nie należy wtedy go „szufladkować”, bo „odeślemy (go) do kraju pochodzenia. To tak, jakbyśmy mu powiedzieli: »nie ma pan prawa traktować swojej choroby inaczej, niż nakazuje tradycja«” (Chabane 2008). Niezależnie jednak od tego, czy psychoterapia obcokrajowca ma szukać kompromisu między

kulturą ojczystą a kulturą, w której pacjent żyje, czy stanowić ucieczkę od znienawidzonej kultury rodzimej, znajomość tradycji pacjenta jest obowiązkiem terapeuty prowadzącego wywiad. Odrzucenie przez terapeutów współpracy z tłumaczem, a tym samym odrzucenie problemu kulturowego, jest często wyrazem dumy, uprzedzenia lub pogardy i poczucia wyższości wobec migranta, nadal zakorzenionych w mentalności krajów zachodnich. Wynika to często z polityki odrzucenia i zaprzeczenia:

Pozbądźmy się złudzeń. Obecność tłumacza i możliwość posługiwania się językiem ojczystym nie kształtują automatycznie postawy ciekawości i otwartości. Do tego potrzebna jest dobra wola, której nie można nikomu narzucić. Niestety znane są nam przypadki sprowadzania tłumacza do roli narzędzia, w których żadne symboliczne uznanie drugiego człowieka nie obowiązuje. (Piret 2008B)

Uwagi i wskazówki tłumacza niejednokrotnie prowadzą do weryfikacji poglądów terapeuty i zmiany interpretacji wypowiedzi pacjenta. Pozwalają także uniknąć pytań zbyt dosadnych, niestosownych lub drażliwych, które mogłyby spowodować zamknięcie się leczonego na dialog ze specjalistą. Jak zauważa Mohand Chabane, „Sposoby wyrażania cierpienia wykraczają poza przyjęte przez nas sposoby klasyfikacji. Czasem skłaniamy się też do uznania słów lub sposobu zachowania pacjenta za objaw niepoczytalności, nie znając odniesień kulturowych, którymi są one motywowane” (Chabane 2008).

Chabane odwołuje się do badań Kreapelina, który już w roku 1905 mówił o rozmaitych typach chorób psychicznych uwarunkowanych różnicami kulturowymi. Jako przykład Chabane podaje ostry zespół majaczeniowy, który obejmuje od czterech do pięciu procent ostrego zespołu neurotycznych i psychotycznych w Europie, a w Afryce i Ameryce Północnej – nawet do czterdziestu procent. Zespół depresyjno-majaczeniowy u mieszkańców Europy związany jest z poczuciem winy, poniżenia, zniechęcenia, apatii i niemocy, zaś u mieszkańców Afryki i Ameryki Południowej ma charakter prześladowczy i urojeniowy. Z kolei rzadko na tych kontynentach obserwowane są złudzenia czasoprzestrzenne, które bardzo często towarzyszą zespołowi majaczeniowemu w Europie (Chabane 2008). Posługiwanie się przez terapeutę klasyfikacją europejską prowadzi do złej diagnozy.

Terapeuci nieraz napotykają sprzeciw ze strony pacjentów wobec udziału tłumacza w sesji. Dla wielu osób rewizja własnego życia i psychiki oraz intymnych problemów stanowi ogromny problem. Otwarcie się przed spe-

cialistą jest dla takiej osoby wielkim wysiłkiem, dlatego uznają oni tłumacza za intruza kierowanego ciekawością, a nie chęcią pomocy. Gdy pacjent czuje się skrępowany obecnością tłumacza, niektórzy terapeuci próbują oswoić go z tą sytuacją, mówiąc, że tłumacz też jest specjalistą. Wydaje się jednak, że takie rozwiązanie nie jest najszcześniejsze, gdyż kłamstwo, jeśli wyjdzie na jaw, może wywołać ogromną nieufność pacjenta, który poczuje się oszukany. Taka praktyka jest możliwa, jeśli tłumacz ma duże doświadczenie w tej dziedzinie i uczestniczy w warsztatach doszkolających terapeutów<sup>3</sup>. Uprzedzenie do udziału osoby tłumaczącej w psychoterapii wynika także bardzo często z utożsamiania tłumacza z władzą, która represjonowała pacjenta. Tłumacze podejrzewani są o znowę ze znienawidzonym reżimem.

