

DWIE NARRACJE O KOTERAPII

TWO NARRATIVES ON CO-THERAPY

¹ Pracownia Psychologiczna Anny Cwojdzńskiej, Poznań/Koziegłowy

² Ośrodek Wspomagania Rodziny, Kobylnica

³ Prywatny Gabinet Psychologiczny – Aleksandra Gronowska, Poznań

systemic therapy co-therapy

W artykule przedstawiony jest opis koterapii w kontekście systemowej terapii rodzin. Prezentowane są zalety i potencjalne zagrożenia takiej formy pracy terapeutycznej, a każda z Autorek dzieli się osobistymi refleksjami dotyczącymi pracy w koterapii. Omówione są czynniki zwiększające satysfakcję terapeutów oraz przyczyniające się do uzyskania pozytywnego efektu w leczeniu.

Summary: The aim of this paper is a narrative presentation of co-therapy, as a form of therapeutic work with families in the systemic paradigm, from the perspective of therapists working together. Authors will present reflections on the boundary conditions for such co-operation, as well as the advantages and potential risks of two therapists working together in relation to the modern theory of systemic therapies.

The only person you can change in therapy is yourself.
(Jedyną osobą, którą możesz zmienić w terapii, jesteś ty sam)

Harry Goolishian

Wprowadzenie

Koterapia jest rzadko opisywana. Nie dlatego, że jest praktyką mało powszechną czy nową, ale zapewne z uwagi na niezwykłą złożoność zjawisk zachodzących w terapii, w której, prócz rodziny czy grupy, uczestniczy dwóch wzajemnie na siebie oddziałujących terapeutów. Szczegółowa analiza tak prowadzonej psychoterapii z konieczności byłaby wielowymiarowa, wielowątkowa i wymagałaby niesłuchanej skrupulatności ze względu na wszelkiego rodzaju detale — i to zapewne jest powodem, dla którego autorzy prac nie mierzą się z owym wyzwaniem.

Czym jest koterapia? Okazuje się, że dla większości autorów ten model terapii wydaje się tak oczywisty, że nie zajmują się jego definiowaniem. Naszym zdaniem jednak warto określić jej pewne ramy teoretyczne. Bill Roller i Vivian Nelson w książce *The art of co-therapy. How therapists work together* definiują koterapię jako „szczególną praktykę psychoterapii, w której dwóch terapeutów leczy (ang. treat) pacjenta lub grupę pacjentów z wykorzystaniem jakiegokolwiek modalności terapeutycznej w tym samym czasie i w tym samym miejscu. Co więcej, koterapia jest szczególną praktyką psychoterapii, w której relacja między terapeutami ma kluczowe znaczenie dla procesu leczenia” [1, s. 2]. Ważne wydaje się, by podkreślić, że autorzy cytowanej pracy wykluczają z powyższej definicji procesy terapeutyczne realizowane przez dwóch terapeutów, z których jeden w stosunku do

drugiego pełni rolę nauczyciela lub znacząco przewyższa go doświadczeniem, albo przez zespoły złożone z niewyszkolonych terapeutów, widząc takie sytuacje raczej w kontekście treningowym niż terapeutycznym.

Koterapię, rozumianą jako współpracę dwóch terapeutów, wprowadził do świata psychoterapii w 1930 roku Alfred Adler [za: 1, 2]. Pierwszej koterapii podjęli się w Bellevue Hospital w USA Paul Schilder i Donald Shaskan [za: 1], natomiast pierwszym terapeutą, który prowadził ją systematycznie był Carl Whitaker, pionier symboliczno-doświadczeniowej terapii rodzin. Zgodnie z założeniami tego podejścia terapeuci, pracując w duecie, z jednej strony stanowili dla siebie wzajemnie ochronę przed uwikłaniem w system rodziny, z drugiej tworzyli „idealne małżeństwo”, model pożądanych zachowań interpersonalnych dla rodziny. Jednak rozkwit koterapii i pracy w liczniejszych, kilkusobowych zespołach terapeutycznych nastąpił w okresie rozwoju podejścia strategicznego i szkoły mediolańskiej. Model mediolański zakładał pracę dwóch terapeutów (zwykle kobiety i mężczyzny) z rodziną oraz konsultacje z zespołem, który obserwował przebieg sesji zza szyby, mające na celu wypracowanie interwencji [3].

Namysłowska [2] opisując model mediolański [2] zwraca uwagę, że praca w zespole znacząco spowalnia tworzenie się systemu rodzina — terapeuci poprzez wyodrębnienie opcjonalnej grupy odniesienia dla terapeutów (zapewnia zatem konieczny dystans i podobnie jak w podejściu Whitakera [3], chroni przed nadmiernym „złaniem się” z rodziną). Jednocześnie zapobiega przyjmowaniu przez terapeutów postawy obronnej oraz stwarza możliwość obserwowania przy pracy innych, co z kolei może stanowić źródło inspiracji i rozwoju zawodowego. Wymiana doświadczeń i korzystanie nawzajem ze swojej wiedzy może kompensować ewentualne braki oraz być elementem uczenia się. Stąd można wnioskować, że dopuszczalne jest, by drugi terapeuta stanowił model nie tylko dla rodziny, ale także w pewnych wypadkach (np. gdy istnieje duża dysproporcja w zakresie wiedzy i doświadczenia) — dla swojego partnera z duetu/zespołu terapeutycznego. Istnieje tu pewna analogia systemu terapeutycznego do systemu rodzinnego — oba są czymś więcej niż jedynie sumą poszczególnych elementów. Autorka cytowanej pracy wymienia także cztery podstawowe zasady dobrego funkcjonowania zespołu terapeutycznego: zasadę równości między członkami zespołu i równej odpowiedzialności, zasadę poszanowania wartości każdego z terapeutów, zasadę obrony niezależności opinii i subiektywizmu oraz zasadę wspólnoty poglądów i celów [2, s. 185–186].

