

Elżbieta Nitendel-Bujakowa

TERAPIA RODZINNA W SPECJALISTYCZNEJ PORADNI PSYCHOPROFILAKTYKI I TERAPII RODZIN W LUBLINIE

FAMILY THERAPY IN THE SPECIALIST PSYCHOPROPHYLACTIC AND FAMILY THERAPY CLINIC

Specjalistyczna Poradnia Psychoprofilaktyki i Terapii Rodzin w Lublinie
Dyrektor: mgr Grażyna Soszyńska

Artykuł prezentuje pracę terapeutyczną prowadzoną z rodzinami w okresie 9 lat trwania Specjalistycznej Poradni w Lublinie. Przedstawiony jest Zespół Terapeutyczny, zasady kierowania, metody leczenia, a także podejście teoretyczne pracy zespołu. Doniesienie zawiera usystematyzowane jakościowe i ilościowe problemów, z którymi zgłaszają się rodziny w odniesieniu do kolejnych faz cyklu życia rodziny. Autorka dzieli się także refleksjami na temat trudności i dylematów w terapii rodzin, a także sukcesów i satysfakcji z tej pracy.

family therapy

Summary: The author presents her own model of work with the family based on the systemic paradigm. She describes the spectrum of problems submitted to therapy by parents with children in different age and the means of leading family therapeutic meetings.

Specjalistyczna Poradnia Psychoprofilaktyki i Terapii Rodzin (SPPiTR) w Lublinie została powołana przez kuratora oświaty 22 grudnia 1993 r. na mocy art. 58 ustawy z dn. 7.09.1991 r. o systemie oświaty (DzU nr 95, poz. 425) oraz rozporządzenia ministra edukacji narodowej z dn. 11.06.1993 r. w sprawie organizacji i zasad działania publicznych poradni specjalistycznych (DzU nr 67, poz. 322) jako niezależna jednostka w ramach Zespołu Poradni nr 2 w wyniku reorganizacji Wojewódzkiej Poradni Wychowawczo-Zawodowej. Reorganizacja nastąpiła z inicjatywy mgr Grażyny Soszyńskiej, ówczesnej dyrektor Wojewódzkiej Poradni Wychowawczo-Zawodowej, i kilku osób pracujących w poradniach Lublina podległych Kuratorium Oświaty. Zgodnie z kierunkami zmian proponowanymi przez Ministerstwo Edukacji Narodowej w obszarze poradnictwa, opracowano statut specjalistycznej poradni dostosowany do potrzeb systemu szkolnego. Korzystając z własnego wieloletniego doświadczenia postanowiono zrezygnować z utartego schematu diagnozowania na rzecz szeroko pojętej profilaktyki i terapii — włączając w nią nie tylko dzieci i młodzież, ale całe rodziny — proponując systemową terapię rodzin. W ślad za takim kierunkiem działań statutowych wielu pracowników poradni terenowych podjęło trud dokształcania się w zakresie socjoterapii, psychoterapii i terapii rodzin — z nich rekrutuje się kadra SPPiTR.

Skład osobowy

W SPPiTR pracuje 11 psychologów, 3 pedagogów po przebytych szkoleniach w zakresie nowoczesnych metod i technik, uprawniających do prowadzenia terapii i działań profilaktycznych, doświadczonych w pracy terapeutycznej indywidualnej, grupowej i rodzinnej, przeniesionych z lubelskich poradni psychologiczno-pedagogicznych, oraz 2 lekarzy psychiatrów zatrudnionych w niepełnym wymiarze godzin. Wcześniejsze doświadczenia w pracy z dziećmi i młodzieżą sugerowały, że problemy, z którymi zgłaszane są dzieci, wymagają szerszej pomocy i uwzględnienia kontekstu rodzinnego.

Przygotowanie zawodowe

9 terapeutów rodzinnych ukończyło 3-letnie szkolenie podyplomowe: „Systemowe podejście w terapii rodzin” pod kierownictwem prof. dr hab. n. med. Marii Orwid oraz dr. hab. n. med. Bogdana de Barbaro, organizowane przez Krakowską Fundację Rozwoju Psychoterapii.