Jak piszą Gentile, Ozolins i Vasilakakos, do zadań tłumacza należy dokładne oddanie (treści i formy) wypowiedzi mówiącego, informowanie o niemożności dokładnego przełożenia fragmentów, które mogą mieć znaczenie w komunikacji, wyjaśnianie elementów kulturowych oraz uczestnictwo w naradach psychoterapeutów w roli eksperta językowego i kulturowego. Badacze ci uważają także, że tłumacza powinna cechować doskonała pamięć pozwalająca na sprawne i wierne tłumaczenie zarówno konsekwentne, jak i symultaniczne. Za najbardziej wierne uznają tłumaczenie w pierwszej osobie. Pojawiają się jednak głosy, że tłumacz nie powinien wypowiadać się w pierwszej osobie, skoro nie jest pacjentem (Tryuk 2006: 144–145). Z drugiej strony zakładamy, że podczas sesji psychoterapeutycznej tłumacz pośredniczy między pacjentem i terapeutą: „Staje się nośnikiem informacji i ma ją przekazywać całą we wszystkich modalnościach przepływu i na wszystkich poziomach komunikacji, bo tylko tak daje pełny obraz wymagany do diagnozy”<sup>4</sup>.

Przetransponowanie każdej wypowiedzi na trzecią osobę wiąże się ponadto z dodatkową zwłoką, która zapewne będzie miała negatywny wpływ na sprawny przepływ informacji, wymianę myśli i poglądów, a zatem na budowanie tak potrzebnej w psychoterapii pozytywnej atmosfery i relacji między uczestnikami sesji.

Tłumacz musi być partnerem pacjenta i terapeuty: może swobodnie zabierać głos, koordynować rozmowę, doradzać, wyjaśniać. Jest to mniej sformalizowany typ przekładu niż choćby tłumaczenie sądowe. Tłumacz powinien też zachować neutralność – co niektórzy rozumieją jako nie-

<sup>3</sup> Wypowiedź Marzeny Wasilewskiej z korespondencji własnej z dnia 1.11.2008.

<sup>4</sup> Wypowiedź Marzeny Wasilewskiej z korespondencji własnej z dnia 1.11.2008.

nawiązywanie bliskiej więzi z pacjentem. Psycholog i tłumacz Marzena Wasilewska zauważa jednak, że neutralność tłumacza polega właśnie na nawiązaniu szczególnej więzi z obiema stronami tego aktu komunikacji. Tłumacz musi odgrywać podwójną rolę: pacjenta i terapeuty. Bez zaangażowania w problem pacjenta nie jest w stanie dobrze oddać w języku docelowym wypowiedzianych przez pacjenta intencji<sup>5</sup>. Tłumacz z pewnością powinien okazywać empatię i zaangażowanie wobec pacjenta, a zarazem powstrzymywać się od stawiania diagnozy i interpretowania jego wypowiedzi zgodnie z własnymi przekonaniem, a także przekazywać wszystkie informacje, które mogą mieć wpływ na leczenie.

Sposób, w jaki tłumacz będzie dokonywał przekładu, zależy od jego decyzji lub od preferencji psychoterapeuty. Tłumaczenie symultaniczne zapewnia płynność i wrażenie normalnej komunikacji, utrudnia jednak pacjentowi koncentrację na własnej wypowiedzi, a terapeutę – na przekładzie (ze względu na to, że dwie osoby mówią jednocześnie). Zasadniczym plusem tej metody tłumaczenia jest to, że tłumacz decyduje na bieżąco, jak przełożyć niejasne, zawiłe wypowiedzi, metafory lub pauzy mówiącego. Z drugiej strony, świadomość wysiłku tłumacza może skłaniać pacjenta do stosowania bardziej standardowych, klasycznych zwrotów, co naturalnie ma negatywny wpływ na terapeutyczną wartość wypowiedzi (Piret 2008A). Tłumaczenie konsekwentne może natomiast powodować zatarcie niestandardowych fragmentów wypowiedzi, gdyż tłumacz nie jest w stanie zanotować lub zapamiętać wszystkiego; przekład przypomina wtedy subiektywną interpretację. Niezależnie od metody tłumaczenia odpowiedzialność za słowa pacjenta ponosi tłumacz, gdyż pacjent zawsze może świadomie lub nieświadomie wyprzeć się swoich słów.

Podczas prowadzenia terapii psychologicznej za pośrednictwem tłumacza aspekt subiektywny jest nieunikniony. Nie można oczekiwać od tłumacza, że będzie maszyną odtwarzającą absolutnie wiernie wypowiedzi pacjenta: aby przekład mógł oddać wszystkie, nawet ukryte znaczenia przekazywane przez leczonego, które są niezbędne specjalistom do interpretacji i postawienia diagnozy, tłumacz musi wykazać się wrażliwością i empatią. Powinien zrozumieć emocje pacjenta, a tego nie potrafi maszyna. Terapeuci muszą się liczyć z faktem, że tłumaczona wypowiedź przechodzi przez indywidualny, subiektywny filtr tłumacza. Pewne treści zostają zniekształcone, zinterpretowane lub pozbawione istotnych elementów. Naturalnie,

---

<sup>5</sup> Z korespondencji własnej z 1.11.2008.



