

TERAPIA OSÓB CHORYCH NA SCHIZOFRENIĘ W OCZACH SUPERWIZORA

THERAPY OF PERSONS SUFFERING FROM SCHIZOPHRENIA IN THE EYES OF THE SUPERVISOR

¹ I Klinika Psychiatrii WUM

Kierownik: prof. dr hab. Waldemar Szelenberger

² Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży IPiN

Kierownik: prof. dr hab. Irena Namysłowska

**schizophrenia
psychotherapy
supervision**

Autorki, na przykładzie historii niepowodzenia w nawiązaniu współpracy z pacjentem i jego rodziną, podejmują proces reflektowania ograniczeń zintegrowanego modelu leczenia pacjenta, którego filarem jest trójprzymierze: pacjent — rodzina — zespół terapeutyczny. W wyniku swoich rozważań akcentują m.in. konieczność zakorzenienia się leczenia w dialogu z pacjentem tak, aby terapia nie była zawieszona w próżni i aby nie była narażona na pozorność wzajemnej współpracy.

Summary: On the base of the experience in supervision, the authors analyse the process of mindful listening, which is the base of psychotherapy, as well supervision. The specificity of the psychotherapy of persons suffering from schizophrenia and their picture in the eyes of the persons conducting psychotherapy is discussed, as well as particular difficulties in the process of supervision of individual and family therapy.

Wstęp

Posługą zarówno superwizora, jak i terapeuty jest słuchanie, warto więc na początek scharakteryzować, czym jest uważne słuchanie, bo tylko takie może stanowić podstawę do pełnego odbioru uczuć, myśli i zachowania pacjenta, a także uczuć, myśli i zachowania superwizanta. Wydaje się, że główna trudność, z jaką zmagamy się prowadząc terapie osób chorujących na schizofrenię, i superwizując ich terapię, polega na tym, że osoby te zwykle cierpią na brak zainteresowania otoczenia słuchaniem ich, a nie będąc wysłuchanymi tracą umiejętność skutecznego komunikowania się.

Cechy uważnego słuchania

Słuchanie pobieżne bądź instrumentalne, czyli nastawione na usłyszenie tego, co chce się usłyszeć, i niesłyszenie tego, czego usłyszeć się nie chce, jest bardziej przesłuchiowaniem, lub przesłyszeniem się niż usłyszeniem.

Zasada uważnego słuchania jest osią, popularnego aktualnie, podejścia „mindfulness”. Wedle tego podejścia, „mindfulness”, czyli uważność, definiowana jest jako zdolność „zwracania uwagi celowo i w każdym momencie, bez oceniania, na rzeczy takie jakimi są” [1].

Są 4 cechy stanowiące kryteria tak pojmowanej uwagi:

- uwadze lub samoświadomości musi towarzyszyć poczucie osobistej kontroli, czyli musi być obecne ego obserwujące,
- uwadze musi towarzyszyć poczucie jej intensywności, zdolność rozróżniania, czy ona słabnie, czy jest zbyt przesadna,
- tak rozumiana uwaga powinna pozwalać na swobodny odbiór wrażeń,
- i na koniec uwaga nie może być oceniająca.

Zalecenia te przypominają wskazówki ułatwiające odbiór uczuć przeciwprzeniesieniowych i przeniesieniowych, które sformułowali przedstawiciele teorii komunikacji [2].

Jest taki przejmujący fragment wiersza izraelskiej noblistki Nelly Sachs („Prorocy wtargnęli drzwiami nocy i ucha jak ojczyzny szukali”) — cytuje go w swoich rozważaniach na temat kierownictwa duchowego ksiądz Krzysztof Grzywocz [3]. Fragment ten dobrze oddaje istotę pragnienia bycia wysłuchanym i rozpacz bycia nie usłyszanym. W relacji terapeutycznej z człowiekiem chorym na schizofrenię poprzez mechanizm identyfikacji projekcyjnej jest się obarczonym z jednej strony owym pragnieniem bycia wysłuchanym, a z drugiej brakiem umiejętności komunikowania się. W jakimś sensie ów wzorec osiąga także superwizora. Patrząc na schizofrenię z perspektywy dialogu jest ona takim zaburzeniem komunikacji, w którym przede wszystkim nie jest się słyszanim, mimo głośnego, obłądnego krzyku.