5 osób (w tym 2 lekarzy) ukończyło 3-letni podyplomowy kurs w zakresie „Podstawowych umiejętności w psychoterapii” pod kierownictwem prof. dr. hab. n. med. Jerzego W. Aleksandrowicza, organizowany przez Zakład Psychoterapii Katedry Psychiatrii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego i Fundację „Psychomed”.

Szkolenia te zostały zorganizowane przez Oddział Lubelski Sekcji Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego na zapotrzebowanie środowiska psychologicznego i lekarskiego.

11 osób ukończyło inne szkolenia, o mniejszym wymiarze godzin, dotyczące profilaktyki i różnych technik terapeutycznych.

Niezwykle ważne jest również uczestniczenie pracowników na bieżąco w różnych formach doskonalenia swoich umiejętności, w kongresach i zjazdach, m.in. organizowanych przez Sekcję Psychoterapii i Sekcję Terapii Rodzin PTP.

Sposób przyjęcia i organizacja terapii

Pierwszy kontakt przedstawiciela rodziny z poradnią bywa najczęściej telefoniczny bądź bezpośredni. Niekiedy osobami zgłaszającymi problem są pracownicy różnych instytucji lub organizacji zajmujących się dziećmi i ich rodzinami, takich jak ośrodki pomocy społecznej, ośrodki pomocy rodzinie, szkoły, internaty i inne poradnie psychologiczno-pedagogiczne. Warunkiem przyjęcia zgłoszenia jest deklaracja, że na pierwsze spotkanie przyjdzie cała rodzina. To pierwsze spotkanie to zarazem wstępna konsultacja systemu rodzinnego. W tej rozmowie (dialogu) rodzina ma szansę zaistnieć jako partner i zadać terapeutom te pytania, które są dla niej ważne, powiedzieć, o czym naprawdę chce rozmawiać. Tematy są różne, lecz zawsze wyznaczone przez zgłaszających się: poczucie winy, złość, agresja, rozczarowanie, bezsilność, diagnoza, sposoby leczenia, udział dzieci w terapii, problemy rodziców, kryzys małżeński, konflikty rodzinne, styl życia, metody wychowania itp. Na podstawie tej pierwszej rozmowy i poruszonych tematów, terapeuta, wykorzystując swoją wiedzę o systemie rodzinnym, jest w stanie razem z rodziną zdecydować o kierunku dalszej pracy i zawrzeć z nią kontrakt co do form i przebiegu terapii. Czasem wystarczają spotkania informacyjne czy psychoedukacyjne, by poprawić funkcjonowanie w zakresie

oddziaływań wychowawczych, czasem proponujemy równoległą terapię jednemu lub obojgu rodzicom, a niekiedy terapię rodzinną. Zatem rola konsultacji systemowej jest niepodważalna w ustaleniu postępowania terapeutycznego, a także użyteczna na każdym etapie procesu terapii.

Terapia rodzinna prowadzona jest przez jednego lub dwóch terapeutów; sesje odbywają się nie częściej niż co 3-4 tygodnie. Między spotkaniami rodzina ma czas na interioryzację i „wypróbowanie” wprowadzonych w czasie sesji informacji. Na następnych spotkaniach terapeuci wspólnie z rodziną wnikliwie analizują przebieg dotychczasowej pracy i planują dalsze kierunki zmian i sposoby ich realizacji. To wspólne dochodzenie do zachowań optymalnych dla wszystkich członków rodziny na danym etapie terapii stanowi istotny element systemowej terapii rodzinnej. Metodą pomocną w poznaniu i graficznym opisie rodziny jest sporządzenie, na początkowych sesjach, wspólnie z rodziną, jej genogramu. Na kolejnych spotkaniach omawiane są zmiany w systemie rodzinnym i analizowane oczekiwania poszczególnych członków rodziny związane z tymi zmianami. Poza tym analizuje się znaczenie ujawnianych problemów dla funkcjonowania systemu rodzinnego i dokonuje się pozytywnych przeformułowań znaczenia objawów zaburzeń dla rodziny. Badany jest często sposób włączania („wiązania”) identyfikowanego pacjenta w relację małżeńską, analizuje się przyszłość rodziny po jego odejściu z domu, sytuację pozostałego rodzeństwa itp. problemy w zależności od przyjętych hipotez co do przyczyn trudności i zaburzeń.