Według nas najciekawszym sposobem myślenia o koterapii jest prezentowane przez cytowanych wcześniej Rollera i Nelson [1] skupienie się na szczególnej relacji między terapeutami jako czynnika kluczowym dla procesu terapeutycznego i z tego punktu widzenia postaramy się w dalszej części omówić naszą wspólną pracę.

Jeśli Czytelnik spodziewał się szczegółowego opisu finezyjnie i skutecznie poprowadzonej psychoterapii rodziny, w której swój udział miało dwóch terapeutów, nie znajdzie go. Nie dlatego, że uważamy wpływ rodzin za nieistotny, wręcz przeciwnie. Dla nas obu jednak koterapia jest stosunkowo nowym doświadczeniem i — jak wszyscy — gdy doświadczamy czegoś nowego, zwykle skupiamy się na sobie i własnych doznaniach. Chociażby z tego powodu tekst ten nie będzie opisem przypadku, ale metaopisem koterapii w odczuciu terapeutów. Opisem koterapii oglądanej naszymi oczami, ewoluującej w nas, i dla nas, opisem naszych refleksji — refleksji, które zainspirowały nas na tyle, że

w przyptywie energii postanowiliśmy podzielić się nimi z innymi. Nawiązując do słów Harrego Goolishiana, będących mottem tej pracy, naszym celem będzie pokazanie, jak bardzo my, jako terapeutki, zmieniliśmy się w trakcie koterapii.

Myślenie systemowe i nasza filozofia pracy

Terapia systemowa nie jest jednorodna. Właściwie wypadałoby raczej mówić o terapiach systemowych, zamiast używać mylącej liczby pojedynczej (np. wydawany przez Guilford Press periodyk poświęcony terapii systemowej nosi tytuł „Journal of Systemic Therapies” — a więc: w liczbie mnogiej).

Ta różnorodność ma oczywiście swoje dobre i złe strony. Jej dobra strona dla terapeuty systemowego jest czymś jasnym jak słońce — wielość narracji może być przyczynkiem do wielości potencjalnych rozwiązań. Problem zaczyna się jednak w momencie, gdy narracje zaczynają się przeplatać w sposób nie przywodzący już na myśl spokojnej melodii, ale raczej chaotyczną kakofonię.

Rodzaj terapii systemowej, którą praktykujemy, najbliższy jest temu, co Arist von Schlippe i Jochen Schweitzer w książce *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung* [4] określają jako podejście narratywne. W naszej pracy inspirujemy się najmocniej tym, co do świata psychoterapii wprowadzili Harry Goolishian i Harlene Anderson, Michael White oraz Insoo Kim Berg i Steve de Shazer, jednak naszymi pierwszymi nauczycielami myślenia systemowego byli psychoterapeuci systemowi z Niemiec – m.in. Jerzy Jakubowski, Kurt Ludewig i Andreas Wahlster (szkolenie w zakresie psychoterapii odbyliśmy w Wielkopolskim Towarzystwie Terapii Systemowej w Poznaniu).

Kurt Ludewig opisując, czym jest terapia systemowa, stwierdza: „współczesną terapię systemową rozumiem jako zastosowanie i wykorzystanie myślenia systemowego, jako ramy dla rozumienia praktyki psychoterapii, a z kolei myślenie systemowe, jako całościowy sposób myślenia o ludzkości i ludzkiej wiedzy, która jest epistemologicznie zakorzeniona w konstruktywizmie, a ontologicznie w teorii systemów” [5, s. 220]. Tak interpretowany paradygmat systemowy przyjmuje, że to, co spostrzegamy i doświadczamy jako rzeczywistość, jest w istocie jedynie obrazem, jaki kształtujemy rzeczywistość obserwując i rzeczywistości doświadczając. To, czym dysponujemy i na czym opieramy wszelkie swoje działania, pochodzi od obserwatora, nie zaś z rzeczywistości jako takiej. By być jednak bardziej precyzyjnym należałoby zaznaczyć, że rzeczywistość, którą mamy tu na myśli, jest przestrzenią społeczną współtworzoną przez ludzi w języku, a więc konstruktywizm, o którym tu myślimy i do którego się odwołujemy, to konstruktywizm społeczny [6].

W naszym przekonaniu psychoterapia należy raczej do nauk społecznych niż przyrodniczych, raczej do dziedziny kultury niż do medycyny. Jest relacją, sytuacją społeczną, polegającą na współdziałaniu klienta i terapeuty, i nie da się jej ograniczyć do ściśle określonej i zaplanowanej interwencji o charakterze medycznym. Naszym zdaniem nie jest ona także, i nie powinna być, ograniczana wyłącznie do redukcji zachowań spostrzeganych przez klienta, lub jego szeroko pojmowane środowisko, jako nieprawidłowe. Może służyć także odkrywaniu nowego potencjału, podnoszeniu jakości życia czy maksymalizacji zasobów u jednostek, które ani przez same siebie, ani przez innych, nie są określane jako doświadczające jakiegokolwiek patologii.

Ciekawe omówienie psychoterapii jako dyskursu kulturowego znajdzie Czytelnik w tekście Barbary Józefik, opublikowanym w 2011 r. w „Psychiatrii Polskiej” [7].