Wizje osoby chorej na schizofrenię w oczach terapeutów

Jeśli rozważać różne modele pacjentów, przyjęte przez terapeutów, to — poza wzorcami opisanymi przez Messera [4], czyli komicznym, tragicznym, romantycznym i ironicznym — można wyróżnić także model człowieka pozornie normalnego.

W wersji komicznej terapeuta koncentruje się na tym, co „śmieszne” w pacjencie, w gruncie rzeczy odrzucając go i zaznaczając swoją zdrową odmienność. Wersja ironiczna to w pewnym sensie uszczypliwy, drwiący czy wręcz pogardliwy stosunek do pacjenta, a przede wszystkim jego przeżyć, z pozycji swojej narcystycznej wyższości, wielkości i zdrowia. W wersji tragicznej pacjent jawi się terapeutce jako ofiara społeczeństwa i rodziny, ktoś przegrany, naznaczona nieszczęściem „tragiczna postać”, której nie można pomóc. I wreszcie chory na schizofrenię w wersji romantycznej to człowiek walczący z innymi i ze światem w imię godności i wolności — najważniejszych dla siebie wartości.

Powyższe wzorce Messer opisał opierając się na materiale z krótkoterminowej psychoterapii schizofrenii, ale na podstawie naszych własnych doświadczeń superwizyjnych można je uogólnić także na procesy długoterminowe oraz — dodać jeszcze wspomniany model człowieka pozornie normalnego, a tym samym „półprawdziwego”. Tę wersję przynoszą na superwizję przede wszystkim początkujący terapeuci, mający kłopot w ogarnięciu psychozy, bezradni wobec jej tajemniczości, nieprzewidywalności, odporności na interpretacje, interwencje słowne, stąd skupiają się na czasie remisji, odszczepiając część psychotyczną, podobnie jak czyni to pacjent mówiąc „nie chcę do tego wracać”, „to nie byłem ja”. Ci terapeuci, uwiedzeni normalnym obszarem funkcjonowania, czyli pozornym zdrowiem pacjenta, popadają we frustrację i zniechęcenie, gdy nagle, nieoczekiwanie stan pacjenta

się pogarsza, psychoza wraca. Z pozycji superwizora wygląda to czasem, jak próba podjęta przez pacjenta, by przekazać terapeutę pełny, nie wyrwykowy obraz siebie i sprawdzić jego wytrzymałość i możliwości.

Te opisane wyżej wzorce są w gruncie rzeczy różnymi przejawami działania mechanizmów obronnych chroniących nasz spójny wewnętrzny świat przed dezintegrującym wpływem procesu psychotycznego, ale niestety prowadzą one do odrzucenia pacjenta, nieusłyszenia go.

Przychodzi tu na myśl inny krótki wiersz cytowanej już Nelly Sachs [5, str. 271]:

„Za moim oknem ćwierkający ptak, za uschłym oknem ćwierkający ptak.

Ty widzisz go, słyszysz, ale inaczej, ja widzę go, słyszę, ale inaczej.

W tym samym systemie słonecznym, ale inaczej”.

Wiersz ten chyba dobrze oddaje istotę niemożności porozumienia się, dopóki nie spojrzysz oczami tej drugiej osoby. Sama poetka kilkakrotnie hospitalizowana z powodu głębokich epizodów depresji, podobnie jak osoby dotknięte schizofrenią, czuła namacalnie przepaść w dialogu.

Podobne jest doświadczenie Yaloma [6] opisującego podróż samochodem pacjentki ze swoim ojcem: „po stronie szosy od strony kierowcy / prowadził ojciec/ były wysypiska śmieci, po drugiej płynął potok, ciągnęły się łąki”. Pacjentka, słysząc komentarze ojca na temat ponurego, brudnego pejzażu, myślała o tym, jak bardzo trudno jest się z nim porozumieć, jak są sobie obcy. Dopiero wracając kiedyś tą drogą (ojciec wtedy już nie żył) spostrzegła, dlaczego ich odbiór był tak bardzo różny.