świadomość takiego stanu rzeczy nie zwalnia tłumacza z odpowiedzialności za słowo pacjenta ani z dążenia do zachowania maksymalnej wierności. Tłumacz musi przekazać sens wypowiedzi przy jednoczesnym przestrzeganiu formalnych reguł tłumaczenia. Nie może niczego dodawać, skracać, pomijać, zmieniać ani decydować o tym, co powinien usłyszeć terapeuta. Musi także stosować ten sam rejestr, składnię i terminologię, jakimi posługują się pacjent i specjalista. Tłumacz uczestniczący w psychoterapii powinien więc nie tylko być dobrze przygotowany pod względem teoretycznym i leksykalnym, lecz również mieć ogólną wiedzę z zakresu psychologii i psychopatologii, pomoże mu to bowiem lepiej zrozumieć pacjenta, nauczy rozpoznawać wypowiedzi zakłócone przez czynniki patologiczne i decydować o sposobie przekładania wypowiedzi niejasnych, niespójnych lub chaotycznych. Znajomość mechanizmów strumienia świadomości, wypowiedzi sięgających podświadomości, a przede wszystkim (jak zaznacza Piret) własnej podświadomości, daje możliwość pełnego i wiernego tłumaczenia wypowiedzi pacjenta. Badacze podkreślają, że w sesjach psychoterapeutycznych powinni uczestniczyć profesjonalni tłumacze. Nie należy przydzielać funkcji tłumacza krewnemu pacjenta lub innej osobie znającej język, ale niebędącej tłumaczem z zawodu. Marzena Wasilewska uważa nawet, że potrzebny jest tutaj tłumacz wykwalifikowany w konkretnej metodzie terapeutycznej<sup>6</sup>.

Terapeuci obawiają się dominacji tłumacza w trakcie terapii; przypuszczają, że jego obecność będzie miała negatywny wpływ na diagnozę, a zatem na leczenie pacjenta (Tryuk 2006: 147). Obawa ta jest jednak nieuzasadniona, jeśli tłumacz przestrzega zasad etycznych i nie próbuje przejąć kontroli i sterować rozmową. Taka postawa terapeutów jest raczej wyrazem pewnych przesądów dotyczących metod pracy tłumacza, a także dyskomfortu, jaki może odczuwać terapeuta pozbawiony kontroli nad wypowiedzią pacjenta i – podobnie jak pacjent – zdany na to, co przekazane mu jest w tłumaczeniu. Do dominacji tłumacza może faktycznie dojść w sytuacji, gdy jest on jednocześnie psychoterapeutą. Układ: terapeuta, tłumacz w podwójnej roli i pacjent, niesie ryzyko, że wywiady prowadzone przez tych dwóch specjalistów równolegle wywołają chaos w rozmowie, bo każdy ze specjalistów będzie kontynuować swój wątek niezależnie od kwestii poruszanych przez kolegę. Wydaje się więc, że jeśli tłumacz jest zarazem terapeutą, drugi specjalista nie jest nieodzowny, a wywiad

---

<sup>6</sup> Z korespondencji własnej z 1.11.2008.

należy prowadzić w języku ojczystym pacjenta. Trzeba jednak pamiętać, że w takim trybie zarówno praca tłumacza, jak i praca psychoterapeuty wymagają skupienia i wyostrożonej uwagi, dlatego lepiej jest podzielić te role pomiędzy dwie osoby.

Zakłada się też, że tłumacz powinien przekazywać informacje poza-językowe (także dodatkowe elementy, które mogą konstytuować znaczenie wypowiedzi, np. urwane zdania, autopoprawki itp.). Mohand Chabane uważa, że niemożność swobodnego wypowiedzania się przekierowuje wypowiedź na ciało (2008), stąd częścią psychoterapii jest koncentracja specjalisty na przekazie niewerbalnym. Jaka rolę odgrywa w psychoterapii komunikacja niewerbalna i jak tłumacz może pomóc terapeutce w interpretowaniu informacji niewerbalnych przekazywanych przez pacjenta? Naturalnie, nie wszystkie metody psychoterapeutyczne w tym samym stopniu uwzględniają komunikację niewerbalną. Jedną z metod, która zwraca uwagę na niespójności pomiędzy wypowiedzią językową i niejęzykową, jest psychologia procesu. Sprzeczność w przekazie jest tu dowodem na zaistnienie tzw. procesu wtórnego, czyli tego, z czym pacjent się nie identyfikuje i co jest źródłem jego problemów. Rolą tłumacza jest oddanie całości przekazu i zachowania pacjenta, gdyż takie informacje są podstawą diagnozy.