Za Anderson i Goolishianem [8] uznajemy, że wszystkie systemy społeczne są oparte na języku, a tkwiący w nich mają na ich temat większą wiedzę niż zewnątrzni obserwatorzy. System terapeutyczny także jest systemem opartym na języku (linguistic system). Rozumienie i sens także są społecznie konstruowane w procesie komunikacji — system terapeutyczny przyjmuje znaczenie zależne od wymiany, następującej w czasie dialogu, która w tym konkretnym wypadku skupia się wokół „problemu” (cudzysłów Anderson i Goolishianem). W tym sensie system terapeutyczny zostaje wyróżniony raczej poprzez wspólne wypracowanie znaczenia „problemu” niż z uwagi na strukturę, jaką jest np. rodzina. Tym samym system terapeutyczny jest systemem zorganizowanym wokół problemu oraz jego rozwiązania. Sama terapia jest wydarzeniem w języku, w czasie procesu zwanego rozmową terapeutyczną, która ma charakter dwukierunkowej wymiany, zmierzającej do rozwiązania (rozpuszczenia, ang. dis-solving) „problemu”. W tym procesie terapeuta jest ekspertem w tworzeniu przestrzeni dla dialogu — jest jednocześnie jego uczestnikiem, obserwatorem i wspomagającym rozmowę terapeutyczną, zadając pytania, które zadaje z pozycji niewiedzącego (not-knowing). To, co Anderson i Goolishian [8, 9] określają jako „nie-wiedzenie” jest szczególną postawą terapeuty, która implikuje naturalne zaciekawienie, nastawiona jest na poznanie i „wiedzenie” więcej — poprzez poleganie nie na własnych założeniach czy przekonaniach, ale na wiedzy, doświadczeniu i wyjaśnieniach klienta. Problem sam w sobie jest natomiast uznawany za pewnego rodzaju narrację, która zmniejsza poczucie sprawstwa i wolności — problem więc istnieje w języku i jest specyficzny dla kontekstu, który nadaje mu znaczenie (sens). Idąc dalej — terapia jest procesem tworzenia w dialogu nowej narracji i nadawania nowych znaczeń, nowych sensów doświadczeniom i wydarzeniom. Tożsamość bowiem ma charakter narracyjny i jest rozwijana poprzez dialog — terapeuta jest (powinien być) ekspertem od uczestniczenia w tym procesie transformacji.

Przyjęcie powyższych założeń w sposób bezpośredni kształtuje naszą praktykę. Ważne jest dla nas **współdziałanie** z klientem. Wierzymy, że to klient **jest najlepszym ekspertem w sprawach, które go dotyczą**. To on wie najlepiej, z czym jest mu trudno, czego potrzebuje i jak to osiągnąć. To on wie najlepiej, w jakim tempie i kiedy to ma się stać, jeśli w ogóle. To on wie, czym dysponuje i jakie są jego ograniczenia.

Od samego początku spostrzegamy klienta jako sprawcę swojego życia. Staramy się, by pozostawiać mu pełnię odpowiedzialności za samego siebie, własne życie i tych, którzy od niego zależą. Poprzez rozmowę poświęconą doświadczanym trudnościom lub kryzysom, wspólnie nazywamy to, czego klient chce, czego potrzebuje, i wspólnie poszukujemy rozwiązania problemów oraz sposobów osiągnięcia wyznaczonych celów. Jako terapeuci systemowi zawieramy klientowi dążąc do poznania problemu — jest to konieczne, bo tylko uznając język opowieści klienta jesteśmy w stanie wspólnie stwarzać optymalne warunki do zmiany. W tym celu zgłębiamy jego opowieść, poszukując różnic i wyjątków, poszukując przestrzeni bezproblemowych, by ostatecznie uczynić potencjalnie możliwym podejmowanie aktywności, pomimo problemu i poza nim, aż do jego stopniowej dezintegracji. **Ważny jest dla nas także kontekst** — kontekst, w którym osoba żyje teraz, a czasem i ten, w którym żyła w przeszłości, ten, w którym pracuje, i ten, w którym się

bawi. Wierzmy, że klient miał w swoim życiu również wiele szczęśliwych chwil, nie tylko problemy — te **obszary dobrych doświadczeń są według nas nieprzebranym źródłem inspiracji** do poszukiwania rozwiązań.

Jednym z zadań, jakie stawiamy przed sobą jako terapeutkami, jest wywołać w kliencie reakcję w postaci „Do tej pory nie myślałam/em o tym w ten sposób!”, czyli prowokować do nowego, odmiennego od dotychczasowego, spojrzenia — nie tylko na problem sam w sobie, ale też na inne (niezakłócone) sfery życia, w celu poszukiwania zasobów. Podobnie jak wielu terapeutów systemowych [5, 10], jesteśmy sceptyczne w stosunku do pojęcia klasycznie rozumianej diagnozy klinicznej (psychiatrycznej). Nie stawiamy sobie za cel uleczenia klienta, ale raczej — wierząc w zdolność systemów do autoregulacji i autoprawy — pomoc w usunięciu czynników blokujących naturalną potrzebę i zdolność do rozwoju. Naszym zdaniem dzięki rozmowie opartej na szacunku do wiedzy klienta o sobie samym i o tym, co go otacza, łatwiej znaleźć „nowe”, które pozostaje w zgodzie z tym, kim klient jest i kim chce (po)zostać. Uznajemy, że **celem terapii nie jest zmienianie ludzi. Celem terapii jest stworzenie warunków umożliwiających rozwiązanie problemu.**

Dążąc do tego celu, prócz inspiracji zaczerpniętych z prac Harolda Goolishiana i Harlene Anderson, wspieramy się także technikami opisanymi przez Michaela White’a [11] (np. eksternalizacji czy odtwarzania historii w celu poszukiwania wyjątków i ujawnienia dotychczas niezauważanych narracji), Steve’a de Shazera i Insoo Kim Berg (np. pytanie o cud [12]) , a także korzystamy z dorobku innych szkół terapii systemowej, w tym — terapii rodzin.

Koterapia, czyli jeszcze jedna opowiedziana historia

Pomysł wspólnej pracy zrodził się w czasie spotkań z rodzinami, w przypadku których praca z pojedynczym terapeutą wydawała się niewystarczająca. Naszą motywację najlepiej chyba opisuje, cytowane także przez Namysłowską [2], stwierdzenie Jaya Haleya, że „Tak jak wielu pływaków, którzy boją się utopić, używa kamizelki ratunkowej, tak wielu terapeutów woli towarzystwo, kiedy toną w problemach rodzinnych”[za: 2, 182] Włączenie drugiego terapeuty dawało nadzieję na taką zmianę kontekstu terapeutycznego, która stworzyłaby warunki przyjazne dla zespołu terapeutycznego, co w konsekwencji dawałoby nadzieję na skuteczniejsze wprowadzanie nowego przez rodzinę.