Oprócz spotkań z całą rodziną, podejmuje się pracę z różnymi podsystemami, np. tylko z rodzicami, by podkreślić granice między pokoleniami i wzmocnić każdy z podsystemów.

Sposoby i metody pracy są dostosowywane do specyfiki problemu, indywidualnych potrzeb i możliwości rodziny oraz etapu procesu terapeutycznego.

Inną formą pracy poradni na rzecz rodziny są tzw. interwencje środowiskowe. Na spotkanie zapraszane są wszystkie osoby zaangażowane w rozwiązywanie problemów danej rodziny oraz cała rodzina. Jest to szczególnie pomocne w przypadku „rodzin wieloprotblemowych”, z bogatą przeszłością terapeutyczną lub równoległe korzystających z terapii w wielu placówkach. Ten rodzaj pomocy wychodzi naprzeciw dylematowi rodziny — zachowanie stałości, dla ochrony swej tożsamości, czy dopuszczenie zmian. Interwencja pozwala rodzinie utrzymać poczucie kontroli, a zarazem podjąć odważne decyzje co do swego losu. Terapeutom daje szansę bycia pomocnym w swobodnym rozwiązywaniu problemu, który wnosi rodzina.

Mediacja jest inną drogą rozwiązywania sporów, problemów rodzinnych i małżeńskich, pomagającą ludziom osiągnąć porozumienie w konfliktowej sprawie. Celem mediacji może być m.in.:

- redukcja lęków i obaw, np. związanych ze stosowanymi przez rodziców rozbieżnymi metodami wychowawczymi,
- przygotowanie do zaakceptowania konsekwencji swoich decyzji,
- wypracowanie stanowisk, które obie strony konfliktu mogą zaakceptować,
- koncentracja na sposobach redukcji i rozwiązania konfliktu, a nie na czynnikach, które do niego doprowadziły.

Najczęściej ta forma pracy proponowana była wtedy, gdy zgłaszanym problemem była przemoc w rodzinie lub małżonkowie rozważali decyzję dotyczącą rozwodu.

Pogłębieniu rozumienia problemów rodziny, a także świadomości stosowanych strategii terapeutycznych służy uczestnictwo osób pracujących w Zespole do spraw Rodziny, który spotyka się raz w miesiącu. W zespole tym są zarówno terapeuci, jak i lekarze psychiatry oraz inne osoby w charakterze konsultantów, których udział jest potrzebny dla właściwego prowadzenia pracy terapeutycznej.

Prowadzona jest również praca superwizyjna całego zespołu terapeutów poradni pod kierunkiem dr Barbary Józefik — kierownik Ambulatorium Terapii Rodzin w Krakowie.

Podejście teoretyczne

Nasza praca z rodzinami jest inspirowana różnymi podejściami teoretycznymi. Oparta jest na paradygmacie systemowym z zastosowaniem terapii komunikacyjno-strategicznej, strukturalnej czy bowenowskiej, z włączeniem transgeneracyjnego rozumienia problemu, czyli — koncentrujemy się na różnych aspektach funkcjonowania systemu rodzinnego. Rodzina bowiem nie jest prostą sumą niezależnych od siebie jednostek, lecz zespołem osób pozostających ze sobą w różnorodnych i różnokierunkowych (cyrkularnych) interakcjach.