Wydaje się, że mechanizm identyfikacji projekcyjnej pozwala zanurzyć się choć trochę w uczuciach osoby chorującej na schizofrenię, i tu ważna wydaje się rola superwizora, który pomaga terapeutę uporać się z „zalaniem” przez uczucia pacjenta, nie utknąć w ślepych zaułku pozorowanej pomocy.

Traktując jako podstawowy cel psychoterapii psychoz wzmocnienie granic self i utrwalenie czy wręcz zbudowanie struktury ego (inaczej niż w pracy z osobami o strukturze neurotycznej, w której wysiłek terapeuty skupia się na przełamaniu obron represyjnych; skądinąd do takiej pracy terapeutycznej gros szkoleń w zakresie psychoterapii przygotowuje), ów jasno teoretycznie sformułowany cel praktycznie napotyka ogromny opór. Proces psychotyczny skutecznie broni się przed stosowaniem owej strategii; pogorszenie się objawów zasiewa wątpliwości w terapeutę, konfrontuje go z uczuciami bezsilności, złości, pragnieniem ucieczki — stąd rolą superwizora jest w takich momentach „ocalić” terapeutę przed destrukcją procesu dezintegracji, wzmocnić jego możliwość wytrzymania brzemienia szaleństwa, a trochę go z tego brzemienia odciążyć.

Role podejmowane przez terapeutów w trakcie terapii schizofrenii

Warto z kolei przyjrzeć się różnym podejmowanym przez terapeutów rolom. Często w superwizji można spotkać się z rolą wybawcy, czyli kimś, kto uratuje pacjenta, „zaczarowanego” przez złych rodziców, bliskich, a także przez psychiatrię i obdarzy go skarbem normalności. Metafora ta, sytuująca pacjenta w tragicznej pozycji osoby „zaklętej”, prowadzi terapeutę do szukania sposobu na „odczarowanie”; trochę z poziomu własnego narcyzmu, trochę z poziomu usłyszenia krzyku o pomoc (czyli głosu ptaka z wiersza Nel-

ly Sachs) terapeuta czuje się obligowany do uratowania, przeciwstawienia się raniącym pacjenta sytuacjom. I tu aktywność terapeuty zderza się z paradoksalną siłą psychozy. Wysiłki terapeutyczne niedoświadczonego wybawcy spełzają na niczym, dobrze, jeśli nie pogłębia się dekompensacja.

Inną rolę jest rola towarzysza, czyli kogoś, kto nie próbuje zmieniać, tylko uczestniczyć i poznać. Pacjent, gdy terapeuta podejmuje tę rolę, jawi się jako osoba tajemnicza, inna niż my, posługująca się własnym językiem, psychoza bardziej jest odbierana jako rodzaj szyfru niż patologia. Ci terapeuci poprzez swoją cierpliwość zapewniają pacjentowi doświadczenie głębokiego kontaktu, na ogół nieobecnego w jego życiu. Przypomina to trochę wizję pacjenta wyznawaną przez zapomnianą już szkołę analizy dyrektywnej Rosena, w której wchodząc w świat psychozy terapeuta liczył na powrót pacjenta do rzeczywistości poprzez spełnienie realizacji psychotycznej, a w konsekwencji — możliwość rezygnacji z psychotycznej drogi. Skrajną wersją wejścia w tę rolę jest uwiedzenie psychozą, oszołomienie jej bogactwem i pięknem irracjonalności, co opisał Aleksandrowicz [7]. Ci terapeuci nie są w gruncie rzeczy zainteresowani opanowaniem dezintegracji, nieświadomie dążą do utrwalania obłądu.

Jeszcze inną rolę, jaką podejmują młodzi terapeuci, z reguły z wykształcenia psychologowie, jest rola rywala psychiatry, czyli starcie leczenia psychologicznego z leczeniem farmakologicznym. W tej wersji pacjent jest ofiarą objawów ubocznych, a jego bierność, brak postępów w rozwoju bardziej dojrzałego radzenia sobie z rzeczywistością, jest efektem nadmiernego stłumienia lekami. Zadaniem terapeuty jest więc wyrwać pacjenta z uśpienia, w jakimś sensie reanimować go, ale tak naprawdę mniej tu chodzi o niego, a bardziej o wygraną w starciu.