Poniżej przedstawiamy historię koterapii, opowiedzianą przez każdą z nas z osobna, by w dalszej części pracy omówić znaczenie relacji między terapeutkami dla wspólnej pracy.

Narracja Aleksandry

Kiedy pierwszy raz rozmawiałam z Anną o koterapii, pomyślałam dosłownie: „koterapia — jakie to systemowe!”. Prowadząc dialog z dwoma terapeutami, rodzina może przecież korzystać z potencjału dwóch odmiennych osobowości, co powinno dać jej członkom znacznie więcej inspiracji do nowego, odmiennego od dotychczasowego, spojrzenia, więcej możliwości nadawania swojej historii nowych sensów i znaczeń. Uznałam także, że koterapia może przynosić korzyści terapeutom: dwu osobom łatwiej jest śledzić proces zachodzący podczas spotkania, utrzymując przy tym dystans do opowieści rodziny.

Ponieważ miałam już za sobą doświadczenia w pracy w różnych „duetach” jako doradca i trener, widziałam w koterapii również potencjalne ryzyko wynikające z prowadzenia rozmowy przez dwóch specjalistów. Praca w parze wymagała ode mnie większego wyęźnienia uwagi, ponieważ liczba interakcji zachodzących podczas spotkania wzrasta. Muszę wtedy śledzić nie tylko to, co dzieje się w rodzinie oraz między mną a rodziną, ale również to, co robi i mówi mój partner, oraz to, co dzieje się ze mną w stosunku do niego, a także to, co dzieje się całościowo w relacji między nami. Zgranie się terapeutów wydawało mi się szczególnie ważne, wiedziałam bowiem, jak różne koncepcje pracy czy chociażby tendencje do rywalizowania lub dominacji jednego, a wycofywania się drugiego z roli „pomagacza”, negatywnie wpływa na jakość pracy z rodziną.

Ostatecznie uznałam, że podobna ścieżka rozwoju zawodowego i filozofia pracy terapeutycznej, z jednej strony, w połączeniu z różnymi osobowościami i doświadczeniami życiowymi — z drugiej, stanowią koktajl, który może przynieść korzyści zarówno dla rodzin, z którymi będziemy prowadzić dialog, jak i dla nas samych. Z ciekawością i otwartością na to, co nowe i nieznane rozpoczęłam więc współpracę z Anną.

Obecność drugiej terapeutki miała dla mnie duże znaczenie. Pracując w duecie łatwiej było mi utrzymać dystans do rodziny i jej problemu. Co więcej — siedząc w jednej „łódce” ze swoją koterapeutką mogłam pozwolić sobie na wejście na „łódkę” rodziny, poczuć ją lepiej, zatańczyć z nią jej rodzinny taniec, a potem bezpiecznie wycofać się do „przestrzeni terapeutycznej”. Dodatkowo zyskałam możliwość odreagowywania emocji lub konsultacji na gorąco podczas krótkiej rozmowy z koterapeutą poza rodziną.

Ten dystans miał też swoje drugie oblicze. We dwie stanowiłyśmy już pewien obóz, miałyśmy oparcie w sobie nawzajem. Pracowałyśmy odważniej, bardziej dynamicznie, ale też bardziej dyrektywnie i strategicznie niż pracując w pojedynkę. Praca w zespole uruchamiała więc we mnie tendencję do „bycia ekspertem”, który wie lepiej niż rodzina. To zjawisko wydaje mi się osobiście największym niebezpieczeństwem płynącym z pracy z drugim terapeutą.

Rodziny, z którymi do tej pory pracowałyśmy razem, zwykle uczestniczyły w pierwszych konsultacjach tylko z Anną. Okazało się to dla mnie bardzo komfortowe. Po pierwsze, napięcie w rodzinie spowodowane narastaniem problemu było znacznie mniejsze niż podczas pierwszego kontaktu z terapeutą. Po drugie, dołączając do rodziny i terapeuty na etapie zapoczątkowanego już procesu, nie byłam obciążona nadmiarem treści i szczegółów dotyczących problemu, ani jednostronnie negatywnym obrazem, jaki zwykle ma rodzina przeżywająca trudności. Dzięki temu łatwiej mi było odnajdywać w rodzinie jej zasoby, pozytywnie konotować i prowadzić narrację w stronę rozwiązania, w porównaniu z tymi przypadkami, kiedy od początku sama czułam nad procesem terapeutycznym.

Podczas gdy na pierwszym spotkaniu, czułam się trochę nieswojo, zaskoczyła mnie łatwość, z jaką rodziny mnie przyjmowały. Okazuje się także, że rodziny, z którymi pracowałyśmy, decydowały się na pracę z dwoma terapeutami, dostrzegając w niej nową jakość, która dawała większą nadzieję na pomyślne zakończenie procesu terapii.

Ciekawe wydało mi się to, jak współpraca z Anną ewoluowała. Stopniowo zaczęłyśmy odchodzić od omawiania spotkań i przygotowywania się do nich na rzecz coraz większej swobody w zakresie własnej perspektywy patrzenia na rodzinę, hipotez dotyczących rozwiązań, obszarów i tematów, które warto poruszyć. Zamiast „uwspólniać” nasze spojrzenia

na rodzinę, pozwoliliśmy, by to rodzina w trakcie spotkania wybierała te płynące od nas inspiracje, które w danym momencie były dla niej najbardziej użyteczne. Okazało się także, że mogłyśmy się inspirować nawzajem w trakcie spotkania, co jest dodatkową korzyścią dla rodziny. Z drugiej strony nabrałyśmy zwyczaju konsultowania się na osobności przed zakończeniem sesji celem ustalenia wspólnej interwencji, która była następnie w formie propozycji zadania domowego diskutowana z rodziną. To połączenie elementów podejścia narratywnego i strategicznego jest moim kolejnym zaskoczeniem. Widzę w tym jednak, jak wspominałam wcześniej, niebezpieczeństwo z uwagi na nieco inną rolę terapeuty i klienta w każdym z tych podejść. Ten aspekt naszej pracy wymaga analizy i dużej uważności.