Ważnych informacji o rodzinie dostarcza analiza sytuacji rodzinnej pod kątem *cyklu życia rodzinnego*. Umieszczenie rodziny w perspektywie czasu, w fazie jej rozwoju — pozwala lepiej zrozumieć zgłaszane problemy i kryzysy rodzinne. Rodzinę analizujemy biorąc pod uwagę jej *strukturę*. Przedmiotem obserwacji są systemy i podsystemy rodzinne, odgrywane wewnątrz rodziny *role*, funkcjonujący *system władzy i kontroli*, *granice wewnętrzne i zewnątrzrodzinne*. Istotnego materiału dostarcza też *analiza procesów porozumiewania się*, komunikacji wewnątrzrodzinnej, głównie pod kątem efektów porozumiewania się w danej rodzinie.

W niektórych przypadkach uznajemy za szczególnie ważne poznanie sposobów, jakimi rodzina i jej członkowie osiągają swoje *cele*, *jakie gry i strategie rodzinne* są przez nich stosowane. Materiału do pracy dostarcza analiza *relacji i procesów międzygeneracyjnych*, funkcjonujących *przekazów, wzorców i mitów rodzinnych*, *międzypokoleniowe przekazywanie patologii*.

Język, którym posługujemy się, zawiera takie podstawowe pojęcia, jak: znaczenie i funkcja objawu, sekwencje zachowań, triady i hierarchia w rodzinie, cykl życia rodzinnego, kontekst pojawienia się problemu, paradoks (terapia strategiczna), granice podsystemów, transakcje rodzinne, uwikłanie, nadopiekuńczość, sztywność, mała tolerancja konfliktu, triangulacja (terapia strukturalna), interakcje społeczne: symetryczne i komplementarne (szkoła komunikacyjna), projekcje rodzinne (Bowen), wzory bliskości, lojalności rodzinne, mity, rytuały, przekazy rodzinne (podejście transgeneracyjne).

W praktyce terapeutycznej, w zależności od własnych preferencji i problemu pacjenta, stosuje się techniki pochodzące z różnych koncepcji teoretycznych — podejście eklektyczne.

Obecnie ma również zastosowanie idea społecznego konstrukcjonizmu oraz tzw. podejście narracyjne, podkreślające rolę kultury, które są próbą integrowania kontekstu

społecznego i indywidualnego doświadczenia. W centrum uwagi terapeuty są zarówno interakcje pomiędzy ludźmi, jak i ich wymiar indywidualny. Dużą wagę przywiązuje się do języka i dialogu z rodziną.

W trakcie sesji terapeutycznych ma również zastosowanie idea zespołu reflektującego i procesu cyrkularnego. W pracy z rodziną poszukuje się różnych możliwych opisów i wyjaśnień zjawisk i zachowań, i zachęca się członków rodziny do tworzenia następnych opisów.

Zgodnie z przyjętym podejściem teoretycznym rodzina traktowana jest jako system, w którym wszystkie należące do niego osoby i relacje między tymi osobami wzajemnie na siebie oddziałują. Interakcje pomiędzy podsystemami stanowią istotę komunikacji. Wszystkie zachowania mogą być traktowane jako pętle sprzężenia zwrotnego. Zachowanie każdej z osób wchodzących w interakcje oddziałuje na zachowanie partnera interakcji i równocześnie jest modyfikowane przez reakcje tego partnera. Ponieważ systemy charakteryzują się stałością, ale i pewną zmiennością – musi istnieć równowaga między stałością systemu a jego zdolnością do zmiany, o czym jako terapeuci musimy pamiętać planując proces terapii. W systemie rodzinnym nie są możliwe zmiany skokowe, lecz powolne i uporządkowane. W ramach takiego podejścia zaburzenie jednej osoby nie jest rozpatrywane jednokierunkowo, ale odczytywane jest jako objaw dysfunkcyjności całej rodziny, w której jedna osoba jest „nosicielem choroby” całego systemu. Zadaniem terapii jest przywrócenie rodzinie funkcji samoregulacyjnych, przez włączenie w system rodzinny nowych informacji, i pozytywne przeformułowanie starego systemu znaczeń, który wyeliminowałby potrzebę posługiwania się objawem chorobowym jako sposobem komunikowania się z innymi.