Kolejną rolę, z jaką spotykamy się superwizując terapeutów pacjentów z zaburzeniami psychotycznymi, jest rola osoby normalnej, której własne metody rozwiązywania problemów, wzorce zachowań, aż po własne sposoby organizowania czasu, warte są naśladowania. Pacjent spostrzegany jest jako ktoś bezradny, trochę dziecinny, ktoś, kto nie tyle nie chce czy nie może uporać się z codziennością, ile nie potrafi, i trzeba go tego nauczyć. W tym stylu prowadzenia terapii dużo jest uczuć z obszaru przeciwprzeniesienia komplementarnego, czyli identyfikacji z obiektami z życia pacjenta, co oczywiście prowadzi do porażki, bo wchodząc w skórę osób znaczących z otoczenia osoby leczonej, w gruncie rzeczy wzmacniamy jej sposoby radzenia sobie z intruzją.

Istnieją też terapeuci neurotyczni, reagujący lękiem zarówno w zetknięciu się z objawami wytwórczymi, jak i z masywnymi obronami depresyjnymi, wycofywaniem się. Skłonni są oni do nadmiernego obarczania się winą, poczucia mniejszej wartości, braku kompetencji. W tej wersji pacjent jawi się jako człowiek ze szkła, z jednej strony przezroczysty, bo z odsłoniętą nieświadomością, a z drugiej szczególnie podatny na zranienie. Dużo tu własnych projekcji niskiej samooceny i poczucie winy.

Pewnie można by mnożyć te przykłady, choćby zestawiając superwizję indywidualną z superwizją pracy zespołów terapeutycznych, w której pacjenci mając do czynienia z grupą terapeutów odtwarzają często patogenne środowisko, przerzucając uwagę terapeutów na ich własne, wewnętrzne konflikty w zespole, generowane przez mechanizmy identyfikacji projekcyjnej osób leczonych.

Jak będąc superwizorem samemu się w te przeróżne konfiguracje nie uplątać, nie podjąć strategii proponowanej przez mechanizmy obronne terapeutów chroniące ich przed zbliżeniem się do pacjenta, jak zachować realizm? Nim poszukamy odpowiedzi na to pytanie, spróbujmy odejść od rozważań dotyczących superwizji indywidualnej psychoterapii i przejść do omówienia terapii rodzin widzianej oczyma superwizora.

Superwizja terapii rodzinnej schizofrenii

To, co pierwsze rzuca się w oczy, to to, że w terapii rodzinnej mówimy nieco innym językiem. Wracając do cytowanego już wiersza Nelly Sachs „w tym samym systemie słonecznym, ale inaczej” — mamy jednak nadzieję, że nie słyszymy inaczej. W terapii indywidualnej język poetyckiej metafory pozwala zbliżyć się do przeżyć indywidualnego pacjenta, podczas gdy język systemowej terapii rodzinnej pozostaje bardziej w obszarze opisu procesu dialogu. Najlepiej oddają to cechy terapii rodzinnej wymienione poniżej:

- Obiektywna diagnoza systemu rodzinnego jest niemożliwa.
- Nie można (nie powinno się) tworzyć jednowymiarowego opisu rodziny. Terapeuta współkonstruuje obraz systemu, który diagnozuje.
- Obraz rodziny, który tworzymy, jest zależny od pytań, które stawiamy, i od naszego sposobu myślenia, tego jacy jesteśmy, jaką sami mamy rodzinę.
- Objawy psychopatologiczne mogą być także rozumiane w kontekście ich znaczenia funkcji dla systemu rodzinnego.
- Myślenie systemowe przeciwstawia rozumowanie linearne (przyczynowo-skutkowe) cyrkularnemu rozumieniu przyczynowości.
- Instruuące interakcje w większości przypadków są nieskuteczne.

Mówimy więc o systemowej terapii rodzin, która jest dialogiem dwóch stron — rodziny i terapeuty. Jak w każdym dialogu, rozmowie, słuchanie jest podstawą i wszystko, co do tej pory powiedziano o tym, jak powinniśmy słuchać, czy raczej wysłuchiwać pacjenta, stosuje się także do terapii rodzinnej, nie jest bowiem możliwy dialog bez wysłuchiwania się nawzajem.