Koterapia, mimo wielu jej zalet, nie jest przedsięwzięciem pozbawionym wad. Na pewno minusem jest strona ekonomiczna. Niekiedy trudność stanowi samo umówienie się na spotkanie w dogodnym dla wszystkich zainteresowanych terminie, a szczególnie trudne okazywało się przekładanie spotkań. Skomplikowana bywa też komunikacja z rodziną między sesjami, dlatego warto jest tę kwestię dokładnie omówić w kontrakcie zawierającym z rodziną.

Choć ta forma terapii wymaga ode mnie większego wysiłku i większego natężenia uwagi, zaskoczyła mnie lekkość, swoboda i przyjemność płynąca z takiej współpracy. Okazała się wspólnym doświadczeniem, wzbogacającym mnie zarówno na gruncie zawodowym, jak i osobistym.

Narracja Anny

Koterapia jest dla mnie stosunkowo nowym doświadczeniem. Zanim razem z Aleksandrą wpadłyśmy na pomysł, że z niektórymi rodzinami mogłybyśmy pracować wspólnie — nigdy nie prowadziłam sesji z drugim terapeutą. To nowe przyniosło wiele wiedzy i wiele refleksji na temat nas samych, procesu terapeutycznego oraz psychoterapii w ogóle — szczególnie w obszarze pewnej filozofii pracy. Jedną z konsekwencji tych przemyśleń jest niniejszy tekst.

Gdy rozpoczynałyśmy naszą współpracę, zwłaszcza podczas pierwszych wspólnych sesji, towarzyszyła mi pewna trema związana z tym, w jakim stopniu będziemy w stanie być w zespole użyteczne dla klientów. Muszę przyznać, że niesamowitym zaskoczeniem było dla mnie to, jak bardzo sam proces terapii w duecie spełnił pokładane w nim nadzieje. Głównym moim oczekiwaniem było, by obecność drugiej terapeutki (i wszystko to, co się z nią wiąże) ułatwiła mi pracę z rodzinami, które spostrzegałam jako bardzo angażujące fizycznie i/lub emocjonalnie. Poprzez „ułatwienie” rozumiem w tym konkretnym wypadku stworzenie pewnej przestrzeni przyjaznej także dla terapeuty — stworzenie optymalnego dystansu do problemu, do reakcji rodziny oraz większą kontrolę nad procesem terapeutycznym.

Zaskakujące było dla mnie, że właściwie nie potrzebowałyśmy czasu, żeby się dostroić. Miałam wrażenie, że już od pierwszego spotkania z rodziną obie „grałyśmy jedną melodię”. Ten pierwszy sukces polegający na nieprzeszkadzaniu sobie nawzajem przypisuję temu, że cały cykl szkolenia przeszłyśmy razem, w ramach zajęć w jednej grupie ćwiczeniowej, co sprawia, że nasz wyjściowy poziom umiejętności jest bardzo zbliżony. Dodatkowo mam poczucie, że istnieje między nami, jako osobami, optymalna różnica, tj. jesteśmy w podobnym wieku, przeszłyśmy podobną ścieżkę edukacji w zakresie psychologii i psychoterapii,

i mamy zbliżone poglądy na wiele spraw, ale jesteśmy różne pod względem temperamentu, napędu, mamy odmienne doświadczenia osobiste i zawodowe, wywodzimy się z różnych miejsc i jesteśmy na trochę innym etapie życia. To, co wspólne, acz nienazwane, oraz to, co różne i widoczne, tworzy niezwykle sprzyjającą inspiracjom mieszaninę.

Z pewnością wszystko to, co się wydarzało w czasie wspólnych sesji, i wszystkie przemyślenia, które stały się ich podstawą, są zapośredniczone przez nas jako osoby i naszych klientów jako ludzi — trochę tak, jakby nasza wspólna rzeczywistość terapeutyczna została przez nie przefiltrowana.

W samym procesie, dynamice i stylu pracy pojawiło się wiele istotnych dla mnie różnic, w porównaniu z tym, jak wyglądają sesje z rodzinami, gdy prowadzę je sama. Główną różnicą, taką, w której upatruję źródło innych przeze mnie dostrzeganych, jest sama obecność drugiego terapeuty. Mam wrażenie, że wszystko pozostałe jest czystą konsekwencją tej obecności (doprecyzowując — obecności także w języku) oraz swoistego filtra, o którym wspomniałam wcześniej.

Sesję z udziałem dwóch terapeutek prowadzimy *my*. My mamy lub nie mamy pomysłu, my pytamy, my się zastanawiamy, my wychodzimy na chwilę z pokoju, by uzgodnić interwencję/zadanie domowe dla rodziny, my omawiamy po spotkaniu wrażenia z sesji, my zastanawiamy się nad tym, czy i ewentualnie, w jaki sposób przygotować się do kolejnej. My — terapeutki. Oni/Wy — rodzina. Ten z pozoru prosty zabieg stylistyczny diametralnie zmienia rzeczywistość, w której odbywa się spotkanie terapeutyczne. Jest mniej dialogowo, mniej narracyjnie, zaczyna być znacznie bardziej strategicznie. Niesamowite jest to, że na początku byliśmy tego nieświadome i dopiero po pewnym czasie zdaliśmy sobie sprawę z tej różnicy.

Ja, prowadząc terapię sama, pracuję bardzo narracyjnie — wszystko staram się robić we współdziałaniu z klientem/klientami, zgodnie z filozofią opisaną we wstępie do niniejszego artykułu. Działam z dużą uważnością, ale bardzo spontanicznie. Interwencje natomiast nie są interwencjami w klasycznym rozumieniu, raczej są wypracowanymi w rozmowie z rodziną pomysłami, których autorami w równej mierze są wszystkie osoby obecne na spotkaniu (podobnie jak opisuje to Anderson [9]). Tutaj, zamiast współpracy z rodziną, zaczęłam bardziej współpracować z drugim terapeutą.