Istota oddziaływań terapeutycznych w podejściu systemowym polega więc na interwencji w cały system rodzinny w celu zmiany interakcji pomiędzy członkami rodziny, przez dostarczanie nowych informacji, na które dotychczas rodzina była zamknięta, modyfikowaniu reguł kontaktowania się, przerywaniu patologicznej sekwencji zdarzeń przez prowokowanie alternatywnych zachowań.

Kierujący

Przegląd zgłoszeń do SPPiTR w ciągu 9 lat jej istnienia wykazał, że kierującymi do naszej poradni były następujące instytucje lub osoby:

- placówki służby zdrowia — 41,3 proc.
- szkoły, internaty, bursy — 19,4 proc.
- rodzice, dalsza rodzina — 17,3 proc.
- poradnie psychologiczno-pedagogiczne — 12,1 proc.
- sąd i Ośrodek Diagnostyczno-Konsultacyjny — 4,1 proc.
- same zainteresowane osoby — 2,3 proc.

Dane te odzwierciedlają ścisłą współpracę naszej placówki z lekarzami dostrzegającymi podłoże psychiczne wielu zaburzeń somatycznych, a także ich kontekst rodzinny, a z drugiej strony dobry kontakt z wychowawcami i nauczycielami, dla których pracownicy poradni organizują doskonalenie zawodowe w zakresie szeroko pojętej pracy psychoprofilaktycznej z dziećmi i młodzieżą. Analizując zgłoszenia, oddzielnie w poszczególnych

latach, zauważyliśmy także zwiększający się systematycznie procent osób występujących z własnej inicjatywy o pomoc. Świadczy to z jednej strony o większym społecznym zainteresowaniu psychoterapią jako metodą radzenia sobie z problemami, z drugiej — o randze placówki oferującej profesjonalną pomoc. Ważny dla korzystających z naszej pomocy może być również fakt, że poradnia jest placówką oświatową nie wymagającą formalnego skierowania, a w związku z tym nie naraża na etykietowanie, jakiego być może obawiają się osoby proszące o pomoc psychologiczną, psychiatryczną czy terapeutyczną w instytucjach służby zdrowia.

Zgłaszane problemy

SPPiTR jest placówką finansowaną przez Urząd Miasta Lublina i obejmuje opieką psychologiczno-psychiatryczną w trybie ambulatoryjnym dzieci i młodzież z lubelskich żłobków, przedszkoli i szkół.

Probleмами zgłaszanymi przez rodziców dzieci w wieku wczesnodziecięcym i przedszkolnym są trudności wychowawcze (56,5 proc.), których głównym i najczęstszym podłożem jest lęk separacyjny przejawiający się m.in. zaburzeniami snu, niepokojem ruchowym, płaczem, utratą apetytu, utratą wcześniej nabytych umiejętności, lękiem przed osobami obcymi itp.; kolejne co do częstości zgłaszane problemy to moczenie nocne (12,9 proc.), mutyzm (8,9 proc.), zaparcia nawykowe (8,5 proc.), autyzm (4,6 proc.), tiki (4,4 proc.), onanizm (4,2 proc.). Terapia w tych wypadkach ukierunkowana jest na wyjaśnienie rodzicom problemów związanych z separacją, a niekiedy na przezwycięzenie kryzysu związanego z tą fazą życia rodziny — rodzina z małym dzieckiem.

W okresie szkolnym rodzina przeżywa proces intensywnej, szerszej socjalizacji dziecka. Typowe dla tego okresu jest występowanie trudności wychowawczych w związku z zaburzeniami zachowania, takimi jak wagary, ucieczki, kradzieże, agresja, próby samobójcze — tego typu problemy dotyczyły 41,6 proc. dzieci szkolnych zgłoszonych do naszej poradni, lęki i fobie szkolne — to problemy 17,6 proc. zgłoszeń, a zaburzenia somatyczne o podłożu psychicznym takie jak bóle głowy, brzucha, dolegliwości sercowe oraz moczenie nocne — 16 proc. zgłoszeń. W mniejszym procencie zgłaszano do terapii takie zaburzenia, jak jąkanie się (8,1 proc.), tiki (7,2 proc.), mutyzm (5,5 proc.), trudności szkolne, których istotą są deficyty parcjalne typu dyslektycznego czy zespół nadpobudliwości psychoruchowej (3,2 proc.) oraz onanizm (0,8 proc.). Wszystkie te zaburzenia wymagają kompleksowego postępowania pedagogicznego i psychoterapeutycznego, z uwzględnieniem sytuacji środowiskowej i rodzinnej dziecka.