Spróbujemy przyjrzeć się, jak funkcjonuje ten opis w odniesieniu do rodzin, w których jedna z osób choruje na schizofrenię, i zastanowić się, czy ten fakt wpływa, a jeśli tak to jak, na proces terapii rodzin.

Superwizja terapii rodzin, w których jedna z osób choruje na schizofrenię, zwykle młody chłopak lub dziewczyna, pozwala na różne spojrzenia na proces terapii i na to, co dzieje się pomiędzy terapeutą (superwizowanym) a rodziną. Niewątpliwie pomiędzy tą diadą bardzo ważne miejsce zajmuje koncepcja schizofrenii. Stąd czasami tak różny przebieg ma superwizja terapii prowadzonych przez lekarza i psychologa, choć różnice w myśleniu o schizofrenii nie muszą być wyłącznie pochodną innej orientacji zawodowej. Myślmy, że podobne różnice istnieją także w terapii indywidualnej, w gruncie rzeczy z tego samego powodu — nieco innych poglądów na schizofrenię. Mówił o tym kiedyś prof. Dov Aleksandrowicz [informacja ustna], twierdząc, że przeciwprzeniesienie w terapii schizofrenii zależy w większym stopniu od realnych poglądów na schizofrenię, stanowiących zestaw uprzedzeń i stereotypów społecznych, niż od przeżyć wewnątrzpsychicznych pacjenta

i terapeuty. W gruncie rzeczy, w tym samym stopniu koncepcja schizofrenii wpływa także na sposób prowadzenia superwizji przez superwizora.

Mimo że od publikacji książki M. Selvini-Pallazoli i wsp. [8] minęło tylko trzydzieści lat, jest rzeczą oczywistą, że trudno byłoby znaleźć terapeutę rodzinnego, który przyznałby, że schizofrenia jest swoistą „grą psychotyczną” kilku pokoleń systemu rodzinnego. Jednak, mimo że nikt nie zajmuje tak skrajnego stanowiska w rozumieniu roli rodziny w powstawaniu schizofrenii, różnimy się bardzo w tym, jak dużą rolę w jej etiologii upatrujemy w czynnikach psychospołecznych, a jak dużą w czynnikach biologicznych. Znaczenie tych ostatnich stale wzrasta dzięki nowym odkryciom neurobiologii, wspieranym przez przemysł farmaceutyczny, mimo że nie wiąże się to z dużo większą niż dawniej skutecznością leczenia farmakologicznego. W bardziej biologicznym paradygmacie myślenia praca z rodzinami osób chorych na schizofrenię to raczej zgodna z nim psychoedukacja niż terapia rodziny. W tym dylemacie bardzo pomaga cytat: „Objawy desygnowanego pacjenta są częścią rodzinnej transakcji i mogą być podtrzymywane przez tę transakcję, a równocześnie same ją podtrzymywać, choć niekoniecznie muszą być przez nią jednoznacznie wywołane” [9, str. 11]. Niejako zwalnia to superwizowanego i superwizora z rozważań na temat etiologii schizofrenii, pozwalając się skupić na tym, co najważniejsze, a mianowicie na relacji rodzinnej.

W superwizji terapii rodzin przed oboma uczestnikami tego procesu stają dwie ważne kwestie, które powinny być wyjaśnione, aby proces ten stał się możliwy. Pierwsza sprowadza się do dyskusji na temat tego, jak superwizant i superwizor widzą rolę rodziny w powstawaniu schizofrenii, a druga to cel terapii, w tym przypadku terapii rodzin.

W pewnej analogii do 5 modeli chorego na schizofrenię, o których pisałyśmy przy okazji terapii indywidualnej, możemy mówić o rodzinie albo jako „sprawcy”, albo „ofierze” schizofrenii. Oczywiście oba te określenia traktujemy jako metafory — które reprezentują dwa krańce pewnego kontinuum opisującego nasz stosunek do roli rodziny w powstawaniu schizofrenii — rzadko występujące w swojej czystej postaci.