Rolą tłumacza jest pełen przekaz informacji uwzględniający funkcję sytuacyjną i kontekstualną języka, która wyraża się na kilku wymienionych wyżej poziomach struktury języka. Jego rolą jest jak najwierniejsze oddanie wszelkich niekongruencji w możliwie niezmienionej formie, tak aby terapeuta mógł właściwie odczytać przekaz i odpowiednio go zinterpretować, a co za tym idzie, adekwatnie zareagować<sup>7</sup>.

Problemy psychiczne nie wynikają jedynie z akulturacji, mogą jednak być głęboko osadzone w kulturze. Stanowi to podwójne wyzwanie: dla terapeuty, który musi dotrzeć do sedna problemu, i dla tłumacza, który musi precyzyjnie oddać nierzadko subtelne różnice kulturowe niezrozumiałe dla specjalisty. Sposób widzenia świata ukryty jest przede wszystkim w języku: język jest wykładnikiem kulturowych i narodowych stereotypów, uprzedzeń, przekonań i takich systemów wartości jak stosunek do rodziny, osób przeciwnej płci, ludzi innej narodowości. Ponieważ właściwa diagnoza oraz leczenie opiera się na werbalnej i niewerbalnej komunikacji z pacjentem, tłumacz musi przedstawić indywidualny, kulturowy i narodowy

<sup>7</sup> Marzena Wasilewska, z korespondencji własnej z 1.11.2008.

obraz językowy świata zawarty w wypowiedzi pacjenta. Odczytanie sposobu widzenia świata jest kluczem do powodzenia psychoterapii.

Brak jasnych zasad pracy tłumacza oraz uregulowań relacji między pacjentem a tłumaczem w trakcie psychoterapii, a także precyzyjnie określonych granic swobody i kompetencji tłumaczącego, sprawia, że zainteresowanie współdziałaniem psychoterapeutów i tłumaczy jest nadal małe, ale też pozwala tłumaczowi na indywidualne podejście do każdej konsultacji: „Powinno nas cieszyć, że istnieje dziedzina, która jeszcze nie została ogarnięta manią uniformizacji i normalizacji ISO XXX (Piret 2008B)”.

Indywidualny stosunek do pacjenta i jego problemów ma zapewne pozytywny wpływ na jakość tłumaczenia. Wierząc w przekładalność każdego komunikatu, możemy przyjąć, że psychoterapia w trzyosobowym zespole ma sens, ale jej sukces zależy przede wszystkim od chęci współpracy każdej z uczestniczących w niej osób. Przetłumaczalność ludzkiego cierpienia wyrażanego w słowach wynika stąd, że „Ludzkie cierpienie nie ma granic. Wszyscy ludzie wpisani są w kontekst antropologiczny (związany z czynnikiem płci) i społeczny (związany ze zróżnicowaniem pokoleniowym), który jest źródłem fundamentalnych pytań o kształtowanie się własnej świadomości” (Chabane 2008).

## Bibliografia

- Barker P. 2000. *Metafory w psychoterapii*, przeł. J. Węgrodzka, Gdańsk.
- Chabane M. 2008. *Klinika i kultura. Czy konieczna jest znajomość kontekstu kulturowego?*, [www.psf-pol.com/spip.php?article4](http://www.psf-pol.com/spip.php?article4), stan z 29.11.2008.
- Ellis A. 2002. *Terapia krótkoterminowa. Lepiej, głębiej, trwalej*, Gdańsk.
- Kaczmarek B. 1995. *Mózg, język, zachowanie*, Lublin.
- Kratochvil S. 2003. *Podstawy psychoterapii*, przeł. M. Czabak, E. Matuska, Poznań.
- Krzyżowski J. 1999. *Drogi i bezdroża rozwoju psychopatologii i terapii*, Warszawa.
- Lazarus A. 2004. *Wyobrażenia w psychoterapii*, Gdańsk.
- Piret B. 2008A. *Czy możliwa jest psychoterapia w trzyosobowym zespole?*, [www.psf-pol.com/spip.php?article13](http://www.psf-pol.com/spip.php?article13), stan z 25.11.2008.
- 2008B. *Konsultacja psychoterapeutyczna z udziałem tłumacza – korzyści, trudności i ograniczenia*, [www.psf-pol.com/spip.php?article13](http://www.psf-pol.com/spip.php?article13), stan z 25.11.2008.
- Tryuk M. 2006. *Tłumaczenie środowiskowe*, Warszawa.