Rodzina z adolescentem stoi u progu poważnych zmian, które wiążą się z bilansowaniem przez rodziców dorobku życiowego, perspektywą „pustego gniazda”, poszukiwaniem nowego sposobu na realizację życia w parze, a od strony dzieci — z zakończeniem procesu usamodzielniania się i określeniem szeroko pojmowanej tożsamości psychologicznej, psychoseksualnej, społecznej, ustaleniem własnego systemu wartości i określeniem swoich celów życiowych. W okresie tym często u młodzieży odżywa wczesna problematyka separacyjna, z którą mogą wiązać się zaburzenia odżywiania się — 57,7 proc. zgłoszeń w tej grupie wiekowej. Zgłaszane są też zaburzenia zachowania związane z kryzysem adolescencyjnym (ucieczki z domu, wagary, bunt wobec autorytetów, zagrożenia uzależnieniem, uleganie przemocy grupy rówieśniczej — 30,5 proc.). Do terapii rodzinnej kierowana była

również młodzież z zaburzeniami psychosomatycznymi (5,9 proc.), depresją młodzieńczą (4,4 proc.), schizofrenią (1,5 proc.). Adolescencja może stanowić pretekst do bezwzględnego i definitywnego odrzucenia dziecka albo do intensywnego „wiązania go”. Obie te skrajności zaburzają proces dojrzewania, ale też zapewniają rodzinie rodzaj ochrony przed zmianą i przed koniecznością świadomej konfrontacji z bolesnymi problemami przeszłości i teraźniejszości. Ten proces konfrontacji dziecka i jego rodziny z zadaniami rozwojowymi adolescencji i proces ich rozwiązywania może być kryzysem dla całej rodziny.

Typy zgłaszających się rodzin

Największą liczbę rodzin uczestniczących w terapii stanowiły rodziny pełne (80,6 proc.) i kolejno: matki samotnie wychowujące dzieci (10,2 proc.), rodziny rozwiedzione, w trakcie rozwodu, bądź będące w separacji (4,9 proc.), wdowy (2,5 proc.), rodziny zrekonstruowane (1,1 proc.) oraz rodziny adopcyjne (0,7 proc.).

Schemat prowadzenia sesji terapeutycznej

W pracy terapeutycznej z rodzinami opieramy się na następujących zasadach:

- zadawanie pytań – tych samych — poszczególnym członkom rodziny;
- zaciekawienie i formułowanie hipotez na temat przyczyn zachowań;
- próba weryfikacji hipotez;
- pozytywne przeformułowanie – interwencja.

Zadaniem terapeuty jest więc powiązanie w jedną całość objawów dziecka z cechami systemu rodzinnego i pokazanie rodzinie, że zmiana jednego pociągnie za sobą zmianę drugiego. Ciężar terapii przenosi się więc z zagadnienia „jak usunąć objaw” na „co się będzie działo w rodzinie, jeśli objaw zniknie”. Wymaga to wspólnego przededefiniowania problemu i wspólnej koncepcji jego rozwiązania – stąd pytania do wszystkich członków rodziny. Już od pierwszego spotkania formułuje się określone przypuszczenia na temat powodu, z jakiego jeden z członków rodziny zaczął szukać pomocy, oraz na temat relacji między małżonkami, które w trakcie pracy są weryfikowane lub zmieniane. Celem pracy terapeutycznej jest przywrócenie rodzinie funkcji samoregulującej, dlatego opisujemy w kategoriach pozytywnych zjawiska występujące w rodzinie, by odbarczyć ich członków od poczucia winy, zmniejszyć niską samoocenę, przywrócić adekwatność przeżywania sytuacji trudnych i uruchomić utracony lub niewłaściwie użytkowany potencjał całej rodziny, co stworzy bezpieczne warunki do kształtowania nowych sposobów jej funkcjonowania.