Przykładem pierwszego określenia może być stwierdzenie jednego z terapeutów, który w trakcie terapii wziął ze stołu małą figurkę człowieka, nakrył ją szczelnie wazonem, i zwracając się do matki pacjenta powiedział: „tak powstała schizofrenia u Pani syna”. Terapeuta tłumaczył, że trudno mu było patrzeć w czasie terapii rodzinnej na nadopiekuńczość matki i na rozpaczliwe próby separacji i indywiduacji pacjenta. Z kolei przykładem, na szczęście mniej drastycznym, chociaż może nie do końca, są stwierdzenia typu „Muszą się Państwo bronić, trzeba dbać o siebie”.

Jest rzeczą oczywistą, że w koncepcji rodziny na kontinuum od „ofiary” do „sprawcy” schizofrenii istotną rolę odgrywa to, jaką sami mieliśmy rodzinę, czy doznawaliśmy dzięki niej więcej miłości, poczucia bezpieczeństwa, swobody, czy też odrzucenia, ograniczeń lub wręcz krzywdy. Istotnym elementem przeciwprzeniesienia są też nasze własne przekazy transgeneracyjne dotyczące tego, czym jest choroba, jakie przez pokolenia nadawano jej znaczenie, wartość cierpienia, a także dominujące w naszej rodzinie sposoby radzenia sobie. Młodym terapeutom, zwłaszcza tym, którzy z trudem walczyli o swoją separację, łatwiej jest identyfikować się z pacjentem, podczas gdy starszym — z jego rodzicami.

Analogicznie jak w terapii indywidualnej, kiedy to terapeuta za wszelką cenę chce widzieć tylko zdrową część pacjenta, niektórzy terapeuci rodzinni chcą widzieć przede

wszystkim normalność rodziny. Wtedy, zbyt szybko, pozostając głuchymi na jej dramat, apelują do jej zasobów i mocnych stron. Płynie to z uniwersalnego, pierwotnego przekonania, które za wszelką cenę chcemy utrzymać, że rodzina to bezpieczeństwo, pierwotne ognisko, przy którym zawsze możemy się schronić i doznać otuchy i pokrzepienia.

Podobnie do wizji pacjenta, jaką nosi w sobie terapeuta, te trzy skrajne wersje rodziny to nic innego jak postawy obronne, które w gruncie rzeczy są także pewnym sposobem odrzucenia rodziny poprzez nieuważne słuchanie, skupianie się tylko na własnych emocjach, kiedy „ucho terapeuty” zatykają emocje własne.

Drugą ważną kwestią dla procesu superwizji, zwłaszcza na początku, jest dyskusja nad celami terapii. Czasami bywa to trudne, wymaga bowiem od superwizanta (i superwizora) zgody na to, że terapia rodzin jest częścią szerszego planu terapeutycznego, obok leczenia farmakologicznego, terapii indywidualnej lub treningu umiejętności społecznych, a więc wymaga pewnej pokory terapeutycznej.

W tym miejscu niezwykle pomocne staje się myślenie systemowe, zakładające pewną jedność celów terapii rodzinnej, niezależnie od rozpoznania zidentyfikowanego pacjenta, która sprowadza się do umożliwienia rodzinie przechodzenia z jednej fazy cyklu życia do drugiej. W przypadku młodych osób chorujących na schizofrenię jest to najczęściej separacja i indywidualizacja jakby niezależnie od choroby. Oczywiście, że to rodzina ustala to, o czym chce mówić — o lekach, etiologii schizofrenii, poczuciu niesprawiedliwości lub gniewie na Boga czy też o relacjach pomiędzy nimi. Terapia rodzin jest przecież dialogiem, w którym terapeuta stwarzając poczucie bezpieczeństwa pozostawia rodzinie pole do wyboru tematu. W terapii rodzin, w której jedna z osób choruje na schizofrenię, wydaje się także ważne podjęcie tematyki znaczenia, jakie rodzina nadaje słowu „schizofrenia” — czym jest ta diagnoza dla niej, jak jej przekazy transgeneracyjne wpływają na rozumienie tego znaczenia [10].