Miało to swoje konsekwencje.

To, że jesteśmy dwie, działamy razem na rzecz wspólnego celu, zwiększyło poczucie bezpieczeństwa i ograniczyło (pozornie) strefę nieznaną, co z kolei stworzyło miejsce na bardziej odważne refleksje, interpretacje, pomysły, które pojawiały się w trakcie sesji. Mam także wrażenie, że łatwiej jest wpłynąć na rodzinę, zainspirować nawet do czegoś bardziej ryzykownego, gdy coś wydaje się zasadne (dobre) w oczach dwóch terapeutów. Dalej — pojawiła się z naszej strony spora aktywność. Dwóch terapeutów mówi więcej, konsultuje się częściej i ich komunikacja jest bardziej widoczna dla rodziny, w związku z czym powstaje wrażenie, że robią oni więcej niż robiliby jeden, co z kolei wcale nie musi być prawdą. W pewnym sensie praca jest dokładnie ta sama, pojedynczy terapeuta jedynie bardziej (z konieczności) szanuje energię. Tutaj można sobie natomiast pozwolić na komfort obserwowania, gdy rozmowa się toczy, i odwrotnie — rozmawiania i bycia obserwowanym, co daje w ostatecznym rozrachunku więcej danych, więcej historii, więcej różnorodności, która w psychoterapii jest bezcenna.

Współdziałanie z drugim takim samym pozwoliło wprowadzić wszystko to, co jak uznałam jest mi potrzebne do efektywniejszej pracy z rodzinami, które spostrzegałam jako „trudne”. Stwarzało potrzebny dystans. Dystans z kolei pozwolił na pojawienie się kontroli. W literaturze przedmiotu często spotyka się sformułowanie, że terapeuta powinien być tym, który kontroluje proces — to właśnie zaczęło się dzieć w czasie pracy z drugim terapeutą. Częściowo, poza moją świadomością, moim zadaniem przestało być tworzenie przestrzeni przyjaznej refleksji i zmianie. Zamiast tego pojawiła się kontrola, trochę w miejsce współdziałania z rodziną — nawet, jeśli nazwiemy ją kontrolą procesu terapeutycznego. Uzyskany w ten sposób dystans niekoniecznie musi być zjawiskiem pozytywnym. Stierlin i wsp. [13] zwracają uwagę, że warto dać się zaprosić do swojego tańca rodziny, by na własnej skórze poczuć, jak to jest być elementem tego konkretnego systemu rodzinnego, odczuć rządzące nim siły. Natomiast stworzenie podsystemów terapeutów i rodziny niesie za sobą ryzyko spostrzegania rodziny jako całości, jako zamkniętego systemu, a przecież nie czyni ich to jednym organizmem. Nadmierne skupienie się terapeutów na rodzinie jako całości — zamiast uwzględniania faktu, że rodzina to tak właściwie zbiór osób, które pozostają we wzajemnych relacjach, i docenienia ich indywidualności — może blokować proces terapeutyczny, a przecież jedną z ról terapeuty jest go facylitować. Z tym też wiąże się moim zdaniem największe ryzyko psychoterapii prowadzonej przez dwóch terapeutów — ryzyko, że będziemy pracować raczej z własnymi przekonaniemami na temat rodziny niż z rodziną taką, jaka ona jest; raczej z naszą „terapeutyczną” mapą niż mapą, na którą patrzy i którą kreuje swoim życiem rodzina [por. 14].

Przeformułowanie podejścia na bardziej strategiczne zaskoczyło mnie, gdy zdałam sobie sprawę z tego, jak wiele rzeczy robię inaczej. Co więcej, bez szkody dla skuteczności terapii. Prowadzi to do wniosku, że inaczej nie oznacza gorzej — jest po prostu inaczej, a dzięki świadomości można tego inaczej używać niczym narzędzia, co sprawia, że staje się użyteczne — zarówno dla terapeutów, jak i rodziny.

Terapeutki: wzajemny wpływ i jego konsekwencje

Pierwszą rzeczą, która przychodzi nam na myśl, gdy próbujemy analizować naszą relację, jako pracujących wspólnie terapeutek, to fakt, że lubimy siebie jako osoby i szanujemy siebie nawzajem jako profesjonalistki. Mamy do siebie zaufanie. Wiemy, co potrafimy i jakie mamy braki. Tym samym wydaje się, że spełniamy pierwszy warunek podjęcia wspólnej pracy z rodzinami, wielu autorów bowiem [np. 1, 2, 15] podkreśla, że dobra relacja między terapeutami jest kluczem do dobrego i skutecznego funkcjonowania zespołu terapeutycznego. Wydaje się także, że w naszym przypadku jest to relacja potencjalnie stabilna, bo rozgrywa się głównie w kontekście pracy — nie jesteśmy bliskimi przyjaciółkami w życiu prywatnym.

Drugim warunkiem, który można by uznać za brzegowy dla wspomnianej dobrej współpracy, prócz dostrojenia pod względem osobowości, na które obie zwróciłyśmy uwagę w naszych narracjach, jest fakt, że przeszłyśmy pełny cykl szkolenia w zakresie terapii systemowej w ramach jednej grupy szkoleniowej. To sprawia, że łatwiej jest nam o pewną spójność zarówno w zakresie teoretycznego, jak i praktycznego podejścia do psychoterapii jako takiej. Wielu rzeczy po prostu nie musimy między sobą uzgadniać, bo o terapii uczyłyśmy się w tym samym czasie, w tym samym miejscu, od tych samych

osób i tym samym — nam obu niektóre rzeczy same się nasuwają w sposób wręcz automatyczny. Z uwagi na zbliżony wiek, podobny staż pracy i równoległe szkolenie łatwiej nam także realizować jedno z założeń określanych przez Rollera i Nelson [1] jako niezbywalne w koterapii, tj. założenie o wzajemnej równości terapeutów.