* * *

Zdaję sobie sprawę, że przedstawiony przeze mnie opis pracy terapeutycznej z rodziną jest skrótowy, zawiera wiele uproszczeń. Na koniec chciałam podzielić się refleksjami na temat trudności i sukcesów, jakich w tej pracy doświadczałam.

Do trudności w pracy terapeutycznej zaliczyłamby:

• *Rozumienie roli terapeuty* – czy być dyrektywnym, odgrywać rolę eksperta, czasem decydować o tym, jak rodzina powinna się zmienić, czy też być „obserwatorem systemu”, pomagającym opowiedzieć i zrozumieć „rodzinne opowieści”, a równocześnie poprzez

pytania, stwarzać możliwość nadania im nieco innego znaczenia i poszukiwania innych rozwiązań.

• *Różnice w systemie wartości terapeuty i rodziny* – jak traktować różnice w systemach wartości, szczególnie w przypadku zgłoszonej przemocy w rodzinie czy przemocy seksualnej wobec dziecka, par homoseksualnych itp. Istnieją badania wskazujące, że akceptacja postaw pacjenta przez terapeutę ułatwia leczenie, a także, że interwencje psychoterapeutyczne zgodne z systemem wartości i przekonaniem pacjenta poprawiają wyniki leczenia nawet wtedy, gdy terapeuta nie podziela tego samego systemu przekonań.

• *Określenie celu terapii* – w terapii strukturalnej, strategicznej kierunek zmiany jest stawiany otwarcie i ustalany wspólnie przez rodzinę i terapeutę. W innych terapiach systemowych stosunek do zmiany ulega ewolucji. Stopniowo cel terapii przesuwają z dokonania zmiany do pomocy rodzinie w zobaczeniu wszelkich konsekwencji zmiany lub niezmienniania się. Terapia społecznego konstrukcjonizmu nie formułuje zmiany jako celu terapii. Terapeuta jest osobą neutralną, decyduje o zmianie, jej kierunku i zakresie może podjąć tylko rodzina.

• *Zorganizowanie współpracy z innymi osobami lub placówkami kierującymi rodzinę na terapię* – trudność pojawia się, gdy osoba kierująca:

- podejmuje dalsze działania w stosunku do rodziny bez porozumienia z aktualnymi terapeutami;
- próbuje kontrolować efekty naszej pracy;
- gdy w wyniku skierowania rodzina otrzymuje przekaz, że choroba czy problem dziecka jest jej winą i czuje się oskarżona.

Są to dylematy, na pewno nie wszystkie, które staram się w każdym przypadku rozstrzygnąć w zgodzie ze swoją wiedzą, doświadczeniem i oczekiwaniami rodziny.

Pomimo bardzo szerokiego spektrum zagadnień i problemów, z którymi spotyka się terapeuta rodzinny, praca z rodziną przynosi wiele satysfakcji, gdyż:

- daje poczucie przydatności – zapotrzebowanie na terapię rodzinną jest coraz częstsze, kolejka oczekujących jest długa;
- zapewnia dużą niezależność i samodzielność w pracy – pomimo że obarcza dużą odpowiedzialnością i zobowiązuje do profesjonalizmu;
- pozwala poznać na bieżąco efekty terapii, jej skuteczność lub nieskuteczność;
- pozwala nawiązać lepszą i efektywniejszą współpracę z osobami pracującymi na rzecz szeroko pojętego zdrowia rodziny.

Adres: Specjalistyczna Poradnia Psychoprophylaktyki i Terapii Rodzin
ul. I Armii WP 1
20-078 Lublin
tel. 081 53 248 22