Superwizja terapii rodzin jest trudna, powstaje bowiem pytanie: jak superwizować dialog? W gruncie rzeczy jest to superwizowanie pewnej „postawy dialogowej” superwizanta, jego gotowości do uznania rodziny za równoprawnego partnera dialogu. Mamy takie poczucie, że w tym dialogu terapeuta rodzinny, który jest psychologiem, ma nieco łatwiejszą sytuację, łatwiej jest mu traktować jednakowo wszystkich członków rodziny. Psychiatryze zaś z trudem przychodzi „przymknięcie psychiatrycznego oka” i traktowanie chorego członka rodziny jak innych przedstawicieli systemu rodzinnego.

Czy jest to w ogóle możliwe i czy jest potrzebne dla procesu terapii — nie wiemy.

I jeszcze jedna ważna kwestia w superwizji terapii rodzin — to kwestia lojalności i neutralności. Kontakt zespołu terapeutycznego z pacjentem i jego rodziną może często prowadzić do komplikacji i konfliktu lojalności. Dla chorego na schizofrenię, dla którego tak ważna jest lojalność, bo tak często mu jej brakowało, może być trudne zrozumienie podstawowej dla terapii rodzin zasady neutralności. Próba zrozumienia racji jego rodziców, którzy często go zawadzili, i stawiania na równi z jego racjami może być w gruncie rzeczy bardzo bolesna, choć oczywiście nie musi on o tym powiedzieć w trakcie terapii. Z kolei, dla terapeuty rodzinnego lojalność wobec jednego członka rodziny jest pułapką wykluczającą lub co najmniej utrudniającą prowadzenie terapii. Dlatego tak ważne jest, aby nikt z zespołu terapeutów rodzinnych nie leczył, ani tym bardziej nie zajmował się terapią indywidualną pacjenta będącego częścią systemu rodzinnego w terapii.

Istotną rzeczą w superwizji terapii rodzin, w których jedna z osób choruje na schizofrenię, jest wspólne rozważenie kontekstu terapii, gdyż może on być decydujący w przebiegu procesu leczenia. Inny jest bowiem kontekst terapii, która jest częścią programu terapeutycznego oddziału młodzieżowego, a terapia rodzin niejako jest narzucona rodzinie, często nie przygotowanej do tego, a zupełnie inny — terapii rodzin, do której rodzina zgłasza się sama, jeszcze inny zaś, z pewnością najtrudniejszy dla terapeuty rodzinnego, kontekst wizyty domowej i dalszej pracy w domu zaaranżowanej przez instytucje społeczne.

W pierwszej z wymienionych sytuacji wymagana jest szczególna świadomość możliwości nadużycia siły wobec rodziców. Oddają oni nastoletnie dziecko do szpitala celem diagnozy, a następnie leczenia, są w ogromnym stresie, a nawet rozpaczają, jeśli padnie słowo „schizofrenia”, i zrobiliby wszystko dla „dobra dziecka”. Zgodzą się także na terapię rodziny, mimo że w głębi duszy sądzą, że nie jest ona im potrzebna, że „z nimi przecież wszystko jest w porządku”. Ta sytuacja nie wyklucza oczywiście możliwości terapii rodziny, jednak pierwsza propozycja powinna być zaproszeniem na konsultację rodzinną, a nie terapię. Łatwiej jest dać sobie radę z problemem zaistnienia możliwości nadużycia siły wobec rodziny, jeśli stale o tym pamiętamy, niż wtedy, jeśli mamy przekonanie o tym, że jesteśmy wolni od takiej możliwości.

Nieco bardziej komfortowa jest sytuacja terapeuty z ambulatorium terapii rodzin, do którego rodzina zgłasza się, często po sugestii psychiatry lub nawet jakiejś instytucji, ale ma większy wpływ na podjęcie decyzji. Relacja terapeutyczna staje się wtedy mniej skośna i mniej podatna na nadużycie.

I znów warto tu wrócić do umiejętności uważnego słuchania, kiedy słysząc terapeutę, słyszymy też pacjenta lub rodzinę, a sam proces superwizyjny pełni wówczas funkcję czegoś na kształt kotwicy, czyli staje się relacją ułatwiającą terapeutę bezpieczne obcowanie ze światem pacjenta, lub ze światem jego rodziny, bez zagrożenia pogubieniem się, bo świat ten przestaje być zniekształcony ułomnościami własnej, często projekcyjnej percepcji, i łatwiej jest oddzielić uczucia projektowane przez pacjenta od własnych, a historię własnej rodziny od historii rodziny pacjenta.