Warunki dobrej współpracy, jak dobra relacja czy zgodność w zakresie paradygmatu, niewiele jednak mówią o wzajemnym wpływie terapeutów na siebie i jego konsekwencjach. Przywoływani już Roller i Nelson [1], opisując korzyści wynikające z koterapii, wyróżniają trzy typy decydujących o nich czynników: 1 — czynniki¹ zwiększające satysfakcję terapeutów i ich dbałość o siebie (ang. self-care), 2 — czynniki zwiększające satysfakcję terapeutów i ich dbałość o siebie (ang. self-care) oraz jednocześnie przyczyniające się do postępów w leczeniu, i 3 — przyczyniające się do postępów w leczeniu (ostatnia grupa odnosi się do korzyści odnoszonych bezpośrednio przez rodzinę, z uwagi na charakter niniejszego opracowania my skupimy się na dwóch pierwszych).

Czynniki zwiększające satysfakcję terapeutów

1. Poczucie bezpieczeństwa

Ivan Boszormenyi-Nagy i James L. Framo [16] pisząc o koterapii twierdzą, że była ona pomysłem w dużej części inspirowanym potrzebą zapewnienia terapeutcie poczucia bezpieczeństwa/komfortu. Potrzeby rodziny i korzyści osiągnane przez nią w trakcie procesu realizowanego przez dwóch terapeutów można uznać za pewnego rodzaju pozytywny efekt uboczny wszystkiego tego, co w wyniku obecności partnera zyskuje każdy z terapeutów. Identyfikowany przez nas wpływ drugiego polega m.in. właśnie na zaspokojeniu owej potrzeby. Wydaje nam się także, że dopiero w momencie, gdy udało się uzyskać poczucie większego bezpieczeństwa, miały szansę pojawić się także inne korzyści, z których większość to takie, których beneficjentami czułyśmy się my, terapeutki.

2. Poszerzona perspektywa

Drugi profesjonalista obecny w procesie to co najmniej dwa razy tyle spostrzeżeń, pomysłów, hipotez, wniosków, potencjalnych interwencji, to szersza perspektywa spostrzegania zarówno rodziny, jak i problemu. Zauważyłyśmy, że możliwość komunikowania się na bieżąco między terapeutami skutkuje przyspieszonym procesem uczenia się, zarówno w wyniku prostej wymiany poglądów, jak i (jak wspomniano wcześniej) uzyskiwania informacji zwrotnej od partnera na temat swoich reakcji.

Komunikacja między terapeutami, w konwencji wzajemnego szacunku i równości, pozwala na swobodny przepływ narracji i przekazywanie uchwyconych znaczeń, bez wartościowania ich, może także stanowić inspirację dla rodziny oraz rodzaj spontanicznie wyłaniającego się modelu komunikacji.

3. Wzajemne wsparcie

Właśnie w trakcie pracy z wymagającymi pod względem emocjonalnym i/lub fizycznym klientami łatwiej jest zmagać się z energią rodziny i wymaganiami, jakie stawia, mając wsparcie drugiego terapeuty uczestniczącego w sesjach, które nabiera tu szczególnego

¹ Sformułowanie auterek

znaczenia, a w niektórych wypadkach może być wręcz gwarantem kontynuowania pracy terapeutycznej. Wsparcie to może mieć charakter emocjonalny i instrumentalny (wiedza). Dwóch terapeutów może dysponować większą „siłą przekazu”.

4. Uznanie

Klienci relatywnie rzadko wyrażają wprost pochwałę dla terapeuty, zwykle nie mają także świadomości konkretnej interwencji czy też jej znaczenia — uznanie ze strony koterapeuty może być ważnym czynnikiem podnoszącym zadowolenie z pracy w ogóle.

5. Profilaktyka poczucia osamotnienia

Praca terapeuty, zwłaszcza indywidualna, nacechowana jest pewną samotnością — aktualnie relatywnie rzadko pracujemy w zespołach, praca w koterapii także w wielu ośrodkach nie jest standardem (zwraca na to uwagę Namysłowska [2]). Udział drugiego terapeuty ma zatem wartość polegającą na towarzyszeniu w drodze do wspólnego celu.

6. Rozwój osobisty

Możliwość uczenia się od drugiego, doskonalenia własnego warsztatu terapeutycznego oraz wymiany myśli i spostrzeżeń jest przyczynkiem do rozwoju profesjonalisty jako człowieka, co w przypadku terapeuty jest wartością nie do przecenienia. Prócz tych korzyści, zauważonych także przez nas i obecnych w przedstawionych przez nas narracjach, autorzy cytowanej pracy [1] wymieniają także łatwiejsze godzenie się z utratą rodziny (w wyniku drop-outu lub zakończenia procesu) oraz zapobieganie wypaleniu zawodowemu.

Czynniki zwiększające satysfakcję terapeutów i ich dbałość o siebie oraz przyczyniające się do postępów w leczeniu

1. Dystans

To, co w naszych narracjach pojawiało się jako „dystans” można uznać za analogiczne z opisywanym przez Rollera i Nelson [1] większym obiektywizmem — w toku konsultacji, rozmów możliwe jest uzyskanie lepszego rozeznania, dotyczącego problemu oraz aktualnych zjawisk w terapii, co wiąże się z kolejnym punktem, czyli kontrolą procesu.

2. Kontrola procesu

Udział drugiego terapeuty pomaga skupić się na wyznaczonym zakresie pracy. Dzieje się to dzięki możliwości stworzenia bardziej „obiektywnej”, świadomie spostrzeganej rzeczywistości terapeutycznej, uzgodnienia pewnego widzenia i interpretacji zjawisk, występujących w trakcie sesji. Naturalna konieczność zmian tury — raz uczestniczenia w rozmowie, a raz obserwowania rozmowy, pozwala z jednej strony zebrać więcej danych dotyczących rodziny, z drugiej — wspomaga utrzymanie optymalnego dystansu, o którym wspomniano powyżej.

3. Skłonność do bardziej ryzykownych interwencji

Mamy wrażenie, że właściwie wszystkie wymienione powyżej korzyści i decydujące o nich czynniki, a zwłaszcza zwiększone poczucie bezpieczeństwa, wzajemne wsparcie, większy dystans oraz lepsza kontrola procesu terapeutycznego znajdują swój wyraz

w bardziej ryzykownych (bardziej odważnych?) interwencjach proponowanych lub przeprowadzanych przez terapeutów.

Prócz zauważonych także przez nas i obecnych w przedstawionych narracjach korzyści autorzy cytowanej pracy wymieniają także mniejsze prawdopodobieństwo manipulacji dokonywanej przez rodzinę i skuteczniejsze radzenie sobie z oporem związanym ze zmianą.

Naszym zdaniem ważne jest, by podkreślić, że omówione powyżej charakterystyki nie oznaczają z konieczności przeformułowania stylu pracy terapeutów z narratywnego, opartego na współdziałaniu z klientami, na stricte strategiczny lub wręcz dyrektywny. Uważamy, że jeśli relacja między rodziną a zespołem terapeutycznym oparta jest na wzajemnym szacunku, otwartości i zaufaniu, a także jeśli terapeuci świadomie uznają założenie, że to klient jest ekspertem w sprawach własnego życia i tego, co go dotyczy — to wszystko, co oferują, jest ich opowieścią, która może służyć inspiracji do zmian. Nie jest opinią „tego, który wie lepiej”, poleceniem, radą, zadaniem do wykonania. Zawsze jest opcją, którą rodzina może przyjąć, zmodyfikować lub odrzucić. Terapia jest zawsze współdziałaniem.

Podsumowanie

Bycie terapeutą — lub inaczej: pozostawanie w relacji terapeutycznej z klientem — często niesie za sobą niepewność i nieokreśloność. Zaproszenie drugiego terapeuty, drugiego tego samego, może być jednym ze sposobów radzenia sobie z ową niepewnością. Samo w sobie nie jest to niczym nieprawidłowym, przestrzeń terapeutyczna ma być bowiem miejscem przyjaznym także dla terapeuty. Niezbędne wydaje się jednak poddanie takiego zaproszenia, a potem, toczącego się procesu terapeutycznego, nieustannej refleksji (reflektowaniu), by obecność drugiego terapeuty stała się jak najbardziej użyteczna dla rodziny, która uczestniczy w sesjach terapeutycznych. Z tego punktu widzenia koterapia jest swego rodzaju narzędziem i jak każde narzędzie powinna być stosowana refleksyjnie, z wglądem w jej proces i ze świadomością jej zalet i ograniczeń.

Koterapia jest jeszcze jedną historią, jaką można opowiedzieć w terapii i o terapii, a to z kolei sprawia, że nie jest w żaden sposób lepsza ani gorsza od innych, jest **inna** i jako taka może być inspirująca. Dla nas okazała się zaproszeniem do wspólnej pracy, do refleksji, do pisania i dzielenia się, do przypomnienia sobie, że ostateczna decyzja, jak wykorzystamy podane nam narzędzie, zawsze zależy od nas samych.

Piśmiennictwo

1. Roller B, Nelson V. The art of co-therapy. How therapists work together. New York: Guilford Press; 1991. Fragmenty dostępne za pośrednictwem GoogleBooks z dnia 26.01.2012.
2. Namysłowska I. Terapia rodzin. Warszawa: Springer PWN; 1997.
3. Goldenberg H, Goldenberg I. Terapia rodzin. Kraków: Wydawnictwo UJ; 2006.
4. von Schlippe A, Schweitzer J. Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung, Göttingen: Vandenhoeck&Ruprecht GmbH&Co.; 1996
5. Ludewig K. Rzeczywistość i konstrukcja w psychoterapii: sens i nonsens tego rozróżnienia. Wiad. Psychiatr. 2010; 13(4): 220–228.

6. Gergen KJ. An invitation to social construction. Second Edition, London: Sade Publications Ltd; 2009.
7. Józefik B. Psychoterapia jako dyskurs kulturowy. *Psychiatr. Pol.* 2011; XLV nr 5: 737—748.
8. Anderson H, Goolishian H. The client is the expert: A not-knowing approach to therapy. W: McNamee S, Gergen K, red. *Therapy as social construction*. Newbury Park, CA: Sage; 1992.
9. Anderson H. Becoming a postmodern collaborative therapist. A clinical and theoretical journey. Part I & Part II, pobrane z http://www3.telus.net/cfsg/download/Becoming_a_Postmodern_Collaborative_Therapist.pdf dnia 14.01.2012.
10. Gergen KJ, Hoffman L, Anderson H. Is diagnosis a disaster? A constructionist trialogue. Pobrane z http://www.swarthmore.edu/Documents/faculty/gergen/Is_Diagnosis_a_Disaster.pdf dnia 14.01.2012.
11. White M. *Maps of narrative practice*. New York: W.W. Norton & Company; 2007.
12. De Shazer S. Steve's miracle & thinking about the miracle question. Pobrane z http://www.sfbta.org/BFTC/Steve_de_Shazer_Insoo_Kim_Berg.html dnia 14.01.2012.
13. Stierlin H, Rücker-Embden I, Wetzel N, Wirsching M. *Pierwszy wywiad z rodziną*. Gdańsk: GWP; 1999.
14. Opoczyńska M, Rostworowska M. Dialog z rodziną czy z mapami rodziny? Kilka uwag na temat pułapek leczenia dostosowanego do potrzeb. *Psychoter.* 2011; 3 (158): 17–23.
15. Yalom I, Leszcz M. *Psychoterapia grupowa. Teoria i praktyka*. Kraków: Wydawnictwo UJ; 2006.
16. Boszormenyi-Nagy I, Framo JL. *Intensive family therapy: theoretical and practical aspects*. New York: Brunner/Mazel; 1985. Fragmenty dostępne za pośrednictwem Google Books z dnia 26.01.2012.

Adres: Anna Cwojdzńska: cwojdzinska@gmail.com