Ta umiejętność uważnego słuchania wydaje się zasadnicza dla skutecznego poprowadzenia superwizji i jest receptą na wielorakie pułapki, jakie niosą ze sobą różne modele pacjentów i różne wersje terapeutów, bo pozwala usłyszeć prawdę.

Piśmiennictwo

1. Milton I. Mindfulness practice in Buddhist tradition. Melbourne: 2008.
2. Kostecka M. Rola przeciwprzeniesienia w indywidualnej psychoterapii schizofrenii. W: Bomba J, red. Schizofrenia: różne konteksty, różne terapie. Biblioteka Psychiatrii Polskiej. Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP; 2000.
3. Grzywoc K. „Słuchanie w kierownictwie duchowym”, www.jezuici.pl
4. Messer S. Applying the visions of reality to a case of brief therapy. J. Psychother. Int. 2000; 10.
5. Sachs N. Rozzazzone zagadki. Kraków: Wyd. a5; 2006, s. 271.
6. Yalom I. Dar terapii. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia; 2003.
7. Aleksandrowicz D. Przeniesienie w psychoterapii psychoz. W: Cechnicki A, Bomba J, red. Schizofrenia różne konteksty, różne terapie. Biblioteka Psychiatrii Polskiej. Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP; 2004.

8. Selvini-Pallazoli M, Boscolo L, Cecchin GF, Prata G. Paradox and counterparadox. A new model in the therapy of the family in schizophrenic transaction. New York: J. Aronson; 1978.
9. Jones E. Brief systemic work in psychiatric setting where a family member has been diagnosed as schizophrenic. *J. Fam. Ther.* 1987; 9: 11.
10. Namysłowska I. Miejsce terapii rodzin. W: Bomba J, red. Schizofrenia różne konteksty, różne terapie. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej; 2000

Adres: Małgorzata Kostecka mkwalenta@gmail.com
Katedra i Klinika Psychiatrii WUM,
ul. Nowowiejska 27, 00-665 Warszawa

ARCHIVES OF PSYCHIATRY AND PSYCHOTHERAPY

VOLUME 12 ISSUE 3 SEPTEMBER 2010

Indexed in ENBASE/Excerpta Medica, PsyclINFO, EBSCO, Index Copernicus (5,36 p),
6 points MN i SW

CONTENT

- 5 **Interpersonal behaviour and BPD. Are specific interpersonal behaviours related to borderline personality disorder? An empirical study using the Core Conflictual Relationship Theme Standard Categories.**
Martin Drapeau, John Christopher Perry, Annett Körner
- 11 **Mental disorders and psychoactive substance use in metropolitan late adolescent population: assessment of prevalence with self-report scales**
Renata Modrzejewska, Jacek Bomba
- 21 **Contemporary tendencies in infants and toddlers psychotherapy**
Lidia Popek
- 27 **Application of group psychotherapy in the treatment of adolescent girls and women with anorexia nervosa (a model of therapeutic work conducted in the "Dąbrówka" Neurosis and Eating Disorders Centre – author's own experience)**
Bernadetta Izydorczyk, Elżbieta Niziolek
- 37 **Psychiatrist's opinions on somatic health in patients with schizophrenia – results of a Polish nationwide study**
Andrzej Kiejna, Andrzej Czernikiewicz, Tomasz Adamowski
- 47 **Prevalence of subjectively assessed symptoms of sexual disorders in schizophrenia. Preliminary report.**
Andrzej Kokoszka, Mona Abd El Aal, Aleksandra Jodko, Agnieszka Kwiatkowska
- 57 **Pilot study of KON-2006 in the Czech Republic**
Veronika Ježková, Petra Matulová
- 63 **Self perception among patients with multiple sclerosis**
Karolina Korwin-Piotrowska, Teresa Korwin-Piotrowska, Jerzy Samochowiec
- 69 **Reducing stigma of criminal insanity**
Andrew Axer, Robert C. Beckett, Jennifer Jones